



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Priročnik za oblikovanje kliničnih poti

Urednika

Dorjan Marušič

Biserka Simčič

Ljubljana, 2009



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Priročnik za oblikovanje kliničnih poti

Urednika

Dorjan Marušič

Biserka Simčič

Ljubljana, 2009

Avtorji
(po abecednem redu): Breda Hajnrih, Saša Kadivec, Zdenka Kramar, Dorjan Marušič, Tanja Mate, Mircha Poldrugovac, Valentina Prevolnik Rupel, Biserka Simčič, Anne-Marie Yazbeck

Urednika: Dorjan Marušič, Biserka Simčič

Tehnična urednica: Petruša Miholič

Naklada: 400 izv.

Leto izdaje: 2009

Izdajatelj: Ministrstvo za zdravje

Različica: 1.0

Datum različice: november 2009

Namen dokumenta: Dokument predstavlja usmeritve za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti v zdravstvu v Republiki Sloveniji.

©2009 Ministrstvo za zdravje

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja Ministrstva za zdravje.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-08:002(035)

PRIROČNIK za oblikovanje kliničnih poti / [avtorji Breda Hajnrih ... et al.] ; urednika Dorjan Marušič, Biserka Simčič. - Različica 1.0. - Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2009

Vsebuje tudi prevod, tiskan v obratni smeri: Clinical pathways manual

ISBN 978-961-6523-38-7

1. Hajnrih, Breda 2. Marušič, Dorjan 3. Simčič, Biserka

247923456

Spoštovani bralci,

z vami delim prepričanje, da klinična pot predstavlja velik potencial za izboljšanje kakovosti in učinkovitosti dela zdravnikov ter drugih zdravstvenih delavcev in sodelavcev, saj predstavlja natančen, vnaprej zapisan protokol vseh aktivnosti med obravnavo določenega zdravstvenega stanja. Sicer ne izboljšuje kakovosti dela tistih, ki že danes izvajajo najboljšo možno klinično prakso, omogočajo pa prenos njihovega načina dela na vse ostale. Prav tako ne izboljšuje učinkovitosti dela tistih, ki že sedaj izstopajo v svojih prizadevanjih, da bi ohranili stroške zdravstvenih obravnav v finančno vzdržnih okvirih, obenem pa omogočajo prenos njihovih inovacij na celoten sistem zdravstvenega varstva. Najboljši tako morda res ne potrebujejo kliničnih poti, vendar jim prav klinične poti zagotavljajo, da imajo od njihovega načina dela koristi vsi bolniki.

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

Poleg koristi, ki jih klinične poti nudijo bolnikom in tistim, ki jih zdravijo, je potrebno omeniti tudi dejstvo, da so klinične poti izvrstno orodje managementa. Nekateri menijo, da so prvo pravo orodje, s katerim lahko managerji – nezdravniki vzpostavijo dialog z zdravstvenimi delavci. Klinične poti je namreč mogoče primerjati s kliničnimi potmi drugih izvajalcev tako v državi kot izven nje, primerjava pa tudi nestrokovnjaku omogoča zastavljanje vprašanj in sprejemanje (ali nesprejemanje) pojasnil. Klinična pot je tudi dobra podlaga za ocenjevanje standardiziranih stroškov zdravstvenih obravnav. Povedano na kratko: klinične poti ne bodo samo skrb strokovnega, temveč tudi poslovnega vodstva zdravstvenih ustanov.

Pričujoči priročnik predstavlja eno od vrste aktivnosti, s katerimi bo Ministrstvo za zdravje pospešilo proces priprave kliničnih poti in njihovega uvajanja v redno delo. Verjamem, da bo dobro služil svojemu namenu.

Borut Miklavčič
minister



KAZALO

Predgovor	3
Uvod	5
1 Opredelitev pojmov	6
2 S kliničnimi potmi do varnejše, kakovostnejše in celostne obravnave	8
2.1 Izobraževalna vloga kliničnih poti	8
2.2 Varnost obravnave	9
3 Klinične poti z različnih vidikov	10
3.1 Vidik regulatorja	10
3.2 Vidik plačnika	10
3.3 Vidik izvajalca	11
3.4 Vidik bolnika	12
4 Oblikovanje kliničnih poti	12
4.1 Postopki oblikovanja kliničnih poti	12
4.2 Potek oblikovanja klinične poti	13
4.3 Tehnični vidiki oblikovanja kliničnih poti	15
5 Trendi v razvoju kliničnih poti	16
Povezave na svetovnem spletu	17
Literatura	17
Recenzije priročnika	18

Uvod

Pred vami je posodobljen priročnik za pripravo kliničnih poti, ki ga je pripravila delovna skupina s ciljem nadgrajevanja in dvigovanja celovite kakovosti zdravstvenega sistema. Z nadaljnjim načrtovanjem kliničnih poti in postavitvijo začetka kliničnih poti na nivo pojava simptomov in znakov, torej v okolje dela zdravnikov ter zdravstvenih timov na primarni ravni, bomo nadgrajevali kakovost in varnost ter presegli razdelitev zdravstvenega sistema na več ravni. Omogočen bo prehod iz strukturnega v procesni zdravstveni sistem, ki temelji na procesu obravnave, usmerjene v zdravstveno stanje državljanke in državljana, oziroma bolnice ter bolnika.

Vizije vseh zdravstvenih sistemov stremijo k izboljševanju sistema celovite kakovosti in doseganju visoke varnosti zdravstvenih storitev. Zato je potrebno sprejeti jasne strategije spreminjanja kulture, izobraževanja kadrov in nenehnega izboljševanja procesov z zmanjševanjem odklonov od strokovnih obravnav (1, 2). Kakovostno zdravstveno oskrbo namreč tvorijo ljudje ob dobro oblikovanih procesih, na dokazih podprte, medicine. Tak proces predstavlja klinična pot, ki je najprimernejše orodje za doseganje dobrih izidov zdravljenja, saj omogoča posodabljanje zdravstvene oskrbe, olajša usposabljanje novih zdravstvenih delavcev, oblikuje celoten zdravstveni tim, osredotočen na pacienta in proces ter izboljšuje komunikacijo, sodelovanje, povezovanje in preglednost opravljenega dela. S spremljanjem odklonov in primerjavo s standardi ter dobrimi praksami, tudi spodbuja izboljševanje dela na podlagi merjenj. Nenazadnje, klinična pot spodbuja sodelovanje pacienta pri zdravstveni obravnavi, saj mu nudi opis poteka obravnave, olajša sledenje zdravljenju in aktivno sodelovanje pri njem. Zdravstvena obravnava je tako naravnana na potrebe pacientov in ne institucij. Vključevanje strokovne obravnave v celovit proces spodbuja timsko povezovanje zdravstvenih delavcev z bolniki in njihovimi težavami s ciljem strokovno preverljive ter učinkovite obravnave ob dokazljivih izhodih in izidih zdravljenja. Ob upoštevanju demografskih, socialnih in geografskih indikatorjev lahko tudi zdravstvene potrebe ljudi natančno popišemo s kliničnimi potmi ter smernicami. Tako pridobimo izhodišče za določanje dinamičnih standardov porabe sredstev in zmogljivosti ob upoštevanju nenehnega razvoja stroke, organizacije ter tehnike. (3)

Namen usmeritev za razvoj kakovosti in varnosti bolnikov je spodbuditi izvajalce, upravljavce zdravstvenega varstva, zdravstvene ustanove, zavarovalnice, izobraževalne ustanove s področja zdravstva, bolnike in druge uporabnike ter druge deležnike k razvijanju kakovosti, oblikovanju strateških ciljev ter zavzemanju za uresničevanje teh ciljev. Z uveljavljanjem zahtev za nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave in varnosti za paciente bomo dolgoročno zmanjšali pritožbe bolnikov, posredno pa tudi stroške, povezane z odstranjevanjem posledic varnostnih zapletov, dodatnih stroškov diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije bolnikov ter plačevanja odškodnin. Pri teh usmeritvah predstavljajo klinične poti enega potrebnih pogojev. Naj vam bo priročnik v oporo!

Dorjan Marušič



1 Opredelitev pojmov

Klinična pot¹ (v nadaljevanju KP) je orodje, ki zdravstvenemu timu omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo pacienta, spremljanje opravljenega dela ter kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse. Pomaga pa tudi pri seznanjanju pacienta s predvidenim potekom njegove zdravstvene obravnave in je dober pripomoček za izračun stroškov obravnave.

Evropsko združenje za KP (European Pathway Association) opredeljuje KP tako: »KP je metodologija za skupno odločanje in organizacijo zdravstvene obravnave za določeno skupino pacientov v vnaprej opredeljenem časovnem obdobju. Značilnosti klinične poti so:

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

Cilj KP je izboljšati kakovost zdravstvene obravnave z izboljševanjem izidov za paciente, poudarjanjem njihove varnosti, izboljšanjem pacientovega zadovoljstva ob čimbolj optimalni izkoriščenosti danih virov.«

V praksi predstavlja klinična pot sodobno medicinsko dokumentacijo posameznega bolnika. V prvem koraku namreč privzame in nadgradi obstoječo dokumentacijo. Za razliko od (do)sedanje dokumentacije, ki praviloma nudi le prazen prostor za vpisovanje aktivnosti članov zdravstvenega tima, jih redko in nepopolno usmerja k natančnejšim opisom njihovega dela ali odločitev, klinična pot vnaprej predvideva vse potrebne aktivnosti določene zdravstvene obravnave saj od člana zdravstvenega osebja terja pojasnilo zaključka. Če je bila predvidena aktivnost opravljena zahteva le potrditev tega, če pa ni bila, mora osebje navesti tako razloge za uvedeno spremembo kot utemeljitev izbire drugačnega procesa oziroma odklona od predvidene obravnave. KP omogoča:

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

Integralna KP opiše proces obravnave tako v zdravstveni kot drugih dejavnostih, ki prispevajo k kakovostni, učinkoviti in uspešni obravnavi pacienta. Bolnik je tako v središču procesa in postopek obravnave njegove

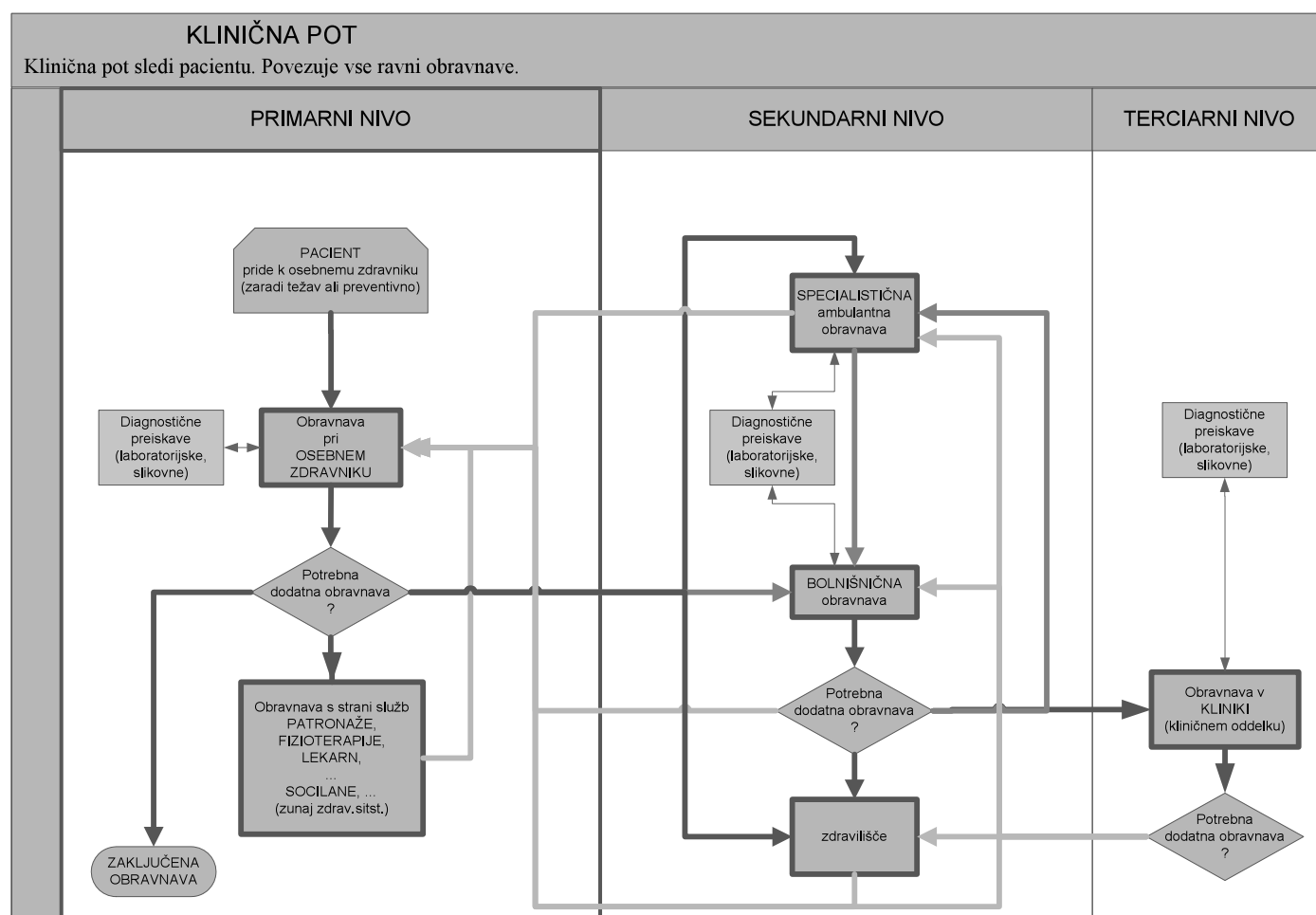
¹ V angleščini obstaja več izrazov za KP: care map, care pathway, clinical pathway, clinical protocol, collaborative care plan, critical pathway, disease management, chain of care, integrated care pathway, model of integrated patient pathway, patient pathway, patient package, patient journey, standard operating procedure, standardized order set.

zdravstvene težave ne upošteva tradicionalno ločenih zdravstvenih ravni. Cilji integralne KP so namreč, da pacienta:

- obravnavajo pravi strokovnjaki
- v pravilnem vrstnem redu
- na pravem mestu
- ob pravem času
- s primernimi sredstvi
- s pravim izidom obravnave
- in da vsi postopki upoštevajo potrebe in zadovoljstvo pacienta.

Integralna KP opiše proces posameznih elementov obravnave pacienta od pregleda pri osebnem zdravniku, preko sprejema v bolnišnico in akutne obravnave do same rehabilitacije. Posamezni deli KP skupaj tvorijo celoto, ki temelji na potrebi pacienta, temelječi na strokovni presoji zdravstvenega tima². Obstaja le peščica KP, ki pokrivajo pot med primarno in sekundarno ravno. Dober primer je integralna KP za sladkorno bolezen na regionalni ravni, ki je tudi neposredno povezana s podatkovno bazo regionalnega zdravstvenega sistema Danske za nadaljnje analize.

Slika 1. Povezave med nivoji zdravstvenega varstva in integralne KP.



Vir: Ministrstvo za zdravje, 2009.

² Povzeto po Integrated Care Pathway.: A guide to good practice; National Leadership and Innovation Agency for Healthcare, Wales (www.nliah.wales.nhs.uk)



Klinične smernice so sistematično oblikovana stališča, ki zdravniku praktiku in drugemu zdravstvenemu osebju, pa tudi pacientom, pomagajo pri odločitvah glede primerne zdravstvene varstva v specifičnih kliničnih okoliščinah. Namen smernic je zagotavljanje dobre klinične prakse, Svet Evrope pa jih opisuje kot sredstvo za racionalnejše odločanje v zdravstveni obravnavi in jih razume predvsem kot podporo izboljšanju kakovosti zagotovljene zdravstvene oskrbe. Tako oblikovane smernice zagotavljajo sodelovanje in večjo osveščenost pacienta, s tem pa aktivnejšo udeležbo v procesu zdravstvene oskrbe. Smernice omogočajo tudi uspešno spreminjanje postopkov in izboljšanje izidov zdravstvene oskrbe.

2 S kliničnimi potmi do varnejše, kakovostnejše in celostne obravnave

2.1 Izobraževalna vloga kliničnih poti

Glavna namena uporabe KP sta: dajanje nasvetov za dobro klinično prakso in priložnosti za izboljšave s pomočjo spremljanja odklonov. Uporaba KP omogoča:

1. Boljše komuniciranje in večje zadovoljstvo med zaposlenimi zdravstvenimi delavci, njihovimi sodelavci in pacienti.
 - Zdravstveno osebje uporablja KP kot pripomoček za seznanitev pacientov s predvideno zdravstveno oskrbo, načrt dejavnosti med zdravljenjem posameznega pacienta in spremljanje opravljenega dela s strokovnega ter ekonomskega vidika (kazalniki kakovosti).
2. Spodbujanje skupinskega dela in sodelovanje med zdravniki, medicinskimi sestrami, farmacevti in drugimi člani večdisciplinarnega tima.
 - Izboljšanje komuniciranja in reševanje problemov temelji na izboljšanju skupnega dela zdravstvenega osebja. Izobraževanje je organizirano na skupnih predstavitvah za zdravnike in medicinske sestre ter farmacevte hkrati, pri določenih temah pa tudi za druge člane zdravstvenega tima, s čimer dosežemo, da zdravstveno osebje deluje kot usklajena ekipa.
3. Doseganje visokih standardov zdravstvene obravnave.
 - KP nam je v pomoč pri ugotavljanju tako izidov zdravljenja (kazalniki izidov) kot drugih kazalnikov kakovosti. Če nastane varnostni zaplet, ga bomo zapisali in analizirali, da bi se ga naučili v podobni situaciji v prihodnje preprečiti. Po določenem obdobju, npr. vsake tri mesece, glede na število pacientov, pri katerih smo uporabili klinično pot, ugotovljamo izide zdravljenja (kazalnike izidov) – npr. število posameznih zapletov pri določeni srčni operaciji. Te izide primerjamo bodisi časovno znotraj bolnišnice (časovni trend) bodisi s standardi ali najboljšimi praksami. Večkrat se zgodi, da ob odpustu ne moremo zapisati določenega izida. Zato je priporočljivo, da ima KP prazen prostor, v katerem lahko po določenem času preverimo kakšen je bil dejanski izid (npr. na kontrolnem ambulantnem pregledu ali povprašamo pacientovega izbranega zdravnika) in ugotovitve zapišemo. S pomočjo KP lahko izvajamo strokovni nadzor tudi retrospektivno. Pregledamo popise bolezni in ugotovimo sledenje dogovorjenim standardom zdravstvene obravnave oz. evidentiramo odklone.
4. Zmanjševanje števila odklonov od najboljšega načina zdravljenja in izboljšanje dosedanjih rešitev.
 - KP opisuje standardni načrt celotne zdravstvene obravnave za tipično vrsto pacientov in se lahko uporabi pri približno 60 do 70 % pacientov z določeno boleznijo ali zdravstvenimi težavami. Odkloni pomenijo odstopanje od standardne obravnave, zapisane v klinični poti in opozarjajo na tiste paciente, ki slabše napredujejo in zahtevajo poglobljeno obravnavo. Vsi odkloni se zapišejo in so

podlaga izboljšanja KP. Obenem so odkloni osnova za nadaljnje izboljševanje zdravstvene prakse in razvoj stroke.

2.2 Varnost obravnave

Med temeljne vrednote procesa zdravstvene oskrbe sodi izboljševanje kakovosti in varnosti pacienta (4). Kjer v procesu zdravljenja nastopa človeški faktor, vedno obstaja možnost neželenega dogodka, zato je potrebno vsak proces s pravili, smernicami, kliničnimi potmi, standardi ipd. organizirati tako da v največji meri preprečimo možnost nastankov oemnjenih neželenih dogodkov. Tako ne le vzpostavimo večjo varnost pacientov, temveč tudi zagotavljamo varnost zaposlenim, ki tako lahko na osnovi dogovorjenih pravil, smernic, KP, standardov za opravljanje storitev svoje delo strokovno in varno opravijo (4).

Pri zagotavljanju varnosti pacienta in zaposlenih ne govorimo samo o delovanju posameznika. Izrednega pomena je namreč delovanje zdravstvenega tima kot celote, pri tem pa mora sodelovati tudi pacient s spremljanjem zdravljenja, opozorili in vprašanji. Vsi se morajo zavedati problema varnosti in delovati kot partnerji – sodelovati, si zaupati, se spoštovati, predvsem pa morajo biti vsakemu sodelujočemu jasne lastne odgovornosti, pristojnosti, opredeljeni procesi, standardi, protokoli, KP. Pri zaznavanju neželenih dogodkov in iskanju rešitev za njihovo preprečevanje mora biti vzpostavljeno sodelovanje celega tima, ne glede na položaj na hierarhični lestvici. Človeške napake so neizogibne in s tem tudi neželeni dogodki, zato je treba vzpostaviti kulturo in sistem, ki pojav teh napak zmanjšata v čim večji meri (5).

Zaposleni aktivno sodelujejo pri oblikovanju varnostne kulture in s tem pri preprečevanju neželenih dogodkov tako, da:

- jih stalno pričakujejo,
- postavljajo varnostna varovala,
- uporabljajo znane varnostne prakse,
- s pogovori o varnosti prepoznavajo in sporočajo neželene dogodke,
- se iz njih učijo in
- izvajajo ukrepe za preprečevanje ponovitve neželenih dogodkov.

Pri zagotavljanju varnostne kulture pa se moramo osredotočiti na:

- timsko delo (podpora vseh udeležencev v procesu s ciljem preprečevanja neželenih dogodkov),
- ureditev proaktivnega pristopa pri obvladovanju kliničnih tveganj (obvladovanje procesov s standardi, protokoli, KP ...),
- sisteme in procese, ki so pripeljali do neželenega dogodka ali njegovega skorajšnjega nastanka,
- redno pripravo poročil, rešitev in ukrepov za izboljševanje,
- obveščanje osebja, ki dela v teh procesih, o vsebini ustreznega ukrepa,
- nudenje podpore »drugi žrtvi« - osebi, ki je bilo udeleženo pri neželenem dogodku,
- izrekanje obžalovanja pacientu,
- obveščanje pacienta o analizi dogodka, rešitvah,
- spodbujanje pacientov, da sodelujejo v procesu zdravljenja (izobraževanje, komuniciranje ob vizitah, preverjanje pravilnega izvajanja terapije).

Obstoječi zdravstveni sistem nikakor ne zagotavlja maksimalne varnosti, zato se je treba usmeriti na spremembo sistema, zagotoviti ustrezno tehnologijo, izgraditi kulturo varnosti in prenehati s kulturo obtoževanja posameznika (4).

Uporaba KP namreč omogoča bistveno boljšo zaznavo odklonov od pričakovanega poteka zdravstvene oskrbe. Ko odklon zaznamo ali še boljše predvidimo morebitni odklon, lahko začnemo govoriti o vzpostavljanju varnostne



kulture v neki ustanovi. Pomen ugotavljanja odklonov in primerne obravnave varnostnih zapletov so posebej izpostavljene v *Luksemburški deklaraciji o varnosti pacientov*,³ ki jo je sprejela Evropska komisija v sodelovanju z drugimi partnerji v zdravstvenem varstvu leta 2005 ter v *Priporočilu Rec (2006)7 Odbora ministrov (pri Svetu Evrope) državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu*⁴, kjer so opisana osnovna načela primerne obravnave varnostnih zapletov.

Uvedba KP prispeva k zmanjšanju števila napak in ugotavljanju izidov zdravljenja ter kazalnikov kakovosti⁵. Ugotovitve po vzročno-posledičnih analizah varnostnih zapletov so vodilo za nadgradnjo KP, ki vključujejo pričakovane, že znane zaplete pri obravnavi posameznih skupin pacientov oz. obravnavi posameznih obolenj.

3 Klinične poti z različnih vidikov

3.1 Vidik regulatorja

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 je bila naslovljena *Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev*. Naslov jasno razkrije odgovornost Ministrstva za zdravje do pacientov in izvajalcev. Pristojni resor na področju zdravja mora namreč prebivalcem omogočati zlasti ohranitev, krepitev in ponovno pridobitev zdravja. V ta namen pa mora določati pogoje in zagotoviti podporo zlasti organizacijam, ki izvajajo zdravstvene storitve. KP predstavljajo orodje, ki lahko pomembno prispeva k doseganju večjega zadovoljstva tako uporabnikov kot izvajalcev.

V Evropski Uniji in drugje po svetu se državni organi na področju zdravja razlikujejo v odnosu do pristojnosti, ki so jim tradicionalno pripisane. V tem kontekstu je regulator predvsem v vlogi podpornika izvajalcev pri doseganju strokovno najustrežnejših rešitev. V Sloveniji smo KP sprejeli kot orodje izvajalcev, predvsem bolnišnic. Z razvojem KP pa je postalo čedalje pomembnejše upoštevati vidik pacienta, ki prehaja iz primarnega v sekundarni nivo zdravstvenega varstva. Pri koordinaciji procesa oblikovanja tako širokih KP predvidevamo, da bo vloga Ministrstva za zdravje čedalje pomembnejša, saj že zdaj prevzema čedalje večje odgovornosti pri razvoju KP. Pri tem pa je za ministrstvo ključno, da ohrani vlogo podpornika izvajalcev, ki morajo oblikovati KP na podlagi strokovnih smernic in lastnih potreb ter ohraniti občutek lastništva nad kliničnimi potmi.

3.2 Vidik plačnika

Med osnovne naloge Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) lahko vključimo

³ Luksemburška deklaracija je dostopna na spletni strani: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/Luksembur__ka_delaracija_o_varnosti_bolnikov.pdf

⁴ Priporočilo Rec (2006)7 je dostopno na spletni strani: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/VARNOST/SE-Varnost_Pacientov_2007.pdf

⁵ Nekaj možnih procesnih kazalnikov kakovosti za spremljanje poti:

- delež ležalne dobe nad predvideno,
- delež pacientov z jasno zapisanimi navodili kaj storiti po odpustu itd. od vseh odpustov,
- število evidentiranih, odpravljenih odklonov v klinični poti,
- časovni intervali med dvema postopkoma,
- časovni intervali med odvzemom npr. krvi za laboratorij in dobljenimi rezultati,
- časovno obdobje od sprejema v bolnišnico do premestitve na oddelek,
- časovno obdobje od odpusta do rehabilitacije.

aktivno naročanje kakovostnih zdravstvenih storitev, kar pomeni, da morajo biti varne, uspešne in učinkovito izvedene. V to vlogo mora seveda ZZS vstopiti ustrezno opremljen, da lahko promovira pregleden zdravstveni sistem, ki temelji na medicini, podprti z dokazi. KP sili k dokumentiranju dela neposredno, kar zagotavlja večjo natančnost podatkov. Pri zagotavljanju zdravstvenih pravic so najpomembnejše vrednote dostopnost, enakost, neprekinjenost in kakovost. Z vidika porabe finančnih sredstev pa preglednost določata standard obravnave in delitev zdravstvenih storitev po ravneh ter strokah.

Za doseganje večje stroškovne učinkovitosti so KP izjemnega pomena, saj omogočajo oceno izrabe finančnih virov glede na strokovne standarde. Zato morajo biti zanimive tako za poslovni kot strokovni management, saj obema omogočajo argumentirano razpravo pri iskanju ravnovesja med učinkovitostjo in produktivnostjo ter varnostjo in kakovostjo. Dobra KP prikazuje dejanske stroške obravnave v danih okoliščinah in pod danimi pogoji. Vsaka zavarovana oseba ima namreč pravico do kakovostnih in varnih storitev v skladu s standardi medicine, podprte z dokazi, torej storitve v skladu s strokovno doktrino. Nestandardna storitev je nenazadnje lahko neetična.

ZZS se preusmerja k plačilu storitev po izidu in izhodu zdravljenja ali stopnji povrnjenega zdravja. KP predstavlja le eno izmed orodij za ta prikaz, druga možnost so kazalniki, postavljeni na kritičnih točkah obravnave. KP predstavlja pomembno orodje za nadzor nad ustreznostjo opravljenega dela, ki se nanaša na vse uporabljane obračunske metode, še posebej pa je pomembno pri nadzoru nad skupinami primerljivih primerov (SPP).

Integralne KP celovite obravnave so izjemnega pomena pri prevodu pričakovanj in zahtev v realne zdravstvene potrebe prebivalcev. Tako se bo lažje preseglo paradoks seznama čakajočih in posledičnih čakalnih dob, ki morajo odsevati obsežnost patologije, razpoložljive zdravstvene zmogljivosti, finančne zmožnosti in pritiske javnosti, da bomo lahko uredili razmere za učinkovito delovanje zdravstvene dejavnosti ter pravično dostopnost glede na zdravstvene prioritete pacientov brez škode za zdravje. Po vzpostavitvi integralne kakovostne in racionalne zdravstvene obravnave želi ZZS spremljati stroške obravnave zavarovane osebe v skladu s postavljeno potjo.

3.3 Vidik izvajalca

Načrtovan, izvajan, spremljan in nenehno izboljševan proces zdravstvene obravnave bi moral biti cilj vsakega zdravstvenega zavoda. Klinična pot vse te vidike omogoča, saj predstavlja sistematičen prikaz poteka zdravstvene obravnave, pri katerem je nesporno jasno kdo, kdaj, kaj in na osnovni česa kaj naredi ter kje in kako se aktivnosti evidentirajo, merijo, izboljšujejo. Evidentiran in tako dokazljiv odklon omogoča izboljšavo procesa ter posledično varnejšo obravnavo pacienta obenem pa ne omejuje izvajalca pri izbiri postopka obravnave pacienta, če to zahteva zdravstvena oskrba.

Klinična pot omogoča tako jasnost postopkov in dobro organizacijo dela na področju zdravstvene obravnave pacienta kot tudi osnovo za usposabljanje, uvajanje in preverjanje usposobljenosti. Hkrati predstavlja osnovo za planiranje in obračun dela po strokovni, stroškovni ter ekonomski plati.

Na osnovi navedenega lahko zaključimo, da prinaša uvedba klinične poti višjo stroškovno zavest in ekonomiko delovanja izvajalcev.

Na osnovi kazalnikov kakovosti je mogoče tako interno kot eksterno samovrednotenje, kar zdravstvenemu zavodu nudi, na dokazih temelječ, potemtakem boljši izhodiščni položaj za pogajanje s plačnikom in lastnikom (regulatorjem), oziroma plasiranje na trg.

Skozi postopek implementacije klinične poti je izvajalcem na enostaven način prikazan način uvajanja sistema kakovosti v prakso, ki mu seveda posledično sledita certificiranje oziroma akreditiranje zdravstvenega zavoda.



3.4 Vidik bolnika

Osnovna naloga zdravstvenega sistema je najboljša možna obravnava z najboljšimi možnimi izidi zdravljenja, ki jo bolniki prejmejo vsakič, ko jo potrebujejo. Razvoj kliničnih poti bolnikom prinaša prijaznejši, spoštljivejši in skrbnejši odnos zdravstvenih delavcev, saj resneje upoštevajo sodelovanje bolnikov pri odločitvah o zdravstveni obravnavi. Klinične poti tako izboljšajo zdravstveno obravnavo, ki je primernejša, uspešnejša in učinkovitejša.

Z vidika bolnika klinična pot pomeni tudi, da si bo lažje izbral tisti zdravstveni zavod, ki bo pokazal, da skrbi za sistem celovite kakovosti. Poleg izboljšanja obravnave v smislu klinične kakovosti in večje varnosti, razvoj ter uporaba kliničnih poti pomenita boljšo obveščenost o boleznih in priporočenih oziroma predvidenih postopkih zdravljenja za posamezno bolezen. To predstavlja zmanjšano negotovost, s katero se sedaj bolniki pogosto soočajo zaradi pomanjkanja informacij o bolezni in postopkih zdravljenja. Z uporabo kliničnih poti tako opolnomočimo bolnika oziroma uporabnika zdravstvenih storitev, da lahko bolje sodeluje v procesu, hkrati pa omogočimo izvajalcu uporabo orodja, s katerim pridobi zaupanje bolnika in analizo svojega dela.

4 Oblikovanje kliničnih poti

4.1 Postopki oblikovanja kliničnih poti

Pri oblikovanju KP je mogočih več pristopov, ki so odvisni od organizacije izvajalcev zdravstvene oskrbe in načina komuniciranja med njimi. Načeloma je najboljši tisti model, ki omogoča največjo stopnjo udeležbe, vendar le, če je izvedljiv in sprejemljiv. Uspešen bo tisti pristop, ki bo zagotovil, da bodo člani tima pripravljeni sodelovati v procesu oblikovanja klinične poti. V praksi se pogosto zgodi, da je uporabljen pristop, ki združuje vidike vseh treh modelov. Verjetno obstajajo tudi drugačni pristopi, ki so lahko smiselni, če le dosežejo zastavljen cilj. Običajno pri oblikovanju uporabljamo tri pristope, ki so opisani v nadaljevanju.

Pristop A temelji na majhnem številu vodij vsake pomembne stroke, ki delajo skupaj zaradi končnega oblikovanja KP. Sledita motiviranje in izobraževanje drugih članov skupine glede samega izvajanja KP v praksi. Ta model je lahko zelo učinkovit. Vprašanja, ki se nanašajo na posamezno stroko, je možno na srečanjih obravnavati ločeno, kasneje pa se lahko član osebja z dolgoletnim stažem odloči, da bo po potrebi vključil tudi druge. Največja nevarnost pristopa A je, da posamezniki, ki niso bili vključeni v ožjo oblikovano skupino, podvomijo o smiselnosti uvedbe KP in lahko dobijo občutek, da jim je bila izbrana rešitev vsiljena. V praksi je pri uporabi pristopa A tveganje zamud najmanjše.

Pristop B temelji na vključevanju čim večjega možnega števila ljudi od samega začetka pa vse do konca procesa. Upoštevajo se stališča vseh in vsakdo ima možnost, da pripomore k oblikovanju KP. Nekaj dela je mogoče opraviti v podskupinah, njihove ugotovitve pa pozneje potrdi oziroma odobri skupina kot celota. Čeprav je izobraževanje lahko potrebno, že sama udeležba pri oblikovanju pomeni neformalno obliko izobraževanja. Prednost pristopa B je sodelovanje širokega kroga sodelavcev, največja pomanjkljivost pa učinkovitost: srečanja trajajo dlje kot pri pristopu A, večina razprave se bo zdela nepomembna in nepotrebna za člane tima, ki so že seznanjeni s procesi. Tak pristop sicer lahko vodi do zamudne izdelave KP, po izdelavi pa jo je lahko uvesti.

Pristop C temelji na imenovanju koordinatorja za KP. Ta ima lahko izkušnje pri oblikovanju KP za različne vrste tako pacientov kot procesov. Glavna vloga koordinatorja je organizacija izdelave KP - oblikovanje načrtov, organiziranje sestankov in zagotavljanje udeležbe ostalih članov. Odgovornost za vsebinsko oblikovanje klinične

poti mora prevzeti skrbnik KP (vodja delovne skupine za KP) – običajno zdravnik iz dejavnosti, kjer se KP najpogosteje uporablja. Skrbnik KP tudi po sprejemu KP v prakso spremlja njeno izvedbo, odstopanja ter skrbi za izboljševanje, pri čemer mu organizacijsko pomaga koordinator za KP.

Z določenih vidikov lahko pristop C umestimo med A in B. Lahko je dokaj učinkovit, tudi stopnja sodelovanja oziroma udeležbe različnih sodelavcev je zadovoljiva. Največja prednost tega pristopa je majhno tveganje večjih napak pri oblikovanju KP in relativno enostaven postopek vpeljevanja KP v prakso, predvsem takrat, ko je skrbnik KP zdravnik - predstojnik oddelka, kjer se KP v največji meri uporablja.

4.2 Potek oblikovanja klinične poti

V nadaljevanju je opisan primer oblikovanja KP.

Pred prvim sestankom. Po odločitvi o oblikovanju KP je potrebno narediti oceno trenutnega stanja oziroma zbrati podatke o obstoječi zdravstveni obravnavi, ugotoviti torej kje so pomanjkljivosti. Le tako je možno končno oblikovanje in vrednotenje KP. Priprave koordinira oseba, ki bdi nad oblikovanjem KP v celotnem zavodu (koordinator KP). Poskrbi, da oblikovanje KP poteka v predvidenih rokih, ugotavlja in razrešuje koordinacijske ter organizacijske težave, ki lahko nastanejo pri oblikovanju. Koordinator za razvijanje KP je oseba z organizacijskim znanjem in veščinami povezovanja ter dobrega komuniciranja, ki mora biti tudi zelo zavzeta za doseganje zastavljenega cilja - uvedbo KP v vsakdanjo prakso. Pri tem ji lahko pomaga posebna delovna skupina, ki jo določi vodstvo zavoda/klinike. V delovno skupino za KP vključimo vse zdravstvene strokovnjake, ki sodelujejo v zdravstveni oskrbi pacientov, za katero pripravljamo KP: zdravniki, farmacevti, medicinske sestre, administratorke, fizioterapevti, socialni delavec in drugi zdravstveni sodelavci. Pred sestankom vsem članom skupine zagotovimo gradivo z razlago oblikovanja KP in ustrezno literaturo, ki jo bo skupina potrebovala pri oblikovanju KP⁶. Pri oblikovanju KP so vse aktivnosti načrtovane. Določimo cilje, potrebne vire (človeške, materialne, finančne, časovne), naloge in odgovornosti, predvideno število ter vsebino sestankov, način obvladovanja tveganja (težav, ki nastanejo pri oblikovanju), način preizkusa KP, seznanjanja osebja z KP in njenega vpeljevanja v vsakdanje delo.

Na **prvem sestanku delovne skupine** za KP se določijo pravila delovanja, naloge, cilji in pričakovanja skupine. Vsi člani so enakopravni pri razpravljanju, zato je potrebno spodbujati odkrito komuniciranje. Določimo skrbnika KP, to je vodjo delovne skupine za določeno KP, ki mora znati spodbujati člane skupine k predstavitvi njihovih zamisli, voditi usklajevanje idej in predlogov ter reševati možne nesporazume znotraj skupine.

Skrbnik KP v sodelovanju s koordinatorjem za KP vsem članom delovne skupine pojasni pomen strinjanja pri oblikovanju določene KP (npr. razloži, zakaj smo izključili paciente s pomembnimi spremljajočimi boleznimi, ki bi zahtevale drugačno obravnavo). Dosežen mora biti soglasen dogovor o nujnosti začetka oblikovanja KP in njeni poskusni uporabi.

Na koncu sestanka se člani delovne skupine dogovorijo glede nalog, ki jih pripravi vsak posameznik do naslednjega srečanja. Koordinator za KP poskrbi, da vsi člani delovne skupine dobijo zbrano gradivo za pripravo KP (smernice, teoretične podlage, primere kliničnih poti, lahko tudi osnutek klinične poti) do naslednjega sestanka. Pri pripravi KP je potrebno nameniti čas pregledu obstoječih KP, ki so jih pripravili drugje za enake zdravstvene težave, najnovejših kliničnih smernic (npr. www.guideline.gov, www.leitlinien.de, www.g-i-n.net), dokumentov v matični bolnišnici (protokolov, algoritmov, navodil, pravil) in tudi druge literature (npr. podatkovne zbirke PubMed, Cochrane itd.).

Na **drugem sestanku delovne skupine** na osnovi gradiva (primeri KP, podatki iz informacijskega sistema, lastne izkušnje članov skupine) oblikujemo KP. Osnutek klinične poti, ki ga podkrepimo s podrobnostmi lahko vodja

⁶ Koordinator za KP tipične podatke pridobi iz obstoječih informacijskih sistemov (npr. za določene operativne posege pridobi podatke o sprejemu, običajnih preiskavah, vrstah anestezije, sestavi operativnega tima, običajnem trajanju posega, povprečni ležalni dobi).



delovne skupine razdeli pred sestankom ali pa člani oblikujejo klinično pot na sestanku. Pomembno je, da člani vedo, da ima vsakdo pravico in hkrati odgovornost do predstavitve svojih zamisli na konstruktiven način. Naloga vodje delovne skupine za KP je doseganje začrtanih ciljev, pri čemer mora članom zagotoviti možnost, da predstavijo svoje poglede. Prav tako je pomembno, da se vsi zavedajo pomembnosti sklenitve kompromisa, kadar ni mogoče doseči sporazumnega dogovora. Na sestanku je potrebno vse natančno dokumentirati in o tem obveščati odsotne člane, saj so le tako vsi seznanjeni z razpravo, doseženimi dogovori in sklepi.

Pri oblikovanju klinične poti upoštevamo kronološko zaporedje aktivnosti. Ključnega pomena je dogovor o soodvisnosti posameznih aktivnosti, saj ni nujno, da si vse aktivnosti vedno sledijo enakem v zaporedju, nekatere namreč lahko izvedemo sočasno ali v drugačnem zaporedju. Delovna skupina mora določiti odgovorne osebe za *posamezne aktivnosti* v KP. Največkrat je razdelitev odgovornosti že dobro ustaljen del obstoječe klinične prakse. Na sestanku pripravimo pregleden seznam najpogostejših odklonov in se s tem izognemo dolгим opisom. Obrazec KP pripravimo tako, da bo mogoče odklone tudi opisati.

Sestanek zaključimo s pripravo na tretji, zadnji sestanek (koordinator za KP v sodelovanju z vodjo skupine za KP - skrbnikom klinične poti):

- Pripravi/ta seznam aktivnosti, ki jih je treba še opraviti, določi/ta posamezne člane, ki bodo aktivnosti opravili in termine izvedbe.
- Poišče/ta s podatki podprto literaturo, dokaze in pridobita mnenja drugih izkušenih strokovnjakov.
- Določi/ta oceno časa, ki ga bo porabilo osebje za izvedbo standardne KP in druge potrebne vire.

Na **tretjem sestanku delovne skupine** moramo dokončno oblikovati KP in izdelati načrt za njeno uporabo pri vsakdanjem delu. Pred sprejemom *končne odločitve o vsebini KP* in začetku njenega preizkušanja v praksi morajo biti razrešene vse nejasnosti ter dosežen kompromis. Sklepanje kompromisov je pri oblikovanju KP neizogibno, če hočemo z njeno uporabo pacientom zagotoviti največ koristi.

Nobena KP ni nikoli dokončna, nenehno jo je potrebno posodabljanj na osnovi zbranih izkušenj predlogov, ki nastanejo pri njeni uporabi.

KP se lahko oblikuje bodisi kot edini dokument v okviru zdravstvene obravnave pacienta bodisi kot dodatni dokument k ostali zdravstveni dokumentaciji – torej kot opomnik za preverjanje izvedenih aktivnosti v okviru zdravstvene obravnave pacienta. Od te odločitve sta odvisni njena oblika in grafična podoba. V vsakem primeru mora biti oblikovana pregledno in enostavno. Na tretjem sestanku so zato potrebni:

- dogovor o načinu uvajanja in začetku uporabe KP,
- uskladitev kateri obstoječi obrazci in zapisi niso več potrebni – določiti je potrebno vsebino, ki je vključena v KP;
- dogovor o usposabljanju zaposlenih za uporabo KP;
- določitev skrbnika KP kot odgovorne osebe za reševanje vprašanj pri uporabi KP med zdravljenjem pacientov;
- določitev načina vrednotenja KP: redne analize odklonov, iskanje razlogov zanje, posodabljanje KP, ugotavljanje možnosti za raziskave;
- dogovor o preizkusu KP.

Tabela 1. Nosilci odgovornosti in njihove zadolžitve pri izdelavi KP.

Nosilec	Odgovornosti	Komu je odgovoren
Koordinator za klinične poti	Dnevni red in cilj 1. sestanka, primeri kliničnih poti, podatki iz informacijskega sistema, teoretične podlage, smernice, spremljanje in koordinacija dela delovnih skupin za klinične poti, program uvajanja KP.	Strokovnemu direktorju oz./in direktorju
Vodja delovne skupine klinične poti - skrbnik klinične poti (predstojnik, klinike, oddelka, odgovorni zdravnik)	Vodjo skupine določi strokovni direktor ali predstojnik klinike oziroma oddelka. Odgovoren je za vsebinsko oblikovanje klinične poti in povezovanje dela delovne skupine. Pripravi uvedbo, spremljanje in izboljševanje klinične poti. Za sestanke v sodelovanju s koordinatorjem pripravi gradivo za pripravo klinične poti: smernice, teoretične podlage, primere kliničnih poti in drugo.	Koordinatorju oz./in strokovnemu direktorju zavoda/klinike
Skupina za oblikovanje klinične poti	Priprava na sestanke, pregled prejetih gradiv, vsak član skupine izdela osnutek klinične poti za svoje področje dela s konkretnimi podatki, opombami, dokazili.	Vodji delovne skupine za klinično pot

Obstaja sicer več načinov vpeljave KP, najpogosteje pa uporabljamo tri:

1. Nadaljevanje z običajnimi načinom dela in dokumentiranja le tega ter vzporedno za manjšo skupino pacientov uporaba KP. Prednost metode je v majhnem tveganju zmede, pomanjkljivost pa v povečanem obsegu dokumentacije ter v tem, da so prednosti KP vidne šele po daljšem času.
2. Oblikovanje in izpeljava formalnega preizkusa, pri katerem paciente naključno razdelimo v dve skupini: pri prvi se bo uporabila KP, pri drugi pa ne. Prednost metode je, da omogoča ustrezno osnovo za ugotavljanje ali je KP izboljšala klinično uspešnost ali ne. Ni velike verjetnosti, da bi se zaradi tega povečal celoten obseg dela – dejansko bi se moral obseg dela v skupini, pri kateri bomo uporabili KP, zmanjšati. Tak pristop je smiseln v tistih primerih, ko nekateri člani zdravstvenega osebja dvomijo v učinke uporabe KP. Uporaba pa je nesmiselna, če se vsi zaposleni strinjajo s potjo, saj sicer opravljamo dodatno delo, da bi dokazali nekaj, kar je že znano.
3. Izvajanje sistema v celoti in naknadno prilagajanje glede na pojav potreb: izbrati je potrebno dan, ko bodo vsi sprejeti pacienti vodeni s pomočjo KP. Celotno osebje mora biti pred začetkom obveščeno in ustrezno usposobljeno. Največja pomanjkljivost metode je pojav začetne zmede, zato je treba nujno poskrbeti, da ne pride do resnih napak pri izvajanju procesa.

4.3 Tehnični vidiki oblikovanja kliničnih poti

Zelo pomemben sestavni del KP je celovita dokumentacija, ki združuje delo celotnega zdravstvenega tima. Za uporabnika mora biti prijazna, pregledna, omogočati mora čim večjo uporabnost pri delu. Vsakemu članu tima mora KP omogočati hiter dostop do evidentiranja njegovega dela. Zato mora biti zapisana na strukturiranem obrazcu, ki pomeni dejansko pot obravnave pacienta, ki je v ustanovi najbolj preverjena in ustaljena glede na potek ter čas. KP mora imeti ustrezno grafično podobo in ne sme predstavljati le razširitve dokumentiranja postopka. Strnitev dokumentacije vseh članov tima prepreči podvajanje in tako olajša informacijsko podlago KP. Z informatizacijo in informacijsko podprtimi kliničnimi potmi (e-KP) je olajšano analiziranje odklonov, poročanje o



zapletih in primerljivost znotraj posameznega izvajalca ter med njimi. Informatizacija obenem omogoča hitrejšo in večjo uporabnost KP tudi v drugih poslovnih funkcijah izvajalcev.

5 Trendi v razvoju kliničnih poti

V EU se KP še vedno uporabljajo predvsem na sekundarnem nivoju v splošnih in univerzitetnih bolnišnicah. Aktivne države so: Belgija, Nizozemska, Velika Britanija, Danska, ki jim sledijo Nemčija, Italija, Estonija in Slovenija. Ugotavlja se, da se vodstvo bolnišnic še vedno ne zavzema dovolj za uvajanje in uporabo KP, njihova vpeljava še vedno ni integrirani del bolnišnične strategije. Ob tem je še vedno prisoten odpor pri uvajanju KP zaradi značilnosti zdravstvene organizacijske kulture. V nekaterih državah, npr. v Belgiji, na Nizozemskem in Danskem so že uspeli umestiti organizacijske spremembe in vgraditi KP v vsakdanjik delovanja bolnišnice. V Nemčiji so se v določenih bolnišnicah lotili uporabe in uvajanja KP, da bi izboljšali kakovost zdravstvene obravnave, s tem pa tudi zniževanje stroškov zdravstvene oskrbe. Pojavljajo se tudi KP na nacionalni ravni. Na Danskem so leta 2000 KP za zdravljenje raka postale del nacionalnega plana za zdravljenje raka in imajo v zadnjih 10 let absolutno podporo na nacionalni ravni. Danski Nacionalni odbor za zdravje je v dokumentu *National Cancer Plan II*⁷ iz leta 2005 predstavil priporočila za izboljšanje zdravstvenih storitev in obravnave za obolenja za rakom. Različni večdisciplinarni timi po bolnišnicah že pripravljajo nacionalne KP za najbolj pogosta rakava obolenja, ki so jih imenovali »cancer packages« ali »paketi za obravnavo raka«. Glavni razlogi za pripravo takšnih paketov so ugotovitve, da je oskrba obolelih za rakom neustrezna, da se storitve in s tem tudi stroški podvajajo in da je razporeditev človeških virov neprimerna. Danska se je odločila, da stopnjo smrtnosti zaradi raka zmanjša in da ponudi bolj kakovostno zdravstveno oskrbo za svoje paciente preko uvajanja nacionalnih KP.

KP so še vedno večinoma pripravljene samo na papirju. V elektronski obliki se še zdaleč niso uveljavile, saj zaenkrat večina bolnišnic v javnih zdravstvenih mrežah nima primerne podpore informacijske tehnologije za uporabo e-KP. Informatizacija KP zahteva določena finančna sredstva in spremembe v organizacijski kulturi, saj e-KP podpira transparentnost dela, obravnave, časa ter virov. Ugotavlja se, da je velikokrat želja po uvajanju e-KP še vedno izgovor, da se osebe izogne pripravi KP, čeprav je jasno, da programska oprema ne more ponuditi rešitve, ne da bi se vnaprej natančno opredelila KP. Vsi večdisciplinarni timi, ki se ukvarjajo z razvojem KP, vidijo koristi pri uporabi e-KP na naslednjih področjih: izboljšanju zbiranja podatkov, boljšemu sledenju napak in zapletov pri zdravstveni obravnavi, izboljšanju dela znotraj večdisciplinarnega tima, boljši in hitrejši dostopnosti do zdravstvene obravnave, izboljšanjem sledenju kazalnikov in drugih področjih dela.

Vseeno po državah EU obstajajo primeri uvedbe e-KP po posameznih bolnišnicah. Tako so v eni izmed belgijskih bolnišnic uvedli e-KP za področje srčno-žilnih bolezni; na Nizozemskem razvijajo e-KP za premostitveno operacijo koronarnih žil in nekatere srčno-žilne bolezni; na Danskem pa e-KP za srčni infarkt in pljučnega raka. Največji korak so dosegli v enem od konzorcijev bolnišnic v španski Barceloni: v splošni bolnišnici De l'Hospitalet so se poslužili sistema standardnih operativnih postopkov (SOP) in od leta 2008 razvili 15 e-KP, ki povezujejo sedem oddelkov, operacijske sobe, oddelek za pripravo na kirurgijo, negovalni oddelek in bolnišnične farmacevte.

⁷ Dostopno na: http://www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/kraeftplan2/KraeftplanII_UK/KraeftplanII_UK_med.pdf

Povezave na svetovnem spletu

Pomembne povezave na svetovnem spletu:

- Evropsko združenje za klinične poti (European Pathway Association - EPA): <http://www.e-p-a.org/>
- NHS Library: <http://www.library.nhs.uk/pathways/Page.aspx?pagename=LINKS>
- Bandolier: <http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/>
- Google Scholar: <http://scholar.google.com/>
- National Library of Medicine: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/critpath.html>
- NHS Scotland - National Patient Pathway: <http://www.pathways.scot.nhs.uk/>
- PubMedCentral: <http://www.pubmedcentral.nih.gov>
- International Journal of Care Pathways: <http://ijcp.rsmjournals.com/>
- www.guideline.gov
- www.leitlinien.de
- www.g-i-n.net
- www.e-p-a.org

Literatura

1. Mihalič R. Upravljamo organizacijsko kulturo in klimo. Škofja Loka: Mihalič in partner, 2007.
2. Musek Lešnik K. Pomen klime (organizacijske) v podjetjih.
Pridobljeno 14. 09. 2009 s spletne strani: www.ipsos.si.
3. Yazbeck AM, Robida A. (ur.) Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2006.
4. Robida A. (ur.) Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. [Ljubljana], Ministrstvo za zdravje, 2006.
5. Slovenski standard. SIST EN ISO 9001, Sistem vodenja kakovosti – zahteve (ISO 9001:2008). [Ljubljana]: Slovenski inštitut za standardizacijo, 2008.



Recenzije priročnika

Priročnik »Klinične poti« pomeni nadaljevanje petletnih prizadevanj, da bi v Sloveniji posodobili zdravstveno dokumentacijo in zmanjšali razlike v zdravstveni obravnavi med posameznimi ustanovami, s tem pa povečali kakovost in učinkovitost zdravstvenih obravnav. Današnja zdravstvena dokumentacija namreč ni dosti več kot kup papirjev, ki dajejo prostor za vpis administrativnih podatkov in odločitev zdravstvenih delavcev, pri čemer nekatere vnaprej določene rubrike ne preprečujejo povsem arbitrarnega pristopa k obravnavi posameznega bolnika. No, potrebno je dodati, da so posamezni segmenti kliničnih poti pri nekaterih obravnavah že dobro razviti (operacijski protokoli, opisi porodov, opisi nekaterih preiskav). KP se od dosedanjih zapisov razlikuje po tem, da ne opisuje samo dela obravnave, temveč celotno epizodo zdravljenja, v integrirani obliki pa sega preko meja posameznih zdravstvenih ustanov in ravni zdravstvene dejavnosti.

Presenetljivo je, da vnaprej napisani protokoli standardne obravnave, ki so na mnogih področjih že zelo dolgo znani, v zdravstveno dejavnost vstopajo s tolikšno zamudo. KP so doslej obstajale le v glavi vsakega zdravnika, ki se je znašel ob bolnikovi postelji. Uporaba znanja iz učbenikov, strokovne literature, kliničnih smernic in izobraževanj, ki naj bi poenotili stopnjo znanja stroke, je odvisna od sposobnosti priklica v trenutku, ko se zdravnik znakde pred bolnikom. To je navadno razlog za neprimerne in pozne odločitve ali podvojene aktivnosti, pa tudi za marsikatero napako. Zato ni pretirano reči, da se bolniki z istimi boleznimi v vsaki bolniški sobi in v vsaki ordinaciji zdravijo nekoliko drugače.

Kritiki KP trdijo, da zdravnik pri svojem bolniku ne potrebuje recepta, saj je vsak bolnik drugačen. Če bomo delali po receptih, pravijo, ne bo več potrebno misliti in zdravniki sploh ne bodo več potrebni. Resnica je prav nasprotna. KP zdravniku skrajša čas za odrejanje rutinskih postopkov in mu nudi več časa za razmislek, ali je njegov bolnik toliko drugačen, da potrebuje drugačno obravnavo, kot jo predpisuje klinična pot (takšnih bolnikov je po analizah od 10 do 20 %). Klinična pot omogoča, da so »običajni« bolniki deležni enako kakovostne obravnave ne glede na stopnjo znanja zdravstvenega tima, najbolj zapletenim bolnikom pa se tim lahko bistveno bolj posveti.

Razvoj KP v zadnjih letih je doživel nekaj zastojev in večina zdravstvenih ustanov jih ali ne uporablja ali pa le v zelo omejenem obsegu. Nedavna anketa Ministrstva za zdravje kaže na pomanjkljivo razumevanje uporabe kliničnih poti pri vodstvenih delavcih zdravstvenih ustanov, saj jih mešajo s kliničnimi smernicami in kliničnimi algoritmi. Kritična masa, ki je potrebna za razvoj in vpeljavo KP v prakso, še ni dosežena niti pri izvajalcih niti pri plačniku zdravstvene dejavnosti.

Morda bi bilo najbolje, če bi pomislili na konkretne primere. Predstavljajmo si, kaj lahko klinična pot stori za operacijo kolka, kjer hospitalizacija v različnih bolnišnicah v povprečju lahko traja od enega do štirih tednov. Ali za obravnavo akutne lumbalne bolečine, kjer marsikje bolniki s prvo epizodo čakajo v bolniškem staležu na (kasno) obravnavo pri ortopedu in na slikanje z magnetno rezonanco, klinična pot pa predvideva obravnavo pri izbranem zdravniku in le v manj kot 15 % napotitev k specialistu. Ali za bolnika s sladkorno boleznijo, kjer klinična pot izbranega zdravnika spomni, katere enostavne teste mora opraviti vsako leto, da zmanjša možnost kasnih zapletov. Ali za bolnika z eno od kardiovaskularnih bolezni, kjer klinična pot spomni zdravnika na vse potrebne ukrepe sekundarne preventive in vsa potrebna zdravila.

Zadnji čas je, da tudi v Sloveniji KP uvedemo v prakso na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Priročnik nedvomno predstavlja pomemben pripomoček za doseganje tega cilja.

Dušan Keber

Priročnik s svojo dobro dorečeno strukturo ponuja dobro osnovo za nadaljnje delo na področju KP. Začetki dela so seveda kot na vseh področjih nekoliko negotovi saj še tako dobri tuji teorija in praksa ne zagotavljata uspeha doma. Tako je potrebno na začetku opozoriti, da ima priročnik še mnogo odprtih poti, možnosti in vprašanja za katere upam, da bosta odgovore našli praksa in implementacija KP v slovenske bolnišnice. Na ta način bomo v kratkem prejeli končen priročnik, ki bo zajemal vse vidike KP. Uporaba KP bo seveda omogočila tudi razjasnitev terminske zmede, ki se pojavi, ko iz tujine prenašamo nove izraze. Dodan bo lahko tudi pregled pridobljenega profita, ki ga nudi KP – to je postopno spreminjanje klinične kulture. Brez hoje po poti k KP tega profita namreč ni. Potrebna sta postopno sprejemanje in spreminjanje čeprav ponekod predstavljata nevarnost, da manjša hitrost pomeni tudi zmanjšanje zavzetosti.

Klinične poti predstavljajo novost tako za izvajalce kot paciente, kar pomeni, da moramo skrbno spremljati odzive in mnenja obojih; kritičen pretres in uporaba tehtnih pripomb nam namreč šele omogočata izbiro resnično najprimernejše oblike KP. Ob praksi se bodo pokazali tudi realni stroški in seveda možnosti za njihovo znižanje, saj je racionalna poraba sredstev vedno v ospredju. Smernice in standardi so tako postavljeni, čakajo pa na dokončno vpeljavo v prakso, ki bo pokazala kateri postopek oblikovanja je najprimernejši v Sloveniji, kjer so seveda dodatne ovire tudi neuravnotežena tehnična opremljenost zavodov, različna stopnja pripravljenosti osebja in pa trenutno stanje.

Priročnik je seveda uporaben in dobrodošel, preko prakse pa bo postal obvezno čtivo vsake uspešne zdravstvene ustanove.

Miran Rems

Klinične poti so orodje, ki za vse vpletene olajša razumevanje in spremljanje poteka zdravljenja, predvsem pa zmanjšujejo odklone v vsakdanji zdravstveni praksi.

Pomagajo nam odgovoriti na vprašanja kot so:

- Ali pacient dobiva najboljše razpoložljivo zdravljenje? (vprašanje se nanaša na zdravstveno prakso podprto z dokazi in zajema načelo uspešnosti);
- Ali poteka tako zdravljenje na najboljši način? (obravnavna sistema izvajanja zdravljenja in pokrivanje načela enakopravnosti, pravočasnosti, stroškovne učinkovitosti, osredotočenja na pacienta);
- Ali zdravljenje prinaša najboljše izide? (osvetljuje izide zdravljenja, njihovo skladnost s standardi in varnost pacientov).

Skoraj vedno namreč mislimo, da izvajamo najboljšo zdravstveno prakso, osnovano na znanstvenih dokazih, vendar pa o tem ne moremo biti prepričani, če je ne izmerimo – torej primerjamo s standardom ali najboljšo prakso, to pa predstavljajo prav KP. Vprašamo se lahko o smislu priprave in uporabe KP – odgovor pa je, da KP pomenijo izboljšavo, večjo uspešnost zdravljenja in zmanjševanje nenačrtovanih, nenameranih, neupravičenih odklonov.

Pričujoči priročnik je namenoma kratek saj je čas zdravstvenega tima, ki bo pripravljal, uvajal in uporabljal klinične poti dragocen. Tega jim bodo prihranile tudi uvedene KP, ki omogočajo skrajševanje časa za dokumentacijo zdravstven oskrbe in več časa za neposredno delo s pacientom.



Najtežji del pri oblikovanju kliničnih poti šele prihaja - uvajanje v vsakdanjo prakso. Pri tem ključno vlogo igrajo: vrhnje vodstvo, predstojniki, glavne medicinske sestre oddelkov in enot, ki sprejmejo strateško odločitev za oblikovanje, uvajanje ter uporabo kliničnih poti. Izgovori in ovire pri uvajanju pa nas ne smejo odvrniti, saj želimo ne le boljšo obravnavo za naše paciente temveč tudi izboljšanje njihove ter lastne varnosti.

Andrej Robida