

1. STRATEGIJE ZA IZBOLJŠANJE OSKRBE

Jelka Zaletel, Milivoj Piletič

Strokovne smernice so splošno vodilo pristopa k oskrbi. Znanost in umetnost medicine pa se srečata takrat, ko se zdravstveni strokovnjak odloča glede zdravljenja in ukrepanja pri bolnikih, ki ne ustrezajo vključitvenim kriterijem raziskav, na katerih temeljijo smernice. Po drugi strani pa obstajajo razlike v kakovosti obravnave, tudi če upoštevamo specifične značilnosti bolnikov. To pomeni, da je mogoče oskrbo izboljšati tudi s spremembami na ravni sistema, torej na ravni organizacije oskrbe.

PRIPOROČILA

1. Komunikacija z bolnikom naj upošteva bolnikove izbire, nivo bralne in zdravstvene pismenosti in naslavlja tudi tiste ovire do kakovostnega zdravljenja, ki so povezane z bolnikovimi navadami, vrednotami in prioritetami. (B, I)
2. Odločitve glede zdravljenja morajo biti pravočasne, temeljiti morajo na z dokazi podprtih smernicah in hkrati upoštevati bolnikove prioritete, izbire ter njegovo prognozo in komorbidnosti ter njegove socialne, ekonomske, kognitivne in gibalne sposobnosti. (B, I)
3. Stik med zdravstvenim timom in informiranim, aktiviranim bolnikom naj bo produktiven, k čemur pripomorejo elementi modela kronične oskrbe (Chronic Care Model):
 - organizacija oskrbe, ki temelji na proaktivnem pristopu, ko so obiski vnaprej načrtovani in usklajeni med člani zdravstvenega tima,
 - podpora samooskrbi,
 - podpora odločanju, ki temelji na z dokazi podprtih smernicah,
 - klinični informacijski sistem,
 - programi (npr. v zdravstveno-vzgojnih centrih oziroma centrih za krepitev zdravja) in viri v skupnosti ter zdravstvene politike, ki podpirajo zdrav način življenja in promocijo zdravja ter zagovorništvo (npr. društva bolnikov, laični svetovalci in podobno),
 - zdravstveni sistem, ki ustvarja kulturo kakovosti in varnosti. (A, I)
4. Sistem organizacije oskrbe naj podpira timski pristop, omogoča vključevanje skupnosti, zbiranje pomembnih podatkov o bolnikih in orodja za podporo odločitvam, ki sledijo potrebam bolnika. (B, I)
5. Standardi oskrbe so v pomoč izvajalcem zdravstvene dejavnosti za izvajanje kakovostne oskrbe bolnikov s sladkorno boleznijo. Standardi so komplementarni strokovnim smernicam za sladkorno bolezen. (E, I)

Standard 1. Beleženje kliničnih informacij

Ključne klinične informacije vseh bolnikov se v skladu z zakonskimi podlagami beležijo na takšen način, da beleženje podpira kakovostno oskrbo posameznega bolnika, omogočajo načrtovanje in spremljanje izvajanja oskrbe na nivoju izvajalca zdravstvene dejavnosti ter zunanjo presojo.

Standard 2. Usklajena obravnava med ravnmi, med strokami in znotraj tima

Različni zdravstveni strokovnjaki imajo dostop do individualiziranega načrta oskrbe, ki je usklajen z bolnikom. Skupni cilji so jasno zapisani in dostopni vsem članom tima. Dostopnost do načrta oskrbe omogoča timsko delo, nepretrgano oskrbo in konzistentnost med strokovnjaki. Strukturiran program oskrbe ima jasno določeno:

- vsebino oskrbe in procese oskrbe, ki temeljijo na strokovnih smernicah in protokolih,
- delitev oskrbe med ravnmi zdravstvene dejavnosti, med strokami in med poklicnimi skupinami tako, da je določeno, kateri zdravstveni strokovnjak je odgovoren za izvajanje specifičnega vidika oskrbe,
- kriterije za napotitve in
- način za izmenjavo informacij.

Standard 3. Bolnik v središču pozornosti, odločitve se sprejemajo skupaj z bolnikom

Vsi bolniki imajo enako dostopnost do informacij in multidisciplinarnih strukturiranih edukacijskih programov, ki so prilagojeni potrebam, željam ter lastnostim posameznika.

Standard 4: Večfaktorsko zdravljenje

Vsi bolniki s sladkorno boleznijo imajo izmerjeno in dokumentirano meritev HbA1c, kadar je to potrebno za vodenje in spremljanje zdravljenja.

Vsi bolniki s sladkorno boleznijo imajo izmerjeno in dokumentirano meritev krvnega tlaka, kadar je to potrebno za vodenje in spremljanje zdravljenja.

Vsi bolniki s sladkorno boleznijo imajo izmerjeno in dokumentirano določitev krvnih maščob, kadar je to potrebno za vodenje in spremljanje zdravljenja.

Standard 5: Bolezni srca in žilja

Vsi bolniki, ki imajo pridružene težave oziroma simptome oziroma znake s področja bolezni srca in žilja, so po lokalno dogovorjeni klinični poti v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli ustrezno napoteni k specialistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.

Standard 6: Oči

Vsi bolniki s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti dostop do rednega presejanja za diabetično retinopatijo in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli ustrezno napoteni k okulistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.

Standard 7: Noga

Vsi bolniki s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti, ki zagotavlja interdisciplinarno obravnavo, dostop do rednega presejanja za diabetično nogo in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli ustrezno napoteni k ustreznim specialistom za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.

Standard 8: Ledvice

Vsi bolniki s sladkorno boleznijo imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti dostop do rednega presejanja za diabetično ledvično bolezen in so v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli ustrezno napoteni k specialistu za nadaljevanje vodenja in zdravljenja.

Standard 9: Akutna stanja

Vsi bolniki s sladkorno boleznijo in akutnim stanjem, povezanim s sladkorno boleznijo (huda hipoglikemija, diabetična ketoacidoza in diabetični aketotični hiperosmolarni sindrom) imajo po lokalno dogovorjeni klinični poti hiter dostop do obravnave in zdravljenja v skladu s strokovnimi smernicami in protokoli. Ob zaključku zdravljenja akutnega stanja so po lokalno dogovorjeni klinični poti aktivno usmerjeni v redno obravnavo sladkorne bolezni s poudarkom na preprečevanju ponovitve akutnega stanja.

Standard 10. Letno poročilo o stanju bolezni, načrtovani in izredni pregledi

Vsi bolniki imajo izdelano letno poročilo o stanju bolezni, ki vključuje načrt zdravljenja ter imajo glede na stanje bolezni dostop do načrtovanih in izrednih pregledov. Pregledi so namenjeni spremljanju uspešnosti zdravljenja, ukrepanju, kadar je to potrebno, ter podpori zdravemu načinu življenja.

UTEMELJITEV

Kakovostne oskrbe bolnikov s sladkorno boleznijo ni mogoče zagotoviti brez upoštevanja bolnikovega zdravstvenega stanja, vključno s telesnimi in kognitivnimi značilnostmi, ter njegove socialne sredine. Zdravljenje je uspešno, če so terapevtski cilji, ki jih zastavlja zdravstveni strokovnjak, usklajeni z bolnikovimi zmožnostmi, prioritetami in vrednotami. Zato se koncept osredotočenosti na bolnika vse bolj širi v pristop, pri katerim se oskrba načrtuje in izvaja v dialogu med zdravstvenimi strokovnjaki in bolnikom. S podaljševanjem življenjske dobe še daljša obdobje življenja s sladkorno boleznijo in zajema različna življenjska obdobja (adolescenca, gradnja poklicne poti, reprodukcija, upokojevanje, pozna starost), ki zahtevajo bistveno prilagoditev oskrbe. Glede na kompleksnost zdravljenja in življenja s sladkorno boleznijo so zato pomembni tudi podporni mehanizmi bolnikove socialne sredine. Gojiti je potrebno zagovorništvo za krepitev in vzpostavljanje programov in procesov, ki nagovarjajo spremembe socialnih determinant, ki so pogosto temeljna ovira pri obvladovanju zdravju naklonjenega življenjskega stila. Nosilci zagovorništva so pogosto združenja bolnikov na nacionalni in lokalni ravni ter npr. laični svetovalci – torej posebej usposobljene osebe z lastno izkušnjo sladkorne bolezni (1, 2).

Delež bolnikov, ki dosegajo cilje zdravljenja, se povečuje. Še vedno pa obstaja pomemben delež tistih, kjer cilji zdravljenja niso doseženi, predvsem pri posebnih skupinah bolnikov (npr. mladi odrasli, bolniki s kompleksnimi komorbidnostmi, v finančni ali socialni stiski ali s šibko zdravstveno pismenostjo). Tudi če upoštevamo te lastnosti bolnikov, pa še vedno vztrajajo razlike v kakovosti oskrbe med posameznimi izvajalci in med različnimi okolji. Še vedno torej obstajajo neizkoriščeni potenciali za izboljšanje kakovosti in varnosti zdravljenja s spremembami na sistemskem nivoju.

Glavna ovira do optimalne oskrbe so še vedno razdrobljenost, slab pretok informacij, podvajanje preiskav (ali opuščanje, z mislijo, da se ta postopek izvaja pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti) (1, 2). Chronic Care Model (3) predstavlja koncept razmišljanja, kako izboljšati oskrbo kronično bolnega, torej tudi bolnika s sladkorno boleznijo.

Optimizacija zdravstvene oskrbe, ki temelji na dokazih in analizah, je usmerjena v optimizacijo ravnanja zdravstvenega strokovnjaka in zdravstvenega tima (npr. skupno določanje ciljev skupaj z bolnikom, prepoznavanje in odpravljanje ovir na nivoju zdravstvene pismenosti in upoštevanje vrednostnega sistema bolnika, uporaba orodij, ki informacije iz strokovnih smernic vključujejo v proces oskrbe, razširitev zdravstvenih timov z vključevanjem diplomiranih medicinskih sester, lekarniških farmacevtov in drugih), v podporo spreminjanja bolnikovega vedenja (z modernimi pristopi v edukaciji bolnika s sladkorno boleznijo, ki vsebuje klinične vsebine, zagotavlja

verodostojne informacije, podpira razumevanje in usposablja bolnika za vsakodnevno uporabo veščin za krepitev zdravega načina življenja, da razume in obvladuje zdrse, ter izvaja samokontrolo, samovodenje in samooskrbo do mej izvedljivosti), ter v spremembo organizacije oskrbe. To pomeni, da je oskrba osnovana na strokovnih smernicah, da podpira implementacijo intenzivnih obravnav bolnika z razširjenimi vlogami članov zdravstvenega tima, da so spremenjeni procesi oskrbe, da so implementirana orodja informacijsko komunikacijske tehnologije, da se odpravljajo finančne ovire in se zmanjšuje plačevanja zdravljenja iz lastnega žepa, ter da je prisotno prepoznavanje in krepitev virov v skupnosti in v politikah javnega zdravja, ki podpirajo zdrav način življenja). To poglavje zato ponuja vodila, kdaj in kako umestiti strokovne smernice v procese, ki so namenjeni optimizaciji zdravstvene oskrbe (1, 2, 4).

Resolucija o nacionalnem načrtu zdravstvenega varstva 2016-2025 (4) predstavlja nacionalni strateški okvir za upravljanje in razvoj sistema zdravstvenega varstva. Za optimizacijo zdravstvene oskrbe predvideva uvajanje nekaterih strukturnih sprememb in orodij, kot so npr. protokoli sodelovanja med zdravstvenimi ravni in med različnimi strokami oziroma poklicnimi skupinami, protokoli obravnave, načrt obravnave bolnika, vzpostavitev kliničnih poti, ter kot predpogoj za uspešno usklajeno obravnavo razvoj kliničnih smernic. Delo naše delovne skupine je torej povsem usklajeno z nacionalnimi strateškimi načrti in jih za področje sladkorne bolezni že povsem operacionalizira.

Zastavljenih ciljev zdravljenja pa nikoli ne dosežejo nekateri bolniki in zdravstveni strokovnjaki, pri katerih se zdravijo. Ob ponovni oceni bolnikovega stanja se lahko pokažejo omejitve kot na primer dohodek bolnika, zdravstvena pismenost, s sladkorno boleznijo povezan distress, depresija, revščina ter nasprotujoče si zahteve v bolnikovem življenju, kot npr. skrb za bolnega svojca in podobno (1, 2).

LITERATURA

1. Nolte E, Zaletel J, Robida A, Gabrovec B, Horvat M, Jazbinšek S, et al. Optimizing Service Delivery. Dosegljivo 12.6.2016 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/21012016/21012016_optimizir_g_service_delivery_ds5.pdf.
2. American Diabetes Association. Strategies for improving care. Sec.1. in Standards of Medical Care in Diabetes – 2015. Diabetes Care. 2015; 38 (Suppl 1): s5-s7.
3. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millenium. Health Aff (Millwood). 2009; 28: 75-85.
4. Ministrstvo za zdravje. Resolucija o Nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025. Dosegljivo 12.6.2016 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/dokumenti_strategije_resolucije/.