

PRIMJERI DOBRE PRAKSE NA PODRUČJU KINEZITERAPIJE

Tatjana Trošt Bobić

Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, tatjana.trost-bobic@kif.hr

Dubravka Ciliga

Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, dubravka.ciliga@kif.hr

Lidija Petrinović

Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, lidija.petrinovic@kif.hr

Pozvano izlaganje

UVOD

Definicija *dobre prakse* mijenja se s obzirom na područje njezine primjene. U literaturi nije moguće naći univerzalnu definiciju dobre prakse, već različite opise koji se prilagođavaju specifičnim uvjetima. Tako koncept dobre prakse u nastavi može, između ostalog, podrazumijevati realizaciju odgojnih zadataka tjelesne i zdravstvene kulture, kao što su razvoj pozitivnog stava prema tjelesnom vježbanju ili osjećaj zajedništva u razredu. S druge strane, realizacija odgojnog zadatka, primjerice, razvijen osjećaj zajedništva neće biti glavna komponenta dobre prakse u kineziterapiji, gdje je odgojni element u drugom planu naspram važnosti planiranja i programiranja učinkovitog kineziterapijskog tretmana. Ipak, u većini slučajeva definicija dobre prakse uključuje metodologiju znanstveno utemeljenog i redovitog napretka kvalitete rada. Primjer dobre prakse dakle podrazumijeva korištenje dokazanih i valjanih metoda za uspjeh na određenom području djelovanja.

Cilj je dobre prakse u kineziterapiji povećati učinkovitost kineziterapijskih programa. U tu svrhu dobra se praksa može definirati kao skup aktivnosti, metoda, procedura koji su sastavni dio posla kineziterapeuta i koji se temelje na određenim standardima kvalitete rada i sigurnosti korisnika. S obzirom na to da je kineziterapija interdisciplinarna, ti se standardi najčešće oslanjaju na čvrste znanstvene dokaze iz područja kineziologije i medicine ili na višegodišnje iskustvo kliničkog i kineziterapijskog djelovanja.

Dobra praksa u kineziterapiji može varirati s obzirom na okolnosti u kojima se odvija (npr. bolnica, toplice, dvorana ili u kući korisnika), kao i s obzirom na

područje djelovanja (dijagnostika stanja ili rehabilitacijski postupak vježbanja) ili zdravstveno stanje vježbača (npr. kineziterapija nakon moždanog udara starije osobe ili kineziterapija u rehabilitaciji sportaševe ozljede gležnja) (Botwinick i sur., 2006). Iz tog razloga, dobra praksa zahtijeva mogućnost redovitog praćenja određenih pokazatelja učinkovitosti kroz vrijeme.

Važno je napomenuti da kriteriji evaluacije učinkovitosti dobre prakse mogu varirati s obzirom na primarni interes evaluatora. Tako će, na primjer, za kineziterapeuta primjer dobre prakse biti uspješnost izokinetičkog vježbanja na razvoj jakosti natkoljeničnih mišića u rehabilitaciji sportaša nakon ozljede prednje ukrižene sveze, dok će na isti uspjeh menadžer ili voditelj privatne klinike gledati i s ekonomskog stajališta. On će zasigurno uz uspješnost programa voditi računa o isplativosti izokinetičke opreme te će u svrhu dobre prakse zahtijevati što veći broj korisnika izokinetike kako bi se uz klinički uspjeh osigurao i onaj financijski. Na sličan način Britanska nacionalna agencija za sigurnost pacijenata (engl. *National Patient Safety Agency*; www.npsa.nhs.uk/) definira dobru praksu za sigurnost pacijenata kao „ekonomski isplativu intervenciju sudionika u zdravstvu, utemeljenu na najboljim dostupnim saznanjima, a cilj koje je spriječiti ili ublažiti štetu pacijentu“.

OSNOVNI ELEMENTI DOBRE PRAKSE U KINEZITERAPIJI

Kineziterapija kao metoda liječenja pokretom (Ciliga, Trošt Bobić i Petrinović-Zekan, 2009) ima izuzetno velik spektar mogućih područja primjene. Kineziterapijski programi svakodnevno se primjenjuju u radu s osobama s teškoćama u razvoju i degenerativnim promjenama lokomotornog sustava (kineziterapija u ortopediji), s osobama s oboljenjima dišnog sustava (kineziterapija u pulmologiji), s osobama s kardiovaskularnim oboljenjima (kineziterapija u kardiologiji) te u svim ostalim pacijentovim stanjima za koje je dokazano pozitivno djelovanje primjene specifičnih sustava vježbanja (kineziterapija u neurologiji, ginekologiji i porodništvu, gerijatriji, pedijatriji, reumatologiji, onkologiji, urologiji i dr.) (Ciliga, Trošt Bobić i Petrinović-Zekan, 2009). U djelokrugu rada kineziterapeuta postoji bezbroj faktora koji mogu utjecati na učinkovitost kineziterapijskog programa: od intrinzičnih faktora koji se tiču samog pacijenta do niza ekstrinzičnih faktora koji obuhvaćaju znanja i kompetencije kineziterapeuta i ostalih članova kliničkog tima, uvjete rada, mogućnosti uporabe novijih tehnologija, organizaciju rada, načine provođenja samog programa vježbanja i dr. Rečeno naglašava kompleksnost područja te nemogućnost jasnog definiranja univerzalnog protokola dobre prakse u kineziterapiji. Takvo bi definiranje zasigurno bilo ograničavajuće. Stoga se preporuča konstrukcija specifičnih protokola dobre prakse na pojedinim područjima djelovanja kineziterapije (npr. vježbanje nakon poroda, vježbanje nakon srčanog udara, vježbanje nakon amputacija), a sve u svrhu povećanja učinkovitosti kineziterapijskog programa. Također, preporuča se jasno

definiranje kriterija učinkovitosti protokola te njihova redovita provjera. Konstrukcija takvih protokola bit će jednostavnija ako se prije toga izdvoje osnovni elementi dobre prakse, a nakon toga se opišu specifični čimbenici pojedinog područja primjene kineziterapije.

U daljnjem će se tekstu izdvojiti nekoliko jednako važnih elemenata za određivanje dobre prakse na području kineziterapije:

- *Na dokazima utemeljena praksa.* Provođenje znanstveno utemeljenih kineziterapijskih programa znatno smanjuje mogućnosti nuspojava te povećava učinak kineziterapije na poboljšanje zdravlja vježbača. U slučaju malobrojnih ili kontradiktornih znanstvenih dokaza, potrebno se osloniti na one dokaze čija je supstratna metodologija studije egzaktnija kao i na dugogodišnja pozitivna iskustva iz prakse.
- *Interdisciplinarnost.* S obzirom na to da kineziterapija podrazumijeva primjenu kinezioloških zakonitosti vježbanja u klinici (specifičnost zdravstvenog stanja pacijenta i uvjeta rada), interdisciplinaran je pristup gotovo neizbježan želi li se osigurati provođenje dobre prakse. Unatrag tridesetak godina, počela se širiti ideja interdisciplinarnih timova stručnjaka u zdravstvu koji su školovani za različita područja rada, ali zajedno rade na realizaciji istog cilja (npr. unapređenju određenih rehabilitacijskih postupaka). U timove liječnika specijalista sve se češće uključuju terapeuti brojnih disciplina (kineziterapeuti, fizioterapeuti, edukacijski rehabilitatori, logopedi, radni terapeuti, psiholozi...), ali i informatičari te inženjeri raznih profila. Ujedinjenje različitih spoznaja u interdisciplinarnom pristupu trebalo bi osigurati sveobuhvatni uvid u izučavanu problematiku. Takav pristup doprinosi realizaciji učinkovitijih terapijskih procedura do kojih se ne bi došlo odvojenim izučavanjem praćenog fenomena (Trošt Bobić i Ciliga, 2015). Nerijetko, rad interdisciplinarnih skupina stručnjaka u zdravstvu rezultira uvođenjem novih smjernica u rehabilitaciji različitih bolesti i tehnoloških inovacija koje znatno unapređuju svakodnevnu kliničku praksu (Trošt Bobić i Ciliga, 2015).
- *Osiguravanje optimalnih uvjeta rada.* Uvjeti rada u kineziterapiji trebali bi osigurati nesmetano provođenje svih oblika vježbanja (npr. hidrokineziterapija, kineziterapija u dvorani sa specifičnim pomagalima koja doprinose boljem radu pacijenata i sl.). Također je važna mogućnost korištenja suvremenih tehnologija u postupcima dijagnostike statusa motoričke funkcije kao i provođenja same kineziterapije.
- *Organizacija rada.* Osim posjedovanja optimalne infrastrukture, potrebno je i pomno planirati organizaciju rada u timu stručnjaka kako bi se osiguralo maksimalno korištenje postojeće opreme. Pomnom organizacijom smjena kineziterapeuta moguće je osigurati provođenje individualne kineziterapije

dva puta dnevno i na taj način udvostručiti učinke (za one korisnike kod kojih je to indicirano). Također je moguće osigurati provođenje kineziterapije u individualiziranim skupinama tijekom vikenda. Na primjeru akutne rehabilitacije nakon moždanog udara, važno je istaknuti da novije spoznaje govore u prilog mogućem početku vježbanja već tri dana nakon moždanog udara, odnosno po stabilizaciji simptoma (Tropea i sur., 2013). Uzimajući u obzir takve spoznaje potrebno je organizirati provođenje kineziterapije i u odjelima intenzivne njege.

- *Praćenje aktualnih smjernica vodećih institucija.* Potrebno je program kineziterapije planirati temeljem smjernica koje publiciraju vodeće institucije na određenom području. Tako je, na primjer, *American College of Sports Medicine*, jedna od vodećih svjetskih institucija na području sportske medicine i rehabilitacije, 2014. godine objavila 9. izdanje knjige *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription* u kojoj sažima glavninu smjernica za provođenje programa kineziterapije kod brojnih oboljenja. Uvažavanje znanstveno-utemeljenih smjernica planiranja i programiranja kineziterapijskih postupaka osigurat će učinkovitost provedenih vježbi uz maksimalno smanjenje eventualnih rizika za korisnike. Važno je omogućiti i poticati redovitu dodatnu edukaciju kineziterapeuta i odlaske na znanstvene i stručne skupove u okviru cjeloživotnog obrazovanja. Također je važno osigurati pretplatu institucije na ključne znanstvene baze kao bi terapeuti mogli redovito pratiti nove spoznaje i temeljem njih donijeti odluku o eventualnoj modifikaciji postojećeg protokola dobre prakse u određenoj ustanovi.
- *Na korisnikove potrebe usmjerena usluga.* Individualni pristup s obzirom na postavljenu dijagnozu i zdravstveno stanje; aktivno uključivanje korisnika u program vježbanja, smanjenje vremena čekanja na red ispred dvorane, *on-line* praćenje napretka pacijenata koji vježbaju kod kuće samo su neki od mogućih postupaka za osiguravanje usluge koja je orijentirana prema potrebama korisnika, što neminovno povećava učinkovitost same terapije a i zadovoljstvo korisnika.
- *Financijska neovisnost.* Osiguravanje dovoljnih financijskih sredstava iz različitih izvora (EU fondovi, jedinice lokalne i državne samouprave, međunarodni fondovi i dr.) kako bi se stvorila mogućnost primjene trenutno najučinkovitije metode rada bez obzira na troškove.
- *Međuinstitucionalna suradnja.* Osiguranje redovitih sastanaka, savjetovanja, okruglih stolova i sl. sa stručnjacima iz drugih institucija koje djeluju na istom području (npr. koji imaju odjel kineziterapije neurorizične djece) kako bi se među stručnjake prenosila iskustva dobre prakse bez obzira na domicilnu instituciju i nezvano za eventualnu situaciju tržišne konkurencije institucija.
- *Osiguravanje održivosti sustava rada.* Jedan od važnih faktora u osiguranju dobre prakse u kineziterapiji zasigurno je i razmjena znanja i iskustava između

osoblja, ali i s novim zaposlenicima pismenim i usmenim putem te putem organiziranih internih edukacija i redovitih sastanaka. Sve navedeno je važno kako bi se osigurala održivost određenog sustava dobre prakse i u slučaju novih zaposlenja ili umirovljenja djelatnika.

- *Dosljednost u radu.* U kliničkoj instituciji u kojoj djeluje veći broj kineziterapeuta potrebno je osigurati egzaktnu definiciju i opis određenog protokola dobre prakse u vidu dokumenata, javno izloženih postera s ilustriranim protokolom, određivanjem strategije djelovanja institucije i sl., kako bi način rada bio jasan svim djelatnicima, ali i provjerljiv u svakom trenutku.
- *Transparentnost te informiranost pacijenata i članova uže obitelji.* Novije spoznaje govore o tome da informiranje pacijenata pozitivno utječe na njihovo aktivno uključanje u rehabilitaciju. Dokazano je da je meta-kognitivnu strategiju treninga (koja podrazumijeva pacijentovo aktivno praćenje vlastitog napretka te samostalno bilježenje rezultata terapije) moguće koristiti u sustavu rehabilitacije pacijenata s kognitivnim oštećenjem uslijed moždanog udara. Primjena takve strategije može povećati aktivni angažman pacijenta s kognitivnim oštećenjem u rehabilitacijskom procesu, što znatno doprinosi pozitivnim učincima rehabilitacije nakon moždanog udara (Skidmore i sur., 2011).
- *Kompetencije kineziterapeuta.* Osim osiguravanja optimalnog rada već diplomiranog kineziterapeuta, važno je osigurati i sveobuhvatne i na dokazima utemeljene studijske programe koji osiguravaju dovoljno teorijskih spoznaja, stručnog rada i kliničke prakse studentima, budućim kineziterapeutima, kineziolozima s izbornim modulom Kineziterapija.

Dobra praksa je rezultat međudjelovanja mnogobrojnih čimbenika te individualnih postupaka i iskustava koji uključuju donošenje odluka i promjena u kineziterapijskoj praksi u svrhu osiguravanja najbolje moguće skrbi korisnika uključenog u kineziterapijski program.

ZAKLJUČAK

Iako nije lako ponuditi jednostavnu definiciju dobre prakse u kineziterapiji, moguće je sportski zaključiti da dobra praksa u kineziterapiji sigurno zahtijeva jasno postavljanje „pravila igre“ koja se temelje na dosadašnjim znanstvenim spoznajama i dobrim iskustvima iz prakse. Osim toga, potrebna je takva organizacija rada koja će svim sudionicima omogućiti dosljedno provođenje zadanih pravila u kineziterapijskoj praksi (kineziterapeut, liječnik, korisnik...). Također, nužna je redovita provjera kriterija uspješnosti kineziterapije. Na kraju, u sportskom duhu, potrebno je osigurati dovoljnu „fleksibilnost“ za promjenu dugogodišnjih sustava dobre prakse u trenutku kada nam znanstvena dostignuća ili tuđa iskustva ukazuju na bolje rezultate.

Navedeno će omogućiti bržu i trajnu realizaciju cilja provođenja dobre prakse u kineziterapiji, odnosno povećati učinkovitost kineziterapijskih programa, što će biti na dobrobit korisniku, ali i odgovornom kineziterapeutu.

LITERATURA

1. American College of Sports Medicine, Pescatello, L.S. (2014). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.
2. Botwinick, L., Bisognano, M., Haraden, C. (2006). *Leadership guide to patient safety*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; (dostupno na www.IHI.org)
3. Ciliga, D., Trošt Bobić, T., Petrinović Zekan, L. (2009). Metodički organizacijski oblici rada u kineziterapiji. U B. Neljak (ur.), Zbornik radova 18. Ljetne škole kineziologa RH „Metodički organizacijski oblici rada u područjima edukacije, sporta, sportske rekreacije i kineziterapije“, Poreč, 23.-27.6.2009. (str. 29-36). Zagreb: Hrvatski kineziološki savez.
4. Skidmore, E.R., Holm, M.B., Whyte, E.M., Dew, M.A., Dawson, D., Becke, J.T. (2011). A case report examining the feasibility of meta-cognitive strategy training in acute inpatient stroke rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(2), 208-223.
5. Tropea, P., Monaco, V., Coscia, M., Posteraro, F., Micera, S. (2013). Effects of early and intensive neuro rehabilitative treatment on muscle synergies in acute post-stroke patients: a pilot study. *J Neuroeng Rehabil*, 5;10(1), 103.
6. Trošt Bobić, T., Ciliga, D. (2015). Primjena i utjecaj novih tehnologija na kvalitetu rada u području kineziterapije. Koreferat. U V. Findak (ur.), Zbornik radova 24. Ljetne škole kineziologa, Poreč, 30.6.-4.7.2015. (str. 56-70). Zagreb: Hrvatski kineziološki savez.