

## UVOD

Na početku priče o kliničkim putevima želeo bih čitaocu postaviti pitanje, kako bi se odazvao ako bi uočio da pilot u avionu u kome putuje, počinje let otprilike onako kao on počinje vožnju sa automobilom: da zapali motor i krene. Bar što se mene tiče može mi se desiti da auto pokrenem sa loše zatvorenim vratima, podignutim vratima prtljažnika ili bez upaljenih farova. Ako bi se to desilo pilotu, posledice bi bile katastrofalne. Ali pilot ne radi tako; on pre poletanja i za vreme leta kontroliše sve merne i alarmne sprave u redosledu koga propisuje štampani protokol, na kome mora i evidentirati da je uradio sve ono, što se od njega očekuje.

Postoji još jedan bitan razlog, da se uz pilota osećamo (barem relativno) sigurno: i njegov život a ne samo život putnika zavisi od toga kako brižljivo poštuje uputstva. Kad sam o tome pričao na nekom predavanju neki doktor je izjavio da će on da prestane da se vozi u avionima u onom trenutku kada avionima počne da se upravlja sa zemlje.

Da li doktori obraduju bolesnike po protokolu? Da ali po protokolu u svojim glavama. Sećam se vremena, kada sam kao sobni lekar radio vizitu na odeljenju. Skoro na svakom krevetu me je očekivao bolesnik sa nekom drugom bolešću a ja sam na prazan temperaturni list beležio zapažanja i po sećanju određivao pretrage i prepisivao lekove. Nikada nisam bio sasvim siguran, da nisam nešto zaboravio i da ne bi nešto mogao učiniti i bolje.

Sećanje je veoma promenljiv faktor. Naravno, da najviše zavisi od toga, koliko se njegov vlasnik trudi, da osvežava svoje znanje. U tom pogledu nisu svi lekari jednako brižljivi pa imaju zbog toga u glavama različite „protokole“ za istu bolest. Osim toga sećanje u momentu kada ga moramo da ga upotrebimo zavisi od našeg zdravlja, raspoloženja, zamora, psihičkog stresa itd.

Što se može desiti kada radimo »na pamet«?

- Doktor može obradu bolesnika da podredi svojim ličnim pogledima, znanju i iskustvima uprkos tome da oni mogu veoma da odstupaju od kliničkih vodiča. Ako prihvatamo temeljnu osobinu svakog vodiča, da upućuje na najbolju moguću obradu bolesnika sa određenom bolešću, onda će obrada od ovakvog doktora da bude manje kvalitetna.
- Doktor može da zaboravi neku aktivnost odnosno uslugu, koju bi morao da izvede ili da propiše. Posledice mogu da budu različite. Ako ta usluga bolesniku treba odmah, njeno izostavljanje može da šteti zdravlju bolesnika. U slučaju da može da bude zaboravljena usluga bez štete za zdravlje urađena kasnije, to će barem da produži lečenje i da poveća troškove.

**Kakva bi bila sigurnost putnika u vazdušnom saobraćaju ako bi se pilot ponašao kao doktor na viziti?**

**Doktori još uvek obraduju bolesnike po protokolu u svojim glavama.**

**Sećanje je veoma promenljiv faktor.**

**Obrada „na pamet“ je daleko manje kvalitetna i efikasna.**

**Doktor može da zaboravi nešto što bi morao da uradi.**

Doktor može da odredi nepotrebnu pretragu. To povećava troškove i izlaže bolesnika nepotrebnom riziku.

Doktor može da propiše nepotrebne lekove. I to povećava troškove i izlaže bolesnika nepotrebnom riziku.

**Kvalitet i troškovi obrade su u instituciji, koja ne upotrebljava kliničke vodiče, za istu bolest kod različitih doktora različiti.**

Kvalitet i troškovi obrade su u instituciji koja ne upotrebljava kliničke vodiče za istu bolest kod različitih doktora različiti. Još veće su razlike između ustanova.

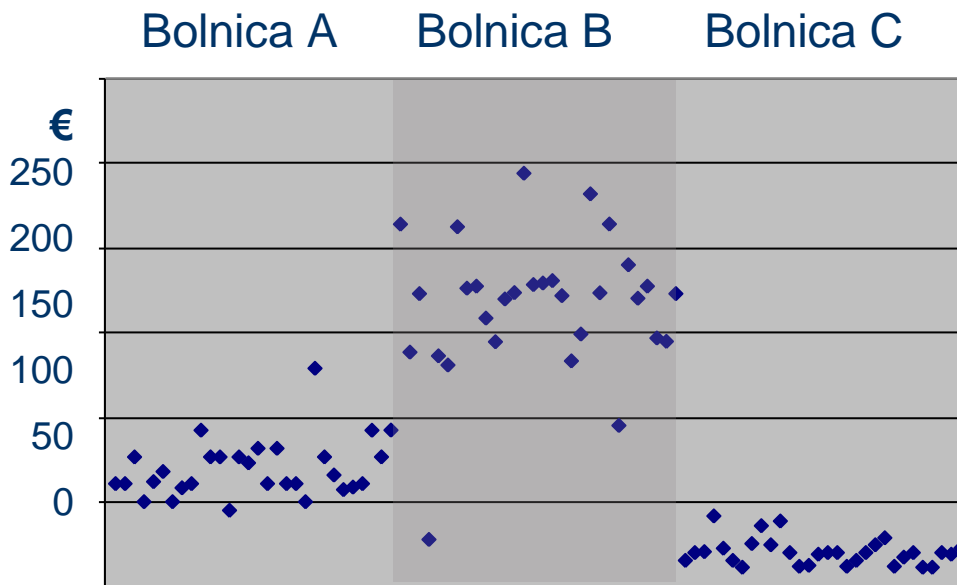
Slika 1 prikazuje, kako se u tri bolnice u nekom većem gradu azijske države troškovi za lekove i materijal za vreme normalnog porođaja razlikuju četiri puta. Vođenje normalnog porođaja može da bude veoma standardizirano pa ove razlike u troškovima nikako nije moguće da se opravdaju.

U nekoj evropskoj zemlji prosečno doba ležanja zbog operacije kuka u različitim bolnicama varira od 6 do 27 dana.

**Redjanje malih odstupanja u jednoj epizodi može imati iste posledica kao jedna velika stručna greška.**

Kakav je odnos između lošeg kvaliteta i stručne greške? Kada loš kvalitet prelazi u grešku? Sudovi najčešće razmatraju pojedinačnu aktivnost (ili odsutnost potrebne aktivnosti), koja je prouzrokovala ili bi mogla da prouzrokuje neugodan rezultat lečenja. Daleko manje je govora o malim uzastopnim odstupanjima od dobre prakse koja u zajedničkom učinku mogu da imaju i lošiji rezultat od jedne same veće greške. Uz današnji porast informisanosti bolesnika i javnosti možemo da očekujemo da će kritičan osvrt bolesnika biti sve više usmeren na celokupnu obradu. Ruku na srce: to bi bilo i opravdano.

Slika 1. Prosečni troškovi lekova i potrošenog materijala za normalni porođaj u 3 porodilišta neke azijske države



Stručnjaci se slažu da bi dosledno uvažavanje na dokazima utemeljene prakse, dakle svega onoga što nam je već danas dostižno, doprinelo zdravlju populacije bitno više od svih novih i skupih metoda lečenja, koje predviđamo u narednih deset i više godina.

Alat koji je daleko najefikasniji kod praktične primene principa dobre kliničke prakse je klinički put.

## I. DEO: OPŠTE RAZMATRANJE O KLINIČKIM PUTEVIMA

### KRATKA ISTORIJA KLINIČKIH PUTEVA

Klinički put se uvrštava među alate, koji povećavaju standardizovanost radnih procesa a time i njihovu predvidljivost. Protokolisanje postupaka je počelo u 50. godinama prošlog veka u industriji ali su njegovi koreni stariji. Već za tekuću traku mogli bi da kažemo, da je u fizičkom obliku ostvaren protokol rastavljanja određenog proizvoda na njegove što manje jedinice; proces izrade protiče u tačno određenom redosledu pojedinih aktivnosti, koje izvodi mnogobrojno osoblje. Nema sumnje, da je tekuća traka povećala kvalitet proizvoda i efikasnost radnog procesa. Međutim, svi procesi u industriji nije moguće de se izvode sa velikih brojem zaposlenih: u brojnim slučajevima mora manja grupa ili čak jedan zaposleni da izvode kompleksne procese koji sastoje iz brojnih povezanih aktivnosti. Pokazalo se da standardizacija tih procesa putem protokola bitno poboljšava kvalitet i efikasnost proizvodnje.

U 80. godinama su u SAD protokoli počeli da se primenjuju u zdravstvu, gdje su dobili ime klinički putevi. Deset godina kasni je sledile su Velika Britanija i Australija, a u narednih deset godina primena kliničkih puteva se proširila po čitavom svetu.

### KLINIČKE VODIČI, ALGORITMI I PUTEVI

U početku bilo kojeg razgovora o kliničkim putevima nužan je preduslov, da učesnici u diskusiji razjasne, šta podrazumevaju pod nazivom klinički put.

Postoji naime mnoštvo definicija i najmanje dva često upotrebljavana dokumenta, za koje u nekim sredinama koriste ime klinički put kao sinonim: to su klinička vodič i klinički algoritam.

**Klinička vodič** je dokument, koji prikazuje i rangira argumente o

**Uvažavanje onoga što već danas znamo, doprinelo bi zdravlju ljudi bitno više od svih novih metoda lečenja, koje predviđamo u narednih deset i više godina.**

**Protokolisanje postupaka je započelo u industriji.**

**Tekuća traka je fizički oblik protokola.**

**Kada razgovaramo o kliničkom putu, moramo de se uverimo da li razgovaramo o istoj stvari.**

najboljoj postojećoj dijagnostici, lečenju i drugim vidovima obrade određene bolesti odnosno zdravstvenog stanja. Moderni klinički vodič se bazira na temeljnom pregledu stručne literature i opisu postojećih dokaza o efikasnosti pojedinačnih postupaka prevencije, dijagnostike, lečenja uključivo sa dozama lekova i

**Klinički vodič prikazuje i rangira argumente o najboljoj obradi određene bolesti odnosno zdravstvenog stanja.**

rehabilitacijom svugde pridodaje ocenu koristi i rizika. Uključuje postojeće izjave o saglasnosti nacionalnih ili internacionalnih stručnih tela o najboljem i najprihvatljivijem načinu obrade određene bolesti. Mnogi vodiči rangiraju moguće načine lečenja prema snazi dokaza o njihovoj koristi.

Klinički vodiči su obimni dokumenti sa sto, dvesta i više stranica. One su nepogrešive podloge za pripremu svih drugih stručnih dokumenata, uključivo sa kliničkim putevima.

**Dobar vodič sadrži najnovija saznanja o načinu obrade određene bolesti.**

Veliki rad uložen u pripremanje vodiča otežava njegovu često osvežavanje, pa do toga dolazi na nekoliko godina, ali svakako mora da dodje što pre, ako razvoj znanja u oblasti koju obuhvata vodič traži bitne promene uputstva. U malim zemljama sa nedovoljnim ljudskim i materijalnim resursima to je još mnogo teže. To olakšava odgovor na često pitanje, da li je bolje da se osloni na međunarodne kliničke vodiče ili pak mora svaka država da ima vlastite nacionalne vodiče. Moje čvrsto uverenje je, da malim nacijama nije potrebno ponovo da otkrivaju bicikl, nego da mogu da koriste ono što su pripremile i koriste za svoje pacijente veće nacije – pod uslovom da njihove preporuke razmotre i po potrebi adaptiraju sa stanovišta lokalnih potreba i mogućnosti.

**Klinički algoritam – slično kao klinički vodič govori o tome, kako da se leči pravi bolesnik na pravi način.**

**Algoritam** je redosled kratkih i specifičnih uputstava za izvođenje određene procedure ili rešavanje određenog problema. Čest oblik medicinskih algoritama je organigram u obliku drva odlučivanja sa poznatim početkom i predvidljivim konačnim ciljem. Smisao algoritma je poboljšanje i standardizacija odlučivanja. Algoritmi su dobri samo toliko koliku su dobre stručne podloge na kojima se baziraju.

U literaturi postoji mnoštvo algoritama. Naročito pogodni su oni u elektronskom obliku jer omogućavaju brz uvid u razrešavanje određenog problema. To je naročito važno u slučaju kada odluka mora da bude ne samo pravilna nego i brza. Dobar primer takih algoritma su „Maps of Medicine“, koji se primenjuju u britanskom nacionalnom zdravstvenom sistemu (slika 2).

**Glavna podloga za pripremu algoritma je klinički vodič.**

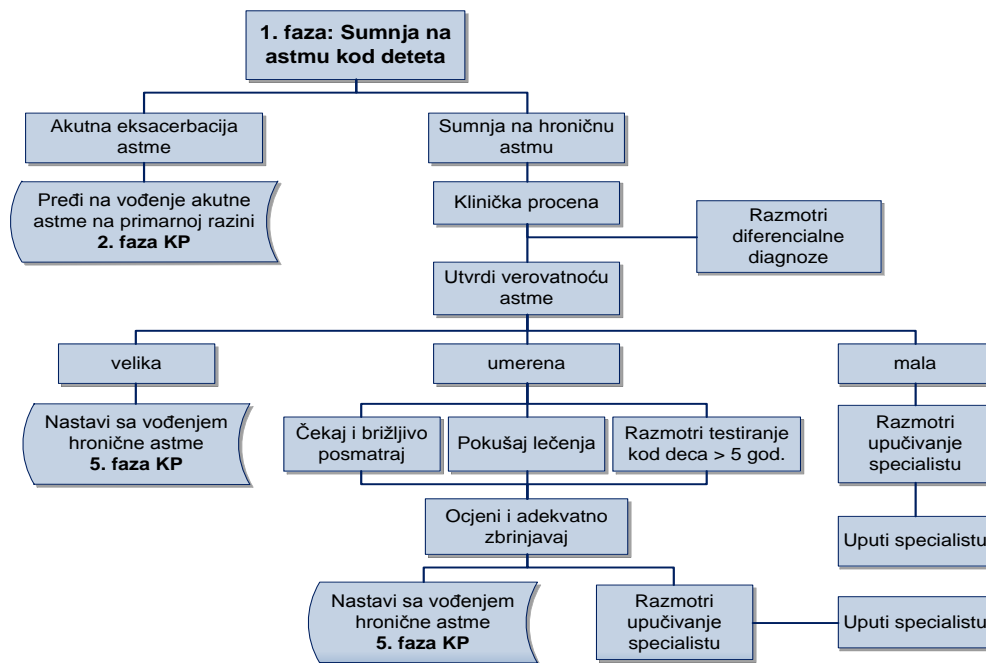
Glavna podloga za pripremu algoritma je klinički vodič. Kao vodič i algoritam pokazuje, kako da se leči pravi bolesnik na pravi način ali to prikazuje u formi kratkih i efikasnih uputstava za odlučivanje. Na neki način on predstavlja sažetak kliničkog vodiča.

**Klinički put prikazuje redosled svih postupaka i omogućava njihovo evidentiranje.**

**Klinički put** je dokument koji prikazuje multidisciplinarnu zdravstvenu obradu određene bolesti odnosno zdravstvenog stanja u formi redosleda svih postupaka (usluga) od početka do kraja epizode i omogućava njihovo istovremeno evidentiranje odnosno evidentiranje razloga zašto je došlo do odstupanja od predviđenog postupka.

Razmotrimo ovaj opis u više detalja.

Pacijent sa poznatim zdravstvenim problemom dobije sa kliničkim putem već na ulasku u zdravstvenu instituciju unapred



Slika 2. Deo opširnog algoritma o astmi (www.mapofmedicine.com)

napisan sadržaj i vremenski raspored svoje zdravstvene obrade. Aktivnosti (usluge) koje trebaju bolesniku su u kliničkom putu u takvom redosledu, da bi ta obrada bila efikasnija. Primena reči „put“ za ovaj dokument je veoma adekvatna: klinički put prikazuje bolesnikovo putovanje od usluge do usluge od početka do kraja obrade. Klinički put sadržava usluge čitavog zdravstvenog tima koji saraduje u obradi. Umesto klasične dokumentacije kod koje je svaku planiranu aktivnost potrebno zapisati u prazan formular, u kliničkom putu član zdravstvenog tima označi uz već predloženu aktivnost, da li je bila urađena ili nije. Za razliku od kliničkog vodiča i algoritma koje govore o dijagnostici i

**Klinični put govori o tome kako pravi ljudi rade za pravog bolesnika prave stvari u pravom redosledu u pravo vreme na pravom mestu.**

terapiji (prave stvari za pravog bolesnika), klinički put pored toga prikazuje plan i organizaciju obrade pacijenta: kako pravi ljudi rade prave stvari u pravom redosledu u pravo vreme na pravom mestu.

Klinički put obuhvata vremensko ograničenu epizodu određene bolesti, npr. obradu bolesnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili obradu u bolnici, a može da obuhvati celokupan bolesnikov put od primarne na sekundarni nivo zdravstvene zaštite i natrag – u tom slučaju govorimo o integrisanom kliničkom putu.

**Integrisani klinički put prevazilazi granice između institucija i nivoa zdravstvene zaštite.**

Klinički put nije lista obaveznih uputstava nego preporuka, od kojih je moguće da se odstupi, ako zato ima utemeljeni razlog (npr. drugačiji tok bolesti, alergija na lek) ili objektivna okolnost

**Odstupanje (varijansa) je postupanje, koje nije predviđeno u kliničkom putu.**

(npr. otkazivanje pretrage zbog kvara aparata). Postupanje, koje je drugačije od onoga, koje je predviđeno u kliničkom putu, naziva se odstupanje (varijansa). Sva odstupanja je potrebno da se evidentiraju, da se opiše razlog za odstupanje i da se navede nadomestna aktivnost. Odstupanja su jedinstvena za klinički put i njegov su prepoznavani znak, samo kod odstupanja moraju zdravstveni radnici da opisuju svoju aktivnost rečima, a kod ostalih aktivnosti potrebno je samo evidentiranje. Iskustva govore, da se na taj način uštedi od 10 do 20% vremena koje se obično troši za ispunjavanje dokumentacije. Umesto da doktor gubi vreme sa beleženjem rutinskih aktivnosti, može ga korisnije upotrebiti za razmatranje, da li su kod pacijenta potrebna neka odstupanja.

**Ako nema razloga za odstupanje, daleko je najbolje, da se pridržavamo puta.**

Ako smo u konkretnoj situaciji u dilemi oko odstupanja potrebno je da se priseti dva veoma jednostavna principa:

ako nemamo dobar argumenat za odstupanje, daleko je najbolje, da se pridržavamo puta.

ako postoji argument za odstupanje, klinički put nas ne opravdava od odgovornosti, ako to ne učinimo.

**Ako postoji argument za odstupanje, moramo odstupiti od kliničkog puta.**

Klinički put mora da se oslanja na adekvatni klinički vodič. Zbog toga se klinički putevi po stručnom sadržaju ne razlikuju bitno između zdravstvenih ustanova u određenoj državi (čak između država najčešće samo zbog razlika u ljudskim i materijalnim resursima zdravstvenih sistema). Uprkos tome važi, da je klinički put dokument, koga svaka ustanova priprema sama za sebe. To je zato jer klinički put prikazuje i organizaciju procesa, a to se od ustanove do ustanove razlikuje. Proces prijema bolesnika u bolnicu može da bude drugačiji, jedinica intenzivne terapije može da bude u jednoj bolnici samostalna a u drugoj bolnici da deluje u sklopu istog

**Osećaj vlasništva je važan uslov da osoblje zdravstvene institucije prihvati klinički put.**

odeljenja, određena dijagnostika može da bude dostupna 24 sata ili 8 sati itd.

To, da je klinički put dokument institucije i vlasništvo onih, koji su ga pripremili i koji ga upotrebljavaju, ne treba da znači da dobar klinički put ne bi mogao da služi kao uzorak za pripremu istog kliničkog puta u nekoj drugoj ustanovi. Neko nacionalno telo može da ga prihvati kao nacionalni uzorak kliničkog puta. Ali ipak je važno, da osoblje u lokalnoj instituciji ima mogućnost, da takav uzorak prilagodi svojim potrebama i organizovanosti. Osećaj vlasništva je važan uslov, da osoblje zdravstvene institucije prihvati klinički put i počne da ga upotrebljava.

## **ČESTA PITANJA U VEZI SA KLINIČKIM PUTEVIMA**

### **Koji klinički put za kojeg pacijenta?**

Kod odlučivanja o vrsti kliničkog puta treba da se ima na umu da se isti obrazac kliničkog puta koristi za sve pacijente istog tipa. Klinički put mora već sa svojim nazivom da saopštava na koji tip pacijenata se odnosi.

Tip pacijenta je grupa pacijenata koji imaju slične zdravstvene probleme i potrebe, kojima je potrebna ista vrsta intervencije (dijagnostika ili lečenje) i koji će verovatno da ima istu vrstu ishoda. Svaki tip pacijenta zahteva drugačiji klinički put, ali se isti obrazac kliničkog puta koristi za sve pacijente istog tipa.

Vrsta pacijenta je potrebno da se opredeli toliko usko, da je određeni klinički put zaista moguće da se upotrebi kod njih. Kod toga se oslanjamo na sledeće elemente:

- **Dijagnoza odnosno procedura**

Dijagnoza je glavni kriterijum za tip pacijenta. Nema kliničkog puta koji bi mogao služi pacijentima sa različitim bolestima. Međutim, to nije uvek jedini kriterijum, pošto ista bolest može da ima u različitim fazama, životnim sredinama ili kod različitih starosti tako različiti tok, da su potrebni različiti klinički putevi

**Isti obrazac kliničkog puta se koristi kod svih pacijenta sa istim zdravstvenim problemom.**

**Tip pacijenta opisuje se sa dijagnozom odnosno zdravstvenim**

(npr. pneumonija zadobljena u životnoj sredini ili pneumonija zadobljena u bolnici).

Umesto bolesti, neki klinički putevi opisuju dijagnostičku ili terapeutsku proceduru (pacijent na dijalizi, na veštačkoj ventilaciji, na dijagnostičkoj kateterizaciji itd.) I tu igraju ulogu faktori, koje smo pomenuli kod dijagnoze: starost, faza bolesti itd. (na primer pacijent na akutnoj dijalizi, pacijent na hroničnoj dijalizi, dete na srčanoj kateterizaciji itd.)

**problemom ili sa  
diagnostičkom  
odnosno  
terapeutskom  
procedurom.**

- **Starost**

Starost je najčešći razlog stratifikacije kliničkih puteva. Zato kod određene bolesti najčešće postoji klinički put za dete i za odrasle, a u nekim slučajevima i za osobe u odmaklim godinama.

- **Stadijum bolesti**

Praćenje hronične bolesti u fazi remisije se u fazi akutne egzacerbacije bitno menja. Zbog toga se kliničari često odlučuju za dva ili više kliničkih puteva sa kojima pokrivaju određenu bolest (npr. dete sa hroničnom astmom, dete sa akutnim astmatičnim napadom, pacijent sa stabilnom ili nestabilnom anginom pectoris itd.) Međutim, taj pristup se postepeno menja u prilog integrisanom kliničkom putu, koji pokriva sve faze bolesti.

**Klinički putevi  
mogu biti odvojeni  
po starosti ili  
stadijumu bolesti.**

**Prateće bolesti su  
najčešći razlog  
isključivanja  
bolesnika s  
kliničkog puta.**

**Epizoda lečenja  
može da obuhvati  
celokupnu bolest  
od njene pojave  
do izlečenja  
ili samo etapu  
lečenja u jednoj  
instituciji.**

- **Prateće bolesti**

Neke hronične bolesti bitno utiču na dijagnostiku, lečenje i ishode osnovne bolesti, pa su najčešći razlog isključivanja bolesnika s kliničkog puta odnosno pripreme odvojenog puta za ove bolesnike. Šećerna bolest te srčana, respiratorna i bubrežna insuficijencija su najčešća stanja zbog kojih se pripremaju odvojeni klinički putevi.

### **Šta obuhvata epizoda lečenja?**

Pod epizodom ječenja podrazumevamo paket usluga koje pruža klinički tim za određeni zdravstveni problem. U principu, epizoda ječenja treba da se definiše tako da obuhvata celokupnu bolest od njene pojave pa do izlečenja.

U praksi, mogu da postoje razlozi zbog kojih će jedan klinički tim da prenese odgovornost na drugi tim. Etape u lečenju srčanog infarkta mogu da budu u nadležnosti različitih timova od prijemnog odeljenja i jedinice intenzivne terapije do bolničkog odeljenja i odeljenja za ranu rehabilitaciju. U ovom slučaju etape slede jedna za drugom pa je poželjno, da su sve obuhvaćene jedinstvenim putem, a ne sa više puteva, koje bi



nezavisno razvili pojedinačni timovi.

**Carski rez može biti zbog učestalosti pridružen kliničkom putu za normalan porođaj, a moguće je da se pripremi put za porođaj pomoću carskog reza.**

U slučaju komplikacije, na primer kada je u toku porođaja potreban carski rez ili kada pacijent u toku lečenja pneumonije uđe u akutnu respiratornu insuficijenciju pa mu je potrebna veštačka ventilacija, postoje različita rešenja. Kada bolest može da pođe lakšim ili težim putem i obe mogućnosti su relativno česte, obe je potrebno da se predvide u kliničkom putu pa se one ispunjavaju sa obzirom na situaciju. Carski rez je na primer korisno da se uključi u klinički put normalnog porođaja ne samo zbog toga, jer je tako čest, već i zbog toga, jer je na ovaj način moguće da se bolje prati ispunjavanje indikacija za carski rez i da se smanji njegovu učestalost (o kojoj se danas svi slažu, da je preterana). Na drugoj strani veštačka ventilacija je retka pa bi njeno predviđanje u kliničkom putu za pneumoniju značilo u većini slučajeva pneumonije mnoštvo neispunjenih stranica. Zbog toga je bolje odvojeno da se pripremi put za veštačku ventilaciju koji se u slučaju potrebe pridodaje putu za pneumoniju.

Iz ovoga proizilazi da klinički put može da obuhvati samo deo epizode ležećeg pacijenta ili celokupnu epizodu od prijema od otpusta.

#### **Koliko detaljan treba da bude klinički put?**

**O nivou detalja odlučuje tim koji priprema klinički put.**

Specifikacija aktivnosti u kliničkom putu zavisi od presude tima, koji priprema put. Najviše utiče na nivo detalja sam sadržaj kliničkog puta. Ako se na primer radi o elektivnoj i relativno jednostavnoj operaciji, klinički put može da uključi i najmanje detalje.

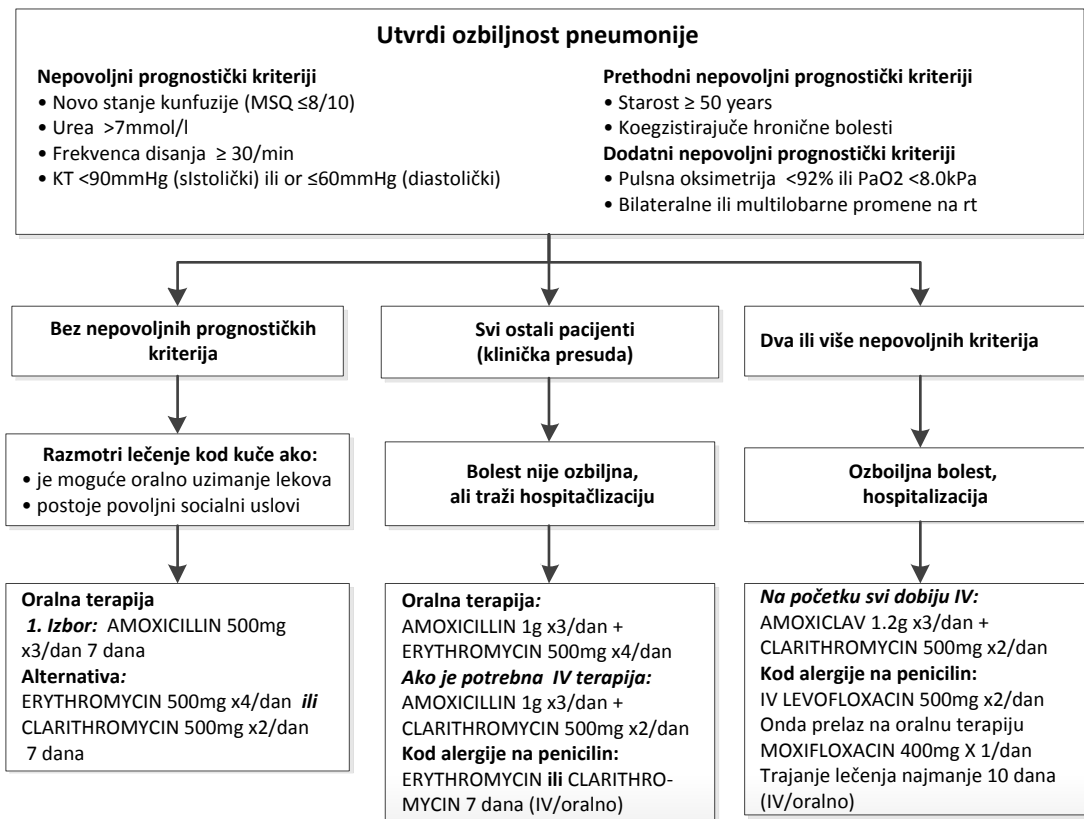
Ako, naprotiv, klinički put obuhvata tešku bolest sa varijabilnim tokom i različitim pristupima dijagnostici i lečenju, koji zavise od faze bolesti i njezine težine, klinički put bi postao previše komplikovan ako bi prikazivao sve mogućnosti od kojih sve ne bi dolazile u obzir.

U tom slučaju jedan od mogućih pristupa je kombiniranje kliničkog puta sa algoritmom, koji predlaže aktivnosti u zavisnosti od određene varijabilne komponente (slika 3).

Obim detalja kliničkog puta generalno određuju i naredna uputstva:

- Klinički put mora da nabroji sve aktivnosti (usluge) koje bitno utiču na kvalitet i troškove obrade.
- Lista svih aktivnosti mora da bude toliko detaljna, da može da poslužiti analizi standardnih troškova epizode, koju obuhvata klinički put.

**Moguće je da se kombinuje klinički put sa algoritmom.**



Slika 3. Izbor antibiotika kod lečenja pneumonije u zavisnosti od njene ozbiljnosti. Nakon utvrđivanja prisutnosti ili odsutnosti nepovoljnih prognostičnih kriterijuma odredi se ozbiljnost bolesti a time i način antibiotskog lečenja. U kliničkom putu se ostave prazni redovi, u koje se iz algoritma prepisuje terapija.

### Da li klinički put može da obuhvati postojeće protokole?

**Ako postojeći obrasci udovoljavaju zahtevima kliničkog puta, moguće je da se uključe u klinički put.**

Mnoge bolnice imaju razvijene multidisciplinarnе protokole koji pokrivaju pojedine etape obrade pacijenta odnosno pacijentkinje u operacionoj sali ili sobi za rađanje, pa se često postavljaju pitanja, da li klinički put treba da obuhvati (pa tako i zameni) postojeći sistem dokumentovanja, ili treba da preskoči taj deo. O ovome treba da odluči tim koji sprema klinički put. Ako postojeći obrasci udovoljavaju zahtevima kliničkog puta, nije potrebno de se menjaju, nego da se jednostavno uključe na pravo mesto u kliničkom putu, a ako to nije slučaj, potrebno je da se adaptiraju, da bi čitav klinični put imao jednoobrazni izgled.

### **U kakvom obimu zdravstveni tim u praksi može da se pridržava kliničkog puta?**

**Klinički put je moguće u celini da se izvrši u 80 % svih bolesnika.**

Kliničko iskustvo govori, da mogu iste bolesti da poprime sasvim različiti tok, pa iz toga proizlazi mišljenje, da je obrada neke bolesti nemoguće da se standardizuje. Kada neki doktori govore, da medicina nije samo nauka, nego i umetnost, imaju u mislima baš te razlike, zbog čega su skloni verovanju, da zapravo svaki bolesnik traži barem malo drugačiji pristup kojeg može da prepozna samo doktor sa velikim iskustvima. Iskustva međutim pokazuju, da klinički put može u proseku da se prati u celini u 80 do 90% svih bolesnika. Postotak je naravno veći kod elektivnih (planiranih) operacija, kod dijagnostičkih obrada i kod mlađih bolesnika, a manji kod akutnih primera i starijih bolesnika. Na svaki način taj visok postotak primera, kod kojih za vreme obrade nema potrebe, da se bilo što menja u kliničkom putu, opravdava njegovu praktičnu primjenu.

### **Da li mora biti klinički put zvanično potvrđen sa strane nacionalne institucije?**

**Da li odluke koje prima doktor uz bolesnikov krevet, overava ministar?**

Za razliku od kliničkih vodiča klinički put nije potrebno da se overi osim od strane stručnog organa ustanove, gde je put pripremljen i implementiran. Oni koji smatraju, da bi ovakav dokument moralo zvanično da overi neko nacionalno telo (ili npr. ministar za zdravlje) neka se pitaju, ko overava njihove odluke, kada ih uz bolnički krevet iz vlastite glave prenose na temperaturni list.

Ako se nacionalna stručna tela ili nosioci zdravstvene politike odluče za pripremu uzorka kliničkih puteva koji bi mogli da posluže svim zdravstvenim institucijama, oni mogu da upotrebe, po potrebi adaptiraju i overe kao zvanični uzorak neki klinički put koji je pripremila jedna od zdravstvenih ustanova.

### **Zašto klinički put mora biti multidisciplinaran?**

Tradicionalna zdravstvena dokumentacija je često namenjena ispunjavanju određenih zdravstvenih radnika: neke dokumente ispunjavaju doktori, a druge medicinske sestre. Za razliku od toga klinički put služi potrebama bolesnika i obuhvata sve vidove njegove obrade. Kod pripreme kliničkog puta sarađuju svi članovi tima, a isto tako na njemu svi prikazuju ispunjavanje njegovih zadataka. Time se poboljšava obaveštenost članova tima o radu drugih članova, povećava osećaj povezanosti i saradnje i poboljšavaju ishodi lečenja.

**Upotreba istog dokumenta od strane svih članova tima povećava njihovu obaveštenost i osećaj saradnje.**

### **Da li je potrebno odmah krenuti u izradu integriranih kliničkih puteva?**

Kada dođe do odluke o imenu i sadržaju kliničkog puta, prvi naredni korak je određivanje njegovog početka i kraja. Ako institucija prvi put uvodi klinički put i to u sredini, gde su klinički putevi novost za sve učesnike, puno je jednostavnije, da klinički put obuhvata epizodu unutar te institucije (n.pr. bolničku epizodu od prijema do otpusta ili epizodu od početka akutne bolesti do zadnjeg pregleda zbog te bolesti kod porodičnog doktora na primarnom nivou. U tom slučaju je priprema i uvođenje kliničkog puta u rukama jedne ekipe i nije potrebna koordinacija između različitih ustanova, što je u vremenu, kada je potreban intenzivan rad, da se klinički put prihvati čak u sopstvenoj ustanovi, preporučljiv izbor.

**Integrirani klinički put uključuje više institucija, pa je kod prvog kliničkog puta lakše početi sa epizodom koja počinje i završava u istoj instituciji.**

Nakon određenog vremena, kada se klinički putevi primenjuju na primarnom ili sekundarnom nivou i zdravstveni radnici su ih upoznali i prihvatili, na redu je vreme za pripremu i implementaciju puteva, koji obuhvataju prelaženje bolesnika između primarnog i sekundarnog nivoa, dakle integriranih kliničkih puteva. Naime, pacijentovo putovanje često prelazi granicu između ustanova i granicu između primarne i sekundarne zaštite, pa je prirodno, da klinički put odražava taj proces. Integrirani klinički put podstiče povezivanje zdravstvenih radnika različitih ustanova u obradi istog bolesnika, što predstavlja jednu od njegovih dodatnih vrednosti.

**Integrirani klinički put podstiče povezivanje zdravstvenih radnika različitih ustanova u obradi istog bolesnika.**

### **Šta se dešava sa postojećom dokumentacijom?**

To zavisi od toga, u kolikoj meri je klinički put obuhvatio i uključio sve postojeće dokumente. U idealnom primeru klinički put u potpunosti zameni postojeću dokumentaciju. Na taj način svaka aktivnost pojedinih članova tima postaje vidljiva drugim članovima tima i to odmah, kada je urađena.

**Klinički put može u celini zameniti postojeću dokumentaciju.**

Potpuna zamena postojeće dokumentacije je moguća u

jednostavnim i kratkim putevima, a u epizodama koje sadrže mnoštvo analiza i konsultacija, to nije moguće – barem do tada, kada će klinički put postojati na papiru. (Kada će se svi

### **Dokumenti, koje nije moguće uključiti u klinički put, su dodaci kliničkog puta .**

primarni dokumenti ispunjavati u elektronskoj formi, klinički put će zaista moći obuhvatiti celokupnu dokumentaciju.)

Klinički put epizode u bolnici može obuhvatiti i zameniti u najmanju ruku -postojeće dokumente: obrazce sa administrativnim podacima za vreme prijema i otpusta, anamnezu i klinički pregled, temperaturni list, epikrizu, otpustnu listu i sve protokole, koje ispunjavaju medicinske sestre, fizioterapeuti i drugi članovi zdravstvenog tima, koji rade uz bolesnikov krevet.

Dok je klinički put dokument na papiru, teško je u njega uključivati nalaze dijagnostičkih laboratorija. Oni već imaju standardne obrazce pa bi bilo njihovo prepisivanje besmisleno. U ovim slučajevima lekar u kliničkom putu označi predviđene analize, a medicinska sestra potvrdi uzimanje materijala za laboratorijsku analizu, zabeleži, da je pacijent bio odveden na endoskopski pregled i upisuje vreme kada je stigao nalaz pregleda.

Sami rezultati pregleda se prilože kliničkom putu.

### **Kakav je standardni format kliničkog puta?**

#### **Klinički put se priprema u formatu, koji omogućava njegovo arhiviranje.**

Klinički put je dokument odštampan na papiru formata A 4, koji omogućava privremeno arhiviranje za vreme pacijentove obrade i konačno arhiviranje nakon nje. Preporučuje se takvo povezivanje stranice, da je moguće njihovo široko otvaranje i upotreba parne i neparne stranice istovremeno. Neparne stranice prikazuju tekst kliničkog puta, a parne stranice prema potrebi algoritme, koji potpomažu donosenju odluka, a nude i prostor za upisivanje odstupanja i zapažanja.

#### **Klinički put se priprema u vidu tabele.**

Klinički put je prikazan u obliku tabele sa redovima i stupcima. To je najbolji način za pregledno nabranje svih aktivnosti. Sa udruživanjem i razdruživanjem čelija (kučica) može se obezbediti prostor za sva potrebna evidentiranja.

#### **U istoj instituciji mora biti spoljni izgled što više standardizovan.**

Standardni format u jednoj instituciji znači istu naslovnu stranicu sa uputstvima i administrativnim podacima, isti raspored poglavlja, isti grafički izgled itd. Razlozi su isti kao i kod postojećih dokumenata: osoblje, koje već upotrebljava jedan klinički put, naći će i kod drugog kliničkog puta isti raspored ključnih aktivnosti. Jedinostveni izgled olakšava uvođenje novih kliničkih puteva i smanjuje otpor za vreme njihovog uvođenja.

### **Da li je konačni cilj jedan klinički put za svaku dijagnozu odnosno zdravstveno stanje?**

Većina institucija u svetu – čak i sa veoma razgranatom delatnošću – n.pr. opšte bolnice sa mnoštvom kliničkih odeljenja imaju danas od 100 do 150 kliničkih puteva, dakle dva do tri na određenu specijalnost. Poznato je, da čak samo 30 do

40 dobro odabranih puteva pokriva više od polovine svih pacijenata u bolnici, a isto tako i više od polovine budžeta. 150 kliničkih puteva obuhvata tri četvrtine pacijenata. Ostale bolesti i klinička stanja su malobrojna, pa je priprema kliničkog puta manje opravdana. U tim slučajevima koriste se algoritmi, koji usmeravaju kliničke timove ka pravim odlukama.

Primena kliničkog puta u nekoj sredini postepeno menja profesionalnu kulturu zdravstvenih radnika, pa se oni i kod bolesnika, za čije bolesti nije razvijen klinički put žele ponašati na isti način: žele evidentirati svoje aktivnosti. Zbog toga je veoma korisno, da se u određenom vremenu nakon rutinske primene kliničkih puteva pripremi i nova zdravstvena dokumentacija, koja po svojem spoljnom izgledu liči na klinički put, ali nema sadržaja konkretne obrade. Ona omogućava, da zdravstveni radnici mogu evidentirati svoje aktivnosti na način, na koji to rade kod kliničkog puta.

Ovaj „prazan klinički put“ upotrebljava se i kod pacijenata kod kojih ne poznajemo dijagnoze i postavljamo je tek nakon duže obrade pacijenta.

### **Kako pripremiti klinički za pacijente s više dijagnoza?**

Teže hronične bolesti i polimorbidnost su razlog, da pacijenta isključimo iz kliničkog puta. Međutim, ako se radi o bolesti, od koje se ne očekuje, da će bitno uticati na glavnu dijagnozu, ovakav pacijent može se voditi po kliničkom putu, a u kliničkom putu mora biti obezbeđen prostor, gde se beleže dodatne aktivnosti zbog druge dijagnoze

### **Šta je odstupanje?**

Odstupanje (varijanca) je svaka aktivnost koja nije predviđena u kliničkom putu, što podrazumeva i **opuštanje** aktivnosti, koja je predviđena u putu. Odstupanja mogu biti namerna i poželjna, na primer, kada se terapija prilagođava kao odgovor na neočekivanu promenu pacijentovog stanja. S druge strane, odstupanja mogu biti slučajna i neželjena. Na primer, može doći do kvara aparata, pa nije moguće neko ispitivanje.

**30 do 40 dobro odabranih puteva pokriva više od polovine svih pacijenata u bolnici.**

**Primena kliničkog puta menja profesionalnu kulturu zdravstvenih radnika.**

**Odstupanje (varijanca) je svaka aktivnost koja nije predviđena u kliničkom putu.**

Moguće je, da pacijent odbije neko-ispitivanje. uslugu.

U suštini su mala i neznčajna odstupanja česta i zavise od toga, koliko je klinički put-detaljan. Ako razrađuje pojedine postupke (n.pr. nabranje pojedinih elemenata sestrske nege ili faza dijagnostičkih ispitivanja, može doći do malih varijacija, koje je teško smatrati pravim odstupanjima. Pitanje je dakle, kada je odstupanje dovoljno značajno, da ga je potrebno evidentirati. Kod toga je korisno imati na umu određene principe. Odstupanje je potrebno evidentirati:

- ako se u celini propusti ili promeni neki od predviđenih

**Dobar opšti kriterij za značajno odstupanje je svesnost kliničara, da mora to odstupanje objasniti na narednom stručnom kolegijumu.**

postupaka uključujući terapiju;

- ako je odstupanje takvo, da bi ga drugi članovi tima mogli smatrati za odstupanje od dobre kliničke prakse ili čak za stručnu grešku;
- ako je odstupanje takvo, da bi bez evidentiranja i objašnjenja moglo biti razlog za žalbe pacijenta pacijenta.

Dobar opšti kriterijum za značajno odstupanje je svesnost kliničara, koji je odstupio od puta, da mora to odstupanje prikazati i objasniti na narednom stručnom kolegijumu.

**Fleksibilnost se može u kliničkom putu primeniti samo u slučajevima, kada zaista postoje izjednačene alternative.**

Prema iskustvu, kod oko 10% pacijenata dolazi do značajnih odstupanja. Međutim, neka od odstupanja zavise od stepena fleksibilnosti, koja je ugrađena u klinički put. Ako je na primer klinički put sasvim konkretan (na primer, "dati lek X"), onda će broj odstupanja biti veći nego kad put predviđa alternative (na primer, "dati ili lek X, ili lek Y, ili lek Z). Ovakva fleksibilnost se može primeniti u kliničkom putu samo u slučajevima, kada postoje izjednačene alternative. Velika fleksibilnost je suprotna svrsi kliničkog puta, jer veoma fleksibilan put nije ni potreban.

### **Zašto je potrebno pratiti odstupanja?**

**Praćenje odstupanja omogućava prihvatanje dobrih i otklanjanje loših alternativa.**

Postoje dva glavna razloga za praćenje odstupanja:

- česta i argumentovana odstupanja daju osnovu za promenu i poboljšanje kliničkog puta;
- neargumentovana odstupanja omogućavaju diskusiju između članova tima i postizanje saglasnosti o uvažavanju kliničkog puta.

**Klinički put je živ dokument, koji se kontinuirano revi-**

Da bi se ovo postiglo, odstupanja treba razmatrati na periodičnim sastancima kliničkog tima. Uobičajeni metod je da se jedan član tima zaduži da pregleda izveštaje o odstupanjima i sačini kratak pregled njihovih značajnih uzoraka. Tim zatim zaključuje da li postoje problemi i, ukoliko postoje, ko će

**dira na osnovu iskustava stečenih u njegovoj primeni, što uključuje i učestalost opravdanih odstupanja.**

preduzeti aktivnosti za njihovo rešavanje.

Podsetimo, da je klinički put lokalni dokument, koji se može promeniti uvek kada o tome postoji saglasnost u instituciji, pa mogu opravdana odstupanja veoma brzo naći svoje mesto u njemu. Klinički put je, stoga, živ dokument, koji se kontinuirano revidira na osnovu iskustava stečenih u njegovoj primeni, što uključuje i učestalost opravdanih odstupanja, i na osnovu novih rešenja iz kliničkih vodilja. Drugim rečima, klinički put je i u tom pogledu stalno putovanje.

### **Da li je klinički put dostupan bolesniku?**

Klinički put – kao sva dokumentacija – mora biti pacijentu dostupan. Štaviše, on je odličan način informisanja pacijenta o svim postupcima koji ga očekuju za vreme čitave epizode

lečenja. Naravno, da od pacijenta, koji je upoznat sa detaljima svog lečenja možemo očekivati aktivnu saradnju i detaljna pitanja, koja nekim kliničarima smetaju, ali je sigurno i to, da se dobro informisan pacijent kasnije manje žali, da nije bio upoznat sa svim postupcima. Još važnije od toga je činjenica da sa okvakvim informisanjem pacijenta ispunjavamo cilj, da mora pacijent postati ravnopravni partner u primanju odluka o svojoj bolesti, a ne pasivni objekt rada zdravstvenog tima.

Naravno, da postoje i pacijenti koji ne žele znati puno detalja o svom budućem lečenju, jer im to prouzrokuje psihološki stres. Zdravstvenim radnicima takve pacijente nije teško prepoznati.

Mnoge institucije pripreme uz klinički put, koji je namenjen kliničkom timu, i sporedni klinički put za pacijenta. On sadrži sve informacije o sadržaju epizode lečenja, ali ispušta neke detalje, koji bi mogli pacijenta zaplašiti.

**Sa kliničkim putem postaje pacijent ravnopravni partner u primanju odluka o svojoj bolesti, a ne pasivni objekt rada zdravstvenog tima.**

## **NAJČEŠĆE KRITIKE KLINIČKIH PUTEVA**

Najčešći razlog zašto klinički putevi u pojedinim institucijama nisu prihvaćeni, je odbijanje svih promena uopšte. Kliničke puteve je veoma teško odbaciti na osnovu racionalnih argumenata, ali za negativan stav u nekoj sredini oni nisu ni potrebni.

Poznavanje najčešćih kritika na račun kliničkih puteva je korisno iz dva razloga. Prvo, one ilustruju da se klinički putevi retko odbijaju na osnovu logike i dokaza. Drugo, poznavanje najčešćih kritika je korisno, jer omogućava, pripremu adekvatnih odgovora.

**Protivljenje promenama uopšte je najčešći razlog za odbijanje kliničkih puteva.**



Tipično je, da ima među kritičarima kliničkih puteva više lekara nego medicinskih sestara. Razlozi proizlaze iz osnovnih razlika između profesija lekara i sestara:

- Aspiracija lekara, da mogu zbog znanja i veštine kao pojedinci dodatno doprineti zdravlju bolesnika, je ugrožena uvođenjem kliničkih puteva, koji donekle uniformisu obradu pacijenata.
- Lekari su više skloni individualnom radu, a sestre timskom radu i zbog toga lakše prihvataju pravila i standarde.
- Medicinske sestre su u prilici da bolje od lekara uočavaju razlike između različitih kliničkih praksi i uviđaju potrebu za sinhronizacijom postupaka.
- Medicinske sestre se češće od doktora optuzuju zbog stvarnih ili tobožnjih grešaka pa u kliničkom putu vide garanciju za svoje postupke.

**Lekari ne vole da klinički putevi donekle uniformisu obradu pacijenata.**

**Medicinske sestre rade u timu i zato lakše prihvataju pravila i standarde.**

U narednim pasusima prikazane su najčešće kritike na račun

kliničkih puteva i argumenti s kojima je moguće odgovoriti na njih. Bez obzira na valjanost kritika o njima je potrebno razgovarati i omogućiti da zdravstveni radnici izraze svoje bojazni i po mogućnosti prihvate objašnjenja. Uspešna primena kliničkih puteva zavisi od entuzijazma celokupnog kliničkog osoblja.

### **Klinički put je “kuvarska knjiga”**

**Dobar klinički put predlaže aktivnosti, koje su potrebne kod određene bolesti, ali je za odluku, da li put odgovara ili ne odgovara određenom pacijentu, opet potreban lekar.**

Dok hirurzi mogu reći, da klinički put na kraju krajeva ne može operisati umesto njih, specijalisti neinvazivnih struka često smatraju, da njihov rad uz klinički put gubi smisao, jer su dijagnostika i lečenje već predviđeni u kliničkom putu. „Raditi prema receptu može svako,“ je česti komentar. Međutim, to nije tačno. Klinički put podseća lekara na rutinske aktivnosti i tako sprečava, da bi neku od njih zaboravio, ali nikako ne sprečava, da bi lekar krenuo drugim putem, ako to zahteva stanje bolesnika. Dobar klinički put predlaže aktivnosti, koje su potrebne u većini slučajeva određene bolesti, a lekari ne smeju zaboraviti, da je za odluku, da put odgovara ili ne odgovara datom pacijentu, opet potreban lekar. Klinički put ne može da zameni dužnost lekara da leci .

**Klinički put rastereti lekara od svakodnevnog pisanja rutinskih uputstva.**

Klinički put rasterecuje lekara, pa mu nije potrebno iz dana u dan pisati ista rutinska uputstva u pacijentovu dokumentaciju, i time mu nudi više vremena za procenu bolesnikovog stanja i razmatranje potrebe za dodatnim dijagnostičkim ili terapijskim postupcima.

### **Klinički putevi koče nove ideje i istraživanje**

**Kod kliničkog istraživanja zapravo upoređujemo postojeći klinički put sa predloženim novim putem.**

Ovo mogu tvrditi samo oni, koji nikada nisu istraživali u modernom značenju te reči. U pozadini te kritike je arhaična ideja o nekadašnjem lekaru, koji se u uslovima nerazvijene medicine sa veoma malo valjanih preporuka oslanjao na sopstvena iskustva i doslovno uz bolesnikov krevet izmišljao nove „recepture“. Ovakav pristup danas nije moguć; nova ideja mora biti testirana u kontrolisanoj kliničkoj studiji, u kojoj se upoređuje postojeći način obrade pacijenta sa novim. Drugim rečima: u takvoj studiji upoređujemo postojeći klinički put sa predloženim novim putem. Čak ako klinički put nije u rutinskoj primeni, za potrebe kliničkih studija je potrebno napisati nešto kao klinički put.

**Priprema kliničkog puta dovodi do razmatranja postojećih razlika između lekara u obradi određene bolesti.**

Priprema kliničkog puta dovodi do toga, da postojeće razlike između lekara u obradi određene bolesti dođu na videlo, da bi se pomoću dokaza odabrao najbolji način. Odluka na osnovu autoritarne izjave: „tako ćemo raditi, jer ja to kažem,“ nije više moguća pa da dolazi iz bilo kojih usta. Zato izjave o kočenju slobode istraživanja dolaze od onih kliničara koji se plaše da će celokupni klinički tim uočiti njihove lične načine rada.

### Izrada kliničkih puteva je skupa i zahteva vreme

Priprema kliničkog puta svakako traži vreme i zalaganje članova tima, koji priprema klinički put, a donekle i vreme svog osoblja koje učestvuje u prezentacijama, diskusijama i komentarisanju nacрта kliničkog puta. No, to vreme nije utrošeno samo za pripremu određenog dokumenta nego je to prilika za raspravu o boljoj organizaciji i kvalitetu, otklanjanju slabosti i uskih grla u instituciji, o boljem timskom radu, izbegavanju nepotrebnih troškova, kliničkom menadžmentu, troškovima i cenama usluga itd.

Ako pridodamo, da priprema kliničkog puta traje od 2 do 4 meseca i da traži samo delimično rasterećenje članova tima od ostalih dužnosti, izrada kliničkog puta nikako nije trošak, koji bilo koja zdravstvena institucija ne može priuštiti.

### Klinički putevi povećavaju rizik tužbi

Neki lekari misle, da evidentiranje svake kliničke aktivnosti u kliničkom putu povećava mogućnost tužbi sa strane pacijenata. Veća transparentnost, prema ovom mišljenju, omogućava advokatima, da pronađu brojne mogućnosti za pokretanje tužbi.

Kao prvo je potrebno naglasiti, da svakako nije cilj kliničkih puteva, da smanje broj tužbi. Ako je pacijent oštećen zbog lošeg rada zdravstvenog tima, nedopustivo je da mu uskratimo pravo na odštetu. Kao drugo, u mnogim zemljama je broj tužbi tek počeo da raste pa će rasti uprkos činjenici da je zdravstvena zaštita iz godine u godinu bolja. Zdravstveni radnici moraju prihvatiti da je informisanost pacijenata sve bolja i bolja pa su zbog toga sve više osposobljeni da kritički posmatraju usluge koje su im pružene.

Klinički put bi mogao biti podloga tužbi samo u slučaju, da ga tim nije sledio a da za to nema dobrih argumenata. Međutim, ako se tim, koji se brine o pacijentu, pridržava kliničkog puta, pravi manje grešaka, i ako ima za odstupanja dobre razloge, uspešnost pokrenutih tužbi će svakako biti manja.

Moguće je pretpostaviti, da će premije za osiguranje od medicinske odgovornosti biti manje za institucije, koje će primenjivati kliničke puteve.

### Klinički putevi povećavaju obim kliničke dokumentacije

Klinički put može u slučaju težih i dugotrajnih bolesti sadržati čak dvadeset i više stranica, pa to stvara utisak, da uvećava obim dokumentacije. Tu se zaboravlja, da je i današnja dokumentacija, koja se na početku epizode sastoji od nekoliko

**Izrada kliničkog puta nikako nije trošak, koji bilo koja zdravstvena institucija ne može priuštiti.**

**Klinički put nema za cilj, da smanji broj opravdanih tužbi.**

**Ako se tim pridržava kliničkog puta, uspešnost pokrenutih tužbi će svakako biti manja.**

**Vreme, koje je potrebno za ispunjavanje kliničkog puta se u poređenju sa starom**

## NACRT VODIČA

prijemnih dokumenata, na kraju epizode obimna, jer joj se iz dana u dan dodaju novi papiri. **dokumentacijom skraćuje za >20%.**

Međutim, na vreme, potrošeno za dokumentiranje, ne utiče

**Sa kliničkim putem lekar i sestra uštede vreme koje mogu posvetiti za duži kontakt sa pacijentima.**

broj stranica, nego način njihovog popunjavanja. Za razliku od današnje dokumentacije, koja se manje više sastoji od praznih rubrika, u koje je potrebno upisivati sve informacije, klinički put te informacije već sadrži pa je njegovo ispunjavanje odnosno evidentiranje izvršenih aktivnosti veoma jednostavno: sa okruživanjem reči „da“ ili „ne“ ili štikliranjem. Izuzeci su samo odstupanja, koje naravno, nije moguće predvideti u napred. Ali čak za najčešća odstupanja (n.pr. odlaganje postupka zbog dugog vremena čekanja) mogu se predvideti **standardni kodovi**.

Merenja su pokazala, da se vreme, koje je potrebno za ispunjavanje kliničkog puta u poređenju sa starom dokumentacijom skрати za 20 i više procenata. U nekoj studiji (Short 1997) su sestre trošile čak tri puta manje vremena za dokumentiranje nege i lečenja.

Sa kliničkim putem lekar i sestra uštede vreme koje mogu upotrebiti za duži kontakt sa pacijentima.

### **Pacijenti i njihove porodice neće voleti kliničke puteve**

**Kod svakog pacijenta je potrebno proceniti mogućnost, da će ga klinički put zabrinuti.**

Rizik, da će obrazac kliničkog puta uznemiriti pacijente i njihove porodice, je veoma mali. Svakog pacijenta je potrebno proceniti individualno: ako postoji mogućnost, da će ga klinički put zabrinuti, možemo mu dati pojednostavljeni primerak kliničkog puta ili mu dati usmenu informaciju u obimu, koji mu odgovara.

**Najčešća žalba pacijenata je, da nisu dovoljno informisani o svojoj bolesti i o planiranim postupcima za njeno zbrinjavanje.**

Ankete su pokazale, da velika većina pacijenata podržava kliničke puteve. Najčešća žalba pacijenata svugde u svetu je, da nisu dovoljno informisani o svojoj bolesti i o planiranim postupcima za njeno zbrinjavanje.

Pored informacija, koje nude klinički putevi, oni uporedno govore pacijentu i njegovoj porodici i neke druge stvari:

- da se opisani postupci ne upotrebljavaju samo kod njega, nego kod svih pacijenata sa istim stanjem;
- da nema privilegovanih i neprivegovanih pacijenata;
- da ima pravo, da zna, šta se planira s njim;
- da ima pravo, da pita za objašnjenje;
- da ima pravo, da se ne slaže.

**Klinički put ukazuje, da se sa svim pacijentima postupa po istim pravilima.**

“Vi ste naš korisnik i mi radimo prema pravilima sa svim korisnicima.”

Sa kliničkim putem za pacijenta uštedi se dosta vremena za objašnjavanje budućih postupaka. Međutim, primena kliničkih

## NACRT VODIČA

puteva ne zamenjuje potrebu da se svakom pacijentu pristupa kao pojedincu.

## **Klinički putevi su instrument Zavoda za zdravstveno osiguranje za rezanje troškova**

Istina je, da je dobro pripremljeni klinički put izvrsna podloga za ocenu standardnih troškova određene epizode lečenja. On omogućava uspoređivanje troškova obrade iste bolesti u različitim institucijama u zemlji i inostranstvu, pa daje uvid u racionalnost rada svima, koje to interesuje. To nije samo ZZO, nego i rukovodstvo institucije, koje na taj način može ustanoviti, da li još postoje rezerve u pogledu veće efikasnosti ili je institucija postigla i u poretku sa drugima visoki stepen efikasnosti pa može čvrsto braniti svoje troškove i tražiti poštenu naknadu.

Klinički putevi otežavaju arbitrarno rezanje troškova u situacijama, kada platiocu nedostaje novac.

S obzirom na rečeno, ukoliko zdravstvena služba ili bolnica želi da na najbolji način iskoristi svoj budžet, klinički putevi će pomoći da se utvrdi gdje će veća ulaganja dati bolje zdravstvene rezultate. U suprotnom, pokazaće gdje se novac rasipa ili barem gde se ne dobija ekvivalentan stepen koristi po pacijenta.

## **Nemamo vremena za izradu kliničkih puteva**

Verovatno nije tačno. Skoro je sigurno da će klinički timovi koji ne koriste kliničke puteve rasipati i vreme i novac zbog loše sinhronizacije i upravljanja resursima.

Smatramo da bolnička uprava i fond zdravstvenog osiguranja treba da daju svaki mogući podsticaj davaocima usluga za uvođenje kliničkih puteva, zato što će klinički putevi dovesti do isplativije zdravstvene zaštite na dobrobit svih. Fondovi zdravstvenog osiguranja treba da razmotre, recimo, isplatu većih sredstava za lečenje koje se bazira na dobrim kliničkim putevima.

Međutim, nisu svi fondovi osiguranja napredni u shvatanjima. Klinički timovi mogu da smatraju da to nije u redu i da uvedu kliničke puteve bez obzira na sve. Dugoročno gledano, korist će imati i pacijenti i kliničari.

Jedan korak koji bolnička uprava treba da razmotri jeste administrativna podrška timovima koji razvijaju i primenjuju dobre kliničke puteve. Ovo može da poprimi oblik preraspodele osoblja sa drugih administrativnih zadataka. To ima smisla zato što, ako bi klinički timovi postepeno preuzimali veću odgovornost za upravljanje, smanjila bi se potreba za administrativnim zadacima u drugim jelovima

**Klinički put omogućava upoređivanje troškova iste epizode između različitih institucija.**

**Klinički putevi otežavaju arbitrarno rezanje troškova u situacijama, kada platiocu nedostaje novac.**

**Klinički timovi koji ne koriste kliničke puteve rasipaju i vreme i novac zbog loše sinhronizacije i upravljanja resursima.**

**Bolnička uprava mora podržati timove koji razvijaju i primenjuju dobre kliničke puteve pomoću određenog raspoređenja drugih administrativnih zadataka.**

bolnice ili klinike

### **Potrebni su dodatni kompjuterski sistemi kao podrška kliničkim putevima**

**Kompjuterizacija nije uslov za uvođenje kliničkih puteva.**

Kompjuterizacija nije uslov za uvođenje kliničkih puteva. Dobro osmišljen sistem štampanih obrazaca može biti veoma efikasan. Verovatno će biti jeftiniji i pod većom kontrolom kliničkog tima nego u slučaju da su potrebni programeri svaki put kada se klinički put mora menjati. Generalno govoreći, u većini slučajeva je čak bolje imati sistem kliničkih puteva na štampanim obrascima pre same kompjuterizacije.

**Postoje potencijalne prednosti elektronske verzije kliničkog puta.**

Međutim, postoje potencijalne prednosti elektronske verzije kliničkog puta. Jedna prednost je, da može obuhvatiti zaista sve dokumente, koji nastaju za vreme jedne epizode lečenja. Druga prednost je jednostavnija statistička analiza.

### **Na našem odeljenju imamo previše različitih tipova pacijenata**

**Odeli nikada ne treba da uvode kliničke puteve za sve tipove pacijenata.**

Ovo će se često čuti na odeljenjima opšte hirurgije i opšte medicine, ili na odeljenjima za gerijatriju ili psihijatriju. Ovde se vidi da se zanemaruje osnovna ideja: da odeli nikada ne treba da uvode kliničke puteve za sve tipove pacijenata.

**30 do 40 kliničkih puteva obuhvata polovinu utrošenog budžeta pa i polovinu svih pacijenata opšte bolnice.**

Dobar klinički tim počinje tamo gde je stopa koristi u odnosu na uloženi rad najveća sa najčešćim bolestima ili sa bolestima, gde se najčešće greši. Poznato je, da u opštoj bolnici pa i u kliničkim centrima 30 do 40 kliničkih puteva već pokriva polovinu utrošenog budžeta pa i polovinu svih pacijenata. To znači, da sa malim brojem dobro odabranih puteva značajno utičemo na kvalitet obrade velikog broja pacijenata i utičemo na efikasnost trošenja velikog dela budžeta ustanove.

Kod bolesti, koje nisu česte, stopa povraćaja bi bila u odnosu na uloženi rad niska. Pitanje je samo, kod kolikog broja kliničkih puteva možemo stati. Porodilište može stati već nakon pripreme puta za normalni porođaj (koju uključuje carski rez), jer će njim obuhvatiti većinu svojih pacijentica. Neki odeli za isti postotak moraju pripremiti tri ili pet puteva koji pokrivaju 75% pacijenata. Broj kliničkih puteva zavisi od procene troškova i koristi od dodavanja novih kliničkih puteva postojećem skupu.

### **Potrebno je nekoliko godina istraživanja da bismo bili spremni da uvedemo kliničke puteve**

Klinički put ne pripremamo tako, da sami tražimo dokaze iz literature. Potrebno je uzeti nacionalnu vodilju, a ako ne postoji



**Pravo vreme za  
uvođenje  
kliničkih puteva  
je uvek sada.**

ili nije bila duže vreme obnovljena, koristiti najnoviju međunarodnu vodilju. Pravo vreme za uvođenje kliničkih puteva je uvek sada, pošto i sada postoje pacijenti, kojim sa kliničkim putem možemo koristiti.

## **II. DEO. PRIPREMA I IMPLEMENTACIJA KLINIČKOG PUTA**

### **FAZE U RAZVOJU KLINIČKOG PUTA**

Priprema i implementacija kliničkog puta ima više faza:

1. odluka, koji klinički put;
2. određivanje nosioca interesa, koordinatora za kliničke puteve i vođe radne grupe (tima) za klinički put;
3. određivanje zadataka i odgovornosti vođe i članova tima;
4. opis (mapiranje) postojećeg pacijentovog "putovanja";
5. prikupljanje podataka i ocena stanja pred uvođenjem KP;
6. priprema sadržaja KP;
7. pilotno testiranje i uvođenje u rutinu;
8. redovito praćenje i evaluacija KP.

#### **1. Odluka o KP**

Prilikom odlučivanja o KP koji će pripremiti pojedina ustanova treba uzeti u obzir nacionalne prioritete i nacionalni izveštaj o zdravstvenom stanju stanovništva, kao i lokalne prioritete na koje obično utiču sledeće ocene:

- broj obrađenih slučajeva,
- troškovi pojedinog slučaja,
- nedovoljan kvalitet postojeće obrade,
- različiti načini obrade istog stanja,
- žalbe korisnika.

#### **2. Identifikacija nosilaca interesa, koordinatora i vođe radne grupe**

Nosilac interesa je svako ko ima interes za razvoj KP i njegove rezultate. Možemo ih podeliti u dve grupe:

- oni koji su neposredno uključeni u razvoj KP ( interni nosioci interesa u instituciji);

- oni za koje treba pripremiti adekvatne informacije (unutrašnji nosioci interesa) – njima projekat treba predstaviti tako da mogu postaviti pitanja i dovoljno ih motivisati da predstave svoje komentare ili nedoumice. Naročito treba što pre raspravljati o ovim poslednjim i ne treba čekati na početak implementacije jer može doći do narušavanja samog procesa.

### 3. Odrediti zaduženja koordinatora i tima

Koordinator je dužan da:

- odredi članove timova za kliničke puteve;
- vodi i motiviše timove u vreme pripreme pojedinih kliničkih puteva;
- podržava timove u određivanju ključnih ciljeva kliničkog puta koji će se uvažavati za vreme pripreme kliničkog puta i pratiti za vreme implementacije;
- obezbedi da se klinički putevi u instituciji pripremaju na bazi dobrih kliničkih vodilja i lokalne prakse;
- planira i doprinosi sprovođenju svih aktivnosti koje su potrebne prilikom uvođenja, praćenja i evaluacije kliničkih puteva;
- brani stavove timova za klinički put u vreme razvoja i uvođenja;
- dostavlja informacije o razvoju kliničkih puteva u odgovarajuće zdravstvene sredine;
- nadzire uvođenje kliničkih puteva u odgovarajućoj specijalističkoj oblasti

Tim za klinički put moraju sačinjavati članovi koji imaju dovoljno znanja i iskustva za odabrani zdravstveni problem i koji su istovremeno motivisani za taj rad. Zaduženja tima su sledeća:

- prenošenje i zastupanje pogleda i zahteva pacijenata u svim delatnostima koje se odnose na klinički put;
- utvrđivanje, planiranje i pomoć u postizanju prednosti povezanih sa uvođenjem kliničkog puta;
- utvrđivanje (mapiranje) svih aktivnosti postojeće obrade pacijenta koje će biti uključene u novi klinički put;
- utvrđivanje uskih grla i drugih slabosti u postojećoj obradi pacijenta;
- priprema kliničkog puta, izvođenje pilotske studije i koordinacija njegove rutinske primene;
- podsticanje informisanosti i saradnje u pripremi kliničkog puta u neposrednoj radnoj okolini i u široj organizaciji
- podnošenje izveštaja koordinatoru o dostignućima i problemima koji se pojavljuju u vreme razvoja kliničkog puta.

#### **4. Utvrđivanje sadašnjih postupaka (mapiranje) kod odabranog zdravstvenog problema**

Ako sa kliničkim putem zaista želimo poboljšati kvalitet i efikasnost zbrinjavanja pacijenta sa određenim zdravstvenim problemom, moramo najpre detaljno prikazati i analizirati kako se takav pacijent obrađuje danas. To moraju da shvate tim za klinički put, ključni nosioci interesa i bolesnici. Najefikasniji metod da se to postigne je priprema dijagrama (mapiranje) procesa koji prikazuje kako se danas odvija vremensko putovanje pacijenta kroz epizodu, koju će obuhvatiti klinički put.

Kod mapiranja sadašnjeg procesa je potrebno prikazati:

- sve aktivnosti (šta),
- osoblje, koje ih izvršava (ko),
- njihov redosled (kada?) i
- poželjne konačne produkte (doprinose zdravstvenom stanju bolesnika).

Putovanje mora biti prikazano sa stanovišta kako ga doživljava bolesnik. Na osnovu takvog prikaza tim će moći da oceni odnose koji postoje između različitih članova osoblja u procesu te unutrašnje i spoljne faktore koji utiču na proces, da bi tako mogao utvrditi ključne probleme i predložiti potrebne promene u novom putu, koje će imati najveći pozitivni uticaj na pacijente i osoblje.

Članovi tima moraju biti svesni da nije reč o traženju odgovornosti i krivaca za postojeće slabosti i uska grla, nego da im je realistična i iskrena ocena postojećeg procesa neophodna da bi ga mogli unaprediti.

Mapiranje procesa pruža sledeće:

- pregled kompletnog procesa – često po prvi put;
- jasan opis postojećeg stanja sa kojim se u budućnosti mogu porediti ostvarene promene;
- multidisciplinarni prikaz aktivnosti koji uključuje i bolesnike;
- pomoćno sredstvo gde se precizno može locirati oblast u kojoj će promene imati najveći uticaj;
- priliku da se mogu pojaviti dobre ideje;
- interaktivni događaj koji uključuje sve članove zdravstvenog tima;
- finalni proizvod, tj. mapu koja je jasna i pregledna.

Prikazom postojećeg procesa tim će moći da poredi sopstvenu praksu sa najboljom poznatom praksom u svetu i početi da postavlja pitanja, da li su promene potrebne. Reč je o logičnom procesu koji poznate elemente kliničke efikasnosti uključuje neposredno u praksu. Istovremeno, to već predstavlja nastanak prvog nacrtu kliničkog puta. Početna obrada na primarnom nivou

## **5. Prikupljanje i analiza merljivih indikatora postojećeg stanja**

Mapiranje i utvrđivanje slabosti zavisi od toga, koliko dobro su članovi tima upoznati sa stanjem u svojoj ustanovi odnosno odeljenju. Međutim to nije dovoljno. Uska grla i slabosti, koje su ustanovljene tokom mapiranja, potrebno je potvrditi odnosno izmeriti njihov obim sa odabranim setom merljivih indikatora.

Primeri:

- ako tim smatra, da je dužina ležanja preduga, potrebno ju je izmeriti u određenom broju primera;
- ako tim smatra, da se pogrešno propisuje antibiotik u preventivne svrhe kod određene operacije, potrebno je ustanoviti broj takvih propisivanja;
- ako tim smatra, da se određuje previše laboratorijskih testova pre operacije, potrebno je ustanoviti njihov broj;
- ako tim smatra, da pacijenti ne dobijaju pismena uputstva pre odlaska iz bolnice, i to je moguće objektivno utvrditi;
- ako tim smatra, da porodični doktori pacijente suviše često upućuju specialisti, i to je moguće prebrojati.

## VODIČ ZA IZRADU KLINIČKOG PUTA

Tim mora odrediti veličinu uzorka pacijenata u kojem će tražiti odabrane indikatore i pri tome imati u vidu, da će ti isti indikatori predstavljati i osnov za ocenjivanje rezultata kliničkog puta, pa će se meriti i nakon uvođenja kliničkog puta. To je razlog, da se mora prvo merenje izvršiti odmah na početku projekta i to kod pacijenata, koji su svoju epizodu završili prije početka projekta.

Ako se neke slabosti ne mogu izmeriti kvantitativnim indikatorima, potrebno je primeniti atributivne.

Rezultati neće pokazati samo gde su slabosti ili uska grla u postojećem toku lečenja, već i u kom obimu se danas ispunjavaju postojeći standardi.

Analiza početnog stanja uključuje naredne aktivnosti:

- formiranje tima za analizu;
- određivanje indikatora – od suštinskog je značaja da se ključne aktivnosti i rezultati mere uz pomoć odgovarajućih standarda koji će se moći primenjivati i kasnije;
- izbor uzoraka za analizu – izabrani uzorak treba utvrditi tako da što vernije predstavlja svu populaciju bolesnika sa istim stanjem odnosno dijagnozom;
- određivanje podataka koje treba prikupiti;
- prikupljanje podataka;
- analiziranje podataka;
- predstavljanje podataka kolegama i saradnicima;
- odlučivanje o tome šta treba promeniti pomoću kliničkog puta;

### 6. Modeliranje kliničkog puta

Preporuke za izradu kliničkog puta su prikazane u donjoj tabeli:

#### Preporuka

Klinički put (KP) mora biti pripremljen na A 4 formatu i vezan u mapu, koja omogućava skupljanje nalaza i drugih dokumenta, koji nisu uključeni u put.

KP ima vid tabele sa redovima, kolonama i ćelijama. Ako je potreban veći prostor, ćelije se mogu udruživati.

Ne treba koristiti tabulatorske razmake. Tamo gde bi ih inače izabrali, ćeliju je

#### Svrha

A4 format omogućava lakše rukovanje i kasnije lakše arhiviranje.

Tabele olakšavaju formatiranje i kasniji prelazak na elektronsku obradu.

Tabulatorski razmaci predstavljaju problem kod elektronske obrade.

## NACRT VODIČA

potrebno podeliti na više ćelija ili odabrati brojeve odnosno druge znakove za označavanje redova.

Preporučena veličina slova je 12, a nikako ne manja od 10. Dobar odabir vrste slova je Arial.

Stranice treba označavati na dnu, na sredini. Pored broja stranice je treba napisati još ukupan broj stranica, npr. 5/23

Prva stranica treba da je ista kod svih KP u istoj instituciji i da po mogućnosti liči na postojeće dokumente.

Naslovna stranica sadrži naziv ustanove i odeljenja, demografske podatke bolesnika, matični broj i podatke o osiguranju. Ako ustanova koristi nalepnice o pacijentu, KP mora to omogućiti. Preporučuje se da je nalepnica na svakoj stranici dokumenta.

Alergije moraju biti obeležene na dobro vidljivom mestu na prvoj stranici, a po potrebi i na stranicama koje su namenjene prepisivanju lekova, naročito ako bi takav lek došao u obzir u slučaju bolesti bolesnika.

Prva stranica prikazuje ime KP sa velikim slovima.

Prva stranica po potrebi prikazuje kriterijume za uključivanje odnosno isključivanje iz kliničkog puta.

KP ima na prvoj, drugoj ili poslednjoj stranici uputstva za ispunjavanje, koja treba da budu što kraća jer dokument mora biti razumljiv sam po sebi.

Na dnu prve stranice treba navesti ime, naziv i kontaktne podatke vođe tima odnosno drugog člana tima koji je zadužen za davanje i primanje

Arial je po mišljenju mnogih najadekvatnije pismo za takve dokumente. Veličina slova koja je manja od 10 teško se čita.

Označavanje stranica na taj način daje informaciju o ukupnom broju stranica, što je značajno naročito kada se dodje do poslednje stranice.

Jedinstveni spoljni format dokumenta omogućava osoblju, da dokument prepozna kao KP.

Demografski podaci o pacijentu omogućavaju trenutnu identifikaciju dokumenta i sprečavaju zamenu. Osnovni pacijentovi podaci na svakoj stranici sprečavaju zabunu, ako pojedina stranica ispadne iz dokumenta.

Dobro vidljivo evidentiranje alergija povećava bezbednost bolesnika.

To omogućava da osoblje odabere pravi KP za pravog bolesnika.

Na taj način autori KP daju tačne informacije, za kakvog pacijenta odnosno bolesti je konkretni KP primenljiv, a za kakve primere nije.

Uputstva su namenjena novim korisnicima.

To omogućava da korisnici dobiju eventualne dodatne informacije i da svoje komentare o KP, nakon što su ga primenili u praksi, dostave timu za KP.

## NACRT VODIČA

informacija o KP.

Na dnu stranice treba navesti broj i datum poslednjeg ažuriranja KP.

Prva, druga ili zadnja stanica sadrži tabelu sa potpisima osoblja u kojoj se svaki član osoblja koji učestvuje u obradi pacijenta identifikuje imenom, radnim mestom, inicijalima i potpisom.

Prva, druga ili poslednja stranica sadrži spisak koda standardnih odstupanja.

Prva, druga ili poslednja stranica sadrži listu lokalno prihvaćenih skraćenica i njihove definicije.

Adresu KP treba ponoviti na vrhu svake stranice.

Ime, datum rođenja i matični broj bolesnika treba ponavljati na svakoj stranici KP, možda u zaglavlju dokumenta ili na nalepnici.

KP mora biti uređen na način da aktivnosti prate jedna drugu kao što ih doživljava bolesnik. Kod svake značajne aktivnosti njen izvršilac treba da ima mogućnost da zapiše svoje inicijale i označi da li je aktivnost izvršena ili nije izvršena, kao i vreme kada je izvršena.

Odstupanja se beleže na tri načina: na određenom prostoru uz svaku pojedinačnu aktivnost, na dnu svake stranice ili na posebnoj stranici KP.

Opis odstupanja sadrži tri podatka: sam naziv odstupanja (može i kod ako

Datum poslednjeg ažuriranja je važan, da korisnici i pacijenti znaju, da li je dokument redovno ažuriran.

Tabela sa potpisima omogućava da se osoblje na narednim stranicama uz pojedinu aktivnost identifikuje samo inicijalima.

Neka odstupanja su toliko česta da se mogu unapred opisati i opremiti kodom. Kada dođe do takvog odstupanja umesto njegovog opisa treba upisati samo kao kod..

Zbog uštede prostora KP često koristi skraćenice koje je potrebno obrazložiti.

To omogućava da se dokument bez teškoća identifikuje. Ako se stranice dokumenta razdvoje na taj način se lakše mogu ponovo sastaviti.

Ako se stranice razdvoje na taj način se mogu bez teškoća spojiti.

Takav opis i praćenje svih aktivnosti predstavlja tačnu informaciju o obavljenim aktivnostima koja se može koristiti kod unutrašnjeg i spoljnog nadzora i za unapređenje kvaliteta.

Beleženje na dnu stanice je verovatno najbolji kompromis: na taj način odstupanje se beleži dosta blizu predviđene aktivnosti, a istovremeno omogućava dobar pregled nad odstupanjima kada se radi analiza svih odstupanja.

Na svakoj stranici treba ostaviti mesto za aktivnosti koje KP ne predviđa i koje

## NACRT VODIČA

postoji), uzrok za odstupanje (takođe u vidu koda ako postoji) i aktivnost koja je izvršena umesto predviđene aktivnosti.

KP mora da ima logičan tok, aktivnosti su navedene po hronološkom redosledu.

Precizna uputstva i protokoli postupaka su u KP prikazani samo ako je to potrebno (n.pr. zbog podržavanja standarda kvaliteta). Obično se nabrojani postupci samo pozivaju na poznate protokole. Važni protokoli mogu biti prikazani na poledjini stranica KP.

KP mora predviđati prelazne i konačne ishode lečenja.

Upućivanje je potrebno prikazati sa nazivom struke odnosno specijalnosti a ne sa imenom i prezimenom konsultanta.

U pripremi KP treba otkloniti mogućnost dupliranja evidentiranja. Postojeće dokumente je potrebno uključiti u KP.

Aktivnost odnosno postupak mora biti naveden tako, da se zna, šta i kada se nešto radi i ko će to uraditi.

Tamo gde je aktivnost moguće opremiti kvantitativnim podacima, to je potrebno učiniti.

Treba izbeći sinonime i žargon, a skraćenice moraju biti prikazane u legendi skraćenica.

Treba uključiti dovoljno praznog prostora odnosno praznih stranica za beleženje dodatnih aktivnosti, problema ili ciljeva.

su nastale kao posledica odstupanja (ili zbog drugih razloga, n.pr. lečenja komorbidnosti).

Na taj način korišćenje KP može biti intuitivno i može ga koristiti osoblje koje ga vidi prvi put.

Uključivanje svih detalja postupaka učinilo bi to da KP bude suviše obiman i težak za navigaciju.

Ishodi moraju biti predviđeni barem na kraju svake etape obrade, a po mogućnosti i češće. Kod hospitalizacije mogu biti ishodi predviđeni za svaki dan.

Navođenje lica iziskivalo bi česte izmene KP.

Dupliranje predstavlja gubljenje vremena i novca i istovremeno može prouzrokovati pogrešno beleženje podataka.

Aktivnosti moraju biti zapisane jasno i zbog toga, da bi se znalo, kada se može govoriti o odstupanju.

Ako su aktivnosti merljive, lakše se prate odstupanja.

To je potrebno zbog jasnoće dokumenta i izbegavanja dvosmislenosti.

To omogućava dodatnu individualizaciju obrade u slučaju dodatnih potreba bolesnika (npr. uporedna obrada drugih zdravstvenih problema).



Potrebno je brinuti i o aktivnostima čije merenje je korisno za klinički menadžment i administraciju.

KP mora omogućiti da se najrazličitije aktivnosti, značajne za potrebe menadžmenta, registruju u vremenu, kada se zaista izvrše.

### 7. Pilotiranje i implementacija kliničkog puta

Za uspeh projekta potrebne su intenzivna komunikacija i edukacija. Prave poruke moraju doći do pravih ljudi na najbolji mogući način. To je podjednako značajno za zaposlene, menadžment i druge nosioce interesa. Obično se informacije počnu da šire u obliku predavanja i obaveštenja u pisanoj formi za sve ključne grupe, a kasnije ih treba proširiti i na nivo dnevnih razgovora između onih grupa koje će primenjivati kliničke puteve. Treba uspostaviti sistem kako bi eventualni komentari, kritike ili pohvale doprle do mesta gde se mogu obrađivati ili koristiti u daljem planiranju odnosno uvođenju.

Pripreme treba otpočeti još znatno ranije, pre no što se na odeljenju pojavi konačna verzija kliničkog puta. Ona ne sme da dođe kao šok. Dovoljno dugo pre početka implementacije treba doneti odluku o sledećem:

- Datum i mesto gde će novi klinički put početi da se koristi kao dokumentacija.
- Pravovremeno obaveštavanje osoblja na tom odeljenju i kruženje kopija kliničkog puta među osobljem, tako da osoblje prepozna spoljašnji izgled. Potrebne su i druge vrste obaveštavanja.
- Organizovanje edukativnih radionica za svo osoblje koje će doći u dodir sa kliničkim putem. Na njima treba detaljno prikazati klinički put, protumačiti njegovu svrhu i prikazati njegovo popunjavanje. Naročitu pažnju je potrebno posvetiti značenju odstupanja.
- Pilotna implementacija za određeni period odnosno za određeni broj slučajeva; oba podatka zavise od vrste bolesti odnosno od bolesnika za koje se razvija klinički put (da li je reč o brojnoj ili manje brojnoj bolesti).
- Dostupnost kopija kliničkog puta na svim poznatim mestima.
- Način prikupljanja predloga i komentara osoblja.
- Analiza pilotskog perioda i amandmiranje kliničkog puta na podlozi iskustva i primedbi osoblja, koje je testiralo put.
- Uvođenje kliničkog puta u svakodnevnu rutinsku primenu.

Za vreme pilotske faze članovi tima za klinični put treba da imaju mogućnost pružanja edukacije i podrške osoblju koje koristi klinički put.

Rukovodstvo ustanove je pre svega dužno da u prvim nedeljama implementacije pokaže jaku i javnu podršku kliničkom putu. Nakon okončanog pilot perioda a pre otpočinjanja prave implementacije treba javno predstaviti rezultate kao i u kojoj meri su uzete u obzir primedbe.

Pilotska verzija kliničkog puta mora biti zamenjena ažuriranom verzijom.

## 8. Redovno praćenje i revidiranje kliničkog puta

Praćenje i prerađivanje kliničkog puta je trajan proces. Klinički put je dinamičan dokument kojeg je treba proveravati i dopunjavati u sklopu kontinuiranog procesa nadzora. Važno je, da klinički put uđe u svakodnevne razgovore pa time i u profesionalnu kulturu osoblja. Komentari kao: „Ovo možemo raditi po putu“ ili „Tu će biti potrebno odstupanje“ ili „Tu moramo promeniti put“, dokazuju, da se put stalno prati i da je put prihvaćen. Pored toga su potrebni i zvanični sastanci na temu kliničkog puta. Njihova učestalost zavisi i od zabeleženih odstupanja, ali na početku ne smiju biti ređi od jednom mesečno.

Prilikom provere kliničkog puta treba se usredsrediti pre svega na tri pitanja:

- Celovitost primene puta – da li se primenjuje u svim odgovarajućim slučajevima? Kako se put popunjava? Koje se informacije izostavljaju? Da li osoblje i dalje koristi staru dokumentaciju?
- Vrste zabeleženih odstupanja – da li se uopšte beleže? Ako se beleže, da li su odgovarajuća? Da li osoblje razume značenje odstupanja i kako ga beležiti?
- Zadovoljstvo osoblja – da li su izvršene ankete o mišljenju osoblja? Da li je potrebna anketa o mišljenju osoblja o putu? Šta pokazuje anketa?

### Praćenje odstupanja

Analiza odstupanja mora biti sastavni deo kliničkih sastanaka na odeljenju.

Klinički put predstavlja predlog odnosno uputstvo za određenu zdravstvenu obradu ali ne zamenjuje kliničku procenu pojedinca, koja uvek mora biti prisutna. Svi bolesnici nikada se ne mogu obrađivati na isti način koji predlaže klinički put i svaki član tima koji obrađuje pacijenta mora odstupiti od puta kada ima dobar razlog za to. Naravno, važi i obrnuto: ako takav razlog ne postoji, član tima najbolje će postupiti ako prati predlog iz kliničkog puta.

Značaj odstupanja proizlazi iz sledeće definicije kliničkog puta koju je postavio Johanson (1997): Klinički put udružuje sve predvidive elemente zdravstvene obrade koju članovi multidisciplinarnog tima pružaju bolesniku odnosno korisniku za određene vrste potreba u određenom vremenskom okviru i u svrhu postizanja predviđenog rezultata te obrade. Svaka devijacija tog plana predstavlja odstupanje i analiza odstupanja omogućava proveru postojeće prakse. Analiza odstupanja je alat koji stavlja klinički put daleko ispred ostalih oblika planiranja zdravstvene obrade.

Kao što je već rečeno odstupanje mora biti zabeleženo na način da se kasnije u vreme analize odstupanja može razumeti i definisati. Ako je do odstupanja došlo usled kliničke procene pojedinca ili usled sistemске smetnje u datom momentu (na primer kvar aparature) ili usled drugačijeg izbora bolesnika, treba utvrditi da li se odstupanja gomilaju kod određenih članova tima. Prilikom odgovarajućeg beleženja odstupanja, njihova analiza ne sme biti suviše opterećujuća. Bolje je, da se podaci predstavljaju kliničkom timu i u kolegijalnoj diskusiji razmotre načini kako bi se mogli primeniti.

# NACRT VODIČA

## **Aneks I. RAZVOJ KLINIČKOG PUTA U 3. RADIONICE**

### **1. PRVA RADIONICA**

#### **Priprema za 1. radionicu**

1. uspostavljanje kontakta sa direktorom odnosno vodstvom ustanove u smislu početne informacije i motivacije, izbor koordinatora za kliničke puteve
2. izbor KP, članova tima i vođe tima za odabrani KP
3. izbor odgovarajuće kliničke vodilje, prikupljanje druge literature
4. traženje već postojećih KP drugih institucija, naročito onih, koji se rutinski primenjuju

#### **Sadržaj 1. radionice**

1. upoznavanje sa značenjem KP
2. tim izradi grafički prikaz "putovanja" pacijenta u toku postojeće obrade, analizira uska grla i druge probleme u pogledu kvaliteta i efikasnosti
3. određivanje načina kako objektivno potvrditi postojeće probleme i njihov obim
4. određivanje načina kako otkloniti probleme postojeće kliničke obrade
5. prikaz i rasprava o postojećem KP iz druge zdravstvene institucije
6. određivanje početka KP, pojedinih etapa i završetka KP
7. određivanje kriterijuma za prelaz u narednu etapu KP i kriterijuma za završetak KP (u bolnici su to kriterijumi za otpust)
8. priprema spisaka očekivanih ishoda pojedinih etapa i konačnog ishoda lečenja
9. članovi tima raspodele zaduženja u toku pripreme KP

### **2. DRUGA RADIONICA**

#### **Priprema za 2. radionicu**

1. članovi tima razmotre sa saradnicima sve preliminarne odluke koje su postignute u 1. radionici
2. svaki član tima pripremi (napiše) listu kliničkih aktivnosti i ishoda za koje je zadužen
3. vođa tima prikupi radove članova tima, pripremi predlog KP i zatraži od članova tima da razmotre njegov sadržaj još pre sastanka

#### **2. radionica**

1. prikaz prethodnih rasprava u instituciji, utvrđivanje promena i definitivno prihvatanje odluka 1. radionice

## NACRT VODIČA

2. detaljni pregled predloga KP, odluke o potrebnim korekcijama i dopunama; postizanje saglasnosti u timu
3. rasprava o grafičkom izgledu KP
4. prikaz postignutih rezultata rukovodstvu institucije

## TREĆA RADIONICA

### Priprema za 3. radionicu

1. Da članovi tima razmotre sa saradnicima nacrt KP i usvoje odluku, da bi bilo moguće izvodjenje **ogledne** primene (pilotiranja) kod određenog broja pacijenata
2. Izvodjenje **ogledne** primene
3. Analiza odstupanja i problema, koji su se pojavili za vreme pilotiranja
4. Priprema potrebnih izmena KP
5. Nacrt uvođenja, praćenja i evaluacije KP

### 3. radionica

1. Utvrđivanje potrebnih izmena KP
2. Utvrđivanje nacrtu uvođenja, praćenja i evaluacije KP
3. Analiza rizika za vreme uvođenja KP
4. Razmotriti logistiku korišćenja (gde će se čuvati obrasci puteva; Koja sadašnja dokumentacija neće više biti potrebna)
5. Završni prikaz postignutih i budućih rezultata rukovodstvu, zdravstvenim radnicima na odeljenju, koje će primenjivati KP, i ostalom osoblju institucije





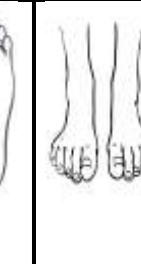
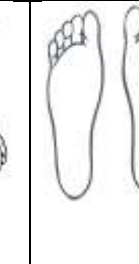
**Aneks II. Primer kliničkog puta na primarnom nivou: Dijabetesno stopalo**

# NACRT VODIČA

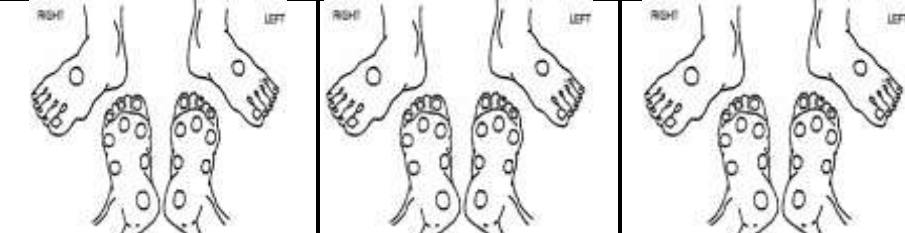
Ime i prezime	Br. kartona
---------------	-------------

Faktori rizika				da	ne	Ranija istorija promjena na stopalu				da	ne
Tip dijabetesa	1	2	Gojaznost			Istorija vaskulame bolesti					
<b>Istorija dijabetesa</b>			Fizička aktivnost			Istorija revaskularizacije					
Trajanje > 10 godina			Alkohol			Prethodne infekcije					
Dobra glikemička kontrola			Pušenje			Prethodne amputacije					
Kardiovaskularne komplikacije			Bivši pušač			Prethodne traume					
Očne komplikacije			Saradnja pacijenta			Istorija ulkusa stopala					
Bubrežne komplikacije			Edukacija			Strukturalni deformiteti (Charcot stopalo)					

Kliničke aktivnosti	Prvi pregled			Kontrolni pregled			Kontrolni pregled			
	Datum		Datum narednog pregleda	Datum		Datum narednog pregleda	Datum		Datum narednog pregleda	
<b>Specifična istorija stopala</b>	da	ne	ostala anamneza			da	ne	ostala anamneza		
Promjene na koži										
Parestezije										
Bol										
Klaudikacija										
Ulceracija										
Kalus										
Infekcija										
Neadekvatna obuća										

Pregled kože stopala													
Označite promjene na stopalima:													
A= amputacija	K= kalus												
C= crvenilo	N= distrof.nokti												
D= deformitet	O= otok												
F= fisura	PU= preulceracija												
G= gljiv. infekcija	U= ulkus												
I= infekcija	S= suha koža												

Neurološki pregled stopala	desno		lijevo		desno		lijevo		desno		lijevo	
	da	ne	da	ne	da	ne	da	ne	da	ne	da	ne
Bol												
Temp.:percepcija toplo- hladno												
Vibracije- zvučna viljuška												
Ahilov refleks												

Testiranje senzibiliteta monofilamentom od 10 g	RIGHT		LEFT		RIGHT		LEFT		RIGHT		LEFT	
	Označi + ili - senzibilitet na predloženim tačkama oba stopala											

Vaskularni pregled stopala	desno	da	ne	lijevo	da	ne	desno	da	ne	lijevo	da	ne	desno	da	ne	desno	da	ne
Puls a. dorsalis pedis prisutan																		
Puls a. Tibialis posterior prisutan																		

## NACRT VODIČA

Kliničke aktivnosti			Prvi pregled	✓	Kontrolni pregled		✓	Kontrolni pregled		✓
Ocena rizika za ulceraciju	da	ne	Mali rizik		da	ne	Mali rizik		Mali rizik	
Senzibilitet poremećen										
Odsutstvo pulzacija			Srednji rizik				Srednji rizik		Srednji rizik	
Deformacija stopala										
Istorija ulkusa na stopalu			Veliki rizik				Veliki rizik		Veliki rizik	
Prethodne amputacije										

vi odgovori ne = mali  
rizik, 1 odgovor da =  
srednji rizik, > 1  
odgovor da: veliki

Prevenција I liječenje		✓		✓		✓
Mali rizik	Po algoritmu		Po algoritmu		Po algoritmu	
Srednji rizik	Po algoritmu		Po algoritmu		Po algoritmu	
Veliki rizik	Po algoritmu		Po algoritmu		Po algoritmu	
Ulceracija I druga urgentna stanja	Po algoritmu		Po algoritmu		Po algoritmu	

rizik

Edukacija	Prvi pregled	✓	Kontrolni pregled	✓	Kontrolni pregled	✓
Edukacija –usmena uputstva	Po algoritmu		Po algoritmu		Po algoritmu	
Edukacija –pismena uputstva	Po algoritmu		Po algoritmu		Po algoritmu	

<b>Odstupanja</b>						
<b>Postignuti ciljevi</b>	<b>Prvi pregled</b>	<b>✓</b>	<b>Kontrolni pregled</b>	<b>✓</b>	<b>Kontrolni pregled</b>	<b>✓</b>
Poboljšanje klin.slike						
Pogoršanje klin.slike						
Komentar						
Potpis lekara I medicinske sestre						

### Uputstvo za popunu obrasca

Svi članovi osoblja dužni su da upišu ime, prezime i potpišu se na označenom mestu, po okončanju aktivnosti za koju su zaduženi. Pored izvršene aktivnosti stavlja se kvačica kao dokaz ili zaokružuje odgovor Da ili Ne. Na nekim mestima potrebno je upisati podatak. Vreme obavljanja aktivnosti se upisuje samo ukoliko se oceni da je od značaja da se aktivnosti obave u određeno vreme ili u određenim intervalima.

Klinički put se u okviru mogućnosti oslanja na kliničke dokaze. Gde oni ne postoje, on se oslanja na najbolju kliničku praksu. Uprkos tome klinički put je uputstvo i nije nepromenljiv. Odstupanje se definiše kao skretanje sa kliničkog puta koje treba razmotriti na narednom sastanku zato što može dovesti do izmene kliničkog puta ili se od člana tima može zahtevati da promeni svoj način rada. Značajno odstupanje se obavezno upisuje u obrazac.



