



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union



CHRODIS+
IMPLEMENTING GOOD PRACTICES FOR CHRONIC DISEASES

PRIROČNIK ZA UVELJAVITEV DOBRIH PRAKS,

utemeljen na rezultatih JA CHRODIS PLUS iz osmih držav, v katerih so bila uporabljena JA CHRODIS priporočila in kriteriji, kratka verzija

Avtorji: uredniška skupina v imenu partnerjev delovnega
paketa 7

Oktober, 2020



Dokument izvira iz projekta CHRODIS+, ki naslavlja področje kroničnih bolezni s pomočjo mednarodnih prizadevanj, vzpostavljenih v projektu skupnega ukrepanja CHRODIS, z namenom zmanjševanja bremena kroničnih bolezni ter zagotavljanja vzdržnosti in povečevanja odzivnosti zdravstvenih sistemov v okviru Zdravstvenega programa (2014-2020). Avtor je v celoti odgovoren za vsebino dokumenta. Izvajalska agencija za potrošnike, zdravje, kmetijstvo in hrano za predstavljene vsebine ne odgovarja..

UVOD

Pričujoča knjižica predstavlja kratko verzijo **Priročnika za implementacijo CHRODIS Priporočil in Kriterijev** (nadalje: Priročnik), ki je bil pripravljen v okviru projekta skupnega ukrepanja **CHRODIS PLUS** (2017-2020) ob finančni podpori Evropske komisije in partnerskih organizacij. V projektu je sodelovalo 42 organizacij iz 20 Evropskih držav. Osrednji namen CHRODIS PLUS je zmanjševanje naraščajočega bremena kroničnih bolezni s spodbujanjem implementacije politik in praks na tem področju.



Priročnik vsebuje navodila za implementacijo CHRODIS Priporočil in Kriterijev (1), ki so bila oblikovana v okviru prvega CHRODIS projekta (2014-2017) na podlagi obravnave sladkorne bolezni tipa 2, kot modelne bolezni. V CHRODIS PLUS je bilo orodje nato implementirano in testirano v okviru Delovnega paketa 7: Krepitev kakovosti oskrbe za osebe s kroničnimi boleznimi. Implementacija je potekala v osmih pilotnih okoljih v Bulgariji, Nemčiji, Grčiji, Sloveniji, Srbiji, Španiji ter na Hrvaškem in Finskem. V njih so bile oblikovane inovativne prakse s področij preventivnega zdravstvenega varstva, promocije zdravja in zdravstvene oskrbe, pri čemer so se okolja osredotočila na obravnavo različnih bolezni oziroma bolezenskih stanj – sladkorno bolezen tip 1 in 2, tinitus ter kompleksna kronična stanja. Izkušnje partnerjev kažejo, da je vpeljava CHRODIS Priporočil in Kriterijev na področja izven obravnave sladkorne bolezni tipa 2 izvedljiva.

Na podlagi izkušenj iz pilotnih okolij smo razvili Priročnika za implementacijo CHRODIS Priporočil in Kriterijev, ki omogoča praktično podporo tistim, ki bodo vodili razvoj, implementacijo, spremljanje in evalvacijo praks na področjih promocije zdravja, preventive in zdravstvene oskrbe. Priročnik je kot »top-down« orodje še posebej uporaben pri delu ožje vodstvene skupine, ki pri vpeljavi praks preverja in upošteva številne vidike, ki so pomembni za kakovosten proces implementacije. Kljub temu izkušnje pilotov kažejo, da uporaba Priročnika spodbuja aktivno in pomenljivo sodelovanje različnih akterjev, ki jih vpeljava prakse v različnih oblikah zadeva ali pa so pomembni za njeno vzdržnost, nadgradnjo oziroma širjenje.



OSREDNJI ELEMENTI PRIROČNIKA

CHRODIS Priporočila in Kriteriji

- Seznam in grafična upodobitev CHRODIS Priporočil in Kriterijev

Koraki v procesu implementacije

- Vzpostavitev ožje vodstvene skupine in delovne skupine za implementacijo
- Opredelitev obsega prakse
- Analiza situacije in konteksta
- Priprava pilotnega akcijskega načrta
- Spremljanje in evalvacija implementacije
- Poročanje rezultatov
- Načrtovanje vzdržnosti prakse in povečevanje zmožnosti za njeno nadgradnjo in širjenje



CHRODIS PRIPOROČILA IN KRITERIJI

Na tem mestu so predstavljeni CHRODIS Priporočila in Kriteriji (QCR), ki vključujejo opise različnih vidikov, pomembnih za razvoj, implementacijo, spremljanje in evalvacijo dobrih praks. Grafično so predstavljeni kot cvet z devetimi listi, ki v svoji povezanosti izražajo ključne vidike dobre prakse.



Načrt prakse

Cilji, nameni in metode prakse so jasno opredeljeni. Načrt temelji na relevantnih podatkih, teorijah, dokazih, oziroma na pilotnih raziskavah ter izhaja iz konteksta. Struktura, organizacija ter vsebina prakse so določeni in oblikovani v sodelovanju s ciljno populacijo. Ciljna populacija je jasno opisana (tj. vključitveni in izključitveni kriteriji ter predvideno število oseb, ki bodo vključene). Načrt vsebuje natančno oceno človeških virov ter materialnih in finančnih zahtev, ki izvirajo iz zastavljenih nalog. Vloge ciljne populacije, skrbnikov in strokovnjakov so jasno opisane. Načrt upošteva ključne vidike zagotavljanja enakosti glede na spol, socio-ekonomski položaj, etničnost, geografsko umeščenost (ruralno/urbano) ter ranljive skupine.

Opolnomočenje ciljne populacije

Praksa aktivno spodbuja opolnomočenje ciljne populacije z uporabo ustreznih mehanizmov (npr. podpora v samooskrbi, soodločanje, izobraževanje – razjasnjevanje informacij in vrednot, aktivna udeležba v procesu načrtovanja prakse in pri usposabljanju strokovnjakov). Praksa upošteva tudi potrebe drugih partnerjev v zvezi z vzpodbujanjem opolnomočenja ciljne populacije glede potrebnih veščin, znanj in ravnanja (osebe s kroničnimi boleznimi, skrbniki, zdravstveni in drugi strokovnjaki v oskrbi, politični odločevalci itd.).

Spremljanje in evalvacija

Na podlagi rezultatov spremljanja se oblikujejo nadaljnje aktivnosti za zagotavljanje stalnega učenja, izboljšav oziroma za preoblikovanje prakse. Vsi ključni partnerji imajo zagotovljen dostop do rezultatov spremljanja. Rezultati spremljanja odražajo cilje in namene, ki so opredeljeni v načrtu prakse. Spremljanje upošteva družbene in ekonomske vidike tako s perspektive ciljne populacije, kakor tudi z vidika skrbnikov.

Celovitost prakse

Praksa temelji na relevantnih dokazih glede učinkovitosti, stroškovne učinkovitosti, kakovosti, varnosti ipd. Praksa je oblikovana tako, da upošteva ključne značilnosti konteksta. Praksa upošteva tudi tveganja ciljne populacije (npr. uporaba validiranih orodij za individualno oceno tveganja).

Izobraževanje in usposabljanje

Praksa vključuje elemente za vzpodbujanje opolnomočenja tarčne populacije (npr. krepitev njihove zdravstvene pismenosti, samooskrbe, obvladovanja stresa ipd.). Ključni strokovnjaki so usposobljeni za podporo opolnomočenja ciljne populacije. Usposobljeni so tako glede znanja, tehnik in pristopov.

Etični vidiki

Praksa se izvaja v skladu z načelom pravičnosti (tj. sorazmerno glede na potrebe posameznika). Cilji in strategije prakse so razvidni ciljni populaciji in partnerjem, ki so vključeni. Morebitne ovire v praksi (tj. psihosocialne ovire, ovire v dostopnosti ipd.) so ustrezno naslovljene, ob tem se upošteva razmerje med koristmi in bremenom naslavljanja ovir. Ciljna populacija ima pravico do informiranosti, odločanja v zvezi s svojo oskrbo, do participacije in do zaupnosti.

Upravljanje in vodenje

Praksa vključuje organizacijske elemente za načrtovanje ukrepov za odpravljanje pravnih, upravnih in finančnih ovir oziroma ukrepov za pridobivanje dodatnih veščin. Določen je obseg sodelovanja ciljne populacije, skrbnikov in strokovnjakov ter način za zagotavljanje podpore in virov za njihovo sodelovanje. Praksa vključuje model učinkovitega vodenja. Praksa temelji na načelih so-lastništva in soodgovornosti vključenih partnerjev, ter spodbuja multidisciplinarno delovanje in medsektorska zavezanost. Oblikovana je strategija za usklajevanje osebnih ciljev zaposlenih s cilji prakse. Ključni dokazi in dokumenti, ki podpirajo prakso (smernice, protokoli ipd.), so enostavno dostopni ključnim deležnikom (npr. strokovnjakom in ciljni populaciji). Multidisciplinarni pristop podpirajo relevantni partnerji (npr. strokovna združenja, ustanove ipd.). Praksa je podprta z različnimi informacijskimi in komunikacijskimi tehnologijami (npr. zdravstveni elektronski karton, programska oprema za podporo presejanju, socialna omrežja ipd.). Oblikovana je politika, ki zagotavlja, da so predvidene informacijske tehnologije sprejemljive uporabnikom (strokovnjakom in ciljni populaciji) ter zagotavlja njihovo vključevanje v procesu prilagajanja tehnologij.

Združljivost s ključnimi sistemi v in izven zdravstva

Praksa je integrirana – povezana z drugimi sistemi v zdravstvu, socialni ter širše. Praksa omogoča učinkovite povezave med ključnimi odločevalci in partnerji. Praksa krepi in podpira zmožnost ciljne populacije za učinkovito vključevanje v vse ključne sisteme.

Vzdržnost prakse in njena zmožnost za nadgradnjo in širjenje

Solastništvo ključnih partnerjev oziroma skupnosti oziroma formalno opredeljeni okvirji zagotavljajo vzdržnost prakse. Trajnostna strategija upošteva mnoge družbene okoliščine (npr. zdravstvene in socialne politike, inovacije, kulturne značilnosti in ekonomsko ureditev, epidemiološke razmere). Praksa je deležna široke podpore tistih, ki prakso implementirajo. Praksa vključuje oceno možnih vplivov na (širšo) ciljno populacijo, če bi bila implementirana širše.

CHRODIS Priporočila so lahko predstavljena tudi kot CHRODIS Kriteriji, pri katerih so kategorije opredeljene glede na posamezen kriterij za sistematično podporo v procesu implementacije (glej stran 15).

KORAKI V PROCESU IMPLEMENTACIJE

Vzpostavitev ožje vodstvene skupine in delovne skupine za implementacijo

Prvi korak v procesu implementacije upošteva različne vidike vodenja in upravljanja. V tem koraku je določeno, kdo vodi in koordinira razvoj ter implementacijo praks. **Ožja vodstvena skupina** je ključna za opredeljevanje in vključevanje ključnih partnerjev v različne faze procesa, pri čemer so jasno opredeljene njihove vloge in odgovornosti. Ta skupina je tista, ki načrtuje, organizira, spremlja, izmenjuje, poroča ter nudi podporo pri zasledovanju posameznih ciljev. Odgovorna je za vzpostavitev učinkovitega vodenja in temeljev za doseganje podpore ter solastništva vseh sodelujočih partnerjev, vključno s ciljno populacijo. S tem razlogom poseben poudarek namenja izmenjavi informacij in omogočanju dostopa partnerjem do relevantnih vsebin, ki podpirajo implementacijo prakse (na primer smernice, dokumenti, protokoli ipd.). Kontinuirana izmenjava informacij posledično spodbuja multidisciplinaren pristop k vzpostavitvi prakse in motivira vse sodelujoče.

Ob vzpostavljanju **delovne skupine za implementacijo** je pomembno opredeliti ključne deležnike in na kakšen način bodo v skupino vključeni, za kar je odgovorna ožja vodstvena skupina. Ti ključni deležniki so posamezne osebe oziroma predstavniki ustanov in organizacij, ki bodo na različne načine vpeti v implementirane aktivnosti, programe oziroma politike, ali pa bodo pomembni za zagotavljanje vzdržnosti prakse in njeno širjenje. Člani delovne skupine za implementacijo tako zastopajo organizacije s specifičnimi znanji in izkušnjami s področij zdravja, izobraževanja, socialnega varstva, zaposlovanja, raziskovanja, informacijskih tehnologij, nevladnega sektorja, združenj bolnikov in civilne družbe. Čeprav se lahko tovrstne skupine glede na sestavo in obseg med seboj bistveno razlikujejo, je pomembno, da so v posamezno skupino vključene osebe, ki zastopajo vse relevantne perspektive, pomembne za razvoj in vpeljavo prakse. Njeni člani v skupini sodelujejo kot organizatorji, strokovnjaki, odločevalci, delavci, izvajalci in predstavniki ciljne populacije. S tistimi deležniki, ki so bili prepoznani kot pomembni, a jih ni bilo mogoče vključiti v skupino, je mogoče sodelovati v obliki posvetovanj na izbrane teme. Ti deležniki bodo na ta način aktivno in kontinuirano seznanjeni s ključnimi vsebinami, od njih pa se pričakuje podajanje povratnih informacij. Nekatere partnerje lahko delovna skupina za implementacijo zgolj seznani z vsebinami, a jih aktivno ne vključuje v svoje dejavnosti.

Tekom prakse lahko sčasoma vzniknejo nove potrebe, cilji in aktivnosti. Pomembno je, da ožja vodstvena skupina slednje pravočasno odkrije in opredeli, hkrati pa prilagodi delovanje delovne skupine za implementacijo v skladu s situacijo in morebitnimi novimi okoliščinami. Praviloma so pacienti oziroma uporabniki zdravstvenih storitev tisti, ki jih te storitve najbolj (ne)posredno zadevajo. Zaradi tega si je pomembno prizadevati za aktivno vključevanje predstavnikov ciljne populacije v delovno skupino za implementacijo, v kolikor kontekst posamezne prakse to dopušča. Slednje lahko bistveno vpliva na dinamiko delovanja skupine, ki tako lahko deluje še bolj konstruktivno, z bolj jasnim izražanjem in z več poudarka na potrebah bolnika. S tem se krepi osredotočenost na vključevanje ciljne populacije skozi celoten proces razvoja in vpeljave prakse.



1. Načrt prakse
7. Upravljanje in vodenje

Obseg prakse

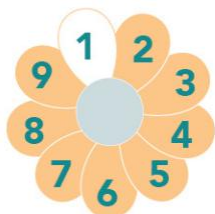
Naslednji korak zadeva opredelitev obsega prakse. Delovna skupina za implementacijo, pod vodstvom ožje vodstvene skupine, na tem mestu oriše problem, ki ga bo praksa naslovila, opredeli njen namen in raven vključevanja ciljne populacije ter izbere tista CHRODIS Priporočila in Kriterije (1), ki so ključna za uspešno implementacijo prakse.

Opis problema: na podlagi obstoječega znanja so opisane značilnosti in pomen problema na lokalni ravni. Opis je podprt z relevantnimi viri, ki se nanašajo na pretekle raziskave in obstoječe dokumente, pri čemer so dodana pojasnila o morebitnem pomanjkanju virov na področju, ki ga praksa zadeva.

Osrednji namen: osrednji namen prakse je jasno predstavljen in opredeljen skupaj z vsemi člani delovne skupine za implementacijo. Pomembno je, da praksa odraža potrebe ciljne populacije.

Ciljna populacija: pri določanju ciljne populacije je potrebno zagotoviti enakost glede na spol, socio-ekonomski položaj, etničnost, geografsko umeščenost (ruralno/urbano) ter ranljive skupine. Ob tem je pomembno, da je ciljna populacija jasno opisana (tj. vključitveni in izključitveni kriteriji ter predvideno število oseb, ki bodo vključene), vključno z njihovo vlogo ter vlogo njihovih skrbnikov v praksi.

Prvi osnutek implementacije: proces implementacije je na kratko opisan, pri čemer so upoštevani vsi kriteriji. Priporočljivo je, da so v obzir vzeti vsi kriteriji, četudi nekateri izmed njih niso relevantni v kontekstu prakse, ki je predmet implementacije. V tem primeru je uporaba kriterijev smotrna vaja, s katero se preveri in argumentira, zakaj nekateri izmed njih niso uporabni.



1. – 9. Vsi kriteriji

1. Poseben poudarek namenjen Načrtu prakse

Analiza situacije in konteksta

Pred razvojem akcijskega načrta je pomembno, da delovna skupina za implementacijo odkrije in analizira osrednje kontekstualne dejavnike, ki bi lahko vplivali na proces implementacije. Pri analizi situacije in konteksta se lahko opre na kvantitativni, kvalitativni oziroma mešani metodološki pristop. Enaki principi se lahko uporabijo pri spremljanju in evalvaciji implementacije.

Kvantitativna metodologija: podatki se lahko zbirajo preko zbirk podatkov, vprašalnikov in obrazcev, pri čemer so pridobljeni podatki numerični. Analiza podatkov zajema različne statistične postopke (deskriptivne, univariatne, multinivojske, multivariatne). Rezultati so inferencialne statistike, multinivojski modeli oziroma multivariatna klasifikacija. V številnih primerih se pri analizi konteksta uporablja sekundarne vire.

Kvalitativna metodologija: podatki so pretežno pridobljeni s pomočjo vprašalnikov odprtega tipa, polstrukturiranih intervjujev, opazovanja z udeležbo in interaktivnih srečanj (na primer delavnice, SWOT analiza (2), 'Svetovna kavarna' (3)) oziroma s pridobivanjem podatkov iz pisnih virov. Ti

podatki, ki so večinoma prisotni v obliki transkriptov in raziskovalčevih zapisov, so praviloma analizirani s pomočjo kodiranja, vsebinske analize oziroma utemeljene analize (4).

SWOT analiza predstavlja kvalitativno metodo, s pomočjo katere delovna skupina za implementacijo opiše značilnosti konteksta prakse. Pri SWOT analizi sodelujejo vsi predstavniki skupine, ob tem pa za njeno izvedbo niso zatevna kompleksna strokovna znanja. Metoda sodelujočim omogoča strukturiran pogovor, ki je strnjen v SWOT diagramu. Ta vključuje opis prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti za proces implementacije prakse, ki je predmet razvoja, sprememb oziroma izboljšav.

Skupina lahko SWOT analizo izvede iz vidika vseh CHRODIS Priporočil in Kriterijev (1) oziroma iz vidika posameznih kriterijev, ki so za prakso ključnega pomena. V zadnjem primeru je priporočljivo, da skupina poda argumente, zakaj nekateri izmed kriterijev za implementacijo prakse niso pomembni.



Priprava pilotnega akcijskega načrta

Analiza situacije in konteksta pomaga pri bolj natančnem opisu specifičnega lokalnega problema. Na tem mestu je priporočljivo, da se delovna skupina za implementacijo preveri obseg prakse, ki ga je opredelila na začetku in ga prilagodi v skladu s pridobljenim znanjem.

V naslednjem koraku nato pripravi pilotni akcijski načrt, ki natančno opredeljuje specifične cilje, aktivnosti, odgovornosti, trajanje in ključne kazalnike uspešnosti prakse.

Specifični cilji: pri oblikovanju specifičnih ciljev je pomembna doslednost in usklajenost. Strategija prakse in cilji so transparentni ciljni populaciji in vsem vključenim partnerjem.

Aktivnosti: vsak opredeljen cilj vključuje eno ali več aktivnosti, ki vodi(jo) k cilju.

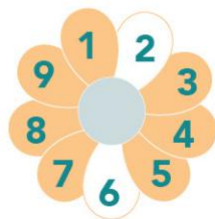
Odgovornosti: načrt jasno opredeljuje, kdo je vključen v posamezne aktivnosti in kdo je odgovoren za njihovo izvajanje. Praksa temelji na načelih so-lastništva in soodgovornosti vključenih partnerjev, ter spodbuja multidisciplinarno delovanje in medsektorska zavezištva.

Trajanje: pri določanju trajanja posameznih aktivnosti je potrebno biti realističen. Pogosto aktivnosti zahtevajo več časa, kakor sprva predvideno.

Ključni kazalniki uspešnosti: kazalniki se uporabljajo za merjenje uspešnosti procesov (implementacija aktivnosti), rezultatov (izvedbe posameznih aktivnosti) in izidov (sprememb, ki so posledica izvedenih aktivnosti).

Praksa se izvaja v skladu z načelom pravičnosti (tj. sorazmerno glede na potrebe posameznika). Cilji in strategije prakse so razvidni ciljni populaciji in partnerjem, ki so vključeni. Morebitne ovire v praksi (tj. psihosocialne ovire, ovire v dostopnosti ipd.) so ustrezno naslovljene, ob tem

se upošteva razmerje med koristmi in bremenom naslavljanja ovir. Ciljna populacija ima pravico do informiranosti, odločanja v zvezi s svojo oskrbo, do participacije in do zaupnosti.



1. - 9. Vsi kriteriji, poseben poudarek namenjen Opolnomočenju ciljne populacije
6. Etični vidiki

Spremljanje in evalvacija implementacije

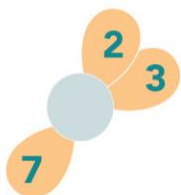
Pomembno je, da skupina opredeli začetek (prvi dan) procesa implementacije. Za določanje trajanja prakse in lažje ugotavljanje morebitnih napak pri načrtovanju lahko uporabi gantogram (glej 5) oziroma druge vizualne pripomočke.

Iz vidika implementacije in spremljanja se lahko nasloni na metodo PDSA (plan-do-study-act oziroma načrtuj-naredi-preveri-ukrepaj) (6), v skladu s potrebami pa izvede enega ali več ciklov implementacije. Metoda je dobrodošla pri vpeljavi sprememb v prakso, v kolikor ugotovitve tekom njene izvedbe kažejo, da so le te potrebne. V kolikor implementacija temelji na dveh ali več PDSA ciklih, zaključek prvega predstavlja vmesno evalvacijo procesa.

Vmesno evalvacijo skupina izvede s pomočjo CHRODIS Priporočil in Kriterijev (1). V projektu skupnega ukrepanja CHRODIS PLUS je bila ta metoda uporabljena za samooceno uspešnosti izvajanja pilotnih aktivnosti. Partnerji so ocenili implementacijo svojih praks po nekaj mesecih izvajanja projekta, pri čemer so natančno opisali in argumentirali, na kakšen način, če sploh, so bili v tistem obdobju izpolnjeni posamezni kriteriji (in kategorije). Hkrati so podali svoje ideje/načrte/predvidene aktivnosti za spremembe k prvotnemu akcijskemu načrtu. Vmesna evalvacija vključuje tudi oceno doseganja ključnih kazalnikov uspešnosti in rezultira v prilagoditvah načrta, v kolikor je to potrebno.

Končna evalvacija lahko sledi enaki strukturi.

Na podlagi rezultatov spremljanja se oblikujejo nadaljnje aktivnosti za zagotavljanje stalnega učenja, izboljšav oziroma za preoblikovanje prakse. Vsi ključni partnerji imajo zagotovljen dostop do rezultatov spremljanja. Rezultati spremljanja odražajo cilje in namene, ki so opredeljeni v načrtu prakse. Spremljanje upošteva družbene in ekonomske vidike tako s perspektive ciljne populacije, kakor tudi z vidika skrbnikov.



2. Opolnomočenje ciljne populacije
3. Spremljanje in evalvacija
7. Upravljanje in vodenje

Poročanje rezultatov

Ob zaključku prakse je pomembno, da delovna skupina za implementacijo razmisli o opravljenem delu in pripravi poročilo o celotnem procesu implementacije. S poročanjem prenaša ključne informacije in sporočila znanstveni, strokovni in laični javnosti ter odločevalcem, kar je pomemben gradnik vzdržnosti prakse in povečevanja zmožnosti za njeno nadgradnjo in širjenje.

Poročilo o procesu implementacije naj bo oblikovano in skladno s smernicami, ki se uporabljajo za znanstvene in strokovne publikacije. V CHRODOS PLUS so partnerji za poročanje uporabili Smernice SQUIRE 2.0 (7), ki vključujejo sledeče elemente:

- Naslov
- Izvleček
- Kratek povzetek
- Uvod (*Zakaj ste začeli?*)
 - o Opis problema
 - o Razpoložljivo znanje
 - o Utemeljitev in ozadje
 - o Specifični cilji
- Metode (*Kaj ste počeli?*)
 - o Kontekst
 - o Intervencija/e
 - o Preučevanje intervencij/e
 - o Meritve
 - o Pilotni akcijski načrt
 - o Analiza
 - o Etični vidiki
- Rezultati (*Kaj ste ugotovili?*)
- Diskusija (*Kaj to pomeni?*)
 - o Proces implementacije
 - o Povzetek
 - o Interpretacija
 - o Omejitve
- Zaključki



Načrtovanje vzdržnosti prakse in povečevanje zmožnosti za njeno nadgradnjo in širjenje

Pomembno je, da sta vzdržnost prakse in povečevanje zmožnosti za njeno nadgradnjo in širjenje načrtovana v vseh fazah implementacije: v okvirih analize situacije in konteksta, načrtovanja aktivnosti in vmesne oziroma končne evalvacije ter še posebej ob poročanju. Izkušnje partnerjev s pilotnimi projekti v CHRODIS PLUS kažejo, da so včasih potrebne temeljite spremembe prvotno načrtovanih aktivnosti, z namenom povečevanja zmožnosti vzdržnosti prakse.

Za vzdržnost prakse je potrebna široka podpora tistih, ki so oziroma bodo prakso implementirali. Njeno nadaljevanje zagotavlja delovna skupina za implementacijo s krepitvijo solastništva ključnih partnerjev in/ali skupnosti oziroma s podporo vzpostavitvi formalno opredeljenih okvirjev. Smiselno je oblikovati trajnostno strategijo, ki upošteva mnoge družbene okoliščine (npr. zdravstvene in socialne politike, inovacije, kulturne značilnosti in ekonomsko ureditev, epidemiološke razmere). Praksa lahko vključuje tudi oceno možnih vplivov na (širšo) ciljno populacijo, če bi bila implementirana.

Krepitev obstoječih in novih povezav z odločevalci in lokalno skupnostjo je prav tako pomemben mehanizem, s katerim se gradita vzdržnost in zmožnost širjenja prakse. Njihovo vključevanje v proces implementacije in seznanitev s ključnimi rezultati oziroma sporočili prakse sta torej ključnega pomena. Skupno sodelovanje lahko poteka na več načinov, na primer v obliki strateškega srečanja (»Policy dialogue«), ki vzpostavi platformo za strukturirano razpravo o praksi in njenih rezultatih, in sicer med odločevalci, strokovnjaki in predstavniki ciljne populacije. Ti skupaj ugotovljajo, kateri so njihovi skupni cilji, na kakšne načine je možno podpreti prakso ter kakšni naj bodo naslednji koraki. Izkušnje partnerjev iz CHRODIS PLUS kažejo, da je velikega pomena tudi aktivno vključevanje predstavnikov pacientov oziroma ciljne populacije v vse faze izvajanja prakse, iz vidika nadaljevanja prakse pa opredelitev njenega lastništva in skrbnika, s podporo vseh partnerjev.



- 7. Governance
- 8. Interaction with regular and relevant systems
- 9. Sustainability and scalability

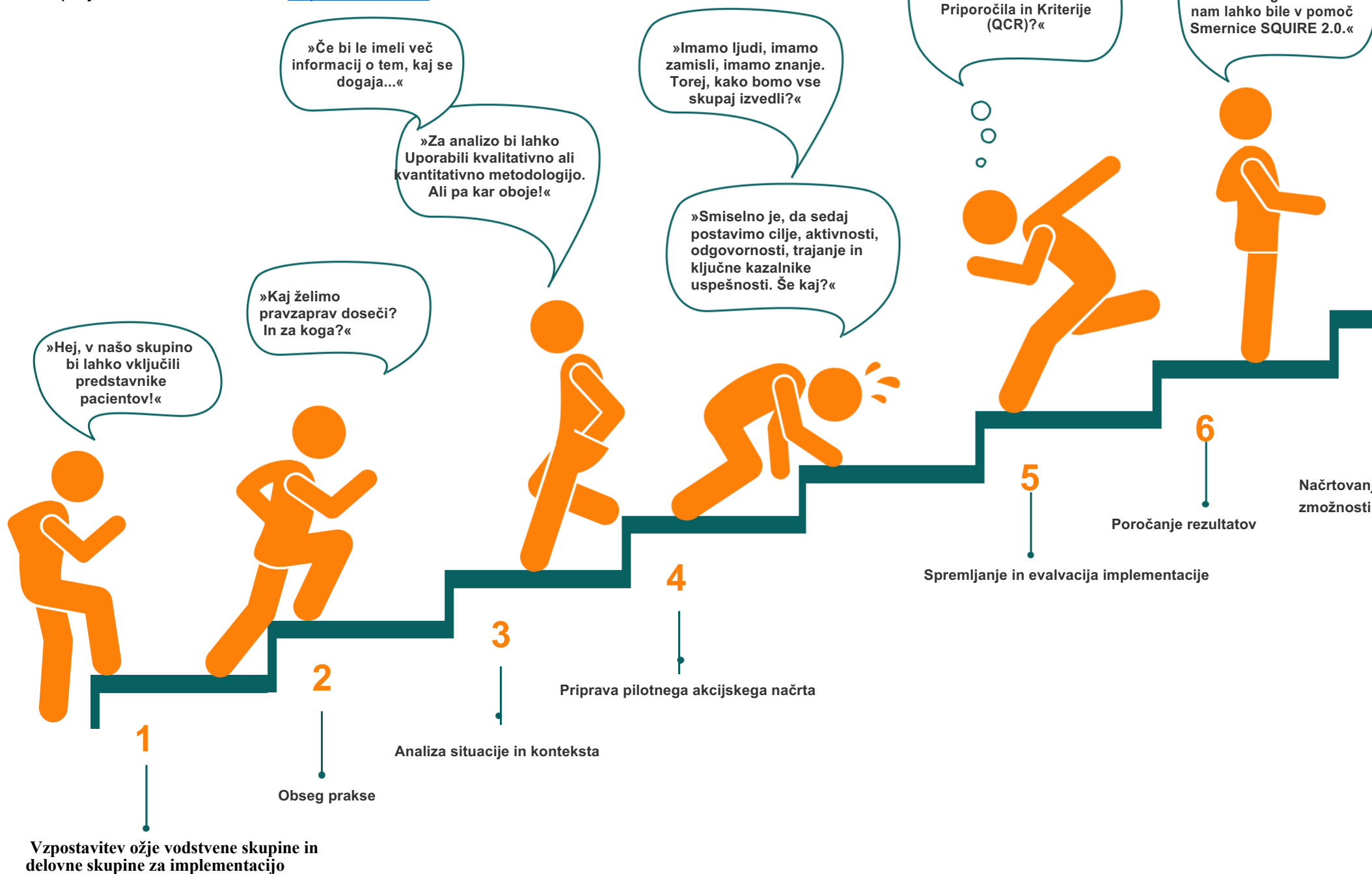


ZAKLJUČEK

Glede na opažanja v projektu skupnega ukrepanja CHRODIS PLUS so se pilotna okolja iz osmih evropskih držav, ki so sledila opisanim korakom implementacije, med seboj izrazito razlikovala v izhodiščih, ozadju in vsebini praks, ki so v večini prispevale h kompleksnim spremembam v lastnih zdravstvenih sistemih. Njihova skupna pot implementacije je strnjena v tem Priročniku, namenjenem podpori tistim, ki bodo v bodoče implementirali prakse na področju kroničnih bolezni.

Na tem mestu je proces implementacije predstavljen grafično, v obliki korakov, pri katerih vsak predstavlja določeno fazo v praksi. Kot je razvidno ta proces ni nikoli idealen ali povsem linearen, vendarle pa opisana priporočila lahko nudijo dobrodošlo podporo pri doseganju dobrih rezultatov.

Dokument predstavlja kratko verzijo Priročnika. Izvirna obsežnejša verzija je na voljo na spletni strani projekta CHRODIS PLUS: <http://chrodis.eu/>.



VIRI IN LITERATURA

- (1.) Zaletel J. in Maggini M. Fostering the Quality of Care for People with Chronic Diseases, from Theory to Practice: The Development of Good Practices in Disease Prevention and Care in JA CHRODIS PLUS Using JA CHRODIS Recommendations and Quality Criteria. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17; 951: doi: 10.3390/ijerph17030951
- (2.) van Wijngaarden J., Scholten G. in van Wijk K. Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. *Int J Health Plann Manage.* 2010; 27(1): 34–49 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.1032/full>; accessed 5 March 2020).
- (3.) Brown J. in Isaacs D. The World Café. *Shaping Our Futures Through Conversations That Matter*. McGraw-Hill Professional, 1995.
- (4.) Flick U., Ur. The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis. SAGE Publications: Los Angeles, London, New Delhi, Singapore and Washington DC, 2014.
- (5.) Kumar, P. Pradeep. Effective use of Gantt chart for managing large scale projects. *Cost Engineering.* 2005; 47 (7): 14–21. ISSN 0274-9696.
- (6.) ATC Academy. *Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement*. Online library of Quality, Service Improvement and Redesign tools (<https://improvement.nhs.uk/documents/2142/plan-do-study-act.pdf>; accessed 10 February 2020).
- (7.) Ogrinc G. et al. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Revised Publication Guidelines from a Detailed Consensus Process. *Perm J.* 2015 Fall; 19(4): 65–70 (doi: 10.7812/TPP/15-141; accessed 8 February 2020).
- (8.) <https://www.scirocco-project.eu/maturitymodel/>; accessed 20 March 2020.



JA CHRODIS Kriteriji

Kriterij 1: Načrt prakse:

- Cilji, nameni in metode prakse so jasno opredeljeni. Načrt temelji na relevantnih podatkih, teorijah, dokazih, oziroma na pilotnih raziskavah ter izhaja iz konteksta. Struktura, organizacija ter vsebina prakse so določeni in oblikovani v sodelovanju s ciljno populacijo
- Ciljna populacija je jasno opisana (tj. vključitveni in izključitveni kriteriji ter predvideno število oseb, ki bodo vključene)
- Načrt vsebuje natančno oceno človeških virov ter materialnih in finančnih zahtev, ki izvirajo iz zastavljenih nalog
- Vloge ciljne populacije, skrbnikov in strokovnjakov so jasno opisane
- Načrt upošteva ključne vidike zagotavljanja enakosti glede na spol, socio-ekonomski položaj, etničnost, geografsko umeščenost (ruralno/urbano) ter ranljive skupine

Kriterij 2: Opolnomočenje ciljne populacije

- Praksa aktivno spodbuja opolnomočenje ciljne populacije z uporabo ustreznih mehanizmov (npr. podpora v samooskrbi, sodelovanje, izobraževanje – razjasnjevanje informacij in vrednot, aktivna udeležba v procesu načrtovanja prakse in pri usposabljanju strokovnjakov).
- Praksa upošteva tudi potrebe drugih partnerjev v zvezi z vzpodbujanjem opolnomočenja ciljne populacije glede potrebnih veščin, znanj in ravnanja (osebe s kroničnimi boleznimi, skrbniki, zdravstveni in drugi strokovnjaki v oskrbi, politični odločevalci itd.)

Kriterij 3: Spremljanje in evalvacije

- Na podlagi rezultatov spremljanja se oblikujejo nadaljnje aktivnosti za zagotavljanje stalnega učenja, izboljšav oziroma za preoblikovanje prakse
- Vsi ključni partnerji imajo zagotovljen dostop do rezultatov spremljanja
- Rezultati spremljanja odražajo cilje in namene, ki so opredeljeni v načrtu prakse
- Spremljanje upošteva družbene in ekonomske vidike tako s perspektive ciljne populacije, kakor tudi z vidika skrbnikov

Kriterij 4: Celovitost prakse

- Praksa temelji na relevantnih dokazih glede učinkovitosti, stroškovne učinkovitosti, kakovosti, varnosti ipd.
- Praksa je oblikovana tako, da upošteva ključne značilnosti konteksta
- Praksa upošteva tudi tveganja ciljne populacije (npr. uporaba validiranih orodij za individualno oceno tveganja)

Kriterij 5: Izobraževanje in usposabljanje

- Praksa vključuje elemente za vzpodbujanje opolnomočenja tarčne populacije (npr. krepitev njihove zdravstvene pismenosti, samooskrbe, obvladovanja stresa ipd.)
- Ključni strokovnjaki so usposobljeni za podporo opolnomočenja ciljne populacije
- Usposobljeni so tako glede znanja, tehnik in pristopov

Kriterij 6: Etični vidiki

- Praksa se izvaja v skladu z načelom pravičnosti (tj. sorazmerno glede na potrebe posameznika)
- Cilji in strategije prakse so razvidni ciljni populaciji in partnerjem, ki so vključeni



- Morebitne ovire v praksi (tj. psihosocialne ovire, ovire v dostopnosti ipd.) so ustrezno naslovljene, ob tem se upošteva razmerje med koristmi in bremenom naslavljanja ovir
- Ciljna populacija ima pravico do informiranosti, odločanja v zvezi s svojo oskrbo, do participacije in do zaupnosti

Kriterij 7: Upravljanje in vodenje

- Praksa vključuje organizacijske elemente za načrtovanje ukrepov za odpravljanje pravnih, upravnih in finančnih ovir oziroma ukrepov za pridobivanje dodatnih veščin
- Določen je obseg sodelovanja ciljne populacije, skrbnikov in strokovnjakov ter način za zagotavljanje podpore in virov za njihovo sodelovanje
- Praksa vključuje model učinkovitega vodenja
- Praksa temelji na načelih so-lastništva in soodgovornosti vključenih partnerjev, ter spodbuja multidisciplinarno delovanje in medsektorska zavezanost
- Oblikovana je strategija za usklajevanje osebnih ciljev zaposlenih s cilji prakse
- Ključni dokazi in dokumenti, ki podpirajo prakso (smernice, protokoli ipd.), so enostavno dostopni ključnim deležnikom (npr. strokovnjakom in ciljni populaciji)
- Multidisciplinarni pristop podpirajo relevantni partnerji (npr. strokovna združenja, ustanove ipd.)
- Praksa je podprta z različnimi informacijskimi in komunikacijskimi tehnologijami (npr. zdravstveni elektronski karton, programska oprema za podporo presejanju, socialna omrežja ipd.)
- Oblikovana je politika, ki zagotavlja, da so predvidene informacijske tehnologije sprejemljive uporabnikom (strokovnjakom in ciljni populaciji) ter zagotavlja njihovo vključevanje v proces prilagajanja tehnologij

Kriterij 8: Združljivost s ključnimi sistemi v in izven zdravstva

- Praksa je integrirana – povezana z drugimi sistemi v zdravstvu, socialni ter širše
- Praksa omogoča učinkovite povezave med ključnimi odločevalci in partnerji
- Praksa krepi in podpira zmožnost ciljne populacije za učinkovito vključevanje v vse ključne sisteme

Kriterij 9: Vzdržnost prakse in njena zmožnost za nadgradnjo in širjenje

- Solastništvo ključnih partnerjev oziroma skupnosti oziroma formalno opredeljeni okvirji zagotavljajo vzdržnost prakse
- Trajnostna strategija upošteva mnoge družbene okoliščine (npr. zdravstvene in socialne politike, inovacije, kulturne značilnosti in ekonomsko ureditev, epidemiološke razmere)
- Praksa je deležna široke podpore tistih, ki prakso implementirajo.
- Praksa vključuje oceno možnih vplivov na (širšo) ciljno populacijo, če bi bila implementirana širše.



Sodelavci in zahvale

Ožja uredniška skupina: Denis Oprešnik (NIJZ), David Somekh (EHFF), Lyudmil Ninov (EPF), Jelka Zaletel (NIJZ)

WP7 vodja: ISS (Istituto Superiore di Sanità): Marina Maggini, Bruno Caffari, Angela Giusti, Flavia Pricci, Emanuela Salvi, Marika Villa.

WP7 so-vodja: NIJZ (National institute of public health, Slovenia): Jelka Zaletel, Denis Oprešnik, Dejan Bahc.

Partnerji s pilotnimi projekti: BULGARIA: NCPHA (National Center of Public Health and Analyses): Plamen Dimitrov, Mirela Strandzheva, Doroteya Velikova. CROATIA: CIPH (Croatian Institute of Public Health): Verica Kralj, Mario Šekerija, Maja Silobrić Radić, Tamara Poljicanin, Marijan Erceg, Ivana Brkić Biloš, Ivan Pristaš, Marko Brkić, Domina Vusio, Marija Švajda; MoH (Ministry of Health, Croatia): Dunja Skoko Poljak, Sanja Kiš; CHIF (Croatian Health Insurance Fund): Tatjana Bekić; KoHOM (Croatian Family Physicians Coordination): Vjekoslava Amerl Šakić; DNOOM (Croatian Association of Teachers in General Practice/ Family Medicine): Valerija Bralić Lang; HSDU (Croatian Diabetes Patients Associations): Zrinka Mach. GREECE: CERTH (Centre for Research and Technology - Hellas): Konstantinos Votis, Vassilis Koutkias, Dimitrios Tzovaras, Eleftheria Polychronidou; AUTH (Aristotle University of Thessaloniki, AHEPA University Hospital): Christos Savopoulos, Ilias Kanellos, Georgia Kaiafa, Paraskevi Leonida, Panagiotis Skantzis, Elena Matopoulou, Spyros Fotiadis, Dimitris Konstantinidis, Addo Tesfaye, Triantafyllos Diddagelos, Mariam Jaber, Elena Fotiadou, Dimitris Konstantinidis, Parthena Giannoulaki, Maria Kourbeti, Nikolaos Tsokos, Konstantina Stavropoulou, Apostolos Hatzitolios; IHU – ATEIT (International Hellenic University - Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki): Dimitrios Theofanidis, Antigoni Fountouki; TDGHS (Thoracic Diseases General Hospital Sotiria): Angellos Vontetsianos, Theodoros Vontetsianos, Dimitra Gennimata; EUC (European University of Cyprus): Ioannis Patrikios, Ilias Kanellos, Konstantinos Lampropoulos, Georgios Papaioannou; NHA (Naval Hospital of Athens): Spyros Papaioannou, Nikolaos Papaioannou; TGHP (Tzaneio General Hospital of Pireus): Stylianos Handanis; KGH (Kozani General Hospital): Stefanos Poullos, Stylianos Lampropoulos, Stamatios Sofoulis, konstantinos Stokos, Eirini melidou. GERMANY: UHREG (University Hospital Regensburg): Patrick Neff, Jorge Simões, Winny Schlee; OVGU (Otto-von-Guericke University Magdeburg): Myra Spiliopoulou, Miro Schleicher, Vishnu Unnikrishnan, Yash Shah, Sachin Nandakumar; UULM (Ulm University): Rüdiger Pryss, Johannes Schobel, Michael Winter, Manfred Reichert. FINLAND: THL (Finnish Institute for Health and Welfare): Idil Hussein, Jaana Lindström, Katja Wikström, Eeva Virtanen. SERBIA: UBE0 (Faculty of Medicine University of Belgrade, Clinic for Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases, Clinical Centre of Serbia: Nebojša Lalić, Katarina Lalic, Aleksandra Jotić, Ljiljana Lukić, Tanja Milčić, Marija Macešić, Jelena Stanarčić Gajović, Milica Stojiljkovic; (Faculty of Medicine University of Belgrade, Institute of Social Medicine): Vesna Bjegovic Mikanovic, Jovana Todorovic, (Centre for International Collaboration, Faculty of Medicine) Natasa Ognjanovic, MoH (Ministry of Health Republic of Serbia): Ljubica Pakovic; IPHS (Institute of Public Health of Serbia): Verica Jovanović, Darija Kisić Tepavcević, Ivana Rakočević, Natasa Mickovski Katalina; PHCC (Primary health care centre Palilula) Aleksandar Stojanović; (Primary health care centre Stari Grad): Vesna Janjušević; (Primary health care centre Savski venac): Dubravka Miljuš; (Primary health care centre Zemun): Aleksandra Cvetković; (Primary health care centre Rakovica) Dobrila Vasić; (Primary health care centre Uzice): Danijela Marinković, (Primary health care centre Novi Sad): Veselin Bojat; (Primary health care centre Kragujevac): Vasilije Antić; DAS (Diabetes Association of Serbia): Aleksandar Opačić. SLOVENIA: SBNM (General Hospital Novo mesto): Milivoj Piletič, Ljubinka Počrvina, Marjan Matešič, Sabina Klemenčič, Miloš Potkonjak, Marjetka Matoh, Andreja Žnidaršič, Milanka Markelič, Simona Volf; ZDNM (Community Health Centre Novo mesto): Alenka Simonič, Mila Mršič, Jana Mrvar, Darja Brudar, Sonja Seničar, Nastja Florjančič Lobe, Elizabeta Grill, Katja Šinkovec, Breda Cetina; DDNM (Patient Diabetes Association Novo mesto): Dušan Jukić; NIJZ (National Institute of Public Health Slovenia): Radivoje Pribaković Brinovec, Branko Gabrovec; MZ RS (Ministry of Health Republic of Slovenia): Vesna Kerstin Petrič. SPAIN: CSC (Consejería de Sanidad de Cantabria) and SCS (Servicio Cantabro de Salud): Carlos Fernández-Viadero, Abraham Delgado Diego, Verónica García Cernuda, Patricia Rodríguez Fernández, Iñaki Lapuente Heppé, Marta López Cano, Concha Sastre García, Jose Antonio García del Río; Asociación Cántabra de Diabéticos and Federación Española de Diabetes (FEDE).

Drugi partnerji: DCHE (Danish Committee for Health Education), Charan Nelander, Lars Münter; EHFF (European Health Futures Forum): David Somekh, Basia Kutryba, Ales Bourek, Rui Louriero; EPF (European Patient Forum): Lyudmil Ninov, Valentina Strammiello; Kronikgune (Institute for Health Services Research Kronikgune): Ane Fullaondo, Jon Txarramendieta, Esteban de Manuel Keenoy.

Zunanja podpora: Mirca Barbolini.

Delo je usklajeno z navodili projekta skupnega ukrepanja CHRODIS PLUS za predimplementacijsko, implementacijsko in postimplementacijsko fazo, ki jih je pripravil KRONIKGUNE v sodelovanju z vsemi partnerji CHRODIS PLUS. Navodila so bila prilagojena potrebam Delovnega paketa 7, s strani vodje, so-vodje in partnerjev Delovnega paketa 7.

