

FIZIOTERAPIJA V PRIHODNOSTI: Z DOKAZI PODPRTA PRAKSA *PHYSIOTHERAPY IN FUTURE: EVIDENCE-BASED PRACTICE*

Asist. dr. Urška Puh, dipl. fiziot., viš. pred. mag. Sonja Hlebš, viš. fiziot., univ. dipl. org.
Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za fizioterapijo

Povzetek

Povezovanje teoretičnih znanj in klinične prakse je ključnega pomena za razvoj fizioterapevtske stroke v prihodnosti. V prispevku je opisan koncept z dokazi podprte prakse in njegovo uveljavljanje na področju fizioterapije. Z dokazi podprta praksa je definirana kot vestna, jasna in razumna uporaba v danem trenutku najboljših znanstvenih dokazov pri odločanju o oskrbi določenega pacienta. Koncept temelji na sposobnosti posameznega fizioterapevta za razumno vrednotenje ter izvedbo in uporabo znanstvenih dokazov ter poudarja pomen kliničnih izkušenj, upoštevajoč vrednote pacienta. V prispevku so opisani ključni sestavni deli koncepta z dokazi podprte prakse: program osnovnega izobraževanja fizioterapevtov v Sloveniji, vseživljenjsko učenje, smernice klinične prakse in merilna orodja. Predstavljene so pomembnejše podatkovne baze. Na koncu so glede na izkušnje posameznih držav opisani potrebni koraki za uvajanje z dokazi podprte prakse v fizioterapiji.

Ključne besede:

fizioterapija, z dokazi podprta praksa, vseživljenjsko učenje

Summary

Bridging theory and practice is crucial for the development of physiotherapy in the future. The concept of evidence-based practice and its implementation in the field of physiotherapy is described. Evidence-based practice is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The concept is based on an individual physiotherapist's ability of reasonable estimation and implementation of the research evidence, it emphasizes the value of clinical experience and considers the patient's preferences. The key components of the evidence-based practice concept are described. These include: Slovenian undergraduate physiotherapy program, lifelong learning, clinical practice guidelines, and outcome measures. The important data bases are presented. On the basis of the experiences gathered in several countries, the steps required for the implementation of the evidence-based practice in physiotherapy are described.

Key words:

physiotherapy, evidence-based practice, lifelong learning

Oktober 2001 se je na srečanju ekspertov iz 50 držav članic, ki ga je organiziralo Svetovno združenje za fizioterapijo (World Confederation for Physical Therapy – WCPT), fizioterapevtska stroka obvezala k izvajanju z dokazi podprte prakse (1-3). Fizioterapevtska stroka je v preteklosti temeljila predvsem na podlagi izkušenj dobre prakse, sedaj pa postaja znanstvena disciplina in govorimo o z dokazi podprti praksi. Na področju fizioterapije je povezovanje teoretičnih znanj in prakse ključnega pomena za razvoj stroke v prihodnosti. Obsegajoč promocijo zdravja, preventivo, terapijo in rehabilitacijo v vseh starostnih obdobjih na različnih področjih zdravstvenega varstva, tematika vseživljenjskega učenja poudarja pomembnost učenja s formalnim izobraževanjem in profesionalnost fizioterapevta na delovnem mestu. Na tak način lahko nova dognanja iz drugih znanstvenih disciplin, kot so na primer biologija, fizika, psihologija in klinične

znanosti ter raziskovanje fizioterapevtskih postopkov, podprejo klinično prakso v fizioterapiji. Prenos novega znanja in izboljšav v klinično prakso je vitalnega pomena za zagotavljanje razvoja z dokazi podprte prakse (DPP) ter celotnega razvoja fizioterapevtske stroke (4-6).

Z DOKAZI PODPRTA PRAKSA

Z dokazi podprta praksa (DPP) ni nov koncept, je pa postal v zadnjih letih mnogo pomembnejši kot v preteklosti (4). Koncept z dokazi podprte medicine je leta 1991 predstavil Guyatt (7). Le-ta se je od takrat razvijal in bil ponovno definiran v Sicilijski izjavi leta 2005 (8). Z dokazi podprta praksa je definirana kot vestna, jasna in razumna uporaba v danem trenutku najboljših znanstvenih dokazov pri odlo-

čanju o oskrbi določenega pacienta (9). Pri tem povezuje klinične izkušnje posameznega fizioterapevta z dokazi iz sistematičnih raziskav (4, 10). Z dokazi podprta praksa je pristop, pri katerem so dokazi iz raziskav s področja zdravstvene oskrbe določeni za najboljšo osnovo pri odločanju o zdravstveni oskrbi (fizioterapiji) pri posameznem pacientu, pa tudi širše o zdravstvenem sistemu (11). Gre torej za sistematičen pristop, ki ga fizioterapevti potrebujejo, da bi bili seznanjeni z novimi spoznanji v fizioterapiji. Gre za sistem vseživljenjskega samostojnega in na reševanju problemov temelječega učenja, ki je usmerjen v klinične probleme, s katerimi se fizioterapevti srečujejo v vsakodnevni praksi. Že leta 1995 je Kanadsko združenje za fizioterapijo (Canadian Physiotherapy Association – CPA) definiralo DPP kot prakso, ki temelji na teoretičnih osnovah, pri kliničnem odločanju uporablja najboljše možne znanstvene dokaze ter za ocenjevanje posredovane oskrbe uporablja standardizirana merilna orodja (12). Novejši model z dokazi podprtega kliničnega odločanja vključuje štiri vidike: 1) najboljše znanstvene dokaze, 2) stanje pacienta in okoliščine, 3) pacientove prioritete in dejanja ter 4) klinične strokovnjake/eksperte, ki integrirajo prej naštete komponente (8, 11). Ameriško združenje za fizioterapijo (American Physical Therapy Association – APTA) je DPP definiralo kot dostop do znanstvenih dokazov, ki nas vodijo pri kliničnem odločanju, njihovo uporabo in izvedbo, da bi pacientu zagotovili najboljše možno fizioterapevtsko oskrbo (13). Poleg prej naštetih vidikov so poudarili še management in politiko zdravstvenega odločanja (13).

Namen koncepta DPP v fizioterapiji je izboljšati oskrbo pacientov, skrbnikov in družbe, zmanjšati razlike pri zagotavljanju fizioterapevtskih uslug (4, 13), osveščati fizioterapevte v klinični praksi o dokazih iz raziskav visoke kakovosti ter te dokaze uporabljati za spodbujanje znanih pozitivnih učinkov in zmanjševanje nevarnosti oz. negativnih učinkov fizioterapevtskih postopkov (4). S tem je fizioterapevtsko odločanje na osnovi prepričan/verovanj postavljeno pred izziv glede na znanstvene dokaze. Na podlagi DPP postane klinično odločanje v fizioterapiji bolj razvidno, pri čemer so upoštevane pacientove prioritete. Zagotavljanje DPP v fizioterapiji je mogoče le z vseživljenjskim učenjem, ki omogoča sprotno nadgrajevanje znanja fizioterapevtov (4). Ključni koraki za izvajanje DPP (4, 10, 14) so:

- izpostavitve pacientovih težav in oblikovanje jasnega kliničnega vprašanja;
- pregled relevantnih publikacij s področja z ustrežno iskalno strategijo, upoštevajoč stopnjo veljavnosti in uporabnost dokazov;
- uporaba in izvedba koristnih dognanj v praksi oz. presoja dobrih in slabih strani uporabe dognanj in/ali uporabe pristopa, opisanega v publikacijah, glede na specifične razmere, v katerih je pacient;
- ocenjevanje vpliva sprememb v praksi.

Zadnje tri zgoraj naštete korake lahko olajšajo smernice klinične prakse, njihove značilnosti so opisane v nadaljevanju.

Eno prvih združenj, ki je DPP določilo za prednostno nalogo, je bilo Kanadsko združenje za fizioterapijo - CPA, leta 1995. Izhajajoč iz tega, je bil njihov cilj fizioterapevte oskrbeti s potrebnim znanjem in orodji, ki bi jim bila v pomoč pri uporabi najboljših znanstvenih dokazov in informacij o najboljši praksi pri vsakodnevnem delu s pacienti. Te zahtevne spremembe so se lotili na več področjih, in sicer s programom osnovnega izobraževanja, z vseživljenjskim učenjem, s podatkovnimi bazami in smernicami klinične prakse ter z merilnimi orodji (15). Zagotavljanje DPP sta za cilj v svoji viziji fizioterapije leta 2020 zapisali tako Kanadsko združenje za fizioterapijo (CPA), kot tudi Ameriško združenje za fizioterapijo (APTA) (13, 16). Izpopolnjevanje znanja o novih tehnologijah ter bazičnih in kliničnih raziskavah nameravajo doseči s pomočjo osnovnega fizioterapevtskega izobraževanja in vseživljenjskega učenja. Tako naj bi zagotovili aktivno odgovornost za razvoj fizioterapevtske stroke in zdravje ljudi (13). V Standardih strokovnosti fizioterapevtov (17) in v Temeljnih standardih fizioterapevtske prakse Združenja za fizioterapijo Velike Britanije (Chartered Society of Physiotherapy – CSP) (18) je zapisano, da se od fizioterapevtov pričakuje, da bodo učinkovito upoštevali najboljše znanstvene dokaze oz. izvajali DPP. Da bi svojim članom olajšalo DPP, Združenje za fizioterapijo Velike Britanije spodbuja raziskovanje v fizioterapiji, razvoj kliničnih smernic (19, 20), merilnih orodij, standardov v fizioterapiji ter oblikuje lastne baze podatkov dobre prakse (21).

Sedanji program dela Svetovnega združenja za fizioterapijo (WCPT) za uvajanje in zagotavljanje DPP vključuje spodbujanje mednarodnega sodelovanja, vzpostavljanje sodelovanja z drugimi relevantnimi organizacijami, izdelovanje spletnih strani za področje DPP, ustanovitev foruma za razpravljanje o DPP, osredotočanje kongresov Svetovnega združenja za fizioterapijo (WCPT) na problematiko DPP, razvoj izobraževalnih virov, razvoj podatkovne baze o DPP na mednarodni ravni, razvoj, odobritev in dostopnost kliničnih smernic v fizioterapiji ter nadaljnji razvoj in uporabo standardiziranih merilnih orodij v fizioterapiji (3). Pri vsem tem je bilo za najpomembnejše opredeljeno vseživljenjsko učenje (2). V Evropskih temeljnih standardih za fizioterapevtsko prakso (22), ki jih je leta 2007 prevedlo in privzelo tudi Društvo fizioterapevtov Slovenije – Strokovno združenje (23) je zapisano: »Fizioterapevt upošteva in kritično vrednoti informacije o učinkovitih terapevtskih postopkih glede na pacientovo zdravstveno stanje« (standard 4). Standardi (19-22) pa opredeljujejo neprekinjen strokovni razvoj oziroma vseživljenjsko učenje. Omenjeno nadgrajuje načela Kodeksa etike fizioterapevtov Slovenije (24).

PROGRAM OSNOVNEGA IZOBRAŽEVANJA

Študijski programi za pridobitev osnovne fizioterapevtske izobrazbe so dolžni diplomantu dati potrebno znanje, spretnosti in vedenje za izvajanje DPP. Poleg usposobljenosti za samostojno, varno in odgovorno izvajanje učinkovite fizioterapevtske oskrbe je treba diplomante usposobiti tudi

za uporabo ocenjevanja in principov raziskav pri vsakodnevnom delu (15). Leta 2008 prenovljeni dodiplomski študijski program Fizioterapije na Univerzi v Ljubljani (25) je oblikovan tako, da sledi razvoju sodobne fizioterapevtske prakse v svetu in prispeva k razvoju in kakovosti slovenskega zdravstvenega sistema. Zasnovan je interdisciplinarno, ker se poleg znanj s področja delovanja človekovih zdravih in okvarjenih organskih sistemov in poznavanja terapevtskih metod ter pristopov v fizioterapiji vse bolj uveljavljajo znanja s področja celostne obravnave posameznika kot psihosocialnega bitja, kar ustreza najširšemu obsegu del in nalog v fizioterapevtski praksi. Študijski program uvaja sodobne izobraževalne metode (5, 6) ter zagotavlja primerljivost formalne in vsebinske strukturiranosti, možnosti dostopa in vpisnih pogojev, trajanja, napredovanja in dokončanja študija ter pridobljenih naslovov s tujimi programi večine držav EU in z nekaterimi ameriškimi, kanadskimi in avstralskimi študijskimi programi. Da bi zagotovili visoko kakovostne in primerljive standarde usposobljenosti in znanja med članicami Evropske mreže visokošolskih fizioterapevtskih institucij (European Network of Physiotherapy in Higher Education), katere član je Oddelek za fizioterapijo na Univerzi v Ljubljani, smo pri pripravi programa in pristojnosti upoštevali priporočila mreže (26). V študijskem programu so upoštevane še smernice dokumentov Evropske regije Svetovnega združenja fizioterapevtov (ER-WCPT) za zagotavljanje kakovosti fizioterapevtske prakse in izobraževanja, ki opredeljujejo standarde izobraževanja in usposobljenosti fizioterapevtov, čas teoretičnega in praktičnega usposabljanja v delovnem okolju (27-29), standarde zagotavljanja in ocenjevanja fizioterapevtske prakse (22) in priporočila Evropske komisije za promocijo in izboljšanje javnega zdravja v EU (30). Upoštevane so bile tudi slovenske Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu (31), v katerih je navedeno, da je za nenehno zagotavljanje in izboljševanje zdravstvene oskrbe potrebno nuditi bolnikom zdravstveno oskrbo, ki mora temeljiti na DPP.

Izhajajoč iz naštetih dokumentov in priporočil (22, 26-31) ter koncepta DPP so temeljni cilji in/ali kompetence diplomanta dodiplomskega študijskega programa Fizioterapije na Univerzi v Ljubljani (25) naslednji:

- 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 fizioterapevtskega procesa na vseh ravneh zdravstvenega varstva;
- sposobnost povezovanja na dokazih temelječe teorije in prakse ter njene uporabe pri vsakodnevnom delu;
- razumevanje osnovnih raziskovalnih metod in postopkov s področja fizioterapije za vključevanje v znanstveno-raziskovalno delo;
- sposobnost poročanja o novih dognanjih stroke na strokovnih srečanjih, v publikacijah ter v sredstvih javnega obveščanja;
- sposobnost iskanja novih informacij v literaturi s področja fizioterapije in drugih ved (medicinskih, organizacijskih, informatike in družboslovja) ter njihovega umeščanja in interpretiranja v fizioterapevtski obravnavi;
- poznavanje in uporaba sodobnih orodij, veščin in spretnosti, predvsem informacijsko-komunikacijskih tehnologij v strokovnem delu;
- osveščenost o učenju, strokovnem in osebnostnem razvoju, kot vseživljenjskem procesu ter sposobnost samostojnega učenja na svojem strokovnem področju, odgovornost za lastno učenje in zavedanje pomena vseživljenjskega učenja;
- nadaljnje izobraževanje na podiplomskih stopnjah (magistrski in doktorski študij).

VSEŽIVLJENJSKO UČENJE

Spremembe na ravni osnovnega izobraževanja fizioterapevtov odsevajo napredek v znanju, iz katerega izhaja tudi pričakovano večja odgovornost, ki jo mora fizioterapevt osvojiti, da bi uporabniku zagotovil in nudil najboljše storitve (13). Učenje, ki vodi k poklicu fizioterapevt, je vseživljenjski proces, ki se začne z vpisom na dodiplomski študij fizioterapije in se zaključuje z upokojitvijo (5, 6). Vsi fizioterapevti so dolžni neprestano dopolnjevati svoje znanje, spretnosti in sposobnosti za razvoj znanosti na področju fizioterapije ter pravil zagotavljanja zdravstvene oskrbe (13).

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 (5, 6). Fizioterapevtom je treba omogočiti visoko kakovostno in priznано izobraževanje in izpopolnjevanje, ki pripomore k nenehnemu poklicnemu razvoju posameznika in podpira z dokazi podprto prakso (15). Neprekinjen strokovni razvoj poleg strokovnega izpopolnjevanja vključuje še formalno podiplomsko izobraževanje (organizirano na univerzi) in specializacije, ki so lahko formalno organizirane ali neformalne (5, 6). Zaradi pomembnosti formalnega izobraževanja poklicnih ekspertov, je treba področje specializacij čim prej urediti tudi v Sloveniji. V skladu z večino držav EU in po priporočilih ER-WCPT, bi morale biti specializacije v fizioterapiji organizirane tako, da bi zagotavljale kombinacijo med akademskimi in kliničnimi pristojnostmi. Pri tem naj bodo enakovredno zastopane dokumentirane klinične izkušnje – delo pod nadzorom mentorja specialista, specifične fizioterapevtske spretnosti in teoretično znanje, ki naj bo na ravni magistrskega študija (32, 33).

Pregledna literatura (strokovna in znanstvena), ki povzema fizioterapevtsko literaturo na točno določeno klinično temo in tečaji neprekinjenega strokovnega razvoja so tradiciona-

len, a ne dovolj učinkovit način za zagotavljanje najboljše fizioterapevtske prakse. Kot že prej omenjeno, so osnovno znanje, potrebno za razumevanje kakovosti posameznih znanstvenih dokazov, dolžni zagotoviti dodiplomski študijski programi (4, 26), nadgradnji in razvoju novih znanstvenih dokazov ter kliničnih smernic pa so namenjeni podiplomski študijski programi. Za fizioterapevte, ki so osnovno izobraževanje zaključili že pred več leti, je treba organizirati izobraževanje s temi vsebinami v okviru vseživljenjskega učenja (4). Svetovno združenje za fizioterapijo (WCPT) je za fizioterapevte v klinični praksi objavilo navodila za ugotavljanje kakovosti preglednih in izvirnih znanstvenih člankov, njihove uporabnosti za posameznega fizioterapevta (34, 35) ter statistične veljavnosti raziskav za generalizacijo (36). Na spletnih straneh Svetovnega združenja za fizioterapijo (WCPT) so za fizioterapevte objavljene druge koristne informacije o kritični uporabi literature in o uporabi ter izvedbi DPP pri vsakodnevnem delu. Baza podatkov Ameriškega združenja fizioterapevtov (APTA) prav tako vsebuje učne pripomočke in navodila za DPP (37).

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. Kanadsko združenje fizioterapevtov močno spodbuja fizioterapevte, da bi lastne klinične izkušnje vključevali in povezovali z uporabo najboljših znanstvenih dokazov – »umetnost« prakse z »znanostjo« - (38). Pomembnost povezovanja znanstvenih dokazov in kliničnih izkušenj v fizioterapiji so pri uvajanju DPP ugotovili tudi v Novi Zelandiji (39).

Napredek v informacijski tehnologiji je omogočil lažjo dostopnost informacij. Fizioterapevtom je na voljo vse več informacijskih virov, ki so namenjeni lažjemu, hitrejšemu, kakovostnejšemu in preglednejšemu dostopu do izsledkov. 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 s tem olajšala izvajanje DPP, mnoga nacionalna in mednarodna fizioterapevtska združenja promovirajo ali celo sodelujejo pri oblikovanju baz podatkov znanstvenih raziskav, povzetkov o dokazih oz. sistematičnih pregledov literature, meta-analiz in smernic klinične prakse. Poleg Cochranove knjižnice (Cochrane Library) je za fizioterapijo podatkovna baza PEDro (40) trenutno najboljši vir podatkov o kontroliranih kliničnih raziskavah, sistematičnih pregledih literature in kliničnih smernicah v fizioterapiji. Ta mednarodna baza podatkov je bila oblikovana z namenom, da bi zagotovili dokaze za DPP v fizioterapiji. Njen razvoj podpira Svetovno združenje za fizioterapijo (WCPT) (2) in jo financirajo nekatera nacionalna fizioterapevtska združenja ter je prosto dostopna na spletnih straneh www.pedro.fhs.usyd.edu.au. (40). Specifični bazi podatkov o publikacijah

raziskav o učinkovitosti fizioterapevtskih postopkov sta še nizozemski center za z dokazi podprto fizioterapijo: www.cebp.nl (41) in »Hooked on evidence«, Ameriškega združenja za fizioterapijo (APTA): www.hookedonevidence.org (37).

SMERNICE KLINIČNE PRAKSE

Ob vse večjem številu kliničnih raziskav je določanje, kateri dokazi raziskav so dovolj zanesljivi za vključitev v klinično prakso v fizioterapiji ali za njeno spremembo, vse večji izziv. Smernice klinične prakse so sistematično razvite navedbe, ki pomagajo kliničnemu strokovnjaku (fizioterapevtu) in pacientu sprejeti odločitve o primerni zdravstveni (fizioterapevtski) oskrbi specifičnega kliničnega primera (42). Z iskanjem, vrednotenjem in povzemanjem relevantnih raziskav z jasno določenega področja, smernice klinične prakse izpostavijo najučinkovitejše načine obravnave stanja ali kliničnega problema (43). Klinične smernice so lahko eno- ali več-disciplinarne. Glavni prednosti smernic klinične prakse, v primerjavi s pregledom literature, sta pregled razpona možnih (fizio)terapevtskih postopkov, ne pa posameznega postopka kot pri pregledu literature, ter oblikovanje priporočil za klinično prakso na podlagi vrednotenja obstoječih znanstvenih dokazov (43). Pri oblikovanju kliničnih smernic je potrebno vključiti skupine strokovnjakov, pacientov in skrbnikov (21). Namen oblikovanja kliničnih smernic in strategij za njihovo vključitev v klinično prakso (44, 45) je promocija DPP in pomoč posameznemu fizioterapevtu pri kliničnem odločanju (15, 21). Pri tem je treba poudariti, da so navedbe v kliničnih smernicah informativne narave, posamezni fizioterapevt pa se mora odločiti, ali so smernice primerne za posameznega pacienta, in pri tem upošteva tudi vse ostale dejavnike. Poleg tega klinične smernice opredelijo tudi klinična vprašanja, na katera je z raziskavami še potrebno odgovoriti (21). Nekatera nacionalna združenja za fizioterapijo (21, 46), nizozemski center za z dokazi podprto fizioterapijo (41) ter Svetovno združenje za fizioterapijo (WCPT) skrbijo za razvoj kliničnih smernic, njihovo posodabljanje ter razširjevanje (3, 21, 37). Britansko združenje fizioterapevtov - CSP ima na spletnih straneh objavljenih okoli 50 lastnih kliničnih smernic (21). Mednarodna podatkovna baza PEDro pa je v času pisanja tega prispevka (januar 2009) obsegala 533 kliničnih smernic (40), ki so bile narejene po zahtevanih kriterijih (43, 45).

MERILNA ORODJA

Dokazovanje učinkovitosti fizioterapevtskih postopkov poteka na dveh ravneh. Na sistemski ravni (npr. dokazi znanstvenih raziskav, ki se nanašajo na učinkovitost specifičnega fizioterapevtskega postopka) in na ravni posameznega pacienta (npr. ali je bil fizioterapevtski postopek pri določenem pacientu ali skupini pacientov učinkovit). Resničen prehod na DPP ni mogoč, ne da bi dokazali učinkovitost

fizioterapevtskih postopkov. Zbiranje dokazov o učinkovitosti fizioterapevtskih postopkov na ravni posameznega pacienta zahteva sistematično uporabo merilnih orodij za ocenjevanje sprememb v obdobju terapije. Fizioterapevti so pri vsakodnevni klinični praksi dolžni konsistentno uporabljati standardizirane merilna orodja (15) za vrednotenje učinkovitosti specifičnega fizioterapevtskega postopka. V Evropskih temeljnih standardih za fizioterapevtsko prakso (22), ki jih je leta 2007 prevedlo in privzelo tudi Društvo fizioterapevtov Slovenije – Strokovno združenje (23) je zapisano: »Glede na pacientovo težavo izberemo objavljene, standardizirane, veljavne, zanesljive in občutljive ocenjevalne postopke, s katerimi ocenimo spremembo pacientovega zdravstvenega stanja« (standard 6). Zbiranju informacij in ocenjevanju sledi analiza podatkov, katere cilj je pripraviti načrt fizioterapije« (standard 7).

Nekatera nacionalna fizioterapevtska združenja spodbujajo razvoj novih in uporabo že standardiziranih merilnih orodij tudi tako, da oblikujejo baze podatkov merilnih orodij (21, 46). Verjetno najboljše je baza podatkov Britanskega združenja fizioterapevtov CSP (21), ki je v času pisanja tega prispevka (januar 2009) vsebovala 226 standardiziranih merilnih orodij. Nizozemski center za z dokazi podprto fizioterapijo razvija podobno bazo podatkov (41).

POTREBNI KORAKI DO Z DOKAZI PODPRTE PRAKSE

Za dejansko uvedbo DPP v fizioterapiji so potrebne spremembe na mnogih ravneh, vključujoč fizioterapevte kot posameznike, klinične vodje, zdravstvene ustanove, poklicne organizacije ter vlade. Le sodelovanje na vseh naštetih ravneh lahko omogoči odpravljanje ovir, s katerimi se srečujejo fizioterapevti pri izvajanju DPP v klinični praksi (15). Kljub temu da pobudo za razvoj in zagotavljanje DPP podpira, vodi in koordinira Svetovno združenje za fizioterapijo (WCPT), so za spremembe odgovorna nacionalna združenja fizioterapevtov posameznih držav članic (2).

Kanadske (15) in novozelandske izkušnje (39) kažejo, da je pri uvajanju DPP potrebno:

- povečati kakovost, količino in relevantnost znanstvenih dokazov;
- nadaljevati z izboljševanjem dostopnosti informacij, ki so za uporabnika razumljive, jasne;
- fizioterapevtom v klinični praksi na ravni posameznika omogočiti pridobitev potrebnega znanja/spretnosti za razumevanje znanstvenih dokazov ter njihovo kritično uporabo v praksi;
- zagotoviti učiteljski kader za posredovanje znanja za kritično vrednotenje in proces DPP;
- sodelovanje akademskih in zdravstvenih ustanov;
- poudariti, da ni dovolj, če vseživljenjsko učenje vključuje le izpopolnjevanje v fizioterapevtskih tehnikah;

- razviti karierno strukturo, ki bo nagrajevala pomembnost DPP;
- spodbujati sodelovanje fizioterapevtov pri oblikovanju kliničnih smernic;
- fizioterapevtom v klinični praksi na ravni posameznika omogočiti dovolj potrebnega časa, tehnologije in podpore za takšno vsakodnevno klinično delo, ki bi vključevalo DPP.

Z dokazi podprta praksa je pristop, pri katerem je potrebno za odgovor na različna klinična vprašanja upoštevati dokaze iz različnih tipov raziskav. Je pristop, ki ne zapostavlja kliničnih izkušenj, temveč jih priznava kot osnovo za celotno klinično prakso. Upošteva vrednote pacienta in nanje fizioterapevta opozarja. Opozarja pa tudi, da se samo z globokim razumevanjem znanstvenih dokazov, njihove moči in omejitev fizioterapevt lahko neodvisno in veljavno odloči za najboljši pristop pri obravnavi pacienta.

Nismo le fizioterapevti tisti, ki se zavedamo potrebe, da bi naše delo temeljilo na znanstvenih dokazih. Tudi pacienti želijo in imajo pravico poznati učinkovitost in možnosti terapevtskih postopkov. Prav tako so te informacije pomembne za ostale zdravstvene strokovnjake, ustanove in plačnike (4).

Literatura

1. World Confederation for Physical Therapy. Evidence based practice – an international perspective: Report of an expert meeting of WCPT member organisations 13-15 October 2001. London: World Confederation for Physical Therapy, 2002: 1-35. Dosegljivo na: www.wcpt.org
2. World Confederation for Physical Therapy. Evidence based practice: an international perspective report of an expert meeting organised by WCPT in October 2001: Executive summary; World Confederation for Physical Therapy, 2001: 1-2. Dosegljivo na: www.wcpt.org
3. World Confederation for Physical Therapy. Jan 2009: Dosegljivo na: www.wcpt.org/programmes/ebp/
4. Bury T. Evidence based practice – an overview. WCPT Keynotes 2003: 1-2. Dosegljivo na: www.wcpt.org
5. 2nd European congress on physiotherapy education: Life long learning: developing the profession: book of abstracts, /Stockholm/, 25-26 September 2008. Stockholm: WCPT, 2008. Dosegljivo na: www.allready.net/lsr-intranet
6. 2nd European congress on physiotherapy education: Life long learning: developing the profession; Jan 2009. Dosegljivo na: www.allready.net/lsr-intranet

7. Guyatt G. Evidence-based medicine. *ACP J Club* 1991; A-16:114.
8. Dawes M, Summerskill W, Glaziou P in sod. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ* 2005; 5: 1-7.
9. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM in sod. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.
10. Bury T, Mead J. Evidence-based healthcare: a guideline for therapists. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1998.
11. 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.
12. 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.
13. 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
14. Rosenberg W, Donald A. Evidence-based medicine: an approach to clinical problem solving. *BMJ* 1995; 310: 1122-6.
15. Parker-Taillon D. CPA initiatives put the spotlight on evidence-based practice in physiotherapy. *Physiotherapy Canada* 2002; Winter: 12-15, 24.
16. NPAG. NPAG introduces physiotherapy vision 2020. Canadian Physiotherapy Association Jan 2009. Dosegljivo na: www.physiotherapy.ca
17. Health Professions Council. Standards of proficiency: Physiotherapists. London: Health Professions Council 2007.
18. Chartered Society of Physiotherapy. Core standards of physiotherapy practice. London: Chartered Society of Physiotherapy, 2005.
19. Chartered Society of Physiotherapy. Guidance for developing clinical guidelines. London: Chartered Society of Physiotherapy, 2006.
20. Chartered Society of Physiotherapy. Guideline programme review. London: Chartered Society of Physiotherapy, 2006.
21. Chartered Society of Physiotherapy. Jan 2009. Dosegljivo na: www.csp.org.uk
22. European Region of the World Confederation for Physical Therapy. European Core Standards of Physiotherapy Practice. General Meeting 22-24 May 2008. Athens: European Region World Confederation for Physical Therapy, 2008. Dosegljivo na: www.physio-europe.org
23. Društvo fizioterapevtov Slovenije – Strokovno združenje. Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso. Urška Puh, Aleksander Zupanc, Sonja Hlebš, ur. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije – Strokovno združenje, 2007.
24. Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije 2002. Ur I RS 6/02.
25. 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
26. Ven A, Vyt A. The competence chart of the European Network of Physiotherapy in Higher Education. Antwerp – Apeldoorn: Garant Publishers, 2007.
27. European Region of the World Confederation for Physical Therapy. European Physiotherapy Benchmark Statement. Extraordinary General Meeting 04 June 2003. Barcelona: European Region World Confederation for Physical Therapy, 2003. Dosegljivo na: www.physio-europe.org
28. European Region of the World Confederation for Physical Therapy. Education Policy Statement. General Meeting 13-15 May 2004. Limassol: European Region World Confederation for Physical Therapy, 2004. Dosegljivo na: www.physio-europe.org
29. European Region of the World Confederation for Physical Therapy. European Physiotherapy Service Standards. Extraordinary General Meeting 04 June 2003. Barcelona: European Region World Confederation for Physical Therapy, 2003. Dosegljivo na: www.physio-europe.org
30. European Region of the World 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 World Confederation for Physical Therapy, 2006, 2008. Dosegljivo na: www.physio-europe.org
31. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Andrej Ro-

- bida, ur. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije 2006.
32. European Region of the World 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 World Confederation for Physical Therapy, 2006. Dosegljivo na: www.physio-europe.org
 33. European Region of the World Confederation for Physical Therapy. Monitoring report on specialisation for physiotherapists within the European region of the WCPT. General Meeting 22-24 May 2008. Athens: European Region World Confederation for Physical Therapy, 2008. Dosegljivo na: www.physio-europe.org
 34. Walker J. Reading tips for the clinician: How to tell whether an article is worth reading. WCPT Keynotes 2002; Dosegljivo na: www.wcpt.org
 35. Walker J. Reading tips for the clinician 2: Criteria for deciding the quality of an article. WCPT Keynotes 2005; Dosegljivo na: www.wcpt.org
 36. Walker J. Reading tips for the clinician 3: Are study results good enough to be generalised? WCPT Keynotes 2005; Dosegljivo na: www.wcpt.org
 37. American Physical Therapy Association. Hooked on evidence. APTA Jan 2009. Dosegljivo na: www.hookedonevidence.org
 38. Canadian Physiotherapy Association. Position statement. June, 2006: 1-2. Dosegljivo na: www.physiotherapy.ca
 39. Lord S. Evidence based practice 2: the New Zealand experience. WCPT Keynotes 2005; Dosegljivo na: www.wcpt.org
 40. PEDro – Physiotherapy evidence database. Jan 2009. Dosegljivo na: www.pedro.fhs.usyd.edu.au
 41. Centre for Evidence Based Physiotherapy. Jan 2009. Dosegljivo na: www.cebp.nl
 42. Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington DC: National Academy Press 1992.
 43. Mead J, van der Wees P. Clinical guidelines 1: an introduction. WCPT Keynotes 2006; Dosegljivo na: www.wcpt.org
 44. van der Wees P, Mead J. Framework for clinical guideline development in physiotherapy. General Meeting 13-15 May 2004. Limassol: European Region World Confederation for Physical Therapy, 2004. Dosegljivo na: www.physio-europe.org
 45. van der Wees P, Mead J. Clinical Guidelines 2: developing the guidelines. WCPT Keynotes 2006; Dosegljivo na: www.wcpt.org
 46. Australian Physiotherapy Association. Jan 2009. Dosegljivo na: www.physiotherapy.asn.au