

Kakovost v zdravstvu/Quality in Health Service

KLINIČNE POTI V 17 DRŽAVAH EVROPSKE UNIJE: PREGLED MNENJ STROKOVNJAKOV

CLINICAL PATHWAYS IN 17 EUROPEAN UNION COUNTRIES: A SURVEY OF EXPERT OPINIONS

Don Hindle¹, Anne-Marie Yazbeck², Jana Wahl³

¹ Medicinska fakulteta na Univerzi New South Wales, Avstralija

² Ministrstvo za zdravje, Sektor za razvoj in koordinacijo sistema zdravstvenega varstva, Oddelek za kakovost, Štefanova 5, 1000 Ljubljana

³ Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Gljučne besede: klinične poti; kakovost; EU; strateško načrtovanje investicij; zdravstvena dejavnost; udeleženci zdravstvene oskrbe

Izveček – Izhodišča. Namen raziskave je bil ugotoviti, v kolikšni meri se klinične poti uporabljajo in/ali nam lahko pomagajo izhodišče za boljše načrtovanje zdravstvenih storitev.

Metode. Navezali smo stike z ustanovami oziroma primarnimi agencijami iz vsake države, ki smo jih zaprosili, da nas povežejo z različnimi strokovnjaki iz osmih tipov agencij: ministrstvo za zdravje, zavarovalnice, izkušeni upravitelji bolnišnic ali kliničnih oddelkov, izkušeni upravitelji zdravstvenih domov ali domov za starejše občane, zbornice in društva zdravnikov in medicinskih sester, agencije za akreditacijo ali presojo, društva potrošnikov in javne ali zasebne agencije za načrtovanje investicij v zdravstvu. Definicije vrst agencij in pojasnila uporabljenih izrazov smo podali v dodatku k anketi, ki so na voljo pri avtorjih. Vsako primarno agencijo smo prosili, da izbere strokovnjake, ki so z uporabo kliničnih poti najboljše seznanjeni. Izbranim strokovnjakom smo razposlali vprašalnike. Cilj raziskave ni bil izbrati naključen vzorec anketirancev, ampak se osredotočiti na dobro obveščene ljudi.

Rezultati. Izpolnjene vprašalnike nam je vrnilo 51 izbranih strokovnjakov iz 17 držav EU. Iz rezultatov je razvidno, da so klinične poti pomembne ter da se v klinični praksi čedalje bolj uporabljajo (čeprav so stopnje napredka zelo različne). Glavne ovire za še širšo uporabo so odpor med zdravniki ter pomanjkanje spodbude s strani zunanjih udeležencev (zavarovalnice, zbornice, agencije za akreditacijo, ministrstvo za zdravje itd.). Iz rezultatov je tudi razvidno, da so najučinkovitejše klinične poti tiste, ki opisujejo (združujejo) več dejavnosti zdravstvene oskrbe.

Zaključki. Da bi dosegli enotno razumevanje kliničnih poti, bo potrebno storiti več. Kar ne pomeni samo dodatnega izobraževanja na medicinskih šolah, ampak tudi vključevanje kliničnih poti v dejavnosti licenciranja in akreditacije, njihovo povezovanje s sistemi razvrščanja bolnikov, kot so skupine primerljivih primerov (SPP), vključevanje njihove uporabe v pogodbe med plačniki in izvajalci, spodbujanje izvajalcev pri uporabi kliničnih poti kot osnove za notranje razporejanje virov, spodbujanje uporabe kliničnih poti kot okvir za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe, interno klinično

Key words: clinical pathways; quality; EU; strategic asset planning; health care activity; health care parties

Abstract – Background. The main focus of the survey is on the extent to which clinical pathways are being used, and whether it might provide a basis for improved service planning and consequently strategic asset planning in health care.

Methods. In the first stage, our aim was to make contact with one agency in each country (the primary agency below) that would be able to provide contacts within that country with a mix of experts from each of the following types of agencies: Health sector government regulator, Health care purchasing (insurance) agencies, Senior clinical managers in hospitals, Senior clinical managers in non-hospital care provider agencies (eg, home care, or primary medical care), Health professional societies (preferably medical and nursing), Accreditation or audit agencies, Consumer associations and Public or private agencies concerned with health facilities development.

Definitions of these agencies and other terms were attached to the questionnaire itself. We would then ask the primary agency to choose the experts that were most likely to be aware of clinical pathway use. The persons thus contacted would then be asked to complete the questionnaire and send it back to the researchers. The aim was not to attempt to establish a random sample, but rather to target well-informed people.

Results. 51 completed questionnaires were provided by largely self-selected experts from 17 EU countries. Respondents reported that pathways are important and becoming increasingly widely used (although the rate of progress is highly variable), the main constraints to their use are a cultural aversion among doctors and little encouragement from external parties, and there is growing recognition that multi-setting pathways have the greatest potential value.

Conclusions. More needs to be done to achieve a common understanding of the ideas of pathways, strategic asset planning, and the interrelationships. Systems problems need systems solutions. In the case of clinical pathways, this means not only increased education in medical schools. It also means including pathways in licensing and accreditation activities; linking them to product classifications like diagnosis related groups (DRGs); specifying their use in purchaser-

presojo, za vodenje kliničnih delavnic, za razvijanje timskega dela itd.

provider contracts; encouraging health care provider agencies to use pathways as the basis for internal resource allocation; promoting the use of pathways as the framework for improving the quality of health care, internal clinical auditing; running clinical teambuilding workshops; and so on.

Uvod

Klinična pot je obrazec, ki opisuje običajni način zdravljenja za posamezne vrste bolezni. Uvedba kliničnih poti navadno zmanjša število napak pri zdravljenju, spodbuja multidisciplinarno skupinsko delo ter ponuja dobro osnovo za boljše obveščanje bolnikov in njihovih sorodnikov o obravnavi, ki jo lahko upravičeno pričakujejo.

Klinične poti se uporabljajo za izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev v številnih državah. Najbolj v Avstraliji, Veliki Britaniji, na Irskem, v ZDA, na Novi Zelandiji, v Franciji, Nemčiji itd.

V Sloveniji smo prve klinične poti začeli razvijati leta 2002, ko so v petih bolnišnicah razvili in preizkusili klinične poti, ki so ustrezale njihovim razmeram in okoliščinam. Napredek je bil spodbuden, vendar pa bo, kot je bilo pričakovati, potrebno premostiti številne ovire, saj so v večini primerov zdravniki zadržani do izmenjavanja svoje dokumentacije z drugimi udeleženci v procesu zdravljenja (npr. z medicinskimi sestrami), dela v multidisciplinarnih timih in procesne ureditve kliničnega dela.

Izhodišča

Organizacija EU za investicije v zdravstvu (EU Health Property Network) in Nizozemska komisija za zdravstveno politiko (The Netherlands Board of Health Policy) sta nas zaprosili, da se lotimo raziskave o trenutnih stališčih do kliničnih poti in praksah, povezanih z njimi v državah EU. Raziskava bi bila eden od elementov ocenjevanja priložnosti prihodnjega sodelovanja glede uporabe kliničnih poti in strateškega načrtovanja investicij.

Med analizo obstoječe literature smo ugotovili, da je zelo malo objav o uporabi kliničnih poti pri načrtovanju storitev za medoddelčno oskrbo ali za oskrbo med različnimi dejavnostmi oskrbe (1, 2, 3), kakor tudi zbranih podatkov o stopnji uporabe kliničnih poti.

Metodologija

Kot del študije o storitvah in strateškem načrtovanju investicij zdravstvenega varstva smo se lotili raziskave o kliničnih poteh v vseh 25 državah članicah Evropske unije. Raziskavo smo izpeljali v dveh fazah. Prva faza se je osredotočila na klinične poti, druga faza pa na strateško načrtovanje investicij (ki je predmet drugega prispevka).

Navezali smo stike z ustanovami oziroma primarnimi agencijami iz vsake države, ki smo jih zaprosili, da nas povežejo z različnimi strokovnjaki iz osmih tipov agencij: ministrstvo za zdravje, zavarovalnice, izkušeni upravitelji bolnišnic ali kliničnih oddelkov, izkušeni upravitelji zdravstvenih domov ali domov za starejše občane, zbornice in društva zdravnikov in medicinskih sester, agencije za akreditacijo ali presojo, društva uporabnikov, javne ali zasebne agencije za planiranje investicij v zdravstvu. Definicije vrst agencij in pojasnila uporabljanih izrazov smo podali v dodatku k anketi in so na voljo pri avtorjih. Vsako primarno agencijo smo prosili, da izbere strokovnjake, ki so z uporabo kliničnih poti najbolj seznanjeni. Izbranim strokovnjakom smo razposlali vprašalnike. Cilj raz-

iskave ni bil izbrati naključen vzorec anketirancev, ampak se osredotočiti na dobro obveščene ljudi.

Večina vprašanj je bila podana v obliki strinjanja s trditvami (navedena so v razpr. 1). Anketirance smo povprašali, do katerih mere se strinjajo s trditvami, ki so bile razvrščene po temah (z izjemo vprašanj od 9.1 do 9.3). Svoje strinjanje so označili na pettočkovni Lickertovi lestvici (1 = se sploh ne strinjam do 5 = se zelo strinjam) (1).

Rezultati

Udeleženci so izpolnjene vprašalnike poslali nazaj, v primeru nejasnosti pa so nam posredovali svoja vprašanja. Do roka oddaje smo dobili 51 izpolnjenih vprašalnikov iz 17 držav (Avstrija, Belgija, Češka, Estonija, Finska, Francija, Irska, Italija, Latvija, Luksemburg, Madžarska, Nemčija, Nizozemska, Slovaška, Slovenija, Švedska, Velika Britanija). Iz rezultatov je razvidno, da so klinične poti pomembne ter da postajajo vse bolj uporabljane, vendar so stopnje uvajanja zelo različne. Glavne ovire za še širšo uporabo kliničnih poti so odpor med zdravniki ter pomanjkanje spodbude s strani zunanjih udeležencev. Iz odgovorov je mogoče razbrati naraščajoče spoznanje, da so potencialno najbolj koristne in uporabne klinične poti, ki pokrivajo več področij zdravstvene oskrbe. Določene ustanove znotraj določenih držav (Finska, Češka in Slovaška) so nam sporočile, da kliničnih poti še ne uporabljajo v praksi.

Vprašanja 1 in 2: Problemi sistema zdravstvenega varstva

Z vprašanjema 1 in 2 smo želeli, da anketiranci presodijo in ocenijo resnost problemov sistema zdravstvenega varstva. Probleme smo razdelili v dve skupini. V tiste, ki so izven področja ustanov izvajalcev ter probleme znotraj ustanov izvajalcev. V vsaki od skupin je bilo naštetih sedem problemov, anketiranci pa so lahko dodali še kakšnega.

Udeleženci so ocenili, da je najresnejši zunanji problem (izven ustanov, ki ponujajo zdravstvene storitve) pomanjkanje virov, kot tudi, da se preveč časa nameni reševanju kriznih zapletov, premalo pa dolgoročnemu strateškemu načrtovanju. Strinjali so se tudi s tem, da bi več obravnav lahko potekalo na ambulantni ravni ali izven bolnišnice. Birokratsko vpletanje je bilo izmed naštetih problemov ocenjeno kot najmanj pomembno.

Tudi med notranjimi problemi (znotraj ustanov, ki ponujajo zdravstvene storitve) je bilo za udeležence najbolj pomembno pomanjkanje virov, sledili so problemi, povezani s klinično prakso: nepripravljenost priznavanja napak, nerazločljivi in nenadzorovani odkloni od ustaljenih načinov zdravljenja ter pomanjkljivosti skupinskega dela, ki povzročajo nepotrebne napake pri zdravljenju. Birokratsko vpletanje je bilo udeležencem spet najmanj pomembna točka na seznamu naštetih problemov.

Stopnja ujemanja med mnenji anketirancev je bila na splošno zelo nizka. Pri vprašanju 1 je bilo soglasje največje v zvezi z reševanjem kriznih okoliščin, pri vprašanju 2 pa je bila skladnost največja v zvezi z nepripravljenostjo priznavanja napak. Pokazale so se tudi majhne, a včasih značilne razlike glede na vrsto anketirancev. Aktivno klinično osebje je visoko označilo pomanjkanja virov in izrazilo manj zaskrbljenosti zaradi

kliničnega timskega dela, vsi pa so bili skoraj enako zaskrbljeni zaradi odklonov v klinični praksi.

Skoraj nobenih znatnih razlik ni bilo med udeleženci iz različnih držav, kar nakazuje, da kulture posameznih poklicnih skupin pomembneje vplivajo na oblikovanje stališč kot nacionalne značilnosti.

Iz prikazanih rezultatov lahko sklenemo relativno malo zaključkov. To je bilo pričakovano, saj je ocenjevanje problemov pogojeno z vrednotami posameznega anketiranja. Prvi sklop vprašanj smo vključili tudi in predvsem zato, da bi anketirance spodbudili k razmišljanju o širšem kontekstu, še preden se lotijo vprašanj bolj tehnične narave.

S komentarji, ki so jih lahko vnašali, so anketiranci v glavnem poudarjali razloge, zakaj so določene probleme uvrstili visoko. Komentarji so se nanašali na visoko stopnjo razdrobljenosti zdravstvenega sistema, nezadostno koordinacijo bolniškovne oskrbe, nezadostno sodelovanje med uporabniki, pomanjkanje informacij za upravljanje kakovosti oskrbe, visoko stopnjo nezaupanja med različnimi udeleženci zdravstvenega sistema ter slabosti razvrščanja virov, vključno s pomanjkanjem spodbude za stroškovno učinkovitost.

Vprašanje 3: Narava kliničnega dela

Anketirance smo prosili, da ocenijo nekaj trditev v zvezi z naravo kliničnega dela glede na dve glavni dimenziji: do katere mere naj klinično osebje skrbi samo za izid zdravljenja in ne za stroške, ter do katere mere naj se klinično osebje samostojno odloča pri zdravljenju.

Mnenja o odgovornostih kliničnega osebja za dodelitev in nadzorovanje stroškov so bila različna, vendar je prevladovalo stališče, da mora obstajati določena stopnja nadzora in da je vsaka klinična odločitev istočasno odločitev o razporejanju virov. Več soglasja je bilo v zvezi s potrebo po multidisciplinarnem timskem delu. Najmočnejše in enotno je bilo stališče v zvezi z uporabo kliničnih smernic: zdravniki se pri odločanju o zdravljenju ne smejo opirati samo na svoje lastno presojanje.

Vprašanje 4: Pogledi na klinične poti

Anketiranci so ocenjevali prednosti in slabosti uvajanja kliničnih poti. Večina se je strinjala s prednostmi in zavrgla slabosti, razlika odgovorov med različnimi državami in poklici pa je bila komaj opazna.

Prednost, ki je dobila najmanj podpore, zadeva obveščanje bolnikov in njihovih svojcev o kliničnih poteh. Najbolj pogost argument je bil, da bi obveščanje bolnike in svojce zmedlo. Temu bi se lahko izognili, če bi se lotili priprav poenostavljenih verzij kliničnih poti. Razen tega se tim zdravstvene oskrbe lahko odloči, da bolnika ne seznanj s klinično potjo, če to ni v najboljšem interesu bolnika.

Največkrat označena slabost je količina dokumentacije. To je razumljivo, saj klinična pot ne bo nadomestila obstoječe dokumentacije, ampak bo njen dodatek.

Vprašanje 5: Uporaba kliničnih poti (na splošno)

Anketirance smo prosili, da označijo, kako bi naj klinične poti uporabljali v prihodnosti v dobro organiziranih sistemih zdravstvenega varstva. Izbrali smo osem vrst uporabe na podlagi stališč, podanih v svetovni literaturi.

Stopnja strinjanja s predlogi je bila načeloma visoka. Najnižjo podporo je dobila postavka za razporejanje sredstev – za določanje cen ter za sklepanje pogodb. Toda tudi v teh primerih se je večina anketirancev strinjala, da so to zaželeni načini uporabe kliničnih poti. Zdravstveno osebje je, v primerjavi z ostalimi anketiranci, pokazalo enako podporo uporabi kliničnih poti za klinično delo, zanemarljivo manj podpore pa za uporabnost kliničnih poti za pogodbe (na primer med izvajalci in plačniki) in plačila zdravstvenih storitev.

Omembe vredna je močna podpora kliničnim potem za vodenje in usklajevanje oskrbe med različnimi dejavnostmi. Klinične poti so bolj običajne v primerih, kjer se celotna oskrba odvija znotraj ene dejavnosti in vključuje procese oskrbe z majhno stopnjo variabilnosti – na primer za načrtovane kirurške posege.

Vprašanje 6: Uporaba kliničnih poti (v praksi)

Anketirance smo prosili, da označijo način uporabe kliničnih poti v praksi v njihovih zdravstvenih sistemih. Rezultat je bil znatno slabši od zaželenih stopnje uporabe. Poleg razlik med poklicnimi skupinami so odgovori pokazali veliko razlik med posameznimi državami.

Mnogi anketiranci so se odločili, da odgovorov ne bodo označili, kar ni presenetljivo. Najbolj običajna praksa in namen uporabe kliničnih poti je bila vzgajanje in uvajanje novega kadra, najmanj običajna praksa pa razporejanje virov.

Vprašanje 7: Zunanji vplivi na uporabo kliničnih poti (na splošno)

Anketirance smo prosili, da označijo načine, s katerimi bi zunanje ustanove morale spodbujati in nagradjevati izvajalce pri uporabi kliničnih poti. Rezultati so pokazali visoko stopnjo skladnosti pri mnenju, da bi zunanje ustanove (kot na primer zavarovalnice, zbornice, agencije za akreditacijo, ministrstvo za zdravje itd.) morale poskrbeti za spodbujanje in podporo. Mnenja kliničnega osebja so bila najbolj skladna. Rezultati so pokazali manj podpore za razvijanje kliničnih poti, kot pogoj za pogodbe, pri čemer so bili najmanj navdušeni izvajalci zdravstvene oskrbe.

Vprašanje 8: Zunanji vplivi na uporabo kliničnih poti (v praksi)

Klinično osebje je ocenilo, da zunanje ustanove premalo podpirajo uvajanje in uporabo kliničnih poti. Pri tej točki so združenja kliničnih strokovnjakov (zdravniška zbornica itd.) podala najvišje ocene. Malo manj podpore pa so pokazale ustanove, ki se ukvarjajo z izdajo licenc, akreditacij, ter ustanove za stalno izobraževanje v medicini. Investicijske agencije in združenja uporabnikov so pokazala zelo malo podpore. Le redko so klinične poti bile pogoj pri podpisovanju pogodb med kupci in izvajalci.

Vprašanja 9.1 in 9.2: Stopnje uporabe kliničnih poti

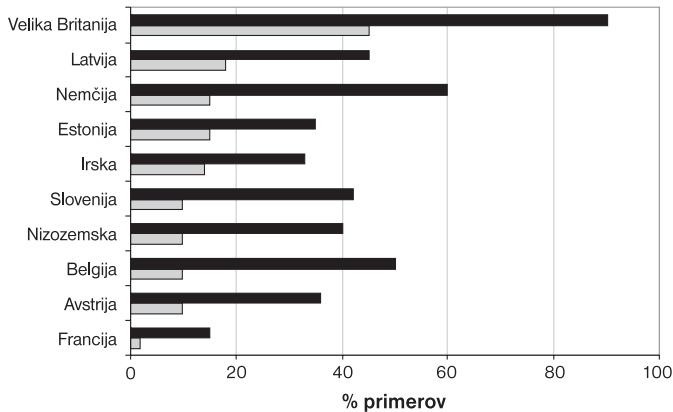
Anketirance smo prosili, da ocenijo trenutno stopnjo uporabe kliničnih poti v zdravstvenih ustanovah v svojih državah ter da napovedo stanje v naslednjih petih letih. Rezultati so pokazali, da je povprečna trenutna stopnja uporabe 18%, ocena za naslednjih pet let pa 42%.

Rezultati so zelo variirali, saj je koeficient variacije za tekoče stanje bil 117% in padel na 57% glede uporabe v naslednjih petih letih. Omenjeno statistiko je treba tolmačiti skrajno previdno. Do napak lahko pripelje nerazumevanje koncepta »pokrītosti s kliničnimi potmi«, zmožnosti anketirancev za natančno oceno trenutne stopnje uporabe ter kako natančno je sploh mogoče napovedati uporabo kliničnih poti v prihodnosti.

Ne glede na to je bilo moč opaziti zelo močno strinjanje glede tega, da se klinične poti trenutno uporabljajo v zelo različni meri (vendar večinoma premalo) ter da bi se naj raven uporabe znatno zvišala v naslednjih nekaj letih.

Vprašanje 9.3: Kateri zdravstveni poklici uporabljajo klinične poti

Anketirance smo prosili za oceno, kako klinične poti uporabljajo posamezne glavne poklicne skupine znotraj zdravstvenega sistema v njihovih državah. Odgovori so pokazali, da so



Sl. 1. Stopnje uporabe kliničnih poti, 2004 in 2009.

medicinske sestre, v primerjavi z ostalimi zdravstvenimi poklicnimi skupinami, malenkostno večji uporabniki kliničnih poti. Rezultat delno odraža sestava anketirancev, saj je v vzorcu bilo več zdravnikov kot medicinskih sester, medicinske sestre pa so podale višji delež medicinskim sestram, kot so jim ga dali zdravniki.

Vprašanja od 9.4 do 9.8: Metode uporabe kliničnih poti

Anketirance smo prosili, da podajo svoje mnenje o stopnjah uporabe kliničnih poti glede na zdravstvene poklice znotraj zdravstvenih ustanov s katerimi so seznanjeni v njihovih državah. Zopet se je izkazalo, da je stopnja variacije visoka, vendar je, če pogledamo celoto, stopnja skladnosti z ustaljenimi dobrimi praksami nizka. Najvišjo stopnjo skladnosti smo opazili pri najosnovnejšem vidiku uporabe – vsi zdravstveni poklici bi se morali zavzeti za klinične poti in biti vključeni v njihovo uporabo. Skladnost odgovorov je postopoma padala z bolj naprednimi vidiki uporabe, kot je na primer razprava o odklonih na rednih sestankih multidisciplinarnih timov.

Taki rezultati ankete kažejo, da je razmeroma malo kliničnih timov sposobnih učinkovito uporabljati klinične poti, po drugi strani pa rezultat nakazuje možnost izboljšanja uporabnosti kliničnih poti tudi tam, kjer so že vpeljane.

Vprašanja od 9.9 do 9.14: Ovire za večjo uporabo kliničnih poti

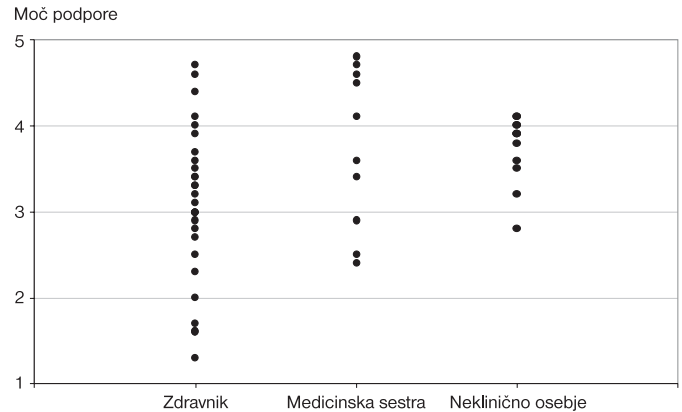
Anketirance smo povprašali za mnenje, kaj po njihovem najbolj omejuje povečano uporabo kliničnih poti. Zdravniki so obveljali za skupino, ki predstavlja glavno oviro za večjo uporabo kliničnih poti. Odgovor pa je bil dosleden v vseh državah in med vsemi poklici anketirancev.

Vse ostale ovire so bile označene kot le zmerno pomembne. Kot oviro so izvajalci zdravstvenih storitev smatrali vedenje plačnikov. Omembe vredno je tudi, da so kot problem anketiranci izpostavili pomanjkanje administrativne in pisarniške podpore. Večjih razlik pri kateremkoli od šestih faktorjev ni bilo.

Vprašanje 10: Prihodnost kliničnih poti (do leta 2014)

Anketirance smo prosili, naj razmislijo o prihodnosti kliničnih poti do leta 2014. Večina jih je bila optimističnih ter pričakuje, da se bo uporaba kliničnih poti iz različnih razlogov razširila. Izmed vseh je samo trditev 10.2 (stopnja uporabe bo nizka) dobila malo ali skoraj nobene podpore. To je bilo pričakovati, saj predstavlja nasprotje trditvi 10.1, ki pravi, da bodo klinične poti normalen in sprejet način upravljanja kliničnega dela.

Rezultati so skladni s stališči, izraženimi v prejšnjih delih vprašalnika. Tako na primer prevladuje mnenje, da bodo bolniki



Sl. 2. Stališča o klinični poti glede na poklic.

in njihovi svoji pričakovali, da bodo dobili izvod klinične poti in tako postali bolj seznanjeni s potekom zdravljenja. Nekaj anketirancev pa vseeno ni bilo prepričanih, da je to dobra ideja. Večina anketirancev je mnenja, da bi morali oblikovanje in razvoj kliničnih poti deliti na različne načine, kot na primer preko spletnih strani. Vendar pa niso povsem prepričani, da se bo to dejansko lahko zgodilo.

11. del: Komentarji

Večina komentarjev se je nanašala na razloge za nizko stopnjo uporabe kliničnih poti.

Anketiranci na primer ugotavljajo, da imajo večplačilni sistemi, kakršne imata Francija in Nemčija, bistveno manj vpliva na klinično prakso. Dodali so, da obstaja le malo dobrih podatkovnih baz, ki bi pospešile sodelovanje pri oblikovanju kliničnih poti. Opozorili so tudi na dejstvo, da so zdravstveno osebje in uporabniki premalo seznanjeni z uporabo in prednostmi kliničnih poti, iz česar izhaja pomanjkanje motivacije za njihovo uporabo.

Države in različne poklicne skupine

Za sprejemanje konkretnih sklepov o razlogih za razlike med odgovori različnih poklicev in držav je bilo na voljo premalo podatkov. Prevladujoča slika kaže na uniformnost, kljub temu se je pojavilo nekaj vzorcev, kjer so vidne razlike. Na ravni držav je bilo opaziti nekaj razlik pri stopnjah uvajanja kliničnih poti. Podatki o dejanski in načrtovani uporabi kliničnih poti po državah (kjer so nam anketiranci iz različnih držav priskrbeli podatke) so prikazani na sliki 1.

Natančnost podatkov je vprašljiva. Nekaj anketirancev je odkrito priznalo, da niso prepričani v zanesljivost svojih odgovorov. Kaže, da nobena izmed držav EU ne vzdržuje dovolj zanesljivega in doslednega registra kliničnih poti v uporabi. V mnogih državah, so nam zatrtili, da obstajajo spletne podatkovne baze za podporo uporabe kliničnih poti, kjer so klinične poti ter aktualna in zanesljiva statistika objavljene. Vendar smo po krajši raziskavi ugotovili, da so spletne strani pomanjkljive. Nekaj vzorcev iz slike 1 pa je vseeno podprtih tudi z drugimi dokazi, kot sta na primer visoka stopnja vpeljave kliničnih poti v Veliki Britaniji ter nizka stopnja v Franciji. Zabeležili smo tudi mnenje, da razdrobljenost plačnikov predstavlja oviro v Franciji in Nemčiji. Anketiranci iz Velike Britanije in Slovenije so kot pospeševalni faktor za uvajanje in uporabo kliničnih poti predlagali državo kot glavnega plačnika. Relativna moč medicinske stroke je bila prikazana kot ovira na Nizozemskem. Čeprav obstaja le malo dokazov, da se medicinska stroka med državami razlikuje, lahko en sam dominanten plačnik odločilno vpliva na sicer nenavdušeno poklicno skupino.

Ker je bilo nekaj izrazitih razlik med poklici anketirancev, smo zadevo naprej raziskali tako, da smo sestavili indeks podpore za klinične poti za vprašanja od 4.1 do 4.5, 3.2, 4.1, 4.2 in 5.3. Rezultati so povzeti na sliki 2. Mnenja zdravnikov so se zelo razlikovala, od zelo močne do zelo šibke podpore. V primerjavi z ostalimi poklicnimi skupinami lahko rečemo, da zdravniki ponujajo bistveno manj podpore za vpeljavo kliničnih poti. Medicinske sestre so na splošno pokazale največ podpore, vendar so bolj pesimistične glede možnosti razširjenja uporabe kliničnih poti. Tipičen odgovor medicinske sestre je, da so klinične poti izredno pomembne, da pa je nadaljnje uvajanje kratkoročno skoraj nemogoče, ker zdravniki tega ne podpirajo.

Razpravljanje

Klinične poti so v mnogih državah EU še zmeraj razmeroma novo orodje in še niso postale običajna tema v strokovni literaturi. Večina anketirancev verjame, da so klinične poti pomembne ter da se bo njihova uporaba širila in postala učinkovitejša. Zunanje ustanove, oziroma agencije, lahko vplivajo na večjo uporabnost, morale bodo pokazati več razumevanja in odločnosti. Spremembe se sicer dogajajo, vendar bi lahko bile oziroma bi morale biti hitrejšje. Ovire za uporabo kliničnih poti so podobne v vseh državah, vključujejo nenaklonjenost nekaterih zdravnikov zaradi zdravniške kulture ter neustrezno podporo zunanjih ustanov.

V splošnem se te ugotovitve skladajo z literaturo. Npr.: Pace et al. so prišli do zaključka, da so glavne ovire uvajanju kliničnih poti razlike med načini zdravljenja med zdravniki in slab odnos (ali odklonilen odnos) do timskega dela (5). Kwan-Gett et al. so poročali o uvajanju kliničnih poti za bolnišnično zdravljenje otrok z astmo ter iz tega naslova opisali večjo učinkovitost zdravljenja: zmanjšanje stroškov laboratorijskih testov za 33% ter zmanjšanjem stroškov radioloških storitev za 42% (6). Calligaro et al. je vpeljal klinične poti za žilno kirurgijo in poročal, da se je povprečna ležalna doba zmanjšala za 8,8 na 3,8 dneva (7). Borkowski poroča o 50% znižanju ležalne dobe pri načrtovanih operacijah za zamenjavo kolka ali kolena (8). Obstaja več poročil o izboljšanju kakovosti oskrbe in izidov. Tako sta Chang in Lin (3) analizirala posledice uporabe kliničnih poti za laparoskopijo pri vaginalni histerektomiji in ugotovila, da se je čas operacije v povprečju znižal za 25%, povprečni čas anestezije za 22%, potreba po več kot 48-urnem intravenskem dajanju antibiotikov pa je padla za 76%. Kelly et al. so preučevali posledice uporabe kliničnih poti za hospitalizirane otroke z astmo (9). Ugotovili so, da so bolniki, ki so sledili klinični poti, bistveno prej uspeli dokončati šolanje za astmo med hospitalizacijo, bili odpuščeni z receptom za zdravljenje in imeli na voljo za uporabo merilnik pretoka zraka in pršilnik. Omenjeni rezultati so bili doseženi kljub zmanjšanim stroškom.

Druge koristi, obdelane v literaturi, vključujejo izboljševanje kliničnega dela (2, 8, 10, 11), izobraževanje osebja (12), zmanjšano tveganje za tožbe (13, 15), zagotavljanje primerne okolja za zdravstveno oskrbo (14), storitveno in investicijsko planiranje (2, 16).

Da bi razširili uporabo kliničnih poti, bi potrebovali dodatno izobraževanje na medicinskih šolah, vključevanje kliničnih poti v dejavnosti licenciranja in akreditacije, njihovo povezovanje s sistemi razvrščanja bolnikov, kot so SPP, vključevanje njihove uporabe v sklepanje pogodb med plačniki in izvajalci, spodbujanje uporabe kliničnih poti kot osnovo za notranje razporejanje virov, spodbujanje uporabe kliničnih poti kot okvira za interno klinično presojo, za vodenje kliničnih delavnic za razvijanje timskega dela itd. Seveda pa takšne znatne spremembe potrebujejo koordinacijo. Ena od idej bi bila vzpostavitev baze podatkov EU z jasnimi pravili glede pred-

ložitev, dostopa in posodabljanja. Izkušnje s podobnimi idejami, kot na primer zdravstvena oskrba in protokoli klinične prakse, ki so osnovani na znanstvenih dokazih (evidence-based), ugotavljajo, da je lažja dostopnost sama po sebi nezadostna. Lahko ugotovimo, da sistemski problemi zahtevajo sistemske rešitve (17). Teorija sistemov namiguje, da se med seboj zelo povezani elementi ne odzivajo najbolje na eno samo intervencijo (17), rezultati so boljši, če se jih istočasno lotimo z več strani.

Sklenemo lahko s tem, da so potrebne takšne klinične poti, ki neposredno ustrezajo prihodnjemu izvajanju zdravstvenih storitev. Koristno bi bilo pripraviti in učinkoviteje uporabiti klinične poti, specifične za pogoste bolezni.

Glavne pridobitve spremenjenega načina izvajanja zdravstvenih storitev so kakovostne zdravstvene obravnave (ter posredno stroškovna učinkovitost), ki jih lahko dosežemo z oblikovanjem in uvajanjem kliničnih poti.

Omejitve rezultatov raziskave

Ker so se anketiranci za udeležbo v glavnem odločili sami, obstaja velik, a neidentificiran segment strokovnjakov, ki ni bil vključen v raziskavo. Zavaljo tega rezultatov raziskave ne moremo brezpogojno posploševati. Vendar pa je večina ugotovitev vseeno podprta z drugimi viri. Verjamemo in upamo, da bo tako predstavljen pogled na obravnavano tematiko priskrbel uporabno osnovo za nadaljnje delo na tem področju. Pričujoči rezultati bi morali vsaj izzvati nadaljnje razprave na temo uvajanja kliničnih poti.

Zaključki

Da bi dosegli enotno razumevanje kliničnih poti, bi morali storiti več. Kljub temu da so objavljeni številni članki, ima veliko zdravstvenih delavcev le nejasno podobo o kliničnih poteh. Nejasnost in nepoznavanje pa pogosteje vodita do negativnega odnosa.

Ker so klinične poti povezane s številnimi komponentami sistema zdravstvenega varstva, so za njih potrebne sistemske rešitve.

Klinične poti združujejo več dejavnosti, nudijo podporo kakovostnejši zdravstveni oskrbi, katere središče je uporabnik zdravstvenih storitev (bolnik).

Literatura

1. Byrne D. Interpreting quantitative data. London: SAGE Publications, 2002: 148.
2. Forkner J. Clinical pathways: benefits and liabilities. *Nurs Manage* 1996; 27: 35-8.
3. Woodyard LW. Critical pathway patient outcomes: the missing standard. *J Nurs Care Qual* 1993; 8: 51-7.
4. Chang WC, Lin CC. A clinical pathway for laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. Impact on costs and clinical outcome. *The Journal of Reproductive Medicine* 2003; 48: 247-51.
5. Pace KB, Sakulkoo S, Hoffart N, Cobb AK. Barriers to successful implementation of a clinical pathway for CHF. *J Healthc Qual* 2002; 24: 32-8.
6. Kwan-Gett TS, Lozano P, Mullin K, Marcuse EK. One-year experience with an inpatient asthma clinical pathway. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151: 684-9.
7. Calligaro KD et al. Impact of clinical pathways on hospital costs and early outcome after major vascular surgery. *J Vasc Surg* 1994; 22: 649-57; discussion 657-60.
8. Borkowski V. Implementation of a managed care model in an acute care setting. *J Healthc Qual* 1994; 16: 25-7, 30.
9. Kelly CS, Andersen CL, Pestian JP, Wenger AD, Finch AB, Strope GL, Luckstead EF. Improved outcomes for hospitalized asthmatic children using a clinical pathway. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 2000; 84: 509-16.
10. Poole J. Care profiles, pathways and protocols. *Physiotherapy* 1994; 80: 265-6.
11. Ireton JC, Orr M, Hennessy K. Clinical pathways in home nutrition support. *J Am Diet Assoc* 1997: 1003-7.

12. Santoso U, Iau PT, Lim J, Koh CS, Pang YT. The mastectomy clinical pathway: what has it achieved? *Ann Acad Med Singapore* 2002; 31: 440-5.
13. Ransom SB, Studdert DM, Dombrowski MP, Mello MM, Brennan TA. Reduced medicolegal risk by compliance with obstetric clinical pathways: a case-control study. *Obstetrics and Gynecology* 2003; 101: 751-5.
14. Willis B, Kim LT, Anthony T, Bergen PC, Nwariaku F, Turnage RH. A clinical pathway for inguinal hernia repair reduces hospital admissions. *J Surg Res* 2000; 88: 13-7.
15. Schriefer J, Engelhard J, DiCesare L, Miller M in Schriefer J. Merging clinical pathway programs as part of overall health system mergers: a ten-step guide. *Spectrum Health. Jt Comm J Qual Improv* 2000; 26: 29-38.
16. Pischke-Winn K, Wahlfeldt LA, Minnick A. Initiatives to build a competitive healthcare system: integrating service redesign and clinical pathways. *Nurs Case Manag* 1996; 1: 212-22.
17. Hindle D. Coming soon to a hospital near you: a commentary on The King Edward Memorial Hospital Inquiry. *Australian Health Review* 2003; 26: 30-33.

Razpr. 1. Rezultati po tematikah.

	Povprečje %	Standardni odklon %
1 Problemi sistema zdravstvenega varstva (izven ustanov izvajalcev zdravstvenih storitev)		
1.1 Premalo virov za zdravstveno oskrbo v primerjavi z vse naraščajočimi potrebami in pričakovanji	4,60	2,14
1.2 Infrastruktura zdravstvenega varstva slabo ustreza obstoječim in bodočemu kliničnemu delu	3,22	1,93
1.3 Preveč vmešavanja v klinično delo s strani zunanjih udeležencev (zavarovalci, birokrati, revizorji itd.)	2,60	1,95
1.4 Nezmožnost izvajanja strateških sprememb (spremembe preveč kratkoročne, krizni menedžment)	4,53	1,83
1.5 Premalo pozornosti posvečene promociji zdravja in preventive	3,94	1,76
1.6 Premalo pozornosti posvečene upravljanju kroničnih bolezni	3,10	1,92
1.7 Preveč bolnišnične oskrbe, premalo zdravstvene oskrbe v skupnosti	4,24	2,04
1.8 Drugi problemi (prosimo, vnesite):	1,76	2,66
2 Problemi sistema zdravstvenega varstva znotraj ustanov (agencij) izvajalcev zdravstvenih storitev		
2.1 Premalo virov za zdravstveno oskrbo v primerjavi z naraščajočimi potrebami in pričakovanji	4,47	2,51
2.2 Slabo klinično timsko delo, čigar posledica so številne napake, katerim bi se lahko izognili	3,88	1,97
2.3 Slabi odnosi med zdravstvenim osebjem in birokrati	3,08	1,98
2.4 Slabi odnosi med različnimi kliničnimi poklici (zdravniki, medicinske sestre itd.)	3,35	1,92
2.5 Nerazločljiva in nekontrolirana odstopanja v klinični praksi	3,92	1,75
2.6 Pomanjkanje pripravljenosti med zdravstvenim osebjem, da bi odkrito opravljali revizije in priznavali napake	4,26	1,62
2.7 Prenizka stopnja udeležbe potrošnikov oziroma uporabnikov, premalo skrbi za bolnike kot uporabnike	3,85	2,04
2.8 Drugi problemi (prosimo, vnesite):	1,19	2,43
3 Vaše mnenje o kliničnem delu		
3.1 Zdravstveno osebje naj ne bi bilo odgovorno za nadzor nad stroški; odgovorni naj bi bili samo za maksimalen učinek pri izidih svojih bolnikov	1,70	1,20
3.2 Pomembno je racionalizirati zdravstveno oskrbo, zdravstveno osebje mora odigrati svojo vlogo	2,45	1,32
3.3 Vse »klinične odločitve« so odločitve o finančnih virih in vse »finančne odločitve« vplivajo na klinično prakso na tak ali drugačen način	2,89	1,37
3.4 Protokoli klinične prakse so slab nadomestek za osebne izkušnje starejšega zdravstvenega osebja	1,16	1,06
3.5 Zdravnikom bi morali dovoliti, da uporabljajo lastno razsodnost, brez vmešavanja nekliničnega osebja	1,95	1,26
3.6 Odločitve o odpustu bolnika iz bolnišnice bi morale vpletati multidisciplinarni tim (ne samo zdravnika)	3,27	1,07
3.7 Dobra oskrba bolnika je odvisna od timskega dela vseh kliničnih poklicev	3,93	0,25
4 Ugotovljene koristi (prednosti) kliničnih poti		
4.1 Klinične poti pomagajo pri izboljšanju učinkovitosti (izogibanje podvajanju diagnostičnih testov, prepozno odpuščanje bolnikov itd.)	3,66	0,60
4.2 Klinične poti pomagajo pri izboljševanju kakovosti zdravstvene oskrbe in zdravstvenih izidov bolnikov	3,52	0,54
4.3 Klinične poti nudijo okvir za raziskave in inovacije metod zdravstvene oskrbe	3,36	0,64
4.4 Klinične poti promovirajo timsko delo skozi spodbujanje razumevanja in spoštovanja med zdravstvenimi poklici	3,43	0,65
4.5 Večini bolnikov in njihovih svojcev so klinične poti všeč, ker zmanjšujejo skrb o tem, kaj se dogaja	2,59	1,05
4.6 Klinične poti zvišujejo učinkovitost oskrbovanja normalnih bolnikov ter tako omogočajo več časa za bolj zapletene primere bolnikov	3,05	0,80
Ugotovljene slabosti kliničnih poti		
4.7 Klinične poti so vsiljene s strani birokratov, da bi nadzorovali stroške	1,36	1,13
4.8 S kliničnimi potmi se zviša tveganje, da bodo vsi bolniki oskrbljeni na enak način (klinične poti predstavljajo »medicinsko kuharico«)	1,41	1,17
4.9 Klinične poti povečujejo tveganje, da bodo zdravniki toženi nepošteno	1,00	1,00
4.10 Klinične poti so uporabne za medicinske sestre in ne za zdravnike	0,36	0,68
4.11 Klinične poti so uporabne samo za »proizvodni« način dela, kot npr. operacija oči po programu	0,89	1,32
4.12 Klinične poti se lahko uporabljajo samo v bolnišnicah	0,43	0,75
4.13 Klinične poti so modna muha, ki bo razvodnela	0,64	0,77
4.14 Klinične poti zvišujejo količino klinične dokumentacije	1,77	1,22
5 Uporaba kliničnih poti (na splošno)		
5.1 Klinične poti bi se morale uporabljati kot način izobraževanja in informiranje novega ali začasnega zdravstvenega kadra	3,34	0,80
5.2 Klinične poti bi se morale uporabljati kot podpora pri privolitvi (zagotoviti, da bodo bolniki vedeli vnaprej, kaj se bo z njimi zgodilo)	3,39	0,78
5.3 Bolniki bi morali dobiti poenostavljene verzije kliničnih poti, da bi vedeli, kaj pričakovati in bi potem bili manj zaskrbljeni ali zbegani	3,16	1,06
5.4 Uporabljati bi morali takšne klinične poti, ki povezujejo več dejavnosti oskrbe (npr. akutna oskrba za primer kapi, ki ji sledi rehabilitacija)	3,55	0,69
5.5 Klinične poti bi se morale uporabljati kot osnova za razvrščanje virov med kliničnimi timi znotraj zdravstvene ustanove	2,84	0,88
5.6 Klinične poti bi se morale uporabljati kot osnova za pogajanja pri sklenitvi pogodb med kupci in izvajalci zdravstvene oskrbe	2,80	0,94
5.7 Klinične poti bi se morale uporabljati pri planiranju delovne sile in storitev	3,20	0,79
5.8 Klinične poti bi se morale uporabljati kot osnova za določanje cen	2,73	0,91
6 Dejanska uporaba kliničnih poti		
6.1 Klinične poti se uporabljajo kot način izobraževanja in informiranje novega ali začasnega zdravstvenega kadra	1,85	1,24
6.2 Klinične poti se uporabljajo kot podpora pri privolitvi (zagotoviti, da bodo bolniki vedeli vnaprej, kaj se bo z njimi zgodilo)	1,45	1,16
6.3 Bolniki dobivajo poenostavljene verzije kliničnih poti s ciljem, da vedo, kaj pričakovati, in da so zato manj zaskrbljeni ali zbegani	1,30	1,29
6.4 Uporabljajo se takšne klinične poti, ki povezujejo več dejavnosti oskrbe (npr. akutna oskrba za primer kapi, ki ji sledi rehabilitacija)	1,33	1,19
6.5 Klinične poti se uporabljajo kot osnova za razvrščanje virov med kliničnimi timi znotraj zdravstvene ustanove	0,95	1,16
6.6 Klinične poti se uporabljajo kot osnova za pogajanja pri sklenitvi pogodb med kupci in izvajalci zdravstvene oskrbe	0,83	1,14
6.7 Klinične poti se uporabljajo pri planiranju delovne sile in storitev	1,10	1,14
6.8 Klinične poti se uporabljajo kot osnova za določanje cen	0,78	1,13

	Povprečje %	Standardni odklon %
7 Načini, kako bi morali delovati zunanji udeleženci		
7.1 Investicijske agencije bi morale spodbujati in nagrajevati uporabo kliničnih poti	3,36	0,77
7.2 Uporaba kliničnih poti bi morala biti pogoj za pogodbe med investicijskimi agencijami in kliničnimi timi	2,98	0,97
7.3 Uporaba kliničnih poti bi morala biti pomembna osnova za zunanje ocenjevalce in presojevalce oskrbe (npr. zavarovalnica ali agencija za akreditacijo)	3,14	1,01
7.4 Združenja kliničnih strokovnjakov bi morala spodbujati uporabo kliničnih poti	3,73	0,49
7.5 Uporabo kliničnih poti bi morali spodbujati in promovirati skozi stalno izobraževanje in pridobivanje dovoljenj (dodeljevanje koncesij)	3,57	0,75
7.6 Potrošniška združenja bi morala spodbujati uporabo kliničnih poti	3,30	0,97
7.7 Agencije bi morale sodelovati, da bi zagotovile lažji dostop do dobrih kliničnih poti, več sodelovanja in izmenjave idej z uporabo spletnih strani	3,50	0,72
8 Načini, kako se zunanje ustanove (agencije) dejansko obnašajo		
8.1 Investicijske agencije spodbujajo in nagrajujejo uporabo kliničnih poti	1,10	1,10
8.2 Uporaba kliničnih poti je pogoj za pogodbe med investicijskimi agencijami in kliničnimi timi	0,64	0,92
8.3 Uporaba kliničnih poti je pomembna osnova za zunanje ocenjevalce in presojevalce oskrbe (npr. zavarovalnica ali agencija za akreditacijo)	1,31	1,34
8.4 Združenja kliničnih strokovnjakov spodbujajo uporabo kliničnih poti	1,74	1,19
8.5 Spodbujanje in promoviranje uporabe kliničnih poti je zagotovljeno skozi stalno izobraževanje in pridobivanje dovoljenj (dodeljevanje koncesij)	1,44	1,17
8.6 Potrošniška združenja spodbujajo uporabo kliničnih poti	1,15	1,03
8.7 Agencije sodelujejo med seboj, da bi zagotovile lažji dostop do dobrih kliničnih poti, več sodelovanja in izmenjave idej z uporabo spletnih strani	1,31	1,22
9 Metode in stopnje uporabe kliničnih poti		
9.1 Kolikšen je danes približen delež (%) primerov, pokritih s kliničnimi potmi?	17,1	20,0
9.2 Kolikšen približen delež (%) primerov pričakujete, da bo pokritih s kliničnimi potmi v naslednjih petih letih?	42,6	24,6
9.3 Kolikšen je približen delež (%) kliničnih strokovnih skupin, ki redno uporabljajo klinične poti?		
% zdravnikov	20,4	23,6
% medicinskih sester	27,6	28,5
% drugega kliničnega osebja, kot so na primer terapevti in socialni delavci	18,0	22,9
9.4 Ali klinične poti vključujejo delo celotnega kliničnega osebja (zdravniki, medicinske sestre, terapevti itd.)?	2,12	1,31
9.5 Ali multidisciplinarni tim skupaj upravlja s kliničnimi potmi?	1,98	1,46
9.6 Ali izvajalci redno ocenjujejo svoje klinične poti in jih nato izboljšujejo?	1,68	1,26
9.7 Ali izvajalci redno beležijo variacije (odklone iz kliničnih poti)?	1,54	1,29
9.8 Ali se odkloni analizirajo in se o njih razpravlja na rednih sestankih multidisciplinarnega tima?	1,34	1,28
Ovire pri večji uporabi kliničnih poti		
9.9 Veliko število zdravnikov hoče ostati neodvisnih / samostojnih	3,14	1,10
9.10 Medicinske sestre ne podpirajo kliničnih poti	1,36	1,09
9.11 Kupci (investitorji, zavarovalnice) ne spodbujajo in ne nagrajujejo dovolj uporabe kliničnih poti	2,48	1,20
9.12 Veliko število kliničnega osebja verjame, da klinične poti niso vredne truda (niso stroškovno učinkovite)	2,52	1,03
9.13 Pomanjkanja znanja o kliničnih poteh med kliničnim osebjem	2,93	1,14
9.14 Nezadostna pisarniška in administrativna podpora za klinično osebje	3,10	0,89
10 Prihodnost kliničnih poti (leto 2014)		
10.1 Klinične poti bodo normalen in sprejet način upravljanja kliničnega dela	3,18	0,94
10.2 Zelo malo ljudi bo nadaljevalo z uporabo kliničnih poti, vendar ne bodo postale najbolj razširjen način upravljanja kliničnega dela	1,39	1,15
10.3 Klinične poti bodo postale pomemben del planiranja novih ali drugačnih storitev	3,16	0,74
10.4 Klinične poti bodo postale pomemben del pri planiranju novih in drugačnih investicij (klinike, bolnišnice itd.)	3,00	0,85
10.5 Bolniki bodo pričakovali, da bodo oskrbovani na podlagi kliničnih poti ter se bodo pritoževali, če ne bodo uporabljale	2,75	1,03
10.6 Novo in mlajše klinično osebje bo pričakovalo uporabo kliničnih poti ter bo presenečeno, če se ne bodo uporabljale	3,11	0,68
10.7 Izvajalci zdravstvene oskrbe si bodo rutinsko delili klinične poti skozi nacionalne in regionalne baze podatkov na spletnih straneh	2,70	1,08
10.8 Klinične poti bodo glavna osnova za nacionalne in mednarodne primerjave (benchmarking)	2,77	1,11