

OBLIKOVANJE NOVE KLINIČNE POTI NA UNIVERZITETNEM REHABILITACIJSKEM INŠTITUTU REPUBLIKE SLOVENIJE – SOČA *DESIGNING A NEW CLINICAL PATHWAY AT THE UNIVERSITY REHABILITATION INSTITUTE IN LJUBLJANA*

doc. dr. Nika Goljar, dr. med.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Primerno oblikovana klinična pot naj bi omogočila strokovno preverljive in učinkovite zdravstvene obravnave ob dokazljivih izidih zdravljenja. Na rehabilitacijskih oddelkih se zdravijo bolniki s številnimi diagnozami, zaradi česar lahko postane klinična pot zelo obsežna. Zato v rehabilitacijskih službah razvijajo generične, v proces obravnave usmerjene klinične poti. Nova klinična pot na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča je zasnovana na kliničnih orodjih, ki temeljijo na Mednarodni klasifikaciji funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) in so namenjena strukturiranju in dokumentiranju rehabilitacijskega procesa, ter temeljnih elementih klinične poti, kot so kategorije oskrbe ali dejavnosti in pripadajoči ukrepi, trajanje dejavnosti, merila izida in spremljanje neskladij (odstopanj). Da bi bila nova klinična pot lahko dovolj učinkovita in procesa rehabilitacije ni bi ovirala, pripravljamo elektronsko obliko klinične poti.

Ključne besede:

klinična pot; rehabilitacija; Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja

Abstract

Properly constructed clinical pathways promote professionally verified and efficient patient care based on evidence-based practice with provable outcomes of medical treatments. In the rehabilitation settings, the hospital units often treat patients with a wide range of different pathologies, thus making the use of clinical pathways more complex. Generic, process-oriented clinical pathways are therefore developed in rehabilitation settings. The new clinical pathway at the University Rehabilitation Institute in Ljubljana is based on tools rooted in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), which are used for structured documenting the rehabilitation process, and on the key elements of a clinical pathway, such as goals of care or activities and associated arrangements, time frame of activities, outcomes measures and monitoring of variances. To make the new clinical pathway effective rather than hindering the rehabilitation processes, the development of an electronic documentation system is under way.

Key words:

clinical pathway; rehabilitation; International Classification of Functioning, Disability and Health

UVOD

Razvoj računalniških sistemov je omogočil generiranje, integriranje, preiskovanje veljavnosti in varstvo zdravstvenih podatkov, s čimer si lahko pomagamo pri načrtovanju in odločanju pri kliničnem ali administrativnem delu v zdravstvu. Razvija se novo področje - kakovost v zdravstvu. Kakovostno zdravstveno oskrbo zdravstveni strokovnjaki izvajajo ob dobro oblikovanih procesih zdravstvene obravnave, ki temeljijo na z dokazi podprti medicini (1). Tak proces predstavlja klinična pot (KP). Primerno

oblikovana KP naj bi omogočila posodabljanje zdravstvene oskrbe, olajšala usposabljanje novih zdravstvenih delavcev in oblikovanje zdravstvenega tima, osredinjenost na bolnika in proces njegovega zdravljenja, omogočila boljšo komunikacijo, sodelovanje in povezovanje zdravstvenih delavcev ter preglednost opravljenega dela. Na podlagi merjenj, primerjanja s standardi in dobrimi praksami ter spremljanja odklonov naj bi spodbudila izboljšave dela. KP naj bi tudi spodbudila sodelovanje bolnika pri zdravstveni obravnavi, saj nudi opis poteka obravnave, olajša sledenje zdravljenju in dejavno sodelovanje pri njem (1).

Poslano: 29. 12. 2015

Sprejeto: 7. 1. 2016

Naslov za dopisovanje/Address for correspondence (NG): nika.goljar@ir-rs.si

Opredelitev pojmov

Evropsko združenje za KP definira KP kot metodologijo za skupno odločanje in organiziranje zdravstvene obravnave za določeno skupino bolnikov v vnaprej opredeljenem obdobju (2).

Slovenski priročnik za oblikovanje kliničnih poti KP opredeli kot orodje, ki zdravstvenemu timu omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo bolnika, spremljanje opravljenega dela ter kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse. Pomaga pa tudi pri seznanjanju bolnika s predvidenim potekom njegove zdravstvene obravnave in je dober pripomoček za izračun stroškov obravnave (1).

V angleščini obstaja vrsta 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, anticipatory recovery pathway (ARP), multidisciplinary pathway of care (MPC), managed care plans, care track, care profile (1, 2).

Klinične smernice so sistematično oblikovana stališča, ki zdravstvenim strokovnjakom, pa tudi bolnikom, pomagajo pri odločitvah glede primerne zdravstvene varstva v specifičnih kliničnih okoliščinah. Namen smernic je zagotavljanje dobre klinične prakse (1).

Zakaj naj bi uporabljali klinične poti?

KP naj bi uporabljali za izboljšanje oskrbe bolnikov, za boljšo izkoriščenost virov, za pomoč pri razpoznavanju in razjasnjevanju kliničnega procesa, za podporo pri klinični učinkovitosti in obvladovanju tveganja pri izvajanju zdravstvenih storitev (1).

KP so načrtovane tako, da pomagajo pri koordiniranju bistvenih delov zdravstvene obravnave bolnika in poudarjajo pričakovan klinični potek pri posameznem bolniku (3). S KP naj bi se izboljšalo multidisciplinarno sodelovanje, hitreje bi prepoznali in odpravili zaplete pri zdravljenju, olajšala naj bi se komunikacija z bolniki o pričakovanem poteku zdravljenja in spremljanje izidov zdravljenja (3-7). S pomočjo KP naj bi zdravstvena obravnava potekala skladno s standardi kakovosti (1). V praksi predstavlja klinična pot sodobno medicinsko dokumentacijo posameznega bolnika (1).

Učinki kliničnih poti

KP so v klinični praksi pričeli uporabljati v osemdesetih letih prejšnjega stoletja. Proučevanje njihove koristnosti je pokazalo, da so bile v pomoč pri razvijanju učnih procesov znotraj zdravstvenih organizacij, da so omogočile zdravstvenim strokovnjakom boljše razumevanje svoje vloge in odgovornosti ter izboljšale povezovanje

vseh segmentov zdravstvenega sistema (8). V nekaterih ustanovah, kjer so uspešno uvedli KP, so zmanjšali dolžino hospitalizacije (8, 9), variabilnost pri zdravstveni oskrbi posameznega bolnika, vključno z razlikami v diagnostiki in predpisovanju zdravljenja, ponekod so ugotovili tudi znatno izboljšanje izidov zdravljenja bolnikov (8). Poročajo tudi o bolj sistematičnem ocenjevanju funkcijskih sposobnosti bolnikov, boljšem sporazumevanju med zdravstvenimi strokovnjaki in podajanju informacij bolnikom in njihovim svojcem (10). Koristi uporabe KP so se kazale tudi v manjšem številu hospitalnih zapletov (okužbe ran, krvavitve, pljučnice), izboljšanju medicinske dokumentacije in znižanju stroškov hospitalizacije (9).

Vendar izidi uporabe KP niso bili vedno pozitivni. Primer je vpeljevanje KP v obravnavo akutne možganske kapi, kjer se je pokazalo, da sta bila zadovoljstvo in kakovost življenja bolnikov iz skupine, pri kateri so uporabili KP, značilno nižja v primerjavi z zadovoljstvom in kakovostjo življenja bolnikov, ki niso bili vključeni v proces uporabe KP (11). Uporaba KP je bila celo povezana s slabšimi izidi zdravljenja (12). Razlog, da so bile KP neučinkovite, je lahko v tem, da jih je težko uporabljati v razmerah, kjer je klinična praksa zelo spremenljiva in kjer obravnavajo bolnike s številnimi in različnimi zdravstvenimi stanji (3). Veliko lažje je uporabljati KP v kliničnem okolju ozkega medicinskega področja zaradi podobnosti obravnavanih primerov. Vzrok slabih dokazov o učinkovitosti KP je lahko tudi v tem, da mnogo bolnišnic, ki so uvedle KP, ni imelo predvidenega spremljanja pomembnih kliničnih izidov za vrednotenje učinkovitosti KP (13). Dejansko je precejšnja zmeda pri definiranju, kaj naj KP vsebuje (14). Utemeljeni so tudi pomisleki, da so KP za delo zahtevne, odvrtaajo od individualne klinične presoje in se jih lahko celo zlorablja v prid zmanjševanju stroškov zdravljenja (15).

Klinične poti v rehabilitacijski medicini

Na rehabilitacijskih oddelkih se zdravijo bolniki s številnimi diagnozami, zaradi česar lahko postane KP zelo obsežna. Poleg tega rehabilitacijske programe izvajajo multidisciplinarni timi številnih zdravstvenih strokovnjakov (16, 17). Zato v rehabilitacijskih službah razvijajo generične, v proces obravnave usmerjene klinične poti (3, 18). Zaenkrat je na voljo le malo podatkov o njihovi uporabi.

Za uspešnost rehabilitacije so nujni osnovni elementi rehabilitacijske oskrbe: 1. multidisciplinarno ocenjevanje funkcijskega stanja bolnika; 2. identifikacija težav pri bolnikovem funkcioniranju, ocena njihove resnosti, postavljanje rehabilitacijskih ciljev in načrtovanje zdravljenja oziroma rehabilitacijske obravnave glede na zastavljene cilje; 3. ukrepanje in 4. ocenjevanje učinkovitosti izvedenih ukrepov (17, 19).

V cilje usmerjeno rehabilitacijo lahko olajša oziroma okrepi strukturiranje rehabilitacijskih ciljev po Mednarodni klasifikaciji funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (20) in tako izboljša ali izboljša izide kliničnih ukrepov (21). Svetovna zdravstvena organizacija spodbuja razvoj kliničnih orodij, ki so

namenjena strukturiranju, organiziranju in dokumentiranju rehabilitacijskega procesa (16, 17). Če ta orodja združimo s temeljnimi elementi KP, kot so kategorije oskrbe ali dejavnosti ter pripadajoči ukrepi, trajanje dejavnosti, merila izida in spremljanje neskladij (odstopanj), dobimo dober približek rehabilitacijskega procesa in delovanja rehabilitacijskega tima.

Oblikovanje nove klinične poti na URI – Soča

Rehabilitacijski procesi, ki jih izvajajo multidisciplinarni rehabilitacijski timi, so večplastni. Da bi bila KP lahko dovolj učinkovita in procesa rehabilitacije ne bi ovirala, ampak bi ga olajšala, potrebujemo elektronsko obliko KP. Izdelava elektronske KP je zelo zahtevna, poleg tega moramo upoštevati možnost stalnega prilaganja spremembam. Le-te so pričakovane posledice izboljšav v procesu zdravstvene obravnave na račun boljše organizacije dela ali novih strokovnih usmeritev.

Priprave nove klinične poti na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča (URI-Soča) smo se lotili z združevanjem prej omenjenih kliničnih orodij, ki temeljijo na MKF in temeljnih elementih KP. V novi KP kategorije oskrbe ali dejavnosti (rehabilitacijske cilje) predstavljajo kategorije, zbrane v MKF vprašalniku (22). Proces rehabilitacijske obravnave hkrati poteka na več ravneh, je pa strukturiran in do določene mere stopenjski:

Odgovorni zdravnik pri pregledu bolnika ob sprejemu pridobi informacije o njegovem zdravstvenem stanju in funkcionalnem stanju z anamnezo, kliničnim pregledom in dodatnimi preiskavami ali testiranjem. V MKF vprašalniku v informacijskem sistemu označi nabor bolnikovih problemov in zmožnosti.

Nato opredeli resnost posameznega problema. Če je na voljo, izbere merski instrument, ki ga bo uporabil pri ocenjevanju resnosti problema in opravi merjenje (posebna dokumentacija). Resnost problema opiše z opisovalcem od 0 do 2 (0=ni problema, 1=majhen do zmeren problem, 2=velik problem). Če preiskavnih metod ali standardiziranega ocenjevalnega orodja za posamezno kategorijo ni, oceni resnost težav le z opisovalcem od 0 do 2.

Sledi določanje rehabilitacijskih ciljev. V izrazoslovju MKF cilje definiramo znotraj sestavnih delov funkcioniranja posameznika in v hierarhični strukturi glede na časovni potek rehabilitacijskega procesa (kratkoročni/dolgoročni rehabilitacijski cilji) (17). Običajno se, odvisno od zdravstvenega stanja bolnika in poteka rehabilitacije, določa rehabilitacijske cilje v razdelkih: telesne funkcije, telesne zgradbe, dejavnosti in sodelovanje ter dejavniki okolja.

Ko so cilji določeni, zdravnik izbere ustrezne postopke zdravljenja ali druge vrste ukrepov, člane rehabilitacijskega tima, ki pri tem rehabilitacijskem cilju sodelujejo, in določi čas, v katerem bi izvajali izbrane postopke/ukrepe.

Poleg začetne ocene resnosti posameznega problema je potrebno predvideti tudi končno oceno, izraženo z opisovalcem od 0 do 2. Definiranje ciljnih vrednosti olajša vrednotenje doseganja zastavljenih ciljev, olajša celosten pregled poteka rehabilitacije in timsko dogovarjanje (17). Če želeni rezultati v določenem obdobju niso bili doseženi, se bo rehabilitacijski tim po vsej verjetnosti odločil za nadaljevanje izbranih terapevtskih postopkov/ukrepanj, pričel z novimi oz. prenehal z izbranimi ukrepi. Če se stanje ni izboljšalo ali se je morda celo poslabšalo, je potrebno navesti razloge, zakaj zastavljeni cilj ni bil dosežen.

Član rehabilitacijskega tima, ki izvaja nadaljnje dejavnosti na ciljnem problemu, izvede podoben postopek kot odgovorni zdravnik. Na osnovi posredovanih informacij (napotnica, obvestilo) pregleda v informacijski sistem zabeležene ciljne probleme bolnika, vključno z zabeležkami zdravnika in njegovimi pričakovanji, izvede ocenjevanje (izbere, če je na voljo, merski instrument, opravi merjenje in to zabeleži v posebno dokumentacijo) ter resnost problema opiše z opisovalcem od 0 do 2. Če standardiziranega ocenjevalnega orodja za posamezno kategorijo nima na voljo, oceni resnost težav le z opisovalcem od 0 do 2. Ocena je lahko drugačna od ocene odgovornega zdravnika. Nato, odvisno od teže problema, določi možnost izboljšanja stanja s ciljno oceno, vnese termin, ko naj bi bil cilj dosežen in določi dejavnosti in ukrepe, ki jih je potrebno izvesti za uresničitev cilja. Pri tem lahko zazna dodatne ciljne probleme, ki bi jih bilo potrebno spremljati. Na timskem sestanku to sporoči odgovornemu zdravniku, ki po dogovoru v informacijski sistem doda nove ciljne probleme.

V času, ko naj bi bil posamezni cilj dosežen, se izvede ponovno ocenjevanje problema, rezultati se zabeležijo v informacijski sistem enako kot v prvem postopku. Če se stanje problema ni izboljšalo oz. ciljna ocena še ni dosežena, je potrebno navesti razloge, zakaj je tako.

Z rehabilitacijskimi cilji se morajo strinjati vsi udeleženi v rehabilitacijskem procesu, bolnik, njegova družina in rehabilitacijski tim.

Z uporabo nove KP v klinični praksi na URI Soča naj bi bila olajšana multidisciplinarna, k bolniku usmerjena rehabilitacijska oskrba. Pri načrtovanju zdravljenja bi bilo možno upoštevati razpoložljive vire, člani tima pa bi poznali načine ukrepanja ostalih članov tima. Lažje naj bi bilo tudi kombiniranje različnih postopkov/ukrepov. MKF opisovalci naj bi bili v pomoč pri standardizaciji in razumevanju multidisciplinarnega ocenjevanja.

Predstavitve resnosti problemov in zmožnosti posameznega bolnika bi omogočala vsem članom rehabilitacijskega tima presojo o teži problemov, ojaševalcih ali oteževalcih tudi na področjih, za katera niso strokovnjaki. KP naj bi predstavljala tudi novo medicinsko dokumentacijo posameznega bolnika v elektronski obliki z možnostjo vnašanja poročil obravnave.

Prednosti in pomanjkljivosti uporabe nove KP bomo lahko opredelili šele potem, ko bomo pilotsko verzijo KP uporabljali vsaj 3 do 6 mesecev. Slabe strani nove KP pričakujemo v tem, da bo morda dokumentiranje postopkov, kljub elektronskemu načinu, zamudno in bo negativno vplivalo na zadovoljstvo članov rehabilitacijskega tima. Potrebno bo povezati standardizirane ocenjevalne instrumente s posameznimi MKF kategorijami. V izogib nedorečenosti MKF opisovalcev (23) pa smo že na samem začetku raje izbrali 3-stopenjske ocene namesto 5-stopenjskih.

Zaključek

Učinkovite KP je veliko težje pripraviti za zdravstvene ustanove, kjer je klinična praksa zelo spremenljiva in kjer obravnavajo bolnike s številnimi in različnimi zdravstvenimi stanji, kamor večinoma sodijo rehabilitacijske ustanove. KP lahko postanejo zelo obsežne, njihova uporaba zahtevna in brez učinkov. Zato v rehabilitacijskih ustanovah razvijajo generične, v proces obravnave usmerjene klinične poti. Na URI - Soča smo pri zasnovi nove KP upoštevali poleg osnovnih načel razvoja KP osnove elemente rehabilitacijske oskrbe in sodobne klinične smernice, vse skupaj pa postavili v okvir MKF, ki zagotavlja nabor rehabilitacijskih ciljev. Z uporabo nove KP v klinični praksi na URI - Soča naj bi bila olajšana multidisciplinarna, k bolniku usmerjena rehabilitacijska obravnava in izboljšani izidi rehabilitacije naših bolnikov. Želimo tudi, da bo KP omogočila prenos načina dela tistih, ki že danes izvajajo najboljše možno klinično prakso, na vse ostale.

Literatura

1. Marušič D, Simčič B, ur. Priročnik za oblikovanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2009.
2. European Pathway Association [Internet]. Leuven: The Association. Dostopno na <http://e-p-a.org/> (citirano 14. 1. 2016).
3. Chew D, Brook D, Sheridan K, Silvagni H. Evaluation of a generic integrated care pathway for rehabilitation. *Aust J Adv Nurs*. 2008; 25 (2): 62–9.
4. Walter FL, Bass N, Bock G, Markel DC. Success of clinical pathways for total joint arthroplasty in a community hospital. *Clin Orthop Relat Res*. 2007; 457: 133–7.
5. Calligaro KD, Doerr KJ, McAfee-Bennett S, Mueller K, Dougherty MJ. Clinical pathways can improve results with carotid endarterectomy. *Semin Vasc Surg*. 2004; 17 (3): 253–6.
6. Ribnik P, Calmels P, Barrois B, Le Moine F, Yelnik AP. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: patients after rotator cuff tear surgery. *Ann Phys Rehabil Med*. 2011; 54 (8): 496–500.
7. Albert T, Beuret Blanquart F, Le Chapelain L, Fattal C, Goossens D, Rome J et al. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: spinal cord injury. *Ann Phys Rehabil Med*. 2012; 55 (6): 440–50.
8. Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *Int J Qual Health Care*. 2003; 15 (6): 509–21.
9. Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (3): CD006632.
10. Sulch D, Melbourn A, Perez I, Kalra L. Integrated care pathways and quality of life on stroke rehabilitation unit. *Stroke*. 2002; 33 (6): 1600–4.
11. Kwan J, Sandercock P. In-hospital care pathways for stroke: a Cochrane systematic review. *Stroke*. 2003; 34 (2): 587–8.
12. Taylor WJ, Wong A, Siegert RJ, McNaughton HK. Effectiveness of a clinical pathway for acute stroke care in a district general hospital: an audit. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6: 16.
13. Darer J, Pronovost P, Bass EB. Use and evaluation of clinical pathways in hospitals. *Eff Clin Pract*. 2002; 5 (3): 114–9.
14. Kinsman L, Rotter T, James E, Snow P, Willis J. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform a debate. *BMC Med*. 2010; 8: 31.
15. Atwal A, Caldwell K. Do multidisciplinary integrative care pathways improve interprofessional collaboration? *Scand J Caring Sci*. 2002; 16 (4): 360–7.
16. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther*. 2002; 82 (11): 1098–107.
17. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008; 44 (3): 329–42.
18. Edwards SG, Thompson AJ, Playford ED. Integrated care pathways: disease specific or process specific? *Clin Med (Lond)*. 2004; 4 (2): 132–5.
19. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet*. 2011; 377 (9778): 1693–702.
20. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
21. Schulman-Green DJ, Naik AD, Bradley EH, McCorkle R, Bogardus ST. Goal setting as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients. *Patient Educ Couns*. 2006; 63 (1-2): 145–51.
22. Ewert T, Fuessl M, Cieza A, Andersen C, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *J Rehabil Med*. 2004; (44 Suppl): 22–9.
23. Grill E, Mansmann U, Cieza A, Stucki G. Assessing observer agreement when describing and classifying functioning with the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med*. 2007; 39 (1): 71–6.