

Etyka i EBM w fizjoterapii oraz terapii zajęciowej

Ethics and EBM in physiotherapy and in occupational therapy

Barbara Fijałkowska

Zakład Bioetyki i Problemów Społecznych Medycyny, Katedra Psychospołecznych Podstaw Rehabilitacji i Bioetyki, Wydział Rehabilitacji AWF w Warszawie

Streszczenie

Podczas gdy istnieje ogromna liczba analiz moralnych w medycynie i naukach biomedycznych, stosunkowo mniej jest takich analiz w dziedzinie fizjoterapii i terapii zajęciowej. Co prawda, większość zasad etycznych w medycynie ma zastosowanie także w fizjoterapii i terapii zajęciowej. Jednakowoż istnieje kilka charakterystycznych różnic pomiędzy zasadami dotyczącymi głównego nurtu medycznego a zasadami w naukach pokrewnych.

Primo, fizjoterapeuta oraz terapeuta zajęciowy zajmują się pacjentem szczególnym: osobą z niepełnosprawnością. To sprawia, że zakres obowiązków zawodowych i moralnych jest także szczególny. Jest to wyraźnie widoczne przy użyciu ICF (*International Classification of Functioning*) do kompleksowego zdefiniowania niepełnosprawności.

Secundo, w fizjoterapii i terapii zajęciowej istnieje odmienna relacja pomiędzy pacjentem a terapeutą: jest bardziej dogłębna i dużo bardziej osobista, co nakłada na terapeutów wyjątkowe obowiązki moralne wobec pacjenta.

Tertio, EBM (*Evidence Based Medicine*) ma odmienne znaczenie oraz inną rolę w fizjoterapii oraz terapii zajęciowej. Jakkolwiek EBM jest obecnie jądrem medycyny, musi zostać ono przedefiniowane na potrzeby fizjoterapii i terapii zajęciowej.

Evidence Based Medicine (EBM) zostaje scharakteryzowana zarówno jako procedura podejmowania decyzji klinicznych, jak również jako system hierarchizowania badań i publikacji naukowych. Następnie rozpatrzone zostają cztery klasy zarzutów wobec EBM, mających podłoże filozoficzno-etyczne, a dotyczących znaczenia *Randomized Controlled Trials* jako dowodu o najwyższej wartości naukowej oraz traktowania EBM jako matrycy postępowania klinicznego. Na tej podstawie zostaje wskazane miejsce EBM w takich dyscyplinach jak fizjoterapia i terapia zajęciowa. W niniejszym artykule etyka oraz EBM w fizjoterapii i terapii zajęciowej jest główną kwestią, albowiem skupia w sobie wszelkie różnice pierwszego i drugiego typu. Na zakończenie omówiony zostaje tzw. model koordynacyjny EBM, który umożliwił tej procedurze karierę również w naukach paramedycznych.

Słowa kluczowe: etyka, fizjoterapia, terapia zajęciowa, EBM, relacja terapeutyczna, zespół terapeutyczny, ICF, RCTs, niepełnosprawność

Summary

While there is a plenitude of analyses of moral issues in medicine and biomedical sciences, there is much less on related fields as physiotherapy or occupational therapy. Obviously, most of moral principles for physicians applies also to physiotherapists and occupational therapists as well. However there are some specific differences between medical “main stream” and related sciences.

Primo, physiotherapist and occupational therapist provide care to an exceptional kind of patient: to a person with disability. That makes the range of professional and moral obligations also exceptional. It is visibly clear with the use of ICF (*International Classification of Functioning*) in a complex definition of disability.

Secundo, in physiotherapy and occupational therapy there is a slightly different kind of relationship between patient and therapist: it is much more profound and much more personal, what imposes specific moral obligations towards patients.

Tertio, EBM (Evidence Based Medicine) has different meaning and different role in related fields. As EBM is a core of current medicine, it has to be re-defined for the use of physiotherapy and occupational therapy.

Evidence Based Medicine (EBM) is characterized not only as a procedure of clinical reasoning but also as a system of hierarchy of scientific research and scientific publications. Then four classes of constraints of EBM are examined, based on philosophy and ethics, concerning *Randomized Controlled Trials* as golden standard of evidence and treating EBM as a kind of matrix of clinical reasoning. On such basis the place of EBM in physiotherapy and occupational therapy is being indicated. The main issue of the article is EBM in physiotherapy and occupational therapy, as it focuses all the differences of the first and of the second type. In the end, the coordination model is discussed as it ensured the career of EBM in physiotherapy and occupational therapy.

Keywords: ethics, physiotherapy, occupational therapy, EBM, therapeutic relationship, therapeutic team, ICF, RCTs, disability

Wstęp

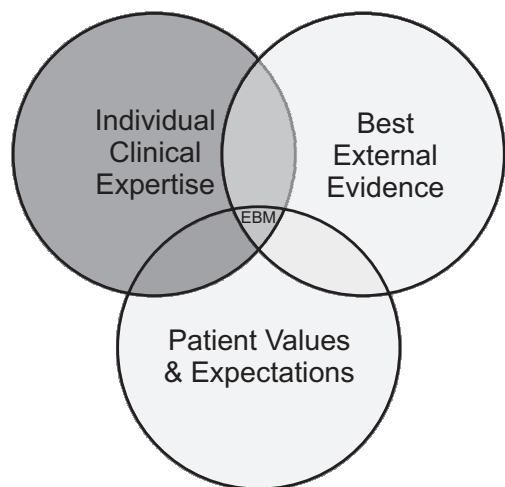
Bioetyka jest dyscypliną zajmującą się analizą zagadnień moralnych obecnych w naukach biomedycznych. Zajmuje się ona przede wszystkim zagadnieniami związanymi z relacją lekarza/terapeuty i pacjenta, problemami etycznymi wynikającymi z rozwoju wiedzy i technologii, problemami etycznymi związanymi z prowadzeniem badań oraz z kwestią sprawiedliwości systemów opieki zdrowotnej. Ogromna liczba analiz została poświęcona powyższym problemom na niwie medycyny. Natomiast zaczyna doskwierać brak równie kompletnych analiz dotyczących innych nauk związanych z medycyną i opieką zdrowotną. Dzieje się tak również w przypadku fizjoterapii i terapii zajęciowej.

Jest rzeczą oczywistą, że najbardziej fundamentalne zasady etyki medycznej w swojej najogólniejszej warstwie są wspólne dla wszystkich zawodów medycznych i paramedycznych. Wspólna jest zasada poszanowania autonomii moralnej pacjenta, zasada dobroczynienia, nieszkodzenia, sprawiedliwości [1]. Natomiast z racji szczegółowych celów każdej z profesji oraz grup pacjentów, do jakich są niejako adresowane, wynikają inne rodzaje lub zakresy obowiązków moralnych. Zamierzam pokazać, czym w najistotniejszych punktach różni się profesja lekarza od profesji fizjoterapeuty i terapeuty zajęciowego, aby następnie uwypuklić specyficzne różnice w stosowaniu *Evidence Based Medicine* (EBM) w praktyce lekarskiej i w praktyce fizjoterapeuty tudzież terapeuty zajęciowego. Pewne racje etyczne przemawiają za tym, aby EBM traktować z należyтым dystansem. Racje te są wyjątkowo wyraźne w dziedzinie fizjoterapii i terapii zajęciowej.

Evidence Based Medicine

Evidence Based Medicine to pewien model uprawiania medycyny, bazujący na korzystaniu z tzw. dowodów (ang. *evidence*), czyli w głównej mierze opublikowanych wyników badań. Za duchowego ojca EBM zwyczajowo uważa się lekarza Ignaza Semmelweisa (1818-1865). W wiedeńskim szpitalu, w którym pracował, mieściły się dwie kliniki położnicze, przy czym w jednej z nich notowano niewspółmierny odsetek zgonów z powodu gorączki połogowej. Dzięki przeprowadzonym przez Semmelweisa analizom statystycznym wyszło na jaw, iż w tej klinice położnicami opiekowali się lekarze oraz studenci praktykujący także w prosektorium. Po wprowadzeniu przez lekarza nakazu dezynfekcji rąk oraz narzędzi odsetek zgonów zmalał radykalnie z 18.3% do 1.9% [2].

Jakkolwiek EBM wyrasta z epidemiologii oraz statystyki, obecnie definiowane jest jako wykorzystanie wiarygodnych i aktualnych dowodów w planowaniu leczenia i opiece nad pacjentem: „*Evidence-based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients*” – w klasycznym sformułowaniu Davida Sacketta [3]. Często EBM jest przedstawiane jako triada czynników rozumowania klinicznego (ryc. 1): możliwie najlepszych (tzn. wiarygodnych i aktualnych) dowodów, praktycznego doświadczenia lekarza oraz wartości uznawanych przez pacjenta.



Ryc. 1. Triada EBM

Fig. 1. EBM Triad

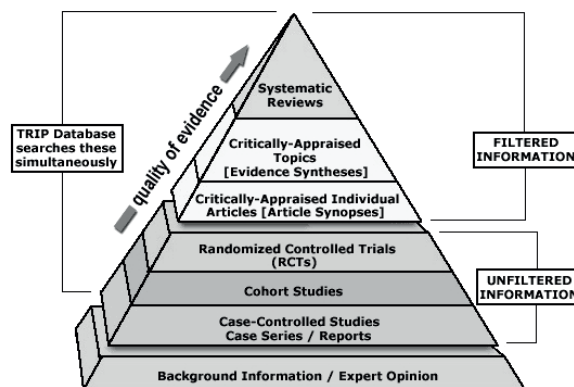
<http://www.cochrane.org/about-us/evidence-based-health-care>

Model EBM ma niewątpliwie dwie zalety. Po pierwsze, oferuje pewien proces rozumowania klinicznego. Po drugie, ustala hierarchię tego, co może zostać nazwane wiarygodnym, rzetelnym dowodem naukowym. Rozumowanie kliniczne w tym modelu polega na pięciu następujących po sobie etapach [4]. Na pierwszym należy sformułować pytanie badawcze. Najpopularniejszą metodą jest zastosowanie schematu PICO [5]. Aby sformułować poprawne pytanie badawcze, należy zastanowić się nad następującymi czterema aspektami:

- jaka grupa pacjentów (ang. *Population*) jest przedmiotem badania, jaki rodzaj choroby, objawów, czynników społecznych i środowiskowych;
- jakiego rodzaju interwencję (ang. *Intervention*) zamierza zastosować lekarz: dalsze testy diagnostyczne, przepisanie leku, operacja etc.;
- jaka istnieje alternatywna interwencja, z którą lekarz może porównać interwencję przewidzianą przez siebie (ang. *Comparison*);
- do jakiego efektu lekarz dąży (ang. *Outcome*): ulgi w bólu, eliminacji symptomów, polepszenia funkcji etc.

Drugim etapem jest poszukiwanie odpowiedzi na uprzednio sformułowane pytanie. Obecnie w tym celu wykorzystuje się bazy danych wraz z zaawansowanymi wyszukiwarkami. Trzeci etap to ocena wartości zgromadzonych dowodów, czyli ocena ich rzetelności, wiarygodności i aktualności, biorąc pod uwagę możliwość wystąpienia błędów metodologicznych, statystycznych, liczebność próby, statystyczną istotność wyników oraz możliwość uogólnienia rezultatów. Etap czwarty to zastosowanie tak zdobytej wiedzy w leczeniu konkretnego pacjenta. Na etapie piątym powinno się dokonać ewaluacji zastosowania dowodów w praktyce.

Etap trzeci powyższego procesu wymaga zastosowania narzędzi oceny dowodów. Temu celowi służy rzeczona wcześniej hierarchia wiarygodności dowodów (czyli opublikowanych wyników badań). Instytucje związane z ruchem EBM (centra, instytuty etc.) dokonują oceny wiarygodności różnych rodzajów badań [6]. Jakkolwiek instytucje te różnią się w systemach oceny, zazwyczaj publikacje naukowe są dzielone na trzy, czasem cztery grupy, co widoczne jest na poniższej rycinie (ryc. 2). Najmniej wiarygodne są opinie eksperckie nie poparte badaniami, natomiast najbardziej cenionym źródłem są randomizowane kontrolowane próby kliniczne (RCTs). Najsilniejszą moc dowodową w modelu EBM przypisuje się publikacjom przeglądowym, takim jak przegląd systematyczny lub wysokiej klasy metaanaliza.



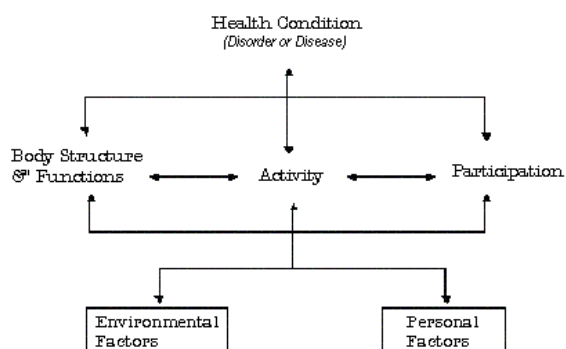
Ryc. 2. Piramida EBM

Fig. 2. EBM Pyramid

<http://www.galter.northwestern.edu/Guides-and-Tutorials/ebm-resources>

Definicja niepełnosprawności

Najważniejszą różnicą pomiędzy medycyną, a dyscyplinami paramedycznymi jest kategoria, na której koncentrują się działania danej dziedziny. Jakkolwiek pojęcia zdrowia, choroby i niepełnosprawności są ze sobą ściśle powiązane, można przyjąć, iż przedmiotem medycyny są choroby oraz chorzy, podczas gdy przedmiotem takich dziedzin jak fizjoterapia i terapia zajęciowa jest niepełnosprawność i osoby z niepełnosprawnością. Warto pokrótce zdać sprawę z tego, jak obecnie definiowana jest niepełnosprawność. Najbardziej przydatny do tego celu jest tzw. *International Classification of Functioning (ICF)* [7].



Ryc. 3. Schemat ICF

Fig. 3. ICF Scheme

<http://www.canchild.ca/en/canchildresources/internationalclassificationoffunctioning.asp>

ICF jest systemem trójpoziomowym (ryc.3). W definiowaniu niepełnosprawności wymaga, aby rozpocząć od wskazania uszkodzonej/nieistniejącej struktury bądź zaburzonej/nieistniejącej funkcji. Natomiast te *stricte* medyczne kategorie muszą zostać przełożone w terminach czynności (działań), czy raczej utrudnień w czynnościach (działaniach). Na tym drugim poziomie paraplegia będzie postrzegana, jako specyficzny stan organizmu skutkujący utrudnieniem bądź niemożliwością mobilności danej osoby. Dotyczy to zarówno czynności mniej skomplikowanych (chodzenie), jak również bardziej skomplikowanych (gra w piłkę nożną). W ostatnim kroku utrudnienia w wykonywaniu czynności zostają przełożone na ograniczenia partycypacji w życiu społecznym. Na tym trzecim z kolei poziomie niemożność wykonywania pewnych czynności bądź trudności z ich przeprowadzeniem sprawiają, iż ograniczona jest sfera samoobsługi danej osoby, sfera pracy zarobkowej oraz sfera rekreacji. Co więcej, role rodzinne i społeczne mogą zostać ograniczone, styl życia – zmodyfikowany, a cele – przedefiniowane. Wszystkie czynności oraz rodzaje partycypacji społecznej są opisane w skali: bez trudności – łagodna trudność – umiarkowana trudność – poważna trudność – całkowita trudność (niemożność).

Struktura ICF ma trzy istotne zalety w definiowaniu niepełnosprawności. Po pierwsze, w elegancki sposób pokazuje, jak warunki chorobowe przekładają się na podstawowy wymiar życia ludzkiego – działanie, oraz na jakość owego życia. Po drugie, sprawia, że niepełnosprawność przestaje być doświadczeniem wyłącznie mniejszości z nas, a staje się doświadczeniem większości: każdy (nawet osoba zdrowa) doświadcza czasem trudności (przejściowych lub trwałych) z wykonywaniem niektórych czynności. I po trzecie, ICF ukazuje znaczenie czynników środowiskowych oraz osobowych w rozumieniu niepełnosprawności. Innego rodzaju bądź stopnia utrudnień w mobilności doświadczają paraplegicy w krajach o różnej polityce społecznej i zdrowotnej;

innego rodzaju bądź stopnia utrudnień doświadczają paraplegicy o różnych cechach charakteru i różnych umiejętnościach interpersonalnych etc.

Różnice profesji

Mając tak kompleksowo opisaną niepełnosprawność, można przystąpić do wskazywania dalszych różnic pomiędzy profesją lekarza a fizjoterapeuty i terapeuty zajęciowego.

Zatem lekarz zajmuje się chorymi, a jego celem jest wyleczenie. Fizjoterapeuta zajmuje się osobami z niepełnosprawnością, przy czym jego celem jest usprawnienie pacjenta, bądź podtrzymanie u niego zastanego stopnia sprawności. Terapeuta zajęciowy zajmuje się osobami z niepełnosprawnością, bądź ze specjalnymi potrzebami, przy czym jego celem jest usamodzielnienie pacjenta w stopniu dla niego dostępnym i podniesieniu jakości życia na poziomie mniej lub bardziej podstawowych czynności, istotnych dla pacjenta. Cele te definiują relację lekarza z pacjentem. Lekarz często postrzega swojego pacjenta jako organizm. Chociaż być tak nie powinno, lekarz zajmuje się przede wszystkim ciałem pacjenta jako źródłem jakiejś patologii lub dysfunkcji. Zatem zgodnie ze strukturą ICF, lekarz działa na poziomie struktur i funkcji – starając się je przywrócić, naprawić lub reaktywować. Natomiast fizjoterapeuta oraz terapeuta zajęciowy (których dla uproszczenia odtąd będę nazywała terapeutami) działają na poziomie drugim i trzecim struktury ICF, tj. na poziomie czynności, stylu życia oraz ról społecznych. Takie ujęcie sprawia, iż u terapeuty nie do pomyslenia jest postrzeganie pacjenta jako wyłącznie chorego organizmu. Jeżeli terapeuta nie będzie dostrzegał w swoim pacjencie osoby z niepowtarzalną historią doświadczeń, z określonymi preferencjami co do stylu życia i projektami własnej przyszłości, to nie będzie w stanie skutecznie zrealizować powierzonych mu zadań.

W związku z powyższym, relacja terapeuty z pacjentem jest odmienna od relacji lekarza z pacjentem w przynajmniej dwóch punktach. Po pierwsze, terapeuta zbiera w wywiadzie oraz w procesie terapii (bądź w procesie badań naukowych) informacje nie tylko medyczne, ale także pozamedyczne dotyczące pacjenta. Zna nie tylko fakty dotyczące funkcjonowania pewnego organizmu (które opisuje się specjalistycznym językiem), ale fakty dotyczące pacjenta jako osoby, jego codziennego życia, rodziny, związków, obowiązków, planów etc. (do których opisu wystarcza zwykły język potoczny). Terapeuta dysponuje wachlarzem tzw. danych wrażliwych. Oczywiście, wszystkie tego rodzaju dane są objęte tajemnicą medyczną: dotyczące stanu zdrowia, samego pacjenta, uzyskane od samego pacjenta podczas wykonywania świadczeń medycznych. To sprawia, iż czasem dotrzymanie tajemnicy medycznej wymaga od terapeuty wzmoczonej czujności.

Po drugie, znajomość tak wielu faktów dotyczących pacjenta i jego życia przez terapeutę sprawia, iż pacjentowi może się wydawać, że ta specyficzna – choć zawodowa – relacja przeradza się w przyjaźń bądź innego rodzaju związek (podobnie rzecz się ma w przypadku psychologów i psychoterapeutów). Problem ów wynika poniekąd także z faktu, że terapeuta używa swojej osoby, jako narzędzia terapii i może (choć nie musi) powoływać się na osobiste doświadczenia. Sytuacja taka raczej nie zachodzi w relacjach pacjenta z lekarzem, który rzadko kiedy ma okazję wejść w tak zażyłe relacje z pacjentem, przy czym najprawdopodobniej skuteczną zaporę stanowi także specjalistyczny język. Wszystko to w konsekwencji może sprawić, że pacjent oczekuje dalszej kontynuacji terapii (lub badań naukowych), nawet jeżeli nie ma to już racjonalnego uzasadnienia. Również tego rodzaju sytuacje wymagają od terapeuty wyjątkowej wrażliwości i roztropności w rozważeniu, czym w danym przypadku jest rzeczywiste dobro pacjenta.

Etyka w EBM

Zanim przejdę do specyficznych problemów moralnych związanych z EBM w fizjoterapii i terapii zajęciowej, poczynię kilka ogólnych uwag na temat etyki w EBM. *Evidence Based Medicine* ma pewne konsekwencje moralne. Ów model żąda możliwie najbardziej wiarygodnych dowodów w trosce o dobro pacjenta. Jeżeli rzeczywiście stosowanie zasad EBM przyczynia się do takiego celu, to stosowanie EBM staje się moralnym imperatywem na gruncie medycyny i nauk pokrewnych [8]. Wiarygodność dowodów ma zatem budować zaufanie pacjentów i społeczeństwa do medycyny oraz dziedzin pokrewnych.

Na gruncie bioetyki, jeżeli dana procedura jest wątpliwa, to jeżeli nie istnieje uzasadnione ryzyko, uznaje się zastosowanie takiej procedury za etycznie niedopuszczalne. W przypadku procedury EBM problem polega na tym, iż stawia ona wymóg przedstawienia dowodu idealnego. W tych naukach, w których używa się dowodzenia indukcyjnego, żadnego twierdzenia nie można dowieść w sposób absolutny. Można je, co najwyżej uprawdopodobnić, pokazując potwierdzalność twierdzenia w praktyce. Stanowi to metodologiczną słabość EBM, które żąda rzeczy niemożliwej [9]. Żaden dowód w medycynie nie jest absolutny, chociażby dlatego, że w żadnym badaniu naukowym nie przebadano wszystkich członków zaliczających się do grupy osób o poddawanych badaniu warunkach zdrowotnych. W efekcie osłabienia żądania absolutnego dowodu, osłabieniu ulega także wyjściowy imperatyw stosowania EBM.

Istnieją w literaturze przedmiotu jeszcze trzy kolejne grupy zarzutów wobec EBM. Pierwsza grupa wątpliwości dotyczy ekonomicznego wymiaru EBM. Na fali popularności procedura ta stała się także narzędziem po-

dejmowania decyzji jakie środki, usługi bądź badania należy finansować. Otóż, finansowane są te środki i usługi, na których poparcie dysponujemy możliwie najbardziej wiarygodnymi i aktualnymi dowodami efektywności. W przypadku badań, fundusze zdobywają te, które zasadnie przewidują znaczną efektywność egzaminowanej terapii. Uczynienie z EBM narzędzia kontroli sprawia, że wykluczone z terapii bądź badań naukowych zostaną te grupy, które skorzystają z nich w małym stopniu: na przykład osoby starsze (które z uwagi na przewidywaną długość życia będą stosunkowo krótko korzystały z efektów) lub pacjenci chroniczni (u których poprawa będzie niewielka). Dzieje się tak w szczególności w przypadku środków, usług lub badań wyjątkowo kosztownych [10].

Krytycy EBM wskazują jeszcze jedną powiązaną z aspektem ekonomicznym wadę tej procedury. W założeniu EBM miało zwiększać autonomię moralną pacjentów i pozytywnie wpływać na ich udział w procesie ustalania celów terapii i wybierania odpowiedniej terapii, bowiem dzięki bazom danych pacjent mógłby dyskutować z lekarzem kwestię wiarygodności dowodów, co niewątpliwie czyniłoby relację lekarza i pacjenta bardziej symetryczną. W praktyce, ów dyktat finansowy sprawia, że ani lekarze, ani ich pacjenci nie są w pełni autonomiczni w swych decyzjach, albowiem wachlarz możliwości wyboru jest znacznie zawężony [10].

Druga grupa wątpliwości podkreślanych przez krytyków jest powiązana z RCTs jako badaniem o możliwie najwyższym poziomie wiarygodności. Na potrzeby randomizowanych kontrolowanych prób klinicznych (RCTs) pacjent zostaje odizolowany od swojego środowiska domu, pracy. Zostaje pozbawiony swojego kontekstu społecznego i kulturowego, aby zostać zredukowanym do pewnego układu określonych uwarunkowań zdrowotnych [11]. Cały ów zabieg ma na celu możliwość generalizowania wyników badania. Ceną jednak jest utrata istotnych informacji, związanych z tym, w jaki sposób wszelkie pozamedyczne uwarunkowania wpływają na działanie badanego farmaceutyku lub nowej terapii. W efekcie okazuje się, że badanie o wysokim stopniu wiarygodności jest w niewielkim stopniu zdolne wygenerować rekomendacje co do postępowania w przypadku konkretnej osoby osadzonej w konkretnym *milieu*. Dzieje się tak, ponieważ metodologia RCTs opiera się w głównej mierze na statystyce i pojęciu wartości uśrednionej. Dla przykładu, jeżeli badany jest nowy specyfik na zapalenie płuc, przy czym w badaniach uczestniczy zarówno cierpiący na tę przypadłość dwudziestoletni Aborygen mieszkający w rezerwacie, jak i osiemdziesięcioletnia kobieta z Sydney, to właściwie nie wiadomo, do kogo odnoszą się uzyskane uśrednione rezultaty i w jaki sposób można by je zastosować w terapii zarówno jednego jak też drugiego pacjenta. Dysponujemy zatem informacją na temat skuteczności leku w danej grupie, ale niewiele wiemy na temat indywidualnej terapii [10].

Szczególnie dotkliwy jest ów brak informacji pozamedycznych dla fizjoterapeuty lub terapeuty zajęciowego. Co więcej, im mniej takich informacji on posiada, tym w mniejszym stopniu wyniki badań są w jego praktyce przydatne. Coraz częściej podkreślany jest fakt, iż taka szczegółowa holistyczna charakterystyka pacjenta powinna być obecna już na etapie formułowania pytania badawczego. Oznacza to, że być może pojawi się w badaniach trend niesłuchanie wąsko zakrojonych badań. Za cenę małej możliwości generalizowania wyników takich badań można będzie zyskać tym razem rzeczywiście wiarygodne dowody dotyczące konkretnego zagadnienia.

Trzecią grupę wątpliwości wobec EBM stanowią obawy przed zautomatyzowaniem tej procedury. Miałyby to polegać na zbyt mechanicznym przekładaniu wyników wyszukanych badań (etap drugi procedury EBM) na zalecenia dla konkretnego pacjenta, pomijając etap ewaluacji [10]. Na przykład, skoro w badaniach uzyskano 60% potwierdzenie skuteczności badanego leku, to należy ów środek zastosować w terapii pacjenta XY – bez refleksji na temat jego stylu życia, pracy, środowiska, przekonań etc. Jeżeli rzeczywiście takie wprowadzenie EBM do roli matrycy postępowania (zamiast kompleksowego rozumowania klinicznego) miałyby miejsce, terapie stałyby się wówczas mniej skuteczne. W efekcie stosowanie procedury EBM przyczyniłoby się do pogorszenia jakości opieki medycznej (przeciwnie do założeń), co niewątpliwie jest sprzeczne z zasadą dobroczynienia.

EBM w fizjoterapii i terapii zajęciowej

Jeżeli przyjąć, iż najbardziej wiarygodnym dowodem naukowym w medycynie i naukach paramedycznych jest RCTs, to oznacza to wyrok ostateczny dla fizjoterapii i terapii zajęciowej [8]. Wobec braku takich badań lub niemożności stosowania ich wyników, obie dziedziny byłyby w jeszcze większym stopniu marginalizowane, a w jeszcze mniejszym stopniu finansowane. Jeżeli uznać EBM za matrycę nadającą się do zautomatyzowanego użycia tym bardziej potwierdzałby się wniosek powyższy. Skoro RCTs (w ramach EBM) jest procedurą zapewniającą naukowość, bezpieczeństwo i efektywność i skoro RCTs (w ramach EBM) nie jest procedurą przystającą do dziedzin takich jak fizjoterapia bądź terapia zajęciowa, to dziedziny te nie mają racji bytu.

Na szczęście wnioskowanie powyższe jest błędne. Tak rozumiane EBM (RCTs jako najwyższy standard naukowości oraz EBM jako matryca) jest EBM niewłaściwie rozumianym. Niewłaściwie rozumiane EBM rzeczywiście nie pasuje do nauk paramedycznych. Nie pasuje z tego względu, że przedmiot badań w tych naukach nie zawsze daje się ująć w tak sztywne ramy. Po pierwsze, chociaż faktycznie RCTs jest utożsamiane z ideałem badania naukowego, klasyczna definicja EBM nie naka-

zuje szukać wyłącznie badań typu RCTs, ale możliwie najlepszych dowodów. W fizjoterapii i terapii zajęciowej nie zawsze RCTs jest możliwie najlepszym dowodem. Po drugie, chociaż faktycznie dochodzi czasem do utożsamienia EBM z matrycą, to następstwo etapów procedury EBM zakłada wykorzystanie wyszukanego dowodu bądź dowodów, jako elementu jednocześnie analitycznego i twórczego rozumowania klinicznego. Oznacza to, że wyniki wyszukanego badania nie tylko należy ocenić pod względem wiarygodności, ale także „przymierzyć” je do sytuacji konkretnego pacjenta wraz z jego specyficzną sytuacją, i dopiero na tej podstawie podjąć ostateczną decyzję. Tak rozumiane EBM – rozumiane właściwie – nie tylko znajdzie zastosowanie w fizjoterapii i terapii zajęciowej, ale także umocni pozycję nauk paramedycznych.

Podsumowanie

W początkach nurtu EBM wszelkie decyzje kliniczne miały być podejmowane wyłącznie na podstawie twardych danych (tzw. *Intrusion model*). Obecnie – w związku z problemami natury metodologicznej, filozoficznej i etycznej – postulowany jest model koordynacyjny (ang. *Coordination model*) [8]. Dopuszcza on miękkie dane, pochodzące z takich źródeł jak dokumenty biograficzne, tzw. *ego documents* oraz z innych. Stanowią one opis walki pacjenta z chorobą lub/i niepełnosprawnością, są zapisem prób zintegrowania uwarunkowań zdrowotnych i medycznych z obrazem samego siebie, własnymi planami, stylem życia etc. Bez wątpienia jest to istotne źródło wiedzy w naukach paramedycznych.

Model koordynacyjny umożliwił *de facto* karierę EBM we wszystkich naukach medycznych i paramedycznych. Powstała *Evidence Based Nursing Practice* (EBNP), *Evidence Based Rehabilitation* (EBR) etc. Z czasem do słownika nauk medycznych i paramedycznych weszło określenie *Evidence Based Practice* (EBP), które unika różnicowania na rodzaje dyscyplin (rzadziej *Evidence Based Treatment* – EBT), a nawet *Evidence Based Health Care* (EBHC) wcielające nauki takie jak zdrowie publiczne, ekonomikę zdrowia etc.

Właściwie pojęte EBM wraz z modelem koordynacyjnym bez wątpienia realizują naczelną zasadę etyki biomedycznej nie tylko w medycynie, ale również w dyscyplinach paramedycznych.

Piśmiennictwo

1. Beauchamp TL, Childress JF. Zasady etyki medycznej. Warszawa: Książka i Wiedza; 1996.
2. Ayres I. Super Crunchers: Why Thinking-By-Numbers is the New Way To Be Smart. Bantam; 2008.
3. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA et al. Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. *Br Med J* 1996; 312(7023): 712.

4. Cook DJ, Jaeschke R, Guyatt GH. Critical appraisal of therapeutic interventions in the intensive care unit: human monoclonal antibody treatment in sepsis. *J Intensive Care Med* 7 1992; (6): 275–82.
5. <http://libraries.umdj.edu/camlbweb/EBM/picomodel.htm> (17.12.2012).
6. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. GRADE guidelines: Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011; 64(4): 401–6.
7. <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (17.12.2012).
8. Vos R, Willems D, Houtepen R. Coordinating the norms and values of medical research, medical practice and patients worlds – the ethics of evidence based medicine in orphaned fields of medicine. *J Med Ethics* 2004; 30: 166–170.
9. Leeder SR, Rychetnik L. Ethics and evidence-based medicine. *Med J Aust* 2001; 175(3): 161–164.
10. Loevy EH. Ethics and Evidence-Based Medicine: Is There a Conflict? <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2100103/> (17.12.2012).
11. Goodman NW. Ethics and Evidence-Based Medicine: Fallibility and Responsibility in Clinical Science. <http://171.66.127.115/content/96/5/251.full> (17.12.2012).