

# POMEN KLINIČNIH SMERNIC V ZDRAVSTVENI NEGI

## IMPORTANCE OF CLINICAL GUIDELINES IN NURSING

doc. dr. Marija Zaletel  
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

### Izvleček

#### Izhodišča:

Klinične smernice so sistematično oblikovana stališča, ki zdravnikom in drugemu zdravstvenemu osebju, pa tudi pacientom, pomagajo pri odločitvah o primernem zdravstvenem varstvu in medicinski oskrbi v posebnih kliničnih okoliščinah. Klinična pot je sestavljena iz obrazcev, na katere se zapisujejo aktivnosti posameznega izvajalca zdravstvene obravnave. Predstavlja celotno zdravstveno oskrbo pacienta.

#### Metode:

uporabljena je deskriptivna metoda dela s pregledom slovenske in tuje literature.

#### Zaključki:

klinične smernice in klinične poti so v kliničnih okoljih vedno bolj prisotne. Njihovo oblikovanje je odvisno od sodelovanja multidisciplinarnega tima, v katerem imajo pomembno vlogo tudi medicinske sestre. Na področju rehabilitacije si šele utirajo pot.

#### Ključne besede:

klinična smernica, klinična pot, oblikovanje klinične poti, rehabilitacija.

### Abstract

#### Background:

Clinical guidelines are systematically developed facts that assist doctors and other healthcare professionals as well as patients in decisions about appropriate health care and medical care in specific clinical circumstances. Clinical path consists of forms on which the activities of an individual health professional are recorded. It represents the total health care of the patient.

#### Methods:

The descriptive method of work was used by studying Slovenian and foreign literature.

#### Conclusions:

Clinical guidelines and clinical pathways are increasingly present in clinical environments. Their design is conditioned by the participation of a multidisciplinary team, in which nurses play an important role. In the field of the rehabilitation they just pave the way.

#### Key words:

Clinical guidelines, clinical pathways, design clinical pathways, rehabilitation.

## KLINIČNE SMERNICE

Klinične smernice so sistematično oblikovana stališča, ki zdravniku praktiku in drugemu zdravstvenemu osebju, pa tudi pacientom, pomagajo pri odločitvah o primernem zdravstvenem varstvu in medicinski oskrbi v posebnih kliničnih okoliščinah. Klinične smernice so nacionalnega ali mednarodnega pomena (1).

Klinične smernice sestavljajo štiri poglobitve prvine:

- epidemiološke podatke, ki vključujejo klinične izide, da bralec občuti resnost medicinskega problema;

E-naslov za dopisovanje/E-mail for correspondence (MZ):  
marija.zaletel@zf.uni-lj.si

- splošne predloge za diagnostiko in zdravljenje;
- podrobnejše in posebne predloge za zdravstveno oskrbo različnih zdravstvenih težav;
- dodatno gradivo za diagnostiko in zdravljenje (2).

Klinične smernice se pripravljajo za diagnostiko, zdravljenje bolezni, rehabilitacijo bolnih in poškodovanih in za uvajanje novejših zdravil, materialov ter pripomočkov.

Namen smernic je zagotavljati dobro klinično prakso in omogočati podporo izboljšanju kakovosti zagotavljanja zdravstvene oskrbe. Smernice omogočajo tudi uspešno spremljanje postopkov in izboljšanje izidov zdravstvene oskrbe (3).

Svet Evrope opisuje klinične smernice kot sredstvo za racionalnejše odločanje v zdravstveni obravnavi in jih razume predvsem kot podporo izboljšanju kakovosti zagotovljene zdravstvene oskrbe. Smernice zagotavljajo sodelovanje in večjo ozaveščenost pacienta ter tako aktivnejšo udeležbo v procesu zdravstvene oskrbe (3). Razvija jih lahko skupina, ki je sestavljena samo iz članov, ki bodo smernice uporabljali, skupina, v kateri so samo nekateri člani, ki jih bodo uporabljali, ali pa jih razvija zunanja skupina, v kateri ni članov, ki bi te smernice uporabljali. Skupina za smernice mora zato vključevati različne uporabnike, posamezni člani pa se lahko pridobijo po predhodnem posvetu z ustreznimi strokovnimi združenji. Tako se zagotovi, da vse ustrezne stroke prispevajo k oblikovanju smernice ter začetju oblikovanja in udejanjanje smernice kot del svojega strokovnega poslanstva. V skupini je treba zagotoviti tudi primerno geografsko zastopanost članov (3).

V Slovenskem priručniku za smernice (3) so predstavljena načela za oblikovanje smernic v Sloveniji. Eno teh načel omenja, da naj smernice oblikujejo multidisciplinarne skupine, v katerih so zastopani predstavniki vseh ustreznih strok. S tega vidika je pomemben tudi prispevek medicinskih sester, vendar je ta poklicna skupina bolj vpeta v oblikovanje kliničnih poti.

## KLINIČNA POT

S klinično potjo predstavljamo potek zdravstvene obravnave posameznika od sprejema do odpusta, in tudi obravnavo, ki poteka znotraj posameznih ravni zdravstvene dejavnosti in med njimi.

Z vnaprej predvidenimi potrebnimi aktivnostmi, ki so sprejete in oblikovane znotraj multidisciplinarnega tima in se navadno izvajajo pri določeni vrsti pacientov, klinične poti povečajo usklajenost dela in sodelovanje zdravstvenega osebja, skrajšajo ležalno dobo pacienta ter vplivajo na njegovo dobro počutje in zaupanje v zdravstveno ustanovo. Zagotavljajo višjo kakovost izvajanja zdravstvene dejavnosti, hitrejšo obravnavo, ne podvajajo storitev, zagotavljajo boljšo komunikacijo med izvajalci, večjo možnost sprotnega informiranja pacientov in njihovo aktivnejšo vlogo v procesu zdravljenja in rehabilitacije.

Klinična pot je sestavljena iz obrazcev, na katere se zapisujejo aktivnosti posameznega izvajalca zdravstvene obravnave. Je sestavni del dokumentacije zdravstvene obravnave in dokumentacije zdravstvene nege, v primerjavi z (do)sedanjo dokumentacijo, ki praviloma ponuja le prazen prostor za vpisovanje aktivnosti članov zdravstvenega tima ter redko in nepopolno usmerja k natančnejšim opisom njihovega dela ali odločitev. Klinična pot vnaprej predvideva vse potrebne postopke zdravstvene obravnave. Je orodje, ki zdravstvenemu timu omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno zdravstveno obravnavo pacienta, spremljanje

opravljenega dela ter kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse. Klinična pot je hkrati tudi dober pripomoček za izračun stroškov obravnave (4), saj zahteva, da se vse aktivnosti sproti evidentirajo in potrdijo s podpisom izvajalca. Če to ni izvedeno, je zahtevana obrazložitev.

Klinične poti so orodje, s pomočjo katerega integriramo različne vidike obravnave pacienta. S kliničnimi potmi konkretiziramo klinične smernice in jih oblikujemo v načrt oskrbe posameznega pacienta. Z uporabo kliničnih poti je omogočena tudi boljša sledljivost oskrbe pacienta, kar omogoča boljše načrtovanje, upravljanje in vodenje kliničnih strokovnih elementov, pa tudi administrativnih elementov zdravstvene organizacije. Klinične poti so predvsem lokalno orodje, prilagojeno posebnim okoliščinam in delovni kulturi posamezne zdravstvene ustanove (4).

Evropsko združenje za klinične poti (European Pathway Association) opredeljuje klinično pot kot metodologijo za skupno odločanje in organizacijo zdravstvene obravnave za določeno skupino pacientov v vnaprej opredeljenem časovnem obdobju. Značilnosti klinične poti so:

- jasna opredeljenost vseh ciljev in elementov zdravstvene obravnave na podlagi dokazov, dobre prakse ter pacientovih pričakovanj;
- je orodje, ki pripomore k boljšemu komuniciranju, koordinaciji različnih vlog in določanju zaporedja aktivnosti večdisciplinarnega zdravstvenega tima, pacientov ter njihovih svojcev;
- omogoča dokumentiranje, spremljanje in ocenjevanje različnih odklonov ali izidov;
- je orodje za identifikacijo potrebnih virov (človeških, finančnih, časovnih itn.).

Cilj kliničnih poti je izboljšati kakovost zdravstvene obravnave z izboljševanjem izidov za paciente, poudarjanjem njihove varnosti, izboljšanjem pacientovega zadovoljstva ob čim boljši izkoriščenosti danih virov (4). Ta vodila so tudi stalnica v prizadevanjih za kakovostno izvajanje zdravstvene nege. Zato so medicinske sestre povsod, kjer so se odločili za oblikovanje kliničnih poti, vidni člani skupine za oblikovanje in pomembni izvajalci zdravstvene oskrbe, ki poteka po zapisani klinični poti.

Klinične poti so pomembne pri obravnavi pacienta, saj zagotavljajo nepretrgano in usklajeno zdravstveno oskrbo med različnimi ustanovami in izvajalci. Klinične poti združujejo več dejavnosti in omogočajo podporo kakovostnejši zdravstveni oskrbi, katere središče je uporabnik zdravstvenih storitev, torej pacient. Klinična pot je orodje, ki temelji na uveljavljenem znanju v zdravstvu in opredeljuje standardni način zdravljenja (5, 6).

Pri oblikovanju tima za oblikovanje kliničnih poti je pomembno, da vključimo v skupino tiste zdravnike, medicinske sestre in druge člane multidisciplinarnega tima,

ki imajo navadno vpliv na mnenje večine. Že od začetka naj bo vključenih čim več ljudi. Če se bomo posvetovali s svojimi sodelavci, je večja verjetnost, da se bodo s klinično potjo poistovetili (9). Medicinske sestre, zdravniki in drugi zdravstveni delavci, ki morda niso neposredno vključeni v oblikovanje kliničnih poti, pa morajo razumeti in sprejeti cilje klinične poti in vse, kar je v njej opredeljeno.

Uspešno oblikovanje kliničnih poti poteka skozi več faz. Cheah (10) in Audimoolam s sodelavci (11) navajata pet faz:

- v prvi fazi določena skupina ljudi oceni in analizira, katere klinične poti so že narejene na tem področju in koliko finančnih sredstev je potrebnih za izoblikovanje klinične poti. Ocena in analiza vključujeta tudi opremo in materiale, ki so potrebni. Vsak član v skupini ima točno zastavljen cilj. Uporablja se analiza SWOT, ki je analiza ugotavljanja prednosti in pomanjkljivosti ter dokumentiranja;
- v drugi fazi – fazi oblikovanja – gre za odločanje o specifičnem problemu oziroma bolezni. Natančno se določita vsebina in tim za oblikovanje klinične poti, na oddelku se ukine nepotrebna dokumentacija, da se ne ponavlja; določijo se mogoče variance oziroma odstopanja od klinične poti. Vsi člani tima se morajo strinjati s klinično potjo, izpelje se nekajurno izobraževanje o oblikovani klinični poti, ki vključuje vse člane tima;
- v tretji fazi se izvede pilotsko testiranje uporabe klinične poti. Priporoča se približno 50 kliničnih primerov. Določen je vodja za nadzor, ki preverja pravilnost izpolnjevanja dokumentacije. Zaključku faze sledijo predlogi za izboljšave. Pomemben dejavnik uspešnosti tretje faze je sprejetje klinične poti med osebjem na oddelku, vodjo tega projekta in vodjo oddelka. Pomembni so podpora, dobra komunikacija tima in spodbujanje;
- četrta faza – uporaba v praksi. Pomembno je, da se klinična pot uporablja pri vseh pacientih, za katere je bila oblikovana. Odgovornost prevzema vodja oddelka, vodja projekta pa nadzira pravilno izpolnjevanje dokumentacije in spodbuja vse člane tima. Smiselna in priporočljiva je organizacija dodatnih timskih sestankov ali usposabljanj, na katerih se rešujejo problemi in/ali izpostavijo morebitni predlogi za izboljšavo;
- zadnja je faza evalvacije. To je ugotavljanje, ali so cilji, ki so bili zastavljeni v prvi fazi, doseženi. Cilj evalvacije je morebitno izboljšanje klinične poti.

## RAZPRAVA

Klinične smernice in klinične poti sta pomembna elementa nenehnega izboljševanja kakovosti zdravstvene obravnave. Zdravstveno in medicinsko osebje usmerjajo v enotno izvajanje storitev, uspešno diagnostiko, terapijo in rehabilitacijo. Izboljšujejo komunikacijo znotraj multiprofesionalnega tima, zdravstvene delavce povezujejo in usmerjajo na pravo pot k uspešnemu zdravljenju in rehabilitaciji bolnih in poškodovanih.

Govorimo o dveh različnih pripomočkih. Smernice nastajajo na podlagi raziskav, ki so jih izvedli slovenski strokovnjaki ali pa jih povzeli iz tuje literature, podprte z ustreznimi dokazi.

Yazbeck in Robida (2) sta na kratko povzela temeljne razlike med kliničnimi smernicami in potmi:

klinične smernice se po navadi nanašajo na širše področje povezanih zdravstvenih posegov;

- namen klinične smernice je pomoč pri diagnostiki in izboru načina zdravljenja oziroma zdravstveni obravnavi pacienta. Zato se smernice razvejajo na različne skupine, ki obravnavajo določena zdravstvena stanja in morebitno zdravljenje. Nasprotno pa klinična pot obravnava precej ožjo skupino stanj in primernih posegov. Večinoma gre za eno zdravstveno stanje in zdravljenje, povezano z njim. Tako je lahko ena klinična smernica povezana z več kliničnimi potmi;
- klinične smernice so manj pogosto nadgrajene in obnovljene. Tipična klinična smernica se nadgradi vsaki dve oziroma pet let. Zapisano je, kdaj bo ponovno nadgrajena. Klinične poti se nasprotno pogosteje pregledujejo. Tako so lahko pogosto nadgrajene, vendar ne v vnaprej določenih obdobjih. Pregledane in nadgrajene so zaradi novih podatkov, ki jih ugotovi klinični tim;
- 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 lahko priprava smernic traja več let in zahteva veliko finančnih sredstev. Nasprotno pa klinične poti temeljijo na trenutnem znanju članov kliničnega tima. Lahko se pojavi potreba po dodatnem raziskovanju zaradi preverjanja podatkov, s katerimi se člani kliničnega tima ne strinjajo, kar pa je neprimerljivo s trudom, potrebnim za oblikovanje smernic;
- klinična smernica vsebuje veliko podrobnosti, ki pojasnjujejo in upravičujejo posamezna priporočila. Na primer, če je bilo določeno zdravljenje z zdravili, so vzroki zanj navedeni v celoti: kakšni dokazi so bili navedeni, do kakšnih ugotovitev so prišli raziskovalci itn., klinična pot pa navede le pravilo brez pojasnila. Člani tima, ki so oblikovali klinične poti, so morda prebrali ustrezno literaturo, vendar ta pri klinični poti ni navedena;
- klinična smernica se ne ukvarja z lokalnimi posebnostmi oskrbe, kot so krajevni vzorci sorodnih obolenj ali praktične zadeve o razpoložljivosti pomožnih služb (kot je na primer čas izdajanja laboratorijskih ali histoloških izvidov med prazniki). Klinične smernice nikoli ne morejo zajeti vseh posebnosti, vendar so pogosto odločilne za izbiro načina oskrbe. Nasprotno pa se lahko (oziroma je to nuja) klinične poti posvetijo podrobnostim. Zato se klinične poti za enaka zdravstvena stanja v različnih zdravstvenih ustanovah pogosto razlikujejo;
- klinična smernica ni pripomoček za navajanje podatkov, temveč zgolj vir priporočil, ki jih preberemo ali pa tudi

ne. Nasprotno se klinična pot med zdravljenjem stalno uporablja. Ni le vir priporočil, temveč tudi obrazec, na katerem se zapiše zdravljenje, ki je del popisa oziroma zdravstvenega kartona pacienta, na katerem dokumentiramo potek zdravstvene obravnave.

V preteklem desetletju je bilo veliko truda in sredstev porabljenih za razvoj in širjenje kliničnih smernic. Nekatere smernice določajo, da jih je treba posodobiti, ko postanejo dostopni novi podatki. Nasprotno pa so lahko smernice na hitro razvijajočem se področju zastarele še pred načrtovanim pregledom (12).

Klinične smernice so skupna značilnost v klinični praksi po vsem svetu. Od njih se pričakujeta poenotena, doslednejša in učinkovitejša zdravstvena praksa ter izboljšanje zdravstvenih rezultatov. Zdravstvena ministrstva, zavarovalnice, strokovna združenja in zdravstvene organizacije razvoj kliničnih smernic vse bolj sponzorirajo. Čeprav so načela za razvoj zanesljivih smernic dobro uveljavljena, veliko objavljenih smernic ne dosega osnovnih meril kakovosti. »Dobra« smernica je tista, ki izboljša izid zdravljenja, biti mora znanstveno potrjena, veljavna, uporabna in zanesljiva. Ker je do znanstveno utemeljenih izsledkov težko priti, se vedno bolj teži k oblikovanju mednarodno priznanih standardov za razvoj kliničnih smernic. Tako je mednarodna skupina iz trinajstih držav razvila in validirala splošni instrument, ki se lahko uporabi za oceno kakovosti kliničnih smernic – the Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation (AGREE) Collaboration (13).

Pri klinični poti gre za manj zapleteno oblikovanje. Izvajalci zdravstvene dejavnosti se morajo zavedati potrebe po sistematičnem pristopu k oblikovanju kliničnih poti in njihovemu sprotnemu prilagajanju spremembam na področju diagnostike, terapije in rehabilitacije. K temu jih usmerjajo novosti pri pripravi kliničnih smernic.

Uspešno oblikovanje klinične poti zahteva produktivna pogajanja, doseganje strinjanja, skupno oblikovanje dobrega načrta in usklajenost prisotnih, ki sodelujejo pri oblikovanju klinične poti. Proces lahko primerjamo z delovanjem orkestra, ki potrebuje za dober nastop ustrezen izbor pesmi in še veliko več (14). Uvajanje in oblikovanje kliničnih poti pomeni številne izzive. Prvi izziv predstavlja interes in sodelovanje zdravstvenega osebja. Pomemben dejavnik pri uvedbi klinične poti je izkušeno in vodilno osebje, ki spodbuja mlajše osebje pri sprejetju kliničnih poti in izboljšanju skladnosti delovanja (15).

De Allegri s sodelavci (16) ugotavlja: »če se v oblikovanje klinične poti vključijo vsi člani interdisciplinarnega tima, to zagotavlja večjo avtonomnost pri vsakdanjem delu«. Avtonomnost na delovnem mestu ne pomeni podrejenega položaja, še več, zmanjša strah, omogoča boljši razvoj učinkovitosti in inovativnosti. Točen zapis o tem, kaj kdo dela, zagotavlja avtonomnost. Klinična pot bo uspešna le, če je točno določeno, kdo bo katero nalogo izvajal oziroma naredil.

Cheah (10), Audimoolam (11) in Vanhaecht (17) in sodelavci navajajo, da je pomemben dejavnik uspešnosti oblikovanja klinične poti izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje. Klinično pot lahko oblikujejo tisti, ki že imajo nekaj let strokovnih izkušenj. To vključuje prebiranje strokovne literature in prakso. Medicinske sestre imajo znanje in veščine, mnoge tudi dolgoletne izkušnje, da lahko uspešno sodelujejo pri oblikovanju kliničnih poti.

Medicinske sestre vidijo v kliničnih smernicah in kliničnih poteh nove možnosti sodelovanja v multiprofesionalnem in zdravstveno negovalnem timu, saj je vsak član natančno in pravočasno seznanjen z delom drugega. Dajejo jim tudi občutek večje avtonomnosti in večjo prepoznavnost njihovega prispevka v zdravstveni obravnavi. Poudarjajo pomen timske metode dela. Navsezadnje klinične smernice in klinične poti v praksi naredijo zdravstveno obravnavo in znotraj nje zdravstveno nego – vidno (7, 8).

V zdravstveni negi poudarjamo pomen aktivne vloge pacientov in njihovih svojcev. Klinična smernica in klinična pot to omogočata, saj zahtevata, da pacienta dejavno vključimo v proces zdravljenja, zdravstvene nege in rehabilitacije, kar prinaša večjo učinkovitost in kakovost zdravljenja. Medicinske sestre z zdravstvenovzgojnim delovanjem, učenjem in komunikacijo dajejo pacientom dodatna navodila in pojasnila, jih usmerjajo ter spodbujajo k čim aktivnejši vlogi.

Kaj pa na področju rehabilitacijske obravnave? V tej dejavnosti gre za stanja, ki zahtevajo multidisciplinarni pristop, krajšo ali dolgotrajno dobro organizirano hospitalizacijo z racionalno uporabo vseh virov: človeških, materialnih, prostorskih in finančnih. Rehabilitanti morajo biti dejavno vključeni v vse aktivnosti in postopke, zato morajo biti seznanjeni s predvideno in izvedeno zdravstveno oskrbo. Za vsakega posebej mora biti pripravljen individualni načrt, ki pa mora biti usklajen z dejavnostmi, ki temeljijo na sodobnih, standardiziranih in z raziskavami podprtih pristopih. Klinične smernice in klinične poti zadovoljujejo potrebe pacientov oziroma poškodovancev glede na vrsto bolezni ali poškodbe ter stopnjo fizične ali psihosocialne prizadetosti. Posameznim stanjem so prilagojene tudi klinične smernice in klinične poti (18, 19, 20, 21, 22, 23). V slovenskem prostoru prve klinične poti na področju rehabilitacijske zdravstvene oskrbe šele nastajajo, na primer Klinična pot v rehabilitaciji bolnikov po nezgodni možganski poškodbi (24) in Klinična pot za zdravstveno obravnavo pacienta s hudo poškodbo glave (25).

Zelo dober primer klinične smernice s področja rehabilitacije so Priporočila za zdravljenje zloma kolka pri starostnikih v Sloveniji (26). Priporočila so strukturirana glede na akutno kirurško zdravljenje, hkratno zdravljenje osteoporoze po zlomu kolka in na priporočila za medicinsko rehabilitacijo starostnikov pri zlomu kolka. V priporočilih za zdravljenje osteoporoze po zlomu kolka je izpostavljena tudi vloga diplomirane medicinske sestre na travmatološkem oddelku

kot koordinatorice aktivnosti na oddelku in po odpustu iz bolnišnice ter izvajalke zdravstvenovzgojne dejavnosti. Diplomirana medicinska sestra naj bi preverjala tudi laboratorijske izvide in predpis vitamina D ter kalcija, po odpustu pa naj bi bila po telefonu v stiku z bolnikovim izbranim zdravnikom, lečečim fiziatrom ali zdravnikom, ki vodi podaljšano bolnišnično zdravljenje. Opozori jih lahko o uvedbi zdravil za osteoporozo.

Prihodnost je usmerjena v elektronsko klinično pot. Načrtovanje elektronske podpore procesu zdravljenja je po mnenju Prijateljve s sodelavci (27) izjemno zahtevna naloga, saj je proces zelo celovit. Usmerjanje miselnosti od nestrukturiranih k strukturiranim zapisom pa je za klinično okolje in organizacijo dela izziv.

V državah Evropske unije so v posameznih bolnišnicah znani primeri uvedbe elektronske klinične poti (e-KP). Tako so v eni izmed belgijskih bolnišnic uvedli e-KP za področje srčno-žilnih bolezni, na Nizozemskem razvijajo e-KP za premostitveno operacijo koronarnih žil in nekatere srčno-žilne bolezni, na Danskem pa za srčni infarkt in pljučnega raka. Največji korak so dosegli v enem izmed konzorcijev bolnišnic v španski Barceloni. V bolnišnici De L'Hospitalet uporabljajo sistem standardnih operativnih postopkov (SOP) in so od leta 2008 razvili 15 e-KP, ki povezujejo sedem oddelkov, operacijske sobe, oddelek za pripravo na kirurgijo, negovalni oddelek in bolnišnične farmacevte (4). Uspešni poskusi so tudi v Sloveniji, na primer Model e-dokumentacije klinične poti za srčno operacijo (28).

## ZAKLJUČEK

Klinična pot je vse prej kot samo papir v pacientovi dokumentaciji. Je koncept, model, proces in produkt (17). Je tudi orodje, informacija in sredstvo komunikacije vseh članov tima, ki temelji na ustreznih kliničnih smernicah. Klinična pot je pot, po kateri hodi pacient. Na tej poti so medicinske sestre pomembne spremljevalke in izvajalke negovalnih intervencij ter diagnostičnih in terapevtskih postopkov.

Na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti naj bi bil v središču pozornosti postavljen pacient, ki mu morajo zdravstveni delavci omogočiti varno in kakovostno zdravstveno obravnavo. Dosegajo jo s profesionalnimi odnosi, učenjem, spoštljivim odnosom, dogovarjanjem in sprejemanjem vseh članov tima. Razvijanje, oblikovanje in implementacija kliničnih smernic in kliničnih poti pomeni poklicno odgovornost vseh izvajalcev v zdravstvenem timu pa tudi odgovornost izobraževalnega in zdravstvenega sistema.

Nekateri zdravstveni delavci uporabo kliničnih smernic in kliničnih poti odklanjajo. Vendar poti nazaj ni. Ti pripomočki prinašajo veliko prednosti tako za paciente kot za zdravstveno in medicinsko osebje. Uporabnikom jih je treba

približati na nevsiljiv način. O njih jih je treba poučiti in jih uvesti postopoma. Ko se bodo zdravstveni strokovnjaki prepričali, da jih ne omejujejo in jim ne zmanjšujejo njihove avtonomije ter ne zavirajo ustvarjalnosti in znanstvene svobode, se jim bodo prilagodili in kreativno ustvarjali vedno nove klinične smernice in klinične poti.

## Literatura/References:

1. Robida A. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2005.
2. Yazbeck AM, Robida A. Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006: 13–4.
3. Slovenski priročnik za smernice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2003. Dostopno na [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo/kakovost/prirocniki\\_in\\_publicacije/prirocnik\\_za\\_smernice\\_slo.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/prirocniki_in_publicacije/prirocnik_za_smernice_slo.pdf) (citirano 20. 11. 2013).
4. Marušič D, Simčič B, ur. Priročnik za oblikovanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2009.
5. Hindle D, Yazbeck AM, Wahl J. Klinične poti v 17 državah Evropske unije: pregled mnenj strokovnjakov. Zdrav Vestn 2004; 73: 839–45.
6. Berginc Dolenšek A, Hajnrih B, Hindle, D, Kadivec S, Kersnik J, Kramar Z, et al. Klinične poti – od oblikovanja do uvajanja: osnutek priročnika. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2005.
7. Schwoebel A, Jones ML. A clinical pathway system for the neonatal intensive care nursery. J Perinat Neonat Nurs 1999; 13: 60–9.
8. Moody LE, Slocumb E, Berg B, Jackson D. Electronic health records documentation in nursing: nurses' perceptions, attitudes, and preferences. Comput Inform Nurs 2004; 22: 337–44. Dostopno na [http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr\\_articles/EHR\\_Documentation\\_in\\_Nursing.pdf](http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/EHR_Documentation_in_Nursing.pdf) (citirano 23. 3. 2012).
9. Robida A. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006. Dostopno na <http://www.google.si/search?hl=sl&q=nacionalne+usmeritve+za+razvoj+kakovosti&meta=&aq=f&oq> (citirano 21. 5. 2012).
10. Cheah J. Development and implementation of a clinical pathway programme in an acute care general hospital in Singapore. Int J Qual Health Care 2000; 12: 403–12.

11. Audimoolam S, Nair M, Gaikwad R, Qing C. The role of clinical pathways in improving patient outcomes; 2005. Dostopno na <http://web.cs.dal.ca/~asharma/OWL/Role%2520of%2520Clinical%2520Pathways.pdf> (citirano 15. 5. 2012).
12. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001; 286: 1461–7.
13. The AGREE Collaboration. The AGREE Research Trust; c2010-2013. Dostopno na <http://www.agreetrust.org/about-agree/introduction/> (citirano 16. 3. 2013).
14. Vanhaecht K, De Witte K, Depreitere R, Sermeus W. Clinical pathway audit tools: a systematic review. *J Nurs Manag* 2006; 14: 529–37.
15. Heidrich J, Behrens T, Raspe F, Keil U. Knowledge and perception of guidelines and secondary prevention of coronary heart disease among general practitioners and internists. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005; 12: 521–9.
16. De Allegri M, Schwarzbach M, Loerbroks A, Ronellenfitsch U. Which factors are important for the successful development and implementation of clinical pathways? A qualitative study. *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 203–8.
17. Vanhaecht K, Panella M, Van Zelm R, Sermeus W. Is there a future for pathways? Five pieces of the puzzle. *Int J Care Coordin* 2009; 13: 82–6.
18. Albert T, Beuret Blanquart F, Le Chapelain L, Fattal C, Goossens D, Rome J, Yelnik AP, Perrouin Verbe B. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: “spinal cord injury”. *Ann Phys Rehabil Med* 2012; 55: 440–50.
19. Hicks VJ, Black LM. Evaluation, identification, and management of pediatric strokes in the emergency department using a pathway algorithm. *J Emerg Nurs* 2013; 39: 132–7.
20. Hsieh CH, DeJong G, Groah S, Ballard PH, Horn SD, Tian W. Comparing rehabilitation services and outcomes between older and younger people with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2013; 94: 175–86.
21. Kwan J. Care pathways for acute stroke care and stroke rehabilitation: from theory to evidence. *J Clin Neurosci* 2007; 14: 189–200.
22. Pradat-Diehl P, Joseph PA, Beuret-Blanquart F, Luauté J, Tasseau F, Remy-Neris O, Azouvi P, Sengler J, Bayen É, Yelnik A, J. Mazaux-M. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: adults with severe traumatic brain injury. *Ann Phys Rehabil Med* 2012; 55: 546–56.
23. Yelnik AP, Schnitzler A, Pradat-Diehl P, Sengler J, Devailly JP, Dehail P, D’anjou MC, Rode G. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: “stroke patients”. *Ann Phys Rehabil Med* 2011; 54: 506–18.
24. Grabljevec K, Košorok V. Klinična pot v rehabilitaciji bolnikov po nezgodni možganski poškodbi na Inštitutu RS za rehabilitacijo. V: Košorok V, Grabljevec K, ur. Poškodba glave - vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid. 16. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, Ljubljana, 18. in 19. marec 2005. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2005: 163-77.
25. Univerzitetni klinični center Ljubljana. Dostopno na [www.kclj.si/portal\\_ZN/](http://www.kclj.si/portal_ZN/) (citirano 28. 5. 2012).
26. Komadina R, Senekovič V, Dolenc I, Andoljšek M, Grabljevec K, Veninšek G, Preželj J, Kocjan T. Priporočila za zdravljenje zloma kolka v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2012; 81: 183–93.
27. Prijatelj V, Trenz Z, Pavlovič I. Elektronski terapevtsko temperaturni list kot element zagotavljanja varne zdravstvene obravnave. V: Berkopec M, ur. Ali bo e-zdravju sledila e-zdravstvena nega. 3. dnevi Marije Tomšič, Novo mesto, 20. in 21. januar 2011. Novo mesto: Splošna bolnišnica: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov: Visoka šola za zdravstvo, 2011: 33.
28. Pust B. Model e-dokumentacije klinične poti za srčno operacijo (magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2013.