

# IZRADA PLANA I PROGRAMA FIZIKALNE TERAPIJE

Pripremila: **Mirjana Grubišić**

**U tijeku stručnih nadzora smo primijetili da u fizioterapeutskom kartonu neki fizioterapeuti pod plan i program rada upišu šifre koje je fizijatar prepisao iz plave knjige. Mada šifre mogu biti kontrolni mehanizam za naplatu usluge od HZZO-a ali nikako isključivi orijentir za izradu plana i programa fizikalne terapije. Stoga sam potaknuta brojnim upitima i nedoumicama od kolegica i kolega, glede izrade plana i programa fizikalne terapije odlučila napraviti kratki rezime koji je za vas u ovom časopisu napravljen kao prvi dio a u sljedećem časopisu slijedi nastavak.**

## Općenito fiziološki odgovor na imobilnost

Prikladne terapijske vježbe nisu indicirane da djeluju isključivo za tretman postojećeg oštećenja ili funkcionalnog ograničenja, nego zapravo veoma je bitna prevencija takvih oštećenja također. Primjena terapijskih vježbi se temelji, prije svega, na znanju da imobilnost često tijelu više naškodi nego napravi dobro. Dobro poznavanje efekata imobilnosti će pomoći fizioterapeutu da riješi i prevenira probleme za svakog pacijenta.

Kretanje je vitalno za zdravlje ljudskih bića. Različite fiziološke promjene se događaju tijekom mirovanja ili ne kretanja pacijenta, koje su u nekim slučajevima korisne, kao na primjer za liječenje mjesta frakture kost zahtijeva imobilnost. Meka tkiva, na primjer tetive i ligamenti nakon ozljede, također zahtijevaju imobilnost koja omogućava nastavak procesa zacjeljivanja. Temeljeno na poznavanju osnova aktivne patologije i njezine prognoze, fizioterapeut bi trebao razumjeti svrhu imobilizacije. Međutim, fizioterapeut mora također biti svjestan komplikacija koje mogu proizaći iz prolongirane imobilizacije cijelog tijela (npr., mirovanje u krevetu) ili dijela tijela (npr., gips ili ortoza). Komplikacije uključuju lokalne i sustavne posljedice, na primjer dekubitus, duboka venska tromboza, plućna embolija, pneumonija, osteoporoza, mišićno slabljenje i depresija. Sve ove komplikacije predstavljaju ozbiljna patološka stanja koja mogu dove-

sti do funkcionalnog ograničenja, onesposobljenosti, a u nekim slučajevima i smrti. Uloga FT je pružiti odgovarajući doprinos na cjelokupnu fizičku pokretljivost za vrijeme održavanja odgovarajuće razine imobilnosti lokaliziranog ozlijeđenog područja.

Tijelo je dizajnirano da se suprotstavlja djelovanju gravitacije u uspravnom položaju. Prolongirani horizontalni položaj, na primjer mirovanje u krevetu, predstavlja uvjete na koje tijelo loše odgovara, a najznačajnije i ozbiljne promjene se događaju u kardiovaskularnom i mišićnokoštanom sustavu. U kardiovaskularnom sustavu se javljaju neke štetne i potencijalno smrtonosne promjene kao odgovor na mirovanje u krevetu, na primjer venski sustav postaje usporen i smanjuje se količina krvi koja se vraća u srce.

Ovo, uz diuretički efekt imobilnosti smanjuje krvni volumen, reducira udarni volumen i srčani izbačaj. Nakon duge imobilnosti tijelo loše podnosi normalne stojeće aktivnosti kao rezultat ovih promjena. Ortostatička hipotenzija je druga komplikacija. Prolongirano mirovanje u krevetu također štetno utječe na mišićnokoštani sustav. Posturalni mišići primarno locirani u regiji trupa dizajnirani su za korištenje protiv gravitacije. U supiniranoj poziciji ovi mišići počnu gubiti obujam i masu kao rezultat neaktivnosti. Nadalje, mirovanjem u krevetu ili opće imobilizacije (npr. nakon ozljede leđne moždine) skeletna kost gubi kalcij i smanjuje se koštana masa. Mirovanje u

krevetu mijenja normalne sile koje djeluju na kosti tijekom svakodnevnih aktivnosti. Ove promjene smanjuju sposobnost kosti da odolijevaju normalnim silama i sklonost pacijenta ka lomu sa čak jednostavnim aktivnostima. Pregledom znanstvenih dokaza opisan je štetni efekt dugog mirovanja u krevetu odnosno imobilnosti kao opcije tretmana, a to je da mirovanje u krevetu nije najbolji izbor tretmana za mnoga patološka stanja. Čak i u slučajevima gdje mirovanje u krevetu je bilo prethodno propisano kao tretman, na primjer nakon duboke venske tromboze, studije pokazuju da mirovanje u krevetu ne smanjuje očekivane štetne efekte (u ovom slučaju kod plućne embolije, budući da se je prije to smatralo). U drugom slučaju neka istraživanja su pokazala da mirovanje u krevetu nema korisniji učinak nego savjet "ostati aktivan" u tretmanu kod križobolje. Vodeći istraživači su zaključili da sveukupni štetni efekti mirovanja u krevetu trebaju biti izbjegnuti kada prilagođena aktivnost i terapijske vježbe daju bolji dugoročan rezultat.

Tijekom lokalizirane imobilnosti, kao npr. s gipsom, mišići koji okružuju imobilizirane strukture gube obujam i masu rezultirajući s popratnim gubitkom sile. Povrh ovoga, lokalna imobilnost dovodi do lokalizirane zanemarene osteoporoze. Jedna studija je pokazala da nakon prijeloma kuka je pronađeno značajno smanjenje u koštanoj masi oko same frakture popraćeno sa značajnim gubicima mišićnog tkiva i povećanja masnog tkiva. Ovi efekti moraju se uzeti u obzir kada radimo s pacijentom kojem je upravo imobilizacija uklonjena.

Kada ozlijeđeni dio tijela treba biti zaštićen radi stimulacije zacjeljivanja, imobilizacija mora biti postavljena tako kako bi omogućavala maksimalni iznos funkcionalne pokretljivosti bez ugrožavanja odvijanja zacjeljivanja. Lokalna imobilizacija je bila proučavana u raznim područjima s varirajućim rezultatima. ali znanstvena saznanja izgledaju optimistično, jer cjelokupna imobilizacija nije potrebna da bi se dobili dobri ishodi liječenja. Za svaku od navedenih komplikacija imobilnosti, odgovarajuća intervencija je pokret/kretanje.

Kretanje/pokret će redistribuirati pritisak tako da se područje na koži ne počne

dezintegrirati. Nadalje terapijsko vježbanje će poticati ili olakšati duboko disanje i odgovarajuća plućna higijena će prevenirati akumulaciju tekućina i razvoj upale pluća. Prikladno terapijsko vježbanje će pomoći da odgovarajućim naprezanjem na kosti preveniramo abnormalnu apsorpciju kalcija koja može uzrokovati osteoporozu.

Terapijsko vježbanje će stimulirati krvni protok i venski povrat iz ekstremiteta i spriječiti nastanak tromboze i plućne embolije. Pokret s otporom će pomoći održati mišićna vlakna i prevenirati atrofiju mišića. Kretanje razvija osjećaj samostalnosti i sposobnosti.

Kada su prikladno dozirane, terapijske vježbe djeluju protiv svakog od potencijalno štetnih utjecaja imobilizacije. Fizioterapeut mora biti svjestan svrhe imobilnosti i održavanje korisnosti za smanjenje potencijalno štetnih efekata te će procijeniti odgovarajuću količinu pokreta uz održavanje imobilizacije koja je neophodna za zacjeljivanje. Ovaj koncept, poznat kao relativno mirovanje, održava imobilnost gdje je neophodna ali omogućava da preostali dio tijela ima koristi od kretanja. Na primjer, pacijent u bolnici nakon frakture kralježnice može biti imobiliziran u cervikalnoj kralježnici i gornjim ekstremitetima, međutim, sa skrbi fizioterapeut može indicirati intervenciju terapijskom vježbom naslovljenu na donje ekstremitete (fleksibilnost, snaga, raspon pokreta) i na taj način prevenirati atrofiju, kontrakturu, mišićno skraćivanje, duboku vensku trombozu i dekubitus.

Opet možemo vidjeti da poznavanje efekata imobilnosti su važni iz dva razloga kada su propisane terapijske vježbe. Prvo, kao najbitniji element za FT je da uključi aktivne, pravilno prilagođene terapijske vježbe kako bi se prevenirale štetne lokalne i sustavne posljedice imobilnosti. Drugo, FT mora uzeti u obzir lokalne posljedice imobilnosti, kada je propisan program vježbi za pacijenta kojemu je nedavno uklonjen gips ili longeta. Čak i ako sustavni efekti imobilnosti su primjereno izbjegnuti s relativnim mirovanjem tijekom razdoblja imobilizacije, lokalni efekti mogu povećati podložnost prema ponovnom ozljeđivanju ako prikladna fizioterapijska skrb nije poduzeta.



## MODEL NESPOSOBNOSTI

“Model nesposobnosti” u fizioterapiji osigurava način klasificiranja pacijentova stanja tako da intervencija može biti detektirana na najvišoj odgovarajućoj razini. Pomoću ovog modela, fizioterapeuti mogu razviti teoretski temelj na kojem utvrđuju prosudbene postupke i konstruiraju prikladnu fizioterapijsku intervenciju. Fizioterapeut s dobrim poznavanjem uloge “Modela nesposobnosti” neće propustiti rješavanje najvažnijih problema i ciljeva za optimizaciju pacijentovih funkcija.

### Prezentacija Modela nesposobnosti

Postoje brojni modeli koji opisuju **onesposobljenost**. Jedan od njih je i ICF odnosno Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, MKF. Međutim prije upoznavanja s MKF modelom svaki fizioterapeut bi trebao biti upoznat s “Modelom nesposobnosti” koji je priznat od mnogih profesionalnih organizacija fizioterapeuta diljem svijeta.

U ovom modelu je predloženo da **aktivna patologija** je prekid ili ometanje normalnih procesa u tijelu i istovremeni napor organizma da restaurira to u normalno stanje pomoću zaštitne mobilizacije tijela i prilagođenim mehanizmima.

**Oštećenje** je bilo koji gubitak ili abnormalnost anatomskih, fizioloških, mentalnih, ili psiholoških struktura ili funkcije.

**Funkcionalno ograničenje** je restrikcija sposobnosti da se izvrši fizička aktivnost, zadatak, ili učinkovita aktivnost tipično očekivana na efikasan način na razini cijelog organizma ili osobe.

**Onesposobljenost** je nemogućnost izvođenja ili ograničenje u izvedbi aktivnosti, određenog zadatka, ili aktivnosti obično očekivane u određenim društvenim ulogama koje su uobičajene za pojedinca ili očekivane za status ili ulogu osobe u određenom sociokulturnom kontekstu i prirodnom okolišu.

“Model nesposobnosti” je često viđen kao prognostički s **aktivnom patologijom** s jedne strane i **onesposobljenosti** s druge. Međutim, moramo biti oprezni prema prikazu razina “Modela nesposobnosti” da se ne dogodi preklapanje razina koje omogućuju kretanje kroz i među razine na različitim stupnjevima procesa oporavka. Fizioterapeut bi trebao razumjeti cjelokupnu **aktivnu patologiju** koja dovodi tog pojedinca na fizikalnu terapiju, zajedno sa bilo ko-

jom paralelnom patologijom koja može postojati. Ovo razumijevanje uključuje vrste problematike koja je općenito povezana s patologijom, predviđeni rezultati ili prognoza, i što je najbitnije, vrste problema koje uzrokuje **aktivna patologija**, a koja može biti minimizirana ili ublažena kroz intervenciju. Ponekad **aktivna patologija** je nepoznata. Međutim, ovo ne bi trebalo spriječiti FT da procijeni i odredi odgovarajući tretman opcije.

**Oštećenja** su stvari najčešće uočene tijekom pregleda, a uključuju ali ne ograničavaju na: smanjenje snage, opsega pokreta, izdržljivosti, ravnoteže ili poremećaj u načinu hoda. Kad je jednom identificirano **oštećenje** fizioterapeut komparira poznatu **aktivnu patologiju** ako je ona kronična. Bilo koji nerazmjer mora biti promotren pažljivo kako bi se utvrdilo da li postoji neka druga patologija i da ako je potrebno se indicira dodatno dijagnostičko testiranje.

Tijekom pregleda, fizioterapeut započne prema izradi daljnjih ispitivanja pacijenta da bi odredio **funkcionalno ograničenje** i **onesposobljenost**. FT može raspoznati aktivnost da pacijent osjeća nemogućnost izvođenja ili ima teškoću obavljanja, kao i značajke patologije koje najviše smetaju pacijenta. Tipično, pacijentov problem se nalazi unutar razina **funkcionalnog ograničenja** i **onesposobljenosti**. **Funkcionalno ograničenje** uključuje one zadatke koje individualac pronalazi da ih teško ili nemoguće izvršava. Ovo može uključivati stvari kao dizanje predmet sa poda, obavljanje aktivnosti dnevnog života (ADŽ) i instrumentalne aktivnosti dnevnog života (IADŽ), stanjanje na jednom mjestu duže vremensko razdoblje, postupanje s predmetom u njegovoj ili njezinoj ruci, ili češljanje njegove ili njezine kose. Razina onesposobljenja je povezana s nesposobnosti ili teškoćom da

izvrši funkciju u životu, ako te funkcije su u društvu ili u obitelji. Takve uloge mogu biti briga za djecu, rad, pohađanje škole, sudjelovanje u rekreacijskim i / ili avokacijskim aktivnostima i izvođenje dobrovoljnog rada. Funkcionalno ograničenje za osobu s artritismom u koljenu može biti nemogućnost da napravi čučanj ili sjedi prekrštenih nogu na podu. Onesposobljenost za tog pacijenta može biti nemogućnost za osobu da napravi zadatke koji se odnose na rad u dječjem vrtiću, na primjer da sjedi na podu i igra se s djecom.

Preostaje da vidimo da li je oštećenje i aktivna patologija u odnosu na funkcionalno ograničenje i onesposobljenost kao očekivano. Fizioterapeut bi trebao se sjetiti da aktivna patologija i/ili oštećenje može dovesti do funkcionalnog ograničenja, ali ne mora neophodno uzrokovati onesposobljenost. Ovo ovisi o ulozi osobe unutar društva, i mogućnosti osobe da se prilagodi promijenjenom stanju i osposobljenosti. Što može biti ozbiljno funkcionalno ograničenje za jednu osobu ne mora biti za drugu. Na primjer, pojedinac s ograničenom sposobnosti hoda preko neravne površine, a koji živi u ruralnom području bez pločnika, bi mogao osjećati veće ograničenje nego indi-

vidua koja živi u Zagrebu. S druge strane, ako ograničenje smanjuje brzinu hoda, individualno hodanje na pretrpanim ulicama Zagreba bi se moglo osjećati više ograničeno nego pojedinac u malom gradiću.

Na razinama funkcionalnog ograničenja i onesposobljenosti, fizioterapeut će razmotriti najprikladnije intervencije koje omogućuju pojedincu da dosegne ciljeve. Ove intervencije mogu biti usmjerene na terapijske vježbe, ili funkcionalni zadatak može biti raščlanjen tako da se svaki dio njegove ključne komponente preustroji (reeducira) ili se mogu koristiti kompenzacijske metode i modifikacija okoliša koje će omogućiti da osoba sumira funkcije (uloge) u zajednici. Odluka koja uključuje kompenzaciju ne bi se trebala uzeti olako (štake, ortoza, kolica, hodalica ili slično). Poznavanje aktivne patologije i oštećenja će omogućiti fizioterapeutu da pomogne pacijentu u izradi najbolje moguće odluke. Naposljetku, cjelokupne odluke glede zdravstvene skrbi bi trebale biti izrađene u dogovoru s pacijentom. Glavne odluke zahtijevaju prosudbu u odnosu što je najvažnije za život pojedinca. Fizioterapeut nije u poziciji da neovisno napravi ovu odluku za pojedince koji dođu na fizikalnu terapiju.

**Tablica 1-1 Primjeri područja primjene za fizioterapijsku intervenciju unutar okvira "Modela nesposobnosti"**

AKTIVNA PATOLOGIJA	OŠTEĆENJE	FUNKCIONALNO OGRANIČENJE	ONESPOSOBLJENOST
<ul style="list-style-type: none"> <li>koštane tvorbe i osteoporoza</li> <li>promjena duljine-napetosti mišića</li> <li>upalni proces</li> <li>srčana i plućna funkcija</li> <li>opstruktivska/restruktivna plućna stanja</li> <li>inkontinencija</li> <li>zacijeljivanje rane i oblikovanje ožiljka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ravnoteža</li> <li>snaga</li> <li>abnormalni mišićni tonus</li> <li>izdržljivost</li> <li>ROM</li> <li>bol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>loša pokretljivost</li> <li>prijelazna kretanja (transferi)</li> <li>način hod (uključujući stepenice i neravne površine)</li> <li>nošenje i dizanje</li> <li>ADŽ i IADŽ</li> <li>vožnja automobila</li> <li>seksualnost</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>menadžment u kući</li> <li>radni odnos</li> <li>slobodno vrijeme i rekreacijske aktivnosti</li> <li>roditeljske funkcije</li> <li>uloga u društvu i zajednici</li> </ul>

Četiri razine "Modela nesposobnosti" mogu pomoći fizioterapeutu u postavljanju prioriteta kod rješavanja problema pacijenta i razumijevanju međusobne povezanosti između problema koji se javljaju tijekom procesa oporavka. Tablica 1-1 ilustrira tipične FT probleme određene u odnosu prema "Modelu nesposobnosti". Ovo nije iscrpna lista istih, ona služi za preporuku prema rješavanju izdvojenog zadatka FT problema kako bi pacijent razumio ciljeve koji se odnose na različite procese bolesti.

Fizioterapijska skrb bi trebala biti usmjerena na svim razinama "Modela nesposobnosti", posebice na razini funkcionalnog ograničenja i onesposobljenosti. Direktno rješavanje pacijentovih potreba na ove dvije razine će imati snažno djelovanje na pacijentovu kvalitetu življenja. Fizioterapeuti koji fokusiraju procjenu i tretman samo na razini oštećenja ili razini aktivna patologija neće u potpunosti osigurati cjelokupnu skrb prema pacijentu.

Međutim, fizioterapeuti često rade procjenu i postavljaju ciljeve koji su na razini oštećenja i prihvaćaju medicinsku dijagnozu koja opisuje samo aktivnu patologiju. U djelokrugu ovog teksta nije da prikazuje procjenu i postupke procjene na razini funkcionalnog ograničenja i onesposobljenosti ovog modela. Ali veoma je važno imati na umu, bez obzira na izbor tehnike procjene, FT se mora fokusirati na učinak na svim razinama modela. Tada će intervencija imati odgovarajuću važnost. "Model nesposobnosti" služi fizioterapeutu kao okvir za izbor odrednica kod izrade plana i programa fizioterapije koji će pomoći održati fokus za intervenciju na prikladnoj razini za obnavljanje pacijentovih funkcija.

## Ograničenje "Modela nesposobnosti"

Mnoštvo faktora koje fizioterapeuti uzimaju u obzir tijekom procesa razvijanja plana skrbi, kao što je prikazano gore, nisu odgovarajuće priznati u "Modelu nesposobnosti".

Na primjer psihosocijalni faktori (unutrašnji i vanjski) prema individualcu igraju značajnu ulogu u funkciji pojedinca i željnim rezultatima. Važno je dodatno razmotriti ove faktore s fizičkim faktorima za održanje holističkog pristupa. Fizioterapeut u postavljanju ciljeva s pacijentom/ klijentom realizira interakciju unutrašnjih i vanjskih faktora na svim razinama modela.

Medicinski wellness i promicanje zdravih stilova života su dio fizioterapijske djelatnosti i nije ih neophodno spominjati u "Modelu nesposobnosti".

Fizioterapeut mora razmotriti rizike i koristi predstavljenih potencijalnih promjena u razvoju izrade profesionalnog plana za pojedince koji primaju usluge fizikalne terapije kao i pojedince u zajednici. Ljudsko tijelo egzistira u stanju homeostaze koja može imati utjecaj npr. na promjene u mišićnom sustavu ili prenaprezanju na kardiovaskularni sustav, te takvi faktori moraju biti razmotreni od fizioterapeuta profesionalaca u dizajniranju programa zdravstvene promocije. "Model nesposobnosti" zato započinje sa aktivnom patologijom, a ne uzima u obzir normalnu funkciju starenja, različite razine kondicijskih sposobnosti i pokretljivosti, ili predispozicije prema aktivnoj patologiji temeljenoj na genetici ili faktorima rizika. Fizioterapeut bi trebao se pripremiti da riješi ove probleme s pacijentom u različitim kontekstima.



## DOKUMENTACIJA - FIZIOTERAPEUTSKI KARTON

Dokumentiran zapis procesa procjene predstavlja početak intervencijskog plana. Dokumentacija može biti dosadan aspekt pacijentove skrbi ali zapis svake epizode fizikalne terapije je važan iz nekoliko razloga. Praćenjem progresije dokumentacija služi kao smjernica za utvrđivanje što se je napravilo a što nije u intervenciji ili nedostatak o istome. Fizioterapeut održava tekuće bilježenje svih epizoda kako bi mu pomoglo riješiti probleme. Vođenjem točne dokumentacije možemo otkriti obrasce koji bi mogli spriječiti progresiju optimalne funkcije.

Posebno je važno da fizioterapeut dokumentira sadržajno značajne informacije u fizioterapeutskom kartonu. Prva početna i sljedeće epizode pacijentove skrbi moraju biti dokumentirane uključujući vrstu i parametre intervencije koji su odabrani, izravan učinak intervencije na oštećenje i promjene u funkcionalnom ograničenju ili onesposobljenju. Također bi trebala biti dokumentirana bilo koja promjena o pacijentovom stanju i prikladno modificiranje intervencije prema tim promjenama.

Dokumentacija bi trebala uključivati informirani pristanak. Informirani pristanak znači da pacijent je dobio poštovani opis određene intervencije, odnosno opis eventualnih potencijalnih rizika i koristi i usporedba tih rizika i koristi sa i bez intervencije. Pacijent bi se također trebao upoznati i s alternativnim mogućnostima intervencije.

Naposljetku, dokumentacija je ključna ne samo za pacijenta i fizioterapeuta, nego i za ostale koji nisu izravno povezani s fizioterapijskom intervencijom. A to može uključivati, na primjer zastupnike osiguravajućeg društva/zdravstvenog fonda, odvjetnike, socijalne radnike, članove obitelji i pacijentovog liječnika.

Dokumentacija bi trebala biti lagano razumljiva i od zdravstvenih radnika i laika. Mnogo puta fizioterapeuti se fokusiraju na oštećenje i zaborave dokumentirati funkcionalno ograničenje i onesposobljenost u

jasno razumljivom terminu. Međutim, laik će često lakše razumjeti djelovanje funkcionalnog ograničenja ili onesposobljenosti prije nego predstavljeno oštećenje. Na primjer, porast u rasponu pokreta kada se dokumentira samo u stupnjevima na goniometru ne znači tako mnogo laicima kao boljitak. Oni će dokumentirano lakše razumjeti sposobnost izvršenja aktivnosti s novim rasponom pokreta koja prije nije bila moguća. Dokumentacija bi trebala odražavati funkcionalne implikacije aktivne patologije i oštećenja razumljive u čitanju jednom laiku. U svim zemljama Europe naknada za fizioterapijsku uslugu obvezuje fizioterapeuta za vođenje dokumentacije. Bilo koje osiguravajuće društvo/zdravstveni fond kao uplatitelj želi znati da je novac dobro potrošio. Učinkovita dokumentacija će dozvoliti uplatitelju da zna pacijentovo stanje na početku fizioterapijske intervencije, te kako su fizioterapeut i pacijent pokušali poboljšati pacijentovo stanje, i što se dogodilo kao rezultat djelovanja fizioterapeuta i pacijenta.

Detaljan zapis svake epizode fizioterapijske skrbi će pomoći kao podrška pacijentu u slučaju da potražuje stupanj invalidnosti ili radnu odštetu. Dokumentacija svakog pacijentovog posjeta može također služiti kao svjedočanstvo na sudu. Popularno pravilo u medicini glasi "Ako nije dokumentirano, ono nije bilo niti učinjeno."



## RAZVOJ PLANA FIZIKALNE TERAPIJE

Postupovni intervencijski plan koji uključuje terapijske vježbe i ostale fizioterapijske postupke je dinamičan i reakcija je na promjenljive zahtjeve. Kompletan plan i program fizikalne terapije se modificira kroz potencijalne promjene u statusu pacijenta temeljenog na fiziološkom odgovoru na intervenciju i / ili progresiju aktivne patologije. Pacijentov status se može također promijeniti s progresijom kroz različite postavke zdravstvene skrbi (npr., akutna skrb u bolnici, intenzivna skrb u bolnici, rehabilitacijska bolnica, skrb u kući, ambulantna skrb). Postoje različiti parametri koji se moraju uzeti u obzir u odnosu na dinamičku prirodu intervencije. Ovo uključuje tekući fizikalni pregled i evaluaciju, problemsku listu i funkcionalne ciljeve.

## Pregled i procjena

Svaki posjet na fizikalnu terapiju je evaluativni posjet. Fizioterapeut će kontinuirano tražiti promjene u statusu pacijenta tijekom intervencije u obliku reevaluiranja.

Reevaluacija uvijek treba biti napravljena identičnom metodom koja se koristi i za inicijalnu procjenu: intervju, opažanje, testovi, mjerenje i kliničko zaključivanje. Međutim, reevaluiranje nije neophodno izvršiti u specifično određenom vremenskom

razdoblju kao što je to tipično za prvog posjeta pacijenta, nego fizioterapeut vrši kliničku prosudbu u donošenju odluke koje intervencije moraju biti napravljene sa svakim posjetom. Često ova odluka proizlazi od opažanja fizioterapeuta za vrijeme dok pacijent izvodi program terapijskih vježbi ili subjektivne pacijentove napomene. U protivnom koristi se izbor intervencije u odnosu na problemsku listu koja je bila utemeljena na početnoj procjeni. Na primjer, fizioterapeut će koristiti one tehnike procjene koje će informirati fizioterapeuta i pacijenta o promjeni pacijentova statusa prema (ili dalje od) optimiziranju funkcije.

FT bi trebao pripaziti kada preispituje oštećenja, da ona ne postanu fokus intervencije. Važno je održati fokus na funkcionalna postignuća. Mnoge tehnike procjene korištene od fizioterapeuta mjere oštećenja. Međutim, prepušteno je fizioterapeutu da dokumentira oštećenja koja će imati učinak na funkciju. Na primjer, povećanje od 5° glenohumeralne abdukcije može neadekvatno opisati činjenicu da pacijent je sada sposoban obući svoj kaput samostalno. Povrh toga, mali porasti u mjerenju koji se odnose na oštećenja mogu obeshrabriti one koji ne obraćaju pažnju na funkcionalna poboljšanja tijekom vremena.

## Problemska lista

Nakon početne procjene raspoloživi podaci mogu biti ponekad golemi. Možda se može dogoditi da se teško utvrdi koje oštećenje ili funkcionalno ograničenje treba izravnu pažnju. Za pomoć u usmjeravanju intervencije, FT mora pažljivo promotriti i utvrditi kako svako od oštećenja pridonosi prema funkcionalnim ograničenjima i cjelokupnoj onesposobljenosti. FT bi trebao pokušati utvrditi oštećenja koja mogu imati najizravniji učinak na restauraciju ili poboljšanje funkcije. Problemska lista razvijena pažljivom procjenom onesposobljenosti, funkcionalnih ograničenja i oštećenja će pomoći fizioterapeutu da ostane fokusiran na aspekte skrbi koji će imati najveće djelovanje na pacijentovu cjelokupnu funkciju.

Problemska lista je tekuća bitnica, odnosno popis problema pacijenta zbog kojih je on trebao fizioterapijsku intervenciju.

Problemska lista će pomoći fizioterapeutu da ostane usmjeren i prati sve parametre koje FT i pacijent žele napraviti s intervencijom. Ovo je dobar način da se provjeri dali su koncepcije FT u korelaciji s problematikom pacijenta u koju on vjeruje. Ovo je vrlo važno. Oba sudionika moraju raditi za isti cilj.

U odnosu na prioritete FT bi trebao ustrajati na pacijentovim ciljevima i percepciji problema, u prvom redu. Ako intervencija se svodi samo na to "što fizioterapeut smatra" da je glavni problem, bez uzimanja u obzir problem kojeg pacijent smatra da mu je prioritet, onda ta intervencija neće pacijentu biti od pomoći. Ponekad fizioterapeutski pogledi su u konfliktu s pacijentovim pogledima. Važno je da se ti konflikti na vrijeme usuglase s pacijentom. Bolje je uzeti vremena za saslušati pacijenta i ocijeniti njegove potrebe, nego ga sagledavati samo sa fizičke perspektive.

Definiranje funkcionalnog ograničenja i onesposobljenosti uključuje cjelokupno osobu i ulogu osobe u društvu. Bilo koja intervencija koja poboljšava fizičko blagostanje pacijenta a zapostavlja cjelokupnost osobe neće biti dobro prihvaćeno. Na primjer, mlada trudnica s križoboljom može biti najbolje tretirana s terapijskom vježbom, ali ako te vježbe ometaju skrb održavanja trudnoće, trudnica ne može pristati na program vježbi. FT razgovara s pacijentom da pronađe što pacijenta sputava ili stvara prepreke i ometa učinak rezultata fizioterapijske intervencije te da modificira istu po potrebi.

Jedan od najboljih načina je upravo započeti stvarati popis problema s jednostavnim pitanjem pacijentu "Koja je Vaša glavna teškoća zbog koje ste došli ovdje?" ili "Kako ja mogu pomoći Vama"? Ovakva i slična pitanja će obično usmjeriti FT prema najvažnijem iskazanom problemu u smislu funkcionalnog ograničenja ili onesposobljenosti. To su obično pacijentovi primarni problemi. Tablica 1-2 daje iste primjere pitanja koje FT bi mogli koristiti da pomognu pacijentu u oblikovanju njihovih problema u ostvarive funkcionalne ciljeve. Vrijeme potrošeno za uspostavljanje odnosa će pomoći pacijentu da zadobije povjerenje

u FT i bude voljniji dati informaciju koja može imati učinak na pružanje uspješne skrbi. FT gradeći povjerenje kroz otvorenu komunikaciju s pacijentom će utvrditi popis problema koji će odražavati zajednički stav FT-a i pacijenta prema istima. Problemska lista koja je centrirana na pacijenta i funkcionalno orijentirana vodi do toga da će se pacijent i FT držati istih ciljeva. Problemska lista zatim će služiti kao odgovarajući predložak za pisanje ciljeva koji će usmjeriti intervenciju.

Uz probleme koji su opisani od pacijenta, drugi izvor za problemsku listu je fizikalni pregled. FT će istražiti i dokumentirati oštećenja, funkcionalna ograničenja i onesposobljenost kao rezultat temeljitog fizikalnog pregleda. Sjeti se dokumentiranog oštećenja koje nije neophodno prioritetan problem. Mnogo puta pacijent će imati oštećenja koja nemaju veći utjecaj na tekući status ili funkcioniranje. Na primjer, ako pacijent je umirovljen, onda oštećenja koja ograničavaju izvedbu na poslu ne bi trebala biti uključena na problemsku listu. Samo ona oštećenja koja djeluju na pacijenta u smislu funkcionalnih ograničenja i onesposobljenja će se uzeti u obzir.

Prioritetna problemska lista će pomoći FT-u da se fokusira na važne aspekte planiranja intervencije za svakog pacijen-

ta. Smatrajući funkcionalno ograničenje ili onesposobljenost kao najvažniji prioritet, ono se stoga prvo demonstrira. Zatim navesti oštećenja koja su bila utvrđena prilikom prvog pregleda a koja pridonose funkcionalnim ograničenjima ili onesposobljenosti. Kada funkcionalno ograničenje ili onesposobljenost ne mogu biti riješeni izravno s fizioterapijskom intervencijom, treba usmjeriti proceduralne intervencijske napore na smanjenje oštećenja koje imaju najveći utjecaj na egzistiranje problema. Ponekad jedna intervencija može imati učinak na jedan ili više problema. Na primjer, pretpostavka da pacijent upućen od obiteljskog liječnika s medicinskom dijagnozom osteoartritisa se žali da njegovo koljeno previše otekne i bolno je dok šeta. Najvažniji prioritet u ovom slučaju je napraviti kontrolu edema, koji će ne samo smanjiti oteklinu nego i poboljšati raspon kretanja za hodanje.

Kad je problemska lista utemeljena u pacijentovom interesu onda će i popis funkcionalnih ograničenja služiti kao okvir za izradu prikladnih ciljeva. I svaki daljnji problem s liste će biti razmotren kroz jedan ili više ciljeva. Stoga stvaranje konciznog još temeljitijeg popisa problema je dobar prvi korak za određivanje ciljeva koji će konačno usmjeriti fizioterapijsku intervenciju.

## TABLICA 1-2

### RAZJAŠNJAVANJE PITANJA ZA PACIJENTA

1. Koja su vaša očekivanja ili što se Vi nadate da će te postići tijekom ove fizikalne terapije?
2. Koju vrstu aktivnosti Vi niste u mogućnosti napraviti sada a koju ste bili sposobni napraviti prije (bez obzira na problem)?
3. Što Vas dovodi na fizikalnu terapiju?
4. Što je najvažnije za Vas da vi postignete?





## SPECIFIČNA FUNKCIONALNA SKALA

Ovaj koristan anketni list može biti korišten da kvantificira ograničenje aktivnosti i izmjeri funkcionalni ishod za pacijente s bilo kojim mišićnokoštanim stanjem.

### Kliničar fizioterapeut čita i popunjava ispod:

Inicijalna procjena:

Molim vas da identificirate tri važne aktivnosti koje niste u mogućnosti izvesti ili imate teškoća prilikom izvođenja a one su rezultat Vašeg \_\_\_\_\_ problema.

Postoje li danas bilo koje aktivnosti koje niste u mogućnosti izvesti ili imate teškoća zbog vašeg \_\_\_\_\_ problema?

(Kliničar fizioterapeut pokazuje skalu pacijentu i bilježi pacijentovu vrijednost svake aktivnosti).

Ponovljena procjena  
evaluacija:

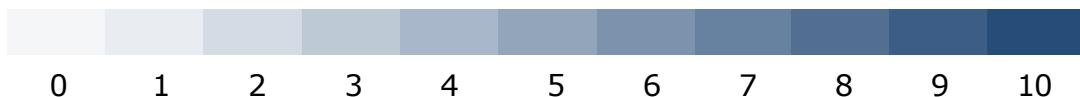
Kada sam vas procijenio/la na (fizioterapeut vidi datiran status prethodne procjene), rekli ste mi koje ste teškoće imali s \_\_\_\_\_.

(fizioterapeut čita sve zapisane aktivnosti na listi u to vrijeme).

Danas, imate li još uvijek te teškoće s \_\_\_\_\_

(fizioterapeut čita i ima pacijentov ishod za svaku aktivnost na listi)?

### Shema bodovanja specifične aktivnosti (ukaži na jedan broj):



Ne mogu izvesti  
aktivnost

Mogu izvesti aktivnost na sličnom  
nivou kao i prije ozljede/problema

### Paternalizam nasuprot pacijentove uključenosti

Jedna od najvećih zamki za pružatelje zdravstvenih usluga je pretpostavka da vlastita vjerovanja i morali su iznad pacijentovih. Ova praksa vuče korijen djelomično od tradicionalnih koncepata zapadne medicine, gdje liječnik je voditelj tima zdravstvene zaštite za pojedinca. Paternalizam u zdravstvu može biti opravdan kada pojedinci su u nemogućnosti napraviti sve odluke za sebe i zdravstveni tim tada radi limitirane odluke na pacijentovu korist. Međutim, tim mora ostati oprezan kada su napravljene ove odluke koje bi trebale predstavljati najbolje interese pacijenta. Kad se radi o hitnom slučaju, prikladno je imati educirani autoritet, gdje u tom slučaju je liječnik koji preuzima vodstvo nad situacijom. Međutim, jednom kad je hitna

situacija prošla, pacijent i obitelj mogu biti uključeni u donošenje odluka o daljnjem liječenju.

Pacijent kao centralni model zdravstvene skrbi zahtijeva da pružatelj zdravstvenih usluga razumije i razlikuje svoja osobna vjerovanja i moral od onih koje ima individualac koji traži skrb. U ovom modelu, pacijentova moralna vjerovanja su najvažniji prema procesu rehabilitacije i povrata u prijašnje stanje. Jedini način da zdravstveni praktičari osiguraju uspjeh je da mogu donositi odluke samostalno iz svog djelokruga rada u dogovoru s pacijentom.

S kontinuiranim stručnim usavršavanjem se stječe znanje i razumijevanje u osobno povjerenje koje neće moći iskriviti profesionalno mišljenje.



## PISANJE FUNKCIONALNIH CILJEVA

U prvom redu, ciljevi moraju odražavati uključenost pacijenta u utvrđivanje i odobravanje tih ciljeva. Ciljevi moraju biti povezani s problemima koji su bili identificirani unutar pregleda. Napokon, oni moraju biti mjerljivi, uzimajući u obzir kratkoročne i dugoročne ciljeve. Ciljevi ne trebaju biti pisani zasebno kao dugo/ kratkoročni ciljevi, ali bolje rečeno pisani postupno rastućim vođenjem (od manjih ciljeva prema obuhvatnijim ciljevima tijekom vremena).

Treba uključiti sve naj bitnije elemente cilja, obično napisani u funkcionalnim terminima tako da je njihov opis uočljiv, mjerljiv te da je naslovljeno **oštećenje, funkcionalno ograničenje, ili onesposobljenost**. Kada rješavamo **oštećenje, funkcionalno ograničenje i onesposobljenost**, konzultiramo se sa pacijentom prema nalazu jednog koji je najvažniji za njega. To će osigurati da dokumentirani ciljevi su usmjereni prema aktivnostima koje su značajne za pacijenta.

**Funkcionalni ciljevi** su definirani kao najznačajnije aktivnosti koje je pojedinac u nemogućnosti napraviti zbog prisutne **aktivne patologije** i zbog čega pojedinac traži fizioterapijsku skrb. Pacijentu-centrirani funkcionalni ciljevi bi trebali biti zahtijevani od zdravstvene politike, agencije za akreditaciju zdravstvene skrbi i zakonodavstva. Oni su najbitniji element u svrhu naplate intervencije od zdravstvenog fonda. Ono što je najbitnije da se fizioterapeut koncentrira na pacijentu-centrirane funkcionalne ciljeve koji trebaju biti kritični prema ispunjenju individualnih potreba svakog pacijenta.

Kod utvrđivanja ciljeva za fizioterapijsku intervenciju, postoje neke specifičnosti koje FT razmatra tijekom intervjua s pacijentom. Veoma je važno u ovo vrijeme utvrditi što bi pacijent volio postići kroz fizioterapiju, utvrditi koje su uobičajene aktivnosti pacijenta u okolini u kojem se one događaju, a zatim utvrditi ciljeve koji uključuju ove faktore. FT mora utvrditi područje aktivnosti u okolini koje su važne pacijentu i slijedom toga utvrditi prioritetne aktivnosti koje pacijent osjeća kao najvažnije, u namjeri da se poboljša pacijentovo sudjelovanje u fizioterapiji.

Mnogi novi praktičari fizioterapeuti imaju teškoća u postavljanju realnih ciljeva u razumnim vremenskim okvirima. Postoji nekoliko faktora koje FT može uzeti u obzir kada on utvrđuje ove parametre. Prvo je prognoza pacijenta. Zatim traženje znanstvenih dokaza da utvrdi koliko dugo obično traje oporavak za ovakvog pacijenta. Više o korištenju prakse temeljene na dokazu kasnije u ovom tekstu. Drugo, fizioterapeut može upotrijebiti poznavanje fiziologije prema procjeni kako dugo konkretne strukture mogu uzeti vremena za zacjeljivanje. Treće, FT bi trebao razmotriti financijska sredstva pacijenta, uključujući i vrijeme. Zatim moramo uzeti u obzir, na primjer, da li pacijent bi mogao imati pritisak za povratak na posao u određenom vremenskom roku. Iako FT ne može požuriti prirodno zacjeljivanje procesa on može predložiti prioritetne intervencije da dobije najbolje moguće rezultate u najkraćem vremenu.

Funkcionalni ciljevi trebaju biti pisani tako da čitatelj točno uočava koje aktivnosti osoba može demonstrirati kada cilj je postignut. Ovo je način objektivnog pokazivanja aktivnosti koje pacijent nije bio u mogućnosti napraviti učinkovito prije fizioterapijske intervencije a sada može. Na primjer, možda pacijent je u nemogućnosti penjati se uz stepenice nakon frakture u nožnom zglobu, u tom slučaju funkcionalni cilj se odnosi prema izvršenju ove aktivnosti da pacijent će biti sposoban popeti se uz stepenice neovisno pomoću rukohvata i/ili jedne štake ne oslanjajući se na bolesnu nogu, unutar jednog tjedana od početka primjene fizikalne terapije. Nije upitno ako pacijent može demonstrirati aktivnost da cilj bude postignut.

Mjerljiv, uočljiv, specifičan cilj će uključivati ove elemente: Tko će napraviti što, pod kojim uvjetima, kako dobro, i od kada (o' Neill i Harris; u Randallu, 2000).

"Tko" će napraviti "što" i "do kada" je razumljivo samo po sebi. "Pod kojim uvjetima" i "kako dobro" dozvoljava prilagođavanje cilja prema pojedincu, opisujući konkretno pacijentov okoliš i nužnu razinu da pacijent učinkovito funkcionira unutar te razine. Provjeri i uvjeri se da svaki cilj uključuje jedan od elementa. Komponente cilja koje će vrijediti za sve ciljeve, na primjer "tko" i "do kada" može biti napisano jednom u inicijalnim ciljevima. Na primjer, fizioterapeut može pisati: "Do kraja 2 tjedana (do kada?) pacijent (tko?) će biti sposoban kompletirati sljedeće."

Posjetite ponovo ciljeve koji su opisani prije i provjerite osnovne elemente. "Pacijent (tko?) će biti sposoban penjati se uz stepenice (će napraviti što?) neovisno (kako dobro?) pomoću rukohvata i jedne štake ne oslanjajući se na bolesnu nogu (pod kojim uvjetima?) unutar jednog tjedana kod FT (do kada?)"

Ciljevi također bi trebali odražavati problemsku listu. Fizioterapeut može uzeti u obzir više od jednog problema sa popisa s jednim ciljem, ali mora predstaviti svaki problem sa popisa unutar ciljeva. Nakon opisanih ciljeva, FT mora provjeriti koji ciljevi su utvrđeni tijekom procjene i odražavaju funkcionalna ograničenja i onesposobljenost koje je pacijent opisao. Na primjer, cilj povećanje fleksije u koljenu za 15° nije toliko važan osim ako je 15° neophodno za izvođenje funkcionalne aktivnosti, na primjer uspinjanje uz stepenice. Stoga je bolje opisati cilj tako da on uzme u obzir obnavljanje aktivne funkcije koljena s opsegom pokreta dovoljnim za penjanje uz stepenice radije nego se koncentrirati na cilj kao jednostavno povećanje raspona opsega pokreta u koljenu od 15 stupnjeva.

Ciljevi će voditi do plana za intervenciju. Dobro opisani ciljevi će pomoći fokusiranje na iste i pacijentu i fizioterapeutu. Provjeri ciljeve s obzirom na problemsku listu. Da li si naveo sve probleme? Ako ne, zašto ne? Da li problemi koji nisu sadržani u ciljevima mogu biti značajni, ne odno-

se se na funkciju ili se ne odnose na fizikalnu terapiju? Da li si nabrojio sve ciljeve koji se odnose na funkcionalno ograničenje i onesposobljenost zajedno sa oštećenjem? Da li ciljevi sadržavaju sve osnovne elemente? Provjeri ciljeve s pacijentom. Pacijent mora imati uvid preko ciljeva kako se usmjerava fizioterapijska intervencija. Provjeri da li je pacijent prihvatio dogovorene ciljeve i prioritete. Dokumentirani ciljevi koji su bili provjereni s pacijentom i odobreni od pacijenta je dio informiranog pristanaka.

Neki ciljevi mogu nasloviti probleme koji se taj čas ne odnose na fizikalnu terapiju (npr. ciljevi su usmjereni na edukaciju pacijenta i/ili skrbnika, člana obitelji). Kasnije u ovom tekstu će biti opisana važnost pacijentovih edukacijskih ciljeva. Nakon opisanih i odobrenih ciljeva od strane pacijenta fizioterapeut može planirati intervenciju.

### Dizajniranje plana fizikalne terapije u odnosu na ciljeve

Učinkovit plan za intervenciju će prvo uzeti u obzir visoko prioritetne ciljeve. Ti ciljevi su oni koji su najvažniji za pacijenta ili ciljevi koji će imati najveće cjelokupno djelovanje na reduciranje funkcionalnih ograničenja i onesposobljenosti. Prvo, intervencija mora biti u skladu s realnim ciljevima i očekivanim funkcionalnim rezultatima. Drugo, plan mora specificirati frekvenciju i trajanje i vrstu intervencije. Treće, intervencija mora uzeti u obzir edukaciju pacijenta i obitelji u odnosu na ciljeve. I intervencija mora uključivati prikladnu suradnju ili koordinaciju skrbi s drugim zdravstvenim stručnjacima.

FT bi trebao pokušati odabrati opciju intervencije koja će uzeti u obzir nekoliko ciljeva odmah. Trebalo bi napraviti provjeru da se vidi ako postoje povezani ciljevi. Na primjer, pacijent s akutnim uganućem gležnja može doživjeti i bol i oteklinu koja ograničava cijeli niz pokreta. Bol, oteklinu i reducirani raspon pokreta sprečava normalan način hoda. Dva cilja mogu biti opisana kao: "Unutar jednog tjedna, pacijent će reducirati oteklinu ili upalu koje će omogućiti bezbolno hodanje i povećati će zglobnu dorzifleksiju i plantarnu fleksiju

raspona pokreta za normalan način hoda na vodoravnoj površini". U planu skrbi, FT prvo mora pokušati pronaći način za reduciranje otekline, zatim raditi na rasponu pokreta. Ili još bolje, fizioterapeut će pronaći način da uzme u obzir oba problema istovremeno. Na primjer, pacijent može izvršiti blag djelujući raspon pokreta s eleviranom nogom. Pokušajte postići dva ili više povezanih ciljeva i odmah će te uštedjeti pacijentovo vrijeme.

### Progresija plana za intervenciju i ciljeve temeljeno na pacijentovom odgovoru na fizikalnu terapiju

Kako je spomenuto prije, proces evaluacije je u tijeku i podlozan je oblikovanju. Svaka epizoda kontakta sa pacijentom pruža drugu priliku procijene statusa pacijenta i prilagođavanje plana intervencije. Ako pacijent se vidi dvaput na dan i program u jutarnjoj fazi je naporniji, fizioterapeut može odabrati reduciranje količine opterećenja za poslijepodne. Ili s druge strane, pacijent može imati tolerantniji program ujutro i fizioterapeut može povećati intenzitet popodne.

Pacijent i fizioterapeut moraju održavati pažljivu ravnotežu unutar plana između blage i agresivne intervencije. Postoji opasnost od ili previše agresivne ili previše blage intervencije. Fizioterapeut i pacijent moraju stalno biti na osmatračnici za upozoravajuće znakove i simptome koji pokazuju da intervencija napreduje prebrzo. Previše agresivna intervencija može uzrokovati daljnje oštećenje tkiva i kašnjenje cijeljenja. Manjak ukupne kondicije koji može proizlaziti iz imobilnosti predstavlja drugu opasnost od postavljanja ostalih fizioloških struktura u opasnost. Postoje također opasnosti od prespore progresije pacijenta. Iako ovo u biti nije često zapreka prema procesu zacjeljivanja, izuzev u slučaju štetnih efekata imobilnosti. Spori tempo plana fizikalne terapije može biti uzrok drugih problema, uključujući prolongirano funkcionalno ograničenje koje dovodi dodatno do izgubljenog vremena sa radnog mjesta ili drugih zadataka, ili spora progresija može uzrokovati smanjenje morala za pacijenta i fizioterapeuta.

Najbolji način preveniranja greške u određivanju tempa u intervenciji su izrada tekuće procjene statusa pacijenta temeljeno na znakovima i simptomima, te izvještaju pacijenta i fiziologiji aktivne patologije.

Na primjer, pacijent se žali na bolove s konkretnom vježbom? U tom slučaju je možda vježba pokrenuta prerano, ili može biti da pacijent izvodi vježbu nepravilno. Ovako ili onako, fizioterapeut treba promatrati i evaluirati vježbu. Da li se pacijent vratio na terapiju s povećanom oteklinom nakon osobito dugačke šetnje? U ovom slučaju bi trebalo pokušati prekinuti šetnju totalno, a zatim ući u kraće ali češće pokušaje s produženim odmorom između i za vrijeme odmora staviti noge u elevaciju.

Intervencija terapijskom vježbom će uključivati također i sve one komponente koje pacijent može prihvatiti i izvršiti sam, općenito poznat kao program domaćeg zadatka (PDZ). PDZ izrađen u fizikalnoj terapiji i prihvaćen od pacijenta je korišten za održavanje dosega funkcije i redukcije oštećenja. Program domaćeg zadatka može također biti korišten prema poboljšanju funkcije i smanjenju oštećenja, poticanju osjećaja odgovornosti i neovisnosti kod pacijenta s produljenjem terapijske intervencije u pacijentovoj vlastitoj okolini. Fizioterapeut će proučiti okoliš u kojem pacijent će u međuvremenu biti i prilagoditi intervencije s potrebama pacijenta unutar tog okoliša. U ovom tekstu, fraza program domaćeg zadatka (PDZ) se koristi prema opisu bilo koje intervencije terapijskom vježbom koju pacijent izvodi bez neposrednog nadzora fizioterapeuta, bilo u kući, na radnom mjestu ili leži u bolnici.

Fizioterapeut će uzeti vrijeme da saslušati pažljivo pacijenta i procijeni učinke intervencije u terapiji unutar radnog mjesta ili u domaćem okolišu. FT bi trebao ispitati pacijenta oko poboljšanja od prethodnog posjeta ili od kada je pacijent zadnji put izvodio program domaćeg zadatka. FT također će pažljivo promatrati svaku novu vježbu koja je bila propisana kako bi osigurao da pacijent izvrši vježbu pravilno. Važno je napisati prikaz PDZ-a ne samo kada je vježbu početno učio, nego i nakon što je pacijent imao priliku napraviti vježbu bez nadzora.

Jedini način je pitati pacijenta da demonstrira svoj program vježbi koji je izvodio bez instrukcije FT. Procjenom kako pacijent izvodi program će pokazati da li je pacijent napravio PDZ pravilno i kako je pacijent napravio te vježbe. Ako pacijent ne može demonstrirati niti jednu vježbu bez pomoći ili pismene upute, izgleda da on nije u biti napravio što mu je zadano. Jeli pacijent izmijenio propisani program vježbi? Ako jeste, zašto i kako? Jeli izmijenjeni program prihvatljiv za dotičnog pacijenta?

FT može problem riješiti s pacijentom na način da provjeri da li PDZ može biti napravljen pravilno i učinkovito u pacijentovom okolišu.

### **Utvrđivanje plana za intervenciju temeljeno na dokazu**

Kompetentan fizioterapeut će koristiti raspoložive dokaze kao osnovu za praksu. Fizioterapeuti se oslanjaju na objavljene dokaze kao način za opravdanje i objašnjenje različitih postupovnih intervencija koje se redovito koriste.

Nažalost, unatoč naprednoj tehnologiji, postoje još uvijek mnoga neodgovorena pitanja u području fizikalne terapije. Mnoge opcije tretmana koje su bile upotrebljavane godinama ostaju nedokazane znanstvenim istraživanjem. Međutim čak iako mnoga pitanja ostaju nerazjašnjena, istraživanja izbacuju svjetlo u mnogim važnim područjima.

Vrijeme je vrijedno sredstvo za fizioterapeute i njihove pacijente. Pomoću znanstvenih dokaza kao osnove za praksu će pomoći fizioterapeutu uštedjeti vrijeme za propisivanje najučinkovitije intervencije. Koristeći dokaze također će pomoći fizioterapeutu da procijeni da li pacijent napreduje polaganije nego što bi se trebalo očekivati. Literatura temeljena na dokazima je izvor za izbor metoda i postupaka koje su bile pronađene za uspješnije progresije.

Nažalost mnogi fizioterapeuti odaberu opcije tretmana temeljene na različitim razlozima koje nisu temeljene na dokazima. Jedna studija koju su napravili fizioterapeuti u Australiji i Engleskoj pokazuje da najčešći razlog zašto je taj fizioterapeut odabrao konkretan plan za intervenciju je

bio u odnosu da li je to učio u školi. Iako je dojmljivo da je ulazni stupanj za fizioterapijsko obrazovanje postavljen za upotrebu, neke od informacija koje su predstavljene u FT školi mogu biti zastarjele nakon nekoliko godina prakse. Drugi razlozi, citirani iz spomenutog istraživanja, za biranje konkretne intervencije uključuje iskustvo od prethodnih pacijenata, kliničkih tečajeva i prijedlozi od kolega. Sve ovo mogu biti točni izvori, ali vrijedan i odgovoran fizioterapeut će osigurati izbor tretmana koji je podržan s dokazom kada god je to moguće.

Postoje neka ograničenja prema praksi temeljenoj na dokazima. Stjecanjem kritične procjene stručnosti neophodne za ispravno korištenje prakse temeljene na dokazima zahtijeva neprekidan napor i rad na istome.

Vješti kliničar fizioterapeut će pronaći malo vremena da bi pronašao odgovarajući raspoloživi izvor kako bi osigurao točan i pouzdan dokaz. Posao fizioterapeuta je da pruži najbolju moguću skrb prema pacijentu. Ako postoji raspoloživ dokaz koji će poboljšati pacijentov funkcionalni problem, fizioterapeut bi trebao pokazati da to razumije.

Fizioterapeut bi morao za razvoj plana intervencije savladati nekoliko vještina za korištenje raspoloživih dokaza. Važna vještina je sposobnost izrade prikladne odluke kada ne postoje raspoloživi dokazi." Donošenje odluke može i doista se mora događati u kontekstu kontinuirane promjenljivosti, jer pouzdanost je nedostupna i studenti uče procijeniti stupnjeve promjenljivosti i medicinsko donošenje odluke se u prvom redu treba odnositi na sigurnost, prije nego bolje rečeno oko dovoljnog konačnog izliječenja."

Fizioterapeut mora prvo prihvatiti da intervencija temeljena na dokazu je najbitniji element fizioterapeutske prakse.

Fizioterapeut bi trebao predvidjeti pitanja od pacijenta, liječnika, predstavnika osiguravajućeg društva/zdravstvenog fonda, socijalnog radnika i/ili studenta kojem je on supervizor i naravno imati odgovor.

Prema adekvatnom odgovoru na ova pitanja, fizioterapeut mora ustrajati na informaciji iz općeprihvaćene istraživačke li-

terature. Postoji mnoga mjesta za pronalazak literature koja će pomoći usmjeriti praksu. Online baze podataka obiluju informacijskim podacima (npr., PEDro, PubMed i CINAHL).

Neki od ovih online baza podataka zahtijevaju pretplatu, ali ostali su dostupni prema javnosti.

Drugi izvori uključuju publikacije profesionalnih organizacija, konferencije i stručni časopisi. Bilo koji od ovih izvora mora biti sagledan kritički prema određivanju kredibiliteta odnosno vjerodostojnosti predstavljenih informacija. Primjena kritičnog rasuđivanja prema objavljenom izvještaju uključuje provjeravanje kredibiliteta i pouzdanosti informacije.

FT bi trebao preispitati ova pitanja: Je li izvor informacija dobro poznat i respektabilan? Jesu li informacije najnovije? Imaju li informacije prikaz profesionalne procjene prije publiciranja (peer-reviewed)? Da li proučavana populacija ima zajedničko obilježje s populacijom pacijenta na kojem bi fizioterapeut želio primijeniti rezultate?

Mnoge nacionalne organizacije fizioterapeuta su izradile kliničke smjernice u fizikalnoj terapiji koje olakšavaju fizioterapeutu pronalazak raspoloživih znanstvenih dokaza prilikom odluke za izradu plana intervencije

Razvijanje prakse temeljene na dokazima uključuje proces od pet stepenica.

- Prvo, FT će izraziti potrebu za informacijom u smislu usko vezanog pitanja. Ova stepenica će pomoći suziti potragu na točno određeno pitanje. Na primjer, koji parametri će dati najbolje krajnje rezultate za pacijenta s perifernom neuropatijom?
- Drugo, FT će koristeći resurse potražiti dokaze za odgovor na ovo pitanje.
- Treća stepenica je evaluacija dokaza koji je bio pronađen. Evaluacija će uključiti informaciju i izvor informacije.
- Četvrta stepenica je koordinirati što je bilo uočeno dosad s onim što je već znano u specifičnim potrebama pacijenta. I naposljetku, FT će procijeniti kakav je bio učinak nove intervencije.

- Završna stepenica će pomoći fizioterapeutu prema učinkovitom procesu djelovanja za idući put i uključiti korisnost evaluacije nove intervencije na pacijentovo stanje.

Prema tome, u spomenutim stepenicama gore, pored čitanja sadašnje literature, kliničar mora kritično evaluirati dokaz u literaturi kako bi utvrdio relevantnost prema svojoj praksi.

Harris (1996) je predstavio način prepoznavanja nestandardnih ili alternativnih terapija koje nisu temeljene na dokazu i znakovito uključuju tretmane temeljene na teoriji koji: nisu u dogovoru s anatomijom i fiziologijom ; ne pokrivaju širok raspon patologije ili bolesti ; nemaju prijavljene nuspojave ili kontraindikacije ; nemaju podršku od peer-reviwe odnosno nisu potkrijepljeni literaturom koja proučava valjanost istraživanja s dorađenim studijima i prikladnom kontrolom (od peer-reviwe), i/ili su podržani od ljudi koji se pozivaju na emocije radije nego rezoniranje. Harris također je predložio šest režima da praktičari mogu koristiti evaluaciju znanstvenih postignuća bilo koje konkretne opcije tretmana.. Oni su izravno u suprotnosti s onim koji su navedeni gore. Prvo i prije svega se treba uvjeriti da predloženi tretman je podržan od sadašnjeg poznavanja ljudske anatomije i fiziologije. Drugo, uvjeriti se da tretman je predložen za konkretnu populaciju i nije "univerzalan lijek." Treće, pronaći popis potencijalnih nuspojava i kontraindikacija jer pouzdan tretman će imati njih. Četvrto, provjeriti tumačenje od peer-reviwe prikaza s dobro dorađenim studijima koji podržavaju tretmanski pristup. Peto, pogledati reference za taj tretman i uvjeriti se da oni su također dobro osmišljeni studiji u peer-reviwe glasilu. Naposljetku, pogledati ako je otvorena diskusija koja je potaknuta i pozvana od predlagača tehnike. Valjana tehnika će se suprotstaviti kritici ponuđenim osiguranjem.

Podržavanjem do sada istraživačke literature u području fizioterapijske prakse će omogućiti nove pristupe i pokrenuti interakcije s drugim fizioterapeutima kroz čitanje i prisustvovanje konferencijama. Na dokazima temeljena praksa će koristiti pacijentima i također fizioterapeutima.



## EDUKACIJA PACIJENTA

Edukacija pacijenta i / ili njegovog skrbnika su vrlo važna komponenta bilo koje fizioterapijske intervencije. Zapravo, čak i ako u uputi za proceduralnu intervenciju nije traženo, edukacija treba biti uključena u svaku fizioterapijsku intervenciju.

Agencije za akreditaciju zdravstvene zaštite u Europi i svijetu su utemeljile politiku koja obuhvaća edukaciju pacijenta. Kada ispituju prikaz uvjeta za akreditaciju i re-akreditaciju agencija provjerava niz kriterija u dokumentaciji pacijentove skrbi. Ovi kriteriji se odnose na sve aspekte edukacije: od određivanja potreba i usluge s obzirom na sociokulturološke, gospodarske, vjerske i tjelesne probleme i razvoju sveobuhvatnih planova s procjenom. Agencije također inzistiraju da pojedinačna edukacija treba biti razmatrana interaktivno u multidisciplinarnoj suradnji. Ovo je snažno pravilo o važnosti edukacije u planiranju intervencije. Fizioterapijska intervencija, posebno terapijska vježba, ima implikacije u svakom od ovih kriterija.

Kada fizioterapeut procjenjuje edukacijske potrebe pacijenta i njegovo razumijevanje svoga stanja, najvažniji faktor je da pacijent je upoznat sa svojim stanjem već kada ulazi u edukacijsko iskustvo. Kroz pažljivo ispitivanje, fizioterapeut može napraviti procjenu što pacijent zna ili vjeruje oko svoga stanja i što ona ili on očekuju od fizioterapije. Otvorena pitanja daju najbolje rezultate za razvrstavanje pogrešnih shvaćanja i greški u mišljenju ili informaciji. Na primjer, možete upitati pacijenta "Recite mi što vi znate o vašem stanju" ili "Jeste li već razgovarali o ovom problemu (s vašim liječnikom, vašim prijateljima, rođacima, ili tko god)?" Ova ispitivanja će otprilike dati fizioterapeutu početni dojam o pacijentovoj razini razumijevanja njegova stanja.

Edukacija pacijenta o prevenciji može izgledati da nije važan cilj kod prvog posjeta fizioterapeutu, ali ona je i te kako bitna. Na primjer, pacijent neće prigovarati ili žaliti se zbog neupućenosti kod ravnatelja ili pretpostavljenog, a niti će odgovoriti na pitanje "Što je vaš glavni cilj da postignete ovdje?" sa "Ja bih volio znati više o mom stanju problema". Prevencija ponovnog pojavljivanja ili komplikacije su rijetko primarni problem pacijenta. Pacijenti dolaze na fizikalnu terapiju "se oporaviti" da li kroz

smanjenje boli ili poboljšanje funkcije te fizioterapeut stoga treba djelovati kao edukator u izradi važne edukacije poznate kao prevencija i educirati pacijenta i /ili njegovog skrbnika..

Fizioterapeut će procijeniti sposobnost percepcije pacijenta prema izradi informiranog izbora oko sudjelovanja u intervenciji. Pacijent može izraziti konfuziju ili bojazan, ili može pokazati neshvaćanje radeći neodgovarajuće aktivnosti. Na primjer, neki ljudi mogu vjerovati da ako je propisano deset puta ponavljane vježbe, da će zatim pedeset ponavljanja biti bolje čak i ako povećani broj ponavljanja izaziva bol. S druge strane, pacijent može prestati vježbati kada ona ili on prvi put zapaze da one uzrokuju nelagodnost. Obje krajnosti mogu biti izbjegnute i raspravljene kroz edukaciju razvijenu pažljivim ispitivanjem i planiranjem.

Fizioterapeut bi trebao poticati edukaciju pacijenta isključivo uzimajući u obzir kulturološke, spoznajne i jezične mogućnosti pacijenta. Pacijenta treba lagano preplaviti s dugačkim razgovorima oko **aktivne patologije** i kako on da obrati pažnju na isto. Fizioterapeut treba skrenuti pažnju pacijentu na ono što je pacijentu teško izvodivo i što će za njega u konačnici biti najkorisnije.

Za fizioterapeuta je najvažnije da se usredotoči na problem pokreta i kretanja i spozna je o lošoj kinestetičkoj svjesnosti. Neki ljudi vode sjedilački način života i nemaju dobar kinestetički osjećaj. Propisana FT vježba bi mogla biti samo tjelesna aktivnost pacijenta prema usvajanju pravilnog držanja. Čak i studenti fizioterapije se mogu prisjetiti ranih dana svog obrazovanja kako je bilo teško dobiti kontrakciju pojedinog mišića na zahtjev, ili relaksirati ga. Slijedom toga nekad se fizioterapeuti mogu prevariti da su oni uspjeli pojačati pacijentovu tjelesnu svjesnost. Mnogi pacijenti neće imati tu pojačanu svjesnost, tako da je veoma važno za fizioterapeuta uvjeriti se da je pacijent usvojio psihomotoričku edukaciju.

Intervencija terapijskom vježbom neće biti učinkovita ako FT ne može obučiti pa-

cijenta da pravilno izvodi iste. Korištenjem verbalnih i taktilnih znakova treba obučavati pacijenta kako on osjeća vježbu kada je izvodi pravilno. Ovo će biti učinkovitije nego jednostavno demonstrirati vježbu ispred pacijenta nekoliko puta. Samo jedna ili dvije vježbe izvedene pravilno kod kuće pacijenta mogu biti korisnije nego više nepravilno izvedenih vježbi. Zapravo, nepravilno izvedene vježbe mogu napraviti više štete prisutnom problemu nego koristi.

Kreirati edukacijsko iskustvo, počivajući sa što više općenitih obuhvatnih koncepata i postupno raditi usmjerenje prema niže specificiranim. Na primjer, neki opći koncept uključuje prosječno trajanje zadržavanja i broj ponavljanja sa vježbama za istezanje. Prvo treba obučiti pacijenta broj ponavljanja i trajanje zadržavanja, radije nego obučiti pacijenta pojedinosti svake vježbe za istezanje. Na taj način, fizioterapeut kad propiše novu vježbu za istezanje, pacijent će već znati cjelokupan koncept. Drugi opći koncepti uključuju vježbe za progresiju jačanja ili kako održati ispravnu posturu za vrijeme izvođenja vježbi.

Pacijentu će biti od velike koristi ako se edukacijske upute koje su napravljene unutar prakse za fizikalnu terapiju mogu podržati s pisanim materijalima koji će osvježiti memoriju pacijentu kod kuće. Komponente materijala za edukacijsku uputu također će pomoći prilikom dokumentiranja edukacijskog iskustva koje se odvijalo. Preferirane vježbe kod kuće, kao nadopuna fizioterapijskoj intervenciji će uključivati jednostavne programe koji opisuju vježbu u ključnim riječima ili frazama i linijskim crtežima koji pokazuju smjer kretanja. Ilustracije ne trebaju biti profesionalno izrađene. Opširno opisane slike mogu izgledati zgodno, ali svrha je da pacijent razumije njih. Ilustracije su smjernice za pacijenta kako da izvodi vježbu bez opreznog oka i taktilnih znakova fizioterapeuta. Stoga slike bi trebale biti jednostavno prikazane. Jedna

stvar koja može biti osobito učinkovita je slikati pacijenta izvodeći svaku vježbu s digitalnim aparatom i napraviti isprint istih. Ovo može pomoći pacijentu da se prisjeti "osjećaja vježbe" kada je kući. Također, provjeri i uvjeri se jeli pacijent akceptirao smjer PDZ (s ponavljanjima, frekvencijom i trajanjem) koje je navedeno jasno razumljivim rječnikom pacijentu i dokumentirano s primjerima u pacijentovom prikazu.

Prisjeti se napraviti dopuštenje za pacijentove potrebe. Na primjer, upute za instrukcije moraju biti ispisane s velikim slovima za pacijenta s vizualnim oštećenjem. Pacijenti koji ne znaju čitati mogu zahtijevati posebno detaljnu ilustraciju, pokazujući sekvencu po sekvencu vježbe. Najbolji način da se uvjerite jeli edukacijska intervencija koju si dizajnirao učinkovita je da procijeniš pacijenta. FT može pitati pacijenta da ponovi ono što ona ili on rade i demonstriraju terapijske vježbe koje su mu bile propisane. Pacijentova uputa za rad kući kao dio intervencije može potrajati najduže, zato obrati blisku pažnju prema tome.

Fizioterapeuti imaju neobično veliku moć opažanja pacijenata, stoga svaki posjet FT mora uključivati obučavanje pacijenta kako on može optimizirati funkciju izvan fizioterapijske postave. Edukacija pacijenta će uključivati direktnu i indirektnu uputu u vezi s bilo kojim aspektima fizioterapijske procjene i intervencije u obliku pokazivanja prospekata, videa, drugih medija, demonstracija, taktilnih i verbalnih znakova. Svaki posjet na fizikalnu terapiju je prilika educirati pacijenta i skrbnika da budu neovisniji i samosvjesniji. Obrazovna komponenta svakog posjeta može biti fokusirana na pacijentovo veće znanje o **aktivnoj patologiji** ili jednostavno bi moglo biti ponovo ispitivanje i ispravak PDZ. Poanta je da s vremenom pacijent može upravljati svojim stanjem neovisno. Edukacijski plan se odnosi na ciljeve koji će uključivati kontinuiranu pažnju.



## SAŽETAK

Učinkovita intervencija plana i programa fizioterapije treba demonstrirati različite fizioterapeutske vještine, od pregleda, procjene, vođenja fizioterapeutskog kartona, kreiranje problemske liste, pisanje ciljeva koji se odnose na probleme, kritične procjene istraživačkih rezultata i projektiranje intervencije te edukacije pacijenta. Pacijentov slučaj će služiti kao osnova za uvježbavanje ovih vještina.