

Som profession anvender vi naturligvis kliniske retningslinjer - hvad ellers?

Af chefsygeplejerske MPH, Vibeke Krøll, Århus Universitetshospital Skejby.

Alle hospitaler i Danmark er i disse måneder i gang med at implementere Den Danske Kvalitetsmodel. Nogle er akkrediterede, andre skal det indenfor de kommende måneder.

En af standarderne (1.2.5) foreskriver, at "Institutionen anvender kliniske retningslinjer som grundlag for behandlingsbeslutninger". Målet med standarden er "at sikre ensartet høj faglig kvalitet i behandlingen af patienter på baggrund af den til enhver tid gældende evidens".

I standarden er det derfor ikke til diskussion OM vi skal anvende en klinisk retningslinje. For det SKAL vi naturligvis. Vi skal ikke udsætte patienterne for tilfældig sygepleje. Vi er en profession, som naturligvis bygger sygepleje på den bedst tilgængelige viden.

Jeg sad en dag sammen med nogle sygeplejersker et sted i landet, hvor der bl.a. blev sagt: "Vi har altså ikke tid til at implementere de kliniske retningslinjer. Vi har valgt at prioritere retningslinjerne i Den Danske Kvalitetsmodel alene, for vi er nødt til at prioritere". Jeg anerkender naturligvis udsagnet om prioritering, men udtalelsen kan sammenlignes med en udtalelse som: "Hos os har vi valgt ikke at bruge den bedst mulige viden til patienterne uanset at netop anvendelsen af denne viden giver patienterne et bedre resultat og måske forkorter deres indlæggelsestid. Hos os har vi valgt ikke at stille krav til sygeplejerskerne om at udvikle deres kompetencer og at være opdaterede....". Og jeg kunne fortsætte.

Med Den Danske Kvalitetsmodel i hånden er der ikke et valg. Der står som nævnt at vi skal. Så modellen kan ikke give anledning til prioriteringen. Hvad en professionel tilgang til sygeplejen med de forpligtigelser, der følger med, heller ikke burde.

Vi har i den danske sygepleje valgt at have en institution (Center for Kliniske Retningslinjer) som hjælper os med at kvalitetssikre de kliniske retningslinjer, vi udvikler på de forskellige hospitaler, så vi kan dele viden, sikre patienterne den bedst mulige sygepleje og dermed gøre nytte af vores ressourcer på tværs af landet. Og kvalitetssikringen har efterhånden fundet en god vej. Der er i skrivende stund 10 godkendte retningslinjer og flere er på vej.

Prioritering mellem en retningslinje og en klinisk retningslinje

Jeg har også af og til også fået spørgsmålet: Hvad tæller mest? Er en retningslinje i DDKM så at sige "over" en klinisk retningslinje eller?

På alle hospitaler udarbejdes der retningslinjer som udgør trin 1 i DDKM. Som der står i standarden nævnt ovenfor (1.2.5) skal der anvendes kliniske retningslinjer. Men der kan jo være et overlap mellem en retningslinje for eksempelvis håndhygiejne og en klinisk retningslinje om samme emne. Ønskværdigt var det, at hvis der foreligger en godkendt klinisk retningslinje om fx håndhygiejne, og man som hospital skal udarbejde en eller opdatere en retningslinje, så anvender man naturligvis den, der er godkendt og kvalitetssikret. Andet ville være at bruge ressourcerne to gange. Og ideen med Center for Kliniske Retningslinjer er jo netop at samle kræfterne.

Så svaret er, intet står over den anden, men uanset om det er retningslinjer til DDKM eller i den daglige kliniske praksis skal vi naturligvis basere vores handlinger på den bedst tilgængelige viden.

Det hjælper at have en strategi

De kliniske retningslinjer bygger bro mellem forskning og klinisk praksis. Det er en bro, som gør det lettere for den kliniske sygeplejerske at følge de bedste anbefalinger i beslutningsprocessen i plejen af den enkelte patient (1).

Når man som hospital har valgt at benytte centret og dermed resultatet af arbejdet og samtidig har valgt at benytte muligheden for at udvikle kompetencerne blandt sygeplejerskerne, så fordrer implementering og oversættelse til klinisk praksis naturligvis en strategi på det enkelte hospital.

Strategien skal især tage stilling til, hvordan de kliniske retningslinjer ud fra et ledelsesperspektiv prioriteres i arbejdet, hvad man vil opnå, hvordan man vil afsætte tid til det konkrete arbejde og hvordan udvikling af kompetencer skal ske osv. Og i lige så høj grad hvordan man vil sikre, at de godkendte kliniske retningslinjer "bæres ind i huset" og faktisk anvendes til de patienter, hvor det er relevant (1).

Implementering er en særlig udfordring, ingen tvivl om det. Det kræver for det første, at vi som ledere efterspørger de kliniske retningslinjer, at vi har en struktur, der formår at oversætte de landsdækkende kliniske retningslinjer til den konkrete kliniske praksis og at vi følger op. Og følger op. Og følger op.

Men uagtet udfordringen i disse processer er det efter min mening ikke til diskussion OM vi skal tilbyde patienterne en sygepleje baseret på den bedst

Nyhedsbrev

Center for Kliniske Retningslinjer

mulige viden. Akkrediteringsstandarderne giver os netop en rigtig god grund til at gøre det netop nu - ved siden af så mange andre gode grunde.

Det var bare det, jeg lige ville sige. Måske du har en anden mening, så skriv til Nyhedsbrevet. Vi modtager meget gerne debatindlæg.

Litteratur

Krøll V (red). Kliniske retningslinjer, hvordan og hvorfor. København: Munksgaard Danmark. In print. Udkommer foråret 2011.

*Vibeke Krøll er chefsygeplejerske, MPH på Århus Universitetshospital Skejby og er endvidere formand for Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer.
Kontaktmail: vibekroe@rm.dk*