



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
FIZIOTERAPIJA

POMEN RAZVOJA KLINIČNIH SMERNIC NA PODROČJU FIZIOTERAPIJE

THE IMPORTANCE OF DEVELOPING CLINICAL GUIDELINES IN PHYSIOTHERAPY

Mentorica:
doc. dr. Sedina Kalender Smajlović

Kandidatka:
Jelena Bojanič

Jesenice, junij, 2025

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Sadini Kalender Smajlović za vso podporo, strokovno pomoč, usmeritve in nasvete.

Zahvaljujem se recenzentki Andrei Backović Juričan, viš. pred., ter lektorici Jasmini Vajda Vrhunec, prof. slov., za lektoriranje diplomskega dela.

Posebno zahvalo namenjam otrokoma in možu za razumevanje odsotnosti v celotnem procesu študija fizioterapije.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Klinične smernice so sistematično oblikovana stališča, ki pomagajo fizioterapevtu in pacientu pri odločitvah o primerni fizioterapevtski oskrbi v specifičnih kliničnih okoliščinah. Namen diplomskega dela je bil ugotoviti, kakšen je pomen kliničnih smernic in kateri dejavniki vplivajo na uporabo kliničnih smernic v fizioterapiji.

Cilj: Ugotoviti pomen ter prednosti uporabe in implementacije kliničnih smernic v fizioterapiji.

Metoda: Diplomsko delo temelji na pregledu slovenske in tuje literature, ki je bila objavljena med letoma 2014 in 2024. Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah: PEDro, CINAHL, WILEY, COBISS, PubMed in spletnem brskalniku Google Učenjak. Pri iskanju literature smo uporabili naslednje ključne besede oziroma besedne zveze v slovenskem jeziku: »klinične smernice v fizioterapiji«, »pomen kliničnih smernic v fizioterapiji«, »pomen kliničnih smernic in razvoj v fizioterapiji« in »z dokazi podprta praksa v fizioterapiji«, v angleškem jeziku pa: »clinical guidelines in physiotherapy«, »development and importance of clinical guidelines in physiotherapy« and »evidence based practice in physiotherapy«. Uporabili smo Boolov logični operator IN (angl. AND). Vključitveni kriteriji so bili: leto objave, prosto dostopni recenzirani članki, brezplačen dostop do polnega obsega besedila in vsebinska ustreznost, medtem ko so bili izključitveni kriteriji članki, objavljeni pred letom 2014, plačljivi članki in vsebinska neustreznost. Izvedli smo tematsko analizo.

Rezultati: V končni pregled smo od dobljenih 4159 virov vključili 10 člankov. Identificirali smo 38 kod in jih razvrstili v 3 tematske kategorije: »potreba po posodabljanju kliničnih smernic v fizioterapiji«, »prednosti uporabe kliničnih smernic v fizioterapiji« in »ovire za uporabo kliničnih smernic v fizioterapiji«.

Razprava: Večina fizioterapevtov ima pozitiven odnos do kliničnih smernic, vendar jih pogosto ne uporabljajo v praksi. Glavni prednosti kliničnih smernic sta pregled najprimernejših fizioterapevtskih postopkov in zagotavljanje kakovostne obravnave pacienta na podlagi ocenjevanja znanstvenih dokazov. Najpogostejši oviri za izvajanje kliničnih smernic sta pomanjkanje časa in pomanjkanje znanja.

Ključne besede: uporaba kliničnih smernic, prednosti, ovire, pacient, fizioterapevt

SUMMARY

Theoretical background: Clinical guidelines are systematically formulated statements that help physiotherapists and patients make decisions about the appropriate physical therapy of an individual, considering specific clinical circumstances. They highlight the most effective ways to treat a clinical problem and thus facilitate the implementation of evidence-based physiotherapy. The purpose of the thesis was to determine the significance of clinical guidelines, and identify which factors influence the use of clinical guidelines in physiotherapy.

Goals: To determine the importance and benefits of using and implementing clinical guidelines in physiotherapy.

Methods: A review of Slovenian and foreign literature published between 2014 and 2024 was conducted. We searched for sources in the following databases: PEDro, CINAHL, WILEY, COBISS, PubMed, and in the Google Scholar search engine. In the process of searching for literature, the following keywords or phrases were used in Slovenian: “clinical guidelines in physiotherapy”, “importance of clinical guidelines in physiotherapy”, “importance of clinical guidelines and development in physiotherapy”, “evidence-based practice in physiotherapy”; and in English: “clinical guidelines in physiotherapy”, “development and importance of clinical guidelines in physiotherapy”, and “evidence-based practice in physiotherapy”. We used the Boolean logical operator AND. Inclusion criteria included year of publication, freely available peer-reviewed articles, free access to the full text, and content relevance, while exclusion criteria were articles published before 2014, paywalled articles, and articles with inaccessible content. A thematic analysis was conducted.

Results: Out of a total of 4,159 articles retrieved, 10 were included in the final review. We identified 38 codes and grouped them into three thematic categories: 1.) need for updating clinical guidelines in physiotherapy, 2.) advantages of using clinical guidelines in physiotherapy, and 3.) barriers to using clinical guidelines in physiotherapy.

Discussion: Most physiotherapists have a positive attitude towards clinical guidelines, but they often do not apply them in practice. The main advantages of clinical guidelines are the overview of the most appropriate physiotherapy procedures and the assurance of

high-quality patient treatment based on the evaluation of scientific evidence. The most common barriers to implementing clinical guidelines are lack of time and knowledge.

Keywords: use of clinical guidelines, advantages, barriers, patient, physiotherapist

KAZALO

1 UVOD	1
2 EMPIRIČNI DEL.....	9
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	9
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	9
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	9
2.3.1 Metode pregleda literature.....	9
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	10
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	11
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature	11
2.4 REZULTATI	12
2.4.1 Diagram PRISMA	12
2.4.2 Tabelarični prikaz rezultatov.....	13
2.4.3 Prikaz rezultatov po kategorijah in kodah	19
2.5 RAZPRAVA.....	21
2.5.1 Omejitve raziskave	29
2.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo	29
3 ZAKLJUČEK	31
4 LITERATURA	33

KAZALO SLIK

Slika 1: Diagram PRISMA	13
-------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	10
Tabela 2: Hierarhija dokazov znanstvenoraziskovalnega dela.....	12
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	13
Tabela 4: Razporeditev kod po tematskih kategorijah	20

SEZNAM KRAJŠAV

EBP	na dokazih podprta praksa (Evidence Based Practice)
CPG	smernice klinične prakse (Clinical Practice Guidelines)
WHO	Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization)
SIGN	Škotska meduniverzitetna mreža smernic (Scottish Intercollegiate Guideline Network)
NICE	Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost (National Institute for Health and Care Excellence)
NHMRC	Avstralski nacionalni svet za zdravje in medicinske raziskave (National Health and Medical Research Council)
IOM	Medicinski inštitut (Institute of Medicine)
GIN	Mednarodna mreža smernic (Guidelines International Network)
MRI	magnetnoresonančno slikanje (Magnetic Resonance Tomography)
CT	računalniška tomografija (Computed Tomography)
AGREE	instrument za ocenjevanje kakovosti kliničnih smernic (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation)
AGREE II	instrument za ocenjevanje kakovosti kliničnih smernic – izboljšan izvorni instrument AGREE, preoblikovan v različico AGREE II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II)
ICAHE	kontrolni seznam kakovosti kliničnih smernic (The International Centre for Allied Health Evidence)
GRADE	razvrščanje priporočil, ocenjevanje, razvoj in vrednotenje, pristop k ocenjevanju kakovosti dokazov (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)

1 UVOD

Fizioterapevtska znanost je dokaj mlada znanstvena disciplina, ki se zaradi tehnološkega razvoja in naprednih znanstvenih dognanj zelo hitro razvija. Znanje, ne zgolj v fizioterapiji, temveč na področju medicine nasploh, strmo narašča. Tako se tudi zaposleni na področju fizioterapije vsakodnevno srečujejo s poplavo novih informacij, ki so v vedno večjem številu dostopne v tiskanih publikacijah in elektronskih virih. Vedno znova se pojavljajo nove metode in možnosti zdravljenja in vsak posamezni fizioterapevt se odloča o načinu obravnave pacienta z določeno boleznijo. Da bi bila ta odločitev lažja, mu pri procesu odločanja pomagajo informacije, ki so zbrane v različnih gradivih in so podprte s trdnimi dokazi na izsledkih temelječe medicine (Geršak, et al., 2018). Če so v preteklosti fizioterapevti v obravnavah in zdravljenju pacientov sledili napotkom zdravnikov, se je to z razvojem fizioterapije kot znanosti spremenilo. Fizioterapevti so začeli uporabljati izsledke lastnih kliničnih izkušenj, upoštevati so začeli svojo intuicijo in prevzeli vlogo oblikovanja lastnih sposobnosti pri fizioterapevtskih obravnavah pacientov (Dannapfel & Nilsen, 2016). Ugotovili so, da sta povezovanje teoretičnega znanja in klinične prakse ključnega pomena za razvoj. Tako je nastal in se začel uveljavljati koncept z dokazi podprte prakse. Leta 2001 se je na srečanju 50 držav članic Svetovnega združenja za fizioterapijo (angl. World Confederation of Physical Therapy) fizioterapevtska stroka obvezala k izvajanju z dokazi podprte prakse (Puh, 2014).

Klinične smernice so sistematično oblikovana stališča, ki pomagajo kliničnim strokovnjakom, zdravstvenim delavcem in pacientu sprejemati odločitve o primerni zdravstveni oskrbi v specifičnih kliničnih okoliščinah. Sprejete so s soglasjem večdisciplinarne skupine strokovnjakov, katerega osnova sta sistematični pregled in analiza strokovne literature (Geršak, et al., 2018). Prednost kliničnih smernic v primerjavi s pregledom literature je, da omogočajo pregled razpoložljivih terapevtskih postopkov velikega razpona in ne zgolj posameznega postopka, kot je to pri posameznem pregledu literature (Puh, 2014). Klinične smernice z iskanjem, vrednotenjem in povzemanjem rezultatov raziskav na določenem fizioterapevtskem področju izpostavijo

najučinkovitejše načine obravnave kliničnega problema in na ta način olajšajo izvajanje z dokazi podprte fizioterapije (Puh, 2014).

Glavni namen kliničnih smernic je zagotavljanje dobre klinične prakse, preglednosti in enotnosti fizioterapevtske obravnave pacientov z določenim zdravstvenim stanjem (Puh, et al., 2022). Svet Evrope klinične smernice opisuje kot orodje, ki omogoča sprejemanje bolj smotrnih odločitev glede zdravstvene obravnave, kar posledično prispeva k izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe. Klinične smernice podpirajo zdravstvene delavce ter javnost pri prevzemanju, ocenjevanju in optimalni uporabi nenehno naraščajočega obsega novih znanstvenih dokazov in sistematičnih strokovnih mnenj o kakovostni zdravstveni oskrbi pacientov. V današnjem času so pacienti bolj ozaveščeni in aktivno vključeni v proces zdravstvene oskrbe, klinične smernice pa omogočajo njihovo sodelovanje (Geršak, et al., 2016).

Z dokazi podprta praksa je opredeljena kot vestna, izrecna in razumna uporaba v danem trenutku najboljših znanstvenih dokazov pri odločanju o zdravstveni oskrbi posameznega pacienta. Svetovno združenje za fizioterapijo navaja, da tovrstna praksa za fizioterapevte predstavlja priložnost, da najnovejše dokaze iz fizioterapevtske literature uporabijo pri obravnavi pacientov z različnimi zdravstvenimi stanji (Alshehri, et al., 2017).

Koncept z dokazi podprte prakse temelji na sposobnostih zdravstvenega delavca za razumno vrednotenje in uporabo znanstvenih dokazov ter hkrati poudarja pomen kliničnih izkušenj ob upoštevanju vrednot obravnavanega pacienta v danih okoliščinah. Tako kot sam koncept z dokazi podprte prakse in večje zavedanje pomena vključevanja znanstvenih dokazov v klinično prakso je k razvoju kliničnih smernic prispevalo tudi eksponentno povečanje znanstvenih publikacij. Rast obsega razpoložljivih publikacij ima vsekakor pozitiven učinek na razvoj področja, vendar hkrati obseg publikacij zdravstvenim delavcem otežuje spremljanje najnovejših znanstvenih dognanj in jim predstavlja precejšnji izziv pri ugotavljanju zanesljivosti dokazov pri njihovem vključevanju v klinično prakso (Puh, 2014). V praksi pogosto svoj pomen in obstoj upravičijo tiste klinične smernice, ki zdravstvenemu delavcu omogočajo enostavna orodja

za uporabo v procesu učinkovitega sprejemanja dokazov v vsakodnevni praksi (Stander, et al., 2019).

Smernice klinične prakse so namenjene promociji na z dokazi podprte prakse in zagotavljanju pomoči posameznemu fizioterapevtu pri kliničnem odločanju, vendar se mora fizioterapevt o primernosti posameznih smernic v obravnavi posameznega pacienta odločati sam, saj so navedbe kliničnih smernic zgolj informativne narave in niso obvezujoče (Puh, 2021). Priporočila v kliničnih smernicah morajo biti učinkovita, zagotoviti morajo največjo možno korist z zmanjševanjem stranskih učinkov in tveganj ter morajo biti stroškovno sprejemljiva in izvedljiva v praksi (Amorin Woods, et al., 2014).

Za nastanek kliničnih smernic niso odgovorni zgolj posamezniki, ki se na tak ali drugačen način ukvarjajo z medicino. Potreba po razvoju kliničnih smernic se je pojavila zaradi zahtev javnosti in nekaterih vlad po povečanju enakosti pri zagotavljanju enakovredne zdravstvene oskrbe ne glede na geografsko lokacijo pacientov, prav tako so razvoj kliničnih smernic spodbudile tudi zavarovalnice, saj so želele poznati vsebino paketov zdravstvene oskrbe in najučinkovitejše načine zagotavljanja kakovosti zdravstvenih storitev. K razvoju kliničnih smernic so znatno prispevala tudi združenja pacientov, saj jih je zanimalo, katere so najučinkovitejše terapije, ki omogočajo možnost izbire postopkov zdravljenja in tudi razumevanje informacij, pridobljenih od zdravstvenih delavcev (Puh, 2014).

V osnovi so klinične smernice v pisni podobi gradivo, ki je zbrano in urejeno po določenih merilih ter namenjeno za uporabo na določenem področju dela, njihov namen pa je izvajalcem pomagati pri načrtovanju, izvajanju, spremljanju in ocenjevanju dela. Cilji kliničnih smernic so jasno opredeljeni, in sicer gre za razširitev strokovnega znanja na širši krog uporabnikov, zmanjšanje dvomov v trenutku odločanja, zmanjšanje variabilnosti pri delu med posameznimi zdravstvenimi delavci in ocenjevanje kakovosti zdravstvene oskrbe s pomočjo kazalcev in meril (Geršak, et al., 2016). Smernice so vnaprej pripravljen vir informacij visoke kakovosti za fizioterapevta in pacienta, ki

izpostavijo različne možnosti za terapijo in na ta način olajšajo izvajanje fizioterapevtske prakse. Klinične smernice spodbujajo uporabo učinkovito potrjenih terapevtskih postopkov in hkrati odsvetujejo uporabo postopkov, ki so se izkazali za neučinkovite (Puh, et al., 2022).

Vsaka klinična smernica ima svojo specifično temo, cilj in namen. Multidisciplinarna skupina, odgovorna za razvoj kliničnih smernic, oblikuje ključna vprašanja, ki natančno opredeljujejo cilje posamične klinične smernice. Na zastavljena vprašanja je potrebno podati odgovore podprte z dokazi iz znanstvene ali strokovne literature. Visokokakovostni dokazi morajo biti zanesljivi, veljavni in koristni tako za paciente kot za klinično prakso. Kakovost teh dokazov se ocenjuje z vnaprej določenimi metodami, pri čemer je pregled obvezno dokumentiran in ocenjevanje ponovljivo. Sodobnost dokazov se določi na podlagi datuma njihove objave (Geršak, et al., 2016).

Oblikovanje in vrednotenje kliničnih smernic je zahtevna in odgovorna naloga. Pri razvoju kliničnih smernic je potrebno upoštevati standardna merila, ki vključujejo upoštevanje veljavnosti dokazov ter določitev stopnje trdnosti vsakega stališča. Ta pravila zahtevajo, da klinične smernice razvije večdisciplinarna skupina, ki vključuje predstavnike vseh relevantnih strok. Klinične smernice morajo temeljiti na sistematičnem pregledu znanstvene ali strokovne literature ter na najvišji možni ravni veljavnosti dokazov. Postopek njihove izdelave mora biti sistematičen, pregleden in popolnoma dokumentiran (Geršak, et al., 2016).

Za oceno kakovosti kliničnih smernic je bila leta 2009 prvotna oblika instrumenta AGREE preoblikovana v novo obliko, to je v instrument AGREE II (angl. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) (Koc, et al., 2020). Instrument je sestavljen iz 23 elementov, razvrščenih v 6 področij, povezanih s kakovostjo (Dijkers, et al., 2021), in 2 postavki za splošno ocenjevanje: ocena kakovosti kliničnih smernic in presoja o priporočljivosti uporabe v praksi (Barger, et al., 2021). Vsako od 23 vprašanj je ocenjeno z Likertovo 7-stopenjsko lestvico, kjer je 1 najnižja možna kakovost in 7 najvišja možna kakovost (Dijkers, et al., 2021). Zaradi kompleksnosti in časa, potrebnega za izvedbo

ocenjevanja, AGREE II ni primerno orodje za končne uporabnike. Zaželeno so bolj enostavna, kratka za uporabo in praktična orodja, zasnovana za posamezne uporabnike, kot je kontrolni seznam kakovosti smernic iCAHE (angl. The International Centre for Allied Health Evidence). Za ocenjevanje kakovosti posamezne klinične smernice z uporabo instrumenta AGREE II se priporoča sodelovanje vsaj 2 ocenjevalcev, medtem ko je časovno potrebnih 62–85 minut na posameznika. Ocenjevanje z uporabo orodja iCAHE je hitrejše, saj zahteva le 5–10 minut individualnega dela (Koc, et al., 2020).

Smernice klinične prakse so na voljo brezplačno za številna zdravstvena stanja. Mednarodna podatkovna baza PEDro je trenutno najboljši vir podatkov o randomiziranih kontroliranih kliničnih raziskavah, sistematičnih pregledih literature in kliničnih smernicah v fizioterapiji. Velja za najpopolnejšo mednarodno podatkovno zbirko z dokazi podprtih smernic klinične prakse za fizioterapijo in je prosto dostopna na spletni strani www.pedro.org.au. Na ta način je fizioterapevtom omogočen hiter dostop do baze dokazov in znanja strokovnjakov ter lažje ovrednotijo svoje delo. Spletna baza PEDro je na voljo v več različnih jezikih, kar je spodbudno za osebe, ki ne govorijo angleščine. Vsi članki, ki so objavljeni v PEDro, so strokovno pregledani in objavljeni kot celotno besedilo (Moseley, et al., 2020). Geršak, et al. (2016) ob tem dodajajo, da po mnenju uglednih strokovnjakov zgolj dejstvo, da klinične smernice obstajajo, še ne pomeni, da je njihovo upoštevanje ustrezno v vseh pogojih oziroma da pomeni njihovo neupoštevanje tudi neustrezno obravnavo.

V klinični praksi se smernice najlažje in najpopolneje uveljavijo prek kliničnih poti s ciljem usklajevanja klinične prakse s priporočili kliničnih smernic (Popovič, 2018). Klinične poti so ključnega pomena pri zdravstveni obravnavi pacienta, saj zagotavljajo kontinuirano in standardizirano zdravstveno obravnavo med različnimi ustanovami in strokovnjaki. Pomen kliničnih poti je celovita zdravstvena obravnava pacientov in spodbujanje dobre klinične prakse (Kodrič & Kos, 2024). Klinične poti in klinične smernice se medsebojno dopolnjujejo, so prilagojene posameznemu stanju pacienta in zadovoljujejo potrebo pacientov glede na vrsto bolezni, poškodbe in stopnjo fizične oziroma psihosocialne prizadetosti (Zaletel, 2014). Ob tem se moramo zavedati, da se pri

kliničnih poteh lahko pojavljajo napake, če se ne upošteva najnovejših podatkov in navedb iz najnovejših kliničnih smernic (Kodrič & Kos, 2024). Dobre klinične smernice tako poučujejo paciente o tveganjih in njihovem preprečevanju, klinične poti pa jih seznanjajo z oskrbo, ki jo lahko pričakujejo pri zdravljenju. Za nenehno izboljševanje zdravstvene obravnave so klinične smernice in klinične poti pomembni elementi. Njihova naloga je usmerjanje zdravstvenega osebja v enotno izvajanje storitev, uspešno diagnostiko, terapijo in rehabilitacijo (Zaletel, 2014). Uporaba kliničnih smernic s strani fizioterapevtov je v začetnih fazah in so zato potrebni dodatni programi raziskovalnega usposabljanja za izboljšanje sprejemanja dokazov z upoštevanjem prepoznavanja lokalnih ovir (Stander, et al., 2018).

Geršak, et al. (2016) navajajo, da klinične smernice predstavljajo pomembno referenco za zagotavljanje kakovosti dela, izboljševanje pravne varnosti in transparentnosti delovanja. Klinične smernice se lahko razvijajo pod okriljem zdravniških združenj, strokovnih društev, javnih ali zasebnih organizacij, v določenih primerih tudi v sodelovanju z vladnimi agencijami na zvezni, državni ali lokalni ravni pod okriljem zdravstvenih organizacij.

Naraščajoča količina znanja in želja po prenosu izkušenj na področju kliničnih smernic sta ustvarili priložnost za mednarodno sodelovanje (Van der Wees, 2015). Leta 2002 je bila ustanovljena mednarodna mreža za smernice (angl. Guidelines International Newtwork – G-I-N), ki omogoča povezovanje med raziskovalci, organizacijami in drugimi subjekti na področju zdravstvenega varstva iz različnih držav. G-I-N skuša izboljšati skrb za zdravje s spodbujanjem sistematičnega razvoja kliničnih smernic in njihovo implementacijo v prakso (Van der Wees, 2015).

Z namenom razvoja kliničnih smernic v fizioterapiji Evropska regija Svetovne fizioterapije (angl. World Physiotherapy European Region) organizira mednarodne konference. Konference se izvajajo na Nizozemskem, ki je ena od vodilnih držav na področju razvoja in implementacije kliničnih smernic. Cilji srečanj so spodbujanje mednarodnega sodelovanja fizioterapevtov pri razvoju kliničnih smernic, izboljšanje

kakovosti fizioterapevtske prakse s pomočjo uvedbe kliničnih smernic ter prilagoditve in privzemanje obstoječih kliničnih smernic (Špoljar, 2021).

Številne mednarodne in nacionalne zdravstvene organizacije, ki pripravljajo klinične smernice, uporabljajo pristop GRADE (angl. Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) pri ocenjevanju, razvoju in vrednotenju priporočil (Sultan, et al., 2021). Metodologija GRADE se uporablja za ocenjevanje kakovosti dokazov in določanje moči priporočil (močna ali šibka). Pri določanju moči priporočil je treba upoštevati ravnovesje med predvidenimi koristmi in morebitno škodo, kakovost dokazov ter spremenljivost vrednot in preferenc pacientov (Singh, et al., 2019).

Med posameznimi državami se nivo uporabe kliničnih smernic v praksi precej razlikuje, na kar v veliki meri vpliva različen standard posameznih držav. V državah z nizkim standardom je tako razvoj smernic precejšen izziv, saj so zaradi omejenih sredstev za raziskave te običajno v pretežni meri odvisne od razvoja mednarodnih smernic. Pri uvedbi smernic je potrebna spodbuda lokalnih strokovnjakov, da smernice prenesejo, prilagodijo lokalnemu okolju in jih implementirajo v sistem. V tem procesu je treba upoštevati tudi dejavnik ekonomske izvedljivosti in specifične lokalne kulturne sprejemljivosti (Olayemi, et al., 2017). Klinične smernice se lahko privzamejo, kontekstualizirajo ali prilagodijo na nacionalni ravni države le ob predhodnem dogovoru z lastnikom avtorskih pravic. Za razvoj kliničnih smernic, njihovo posodabljanje in razširitev skrbijo nacionalna združenja za fizioterapijo ter Svetovno združenje za fizioterapijo (Puh, 2021).

V Sloveniji trenutno ne obstaja nacionalna strategija razvoja kliničnih smernic, zato se po mnenju strokovnjakov zdita najprimernejša uporaba prosto dostopnih smernic in priporočil drugih evropskih držav, kjer so smernice razvite, ali pa sprejemanje nacionalnih priporočil, ki izhajajo iz pregleda ustreznih tujih kliničnih smernic (Špoljar, 2021). Priporočila so mnenja uporabnikov, ki se opirajo na strokovna priporočila posamezne ustanove, strokovnega medicinskega združenja ali večdisciplinarne skupine strokovnjakov in temeljijo na kliničnih smernicah, vendar niso pripravljena po standardnih merilih (Puh, et al., 2022).

Raziskovanje pomena razvoja kliničnih smernic na področju fizioterapije je ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne in učinkovite fizioterapevtske oskrbe pacientov. V svetu, kjer se znanje hitro razvija in se pojavljajo nove metode zdravljenja, klinične smernice predstavljajo nepogrešljivo orodje za fizioterapevte. Omogočajo jim, da se orientirajo v poplavi informacij, sprejemajo odločitve na podlagi najnovejših znanstvenih dokazov in zagotavljajo enotno obravnavo pacientov. S tem se ne izboljšuje le kakovost zdravstvene oskrbe, temveč se tudi povečujeta varnost pacientov in učinkovitost delovnih procesov. V nadaljevanju bomo v empiričnem delu diplomskega dela podrobneje raziskali, kako klinične smernice vplivajo na prakso fizioterapevtov, kakšni so izzivi pri njihovi implementaciji in kako jih lahko izboljšamo za še večjo učinkovitost. Spoznavanje, razumevanje in opredeljevanje osnovnih pojmov kliničnih smernic na področju dela v fizioterapiji nam bo omogočilo pridobitev obsežnega in podrobnejšega vpogleda v področje kliničnih smernic v fizioterapiji z namenom optimizacije delovnih procesov, izboljšanja oskrbe pacientov ter lažjega odločanja o poti k uspešnemu zdravljenju in rehabilitaciji bolnih in poškodovanih. Na osnovi navedenih dejstev se nakazuje potreba po razvoju in izboljšavi uporabe kliničnih smernic na področju fizioterapije.

2 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu diplomskega dela smo s tematsko analizo ugotavljali pomen kliničnih smernic na področju fizioterapije.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je s pregledom literature ugotoviti, kakšen je pomen kliničnih smernic na področju fizioterapije in kateri dejavniki vplivajo na uporabo teh smernic v fizioterapiji.

Cilja diplomskega dela sta:

- ugotoviti pomen kliničnih smernic na področju fizioterapije;
- opredeliti dejavnike, ki vplivajo na uporabo kliničnih smernic v fizioterapiji.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Zastavili smo naslednji raziskovalni vprašanji:

1. Kakšen je pomen kliničnih smernic na področju fizioterapije?
2. Kateri dejavniki vplivajo na uporabo kliničnih smernic v fizioterapiji?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Izvedli smo pregled literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Izvedli smo pregled slovenske in angleške strokovne in znanstvene literature v obdobju med letoma 2014 in 2024. Pregledali smo podatkovne baze CINAHL, COBISS, PEDro, PubMed in Wiley ter spletni brskalnik Google Učenjak – prvih 60 zadetkov. Pri iskanju smo uporabili kombinacije ključnih besednih zvez v slovenskem jeziku: »klinične

smernice v fizioterapiji«, »pomen kliničnih smernic v fizioterapiji«, »pomen kliničnih smernic in razvoj v fizioterapiji«, »z dokazi podprta praksa v fizioterapiji«, v angleškem jeziku pa: »clinical guidelines in physiotherapy«, »development and importance of clinical guidelines in physiotherapy« and »evidence based practice in physiotherapy«. Uporabili smo Boolov logični operator IN (angl. AND). Vključitveni kriteriji so bili: leto objave, prosto dostopni recenzirani članki, brezplačen dostop do polnega obsega besedila in vsebinska ustreznost, izključitveni pa: članki, objavljeni pred letom 2014, plačljivi članki in vsebinska neustreznost.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Zadetke, ki smo jih pridobili po opisani metodi, smo predstavili shematsko in tabelarično. Shematsko smo rezultate pregleda literature prikazali s pomočjo diagrama PRISMA (slika 1). V tabelarnem prikazu pregleda literature (tabela 1) smo zajeli podatkovne baze, ključne besede, število zadetkov in izbrane vire za pregled v polnem besedilu.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Številko zadetkov	Izbrani viri za končni pregled v polnem besedilu
CINAHL	»evidence based practice in physiotherapy« AND »clinical guidelines in physiotherapy«	16	0
	»clinical guidelines in physiotherapy«	22	0
COBISS	»klinične smernice v fizioterapiji«	147	0
	»pomen kliničnih smernic v fizioterapiji«	57	0
	»z dokazi podprta praksa v fizioterapiji«	50	0
	»z dokazi podprta praksa v fizioterapiji« IN »klinične smernice v fizioterapiji«	22	0
Pedro	»evidence based practice in physiotherapy« AND »clinical guidelines in physiotherapy«	29	0
	»clinical guidelines in physiotherapy«	112	0
PubMed	»evidence based practice in physiotherapy« AND »development and importance of clinical guidelines in physiotherapy«	41	0
	»clinical guidelines in physiotherapy«	2598	7
Wiley	»evidence based practice in physiotherapy« AND »development and importance of clinical guidelines in physiotherapy«	717	1

Podatkovna baza	Ključne besede	Številko zadetkov	Izbrani viri za končni pregled v polnem besedilu
Google Učenjak	»klinične smernice v fizioterapiji«	227	2
	»pomen kliničnih smernic in razvoj v fizioterapiji«	104	0
	»z dokazi podprta praksa v fizioterapiji« IN »klinične smernice v fizioterapiji«	17	0
Skupaj		4159	10

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Identificirani viri so bili podvrženi tematski analizi, katere namen je bil izločiti tiste, ki so vsebinsko ustrezali opredeljenim raziskovalnim ciljem in vprašanjem. Proces selekcije je potekal v treh fazah: inicialna analiza naslovov, nato analiza izvlečkov, ki je omogočila izločitev vsebinsko neustreznih virov, in končno celovito branje besedil v polnem obsegu, ki je zagotovilo, da so bili v nadaljnjo analizo vključeni le viri, ki so bili neposredno relevantni za raziskovalne cilje. Na podlagi odprtega kodiranja so bile izbranim vsebinam dodeljene kode, ki so izražale podobne pomenske enote. Te kode so bile nato organizirane v ustrezne kategorije. Rezultat tega procesa je bila identifikacija 38 kod, ki so bile razvrščene v 3 tematske kategorije (Aveyard, 2018).

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Ocena kakovosti pregleda literature je bila izvedena z uporabo kritične ocene, ki zagotavlja sistematično in transparentno ocenjevanje metodološke strogosti in celovitosti vključenih virov. Najprej smo opredelili kriterije ocenjevanja, kot so jasnost raziskovalnih vprašanj, ustreznost metodologije, veljavnost rezultatov, jasnost interpretacije in splošna kakovost predstavitve. Na podlagi ocenjevalnih rezultatov je bila izvedena sinteza, ki je omogočila identifikacijo splošnih trendov v kakovosti vključenih virov. Rezultati ocenjevanja so bili interpretirani v kontekstu raziskovalnih vprašanj in ciljev pregleda literature. Umeščenost člankov po hierarhiji dokazov po Polit in Beck (2021) je prikazana v tabeli 2.

Tabela 2: Hierarhija dokazov znanstvenoraziskovalnega dela

Nivo	Hierarhija dokazov	Število (n)	Avtorji
1	Sistematični pregledi/metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav	0	/
2	Posamezne randomizirane klinične raziskave	0	/
3	Nerandomizirane klinične raziskave (kvaziekperimenti)	0	/
4	Sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav	2	Hlebš, 2017; Gerber, et al., 2021.
5	Neeksperimentalne/opazovalne raziskave	3	Bernhardsson, et al., 2014; Bernhardsson, et al., 2017; Lindstrom & Bernhardsson, 2018.
6	Sistematični pregledi/metasinteze kvalitativnih raziskav	2	Vernooij, et al., 2014; Hanney, et al., 2016.
7	Kvalitativne/ opisne raziskave	0	/
8	Neraziskovalni viri (mnenja ...)	3	Dizon, et al., 2016; Kredo, et al., 2016; Murad, 2017.

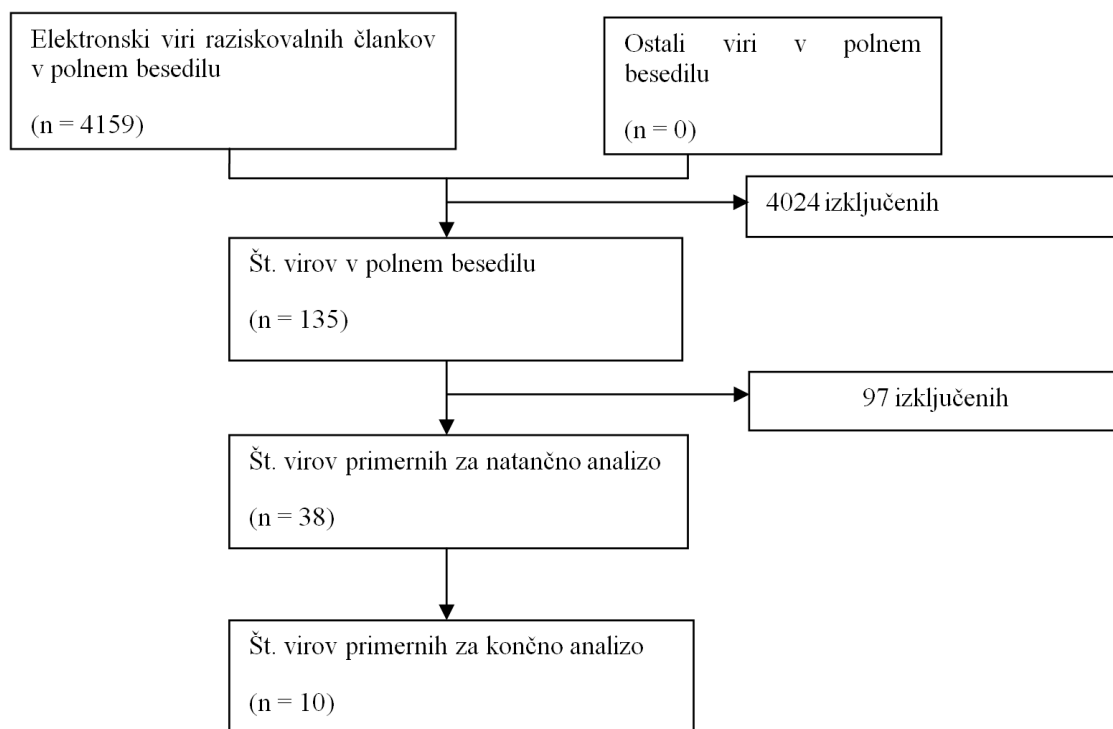
(Polit & Beck, 2021)

2.4 REZULTATI

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati vsebinsko in shematsko. Prikazali smo potek pridobivanja končnega števila virov z diagramom PRISMA (Page, et al., 2021) (slika1), ključna spoznanja (tabela 3) in kode, ki smo jih razvrstili v različne kategorije (tabela 4).

2.4.1 Diagram PRISMA

Na sliki 1 so prikazani rezultati v obliki diagrama PRISMA, ki prikazuje potek pridobivanja končnega števila zadetkov. Na podlagi ključnih besed, s katerimi smo iskali literaturo, smo pridobili 4159 elektronskih virov raziskovalnih člankov v polnem besedilu. V prvi fazi smo izključili 4024 virov in v nadaljnjo analizo uvrstili 135 virov v polnem besedilu. Po pregledu naslovov in izvlečkov smo v drugi fazi izključili 97 virov in v natančnejšo analizo uvrstili 38 virov. Po podrobnem vsebinskem pregledu smo v končno analizo uvrstili 10 virov. Shematski prikaz pregleda literature je prikazan z diagramom PRISMA (Page, et al., 2021).



Slika 1: Diagram PRISMA
(Page, et al., 2021)

2.4.2 Tabelarični prikaz rezultatov

V tabeli 3 smo prikazali rezultate glede na avtorja, leto objave, uporabljeno metodologijo, vzorec (velikost in država) in ključna spoznanja raziskav. Viri so prikazani po kronološko naraščajočih letnicah od 2014 do 2021.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Bernhardsson, et al.	2014	Kvantitativna deskriptivna korelacijska presečna raziskava	Vzorec: 419 fizioterapevtov. Država: Švedska.	Večina fizioterapevtov ima pozitiven odnos do na dokazih temelječe prakse (angl. EBP) in kliničnih smernic. Znanje o kliničnih smernicah in dostop do njih sta omejena. Malo fizioterapevtov ve, kje poiskati klinične smernice, in še manj jih ima enostaven dostop do

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				njih. Glavne ovire so pomanjkanje časa, slaba razpoložljivost kliničnih smernic in omejen dostop do njih. Dejavniki, ki vplivajo na uporabo kliničnih smernic: pozitivni odnosi, poznavanje kliničnih smernic, prepričanje, da klinične smernice olajšajo klinično prakso, in znanje o tem, kako vključiti preference pacientov, so povezani s pogosto uporabo kliničnih smernic. Mlajši fizioterapevti z manj delovnih izkušenj imajo pozitiven odnos do EBP. Podiplomski študij je povezan z večjo uporabo EBP.
Vernooij, et al.	2014	Sistematični pregled literature	Vzorec: 35 metodoloških priročnikov. Države: članek ne navaja specifičnih držav. Gre za mednarodni vzorec priročnikov.	Ustrezno implementirane klinične smernice imajo pomembno vlogo pri zmanjševanju variabilnosti in prenosu dokazov raziskav v klinično prakso ter pri izboljšanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe. Ključni proces pri ohranjanju veljavnosti kliničnih smernic je redno posodabljanje. Klinične smernice zastarajo z različno hitrostjo, kar je odvisno od tehnološkega napredka in novih znanstvenih raziskav. Avtorji ugotavljajo, da je strategija posodabljanja kliničnih smernic pomanjkljiva. Od 35 vključenih priročnikov je bila samo v osmih opisana metodologija ocenjevanja potreb po posodobitvi kliničnih smernic in prepoznavanju novih dokazov.

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Dizon, et al.	2016	Konceptualna deskriptivna analiza	Vzorec: posredno se vzorec nanaša na klinične strokovnjake (zdravnike, medicinske sestre, paciente, odločevalce ipd.). Velikost: članek ne navaja specifičnih številčnih velikosti vzorcev. Države: članek omenja "international CPG repositories" (mednarodna skladišča kliničnih smernic), kar nakazuje, da se klinične smernice razvijajo in uporabljajo v različnih državah po svetu. Omenja se primer s Filipinov, Združenega kraljestva in Avstralije. Omenja se "low-to-middle income countries (LMICs)" (države z nizkim in srednjim dohodkom).	Razvoj kliničnih smernic je dolgotrajen in drag proces, ki zahteva strokovnjake z različnih področij, da bi zagotovili ustrezne klinične smernice. Rezultati kažejo, da se morajo mednarodne klinične smernice in priporočila prilagoditi okolju, v katerem se izvajajo, pa tudi spremeniti priporočila, da se zagotovi ustrezna zdravstvena oskrba, ki odgovarja lokalnemu okolju. To pomeni, da je potrebno dodatno delo za iskanje lokalnih raziskav ali pridobitev soglasja o tem, kako prilagoditi priporočila. Obstajajo trije glavni pristopi k uporabi obstoječih kliničnih smernic: • adoptiranje: N neposredna uporaba obstoječih kliničnih smernic brez sprememb; • kontekstualizacija: prilagoditev implementacije obstoječih kliničnih smernic lokalnim pogojem (npr. viri, kultura); • adaptacija: spreminjanje priporočil kliničnih smernic, da ustrezajo lokalnim potrebam.
Hanney, et al.	2016	Sistematični pregled literature, evalvacijska raziskava	Vzorec: retrospektivne, prospektivne kohortne raziskave in randomizirani kontrolirani poskusi; vključene so bile raziskave, ki so uporabljale podatke	Upoštevanje kliničnih smernic pri fizioterapiji za obravnavo bolečine v križu je bilo precej spremenljivo, s stopnjo neupoštevanja med 60 % in 78 %. Vojaška populacija je imela nekoliko višjo stopnjo

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			o zahtevkih (claims data). Članek ne navaja specifičnih velikosti vzorcev za posamezne raziskave. Države: velika verjetnost, da so bile vključene raziskave iz držav, kjer se angleščina uporablja kot primarni jezik – Združene države Amerike, Velika Britanija, Kanada in Avstralija.	upoštevanja kliničnih smernic kot civilna populacija. Pacienti, ki so bili deležni fizioterapije v skladu s kliničnimi smernicami, so na splošno potrebovali manj fizioterapevtskih obiskov. Uporabljali so manj zdravil na recept, zlasti opioidov. Imeli so manj dodatnih obiskov pri zdravniku in manj pogosto so obiskovali urgenco. Manj pogosto so bili deležni naprednega slikanja (MRI, CT). Stroški fizioterapije in zdravil na recept so bili nižji pri pacientih, ki so bili deležni fizioterapije v skladu s kliničnimi smernicami. Stroški bolnišničnega zdravljenja so bili nekoliko višji pri pacientih, ki so bili deležni fizioterapije v skladu s kliničnimi smernicami.
Kredo, et al.	2016	Obsežno iskanje dokumentov (extensive document search) ter sinteza in zbiranje ugotovitev (collates findings)	Vzorec: klinične smernice v obstoječi praksi, raziskovalni članki o metodologiji, standardi in priporočila organizacij (WHO, SIGN, NICE, NHMRC, IOM in G-I-N), orodja za ocenjevanje kakovosti kliničnih smernic (AGREE II in ICAHE), poročila o implementaciji kliničnih smernic in strategijah za izboljšanje njihovega sprejemanja. Velikost: 69 referenc. Države: Združene države Amerike (Institute of	Klinične smernice temeljijo na sistematičnem pregledu dokazov in so del kakovostne zdravstvene oskrbe. Glavni namen kliničnih smernic je izboljšati kakovost in učinkovitost zdravstvene oskrbe ter zmanjšati razlike v klinični praksi. Številne raziskave so opravljene na temo razvoja in implementacije kliničnih smernic, vendar je premalo pozornosti posvečene procesu posodabljanja in ohranjanja veljavnosti kliničnih smernic.

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			Medicine), Škotska (SIGN), Združeno kraljestvo (NICE), Avstralija (NHMRC), Filipini in globalno (WHO).	
Bernhardsson, et al.	2017	Študija primera	Vzorec: 6 študij primerov iz različnih držav (Avstralija, Filipini, Švedska). Velikost: od majhnih skupin v krožkih kakovosti do večjih delovnih skupin, vključenih v implementacijo kliničnih smernic; sodelovali so fizioterapevti, delovni terapevti, medicinske sestre, drugi zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci.	Eksponentna rast kliničnih raziskav na področju fizioterapije povzroča težave številnim fizioterapevtom pri uporabi le-teh v klinični praksi in ti kot najpogostejšo oviro navajajo pomanjkanje časa. Namen kliničnih smernic je olajšanje uporabe na dokazih podprte prakse, izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe in zagotavljanje trenutno najboljše prakse za pacienta. Za vključevanje dokazov v prakso fizioterapevti potrebujejo dostop do najnovejših virov dokazov, spretnosti in spodbudo. Fizioterapevti s skrbnim načrtovanjem in upoštevanjem konteksta uspešno implementirajo EBP za izboljšanje zdravstvene oskrbe pacientov.
Hlebš	2017	Sistematični pregled literature	Vzorec: 11 raziskav. Država: Slovenija.	Namen članka je bil predstaviti odnos in prepričanja fizioterapevtov do uporabe z dokazi podprte prakse. Povezovanje teoretičnih znanj in prakse je ključnega pomena za razvoj fizioterapevtske stroke. Z raziskavo so ugotovili, da je prisotnih veliko težav in omejitev v poznavanju ter izvajanju z dokazi podprte prakse v fizioterapiji. Glavni razlogi, s katerimi se fizioterapevti soočajo, so:

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				pomanjkanje časa, nedostopnost raziskav v polnem besedilu, pomanjkanje znanja za razumevanje znanstvenih dokazov, pomanjkanje podpore vodstva in sodelavcev.
Murad	2017	Opis in analiza procesov in metodologije, ki se uporablja pri ustvarjanju kliničnih smernic	Knjižnica Guidelines International Network (6187 dokumentov, 76 držav). National Guideline Clearinghouse (2017 povzetkov smernic, Združene države Amerike). Članek omenja različne metaanalize, ki so bile izvedene, in navaja velikosti vzorcev posameznih metaanaliz (primer: metaanaliza 14 randomiziranih raziskav, metaanaliza 22 raziskav, opazovalna raziskava: 2154 pacientov).	Klinične smernice morajo temeljiti na sistematičnih pregledih literature. Treba je oceniti kakovost dokazov in moč priporočil. Pri razvoju kliničnih smernic je treba upoštevati vrednote pacientov. Klinične smernice mora razviti multidisciplinarna skupina strokovnjakov. Dejavniki, ki zmanjšujejo kakovost dokazov, so: tveganje pristranskosti, posrednost, nedoslednost, natančnost, verjetnost pristranskosti pri objavi in poročanju. Pristop GRADE je zlati standard za ocenjevanje kakovosti dokazov.
Lindstrom & Bernhardsson	2018	Kvantitativna opisna raziskava	Vzorec: 94 delovnih terapevtov (fizioterapevtov) v primarni zdravstveni oskrbi. Država: Švedska.	Raziskava je bila usmerjena v razumevanje stališč, znanja in vedenja, povezanih z na dokazih podprto prakso in kliničnimi smernicami na področju delovne terapije in fizioterapije. Avtorja ugotavljata, da imajo anketiranci pozitiven odnos do na dokazih podprte prakse in kliničnih smernic. Večina poroča tudi o njihovi uporabi v klinični praksi, polovica ve, kje najti klinične smernice. Kot glavno oviro za uporabo kliničnih smernic navajajo pomanjkanje časa. Večina anketirancev navaja, da bi radi

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				izboljšali svoje znanje in veščine za prepoznavanje in kritično ocenjevanje dokazov.
Gerber, et al.	2021	Sistematični pregled literature	Vzorec: 17 kliničnih smernic, ki obravnavajo rehabilitacijo oseb z zmerno do hudo travmatsko poškodbo možganov pri odraslih. Države: članek ne navaja izrecno vseh držav, iz katerih izvirajo klinične smernice, vendar so omenjene naslednje organizacije, ki nakazujejo države izvora: Monash University (Avstralija), French Society of Physical Medicine and Rehabilitation (Francija), Veterans Administration (Združene države Amerike), Ontario Neurotrauma Foundation (Kanada).	Klinične smernice morajo biti zaupanja vredne, kar pomeni, da morajo temeljiti na sistematičnem pregledu dokazov, biti razvite s strani multidisciplinarne skupine strokovnjakov, upoštevati preference pacientov, temeljiti na preglednem postopku ter zagotoviti jasno razlogo alternativnih načinov zdravstvene oskrbe. Avtorji so ugotovili, da je potrebno metodološko preverjanje raziskav z namenom zagotavljanja učinkovitosti, varnosti in zanesljivosti kliničnih smernic ter uporabe najnovejših dokazov v klinični praksi.

Legenda: EBP = na dokazih podprta praksa (Evidence Based Practice), CPG = smernice klinične prakse (Clinical Practice Guidelines), MRI = magnetnoresonančno slikanje (Magnetic Resonance Tomography), CT = računalniška tomografija (Computed Tomography), WHO = svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization), SIGN = Škotska meduniverzitetna mreža smernic (Scottish Intercollegiate Guideline Network), NICE = Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost (National Institute for Health and care Excellence), NHMRC = Avstralski nacionalni svet za zdravje in medicinske raziskave National Health and Medical Research Council), IOM = Medicinski inštitut (Institute of Medicine), G-I-N = mednarodna mreža smernic (Guidelines International Network), AGREE II = instrument za ocenjevanje kakovosti kliničnih smernic (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation), ICAHE = kontrolni seznam kakovosti kliničnih smernic (The International Centre for Allied Health Evidence), GRADE = razvrščanje priporočil, ocenjevanje, razvoj in vrednotenje – pristop k ocenjevanju kakovosti dokazov (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation).

2.4.3 Prikaz rezultatov po kategorijah in kodah

Med pregledom literature je bilo identificiranih 38 kod, ki so bile postavljene glede na njihove lastnosti in medsebojno povezanost. Kode so združene v 3 tematske kategorije: potreba po posodabljanju kliničnih smernic v fizioterapiji, prednosti uporabe kliničnih smernic v fizioterapiji in ovire za uporabo kliničnih smernic v fizioterapiji (tabela 4).

Tabela 4: Razporeditev kod po tematskih kategorijah

Tematska kategorija (n = 3)	Kode (n =38)	Avtorji
Potreba po posodabljanju kliničnih smernic v fizioterapiji	časovni okvir – pomanjkanje pozornosti za posodabljanje – ohranjanje veljavnosti kliničnih smernic – eksponentna rast kliničnih raziskav – tehnološki napredek – pomanjkljiva strategija posodabljanja kliničnih smernic – metodologija ocenjevanja potreb po posodobitvi – prepoznavanje novih dokazov – prilagajanje mednarodnih smernic lokalnemu okolju – potreba po lokalnih raziskavah – soglasje o prilagoditvi priporočil – jasna in stroga navodila – zanesljivost raziskav – uporaba najnovejših dokazov v klinični praksi	Vernooij, et al., 2014; Dizon, et al., 2016; Kredo, et al., 2016; Murad, et al., 2017.
Prednosti uporabe kliničnih smernic v fizioterapiji	prihranek časa – izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe – izboljšanje učinkovitosti zdravstvene oskrbe – zmanjšanje razlik v klinični praksi – olajšanje uporabe na dokazih podprte prakse – zagotavljanje najboljše prakse – enakopravna obravnava – prenos dokazov raziskav v klinično prakso – manj fizioterapevtskih obravnav – manj zdravil (opioidov) na recept – manj dodatnih obiskov pri zdravniku – manj rentgenskih preiskav (MRI, CT) – nižji stroški fizioterapije – boljša zdravstvena oskrba pacientov	Bernhardsson, et al., 2014; Dizon, et al., 2016; Hanney, et al., 2016; Kredo, et al., 2016; Bernhardsson, et al., 2017; Hlebš, 2017; Murad, 2017; Gerber, et al., 2021.
Ovire za uporabo kliničnih smernic v fizioterapiji	pomanjkanje časa – mnenje o nepotrebnosti smernic – omejeno znanje o kliničnih smernicah – slaba razpoložljivost kliničnih smernic – omejen dostop do kliničnih smernic – pomanjkanje znanja za razumevanje znanstvenih dokazov – nedostopnost raziskav v polnem besedilu – pomanjkanje podpore vodstva in sodelavcev – naraščajoče število raziskav – slaba	Bernhardsson, et al., 2014; Bernhardsson, et al., 2017; Lindstrom & Bernhardsson, 2018.

Tematska kategorija (n = 3)	Kode (n =38)	Avtorji
	ozaveščenost o kliničnih smernicah	

2.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu, ki temelji na pregledu strokovne in znanstvene literature, smo proučili literaturo, povezano s kliničnimi smernicami v fizioterapiji. Ugotovili smo, kakšen je namen kliničnih smernic v fizioterapiji in kateri dejavniki vplivajo na njihovo uporabo v klinični praksi. Fizioterapevti verjamejo, da z uporabo kliničnih smernic izboljšajo kakovost in rezultate svojega dela ter posledično tudi izberejo najprimernejše zdravljenje za pacienta, hkrati pa tudi pripomorejo k zmanjšanju stroškov zdravstvene oskrbe. Identificirali smo 3 tematske kategorije: potreba po posodabljanju kliničnih smernic v fizioterapiji, prednosti uporabe kliničnih smernic v fizioterapiji in ovire za uporabo kliničnih smernic v fizioterapiji. Na raziskovalni vprašanji smo odgovorili in tako dosegli namen diplomskega dela.

V nadaljevanju bomo analizirali ključne vidike potrebe po posodabljanju kliničnih smernic v fizioterapiji.

S pregledom literature smo ugotovili, da klinične smernice zastarajo z različno hitrostjo, kar je v pretežni meri odvisno od razpoložljivosti novih znanstvenih dokazov v času po zadnji posodobitvi in od tehnološkega napredka (Kredo, et al., 2016). Statistično gledano po treh letih zastara 1 od 5 priporočil (Martínez García, et al., 2014; Murad, 2017). Optimalno obdobje med posodobitvami je odvisno od posamezne teme in področja, kar pomeni, da področja s hitrim razvojem zahtevajo pogostejši nadzor kakovosti novih dokazov. Posodabljanje kliničnih smernic je kompleksen proces, ki zahteva redno spremljanje in ocenjevanje novih dokazov. O najučinkovitejšem načinu ohranjanja veljavnosti kliničnih smernic je znanega bolj malo. V večini priročnikov za razvoj kliničnih smernic se poudarja pomembnost posodabljanja, vendar je o spremljanju, učinkovitosti in optimalnih strategijah za posodabljanje kliničnih smernic potrebnih več informacij (Martínez García, et al., 2014; Kredo, et al., 2016).

Vernooij, et al. (2014) so v svoji raziskavi ugotovili, da so tako navodila kot odgovorne osebe za posodabljanje kliničnih smernic slabo opisana v 35 metodoloških priročnikih. Priporočila za prepoznavanje novih dokazov in metodologije ocenjevanja potrebe po posodobitvi so opisana v 11 (31,4 % vseh) oziroma 8 (22,8 %) priročnikih. Časovno obdobje med dvema posodobitvama je opisano v 25 (71,4 %) priročnikih, kjer se kot frekvenco posodobitve navaja vsaka 2–3 leta (40,0 % vseh). Poleg tega 3 (8,6 %) priročniki predlagajo časovni okvir, krajši od 1 leta, 8 (22,9 % vseh) pa jih vključuje časovni okvir 4–5 let. V večini teh priročnikov so navodila za iskanje literature, izbiro dokazov, oceno, sintezo in zunanji pregled postopka posodabljanja navedena precej pomanjkljivo. Odgovorna skupina strokovnjakov za posodabljanje kliničnih smernic je enako pomembna kot prvotna delovna skupina za njihov razvoj in je omenjena samo v 7 priročnikih, v 4 priročnikih pa navajajo, da je skupino treba prilagoditi novemu osbегu. Zaradi pomembnosti ohranjanja veljavnosti kliničnih smernic se proces posodabljanja začne s formiranjem posodabljalnoe delovne skupine in identifikacije novih ustreznih dokazov. Včasih je potrebno tudi angažiranje strokovnjakov s specifičnim znanjem iz drugega področja.

Klinične smernice odražajo rezultate tekoče raziskovane literature in delo, potrebno za posodobitev baze in ohranjanje veljavnosti dokazov, na katerih temeljijo priporočila, zato mora potekati nenehno. Da bi se zagotovila lokalna ustrezna zdravstvena oskrba, je treba mednarodne klinične smernice in priporočila prilagoditi (po potrebi tudi spremeniti) okolju, v katerem se izvajajo. Tako lahko države z nizkim standardom implementirajo visokokakovostne dokaze v klinično prakso in izboljšujejo rezultate dela. Obstajajo trije glavni pristopi k uporabi obstoječih kliničnih smernic, kot so posvojitve, kontekstualizacija in adaptacija (Dizon, et al., 2016).

Postopek posodabljanja kliničnih smernic je sestavljen iz treh komponent: identifikacije novih znanstvenih dokazov, ocene potrebe po posodobitvi in oblikovanja novih priporočil. Rezultati raziskave (Vernooij, et al., 2014) so pokazali, da so bistveni elementi pri prepoznavanju novih dokazov in ocene potrebe po posodobitvi nezadostno (neustrezno) navedeni ali pa vključujejo zgolj sklicevanje na razvojni proces. Avtorji so

mnjenja, da obstaja potreba po strogih mednarodnih navodilih za posodabljanje kliničnih smernic in vrednotenje učinkovitejših načinov ohranjanja veljavnosti.

Frekvenco posodabljanja posamezne klinične smernice morajo definirati razvijalci kliničnih smernic in izvajati strategije za preverjanje veljavnosti priporočil. V primeru, da posodobitev ni izvedena v definiranem časovnem okviru, se ta klinična smernica obravnava kot neprimerna za uporabo (Kredo, et al., 2016).

V nadaljevanju bomo analizirali prednosti implementacije kliničnih smernic v fizioterapevtsko prakso.

Klinične smernice, ki temeljijo na sistematičnem pregledu dokazov, so del kakovostne zdravstvene oskrbe (Kredo, et al., 2016). Zagotavljajo zanesljive, učinkovite in preverjene informacije, ki so potrebne za prenos izsledkov raziskav oziroma teorije v klinično prakso (Gerber, et al., 2021). Od zdravstvenih delavcev, med katerimi so tudi fizioterapevti, se pričakuje da bodo pacientu zagotovili zdravstveno obravnavo, ki temelji na dokazih (Zadro, et al., 2020). Hanney, et al. (2016) in Zadro, et al. (2020) navajajo, da klinične smernice vodijo fizioterapevta pri izbiri ustreznih, učinkovitih in koristnih načinov obravnave ter pacientu omogočajo prejemanje najboljše fizioterapevtske oskrbe in posledično prinašajo korist tako pacientu kot družbi.

Namen kliničnih smernic je izboljšati zdravstvene rezultate in optimizirati zdravstveno oskrbo pacientov (Gerber, et al., 2021), zmanjšati variabilnost v klinični praksi, opolnomočiti paciente ter preprečiti neučinkovita zdravljenja (Kredo, et al., 2016). Izvajanje fizioterapije, ki temelji na dokazih, omogoča fizioterapevtom uskladitev prakse z najboljšimi razpoložljivimi dokazi raziskav (Zadro, et al., 2020) in vrednotami pacientov (Murad, 2017). Z uvajanjem izsledkov raziskav v prakso so klinične smernice namenjene lažji uporabi na dokazih podprte prakse. Hanney, et al. (2016) so ugotovili, da se z upoštevanjem kliničnih smernic v fizioterapiji lahko zmanjšajo stroški in uporaba neučinkovitih načinov zdravljenja. Pri pacientih, ki so bili zdravljeni v skladu s priporočili trenutnih dokazov, so rezultati pokazali manjšo potrebo po fizikalni terapiji, manj

dodatnih obiskov, zmanjšanje uporabe zdravil na recept in opioidnih zdravil. Avtorji so poročali o pomembnosti uporabe kliničnih smernic s ciljem zmanjševanja potrebe po uporabi naprednih postopkov slikanja.

Klinične smernice so ključnega pomena za ocenjevanje stanja in razvoj najprimernejših ukrepov za uspešno izvajanje učinkovitosti znanstveno podprtih dokazov in zagotavljanje zdravstvene oskrbe visoke vrednosti (Murad, 2017). V zadnjih letih so opravljene številne raziskave na temo kliničnih smernic s poudarkom na razvoju, posodabljanju, namenu in izvajanju kliničnih smernic (Kredo, et al., 2016). Število raziskav na področju fizioterapije dosega eksponentno rast, vendar je malo znanega o najučinkovitejših načinih za prenos ugotovitev raziskav v klinično prakso (Bernhardsson, et al., 2017) in o učinkovitosti različnih strategij, namenjenih povečanju rabe kliničnih smernic v praksi (Bernhardsson, et al., 2014). Ustrezno implementirane klinične smernice prispevajo k uporabi znanstveno dokazanih dejstev v klinično prakso, zdravljenju z učinkovitimi metodami in izboljšanju varnosti zdravstvenega varstva (Vernooij, et al., 2014).

Standardna merila za objavo kliničnih smernic morajo biti stroga in temeljiti na ključnih elementih, kot so: sistematični pregled najnovejših znanstvenih dokazov, razvit s strani multidisciplinarne skupine usposobljenih strokovnjakov, upoštevati mora želje in vrednote pacientov, zagotoviti jasno razlago možnih načinov obravnave in zdravstvenih rezultatov ter zagotoviti oceno kakovosti dokazov in trdnosti priporočil (Murad, 2017). Za oceno kakovosti dokazov in moči priporočil v kliničnih smernicah o istem kliničnem vprašanju v različnih raziskavah je bil leta 2003 razvit pristop GRADE (angl. Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) (Murad, 2017). Razvijalcem kliničnih smernic pomaga pri izbiri in ocenjevanju pomembnosti dokazov ter tega, kako na standardiziran način nadaljevati od dokazov do priporočil (Kredo, et al., 2016). GRADE predlaga uporabo dveh izrazov moči priporočil, in sicer: »močna priporočila pomenijo, da so dokazi visoke kakovosti, največja korist in najmanjše tveganje za posameznika« ter »šibka priporočila pomenijo, da so dokazi nizke kakovosti, treba je upoštevati pacientove vrednote in preference ter mu zagotoviti jasno razlago možne koristi in škode« (Murad, 2017).

Bernhardsson, et al. (2014) so ugotovili, da s spodbujanjem multidisciplinarnega timskega dela skozi izmenjavo znanja in uveljavljanjem večplastnega pristopa pri uvajanju kliničnih smernic zagotavljajo sodelovanje pacienta, ki je vse bolj ozaveščen in aktivno udeležen v procesu zdravstvene oskrbe. Takšno delo omogoča fizioterapevtom pridobivanje kompetenc v razvojnih dejavnostih, posodabljanje znanja in preverjanje uspešnosti svojega dela s priporočili najboljše prakse.

V nadaljevanju bomo analizirali sistemske in individualne ovire, ki vplivajo na implementacijo kliničnih smernic v fizioterapevtsko prakso. Osredotočili se bomo na kvantificiranje vpliva teh ovir na adherenco k smernicam, identifikacijo ključnih determinant neizvajanja in evalvacijo strategij za premagovanje teh izzivov.

Klinične smernice so namenjene promociji in izvajanju na dokazih podprte prakse. Predstavljajo odlično izhodišče za vključitev dokazov v prakso in oblikovanje kliničnih vprašanj, na katera je treba odgovoriti z novimi raziskavami (Lindstrom & Bernhardsson, 2018). Vendar razvoj in objava kliničnih smernic nista dovolj za uspešno izvajanje in upoštevanje kliničnih smernic v praksi. Ovire, povezane z implementacijo in uporabo kliničnih smernic, obstajajo na različnih ravneh. Uspešnost uvedbe kliničnih smernic v praksi je odvisna od različnih ovir in načinov njihovega premagovanja.

Zelo pomembna sta zavedanje fizioterapevtov o obstoju in namenu kliničnih smernic ter apliciranje le-teh v praksi. Strategije izvajanja kliničnih smernic bi morale biti osredotočene na strategije razširjanja in izobraževalne vidike ter na ta način vplivati na izboljšanje znanja in lažje upoštevanje kliničnih smernic v praksi (Fischer, et al., 2016). Sama razpoložljivost kliničnih smernic in njena uporaba se v mikrookoljih precej razlikujeta, tako kot se razlikujeta med posameznimi državami (Bernhardsson, et al., 2014).

Po pregledu literature smo ugotovili, da čeprav imajo fizioterapevti na splošno pozitiven odnos do na dokazih temelječih praks in priznavanja pomena uporabe kliničnih smernic v lastni praksi, kliničnih smernic v praksi ne uporabljajo prav pogosto. Odločitve raje

sprejemajo na podlagi z dosedanjim delom pridobljenih izkušenj in znanja, pridobljenega med začetnim izobraževanjem (Lindstrom & Bernhardsson, 2018).

Kredo, et al. (2016) navajajo, da uvedba kliničnih smernic v vsakodnevni praksi pogosto od zdravstvenih delavcev, pacientov in drugih uporabnikov zdravstvenega varstva zahteva spremembo stališča in vedenja ter samega načina dela. Delo fizioterapevta, ki temelji zgolj na pridobljenih izkušnjah, brez upoštevanja na znanstvenih dokazih temelječih sodobnih smernic, lahko vodi do slabših kliničnih rezultatov in potencialno vpliva tudi na višje stroške zdravljenja (Hlebš, 2017).

Na temo ovir pri uporabi kliničnih smernic v praksi so bile narejene številne raziskave. Lindstrom in Bernhardsson (2018) sta na to temo izvedla raziskavo, v kateri je sodelovalo 94 fizioterapevtov. Proučevala sta stališča fizioterapevtov, njihovo znanje in vedenje v zvezi z na dokazih podprto prakso in kliničnimi smernicami. Prišla sta do zaključka, da približno polovica anketiranih zaupa rezultatom raziskav, da ima 97 % fizioterapevtov pozitiven odnos do na dokazih podprte prakse in da se na splošno strinjajo glede pomembnosti uporabe kliničnih smernic v praksi z namenom doseganja optimalnega zdravljenja pacienta. Dve tretjini anketirancev sta navedli, da klinične smernice poznajo, 47 % anketirancev pa tudi ve, kje je možno smernice poiskati. Štiri petine anketirancev so navedle, da imajo na voljo enostaven dostop do smernic, 75 % anketirancev pa, da smernice pogosto uporabljajo v praksi. Fizioterapevti poročajo, da je pomanjkanje časa glavna ovira za učinkovito uporabo kliničnih smernic v praksi. Na to dejstvo ima precejšnji vpliv tudi naraščajoče število raziskav v fizioterapiji, saj sta tako sprotno spremljanje najnovejših dokazov raziskav in sama uporaba kliničnih smernic v praksi kar precejšnji izziv, ker zahtevata veliko vloženega časa in truda. Za izboljšanje uporabe kliničnih smernic v praksi in posledično zmanjšanje vrzeli med raziskavami in prakso morajo biti klinične smernice kratke in jasne (Fischer, et al., 2016).

Fischer, et al. (2016) so v raziskavi na podlagi pregleda literature ovire in strategije za izvajanje kliničnih smernic razdelili v 3 skupine. V prvo skupino so uvrstili osebne dejavnike, ki so povezani z odnosom in znanjem glede uporabe kliničnih smernic in

njihovih priporočil. Izpostavili so pomanjkanje samoučinkovitosti, spretnosti, motivacije, sodelovanja in dodatnega izobraževanja. V drugo skupino so uvrstili dejavnike, povezane s kliničnimi smernicami, in sicer: pomanjkanje kakovostnih dokazov in uporabnosti, jasnih ciljev, redne posodobitve, strokovna izobraževanja, omejen dostop do celotnega besedila raziskav in uporabniku prijazne klinične smernice. V tretjo skupino so avtorji uvrstili dejavnike na ravni delovnega mesta, med katerimi izpostavljajo organizacijske omejitve, in sicer pomanjkanje sodelovanja in pomanjkanje virov. Organizacijska kultura, ki podpira učenje za razširitev na dokazih temelječega znanja, zagotavlja ugodne okoliščine za raziskovalno uporabo in zmanjšuje razlike v praksi.

Analiza problema je potrebna za identifikacijo ovir in razvijanje strategij za njihovo premagovanje. Obravnava ovir, povezanih z uporabo kliničnih smernic, je še posebej pomembna pri razvoju: klinične smernice naj bodo specifične in s povezavami do podpornih dokazov (Fischer, et al., 2016). Kredo, et al. (2016), Bernhardsson, et al. (2017) in Lindstrom in Bernhardsson (2018) so v raziskavah identificirali potrebo po dodatnih usposabljanjih fizioterapevtov s področja raziskovanja in optimalne uporabe kliničnih smernic. V raziskavah tudi navajajo potrebo po izboljšanju spretnosti za prepoznavanje in kritično ocenjevanje dokazov raziskav ter tudi zagotavljanje dodatnega časa za usposabljanja (Lindstrom & Bernhardsson, 2018). Podpora vodstva in sodelavcev pri iskanju, presojanju in sprejemanju dokazov raziskav ima pomembno vlogo pri zagotavljanju uspešnega dela in doseganja zastavljenih ciljev. V fizioterapiji je o učinkovitosti izvajanja posameznih strategij znanega le malo, vendar je dejstvo, da uvedba kliničnih smernic v prakso z uporabo aktivnih večplastnih strategij ta proces olajša, izboljša znanje in delo fizioterapevtov (Bernhardsson, et al., 2014). Na uspešno uporabo kliničnih smernic in občutek sposobnosti zdravljenja pacientov skladno z znanstvenimi dognanji močno vplivata dejanska ozaveščenost fizioterapevtov in poznavanje vsebine kliničnih smernic (Bernhardsson, et al., 2014; Kredo, et al., 2016).

Ovire, s katerimi se najpogosteje soočajo fizioterapevti v praksi, so: pomanjkanje časa za iskanje alternativnih načinov zdravljenja, nepoznavanje podatkovnih baz kot virov informacij, omejen dostop do raziskovalnih študij, pomanjkanje motivacije in podpore za

uvajanje sprememb s strani vodstva ustanov ter velika delovna obremenitev (Fischer, et al., 2016; Kreda, et al., 2016; Bernhardsson, et al., 2017; Hlebš, 2017; Lindstrom & Bernhardsson, 2018). Hlebš (2017) in Bernhardsson, et al. (2014) v svojih raziskavah poleg že omenjenih dejavnikov dodajajo še pomanjkanje dostopa do raziskav v polnem besedilu ter pomanjkljivo znanje o dostopu in razumevanju kliničnih smernic. Hkrati pa se navaja še poudarjanje pomembnosti dodatnih strokovnih usposabljanj s ciljem implementacije kliničnih smernic v fizioterapevtski praksi (Lindstrom & Bernhardsson, 2018). Na uporabo kliničnih smernic v fizioterapiji med drugim vplivata tudi starost fizioterapevtov in njihov spol, moški fizioterapevti pa so prepričani, da imajo enostaven dostop do kliničnih smernic (Lindstrom & Bernhardsson, 2018). Hanney, et al. (2016) so v svoji analizi ugotovili, da se je zgolj 30 % fizioterapevtov držalo kliničnih smernic, kjer kot razlog za neupoštevanje kliničnih smernic navajajo pomanjkanje razumevanja smernic ter združljivosti teorije in prakse oziroma raven strinjanja s priporočili. Aktiven pristop k usposabljanju in izboljšanje znanja posameznika za ocenjevanje kakovosti dokazov sta pomembna dejavnika za implementacijo kliničnih smernic in zagotavljanje uspešne prakse (Fischer, et al., 2016; Hanney, et al., 2016; Hlebš, 2017).

Uporaba kliničnih smernic v praksi prinaša rezultate in učinke fizioterapije na najvišjem nivoju, vendar bi se izvajanje v praksi lahko izboljšalo (Murad, 2017). Za namen vplivanja na spremembo strokovnih stališč in praks v fizioterapiji so na voljo različne strategije, kot so: interaktivne izobraževalne delavnice, usposabljanja in izobraževalna gradiva (Bernhardsson, et al., 2014). Ugotovljeno je, da spremembe dejavnikov, kot sta znanje in odnos, vplivajo na motivacijo za uporabo raziskav in so učinkovite pri spremembi vedenja (Fischer, et al., 2016). Znanje je zgolj eno od različnih področij, ki vpliva na uspešno izvajanje kliničnih smernic v praksi (Bernhardsson, et al., 2014).

Naraščajoče število raziskav na temo kliničnih smernic v fizioterapiji je prispevalo k izboljšanju rezultatov zdravljenja in kakovosti oskrbe pacientov, vendar ažurno sledenje najnovejšim raziskavam in prenos najnovejših dokazov v vsakodnevno prakso večini fizioterapevtov predstavlja precejšnji izziv (Bernhardsson, et al., 2017).

Za uspešno implementacijo kliničnih smernic v klinično prakso je treba obravnavati glavno oviro, in sicer časovno omejitev, ki je lahko osebna in tudi organizacijska ovira. Za uspešno premagovanje omenjene ovire je ključna organizacijska ali vodstvena podpora v obliki zagotavljanja zadostnega časa za iskanje in ocenjevanje razpoložljive literature ter vključevanje novosti v prakso (Bernhardsson, et al., 2014).

2.5.1 Omejitve raziskave

Glavne omejitve raziskave diplomskega dela so pomanjkanje literature v slovenskem jeziku, nedostopnost tuje literature v polnem besedilu in zelo malo znanstvenih raziskav, vezanih na obravnavano temo. Tudi sami avtorji uporabljenih virov poudarjajo potrebo po nadaljnjih raziskavah za boljše razumevanje ovir pri implementaciji kliničnih smernic in razvoj strategij za spodbujanje prenosa raziskovalnih dokazov v klinično prakso.

2.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo

V diplomskem delu smo s pregledom literature proučili namen kliničnih smernic v fizioterapiji. Raziskali smo, kateri dejavniki spodbujajo oziroma ovirajo uporabo kliničnih smernic v praksi in njihovo veljavnost. Ugotovili smo, da imajo fizioterapevti pozitiven odnos do kliničnih smernic in da se zavedajo pomembnosti uporabe visokokakovostnih dokazov raziskav v praksi, vendar je kljub zavedanju uporaba najnovejših kliničnih smernic v praksi zelo spremenljiva. Pomembno je prepoznati tako notranje kot zunanje ovire in razviti strategije za njihovo odpravo. Najpogosteje ugotovljene ovire so: časovne omejitve, omejen dostop do raziskav, slabo zaupanje v spretnosti za prepoznavanje in kritično ocenjevanje raziskav ter neustrezna podpora kolegov, vodij in drugih zdravstvenih delavcev. Raziskave o ovirah in strategijah pri izvajanju kliničnih smernic so uporabne pri načrtovanju in izvajanju intervencij za spreminjanje teh dejavnikov ter posledično pri povečanju obsega izvajanja kliničnih smernic. Strategije za izvajanje kliničnih smernic bi se morale osredotočiti na izboljšanje znanja in odnosov, saj znanje vpliva na stališča, stališča pa na vedenje v praksi, in se na ta način izboljša sprejemanje kliničnih smernic v praksi. Prednosti uporabe kliničnih

smernic so v stalnem izobraževanju in strokovnem usposabljanju zdravstvenih delavcev, služijo kot pomoč pri iskanju odgovorov na specifična klinična vprašanja ter zagotavljajo celosten pogled pri obravnavi pacienta. Pacientu nudijo potrebne informacije in omogočajo lažje sprejemanje odločitev o primerni zdravstveni oskrbi v posebnih kliničnih okoliščinah. Izobraževanje fizioterapevtov in podajanje informacij v obliki tiskanega gradiva sta koristni strategiji pri prenosu kliničnih smernic v prakso. Smernice klinične prakse, razvite v skladu z mednarodnimi standardi, imajo pomembno vlogo pri izboljšanju prenosa raziskav v prakso in izboljšanju zdravstvenih izidov ter zmanjšujejo razlike v praksi. Zagotavljajo jasne, praktične in posodobljene informacije in na ta način omogočajo fizioterapevtu sprejemanje najboljše odločitve. Klinične smernice zastarajo z različno hitrostjo, pri čemer je njihovo posodabljanje ključno pri ohranjanju veljavnosti, zanesljivosti in učinkovitosti dokazov. Trenutno ne obstajajo standardi za optimalno metodologijo posodabljanja kliničnih smernic.

V Sloveniji področje kliničnih smernic ni zadostno raziskano, zato priporočamo nadaljnje raziskave, usmerjene na slovenske fizioterapevte in študente fizioterapije, konkretno o njihovem znanju, odnosu in stališčih do uporabe na dokazih temelječih kliničnih smernic.

3 ZAKLJUČEK

Na dokazih temelječe klinične smernice so pomembno orodje za sprejemanje najnovejših in najkakovostnejših izsledkov raziskav v prakso z namenom kakovostne, pravočasne, varne in učinkovite zdravstvene obravnave pacientov. Izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev izboljšata spremljanje in samoocenjevanje uspešnosti upoštevanja kliničnih smernic. Eni od prednosti uporabe kliničnih smernic sta spodbujanje dokazano koristnih intervencij in odvrčanje od neučinkovitih ali potencialno škodljivih obravnav. Klinične smernice lahko zmanjšajo razlike v praksi in izboljšajo prenos raziskav vanjo. Pacientom omogočajo potrebne informacije pri izbiri najboljšega načina zdravstvene oskrbe, zagotavljajo večjo ozaveščenost in s tem tudi aktivnejšo udeležbo v procesu zdravstvene oskrbe. Klinične smernice se osredotočajo na pristop k obravnavi pacienta skozi celoten proces oskrbe, upoštevajoč specifične klinične situacije posameznika. Klinične smernice so kot orodje za doslednejšo in učinkovitejšo obravnavo ter odpravo razlik med tem, kar prakticirajo fizioterapevti, in tem, kar podpirajo znanstveni dokazi. Ponujajo rešitve, zaradi katerih obstaja večja verjetnost, da bodo pacienti obravnavani na enak način, ne glede na to, kdo izvaja zdravljenje in kje se to zdravljenje izvaja. Pri izvajanju in vrednotenju kliničnih smernic je ključna informacija, ali fizioterapevti posedujejo potrebne spretnosti za upoštevanje priporočil kliničnih smernic. Na uporabo kliničnih smernic v praksi vpliva več dejavnikov, ki povzročajo vrzel v uspešnosti med najkakovostnejšimi dokazi in klinično prakso. Fizioterapevti imajo, generalno gledano, pozitiven odnos do kliničnih smernic, vendar obstaja potreba po izboljšanju njihovega znanja in veščin za uporabo kliničnih smernic. Poleg tega predstavljata najpogostejši oviri za uporabo kliničnih smernic pomanjkanje časa ter pomanjkanje znanja o dostopu in vsebini kliničnih smernic. Za odpravo teh ovir je pomembno izboljšanje usposobljenosti fizioterapevtov z dodatnimi strokovnimi tečaji in interaktivnim podiplomskim učenjem. Pomanjkanje časa je v raziskavah najpogostejše navedena ovira, vendar se tu v ozadju lahko skrivajo pomanjkanje spretnosti ali znanja posameznikov, njihova nenaklonjenost spremembam vedenja v klinični praksi, nepripravljenost za vključitev najkakovostnejših kliničnih dokazov pri svojem delu oziroma pomanjkanje volje za samoiniciativno iskanje potencialno primernejših načinov obravnave pacientov. Pri razvoju v specifičnem okolju

in ciljnim skupinam prilagojenih strategij je treba ovire pri izvajanju in upoštevanju kliničnih smernic vnaprej analizirati. V praksi je pri uporabi kliničnih smernic pomembno upoštevati stopnjo veljavnosti in uporabnosti dokazov. Da bi ohranile svojo veljavnost, je treba klinične smernice redno posodablјati. Nekateri avtorji menijo, da je posodobitev potrebna po treh do petih letih, odvisno od razpoložljivosti najnovejših znanstvenih dokazov, vendar je na to temo opravljenih bolj malo raziskav. Razvijalci kliničnih smernic bi se morali zavedati te pomanjkljivosti, ko spodbujajo uporabo kliničnih smernic kot podporno orodje za učinkovito fizioterapevtsko prakso. Za identifikacijo ovir, razvoj strategij za implementacijo kliničnih smernic in posledično prilagajanje izvedbenih posegov v praksi so potrebne nadaljnje raziskave.

4 LITERATURA

Alshehri, M., Alalawi, A., Alhasan, H. & Stokes, E., 2017. Physiotherapists' behaviour, attitudes, awareness, knowledge and barriers in relation to evidence-based practice implementation in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 15(3), pp. 127-141. 10.1097/XEB.0000000000000106.

Amorin Woods, L.G., Beck, R.W., Parkin Smith, G.F., Lougheed, J. & Bremner, A.P., 2014. Adherence to clinical practice guidelines among three primary contact professions: A best evidence synthesis of the literature for the management of acute and subacute low back pain. *Journal Canadian Chiropractic Association*, 58(3), pp. 220-237.

Aveyard, H., 2018. *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. 4th ed. London: Open University Press.

Bargeri, S., Iannicelli, V., Castellini, G., Cinquini, M. & Gianola, S., 2021. AGREE II appraisals of clinical practice guidelines in rehabilitation showed poor reporting and moderate variability in quality ratings when users apply different cuff-offs: a methodological study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 139(9), pp. 222-231. 10.1016/j.jclinepi.2021.08.021.

Bernhardsson, S., Johansson, K., Nilsen, P., Oberg, B. & Larsson, M.H., 2014. Determinants of guideline use in primary care physicaltherapy: A cross-sectional survey of attitudes, knowledge, and behavior. *Physical Therapy*, 94(3), pp. 343-354. 10.2522/ptj.20130147.

Bernhardsson, S., Lynch, E., Dizon, J.M., Fernandes, J., Gonzalez-Suarez, C., Lizarondo, L., Luker, J., Wiles, L. & Grimmer, K., 2017. Advancing evidence-based practice in physical therapy settings: Multinational perspectives on implementation strategies and interventions. *Physical Therapy*, 97(1), pp. 51-60. 10.2522/ptj.20160141.

Dannapfel, P. & Nilsen, P., 2016. Evidence-based physiotherapy culture - The influence of health care leaders in Sweden. *Open Journal of Leadership*, 5(3), pp. 51-69. 10.4236/ojl.2016.53006.

Dijkers, M.P., Ward, I., Annaswamy, T., Dedrick, D., Hoffecker, L. & Millis, S.R., 2021. What Determines the Quality of Rehabilitation Clinical Practice Guidelines?: An Overview Study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 100(8), pp. 790-797. 10.1097/PHM.0000000000001645.

Dizon, J.M., Machingaidze, S. & Grimmer, K., 2016. To adopt, to adapt, or to contextualise? The big question in clinical practice guideline development. *BMC Research notes*, 9(442), pp. 1-8. 10.1186/s13104-016-2244-7.

Fischer, F., Lange, K., Klose, K., Greiner, W. & Kraemer, A., 2016. Barriers and Strategies in Guideline Implementation - A Scoping Review. *Healthcare*, 4(36), pp. 1-16. 10.3390/healthcare4030036.

Gerber, L.H., Deshpande, R., Moosvi, A., Zafonte, R., Bushnik, T., Garfinkel, S. & Cai, C., 2021. Narrative review of clinical practice guidelines for treating people with moderate or severe traumatic brain injury. *Neuro Rehabilitation* 48(4), pp. 451-467. 10.3233/NRE-210024.

Geršak, K., Fras, Z. & Rems, M., 2016. Ali vemo, kakšne morajo biti dobre klinične smernice? *Zdravniški vestnik*, 85(1), pp. 6-14.

Geršak, K., Šoštarič, M., Komadina, R., Strle, F. & Fras, Z., 2018. Pot sprejemanja strokovnih priporočil in kliničnih smernic. *Zdravniški vestnik*, 87(7/8), pp. 307-309.

Hanney, W.J., Masaracchio, M., Liu, X. & Kolber, M.J., 2016. The influence of Physical Therapy Guideline Adherence on Healthcare Utilization and Costs among Patients with

Low Back Pain: A Systematic Review of the Literature. *Plos One* 11(6), pp.1-18. 10.1371/journal.pone.0156799.

Hlebš, S., 2017. Z dokazi podprte prakse v fizioterapiji. *Revija za univerzalno odličnost*, 6(1), pp. 86-97.

Kodrič, A. & Kos, M., 2024. Slovenske klinične smernice in priporočila. *Farmacevtski Vestnik*, 75(3), pp. 214-219.

Koc, E.M., Aksoy, H., Ayhan Baser, D., Baydar Artantas, A., Kahveci, R. & Cihan, F.G., 2020. Evaluation of clinical practice guideline quality: comparison of two appraisal tools. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(10), pp. 663-670. 10.1093/intqhc/mzaa129.

Kredo, T., Bernhardsson, S., Machingaidze, S., Young, T., Louw, Q., Ochodo, E. & Grimmer, K., 2016. Guide to clinical practice guidelines: the current state of play. *International Journal for Quality in Healthcare*, 28(1), pp. 122-128. 10.1093/intqhc/mzv115.

Lindstrom, A.C. & Bernhardsson, S., 2018. Evidence-based practice in primary care occupational therapy: A cross-sectional survey in Sweden. *Occupational Therapy International*, 2018(2), pp. 1-9. 1155/2018/5376764.

Martínez García, L., Sanabria, A.J., García Alvarez, E., Trujillo-Martín, M.M., Etxeandia-Ikobaltzeta, I., Kotzeva, A., Rigau, D., Louro-González, A., Barajas-Nava, L., Díaz Del Campo, P., Estrada, M.D., Solà, I., Gracia, J., Salcedo-Fernandez, F., Lawson, J., Haynes, R.B. & Alonso-Coello, P., 2014. The validity of recommendations from clinical guidelines: a survival analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 186(16), pp. 1211-1219. 10.1503/cmaj.140547.

Moseley, A.M., Elkins, M.R., Van der Wees, P.J. & Pinheiro, M.B., 2020. Using research to guide practice: The Physiotherapy Evidence Database (PEDro). *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 24(5), pp. 384-391. 10.1016/j.bjpt.2019.11.002.

Murad, H., 2017. Clinical Practice Guidelines: A Primer on Development and Dissemination. *Mayo Clinic Proceedings* 92(3), pp. 423-433. 10.1016/j.mayocp.2017.01.001.

Olayemi, E., Asare., E.V. & Benneh-Akwasi Kuma., A.A., 2017. Guidelines in lower-middleincome countries. *British Journal of Haematology*, 177(6), pp. 846-854. 10.1111/bjh.14583.

Page, M.J., McKenzie, J.M., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomasab, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P. & Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 134(2021), pp. 178-189. 10.1016/j.jclinepi.2021.03.001.

Polit, B. & Beck, C.T., 2021. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Popovič, B., 2018. Pomen in pravni status priporočil in smernic. *Zdravniški Vestnik*, 87(7/8), pp. 365-377.

Puh, U., 2014. Pomen kliničnih smernic v fizioterapiji. *Revija Rehabilitacija*, 8(1), pp. 25-30.

Puh, U., 2021. *Pomen in nastajanje kliničnih smernic*. [pdf] Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča. Available at: <https://www.uri-soca.si/f/docs/spletne->

publikacije/Izbor_priporocil_za_FT_obravnavo_zbornik_povzetkov_koncna21_09_2021.pdf [Accessed 20 February 2023].

Puh, U., Kržišnik, M., Freitag, T., Rudolf, M., Štrumbelj, T. & Goljar, N., 2022. Proporočila za fizioterapijo po možganski kapi. *Fizioterapija*, 30(1), p. 53.

Singh, J.A., Guyatt, G., Ogdie, A., Gladman, D.D., Deal, C., Deodhar, A., Dubreuil, M., Dunham, J., Husni, M.E., Kenny, S., Kwan-Morley, J., Lin, J., Marchetta, P., Mease, P.J., Merola, J.F., Miner, J., Ritchlin, C.T., Siaton, B., Smith, B.J., Van Voorhees, A.S., Jonsson, A.H., Shah, A.A., Sullivan, N., Turgunbaev, M., Coates, L.C., Gottlieb, A., Magrey, M., Nowell, W.B., Orbai, A.M., Reddy, S.M., Scher, J.U., Siegel, E., Siegel, M., Walsh, J.A., Turner, A.S. & Reston, J., 2019. American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheumatology*, 71(1), pp. 5-32. 10.1002/art.40726.

Stander, J., Grimmer, K. & Brink, Y., 2018. Training programmes to improve evidence uptake and utilisation by physiotherapists: A systematic scoping review. *BMC Medical Education*, 18(14), pp. 1-12. 10.1186/s12909-018-1121-6.

Stander, J., Grimmer, K. & Brink, Y., 2019. Factors in fluencing clinical practice guideline uptake by South African physiotherapists: A qualitative investigation of barriers and facilitators. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(3), pp. 728-738. 10.1111/jep.13182.

Sultan, S., Siedler, M.R., Morgan, R.L., Ogunremi, T., Dahm, P., Fatheree, L.A., Getchius, T.S.D., Ginex, P.K., Jakhmola, P., McFarlane, E., Murad, M.H., Temple Smolkin, R.L., Amer, Y.S., Alam, M., Kang, B.Y., Falck-Ytter, Y. & Mustafa, R.A., 2021. An International Needs Assessment Survey of Guideline Developers Demonstrates Variability in Resources and Challenges to Collaboration between Organizations. *Journal of General Internal Medicine*, 37(11), pp. 2669-2677. 10.1007/s11606-021-07112-w.

Špoljar, J., 2021. *Priporočila za fizioterapevtsko obravnavo v Evropi*. [pdf] Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča. Available at: https://www.uri-soca.si/f/docs/spletne-publikacije/Izbor_priporocil_za_FT_obravnavo_zbornik_povzetkov_koncna21_09_2021.pdf [Accessed 20 February 2023].

Van der Wees, P., 2015. Implementing non-pharmacological guidelines in clinical practice. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 74(2), p. 60. 10.1136/annrheumdis-2015-eular.6769.

Vernooij, R.W., Sanabria, A.J., Solà, I., Alonso-Coello, P. & Martínez García, L., 2014. Guidance for updating clinical practice guidelines: A systematic review of methodological handbooks. *Implementation Science*, 9(3), pp. 1-9. 10.1186/1748-5908-9-3.

Zadro, J.R., O'Keeffe, M., Allison, J.L., Lembke, K.A., Forbes, J.L. & Maher, C.G., 2020. Effectiveness of Implementation Strategies to Improve Adherence of Physical Therapist Treatment Choices to Clinical Practice Guidelines for Musculoskeletal Conditions: Systematic Review. *Physical Therapy*, 100(9), pp. 1516-1541. 10.1093/ptj/pzaa101.

Zaletel, M., 2014. Pomen kliničnih smernic v zdravstveni negi. *Revija Rehabilitacija*, 8(1), pp. 25-30.