

# Raport końcowy

**Ocena pilotażu POZ PLUS oraz ocena poziomu satysfakcji pacjentów i lekarzy w ramach projektu POZ PLUS z zastosowaniem metody zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI).**



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**NFZ**  
Narodowy Fundusz Zdrowia

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

# Raport końcowy

Ocena pilotażu POZ PLUS oraz ocena poziomu satysfakcji pacjentów i lekarzy w ramach projektu POZ PLUS z zastosowaniem metody zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI).

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**

|        |                                                                                                                                                |    |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.     | Tło badania.....                                                                                                                               | 4  |
| 1.1.   | Metodologia.....                                                                                                                               | 4  |
| 1.2.   | Próba badania.....                                                                                                                             | 5  |
| 1.3.   | Przebieg badania.....                                                                                                                          | 5  |
| 2.     | Wyniki badania – wywiady prowadzone z pacjentami programu POZ PLUS.....                                                                        | 6  |
| 2.1.   | Przystąpienie do POZ PLUS.....                                                                                                                 | 6  |
| 2.1.1. | Skojarzenia z programem POZ PLUS.....                                                                                                          | 6  |
| 2.1.2. | Zmiany w organizacji pracy przychodni.....                                                                                                     | 6  |
| 2.1.3. | Sposób otrzymania informacji o opiece koordynowanej POZ PLUS.....                                                                              | 7  |
| 2.1.4. | Elementy zachęcające do udziału w POZ PLUS.....                                                                                                | 7  |
| 2.1.5. | Obawy przed przystąpieniem do POZ PLUS.....                                                                                                    | 8  |
| 2.1.6. | Opieka koordynatora.....                                                                                                                       | 8  |
| 2.1.7. | Proces weryfikacji.....                                                                                                                        | 9  |
| 2.1.8. | Kwalifikacja do wizyt edukacyjnych.....                                                                                                        | 9  |
| 2.1.9. | Istotne elementy w procesie opieki medycznej.....                                                                                              | 10 |
| 2.2.   | Bilans (pytania były kierowane tylko dla grupy badanych po profilaktycznych świadczeniach bilansowych, nie włączonych do DMP).....             | 11 |
| 2.2.1. | Korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej i wykonywanie okresowych badań profilaktycznych przed bilansem.....                                 | 11 |
| 2.2.2. | Ocena czasu oczekiwania na bilans.....                                                                                                         | 11 |
| 2.2.3. | Wywiad w ramach badania bilansowego i kwestionariusz bilansu.....                                                                              | 11 |
| 2.2.4. | Czynniki ryzyka.....                                                                                                                           | 12 |
| 2.2.5. | Dalsza diagnostyka i programy profilaktyczne.....                                                                                              | 13 |
| 2.2.6. | Program zarządzania Chorobą.....                                                                                                               | 13 |
| 2.2.7. | Ocena powszechności badań bilansowych.....                                                                                                     | 13 |
| 2.2.8. | Różnica między badaniami bilansowymi, a badaniami kontrolnymi.....                                                                             | 14 |
| 2.3.   | Program zarządzania Chorobą (pytania były kierowane tylko dla grupy badanych objętych opieką w ramach Programu zarządzania chorobą (DMP))..... | 14 |
| 2.3.1. | Przystąpienie do udziału w programie.....                                                                                                      | 14 |
| 2.3.2. | Kwalifikacja do programu.....                                                                                                                  | 15 |
| 2.3.3. | Konsultacje ze specjalistami.....                                                                                                              | 15 |
| 2.3.4. | Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM).....                                                                                                 | 16 |
| 2.4.   | Wpływ pandemii COVID-19.....                                                                                                                   | 17 |
| 2.4.1. | Opieka w placówce i informowanie o wizytach podczas pandemii Covid-19.....                                                                     | 17 |

|        |                                                                                                                |    |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.4.2. | Porady edukacyjno-specjalistyczne.....                                                                         | 18 |
| 2.4.3. | Wpływ pandemii, a chęć udziału w programie POZ PLUS.....                                                       | 18 |
| 2.5.   | Opinia na temat programu POZ PLUS.....                                                                         | 19 |
| 2.5.1. | Polecenie programu bliskim.....                                                                                | 19 |
| 2.5.2. | Perspektywa ponownego przystąpienia do programu, obawy przed przystąpieniem, chęć rezygnacji.....              | 19 |
| 2.5.3. | Odczucia po odbytych wizytach.....                                                                             | 21 |
| 2.5.4. | Promocja programu POZ PLUS.....                                                                                | 21 |
| 2.5.5. | Ocena programu.....                                                                                            | 22 |
| 2.5.6. | Wpływ programu na życie.....                                                                                   | 23 |
| 2.5.7. | Dostęp do IKP.....                                                                                             | 24 |
| 3.     | Wyniki badania – wywiady prowadzone z lekarzami programu POZ PLUS.....                                         | 24 |
| 3.1.   | Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób przed przystąpieniem do POZ PLUS...                                   | 24 |
| 3.2.   | Schemat postępowania profilaktycznego i czynniki ryzyka.....                                                   | 24 |
| 3.3.   | Kierowanie pacjentów do programów profilaktycznych.....                                                        | 25 |
| 3.4.   | Edukacja pacjentów.....                                                                                        | 25 |
| 3.5.   | Plany opieki i leczenia pacjentów.....                                                                         | 26 |
| 3.6.   | Konsultacje ze specjalistami.....                                                                              | 27 |
| 3.7.   | Przystępowanie do Programu Zarządzania Chorobą (DMP).....                                                      | 27 |
| 3.8.   | Katalog grup dziedzinowych/schorzeń i katalog badań diagnostycznych, a proces diagnostyczno-terapeutyczny..... | 28 |
| 3.9.   | Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.....                                                        | 28 |
| 3.10.  | Koordinacja opieki/leczenia.....                                                                               | 28 |
| 3.11.  | Funkcja koordynatora.....                                                                                      | 29 |
| 3.12.  | Zgody pacjenta na udział w programie.....                                                                      | 30 |
| 3.13.  | Badania bilansowe.....                                                                                         | 30 |
| 3.14.  | Kwestionariusz bilansu.....                                                                                    | 32 |
| 4.     | Podsumowanie.....                                                                                              | 32 |

## 1. Tło badania

Celem POZ PLUS jest wprowadzenie modelu opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej poprzez zapewnienie wysokiej jakości świadczeń. Cele szczegółowe modelu POZ PLUS to:

- Poprawa jakości usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.
- Zwiększenie ilości świadczeń profilaktycznych udzielanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.
- Poprawa koordynacji usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Pilotażowe wdrożenie programu POZ PLUS ma na celu stopniowe tworzenie systemu ukierunkowanego na pacjenta, w którym zamiast koncentracji na udzielaniu świadczeń związanych ze stanem chorobowym, kładzie się większy nacisk na profilaktykę i zapobieganie chorobom. System taki będzie lepiej dostosowany do obecnej sytuacji w środowisku opieki zdrowotnej i procesów demograficznych. Placówki POZ były zobowiązane do dostosowania struktury organizacyjnej oraz wewnętrznych systemów informatycznych, do zarządzania opieką koordynowaną. Pilotaż POZ PLUS obejmuje koordynację opieki z wykorzystaniem:

- Profilaktycznych świadczeń bilansowych (bilanse zdrowia i porady edukacyjne)
- Programu zarządzania chorobą

### 1.1. Metodologia

W badaniu wykorzystano metodę zogniskowanych grup fokusowych (FGI – ang. focus group interview). Jest to jedna z podstawowych i najbardziej klasycznych technik badawczych występujących wśród metod jakościowych.

Zogniskowany wywiad grupowy (FGI - Focus Group Interview) to technika badań jakościowych, polegająca na wspólnej dyskusji grupy respondentów/uczestników wywiadu, pod przewodnictwem moderatora. Celem badania jakościowego realizowanego w technice FGI jest uzyskanie pogłębionego rozumienia określonych przez przedmiot badania doświadczeń ludzi oraz zderzenie ze sobą różnych perspektyw. Moderator pełni natomiast rolę przewodnika i katalizatora w takiej dyskusji. Wywiad grupowy pozwala na relatywnie swobodną/spontaniczną wymianę spostrzeżeń, opinii i sugestii, co przybliża go do schematu naturalnej rozmowy osób w grupie. Pozwala także otworzyć się uczestnikom na innych współuczestników.

Rozmowa z respondentami jest nagrywana (po uprzednim uzyskaniu zgód 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 przyczyniły się do realizacji celów badania oraz odpowiedzi na pytania badawcze. Informacje pozyskane w trakcie wywiadów pozwoliły pogłębić wiedzę w szczególności na temat doświadczeń respondentów z perspektywy pacjenta oraz lekarza na temat pilotażu POZ PLUS, jak i poziomu satysfakcji z udziału w pilotażu.

Ze względu na panującą w kraju pandemię COVID-19, wywiady odbyły się w formie zdalnej (w formie wideorozmowy). Technika ta jest znacznie szybsza w porównaniu z wywiadami face to face, gwarantującą bardzo efektywne przeprowadzenie badania oraz bezpieczniejsza dla zdrowia respondentów z uwagi na pandemię COVID-19.

Materiał pozyskany w wyniku prowadzonych wywiadów został poddany analizie w podziale na etapy:

- Analiza wstępna potrzebna do 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 wyciąganie i interpretacja wniosków (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. Próba badania**

Zasięgiem badania objęte były wybrane ośrodki POZ w całej Polsce w których realizowany jest pilotażowy program POZ PLUS.

W ramach badania przeprowadzono 15 grupowych wywiadów zogniskowanych wśród pacjentów biorących udział w projekcie POZ PLUS w podziale na:

- 7 grup pacjentów po profilaktycznych świadczeniach bilansowych (nie włączeni do programu zarządzania chorobą DMP)
- 8 grup pacjentów objętych opieką w Programie Zarządzania Chorobą (podpisana zgoda na udział w DMP)

Ponadto każda z wymienionych grup podzielona została pod kątem wieku oraz wielkości placówki:

- ośrodki do 5 tys. (wieś) w podziale na wiek:
  - 18 - 35 lat
  - 36 – 54 lat
  - 55 - 60+ lat
- ośrodki 5 – 10 tys. (wieś gmina miejsko – wiejska) w podziale na wiek:
  - 18 – 35 lat
  - 36 – 54 lat
  - 55 - 60+ lat
- ośrodki 10-20 tys. (miasto) w podziale na wiek:
  - 18 – 35 lat
  - 36 – 54 lat
  - 55 - 60+ lat

Dzięki uczestnictwu w badaniu szerokiej i zróżnicowanej grupy pacjentów, otrzymane wyniki rzetelniej odzwierciedlały opinię badanych na temat programu POZ PLUS.

Dodatkowo w ramach badania przeprowadzono 3 badania fokusowe z lekarzami programu POZ PLUS. Wywiady te zostały podzielone i przeprowadzone ze względu na wielkość ośrodka medycznego:

- Ośrodek mały

- Ośrodek średni
- Ośrodek duży

### 1.3. Przebieg badania

Wywiady w ramach badania zostały zrealizowane przy zastosowaniu wideorozmowy z grupą respondentów.

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 – wywiady prowadzone z pacjentami programu POZ PLUS

### 2.1. Przystąpienie do POZ PLUS

#### 2.1.1. Skojarzenia z programem POZ PLUS

Pacjenci posiadają same pozytywne skojarzenia z terminem POZ PLUS. To co wymieniali zdecydowanie najczęściej, to przede wszystkim szybkość i dostępność. POZ PLUS kojarzy się ze skróconym czasem oczekiwania na wizyty lekarskie czy jakiegokolwiek inne konsultacje i badania. Jeden z pacjentów podkreśla, że program umożliwia umawianie się na wizyty u specjalistów w przeciągu kilku dni, czasem 2-3 tygodni (w zależności od rodzaju badań), podczas gdy w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej czas oczekiwania wynosi pół roku, czy nawet rok. Szybkość rozumiana jest również jako liczba możliwych do wykonania badań w krótkim czasie. Z kolei dostępność związana jest z możliwością dotarcia do wielu świadczeń medycznych, do rozszerzonego pakietu badań, lekarzy specjalistów, czyli takich usług, do których dostęp jest utrudniony w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

*„Łatwy dostęp do badań, lepszy dostęp do lekarzy specjalistów, kompleksowych badań, do pełnej diagnostyki, gdzie na co dzień ona może być utrudniona, ponieważ idąc do lekarz podstawowej opieki zdrowotnej musimy sobie załatwić jedno skierowanie, drugie i trzecie, a tu jesteśmy kompleksowo załatwiani za jednym razem.”*

POZ PLUS kojarzy się również z dokładniejszymi badaniami, możliwością zweryfikowania swojego zdrowia, uzyskania informacji na temat jego stanu, jak i zdiagnozowania ewentualnych schorzeń. Pacjenci są zdania, że program ten nie jest kierowany tylko do osób chorych, które same zgłaszają chęć udziału, ale także do tej części populacji, która uważa, że jest zdrowa. Dzięki temu pacjenci mogą sprawdzić swój faktyczny stan zdrowia i zweryfikować, czy faktycznie nic im nie dolega. W związku z tym POZ PLUS kojarzony jest również z terminem – profilaktyka.



Skojarzeniem często pojawiającym się wśród pacjentów jest kompleksowość, koordynacja i usystematyzowanie. Wiąże się to z tym, że pacjent w jednym miejscu może załatwić wiele porad, zamiast chodzić po przychodniach i szpitalach w celu poszukiwania lekarza czy porady specjalistycznej. Docenia się również fakt, że podczas całego procesu i przechodzenia przez kolejne etapy występuje rola koordynatora. Pacjent czuje się dzięki temu zaopiekowany, prowadzony i poinformowany – wie co, gdzie i jak.

*„Opieka i usystematyzowanie tego wszystkiego. Pomoc. Przede wszystkim pomoc choremu. Właśnie taka szybka pomoc w czasie choroby. Ja się nie muszę zastanawiać, tylko jestem prowadzona od początku do końca przez kogoś, kto mi mówi, co mam aktualnie zrobić, gdzie mam pójść, jakie badania mam wykonać.”*

Z jednej strony padają słowa, że jest to podstawowa opieka zdrowotna. Z drugiej strony pojawiają się opinie, że jest to opieka rozszerzona. Więcej osób opowiada się jednak za drugą wersją. POZ PLUS kojarzą z czymś dodatkowym, z czymś ekstra, z większą i lepszą pomocą.

Wśród pojedynczych skojarzeń pojawiła się fizjoterapia, która w opinii jednej z pacjentek przyniosła u niej bardzo pozytywne i ogromne skutki. Dla innego pacjenta pierwszym skojarzeniem były fundusze unijne.

*„Pracuję ze środkami unijnymi, dlatego pierwsza rzecz, która mi przychodzi do głowy, to fundusze unijne, że jest to finansowane ze środków PFS-u.”*

#### 2.1.2. Zmiany w organizacji pracy przychodni

Wszyscy pacjenci, którzy dostrzegają zmiany w organizacji pracy przychodni oceniają je pozytywnie. Zauważa się ogólne usprawnienie funkcjonowania placówek. Przede wszystkim poprawiła się szybkość i jakość. Szybkość w działaniu i reagowaniu tj. możliwość szybszego wyznaczania terminów badań i przeprowadzania ich. Natomiast jakość wiąże się podejściem lekarzy do pacjentów. W porównaniu do wcześniejszych wizyt, w tym momencie w większym stopniu weryfikowane są dolegliwości pacjenta, bada się go kompleksowo, by następnie na tej podstawie móc dopasować jak najlepsze leczenie. Pacjenci czują, że wychodząc z gabinetu lekarskiego są bardziej poinformowani na temat swojego zdrowia. Mają poczucie, że są prawidłowo kierowani przez lekarza np. otrzymując skierowania do właściwych specjalistów.

Kolejną zauważalną zmianą jest ułatwienie kontaktu z placówką oraz pojawienie się nowego stanowiska – koordynatora. Pacjenci czują się zdecydowanie bardziej zaopiekowani. W związku z tym widoczna jest też zmiana w podejściu do pacjenta, którego w opinii uczestników nie traktuje się już przedmiotowo, a podmiotowo. To indywidualne podejście zauważa się na każdym etapie, zaczynając od samego przyjęcia przez koordynatora, osobę w rejestracji, po samą wizytę u lekarza.

*„Przede wszystkim koordynowana opieka. Nie chodzimy, nie błądzimy. Nie musimy się denerwować, że o czymś zapomnimy, bo po prostu taki koordynator pilnuje tego wszystkiego, żeby z nami być, żeby nas wspierać, opiekować się nami. Co wcześniej niestety zdarzało się tylko przy sytuacjach za tak zwane pieniądze, czyli w prywatnych placówkach lub jeśli mieliśmy abonamenty w danych przychodniach.”*

Wśród innych zmian część pacjentów dostrzega jeszcze zwiększenie atrakcyjności przychodni. Wiąże się to z zatrudnieniem lekarzy specjalistów i dostępem do szerszego wachlarza usług.

#### 2.1.3. Sposób otrzymania informacji o opiece koordynowanej POZ PLUS

Informacje na temat pilotażu POZ PLUS pacjenci otrzymywali głównie od lekarzy, personelu medycznego albo od znajomych. Najczęściej do pilotażu bywali zapraszani podczas wizyt u lekarza rodzinnego. Zdarzało się jednak i tak, że o programie dowiadywali się od koordynatorów,



pielęgniarek lub pracowników recepcji. Istotne znaczenie miała również tzw. poczta pantoflowa. Wiele osób dowiedziało się o POZ PLUS od swoich znajomych lub członków rodziny.

*„Ja otrzymałam informację od pani pielęgniarki. Natomiast, to może nie było takie kluczowe. Bo najlepszy jest marketing szeptany. Dopiero jak usłyszałam od kolegi, któremu bardzo pomógł ten program, od koleżanki, że uzyskała bardzo dobre efekty, przekonałam się, że to nie są czcze słowa.”*

Tylko pojedyncze osoby deklarują, że o POZ PLUS dowiedziały się z plakatów, ulotek czy ze strony internetowej lub Facebooka. Wśród pojedynczych wypowiedzi okazało się, że jedna osoba o programie dowiedziała się w pracy, od swojego pracodawcy.

Co ciekawe, żaden z pacjentów nigdy wcześniej nie słyszał o POZ PLUS. Ich zdaniem ten program był niewystarczająco nagłośniony.

*„Prawdę mówiąc, wcześniej nigdy nic o tym nie słyszałam i to też było moje zdziwienie, że taki program w ogóle istnieje. I osobiście uważam, że gdzieś był niewystarczająco nagłośniony i społeczeństwo nie zostało wystarczająco poinformowane, że taki program w ogóle istnieje.”*

Pacjenci zapytani o najbardziej czasochłonny element programu, nie są w stanie takiego wskazać. Wręcz przeciwnie, podkreślają, że zarówno terminy badania, terminy wizyt u lekarzy, jak i wyniki badań odbywały się w bardzo szybkim trybie.

*„Jakbyśmy musiały same ślęczeć, szukać, robić, chodzić, prosić się, dzwonić, no to byśmy to pamiętały. Bo jeżeli coś nas irytuje i musimy to robić sami, to byśmy pamiętały. A że nie pamiętamy, to właśnie to było tak ekspresowo i przez kogoś po prostu skoordynowane, cały proces i program.”*

#### 2.1.4. Elementy zachęcające do udziału w POZ PLUS

Do najczęściej wymienianych elementów, które zachęciły pacjentów do wzięcia udziału w programie była szybkość – zarówno umawiania terminów badań, jak i całego procesu.

*„Zależało mi na rezonansie, a wiem z doświadczenia, że czekałam zawsze około roku na termin. A tutaj dostałam termin w tydzień. No więc to naprawdę było super, na plus. I to mnie głównie też przekonało. No i samo to, że można się też przebadać pod innym kątem.”*

Kolejnym czynnikiem jest oferowany szeroki wachlarz specjalistów i usług, konsultacje ze specjalistami i ogólnie kontakt z lekarzem. Dla niektórych osób wzięcie udziału w POZ PLUS to chęć zadbania o zdrowie i gruntownego przebadania się. O tym aspekcie wspominają nie tylko osoby starsze i takie, u których wcześniej wystąpiły jakieś dolegliwości, ale również osoby, którym wcześniej nigdy nic nie dolegało.

*„Do programu przystąpiłam, ponieważ chylę się ku starszemu wiekowi, że tak powiem. Dostałam do wniosku, że czas jest gruntownie się przebadać i zadbać o swoje zdrowie. Chociaż nigdy nie miałam jakichś wielkich problemów zdrowotnych, po prostu dostałam do wniosku, że już nadszedł czas, aby pomyśleć o stałej kontroli i opiece lekarskiej.”*

To co zachęciło do wzięcia udziału w programie to także kompleksowość. Możliwość przebadania się od stóp do głów, jak i możliwość przeprowadzenia badań w jednym miejscu. Podkreśla się także konsekwencję poszczególnych etapów tj. na początku wykonanie badań, następnie postawienie diagnozy, a potem przystąpienie do leczenia. Pacjent nie zostaje pozostawiony sam sobie z diagnozą.

*„Kompleksowość, to że wszystko się załatwia od razu i nie trzeba samodzielnie tego ogarniać, wszystko jest w jednym miejscu, ktoś to koordynuje, tak jak państwo*

*wspomnieliście wcześniej, to nie pacjent musi się interesować, tylko interesuje się ktoś pacjentem, więc to jest szybkie, wygodne."*

W związku z kompleksowością wspomina się także o opiece koordynowanej i podejściu koordynatora.

*„Kontakt z koordynatorami i ich podejście jest dużo lepsze niż zwykłych rejestratorek. Oczywiście nie zawsze, to też zależy od osoby, ale wydaje mi się, że one mają inne nastawienie do pacjenta."*

Nieco rzadziej wspomniane czynniki, które miały wpływ na podjęcie decyzji o przystąpieniu do POZ PLUS to czynnik finansowy, czyli możliwość wykonania badań całkowicie bezpłatnie oraz zwykła ciekawość. Sprawdzenie usłyszanych informacji na temat programu, jak i ciekawość czy jest się zdrowym.

Ostatnim elementem są opinie i zachęty do uczestnictwa w programie ze strony personelu przychodni. To wiąże się jednak również z zaufaniem do tych pracowników.

*„Ja miałam bardzo duże zaufanie do personelu w mojej przychodni, w której pracuję. Po prostu uznałam, że to są specjaliści, skoro mi mówią: pani przyjdzie na bilans, sprawdzimy, jak się będzie pani czuła, zrobimy pani szereg badań kontrolnych. To mnie zmotywowało. Po prostu miałam zaufanie do tych osób, które u mnie pracują w tej przychodni."*

#### 2.1.5. Obawy przed przystąpieniem do POZ PLUS

Biorąc pod uwagę obawy towarzyszące pacjentom przed przystąpieniem do programu POZ PLUS można śmiało stwierdzić, że w przypadku zdecydowanej większości takich nie ma. Przystąpienie do programu utożsamia się z czymś korzystnym, z szansą, a nie z ryzykiem i obawą. Poza tym pacjenci uważają, że wszelkiego rodzaju dokumenty, zgody czy upoważnienia są na tyle czytelne, że nie budzą w nich ani strachu, ani stresu. Jedna z pacjentek dodaje, że wcześniej nie znała tego programu i posiadała na jego temat minimalną wiedzę, dlatego nie towarzyszyły jej obawy, a raczej ciekawość i chęć sprawdzenia w praktyce na czym ten program polega. Z kolei inna osoba wręcz przeciwnie, słyszała wcześniej na temat POZ PLUS bardzo dobre opinie i z chęcią do niego przystąpiła.

*„Ja nie miałam żadnych obaw, bo jeżeli proponowano mi, że będzie coś lepiej i szybciej, to warto było zaryzykować. Tak naprawdę nie miałam nic do stracenia, bo dzisiejsza opieka zdrowotna jest taka, jaka jest, dobrze chyba wszyscy wiemy. Więc mogłam tylko zyskać, a na pewno nie stracić."*

*„Nie ma się czego obawiać. Trzeba być zadowolonym, że można zrobić badania, potwierdzić, czy tak, czy tak, na jakim są etapie i w jakim w ogóle jesteśmy stanie zdrowotnym."*

Jeżeli jakieś obawy się pojawiały to głównie te związane z wynikiem diagnozy i możliwością wykrycia jakiejś choroby. Jedna z osób otwarcie przyznaje, że w sytuacji, gdy ją coś boli, zamiast pójść do lekarza, woli leczyć się sama. Przystąpienie do programu było dla niej odważnym krokiem, jednak jak podkreśla, w tym momencie jest zadowolona z tej decyzji. Wśród obaw pojawiła się jeszcze wizja niekończących się wizyt u lekarza tj. wykrycie i leczenie jednego schorzenia, może ponieść za sobą wykrywanie kolejnych schorzeń.

*„Najgorzej, jak pójdę i usłyszę diagnozę, której bym nie chciała usłyszeć. Bałam się spotkać z lekarzami, że podczas badania coś się okaże. Ale teraz się uspokoiłam, jest dobrze."*

*„Odnoszę wrażenie, że jak już wejdiesz do gabinetu lekarskiego, to już chyba nigdy stamtąd nie wyjdiesz. To taka dla mnie obawa."*

Niektórym osobom zamiast obaw towarzyszyły przemyślenia na temat POZ PLUS. Przystępując do jakiegokolwiek nowego programu, każdy się bowiem zastanawia w jakim celu taki program jest tworzony, na czym polega, jakie korzyści przyniesie, jakie są jego plusy i minusy.

*„Zastanowienie – co na nim można zyskać, na czym polega i jakie możliwości i zakres oferuje. Nie było takiego procesu. Program zapowiadał się fajnie, możliwości oferowane były interesujące, decyzja zapadła, bierzemy udział w programie. I to tyle.”*

#### 2.1.6. Opieka koordynatora

Wszyscy pacjenci potwierdzają, że opieka była koordynowana. Takimi kwestiami jak zapisywaniem, umawianiem czy przekładaniem wizyt zajmowali się koordynatorzy. Osoby te miały oddzielne gabinety i wyznaczone godziny pracy. Każdy pacjent mógł kontaktować się ze swoim koordynatorem. Akceptowalne były dwie formy kontaktu – osobiście lub telefonicznie.

Niektórzy deklarują, że w ich placówce był jeden koordynator, inni wskazują, że było ich kilku. Dużym plusem jest fakt, że przez cały proces były to te same osoby. Wzmacniało to zaufanie i sprawiało, że łatwiej rozmawiało się z takimi osobami - osobami, które są wtajemniczone w cały proces leczenia pacjenta. Nawet jeśli zdarzała się sytuacja, że koordynator przebywał na urlopie, to pacjent nie został pozostawiony sam sobie, tylko otrzymywał kontakt do innej osoby, która również miała mu służyć pomocą.

Według pacjentów wsparcie w postaci koordynatora jest zdecydowanie pomocne i usprawnia organizację opieki. To dla pacjentów pozytywna odmiana i miłe zaskoczenie w porównaniu do standardowej podstawowej opieki zdrowotnej. Docenia się także krótki czas oczekiwania na wizytę. Ogólnie obsługę przez koordynatorów określa się jako bezproblemową, miłą i szybką.

*„W dzisiejszych czasach jest to coś dziwnego. Raczej takiego mało spotykanego.”*

*„Myślę, że na każdym etapie jakiegoś zarządzania czy planowania jakiegoś projektu taki koordynator jest potrzebny. Bo czy to jest program zarządzania chorobą, czy jakiś projekt strictly dotyczący naszej pracy, to jeżeli jest to osoba wyznaczona, to ta osoba jest za coś konkretnie odpowiedzialna. Odpowiedzialność się nie rozmywa, więc jeżeli gdzieś ktoś nawet popełni błąd, to wtedy łatwiej jest doskonalić taki system.”*

Pacjenci deklarują, że za każdym razem raczej łatwo było skontaktować się ze swoim koordynatorem. W sytuacji, kiedy ten kontakt był utrudniony, zawsze miał miejsce kontakt zwrotny i koordynator oddzwaniał. Większość osób potwierdza, że posiada odrębny numer telefonu do koordynatora. Tylko nieliczni musieli łączyć się przez przychodnię. Jedna z tych osób wspomina, że w czasie pandemii brak oddzielnego numeru do koordynatora i konieczność dzwonienia do przychodni powodowała niepotrzebną stratę czasu.

Opinie na temat samych koordynatorów i ich podejścia do pacjentów są tylko i wyłącznie pozytywne. Fakt, że koordynatorzy dzwonili do pacjentów, umawiali wizyty i wysyłali przypomnienia sprawiało, że czuli się zaopiekowani. Pacjenci mieli poczucie, że traktowani są w specjalny, priorytetowy sposób. Nie mieli wrażenia, że są którymś z kolei pacjentem oczekującym w kolejce. Wizyty były umawiane z uwzględnieniem potrzeb każdej osoby tak, że to terminy były dostosowywane do pacjenta, a nie pacjent miał dostosowywać się do wyznaczonych terminów. Pacjenci uważają, że praca koordynatora jest nieoceniona, ponieważ taka osoba posiada obszerną wiedzę na temat programu wie, jak postępować krok po kroku, a dzięki temu potrafi bardzo dobrze poinformować pacjenta i przedstawić mu poszczególne etapy POZ PLUS, powiedzieć czego pacjent może się spodziewać i oczekiwać w ramach programu.

*„[Koordynator] to jest taki, jak gdyby przyjaciel zdrowia, który pilnuje tego naszego zdrowia. Nie musimy szukać, załatwiać specjalistów, martwić się, gdzie ich znaleźć, jak do nich dotrzeć. To jest bardzo duża korzyść z tego programu.”*

Na poczucie zaopiekowania pacjentów wpływa także kompleksowość badań i indywidualna ścieżka zdrowia uzgadniana z lekarzem. Uczestnikom programu podoba się to, że najpierw wykonywany jest ciąg wszystkich badań, a następnie wyniki omawiane są podczas wizyty u lekarza, na której poprzez dyskusję i w oparciu o potrzeby i zdanie pacjenta ustalany jest indywidualny plan opieki medycznej.

#### 2.1.7. Proces weryfikacji

Ze względu na tempo całego procesu oraz odległy czas uczestnictwa w programie część pacjentów nie jest w stanie sobie przypomnieć czy ktokolwiek z pracowników placówki medycznej weryfikował, czy korzystali ze świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast ci, którzy pamiętali, deklarowali, że taka weryfikacja miała miejsce. Odbywało się to podczas pierwszego wywiadu z koordynatorem lub podczas wizyty u lekarza. Pacjentów pytano w jakim terminie przed przystąpieniem do programu wykonywało się badania lekarskie, czy mają jakieś schorzenia, gdzie chodzą do specjalistów, jak często, czy chcą go zmienić, czy chcą przejść do przychodni, w której prowadzony jest program POZ PLUS. Jeśli okazywało się, że pacjent posiada już historię choroby i leczy się u odpowiedniego specjalisty, to wówczas takie schorzenie wykluczane było w POZ PLUS.

*„Ja byłam pytana, czy korzystam, jak często, czy choruję na coś. Także taki wywiad był przeprowadzany. W gabinecie u lekarza. Pan doktor rodzinny poświęcił mi dużo czasu, wypytał o wszystko i w ten sposób się dość dużo dowiedziałam.”*

Jedna z pacjentek deklaruje, że nie przechodziła przez weryfikację, ponieważ przystąpiła do programu w swojej przychodni, w związku z czym koordynator posiadał wiedzę o korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej. Pacjenci zauważyli, że często to lekarze podczas codziennych wizyt lekarskich wytapywali osoby, które dawno nie wykonywały żadnych badań i takich pacjentów automatycznie kwalifikowano do programu.

#### 2.1.8. Kwalifikacja do wizyt edukacyjnych

Nie wszyscy pacjenci zostali zakwalifikowani do wizyt edukacyjnych (w tym wizyt specjalistycznych). Powodem niezakwalifikowania były dobre wyniki i brak wskazań, by dalej takie osoby skierować do specjalistów. Waga tych osób, wskaźniki BMI znajdowały się w normie, a to wykluczało z wizyt u dietetyka. Z kolei w przypadku wizyt u psychologa, pacjenci byli informowani o takiej możliwości i w zależności od własnych potrzeb, mogli z tych wizyt w ramach programu skorzystać.

Część osób, która nie zakwalifikowała się do wizyt edukacyjnych nie zna powodów takiej decyzji. Te osoby domyślają się tylko, że taka pomoc po prostu nie była im potrzebna. Nie otrzymali jednak żadnej konkretnej informacji zwrotnej.

*„Nie zostałem zakwalifikowany może dlatego, że ogólnie nie mam większych problemów. Jedyne to nadciśnienie właściwie. I na tym się skupiamy, bo wszystkie badania wyszły mi bardzo dobrze.”*

Pacjenci, którzy nie brali udziału w wizytach edukacyjnych w większości deklarują, że gdyby była taka możliwość, to skorzystaliby z tych usług. Chętnie odświeżyliby sobie wiedzę na temat podstaw żywienia. Co więcej, uważa się, że edukacja dietetyczna powinna być czymś powszechnym. W mniejszym stopniu pacjenci wypowiadają się o wizytach u psychologa, chociaż w czasach pandemii dostrzegają większą potrzebę skorzystania z takich usług.

Wśród pacjentów są również ci nieliczni, którzy nie czują potrzeby i chęci skorzystania z usług edukacyjnych. Tłumaczą to tym, że wolą skupiać się na swoich głównych problemach zdrowotnych, niż takich pobocznych.

Osoby, które wzięły udział w wizytach edukacyjnych potwierdzają, że były one przydatne i miały wpływ na ich podejście do kwestii własnego zdrowia. Z jednej strony wizyty u dietetyka pogłębiły wiedzę pacjentów, odświeżyły pewne informacje i dostarczyły wielu cennych wskazówek i porad jak np. jakich produktów należy unikać. Ta wiedza zwiększyła świadomość odżywiania wśród pacjentów. Z drugiej strony wizyty zmotywowały pacjentów do podjęcia konkretnych kroków i zmiany podejścia w sposobie odżywiania się i nawyków żywieniowych. Wprowadzono także w życie aktywność fizyczną np. spacer.

*„Z racji tego, że, człowiek jest aktywny zawodowo, porozmawialiśmy, jak można jeść szybko, ale zdrowo. Więc ja akurat na plus te wizyty odebrałam. Mi się podobało. Te wizyty nie miały na celu, abym zredukowała jakoś bardzo dużo wagę, ale właśnie taka edukacja.”*

U niektórych osób widoczne są efekty wizyt u dietetyka. Dzięki odpowiednio rozpisanej diecie, dostosowanej do potrzeb np. ze względu na towarzyszące choroby, jak Hashimoto czy też problemy z wątrobą, pacjentom udało się zrzucić zbędne kilogramy. To wpłynęło też na polepszenie ich ogólnego samopoczucia.

*„Wizyty były bardzo przyjemne i oczywiście skuteczne, bo ja staram się dbać o zdrowe żywienie, o właściwą, zbilansowaną dietę. Pogłębiłam swoją wiedzę w tym temacie i jestem bardzo zadowolona z tych wizyt. Oczywiście staram się stosować wszelkie zalecenia, które otrzymałam, więc jak najbardziej też polecam.”*

Biorąc wszystko powyższe pod uwagę, pacjenci są zadowoleni z wizyt edukacyjnych. Uzyskali wiedzę i pomoc od doświadczonych dietetyków. Widzą mierzalne efekty wprowadzanych wskazówek i zaleceń.

*„Dietetyk był dla mnie fantastyczną niespodzianką i poszedłem tak naprawdę tylko, żeby zobaczyć, co to jest i już teraz mam trzecią wizytę. Bardzo możliwe, że zostanę na dłużej, bo tutaj bardzo dużo ciekawych rzeczy się dowiaduję odnośnie zmiany diety.”*

Jedyny minus jaki się dostrzega, to niewystarczająca liczba wizyt w programie, jak również zbyt krótki czas trwania pojedynczej wizyty.

*„Bardzo fajny pomysł i na pewno bym jeszcze z tego skorzystała. Szkoda tylko, że tych wizyt było tak mało.”*

*„Ciężko w ciągu tych 3 wizyt tak naprawdę osiągnąć jakiś efekt. Na pewno dużo pomogły, zwiększyły wiedzę, ale jeśli chodzi o takie czuwanie nad tym to wydaje mi się, że to jest troszeczkę mało.”*

*„Na pewno wolalabym, żeby to było rozszerzone, bo to spotkanie było krótkie.”*

Na podstawie wypowiedzi pacjentów można stwierdzić, że wizyty u psychologa nie cieszyły się popularnością. Jedna osoba zadeklarowała, że skorzystała z nich. Powodem były ówczesne problemy osobiste, a rozmowy z psychologiem pomogły jej i rozwiewały niepewności, z którymi przychodziła. W kontekście wizyt u psychologa również podkreśla się, iż są one zdecydowanie za krótkie. Takie spotkania w opinii pacjentów powinny trwać od 50 do 60 minut, a nie jak obecnie od 15 do 20 minut.

*„Czego możemy się dowiedzieć w ciągu 15-20 min? No, to jest niemożliwe dla mnie. Też mi się wydaje, że w zależności od tego, kto z czym przychodzi tak naprawdę, może tutaj uzyskać daną pomoc. Natomiast dla mnie to było niewystarczające pod kątem takim czasowym.”*

## 2.1.9. Istotne elementy w procesie opieki medycznej



Opinie na temat tego, co jest istotniejsze: szybsza możliwość konsultacji czy też wybór lekarza są różnorodne. Wielu pacjentów jest zdania, że ten wybór jest uzależniony od tego czy w danej chwili potrzebujemy natychmiastowej pomocy. Jeżeli jest to sprawa niecierpiąca zwłoki wówczas istotniejsza jest szybsza możliwość konsultacji. Kiedy jednak jest to sprawa, która może poczekać, wtedy istotniejszy jest wybór najlepszego specjalisty. Jeszcze inni uważają, że w przypadku postawienia pierwszej, wstępnej diagnozy wybraliby szybszą konsultację, natomiast w kwestii dalszego leczenia woleliby wybrać dobrego, renomowanego lekarza.

*„Myślę, że na początkowym etapie, kiedy jesteśmy na etapie diagnozowania problemu, to raczej liczy się szybkość. Jeżeli już mamy zdiagnozowany problem i wiemy, że coś naprawdę nam dolega, to myślę, że dopiero wtedy powinniśmy się zastanowić nad tym, jakiego specjalistę, czy to jest lekarz częściej wybierany, bardziej popularny.”*

Są też osoby, które nie uzależniają swojej decyzji od jakichś czynników, tylko wskazują konkretną odpowiedź. Ci, którzy opowiadają się za możliwością wyboru lekarza argumentują to tym, że taka kompetentna osoba na pewno im pomoże i będzie w stanie dobrze zdiagnozować i wyleczyć dane schorzenie. Takie osoby wolą też poczekać dłużej, ale dostać się do sprawdzonego lekarza, do takiego, któremu ufają.

*„Z takich moich doświadczeń, chyba jednak postawiłabym na możliwość wyboru lekarzy, ponieważ lecę się endokrynologicznie i przez wiele lat przychodziłam na wizyty na zasadzie: proszę przyjść na wizytę kontrolną, jest OK, nic się nie dzieje. Natomiast jak trafiłam na odpowiedniego lekarza okazało się, że jednak jest to bardziej złożony problem.”*

Z kolei ci, którzy opowiadają się za możliwością szybkiej konsultacji uważają, że ta szybkość reagowania jest po prostu najistotniejsza. Podkreśla się również, że ciężko zdobyć opinie o różnych lekarzach, ponieważ to człowiek sam kształtuje sobie te opinie na podstawie doświadczenia, rozmów i wizyt u lekarzy, stąd nawet trudno byłoby samemu wybrać konkretnego specjalistę, bez wcześniejszego poznania go.

*„Ja myślę, że przede wszystkim ta szybsza ścieżka. Wszyscy ukończyli odpowiednie szkoły, więc wszyscy są profesjonalni.”*

*„Szybsza możliwość konsultacji. Myślę, że to jest bardzo ważne, żeby w razie czego, jakichś objawów jak najszybciej skonsultować z lekarzem. Żeby diagnoza się potwierdziła bądź nie, wykonać te badania podstawowe. A jaki lekarz, to też wydaje mi się, że to w tym momencie nie ma znaczenia. Także szybsza ścieżka diagnostyczna na pewno.”*

## **2.2. Bilans (pytania były kierowane tylko dla grupy badanych po profilaktycznych świadczeniach bilansowych, nie włączonych do DMP)**

### **2.2.1. Korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej i wykonywanie okresowych badań profilaktycznych przed bilansem**

Pacjenci zapytani o korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej, głównie wykonują badania kontrolne - niektórzy badani częściej, a niektórzy rzadko (raz na rok/dwa lata). Pacjenci w tym przypadku korzystają zarówno z refundacji NFZ, ale także ze świadczeń prywatnych. Dodatkowo część osób wskazała, że robiła badania w ramach medycyny pracy.

*„Badałam się wcześniej, bo miałam problemy z anemią i wymagało to ode mnie żebym sprawdzała i robiła te badania. Więc robiłam i prywatnie i państwowo raz na rok, jak mi coś dolegało zazwyczaj.”*

*„Ja też staram się badać jednak regularnie. Prywatnie to raczej faktycznie takie badania, typu cytologia czy też badania ginekologiczne. Aczkolwiek ja dosyć często badam się.”*

*Mam robione USG piersi z racji takiej, że swego czasu miałam jakieś niewielkie problemy. I to faktycznie robię na NFZ, a nie prywatnie i jest to regularne"*

Dodatkowo jedna z badanych wskazała, że jej przychodnia bardzo pilnuje i wspomaga pacjenta w prowadzeniu diagnostyki.

*„U nas są przeróżne programy, które tego bardzo, bardzo pilnują. I z uwagi na to, że ja jestem w rodzinie, gdzie są pewne obciążenia genetycznie (...) u mnie jest to kontrolowane. Ja mam przypomnienia o mammografii, czy cytologii (...). Także u mnie tego pilnuje przychodnia bardzo. To już mówię, pominiawszy ten program, który tutaj jest analizowany. Bo w naszej przychodni jest masa innych różnych. Tak że ja nie muszę biegać do lekarza (...), bo u nas masę rzeczy załatwia za mnie przychodnia po prostu bez względu czy jest to program POZ PLUS czy nie."*

Część badanych wskazała, że ich wizyty w przychodniach związane są wyłącznie z przebiegami czy chorobami sezonowych, a nie z badaniami profilaktycznymi. Jednak są to wizyty jak podkreślają rzadkie i sporadyczne. Jeden z pacjentów zwrócił uwagę, że zdarza się tak że część społeczeństwa korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej, tylko w sytuacji kiedy choruje, a nie chcąc sprawdzić swój stan zdrowia.

*„(...) Jak już ktoś naprawdę musi i jest bardzo źle, to wtedy idzie do lekarza. A chyba to też nie do końca o to chodzi, że dopiero, jak nam się coś dzieje udajemy się na wizytę. I takie programy właśnie, jak POZ PLUS mogą zmienić tą świadomość pacjentów (...)."*

Niektórzy pacjenci deklarują, że nie korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej. Część nie czuje takiej potrzeby, a ich działania związane z dbaniem o zdrowie, wiązały się wyłącznie z wizytami u lekarzy, przeważnie prywatnymi. Niektórzy uważają, że wizyta w przychodni to strata czasu.

#### 2.2.2. Ocena czasu oczekiwania na bilans

Czas oczekiwania na bilans został oceniony bardzo pozytywnie przez pacjentów. Pacjenci byli zachwyceni szybkością całego procesu i ocenili go na bardzo wysokim poziomie.

Niektórzy z pacjentów w związku z bilansem byli tylko raz w przychodni, inni deklarowali kilka wizyt – w zależności od ilości zlecanych badań. Pacjenci byli także bardzo zadowoleni z wachlarza oferowanych terminów, gdzie proponowano im dogodny dla nich termin.

*„W moim przypadku, jednego dnia dostałam telefon, drugiego dnia już byłam u lekarza."*

*„Można powiedzieć, że cały proces jest szybki jak błyskawica. Jeżeli by tak było standardowo to by było naprawdę super i dużo więcej ludzi chodziłoby do lekarza."*

#### 2.2.3. Wywiad w ramach badania bilansowego i kwestionariusz bilansu

Pacjenci deklarują, że wywiady były przeprowadzone na podstawie kwestionariusza. Dodatkowo często podczas pierwszej wizyty wykonywano podstawowe pomiary jak mierzenie czy ważenie pacjenta. W większości przypadków kwestionariusz był wypełniany w obecności pracownika przychodni: pielęgniarki, lekarza czy koordynatora. Część osób dostała kwestionariusz przed pierwszą wizytą i miała przynieść uzupełniony dokument na pierwsze spotkanie z lekarzem. Podczas wizyty pracownik medyczny jednak dopytywał o odpowiedzi i w razie potrzeby uzupełniał kwestionariusz.

*„Ja dostałam go wcześniej na maila. Miałam sobie wypełnić w domu i przyjść na tą pierwszą wizytę. I razem z lekarzem, krok po kroku, sprawdzał on jakie były moje odpowiedzi. Jeżeli coś było dla niego niezrozumiałe, czy coś dopytywał, dopisywał. Także potem razem to przechodziliśmy jeszcze raz."*



Większość respondentów twierdzi, że pytania nie sprawiały im trudności. Część badanych uważa, że niektóre pytania mogły sprawiać trudność, ale można było liczyć na pomoc pracowników przychodni, którzy naprowadzali pacjentów i wyjaśniali ich wątpliwości. Długość kwestionariusza także została dobrze oceniona. Pacjenci uważają, że taka objętość jest konieczna, by móc prawidłowo każdego zdiagnozować.

*„To znaczy, może nie tyle, że było to trudne. Tylko po prostu, jak ktoś się na tym wszystkim nie zna, to łatwiej było, jak na przykład pielęgniarka pomogła coś wyjaśnić.”*

*„Ja akurat nie miałam problemów, ale myślę, że część osób mogłoby mieć jakiś tam problem. Tak samodzielnie, no to by było trudniej wypełnić kwestionariusz, a z kimś, to zawsze można zweryfikować faktycznie czy dobrze myślimy. I chyba ten pracownik jest tutaj bardzo potrzebny.”*

*„Dla mnie kwestionariusz był w sam raz. Więc wydaje mi się, że to wszystko zależy od grupy odbiorców. Nie wiem, jak te osoby 50+, 60+, 70+ i jakieś inne, bo one mają już zdecydowanie więcej chorób współistniejących. Natomiast dla mojej kategorii 30 czy 40+ to uważam, że on jest świetny. Bo w zasadzie na podstawie tych podstawowych badań można wykluczyć mnóstwo różnych chorób i to wychodzi już na tym etapie. Natomiast to jest też świetne w tym programie, że człowiek nie jest zostawiony sam sobie, tylko ma możliwość kontynuowania i pogłębionej diagnostyki już w oparciu o jakieś punkty specjalistyczne. Więc, no, uważam, że tutaj naprawdę nie ma żadnych punktów, do których można byłoby się w jakiś sposób przyczepić.”*

Po wizycie bilansowej pacjenci otrzymywali skierowania na badania. Często były to badania podstawowe, po których lekarz ewentualnie rozszerzał diagnostykę. Zdarzało się jednak, że pacjenci opowiadając o swoich dolegliwościach czy schorzeniach od razu dostawali skierowania na badania z bilansu pogłębionego. Sama ilość badań w zakresie bilansu została oceniona dobrze. Padły również wypowiedzi, że powinna istnieć możliwość rozszerzenia badań o kolejne w przypadku chęci dalszej diagnostyki.

Pacjenci zapytani o opinię na temat samodzielnego wypełniania kwestionariusza bilansu np. przez internetowe konto pacjenta (IKP) mieli bardzo podzielone zdania. Młodsze osoby opowiadały się pozytywnie na ten temat tego pomysłu. Jednak większa grupa osób uważała, że niektóre pytania mogą sprawić pacjentom trudność. W tym temacie pojawiło się wiele sugestii i pomysłów: niektórzy uważali, że taki kwestionariusz wypełniony online, można by następnie skonsultować z personelem medycznym, co znacząco skróciłoby czas poświęcony przez pracowników, część jest zdania, że lekarz powinien go weryfikować i ewentualnie na pierwszej wizycie uzupełniać i dopytywać pacjenta o niejasności. Inni badani zawążyli, że może być to problematyczne dla osób starszych, więc pomysł ten powinien być odpowiednio dostosowany do wieku. Część pacjentów zwróciła także uwagę, że taki kwestionariusz może mieć mniejszą wiarygodność – pacjenci mogą „naciągać fakty”, oszukiwać, albo nieumyślnie coś źle wypełnić. Pojawiły się także osoby, które uważają, że powinno zostać tak jak jest, a kwestionariusz powinno się wypełniać z pracownikiem medycznym.

*„Ale jeżeli byłaby taka szansa, to można część pytań wypełnić samemu, z którymi mamy pewność, że nie będzie problemu. A jeżeli chodzi o te najbardziej istotne, gdzie pacjenci najczęściej mają wątpliwości bądź po prostu nie informują nas o tym, to żeby jeszcze raz przejść to z personelem. No, to na pewno by przyspieszyło trochę.”*

*„Zależy od pacjenta i jego może takiego ogólnego... takiej ogólnej wiedzy medycznej. Bo są czasami pytania, które... może niektóre osoby nie rozumieją i trzeba im to jakoś bardziej rozjaśnić. Większość osób młodych na pewno by sobie poradziło, bo co by nie wiedziało, to by sobie wygoogłało. Ale tam osoby już, nie wiem, może starsze, które by chciały wiedzieć lepiej, a nie są w stanie sobie znaleźć, bo też może, nie wiem, boją się, mają jakąś*

*barierę, no to one potrzebują czasami wyjaśnienia. Każdy człowiek jest inny. Są osoby, które ogólnie zawsze wolą żeby ktoś im pomógł, a są osoby, które wolą być bardziej samodzielne. Ale większość myślę, że chyba dałaby radę."*

#### 2.2.4. Czynniki ryzyka

Dla każdego z pacjentów stworzono i omówiono Indywidualny Plan Postępowania Zdrowotnego (IPPZ), oraz zdefiniowano czynniki ryzyka. Pacjenci byli bardzo zadowoleni z takiej formy omówienia wyników i zwrócili uwagę, że rady, uwagi i sugestie lekarzy często biorą do siebie.

*"No, to ja byłem na takim omówieniu wyników. Jak najbardziej uzyskałem wskazówki, jakimi należy się kierować dalej, żeby, te wyniki, które mam, delikatnie poprawić"*

Kilka osób przyznało, że miało to wpływ na ich życie i nawyki, a jedna z Pań zaczęła liczyć kroki wykonywane w ciągu dnia, aby zweryfikować poziom swojej aktywności fizycznej. Pacjenci dostali również wskazówki jak można poprawić dotychczasowe wyniki badań.

*"Wyniki omówiliśmy bardzo dokładnie i szczegółowo. Zwłaszcza punkty, nad którymi powinno się popracować, jeśli chodzi na przykład o ruch. Ja pamiętam, że od tego momentu zaczęłam liczyć sobie kroki, żeby sprawdzić, czy rzeczywiście tego ruchu mam za mało. Tam chodziło o poziom cholesterolu, więc wiedziałam, nad czym mam popracować."*

*"Ja przez pewien okres paliłam trochę papierosy. I pamiętam, że pan doktor mocno zwracał na to uwagę. Wspominał o diecie i o ruchu - to jak najbardziej. Do części zaleceń jak najbardziej byłam się w stanie dostosować, ale nie do całej reszty."*

#### 2.2.5. Dalsza diagnostyka i programy profilaktyczne

Pacjenci w różnym stopniu byli kierowani na inne badania profilaktyczne. Niektórzy z badanych wskazali, że został im zaproponowany program profilaktyczny, ale ze względu na regularne badanie się nie skorzystali z niego. W większym stopniu korzystały z nich kobiety, które w ramach programu wykonywały badania ginekologiczne. Badani wskazywali także wizyty u dietetyka. Część pacjentów została skierowana do programów profilaktycznych w ramach przychodni, a część poza nią. Tutaj także można było skorzystać z szerokiego wachlarza terminów i wybrać dla siebie dogodny czas. Dodatkowo pojawiła się też opinia, że dzięki POZ PLUS w przychodni pojawiło się wielu specjalistów, z których usług można korzystać.

*"Bilans wyszedł dobrze i wszystko wyszło dobrze, to po prostu poszłam za ciosem żeby sprawdzić czy reszta też jest OK."*

*"Miałam możliwość skorzystania z opieki ginekologicznej, wykonanie USG piersi i wszystkich innych rzeczy, które były wymagane. Byłam skierowana na rehabilitację w związku z problemami w stawach kolanowych, w kręgosłupie, więc rehabilitację odbyłam. Byłam skierowana również do naczyniowca, ponieważ mam jakieś tam dolegliwości a'la żylakowe, więc to również zostało zweryfikowane. Jak również sercowe. No i poza tym był też dietetyk. "*

Większość badanych nie korzystała wcześniej z programów profilaktycznych. Głównie kobiety wskazywały, że brały udział w okresowych badaniach cytologicznych czy mammografii, zazwyczaj organizowanych w konkretnych miejscach, poza przychodnią, w której są zapisane.

Pacjenci w różnym stopniu byli kierowani do dalszej diagnostyki. Część pacjentów, która została skierowana do dalszej diagnostyki, skorzystała z niej. W niektórych przypadkach respondenci zostali umówieni na badania do innej placówki, po czym z wynikami wracali do przychodni, w której mieli bilans na konsultacje z lekarzem. Na badania pacjenci byli umawiani przez koordynatora, na dogodny dla nich termin, które jak podkreślają badani był ekspresowy.

*„Ja akurat byłam na USG skierowana. Więc to było też w innej placówce. Niedaleko... blisko mojego miejsca zamieszkania, więc też nie było żadnego problemu. I też koordynator mnie umówił na to USG w dogodnych godzinach. No i potem z wynikiem, który dostałam, wróciłam na tą rozmowę z panem doktorem. Zresztą, on też dostał komputerowo wyniki, wszystko miał tam do wglądu. I omawialiśmy to na tej wizycie podsumowującej.”*

#### 2.2.6. Program zarządzania Chorobą

Zdecydowana większość pacjentów nie została zaproszona do Programu Zarządzania Chorobą. Część badanych wypowiedziała się, że było to związane z ich dobrymi wynikami i stanem zdrowia – nie było po prostu potrzeby uczestnictwa w tym programie. Część osób, której zaproponowano udział w programie zdecydowała się wziąć w nim udział, bądź zastanawia się nad udziałem. Jedynie pojedyncze osoby zrezygnowały z zaproszenia.

*„Ja też słyszałam od koordynatora o czymś takim. Bo z uwagi na te moje silne zespoły bólowe, bo to też się z tym wszystkim wiąże, właśnie to zarządzanie tym moim bólem. I spotkanie z taką osobą, która troszeczkę weszła na to pole, jak reagować na tego rodzaju przeciwności losu.”*

*„Chciałam powiedzieć, że u mnie też nie było wskazań, bo wszystkie badania były prawidłowe, dlatego nie miałam dalszych zaleceń wejścia w program.”*

Żaden z badanych nie potwierdził skierowania do Ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

#### 2.2.7. Ocena powszechności badań bilansowych

Wszyscy pacjenci biorący udział w badaniu są tego samego zdania – badania bilansowe powinny być powszechne. Jest to według nich niezbędne, aby regularnie weryfikować swój stan zdrowia. Jeden z pacjentów powiedział także, że zakres POZ PLUS, powinien być standardową opieką medyczną dla wszystkich ludzi.

*„Ja tylko powiem, że to powinno być standardem, to co jest w POZ+. Bo jak idzie się normalnie do lekarza, bez takiego programu, to zwyczajnie się człowiekowi odechciewa iść do lekarza, bo wie, że będzie po pierwsze czekał bardzo długo na taką wizytę, po drugie będzie czekał w długiej kolejce i po trzecie, można powiedzieć, że wyjdzie bardziej zmęczony, znużony, zdenerwowany, jeszcze bardziej zestresowany po takiej wizycie, niż po takiej wizycie, którą oferuje POZ+.”*

Pacjenci bardzo różnie określali w jakich odstępach czasowych powinny być możliwe do wykonania badania bilansowe. Najczęściej pojawiała się odpowiedź co rok, ale także co pół roku, co dwa lata, co trzy lata. Jeden z badanych zasugerował, że to pacjent powinien decydować o częstotliwości badań. Pojawiła się także opinia, że częstotliwość badań powinna zależeć od wieku – im starsza osoba tym częściej powinna móc się badać. Pacjenci są zdania, że w takich okresowych badaniach powinna zależeć się morfologia krwi, badanie moczu, EKG, USG jamy brzusznej oraz badania ginekologiczne.

*„Takie badania, jak się nic nie dzieje, no to przynajmniej raz w roku. (...) z tego tytułu, właśnie z tej profilaktyki, że po prostu to jest jeszcze gdzieś jakaś szansa, że uda nam się odpowiednio zareagować, bo już później coraz dłużej, no to też już wcześniej mówiliśmy wszystkie, że jest coraz trudniej już zadziałać”*

*„Uważam, że jak najbardziej tak. Takie profilaktyczne badania... Do nich powinien mieć dostęp każdy człowiek, minimum raz do roku. Są badania, które powinno się wykonywać nawet częściej, natomiast one nie są wpisane jako takie, które się powinno wykonywać częściej (uśmiech), i tak wykonuje się je zbyt rzadko. W konsekwencji to się rozciąga już*

*niesamowicie. Ale uważam, że jak najbardziej powinno stać się to nawykiem, czymś stałym i powszechnym."*

#### 2.2.8. Różnica między badaniami bilansowymi, a badaniami kontrolnymi

Pacjenci oceniają badania kontrolne w ramach medycyny pracy bardzo negatywnie. Uważają, że takie wizyty często sprowadzają się do szybkiej rozmowy, tylko po to żeby „odhaczyć” wizytę i zdobyć niezbędny do pracy papierek. Wizyty te są standaryzowane, nie są dopasowane do potrzeb i stanu zdrowia pacjenta i nie mają na celu wykrywania chorób, czy ich przeciwdziałaniu. Pacjenci uważają, że takie badania są bardzo ubogie i nie ma porównania do badań bilansowych, które są dopasowywane indywidualnie, a pacjenci czują się dzięki nim zaopiekowani. Według badanych pomiędzy świetnie ocenianymi badaniami bilansowym, a bardzo negatywnie ocenianą medycyną pracy jest duża przepaść.

*„Badanie POZ+ jest zindywidualizowane. A badanie w medycynie pracy jest standaryzowane. Tutaj wszyscy mają te same badania, w zależności od zawodu. A z POZ+ indywidualnie lekarz ustala, jaki tam profil sobie przybierze, czy komuś da więcej badań wątrobowych, czy więcej właśnie, nie wiem, z profilu nerkowego. Więc jest bardzo indywidualna sytuacja."*

*„W tamtym roku... chyba już COVID był, akurat mi się trafiły badania okresowe. Ja mogę powiedzieć kolokwialnie, że dla mnie, to jest porażka. Porażka, naprawdę. Porażka. Bo jeżeli ja mam iść i po prostu... pani doktor była przesympatyczna, ale po prostu... jeżeli ona przeprowadza ze mną wywiad, że mnie pyta o pewne rzeczy, no to jaka to jest profilaktyka? Przecież tam się w ogóle nawet badań z krwi nie robi. Tylko po prostu podbija się papierek dla idei. No to o czym my w ogóle rozmawiamy? Gdzie rozmawiając ze starszymi osobami, z rodzicami też... teściowa też zawsze opowiadała o tych badaniach, jak one kiedyś wyglądały, bo ja już tych czasów nie pamiętam, kiedy chyba co roku czy bodajże, co trzy lata, nie chcę tutaj skłamać, ale oni mieli rentgena robionego. Gdzie ja też nie jestem za tym, bo ten rentgen, może też niekoniecznie to było potrzebne, żeby się tak często naświetlać. Ale chodzi o to, że zestaw tych badań okresowych był dużo większy w latach wcześniejszych... osoby starsze po prostu pamiętają, gdzie właśnie ta krew i tak dalej. Teraz ja osobiście oceniam to jako porażkę, naprawdę. Ja mam też w rodzinie taką znajomą, która właśnie opowiadała, że badania okresowe powodowały wymuszenie na tych, którzy nie badają, nie chodzą do lekarza, gdzie nieraz wychodziło właśnie w tych rentgenach, jakieś nowotwory czy tego typu rzeczy... właśnie przez te badania okresowe. A teraz to wygląda, jak wygląda. Więc nawet ci, którzy nie chcą się badać, no to nie są w stanie po prostu nawet wytapać jakieś choroby i zdiagnozować przez te badania okresowe."*

#### 2.3. Program zarządzania chorobą (pytania były kierowane tylko dla grupy badanych objętych opieką w ramach Programu zarządzania chorobą (DMP))

##### 2.3.1. Przystąpienie do udziału w programie

Niemal wszyscy pacjenci potwierdzają, że wyjaśniono im, dlaczego proponuje się przystąpienie do programu zarządzania chorobą i co wiąże się z wyrażeniem zgody na udział w tym programie. Jeden z uczestników wspomina o tym, że dostał się do programu zarządzania chorobą, ponieważ na etapie bilansu podstawowego okazało się, że miał złe wyniki poziomu cukru. Inni również twierdzą, że zostali zaproszeni do programu, ponieważ posiadają jednostki chorobowe, które program obejmuje.

Część pacjentów w ramach wyjaśnienia otrzymała informację, iż jeżeli korzystają już z jakichś usług specjalistów w AOS-ie, to w chwili przystąpienia do programu będą musieli zrezygnować z porad

u specjalistów z tego samego zakresu. Niektórym tłumaczono jedynie, że zostają zakwalifikowani do programu, ponieważ daje im to możliwość pełnej i szybkiej diagnozy oraz wykonania różnorodnych badań.

*„Było przedstawione, że jeżeli lecę się w AOS-ie u ortopedy, to muszę zrezygnować, żeby móc korzystać z POZ PLUS.”*

Pacjentom zostały przedstawione również zasady i cele programu oraz jego korzyści – przede wszystkim szybsze dotarcie do lekarzy specjalistów i szybsza diagnoza.

*„Od lekarza rodzinnego dowiedziałam się wszystkiego o tym programie i zostałam skierowana do pani koordynator. W trakcie rozmowy zostałam poinformowana na czym polega ten program, co mi da, z czego mogę skorzystać, jacy są specjaliści.”*

Tylko jedna z pacjentek czuje się niedoinformowana i nie zna powodu zakwalifikowania się do programu zarządzania chorobą. Tłumaczy to jednak sytuacją pandemiczną, która powoduje, że nie jest tak łatwo dostać się do lekarza i otrzymać od niego szczegółowe informacje.

Na temat zgód, które były pacjentom przedstawiane opinia uczestników jest identyczna – były one dla nich zrozumiałe. Część osób przyznaje się, że nie czytała zgód. Osoby takie wyszły z założenia, że skoro ufają lekarzowi, to mogą je podpisać bez zagłębiania się w szczegóły.

*„Ja myślę, że większość osób nie czyta takich rzeczy, ufa po prostu lekarzowi i podpisuje. Przynajmniej ja też tak mam. Także ja myślę, że 90% osób nie wchodzi w szczegóły, tylko ma zaufanie do lekarza.”*

To co przemawiało za wyrażeniem zgody do wzięcia udziału w programie zarządzania chorobą to przede wszystkim szybki dostęp do lekarzy specjalistów, badań diagnostycznych, do rehabilitacji, ale także fakt, że ten udział w programie jest darmowy.

*„Przede wszystkim terminy. To, że to jest darmowe, jest to istotne, i dostęp nie tylko do lekarzy, ale też na rehabilitację.”*

*„U mnie z racji tego, żeby szybko w miarę wykonać pełen pakiet badań, że na tę rehabilitację będę mogła się dostać szybko, bez kolejek.”*

O przystąpieniu do programu zarządzania chorobą zdecydowały również opinie lekarzy i koordynatorów, iż udział w tym programie będzie dla pacjenta korzystny.

### 2.3.2. Kwalifikacja do programu

Według opinii pacjentów sposobów zakwalifikowania do programu było kilka. Wiele osób w pierwszej kolejności miało przeprowadzony kwestionariusz bilansowy z koordynatorem. Według tego kwestionariusza zlecano odpowiednie badania, a na koniec odbywała się wizyta u lekarza rodzinnego, który oceniał wyniki badań i na tej podstawie kwalifikował do dalszego etapu programu.

Liczną grupę stanowią pacjenci, którzy bezpośrednio zostali zakwalifikowani do programu, ponieważ już wcześniej zostały im zdiagnozowane schorzenia objęte programem. Lekarze, którzy znają swoich pacjentów wychodzili z inicjatywą i proponowali udział w POZ PLUS.

*„Ja zostałam zakwalifikowana przez lekarza rodzinnego, który wiedział o moich dolegliwościach, że lecę się u specjalisty i zaproponował mi, abym zapisała się do programu i zapytał czy bym nie chciała skorzystać z porad specjalisty w przychodni.”*

Bywało jednak i tak, że to pielęgniarka dzwoniła do pacjenta i proponowała udział w programie.



*„Chyba pielęgniarka zadzwoniła i ja się zgodziłam. Czy chcę? No chcę. No dobra. Jak ma być lepiej, czemu nie? Na oszustów chyba nie trafiliśmy, tak że... trzeba korzystać, dopóki człowiek może.”*

Co ciekawe, nieliczna grupa pacjentów nie potrafi sobie przypomnieć w jaki dokładnie sposób została zakwalifikowana do programu. Określają to mianem „magicznych sztuczek” koordynatora, który po prostu zapowiedział, że przystąpienie do programu będzie dla nich dobrym rozwiązaniem, a pacjenci po prostu na to przystanęli.

*„To była sztuczka, że tak powiem, koordynatora. Najlepiej będzie dla ciebie tak, tak, tak. Weź tu podpisz.”*

*„Magiczne sztuczki, które... nie wiemy dokładnie, co tam się dzieje. Ale na pewno na naszą korzyść.”*

### 2.3.3. Konsultacje ze specjalistami

Zdania na temat tego, gdzie odbywały się konsultacje ze specjalistami (na miejscu w przychodni czy w innym miejscu, do którego trzeba było dojechać) są podzielone. Najliczniejszą grupę stanowią jednak osoby, które miały możliwość wykonania wszystkich badań w jednym miejscu, w swojej przychodni. Placówki zazwyczaj posiadają na miejscu odpowiednich specjalistów. Jeżeli natomiast nie, w niektórych przypadkach zdarzało się, że ci specjaliści, na których było zapotrzebowanie, przyjeżdżali do poradni. Oznacza to, że w związku z przystąpieniem placówki do programu zwiększyła się liczba specjalistów, zostały rozszerzone pewne dziedziny np. więcej lekarzy kardiologów, pojawienie się ortopedy, dietetyka, psychologa.

*„U mnie w tej samej przychodni są wszyscy specjaliści, także nie było potrzeby, żeby gdzieś korzystać z innych usług.”*

*„W naszym mieście nie ma tych specjalistów, do których mnie zależało się dostać. Ale specjaliści byli wszyscy, ponieważ przyjeżdżają do poradni i wszystkie konsultacje odbywały się na miejscu.”*

Niektórzy pacjenci potwierdzają, że musieli dojeżdżać na konsultacje ze specjalistami w inne miejsca. Dotyczy to przede wszystkim osób, które należą do przychodni zlokalizowanych w mniejszych miejscowościach. Takie wizyty w innych miejscach są jednak wcześniej planowane, ustalone, dlatego pacjenci nie widzą w tym problemu. Problemu nie stanowiło także dotarcie do tych specjalistów, ponieważ przeważnie znajdują się oni albo w tym samym mieście, ale w innej placówce, albo w mieście sąsiednim.

*„Ja korzystałam ze specjalistów w innych miejscowościach, bo akurat czy do ortopedy i na zabiegi, czy zrobić badania specjalistyczne, to wyjeżdżałam do innych miast. Wizyty z góry były ustalone, zaplanowane, także bez problemu.”*

*„Konsultację fizjoterapeutyczną miałam w innej lokalizacji, ale oczywiście nadal w moim mieście. Bardzo blisko było, ale jednak to było w innym miejscu.”*

Jedna z pacjentek dostrzega niedogodności w związku z koniecznością przemieszczania się z jednego miasta do drugiego w celu prześwietlenia płuc. Wiąże się to jednak z tym, że w jej opinii w placówce, do której należy byłaby możliwość wykonania tego badania, a mimo to pacjenci są wysyłani do innej miejscowości.

*„U mnie jedynie tylko 1 badanie, prześwietlenie płuc w innym mieście. Z tego, co wiem, to ludzie nie do końca są zadowoleni, ponieważ tam jednak trzeba dojechać. Z miasta do miasta. Myślę, że w naszym mieście jednak byłaby możliwość zrobienia tego badania, natomiast, no niestety, trzeba jechać do innego miasta.”*



Osoby, które musiały dojeżdżać do specjalistów twierdzą, że nie miały wyboru miejsca, w którym odbywała się konsultacja, badanie. Zdaniem uczestników programu przychodnie mają podpisane umowy z innymi placówkami, a w związku z tym odgórnie posyłają pacjentów do tych konkretnych placówek. Czasami wybór miejsca spotkania ze specjalistą był nawet niemożliwy, ponieważ zdarzało się, że lekarz przyjmował w dwóch miejscach (w dwóch różnych przychodniach współpracujących), ale miał wolny termin w jednym z tych miejsc, w związku z czym pacjent był tam kierowany. To ocenia się jednak pozytywnie, ponieważ pacjentom również zależy na szybszym wykonaniu badań.

Tylko jedna osoba wspomina, że dostała propozycję wyboru miejsca odbicia porady.

*„Dostałam taką propozycję, że mogę zrobić w tej przychodni, albo w tym mieście, i decyzja oczywiście należała do mnie, gdzie skorzystam z tej porady.”*

#### 2.3.4. Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM)

Pacjenci w ramach programu zarządzania chorobą omawiali z lekarzem indywidualny plan opieki medycznej (IPOM). Podczas jednej z wizyt pacjentowi wyjaśniano na czym polega jego schorzenie oraz jakie można podjąć kroki, aby poprawić stan zdrowia. Przedstawiano różne opcje wyboru, różne ścieżki postępowania, jeżeli tylko była taka możliwość. Pacjent dostawał szczegółowe i jasne wytyczne, w jaki sposób powinien postępować, do jakich specjalistów powinien się udać. Informowano uczestników programu jaki będzie zakres poszczególnych badań, w jakiej kolejności będą się one odbywać.

*„Doktor powiedział, najpierw zrobimy to, to, to, później zrobimy kolejne badania, spojrzymy na to szerzej, zastosujemy leczenie, zrobimy fizykoterapię, i później zobaczymy jak to się będzie miało. Ewentualnie coś skorygujemy. Żeby nie wyszło w międzyczasie, ale zazwyczaj wyszło coś tam dodatkowego. Więc ten plan posuwał się o szersze działania. Ale takowy powstał plan.”*

*„Ja otrzymałam. Wiem, co to jest. To zawierało takie wiadomości ogólne o moim stanie zdrowia, moje BMI i dane zebrane, wieńczące wyniki, które robiłam po czasie bilansu. I oczywiście zalecenia takie pokontrolne, czyli w moim przypadku akurat dalsza opieka endokrynologiczna. Więc jak najbardziej ja otrzymałam coś takiego.”*

Lekarze na bieżąco w razie potrzeby modyfikowali pacjentom IPOM. Po wykonywanych badaniach omawiano wyniki, sprawdzano, czy jest wszystko w porządku, czy może jednak należy w dalszym ciągu poszerzać diagnostykę. Pacjentom podobało się to, że lekarz rodzinny interesował się i dopytywał o ich stan zdrowia. Pozytywnym zaskoczeniem był również fakt, że lekarze rodinni podczas wizyt dopytywali, czy pacjenci odbywają konsultacje ze specjalistami, czy nie mają z tym jakichś problemów. Zdecydowanie zauważa się większe zainteresowanie ze strony lekarza niż dotychczas.

*„Będąc w tym programie, lekarz rodzinny jeszcze ma nade mną pieczę, czyli on jeszcze sam się interesuje, czy wszystko jest w porządku, czy coś tam się nie pogarsza, czy może akurat trzeba coś jeszcze poprawić.”*

IPOM był dla pacjentów zrozumiały i czytelny. Nie dość, że został on dokładnie omówiony przez lekarza podczas wizyty, to pacjenci w razie jakichkolwiek wątpliwości dopytując o pewne kwestie, szybko otrzymywali informację wyjaśniającą.

*„Lekarz mi zwrócił uwagę na pewne rzeczy, które, wydawało mi się, że by nie miały akurat znaczenia w przypadku mojego schorzenia, a jak się później okazało, jednak tak.”*

*„Ja akurat wiedziałam, co mam dalej zrobić, co tam dalej będzie i gdzie zawędruję z tym swoim zdrowiem później. Także jak najbardziej, wszystko było jasne, klarowne i czytelne.”*

*„Jeśli miałam jakieś pytania i coś mnie dręczyło albo czegoś nie wiedziałam, co dalej zrobić i jak mam się zachować, to tak, jak najbardziej, lekarz był poinformowany i oczywiście moje pytania były też z odpowiedzią taką jasną i klarowną, więc wiedziałam, gdzie mam dalej się udać, jak mam postępować.”*

## **2.4. Wpływ pandemii COVID-19**

### **2.4.1. Opieka w placówce i informowanie o wizytach podczas pandemii Covid-19**

Pandemia okazała się trudną próbą dla systemu ochrony zdrowia. Sytuacja ta uderzyła w szczególności w osoby z chorobami przewlekłymi, których leczenie nie mogło czekać. Przychodnie POZ starały się minimalizować ryzyko zakażenia koronawirusem, ale musiały stawić czoła wielu problemom, chociażby takim jak wydłużenie się kolejek oczekujących pacjentów. Wychodząc naprzeciw tym trudnościom, przychodnie skoncentrowały się na teleporadach – część konsultacji odbywała się w formie telefonicznej (i w wielu przypadkach porady te okazywały się wystarczające). Jeżeli była wymagana osobista konsultacja lekarska, pacjent umawiany był na konkretną godzinę, z zachowaniem jednak wszelkich zasad bezpieczeństwa. Pacjenci wspominali również o ankietach wypełnianych przed wizytą osobistą u lekarza oraz o pielęgniarkach, które kontaktowały się z pacjentem i dopytywały o ich stan zdrowia oraz potwierdzały wizyty w przypadku dobrego samopoczucia.

*„Wchodzi się do rejestracji, panie mierzą temperaturę, robią wywiad, odnotowują w zeszycie, że byłam w tym dniu w przychodni na przykład. Nie miałam wizyty umówionej, ale na przykład poszłam złożyć o powtórkę leku. Bo byłam w pobliżu, przy okazji tego. Ale przeważnie telefonicznie się dzwoni, że powtórka leków i tego. Teraz tym bardziej e-recepty są, tak że nie ma z tym problemu takiego... Można powiedzieć, utrudnień nie ma takich.”*

*„U mnie też była teleporada, też miałam możliwość przyjścia do przychodni, oczywiście jak powiedział kolega wcześniej, była ta kontrola, nie wpuszczali, jak byłam za wcześnie, to musiałam poczekać przed przychodnią. Ale mogłam wybrać sama, czy to będzie teleporada, czy to będzie wizyta osobista.”*

*„Nie miałem żadnych problemów, miałem teleporadę. I ani przez chwilę nie było sytuacji, że nie przyjmujemy w tej chwili, zamykamy się, była kontrola temperatury na wejściu i wszystko działało.”*

Pacjenci nie wskazywali większych problemów z umawianiem wizyt w czasie pandemii, niektórzy wspominali jednak, że pierwsze miesiące pandemii były trudne, określali ten moment jako „zastój”, kiedy kontakt z przychodniami bywał utrudniony, a sami pacjenci czuli się momentami zagubieni w nowej rzeczywistości. Pomocny okazywał się bezpośredni kontakt z koordynatorem informującym o aktualnej sytuacji. Pacjenci doceniali również kontakt z personelem medycznym prowadzącym leczenie.

*„Wiem, że na początku ciężko było dodzwonić się na ten numer ogólny, ale pomocne było to, że był ten numer do koordynatora. Miałam nawet taką sytuację ostatnio, że koordynator po prostu sam informował i pytał, czy wygodniejsza będzie ta teleporada, czy taka osobista wizyta z lekarzem. To jeśli chodzi o tą wizytę, kiedy te badania wszystkie będą miała skompletowane. Także tak to wygląda w moim przypadku.”*

*„Generalnie nie miałam żadnych problemów czy właśnie z teleporadą, czy z wizytą, i tak jak w sumie się wypowiadali państwo przede mną, nie trzeba było czekać, nie było tłoku w przychodniach, generalnie było bezpiecznie.”*

*„Jeżeli był jakiś problem lub chciałam coś osobiście skonsultować, to nigdy lekarz mi nie odmówił. Oczywiście w danej godzinie, dostosowałam się.”*

Mimo całkiem wielu pozytywnych opinii pacjentów pandemia uwidoczniła pewne braki w systemie ochrony zdrowia. Rozmówcy zidentyfikowali przede wszystkim dwa problemy:

- niemożność skorzystania z zaplanowanych wizyt/badań czy też zabiegów, często odwoływanych np. z powodu lekarza przebywającego na kwarantannie,
- wydłużony czas oczekiwania na kontakt, wydłużony czas oczekiwania na wizytę w szczególności na początku pandemii. Tutaj pojawiało się również przekonanie o szczególnie utrudnionym dostępie do rehabilitacji.

*„Ja na przykład w czasie tej pandemii, nie powiem, miałam rehabilitacje wykonywane. Gdzieś tam jak był taki moment, boom u nas tu, na terenie, że było zwiększenie zachorowań, to na przykład przerwali. Ale też zawsze dzwoniła... Czy tam pan rehabilitant nawet też dzwonił, że jest możliwość powrotu, jak się w danym momencie czuję, czy muszę już wrócić, czy ewentualnie jeszcze gdzieś tam odczekamy troszeczkę, żeby się u nas uspokoiło. (...) Ja już po pierwszych całych rehabilitacjach byłam, jak się zaczęła ta pandemia. A przy całej pandemii, że byłam zmuszona z dzieckiem siedzieć w domu, to dodatkowo wypoczęłam i gdzieś te bóle, powiedzmy, przystały. (...) Wiadomo, wszystko nam ta pandemia utrudniła, ale... No, można było w miarę jakoś się dostosować do tego.”*

Pojawiały się również głosy, że opieka w ramach programu w czasie pandemii była znacznie lepsza i bardziej dostępna. Według pacjentów wpływ miał na to fakt, że wiele osób nie korzystało ze świadczeń zdrowotnych – mimo że ich potrzebowali – w obawie przed zarażeniem koronawirusem. Rozmówcy wspominali, że zdecydowanie dużym ułatwieniem w umawianiu się na wizytę był udział w programie.

*„Ja powiem szczerze, że w czasie pandemii miałam lepszą opiekę niż przed.”*

*„Miałam lepszą opiekę w trakcie pandemii. Byłam jeszcze w stanie szybciej zrobić jakieś badania kontrolne, bo ludzie siedzieli w domu, nie wychodzili. Więc generalnie miejsca były dostępne. W momencie kiedy była taka potrzeba, to było to z dnia na dzień praktycznie. Nasza przychodnia pracowała cały czas i cały czas była dostępna.”*

*„Łatwiej się chyba teraz dostać przez program. Znaczą, łatwiej by było się dostać przez program, niż szukać pomocy. W tych czasach... zaczynać od początku, bez osoby, która cię gdzieś przechwyci w przychodni i powie ci gdzie ma iść... nie wyobrażam sobie teraz żebym to wszystko, co załatwiłem rok temu, ponad rok temu, załatwił teraz. Znaczą sam oczywiście. Chyba nie ma możliwości.”*

*„Ja miałam porównanie przed COVID-em, kiedy weszłam w ten program. I tak, jak wspominałam na początku, zaraz po tygodniu, po 2 miałam konsultację z lekarzem neurologiem i przy okazji za tydzień miałam już termin rehabilitacji. Ponownie dostałam skierowanie już w czasie pandemii na rehabilitację, oczywiście do lekarza rehabilitanta, czyli te same czynności, co poprzednio. I tutaj rehabilitant był bardzo szybko wyznaczony. Natomiast sama rehabilitacja – tutaj już niestety czekałam pół roku. To i tak szybko, w porównaniu z tym, co się dzieje normalnie, przez NFZ.”*

W kwestii funkcjonowania placówek w czasach pandemii i odbywania wizyt kontrolnych w ramach Programu Zarządzania Chorobą warto wspomnieć również o tym, że pacjenci z reguły otrzymywali przypomnienia o swoich wizytach – najczęściej za pomocą SMS-a, mailowo a czasem nawet telefonicznie. Często wynikało to z inicjatywy koordynatora, który czuwał nad kalendarzem.

#### 2.4.2. Porady edukacyjno-specjalistyczne

Celem porad edukacyjno-specjalistycznych było informowanie pacjentów o tym, w jaki sposób przygotować się do wizyt w czasie pandemii, czy też zachęcać do skorzystania z teleporad w przypadku objawów wirusa. Pojedynczy rozmówcy wspominali o tym, że otrzymali przypomnienia

z instruktążem, w jaki sposób zachować się przychodząc do poradni, aby kontakt pacjentów był ograniczony, otrzymywali również telefony z zapytaniem o stan zdrowia. Były również komunikaty zachęcające do teleporad przekazywane poprzez profile przychodni na Facebooku czy naklejki na szybach. Niektórzy jednak byli zdania, że nie spotkali się z żadnymi poradami w tym zakresie, ale też nie dostrzegali potrzeby edukowania – wystarczyła ogólna wiedza dostarczana z różnych źródeł na temat zasad, noszenia maseczki, rękawiczek i mierzenia temperatury.

*„Moja przychodnia cały czas pisała o tym na Facebookach, ale to nie było związane chyba z tym projektem, raczej z czasem pandemicznym, w jakim byliśmy. No i po prostu przychodnia informowała o tym, że zaleca teleporady. Pojawiły się naklejki na szybach, które mówiły o tym: nie wchodź, zadzwoń.”*

*„Jeśli chodzi o POZ Plus, też nie kojarzę jakiejś specjalnej akcji informacyjnej. Ale poza tym, to podobnie do mojej przedmówczyni, były informacje na Facebooku, plus... Mówimy o tym oczywiście najstraszniejszym momencie, kiedy tam faktycznie wszyscy się bali, więc te drzwi były oklejone ze wszystkich możliwych stron: stop, zatrzymaj się, zadzwoń najpierw i tak dalej. No, ale później już to było rozluźnione.”*

*„Trudno mówić o edukacji, bo ta edukacja była wszem i wobec, więc każdy wiedział, znał zasady, co i jak po kolei i sam dla własnego dobra przestrzegał tych zasad, więc uważam, że nie było takiej potrzeby, bo edukacja płynęła zewsząd.”*

#### 2.4.3. Wpływ pandemii, a chęć udziału w programie POZ PLUS

W opinii pacjentów pandemia nie wpłynęła bezpośrednio na zwiększenie chęci uczestnictwa w programie pilotażowym POZ Plus, sprawiła jednak, że duża część pacjentów czuła się bardziej komfortowo i bezpiecznie, chociażby ze względu na ograniczenie liczby osób przebywających w placówkach czy zwiększony reżim sanitarny. Co również istotne, pandemia nie miała negatywnego wpływu na jakość świadczonych usług.

*„Mi chyba osobiście ogólnie podobało się to... No, już, wiadomo, pandemia, okres jaki jest, ale to, że było mniej osób, to wszystko było takie zorganizowane, to nawet lepiej. No, bo nawet jakby nie było tej pandemii, to wydawałoby mi się, że nadmiar tych ludzi no to i tak by mnie przytłaczał. Ja lubię iść, załatwić i wyjść. Więc to, że był taki reżim i że wszystko tak, jak należy, to mi to akurat się podobało. Dla mnie to nie miało większego znaczenia, że to była pandemia.”*

*„Nawet czułam się bardziej bezpiecznie w okresie pandemii, przychodząc do przychodni, niż poza pandemią. Ponieważ wiedziałam, że jest zapewniony ten reżim sanitarny. Nie było tego natłoku ludzi. Także te wizyty odbywały się też szybko czasowo, nie spędzało się nadmiernie dużo czasu w tej przychodni, czyli to wszystko było tak zorganizowane, skoordynowane, że nie było problemem wejść do przychodni, pójść bezpośrednio do lekarza i później szybko po prostu z niej wyjść. Ja nie czułam takiego zagrożenia czy jakiegoś ryzyka, żeby rezygnować z wizyty.”*

*„Ja się bardzo ucieszyłam, jak koordynator zadzwonił. Bodajże to była końcówka stycznia w tym roku. Że wznawiają działania... że będzie można korzystać z porad. Nie teleporad, ale będzie można przyjść. Akurat w moim przypadku była to rehabilitacja.”*

#### 2.5. Opinia na temat programu POZ PLUS

##### 2.5.1. Polecenie programu bliskim

Pacjenci, niezależnie od składu osobowego badanej grupy, dostrzegali zalety programu POZ PLUS i byliby skłonni polecać go innym osobom, w tym również swoim bliskim – część rozmówców

deklarowała nawet, że już wcześniej zachęcała najbliższe otoczenie do wzięcia udziału w programie.

*„Ja program poleciłam również mojej mamie, która akurat niezbyt często wykonuje badania kontrolne, chyba że ją do tego trochę zmuszę. Więc bardzo się cieszę, że skorzystała z programu, przebadala wszystko, co się dało.”*

*„Mi się udało mojego szefa nakłonić na uczestnictwo w programie, także... Też zdecydowanie bym polecił jeszcze większej ilości osób.”*

*„Jeżeli chodzi o mnie, jeżeli mogę powiedzieć, to jak najbardziej polecam wszystkim, szczególnie koleżankom, kolegom z pracy. Myślę, że moja opinia o tym programie jest najlepszą reklamą w ogóle tego programu POZ Plus. Tak że ja gdzie tylko mogę, w każdym miejscu, w każdym towarzystwie po prostu polecam. Bo jestem bardzo zadowolona.”*

*„Ja osobiście polecałam, aczkolwiek wiadomo, że na przykład, tak jak mąż, no... Mężczyzn ciężko zachęcić do lekarza. Trzeba by go chyba zaciągnąć siłą. Ale ogólnie tak, sama jestem bardzo zadowolona. Mając porównanie też do korzystania z innej przychodni, która nie korzystała z tego programu, to tak, poleciłabym z czystym sumieniem każdemu.”*

O poleceniu decyduje przede wszystkim profilaktyczna rola badań i fakt, że jest to zdecydowanie szybsza i najprostsza ścieżka na pozyskanie właściwej diagnozy, dostępu do różnych badań i wizyt lekarskich. Są to aspekty – które w opinii pacjentów – warto przekazywać innym i zachęcać do skorzystania z programu. Pacjenci przestrzegali jednak, aby do udziału należycie się przygotować, zrobić „rachunek sumienia”, a potem mówić otwarcie o swoich schorzeniach i nie odwlekać badań w czasie – liczy się więc szczerłość i zaangażowanie. Należy również zaufać lekarzowi i poddać się jego zaleceniom i trzymać się ustaleń dla własnego dobra.

*„Można szybko, sprawnie wszystko załatwić. Moim zdaniem, to są podstawowe informacje, które trzeba przekazywać dalej. Że jest łatwość i szybkość dostępu do badań, do wizyt lekarskich. To powinno się dalej szerzyć.”*

*„Szybkie terminy, bezpłatnie, rehabilitacja, specjaliści, podejście do pacjenta też zauważam inne niż w takiej typowej jednostce, że szybko, szybko, 5 minut lekarz nawet jak ma dobrą wolę, to nie ma tego czasu. A u nas jak się rejestruje normalnie z NFZ, czy od razu rejestratorka rejestruje, to inny czas wydaje mi się rezerwuje na wizytę. Bo lekarz ma czas zapytać, zapoznać się. (...) Tutaj czuje się po prostu człowiek, że jest u lekarza, a nie tylko, że następny i po prostu do domu - dla mnie to jest duża różnica.”*

*„Jeżeli się dostanie te skierowania, to żeby nie przeciągać tych wizyt. Bo często jest tak, że pacjent zaczyna i nie kończy tej ścieżki diagnostycznej, bo miał mieć wizytę pobilansową, ale on jeszcze badań nie zrobił, nie zgłosił się na te badania. Więc tego nie odwlekać w czasie.”*

Pacjenci zapytani o informacje, których im zabrakło na początku, w wielu przypadkach odpowiadali, że czuli się wystarczająco dobrze zaznajomieni i nic ich nie zaskoczyło. Inni natomiast podkreślali, że zabrakło pewnych informacji na temat samego programu i tego, z czym to się będzie wiązało – o niektórych kwestiach dowiedzieli się dopiero w trakcie udziału lub pozyskali informacje na własną rękę (np. doczytując w Internecie). Dla wielu niespodzianką był zakres badań, z których można skorzystać oraz obszerna lista specjalistów.

*„Ktoś mi mówił właśnie o tym POZ Plus i tego. Ale powiem szczerze, że tak nie bardzo. Jeny, latać po lekarzach, tego. I wtedy właśnie ta znajoma pielęgniarka w sumie zadzwoniła i mówi słuchaj, byś mogła zapisać się do programu POZ Plus. Przyjdź, cię zapiszę na spotkanie, tam tego. Z mężem możesz przyjść, bo jesteście już w tym wieku, że możecie obydwójce przyjść. Dobra. Z taką niechęcią. Ale potem już, jak człowiek się wdroył i te*



*badania, jakie schorzenia, co jest... że do jednego specjalisty, do drugiego. Oczywiście. Mówię, już? I to mi się spodobało. I już tak zostałam w tym plusie."*

*"No, ja byłem gdzieś tam po prostu ciekawy, z czym to się będzie wiązało i faktycznie co można wynieść z tego programu. No, ale też przez to nie za dużo o nim wiedziałem, więc przez to nie miałem też jakichś konkretnych sprecyzowanych oczekiwań, że oczekuję tego i tego, a wyszło coś innego na przykład."*

*"Sama informacja o programie myślę, że jest jasna i zachęcająca do udziału. Problem w tym, że jej po prostu nie ma, w jakiejś szerszej świadomości i to jest problem, bo gdyby była, to już dawno nie byłoby miejsc na to."*

#### 2.5.2. Perspektywa ponownego przystąpienia do programu, obawy przed przystąpieniem, chęć rezygnacji

Opinie na temat ponownego przystąpienia do programu były niemal zgodne – w wielu przypadkach respondenci deklarowali, że podjęliby taką samą decyzję jeszcze raz. Podkreślali przy tym, że wpływ na taką decyzję miałyby między innymi wysoka kultura osób prowadzących program, duża pomoc koordynatora, szybki czas realizacji, kompleksowe badania. Co więcej, program pilotażowy POZ Plus przypadł pacjentom do gustu na tyle, że nikt nie chciał z niego zrezygnować.

*"Nie myślałam na pewno o tym żeby zrezygnować. Jeśli już żeśmy się podjęli i w sumie, to jest przecież troska o nasze zdrowie. To jest nasze zdrowie. Fajnie, że ktoś dba... nie tylko my, tylko ktoś obcy też dba o nas."*

Rozmówcy oczekiwaliby jednak wdrożenia pewnych zmian w programie, wśród nich wymieniali rozszerzenie programu dla większej liczby osób, rozszerzenie zakresu specjalistów i diagnostyki (np. badania tarczycowe, ginekologiczne dla kobiet, wizyty u neurochirurga, okulisty, onkologa, stomatologa, alergologa, psychiatry, laryngologa, gastrologa) i zwiększenie zakresu badań w ramach tej samej placówki, zwiększenie liczby istniejących wizyt np. do psychologa, dietetyka, lepsza promocja i komunikacja (zwiększenie liczby kanałów reklamowych, lepszy marketing, większe doinformowanie społeczeństwa), lepszy przepływ informacji pomiędzy lekarzami-specjalistami (aby nie podejmować sprzecznych decyzji).

*"Tylko żeby tych specjalistów było jeszcze więcej. Żeby można było naprawdę w takim programie... żeby człowiek był świadom i pewien tego, że obojętnie, co by mu było, to POZ+ będzie to spełniał i on będzie mógł w tym programie iść do danego specjalisty ze swoim problemem."*

*"Mi się wydaje, że to wszystko bardzo fajnie funkcjonuje. Jeżeli przychodnia ma swoich lekarzy, gdzie ten pacjent rzeczywiście nie musi jeździć, no to ten pacjent czuje się bezpiecznie, bo jest w swoim, że tak powiem, świecie. Natomiast, no, są też takie badania, jak na przykład densytometria jakaś. Na przykład u nas w przychodni nie ma możliwości wykonania takiego badania, więc te starsze panie na zasadzie: ojejku, a gdzie ja tu mam jechać i co ja tu mam zrobić, w oczach, bo się zgubię. Także... No, nie da się tak, żeby każdy ośrodek miał taką możliwość. Chociaż fajnie by było, żeby po tym 1 specjaliście pod ten program na przykład przychodnia mogła uzyskać i on by był stale dostępny dla tych pacjentów."*

*"Ja już mam 70 lat i nie dostaję wezwań na mammografię. Już nie. Ale wolabym żeby jeszcze taka możliwość była. Bo ginekologa w tej miejscowości, to pani nie ujrzy. Jak już, to prywatna wizyta i to trzeba jechać. Tak że... USG piersi. Już w tej chwili jestem tego pozbawiona mając 70. Tak że jeżeli by była taka możliwość, czemu nie?"*



*„Czyli w kwestii pacjenta leczonego u różnych specjalistów powinny być informacje przekazywane każdemu z nich, żeby nie podejmować sprzecznych ze sobą działań nawet niejednokrotnie, albo nie dobierać niewłaściwych leków, które nie będą współgrały z tymi, które przepisał inny lekarz, rozumiem.”*

Pojawiały się również pojedyncze pomysły usprawniające program, takie jak: oddzielny numer telefonu do koordynatora, kwestionariusz na podstawie którego można określić, jak pilna powinna być wizyta, platforma dla pacjentów kondensująca całą wiedzę i umożliwiającą wgląd do swoich badań w dowolnym momencie, nie tylko w trakcie wizyty, SMS-owy system powiadomień i możliwości odwoływania wizyty. Był również głos mówiący o tym, że należałoby poprawić warunki pracy pracowników POZ Plus.

*„Program jest świetny, ale dużo zależy też od sposobu zarządzania dyrektora daną komórką, jak siedzą panie, w jakich warunkach siedzą. Ja na pewno wszystkim ludziom, których lubię, to chciałabym im poprawić warunki pracy. I tutaj POZ Plus też. Chciałabym, żeby te panie miały godniejsze warunki pracy.”*

*„Być może jakiś wstępny kwestionariusz na podstawie którego jesteśmy w stanie sobie określić, jak pilna powinna być wizyta. Taki wstępny research, który powie nam, na kim powinniśmy się skupić. Bo są na pewno osoby, które bardziej potrzebują takiego bilansu, a jest pewnie grupa, która może chwilę poczekać. Więc jakaś priorytetyzacja na pewno by się przydała.”*

*„Myślę, że ciekawym pomysłem mogłaby być platforma, która pozwoliłaby skondensować w 1 miejscu wszystkie dane, które w tym programie są zbierane, tak żebyśmy też my mieli w nie wgląd w każdej chwili. To znaczy, każde badanie, każda wizyta, jakieś takie podstawowe rzeczy z każdego elementu, który jest w tym programie, żeby gdzieś to było skondensowane.”*

*„Minimalnie inaczej procedurę powiadamiania. Żeby była możliwość na przykład odwołania wizyty. A to jest taki pomysł, który się nasuwa, bo dostaję takie coś od mojego dentysty, że zapraszam jutro tu i tu. Dokładnie gabinet ten i ten, na tą i na tą godzinę. Jak nie chcesz przyjść, to wyślij SMS-a zwrotnego NIE i wizyta odwołana, koniec. To jest takie proste, techniczne rozwiązanie.”*

Obawy przed przystąpieniem do programu pojawiały się nielicznie i dotyczyły w dużym stopniu tego, czy pacjenci zdążają się dostosować do harmonogramu badań, oraz że zdiagnozują u nich jakąś poważną chorobę.

*„Miałem obawy, bo jestem osobą trochę nieczasową ze względu na wykonywaną pracę. I miałem obawy co do kwestii, czy dam radę się dostosować do tych godzin tutaj badań i tego kontaktu z lekarzem.”*

*„Być może ludzie też nie chcą się badać dlatego, że boją się, że coś wyjdzie nie tak. I mają obiekcje.”*

### 2.5.3. Odczucia po odbytych wizytach

Pacjenci czują się usatysfakcjonowani opieką oraz ilością uzyskanych informacji po wizytach z lekarzami. Satysfakcja ta dotyczy także jakości oraz fachowości lekarzy. Można więc stwierdzić, że ogólne doświadczenia pacjentów w związku z kontaktami z lekarzami są pozytywne. Zarówno lekarzy prowadzących, jak i specjalistów oceniają jako osoby bardzo życzliwe, nastawione na pacjenta. To sprawia, że pacjenci czują się ważni i zaopiekowani.

Podkreśla się również, że w ramach POZ PLUS będąc u lekarza pierwszego kontaktu, można mu było przekazać wszelkie obawy odnośnie swojego zdrowia, otrzymać wiele informacji na temat jego stanu oraz uzyskać pomoc, często typowo specjalistyczną (wykonać określone badania czy

uzyskać skierowanie do właściwego specjalisty). Coś takiego zdaniem pacjentów u lekarza pierwszego kontaktu raczej się nie zdarza. Przychodząc na wizytę standardową, lekarz po prostu próbuje pacjentów leczyć na to, co ich boli, o czym mu powiedzą. Natomiast nie są analizowane przyczyny i skutki. Ponadto taka wizyta najczęściej kończy się po prostu wypisaniem recepty. W POZ PLUS jest zupełnie odwrotnie, jest bardzo kompleksowo.

*„Idąc do lekarza, normalnie do lekarza pierwszego kontaktu, lekarz się pyta, co pani dolega i nie wysiła się, żeby się dowiedzieć więcej o swoim pacjencie. Nawet nie kieruje na te badania, które byłyby zalecane. Pacjent poza programem jest traktowany troszkę tak olewatorsko. Przyszedł, powiedział, co chciał, co go boli, wypisze receptę czy zwolnienie i po prostu załatwione. Będąc w programie odczuwam większe zainteresowanie pacjentem, większą analizę czynników potencjalnie chorobotwórczych.”*

Uczestnicy zauważają różnice pomiędzy opieką POZ PLUS a dotychczasową opieką, z której korzystali. Wśród tych różnic wymieniają:

- bardziej indywidualne podejście do każdego pacjenta, w tym poświęcanie każdemu pacjentowi większej ilości czasu podczas każdorazowej wizyty

*„Wizyty są dłuższe niż wcześniejsze wizyty. W POZ trwają dużo krócej. Tutaj mamy więcej czasu przeznaczonego na pacjenta. Pacjent może spokojnie pójść, powiedzieć jaki ma problem. Lekarz się nie spieszy, robi wszystko powoli, robi z nim dogłębny wywiad, bada go. Zupełnie jest inaczej niż kiedy mamy 5 minut albo po prostu dostajemy receptę.”*

- większy poziom zaangażowania specjalistów
- lepszy poziom opieki, większe poczucie zaopiekowania niż w standardowym kontakcie z lekarzem

*„Ja po raz pierwszy miałem tak, że musiałem lekarza przekonywać, żeby mi może tego Holtera ciśnieniowego nie zlecał, skoro mi się to ciśnienie poprawiło. Po raz pierwszy to lekarz mnie zachęcał, żeby kontynuować coś, a nie odwrotnie. Więc tak, jest różnica.”*

- krótszy czas oczekiwania na wizytę u lekarzy oraz lepszy dostęp do specjalistów
- atrakcyjny wachlarz badań, które dodatkowo są darmowe
- szybsze wykrywanie schorzeń, szybsza diagnostyka
- osoba koordynatora, który ułatwia cały proces i służy pomocą, jak i praca pozostałych osób zajmujących się programem POZ PLUS

*„To jest sztab ludzi, poczynawszy od koordynatora, pielęgniarki, lekarza, inny personel medyczny, edukatorów, którzy po prostu wykonują w tej chwili kawał dobrej roboty.”*

- zmiana podejścia tj. wprowadzenie profilaktyki. Bez względu na to czy ktoś jest zdrowy, czy chory, każdy może wykonać pakiet badań i sprawdzić swój stan zdrowia. W dotychczasowej opiece działało to na zasadzie – jesteś chory, więc dopiero wtedy szukamy przyczyn i leczymy twoje objawy.

*„Bardzo często znajomi mi mówią, że chcieliby na przykład uzyskać badania krwi. To jest na takiej zasadzie, że przecież jesteś młody, nie ma takiej potrzeby. I w zasadzie tylko medycyna pracy zostaje. I tutaj ewentualnie, jakieś tam badania mogą wyjść tak lub nie. To też często jest takie, że faktycznie bada się tylko już chorobę.”*

- brak problemów z otrzymaniem odpowiedniego skierowania do lekarza specjalisty

*„Wcześniej byłem w innej przychodni niż jestem teraz i czasami był problem z tym, żeby lekarz wypisał jakiegokolwiek skierowanie, bo np. skończyła mu się na dzisiaj pula skierowań do danego specjalisty, a teraz w tej przychodni, w której jestem nie ma tego problemu. Jeżeli potrzebowałam skierowania na jakieś badanie typu rezonans, nie było*

*„najmniejszego problemu i właśnie szybko to się potoczyło i mogłam w tym kontekście szybciej zacząć się leczyć.”*

#### 2.5.4. Promocja programu POZ PLUS

Wiele osób nie słyszało wcześniej o programie POZ PLUS, co świadczy o tym, że sposób jego promowania nie jest zbyt skuteczny. Według opinii niektórych uczestników fokusów, jeśli ktoś nie otrzymał informacji na temat programu od znajomego, to nie miał szans, aby się o nim dowiedzieć. Ogromną rolę odegrała więc w tym przypadku tzw. poczta pantoflowa. Niektórzy przyznają, że o programie dowiedzieli się zupełnie przypadkowo.

*„Sposób promowania nie jest w ogóle skuteczny. O programie dowiedziałem się od znajomych, od żony, która pracuje. Natomiast tak ogólnie, żadnej informacji na ten temat.”*

*„Gdybym w ogóle nie korzystała z przychodni przez tych kilka miesięcy, to pewnie bym się o tym programie w ogóle nie dowiedziała.”*

Popularnym sposobem promowania programu były informacje przekazywane pacjentom bezpośrednio przez lekarzy, koordynatorów, pielęgniarki, czy osoby pracujące na recepcji.

*„Tych informacji jest bardzo mało. Ja dowiedziałam się tak naprawdę od lekarza. Część personelu niemedycznego też informowała o tym, ale tylko w jednym punkcie. Natomiast nie spotkałam się nigdzie więcej z jakimikolwiek informacjami na temat tego programu.”*

Tylko nieliczni wspominają, że widzieli informacje na temat POZ PLUS na Facebooku przychodni bądź na plakacie/ banerze w placówce. Jedna z osób usłyszała o programie w radiu. Inna z pacjentek dostrzegła w przychodni rozwieszone plakaty tuż przy gabinecie koordynatora. Ulokowanie tego gabinetu miało tutaj jednak znaczący wpływ na zwrócenie uwagi potencjalnego uczestnika, ponieważ gabinet znajdował się od razu na wejściu do przychodni. W niektórych placówkach można było znaleźć jeszcze ulotki, na których znajdowały się podstawowe informacje o programie wraz z zaproszeniem do wzięcia w nim udziału.

Na podstawie opinii uczestników można również wywnioskować, że czasami nawet jeśli program był promowany w przychodni, to wybór formy dotarcia do pacjentów był nieodpowiedni. Ta forma powinna ulec zmianie na taką, która bardziej przykuje uwagę, na bardziej czytelną, z mniejszą ilością treści.

*„U mnie w przychodni był plakat z POZ PLUS, ale ten plakat był kompletnie nieczytelny, nieintuicyjny i przypuszczam, że nawet nikt nie wiedział, co tam jest napisane, bo był po prostu nudny. Także starsi ludzie na pewno na to nie zwracali uwagi.”*

Uczestników fokusów zapytano w jaki sposób można by zwiększyć zasięg promowania programu POZ PLUS. Poza takimi sposobami jak poczta pantoflowa, ulotki czy informowanie przez lekarzy i koordynatorów, wymieniano przede wszystkim media społecznościowe, podkreślając, że jest to konat za pomocą którego można trafić w szczególności do ludzi młodych.

*„W tej chwili wydaję mi się, że podstawową formą reklamy są media społecznościowe. W ten sposób można trafić do dużej liczby osób.”*

W przypadku starszych osób, zaleca się tradycyjne formy promowania programu. Osoby starsze powinno się informować na miejscu w przychodni. Dodatkowym pomysłem jest jeszcze rozsyłanie ogłoszeń, ulotek o programie po klubach seniorów.

Kolejną propozycją jest reklama w telewizji. Niektórzy wskazują na telewizję ogólnodostępną, inni uważają, że lepszym rozwiązaniem byłaby telewizja lokalna. Jedna z osób zaproponowała nawet, że można by pomiędzy reklamami leków, których jest całkiem sporo, zamieścić informacje o POZ PLUS.

*„To by było strzałem w 10-kę, gdzieś pomiędzy reklamami leków różnego rodzaju, na różne dolegliwości, zamieścić taką reklamę tego programu, że można sprawdzić, czy ten lek jest potrzebny.”*

Innym rozwiązaniem jest zamieszczanie informacji (plakatów, spotów) w miejscach ogólnodostępnych jak np. galeria handlowe, markety.

*„Telewizja przede wszystkim. Być może radio. I może jakieś rozwieszenie plakatów na osiedlach, w widocznych miejscach, takich najbardziej popularnych. Czy to przy jakichś dużych marketach, czy to miejscach, gdzie faktycznie odwiedza je wiele osób.”*

*„Jest też coś takiego, jak gazeta gminna, jakieś plakaty w takich kluczowych miejscach gminy lub wystarczy dogadać się z księdzem i wtedy będzie największa skuteczność.”*

W opinii pacjentów dobrym pomysłem byłoby umieszczenie informacji w Internecie w formie krótkich filmików informujących o programie. Dla innych atrakcyjną i wiarygodną formą byłoby wystanie indywidualnych listów z zaproszeniem do udziału w POZ PLUS. Jedna z osób wpadła z kolei na pomysł, aby stworzyć program poleceń dla osób, które korzystały już z programu i które będą go polecać dalej.

#### 2.5.5. Ocena programu

Analiza opinii pacjentów potwierdziła, że program wyszedł naprzeciw oczekiwaniom wielu osób i dał szansę w głównej mierze na rozwiązanie problemu dotyczącego długiego czasu oczekiwania na diagnozę i kolejek na badania oraz do specjalistów. Rozmówcy docenili rolę koordynatora i byli zdania, że dobra koordynacja przyczyniła się do optymalizacji procesu udzielania świadczeń, lepszej komunikacji pomiędzy pacjentami a lekarzami i wywołała pozytywny wpływ na poczucie komfortu i zaopiekowania.

*„Przynajmniej ja mam takie doświadczenia, że koordynator, na którego ja trafiłam, po prostu wszystko w zasadzie za mnie zrobił. I nawet taki mój komentarz podczas uczestnictwa w tym programie był taki, że właśnie fajnie by było żeby po prostu ta służba zdrowia w taki sposób w ogóle funkcjonowała. Bo wszyscy mamy coraz mniej czasu. Coraz jesteśmy bardziej zaganiani. Szukanie, dzwonienie do specjalisty, bo trzeba coś jeszcze sobie ogarnąć. Dobrze by było mieć taką osobę, takiego koordynatora, który gdzieś tam czuwa nad naszym zdrowiem.”*

*„Na pewno na duży plus jest kontakt z koordynatorem, który jest jakby bezproblemowy i taki bezpośredni z nim, więc czujemy się też z jego strony zaopiekowani, a nie zostawieni sami sobie, więc to na duży plus.”*

*„Program POZ Plus stwarza nam takie możliwości zadbania o zdrowie. Jesteśmy zaopiekowani. W zasadzie, tylko mamy to zrobić. Bo mamy dużą pomoc. Jest to sfinansowane. Jest to naprawdę... doceniemy tą wartość. Ja uważam, że jest to wspaniała sprawa, wszystkim polecam. Myślę, że nawet nie ma się, co zastanawiać. Po prostu trzeba zadbać o siebie. Mamy możliwości do tego. Róbmy to po prostu. Tym bardziej teraz, w tym pandemicznym okresie...”*

Jako mocną stronę programu wielokrotnie wskazywano szybkość udzielanych świadczeń – zarówno pod względem oczekiwania na wizytę, jak i szybką diagnostykę. Zachwalano również kompleksowość badań i indywidualne podejście do pacjenta.

*„Dla mnie najważniejsze było to spersonalizowane podejście.”*

*„Szybka interwencja, szybka pomoc. Nie czekanie na wizytę u lekarza specjalisty, tylko po prostu szybko to się odbywa. Szybciej niż normalnie, w trybie normalnym. Tak mi się wydaje. To jest na pewno plus.”*

W kwestii minusów programu najczęściej pojawiał się temat związany z promocją, która – w opinii wielu pacjentów – była niewystarczająca. Momentami narzekano również na okrojoną liczbę specjalistów oraz fakt, że badania powinny być ogólnodostępne dla wszystkich.

*„Uważam to za największy minus. Bo patrzymy tutaj po obecnych, albo są to znajomi, albo usłyszeli o tym przez przypadek. Więc to pokazuje, że jednak trzeba zainwestować w tę promocję.”*

*„Uważam, że takie badania i takie programy powinny obejmować wszystkie specjalizacje, w zależności od tego czego pacjent obejmuje.”*

#### 2.5.6. Wpływ programu na życie

Część pacjentów, aby skorzystać z programu POZ PLUS, musiała zmienić przychodnię gdyż ta, w której byli zarejestrowani nie posiadała tego programu. Spora część pacjentów w ramach tej grupy pozostała w nowej przychodni na stałe. Pacjenci byli zachwyceni poziomem opieki, ilością specjalistów, szybkimi terminami, opieką koordynatora, więc postanowili zastąpić swoją starą przychodnię, tą do której uczęszczali w ramach programu POZ PLUS. Dodatkowo część pacjentów, chciała uczęszczać do lekarza, który ich prowadził w ramach programu. Niektórzy pacjenci jednak deklarują powrót do swojej poprzedniej przychodni – głównie ze względu na odległość i chęć posiadania jej blisko domu.

*„Ja też się przeniosłam, natomiast nawet, jeśli program się skończy to i tak zostanę w tej obecnej przychodni, bo ta poprzednia do której należałam to dramat. Nawet przychodząc do pana doktora mówiłam, co mi jest, on wpisywał co mi jest w Google, obracał monitor i mówił, no więc tutaj może być to lub to, lub to, lub to, piszą tu że może być też to, więc generalnie dramat. Myślę, że każda inna niż tamta będzie lepszą przychodnią.”*

*„Ja też zmieniłam, ponieważ generalnie mieszkam na wsi i na wsi niestety nie można mieć takiej placówki, do której przystąpiłam do programu POZ, więc zostałam w tej placówce chociażby ze względu na liczbę specjalistów i możliwości po prostu opieki medycznej. Tak ogólnie mówiąc - jest ona bardzo rozszerzona, jest łatwiejszy dostęp, no i w krótszych terminach też.”*

*„Póki jest program, to bym chciała w niej być a jak nie będzie programu, to wolalabym mieć koło domu, bo mam troszeczkę dalej.”*

Niektórzy badani nie musieli zmieniać przychodni, gdyż w miejscach do których byli zapisani był realizowany program. Nieliczni badani przepisali się do nowej przychodni, po czym w nowym miejscu został im zaproponowany udział w programie.

Pacjenci zostali zapytani o wpływ programu POZ PLUS na nawyki i praktyki zdrowotne. Bardzo dużo osób potwierdziło pozytywny wpływ programu, który zwiększył ich świadomość na temat własnego zdrowia. Badani zaczęli się zdrowiej odżywiać, pić więcej wody, zwiększyli swoją aktywność fizyczną, stosują suplementację, dbają o swoje zdrowie psychiczne i pozytywne myślenie, pamiętają o profilaktyce i kontrolowaniu swojego stanu zdrowia. Część wskazała także, że zmiany te dotyczą ich całej rodziny.

*„Ostatnio nawet usłyszałam od pana doktora, że jestem bardzo subordynowanym pacjentem. W kwestiach stosowania się do zaleceń i że mogę świecić z moim partnerem przykładem dla reszty, dla ogółu.”*

*„Po konsultacjach z dietetykiem czy z rehabilitantem, czy jakimkolwiek innymi specjalistami, dzięki edukacji, w której mogłam uczestniczyć na pewno to życie jest zdrowsze. I sam proces tego leczenia, tej konsultacji wpłynął też na moją świadomość zdrowotną, mojego własnego organizmu, czytania mojego organizmu. Co ciało do mnie*



*mówi, czego potrzebuje. Mam większą świadomość po prostu też identyfikowania, rozpoznawania problemów, które ciało przekazuje. To nie jest tylko wykonywanie badań ściśle laboratoryjnych, natomiast też mam większe zrozumienie na temat ogólnego funkcjonowania swojego ciała, z czym to się wiąże i od czego jest zależne. Więc ja widzę też bardzo dobre plusy pod tym względem."*

#### 2.5.7. Dostęp do IKP

Pacjenci w różnym stopniu korzystają z Internetowego Konta Pacjenta (IKP), część z nich nigdy się na nie nie logowała. Spośród osób, które korzystają z IKP jedynie nieliczni sprawdzali podsumowanie swojego udziału w programie. Część badanych nie ma na to czasu, części wystarczyło obszerne podsumowanie udziału w programie udzielone przez lekarza, a część uważa, że skoro dostała wszystko w formie papierowej nie ma sensu sprawdzać tego samego w internecie.

Nieliczna grupa uważa, że historia chorób w IKP jest świetnym pomysłem, które pozwoli pacjentom z każdego miejsca mieć dostęp do swoich wyników oraz, że każdy lekarz będzie miał do nich dostęp w dowolnym momencie.

*„Przyznaję, że nie wchodziłam, nie sprawdzałam, czy coś takiego jest w ogóle."*

*„(...) No, ale na pewno jest to przydatne, bo coraz więcej osób korzysta z tego Internetowego Konta Pacjenta, także fajnie, że mamy w swoim telefonie podsumowanie swoich badań. Także jest to bardzo pozytywne."*

### 3. Wyniki badania – wywiady prowadzone z lekarzami programu POZ PLUS

#### 3.1. Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób przed przystąpieniem do POZ PLUS

Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób przed POZ PLUS nie były ujednolicone i były prowadzone w zależności od placówki. Lekarze wskazali na wcześniejsze programy w ramach NFZ, ministerstwa czy unijnych programów miejscowych, które były uzupełnieniem podstawowej działalności przychodni. Jeden z lekarzy wspominał, że dodatkowe programy dla pacjentów, były wizją właścicieli przychodni, a POZ PLUS był rozkręceniem ich pomysłu.

Wśród badań jakie były prowadzone pojawiła się profilaktyka POLSCREEN dla pacjentów od 40-go roku życia w kierunku kardiologicznym, program CHUK, badanie endoskopowe przewodu pokarmowego, nowotworu prostaty oraz raka szyjki macicy.

Przed programem POZ PLUS wizyty bilansowe pacjentów były sporadycznie przeprowadzane przez przychodnie, a dla niektórych lekarzy była to całkowita nowość. Jeden z ośrodków miał przed programem wprowadzone wizyty bilansowe, co spowodowało, że podczas startu POZ PLUS spora część pacjentów, ze względu na wcześniejszy udział w bilansie, się do niego nie zakwalifikowała.

*„Były bilanse wcześniej też robione. Trochę mieliśmy też... coś podobnego do programu zarządzania chorobą. Mieliśmy pacjentów już w grupach podzielonych ze względu na rodzaj chorób i ich ciężkość. Także to było takie trochę przejście na coś nowego, ale takie podstawy już mieliśmy. Trochę było też przez to trudniej, bo na przykład mieliśmy trochę problem z bilansami. Bo mieliśmy dużo pacjentów przerobionych, że tak powiem, wcześniej i nie było tak łatwo znaleźć takiej liczby, która była możliwa do zrobienia w tych czasach."*

Inna przychodnia prowadziła także podstawowe badania bilansowe regularnie, a każdy pacjent raz do roku miał prawo do zlecenia niezbędnych badań. Jednak ich zakres był dużo bardziej ograniczony niż badań dostępnych w ramach POZ PLUS.



*„W mojej przychodni np. od lat stosuję coś takiego, że pacjent ma prawo przyjść raz do roku do mnie i robimy wszystkie badania, które są potrzebne i które mogą zlecić. I pacjenci się teraz tak nauczyli, że jak im potem mówiłam o bilansie, to oni mówili: pani doktor, ale ja mam co roku bilans. Więc musiałam im tłumaczyć, że to są badania rozszerzone, że mogą zlecić więcej jeszcze badań (...). Także jak bardzo jestem zadowolona z tego bilansu że on był bardzo rozszerzony i już się martwię, że się kończy niestety za niedługo, bo wielu pacjentów ma rozpoczętą opiekę koordynowaną, np. w zakresie chorób tarczycy i teraz będę musiała we wrześniu im powiedzieć, że niestety USG już nie będą mieli za darmo, nie będą mieli badań hormonalnych za darmo, a wysłać ich teraz wszystkich do endokrynologa, to graniczy z cudem, także wiele rzeczy niestety, jak kończy się program POZ Plus wiele rzeczy będzie utrudnionych i to mnie trochę martwi.”*

Czas jaki przeznaczony jest na wizyty profilaktyczne czy wczesnego wykrywania chorób został różnie oceniony przez lekarzy. Niektórzy uważają, że w POZ PLUS jest on optymalny, przy czym w POZ jest za krótki. W innych placówkach natomiast czas ten pozostał taki jak w podstawowej opiece zdrowotnej i nie daje pracownikom odpowiedniego komfortu pracy.

*„Ostatecznie my na podsumowanie bilansu i na pierwszą wizytę bilansową mamy po 15 minut. Tak muszę powiedzieć, że nie jest to komfortowa ilość czasu. Wyrabiam się, ale nie jest to taki komfort, jaki chciałabym poświęcić pacjentowi. (...) U nas to zostało tak ostatecznie przedłużone do takich jednostek czasowych, jakie mieliśmy wcześniej w POZ i mamy w POZ. Czyli jednostki czasowe w PLUS zostały podciągnięte i mamy te 15 minut na wizytę.”*

### **3.2. Schemat postępowania profilaktycznego i czynniki ryzyka przed POZ PLUS**

Pacjenci byli zachęcani do badań profilaktycznych w różny sposób. Wykorzystywano ulotki, reklamy, wzywano pacjentów do udziału w programach takich jak CHUK, pacjentki do badań cytologii i mammografii wytypowano z bazy SIMP i aktywnie obdzwaniano. Także pielęgniarki dzwoniły do pacjentów by zachęcić ich do profilaktyki, a rejestratorki w przychodni zawsze informowały o niej pacjentów.

*„U nas jeszcze pielęgniarki dzwonią, odnośnie CHUK, czyli Chorób Układu Krążenia, pielęgniarki dzwonią do pacjentów zakwalifikowanych do tego programu i im proponują po prostu przyjście na badania.”*

Lekarze starają się wykonywać pacjentom podstawowe badania jak cukier, lipogram z CHUKu czy badania ginekologiczne. Na podstawie wywiadu z pacjentem postępują oni według wytycznych odpowiednich towarzystw medycznych jak np. Towarzystwa Diabetologicznego. Niektóre przychodnie organizowały nawet busa, który zbierał pacjentki i zawoził je na mammografie, cytologię czy badania ginekologiczne. Jednak jak twierdzą badani, takie badania są bardzo ograniczone w porównaniu do tego co oferuje program POZ PLUS.

*„(...) To było na zasadzie, że przychodzi pacjent, widzę, że ma czynniki ryzyka, zlecam mu, zgodnie z algorytmami na przykład zaleceń Towarzystwa Diabetologicznego, glukozę, według zaleceń, w określonych odstępach czasu. Powtarzam czy wykonuję (ns) czynniki ryzyka i lipidogram, na tej zasadzie. No i pytam o objawy i wtedy dalej w zależności od tego, co zgłasza. Więc to tak funkcjonowało. A tutaj właściwie na tej wizycie startowej ktoś mówi, że chciałby sobie wykonać badania, jakieś tam zgłasza problemy, można było mu zaproponować szerszy zakres badań, w zasadzie bardzo przydatnych często, jak się okazuje.”*

Czynniki ryzyka identyfikowano na zasadzie wywiadu z pacjentem oraz badani fizykalnego, a następnie kierowano go w razie potrzeby do dalszej diagnostyki. Identyfikacja ta nie ma ściśle określonego formularza i wiele jak podkreślają badani zależy od sumienności lekarza i od tego jak

przeprowadzi on wywiad. Lekarze często pytają o palenie, choroby w rodzinie, choroby przewlekłe, przyjmowane leki, uczulenia i tym podobne. Badani podkreślają jednak, że jest to namiastka tego jak wygląda to w programie POZ PLUS, gdzie wywiad jest znacznie dłuższy, szczegółowy i można znacznie więcej czynników ryzyka wykryć u pacjenta.

*„Jak najbardziej tutaj na wizytach też prowadzone są czynniki ryzyka staram się dokładnie zbierać wywiad, żeby ewentualnie pacjentów gdzieś tam dalej do problemów profilaktycznych pokierować. Ale to wydaje mi się, że jest normalne u nas w naszej pracy lekarzy rodzinnych, że takie rzeczy prowadzimy w trakcie wizyt, czasami jest ciężko z czasem, ale staramy się mimo wszystko takie rzeczy robić. Tu w POZ Plus jest plusem to, że jest więcej czasu na tego pacjenta. Można zebrać cały wywiad, wszystko się dowiedzieć. I zauważyłam, że wtedy mam już uzupełnioną zupełnie historię choroby, wszystko o tym człowieku wiem, i dużo łatwiej mi jest go dalej kierować i też dużym plusem jest to, że np. wystawiałam całkiem sporo kart Dilo potem do dalszej diagnostyki. Gdzie pacjenci pewnie by chodzili i w ogóle nie wiedzieli, że coś się dzieje w ich organizmie. Więc tutaj jestem zadowolona, staram się na co dzień też problemy profilaktyczne, może trochę bardziej własne, bo też jeżeli chodzi o poradnię to realizujemy tylko CHUKa i poza tym nic takiego, ale z tych problemów profilaktycznych, które są dostępne staramy się pacjentów kierować i też robić kontrolne badania, co roku, żeby wyłapywać, czy coś się nie zadziało.”*

### 3.3. Kierowanie pacjentów do programów profilaktycznych

Lekarze starają się kierować pacjentów do programów profilaktycznych zarówno tych z NFZ, jak i programów regionalnych, takich jak CHUK, na kolonoskopię przy profilaktyce raka jelita grubego, mammografię, cytologię, czy profilaktykę dla nałogowych palaczy. Pacjenci byli różnie typowani zarówno poprzez numer PESEL, czy bazę SIMP, jednak często odmawiali oni udziału, bądź zapisywali się po czym nie przychodzili na badania. Zdecydowanie łatwiej było namówić pacjentów do badań bilansowych. Wiele też zależało od możliwości przychodni i dostępnych programów profilaktycznych. Jednak jak deklarują lekarze, niektóre przychodnie współpracują z innymi i zachęcają pacjentów do udziału w programach w innych placówkach.

*„Myśmy mieli współpracę, bardziej kampanię informacyjną z innym miejscem, gdzie można było na profilaktykę nowotworów jelita grubego pacjentów pokierować. I właściwie to było wszystko. (...) I tam właściwie u nas najbardziej sprawdzili się bilanse i to rzeczywiście starałam się w miarę możliwości wykonać, a pacjenci przychodzili zebrać wywiad, uzupełnić, jeżeli ktoś dawno nie miał robionych żadnych badań, to starałam się dopilnować, poddiagnozować. Myśmy poza CHUKiem i możliwością przekazania ulotki i informacji, że ten i ten punkt robi np. kolonoskopię profilaktyczną, to byśmy inaczej nie mieli prawie żadnych możliwości.”*

Monitorowanie pacjentów biorących udział w profilaktyce jest bardzo ciężkie dla lekarzy. Jak sami wskazują, jeżeli pacjent sam się do nich nie zgłosi z wynikami, nie są w stanie sprawdzić ich udziału w danym programie. Inaczej jest w POZ PLUS, gdzie pacjent wraca z wynikami od specjalisty na wizytę podsumowującą.

*„Tylko tak naprawdę umawiając się z pacjentem, że ewentualnie po badaniu wróci i da tę informację zwrotną, bo tak inaczej nie ma takiej możliwości.”*

### 3.4. Edukacja pacjentów

Proces jakim jest edukacja pacjentów przed POZ PLUS miał miejsce w przychodniach. Jak powiedział jeden z lekarzy – nie ma leczenia bez edukacji. Działania edukacyjne prowadzone były nie tylko przez lekarzy, ale także przez pielęgniarki czy dietetyków. Materiały były tworzone głównie samodzielnie oraz wspierano się ulotkami edukacyjnymi tworzonymi przez firmy farmaceutyczne. Głównie na takie edukacje kierowano pacjentów z nowo zdiagnozowaną chorobą. Nie były to

jednak działania edukacyjne na takim poziomie jak w POZ PLUS. Lekarze nie mieli czasu i nie dawali rady, pielęgniarki nie umiały prowadzić szybkich cykli edukacyjnych. POZ PLUS znacząco rozwinął poziom edukacji – pielęgniarki się otworzyły na pacjentów i z większą swobodą prowadzą edukacje, dodatkowo pojawiły się edukacje specjalistyczne oraz dietetyk, co jest świetnym rozwiązaniem według badanych lekarzy.

*„Oczywiście, że tak, nie ma możliwości leczenia bez edukacji. Także rozpoznanie nadciśnienia wiązało się z edukacją, zmianą diety, pomiarów czynników ryzyka. Cukrzyca to samo. Także edukacja była prowadzona - na pewno. Stworzenie, bo trzeba było sobie samemu stworzyć te materiały. Czyli np. dieta, pewne wytyczne, tego jest dość dużo, firmy farmaceutyczne rzeczywiście chętnie dostarczają fajne czasem właśnie takie ulotki edukacyjne. I to łącznie z omówieniem, podaniem pacjentowi, na każdym spotkaniu można było coś dołożyć, coś dopowiedzieć. Także to rzeczywiście pokutuje od dawna. Także edukacja myślę, że bez tego nie ma dobrego leczenia pacjentów.”*

*„Ale zdecydowanie w moim odczuciu od czasu wprowadzenia PLUS te edukacje mają swój charakter. Po pierwsze nasze panie, przynajmniej u nas, nasze panie pielęgniarki się bardzo otworzyły i rzeczywiście okazało się, że jest to jakoś sformalizowana forma kontaktu z pacjentem. I nawet nazwana została edukacją, bo wcześniej tak się nie nazywało. Teraz pacjent idzie na edukację. Jeżeli chodzi o dietetyka, to u nas wcześniej przed PLUS nie był dostępny dla pacjentów POZ. Teraz jest to kolejnym korzystnym elementem, że może korzystać pacjent również z edukacji u dietetyka.”*

Z chęcią przystępowania do edukacji przez pacjentów bywało różnie. Część była chętna na takie wizyty, część nie. Pacjenci krępowali się niektórych wizyt, jak u psychologa, czy psychiatry, uważali takie wizyty za wstydlive lub coś złego. Inaczej też podchodzili do wizyt edukacyjnych z pielęgniarkami, a inaczej do wizyt specjalistycznych, które cieszyły się dużym zainteresowaniem w porównaniu do tych pierwszych. Pacjenci również chwalili porady u dietetyka, chociaż i w tym przypadku pojawiły się osoby, które czuły, że wytyka się im ich masę ciała. Na chęci odbywania wizyt edukacyjnych odbiła się także pandemia.

*„No, do pań pielęgniarek to może faktycznie... Mniej osób chciało później na te edukacje chodzić, takie wizyty edukacyjne czy z czynnikami ryzyka, natomiast na te 3 specjalistyczne wizyty to duże zainteresowanie było.”*

*„Jak ich namówiliśmy to tak. Część chętnie, część niechętnie. Część dalej twierdzi, że wszystko wiedzą. Badania mówią co innego i ich forma. Także różnie. Część rzeczywiście widziała w tym szansę i chętnie, natomiast część do tej pory... Gdzieś na początku POZ PLUS, no to tak jakby przymuszaliśmy też część pacjentów do tego, że jeżeli chce wejść w ten program, no to ma się troszeczkę dostosować. Jeżeli są porady po bilansie na przykład, dietetyczne, no to musi w nich uczestniczyć, powinien. Czy pielęgniarskie. (...) Teraz, już w trakcie pandemii, no to tak troszeczkę udział się zrobił rzadszy. Ale działa generalnie.”*

Pozostawienie edukacji pacjentów po zakończeniu POZ PLUS jest kluczowe według lekarzy. Uważają oni, że pacjenci często nie mają pojęcia o odżywianiu i odpowiedniej aktywności fizycznej, a brak tej świadomości jest szczególnie widoczny po pandemii.

*„Ja myślę, że bez edukacji nie mamy zbyt wielkich szans, jeżeli chodzi o przyszłość, bo nawet patrząc to co u nas z bilansami - był taki moment, że jak się pandemia rozkręciła, to myśmy troszkę utknęli, i potem w momencie, kiedy pacjenci chcieli się badać właśnie po covidzie, to nagle u nas wszystko ruszyło. I teraz po tym rocznym prawie lockdownie widać jak bardzo pacjentom się stan zdrowia pogorszył i wystarczy, że teraz powtórzy się na jesieni taka sytuacja, czy po prostu pacjenci są niepoedukowani, bo nie uczą się w szkole na temat żywienia, ciśnienia, czy jakichkolwiek problemów zdrowotnych. To po prostu nas czeka katastrofa systemu.”*

### 3.5. Plany opieki i leczenia pacjentów

Przed programem POZ PLUS plany opieki i leczenia były tworzone na różnym poziomie. Część placówek nie miała sformalizowanego narzędzia, a tworzenie planu opieki polegało na rozmowie z pacjentem, przekazaniu mu rozpoznania głównego, zaleceń, spisania na kartce leków, wizyt kontrolnych czy ogólnych uwag. Były jednak placówki, które miały formalny druk, na którym tworzone pierwsze plany opieki i leczenia i w których opracowana była ścieżka postępowania.

Dokumenty takie często wypełniane były przez lekarza, bądź pielęgniarkę.

*„Był stworzony przez naszych informatyków taki specjalny druk od strony takiej formalnej. No i tak - robiliśmy jakieś takie pierwsze plany leczenia, które tam pacjent dostawał. Były zalecenia, były leki, jakie ma przyjmować, były wpisane daty kolejnych wizyt u lekarza rodzinnego, u lekarza w AOS-ie, jeżeli była taka potrzeba. Generalnie naszego, jeśli już. W naszej przychodni. Wizyta u dietetyka czy u pielęgniarki, czy wizyta recepturowa. Natomiast, no, to tam raczkowało.”*

*„Takiego sformalizowanego planu u nas nie było. (...) Takiego sformalizowanego planu opieki, takiego jak teraz że wydajemy dokumenty i tak dalej. Raczej było to na tyle uproszczone, że każdy pacjent opuszczając – mówię o sobie – mój gabinet, miał zalecenie, kiedy kontrola, z jakimi wynikami badań. Natomiast tak dalekowzrocznych, czyli, powiedzmy, rocznych planów opieki, nie, nie było u nas realizowane.”*

Obecnie dzięki POZ PLUS plany opieki i leczenia są usystematyzowane i sformalizowane. Pacjent dostaje komplet dokumentów od lekarza, gdzie ma rozpisane rozpoznanie, zalecenia, badania, kolejne wizyty czy leki. Jest to powszechne dla wszystkich placówek biorących udział w programie, a nie jak przed POZ PLUS tylko dla nielicznych placówek, które same zadbały o formalizację.

### 3.6. Konsultacje ze specjalistami

Konsultacje ze specjalistami przed POZ PLUS często zależały od samej placówki. Gdy w danej przychodni pracowali specjaliści zdecydowanie łatwiej było omówić wyniki danego pacjenta, nawet w formie luźnych, nieformalnych rozmów między lekarzami. W przypadku gdy specjaliści byli w innym punkcie, kontakt był dużo bardziej utrudniony. Tutaj często lekarze dawali skierowania pacjentom do specjalisty i mogli jedynie liczyć albo na kontakt zwrotny od lekarza albo na informację od pacjenta, jeżeli przyszedłby ponownie na wizytę. Często konsultacje były także prowadzone przez młodych, jeszcze niedoświadczonych lekarzy.

*„Ja myślę, że to też jest czynnik prosty, czyli czy ci specjaliści są w tej samej poradni, w której my jesteśmy, czy kierujemy gdzieś na zewnątrz. Bo jeśli ten specjalista jest w sąsiednim gabinecie, to jeśli mam taką możliwość to zdarza mi się podejść, nawet nieformalną zrobić konsultację w czasie mojej wizyty, żeby pewne ścieżki skrócić tyle ile się da. Natomiast, no, to zależy od poradni. W małych poradniach, gdzie jest to tylko POZ i wszystkich wysyłamy, dajemy po prostu skierowania, no to pacjent ma wybór tak naprawdę, do jakiej poradni pójdzie. I o ile są poradnie specjalistyczne, które trzymają ten standard i na tą informację zwrotną zawsze możemy liczyć, no to wiele jest takich, że tylko relacja pacjenta tak naprawdę, co powiedział specjalista, co zalecił i na tym się opieramy. A tutaj, mówię, no, siłą rzeczy, przez samą konstrukcję tego programu POZ Plus i tych konsultacji ta informacja zwrotna zawsze do mnie trafiała.”*

Dzięki programowi POZ PLUS, lekarze otrzymywali często informację zwrotną od specjalistów, bo jak sami twierdzą wiele informacji pojawia się w systemie – widać całą historię danego pacjenta, poprzez wizyty u lekarza rodzinnego po specjalistów. Dodatkowo sama wizyta podsumowująca powoduje, że pacjent przychodząc do lekarza często przekazuje mu informacje jakie uzyskał od specjalisty. Jednak i w tym wypadku lekarze uważają, że duże znaczenie ma sama placówka –

czy są w niej specjaliści, czy są oni w innych punktach a przychodnia ma z nimi podpisaną umowę. Dodatkowo pandemia ograniczyła część wizyt. Przez COVID-19 część badań była przekładana i trudniej było dostać się do lekarzy. Pojawiły się także opinie, że dzięki POZ PLUS lekarze rodzinni mogą wystawiać znacznie więcej skierowań na badania specjalistyczne, przez co kontakt ze specjalistami jest rzadziej konieczny niż wcześniej.

*„Ja muszę powiedzieć, że rzeczywiście kilka razy mi się zdarzyło do specjalistów zadzwonić. I uważam, że to jest super. Bo wcześniej, jakbym dzwonił i tej osoby nie znał, nie wiedziałby, że w ogóle jest taka oficjalna droga jak dzwonienie, to by było tak: albo bym trafił tak, że odpowie, albo by coś odburknął, albo by nie odebrał, albo... A tak to wiadomo, że jak mam zadzwonić, to on to zrobi kompetentnie, bo jest jako procedura. Więc jest to fajne. I też fajnie, że mamy podgląd w systemie do tego, co ci inni lekarze napiszą. I to, co się chyba w Polsce bardzo rzadko zdarza, to to że po prostu specjalista włączył leczenie, powiedział jedną rzecz i powiedział „dalsza decyzja należy do lekarza POZ”. U nas w Polsce mamy straszny problem, że ci pacjenci, mówiąc brzydko, zalegają w tych AOS, którzy mogliby być leczeni w POZ. A rzeczywiście tutaj w tym POZ PLUS to jest. I to, co też ja zauważyłem, to że w zasadzie odkąd wykorzystuję te badania coraz już bardziej świadomie i jakoś tak w pewnym stopniu, to bardzo rzadko korzystam z pomocy specjalistów. Bo jeżeli sam mogę te badania zlecić, to bardzo często oni już nie są potrzebni w takim zakresie jak wcześniej.”*

*„Więc jeśli ten specjalista zagląda do systemu, to ma te wyniki badań nasze. Ma nasze leki. Ma jakby wszystko jasne. Więc nawet jeżeli on zmienia leki, to też patrzy na to, co my daliśmy, co przyjmuje pacjent. Nie patrzy tylko na tą swoją jednostkę. I później w drugą stronę: jak wraca do nas, to my też mamy pełny obraz wszystkich badań kardiologa, na jakiej podstawie on dał badania, zlecił i jak to wszystko wygląda. Więc myślę, że to jest najfajniejsze.”*

### 3.7. Przystępowanie do Programu Zarządzania Chorobą (DMP)

Pacjenci różnie wyrażali chęć przystępowania do programu Zarządzania Chorobą. Lekarze mieli także odmienne doświadczenia – część wypowiedziała się, że odmowy były pojedynczymi przypadkami. Większość pacjentów chętnie przystępowała do programu i wyrażała ogromną chęć skorzystania z kardiologa, neurochirurga, ortopedy, diabetologa czy rehabilitacji. Czasem udział w bilansie odgrywał drugoplanową rolę w stosunku do DMP. Odmowy bardzo często nie miały żadnych argumentów – pacjenci po prostu mówili nie, nie chcieli się leczyć, czy uważali że przyszli do lekarza z czymś innym. Inna grupa lekarzy stwierdziła, że odmowy były u nich czymś powszechnym – pacjenci narzucali własne zasady, własne odległe terminy np. przez wyjazd wakacyjny, bądź sprzeciwiali się konkretnym narzuconym placówkom i lekarzom.

*„Powiedziałabym, że nawet to było jakimś tam wabikiem, żeby w ogóle wziąć udział w bilansie. No, nie ukrywam, że tutaj zespoły bólowe kręgosłupa wysuwały się na pierwszy plan. I dostęp do fizjoterapii w znacznie szerszym zakresie i w szybszych terminach. Więc często te osoby już na pierwszej wizytę przychodziły z taką informacją, że zależy im na tym, a sam bilans dla nich był mniej ważny i nie do końca istotny. Aczkolwiek, no, zdarzały się pewne tutaj rozpoznania nowe i być może ci pacjenci sami z siebie nie trafiliby do poradni, nie mieliby tej morfologii chociażby zrobionej. A tak tutaj, to... Ich motywacja była, co prawda, inna, no ale liczy się efekt, czyli wykonane badania i wdrożone adekwatne leczenie.”*

*„U mnie to było bardzo, bardzo trudno, dosłownie pojedyncze sztuki, bo dla pacjenta trzeba było przekazać tę informację, że są kierowani przez nas na wizyty. I dla pacjenta samo hasło, że sobie nie może wybrać kogoś itd., tylko jest kierowany w konkretne miejsce*



*było totalnie zaporowym tematem i to się nie dało wytłumaczyć, że może szybciej, że może łatwiej, że coś tam. Nie i koniec, przynajmniej ja miałam takie doświadczenia."*

### **3.8. Katalog grup dziedzicznych/schorzeń i katalog badań diagnostycznych, a proces diagnostyczno-terapeutyczny**

Zdecydowana większość badanych bardzo dobrze oceniła grupy dziedziczne dotyczące 11 schorzeń. Według nich ich zakres jest optymalny. Niektórzy lekarze zaproponowali, że mogłyby zawierać więcej konsultacji psychologicznych, badań laryngologicznych, badania związane z tarczycą czy badania niewydolności krążenia mózgowego.

Część lekarzy stwierdziła, że mając dużą ilość pacjentów i kierując ich do specjalistów, zostały poblokowane wizyty i nie można już było umawiać kolejnych pacjentów przez co nie można było do końca skorzystać z katalogu badań diagnostycznych.

*„Jeżeli chodzi o rozpoznania, które my możemy, to na przykład jeżeli chodzi o endokrynologa, to tam mamy dosyć wąsko tak naprawdę. Bo jeżeli byśmy tak na to patrzyli, tylko na wyniki TSH, to czasami ciężko jest do tego endokrynologa. A mamy dużo innych schorzeń, z którymi byśmy chcieli też wystać. Do neurologa u nas na przykład, jak my mamy neurologa – bo to też zależy chyba od przychodni. To dużo jest takich pacjentów, którzy są z bólami głowy, nie tylko z kręgosłupa problemami najróżniejszymi. Więc ja bym tak rozszerzyła pod tym względem. Więc dużo musimy tak... no na te rozpoznania patrzeć."*

Katalog badań diagnostycznych ma niewątpliwie pozytywny wpływ na proces diagnostyczno-terapeutyczny. Dzięki niemu wizyty, badania i konsultacje, a co za tym idzie cała diagnostyka przebiega szybciej. Możliwość zlecenia wizyt pozwala także zdiagnozować część pacjentów na poziomie POZ PLUS, czasem bez konieczności wysyłania pacjentów do specjalisty. Dzięki temu lekarze rozwinęli swoje kompetencje i kwalifikacje, gdyż często wykonują pracę, która pokrywa się z pracą specjalisty. Dzięki licznym badaniom w katalogu udało się także wykryć wiele chorób i schorzeń i zacząć odpowiednio leczyć pacjentów. Lekarze nie ukrywali, że poszerzyli by jeszcze katalog o dodatkowe badania jak np. obciążenia glukozą, ferrytynę, czy dopplera kończyn dolnych.

*„(...) Wtedy pacjenta do tej konsultacji z kardiologiem mogliśmy przygotować dużo lepiej, niż wcześniej. Wcześniej EKG, badania krwi i właściwie tyle, co tu zrobić, taką wstępną, pełniejszą diagnostykę i skonsultować już konkretnie pacjenta. Także na pewno. Te narzędzia są dużo lepsze, chociaż nie korzystaliśmy za bardzo z takich badań mocno zaawansowanych. No, to już tam w konsultacjach ewentualnie. Ale ten taki panel badań rozszerzonych, typu echo, Holter, (ns) biopsja, zmiany dodatkowe w tarczycy. To są rzeczy, które powinny zostać."*

### **3.9. Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego**

Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego są rzadko, bądź w ogóle nie wykorzystywane przez lekarzy. Według nich są one skomplikowane, napisane „urzędowym językiem” i zbyt rozbudowane. Korzystanie z nich znacznie wydłużałoby wizytę pacjenta. Niektórzy lekarze twierdzili, że wspierali się na tym dokumencie i na początku bywał on pomocny, ale nie przebrnęli przez całość. Inni twierdzą, że bazują na wytycznych oraz swoim wieloletnim doświadczeniu medycznym.

*„Ale to każdy lekarz myślę, że troszkę inaczej do tego podchodził. Chyba bardziej korzystaliśmy z tego jako takiej pomocy, niż takiego ścisłego pilnowania się tej ścieżki i nie schodzenia z niej. Ale tam, przy spotkaniach z NFZ-em, były też takie pytania, co będzie,*



*jeżeli tam będziemy je przekraczać, NFZ powiedział, że to jest pilotaż, żeby próbować. No, to próbowaliśmy."*

*"Jak te materiały dostałam na samym początku to muszę przyznać, że... No, lekko przytłaczające. Natomiast jak się wyciągnęło z nich treść, no to była ona w wielu sytuacjach logiczna i pokrywająca się po prostu, no, z obowiązującymi nas standardami postępowania w diagnostyce czy w leczeniu pewnych chorób. Natomiast, no... Ta forma ich graficzna była... Może za dużo naraz ich dostałam, ale te materiały na początku... Nie było to może opracowane jakoś bardzo przystępnie."*

*"Wiemy oczywiście, że jakieś arkusze są, ale po prostu po przejrzeniu, jako praktyk absolutnie nie stosuję się do tego, nie przeżywam, nie identyfikuje się z tym po prostu są w programie, tak jak wiele innych elementów, (...) one nam wiele nie wniosły ani dobrego, ani złego, bo po prostu żeśmy z nich nie korzystali."*

### **3.10. Koordynacja opieki/leczenia**

Program POZ PLUS z pewnością umożliwił lekarzom koordynację leczenia pacjentów. Samo wprowadzenie dokumentacji elektronicznej, gdzie lekarz rodzinny wpisuje wszystkie informacje, robi to także specjalista, sprawiło że wszystko jest w jednym miejscu, a lekarz POZ może kontrolować wyniki swojego pacjenta. Na plus były także szybkie wizyty u specjalistów i szybkie terminy na badania w trakcie programu, dzięki czemu pacjent powracając na wizytę, był pamiętany przez lekarza. Także funkcja koordynatora znacząco ułatwiła sprawę – według lekarzy taka pomoc jest bezcenna i powinna zostać na stałe wprowadzona w POZ. Jednak znaleźli się lekarze, dla których koordynacja ciągle stanowi problem. Głównie przyczyną tego zjawiska są braki kadrowe – jest zbyt mała ilość pielęgniarek, czy osób wykształconych w kierunku koordynacji programu, które wspierałyby lekarzy. Dodatkowo sama ilość pacjentów przypadająca na jednego lekarza jest ogromna, przez co często pacjenci są prowadzeni w pośpiechu przez zabieganych lekarzy, a sama koordynacja pozostawia wiele do życzenia.

*"Tak jak mówię, przy takiej liczbie pacjentów, jeżeli chcemy aktywnie ich koordynować przy 2,5 tys. pacjentów na lekarza... Nie ma szans, tak mi się wydaje, żeby to zrobić dla wszystkich i zrobić dobrze. Chyba że nas, lekarzy, wspomagałaby duża grupa osób takich koordynujących, zewnętrznych koordynatorów, pielęgniarek. No, ale ich też nie ma."*

Koordynacja według badanych jest niezbędna. Jest ona nieoceniona dla pacjentów i lekarzy – nie tylko przyspiesza i ułatwia proces leczenia, ale także zwiększa jego poziom. Pozwala na lepszy przekaz informacji na linii pacjent – lekarz rodzinny – specjalista i dzięki temu na efektywniejsze leczenie.

*"POZ Plus pokazał, że koordynacja jest potrzebna. Koordynacja jest celowa, i trzeba ją umieścić w całym tym programie POZ-u, że musi być takie miejsce, dla tej organizacji, musi być następnie człowiek, który będzie to robił, to ułatwi nam kontakt między specjalistami, tu lekarze rodinni, pielęgniarki, a pacjentem, ułatwi dostęp do naszych świadczeń, skoro jest nas tak mało. I to nie muszą być osoby, które są stricte medyczne. Często robili to lekarze. Następnie pielęgniarki to przejęły, a to powinny być w ogóle kadry, ani pielęgniarki, ani lekarze, tylko po prostu ludzie przygotowani do tej koordynacji. Jest w Polsce taki kierunek: nazywa się zdrowie publiczne, gdyby dobrze tutaj porozmawiać co ci ludzie mają robić po tym zdrowiu publicznym, niekoniecznie szukać pracy w sanepidzie, to być może zostaliby doskonałymi koordynatorami, jeżeli będą na to środki finansowe (...)."*

Jako elementy nieuwzględnione w POZ PLUS, bez których koordynacja nie byłaby możliwa lekarze podali konieczność zwiększenia zakresu badań zarówno w ramach bilansu jak i programu zarządzania chorobą, poszerzenie konsultacji specjalistycznych, poszerzenia listy schorzeń oraz

zmniejszenie ilości biurokracji. Dodatkowo większa liczba specjalistów znacząco przyspieszyłaby koordynację pacjentów.

### 3.11. Funkcja koordynatora

Zdaniem lekarzy funkcja koordynatora jest to funkcja bardzo przydatna i potrzebna, bez której ciężko byłoby sobie w tym momencie wyobrazić dalszą pracę przychodni. Ani w POZ, ani nigdy wcześniej z taką rolą się nie spotkano. To co niejednokrotnie się podkreśla, to wykwalifikowanie i kompetentność osób pełniących funkcję koordynatora. Nie są to osoby przypadkowe, wyrwane z urzędu pracy. Posiadają one już pewną wiedzę związaną z medycyną.

*„Gdyby nie POZ PLUS w życiu bym nie wpadł, że można dziewczynę wziąć i teraz mam koordynatorkę i jestem bardzo zadowolony.”*

Co ważne, rola koordynatora jest bardzo przydatna, pod warunkiem, że zgodnie z założeniami ma możliwość wypełniania swoich obowiązków. W jednej z placówek, w związku z panującą pandemią koordynatorowi zostały przydzielone inne, dodatkowe obowiązki. Taka sytuacja nie pozwala w pełni skupić się na podstawowych obowiązkach.

*„W dobie pandemii, muszę powiedzieć i to bardzo jasno, że mamy wielokrotnie niedostateczną dostępność też koordynatora.”*

Koordynatorzy mają ogromny wpływ zarówno na proces opieki pacjentów, jak i na pracę lekarzy. Odpowiadają oni za całą organizację kierowania pacjentem, umawiają ich na badania, do specjalistów. Pacjentom jest zdecydowanie łatwiej skontaktować się z taką osobą, a w razie potrzeby przełożyć wizytę, czy umówić się na kolejną. Sprawowanie kompleksowej opieki nad pacjentem sprawia, że cały proces jest bardziej uporządkowany.

*„Trudno mi sobie teraz wyobrazić pracę bez koordynatora. Wcześniej nie było u nas takiej osoby i pacjenci tak naprawdę robili to, co chcieli. Pacjent wychodził z zaleceniami, z receptą. Natomiast tak naprawdę w większości to pacjent sam decydował, kiedy przyjdzie, kiedy nie przyjdzie, kiedy badanie robi, kiedy się z wynikiem zgłosi badania. Teraz wszystko mamy to spięte.”*

To wszystko wpływa również na pracę lekarzy, która także staje się bardziej uporządkowana, łatwiejsza. Lekarze nie muszą poświęcać czasu na sprawy administracyjne. Nie muszą pilnować i weryfikować czy pacjenci odbyli poszczególne wizyty w ramach programu. Wydaje się nawet niemożliwe, aby wszystko wychwycić przy tak dużej liczbie pacjentów. Co więcej koordynatorzy rozmawiają z pacjentami, przekazują im wszelkie niezbędne informacje, a to sprawia, że czują się bezpieczni, uspokojeni. Dobrze poinformowany pacjent wymaga mniej czasu na wizycie lekarskiej, a dzięki temu lekarze mogą skupić się bardziej na diagnostyce i na leczeniu.

*„Koordynator spełnia rolę w zakresie takiej informacji pacjenta: gdzie i jak pacjent ma uzyskać pomoc, gdzie się zgłosić, kiedy ma możliwość wizyty u lekarza czy jakiegoś badania. Takie proste też rozmowy z pacjentami. Oni dość często przychodzą wręcz na siłę do nas, do gabinetów i takimi pytaniami nam tutaj zabierają często czas.”*

*„My mamy więcej czasu na takie zasadnicze learskie typowe rzeczy, żeby zbadać, porozmawiać z pacjentem, szerszy wywiad przeprowadzić.”*

*„Bez naszych koordynatorek byśmy zginęli na pewno. Są na początku, są na końcu procesu, są w środku, jeżeli jest taka potrzeba.”*

Przypuszcza się nawet, że gdyby takiej funkcji nie wprowadzono, to program i cała jego organizacja działałaby raczej słabo. Trudno jest sobie wyobrazić funkcjonowanie pracy placówki bez koordynatora. Część lekarzy podkreśla, że w ich przychodniach rola koordynatora pozostanie,

nawet jeżeli nie będzie programu POZ PLUS. Najlepiej podsumowującym stwierdzeniem na temat koordynatorów jest cytat „kochamy koordynatorów, zostawcie nam koordynatorów”.

### 3.12. Zgody pacjenta na udział w programie

Zdania lekarzy na temat problemów z pozyskaniem zgód pacjenta na udział w POZ PLUS są podzielone. Część lekarzy deklaruje, że pacjenci chętnie wyrażali zgodę na udział w programie. Jeżeli już zdarzały się sytuacje, że pacjent nie chciał przystąpić do programu, twierdził, że jego to nie interesuje albo rezygnował z programu to miało miejsce bardzo rzadko.

*„Pacjenci najwyżej zmieniali termin wizyty, bo czasami coś tam im nie pasowało. Ale chyba tak świadomie, żeby całkowicie zrezygnować, to chyba rzadko to było.”*

Inna grupa lekarzy uważa, że pacjentów trzeba było przekonywać do wzięcia udziału w programie. Należało zastosować jakieś metody, które sprawiają, że ten pacjent jednak wyrazi zgodę na uczestnictwo.

*„Na siłę, trochę na siłę, trochę fortelem. Ja np. wdrożyłem takie postępowanie, że pacjent nowo zapisany musi przejść przez bilans, bo inaczej go nie przyjmimy, trochę nieformalnie, ale z drugiej strony coś dostanie.”*

Lekarze informowali pacjentów na czym program polega, jakie może przynieść korzyści wzięcie udziału w nim, jak wygląda bilans, co wchodzi w jego skład. Podkreślano dobrą organizację umawiania wizyt oraz możliwość wykonania wielu badań w krótkim terminie. Jak się okazuje, w przypadku bilansu pojawienie się COVID-19 miało pozytywny wpływ, ponieważ łatwiej było nakłonić pacjentów do udziału w programie. Jak twierdzi jeden z lekarzy udział w programie i przebadanie się to wewnętrzna potrzeba przeciętnego pacjenta, tylko musi być on odpowiednio zmotywowany przez medyków. Jeszcze inny lekarz uważa, że, aby nakłonić pacjenta do udziału w programie, „trzeba było doprowadzić do sytuacji, kiedy pacjent myśli, że to jest jego własny pomysł”.

*„COVID-19 się pojawił i nagle dotarli ludzie, którzy nie chorowali, nie potrzebowali. Mówiliśmy: dobrze, jesteście po COVIDZIE, zrobimy wam wszystkie badania, mamy program unijny, czy chcecie skorzystać. I w tym momencie bardzo chętnie przystępowali.”*

Biorąc pod uwagę zadowolenie pacjentów z możliwości kontynuacji leczenia w POZ, a nie w AOS (Ambulatoryjna opieka zdrowotna), w opinii jednego z lekarzy jest to uzależnione od tego, czy pacjent wcześniej był w jakiejś poradni.

*„To zależy od pacjenta, czy był wcześniej już w jakiejś poradni, czy też nie. Bo jeżeli oni byli w poradni, to nie zawsze chcieli już później kontynuować u nas. Ale ci, którzy nie byli, a coś tam wyszło, to chętnie zostawali.”*

Inny z lekarzy wspomina, że często przychodzą do niego pacjenci, aby otrzymać skierowanie do konkretnego specjalisty, by w dalszej kolejności dostać skierowanie na odpowiednie badania. Kiedy dowiadawali się, że takie skierowanie na badania mogą otrzymać od lekarza rodzinnego, byli bardzo zdziwieni.

*„Ja mówię: ja mogę panu to echo zlecić. Albo jakiś Holter. Taki nagle zdziwiony. Ja mówię: no tak, bo jest taki program, że w tym programie można tak zrobić. I rzeczywiście ci pacjenci, czasem jest tak, że oni chcą iść do specjalisty po to, żeby mieć badania tak naprawdę. I jeżeli my te badania możemy zlecić, to duża część tych pacjentów po prostu i tak jest usatysfakcjonowana. Możemy je omówić później i jest OK. Jednak ten panel badań chyba w Polsce w POZ jest jednym z najmniejszych w Europie. W ogóle to jest bardzo rzadko spotykane, żeby lekarz rodzinny tak mało mógł zlecić, tak mi się wydaje.”*

### 3.13. Badania bilansowe

Badania bilansowe są potrzebne, co do tego lekarze nie mają wątpliwości. Sama forma, w jakiej to się odbywa jest już dużym plusem. Dane zbierane na temat pacjentów przez koordynatorów sprawiają, że w momencie gdy ten pacjent trafia do lekarza, lekarz posiada już o nim podstawową wiedzę. Z kolei pacjent ma pewność, że po wykonaniu szeregu badań, nastąpi kontynuacja, leczenie. Badania bilansowe są dodatkową okazją do wykonania badań. Umożliwiają szersze spojrzenie, podsumowanie i wy tłumaczenie niektórych aspektów pacjentom. Przekazania w jaki sposób ma dalej postępować, dlaczego takie badania trzeba powtarzać, jak ważna jest profilaktyka. To, co podkreślają lekarze, to fakt, że wcześniej bilans nie dawał pacjentowi możliwości wykonania całego zakresu badań, niezależnie od tego, z jakim problemem się zgłaszał. Kiedyś załatwiany był tylko ten problem, z którym pacjent przychodził. Można więc powiedzieć, że badania bilansowe są potrzebne, ponieważ z jednej strony to duża korzyść dla pacjenta. Jest to narzędzie, które pozwala szybciej zdiagnozować pacjenta. Z drugiej strony to korzyść dla samego lekarza, który mając odpowiednie narzędzia, może wykorzystywać swoje kompetencje.

*„Wcześniej, jak przychodził pacjent trzydziestoletni, z problemem, który powiedzmy, nie zahaczał o glukozę czy lipogram, takich badań nie miał wykonywanych. Dopiero ten bilans stworzył taką możliwość, że niezależnie z czym pacjent się zgłasza, to ma ten zakres badań.”*

*„Korzyść dla pacjenta, szybsza diagnostyka, korzyści dla NFZ. I dla nas, dla lekarzy, możemy wykorzystywać swoje kompetencje.”*

Od strony medycznej lekarze jak najbardziej są za tym, żeby badania bilansowe były powszechnie stosowane w POZ-ach, żeby nie zostały zaniechane wraz z zakończeniem pilotażu POZ PLUS. Tym bardziej, że wiele badań cieszyło się ogromnym zainteresowaniem wśród pacjentów. Kobiety były zadowolone, że mają możliwość wykonania USG piersi, ponieważ nie musiały chodzić w tym celu specjalnie do ginekologa.

*„Po to USG piersi przychodziły też często później, z pytaniem: to już więcej razy nie można? To było tylko z programu, z tego bilansu. Także bardzo duże zainteresowanie. I faktycznie tym osobom i to w różnych grupach wiekowych, jednak wyszły jakieś zmiany i one później miały już monitorowanie też ustalone, zalecenia jakieś.”*

Natomiast lekarze zauważają również, że czasami nie da się pewnych rzeczy zrobić ze względu na brak możliwości. Większa liczba przebadanych pacjentów oznacza większą liczbę zdiagnozowanych schorzeń, a to z kolei niesie za sobą kolejne wizyty. W związku z tym więcej pacjentów powoduje to, że można im poświęcić mniej uwagi, mniej czasu i tak naprawdę nie przynosi to oczekiwanych efektów. Jeżeli badania bilansowe miałyby być powszechne, to najpierw trzeba wprowadzić pewne zmiany m.in. zatrudnić więcej lekarzy, pielęgniarek i koordynatorów.

*„W tej koordynacji potrzebna jest też stabilizacja opieki nad pacjentem. Potrzebujemy pomocy. Nie może zostać tak, że mamy do 3 tys. pacjentów i mamy robić opiekę koordynowaną, bilanse po 45 minut – no, tak się nie da.”*

Jeżeli chodzi o częstotliwość przeprowadzania badań bilansowych wśród lekarzy padają pojedyncze opinie, że powinno się je wykonywać przynajmniej raz w roku. Częściej jednak uważają, że ta częstotliwość powinna być uzależniona od różnych czynników np. wieku, obciążenia fizycznego, nałogów, BMI. W tym celu należałoby przeprowadzić screening stanu zdrowia, a następnie ustalać częstotliwość. Wraz z dyskusją na temat częstotliwości przeprowadzania badań bilansowych pojawiły się aspekty finansowe.

*„Przecież nie można robić tym ludziom bez przerwy tych badań co pół roku, co roku. Każdy POZ, czy każda przychodnia, musi jakoś mieć bilans ekonomiczny. Przecież koszty pracy rosną, koszty utrzymania rosną. I tak de facto, żebyśmy nie wyszedł na jakiegoś pazerata, ale generalnie mamy ograniczone fundusze.”*

Według lekarzy grupa pacjentów, która powinna obowiązkowo wykonywać badania bilansowe to osoby powyżej 40 roku życia, ponieważ są to osoby, które kwalifikują się do programu CHUK (SCORE - skala oceny ryzyka sercowo-naczyniowego). Ponadto na podstawie dotychczas przeprowadzonych bilansów lekarze dostrzegają pewien rozdźwięk. Osoby w wieku 20-30 lat najczęściej po przeprowadzeniu badań okazują się zdrowi. U pacjentów między 30, a 40 rokiem życia pojawiają się pierwsze problemy, wymagające leczenia i edukacji. Natomiast odnosi się wrażenie, że wśród pacjentów po 50 roku życia nie było osób zdrowych, byli niezdiagnozowani wcześniej. Mimo wszystko zdaniem lekarzy każdy powinien wykonywać badania.

*„Młodsza populacja też wymaga wyrobienia sobie takiego nawyku dbania o swoje zdrowie. I tu jest też nasza rola w tym wszystkim.”*

Lekarze podzielili się również swoją opinią na temat tego czy badania diagnostyczne w ramach bilansu są według nich wystarczające, zbyt szerokie, czy może zbyt wąskie. Okazuje się, że zdania są podzielone. Dla niektórych są one wystarczające, odpowiednie.

*„Ja oceniam, że był tak w sam raz. Chyba pokrywał większość takich badań, które są potrzebne i wnoszą jakieś informacje dla nas. Także ja uważam, że było w porządku.”*

*„Moim zdaniem, jeżeli chodzi o podstawowy, to chyba jest wystarczający. Resztę dokładamy w zależności od wskazań.”*

Dla innych ten zakres jest szeroki, a w związku z tym powinien zostać skrócony. Zapytani jednak o konkretne elementy, które można by odrzucić i uznać za niepotrzebne, takich nie wskazują.

*„Czy wystarczający? Tak. A teraz jak pójdziemy dalej, czy można by go przejrzeć najpierw. I pewnie by się coś przycięło, bo jestem zwolennikiem ekonomicznego, dobrego wydawania pieniędzy, racjonalnego. Więc czasami nie trzeba dawać zbyt dużych uprawnień.”*

*„Wydaje mi się, że był dosyć szeroki. Jest dosyć szeroki. Można by dyskutować co do tych ścieżek kwalifikujących do poszczególnych badań.”*

Jest jeszcze kolejna grupa lekarzy, która twierdzi, że zakres tych badań jest niewystarczający. Ich zdaniem powinny się jeszcze pojawić takie badania, jak: poziom potasu czy jonogram.

Z kolei w ramach bilansu pogłębionego lekarze wprowadziliby ferrytynę, Holter EKG oraz rentgen kręgosłupa. Ich zdaniem w sytuacji gdy podejrzewa się u pacjenta anemię, najlepszym badaniem jest wykonanie nie żelaza, a ferrytyny. Natomiast potrzebę wprowadzenia Holtera EKG argumentuje się tym, że pacjenci mają kołatania serca i często są to osoby młode, które trudno jest namówić do wzięcia udziału w programie.

*„W programie POZ PLUS ciężko go jakkolwiek tutaj gdziekolwiek zaciągnąć. Bo to jest młody człowiek, nadciśnienia nie ma, ryzyko choroby niedokrwiennej serca czy migotania przedsionków jest w zasadzie u niego zerowe czy bardzo małe. Więc ciężko go w program wciągnąć wtedy. A takich pacjentów jest dużo.”*

*„Może rentgen kręgosłupa ewentualnie, przy dolegliwościach bólowych. A nie czekać na zarządzanie chorobą.”*

Lekarze mają jeszcze zastrzeżenie co do kryteriów na podstawie, których pacjentowi przeprowadza się albo bilans podstawowy, albo bilans pogłębiony. Chcieliby mieć większą samodzielność w zlecaniu pewnych badań.

*„Miałam kiedyś pacjentkę, która by fajnie pasowała do witaminy D, ale niestety nie podchodziła pod te kryteria. Dobrze, żebyśmy się kierowali wiedzą medyczną, a niekoniecznie tymi tabelkami.”*



Wątpliwość lekarzy budzi jeszcze pojawienie się w bilansie witaminy D3. Z jednej strony cieszą się, że to badanie znalazło się w bilansie, z drugiej strony mają obawy, w jaki sposób potem skontrolować pacjenta, który w związku z niskim poziomem witaminy, zaczął brać leki.

*„Cieszę się z jednej strony, że pojawił się poziom witaminy D3 do zbadania, ale z drugiej strony, jak ci pacjenci tę witaminę D3 w większości mają niską, to teraz jeżeli przyjdzie do kontroli po wzięciu leków, to kto ma za to zapłacić? My w POZ nie możemy normalnie i to jest problem trochę, że pojawiła się, ok, zbadaliśmy, jest niska, daliśmy leki, i potem jak to skontrolować.”*

### 3.14. Kwestionariusz bilansu

Kwestionariusz bilansu zdaniem lekarzy jest wymagający, zarówno pod względem czasu, jak i zaangażowania. Mimo to uważają, że był on konieczny, aby zebrać niezbędne informacje na temat pacjenta. Jak twierdzą, wypełnienie takiego kwestionariusza z pacjentem w gabinecie lekarskim zajęłoby bardzo dużo czasu, dlatego nieocenioną rolę w tym aspekcie odegrali koordynatorzy.

*„Ja bym tego nie dał rady zrobić, nie miałbym czasu na to. Ja tam ewentualnie konsultowałem, co do szczegółów badań i tak dalej, natomiast ten wywiad robiła koordynatorka.”*

Okazało się również, że nie we wszystkich przychodniach funkcjonuje elektroniczna forma kwestionariusza bilansu. Wersja papierowa uważana jest za zdecydowanie niefunkcjonalną.

*„Przede wszystkim nie powinien być papierowy. Powinien być elektroniczny, a nie potem do przepisywania.”*

Co do zawartości kwestionariusza, w opinii lekarzy z niektórych elementów można by zrezygnować.

*„Ja bym poprzycinał, bo np. jest jedno miejsce, tak mi się rzuciło, że jakie podejrzewam choroby, a obok są te, które rozpoznałem choroby.”*

*„Tak samo jak pytanie o lata, w których pacjent się zaszczepił, to abstrakcja. Często pacjenci mają problem z datą urodzenia rodziców, czy krewnych.”*

Podsumowując, kwestionariusz bilansu jest zdecydowanie użytecznym narzędziem dla lekarzy, jednak jest zbyt rozbudowany. Tutaj jednak z pomocą przychodzą koordynatorzy, którzy prowadzą pacjenta za rękę i razem z nim ten kwestionariusz wypełniają.

*„Nie musimy się zastanawiać, z czym przyszedł, tylko już dokładniej pytamy. Na przykład te bóle brzucha to kiedy są, jak często i tak dalej. Nie musimy się zastanawiać po prostu nad tym.”*

Kwestionariusz określający status zdrowotny pacjenta (identyfikujący czynniki ryzyka) według lekarzy raczej nie mógłby być wypełniany samodzielnie przez pacjenta np. za pośrednictwem konta IKP. Niektóre pytania kwestionariusza są na tyle trudne, że trzeba dokładnie wyjaśniać pacjentowi o co jest pytany, jakich informacji się od niego oczekuje. Ponadto istnieje ryzyko, że pacjent przekoloruje swoje odpowiedzi. Aby kwestionariusz miał większą wiarygodność i wartość dla lekarzy, powinien być wypełniony w towarzystwie osoby, która ma przynajmniej podstawową wiedzę medyczną. Nawet jeśli pacjent wypełniłby taki kwestionariusz samodzielnie, przez internet, to i tak należałoby dokonać jego weryfikacji.

*„Tutaj nieodzowna jest pani koordynatorka, która, no, naprowadza na odpowiednie tory.”*

*„Taka wymiana przez internet na pewno powinna być potem i tak sprawdzona jeszcze przez koordynatora.”*

*„Dostają do domu kwestionariusz i przychodzą i tak bez wypełnienia.”*

Jedynie w grupie młodszych pacjentów część z nich potrafiła wypełnić kwestionariusz samodzielnie. W większości przypadków to jednak wygląda tak, że pacjent wypełnia taki dokument z pomocą koordynatora, który naprowadza, zadaje dodatkowe pytania, które pomogą odpowiedzieć na to, co jest rzeczywiście zawarte w tym kwestionariuszu.

#### **4. Podsumowanie**

Pacjenci biorący udział w programie POZ PLUS wypowiadali się o nim w bardzo pozytywny sposób. Skojarzenia jakie mieli to przede wszystkim szybkość, profilaktyka, możliwość gruntownego przebadania się i dostęp do specjalistów, co także stanowiło element zachęcający do udziału w POZ PLUS. Jeżeli chodzi o obawy, pacjenci są zgodni – nie mieli ich w zdecydowanej większości. Jedyne co napawało strachem pacjentów, to możliwość wykrycia jakieś choroby. Sam program wprowadził też wiele pozytywnych zmian w samej przychodni – znacznie sprawniej funkcjonuje organizacja, pacjenci mają szybszy dostęp do wizyt, które są także lepszej jakości, a samą atrakcyjność placówki podnosi pojawienie się specjalistów. Dodatkowo często wspomnianym aspektem jest obecność koordynatora. W ocenie pacjentów jest on niezastąpiony – daje ogromną pomoc, wsparcie oraz poczucie zaopiekowania. Dodatkowo z koordynatorem kontakt jest bardzo łatwy - nawet jak nie może odebrać, zawsze oddzwoni, w porównaniu do klasycznego kontaktu z przychodnią, gdzie czasem ciężko się dodzwonić. Pacjenci nie zawsze byli kwalifikowani do badań edukacyjnych, co jak większość twierdzi jest efektem ich dobrych wyników i dobrego stanu zdrowia. Jednakże pacjenci, gdyby mieli taką możliwość chętnie by wzięli udział w takiej wizycie. Osoby, które miały możliwość skorzystania z edukacji bardzo je chwalią – część badanych dzięki nim zmieniła swoje życie, zaczęła się lepiej odżywiać, zwiększyła się ich aktywność fizyczna. Wywiady pokazały, że znaczną sympatią cieszą się wizyty u dietetyka, natomiast z dystansem pacjenci podchodzą do wizyt u psychologa czy psychiatry, co jest głównie efektem wstydu i wpojenia negatywnych przeświadczeń na temat takich wizyt. Jako minus programu pacjenci wskazywali sposób przekazu informacji o jego starcie. Według nich program był za słabo nagłościany, przez co wiele osób nie miało o nim pojęcia. Badani sugerują by wykorzystać w tym celu Internet oraz social media, telewizję oraz w przypadku seniorów, umieszczanie informacji w miejscach, gdzie często przebywają.

Pacjenci nie wskazali także większych problemów związanych z umawianiem wizyt podczas pandemii. Niektórzy zwrócili uwagę, że pierwsze miesiące były trudne, ze względu na dłuższy kontakt, dłuższe oczekiwania, zmniejszenie ilości wizyt stacjonarnych. Znaczącą pomoc wniósł podczas tego trudnego czasu koordynator, który wspierał pacjentów w umawianiu wizyt.

Wizyty bilansowe także zostały świetnie ocenione przez pacjentów. Kwestionariusz bilansu, na podstawie którego była prowadzona wizyta mimo długiej struktury nie został źle odebrany przez badanych, a wręcz przeciwnie – pacjenci rozumieją, że taka forma jest potrzebna, aby każdego dobrze zdiagnozować. Dodatkowo był on w większości przypadków wypełniany z pomocą pracownia placówki, co bardzo podobało się badanym, gdyż osoba ta rozjaśniała wszystkie ich wątpliwości co do pytań. Samodzielne wypełnianie kwestionariusza przy pomocy konta IKP spotkało się ze zdaniem, że nie każdy pacjent sobie z tym poradzi - zwłaszcza seniorzy. Niektóre pytania mogą dodatkowo budzić wątpliwości, co może spowodować błędy. Pacjenci bardzo dobrze oceni także czas oczekiwania na bilans oraz formę omówienia wyników z lekarzem, gdzie został im przedstawiony indywidualny plan postępowania zdrowotnego oraz zdefiniowane czynniki ryzyka.

Jak opowiadają się pacjenci do programu zarządzania chorobą byli kierowani głównie pacjenci z jednostkami chorobowymi lub tacy którym wyszły złe wyniki podczas bilansu. Pacjenci w większości przypadków odbywali konsultacje w ramach jednej przychodni. Z falą pozytywnych opinii spotkał się także IPOM, gdzie pacjentom opisywano schorzenia, jak poprawić ich stan zdrowia, gdzie się dalej kierować i jakie badania zrobić.

Pacjenci byli bardzo pozytywnie zaskoczeni programem POZ PLUS. Uważają, że pozwala on wejść na wyższy poziom opieki, gdzie dostępnych jest więcej specjalistów, badań diagnostycznych, opieka koordynatora oraz spora ilość szybko dostępnych terminów. Sam program pacjenci na pewno by polecili swoim bliskim. Zmiany jakie sugerują to przede wszystkim poszerzenie wachlarza badań diagnostycznych i dostępnych specjalistów, ale także zwiększenia zasięgu programu dla większej ilości osób.

Podobnie jak i pacjenci, także i lekarze bardzo pozytywnie wypowiadają się na temat programu POZ PLUS. Przed starem omawianego programu profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób, wizyty bilansowe, czy edukacja pacjentów były prowadzone sporadycznie w zależności od placówki. Lekarze starali się wykonywać pacjentom podstawowe badania, ale były one bardzo ograniczone w porównaniu do tego co oferuje POZ PLUS. Podobnie plany opieki i leczenia pacjentów nie miały sformalizowanej struktury co powodowało, że wszystko zależało od sumienia danego lekarza. Pacjenci byli w miarę możliwości kierowani przez lekarzy do programów profilaktycznych, ale spotkało się to z różnym odbiorem. Przed programem POZ PLUS także kontakt ze specjalistami zależał od wielu czynników. W sytuacji, w której lekarze POZ i specjaliści byli w jednej placówce, często konsultowano się między sobą, nawet nieformalnie. Jednak, jeżeli byli oni w oddzielnych placówkach, lekarze rodzinny mogli liczyć jedynie na kontakt zwrotny od specjalisty, albo na to że pacjent wróci na wizytę podsumowująca, a często tak niestety nie było.

To co niejednokrotnie podkreślano podczas badania, to wykwalfikowanie i kompetentność osób pełniących funkcję koordynatora. Nie są to osoby przypadkowe, ale posiadające pewną wiedzę związaną z medycyną. Koordynatorzy mają ogromny wpływ zarówno na proces opieki pacjentów, jak i na pracę lekarzy. Odnosnie badań bilansowych według lekarzy są one potrzebne, co do tego badani nie mają wątpliwości. Sama forma, w jakiej to się odbywa jest już dużym plusem - dane na temat pacjentów zbierane są przez koordynatorów co sprawia, że w momencie, gdy pacjent trafia do lekarza, posiada on już o nim podstawową wiedzę. Lekarze także bardzo dobrze ocenili grupy dziedzinowe. Według nich ich zakres jest optymalny. Katalog badań diagnostycznych ma według nich niewątpliwie pozytywny wpływ na proces diagnostyczno-terapeutyczny - dzięki temu wizyty, badania i konsultacje, a co za tym idzie cała diagnostyka przebiega szybciej. Możliwość zlecania badań pozwala także zdiagnozować część pacjentów na poziomie POZ PLUS, czasem bez konieczności wysyłania pacjentów do specjalisty. Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego są rzadko, bądź w ogóle nie wykorzystywane przez lekarzy. Według nich są one skomplikowane, napisane „urzędowym językiem” i zbyt rozbudowane co powodowałoby, że korzystanie z nich znacznie wydłużałoby wizytę pacjenta.

Program POZ PLUS z pewnością umożliwił lekarzom koordynację leczenia pacjentów. Samo wprowadzenie dokumentacji elektronicznej, gdzie lekarz rodzinny wpisuje wszystkie informacje, robi to także specjalista sprawiło, że wszystko jest w jednym miejscu, a lekarz POZ może kontrolować wyniki swojego pacjenta. Zlecanie badań i diagnostyka na poziomie POZ pozwoliła także skrócić ścieżkę leczenia pacjenta i zdiagnozować go często u lekarza rodzinnego, co także podniosło kompetencje lekarzy.