



Fakulteta za zdravstvo  
Jesenice  
Faculty of Health Care  
Jesenice

Diplomsko delo  
Visokošolski strokovni študijski program prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

# **POMEN KLINIČNIH POTI PRI OBRAVNAVI PACIENTA**

## **CLINICAL PATHWAYS AND THEIR ROLE IN PATIENT CARE**

Mentor: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič  
Somentor: Sandra Jerebic, asist.

Kandidat: Tarik Denić

Jesenice, junij, 2016

## **ZAHVALA**

Najprej bi se rad zahvalil mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skeli Savič in somentorici Sandri Jerebic, asist., za nasvete in za potrpežljivost pri pisanju diplomske naloge.

Prav tako bi se rad zahvalil recenzentoma mag. Miranu Remsu, viš. pred., in dr. Saši Kadivec, viš. pred., za strokovno pomoč in nasvete.

Posebna zahvala gre lektorju za ves vložen trud pri pregledu diplomske naloge.

Zahvalil bi se tudi odgovornim v Splošni bolnišnici Jesenice, da so mi omogočili izvajanje ankete v njihovi ustanovi, ter tudi vsem tistim, ki so sodelovali pri izpolnjevanju anket.

Posebna zahvala gre moji družini in prijateljem, ki so mi stali ob strani v času pisanja diplomske naloge.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Klinična pot je orodje, ki temelji na dokazih podprti medicini in krajevni organizaciji, s katerim je opredeljen standardni način večdisciplinarne zdravstvene obravnave za obolenje ali poseg pri določeni vrsti pacientov. Namen diplomskega dela je predstaviti kakšna je seznanjenost zdravstvenih delavcev s kliničnimi potmi.

**Metoda:** Uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovanja. Uporabili smo vprašalnik odprtega in zaprtega tipa. Raziskava je bila izvedena med zdravstvenimi delavci v Splošni bolnišnici Jesenice. Razdeljenih je bilo 100 anket, nazaj smo dobili 82 izpolnjenih anket. Dovoljenje za raziskavo smo dobili z strani etične komisije Splošne bolnišnice Jesenice. Za analizo podatkov je bil uporabljen program SPSS Statistic, zanesljivost podatkov pa je bila izračunana na podlagi Cronbach alfa koeficienta. Za ugotavljanje razlik v mnenju anketirancev po starosti smo uporabili T-test, za ugotavljanje razlik v mnenju anketirancev po izobrazbi pa smo uporabili test Anova za neodvisne vzorce.

**Rezultati:** V raziskavi smo ugotovili, da vsi, ki so sodelovali pri raziskavi, poznajo termin klinična pot. Ugotovili smo, da se zaposleni strinjajo ( $PV \pm SO; 3,94 \pm 1,058$ ), da klinične poti odpravljajo nepotrebne zastoje pri zdravstveni obravnavi pacienta. Zaposleni se strinjajo ( $PV \pm SO; 3,96 \pm 0,818$ ), da klinična pot pripomore k boljši zdravstveni obravnavi pacienta. Ugotovili smo, da se zaposleni popolnoma strinjajo ( $PV \pm SO; 4,46 \pm 0,74$ ), da sta timsko delo in komunikacija zelo pomembna dejavnika pri oblikovanju klinične poti.

**Razprava:** Vsi zaposleni, ki so sodelovali pri anketi poznajo termin klinična pot. Njihovo mnenje je, da so klinične poti zelo pomembne pri obravnavi pacienta in da so zadovoljni z obstoječimi kliničnimi potmi, ki jih uporabljajo pri zdravstveni obravnavi pacienta.

**Ključne besede:** klinična pot, klinična smernica, zdravstvena obravnava, pacient.

## **ABSTRACT**

**Background:** Clinical pathway is a tool founded on evidence-based medicine and a local organization, defining a standard approach to multi-disciplinary health care provision for illnesses or interventions in particular types of patients. The purpose of the thesis was to establish how familiar health care professionals are with clinical pathways.

**Methods:** A quantitative research method was employed. The questionnaire contained open-ended and closed-ended questions. The survey was conducted among healthcare professionals at the Jesenice General Hospital. A total of 100 questionnaires were distributed, and 82 completed questionnaires were returned. Permission for the study was granted by the Ethics Committee of the Jesenice General Hospital. Data analysis was conducted with SPSS Statistics and data reliability was calculated using Cronbach's alpha coefficient. T-test was used to determine the differences in respondents' opinions according to age, and ANOVA test for independent samples was used to determine the differences in their opinions according to the level of education.

**Results:** The results revealed that all participants in the study were familiar with the term 'clinical pathway'. We found that employees agree ( $M \pm SD$ ,  $3.94 \pm 1.058$ ) that a clinical pathway eliminates unnecessary delays in health care provision to patients. Employees also agree ( $M \pm SD$ ,  $3.96 \pm 0.818$ ) that a clinical pathway ensures better possibilities for patients' health care provision. We found that over half of employees completely agree ( $M \pm SD$ ,  $4.46 \pm 0.74$ ) that teamwork and communication are crucial factors in designing a clinical pathway.

**Conclusion:** All employees who participated in the survey were familiar with the term 'clinical pathway'. They believe that clinical pathways are very important in providing health care to patients. Moreover, they are satisfied with the existing clinical pathways used in health care provision to patients.

**Key words:** clinical pathway, clinical guideline, health care provision, patient care.

## KAZALO

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>UVOD</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>TEORETIČNI DEL</b> .....  | <b>4</b>  |
| 2.1      | KAJ JE KLINIČNA POT? .....   | 4         |
| 2.2      | KAJ SO KLINIČNE SMERNICE? .....                                    | 6         |
| 2.3      | OBLIKOVANJE KLINIČNIH POTI .....                                   | 7         |
| 2.3.1    | Vloga večdisciplinarnega tima pri oblikovanju kliničnih poti ..... | 9         |
| 2.4      | UPORABNOST KLINIČNIH POTI .....                                    | 12        |
| 2.4.1    | Pomen komunikacije pri uporabi kliničnih poti .....                | 13        |
| <b>3</b> | <b>EMPIRIČNI DEL</b> .....   | <b>14</b> |
| 3.1      | NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....                                  | 14        |
| 3.2      | RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....                                       | 14        |
| 3.3      | RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....                                    | 15        |
| 3.3.1    | Metode in tehnike zbiranja podatkov .....                          | 15        |
| 3.3.2    | Opis merskega instrumenta .....                                    | 15        |
| 3.3.3    | Opis vzorca .....  | 16        |
| 3.3.4    | Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....                   | 17        |
| 3.4      | REZULTATI .....  | 17        |
| 3.5      | RAZPRAVA .....   | 30        |
| <b>4</b> | <b>ZAKLJUČEK</b> .....   | <b>35</b> |
| <b>5</b> | <b>LITERATURA</b> .....  | <b>36</b> |
| <b>6</b> | <b>PRILOGE</b>   |           |
| 6.1      | INSTRUMENT   |           |

## KAZALO SLIK

|   |    |
|---|----|
| Slika 1: Zgled nenehnega izboljševanja kakovosti v zdravstvu in umestitve klinične poti v sistem.....                       | 3  |
| Slika 2: Povezave med nivoji zdravstvenega varstva in integralne klinične poti.....   | 6  |
| Slika 3: Oblikovanje klinične poti po korakih.....  | 11 |
| Slika 4: Klinične poti odpravljajo nepotrebne zastoje pri obravnavi pacientov.....  | 21 |
| Slika 5: Klinična pot vpliva na organizacijo dela, ki zajema obravnavo pacienta.....  | 21 |
| Slika 6: Klinična pot zagotavlja večjo varnost in zadovoljstvo pacienta.....  | 22 |
| Slika 7: Klinična pot je vodenje pacienta od sprejema do odpusta.....   | 22 |
| Slika 8: Pri uporabi kliničnih poti se zagotovi racionalna poraba sredstev in nadzor nad razporejanjem virov.....           | 23 |
| Slika 9: Klinična pot pripomore k racionalni porabi časa in nepodvajanja že opravljenega dela.....                          | 23 |
| Slika 10: Uporaba kliničnih poti zmanjša ležalno dobo pacientov.....  | 24 |
| Slika 11: Klinična pot izboljša zdravstveno obravnavo pacientov.....  | 24 |
| Slika 12: Zaradi klinične poti je manj odklonov in napak pri oskrbi pacienta.....   | 25 |
| Slika 13: Klinična pot spodbuja sodelovanje med negovalnim in zdravstvenim timom.....                                       | 25 |
| Slika 14: Klinična pot izboljša komunikacijo med pacientom in zdravnikom.....   | 26 |
| Slika 15: Več posegov, ki se opravljajo pri pacientih bi moralo biti vodeno po klinični poti.....                           | 26 |
| Slika 16: Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati zdravniki iz Zdravstvenih domov in zdravniki specialisti..... | 27 |
| Slika 17: Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati medicinske sestre, zdravstveni tehniki in fizioterapevti..... | 28 |
| Slika 18: Pacienti in svojci bi morali sodelovati pri oblikovanju kliničnih poti.....                                       | 28 |
| Slika 19: Pacienti bi s svojimi mnenji nadgradili že obstoječe klinične poti.....   | 29 |
| Slika 20: Timsko delo in komunikacija sta ključna pri oblikovanju klinične poti.....  | 29 |

## **KAZALO TABEL**

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1: Demografski podatki anketirancev .....  | 16 |
| Tabela 2: V kolikšni meri obstaja razlika v mnenju glede na starost anketirancev.....           | 17 |
| Tabela 3: V kolikšni meri obstaja razlika v mnenju glede na stopnjo izobrazbe anketirancev..... | 19 |
| Tabela 4: Prvi sklop vprašanj o kliničnih poteh .....   | 20 |

## 1 UVOD

Klinična pot je orodje, ki zdravstvenim delavcem omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno zdravstveno obravnavo pacienta, spremljanje opravljenega dela ter kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje postopkov zdravstvene obravnave in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse. V veliko pomoč pa je tudi pri seznanjanju pacienta s predvidenim potekom njegove zdravstvene obravnave in je dober pripomoček za izračun stroškov (Hajnrih, et al., 2009).

Klinične poti so orodja, ki so vez med klinično prakso in z dokazi podprto zdravstveno obravnavo. Zagotavljajo priporočila, procese in časovne omejitve za določene zdravstvene posege in intervencije. Uporaba kliničnih poti je razširjena po celem svetu, vendar so dokazi o vplivu kliničnih poti pri njihovi uporabi nasprotujoči (Rotter, et al., 2010).

Cilj klinične poti je izboljšanje zdravstvene obravnave pacienta, pri tem pa moramo spodbujati razvijanje varnosti in zadovoljstva pacientov ter optimalno izrabo virov, ki jih imajo zdravstvene ustanove na voljo (Vanhaecht, et al., 2012).

V današnjem času se klinične poti zelo pogosto uporabljajo za načrtovanje, spremljanje in vrednotenje zdravstvene obravnave pacienta (Barbieri, et al., 2009).

Po klinični poti določimo, katero oziroma kakšno zdravstveno obravnavo bo dobil pacient, kako oziroma na kakšen način bo oskrbljen, katero zdravstveno oskrbo je pacient dejansko dobil in razloge za odstopanja od načrtanih smernic. S klinično potjo določimo obseg zdravstvene obravnave od začetka do zaključka obravnave, nemalokrat pa tudi že samo pripravo na zdravstveno obravnavo (Maze, 2008).

Klinična pot vsebinsko predstavlja sistematičen prikaz poteka zdravstvene obravnave. Klinično pot lahko opredelimo kot dokument, v katerem je natančno opredeljeno kdo, kdaj, kaj in na osnovi česa kaj naredi ter kje in kako se aktivnosti evidentirajo, merijo, izboljšujejo. S pomočjo kliničnih poti omogočimo izboljšano izvajanje zdravstvenih

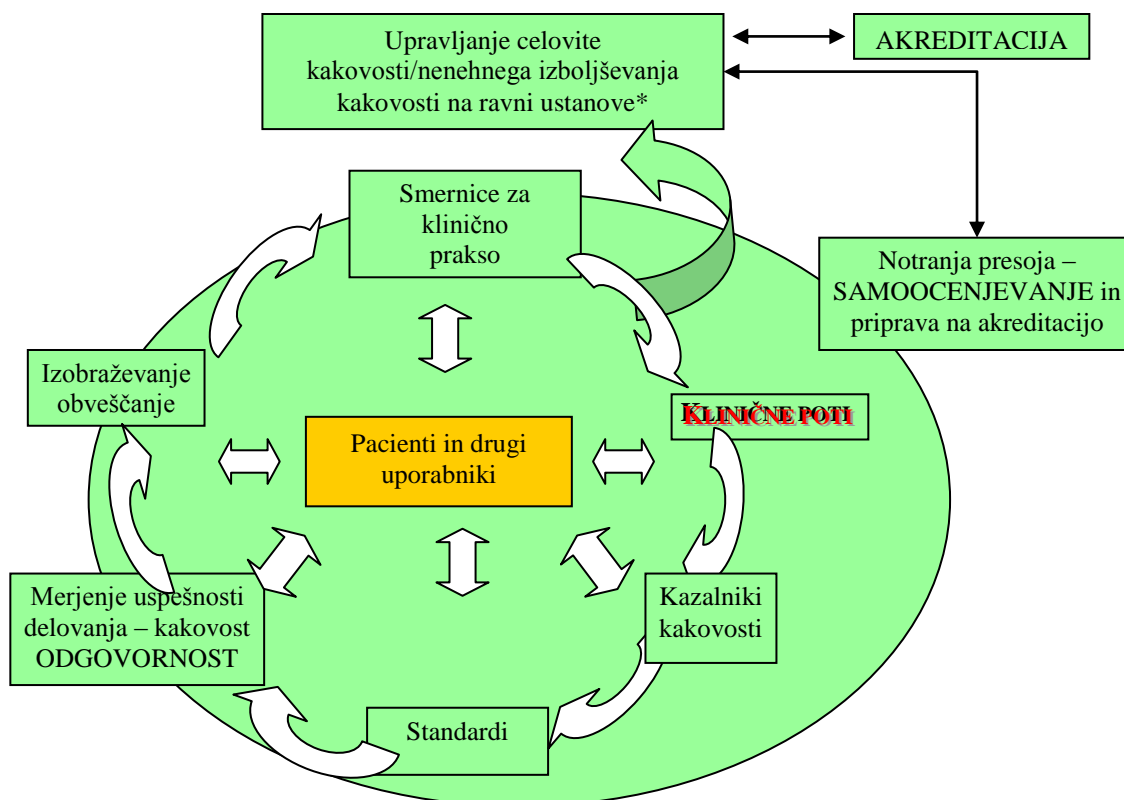


storitev, s tem pa vplivamo na mnenje tistih, ki uporabljajo zdravstvene storitve (Pernat, 2011).

Trenutno se klinične poti postavljajo in spremljajo večinoma v bolnišnicah. Ponekod vključujejo spremljanje pacienta doma nekaj dni po odpustu. Smiselno bi bilo, da bi se klinična pot začela pri osebnem zdravniku in končala pri njem. Tako bi zaobsegla celoten proces. To je ponovno izziv celotni medicinski stroki, da s pomočjo primernih rešitev za izmenjavo podatkov med ustanovami med primarnim in sekundarnim zdravstvom podpremo učinkovito spremljanje celovite klinične poti od pojava bolezni pri osebnem zdravniku do zdravljenja v bolnišnici in zaključka v obliki kontrolnega pregleda pri osebnem zdravniku (Pikec, 2010).

Celotna družba in posamezniki pričakujejo kakovostne in varne zdravstvene storitve, ki naj bi bile izvedene v najbolj optimalnih pogojih ob pravem času s strani ustrezno usposobljenih strokovnjakov ter s primerno opremo. Ker obstaja zavedanje, da ni nič optimalno in da so vedno možne izboljšave, so težnje k razvijanju kakovosti in varnosti še toliko bolj v ospredju. Zadovoljstvo uporabnikov storitev, izvajalcev in financerja dosežemo z varno in kakovostno zdravstveno oskrbo, ki je racionalno in ekonomsko upravičena (Šavora, 2013).

Za nenehno izboljševanje kakovosti v zdravstvu in umestitev kliničnih poti v sistem lahko uporabimo model, ki je prikazan na sliki 1.



**Slika 1: Zgled nenehnega izboljševanja kakovosti v zdravstvu in umestitve klinične poti v sistem (Ministrstvo za zdravje, 2005, p. 7)**

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 KAJ JE KLINIČNA POT?

Klinične poti so orodja, ki vodijo zdravstveno obravnavo in se uporabljajo v mednarodnem merilu od leta 1980. Kljub temu, da raziskave kažejo vpliv kliničnih poti na racionalno porabo in razporeditev virov, ki jih imajo bolnišnice na voljo in na skrajšane ležalne dobe pacientov, se pri nekaterih raziskovalcih in zdravstvenih delavcih pojavlja dvom glede vpliva kliničnih poti. Eden od razlogov je nepoznavanje vsebine klinične poti s strani raziskovalcev in zdravstvenih delavcev (Kinsman, et al., 2010).

Klinične poti so ključnega pomena pri zdravstveni obravnavi pacienta, saj zagotavljajo kontinuirano in usklajeno zdravstveno obravnavo med različnimi ustanovami in izvajalci. Pomen kliničnih poti je celovita zdravstvena obravnava pacientov in spodbujanje dobre klinične prakse. Pri delu s kliničnimi potmi ne gre le za ocenjevanje, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje postopkov, ampak tudi za krepitev odnosov med člani večdisciplinarnega tima (Berginc Dolenšek, et al., 2006).

Klinična pot je orodje, ki ga izdelajo izvajalci zdravstvenega varstva sami. Torej zdravniki, medicinske sestre in drugi člani zdravstvenega tima. Nihče drug jim je ne more vsiliti – ob predpostavki, da vzdrži tudi mednarodno strokovno primerjavo. Tudi nacionalne klinične poti, katerih razvoj bo vzpodbujalo ministrstvo, bodo pripravili zdravstveni timi, ki neposredno delajo z bolniki. Pri tem je potrebno dodati, da bodo nacionalne klinične poti služile predvsem za vzorec, s katerim si bodo izvajalci zdravstvenih storitev pomagali pri razvoju lastnih kliničnih poti. Ta naj v naši majhni državi poenoti njihovo obliko in strokovno vsebino, vsak izvajalec pa jih bo moral na izvedbeni ravni prilagoditi svojim okoliščinam dela (Hajnrih, et al., 2009).

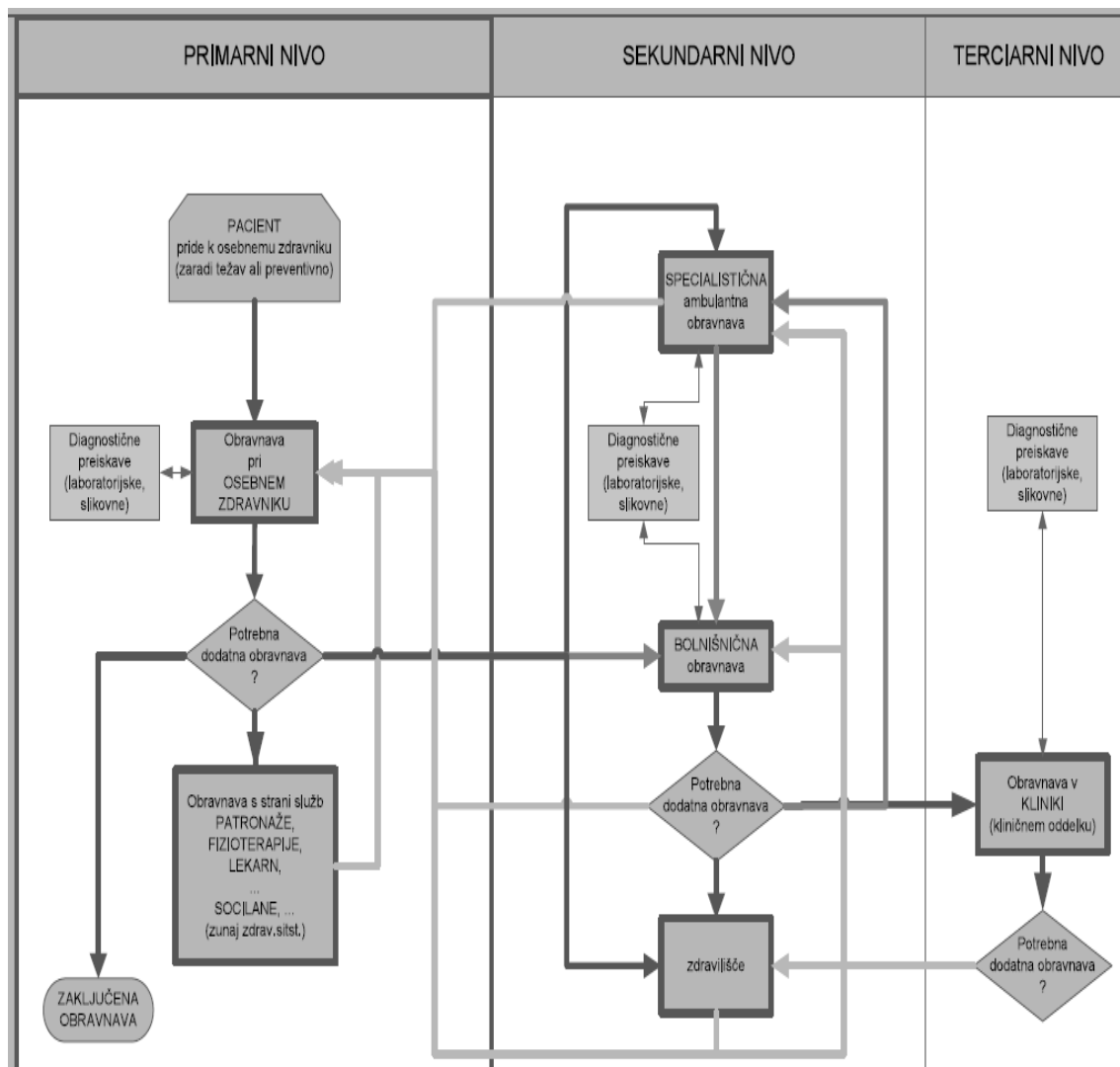
Klinična pot je pristop k standardizaciji procesa zdravstvene obravnave za podporo pri uvajanju kliničnih poti in smernic. Zasnovan je tako, da podpira upravljanje procesov zdravljenja, vključno s kliničnimi in nekliničnimi dejavnostmi, viri in financami. Zagotavlja detaljne smernice za vsako fazo zdravstvene oskrbe pacienta. Po drugi strani

pa pomanjkanje znanja o kliničnih poteh lahko povzroči napake v procesu zdravljenja in zmanjša samo kvaliteto zdravstvene obravnave (Weizi, et al., 2014).

Klinična pot omogoča (Hajnrih, et al., 2009, str. 6):

- "hitro posodabljanje zdravstvene obravnave z novimi znanstvenimi, strokovnimi in organizacijskimi spoznanji,
- olajšano usposabljanje novih zdravstvenih delavcev,
- spodbujanje lastništva klinične poti, saj jo oblikuje celoten zdravstveni tim za določeno skupino pacientov,
- izboljševanje dela na podlagi merjenj preko spremljanja odklonov, primerjanja s standardi in dobrimi praksami,
- spreminjanje dosedanjega načina dela, ograjenega za zidove preko oblikovanja timov, osredotočenih na pacienta in zdravljenje,
- boljše komuniciranje, sodelovanje in povezovanje ter preglednost opravljenega dela,
- boljše kodiranje, presojo in raziskovanje,
- izračun stroškov,
- povečano varnost zdravstvene in
- spodbudo za sodelovanje pacienta pri zdravstveni obravnavi".

Nivoji zdravstvenega varstva in integralne klinične poti se lahko povezujejo po modelu, ki je prikazan na sliki 2.



**Slika 2: Povezave med nivoji zdravstvenega varstva in integralne klinične poti (Ministrstvo za zdravje, 2009, p. 7)**

## 2.2 KAJ SO KLINIČNE SMERNICE?

Klinične smernice pomenijo delovni princip, koncept, izhodišče za sodobno odkrivanje in zdravljenje bolezni. Ena največjih nevarnosti pri njihovi uporabi je nekritično sprejemanje kot uporaba kuharskega recepta. Redko so klinične smernice uporabne neposredno in brez omejitev. Praviloma in ne izjemoma ima bolnik hkrati še druge bolezni, ima lahko okvarjeno funkcijo enega od vitalnih organov, je lahko imunsko

neodporen, spada med najmlajšo ali najstarejšo skupino prebivalstva in podobno. Pogosto bo izbira zdravila odvisna od hkratnih bolezni, bolnikovih navad ali razvad, morebitnega predhodnega neuspešnega zdravljenja in podobno (Drinovec, 2006).

Klinične poti in klinične smernice se medsebojno dopolnjujejo. Če ni kliničnih poti, so klinične smernice manj učinkovite. Zelo je pomembno, da se lahko pri kliničnih poteh pojavljajo napake, če se ne upošteva novejših podatkov in navedb iz najnovejših kliničnih smernic (Berginc Dolenšek, et al., 2006, str. 14):

- "glavna cilja pri klinični poti in klinični smernici sta odpravljanje neupravičljivih odklonov v klinični praksi in najbolje izkoristiti razpoložljiva sredstva,
- pri obeh je poudarek na večdisciplinarnem sodelovanju pri oblikovanju,
- z njimi je potrebno seznaniti izvajalce in paciente. Dobre klinične smernice poučujejo paciente o tveganjih in njihovem preprečevanju, klinične poti pa seznanjajo z oskrbo, ki jo lahko pričakujejo pri zdravljenju,
- klinične poti in smernice moramo nenehno posodabljeni in izboljševati skladno z razvojem stroke".

Za nenehno izboljševanje zdravstvene obravnave sta klinične smernice in klinične poti pomembna elementa. Njihova naloga je usmerjanje zdravstvenega osebja v enotno izvajanje storitev, uspešno diagnostiko, terapijo in rehabilitacijo. Z njihovo uporabo se izboljša komunikacija znotraj tima, člani tima pa usmerjajo na pravo k uspešnemu zdravljenju in rehabilitaciji bolnih in poškodovanih (Zaletel, 2014).

### **2.3 OBLIKOVANJE KLINIČNIH POTI**

Pri oblikovanju kliničnih poti je mogočih več pristopov, ki so odvisni od organizacije izvajalcev zdravstvene oskrbe in načina komuniciranja med njimi. Najboljši je tisti model, ki omogoča največjo stopnjo udeležbe, vendar le, če je izvedljiv in sprejemljiv. Uspešen bo tisti pristop, ki bo zagotovil, da bodo člani tima pripravljene sodelovati v procesu oblikovanja klinične poti. V praksi se pogosto zgodi, da je uporabljen pristop, ki združuje vidike vseh treh modelov. Verjetno obstajajo tudi drugačni pristopi, ki so lahko smiselni, če le dosežejo zastavljeni cilj (Berginc Dolenšek, et al., 2006).

Pri oblikovanju kliničnih poti običajno uporabljamo tri načine oblikovanja (Berginc Dolenšek, et al., 2006, str. 20):

- "Prvi model (pristop A) je odvisen od vključevanja vodij vsake pomembne stroke, ki delajo skupaj zaradi končnega oblikovanja klinične poti, temu pa sledita motiviranje in izobraževanje drugih članov skupine glede samega izvajanja klinične poti v praksi. Ta model je lahko najučinkovitejši. Zelo verjetno je, da bodo srečanja uspešna, prav tako pa je mogoče vprašanja, ki se nanašajo na posamezno stroko, obravnavati ločeno – čeprav se lahko starejši član osebja z dolgoletnim stažem odloči, da bo vključil tudi druge, kadar bi bilo to potrebno,
- Drugi model (pristop B) temelji na vključevanje čim večjega možnega števila ljudi od samega začetka pa vse do konca procesa. Upoštevajo se stališča vseh in vsakdo ima možnost, da pripomore k oblikovanju klinične poti. Največja prednost je, da proces omogoča sodelovanje. Največja pomanjkljivost pa je v učinkovitosti: srečanja bodo trajala dlje kot pri pristopu A, večina razprave pa se bo zdela nepomembna in nepotrebna za tisti del zdravstvenega osebja, ki je že dovolj dobro seznanjen z obravnavano temo,
- Tretji model (pristop C) temelji na imenovanju strokovnjaka za klinične poti. Tak strokovnjak ima lahko izkušnje pri oblikovanju kliničnih poti za različne vrste pacientov in tudi v različnih bolnišnicah. Glavna vloga tovrstnega strokovnjaka je oblikovanje načrtov, organiziranje sestankov in zagotavljanje čim večje udeležbe zdravstvenega osebja. Zdravstveno osebje ostaja pristojno za vsebino klinične poti, preostale naloge pa so dodeljene drugim. Največja prednost tega pristopa je majhno tveganje večjih napak pri oblikovanju klinične poti. Največja pomanjkljivost pa je tveganje, da nekateri posamezniki zdravstvenega tima ne bodo želeli prevzeti odgovornosti za uporabo klinične poti in njeno stalno izboljševanje".

-

### 2.3.1 Vloga večdisciplinarnega tima pri oblikovanju kliničnih poti

Timsko delo pomeni večjo fleksibilnost in prilagodljivost nastajajočim spremembam okolja, saj lahko timi hitro, uspešno in učinkovito izvedejo zapletene delovne naloge, ki jih posameznik ne zmore. Timi povečujejo vrednost organizacijam, saj pozitivno vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih, višajo kakovost storitev, produktivnost, povečujejo ustvarjalni nemir, inovativnost in kakovost delovanja. Timsko delo pomeni izboljšano kvaliteto skupinskega dela in organizacijskega življenja, zahteva višjo stopnjo zavesti udeležencev, odlikujejo ga izboljšani medosebni odnosi, medsebojno zaupanje in občutek pripadnosti (Musič, 2006).

Timsko delo je delo samostojnih članov tima. Vsak član tima ima specifično znanje in je odgovoren za svoje odločitve, ki morajo biti podrejene skupnemu cilju v okviru določenega delovnega procesa. Nihče ne sme biti nikomur podrejen ali nadrejen, vsakogar in vse skupaj pa obvezuje delovna naloga. Naloga tima mora biti vzpostavljanje medsebojnih odnosov, ki morajo temeljiti na jasni osebni in strokovni identiteti vsakega člana, hkrati pa mora ponuditi zmožnost razumevanja drugačnosti vseh ostalih (Zajc & Kočever, 2009).

Včasih je sestava timov temeljila predvsem na poklicnih skupinah. Obstajale so skupine zdravnikov, medicinskih sester in drugega zdravstvenega, ter nezdravstvenega osebja. Po sodobnem principu naj bi bili v time vključeni strokovnjaki iz različnih specialnih področij, odvisno od vrste pacientov, ki jih obravnavajo. Zaradi zmanjšanja možnosti pojava napak in kasnejših popravkov, v proces izdelave klinične poti vključimo vse izvajalce. Če tega ne storimo, je možnost, da člani tima ne prepoznajo potrebe po stalnem ocenjevanju in izboljševanju kliničnih poti, večja. Najboljši način je dodeliti vsakemu članu tima odgovornost, hkrati pa mu tudi zagotoviti čas, tehnično podporo in znanje, da lahko sodeluje pri oblikovanju svojega dela klinične poti (Križanec, 2007).

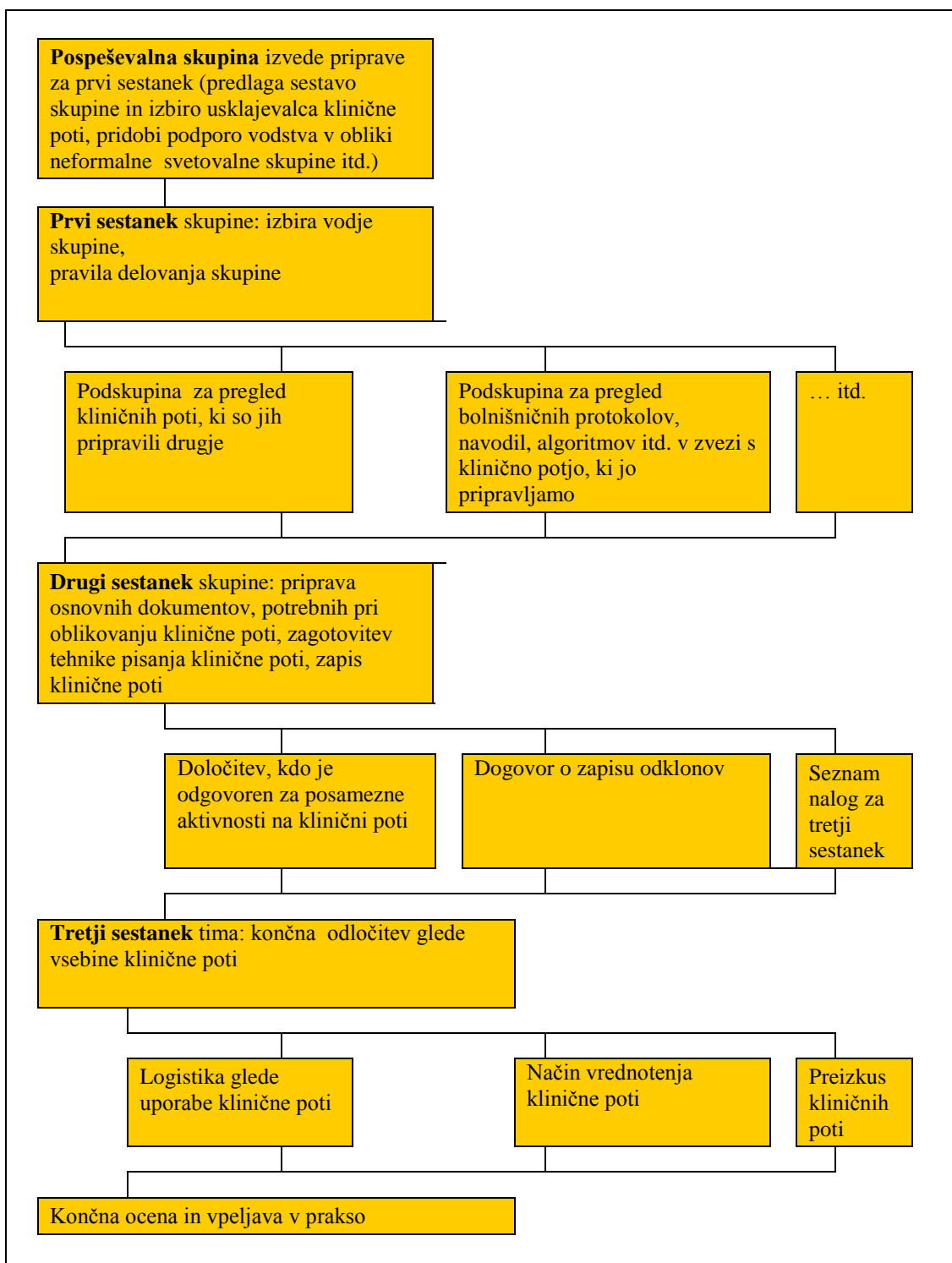
Sestave timov so v nekih tradicionalnih modelih temeljile predvsem na poklicnih skupinah: obstajale so skupine zdravnikov, medicinskih sester, drugega zdravstvenega in nezdravstvenega osebja in tako dalje. Po novejšem pristopu naj bi se timi oblikovali glede na vrsto pacientov, ki jih obravnavajo, npr. tim za sladkorno bolezen. Namen



vključitve vseh izvajalcev je prepoznavna lastništva kliničnih poti vseh vključenih. Če do prepoznave lastništva ne pride, je večja možnost, da člani tima izgubijo oziroma ne prepoznajo več potrebe po stalnem ocenjevanju in izboljševanju kliničnih poti (Berginc Dolenšek, et al., 2006).

V oblikovanje klinične poti se morajo vključiti vsi člani večdisciplinarnega tima, saj to zagotavlja večjo avtonomnost pri vsakdanjem delu. To pomeni, da zaposleni niso v podrejenem položaju, še več omogoča boljši razvoj učinkovitosti in inovativnosti. Avtonomnost zagotavlja točen zapis o tem kaj kdo dela. Klinična pot bo uspešna le v primeru upoštevanja načela kdo bo nalogo izvajal oziroma naredil (De Allegri, et al., 2011).

Klinične poti lahko oblikujemo po modelu, ki je prikazan na sliki 3.



**Slika 3: Oblikovanje klinične poti po korakih (Ministrstvo za zdravje, 2005, p. 20-21)**

## 2.4 UPORABNOST KLINIČNIH POTI

Klinične poti so standardi, ki se uporabljajo pri zdravstveni obravnavi pacienta. Vključujejo nešteto metod, od izboljšanja kakovosti do aplikativnih raziskav, ki se uporabljajo v industriji in zdravstveni obravnavi. Pri uporabi teh metod sta pomembna dva vidika, in sicer načrtovanje zdravstvene obravnave in usklajenost večdisciplinarnega tima (Vanhaecht, et al., 2010).

Ker zagotavljajo nepretrgano zdravstveno obravnavo, so klinične poti ključnega pomena pri zdravstveni obravnavi pacienta. V ospredju je spodbujanje dobre klinične prakse in celostna zdravstvena obravnava pacientov. Pri uporabi kliničnih poti ne gre samo za ocenjevanje, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje postopkov, ampak je velik poudarek na sodelovanju vseh članov večdisciplinarnega tima (Berginc Dolenšek, et al., 2006).

Uporaba kliničnih poti omogoča (Berginc Dolenšek, et al., 2006, str. 17):

- "spodbujanje skupinskega dela in sodelovanje med zdravniki, medicinskimi sestrami in drugimi člani večdisciplinarnega tima,
- doseganje visokih standardov zdravstvene oskrbe,
- zmanjšanje števila odklonov od najboljšega načina zdravljenja,
- boljšo komunikacijo in zadovoljstvo med zaposlenimi, sodelavci, pacienti in svojci,
- izboljševanje dosedanjih rešitev".

Cilji kliničnih poti so ohranjanje, zagotavljanje in izboljšanje zdravstvene obravnave. Z uporabo kliničnih poti se izboljšajo izidi zdravljenja, zagotovi se varna zdravstvena obravnava pacientov, poveča se zadovoljstvo uporabnikov, ki storitve uporabljajo. Uporaba kliničnih poti vodi v maksimalno optimizacijo izrabe virov. V praksi klinična pot predstavlja sodobno medicinsko dokumentacijo posameznega bolnika. V začetni fazi obravnave nastopa kot zamenjava in nadgradnja obstoječe dokumentacije. Klinična pot že vnaprej predvideva vse potrebne aktivnosti zdravstvene obravnave za razliko od sedanje dokumentacije, pri tem pa od zdravstvenega osebja zahteva pojasnilo zaključka obravnave. Osebje potrdi, če je bila predvidena aktivnost opravljena, ob neopravljeni

aktivnosti pa mora osebje navesti razloge za uvebo drugačnega procesa oziroma odklona predvidene obravnave (Hajnrih, et al., 2009).

Klinične poti so v današnjem času uporabljene v širokem krogu zdravstvene obravnave, primarno za izboljšanje zdravstvene obravnave, pri kateri vzdržuje oziroma izboljšuje samo kakovost zdravstvene obravnave. Prvo sistematično klinično pot so uporabili leta 1985 v Združenih državah Amerike, natančneje v Bostonu. Takrat so bile klinične poti uporabljene za zniževanje stroškov oskrbe, vendar pa je bilo ključnega pomena ohranjanje kvalitete zdravstvene obravnave. V Veliki Britaniji so prve klinične poti uporabili leta 1990. Po njihovem mnenju je klinična pot predstavljala proces obravnave, izboljšanje kakovosti klinične skrbi in upoštevanje najnovejših raziskav (Vanhaecht, 2007).

#### 2.4.1 Pomen komunikacije pri uporabi kliničnih poti

Izboljšanje komuniciranja in reševanje težav temelji na izboljšanju skupnega dela zdravstvenega osebja. Za vse člane večdisciplinarnega tima, ki sodelujejo pri zdravstveni obravnavi, so organizirana izobraževanja, ki potekajo na skupnih predstavitvah. S tem dosežemo, da zdravstveno osebje deluje kot tim, da bi ugotovilo, kaj je zanj najboljše. Zavedati se moramo, da je klinična pot živ dokument, ki se nenehno izboljšuje, in da ne obstaja popolna klinična pot, ki bi ustrezala vsakomur. Ob tem se izboljšuje tudi vedenje zdravstvenega osebja (Berginc Dolenšek, et al., 2006).

Zdravstveni timi, ki so slabo organizirani in ki imajo slabo medsebojno komunikacijo, niso naklonjeni novi standardizaciji njihovega dela in uporabi kliničnih poti, ker so mnenja, da se njihovo delo z uporabo kliničnih poti ne bo spremenilo (Davidoff, et al., 2008).

Komuniciranje med zdravstvenim osebjem na različnih ravneh zdravstvene obravnave pacienta je nujno, če hočemo pacienta obravnavati po klinični poti. Zagotoviti moramo povezovanje kliničnih poti med primarno, sekundarno in terciarno ravniyo ter izboljšati komuniciranje med izbranim in lečečim zdravnikom, medicinsko sestro v bolnišnici ali zdravstvenem domu ter patronažno medicinsko sestro na terenu, če želimo izboljšati postopke v smislu kakovosti in učinkovitosti (Berginc Dolensšek, et al., 2006).

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen diplomskega dela je ugotoviti kakšna je seznanjenost zdravstvenih delavcev na primeru ene organizacije s kliničnimi potmi, prav tako pa bi radi ugotovili, kakšno je mnenje zaposlenih o prednostih in slabostih kliničnih poti.

Cilji diplomskega dela:

- Ugotoviti, kakšna so mnenja zaposlenih v zdravstveni obravnavi o delu z kliničnimi potmi.
- Ugotoviti, ali so zaposleni v zdravstveni negi zadovoljni s kliničnimi potmi, ki jih uporabljajo pri zdravstveni obravnavi pacienta.
- Ugotoviti, kako lahko klinične poti izboljšajo zdravstveno obravnavo pacienta.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

- Kako dobro zaposleni v zdravstveni negi poznajo klinične poti, njihove prednosti in slabosti in kakšna so njihova stališča do kliničnih poti?
- Kako so zaposlenim v zdravstveni negi klinične poti v pomoč pri kontinuirani zdravstveni obravnavi pacienta in kako so zadovoljni s kliničnimi potmi, ki jih uporabljajo pri svojem delu?
- Kolikšna razlika obstaja v mnenju glede na starost anketiranih?
- Kolikšna razlika obstaja v mnenju glede na stopnjo izobrazbe?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Odločili smo se za kvantitativno metodo raziskave, in sicer smo uporabili anketo zaprtega in odprtega tipa. Podatke smo zbrali v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ), kjer smo razdelili 100 anketnih vprašalnikov naključno izbranim zdravstvenim delavcem. Za teoretični del smo pridobili podatke iz strokovne domače in tuje literature, ki so nam pomagali pri pripravi izhodišč o kliničnih poteh, o njihovi uporabi in o njihovih prednostih pri obravnavi pacienta.

Literaturo smo iskali po podatkovnih bazah COBISS, CINAHL, PUB MED, Springer Link, v knjižnici Fakultete za zdravstvo Jesenice in na spletnih brskalnikih. Starost literature smo omejili na 10 let in manj. Pri iskanju literature smo uporabili naslednje ključne besede: klinična pot, klinične smernice, zdravstveni tim, clinical pathways.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskavo smo izvedli s pomočjo strukturiranega vprašalnika v obliki pisnih vprašanj odprtega in zaprtega tipa. Vprašalnik je bil namenjen naključno izbranim zdravstvenim delavcem. Prvi del vprašalnika je vključeval demografske podatke (spol, starost, delovna doba), drugi del vprašalnika pa je zajemal 7 vprašanj zaprtega tipa s področja kliničnih poti. Drugi del vprašalnika je bil sestavljen iz trditev, ki so jih zaposleni v zdravstveni negi ocenjevali po petstopenjski Likertovi lestvici, pri kateri je pomenilo: 1 – s trditvijo se popolnoma niso strinjali; 2 – da se niso strinjali; 3 – da so se delno strinjali; 4 – da so se strinjali in 5 – da so se popolnoma strinjali s trditvijo.

Zanesljivost pridobljenih podatkov je bila izračunana za 17 trditev na podlagi Cronbach alfa koeficienta. Cronbach alfa koeficient je dosegel vrednost 0,913 in s tem presegel spodnji prag 0,7, ki v strokovni literaturi določa sprejemljivo stopnjo zanesljivosti instrumenta (Cencič, 2009). Za ugotavljanje razlik v mnenju anketirancev po starosti smo uporabili T-test, za ugotavljanje razlik v mnenju anketirancev po izobrazbi pa smo uporabili test Anova za neodvisne vzorce.

### 3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v SBJ na različnih oddelkih (internistična služba oddelek-gastroenterološki odsek, kirurški oddelek- travmatološki odsek, abdominalni odsek in ortopedski odsek, urgencia, oddelek za zdravstveno nego, ginekološko porodniški oddelek). V raziskavo smo vključili naključno izbrane zdravstvene delavce. Na različne oddelke smo razdelili 100 anket, izpolnjenih anket je bilo 82, torej je bila realizacija vzorca 82 odstotna. Največ anket smo razdelili na odseke kirurške službe- travmatološki, ortopedski in abdominalni odsek.

**Tabela 1: Demografski podatki anketirancev**

|                   |                               | n = 82 | %    |
|-------------------|-------------------------------|--------|------|
| Spol              | Ženski                        | 69     | 84,1 |
|                   | Moški                         | 13     | 15,9 |
| Starost           | Do 20 let                     | 2      | 2,4  |
|                   | 21 - 30 let                   | 31     | 37,8 |
|                   | 31 - 40 let                   | 35     | 42,7 |
|                   | 41 - 50 let                   | 8      | 9,8  |
|                   | Nad 51 let                    | 6      | 7,3  |
| Stopnja izobrazbe | Tehnik zdravstvene nege       | 58     | 70,7 |
|                   | Zdravnik                      | 2      | 2,4  |
|                   | Diplomirana medicinska sestra | 22     | 26,8 |
| Delovna doba      | Do 5 let                      | 23     | 28   |
|                   | 6 - 15 let                    | 40     | 48,8 |
|                   | 16 - 25 let                   | 11     | 13,4 |
|                   | Nad 26 let                    | 8      | 9,8  |

Legenda: n= število anketirancev, % = delež

Med anketiranci je sodelovalo 69 žensk (84,1 %) in 13 moških (15,9 %). Največ anketirancev je bilo starih med 31-40 let (42,7%) in med 21-30 let (37,8%). Večina anketirancev, 58 (70,7 %), je imelo srednjo izobrazbo. Najvišja delovna doba je bila med 6 in 15 let in sicer pri 40 vprašanih (48,8%).

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo smo izvedli po predhodni pridobitvi soglasja SBJ. Z raziskavo smo seznanili tudi koordinatorje oddelkov, na katerih smo izvedli raziskavo. Izpolnjevanje anket je bilo popolnoma anonimno. Obdelavo podatkov smo najprej začeli z nadzorom pravilnega izpolnjevanja anketnih vprašalnikov. Dobljene rezultate smo obdelali s pomočjo programa SPSS Statistic in s programom Excel. Za pridobljene rezultate smo izračunali najmanjšo in največjo vrednost, povprečno vrednost ter standardni odklon. Rezultate smo predstavili grafično in s tabelami in jih besedno interpretirali, uporabili pa smo tudi univariatno in bivariatno statistiko, T-test in test ANOVA, ki jo lahko uporabimo, kadar je p-vrednost večja od 0,05. Na podlagi pridobljenih odgovorov, ki smo jih obdelali z opisnimi statistikami, smo poskušali ugotoviti razlike med spremenljivkami. V ta namen smo uporabili statistične teste, kjer smo računali p-vrednost. Če je p-vrednost manjša od 0,05, pomeni, da lahko na ravni 5-odstotnega tveganja trdimo, da statistično pomembne razlike obstajajo oziroma obstaja 5-odstotna verjetnost (ali manjša), da smo prišli do razlik v našem vzorcu po naključju. Če je p-vrednost manjša od 0,01, potem lahko na ravni 1-odstotnega tveganja trdimo, da se statistično pomembne razlike pojavljajo.

## 3.4 REZULTATI

**Tabela 2: V kolikšni meri obstaja razlika v mnenju glede na starost anketirancev**

|  | Starost    | N  | SV   | SO    | t      | p     |
|--|------------|----|------|-------|--------|-------|
| Klinične poti odpravljajo nepotrebne zastoje pri obravnavi pacientov.                                | Pod 30 let | 33 | 3,79 | 0,217 | -1,062 | 0,291 |
|  | Nad 30 let | 49 | 4,04 | 0,13  |        |       |
| Klinična pot vpliv na organizacijo dela, ki zajema obravnavo pacienta.                               | Pod 30 let | 33 | 4,15 | 0,158 | -0,295 | 0,769 |
|  | Nad 30 let | 49 | 4,2  | 0,101 |        |       |
| Klinična pot zgotavlja večjo varnost in zadovoljstvo pacienta.                                       | Pod 30 let | 33 | 3,88 | 0,149 | -0,849 | 0,398 |
|  | Nad 30 let | 49 | 4,04 | 0,12  |        |       |
| Klinična pot je vodenje pacienta od sprejema do odpusta.   | Pod 30 let | 33 | 4,58 | 0,151 | 0,148  | 0,883 |
|  | Nad 30 let | 49 | 4,55 | 0,092 |        |       |
| Pri uporabi kliničnih poti se zagotovi racionalna poraba sredstev in nadzor nad razporejanjem virov. | Pod 30 let | 33 | 3,79 | 0,173 | -0,642 | 0,523 |
|  | Nad 30 let | 49 | 3,92 | 0,12  |        |       |
|  |            |    |      |       |        |       |



|   | Starost    | N  | SV   | SO    | t      | p     |
|---|------------|----|------|-------|--------|-------|
| Klinična pot pripomore k racionalni porabi časa in nepodvajanju že opravljenega v zdravstveni negi.           | Pod 30 let | 33 | 3,91 | 0,159 | 0,159  | 0,874 |
|   | Nad 30 let | 49 | 3,88 | 0,122 |        |       |
| Uporaba kliničnih poti zmanjša ležalno dobo pacientov.  | Pod 30 let | 33 | 3,12 | 0,217 | -3,368 | 0,001 |
|   | Nad 30 let | 48 | 3,96 | 0,143 |        |       |
| Klinična pot izboljša zdravstveno obravnavo pacientov.  | Pod 30 let | 33 | 3,67 | 0,161 | -2,827 | 0,006 |
|   | Nad 30 let | 47 | 4,17 | 0,098 |        |       |
| Zaradi klinične poti je manj odklonov in napak pri oskrbi pacienta.   | Pod 30 let | 33 | 3,58 | 0,151 | -1,24  | 0,219 |
|   | Nad 30 let | 49 | 3,82 | 0,123 |        |       |
| Klinična pot spodbuja sodelovanje med negovalnim in zdravstvenim timom.                                       | Pod 30 let | 33 | 3,79 | 0,183 | -0,841 | 0,403 |
|   | Nad 30 let | 48 | 3,96 | 0,111 |        |       |
| Klinična pot izboljša komunikacijo med pacientom in zdravnikom.   | Pod 30 let | 33 | 3,39 | 0,179 | -0,466 | 0,642 |
|   | Nad 30 let | 48 | 3,5  | 0,143 |        |       |
| Več posegov, ki se opravljajo pri pacientih bi moralo biti vodeno po klinični poti.                           | Pod 30 let | 33 | 4,18 | 0,16  | -0,01  | 0,992 |
|   | Nad 30 let | 49 | 4,18 | 0,108 |        |       |
| Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati zdravniki iz Zdravstvenih domov in zdravniki specialisti. | Pod 30 let | 33 | 3,45 | 0,205 | -1,186 | 0,239 |
|   | Nad 30 let | 49 | 3,76 | 0,156 |        |       |
| Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati medicinske sestre, zdravstveni tehniki in fizioterapevti. | Pod 30 let | 33 | 4,21 | 0,155 | -2,291 | 0,025 |
|   | Nad 30 let | 49 | 4,59 | 0,087 |        |       |
| Pacienti in svojci bi morali sodelovati pri oblikovanju kliničnih poti.                                       | Pod 30 let | 33 | 2,64 | 0,199 | -0,426 | 0,671 |
|   | Nad 30 let | 49 | 2,76 | 0,186 |        |       |
| Pacienti bi s svojimi mnenji nadgradili že obstoječe klinične poti.   | Pod 30 let | 33 | 3,18 | 0,202 | 0,133  | 0,894 |
|   | Nad 30 let | 48 | 3,15 | 0,176 |        |       |
| Timsko delo in komunikacija sta ključna pri oblikovanju klinične poti.  | Pod 30 let | 33 | 4,33 | 0,149 | -1,312 | 0,193 |

**Legenda:** n = število anketirancev; SV = srednja vrednost; SO = standardno odstopanje; t = t – statistika, p = p – vrednost (vrednost  $p \leq 0,05$  pomeni statistično pomembno razliko)

Statistično pomembna razlika ( $p = 0,001$ ) je bila ugotovljena pri trditvi Uporaba kliničnih poti zmanjša ležalno dobo pacientov. Vprašani s starostjo pod 30 let so se s trditvijo delno strinjali (PV = 3,12; SO = 0,217) medtem, ko so se tisti, ki so starejši od 30 let s trditvijo strinjali (PV = 3,96; SO = 0,143). Pri trditvi Klinična pot izboljša zdravstveno obravnavo pacientov je bila ugotovljena statistično pomembna razlika ( $p = 0,006$ ), kjer so se zaposleni s starostjo pod 30 let s trditvijo strinjali (PV = 3,67; SO = 0,161) zaposleni s starostjo nad 30 let pa so se s trditvijo popolnoma strinjali (PV = 4,17; SO = 0,098). Statistično pomembna razlika ( $p = 0,025$ ) je bila ugotovljena pri trditvi Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati medicinske sestre, zdravstveni tehniki in fizioterapevti. Vprašani s starostjo pod 30 let so se s trditvijo

popolnoma strinjali (PV = 4,21; SO = 0,155) zaposleni s starostjo nad 30 let pa so se s trditvijo tudi popolnoma strinjali (PV = 4,59; SO = 0,087).

**Tabela 3: V kolikšni meri obstaja razlika v mnenju glede na stopnjo izobrazbe anketirancev**

|  | Izobrazba          | N  | SV   | SO    | t      | p     |
|--|--------------------|----|------|-------|--------|-------|
| Klinične poti odpravljajo nepotrebne zastoje pri obravnavi pacientov.  | Zdravstveni tehnik | 58 | 3,9  | 1,15  | -0,563 | 0,575 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 4,04 | 0,806 |        |       |
| Klinična pot vpliv na organizacijo dela, ki zajema obravnavo pacienta.                                       | Zdravstveni tehnik | 58 | 4,17 | 0,861 | -0,187 | 0,852 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 4,21 | 0,588 |        |       |
| Klinična pot zgotavlja večjo varnost in zadovoljstvo pacienta.   | Zdravstveni tehnik | 58 | 3,91 | 0,904 | -1,029 | 0,306 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 4,12 | 0,68  |        |       |
| Klinična pot je vodenje pacienta od sprejema do odpusta.   | Zdravstveni tehnik | 58 | 4,59 | 0,726 | 0,479  | 0,634 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 4,5  | 0,78  |        |       |
| Pri uporabi kliničnih poti se zagotovi racionalna poraba sredstev in nadzor nad razporejanjem virov.         | Zdravstveni tehnik | 58 | 3,84 | 0,933 | -0,327 | 0,744 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 3,92 | 0,83  |        |       |
| Klinična pot pripomore k racionalni porabi časa in nepodvajanju že opravljenega v zdravstveni negi.          | Zdravstveni tehnik | 58 | 3,84 | 0,933 | -0,729 | 0,468 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 4    | 0,722 |        |       |
| Uporaba kliničnih poti zmanjša ležalno dobo pacientov.   | Zdravstveni tehnik | 57 | 3,77 | 1,118 | 1,865  | 0,066 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 3,25 | 1,225 |        |       |
| Klinična pot izboljša zdravstveno obravnavo pacientov.   | Zdravstveni tehnik | 56 | 4    | 0,831 | 0,624  | 0,535 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 3,88 | 0,797 |        |       |
| Zaradi klinične poti je manj odklonov in napak pri oskrbi pacienta.  | Zdravstveni tehnik | 58 | 3,66 | 0,89  | -1,048 | 0,298 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 3,88 | 0,797 |        |       |
| Klinična pot spodbuja sodelovanje med negovalnim in zdravstvenim timom.                                      | Zdravstveni tehnik | 57 | 4,02 | 0,834 | 2,034  | 0,045 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 3,58 | 0,974 |        |       |
| Klinična pot izboljša komunikacijo med pacientom in zdravnikom.  | Zdravstveni tehnik | 57 | 3,51 | 1,071 | 0,718  | 0,475 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 3,33 | 0,816 |        |       |
| Več posegov, ki se opravljajo pri pacientih bi moralo biti vodeno po klinični poti.                          | Zdravstveni tehnik | 58 | 4,14 | 0,847 | -0,772 | 0,442 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 4,29 | 0,751 |        |       |
| Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati zdravniki iz Zdravstvenih domov in zdravniki specialisti | Zdravstveni tehnik | 58 | 3,52 | 1,173 | -1,47  | 0,146 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 3,92 | 0,974 |        |       |
| Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati medicinske sestre, zdravstveni tehniki in fizioterapevti | Zdravstveni tehnik | 58 | 4,38 | 0,813 | -1,115 | 0,268 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 4,58 | 0,584 |        |       |
| Pacienti in svojci bi morali sodelovati pri oblikovanju kliničnih poti                                       | Zdravstveni tehnik | 58 | 2,66 | 1,292 | -0,593 | 0,555 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 2,83 | 1,09  |        |       |
| Pacienti bi s svojimi mnenji nadgradili že obstoječe klinične poti   | Zdravstveni tehnik | 57 | 3,12 | 1,24  | -0,438 | 0,663 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 3,25 | 1,073 |        |       |
| Timsko delo in komunikacija sta ključna pri oblikovanju klinične poti  | Zdravstveni tehnik | 58 | 4,41 | 0,795 | -0,943 | 0,349 |
|  | DMS/zdravnik       | 24 | 4,58 | 0,584 |        |       |

**Legenda:** n = število anketirancev; SV = srednja vrednost; SO = standardno odstopanje; t = t – statistika, p = p – vrednost (vrednost  $p \leq 0,05$  pomeni statistično pomembno razliko)

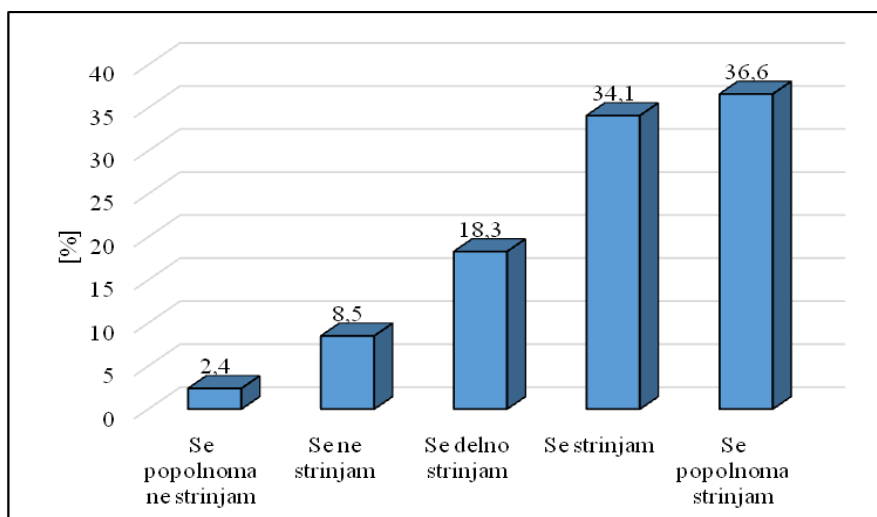
Statistično pomembna razlika ( $p = 0,045$ ) je bila ugotovljena pri trditvi Klinična pot spodbuja sodelovanje med negovalnim in zdravstvenim timom. Medtem, ko so se zdravstveni tehniki s trditvijo strinjali (PV = 4,02; SO = 0,834) so zdravniki na trditev odgovarjali med delno se strinjam in se strinjam (PV = 3,58; SO = 0,974).

**Tabela 4: Prvi sklop vprašanj o kliničnih poteh**

|  | Da   |      | Ne   |      |
|--|------|------|------|------|
|  | n=82 | %    | n=82 | %    |
| Ali poznate termin klinična pot?   | 82   | 100  | 0    | 0    |
| Ali ste že obravnavali pacienta po klinični poti?  | 81   | 98,8 | 1    | 1,2  |
| Ali ste zadovoljni s kliničnimi potmi, ki jih uporabljate pri svojem delu?                         | 77   | 93,9 | 5    | 6,1  |
| Ali ste mnenja, da bi bilo potrebno že obstoječe klinične poti vsebinsko spremeniti in nadgraditi? | 62   | 75,6 | 20   | 24,4 |
| Ali ste že sodelovali pri oblikovanju kliničnih poti?  | 26   | 31,7 | 56   | 68,3 |
| Ali menite, da so klinične poti potrebne pri obravnavi pacientov?                                  | 81   | 98,8 | 1    | 1,2  |
| Ali menite, da bi morali vsakega pacienta obravnavati po klinični poti?                            | 41   | 50   | 41   | 50   |

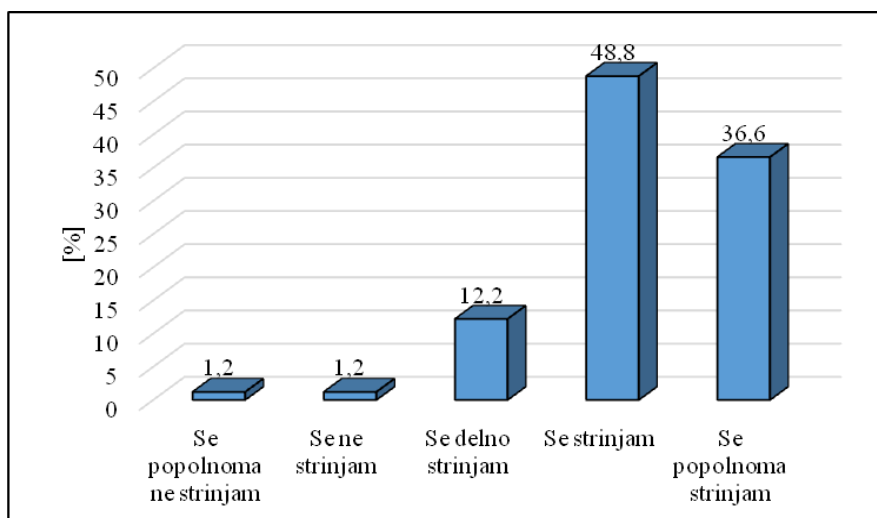
**Legenda:** n = število anketirancev, % = delež

Vsi anketiranci poznajo termin klinična pot. 98,8 % vprašanih je že obravnavalo pacienta po klinični poti. 93,9 % vprašanih je s kliničnimi potmi, ki jih uporabljajo pri svojem delu zadovoljnih, 6,1 % vprašanih pa je s kliničnimi potmi nezadovoljnih. 75,6 % vprašanih je mnenja, da bilo potrebno že obstoječe klinične poti nadgraditi, 24,4 % vprašanih pa ni bilo tega mnenja. 68,3 % vprašanih še ni sodelovalo pri oblikovanju kliničnih poti, 31,7 % vprašanih pa je že sodelovalo pri oblikovanju kliničnih poti. Skoraj vsi vprašani 98,8 % so mnenja, da so klinične poti pomembne pri zdravstveni obravnavi pacientov. Pri vprašanju Ali menite, da bi morali vsakega pacienta obravnavati po klinični poti so mnenja deljena in sicer 50 % za da in 50 % za ne.



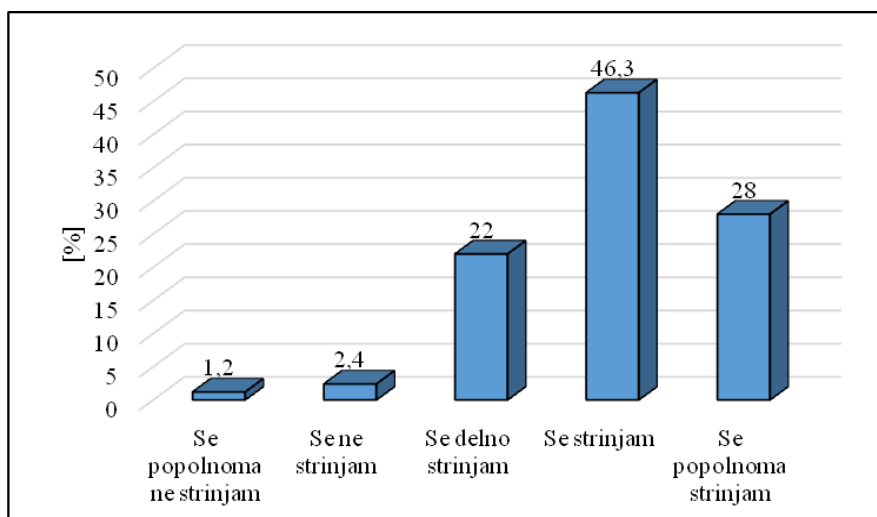
**Slika 4: Klinične poti odpravljajo nepotrebne zastoje pri obravnavi pacientov**

S trditvijo Klinične poti odpravljajo nepotrebne zastoje pri obravnavi pacientov, se je strinjalo 34,1 % vprašanih, 36,6 % vprašanih pa se je s trditvijo popolnoma strinjalo, (PV ± SO; 3,94 ± 1,058).



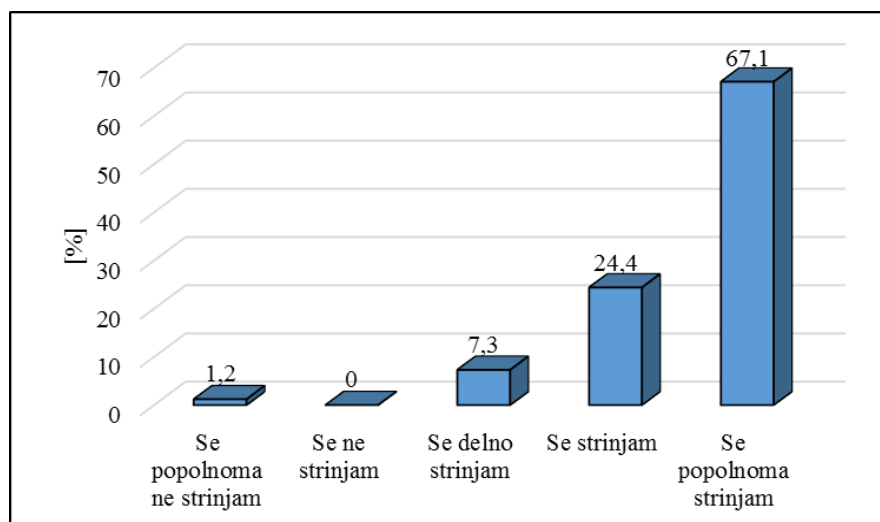
**Slika 5: Klinična pot vpliva na organizacijo dela, ki zajema obravnavo pacienta**

S trditvijo Klinična pot vpliva na organizacijo dela, ki zajema obravnavo pacienta, so se vprašani (PV ± SO; 4,18 ± 0,788) strinjali, 36,6 % vprašanih pa se je s trditvijo popolnoma strinjalo.



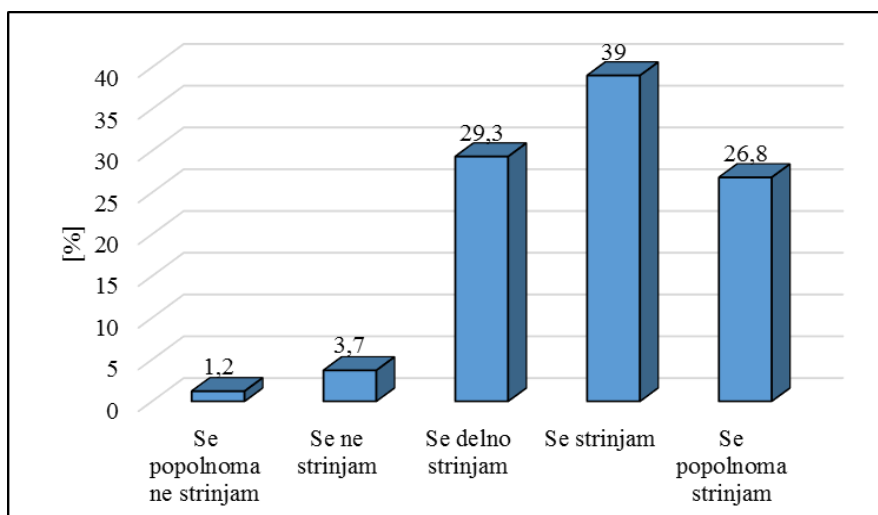
**Slika 6: Klinična pot zagotavlja večjo varnost in zadovoljstvo pacienta**

S trditvijo Klinična pot zagotavlja večjo varnost in zadovoljstvo pacienta so se vprašani (PV  $\pm$  SO; 3,98  $\pm$  0,846) strinjali.



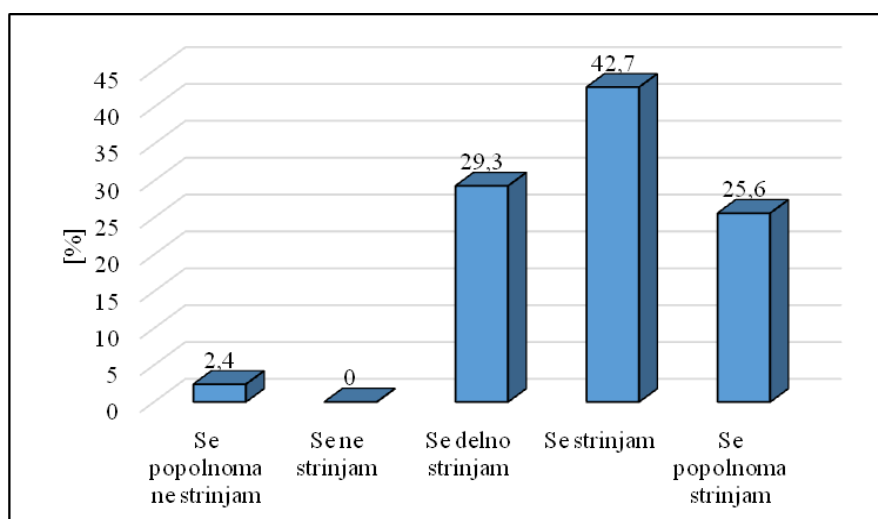
**Slika 7: Klinična pot je vodenje pacienta od sprejema do odpusta**

S trditvijo Klinična pot je vodenje pacienta od sprejema do odpusta so se vprašani (PV  $\pm$  SO; 4,56  $\pm$  0,739) popolnoma strinjali, 24,4 % vprašanih pa se je s trditvijo strinjalo.



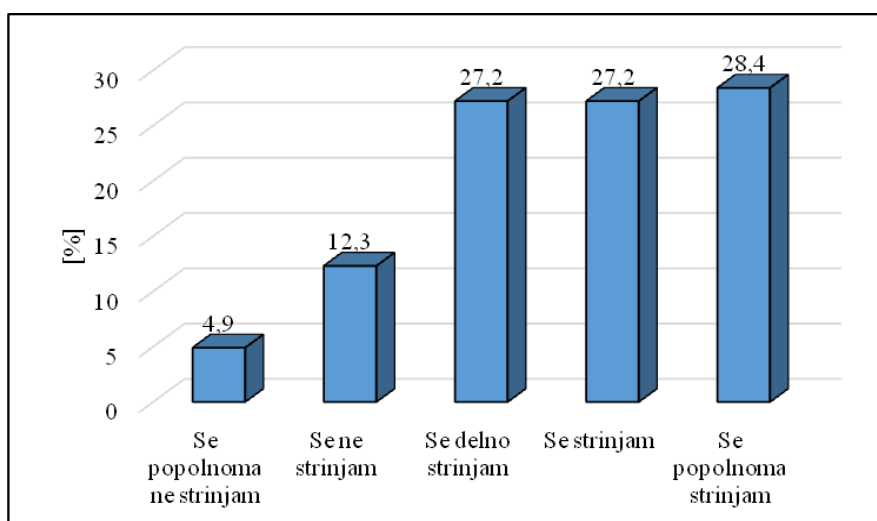
**Slika 8: Pri uporabi kliničnih poti se zagotovi racionalna poraba sredstev in nadzor nad razporejanjem virov**

S trditvijo Pri uporabi kliničnih poti se zagotovi racionalna poraba sredstev in nadzor nad razporejanjem virov so se vprašani ( $PV \pm SO$ ;  $3,87 \pm 0,899$ ) strinjali. 29,3 % vprašanih se je s trditvijo delno strinjalo, medtem, ko se je 26,8 % vprašanih s trditvijo popolnoma strinjalo.



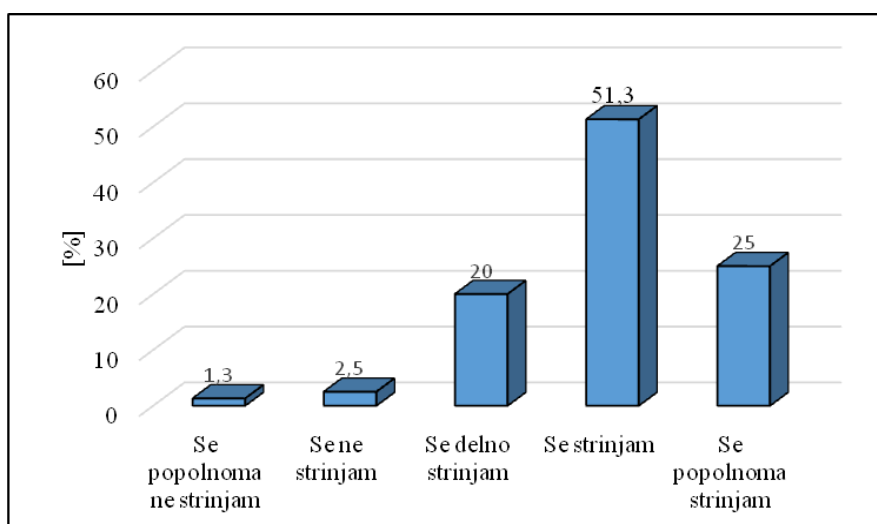
**Slika 9: Klinična pot pripomore k racionalni porabi časa in nepodvajanja že opravljenega dela**

S trditvijo Klinična pot pripomore k racionalni porabi časa in nepodvajanja že opravljenega dela so se vprašani ( $PV \pm SO$ ;  $3,89 \pm 0,875$ ) strinjali.



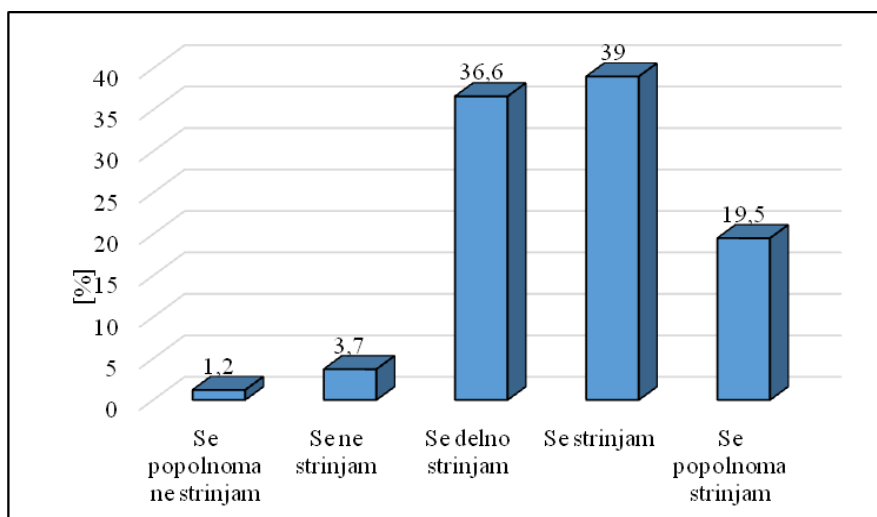
**Slika 10: Uporaba kliničnih poti zmanjša ležalno dobo pacientov**

S trditvijo Uporaba kliničnih poti zmanjša ležalno dobo pacientov so se vprašani ( $PV \pm SO; 3,62 \pm 1,168$ ), popolnoma strinjali, 27,2 % vprašanih pa se je s trditvijo strinjalo, s trditvijo se je prav tako delno strinjalo 27,2 % vprašanih.



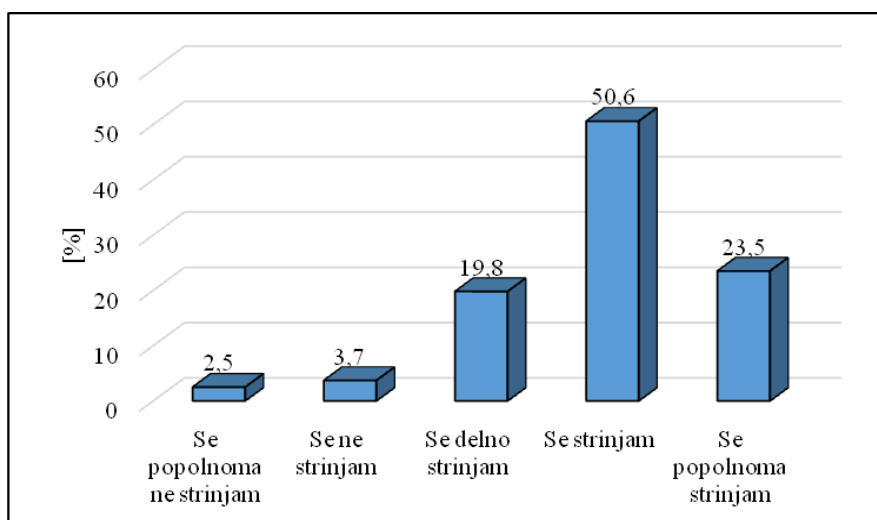
**Slika 11: Klinična pot izboljša zdravstveno obravnavo pacientov**

S trditvijo Klinična pot izboljša zdravstveno obravnavo pacientov so se vprašani ( $PV \pm SO; 3,96 \pm 0,818$ ) strinjali.



**Slika 12: Zaradi klinične poti je manj odklonov in napak pri oskrbi pacienta**

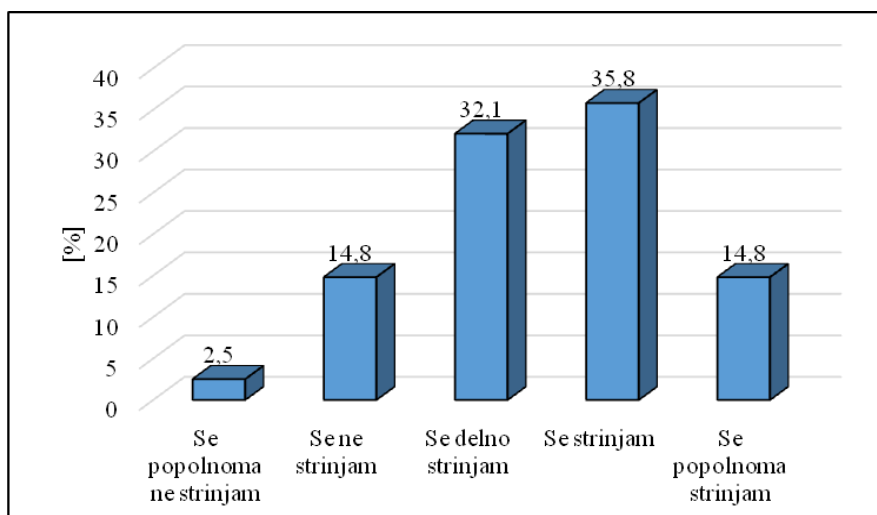
S trditvijo Zaradi klinične poti je manj odklonov in napak pri oskrbi pacienta so se vprašani ( $PV \pm SO$ ;  $3,72 \pm 0,865$ ) strinjali, 36,6 % vprašanih pa se je s trditvijo delno strinjalo.



**Slika 13: Klinična pot spodbuja sodelovanje med negovalnim in zdravstvenim timom**

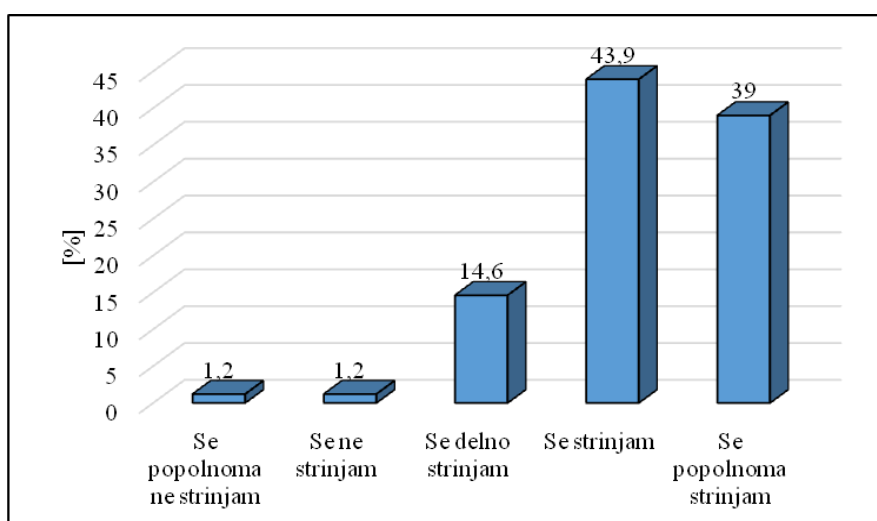
S trditvijo Klinična pot spodbuja sodelovanje med negovalnim in zdravstvenim timom so se vprašani ( $PV \pm SO$ ;  $3,89 \pm 0,894$ ) strinjali.





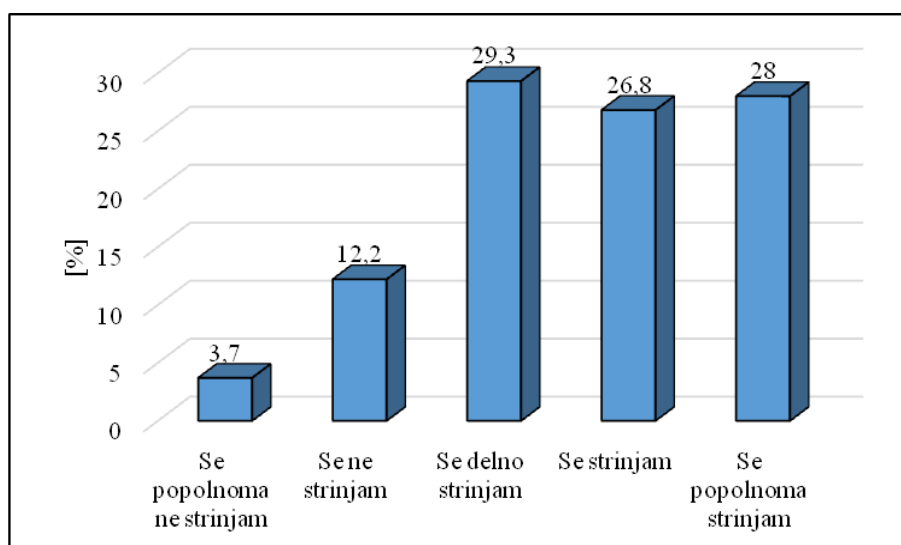
**Slika 14: Klinična pot izboljša komunikacijo med pacientom in zdravnikom**

S trditvijo Klinična pot izboljša komunikacijo med pacientom in zdravnikom so se vprašani ( $PV \pm SO$ ;  $3,46 \pm 1,0019$ ) strinjali, 32,1 % vprašanih pa se je s trditvijo delno strinjalo.



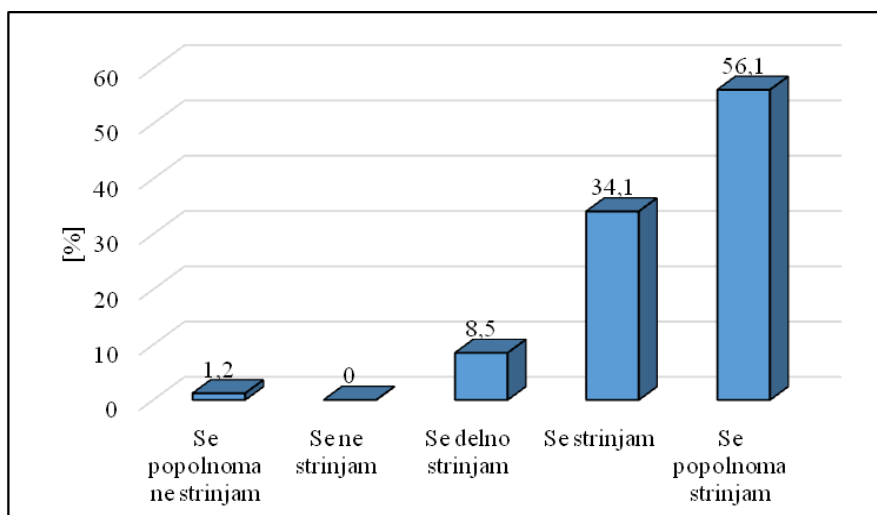
**Slika 15: Več posegov, ki se opravljajo pri pacientih bi moralo biti vodeno po klinični poti**

S trditvijo Več posegov, ki se opravljajo pri pacientih bi moralo biti vodeno po klinični poti so se vprašani ( $PV \pm SO$ ;  $4,18 \pm 0,818$ ) strinjali, 39 % vprašanih pa se je s trditvijo popolnoma strinjalo.



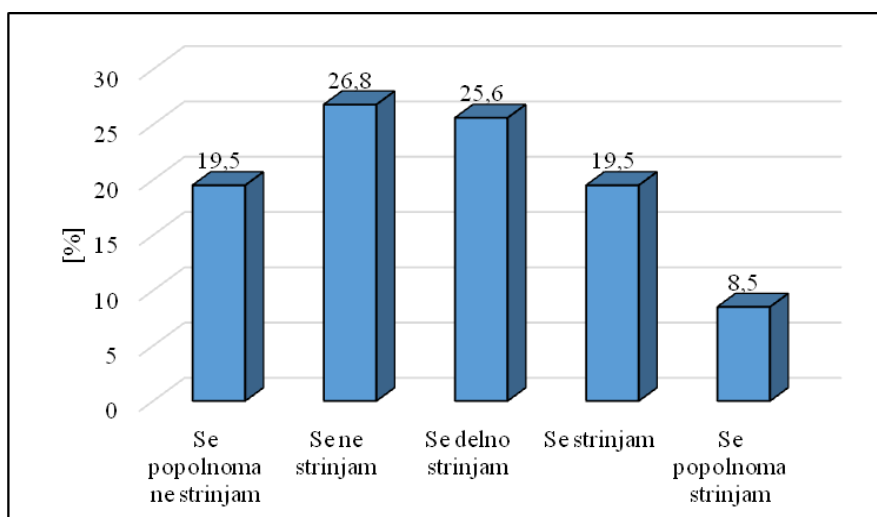
**Slika 16: Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati zdravniki iz Zdravstvenih domov in zdravniki specialisti**

S trditvijo Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati zdravniki iz Zdravstvenih domov in zdravniki specialisti so se vprašani ( $PV \pm SO$ ;  $3,63 \pm 1,128$ ) delno strinjali, 28 % vprašanih se je s trditvijo popolnoma strinjalo, strinjalo pa se je 26,8 % vprašanih.



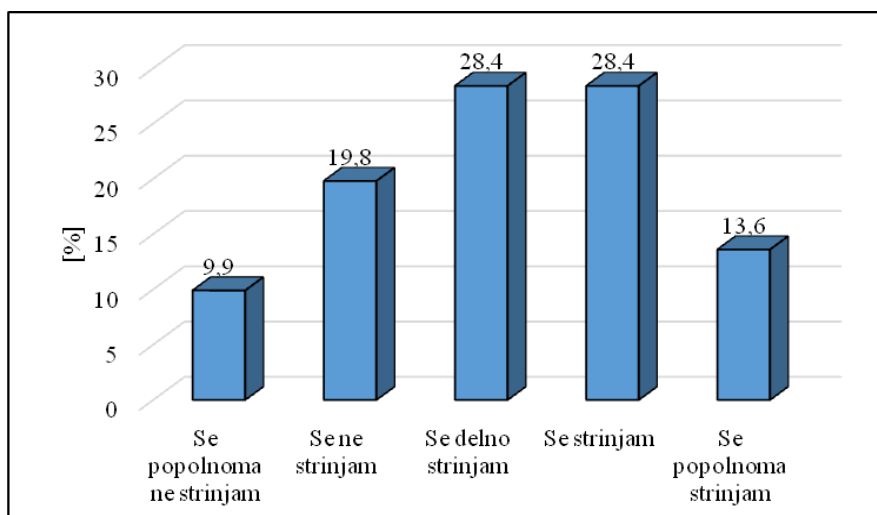
**Slika 17: Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati medicinske sestre, zdravstveni tehniki in fizioterapevti**

S trditvijo Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati medicinske sestre, zdravstveni tehniki in fizioterapevti so se vprašani ( $PV \pm SO$ ;  $4,44 \pm 0,755$ ) popolnoma strinjali.



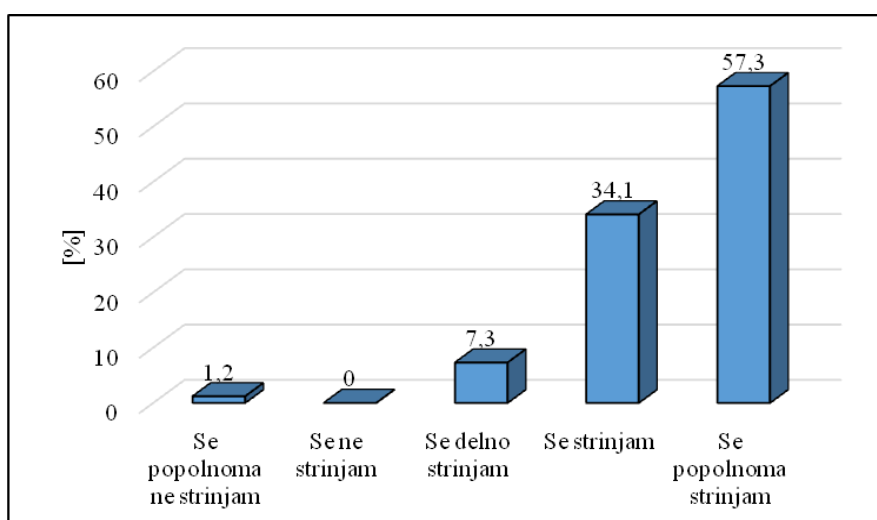
**Slika 18: Pacienti in svojci bi morali sodelovati pri oblikovanju kliničnih poti**

S trditvijo Pacienti in svojci bi morali sodelovati pri oblikovanju kliničnih poti se vprašani ( $PV \pm SO$ ;  $2,71 \pm 1,232$ ) niso strinjali, 25,6 % vprašanih pa se je s trditvijo delno strinjalo.



**Slika 19: Pacienti bi s svojimi mnenji nadgradili že obstoječe klinične poti**

S trditvijo Pacienti bi s svojimi mnenji nadgradili že obstoječe klinične poti so se vprašani ( $PV \pm SO$ ;  $3,16 \pm 1,188$ ) strinjali in delno strinjali.



**Slika 20: Timsko delo in komunikacija sta ključna pri oblikovanju klinične poti**

S trditvijo Timsko delo in komunikacija sta ključna pri oblikovanju klinične poti so se vprašani ( $PV \pm SO$ ;  $4,46 \pm 0,74$ ) popolnoma strinjali.

### 3.5 RAZPRAVA

V našem diplomskem delu smo se osredotočili na to, kakšna je seznanjenost zdravstvenih delavcev s kliničnimi potmi in kakšen pomen imajo klinične poti pri zdravstveni obravnavi pacienta. Ugotovili smo, da so se vsi zaposleni, ki so sodelovali pri raziskavi, že srečali s terminom klinična pot. Ugotovili smo, da se zaposleni strinjajo, da klinična pot pripomore k boljši organizaciji zdravstvene obravnave pacienta, prav tako pa se strinjajo, da klinične poti vplivajo na racionalno porabo sredstev. Ugotovili smo, da se zaposleni strinjajo, da klinična pot vpliva na večje zadovoljstvo pacientov pri zdravstveni obravnavi in da zagotovi večjo varnost pacientov. Ugotovili smo, da se zaposleni strinjajo, da klinična pot pripomore k racionalni porabi časa pri izvajanju zdravstvene obravnave in da se z njeno uporabo izognemo nepotrebnemu izvajanju intervencij, ki smo jih že opravili v sklopu zdravstvene obravnave.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako lahko klinične poti pomagajo zdravstvenim delavcem pri zdravstveni obravnavi pacienta in kakšno je zadovoljstvo zaposlenih z že obstoječimi kliničnimi potmi. Ugotovili smo, da je večina zaposlenih mnenja, da so klinične poti zelo pomembne pri zdravstveni obravnavi pacienta in da so zadovoljni s kliničnimi potmi, ki jih uporabljajo pri svojem delu. Ugotovili smo, da bi zaposleni, ki delajo s kliničnimi potmi, že obstoječe klinične poti nadgradili. Z raziskavo smo želeli ugotoviti tudi, kakšno je mnenje zaposlenih glede vključevanja pacientov in svojcev pri nadgradnji oziroma oblikovanju novih kliničnih poti. Medtem ko se je večina strinjala, da bi pacient lahko pripomogel k izboljšanju kliničnih poti, pa so na drugi strani zaposleni bili mnenja, da pacienti in svojci ne bi bistveno pripomogli pri oblikovanju novih kliničnih poti. V raziskavi smo ugotovili tudi, da se zaposleni strinjajo, da bi morale biti več posegov, ki se opravijo pri pacientih, vodenih po klinični poti, kar bi verjetno pripeljalo do še manj odklonov in napak pri obravnavi pacienta.

V raziskavi smo želeli ugotoviti, kakšno je mnenje zaposlenih o pomenu komunikacije in timskega dela pri oblikovanju kliničnih poti. Pri oblikovanju klinične poti naj bi sodelovali vsi člani zdravstvenega tima. V raziskavi smo ugotovili, da je samo tretjina vprašanih že sodelovala pri oblikovanju kliničnih poti. Ugotovili smo, da se zaposleni

strinjajo, da pri oblikovanju kliničnih poti morajo sodelovati tudi zdravniki iz Zdravstvenih domov in zdravniki specialisti. Skoraj 60 % vprašanih se je strinjalo, da pri oblikovanju kliničnih poti morajo sodelovati medicinske sestre, zdravstveni tehniki in fizioterapevti. Pri oblikovanju kliničnih poti je zelo pomembno timsko delo in komunikacija. Polovica vprašanih se strinja, da klinična pot vpliva na boljše sodelovanje med negovalnim in zdravstvenim timom, strinjajo pa se tudi, da se s pomočjo klinične poti izboljša sama komunikacija med zdravnikom in pacientom.

Ugotoviti smo želeli tudi, kakšne so razlike v mnenju zaposlenih glede na stopnjo izobrazbe in starost. Statistično pomembne razlike smo ugotovili pri naslednjih trditvah. Pri trditvi Uporaba kliničnih poti zmanjša ležalno dobo pacientov so se vprašani s starostjo pod 30 let s trditvijo delno strinjali, medtem ko so se starejši od 30 let s trditvijo strinjali. S trditvijo Klinična pot izboljša zdravstveno obravnavo pacientov so se zaposleni s starostjo pod 30 let strinjali, zaposleni s starostjo nad 30 let pa so se s trditvijo popolnoma strinjali. S trditvijo Klinična pot spodbuja sodelovanje med negovalnim in zdravstvenim timom so se zdravstveni tehniki strinjali, medtem ko so zdravniki na trditev odgovarjali med delno se strinjam in se strinjam. S trditvijo Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati medicinske sestre, zdravstveni tehniki in fizioterapevti so se vprašani s starostjo pod 30 let popolnoma strinjali, zaposleni s starostjo nad 30 let pa so se s trditvijo tudi popolnoma strinjali.

Leta 2004 so v Sloveniji opravili prvo raziskavo na temo kliničnih poti. Ugotovili so, da je med zaposlenimi prisotna velika želja po pridobivanju znanja in spremljanja kliničnih poti. Ugotovili so, da so ovire za uporabo kliničnih poti podobne v vseh državah, pri tem pa omenjajo nenaklonjenost nekaterih zdravnikov zaradi zdravniške kulture in neustrezne podpore zunanjih ustanov (Hindle, et al., 2004). V sedemnajstih državah Evropske unije je bila izvedena raziskava na temo kliničnih poti. Ugotovili so, da so klinične poti v državah EU še razmeroma novo orodje in da še niso postala običajna tema strokovne literature. Kot zelo pomembno pa so izpostavili komunikacijo med različnimi timi in celostno obravnavo pacientov (Yazbeck & Robida, 2006).

Repas je leta 2009 v bolnišnici v Slovenj Gradcu izvedel raziskavo na temo Pomen kliničnih poti in ugotovil, da se je polovica anketirancev šele pred raziskavo srečala s terminom klinična pot. Samo polovica od 100 zaposlenih je vedela, da klinična pot zajema celotno obravnavo pacienta od sprejema do odpusta. De Bleser in sodelavci (2006) so mnenja, da klinična pot pomeni vnaprej določeno zdravstveno obravnavo, ki ima obenem tudi neko časovno omejitev. Repas (2009) je ugotovil, da je večina zaposlenih mnenja, da klinična pot izboljšuje kakovost zdravljenja in rehabilitacije in zagotavlja tudi manjšo možnost napake in večjo varnost za pacienta. Rotter in sodelavci (2010) so izvedli eno od prvih obsežnih analiz glede uporabe kliničnih poti. Ugotovili so, da so klinične poti koristne, saj so olajšale uvajanje kliničnih smernic in protokolov v prakso, v času bolnišničnega zdravljenja je bilo manj zapletov, izboljšano je bilo dokumentiranje pri pacientih, ki so bili obravnavani po klinični poti, so bili dokazani nižji stroški zdravljenja. V analizo je bilo vključenih 11.398 pacientov.

Vanhaecht in sodelavci (2006) so mnenja, da je klinična pot zelo pomembno orodje pri zdravstveni obravnavi pacienta. Buchert in Butler (2016) sta mnenja, da so klinične poti učinkovite samo takrat, ko so vključene v delo večdisciplinarnega tima, ki so podprte z dokazi in ki so povezane s strategijo zdravstvene ustanove. Repas (2009) je ugotovil, da je bilo samo 10% tistih, ki so menili, da pacienti ne morejo sodelovati pri oblikovanju kliničnih poti in da jim ni potrebno poznati klinične poti za njihove bolezni, na drugi strani pa so deljena mnenja, da bi pacienti s svojimi mnenji lahko izboljšali že obstoječe klinične poti. Repas (2009) je ugotovil, da med učinke klinične poti sodijo dvig kakovosti obravnave, sodelovanje med zdravstvenimi delavci in jasno sliko pacienta o njegovi obravnavi. Davidoff in sodelavci (2008) so ugotovili, da uporaba klinične poti v timu, ki že dobro dela mogoče ne bo prinesla izboljšanja zdravstvene obravnave, zato je smiselna uporaba kliničnih poti pri slabše organiziranih timih. Pernat (2011) navaja, da uporaba klinične poti omogoča izboljšanje izvajanja zdravstvenih storitev in pomembno vpliva na mnenje uporabnikov o izvajanju zdravstvenih storitev.

Vanhaecht in sodelavci (2009) 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. Repas (2009) pove, da so bili vsi anketiranci v Bolnišnici Slovenj Gradec mnenja, da klinično pot oblikujeta zdravnik in medicinska sestra. Samo petina vprašanih je bilo mnenja, da klinično pot oblikuje večdisciplinarni tim.

Repas (2009) je ugotovil, da bi pri uvedbi klinične poti izboljšali timsko obravnavo pacienta. Maček (2011) navaja, da je zelo pomembno, da vodja tima zna poslušati in pokazati pozornost do drugih in sprejemljivost različnih mnenj. Prav tako mora vsakemu članu negovalnega tima omogočiti izražanje mnenj, predlogov in dati možnost vplivati oziroma odločati v okviru medosebne komunikacije. Pernat (2011) navaja, da uporaba klinične poti omogoča izboljšanje izvajanja zdravstvenih storitev in pomembno vpliva na mnenje uporabnikov o izvajanju zdravstvenih storitev.

V razpravi smo prišli do zaključka, da je klinična pot zelo pomembno orodje pri zdravstveni obravnavi pacienta. Ugotovili smo, da se pri določenih segmentih klinične poti zaposleni razhajajo v mnenjih. V današnjem času imajo klinične poti velik pomen pri zdravstveni obravnavi pacienta, saj so oblikovane tako, da so zdravstvenim delavcem v veliko pomoč pri zdravstveni obravnavi pacienta. Zelo pomembno je v prvi vrsti, da zaposleni sploh vedo, kaj je klinična pot in kako lahko klinična pot vpliva na samo delo s pacientom in na organizacijo dela. Ugotovili smo, da so zaposlenim klinične poti v pomoč pri samem delu, po drugi strani pa je veliko število takih, ki se strinjajo, da bi bilo potrebno nekatere klinične poti nadgraditi oziroma uvesti nove za ustaljene oziroma za nove posege, ki se vsakdanje izvajajo v zdravstveni obravnavi. Komunikacija med zdravstvenim in negovalnim timom mora biti na najvišjem možnem nivoju, saj le tako lahko dosežemo kakovostno obravnavo pacienta. Z dobro komunikacijo med samimi bolnišnicami in drugimi socialnovarstvenimi zavodi bomo omogočili boljšo organizacijo dela, boljši pretok informacij in dobre rezultate zdravljenja. Menimo, da se bodo v prihodnosti klinične poti samo še bolj izpopolnjevale in da bodo še naprej v veliko pomoč pri zdravstveni obravnavi pacientov in pri sami organizaciji dela v zdravstveni obravnavi. Velik pomen pri ohranjanju in oblikovanju kliničnih poti pa ima večdisciplinarni tim, saj je on največje merilo, po katerem bomo



spreminjali obravnavo pacienta. Prijatelj in sodelavci (2011) so mnenja, da je prihodnost usmerjena v elektronsko klinično pot. Po njihovem mnenju je načrtovanje elektronske podpore procesu zdravljenja zelo zahtevna naloga zaradi celovitosti procesa. Usmerjanje miselnosti od nestrukturiranih k strukturiranim zapisom pa je za klinično okolje in organizacijo dela izziv.

#### *Omejitve raziskave*

Menimo, da je bil odziv na raziskavo dober, ampak bi bil lahko boljši. Tu mislimo predvsem na nezainteresiranost zaposlenih, ki se je kazala v neizpolnjevanju vprašalnikov, zato smo morali vprašalnike puščati na oddelkih za dalj časa kot je bilo mišljeno. Anketne vprašalnike smo razdeljevali med delovnim časom, in sicer smo vprašalnike razdelili vodjem oddelkov, zato obstaja možnost, da zaposleni sploh niso bili seznanjeni z raziskavo, zato bi bilo mogoče bolje, da bi vprašalnike razdelili med predajo službe, kjer bi natančno razložili namen raziskave. Pričakovali smo tudi večji odziv zdravnikov. Raziskavo smo izvedli samo v eni od bolnišnic v Sloveniji, zato rezultati ne kažejo realne slike glede pomena kliničnih poti, kot če bi raziskavo izvedli v več zdravstvenih ustanovah.

## **4 ZAKLJUČEK**

Rezultati raziskave v Splošni bolnišnici Jesenice so pokazali, da zaposleni trdijo, da poznajo klinične poti in da so jim le-te v veliko pomoč pri obravnavi pacienta. Večina zaposlenih se strinja, da klinične poti pripomorejo k boljšim rezultatom zdravljenja, prav tako pa se strinjajo, da bi potrebovali še več kliničnih poti v zdravstveni negi.

Klinične poti se vedno bolj razvijajo in prihajajo vedno bolj v veljavo, v nekaterih bolnišnicah po Sloveniji so zelo razširjene in so zelo pozitivno sprejete.

Veliko bo potrebno spremeniti na nivoju timskega dela in komunikacije, saj se prepogosto dogaja, da so zdravstveni delavci pod velikim pritiskom zaradi same narave dela in zaradi zahtev družbe, pri tem pa največ trpijo odnosi med samimi člani tima, zato bi bilo potrebno organizirati čimveč izobraževanj in delavnic, ki bi zdravstvene delavce usmerjalo v pravilno komuniciranje in sodelovanje znotraj tima, saj samo primeren pretok informacij med člani tima omogoča boljšo organizacijo in boljše rezultate zdravstvene oskrbe.

Mogoče bi bilo v prihodnosti potrebno izvesti še kakšno bolj obsežno raziskavo na temo kliničnih poti. Prihodnje raziskave bi po našem mnenju morali izvesti v največjih slovenskih bolnišnicah, kjer bi raziskave temeljile na večjem vzorcu sodelujočih, saj bi le tako dobili realno sliko pomena in vpliva kliničnih poti na zdravstveno obravnavo pacienta.

## 5 LITERATURA

Barbieri, A., Vanhaecht, K., Van Herck, P., Sermeus, W., Faggiano, F., Marchisio, S. & Panella M., 2009. Effects of clinical pathways in the joint replacement: A meta-analysis. *BioMed Central medicine*, pp. 7-32.

Berginc Dolenšek, A., Hajnrih, B., Hindle, D., Kadivec, S., Kersnik, J., Kramar, Z., Lednik, L., Marušič, D., Mlakar, J., Robida, A., Yazbeck, A.M. & Zorman, I., 2006. *Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Buchert, A. & Butler, G. 2016. Clinical pathways. Driving high- reliability and high value care. *Pediatric clinics of North America*, 63(2), pp. 317–328.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, pp. 168–169.

Davidoff, F., Batalden, P. B., Stevens, D. P., Ogrinc, G. S. & Mooney, S. E. 2008. Development of the SQUIRE publication guidelines: Evolution of the SQUIRE project. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(11), pp. 681-687.

De Allegri, M., Schwarzbach, M., Loerbroks, A. & Ronellenfitsch, U., 2011. Which factors are important for the successful development and implementation of clinical pathways? A qualitative study. *BMJ Quality and Safety*, (20), pp. 203-208.

De Bleser, L.D.R., De Waele, K., Vanhaecht, K., Vlayen, J. & Sermeus, W., 2006. Defining pathways. *Journal of Nursing Management*, 14(7), pp. 553-563.

Drinovec, J., 2006. Ali na izsledkih temeljoča medicina s kliničnimi smernicami zdravnika omejuje. *Zdravstveni Vestnik*, (75), pp. 653-7.

Hajnrih, B., Kadivec, S., Kramar, Z., Marušič, D., Mate, T., Poldrugovac, M., Prevolnik Rupel, V., Simčič, B. & Yazbeck A.M., 2009. *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Hindle D, Yazbeck, A.M. & Wahl, Y., 2004. Clinical pathways in 17 European union countries: a survey of expert opinions. Ljubljana: Slovenian Ministry of Health, pp. 839-45.

Kinsman, L., Rotter, T., James, E., Snow, P. & Willis, J., 2010. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BioMed Central medicine*, (8), p. 31.

Križanec, N., 2007. *Vzdrževanje dobre klime v negovalnem timu: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru: Fakulteta za zdravstvene vede.

Maček, S., 2011. *Teorija skrbi in komunikacija v timu zdravstvene nege: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru: Fakulteta za zdravstvene vede.

Maze, H., 2008. *Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru: Fakulteta za organizacijske vede.

Ministrstvo za zdravje, 2005. *Klinične poti- od oblikovanja do uvajanja, Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Musič, D., 2006. *Timsko delo v zdravstvu: diplomsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem: Fakulteta za management Koper.

Pernat, A., 2011. *Vloga kliničnih poti pri izboljšanju kakovosti delovanja Univerzitetnega kliničnega centra Maribor: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru: Ekonomsko- poslovna fakulteta Maribor.

Pikec, M., 2010. *Klinična pot- standardiziran proces zdravljenja*. Kranj: SRC Infonet.

Prijatelj, V., Trenz, Z. & Pavlović I. 2011. Elektronski terapevtsko temperaturni list kot element zagotavljanja varne zdravstvene obravnave. In : Berkopec, M., ed. *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, p. 33.

Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., Snow, P. & Kugler, J., 2010. Clinical pathways: effects of professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs, p. 3. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(2).

Repas, P., 2009. *Poznavanje pomena kliničnih poti med zaposlenimi v zdravstveni negi: diplomsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru: Fakulteta za zdravstvene vede.

Šavora, M., 2013. *Klinične poti kot orodje nadzora in preverjanja kakovosti zdravstvenih storitev: magistrsko delo.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Fakulteta za družbene vede.

Vanhaecht, K., De Witte, K., Depreitere, R. & Sermeus, W., 2006. Clinical pathway audit tool: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 14(7), pp. 529- 537.

Vanhaecht, K., 2007. The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. PhD dissertation to obtain the degree of Doctor in Social Health Sciences. Leuven: Faculty of Medicine: Catholic University Leuven.

Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R. & Sermeus, W., 2009. Is there a future for pathways? Five pieces of the puzzle. *International Journal of Care Coordination*, (13), pp. 82-6.

Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R. & Sermeus, W., 2010. What about care pathways? Available at:

<http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199550838.001.0001/acprof-9780199550838-chapter-1> (Accessed 13 January 2015).

Vanhaecht, K., Ovretveit, J., Martin, J.E., Sermeus, W., Ellershaw, P. & Panella, M., 2012. Have we drawn the wrong conclusion about the value of care pathways? *Evaluation & the Health Professions*, 35(1), pp. 28-42.

Weizi, L., Kecheng, L., Hongqiao, Y. & Changrui, Y., 2014. Integrated clinical pathway management for medical quality improvement- based on a semiotically inspired systems architecture, *European Journal of information systems*, 23(4), pp. 400-417.

Yazbeck, A.M. & Robida, A., 2006. *Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Zajc, M. & Kočevar, L., 2009. *Pomen timskega dela v endoskopiji*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana: Klinični oddelek za urologijo.

Zaletel, M., 2014. *Pomen kliničnih smernic v zdravstveni negi*, Zaletel/ Rehabilitacijaletnik XIII, suplement 1. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Zdravstvena fakulteta.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

#### ANKETNI VPRAŠALNIK

Sem Tarik Denić, absolvent Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in pišem diplomsko delo z naslovom Pomen kliničnih poti pri obravnavi pacienta. Ker bom izvedel raziskavo na to temo, bi vas lepo prosil, če izpolnite anonimni vprašalnik.

Vprašalnik vsebuje različne trditve, ki se nanašajo na klinične poti. V prvem delu vprašalnika se odločite za enega od ponujenih odgovorov, v drugem delu vprašalnika pa se za vsako trditev opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Hvala.

#### 1. Spol:

ženska

moški

#### 2. Starost:

do 20 let

od 21-30 let

od 31-40 let

od 41-50 let

nad 50 let

**3. Stopnja izobrazbe?**

zdravstveni tehnik

zdravnik

diplomirana medicinska sestra

**4. Kakšna je vaša delovna doba?**

do 5 let

6-15 let

16-25 let

več kot 26

**5. Ali poznate termin klinična pot?**

da

ne

**6. Ali ste že obravnavali pacienta po klinični poti?**

da

ne



**7. Ali ste zadovoljni z kliničnimi potmi, ki jih uporabljate pri svojem delu?**

da

ne

**8. Ali ste mnenja, da bi bilo potrebno že obstoječe klinične poti vsebinsko spremeniti in nadgraditi?**

da

ne

**9. Ali ste že sodelovali pri oblikovanju kliničnih poti?**

da

ne

**10. Ali menite, da so klinične poti potrebne pri obravnavi pacientov?**

da

ne

**11. Ali menite, da bi morali vsakega pacienta obravnavati po klinični poti?**

da

ne

Za vsako trditve se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

| Trditve  | 1-popolnoma se ne strinjam | 2-se ne strinjam | 3- delno se strinjam | 4-se strinjam | 5-popolnoma se strinjam |
|--|----------------------------|------------------|----------------------|---------------|-------------------------|
| Klinične poti odpravljajo nepotrebne zastoje pri obravnavi pacientov.                                    |                            |                  |                      |               |                         |
| Klinična pot vpliva na organizacijo dela, ki zajema obravnavo pacienta.                                  |                            |                  |                      |               |                         |
| Klinična pot zagotavlja večjo varnost in zadovoljstvo pacienta.  |                            |                  |                      |               |                         |
| Klinična pot je vodenje pacienta od sprejema do odpusta.   |                            |                  |                      |               |                         |
| Pri uporabi kliničnih poti se zagotovi racionalna poraba sredstev in nadzor nad razporejanjem virov.     |                            |                  |                      |               |                         |
| Klinična pot pripomore k racionalni porabi časa in nepodvajanju že opravljenega nega v zdravstveni negi. |                            |                  |                      |               |                         |
| Uporaba kliničnih poti zmanjša ležalno dobo pacientov.   |                            |                  |                      |               |                         |
| Klinična pot izboljša zdravstveno obravnavo pacientov.   |                            |                  |                      |               |                         |
| Zaradi klinične poti je manj odklonov in napak pri oskrbi pacienta.                                      |                            |                  |                      |               |                         |
| Klinična pot spodbuja sodelovanje med  |                            |                  |                      |               |                         |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| negovalnim in zdravstvenim timom.   |  |  |  |  |  |
| Klinična pot izboljša komunikacijo med pacientom in zdravnikom.   |  |  |  |  |  |
| Več posegov, ki se opravijo pri pacientih bi moralo biti vodeno po klinični poti.                             |  |  |  |  |  |
| Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati zdravniki iz Zdravstvenih domov in zdravniki specialisti. |  |  |  |  |  |
| Pri oblikovanju kliničnih poti bi morali sodelovati medicinske sestre, zdravstveni tehniki in fizioterapevti. |  |  |  |  |  |
| Pacienti in svojci bi morali sodelovati pri oblikovanju kliničnih poti.                                       |  |  |  |  |  |
| Pacienti bi z svojimi mnenji nadgradili že obstoječe klinične poti.   |  |  |  |  |  |
| Timsko delo in komunikacija sta ključna pri oblikovanju klinične poti.  |  |  |  |  |  |