

TEMELJNI STANDARDI ZA FIZIOTERAPEVTSKO PRAKSO – MERILA PRIČAKOVANE KAKOVOSTI

CORE STANDARDS OF PHYSIOTHERAPY PRACTICE – MEASURES OF THE EXPECTED QUALITY

doc. dr. Urška Puh¹, dipl. fiziot., Aleksander Zupanc², dipl. fiziot., viš. pred. mag. Sonja Hlebš, viš. fiziot, univ. dipl. org.

¹ Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

² Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso Evropske regije Svetovne zveze za fizioterapijo so bili prevedeni v slovenski jezik. Namenjeni so vsem fizioterapevtom, ki so v posrednem ali neposrednem stiku s bolniki. Vključujejo jasna stališča o pričakovani kakovosti medsebojnega delovanja, ki je potrebna za upoštevanje etičnih načel, in so določena kot dosegljivi standardi. So orodje, ki ga za vrednotenje kakovosti obstoječega izvajanja fizioterapevtske dejavnosti in načrtovanje izboljšanja lahko uporabljajo vsi, ki želijo nuditi ali prejemati visokokakovostno fizioterapijo. V prispevku so povzeti temeljni standardi, ki so obsegajo pet sklopov: sodelovanje z bolnikom, cikel ocenjevanja in fizioterapevtske obravnave, sporazumevanje in bolnikova dokumentacija, promocija varnega okolja za delo in fizioterapevtsko obravnavo ter neprekinjen strokovni razvoj oziroma vseživljenjsko učenje. Temeljni standardi se ujemajo in dopolnjujejo s slovensko zakonodajo.

Ključne besede:

standardi; fizioterapija; kakovost

Abstract

European core standards of physiotherapy practice were translated into Slovenian language. These standards apply to all physiotherapists in direct or indirect contact with patients. The standards provide clear statements about the expected quality of interaction required to apply the ethical principles. They are considered to be achievable. The core standards are a tool that can be used to evaluate the current physiotherapy service and to plan its improvement by anybody who has an interest in providing or receiving high quality physiotherapy service. In this paper, foundations for the core standards are explained, and the standards are summarized in five sections: patient partnership, assessment and treatment cycle, communication and patient's documentation, promotion of a safe working and treatment environment, and continuing professional development/lifelong learning. The core standards are in accordance with and are supplementing the Slovenian legislation.

Keywords:

standards; physical therapy; quality

UVOD

Namen Svetovne zveze za fizioterapijo (World Confederation for Physical Therapy – WCPT) je izboljšati in poenotiti kakovost celostne zdravstvene oskrbe s spodbujanjem visokih standardov pri izobraževanju in delu na področju

fizioterapije. Dolžnost zagotavljanja visokih standardov in kakovostnih storitev je zapisana v Izjavah o stališčih WCPT (1). Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso so sredstvo, s katerim lahko merimo in vrednotimo te Izjave.

E-naslov za dopisovanje/E-mail for correspondence (UP):
urska.puh@zf.uni-lj.si

Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso so potrebni za (2, 3):

- osveščanje javnosti, da se fizioterapevti zavzemajo za kakovost nujenih storitev in si želijo imeti samoregulativne programe, ki bodo zagotavljali to kakovost;
- usmerjanje k razvoju strokovnega izobraževanja in izpopolnjevanja;
- usmerjanje fizioterapevtov v praksi pri upravljanju in presoji svojega dela;
- zagotavljanje osnovnih informacij o naravi dela fizioterapije državnim institucijam, upravljalnim telesom in drugim strokovnim skupinam.

Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso, ki jih je sprejela Evropska regija WCPT (2, 3) in so povzeti ter argumentirani v nadaljevanju, vključujejo jasna stališča o pričakovani kakovosti medsebojnega delovanja, ki so potrebna pri upoštevanju etičnih načel, sprejetih pri WCPT (1, 4). Temeljni standardi izražajo vrednote, pogoje in cilje, nujne za nadaljnji razvoj stroke. Namenjeni so vsem fizioterapevtom, ki so v posrednem ali neposrednem stiku z bolniki, njihovimi skrbniki in drugimi strokovnimi kolegi ter študentom fizioterapije. Na temeljne standarde se lahko sklicuje, kdor je po poklicu fizioterapevt in je kot posameznik odgovoren za njihovo spoštovanje (2, 3).

Vsak standard ima več meril, ki ga vrednotijo oziroma opisujejo, kako naj bi ga dosegli. Na podlagi meril lahko bolniki, fizioterapevti in drugi ocenijo kakovost medsebojnega delovanja. Temeljni standardi naj služijo kot smernice pri dogovarjanju z drugimi fizioterapevti, delodajalci, drugimi zdravstvenimi delavci, državo in javnostjo. So orodje, ki ga lahko uporabljajo vsi, ki želijo nuditi (fizioterapevti, vodje zdravstvenih organizacij) ali prejemati (bolniki, predstavniki javnosti) visokokakovostno fizioterapijo. To niso minimalni standardi ali standardi odličnosti, temveč so določeni kot dosegljivi standardi. Zanje bi si morali prizadevati vsi fizioterapevti kot del svoje strokovne odgovornosti (2, 3). Za vse spremembe v praksi, ki so potrebne za doseganje teh standardov, je odgovoren vsak posamezni fizioterapevt, do določene mere pa tudi izvajalci fizioterapevtske dejavnosti (zdravstvene organizacije) in sistem zdravstvene dejavnosti, ki naj bi jim pomagal to omogočiti. Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso so bili v slovenski jezik prvič prevedeni in objavljeni leta 2007 (5), revidirana različica (2)

pa je bila v slovenski jezik prevedena leta 2014 in je v celoti dosegljiva na spletni strani (3). Ti standardi se ujemajo in dopolnjujejo Kodeks etike Društva fizioterapevtov Slovenije – strokovnega združenja (6), kompetence poklica fizioterapevt (7) ter zakone in pravilnike, ki so vezani na izvajanje zdravstvene dejavnosti v Sloveniji (8–14).

TEMELJNI STANDARDI ZA FIZIOTERAPEVTSKO PRAKSO

Temeljni standardi so razdeljeni v pet medsebojno soodvisnih sklopov, ki so v tem prispevku predstavljene v tabelah. Prvi sklop standardov se nanaša na sodelovanje z bolnikom in zajema standarde o spoštovanju bolnika kot posameznika, seznanjanje in soglašanje bolnika s fizioterapevtskimi postopki ter varovanje njegove zasebnosti (Tabela 1). Poleg spoštovanja bolnika kot posameznika, vključno z upoštevanjem njegovih kulturnih prepričanj, kar je zapisano tudi v Kodeksu etike (6), določajo, da se soglasje bolnika ob polni obveščenosti pridobi pred začetkom vsakega pregleda ali fizioterapevtske obravnave. Fizioterapevt se z bolnikom pogovori o možnostih različnih fizioterapevtskih postopkov, vključno s pomembnimi prednostmi, nevarnostmi in stranskimi učinki (opredeli 8. standard). Bolnik ima možnost, da povpraša o nejasnostih. Poučen je tudi o pravici, da lahko kadar koli zavrne fizioterapijo, brez posledic za vključevanje v nadaljnjo obravnavo. Zavrne lahko tudi izvajanje ali le opazovanje fizioterapije s strani študenta. Fizioterapevt varuje vse osebne podatke o bolniku (6). Standardi določajo, da je pri pogovoru o teh podatkih omogočena zasebnost. Opredeljeno je, da se od bolnika pred uporabo kliničnih podatkov, fotografij, videoposnetkov in drugih podatkov, iz katerih bi se ga lahko prepoznalo, pridobi pisno soglasje, in sicer za namen poučevanja, pisne izdaje ali česa drugega. Fizioterapevt lahko pokaže bolnikove fizioterapevtske podatke drugim zdravstvenim delavcem le v dogovoru s bolnikom in če je to v njegovo dobro. Fizioterapevtski podatki, ki so povezani z bolnikovim zdravljenjem, se lahko posredujejo virom, ki niso neposredno povezani z njegovo oskrbo, če bolnik podpiše soglasje, da se s tem strinja. Kadar zaupnosti podatkov ni mogoče zagotoviti, mora biti bolnik s tem seznanjen in mora imeti možnost, da posredovanje podatkov zavrne.

Tabela 1: Sodelovanje z bolnikom: spoštovanje bolnika kot posameznika, seznanjanje in soglašanje bolnika s fizioterapevtskimi postopki ter zaupnost podatkov (2, 3).

1. standard Spoštovanje posameznika	Najpomembnejše je upoštevanje bolnika kot posameznika in se kaže pri vseh vidikih fizioterapevtovega odnosa in v vseh obdobjih.
2. standard Seznanjanje in soglašanje s postopki	Bolnik mora dobiti informacije o predlaganih postopkih fizioterapije. Pri tem je treba upoštevati njegovo starost in čustveno ter mentalno sposobnost za soglasje ob polni obveščenosti.
3. standard Zaupnost	Fizioterapevt obravnava podatke, ki jih dobi od bolnika, kot strogo zaupne.

Naslednji sklop standardov se nanaša na cikel ocenjevanja in fizioterapevtske obravnave, ki zajema standarde o zbiranju podatkov in ocenjevanju ter analizi, načrtovanju, izvedbi in ceni uspešnosti fizioterapije ter nadaljevanju fizioterapije drugje ali zaključku obravnave (Tabela 2). Za fizioterapijo je značilen ciklični proces, kot ga je opisal Langhorne s sodelavci (15) in zajema (1–3, 16): 1) ocenjevanje, z namenom določiti in ovrednotiti bolnikove potrebe; 2) določanje ciljev, z namenom določiti realne in dosegljive izide na koncu obravnave; 3) izvedbo fizioterapevtskih postopkov kot pomoč bolniku pri doseganju ciljev in 4) ponovno ocenjevanje, z namenom oceniti uspešnost v doseganju dogovorjenih ciljev.

Smernice 4. standarda določajo, da so za pridobitev podatkov, ki bi lahko bili uporabni v povezavi z bolnikovim zdravljenjem, na voljo različni viri, vključno z bolnikom, s sorodniki oziroma skrbniki, z drugimi zdravstvenimi delavci in literaturo (knjižni in elektronski viri, strokovne revije ter lokalni pravilniki). Merilo določa, da fizioterapevt upošteva in kritično vrednoti podatke o učinkovitih fizioterapevtskih postopkih glede na bolnikovo zdravstveno stanje. Poleg drugih virov je priporočena uporaba kliničnih smernic. Za določanje ciljev in načrtovanje fizioterapevtskih postopkov je treba pridobiti ustrezne podatke o bolniku in njegovi težavi (5. standard), na katero lahko pozitivno vplivamo s postopki fizioterapije. To običajno zajema podatke o telesnih funkcijah in zgradbi, ki so neposredno ali posredno povezane z gibanjem, izvedbi gibalnih dejavnosti in podatke o sodelovanju, ki so ključni za njegovo vsakodnevno življenje. Z anamnezo in pregledom medicinske dokumentacije se poleg bolnikovih demografskih značilnosti, trenutnih težav oziroma stanja in doseda-

nega zdravstvenega stanja zbira tudi podatke o dejavnih družbenega okolja, družinskih značilnostih in življenjskem slogu ter zabeleži rezultate drugih pomembnih kliničnih preiskav. Kjer je smiselno, naj zbrani podatki odražajo vrednote in potrebe bolnika ter njegovih glavnih skrbnikov. *Fizioterapevtski pregled*, katerega obsežnost je določena s posameznim področjem fizioterapije, glede na bolnikovo zdravstveno stanje običajno vključuje opazovanje, ogledovanje in tipanje ter uporabo specifičnih ocenjevalnih orodij oziroma tehnik, vključno s standardiziranimi merilnimi orodji. O vseh podatkih, ki se zbirajo, morajo obstajati pisni dokazi. Ocenjevanje funkcionalnega stanja in sposobnosti bolnika ter preverjanje lastnega dela je navedeno med kompetencami fizioterapevta v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (7). Fizioterapevti so pri vsakodnevni klinični praksi dolžni uporabljati standardizirana merilna orodja s preverjeno veljavnostjo, zanesljivostjo in občutljivostjo (6. standard). Fizioterapevt izbere primerno merilno orodje, ki bo glede na bolnikove težave najbolj verjetno odražalo izid fizioterapevtskega zdravljenja. V teh standardih je *fizioterapevtsko merilno orodje* za oceno izida obravnave opredeljeno kot test ali lestvica, ki ga uporablja/izvaja in interpretira fizioterapevt ter za katerega je bilo dokazano, da meri natančno določeno značilnost, ki zanima bolnika ali fizioterapevta in za katero se pričakuje, da bo nanjo vplivala fizioterapija (17). Za uporabo izbranega merilnega orodja mora biti fizioterapevt usposobljen, po potrebi imeti izkušnje z njegovo uporabo/izvedbo in interpretacijo rezultatov. Rezultate se beleži sproti in ugotovitve ocenjevanja razloži bolniku. Enako merilno orodje se uporabi na koncu obravnave, če je potrebno, pa tudi med obravnavo (2, 3).

Tabela 2: Cikel fizioterapije: zbiranje podatkov in ocenjevanje ter analiza, načrtovanje, izvedba in ocena uspešnosti fizioterapije ter nadaljevanje fizioterapije drugje ali zaključek obravnave (2, 3).

4. standard Podatki o učinkovitih fizioterapevtskih postopkih	Da bi lahko zagotovili učinkovito fizioterapijo, je treba pridobiti vse dosegljive podatke, ki bi lahko bili uporabni v povezavi z obravnavo bolnika.
5. standard Podatki o bolniku in njegovi težavi	Zbiranje ustreznih podatkov o bolniku in njegovi težavi.
6. standard Standardizirana merilna orodja	Glede na bolnikovo težavo izberemo objavljena standardizirana (veljavna, zanesljiva in občutljiva) merilna orodja, s katerimi ocenimo spremembo njegovega zdravstvenega stanja.
7. standard Analiza podatkov	Zbiranju podatkov in ocenjevanju sledi analiza, katere cilj je pripraviti načrt fizioterapije.
8. standard Načrtovanje fizioterapije	Načrt fizioterapije se oblikuje v sodelovanju z bolnikom.
9. standard Izvedba fizioterapije	Načrt fizioterapije se izvede tako, da ima bolnik od tega korist.
10. standard Ocena uspešnosti	Za zagotovitev učinkovitosti in ustreznosti načrta fizioterapije se glede na bolnikove spreminjajoče se okoliščine in zdravstveno stanje uspešnost načrta fizioterapije ocenjuje sproti.
11. standard Nadaljevanje fizioterapije drugje ali zaključek obravnave	Ob koncu načrta fizioterapije je treba poskrbeti za nadaljevanje fizioterapije drugje – premestitev ali zaključek obravnave bolnika.

Na podlagi analize, sinteze in interpretacije ustreznih podatkov se v procesu kliničnega sklepanja ugotovi bolnikove težave oziroma potrebe, na podlagi katerih se lahko pripravi načrt fizioterapije (7. standard). O ugotovljenih bolnikovih težavah morajo biti shranjeni pisni dokazi, ki so oblikovani na podlagi subjektivnih in objektivnih meril ter drugače zbranih podatkov. Fizioterapevtsko ocenjevanje lahko temelji na modelih ali okvirjih, ki omogočajo sistematično oceno in se pogosto razširja na posledice bolnikovega zdravstvenega stanja. Kot okvir ocenjevanja je v temeljnih standardih priporočena uporaba Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja – MKF (18). Ta je primerna za spodbujanje ustreznega kliničnega sklepanja, razvrščanje fizioterapevtskih merilnih orodij po razdelkih MKF in omogoča strukturirano oceno in obravnavo vseh vidikov človekovega funkcioniranja ter izboljša sporazumevanje (23). Merilni sistem (kvantifikacijska lestvica) MKF pa se za uporabo v fizioterapiji ne zdi primeren (23). Merilo tega standarda določa, da se z ustreznimi znaki in simptomi zapiše tako imenovana fizioterapevtska diagnoza. *Fizioterapevtska diagnoza* se nanaša na trenutno bolnikovo težavo, ki jo želimo s fizioterapijo zmanjšati oziroma odpraviti (tako imenovan fizioterapevtski problem). Je rezultat procesa kliničnega sklepanja na podlagi zbranih podatkov s strani fizioterapevta in ob upoštevanju podatkov drugih strokovnjakov, če je to potrebno. Določena je neodvisno ali v povezavi z medicinsko diagnozo. Na splošno izraža posledice bolnikovega zdravstvenega stanja na njegovo funkcioniranje (2, 3). Izražena je lahko kot obstoječa ali potencialna motnja gibanja ali pa obsega različne kategorije okvar, omejitev dejavnosti, omejitev sodelovanja, okoljskih dejavnikov ali zmanjšane zmožnosti. Namen fizioterapevtske diagnoze je, da vodi fizioterapevta pri določanju ciljev fizioterapije, najprimernejših fizioterapevtskih postopkov in načrta obravnave za posameznega bolnika ter izmenjavi informacij z njim (1, 16). Sestavljanje fizioterapevtskega programa za bolnike na osnovi ocene funkcij sistemov in osebnih značilnosti bolnika je navedeno med kompetencami fizioterapevta (7). Merila 7. standarda tudi določajo, da je treba ugotoviti in zapisati bolnikova pričakovanja. Če fizioterapevt in bolnik ugotovita, da fizioterapija ni potrebna ali je bolnik ne želi, se ta informacija posreduje osebi, ki je bolnika napotila. Proces kliničnega sklepanja se lahko vrednoti v postopkih strokovne ocene s strani kolegov ali s strokovnim nadzorom (2, 3). Slednjega za fizioterapevte v Sloveniji ureja Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem za posamezne poklicne skupine zdravstvenih delavcev, ki niso organizirani v poklicnih zbornicah oziroma strokovnih združenjih z javnim pooblastilom (8).

Cilji fizioterapije so opredeljeni kot pričakovane posledice fizioterapije pri določenem bolniku oziroma pričakovani izid ob koncu obravnave (2, 3). Naznanjajo spremembe v okvari, omejitvah dejavnosti, omejitvah sodelovanja in spremembah v zdravju, dobrem počutju ter telesni pripravljenosti, ki so pričakovane kot posledica izvajanja fizio-

rapevtskih postopkov (19). Cilji fizioterapije pri posameznem bolniku se določijo na podlagi dogovarjanja z njim, lahko tudi z njegovimi skrbniki (2, 3). Postavljanje ciljev fizioterapevtske obravnave s sodelovanjem bolnika je zapisano tudi v kompetencah fizioterapevta v Sloveniji (7). Cilji morajo biti realni, merljivi in časovno omejeni. Če je smiselno, naj vključujejo časovna obdobja za pregledovanje, razpravljanje in prilagajanje (2, 3). Cilji so kratkoročni in dolgoročni – glede na pričakovani čas za njihovo doseganje (19). S bolnikom dogovorjeni cilji so fizioterapevtu v pomoč pri načrtovanju fizioterapije. V nasprotju s tradicionalnim modelom kliničnega odločanja, po katerem fizioterapevt ali zdravnik sprejema odločitve o fizioterapiji za svojega bolnika, sodoben model kliničnega odločanja spodbuja bolnike, da povedo svoje prioritete (20). Skladno s tem 8. standard določa, da fizioterapevt v proces kliničnega odločanja med načrtovanjem fizioterapije vključi bolnika. Zagotoviti mora, da ima bolnik dovolj podatkov za sodelovanje, če je za to sposoben. Tako sodelovanje omogoči, da so cilji in zato načrt fizioterapije usklajeni z bolnikovimi potrebami in okoljem. Načrt fizioterapije mora temeljiti na najboljših dosegljivih dokazih, ki, **če je mogoče**, obsegajo kombinacijo izsledkov iz visokokakovostnih raziskav, kliničnega sklepanja in upoštevanja specifičnega bolnikovega stanja. Na podlagi poznavanja učinkov določenih fizioterapevtskih postopkov se mora fizioterapevt v sodelovanju z bolnikom odločiti, kateri od možnih fizioterapevtskih postopkov je/so zanj optimalna možnost zdravljenja. Po merilih se v načrt fizioterapije poleg izbranih postopkov fizioterapije jasno zapiše **časovne termine za izvedbo fizioterapije in/ali pregled, merilna orodja, cilje**, imenovanje fizioterapevta ali več fizioterapevtov, ki bodo izvajali načrt in sodelovali tudi v večdisciplinarnem timu; zapiše se **še** ocenjevanje pomembnih dejavnikov tveganja in navodila za dejavnosti, ki jih lahko izvajajo bolnikovi skrbniki. Uporabo kliničnih smernic ali lokalno določenih protokolov se zabeleži v bolnikovi dokumentaciji. Načrt fizioterapije se izvede tako, da ima bolnik od tega korist (9. standard). Vsi postopki se izvajajo po **že prej** določenem načrtu (2, 3). S sodelovanjem pri določanju ciljev in **načrtovanju fizioterapije** bolnik predvidoma prevzame večjo odgovornost za dejavno sodelovanje in po potrebi tudi samostojno izvajanje določenega dela načrta fizioterapije. Nasvete ali informacije, ki so posredovane bolniku, ter izposojena oprema se zapišejo (2, 3). Sprotno ocenjevanje učinkovitosti in ustreznosti načrta fizioterapije, ki je navedeno tudi v kompetencah fizioterapevta (7), omogoči njegovo prilagajanje spreminjajočim se okoliščinam in zdravstvenemu stanju bolnika (10. standard). Vsako odstopanje od predvidenega načrta fizioterapije in razloge zanj je treba zapisati, bolnik pa mora s spremembo soglašati. Sproti se zapišejo vse subjektivne in objektivne spremembe stanja, do katerih pride med izvajanjem načrta fizioterapije. Ob koncu obravnave se za ugotavljanje uspešnosti načrta fizioterapije pri doseganju ciljev oceni izid (2, 3). *Izidi obravnave* so opredeljeni kot **želeni ali neželeni odgovori na (fizioterapevtsko) obravnavo. Izidi so končni rezultati procesa oskrbe, ki**

Tabela 3: Sporazumevanje z bolniki in skrbniki, sporazumevanje z drugimi strokovnjaki ter bolnikova dokumentacija (2, 3).

12. standard Sporazumevanje z bolniki in s skrbniki	Fizioterapevt se učinkovito sporazumeva z bolniki in/ali njihovimi skrbniki oziroma sorodniki.
13. standard Sporazumevanje z drugimi strokovnjaki	Da bi fizioterapevt bolniku zagotovil učinkovito in zadostno fizioterapevtsko storitev, se učinkovito sporazumeva oziroma sodeluje z zdravstvenimi delavci in drugimi ustreznimi strokovnjaki.
14. standard Dokumentacija	Zaradi lažje organizacije bolnikov in zadovoljitve pravnih zahtev mora imeti vsak bolnik, ki je deležen fizioterapije, svojo dokumentacijo.
15. standard Hranjenje dokumentacije	Dokumentacija bolnikov je shranjena skladno z veljavnimi pravilniki in zakonodajo.

jih je mogoče pripisati fizioterapevtski obravnavi. Lahko jih opredeli bolnik ali fizioterapevt (2, 3). Po merilih 10. standarda se podatke, pridobljene z merilnimi orodji za oceno izida obravnave, predstavi bolniku. Neželene in nepričakovane učinke, ki se pojavijo med fizioterapijo, se zapiše in vrednoti (2, 3).

Ob koncu načrta fizioterapije se obravnava zaključí. Če bolnikovo zdravstveno stanje zahteva, je treba poskrbeti za nadaljevanje fizioterapije drugje, tj. za premestitev obravnave (11. standard). Obravnava se lahko nadaljuje pri drugih izvajalcih zdravstvene dejavnosti (npr. na drugi ravni zdravstvenega varstva) ali v domači oskrbi. V primeru domače oskrbe ustrezna navodila za pomoč pri nadaljevanju bolnikove obravnave, če je potrebno, prejmejo tudi skrbniki. Merila določajo, da bolnik sodeluje pri dogovarjanju o premestitvi ali zaključku obravnave. Dogovori so zapisani v njegovi dokumentaciji (2, 3). Pripravljanje poročil o rezultatih ter poročanje izbranemu zdravniku ali specialistu je navedeno kot zadnja kompetenca fizioterapevta (7). Temeljni standardi določajo, da mora biti odpustno poročilo o bolnikovi obravnavi poslano osebi, ki je bolnika nanjo napotil. Napiše ga lahko fizioterapevt samostojno ali pa je poročilo večdisciplinarno, odvisno od načina dela. Pri premestitvi obravnave se podatki o bolniku (rezultate in interpretacija vseh uporabljenih merilnih orodij) posredujejo osebi, ki bo bolnika prevzel v nadaljnjo oskrbo. Če je bolnik prišel na fizioterapijo brez napotitve zdravnika, se s fizioterapevtom pogovori, komu naj pošlje poročilo. Če bolnik pošiljanje poročila zavrne, se mora to zabeležiti v njegovi dokumentaciji (2, 3).

Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso opredeljujejo tudi standarde, ki se nanašajo na sporazumevanje z

bolniki in skrbniki, sporazumevanje z drugimi strokovnjaki ter standarde, ki se nanašajo na vodenje in ravnanje z bolnikovo dokumentacijo (Tabela 3). Ti standardi določajo, da fizioterapevt uporablja večšine dejavnega poslušanja in bolniku omogoča učinkovito sporazumevanje (tudi nebesedno). Določeno je tudi, da se pred posredovanjem zaupnih podatkov bolnikovim skrbnikom, prijateljem ali sorodnikom pridobi pisno soglasje bolnika. Standardi se nanašajo še na sporazumevanje in sodelovanje z drugimi zdravstvenimi delavci in drugimi, ki so udeleženi v procesu obravnave bolnika. To lahko vključuje na primer člane večdisciplinarnega tima, učitelje in socialne delavce, ki delujejo znotraj ali zunaj zdravstvene mreže (2, 3). Standardi tudi določajo, da je fizioterapevt dolžan voditi bolnikovo dokumentacijo, kar je skladno tudi s Kodeksom etike (6). Bolnikova dokumentacija je lahko eno- ali večdisciplinarna in v elektronski ali papirnati obliki. Hranjenje dokumentacije je opredeljeno kot ena izmed temeljnih fizioterapevtovih dolžnosti pri skrbi za bolnika (2, 3), kar v Sloveniji ureja Zakon o varstvu osebnih podatkov (9).

Promocija varnega okolja za delo in zdravljenje je opredeljena v naslednjem sklopu standardov ter se nanaša na varnost bolnika, fizioterapevta in opreme (Tabela 4). Standardi opredeljujejo načrt ocene tveganja, ki zajema oceno tveganja za ravnanje, kontraindikacij in previdnostnih ukrepov, torej vsega, kar bi lahko predstavljalo nevarnost za bolnika, fizioterapevta, izvedbo fizioterapevtskega postopka ali okolje. Predvideno je izvajanje ukrepov za zmanjšanje tveganja tam, kjer je bilo tveganje ugotovljeno. Fizioterapevt je dolžan upoštevati tudi ukrepe za nadzor okolja in infekcij ter postopke osebne higiene. Glede varnosti delovne opreme je določeno, da mora biti ta rutinsko pregledana, vzdrževana in čiščena, okvarjena pa izločena.

Tabela 4: Promocija varnega okolja za delo in fizioterapevtsko obravnavo: varnost bolnika in fizioterapevta ter varnost opreme (2, 3).

16. standard Varnost bolnika in fizioterapevta	Fizioterapevtska obravnava bolnikov poteka v okolju, ki je varno tako zanje kot za njihove skrbnike in fizioterapevte.
17. standard Fizioterapevt, ki dela sam	Fizioterapevt, ki dela sam, mora zagotoviti, da bo tveganje, če dela sam, znižano na najmanjšo možno mero.
18. standard Varnost opreme	Vsa oprema je varna, služi namenu in zagotavlja varnost bolniku, njegovemu skrbniku in fizioterapevtu.

Fizioterapevt je dolžan uporabljati sredstva za delo oziroma delovno opremo, varnostne naprave in osebno varovalno opremo skladno z njihovim namenom in navodili proizvajalca, pazljivo ravnati z njimi in skrbeti, da so v brezhibnem stanju (2, 3). Ti standardi se upoštevajo skupaj z lokalnimi pravilniki in slovensko zakonodajo s tega področja, kot so Zakon o varnosti in zdravju pri delu (10), Zakon o nalezljivih boleznih (11) in Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (12).

Zadnji sklop temeljnih standardov opredeljuje fizioterapevtov neprekinjeni strokovni razvoj oziroma vseživljenjsko učenje (Tabela 5). Ta, t. i. vseživljenjski proces se prične z vpisom na dodiplomski študij fizioterapije in zaključi z upokojitvijo (1). Dodiplomski študijski program za fizioterapijo mora usposobiti diplomanta v neodvisnega strokovnjaka s potrebnim znanjem in spretnostmi za izvajanje z dokazi podprte prakse (1); to je usposobiti ga za samostojno, varno in odgovorno izvajanje učinkovite fizioterapevtske oskrbe, uporabo merilnih orodij, ocenjevanje in vrednotenje rezultatov; pomembno je razumevanje načel raziskovanja pri vsakodnevem delu in osnovno razumevanje kakovosti znanstvenih dokazov. Nadgradnji in razvoju novih znanstvenih dokazov ter kliničnih smernic so namenjeni podiplomski študijski programi (20, 21). Spremembe na ravni osnovnega izobraževanja fizioterapevtov odsevajo napredek v znanju, iz katerega izhaja tudi pričakovano večja odgovornost, ki jo mora fizioterapevt osvojiti, da bi bolniku zagotovil in nudil najboljšo obravnavo (22). Za fizioterapevte, ki so dodiplomsko izobraževanje zaključili pred več leti, pa je potrebno organizirati izpopolnjevanja z že naštetimi vsebinami v okviru vseživljenjskega učenja (1). Standardi zadnjega sklopa zajemajo ocenjevanje, načrtovanje, izvedbo in vrednotenje neprekinjenega strokovnega razvoja (2, 3). Vsi fizioterapevti so dolžni neprestano dopolnjevati svoje znanje in spretnosti na področju fizioterapije ter pravil zagotavljanja zdravstvene oskrbe. V Sloveniji to področje ureja Pravilnik o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev in sodelavcev (13), v katerem je zapisano, da strokovno izpopolnjevanje obsega stalno, neprekinjeno in sistematično pridobivanje, razširjanje in poglobljanje teoretičnih in praktičnih znanj, potrebnih za uspešno opravljanje poklicnih dejavnosti (kompetenc).

Pri ocenjevanju potreb po izobraževanju oziroma izpopolnjevanju, ki navadno poteka v sodelovanju s sodelavci in z delodajalcem (13), 19. standard priporoča upoštevanje razvojnih potreb posameznika za izboljšanje njegovega trenutnega področja delovanja in/ali želja za delo na novem področju fizioterapije, obvezne vsebine izpopolnjevanja (na primer tečaj oživljanja, protipožarnega varstva), novosti v klinični praksi in tehnoloških dosežkih ter potrebe zakonodaje in izvajalca fizioterapevtske dejavnosti (zdravstvene organizacije). Pri načrtovanju neprekinjenega strokovnega razvoja oziroma vseživljenjskega učenja je

potrebno določiti cilje, ki morajo biti natančno določeni, merljivi, dosegljivi, ustrezni in časovno opredeljeni (20. standard). Neprekinjeni strokovni razvoj je opredeljen kot niz dejavnosti za doseganje načrtovanih ciljev, kot so kritično vrednotenje fizioterapevtske prakse, nadaljnje formalno izobraževanje na magistrskem in doktorskem študiju, samostojen študij, kritično branje strokovne in znanstvene literature, udeležba na strokovnih srečanjih, delovna izmenjava, deljenje znanja in spretnosti z drugimi ter interni programi izpopolnjevanja, udeležanje kliničnih smernic v praksi, strokovna ocena kolegov, mentorstvo, sodelovanje s fizioterapevtskimi strokovnimi skupinami, drugimi strokovnjaki ali skupinami bolnikov ter vključenost v raziskovalno delo (2, 3). Po pravilniku o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev in sodelavcev (13) pa se v predpisano količino strokovnega izpopolnjevanja ne štejejo individualni študij strokovne literature in s tem povezano spremljanje razvoja medicinske in drugih znanosti ter občasni ogledi zdravstvenih institucij. Isti pravilnik določa, da mora delodajalec zagotoviti in dati na voljo svojim delavcem ustrezno sodobno strokovno literaturo za sprotne spremljanje novih dosežkov, spoznaj in odkritij na njihovem delovnem področju (13).

Za izvedbo načrta neprekinjenega strokovnega razvoja oziroma vseživljenjskega učenja mora biti za fizioterapevta dogovorjen in rezerviran delovni čas (21. standard), saj je delodajalec dolžan poslati delavca na strokovno izpopolnjevanje (2, 3, 13). Merila določajo pisna dokazila oziroma *zbirno mapo* (*angl.* portfolio) kot način evidentiranja in vrednotenja učnih dejavnosti za strokovni razvoj ter načrtovanje prihodnjih učnih dejavnosti, ki velja kot dokazilo o izpolnitvi načrta. Izvajanje načrta se ustrezno preverja, opravi se nadzor v dogovorjenih obdobjih. Dejavnosti neprekinjenega strokovnega razvoja se vrednotijo glede učinka na fizioterapevtovo klinično prakso, vpliva na izvajanje fizioterapevtske dejavnosti na delovnem mestu in vpliva na fizioterapevtsko stroko. Naslednji, zadnji standard, določa vrednotenje koristi neprekinjenega strokovnega razvoja oziroma vseživljenjskega učenja. Merilo določa, da fizioterapevt lahko prikaže, da je pridobljeno znanje vplivalo na izboljšanje in razvoj njegove klinične prakse (22. standard). Pravilnik o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev in sodelavcev (13) dodatno določa obdobje, v katerem mora fizioterapevt opraviti določeno količino strokovnega izpopolnjevanja, in sicer najmanj 10 dni na leto oziroma 30 dni na vsaka tri leta (za delavce z visoko strokovno izobrazbo). Strokovni nadzor je med drugim namenjen tudi preverjanju ustreznosti poklicnih kvalifikacij, strokovnih izpopolnjevanj in organizacije dela ter preverjanju stalnega sledenja razvoju stroke (8). Če se pri strokovnem nadzoru ugotovi pomanjkljivo teoretično oziroma praktično znanje, pa je dolžnost delodajalca poslati fizioterapevta na strokovno izpopolnjevanje tudi pred prej navedenim rokom. Po pravilniku morajo o izvedbi ter učinkih programa strokovnega izpopolnjevanja izdelati evalvacijsko poročilo odgovorni delavci posameznih strokovnih področij (13).

Tabela 5: *Neprekinjen strokovni razvoj oziroma vseživljenjsko učenje (2, 3).*

19. standard Neprekinjen strokovni razvoj oziroma vseživljenjsko učenje	Fizioterapevt ocenjuje svoje potrebe po izobraževanju oziroma izpopolnjevanju.
20. standard Načrtovanje	Fizioterapevt načrtuje svoje potrebe po neprekinjenem strokovnem razvoju oziroma vseživljenjskem učenju.
21. standard Izvedba	Izvedba načrta neprekinjenega strokovnega razvoja oziroma vseživljenjskega učenja.
22. standard Vrednotenje	Fizioterapevt vrednoti koristi neprekinjenega strokovnega razvoja oziroma vseživljenjskega učenja.

ZAKLJUČEK

Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso so dosegljivi standardi, ki omogočajo vrednotenje kakovosti obstoječega izvajanja fizioterapevtske dejavnosti in načrtovanje izboljšanja. Skladni so s slovensko zakonodajo in jo dopolnjujejo. Temeljni standardi so dobra osnova za samoregulativo stroke. Za njihovo udejanjanje v Sloveniji so v prvi vrsti odgovorni fizioterapevti, za doseganje nekaterih standardov pa so verjetno potrebne širše organizacijske prilagoditve. Zagotavljanje temeljnih znanj in spretnosti za doseganje kompetenc poklica fizioterapevt je odvisno od kakovosti dodiplomskega izobraževanja. Potrebno je razširiti nabor podiplomskih izpopolnjevanj, ki bodo spodbujala z dokazi podprto prakso v fizioterapiji in uporabo standardiziranih merilnih orodij na vseh ravneh fizioterapevtske dejavnosti.

Literatura

- World Confederation for Physical Therapy. Policy statements. London: WCPT; 2011. Dostopno na http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT_Policy_statements_2013.pdf (citirano 19. 1. 2015).
- European Region. World Confederation for Physical Therapy. European core standards of physiotherapy practice: General meeting, 22-24 May, 2008, Athens, Greece. London: WCPT; 2008. Dostopno na <http://www.physio-europe.org/download.php?document=71&downloadarea=6> (citirano 19. 1. 2015).
- Društvo fizioterapevtov Slovenije – strokovno združenje. Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije – strokovno združenje; 2014. Dostopno na http://www.dfs.si/odbori_in_komisije-razsirjeni_strokovni_kolegij_pri_mz-temeljni_standardi_za_fizioterapevtsko_prakso (citirano 19. 1. 2015).
- World Confederation for Physical Therapy. WCPT ethical principles. London: WCPT; 2011. Dostopno na <http://www.wcpt.org/ethical-principles> (citirano 19. 1. 2015).
- Društvo fizioterapevtov Slovenije – strokovno združenje. Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije – strokovno združenje; 2007.
- Društvo fizioterapevtov Slovenije – strokovno združenje. Kodeks etike. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije – strokovno združenje. Dostopno na http://www.dfs.si/o_fizioterapiji-kodeks_etike (citirano 19. 1. 2015).
- Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. Ur l, št. 82/2004.
- Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem za posamezne poklicne skupine zdravstvenih delavcev, ki niso organizirani v poklicnih zbornicah oziroma strokovnih združenjih z javnim pooblastilom. Ur. l. RS, št. 60/2013.
- Zakon o varstvu osebnih podatkov (uradno prečiščeno besedilo). Ur l 94/2007.
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu. Ur l 43/2011.
- Zakon o nalezljivih boleznih. Ur l 33/2006.
- Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Ur l 10/2011.
- Pravilnik o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Ur l 92/2006.
- Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet* 2011; 377: 1693–702.
- Razširjen strokovni kolegij za fizioterapijo. Opis poklica fizioterapevt. *Fizioterapija* 2013; 21: 64–71.
- Mayo N, Cole B, Dowler J, Gowland C, Finch E. Use of outcome measures in physiotherapy: survey of current practice. *Can J Rehabil* 1994; 7: 81–2.
- Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmoglosti in zdravja: MKF. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija; Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS); Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR); 2006.
- American Physical Therapy Association. Guide to Physical Therapist Practice. Second Edition. *Phys Ther* 2001; 81: 9–744.

19. Herbert R, Jamtvedt G, Hagen KB, Mead J. Practical evidence-based physiotherapy. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2011.
20. Parker-Taillon D. CPA initiatives put the spotlight on evidence-based practice in physiotherapy. *Physiother Can* 2002; Winter: 12–5, 24.
21. Ven A, Vyt A. The competence chart of the European Network of Physiotherapy in higher education. Antwerp–Apeldoorn: Garant; 2007.
22. American Physical Therapy Association. Vision 2020. Alexandria: American Physical Therapy Association; 2014. Dostopno na <http://www.apta.org/Vision2020/> (citirano 19. 1. 2015).
23. Allet L, Bürge E, Monnin D. ICF: clinical relevance for physiotherapy? A critical review. *Adv Physiother* 2008; 10: 127–37.