

POMEN KLINIČNIH SMERNIC V DELOVNI TERAPIJI

IMPORTANCE OF CLINICAL GUIDELINES IN OCCUPATIONAL THERAPY

Zdenka Pihlar, dipl. del. ter.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Klinične smernice so sistematično razvita stališča za pomoč terapevtu in bolniku pri odločitvi o ustrezni terapevtski obravnavi v specifičnih kliničnih okoliščinah. Na podlagi znanstvenih dokazov o učinkovitosti obravnave terapevti skupaj z bolnikom izberejo najustreznejši način obravnave in tako omogočijo posamezniku hitrejšo okrevanje in ponovno vrnitev v aktivno življenje na vseh področjih človekovega delovanja. V prispevku so predstavljeni pomen kliničnih smernic v delovni terapiji, njihov razvoj in dostop in trenutno stanje v vsakodnevni praksi.

Ključne besede:

delovna terapija, smernice klinične prakse, z dokazi podprta praksa.

Summary

Clinical practice guidelines are systematically developed points of view meant to help both a therapist and a patient in making decisions about the therapeutic treatment in specific clinical environment. The benefits of an evidence-based practice approach lie in improvements to patient care, integration of research and practice, and informed decision making with respect to patient reintegration in active life. This article describes and explains the aim of clinical guidelines in occupational therapy, development and future perspectives and its application to clinical occupational therapy practice.

Key words:

occupational therapy, evidence-based occupational therapy, clinical guideline.

UVOD

Že prvi filozof delovne terapije Meyer je leta 1922 zapisal: »Moč naše vloge je v tem, da dajemo ljudem možnosti v življenju in ne da jim predpisujemo« (1). Delovnoterapevtski pristopi so se v rehabilitaciji razvijali v sklopu medicinskega modela po pristopu od »spodaj navzgor«. Izhodišče za obravnavo so bile bolnikove generične sposobnosti, kar bi lahko uvrstili v biopsihosocialnem modelu in po Mednarodni klasifikaciji funkcioniranja, zmanjšanih zmožnosti in zdravja (MKF) v skupino telesnih funkcij in zgradb (2). Obravnavo po tem pristopu temelji na obnovi sposobnosti za izvedbo aktivnosti – sposobnosti gibanja, občutenja, zaznavanja, spoznavanja socialnih veščin in komunikacije - s predpostavko, da obnova funkcijskih sposobnosti omogoča sama po sebi samostojno opravljanje ožjih in širših dnevnih aktivnosti.

Z uveljavljanjem raziskovalnega dela na področju delovne terapije se je pokazalo, da je pristop »od spodaj navzgor« za večino obravnavanih bolnikov preozek. S pomočjo

dokazov se je začel razvijati pristop »od zgoraj navzdol«, ki poudarja usmerjenost na posameznika, izvedbo smiselnih in namenskih dejavnosti s ciljem vključenosti v življenjske situacije (1). Pomemben dejavnik, ki ima odločilno vlogo z vidika sodelovanja posameznika v življenjskih dejavnostih, je dejavnik okolja. Izhodišče za delovnoterapevtsko obravnavo je integracija tradicionalnega medicinskega modela s socialnimi modeli v biopsihosocialni model (1).

V zadnjih 45 letih so najprej v ZDA, nato pa v razvitejših zahodnoevropskih državah razvili model, pri čemer je bolnik v središču (3). Zdravnik z njim odprto razpravlja tako o preiskavah kot zdravljenju in ga spodbuja k sodelovanju (3). Ta model se je prenesel na druge medicinske stroke. V delovni terapiji smo prepričani, da je učinek našega dela odvisen od partnerskega odnosa z bolnikom, kar pomeni njegovo soodgovornost pri načrtovanju kratkoročnih in dolgoročnih ciljev obravnave (1).

V zadnjih 40 letih temelji medicina na z dokazi podprtimi smernicami in priporočili, ki prinašajo nove pristope, nove dileme, velike potrebe po dodatnem vseživljenjskem učenju in sledenju dostopnim virom (3).

E-naslov za dopisovanje/E-mail for correspondence (ZP):
zdenka.pihlar@ir-rs.si

Izraz klinična smernica se zelo pogosto uporablja. Zanj je znanih več različnih definicij. Najpogostejša je, da je klinična smernica skupek sistematičnih izjav, ki vključuje temeljito ocenjevanje podatkov ter zdravstvenemu osebjui in pacientom pomaga pri odločanju o primerni medicinski oskrbi v posebnih kliničnih okoliščinah (4).

Namen klinične smernice je pomoč pri diagnostiki in izboru načina zdravljenja, zato se smernice delijo na različne skupine, ki obravnavajo določena zdravstvena stanja in mogoče zdravljenje (5).

Klinične smernice morajo temeljiti na podrobnih raziskavah dokazov o povezavah med diagnostiko, zdravljenjem in izidi. Prav tako so potrebne izjave o moči dokazov in priporočil. Zaradi obsežnih raziskovalnih dejavnosti posameznih delov zdravstvene oskrbe je priprava smernic lahko obsežna naloga, ki traja več let (4, 5). Večina poskusov uvajanja kliničnih smernic v prakso je le delno uspešnih ali povsem neuspešnih (6).

KLINIČNE SMERNICE V DELOVNI TERAPIJI

Uporaba kakovostnih kliničnih smernic v delovni terapiji lahko učinkovito izboljšuje posameznikovo delovanje in neodvisno življenje, saj izboljšuje njegovo dejavnost in zdravje in zmanjšuje zaplete ter učinke hkratnih obolenj (5). To prinaša koristi posameznikom in družbi, saj pomeni večjo osebno avtonomijo in boljše možnosti za sodelovanje na vseh področjih človekovega delovanja. Dokazano je, da je rehabilitacija učinkovita ne le pri izboljševanju posameznikovega delovanja in neodvisnega življenja, temveč tudi pri zmanjševanju stroškov, ki jih povzroča odvisnost (6, 7).

Prav tako je dokazano, da delovni terapevt v svoji praksi vpliva na posameznikovo izboljšanje zdravja in dobrega počutja s pomočjo izvedbe namenskih dejavnosti (1). Delovni terapevt pojmuje zdravje kot stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni (1). Dobro počutje ni povezano izključno z zdravjem. Pomeni spoštovanje in uživanje zdravja. Je stanje duševnega in psihičnega ravnovesja, ki ga lahko dosežemo z izvajanjem namenskih dejavnosti. Izvedba namenskih dejavnosti pomeni, da imamo življenje pod nadzorom, organiziramo čas, materiale in prostor, kar daje življenju pomen, hkrati pa predstavlja terapevtski medij. Te smernice vključujejo vsi novejši modeli in pristopi obravnave v delovni terapiji – Model of Human Occupation (MOHO), Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) in drugi (8).

Klinične smernice v delovni terapiji so usklajene s cilji rehabilitacijskega tima, v katerem delovni terapevt deluje. Glavni cilj rehabilitacije je osebam z zmanjšano zmožnostjo omogočiti, da živijo, kot bi same želele, kljub omejitvam,

ki so posledica poškodb ali bolezni ali njihovih osebnih dejavnikov. Klinične smernice v fizikalni in rehabilitacijski medicini izhajajo iz biopsihosocialnega pristopa svetovne zdravstvene organizacije – SZO (8).

Delovni terapevti si pri svojem delu kot drugi zdravstveni delavci prizadevajo za učinkovite smernice obravnave, ki izhajajo iz rezultatov sodobnih raziskovalnih izsledkov. Z dokazi podprta praksa (DPP) je definirana kot vestna, nedvoumna in razumna uporaba najboljših ugotovitev raziskav pri sprejemanju odločitev o obravnavi posameznika (9). Je most med dognanji raziskovalnega dela in njihovo uporabo v klinični praksi. Učinkovitost delnoterapevtske obravnave je pomembna za uporabnika, svojce in plačnika storitev (6).

Klinične smernice morajo biti sistematično zasnovane na z dokazi podprtem pristopom, ki združuje:

- (a) klinične veščine,
- (b) sodobna raziskovalna dognanja,
- (c) posameznikove izbire namenskih dejavnosti po prednostnem vrstnem redu in njegovih vrednot (5, 6).

Ker je osrednje mesto namenjeno obravnavani osebi, je pomembno, da jo poučimo o dognanjih za učinkovito obravnavo, jo vključimo v sprejemanje odločitev o najprimernejši metodi obravnave oziroma k obravnavi posameznika pristopimo celostno.

Kakovostne klinične smernice temeljijo na sistematičnih preglednih člankih (6). Pri izbiri najustrežnejših priporočil se uporabnik lahko osredotoči na pomembnost priporočila. Proces uvajanja kliničnih smernic v prakso mora izhajati iz neskladja med teorijo in prakso – kaj je znano, neznano in kaj se v praksi izvaja.

RAZVOJ IN DOSTOP KLINIČNIH SMERNIC NA PODROČJU DELOVNE TERAPIJE

Razvoj kliničnih smernic na področju delovne terapije se je začel v primerjavi z drugimi zdravstvenimi strokami precej pozno. Od leta 1997 so v delnoterapevtskih revijah začeli objavljati številne članke, ki obravnavajo z dokazi podprto prakso (DPP) (9–12). Objavljeni so bili tudi prvi randomizirani kontrolni poskusi (RKP). Strokovna revija British Journal of Occupational Therapy je leta 1997 posvetila celotno novembrsko izdajo člankom na temo z dokazi podprta praksa v delovni terapiji. Sledila ji je kanadska revija Canadian Journal of Occupational Therapy, ki je leta 1998 isti temi posvetila celotno junijsko revijo (13). Avtorji člankov v obeh revijah ugotavljajo, da delovni terapevti v klinični praksi ne uvajajo dovolj kliničnih smernic, ki so rezultat raziskovalnega dela. Prav tako ugotavljajo, da niso seznanjeni z DPP na področju delovne terapije in sklepajo, da je treba zgraditi most med kliničnim in raziskovalnim delom.

Le tako bo učinek delovne terapije prinesel posamezniku in njegovi družini ter ne nazadnje tudi plačniku zdravstvenih storitev pričakovane rezultate (9–13).

Z razvojem nove paradigme delovne terapije, ki postavlja v ospredje izvedbo namenskih dejavnosti na vseh področjih človekovega delovanja in usmerjenost k posamezniku, so se začeli uveljavljati prvi dokazi o učinkovitosti delovne terapije. Najpopolnejša podatkovna baza z dokazi podprtih smernic klinične prakse za delovno terapijo sta spletni strani OTseeker – Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence, www.otseeker.com; ter Evidence-Based Occupational Therapy Web-portal, katerega ustanovitelj je kanadsko združenje delovnih terapevtov (Canadian Association of Occupational Therapists – CAOT), univerza McMaster (McMaster University) in svetovno združenje delovnih terapevtov (World Federation of Occupational Therapists – WFOT). Podatkovna stran OTseeker obsega več kot 3400 citatov in izvlečkov sistematično pregledanih RKP s področja delovne terapije (14, 15).

Pomembno vlogo v razvoju kliničnih smernic za področje delovne terapije ima organizacijski odbor mednarodne konference (International Conference on Evidence-Based Practice), ki ga je imenovalo ameriško združenje delovnih terapevtov (American Occupational Therapists Association – AOTA), ameriška delovnoterapevtska fondacija (American Occupational Therapy Foundation – AOTF) in agencija za raziskave kakovosti zdravstvenega varstva (Agency for Healthcare Research and Quality). Konferenca je potekala leta 2004 v Bethesda v državi Maryland. Cilj konference je bil združiti strokovnjake iz različnih držav, da bi podprli razvoj raziskovalnega dela in povezovanja delovnih terapevtov iz klinične prakse z raziskovalci. Celoten potek konference je izhajal iz modela MKF. Oblikovali so več mednarodnih skupin, katerih naloga bo oblikovanje in razvijanje kliničnih smernic, ki bi bile veljavne v mednarodnem prostoru. Ugotovili so, da klinične smernice, ki so ozko oblikovane v posameznih državah in na posameznih ožjih področjih dela, niso dovolj prepričljive, saj temeljijo na dokazih, ki izhajajo iz majhnega števila preiskovancev (16).

Dostopnost kliničnih smernic je razmeroma velika. Strokovna odločitev delovnega terapevta o uporabnosti smernic v praksi pa je zaradi pomanjkanja časa in pomanjkljivega znanja o dostopanju do zanesljivih virov v precej primerih zelo težka.

Največ kliničnih smernic za področje delovne terapije, je bilo razvitih v Ameriki, Kanadi in Angliji. Ameriško združenje delovnih terapevtov AOTA (American Occupational Therapy Association) je leta 2009 razvilo sedem kliničnih smernic visoke kakovosti:

1. Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Alzheimer's Disease and Related Disorders (17).
2. Occupational Therapy Practice Guidelines for Children and Adolescence with Autisms (18).

3. Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults with Neurodegenerative Diseases (19).
4. Occupational Therapy Practice Guidelines for Driving and Community Mobility for Older Adults (20).
5. Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults with Stroke (21).
6. Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults with Traumatic Brain Injury (22).
7. Occupational Therapy Practice Guidelines for Individuals With Work - Related Injuries and Illness (23).

Dosegli so standarde nacionalne podatkovne baze (National Guidelines Clearinghouse NGC – www.guideline.gov). Nacionalni portal NGC vključuje več kot 200 ustanov oziroma strokovnih organizacij, ki se ukvarjajo z razvojem kliničnih smernic. Standardi za objavo smernice na portalu so zelo strogi in temeljijo na najnovejših znanstvenih dokazih.

UPORABA KLINIČNIH SMERNIC V DELOVNOTERAPEVTSKI PRAKSI

Upoštevanje kliničnih smernic mora delovni terapevt uskladiti z uporabnikom in plačnikom. Kakovost obravnave bo večja ob upoštevanju klinične smernice visoke kakovosti, hkrati pa bo obravnava podražila stroške. Vse smernice za področje delovne terapije izhajajo iz razvitih držav. Zasnovane so na dokazih, ki upoštevajo vrednote posameznika, vključujejo dejavnike okolja in zahteve izvedbe aktivnosti. Nekateri delovni terapevti čutijo smernice kot omejujoče in nepotrebne. Čeprav je precej delovnih terapevtov smernicam naklonjenih, se velikokrat pojavljajo dvomi in pomisleki o njihovi uporabnosti v terapevtskih programih. Znanih je kar nekaj polemik o uporabnosti izsledkov DPP. Ena izmed novejših polemik o prenosu DPP v klinično prakso je povezana z odmevnim člankom avtorjev, ki ugotavljajo, da klinične smernice, temelječe na DPP, niso dovolj usmerjene na bolnika in ne upoštevajo filozofije stroke delovnih terapevtov (24–26). Trdijo, da so klinične smernice »pisane na kožo« plačniku in jih primerjajo s poceni »kuharskim receptom« (27).

V Sloveniji strokovno združenje delovnih terapevtov in posamezni delovni terapevti postopoma uvajajo klinične smernice, ki so podprte z dokazi. Da bi z gotovostjo potrdili, kako se v praksi posamezen delovni terapevt srečuje z DPP in tako s priporočili kliničnih smernic za izvedbo učinkovite obravnave, smo izvedli kratko raziskavo s pomočjo anonimne ankete.

Metode :

Vprašalnik smo posredovali 110 izvajalcem programov delovne terapije v različnih ustanovah po vsej Sloveniji. Sestavljalo ga je osem vprašanj:

1. Ali ste seznanjeni s terminologijo »z dokazi podprta praksa – DPP«?

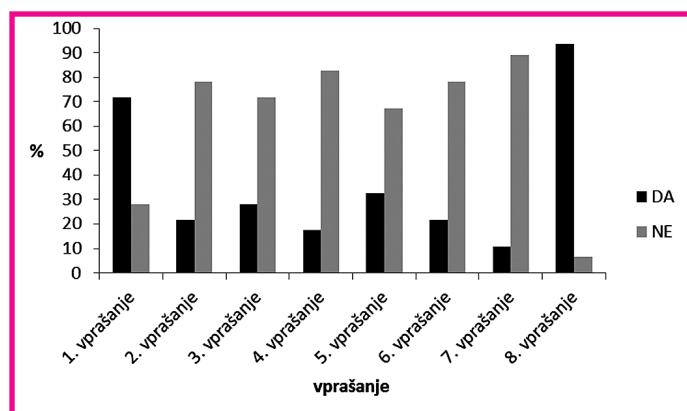
2. Ali pri svojem delu uporabljate podatkovne baze DPP za področje delovne terapije?
3. Ali vključujete izsledke DPP v terapevtsko obravnavo?
4. Ali poznate vsaj en delovnoterapevtski model obravnave, ki je podprt z dokazi?
5. Ali ste seznanjeni z definicijo kliničnih smernic v delovni terapiji?
6. Ste seznanjeni s podatkovno bazo OTseeker?
7. Ali pri izbiri DPP uporabljate podatkovne baze OTseeker?
8. Ali bi želeli pridobiti več znanja s področja DPP?

Odgovor je bil DA oziroma NE in ga je bilo treba obkrožiti.

Rezultati:

Vprašalnik je izpolnilo 90 delovnih terapevtov, 18 oseb vprašalnika ni izpolnilo, 2 vprašalnika nista bila popolna. Rezultati raziskave so pokazali, da je 70 odstotkov anketiranih na prvo vprašanje odgovorilo pritrdilno. Na preostalih šest vprašanj je velika večina anketiranih odgovorila negativno. Kar 90 odstotkov anketiranih je izrazilo željo po dodatnem izobraževanju s področja DPP in po uvajanju učinkovitih kliničnih smernic na področju delovne terapije v prakso (tabela 1).

Tabela 1: Rezultati ankete »DPP – klinične smernice v delovni terapiji«



ZAKLJUČEK

Pravilno razumljene in uporabljene klinične smernice delovnega terapevta pri delu z bolnikom ne omejujejo. Za učinkovito uporabo kliničnih smernic v delovnoterapevtski praksi pa je potrebno dodatno znanje. Poznavanje najnovejših in najboljših dosegljivih izsledkov ter terapevtova ustvarjalnost sta temeljna podlaga za kakovostno in učinkovito obravnavo. Razvoj kliničnih smernic na mednarodni ravni bo omogočil kakovostno obravnavo pacientov, boljši pretok informacij znotraj stroke ter enotnejše informacije o postopkih obravnave med uporabniki in njihovimi svojci.

Literatura/References:

1. Law M, Polatajko H, Baptiste S, Townsend E. Core concepts of occupational therapy. In: Townsend E, ed. Enabling occupation: an occupational therapy perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE; 1997.
2. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. Drinovec J. Ali na izsledkih temelječa medicina s kliničnimi smernicami zdravnika omejuje? Zdrav Vestn 2006; 75: 653–7.
4. Hutchinson A. The philosophy of clinical practice guidelines: purposes, problems, practicality and implementation. J Qual Clin Pract 1998; 18: 63–73.
5. Straus SE, Jones G. What has evidence based medicine done for us? BMJ 2004; 329: 987–8.
6. Eccles MP, Grimshaw JM. Selecting, presenting and delivering clinical guidelines: are they any »magic bullets«? Med J Aust 2004; 180 suppl: S52–S54.
7. Sekcija za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Evropska zveza zdravnikov specialistov (UEMS), Evropski odbor za fizikalno in rehabilitacijsko medicino. Bela knjiga o fizikalni in rehabilitacijski medicini v Evropi. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 2008.
8. Townsend EA, Polatajko HJ. Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2007.
9. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71–2.
10. Mountain GA. A review of literature in the British Journal of Occupational Therapy. Br J Occup Ther 1997; 60: 430–5.
11. Eakin P. The Casson Memorial Lecture 1977: shifting the balance – evidence-based practice. Br J Occup Ther 1997; 60: 290–4.
12. Banigan K. Clinical effectiveness: systematic reviews and evidence-based practice in occupational therapy. Br J Occup Ther 1997; 60: 479–83.
13. Law M, Baum C. Evidence-based occupational therapy. Can J Occup Ther 1998; 65: 131–5.

14. Bennett S, Hoffmann T, McCluskey A, McKenna K, Strong J, Tooth L. Introducing OTseeker (Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence): a new evidence database for occupational therapists. *Am J Occup Ther* 2003; 57: 635–8.
15. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh: Livingstone; 2000.
16. Coster W. International conference on evidence-based practice: a collaborative effort of the American Occupational Therapy Association, the American Occupational Therapy Foundation, and the Agency for Healthcare Research and Quality. *Am J Occup Ther* 2005; 59: 356–8.
17. Schaber P. Occupational therapy practice guidelines for adults with Alzheimer's disease and related disorders. Bethesda: American Occupational Therapy Association; 2010.
18. Tomchek SD, Case-Smith J. Occupational therapy practice guidelines for children and adolescents with autism. Bethesda: American Occupational Therapy Association; 2009.
19. Forwell S. Occupational therapy practice guidelines for adults with neurodegenerative diseases. Bethesda: American Occupational Therapy Association; 2006.
20. Stav WB, Hunt LA, Arbesman M. Occupational therapy practice guidelines for driving and community mobility for older adults. Bethesda: American Occupational Therapy Association; 2006.
21. Sabari J, Lieberman D. Occupational therapy practice guidelines for adults with stroke. Bethesda: American Occupational Therapy Association; 2008.
22. Golisz K. Occupational therapy practice guidelines for adults with traumatic brain injury. Bethesda: American Occupational Therapy Association; 2009.
23. Kaskutas V, Snodgrass J. Occupational therapy practice guidelines for individuals with work-related injuries and illnesses. Bethesda: American Occupational Therapy Association; 2009.
24. Hayes RL. Evidence-based occupational therapy needs strategically-targeted quality research now. *Aust Occup Ther J* 2000; 47: 186–90.
25. Culshaw H. Evidence-based practice for sale? *Br J Occup Ther* 1995; 58: 233.
26. Drummond A. The Elisabeth Casson Memorial Lecture 2010: jack of all trades and master of none: the future of occupational therapy? *Br J Occup Ther* 2010; 73: 292–9.
27. Reagon C, Bellin W, Boniface G. Challenging the dominant voice: the multiple evidence sources of occupational therapy. *Br J Occup Ther* 2010; 73: 284–6.