

DOLOČANJE CILJEV REHABILITACIJE PRI PACIENTIH Z DEGENERATIVNIMI KOSTNO- MIŠIČNIMI OKVARAMI IN STAROSTNIKI *GOAL SETTING FOR PATIENTS WITH DEGENERATIVE MUSCULOSKELETAL DISORDERS AND FOR THE ELDERLY*

prim. asist. mag. Lidija Plaskan, dr. med.
Splošna bolnišnica Celje

Povzetek

Določanje ciljev je ključen proces v rehabilitacijski medicini, namenjen izboljšanju izida rehabilitacije in avtonomije pacienta. Cilji morajo biti specifični, realni, dosegljivi, ambiciozni in časovno opredeljeni. Rehabilitacijski cilj je načrtovano prihodnje stanje, vsebuje pa tudi zaporedje aktivnosti, ki so potrebne, da ga pacient doseže. V proces določanja ciljev moramo vključiti pacienta in prepoznati njegove potrebe, saj bo le tako motiviran za aktivno sodelovanje in boljši končni izid. Pri določanju ciljev pri pacientih z degenerativnimi kostno-mišičnimi okvarami in pri starostnikih moramo biti še posebej previdni, da ne zastavimo preveč ambicioznih in nedosegljivih ciljev.

Ključne besede:

določanje ciljev; rehabilitacija; degenerativne okvare kostno-mišičnega sistema; starostniki

Summary

The goal setting is a key component in rehabilitation medicine, aimed at improving rehabilitation outcomes and enhancing patient autonomy. The goals should be specific, realistic, achievable, ambitious and time-limited. Rehabilitation goal is an intended future state and contains the consequence of actions that must be undertaken for the goal to be achieved. The patient must be actively involved in the goal setting process and his/her needs must be acknowledged, thus the motivation for function improvement is enhanced. In the goal-setting process for patients with degenerative musculoskeletal disorders and for the elderly, particular care must be taken in order not to set excessively ambitious and unattainable goals.

Key words:

goal setting; rehabilitation; degenerative musculoskeletal disorders; elderly

UVOD

Glede na definicijo Svetovne zdravstvene organizacije je splošni cilj oskrbe pacientov spodbujati, obnavljati ali vzdrževati zdravje (1). Določanje ciljev je večšina, hkrati pa kompleksen in ključen proces v rehabilitaciji, v katerega moramo aktivno vključiti pacienta, da sodeluje pri načrtovanju svoje obravnave (2 - 4).

Osnovni namen določanja ciljev je izboljšati izid rehabilitacije in avtonomijo pacienta (5). Gre za strukturiranje ukrepov ter načrtovanje in organizacijo rehabilitacijskih postopkov. Cilji predstavljajo funkcionalni izid, ki se jih bolnik in tim trudita doseči.

Pri določanju ciljev moramo upoštevati osnovna etična načela, predvsem spoštovanje avtonomije pacienta, njegovih vrednot in sposobnosti sprejemanja odločitev. Ustreči bolniku, njegovim bližnjim in članom tima pri postavljanju ciljev je ena najzahtevnejših nalog, s katerimi se srečujejo specialisti rehabilitacijske medicine. Rehabilitacijski cilj ima dve značilnosti. Je načrtovano prihodnje stanje in vsebuje zaporedje aktivnosti rehabilitacijskega tima. Ni samo preprosta napoved, kaj se bo zgodilo, ampak je pričakovan rezultat nekega ukrepa oz. aktivnosti, omogoča tudi merjenje učinkovitosti rehabilitacijskega procesa (6). Poleg pacientovega osebnega vidika zajema tudi njegovo okolje, družino in druge osebe, ki sodelujejo v procesu določanja ciljev (7).

Določanje ciljev je pomembno za motiviranje pacienta in za to, da vsi člani tima sledijo istemu cilju. Vsebuje tudi zaporedje aktivnosti, potrebnih za doseg cilja, in omogoča spremljanje sprememb in uspešnost aktivnosti, ki smo jih načrtovali oz. uporabili. Pri določanju ciljev gre za soglasje pacientov in članov tima, kako in kdaj izvesti načrtovane aktivnosti (6). V tem procesu je možnih več izhodišč: pacient, bolezen ali poškodba, aktivnost in sodelovanje, fizične potrebe (4).

Prvi korak pri določanju ciljev je ugotoviti, kateri cilji so pomembni pacientu, saj so učinkoviti le tisti, ki so zaželeni z njegove strani. Ta proces mora upoštevati tudi želje in pričakovanja drugih pomembnih članov (družina, rehabilitacijski tim, sodelavci, plačnik). Ugotoviti moramo tudi, kaj sploh lahko spremenimo in česa ne, kaj je potrebno, da dosežemo določen cilj in kako verjetna je sprememba. V procesu določanja ciljev je pomembno vsaj na dva načina prepoznati tudi hierarhijo ciljev. Na eni strani se ta nanaša na čas – kratkoročni, srednjeročni in dolgoročni cilji, na drugi strani pa na konceptualno raven (fiziološke potrebe, varnost, pripadnost, samozavest).

Ena od možnosti določanja ciljev je uporaba modela Mednarodne klasifikacije funkcioniranja (MKF), kjer cilji zadevajo socialno vključevanje, aktivnosti in splošno dobro počutje (8). Cilje je pomembno zastaviti tako, da lahko pacient vidi povezavo med svojimi dolgoročnimi željami in predlaganimi kratkoročnimi cilji. Seveda pa je pomembno tudi beleženje oz. dokumentiranje doseženih ciljev, da lahko spremljamo in ocenimo napredek in da vsi člani tima vedo, kaj se od njih pričakuje. Navodila za določanje idealnega cilja pogosto izhajajo iz akronima SMART (specific = specifičen, measurable = merljiv, attainable = dosegljiv, realistic = realističen, timely = časovno določen), ki je bil prvič uporabljen leta 1981. V zadnjem času se uporablja tudi akronim SMARTER (specific = specifičen, measurable = merljiv, attainable = dosegljiv, realistic = realističen, timely = časovno določen, evaluated = preverljiv, recorded = zapisan) in koncept t. i. deljenega določanja ciljev oz. sodelovanja pri določanju ciljev (6, 8, 9).

Dejavniki, ki pozitivno vplivajo na določanje ciljev v rehabilitaciji, so: zagotavljanje informacij o dejanskem stanju, učinkovita komunikacija in dovolj časa za razpravo o prioritetah in sodelovanju (4).

Z določanjem ciljev zagotovimo, da se vsi vpleteni, še posebej pacienti, strinjajo glede ciljev in metod, s katerimi jih bomo dosegli, ter o vlogah posameznikov v tem procesu. Določanje ciljev je tudi učinkovit način za doseganje vedenjskih sprememb pri ljudeh. Če želimo vplivati na spremembo vedenja pacienta, mora biti cilj pacientu pomemben, mora biti izziv, a vendar realen in dosegljiv in mora biti specifičen, da je lahko merljiv (8).

Čeprav se zavedamo pomena določanja realnih, merljivih in dosegljivih ciljev, ki so pacientu pomembni, pa v literaturi ni jasnih dokazov, da določanje ciljev dejansko izboljša funkcijski izid. Najbolj pozitiven učinek so ugotavljali na psihološkem področju (boljša z zdravjem povezana kakovost življenja, izboljšanje čustvenega stanja in lastne učinkovitosti) (2, 10). Dokazi zelo nizke kakovosti pravijo, da je kakršnokoli določanje ciljev

boljše od nobenega in da je pri bolj strukturiranih ciljnih pacientova učinkovitost višja, ni pa dokazov oz. strinjanja glede najboljše metode določanja ciljev (11).

Poročilo delavnice o določanju ciljev je pokazalo težave na petih področjih. Sodelovalo je 16 članov tima, različnih specialnosti.

Ugotovili so:

- da je določanje ciljev aktivnost, ki je večini pacientov nenavadna, strokovnjakom pa zelo pomembna,
- da je določanje ciljev pogosto neobčutljivo za vlogo posameznika v družbi,
- da se določanje ciljev v bolnišničnem okolju ne da enostavno prenesti v domače okolje oz. skupnost,
- zunanji dejavniki (kot npr. menjava osebja, na katero osebe samo nima dosti vpliva) so pomembni za uspešnost programa določanja ciljev in
- cilje večinoma zastavijo člani tima in manj pacienti.

Ugotovili so tudi, da se cilji pacientov z blagimi okvarami in s kratkimi hospitalizacijami razlikujejo od ciljev pacientov z akutnimi resnimi obolenji ali s kroničnimi progresivnimi boleznimi (2). Pacienti s kompleksnimi dolgotrajnimi potrebami so soočeni z več vzporednimi procesi oskrbe, ki imajo lahko tudi nasprotujoče si cilje. Pacientovi cilji morajo predstavljati srčiko zdravstvene oskrbe (1). Vse to so dejavniki, ki jih je pri določanju ciljev potrebno upoštevati, da lahko res zajamemo vse pacientove potrebe in zvišamo stopnjo njegove motivacije in sodelovanja.

V domačem okolju so pacienti večinoma deležni le posameznih obravnav, ki so usmerjene v fizično funkcioniranje, ne pa celostne rehabilitacijske obravnave. Pogosto se cilji pacientov in izvajalcev rehabilitacije precej razlikujejo. Cilji pacientov se v glavnem nanašajo na aktivnost in sodelovanje, medtem ko se cilji fizioterapevtov pogosto nanašajo na telesne funkcije in aktivnosti (70 %). Skladnost med pacientovimi cilji in cilji izvajalcev je velikokrat slaba (5).

DEGENERATIVNE KOSTNO-MIŠIČNE OKVARE

Rehabilitacija pacientov z degenerativnimi okvarami kostno-mišičnega sistema je časovno omejen, ciljno usmerjen, interdisciplinarni proces, katerega osnovni cilj je ublažiti simptome, izboljšati vsakodnevno funkcioniranje in zmanjšati prizadetost (12).

Osnovni rehabilitacijski cilji pri pacientih po ortopedskih posegih so: vrnitev na predbolezensko stanje pomičnosti in skrbi zase, učenje vaj, ki naj jih izvaja po odpustu in zmanjševanje tveganja za padce. Prepričati se moramo tudi, da bo pacient odpuščen v varno okolje. Pred elektivnim posegom moramo pacienta naučiti dihalnih vaj in vaj za venko črpalke ter gibljivost sklepov, naučiti jih je potrebno tudi funkcionalnih aktivnosti za mobilizacijo v postelji in zunaj nje. Po posegu je potrebno spodbujati aktivnost in skrb zase ter preprečevati dolgotrajno ležanje in nego s strani drugih oseb. Potrebno je svetovanje glede morebitnih prilagoditev domačega okolja, da se zmanjša tveganje za padce in da bo pacient lahko čim bolj normalno funkcioniral (13).

Vodilna simptoma pri degenerativnih okvarah kostno-mišičnega sistema sta **bolečina** in **motena funkcija**. Na splošno lahko rečemo, da sta glavna cilja rehabilitacije pacientov z degenerativnimi okvarami kostno-mišičnega sistema zmanjšanje bolečine in izboljšanje funkcije.

Glede na to, da gre za okvare, ki so večinoma nepopravljive, je potrebno:

- seznaniti pacienta z napovedjo izida njegovih težav, saj gre pogosto za takšne anatomske spremembe, ki ne omogočajo vrnitve vsaj približno normalne funkcije;
- seznaniti pacienta, kako živeti človeka dostojno življenje s tistim, kar mu je ostalo;
- oskrbeti paciente z medicinskimi pripomočki (MP) in jih naučiti njihove uporabe;
- prilagoditi domače okolje.
- Temeljni kamen rehabilitacije pacientov z degenerativnimi kostno-mišičnimi obolenji je telesna vadba. Ta je lahko usmerjena v izboljšanje aerobne zmogljivosti, povečanje moči, izboljšanje gibljivosti in proprioceptije.

Od fizikalnih načinov zdravljenja se najpogosteje uporabljata toplota (površinska ali globoka) in hlad - krioterapija. Toplota pospeši pretok krvi v kožo in sklepe ter zmanjšuje sklepno okorelost. Zvišanje temperature sklepa (še posebej nad 41 °C) lahko zmanjša aktivnost encimov, ki razgrajujejo hrustanec, zvišana temperatura mišic pa lahko zmanjša mišične krče. Hlad zniža temperaturo kože, podkožja, mišic in sklepov, zniža pretok krvi, upočasni metabolno aktivnost, zniža mišični tonus, zavira spastičnost in poveča sklepno okorelost. Z upočasnitvijo prevajanja po nociceptivnih vlaknih ali z aktivacijo descendnih poti v hrbtenjači lahko povzroča tudi analgezijo (12).

Ko govorimo o **zmanjševanju bolečine**, si pomagamo z različnimi oblikami fizikalne terapije (protibolečinska elektroterapija, laser, magnetoterapija, mehanoterapija – trakcija, ultrazvok, visokofrekventna diatermija, različne oblike kinezioterapije). Pacientu moramo realno predstaviti stanje in razložiti vzrok za bolečino, še posebej, če je ni možno povsem odpraviti. V teh primerih je cilj učenje strategij za spopadanje z bolečino in njeno sprejemanje. K izboljšanju stanja lahko prispeva tudi vedenjsko-kognitivna terapija. Kot alternativne metode prihajajo v poštev akupunktura, masaža in joga (12).

Kadar je naš cilj **povrnitev funkcije**, je ključna strategija kinezioterapija. Pri degenerativnih okvarah kostno-mišičnega sistema, ki imajo za posledico zmanjšano gibljivost, naš cilj ne more in ne sme biti poln obseg gibljivosti, ampak funkcionalna gibljivost, ki pacientu omogoča čim večjo samostojnost v dnevni aktivnosti (DA). Forsiranje polne gibljivosti povzroča nepotrebne dodatne bolečine in frustracijo. Za ohranitev samostojnosti je pomembna oskrba s pripomočki, ki olajšajo izvajanje dnevni aktivnosti (pripomoček za zapenjanje gumbov, za obuvanje nogavic, pobiranje predmetov s tal, za oblačenje suknjiča), prav tako pa prilagoditve pripomočkov za osebno nego, jedilnega pribora in obleke ter prilagoditve okolja.

Pri pacientih z degenerativnimi okvarami velikih sklepov spodnjih udov je pogosto prizadeto gibanje. Cilj je ohranitev samostojnosti pri hoji. Če to ni možno brez pripomočkov, moramo pacienta oskrbeti s potrebnimi pripomočki za gibanje ali z različnimi ortozami (za razbremenitev ali zaščito prizadetih sklepov).

Ena od raziskav o sodelovanju pacientov pri določanju ciljev je pokazala, da fizioterapevti pacientov ne vključujejo v proces določanja ciljev toliko, kot bi jih lahko. Je pa tega sodelovanja nekoliko več v nadaljnjem procesu rehabilitacije (14). Za paciente s kroničnimi obolenji je najbolj učinkovita celostna multidisciplinarna oskrba (15).

STAROSTNIKI

Rehabilitacija starostnikov je aktiven in zahteven proces, ki skuša izboljšati funkcijo in omogoča starostniku, da živi kar najbolj optimalno življenje (16). Pri krhkih starostnikih je funkcionalni upad po različnih boleznih precej pogost, zato mora biti rehabilitacija nujen sestavni del medicinske oskrbe starostnika. Zgodnja medicinska rehabilitacija starostnika (v akutnih bolnišnicah) izboljša fizično funkcioniranje in zmanjša umrljivost, nadaljevalna pa zmanjša potrebo po institucionalni namestitvi.

Žal so možnosti ustrezne rehabilitacijske obravnave starostnikov omejene, zato so v glavnem deležni zgodnje medicinske rehabilitacije na akutnih oddelkih, v manjši meri pa ambulantne obravnave in rehabilitacije v zdravilišču. Rehabilitacija na domu, ki bi lahko bistveno vplivala na kakovost življenja starostnikov, pa je zaenkrat le mrtva črka na papirju.

Po eni izmed definicij je rehabilitacija proces, ki poskuša obnoviti avtonomijo posameznika v tistih vidikih vsakodnevnega življenja, ki so zanj najbolj pomembni (16).

Pri starostnikih se uveljavlja koncept celovite geriatrične obravnave (CGO) (angl. comprehensive geriatric assessment (CGA)). Gre za večdimenzionalni interdisciplinarni diagnostični proces, ki se osredotoča na določanje medicinskih, psiholoških in funkcionalnih sposobnosti krhkega starostnika, z namenom, da razvije oz. pripravi koordiniran načrt zdravljenja, rehabilitacije in sledenja (17).

Ko določamo cilje rehabilitacije pri starostniku, moramo upoštevati številne dejavnike, ki pomembno vplivajo na njegovo funkcioniranje, sposobnosti in sodelovanje. To so: osnovno zdravstveno stanje (bolezni, okužbe), bolečina, kognitivno stanje, jezik – razumevanje, razpoložljive motnje (anksioznost, depresija), vid, sluh, požiranje, prehransko stanje, kontinenca, osnovne in razširjene dnevne aktivnosti, ocena dejavnikov tveganja (padci, preležanine), domače okolje in socialna mreža.

Starostnik ima v povprečju 3 do 4 kronične bolezni in 20-odstotno letno tveganje za hospitalizacijo. Veliko starostnikov ima tudi zmanjšano sposobnost odločanja, nezadostno socialno podporo in ekonomske vire (18). Kronične bolezni in polimorbidnost so

velik izziv v procesu določanja ciljev (med pacienti in zdravniki). Koncept skupnega – kolaborativnega določanja ciljev se še vedno razvija. Definiran je kot izmenjava znanja in informacij in/ali sodelovanje med pacienti in zdravstvenimi delavci ali kot situacija, v kateri profesionalni delavec usmerja pacienta. Pomembno je tudi določanje prioritet, ki je lahko del določanja ciljev ali samostojna aktivnost. Za izboljšanje zdravstvene oskrbe starostnikov s kroničnimi boleznimi in polimorbidnostjo moramo »preklopiti« z za bolezen specifičnega pristopa na pacientove cilje, vključno s skupnim določanjem le-teh (9).

Pri starostnikih moramo cilje določati še posebej premišljeno in ne preveč ambiciozno, da so res realni in dosegljivi, saj je npr. že po krajšem ležanju zaradi akutne bolezni starostnika zelo težko mobilizirati. Na vsak način moramo upoštevati starostnikovo avtonomijo in ga aktivno vključevati v proces določanja ciljev. Zavedati se moramo tudi učinka »platoja« in temu prilagoditi čas trajanja rehabilitacije. Hollidayeva je opazila, da tim pogosto določi cilje in ukrepe na osnovi lastnega razumevanja pacientovih želja in potreb, s tem pa ga avtomatsko označi, da ni dovolj kompetenten, da bi v tem procesu lahko sodeloval (4).

Za spremljanje napredka moramo uporabljati dovolj občutljive instrumente, usmerjene na posamezne aktivnosti. Kadar je rehabilitacija dolgotrajna, moramo starostnika spodbujati, da se osredotoči na kratkoročne cilje.

Glede na stanje starostnika so cilji lahko:

- polna aktivnost po preboleli resni bolezni,
- maksimalna možna aktivnost po resni bolezni ali
- največja možna samostojnost v okviru preostalih zmožnosti (17).

V Cochranov sistematični pregled CGO v bolnišnicah je bilo vključenih 22 randomiziranih kontroliranih raziskav, v katere je bilo vključenih več kot 10.000 preiskovancev iz šestih držav. Paciente, ki so bili deležni CGO, so primerjali s pacienti, ki so imeli običajno medicinsko oskrbo. Ugotovili so, da so imeli pacienti s CGO večjo verjetnost, da preživijo 12 mesecev in živijo doma, manj je bilo institucionalnih namestitev, manj smrti zaradi poslabšanja stanja in večja verjetnost za kognitivno izboljšanje (17).

Sistematični pregled devetih kontroliranih raziskav pa je pokazal, da imajo pacienti, sprejeti na akutne geriatrične oddelke, nižje tveganje za funkcionalni upad ob odpustu in večjo verjetnost, da bodo po odpustu živeli doma, v primerjavi s pacienti, ki so sprejeti na standardne bolnišnične oddelke (19).

Dokaze o učinkovitosti rehabilitacije starostnikov v skupnosti oz. na domu je potrdil sistematični pregled 89 randomiziranih kontroliranih raziskav, v katerega je bilo vključenih 97.000 ljudi. Ugotovili so, da imajo tisti, ki so deležni ustrezne rehabilitacije, manj domskih namestitev, zmanjšano je bilo število padcev pri akutnih bolnišničnih sprejemih, ni pa bilo zmanjšanja števila smrti (20).

Ni jasnih dokazov, ali je pomembna intenzivnost ukrepov, kar glede na raznolikost potreb pacientov ni presenetljivo. Nekateri potrebujejo samo strategije za zmanjšanje tveganja, prilagoditve okolja in morebiti službe za pomoč na domu, drugi pa aktivno rehabilitacijo, da se ponovno naučijo ključnih nalog oz. aktivnosti.

V eni od raziskav so za prepoznavo pacientovih ciljev in oceno izboljšanja celotnega funkcioniranja (tako pacientov kot zdravstvenih delavcev) uporabili strukturiran vprašalnik. Cilje pacientov so povezali z MKF. Od 209 pacientov so dobili 476 izjav, od tega so jih 346 (72,7 %) povezali z 58 različnimi kategorijami MKF. Več kot 90 % kategorij MKF je bilo del geriatričnega MKF jedrnega seta. Hoja, zmanjšanje bolečine, avtonomnost in vrnitev domov so bili najpogosteje izpostavljeni cilji (21).

MKF lahko uporabljamo za določanje in strukturiranje ciljev pri starostnikih (21). MKF je uporabno orodje za prepoznavo in strukturiranje ciljev, upošteva telesne funkcije, avtonomijo posameznika in vključenost oz. sodelovanje v družbi. Starostniki tudi v okviru akutne obravnave velik pomen pripisujejo osnovnim sposobnostim, kot so hoja in skrb zase, prav tako pa tudi zmanjšanju bolečine in ustrezni negi oz. oskrbi. Izpostavljajo tudi rekreacijo in prostocasne aktivnosti ter vzdrževanje gospodinjstva. Ti cilji niso vključeni v jedrni set MKF za akutno obravnavo, kar je seveda razumljivo, saj je akutna obravnavo usmerjena na preživetje in preprečevanje sekundarnih zapletov. Doseganje individualnih ciljev je povezano z izboljšanjem pacientovega splošnega funkcioniranja tudi v akutnih bolnišnicah. Večina kategorij ustreznih jedrnih setov MKF (za starostnike) pa ustreza pacientovim ciljem (7).

Eden pomembnejših ciljev pri starostnikih je preprečevanje padcev. Starostnike moramo rutinsko vprašati o padcih in izvedeti, ali lahko po padcu sami vstanejo s tal. Kadar načrtujemo strategije za preprečevanje padcev, moramo upoštevati tudi druge dejavnike (mineralno kostno gostoto, prehrano, zdravila) (22). V Cochranovem sistematičnem pregledu so ugotovili, da večkomponentna vadba in tai chi znižujeta število padcev med starostniki (23).

Vadba mora biti prilagojena posamezniku, potek moramo spremljati. Sherington (22) je v sistematičnem pregledu ugotovil, da je intenzivni trening ravnotežja (več kot 50 ur, približno 2-krat tedensko, 6 mesecev) najbolj učinkovit za preprečevanje padcev. Starostnikom je potrebno predstaviti tudi načine vstajanja s tal, da se lahko izognejo posledicam dolgotrajnega ležanja na tleh (razjede zaradi pritiska, podhladitev, dehidracija) (22).

Pri starostniku moramo oceniti ravnotežje in hojo. V ta namen lahko uporabimo različne instrumente (Bergova lestvica ravnotežja, časovni test vstani in pojdi, 180° obrat). V Cochranovem pregledu vadbe za izboljšanje ravnotežja se je kot najbolj učinkovita izkazala dinamična vadba, ki so jo izvajali 3-krat tedensko, tri mesece. Vadba je vključevala trening hoje, ravnotežja, koordinacije in funkcionalnih aktivnosti ter vadbo za izboljšanje mišične moči (22).

Pomembno je prepoznati strah pred padcem, ki včasih starostnika onesposobi celo bolj kot padec sam, in je lahko prisoten tudi pri tistih, ki še niso padli. Posledice strahu so lahko izogibanje aktivnostim, izguba samostojnosti, slabša kakovost življenja, predstavlja pa tudi večje tveganje za padec. Dva sistematična pregleda sta prinesla dokaze visoke kakovosti o pozitivnih učinkih ukrepov (vadba, vključno s tai chi, ščitniki za kolk in programi za preprečevanje padcev) za izboljšanje zaupanja in zmanjšanje strahu pred padci (22, 24).

ZAKLJUČEK

Določanje ciljev je ena od ključnih strategij v rehabilitacijski medicini. Gre za proces, v katerega moramo aktivno vključiti pacienta in izhajati iz njegovih želja in potreb. Cilj mora biti izziv, vendar specifičen, dosegljiv, merljiv in časovno opredeljen. Vsebovati mora aktivnosti, ki so potrebne, da ga pacient doseže. Pri pacientih z degenerativnimi okvarami kostno-mišičnega sistema in starostnikih moramo cilje še posebej skrbno načrtovati, da so znotraj realno dosegljivih meja. Seveda ne smemo pozabiti, da več ni vedno tudi boljše, zato moramo trajanje rehabilitacijskih procedur oz. postopkov prilagoditi posameznemu pacientu – njegovim potrebam in sposobnostim.

Glede na demografske kazalnike bo v prihodnosti nujno potrebno razvijati rehabilitacijo na domu, saj bodo starostniki le tako lahko živeli kakovostno – človeka dostojno življenje.

Literatura:

- Berntsen GK, Gammon D, Steinsbekk A, Salamonsen A, Foss N, Ruland C, et al. How do we deal with multiple goals for care within an individual patient trajectory? A document content analysis of health service research papers on goals for care. *BMJ Open*. 2015; 5(12): e009403.
- 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; 14(5): 491-6.
- Playford ED, Siegert R, Levack W, Freeman J. Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report. *Clin Rehabil*. 2009; 23(4): 334-44.
- Holliday RC, Antoun M, Playford ED. A survey of goal-setting methods used in rehabilitation. *Neurorehabil Neural Repair*. 2005; 19(3): 227-31.
- Soberg HL, Finset A, Roise O, Bautz-Holter E. Identification and comparison of rehabilitation goals after multiple injuries: an ICF analysis of the patients', physiotherapists' and other allied professionals' reported goals. *J Rehabil Med*. 2008; 40(5): 340-46.
- Wade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clin Rehabil*. 2009; 23(4): 291-5.
- Müller M, Strobl R, Grill E. Goals of patients with rehabilitation needs in acute hospitals: goal achievement is an indicator for improved functioning. *J Rehabil Med*. 2011; 43(2): 145-50.
- Bovend'Eerd T, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clin Rehabil*. 2009; 23(4): 352-61.
- Vermunt NPCA, Harmsen M, Westert GP, Olde Rikkert MGM, Faber MJ. Collaborative goal setting with elderly patients with chronic disease or multimorbidity: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2017; 17(1): 167.
- Levack WMM, Weatherall M, Hay-Smith EJC, Dean SG, McPherson K, Siegert RJ. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(7): CD009727.
- Lewack 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; 52(3): 400-16.
- Hanada EY. Efficacy of rehabilitative therapy in regional musculoskeletal conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2003; 17(1): 151-66.
- Flanagan SR, Ragnarsson KT, Ross MK, Wong DK. Rehabilitation of the geriatric orthopaedic patient. *Clin Orthop Relat Res*. 1995; (316): 80-92.
- Baker SM, Marshak HH, Rice GT, Zimmerman GJ. Patient participation in physical therapy goal setting. *Phys Ther*. 2001; 81(5): 1118-26.
- Steiner WA, Ryser I, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther*. 2002; 82(11): 1098-107.
- Stott DJ, Quinn TJ. Principles of rehabilitation of older people. *Medicine in older adults*. 2017; 45(1): 1-5.
- Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (7): CD006211.
- Mueller PS, Hook CC, Fleming KC. Ethical issues in geriatrics: a guide for clinicians. *Mayo Clin Proc*. 2004; 79(4): 554-62.
- Baztan JJ, Suarez-Garcia FM, Lopez-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*. 2009; 338: b50.
- Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2008; 371(9614): 725-35.
- Kus S, Müller M, Strobl R, Grill E. Patients goals in post-acute geriatric rehabilitation-goal attainment is an indicator for improved functioning. *J Rehabil Med*. 2011; 43(2): 156-61.
- Goodwin V, Briggs L. Guidelines for the physiotherapy management of older people at risk of falling. The chartered society of physiotherapy. AGILE: Chartered physiotherapists working with older people; 2012. Dostopno na: http://www.google.si/url?sa=t&rcct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwj13Y-Qh6jZAHURb-FAKHxKrDXAQFghAMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.csp.org.uk%2Fsites%2Ffiles%2Fsecure%2Fagile_falls_guidelines_update_2012_1.pdf&usg=AOvVaw3NY3L1j-Z1Scp6ofrEeGTQu (citirano)
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (2): CD007146.
- Rand D, Miller WC, Yiu J, Eng JJ. Interventions for addressing low balance confidence in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2011; 40(3): 297-306.