

Organizacija zdravstva

KLINIČNE POTI – OD OBLIKOVANJA DO UVAJANJA POROČILO O SESTANKU

Stanislav Šuškovič

Ministrstvo za zdravje (MZ) RS je 5. decembra lani organiziralo mednarodno srečanje, posvečeno oblikovanju in uvajanju kliničnih poti.

Klinične poti (KP) so bile do nedavno v Sloveniji skorajda neznane. Vendar KP tudi v Sloveniji vse hitreje pridobivajo veljavo in jih že redno uporabljajo v nekaterih bolnišnicah. Pomembno je tudi, da je Ministrstvo za zdravje zelo naklonjeno široki rabi KP. Zato se je zdelo uredništvu ZV smiselno, da ta sestanek širše predstavimo zdravniški javnosti.

V otvoritvenem nagovoru je Andrej Robida, dr. med. (MZ), vspodbudil naše zanimanje za KP s prikazom algoritma za KP in teoretičnem (nemedicinskem) primeru KP.

Uvodno predavanje je pripadlo državnemu sekretarju na MZ dr. Dorjanu Marušiču, ki je poudaril, da celovita kakovost predstavlja največjo dodano vrednost v sistemu zdravja. Misel je tudi izven konteksta obravnave KP nadvse aktualna. Kolikokrat pa zdravniki presojava odločitve skozi prizmo kakovosti? Zdi se mi, da bi bil mnogim od nas problem povedati definicijo kakovosti. Dr. Marušič je v nadaljevanju poudaril, da je v bila v programu MZ za leto 2005 pomembna postavka Kakovost v zdravstvu. To naj bi udeležili uvedbo Nacionalnega sistema kakovosti v zdravstvu. Sem sodijo sistem celovite kakovosti v zdravstvu RS, povečanje znanja izvajalcev na področju kakovosti, ustanovitev Nacionalnega sveta za kakovost, uvedba strukture za kakovost v zdravstvenih ustanovah in tudi podpora uveljavljanju KP in kliničnih smernic pri izvajalcih.

Kaj je KP? Dr. Marušič odgovarja: KP je zapis obravnave, ki ga v kliničnem timu sprejmejo in običajno izvajajo pri določenem tipu bolnika ob pravih poročilih in analizah odklonov od normale. Ali pa: KP je sprejemljiv, razumljiv, vgrajen potek celostne obravnave obolenega državljana s predpisanim postopkom, usmerjenim v bolezen, s stremljenjem k maksimalni učinkovitosti in kakovosti. Poudarek je na preprečevanju in/ali agresivni obravnavi, če bo poseg najbolj učinkovit.

Verjamem, da si nekdo, ki s KP nima izkušenj, z branjem definicij KP ne bo v celoti predstavljal, kaj KP sploh so. Na srečo je najti v svetovnem spletu številne primere smernic za nadvse različne klinične situacije. Seveda pa si lahko o KP ustvariš realno mnenje šele ob delu s njimi.

Dr. Marušič je proti koncu predavanja navedel koristi, ki si jih lahko ometamo z rabo KP. Te naj bi bile: dvig kakovosti obravnave, dvig koordinacije kliničnega tima, olajšano kodiranje, obvladovanje stroškov, primerjavo med izvajalci, pogajalska izhodišča in vključitev uporabnikov. V kolikšni meri pa so KP že zaživele v Sloveniji? 13 bolnišnic uporablja skupaj 31

različnih KP, pri čemer vodi z 18 KP SB Jesenice. Dr. Marušič je zaključil, da so zdravniki in predstojniki v največji meri zadolženi za uvajanje KP v svojih ustanovah. Misel, ki jo je treba zares pozdraviti. Seveda so KP osnova za timsko delo različnih zdravstvenih profilov, vendar mora biti vsem jasno, da so zdravniki gibalno napredka. Dr. Marušič je še navedel, da KP čisto spodletijo, ker zdravniki in sestre ne želijo sodelovati. Trditev, s katero pa se ne morem strinjati. Vsaj za našo bolnišnico to ne drži. Pa tudi splošneje, kako pa bi potekala oskrba bolnikov, če bi se zdravniki in sestre gledali hudo postrani? Res pa je, da so zdravniki po naravi dela in izobrazbe kritičnejši do novosti od medicinskih sester. Zahtevajo številna pojasnila. To mi je zelo dobro znano, ker imam izkušnje z uvajanjem KP za akutno poslabšanje KOPB v naši hiši. Ali je ta kritičnost zdravnikov dobra ali slaba za bolnike? Odgovor je menda jasen.

MZ je ob priliki tega sestanka tudi presenetilo udeležence s predstavitev Priročnika za klinične poti. Priročnik je zelo obsežen in zato morda slabše pregleden. Opazil sem tudi nekaj pomembnih pomanjkljivosti. Ker pa je bil prikazan le osnutek priročnika, bi o njem morda govorili ob končni izdaji, v kateri bodo (morda) upoštevali pripombe udeležencev tega sestanka.

Priročnik je duhovito predstavila mag. Saša Kadivec, dipl. m. s. (KOPA Golnik), s hipotetičnim primerom, kako organizirati dežurstvo za božič.

Lep prikaz analize o KP v EU in Sloveniji nam je ponudila mag. Anne-Marie Yazbeck z MZ. Nadvse zanimiva je bila trditev, da Slovenija po uporabi KP ni na repu držav EU, ampak so za njo Belgija, Avstrija, Nizozemska in Francija. Kar mi je bilo kar nenavadno glede na napore, ki jih za uveljavljanje KP vlagajo v teh državah (to smo izvedeli kasneje od predstavnikov teh dežel). Mag. Yazbeckova navaja z anketno razkrite ovire za večjo uporabo KP. Na prvem mestu naj bi bilo nasprotovanje zdravnikov. Globlja analiza tega nasprotovanja ni bila prikazana. Avtorica tega prispevka je kasneje v razgovoru ocenila, da zdravniki odklanjajo KP, ker niso navdušeni za timsko delo. Tej trditvi sem močno nasprotoval, ker kaže na nepoznavanje organizacije dela v naših bolnišnicah. Zdravniki v resnici slabo sprejemajo KP, tudi v naši hiši. Ampak vzrok je iskati drugje. Živimo namreč v eri »evidence-based« medicine. Zdravniki zato pričakujejo dokazila o takšnih ali drugačnih koristnostih KP. Žal prepričljivih dokazov o teh koristnostih ni na pretek.

Sledilo je predavanje prim. mag. Mirana Remsa, dr. med., iz SB Jesenice. Zanimivo predavanje s kar filozofskimi pristavki.

Nato je sledil sklop predstavitev mednarodnih izkušenj s KP, v katerem so nastopili predavatelji iz Velike Britanije, Italije, Belgije in z Nizozemske skupno, Irske in Danske. Sklop tujih predavateljev je zaključil gospod Kris Vanhaecht s predstavitev Evropskega združenja za KP.

Prva je govorila Claire Whittle, RN (registered nurse), ki je predavateljica zdravstvene nege na Univerzi v Birminghamu. Zanimanje je takoj zbudila s tezo, da lahko od KP marsikaj pričakujemo, da pa so ti potenciali KP opazno preslabo izkoriščeni. In to v situaciji,

ko želijo z omejeno količino denarja zagotoviti najboljše možno kakovostno oskrbo bolnikov. Očitno ima NHS (national health service) za dosego izboljšane kakovosti zdravstvene obravnave v mislih dobre prijeme, ki temeljijo na kompetitivnosti med zdravstvenimi ustanovami, plačilu po izidih dela in prosti izbiri bolnika za ustanovo, kjer bi se želel zdraviti. To nedvomno pomeni spodbujanje prepoznavnosti bolnišnic (npr. mediji). Bolnišnice se bodo torej borile za bolnike, ki bodo izbirali po čisto preprostih merilih – čakalne dobe, higienska situacija ipd. Gospa Whittle pričakuje veliko od informacijske tehnologije pri uvajanju in vrednotenju KP. Med drugim povezave med primarno in sekundarno zdravstveno oskrbo, stalno informiranje Nacionalnega inštituta za klinično učinkovitost, analize variabilnosti, povezave z dokazi podrti medicino, pomoč pri medicinskih raziskavah, pomoč pri primerjanju med bolnišnicami ali zdravstvenimi ustanovami, oblikovanje elektronskega zapisa bolnikovih podatkov, lažji dostop do pritožb ali pripomb. Zelo futuristično, vendar nič manj razburljivo. Predavateljica je navedla številne organizacije, ki v VB vodijo delo s KP. Podatke o njihovi dejavnosti najdemo na <http://www.smartgroups.com/groups/clinicalpathways>. Na koncu je nakazala možnost rabe KP v elektronski obliki. Pri tem sem moral pomisliti na naša vztrajna prizadevanja, da bi izpolnjene KP vsaj skenirali in nato elektronsko obdelovali, ki so žal padla v vodo. Tudi za idejo vodstva Golnika, da bi delali z računalnikom ob postelji, se zdi, da je bistveno bolj oddaljena, kot bi si želeli. Je pa vsaj uteha, da imamo na Golniku podobne ideje kot narod, ki je v EU na prvem mestu glede razvoja KP.

Dr. Massimiliano Panella, dr. med. (Italija), je v pričetku predavanja ponovno poudaril koristnosti rabe KP. Vprašal se je: ali KP delujejo? Vendar pravega odgovora nismo slišali. Priznal pa je, da se je potrebno še marsičesa naučiti. Nato je precej na široko predstavil začasne izide prospektivne in randomizirane raziskave o učinkovitosti implementacije KP v 9 bolnišnicah, ki poteka od leta 2003. Preučujejo vpliv KP na srčno popuščanje, operacijo ingvinalne hernije, holecistektomijo, reparacijo kriptoorhidizma in tiroidektomijo. Uporaba KP je privedla pri 479 bolnikih s srčnim popuščanjem, ki so jih spremljali 7 mesecev, do opaznega zmanjšanja umrljivosti (kontrola 15,4%, aktivna skupina le 5,6% umrljivosti). Zares izjemno velik uspeh rabe KP, ki ga je potrebno seveda preveriti v podobnih raziskavah. O izidih operativnih posegov pa ni poročal.

Sledila je predstavitev belgijsko-nizozemske mreže KP, ki jo je predstavil prof. dr. Walter Semerius, RN (registered nurse), s Katoliške univerze v Leuvenu, Belgija. V mrežo je vključenih spoštljivo veliko članov – kar 82. Pri tem krepko prednjačijo akutne bolnišnice – 73. Mreža ima generalno skupščino ter izvaja številne dejavnosti od pouka o KP do primerjav, strokovnih pregledov, problemov financiranja KP (zelo pomembno vprašanje tudi za nas) ter spodbuja raziskovalno dejavnost na področju KP. Zainteresirani lahko pridobe več informacij na <http://www.nkp.be>.

Kako je s KP na Irskem, nam naj bi povedala gospa Marie Kehoe, RN (registered nurse), z irskega Zdru-

ženja za kakovost in varnost zdravstvene oskrbe. Na skorajda rutinsko vprašanje, zakaj oblikovati KP, je odgovorila v bistvu enako, kot njeni predhodniki, pa tudi skoraj vsi popoldanski predavatelji. Tudi njena definicija KP se ni pomembneje ločila od drugih, ki smo jih že slišali. Konkretnih podatkov o rabi KP na Irskem pa nam gospa Kehoe ni razkrila.

Poslušalci smo z zanimanjem pričakovali predstavitev gospoda Krisa Vanhaehta, RN (registered nurse), kopredsednika Evropskega združenja za KP (The European pathway Association – <http://www.E-P-A.org>). Drugi kopredsednik EPA je gospod M. Panella, članov upravnega odbora je več, med drugimi so to tudi vsi tuji predavatelji na sestanku, o katerem teče beseda. Torej smo imeli poslušalci priliko videti in slišati najpomembnejše evropske strokovnjake s področja KP. Odlično!

Podatke o delovanju EPA se da najti tudi na internetni strani <http://www.smartgroups.com/groups/clinicalpathways>. Na tej strani je najti primere KP za izjemno veliko kliničnih situacij.

EPA ima ambicije za širjenje preko evropskih meja; vključeni so sodelavci iz ZDA, Kanade, Indije, Kitajske, Avstralije in Nove Zelandije. Gospod Vanhaecht je prikazal podatke raziskave o uporabi KP v Evropi, in sicer trenutno stanje pa tudi projekcije rabe KP. Za primerjavo je navedel, kako je s tem v nekaterih državah po svetu. Zanimivo, da po tej statistiki v Evropi vodi Estonija, sledijo ji Anglija, Škotska in Wales, nato še nekatere, kot Belgija, Danska, Nemčija in tudi Slovenija. ZDA naj bi bile po rabi KP pred vsemi navedenimi evropskimi državami in tudi pred Avstralijo. Z anketo so razkrili, da je v večini držav problem KP skorajda povsem nezanimiv za vodilni menedžment. Podatek, da KP slonijo na ustreznih z dokazi podprtimi smernicami le v 20% v Belgiji ali le v 1-10% v Sloveniji, pa se mi je zdel dokaj dvomljiv.

Popoldanski del sestanka je bil poimenovan »Izkušnje v Sloveniji«. Predavali so I. Zorman, dr. med. (ZZZS), J. Dergič, dr. med. (SB Izola), V. Jevtič, dr. med. (KC Ljubljana), G. Živčec-Kalan (primarno zdravstvo), B. Hajnrih, dipl. eoc. (SB Maribor), Z. Kramar, dipl. m. s. (SB Jesenice), S. Šuškovič, dr. med., in A. Peternelj, dipl. m. s. (oba KOPA, Golnik).

Pomembno je izpostaviti živo zanimanje zavarovalnice (I. Zorman) za čimprejšnje in intenzivno uvajanje KP. Dr. Zorman je pošteno razkril, da je država pojem za zakonodajo in finančna sredstva, torej moč in oblast, kateri se ni mogoče izogniti. Kdo je kdo, torej. Da delodajalec pričakuje kvalitetno delo ob minimalnih stroških ter da je bolnik nezaupljiva, prestrašena, nekritična stranka, pripravljena na agresivno reakcijo kot odgovor na stres.

Opozoril je, da se etična načela nujno spreminjajo, kajti gre za pojav etike solidarnosti.

Zaupnost podatkov se razširi na vse člane tima, vendar se ne razpršuje, ampak postane dokumentirana. KP predstavljajo med drugim metodologijo in sredstvo za prehod na nove razmere, ker so odgovor na povečan pritisk na zdravstvene delavce.

ZZZS pričakuje številne koristi od KP, kot so verodostojno dokumentiranje dela, spoštovanje strokovnih smernic, timski način dela, uvajanje dobrih kliničnih

praks, skrajševanje čakalnih dob, izboljšanje delovnih razmer, ki ne preobremenjujejo kadra, preoblikovanje bolnika iz objekta v partnerja, večanje kakovosti obravnave, nepretirana obravnava itd.

Poglavitni pričakovani rezultati so rast kakovosti zdravstvenih obravnav, cenejše obravnave in zadostno število obravnav. In nadvse zanimiv zaključek: ZZZS kot plačnik podpira uvajanje in uporabo KP ne glede na to, v kolikšni meri bodo v določeni fazi izpolnile našeta pričakovanja. Osupljiva trditev! Kaj pa če neka KP nikoli ne izpolni kakršnih koli pričakovanj? To je ravno tisto, kar mi povedo zdravniki. Nekoristne administracije se ne bodo šli.

O ostalih slovenskih predavateljih pa bolj na kratko, kajti o »izkušnjah« je bilo slišati le malo. Bolj kaj in kako načrtujejo KP in njihova pričakovanja ob rabi KP. Vse to smo že izvedeli od prejšnjih predavateljev. Predvsem ni bilo prikazanih analiz dela s KP. Izjemi sta bila J. Dergič in S. Šušteršič, ki sta prikazala sicer z metodološko slabšim pristopom (retrogradni analizi, nerandomizirani bolniki) pridobljene rezultate, ki vendarle dosti prepričljivo nakazujejo koristnost rabe KP pri obravnavi bolnikov s pljučnico ali akutnim poslabšanjem KOPB.

Sestanek je natančno povzel in zaključil Janez Remškar, dr. med. (MZ).

Zaključek. Bom kratek, kajti več pripomb sem že natesel med vrstice poročila. Vsekakor je jasno, da so KP pojav, ki je vseč trenutni zdravstveni oblasti, ki bo zato poskušala rabo KP čim širše udejaniti. Osebnostno idejo MZ podpiram. S KP se ukvarjam že kakšna 3 leta in opažam, da utegnejo biti koristno orodje. Nadvse pa je motilo navajanje mnogih v smislu: »Uvedli smo KP, povečala se je (se bo) kakovost obravnave.« Takšen aksiomatičen pristop je škodljiv. Problem KP, ki sem ga morda tudi s sproženjem nejevolje pri nekaterih udeležencih sestanka razkril, tudi je, da je objektivnih dokazov o koristih KP izjemno malo. Se pravi dokazov, ki sodijo v področje z dokazi podprte medicine. Saj je bilo objavljenih randomiziranih in kontroliranih raziskav o KP le okoli 30 (PubMed). Pri čemer so nekatere tudi negativne. Oblikovanje KP ni standardizirano. Zato je naivno pričakovati, da bodo vse KP koristile. Morda bodo nekatere od njih nekoristne ali pa celo škodljive. Takšne KP je potrebno čimprej razkriti in ustrezno ukrepati.

KP le redko najdejo pot v svetovne medicinske časopise ali medicinske učbenike. Zavedati se je treba, da KP (še) niso del medicinske znanosti, ker pač ni dovolj ustreznih dokazil o njihovi vlogi v procesu zdravstvene obravnave bolnikov. Vendar ne vidim pomembnih ovir, sem pač pristaš KP in upam, da se to ne bi spremenilo, morda že v bližnji prihodnosti. Vendar je za uveljavitev KP potrebno opraviti čim več kakovostnih raziskav.

Zato sem mnenja, da naj MZ sočasno ob uvajanju KP intenzivno spodbuja raziskave o rabi KP.

Vsekakor je vprašanje, ki se porajajo ob razmišljanjih o KP, precej več, kot je možnih odgovorov. Kar je odličen izziv za delo s KP.

Strokovna srečanja

PRVI DNEVI JAVNEGA ZDRAVJA SLAVNOSTNA UVODNA PRIREDITEV IN STROKOVNO SREČANJE

POROČILO

Bogdan Leskovic

V Stekleni dvorani Grand hotela Union v Ljubljani so potekali Prvi dnevi javnega zdravja 8. decembra 2005. Program slavnostnega dela srečanja ob uvedbi Dnevov javnega zdravja in promocije Pirčevih priznanj je uvedel slavnostni nagovor direktorja Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije doc. Andreja Marušiča – Od čvrstih in globokih korenin do pomembnega inštituta v Evropi. Srečanje so pozdravili Dorjan Marušič, državni sekretar za Ministrstva za zdravje RS, prof. dr. Pavel Poredoš, predsednik SZD, in drugi. Slavnostno predstavitev dr. Iva Pirca ter knjige o njem ter njegovem delu (Razvoj javnega zdravstva na Slovenskem med prvo in drugo svetovno vojno in njegov utemeljitelj dr. Ivo Pirc [1891–1967]) je podala njena avtorica doc. dr. Zvonka Zupanič-Slavc, predstojnica Inštituta za zgodovino medicine MF Univerze v Ljubljani z nagovorom: Žlahtna tradicija se predstavi v besedi in knjigi Dr. Ivo Pirc in njegovo pionirsko delo v slovenskem javnem zdravstvu (1918–1941). Sledila je podelitev častnih Priznanj bratov Pirc: prim. dr. Nasti Pirc-Delak, mag. Marjanu Pircu, dr. Bojanu Pircu in ing. Janezu Pircu.

Po slavnostnem delu je bil ob polno zasedeni dvorani odmor z razgovori in druženjem ob prigrizku.

Drugi del srečanja je bil posvečen strokovnemu posvetu – Vloga laboratorijev v javnem zdravju – v organizaciji Inštituta za varovanje zdravja RS. Zgodovinski uvod za zbornik predavanj je napisala avtorica že navedene knjige.

Vsa strokovna predavanja in plakati so v obsežnejših izvlečkih natisnjeni v z gledno oblikovanem zborniku tudi v angleškem jeziku:

Standardi za delo v medicinskih laboratorijih (Borut Božič), Z dokazi podprta laboratorijska medicina v Sloveniji (Ivica Avberšek-Lužnik), Ključne funkcije medicinskega laboratorija v javnem zdravstvu (Danijela Furlan), Pot odličnosti laboratorijev Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj (Irena Grmek-Košnik), Vloga laboratorijev v kontroli tuberkuloze (Manca Žolnir-Dovč), Presejalno testiranje novorojenčkov v Sloveniji (Petra Kolenc-Peitel), Presejalni test na Downov sindrom v nosečnosti (Joško Osredkar), Vloga in pomen sanitarno-kemijskih laboratorijev v javnem zdravju (Mija Borštnar), Zdravstvena ustreznost pitne vode (Renata Bregar), Laboratorij za predmete splošne uporabe (Vivijana Golja), Laboratorijske preiskave živil za uradni zdravstveni nadzor (Jona Repe), Alergeni v živilih, zakonodaja in določanje (Stanislava Kirinčič), Rezultati javnomnenjske raziskave o odnosu do gensko spremenjene hrane v Sloveniji (Stanislava Kirinčič), Sanitarno-mikrobiološki laboratorij Inštituta za varovanje zdravja RS (Tatjana Ru-