

## Vabljen predavanje

### Z dokazi podprta praksa in smernice klinične prakse v fizioterapiji

Urška Puh, Sonja Hlebš

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za fizioterapijo: urska.puh@zf.uni-lj.si

#### IZVLEČEK

Z dokazi podprta praksa je definirana kot vestna, jasna in razumna uporaba v danem trenutku najboljših znanstvenih dokazov pri odločanju o oskrbi nekega pacienta. V prispevku je opisan koncept z dokazi podprte prakse in njegovo uveljavljanje v fizioterapiji. Opisane so najpomembnejše komponente koncepta z dokazi podprte prakse, to so program osnovnega izobraževanja, vseživljenjsko učenje, merilni inštrumenti, podatkovne baze in smernice klinične prakse. V nadaljevanju so predstavljeni smernice klinične prakse kot vir za z dokazi podprto prakso, njihov razvoj, namen in perspektive razvoja v prihodnosti.

**Ključne besede:** fizioterapija, z dokazi podprta praksa, klinične smernice.

#### Z DOKAZI PODPRTA PRAKSA

Fizioterapevtska stroka je v preteklosti temeljila predvsem na podlagi izkušenj dobre prakse, zdaj pa postaja znanstvena disciplina. Povezovanje teoretičnega znanja in prakse je bistvenega pomena za razvoj fizioterapevtske stroke. Oktobra 2001 se je na srečanju strokovnjakov iz 50 držav članic Svetovnega združenja za fizioterapijo (World Confederation for Physical Therapy – WCPT) fizioterapevtska stroka obvezala k izvajanju z dokazi podprte prakse (WCPT, 2001, 2002).

Z dokazi podprta praksa ni nov koncept, je pa postal v zadnjih letih veliko pomembnejši (Bury, 2003). Koncept z dokazi podprte medicine je leta 1991 predstavil Guyatt (Guyatt, 1991). Z dokazi podprta praksa pomeni vestno, jasno in razumno uporabo v danem trenutku najboljših znanstvenih dokazov pri odločanju o oskrbi nekega pacienta (Sackett in sod., 1996). Koncept se je razvijal in bil ponovno definiran v Sicilijski izjavi leta 2005 (Dawes in sod., 2005). Z dokazi podprta praksa povezuje klinične izkušnje posameznega fizioterapevta z znanstvenimi dokazi (Bury, 2003), pri čemer upošteva vrednote pacienta in okoliščine (Dawes in sod., 2005; Haynes in sod., 2002). Pri tem so znanstveni dokazi določeni za najboljšo podlago pri kliničnem odločanju (Haynes in sod., 2002). Leta 1995 je kanadsko združenje za fizioterapijo (Canadian Physiotherapy Association – CPA) definiralo z dokazi podprto prakso kot prakso, ki temelji na teoretičnih osnovah, pri kliničnem odločanju uporablja najboljše mogoče znanstvene dokaze ter za evalvacijo posredovane oskrbe uporablja standardizirane merilne inštrumente (CDPTAP in CPA, 1995). Ameriško združenje za fizioterapijo (American Physical Therapy Association – APTA) je z dokazi podprto prakso definiralo kot dostop do, izvajanje in integracijo znanstvenih dokazov, ki nas vodijo pri kliničnem odločanju, z namenom zagotoviti pacientu najboljšo možno fizioterapevtsko oskrbo. Poleg prej naštetih vidikov so poudarili še menedžment in politike zdravstvenega odločanja (APTA, 2007). Gre torej za sistematičen pristop oziroma sistem vseživljenjskega samostojnega učenja, ki temelji na reševanju problemov ter se osredotoči na klinične probleme v vsakodnevni praksi fizioterapevta.

Namen koncepta z dokazi podprte prakse v fizioterapiji je izboljšati oskrbo pacientov, zmanjšati razliknosti v zagotavljanju fizioterapevtskih storitev (Guyatt, 1991; APTA, 2007), ozaveščati

fizioterapevte v klinični praksi o dokazih iz raziskav visoke kakovosti ter te dokaze uporabljati za spodbujanje pozitivnih učinkov in zmanjševanje negativnih učinkov (nevarnosti) fizioterapevtskih postopkov (Bury, 2003) ter transparentnost kliničnega odločanja, pri čemer se upoštevajo prioritete pacienta.

Najpomembnejši koraki za izvajanje z dokazi podprte prakse so (Bury, 2003; Rosenberg in Donald, 1995):

1. izpostavitve pacientovega problema in oblikovanje jasnega kliničnega vprašanja;
2. pregled ustreznih publikacij ob upoštevanju stopnje veljavnosti in uporabnosti dokazov;
3. implementacija koristnih dognanj v prakso, glede na specifično pacientovo stanje;
4. evalvacija vpliva sprememb v praksi.

Zadnje tri naštetje korake lahko olajšajo smernice klinične prakse, katerih značilnosti so opisane v nadaljevanju.

Za uvedbo z dokazi podprte prakse v fizioterapiji so potrebne spremembe na številnih ravneh, vključno s fizioterapevti kot posamezniki, kliničnimi vodji, zdravstvenimi inštitucijami, profesionalnimi organizacijami ter vladami (Parker-Taillon, 2002). Kanadske (Parker-Taillon, 2002) in novozelandske izkušnje (Lord, 2005) kažejo, da je pri uvajanju z dokazi podprte prakse treba:

- povečati kakovost in količino pomembnih znanstvenih dokazov;
- izboljšati dostopnost informacij; omogočiti pridobitev potrebnega znanja oziroma spretnosti za razumevanje in uporabo znanstvenih dokazov v klinični praksi;
- zagotoviti učiteljski kader za kritično vrednotenje in proces z dokazi podprte prakse; poudariti, da ni dovolj, če vseživljenjsko učenje vključuje le izpopolnjevanje v fizioterapevtskih tehnikah;
- razviti karierno strukturo, ki bo nagrajevala pomembnost z dokazi podprte prakse; spodbujati sodelovanje fizioterapevtov pri razvoju kliničnih smernic;
- fizioterapevtom v klinični praksi omogočiti dovolj potrebnega časa, tehnologije in podpore za izvajanje z dokazi podprte prakse.

Uveljavitev z dokazi podprte prakse sta za prednostno nalogo do leta 2020 določili tako CPA kot APTA (APTA, 2007; NPAG, 2009), zato si je kanadsko združenje določilo za cilj oskrbeti fizioterapevte s potrebnim znanjem in orodji za uporabo najboljših znanstvenih dokazov in informacij o najboljši praksi – kliničnih smernicah, pri vsakodnevnem delu s pacienti. Te spremembe so se lotili na več področjih, in sicer s programom osnovnega izobraževanja, z vseživljenjskim učenjem, z merilni inštrumenti, s podatkovnimi bazami in smernicami klinične prakse (Parker-Taillon, 2002). Standardi strokovnosti fizioterapevtov (HPC, 2007) in Temeljni standardi fizioterapevske prakse Združenja za fizioterapijo Velike Britanije (Chartered Society of Physiotherapy – CSP, 2005) navajajo, da se od fizioterapevtov pričakuje, da bodo učinkovito upoštevali najboljše znanstvene dokaze oziroma izvajali z dokazi podprto prakso. Da bi svojim članom olajšalo z dokazi podprto prakso, CSP spodbuja raziskovanje v fizioterapiji, razvoj kliničnih smernic (CSP 2006a, b), merilnih inštrumentov in standardov v fizioterapiji ter oblikuje svoje baze podatkov dobre prakse ([www.csp.org.uk](http://www.csp.org.uk)).

Sedanji program dela WCPT za uvajanje in zagotavljanje z dokazi podprte prakse vključuje spodbujanje mednarodnega sodelovanja, vzpostavljanje sodelovanja z drugimi ustreznimi organizacijami, izdelovanje spletnih strani za področje z dokazi podprte prakse, ustanovitev foruma za diskusijo o z dokazi podprti praksi, osredotočanje kongresov WCPT na problematiko z dokazi podprte prakse, razvoj izobraževalnih resursov, razvoj podatkovne baze na mednarodni ravni, razvoj, odobritev in dostopnost kliničnih smernic v fizioterapiji ter nadaljnji razvoj in uporabo standardiziranih merilnih inštrumentov v fizioterapiji ([www.wcpt.org](http://www.wcpt.org)). Pri vsem tem je bilo za najpomembnejše opredeljeno vseživljenjsko učenje (WCPT, 2001). V evropskih Temeljnih standardih za fizioterapevtsko prakso (ER-WCPT, 2008), ki jih je leta 2007 prevedlo in privzelo

tudi Društvo fizioterapevtov Slovenije – Strokovno združenje (DFS – SZ, 2007), je zapisano: »Fizioterapevt upošteva in kritično vrednoti informacije o učinkovitih terapevtskih postopkih glede na pacientovo zdravstveno stanje« (standard 4). Opredeljeno je tudi načrtovanje fizioterapije na podlagi uporabe standardiziranih merilnih inštrumentov (standard 6 in 7) in neprekinjen strokovni razvoj oziroma vseživljenjsko učenje (standardi 19–22). Omenjeno nadgrajuje načela Kodeksa etike fizioterapevtov Slovenije (Uradni list RS, 6/02).

### **Program osnovnega izobraževanja**

Programi za pridobitev osnovne fizioterapevske izobrazbe so dolžni opremiti diplomanta s potrebnim znanjem, spretnostmi in vedenjem za izvajanje z dokazi podprte prakse. Poleg usposobljenosti za samostojno, varno in odgovorno izvajanje učinkovite fizioterapevske oskrbe je treba diplomante usposobiti tudi za uporabo ocenjevanja in načel raziskav pri vsakodnevem delu (Parker-Taillon, 2002).

Če izhajamo iz evropskih dokumentov in priporočil (ER-WCPT, 2003, 2004, 2008a; Ven in Vyt, 2007; MZ-RS, 2006) ter koncepta z dokazi podprte prakse, so temeljni cilji in/ali kompetence diplomanta dodiplomskega študijskega programa Fizioterapija Univerze v Ljubljani (VŠZ, 2008):

- razumevanje delovanja človekovih psihofizičnih sposobnosti v vseh obdobjih življenja, tako zdravih kot tudi ljudi z ogroženo, omejeno ali okvarjeno funkcijsko sposobnostjo zaradi bolezni ali poškodb, v zvezi z mišično-kostnim, živčnim, dihalnim, srčno-žilnim in sistemom presnove;
- samostojno opravljanje dela in uresničevanje nalog s področja načrtovanja, organiziranja, vodenja, izvajanja, nadziranja, vrednotenja in ocenjevanja fizioterapevskega procesa na vseh ravneh zdravstvenega varstva;
- sposobnost povezovanja na dokazih temelječe teorije in prakse ter sposobnost njene vgraditve v vsakodnevno delo;
- razumevanje glavnih raziskovalnih metod in postopkov s področja fizioterapije za vključevanje v znanstvenoraziskovalno delo;
- sposobnost poročanja o novih dognanjih stroke na strokovnih srečanjih, v publikacijah ter sredstvih javnega obveščanja;
- sposobnost iskanja novih informacij v literaturi s področja fizioterapije in drugih ved – medicinskih, organizacijskih, informatike in družboslovja – ter sposobnost njihovega umeščanja in interpretacije v kontekst fizioterapevske obravnave;
- poznavanje in uporaba sodobnih orodij, veščin in spretnosti, predvsem informacijsko-komunikacijskih tehnologij pri strokovnem delu;
- ozaveščenost o učenju ter strokovnem in osebnostnem razvoju kot vseživljenjskem procesu ter sposobnost samostojnega učenja na svojem strokovnem področju, odgovornost za svoje učenje in zavedanje pomena vseživljenjskega učenja;
- nadaljnje izobraževanje na podiplomskih stopnjah (magistrski in doktorski študij).

### **Vseživljenjsko učenje**

Učenje, ki vodi k poklicu fizioterapevt, je vseživljenjski proces, ki se začne z vpisom na dodiplomski študij fizioterapije in se konča z upokojitvijo ([www.physio-europe.org](http://www.physio-europe.org)). Vsi fizioterapevti so dolžni neprestano dopolnjevati svoje znanje in spretnosti (HPC, 2007).

Pri zagotavljanju neprekinjenega strokovnega razvoja se zaradi razvoja klinične prakse v fizioterapiji ter novih spoznanj o teoriji učenja kaže potreba po razvoju in uvajanju novih modelov izobraževanja (2nd European Congress on Physiotherapy Education: [www.ventinvent.se/LSR2008/program/](http://www.ventinvent.se/LSR2008/program/)). Fizioterapevtom je treba omogočiti visoko kakovostna in priznana izobraževanja in izpopolnjevanja, ki pripomorejo k neprekinjenemu profesionalnemu

razvoju posameznika in podpirajo z dokazi podprto prakso (Parker-Taillon, 2002). Neprekinjen strokovni razvoj poleg strokovnega izpopolnjevanja vključuje še formalno podiplomsko izobraževanje (organizirano na univerzi – magisterij, doktorat) in specializacije, ki so lahko formalno organizirane ali neformalne ([www.physio-europe.org](http://www.physio-europe.org)).

Skladno z večino držav EU in po priporočilih ER-WCPT bi morale specializacije zagotavljati kombinacijo med akademskimi in kliničnimi kompetencami, zato priporočajo enakovredno zastopanost (ER-WCPT, 2006):

- kliničnih izkušenj – delo pod nadzorom mentorja specialista,
- specifičnih fizioterapevtskih spretnosti in
- teoretičnega znanja na ravni magistrskega študija.

Tečaji kontinuiranega strokovnega razvoja so tradicionalen, vendar ne dovolj učinkovit način za zagotavljanje najboljše fizioterapevtske prakse. Osnovno znanje, potrebno za razumevanje kakovosti znanstvenih dokazov, so dolžni zagotoviti dodiplomski študijski programi (Bury, 2003; Ven in Vyt, 2007), nadgradnji in razvoju novih znanstvenih dokazov ter kliničnih smernic pa so namenjeni podiplomski študijski programi. Za fizioterapevte, ki so osnovno izobraževanje zaključili pred več leti, je treba organizirati izobraževanja s temi vsebinami v okviru vseživljenjskega učenja (Bury, 2003). WCPT je za fizioterapevte v klinični praksi objavilo navodila za ugotavljanje kakovosti preglednih in izvernih znanstvenih člankov, njihove uporabnosti za posameznega fizioterapevta (Walker, 2002, 2005a) ter statistične veljavnosti raziskav za generalizacijo (Walker, 2005b). Na spletnih straneh WCPT so za fizioterapevte objavljene druge koristne informacije v zvezi s kritično uporabo literature in implementacijo z dokazi podprte prakse. Baza podatkov APTA prav tako vsebuje učne pripomočke in navodila za z dokazi podprto prakso ([www.hookedonevidence.org](http://www.hookedonevidence.org)).

Zaradi pomanjkanja znanstvenih dokazov visoke kakovosti na posameznih področjih in za presojanje klinične uporabnosti posameznih študij so klinične izkušnje še vedno zelo pomemben vir znanja v fizioterapiji. Ločimo individualne klinične izkušnje posameznika in klinične izkušnje, pridobljene z delom pod nadzorom izkušenega strokovnjaka, kar je glavna značilnost specializacij v fizioterapiji. Potrebni sta torej integracija lastnih kliničnih izkušenj in uporaba najboljših znanstvenih dokazov – združiti »umetnost« prakse z »znanostjo« (Lord, 2005; CPA, 2006).

## **Merilni inštrumenti**

Brez dokazovanja učinkovitosti fizioterapevtskih postopkov resničen prehod na z dokazi podprto prakso ni mogoč, zato so fizioterapevti pri vsakodnevni klinični praksi dolžni konsistentno uporabljati standardizirane merilne inštrumente (Parker-Taillon, 2002; ER-WCPT, 2008b). Dokazovanje učinkovitosti fizioterapevtskih postopkov poteka na ravni posameznega pacienta (na primer, ali je fizioterapevtski postopek pri pacientu učinkoval) in na sistemski ravni (znanstvene raziskave učinkovitosti fizioterapevtskega postopka). Nekatera nacionalna fizioterapevtska združenja spodbujajo razvoj novih in uporabo že standardiziranih merilnih inštrumentov tudi tako, da oblikujejo baze podatkov merilnih inštrumentov ([www.csp.org.uk](http://www.csp.org.uk); [www.physiotherapy.asn.au](http://www.physiotherapy.asn.au)).

## **Podatkovne baze**

Napredek v informacijski tehnologiji je omogočil lažjo dostopnost informacij. Na voljo je vse več elektronskih informacijskih virov, ki so namenjeni preglednejšemu dostopu do aktualnih znanstvenih dokazov. Za spremljanje strokovne literature so najprimernejši elektronski viri, saj je po njih lažje iskati, podatke v njih pa lažje obnavljati. Da bi svojim članom omogočila dostop do informacij in tako olajšala izvajanje z dokazi podprte prakse, mnoga nacionalna in mednarodna fizioterapevtska združenja promovirajo ali celo sodelujejo pri oblikovanju baz podatkov

znanstvenih raziskav, povzetkov o dokazih oziroma sistematičnih pregledov literature, meta-analiz in smernic klinične prakse.

Glavni podatkovni bazi publikacij iz znanstvenih raziskav in sistematičnih pregledov literature za področje medicine, vključujoč fizioterapijo, sta Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) in Cinahl (<https://www.crnbc.ca/>). Poleg Cochranove knjižnice (Cochrane Library: [www2.cochrane.org/reviews/](http://www2.cochrane.org/reviews/) in [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)) pa je za fizioterapijo podatkovna baza PEDro ([www.pedro.org.au](http://www.pedro.org.au)) trenutno najboljši vir podatkov o kontroliranih kliničnih raziskavah, sistematičnih pregledih literature in smernicah klinične prakse (skupno vsebuje več kot 18.000 navedb). Njen razvoj podpira WCPT in financirajo nekatera nacionalna fizioterapevtska združenja ter je prosto dostopna na spletnih straneh. Specifični bazi podatkov o publikacijah raziskav učinkovitosti fizioterapevtskih postopkov sta še nizozemski center za z dokazi podprto fizioterapijo (Centre for Evidence Based Physiotherapy: [www.cebp.nl](http://www.cebp.nl)) in »Hooked on evidence« od APTA ([www.hookedonevidence.org](http://www.hookedonevidence.org)).

## SMERNICE KLINIČNE PRAKSE

Poleg koncepta z dokazi podprte prakse, ki je prispeval k večjemu zavedanju pomena vključevanja znanstvenih dokazov iz kliničnih raziskav visoke kakovosti v klinično prakso, je k razvoju kliničnih smernic prispeval eksponenten porast znanstvenih publikacij s področja fizioterapije ([www.ventinvent.se/LSR2008/program/](http://www.ventinvent.se/LSR2008/program/)). Kljub lažji dostopnosti informacij je ob vse večjem številu kliničnih raziskav posamezniku vedno težje ostati seznanjen z novimi znanstvenimi dokazi. Hkrati je za posameznika vse večji izziv tudi ugotavljanje, iz katerih raziskav so dokazi dovolj zanesljivi za vključitev v ali za spremembo klinične prakse v fizioterapiji. Z iskanjem, vrednotenjem in povzemanjem ustreznih raziskav z jasno določenega področja smernice klinične prakse izpostavijo najučinkovitejše načine obravnave nekega stanja ali kliničnega problema (Mead in van der Wees, 2006).

Fizioterapevti so od nekdaj želeli poznati najboljšo prakso za obravnavo svojih pacientov, vendar pa so k razvoju kliničnih smernic prispevali tudi drugi dejavniki. V nekaterih državah, kot je Velika Britanija, so zahteve vlade in javnosti po večji enakosti pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe posameznega kliničnega problema oziroma po pravici do enako dobre (najboljše) zdravstvene oskrbe, ne glede na to, kje posameznik živi, spodbudile razvoj kliničnih smernic. Za dosego tega cilja pa je bilo treba najprej ugotoviti, kaj je najboljša mogoča zdravstvena oskrba za nek klinični problem. Zavedali so se, da morajo biti priporočila za klinično prakso razvita sistematično, zanesljivo in kredibilno, če želijo, da bodo uporabna za vso populacijo. V drugih državah, kot so Združene države Amerike, so razvoj kliničnih smernic spodbujale predvsem zavarovalnice, ki so želele poznati vsebino paketa zdravstvene oskrbe, za katerega bodo plačale. Tudi zavarovalnice so želele poznati najučinkovitejši način zdravstvene oskrbe/terapije pri posameznih kliničnih problemih. Ne nazadnje pa so k razvoju kliničnih smernic prispevala združenja pacientov, ki želijo vedeti, katera terapija je zanje najučinkovitejša in kakšne možnosti izbire imajo, ter poznati ozadje informacij, ki jih dobijo od zdravstvenih delavcev (Herbert s sod., 2005).

## Namen smernic klinične prakse

Veliko kliničnih problemov je kompleksnih, zato je potrebna sinteza ugotovitev raziskav z različnih področij. Fizioterapevtska obravnava pacienta z nekim kliničnim problemom zahteva poznavanje diagnoze, prognoze, učinkov terapije in priporočenega vedenja. Preučevanje znanstvenih dokazov o vseh naštetih vidikih obravnave pacienta posamično je lahko zelo zamudno, zato klinične smernice kot samostojen vir informacij o priporočeni obravnavi določenega kliničnega primera zagotavljajo učinkovito alternativo. Smernice klinične prakse so sistematično razvite navedbe, ki pomagajo kliničnemu strokovnjaku (fizioterapevtu) in pacientu sprejeti

odločitve o primerni zdravstveni (fizioterapevtski) oskrbi specifičnega kliničnega primera (Field in Lohr, 1992).

Namen kliničnih smernic so promocija z dokazi podprte prakse, pomoč pri kliničnem odločanju posameznemu fizioterapevtu (Parker-Taillon, 2002; [www.csp.org.uk](http://www.csp.org.uk)) in opredelitev kliničnih vprašanj, na katera je z raziskavami še treba odgovoriti ([www.csp.org.uk](http://www.csp.org.uk)). Pri tem je treba poudariti, da so navedbe v kliničnih smernicah informativne narave, posamezen fizioterapevt pa se mora odločiti, ali so smernice primerne za nekega pacienta z upoštevanjem vseh drugih dejavnikov (druge bolezni, socialni status, prioritete pacienta) (Herbert s sod., 2005; [www.cebp.nl](http://www.cebp.nl)). Namen kliničnih smernic je torej priskrbeti vnaprej pripravljen vir informacij visoke kakovosti za oba, terapevta in pacienta, kar jima olajša razpravo o različnih možnostih za terapijo in različnih stopnjah pozitivnih in negativnih učinkov (nevarnosti), ki bi jih lahko imel neki fizioterapevtski postopek pri tem pacientu (Herbert s sod., 2005). Klinične smernice naj bi za posamezen terapevtski postopek, ki ga lahko uporabimo pri nekem kliničnem problemu, poleg pozitivnih učinkov za zdravje obravnavale tudi stranske učinke in nevarnosti.

Glavni prednosti smernic klinične prakse sta v primerjavi s pregledom literature pregled razpona možnih (fizio)terapevtskih postopkov in ne posameznega postopka kot pri pregledu literature ter oblikovanje priporočil za klinično prakso na podlagi vrednotenja znanstvenih dokazov (Mead in van der Wees, 2006). Poleg tega klinične smernice opredelijo tudi klinična vprašanja, na katera je z raziskavami še treba odgovoriti ([www.cebp.nl](http://www.cebp.nl)). Podrobnejša primerjava sistematičnih pregledov literature in kliničnih smernic je prikazana v tabeli 1.

*Tabela 1. Primerjava sistematičnih pregledov literature in smernic klinične prakse (povzeto po: Herbert s sod., 2005).*

Sistematičen pregled literature	Smernice klinične prakse
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osredotočenost večinoma na eno klinično vprašanje ali določen vidik oskrbe pacienta (določen terapevtski postopek).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navadno obsegajo cel proces obravnave bolezni/stanja, z veliko kliničnimi vprašanji, torej lahko vključujejo več sistematičnih pregledov literature.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Večinoma izvede manjša skupina raziskovalcev.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Razvijajo različni uporabniki: klinični strokovnjaki, raziskovalci, pacienti.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaključki pregleda literature temeljijo le na rezultatih kliničnih raziskav visoke kakovosti.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaključki (priporočila) temeljijo na celoviti sintezi rezultatov kliničnih raziskav visoke kakovosti in/ali (soglasnih) mnenj kliničnih strokovnjakov ter izkušenj pacientov.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vloga pacientov pri pripravi je omejena ali je ni. Redko so vključeni v oblikovanje vprašanj(a) pregleda literature in ocenjevanje ter interpretacijo znanstvenih dokazov.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienti imajo ključno vlogo pri pripravi. Sodelujejo lahko pri oblikovanju vprašanj, interpretaciji znanstvenih dokazov ter z drugimi člani razvojne skupine vrednotijo informacije zdravstvenih strokovnjakov in pacientov.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veljavnost zaključkov je odvisna od zahtevnosti metodologije.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veljavnost zaključkov (priporočil) je odvisna od zahtevnosti metodologije in vrednotenja razvojne skupine.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Razvoj je razmeroma hiter (trenutni znanstveni dokazi).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Za razvoj je potreben daljši čas (nevarnost zastarelosti znanstvenih dokazov v času objave kliničnih smernic).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Značilna je objava v obliki članka za zdravstvene strokovnjake.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poleg objave za zdravstvene strokovnjake je pogosto objavljena še različica za paciente.</li> </ul>

## Razvoj smernic klinične prakse

Do zgodnjih 90. let je bila večina kliničnih smernic razvita nesistematično. Pogosto so jih oblikovale skupine strokovnjakov iz posamezne zdravstvene stroke, ki so na podlagi neformalnega soglasja oblikovale izjave o »najboljši praksi«. Nadaljnji razvoj je prinesel bolj sistematičen in z dokazi podprt pristop k razvoju smernic klinične prakse (Herbert s sod., 2005).

Ključni koraki pri razvoju kakovostnih kliničnih smernic (Grimshaws sod., 1995) so:

- znanstveni dokazi so zbrani sistematično;
- skupina, ki razvija klinične smernice, vključuje predstavnike večine relevantnih strok;
- priporočila se nanašajo izključno na področja, iz katerih izvirajo znanstveni dokazi, ki so bili podlaga za ta priporočila.

Ne glede na to, ali so klinične smernice eno- ali večdisciplinarne, je pri njihovem oblikovanju treba vključiti skupine strokovnjakov, pacientov in skrbnikov ([www.cebp.nl](http://www.cebp.nl)). Z dokazi podprte klinične smernice združujejo ugotovitve kliničnih raziskav visoke kakovosti, znanje kliničnih strokovnjakov in potrebe pacientov z namenom oblikovati zanesljiva priporočila za klinično prakso. Kakovostne klinične smernice imajo poleg upoštevanja zgoraj navedenih ključnih korakov jasno opredeljene vse faze razvoja, predstavitev, uvajanja in posodabljanja. Jasno morajo biti opisani namen smernic, vključena klinična vprašanja in populacija pacientov, na katere se smernice nanašajo, ter določeno, kdo so ciljni uporabniki. Prav tako mora biti natančno opisana metodologija vrednotenja znanstvenih dokazov (Herbert s sod., 2005). Kadar je za določen klinični problem malo ali nič znanstvenih dokazov, se klinične smernice napišejo po strogo določenih merilih in sistematičnem postopku za ugotavljanje soglasnega mnenja strokovnjakov o najboljši praksi (Herbert s sod., 2005).

Pred končno objavo kliničnih smernic je treba njihovo uporabnost pilotsko preizkusiti na manjšem vzorcu uporabnikov. Poleg uporabnosti se testirajo še jasnost, razumljivost, učinkovitost predstavitev, pa tudi sprejemanje znanstvene podlage za priporočila. To preizkušanje je lahko le teoretično, ko posamezniki ali skupine strokovnjakov na lokalni ravni preberejo pripravljene klinične smernice in dajo pripombe. Skupina, ki smernice razvija, mora ta proces dokumentirati in navesti, kako so te pripombe vplivale na končno različico kliničnih smernic (Herbert s sod., 2005).

## Dostop do smernic klinične prakse

V strokovnih/znanstvenih revijah je objavljen le manjši delež kliničnih smernic, zato podatkovni bazi Medline in Cinahl ne zagotavljata zadostnega dostopa do kliničnih smernic. Najpopolnejša podatkovna baza z dokazi podprtih smernic klinične prakse za fizioterapijo je PEDro (PEDro, 2009; Herbert s sod., 2005). Ta mednarodna baza podatkov je bila oblikovana z namenom zagotavljanja dokazov za izvajanje z dokazi podprte prakse v fizioterapiji in je prosto dostopna na spletnih straneh [www.pedro.org.au](http://www.pedro.org.au). V času pisanja tega prispevka (april 2011) je podatkovna baza PEDro obsegala 982 z dokazi podprtih kliničnih smernic, ki so bile oblikovane na podlagi naslednjih meril (Mead in van der Wees, 2006; Herbert s sod., 2005):

- sistematičen pregled literature, ki je bil narejen v času razvoja kliničnih smernic ali v času objave kliničnih smernic, ni bil starejši od štirih let;
- v pregled znanstvenih dokazov je bil vključen vsaj en randomiziran kontroliran poskus, ki je preučeval učinke fizioterapevtske obravnave;
- klinične smernice morajo vključevati sistematično razvite navedbe, ki vključujejo priporočila, strategije ali informacije, ki so fizioterapevtu ali pacientu v pomoč pri odločanju o primerni zdravstveni oskrbi določenega kliničnega primera.

Nekatera nacionalna združenja za fizioterapijo (CSP, APA, APTA in druga), nizozemski center za z dokazi podprto fizioterapijo (CEBP) ter ER-WCPT (2010) skrbijo za razvoj, posodabljanje in

razširjanje kliničnih smernic. Mednarodna mreža za razvoj večdisciplinarnih smernic klinične prakse (Guidelines International Network; G-I-N), v katero je vključen tudi ER-WCPT, je združenje organizacij, ki skrbijo za razvoj kliničnih smernic. Namen G-I-N je spodbujanje izmenjave informacij in znanja, določanje metodologije za razvoj ter združevanje kliničnih smernic. Več informacij je na spletni strani [www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net).

### **Razvoj smernic klinične prakse v prihodnosti**

V prihodnje bo z namenom racionalizacije razvoj kliničnih smernic najverjetneje šel v smeri povezovanja med skupinami, ki pripravljajo klinične smernice, in skupinami, ki pripravljajo sistematične preglede literature (poenotenje metodologije in informacij, skupne baze podatkov). Tako je na primer na Nizozemskem vzpostavljeno sodelovanje med združenjem za fizioterapijo (Royal Dutch Society for physiotherapy – KNGF) in ustanovo Cochrane, ki pripravlja sistematične preglede literature (Herbert s sod., 2005).

Za izogibanje podvajanja dela in stroškov pri pripravi kliničnih smernic narašča zanimanje za mednarodno sodelovanje. Kljub zavedanju, da bi razlike v zdravstvenih ustanovah, zdravstvenih sistemih ter plačnih sistemih med državami lahko omejile uporabnost priporočil v posameznih državah, to zanimanje narašča. Tako na primer potekajo dogovori med nizozemskim (KNGF) in britanskim združenjem za fizioterapijo (CSP) o sodelovanju pri razvoju kliničnih smernic, s poudarkom na pregledovanju dokazov. Evropska regija WCPT se je dogovorila za enotno metodologijo razvoja kliničnih smernic v fizioterapiji (van der Wees in Mead, 2004), ki naj bi jo privzeli po vsem svetu. To bi omogočilo skupne temelje za proces razvoja kliničnih smernic v fizioterapiji. Vzpostavitev mednarodnih mrež za razvoj kliničnih smernic bo manj izkušenim državam olajšala metodološke vidike razvoja smernic in hkrati omogočila obsežnejšo izmenjavo informacij (Herbert s sod., 2005).

Pri določanju prednostnih nalog raziskovalnih programov se pričakuje, da bodo raziskovalci upoštevali in izkoristili klinične smernice kot vir informacij o raziskovalno najpomembnejših kliničnih področjih s pomanjkljivimi znanstvenimi dokazi, vključno s področji, ki so za paciente najpomembnejša. Večino objavljenih kliničnih smernic v fizioterapiji so razvili fizioterapevti za fizioterapevte. Vključevanje strokovnjakov različnih strok in predstavnikov pacientov bo verjetno povečalo kredibilnost kliničnih smernic in zagotovilo, da bodo upoštevana različna stališča. Pomanjkljivost dosedanjih večdisciplinarnih kliničnih smernic, tudi če so bili v njihov razvoj vključeni fizioterapevti, je nezadostnost priporočil za fizioterapevte, tudi v primerih izrazitih znanstvenih dokazov o učinkovitosti (Herbert s sod., 2005). V prihodnje bi bilo treba te pomanjkljivosti odpraviti. Treba je tudi ugotoviti, kateri so optimalni mehanizmi za spodbujanje uporabe kliničnih smernic (Herbert s sod., 2005).

### **SKLEP**

Koncept z dokazi podprte prakse temelji na sposobnosti posameznega fizioterapevta za razumno vrednotenje in implementacijo znanstvenih dokazov ter poudarja pomen kliničnih izkušenj, pri čemer upošteva vrednote pacienta. Ključne komponente z dokazi podprte prakse so osnovna fizioterapevska izobrazba, vseživljenjsko učenje, uporaba standardiziranih merilnih inštrumentov, podatkovne baze in smernice klinične prakse.

Klinične smernice visoke kakovosti, ki temeljijo na sistematičnem pregledu znanstvenih dokazov in njihovi integraciji z mnenjem strokovnjakov, zagotavljajo dragocen vir priporočil za z dokazi podprto prakso. Njihov potencial je spodbujanje terapevtskih postopkov, katerih učinkovitost je dokazana, in odsvetovanje neučinkovitih terapevtskih postopkov, vpliv na izboljšanje kakovosti ter doseganje boljše prakse v fizioterapiji. Razvoj kliničnih smernic zahteva veliko finančnih sredstev in časa. Prvi izziv za prihodnost je vzpostavitev mednarodnega sodelovanja med organizacijami, s



katerim bi se izognili podvajanju razvoja kliničnih smernic med državami. Drugi izziv pa je bolj jasno ugotoviti, ali klinične smernice pripomorejo k boljšemu zdravju pacientov.

## LITERATURA

1. APTA - American Physical Therapy Association. Working operational definitions of elements of vision 2020: from the task force on strategic plan to achieve vision 2020. June, 2007: 1–2. Dosegljivo na: [www.apta.org](http://www.apta.org).
2. Bury T. Evidence based practice – an overview. WCPT Keynotes 2003: 1–2. Dosegljivo na: [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org)
3. CDPTAP - Council of Directors of Physical Therapy Academic Programs and Canadian Physiotherapy Association. Entry-level curriculum for Canadian physical therapy programs: guidelines for faculty. Toronto: Canadian Physiotherapy Association 1995.
4. CPA - Canadian Physiotherapy Association. Position statement. June, 2006: 1–2. Dosegljivo na: [www.physiotherapy.ca](http://www.physiotherapy.ca).
5. CSP - Chartered Society of Physiotherapy. Core standards of physiotherapy practice. London: Chartered Society of Physiotherapy, 2005.
6. CSP - Chartered Society of Physiotherapy. Guideline programme review. London: Chartered Society of Physiotherapy, 2006.
7. CSP - Chartered Society of Physiotherapy. Guidance for developing clinical guidelines. London: Chartered Society of Physiotherapy, 2006.
8. Dawes M, Summerskill W, Glaziou P in sod. Sicily statement on evidence-based practice. BMC Med Educ 2005; 5: 1–7.
9. DFS-SZ - Društvo fizioterapevtov Slovenije – Strokovno združenje. Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso. Urška Puh, Aleksander Zupanc, Sonja Hlebš, ur. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije – Strokovno združenje, 2007.
10. ER-WCPT - World Confederation for Physical Therapy. Evidence based practice: an international perspective report of an expert meeting organised by WCPT in October 2001: Executive summary; Word Confederation for Physical Therapy, 2001: 1–2. Dosegljivo na: [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org).
11. ER-WCPT - European Region of the Word Confederation for Physical Therapy. European Physiotherapy Benchmark Statement. Extraordinary General Meeting 04 June 2003. Barcelona: European Region Word Confederation for Physical Therapy, 2003. Dosegljivo na: [www.physio-europe.org](http://www.physio-europe.org).
12. ER-WCPT - European Region of the Word Confederation for Physical Therapy. Education Policy Statement. General Meeting 13–15 May 2004. Limassol: European Region Word Confederation for Physical Therapy, 2004. Dosegljivo na: [www.physio-europe.org](http://www.physio-europe.org).
13. ER-WCPT - European Region of the Word Confederation for Physical Therapy. Interim report on recommendation on specialisation for physiotherapists within the European region of the WCPT. General Meeting 25–27 May 2006. Šibenik: European Region Word Confederation for Physical Therapy, 2006. Dosegljivo na: [www.physio-europe.org](http://www.physio-europe.org).
14. ER-WCPT - European Region of the Word Confederation for Physical Therapy. Revised health policy statement of the European Region of the WCPT. General Meeting 25–27 May 2006. Šibenik; revised at the General Meeting 22–24 May 2008. Athens: European Region Word Confederation for Physical Therapy, 2006, 2008a. Dosegljivo na: [www.physio-europe.org](http://www.physio-europe.org).
15. ER-WCPT - European Region of the Word Confederation for Physical Therapy. European Core Standards of Physiotherapy Practice. General Meeting 22–24 May 2008. Athens: European Region Word Confederation for Physical Therapy, 2008b. Dosegljivo na: [www.physio-europe.org](http://www.physio-europe.org).
16. ER-WCPT - European Region of the Word Confederation for Physical Therapy. Clinical Guideline Development Programmes in the European Region of WCPT. General Meeting 27–29 May 2010. Berlin: European Region Word Confederation for Physical Therapy, 2010. Dosegljivo na: [www.physio-europe.org](http://www.physio-europe.org).
17. Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington DC: National Academy Press 1992.
18. Guyatt G. Evidence-based medicine. ACP J Club 1991; A-16:114.
19. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. Vox Sang 2002; 83 Suppl 1: 383–386.
20. Herbert R, Jamtvedt G, Mead J, Hagen KB. Practical evidence-based physiotherapy. Elsevier, Edinburgh, 2005.

21. HPC - Health Professions Council. Standards of proficiency: Physiotherapists. London: Health Professions Council 2007.
22. Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije 2002. Uradni list RS 6/02.
23. Lord S. Evidence based practice 2: the New Zealand experience. WCPT Keynotes 2005; Dosegljivo na: [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org).
24. Mead J, van der Wees P. Clinical guidelines 1: an introduction. WCPT Keynotes 2006; Dosegljivo na: [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org).
25. MZ-RS - Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Andrej Robida, ur. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije 2006.
26. NPAG. NPAG introduces physiotherapy vision 2020. Canadian Physiotherapy Association Jan 2009. Dosegljivo na: [www.physiotherapy.ca](http://www.physiotherapy.ca).
27. Parker-Taillon D. CPA initiatives put the spotlight on evidence-based practice in physiotherapy. Physiotherapy Canada 2002; Winter: 12–15, 24.
28. Rosenberg W, Donald A. Evidence-based medicine: an approach to clinical problem solving. BMJ 1995; 310: 1122–6.
29. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM in sod. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71–72.
30. van der Wees P, Mead J. Framework for clinical guideline development in physiotherapy. General Meeting 13–15 May 2004. Limassol: European Region Word Confederation for Physical Therapy, 2004. Dosegljivo na: [www.physio-europe.org](http://www.physio-europe.org).
31. Ven A, Vyt A. The competence chart of the European Network of Physiotherapy in Higher Education. Antwerp – Apeldoorn: Garant Publishers, 2007.
32. VŠZ - Visoka šola za zdravstvo. Visokošolski strokovni študijski program Fizioterapija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani Visoka šola za zdravstvo, 2008. Dosegljivo na: [www.vsz.uni-lj.si](http://www.vsz.uni-lj.si).
33. Walker J. Reading tips for the clinician: How to tell whether an article is worth reading. WCPT Keynotes 2002; Dosegljivo na: [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org).
34. Walker J. Reading tips for the clinician 2: Criteria for deciding the quality of an article. WCPT Keynotes 2005a; Dosegljivo na: [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org).
35. Walker J. Reading tips for the clinician 3: Are study results good enough to be generalised? WCPT Keynotes 2005b; Dosegljivo na: [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org).
36. WCPT - World Confederation for Physical Therapy. Evidence based practice: an international perspective report of an expert meeting organised by WCPT in October 2001: Executive summary; Word Confederation for Physical Therapy, 2001: 1–2. Dosegljivo na: [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org).
37. WCPT - Word Confederation for Physical Therapy. Evidence based practice – an international perspective: Report of an expert meeting of WCPT member organisations 13–15 October 2001. London: Word Confederation for Physical Therapy, 2002: 1-35. Dosegljivo na: [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org).

## **14. KONGRES FIZIOTERAPEVTOV SLOVENIJE Z DOKAZI PODPRTA FIZIOTERAPIJA**

Thermana Laško Kongresni center, 13. in 14. maj 2011  
Fizioterapija, letnik 19, suppl. 6, maj 2011

### **UREDNIKA**

dr. Urška Puh

### **UREDNIŠKI IN ZNANSTVENI ODBOR**

mag. Sonja Hlebš  
mag. Miroljub Jakovljevič  
dr. Alan Kacin  
Pavla Obreza  
mag. Darija Ščepanovič  
Aleksander Zupanc

### **RECENZENTI**

dr. Nika Goljar  
doc. dr. Bogomir Žižek

### **ORGANIZACIJSKI ODBOR**

Srečko Plešnik  
Tanja Dobnik  
Sonja Kokalj  
Vanda Zajc

### **LEKTORICA**

Vesna Vrabič

### **IZDAJATELJ**

Društvo fizioterapevtov Slovenije – strokovno združenje  
Linhartova 51, Ljubljana

### **TISK**

Grga, grafična galanterija, d.o.o.  
Stožice 60, Ljubljana

### **NAKLADA**

250 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

615.82/.84(082)

KONGRES fizioterapevtov Slovenije (14 ; 2011 ; Laško)  
Z dokazi podprta fizioterapija : zbornik predavanj / 14. kongres  
fizioterapevtov Slovenije, Laško, 13. in 14. maj 2011 ; urednica  
Urška Puh ; uredniški odbor Sonja Hlebš ... [et al.]. - Ljubljana :  
Društvo fizioterapevtov Slovenije - strokovno združenje, 2011

ISBN 978-961-91966-3-2

1. Gl. stv. nasl. 2. Puh, Urška

255781632