

DOLOČANJE CILJEV REHABILITACIJE PRI PACIENTIH, NAPOTENIH NA FIZIOTERAPIJO

SETTING REHABILITATION GOALS IN PHYSIOTHERAPY PATIENTS

prim. izr. prof. dr. Breda Jesenšek Papež, dr. med.

Inštitut za fizikalno medicino in rehabilitacijo, UKC Maribor

Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino

Povzetek

Uspeh rehabilitacije je odvisen od dobro načrtovanega in usklajenega dela vseh članov rehabilitacijskega tima. Za načrtovanje rehabilitacije morajo biti pri vsakem pacientu jasno določeni rehabilitacijski cilji. Pri planiranju in načrtovanju ciljev morajo sodelovati tudi pacient in njegovi bližnji. V prispevku so opisana doktrinarna in organizacijska izhodišča, problemi ter dileme pri določanju ciljev rehabilitacije pri pacientih, napotnih na fizioterapijo.

Ključne besede:

timsko delo; določanje ciljev; rehabilitacija; fizioterapija

Abstract

Rehabilitation success depends on well-planned and coordinated teamwork. Planning should be based on clearly established rehabilitation goals, which should be synchronised with the patient and their family. The article presents professional and organisational principles, problems and dilemmas faced when setting rehabilitation goals for physiotherapy patients.

Key words:

teamwork; goal setting; rehabilitation; physiotherapy

UVOD

Rehabilitacija je, po definiciji Odbora za fizikalno in rehabilitacijsko medicino pri Evropski zvezi zdravnikov specialistov, »samostojna medicinska specialnost, ki se ukvarja z izboljševanjem telesnih in kognitivnih funkcij, dejavnosti, sodelovanja ter prilagajanjem osebnih in okoljskih dejavnikov« (1). Definicija rehabilitacije temelji na biopsihosocialnem pristopu in se opira na Mednarodno klasifikacijo funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF), ki v ospredje postavlja funkcioniranje pacienta na osebni in družbeni ravni (2). Krovni cilj rehabilitacije (in obenem vseh posameznih strok znotraj interdisciplinarnega tima) je po tem dokumentu vedno en sam, to je omogočiti osebam z zmanjšano zmožnostjo življenje po lastnih željah kljub omejitvam, ki so posledica poškodb, bolezni ali osebnih dejavnikov. Pri postavljanju dolgoročnih ciljev rehabilitacije zato usmerjamo pozornost na pacientovo življenjsko okolje, njegove dejavnosti ter sodelovanje. S kratkoročnimi cilji pa skušamo vplivati na okvaro in preprečiti ali omiliti zmanjšano zmožnost (1). Rehabilitacija temelji na timskem delu. Na rednih timskih sestankih strokovnjaki različnih strok za vsakega pacienta, po predhodni oceni funkcijskega stanja,

določijo cilje rehabilitacije, ukrepe za doseganje zastavljenih ciljev, ocenjujejo napredek rehabilitacije in ugotavljajo učinkovitost izbranih terapevtskih postopkov. V interdisciplinarnem timu ni hierarhije, v njem enakopravno sodelujejo pacient in vsi člani rehabilitacijskega tima. Načeloma so tudi vsi zaposleni v isti ustanovi.

REHABILITACIJSKI TIMI IN RAVNI ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Aktivnosti rehabilitacije izvajajo različni člani rehabilitacijskega tima, za koordinacijo je praviloma odgovoren zdravnik, specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine (FRM). Rehabilitacijski tim poleg pacienta sestavljajo specialist FRM, zdravniki drugih specialnosti, fizioterapevt, delovni terapevt, klinični logoped, klinični psiholog, medicinska sestra, socialni delavec, inženir ortotike in protetike, dietetik, svojci in po potrebi drugi strokovnjaki. V osnovni rehabilitacijski tim sodijo vsaj pacient, specialist FRM, fizioterapevt, delovni terapevt in medicinska sestra. Sestavo rehabilitacijskega tima neposredno narekujejo specifične in individualno pogojene potrebe posameznega pacienta.

V Sloveniji Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) opredeljuje tri ravni delovanja: primarno (osnovna zdravstvena dejavnost), sekundarno (specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost) in terciarno raven (najzahtevnejša specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost, vključno z znanstveno-raziskovalnim in vzgojno-izobraževalnim delom (3). Dodatno ZZDej pod kategorijo »Druga zdravstvena dejavnost« opredeljuje zdraviliško zdravstveno dejavnost, ki obsega preventivno varstvo ter specialistično ambulantno in bolnišnično rehabilitacijo s souporabo naravnih zdravnih sredstev. Za doseganje rehabilitacijskih ciljev je potrebno usklajeno interdisciplinarno timsko delo različnih strokovnjakov na vseh zdravstvenih ravneh. V Sloveniji na primarni ravni nimamo organizirane timske rehabilitacije. Sedanja zakonodaja v osnovni zdravstveni dejavnosti na primarni ravni sicer predvideva tudi rehabilitacijo, nato pa se izvedbeno izreka le o fizioterapiji (3). To je v nasprotju z doktrinarnimi načeli rehabilitacijske medicine, ko bi tudi pacienti na primarni ravni morali imeti dostop do vseh članov, ki jih potrebuje rehabilitacijski tim.

CILJI REHABILITACIJE PRI PACIENTIH, NAPOTENIH NA FIZIOTERAPIJO

Glede na pričakovani čas realizacije ločimo kratko- in dolgoročne cilje. Cilji morajo biti specifični, realni, merljivi, dosegljivi in časovno individualno opredeljeni pri vsakem pacientu, ne glede na njegovo zdravstveno stanje. Sodoben rehabilitacijski pristop postavlja v ospredje sodelovanje s pacientom in upoštevanje njegovih želja pri določanju ciljev. Pacient je opogumljen, ker lahko izrazi svoje prioritete in pričakovanja, obenem pa je v aktivni vlogi tudi boj motiviran za doseganje zastavljenih ciljev (4). Določanje ciljev ne sme biti rutinski postopek, pač pa izid usklajene razprave sodelujočih članov tima (5). Cilje lahko sproti spreminjamo in prilagajamo glede na (ne)učinkovitost terapevtskih ukrepov. Za ocenjevanje sprememb zdravstvenega stanja izberemo različna standardizirana merilna orodja. Doktrinarni standard za oceno funkcioniranja v rehabilitaciji predstavlja Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (2). Delovanje fizioterapije obsega interakcijo med fizioterapevtom in pacientom, vključno z njegovo družino, oskrbovalci in drugimi pomembnimi zdravstvenimi strokovnjaki ter lokalnimi skupnostmi (6). Fizioterapija ni rehabilitacija, ampak je le pomemben (in splošno bolj prepoznaven) del rehabilitacije. Brez timskega dela ni rehabilitacije, kljub avtonomnosti vseh strokovnjakov znotraj interdisciplinarnega tima. Timsko delo je dodana vrednost, ki zagotavlja boljši izid obravnave kot skupek vseh posameznih obravnav brez koordinacije in rehabilitacijskega načrta (4).

PRIMARNA RAVEN - NI TIMSKEGA DELA

V Sloveniji na primarni ravni nimamo organiziranega timskega dela. Na ambulantno fizioterapijo paciente napotujemo z delovnim nalogom, ki ga izda osebni zdravnik ali kateri drugi pooblaščen specialist. Fizioterapevt lahko samostojno izbere vrsto fizio-

rapevtskih storitev, zdravnik pa mora zapisati šifro diagnoze po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB) in določiti obseg ter namen obravnave. Rehabilitacijski cilji so predvsem kratkoročni in ozko usmerjeni v skladu z napotno diagnozo: npr. zmanjšanje bolečinske simptomatike, lokalnega vnetja, perifernega edema, izboljšanje funkcionalne gibljivosti, preprečiti atrofijo mišic, ohranjati fizično zmogljivost, samostojnost pri opravljanju osnovnih dnevnih aktivnosti ... Merilna orodja za oceno in spremljanje izida obravnave niso enotna. Z večanjem avtonomije fizioterapevtov se povečuje tudi njihova odgovornost. Fizioterapevti načeloma poznajo biopsihosocialni pristop rehabilitacije, vendar merilnega sistema MKF v ambulantnem delu ne prakticirajo, ker se za uporabo v fizioterapiji ne zdi primerna (7). Zdravnik in fizioterapevt delujeta individualno, v različnih ustanovah, vsak na svojem področju, brez skupnega usklajevanja rehabilitacijskih ciljev. Zdravnik po zaključeni obravnavi dobi fizioterapevtsko poročilo, ki pa je še vedno (pre)pogosto omejeno na računalniški izpis opravljenih storitev. Obravnava je administrativno vezana na največje število predpisanih storitev in ponovitev.

SEKUNDARNA RAVEN - SESTAVA TIMA POMANJKLJIVA

Rehabilitacija na sekundarni ravni se teoretično izvaja v bolnišnicah, obeh kliničnih centrih, nekaterih zdraviliščih in delno ambulantno tudi v URI-Soča. Na tej ravni se že pričakuje kompleksnejša obravnava z natančno oceno funkcijskega stanja in timski pristop pri določanju kratkoročnih in dolgoročnih ciljev, terapevtskih ukrepov in spremljanje napredka pri pacientu. Objektivno stanje v praksi je, zaradi zelo okrnjenih ali povsem odsotnih rehabilitacijskih timov, žalosten odraz prepoznavnosti pomena rehabilitacije v Sloveniji. Tako v nekaterih slovenskih bolnišnicah še vedno nimajo zaposlenega specialista FRM in izvajajo samo fizioterapijo. Prav tako je slabo poznana vloga delovnega terapevta v zgodnji rehabilitaciji oseb s težavami na področju telesnega zdravja in jih zato večina splošnih bolnišnic ne zaposluje. Pereč problem je tudi prepoznavnost specialista FRM, ki po zaključeni specializaciji v regiji ni težko pričakovan in zlahka zaposljiv, čeprav zaenkrat na trgu ni presežka zdravnikov. Nekateri bolnišnice imajo specializante FRM na plačilni listi samo med specializacijo. Že ob nastopu specializacije jim povedo, da zaposlitve ne predvidevajo, kljub temu da nimajo zaposlenega še nobenega specialista in da obenem ne izvajajo zakonsko predvidene zgodnje rehabilitacije. Zaskrbljujoče je tudi nasprotje interesov, ko glede na usmeritev stroke in potrebe pacientov specialistov FRM primanjkuje, obenem pa zdravstvene ustanove in družba v zakonodajni in izvršilni vlogi problema ne prepoznajo. V takem ozračju je povečevanje razpisa specializacij iz FRM, kljub potrebam na papirju, smelo dejanje, možnosti širjenja zaposlitve bodočih specialistov pa vprašljivo. Toliko bolj, ker tudi v zdraviliščih stacionarno rehabilitacijo izrivajo programi za dobro počutje ali jo vedno bolj omejujejo predpisi ZZZS in zakonodaja. Obenem pa iz zdravilišč selijo določene programe v regijske zdravstvene ustanove, kjer v timu ni specialista FRM. Ne nazadnje je vprašljiva tudi iskrena pripadnost stroki znotraj

interdisciplinarnega tima. Zdi se, da vsi že desetletja govorimo o timskem delu, v praksi pa vsak dela (po) svoje, na svoji ravni, s svojimi izzivi (ali problemi). Manjka nam širine, regijske odprtosti, prehodnosti med ravnmi ... Veliki izzivi Evrope o rehabilitaciji kot strategiji 21. stoletja se večinoma izgubijo v labirintu pravno-socialne in zdravstvene zakonodaje že na pragu meja Slovenije, ostali pa se zadušijo v glavah članov rehabilitacijskega tima.

Na ambulantni ravni se medicinska rehabilitacija tam, kjer ni zagotovljenega tima, omeji na pregled pri specialistu FRM in na napotitev na fizioterapijo. Včasih se na sekundarni ravni opravi samo pregled in se pacienta napoti na terapijo na primarno raven z delovnim nalogo. Tedaj so rehabilitacijski cilji in obravnava praktično enaki kot na primarni ravni, le da je pri specialistu FRM predviden kontrolni pregled in ocena potrebe po nadaljnji rehabilitaciji.

Osnovni namen določanja rehabilitacijskih ciljev (v smislu načrtovanja rehabilitacijske obravnave in spremljanja izida) na ravni sekundarne obravnave naleti tudi na, poleg težav zaradi pomanjkljivega tima, čisto preproste ovire. Izpostaviti je potrebno nepravilnosti, ki se dogajajo, ko napotnice in delovne naloge za fizioterapijo, poleg izbranega osebnega zdravnika, izdajajo tudi drugi specialisti, ki nimajo pregleda nad že opravljenimi storitvami. Najpogosteje gre za paciente z obolenji lokomotornega aparata, ki so zaradi istih težav obravnavani pri različnih specialistih (ortopedu, nevrokirurgu, revmatologu, nevrologu, otorinolaringologu ...), vsi pa priporočajo obnovitveno fizioterapijo, brez jasno izraženih rehabilitacijskih ciljev. Diskriminacijsko je tudi do rehabilitacijske stroke (in specialistov, ki jo vodijo), ko specialist druge stroke izda napotnico za nadaljevanje fizioterapije na sekundarni ravni pod nujno, potem ko je pacient že zaključil zgodnjo rehabilitacijo v bolnišnici in nadaljnjo stacionarno rehabilitacijo v zdravilišču z dobrim izidom zdravljenja ter v skladu z zastavljenimi cilji. Velik problem je tudi prehajanje pacientov od izvajalca do izvajalca med primarno in sekundarno ravni in nepreglednost nad že opravljeno fizioterapijo in načrtovanjem obravnave v različnih zdravstvenih ustanovah, zdraviliščih ali pri zasebnih koncesionarjih. Vsem tem in številnim drugim nevspešnostim v vsakdanji praksi botruje pomanjkanje občutka za timsko delo in pomanjkanje specialistov FRM v akutnih bolnišnicah, ki bi s koordiniranjem, načrtovanjem in izvajanjem z dokazi podprte rehabilitacije predstavljali dodano vrednost za pacienta, tim, ustanovo in plačnika. V literaturi obstajajo trdni dokazi o učinkovitosti interdisciplinarnega tima (8).

Kadar se ambulantna fizioterapija izvaja v sekundarni ustanovi, obstaja možnost sodelovanja, usklajevanja in prilagajanja ciljev, ki so glede na krajše obravnave kratkoročni in bi se z njimi moral strinjati tudi pacient. Omejuje jo hitra izmenjava pacientov, frekvenca in časovna omejitev pregledov, čakalna doba in dostopnost do diagnostičnih ter terapevtskih postopkov, različni kraji izvajanja terapij, obseg pooblastil, stopnja nujnosti, trajanje bolniške odsotnosti, želje po odškodnini, brezposelnost, socialne stiske, številni drugi situacijski dejavniki in pripravljenost sodelovanja pacienta. In že se pojavi dilema, kako pacientu omogočiti sooblikovanje rehabilitacijskih ciljev ob upoštevanju številnih

osebnih dejavnikov, ki lahko tudi škodljivo vplivajo na funkcioniranje in sodelovanje. Soodločanje pacienta pri načrtovanju rehabilitacijskih ciljev je sicer dokazano učinkovito, vendar v praksi še ni prepričljivo zaživel (9).

Zgodnja stacionarna medicinska rehabilitacija se izvaja ob postelji pacienta ali v oddelčnih terapevtskih kabinetih. Pristop je individualen, timski in koordiniran. To pomeni, da se za vsakega pacienta posebej izdelata rehabilitacijski plan in cilji rehabilitacije, s katerimi so seznanjeni vsi sodelujoči in se glede na potek zdravljenja tudi sproti prilagajajo. Izraz timski pomeni, da se ob postelji pacienta zberejo vsi strokovnjaki, ki sodelujejo pri obravnavi pacienta, prisluhnejo njegovim željam in potrebam ter ga seznanijo s programom zdravljenja. Koordiniran pa pomeni, da specialist FRM s svojim timom opravi še lastno vizito in timski sestanek, na katerem oblikujejo kratkoročne rehabilitacijske cilje in načrtujejo tudi dejavnosti za odpust oz. nadaljnjo rehabilitacijo. O vsem seznanijo pacienta, pridobijo njegovo privoljenje za sodelovanje, v primeru odločanja o premestitvi tudi pisno soglasje. Specialist FRM na naslednji viziti poroča o dejavnostih rehabilitacijskega tima. Sodelovanje s specialisti drugih strok je lažje in poteka neposredno na dnevnih vizitah (multidisciplinarnost) ter že kaže zametke interdisciplinarnosti, z rednim usklajevanjem vseh aktivno prisotnih ter z občasnimi skupnimi sestanki zdravnikov različnih specialnosti. Rehabilitacijski tim na sekundarni ravni bi poleg osnovnega tima moral vključevati še vsaj kliničnega psihologa in kliničnega logopeda. Vendar je ta standard zaenkrat še izjema. Kratkoročni rehabilitacijski cilji so usmerjeni v preprečevanje bolečin in sekundarnih zapletov, izboljšanje motoričnih funkcij, koordinacije in v osamosvajanje pri premeščanju in osnovnih dnevnih dejavnostih (10). Pri pacientih z motnjami požiranja in sporazumevanja že zgodaj vključimo tudi logopeda. Zahtevnost ciljev stopnjujemo ali omilimo, sorazmerno s potekom okrevanja in sposobnosti sodelovanja pacienta. Končni cilj pred odpustom ali premestitvijo pacienta je (delna) samostojnost v vsaj nekaterih dnevnih dejavnostih. Za ocenjevanje funkcijske neodvisnosti pri vseh pacientih ob sprejemu in odpustu (v primeru daljše hospitalizacije tudi vmes) uporabljamo MKF (2).

Aktualni problem zgodnje medicinske rehabilitacije v vsej Sloveniji je pomanjkanje rehabilitacijskih postelj na sekundarni ravni. Povzetim evropskim trendom krajšanja ležalnih dob na akutnih oddelkih pri nas ni sledil sistemski ukrep zagotavljanja posteljne zmogljivosti za medicinsko rehabilitacijo v lokalnih bolnišnicah ali obeh kliničnih centrih. Tako razen kratkotrajne rehabilitacije v zdravilišču, ob še tako skrbno določenih ciljih, nimamo ustanove, kamor bi lahko premestili tiste paciente, ki ne izpolnjujejo meril za premestitev v URI–Soča in so hkrati sposobni sodelovanja v intenzivnejšem rehabilitacijskem programu, kot ga lahko nudijo negovalne bolnišnice (10).

TERCIARNA RAVEN – KOMPLEKSEN TIM

Rehabilitacija na terciarni ravni se v RS izvaja na URI–Soča. Tja na pretežno stacionarno rehabilitacijo napotimo paciente iz vse

Slovenije, ki potrebujejo celosten pristop in imajo težave na več kot dveh področjih funkcioniranja in/ali potrebujejo poklicno rehabilitacijo, nevromodulacijo in oskrbo z zahtevnejšimi medicinskimi pripomočki. Na terciarni ravni stacionarnim pacientom lahko zagotovijo celoten rehabilitacijski tim. Ob že naštetih strokovnjakih je dopolnjen z diplomiranim inženirjem ortotike in protetike, dietetikom in s športnimi terapevti. Na rednih timskih sestankih določajo rehabilitacijske cilje, ki jih sproti prilagajajo glede na potek rehabilitacije. Vsi člani rehabilitacijskega tima so zaposleni v isti ustanovi in se zavedajo prednosti timskega dela, k sodelovanju pa spodbujajo tudi paciente in njihove bližnje. Merila za sprejem na posamezne organizacijske enote so objavljena (11). V rutinsko delo je vpletena uporaba MKF (2), ki predstavlja osnovo za ocenjevanje, načrtovanje, zdravljenje in znanstveno-raziskovalno delo (12).

Rehabilitacijska obravnava je na terciarni ravni organizacijsko dobro zasnovana, v praksi pa se tako izvajalci kot pacienti srečujejo z enakimi problemi kot na ostalih ravneh, s pomanjkanjem posteljnih zmogljivosti, kadra in opreme. Realizacija načrtovanih rehabilitacijskih ciljev, po vseh pravilih stroke in z dobrim sodelovanjem pacienta, je tako večkrat omejena le na kratkoročne cilje, dosegljive znotraj hospitalizacije. Pacienti po odpustu večinoma nimajo zagotovljene nadaljnje ambulantne rehabilitacije v domačem okolju oz. najbližji zdravstveni ustanovi. Občasne obnovitvene obravnave (na eno ali celo več let) običajno ne zadoščajo. Ozaveščeni pacienti, seznanjeni z možnostmi rehabilitacije in prispevkom interdisciplinarne obravnave, se počutijo prikrajšane. Želja po nadaljnjem izboljšanju zdravstvenega stanja in strah pred izgubo dosežene stopnje funkcioniranja jih sili v iskanje samoplačniških storitev in alternativnih oblik zdravljenja, kjer pa kmalu ni več mesta za realne rehabilitacijske cilje in interdisciplinarno timsko delo, zato je škoda večplastna. Oškodovan je pacient (na ravni funkcioniranja in sodelovanja), stroka (na ravni prepoznavnosti vloge rehabilitacije) in družba (na ravni organizacije zdravstva in porabe davčnih prihodkov). Ne nazadnje je znotraj problemov stroke potrebno izpostaviti tudi razkorak med kliničnim uvajanjem nekaterih doktrinarnih smernic na terciarni ravni in njihovo praktično uporabo na primarni in sekundarni ravni. Tako se dogaja, da fizioterapevti (in ostali člani tima) za iste rehabilitacijske cilje na različnih ravneh uporabljajo različna merilna orodja. Otežena prehodnost z ene ravni na drugo vodi v okrnjeno sprotno ocenjevanje napredka rehabilitacije, izgubo preglednosti nad doseganjem zastavljenih ciljev in zato demotiviranost pacientov.

RAZPRAVA

Določanje ciljev je kompleksen in zahteven proces, ki predstavlja tudi doktrinarno osnovo FRM. Kljub temu je njegova učinkovitost še vedno predmet številnih raziskovanj. V sistematični pregledni raziskavi iz leta 2006, ki vključuje 19 raziskav, so avtorji ugotovili, da so nekatere sicer dokazale neposreden pozitiven vpliv določanja ciljev na izid posameznih obravnav, vendar splošne učinkovitosti načrtovanja ciljev, zaradi neprimerljivosti raziskav in metodoloških neskladnosti, ni bilo mogoče potrditi (13). Svetovali so nadaljnje

in bolj kakovostne raziskave na tem področju. Skoraj desetletje kasneje isti vodilni avtor s sodelavci ponovno opravi pregledno raziskavo, v katero je bilo vključenih 39 raziskav. Povzeto obstaja zelo nizka raven dokazov, da določanje ciljev rehabilitacije vpliva na izboljšanje fizičnega zdravja, dokazan pa je pozitiven vpliv na izid psihosocialne obravnave (14). Tudi pri pacientih, napotenih na fizioterapijo, moramo imeti v mislih dva bistvena dolgoročna cilja rehabilitacije, ki sta po Beli knjigi fizikalne in rehabilitacijske medicine posameznikova blaginja in njegovo družbeno in poklicno udejstvovanje (1). V Sloveniji zaenkrat ostajamo na teoretičnih osnovah, saj bi za njuno doseganje potrebovali dobro organizirano mrežo rehabilitacije, učinkovito prehodnost med posameznimi ravni in dostopnost do vseh članov rehabilitacijskega tima. Kljub dobri prepoznavnosti in učinkovitosti fizioterapije le-ta ne zadostuje za uspešno rehabilitacijo (1). Rehabilitacijski cilji morajo biti koordinirani in usklajeni z ostalimi člani rehabilitacijskega tima, vključno s pacientom in njegovimi bližnjimi. Fizioterapevti se zavedajo pomembnosti sodelovanja s pacienti in ostalimi člani tima pri določanju rehabilitacijskih ciljev, vendar ugotavljajo, da gre za zahteven in kompleksen proces, ki se šele uvaja in nima natančno določenih smernic (9). V nedavni raziskavi so avtorji analizirali sodelovanje fizioterapevtov in pacientov pri določanju ciljev in kako se pacienti na ta odzivajo. Ugotovili so, da imajo pacienti premalo znanja, da bi lahko enakopravno sodelovali pri določanju ciljev ali si niti ne predstavljajo, da bi jih lahko sooblikovali. Izkazalo se je tudi, da pacienti nimajo predstave, kateri so realno dosegljivi cilji in da ne upoštevajo vpliva socialnega okolja. Rešitev ponuja na pacienta osredotočena fizioterapija, kjer široko razgledan fizioterapevt poleg individualne terapije obvlada tudi specialna znanja, komunikacijo in v obravnavo sproti vključuje še izobraževanje pacienta, skupno načrtovanje ciljev in socialne veščine (15).

Ne nazadnje o vplivu osebnih dejavnikov na določanje rehabilitacijskih ciljev ni trdnih dokazov, kljub temu da lahko pomembno prispevajo k izidu rehabilitacije. Tudi MKF jih ne klasificira, ker je nemogoče predvideti in razvrstiti vse osebne dejavnike, še posebej pa njihov vpliv na zdravstveno stanje posameznika. Pomanjkanje kakovostnih raziskav pa kljub temu ni vzrok za številne praktične težave pri določanju ciljev rehabilitacije, ampak je posledica zapletenih interakcij človeških odnosov, za katere zaenkrat še ni merilnih orodij.

ZAKLJUČEK

Biopsihosocialni pristop, celostna rehabilitacija, timsko delo, klinične smernice, dokazi učinkovitosti, ocenjevanje, etične dileme in rehabilitacijski cilji so osnovi pojmi znotraj vseh strok interdisciplinarnega rehabilitacijskega tima. Položaj fizikalne in rehabilitacijske medicine v Sloveniji in Evropi definira Bela knjiga FRM. MKF naj bi predstavljala uporabno orodje za lažje sporazumevanje med člani rehabilitacijskega tima, za načrtovanje rehabilitacije in spremljanje izida zdravljenja. Fizioterapevti (in drugi člani rehabilitacijskega tima) na primarni in sekundarni ravni MKF večinoma ne uporabljajo. Teoretične osnove več kot podpirajo načela dobre klinične prakse in hkrati ponujajo temelje

za raziskovalno delo, ugotavljanje učinkovitosti posameznih nefarmakoloških oblik zdravljenja, razvoj kliničnih smernic in določanje ciljev rehabilitacije. Kljub vsemu pa teorija v praksi zaenkrat ni obrodila pričakovanih sadov. Celo več, vrzel med klinično prakso na primarno- sekundarni ravni in doktrinarno osnovo se z leti poglablja, na terciarni ravni pa se oddaljuje od dosegljivega standarda ostalih ravni. Rešitve moramo (po)iskati v skupnih obzorjih rehabilitacije.

Literatura

1. Bela knjiga o fizikalni in rehabilitacijski medicini v Evropi. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 2008.
2. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmognosti in zdravja - MKF. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 2006.
3. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS, št. 64/2017.
4. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet*. 2011; 377(9778): 1693–702.
5. Schoeb V, Staffoni L, Parry R, Pilnick A. „What do you expect from physiotherapy?“. a detailed analysis of goal setting in physiotherapy. *Disabil Rehabil*. 2014; 36(20): 1679-86.
6. Kodeks etike fizioterapevtov. *Fizioterapija*. 2017; 25(1): 75-8.
7. Puh U, Zupanc A, Hlebš S. Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso – merila pričakovane kakovosti. V: Burger H, Goljar N, ur. Možnosti in dileme v fizikalni in rehabilitacijski medicini ter celostni rehabilitaciji. 26. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, 27. in 28. marec 2015. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča; 2015: 25-32.
8. Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela F, Giustini A, et al. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med*. 2010; 42(1): 4–8.
9. Lloyd A, Roberts AR, Freeman JA. 'Finding a balance' in involving patients in goal setting early after stroke: a physiotherapy perspective. *Physiother Res Int*. 2014; 19(3): 147-57.
10. Kos N, Marolt M, Sedej B. Zgodnja medicinska rehabilitacija v bolnišnicah – izkušnje specialistov fizikalne in rehabilitacijske medicine Inštituta za medicinsko rehabilitacijo UKC Ljubljana. V: Burger H, Goljar N, ur. Možnosti in dileme v fizikalni in rehabilitacijski medicini ter celostni rehabilitaciji. 26. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, 27. in 28. marec 2015. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča; 2015: 17-20.
11. Informativni bilten 2017. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča; 2016.
12. Goljar N. Klinične smernice za rehabilitacijo pacientov po preboleli možganski kapi. V: Burger H, Goljar N, ur. Klinične smernice v fizikalni in rehabilitacijski medicini. 25. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, 14. in 15. marec 2014. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča; 2014: 12-8.
13. 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.
14. 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.
15. Wijma AJ, Bletterman AN, Clark JR, Vervoort SCJM, Beetsma A, Keizer, et al. Patient-centeredness in physiotherapy: what does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiother Theory Pract*. 2017; 33(11): 825-40.