

VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVENO NEGO JESENICE

Študijski program 1. stopnje

Naziv študijskega predmeta: Procesna metodologija dela-kakovost v zdravstvu in  
zdravstveni negi

**KONTINUITETA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE  
KRONIČNEGA BOLNIKA**

Seminarska naloga

Visokošolski učitelj:  
dr. Saša Kadivec, prof.zdr.vzg.

Alenka Mimić  
2010/2011

Bled, marec, 2011

## IZJAVA

Podpisana: Alenka Mimić, roj. 22. 7. 1968, študentka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice, izjavljam, da je seminarska naloga z naslovom KONTINUITETA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE KRONIČNEGA BOLNIKA pri predmetu: Procesna metodologija dela-kakovost v zdravstvu in zdravstveni negi, avtorsko delo.

V seminarski nalogi so uporabljeni viri in literatura korektno navedeni; teksti niso prepisani brez navedbe avtorjev.

Za svojo izjavo prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost. Poznam določila Pravilnika o ocenjevanju in preverjanju znanja in Pravilnik o disciplinski odgovornosti študenta.

Jesenice: 10. 3. 2011

Podpis študenta/ke: \_\_\_\_\_

**Izvleček:**

*Kontinuirana zdravstvena obravnava postaja vse bolj pomembna v zadnjem obdobju, saj se zdravstveni sistem srečuje s povečanim številom kroničnih obolenj, zato se sistem obravnave podaljšuje na primarno raven, kar se kaže s skrajševanjem ležalnih dob v bolnišnicah. Na te spremembe vpliva predvsem staranje populacije, ki pa bo v prihodnosti še večji. Zdravstveni sistemi povsod v razvitem svetu so pred izzivom, kako za čim manj denarja zagotoviti kvalitetno, varno zdravstveno oskrbo za svoje državljane. Vsi se zavedajo, da so potrebne strukturne spremembe, za kar je potreben čas, znanje, volja in denar. Marsikje so se s temi izzivi že uspešno spopadli in so tistim, ki hodijo za njimi vzor in inspiracija. Veliko delo čaka zdravstveno nego in medicinske sestre, ki bodo v prihodnosti nosile večje breme, saj se načrtuje, da se bo del kompetenc, ki jih je do sedaj opravljal zdravnik prenesel na njih. To nam vsem medicinskim sestram lahko predstavlja dodaten izziv, da se dokažemo kot sposoben partner pri zagotavljanju kvalitetne zdravstvene oskrbe.*

*Ključne besede: integrirana zdravstvena oskrba, case management, kontinuirana zdravstvena oskrba, staranje prebivalstva.*

**KAZALO:**

1	UVOD	5
2	METODOLOGIJA	3
3	REZULTATI	3
3.1	Kontinuirana zdravstvena oskrba	4
3.2	Integrirana zdravstvena oskrba	4
3.3	Kratek pregled po drugih državah	7
3.4	Ocena stanja v Sloveniji	8
3.5	Pomen dokumentacije-prenosa in dostopa do informacij	8
3.6	Case management	10
3.7	Model dolgotrajne oskrbe po Kaiserju	12
4	RAZPRAVA	16
5	ZAKLJUČEK	17
	LITERATURA:	18

## 1 UVOD

Zelo malo je stvari, ki jih lahko z gotovostjo napovemo, a trdimo lahko, da bodo prihodnost zdravstvenega varstva in oskrbe zaznamovale nenalezljive kronične bolezni. V 20. stoletju je prišlo do preloma, ko se je z zmanjševanjem in obvladovanjem infekcijskih bolezni počasi povečeval delež nenalezljivih bolezni, v veliki meri povezanih z življenjskim slogom. Moderna medicina jih uspešno nadzoruje, ne zmore pa jih ozdraviti (Nolte, Knai in Mckee, 2006). Izzivi, s katerimi se čedalje intenzivneje sooča tudi zdravstvena nega in se še bo, so vezani na spremembe, ki so posledica demografskih vplivov, hitrega razvoja medicine in tehnologije, rastočega pričakovanja in osveščenosti prebivalstva, zahteva po boljši kakovosti storitev ter ekonomskimi vplivi. Tako v evropskem prostoru, kot v svetu se srečujemo z resnim problemom demografskih sprememb. Tu so še druge spremembe sodobne družbe, kot je spremenjena vloga klasične družine, ki bi posamezniku lahko ponudila pomoč. Naraščanje števila starejših in starih ljudi narekuje spremembe v nacionalnih politikah in zahteva zaradi finančnih posledic tudi hiter in sistematičen pristop k reševanju te problematike (Peternelj, 2006). Število ljudi, starejših od 65 let, naj bi se v EU (Evropski uniji) do leta 2050 predvidoma povečalo za 70 %, število ljudi, starih 80 let in več, pa kar za 170 %. Zaradi tega bosta pomembna izziva 21. stoletja: zadostitev večjim zahtevam po zdravstvenem varstvu in prilagoditev zdravstvenih sistemov potrebam zaradi staranja prebivalstva. Pri tem bo treba zagotoviti vzdržnost zdravstvenih sistemov v družbah z manjšim obsegom delovne sile (Evropska komisija, bd.). Nolte, Knai in Mckee (2006) navajajo, da je bilo leta 2006 v EU med eno petino in 40% ljudi starejših od 15 let, pri katerih so bili ugotovljeni dolgotrajni zdravstveni problemi. Nič neobičajno ni, da imajo starejši najmanj dve kronični stanji, nekateri tudi po pet, zato rešitev takšnega kompleksnega problema ne more biti poenostavljena. Potrebujemo dolgoročen, kompleksen odgovor, s koordiniranim delovanjem širokega kroga zdravstvenih služb, potrebnimi zdravili in nadzorom nad osveščanjem pacientov. Peternelj (2005) pravi, da je še vedno v večini družbenih okolij pogosto premalo posluha za realnost stanja in epidemioloških podatkov, predvsem na področju medicine, ki je še vedno v večji meri usmerjena samo v

zdravljenje. Učinkovito celostno reševanje drugačnih potreb in problematike zahteva spremembe v strategiji obravnave posameznika in pomembne spremembe v organizaciji dela ter povezavi med akutno in neakutno zdravstveno obravnavo in socialno oskrbo.

Različni strokovnjaki trdijo, da so prav generacijske spremembe z vidika stroškov tempirana bomba. Prav pri obravnavi starostnikov ima pomembno vlogo zdravstvena nega in njena nosilka medicinska sestra. V državah Evropske unije ocenjujejo, da je v starosti nad 65 let od 3 do 5 % ljudi popolnoma odvisnih od pomoči druge osebe, delno odvisnih pa 15 %. Tako kot se prebivalstvo stara, tako narašča število ljudi s kroničnimi obolenji in njimi povezano posledično odvisnostjo pri samooskrbi (Peternelj, 2006). Spletni portal Evropske komisije, Public health (2011) navaja seznam glavnih in kroničnih bolezni, ki najpogosteje prizadenejo Evropejce. Definirane so kot bolezni, ki prizadenejo vsaj 50 ljudi na 100 000 prebivalcev in so skupno vzrok za 86% smrti v Evropski uniji. V to skupino bolezni so vključene:

- Srčno žilne bolezni (ateroskleroza, infarkt);
- Rak;
- Nevrodegenerativne bolezni (Alzheimerjeva, vaskularna demenca, Parkinsonova bolezen, Huntingtonova..);
- Epilepsija;
- Avtizem;
- Mišičnoskeletne bolezni (revmatoidni artritis, osteoporoza, osteoartritis);
- Metabolne bolezni (debelost, diabetes, hiperlipidemija);
- Astma, KOPB;
- Hipertenzija;
- Ledvične bolezni;

Vzrok zmanjšane sposobnosti samooskrbe je pri starostniku pogosto kombinacija več bolezni. Zdravljenje in tudi zdravstvena nega se zaradi skrajševanja ležalnih dob v bolnišnicah v vse večji meri izvaja na primarni ravni – to je v domačem okolju ali organiziranem institucionalnem varstvu. Bolnišnice bodo v prihodnosti namenjene izključno diagnostiki in zdravljenju zahtevnejših obravnav. Področja neakutne bolnišnične obravnave, integriranega in transmuralnega pristopa, dolgotrajne oskrbe in v bolnika usmerjene obravnave so prioriteta vseh držav, ki sledijo spremembam potreb sodobne družbe in kakovostni obravnavi. Medicinska sestra je vse pomembnejša vez med bolnišnico, bolnikom in izbranim zdravnikom. Njena vloga koordinatorice multidisciplinarnega tima in bolnikove zdravstvene in socialne obravnave, postaja vedno izrazitejša in pomembnejša na vseh ravneh. Tu je vodenje bolnikov s kroničnimi obolenji, preprečevanje hospitalizacij in urgentnih stanj, zdravstveno-vzgojna dejavnost, zagotavljanje varnega odpusta, skrb za zmanjševanje različnih dejavnikov tveganja za nastanek dolgotrajne odvisnosti pri izvajanju življenjskih aktivnosti, svetovanje in strokovna podpora poklicnim in neformalnim izvajalcem oskrbe, preventivna dejavnost, paliativna oskrba... Novejši in skoraj nerazviti področji v slovenskem prostoru – paliativna, neakutna bolnišnična obravnava in dolgotrajna oskrba – predstavljajo pravi izziv za zdravstveno nego in medicinsko sestro (Peternelj, 2006).

## **2 METODOLOGIJA**

Pri pisanju seminarske naloge smo uporabili tujo in domačo literaturo, ki se ukvarja s temami kot so: demografske spremembe, kontinuirana zdravstvena oskrba, integrirana zdravstvena oskrba, transmuralna oskrba, case manager, Kaiser Permanente. Literaturo ter znanstvene dokaze smo pregledali in analizirali. Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Do virov smo prišli v knjižnici (monografske publikacije), preko elektronskih baz podatkov (Cinahl) ter interneta.

## **3 REZULTATI**

### **3.1 Kontinuirana zdravstvena oskrba**

Kontinuiteta je stopnja združevanja različnih nepovezanih dogodkov v zdravstveni obravnavi, ki se kaže kot skladen in povezan pristop zdravstvenega osebja do

pacienta in njegovih potreb ter v dobrem medsebojnem sodelovanju osebja, ki izvaja zdravstveno obravnavo pri pacientu (Haggerty idr., 2003; cit. po Skela Savič, 2006). Najpogosteje sta v uporabi dva pristopa, ki ju je razvil sociolog Goffman (1956; cit. po Skela Savič, 2006). Prvi koncept je kontinuiteta istih oseb (»front stage«), ko se pacient nenehno srečuje z istim zdravnikom in z isto medicinsko sestro. Ta osebna kontinuiteta je s strani pacientov močno zaželeno. Drugi koncept je kontinuiteta organizacije (»back stage«), ki je del organizacijskega sistema organizacije. Pacient to začuti tako, da ga vsi zaposleni s katerimi je v kontaktu poznajo, prav tako njegov potek obravnave in da zaposleni ne podvajajo vprašanj, postopkov in dajejo enaka navodila in informacije. Ta kontinuiteta temelji na delitvi informacij in odgovornosti ter je strukturno podprta z implementacijo rutinskih postopkov, kot so predaje med delavnimi izmenami, napisanimi smernicami dela in rednim sestajanjem osebja.

### **3.2 Integrirana zdravstvena oskrba**

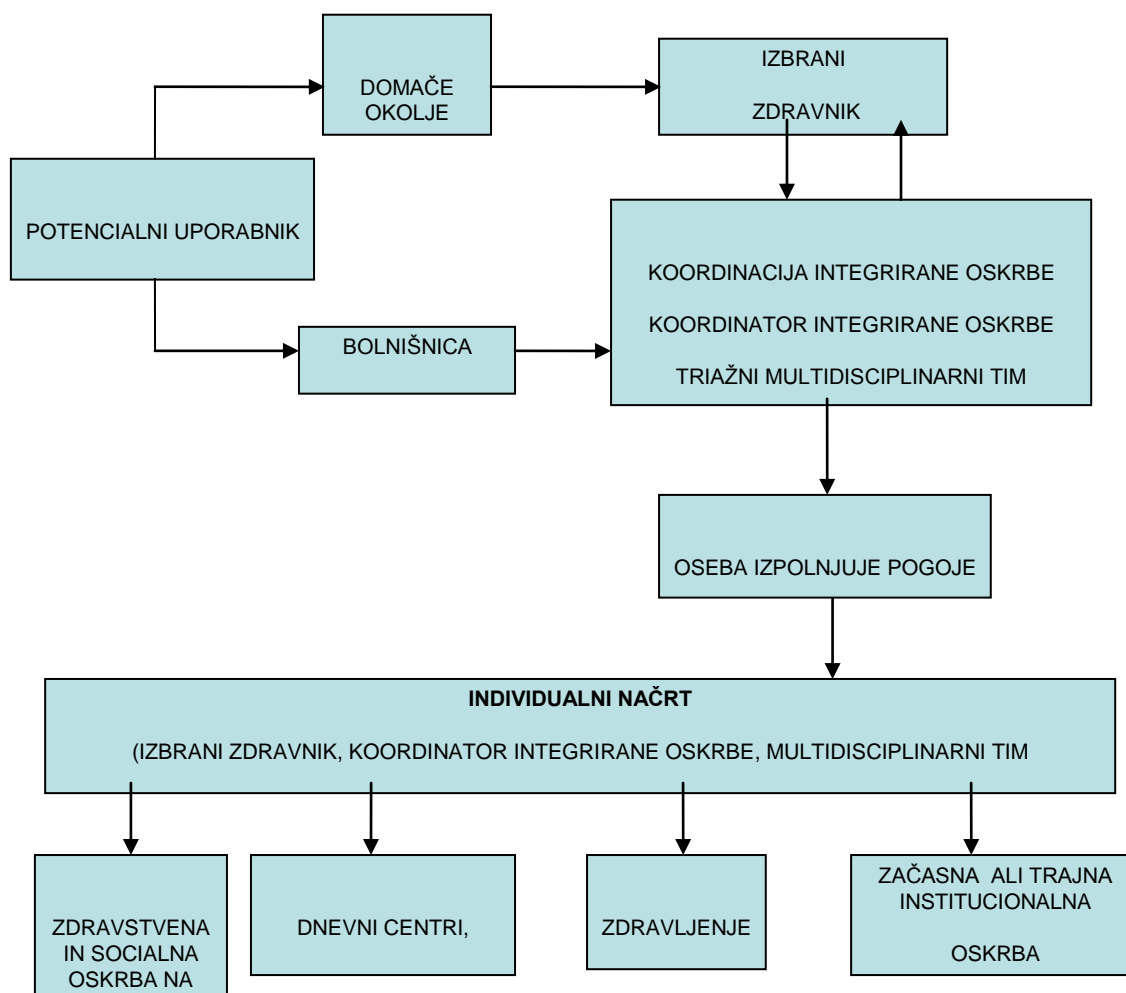
Pacienti s kroničnimi boleznimi ne potrebujejo le kontinuirane zdravstvene oskrbe, temveč integrirano oskrbo s sodelovanjem strokovnjakov iz različnih področij, tako zdravstvenih kot socialnih. Koncept integrirane oskrbe tako zasledimo pod angleškimi imeni: seamless care, transmural care, case management, care management, intermediate care.

Po Schaffer (2007) je integrirana oskrba celostna obravnava, ki izhaja izključno iz potreb uporabnika s prehodnimi in z dolgotrajnimi zdravstvenimi in socialnimi stanji in mnogovrstnimi vzporednimi problemi. Integrirana oskrba je oblika pristopa, ki omogoča kontinuirano obravnavo starejših, oseb s kronično boleznijo, oseb z degenerativnimi spremembami, oseb po poškodbah in invalidnih oseb. Definicija integrirane oskrbe, ki je priporočena v državah EU, jo opredeljuje kot sklop dobro načrtovanih in organiziranih različnih vrst storitev in služb, ki so usmerjene v mnogovrstne potrebe posameznika ali specifične skupine z namenom, omogočiti posamezniku čim bolj neodvisno življenje. Starfield idr.; cit. po Skela Savič (2006) povzema številne raziskave na to temo in ugotavlja, da je kontinuiteta v zdravstveni obravnavi povezana z večjo uporabo preventive, z boljšim prepoznavanjem pacientovih psihosocialnih problemov, z manjšim številom



urgentnih sprejemov, z manjšim številom hospitalizacij na splošno, s krajšo ležalno dobo, z boljšim razumevanjem pacienta glede njegovega sodelovanja v procesu obravnave in s pravočasnim odkrivanjem pacientovih problemov.

V integrirani oskrbi je uporabnik v središču obravnave. Pri organiziranju poti vstopa v integrirano oskrbo se vedno upošteva načelo vstopa skozi ena vrata. To omogoča uporabniku enostaven, enakovreden, hiter vstop in pridobitev informacij in storitev na enem mestu. Izvajalci se vključujejo v integrirano oskrbo organizirano, storitve se ne podvajajo. Zagotovljena je preglednost storitev, kakovosti in učinkovitost integrirane oskrbe (Schaffer, 2007).



Slika 1: model organizirane mreže integrirane oskrbe (BMJ 1998;316:1349 po Peternelj idr., 2006).

Pobudnik za vključitev v integrirano oskrbo je lahko uporabnik, njegovi svojci ali zakoniti zastopniki, izbrani zdravnik, patronažna medicinska sestra ali socialni delavec. Z vstopom se mora uporabnik strinjati. Uporabnik lahko vstopa v integrirano oskrbo iz domačega okolja ali pa je integrirana oskrba prehod iz bolnišnične obravnave v domačo oskrbo ali institucionalno namestitev (Peternelj idr., 2006).

### **3.3 Kratek pregled po drugih državah**

V državah, kjer je zdravstvena oskrba na primarnem nivoju organizirana predvsem z multidisciplinarnimi timi v sestavi: zdravnik, medicinska sestra in drugi zdravstveni delavci in kjer so pacienti vodeni v določenih primarnih ustanovah, se stalno povečuje vloga medicinskih sester v obravnavi kroničnih bolezni. Tak sistem se pojavlja predvsem v obliki klinik, ki jih vodijo medicinske sestre, v obliki planiranih odpustov in case managementa. Takšen način je predvsem prisoten na Švedskem, Veliki Britaniji in tudi na Nizozemskem. Tako na Švedskem v tako imenovanih nurse-led clinics, ki so locirane na poliklinikah ali zdravstvenih domovih skrbijo za paciente z diabetesom, arterijsko hipertenzijo, nekatere tudi za astmatike in paciente s KOPB. Tako že obstaja dovolj dokazov, da je takšen sistem bolj uspešen od klasičnega zdravniškega vodenja in nadzora. Ne nazadnje pa je tudi stroškovno uspešnejši. V Angliji obstaja določena lokalna različnost v obravnavi kroničnih bolezni, vendar so pogoste klinike, ki jih vodijo medicinske sestre, ter druge oblike služb vodene s strani medicinskih sester. Pogosti so case managerji za težje paciente s posebnimi potrebami. To so ravno tako medicinske sestre s specialističnimi znanji. Na Nizozemskem so medicinske sestre imele zelo pomembno vlogo pri vzpostavitvi tako imenovanega »transmuralnega« modela oskrbe, ki je nastal v začetku 90. let in poskušal premostiti razliko med sekundarno obravnavo in drugimi alternativnimi oblikami oskrbe za tiste, ki se niso bili sposobni vrniti v samostojno življenje. V drugih državah, kot so Nemčija, Francija, Danska, Kanada je bila tradicionalno zdravstvena oskrba na primarnem nivoju organizirana predvsem okoli zdravnika z zelo malo drugimi pomožnimi službami in člani. Zato se v teh državah pojavlja izziv, da se vzpostavi nov, drugačen sistem, z

novimi kompetencami in vlogami. V državah, kjer so medicinske sestre tradicionalno na primarnem nivoju zdravstvene oskrbe imele minimalno vlogo, se pojavljajo profesionalni dvomi zdravnikov v zvezi z delegiranjem nalog (povzeto po Nolte, Knai in Mckee, 2006).

### **3. 4 Ocena stanja v Sloveniji**

Problem nadaljevanja ustrezne zdravstvene in / ali socialne oskrbe starejših in drugih uporabnikov, ki pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti in ostalih dnevnih opravil potrebujejo delno ali popolno pomoč druge osebe, je v Sloveniji že dlje časa pereč. Del te problematike se razrešuje v institucionalnih oblikah zdravstvenega varstva, kot neakutna bolnišnična obravnava (NAO), ki jo izvajamo v negovalnih oddelkih in podaljšanem bolnišničnem zdravljenju in na primarni ravni s patronažnim varstvom (Peternelj, 2005; cit. po Peternelj idr., 2006). V zadnjem času se je tudi politika pričela zavedati resnosti problema in steklo je kar nekaj projektov. Zadnji izmed njih, tako imenovane referenčne ambulante pričnejo z delom aprila.

Ministrstvo za zdravje RS bo v letu 2011 namenilo 2,2 milijona evrov za uvedbo tako imenovanih referenčnih ambulant, katerih namen bo bolj učinkovita in celostna obravnava bolnikov na področju družinske medicine. Vzpostavitev timov, v katerih bodo imele večjo vlogo medicinske sestre, in boljša organizacija dela bosta razbremenili zdravnike. Ti se bodo lažje posvetili resneje ali kronično bolnim pacientom, saj bodo za lažje primere poskrbeli drugi usposobljeni člani tima posamezne referenčne ambulante (Referenčne ambulante za bolj kakovostno, učinkovito in celostno obravnavo bolnikov, 2011).

### **3. 5 Pomen dokumentacije-prenosa in dostopa do informacij**

Dokumentacija je v osnovi komunikacija, ki odseva pacientov pogled na lastno zdravje in dobro počutje, na nudeno zdravstveno oskrbo, na učinek nudene zdravstvene oskrbe in na kontinuiteto zdravstvene oskrbe. Vsi zdravstveni delavci potrebujejo neprestan dostop do informacij o pacientu, da lahko nudijo varno in učinkovito zdravljenje, zdravstveno nego in oskrbo. Dobra dokumentacija zagotavlja zdravstvenim delavcem tekoče in veljavne podatke, opise problemov,

diagnoze, cilje in strategije za pospeševanje kontinuitete zdravstvene oskrbe. Na primer, jasno identificirane in dokumentirane izvedene zdravstveno-vzgojne strategije omogočajo drugim medicinskim sestram nadaljevanje zdravstveno-vzgojnega dela pri pacientu (Lokar, 2006). Ključnega pomena za upravljanje sistema zdravstvenega in socialnega varstva ter za sprejemanje ustreznih odločitev na vseh ravneh in področjih zdravstvenega sistema so informacije (Schaffer, 2006). Lokar (2006) navaja, da sta se komunikacija in koordinacija med izvajalci zdravstvenega varstva izkazali za odločilni pri pacientih, ki potrebujejo oskrbo v različnih zdravstvenih ustanovah in na različnih nivojih zdravstvenega varstva. Sisteme zdravstvenega varstva označuje kompleksnost, raznovrstnost in različnost. Zaradi zgodnejšega odpuščanja pacientov se morajo kompleksnejši primeri pacientov reševati doma, kar pa poveča potrebo po koordinaciji in pretoku informacij med različnimi organizacijami in nivoji zdravstvenega varstva.

Enotna dokumentacija v integrirani oskrbi je nujna. Omogočila bo dobro in enotno komunikacijo med vsemi izvajalci dolgotrajne oskrbe, zagotovila enkratni vnos podatkov brez podvajanja in nepotrebnega večkratnega zajema istih podatkov. Pregled nad izvajanjem bo tako bolj transparenten in vloge vseh udeležencev bodo jasno začrtane. Zaradi multidisciplinarnega dela priporočamo dokument, ki bo sledil predlagani klinični poti bolnika skozi zdravstveno obravnavo do vključno skozi celoten proces prehodne in dolgotrajne oskrbe.

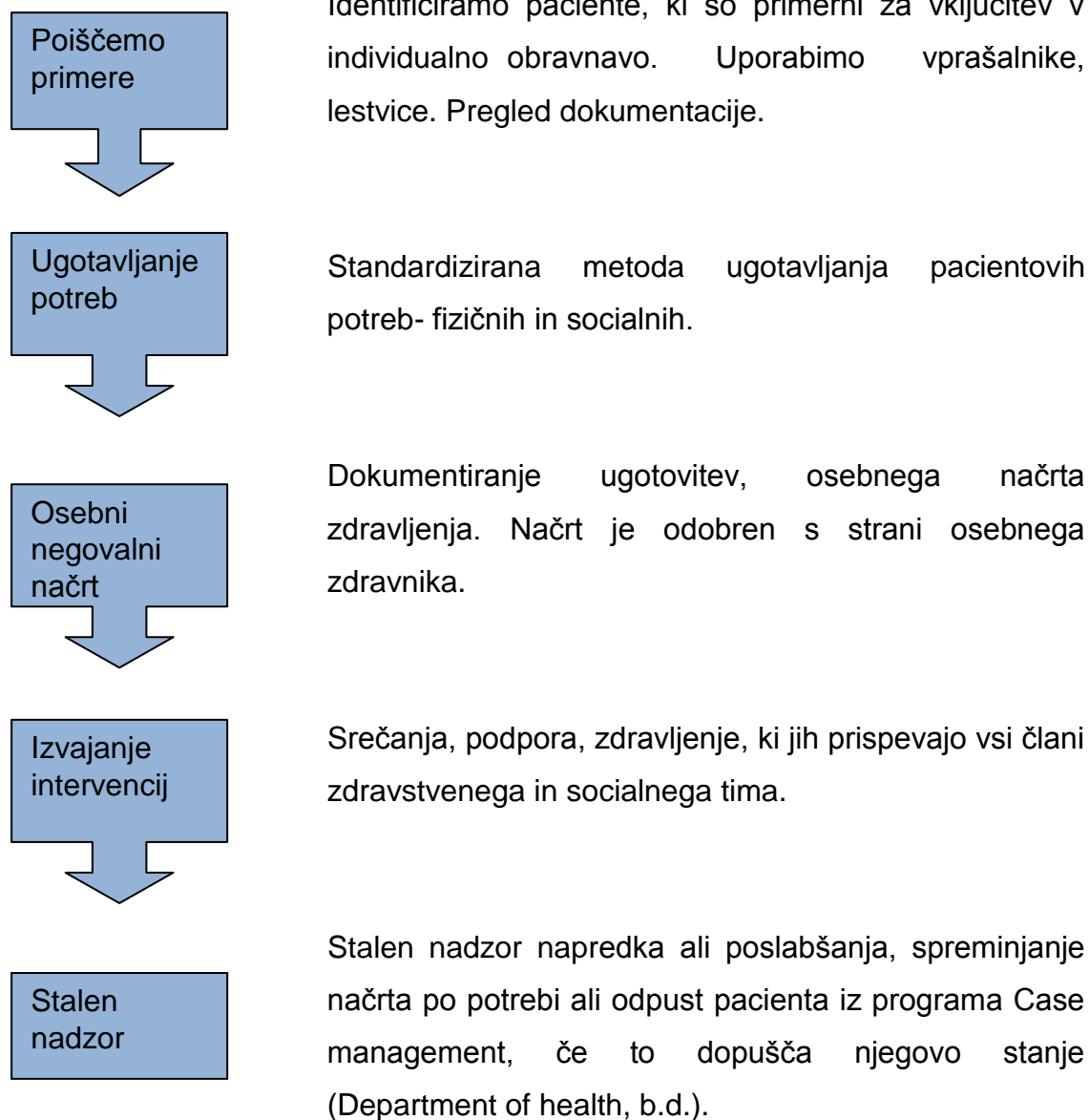
Dokument naj vsebuje:

- Demografski podatki (starost, spol);
- oceno socialno ekonomskega stanja;
- oceno možnosti izvajanja integrirane oskrbe v predlaganem okolju;
- vzroke za nastanek delne ali popolne odvisnosti (v prihodnosti MKF);
- medicinske diagnoze (po klasifikaciji medicinskih diagnoz – MBK) vključno s prognostično oceno;
- oceno sposobnosti samooskrbe (LOSS);

- načrt aktivnosti vseh izvajalcev, ki se vključujejo v prehodno ali dolgotrajno oskrbo in načrt njihovega sodelovanja in povezovanja;
- dokumentacijo zdravstvene nege z načrtom;
- dokumentacijo rehabilitacijske obravnave z načrtom;
- dokumentacijo socialne obravnave z načrtom;
- dokumentacijo ostalih vključenih članov multidisciplinarnega tima z načrtom;
- postopek kontrole in vrednotenja dela s terminskim načrtom;
- načrt v primeru izrednih stanj bolnika;
- aktivnosti, ki jih izvajajo nepoklicni izvajalci in njihovo usposobljenost (Peternelj idr., 2006).

### **3.6 Case management**

V Angliji, na Nizozemskem in skandinavskih državah predstavlja case ali care management glavno koordinacijsko službo, ki organizira za uporabnika potrebne aktivnosti. Case managerji imajo vlogo vratarjev. V državah kot so Avstrija, Nemčija, Francija pa je ta oblika dela razumljena kot vodenje primera ali specifične problematike. Najpogosteje je namenjena povezovanju med bolnišnicami in službami na lokalni ravni. Ideja izhaja iz težnje zgraditi mrežo služb, ki bodo omogočile ali usposobile uporabnika in / ali družino za večjo samostojnost (Peternelj idr., 2006). Case management je definiran (Kadivec, 2007) kot: »proces načrtovanja, koordiniranja, vodenja in nadzora oskrbe pri posamezniku.« Obstaja več modelov case managementa, a je osnovni cilj pri vseh enak: razviti stroškovno učinkovite in uporabne načine koordiniranja različnih služb, za zagotavljanje čim boljše kvalitete življenja pacientom z dolgotrajnimi boleznimi. Osnovni principi so: da ljudje čim dlje ostanejo doma, da podpre primarni nivo zdravstva in z njim zgradi partnerski odnos, da poišče in identificira paciente, pri katerih obstaja velika verjetnost nenačrtovanega sprejema v bolnišnico zaradi zapletov, da omogoči vsakemu pacientu individualen negovalni načrt glede na njegove potrebe, želje in izbire, da obstaja 24 ur, 7 dni na teden (Department of health, b.d.).



Slika 2: stopnje v procesu case managementa (prav tam).

Poleg zgoraj naštetih stopenj v procesu, so naloge case managerja še (Fetterolf idr., 2010):

- Koordinacija aktivnosti za pacienta z različnimi ponudniki storitev;
- Obisk na domu pacienta;
- Zbiranje podatkov o stroških in analiziranje pričakovanih ali doseženih izidov;

Case management se je začel bodisi kot skupnostno orientiran model, ki je izhajal iz skupnosti, bodisi bolnišnično orientiran in se je osredotočal na en, individualen problem. Sodoben trend je, voditi pacienta skozi kontinuum različnih nivojev oskrbe, tako akutne kot post-akutne oskrbe, vključujoč pacientovo domače okolje. V takšnem integriranem sistemu za pacienta obstaja večja kontinuiteta, če zanj skrbi ena oseba v vlogi case managerja. Nekateri napovedujejo, da se nam v prihodnosti obeta, da bodo bolnišnice sestavljene le iz intenzivnih oddelkov, kar bivanje v bolnici zelo podraži. Zato bo v prihodnosti case management imel veliko vlogo pri vodenju kroničnih bolnikov in s tem zmanjševanju stroškov. Cilj bo obdržati pacienta čim dlje v domačem okolju, izven bolnišnice (Powell, 2000). Programi case managementa se precej razlikujejo od drugih, standardnih programov obvladovanja bolezni. Pacienti, ki vstopajo vanj imajo po pravilu več težjih bolezni, ki so kombinirane z okoliščinami, ki dražijo zdravstveno oskrbo. Zato so razvijali programe, ki so sposobni reševati kompleksne zdravstvene težave in se spopadati z psihološkimi, socialnimi in finančnimi okoliščinami. Oblikovani so na različne načine, a v svojem načrtu upoštevajo stroške, raznovrstnost bolezni, težavnost bolezni in nivo oskrbe. Ti programi so lahko del zavarovalniške ponudbe, case management podjetij, bolnišnic in drugih ponudnikov (Fetterolf idr., 2010).

Pomemben del v procesu dolgotrajne oskrbe pacienta je planiran odpust, ki je ravno tako ena od oblik case managementa. V raziskavi Shepperd idr. (2004) ugotavljajo da se je pri pacientih, ki so bili v programu planiranega odpusta od začetka hospitalizacije, dolžina ležalne dobe skrajšala, manj pa je bilo tudi ponovnih hospitalizacij. Raziskava Hamar idr. (2011) je potrdila in podkrepila rezultate prejšnjih raziskav, da je pri pacientih, ki so bili vključeni v aktivno obliko programa dolgotrajne oskrbe, vodenega s strani medicinskih sester prihajalo do manjšega števila hospitalizacij, kar je zmanjšalo stroške in izboljšalo kvaliteto življenja starejših.

### 3.7 Model dolgotrajne oskrbe po Kaiserju

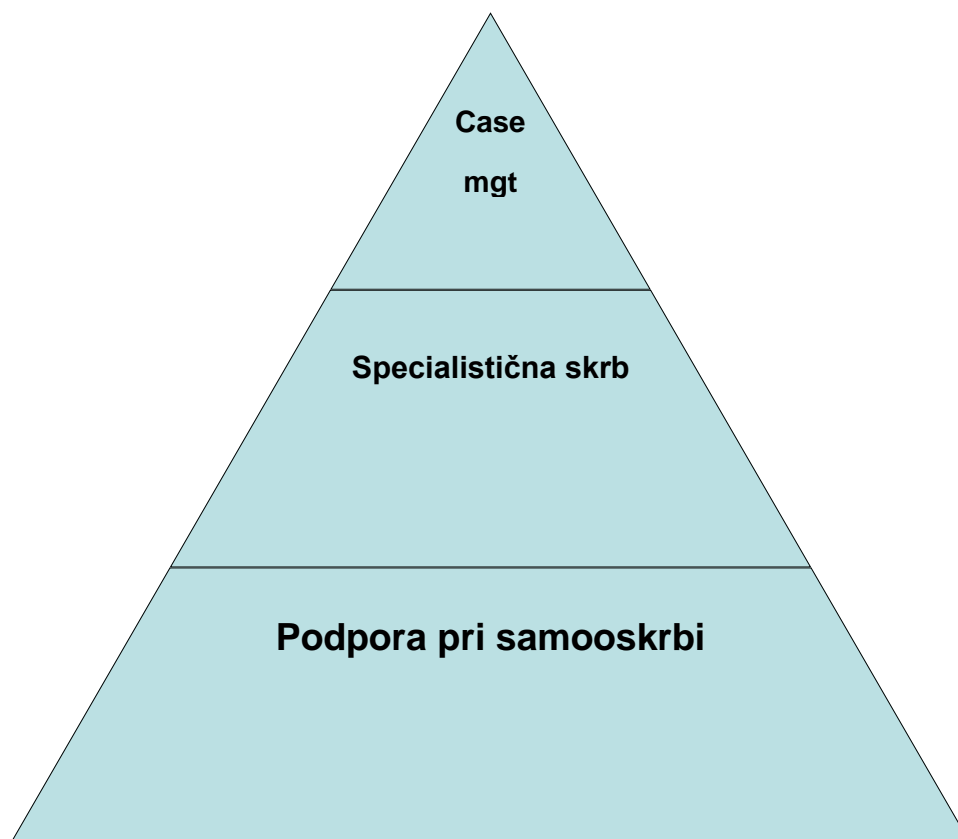
Začetki tega modela segajo v čas pred drugo svetovno vojno, ko je skupina zdravnikov skrbela za delavce, ki so takrat delali v ladjedelnicah in gradili Ameriko. Po vojni so razmišljali, kako bi ta način razširili in rodila se je ideja, da bi skupina zdravnikov skrbela za pri njih zavarovane paciente v lastnih bolnišnicah. Danes skrbijo za skoraj 9 milijonov zavarovancev, v 11 državah, zaposlujejo 10 000 zdravnikov, 25 000 medicinskih sester in okoli 90 000 ostalih uslužbencev. Kaiser Permanente ni delniška družba, ki bi morala zadovoljiti želje delničarjev, temveč je neprofitna organizacija, ki približno 94% dohodka investira nazaj v službe, ki skrbijo za paciente in samo 6% nameni za ostale ter administrativne stroške. Kaiser Permanente je najstarejša in največja neprofitna organizacija v ZDA in obenem eden boljših primerov integrirane zdravstvene oskrbe. Vertikalna povezanost povezuje finančne službe s službami, ki zagotavljajo zdravstveno oskrbo in različne podporne sisteme. Horizontalna integracija pa povezuje vse službe, ki zagotavljajo oskrbo po celotnem kontinuumu in zagotavljajo kontinuiteto za vse svoje člane, od zibelke do groba (Jones in Smith, 2000).

Ena največjih odlik tega modela je, da je zasedenost akutnih bolnišničnih postelj zmanjšal na minimum. Vsi pacienti po končani akutni obravnavi ne gredo naravnost v domače okolje, temveč jih po potrebi napotijo v eno od rehabilitacijskih ustanov. Zato je zelo poudarjena vloga koordinatorjev odpusta in tudi pri Kaiserju se načrtovanje odpusta prične ob sprejemu ali še prej. Ključni principi tega modela so (Learning from Kaiser Permanente, 2011):

- načrtovanje odpusta pred samim sprejemom;
- pomembna je pacientova lastna odgovornost;
- ključni so sistemi za prehajanje informacij;
- povezovanje je pomemben člen uspeha;
- povečana vloga dolgotrajne oskrbe;
- nenačrtovan sprejem je neuspeh sistema;



- delujemo na problemih, ki jih lahko izboljšamo (kronične bolezni);



Slika 3: piramida, ki jo Kaiser Permanente uporablja pri svojem modelu vodenja pacientov s kronično boleznijo (DOH, Chronic disease management: a compendium of information, 2004; po Department of health, b.d.).

V spodnji tretjini so pacienti, ki potrebujejo le nasvet, recept, obisk in lahko sami obvladujejo svojo bolezen ter imajo visoko stopnjo samooskrbe. Takšnih pacientov s kronično boleznijo je 70 do 80%.

V srednjem sektorju so tisti, ki potrebujejo pomoč specialista. To so visoko rizični pacienti. V zgornji tretjini pa so pacienti, ki potrebujejo kompleksno obravnavo, potrebujejo case management.

Organizacija je v grobem sestavljena iz treh delov. Kaiser foundation health plan je zavarovalnica, ki sklepa pogodbe z zavarovanci in ponudniki storitev. Kaiser foundation hospitals, skrbi za hospitalizirane paciente v 29 lastnih bolnišnicah ali tistih, s katerimi ima pogodbo ter Permanente medical groups. Da so uspeli zmanjšati stroške na področju hospitalizacij, so povečali aktivnosti v ambulantni dejavnosti, preventivi in delovanju v skupnosti, s čimer se v glavnem ukvarja Permanente medical groups, ki ima lastne specialiste. Ambulantni centri vključujejo zdravniške ordinacije, centre za infuzije, kirurgijo za zunanje paciente, enote za krajše opazovanje, kot tudi klicne centre, kjer medicinske sestre po telefonu podajajo nasvete. Zdravniki v takšnem centru so organizirani v skupino in delujejo v skupini. Pomemben del aktivnosti je tudi preventivna dejavnost v skupnosti. Za kronične bolnike pa imajo organiziran nadzor, s katerim lažje poiščejo visoko rizične paciente, ki jih napotijo k zdravniku, da se bolezen obvlada, še preden pride do zapletov s katerimi bi pacient pristal v bolnišnici. S tem so občutno zmanjšali stroške in izboljšali zdravje svojih članov. Razvili so različne programe za najpogostejše kronične bolezni. Te obravnavajo po principu kontinuirane oskrbe, za kar zagotavljajo nadzor in oskrbo tistih, ki so v domačem okolju kot tudi bolnišnično obravnavo. Veliko vlogo v takšnem sistemu imajo medicinske sestre, ki sodelujejo z zdravnikom in ostalimi službami, ki so potrebne za celostno obravnavo pacienta. Pristop je vedno timski in je v povezavi z osebnim zdravnikom, bolnišnico, in službami, ki zagotavljajo oskrbo na domu, zato je prehajanje pacienta iz ene ustanove ali modela v drugega gladko in zanj zelo praktično (Jones in Smith, 2000).

V zadnjih letih je model, ki ga uveljavlja Kaiser Permanente pričel vplivati tudi na politike in razmišljanja v različnih državah Evropske Unije. Pričeli so raziskovati in s študijami dokazovati ter primerjati učinkovitost ter stroške med National health service (NHS) Združenega Kraljestva in Kaiser Permanente. V vplivni študiji Faechem idr.; cit. po Strandberg Larsen idr., (2010) so avtorji zaključili, da Kaiser

Permanente zagotavlja veliko več za določen denar, predvsem, ker uporabljajo le tretjino NHS-ovih akutnih bolnišničnih ležalnih dni. Tudi v primerjalni študiji med Kaiser Permanente in danskim zdravstvenim sistemom, je bilo ugotovljeno, da so zdravniki na primarnem nivoju v Kaiser Permanente bolj integrirani v klinično okolje kot danski osebni zdravniki (Strandberg Larsen idr.,2010).

#### **4 RAZPRAVA**

Ugotovili smo, da se v 21. stoletju koncept zdravstvene obravnave menja. Nekaterе države so prepoznale nove potrebe že pred časom in se hitreje prilagodile, medtem ko druge, med njimi tudi Slovenija zaostajajo za potrebami sodobnega časa in družbenih razmerij. Staranje prebivalstva je že in bo še močnejše v prihodnosti povzročilo velikanski pritisk na zdravstveno blagajno, ki v takšni organizaciji kot je sedaj, tega pritiska ne bo mogla zdržati. V svetu se je pojavilo precej modelov oskrbe, predvsem ljudi s kroničnimi boleznimi, ki so uspešno prestali test časa in novih razmer. Eden od teh modelov je tudi Kaiser Permanente, ki je nastal že daljnega leta 1945, kot odgovor na potrebe takratnega prebivalstva na tistem prostoru. Uspešno se je ta model razvijal skozi čas, se gradil ter dopolnjeval in postal primer uspešne skrbi za vse ljudi in področja oskrbe in sistem, ki je uspešno zmanjšal stroške dolgotrajne zdravstvene obravnave. V sebi vključuje case management in prepleta klinično okolje, osebne zdravnike ter službe, ki zagotavljajo oskrbo na domu. Za uspešnost takšnega sistema je nujno potreben učinkovit informacijski sistem, v katerem bodo do informacij o pacientu lahko prihajali vsi vpleteni. Vendar bi bilo napačno, če bi nek uspešen model poskusili le preslikati v novo, drugačno okolje. Vsak zdravstveni sistem ima svoje specifične lastnosti, ki so nastale kot odgovor na potrebe ljudi. Pravilneje bi bilo, da se uspešne modele preuči in analizira ter se uporabi tisto, kar bi v našem okolju dobro zaživel. V Bolnišnici Golnik so kot prvu v Sloveniji uvedli case managerja, oziroma koordinatorja odpusta. S tem so pričeli s procesom skrbi za paciente tudi po samem odpustu, kar se bo dolgoročno prav gotovo poznalo pri zmanjšanem številu ponovnih hospitalizacij. Obstoječa politika v Sloveniji se je pričela zavedati resnosti situacije in pričela uresničevati projekte, ki so pomemben začetek spreminjanja vodenja kroničnih bolnikov. Pomembno je tudi poudariti, da za

uspešnost modela in večje zadovoljstvo pacientov ni dovolj le, da imamo zelo dobre zakone, strategije ter sodobne reforme. Vsakdo, ki dela s pacienti se mora zavedati odgovornosti za delovanje celotnega sistema. Vsak, še tako dober model ne more biti učinkovit, če ga izvajajo naveličani in nizko motivirani posamezniki, ki prihajajo v službo le zaradi plače in se cel delovni čas izogibajo delu. Da bo katerikoli zdravstveni model uspešen, mora imeti visoko motivirane posameznike, ki bodo delali z veseljem in z odgovornostjo do pacienta in delodajalca.

Po mnenju strokovnjakov je medicinska sestra ključna oseba na področju skrbi za pacienta s kronično boleznijo. Na podlagi tujih in domačih izkušenj se mnogi strinjajo, da so medicinske sestre, ne zdravniki ključ do uspešnega implementiranja modelov oskrbe pacienta s kronično boleznijo in oblikovanja v pacienta usmerjenih oskrbovalnih timov (ICN 2010; cit. po Trobec, 2010).

V Ljubljani je bila pred kratkim odprta prva negovalna bolnišnica, ki jo vodi medicinska sestra in aprila pričnejo delovati referenčne ambulante. To so znaki, da gremo tudi pri nas v pravo smer, čeprav bo potrebno še precej časa, znanja in denarja, da bo kvaliteta oskrbe in zadovoljstvo uporabnikov te oskrbe primerljiva s tistimi, ki so se pričeli zavedati drugačnih družbenih in demografskih razmerij že pred časom.

## **5 ZAKLJUČEK**

Kronične bolezni predstavljajo izjemno breme za celotno družbo in so hkrati izziv za obstoječe politike v vseh razvitih državah. Potrebne so reforme zdravstvenih sistemov, ki bodo precej premešale obstoječe stanje. Veliko večjo vlogo bodo dobile medicinske sestre in pomembno je, da se svoje odgovornosti pričnejo zavedati čim prej. Potrebno bo veliko vlaganj v izobraževanje, da bodo prihajajočim izzivom kos. Študije po svetu so dokazale, da so medicinske sestre za takšno delo več kot primerne, saj dosegajo boljše rezultate kot zdravniki. Torej, pred nami je velik izziv in od nas samih je odvisno, ali ga bomo znali izkoristiti in utrditi ter okrepiti svoj položaj, ali ne.

## LITERATURA:

- Department of health, social services and public safety of Northern Ireland. Case management, a position paper. Dostopno na: [www.dhsspsni.gov.uk/case management](http://www.dhsspsni.gov.uk/case_management); 11.3.2011.
- European commission. Public health; Major and chronic diseases. Dostopno na [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/diseases/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/index_en.htm): 6.3.2011.
- Fetterolf D., Holt E. A., Tucker T., Khan N. Estimating clinical and economic impact in case management programs. Population health management. 2010: 13; 2.
- Hamar B., Wells A., Gandy W., Bradley C., Coberley C., Pope E. J. et al. The impact of proactive chronic care management on hospital admissions in a German senior population. Population health management. 2011;14; suppl 1.
- Jones D., Smith R. Kaiser Permanente: A fully integrated health care system. Nursing administration quarterly ; 2000: 24 (4): 18-28.
- Kadivec S. Ali potrebujemo v slovenskem prostoru case managerja – študija primera. In: Kadivec S, ed. Zdravstvena obravnava bolnika z obstruktivno pljučno boleznijo in alergijo, zbornik predavanj. Golnik: Bolnišnica Golnik – KOPA Golnik; 2007:34-5.
- Learning from Kaiser permanente. Dostopno na: [www. Natpact. nhs. uk](http://www.natpact.nhs.uk). dne 20.3.2011.
- Lokar K. Pomen dokumentacije za kontinuirano zdravstveno nego. 33. Strokovni seminar »Med bolnišnico in domom« Zbornik predavanj. Rogla; 2006. 28.- 29. sept.
- Nolte E., Knai C., McKee M. Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries: European observatory on health systems and policy; 2006.

- Peternelj A., Ceglar J., Dominkuš D., Horvat M., Milavec Kapun M., Stepanovič A., Svetina S., Železnik D. Strokovne in organizacijske podlage za vpeljavo in izvajanje integrirane prehodne in dolgotrajne oskrbe v Republiki Sloveniji. Ministrstvo za zdravje RS: Ljubljana; 2006.
- Peternelj A. Kako pripravljeni smo v zdravstveni negi na spremembe in potrebe sodobne družbe. Obzor. Zdr. N. 2006; 40.
- Peternelj A. Novi pristopi v organizaciji celostne obravnave bolnika – integriran pristop. V:4. golniški simpozij ;Golnik, 14-15. oktober.
- Powell S. K. Case management – a practical guide to success in managed care. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
- Referenčne ambulate za bolj kakovostno, učinkovito in celostno obravnavo bolnikov,dostopno na: <http://www.mz.gov.si/nc/si/splosno/cns/novica/article/670/6175/> ,dne 15.3. 2011.
- Schaffer S. Informacijska podpora in kakovost v integrirani oskrbi. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru; 2007.
- Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, et al. Discharge planning from hospital to home (review). Cochrane Database Syst Rev 2010; 1: CD000313.
- Skela Savič B. Kontinuirana zdravstvena nega. 33. Strokovni seminar »Med bolnišnico in domom« Zbornik predavanj: Rogla; 2006. 28.- 29. Sept.
- . Zdravje EU-javnozdravstveni portal Evropske unije. Starejši; dostopno na [http://ec.europa.eu/health-eu/my\\_health/elderly/index\\_sl.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/elderly/index_sl.htm): 6.3.2011.
- Strandberg Larsen M., Schiotz M. L., Silver D. J., Frolich A., Graetz I., Reed M. et al. Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration?: a comparative study of Kaiser Permanente , Northern California and the Danish healthcare system. BMC health services research: 2010; 10:91.

- Trobec I. Kronične bolezni-izziv za zdravstveno nego. Obzor. Zdr. N. 2010; 44.