

Bank Światowy

Podręcznik dla Świadczeniodawców

Opieka Koordynowana . Wdrożenie dla Modelu I

Styczeń 2017

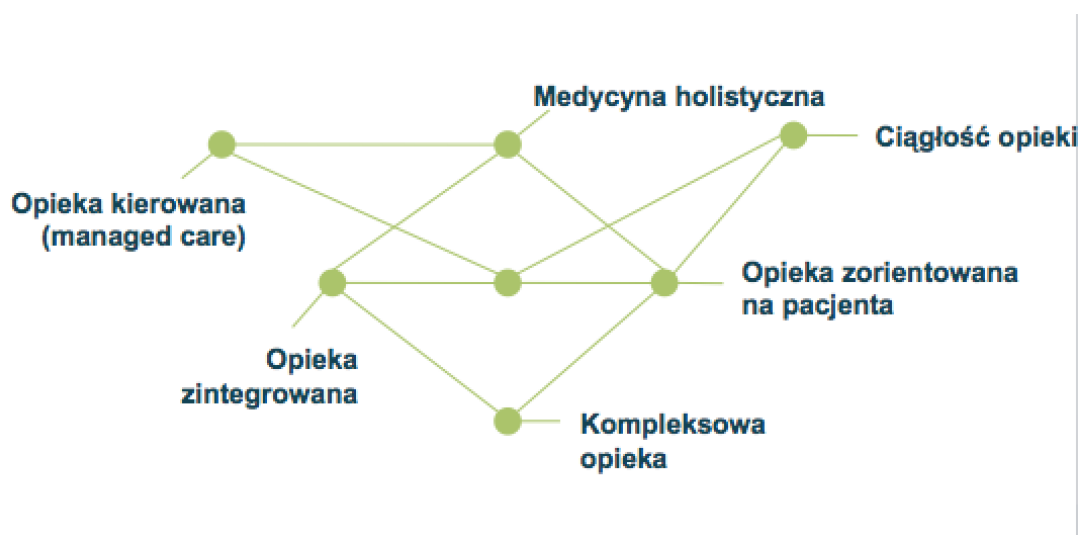
Podręcznik dla Świadczeniodawców	1
1. Wstęp	5
1.1. Czym jest opieka koordynowana?	5
1.2. Pilotaż modelu opartego o podstawową opiekę zdrowotną	5
1.3. Dodatkowe informacje	6
2. Etapy wdrożenia opieki koordynowanej	6
3. Nowe role w opiece koordynowanej	7
3.1. Koordynator	8
a. Kim jest Koordynator?	8
b. Rola Koordynatora czyli opieka nad populacją zespołu POZ	10
c. Znaczenie Koordynatora w procesie opieki	10
d. Przykład pracy koordynatora	10
e. Dobra praktyka	10
f. Przykładowe narzędzia pomocne dla pracy koordynatora	10
f. Bariery dla skutecznej pracy koordynatora	11
3.2. Zespół POZ	12
3.1. Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej - definicja	12
a. Budowa zespołu	13
b. Przykładowe narzędzia służące budowie zespołu	13
c. Lekarz rodzinny w zespole POZ	15
d. Konsultanci w zespole POZ	15
4. Identyfikacja i stratyfikacja populacji pacjentów POZ	18
4.1. Na czym polega identyfikacja pacjentów?	18
4.2. Czym jest stratyfikacja populacji?	18
5. Bilanse dorosłych	18
5.1. Co to jest bilans dorosłych?	19
5.2. Jak aktywnie zapraszać pacjentów?	19
5.3. Dobre praktyki - przykłady	19
6. Indywidualne plany opieki medycznej (IPOM)	19
6.1. Co to jest indywidualny plan opieki medycznej?	21
6.2. Elementy planu leczenia	22
6.3. Przykłady	23
7. Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego	23
7.1. Co to jest ścieżka postępowania diagnostyczno-leczniczego?	23
7.2. Kiedy korzystać ze ścieżek?	24
8. Edukacja w ramach opieki koordynowanej	24

8.1. Edukacja pacjenta	24
8.2. Edukacja zespołu POZ	24
9. Reorganizacja pracy poradni lekarza rodzinnego	25
9.1 Wizyta kompleksowa	28
9. 2 Wizyty kontrolne (uzupełniające)	29
9. 3 Wizyty recepturowe	29
9. 4 Wizyty bilansowe	29
9. 5 Wizyty domowe	34
9. 6 Wizyty nagłe	34
9. 7 Pozostałe wizyty	35
9. 8 Wizyty administracyjne	35
9. 9 Harmonogram pracy lekarza	35
a. Wizyty nagłe w harmonogramie	35
10. Program Liderów	35
11. Nowe funkcje IT	35
12. Sprawozdawczość	35
13. A co jeśli się nie udaje?	37
14. Słowniczek	37
15. Spis rycin/rysunków	38

1. Wstęp

1.1. Czym jest opieka koordynowana?

Koordynowana (Zintegrowana) opieka zdrowotna, ma wiele definicji i charakteryzuje się wysokim stopniem współpracy i komunikacji między pracownikami służby zdrowia. Wyjątkowość programów koordynowanej opieki zdrowotnej polega głównie na położeniu ciężaru na wymianę informacji pomiędzy członkami zespołu dotyczących opieki nad pacjentem oraz ustanowienie kompleksowego planu leczenia w celu zaspokojenia biologicznych, psychologicznych i społecznych potrzeb pacjenta. Zespół w koordynowanej opiece zdrowotnej obejmuje zróżnicowaną grupę członków (na przykład lekarzy, pielęgniarek, psychologów i innych pracowników służby zdrowia - np. koordynatorów) w zależności od potrzeb pacjenta i proponowanego modelu opieki.



RYS. 1. RÓŻNE POJĘCIA ZWIĄZANE Z OPIEKĄ KOORDYNOWANĄ

Celem Opieki Koordynowanej jest:

- zapewnienie przepływu informacji pomiędzy pacjentem a zespołem POZ
- kontrolowanie przebiegu opieki nad pacjentem
- zbieranie i analizowanie informacji o pacjencie
- zwiększenie zaangażowania pacjenta w procesie leczenia
- zwiększenie edukacji i profilaktyki

Do tej pory na świecie wdrożono wiele modeli opieki koordynowanej, które odnoszą sukcesy w zakresie polepszenia zdrowia populacji i wzmacniają funkcjonowanie systemów publicznej ochrony zdrowia. Dla przykładu modele niemieckie (Gesundes Kinzigtal), brytyjskie (North Western London), amerykańskie (Kaiser Permanente), wdrażane są od wielu lat. Budując pilotaż dla polskiego modelu, autorzy wzorowali się na najlepszych przykładach polskich i międzynarodowych.



RYS. 2. GŁÓWNE ASPEKTY UWZGLĘDNIONE PRZY BUDOWIE MODELI OPIEKI KOORDYNOWANEJ W POLSCE

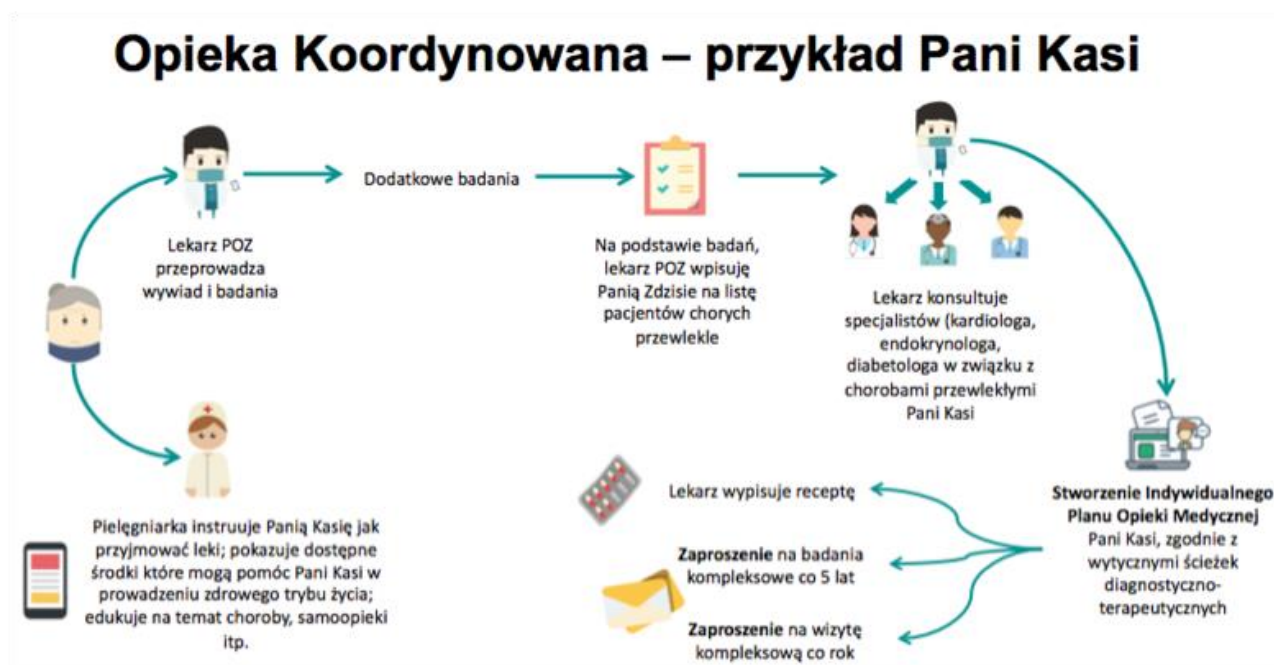
1.2 Pilotaż modelu opartego o podstawową opiekę zdrowotną

W oparciu o umowę zawartą pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia w dniu 23 października 2015 roku, NFZ realizuje projekt pozakonkursowy pt.: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”.

Celem projektu jest poprawa jakości i efektywności opieki zdrowotnej w Polsce poprzez wprowadzenie standardów organizacyjnych i medycznych, a także modelu finansowania świadczeń, które doprowadzą do koordynacji poszczególnych etapów diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Opieka zdrowotna w modelu opieki koordynowanej ma również za zadanie ułatwić pacjentom dostęp do odpowiedniej opieki medycznej, odciążyć pacjenta z obowiązków administracyjnych związanych z jego chorobą, oraz umożliwić wczesne wykrywanie chorób i ich kompleksowe leczenie. Ważnym

elementem modelu jest ogólne nastawienie systemu na pacjenta, jego leczenie, edukację i prewencję, oraz aktywne włączanie pacjenta w plan opieki.

W projekcie planowane jest wypracowanie 3 modeli opieki koordynowanej. Pierwszy model oparty jest głównie na podstawowej opiece zdrowotnej i o tzw. "budżet powierzony" – przewidujący poszerzenie dotychczasowych kompetencji zespołu POZ i umożliwienie szybkich konsultacji z innymi specjalistami opieki ambulatoryjnej w oparciu o fundusze przekazywane na ten cel świadczeniodawcy realizującemu POZ. Jednocześnie obowiązkiem zespołu POZ będzie dbałość o efekty terapeutyczne oraz przebieg procesu leczenia i konsultacji pacjenta i jego rodziny. Model oparty jest więc na rozszerzeniu kompetencji i usług świadczonych na poziomie podstawowej opieki lekarskiej. Lekarz POZ współpracuje i konsultuje się ze specjalistami aby dostarczyć jak najlepszą pomoc zdrowotną tworząc indywidualny plan opieki nad pacjentem, w miarę możliwości nie narażając pacjenta na długie oczekiwanie na wizytę u specjalisty. W modelu, duże znaczenie ma też personel niemedyczny który ma za zadanie edukować pacjenta, wspomóc go w jego chorobie oraz wspomagać administracyjnie zespół. W modelu wpisane też jest rozszerzenie usług diagnostycznych na poziomie POZ, oraz wprowadzanie bilansów zdrowotnych dla dorosłych, których w obecnym systemie jest brak. Pilotaż modelu opartego o POZ, skierowany jest głównie do placówek z liczbą podopiecznych do 10 tys. pacjentów i obejmują całą listę pacjentów u danego świadczeniodawcy (z możliwością rezygnacji przez pacjenta z uczestnictwa w programie w dowolnym



momencie).

RYS. 3. PRZYKŁAD OPIEKI NAD PACJENTEM W MODELU OPIEKI KOORDYNOWANEJ

1.3 Dodatkowe informacje

Na świecie wdrożono wiele projektów których podstawą była opieka koordynowana. W związku z tym powstało wiele raportów, analiz i narzędzi wdrożeniowych. Więcej informacji można znaleźć na stronach:

1. Akademia NFZ
2. The International Foundation of Integrated Care (IFIC) - <http://integratedcarefoundation.org/>
3. International Journal of Integrated Care - <http://www.ijic.org/>
4. SAMHSA-HRSA Center for Integrated Care - <http://www.integration.samhsa.gov/about-us/what-is-integrated-care>
5. Delivering Better Integrated Care - <https://www.gov.uk/guidance/enabling-integrated-care-in-the-nhs>
6. Integrated Care - King's Fund - <https://www.kingsfund.org.uk/topics/integrated-care>
7. Gesundes Kinzigtal - <http://www.gesundes-kinzigtal.de/international-website/>

2. Etapy wdrożenia opieki koordynowanej

Proces wdrażania opieki koordynowanej składa się na następujące elementy:

- I. **Zbudowanie zespołu** - najważniejszym zadaniem dla Świadczeniodawcy jest budowa zespołu opieki koordynowanej składającego się z: lekarza, pielęgniarki, położnej, koordynatora i zespołu wybranych konsultantów (z zakresu diabetologii, endokrynologii, kardiologii, neurologii, pulmonologii, ortopedii). Ścisła współpraca wszystkich członków jest najważniejszym elementem budowy zespołu i wymaga ciągłej pracy na każdym etapie wdrożenia. Należy zdefiniować rolę każdej osoby w zespole, jasno określić jej obowiązki i zasady współpracy. W przypadku np. koordynatora na samym początku należy powoli zwiększać jego obowiązki i liczbę pacjentów którymi się zajmuje, na przykład zaczynając od kontaktowania się z pacjentem przez telefon, kończąc na samodzielnym zarządzaniu grupą pacjentów. Przy tym dla całego zespołu należy opracować plan szkoleń, który obejmuje naukę od ekspertów wewnętrznych, mentoring, rozmowy motywujące i trening wprowadzający w nowe obowiązki przez pierwsze parę miesięcy.
- II. **Rekrutacja pacjentów do programu** – każdy z dotychczasowej listy pacjentów danego świadczeniodawcy automatycznie wpisany będzie do programu opieki koordynowanej z możliwością rezygnacji w każdym momencie pilotażu. Należy jednak informować o tym pacjentów na np. wizytach, zainicjowanych kontaktach poprzez rozmowę telefoniczną, listach, e-mailach.
- III. **Identyfikacja pacjentów** – w trakcie trwania pilotażu należy zidentyfikować pacjentów według grup: zdrowy, chory przewlekle, w grupie ryzyka. Należy to

robić w ramach bieżącej pracy przychodni. Można jednak jednocześnie opracować listę w oparciu o bieżące dane kliniczne na podstawie historii choroby - np. bardzo łatwo wyodrębnić grupę chorujących na cukrzycę. Znając swoją populację i charakter pacjentów, będzie można lepiej zaplanować nad ich leczeniem.

- IV. Wdrażanie populacyjnych programów profilaktycznych (poprzez bilans dorosłych) oraz zarządzania chorobą (Disease management - DM).** W czasie wdrażania opieki koordynowanej należy sukcesywnie zwiększać liczbę pacjentów którzy będą objęci badaniami prewencyjnymi oraz w przypadku chorych przewlekle (zgodnie z 11 stanami wg. załączonej listy) tymi którzy objęci będą tzw. zarządzaniem chorobą (Disease Management) poprzez stworzenie im indywidualnych planów opieki medycznej (IPOM) i stosowaniem ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (ŚPDT).
- V. Dalsza stratyfikacja populacji** – na podstawie wewnętrznie opracowanego planu oceny pacjentów w chorobach przewlekłych można podzielić populację na dalsze podgrupy (np. chory przewlekle - stabilny, niestabilny, ciężko chory).
- VI. Ewaluacja i ciągłe dostosowywanie** - należy utworzyć plan monitorowania procesu wdrażania opieki koordynowanej na początku pilotażu. Na bieżąco należy go udoskonalać i dostosowywać system do bieżących potrzeb.

	6 MC	6 MC	2 ROK	3 ROK
I. Budowanie zespołu				
Dobór osób do zespołu (w tym konsultantów) i określenie ich zadań	—>			
Szkolenia zespołu	—>	—>	—>	—>
II. Rekrutacja pacjentów	—>	—>	—>	—>
III. Identyfikacja pacjentów				
Dyspensaryzacja populacji (chorzy, zdrowi, w gr. ryzyka)	—>	—>	—>	—>
IV. Wdrażanie programów profilaktycznych				
Zarządzanie chorobą		—>	—>	—>

	6 MC	6 MC	2 ROK	3 ROK
Bilanse dorosłych		—>	—>	—>
V. Dalsza stratyfikacja pacjentów			—>	—>
VI. Ewaluacja i monitorowanie				
Monitorowanie	—>	—>	—>	—>
Ewaluacja		—>	—>	—>

RYS. 4. ETAPY WDROŻENIA OPIEKI KOORDYNOWANEJ

3. Nowe role w opiece koordynowanej

3.1 Koordynator

a. Kim jest Koordynator?

Koordynacją opieki nad pacjentem zajmuje się zespół POZ - lekarz rodzinny, pielęgniarka, położna, konsultanci i Koordynator. Koordynatorem w zespole podstawowej opieki zdrowotnej może być każdy członek zespołu podstawowej opieki zdrowotnej - lekarz, pielęgniarka, położna lub osoba dodatkowo zatrudniona w tym zespole (np. magister zdrowia publicznego).

b. Rola Koordynatora czyli opieka nad populacją zespołu POZ

Na jednego Koordynatora przypada max. 2000 pacjentów i jego głównymi zadaniami są m. innymi pomoc w orientacji w systemie i kształcenie pacjentów i ich rodzin poprzez:

- wyjaśnienie roli koordynatora opieki pacjentowi;
- zainicjowanie planu opieki w ścisłej współpracy z zespołem POZ;
- dostarczanie informacji edukacyjnej w bezpośrednim powiązaniu z świadczeniodawcą,
- edukacja pacjenta związana z zabiegami, procedurami, lekami i wymogami higieny
- rozwijanie interdyscyplinarnie planów opieki oraz innych narzędzi do zarządzania danym przypadkiem poprzez np. uczestniczenie w spotkaniach (z lekarzami, pielęgniarkami, pacjentem i jego rodziną),
- koordynowanie przepływu informacji i procesu opieki z innymi świadczeniodawcami,
- rozwiązywania problemów, które mogą mieć wpływ na sprawność udzielania opieki,

- wspieraniu pacjenta,
- zapewnienie edukacji dla wszystkich członków zespołu dotyczących procesu opieki nad pacjentami
- monitorowanie udzielania świadczeń medycznych,
- dokumentowanie opieki nad pacjentem,
- identyfikację i ocenę postępu rezultatów opieki nad pacjentem,
- interwencję w celu przezwyciężenia odstępstw od oczekiwanego planu opieki,
- przeglądanie, monitorowanie i ewaluację planu opieki poprzez konsultację z pacjentami i świadczeniodawcą,
- monitorowanie i koordynację procesu badań diagnostycznych, procedur i konsultacji dla każdego pacjenta,
- utrzymywanie stałej komunikacji z wszystkimi członkami zespołu POZ i konsultantami,
- ocenę rezultatów opieki zespołu poprzez pomiar skuteczności interwencji,
- realizację zaleceń zespołu.

Zakres funkcji Koordynatora zależy przede wszystkim od potrzeb pacjentów i populacji którą się opiekuje, ale głównie związana jest z czynnościami tj.:

1. Edukacja pacjenta i zaangażowanie jego opiekę (profilaktykę i leczenie)
2. Pomoc przy obsłudze pacjenta i jego edukacji
3. Zapewnienie komunikacji pomiędzy dostawcami świadczeń medycznych
4. Koordynacja badań przesiewowych (screening) i śledzenie wyników
5. Ułatwienie obsługi skierowania do zewnętrznych konsultantów i innych podmiotów
6. Wprowadzanie danych medycznych do systemów i utrzymanie rejestru tych danych
7. Prowadzenie systematycznego przeglądu swojej listy pacjentów pod kątem profilaktyki i planów opieki
9. Wspieranie pacjenta w samodzielnym radzeniu sobie z chorobą (self-management)
10. Wspólne planowanie opieki (z włączeniem pacjenta, jego rodziny, wszystkich członków zespołu POZ)

c. Znaczenie Koordynatora w procesie opieki

Na podstawie wyników badania "Polityka międzynarodowa Zdrowie 2010" wykonanego przez Commonwealth Fund, obejmującego ponad 11.000 dorosłych w 11 krajach, autorzy wysnuli wnioski, że posiadanie koordynatora opieki zapewnia lepszy dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej i silnie wspiera pracowników ochrony zdrowia poprzez wzmocnienie komunikacji i lepszej koordynacji opieki.

Naukowcy z Commonwealth Fund wykazali, że pacjenci, którzy mają koordynatora opieki rzadziej niż pacjenci bez niego informowali że:

- ich opieką była źle zorganizowana i skoordynowana
- ich wyniki badań lub dokumentacji medycznej nie były dostępne w czasie zaplanowanych spotkań
- że otrzymali sprzeczne informacje od różnych lekarzy
- ich regularne lekarze i specjaliści nie dzielili się informacjami na temat ich opieki.

Naukowcy odkryli również pozytywne skojarzenia pomiędzy posiadaniem opieki koordynatora i doświadczeniem mniejszej ilości luk w koordynacji ich leczenia. Dzięki temu ogólna satysfakcja pacjenta z usług medycznych, wzrasta.

Obowiązki	Opis - przykład	Wynik
Kontakt przed wizytą pacjenta (planowanie przed wizytą)	Potwierdza odbycia się wizyty, umawia wizyty związane z badaniami profilaktycznymi, przygotowuje skierowania na badania związane ze ścieżką postępowania diagnostyczno-terapeutycznego lub bilansem dorosłych przed wizytą pacjenta	Mniej odwołanych wizyt, więcej wizyt planowych, lepsze wyniki leczenia
Zapobieganie tworzenia przerw w leczeniu	Kontakt z pacjentami, którzy nie zgłosili się na planowane wizyty i badania, szczególnie w przypadku pacjentów z chorobami przewlekłymi	Lepsze wyniki leczenia
Pomoc w koordynacji opieki	Kontakt z pacjentem (osobisty lub w innej formie) w celu poinformowania o tym gdzie i kiedy ma się zgłosić na wizytę do konsultanta (współpracującego z zespołem POZ)	Mniejsze zagubienie pacjenta, lepsza zgłaszalność na wizyty

RYS. 5 - PRZYKŁADOWE OBOWIĄZKI KOORDYNATORA - PRZYKŁAD (ŹRÓDŁO: NA PODSTAWIE - THE BENEFITS OF USING CARE COORDINATORS I PRIMARY CARE: A CASE STUDY, AMY MULLINS, MD, FAAFP, JOSIAH MOONEY, MBA, AND ROGER FOWLER, MD, FAAFP FAM PRACT MANAG. 2013 NOV-DEC;20(6):18-21)

d. Przykład pracy koordynatora

Kontakt telefoniczny przed wizytą - na dwa do trzech dni przed planowaną wizytą pacjenta, koordynator opieki kontaktuje się z chorym aby zapytać, czy on lub ona pojawi się na wizycie, a jeśli nie, to odwołuje lub przekłada termin. Podczas rozmowy telefonicznej, koordynator opieki omawia z pacjentem wszelkie badania diagnostyczne, które były

wcześniej wymagalne i zaplanowane (np. badania mammografii, kolonoskopii oraz cytologii). Jeśli usługi zostały wykonane, ale wyniki nie zostały dostarczone do przychodni, koordynator prosi o dostarczenie ich kopii lub samodzielnie uzyskuje te kopie. W razie potrzeby, koordynator wstępnie przygotowuje skierowania na badania laboratoryjne wymagane w planie opieki nad danym pacjentem. Taki telefon przed wizytą zwykle zajmuje ok. 10 minut i skraca czas w gabinecie lekarza zwykle poświęcany na administrację i organizację wyników pacjenta.

e. Dobra praktyka

Na podstawie analiz¹ wielu praktyk opieki koordynowanej na świecie, czynności wykonywane przez koordynatora to:

- identyfikacja pacjentów potrzebujących dodatkowej pomocy i koordynacji ich procesu leczenia,
- kontakt telefoniczny i e-mailowy z pacjentami,
- spotkania twarzą w twarz z pacjentami
- zapewnienie wsparcia dla pacjentów np. poprzez telefon po wizycie i zapytanie się czy pacjent wykupił przepisane leki,
- zbieranie, zarządzanie i wymiana danych pacjenta,
- wspieranie personelu lekarskiego,
- wspieranie personelu klinicznego i pracowników administracji.

f. Przykładowe narzędzia pomocne dla pracy koordynatora

- ▢ stały i niezmienny nr telefonu służbowego, niezbędny do zapewnienia ciągłości komunikacji z pacjentami
- ▢ system komputerowy z możliwością zaprojektowanie harmonogramów i odpowiedniej ilości czasu pracy w strefach, zaplanowania rocznego planu opieki (ocena typu populacji,)
- ▢ wystandaryzowane algorytmy opieki
- ▢ alerty systemowe o nieprawidłowych wynikach
- ▢ oprogramowanie czyli system rozliczeniowo – finansowy umożliwiający analizy statystyczne i finansowe

¹ Facilitators and Barriers to Care Coordination in Patient-centered Medical Homes (PCMHs) from Coordinators' Perspectives Asia Friedman, PhD, Jenna Howard, PhD, Eric K. Shaw, PhD, Deborah J. Cohen, PhD, Laleh Shahidi, PhD, and Jeanne M. Ferrante, MD, MPH, JABFM January–February 2016 Vol. 29 No. 1

Table 2. Care Coordinators' Job Functions and Activities

Job Functions	Coordinator Activities
Identify patients in need of coordination	•Review high-risk lists •Conduct chart reviews •Assess patients and determine coordination needs
Outreach to patients by telephone or mail	•Track patients through transitions •Follow-up after hospital or ED discharge •Schedule appointments •Follow up after specialist visits •Reconcile medications •Contact patients who are overdue for preventive or disease-specific screenings •Facilitate self-care management •Assist with goal setting, disease monitoring, medication adherence
Conduct face-to-face patient encounters	•Conduct one-on-one office visits •Provide patient education/motivational interviewing on chronic disease, weight management, smoking cessation •Accompany patients during physician visits •Serve as patient advocate and health literacy interpreter •Reinforce information and instructions •Visit patients in hospital •Introduce self to facilitate follow-up after discharge •Make home visits •Assess lifestyle, home environment, family composition, medication adherence
Provide social support for patients	•Link patients/families with community resources •Research and network with private and public agencies •Help arrange housing, fuel, food, transportation, low-cost medications, dental care, crisis intervention •Provide emotional support •Serve as a "sounding board," "listen and validate their experiences," give praise and small rewards
Collect, manage, and exchange data	•Conduct extensive chart reviews and update charts •Establish methods of communication between hospital/specialists and primary care practice •Manage preventive screening, chronic disease, high-risk patient registries, transition of care logs, and provider panels •Share outcomes data with practice members •Report data to funding agencies
Support physicians	•Conduct previsit planning •Participate in huddles •Identify patients who are overdue for preventive screenings or disease-specific testing •Anticipate needs of office visit •Obtain records from hospital or specialists •Download results from glucometer •Give patients depression screening tools •Change length of appointments •Provide reminders to physicians on gaps in care •Develop and implement care plans •Complete advance directives •Develop agenda and case review sessions for faculty/staff meetings
Back up clinical and administrative staff	•Perform nursing duties •Answer triage calls •Conduct wound care, blood pressure checks, obstetric intakes, give immunizations/intravenous fluids •Assist with insurance issues and authorizations

ED, emergency department.

RYS. 5 FUNKCJE I CZYNNOŚCI PEŁNIONE PRZEZ KOORDYNATORA - ANALIZA NA PODSTAWIE FACILITATORS AND BARRIERS TO CARE COORDINATION IN PATIENT-CENTERED MEDICAL HOMES (PCMHS) FROM COORDINATORS' PERSPECTIVES ASIA FRIEDMAN, PHD, JENNA HOWARD, PHD, ERIC K. SHAW, PHD, DEBORAH J. COHEN, PHD, LALEH SHAHIDI, PHD, AND JEANNE M. FERRANTE, MD, MPH, JABFM JANUARY_FEBRUARY 2016, VOL. 29, NO 1

f. Bariery dla skutecznej pracy koordynatora

Table 3. Barriers and Facilitators to Care Coordinators' Work—Sample Quotations

Themes	Barriers/Facilitators	Sample Comments from Participants
Organization/system level		
Clinical information technology	Barrier: Lack of needed functionality	"I get frustrated with our data collection program because it is quite limited as to the data I can get. Sometimes I have to run multiple reports then combine them to get the patients I need to track—such as multiple chronic condition patients." (Coordinator 11)
	Facilitator: Establishing alternate communication methods	"I have built relationships with staff members in medical records at one of our most utilized hospitals, as well as staff members at other physician offices that we work with most often. Early on, I called them and explained who I was and what my role was. I told them what information I would be looking for and why. We have come up with a fax system. This saves me the time that it would take to be on the phone constantly." (Coordinator 4)
Community resources	Barrier: Challenges identifying community resources	"This has been one of those areas that we have put on the back burner over and over. . . . We have a spreadsheet in a shared file so we can all add new or revised info about what's available in the community. Keeping the data current is an ongoing challenge." (Coordinator 7)
	Facilitator: Strategies for identifying key resources	"Our county has a 'resource jam' twice a year. . . . It is a daylong event, local agencies sign up for 15 minute blocks of time and get a table to put out information on. . . . Fabulous networking goes on. . . . [In addition,] our local Community Service Consortium puts together a guide to community services, which I hand out to patients." (Coordinator 11)
	Facilitator: On-site patient resources	"We are extremely fortunate to have a Clinical Psychologist and a Social Worker on site [sic]. This has been extremely helpful as they are often called to step into an appointment when the patient is being seen. We also now have a PharmD a couple days a week to review patient medications with them too." (Coordinator 21)
Interpersonal level		
Interactions with clinicians and other health care facilities	Barrier: Clinician resistance	"At my present position each provider has so few of my patients and we don't work together on a daily basis. It's difficult I think for them to trust me. . . . Some of them look at it as another intruder telling them what to do with 'their' patients." (Coordinator 17)
	Facilitator: Strong relationships with clinicians	"I have an excellent relationship with the physicians in my office. Not only have I worked with these physicians for nearly 3 years now, but I think the biggest factor is trust. They trust me and my work and my efforts with their patients. They know that I will follow through and keep them informed. Some physicians did give me resistance for quite some time. However, as they began to see the positive results of my efforts, their attitudes changed greatly." (Coordinator 4)
	Barrier: Resistance from other health care facilities	"I have to admit that being able to communicate with inpatient, home health, hospice and therapists is the one area which still remains terribly undeveloped with our practice. Now that we have electronic medical records, I am able to see the inpatient notes better, but after 3 years of trying, the inpatient/ED (emergency department) social workers and care managers still remain ignorant of my existence. I have been successful on a few occasions when I haunched the hospital halls for the nurse/social worker managing my patient while admitted, but I have to really sell my role to get much interaction." (Coordinator 15)
	Facilitator: Strong relationships with staff at outside organizations	"I think we are very fortunate to have great relationships with the hospital staff. We work closely with the care coordinators and the social workers/discharge planners as well. . . . We collaborate with the tertiary care site an hour away for a great deal of the specialty care we can't provide here. They are terrific at sharing! We are working on build [sic] stronger community alliances to support our patients with behavioral health needs as well. Our goal is to truly have a community based practice!" (Coordinator 7)

Continued

Table 3. Continued

Themes	Barriers/Facilitators	Sample Comments from Participants
Interactions with patients	Barrier: Patient resistance; lack of trust	"One major challenge is getting patients to 'engage' in care management. Our patients have been assigned to nurse care management due to their pattern of health care utilization. Some of these patients are resistant to talking with a nurse care manager and decline to participate." (Coordinator 18)
	Facilitator: Developing trust	"One patient after receiving my letter called the office and just wanted to tell the receptionist to give me the message that she did not want any part of my program. The receptionist convinced the patient that she should talk to me directly. After I allowed the patient to vent and ask her questions, by the end of the conversation she said 'well, you don't sound too bad. I guess you can come to my house.'" (Coordinator 17)
	Facilitator: Listening to patients	"Another thing I have found is that many people just need someone to listen to them and validate their experience. When they've had the chance to talk about their emotions, fears, daily challenges, etc. and someone has truly listened—rather than referring them to yet another person—they often come up with solutions on their own (ie, family, friends, neighbors or community resources they know about, that might help)." (Coordinator 18)
Individual level Self-care practices	Barrier: Lack of attention to self-care	"Just over a year ago I changed jobs because I no longer felt I was taking care of myself—physically, spiritually and emotionally—and it was negatively affecting how I interacted with those I worked with and the patients I encountered—it was scary but necessary and my new position helps me keep the balance." (Coordinator 3)
	Facilitator: Self-care practices	"There are two things that have been very helpful for me in managing the stresses of so many patients, so little time. They are both things I do for me on the assumption that if I am healthy and serene, I can be more available for those who are not. I take a yoga class right here on the campus once a week. It has been a powerful avenue to increased strength, balance and inner calm. The second is a simple daily practice of saying positive. I start every morning with gratitude for three specific things from the previous day, one thing I am proud of and one thing I am looking forward to . . . it has really reframed the conversation of the day to one that is positive and upbeat." (Coordinator 7)

Table 12: Measures of effective teamwork (adapted from Mickan, 2005)

Outcome measures of effective teamwork			
		Individual benefits	
<i>Organizational benefits</i>	<i>Team benefits</i>	<i>Patients</i>	<i>Team members</i>
Reduced hospitalization time and costs	Improved coordination of care	Enhanced satisfaction	Enhanced job satisfaction Reduced unanticipated admissions
Efficient use of health-care services	Acceptance of treatment	Greater role clarity	Better accessibility for patients
Enhanced communication and professional diversity	Improved health outcomes and quality of care	Reduced medical errors	Enhanced well-being

Table 13: Stages of team development (modified from Flin [18])

Stage	Definition
Forming	Typically characterized by ambiguity and confusion when the team first forms. Team members may not have chosen to work together and may be guarded, superficial and impersonal in communication, as well as unclear about the task.
Storming	A difficult stage when there may be conflict between team members and some rebellion against the tasks assigned. Team members may jockey for positions of power and frustration at a lack of progress in the task.
Norming	Open communication between team members is established and the team starts to confront the task at hand. Generally accepted procedures and communication patterns are established.
Performing	The team focuses all of its attention on achieving the goals. The team is now close and supportive, open and trusting, resourceful and effective

RYS. 6 - BARIERY W PRACY KOORDYNATORA - ANALIZA NA PODSTAWIE FACILITATORS AND BARRIERS TO CARE COORDINATION IN PATIENT-CENTERED MEDICAL HOMES (PCMHS) FROM COORDINATORS' PERSPECTIVES ASIA FRIEDMAN, PHD, JENNA HOWARD, PHD, ERIC K. SHAW, PHD, DEBORAH J. COHEN, PHD, LALEH SHAHIDI, PHD, AND JEANNE M. FERRANTE, MD, MPH, JABFM JANUARY_FEBRUARY 2016, VOL. 29, NO 1

3.2 Zespół POZ

3.1. Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej - definicja

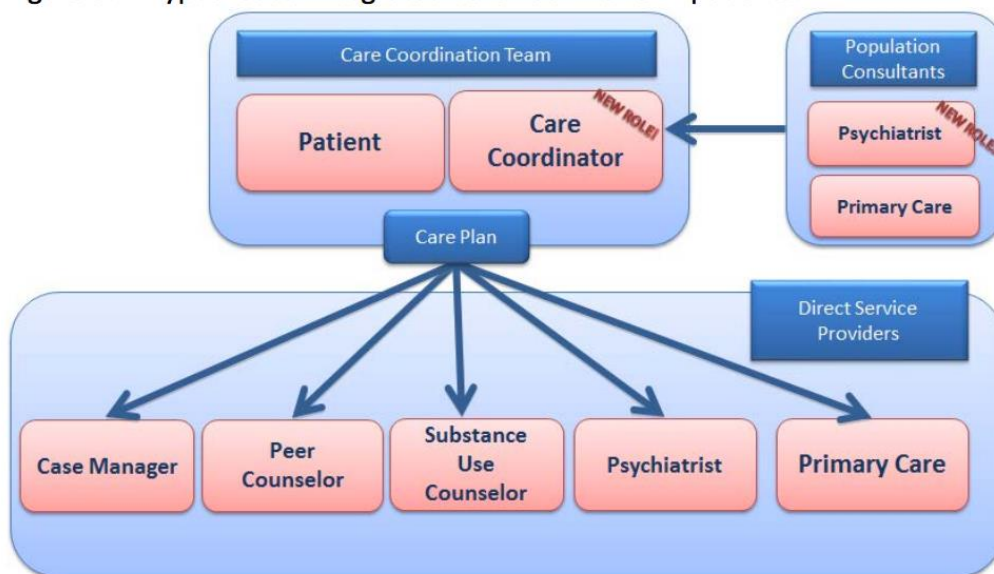
Zespół POZ podstawowo składa się z lekarza rodzinnego, pielęgniarki, położnej, koordynatora i konsultantów. Jego rolą jest zapewnienie w ramach ambulatoryjnej opieki - ciągłej i maksymalnie możliwie kompleksowej opieki nad pacjentem. Uzupełnieniem zespołu mogą być: edukator zdrowotny (np. dietetyk, psycholog) i fizjoterapeuta.

a. Budowa zespołu

W opiece koordynowanej należy przeddefiniować role personelu medycznego i zbudować nowy zespół, w którym członkowie będą mieć nowe zakresy zadań oraz obowiązywać ich

będą nowe zasady współpracy. Jest to jedno z najtrudniejszych zadań w ramach wdrażania

Figure 3: A hypothetical Integrated Care Team for SMI patients.



opieki koordynowanej.

RYS. 7 - PRZYKŁADOWA KONSTRUKCJA ZESPOŁU POZ

b. Przykładowe narzędzia służące budowie zespołu²

RYS. 8 - PRZYKŁADOWE EFEKTY PRACY ZESPOŁOWEJ

RYS. 9 - ETAPY TWORZENIA ZESPOŁU

Istnieje wiele modeli opisujących skuteczną pracę w zespole. Przeprowadzono obszerne badania prowadzone w zespołach opieki zdrowotnej i doprowadziło do rozwoju wielu zestawów narzędzi specyficznych dla opieki zdrowotnej. Mickan i Roger³ proponują sześć prostych cech, które stanowią podstawę dla skutecznego zespołu opieki zdrowotnej:

1. Wspólny cel - Członkowie zespołu muszą wygenerować powszechny i jasno określony cel, który obejmuje ich zbiorowe interesy i pokazuje wspólną własność. W przypadku

² Na podstawie: Topic 4: Being an effective team player, http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-4.pdf (z dn. 09.01.2017)

³ Mickan SM, Rodger SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. Journal of Interprofessional Care, 2005, 19(4):358–370.

opieki koordynowanej takim celem może być np. jak najrzadsze nieplanowane wizyty pacjenta przewlekle chorego lub jak najlepszy przepływ informacji o pacjencie.

2. Wymierne cele - Zespoły wyznaczać cele, które są mierzalne i koncentrują się na zadaniu zespołu. Np. konkretna liczba wizyt profilaktycznych zrealizowanych w ciągu roku u pacjentów diabetologicznych.
3. Skuteczne przywództwo - Zespoły wymagają skutecznego przywództwa, które wyznacza i utrzymują struktury, będą zarządzać konfliktem, słuchać i dawać wsparcie członkom zespołu.
4. Skuteczna komunikacja - Dobrze pracujące zespoły dzielą i informacje szybko i regularnie, utrzymują pisemne zapisów. Wiele analiz międzynarodowych wskazuje jako bardzo dobry przykład skuteczną komunikację w zespołach chirurgicznych.^{4 5} W przypadku wdrażania opieki koordynowanej rekomendowane jest regularne spotkanie się całego zespołu min. raz w tygodniu. Na początku procesu wdrożenia - nawet częściej.
5. Spójność - Spójne zespoły mają unikalny charakter i ich członkowie są zaangażowani dzięki czemu są trwałe i chętnie kontynuują współpracę.
6. Wzajemne poszanowanie - Skuteczne zespoły mają członków, którzy dostrzegają talenty i wartość każdego członka zespołu.

Dodatkowe wymagania dotyczące skutecznych zespołów obejmują:^{6 7 8}

- wykazanie umiejętności podejmowania indywidualnych zadań (zarówno w zakresie umiejętności technicznych i osobowych, umiejętność pracy zespołowej)
- posiadanie motywacji zadaniowej
- elastyczność
- monitorowanie własnej wydajności
- skuteczne rozwiązywanie konfliktów i ciągłe uczenie się,

Techniki komunikacyjne dla zespołów w ochronie zdrowia

Umiejętności dobrej komunikacji są fundamentem dla bezpieczeństwa pacjenta i skutecznej pracy w zespole. Poniższe strategie mogą pomóc członkom zespołu w precyzyjnie wymiany informacji.

⁴ Lingard L et al. A theory-based instrument to evaluate team communication in the operating room: balancing measurement authenticity and reliability. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 15(6):422–426.

⁵ Lingard L et al. Perceptions of operating room tension across professions: building generalizable evidence and educational resources. *Academic Medicine*, 2005, 80(Suppl. 10):S75–S79

⁶ Quality AfHRA. TeamSTEPPS™: strategies and tools to enhance performance and patient safety. Rockville, MD, November 2007

⁷ Flin RH, O'Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008

⁸ West M. *Effective teamwork: practical lessons from organisational research*. Leichester, Blackwell, 2004.

SBAR

SBAR - polski akronim - STOR - jest technika komunikacji w przypadkach nagłych kiedy informacje muszą być przekazane szybko (np. w przypadku nagłych wizyt). Technika ta jest ma na celu zapewnienie prawidłowej informacji

A. Sytuacja (Situation) - Co się dzieje z pacjentem? Np. "Pani Kowalska ma podwyższony poziom cukru i pilnie potrzebuje wizyty".

B. Tło (Background) - Jakie jest tło lub kontekst kliniczny? "Pacjentka ma 62 lata, od wielu lat choruje na cukrzycę i jest włączona w program dla chorych przewlekle na cukrzycę w POZ"

C. Oszacowanie (Assessment) - Co myślę, że jest problemem? "Tydzień temu pacjentce zmieniono dawkę leku na cukrzycę".

D. Zalecenie (Recommendation) Co zrobić, aby to naprawić? "Pacjent powinien być oceniany teraz przez lekarza i należy mu wyznaczyć wizytę w przeciągu najbliższych 3 dni."

—> **Załącznik -> Cambridge Health Alliance Model of Team-Based Care Implementation Guide and Toolkit**

—> **Załączniki - > Creating Patient - centered Team based Primary Care - AHRQ**

c. Lekarz rodzinny w zespole POZ

Lekarz rodzinny, w ramach opieki koordynowanej ma poszerzony zakres kompetencji. Oprócz standardowego zakresu obowiązków, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej będzie mógł w pełni prowadzić leczenie pacjenta przewlekle chorego w 11 najczęściej występujących zespołach chorobowych w poradni lekarza rodzinnego:

- nadciśnienie tętnicze,
- cukrzyca typu 2,
- przewlekła choroba wieńcowa,
- utrwalone migotanie przedsionków,
- przewlekła niewydolność serca,
- astma oskrzelowa,
- POCHP,
- wole mięsiste i guzowate tarczycy,
- niedoczynność tarczycy,
- choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych,
- zespoły bólowe kręgosłupa.

Lekarz rodzinny będzie miał obowiązek opracowania indywidualnego planu opieki medycznej (IPOM) i wraz z zespołem aktywnie zapraszać pacjenta na kolejne wizyty. Decyzje lekarza wspomagane będą przez opracowane przez ekspertów tzw. ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (ŚPDT). Zgodnie z zasadami i zaleceniami w ścieżkach, lekarze udzielać będą pacjentom chorym przewlekłe tzw. porad kompleksowych.

Rozszerzony pakiet diagnostyczny dla lekarza rodzinnego obejmować będzie:

- Cukrzyca typu 2 - mikroalbuminuria, peptyd-C;
- Choroby układu sercowo-naczyniowego - Holter RR, Holter EKG, echokardiografia, próba wysiłkowa, peptyd natriuretyczny (BNP);
- Choroby układu oddechowego - badanie spirometryczne z próbą rozkurczową;
- Choroba układu ruchu – obrazowanie metoda tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MRI)*, elektroneurografia;
- Choroby tarczycy – przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (TPO) i tyreoglobulinie (ATA), biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC), scyntygrafia tarczycy*

(*możliwość skierowania na badanie w ramach ASDK, po konsultacji specjalistycznej)

d. Konsultanci w zespole POZ

Nową rolą dla lekarza specjalisty w opiece koordynowanej jest konsultowanie pacjentów w ramach współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. W ramach pilotażu planowana jest współpraca z sześcioma specjalistami dziedzinowymi:

- diabetologami,
- endokrynologami,
- kardiologami,
- neurologami,
- pulmonologami,
- ortopedami.

Konsultanci nie muszą widzieć pacjenta osobiście, ale np. mogą udzielić porady w przypadkach gdy nastąpi potrzeba jedynie konsultacji telefonicznej dla lekarza POZ. To ile, w jakim zakresie i jakiej formie będą potrzebni, pozostanie do dyspozycji lekarza prowadzącego.

4. Identyfikacja i stratyfikacja populacji pacjentów POZ

4.1 Na czym polega identyfikacja pacjentów?

W początkowym etapie pilotażu (przez pierwszy rok) zadaniem zespołu POZ, wg. wewnętrznie ustalonych kryteriów, będzie podział populacji pacjentów na:

- zdrowych
- chorych przewlekłe
- w grupie ryzyka

Umożliwi to lepsze zarządzanie populacją pacjentów, dostosowanie rodzaju wizyt które pacjenci powinni mieć zapewnione, lepsze dopasowanie indywidualnych planów opieki (IPOM) oraz zastosowanie i wdrożenie systemów zarządzania chorobą (disease management).

4.2. Czym jest stratyfikacja populacji?

W kolejnych latach pilotażu zespoły POZ powinny bardziej szczegółowo podejść do podziału populacji, którą zarządzają. Na potrzeby realizacji programu ustalono, że **stratyfikacja populacji to podział populacji pacjentów na zdrowych i chorych wraz z określeniem ciężkości ich choroby (pacjenci zdrowi, chorzy - ostre przypadki, chorzy przewlekłe - stabilni, niestabilni)**. Kryteria klasyfikacji powinny być ustalone wewnętrznie przez zespół POZ. Stratyfikacja pomaga w jeszcze lepszym zarządzaniu opieką nad danym pacjentem ale także jeszcze bardziej dopasowanym w **zarządzaniu liczbą i typem usług** przewidywanych dla danej grupy pacjentów.

W praktyce oznaczenie stopnia zaawansowania choroby pomagałaby jednocześnie na określeniu głównego zapotrzebowania na elementy opieki, tj. **ilość i częstotliwość wizyt u lekarza, zakres edukacji czy podstawowe kontrolne zakresy badań diagnostycznych dla danego schorzenia**. Pozwala to również na określenie zapotrzebowania na aktywną pracę personelu.

Zgodnie z wcześniej określonymi standardami koordynator opieki może samodzielnie zastosować odpowiedni model opieki i administracyjnie go nadzorować. Lekarz rodzinny dokonuje tylko korekty takiego planu u tych pacjentów, u których jego zdaniem jest konieczna.

Stratyfikacja może również szczegółowiej określać populację zdrową, tj. identyfikować grupy podwyższonego ryzyka. Taka wiedza może następnie implikować wdrożeniem u tych pacjentów bardziej intensywnego procesu profilaktyczno- diagnostycznego oraz edukacji.

	Grupa 0	-	Stan wyjściowy, przed określeniem docelowej grupy stratyfikacyjnej
	Grupa I	ZDROWY	Pacjent, u którego nie rozpoznano choroby przewlekłej
	Grupa II	CHORY PRZEWLEKLE	Pacjent bardzo stabilny, „lekko” chory
	Grupa III		Pacjent stabilny, ale wymagający częstszych kontroli
	Grupa IV		Pacjent niestabilny, wymagających częstych kontroli
	Grupa V		Pacjent bardzo chory, leżący, pod opieką domową

Tabela 4. Grupy stratyfikacyjne

Przykłady:

RYS. 10 - PRZYKŁADOWA STRATYFIKACJA GRUP PACJENTÓW - OPRACOWANE PRZEZ CM SIEDLCE

5. Bilanse dorosłych

5.1 Co to jest bilans dorosłych?

Tzw. bilanse dorosłych czyli profilaktyczne badania osób dorosłych to nowe narzędzie, które umożliwi przebadanie populacji dorosłych pacjentów. Dobór badań profilaktycznych zależy między innymi od płci, wieku pacjenta, jego trybu życia, nałogów, czy też występowania w rodzinie pacjenta chorób dziedzicznych, takie jak nadciśnienie tętnicze, choroby nerek, cukrzyca czy nowotwory. W ramach pilotażu udostępnione będą rekomendacje kiedy i jakie badania należy wykonać. W pierwszym roku pilotażu planowane jest przebadanie od 35% do 60 % populacji danego zespołu.

—> *Załącznik - wykaz badań prof. do bilansu*

5.2 Jak aktywnie zapraszać pacjentów?

Pierwszym etapem rozpoczęcia programu bilansów jest identyfikacja pacjentów. Oprócz bieżącego zapraszania pacjentów w trakcie ich wizyt koordynator i każdy członek zespołu powinien w aktywny sposób rekrutować pacjentów.

Aktywne zapraszanie, dopasowane do grupy wiekowej odbywać się może:

- listownie,
- telefonicznie,
- poprzez SMS,

- poprzez e-mail
- inne technologie - newslettery, aplikacje itd.

Należy również pamiętać o dostosowaniu terminu i godziny wizyty. Np. pacjenci młodzi i pracujący, chętniej zgłoszą się na badania w godzinach popołudniowych lub w soboty (jeśli jest taka możliwość). Osoby starsze, chętniej zgłoszą się na wizytę w godzinach porannych.

5.3 Dobre praktyki - przykłady

Dobłą praktyką jest kwalifikacja pacjenta za pomocą ankiety - wywiadu pacjenta. Przykładowa ankieta Ankieta składa się z dwóch części. Pierwsza część jest to wywiad ogólny, który pełni dwie role. Informacje w nim zebrane stanowią ważną część wiedzy o pacjencie wykorzystywaną do ustalenia ostatecznej bilansowej listy badań. Aczkolwiek sama formuła wywiadu ogólnego pozwala również na wykorzystanie tych danych jako jednego rekordu wiedzy o pacjencie. Jest to swoista wizytówka medyczna pacjenta w systemie operacyjnym dostępna dla każdego użytkownika medycznego. Zawiera podstawowe informacje o chorobach przebytych, przewlekłych, hospitalizacjach, uczuleniach, przyjmowanych lekach, obciążenia rodzinnego nowotworami i chorobami przewlekłymi oraz syntetyczną historią wykonania badań profilaktycznych.

Druga część ankiety bilansowej zawiera schemat krótkich, składających się z 3 pytań każdy, wywiad dotyczący 8 obszarów zdrowotnych, tj. ginekologii, chorób sutka, kardiologii, pulmonologii, urologii, osteoporozy, jelita grubego i endokrynologii. Celem wywiadu jest ustalenie czy pacjent a/ leczy się już na choroby z danego obszaru medycznego, b/ jak dawno miał wykonywane badania diagnostyczne z danego obszaru.

—> **Załączniki wzór formularzy z CM Siedlce.**

WYWIAD OGÓLNY

1. Dane teleadresowe:

Imię i nazwisko: <.....> Adres: <.....>
PESEL <.....> Telefon: <.....>
Mail: <.....>

2. Upoważnienia:

Wyrażam zgodę:

- ☐ na przeprowadzenie badania i innego świadczenia zdrowotnego zgodnie z opracowanymi w Centrum Medyczno-Diagnostycznym programami zdrowotnymi. Zostałam/em poinformowany, iż wszystkie niezbędne informacje dot. udziału w programach zdrowotnych są umieszczone na stronie www.centrum.med.pl. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z zasadami realizacji programu, pt. <.....>
- ☐ na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Siedlcach ul. Nikłowa 9 dla potrzeb niezbędnych do realizacji usług medycznych oraz do elektronicznej rejestracji pacjenta zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 o Ochronie Danych Osobowych (Dz. Ust. Nr 133 poz. 883)

Upoważniam:

Do informacji o stanie zdrowia <.....(kto? pesel?, tel?).....>

Dostępu do dokumentacji medycznej <.....(kto? Pesel?, tel?).....>

Pełnomocnictwa/reprezentacji przy wybranych procedurach (np. wypisaniu recept) medycznych w przypadku nieobecności <.....(kto?, pesel?, tel?).....>

Deklaracja wyboru farmaceuty <.....(kto?, nr p.w.z.).....>

3. Wywiad osobisty:

Choroby przebyte: <.....>

Choroby przewlekłe: <.....>

Hospitalizacje/pobyt w szpitalu: <.....>

Zabiegi lub operacje: <.....>

Szczepienia i stosowane surowice: <.....>

Przyjmowane leki: <.....>

Aktywność fizyczna <.....>

Palenie <.....> ile lat <.....> ile szt dziennie <.....>

Uczulenia: <.....>

Uzależnienia: <.....>

4. Wywiad rodzinny/obciążenia dziedziczne:

	Czy chorował(a) na nowotwór (guz, rak) Jeśli TAK - wpisać LOKALIZACJĘ (załączyć zdjęcie)	Czy chorował(a) na choroby przewlekłe? Jeśli TAK - wpisać nazwę choroby	Wiek zachorowania (w latach)	Jeśli krewny zmarł, to w jakim wieku
Bracia				
Siostry				
Synowie				
Cótki				
Wnuki, wnuczki				
Ojciec				
Bracia ojca				
Siostry ojca				
Ojciec ojca				
Mama ojca				
MATKA				
Bracia matki				
Siostry matki				
Ojciec matki				
Mama matki				

5. Badania profilaktyczne:

Badanie	DATA	WYNIK P/N	DATA	WYNIK P/N	DATA	WYNIK P/N	DATA	WYNIK P/N
CYTOLOGIA								
MAMMOGRAFIA								
CHUK								
POChP								
JELITO GRUBE								
ANKIETA GENETY.								

WYWIAD SPECJALISTYCZNY

Formularz składa się z pytań dotyczących 8 dziedzin zdrowia, różnych dla poszczególnych grup wiekowych przystępujących do bilansu. Podział dotyczy również płci pacjenta.

Pytania z zakresu GINEKOLOGII

1. Czy jest Pani pod systematyczną opieką ginekologa ? < >
- *Czy wykonuje Pani regularnie badanie cytologiczne oraz USG TV ? < >
2. Kiedy miała Pani wykonane ostatnie badanie USG TV, cytologię? < >
3. Czy występują objawy takie jak?
☐ nieregularne miesiączki
☐ obfite/ skąpe krwawienia
☐ bóle w podbrzuszu

Pytania z zakresu CHOROÓB SUTKA

1. Czy jest Pani pod systematyczną opieką w Poradni Onkologicznej, Chorób Sutka ? < >
- * Czy wykonuje Pani regularnie badanie mammograficzne oraz USG piersi i w. chłonnych ? < >
2. Kiedy miała Pani wykonane ostatnie badanie USG piersi, w. chl., mammografię? < >
3. Czy występują symptomy takie jak?
☐ wyczuwalne guzki
☐ wycieki
☐ obrzęki

Pytania z zakresu KARDIOLOGII (dot. tylko pacjentów w wieku 60 i 65 lat)

1. Czy jest Pani/Pan pod systematyczną opieką kardiologa ? < >
- * Czy wykonuje Pani/Pan regularne bad. EKG oraz lipidogramu? < >
2. Kiedy miała Pani/Pan wykonane ostatnie badanie EKG, lipidogramu? < >
3. Czy występują objawy takie jak?
☐ nadmierna męczliwość przy wysiłku
☐ omdlenia/ból w KLP
☐ obrzęki kończyn dolnych

Pytania z zakresu JELITA GRUBEGO

1. Czy jest Pani/ Pan pod systematyczną opieką Poradni Gastroenterologicznej, endoskopowej? < >
- * Czy wykonuje Pani/Pan regularnie kolonoskopię? < >
2. Kiedy miała Pani/Pan wykonane ostatnie badanie kolonoskopii? < >
3. Czy występują objawy takie jak?
☐ zaburzenia wypróżniania
☐ krwawienia z odbytu
☐ uczucie parcie na stolec

Pytania z zakresu UROLOGII

1. Czy jest Pan pod systematyczną opieką urologa ? < >
- * Czy regularnie wykonuje Pan poziom PSA, bad. per rectum, USG gr. Krokowego? < >
2. Kiedy miał Pan wykonane ostatnie badanie USG gr. krokowego, poziom PSA? < >
3. Czy występują objawy takie jak?
☐ zaburzenia mikcji
☐ krew w moczu
☐ bóle w podbrzuszu

Pytania z zakresu ENDOKRYNOLOGII

1. Czy jest Pani/Pan pod systematyczną opieką endokrynologiczną ? < >
- * Czy wykonuje Pani/Pan badania poziomu TSH, FT4, USG tarczycy i w. chl.? < >
2. Kiedy miał/a Pan/Pani wykonane ostatnie badanie USG tarczycy i w.chl., poziom TSH, FT4? < >
3. Czy występują objawy takie jak?
☐ nagła zmiana masy ciała
☐ kołatanie serca/tachykardia
☐ powiększony gruczoł tarczowy

Pytania z zakresu PULMONOLOGII

1. Czy jest Pani/Pan pod systematyczną opieką pulmonologa ? < >
* - Czy wykonuje Pani/Pan regularnie spirometrię, RTG KLP? < >
2. Kiedy miał/a Pan/Pani wykonane ostatnie badanie spirometrii, RTG kl. piersiowej, NTK KLP? < >
3. Czy występują objawy takie jak?
☐ ...

Pytania z zakresu OSTEOPOROZY

1. Czy jest Pani/Pan pod systematyczną opieką poradni osteoporozy ? < >
- * Czy wykonuje Pani/Pan regularnie densytometrię, Vit.D3? < >
2. Kiedy miał/a Pan/Pani wykonane ostatnią densytometrię, Vit.D3? < >
3. Czy występują objawy takie jak?
☐ częste złamania kości
☐ wczesna menopauza

NA PODSTAWIE PRZEPROWADZONEJ ANKIETY ZAKWALIFIKOWANO DO NASTĘPUJĄCYCH BADAŃ/ ŚWIADCZEŃ:

BADANIA/ ŚWIADCZENIA BILANSOWE		
LABORATORYJNE	OBRAZOWE	INNE
1. ...	1. ...	1. ...
2. ...	2. ...	2. ...
3. ...	3. ...	3. ...
4. ...	4. ...	4. ...
5. ...	5. ...	5. ...

RYS. 11 - PRZYKŁADOWA ANKIETA KWALIFIKUJĄCA DO TZW. BILANSU OSOBY DOROSŁEJ

6. Indywidualne plany opieki medycznej (IPOM)⁹

6.1 Co to jest indywidualny plan opieki medycznej?

Indywidualny plan opieki medycznej (IPOM) to dokument, w formie pisemnej lub elektronicznej, który jest utworzony przez zespół opieki koordynowanej w konsultacjach z pacjentem i w niektórych przypadkach, jego rodziną i/lub zespołem opieki społecznej. Plan opieki jest zaprojektowany po to aby wspomóc świadczenie opieki koordynowanej, oraz dostarczyć spójną i klarowną informację dla pacjenta. Określa on potrzeby pacjenta (krótko- i długoterminowe), cele opieki, wymagania koordynacyjne oraz osoby i zakres odpowiedzialności za opiekę nad pacjentem (na przykład lekarz, zespół opieki koordynowanej, pacjent).

Dobry plan opieki jest również narzędziem wspomagającym komunikację i koordynację osób zaangażowanych w opiekę nad pacjentem. Może być pomocny w zarządzaniu licznymi terapiami i badaniami wykonywanymi lub przepisnymi przez innych pracowników medycznych w ramach opieki koordynowanej. Dla przykładu: Kanadyjska Komisja Zdrowia Psychicznego definiuje plan opieki jako „kluczowy element wspomagający proces powrotu do zdrowia. Bez widocznych różnic między codziennym dostarczaniem opieki zdrowotnej dla pacjentów. Jest to narzędzie dzięki któremu indywidualny plan opieki nad pacjentem może być tworzony, dokumentowany i udostępniany osobom zaangażowanym w opiekę nad tym pacjentem.”¹⁰

Jednym z najważniejszych aspektów indywidualnego planu opieki jest to, że jest on tworzony z pełnym zaangażowaniem pacjenta, ułatwiając "samoopiekę pacjenta, gdzie pacjenci sami definiują swoje i są motywowani sukcesem." Takie podejście poprawia przestrzeganie zasad leczenia i wskazówek personelu przez pacjenta i może prowadzić do lepszego, całościowego efektu opieki koordynowanej. Opieka skupiona na pacjencie, czyli "traktowanie pacjentów jako partnerów, angażując ich w planowanie ich opieki zdrowotnej oraz zachęcenie ich do wzięcia odpowiedzialności za własne zdrowie" zwiększa prawdopodobieństwo przestrzegania zaleceń personelu medycznego i niemedyceznego, oraz skutkuje wzrostem satysfakcji pacjenta z otrzymanej opieki.

6.2 Elementy planu

Poniższa lista nie jest wyczerpującą listą elementów, które powinny być zawarte w indywidualnym planie opieki, ale raczej zbiorem wspólnych elementów w planach opieki w krajach gdzie takie plany są już wdrażane od wielu lat, na przykład w

⁹ Opracowane na podstawie materiałów Agency for Healthcare Research and Quality, 2016

¹⁰ Mental Health Commission. Guidance Document on Individual Care Planning Mental Health Services. Dublin, Ireland: Mental Health Commission. April 2012. p.8.

Kanadzie, Irlandii, Szkocji, Wielkiej Brytanii, Holandii, Szwecji, Australii i Stanach Zjednoczonych. Elementy przedstawione poniżej mają służyć jedynie jako ramy, które następnie mogą być dostosowane do potrzeb podmiotów związanych z wdrażaniem opieki koordynowanej w Polsce.

1. Informacje o pacjencie oraz streszczenie informacji medycznych

Ważne jest, aby ta część IPOM zawierała dokładne i aktualne informacje na temat pacjenta, gdyż może ona być wykorzystywana przez inny personel medyczny lub w przypadku nagłych interwencji medycznych. Dodatkowo, aktualne dane kontaktowe i medyczne umożliwiają szybsze i lepsze dzielenie się informacjami między specjalistami opiekującymi się pacjentem, oraz komunikację między zespołem medycznym lub koordynatorem opieki i pacjentem. Pierwsza część IPOM jest podsumowaniem informacji o pacjencie, ma być ona krótka i zwięzła, zawierająca najważniejsze informacje. Bardziej szczegółowe informacje dotyczące schorzeń, leczenia i terapii mogą być zawarte w innych częściach IPOM. Szczegółowe informacje, które mogą być zawarte w streszczeniu informacji o pacjencie mogą obejmować:

- Dane demograficzne pacjenta (m.in.: imię i nazwisko, wiek, adres, numer telefonu, adres e-mail, waga, temperatura, ciśnienie krwi i pomiar pulsu)
- Informacje kontaktowe do rodziny i / lub osoby sprawującej opiekę nad pacjentem (w tym osoby upoważnionej do podejmowania decyzji w imieniu pacjenta)
- Informacje kontaktowe do lekarza rodzinnego, lekarzy specjalistów opiekujących się pacjentem, pracowników opieki społecznej itp.
- Wskazanie typu IPOM i przynależność pacjenta do grupy stratyfikacyjnej. Informacje na temat objęcia pacjenta schematem zarządzania chorobą (*disease management*).
- Alergie i leki przyjmowane przez pacjenta
- Główne rozpoznanie i aktywna lista problemów zdrowotnych pacjenta
- Historia zdrowia i choroby (podsumowanie), w tym hospitalizacji
- Obecne leczenie/terapię którymi pacjent jest objęty

Wiele organizacji dołącza do IPOM dodatkowy formularz zawierający informacje na temat jakie leki pacjent przyjmuje i dlaczego, kiedy i w jaki sposób dane leki są przyjmowane. Dostępność tych informacji zmniejsza ryzyko negatywnych interakcji pomiędzy lekami przepisany pacjentowi.

2. Ocena stanu zdrowia i potrzeb pacjenta

W tej części powinien znajdować się szczegółowy opis stanu zdrowia pacjenta, jego potrzeb medycznych i leczenia które mogą być wykorzystane do oceny potrzeb medycznych. Bardzo ważne jest również aby pacjent był poinformowany o swoim

stanie zdrowia, co pomoże mu w podejmowaniu świadomych decyzji na temat leczenia i działań mających na celu polepszenie stanu zdrowia.

Przygotowanie tej części IPOM jest dobrą okazją do włączenia pacjenta w samoocenę swojego stanu zdrowia (medycznego, psychicznego, społecznego). Z doświadczeń lekarzy tworzących IPOM wynika że pacjent może być mocno ukierunkowany przez rodzinę/znajomych w swojej ocenie. Dlatego bardzo ważne jest aby lekarz/koordynator wzbudzał zaufanie i zachęcał pacjenta do szczerego opisu swojego stanu. Pytania zadawane pacjentom w celu samooceny mogą obejmować:

- Informacje o wsparcie społeczne pacjentów, na przykład, czy mają rodzinę lub znajomych w pobliżu, aby w razie potrzeby mogli im pomóc? Czy mają kogoś kto mógłby zadzwonić na pogotowie/do lekarza w nagłych przypadkach? kto jest upoważniony do podejmowania decyzji w ich imieniu? czy pacjent uczestniczy w aktywnościach poza domem i czy potrzebują pomocy aby je kontynuować?
- Zadawanie pytań zachęcających do analizy swojej obecnej sytuacji życiowej oraz określenia wyzwań fizycznych, takich jak przygotowywanie posiłków, spacer i inne aktywności ruchowe, spanie, mycie i ubieranie. W tym celu można użyć profesjonalnych skal tj. Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) jako narzędzia oceny potrzeb i codziennych aktywności.
- Informacje zebrane poprzez samoocenę mogą być następnie wykorzystane do opracowania planu opieki, identyfikującego i koordynującego potrzebny zakres opieki. Na przykład:
 - Czy pacjent potrzebuje pomocy przy podawaniu insuliny, czy wymaga doraźnej pomocy, do momentu w którym będzie w stanie podawać ją samodzielnie?
 - Czy pacjent potrzebuje pomocy w przygotowaniu posiłków?
 - Czy istnieje potrzeba skierowania pacjenta do innego specjalisty lub pracownika niemedycznego/pracownika społecznego?
 - Czy byłoby wskazane przyjąć pacjenta do innej placówki, na przykład zakładu opieki długoterminowej lub ośrodka leczenia uzależnień ośrodka? Czy lepiej aby otrzymywał/a on opiekę w miejscu zamieszkania/domu?
 - Czy wymagana jest w całodzienna opieka?
 - Kiedy pacjent powinien przyjść na wizytę kontrolną w celu sprawdzenia czy pacjent postępuje zgodnie z zaleceniami i czy osiągnięto oczekiwane rezultaty?

Z doświadczenia niektórych organizacji wynika że na tym etapie planowania opieki warto przeprowadzić standaryzowaną ocenę ryzyka w celu ustalenia terminu dodatkowych wizyt kontrolnych. Uzasadnieniem tej analizy jest zidentyfikowanie

pacjentów z grupy wysokiego ryzyka i zaplanowanie wizyt kontrolnych tak aby uniknąć ewentualnego pogorszenia w stanie ich zdrowia.

Proces przygotowania IPOM daje pacjentowi i zespołowi medycznemu okazję do dyskusji na temat celów i planu działań w zidentyfikowanych obszarach opieki i samoopieki. Bardzo ważne jest zaangażowanie pacjenta w wyznaczanie celów oraz w opracowywaniu rozwiązań tak aby miał on sens dla pacjenta i odpowiadał jego/jej stylowi życia.

W wielu przypadkach pomocne jest wybranie celów które można zmierzyć za pomocą , aby wybrać cele, które można mierzyć za pomocą wskaźników które mierzą małe, stopniowe zmiany w poszczególnych, specyficznych obszarach.

Pacjenci którzy odnoszą małe sukcesy w określonych obszarach, są bardziej zmotywowani i pewniejsi siebie. Włączanie pacjenta w podejmowanie decyzji na temat IPOM zwiększa też odczuwalną odpowiedzialność za własny stan zdrowia. Wielu świadczeniodawców używa formatu SMART przy opracowywaniu celów i rozwiązań IPOM:

S: Skonkretyzowany - Przejrzyste i szczegółowe cele, które mogą być zrozumiane przez wszystkich zaangażowanych proces opieki nad pacjentem. Może się to wiązać z podziałem większych celów na mniejsze, konkretne kroki.

Na przykład, pacjent może stwierdzić, że jego celem jest pozostanie w domu. Ten cel można podzielić na kilka odrębnych i różnych celów, takich jak: pacjent jest w stanie przygotować sobie posiłek, jest w stanie bezpiecznie wejść i wyjść z wanny, pamięta aby przyjąć odpowiednie leki, jest w stanie się sam ubrać, itp.

M: Mierzalny – cel którego osiągnięcie lub postępy w jego osiągnięciu można zmierzyć w sposób, który jest wymierny, i którego zmiany/ulepszenia mogą być ewaluowane.

Na przykład, pacjent może stwierdzić, że jego celem jest kontynuowanie dbania o swojego psa. Jednym z konkretnych etapów tego celu jest wyprowadzanie psa na spacer. Jako średnią można przyjąć 3 spacery dziennie, począwszy od krótkiej odległości 25 metrów, co tydzień zwiększając odległość o 50 kroków, dopóki pacjent nie jest w końcu w stanie chodzić po całym bloku.

A (Achievable): Osiągalny - Upewnij się, że zaplanowane cele są osiągalne. Czy istnieją zasoby i / lub osoby które pomogą pacjentowi w realizacji tych celów? Czy możliwe jest osiągnięcie tych celów mimo choroby/ograniczeń pacjenta?

Na przykład, pacjent może określić, że chciałby móc ponownie jeździć samochodem. Jednak oczywiste jest, że z pogarszającym się wzrokiem nie będzie to możliwe. W takich przypadkach pomocne może okazać się zrozumienie głębszych problemów/potrzeb pacjenta. Dlaczego jest dla niego tak ważne aby móc jeździć

samochodem? Czy ma konkretne miejsce w które chciałby jeździć? Może istnieje możliwość zorganizowania transportu w inny sposób?

R: Realistyczny - Upewnić się, że cele które pacjent podejmuje są realistyczne ze względu na jego obecne umiejętności lub środki.

Na przykład, nie jest realnym dla pacjenta przygotowanie Wigilii dla 12 osób, kiedy dużym wyzwaniem jest dla niego przygotowanie posiłku dla samego siebie. Może być jednak możliwym przygotowanie 1 lub 2 posiłków i połączenia ich z innymi przygotowanymi przez inne osoby uczestniczące w spotkaniu.

T: Określony w czasie- Ustanów praktyczne ramy czasowe dla osiągnięcia celów, zapewnij dostateczną ilość czasu aby nastąpiła poprawa. Ustalenie terminów może pomóc zmotywować pacjenta do osiągnięcia swoich celów i pomoże pacjentowi i opiekunom w mierzenia postępów.

Na przykład pacjent, który uczy się wstrzykiwać insulinę może wymagać pomocy przez pierwszy tydzień, w drugim tygodniu powinien być uczony i nadzorowany przez personel medyczny/niemedyczny, pod koniec trzeciego tygodnia pacjent powinien już samodzielnie wykonywać zastrzyki.

3. Uwzględnienie samoopieki

Opracowując cele dla pacjenta w IPO, ważne jest, aby zanotować kto będzie odpowiedzialny za poszczególne działania. W działania objęte IPO może być zaangażowany lekarz POZ, fizjoterapeuta, pielęgniarka opieki domowej, członkowie rodziny lub przyjaciele, itp.

4. Plan opieki/etapu przejścia do innego specjalisty

Ważnym elementem procesu planowania opieki koordynowanej jest komunikacja i przekazywanie informacji podczas wypisu lub innych zmian w opiece nad pacjentem.

5. Przegląd/redakcja/ocena IPOM

Koordynator opieki może poddać IPOM przeglądowi w celu upewnienia się, że potrzeby pacjenta są zaspokojone i ocenić, czy zmiany planu są konieczne. Literatura zaleca, aby pacjent brał udział w przeglądzie IPOM i jeśli to możliwe, także główny lekarz, fizjoterapeuta itp. Pacjent cierpiący na skomplikowane choroby długoterminowe może wymagać częstszych przeglądów niż IPOM pacjenta z małymi potrzebami, w tym wypadku jeden przegląd rocznie wystarczy.

Przegląd IPOM przeprowadzany jest w celu:

- oceny, czy cele planu opieki zostały osiągnięte,

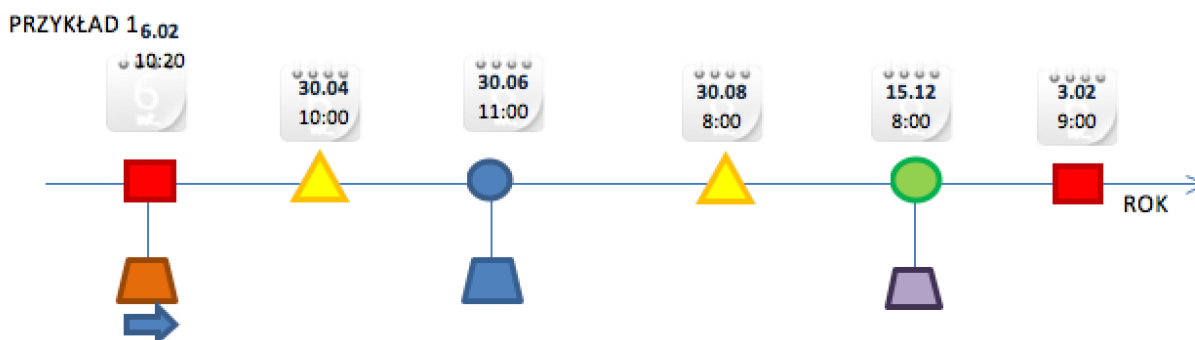
- ustalenia, czy istnieją jakiekolwiek przeszkody w osiągnięciu celów,
- dostarczenie sygnału wczesnego ostrzeżenia,
- dokonania oceny przydatności i jakości świadczonej opieki,
- ponownej oceny bieżących potrzeb w miarę postępu planu/stanu zdrowia,
- ustalenia, czy IPOM nadal spełnia potrzeby pacjenta,
- dokonania zmian w planie leczenia, jeśli to konieczne,
- ustanowienia daty następnej wizyty.

Podsumowanie

Kluczowe elementy, które świadczeniodawca może uwzględnić w IPOM obejmują:

- Informacje o pacjencie oraz streszczenie informacji medycznych
- Ocena stanu zdrowia i potrzeb pacjenta, wykorzystując zasadę określania celów SMART (skonkretyzowane, mierzalne, osiągalne, realistyczne, określone w czasie)
- Planowanie przejścia pacjenta, który zawiera dokumentację dotyczącą przejścia pacjenta z jednego poziomu opieki/świadczeniodawcy do następnego,
- Przegląd planu w odpowiednim terminie.

6.3. Przykłady



RYS. 12 - WIZYTY (RÓŻNE RODZAJE) I ICH PLANOWANIE (NA PODST. CM SIEDLCE)

Jeśli tylko jest to możliwe należy **zapisywać pacjenta na kilka usług tego samego dnia jedna po drugiej**. Wskazany jest zapis pacjenta na wizytę edukacyjną w ten sam dzień, w którym została wyznaczona wizyta u lekarza.

Pacjent z NT, cukrzyca t. II, BMI 28, stabilny, wymagający częstszych kontroli u lekarza rodzinnego oraz krótkich edukacji u pielęgniarki i zaleceń dietetycznych. Na pierwszej wizycie kompleksowej lekarz rodzinny ustala IPOM, tego samego dnia pacjent dostaje od koordynatora szczegółowy plan wizyt/ usług na cały rok wraz z rezerwacjami na konkretne dni i godziny. Dodatkowo zostają mu wydane skierowania na badania diagnostyczne do wykonania przed następną wizytą kompleksową. Pacjent ma zaplanowane dwie wizyty kontrolne u lekarza rodzinnego oraz dwie wizyty recepturowe: jedną u pielęgniarki w połączeniu z edukacją pielęgniarską (zaoszczędzenie czasu pacjenta) oraz drugą u lekarza

rodzinnego. Wizyta edukacyjna u dietetyka również została zaplanowana na ten sam dzień co druga wizyta recepturowa. Pacjent otrzymuje numer telefonu bezpośrednio do koordynatora, aby w każdej chwili mógł się z nim skontaktować, gdyby zaistniała konieczność zmiany rezerwacji usług. Koordynator natomiast nadzoruje zgłaszalność pacjenta.

7. Ścieżki postępowania diagnostyczno-terapeutycznego

7. 1 Co to jest ścieżka postępowania diagnostyczno-leczniczego?

7.2 Kiedy korzystać ze ścieżek?

8. Edukacja w ramach opieki koordynowanej

Jednym z kluczowych elementów pracy zespołu w ramach opieki koordynowanej jest edukacja - zarówno pacjenta, jak i wszystkich członków zespołu (poprzez np. szkolenia związane z wdrażaniem systemu opieki koordynowanej).

8.1. Edukacja pacjenta

8.2. Edukacja zespołu POZ

W opiece koordynowanej edukacje dla pacjentów pełnią bardzo ważną rolę. W praktyce w procesie edukacyjnym kierowanym do pacjentów wyróżniamy: 1/edukacje dot. samej organizacji w opiece koordynowanej oraz 2/ behawioralne /prozdrowotne, chorobowe/. Wśród drugiej grupy możemy zdefiniować: edukacje w chorobie i wspomaganie procesu leczenia oraz te typowo prozdrowotne: zwiększające czujność onkologiczną oraz z elementami zachowania zdrowego stylu życia, zaprzestania palenia tytoniu, itd.

Edukatorem, w zależności od tematyki, może być pielęgniarka, dietetyk lub też inny specjalista.

9. Reorganizacja pracy poradni lekarza rodzinnego

Podstawą opieki koordynowanej w praktyce jest planowanie. W pierwszej kolejności trzeba opracować i dostosować do potrzeb harmonogram pracy lekarza rodzinnego, pielęgniarki, gabinetów zabiegowych, punktu pobrań, pracowni ultrasonograficznej, radiologicznej, itd. Harmonogramy powinny składać się ze stref.

Budowa harmonogramu wiąże się **podział na różne typy wizyt**. To rodzaje wizyt precyzują ich cel. Budując indywidualny plan opieki medycznej należy wziąć

pod uwagę, iż nie wszystkie wizyty pacjenta wymagają realizacji takich samych procedur. Dla przykładu w harmonogramie pracy lekarza rodzinnego rozróżnić można: **wizyty nagłe, kontrolne, kompleksowe, bilansowe, recepturowe, domowe, administracyjne oraz inne (pozostałe)**. Jest to bardzo ważne głównie przez ich **czas trwania. Wizyta kompleksowa będzie trwała o wiele dłużej (nawet do 30 min) niż wizyta recepturowa (ok 5-10 min)**.

Dla przykładu dla pacjenta chorego przewlekle, który wymaga 4 wizyt w ciągu roku, plan wizyt może przebiegać następująco: 1 wizyta kompleksowa, 1 kontrolna oraz dwie wizyty recepturowe. Ta pierwsza powinna być zaplanowana na 20 min, druga 10, a pozostałe na 5.

	WIZYTA KOMPLEKSOWA	LEKARZ	Standardowo 1x/rok, więcej razy gdy są wskazania kliniczne - np. pacjent niestabilny; wizyta ma na celu ocenę stanu pacjenta, interpretację badań kontrolnych; na tej wizycie następuje księgowanie badań do raportu NFZ
	WIZYTA UZUPEŁNIAJĄCA	LEKARZ	Ilość tych wizyt uzależniona od stanu chorobowego pacjenta, od stopnia stabilności choroby
	WIZYTA RECEPTUROWA	LEKARZ	Wizyta dodatkowa związana z preskrypcją leków dla pacjenta
	WIZYTA RECEPTUROWA	PIELĘGNIARKA	Wizyta związana z preskrypcją leków przez pielęgniarkę, docelowo zastąpienie wizyt recepturowych u lekarza
	EDUKACJA DIETETYCZNA	DIETETYK	Wizyta edukacyjna u dietetyka w określonej przez lekarza tematyce (z listy zdefiniowanych tematów edukacji dietetycznych)
	EDUKACJA PIELĘGNIARSKA	PIELĘGNIARKA	Wizyta edukacyjna u pielęgniarki w określonej przez lekarza tematyce (z listy zdefiniowanych tematów edukacji)
	EDUKACJA INFORMACYJNA	KOORDYNATOR	
	DIAGNOSTYKA	LEKARZ/KOORDYNATOR	Koordinator może samodzielnie przekazać pacjentowi skierowania na określone wcześniej badania zgodnie z ustalonym pakietem dla danej grupy schorzeń; Lekarz może uzupełnić pakiet o inne wymagane w konkretnym przypadku

RYS.
13 -

RODZAJE WIZYT - OPRACOWANIE CM SIEDLCE

9.1 Wizyta kompleksowa

W praktyce jest to **główna wizyta pacjenta z chorobą przewlekłą u lekarza rodzinnego**. Pacjent na tę wizytę stawia się ze **wszystkimi wynikami badań** zgodnie z wytycznymi dla choroby, na jaką się leczy. Lista badań kontrolnych dla większości pacjentów będzie zawierała pakiet diagnostyczny, wcześniej określony i przyjęty za standard dla danej grupy schorzeń. Aczkolwiek zawsze ten zakres może być powiększony przez lekarza prowadzącego o inne dodatkowe badania wynikające z indywidualnych wskazań u danego pacjenta.

Skierowania na wszystkie potrzebne badania kontrolne pacjent musi otrzymać wcześniej (np. na poprzedniej wizycie lub mailem), tak aby na wizycie kompleksowej posiadał aktualne wyniki. **Lekarz rodzinny na podstawie wywiadu z pacjentem, badania przedmiotowego oraz całego kompletu badań diagnostycznych analizuje stan pacjenta, proces leczenia oraz deficyty opieki.** Na tej wizycie ustala nowy plan leczenia bądź weryfikuje już istniejący oraz **określa grupę stratyfikacyjną.** Wizyta kompleksowa powinna być zaplanowana min. na 20min w harmonogramie pracy lekarza. Pacjent przed wejściem do gabinetu lekarza najpierw powinien trafić do gabinetu pielęgniarki, gdzie będzie miał wykonane podstawowe pomiary (BMI, RR, HR oraz ew. pomiar glukozy gdy wskazane). Zawsze po wizycie kompleksowej u lekarza następuje wizyta u koordynatora, który ustalony wcześniej przez lekarza plan opieki „przenosi na terminarze”, rezerwuje terminy w porozumieniu z pacjentem na wszystkie usługi lekarskie, edukacyjne, pielęgniarskie i inne.

9. 2 Wizyty kontrolne (uzupełniające)

Celem wizyt jest **kontrola stanu pacjenta oraz procesu leczenia.** Wypisanie recept na stosowaną farmakoterapię nie jest celem samym w sobie. Tak jak przy innych wizytach, przygotowanie pacjenta do wizyty może nastąpić w gabinecie pielęgniarki. (Pielęgniarka dokonuje podstawowych pomiarów: BMI, RR, HR, inne). Lekarz po zbadaniu pacjenta weryfikuje plan leczenia, dokonuje ew. modyfikacji. Ilość wizyt kontrolnych jest określana przez lekarza na wizycie kompleksowej i powinna odpowiadać przydzielonej do pacjenta grupy stratyfikacyjnej. Wizyta uzupełniająca powinna być zaplanowana na 10 min w harmonogramie pracy lekarza.

9. 3 Wizyty recepturowe

Celem wizyty recepturowej jest weryfikacja przyjmowanych leków, ich skuteczności, ocena działań niepożądanych oraz dopiero finalnie przedłużenie farmakoterapii. Jest to krótka wizyta, powinna być zaplanowana na 5 min. Przy prawidłowym rozplanowaniu wizyty kompleksowej, wizyt uzupełniających i dostosowaniu odpowiedniej liczby recept wypisanych na tych wizytach (recepty z opóźnioną datą realizacji), zapotrzebowanie na wizyty recepturowe może być zmienne. Przy przemyślanym i ustalonym planie leczenia, systematycznej i całościowej kontroli stanu pacjenta wizyty recepturowe w pewnych przypadkach mogą przybrać w całym procesie charakter administracyjny. W takich określonych sytuacjach, zasadnym jest przekazanie tej usługi pielęgniarkom. Jest to kolejny element, który prowadzi od odciążenia pracy lekarza poprzez zaoszczędzenie jego czasu.

9. 4 Wizyty bilansowe

Wizyty bilansowe w praktyce są to dwie wizyty przypadające dla jednego pacjenta, który w danym roku kalendarzowym kwalifikuje się do wykonania badania bilansowego. Pierwsza wizyta ma na celu przeprowadzenie wywiadu i dostosowanie, standardowego dla danego wieku, pakietu badań diagnostycznych o indywidualne wskazania oraz wydanie skierowań. Druga wizyta jest to przeanalizowanie stanu pacjenta na podstawie uzyskanego wywiadu, badania przedmiotowego oraz wyników badań diagnostycznych, nadanie grupy stratyfikacyjnej oraz ustalenie dalszego postępowania.

9. 5 Wizyty domowe

Wizyty domowe są zarezerwowane dla pacjentów ciężko chorych, przebywających w domu, którzy z różnych przyczyn nie mogą przybyć do przychodni. Te wizyty również muszą tworzyć plan opieki nad pacjentem.

9. 6 Wizyty nagłe

W praktyce wizyty nagłe są przeznaczone dla pacjentów, którzy potrzebują wizyty w danym dniu lub 1-2 dni w przód najczęściej z powodu infekcji lub innych pilnych objawów klinicznych. Zapotrzebowanie na odbycie takiej wizyty jest inicjowane przez pacjenta.

9. 7 Pozostałe wizyty

Są to również wizyty inicjowane przez pacjenta ale nie muszą odbywać się w trybie pilnym. Nie wynikają one również z planu opieki. Wraz z objęciem coraz większej populacji danego lekarza planem leczenia, tego typu wizyty powinny mieć tendencję malejącą. Zakłada się, że poprzez wdrożenie IPOM, znaczna część potrzeb pacjentów będzie uprzednio zaspokojona w zastosowanym planie.

9. 8 Wizyty administracyjne

Każdy lekarz powinien mieć zidentyfikowane w swojej pracy wizyty administracyjne, które w praktyce dotyczą np. wypisania wniosku sanatoryjnego, wydania innych zaświadczeń lekarskich. Są to czynności, które zabierają lekarzowi bardzo dużą ilość czasu. Obecność pacjenta na takiej wizycie nie jest konieczna.

9. 9 Harmonogram pracy lekarza

W każdej organizacji trzeba przyjąć taki sam standard budowania terminarzy i nauczyć pracowników zasad z ich korzystania. **Harmonogram lekarza musi być podzielony na strefy**, które reprezentują cele wizyt pacjenta. Tak też należy

wyróżnić godziny przyjęć pacjentów na wizyty nagłe, kontrolne, kompleksowe, bilansowe, recepturowe, domowe i administrację. Harmonogram pracy lekarza musi być również rozplanowany min. jeden rok do przodu. Podczas nieoczekiwanej absencji lekarza z łatwością można wtedy pacjentów przepisać. W porównaniu do korzyści wynikających z rozplanowania całorocznej pracy, w tym rozłożeniem jej ciężkości, niestosownym zdaje się brać pod uwagę ewentualną nieobecność lekarza.

Przed przystąpieniem do budowania harmonogramu na samym początku należy **określić potrzeby danej populacji**. Można tego dokonać oceniając następujące grupy pacjentów będących pod opieką danego lekarza: ilość pacjentów przewlekle chorych, w tym ciężko chorych korzystających z wizyt domowych, ilość pacjentów kwalifikowanych do badań bilansowych w danym roku, ilość pacjentów korzystających z wizyt kontrolnych, recepturowych czy nagłych. Wiedza ta pozwoli na oszacowanie czasu pracy lekarza w kontekście realizowanych usług, a następnie umożliwi **budowę optymalnego harmonogramu**. Opisywane metody tworzą stan wyjściowy, jednakże należy pamiętać, iż zawsze harmonogram musi być „plastyczny” i łatwo ulegać ewentualnym modyfikacjom w zależności od potrzeb. Poniższa tabela ilustruje przykład wyliczania ilości stref pracy potrzebnej przy tworzeniu

Tabela 1. Wyliczanie zapotrzebowania stref pracy dla populacji lekarza rodzinnego (n=2400)

populacja lekarza POZ 2400	wizyty =strefy	ilość pacjentów	szacowana ilość wizyt/ rok	czas trwania wizyty	ilość wizyt/ dzień	ilość wizyt/ tydzień
BILANSOWE		300	500	20 min	2	10
KOMPLEKSOWE		600	600	20 min	3	15
KONTROLNE		600	1200	10 min	5	25
RECEPTUROWE		600	1500	5 min	6	30
DOMOWE		30	250	40 min	1	5
NAGŁE		1200	1200	10 min	5	25
ADMINISTRACYJNE		60	500	20 min	2	10
POZOSTAŁE		1000	1500	10 min	6	30
suma			7250		30	150
				łącznie czas/dzień	6h 10'	

harmonogramu lekarza rodzinnego, który sprawuje opiekę nad 2400 pacjentów.

RYS. 14 - ANALIZA ILOŚCI I CZASU TRWANIA WIZYT - OPRACOWANIE CM SIEDLCE

a. Wizyty nagłe w harmonogramie

Zapotrzebowanie na wizyty nagłe również można do pewnego stopnia zaplanować. W dużej mierze są one związane z występowaniem infekcji sezonowych. Doświadczenie podpowiada nam również, iż znacznie więcej „nagłych” pacjentów pojawia się u lekarza na początku tygodnia: w poniedziałki i wtorki. W opisywanych sytuacjach należy przeznaczyć większą ilość czasu pracy lekarza na tzw. nagłe zdarzenia. Wizyty bilansowe i/lub inne kontrolne czy kompleksowe powinny być zatem zaplanowane na czas poza sezonem infekcyjnym, np. w skali roku - na okres letni czy też w odniesieniu do tygodnia- na czwartki i piątki. Poniższe

PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIĄTEK

Rysunek 3. Harmonogram lekarza rodzinnego- rozłożenie ilości stref nagłych w odniesieniu do tygodnia pracy

schematy obrazują daną zależność.

RYS. 15 - PRZYKŁADOWY HARMONOGRAM PRACY LEKARZA RODZINNEGO

10. Program Liderów

1.1 Najlepsze praktyki

- Zrób jak najwięcej przed wizytą pacjenta w gabinecie - pomoże ci w tym Twój Koordynator

- b. Bądź w ciągłym kontakcie z pacjentem
- c. Zwróć uwagę na preferencje pacjenta

11. Nowe funkcje IT

12. Sprawozdawczość

13. A co jeśli się nie udaje?

14. Słowniczek

15. Spis rycin/rysunków

Rys. 1. Różne pojęcia związane z opieką koordynowaną	1
Rys. 2. Główne aspekty uwzględnione przy budowie modeli opieki koordynowanej w Polsce	5
Rys. 3. Przykład opieki nad pacjentem w modelu opieki koordynowanej	5
Rys. 4. Etapy wdrożenia opieki koordynowanej	5
Rys. 5 - Przykładowe obowiązki Koordynatora - przykład (Źródło: na podstawie - The Benefits of Using Care Coordinators i Primary Care: A Case Study, Amy Mullins, MD, FFAFP, Josiah Mooney, MBA, and Roger Fowler, MD, FFAFP Fam Pract Manag. 2013 Nov-Dec;20(6):18-21)	6
RYS. 5 Funkcje i czynności pełnione przez koordynatora - analiza na podstawie Facilitators and Barriers to Care Coordination in Patient-centered Medical Homes (PCMHs) from Coordinators' Perspectives Asia Friedman, PhD, Jenna Howard, PhD, Eric K. Shaw, PhD, Deborah J. Cohen, PhD, Laleh Shahidi, PhD, and Jeanne M. Ferrante, MD, MPH, JABFM January_February 2016, Vol. 29, No 1	6
Rys. 6 - Bariery w pracy koordynatora - analiza na podstawie Facilitators and Barriers to Care Coordination in Patient-centered Medical Homes (PCMHs) from Coordinators' Perspectives Asia Friedman, PhD, Jenna Howard, PhD, Eric K. Shaw, PhD, Deborah J. Cohen, PhD, Laleh Shahidi, PhD, and Jeanne M. Ferrante, MD, MPH, JABFM January_February 2016, Vol. 29, No 1	7
Rys. 7 - Przykładowa konstrukcja zespołu POZ	8
Rys. 8 - Przykładowe efekty pracy zespołowej	8
Rys. 9 - Etapy tworzenia zespołu	10
Rys. 10 - Przykładowa stratyfikacja grup pacjentów - opracowane przez CM Siedlce	10

Rys. 11 - Przykładowa ankieta kwalifikująca do tzw. bilansu osoby dorosłej	10
Rys. 12 - Wizyty (różne rodzaje) i ich planowanie (na podst. CM Siedlce)	10
Rys. 13 - Rodzaje wizyt - opracowanie CM Siedlce	10
Rys. 14 - Analiza ilości i czasu trwania wizyt - opracowanie CM Siedlce	11
Rys. 15 - Przykładowy harmonogram pracy lekarza rodzinnego	12

