

Raport końcowy

Program pilotażowy POZ PLUS – Ocena realizacji programu pilotażowego POZ PLUS oraz ocena poziomu satysfakcji świadczeniodawców z zastosowaniem metody indywidualnych wywiadów pogłębionych (IDI).

Raport z badania przeprowadzonego na zlecenie Narodowego Funduszu Zdrowia przez firmę DANA E w listopadzie 2020 r.

Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

**NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA – Centrala
Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej
ul. Rakowiecka 26/30
02-528 Warszawa**

Spis treści

1.	Tło badania	3
1.1.	Metodologia	3
1.2.	Dobór próby w części jakościowej badania	5
2.	Wyniki badania	7
2.1.	Przed pilotażem POZ PLUS	8
2.2.	Przystąpienie do POZ PLUS.....	8
2.2.1	Przyczyny.....	8
2.2.2.	Ocena formalności związanych z rekrutacją do POZ PLUS	9
2.3.	Zmiany organizacyjne	11
2.4.	Zespół POZ PLUS.....	12
2.5.	Funkcja koordynatora	12
3.	Informowanie o pilotażu/rekrutacja pacjentów	14
4.	Monitorowanie realizacji pilotażu	15
5.	Badania bilansowe.....	15
5.1.	Dokumentacja.....	16
5.2.	Zakres bilansu	16
5.3.	Edukacja	17
6.	Program zarządzania chorobą.....	20
7.	Zakres programu zarządzania chorobą	21
8.	Zgody.....	21
9.	IPOM – Indywidualny Plan Postępowania Medycznego	22
10.	Ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne.....	23
11.	Rezultaty POZ PLUS.....	23

11.1.	<i>Wpływ pilotażu POZ PLUS na realizację umowy podstawowej POZ.....</i>	24
11.2.	<i>Wpływ pilotażu na organizację pracy w POZ</i>	24
12.	Wpływ pilotażu POZ PLUS na pacjentów	25
12.1.	<i>Zainteresowanie placówką podczas pilotażu POZ PLUS.....</i>	27
12.2.	<i>Słabe i mocne strony pilotażu.....</i>	27
12.3.	<i>Najtrudniejsze elementy realizacyjne pilotażu POZ PLUS.....</i>	28
13.	Wpływ COVID	29
14.	Po pilotażu POZ PLUS	30

1. Tło badania

Celem projektu jest pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, tzw. modelu POZ PLUS. Cele szczegółowe modelu POZ PLUS to:

- poprawa jakości usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki medycznej;
- zwiększenie ilości świadczeń medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki medycznej;
- poprawa koordynacji usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie POZ ma na celu stopniowe tworzenie systemu ukierunkowanego na pacjenta, w którym zamiast koncentracji na świadczeniu usług medycznych, kładzie się większy nacisk na stosowanie narzędzi zapobiegawczych. System taki będzie lepiej dostosowany do obecnej sytuacji w środowisku opieki zdrowotnej i procesów demograficznych. Placówki POZ były zobowiązane do dostosowania struktury organizacyjnej i wewnętrznych systemów IT w celu zarządzania opieką koordynowaną. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach POZ PLUS obejmuje:

- wykonywanie bilansów zdrowia dla dorosłych oraz prowadzenie szeroko zakrojonych działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki zdrowotnej;
- zarządzanie/koordynowanie opieką.

Jako jeden z elementów pilotażu można wyróżnić program zarządzania chorobą (disease –management – DMP) w 11 chorobach przewlekłych. Jest realizowany w oparciu o ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego opracowane na zlecenie Narodowego Funduszu Zdrowia przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi (w uzgodnieniu z przedstawicielami towarzystw medycznych i konsultacją z lekarzami praktykami, pielęgniarkami oraz zarządzającymi podmiotami leczniczymi na poziomie POZ, AOS).¹

1.1. Metodologia

W niniejszym rozdziale przedstawiono opis metody badawczej wraz z uzasadnieniem wykorzystania.

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI - ang. Individual In-depth Interview) to jedna z podstawowych i najbardziej klasycznych technik badawczych wśród metod jakościowych. IDI to wywiady realizowane na niewielkiej, celowo dobranej próbie badawczej. Celowy dobór respondentów jest szczególnie ważny pod kątem uzyskania pogłębionych i rzetelnych informacji. Wywiad pogłębiony znajduje najczęściej zastosowanie do badania faktów, postaw i przekonań. Indywidualne wywiady pogłębione mają charakter rozmowy ukierunkowanej na zagadnienia zawarte w scenariuszu, wyznaczone przez pytania badawcze. Rozmowa prowadzona jest przez doświadczonego moderatora, który bazuje na przygotowanym wcześniej narzędziu (scenariuszu wywiadu), jednak na bieżąco dostosowuje kolejność wątków do przebiegu rozmowy. Moderator czuwa nad tym, aby wypowiedzi respondenta były odpowiednio pogłębione i aby wszystkie ważne elementy zostały poruszone. Istotną cechą charakterystyczną wywiadu pogłębionego jest swobodna struktura rozmowy. Powyższe elementy sprawiają, że wywiady pogłębione są techniką szczególnie przydatną w procesie pogłębienia wiedzy na temat badanych zjawisk, zrozumienia ich przyczyn oraz odczuć i opinii respondenta związanych z badanym zjawiskiem. Dodatkowo stosunkowo duża elastyczność (scenariusz stanowi raczej zestaw wytycznych do rozmowy niż listę szczegółowych pytań, które należy zadać w niezmienionej formie) sprawia, że wywiady pogłębione są cenną techniką w kontekście eksploracji danego obszaru badawczego i pozyskiwania informacji o wątkach, które z różnych przyczyn nie zostały uwzględnione we wcześniejszych analizach.

Rozmowa z respondentem jest nagrywana (po uprzednim uzyskaniu zgody na nagranie), a następnie dokonywana jest dokładna transkrypcja wywiadu. W kolejnym kroku, tekst transkrypcji jest poddawany skrupulatnej analizie jakościowej, pod kątem poszukiwania odpowiedzi na założone pytania badawcze.

Wszystkie z wymienionych wyżej cech wywiadów pogłębionych przyczyniły się do realizacji celów badania oraz odpowiedzi na pytania badawcze. Informacje pozyskane w trakcie wywiadów pozwoliły nam pogłębić wiedzę

¹ <https://akademia.nfz.gov.pl/poz-plus/>

w szczególności na temat osobistych doświadczeń respondentów z perspektywy osoby koordynującej pilotaż POZ PLUS, jak i osoby będącej częścią kadry zarządzającej w której realizowany był pilotaż.

Ze względu na sytuację panującą w kraju, wywiady odbyły się w formie telefonicznej. Pogłębiony wywiad telefoniczny (ang. TDI – Telephone In-depth Interview) różni się od IDI jedynie telefoniczną formą kontaktu z respondentem. Dodatkowo, technika ta jest znacznie szybsza w porównaniu z wywiadami face to face, a jednocześnie gwarantująca bardzo efektywne przeprowadzenie badania.

Materiał pozyskany w wyniku prowadzonych wywiadów został poddany analizie w oparciu o poniższe etapy:

- analiza wstępna na potrzeby stworzenia wstępnej wersji raportu, na którą składa się ocena wiarygodności i weryfikacja podstawowych elementów metodologicznych badania;
- redukcja i kategoryzacja, polegająca na uporządkowaniu pozyskanego materiału badawczego oraz wstępne wnioskowanie i interpretacja (wyodrębnienie poszczególnych zagadnień i pojęć, analiza przyczynowo – skutkowa, wyodrębnienie wartościowych cytatów na potrzeby wstępnej wersji raportu);
- analiza pogłębiona i ocena wniosków z uzyskanych informacji, opracowanie końcowego raportu prezentującego wyniki.

1.2. Dobór próby w części jakościowej badania

W ramach badania jakościowego przeprowadzono łącznie 40 indywidualnych telefonicznych wywiadów pogłębionych w 20 podmiotach. W każdej placówce wytypowano po 2 osoby:

- Osoba z kadry zarządzającej placówką
- Koordynator pilotażu

Dobierając uczestników wywiadów różnicowano ich ze względu na poniższe wytyczne:

1. Wielkość podmiotu:
 - 3 duże placówki
 - 9 średnich placówek
 - 8 małych placówek
2. Posiadanie umów w innych zakresach:
 - 0 umów w zakresach zbieżnych z DMP (AOS)
 - 1-2 umowy w zakresach zbieżnych z DMP (AOS)
 - 3-5 umów w zakresach zbieżnych z DMP (AOS)
3. Posiadanie umowy w innych rodzajach świadczeń poza POZ (AOS, SZP, PRO, PRY, REH)
 - 0 umów
 - 1-2 umowy
 - 3-5 umów
4. % wykonania bilansów ze zadeklarowanej liczby bilansów w umowie
 - <80%
 - 80 – 120%
 - >120%
5. % zgód do DMP
 - < 10 %
 - 10-20 %
 - > 20 %
6. % bilansów podstawowych w wykonaniu
 - < 10 %
 - 10-20 %
 - > 20 %
7. Przyrost deklaracji wybór (%)
 - < 10 %
 - 10-20 %
 - > 20 %
8. Dodatkowe parametry:
 - Co najmniej 1 z każdego OW NFZ

Wybrane placówki

Wielkość placówki	Nazwa placówki
Małe placówki	NZOZ "ZDROWIE" S.C.
	"OPTIMA MEDYCYNĄ" S.A. Dytmarów
	ZOZ NR 2 (Łąka)
	ŁOMŻYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE
	CENTERMED KIELCE
	"ELMED"SP. Z O.O.
	"VITA" PRZYCHODNIA MEDYCYNĄ RODZINNEJ
	NZOZ "ARS MEDICA"
Średnie placówki	NZOZ "PRZYCHODNIA RODZINNA"
	NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "FARMA-MED"
	WSPL SPZOZ
	CM "SZPITAL ŚW. RODZINY"
	NZOZ "KROMED" S.C.
	NZOZ "CENTRUM" (Siedlce)
	"BALTIMED"
	"EPIONE" SP. Z O.O. (Piotrowicka)
	NZOZ "MULTIMEDIS"*
	"SCANMED" S.A. (Krowodrza)
Duże placówki	NZOZ "MEDIQ"
	SPZZŁO WARSZAWA-ŻOLIBÓRZ

Przebieg badania

Wywiady w ramach badania zostały zrealizowane przy zastosowaniu telefonicznych wywiadów pogłębionych (TDI).

Poniżej przedstawione zostały poszczególne etapy realizacji badania:

- ⇒ Etap przygotowania
- ⇒ Etap planowania
- ⇒ Etap realizacji i kontroli
- ⇒ Etap analizy i zamykania

Realizację badania rozpoczęto od fazy początkowej, czyli ustalania wraz z Zamawiającym koncepcji całokształtu badania. Etap ten obejmował również identyfikację uczestników projektu, uzgodnienie i zatwierdzenie szczegółowego zakresu projektu, jego harmonogramu, a także zasobów niezbędnych do jego realizacji. W kolejnym etapie opracowywano narzędzie badawcze (scenariusz do wywiadów), które podlegało ostatecznej akceptacji

Zamawiającego. W kolejnym kroku zrealizowano etap związany z gromadzeniem i opracowywaniem danych, co wiązało się również z bieżącą kontrolą i podejmowaniem działań korygujących.

2. Wyniki badania

Realizacja pilotażu POZ PLUS bez wątpienia wymagała dużych nakładów pracy, poświęcenia oraz zmiany dotychczasowych schematów działań, aczkolwiek przyniosło to nieocenione efekty przede wszystkim dla pacjentów, ale i dla ośrodków. Przed udziałem w pilotażu profilaktyka była postrzegana jako nieobowiązkowy element badań, aniżeli obligatoryjny zakres badań. Część placówek, realizowała profilaktykę za pośrednictwem dedykowanych programów, natomiast inne placówki nie miały tak ustrukturyzowanych działań. Zdarzały się również miejsca w których profilaktyka nie była na tyle powszechna, aby respondenci byli w stanie wskazać konkretne działania. Motywacji przystąpienia do pilotażu POZ PLUS można dopatrywać na różnych płaszczyznach. Zaczynając od dobra pacjentów, poprzez rozwój, innowacyjność czy kwestie finansowe. Wśród ośrodków biorących udział w pilotażu, znajdują się takie, które mają większe lub mniejsze doświadczenie w aplikowaniu do podobnych programów, zatem ocena formalności różniła się w zależności od znajomości procesu wnioskowania. Miejsca, które miały okazję brać udział w projektach unijnych, dostrzegają podobne schematy działań, więc formalności nie stanowią aż takiego problemu jak dla placówek, które pierwszy raz musiały zmierzyć się z podobną sytuacją. Aczkolwiek wszystko jest kwestią wprawy oraz jak wspomniano, następnym razem wypełnianie dokumentów będzie znacznie sprawniejsze. W kwestii zmian organizacyjnych można stwierdzić, że były to największe zmiany jakie zaszły podczas przygotowania do realizacji projektu. Dotyczy to zarówno zwiększenia personelu medycznego oraz administracyjnego, nawiązania współpracy ze specjalistami oraz dostosowania gabinetów, jak i procesu rejestracji pacjentów. Początkowo budziło to obawy dotyczące zwiększonej ilości obowiązków, jednak z czasem zauważono, że każdy z wymienionych elementów sprzyja sprawnej organizacji zarówno wizyt, jak i kontaktu z pacjentem. W ramach pilotażu powstała nowa funkcja koordynatora. Osoba ta była odpowiedzialna za organizację przebiegu harmonogramu leczenia, zaczynając od rekrutacji pacjentów, poprzez umawianie ich na kolejne wizyty, jak i zarządzanie dalszym postępowaniem (umawianie wizyt kontrolnych, konsultacji, wypełnianie dokumentacji). Jak wspomniano, bez tej osoby pilotaż by się nie udał. Dotarcie do pacjentów odbywało się za pośrednictwem różnych kanałów, stosowano ulotki, plakaty, ogłoszenia, jak i zaproszenia bezpośrednie. Pomimo transparentności projektu, część pacjentów odmówiła wzięcia udziału, natomiast wynikało to przede wszystkim z braku czasu oraz braku świadomości na temat własnego zdrowia. Monitorowanie przebiegu pilotażu można podzielić na dwa obszary, z jednej strony są to osoby zarządzające placówką, które pilnują formalnej części projektu, natomiast z drugiej strony są to koordynatorzy oraz lekarze, którzy odpowiadają za terminowy, jak i dostosowany do potrzeb przebieg wizyt. Jednym z elementów pilotażu były profilaktyczne świadczenia bilansowe, którego celem było przebadanie pacjenta i opracowanie dalszego postępowania. Co ważne, badania te okazały się na tyle skuteczne, że pozwoliły na wczesne wykrycie chorób oraz podjęcie odpowiednich działań umożliwiających leczenie. Zwrócono uwagę, że część badań cieszy się wyjątkową popularnością, podczas pandemii były to wszelkie badania związane z drogami oddechowymi, natomiast zgłaszano też braki, które dotyczyły przede wszystkim okulisty czy markerów nowotworowych. W ramach bilansu pacjenci byli edukowani z zakresu zdrowia, jak i wyrabiana nawyków polegających na regularnej profilaktyce. W niektórych placówkach szczególnie dużym zainteresowaniem cieszyły się porady psychologiczne oraz dietetyczne – zadziałały one na korzyść pacjentów i pozytywnie wpłynęły na ich stan zdrowia. Dodatkowo, zwracano uwagę, że szczególnie w czasach pandemicznych pomoc psychologiczna jest kluczowa, bowiem pacjenci mogą czuć się zagubieni, jest to również ważne przy chorobach przewlekłych, które to mogą powodować spadek wiary i wywoływać lęki. Tam, gdzie pomocy psychologa nie było lub działała w ograniczonym zakresie, sugerowano włączenie tych usług lub zwiększenie dostępności personelu. Wyniki badania pokazały, że z elementów pilotażu, tj. program zarządzania chorobą cieszy się stosunkowo wysokim zainteresowaniem pacjentów. Do udziału motywuje przede wszystkim krótki czas oczekiwania na konsultacje specjalistyczne – pacjenci są skłonni zrezygnować z samodzielnego wyboru specjalisty, aby szybciej otrzymać diagnozę, natomiast osoby, które rezygnowały kierowały się przyzwyczajeniem do swojego stałego lekarza czy brakiem czasu. W ogólnym postrzeganiu można wyróżnić mocne i słabe strony pilotażu. Wśród mocnych stron pilotażu wskazywano najczęściej szybszy czas diagnostyki i szeroki wachlarz świadczonych usług, które

przyczyniły się do zwiększenia satysfakcji pacjentów w związku z kompleksową obsługą. Dostrzega się również lepszą koordynację w zakresie zarządzania pacjentem, jak i podziału pracy pracowników w POZ. Do słabych stron pilotażu można zaliczyć system informatyczny, który nie był odpowiednio dostosowany. Ponadto sprawozdawczość wymagała dużego nakładu pracy i czasu, ze względu na zbyt dużą liczbę dokumentów oraz podwójny mechanizm wprowadzania danych do systemów, które w opinii rozmówców nie są ze sobą kompatybilne (np. AP-KUŚ i SOMED). Zaproponowano ograniczenie biurokracji, liczby podpisów i skrócenie dokumentów niezbędnych w zarządzaniu chorobą.

2.1. Przed pilotażem POZ PLUS

Przed przystąpieniem do pilotażu POZ PLUS większość wymienionych ośrodków realizowała programy profilaktyczne, między innymi CHUK, POChP, jak i profilaktykę chorób odtytoniowych. Część placówek realizowała również inne zadania z zakresu profilaktyki, natomiast działania te nie były usystematyzowane. Ponadto profilaktyki nie postrzegano jako priorytetu wśród codziennej realizacji świadczeń głównie związanych ze stanami chorobowymi pacjentów. W ośrodkach, które nie realizowały profilaktycznych działań, wspomniano, że była to nowość w programie POZ PLUS. Wśród opinii, również pojawiło się stwierdzenie, że udział w pilotażu POZ PLUS pomógł w standaryzacji badań profilaktycznych.

„Profilaktyka bazowała na starych bilansach ludzi dorosłych z określonymi chorobami. Głównie cukrzyca, nadciśnienie, POChP, astma. Ale powiem szczerze, że nie było to sformalizowane. Nie było takich wymogów. Jest tylko hasło rzucone, natomiast nie ma takiego nakazu. A dopóki nie ma nakazu, to nikt się tak specjalnie nie tym nie przejmie.”² – Kadra Zarządzająca

2.2. Przystąpienie do POZ PLUS

2.2.1 Przyczyny

Pracownicy placówek biorących udział w pilotażu uważają, że jest to innowacyjny program. To coś, czego w Polsce nie ma, dlatego chęć spróbowania nowego rozwiązania to z pewnością jedna z przyczyn przystąpienia do pilotażu. Głównie chodziło jednak o wyjście naprzeciw pacjentom poprzez uatrakcyjnienie oferty POZ. Możliwość zaoferowania szerokiego wachlarza badań czy też poszerzenie działalności o takie usługi, jak np. fizykoterapia, dietetyka czy w ogóle dostęp do specjalisty. Istotnym elementem było też zapewnienie koordynacji opieki m.in. poprzez wskazanie koordynatora (administracyjnego), który pomagał pacjentom w realizacji zaplanowanego postępowania medycznego opracowanego przez lekarza pierwszego kontaktu (koordynatora leczenia). Ten program miał też pokazać pacjentom, że profilaktyka pierwotna jest o wiele bardziej istotna, niż profilaktyka wtórna, bo lepiej zapobiegać niż leczyć.

Chcieliśmy troszeczkę uatrakcyjnić naszą ofertę w POZ-cie, bo nie mieliśmy dostępu do takich usług, więc nam się wydawało, że to będzie fajne rozwiązanie dla pacjentów – pełne konsultacje specjalistyczne, koordynowana opieka. - Koordynator

Wśród innych przyczyn przystąpienia do pilotażu pojawiła się chęć zwiększenia rozpoznawalności placówki czy zwiększenie liczby osób korzystających z jej usług. Niektórzy podkreślają, że ten program to szansa, żeby wykorzystać potencjał swoich zasobów (lekarzy, diagnostów). To możliwość sprawdzenia i oceny samych siebie, a także wzmocnienie poczucia odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów. Do tego wszystkiego dochodzi dodatkowe

² Cytat odnosi się do sytuacji przed przystąpieniem do pilotażu w 2017 roku i ustrukturyzowanego planu opieki dla pacjentów z określonymi chorobami przewlekłymi.

finansowanie i możliwość usprawnienia placówek pod względem technologicznym. Zachętą była również współpraca z lekarzami specjalistami, którzy świadczą usługi w ramach POZ PLUS. Taka współpraca to także korzyść dla pacjentów spoza programu, którzy przy okazji obecności specjalistów w placówce, również mają okazję skorzystania z ich usług.

„Finanse zawsze są też ważne, dla każdej z placówki, ale mimo wszystko pierwszorzędną przyczyną to była właśnie możliwość przeprowadzenia bilansów, wykrywanie chorób u pacjentów, którzy właściwie jeszcze nie mieli dolegliwości.” – Kadra zarządzająca

„Jeżeli realizujemy więcej zadań, to pojawiają się jakieś możliwości dla placówki pozyskiwania środków, chociażby na unowocześnianie czy poszerzanie bazy diagnostycznej, sprzętowej”. - Kadra zarządzająca

Dla niektórych udział w pilotażu był czymś oczywistym, naturalnym, tak samo jak korzystanie z dotacji unijnych i innych różnorodnych programów finansowanych - na zasadzie „jeżeli jest coś nowego, to staramy się w tym uczestniczyć”. Jedna z osób podkreśliła, że POZ, będący podstawą systemu, był bardzo zaniedbany przez wiele lat, dlatego wszelkie próby zmiany jego funkcjonowania wymagają poparcia. Ponadto mając na uwadze to, że poddany pilotażowi model mógłby stać się powszechnie funkcjonującym modelem, oczywiste było to, że warto go wdrażać i się uczyć teraz, niż potem być postawionym przed faktem dokonanym. Pojawiła się również opinia, że tego typu system, polegający na wstępnym selekcjonowaniu pacjentów, wstępnym umawianiu wizyt przez koordynatorów był już znany, dlatego pojawienie się możliwości przystąpienia do pilotażu było czymś, na co się czekało.

„Taki system (...) był nam znany i byliśmy nim zainteresowani bardzo. Ja to próbowałem wcześniej wprowadzić, ale spotkało się z takim średnim zrozumieniem, głównie personelu lekarskiego. I nagle ktoś przyszedł i wykonał za mnie robotę.” – Kadra zarządzająca

2.2.2. Ocena formalności związanych z rekrutacją do POZ PLUS

W ogólnym postrzeganiu formalności związane z pilotażem POZ PLUS nie są uznane jako problematyczny proces. Sprawność przebiegu tego procesu zależała w dużej mierze od posiadania doświadczenia w aplikowaniu do programów unijnych. Warto dodać, że część formalna związana z organizacją pilotażu POZ PLUS należała głównie do obowiązków kadry zarządzającej. Trudności, na które wskazywano dotyczyły zawarcia umów ze specjalistami oraz zapewnienie wykonywania wysokospecjalistycznych badań diagnostycznych w ramach programu zarządzania chorobą (DMP).

„Część tych badań, które były zaoferowane w pilotażu są zbędne. Aż tak szerokie i specjalistyczne badania są niepotrzebne, ponieważ na poziomie POZ-u nigdy się tych badań nie wykona, a musieliśmy zapewnić umowy, zapewnić wykonanie tych badań. To jest dosyć kosztowne, ponieważ zawarcie takich umów, wymaga opłaty za gotowość pracowni do wykonania tych badań.” – Kadra zarządzająca

„Było sporo różnych dokumentów, które trzeba było zdobyć między innymi od tych specjalistów, którzy by mieli w tym brać udział. Nie było to wcale takie oczywiste. Po stronie NFZ-u była jeszcze mała wiedza w ogóle z czym to się je, czego należy oczekiwać, co i jak robić. Więc te pierwsze miesiące i samo przystąpienie, no wymagało sporo zachodu.” – Kadra Zarządzająca

Pilotaż POZ PLUS był czymś nowym dla placówek, w związku z czym budził pewne obawy. Przede wszystkim czy uda się zrealizować minimalną liczbę bilansów w zakładanym czasie. Uzależnione to było od wielu czynników, w tym między innymi od zainteresowania pacjentów. Koordynatorom towarzyszyła niepewność czy ludzie będą chcieli przystępować do programu, w jaki sposób go odbiorą, czy nie pomyślą, że może być w tym coś podchwytliwego, skoro proponuje im się to za darmo.

„Jeśli najpierw wychodzimy z taką opcją: „proszę przyjdźcie, mamy dla was za darmo to i to, chcemy was badać”, to pacjenci byli na początku nieufni, może pomyślą, że to coś gorszego, jakaś gorsza usługa.” – Koordynator

Kolejne obawy, które towarzyszyły pracownikom przed przystąpieniem do pilotażu to kwestie organizacyjne, dotyczące rejestracji uczestników programu pilotażowego i znalezienie dla nich miejsca w grafikach lekarzy. Obawiano się, że obsługa tej grupy pacjentów może przyblokować grafiki i w jakiś negatywny sposób wpłynąć na zwykły POZ. Wielu koordynatorów wspomina również o dokumentacji – zarówno o tej, z którą należało się zapoznać, jak i o tej, którą później trzeba wypełniać. Na początku strach wywołały dokumenty, które regulowały to, w jaki sposób funkcjonuje program. Trzeba było pamiętać o podpisach, o tym, co i na którym etapie można, a czego nie można.

„Przerażenie, że to takie w sumie encyklopedie całe. Się śmieliśmy, że to jest po prostu coś, z czym będziemy teraz spać, żeby się tego wszystkiego nauczyć. (...) Jednak okazało się, że, jak w wielu przypadkach, strach ma wielkie oczy i zawsze jest ta taka obawa przed nowym.” – Koordynator

Przerażenie wzbudzała także sprawozdawczość świadczeń, ale od strony technicznej. Brak znajomości zewnętrznego systemu informatycznego, obawa przed dodatkowymi komplikacjami, czy też ogólnie brak dostosowania systemu. Warto podkreślić, że była to zasadna obawa, ponieważ jak wspominają koordynatorzy – sprawdziła się.

„Była wielka obawa, która się potem sprawdziła, odnośnie tych elektronicznych różnych, że tak powiem spisów. Długo nie chodziło wszystko tak, jak trzeba. No było to, bardzo trudne.” – Koordynator

Wśród kadry zarządzającej największą obawę stanowił wspomniany już system informatyczny i to czy zostanie on dostosowany do istniejącego w placówce systemu gabinetowego. Kolejna kwestia, to znalezienie odpowiednich

specjalistów, namówienie ich do współpracy i podpisanie umów. Przy czym obawa ta nie była związana z finansami, a raczej z dostępnością i dyspozycyjnością lekarzy. Ponadto, kadra zarządzająca obawiała się także reakcji personelu. Brano pod uwagę, że pracownicy mogą się buntować z powodu wprowadzanych nowych usług, które niosą za sobą dodatkowe obowiązki, spadające na lekarzy oraz pielęgniarki. Co więcej, pojawiła się jedna opinia, że największą obawę stanowił program zarządzania chorobą. Wiązało się to z tym, iż placówka w swoim portfolio nie posiada jako takiej poradni specjalistycznej.

„Pod kątem rozliczeń, czy jakby zasad działania, niedużo się różni dla tych poradni, w których pracowało się w ramach kontraktu NFZ. My takich kontraktów nie mieliśmy, mieliśmy jedną drobną poradnię otolaryngologiczną, ale ona, że tak powiem, jest oderwana od rzeczywistości, od tych specjalności, w których objęty był program POZ PLUS”. – Kadra zarządzająca

2.3. Zmiany organizacyjne

Zmiany organizacyjne zauważalne są na różnych płaszczyznach i dotyczą one przede wszystkim podejścia lekarzy do pacjenta, ale i współpracy lekarza rodzinnego z lekarzem specjalistą. Jak część koordynatorów zauważyła, współpraca nawiązana ze specjalistami w ramach pilotażu może zaowocować stałą współpracą, czy długotrwałymi znajomościami. Natomiast w kwestii pacjenta, mówi się o większym zaangażowaniu w diagnostykę, która ma zastosowanie nie tylko w pilotażu, ale jest stosowana powszechnie, co powoduje, że pacjenci wracają i wyrażają chęć kontynuacji leczenia. Każdy nowy obowiązek niesie za sobą dodatkową pracę i czas, co w przypadku jednej z placówek wpłynęło na konieczność rezygnacji z medycyny pracy. Wszelkie omawiane zmiany następowały stopniowo, co wiązało się z różnymi emocjami, początkowo odczuwalny był opór ze strony pracowników rejestracji, którzy mieli nadmiar pracy związany z codziennymi obowiązkami. Z czasem zaczęto dostrzegać dobre strony wprowadzanych zmian, a co ważne to zauważyli je nie tylko koordynatorzy, ale przede wszystkim pacjenci.

„Ja oceniam zmiany bardzo na plus. I to nawet nie tyle przez pryzmat tylko i wyłącznie moich doświadczeń, ale przede wszystkim przez tę ogromną ilość ciepłych słów, które płyną od pacjentów. Oni poczuli się z powrotem wyjątkowi.” - Koordynator

W kontekście ogólnych zmian w organizacji nastąpił większy podział zadań, poszczególne obowiązki zostały podzielone pomiędzy pracowników, co przed przystąpieniem do pilotażu miało charakter dość ogólny, nieco chaotyczny. Bez wątpienia usprawniło to przepływ informacji, ale i skróciło czas oczekiwania na odpowiedź. Niestety nie w każdej placówce jest wystarczająca ilość personelu, która mogłaby skupić się na konkretnych obowiązkach. Prace związane z pilotażem, jak i panująca pandemia wpłynęły na przepracowanie personelu. Jak wspomniano, pomoc koordynatorów jest niezwykle istotna, ale żeby osiągnąć oczekiwane rezultaty, to takich osób powinno być zdecydowanie więcej. Podsumowując, bez wątpienia można stwierdzić, że pilotaż jest przykładem jak poprzez prawidłową organizację, jak i nakłady kadrowe można wpłynąć na rozwój placówki. Stawianie profilaktyki na pierwszym miejscu dało pacjentom poczucie bezpieczeństwa, a lekarzom satysfakcję z wykonywanej pracy.

Ja bym sobie życzył, żeby ten pilotaż w ulepszonej wersji, to żeby w ogóle wszedł w życie w każdej placówce. Powiem tak, jeżeli pilotaż zostanie zamknięty, to życie w tych małych wioskach, wróci do swojego starego trybu. Bo te największe zalety tego programu znikną. W zasadzie

wszystko co byśmy chcieli wykorzystać, to zostanie zabrane. Łącznie z pieniędzmi, czy z możliwością diagnozowania i podpisywania umów wprost ze specjalistami.” – Kadra zarządzająca

2.4. Zespół POZ PLUS

Utworzenie zespołu POZ PLUS było dla niektórych placówek trudne, szczególnie pod względem współpracy ze specjalistami, z którymi należało zawrzeć umowy o współpracy. Obawy wynikały głównie z konieczności wprowadzenia zmian w dotychczasowej organizacji pracy, np. zmiana harmonogramu pracy, nowe zadania, dostosowanie czasu wizyt. Jak wspomniano w jednej z rozmów, doszło do sytuacji, że osoba powołana na stanowisko koordynatora zrezygnowała z pracy w ramach pilotażu, jak i z współpracy z daną placówką. Mimo trudności, koordynatorzy docenili fakt, że podczas organizacji pilotażu było miejsce na pewną elastyczność i dostosowanie działań do placówki. W większych placówkach dobór koordynatorów odbywał się w porozumieniu z pracownikami, było miejsce na zgłoszenie własnej kandydatury drogą wewnętrznej rekrutacji, jak i po konsultacji koordynator był wybierany przez zarząd. W części placówek to koordynatorzy byli odpowiedzialni za zbudowanie zespołu do pilotażu POZ PLUS. Z perspektywy kadry zarządzającej, stworzenie nowego stanowiska – koordynatora, okazało się być bardzo przydatne, szczególnie biorąc pod uwagę nowe obowiązki i wyzwania administracyjne narzucone przez pilotaż. Natomiast, jak wspomniano podczas jednej z rozmów, utrudnieniem do skompletowania zespołu mogli być zbyt nisko wycenieni specjaliści. Poza finansowymi barierami, zauważono negatywne nastawienie specjalistów, którzy wręcz nie wierzyli, że pilotaż może się udać. Wspomniano, że w celu usprawnienia procesu organizacji zespołu POZ PLUS, placówki realizujące pilotaż wymieniały się między sobą własnymi doświadczeniami.

„Dietetyk jest bardzo nisko wyceniony, a POZ PLUS właśnie przede wszystkim realizuje porady dietetyczne i tutaj dopłacamy do dietetyka. Mamy panią magister, która ma świetne efekty, ma bardzo dobry kontakt i pacjenci, nawet Ci, którzy byli sceptycznie nastawieni, bardzo chętnie przychodzili. I by chcieli przychodzić jeszcze później, no ale nie ma miejsca, bo to tylko 3 wizyty.”

Pomoc kadry zarządzającej w opiece koordynowanej dotyczy przede wszystkim spraw administracyjnych. Fakt, że są to osoby decyzyjne bez wątplenia ułatwia podejmowanie kolejnych kroków, aczkolwiek w codziennym funkcjonowaniu to koordynator odpowiada za większość obowiązków. Rolą osób zarządzających jest ogólne monitorowanie przebiegu pilotażu. W zależności od placówki, organizowane są wewnętrzne spotkania na których raportowane są postępy pilotażu, jest to też okazja, aby bezpośrednio skonsultować bieżące sprawy. Jak oceniają koordynatorzy, kontakt przebiega prawidłowo i w razie problemów nie muszą długo czekać na reakcję osób zarządzających.

„Kierownik to osoba, która sprawuje nad nami pieczę. Jest niezwykle pomocna, ile razy byśmy się z czymkolwiek nie zwrócili – uzyskujemy pomoc i jakieś wsparcie, i nigdy temat nie zostaje zostawiony, także spotkania mamy często organizowane.” – Koordynator

2.5. Funkcja koordynatora

Do zadań koordynatora należy m.in. opieka nad pacjentem, przypominanie o wizytach, umawianie na kolejne wizyty, kontakt z lekarzami, jak również obowiązki formalne – przyjmowanie nowych deklaracji, wprowadzanie bilansów do

systemu. Dla większości respondentów, praca koordynatora to praca na cały etat, konieczna do wykonywania na miejscu.

„Robienie bilansów, tak, cała koordynacja tej opieki, przyjmowanie nowych deklaracji, wprowadzanie do systemu bilansów, do tego APKUŚ-a, rozpoczynanie procesów, umawianie tych wszystkich badań z zarządzania chorobą, czy Holtery, czy jeżeli chodzi o rehabilitację, to no wszystko tutaj się, że tak powiem dzieje. Zamknięcia bilansów, taki pacjent, trafia tutaj w dniu bilansu, od lekarza jest przekierowywany tutaj do podpisu, drukujemy, także jest praca na co dzień.”- Koordynator

Wyjątki stanowiły wypowiedzi wskazujące na to, że koordynator nie musi być cały czas dostępny w placówce i że może pełnić swoje obowiązki zdalnie. Koordynatorzy w wypowiedziach na temat swojej funkcji zaznaczali główną funkcję łącznika między lekarzami a pacjentami. Jeśli pacjenci mają jakiegokolwiek wątpliwości lub pytania, mogą bezpośrednio skontaktować się z koordynatorem.

„Ten koordynator wg mnie jest świetnym pomysłem, bo pilnuje tego pacjenta. Lekarz, wiadomo, że to lekarz. On ma wytłumaczyć. Ale ten pacjent z czasem potrzebuje, żeby mu to powtórzyć 5 razy i 10. I jeszcze zadzwoni i zapyta. Ten koordynator jest bardzo potrzebny. Patrząc z biegiem czasu jest dosyć dużą pomocą dla pacjenta i lekarza.”-Koordynator

Bez wątpienia zdaniem osób zarządzających, rola koordynatora jest nieoceniona w realizacji pilotażu POZ PLUS. Do zakresu zadań należą przede wszystkim obowiązki związane z koordynowaniem opieki pacjenta, lecz dużą część czasu pochłaniały działania administracyjne. Zadania związane z biurokracją nie powinny być wykonywane w aż tak dużym stopniu przez koordynatorów, ponieważ zabiera to zbyt wiele czasu, który mógł być poświęcony pacjentom.

„Ja myślę, że rola koordynatora bardzo ułatwia realizację pilotażu, dlatego, że pojawienie się takiego przewodnika, z którą się łatwo można skontaktować, to jest niezwykle cenna dla pacjenta wartość dodana. Ja uważam, że nawet, gdyby program POZ Plus miałby zostać zamknięty, to rola koordynatora powinna zostać uwzględniona w ramach POZ-u.” – Kadra zarządzająca

W zależności od wielkości ośrodka, powołanych jest od jednego do dwóch czy nawet trzech koordynatorów, czasem w części etatu. W przypadku, gdy więcej osób pełni tę funkcję, następuje podział obowiązków, gdzie jedna osoba zajmuje się rejestracją oraz administracją, natomiast druga osoba, najczęściej pielęgniarka, pełni obowiązki medyczne czy edukacyjne.

„Uważam przynajmniej, że też w zależności od wielkości populacji, ale tak jak mamy populację 3000 pacjentów, to takie półtorej etatu, to jest minimum, żeby ta osoba była, tak jak lekarz, który obsługuje rodziny tam, 2450 pacjentów może mieć zapisanych, to koordynator podobnie.

*„Uważam, że na 1000 powinien być 1, ale jak będzie no na 2001 to będzie też dobrze pacjentów”
- Kadra zarządzająca*

Respondenci wypowiedzieli się na temat kompetencji, którymi powinien charakteryzować się koordynator. Wskazywane były głównie kompetencje miękkie, które pomagają w kontakcie z drugim człowiekiem i przyciągają do siebie innych. Według respondentów, koordynator powinien wzbudzać zaufanie pacjentów, być otwarty na drugiego człowieka, a jednocześnie być pewny siebie. Ze względu na powierzone obowiązki, koordynator powinien cechować się także dobrą organizacją i systematycznością w pracy. Cechy te są niezbędne do rzetelnego wypełniania obowiązków i dbania o właściwe prowadzenie pacjentów.

*„Na pewno dobra organizacja czasu, bo to nie jest praca na 8 godzin, tylko to jest bardziej praca zadaniowa, no i wydaje mi się, że też otwarte myślenie, bo tutaj rzeczywiście na przykład też w kwestii postępowania terapeutyczno-diagnostycznego różne modyfikacje można dostosowywać, więc też otwarte myślenie, żeby nie utknąć w schematach też czasami” -
Koordynator*

Rozmówcy wskazywali również na umiejętność pokierowania pacjenta pod kątem zakładania profilu zaufanego i konta pacjenta. Co ważne, jeden z respondentów zaznaczył, że koordynator powinien posiadać wiedzę medyczną, na temat jednostek chorobowych, sposobu ich leczenia czy zapobiegania.

„Na pewno powinien mieć dobry kontakt z pacjentem, dobry kontakt z personelem, oraz osobami współpracującymi. Powinien posiadać wiedzę na temat jednostek chorobowych, sposobu ich leczenia, zapobiegania. Nie wiem. No na pewno powinien być obowiązkowy, w sensie... wiarygodny, dokładny. (...) Jeśli chodzi o wykształcenie, to uważam, że powinien mieć wykształcenie medyczne, lub związane z medycyną.” - Koordynator

3. Informowanie o pilotażu/rekrutacja pacjentów

Na sposób informowania pacjentów o pilotażu POZ PLUS miała wpływ wielkość placówki, co powodowało, że w mniejszych miejscowościach nie było konieczności prowadzenia szczególnych działań promocyjnych, ponieważ poczta pantoflowa spowodowała natychmiastowe wypełnienie listy pacjentów. Warto podkreślić, że taki sposób może ograniczyć dotarcie informacji do pozostałych mieszkańców. W przypadku prowadzenia kampanii informacyjnej stosowano plakaty promocyjne, informowanie za pośrednictwem radia oraz gazet, jak i komunikowanie bezpośrednie za pośrednictwem lekarzy. Jak wspomniano w jednej z rozmów, działania promocyjne zyskały tak na popularności, że z placówką zaczęły kontaktować się pacjenci z innych ośrodków, czy nawet z innych pobliskich miast. Natomiast w kontekście skuteczności działań, jak zauważyli koordynatorzy, do pacjentów najbardziej trafiały bezpośrednie zaproszenia od lekarzy. Niemniej skutecznie sprawdzały się polecenia pomiędzy pacjentami. Często pomijaną formą były ulotki, raczej nie były czytane przez pacjentów. Należy dodać, że koordynatorzy w pierwszej kolejności starali się przekonać pacjentów, którzy rzadko monitorują swój stan zdrowia. Natomiast z perspektywy kadry zarządzającej, równie istotną grupą pacjentów, których rekrutowano do pilotażu, byli pacjenci oczekujący na wizytę do lekarzy specjalistów. Jak wspomniano, takie podejście pomogło skrócić kolejki wynikające z długiego czasu oczekiwania do specjalisty. Ułatwieniem w komunikacji było zastosowanie wizytówek, na których był podany

bezpośredni numer do koordynatora, który udziela niezbędnych informacji oraz prowadzi zapisy. Warto dodać, że posiadanie wyłącznego numeru przez koordynatorów znacznie ułatwia komunikację z pacjentem. Jak wspomniano w jednej z rozmów, poza numerem telefonu koordynator dysponuje również mailem, czy w razie potrzeby korzysta również z komunikatora WhatsApp.

4. Monitorowanie realizacji pilotażu

Monitorowanie realizacji pilotażu odbywa się na różnych poziomach organizacji. W zależności od wielkości placówki, ilości dostępnego personelu, jak monitorowanego obszaru, ewidencję prowadziły zarówno osoby zajmujące się wyłącznie sprawami związanymi z POZ PLUS, koordynatorzy, pielęgniarki, jak i osoby zarządzające. Jeżeli chodzi o sprawy związane z organizacją wizyt i badań, to najczęściej koordynatorzy pilnowali prawidłowego przebiegu, jak i obecności pacjentów w odpowiednim czasie. Kwestie rozliczenia należały zazwyczaj do obowiązków osób administracyjnych. Natomiast jeżeli chodzi o obowiązki osób zarządzających to monitorowali oni pilotaż w ogólnym kontekście, pod kątem postępów w realizacji.

„Ja monitoruję jako koordynator. W tej chwili jest tak dużo pacjentów, że ja już nie jestem w stanie zmonitorować wszystkich specjalistów samodzielnie. W związku z tym podzielone są ścieżki – kardiologiczna, diabetologiczna, endokrynologiczna, pulmonologiczna i ta cała rehabilitacyjna, pomiędzy osoby zatrudnione w przychodni. Osoby te są odpowiedzialne za system umawiania wizyt i badań laboratoryjnych tak, żeby pacjenci, którzy czy przystępują do programu byli przyjmowani zgodnie z zaleceniami lekarzy specjalistów.” – Koordynator

Część placówek dzięki POZ PLUS i wymianie doświadczeń rozpoczęła faktycznie monitorować wykonanie, nie tylko świadczeń w ramach pilotażu, ale również świadczeń profilaktycznych realizowanych na podstawie innych umów.

„Jesteśmy ogólnie dość dużą placówką, niestety jakby dość mocno rozproszoną, w sensie: brakuje może takich osób, które patrzą na wiele działów, powiedzmy, tak z góry i potrafią gdzieś tam to tempo pracy i różne jakby cele wyznaczać, które powinniśmy gdzieś tam realizować. I właśnie np. tak było z programami profilaktycznymi. My, owszem, robiliśmy jak do tej pory tam cytologię, robiliśmy mammografię. Jakby nie można powiedzieć, że nie. Natomiast jakby tutaj w momencie, w którym zaczęliśmy też spotykać się na tych różnych spotkaniach z innymi realizatorami tych programów i nastąpiła ta taka wymiana doświadczeń, to u nas bardzo przyspieszyła realizacja programów profilaktycznych. Tych, które były jakby dostępne już przecież od wielu, wielu lat, a które gdzieś tam no tak były realizowane, ale, myślę, że nie na... nie na 100%.” – Koordynator

5. Badania bilansowe

Efekty, jakie przyniosły badania bilansowe powodują, że badania te respondenci postrzegają jako bardzo pomocny i efektywny sposób podejścia do pacjenta. Jak wspomniano, dzięki badaniom bilansowym u niektórych pacjentów zdiagnozowano choroby na wczesnym etapie, co umożliwiło szybkie wprowadzenie leczenia. Prawidłowy przebieg badań był kluczowy do dalszej realizacji projektu, więc koordynatorzy dbali o terminową realizację. Natomiast problemy, które pojawiały się ze strony pacjentów dotyczyły niechęci do poszczególnych badań, szczególnie w przypadku tych bardziej złożonych, tj. spoza pakietu profilaktycznych świadczeń bilansowych, takich jak

kolonoskopia, do której pacjenci byli kierowani w przypadku spełnienia kryteriów kwalifikacyjnych (odrębny program profilaktyczny). Odmowy można zauważyć w sytuacji, gdy osobą wskazującą badania jest koordynator, natomiast gdy to lekarz przekazuje taką informację, pacjenci czują autorytet i znacznie częściej decydują się wykonać wskazane badania. Na skłonność wykonania badania miała również wpływ odległość ośrodka, do którego należało się. W dalszym ciągu po wykonaniu badań, pojawiały się problemy ze stawieniem się pacjentów na omówienie wyników. Czasem pacjenci ze własnym zakresem w Internecie sprawdzali oznaczenia wyników i gdy norma była zachowana, pomijali oni wizyty konsultacyjne. Czas oczekiwania na bilans nie stanowił problemu, organizacja pracy lekarzy oraz koordynatorów była na tyle sprawna, że jeżeli pacjent był na czczo to badania udało się wykonać nawet tego samego dnia. Zazwyczaj badania te były wykonywane codziennie, dzięki czemu udało się zapobiec powstawaniu kolejek i odległych terminów. Warto dodać, że podejście pracowników placówek było na tyle elastyczne, że byli w stanie zapewnić dostępność w godzinach porannych, jak i popołudniowych.

Weryfikacja przestrzeganych zaleceń wydanych po bilansie odbywa się na kilku etapach, zaczynając od wizyt edukacyjnych. Robią to lekarzy i koordynatorzy, którzy mają wgląd do zleconych badań oraz statusów czy zostały one wykonane.

5.1. Dokumentacja

W kontekście formalnej realizacji badania bilansowego zauważono pewne obszary, które wymagają usprawnienia. Większość negatywnych opinii związanych z badaniami bilansowymi dotyczyła dokumentacji bilansu i systemu AP-PKUŚ. Ponadto pojawiły się opinie, że proces uzupełniania dokumentów bilansowych był bardzo czasochłonny. W niektórych przypadkach lekarz wypełniał papierową wersję, następnie koordynator przenosił te informacje do systemu AP-PKUŚ.

„Panie doktor bardzo narzekały na to, że nie mają czasu wpisywać od razu uzupełniać danych w systemie AP-PKUŚ, więc robimy to my, one robią wersję papierową bilansu i też strasznie narzekają, że arkusz jest nieczytelny, że za bardzo szczegółowy, że za dużo wypełniania, ale tak na temat merytoryczny to nic by nie dodały, nic by nie odjęły” - Koordynator

5.2. Zakres bilansu

W ogólnym postrzeganiu zakres badań bilansowych został oceniony jako w zupełności wystarczający, aczkolwiek dodano, że jeżeli lekarz zauważa obszary, które należałoby poszerzyć i dodatkowo przebadać, to wskazuje je w rozmowie z pacjentem. Czasami dochodziło do sytuacji, gdy finansowanie części badań w zakresie bilansu oraz w zarządzaniu chorobą nie pokrywała się, uniemożliwiało to kontynuowanie leczenia w ramach pilotażu POZ PLUS. Większość respondentów wskazała, że zakres bilansu jest dobrze dobrany, ponadto co niektórzy sugerowali jego rozszerzenie o: konsultację okulisty, witaminy B3, żelaza, markerów nowotworowych. Co ważne, respondenci zauważyli, że badania na witaminę D oraz USG u kobiet cieszyły się dużym uznaniem wśród pacjentów.

Najczęściej w wypowiedziach pojawiała się potrzeba rozszerzenia przesiewowych badań populacyjnych na młodsze osoby (do 40 roku życia). Młodzi ludzie bardzo często lekceważą pierwsze symptomy choroby i przychodzą na wizyty do lekarza w momencie, gdy choroba jest już w zaawansowanym stanie i wymaga konsultacji ze specjalistą w danej dziedzinie, co zwiększa również koszty leczenia. Do pracowników docierały informacje, że pacjenci byli zadowoleni z możliwości korzystania z porad dietetycznych oraz konsultacji z psychologiem. Jednak trzy wizyty w ramach programu to ich zdaniem zbyt mało. W celu dalszego leczenia pacjenci muszą udać się na kolejne wizyty, których bilans nie obejmuje. Rekomenduje się zwiększenie dostępności wizyt u psychologa jak i dietetyka w ramach bilansu. Na podstawie wykrytych chorób pacjentów, konkretnej placówki program POZ Plus powinien umożliwić konsultacje

z specjalistami w danej dziedzinie. Najczęściej koordynatorzy wskazywali na: okulistę, urologa oraz dermatologa. Dodatkowo, zdaniem jednej z koordynatorek bilans powinien obejmować również badanie poziomu witaminy K oraz żelaza.

„Myślę, że sami pacjenci to tutaj też dopytywali, czy program nie będzie właśnie o urologiczne problemy pacjentów... To też dopytywali, czy pod tym kątem nie będzie ten program rozwijany, bo też duża ilość tych naszych pacjentów zmagają się z problemami właśnie nerek czy typowo układu moczowego, takimi urologicznymi, moczowo... z układu moczowo-płciowego, to gdzieś tam to z tymi. To może by też warto było na ten temat pomyśleć. No i też spora ilość pacjentów z problemami dermatologicznymi się też zmagają tutaj, więc taką diagnostyką... więc może gdzieś pod tym kątem też.” - Koordynator

Oprócz wymienionych przez koordynatorów rozwiązań, które należałoby wprowadzić, przedstawiciele kadry zarządzającej wskazywali, że program profilaktyki powinien obejmować badania w zakresie chorób układu krążenia, cytologii, mammografii, kolonoskopii, bilansów geriatrycznych oraz badanie poziomu insuliny we krwi.

5.3. Edukacja

Prowadzenie edukacji zdrowotnej ma wpływ na nawyki pacjentów – zwiększa ich świadomość na temat czynników ryzyka, które mogą zmienić lub całkowicie wyeliminować, pod warunkiem jednak, że pacjenci są chętni, aby skorzystać z tego wsparcia. Edukacja powinna być dopasowywana do możliwości pacjentów, a jej forma do ogólnej sytuacji – w pandemii dużo częściej korzysta się z teleporad, co nie zawsze jest korzystne. Dlatego tam, gdzie jest to szczególnie istotne, przeprowadzane są wizyty osobiste. Porady edukacyjne są często prowadzone przez pielęgniarki lub tzw. edukatorów, czyli osoby z odpowiednimi kwalifikacjami. W opinii koordynatorów porady edukacyjne zwykle wyglądają w następujący sposób: pacjent kończy bilans, pierwsza porada planowo odbywa się zaraz po zakończeniu bilansu (zwykle tego samego dnia), kolejno umawia się pacjenta na drugą poradę edukacyjną – do porad wykorzystuje się materiały edukacyjne opracowane samodzielnie lub „gotowce” dla danych jednostek chorobowych, np. materiały ze strony akademii NFZ. Koordynatorzy zwracali uwagę na fakt, że edukacja dopasowywana jest do możliwości pacjenta.

„Wiadomo, że to jest obszar wiejski, więc nie powiemy, żeby pan chodził tam na siłownię, albo coś, żeby wypoczynek jakiś był, tylko staramy się dopasować sytuację w jakiej żyje pacjent, więc mówimy, żeby spacerować, albo nawet jakaś praca taka czy w ogródku.” - Koordynator

Edukacja przebiega na różne sposoby – zwyczajowo powinno się to odbywać bezpośrednio w placówce, jednak ze względu na bezpieczeństwo (pandemia), z pacjentami przeprowadza się przede wszystkim rozmowy telefoniczne, czasem przesyła mailowo dodatkowe informacje, np. materiały edukacyjne, ulotki. Według zarządzających, edukacja często prowadzona jest przez odpowiednio przygotowane pielęgniarki, które postępują według kalendarza – sprawdzają, jak pacjenci realizują zalecenia, co się zmieniło w ich w stanie zdrowia. Pielęgniarki mają przygotowane wyniki bilansu pacjenta i wiedzą dokładnie, w jaki sposób przeprowadzić rozmowę i o co pytać – w zależności od jednostki chorobowej. W opinii zarządzających porady edukacyjne to bardzo przydatne narzędzie, choć w niektórych przypadkach cieszą się one małym zainteresowaniem pacjentów.

„One może się cieszyć wśród pacjentów takim najmnijszym zainteresowaniem, ponieważ jeżeli pani pielęgniarka po raz kolejny próbuje pacjenta namówić na przykład, żeby rzucił palenie, a pacjent niespecjalnie ma ochotę, na zasadzie, bo nie podjął tej decyzji wewnętrznie, no to szczerze mówiąc, chyba największy procent wizyt odwoływanych, to jest właśnie procent wizyt edukacyjnych z pielęgniarką.” - Kadra zarządzająca

„Wizyty edukacyjne pandemia wymusiła, że mogą być realizowane telefonicznie. Pacjent głównie wybiera czy to pierwszą wizytę ma telefoniczną czy osobistą. Jeśli widzimy w trakcie pierwszej, że ona jednak wymaga tego, żeby pacjent nam się pokazał, bo chcemy spojrzeć w dzienniczek, zważyć go, to musi dostosować się do tego jak my to widzimy. Ale na początku zawsze mam szansę sam wybrać. To też pokazuje pewnego rodzaju zaangażowanie pacjenta.” - Kadra zarządzająca

Porady edukacyjne są realizowane w oparciu o wytyczne NFZ. Działania edukacyjne były prowadzone indywidualnie, również przed pandemią. Były one oferowane wszystkim pacjentom. Jeden z koordynatorów zaznaczył, że pacjent, który kończy bilans ze statusem „zdrowy”, nie ma konieczności korzystania z edukacji, co jest zbieżne z podejściem pacjentów, którzy gdy nie są chorzy np. na choroby przewlekłe nie czują potrzeby edukacji.

„(...) jeżeli pacjent kończy bilans ze statusem zdrowy, bez objawów czynników ryzyka, to taki pacjent nie musi korzystać z edukacji. Jeżeli pacjent jest zdrowy, ale z czynnikami ryzyka, to taki pacjent powinien skorzystać z edukacji, dotyczącej właśnie tego ryzyka, które zostało wskazane w bilansie”-Koordynator

W niektórych placówkach, działania te cieszyły się zainteresowaniem ze strony pacjentów. W innych natomiast nie. W placówkach, w których pacjenci byli zadowoleni z działań edukacyjnych, szczególnie chwalili sobie dostęp do porad dietetycznych oraz psychologicznych.

„Na przykład cieszyły się dietetyczne, jeśli pacjent miał problemy tutaj z otyłością, problemy z żywieniem, to jest ogromne zainteresowanie nadal, również zainteresowanie psychologicznymi poradami”-Kadra zarządzająca

W placówkach, gdzie wskazano na niskie zainteresowanie edukacją, podejmowane działania nie spełniały swojej roli ze względu na trudności wynikające z nastawienia pacjentów do zmian, np. zmian nawyków żywieniowych, palenia papierosów. Niechęć do rozmowy o uzależnieniach lub brak sił do rozmów o tym przyczyniły się do częściowej rezygnacji z tego typu działań przez tych pacjentów.

*„Nie cieszyły się. Myślę, że dlatego, że tutaj dotykamy punktów, gdzie pacjenci muszą się angażować mocno. Zmiany nawyków, poruszane są kwestie niektórych uzależnień o których nie chcą za bardzo mówić. Więc część pacjentów rezygnowała z edukacji, myślała, że to nic nie da. (...) Jeśli chodzi o edukację, cieszyły się średnim zadowoleniem. Część pacjentów chciała edukacji, uważając, że są kolejne potrzebne. Ale większość sceptycznie do tego podchodziła i wyłącznie dlatego, że musieliby się w większym stopniu zaangażować w zmianę w swoim życiu”-
Koordynator*

Warto jednak zaznaczyć, że opinie koordynatorów wskazywały, że zakres wizyt edukacyjnych należałoby rozbudować. Zauważono potrzebę w uczeniu pacjentów kontroli wyników i profilaktyki. Niewątpliwie, edukacja i zapobieganie wpływa pozytywnie na proces leczenia.

Według rozmówców, promotor zdrowia jest to osobą pełniącą funkcje pomiędzy lekarzem a pielęgniarką, przez co można rozumieć, że zajmuje się częścią administracyjną, ale i ma wgląd w przebieg badań i wyników na podstawie których, przygotowuje wytyczne względem profilaktyki. Ponadto w zakres zadań promotora powinny wchodzić obowiązki związane z monitorowaniem zachowań pacjentów, którzy potrzebują wsparcia zarówno w kontekście rozmowy o zdrowiu, jak i przygotowania planu do dalszego leczenia. Wspomniano również, że funkcja promotora pomogłaby w wyjaśnieniu zaleceń dawanych przez lekarzy oraz rozwinięcia kwestii edukacyjnych. Część placówek posiada u siebie taką osobę, natomiast tam, gdzie to nie funkcjonuje promocja zdrowia odbywa się za pośrednictwem koordynatora, pielęgniarki, dietetyka, jak i innych specjalistów zaangażowanych w projekt, zamiast jednej osoby, która łączyłaby te wszystkie funkcje. Nie zawsze placówki posługują się nazwą „promotor zdrowia”, ale warto dodać, że wszystkie wyżej wymienione funkcje zazwyczaj pełni pielęgniarka.

„W pewnym sensie jakby tutaj wszyscy są promotorem zdrowia, cały zespół, tak, bo w innym zakresie musi to zrobić lekarz, w innym zakresie musi to zrobić pielęgniarka w innym zakresie edukator i tutaj jakby jednoosobowo nie da się tego zrobić i myślę, że tutaj cały zespół powinien odpowiadać za promocję zdrowia.” – Kadra Zarządzająca

Niestety nie zawsze jest tak, że wszystkie wyżej wymienione osoby, w zupełności mogą poświęcić swoją uwagę pacjentowi, dlatego wyznaczenie osoby, która mogłaby wysłuchać pacjenta byłaby wskazana. Jak wspomniano, osoby, które dowiedziały się o chorobie są postawione w zupełnie nowej sytuacji, nie wiedzą jakie rozwiązania będą dla nich najlepsze, zatem osoba o charakterze promotora byłaby niezwykle pomocna by móc przeprowadzić pacjenta przez najtrudniejsze momenty.

Dietetycy prowadzący konsultacje w ramach pilotażu, zazwyczaj mieli wypracowane swoje metody pracy, zarówno w kontekście podejścia do pacjenta, jak i stosowanych technik leczenia. Narzędzie udostępnione przez NFZ było uzupełnieniem podczas tworzenia planów leczenia. Wszelkie wytyczne były starannie przygotowane, tak aby w jak największym stopniu odpowiadały na indywidualne potrzeby pacjenta.

„Tak, korzystam z Kcalmara. Korzystam również z opracowanych diet, korzystam z Encedu. Ale tak samo korzystam z własnych opracowanych materiałów dla pacjentów. Korzystam oczywiście z dostępnej literatury, z dostępnych badań naukowych. Więc pacjenci otrzymują ode mnie czy

to plany żywieniowe, czy to indywidualne zalecenia żywieniowe dostosowane do ich własnych potrzeb.” – Kadra zarządzająca

6. Program zarządzania chorobą

Wyniki badania pokazały, że program zarządzania chorobą cieszy się stosunkowo wysokim zainteresowaniem pacjentów. Do udziału motywuje przede wszystkim krótki czas oczekiwania na konsultacje specjalistyczne – pacjenci są skłonni zrezygnować z samodzielnego wyboru specjalisty, aby szybciej otrzymać diagnozę. Ważnym aspektem jest również wygoda i poczucie bezpieczeństwa – organizacja konsultacji i prowadzenie pacjenta przez cały proces leczenia od początku do końca. Wspominano również, że pacjentów zachęca znacznie szersza i bardziej dostępna diagnostyka w ramach programu – ogranicza to bowiem koszty związane z koniecznością wykonywania wielu badań we własnym zakresie (prywatnie). Zarządzający, podobnie jak koordynatorzy, podkreślali fakt, że pacjentów zachęca do udziału szeroka diagnostyka w ramach programu. Zapytani jednak o przyczyny odmów korzystania z programu, nawiązywali przede wszystkim do dużego przywiązania pacjentów do swoich lekarzy prowadzących, którzy konieczność rezygnacji nazywają ograniczeniem swobody wyboru. Zarządzający nawiązywali również do braku zaufania pacjentów do lekarzy POZ – w trudnej chorobowo sytuacji, pacjenci woleliby trafić do specjalisty aniżeli lekarza podstawowej opieki. W opinii kadry zarządzającej nie wykorzystuje się w pełni potencjału wiedzy i kompetencji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Pojawiały się również głosy na temat tego, że powodem, dla którego pacjenci rezygnują z udziału w programie, jest ograniczony dostęp do zarządzania chorobą, ale również brak czasu. Zapewne wynika to z faktu, że spora część pacjentów to osoby czynne zawodowe, które mogą mieć obawy związane z możliwością dopasowania terminu badania ze swoim rytmem pracy, czy innych obowiązków. Pacjenci miewają również obawy przed zakończeniem programu i niepewnością dotyczącą tego, co będzie dalej.

„Tutaj było bardzo często to kryterium dla pacjentów nie do przełknięcia. Bo jak wiemy program jest realizowany w jakimś konkretnym czasie, być może kiedyś się skończy. Więc rezygnacja na czas trwania programu z opieki u swojego kardiologa ukochanego, do którego 2 razy w roku jechałem, i teraz przestanę się 2 lata pokazywać, a potem jak się znowu pokażę (...).” Kadra zarządzająca

Opieka nad pacjentem prowadzona jest na bieżąco, na podstawie różnego rodzaju wytycznych, ale również rozmowy z pacjentem. Weryfikacja przestrzegania zaleceń pacjenta przebiega na wiele sposobów – w tym celu wykorzystuje się dostępne programy (np. mMedica), gdzie zalecenia wpisywane są w historię pacjenta, widoczne są również terminy kontroli. Według zarządzających to koordynator powinien mieć nad tym kontrolę i odpowiednio reagować. W ich opinii to również koordynator pozostaje w stałym kontakcie z pacjentem i udziela mu wyjaśnień – to do niego kierowane są pierwsze pytania i wątpliwości. Weryfikacja przestrzegania zaleceń odbywa się również w czasie wizyt, prowadzona jest wówczas przez lekarza – sprawdza on czy są realizowane jego zalecenia, czy są wykonywane badania. Wyniki badania pokazały, że z punktu widzenia kadry zarządzającej przed rozpoczęciem pilotażu wiele placówek POZ nie posiadało ustrukturyzowanych planów dla pacjentów, część natomiast korzystała z rozwiązań rekomendowanych w ramach akredytacji CMJ i ISO oraz wypracowanych w ramach „POZ Jakość.”

„Te plany były już wcześniej, tylko może w troszkę innej formie, ale u nas pacjenci, to zawsze byli umawiani co 3 miesiące na taką wizytę kontrolną u lekarza, mieli zlecane, nie wiem raz na jakiś

czas, ten komplet badań. Wtedy była taka wizyta kompleksowa, także u nas to takie wszystko jest poukładane pod tym względem.” - Koordynator

Pracownicy zapytani o to czy podczas pilotażu opracowywali ustrukturyzowany standardowy plan opieki dla pacjentów z określonymi chorobami przewlekłymi, odpowiadali, że w znacznym stopniu korzystali z udostępnionych rozwiązań, dostępnych na portalu Akademia NFZ, dokonując często pewnych modyfikacji bazując m.in. na doświadczeniach z innych, wcześniej realizowanych programów profilaktycznych, np. ze środków unijnych. Standardowe plany opieki są prowadzone również w wersjach elektronicznych, w wewnętrznych systemach placówki - zawierają wizyty ustalone u specjalistów, zlecone badania, farmakoterapię, informację na temat dawkowania przyjmowanych leków, zawiera również zalecenia odnośnie diety, pomiarów cukru, ciśnienia czy wizyt edukacyjnych.

„Na pewno są to wizyty, które są ustalone u specjalistów, bądź zlecone badania. To jest w jednej części. (...) Zawiera farmakoterapię, czyli leki jakie pacjent przyjmuje, dawkowanie tych leków. Zawiera też zalecenia odnośnie diety, pomiarów cukru, pomiarów ciśnienia czy wizyt edukacyjnych. (...) Bo my stworzyliśmy takie formularze, dzięki którym możemy załączać to do systemu.” - Koordynator

7. Zakres programu zarządzania chorobą

Program ma na celu przeprowadzenie szybkiej diagnostyki specjalistycznej i podjęcia leczenia – w możliwie krótkim czasie – u pacjentów, u których stwierdzono choroby o charakterze przewlekłym. Większość respondentów była zdania, że rozwiązania wdrożone w pilotażu są wystarczające, zakres programu jest rozbudowany i ich zdaniem nie ma potrzeby rozwijania programu POZ Plus o kolejne elementy.

Kwalifikacja pacjentów – w opinii wielu osób – odbywała się najczęściej na podstawie uprzednio przeprowadzonego badania bilansowego, czy też posiadanej już wcześniej dokumentacji (historia choroby/historia stanu zdrowia pacjenta). Tam, gdzie było to możliwe (dostęp do pacjentów, którzy odpowiadają określonej jednostce chorobowej w obrębie grupy wiekowej), wdrażano pacjentów do wszystkich 11 jednostek chorobowych w ramach programu zarządzania chorobą.

8. Zgody

Korzyści płynące z pilotażu POZ PLUS zazwyczaj były na tyle motywujące, że nie zdarzało się, aby pacjent odmówił udziału ze względu na konieczność podpisania zgody. Koordynatorzy odpowiedzialni za tą formalność dodatkowo prosili o szczegółowe zapoznanie się ze wszystkimi zgodami czy regulaminem i ku ich zaskoczeniu pacjenci bardzo chętnie wypełniali konieczne formalności. Jedyny moment, w którym pacjenci decydowali się zrezygnować lub odmówić udziału dotyczył zakresu pilotażu oraz niezrozumienia co dokładnie wchodzi w jego zakres. Zdarzały się sytuacje, w których pacjenci początkowo byli przekonani, że ramach pilotażu POZ PLUS będą mogli wykonać dowolne badania, natomiast po dokładnym zapoznaniu się z zakresem badań, zdarzały się rezygnacje, gdyż w danym momencie mieli inne potrzeby.

„Rezygnację tłumaczyli brakiem czasu. Zdarzały się sytuacje, że podpisywali nam zgodę, mówili, że przyjdą na badania, mieli przeprowadzony wywiad i się nie pojawiali, nie odbierali od nas telefonów.” – Koordynator

Jak już wspomniano, w przypadku młodych osób za opór i rezygnację skorzystania ze świadczeń POZ PLUS odpowiadał brak czasu, natomiast w przypadku starszych osób obawy te wynikały z przekonania, że tak korzystna opieka przecież musi być płatna, co oczywiście było mylnym przekonaniem. Dopóki koordynatorzy nie zaczęli wyjaśniać, że program jest finansowany ze środków unijnych, ciężko było przekonać pacjentów, że pilotaż to nie jest forma reklamy czy pozyskiwania danych. W ogólnym postrzeganiu warto wspomnieć, że równie istotną barierą w podpisywaniu zgód była niechęć do zmiany dotychczasowego lekarza specjalisty na lekarza przypisanego w ramach pilotażu. Ponadto, odmowy wzięcia udziału w programie pojawiają się zwykle w sytuacjach, kiedy pacjent niechętnie podchodzi do rezygnacji z usług świadczonych przez wybranego specjalistę, u którego się leczy i do którego jest przywiązany – dotyczy to głównie osób starszych.

„Szybkie konsultacje, wizyty u lekarzy POZ i to, że nie muszą czekać do specjalistów powoduje, że chcą przystąpić do programu. (...) jeśli ktoś rezygnuje i ktoś nie chce przystąpić do programu to tylko i wyłącznie dlatego, że już się leczy na chorobę przewlekłą w innej placówce u specjalisty. I nie chce rezygnować ze specjalisty, u którego leczy się jakiś czas ze względu na program.” - Koordynator

Wspominano również o pacjentach, którzy odmawiają udziału w programie ze względu na towarzyszące im obawy przed brakiem kontynuacji programu zarządzania chorobą po zakończeniu pilotażu.

9. IPOM – Indywidualny Plan Postępowania Medycznego

W opinii wielu pracowników medycznych, indywidualny plan postępowania medycznego (IPOM) pomaga w opiece nad pacjentami. Dzięki niemu opracowuje się dokument dla przychodni, w którym widoczna jest cała historia pacjenta: farmakologia, wszystkie wizyty specjalistyczne, co lekarz zlecił pacjentowi do wykonania i kiedy zlecił wizytę kontrolną. Umożliwia to również większą kontrolę nad harmonogramem wizyt pacjenta i wzmacnia jego zaangażowanie – pacjent staje się partnerem i aktywnie uczestniczy w całym procesie.

Według respondentów, pacjentom powinno przedstawić się indywidualny plan opieki medycznej krok po kroku, wskazać jednostki chorobowe, opisać dalsze zalecenia. W ramach indywidualnego planu pacjenci mogą uzyskać wsparcie koordynatorów, lekarzy, pielęgniarek, ale również edukatorów - mogą dzwonić i zadawać pytania. IPOM jest uznawany za pomocny, jednak ma swoich zwolenników i przeciwników – według koordynatorów część lekarzy podchodzi do tematu bardzo skrupulatnie, jest to według nich bardzo przydatne i uporządkowane narzędzie do dalszej pracy, ułatwiające monitorowanie pacjentów i przedstawiające najważniejsze informacje. Inni nie są do końca przekonani, natomiast starają się trzymać tej formy pracy. Według nich problematyczne są kwestie terminów planów leczenia, ale również długość samego formularza.

„Jeśli pacjent dopiero teraz rozpoczął zarządzanie chorobą, bo wcześniej się leczył na choroby przewlekłe, to lekarzowi pierwszego kontaktu trudno jest powiedzieć jak będzie wyglądał zakres leczenia przez pół roku, to się co chwilę może zmieniać. Jeśli pacjent zmienia leki, coś się dzieje w trakcie, to lekarz pierwszego kontaktu nie jest w stanie powiedzieć co będzie za pół roku. Nie może stworzyć tego indywidualnego planu odpowiednio. Może go zrobić na 3 miesiące, ale nie na rok.” – Koordynator

Niektórzy zwracali uwagę, że IPOM jest zbyt szczegółowy, często zawiera zbyt skomplikowane wytyczne o niektórych chorobach. Pojawiały się również głosy, że traktuje się go jako „kolejny papierek”, któremu trzeba poświęcić dodatkowy czas – jest to szczególnie trudne, kiedy pojawia się problem braków kadrowych.

„Pani profesor powiedziała, że ona nie podejmuje się prowadzenia pacjenta według tych wytycznych, bo ona ma inną wiedzę, w tym sensie, że to jest tak, i że chyba zbyt dużo mądrych głów nad tym siedziało, w sensie akademickich, bo powymyślane różne takie rzeczy, które może mało są potrzebne, a niepotrzebnie komplikują.” - Kadra zarządzająca

10. Ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne

W czasie rozmów poruszane były również kwestie związane ze ścieżkami diagnostyczno-terapeutycznymi, które miały być pomocne w ustalaniu planu postępowania – w rzeczywistości przysparzały wiele kłopotów, w szczególności lekarzom. Wymagały dużego początkowego wkładu w ich zrozumienie. Pojawiały się również głosy, że ścieżki są niedopracowane pod kątem technicznym (np. ze względu na brak możliwości edytowania niektórych informacji), ale są także zbyt szczegółowe. Część koordynatorów podkreśliła jednak, że traktuje ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne jako cenną i pomocną wskazówkę (szczególnie w przypadku lekarzy z krótkim stażem), ale nie konieczność.

11. Rezultaty POZ PLUS

Zdaniem uczestników badania jakościowego na ówczesnym etapie pilotażu placówki medyczne osiągnęły w większości zakładane przez NFZ rezultaty. Oczekiwane następstwa ilościowe wynikające z udziału w programie obejmowały:

- Wzrost poziomu satysfakcji pacjentów z realizowanych usług zdrowotnych.
- Poszerzenie zakresu świadczeń udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej o świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne oraz wybrane konsultacje specjalistyczne.
- Zwiększenie skuteczności profilaktyki chorób, w tym edukacji zdrowotnej.
- Umożliwienie lekarzom rodzinnym/poz wykorzystania w większym stopniu swoich kompetencji.
- Zwiększenie kompetencji i roli pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych/poz w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej.
- Optymalizacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, rozumiana jako stosowanie najbardziej odpowiednich, z punktu widzenia celów, działań na etapie diagnostyki i terapii chorób.
- Wdrożenie koordynacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez zespół poz, z elementami planowania opieki i aktywnym umawianiem pacjenta na kolejne wizyty.
- Zapewnienie współpracy różnych profesjonalistów medycznych w procesie opieki zdrowotnej oferowanej dla danego pacjenta.
- Optymalne wykorzystanie informacji medycznej zgromadzonej w EDM przez poszczególnych profesjonalistów medycznych w procesie podejmowania decyzji klinicznych.
- Zaangażowanie pacjenta w proces opieki zdrowotnej przez zmianę sposobu jego uczestnictwa z biernego na aktywny.
- Zwiększenie udziału personelu niemedycznego w procesie koordynacji świadczeń udzielanych w podstawowej opieki zdrowotnej.
- Wypracowanie efektywnych kosztowo mechanizmów finansowania nowych zadań realizowanych w ramach POZ PLUS.

„Jest to absolutnie taki no skok, ponieważ wiemy, że w normalnych okolicznościach w naszym kraju czasami czeka się do kardiologa rok i dłużej, i na pewno współpraca ze specjalistami, którzy są dedykowani POZ-owi Plus, na pewno jest to dużo większe ułatwienie, i też dzięki temu pacjenci są zadowoleni.”

Sytuacje utrudniające osiągnięcie celów nie zawsze były zależne od danego ośrodka, co było widoczne w pierwszym okresie trwania pandemii.

11.1. Wpływ pilotażu POZ PLUS na realizację umowy podstawowej POZ

Respondentów zapytano, czy działanie pilotażu ograniczało w jakikolwiek sposób działanie z umowy podstawowej POZ. Zdaniem respondentów nic takiego się nie wydarzyło. Co istotne, zdaniem niektórych koordynatorów, pilotaż był komplementarny wobec umowy podstawowej. Podstawą działania była umowa, a pilotaż był jej uzupełnieniem.

„Jeżeli chodzi o naszą placówkę, to myślę, że po prostu w głównej mierze przekształciliśmy naszą placówkę w taką organizację POZ PLUS. Także tutaj takim szkieletem były porady kompleksowe, porady kontrolne bądź wstępne. Jeżeli chodzi o grafiki lekarza. A reszta była uzupełniana, jeżeli chodzi o takie zwykłe porady, nie związane z POZ PLUS”-Koordynator

Takie opinie podziela również kadra zarządzająca. Według tej grupy respondentów, działanie pilotażu uzupełniało realizację umowy podstawowej. Dodatkowa realizacja pilotażu wiązała się ze zwiększeniem zasobów i środków, jednak nie ograniczała działania umowy podstawowej.

11.2. Wpływ pilotażu na organizację pracy w POZ

Zmiany, które zaszły w organizacji jednostki dotyczyły zarówno przeorganizowania placówki, jak i zmiany sposobu pracy lekarzy oraz koordynatorów, począwszy od stworzenia regulaminów organizacyjnych, w których były przypisane zadania poszczególnych członków zespołu. Przede wszystkim zaczęto od modyfikacji grafików pracowników medycznych m.in. poprzez wydzielenie stref czasowych na dany typ wizyt. Zmiana czasu pracy była dostosowana do pacjentów, tak aby godziny pracy specjalistów umożliwiały wykonanie wszelkich badań w jak najkrótszych odstępach czasu. Placówki wyznaczyły oddzielny gabinet, w którym odbywały się wyłącznie wizyty w ramach opieki koordynowanej, a w poszczególnych przypadkach została utworzona oddzielna rejestracja dla pacjentów POZ PLUS. Jak wspomniano podczas jednej z rozmów, obowiązki związane z pilotażem wymagały zatrudnienia dodatkowych osób w dziale administracji co ułatwiło rejestrację pacjentów. Poza administracją zauważono również zapotrzebowanie na zwiększenie personelu pielęgniarstwa czy konkretnych specjalistów. W kwestii kadrowej zwrócono również uwagę na fakt, że w ramach pilotażu i związanymi z tym obowiązkami poszczególne placówki musiały oddelegować swoich lekarzy do innych obiektów, gdzie był realizowany pilotaż POZ PLUS. W niektórych przypadkach, wiązało się to z odejściem pacjentów, którzy przeszli za swoim dotychczasowym lekarzem. Warto podkreślić, że wszelkie wprowadzane zmiany były konsultowane z personelem zaangażowanym w pilotaż. Zwiększenie częstotliwości wykonywanych badań w ramach pilotażu skutkowało również nawiązaniem współpracy z innymi placówkami medycznymi, które świadczą dane badania.

„Zaczęło się po prostu działać: te IPOM-y, bilanse, zgody, a pacjent jednak potrzebował chwilę spędzić przy tym stanowisku. Została wyodrębniona zupełnie nowa rejestracja, w bardziej

zaczynnym miejscu, gdzie ten pacjent rzeczywiście jak przychodzi, dostaje te zgody do podpisania, to ma spokojne miejsce i nikt nie stoi mu za plecami. Pacjent może spokojnie sobie to wszystko przeczytać, przeanalizować.” – Koordynator

Ponadto, nawiązanie współpracy z innymi placówkami medycznymi czy specjalistami było niezbędne by zapewnić sprawny przepływ badań. Poza zmianami kadrowymi, zauważono cyfrowy rozwój w placówkach w postaci rejestracji online, możliwości kontaktu mailowego czy dodatkowe kanały telefoniczne, co znacznie ułatwiło kontakt z placówką.

„Tutaj ważną rzeczą był fakt, że mieliśmy pieniądze i mieliśmy możliwość zatrudnienia wprost koordynatora. Ta osoba po prostu ma multum roboty. I to nie jest robota czysto medyczna, ani pielęgnarska, tylko ta robota jest administracyjna, czasami informatyczna, sprawozdawcza. Jest tego na tyle dużo, że gdyby nie było tej osoby, to nie dalibyśmy rady tego zrobić.” – Kadra Zarządzająca

12. Wpływ pilotażu POZ PLUS na pacjentów

Respondenci zauważają pozytywny wpływ pilotażu na pacjentów. Rezultaty udziału w pilotażu, na które zwrócono uwagę dotyczą przede wszystkim zwiększonej świadomości jak zadbać o swoje zdrowie. Pacjenci są pod stałym nadzorem lekarzy. Ponadto, kontakt ze strony placówki oraz przypomnienia o kolejnych wizytach miały wpływ na wyrobienie nawyku regularnej kontroli zdrowia wśród pacjentów. Dzięki zniwelowaniu barier w postaci ograniczonego czasu, który może poświęcić lekarz, pacjent ma możliwość swobodnej rozmowy na temat dalszego postępowania. Pilotaż przyczynił się do tego, że pacjenci sami dopominają się profilaktycznych badań, kontrolują swój stan zdrowia poprzez regularne wizyty, jak również regularne pomiary, np. ciśnienia.

„Te zmiany widzę bezpośrednio u tych pacjentów, których prowadziłem. (...) zwiększenie świadomości to jedna rzecz, ale za zwiększeniem świadomości nie idzie tylko zwiększenie świadomości, że pacjent to mówi, tylko widać ewidentne efekty, że u pacjenta normalizuje się ciśnienie tętnicze krwi, gdzie wcześniej o to nie dbał. Ma tą możliwość dostępu cały czas do materiałów edukacyjnych, ale także do informacji swobodnej. Wie pani, my na POZ Plus poświęcamy u lekarza troszkę więcej czasu niż przykładowe 10 czy 15 minut. Pacjent ma czasami pytania, których nie zadałby lekarzowi podczas normalnej wizyty, bo wie, że lekarz się śpieszy, że jest tylu pacjentów. A tutaj bariery są troszeczkę mniejsze.” - Koordynator

Dzięki programowi, pacjenci wiedzą jakie mają możliwości badań i otrzymania pomocy. Program przyczynił się do poszerzenia wiedzy na temat badań kontrolnych lub zapisów do konkretnych specjalistów. Można podsumować, że pilotaż przyczynił się nie tylko do realnej ogólnej poprawy stanu zdrowia, ale również w długofalowej perspektywie, zwiększył poziom wiedzy pacjentów, gdzie szukać pomocy. Co więcej, zauważono, że udział w POZ PLUS przyczynił się do polepszenia samopoczucia pacjentów, jak również do prowadzenia zdrowszego stylu życia. Pacjenci nauczyli się systematyczności w dbaniu o swój stan zdrowia. Ważnym skutkiem udziału w pilotażu jest zwiększenie wykrywalności chorób we wczesnym stadium i możliwość zapobiegania jej w przyszłości.

„Zrobiliśmy rzeczywiście bardzo dużo badań z USG, wykryliśmy masę np. kamic nerkowych, właśnie tego stłuszczenia wątroby (...) bo się okazało, że naprawdę w tym miejscu, gdzie był realizowany pilotaż, sporo osób miało kamicę nerkową. I okazało się, że na pewno woda jest zbyt twarda. No to namawialiśmy na instalowanie filtrów do wody.” - Kadra zarządzająca

Jeden z respondentów wskazał przypadek pacjentki, u której wykryto chorobę nowotworową właśnie dzięki świadczeniom zaoferowanym w POZ PLUS.

„Mamy nawet takie listy dziękczynne, że tak powiem, że gdyby państwo byście mnie nie zaprosili do pilotażu, jakby nie wiedział, że ma taką chorobę, to tam na jakieś poszerzone badania laboratoryjne i potem jeszcze jak masz konsultację, no bo okazało się, że pacjentka ma chorobę nowotworową i w miarę szybko udało się ten problem to wykryć. Więc ja widzę same pozytywy z punktu wyjścia, jakby od strony pacjenta i takiego pacjenta do swojego zdrowia” - Kadra zarządzająca

Obecnie, respondenci zauważają pozytywne zmiany, ale według nich jest jeszcze zbyt wcześnie, żeby stwierdzić, czy zmiany są trwałe czy tylko chwilowe. Udział w pilotażu zwiększył świadomość pacjentów jak dbać o swoje zdrowie i przyczyniło się to do nabycia odpowiednich nawyków jak np. zachować dobry stan zdrowia mimo pracy siedzącej.

„Ciężko powiedzieć, jak pacjenci w dłuższej perspektywie będą się zachowywali, ale uważam, że świadomość uległa poprawieniu. Porady dietetyczne, psychologia na pewno zadziałały na plus. Oceniałbym też wydaje mi się pozytywnie wpłynęło to na stan zdrowia pacjentów. Wiele osób mogło skorzystać choćby z rehabilitacji. I tutaj mam bezpośrednio odbiór, że to troszeczkę pomogło i nakierowało kolegów na to, jak dbać o taki higieniczny tryb życia. W szczególności jak się ma do czynienia z pracą biurową. Uważam, że taka świadomość pacjentów jest większa, dzięki temu programowi” - Kadra zarządzająca

Pilotaż wpłynął nie tylko w bezpośredni sposób na stan zdrowia pacjentów, ale przyczynił się również do pogłębienia relacji na linii pacjent-przychodnia. Dzięki temu, że lekarze i pielęgniarki poświęcają pacjentowi więcej czasu, zauważalnie zmienia się nastawienie pacjentów do leczenia i są bardziej otwarci podczas wizyt. Zwrócono również uwagę na obecną sytuację epidemiczną, która w pewnym stopniu ograniczyła m.in. monitorowanie efektów. Jak wspomniano, efekty pilotażu byłyby jeszcze lepsze, gdyby nie pandemia. Z drugiej strony pandemia przyczyniała się do zwiększenia zainteresowania pacjentów swoim zdrowiem, ale również badaniami takimi jak np. prześwietlenie klatki piersiowej (w związku z mogącymi wystąpić zmianami w płucach po przechorowaniu Covid-19).

„Ze względu na Covid, w tej chwili jest chyba takie duże zapotrzebowanie, co też oczywiście jest w ramach bilansu, natomiast pacjenci chyba chętnie powtarzają w tej chwili prześwietlenia klatki piersiowej, jeszcze dodatkowo, na zasadzie, bo właśnie, że pod tytułem, zrobią klatkę piersiową

i się okaże „o, są zmiany, to pan już miał Covid”, i pacjent się wtedy ucieszy, że nawet był chory i nie wiedział, i będzie bardzo szczęśliwy.”-Kadra zarządzająca

12.1. Zainteresowanie placówką podczas pilotażu POZ PLUS

Według pracowników, do placówek raczej przybywa nowych pacjentów. Część rozmówców wskazuje, że przyczyną rosnącego zainteresowania jest właśnie realizacja pilotażu oraz wymóg uczestnictwa w bilansie.

„Tak, mamy bardzo dużo pozyskanych nowych pacjentów, ponieważ w bilansie uczestniczą bardzo często pacjenci, którzy nie są pacjentami naszej przychodni a żeby przejść bilans, bo jest taki wymóg, to dzięki temu mamy więcej pacjentów w zwykłym POZ.” - Koordynator

Jeden z respondentów zaznaczył, że zainteresowanie pacjentów było tak spore, że placówka podczas wybuchu pandemii musiała ograniczyć przyjmowanie nowych pacjentów. Ze względu na sytuację epidemiczną, obawiano się, że zabraknie personelu. Udział w programie wpłynął na wysoki poziom świadczenia usług placówki, co z perspektywy kadry zarządzającej przyczyniło się do nowych deklaracji przynależności do POZ. Jak wspomniano, pacjenci sami dopytują o uczestnictwo w pilotażu. Pojawiły się również opinie, według których zwiększona liczba deklaracji nie jest skorelowana z działaniem pilotażu. Jeden z respondentów powiązał większą liczbę pacjentów z lokalizacją placówki.

12.2. Słabe i mocne strony pilotażu

Wśród mocnych stron pilotażu wskazywano najczęściej szybszy czas diagnostyki i szeroki wachlarz świadczonych usług, które przyczyniły się do zwiększenia satysfakcji pacjentów w związku z kompleksową obsługą. Co więcej, wskazywano na dostępność szerszego zakresu diagnostyki i kompleksową obsługę pacjenta w zakresie usług medycznych. Dostrzega się również lepszą koordynację w zakresie ruchu pacjenta, jak i podziału pracy pracowników.

„Mocne strony to jest to, co zawsze podkreślam, że koordynacja ruchu pacjenta, koordynacja w ogóle pracy, to nie tylko chodzi o ruch pacjentów, ale takiej pracy, rozdzielenie tej pracy równomiernie, że jak gdyby przynosi sens tej pracy, że pracę, którą wykonuje pielęgniarka jest ona przekazywana dalej i to nie idzie na darmo, że ona robiła jakąś tam diagnostykę, że zebrała wywiad, że to jest wykorzystane, że skraca się wizytę pacjenta. Dużym plusem jest dostępność (...) dużej ilości badań (...). Staliśmy się takim liderem też lokalnym, że ludzie, jak gdyby doceniają tą pracę, prestiż przychodni zyskał na pewno.” - Koordynator

Zauważono poprawę funkcjonowania placówek medycznych – pod kątem wyposażenia w różnego rodzaju sprzęty, czy nawet wystroju (urządzanie gabinetów edukacyjnych, czy zabiegowych). Przede wszystkim poprawiła się satysfakcja pracowników, ale również pacjentów, którzy czuli się bardziej zaopiekowani.

Do słabych stron pilotażu można zaliczyć system informatyczny, który nie był odpowiednio dostosowany i sprawozdawczość, która wymagała dużego nakładu pracy i czasu ze względu na zbyt dużą liczbę dokumentów oraz podwójny mechanizm wprowadzania danych do systemów, które nie są ze sobą kompatybilne (np. AP-KUŚ i SOMED). Zaproponowano ograniczenie biurokracji, liczby podpisów i skrócenie dokumentów niezbędnych w zarządzaniu chorobą.

„Na pewno coś w tym samym formularzu powinno być trochę krócej. Bo te ilości stron przerażają na dzień dobry. (...) lekarze generalnie nie lubią tych papierów. Bo mają je w komputerze i tu zapisać, i jeszcze pacjentowi powiedzieć.” - Koordynator

„Do dzisiaj, to powiem głośno i wyraźnie dużymi literami, system ten PKUŚ do produkowania tych bilansów elektronicznie, jest wadliwy. I myśmy to wielokrotnie podnosili. Ponieważ pielęgniarka robiąc bilans, czy koordynator tą początkową wypełnia kartę, typu tam nie wiem, zawód, wykształcenie i tak dalej, te informacje podstawowe, pielęgniarka wypełnia wywiad pielęgniarski, i lekarz nie może wypełnić swojej części gdzie bada pacjenta i zleca wyniki, bo ona jest połączona z częścią, którą lekarz wypełnia jak pacjent już te wyniki przyniesie. W związku z tym i tak trzeba drukować ten kwestionariusz, żeby lekarz miał gdzie wpisać badanie pacjenta i żeby miał gdzie wpisać jakie badania mu zlecił. Więc to, że jakby ten PKUŚ działał, to i tak nie rozwiązuje problemu, bo część lekarska jest jakby skalona.” - Koordynator

Problematyczna w wielu przypadkach okazała się również organizacja pracy i ograniczenia czasowe. Koordynatorzy sugerowali, aby to lekarz decydował o kontynuacji leczenia pacjenta zamiast kierować się ogólnie ustalonymi ramami czasowymi. Brakuje im w tym zakresie większej elastyczności i dopasowania. Pojawiały się głosy, które wskazywały na dużą pomoc ze strony NFZ-u, ale były również takie, które skarżyły się na ten kontakt – te drugie dotyczyły przede wszystkim procedur i kwestii rozliczeń.

„Zabrakło nam wsparcia ze strony NFZ-u, bo NFZ był poza tym, mimo że przekazali pieniądze na grant, bo prosiliśmy o to, jakieś pismo czy coś, no można to nazwać skargami na firmę, wyjaśnienia dlaczego pewne procedury, które sprawozdajemy, które rozliczamy nam się przeciągają, nie dotrzymujemy terminu, co wynika z ułomności programu. A Fundusz po prostu nie dał nam takiego wsparcia.” - Kadra zarządzająca

Według zarządzających, liczba systemów/programów do sprawozdawczości powinna zostać ograniczona do minimum i powinny one być ze sobą kompatybilne. Kadra zarządzająca zwracała uwagę także na jakość, np. w kontekście otrzymywanych materiałów, że powinna być znacznie lepsza. Zarządzający skarżyli się również na krótki czas przeznaczony na rozkręcenie programu – w ich opinii zabrakło go na odpowiednie wdrożenie procedur i przygotowanie systemów informatycznych przed uruchomieniem świadczeń.

12.3. Najtrudniejsze elementy realizacyjne pilotażu POZ PLUS

Wskazywano przede wszystkim na trudności wynikające z biurokracji, czyli liczby wymaganych dokumentów i podpisów, w tym także pacjentów, którzy muszą podpisać się pod bilansem i indywidualnym planem leczenia – w opinii koordynatorów jest tego bardzo dużo. Pacjenci nierzadko miewają obawy z tym związane, dużo dopytują – generuje to dodatkowy czas. Kolejną kwestią były problemy natury technicznej np. brak systemu informatycznego czy niekompatybilność systemów – mowa tutaj przede wszystkim o AP-PKUŚ a systemami gabinetowymi np. SOMED, w których należy dokonywać sprawozdawczości.. Problematyczne wydaje się również prowadzenie dokumentacji badań lekarskich z opracowywaną diagnozą – lekarze muszą wykonywać tę samą pracę dwukrotnie – najpierw papierowo, a później wprowadzać do systemu.

„Podwójnie się to wszystko sprawozdaje, bo musimy zarówno w AP-PKUŚ-iu jak i w SOMED-zie, miało to być kompatybilne, a tak jak mówię, na początku to dużo nam się rozjechało. Była nawet taka sytuacja, gdzie w 2018 roku żeśmy praktycznie wszystkie bilanse wprowadzili do AP-PKUŚ-ia i część rzeczy nie można było wprowadzić, a w 2019 roku w styczniu próbowałam to uzupełniać o te mechanizmy, które zostały dodane, to wszystkie ankiety musiałam powtarzać na nowo, bo został tak zmodyfikowany AP-PKUŚ, że 200 ankiet mi w ogóle nie przyjęło, tylko trzeba było na nowo je wprowadzić do AP-PKUŚ-ia, więc to troszkę było takie nerwowe w tym przypadku. Także mówię, że program jest super, trzeba by było jeszcze nad ujednoliceniem sprawozdawczości, żeby nie było, tak jak teraz, tak samo mamy w różnych programach mamy, na przykład szczepienia jest e-rejestracja, później jest e-gabinet, jakby to nie można było w jednym tylko sprawozdać. Nie wiem, dlaczego tak powstaje tyle platform.” - Koordynator

Okazało się, że trudność stanowiły także kwestie organizacyjne i czasowe – wielokrotnie zresztą podkreślane przez koordynatorów. Problemem było ustalanie harmonogramów wizyt, dopasowywanie się do grafików lekarzy i możliwości czasowych pielęgniarek, czyli również zasoby ludzkie. Organizacja była coraz trudniejsza wraz z przybywającą liczbą pacjentów, a dodatkowo pojawiał się problem braków kadrowych – nad pacjentami należało mieć nieustanną kontrolę, zachęcać ich do systematyczności i korzystania z wizyt edukacyjnych. Koordynatorzy zwracali również uwagę na to, że wielu lekarzy borykało się z obawami związanymi z tym, czy właściwie poprowadzą pacjenta przez wskazane ścieżki, czy się nie pomylą. Podkreślali również, że ich zadaniem jest prowadzenie dodatkowej weryfikacji poprawności ścieżek i dokonywanie ewentualnych uzupełnień. W swoich wypowiedziach koordynatorzy nawiązywali również do początkowych trudności przy uruchamianiu pilotażu w placówce, takich jak, znalezienie pacjentów i zachęcenie ich do wzięcia udziału w programie.

„Natomiast w programie zarządzania chorobą, część właśnie osób tak jak powiedziałam na początku miała swoją mentalność, swoje przekonanie, tutaj nie było w ogóle dla nich ważne, że podpisując zgodę na pilotaż, oni zawierają warunki na podstawie których oni będą uczestniczyć. My będziemy się kontaktować. Oni mają swoje obowiązki, my również. Żeby jakby z tego się wywiązać i temu sprostać.” - Koordynator

Jako trudny element pilotażu, wskazano również edukację pacjentów – zwłaszcza w ramach kontroli, którą pacjenci musieli odbyć oraz skłonienie pacjenta do przejścia pełnej ścieżki i doprowadzenie go do końca poszczególnych etapów opieki w ramach pilotażu (profilaktyczne świadczenia bilansowe, program zarządzania chorobą). Podobnie jak koordynatorzy, kadra zarządzająca wskazywała również trudności organizacyjne. Według nich, aby utrzymać wszystko na bardzo wysokim poziomie, należy włożyć bardzo duży nakład pracy, przynajmniej w początkowej jego fazie.

13. Wpływ COVID

Faktem jest, że pandemia COVID-19 zmieniła sposób funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej. Wielu koordynatorów jest zdania, że COVID-19 wpłynął negatywnie na pilotaż POZ PLUS. Trudności jakie się pojawiły opisywane są na dwóch płaszczyznach. Po pierwsze to utrudnienie realizacji badań bilansowych z powodu zamknięcia placówek oraz ograniczonego dostępu do laboratoriów. Pacjenci nie mogli wykonywać wielu badań (np. spirometrii, EKG, USG, RTG). Po drugie to spadek zainteresowania udziałem w programie zarządzania chorobą. Pacjenci stali się bardziej ostrożni, nie chcieli przystępować do programu ani go kontynuować. Wizyty odwoływali w czasie, nawet

kilkukrotnie. Mimo gotowości placówki do realizacji pilotażu, była ona wstrzymywana przez pacjentów, którzy bali się je odwiedzać, kontaktować twarzą w twarz z innymi ludźmi i wykonywać badania. W większym stopniu trudności te dotyczyły badań bilansowych niż zarządzania chorobą. Na bilanse zapraszane są osoby potencjalnie zdrowe i to właśnie one są bardziej niechętnie i odczuwają większy strach na myśl o wizycie w placówce. Problem ten był widoczny szczególnie w początkowej fazie pandemii. Obecnie podejście pacjentów nieco się zmienia.

„Pandemia ograniczyła nasz projekt (...) musieliśmy całkowicie z tego programu zrezygnować na pewien okres. Później udało nam się to w jakimś stopniu wznowić. Na chwilę obecną pacjenci nie chcą już przychodzić tak często do przychodni. Nie chcą też być kierowani na różnego rodzaju badania diagnostyczne ze względu na strach przed możliwością zarażenia się.” – Koordynator

Wśród opinii pojawiają się również takie, które wskazują na to, że pandemia nie wpłynęła na pilotaż lub wpłynęła pozytywnie. Nie wszyscy pacjenci omijali placówki szerokim łukiem. Niektórzy na tyle obawiali się o swoje zdrowie, że chętnie przystępowali do badań bilansowych. Dużym zainteresowaniem cieszył się rentgen klatki piersiowej, na podstawie którego pacjenci otrzymywali informację na temat stanu płuc. To z kolei w dobie koronawirusa stanowiło dla nich istotną wiadomość. Poza większą liczbą pacjentów, pozytywnym aspektem jest również wprowadzenie teleporad. Usprawniły one funkcjonowanie placówek i wykonywanie części usług przez telefon. Takie rozwiązanie to wyjście naprzeciw pacjentom, którzy byli zadowoleni, że niektóre sprawy mogą załatwić bez wychodzenia z domu.

„Ludzie się boją i myślę, że przez to chcą się przebadać. Zwłaszcza, że bardzo często jednym z badań w poszerzonym bilansie jest między innymi rentgen płuc. W związku z tym jest to dla nich informacja (...) działa to może jakoś na ich psychikę. Mamy coraz większą liczbę pacjentów.” – Koordynator

Kadra zarządzająca, podobnie jak koordynatorzy zauważa więcej negatywnych niż pozytywnych skutków spowodowanych pandemią. Pomimo zachowania wszelkich zasad bezpieczeństwa, zasad sanitarnych - obawa wyjścia z domu i możliwości zakażenia się wirusem były większe i skłaniały pacjentów do odmów wizyt. Problem stanowiło również wydłużanie czasu realizacji badań ze względu na kwarantannę uczestników pilotażu. Zdarzało się również tak, że zrekrutowany pacjent nie wracał już do placówki, by kontynuować rozpoczęty proces opieki. Z drugiej strony w związku z całą sytuacją pandemiczną i liczbą zachorowań lekarze w większym stopniu byli zajęci bieżącymi obowiązkami, natomiast w mniejszym stopniu zainteresowani byli realizacją świadczeń wynikających z umów dodatkowych, w tym programem POZ PLUS.

„Z jednej strony pandemia zadziałała na minus, ponieważ pacjenci bali się do nas przychodzić, ale te późniejsze dodatkowe usprawnienia, to że możemy różne rzeczy robić zdalnie, ułatwiły kontakt z pacjentem. Pacjenci są teraz bardzo zadowoleni z tej sytuacji”. – Kadra zarządzająca

14. Po pilotażu POZ PLUS

Koordynatorzy wskazują, że program powinien być dostępny dla większej liczby placówek medycznych, a nawet dla wszystkich. Ponadto jedna z badanych przytacza opinię lekarza, którego zdaniem program powinien być dostępny

w przychodniach cały czas. Podobnego zdania są przedstawiciele kadry zarządzającej. Jednak wskazują, że jeśli program miałby obejmować mniejsze jednostki, to należałoby ograniczyć biurokrację i sprawozdawczość. Elementy te zapewne stanowiłyby problem dla mniejszych placówek medycznych ze względu na ograniczoną liczbę personelu. Ponadto ich zdaniem program POZ Plus mógłby zostać wdrożony na stałe w placówkach tylko pod warunkiem stałego finansowania ze strony NFZ.