

# DOKUMENTIRANJE FIZIOTERAPEUTSKE OBRAVNAVE

## DOCUMENTATION IN PHYSIOTHERAPY

S. Hlebš

### Povzetek

**Namen:** vsebinska dopolnitev in razširitev fizioterapije na vsa medicinska področja zahtevata ustrezno zbiranje, dokumentiranje in vrednotenje podatkov v procesu fizioterapevtske obravnave bolnika. Namen prispevka je predstaviti problematiko dokumentiranja fizioterapevtske obravnave in prikazati primer problemsko usmerjenega dokumentiranja, povzetega iz tuje literature.

**Metode dela:** pregled ustrezne literature s pomočjo podatkovne baze Medline in ročni pregled člankov ter dveh temeljnih učbenikov obdobju od leta 1981 do 2000 v slovenskem in angleškem jeziku.

**Rezultati:** izbranih je bilo deset del, ki obravnavajo dokumentiranje fizioterapevtske obravnave, problemsko usmerjen pristop dokumentiranja in uporabo oblike zapisovanja SOAP.

**Sklep:** problematika dokumentiranja še vedno zahteva iskanje ustreznih rešitev znotraj fizioterapevtske stroke in med strokami. Problemsko usmerjen pristop dokumentiranja in uporaba oblike zapisovanja SOAP lahko ponudi način za ustrezno ugotavljanje učinkovitosti fizioterapevtske obravnave, možnost za ovrednotenje klinične prakse, boljšo komunikacijo med člani delovne skupine, stimulacijo inter- in intraprofesionalnega izobraževanja, povezavo med klinično prakso in raziskovanjem ter boljši menedžment v zdravstvu.

**Ključne besede:** dokumentiranje v fizioterapiji, problemsko usmerjen pristop dokumentiranja, zapisi SOAP.

### UVOD

Prihodnost fizioterapije je odvisna od njenega strokovnega uveljavljanja in ekonomske podlage. Z novostmi v diagnostiki se uvajajo novi in izboljšani terapevtski postopki. Spreminja se struktura bolnikov, več je starejših oseb, kar bo zahtevalo prilagojeno načrtovanje in izvajanje fizioterapevtskih programov. Za učinkovitost stroke se vedno bolj poudarja pomen klinične prakse, podprte z raziskavami, kar dviguje strokovni in akademski položaj fizioterapije v zdravstvu. Treba bo ponuditi storitve in organizacijske modele na podlagi ugotovitev lastnih raziskav, primerljivih z mednarodnimi referencami, in skladno z mednarodnimi standardi.

### Abstract

**Introduction:** The marked growth of the physiotherapy profession in all fields of health care has caused the call for better data collection, documentation and evaluation. The pursue of the article is to discuss the importance of documentation in physiotherapy and to present a case of problem-oriented documentation in physiotherapy summarised from literature.

**Methods:** Review of relevant papers and hand search of literature between 1981-2000 were undertaken.

**Results:** Ten papers and bibliographies on documentation in physiotherapy were used to discuss the topic. The problem orientated approach and the use of SOAP notes in the treatment process are presented.

**Conclusion:** There is a need to develop an appropriate format of documentation within the field of physiotherapy profession and between physiotherapy and other health professions which will contribute to a more clearly defined physiotherapy discipline. Patient records could be used to stimulate inter and intra professional learning and for management purposes.

**Key words:** documentation in physiotherapy, problem orientated approach of record keeping, SOAP notes.

Uporabniki in plačniki zdravstvenih storitev se vedno bolj zanimajo za učinkovitost fizioterapije, ki jo opredeljuje razmerje med vloženi sredstvi in doseženimi učinki. Tako se povečuje zanimanje za merila učinkovitosti obravnave, ki zahtevajo natančno ocenjevanje in dokumentiranje fizioterapevtskega dela, na podlagi katerega lahko ocenjujemo vrednost in kakovost posameznika, ustanove in stroke. Vsebinska dopolnitev in razširitev fizioterapije na vsa medicinska področja namenja veliko pozornost zdravstvenih služb razširitvi dejavnosti in vrednotenju dela, manj pa je sistematičnih poskusov ugotavljanja učinkovitosti. Zdravstvena zakonodaja, zavarovalnice in pravne tožbe zahtevajo od izvajalcev zdravstvenih storitev prikazovanje in dokumentiranje uspešnosti dela. Višanje cen zdravstvenih

storitev zaradi uvajanja novih tehnologij v zdravstvu pogosto ne pomeni uspeha tudi pri bolniku. Ponovna ocena in cena ter opredeljevanje medicinsko nujnih storitev zahtevajo boljšo dokumentacijo o ustreznosti, uspešnosti in učinkovitosti zdravstvenih storitev. Fizioterapija pri tem ni izjema.

Le zapisani podatki omogočajo ugotavljanje končnih rezultatov oziroma oceno učinkovitosti metod, kakovosti dela, znanja in spretnosti ter pripravo in oblikovanje informacij, ki spremljajo in spreminjajo proces obravnave bolnika. Dokumentirani podatki omogočajo (1, 2, 3) oceno klinične prakse, problemsko usmerjen proces odločanja med zdravljenjem, stimulacijo inter- in intraprofesionalnega izobraževanja, povezavo med klinično prakso in raziskovanjem, boljši menedžment v zdravstvu, torej načrtovanje kadrov, nabavo opreme itn., komunikacijo in sporazumevanje med člani delovne skupine, ki sodelujejo v procesu obravnave bolnika, odločitev o prenehanju ali nadaljevanju obravnave ter možnost, da različne zavarovalniške družbe povrnejo stroške zdravljenja.

Fizioterapijo in njene postopke obravnave bolnika lahko opredelimo kot podsistem v sistemu zdravljenja ali rehabilitacije oziroma kot podsistem z vložki, procesom fizioterapevtske obravnave in izidi (4). Dokumentiramo lahko vsak del tega podsistema. Vložki so poleg količine in vrste razpoložljivih virov, torej osebja, opreme in prostora, načina in organiziranosti virov, ki so nujni za izbrane storitve in postopke, tudi bolniki s svojimi značilnostmi in težavami ter fizioterapevti s svojim znanjem, spretnostmi in izkušnjami. Proces se nanaša na količino in vrsto fizioterapevtskih storitev, načine, po katerih fizioterapevti ocenjujejo in obravnavajo bolnike, pa tudi na vedenje bolnikov pri iskanju in zadovoljevanju svojih potreb med obravnavo. Izidi pomenijo rezultate obravnave, ki smo jih dosegli skozi proces obravnave. Povedo, kako primerno in učinkovito so bile fizioterapevtske storitve opravljene. Izid obravnave mora kazati spremembe bolnikovega stanja pred fizioterapevtsko obravnavo in po njej. Dokumentirati je treba vse dele podsistema, vendar pa se zdi, da je izid tisti del, ki zahteva ustrezno zbiranje, dokumentiranje, vrednotenje in ocenjevanje ter s tem potrditev učinkovitosti obravnave. Raziskave v zdravstvenem varstvu kažejo šibko povezavo med procesom in izidom obravnave, kar pomeni, da optimalni proces obravnave ne zagotavlja vedno tudi optimalnega izida obravnave (3, 4). Izid obravnave mora biti torej neposredno merljiv in ustrezno dokumentiran. Večina fizioterapevtov se verjetno strinja, da je končni cilj fizioterapevtske obravnave povrnjeno ali izboljšano funkcijsko stanje in tako tudi kakovost bolnikovega življenja. Kljub temu se pri obravnavi največ pozornosti namenja odpravljanju okvare ali prizadetosti, torej izboljšani gibljivosti sklepov, zmogljivosti mišic ali aerobni zmogljivosti itn. Merjenje in dokumentiranje izboljšanja ali povrnitve funkcije pa postajata danes najpomembnejše merilo pri vrednotenju fizioterapevtskih storitev (5, 6, 7).

V tujini je ena od že nekaj časa uveljavljenih metod problemsko usmerjeno medicinsko dokumentiranje oziroma zapisovanje, ki ga je v poznih 50. letih v ZDA razvil dr. Lawrence Weed v okviru problemsko usmerjenega medicinsko-informacijskega sistema. Metoda je bila zamišljena kot multidisciplinarno računalniško zapisovanje bolnikove dokumentacije, ki je omogočalo dostopnost do vseh podatkov o bolniku, njegovih težavah in

njihovi obravnavi. Seznam bolnikovih težav in načrt obravnave so skupaj oblikovali člani delovne skupine, bolnikov napredek v procesu obravnave pa je zapisoval vsak član delovne skupine. Povratne informacije o bolnikovi težavi in njeni obravnavi so imeli kadar koli na vpogled strokovnjaki z različnih področij. Metodo so uvedli, da bi zmanjšali nepotrebno papirno dokumentacijo o bolniku, izboljšali usklajevanje med člani delovne skupine in dokumentiranje racionalizacije obravnave ali zabeleženih opazovanj ter zagotovili povratne informacije za izboljšanje obravnave.

## PROBLEMSKO USMERJEN PRISTOP DOKUMENTIRANJA

Problemsko usmerjen pristop dokumentiranja v fizioterapiji je proces reševanja bolnikovih težav, ki obsega (8, 9, 10) prepoznavanje, definicijo in analizo težave, zbiranje podatkov o težavi, oblikovanje in uvedbo rešitev ter ocenitev izida rešitev. Ko bolnikovo težavo prepoznamo, jo v nadaljevanju omejimo in razčlenimo ter določimo želeni učinek. V fazi zbiranja podatkov, ko težavo prepoznamo oziroma ugotavljamo skladnost in ujemanje z znaki o bolnikovi težavi, določimo metodo za zbiranje. Ta vključuje oceno bolnikovega stanja in druge podatke iz medicinske dokumentacije ter podatke, ki jih dobimo od drugih članov zdravstvene delovne skupine. V fazi oblikovanja rešitev analiziramo in oblikujemo seznam možnih rešitev ter izberemo tiste, ki bodo na podlagi klinične presoje oziroma na podlagi klinične prakse, podprte z raziskavami, najbolj verjetno uspešne pri reševanju bolnikove težave. Pripravimo načrt obravnave ter ustrezen izbor fizioterapevtskih metod in tehnik. V tej fazi procesa moramo presoditi tudi želeni učinek oziroma rezultat obravnave za vsako možno rešitev. Uvedba rešitev obsega uporabo izbrane rešitve v klinični praksi. Ocena rezultata rešitve bolnikove težave je želeni učinek, ki je pokazatelj učinkovitosti procesa reševanja težave. Proces reševanja težave uporabimo pri oceni bolnikovega stanja, postavljanju ciljev, načrtovanju in ocenjevanju učinkovitosti fizioterapevtske obravnave.

Pri problemsko usmerjenem pristopu dokumentiranja v fizioterapiji ločimo več vrst zapisov (2, 3, 10), in sicer bolnikove podatke, seznam bolnikovih težav, cilje, načrt obravnave, dokumentiranje sprememb bolnikovega stanja in končno poročilo ob odpustu.

## Dokumentiranje bolnikovih podatkov

Prva sestavina problemsko usmerjenega pristopa dokumentiranja je ocena bolnikovega stanja. Ta vsebuje osebne in subjektivne podatke, sedanje in pretekle bolnikove težave, socialni status, medikamentno terapijo ter objektivne fizioterapevtske podatke o bolniku, na primer oceno pri inspekciji in palpaciji, obseg gibljivosti sklepov in zmogljivost mišic, oceno drže in hoje itn. Podatke o bolniku navadno zapišemo na posebne obrazce, ki so jim lahko dodani še strukturirani obrazci, ki jih uporabimo za dokumentiranje ocene bolnikovega stanja. Na problemsko usmerjeni pristop dokumentiranja ne vpliva toliko način, kako ocenimo bolnikovo stanje, temveč to, kako bomo podatke uporabili. Podatki o bolniku so podlaga za oblikovanje seznama bolnikovih težav (10).

## Dokumentiranje seznama bolnikovih težav

Seznam bolnikovih težav je eden od najpomembnejših korakov problemsko usmerjenega dokumentiranja, ker se nanj nanaša vse nadaljnje dokumentiranje. Seznam je končan po oceni bolnikovega stanja in mora biti strnjen prikaz vseh bolnikovih težav. Kako ga zapišemo? Uporabimo vse pomembne podatke in pri tem:

- vključimo bolnika, kadar koli je mogoče (primer: če bolnik ne more sodelovati pri dokumentiranju svojih težav, če je na primer nezavesten, v proces vključimo njegove svojce oziroma skrbnike in druge člane delovne skupine);
- identificiramo težave, ki jih lahko s fizioterapijo zmanjšamo, odpravimo ali rešimo;
- identificiramo težave, ki lahko tudi neugodno vplivajo na fizioterapevtsko obravnavo (primer: depresija lahko neugodno vpliva na bolnikovo motiviranost);
- kadar so težave le možne, jih zapišemo kot »nevarnosti za« (primer: ležanje v postelji → nevarnost za pljučno infekcijo ali globoko vensko trombozo);
- omejimo se na prepoznavanje najpomembnejših bolnikovih težav in ne množice nepomembnih;
- zapisujemo bolnikove težave za postavitev ciljev;
- zapisujemo, kdaj je bila težava rešena, in dodamo zapis novih, če so se te pojavile.

Dokumentiranje seznama težav je dinamičen in ne statičen proces. Statičnost kaže na prepoznavanje prevelikega števila težav ali nestvarno, neustrezno prepoznavanje težav, zato ostajajo nerešene (8). Zapisovanje seznama bolnikovih težav zagotovi ustrezno oceno, načrtovanje in obravnavamo vsakega bolnika posamezno. Oblikovanje bolnikovih težav mora biti takšno, da je za fizioterapevta koristna informacija za postavitev ustreznih ciljev in izbor fizioterapevtskih metod ter tehnik obravnave. Primer neustreznega oblikovanja bolnikovih težav:

Bolnikove težave:

- zadihanost,
- nepravilen vzorec hoje.

Zgornji primer bolnikovih težav ne opiše ustrezno, zato je za fizioterapevta opis nekoristen. Oblikovanje težav, ki daje primerne informacije in fizioterapevtu omogoči, da postavi ustrezne cilje in fizioterapevtsko obravnavo, je za fizioterapevta koristno.

Primer ustreznega oblikovanja bolnikovih težav:

- zadihanost:
  - po krajši telesni aktivnosti,
  - zaradi zmanjšane nadzora diafragmalnega dihanja;
- nepravilen vzorec hoje:
  - zmanjšana mišična moč kolčnih abduktornih mišic (pozitiven Trndelenburgov znak) na levi strani,
  - zmanjšan obseg gibljivosti v desnem kolenskem sklepu,
  - bolečina v kolčnem sklepu v fazi zamaha.

## Dokumentiranje ciljev in načrta obravnave

Za vsako prepoznano bolnikovo težavo fizioterapevt postavi cilj oziroma cilje. V opredelitev ciljev vedno vključimo bolnika z njegovimi potrebami in željami. Cilji morajo postati njegovi cilji in podlaga za motivacijo, ker je pri obravnavi sam subjekt

obrnave. Bolnik mora najti povezavo med fizioterapevtskimi izvajanjem in svojimi cilji. Jasno določeni cilji zagotavljajo podlago za izbran načrt in oceno učinkovitosti fizioterapevtske obravnave. Cilji so želeni učinki obravnave in opis zmogljivosti, ki jih bolnik doseže, preden se odločimo za naslednji korak pri obravnavi ali za njen konec. Vsak postavljen cilj naj bi dal odgovore na štiri bistvena vprašanja.

1. Kdo bo dosegel cilj? Bolnik.
2. Kaj bomo dosegli s ciljem? Določeno zeleno aktivnost ali stopnjo zmogljivosti, ki mora biti stvarna, neposredno merljiva ali vidna in izražena, če je mogoče, v obliki funkcije.
3. Kako bomo dosegli cilj in pod kakšnimi pogoji? Z opisom funkcijske samostojnosti bolnika, pomočjo, uporabo pripomočkov in drugim.
4. Kdaj bomo dosegli cilj? Definicija časovnega obdobja za doseganje cilja.

Pri postavitvi ciljev je bistveno, da jih zapišemo tako, da jasno opišejo, kaj je ali bo bolnik dosegel. Cilj mora biti merljiv, zato opis izberemo tako, da iz njega lahko razberemo aktivnost ali raven funkcije, ki jo je ali jo bo bolnik dosegel.

Primer neustrezno opredeljenih ciljev: bolnik bo sposoben prehoditi daljšo razdaljo v enem tednu.

1. Kdo bo dosegel cilj? Bolnik.
2. Kaj bomo dosegli s ciljem? Daljšo prehojeno razdaljo.
3. Kako bomo dosegli cilj pod kakšnimi pogoji?
4. Kdaj bomo dosegli cilj? V enem tednu.

Če primerjamo zapis ciljev z zgoraj navedenimi sestavinami, ugotovimo, da so cilji postavljeni neustrezno. Manjkajoči del "kako" ne opredeli pogojev in ravni funkcijske samostojnosti bolnika, "kaj" pa ni neposredno merljiv, kar zamegli jasno opredeljen cilj.

Primer ustrezno opredeljenih ciljev: bolnik bo sposoben prehoditi razdaljo sedmih metrov od postelje do kopalnice, in sicer z uporabo hodulje in ob pomoči ene osebe v enem tednu.

Cilje lahko alternativno razdelimo na funkcijske in klinične. Primer: bolnik z artritisom kolenskega sklepa. Funkcijski cilj: bolnik bo sposoben sedeti eno uro z minimalnim neugodjem po petih fizioterapevtskih obravnavah. Klinični cilj: zmanjšanje bolečine na VAL s sedem na tri po petih fizioterapevtskih obravnavah, ohranitev polnega obsega giba bilateralno, normalna mišična zmogljivost m. quadriceps bilateralno.

Postavitev ciljev zahteva veliko izkušenosti pri klinični presoji. Nesmiselno je postavljati cilje, ki jih z bolnikom ne bomo mogli doseči ali jih sploh ne bomo ovrednotili. Namen vrednotenja ciljev je izboljšanje oziroma dokazovanje učinkovitosti klinične prakse. Postavljenih ciljev ne dosežemo vedno, na kar vpliva več dejavnikov. Mogoče smo cilje postavili neprimerno, slabo ocenili bolnikovo stanje, preveč pričakovali, slabo ocenili časovno obdobje za doseganje cilja ali pa je mogoče bolnikovo stanje doseglo zgornjo mejo njegovih sposobnosti. Dejavniki, ki vplivajo na to, da ne dosežemo ciljev, so tudi:

- zunanji – bolnik na primer nima organiziranega prevoza na terapijo;
- dejavniki bolnika – na primer poslabšanje njegovega

zdravstvenega stanja (hemiplegični bolnik je ponovno utrpel napad CVI), bolnik je z obravnavo nezadovoljen, ker fizioterapevtovi cilji niso skladni z njegovimi;

- dejavniki fizioterapevta – na primer nepravilno izbrane ali uporabljene metode in tehnike obravnave.

Načrt obravnave se mora nanašati na seznam bolnikovih težav in postavljene cilje. Omogočati mora vse podatke, iz katerih je razvidno, katero ali kakšno fizioterapevtsko obravnavo je ali bo bolnik prejemal. Pri dokumentiranju načrta fizioterapevtske obravnave za terapevtske vaje na primer zapišemo začetni položaj za vsako vajo, natančno opišemo vaje, zapišemo število ponovitev, frekvenco obravnave oziroma vaj in kratkoročni napredek po obravnavi.

## Dokumentiranje napredka in končno poročilo ob odpustu

Pri dokumentiranju napredka je nujno sprotno spremljanje bolnikovega stanja, ki naj postane rutinsko in sestavni del obravnave. Spremljanje bolnikovega stanja je podlaga za presojo spremembe, torej izboljšanja oziroma poslabšanja, med fizioterapevtsko obravnavo in po njej ali za prilagajanje postopkov, ki jih fizioterapevt izvaja za doseganje zelenih učinkov. Končno poročilo je tisti del dokumentacije, ki vsebuje vse podatke o bolniku ob koncu fizioterapevtske obravnave in spodbuja sistematično in kritično analizo učinkov obravnave.

Končno poročilo mora:

- nanašati se na seznam bolnikovih težav;
- vsebovati podatke o težavah, ki jih je bolnik imel, kako so bile obravnavane in kakšni so bili učinki obravnave;
- opredeliti, katere težave so bile rešene in katere ne, in navesti razloge;
- jasno opisati, kakšni so bili bolnikovo začetno stanje, uporabljena fizioterapevtska obravnava ali postopek in sedanje stanje;
- vsebovati navodila, predloge in priporočila za morebitno obravnavo v drugi ustanovi, na domu ali v zdravilišču.

## Dokumentiranje SOAP

Najbolj pogosto uporabljen način problemsko usmerjenega dokumentiranja je zapisovanje SOAP (2, 10), ki je v tuji strokovni literaturi dobro izdelan in najbolj pogosto uporabljen v procesu obravnave bolnika v klinični praksi. Obliko zapisovanja SOAP uporabimo pri dokumentiranju ocene začetnega stanja bolnika, spremljanju sprememb bolnikovega stanja in pisanju končnega poročila (4).

SOAP je okrajšava za opredeljevanje delov bolnikove dokumentacije in obsega:

- subjektivne zapise (ang. *subjective*),
- objektivne zapise (ang. *objective*),
- zapise ocenjevanj (ang. *assessment*),
- zapise o načrtu dela (ang. *plan*).

Subjektivni zapisi so podatki, zbrani na podlagi izmenjave podatkov med bolnikom in fizioterapevtom, ali podatki, ki jih dobimo od bolnikovih svojcev oziroma skrbnikov.

Primeri iz subjektivnih podatkov:

- bolnikov opis težav in zgodovine bolezni,
- bolnikov opis dosedanjega poteka zdravljenja,
- bolnikov opis predhodnih obolenj, bolezni in težav,
- bolnikov opis njegovega psihološkega stanja, socialne, družinske ali poklicne problematike,
- bolnikovi pričakovani cilji obravnave,
- bolnikov opis učinkov ali odzivov na obravnavo.

Objektivni zapisi – iz podatkov, zbranih iz medicinske dokumentacije, in bolnikovih subjektivnih podatkov fizioterapevt opravi potrebne objektivne meritve. Rezultati meritev se nanašajo na vse meritve, ki jih opravi fizioterapevt za dokumentiranje ocene začetnega stanja bolnika, sprememb med fizioterapevtsko obravnavo in pri pisanju končnega poročila. Čeprav so meritve, ki jih opravljajo fizioterapevti, vsaj delno odvisne od njih, je za objektivne meritve značilno, da niso primarno odvisne od fizioterapevtove presoje. Ponavadi vključujejo uporabo instrumentov oziroma pripomočkov, pri čemer rezultate meritev izrazimo v merskih enotah. Za določitev objektivnosti meritve je vedno treba oceniti njeno zanesljivost in veljavnost. Podatke meritev uporabimo za načrtovanje primerne obravnave in primerjavo s podatki iz preteklosti ali v prihodnosti, ko spremljamo bolnikov napredek (4, 5, 6). Rezultati meritev morajo biti zapisani organizirano in v standardni fizioterapevtski terminologiji ter razdeljeni glede na vrsto meritev ali testov, ki jih fizioterapevt opravi. Rezultate meritev lahko organiziramo v kategorije, na primer meritve gibljivosti sklepov, mišične zmogljivosti, senzibilnosti in ocena drže, na prizadeta področja, na primer zgornji udi, spodnji udi in trup, ter na funkcijske sposobnosti, na primer časovno merjeni test hoje, enonožni skok v daljino, dnevne aktivnosti in transfer. Za zapise določenih meritev lahko uporabimo strukturane obrazce oziroma formularje.

V kategorijo objektivnih zapisov sodijo tudi podatki, ki so:

- del zgodovine bolnikove bolezni, zapisane v medicinski dokumentaciji, in se nanašajo na bolnikovo sedanjo težavo oziroma težave, na primer totalna endoproteza desnega kolenskega sklepa pred enim letom;
- rezultati fizioterapevtovih opazovanj, na primer ocena dnevni aktivnosti – nesamostojen pri transferu iz postelje, ocena hoje – krajša faza obremenitve na desnem spodnjem udu, itn.;
- deli fizioterapevtske obravnave ali postopkov, na primer število ponovitev vaj oziroma aktivnosti in raven bolnikove samostojnosti pri njihovi izvedbi.

Zapisi ocenjevanj – iz podatkov subjektivnih in objektivnih zapisov fizioterapevt interpretira ter prepozna bolnikove težave. Iz teh podatkov sestavi seznam težav in njihovo logično prednost. Skupaj z bolnikom oblikuje cilje, ki morajo biti prvenstveno bolnikovi cilji. Postavljene cilje časovno določi na kratkoročne in dolgoročne. Dolgoročni cilji so navadno končni cilji obravnave, ki temeljijo na seznamu bolnikovih težav in so podlaga za postavljanje kratkoročnih ciljev. Dolgoročni cilji zahtevajo klinično presojo fizioterapevta, pa tudi pričakovano in želeno raven funkcije ali aktivnosti glede na bolnikovo življenjsko in delovno okolje. Kratkoročne cilje opredelimo kot posamezne korake za doseganje dolgoročnih ciljev. Postavitev kratkoročnih ciljev temelji na dolgoročnih ciljih. Kratkoročni

cilji so vodilo za neposredno fizioterapevtsko obravnavo bolnikovih težav. Časovno obdobje za doseganje kratkoročnih ciljev je navadno krajše kot pri dolgoročnih. Pregled kratkoročnih mora biti reden za sprotno spremljanje in doseganje ali nedoseganje bolnikovega napredka. Podobno kot pri dolgoročnih tudi postavljanje kratkoročnih ciljev zahteva dobro klinično presojo in izkušena fizioterapevta.

Primeri iz kategorije ocenjevalnih podatkov:

- seznam bolnikovih težav

Primer:

- nesamostojen pri transferu,
- nesamostojen pri hoji po ravni podlagi,
- ↓ gibljivost kolenskega sklepa desno,
- ↓ mišična moč m.quadriceps/biceps femoris desno,
- ↓ vzdržljivost med hojo,

- prednostni cilji glede na bolnikovo težavo

Primer:

– dolgoročni cilji:

- samostojnost ležeč ↔ sedeč položaj, sedeč položaj ↔ stoje, stol ↔ postelja za neodvisnost pri vsakodnevnih aktivnostih v treh tednih (pokrije 1. težavo);
- samostojnost pri hoji z berglami po ravni podlagi s polnim obremenjevanjem desnega spodnjega uda najmanj 20 metrov v treh tednih (pokrije 2. in 5. težavo);
- ↑ obseg gibljivosti v desnem kolenskem sklepu za 50° v treh tednih (pokrije 3. težavo);
- ↑ mišična moč m. quadriceps na oceno 4 v treh tednih (pokrije 4. težavo);

- določanje dolgoročnih oziroma kratkoročnih ciljev

Primer:

- dolgoročni cilj: samostojnost bolnika pri hoji z berglami po ravni podlagi s polnim obremenjevanjem desnega spodnjega uda najmanj 20 metrov v času treh tednov;
- kratkoročni cilj: bolnik bo prehodil pet metrov z oporo v paralelni bradlji in s 30-odstotnim obremenjevanjem telesne teže desnega spodnjega uda v treh dneh, ob minimalni pomoči ene osebe;
- pregled kratkoročnega cilja, ko bolnik napreduje: bolnik bo prehodil deset metrov s stativom za hojo s 30-odstotnim obremenjevanjem desnega spodnjega uda v enem tednu, ob minimalni pomoči ene osebe.

V kategorijo ocenjevalnih podatkov lahko fizioterapevt zapiše tudi:

- morebitne neskladnosti med subjektivnimi in objektivnimi podatki: bolnik na primer meni, da potrebuje pomoč pri hoji za odpust domov, fizioterapevt pa s funkcijskim ocenje-

vanjem ugotovi ustrežno raven samostojnosti in vzdržljivosti pri hoji;

- razlago, zakaj bolnik ne napreduje skladno s postavljenimi cilji: bolnik na primer potrebuje ponovno pomoč pri transferu v zadnjih dveh tednih zaradi neaktivnosti po prebolelem pljučnem infektu;
- morebitne težave pri opravljanju meritev zaradi slabega bolnikovega sodelovanja (ocena mišične moči na primer ni mogoča, ker bolnik zavrača testni položaj) ali njegovega zdravstvenega stanja (meritev gibljivosti levega kolčnega sklepa na primer ni mogoča zaradi nedavne operacije);
- priporočila za nadaljnja ocenjevanja, meritve oziroma testiranja ali obravnavo v prihodnosti, ki niso del sedanje obravnave: bolnika z akutno bolečino v križu bi bilo na primer treba po končani terapiji vključiti v program šole proti bolečini v križu.

Kategorije podatkov ocenjevanj (ang. assessment) sintetizirajo bolnikove težave, cilje, za katere fizioterapevt strokovno presodi, da jih bo bolnik dosegel za njihovo rešitev, in razlago ugotovitev, povezanih s subjektivnimi in objektivnimi zapisi podatkov. Zapisi ocenjevanj kot celota zahtevajo veliko profesionalnih izkušenj pri klinični presoji.

Zapisi o načrtu dela, torej načrt terapije, je končni korak pri načrtovanju procesa obravnave bolnika. Vsebuje zapise o terapiji oziroma obravnavi, ki jo bo bolnik prejemal, in temelji na predhodni postavitvi ciljev. Dokumentiranje načrta obravnave v končnem poročilu je vsota terapij, ki jih je bolnik prejemal, vsebuje pa lahko tudi edukativna navodila za bolnika, pisna navodila, brošure ali pripomočke, ki jih bolnik dobi ob odpustu, ter priporočila za morebitno nadaljnjo obravnavo.

Primeri iz kategorije P-podatkov:

- frekvenca obravnave (dnevna, tedenska),
- obravnavo oziroma terapijo, ki jo bo bolnik prejemal,
- skupno število obravnav oziroma terapij, število bolnikovih obiskov na terapiji,
- lokacija obravnave (kje – ob postelji, v ambulanti, bazenu, doma, drugo),
- načrt za nadaljnjo ali ponovno oceno,
- načrt za odpust,
- edukativna navodila bolniku ali svojcem (pisna navodila, brošure),
- morebitni pripomočki za izvajanje terapije.

Primer: načrt obravnave bolnika

- Ultrazvočna terapija: W/cm, čas, trajanje, mesto aplikacije, zahtevan položaj bolnika, bolnikov odziv.
- Električna stimulacija: oblika in intenziteta toka, vrsta mišične kontrakcije, mesto aplikacije, čas, zahtevan položaj bolnika, bolnikov odziv.
- Hoja: razdalja v metrih, potrebna pomoč, pripomočki (bergle, hodulja, paralelna bradlja itn.), čas, obremenjevanje (polno/delno, izraženo v odstotkih telesne teže itn.).
- Terapevtske vaje: za mišične skupine zgornjih, spodnjih udov, ponovitve, oblika vaj (aktivne/pasivne/aktivno-asistirane/proti upor, drugo), bolnikov položaj, modifikacije položajev, pripomočki, upor (manualni, elastike, aparature), program vaj za doma.

## SKLEP

Dokumentiranje izida fizioterapevtske obravnave je nujno. Problematika dokumentiranja zahteva iskanje ustreznih rešitev znotraj fizioterapevtske stroke, kar bo imelo za posledico prepoznavanje in uveljavljanje fizioterapije v zdravstvenem sistemu. Tuja strokovna literatura nam je lahko vzor in v pomoč pri oblikovanju sprejemljivih in mednarodno primerljivih načinov dokumentiranja. Način dokumentiranja SOAP je v tuji strokovni literaturi dobro izdelan in najbolj pogosto uporaben v procesu fizioterapevtske obravnave bolnika v klinični praksi, za naše potrebe pa zahteva še dodatno oblikovanje kratic in znakov za hitreje zapisovanje ter lažje medsebojno razumevanje. Dogovoriti se moramo, kako bomo dokumentirali, kajti le z uporabo enotnega načina bomo svoje delo lahko primerjali med seboj in dokazovali uspešnost izbranih fizioterapevtskih postopkov. Sistem dokumentiranja v fizioterapiji bi moral biti takšen, da bi zadostil potrebam in zahtevam vseh uporabnikov teh podatkov. Holistični pristop pri obravnavi bolnika zahteva skupen strokovni jezik in sistem dokumentiranja znotraj fizioterapevtske stroke ter med strokami.

## LITERATURA

1. Kandus, M., Gaber, G.: Mesto fizioterapevta v procesu obravnave bolnika. V: Zbornik radova, Nova Gorica, Zveza fizioterapevtov in delovnih terapevtov Jugoslavije, 1981: 1–14.
2. Kettenbach, G.: Writing S.O.A.P. notes. Philadelphia: F. A. Davis com. 2000.
3. Donabedian, A.: Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 1996; 3: 166–206.
4. Kane, R. L.: Looking for physical therapy outcomes. Phys Ther 1994; (74) 5: 425–429.
5. Rothstein, J. M.: Measurement in physical therapy: clinics in physical therapy, vol. 7. New York /etc/: Churchill Livingstone, 1985: 1–46.
6. Rothstein, J. M.: On defining subjective and objective measurements. Phys Ther 1989; (69)7: 577–579.
7. Jakovljević, M., Hlebš, S.: Zbiranje in dokumentiranje podatkov o fizioterapevtskih storitvah. V Lapajne (ur). Vloga fizioterapije v predporodnem varstvu žensk: zbornik prispevkov 1. seminarja, Dobrna, 1995. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije, 1995: 63–68.
8. Newman, H. J.: Identifying problems in clinical problem solving. Phys Ther 1985; (65) 7: 1071–74.
9. Wolf, S.: Clinical decision making in physical therapy. Philadelphia: F. A. Davis com. 1985.
10. Rossdale, K., Neville, S.: Problem orientated record keeping: a learning package for physiotherapy students. London: University of East London, Department of Rehabilitation Sciences, 1992.

Mag. **Sonja Hlebš**, viš. fiziot., univ. dipl. org.

Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za fizioterapijo, Poljanska cesta 26 a, Ljubljana

**Sonja Hlebš**, PT, MSc.

*University of Ljubljana, University College for Health Studies, Physiotherapy Department,  
Poljanska cesta 26 a, Ljubljana*