

Evidence based medicine (EBM) współczesną sztuką lekarską

Cele Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine

dr med. Piotr Gajewski
II Katedra Chorób Wewnętrznych CM UJ w Krakowie

prof. dr med. Roman Jaeschke
Department of Medicine, McMaster University,
Hamilton, Ontario, Kanada

dr med. Jacek Mrukowicz
Medycyna Praktyczna

Uprawianie medycyny, od opieki nad indywidualnymi pacjentami do zarządzania całym systemem opieki zdrowotnej, można sprowadzić do podejmowania decyzji – jakie badanie wykonać w celu rozpoznania choroby, jakie leczenie zastosować, czy refundować określony lek lub finansować daną procedurę itd. Wymagania stawiane w tym zakresie lekarzom i innym pracownikom służby zdrowia rosną w zawrotnym tempie. Powinniśmy postępować sprawnie i skutecznie, a jednocześnie oszczędnie, gdyż nakłady na opiekę zdrowotną zawsze będą za małe w stosunku do oczekiwań, nawet w krajach najbogatszych. Nie można więc marnotrawić środków na postępowanie o niesprawdzonej skuteczności, a tym bardziej nieskuteczne.

Zalew informacji

Aby decyzje dotyczące opieki nad pacjentami były trafne, nasza wiedza musi być aktualna i oparta na wiarygodnych danych, a te trzeba umiejętnie wyłowić z narastającej w ogromnym tempie lawiny informacji. Sytuację tę można zilustrować następującymi liczbami, uzyskanymi z bazy MEDLINE, w której obecnie indeksowanych jest około 4600 czasopism biomedycznych: w 1966 roku opublikowano blisko 29 000 artykułów poświęconych leczeniu, a w 2002 roku ponad 110 000. Równie uderzający jest wzrost liczby artykułów poświęconych innym zagadnieniom, na przykład diagnostyce – z około 10 000 w 1966 roku do blisko 90 000 arty-

kułów opublikowanych w roku 2002. Nie tylko ogromna liczba publikacji utrudnia sprawną aktualizację wiedzy, ale także fakt, iż tylko niewielki ich odsetek zawiera wiarygodne dane.

Przy szybkim postępie wiedzy tradycyjne jej źródła, jakimi są podręczniki, równie szybko się dezaktualizują, a opinie ekspertów, na których zdaniu chcielibyśmy polegać, często nie są zgodne. Ponadto zdarza się, że wyniki badań klinicznych są prezentowane lub wykorzystywane manipulacyjnie.

Jak zatem lekarze mają sprostać zadaniu posiadania wiedzy aktualnej i wiarygodnej, kiedy na ogół są tak zapracowani, że nie mogą poświęcić wystarczająco dużo czasu na ciągłe doszkadzanie. Do tego jeszcze wielu nie ma dostatecznej wiedzy z zakresu epidemiologii klinicznej, aby móc samodzielnie ocenić, czy informacje, z którymi się zapoznaje, są wiarygodne czy też nie. Stąd większość lekarzy z upływem lat nabywa wprawdzie cennego doświadczenia i umiejętności klinicznych, ale swoje postępowanie często opiera na wiedzy zdobytej znacznie wcześniej, po części już nieaktualnej. Tracą na tym przede wszystkim pacjenci, ale także cały system opieki zdrowotnej.

Nowe sposoby selekcji i syntezy informacji

Do niedawna powyższe problemy były dla przeciętnego lekarza praktycznie nie do rozwiązania. W ciągu ostatnich kilkunastu lat wypracowano jednak sposoby ułatwiające poruszanie się w gąszczu informacji, takie jak:

- zasady szybkiej oceny wiarygodności doniesień medycznych (p. artykuł na s. 37);
- łatwo dostępne źródła informacji wyselekcjonowanej pod względem wiarygodności i istotności klinicznej (p. artykuł na s. 41);
- metody syntezy danych pochodzących z wielu badań naukowych poświęconych temu samemu zagadnieniu (p. artykuł na s. 44);

- kompleksowe wytyczne praktyki klinicznej, będące wynikiem dogłębnej i wszechstronnej analizy dostępnych danych, których jakość (wiarygodność) determinuje siłę zaleceń (p. artykuły na s. 46 i 48).

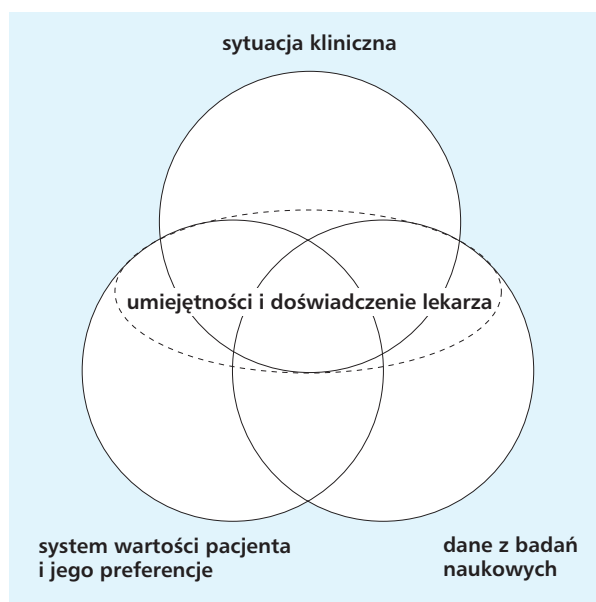
Sposoby te stopniowo wprowadzano do praktyki klinicznej, i tak się narodziła *evidence based medicine* (EBM).

Określenia tego użył jako pierwszy w 1991 roku Gordon Guyatt, profesor medycyny i epidemiologii klinicznej na McMaster University w Hamilton w Kanadzie.¹ Trudno je trafnie, a jednocześnie zwięźle przełożyć na język polski, nie tracąc przy tym sensu i nie ryzykując błędnego pojmowania. Przed kilkoma laty podjęliśmy taką próbę, gdy rozpoczynaliśmy publikowanie na łamach „Medycyny Praktycznej” serii artykułów poświęconych podstawom EBM.² Zaproponowaliśmy wówczas określenie „praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach” (w skrócie POWAP). W użyciu są także inne nazwy, na przykład „medycyna oparta na dowodach”. Żadne z nich naszym zdaniem nie oddaje jednak w pełni istoty tego, czym jest EBM, chociaż podkreśla znaczenie wcześniej niedocenianego, a niezwykle ważnego elementu w praktyce lekarskiej, jakim są wiarygodne dane pochodzące z badań naukowych. Dlatego też zdecydowaliśmy się nie forsować polskiej nazwy i posługiwać oryginalnym określeniem. Zdajemy sobie przy tym sprawę z konsekwencji takiego wyboru – bierzemy na siebie odpowiedzialność za właściwe rozumienie EBM.

Jak rozumieć EBM?

Wyeksponowanie w nazwie danych z badań naukowych (*evidence*) nie oznacza, że wystarczają one do podejmowania decyzji klinicznych lub odgrywają w tym procesie najważniejszą rolę. W ten sposób podkreślono jedynie fakt, że są niezbędne i trzeba je umiejętnie wykorzystywać. Ponadto stanowią element stosunkowo nowy, gdyż historia wiarygodnych badań klinicznych obejmuje zaledwie pół wieku – pierwsze badanie z randomizacją opublikowano w 1948 roku.³

Zanim będzie można zrobić użytek z tych danych, trzeba najpierw trafnie rozpoznać **sytuację kliniczną**, czyli ustalić diagnozę i dostępne opcje postępowania, które zależą także od uwarunkowań systemu opieki zdrowotnej (dostępność badań diagnostycznych, leków, zabiegów itp.). Indywidualne **umiejętności i doświadczenie** leka-



Rys. Uwarunkowania decyzji podejmowanych w opiece nad pacjentami według zasad EBM⁴

rza są tu niezastąpione. Niemniej jednak rozważenie korzystnych i niekorzystnych skutków różnych działań diagnostycznych i leczniczych wymaga znajomości **danych z badań naukowych** – czyli umiejętności ich znalezienia, krytycznej oceny pod kątem wiarygodności i znaczenia klinicznego oraz odniesienia do danego pacjenta. Wreszcie możemy wybrać postępowanie, które naszym, lekarskim zdaniem jest w danej sytuacji optymalne. Tylko czy rzeczywiście będzie ono takie w konkretnym przypadku? Aby tak było, musimy wziąć pod uwagę **system wartości pacjenta i jego preferencje**. Lekarz powinien się przede wszystkim zorientować, czy pacjent chce czynnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących jego leczenia oraz jakie postępowanie będzie on w stanie i zechce zaakceptować. Jest to zadanie trudne i wymaga dobrej wzajemnej relacji między lekarzem i pacjentem.

Podjęcie właściwej decyzji wymaga więc od lekarza rozpoznania sytuacji klinicznej, znajomości danych naukowych oraz zrozumienia pacjenta, z jego emocjami, rozterkami, uwarunkowaniami rodzinnymi, kulturowymi czy finansowymi (rys.). Na tym właśnie polega **współczesna sztuka lekarska** i tak rozumiemy EBM. Pierwszą zasadą EBM jest, na pozór paradoksalnie, przejrzyste i bez pozostawiania wątpliwości przypomnienie lekarzowi, że dane naukowe nie wystarczają do podejmowania decyzji, co ilustruje rysunek. War-

to tu jednak zwrócić uwagę na fakt, że umiejętność właściwego wykorzystywania danych z badań naukowych niewątpliwie daje lekarzowi większą autonomię w podejmowaniu decyzji i satysfakcję zawodową.

Zasady EBM odnoszą się nie tylko do indywidualnej praktyki lekarskiej, lecz także do instytucji i całego systemu opieki zdrowotnej. Powinni je zatem dobrze znać i właściwie rozumieć wszyscy podejmujący decyzje dotyczące organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu.

Polski Instytut Evidence Based Medicine

Idea EBM, rozwijająca się na świecie już kilkanaście lat i uznawana za przełomową, od kilku lat jest również propagowana w Polsce, przy znaczącym wsparciu ze strony światowych autorytetów w tej dziedzinie. Znajduje to wyraz między innymi w działaniach podejmowanych przez Medycynę Praktyczną, takich jak: publikowanie artykułów zapoznających z zasadami EBM; bieżące wyszukiwanie w piśmiennictwie światowym wiarygodnych i klinicznie istotnych doniesień naukowych oraz przedstawianie ich w formie specjalnych streszczeń publikowanych na łamach czasopism (*od tego numeru zebranych w dziale „Przegląd aktualnych badań”*; p. także artykuł na s. 41 – przyp. red.) i w internecie; publikowanie wytycznych praktyki klinicznej opracowanych według właściwej metodologii; oraz szkolenie lekarzy w zakresie podstaw EBM.

Zakres i skala tych działań skłoniły nas do utworzenia Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine (PI-EBM), przed którym postawiliśmy następujące cele:

- propagowanie idei i zasad EBM na wszystkich szczeblach systemu opieki zdrowotnej;
- szkolenie lekarzy i innych pracowników służby zdrowia w zakresie umiejętności potrzebnych do szybkiego i efektywnego korzystania z informacji medycznej;
- udostępnianie polskim lekarzom w przystępnej formie wyselekcjonowanej aktualnej i wiarygodnej informacji medycznej;
- inicjowanie i wspieranie w zakresie metodologii prac nad wytycznymi praktyki klinicznej oraz ich rozpowszechniania i wdrażania;
- działalność naukowo-badawcza w zakresie metodologii badań klinicznych, wytycznych praktyki klinicznej, przeglądów systematycznych i metaanaliz, procesu podejmowania decyzji w praktyce klinicznej, jakości opieki medycznej, dydaktyki medycznej;

- umożliwienie polskim naukowcom współdziałania w tym zakresie z zainteresowanymi grupami na świecie poprzez reprezentowanie w Polsce różnych międzynarodowych organizacji, takich jak Cochrane Collaboration i Guidelines International Network.

Realizacja tych celów ma służyć racjonalizacji i podniesieniu jakości opieki zdrowotnej w Polsce. Konieczna jest do tego współpraca PI-EBM z towarzystwami naukowymi oraz instytucjami państwowymi decydującymi o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Wierzymy, że współpraca ta będzie owocna.

Na zakończenie wróćmy do tytułu tego artykułu. Określenie „współczesny” kojarzy się nie raz z czymś zautomatyzowanym, odartym z humanizmu. Jeśli uznać EBM za współczesną sztukę lekarską, to nasuwa się pytanie: czy istnieje niebezpieczeństwo, że będzie ona pozbawiona ludzkiego pierwiastka, ograniczona do mechanicznego rozpoznawania chorób i schematycznego leczenia? Otóż wręcz przeciwnie. Wystarczy się nieco głębiej zastanowić nad istotą EBM, by dostrzec, jak bardzo – chyba bardziej niż kiedykolwiek dotąd – upodmiotowiony zostaje pacjent; ile wysiłku lekarz musi włożyć w to, by jego (a właściwie ich wspólna) decyzja, jak w danej sytuacji postąpić, była trafna – czyli najkorzystniejsza dla danego pacjenta.

Autorzy dziękują za pomoc w przygotowaniu tego artykułu profesorowi Davidowi L. Sackettowi, którego praca i nauczanie na Uniwersytetach McMaster i Oxford przyczyniły się do rozwoju wielu koncepcji utożsamianych dziś z EBM.

Piśmiennictwo

1. Guyatt G.H.: Evidence-based medicine. ACP J. Club, 1991; 114: A-16 (editorial)
2. Jaeschke R., Cook D., Guyatt G.: Evidence based medicine (EBM), czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAP). Odcinek I: wprowadzenie. Med. Prakt. 1/98, s. 143–150
3. Medical Research Council: Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis. BMJ, 1948; 2: 769–782
4. Haynes R.B., Devereaux P.J., Guyatt G.H.: Physicians' and patients' choices in evidence based practice. BMJ; 2002; 324: 1350