

Pogled članov rehabilitacijskega tima na postavljanje ciljev pri bolnikih po možganski kapi

Rehabilitation team members' view on how goal-setting is practised in patients after stroke

Nataša Bizovičar, Teja Kovačec Hermann

Univerzitetni
rehabilitacijski inštitut
Republike Slovenije -
Soča, Ljubljana, Slovenija

**Korespondenca/
Correspondence:**
Nataša Bizovičar,
e: bizovicar.natasa@gmail.
com

Ključne besede:
možganska kap;
rehabilitacija; postavljanje
ciljev; rehabilitacijski tim

Key words:
stroke; rehabilitation; goal
setting; rehabilitation
team members

Prispelo: 14. 1. 2018
Sprejeto: 18. 6. 2018

Izvleček

Izhodišče: Postavljanje ciljev je ključni element rehabilitacijske obravnave bolnikov po možganski kapi. V bolnika usmerjeni pristop ni pomemben le za zdravstvene in rehabilitacijske storitve, ampak ima velik pomen tudi v procesu postavljanja ciljev. Trenutne raziskave na področju rehabilitacijske obravnave bolnikov po možganski kapi še niso dale jasnega odgovora glede najboljše klinične prakse pri postavljanju rehabilitacijskih ciljev. Namen raziskave je bil ugotoviti, na kakšen način člani rehabilitacijskega tima pri bolnikih po možganski kapi postavljajo rehabilitacijske cilje, katera ocenjevalna orodja pri tem uporabljajo in katere ovire so prisotne pri postavljanju ciljev.

Metode: Anketni vprašalnik je izpolnilo 35 članov rehabilitacijskega tima na Oddelku za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča. Vprašalnik je vseboval vprašanja glede splošnih kliničnih izkušenj pri postavljanju ciljev v procesu rehabilitacije, uporabi ocenjevalnih orodij in težavah, ki se pojavijo pri postavljanju ciljev.

Rezultati: Večina članov rehabilitacijskega tima je že uporabljala postavljanje ciljev kot merilo učinkovitosti rehabilitacijske obravnave in so dojemali postavljanje ciljev kot zahteven proces. Najpogostejše ovire pri postavljanju ciljev so bile pomanjkanje časa in značilnosti bolnika (soobolevnost, osebnostne lastnosti in pričakovanja).

Zaključek: Naša raziskava je prikazala številne vidike s strani članov rehabilitacijskega tima, ki so pomembni za postavljanje ciljev v rehabilitaciji bolnikov po možganski kapi. Rehabilitacijski proces se bi moral usmeriti v bolnika in voditi do zastavljenih ciljev. V prihodnje bi bilo smiselno razviti jasne smernice glede postavljanja ciljev v rehabilitaciji bolnikov po možganski kapi kot tudi dodatno izobraževanje zdravstvenega osebja tega področja.

Abstract

Background: Goal setting is a key element in the rehabilitation process of stroke patients. Patient centeredness has not only become an important underlying principle for the delivery of health and rehabilitation services, it has also become an important aspect of the goal-setting process. Current research in the area of stroke rehabilitation suggests that there is a lack of consensus concerning best practice for goal-setting. The aim of the study was to determine how rehabilitation team members set rehabilitation goals in patients after stroke, which assessment tools do they use and what obstacles are present during the goal-setting process.

Methods: Qualitative semi-structured interviews were conducted with 35 stroke unit rehabilitation team members at the University Rehabilitation Institute. The interview included questi-

ons about clinical experience of goal setting process generally in rehabilitation, the use of assessment tools and problems that arise in setting goals.

Results: Most of the team members already used goal setting as a measure of the effectiveness of rehabilitation treatment and perceive goal setting as demanding. Most common mentioned barriers to goal setting were lack of time, and patient characteristics (disease, personality and expectations). Specific improvements were suggested regarding education.

Conclusion: This study highlights a number of issues relevant to rehabilitation team members during the goal-setting process in stroke rehabilitation. Rehabilitation process should be patient-centred and goal-directed. In the future, it is important to develop clear guidelines about goal setting in stroke rehabilitation, as well as additional training for healthcare professionals.

Citirajte kot/Cite as: Bizovičar N, Kovačec Hermann T. [Rehabilitation team members' view on how goal-setting is practised in patients after stroke]. *Zdrav Vestn.* 2019;88(7–8):304–16.

DOI: 10.6016/ZdravVestn.2694

1 Uvod

Bolniki po možganski kapi imajo pogosto fizične, kognitivne, socialne in emocionalne posledice, zaradi katerih možganska kap vpliva na mnoge vidike bolnikovega delovanja. Zato se pri obravnavi tovrstnih bolnikov priporoča multidisciplinarni timski pristop (1). Postavljanje ciljev je v sodobnem času osnovni del rehabilitacijske obravnave bolnikov po možganski kapi, kar priporočajo tudi nacionalne klinične smernice (2,3). Postavljeni cilji morajo biti jasni, razumljivi in predstavljati izziv za bolnika (4). Osredotočiti bi se morali tudi na dejavnost in sodelovanje ter tako na kratkoročne kot dolgoročne elemente (5,6). Cilji so v pomoč tudi terapevtom, saj usmerjajo terapijo, omogočajo načrtovanje odpusta in obravnavo pričakovanih bolnika ter svojcev glede napredka in napoved izida funkcijskega stanja po odpustu iz rehabilitacijske ustanove (7). Hkrati postavljanje ciljev tudi olajša komunikacijo med različnimi člani rehabilitacijskega tima in njihovo medsebojno sodelovanje (5,8).

Postavljanje rehabilitacijskih ciljev je zahteven proces, saj vsebuje različne koncepte. Potrebno je upoštevati soča-

na kratkoročna in dolgoročna pričakovanja bolnika, svojcev ter zdravstvenega osebja (9). Zdravstveno osebje je pogosto negotovo, kakšno stopnjo okrevanja je še možno doseči in kako vključiti bolnike, ki še ne vedo, kaj si želijo ali pa so njihove želje nestvarne (10). Neujemanje pri zastavljenih ciljih med člani rehabilitacijskega tima z bolnikovimi cilji je eden glavnih dejavnikov, ki poslabšajo izid rehabilitacijske obravnave (11). Scobbie in sod. v članku opisujejo, da se od terapevtov pogosto pričakuje, da postavljajo in dosežajo terapevtske cilje, čeprav pogosto nimajo jasnih navodil, ki bi jih usmerjala, kako uporabiti teoretično znanje pri postavljanju ciljev v vsakdanji klinični praksi (12). Kot najpogostejše ovire pri postavljanju ciljev terapevti v raziskavah opisujejo strah pred izgubo strokovne avtoritete in premalo časa ter virov (13,14). V dosedanjih raziskavah so bile v sklopu rehabilitacijske obravnave pri bolnikih po možganski kapi v uporabi različne metode za postavljanje ciljev, vendar do zdaj še nobene niso specifično razvili za bolnike po možganski kapi (15).

Do zdaj je bilo narejenih le malo raziskav, ki bi vključevale vidike različnih terapevtskih skupin rehabilitacijskega tima glede postavljanja ciljev pri bolnikih po možganski kapi; v večini primerov je vzorec anketiranih vseboval le po eno terapevtsko skupino (npr. zdravniške, delovne terapevte ali fizioterapevte). Raziskave so bile tudi precej heterogene, zato je bilo težko postaviti jasne zaključke glede učinkovitosti in sprejemanja postavljanja ciljev v rehabilitacijskih timih (5,16-19). V večini raziskav so se terapevti strinjali, da je postavljanje ciljev ključni proces znotraj rehabilitacijske obravnave, ki pa ga pogosto omejujejo praktične ovire. Hkrati so tudi menili, da morajo biti cilji usmerjeni v bolnika, specifični, ambiciozni in po času omejeni (20,21). Čeprav je prisotnih veliko motivacijskih dejavnikov za vključevanje bolnika v proces postavljanja rehabilitacijskih ciljev, so prisotne tudi številne ovire (npr. pomanjkanje časa, nesodelovanje bolnika, težave pri komunikaciji, organizacijske ovire), ki zmanjšujejo pogostost uporabe ciljev v klinični praksi (22). Postavljanje ciljev vodijo predvsem terapevti, bolniki in svojci pa so manj udeleženi v procesu postavljanja ciljev. Cilji so usmerjeni predvsem na dejavnost, ne pa tudi v sodelovanje (23). V literaturi je zelo redko opisana vloga medicinskih sester pri postavljanju rehabilitacijskih ciljev, zaradi česar težje dokažejo učinkovitost svojega dela (24). Edina raziskava, ki je preučevala mnenje različnih članov rehabilitacijskega tima glede vidika postavljanja ciljev pri bolnikih po možganski kapi, je vključila delovne terapevte, fizioterapevte ter logopede in je bila opravljena na sorazmerno majhnem vzorcu 13 anketiranih (20). Zato je prisotna potreba po nadaljnjem raziskovanju glede uporabe postavljanja ciljev v redni klinični praksi rehabilitacijske obravnave bolnikov po možganski kapi.

Namen naše raziskave je bil ugotoviti, na kakšen način člani rehabilitacijskega tima pri bolnikih po možganski kapi postavljajo rehabilitacijske cilje, katera ocenjevalna orodja pri tem uporabljajo, katere ovire so prisotne pri postavljanju ciljev in katere so možnosti za izboljšanje znanja na področju postavljanja ciljev.

2 Preiskovanci in metode

V raziskavo so bili vključeni vsi člani (35 oseb) rehabilitacijskega tima na Oddelku za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča. Anketni vprašalnik so izpolnili vsi sodelujoči. Sestavili smo anketni vprašalnik, ki je vseboval 13 vprašanj zaprtega oz. izbirnega tipa, pri katerih so intervjuvanci izbirali po 1 odgovor od 4 možnih odgovorov po Likertovi lestvici, 1 vprašanje zaprtega tipa, pri katerem so intervjuvanci izbrali po 1 odgovor od 3 možnih po Likertovi lestvici, 3 vprašanja zaprtega tipa, pri katerih so intervjuvanci izbrali po 1 odgovor od 2 možnih po Likertovi lestvici, 3 vprašanja zaprtega oz. izbirnega tipa, pri katerih je bilo več možnih odgovorov, 1 kombinirano vprašanje zaprtega in odprtega tipa ter 3 vprašanja odprtega tipa. Pri vprašanjih zaprtega tipa so intervjuvanci izbirali med dvema do največ med šestimi možnimi odgovori, in sicer: o zahtevnosti postavljanja rehabilitacijskih ciljev, oceni časa, v katerem je možno doseči terapevtski cilj, vključevanju bolnika v postavljanje ciljev, razlikovanju med zastavljenimi cilji bolnika in terapevtov, uporabi ocenjevalnih orodij za oceno doseganja terapevtskega cilja, kako pogosto je smiselno obveščati bolnika glede napredka pri doseganju ciljev, dejavnikov, ki preprečujejo doseganje ciljev, principih in uporabljenih metodah pri zastavljanju ciljev, lastnostih kakovostno zastavljenih



Slika 1: Zahtevnost postavljanja rehabilitacijskih ciljev.

ciljev, težavah in negativnih vidikih pri postavljanju ciljev, vplivu postavljanja ciljev na organizacijo dela v rehabilitacijski obravnavi in možnostih za izboljšanje pridobljenih znanj na področju postavljanja ciljev. Podatke iz izpolnjenih vprašalnikov smo vnesli v računalniški program Excel. Za osnovne parametre smo opravili opisno statistiko in nekatere rezultate grafično prikazali. V statistični analizi so bili podatki za številske

spremenljivke prikazani kot odstotki oziroma mediana (razpon).

3 Rezultati

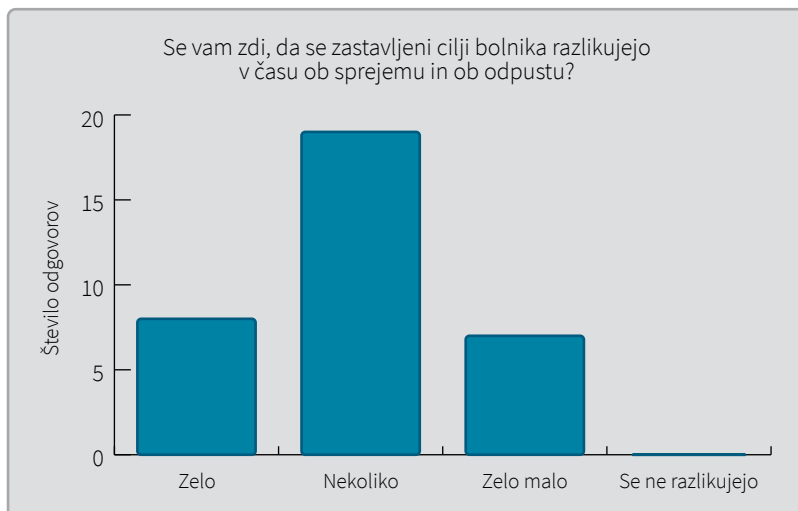
3.1 Vzorec preiskovancev

V vzorcu 35 članov rehabilitacijskega tima je bilo: 6 zdravnikov, 3 diplomirane medicinske sestre, 9 zdravstvenih tehnikov, 2 psihologinji, 2 logopedinji, 2 socialni delavki, 6 fizioterapevtov in 5 delovnih terapevtov, od tega 32 žensk in 3 moški. Mediana starosti je bila 37,0 let (razpon 24,0–67,0 let), mediana let delovnih izkušenj je bila 11,3 let (razpon 0,8–43,1 let) in mediana let delovnih izkušenj v timu za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi 7,0 let (razpon 0,08–38,0 let). Ko smo vse anketirane razdelili v podskupine glede na skupna leta delovnih izkušenj, je bilo v podskupini od 0–5 let po 9 oseb, od 5,1–10 let po 5 oseb in v skupini > 10 let po 21 oseb. Glede na leta delovnih izkušenj v timu za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi je bilo v podskupini od 0–5 let po 15 oseb, od 5,1–10 let po 8 oseb in v skupini > 10 let po 12 oseb.

3.2 Postavljanje rehabilitacijskih ciljev

V raziskavi je 88,2 % članov rehabilitacijskega tima odgovorilo, da uporablja doseganje ciljev kot merilo uspešnosti rehabilitacijske obravnave, 11,8 % pa tega še ne uporablja. Hkrati je večina članov rehabilitacijskega tima menila, da postavljanje ciljev zelo (62,9 %) ali vsaj nekoliko (34,3 %) izboljša organizacijo timskega dela, da ima malo vpliva, pa je menilo 2,8 % anketiranih.

Večina anketiranih je menila, da je postavljanje rehabilitacijskih ciljev zahteven proces (74,3 %), 25,7 % pa se to ni zdel zahteven proces (Slika 1). Hkrati so



Slika 2: Razlikovanje ciljev, ki jih postavijo bolniki ob sprejemu in ob odpustu.

se anketirani v 54,3 % tudi opredelili, da je odločanje o tem, kdaj je določen rehabilitacijski cilj dosežen, zmerno zahtevno, manj pa jih je bilo mnenja, da je zelo (11,4 %), malo (8,6 %) ali nezahtevno (26,7 %). V 54,3 % so menili, da se postavljeni cilji s strani terapevtov ob sprejemu redko spremenijo do odpusta, 40,0 % pa jih je menilo, da se cilji do odpusta pogosto, 5,7 % pa, da se vedno spremenijo. Nasprotno naj bi se zastavljeni cilji s strani bolnika v večini primerov (79,4 %) razlikovali ob sprejemu in ob odpustu (Slika 2). Dobra polovica anketiranih (54,3 %) je odgovorila, da je že ob sprejemu možno oceniti, v kolikšnem času bi

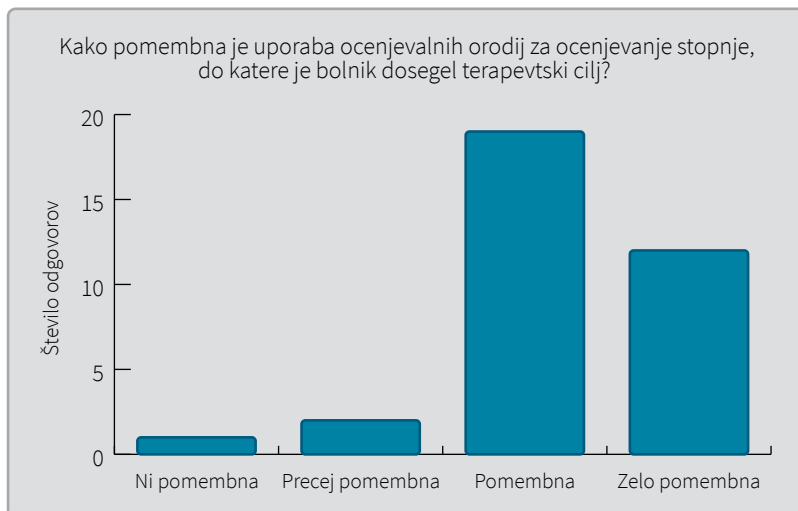
lahko bolnik dosegel določen terapevtski cilj, 45,7 % pa jih je menilo, da časovnega poteka doseganja rehabilitacijskih ciljev ob sprejemu ni možno vnaprej oceniti. Več kot polovica anketiranih je odgovorila, da je ob sprejemu bolnika redko možno načrtovati tudi dolgoročne cilje (57,1 %), 5,7 % jih je menilo, da to ni možno, v nasprotju s tem jih je 37,2 % menilo, da je že ob sprejemu pogosto možno načrtovati tudi dolgoročne cilje.

Večina (63,6 %) članov rehabilitacijskega tima ni ugotavljala negativnih vidikov postavljanja rehabilitacijskih ciljev, 36,4 % pa jih je ugotavljalo prisotne negativne vidike, med katerimi je po 1

Tabela 2: Dejavniki, ki preprečujejo hitrejšo doseganje rehabilitacijskih ciljev.

ZDRAVNIK	Splošna oslabelost in utrujanje bolnika, preoptimistično zastavljanje terapevtskih ciljev, internistični zapleti in večobolevnost bolnika, poškodbe zaradi padcev, dodatni diagnostični postopki, okužbe, epileptični napadi, izrazit upad spoznavnih in zaznavnih sposobnosti, težja stopnja motorične prizadetosti, nesodelovanje bolnika.
DMS	Nezmožnost učenja, slabo razumevanje navodil, zdravstveni zapleti (okužba, padci), pomanjkanje zdravstvenega osebja, prekratko trajanje terapij.
ZT	Poškodbe zaradi padcev, zapleti zaradi odvajanja urina in blata, potreba po osamitvi zaradi kolonizacije z večkratno odpornimi mikrobi, nestvarna pričakovanja bolnika in svojcev, nesodelovanje in nekritičnost bolnika, zdravstveni zapleti, upad spoznavnih sposobnosti, slabša splošna telesna zmogljivost.
PSIHOLOG	Zdravstveni zapleti, dodatni pregledi v drugih ustanovah, utrudljivost, nerealni cilji bolnika, osebnostni dejavniki bolnika (morebitna anozognozija, žalovanje ob spoprijemanju s stresom/boleznijo), nerealna pričakovanja svojcev, kratek čas trajanja rehabilitacijske obravnave.
LOGOPED	Težave s slušnim razumevanjem, verbalna in oralna apraksija, poslabšanje splošnega fizičnega stanja, težave s sprejemanjem bolezni in njenih posledic.
SOC. DEL.	Previsoka in nerealna pričakovanja bolnika in svojcev, slabo funkcijsko stanje bolnika, trenutne okoliščine.
FTH	Slaba srčno-dihalna zmogljivost, izrazit kognitivni upad, težave s sporazumevanjem, nerealni cilji bolnika, slabo sodelovanje bolnika, težave z učenjem, sindrom zanemarjanja ene strani telesa, internistični zapleti, težja stopnja motorične prizadetosti, neustrezna podpora svojcev, bolečina, pomanjkanje motiviranosti, motnje zaznavnih sposobnosti, težave s soočanjem z boleznijo, nerazumevanje svojcev.
DT	Izrazit kognitivni upad, večobolevnost, zdravstveni zapleti (okužba, padci, internistični zapleti), nesodelovanje bolnika, depresija, težja stopnja motorične prizadetosti

DMS – diplomirana medicinska sestra; ZT – zdravstveni tehnik; FTH – fizioterapevt, DT – delovni terapevt.



Slika 3: Pomen ocenjevalnih orodij za oceno stopnje doseganja terapevtskih ciljev.

član rehabilitacijskega tima opisal: stres za bolnika ob nedoseganju zastavljenih terapevtskih ciljev, premajhno specifičnost ciljev, preozko definiranje ciljev in s tem morebitna izpustitev drugih pomembnih ciljev, morebitne zaplete, ki bi jih prinesla sprememba rehabilitacijske obravnave zaradi prilagajanja na nov način delovanja, različno usposobljenost zdravstvenih delavcev, nezainteresiranost bolnika za doseganje ciljev, več iz-

polnjevanja obrazcev in manj stika z bolnikom ter težave, kaj storiti, ko pride do doseženega platoja pri zastavljenem cilju; 2 člana tima sta opisala: nerealna pričakovanja bolnikov in svojcev, razkorak med potrebo po dobri komunikaciji in pomanjkanjem časa za obravnavo bolnika, nedoslednost pri uporabi ocenjevalnih orodij glede doseganja ciljev; 3 člani tima so opisali: neujemanje med cilji članov rehabilitacijskega tima in bolnika.

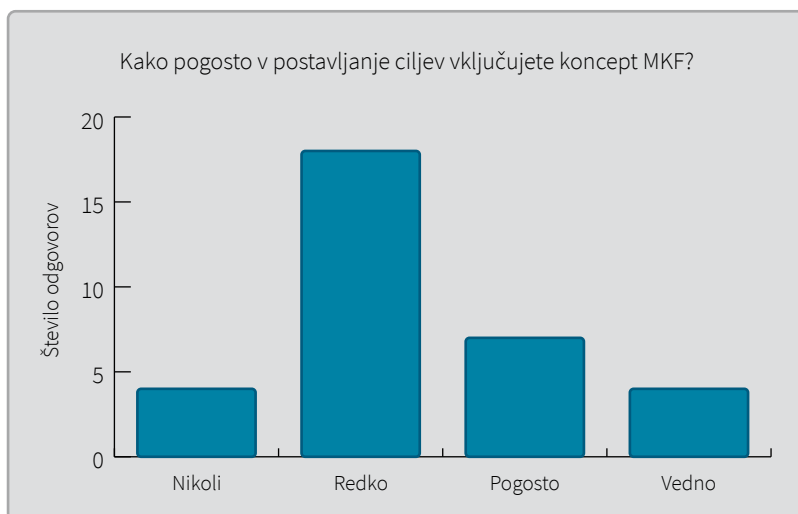
Po mnenju članov rehabilitacijskega tima je bolnik večinoma vključen v proces postavljanja rehabilitacijskih ciljev (pogosto v 60,0 %, vedno v 28,6 % in nikoli v 11,4 %). Po mnenju polovice anketiranih se cilji, ki jih postavi terapevt, pogosto razlikujejo od ciljev, ki si jih zastavi bolnik (54,3 %), 5,7 % jih je menilo, da se to vedno dogaja, 40,0 % pa da se to redko dogaja. Postavljanje ciljev pri bolnikih z afazijo je bilo zabeleženo v podobnem odstotku (vedno pri 11,4 %, pogosto pri 37,1 %) in ni predstavljalo večje težave za člane rehabilitacijskega tima (redko pri 48,6 % in nikoli pri 2,9 %).

3.3 Ocenjevalna orodja pri postavljanju rehabilitacijskih ciljev

91,2 % članov rehabilitacijskega tima je menilo, da je uporaba ocenjevalnih orodij za ocenjevanje stopnje in uspešnosti doseganja rehabilitacijskih ciljev pomembna za bolnika (Slika 3). V Tabeli 1 so člani rehabilitacijskega tima navedli, katera ocenjevalna orodja uporabljajo pri ocenjevanju doseganja zastavljenih terapevtskih ciljev.

3.4 Lastnosti rehabilitacijskih ciljev

Večina anketiranih (94,3 %) je menila, da je najpomembnejša lastnost zastavljenega rehabilitacijskega cilja, da



Slika 4: Vključevanje koncepta Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) v postavljanje rehabilitacijskih ciljev.



Slika 5: Pogostost obveščanja bolnika glede doseganja rehabilitacijskega cilja

je osredinjen na bolnika, pri čemer mora biti postavljen s sodelovanjem bolnika in terapevta. Anketirani so menili, da postavljanje ciljev omogoča bolniku razumevanje, da je rehabilitacija postopno stopnjevani proces (80,0 %), da mora postavljanje ciljev vključevati namen in čas, ki je na voljo (74,3 %), da morajo cilji upoštevati bolnikov vidik (68,6 %), da so cilji pomembni za motivacijo, interakcijo z bolnikom in za boljše sodelovanje bolnika (65,7 %), da cilji usmerijo terapevta, da je bolj specifičen pri izpolnitvi zastavljene naloge (62,9 %), manjšina pa jih je menila, da postavljanje ciljev poveča zaupanje bolnika v terapevtovo delo (34,3 %). Več kot polovica (54,3 %) članov rehabilitacijskega tima je bila seznanjena s postavljanjem ciljev po principu SMART (S – *angl.* specific (specifični), M – *angl.* measurable (merljivi), A – *angl.* achievable (dosegljivi), R – *angl.* relevant (smiselni, pomembni) in T – *angl.* timed (časovno opredeljeni)) (25), 45,7 % anketiranih še ni poznalo tega principa. Koncept Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) (26) se je po mnenju anketiranih še vedno le v 33,3 % pogosto ali

vedno vključeval v postopke postavljanja ciljev (Slika 4).

Za lažje postavljanje terapevtskih ciljev člani rehabilitacijskega tima najpogosteje uporabljajo naslednje metode: strukturirane timske seitanke (75,6 %), dokumentiranje ciljev (60,6 %), poročanje glede napredka bolnika v smeri zastavljenih ciljev (45,5 %), oceno bolnikovih in družinskih vidikov postavljanja ciljev (33,3 %) ter oceno izida postavljenih ciljev (30,3 %).

3.5 Obveščanje bolnikov glede doseganja rehabilitacijskih ciljev

Najpogosteje so člani rehabilitacijskega tima predlagali 1-krat tedensko obveščanje bolnika o napredku pri doseganju cilja (47,1 %) (Slika 5).

3.6 Dejavniki, ki preprečujejo hitrejšo doseganje rehabilitacijskih ciljev

V Tabeli 2 so člani rehabilitacijskega tima navedli, kateri dejavniki najpogosteje preprečujejo hitrejšo doseganje zastavljenih terapevtskih ciljev.

3.7 Predlogi za izboljšanje znanja na področju postavljanja rehabilitacijskih ciljev

V predlogih za izboljšanje znanja na področju postavljanja ciljev so člani rehabilitacijskega tima navedli: potrebo po dodatnem izobraževanju o postavljanju ciljev in ocenjevalnih orodjih, izobraževanju o biopsihosocialnem pristopu k zdravljenju, izobraževanju o možganski kapi in napovednih dejavnikih, uporabo ustrezne strategije postavljanja konkretnih merljivih ciljev (npr. SMART), po izboljšanju pretoka informacij in dobrem

medsebojnem sodelovanju med člani rehabilitacijskega tima, prenosom znanja med posameznimi člani terapevtske skupine, stalnim sledenjem doseganja ciljev s strani vseh članov rehabilitacijskega tima, s sprotnim seznanjanjem bolnika in svojcev glede ravni doseženih ciljev, supervizijo celotnega tima in z več časa, ki bi bil na voljo za obravnavo posameznega bolnika. Zdravstveni tehniki so pri tem vprašanju dodatno navedli, da bi si želeli večji poudarek na postavljanju in upoštevanju negovalnih ciljev. Nekateri terapevti so navedli tudi, da zaenkrat še ne poznajo izobraževanj, s katerimi bi

lahko izboljšali svoje znanje na področju postavljanja ciljev. Velika večina anketiranih je menila, da bi potrebovali dodatno izobraževanje na področju postavljanja ciljev (79,4 %), le 20,6 % jih je menilo, da tega ne potrebujejo.

4 Razpravljanje

Večina anketiranih v naši raziskavi je ocenila, da uporabljajo doseganje ciljev kot merilo uspešnosti rehabilitacijske obravnave. To se ujema s podatki drugih raziskav, v katerih so tudi poročali, da se postavljanje ciljev uporablja pri

Tabela 1: Ocenjevalna orodja pri ocenjevanju doseganja rehabilitacijskih ciljev.

ZDRAVNIK	FIM, KPSS, MKF, GAS, FMA, Presejalni test požiranja (preizkus požiranja vode), Ocena vzorca hoje, Ocena tveganja za padce, Ocena tveganja za dihalno ogroženost, Anamneza in status, Meritve aktivne in pasivne gibljivosti sklepov.
DMS	FIM, Ocenjevalna lestvica Waterlow, Negovalna anamneza, Kategorizacija bolnika, Negovalni problemi z načrtom ocenjevanja, Opazovanje sprememb in dokumentacija, Rehabilitacijski cilji v zdravstveni negi.
ZT	FIM, Obrazec za timski sestanek, Test kontinence.
PSIHOLOG	Klinična psihološka diagnostika (različni testi), Nevropsihološka diagnostika, Osnovna klinična psihološka ocena z opazovanjem vedenja, čustvovanja in razpoloženja, Heteroanamnestični podatki (svojci, tim).
LOGOPED	Frenchayski presejalni test za afazijo, Frenchayski presejalni test za dizatrijo / Ocena dizatrije po Robertsonovi, MASA, Ocenjevalna baterija: pregled govorno-jezikovnih sposobnosti – Ogrin, Opazovanje in klinični pregled govorno-jezikovnih sposobnosti.
SOC. DEL.	Ni ocenjevalnih orodij oz. ni bilo odgovora.
FTH	Meritve aktivne in pasivne gibljivosti sklepov, Ocenjevanje intenzivnosti bolečine z VAL, Časovni testi hoje, Funkcijski testi hoje, Ocena vzorca hoje, Testi dinamičnega in statičnega ravnotežja (Bergova lestvica za oceno ravnotežja, Rombergov test, Test korakanja v štirih kvadratih), Modificirana Ashworthova lestvica, PASS, Modificiran mini-BESTest, FGA, Testi senzibilitete, Testi za motorične funkcije zgornjega in spodnjega uda, Ocena asociiranih reakcij.
DT	COPM, FIM, SHAP, WMPT, Test dnevnih aktivnosti, Test škatle in kock, Test devetih zatičev, Interni testi delovnih terapevtov, Ocenjevanje intenzivnosti bolečine z VAL, Merjenje mišične moči z dinamometrom.

DMS – diplomirana medicinska sestra; ZT – zdravstveni tehnik; FTH – fizioterapevt, DT – delovni terapevt; FIM – Lestvica funkcijske neodvisnosti; KPSS – Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti; MKF – Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja; GAS – Lestvica doseganja ciljev; FMA – Fugl-Meyerjeva lestvica; MASA – Ocena sposobnosti požiranja po Mannovi; VAL – Vidna analogna lestvica; PASS – Lestvica ocenjevanja drže pri bolnikih po možganski kapi; FGA – Lestvica za oceno funkcionalnosti hoje; COPM – Kanadski test izvajanja dejavnosti; SHAP – Southamptonski test za ocenjevanje roke; WMFT – Wolfvov test motoričnih funkcij.

večini bolnikov, da se aktivnosti v zvezi s postavljanjem ciljev rutinsko dokumentirajo pri 83 % bolnikov, timski sestanki v zvezi s postavljanjem ciljev pa se najpogosteje organizirajo 1-krat tedensko (27). Tudi v raziskavi Young in sod. so člani rehabilitacijskega tima, bolniki in svojci ocenili, da je postavljanje ciljev koristno (4). Postavljanje ciljev tudi izboljša multidisciplinarno timsko delo in pomaga pri ocenjevanju izida rehabilitacijske obravnave (5). Raziskave navajajo, da so vsi člani rehabilitacijskega tima odgovorni za načrtovanje rehabilitacijske obravnave bolnikov po možganski kapi (24). Kljub temu, da so vsi zdravstveni tehniki v naši raziskavi menili, da je postavljanje rehabilitacijskih ciljev zahteven proces, so vseeno v večini primerov odgovorili, da uporabljajo postavljanje ciljev kot merilo rehabilitacijske obravnave. Zdravstveni tehniki na oddelku sicer ne postavljajo neposrednih rehabilitacijskih ciljev, ampak jih postavljajo vedno skupaj z diplomiranimi medicinskimi sestrami, toda asistirajo pri doseganju ciljev. Po podatkih literature igrajo zdravstveni tehniki pri postavljanju in doseganju ciljev pomembno vlogo, saj so največ neposredno v stiku z bolnikom, s katerim se lahko pogovorijo glede morebitnih ovir pri okrevanju ter spremljajo napredek bolnika in o tem poročajo drugim članom tima (15).

V literaturi nismo našli podatkov, v kolikšni meri se cilji terapij ali bolnika spremenijo do odpusta. Po podatkih naše raziskave zastavljenih ciljev terapiji najpogosteje ne spreminjajo, cilji bolnikov pa se pogosto spremenijo do odpusta. Cilji, ki jih postavijo bolniki, so običajno širši in vključujejo njihove dolgoročne želje in predstave glede ponovne pridobitve telesnega delovanja in neodvisnosti ter vračanja v prejšnje aktivnosti in vloge, zdravstveno osebo

pa običajno postavlja bolj kratkoročne in specifične cilje, ki se osredotočajo na okvaro funkcije pri bolniku (18,28). Po podatkih literature je cilje bolj zanesljivo napovedovati pri bolnikih z blago do zmerno okvaro, ki bodo v bolnišničnem okolju pred odpustom v domače okolje le krajši čas in bodo ob odpustu neodvisni pri skrbi zase. Pri tej skupini bolnikov bi bilo možno ponuditi seznam vnaprej postavljenih ciljev, ki bi si jih lahko sami izbrali (8). V času rehabilitacijske obravnave so bolniki v večini v akutnem ali subakutnem obdobju po možganski kapi, ko je okrevanje lahko sorazmerno hitro, zato so bolj primerni kratkoročni koraki pri postavljanju ciljev, ki vključujejo funkcijsko okvaro in osnovne aktivnosti dneva in nato postopno vodijo do dolgoročnih ciljev (28). Tudi člani rehabilitacijskega tima v naši raziskavi so v več kot polovici primerov menili, da je ob sprejemu bolnika redko možno načrtovati dolgoročne cilje. Postavljanje ciljev ima lahko tudi negativne vidike zaradi konflikta pri razlikah med postavljenimi cilji s strani terapevta in bolnika, povezave s tekmovalnostjo med bolniki in z agresivnim ocenjevanjem doseganja ciljev (6).

Podobno kot naša raziskava so tuje raziskave pokazale, da se cilji, ki jih postavi terapevt, pogosto razlikujejo od ciljev, ki jih ima bolnik (29). Zato ima po priporočilih bolnik pravico, da dejavno sodeluje pri načrtovanju in postavljanju rehabilitacijskih ciljev. Tovrstno vključevanje bolnika v postavljanje ciljev poveča bolnikovo motiviranost in zadovoljstvo, bolje izkoristi čas, ki je na voljo, omogoča celostno načrtovanje in daje bolniku občutek nadzora nad lastno rehabilitacijo (5). Po podatkih naše raziskave je bolnik večinoma vključen v proces postavljanja rehabilitacijskih ciljev, po podatkih literature pa le v 13–60 % (5,30). Po podatkih literature okoli polovica te-

rapevtov posreduje bolniku načrtovane cilje v pisni obliki (18).

Večina anketiranih v naši raziskavi je ocenila, da je uporaba ocenjevalnih orodij pomembna za ocenjevanje uspešnosti doseganja rehabilitacijskih ciljev, saj omogočajo primerjavo med različnimi bolniki in zdravstvenimi storitvami. V literaturi še ni smernic glede jasnih in enoznačnih navodil za postavljanje rehabilitacijskih ciljev pri bolnikih po možganski kapi (13). V večini primerov se še vedno uporabljajo neformalne oblike (npr. neformalni intervju), vendar so pri tem pristopu cilji pogosto nejasni in pomanjkljivega izvora (31). Redkeje se uporabljajo formalne oblike postavljanja ciljev (najpogosteje Lestvica doseganja ciljev – GAS in Kanadski test izvajanja dejavnosti – COPM, načrtovanje ciljev po principu SMART itd.) (8). GAS in COPM sta uveljavljeni lestvici, ki omogočata standardizirani pristop k ugotavljanju v bolnika usmerjenih ciljev in merjenje napredka glede zastavljenih ciljev (27). Od priporočenih ocenjevalnih orodij so v naši raziskavi delovni terapevti navedli redno uporabo COPM, ostala ocenjevalna orodja pa zaenkrat še niso v redni klinični uporabi. Uporabljajo pa se različne lestvice za ocenjevanje funkcioniranja oseb po možganski kapi. Po podatkih literature formalne metode postavljanja rehabilitacijskih ciljev uporablja le 14 % terapevtov, manj kot 5 % terapevtov uporablja vprašalnike za bolnike, da bi ocenili njihove prioritete glede postavljanja ciljev (npr. Rivermeadov vprašalnik življenjskih ciljev) (32). Čeprav je več kot polovica anketiranih odgovorila, da poznajo načrtovanje ciljev po principu SMART, se zaenkrat v redni klinični rabi še ne uporablja, po podatkih literature pa omogoča boljše načrtovanje ciljev in prinaša koristi tako za terapevte kot za bolnika, saj naj ne bi bilo časovno zamudno ali

težko (15). Na ta način se vsak cilj postavi na osnovi tarčne aktivnosti, potrebe po podpori, oceni izvedbe in potrebnega časa za doseganje določenega stanja (25). Do sedaj je potekalo nekaj raziskav, ki so pri ocenjevanju izida postavljenih ciljev uporabile koncept MKF, metaanaliza pa je pokazala pomemben vpliv na izboljšanje z zdravjem povezane kakovosti življenja in čustvenega statusa pri uporabi take oblike postavljanja ciljev (8). Koncept MKF se po podatkih naše ankete le redko vključuje v postavljanje ciljev, redno ga uporabljajo le zdravniki, ostali člani tima pa redko.

Tudi v tuji literaturi so člani rehabilitacijskega tima navajali številne dejavnike, ki negativno vplivajo na proces postavljanja rehabilitacijskih ciljev. Od zunanjih dejavnikov najpogosteje omenjajo premajhno število zdravstvenega osebja, druge zadolžitve na dan sprejema, organizacijske pritiske, pomanjkanje kliničnih izkušenj, slab prenos informacij med člani rehabilitacijskega tima, pomanjkanje časa in prekratek čas hospitalizacije (16,28). Pogosto je prisoten konflikt med hitrostjo, s katero bi bolniki želeli napredovati, in dejanskim potekom okrevanja ter težave pri prenosu ciljev iz bolnišničnega v bolnikovo domače okolje (16). Dodatni naštetni negativni dejavniki so podobno kot v naši raziskavi slabo sodelovanje bolnika, težave s komunikacijo med bolnikom, svojci in člani rehabilitacijskega tima, kognitivni upad, utrujanje, motnje razpoloženja, slabši uvid in zaničanje bolezni, nerealna pričakovanja bolnika in svojcev, pasivna osebnost bolnika, pridružene bolezni ter nihanje zdravstvenega stanja, kar vse ovira sodelovanje bolnika v rehabilitacijskih programih (18). Kot dodatno oviro so opisovali tudi, da bolnik in svojci pomanjkljivo poznajo rehabilitacijsko obravnavo in bolezensko stanje, zato slabše razumejo njihove te-

žave, rehabilitacijski proces in potencial za okrevanje (10,33). Bolnikom s težavami na govorno-jezikovnem področju ali s kognitivnim upadom je vseeno možno pomagati z načrtovanjem ciljev, čeprav jih je pogosto težko jasno razložiti bolniku. Priporoča se uporaba prilagojenega gradiva za bolnike z afazijo, komunikacijski pripomočki, slike in sodelovanje z logopedom pri postavljanju ciljev (33).

Potrebo po dodatnem izobraževanju na področju postavljanja rehabilitacijskih ciljev je poudarila večina anketiranih. Raziskave priporočajo dodatno izobraževanje z namenom usposabljanja osebje, ki ima pomanjkljivo samozavest in znanje za postavljanje v bolnika usmerjenih ciljev ter za izboljšanje sposobnosti poslušanja, pogajanja in komunikacije pri zdravstvenem osebju ter izboljšanje znanja na področju okrevanja po možganski kapi (30). Tudi bolniki potrebujejo izobraževanje glede spremembe svoje vloge iz pasivnih opazovalcev v aktivne sonačrtovalce ciljev, hkrati pa se morajo naučiti tudi komunicirati z osebjem glede lastnih potreb (29).

Vzorec anketiranih v naši raziskavi je bil majhen, saj je vključeval le člane tima za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi. Za povečanje vzorca bi bilo potrebno vključiti tudi člane drugih re-

habilitacijskih timov, ki se ukvarjajo z drugačnimi bolezenskimi stanji, kar bi lahko povečalo heterogenost podatkov. Po razdelitvi v posamezne terapevtske skupine je bilo v posameznih skupinah od 2 do 9 članov, zato uporaba statističnih testov za primerjavo rezultatov med posameznimi terapevtskimi skupinami ni bila možna.

5 Zaključek

Postavljanje rehabilitacijskih ciljev je kompleksen in zahteven proces. Kljub temu so člani rehabilitacijskega tima ozaveščeni glede pomembnosti postavljanja in sledenja ciljem v času rehabilitacijske obravnave. Pri tem v večini primerov bolnika že vključujejo v proces postavljanja rehabilitacijskih ciljev. Zavedajo se tudi morebitnih težav pri postavljanju ciljev zaradi organizacije dela in bolnikovih značilnosti. V prihodnje bo potrebnih več randomiziranih kontroliranih raziskav, ki bodo ocenile pozitivne učinke uporabe rehabilitacijskih ciljev pri rehabilitacijski obravnavi, saj so trenutne raziskave zelo heterogene in ne dajejo jasnih zaključkov. Potrebna bo tudi izdelava jasnih smernic in ocenjevalnih orodij ter dodatno izobraževanje bolnikov in zdravstvenega osebja.

Literatura

1. Young J, Forster A. Review of stroke rehabilitation. *BMJ*. 2007 Jan;334(7584):86–90.
2. Wade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clin Rehabil*. 2009 Apr;23(4):291–5.
3. Gage M. The patient-driven interdisciplinary care plan. *J Nurs Adm*. 1994 Apr;24(4):26–35.
4. Young CA, Manmathan GP, Ward JC. Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: a qualitative study of patients, carers and staff. *J Rehabil Med*. 2008 Mar;40(3):190–4.
5. 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 Jun;25(6):501–14.
6. 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 Feb;35(3):177–90.
7. Parsons JG, Plant SE, Slark J, Tyson SF. How active are patients in setting goals during rehabilitation after stroke? A qualitative study of clinician perceptions. *Disabil Rehabil*. 2018 Feb;40(3):309–16.
8. Levack WM, Weatherall M, Hay-Smith JC, Dean SG, McPherson K, Siegert RJ. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit in adult rehabilitation: summary of a Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2016 Jun;52(3):400–16.
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 Sep;19(3):147–57.

10. Holliday RC, Cano S, Freeman JA, Playford ED. Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007 Jun;78(6):576–80.
11. McGarth JR, Davis AM. Rehabilitation: where we going and how do we get there? *Clin Rehabil*. 1992;6(3):225–35.
12. Scobbie L, Wyke S, Dixon D. Identifying and applying psychological theory to setting and achieving rehabilitation goals. *Clin Rehabil*. 2009 Apr;23(4):321–33.
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 Sep;20(9):739–55.
14. Thompson C, Black L. An exploratory study of the differences between unidisciplinary and multidisciplinary goal setting in acute therapy services. *Br J Occup Ther*. 2008;71(10):422–6.
15. Hartigan I. Goal setting in stroke rehabilitation: part 1. *Br J Neurosci Nurs*. 2012;8:123–8.
16. Playford ED, Dawson L, Limbert V, Smith M, Ward CD, Wells R. Goal-setting in rehabilitation: report of a workshop to explore professionals' perceptions of goal-setting. *Clin Rehabil*. 2000 Oct;14(5):491–6.
17. Levack WM, Dean SG, McPherson KM, Siegert RJ. How clinicians talk about the application of goal planning to rehabilitation for people with brain injury-variable interpretations of value and purpose. *Brain Inj*. 2006 Dec;20(13-14):1439–49.
18. Levack WM, Dean SG, Siegert RJ, McPherson KM. Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: how clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. *Patient Educ Couns*. 2011 Nov;85(2):206–13.
19. Van De Weyer RC, Ballinger C, Playford ED. Goal setting in neurological rehabilitation: staff perspectives. *Disabil Rehabil*. 2010;32(17):1419–27.
20. Playford ED, Siegert R, Levack W, Freeman J. Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report. *Clin Rehabil*. 2009 Apr;23(4):334–44.
21. Nair KP, Wade DT. Satisfaction of members of interdisciplinary rehabilitation teams with goal planning meetings. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003 Nov;84(11):1710–3.
22. Al-Haidary H, Qannam H, Lam T. Development of a rehabilitation goal menu for inpatients with neurological disorders: application in a Saudi Arabian context. *Clin Rehabil*. 2015 Oct;29(10):1002–12.
23. Plant S, Tyson SF. A multicentre study of how goal-setting is practised during inpatient stroke rehabilitation. *Clin Rehabil*. 2018 Feb;32(2):263–72.
24. Loft MI, Esbensen BA, Kirk K, Pedersen L, Martinsen B, Iversen H, et al. Nursing staffs self-perceived outcome from a rehabilitation 24/7 educational programme - a mixed-methods study in stroke care. *BMC Nurs*. 2018 Apr;17(1):17.
25. Bovend'Eerd TJ, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clin Rehabil*. 2009 Apr;23(4):352–61.
26. Rice DB, McIntyre A, Mirkowski M, Janzen S, Viana R, Britt E, et al. Patient-Centered Goal Setting in a Hospital-Based Outpatient Stroke Rehabilitation Center. *PM R*. 2017 Sep;9(9):856–65.
27. Scobbie L, Duncan EA, Brady MC, Wyke S. Goal setting practice in services delivering community-based stroke rehabilitation: a United Kingdom (UK) wide survey. *Disabil Rehabil*. 2015;37(14):1291–8.
28. Plant SE, Tyson SF, Kirk S, Parsons J. What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clin Rehabil*. 2016 Sep;30(9):921–30.
29. McClain C. Collaborative rehabilitation goal setting. *Top Stroke Rehabil*. 2005;12(4):56–60.
30. Monaghan J, Channell K, McDowell D, Sharma AK. Improving patient and carer communication, multidisciplinary team working and goal-setting in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil*. 2005 Mar;19(2):194–9.
31. Neistadt ME. Methods of assessing clients' priorities: a survey of adult physical dysfunction settings. *Am J Occup Ther*. 1995 May;49(5):428–36.
32. Holliday RC, Antoun M, Playford ED. A survey of goal-setting methods used in rehabilitation. *Neurorehabil Neural Repair*. 2005 Sep;19(3):227–31.
33. Leach E, Cornwell P, Fleming J, Haines T. Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disabil Rehabil*. 2010;32(2):159–72.