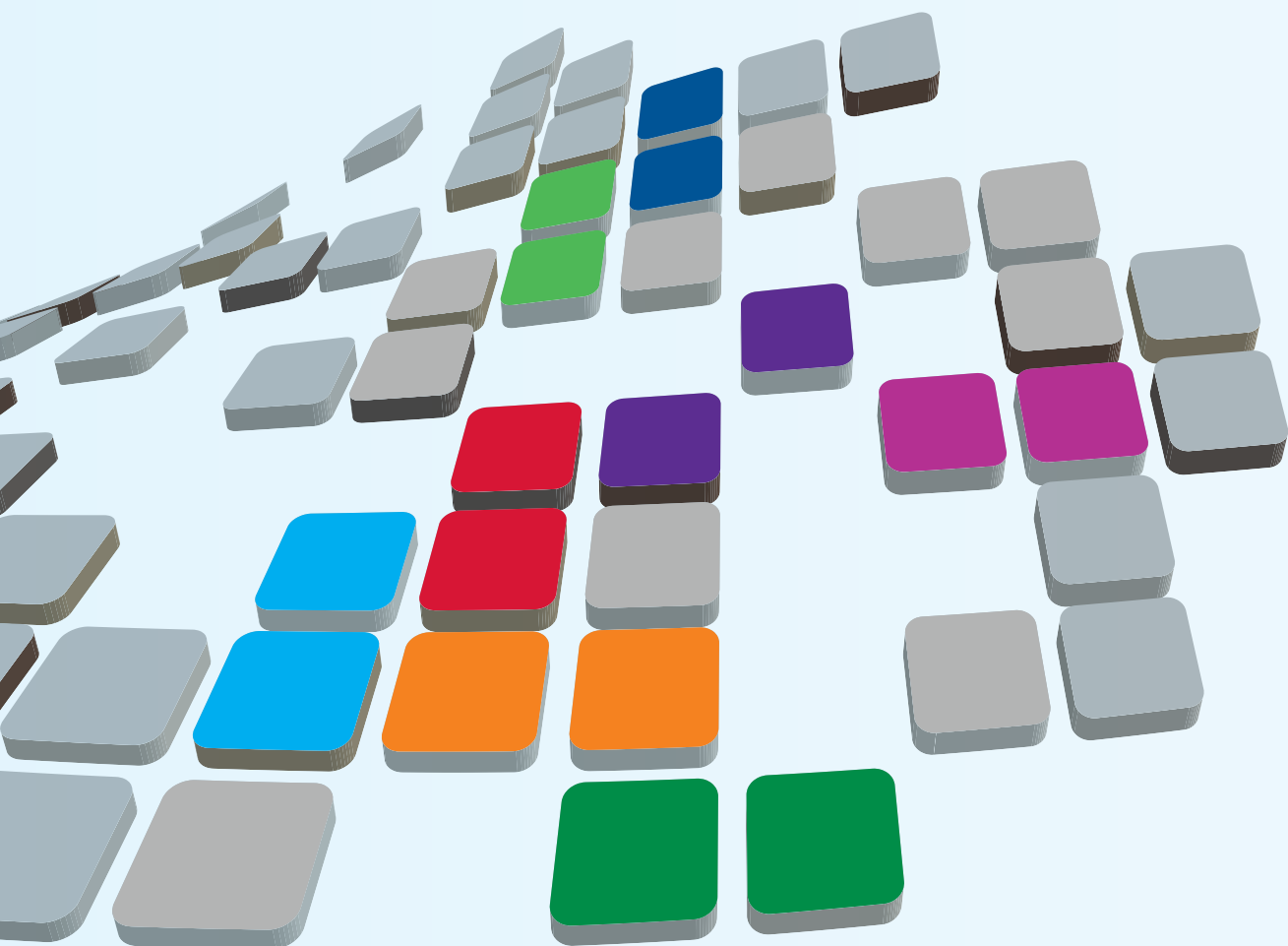


# Opieka koordynowana **Lepiej i taniej**

Wybór ponad 100 dobrych praktyk koordynowanej opieki zdrowotnej



**Guus Schrijvers**



Opieka  
koordynowana

*Dla Els*

*Między snem a czynem stoją prawa i praktyczne przeszkody*

*Willem Elsschot, (1882–1960), słynny flamandzki poeta, Rotterdam, 1910*

Tego samego autora:

- Regiony zdrowia i systemy płatnicze w Anglii, Szwecji i Holandii, 1980 (po holendersku)
- Katedra Opieki Zdrowotnej, 2001 (po holendersku)
- Innowacyjna Opieka Zdrowotna według modelu Cappuccino, 2014 (po holendersku)

# Opieka koordynowana **Lepiej i taniej**

Integrated Care: Better and Cheaper

Guus Schrijvers

Niniejsza publikacja jest wiernym tłumaczeniem publikacji angielskiej.  
Prawa do tłumaczenia edycji w wersji polskiej zostały przyznane Narodowemu Funduszowi Zdrowia przez Guusa Schrijversa

Odpowiedzialność za zgodność tłumaczenia i podanego poniżej oznaczenia praw autorskich ponosi wydawca publikacji:  
© Narodowy Fundusz Zdrowia 2017

Tytuł wersji polskiej – Wydanie I  
Opieka koordynowana. Lepiej i taniej.

Redakcja naukowa tłumaczenia: dr n. med. Sylwia Szafraniec-Buryło

Wersja oryginalna:  
Wydana w języku angielskim przez Reed Business Information pod tytułem „Integrated Care. Better and Cheaper”. 2016  
© Wszystkie rozdziały z wyjątkiem rozdziału 6: Guus Schrijvers  
© Rozdział 6: Erik Gerritsen i Guus Schrijvers

Original English language edition copyright 2016. All rights reserved.  
Polish language edition of “Integrated Care: Better and Cheaper” by Guus Schrijvers.  
Copyright Narodowy Fundusz Zdrowia 2017. All rights reserved.

Więcej informacji można znaleźć na stronie [www.integratedcare.info](http://www.integratedcare.info).

Pogłębione informacje można uzyskać po zarejestrowaniu się na stronie [www.integratedcare.info/digital-library](http://www.integratedcare.info/digital-library).  
Hasło: IntegratedCare2017.

Opracowanie graficzne okładki, skład i druk: Agent PR  
Projekt graficzny: Agent PR  
Przekład: Summa Linguae S.A.  
ul. Lublańska 34, 31-476 Kraków

Wydawca:  
Narodowy Fundusz Zdrowia - Centrala  
Departament Analiz i Strategii  
ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa  
[www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)

ISBN 978-83-944034-2-3

Wszystkie prawa zastrzeżone (w tym tłumaczenia na języki obce). Żadna część tej książki nie może być powielana w jakiegokolwiek formie – przez fotokopiowanie, mikrofilmowanie lub za pomocą jakichkolwiek innych metod – lub przekazywana bądź tłumaczona automatycznie bez pisemnej zgody wydawcy.

Egzemplarz bezpłatny  
Warszawa 2017



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**NFZ**  
Narodowy Fundusz Zdrowia



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

Publikacja została sfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

# Spis treści

<b>Część 1</b>	
<b>Wprowadzenie</b>	<b>15</b>
<b>1 Wprowadzenie pytań badawczych</b>	<b>17</b>
1.1 Powody do dumy	17
1.2 Istnieją jednak powody do niepokoju	17
1.3 Co przyszłość przyniesie opiece zdrowotnej	19
1.4 Ograniczony wzrost dochodu narodowego a koszty świadczeń zdrowotnych	20
1.5 Cyfryzacja zmienia radykalnie opiekę zdrowotną	21
1.6 Sekwencjonowanie genomu	22
1.7 Niniejsza książka odpowiada na to pytanie	22
1.8 Jak czytać niniejszą książkę	23
<b>2 Wprowadzenie do opieki koordynowanej, zasada potrójnego celu (Triple Aim) oraz inne terminy często stosowane w niniejszej książce</b>	<b>27</b>
2.1 Koncepcja koordynowanej opieki zdrowotnej	27
2.2 Dążenie do realizacji potrójnego celu dotyczy wszystkich stron uczestniczących w opiece zdrowotnej	32
2.3 Lepsze zdrowie i profilaktyka: pierwszy z celów opieki koordynowanej	36
2.4 Poprawa jakości opieki oraz obniżenie kosztów opieki – drugie i trzecie zadanie w ramach filozofii potrójnego celu	37
2.5 Pacjenci i pracownicy opieki zdrowotnej jako partnerzy	38
<b>Część 2</b>	
<b>Rodzaje opieki koordynowanej</b>	<b>41</b>
<b>3 Opieka koordynowana poziomo z naciskiem na podstawową opiekę zdrowotną</b>	<b>43</b>
3.1 Historia podstawowej opieki zdrowotnej	43
3.2 Zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej w nadchodzących latach	47
3.3 Funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej	50
3.4 Inne rodzaje koordynacji poziomej	54
3.5 Praca zespołowa jako podstawa koordynacji poziomej	55
3.6 Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	57

<b>4</b>	<b>Opieka koordynowana pionowo dla pacjentów w ogólnych i szczególnych grupach docelowych, np. obejmujących osoby z chorobami przewlekłymi</b>	<b>63</b>
4.1	Opieka przejściowa	63
4.2	Programy opieki zdrowotnej dla osób z chorobami przewlekłymi	67
4.3	Programy zarządzania procesem chorobowym w USA i Holandii	70
4.4	Programy zarządzania procesem chorobowym w Niemczech	73
4.5	Inne rodzaje opieki koordynowanej pionowo	74
4.6	Systemy opieki zdrowotnej: jednoogniskowe czy dwuogniskowe?	75
4.7	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	79
<b>5</b>	<b>Zarządzanie przypadkiem chorobowym a opieka koordynowana*</b>	<b>85</b>
5.1	Studium przypadku Julii i Johna w roku 2025	85
5.2	Definicja koordynatora opieki zdrowotnej, zarządzającego przypadkiem chorobowym (ang.: case manager), oraz terminy powiązane	87
5.3	Kompetencje i umiejętności koordynatorów opieki zdrowotnej	93
5.4	Ocena potrzeb zdrowotnych i społecznych	95
5.5	Świat rzeczywisty i świat idealny ze studium przypadku	98
5.6	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	99
<b>6</b>	<b>Opieka farmaceutyczna</b>	<b>103</b>
6.1	Ogólne wnioski dotyczące terapii lekowej	103
6.2	Postępy w praktyce specjalistycznej	105
6.3	Odpowiedni lek	105
6.4	Prawidłowe stosowanie leków	109
6.5	Kolejny krok	112
6.6	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	115
<b>7</b>	<b>Koordynacja świadczeń zdrowotnych i społecznych</b>	<b>119</b>
7.1	Wprowadzenie	119
7.2	Kobieta ze sztywnością barków	121
7.3	Centra rodzinne o różnych kulturach	123
7.4	Wyniki publicznego zdrowia psychicznego w bezpiecznym ośrodku miejskim	124
7.5	Świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego a świadczenia społeczne	127
7.6	Teoria dotycząca koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych oparta o cztery studia przypadku	129
7.7	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	130
<b>Część 3</b>		
<b>Pacjenci i pracownicy opieki zdrowotnej jako partnerzy</b>		<b>133</b>
<b>8</b>	<b>Wsparcie w zakresie samoopieki a opieka koordynowana</b>	<b>135</b>
8.1	Od roku 1850 zachowania prozdrowotne ludzi uległy zmianie	135
8.2	W profilaktyce funkcjonują wyłącznie modele oparte o wielu uczestników	139
8.3	Realizacja samoopieki poprzez edukowanie pacjentów	140



8.4	Wsparcie działań z zakresu samoopieki za pomocą dostępnych narzędzi	144
8.5	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	149
<b>9</b>	<b>Opieka koordynowana a proces wspólnego podejmowania decyzji</b>	<b>155</b>
9.1	Wprowadzenie: zaniedbany drugi element konsultacji	155
9.2	Model teoretyczny wspólnego podejmowania decyzji	157
9.3	Ocena wspólnego podejmowania decyzji	160
9.4	Opieka koordynowana a proces wspólnego podejmowania decyzji	164
9.5	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	166
 <b>Część 4</b>		
<b>Jakość opieki koordynowanej</b>		<b>171</b>
<b>10</b>	<b>Jakość opieki koordynowanej z perspektywy specjalistów opieki zdrowotnej</b>	<b>173</b>
10.1	Wybrane definicje z zakresu jakości opieki zdrowotnej oraz powiązane terminy	173
10.2	Jakość procesów opieki koordynowanej	176
10.3	Dostępność jest istotnym aspektem jakości procesów	178
10.4	Koordynacja obniża stopień nadużywania opieki zdrowotnej	179
10.5	Korzyści i niekorzyści skali i zakresu	181
10.6	Wymogi dotyczące jakości strukturalnej dotyczą również kultury, cyfryzacji i przywództwa	182
10.7	Zadowolony personel oznacza zadowolonych pacjentów	183
10.8	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	184
<b>11</b>	<b>Jakość opieki koordynowanej z perspektywy pacjenta</b>	<b>189</b>
11.1	Koncepcje i definicje jakości opieki postrzeganej przez pacjenta	189
11.2	W jaki sposób oceniać wyniki zgłaszane przez pacjentów oraz jakość życia	191
11.3	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	194
 <b>CZĘŚĆ 5</b>		
<b>PŁATNOŚCI W OPIECE KOORDYNOWANEJ</b>		<b>197</b>
<b>12</b>	<b>Ekonomia behawioralna a opieka koordynowana</b>	<b>199</b>
12.1	Teoria i definicje związane z ekonomią behawioralną	199
12.2	Koordynacja pozioma a ekonomia behawioralna	202
12.3	Koordynacja pionowa a ekonomia behawioralna	204
12.4	Wzmocnienie pozycji pacjenta a ekonomia behawioralna	207
12.5	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	207
<b>13</b>	<b>Model cappuccino: czym jest i jak działa?</b>	<b>211</b>
13.1	Filiżanka cappuccino	211
13.2	Kawa: wybrane, istniejące przykłady opłat opartych o populację	213
13.3	Mleko w cappuccino: niskokwotowa opłata za usługę	217

13.4	Śmietanka: opłata za innowacje	218
13.5	Inny rodzaj śmietanki: płatność za wyniki	219
13.6	Warunki niezbędne do realizacji modelu cappuccino	220
13.7	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	221
<b>14</b>	<b>Płatnicy i świadczeniodawcy w opiece koordynowanej</b>	<b>225</b>
14.1	Robert, płatnik świadczeń realizowanych przez dom opieki	225
14.2	Zawieranie umów na świadczenia opieki zdrowotnej a niedobór zasobów	227
14.3	Warunki dla zawierania umów na świadczenie opieki koordynowanej	232
14.4	Trzy ryzyka płynące z zawierania umów o świadczenie opieki koordynowanej	234
14.5	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	236
<b>15</b>	<b>Budżet indywidualny a opieka koordynowana</b>	<b>239</b>
15.1	Charles i Ann posiadają budżet indywidualny dla Nicka	239
15.2	Definicja budżetu indywidualnego	241
15.3	Ocena potrzeb, mentorzy i zarządzanie budżetem indywidualnym	242
15.4	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	245
<b>Część 6</b>		
<b>Cyfryzacja i e-zdrowie w opiece koordynowanej</b>		<b>247</b>
<b>16</b>	<b>Elektroniczne Rejestry Stanu Zdrowia Pacjenta, dane typu „Big Data” i opieka koordynowana</b>	<b>249</b>
16.1	Wprowadzenie	249
16.2	Elektroniczny rejestr stanu zdrowia pacjenta	254
16.3	Duże systemy danych na temat zdrowia	256
16.4	Koordynacja opieki i cyfryzacja w perspektywie historycznej	258
16.5	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	259
<b>17</b>	<b>E-zdrowie i opieka koordynowana</b>	<b>263</b>
17.1	Dobre praktyki w dziedzinie e-zdrowia	263
17.2	Nieskuteczne praktyki w zakresie e-zdrowia	266
17.3	Bezpieczeństwo systemów teleinformatycznych w dziedzinie opieki zdrowotnej	267
17.4	E-zdrowie i opieka koordynowana: perspektywa na przyszłość	269
17.5	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	271
<b>Część 7</b>		
<b>Przywództwo, innowacje i badania nad opieką koordynowaną</b>		<b>275</b>
<b>18</b>	<b>Plany i rzeczywistość w dziedzinie przywództwa w systemie opieki koordynowanej</b>	<b>277</b>
18.1	Czym jest przywództwo?	277
18.2	Idealne przywództwo w systemach opieki koordynowanej	279

18.3	Dziewięć rodzajów struktury organizacyjnej w rzeczywistych warunkach działania opieki koordynowanej	283
18.4	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	286
<b>19</b>	<b>Innowacje w systemie opieki koordynowanej i zarządzanie zmianami</b>	<b>289</b>
19.1	Projektowanie innowacji w systemie opieki zdrowotnej	289
19.2	Jak rozpowszechniać skuteczne innowacje	293
19.3	Zarządzanie zmianami: najtrudniejsze zadanie na świecie	296
19.4	Odpowiedź na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału	300
<b>20</b>	<b>Metody badań w zakresie opieki koordynowanej*</b>	<b>303</b>
20.1	Wprowadzenie	303
20.2	Badania opisowe	304
20.3	Badania eksploracyjne	305
20.4	Badania w zakresie testowania teorii	306
20.5	Wbudowane wielostronne studium przypadku jako trzecia opcja dla badania w zakresie testowania teorii	309
20.6	Najnowsze wydarzenia w badaniach na temat opieki koordynowanej	311
20.7	Wnioski z niniejszego rozdziału	313
	<b>Część 8</b>	
	<b>Podsumowanie</b>	<b>317</b>
<b>21</b>	<b>Odpowiedź na pytanie w kilkuset słowach i w jednej tabeli</b>	<b>319</b>
	<b>Podziękowania</b>	<b>327</b>
	<b>O IFIC</b>	<b>329</b>
	<b>Index</b>	<b>331</b>



## Szanowni Państwo,

Z przyjemnością oddajemy w ręce Czytelników edycję książki pt. „Opieka koordynowana: lepiej i taniej” autorstwa Profesora Guusa Schrijversa, holenderskiego naukowca i wykładowcy renomowanych uniwersytetów europejskich, wybitnego specjalisty w dziedzinie ekonomiki zdrowia i zdrowia publicznego, autora setek artykułów naukowych i książek, a także założyciela i wieloletniego Przewodniczącego Międzynarodowej Federacji na rzecz Opieki Koordynowanej (ang. IFIC).

Niniejsze opracowanie w sposób przekrojowy przedstawia teoretyczne i praktyczne aspekty modelu opieki zdrowotnej określanego mianem opieki koordynowanej, który coraz częściej i w coraz szerszym zakresie wykorzystywany jest w różnych systemach opieki zdrowotnej, wskazując na niezbędną spójność i komplementarność poszczególnych elementów organizacji opieki. Jesteśmy przekonani, że doświadczenia pochodzące z systemu holenderskiego, uznawanego za jeden z najefektywniejszych na świecie, i innych państw zachodnich, zobrazowane licznymi przykładami praktycznymi mogą stanowić źródło wiedzy i inspiracji dla menedżerów, lekarzy, naukowców i decydentów politycznych – wszystkich, którzy mają wpływ na kształt i efekty niezbędnej transformacji systemu.

Publikacja jest częścią projektu realizowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Zdrowia oraz Bankiem Światowym pt. „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK)”. Pragniemy podziękować wszystkim osobom, które przyczyniły się do stworzenia niniejszej publikacji, w szczególności Autorowi, który nieodpłatnie przekazał Narodowemu Funduszowi Zdrowia prawa autorskie do polskiego wydania książki.

Życzymy Czytelnikom interesującej lektury.



Andrzej Jacyna  
p. o. Prezesa Narodowego  
Funduszu Zdrowia



Maciej Miłkowski  
Zastępca Prezesa NFZ  
ds. Finansowych



# Przedmowa

Przyszła stabilność systemów opieki zdrowotnej jest coraz bardziej kształtowana przez starzenie się populacji, urbanizację i globalne rozpowszechnienie antyzdrowych stylów życia. W wyniku szerokich zmian demograficznych oraz zmian statusu chorób, opieka zdrowotna staje się coraz bardziej złożona i kosztowna. Fragmentaryczny charakter dzisiejszych systemów opieki zdrowotnej oznacza, że nie mogą one efektywnie reagować na nowe potrzeby. Ciągłe i nieproporcjonalne skupianie się na wyspecjalizowanych i opartych na poszczególnych chorobach modelach opieki medycznej osłabia możliwość zapewnienia przez te systemy sprawiedliwej i ekonomicznie zrównoważonej opieki zdrowotnej wysokiej jakości.

Na całym świecie wyzwania te stanowią istotny argument na rzecz zmian transformacyjnych. Potrzebne jest nowe i innowacyjne podejście do opieki w zakresie finansowania i świadczenia usług zdrowotnych oraz zarządzania nimi, które może jednocześnie poprawić jakość opieki, wspierać stabilność finansową oraz zachować odpowiednią reakcję na potrzeby i wymagania osób oraz społeczności. Ruch w kierunku podejścia bardziej skoncentrowanego na osobie, które angażuje ludzi i upoważnia ich do samoopieki, w połączeniu z bardziej zintegrowanym modelem świadczenia opieki, koordynującym usługi w sposób bardziej efektywny w zależności od potrzeb, zyskał na popularności jako odpowiedź na powyższe wyzwania.

W niniejszej książce, *Opieka koordynowana: lepiej i taniej*, Profesor Guus Schrijvers zabiera nas w podróż mającą na celu zbadanie hipotezy stanowiącej, że opieka koordynowana może pomóc systemom opieki zdrowotnej zrealizować potrójne założenia: poprawy zdrowia populacji, podwyższenia jakości opieki indywidualnej oraz zmniejszenia kosztów w przeliczeniu na osobę. Dokonując przeglądu zarówno teorii, jak i praktycznego rozwoju strategii – w tym wielu przykładów dobrych praktyk – książka ta dostarcza nową, świeżą perspektywę. Łącząc znaczenie opieki koordynowanej jako centralnego elementu

z podstawową logiką podejścia skoncentrowanego na osobie, książka przedstawia nowe zasady dotyczące lepszej opieki i jej wyników dla osób o złożonych potrzebach, które będą skutecznie realizowane poprzez angażowanie ludzi jako partnerów w opiece zdrowotnej.

Istnieje niewiele zasobów, które umożliwiają przegląd i zrozumienie procesów opieki koordynowanej oraz ich potencjału do realizacji tzw. potrójnego celu (ang. Triple Aim), dlatego niniejsza książka – wraz z cyfrowym załącznikiem zawierającym ponad sto studiów przypadków – dostarczy nowego sposobu myślenia, wspierającego wiodących lekarzy, polityków i uczonych zainteresowanych zrozumieniem nauki o implementacji opieki koordynowanej.

Ponadto książka pokazuje, że (z odpowiednim zestawem składników) rzeczywiście możliwe jest dokonanie poprawy jakości opieki zdrowotnej i jej wyników oraz zmniejszenie jej kosztów. Jest to ważna wiadomość, zarówno na dzisiaj jak i na przyszłość, zważywszy na czekające nas wyzwania.

Dr Nick Goodwin,  
Dyrektor Naczelny, International Foundation for Integrated Care  
(Międzynarodowa Fundacja na rzecz Opieki Koordynowanej)  
Redaktor naczelny *International Journal for Integrated Care*



# CZEŚĆ 1

## WPROWADZENIE



# 1 Wprowadzenie pytań badawczych

## 1.1 POWODY DO DUMY

Docelowymi czytelnikami mojej książki są specjaliści, menedżerowie i politycy z branży medycznej w Europie i poza nią. Mają oni powody do tego, żeby być dumni ze swoich osiągnięć w ostatnich dekadach. Między 1990 a 2012 r. średnia oczekiwana długość życia w chwili narodzin w krajach OECD<sup>1</sup> wzrosła z 74,1 do 79,2 lat. W większości krajów postęp w leczeniu chorób zagrażających życiu, takich jak zawały, udary i nowotwory złośliwe, doprowadził do znacznego spadku śmiertelności. W większości krajów wzrosły również wskaźniki przeżywalności dla raka szyjki macicy, raka piersi i raka jelita grubego. Poprawa miała też miejsce w dziedzinie prewencji.<sup>2</sup>

Większość krajów OECD utrzymuje powszechny (lub prawie powszechny) dostęp do podstawowych świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem USA, Bułgarii, Grecji i Cypru, gdzie znaczna część ludności nie jest ubezpieczona. Pomimo tego nawet w tych krajach podjęto działania mające na celu zapewnienie dostępu osobom nieubezpieczonym. Przeciętnie między 2000 a 2012 r. całkowita liczba lekarzy w krajach OECD wzrosła z 2,9 do 3,4 lekarzy na 1 000 mieszkańców. W wielu krajach nastąpiła poprawa podstawowej opieki zdrowotnej, a w konsekwencji poprawił się także dostęp do opieki medycznej. W krajach OECD i UE następuje poprawa stosowania praw konsumenckich i praw pacjenta.<sup>3</sup> W rosnącej liczbie krajów przepisy prawa odnoszące się do opieki zdrowotnej zostały bezpośrednio oparte na prawach pacjentów. Coraz więcej pacjentów ma dzisiaj dostęp do własnych danych medycznych.

## 1.2 ISTNIEJĄ JEDNAK POWODY DO NIEPOKOJU

Chociaż dotychczasowe osiągnięcia są warte pochwały, niektóre cele publicznej opieki zdrowotnej nie zostały osiągnięte, przykładowo – równe prawo do zdrowia. Kobiety i mężczyźni z wyższym wykształceniem będą najprawdopodobniej żyć o kilka lat dłużej i pozostawać w lepszym zdrowiu niż ich mniej

wykształceni rówieśnicy. Między 2009 a 2012 r. rzeczywiste wydatki na zdrowie (skorygowane o inflację) gwałtownie spadły o 50% w krajach OECD, zaś w pozostałych ich wzrost uległ spowolnieniu.<sup>4</sup> Przeciętnie wydatki na zdrowie spadały corocznie o 0,6 procent, w porównaniu do rocznego wzrostu o 4,7 procent między 2000 a 2009 r. Ham, jeden z obserwatorów polityki w Anglii, pokazał, co oznaczało to dla finansowanej ze środków publicznych opieki zdrowotnej w tym kraju (ang. National Health Service – NHS). W pierwszej kolejności kryzys finansowy doprowadził do kryzysu w służbie zdrowia, przejawiającego się wydłużeniem czasu oczekiwania oraz nadmiernym obciążeniem pracą personelu opieki zdrowotnej.<sup>5</sup> Ostatecznie problemy te doprowadziły do kryzysu politycznego. Pomimo wysiłków rządu mających na celu zminimalizowanie szkód, kryzys doprowadził do utraty społecznego poparcia.

### **USA mają mniej powodów do dumy, ale jest nadzieja**

Pracownicy opieki zdrowotnej, menedżerowie i politycy w Stanach Zjednoczonych mają mniej powodów do dumy, co pokazano w raporcie National Research Council z roku 2015.<sup>6</sup>

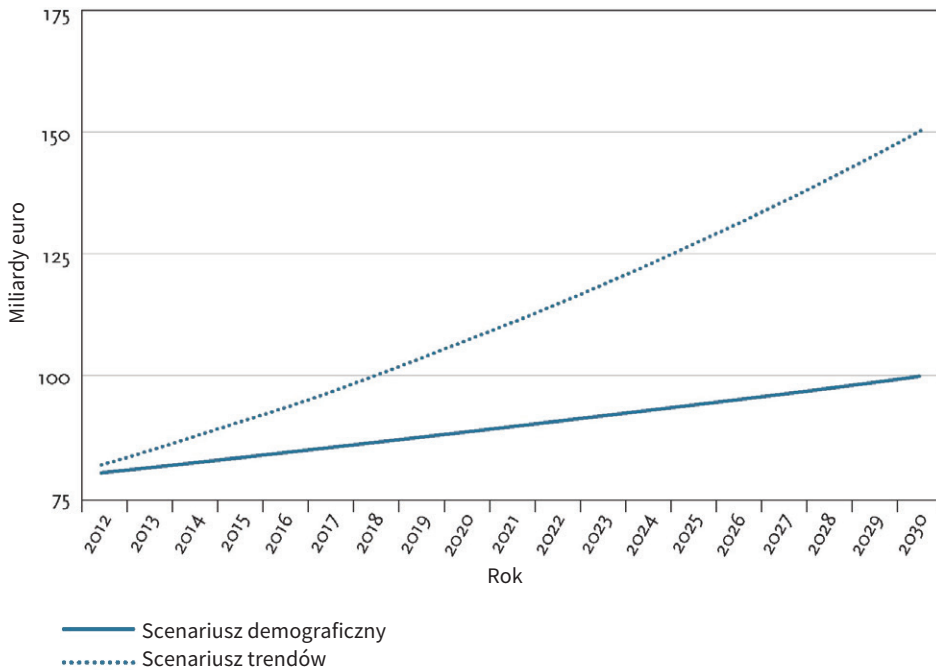
Raport ten porównuje rezultaty opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych z wynikami 16 porównywalnych krajów o wysokim dochodzie, takich jak Australia i wiele krajów europejskich. Od wielu lat Amerykanie mają krótszą spodziewaną długość życia niż mieszkańcy niemal wszystkich podobnych krajów. Ta niekorzystna sytuacja zdrowotna dotyczy wszystkich Amerykanów. Nawet Amerykanie prowadzący zdrowy tryb życia lub należący do grupy białych, ubezpieczonych, wykształconych w college'u osób bądź grup o wyższych dochodach charakteryzują się gorszym stanem zdrowia niż ludzie w podobnych grupach w innych porównywalnych krajach. Stany Zjednoczone osiągają niskie wyniki w zakresie zdrowia przy jednocześnie wysokich nakładach finansowych. W 2013 r. odsetek produktu krajowego brutto, będącego wskaźnikiem dochodu narodowego, wynosił w Stanach Zjednoczonych 16,4 procent, podczas gdy średnia dla krajów OECD wynosiła 8,9 procent. Wielu innych amerykańskich autorów doszło do podobnych wniosków.<sup>7</sup>

W skrócie, istnieją powody, aby być dumnym z dotychczasowych osiągnięć, a także powody do niepokoju o przyszłość. W Wielkiej Brytanii kryzys finansowy doprowadził do kryzysu w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej, co ostatecznie doprowadziło do kryzysu politycznego. (Dla wygody Czytelnika w publikacji jako odpowiednik angielskiej nazwy „United Kingdom” przyjęto nazwę „Wielka Brytania”.) Kwestia tego, jak zapobiec tym trzem kryzysom, zmotywowała mnie do napisania tej książki. Poniższy podrozdział omawia przyszłe trendy tworzące kontekst, w którym usługi zdrowotne będą funkcjonować w nadchodzących latach.

### 1.3 CO PRZYSZŁOŚĆ PRZYNIESIE OPIECE ZDROWOTNEJ

Opieka zdrowotna w Europie oraz w innych krajach podlega czterem zmianom. Po pierwsze, zarówno popyt na opiekę zdrowotną, jak i koszty opieki zdrowotnej wzrastają ze względu na starzenie się populacji.<sup>8</sup> Jednak starzejąca się populacja nie jest jedynym powodem wzrostu popytu. Można to zilustrować danymi z Holandii.<sup>9</sup>

Jeśli starzejąca się i rosnąca populacja byłaby jedynym problemem, spoglądalibyśmy na scenariusz demograficzny (patrz rys. 1.1). Między 2012 a 2030 r. koszty (przy stałych cenach) wzrosłyby z 75 do 100 miliardów EUR, co stanowi roczny przyrost o 1,2 procent.



Rys. 1.1 Scenariusz trendów dla kosztów opieki zdrowotnej w Holandii w latach 2012–2030

**Źródło:** RIVM. Een gezonder Nederland. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.

Pobrane 22 sierpnia 2016 r. ze strony <http://www.eengezondere nederlandse.nl>.

Jednak inne czynniki również prowadzą do wzrostu kosztów w tym samym okresie. Między 2012 a 2030 r. oczekiwana długość życia holenderskich mężczyzn wzrośnie o trzy lata, podczas gdy dla kobiet holenderskich wzrośnie o dwa lata.<sup>10</sup> Dodatkowe lata będzie charakteryzować wysokie zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną. Dodatkowo liczba osób z jednym lub większą liczbą schorzeń przewlekłych wzrośnie z 5,3 miliona w 2011 r. (32 procent populacji) do siedmiu

milionów w 2030 r. (40 procent). Pojawienie się kosztownych leków stanowi trzeci czynnik powodujący większy wzrost wydatków na opiekę zdrowotną niż zmiany demograficzne. Łącznie koszty w 2030 r. wzrosną nie do 100, ale do 150 miliardów EUR (patrz rys. 1.1). W procentach dochodu narodowego oznacza to wzrost o 14 procent w latach 2012–2019 oraz o 21 procent w roku 2030. Zwłaszcza koszty opieki długoterminowej będą wykazywać tendencje wzrostowe.<sup>11</sup>

#### **1.4 OGRANICZONY WZROST DOCHODU NARODOWEGO A KOSZTY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Drugi element rozwoju sytuacji dotyczy ograniczonego wzrostu dochodu narodowego w nadchodzących latach.

OECD oczekuje, że wzrost PKB w krajach OECD będzie wynosił do roku 2050 przeciętnie około  $1\frac{3}{4}$  do  $2\frac{1}{4}$  procent rocznie.<sup>12</sup> Jeśli ten procent będzie wyegzekwowany odgórnie, bez innowacji w opiece zdrowotnej, dostępne środki finansowe na opiekę zdrowotną mogą wzrastać wolniej niż zapotrzebowanie na nie. Doprowadzi to do wydłużenia list oczekujących, większego uzależnienia od opieki medycznej w nagłych wypadkach, zwiększonego obciążenia pracą pracowników opieki zdrowotnej, utraty jakości świadczeń, korupcji a nawet niepokojów społecznych, jak już zauważył Ham w swojej refleksji dotyczącej Wielkiej Brytanii.

Kolejny aspekt ekonomiczny opieki zdrowotnej dotyczy udziału wydatków na opiekę zdrowotną w dochodzie narodowym.

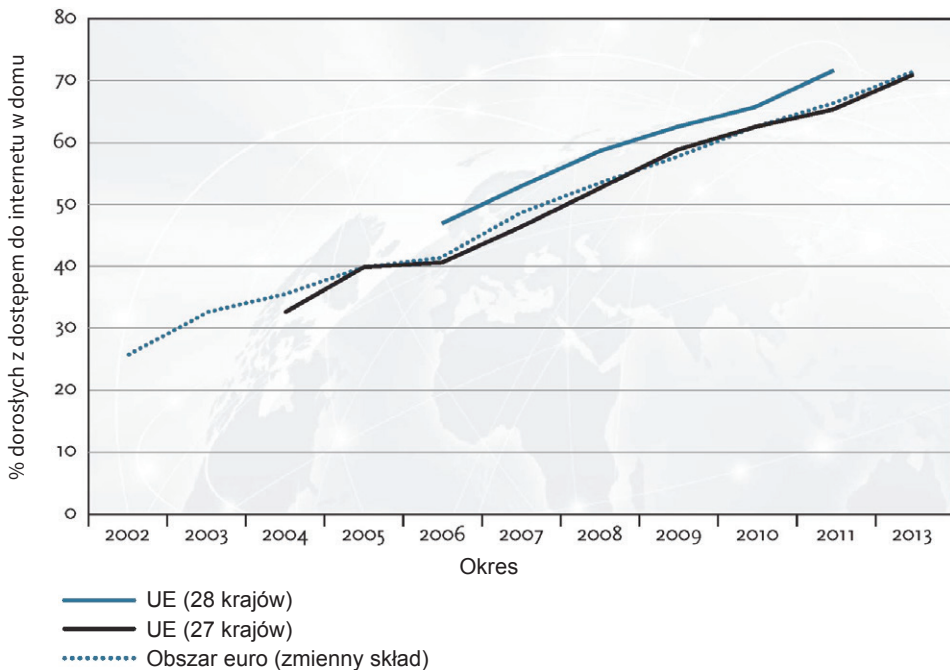
Teoretycznie nie powinno to stanowić problemu, jeśli obywatele poświęcą większą opiekę zdrowotną na korzyść dóbr konsumpcyjnych, takich jak wakacje, oraz usług publicznych, takich jak roboty drogowe, edukacja oraz bezpieczeństwo publiczne. Wszystkie te dobra konsumpcyjne i usługi publiczne również służą zdrowiu, poprawie jakości życia oraz poczuciu szczęścia. Problemy ekonomiczne pojawiają się, gdy obywatele – oprócz powyższych dóbr i usług – zaczynają wymagać także większej opieki zdrowotnej.

Sytuacja ta stanie się szczególnie dotkliwa, gdy obywatele zaczną również rekompensować wyższe składki na ubezpieczenie społeczne wyższymi roszczeniami płacowymi. Spowoduje to, że eksport stanie się zbyt kosztowny i może powodować wzrost inflacji, która z kolei zmniejsza realną wartość świadczeń emerytalnych i dochodów o stałym oprocentowaniu. Ponadto, z powodu wzrastających wydatków na opiekę zdrowotną, inne zadania administracji zostaną odsunięte na bok. Ilustruje to następujący przykład z Holandii: środki wydawane przez Holandię na edukację podstawową mogłyby finansować krajową opiekę zdrowotną przez dwa miesiące.<sup>13</sup> Środki wydawane na bezpieczeństwo publiczne i kulturę utrzymałyby opiekę zdrowotną, odpowiednio, przez jeden miesiąc i jeden tydzień. Inne sektory publiczne znajdują się tym samym pod naciskiem, aby ustąpić pierwszeństwa opiece zdrowotnej.

Ostatecznym argumentem przeciwko dalszemu zwiększaniu kosztów opieki zdrowotnej jest to, że zagroziłoby to solidarności dochodowej. W 2013 r. holenderski rząd wyliczył, że jeśli korzystanie z opieki zdrowotnej będzie w dalszym ciągu wzrastać tak jak wzrastało w ciągu ostatniej dekady, to średnie roczne korzystanie z opieki zdrowotnej osób z wykształceniem podstawowym wzrośnie z 40% ich dochodu w 2011 r. do 70% w 2040 r.<sup>14</sup> Do sprawdzenia pozostaje, czy w Holandii istnieje jakiegokolwiek wsparcie dla dalszej redystrybucji dochodu.

### 1.5 CYFRYZACJA ZMIENIA RADYKALNIE OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Trzeci element wpływający na rozwój sytuacji dotyczy cyfryzacji opieki zdrowotnej. Większość Europejczyków korzysta z internetu (patrz: rys. 1.2). Potrafią oni wysłać e-maile, surfować po sieci, zachować w plikach ważne dane, znaleźć informację medyczną oraz umówić się na wizytę online. Jednak jako pacjenci/klienci opieki zdrowotnej często nie umieją tego zrobić. Nawet między sobą pracownicy opieki zdrowotnej często również nie są w stanie tego zrobić. Cyfryzacja umożliwia pracę z czujnikami, zarówno dla ciała, jak i naszych domów (*inteligentne domy* oraz automatyka domowa).



Rys. 1.2 Procent populacji krajów OECD z dostępem do internetu

**Źródło:** Eurostat. Pobrane 25 września 2016 r. ze strony <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tin00075>

Ponadto coraz łatwiejsze jest tworzenie dużych plików danych, a następnie ich przetwarzanie wg dowolnej formuły. Rozdziały 16 i 17 dotyczące cyfryzacji i zintegrowanej opieki zdrowotnej opisują ten aspekt bardziej szczegółowo.

## 1.6 SEKWENCJONOWANIE GENOMU

Cyfryzacja opieki zdrowotnej umożliwi również dostęp do czwartego etapu rozwoju: sekwencjonowania genomu. Metoda ta umożliwi naukowcom odkrycie związku między indywidualnymi genomami oraz, przykładowo, nowotworami i chorobami przewlekłymi oraz rozwój medycyny precyzyjnej, zwanej również medycyną personalizowaną.<sup>15,16</sup> Cyfryzacja prowadzi również do bardziej precyzyjnej radioterapii i dokładniejszego stosowania leków działających miejscowo. Collins, badacz z Narodowego Instytutu Zdrowia w USA (National Institute of Health) ma wysokie oczekiwania co do przyszłości medycyny precyzyjnej.<sup>17</sup> Badania pokazują, że nawet dla tego samego typu nowotworu, u każdego pacjenta nowotwór charakteryzuje się unikalnym zestawem genów sterujących jego wzrostem. Analiza zestawu genów często pomaga badaczom w przewidywaniu, jaką odpowiedź na leczenie uzyska się dla poszczególnego typu nowotworu. Umożliwia to lekarzom powiązanie zmian genomowych w indywidualnych nowotworach z lekami, które zapobiegają tym zmianom. Informacje o genomie pozwalają również na przewidywanie chorób u osób zdrowych. Tego rodzaju podejście mogłoby doprowadzić do bardziej precyzyjnej prewencji i leczenia chorób przewlekłych.

Podsumowując, w niniejszej części przedstawiono cztery przyszłe trendy:

1. wzrastające zapotrzebowanie na usługi w zakresie opieki zdrowotnej;
2. ograniczony wzrost produktu krajowego;
3. cyfryzacja opieki zdrowotnej;
4. sekwencjonowanie genomu dla osób z nowotworami lub chorobami przewlekłymi.

Jednak jak ten drugi trend – dotyczący ograniczonego wzrostu gospodarczego – ma się do pozostałych trendów?

## 1.7 NINIEJSZA KSIĄŻKA ODPOWIADA NA TO PYTANIE

Rosnące zapotrzebowanie na opiekę, ograniczone zasoby finansowe, cyfryzacja i sekwencjonowanie genomu doprowadziły do pytania badawczego tej książki, które brzmi następująco:

Czy można poprawić stan zdrowia ludności, poprawić jakość opieki indywidualnej i zmniejszyć koszty opieki na osobę, korzystając z koordynowanej opieki zdrowotnej skoncentrowanej na pacjencie?



Odpowiedź na to pytanie można znaleźć w dziedzinach omawianych w kolejnych rozdziałach. Rozdział 2 omawia pojęcia użyte w tym pytaniu i często stosowane w kolejnych rozdziałach. Część 2 składająca się z rozdziałów 3–7 opisuje formy koordynowanej opieki zdrowotnej spotykane w krajach OECD. Każdy rozdział kończy się krótką, częściową odpowiedzią na główne pytanie niniejszej książki. Rozdziały 8 do 20 omawiają aspekty mające wpływ na wszystkie przejawy koordynowanej opieki zdrowotnej, takie jak pacjenci i specjaliści jako partnerzy (część 3), jakość (część 4), systemy płatności (część 5), cyfryzacja i e-zdrowie (część 6) oraz przywództwo, innowacje i badania (część 7). Rozdziały te zawierają również częściową odpowiedź na pytanie badawcze. Rozdział 21, ostatni rozdział, odpowiada na pytanie badawcze w kilkuset słowach za pomocą argumentów, które zostały omówione w poprzednich rozdziałach.

### 1.8 JAK CZYTAĆ NINIEJSZĄ KSIĄŻKĘ

Niniejsza książka odpowiada na powyższe pytanie badawcze. Czytelnikom, którym się spieszy, wystarczy lektura rozdziału końcowego (rozdział 21). Chciałbym jednak tym, którzy mają czas, doradzić przeczytanie wszystkich rozdziałów. Istnieje wiele korelacji między różnymi przejawami koordynowanej opieki zdrowotnej. Nawet systemy płatności nie mogą być rozpatrywane oddzielnie od innych aspektów, takich jak jakość opieki i cyfryzacja. Istnienie tych korelacji zmotywowało mnie do napisania jednej spójnej książki, a nie 21 oddzielnych artykułów naukowych. Każdy rozdział w niniejszej książce zawiera nie więcej niż 5 000 słów. Dzięki temu nauczyciele mogą używać jednego rozdziału jako podstawy do wykładu lub warsztatu i dodać własne przykłady. To ograniczenie liczby słów oznacza również, że menedżerowie mogą używać jednego konkretnego rozdziału, aby zapoznać się z nową formą lub nowym aspektem koordynowanej opieki zdrowotnej w ciągu kilku godzin.

Książka może również służyć jako praca źródłowa. Dzięki obszernemu spisowi treści, indeksowi tematycznemu i cyfrowemu załącznikowi z dobrymi przykładami, grupa profesjonalistów, którzy piszą memorandum dotyczące polityki koordynowanej opieki zdrowotnej, może z łatwością sprawdzić, co wiadomo o konkretnym temacie, dobrym przykładzie lub o autorze. Cyfrowy załącznik będzie uaktualniany przez co najmniej dwa lata po opublikowaniu tej książki.

Niniejsza książka zawiera szereg ilustracyjnych przykładów, wiele z nich pochodzi z Holandii. Oferują one wprowadzenie do świata holenderskiej opieki zdrowotnej. Holenderskich przykładów użyto nie dlatego, że są najlepsze na świecie, ale dlatego że jako Holender jestem bardziej z nimi zaznajomiony. Nie należy tych przykładów adaptować bez przemyślenia, ponieważ wymagają

dostosowania do istniejących sytuacji. Rozdział 19 szczegółowo omawia wprowadzenie koordynowanej opieki zdrowotnej.

Niektóre dodatkowe uwagi dotyczące holenderskiej opieki zdrowotnej: na arenie międzynarodowej, holenderska opieka medyczna ma wysokie oceny. Holandia ma wiele do zaoferowania w zakresie udanych przykładów zintegrowanej opieki, co było jednym z powodów do napisania niniejszej książki. Jednak kraj ten pozostaje w tyle, jeśli chodzi o interwencje zapobiegawcze. Konsumpcja tytoniu w Holandii jest wyższa niż w innych krajach europejskich,<sup>18</sup> zaś zaprzestanie palenia nie zostało ujęte w holenderskiej ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym (*Zorgverzekeringswet*). Jeśli chodzi o kontrolę kosztów, Holandia zajmuje przeciętną pozycję w porównaniu do innych krajów OECD.<sup>19</sup>

### Ograniczenia niniejszej książki

Po dokonaniu wprowadzenia do struktury niniejszej książki, łatwo jest powiedzieć o czym ta książka nie jest. Po pierwsze, nie ma opisów specyficznych grup docelowych (takich jak osoby z cukrzycą) oraz specyficznych form opieki koordynowanej dotyczącej tych grup. Dodatkowo, niniejsza książka dotyczy opieki koordynowanej nad pacjentem. Oznacza to, że systemy płatności (opłata za usługę, płatność za efekt, stawka kapitacyjna) są omawiane tylko w odniesieniu do opieki koordynowanej. To samo dotyczy systemów finansowania (interesy państwowe, system ubezpieczenia społecznego, prywatne ubezpieczenia oraz płatności własne pacjentów). Praktyka pokazuje nam, że opieka koordynowana może powstać przy każdym typie płatności czy finansowania. Skupienie się na bezpośredniej opiece nad pacjentem oznacza również, że integracja na poziomie krajowej i międzynarodowej opieki zdrowotnej nie została wzięta pod uwagę. Valentijni i współpracownicy oferują przegląd literatury dotyczący integracji na tych poziomach.<sup>20</sup>

Kolejnym ograniczeniem tej książki jest to, że nie zajmuje się bezpośrednio relacją między opieką koordynowaną a minimalizacją różnic zdrowotnych. Stosowna literatura nie dostarcza badań przeglądowych wykazujących, że opieka koordynowana minimalizuje różnice zdrowotne.

Uczulam Czytelnika na fakt, że załącznik cyfrowy zawiera wiele dobrych przykładów programów opieki koordynowanej dotyczących osób o niskim dochodzie, niskim poziomie wykształcenia oraz przynależących do mniejszości etnicznych.

Mój wydawca powiedział mi, że cienka książka przyciąga więcej czytelników niż opasły wolumin. Do pewnego stopnia niniejsza książka ma charakter dość pobieżny. Starłem się to zrekomensować nawiązując do publikacji przeglądowych na temat konkretnych form opieki koordynowanej, zarządzania przez pacjenta własnym zdrowiem oraz wybranych aspektów.

Każdy, kto tak jak ja proponuje nowe pomysły dla przyszłej polityki zdrowotnej, napotyka na dwa problemy. Po pierwsze, długoterminowe efekty proponowanej polityki nie są znane, na ogół natomiast dobrze znane są efekty istniejącej polityki. Po drugie, nie ma podstaw by sądzić, że proponowana polityka będzie skuteczna. Chociaż opieram swoje propozycje na dobrych przykładach, często dotyczą one działań w małej skali. Nie ma gwarancji, aby coś, co odnosi sukces na małą skalę, odniosło sukces również po zmianie skali na dużą.

Pozostaje mi tylko powiedzieć, że mam nadzieję, że Czytelnik odniesie przyjemność z lektury tej książki oraz znajdzie w niej inspirację dla siebie.

## BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 1

- 1 OECD. Zdrowie na pierwszy rzut oka: Europa 2014. Paryż: publikacja OECD.
- 2 Kossarova L, Blunt I, Bardsley M. Focus on: International comparisons of healthcare quality. London: Quality Watch, Nuffield Trust, 2015.
- 3 Björnberg A. Euro Health Consumer Index 2014. Täby: Health Consumer Powerhouse, 2015.
- 4 Squires D. The global slowdown in health care spending growth. *JAMA* 2014;312(5), 485–6.
- 5 Ham C. The three crises facing the NHS in England. *BMJ* 2015;51:h5495.
- 6 Woolf HS, Aron L, et al. Health in international perspective, shorter lives, poorer health. Panel on understanding cross-national health differences among high-income countries. Washington DC: National Research Council and Institute of Medicine, 2015.
- 7 Squires D, Aron L. U.S. Health care from a global perspective: spending, use of services, prices, and health in 13 countries. Washington: Commonwealth Fund, 2015.
- 8 Rechel B, Doyle Y, Grundy E, et al. How can health systems respond to population ageing? Copenhagen: World Health Organization, 2009.
- 9 Hoeymans N, Loon AJM van, Berg M van den, et al. A healthier Netherlands: Key findings from the Dutch 2014 Public Health Status and Foresight Report. Bilthoven: RIVM, 2014.
- 10 Hoeymans N, Harbers MM, Hilderink HBM. Langer leven, meer ziekte, minder beperkingen: trends in de volksgezondheid van 2000 tot 2030. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2014;158:A7819.
- 11 Wouterse B, Huisman M, Meiboom MR, et al. The effect of trends in health and longevity on health services use by older adults. *BMC Health Serv Res* 2015;15:574.
- 12 Johansson A, Guillemette Y, Murtin F, et al. Looking to 2060: long-term global growth prospects. The OECD Economic Policy Paper Series, no. 3. Paris: OECD Publishing, 2012.
- 13 Ministerie van VWS. De zorg: hoeveel extra is het ons waard? Den Haag: Ministerie van VWS, 2012.
- 14 Horst A van der, Rele H ter. De prijs van gelijke zorg. Den Haag: CPB Policy Brief, 2013.

- 15 Collins FS, Varmus H. A new initiative on precision medicine. *N Engl J Med* 2015;372(9):793–5.
- 16 Topol E. *The patient will see you now: the future of medicine is in your hands*. Philadelphia: Basic Books, 2014.
- 17 Collins FS. Exceptional opportunities in medical science: a view from the National Institutes of Health. *JAMA* 2015;313(2):131–2.
- 18 Mackenbach JP. Wat levert de duurste gezondheidszorg van Europa ons op? *Ned Tijdschr Geneeskd* 2015;159:A9433.
- 19 OECD health statistics 2016. Pobrane 12 sierpnia 2016 r., ze strony <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- 20 Valentijn P, Schepman SM, Opheij W, et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care* 2013;13:e010.

## 2 Wprowadzenie do opieki koordynowanej, zasada potrójnego celu (Triple Aim) oraz inne terminy często stosowane w niniejszej książce

**W niniejszym rozdziale wprowadzono pojęcia opieki koordynowanej, zasady potrójnego celu, zdrowia populacji, integratora, pacjentów jako partnerów oraz jakości opieki koordynowanej. Czytelnicy, którzy poznali ostatnie publikacje dotyczące tych koncepcji, mogą pominąć ten rozdział. Zwracam uwagę wszystkich czytelników na fakt, że wiele innych pojęć jest definiowanych w chwili, gdy są one po raz pierwszy wspomniane. Indeks tematyczny na końcu książki przeznaczony jest dla każdego, kto chce szybko dowiedzieć się, co oznacza pewna koncepcja.**

### 2.1 KONCEPCJA KOORDYNOWANEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

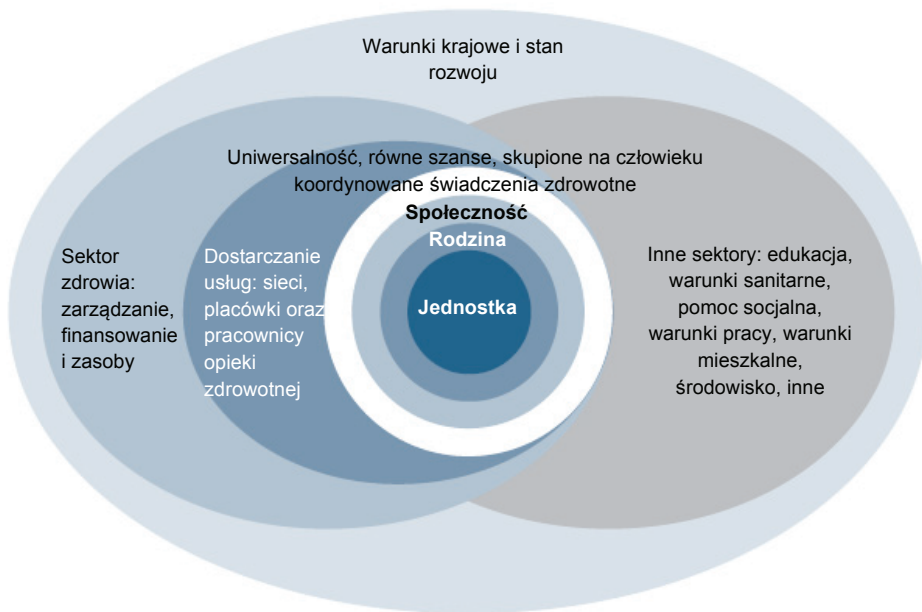
W 2014 r. Światowa Organizacja Zdrowia<sup>1</sup> (WHO) podała nową definicję opieki skoncentrowanej na osobie, którą to definicję zaadaptowano dla niniejszej książki:

Koordynowana opieka zdrowotna to usługi medyczne zarządzane i dostarczane osobom w sposób zapewniający uzyskanie kontinuum promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, diagnozy, leczenia, zarządzania chorobami, rehabilitacji oraz paliatywnych usług medycznych, na różnych poziomach oraz w różnych miejscach systemu opieki zdrowotnej, zgodnie z zapotrzebowaniem, w okresie całego życia, i w formie stałej dyskusji z pacjentami.

W swoim raporcie WHO ilustruje tę definicję na schemacie przedstawionym na rys. 2.1.

Amerykańskie Towarzystwo Geriatryczne<sup>2</sup> definiuje opiekę skoncentrowaną na osobie jako opiekę identyfikującą wartości i preferencje jednostek, które, po ich zidentyfikowaniu, kierują wszystkimi aspektami opieki zdrowotnej, wspierając realistyczne cele zdrowotne i życiowe. W modelach opieki

zdrowotnej skoncentrowanej na osobie, identyfikuje się szeroki zakres potrzeb zdrowotnych i funkcjonalnych, planowanie jest ustrukturyzowane i ukierunkowane na realizację tych potrzeb, a opieka jest świadczona przez zespoły świadczeniodawców – wszystko to zorganizowane jest wokół codziennych celów życiowych osób znajdujących się w centrum procesu opieki zdrowotnej. W niniejszej książce termin **opieka skoncentrowana na osobie** zastępuje termin **opieka skoncentrowana na ludziach**, stosowany przez WHO, lub termin **opieka skoncentrowana na pacjencie**, stosowany w innych publikacjach. Służy to uzyskaniu jednolitego słowniczka terminów.



Rys. 2.1. Opieka zdrowotna skoncentrowana na osobie wg WHO

**Źródło:** WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026,<sup>1</sup> Wersję roboczą do konsultacji znaleźć można pod adresem: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en>.

Globalna strategia WHO dotycząca koordynowanej opieki zdrowotnej stanowi wezwanie do fundamentalnego przesunięcia paradygmatu w zakresie finansowania i świadczenia usług zdrowotnych oraz zarządzania nimi, a niniejsza książka odpowiada na to wezwanie. Definicja WHO stanowi uaktualnioną wersję definicji podanej w 2002 r. przez Kodnera i Spreeuwenberga.<sup>3</sup> Koordynowana opieka zdrowotna jest również znana pod nazwą zintegrowanej opieki zdrowotnej, koordynowanej opieki, opieki wszechstronnej, opieki całościowej

oraz opieki współdzielonej. Terminem przeciwstawnym jest opieka fragmentaryczna. Poprzednio koordynowana opieka zdrowotna obejmowała podstawową opiekę zdrowotną oraz opiekę nad przewlekle chorymi i skupiała się na aspekcie dostarczania świadczeń zdrowotnych.

Obecnie, zakres opieki koordynowanej jest szerszy. Obejmuje on usługi w zakresie zdrowia psychicznego wewnątrz i na zewnątrz szpitala psychiatrycznego, integrację opieki nieformalnej (przez pacjentów i opiekunów) oraz formalnej (przez specjalistów), zintegrowany system opieki paliatywnej, integrację podstawowej opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego oraz, co nie mniej ważne, integrację usług zdrowotnych i usług socjalnych. Niniejsza książka skupia się na opiece koordynowanej widzianej z tej szerszej perspektywy.

Według amerykańskiej komisji rządowej<sup>4</sup> koordynacja opieki obejmuje sześć faz.

- 1 Całkowity brak koordynacji: faza fragmentacji.
- 2 Wzajemna świadomość istnienia innych pracowników opieki zdrowotnej.
- 3 Incydentalna współpraca.
- 4 Ujednolicenie między grupami zawodowymi, ale bez powiązań osobistych.
- 5 Praca zespołowa oraz partnerstwo.
- 6 Pełna integracja, np. w przypadku połączenia organizacji, które obsługują różne populacje.

Opieka zdrowotna w krajach takich jak RPA czy Francja nie jest w żaden sposób zintegrowana. Pracownicy opieki zdrowotnej pracują niezależnie i wykorzystują własne zalecenia. W krajach tych opieka zdrowotna jest ciągle w fazie izolacji. Ujednolicenie dotyczy sytuacji, w której profesjonaliści o różnych specjalizacjach stosują ten sam język oraz definicje, multidyscyplinarne zalecenia oraz oprogramowanie umożliwiające komunikację i dzielenie się informacjami. Nie musi to koniecznie pociągać za sobą współpracy strukturalnej. Ujednolicenie może istnieć między farmaceutami a lekarzami pierwszego kontaktu, wówczas gdy używają tych samych nazw leków, takich samych systemów recept i komunikują się nawzajem za pośrednictwem Internetu. Nie muszą się w związku z tym koniecznie wzajemnie znać. Pełna koordynacja istnieje wówczas, gdy pracownicy pracują w obrębie tej samej organizacji oraz w tym samym kontekście finansowym. Zostało to omówione w rozdziale 18, który zajmuje się zarządzaniem w organizacjach opieki koordynowanej. Rozdział 19 omawia najlepszy sposób na przejście do opieki koordynowanej poprzez odpowiedni rozwój fazy fragmentacji. Czy lepiej jest wyjść od podejścia narzucającego odgórne połączenie? Czy od działań oddolnych z incydentalną współpracą jako projektem edukacyjnym?



Istnieje pięć przejawów opieki koordynowanej, które zidentyfikowałem przygotowując i pisząc niniejszą książkę. Rozdziały 3–7 omawiają te formy, zaś kolumna 1 rys. 2.2 formy te wymienia. Owe pięć przejawów różni się w zależności od populacji pacjentów. Przykładowo, w przypadku koordynacji poziomej populacja ta jest taka sama dla wszystkich zaangażowanych pracowników opieki zdrowotnej. Jednak nie dzieje się tak w przypadku koordynacji pionowej.

Na przykład holenderska sieć parkinsonowska zatrudnia fizjoterapeutów, którzy pracują w lokalnej społeczności, obok neurologów pracujących dla pacjentów z chorobą Parkinsona w całej Holandii (patrz część 4.5).

Pięć przejawów opieki koordynowanej różni się także stosowaniem wiodących paradygmatów. W opiece zdrowotnej jest to wiodący paradygmat medyczny obejmujący anamnezę (jaki jest problem opieki zdrowotnej?), diagnozę (przyczyna problemu), terapię (rozwiązanie problemu) i ocenę (czy problem został zredukowany lub całkowicie rozwiązany?).

Tak się nie dzieje w przypadku koordynacji pionowej. Rozdziały 3 i 4 omawiają to bardziej szczegółowo. To samo dotyczy koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych. W tym ostatnim przypadku uwaga skupia się głównie nie na problemie zdrowotnym, a raczej na problemie uczestnictwa. Ta forma koordynacji nie tylko zwraca uwagę na przyczynę niedostatecznego uczestnictwa, ale również spogląda na przeszkody stworzone przez środowisko lub miejsce zamieszkania poszczególnych osób. Rozdział 7 omawia to bardziej szczegółowo.

Pierwszym produktem koordynacji jest ciągłość opieki. Po skorygowaniu klasyfikacji stworzonej przez Haggerty i wsp. rozróżnić można cztery różne typy ciągłości, co zilustruję za pomocą przykładów.

- **Ciągłość relacji:** np. pacjent ma kontakt z tym samym pracownikiem opieki zdrowotnej tak długo, jak to tylko możliwe.
- **Ciągłość leczenia:** np. jeśli pracownik opieki zdrowotnej osiąga z pacjentem porozumienie odnośnie celów leczenia, inny pracownik nie powinien zmieniać tych celów bez przedyskutowania tego z poprzednim pracownikiem opieki zdrowotnej.
- **Ciągłość informacji:** np. inni członkowie zespołu POZ, którzy komunikują się z pacjentem, mają pełny dostęp do wcześniej zebranych informacji.
- **Ciągłość organizacyjna:** np. jeśli członek zespołu kieruje pacjenta do kolegi, nie powinno to zwiększyć czasu oczekiwania.

Książka ta określa opiekę koordynowaną jako system zdefiniowany w ogólnej teorii systemów.<sup>5</sup> Systemem jest zbiór elementów o wzajemnych relacjach, które funkcjonują w określonym środowisku. Częsteczką to system składający się z elementów jądra atomowego. Wszechświat jest również systemem,



którego elementy obejmują gwiazdy i planety a przestrzeń kosmiczna jest jego środowiskiem. Opieka koordynowana to system składający się, między innymi, z (grup) pacjentów oraz (grup) pracowników opieki zdrowotnej stanowiących elementy tego systemu. Pięć typów opieki koordynowanej pokazanej na rys. 2.2 to pięć elementów całego systemu zdrowotnego kraju. W teorii systemów różne elementy utrzymują różne relacje wzajemne. W opiece koordynowanej, relacje wzajemne mają charakter merytoryczny, informacyjny oraz finansowy.

Rys. 2.2 Klasyfikacja opieki koordynowanej według grupy docelowej oraz stosowanego paradygmatu

Typ koordynacji	Czy pracownicy opieki zdrowotnej służą tej samej populacji?	Czy zastosowano ten sam paradygmat?	Przykład z odniesieniem do odpowiedniego rozdziału
Koordynacja pozioma	Tak	Tak	Zespół podstawowej opieki zdrowotnej (rozdział 3)
Koordynacja pionowa	Nie	Nie	Opieka koordynowana dla osób ze schorzeniem przewlekłym (rozdział 4)
Koordynacja leczenia	Nie	Nie	Koordynacja leczenia w przypadku osoby z demencją (rozdział 5)
Opieka farmaceutyczna	Tak	Tak	Bezpieczeństwo leków dla pacjentów leczonych wieloma lekami (rozdział 6)
Koordynacja świadczeń zdrowotnych i społecznych	Nie	Nie	Koordynowana opieka dla uzależnionych: współpraca między urzędnikami ds. mieszkaniowych, policjantami i psychiatrami (rozdział 7)

W teorii systemów, te trzy różne typy relacji są nazywane aspektami systemów. Rozdziały od 10 do 17 omawiają ważne wzajemne relacje dotyczące wszystkich form systemów koordynowanej opieki zdrowotnej. Valentijn i wsp. w swoim przeglądzie literatury<sup>6</sup> dzielą opiekę koordynowaną na osiem klas (patrz rys. 2.3). W niniejszej książce nie posługiwałem się ich klasyfikacją, ponieważ nie rozróżnia ona jasno podsystemów oraz aspektów systemów.

Każdy system ma jeden lub więcej wiodących celów. Dla cząsteczek celem jest przetrwanie, zaś dla wszechświata – jego zachowanie. Opieka koordynowana

stara się osiągnąć potrójny cel: poprawę zdrowia ludności, wzrost jakości opieki zdrowotnej dla indywidualnej osoby oraz obniżenie kosztów opieki na jednego mieszkańca.<sup>7</sup>

## 2.2 DĄŻENIE DO REALIZACJI POTRÓJNEGO CELU DOTYCZY WSZYSTKICH STRON UCZESTNICZĄCYCH W OPIECE ZDROWOTNEJ

Centrum trójkąta na rys. 2.4 wskazuje różne strony – dostawców opieki zdrowotnej, podmiot finansujący oraz pacjenta – które wspólnie dążą do poprawy trzech dziedzin trójkąta: lepszego zdrowia, wyższej jakości opieki i niższych kosztów na jednego mieszkańca.

Rys. 2.3 Klasyfikacja opieki koordynowanej wg Valentijn i wsp.

Koordinacja pozioma	Dotyczy strategii wiążących podobne poziomy opieki
Koordinacja pionowa	Dotyczy strategii wiążących różne poziomy opieki
Koordinacja systemowa	Dotyczy wyrównywania zasad i polityki w systemie
Koordinacja organizacyjna	Dotyczy stopnia, w jakim organizacje koordynują świadczenia w różnych organizacjach
Koordinacja pracowników opieki zdrowotnej	Dotyczy stopnia, w jakim pracownicy opieki zdrowotnej koordynują świadczenia w różnych dyscyplinach
Koordinacja kliniczna	Dotyczy stopnia, w jakim świadczenia zdrowotne są koordynowane
Koordinacja funkcyjna	Dotyczy stopnia, w jakim funkcje zaplecza administracyjnego i wsparcia są koordynowane
Koordinacja normatywna	Dotyczy stopnia w jakim misja, wartości pracy itp. są dzielone w ramach systemu

**Źródło:** Valentijn P, Schepman SM, Opheij W, et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care* 2013;13:e010.

Podobnie jak w przypadku trzech podmiotów tworzących trójkąt sił rynkowych, te trzy strony przyjmują trzy różne stanowiska. Istnieje jednak pewna jedność polityki i współtworzenia.

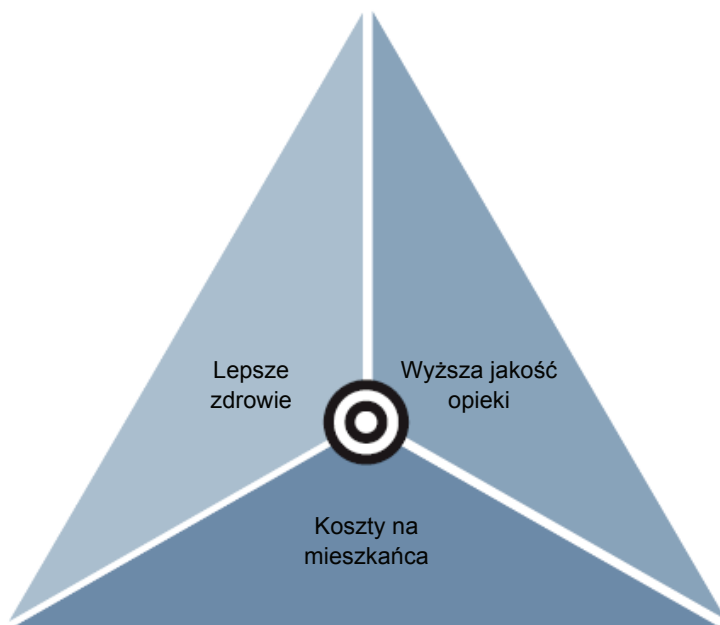
Tym właśnie trójkąt ten odróżnia się od trójkąta sił rynkowych, w którym trzy strony – świadczeniodawcy, pacjenci i finansiści – umieszczone są na szczytach trójkąta (patrz rys. 2.5), a zatem są one wyraźnie oddzielone od siebie.

Filozofia potrójnego celu zakłada jedność polityki lub, innymi słowy, wspólną ambicję zarówno w krótkim, jak i długim okresie. Wszystkie trzy strony aspirują do tych samych celów. Tego rodzaju polityka dotyczy nie tylko opieki leczniczej, ale obejmuje również interwencje zapobiegawcze. Współtworzenie ma dwie zalety w porównaniu do sytuacji, gdy jedna strona jednostronnie opracowuje nowe formy opieki zdrowotnej

Pierwsza z tych korzyści to większe zróżnicowanie możliwych konstrukcji ze względu na większe zróżnicowanie grupy przygotowującej. Druga korzyść dotyczy zwiększonej szansy na akceptację oraz wykonanie przez członków grupy projektowej. W 2010 r. duński badacz Bason napisał podręcznik o tych korzyściach oraz sposobach ich maksymalizacji.<sup>8</sup> Wprowadził termin *zarządzanie projektowaniem*.

W 2008 r. Berwick i wsp. stworzyli listę różnych warunków dotyczących organizacji opieki zdrowotnej, która chce równocześnie realizować te trzy cele:

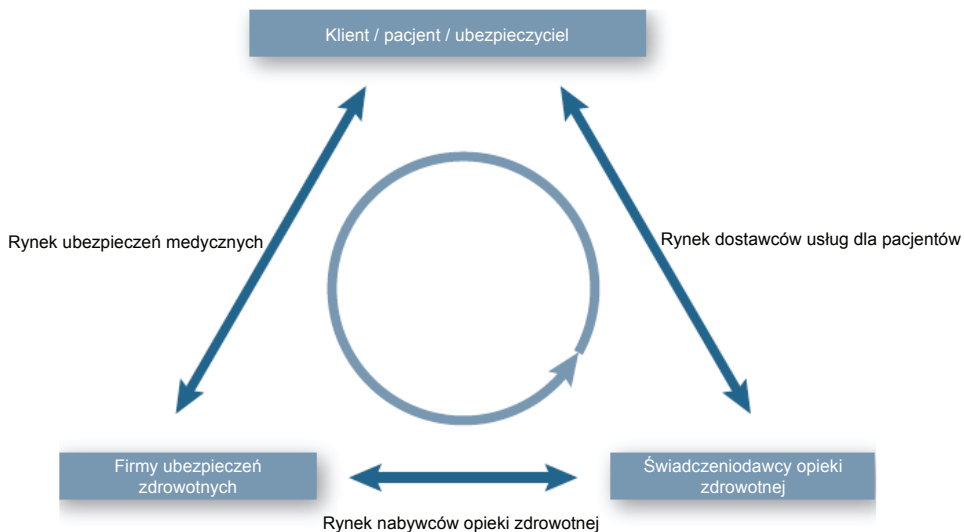
- 1 organizacja działa dla dobrze zdefiniowanej grupy pacjentów lub mieszkańców;
- 2 organizacja działa na rzecz indywidualnych pacjentów ale również dla grupy jako całości;
- 3 zarządzanie, a innymi słowy koordynacja, jednocześnie realizuje wszystkie trzy zakładane cele.



Rys. 2.4 Trójkąt obrazujący potrójny cel opieki koordynowanej

Koordinatorem może być jedna osoba lub zespół zarządzający. Holenderskie firmy konsultingowe zdefiniowały siedem zasadniczych kompetencji charakteryzujących koordynatora (patrz rys. 2.6).

Wykorzystanie tej listy kompetencji sprawia, że doświadczenie zawodowe integratora jest mniej istotne. W sieci opieki zdrowotnej dla osób z chorobami przewlekłymi, koordynatorem może być lekarz POZ, inny specjalista, doradca medyczny dla firmy ubezpieczeń zdrowotnych, dyrektor grupy opieki lub radny bądź były radny. W sieciach koncentrujących się na innych grupach docelowych może to być inny rodzaj profesjonalisty. Ważne jest, aby kierownik sieci był lubiany przez wszystkich partnerów sieciowych i działał zgodnie z pewnym poglądem na grupę docelową i opiekę potrzebną tej grupie. Aby kierownik sieci mógł zyskać akceptację i zaufanie wszystkich powiązanych specjalistów, koordynator nie może pracować w jednej z afiliowanych organizacji.



Rys. 2.5 Trójkąt konkurencji rynkowej w opiece zdrowotnej

Następcą Berwicka w Instytucie Poprawy Opieki Zdrowotnej (Institute for Health Care Improvement) jest Maureen Bisognano, która wraz z Charlesem Kenneyem napisała książkę *Pursuing the Triple Aim* („Dążąc do potrójnego celu”), opublikowaną w 2012 r.<sup>9</sup> W siedmiu rozdziałach, oboje autorzy opisują innowacje, które prowadzą do poprawy zdrowia i opieki zdrowotnej, jak również obniżają koszty. Co ciekawe, te innowacje w dziedzinie opieki zdrowotnej były inspirowane wysokimi kosztami opieki zdrowotnej. W rezultacie

inicjatorzy wyżej wspomnianych siedmiu innowacji odnieśli sukces, gdyż zaoferowali opiekę zdrowotną, która była tańsza, wyższej jakości i bardziej skuteczna. W opisywanych przypadkach ważną rolę odgrywają ubezpieczyciele zdrowotni, czasem jako inicjatorzy, w przypadku finansowania opartego na populacji, a czasem jako lojalni partnerzy innowacyjnych organizacji opieki zdrowotnej.

Rys. 2.6 Kompetencje koordynatora

1	Potrafi rozwinąć wizję przyszłości opieki koordynowanej dla określonej grupy docelowej
2	Jest w stanie stymulować profesjonalistów do współpracy oraz przestrzegania norm i standardów zespołu lub sieci
3	Jest kompetentny jeśli chodzi o zarządzanie zmianą i myślenie projektowe
4	Posiada doświadczenie w zakresie logistyki pacjentów, zastosowań rozwiązań informatycznych w opiece zdrowotnej i przepisów (finansowych) dotyczących opieki koordynowanej
5	Jest w stanie pozyskać dodatkowe fundusze na innowacyjne projekty
6	Mówi językiem docelowej grupy pacjentów i zaangażowanych specjalistów
7	Jest akceptowany i uznawany przez pracowników opieki zdrowotnej, a także finansistów

**Źródło:** W oparciu o Aa, A van der i wsp. Naar een methodisch kader voor ketenregie in het openbaar bestuur. Utrecht: Berenschot, 2002.

W ostatnim rozdziale, zatytułowanym *No Excuses* („Bez wymówek”), autorzy omawiają istotność dobrego zarządzania oraz kultury organizacyjnej, która wspiera innowacje.

Wspomniany wcześniej Instytut Poprawy Opieki Zdrowotnej (Institute for Health Care Improvement), międzynarodowy Commonwealth Fund<sup>10</sup> oraz czołowy magazyn *Health Affairs* wspierają filozofię potrójnego celu. Tym niemniej istnieją głosy krytyczne, takie jak Burnsa i Pauly’ego.<sup>11</sup> Według tych dwóch badaczy filozofia potrójnego celu jest podejrzanie podobna do organizacji zajmujących się zdrowiem (Health Maintenance Organisations, HMOs), które wprowadzono w latach 90. i które okazały się być nieskuteczne. W latach 90-tych koordynowanie opieki zdrowotnej w obrębie szpitali oraz między szpitalami a opieką podstawową okazało się znacznie trudniejsze niż się spodziewano. Krytyka Burnsa i Pauly’ego nie jest bezzasadna: filozofia potrójnego celu jest filozofią długoterminową.

Większość projektów w książce *Pursuing the Triple Aim* została opracowana podczas okresu od pięciu do ośmiu lat. Filozofia potrójnego celu odniosła sukces w Kanadzie,<sup>12</sup> Niemczech<sup>13</sup> oraz w Wielkiej Brytanii.<sup>14, 15</sup> W 2011 r. OECD opublikowała przegląd zatytułowany *Getting more value for money*<sup>16</sup> („Lepsze efekty za te same pieniądze”). Raport OECD również przemawia na korzyść zamierzeń podobnych do tych, do jakich dąży się zgodnie z filozofią potrójnego celu. W 2015 r., siedem lat po wprowadzeniu filozofii potrójnego celu, Instytut Poprawy Opieki Zdrowotnej (Institute of Health Care Improvement)<sup>17</sup> ocenił jej realizację. W 2010 r. zasada potrójnego celu stała się częścią narodowej strategii USA, zwłaszcza przy implementacji ustawy z 2010 r. o ochronie pacjenta i przystępnej cenowo opiece zdrowotnej (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Instytut Poprawy Opieki Zdrowotnej wyciągnął trzy wnioski. Aby implementacja zakończyła się sukcesem, ważne jest aby charakteryzowała się ona:

1. dobrym zarządzaniem populacją, które daje mierzalne skutki;
2. koordynatorem, który pracuje w tej samej skali co dostarczona opieka koordynowana; oraz
3. systemem uczenia się, pozwalającym sterować pracą i podtrzymywać ją w sposób ciągły.

### **2.3 LEPSZE ZDROWIE I PROFILAKTYKA: PIERWSZY Z CELÓW OPIEKI KOORDYNOWANEJ**

W 2011 r. Huber i wsp.<sup>18</sup> zdefiniowali zdrowie jako: „zdolność człowieka do adaptacji oraz zachowania autonomii w świetle fizycznych, emocjonalnych i społecznych wyzwań życiowych”. Nacisk w tej definicji leży na ludzkiej zdolności do adaptacji do zmian zachodzących w ciele, umyśle i funkcjonowaniu społecznym. Definicja ta jest szersza niż definicja WHO: „Zdrowie jest pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brakiem choroby lub niedomagania”. Kolejny przykład wyjaśnia dlaczego. Według Hubera, osoby z cukrzycą są zdrowe dzięki podawaniu insuliny (dostosowanie), o ile zdołają utrzymać poziom cukru we krwi w określonych granicach. Jednak wg definicji WHO osoby takie są pacjentami. Książka ta mówi jednak o osobach cierpiących na przewlekłe schorzenia, które są zdrowe, a czasem źle się czują z powodu tej choroby.

Jak to się mówi – lepiej zapobiegać niż leczyć. Pierwszy cel składowy filozofii potrójnego celu – lepsze zdrowie – mógłby również brzmieć „więcej profilaktyki”, jednak profilaktyka to tylko instrument i nie może stanowić celu samego w sobie.

Medycyna społeczna wyróżnia trzy typy profilaktyki: profilaktyka pierwotna (zapobieganie chorobom, np. poprzez szczepienie), profilaktyka wtórna (wczesne wykrycie chorób, np. poprzez badanie przesiewowe) oraz zapobieganie (ponownemu pojawianiu się choroby lub incydentu, np. udaru).

Zdrowie publiczne jest nadrzędnym terminem dla dwóch pierwszych form profilaktyki. Zazwyczaj ich realizacja leży w gestii agencji rządowej, a nie organizacji prywatnej. Dlatego też zdrowie publiczne budzi skojarzenie z wpływem rządowym.

Ostatnio większą popularność zyskała klasyfikacja wg grupy docelowej: profilaktyka uniwersalna, selektywna, wskazana i związana z opieką zdrowotną. Klasyfikacja ta pochodzi z dziedziny zdrowia psychicznego, ale jest również stosowana na innych obszarach koordynowanej opieki zdrowotnej w Holandii. Profilaktyka uniwersalna skupia się na ogóle społeczeństwa (grupach w ramach ogółu). Dotyczy osób, które nie charakteryzują się zwiększonym ryzykiem chorób (zakaźnych), wypadków lub okaleczeń. Profilaktyka selektywna skupia się na grupach osób ze zwiększonym ryzykiem, takim jak nadciśnienie czy nadwaga, i ma na celu poprawę zdrowia specyficznych grup ryzyka. Profilaktyka wskazana koncentruje się na osobach, które jeszcze nie mają rozpoznanej choroby, ale wykazują jej wczesne objawy. Możliwym przykładem jest zapobieganie upadkom u osób w podeszłym wieku. Jej celem jest zapobieganie pojawieniu się choroby lub dalszym problemom zdrowotnym. Profilaktyka związana z opieką zdrowotną koncentruje się na osobach cierpiących na daną chorobę i ma na celu zmniejszenie ryzyka nawrotu, zmniejszenie ciężaru choroby i zapobieganie powikłaniom lub chorobie współwystępującej. Opieka koordynowana dotyczy głównie trzech ostatnich rodzajów profilaktyki. Profilaktyka ogólna jest częściej uznawana za obowiązek organów zdrowia publicznego. Rozdziały 4 i 8 opisują trzy ostatnie rodzaje profilaktyki bardziej szczegółowo.

Aby uniknąć nieporozumień z pojęciem zdrowia publicznego, określe zdrowie populacji objętej opieką koordynowaną jako „zdrowie populacji”. Jeśli populacja ta tworzy również społeczność lokalną, jak ma to miejsce w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej, można również użyć określenia „zdrowie społeczności”.

### Zarządzanie populacją

Oferowanie populacji właściwej mieszanki profilaktyki i opieki celem zrealizowania filozofii potrójnego celu nazywane jest zarządzaniem populacją.<sup>19-21</sup>

## 2.4 POPRAWA JAKOŚCI OPIEKI ORAZ OBNIŻENIE KOSZTÓW OPIEKI – DRUGIE I TRZECIE ZADANIE W RAMACH FILOZOFII POTRÓJNEGO CELU

Za Donabedianem, który wymyślił to pojęcie w 1966 roku, definiuję jakość opieki jako „stopień podobieństwa między kryteriami pożądanego opieki a rzeczywistą opieką”.<sup>22</sup> Kopiuję również jego podział jakości opieki na trzy składniki: jakość wyników, jakość procesu oraz jakość strukturalną (patrz rys. 2.7).

Część 4 bardziej szczegółowo omawia profesjonalną jakość opieki koordynowanej (patrz rozdział 10) oraz jakość opieki postrzeganą przez pacjenta (patrz rozdział 11).

### Obniżenie kosztów opieki koordynowanej w przeliczeniu na osobę

Trzecim zadaniem ujętym w ramach potrójnego celu jest obniżenie kosztów na osobę. W niniejszej książce *koszt na osobę* oznacza koszt przypadający na osobę włączoną do programu opieki koordynowanej. Koszty odnoszą się do bezpośrednich kosztów opieki. Koszty pośrednie, wywołane absencją, stracone lata życia oraz niepożądane efekty społeczne (np. nagła epidemia choroby zakaźnej) nie są brane pod uwagę, a jeśli są omawiane, będzie to wspomniane oddzielnie.

## 2.5 PACJENCI I PRACOWNICY OPIEKI ZDROWOTNEJ JAKO PARTNERZY

Ostatnie słowa definicji opieki koordynowanej, podanej na początku niniejszego rozdziału, brzmią: „zgodnie z zapotrzebowaniem, w okresie całego życia, i w formie stałej dyskusji z pacjentami”. Jest to ważna formuła, ponieważ opieka koordynowana (inaczej: zintegrowana) dotyczy koordynacji opieki zdrowotnej świadczonej przez personel opieki zdrowotnej w oparciu o ustalone wytyczne. Koordynacja tego rodzaju zagraża realizacji spersonalizowanego podejścia do integracji opieki koordynowanej. W Holandii organizacje zajmujące się oceną wytycznych stosują etykę „przestrzegania lub wyjaśniania”.

Rys. 2.7 Podział jakości opieki zdrowotnej według Donabediana

<b>Jakość efektów</b>
Efekt opieki zdrowotnej dla pacjentów i grup populacji. Efekty te dotyczą zmian zdrowia, zachowania, wiedzy, doświadczenia oraz jakości życia. Trudno jest połączyć efekty ze świadczeniem opieki zdrowotnej, ponieważ inne czynniki, takie jak warunki mieszkaniowe, dochód i poziom wykształcenia często również wpływają na zdrowie. Zamiast terminu jakość efektu, stosuje się również termin jakość produkcji.
<b>Jakość procesu</b>
Proces opieki składa się z szeregu aktywności, które dzieją się jednocześnie lub sekwencyjnie. Przykłady tego obejmują badania przesiewowe, diagnozę, leczenie, dalszą opiekę i edukację zdrowotną. Ciągłość opieki stanowi ważny aspekt jakości. Obejmuje to ciągłość osób (tak mało różnych pracowników opieki na ile to jest możliwe), ciągłość informacji (ponowne użycie uprzednio zebranej informacji) oraz ciągłość logistyczną (brak niepotrzebnego czekania między kolejnymi aktywnościami). Jakość procesu odnosi się do aktywności prowadzonych zarówno przez pracowników opieki, jak i pacjentów. Dla pracowników opieki zdrowotnej, przestrzeganie odnosi się do przestrzegania standardów i zaleceń. Dla pacjentów odnosi się to do przestrzegania brania leków, jak uzgodnili to wzajemnie lekarz i pacjent.



### Jakość strukturalna

Jakość budynków oraz wyposażenia, poziom wykształcenia oraz doświadczenie pracowników opieki zdrowotnej; charakterystyka organizacji opieki zdrowotnej; metoda finansowania opieki zdrowotnej; przekazywanie informacji. Obecność charakterystyki strukturalnej jest często łatwa do zmierzenia.

**Źródło:** Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Millbank Q* 2005;83(4):691–729. © 2005 Millbank Memorial Fund.

Zasadniczo, pracownicy opieki zdrowotnej przestrzegają wytycznych, a jeśli tego nie robią, wyjaśniają dlaczego. Słowa *zgodnie z zapotrzebowaniem* zmieniają pacjentów w konsumentów, których potrzeby specjaliści powinni spełniać jak najbardziej optymalnie, podobnie jak właściciele restauracji zmagają się do maksymalnego zaspokojenia potrzeb kulinarnych swoich pacjentów. Metafora ta przeczy etyce pracowników opieki zdrowotnej, którzy nie tylko nie powinni szkodzić ale też nie powinni dostarczać wszystkiego, o co proszą pacjenci. Porównanie to uchyla również pozycję pacjentów: stanowią oni partnerów, którzy tworzą opiekę zdrowotną wraz z jej pracownikami. Dokonują tego poprzez samokontrolę swojego stanu i choroby oraz poprzez utrzymywanie zdrowego stylu życia. Dzięki zbieraniu historii choroby, badaniu fizykalnemu oraz komplementarnej diagnostyce, pracownicy opieki analizują skargi pacjentów na stan zdrowia, a następnie oferują leczenie. Są partnerami. Pacjent i pracownik opieki zdrowotnej są współtwórcami zdrowia. To dlatego definicja kończy się *stałą dyskusją z pacjentami*. Jest to moje własne uzupełnienie tej definicji. Rozdziały 8 i 9 odnoszą się do tego uzupełnienia.

### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 2

- 1 WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026. Materiał roboczy do konsultacji do pobrania pod adresem: <http://www.who.int/servicedelivery-safety/areas/people-centred-care/>.
- 2 Westphal EC, Alkema G, Seidel R i wsp. How to get better care with lower costs? See the person, not the patient. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:19–21.
- 3 Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care* 2002;2:e12.
- 4 Committee on Integrating Primary Care and Public Health; Board on Population Health and Public Health Practice; Institute of Medicine. Primary care and public health: exploring integration to improve population health. Washington: The National Academies Press, 2013.
- 5 Bertalanffy L von. General System theory: foundations, development, applications. Revised edition. London: Penguin University Books, 1969.

- 6 Valentijn P, Schepman SM, Opheij W, et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care* 2013;13:e010.
- 7 Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: care, health, and cost. *Health Affairs* 2008;27(3):759-69.
- 8 Bason C. Leading public sector innovation. Co-creating for a better society. Bristol: The Policy Press, University of Bristol, 2010.
- 9 Bisognano M, Kenney C. Pursuing the Triple Aim. Seven innovators show the way to better care, better health and lower costs. San Francisco: Jossey-Bass, 2012.
- 10 Commonwealth Fund Commission on a high performance health system. Confronting costs: Stabilizing U.S. health spending while moving toward a high performance health care system. <http://www.commonwealthfund.org/>.
- 11 Burns LR, Pauly MV. Accountable care organizations may have difficulty avoiding the failures of integrated delivery networks of the 1990s. *Health Affairs* 2012;31(11):2407-16.
- 12 Getting started with Triple Aim. Report prepared for the primary health services branch. Saskatchewan: Ministry of Health, 2012.
- 13 Hildebrandt H, Schulte T, Stunder B i wsp. Triple Aim in Kinzigtal, Germany: improving population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK? *Journal of Integrated Care* 2012;20(4):205-22.
- 14 Appleby J, Ham C, Imison C i wsp. Improving NHS productivity. More with the same and not more of the same. King's Fund report, 2010.
- 15 Crump B, Adil M. Can quality and productivity improve in a financially poorer NHS? *BMJ* 2009;339:b4638.
- 16 OECD. Health care systems. Getting more value for money. OECD Economics, Department Policy Notes, no. 2, 2010.
- 17 Whittington JW, Nolan K, Lewis N i wsp. Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years. *Millbank Q* 2015;93(2):263-300.
- 18 Huber M, Knottnerus JA, Green L i wsp. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163.
- 19 Baan C, Drewes H, Heijink R i wsp. Op weg naar populatiemanagement: een regionale aanpak voor integratie van preventie, zorg en welzijn. *TSG* 2014;92(6):211-3.
- 20 Halfon N, Long P, Chang DI i wsp. Applying a 3.0 transformation framework to guide large-scale health system reform. *Health Affairs* 2014;33(11):2003-11.
- 21 Galea S, Annas GJ. Aspirations and Strategies for Public Health. *JAMA* 2016;315(7):655-6.
- 22 Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Millbank Q* 2005;83(4):691-729. © 2005 Millbank Memorial Fund. Reprinted from *The Millbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44(3):166-203.

# CZEŚĆ 2

## **RODZAJE OPIEKI KOORDYNOWANEJ**



## 3 Opieka koordynowana poziomo z naciskiem na podstawową opiekę zdrowotną

Część 3.1 przedstawia historię opieki koordynowanej począwszy od ponownego zdefiniowania podstawowej opieki zdrowotnej w roku 1956 do dnia dzisiejszego. Następnie przedstawiono opis poszczególnych przyszłych trendów (część 3.2) a także zarys funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (część 3.3). W części 3.4 omówiono pozostałe formy koordynacji poziomej. Podstawą koordynacji poziomej jest praca zespołowa, której zasady omówiono w punkcie 3.5. Ostatnia część (3.6) odpowiada na pytanie o wkład koordynacji poziomej w realizację filozofii potrójnego celu (Triple Aim), omówionej w punktach 2.2 do 2.4.

### 3.1 HISTORIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

W roku 1956, Frans Huygen w zasadzie własnoręcznie zredefiniował rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Holandii i Niemczech. Rolę lekarza opisał w cieszącym się wciąż dużym uznaniem artykule,<sup>1</sup> opartym na podstawowym paradygmacie, że pacjent jest zdrowy, dopóki nie udowodni się, że jest inaczej. Zadaniem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jest zatem kontrola i ocena stanu zdrowia pacjentów, która ma kluczowe znaczenie nie tylko z perspektywy interesów pacjentów, ale także z perspektywy kosztowej. Poglądy Huygena wciąż stanowią kontrast dla podejścia medycznego uznawanego przez specjalistów i głoszącego, że pacjent jest chory, dopóki nie udowodni się, że jest inaczej. Sednem redefinicji Huygena jest zatem odwrócenie tej tezy. Pozostałymi słowami kluczowymi lub też podstawowymi wartościami, na których opiera się teza Huygena, są medycyna rodzinna, kompleksowość leczenia, ciągłość leczenia oraz natychmiastowy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Współczesny Huygenowi John Fry (nawet znali się osobiście!), założyciel Królewskiego Towarzystwa Lekarzy Podstawowej

Opieki Zdrowotnej (Royal Society of General Practitioners) ogłosił podobną tezę w Wielkiej Brytanii. Fry, opierając się o podobny zbiór wartości, położył podstawy pod dzisiejszą podstawową opiekę zdrowotną w Wielkiej Brytanii. Wkrótce po tym, jak ich publikacje ujrzały światło dzienne, Huygen i Fry zdali sobie sprawę, że lekarze POZ nie mogą być jedynymi świadczeniodawcami kompleksowej opieki zdrowotnej. Doprowadziło to do założenia zespołów lekarzy POZ, udzielających świadczeń zarejestrowanym grupom pacjentów i złożonych z lekarzy POZ o różnych specjalizacjach, pielęgniarek rejonowych lub praktykujących w przychodni, a także pracowników społecznych. To właśnie koncepcja stworzenia zespołu lekarzy, orientacja na kompleksowość leczenia oraz podejście do pacjenta jako części rodziny lub społeczności lokalnej sprawiły, że Fry i Huygen stali się także w powszechnym mniemaniu twórcami opieki koordynowanej.

W roku 1974, rząd holenderski wprowadził koncepcję podstawowej opieki zdrowotnej do Memorandum w sprawie struktury opieki zdrowotnej (Structuurnota Gezondheidszorg).<sup>2</sup> Ta biała księga proponowała zorganizowanie krajowej opieki zdrowotnej w sieci regionalnych systemów opieki zdrowotnej, z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i lokalnymi ośrodkami zdrowia pełniącymi funkcję świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, oraz opieką specjalistyczną świadczoną w ośrodkach specjalistycznych tj. szpitalach. W tym samym roku finansowana ze środków publicznych brytyjska opieka zdrowotna (National Health Service – NHS), przeszła największą reorganizację od czasów II Wojny Światowej. W NHS wprowadzono tzw. wydziały zdrowia koncentrujące się na podstawowej opiece zdrowotnej i profilaktyce.

Niedługo potem w Wielkiej Brytanii i w Holandii pojawiły się wielospecjalistyczne ośrodki opieki zdrowotnej; pierwsze w nowo wybudowanych miastach i dzielnicach, a następnie również w starszych częściach miast. Z biegiem lat holenderskie stowarzyszenie naukowe lekarzy POZ (Nederlands Huisartsen Genootschap, NHG) opracowało szereg wytycznych w zakresie diagnostyki, leczenia oraz skierowań w podstawowej opiece zdrowotnej. Celem organizacji nie jest tworzenie misji i wizji, ale raczej podtrzymywanie podstawowych wartości i to mimo licznych zmian w opiece zdrowotnej, omówionych w punktach od 1.2 do 1.5. Najważniejsze wartości podstawowe to: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, orientacja na pacjenta i ciągłość leczenia. Ostatnia z wartości dotycząca koordynacji poziomej składa się z trzynastu szczegółowych pozycji.<sup>3</sup>

W roku 2006 w Holandii wprowadzono nowy, uniwersalny system ubezpieczeń, który dał początek budowie nowej fali ośrodków zdrowia. Większość wdrażanych innowacji została oparta o badania przeprowadzone przez

Holenderski Instytut Badawczy Ochrony Zdrowia (NIVEL). Jedną z najnowszych publikacji wydanych przez Instytut dotyczy porównania podstawowej opieki zdrowotnej w różnych krajach Unii Europejskiej.<sup>4</sup> Porównanie to potwierdza, że populacja w krajach z wysokiej jakości podstawową opieką zdrowotną jest zdrowsza, z mniejszą liczbą zbędnych przyjęć do szpitala oraz niższymi różnicami zdrowotnymi wynikającymi z przyczyn socjoekonomicznych. Ponadto w państwach tych odnotowuje się niższy wzrost kosztów w porównaniu z innymi krajami. W roku 2015 większość holenderskich lekarzy POZ pracowała w zespołach wielospecjalistycznych. Takie zespoły obsługują zwykle populację docelową liczącą od 7 500 do 17 500 osób. W 2014 r. 28,4% holenderskich lekarzy POZ prowadziło praktykę samodzielną, 38,9% praktykę dwuosobową, a 32,7% praktykę grupową. Dwa ostatnie rodzaje praktyk mieszczą się zwykle w wielospecjalistycznych ośrodkach zdrowia.<sup>5</sup>

*„Podstawowa opieka zdrowotna jest udzielaniem koordynowanych, dostępnych świadczeń opieki zdrowotnej przez pracowników sektora opieki zdrowotnej odpowiedzialnych za reagowanie na większość potrzeb pacjentów w zakresie opieki zdrowotnej. Podstawowa opieka zdrowotna jest zorientowana w większym stopniu na pacjenta, niż na chorobę, stanowi punkt pierwszego kontaktu w zakresie leczenia potencjalnych problemów zdrowotnych i polega na świadczeniu opieki kompleksowej i koordynowanej.”*

Powyższa definicja pochodzi z Amerykańskiego Instytutu Medycyny (AIM),<sup>6</sup> moim zdaniem jednak jest zbyt ograniczona. W pierwszej kolejności pomija ona pracowników opieki zdrowotnej specjalizujących się w profilaktyce i edukacji zdrowotnej. W roku 2008 WHO przedstawiła własną, szerszą definicję.<sup>7</sup> Obejmuje ona również opiekę zdrowotną nad młodzieżą, promowanie higieny, zdrowego stylu życia oraz zmniejszenie niezdrowych nawyków, a także wpływ środowiska na podstawową opiekę zdrowotną. Niektóre kraje, takie jak Finlandia, włączają do podstawowej opieki zdrowotnej również medycynę pracy, ponieważ wiele problemów zdrowotnych doświadczanych przez populację pracującą jest związanych z pracą lub też wpływa na zdolność do pracy.<sup>8</sup>

Pytania najczęściej zadawane przez pacjentów lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej można podzielić na trzy rodzaje. Pewnego razu zostałem, wraz z grupą specjalistów, przedstawicieli pacjentów i finansistów, poproszony o stworzenie systemu podstawowej opieki zdrowotnej dla Wateringse Veld, nowej dzielnicy Hagi.

W oparciu o trzy grupy różnych problemów zdrowotnych stworzyliśmy model trójpodziału, który obecnie proponuję wszystkim systemom podstawowej

opieki zdrowotnej. Pierwsza z trzech grup obejmuje profilaktykę, podzieloną na działania szczegółowe w punkcie 2.3. Uniwersalna, a jednocześnie selektywna profilaktyka obejmuje szczepienia, badania przesiewowe, edukację zdrowotną, zarządzanie programami profilaktyki zdrowotnej oraz monitoring zdrowia i dobrostanu w połączeniu z zarządzaniem środowiskowym. Ponadto pierwsza grupa obejmuje także świadczenia w zakresie profilaktyki zdrowotnej wskazanej z przyczyn ogólnych lub profilaktyki konkretnych chorób dla osób z chorobami przewlekłymi oraz osób w podeszłym wieku. Druga grupa dotyczy opieki oraz świadczeń krótkoterminowych. Obejmuje ona konwencjonalne świadczenia oraz leczenie w nagłych wypadkach realizowane przez lekarzy POZ, ale także interwencje krótkoterminowe świadczone przez innych specjalistów. Trzecia grupa obejmuje opiekę nad przewlekle chorymi. Lekarze POZ i specjaliści ochrony zdrowia o innych specjalizacjach mogą współpracować z jedną lub większą liczbą ww. grup.

Podział ten nie koncentruje się na świadczeniodawcach opieki zdrowotnej, ale ma na celu przede wszystkim odpowiadanie na pytania z zakresu opieki zdrowotnej zadawane przez pacjentów. Istotną różnicą między podstawową opieką zdrowotną w Holandii, a opieką w Belgii, Niemczech i Francji jest holenderski system rejestracji pacjentów, stawek kapitacyjnych oraz funkcji koordynatora (ang.: gatekeeper) pełnionej przez lekarzy POZ. W krajach sąsiednich mieszkańcy płacą za konsultacje u lekarzy POZ wyłącznie na podstawie systemu opłat za konkretne usługi (ang.: fee-for-service – FFS). W Holandii stawka kapitacyjna za konsultację u lekarza POZ jest podstawą do stworzenia stałej relacji na linii lekarz – pacjent. Liczba konsultacji jest wysoka z powodu niskiej stawki, wynoszącej 9 euro, a także osobnej zwiększającej innowacyjność stawki za pacjenta, tzw. stawki za opiekę koordynowaną (GES).

W wielu innych krajach pacjenci nie potrzebują skierowania od lekarza POZ na leczenie specjalistyczne. Niemniej jednak rola koordynatora pełniona przez lekarzy POZ obniża koszty opieki zdrowotnej. Lekarze holenderscy usiłują, pod pseudonimem „Brave Doctors” („Dzielni Lekarze”), ożywić i rozszerzyć tę funkcję, czasami wbrew woli pacjentów. Jedynymi pozostałymi europejskimi państwami, w których lekarze POZ pełnią funkcję koordynatora, są Wielka Brytania oraz Dania.

Nieformalnym rzecznikiem podstawowej opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych i na całym świecie jest pediatra Barbara Starfield. Jest ona osobą tego samego formatu, co John Fry i Frans Huygen. Jej podręcznik<sup>9</sup> oraz inne publikacje<sup>10</sup> zainspirowały administrację Prezydenta Obamy do wprowadzenia koncepcji zakładów podstawowej opieki zdrowotnej (tzw. medical home) wraz z ośmioma mierzalnymi wskaźnikami jakości



strukturalnej.<sup>11</sup> Bieżąca polityka w Stanach Zjednoczonych ma na celu wdrożenie tych ośmiu dziedzin w możliwie jak największym zakresie. Ponadto organy rządowe dokładają wszelkich starań, aby pokazać, że ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej spełniają większość tych wskaźników charakteryzujących się lepszymi wynikami leczenia pacjentów. Jest to tylko częściowo prawdą. Wprowadzenie zakładów podstawowej opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych nie przebiegło bez zakłóceń. Według wielu badań, głównym problemem podstawowej opieki zdrowotnej w Ameryce jest brak przywództwa.<sup>12,13,14</sup>

### **3.2 ZMIANY W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ W NADCHODZĄCYCH LATACH**

Poza ogólnymi zmianami w opiece zdrowotnej, omówionymi w punktach 1.3–1.6, w podstawowej opiece zdrowotnej zaszły następujące zmiany:

#### **Obrazowanie oraz diagnostyka uzupełniająca dostępna w ramach podstawowej opieki zdrowotnej**

Specjaliści opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej wykonują badania diagnostyczne w oparciu o wywiad chorobowy, badania fizykalne oraz diagnostykę uzupełniającą, w tym badania laboratoryjne krwi i tkanek ciała. Lekarze POZ mogą wykonywać ostatnie z wymienionych badań diagnostycznych we własnych laboratoriach. W razie konieczności przeprowadzenia diagnostyki obrazowej, analizy tkanek lub biopsji bądź też sekwencjonowania genomu, lekarze zwykle kierują pacjentów do specjalisty podejmującego dalsze leczenie. Holenderscy lekarze POZ mogą korzystać jedynie z ograniczonej liczby opcji dostępnych konsultacji specjalistycznych. Mogą oni zadać bezpośrednie pytanie oddziałom szpitalnym udzielającym świadczeń z zakresu uzupełniającej diagnostyki obrazowej jedynie w wyjątkowych przypadkach. Jeśli jednak lekarz POZ podejrzewa złamanie, może bezpośrednio powiadomić o tym fakcie radiologa, bez konieczności konsultowania się z chirurgiem. Dzięki cyfryzacji, wskaźnik realizacji świadczeń diagnostyki obrazowej przez lekarzy POZ może istotnie zwiększyć się w najbliższych latach. Powyższą tezę ilustruje następujący przykład z Holandii. W teledermatologii lekarze POZ lub pokrewni specjaliści wykonują zdjęcie cyfrowe podrażnionej skóry. Następnie przesyłają je, korzystając z bezpiecznego połączenia sieciowego, do dermatologa z prośbą o ocenę. Metoda ta znacznie zwiększa zakres opcji diagnostycznych dostępnych dla lekarzy POZ i dodatkowo generuje oszczędności kosztowe dla szpitali.<sup>15</sup> Rozdziały 16 i 17 dotyczące cyfryzacji opieki zdrowotnej omawiają tę kwestię bardziej szczegółowo.

### Monitoring osób z chorobami przewlekłymi

Z uwagi na spodziewany wzrost liczby pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej z chorobami przewlekłymi, zaostrzenia objawów staną się istotnym czynnikiem w realizacji świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Olde Rikkert i wsp.<sup>16</sup> wykazali, że w przypadku wielu chorób możliwa jest identyfikacja pacjentów o zwiększonym ryzyku zaostrzenia objawów. Przykładowo, *niedoleżność* u osób w podeszłym wieku zwiększa ryzyko wystąpienia ostrych zespołów geriatrycznych, np. ryzyko upadku, zespołu majaczeniowego oraz nagłej utraty funkcji. Powolne ustępowanie tymczasowego pogorszenia może stanowić ostrzeżenie przed wystąpieniem trwałego pogorszenia stanu zdrowia z ciągłymi objawami. Indywidualne monitorowanie wczesnych znaków ostrzegawczych może znacznie poprawić stan zdrowia pacjentów, zwłaszcza tych, którzy cierpią na trudne w obserwacji choroby przewlekłe. Najlepszą metodą monitorowania jest telemonitoring realizowany przez organizacje podstawowej opieki zdrowotnej. Kwestia ta została szczegółowo omówiona w Rozdziale 17 dotyczącym e-zdrowia.

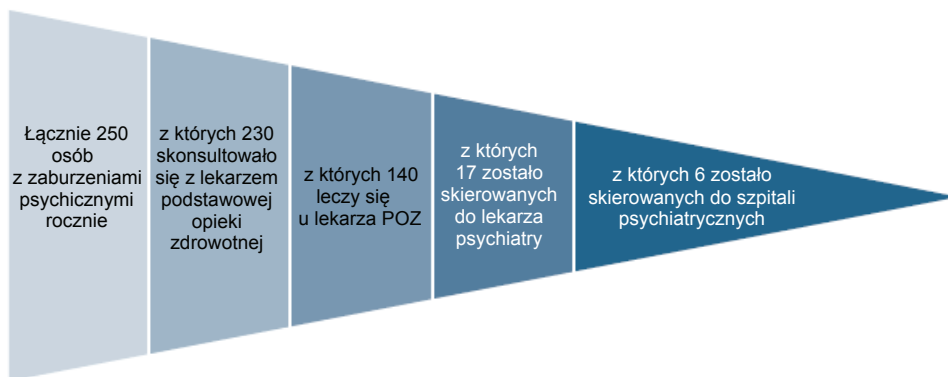
### Koordinacja świadczeń opieki psychiatrycznej z podstawową opieką zdrowotną

Od roku 1980 opieka psychiatryczna w wielu krajach zmagą się z kwestią regulacji dostępu. Był to rok, kiedy Goldberg i Huxley opublikowali dobrze znany specjalistom model filtra (patrz rys. 3.1).

Od tego czasu w opiece psychiatrycznej w Ameryce Północnej i Europie, w tym w Holandii, nastąpiła szybka deinstytucjonalizacja.<sup>17,18,19</sup> Należało stworzyć model podstawowej opieki psychiatrycznej mający swoje własne miejsce w podstawowej opiece zdrowotnej prowadzonej przez lekarzy POZ. Ostatnimi czasy największą uwagę skupiono na zachowaniu spójności między świadczeniami opieki psychiatrycznej a leczeniem przewlekłych chorób somatycznych. Patel i Chatterji<sup>20</sup> postulują rozszerzenie o nie zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ – ich zdaniem – doprowadzi to do poprawy stanu zdrowia osób z chorobami przewlekłymi.

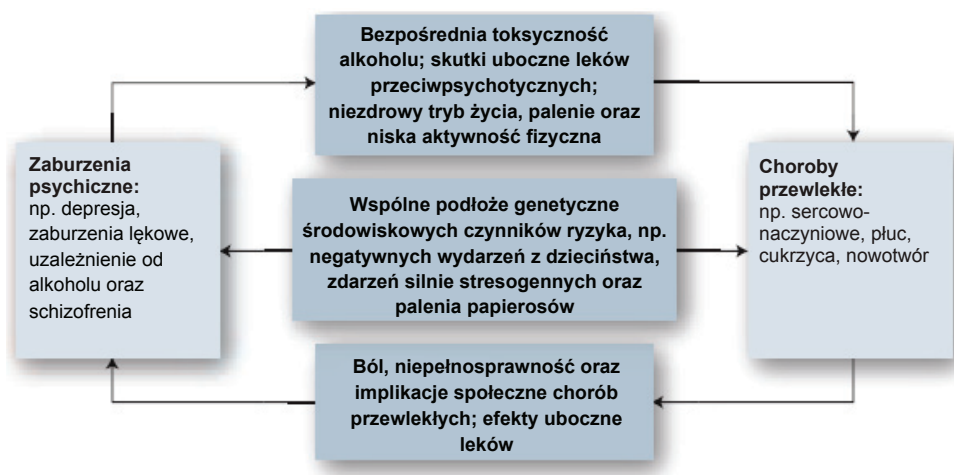
W pierwszej kolejności przedstawili oni model pokazujący wzajemne interakcje między zdrowiem psychicznym, a chorobami przewlekłymi (patrz rys. 3.2).

Następnie przedstawiony został optymalny model leczenia. Model ten oparto o podejście zespołowe, obejmujące koordynatora opieki zdrowotnej sprawującego koordynację nad opieką wspólnie z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i innymi specjalistami. Takie podejście maksymalizuje skuteczność oraz jakość opieki nad osobami z współistniejącymi zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi.



Rys. 3.1 Model filtra dla świadczeń psychiatrycznych

**Źródło:** Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care (Choroba psychiczna w społeczeństwie: droga do opieki psychiatrycznej). Londyn: Tavistock Publications we współpracy z Routledge, 1980.



Rys. 3.2 Mechanizmy współistnienia zaburzeń psychicznych z innymi chorobami niezakaźnymi

**Źródło:** Patel V, Chatterji S. Integrating mental health in care for noncommunicable diseases: An Imperative for person-centered care. Health Affairs 2015;34(9):1498-505.

Uwzględniając powyższe podejście, zespoły podstawowej opieki zdrowotnej w Holandii zatrudniają od 2015 r. psychologów, pielęgniarki ze specjalizacją w opiece psychiatrycznej oraz pracowników społecznych. Osoby te pracują pod wspólną nazwą specjalisty zdrowia psychicznego i podlegają lekarzowi POZ. Ich „pacjentami” są osoby z depresją, lękami lub objawami stresu, którym nie postawiono diagnozy psychiatrycznej zgodnie z klasyfikacją

DSM-5.<sup>21</sup> U specjalistów tych konsultują się także pacjenci z współistniejącymi przewlekłymi chorobami somatycznymi i zaburzeniami psychicznymi, zwykle depresją.

Pojawienie się tych specjalistów przyniosło efekt w postaci znacznego zmniejszenia liczby skierowań do specjalistycznej ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej. W magazynach specjalistycznych obserwuje się doniesienia związane z pozytywnymi doświadczeniami raportowanymi przez lekarzy POZ, niemniej jednak nie pojawiły się jeszcze oceny w publikacjach naukowych. Holenderskie instytuty polityki zakładają 30% redukcję liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych na przestrzeni kolejnych kilkunastu lat na skutek rozszerzenia świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

### Zwiększenie zakresu opieki paliatywnej świadczonej przez zespoły podstawowej opieki zdrowotnej

Opieka paliatywna w Stanach Zjednoczonych,<sup>22</sup> Wielkiej Brytanii<sup>23</sup> oraz w Holandii jest coraz częściej świadczona przez specjalne zespoły opieki paliatywnej i programy hospicyjne. Pytanie brzmi, czy tendencja ta będzie nadal rozwijać się bez zakłóceń w przyszłości. Autorzy tacy jak Blinderman i Billings podkreślają rosnące znaczenie wykształcenia się osobnej specjalizacji w medycynie paliatywnej dla pacjentów szpitalnych w ostatniej fazie życia.<sup>24</sup> Mam wobec tego kilka wątpliwości.<sup>25</sup> W końcu większość ludzi woli umrzeć w domu niż w szpitalu lub hospicjum. Po drugie, koordynowana podstawowa opieka zdrowotna jest na chwilę obecną w stanie realizować świadczenia z zakresu opieki paliatywnej; tendencja ta eliminuje potrzebę transferu specjalistów z zespołu podstawowej opieki zdrowotnej do osobnego zespołu opieki paliatywnej lub specjalistów opieki paliatywnej.

Poza pozytywnymi i budującymi aspektami podstawowej opieki zdrowotnej, w Anglii<sup>26</sup> i w Holandii zauważa się również oczywiście także negatywne zmiany. W obu krajach podstawowa opieka zdrowotna znajduje się pod presją, ponieważ dostępne zasoby rosną wolniej, niż zapotrzebowanie na świadczenia. Wynika to z ogólnie zauważalnych tendencji wymienionych w punktach 1.3–1.6. W Anglii prowadzi to do trudności w umówieniu konsultacji z lekarzem POZ. W Holandii z kolei ubezpieczyciele zdrowotni, rady i rząd tną budżety na opiekę domową, długoterminową i świadczenia społeczne.

### 3.3 FUNKCJONOWANIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Od samego początku, istotnym czynnikiem poprawy jakości opieki oraz redukcji kosztów w sektorze podstawowej opieki zdrowotnej było ograniczenie liczby przyjęć do szpitala. Kwestię tę podnosi szereg badań przekrojowych, z których kilka ostatnich wymieniono poniżej. Interesującą publikację

na temat wpływu zakładów podstawowej opieki zdrowotnej w USA na jakość i wysokość kosztów przedstawił Maeng i wsp.<sup>27</sup> Prowadzili oni badania na grupie pacjentów Medicare (w wieku powyżej 65 lat) korzystających z usług zakładów podstawowej opieki zdrowotnej w okresie 90 miesięcy (od 2006 do końca pierwszej połowy 2013 r.). W tym okresie, koszty całkowite zakładu zindywidualizowanej podstawowej opieki zdrowotnej zmniejszyły się o ok. 7,9%; największym źródłem oszczędności była intensywne szpitalna opieka medyczna. Wniosek ten dodatkowo wzmocniło stwierdzenie, że im dłuższy okres korzystania ze świadczeń w zakładzie podstawowej opieki zdrowotnej, tym niższe wskaźniki przyjęć do szpitala. Wyniki badania sugerują, że ośrodki zindywidualizowanej podstawowej opieki zdrowotnej prowadzą do trwałej, długofalowej poprawy stanu zdrowia pacjenta oraz niższych kosztów opieki.

Często stosowanym wskaźnikiem jakości podstawowej opieki zdrowotnej jest współczynnik przyjęć do szpitala dla chorób potencjalnie możliwych do uniknięcia dzięki sprawnej podstawowej opiece zdrowotnej. Takie przyjęcia do szpitala noszą często nazwę hospitalizacji na skutek schorzeń zakładających leczenie ambulatoryjne (ACSC). W roku 2014, Loenen i wsp. opublikowali badanie literaturowe dotyczące zależności między podstawową opieką zdrowotną, a ASCS,<sup>28</sup> które objęło 49 publikacji. Jeden z wniosków stanowił, że odpowiednia liczba lekarzy POZ oraz lepsza, długofalowa ciągłość leczenia zmniejszyła liczbę możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala. Mercier i wsp. potwierdzili te ustalenia na przykładzie Francji.<sup>29</sup>

W późniejszych latach, istotnym wskaźnikiem funkcjonowania stał się wpływ podstawowej opieki zdrowotnej na zdrowie osób z chorobami przewlekłymi. Hansen i wsp.<sup>30</sup> zbadali, czy wysokiej jakości podstawowa opieka zdrowotna wiąże się z lepszymi wynikami pacjentów z chorobami przewlekłymi. Połączyli oni dane pochodzące z 27 państw Unii Europejskiej na poziomie krajowym i indywidualnym, koncentrując się na samodzielnie ocenionym przez pacjentów stanie zdrowia oraz informacjach, czy spotkali się oni z ograniczeniami w dostępie do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i czy występowały u nich nieleczone choroby.

Ustalili oni, że stan zdrowia osób z chorobami przewlekłymi częściej pozostawał dobry lub bardzo dobry w krajach z lepiej rozwiniętą strukturą podstawowej opieki zdrowotnej oraz lepszą koordynacją opieki.

Osoby z więcej niż dwoma chorobami przewlekłymi odniosły największe korzyści: oceniony przez nich stan zdrowia był wyższy, jeżeli mieszkali oni w krajach o lepiej rozwiniętej strukturze podstawowej opieki zdrowotnej, lepszej koordynacji opieki oraz z bardziej kompleksowym pakietem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Weir i wsp.<sup>31</sup> zgodzili się z tym wnioskiem. Przeanalizowali oni dane statystyczne 285 231 Amerykanów z cukrzycą w latach 2004–2010. U 74% zaobserwowano wielochorobowość; ich średni wiek wynosił 53 lata (SD = 10,5), a 49% stanowiły kobiety. Wyższa ciągłość leczenia była związana ze zmniejszonym ryzykiem (7,2% pacjentów na 100 w porównaniu do 13,5%) zgonów lub przyjęć do szpitala. Wynik ten był niezależny od ewentualnej wielochorobowości.

Osborn i wsp.<sup>32</sup> przebadali sposób udzielania świadczeń pacjentom ze złożonymi potrzebami zdrowotnymi na międzynarodowej próbie lekarzy POZ w Stanach Zjednoczonych i dziewięciu innych krajach. Wyniki uzyskane dla próby przedstawiono na rys. 3.3.

W kilku grupach i w kilku krajach, nie przygotowano podstawowej opieki zdrowotnej wystarczająco, aby prowadzić opiekę nad takimi pacjentami. W swoim badaniu autorzy przedstawili również różne doświadczenia związane z koordynacją opieki oraz komunikacją ze specjalistami, szpitalami, świadczeniodawcami opieki domowej oraz świadczeń społecznych.

Kolejnym wskaźnikiem funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej jest liczba pacjentów przyjmowanych na szpitalne oddziały ratunkowe (SOR). Van den Berg i wsp.<sup>33</sup> przebadali powiązania prawdopodobieństwa i przyczyny trafienia na SOR z dostępem do podstawowej opieki zdrowotnej i ciągłością tej opieki. W latach 2011–2013 gromadzili oni dane od pacjentów lekarzy POZ w 31 krajach europejskich, w Kanadzie, Australii i Nowej Zelandii. Średnio 29,4% pacjentów objętych badaniem trafiło na SOR w ciągu ostatniego roku. Różnice w odsetku takich pacjentów między poszczególnymi krajami wahały się od 18 do 40%. Wizyty na SOR wykazały istotny i negatywny związek z lepszym dostępem do podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjenci o długofalowych relacjach personalnych z lekarzem charakteryzowali się niższym prawdopodobieństwem trafienia na SOR. Tylko jedna trzecia wszystkich pacjentów przyjętych na SOR wskazała, że głównym powodem przyjęcia była niemożność leczenia choroby przez lekarza POZ.

Ostatnim wskaźnikiem funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej jest bezpieczeństwo. W roku 2015 Panesar i wsp.<sup>34</sup> opublikowali przegląd literatury dotyczący tego wskaźnika. Uwzględnili w nim dziewięć przeglądów systematycznych oraz 100 badań pierwotnych. Mediana z badań przeglądowych opartych o dokumentację populacji wynosiła 2–3 incydenty na każde 100 konsultacji/dokumentacji poddanych przeglądowi. Oszacowano, że ok. 4% incydentów może być związane z ciężkimi urazami. Incydenty związane z diagnostyką i receptami na leki niosły ze sobą wyższe prawdopodobieństwo ciężkiego urazu.

Rys. 3.3 Opinie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej ujęte w raporcie dla dziesięciu krajów dotyczące tego, czy ich praktyka jest wystarczająco przygotowana do sprawowania opieki nad pacjentami ze złożonymi potrzebami zdrowotnymi, 2015

Kraj	Pacjenci z wieloma chorobami przewlekłymi (%)	Pacjenci wymagający opieki paliatywnej (%)	Pacjenci z demencją (%)	Pacjenci wymagający długoterminowych świadczeń opieki domowej (%)	Pacjenci wymagający środowiskowych świadczeń społecznych (%)	Pacjenci z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego (%)	Pacjenci z uzależnieniami (%)
Australia (n=747)	85	48	46	47	41	34	19
Kanada (n=2 284)	70	42	42	40	28	24	15
Niemcy (n=559)	88	58	67	68	71	32	14
Holandia (n=618)	88	92	65	80	25	44	16
Nowa Zelandia (n=503)	81	62	41	54	48	24	20
Norwegia (n=864)	86	54	69	78	41	56	36
Szwecja (n=2 905)	66	25	57	51	45	14	6
Szwajcaria (n=1 065)	80	48	49	64	55	26	25
Wielka Brytania (n=1 001)	79	81	64	60	44	43	41
USA (n=1 001)	76	41	47	46	32	16	16

**Źródło:** Osborn R, Moulds D, Schneider EC i wsp. Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs (Raport z badań lekarzy POZ w dziesięciu krajach dotyczący wyzwań związanych z opieką nad pacjentami ze złożonymi potrzebami zdrowotnymi). Health Affairs 2015;34(12):2104-12.



### 3.4 INNE RODZAJE KOORDYNACJI POZIOMEJ

Funkcja koordynatora pełniona przez lekarza POZ zyskuje na znaczeniu również w innych rodzajach koordynacji poziomej. W niektórych krajach koordynatorzy opieki zdrowotnej odgrywają istotną rolę w dostępie do domów opieki, specjalistycznych świadczeń zdrowia psychicznego oraz świadczeń społecznych. W Holandii stosuje się jeden punkt kontaktu dla większości rodzajów opieki. Takie podejście zmniejszyło liczbę pacjentów w domach opieki oraz innych formach opieki zinstytucjonalizowanej z 132 940 wg stanu na dzień 1 stycznia 2010 r. do 108 270 wg stanu na dzień 1 stycznia 2014 r., co stanowi spadek o 18,6%. Jest to o tyle zadziwiające, że liczba osób w wieku powyżej 80 lat w tym okresie wzrosła o 12,2% (z 647 994 do 717 089).<sup>35</sup> Niezależnie od powyższego, funkcje koordynatorów opieki zdrowotnej zostaną omówione bardziej szczegółowo w rozdziale 5.

Funkcją koordynatora na oddziale ratunkowym jest ocena pilności przyjęcia i kompetencji pracownika opieki zdrowotnej, którego dotyczy ocena. Holandia opracowała wspólny, wielospecjalistyczny system oceny dla lekarzy POZ udzielających świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, SOR oraz ratowników medycznych i dyspozytorni. Dzięki takiej koordynacji i współpracy, liczba skierowań na SOR uległa znacznej redukcji.

Koordynacja pozioma i praca zespołowa zyskują również na znaczeniu w opiece onkologicznej. Zespoły takie funkcjonują w szpitalach w Szkocji, ale również w innych lokalizacjach. W Szkocji zespoły takie składają się z lekarzy chirurgów, patologów, internistów, radiologów i wykwalifikowanych pielęgniarek. Zespoły pracują wg wielospecjalistycznych wytycznych, przeprowadzają formalne, cotygodniowe spotkania, regularnie przeprowadzają audyty oraz współpracują z organami kontrolnymi w regionie. Wprowadzenie koordynacji poziomej wiązało się z wyższymi wskaźnikami przeżywalności oraz mniejszym zróżnicowaniem wskaźników przeżywalności między poszczególnymi szpitalami.<sup>36</sup>

Oddział Intensywnej Diagnostyki Medycznej jest klinicznym oddziałem opieki dziennej, do którego można przyjmować pacjentów pozaplanowych. Na oddziale prowadzi się szybką diagnostykę, opracowuje się plan leczenia oraz je rozpoczyna. Maksymalna długość pobytu pacjenta na takim oddziale wynosi 48 godzin. W Stanach Zjednoczonych, Anglii i Australii takie oddziały funkcjonują od dłuższego czasu. Oddziały Intensywnej Diagnostyki Medycznej (AMAU) proponuje się jako rozwiązanie alternatywne dla często przeciążonych szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) w zakresie oceny stanu zdrowia pacjentów wymagających intensywnej opieki medycznej.



Watts i wsp.<sup>37</sup> poddali ocenie destynacje wypisów ze szpitala pacjentów kierowanych do nowo utworzonych AMAU w okresie sześciu miesięcy. Zaobserwowali oni spadek współczynnika przyjęć na zwykłe oddziały szpitalne do 12,5% wszystkich pacjentów AMAU. W tym samym okresie, na zwykłych SOR zaobserwowano współczynnik przyjęć rzędu 43,3%. Wartości te osiągnięto w drodze bezpośredniej komunikacji z lekarzami POZ, wielospecjalistycznym zespołem lekarzy chirurgów, internistów oraz lekarzy innych specjalizacji, uprawnionych specjalistów podejmujących decyzje kliniczne oraz zapewniających natychmiastowy dostęp do leczenia ambulatoryjnego w oparciu o wyniki badań diagnostycznych.

### 3.5 PRACA ZESPOŁOWA JAKO PODSTAWA KOORDYNACJI POZIOMEJ

Przykładem koordynacji poziomej jest koordynowana podstawowa opieka zdrowotna, opisana powyżej i zdefiniowana w punkcie 2.1. Inne przykłady koordynacji poziomej obejmują sieć onkologów leczących pacjentów z nowotworami w tym samym regionie oraz zespół ekspertów w krajowym centrum leczenia oparzeń. Podstawą koordynacji poziomej jest praca zespołowa

O pracy zespołowej i współpracy można mówić, gdy specjaliści pracują w zespole odbywającym regularne spotkania, którego członkowie znają się osobiście. Zgodnie z tezą postawioną przez Mintzberga<sup>38</sup> można wyróżnić sześć mechanizmów koordynujących:

- 1 koordynacja nieformalna;
- 2 nadzór bezpośredni;
- 3 standaryzacja procesów pracy;
- 4 standaryzacja wyników;
- 5 standaryzacja umiejętności i wiedzy; oraz
- 6 standaryzacja norm.

W roku 2005 D'Amour<sup>39</sup> i wsp. opublikowali kompleksowy przegląd literatury dotyczący inspirującej współpracy wielospecjalistycznej. Pięć wymogów determinujących taką współpracę przedstawiono na rys. 3.4.

Butt<sup>40</sup> i wsp. określili trzy aspekty współpracy mające wpływ na opiekę nad pacjentem:

- 1 warunki podstawowe;
- 2 czynniki organizacyjne; oraz
- 3 czynniki społeczne, takie jak różnice w statusie społecznym oraz różnice dochodowe między współpracującymi specjalistami.

Autorzy wyróżniają trzy efekty współpracy. Pierwszym z nich jest większa motywacja do współpracy. Motywację taką można uzyskać w drodze poprawy

ww. warunków podstawowych. Drugi wynik współpracy dotyczy usprawnień organizacyjnych w dziedzinie aspektów 2 i 3. Trzecim efektem jest lepsza jakość opieki nad pacjentem oraz poprawa stanu zdrowia populacji docelowej. Jest to niewątpliwie najważniejszy efekt współpracy.

Rys. 3.4 Pięć warunków współpracy między specjalistami

1	Wspólne obowiązki, podejmowanie decyzji, filozofia, dane, planowanie i interwencje
2	Partnerstwo: oparte na koleżeństwie, szczerze, konstruktywne, otwarte, oparte na uczciwości, wzajemnym zaufaniu i poszanowaniu
3	Współzależność: brak autonomii, kolektywność, wspólne działania
4	Wspólne uprawnienia: wiedza i doświadczenie ważniejsze od funkcji i tytułów; relacje oparte na symetrii
5	Proces rozwoju: nieustanne przekształcanie, budowa, przekraczanie granic między poszczególnymi dyscyplinami i dziedzinami

**Źródło:** D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriquez L i in. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005;19:Suppl 1:116-31.

W roku 2012 Barr, emerytowany profesor kształcenia wielospecjalistycznego,<sup>41</sup> opublikował ostrzeżenie: sama koordynacja struktur organizacyjnych nie wystarczy do nawiązania współpracy. Xyrichis i Lowton przyznali mu rację w opracowanym przez siebie przeglądzie literatury.<sup>42</sup> Samo utworzenie struktury formalnej jest niewystarczające, zwłaszcza gdy skutkuje pogorszeniem się warunków podstawowych określonych przez Butta i in. Reeves i wsp.<sup>43</sup> postulują wprowadzenie systemów ocen stanu zdrowia, wytycznych, drzew decyzyjnych oraz ścieżek opieki jako narzędzi służących poprawie współpracy specjalistycznej.

W przypadku interwencji multidyscyplinarnych współpraca wielospecjalistyczna ma w praktyce miejsce w ośrodkach opieki zdrowotnej. Do powyższych spostrzeżeń Holmesland i wsp.<sup>44</sup> oraz Kilgore i wsp.<sup>45</sup> dodali wzajemne zaufanie oraz zrozumienie jako istotne czynniki sprzyjające udanej współpracy.

Belbin identyfikuje dziewięć ról, które członkowie zespołu powinni przyjąć i wszystkie je zrealizować; członkowie zespołu powinni się wzajemnie uzupełniać. Ponadto Parker-Olivier<sup>46</sup> wskazuje na elastyczność jako na istotny czynnik relacji opartych na współpracy. Wszystko opiera się na założeniu, że specjaliści muszą pozwolić innym specjalistom wkroczyć na swe terytorium i uzgodnić zasady współpracy poza własnym obszarem działań, o ile jest to podyktowane zaistniałą sytuacją.

W przypadku pracy zespołowej kluczowe znaczenie ma alokacja obowiązków w zakresie opieki zdrowotnej. Efektem niewłaściwej alokacji obowiązków jest dezorientacja pacjentów i zespołu w zakresie podziału zadań oraz powstanie ryzyka dla ciągłości leczenia. W roku 2010, dzięki współpracy organizacji specjalistów i pacjentów w Holandii, określono trzynaście kluczowych zasad dotyczących alokacji obowiązków w zespole. Poniższy tekst oparto o treść dwóch pierwszych zasad. Pacjent powinien mieć zawsze świadomość, kto spośród zaangażowanych świadczeniodawców pełni funkcję punktu kontaktowego w zakresie pytań zadawanych przez pacjentów lub ich przedstawicieli; kto jest (ostatecznie) odpowiedzialny za sprawowanie opieki zdrowotnej nad pacjentem; czym zadaniem jest koordynacja opieki zdrowotnej nad pacjentem (kto jest koordynatorem opieki zdrowotnej). Alokacja tych trzech zadań między jak najmniejszą liczbę świadczeniodawców opieki zdrowotnej ma tu kluczowe znaczenie.

Jeśli jest to możliwe, zadania te powinny być pełnione przez jednego świadczeniodawcę. W razie potrzeby wszyscy współpracujący świadczeniodawcy opieki zdrowotnej powinni uczestniczyć we wspólnej i aktualnej opiece nad pacjentem lub mieć dostęp do jego planu leczenia.

Valentine i wsp. zidentyfikowali 39 kwestionariuszy oceniających pracę zespołową. Kwestionariusze oceniały różne aspekty pracy zespołowej. Najczęściej ocenianymi aspektami była komunikacja, koordynacja i poszanowanie. Jedenaście z 39 kwestionariuszy spełniło wszystkie kryteria ważności psychometrycznej.

### **3.6 ODPOWIEDŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU**

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób opieka koordynowana poziomo przyczyni się do realizacji filozofii potrójnego celu w nadchodzących latach?

Wnioski oznaczone poniżej gwiazdką zostały oparte o badania przeprowadzone w jednym kraju lub też o pojedyncze badanie. Badania, na których oparto odpowiedzi, zostały omówione w punktach 3.3 oraz 3.4.

#### **Potrójny cel 1: Poprawa stanu zdrowia populacji**

- 1 Podstawowa opieka zdrowotna przyczynia się do zmniejszenia liczby przyjęć do szpitala.
- 2 Opieka ta zmniejsza zwłaszcza liczbę możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala.

- 3 Sprawna podstawowa opieka zdrowotna poprawia stan zdrowia osób z chorobami przewlekłymi.
- 4 Im powszechniejszy dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej w danym kraju, tym większy spadek liczby przyjęć na oddziały ratunkowe.

### Potrójny cel 2: Poprawa jakości opieki nad pacjentem

- 5 Podstawowa opieka zdrowotna w wielu krajach jest wciąż niewystarczająco przygotowana do świadczenia opieki nad pacjentami ze złożonymi potrzebami zdrowotnymi (patrz rys. 3.3).
- 6 2 do 3 ze 100 konsultacji w podstawowej opiece zdrowotnej jest bezpiecznych. 4% ze wszystkich konsultacji obarczonych ryzykiem niesie za sobą poważne konsekwencje. Dotyczą one przede wszystkim błędów diagnostycznych oraz przy wypisywaniu recept.
- 7 Koordynowana ocena stanu zdrowia dla wszystkich postaci świadczeń ratunkowych (świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza POZ, opieka ambulatoryjna i oddziały ratunkowe) przyczyniają się do dalszej redukcji przyjęć na SOR.\*
- 8 Koordynacja pozioma w opiece onkologicznej na poziomie szpitalnym zwiększa szansę przeżycia pacjentów z nowotworem.\*
- 9 Wielospecjalistyczne Oddziały Szybkiej Diagnostyki obniżają liczbę przyjęć do szpitala.

### Potrójny cel 3: Obniżenie kosztów opieki per capita

- 10 Im bardziej rozwinięta podstawowa opieka zdrowotna, tym niższe będą całkowite koszty opieki.\*

## BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 3

- 1 Huygen F. De Huisarts en de wetenschap. Medisch Contact 1956:730-9.
- 2 Structuurnota Hendriks. Den Haag: Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 13 01 2. [http://www.resourcessgd.kb.nl/SGD/19741975/PDF/SGD\\_19741975\\_0002748.pdf](http://www.resourcessgd.kb.nl/SGD/19741975/PDF/SGD_19741975_0002748.pdf)
- 3 NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde: generalistisch, persoonsgericht en continu. Vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 9 juni 2011. Utrecht: NHG, 2011.
- 4 Policybrief health services research. [www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Policybrief-health-services-research.pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Policybrief-health-services-research.pdf).
- 5 Hassel DTP van, Kasteleijn A, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2014. Utrecht: NIVEL, 2015.
- 6 Committee on Integrating Primary Care and Public Health; Board on Population Health and Public Health Practice; Institute of Medicine. Primary care and public

- health. Exploring integration to improve population health. New York: National Academies Press, 2012.
- 7 WHO. Primary health care, now more than ever. Geneva: The World Health Report, 2008. [www.who.int/whr/2008/o8\\_contents\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/o8_contents_en.pdf).
  - 8 Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Revised edition. New York: Oxford University Press, 1998.
  - 9 Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002;60(3):201-18.
  - 10 Wise CG, Alexander JA, Green LA i wsp. Journey toward a patient-centered medical home: readiness for change in primary care practices. *Milbank Q* 2011;89(3):399-424.
  - 11 Jaén CR, Ferrer RL, Miller WL i wsp. Patient outcomes at 26 months in the patient-centered medical home national demonstration project. *Ann Fam Med* 2010;8:Suppl 1:S57-67;S92.
  - 12 Fields D, Leshen E, Patel K. Driving quality gains and cost savings through adoption of medical homes. *Health Affairs* 2010;29(5):819-26.
  - 13 Rosenthal TC. The Medical Home: Growing evidence to support a new approach to primary care. *J Am Board Fam Med* 2008;21(5):427-40.
  - 14 Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, i wsp. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327(7425):1219-21.
  - 15 Heijden JP van der, Keizer NF de, Bos JD i wsp. Tele dermatology applied following patient selection by general practitioner in daily practice improves efficiency and quality of care at lower costs. *Br J Dermatol* 2011;165(5):1058-65.
  - 16 Olde Rikkert MGM, Melis RJE, Jurgen AHR i wsp. Waarschuwingssignalen voor acute verergering van chronische ziekten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A8150.
  - 17 Grinten TED van der. De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek [thesis]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1987.
  - 18 Schnabel P. The mental health services: more than psychiatry alone. W: Schrijvers AJP i wsp. (ed.). *Health and health care in the Netherlands*. Lochem: De Tijdstroom, 1997.
  - 19 Ravelli DP. De-institutionalisation of mental health care in the Netherlands from 1993–2004 [PhD thesis]. Utrecht: Utrecht University, 2005.
  - 20 Patel V, Chatterji S. Integrating mental health in care for noncommunicable diseases: an imperative for person-centered care. *Health Affairs* 2015;34(9):1498-505.
  - 21 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*.
  - 22 Halpern SD. Toward evidence-based end-of-life care. *N Engl J Med* 2015;373(21):2001-3.
  - 23 Hughes J. UK: the best place in the world to die. *BMJ* 2015;351:h5440.
  - 24 Blinderman D, Billings JA. Comfort care for patients dying in the hospital. *N Engl J Med* 2015;373(26):2549-61.
  - 25 Aldridge MD, Hasselaar J, Garralda E i wsp. Education, implementation and policy barriers to greater integration of palliative care: a literature review. *Palliat Med* 2016;30(3):224-39.

- 26 House of Commons Health Committee. Primary care. Fourth Report of Session 2015–16, HC 408. London: House of Commons, 2016.
- 27 Maeng DD, Khan N, Tomcavage J i wsp. Reduced acute inpatient care was largest savings component of Geisinger health system's patient-centered medical home. *Health Affairs* 2015;34(4):636-44.
- 28 Loenen T van, Berg MJ van den, Westert GP, i wsp. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Fam Pract* 2014;31(5)502-16.
- 29 Mercier G i wsp. Geographic variation in potentially avoidable hospitalizations in France. *Health Affairs* 2015;34(5):836-43.
- 30 Hansen J. Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions. *Health Affairs* 2015;34(9):1531-7.
- 31 Weir DL, McAlister FA, Majumdar SR i wsp. The interplay between continuity of care, multimorbidity, and adverse events in patients with diabetes. *Med Care* 2016;54(4):386-93.
- 32 Osborn R, Moulds D, Schneider EC, i wsp. Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs. *Health Affairs* 2015;34(12):2104-12.
- 33 Berg MJ van den, Loenen T van, Wester GP. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Fam Pract* 2016;33(1):42-50.
- 34 Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A i wsp. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf* 2016;25(7):544-53.
- 35 Statline Electronic Database <http://statiine.cbs.nl>.
- 36 Kesson EM, Allardice GM, George WD i wsp. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. *BMJ* 2012;344:e2718.
- 37 Watts M, Powys L, Hora CO i wsp. Acute medical assessment units: an efficient alternative to in-hospital acute medical care. *Ir Med J* 2011;104(2):47-9.
- 38 Mintzberg H. The structuring of organizations. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979.
- 39 D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriquez L i wsp. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005;19:Suppl 1:116-31.
- 40 Butt G, Markle-Reid M, Browne G. Interprofessional partnerships in chronic illness care: a conceptual model for measuring partnership effectiveness. *Int J Integr Care* 2008;8:e08.
- 41 Barr H. Integrated and interprofessional care. *Int J Integr Care* 2012;12:e135.
- 42 Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008;45(1):140-53.

- 43 Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J i wsp. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD002213.
- 44 Holmesland AL, Seikkula J, Nilsen O i wsp. Open dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration. *Int J Integr Care* 2010;10 (3).
- 45 Ilgore RV, Langford RW. Reducing the failure risk of interdisciplinary healthcare teams interdisciplinary. *Crit Care Nurs Q* 2009;32(2):81-8.
- 46 Parker-Olivier D, Peck M. A model for interdisciplinary collaboration. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2006;2(3)7-21.





## 4 Opieka koordynowana pionowo dla pacjentów w ogólnych i szczególnych grupach docelowych, np. obejmujących osoby z chorobami przewlekłymi

Opiekę koordynowaną pionowo (zdefiniowana w punkcie 2.1) można zorganizować dla określonych zmian rodzaju opieki (punkt 4.1), w programach ukierunkowanych na szczególne grupy docelowe (punkty 4.2–4.5) oraz w systemach opieki zdrowotnej (punkt 4.6). Każdy punkt zawiera opisy realizowanych metod świadczenia opieki oraz ich wkładu w realizację potrójnego celu. W punkcie 4.7 dokonano podsumowania całości wkładu. Wprowadzono także nowy termin: wiarygodność. Interwencja jest uznawana za wiarygodną, jeżeli istnieje wspierająca ją teoria nieprzebadana do tej pory empirycznie. Jeden istotny przejaw świadczenia opieki, który nie został omówiony w tym rozdziale to koordynacja pionowa opieki nad indywidualnymi pacjentami. Metoda ta zostanie omówiona w rozdziale 5 dotyczącym zarządzania konkretnym przypadkiem chorobowym.

### 4.1 OPIEKA PRZEJŚCIOWA

Celem opieki przejściowej jest zagwarantowanie ciągłości leczenia podczas przenoszenia pacjentów z ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej do ośrodków opieki specjalistycznej świadczonej przez specjalistów szpitalnych, specjalistów opieki geriatrycznej oraz zdrowia psychicznego. W oparciu o przegląd literatury oraz doświadczenia osobiste zidentyfikowano metody świadczenia opieki przejściowej przedstawione na rys. 4.1. Zostały one omówione poniżej.

Rys. 4.1 Metody świadczenia opieki przejściowej

1	Lekarze specjaliści udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej
2	Polikliniki zapewniające ogólne wsparcie diagnostyczne i terapeutyczne świadczone przez specjalistów
3	Ścieżki diagnostyczne wspierające podstawową opiekę zdrowotną
4	Standaryzowane ścieżki wypisu dla pacjentów hospitalizowanych
5	Punkty transferowe w szpitalach

W Stanach Zjednoczonych i Niemczech, lekarze ginekolodzy, pediatrzy i psychiatrzy pracujący wyłącznie w podstawowej opiece zdrowotnej nazywają się lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Przykładowo, w podstawowej opiece zdrowotnej w Niemczech pracuje duża liczba lekarzy ortopedów prowadzących leczenie zachowawcze, bez zabiegów chirurgicznych. Takie działanie ma na celu zapobiegnięcie sytuacjom, w których lekarze ortopedzi powiązani z konkretnym szpitalem organizują własne zasady dostępu do operacji stawu biodrowego i kolanowego. Lekarz pracujący wyłącznie w podstawowej opiece zdrowotnej powinien najpierw zorientować się w potrzebach pacjenta i zaoferować leczenie zapobiegawcze.

W Holandii, wielu lekarzy specjalistów chce pracować w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej w niepełnym wymiarze godzin. Ich motywy są dwukierunkowe. Po pierwsze, dokładniejsza diagnostyka pozwala na dalsze leczenie pacjentów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Po drugie, specjaliści zabezpieczają własną pozycję, zachęcając lekarzy POZ do kierowania pacjentów do nich oraz do szpitali, w których pracują.

Współczesna forma takiej koordynacji pionowej przyjmuje kształt konsultacji kontrolnej, co zostało przedstawione na rys. 4.2, z podaniem przykładu. Inne studium przypadku wskazuje, że takie konsultacje dają pozytywne efekty i są dobrze odbierane.<sup>1</sup>

### Poliklinika

Poliklinika w Wielkiej Brytanii jest wspólną poradnią zatrudniającą zarówno lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak i lekarzy specjalistów. Organizacja King's Fund dokonała oceny kilku eksperymentów przeprowadzonych w poliklinikach w badaniu jakościowym. Autorzy rozróżniają trzy postacie poliklinik. Pierwszą z nich jest samodzielna przychodnia, najlepiej sprawdzająca się na obszarach słabo zaludnionych. W drugim rodzaju polikliniki, lekarze specjaliści pracują w ośrodkach opieki zdrowotnej wspólnie z lekarzami POZ; układ ten

okazał się nieskuteczny, ponieważ szpitale często wysyłają lekarzy stażystów lub lekarzy o mniejszym doświadczeniu do pracy w takich ośrodkach. Dla lekarzy POZ tacy lekarze specjaliści reprezentują niewielką wartość dodaną. Wielu specjalistów pojawia się wyłącznie na kilka godzin w wybrane dni tygodnia. Badacze King's Fund wyróżnili jednak trzecią, doskonale funkcjonującą postać polikliniki. W takiej poliklinice szpital ma w zasadzie charakter wirtualny. Pacjenci mogą zapisywać się na wizyty u specjalistów w trybie online, a także otrzymywać informacje o kolejkach oraz czasie oczekiwania na wizytę. Lekarze POZ mogą komunikować się ze specjalistami w drodze wideokonferencji, najlepiej w obecności pacjenta. Ponadto lekarze POZ mogą wnosić o przeprowadzenie uzupełniających szpitalnych badań diagnostycznych w trybie online.

Rys. 4.2 Przykład koordynacji pionowej: konsultacje kontrolne

Lekarze POZ w ośrodku opieki zdrowotnej Broekpolder w gminie Heemskerk, Holandia, a także lekarze pediatrii z pobliskiego szpitala Czerwonego Krzyża odbywają cykliczne spotkania raz na osiem tygodni. Podczas wspólnych konsultacji lekarskich przyjmują sześciu pacjentów, poświęcając średnio dwadzieścia minut na jednego pacjenta. W wielu przypadkach pacjentami takimi są dzieci z zaburzeniami wzrostu, przychodzące w towarzystwie rodziców: dzieci ważą zbyt dużo, zbyt mało lub zbyt wolno rosną. Zilveren Kruis, firma z branży ubezpieczeń zdrowotnych afiliowana w Broekpolder, płaci lekarzom POZ stałą stawkę za takie konsultacje. Stawki te pokrywają czas poświęcony na konsultacje przez lekarzy POZ i przez pediatrów, czas przygotowania do konsultacji, czas poświęcony na raportowanie, a także na organizację i przeprowadzenie konsultacji kontrolnych. Konceptcja ta spotkała się z olbrzymim entuzjazmem rodziców i dzieci, które, w znanym sobie otoczeniu i bez obecności „białych fartuchów”, mogą spotkać się z dwoma lekarzami zamiast z jednym. Dzięki temu mogą one w pełni korzystać z wytycznych dotyczących zachowań oraz przyjmowanych leków. Również reakcja lekarzy POZ jest pozytywna, ponieważ takie działania pozwala im poszerzyć portfel świadczeń. Wspólne konsultacje medyczne to również doskonała możliwość zdobycia doświadczeń. Opinia lekarzy pediatrów także jest pozytywna. Uzyskują oni dużą ilość informacji zwrotnych od lekarzy POZ mających częstszy kontakt z dziećmi i czasami dostarczających również informacji od lekarzy szkolnych w Broekpolder. Lekarze pediatrii odbierają tę zmianę pozytywnie i postrzegają ją jako ucieczkę od napiętego harmonogramu szpitalnego. Obserwują także wyższy odsetek zatrzymania pacjentów: tylko jeden na sześciu pacjentów jest kierowany do poradni przyszpitalnej do dalszych badań diagnostycznych przez lekarzy pediatrów. Firma ubezpieczeniowa Zilveren Kruis jest również zadowolona z wyników. Konsultacje kontrolne pozwoliły na wygenerowanie 10% oszczędności w kosztach szpitalnych. Po docenieniu wartości konsultacji kontrolnych, zaczęły one być organizowane w innych spółkach lekarzy specjalistów, np. ginekologów, internistów i ortopedów. Konsultacje kontrolne powodują straty szpitali z tytułu utraconych przychodów za korzystanie z infrastruktury.

### Ścieżki przyspieszonej diagnostyki

W roku 2015 brytyjski Narodowy Instytut Zdrowia i Opieki (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) zalecił, aby lekarze podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki praktykujące w przychodniach posiadały

szybki, bezpośredni dostęp do świadczeń w zakresie endoskopii i obrazowania dla pacjentów z podejrzeniem nowotworu.<sup>2</sup> Jest to forma koordynacji pionowej, ponieważ bezpośredni dostęp oznacza brak konieczności angażowania lekarza chirurga lub internisty na tym etapie. Po otrzymaniu wyników endoskopii i obrazowania z laboratoriów i od radiologów, lekarze POZ decydują, czy przekazać leczenie specjalście, czy nie. Taka procedura przekłada się na szybsze postawienie diagnozy. Poprzez skrócenie czasu oczekiwania na badanie oraz przez zapewnienie pisemnego i taktownego wyjaśnienia wypisania skierowania dla pacjenta oraz znaczenia takiego skierowania, NICE dąży do skrócenia czasu między wystąpieniem problemu, a jego zdiagnozowaniem, dając pacjentom lepsze doświadczenie, zwiększając bezpieczeństwo opieki zdrowotnej i skuteczność leczenia. Postępowanie takie daje korzystne wyniki przy stosowaniu standaryzowanej ścieżki skierowań na przyśpieszoną diagnostykę w przypadku podejrzenia nowotworu. W Anglii nosi ono nazwę pilnej ścieżki skierowań. Dowody pokazują, że ścieżka ta zwiększa szanse przeżycia u pacjentów z nowotworem.<sup>3</sup> W Holandii pytanie brzmi, czy szpitale powinny szybciej przyznawać lekarzom POZ dostęp do badań pozwalających na potwierdzenie postawionej diagnozy (patrz również punkt 3.2).

### Standaryzowane ścieżki wypisu

Interwencje w ramach opieki przejściowej pod koniec okresu hospitalizacji mają na celu usprawnienie przejścia z opieki szpitalnej na domową oraz zmniejszenie liczby ponownych przyjęć do szpitala. Pod koniec pobytu w szpitalu pacjenci są przygotowywani przez pielęgniarki do powrotu do domu. W razie potrzeby, pielęgniarki mogą skontaktować się z opieką domową. Pielęgniarki szkolą również pacjentów i nieformalnych opiekunów w zakresie samoopieki w środowisku domowym. Według wyników przeglądu, jakiego dokonał Verhaegh i wsp., dotyczącego 26 randomizowanych badań kontrolowanych przeprowadzonych w różnych krajach, których wyniki przedstawiono od 1 stycznia 1980 r. do 29 maja 2013 r., taka postać opieki przejściowej jest skuteczna.<sup>4</sup> Wykazują oni skuteczność opieki przejściowej w zmniejszeniu ponownych przyjęć do szpitala z dowolnych przyczyn, a także przyjęć średnioterminowych i długoterminowych. Interwencje prowadzone w ramach programu pomocowego opieki przejściowej (ang.: care bridge programme – CBG) dla osób w podeszłym wieku przyjmowanych do szpitali również wykazały pozytywne wyniki. Program taki rozpoczyna się po przeprowadzeniu kompleksowej oceny geriatrycznej. Podczas pobytu w szpitalu pacjenta odwiedza dyplomowana pielęgniarka środowiskowa (ang.: community care registered nurse – CCRN). Wizyty te są kontynuowane po wypisaniu pacjenta i mają postać wizyt domowych po dwóch dniach od wypisu, a następnie po 2, 6, 12 i 24 tygodniach.

CCRN wdrażają plany opieki i plany leczenia w oparciu o wyniki powyższej oceny. Randomizowane badanie kliniczne wykazało istotną różnicę w ryzyku zgonu w ciągu sześciu miesięcy od wypisu: 25,2% dla osób uczestniczących w CBG oraz 30,9% dla osób nieuczestniczących w programie przejściowym. Nie stwierdzono różnic w wykonywaniu czynności dnia codziennego (ADL) po wypisie ze szpitala.<sup>5</sup>

### **Punkty transferowe w szpitalach**

Od lat dziewięćdziesiątych większość holenderskich szpitali prowadzi punkty transferowe obsługujące przejście pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej lub do innych organizacji opieki zdrowotnej. Punkty te są obsługiwane przez pielęgniarki ds. przejścia i pracowników społecznych. Ich zadaniem jest często opracowywanie programów opieki domowej, świadczeń społecznych oraz organizacja przyjęć do domów opieki, a także wystawianie pilnych powiadomień o potrzebie przyjęcia do domu opieki do rad i firm ubezpieczeniowych z branży opieki zdrowotnej płacących za opiekę domową. Szpital z 400 łózkami posiada zwykle punkt transferowy składający się z 10 stanowisk i realizujący 10 do 15 przeniesień dziennie. Obecnie funkcjonuje już sieć wiedzy, w ramach której pielęgniarki ds. przejścia informują się wzajemnie o przeszkodach finansowych, prawnych, logistycznych i innych przeszkodach związanych z przenoszeniem pacjentów szpitalnych.<sup>6</sup> W holenderskiej opiece zdrowotnej nazywa się je czasem „kanarkami w kopalniach”, które umierały jako pierwsze na skutek braku tlenu w szybie. To pielęgniarki jako pierwsze informują media specjalistyczne i masowe o stagnacji w liczbie wypisów ze szpitala, na przykład z powodu nowych przepisów lub cięć budżetowych na opiekę domową.

W porównaniu do innych krajów europejskich, przepustowość w szpitalach holenderskich jest bardzo niska, częściowo z powodu struktury punktów transferowych.

Holandia posiada najniższą liczbę czynnych specjalistów oraz niższą od średniej liczbę łóżek szpitalnych na 100 000 mieszkańców. Holendrzy również stosunkowo rzadko odwiedzają specjalistów. Ponadto średni wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych jest najniższy w Europie, a czas pobytu w szpitalu jest poniżej średniej europejskiej.<sup>7</sup>

## **4.2 PROGRAMY OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA OSÓB Z CHOROBIAMI PRZEWLEKŁYMI**

Mimo że podział na podstawową i specjalistyczną opiekę zdrowotną nadal jest uznawany za standard, po około 25 latach od zdefiniowania tego podziału przez Fry'a i Huygena narodził się ruch kontestacyjny (patrz punkt 3.1). Ruch

ten postuluje tzw. opiekę łączoną dla osób z chorobami somatycznymi, której celem jest zamknięcie luki między podstawową a specjalistyczną opieką zdrowotną. Van der Linden<sup>8</sup> opisuje w sposób szczegółowy narodziny (koniec lat osiemdziesiątych) oraz rozwój (lata dziewięćdziesiąte) tego rodzaju opieki. Opieka ta zyskała z czasem różne nazwy, w rodzaju opieki kompleksowej, programów leczenia chorób i opieki wielospecjalistycznej. Obecnie najpopularniejszym terminem stosowanym w Holandii jest „program opieki jeden i pół”, odzwierciedlający jej umiejscowienie między podstawową a specjalistyczną opieką zdrowotną.

Opieka koordynowana nad osobami z chorobami przewlekłymi pojawiła się z konieczności, jako odpowiedź na wysoką liczbę przewlekle chorych pacjentów. W roku 2011 u prawie jednej trzeciej populacji holenderskiej występowała jedna lub większa liczba chorób przewlekłych.<sup>9</sup> Oznacza to prawie 5,3 mln osób. Wartość tę oszacowano w oparciu o wybór 28 chorób mierzonych na próbie praktyk lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Choroby przewlekle występują u osób w każdym wieku, ale dominują u osób w podeszłym wieku. 70% ze wszystkich osób w wieku powyżej 65 lat cierpi na choroby przewlekle. U ponad 2 milionów osób występuje więcej niż jedna choroba przewlekła. U 63% wszystkich osób w podeszłym wieku z chorobami przewlekłymi występuje wielochorobowość. W roku 2015, badanie Globalnego Obciążenia Chorobami (ang.: Global Burden of Disease – GBD) wykazało wzrost częstości występowania wielu chorób przewlekłych i niepełnosprawności w latach 1990–2013.<sup>10</sup>

Dostępne są jedynie dość skąpe dane statystyczne dotyczące kosztów leczenia chorób przewlekłych. W roku 2008, obywatel Holandii z jedną lub większą liczbą chorób przewlekłych wydawał na leczenie ok. 5 200 euro w ramach Ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym (średnio: 2 000 euro; obywatele bez chorób przewlekłych: 1 300 euro).<sup>11</sup> Innymi słowy: ze wszystkich kosztów pokrywanych na mocy Ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym, ok. 47% wydatkowano na 2,9 mln osób z jedną lub większą liczbą chorób przewlekłych, a pozostałe 53% na Holendrów, którzy nie cierpią na takie choroby.

W ciągu ubiegłych dwudziestu lat zaobserwowano pojawienie się czterech różnych modeli teoretycznych opieki koordynowanej nad przewlekle chorymi. Są to:

- 1 Trójkąt Kaisera;
- 2 Model opieki Wagnera nad chorymi przewlekle;
- 3 Model rozwoju opieki koordynowanej Minkman;
- 4 oraz modele zarządzania procesem chorobowym w Holandii i Niemczech.

Kaiser Permanente, kalifornijska organizacja opieki zdrowotnej, opracowała trójpoziomowy Trójkąt Kaisera (patrz rys. 4.3).

Dolny poziom odzwierciedla większość pacjentów z chorobami przewlekłymi, leczącymi chorobę przy korzystaniu z regularnych świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Osoby na drugim poziomie wymagają programu zarządzania procesem chorobowym. Pacjenci o złożonych potrzebach zdrowotnych (poziom 3) wymagają również koordynatora opieki zdrowotnej dla konkretnego przypadku. Takie rozróżnienie jest bardzo istotne, ponieważ w niektórych krajach, w tym w Holandii, występuje tendencja do klasyfikowania wszystkich osób z chorobami przewlekłymi do poziomu 2. Poziom 3 zostanie omówiony w rozdziale 5, dotyczącym zarządzania konkretnymi przypadkami opieki zdrowotnej.



Rys. 4.3 Trójkąt Kaisera klasyfikujący osoby z chorobami przewlekłymi

W roku 1996, amerykański lekarz i badacz Edward Wagner opublikował znany obecnie na całym świecie model opieki nad przewlekle chorymi (ang.: chronic care model – CCM).<sup>12</sup> W tym czasie pracował jako dyrektor Group Health Research Institute w Seattle. Model ten wyróżnia sześć elementów przyczyniających się do poprawy opieki nad przewlekle chorymi: poprawa samoopieki; reorganizacja procesu opieki zdrowotnej; obecność wsparcia decyzyjnego; obecność jednolitego systemu informacyjnego; spójna organizacja oraz wykorzystywanie wsparcia i zasobów rodzinnych lub środowiskowych. Powyższe sześć elementów jest połączonych ze sobą w ramach programowego proaktywnego podejścia. Model CCM ma zastosowanie do osób z jedną chorobą przewlekłą, a także z wielochorobowością.



W modelu zaleca się powierzenie koordynacji opieki zdrowotnej nad pacjentami w ręce pielęgniarki, a nie lekarza. Dokładne wyjaśnienie tego podejścia można znaleźć na stronie internetowej instytutu w Seattle: [www.improvinchroniccare.org](http://www.improvinchroniccare.org).

W roku 2009 Coleman i wsp. (m.in. Wagner) opublikowali badanie literaturowe dotyczące efektów wdrożenia modelu opieki nad przewlekle chorymi.<sup>13</sup> Badaniem objęły 82 artykuły dotyczące projektów, w których wprowadzono co najmniej cztery z sześciu elementów CCM. We wnioskach stwierdzono, że pacjenci w grupach interwencyjnych mieli większą świadomość własnego stanu zdrowia, otrzymywali więcej opieki świadczonej zgodnie z wytycznymi specjalistycznymi, mniej korzystali ze świadczeń ratunkowych oraz spędzili o 35% mniej dni w szpitalu. Stwierdzono również, że poprawa tylko jednego z sześciu elementów nie będzie mieć żadnego wpływu na wyniki zdrowotne lub proces jakości. W roku 2005 Glasgow i wsp. opracowali instrument mierzący doświadczenia pacjentów wyniesione ze świadczenia opieki koordynowanej zgodnie z zasadami CCM.<sup>14</sup>

W roku 2015 Davy i wsp. przeprowadzili podobne badanie. Większość ze 108 poddanych przeglądowi prac zawierających mierniki efektywności wykazywała związek między wdrożeniem elementów CCM, a poprawą praktyki opieki zdrowotnej lub wynikami zdrowotnymi osób z chorobami przewlekłymi. Badacze nie uwzględnili badań nad efektywnością kosztową.

### 4.3 PROGRAMY ZARZĄDZANIA PROCESEM CHOROBYM W USA I HOLANDII

W latach dziewięćdziesiątych Boston Consulting Group (BCG) wprowadziła termin „zarządzanie procesem chorobowym” (ang.: disease management). BCG opracowała tę koncepcję w oparciu o doświadczenia organizacji opieki koordynowanej i utrzymania stanu zdrowia. Program zarządzania procesem chorobowym różni się od swych poprzedników ukierunkowaniem na leczenie jednej choroby. Koncepcja ta szybko zdobyła popularność w kręgach naukowych w Stanach Zjednoczonych.<sup>15</sup> Wiele lat później, pojawiła się ona w Europie, w szczególności w Niemczech i Holandii. *International Journal of Integrated Care* ([www.ijic.org](http://www.ijic.org)) poświęcił temu tematowi wiele uwagi. W roku 2009, jako redaktor naczelny tego czasopisma, zgromadziłem wszystkie definicje zarządzania procesem chorobowym, które pojawiły się od roku 1996 i w oparciu o nie stworzyłem nową definicję:

*„Na zarządzanie procesem chorobowym składa się szereg spójnych interwencji zaprojektowanych w celu zapobiegania lub zarządzania jedną lub większą liczbą chorób przewlekłych z wykorzystaniem systematycznego i wielospecjalistycznego*



*podejścia i ewentualnie z zastosowaniem wielu metod leczenia. Celem zarządzania procesem chorobowym jest identyfikacja osób zagrożonych wystąpieniem jednej lub wielu chorób przewlekłych, promowanie samoopieki przez pacjentów oraz leczenie chorób lub stanów chorobowych z maksymalną efektywnością i skutecznością kliniczną, niezależnie od ośrodka (ośrodków) opieki zdrowotnej lub standardowych schematów refundacji.”*

Wciąż podtrzymuję aktualność tej definicji. Dzięki wsparciu ze strony Holenderskiej Organizacji Badań Naukowych i Rozwoju (ang.: Netherlands Organisation for Health Research and Development – NWO) oraz wspólnie z innymi badaczami w roku 2005 opublikowałem książkę dotyczącą tego tematu. W pozycji tej opisaliśmy dziesięć charakterystycznych cech dotyczących programu zarządzania procesem chorobowym (ang.: disease management programme – DMP). Opracował je C. Spreeuwenberg, jeden z autorów. Zostały one wymienione na rys. 4.4.

Dzięki książce oraz pracy wielu osób, w Holandii uruchomiono szereg inicjatyw z zakresu DMP, w mniejszym lub większym stopniu równoległe do USA. Opublikowano już pierwsze badania przeglądowe – ograniczę się tu do tych badań – ocen programów zarządzania procesem chorobowym.<sup>16</sup> Autorzy: Weingarten i wsp. porównali 102 artykuły dotyczące 118 programów zarządzania procesem chorobowym. We wnioskach stwierdzili, że do tego czasu programy DMP obejmowały głównie edukację pacjentów (92 ze 118 artykułów), dalsze szkolenia (47 na 118) oraz informacje zwrotne dla specjalistów (32 z 118). 70 na 118 programów wykorzystywało więcej niż jedną z ww. interwencji. Ostatnie dwie interwencje doprowadziły do istotnej poprawy zgodności specjalistów (tj.: większej zgodności z wytycznymi obowiązującymi w ich specjalizacji) lub innymi słowy do poprawy procesu jakości zdefiniowanego przez Donabediana (patrz punkt 2.4). Również samoopieka pacjentów uległa znacznej poprawie dzięki edukacji i dwóm innym interwencjom. Autorzy zwrócili uwagę na różnorodność praktycznych zastosowań interwencji oraz ich przydatność w leczeniu wielu chorób przewlekłych.

Rys. 4.4 Dziesięć cech charakterystycznych idealnego programu zarządzania procesem chorobowym

1	Dobrze zdefiniowana grupa docelowa
2	Edukacja pacjentów
3	Nacisk na profilaktykę, współpracę i leczenie
4	Działanie w oparciu o zasadne wytyczne i umowy o współpracy

Rys. 4.4 – ciąg dalszy

5	Wykorzystywanie ścieżek opieki zdrowotnej oraz drzew decyzyjnych
6	Realokacja zadań z lekarzy na pielęgniarki
7	Stosowanie nowoczesnych technologii informacyjnych
8	Korzystanie z informacji zwrotnych oraz innych instrumentów zarządzania
9	Efektywna struktura organizacyjna
10	Stała stawka za pacjenta z chorobą przewlekłą

**Źródło:** Spreeuwenberg C. Ten characteristics of an ideal disease management programme. W: Schrijvers G (Ed). Disease management in context of the Netherlands. Utrecht: Igitur Publishing & Archiving/University Library Utrecht, 2005.

W roku 2004 Gonseth i wsp.<sup>17</sup> przeprowadzili kompleksowe badanie literaturowe dotyczące przyjęć do szpitali pacjentów z niewydolnością serca, uczestniczących i nieuczestniczących w DMP. Stwierdzili oni istotne zmniejszenie liczby przyjęć do szpitala osób uczestniczących w programie DMP dotyczącym niewydolności serca. W roku 2005 Goetzel i wsp. opublikowali badanie literaturowe dotyczące 44 artykułów, w którym wykazali obecność zwrotu z inwestycji (RoI) w programach zarządzania procesem chorobowym.<sup>18</sup> Zwroty te mają postać rocznych oszczędności w długoterminowych programach DMP. Autorzy wykazali dodatni zwrot z inwestycji w programach ukierunkowanych na leczenie niewydolności serca oraz pacjentów z wielochorobowością. W roku 2009 Holenderski Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska (RIVM) przeprowadził badanie literaturowe dotyczące efektywności DMP.<sup>19</sup> Drewes i inni współpracownicy z RIVM zebrali 19 metaanaliz i 8 badań przeglądowych. Większość DMP obejmuje interwencje w rodzaju promocji samoopieki, umów o koordynację zawieranych między lekarzami specjalistami, wsparcia decyzyjnego dla specjalistów oraz koordynowanych systemów informacyjnych. Działania profilaktyczne są stosowane sporadycznie. DMP wykazują istotną poprawę wyników klinicznych, jakości życia oraz jakości procesu. Natomiast wskaźnik korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz satysfakcji pacjenta nie uległ poprawie. Podobne lub mniej korzystne wyniki wykazano w badaniach przeglądowych dotyczących programów dla osób po udarze oraz z POChP.<sup>20</sup>

Autorzy ww. badań przeglądowych zauważają, że wspomniane powyżej poprawy różnią się w zależności od badania oraz choroby. Inne badania przeglądowe również wskazują zróżnicowane wyniki.<sup>21</sup> Należy tu jeszcze uwzględnić

jeden duży program DMP zorientowany na profilaktykę: prowadzony na wielką skalę przez organizację Kaiser Permanente program zapobiegania nadciśnieniu, funkcjonujący od roku 2001 i zorientowany na wysokiej jakości monitoring, wizyty domowe oraz udokumentowane leczenie.<sup>22</sup> Program ten objął w efekcie 80% osób z nadciśnieniem.<sup>23</sup>

#### **4.4 PROGRAMY ZARZĄDZANIA PROCESEM CHOROBYM W NIEMCZECH**

W roku 2002 rząd Niemiec, składający się wówczas z SPD i Zielonych, wprowadził programy zarządzania procesem chorobowym dla osób z cukrzycą insulinozależną typu 2, rakiem piersi, astmą oraz chorobami sercowo-naczyniowymi. Na późniejszym etapie do listy dołączono DMP dla osób z POChP oraz cukrzycą typu 1. Programy te koncentrują się na monitoringu jednej choroby. Lekarze POZ i lekarze specjaliści przekazują odpowiednie wskaźniki dla procesu opieki zdrowotnej oraz końcowego poziomu jakości dla danej choroby na główną stronę internetową regionu. Instytucje administrujące stronami internetowymi funkcjonują niezależnie od lekarzy i ubezpieczycieli w sektorze opieki zdrowotnej. Lekarze uczestniczący w programie otrzymują regularnie informacje zwrotne dotyczące uzyskanych wyników: dostarczane przez nich dane są porównywane z danymi przekazywanymi przez innych lekarzy.

Lekarze uczestniczą w kursach przypominających co najmniej dwa razy w roku. Podczas takich kursów omawiane są tendencje i różnice w informacjach zwrotnych.

Lekarze otrzymują także stałą kwotę wynoszącą ok. 500 euro rocznie za pacjenta z chorobą przewlekłą uczestniczącego w programie. Taka stawka kapitacyjna stanowi opłatę dodatkową: jest ona dodawana do stawek za konsultację oraz za leczenie.

Pacjenci z chorobą przewlekłą uczestniczący w programie zapisują się do programu zarządzania procesem chorobowym. Tym samym zobowiązują się do wzięcia udziału, co najmniej raz w roku, w kursie dotyczącym ich chorób oraz sposobów walki z nimi. Uczestnicy są zwolnieni z płacenia indywidualnych składek za korzystanie ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

W roku 2008 Szecsenyi<sup>24</sup> opublikował ocenę, która spowodowała znaczne zamieszanie w Niemczech i za granicą. Uczestnicy programów DMP dotyczących cukrzycy mieli o wiele lepsze zdanie o jakości leczenia niż pacjenci nieuczestniczący w programie. W roku 2010 Stock i wsp. przedstawili powiązaną, kolejną ocenę programu DMP dotyczącego cukrzycy po czterech latach od momentu jego rozpoczęcia.<sup>25</sup> Zaobserwowali oni spadek śmiertelności

oraz kosztów leków, a także opieki szpitalnej uczestników DMP w porównaniu do pacjentów nieuczestniczących w DMP. Mehring i wsp. doszli do podobnych wniosków w badaniu na 100 000 osobach z astmą przeprowadzonym w Bawarii.

#### 4.5 INNE RODZAJE OPIEKI KOORDYNOWANEJ PIONOWO

Trzy modele opieki koordynowanej omówionej w niniejszym punkcie zostały opracowane dla osób z chorobami przewlekłymi o na tyle wysokiej częstotliwości występowania, aby zorganizować dla nich opiekę w ramach istniejącej struktury podstawowej opieki zdrowotnej i szpitalnej. Nie dotyczy to osób z rzadkimi chorobami przewlekłymi. Istnieje od 5 000 do 8 000 znanych rzadkich chorób przewlekłych.<sup>26</sup> Chorobę uważa się za rzadką, jeżeli występuje u mniej niż jednego na 2 000 mieszkańców. Na terenie Europy na choroby rzadkie cierpi od 6 do 8% populacji. Jest to, ogólnie, większa grupa niż całkowita liczba osób z cukrzycą! Od czasu do czasu pojawiają się artykuły naukowe dotyczące organizacji opieki zdrowotnej nad osobami z rzadkimi chorobami przewlekłymi, np. chorobą Crohna<sup>27</sup> i przewlekłymi zawrotami głowy.<sup>28</sup> Publikacje te jednak pojawiają się sporadycznie. Waldenberger wskazuje na brak artykułów dotyczących chorób przewlekłych u osób z chorobą Parkinsona.<sup>29</sup> Pojawiła się jednak jedna publikacja dotycząca chorób rzadkich, która przyciągnęła znaczną uwagę zarówno w Holandii i za granicą: ocena sieci opieki dla osób z chorobą Parkinsona, stworzona przez prof. Bloema z Nijmegen w roku 2010.<sup>30</sup>

Innowacyjne rozwiązania zastosowane w tej sieci obejmują:

- 1 Wybór ograniczonej liczby wysoce zmotywowanych fizjoterapeutów pragnących zaangażować się w pomoc dla osób z chorobą Parkinsona;
- 2 Poszerzenie wiedzy fizjoterapeutów;
- 3 Poprawę komunikacji między centralną kliniką neurologiczną w Nijmegen oraz kierującymi lekarzami POZ i lekarzami specjalistami;
- 4 Poszerzenie wiedzy pacjentów i lekarzy specjalistów.

Wg publikacji z roku 2010, podejście to prowadzi do zmniejszenia kosztów na pacjenta o 20%. We Włoszech funkcjonują dwa programy oparte o ten sam format. Są one również ukierunkowane na pacjentów z rzadkimi chorobami przewlekłymi tj. młode osoby z anemią sierpowatą i młode kobiety z pierwotną niewydolnością jajników. Oba programy prowadzone są z powodzeniem.<sup>31,32</sup> W świetle tych sukcesów można stwierdzić, że ww. modele opieki koordynowanej można również zastosować do opieki nad osobami z innymi chorobami rzadkimi.

### Programy zarządzania wielochorobowością w Europie

Jak wspomniano w punkcie 4.4, większość postaci koordynacji pionowej jest zorientowana na leczenie jednej choroby przewlekłej. Pojawiają się jednak programy dla osób z wielochorobowością, co pokazuje np. europejskie badanie przeglądowe Van der Heide i wsp.<sup>33</sup> z roku 2015.

Na chwilę obecną zakłada się, że z przewlekłą wielochorobowością zmagają się pięćdziesiąt milionów osób w Europie. W oparciu o informacje z badania ankietowego przeprowadzonego wśród ekspertów krajowych z 31 państw europejskich, nie istnieją praktycznie żadne krajowe lub regionalne strategie lub polityki ukierunkowane na (koordynowaną) opiekę nad osobami z wielochorobowością. Większość funkcjonujących obecnie krajowych i regionalnych polityk lub strategii dotyczących chorób przewlekłych koncentruje się na jednej chorobie. W wielu krajach europejskich do praktyki klinicznej wprowadza się jednak innowacyjne podejścia dążące do poprawy opieki nad osobami z wielochorobowością; eksperci krajowi zidentyfikowali 101 praktyk lub programów, w większości na poziomie lokalnym lub regionalnym, w 25 krajach europejskich. Większość z nich funkcjonuje w Hiszpanii (n=15). Liczba programów zidentyfikowanych w innych krajach w Europie waha się od jednego do dziewięciu. W niektórych państwach nie zidentyfikowano żadnych programów. Wg osób odpowiedzialnych za kontakty w ramach tych programów, najbardziej i najczęściej pożądanym celem jest zwiększenie współpracy wielospecjalistycznej. Ponadto, programy te często wymieniają jako cele poprawę zaangażowania pacjenta oraz koordynacji opieki. Większość z tych 101 programów można uznać za „zamknięte”; koncentrują się one, przykładowo, na pacjentach, u których zdiagnozowano wstępnie dwie lub trzy współwystępujące choroby przewlekłe, lub też dotyczą określonego aspektu potrzeb pacjenta z wielochorobowością (np. opieki medycznej), lub też założyły ograniczony poziom koordynacji opieki w ramach określonych organizacji lub specjalizacji. Wyniki tych 101 programów nie zostały ujęte w powyższym badaniu.

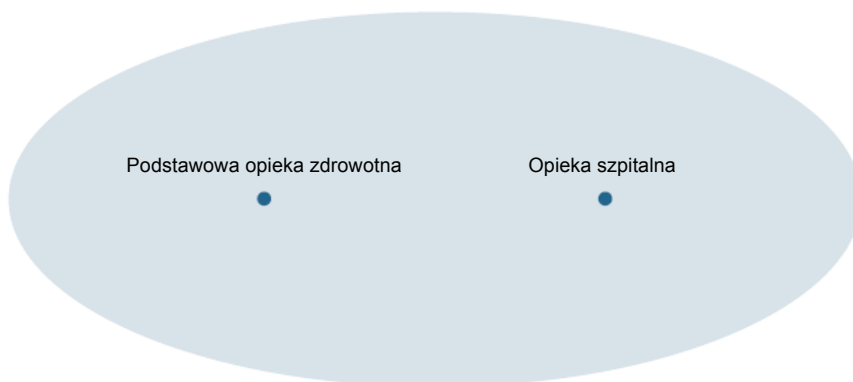
### 4.6 SYSTEMY OPIEKI ZDROWOTNEJ: JEDNOOGNISKOWE CZY DWUOGNISKOWE?

W Europie Zachodniej i Ameryce Północnej koordynacja pozioma funkcjonuje od czasów Huygena, Fry'a i Starfield. Koordynacja pionowa pojawiła się w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych. W ostatnich dziesięciu latach pojawiły się połączenia obydwu rodzajów koordynacji.

Ogniskiem ośrodków koordynowanej podstawowej opieki zdrowotnej z pakietem programów opieki koordynowanej pionowo dla osób z chorobami przewlekłymi stała się Holandia. Takie ośrodki opieki zdrowotnej funkcjonują również w Wielkiej Brytanii.

Koordinacja pionowa w Wielkiej Brytanii i Holandii funkcjonuje także w systemie dwuogniskowej opieki zdrowotnej (patrz rys. 4.5). Podstawowa opieka zdrowotna została umiejscowiona jako lewa ogniskowa, a opieka szpitalna jako prawa. Koordynatorzy funkcjonują na styku obu ogniskowych.

Lekarze POZ (patrz punkt 3.1), lekarze POZ udzielający świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (patrz punkt 3.4) oraz osoby oceniające potrzeby zdrowotne (patrz punkt 3.4) współpracują w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Oddziały szybkiej diagnostyki (patrz punkt 3.4) oraz punkty transferowe (patrz punkt 4.1) działają w ramach szpitali. W ogólnym systemie wytyczono linię podziału.



Rys. 4.5 Dwuogniskowy system opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii i Holandii

W systemie funkcjonują dwie domeny: domena podstawowej opieki zdrowotnej z pacjentem przebywającym w domu oraz domena opieki szpitalnej z pacjentem hospitalizowanym. Z uwagi na obecność dwóch domen, organizacja opieki koordynowanej pionowo w Wielkiej Brytanii i Holandii jest często krępowana niekompatybilnymi regulacjami, systemami IT, brakiem współpracy liderów oraz wrogością i brakiem zaufania między świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej a lekarzami specjalistami pracującymi w szpitalach. Jeżeli dochodzi do takich sytuacji, atakowana jest rola koordynatora.

Aмерыkańska Organizacja Opieki Koordynowanej (Accountable Care Organization – ACO) jest formą hybrydową łączącą w sobie omówione powyżej ośrodki zindywidualizowanej podstawowej opieki zdrowotnej i szpitale. Formy łączenia poziomej i pionowej koordynacji opieki w Niemczech są najbardziej zaawansowane w dolinie rzeki Kinzig leżącej w południowych Niemczech: Kinzigtal. Oba rodzaje koordynacji funkcjonują w ramach jednoogniskowego systemu opieki zdrowotnej (patrz rys. 4.6).

W Kinzigtal większość rynku przypada na dwóch ubezpieczycieli sektora opieki zdrowotnej: AOK i SVLFG. AOK jest największym ubezpieczycielem działającym w obszarze zdrowia w Niemczech i posiada 25 mln ubezpieczonych. Podstawowa opieka zdrowotna w Kinzigtal jest finansowana z budżetu opartego o wielkość populacji i o kryteria mające również zastosowanie do ubezpieczycieli AOK i SVLFG.

Ubezpieczyciele otrzymują stawkę za ubezpieczonego z funduszu ubezpieczeń społecznych, obejmującą składki płacone przez niemieckich pracodawców i pracowników.

Kwoty te różnią się między sobą. Za starszych ubezpieczonych o niższym statusie socjoekonomicznym i cierpiącym na choroby przewlekłe AOK otrzymuje wyższą kwotę. AOK przekazuje kwotę otrzymywaną na ubezpieczonych do organizacji kierującej zarówno podstawową, jak i szpitalną opieką zdrowotną w Kinzigtal. Lupianez-Villanueva i Theben opisują w kompleksowym studium przypadku, jak działa ten proces.<sup>34</sup>

Organizacja ta nosi nazwę Healthy Kinzig Valley (Gesundes Kinzigtal) i może zatrzymać 50% nadwyżki, jeżeli nie przekroczy budżetu otrzymywanego przez AOK i SVLFG za ubezpieczonych w Kinzigtal. Gesundes Kinzigtal może wykorzystywać oszczędności do płatności za działania profilaktyczne. Podczas wizyty roboczej wziąłem udział w kursie finansowanym w ten sposób: był to kurs zapobiegania upadkom, prowadzony przez fizjoterapeutę i przeznaczony dla mieszkańców w wieku podeszłym Kinzigtal z osteoporozą. Szkolenie to było finansowane ze środków zaoszczędzonych na zabiegach chirurgicznych związanych ze złamaniami stawu biodrowego.



Rys. 4.6 Jednoogniskowy system opieki zdrowotnej: amerykańska Organizacja Opieki Koordynowanej (ACO) oraz Gesundes Kinzigtal w Niemczech



Wyniki są imponujące, co wykazało badanie z roku 2015 przeprowadzone przez Bussego i Stahl.<sup>35</sup> Wskaźniki śmiertelności w obsługiwanej populacji zmniejszyły się w ciągu 2,5 roku od momentu rozpoczęcia koordynacji. Liczba przyjęć do szpitala wzrosła, ale sama długość pobytu spadła. Poprawiła się współpraca między lekarzami POZ a innymi lekarzami specjalistami. Roczne koszty za ubezpieczonego spadły o 203 euro w porównaniu do kosztów przed rozpoczęciem koordynacji. Model biznesowy zastosowany przez Gesundes Kinzigtal, AOK i SVLFG wydaje się być udany. W roku 2011 koszty podstawowej opieki zdrowotnej i opieki szpitalnej utrzymywały się na poziomie 17% poniżej standardowych świadczeń AOK i SVLFG, natomiast wydatki na rok 2008 wciąż były im równe.<sup>36</sup> Przykład Kinzigtal jest obecnie naśladowany przez ponad dziesięć innych regionów w Niemczech.<sup>37</sup>

### Amerykańskie organizacje opieki koordynowanej (Accountable Care Organization – ACO)

Ustawa o ochronie pacjenta i przystępnej cenowo opiece zdrowotnej (Patient Protection and Affordable Care Act – PPACA), zwana zwykle Ustawą o przystępnej cenowo opiece zdrowotnej (ACA) lub kolokwialnie Obamacare, została podpisana przez Prezydenta Baracka Obamę 23 marca 2010 r. Prezydent przyjął dwa założenia dla ACA: ustawa powinna nie tylko zwiększyć zakres ubezpieczenia, ale także powstrzymać wzrost kosztów opieki (mimo dodatkowych kosztów związanych ze zwiększonym zakresem ubezpieczenia) i poprawić jej jakość. Jak do tej pory nie przedstawiono wiarygodnych danych wysokiej jakości, które wyraźnie wykazałyby istotną poprawę wyników zdrowotnych bezpośrednio na skutek wprowadzenia ACA. Można jednak przedstawić następujące wnioski.

Od momentu wprowadzenia ustawy ACA, wskaźnik osób nieubezpieczonych zmniejszył się o 43%, z 16,0% w roku 2010 do 9,1% w roku 2015.<sup>38</sup> Wydatki na beneficjenta w ramach Medicare zmniejszały się przez cały rok 2014 (skorygowane o inflację).<sup>39</sup> Współczynnik zakażeń szpitalnych w latach 2010–2013 zmniejszył się o 17%.<sup>40</sup> Całkowity wskaźnik ponownych przyjęć do szpitali ogólnych w czasie 30 dni po pierwszej hospitalizacji zmniejszył się z 19,2% w roku 2010 do 17,8% w roku 2015.

Osią ACA jest organizacja opieki koordynowanej (ACO), której celem jest realizacja potrójnego celu. Koszy ACO są w większości pokrywane z płatności za opiekę kompleksową (patrz rozdziały 12 i 13). Szacuje się, że 30% z konwencjonalnych płatności w ramach Medicare przechodzi obecnie przez ACO. ACO są w większości jednoogniskowymi systemami opieki zdrowotnej koordynującymi ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej i szpitale. W niektórych przypadkach te ostatnie funkcjonują niezależnie, tak jak w Holandii i Wielkiej Brytanii.



Dobrym przykładem jednoogniskowego ACO jest Kaiser Permanente. W roku 2003, Ham i wsp. wykazali, że jednoogniskowa organizacja Kaiser Permanente funkcjonowała lepiej niż dwuogniskowa brytyjska NHS.<sup>41</sup> Wiele ACO obu rodzajów uzyskało poprawę mierników procesów opieki zdrowotnej, szybkiego dostępu do lekarzy, oszczędności oraz ogólnej satysfakcji pacjenta.<sup>42,43,44</sup> ACO wydają o 1,4% mniej na beneficjenta niż organizacje podzielone.<sup>45</sup> Dwuogniskowe ACO współpracujące z niezależnymi zakładami podstawowej opieki zdrowotnej wygenerowały większe oszczędności, niż jednoogniskowe ACO. Wyzwaniem stojącym przed obecnie funkcjonującymi ACO jest fakt, że niektóre z tych organizacji nie mają świadomości własnej struktury kosztowej i niewystarczająco kontrolują luźno powiązanych z nimi lekarzy.<sup>46</sup>

W roku 2014 20% amerykańskich szpitali wchodziło w skład ACO. Większość z nich mieściła się w ośrodkach miejskich i działała na zasadzie non-profit. Na podstawie danych jakościowych zidentyfikowano następujące zalety włączenia szpitala do ACO: dostępność kapitału początkowego, zaawansowaną wymianę danych, zaangażowanie świadczeniodawców w ciągłość leczenia. 63% ACO, do których włączono szpitale, oferowało bardziej kompleksowe świadczenia niż ACO bez szpitali.

We wcześniejszej części przedstawiono porównanie między dwuogniskowymi systemami opieki zdrowotnej w Holandii i Wielkiej Brytanii a jednoogniskowymi systemami opieki zdrowotnej w Niemczech i USA. Oba modele posiadają wady i zalety. Moim zdaniem, prawdziwa mądrość tkwi w wypośredkowaniu tych dwóch koncepcji. Podstawowa opieka zdrowotna nie powinna być zbyt ściśle połączona z opieką szpitalną, ale też nie mogą one być tak oddalone od siebie, aby prowadzić do braku zaufania i wzajemnej wrogości.

#### **4.7 ODPOWIEDŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU**

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób opieka koordynowana pionowo przyczyni się do realizacji filozofii potrójnego celu? Wnioski oznaczone poniżej gwiazdką zostały oparte o badania przeprowadzone w jednym kraju lub też o pojedyncze badanie. Wniosek można uznać za wiarygodny, jeżeli został poparty założeniami teoretycznymi, a nie samymi badaniami empirycznymi.

##### **Potrójny cel 1: Poprawa stanu zdrowia populacji**

- 1 Można uznać za wiarygodne, że lekarze specjaliści pracujący w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej przyczyniają się do realizacji potrójnego celu jako całości.

- 2 Można uznać za wiarygodne, że polikliniki, w których szpitale i specjaliści są wirtualnie obecni w ośrodkach zdrowotnych, przyczyniają się do realizacji potrójnego celu jako całości.
- 3 Standaryzowane ścieżki skierowań przez lekarzy POZ do innych specjalistów w przypadku podejrzenia nowotworu zwiększają szanse przeżycia pacjentów z nowotworem.
- 4 Kompleksowa Ocena Geriatryczna hospitalizowanych osób w podeszłym wieku oraz leczenia i planu opieki, na którym oparto leczenie, zmniejsza ryzyko zgonu w ciągu sześciu miesięcy od wypisu.\*
- 5 Większość przebadanych programów zarządzania procesem chorobowym wpływa na znaczną poprawę jakości życia pacjentów, wyników klinicznych oraz zachowania przez lekarzy specjalistów zgodności z wytycznymi.
- 6 Można uznać za wiarygodne, że pacjenci z rzadką chorobą przewlekłą skorzystają na modelu opieki nad przewlekle chorymi naśladującym postać holenderskiej sieci opieki nad osobami z chorobą Parkinsona: ich stan zdrowia i jakość opieki wzrosną przy jednoczesnym spadku kosztów.
- 7 Niemiecki model opieki koordynowanej zastosowany przez Gesundes Kinzigtal obniża śmiertelność, poprawia jakość i obniża koszty na ubezpieczonego.

#### Potrójny cel 2: Poprawa jakości opieki nad pacjentem

- 8 Standaryzowane ścieżki wypisu pod koniec okresu pobytu w szpitalu poprawiają jakość opieki przy przejściu z opieki szpitalnej na domową oraz zmniejszają liczbę ponownych przyjęć do szpitala.
- 9 Punkty transferowe w szpitalach skracają czas trwania przyjęć do szpitala oraz obniżają wymaganą przepustowość szpitali w poszczególnych krajach.\*
- 10 Pacjenci otrzymujący opiekę w modelu opieki nad przewlekle chorymi Wagnera mają większą świadomość własnego stanu zdrowia, otrzymują więcej opieki świadczonej zgodnie z wytycznymi specjalistycznymi, rzadziej korzystają ze świadczeń ratunkowych oraz spędzają o 35% mniej dni w szpitalu
- 11 Osoby z chorobą przewlekłą uczestniczące w programie zarządzania procesem chorobowym częściej otrzymują opiekę opartą o specjalistyczne wytyczne.
- 12 Edukacja znacznie zwiększa samoopiekę u pacjentów uczestniczących w programie zarządzania procesem chorobowym.
- 13 Niemieckie programy zarządzania procesem chorobowym znacznie obniżyły koszty i poprawiły jakość w porównaniu do opieki świadczonej w sposób konwencjonalny.\* Wyniki dla innych krajów i poszczególnych chorób różnią się między sobą.

- 14 Satysfakcja pacjenta badana wśród pacjentów uczestniczących w programie zarządzania procesem chorobowym nie jest wyższa niż wśród pacjentów otrzymujących regularną opiekę zdrowotną.
- 15 Systemy dwuogniskowe angażują lekarzy POZ i koordynatorów opieki zdrowotnej jako koordynatorów systemu. W USA systemy te generują wyższe oszczędności na kosztach opieki zdrowotnej, niż ich jednoogniskowi odpowiednicy. Te ostatnie z kolei oferują lepszą jakość opieki, niż systemy dwuogniskowe i gwarantują prostszy dostęp do rynku kapitałowego i programów IT.

### Potrójny cel 3: Obniżenie kosztów opieki na osobę

Patrz wnioski 1, 2, 7, 8, 9, 10 i 15.

### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 4

- 1 Seesing M, Haalboom J, Geerse R, i wsp. Meekijkconsult: iedereen tevreden én geld over. *Medisch Contact* 2015;1227-29.
- 2 Suspected cancer: recognition and referral. NICE guidelines [NG12]. Published date: June 2015. Pobrano w dniu 22 lipca, 2016 r. ze strony <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>.
- 3 Møller H, Gildea C, Meechan D, i wsp. Use of the English urgent referral pathway for suspected cancer and mortality in patients with cancer: cohort study. *BMJ* 2015;351:h5102.
- 4 Verhaegh K, Mac Neil-Vroomen JL, Eslami S i wsp. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Affairs* 2014;33(9):1531-9.
- 5 Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG i wsp. Comprehensive geriatric assessment and transitional care in acutely hospitalized patients: the transitional care bridge randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2016;176(3):302-9.
- 6 Pobrano w dniu 22 lipca, 2016 r. ze strony <http://transferverpleegkundigen.venvn.nl>.
- 7 Heida JP, Otter BJ. NVZ brancherapport ziekenhuizen Vergelijking Europa. Vergelijking van prestaties van ziekenhuizen in Nederland, Frankrijk, Duitsland, Denemarken, Spanje, Zwitserland, Groot-Brittannie, Oostenrijk en België op basis van gegevens van de OECD en andere bronnen. Den Haag: SiRM Strategies in Regulated markets, 2012.
- 8 Linden B van der. The birth of integration: explorative studies on the development and implementation of shared care in the Netherlands, 1994–2000 [praca dyplomowa – Utrecht University]. *Int J Integr Care* 2001:e42.
- 9 Hoeveel mensen hebben een of meerdere chronische ziekten. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/hoeveel-mensen-hebben-een-of-meer-chronische-ziekten>.
- 10 Vos T, Barber RM, Bell B i wsp. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188

- countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(9995):743–800.
- 11 Informacja z dnia 28 marca 2011 r. Pobrano z [www.vectis.nl](http://www.vectis.nl).
  - 12 Wagner EH, Austin BT, Korff M von. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996;74(4):511–44.
  - 13 Coleman K, Austin BT, Brach C, i wsp. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs* 2009;28(1):75–85.
  - 14 Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J i wsp. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care* 2005;43(5):436–44.
  - 15 Epstein RS, Sherwood LM. From outcome research to disease management: a guide for the perplexed. *Ann Intern Med* 1996;124(9):832–7.
  - 16 Schrijvers G. Disease management: a proposal for a new definition. *Int J Integr Care* 2009;9:e06.
  - 17 Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas JR i wsp. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J* 2004;25(18):1570–95.
  - 18 Goetzel RZ, Ozminkowski RW, Villagra VG i wsp. Return on investment in disease management: a review. *Health Care Financ Rev* 2005;26(4):1–19.
  - 19 Drewes HW, Boom JHC, Graafmans WC i wsp. Effectiviteit van disease management, een overzicht van de internationale literatuur. Bilthoven: RIVM, 2008.
  - 20 Kruis AL, Boland MR, Assendelft WJ i wsp. Effectiveness of integrated disease management for primary care chronic obstructive pulmonary disease patients: results of cluster randomised trial. *BMJ* 2014;349:g5392.
  - 21 Minkman M i wsp. A quality management model for integrated care: results of a Delphi and concept mapping study. *Int J Qual Health Care* 2009;21(1):66–75.
  - 22 Minkman M, Ahaus K, Fabbriotti I i wsp. The implementation of integrated care: the empirical validation of the development model for integrated care. *BMC Health Serv Res* 2011;11:177.
  - 23 Minkman M, Ahaus KT, Huisman R. A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2009;9:42.
  - 24 Szecsenyi J, Rosemann T, Joos S i wsp. German diabetes disease management programs are appropriate for restructuring care according to the Chronic Care Model: an evaluation with the patient assessment of chronic illness care instrument. *Diabetes Care* 2008;31(6):1150–4.
  - 25 Mehring M, Donnachie E, Mutschler R i wsp. Disease management programs for patients with asthma in Germany: a longitudinal population-based study. *Respir Care* 2013;58(7):1170–7
  - 26 Weesgeneesmiddelen. Pobrano w dniu 22 grudnia, 2015 r. ze strony <http://weesgeneesmiddelen.info/weesgeneesmiddelen/>.

- 27 Randell RL, Long MD, Martin CF i wsp. Patient perception of chronic illness care in a large inflammatory bowel disease cohort. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19(7):1428-33.
- 28 Yardley L, Barker F, Muller I i wsp. Clinical and cost effectiveness of booklet based vestibular rehabilitation for chronic dizziness in primary care: single blind, parallel group, pragmatic, randomised controlled trial. *BMJ* 2012;344:e2237.
- 29 Waldenberger E. Nursing care and services for people with Parkinson's disease in nursing homes. *Pflege Z* 2007;60(4):210-4.
- 30 Munneke M, Nijkrake MJ, Keus SH i wsp. Efficacy of community-based physiotherapy networks for patients with Parkinson's disease: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol* 2010;9(1): 46-54.
- 31 Colombatti R, Perrotta S, Samperi P i wsp. Organizing national responses for rare blood disorders: the Italian experience with sickle cell disease in childhood. *Orphanet J Rare Dis* 2013;8:169.
- 32 Falorni A, Minarelli V, Eads CM i wsp. A clinical research integration special program (CRISP) for young women with primary ovarian insufficiency. *Panminerva Med* 2014;56(4):245-61.
- 33 Heide I van der, Snoeijis S, Melchiorre MG i wsp. Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe: an overview. Utrecht: NIVEL, 2015.
- 34 Lupiañez-Villanueva F, Theben A. *Gesundes Kinzigtal (Germany)*. Case Study Report. Luxembourg: European Union, 2014.
- 35 Busse R, Stahl J. Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands and England. *Health Affairs* 2014;33(9):1549-58.
- 36 Groene O, Hildebrandt H, Ferrer L i wsp. People-centred population health management in Germany. *Eurohealth* 2016;22(2):7-10.
- 37 Hildebrandt HT, Schulte T, Stunder B. Triple Aim in Kinzigtal, Germany: improving population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK. *Int J Integr Care* 2012;20(4):205-22.
- 38 Obama B. United States health care reform: progress to date and next steps. *JAMA* 2016;316(5):525-32.
- 39 Colla CH, Wennberg DE, Meara E i wsp. Spending differences associated with the Medicare physician group practice demonstration. *JAMA* 2012;308(10):1015-23.
- 40 Health Care-Associated Infections. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/7>.
- 41 Colla CH, Wennberg DE, Meara E i wsp. Spending differences associated with the Medicare Physician Group practice demonstration. *JAMA* 2012;308(10):1015-23.
- 42 Wieland D, Kinosian B, Stallard E i wsp. Does Medicaid pay more to a Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) than for fee-for-service long-term care? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2013;68(1):47-55.
- 43 Nyweide DJ, Lee W, Cuerdon WW i wsp. Association of pioneer accountable care organizations vs traditional medicare fee for service with spending, utilization, and patient experience. *JAMA* 2015;313(21):2152-61.

- 44 Ham C, York N, Sutch S i wsp. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003;327(7426):1257.
- 45 McWilliams JM, Hatfield LA, Chernew ME, i wsp. Early performance of accountable care in Medicare. *N Engl J Med* 2016;374(24):2357-66.
- 46 Skinner J, Chandra A. The past and future of the Affordable Care Act. *JAMA* 2016;316(5):497-9.

## 5 Zarządzanie przypadkiem chorobowym a opieka koordynowana\*

Niniejszy rozdział rozpoczyna się od historii przypadku Julii, chorej na demencję oraz jej koordynatora opieki zdrowotnej Johna (punkt 5.1). Przedstawia ona sześć innowacji niezbędnych do wprowadzenia funkcji koordynatorów zarządzających przypadkiem chorobowym. Punkt 5.2 wprowadza definicję zarządzania przypadkiem chorobowym oraz omawia najważniejsze pojęcia w tym zakresie. W kolejnych sekcjach 5.3 i 5.4 omówiono umiejętności koordynatorów opieki zdrowotnej z zakresu komunikacji i oceny. W rozdziale kontynuowane jest (punkt 5.5) porównanie „świata idealnego” ze studium przypadku osadzonego w roku 2025 ze światem rzeczywistym z roku 2016, na przykładzie praktyk w zakresie koordynacji opieki zdrowotnej w Holandii i Francji. Rozdział kończy się (punkt 5.6) opisem, w jaki sposób koordynatorzy zarządzający przypadkiem chorobowym mogą przyczynić się do realizacji potrójnego celu opieki koordynowanej.

### 5.1 STUDIUM PRZYPADKU JULII I JOHNA W ROKU 2025

W poniższym studium przypadku gwiazdka informuje, że oznaczone nią rodzaje świadczeń nie funkcjonują powszechnie w roku 2016 ani w Holandii, ani we Francji. Istnieją one jednak w niewielkich innowacyjnych, eksperymentalnych projektach. Są one niezbędne do wdrożenia w roku 2025 funkcji koordynatorów zarządzających przypadkiem chorobowym. Zostały one podsumowane (patrz rys. 5.1) i omówione w punkcie 5.2.

---

\* Rozdział ten zostanie także opublikowany w Amelung V i wsp. (ed). Handbook of Integrated Care. Springer Verlag, Berlin, w druku. Współautorem publikacji jest Dominique Somme, lekarz geriatra i profesor geriatry Wydziału Medycyny Uniwersytetu w Rennes (Francja).

Jest rok 2025. Julia ma 84 lata. Mieszka ze swym mężem, Peterem, również 84-letnim, w małym, starym mieszkaniu w miejskiej dzielnicy niższej klasy średniej. Mieszkanie, nieobciążone kredytem hipotecznym, jest ich własnością. Julia była nauczycielką. Z kolei Peter pracował jako operator maszyn. Przed kilkunastu laty przeszedł on amputację stopy na skutek wypadku; po zabiegu cierpi na ciągłe bóle. Para utrzymuje się ze skromnej emerytury. Mają syna mieszkającego z własną rodziną w odległości 20 kilometrów.

Julia cierpi na demencję, okresowe zaburzenia rytmu serca oraz przewlekły świąd. Podczas ataku świądu nie może przestać się drapać. Nie jest w stanie samodzielnie podołać zadaniom związanym z pielęgnacją skóry. Przyjmuje pięć różnych leków trzy razy dziennie. Julia nie może pozostawać sama i wymaga nadzoru przez całą dobę. Peter, za wyjątkiem bólu, jest względnie zdrowy, ale niepełnosprawny. Nie jest w stanie pilnować żony 24 godziny na dobę. Większość zadań opieki zdrowotnej jest realizowana przez opiekunów non-profit i finansowana przez firmy ubezpieczenia społecznego oraz przez gminę, w której mieszkają. Jednak środki przekazywane na świadczenia przez ubezpieczyciela i gminę są niewystarczające. Julia i Peter płacą za świadczenia kilkaset euro miesięcznie z własnej kieszeni.

John, koordynator opieki zdrowotnej, pojawił się w ich życiu rok temu, po tym jak Julia powróciła się w domu – potknęła się o niewielki stolik w salonie i doznała urazu. Wezwana telefonicznie lekarz POZ Julii, Carla, przyjechała na wizytę domową. Przedstawiła Julię i Petera Johnowi.

John jest pielęgniarzem specjalistą z wykształceniem akademickim w opiece nad osobami z demencją. Pracuje w praktyce grupowej, w której Carla jest jednym z lekarzy POZ. Po przedstawieniu przez Carlę, John przeprowadził kilka działań. Przedstawił się jako pierwszy punkt kontaktu i koordynator opieki zdrowotnej Julii; zostawił swoją wizytówkę pod magnesem na lodówce, a następnie przeprowadził ocenę opieki Julii i Petera. Peter, Julia i John opracowali plan opieki zdrowotnej na kolejne sześć miesięcy.

Następnie John zorganizował „konferencję potencjalnych opiekunów niespecjalistycznych”, na którą wspólnie z Peterem zaprosili członków rodziny, sąsiadów, przyjaciół i byłych znajomych z pracy. Zostali oni poproszeni o zostanie wolontariuszami dla Julii i Petera i zapewnienie opieki zastępczej (tak aby trochę ulżyć Peterowi), pomoc w transporcie, wsparcie techniczne i społeczne. Ponieważ podczas konferencji nie udało się zebrać odpowiedniej liczby wolontariuszy, John zmobilizował organizacje wolontariuszy do przysyłania kogoś na parę godzin rano i po południu w ciągu tygodnia. Poprosił również miejscowego farmaceutę o przegląd listy leków Julii i wprowadzenie do terapii urządzeń technicznych ułatwiających przestrzeganie zaleceń związanych z przyjmowaniem leków. John zaaranżował również świadczenia w zakresie zapobiegania upadkom na oddziale geriatry w miejscowym szpitalu. Szpital przysłał pielęgniarkę, która zaleciła przyjmowanie witamin i przeprowadziła kontrolę mieszkania. W wyniku kontroli pielęgniarka zaleciła parze usunięcie niskich stolików i zainstalowanie windy schodowej oraz dodatkowych poręczy w łazience, toalecie i przedpokoju. Peter i Julia wyrazili zgodę na te działania, mimo że wszystkie koszty musieli pokryć z własnej kieszeni. Oznaczało to, że musieli wziąć niewielki kredyt hipoteczny. John odkrył również niedożywienie u Julii z powodu problemów z zębami. Julia nie chciała udać się na konsultację, ale John przekonał ją do odwiedzin u miejscowego dentystry, mimo że oznaczało to dodatkowe koszty.



John pokazał również Peterowi i Julii w jaki sposób korzystać z tabletu z dostępem do Internetu tak, aby mogli pozostawać w kontakcie z nim, Carlą, synem oraz innymi wolontariuszami. Prosty ekran z dużymi przyciskami, dwugodzinne szkolenie i pomoc techniczna wystarczyły, aby wprowadzić parę w zagadnienia teleopieki. Peter i Julia kupili nowy tablet oraz lepszy i szybszy modem. Stał się on w końcu rozwiązaniem opcjonalnym, ponieważ przepustowość łączy w ich mieście w ciągu ostatnich dziesięciu lat znacznie się zwiększyła. Peter uznał, że jego obowiązki jako opiekuna stały się mniej stresujące, niż wcześniej, a za namową Johna poprosił Carlę o skierowanie go na konsultacje do specjalisty leczenia bólu.

John był konsultowany podczas kolejnego ciężkiego ataku świądu Julii. Zorganizował krótki pobyt w domu opieki w sąsiedztwie. Codziennie odwiedzał Julię, czasem w towarzystwie Carli, lekarza POZ. Pielęgniarki niewykwalifikowane zapewniały pomoc Julii podczas kąpieli, pielęgnacji skóry i ubierania się. John zachęcał Petera do codziennego odwiedzania żony. Krótki pobyt był częściowo opłacany z osobistego budżetu alokowanego przez firmę ubezpieczeniową: jako opiekun Julii, Peter mógł decydować o przeznaczeniu tych środków.

Wraz z progresją demencji u Julii, John zorganizował dla niej pobyt nocny w domu opieki, tak aby Peter mógł odpocząć w nocy. W czasie dnia Julia mieszkała we własnym mieszkaniu. Po upływie półtora roku Julia umarła siedząc w fotelu z Peterem u boku. Po jej śmierci John odwiedzał Petera od czasu do czasu, aby zapewnić mu wsparcie i pomoc w rozpoczęciu nowego życia w pojedynkę.

## **5.2 DEFINICJA KOORDYNATORA OPIEKI ZDROWOTNEJ, ZARZĄDZAJĄCEGO PRZYPADKIEM CHOROBYM (ANG.: CASE MANAGER) ORAZ TERMINY POWIĄZANE**

Niniejszy punkt wprowadza definicję koordynatora opieki zdrowotnej, rozumianego tak jak w Holandii i Francji. Koncepcje zastosowane w definicji zostały wyjaśnione w kolejności występowania w definicji. Punkt ten kończy się analizą szerszych definicji i omawia przyczyny ich odrzucenia.

Rys. 5.1 przedstawia definicję koordynatora opieki zdrowotnej. Niniejsza definicja została oparta na definicjach stosowanych we Francji<sup>1</sup> i Holandii.<sup>2</sup> Jest ona również zgodna z definicją stosowaną przez Towarzystwo Koordynatorów Opieki Zdrowotnej Ameryki (Case Management Society of America – CMSA).<sup>3</sup> Definicja jest szeroka, co ilustruje studium przypadku Julii i Johna. Koordynatorzy opieki zdrowotnej są zaangażowani w domenę zdrowotną i społeczną, w opiekę formalną i nieformalną oraz aspekty finansowe i niefinansowe. Obecnie funkcjonujący koordynatorzy opieki zdrowotnej rzadko mają tak szerokie spektrum obowiązków.

Rys. 5.1 Definicja koordynatora opieki zdrowotnej

<b>Koordinator opieki zdrowotnej jest specjalistą, który:</b>	
1	ma regularny kontakt z osobami znajdującymi się w złożonej sytuacji życiowej;*
2	ocenia całość opieki nad takimi osobami oraz ich potrzeby społeczne;*
3	współpracuje z lekarzami oraz innymi specjalistami;*
4	opracowuje plan opieki/plan życiowy* w zakresie zdrowia i spraw społecznych;
5	organizuje formalną i nieformalną opiekę* nad pacjentem;
6	pracuje w ramach programu;*
7	korzysta ze wszystkich środków komunikacji, w tym ICT;*
8	pracuje tylko na rzecz osób niezdolnych do zorganizowania sobie życia/planu opieki i nieposiadających wystarczającej sieci krewnych zapewniających wsparcie w tym zakresie.*

**Uwaga:** terminy oznaczone gwiazdką zostały wyjaśnione w punkcie 5.2.

### Sytuacje złożone

Pierwszy termin oznaczony gwiazdką w definicji przedstawionej na rys. 4.1 jest „złożona sytuacja życiowa”. Konceptyjnie, złożoność może wiązać się z niestabilnością, nieprzewidywalnością oraz nasileniem.<sup>4</sup>

Osoby w złożonej sytuacji życiowej będą prawdopodobnie doświadczać zaburzeń sytuacji, w której się znajdują (niestabilność), przy czym część tych zaburzeń będzie niemożliwa do przewidzenia nawet przez specjalistów (nieprzewidywalność), a zaburzenia te często będą ciężkie (nasilenie). Lekarze klinicyści oraz koordynatorzy opieki zdrowotnej często potrafią zidentyfikować taką złożoność, mimo że nie zawsze potrafią wskazać czynniki odpowiedzialne za złożoność danej sytuacji. Odpowiednie radzenie sobie ze złożoną sytuacją wymaga zwykle współpracy między pacjentami, klinicystami, koordynatorami opieki zdrowotnej i nieformalnymi opiekunami.

Istnieje wyraźna granica między osobami znajdującymi się w sytuacji złożonej, a osobami niepełnosprawnymi, np. niepełnosprawnymi osobami w podeszłym wieku, niepełnosprawnymi rodzinami oraz osobami niepełnosprawnymi z ciężkimi chorobami psychicznymi. Osoby z niepełnosprawnościami są obarczone wysokim ryzykiem wystąpienia u nich sytuacji złożonej, jednak jeszcze nie należą do tej grupy.

Koordinatorzy opieki zdrowotnej mogą także pracować z osobami niepełnosprawnymi nieznajdującymi się w sytuacji złożonej. Ich relacje z pacjentem umożliwiają zapewnienie wsparcia w zakresie środków profilaktycznych, takich jak skłonienie pozostałych krewnych do wydłużenia czasu, kiedy partner pacjenta opiekuje się pacjentem, tzw. czasu wytrwania w opiece nad pacjentem (ang.: perseverance time). Koordinatorzy mogą też informować pacjentów o możliwościach oraz potencjalnych wadach/zaletach różnych opcji opieki i doradzać pacjentom w zakresie podejmowanych przez nich decyzji. Niezależnie od powyższego, włączenie osób „niepełnosprawnych” do populacji docelowej w oczywisty sposób znacznie zwiększa zapotrzebowanie społeczne na koordinatorów opieki zdrowotnej. Takie zapotrzebowanie prowadzi do wyższego obciążenia pracą i wzrostu ryzyka pogorszenia jakości interwencji u osób w sytuacji złożonej. Kaiser Permanente, kalifornijska organizacja opieki zdrowotnej, wprowadziła trójpoziomowy Trójkąt Kaisera jako metodę pozwalającą na rozróżnienie pacjentów o różnych potrzebach związanych z chorobami przewlekłymi (patrz rys. 4.3).

Większość pacjentów z chorobami przewlekłymi leczy się korzystając ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Jest to pierwszy poziom terapii. Na drugim poziomie osoby te wymagają programu zarządzania procesem chorobowym. Tylko w przypadku wystąpienia złożoności (poziom 3), tacy pacjenci będą wymagać koordynatora opieki zdrowotnej.

### **Wszystkie potrzeby**

Drugim punktem oznaczonym gwiazdką na rys. 5.1 jest „ocena całości opieki nad takimi osobami oraz ich potrzeby społeczne”. Koordinatorzy opieki muszą być wyczuleni na wszystkie możliwe sposoby wyrażania przez pacjentów potrzeb, preferencji i priorytetów.

Nawet jeżeli dana osoba mówi, że nie ma zdania, rzadko odnosi się to do całości kształtu sytuacji. Zrozumienie jednego aspektu często pomaga w zrozumieniu kolejnych. Koordynacja opieki zdrowotnej jest ściśle powiązana z opieką zorientowaną na pacjenta. Dlatego też umiejętności doradcze koordynatora opieki zdrowotnej mają tu kluczowe znaczenie,<sup>5,6</sup> niezależnie od tego, czy klienci zostali sklasyfikowani jako rodzina dysfunkcyjna, lub też jako osoba z demencją, zaburzeniami psychiatrycznymi lub nowotworem.

### **Współpraca wielospecjalistyczna**

W definicji przedstawionej na rys. 5.1, kolejna pozycja oznaczona gwiazdką brzmi: „koordynator opieki zdrowotnej współpracuje z lekarzami oraz innymi specjalistami”. W naszym studium przypadku, koordynator opieki zdrowotnej współpracuje z lekarzem POZ i wchodzi w skład zespołu podstawowej opieki

zdrowotnej, podobnie jak lekarz POZ. Jest to tylko jedna z wielu opcji. Koordynatorzy opieki zdrowotnej mogą także pracować w ośrodkach wspólnie z lekarzami geriatrami leczącymi pacjentów z Alzheimerem w ich własnych domach i w domach opieki. Jeżeli koordynatorzy opieki zdrowotnej pracują z pacjentami z nowotworem, mogą też współpracować ze szpitalnymi lekarzami onkologami. We wszystkich tych ośrodkach, lekarz jest odpowiedzialny za diagnostykę, terapię, rokowania oraz wypisywanie recept na leki. Koordynatorzy są z kolei odpowiedzialni za ciągłość leczenia oraz inne świadczenia, a także za opracowanie planu opieki. Doradzają także klientom lub pacjentom, aby zadawać lekarzom i innym specjalistom pytania, wyrażać swoje preferencje i prosić o poprawę jakości opieki.<sup>7,8,9</sup>

### Plan opieki

Plan opieki, czwarty oznaczony gwiazdką element definicji przedstawionej na rys. 5.1 opisuje pięć komponentów:

- 1 potrzeby zdrowotne i społeczne osoby znajdującej się w sytuacji złożonej;
- 2 ilość wsparcia wymaganego od opiekunów nieformalnych w odpowiedzi na te potrzeby;
- 3 realizację opieki i świadczeń przez specjalistów;
- 4 alokację zadań i obowiązków między opiekunów nieformalnych i specjalistów;
- 5 harmonogramy opiekunów formalnych i nieformalnych.

Ponadto plan taki posiada szereg aspektów formalnych. Identyfikuje on koordynatora opieki, osobę będącą pierwszym punktem kontaktu dla pacjenta spośród opiekunów nieformalnych, a także osobę będącą lekarzem pierwszego kontaktu. Plan posiada wstępnie zatwierdzony okres ważności, który może wahać się od sześciu tygodni do nawet ponad jednego roku.

Ponadto, plan opieki zawiera tzw. paragraf zarządzania kryzysowego. Określa on, co powinni robić klienci i ich nieformalni opiekunowie na wypadek sytuacji awaryjnej, np. nagłej nieobecności opiekuna nieformalnego, awarii sprzętu medycznego lub pielęgnacyjnego, bądź też nagłego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta znajdującego się w sytuacji złożonej. W studium przypadku Julii i Petera, paragraf zarządzania kryzysowego opisuje, co należy zrobić, gdy Peter zachoruje, gdy winda schodowa nie zadziała i do kogo się zwrócić w przypadku ostrego ataku świądu.

W niektórych przypadkach pacjent odmawia korzystania z usług koordynatora opieki zdrowotnej, lub nawet całego zespołu specjalistów, niezbędne do zapobieżenia wystąpienia sytuacji kryzysowej. Ważne jest, aby na skutek tej decyzji wzajemne relacje nie uległy pogorszeniu. Z drugiej strony taka

sytuacja pokazuje wartość dodaną koordynatorów opieki zdrowotnej, którzy powinni znaleźć równowagę między oceną sytuacji kryzysowej a prawami pacjenta.

Czy koordynator opieki zdrowotnej sporządza plan opieki dla jednej osoby, czy dla całego gospodarstwa domowego? W niektórych przypadkach wszyscy członkowie rodziny są jednocześnie podopiecznymi (klientami) lub pacjentami. W Holandii taki rodzaj rodziny zwie się rodziną dysfunkcyjną. Przykładem może być rodzina, w której ojciec jest bezrobotny, matka ma raka piersi, a dzieci mają problemy w szkole i w sąsiedztwie. Dla takich rodzin stosuje się motto: „jedna rodzina, jeden plan i jeden koordynator opieki zdrowotnej”. Obecnie kwestia planów opieki w Holandii została poddana pod dyskusję naukową. Nowego paradygmatu jeszcze nie ustalono.<sup>10</sup> Debata toczy się w kręgach naukowych, specjalistycznych i finansowych i dotyczy formy oraz zawartości takich planów, co wiąże się z obowiązkiem ich sporządzania od roku 2015 na mocy nowej Ustawy o opiece długoterminowej.<sup>11,12</sup>

Ponadto plan zapewnia natychmiastowy dostęp do zasobów finansowanych ze środków publicznych lub ubezpieczeniowych. Koordynatorzy opieki zdrowotnej zobowiązani do zabezpieczenia pozycji swych pacjentów i jednoczesnego podejmowania decyzji o wykorzystaniu, czasem niewystarczających, zasobów, są stawiani przed dylematami etycznymi, w których rozwiązywaniu należy ich przeszkolić.<sup>13</sup> Jest to zadanie dla specjalisty lub decydentów innych niż koordynator opieki zdrowotnej. Zarazem to, że jeden i ten sam koordynator opieki zdrowotnej decyduje o płatnościach wynikających z planu opieki i wytycznych finansowych, wydaje się mniej biurokratycznym rozwiązaniem.

Nadanie koordynatorom opieki zdrowotnej uprawnień do alokacji zasobów przyspieszy proces decyzyjny w porównaniu do sytuacji, w której takie uprawnienia zastrzeżono dla administracji.

### **Opieka nieformalna a koordynator opieki zdrowotnej**

„Opieka nieformalna” (piąty zwrot oznaczony gwiazdką w definicji przedstawionej na rys. 5.1) została podzielona na opiekę świadczoną przez krewnych (lub opiekę rodzinną) oraz wolontaryjną. Wolontariusze często pracują w ramach organizacji, np. kościoła lub organizacji charytatywnej, i często świadczą pomoc w postaci odwiedzin, transportu, prac ogrodowych lub też drobnych prac technicznych, np. naprawy gniazdk elektrycznego.

Opieka fizyczna i pomoc, np. mycie pacjentów lub pomaganie im przy wizytach w toalecie, są zwykle świadczone przez krewnych lub specjalistów, ponieważ zadania te są zbyt intymne, aby wykonywali je wolontariusze. W grupie opiekunów rodzinnych wyróżnia się głównego opiekuna (partnera, syna, córkę), często sprawującego większość opieki nieformalnej. W wielu przypadkach

taka osoba jest zdrowa, ale znajduje się pod olbrzymim obciążeniem psychicznym. Wskazanie głównego opiekuna nieformalnego przez koordynatora opieki jest zadaniem trudnym, ponieważ pozory mogą czasem być mylące: np. partner mieszkający z pacjentem może być mniej zaangażowany w opiekę nieformalną, niż mieszkająca gdzie indziej córka. Zdolność oceny sieci opieki nieformalnej nad pacjentem jest dla koordynatora opieki zdrowotnej jedną z najważniejszych umiejętności.

### Praca w ramach programu

„Koordynator opieki zdrowotnej pracuje w ramach programu” to szósty zwrot oznaczony gwiazdką w definicji z rys. 5.1. Program ten może być modelem opieki nad przewlekle chorymi autorstwa Wagnera lub też programem zarządzania procesem chorobowym opisanym w punkcie 4.2. Program ten łączy w sobie również „zarządzanie przypadkiem chorobowym i opiekę koordynowaną”. Zależność między koordynacją opieki zdrowotnej (zarządzaniem przypadkiem chorobowym) a opieką koordynowaną nie należy do prostych. Dodanie nowego świadczenia (funkcji koordynatora opieki zdrowotnej) do istniejącego zakresu świadczeń zdrowotnych i społecznych może doprowadzić do większej fragmentacji systemu. Między nowymi specjalistami a organizacjami ich zatrudniającymi powstaną nowe relacje. W rzeczywistości koordynatorzy opieki zdrowotnej mogą tylko uczestniczyć w opiece koordynowanej, o ile ich działania zostaną „przetłumaczone” przez dedykowanego specjalistę w procesie organizacyjnej transformacji, prowadzącym do stworzenia bardziej zintegrowanego systemu świadczeń zdrowotnych i społecznych.<sup>14</sup>

### Populacja docelowa

Ostatnim zwrotem oznaczonym gwiazdką w definicji jest zwrot dotyczący „osób niezdolnych do zorganizowania planu opieki i nieposiadających wystarczającej sieci krewnych zapewniających wsparcie”. Reprezentatywne badanie ankietowe przeprowadzone w Holandii na grupie osób w wieku 57–77 lat ujawniło, że potencjalnych klientów i pacjentów można podzielić na cztery odmienne profile.<sup>15</sup> Osoby w pierwszej grupie (46%) prowadzą proaktywny styl życia i chcą decydować o własnym życiu i świadczeniach opieki. Pacjenci w drugiej grupie (28%) są w stanie zaplanować własne życie, ale wolą, aby ktoś się nimi opiekował. Jest to rodzaj ludzi, którzy nie przepadają za restauracjami samoobsługowymi i wolą być obsługiwani. Pacjenci z trzeciej grupy (10%) proszą specjalistów o podejmowanie decyzji i przyjmują porady tak, jak gdyby to był rozkaz. Osoby w czwartej, ostatniej grupie (16%) są niezdolne do wyrażenia swych potrzeb i formułowania długoterminowych przemyśleń. Osoby w tej grupie często mieszkają same, cierpią na brak pieniędzy,

nie posiadają kwalifikacji, a ich jakość życia jest niska. W kontekście świadczeń społecznych i w domenie zdrowia publicznego osoby z ostatnich dwóch grup kwalifikują się do przydzielenia im koordynatora opieki. Osoby w drugiej grupie wydają się być grupą rynkową dla komercyjnych koordynatorów opieki zdrowotnej organizujących opiekę i świadczenia w przypadku wystąpienia sytuacji złożonej.

### Odrzucone szersze definicje

Mimo kompleksowości opisu zadań figurujących na rys. 5.1, nie zawiera on wsparcia emocjonalnego. Wsparcie to jest jednak częścią zadań koordynatorów opieki zdrowotnej: umacnia ono ich więzi z podopiecznymi. Chociaż mogą oni wspierać podopiecznych przez wysłuchiwanie ich skarg i oferowanie przysłowiowej „chusteczki na otarcie łez”, nie powinni angażować się na poziomie osobistym. Na przykład, nie przytulają pacjentów. W Holandii takie profesjonalne podejście nosi nazwę bezstronnego zaangażowania. Definicję można także rozszerzyć o ciągły nadzór, jeżeli pacjent lub podopieczny nie jest w stanie radzić sobie sam. Takie działanie nie wchodzi jednak w zakres zadań koordynatora opieki zdrowotnej. Ogólnie rzecz biorąc, taka osoba koordynuje opiekę nad 30–40 podopiecznymi z tej samej grupy docelowej: osobami z demencją, pacjentami z nowotworem z przerzutami objętymi opieką domową lub też rodzinami dysfunkcyjnymi.

Koordynatorzy pomagają im w dłuższym okresie czasu i to nie tylko podczas przenoszenia ich z jednego ośrodka do drugiego. W niektórych przypadkach koordynatorzy opieki zdrowotnej pracują dla grupy pacjentów mieszkających w domu opieki dla osób z tej samej grupy docelowej.

Ale nawet wtedy muszą oni zapewnić taką poufność, jak w przypadku pacjenta indywidualnego. Do wszystkich pacjentów należy zastosować podejście indywidualne (nie traktować ich jako części grupy) w kontekście ich potrzeb.

Trzecim rozszerzeniem definicji może być zaangażowanie koordynatora opieki zdrowotnej w leczenie podopiecznego. W Holandii koordynatorzy opieki zdrowotnej nad pacjentami z nowotworami podają pacjentom leki w postaci iniekcji. W opiece zdrowotnej nad młodzieżą oraz osobami z demencją ten rodzaj zaangażowania jest jednak o wiele rzadszy. Dlatego nie jest konieczne włączenie interwencji terapeutycznych do definicji koordynatora opieki.

## 5.3 KOMPETENCJE I UMIEJĘTNOŚCI KOORDYNATORÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Definicja odnosi się również do niezbędnych umiejętności koordynatora opieki zdrowotnej. Obejmują one kompetencje (wiedzę i umiejętności) w zakresie potrzeb zdrowotnych i społecznych, funkcjonowanie sieci opieki nieformalnej,



lokalnych zasobów specjalistów oraz mechanizmów współpracy z nimi. Koordynatorzy opieki zdrowotnej posiadają kompleksową wiedzę na temat przepisów i ograniczeń finansowych. Ponadto powinni charakteryzować się umiejętnościami z zakresu komunikacji i koordynacji, które zostaną tu omówione w sposób bardziej szczegółowy.

Koordynatorzy opieki zdrowotnej muszą posiadać umiejętność stosowania różnych stylów komunikacji. Dowody wydają się przemawiać na korzyść stylu opartego na silnej pozycji podopiecznego, który w sposób neutralny oferuje różne opcje linii życiowej i opieki. Jednak w niektórych przypadkach koordynatorzy opieki zdrowotnej muszą przekonać podopiecznych/pacjentów, że ich żądania w zakresie pomocy są nierealistyczne lub zbyt kosztowne dla gminy lub agencji ubezpieczeń społecznych. Autonomia koordynatorów opieki społecznej wynika z ich pozycji jako specjalistów: nie są oni kelnerami spełniającymi każde życzenie pacjenta.

Są empatyczni względem podopiecznych lub pacjentów, ale muszą także zachować profesjonalny dystans. Drugi rodzaj kompetencji, rzetelność, jest czasem poddawana próbie, zwłaszcza gdy koordynatorzy opieki zdrowotnej są zatrudniani przez dostawców opieki i świadczeń. W takiej sytuacji mogą oni być nakłaniani do sztucznego generowania zadań dla organizacji takich świadczeniodawców. Jeżeli, z drugiej strony, koordynatorzy są wynagradzani przez gminę lub firmę ubezpieczeń społecznych, ich rzetelności zagrażają dążenia tych organizacji do kontroli kosztów. Koordynatorzy opieki muszą być w stanie zająć niezależne stanowisko. Ta trudna do zrealizowania postawa jest obecnie przedmiotem dyskusji w Holandii. Ponadto do rozwiązania pytań natury etycznej niezbędna jest profesjonalna organizacja koordynatorów opieki zdrowotnej o własnych przepisach dyscyplinarnych.

Koordynatorzy opieki odpowiadają za ciągłość leczenia podopiecznych. Obowiązki te mogą spowodować pewne tarcia w kontaktach z lekarzami klinicystami. Jeżeli pacjenci są hospitalizowani, a ich koordynatorzy opieki zdrowotnej uznają, że mogą zostać zwolnieni do domu, zwykle – pomimo większej wiedzy na temat sytuacji domowej pacjenta – nie posiadają oni odpowiednich uprawnień, aby sprzeciwić się opinii klinicystów szpitalnych.

Napięcia pojawiają się również, gdy kilku lekarzy klinicystów wyraża różne opinie na temat wyboru najlepszego leczenia dla pacjenta. Takie konflikty powodują opóźnienia w rozpoczęciu leczenia i wzbudzają u pacjentów poczucie niepewności. W takim przypadku koordynator opieki zdrowotnej zwykle nie ma wystarczającej mocy, aby skłonić niezgadzające się ze sobą strony do zawarcia porozumienia.

W opiece onkologicznej w Holandii, takie zjawisko opisano za pomocą następującej „psiej” metafory: koordynator opieki zdrowotnej powinien



być jak miły labrador dla pacjentów i pitbul dla spierających się lekarzy. Zatem przed koordynatorami stoi niełatwe zadanie połączenia tych dwóch cech charakteru.

#### 5.4 OCENA POTRZEB ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH

W niniejszym punkcie omówiono wkład naukowy mający na celu dalszą profesjonalizację pracy koordynatorów opieki zdrowotnej poprzez dostarczenie im narzędzi naukowych niezbędnych do oceny potrzeb zdrowotnych i społecznych. Pozostałe niezbędne umiejętności w zakresie negocjowania, koordynacji, zarządzania, współpracy wielospecjalistycznej i międzydyscyplinarnej oraz wsparcia dla pacjenta i rodziny pominięto w rozważaniach.

W punkcie tym nie omówiono także roli koordynatorów opieki zdrowotnej jako opiekunów i – w efekcie – konieczności posiadania przez nich zaawansowanych umiejętności pielęgniarskich. Umiejętności te mają kluczowe znaczenie dla wszystkich specjalistów w zespole wielospecjalistycznym i zostały omówione w punkcie 3.5.

Zadaniem koordynatorów opieki zdrowotnej jest ocena wszystkich potrzeb społecznych i potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej podopiecznych, z uwzględnieniem potrzeb dotyczących organizacji życia i potrzeb psychologicznych. Koordynatorzy winni oceniać te potrzeby w ramach formalnej procedury oceny. Niezastosowanie procedury może spowodować, że decyzje będą podejmowane pod zbyt dużym wpływem czynników arbitralnych, a także osobistych preferencji koordynatora.

Na chwilę obecną nie istnieje żadne międzynarodowe narzędzie oceny zatwierdzone przez odpowiednie organy. W Kanadzie i w niektórych regionach Francji oraz Australii koordynatorzy opieki zdrowotnej wykorzystują system FAMS lub podobne systemy.<sup>16,17</sup> FAMS oznacza system pomiaru autonomii funkcjonalnej (Functional Autonomy Measurement System).

System ten został opracowany przez Prisma Program w Quebecu<sup>18</sup> i pozwala on na sklasyfikowanie sytuacji życiowych w 14 grupach o bardzo podobnych potrzebach w zakresie opieki zdrowotnej lub potrzebach społecznych. W Niemczech do oceny potrzeb zdrowotnych i społecznych stosowany jest model oceny trójpoziomowej. Koncentruje się on głównie na zapotrzebowaniu na opiekę pielęgniarską.

Na przestrzeni lat pojawiły się wezwania do rozszerzenia zakresu oceny oraz włączenie do niej ograniczeń komunikacyjnych i poznawczych.<sup>19</sup> W roku 2003 w Holandii wprowadzono system ocen oparty o Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disabilities and Health – ICF).<sup>20</sup> System ten ułatwia ocenę zdrowia, ograniczeń i zaburzeń bez określania rodzaju specjalistycznej

opieki, który należy zaoferować. W oparciu o ten system w Holandii rozpoznaje się obecnie sześć różnych rodzajów potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej:

- 1 osobista pielęgnacja ciała, w rodzaju mycia;
- 2 techniczna opieka pielęgnarska (np. oczyszczanie ran);
- 3 wsparcie i nadzór (jeżeli osoba objęta opieką nie może pozostawać sama);
- 4 leczenie psychologiczne;
- 5 specjalne potrzeby w zakresie opieki domowej (np. poręcz w łazience); orakrótka pobyt w domu opieki (np. po przyjęciu do szpitala).

W krajach skandynawskich obecnie nie stosuje się instrumentów oceny: przeprowadzenie jej pozostaje w gestii lub zależy od decyzji specjalisty. Specjaliści w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych wykorzystują instrumenty lokalne nieoparte dowodami naukowymi.

Metoda oceny stanu pacjenta RAI (Resident Assessment Instrument – instrument oceny rezydenta)<sup>21</sup> oraz skala Barthel<sup>22</sup> to narzędzia popularne wśród specjalistów pracujących w sektorze rehabilitacji we Francji, Kanadzie oraz Holandii; koordynatorzy opieki zdrowotnej w tych krajach mierzą mobilność podopiecznych, a następnie oceniają ich potrzeby w zakresie opieki.

Jak do tej pory nie opracowano jeszcze uniwersalnego instrumentu oceny obejmującego wszystkie potrzeby zdrowotne i społeczne. W Holandii zauważa się ogólną niechęć do tworzenia lepszych (i dłuższych) kwestionariuszy na potrzeby oceny potrzeb pacjenta. Ostatnia nowo powstała koncepcja zakłada, aby koordynator opieki zdrowotnej od razu koncentrował się na problemach doświadczanych przez pacjenta bez analizowania interakcji między poszczególnymi potrzebami. Podejście to jest popularne w opiece zdrowotnej nad młodzieżą i znane pod nazwą terapii zorientowanej na rozwiązania.<sup>23,24</sup> Niemniej jednak ocenie powinien podlegać każdy element sytuacji podopiecznego, a nie tylko łatwo identyfikowalne „obszary problematyczne”. Należy pamiętać, że ocena pozwala na podjęcie działań zapobiegawczych dla elementów, w których zauważa się pewną niestabilność, ale które nie są jeszcze w stanie krytycznym, a także pozwala koordynatorom opieki zdrowotnej wyjaśnić wszystkie przyczyny danej sytuacji i – w efekcie – znaleźć najlepsze rozwiązanie.<sup>25</sup> Kolejna kwestia dotyczy zorganizowanego dialogu między koordynatorami opieki zdrowotnej, a klientami (podopiecznymi) lub pacjentami. W tym przypadku koordynatorzy opieki zdrowotnej oceniają potrzeby zdrowotne, np. ograniczoną mobilność w obrębie domu. Po zidentyfikowaniu problemu dokonują oni natychmiastowej oceny rozwiązań dostępnych dla podopiecznych lub ich partnerów. Rozwiązanie specjalistyczne proponuje się wyłącznie wtedy, gdy skorzystanie z rozwiązania nieformalnego jest niemożliwe.

W roku 2012 Skidelsky – ojciec i syn, odpowiednio ekonomista i filozof – napisali bestseller zatytułowany *How much is enough?*<sup>26</sup> („Kiedy powiedzieć: wystarczy?”). Z pozycją tą powinni zapoznać się wszyscy koordynatorzy opieki zdrowotnej, których zadaniem jest poprawa życia podopiecznych przy jednoczesnym uwzględnieniu ograniczeń finansowych. Autorzy przestudiowali teorie Keynesa, Arystotelesa, Rawlsa, Sena i Nussbaum. W oparciu o poglądy powyższych myślicieli, stworzyli listę siedmiu podstawowych ludzkich potrzeb:

- 1 zdrowie;
- 2 bezpieczne środowisko obdarzone zaufaniem;
- 3 szacunek ze strony innych;
- 4 niezależność osobista;
- 5 współistnienie z naturą;
- 6 przyjaźń i inne relacje międzyludzkie; oraz
- 7 czas na wypoczynek i rekreację.

Wszystkie siedem potrzeb ulokowano na tym samym poziomie, co zdecydowanie wyróżnia to podejście od tzw. piramidy Masłowa, zakładającej, że potrzeby fizjologiczne zajmują w hierarchii potrzeb miejsce bardziej prominentne niż czas na wypoczynek i rekreację.<sup>27</sup>

Koordynatorzy opieki zdrowotnej w większości krajów wykorzystują systemy oceny, w których potrzeby zdrowotne i fizyczne są ważniejsze od potrzeb społecznych (patrz punkty 3–7 na liście Skidelsky'ch).

Według naszych informacji, profesjonalni asystenci personalni funkcjonują wyłącznie w Szwecji. Są oni przyznawani pacjentowi przez koordynatora opieki zdrowotnej (zarządzającego przypadkiem chorobowym). Wspólnie z podopiecznymi koordynatorzy podejmują decyzję, czy poświęcą czas na realizację potrzeb pacjenta w zakresie opieki fizycznej, czy po prostu wspólnie wypiją filiżankę kawy, aby zaspokoić ich potrzeby w zakresie relacji międzyludzkich.<sup>28</sup>

Różnice między potrzebami fizycznymi i społecznymi zostały również omówione w Biblii na podstawie przypowieści o dwóch siostrach, Marii i Marcie, które ugościły u siebie Jezusa przybywającego pod postacią podróżnego. Marta od razu zaczyna obmywać stopy Jezusa i przygotowuje posiłek. Dla niej najważniejsze są potrzeby fizyczne. Maria z kolei zaczyna rozmowę, pytając o przebieg podróży. Dla niej najważniejsze są potrzeby społeczne, takie jak dbałość o kogoś i miłość. W tej przypowieści Jezus ceni wyżej Marię niż Martę. Jako autorzy tego rozdziału, nie przyjmujemy ani toku rozumienia z Biblii, ani z utworu Beatlesów „All you need is love”. Zamiast tego skłonimy się ku szwedzkiemu modelowi, w którym klienci i specjaliści wspólnie podejmują decyzje dotyczące priorytetów i preferencji podopiecznych w zakresie potrzeb fizycznych i społecznych.

## 5.5 ŚWIAT RZECZYWISTY I ŚWIAT IDEALNY ZE STUDIUM PRZYPADKU

Punkt 5.1 opowiada historię Johna, Julii i Petera. Część wymienionych tu świadczeń nie funkcjonuje w skali krajowej ani we Francji, ani w Holandii. Pojawiają się one jedynie w rozwiązaniach eksperymentalnych i innowacyjnych stosowanych na małą skalę, zwykle niepublikowanych oficjalnie w czasopismach naukowych. Świadczenia te wymieniono na rys. 5.2.

Pokazują one różnice między światem idealnym stworzonym przez autorów a rzeczywistością w poszczególnych krajach. W Holandii rzeczywistość znacznie odbiega od ideału z powodu braku porozumienia co do celów holenderskiej polityki opieki zdrowotnej. Problemy te zostały omówione szerzej w rozdziałach 18 i 19 dotyczących przywództwa, zarządzania zmianą oraz popularyzacji innowacji.

Francja z kolei zwróciła się w większym stopniu w stronę koordynacji opieki zdrowotnej w zakresie przypadków chorobowych, zwłaszcza w zakresie opieki nad osobami z demencją. Niemniej jednak koordynacja opieki zdrowotnej w zakresie przypadków chorobowych nie jest uznawana za osobną specjalizację. Zamiast tego potencjalni koordynatorzy opieki zdrowotnej ubiegający się o to stanowisko muszą, przed zatrudnieniem, posiadać odpowiednie kwalifikacje zawodowe. Nie istnieją żadne profesjonalne organizacje koordynatorów opieki zdrowotnej (stowarzyszenia lub konsorcja), ani specjalistyczne wydawnictwa/czasopisma. Niezależnie od powyższego, tę dziedzinę zawodową definiuje szereg regulacji. Koordynatorzy opieki zdrowotnej muszą spełnić cztery następujące warunki:

- muszą być zatrudnieni przez lokalnego lidera kierującego lokalnym projektem opieki koordynowanej;
- muszą być specjalistami umieszczonymi na ograniczonej liście zawodów uprawnionych do przeprowadzania ocen sytuacji życiowej danej osoby w warunkach domowych. Na liście znajdują się następujące profesje: (licencjonowani) pracownicy społeczni; medyczny personel pomocniczy (grupa specjalistów obejmująca pielęgniarki, terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów itp.) oraz psycholodzy kliniczni (z tytułem magistra);
- muszą oni posiadać doświadczenie zawodowe w zapewnianiu udogodnień domowych u osób niezdolnych do autonomicznego funkcjonowania i znajdujących się w złożonej sytuacji życiowej;
- w okresie pierwszych 3 lat zatrudnienia na kontrakcie, muszą przejść uniwersytecki program szkoleniowy w wymiarze 100 godzin, obejmujący co najmniej 20 godzin praktyk pod nadzorem licencjonowanego koordynatora opieki zdrowotnej.

Rys. 5.2 Świadczenia realizowane przez koordynatorów opieki zdrowotnej nieistniejące w roku 2016

1	Wykwalifikowani specjaliści pielęgniarstwa pracujący jako koordynatorzy opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej i obsługujący takie grupy docelowe jak osoby z demencją, wielochorobowością, nowotworami lub rodziny dysfunkcyjne.
2	Opracowanie planu opieki na wskazany okres czasu.
3	Farmaceuta dokonujący przeglądu leków przyjmowanych przez pacjentów.
4	Kompleksowe świadczenia z zakresu zapobiegania upadkom realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
5	Specjalista IT pomagający pacjentom i ich krewnym w nauce korzystania z tabletu w zakresie komunikowania się z formalnymi i nieformalnymi opiekunami.
6	Zapewnianie wsparcia oraz doradztwo dla opiekunów nieformalnych w zakresie metod radzenia sobie ze śmiercią partnera i rozpoczęcia nowego życia.

W ramach kompleksowego programu mającego na celu poprawę koordynacji systemów opieki zdrowotnej i społecznej we Francji wprowadzono koordynację opieki zdrowotnej dla pacjentów z demencją.

## 5.6 ODPOWIEDŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób koordynatorzy opieki zdrowotnej mogą przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach? Wniosek można uznać za wiarygodny, jeżeli został poparty założeniami teoretycznymi, a nie samymi badaniami empirycznymi. Badania, na których oparto powyższe odpowiedzi, zostały nie tylko omówione w punktach 5.2–5.4, ale także w punktach 3.2 i 3.4.

### Potrójny cel 1 i 2, tj. poprawa zdrowia populacji oraz poprawa jakości opieki nad pacjentem

- 1 W punkcie 3.2 omówiono model teoretyczny, w którym koordynatorzy opieki zdrowotnej realizują czynności z zakresu opieki nad osobami z zaburzeniami fizycznymi i somatycznymi. Udowodniono, że przyczyniają się oni do poprawy zdrowia pacjentów oraz lepszej jakości opieki.
- 2 Udowodniono także, że koordynatorzy opieki zdrowotnej, zgodnie z definicją podaną w punkcie 5.2, o wysokich umiejętnościach komunikacyjnych (patrz punkt 5.3) i zdolni do oceny potrzeb zdrowotnych i społecznych (patrz punkt 5.4), przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia pacjenta oraz lepszej jakości opieki.

### Potrójny cel 3: Obniżenie kosztów opieki na osobę

- 3 W punkcie 3.4 wykazano, że niezależni koordynatorzy opieki zdrowotnej w Holandii, pełniący także funkcję koordynatorów wszystkich form opieki długoterminowej w danej instytucji ograniczają zapotrzebowanie na tego rodzaju opiekę.

### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 5

- 1 Décret n° 2011-1210, du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer JORF 2011; 0227:16463 and Arrêté du 16 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. JORF 2012; 0271: 18343.
- 2 Mahler M, Rühl A, Kuijpers M. Case management: op weg naar passende zorg en ondersteuning dichtbij. Utrecht: Vilans, 2013.
- 3 Case Management Society of America. Pobrano w dniu 29 sierpania, 2015 r. ze strony <http://www.cmsa.org>.
- 4 Canadian interprofessional health collaborative. A national interprofessional competency framework, 2010. [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb1210.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf).
- 5 Corvol A, Moutel G, Somme D. What ethics for case managers? Literature review and discussion. Nurs Ethics 2015; doi: 10.1177/0969733015583182.
- 6 Balard F, Le Corre SP, Trouve H i wsp. Exploring representations and experiences of case-management users: towards difficulties and solutions to leading qualitative interviews with older people with complex living conditions. Qual Prim Care 2013;21:229-35.
- 7 Parrish MM, O'Malley K, Adams RI i wsp. Implementation of the care transitions intervention: sustainability and lessons learned. Prof Case Manag 2009;14(6):282-93.
- 8 Coleman EA, Smith JD, Frank JC, i wsp. Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the Care Transitions Intervention. J Am Geriatr Soc 2004;52(11):1817-25.
- 9 Parry C i wsp. Assessing the quality of transitional care: further applications of the care transitions measure. Med Care 2008;46(3):317-22.
- 10 Inventarisatie individuele zorgplannen. <http://www.vilans.nl/>
- 11 Wetsvoorstel wet langdurige zorg. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/03/10/wetsvoorstel-wet-langdurige-zorg.html>.
- 12 Memorie van toelichting Wet langdurige zorg. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/03/10/memorie-van-toelichting-wet-langdurige-zorg.html>.
- 13 Corvol A, Moutel G, Gagnon D i wsp. Ethical issues in the introduction of case management for elderly people. Nurs Ethics 2013;20(1):83-95.

- 14 Somme D i wsp. The French Society of Geriatrics and Gerontology position paper on the concept of integration. *Int J Integr Care* 2014;14:e052.
- 15 Doekhie KD, Veer AJE de, Rademakers JDDJM i wsp. Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg, een overzichtsstudie. Utrecht: NIVEL, 2014.
- 16 Somme D, Trouve H, Perisset S i wsp. Adapting the Quebecois method for assessing implementation to the French National Alzheimer Plan 2008–2012: lessons for gerontological services integration. *Int J Integr Care* 2014;14:e016.
- 17 Nugue M, De Stampa M, Couturier Y i wsp. Use of standardized multidimensional evaluation tools and the emergence of the case manager's professional identity in France. *Care Manag J* 2012;13(4):184-93.
- 18 Stewart MJ, Georgiou A, Westbrook JI. Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program. *Int J Integr Care* 2013;3:e003.
- 19 Buscher A, Wingenfeld K, Schaeffer D. Determining eligibility for long-term care-lessons from Germany. *Int J Integr Care* 2011;11:e019.
- 20 World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO, 2001.
- 21 Morris JN, Hawes C, Fries BE i wsp. Designing the national Resident Assessment Instrument for nursing homes. *The Gerontologist* 1990;30(3):293-307
- 22 Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14: 61-5.
- 23 Molnar A, Shazer S de. Solution-focused therapy: toward the identification of therapeutic tasks. *Journal of Marital and Family* 1987;13(4):349-58.
- 24 Visser CF. The solution-focused mindset: an empirical test of solution-focused assumptions. 2012.
- 25 Somme D. Integrated care in France: dream or reality? *Int J Integr Care* 2014;14:e052.
- 26 Skidelsky R, Skidelsky E. How much is enough, money and the good life. Paperback. London: Publisher Other Press, 2012.
- 27 Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review* 1943;50(4):370-96.
- 28 Tengstrom A. Presentation of JAG. Pobrano w dniu 27 września, 2015 r. ze strony <http://www.independentliving.org/docs5/jag.html>.





## 6 Opieka farmaceutyczna

*Erik Gerritsen and Guus Schrijvers*

Opieka farmaceutyczna polega na zorientowanej na pacjenta terapii lekowej opartej o leki wydawane przez farmaceutę w porozumieniu z innymi świadczeniodawcami opieki zdrowotnej. Niniejszy rozdział odpowiada na pytanie, w jaki sposób opieka farmaceutyczna może, w nadchodzących latach, przyczynić się do poprawy stanu zdrowia, lepszej jakości opieki oraz obniżenia kosztów. Największy nacisk położono na kraje o wysokim dochodzie narodowym, ponieważ leki w tych krajach są, ogólnie rzecz biorąc, dostępne dla wszystkich obywateli, a opieka farmaceutyczna jest lepiej rozwinięta. Biorąc pod uwagę, że w niniejszej publikacji koncentrujemy się na opiece koordynowanej, problem finansowania nowych i kosztownych leków zostanie tu pominięty. W ramach odpowiedzi na pytanie badawcze, w punkcie 6.1 zostanie w pierwszej kolejności przedstawiony ogólny obraz zasad wydawania leków. W punkcie 6.2 zostanie omówiony rozwój specjalistycznej praktyki farmaceutycznej na przestrzeni ubiegłych dziesięcioleci. W punktach 6.3 i 6.4 przedstawiono najważniejsze działania na rzecz poprawy opieki farmaceutycznej, tj. promowanie starannego wyboru oraz poprawnego przyjmowania leków. Punkt 6.5 zawiera dyskusję na temat wyboru najbardziej odpowiedniego podejścia do rozwoju opieki farmaceutycznej w przyszłości. Ponadto, punkt 6.6 odpowiada na pytanie dotyczące wkładu opieki farmaceutycznej w realizację potrójnego celu opieki koordynowanej.

### 6.1 OGÓLNE WNIOSKI DOTYCZĄCE TERAPII LEKOWEJ

Terapia lekowa jest najczęściej stosowaną formą leczenia w opiece zdrowotnej. Koszty terapii lekowej należą do wysokich. W krajach OECD wynoszą one średnio 20% całkowitych kosztów opieki zdrowotnej.<sup>1</sup>

Między poszczególnymi krajami zauważa się istotne różnice dotyczące organizacji zaopatrzenia w leki oraz ich stosowania. Na rys. 6.1 przedstawiono

graficznie kilka istotnych czynników mających wpływ na terapię lekową w krajach Europy Zachodniej.

Rys. 6.1 przedstawia istotne różnice w terapii lekowej w krajach Europy Zachodniej. Liczba aptek ogólnodostępnych w danym kraju różni się maksymalnie dwunastokrotnie, liczba praktykujących farmaceutów maksymalnie sześciokrotnie, natomiast wielkość wydatków ponoszonych na leki ambulatoryjne maksymalnie trzykrotnie. Wskazuje to na występowanie istotnych różnic w zakresie terapii lekowych stosowanych w Europie Zachodniej. Warto odnotować, że wydatki na leki ambulatoryjne na mieszkańca w Danii stanowią jedynie jedną trzecią kwoty przeznaczanej na ten sam cel w Grecji, mimo że Dania jest krajem o wiele bogatszym.

Rys. 6.1 Wskaźniki dotyczące terapii lekowej w krajach Europy Zachodniej w roku 2013; liczba aptek ogólnodostępnych dotyczy roku 2015

	Wartość najniższa	Średnia OECD	Wartość najwyższa
Liczba aptek ogólnodostępnych na 100 000 mieszkańców	3,9 (Dania)	25,1	47,2 (Hiszpania)
Liczba praktykujących farmaceutów na 100 000 mieszkańców	21 (Holandia)	80	127 (Finlandia)
Wydatki na leki ambulatoryjne na mieszkańca w USD	240 (Dania)	515	721 (Grecja)
Stosowanie leków: liczba zdefiniowanych dawek dziennych leku na 1 000 mieszkańców dziennie*			
Leki hipotensyjne	184 (Austria)	318	575 (Niemcy)
Leki obniżające poziom cholesterolu	69 (Austria)	95	135 (Anglia)
Leki przeciwcukrzycowe	40 (Austria)	62	86 (Finlandia)
Leki przeciwdepresyjne	43 (Włochy, Holandia)	58	118 (Islandia)

**Źródło:** OECD. Health at a glance 2015: OECD indicators. Paryż: OECD, 2015.

\* Zdefiniowana dawka dzienna jest przewidywaną średnią dawką podtrzymaniową dziennie dla leku przyjmowanego zgodnie z jego głównym wskazaniem do stosowania u osób dorosłych.<sup>2</sup>

Różnice w stosowaniu leków należących do czterech podstawowych klas leków również są istotne i, co więcej, nie da się ich w całości wyjaśnić współczynnikami zachorowalności dla tych krajów.

Głównymi przyczynami występowania tych różnic są obowiązujące polityki rządowe, organizacja dostaw leków, specjalistyczna praktyka medyczna i farmaceutyczna i uwarunkowania kulturowe dotyczące stosowania leków. Co za tym idzie, znaczna poprawa w zakresie jakości oraz/lub kosztów opieki farmaceutycznej są zatem możliwe praktycznie w każdym kraju.

## 6.2 POSTĘPY W PRAKTYCE SPECJALISTYCZNEJ

W przeciągu ubiegłych dziesięcioleci, tradycyjna rola farmaceuty uległa znacznej transformacji, zarówno w aptekach ogólnodostępnych, jak i szpitalach. Zamiast „przestawiania pudełek”, coraz więcej farmaceutów sprawuje opiekę farmaceutyczną. Nastąpiła zmiana orientacji z produktów na pacjentów, a także na wyniki farmakoterapii, z zachowaniem jakości dostarczanych produktów.<sup>3</sup>

W roku 1990, Amerykanie Hepler i Strand jako pierwsi opisali opiekę farmaceutyczną jako zorientowaną na pacjenta praktykę specjalistyczną realizowaną przez farmaceutę we współpracy z innymi świadczeniodawcami opieki zdrowotnej. Zastosowali oni następującą definicję: „Opieka farmaceutyczna jest odpowiedzialną realizacją terapii lekowej mającej na celu uzyskanie określonych wyników skutkujących poprawą jakości życia pacjenta”.<sup>4</sup> Powyższą definicję opieki farmaceutycznej potraktujemy jako punkt wyjściowy.

Od roku 1990 opieka farmaceutyczna zaczęła rozwijać się w wielu krajach. W niektórych z nich rozwój ten postępował szybciej niż w innych. Od samego początku, najbardziej przyjaznym polem do działania dla podejścia zorientowanego na pacjenta była Holandia. W związku z tym w niniejszym rozdziale zawarto dużą liczbę przykładów pochodzących z tego kraju.

Mossialos i wsp. opisują zmianę paradygmatu, która pojawiła się w praktyce specjalistycznej farmaceutów pracujących w aptekach ogólnodostępnych w kilku krajach.<sup>5</sup> W niektórych z nich, np. we Francji, główny nacisk nadal położony jest na sprzedaży detalicznej produktów, natomiast w innych, tak jak w Anglii, powstały funkcje związane z zapobieganiem problemom odlekowym. W takich państwach jak Kanada i Holandia podejmowane działania przesunęły się w stronę zdrowia publicznego. W przeprowadzonym ostatnio badaniu Mossialos i wsp. przebadali transformację farmaceutów pracujących w aptekach ogólnodostępnych ze sprzedawców detalicznych na świadczeniodawców opieki zdrowotnej w Australii, Kanadzie, Anglii, Holandii, Szkocji i w USA.<sup>6</sup> Właśnie te sześć krajów plasuje się w czołówce zachodzących zmian.

## 6.3 ODPOWIEDNI LEK

Prawidłowe stosowanie leków obejmuje przede wszystkim przepisanie odpowiedniego leku oraz jego przyjmowanie we właściwej dawce. Ma to kluczowe

znaczenie nie tylko dla skuteczności leku, ale także zapobiega efektom niepożądanym związanym z jego stosowaniem.

W roku 1999, popularny, amerykański raport *To Err is Human* wykazał, że w tym obszarze pozostaje jeszcze wiele do zrobienia.<sup>7</sup> Odnosi się to również do Holandii oraz innych krajów. W roku 2008, Leendertse i wsp. opublikowali wyniki tzw. badania HARM. Było to badanie prospektywne przyjęć do szpitala w wyniku błędów w przyjmowaniu leków prowadzone przez okres 40 dni w 21 szpitalach holenderskich. 5,6% przyjęć w przypadkach nagłych było spowodowane błędami w przyjmowaniu leków. 46,5% ze wszystkich przyjęć do szpitala można było potencjalnie uniknąć. W porównaniu do pacjentów poniżej 65 roku życia, prawdopodobieństwo hospitalizacji z powodu błędów w przyjmowaniu leków u pacjentów powyżej 65 roku życia było dwukrotnie większe.<sup>8</sup> Po ekstrapolacji tej wartości na całe terytorium Holandii otrzymuje się ok. 15 600 potencjalnie możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala rocznie. Średni koszt medyczny jednego możliwego do uniknięcia przyjęcia do szpitala z powodu błędów w przyjmowaniu leków wynosił 5 461 EUR.<sup>9</sup>

Okazało się również, że wiele błędów w przyjmowaniu leków występuje podczas przyjmowania do szpitala i wypisywania pacjentów z powodu braku i niedostępności kompletnej listy leków przyjmowanych przez pacjenta.<sup>10</sup> Opierając się o tego rodzaju badania, wiele krajów skoncentrowało w ubiegłych latach swe działania na zmniejszeniu liczby błędów w przyjmowaniu leków. W niniejszym punkcie kwestia ta zostanie omówiona bardziej szczegółowo.

### Przepisywanie leków

Skuteczne przepisywanie leków wymaga od lekarzy wiedzy na temat całego arsenału preparatów, które mają do dyspozycji. Aktualizacja tej wiedzy na bieżąco jest jednak niezwykle trudnym zadaniem, częściowo z powodu ciągłego pojawiania się na rynku nowych leków. Ponadto, branża farmaceutyczna próbuje wywierać wpływ na lekarzy w zakresie przepisywanych przez nich leków. Dlatego też racjonalne przepisywanie leków wymaga od nich rzetelnej wiedzy i orientacji na pacjenta. Z biegiem czasu opracowano szereg metod promujących racjonalne przepisywanie leków, w tym:

- listy leków pierwszego wyboru dla zdiagnozowanych chorób;
- konsultacje farmakoterapeutyczne między lekarzami a farmaceutami;
- informacja zwrotna dotycząca wzorców przepisywania leków przez lekarzy oparta o wskaźniki;
- standardy i wytyczne opieki zdrowotnej dotyczące leczenia poszczególnych chorób;
- niezależne szkolenia kontrolne obejmujące doniesienia z publikacji i kursy.

## Wydawanie leków

Ważnym elementem opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej jest kompleksowy monitoring leków przy każdym wydaniu leków pacjentowi. Kontrola obejmuje dawkowanie, interakcje między poszczególnymi substancjami, przyjęcie podwójnej dawki leku, przeciwwskazania, zaburzone funkcje nerek, farmakogenetykę, wiek, ciążę i karmienie piersią. Monitoring leków jest szczególnie istotny, gdy dany lek jest wydawany po raz pierwszy. Jakość monitoringu zależy przede wszystkim od dostępnych programów bezpieczeństwa, dostępności dokumentacji medycznej pacjenta oraz współpracy z lekarzami. Co za tym idzie, monitoring leków jest prowadzony w różny sposób w poszczególnych krajach. W Holandii oraz w kilku innych państwach jakość prowadzonej kontroli jest wysoka. Dzięki temu, w krajach tych obserwuje się stosunkowo wysoki poziom bezpieczeństwa leków oraz względnie niską liczbę błędów w ich przyjmowaniu.

## Oceny leków

Innym elementem opieki farmaceutycznej jest okresowa ocena leków pod kątem efektów ubocznych, niepożądanego polipragmatyzmu, przestrzegania reżimu przyjmowania leków oraz ich skuteczności. Oceny te mają szczególne znaczenie dla pacjentów przyjmujących wiele różnych leków jednocześnie. Oceny można podzielić na trzy poziomy: pierwszy poziom dotyczy danych farmaceutycznych, drugi danych farmaceutycznych i medycznych, natomiast trzeci obejmuje dane farmaceutyczne, medyczne i dane pacjenta.

Ocena leków jako oficjalne świadectwo farmaceutyczne pojawiła się po raz pierwszy w Australii. Od roku 2001 stosowana jest tzw. „Home Medicines Review” – ocena leków przyjmowanych w warunkach domowych przeprowadzana na żądanie lekarza dla pacjentów leczących się w domu.<sup>11</sup> Z kolei od 2005 roku farmaceuci pracujący w aptekach ogólnodostępnych w Anglii otrzymali możliwość stosowania w aptekach tzw. „Medicines Use Review” – oceny przyjmowania leków.<sup>12</sup> W Holandii są one z kolei przeprowadzane przez pacjenta, lekarza i farmaceutę w oparciu o ustrukturyzowaną ocenę krytyczną informacji medycznych, farmaceutycznych i dotyczących stosowania leku.<sup>13</sup> Pacjenci kwalifikują się do takiej oceny, gdy przekroczą 65 rok życia i przyjmują pięć lub większą liczbę leków. Do chwili obecnej oceny leków zostały, w różnym stopniu, wdrożone w wielu krajach.

W roku 2012 Kempen i wsp. przeprowadzili kompleksowe badanie ocen leków wykonywanych przez farmaceutów w 268 aptekach ogólnodostępnych na terytorium Holandii.<sup>14</sup> Analizie poddano łącznie 4 579 ocen leków. Każda ocena ujawniła średnio 2,9 problemu odlekowego. Z ogólnej liczby 8 072 propozycji korekt dotyczących leków przyjmowanych przez pacjentów

wdrożono 3 401 lub też 42% – po konsultacji z lekarzem POZ i pacjentem. Przypadki te dotyczyły zwykle leków stosowanych w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy i osteoporozy. Badanie wykazało, że wielkoskalowe wdrożenie ocen leków przez farmaceutów pracujących w aptekach ogólnodostępnych przyczynia się do zmniejszenia liczby błędów w przyjmowaniu leków.

### Ponowne wydanie leków na receptę

Wiele aptek ogólnodostępnych w Holandii świadczy usługę tzw. ponownego wydawania leków na receptę. Usługa ta eliminuje konieczność każdorazowego udawania się pacjentów do lekarza POZ po receptę na stale stosowany lek. Taką receptę wystawia zamiast lekarza POZ farmaceuta. Usługa ponownego wydawania leków na receptę pozwala na lepszy monitoring stosowania leków i przynosi efekt w postaci zmniejszenia liczby błędów w przyjmowaniu leków.<sup>15</sup>

Od roku 2005 funkcjonuje ona w Anglii pod nazwą „Repeat Dispensing Service”. Jest jednak rzadko realizowana z powodu braku zainteresowania ze strony lekarzy POZ.<sup>16</sup>

### Jakość

Wskaźniki jakości w programach poprawy jakości opieki są wykorzystywane głównie do pomiaru wyników. W roku 2008, holenderscy farmaceuci pracujący w aptekach ogólnodostępnych rozpoczęli coroczny pomiar szeregu wskaźników jakości w aptekach. Od roku 2012 do tej pory Królewskie Holenderskie Towarzystwo Farmaceutyczne (KNMP) dokonuje, wspólnie z Holenderskim Inspektoratem Opieki Zdrowotnej, organizacjami pacjentów i konsumentów oraz firmami z branży ubezpieczeń zdrowotnych, walidacji tych wskaźników. Teichert i wsp. przeprowadzili badanie i udokumentowali ten unikalny projekt.<sup>17</sup> Od momentu jego rozpoczęcia, wyniki wielu wskaźników uległy znacznej poprawie. Publikacja zawiera kompleksowy przegląd funkcjonowania holenderskich aptek ogólnodostępnych.

Ostatnimi czasy publikacji danych dotyczących wystawiania recept na leki mogących służyć jako wskaźniki jakości opieki zdrowotnej podjęła się także OECD.<sup>1</sup> Dobrym przykładem są tu recepty na antybiotyki. Antybiotyki powinny być przepisywane tak rzadko, jak tylko to możliwe, z powodu ryzyka wystąpienia antybiotykoodporności powodującej ich nieskuteczność. W różnych krajach zaobserwowano odmienne wzorce przypisywania antybiotyków. W roku 2013, współczynnik stosowania antybiotyków w Europie Zachodniej wahał się od 11 w Holandii do 32 Grecji i był wyrażony jako liczba zdefiniowanych dawek dziennych na 1 000 mieszkańców dziennie. Oznacza to, że pole do poprawy jest w wielu krajach bardzo szerokie.

## 6.4 PRAWIDŁOWE STOSOWANIE LEKÓW

Lek działa optymalnie jedynie wtedy, gdy pacjenci przyjmują go prawidłowo lub gdy, innymi słowy, przestrzegają zasad terapii. Praktyka jednak często wygląda inaczej. Takie postępowanie pacjentów ma ciężkie i negatywne konsekwencje dla skuteczności stosowania leku. W tym punkcie omówiono nieprzestrzeganie reżimu przyjmowania leków oraz możliwości poprawy w tym zakresie.

### Nieprzestrzeganie reżimu przyjmowania leków

Istnieje pewna różnica między umyślnym a nieumyślnym nieprzestrzeganiem reżimu przyjmowania leków. W przypadku umyślnego nieprzestrzegania reżimu, pacjent świadomie nie przyjmuje zalecanej dawki leku (lub nie zawsze ją przyjmuje). Pacjent waha się między przekonaniem o konieczności przyjmowania leku (przekonanie) a wątpliwościami co do takiej konieczności (wątpliwość). Do każdej z postaci nieprzestrzegania przyjmowania leków mogą prowadzić różne czynniki. Kilka przykładów pokazano na rys. 6.2.

Horne i Weinman, dwaj brytyjscy badacze, jako pierwsi zobrazowali zjawisko celowego nieprzyjmowania leków i opracowali model oceny.<sup>18</sup> Stworzyli powszechnie stosowany kwestionariusz BMQ (kwestionariusz przekonań dotyczących leków – Beliefs about Medicines Questionnaire), tj. listę stwierdzeń pozwalających na zorientowanie się co do podejścia pacjenta do leków.

Rys. 6.2 Umyślne i nieumyślne czynniki związane z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych

Czynniki nieumyślne	Czynniki umyślne
Zapominanie (np. z powodu skomplikowanego reżimu dawkowania, polipragmazji)	Pacjent uznaje leczenie za zbędne (np. w chorobie bezobjawowej)
Ograniczona zdolność do zrozumienia celu leczenia	Negatywne podejście do określonych, przepisanych leków
Niemożliwość rozpoznania leku (zmiana leku, zmiana opakowania)	Obawy dotyczące leku (efekty uboczne, możliwość uzależnienia)
Koszty leczenia (dodatkowe opłaty)	Brak wiary w wynik leczenia
Analfabetyzm	Brak wiedzy
Zaburzenia widzenia	Choroba postrzegana jako stygmatyzująca

**Źródło:** Onzenoort HAW van. Therapietrouw. *Geneesmiddelenbulletin* 2012;46:49-55.



### Zakres przestrzegania reżimu przyjmowania leków

Do pomiaru przestrzegania przyjmowania leków opracowano szereg różnych metod. Pomiar można przeprowadzić z wykorzystaniem metody bezpośredniej, np. pomiaru poziomu leku we krwi, lub też metodą pośrednią, np. poprzez wypełnienie przez pacjenta kwestionariusza. Z powodu wysokich kosztów metod bezpośrednich, metody pośrednie są stosowane częściej. Jedną z powszechnie wykorzystywanych metod wykorzystuje dane farmaceutyczne do porównania ilości wydawanych leków z ilością przepisywanych leków. Użytkownik jest uznawany za przestrzegającego reżimu przyjmowania leków, jeżeli proporcja między tymi dwoma wskaźnikami plasuje się na określonym poziomie (często 80%).

Określenie, jak wiele osób rzeczywiście przestrzega reżimu przyjmowania leków jest trudnym zadaniem, ponieważ parametr ten różni się znacznie w zależności od choroby. Ponadto istnieje wiele różnych definicji przestrzegania reżimu przyjmowania leków, a stosowane metody pomiaru dają zróżnicowane wyniki. W badaniach międzynarodowych ustalono, że średni odsetek nieprzestrzegania reżimu przyjmowania leków wynosi ok. 50%.<sup>19,20</sup>

### Poważne konsekwencje

Konsekwencje nieprzestrzegania reżimu przyjmowania leków należą do ciężkich. Po pierwsze, zamierzony efekt stosowania leków nie pojawia się lub jest niewystarczający. Ma to negatywny wpływ na zdrowie pacjenta i prowadzi do wprowadzenia dodatkowych metod leczenia, np. konsultacji u lekarza POZ i przyjęć do szpitala. Ponadto pojawiają się negatywne skutki finansowe. Pieniądze wydane na lek są zatem częściowo lub całkowicie marnotrawione, a dodatkowe kwoty są równie niepotrzebnie wydawane na kolejne terapie. Biorąc pod uwagę samą wielkość tego zjawiska, można powiedzieć z całą stanowczością, że pod względem finansowym, nieprzestrzeganie reżimu przyjmowania leków jest czynnikiem o największym stopniu marnotrawstwa w całym sektorze opieki farmaceutycznej. W związku z tym poprawa przestrzegania przyjmowania leków powinna stać wysoko na liście priorytetów.

Według WHO: „Zwiększenie skuteczności interwencji w zakresie przestrzegania reżimu przyjmowania leków może mieć o wiele większy wpływ na zdrowie populacji niż inne usprawnienia terapeutyczne”.<sup>21</sup>

### W jaki sposób poprawić stopień przestrzegania reżimu przyjmowania leków?

Wraz z upływem lat opracowano szereg interwencji usprawniających przestrzeganie reżimu przyjmowania leków. Van Dulmen i wsp. opublikowali kompleksowy przegląd literatury badawczej powiązanej z tym tematem.<sup>22</sup> Podzielili oni stosowane interwencje na cztery rodzaje.



- 1 *Interwencje techniczne* mają zwykle na celu uproszczenie reżimu dawkowania. Jedną z metod jest zmniejszenie liczby przyjęć leków w ciągu dnia poprzez stosowanie preparatów o przedłużonym działaniu. Inną możliwością jest zmniejszenie ilości leków poprzez stosowanie preparatów złożonych. Dobrym rozwiązaniem jest też stosowanie dozownika leków lub leków w rołkach. Lek w rołkach ma postać pojedynczej saszetki leku zawierającej dawkę jednorazową.
- 2 Najczęściej stosowane interwencje *behawioralne* to przypomnienia pacjentom o zażyciu leku. Przypomnienia mogą być przesyłane drogą elektroniczną, on-line lub w wiadomości email, drogą telefoniczną, przez SMS lub w drodze wizyty domowej. Inne interwencje behawioralne obejmują monitoring przyjmowania leków z użyciem kalendarzy lub dzienników i przekazywanie informacji zwrotnej, zapewnianie wsparcia lub nagradzanie za przestrzeganie reżimu.
- 3 *Edukacja* ma na celu poszerzenie wiedzy i zwiększenie umiejętności. Informacje można przekazywać ustnie lub pisemnie, podczas kontaktów osobistych lub rozmowy telefonicznej, w wiadomości email lub podczas wizyty domowej. Van Dulmen i wsp. wskazują, że efekty edukacji maleją z czasem.
- 4 Ostatnim rodzajem interwencji jest *kompleksowa interwencja wielokrotna*, będąca połączeniem kilku wymienionych powyżej pojedynczych interwencji.

Na podstawie literatury badawczej dotyczącej przestrzegania reżimu przyjmowania leków można wysnuć następujące wnioski:

- wiele interwencji jest skutecznych, ale ich efekt jest często ograniczony lub zanika z czasem;
- większość interwencji jest realizowana w małej skali i nie jest kontynuowana po zakończeniu badania. Dalsza realizacja w większej skali jest zjawiskiem sporadycznym;
- skuteczne interwencje o długotrwałych wynikach są najczęściej interwencjami kompleksowymi wymagającymi dużych nakładów pracy i w związku z tym nie są przeznaczone do stosowania w codziennej praktyce;
- istotnym czynnikiem w nieprzestrzeganiu reżimu przyjmowania leków są poglądy pacjenta. Większość świadczeniodawców opieki zdrowotnej nie zwraca wystarczającej uwagi na osobiste opinie pacjentów, a także brakuje im wiedzy i umiejętności, aby odpowiednio na nie zareagować.

Dobrym przykładem skutecznej interwencji jest tzw. świadczenie New Medicine Service (NMS), wprowadzone w Anglii w październiku 2011 r. Farmaceuta pracujący w aptecę ogólnodostępnej odbywa dwie rozmowy z pacjentami

przyjmującymi nowe leki na pięć chorób przewlekłych. Efekty NMS zostały przebadane w dokładnym randomizowanym badaniu kontrolowanym. Ustalono, że świadczenie NMS zwiększa stopień przestrzegania reżimu przyjmowania leków o 10% po 10 tygodniach.<sup>23</sup> W oparciu o powyższe wyniki zdecydowano o dalszej realizacji świadczenia NMS w Anglii. W październiku 2014 r. w Norwegii rozpoczęto kompleksowe badanie dotyczące skuteczności podobnej interwencji o nazwie „Medisinstart”.<sup>24</sup> Ten rodzaj działania w opiece zdrowotnej wydaje się być odpowiednią opcją również dla innych krajów.

### Wniosek

W dziedzinie przestrzegania reżimu przyjmowania leków możliwe jest dokonanie znacznych usprawnień. Usprawnienia te będą prowadzić do poprawy stanu zdrowia i oszczędności kosztowych. W ostatnich latach w tej dziedzinie dokonano względnie niewielkich postępów. Teraz nadeszła chwila na przełamanie tego impasu. Pojawiło się także wiele nowych możliwości. Świadczeniodawcy opieki zdrowotnej powinni przykładać większą, lepiej ukierunkowaną uwagę na tę kwestię, na przykład prowadząc rozmowy motywacyjne, opracowując indywidualne plany opieki oraz odbywając regularne rozmowy z pacjentami dotyczące różnych kwestii związanych z przyjmowaniem leków. Ponadto, istnieją jeszcze inne, bardziej techniczne sposoby, które świadczeniodawcy opieki zdrowotnej mogą zastosować aby pomagać pacjentom. Obejmują one na przykład, e-zdrowie oraz stosowanie dedykowanych aplikacji na telefonach komórkowych (m-zdrowie).

## 6.5 KOLEJNY KROK

Rys. 6.1 wskazuje na istnienie istotnych różnic na płaszczyźnie międzynarodowej w stosowaniu poszczególnych często stosowanych klas leków. Różnic tych nie da się wyjaśnić współczynnikami zachorowalności. Oznacza to, że dokonanie usprawnień w przepisywaniu leków jest nadal możliwe, a także odnosi się do kontroli stosowania leków i przestrzegania reżimu ich przyjmowania. W ramach realizacji tego celu wiele krajów opracowało w ubiegłych latach bardziej zorientowane na pacjenta i zintegrowane specjalistyczne praktyki farmaceutyczne. Niemniej jednak rozwój opieki farmaceutycznej w wielu krajach nadal jest bardzo powolny. Jak można go przyspieszyć?

### Wyniki badań

Czego do tej pory dowiedzieliśmy się o efektach opieki farmaceutycznej? W ciągu ostatnich lat opublikowano kilka doskonałych przeglądów systematycznych w tej tematyce. Przeglądy te opracowano przeważnie na podstawie źródeł z Cochrane Library. Przegląd Nkansaha i wsp. miał na celu przebadanie,

w jaki sposób opieka farmaceutyczna realizowana przez farmaceutów wpłynęła na wyniki pacjentów i wzorce przepisywania leków. W badaniu wykazano pozytywne wyniki dla takich czynności z zakresu opieki farmaceutycznej jak doradztwo, zarządzanie leczeniem oraz udzielanie lekarzom rekomendacji w celu poprawy procesu opieki nad pacjentem i wyników klinicznych.<sup>25</sup>

Z kolei przegląd Ryana i wsp. był ukierunkowany na interwencje promujące bezpieczne i skuteczne stosowanie leków przez pacjentów. Badacze przeanalizowali 75 różnych przeglądów i doszli do wniosku, że do pożądaných efektów można dojść różnymi metodami, ale nie ma jednego uniwersalnego podejścia skutecznego we wszystkich sytuacjach. Wykazali także, że podejścia oparte o proste reżimy dawkowania oraz zachęcenie farmaceutów do przeprowadzania np. ocen leków dają obiecujące wyniki.<sup>19</sup>

Przegląd Nieuwlaata i wsp. miał na celu przeanalizowanie interwencji poprawiających przestrzeganie reżimu przyjmowania leków. Badacze wskazali na brak dowodów, że niskie przestrzeganie reżimu przyjmowania leków można „leczyć”. Skuteczne metody poprawy przestrzegania reżimu są stosowane przez czas równy czasowi leczenia. Wymaga to interwencji, które można zintegrować z systemem opieki w sposób efektywny kosztowo.<sup>20</sup>

Oczywiście istotne znaczenie mają też skutki finansowe programów opieki farmaceutycznej. W obszarze tym prowadzono jednak znikomą ilość badań. Touchette i wsp. przeprowadzili przegląd ocen ekonomicznych programów opieki farmaceutycznej w latach 2006–2010. Kryteria włączenia spełniło jedynie 25 badań. Badacze wyciągnęli wniosek, że oceny ekonomiczne przeprowadzono względnie rzetelnie, a ich wyniki były ogólnie pozytywne. Większość programów była efektywna kosztowo lub też charakteryzowała się korzystnym stosunkiem kosztów do korzyści.<sup>26</sup>

Mimo, że większość badań dotyczących opieki farmaceutycznej wykazywała pozytywne wyniki, Cochrane w swych przeglądach był bardziej powściągliwy w wyciąganiu pozytywnych wniosków na temat jej efektów. Podejście takie wynikało z faktu, że większość badań jedynie częściowo spełniała restrykcyjne wymogi nałożone przez przeglądy Cochrane’a na projekt, przeprowadzenie i wnioski z badania. W związku z tym, pełne spełnienie tych wymogów wymaga przeprowadzenia bardziej kompleksowego i szczegółowego badania.

Mossalios i wsp. przebadali transformację farmaceutów pracujących w aptekach ogólnodostępnych – od sprzedawców detalicznych do świadczeniodawców opieki zdrowotnej – w sześciu różnych krajach. Wynioskowali, że polityka mająca na celu usprawnienie takiego rodzaju transformacji powinna koncentrować się na rzeczywistym włączeniu farmaceutów pracujących w aptekach ogólnodostępnych w podstawową opiekę zdrowotną, wypracowywaniu

wspólnego podejścia do różnych świadczeń farmaceutycznych oraz tworzeniu nowych zachęt dla poprawy jakości i wyników.<sup>6</sup>

Ogólnie przeprowadzono bardzo niewiele badań dotyczących obecnego rozwoju opieki farmaceutycznej w różnych krajach. Martins i wsp. przebadali praktykę specjalistyczną farmaceutów pracujących w aptekach ogólnodostępnych w 19 państwach europejskich. W czternastu z nich wykazali obecność świadczeń z zakresu opieki farmaceutycznej. W dziewięciu krajach świadczenia takie kwalifikowały się do refundacji. Badanie nie przekazuje jednak żadnych informacji na temat zakresu takich świadczeń.<sup>27</sup>

### Istotne warunki poprawy

Dla poprawy opieki farmaceutycznej szczególne znaczenie mają trzy warunki.

- 1 Dostępność listy leków przyjmowanych przez pacjenta: kompletna i aktualna lista leków przyjmowanych przez danego pacjenta stanowi kluczowe narzędzie dla farmaceutów pracujących w aptekach ogólnodostępnych umożliwiające im zapewnienie jakości i bezpieczeństwa stosowania leków. W niektórych krajach, np. w Holandii, takie rozwiązanie funkcjonuje od kilkudziesięciu lat. W innych jednak rozwiązanie to jest niedostępne lub bardzo ograniczone. Ważnym aspektem korzystania z listy leków przyjmowanych przez pacjenta jest możliwość dostępu do niej innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej. We Francji, po uzyskaniu zgody pacjenta, wszystkie apteki ogólnodostępne i szpitale mają dostęp do listy leków przyjmowanych przez pacjenta z ostatnich czterech miesięcy.<sup>28</sup>
- 2 Refundacja kosztów świadczenia: dostępność świadczenia jako świadczenia kwalifikującego się do refundacji ma olbrzymie znaczenie dla rozwoju czynności z zakresu opieki farmaceutycznej. Opcja ta jest w różnym stopniu dostępna w poszczególnych krajach. Ważną rolę w kryterium dostępności odgrywa krajowa polityka farmaceutyczna. W Anglii i Szkocji dostępna jest bardzo duża liczba świadczeń. Każda angielska apteka ogólnodostępna świadczy siedem „świadczeń podstawowych”. Ponadto apteki ogólnodostępne w Anglii mogą, na warunkach specjalnych, oferować pięć „świadczeń zaawansowanych” oraz 20 „świadczeń rozszerzonych”. Dwa istotne świadczenia to realizacja szczepień przeciw grypie oraz przepisywanie leków.<sup>29</sup> Od roku 2013 w Szkocji stosowana jest innowacyjne świadczenie dotyczące leków na choroby przewlekłe: „Chronic Medication Service”. W ramach tego świadczenia, apteki ogólnodostępne mogą realizować szeroki wachlarz działań, wspierając optymalne stosowanie leków przez osoby z chorobami przewlekłymi.<sup>30</sup>
- 3 Współpraca między farmaceutami pracującymi w aptekach ogólnodostępnych a lekarzami: w przypadku wielu działań w opiece farmaceutycznej

współpraca między farmaceutami pracującymi w aptekach ogólnodostępnych a lekarzami ma kluczowe znaczenie. W Holandii i kilku innych krajach przebiega ona w zasadzie bezproblemowo. Są jednak kraje, w których nie jest ona aż tak oczywista, częściowo z powodu odizolowanej pozycji farmaceutów pracujących w aptekach ogólnodostępnych. Dalszy rozwój opieki farmaceutycznej w tych krajach i jej poprawa ma zatem kluczowe znaczenie.

### Wniosek

Ogólnie rzecz biorąc, pole manewru w zakresie poprawy opieki farmaceutycznej pozostaje szerokie. Ma to zastosowanie również do pozostałych krajów, w tym tych o najbardziej rozwiniętej opiece farmaceutycznej, tj. Anglii, Szkocji i Holandii. Poprawa opieki farmaceutycznej nie przynosi jedynie lepszej opieki zdrowotnej, ale także generuje oszczędności kosztowe. Dlatego też polityka realizująca ten cel powinna stanowić część każdej krajowej polityki farmaceutycznej.

Niezbędne są dalsze badania o wyższej jakości metodologicznej, w pełni dokumentujące pozytywne skutki czynności z zakresu opieki farmaceutycznej. Badania takie przyniosą również informacje, które można będzie wykorzystać do dalszego rozwoju opieki farmaceutycznej. Z tego samego powodu należy przeprowadzić dodatkowe, bardziej merytoryczne i porównawcze badania międzynarodowe nad współczesną opieką farmaceutyczną.

## 6.6 ODPOWIEDŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób opieka farmaceutyczna może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach? Badania, na których oparto odpowiedzi, zostały omówione w punktach od 6.3 do 6.5.

### Potrójny cel 1 i 2, tj. poprawa zdrowia populacji oraz poprawa jakości opieki nad pacjentem

- 1 Opieka farmaceutyczna poprawia jakość i bezpieczeństwo stosowania leków.
- 2 Można uznać za wiarygodne, że opieka farmaceutyczna obniża liczbę przyjęć do szpitala poprzez zmniejszenie liczby hospitalizacji możliwych do uniknięcia.
- 3 Można uznać za wiarygodne, że opieka farmaceutyczna poprawia jakość procesu przepisywania leków.

- 4 Można uznać za wiarygodne, że opieka farmaceutyczna poprawia przestrzeganie reżimu przyjmowania leków.

### Potrójny cel 3: Obniżenie kosztów opieki na osobę

- 5 Można uznać za wiarygodne, że opieka farmaceutyczna obniża koszty stosowania leków.
- 6 Można uznać za wiarygodne, że opieka farmaceutyczna obniża koszty szpitalne poprzez zmniejszenie liczby hospitalizacji możliwych do uniknięcia.
- 7 Większość ocen ekonomicznych dotyczących programów opieki farmaceutycznej wykazuje zmniejszenie kosztów opieki per capita.

Erik Gerritsen jest farmaceutą oraz magistrem w dziedzinie zdrowia publicznego. Pracuje jako niezależny konsultant w zakresie opieki i polityki farmaceutycznej. Przedmiotem jego zainteresowania są innowacje w opiece zdrowotnej oraz opracowywanie polityk dotyczących opieki zdrowotnej. W przeszłości pracował jako farmaceuta w aptece ogólnodostępnej w ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej oraz jako doradca ubezpieczyciela w sektorze opieki zdrowotnej, a także w Narodowym Instytucie Opieki Zdrowotnej (Zorginstituut Nederland).  
E-mail: info@gerritsenfarmaciebeleid.nl

### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 6

- 1 OECD. Health at a glance 2015: OECD indicators. Paryż: OECD, 2015.
- 2 Defined daily dose. Pobrano w dniu 23 września, 2016 r. ze strony [http://www.whocc.no/ddd/definition\\_and\\_general\\_considera/](http://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/).
- 3 Gier JJ de, Bouvy ML, Egberts ACG i wsp. Handboek farmaceutische patientenzorg; achtergronden en praktijk. Houten: Prelum Uitgevers, 2013.
- 4 Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 1990;47(3):533-43.
- 5 Mossialos E, Naci H, Courtin E i wsp. Expanding the role of community pharmacists: policy-making in the absence of policy-relevant evidence? Health Policy 2013;111(2):135-48.
- 6 Mossialos E, Courtin E, Naci H i wsp. From 'retailers' to health care providers: transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. Health Policy 2015;119(5):628-39.
- 7 Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington DC: The National Academy Press, 2000.
- 8 Leendertse AJ, Egberts ACG, Stolker LJ i wsp. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. Arch Intern Med 2008;168(17):1890-6.

- 9 Leendertse AJ, Bemt PMLA van den, Poolman JB i wsp. Preventable hospital admissions related to medication (HARM): cost analysis of the HARM study. *Value Health* 2011;14(1):34-40.
- 10 Karapinar-Çarkit F, Borgsteede SD, Zoer J i wsp. Effect of medication reconciliation with and without patient counselling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. *Ann Pharmacother* 2009;43(6):1001-10.
- 11 Home Medicines Review. Pobrano w dniu 23 sierpnia, 2016 r. ze strony <http://6cpa.com.au/medicationmanagement-programmes/home-medicines-review/>.
- 12 Medicines Use Review. Pobrano w dniu 22 sierpnia, 2016 r. ze strony <http://psnc.org.uk/services-commissioning/advanced-services/murs/>.
- 13 NHG. Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG, 2012.
- 14 Kempen TGH, Steeg-van Gompel CHPA van de, Hoogland P i wsp. Large scale implementation of clinical medication reviews in Dutch community pharmacies: drug-related problems and interventions. *Int J Clin Pharm* 2014;36(3):630-5.
- 15 Geffen K van, Vos I, Horssen N van i wsp. Apotheker proactiever. *Pharm Weekbl* 2011;146(20):13-5.
- 16 Repeat Dispensing Service. Pobrano w dniu 22 sierpnia, 2016 r. ze strony <http://psnc.org.uk/services-commissioning/essential-services/repeat-dispensing/>.
- 17 Teichert M, Schoenmakers T, Kylstra N i wsp. Quality indicators for pharmaceutical care: a comprehensive set with national scores for Dutch community pharmacies. *Int J Clin Pharm* 2016;38(4):870-9.
- 18 Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999;47(6):555-67.
- 19 Ryan R, Santesso N, Lowe D i wsp. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;4:CD007768.
- 20 Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T i wsp. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;u:CD000011.
- 21 Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genewa: WHO, 2003.
- 22 Dulmen S van, Sluijs E, Dijk L van i wsp. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2007;7:55.
- 23 Elliott RA, Boyd MJ, Salema N-E i wsp. Supporting adherence for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: a pragmatic randomised controlled trial of the New Medicine Service. *BMJ Qual Saf* 2016;25(10):747-58.
- 24 Effectiveness of „Medicinstart”. Pobrano w dniu 22 sierpnia, 2016 r. ze strony <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02261402/>.
- 25 Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C i wsp. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;7:CD000336.



- 26 Touchette DR, Doloresco F, Suda KJ i wsp. Economic evaluations of clinical pharmacy services: 2006–2010. *Pharmacotherapy* 2014;34(8):771-93.
- 27 Martins SF, Mil JWF van, Costa FA da. The organizational framework of community pharmacies in Europe. *Int J Clin Pharm* 2015;37(5):896-905.
- 28 Le Dossier Pharmaceutique. Pobrano w dniu 24 sierpnia, 2016 r. ze strony <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP/>.
- 29 Services and Commissioning. Pobrano w dniu 22 sierpnia, 2016 r. ze strony <http://psnc.org.uk/services-commissioning/>.
- 30 Chronic Medication Service. Pobrano w dniu 24 sierpnia, 2016 r. ze strony <http://www.communitypharmacyscotland.org.uk/nhs-care-services/services/chronic-medication-service/what-is-the-chronic-medication-service/>.



## 7 Koordynacja świadczeń zdrowotnych i społecznych

Niniejszy rozdział rozpoczyna się podziałem koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych na cztery elementy (punkt 7.1). Każdy z nich został omówiony w osobnym punkcie: koordynacja opieki zdrowotnej (punkt 7.2), zdrowie i rozwój młodzieży (punkt 7.3), leczenie uzależnień i bezpieczeństwo miejskie (punkt 7.4.) oraz opieka zdrowotna w zakresie zdrowia psychicznego i świadczenia społeczne (punkt 7.5). Powyższe cztery elementy przedstawiono w oparciu o studia przypadków. Punkt 7.6 zawiera wnioski wyniesione ze studiów przypadków i przedstawia ogólną teorię dotyczącą tego rodzaju koordynacji. Sekcja końcowa (punkt 7.7) przedstawia odpowiedź na pytania badawcze niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału.

### 7.1 WPROWADZENIE

Świadczenia społeczne w wielu krajach OECD odnoszą się do następujących problemów społecznych: zdrowia i bezpieczeństwa młodzieży, świadczeń pracowniczych, świadczeń socjalnych, pomocy w spłacie zadłużenia, pomocy uchodźcom, pomocy świadczonej przez opiekunów nieformalnych, problemów w relacjach osobistych wśród osób dorosłych, opieki nad osobami w podeszłym wieku oraz z chorobami przewlekłymi, a także z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnymi umysłowo. W ciągu ostatnich dziesięciu lat, w świadczeniach społecznych pojawiła się koordynacja pionowa. Doprowadziło to do większego zaangażowania legislacyjnego na linii rząd – województwa – gminy. Pojawiła się także koordynacja pozioma. W danej jednostce terytorialnej, jeden zespół opieki społecznej udziela świadczeń społecznych w różnych obszarach w spójny sposób. Spójność taką ilustruje poniższy przykład.

Rys. 7.1 Przykład integracji w ramach świadczeń społecznych

Rodzina boryka się z trudnościami w zakresie edukacji spowodowanej przemocą domową. Ojciec nie ma pracy, a matka bije dwoje swoich dzieci. Relacje między rodzicami są złe. Sytuacja ta wynika częściowo z zadłużenia rodziny. Koordynator opieki z zespołu opieki społecznej koordynowanej poziomo pomaga ojcu znaleźć godne zatrudnienie, eliminuje zachowania matki prowadzące do używania przez nią przemocy oraz przeprowadza restrukturyzację zadłużenia rodziny.

Koordinacja pozioma ze świadczeniami społecznymi jest prowadzona na cztery sposoby, stosowane także w świadczeniach zdrowotnych: zatrudnienie koordynatorów opieki, tak jak przedstawiono to na Rys. 7.2; praca „pod jednym dachem”, co w obszarze świadczeń społecznych nosi nazwę kompleksowej realizacji świadczeń; współpraca z wielospecjalistycznymi zespołami opieki społecznej; wykorzystywanie platform wymiany informacji/platform konsultacyjnych opartych o współpracę ze specjalistami w dziedzinie opieki społecznej. W roku 2016, Montero i wsp.<sup>1</sup> opublikowali badanie przeglądowe dotyczące stopnia koordynacji świadczeń społecznych w krajach europejskich. Co ciekawe, szereg krajów wdrożył nowe przepisy promujące koordynację pionową i zintegrowaną. Takie działanie miało miejsce, m.in. w Wielkiej Brytanii, Finlandii i Holandii. W ostatnim czasie, uchwalone przez rząd brazylijski ustawy o świadczeniach zdrowotnych i społecznych przekazały odpowiedzialność za te świadczenia na ręce gmin. Zdarzenie to zostało nagłośnione podczas Światowego Kongresu Opieki Koordynowanej w Meksyku w roku 2015. Za przykładem Brazylii podążyło kilka innych krajów Ameryki Łacińskiej. Montero i wsp. przedstawili szereg dobrych praktyk w zakresie koordynowanych świadczeń społecznych. Zebrali oni badania ewaluacyjne ilustrujące pozytywne skutki tego podejścia.

W niniejszej publikacji kwestia ta nie została omówiona szczegółowo; dotyczy ona przecież opieki koordynowanej, a nie koordynowanych świadczeń społecznych. Koordinacja pojawia się zarówno w obszarze świadczeń zdrowotnych, jak i społecznych. Oba procesy funkcjonują mniej lub bardziej niezależnie od siebie. W badaniu literatury pod kątem spójnej koordynacji poziomej obu procesów nie zidentyfikowano żadnych publikacji na ten temat.

Być może taka forma koordynacji jest zjawiskiem zbyt nowym, a może jej efekty są zbyt trudne do zmierzenia. W przypadku, gdy wiele zmian zachodzi jednocześnie, rozróżnienie efektów koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych od efektów powodowanych innymi przyczynami staje się bardzo trudne. Przykładowo: w Wielkiej Brytanii i Holandii decentralizacja świadczeń społecznych nastąpiła jednocześnie z cięciami w budżecie alokowanym na te świadczenia.

W niniejszym rozdziale przedstawiono w pierwszej kolejności cztery studia przypadków (patrz punkt 7.2 powyżej do punktu 7.5 włącznie). W oparciu o powyższe studia przypadków opracowano model teoretyczny idealnej koordynacji między świadczeniami zdrowotnymi, a społecznymi. Wszystkie z czterech omawianych przykładów pochodzą z Holandii, co umożliwiło mi przeprowadzenie osobistych wywiadów ze specjalistami zaangażowanymi w te przypadki.

## 7.2 KOBIETA ZE SZTYWNOŚCIĄ BARKÓW

Na konsultację do fizjoterapeuty pracującego w zakładzie podstawowej opieki zdrowotnej Reeshof w holenderskim mieście Tilburg udała się pięćdziesięcioletnia kobieta. U pacjentki wystąpiła sztywność obręczy barkowej. Fizjoterapeuta rozpoczął leczenie sztywności o podłożu stresowym. Zdiagnozował u pacjentki depresję. Kontynuując leczenie, skierował ją jednocześnie do lekarza POZ oraz asystenta (psychologa) w celu udzielenia świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej. Po kilku sesjach, psycholog poznał przyczynę depresji: od momentu łagodnego udaru, zachowanie jej męża uległo zmianie. Z czułego partnera zmienił się w wymagającego dyktatora. Kobieta pracuje na pełen etat, a zachowanie jej męża przerosło jej możliwości. Postrzega swoje nieudane małżeństwo jako źródło wstydu. Informacje te zostały przekazane lekarzowi POZ, który skierował kobietę do pracownika społecznego.

W przeciwieństwie do wszystkich innych specjalistów w zakładzie podstawowej opieki zdrowotnej Reeshof, taki specjalista jest opłacany ze środków gminy Tilburg, a nie na mocy ustawy o publicznym systemie ubezpieczeń zdrowotnych.

Wszyscy pozostali pracownicy opieki zdrowotnej znają pacjentkę osobiście. Pracownica społeczna odwiedziła kobietę i jej męża w domu. Upewniła się, że mąż zrozumiał, w jaki sposób jego zachowanie wpływa na żonę i na ich małżeństwo. Pracownica społeczna naprawiła ich relację poprzez zaproponowanie nowego podziału obowiązków domowych i zorganizowała krótkoterminową pomoc domową. Po kilku tygodniach kobieta odwiedzała już tylko fizjoterapeutę. Podczas kolejnej wizyty w zakładzie podstawowej opieki zdrowotnej Reeshof podopieczna wyglądała na szczęśliwszą i bardziej pewną siebie. Mijając się na korytarzu z konsultantką ds. świadczeń społecznych, powitała ją triumfalnym uśmiechem: jej życie wróciło na właściwe tory.

Ta prawdziwa historia została opowiedziana przez ww. lekarza POZ oraz pracownicę społeczną na kongresie w roku 2015, podczas którego miasto Tilburg oraz największa spośród firm z sektora ubezpieczeń zdrowotnych podpisały umowę o współpracy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i społecznych. W tym przypadku zakład opieki zdrowotnej funkcjonował w sposób opisany w rozdziale 2.

Pracownica społeczna jest członkiem zespołu opieki społecznej w Reeshof. Zespół składa się z piętnastu członków i nosi nazwę gminnego zespołu opieki społecznej. W tym przypadku, głównym celem zespołu opieki społecznej nie jest zdrowie podopiecznego, ani też zdrowie jako takie. Zespół przede wszystkim dąży do aktywacji pacjentów i mobilizuje ich do samodzielnego rozwiązywania swych problemów społecznych. Zespoły takie

powstają w efekcie szeroko wspieranej zmiany: Holandia odchodzi od wizerunku państwa opiekuńczego i podąża w stronę budowy społeczeństwa obywatelskiego. Zespoły opieki społecznej zajmują się następującymi problemami społecznymi: bezrobociem, brakiem dochodów, pomocą w wychodzeniu z zadłużenia, izolacją społeczną, opieką tymczasową świadczoną przez opiekunów nieformalnych, rasizmem, seksizmem oraz problemami w relacjach interpersonalnych. Zespół nie udziela świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej nad młodzieżą, ponieważ takie usługi są świadczone przez tzw. centra rodzinne, które zostaną omówione w drugiej historii przypadku umieszczonej w tym rozdziale. Zespół opieki społecznej pozostaje w dobrym kontakcie z innymi służbami gminnymi, np. gminną agencją mieszkaniową oraz policją. W razie konieczności, zespół kieruje pacjentów do innych służb, np. kościołów, organizacji wolontariatu, ośrodków leczenia uzależnień od narkotyków oraz leczenia psychiatrycznego.

Powyżej opisane studium przypadku jest wyjątkowe w skali Holandii z trzech następujących powodów. Pierwszym z nich jest to, że zespoły opieki zdrowotnej i społecznej zwykle posiadają o sobie szczątkowe informacje i współpracują jedynie sporadycznie. Po drugie, kierownictwo obu zespołów, dyrektor generalny firmy ubezpieczeniowej oraz radny właściwy do świadczeń społecznych, wspierają współpracę między zespołami na poziomie strategicznym. Starają się oni przenieść ten model do innych miast i wsi. Po trzecie, pracownik społeczny w ww. studium przypadku posiada – w przeciwieństwie do większości pracowników społecznych w Holandii – uprawnienia pozwalające mu na zorganizowanie pomocy domowej. Oznacza to, że pracownicy tacy mogą jedynie przeprowadzić spis potrzeb społecznych podopiecznego, a pomoc domową organizuje na ich wniosek administracja na poziomie centralnej agencji gminnej.

W takiej koordynacji usług można wskazać kilka czynników sukcesu.

- 1 Należy do nich przede wszystkim zespół koordynowanej podstawowej opieki zdrowotnej, wiodąca rola lekarza POZ i specjaliści potrafiący zidentyfikować problemy zdrowotne niewchodzące w zakres ich specjalizacji. Przykładowo, fizjoterapeuta potrafił rozpoznać objawy depresji.
- 2 Musimy tu również uwzględnić zespół koordynowanej opieki społecznej zaangażowany w rozwiązywanie wielu różnych problemów społecznych. W poprzednich latach w Holandii funkcjonowało wielu osobnych świadczeniodawców, działających m.in. na rzecz integracji społecznej imigrantów i uchodźców, pomocy w wychodzeniu z zadłużenia, przeciwdziałania bezrobociu oraz na rzecz wsparcia finansowego i rehabilitacji uzależnionych, pacjentów psychiatrycznych oraz osób niepełnosprawnych intelektualnie mieszkających w domach opieki nieorganizujących żadnych działań

w tym zakresie. Obecnie prawie wszystkie te działania pozostają w gestii zespołów opieki społecznej.

- 3 Zespół opieki społecznej nie otrzymuje wynagrodzenia ze środków gminnych. Mimo ich oczywistych powiązań finansowych z radą gminy poprzez stosunek płatnik – świadczeniodawca (co zostało wyjaśnione w rozdziale 14), zespoły takie działają niezależnie. Rada nie podejmuje interwencji w indywidualnych przypadkach. Taka niezależność zwiększa zaufanie zespołu opieki zdrowotnej do działań prowadzonych przez zespół opieki społecznej.
- 4 Zespoły opieki zdrowotnej i społecznej nie są łączone. Współpracują one jedynie ze sobą w zakresie opieki nad osobami z problemami zdrowotnymi i społecznymi, tak jak opisano to w powyższym studium przypadku. Oba zespoły działają jednak na rzecz tej samej gminy o populacji ok. 50 000 mieszkańców.
- 5 Pracownik opieki społecznej i specjaliści opieki zdrowotnej pracują zatem pod jednym dachem. Taka zażyłość sprawia, że członkowie zespołu opieki zdrowotnej mają osobiste zaufanie do pracownicy opieki społecznej, pogłębiane dodatkowo przy każdym spotkaniu. Takie zaufanie natury zawodowej wynika z uznania doświadczenia pracownicy opieki społecznej. Udana interwencja dotycząca opisywanego małżeństwa dodatkowo umocniła jej reputację. W tym przypadku, pracownica rozwiązała problemy małżeńskie opisywanej pary. Dodatkowo odbyła ona szkolenie w zakresie rozwiązywania problemów finansowych, mieszkaniowych i dotyczących uzależnień.

Powyższe pięć wniosków wyniesionych ze studium przypadku stanowi podstawę do stworzenia teorii koordynacji opieki zdrowotnej i społecznej (patrz punkt 7.6).

### 7.3 CENTRA RODZINNE O RÓŻNYCH KULTURACH

Centra rodzinne w Holandii zajmują się rozwiązywaniem czterech rodzajów problemów rozwojowych i pedagogicznych w opiece nad osobami poniżej 18 roku życia: zachowań eksternalizacyjnych (np. dzieci z ADHD), zachowań internalizacyjnych (np. u dzieci z depresją), przemocy wobec dzieci i pomocy dzieciom będącym świadkami przemocy domowej.

Problemy rozwojowe wskazują na problemy wewnętrzne, np. autyzm. Problem pedagogiczny może być wywołany przez rodziców lub bezpośrednie środowisko życia dziecka. Rodzicom może brakować kompetencji niezbędnych do wychowania dziecka; dziecko też może dorastać w niekorzystnych warunkach, np. być świadkiem (brutalnego) rozwodu, wychowywać się w ubóstwie lub doświadczać bezdomności. W roku 2005, holenderska komisja pod nazwą Inventgroup<sup>2</sup> zaproponowała ustanowienie centrów rodzinnych: rozwiązania popieranego przez rządy w wielu krajach. Obecnie w Holandii mieszczą się setki takich ośrodków.

Wszystkie z nich posiadają własne zespoły ds. młodzieży, składające się z lekarzy sprawujących opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą, pedagogów i pracowników opieki społecznej. Centra rodzinne w Rotterdamie i otaczających gminach zostały opisane w poniższym studium przypadku. Fundacja Family Centres Greater Rotterdam (CJG Rijnmond) została założona w dniu 1 stycznia 2010 r. i prowadzi obecnie 22 ośrodki oraz zarządza 70 budynkami w Rotterdamie i sąsiednich gminach. W roku 2014 organizacja świadczyła opiekę na rzecz prawie 280 000 dzieci w wieku poniżej 18 lat.

Fundacja zatrudnia ponad 750 pracowników, a jej obroty wynoszą prawie 43 mln euro. W gminie Rotterdam, fundacja zatrudnia także lekarzy i specjalistów pielęgniarstwa w opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, pedagogów oraz osoby zapewniające wsparcie dla rodziców. Z czasem w centrach powstała stabilna struktura zarządzania, obejmująca także strukturę między samymi ośrodkami a radą dyrektorów. Zaprojektowano wspólne programy komputerowe oraz wspólny rejestr dzieci (Kidos). Pracownicy i koordynatorzy opracowali wizję pedagogiczną opartą na trzech zasadach: wsparciu, stymulacji i doradztwie.

Dzięki Kidos oraz nowej wizji, coraz mniej dzieci i rodziców z dziećmi omija umówione wizyty ze specjalistami opieki zdrowotnej nad młodzieżą, a w całej Holandii zaobserwowano wyższy wskaźnik szczepień. Grupy robocze składające się ze specjalistów i koordynatorów z takich centrów opracowali drzewa decyzyjne oraz ścieżki opieki nad dziećmi z podejrzeniem problemów rozwojowych i pedagogicznych. Problemy takie są identyfikowane u małych dzieci. Podobny zestaw zadań podstawowych realizują centra rodzinne w obszarze metropolitalnym Rotterdam.

Przypadek Rotterdamu jest wyjątkowy. W innych częściach kraju specjaliści są zatrudniani przez podstawowego świadczeniodawcę i podpisują umowę z centrum rodzinnym. W tym kontekście zespół ds. opieki nad dziećmi i młodzieżą nie pełni wiodącej roli, ponieważ specjaliści po prostu stosują wytyczne opracowane przez organizację macierzystą. Mimo, że w obszarze metropolitalnym Rotterdamu problemy te rozwiązano, kwestie zderzenia kulturowego i zawodowego między różnymi specjalistami opieki zdrowotnej nad młodzieżą pozostają aktualne, co pokazuje rys. 7.2.

Różnice kulturowe między lekarzami, pielęgniarzkami i pedagogami stanowią przeszkodę na drodze ku koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych. Wniosek ten stanowi kolejny element teorii koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych, która zostanie przedstawiona w punkcie 7.6.

#### **7.4 WYNIKI PUBLICZNEGO ZDROWIA PSYCHICZNEGO W BEZPIECZNYM OŚRODKU MIEJSKIM**

W mieście Utrecht w Holandii wybudowano nowe centrum handlowe: Hoog Catharijne. Dwadzieścia lat temu stanowiło ono miejsce zamieszkania dla setek osób. Przyciągało one osoby mieszkające na ulicach. W literaturze specjalistycznej i mass mediach stosowano różne terminy do opisanie mieszkańców centrów handlowych: pacjenci psychiatryczni, uzależnieni od narkotyków, nielegalni imigranci, byli skazani i bezdomni. Ich obecność stanowiła zagrożenie

dla bezpieczeństwa osób odwiedzających centrum handlowe. Pod koniec lat dziewięćdziesiątych, gmina Utrecht sprzedała swe udziały miejskiej spółce energetycznej. Transakcja ta okazała się bardzo dochodowa.

Rys. 7.2 Przykłady zderzenia kultur podczas koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych na rzecz młodzieży

1	<p>Dzieci o zachowaniach eksternalizacyjnych, agresywnych mogą identyfikować lekarze POZ lub specjalista w centrum rodzinnym. Pierwsi zwykle diagnozują dzieci z ADHD i przepisują im leki np. metylofenidat (znany również pod nazwą Ritalin), natomiast ci ostatni preferują stosowanie podejścia psychospołecznego i nie przepisują leków. Do chwili obecnej nie powstała jedna, wspólna i wielospecjalistyczna ścieżka dla lekarzy POZ, psychologów i pedagogów dotycząca diagnozowania i leczenia takich dzieci, ponieważ każda z profesji charakteryzuje się własnymi wzorcami kulturalnymi, historią i dziedziną naukową.</p>
2	<p>Dzieci w wieku 0–4 lat odwiedzają szpitale dziecięce zwykle 11 razy. Połowa wizyt to konsultacje u lekarzy specjalistów opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (pediatrzy społeczni), natomiast druga to konsultacje u pielęgniarek o tej samej specjalizacji. Ci pierwsi przepisują leki i starają się zdiagnozować zaburzenia rozwojowe. Pielęgniarki udzielają młodym pacjentom porad natury pedagogicznej.</p> <p>W celu przebadania efektów przeniesienia odpowiedzialności z lekarzy na pielęgniarki oraz w konsekwencji możliwości w zakresie zwiększenia ciągłości leczenia: przydzielenia jednej i tej samej pielęgniarki pediatrycznej jednej rodzinie przeprowadzono co najmniej jeden eksperyment. W rzeczywistości, wdrożenie tego założenia okazało się bardzo trudne. Obie grupy postępowywały według własnych wytycznych branżowych oraz zgodnie z własną wiedzą naukową. Po wielu latach gmina Utrecht rozpoczęła realokację zadań z lekarzy na pielęgniarki.</p>
3	<p>Holenderskie centra rodzinne mieszczą się często w pięknych budynkach usytuowanych w centrum miasta. Tworzą one łatwo dostępne i przyjazne środowisko, w którym rodzice mogą napić się kawy po odprowadzeniu dzieci do szkoły. Okazało się jednak, że wprowadzenie wspólnej recepcji, jednego numeru telefonu oraz uniformu dla wszystkich pracowników, było pójściem o jeden krok za daleko.</p>
4	<p>Specjaliści ewidentnie dążyli do zachowania widocznego statusu zawodowego. Zmiana funkcjonujących obecnie statusów zawodowych zajmie wiele lat.</p>

Część nowo pozyskanych zasobów finansowych została wykorzystana do złagodzenia uciążliwości centrum Hoog Catharijne dla społeczeństwa poprzez nawiązanie współpracy z opieką zdrowotną, opieką społeczną, innymi agencjami publicznymi, samym centrum handlowym oraz kolejami holenderskimi. Wykorzystano również przestrzeń publiczną, hostele oraz ukierunkowane podejście.



Cała operacja, przeprowadzona w roku 2006, okazała się ogromnych sukcesem. W oparciu o powyższe doświadczenia, Minister Finansów (!), Gerrit Zalm, uruchomił międzyministerialny plan walki z bezdomnością w Utrechcie, Amsterdamie, Rotterdamie i w Hadze. Plan rozpoczął się w roku 2006 i zakończył w 2014.

Efektom współpracy było zwiększenie bezpieczeństwa i rewitalizacja centrum handlowego. Bezdomni mają obecnie do swej dyspozycji:

- ośrodki opieki dziennej i nocnej na terenie i w pobliżu centrum handlowego, prowadzone przez gminną opiekę zdrowotną, w tym ośrodek leczenia uzależnień i opieki psychiatrycznej, w których uzależnieni mogą przyjąć narkotyków poza zasięgiem wzroku innych członków społeczeństwa;
- lekarzy ulicznych o określonych godzinach udzielania konsultacji pracujących w takich ośrodkach, a także badania na obecność gruźlicy oraz innych chorób zakaźnych prowadzone przez gminną opiekę zdrowotną;
- sześć hospicjów poza centrum miasta, zapewniające zakwaterowanie w trybie 24h osobom ciężko uzależnionym od narkotyków, prowadzone przez Armię Zbawienia, a także inne instytuty prywatne;
- instytut zapewniający miejsce pobytu nieleczonym osobom ciężko uzależnionym od leków, w którym mogą one przyjmować heroinę pod nadzorem lekarza w ramach eksperymentu naukowego. Podobne instytuty i praktyki funkcjonują już w innych dużych miastach w Holandii;
- punkt wydawania metadonu, dzięki któremu klienci nie muszą udawać się po dawkę do centrum miasta;
- dedykowany zespół FACT (patrz punkt 10.6) dla osób z ciężkimi chorobami psychicznymi;
- wytyczne dotyczące współpracy między policją a opieką zdrowotną;
- ograniczony dostęp do centrum handlowego w godzinach wieczornych i nocnych.

Koordinacja taka nie wymaga tworzenia nowych przepisów<sup>2</sup> lub łączenia organizacji. Do sukcesu projektu przyczyniły się następujące czynniki:

- poczucie konieczności pilnego rozwiązania tej palącej kwestii społecznej oraz problemu dla zdrowia publicznego w społeczeństwie;
- wspólny cel wszystkich osób zaangażowanych w funkcjonowanie centrum handlowego: rozwiązanie problemu;
- koncepcja oparta nie tylko o rozwiązanie problemu bezpieczeństwa pacjentów centrum, ale także na zmniejszaniu problemów dotyczących bezdomnych;
- zastosowanie odmiennych paradygmatów: bezdomni byli postrzegani nie tylko jako pacjenci, ale także jako przestępcy.



Powyższe ustalenia zostaną przywołane w punkcie 7.6, opisującym model koordynacji świadczeń społecznych i zdrowotnych.

## **7.5 ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU ZDROWIA PSYCHICZNEGO A ŚWIADCZENIA SPOŁECZNE**

W roku 2012 holenderscy lekarze podstawowej opieki zdrowotnej zaczęli udzielać świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego. Otrzymali zasoby umożliwiające zatrudnienie asystenta zdrowia psychicznego. Tacy asystenci mogą być psychologami, pracownikami społecznymi lub pielęgniarkami psychiatrycznymi.

Zajmują się oni pacjentami z łagodnymi problemami psychicznymi, np. stresem, łagodną postacią depresji i lęku, problemami w relacjach międzyludzkich i bezsennością. Pacjentka ze sztywnością obręczy brakowej oraz przejściową depresją opisaną w punkcie 7.2 jest przykładem pacjenta, do leczenia którego kwalifikują się właśnie tacy asystenci zdrowia psychicznego.

W roku 2013, powyższe rozszerzenie obszaru podstawowej opieki zdrowotnej (opisane w punkcie 3.2) przyniosło efekt w postaci zmniejszenia z 800 000 do 700 000 liczby pacjentów psychiatrycznych leczonych w ośrodkach zdrowia psychicznego.<sup>3</sup> W latach 2014 i 2015, redukcja liczby pacjentów trwała nadal, nie tylko z powodu ww. rozszerzenia, ale także na skutek utworzenia zespołów opieki społecznej opisanych w punkcie 7.2.

Obecnie, po rozpoczęciu koordynacji świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej, specjaliści i decydenci mogą swobodnie kontynuować działania w tej kwestii. W praktyce dziedziny te są ściśle ze sobą połączone. Po ukończeniu leczenia przez pacjentów z problemami psychicznymi, rozpoczynają oni okres rehabilitacji. Dość często muszą zaczynać wszystko od początku. Muszą znaleźć nową pracę lub rozpocząć edukację, znaleźć nowego partnera, przyjaciół i miejsce zamieszkania. Na tym etapie są wciąż bardzo podatni na chorobę. Może dojść do recydywy lub nawrotu choroby. Wsparcie rehabilitacyjne stanowi integralną część opieki psychiatrycznej, porównywalnej do rehabilitacji po udarze, ataku serca lub leczeniu onkologicznym. Wsparcie rehabilitacyjne opiera się na dwunastu podstawowych zasadach. Zasady te opracowano w roku 2012 przez Administrację ds. Zdrowia Psychicznego i Nadużywania. Substancji (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMSHA), oddział amerykańskiego Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (DHHS).<sup>4</sup>

Szósta z nich brzmi, że rehabilitacja powinna być oparta o ciągłość leczenia i dobrostan. W przypadku świadczeń zdrowotnych oznacza to, że wsparcie rehabilitacyjne jest na wszystkich poziomach zadaniem opieki psychiatrycznej: w podstawowej opiece zdrowotnej, specjalistycznej opiece psychiatrycznej oraz szpitalach psychiatrycznych. Amerykańscy badacze Cook i wsp. wykazali,

że wsparcie rehabilitacyjne jest wsparciem skutecznym.<sup>5</sup> Badacze z Utrechtu, Den Ouden i wsp. (w tym ja), przeprowadzili badanie jakościowe dotyczące wsparcia rehabilitacyjnego u byłych pacjentów dużych instytucji psychiatrycznych.<sup>6</sup> Doszli do wniosku, że wartością dodaną wsparcia rehabilitacyjnego jest fakt, że ułatwia ona stopniowe przejście przez cały proces leczenia od przyjęcia do szpitala do rehabilitacji.

Z powyższego studium przypadków można wysnuć następujące wnioski:

- 1 koordynacja świadczeń opieki psychiatrycznej i podstawowej opieki zdrowotnej wyprzedziła koordynację świadczeń zdrowia psychicznego i świadczeń społecznych;
- 2 rehabilitacja po fazie leczenia często wiąże się ze znalezieniem nowej pracy lub rozpoczęciem edukacji, znalezieniem nowego partnera, przyjaciół i miejsca zamieszkania. Wszystkie te zadania należą do obszaru świadczeń społecznych. W fazie rehabilitacji pacjenta występuje wysokie ryzyko recydywy i nawrotu choroby;
- 3 zachowanie ciągłości między fazą leczenia a fazą rehabilitacji powinno mieć charakter stopniowy. Faza rehabilitacji powinna rozpocząć się przed zakończeniem leczenia;
- 4 wsparcie rehabilitacyjne zapewniane przez przeszkolonych pacjentów/klientów przynosi pozytywne efekty.

### Porównanie czterech studiów przypadku

Powyższe cztery studia przypadku wyraźnie pokazują, że świadczenia społeczne mają inne cele, niż świadczenia zdrowotne. Przede wszystkim, stworzenie bezpieczniejszego centrum handlowego i oferowanie wysokiej jakości opieki zdrowotnej osobom uzależnionym od narkotyków to dwa całkowicie odmienne cele. W dziedzinie świadczeń społecznych, zdrowie jest czasem postrzegane jako środek do celu, np. dzieci zdrowe fizycznie i psychicznie będą sobie lepiej radzić w szkole. W tym przypadku zdrowie nie jest celem ostatecznym, ale zasobem. I odwrotnie, świadczenia społeczne są również środkami na drodze ku dobremu stanowi zdrowia, np. jeżeli pewne osoby posiadają dom, przyjaciół i inne dobra podstawowe, zgodnie z tezą Skidelsky'ego i Skidelsky'ego (patrz punkt 5.4), istnieje duża szansa, że będą one również cieszyć się dobrym zdrowiem.

Jak pokazują studia przypadków, koordynacja świadczeń społecznych i zdrowotnych jest ciekawą perspektywą. Świadczenia społeczne leżą jednak w gestii agencji mieszkalnictwa, szkół i policji. Zbyt ścisła koordynacja ze świadczeniami zdrowotnymi powoduje dezintegrację świadczeń w pozostałych sektorach.

Kolejnym wspólnym zjawiskiem dla czterech powyższych studiów przypadków jest drugorzędna rola lekarzy w procesie koordynacji świadczeń

zdrowotnych i społecznych. Lekarz jest niezbędny do postawienia właściwej diagnozy (zaburzenie somatyczne, psychiatryczne, uzależnienie lub zaburzenie intelektualne), ale większość zadań związanych z faktyczną współpracą jest realizowana przez pielęgniarki i pracowników społecznych.

Kończąc omawianie studiów przypadków chciałbym wskazać na brak wymiany danych cyfrowych między świadczeniami zdrowotnymi a społecznymi. Właśnie ten brak spowodował znaczne trudności w realizacji powyższych czterech przypadków omówionych w tym rozdziale. W rozdziale 17 dotyczącym technologii informacyjnych i opieki koordynowanej przedstawiono teoretyczne i praktyczne rozwiązania w zakresie braku takiej wymiany danych.

## 7.6 TEORIA DOTYCZĄCA KOORDYNACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH OPARTA O CZTERY STUDIA PRZYPADKU

Na rys. 7.3 przedstawiono warunki współpracy między opieką zdrowotną a społeczną w oparciu o cztery powyższe studia przypadku. Warunki te przedstawiono zgodnie z modelem Butta, opisanego w punkcie 3.5, i podzielono na:

- 1 warunki podstawowe;
- 2 warunki organizacyjne; oraz
- 3 warunki społeczne.

Rys. 7.3 Warunki koordynacji świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej w oparciu o opisane studia przypadków

Warunki podstawowe	
1	Poczucie konieczności pilnego rozwiązania problemu zdrowotno-społecznego odczuwane przez społeczeństwo i firmy komercyjne przyspiesza koordynację świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej (punkt 7.4)
2	Wspólny cel wszystkich osób zaangażowanych w opiekę zdrowotną i społeczną przyspiesza koordynację (punkt 7.4)
Warunki organizacyjne	
3	Zespoły opieki zdrowotnej i społecznej w gminie lub małym mieście o populacji do 50 000 mieszkańców nie łączą się ze sobą. Współpracują one jedynie ze sobą w zakresie opieki nad osobami z problemami zdrowotnymi i społecznymi (punkt 7.2).
4	Zespoły opieki społecznej funkcjonują niezależnie od rady gminy. Rada gminy nie podejmuje interwencji w pojedynczych przypadkach. Taka niezależność zwiększa zaufanie zespołu opieki zdrowotnej do działań prowadzonych przez zespół opieki społecznej (punkt 7.2).

Rys. 7.3 – ciąg dalszy

5	Pracownicy opieki społecznej i specjaliści opieki zdrowotnej pracują pod jednym dachem. Taka zażyłość sprawia, że członkowie zespołu opieki zdrowotnej mają osobiste zaufanie do pracowników opieki społecznej, pogłębiane dodatkowo przy każdym spotkaniu. Takie zaufanie natury zawodowej wynika z uznania wzajemnego doświadczenia.
6	Pracownik społeczny posiada wiedzę na temat świadczeń społecznych udzielanych przez organizacje specjalistyczne i wolontariatu (patrz punkt 7.2)
<b>Warunki społeczne</b>	
7	Do świadczeń zdrowotnych i społecznych przyjęto odmienne paradygmaty. Takie rozróżnienie ułatwia poprawne zidentyfikowanie źródła problemu oraz spójność rozwiązań stosowanych w poszczególnych dziedzinach. Osoby z problemami mogą być postrzegane jako pacjenci, ale czasami też jako przestępcy (punkt 7.4)
8	Rehabilitacja jest płynnie włączana w proces leczenia i rozpoczyna się przed zakończeniem leczenia (zaburzenia somatycznego lub psychiatrycznego). Często wiąże się ona ze znalezieniem nowej pracy, lub podjęciem nauki w szkole/ na uniwersytecie, znalezieniem nowego partnera, przyjaciół i miejsca zamieszkania. Wszystkie te elementy leżą w gestii pracownika społecznego (punkt 7.4)
9	Wsparcie rehabilitacyjne zapewniane przez przeszkolonych pacjentów/klientów przynosi pozytywne efekty. Dlatego też stanowi ono kluczowy element koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych (punkt 7.5)

**Źródło:** patrz punkty 7.2–7.5

## 7.7 ODPOWIEŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób koordynacja świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach? Wniosek można uznać za wiarygodny, jeżeli został poparty założeniami teoretycznymi, a nie samymi badaniami empirycznymi. Wniosek zaznaczono gwiazdką, jeśli wynika z obserwacji w tylko jednym kraju lub z tylko jednego badania.

### Potrójny cel 1: Poprawa stanu zdrowia populacji

- 1 Można uznać za wiarygodne, że integracja świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej spełniająca warunki podstawowe i organizacyjne przedstawione

na rys. 7.3 przyczyni się do poprawy stanu zdrowia i dobrostanu pacjentów z problemami zdrowotnymi i społecznymi.

#### Potrójny cel 2: Poprawa jakości opieki nad pacjentem

- 2 Można uznać za wiarygodne, że zastosowanie odmiennych paradygmatów do opieki zdrowotnej i społecznej prowadzi do dokładniejszego zidentyfikowania źródła problemów zdrowotnych i społecznych oraz do wdrożenia szerszego zakresu interwencji w celu rozwiązania tych problemów.

#### Potrójny cel 3: Obniżenie kosztów opieki per capita

- 3 Interwencje w zakresie rehabilitacji w opiece społecznej po zakończeniu leczenia w opiece zdrowotnej oraz wsparcie rehabilitacyjne udzielane przez innych pacjentów obniżają koszty na mieszkańca.\*

#### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 7

- 1 Lara Montero A. Integrated social services in Europe. Brighton: European Social Network, 2016.
- 2 Pobrano w styczniu, 2016 r. ze strony [www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted).
- 3 Hermans J, Öry F, Schrijvers AJP i wsp. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen. Utrecht: Inventagroep, 2005.
- 4 Sector Rapport GGZ, feiten en cijfers van een sector in beweging. Amersfoort: GGZ Nederland, 2015.
- 5 Cook JA, Copeland ME, Floyd CB i wsp. A randomized controlled trial of effects of wellness recovery action planning on depression, anxiety, and recovery. *Psychiatr Serv* 2012;63(6):541-7
- 6 Oude T den, Oosterum L van, Leeuw R de i wsp. Inzet ervaringsdeskundigheid in de GGZ: van stigma naar succes. *MGV* 2011;66(7/8):506-17 [www.mgvonline.nl/assets/sites/7/MGV-2011-zomer.pdf](http://www.mgvonline.nl/assets/sites/7/MGV-2011-zomer.pdf).



# CZEŚĆ 3

## **PACJENCI I PRACOWNICY OPIEKI ZDROWOTNEJ JAKO PARTNERZY**





## 8 Wsparcie w zakresie samoopieki a opieka koordynowana

Opieka koordynowana może doprowadzić do osłabienia pozycji pacjenta. W chwili, gdy specjaliści ustalają wytyczne dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej i rozdzielania zadań, opieka spersonalizowana oraz wolność wyboru pacjenta może zostać narażona na szwank. Postrzeganie pacjenta jako partnera oraz współtwórcę dobrego stanu zdrowia przez specjalistów ma olbrzymie znaczenie. Aby stać się takimi współtwórcami, pacjenci potrzebują odpowiedniej wiedzy i umiejętności. Niniejszy rozdział opisuje, w jaki sposób zdobyć taką wiedzę i umiejętności. O ile pacjenci zdobędą odpowiednie wykształcenie, będą w stanie wspólnie podejmować decyzje o swoim zdrowiu i opiece. Kwestia ta zostanie omówiona w rozdziale 9 dotyczącym wspólnego podejmowania decyzji.

Temat nabywania wiedzy i umiejętności przez pacjentów nie jest nowy. Wprost przeciwnie, z historii publicznej opieki zdrowotnej od roku 1850 (punkt 8.1) wynika, że pojawił się on już dawno temu. Zarówno przeszłość jak i teraźniejszość pokazują, że prawdziwie korzystne dla zdrowia zachowania wśród obywateli promuje wyłącznie koordynowane podejście specjalistów opieki zdrowotnej, organizacji społecznych oraz rządu (punkt 8.2). Ważnym elementem tego podejścia jest promowanie samoopieki u osób z chorobami przewlekłymi. Do tej pory wypracowano liczne interwencje (punkt 8.3), które zasługują na miejsce w opiece koordynowanej (punkt 8.4). Ostatnia część (punkt 8.5) odpowiada na pytanie w jaki sposób samoopieka w opiece koordynowanej przyczynia się do realizacji potrójnego celu.

### 8.1 OD ROKU 1850 ZACHOWANIA PROZDROWOTNE LUDZI ULEGŁY ZMIANIE

Poniższe działania profilaktyczne odniosły ogromny sukces na przestrzeni wieków:

- 1 poprawa warunków higienicznych od około 1850 roku;
- 2 zmniejszenie spożycia alkoholu w okresie między 1880 a 1960 rokiem;

- 3 zmniejszenie umieralności dzieci poprzez szczepienia oraz badania przesiewowe;
- 4 zmniejszenie liczby śmiertelnych ofiar wypadków drogowych od 1950 roku; oraz
- 5 walka z paleniem tytoniu od około 1960 roku.

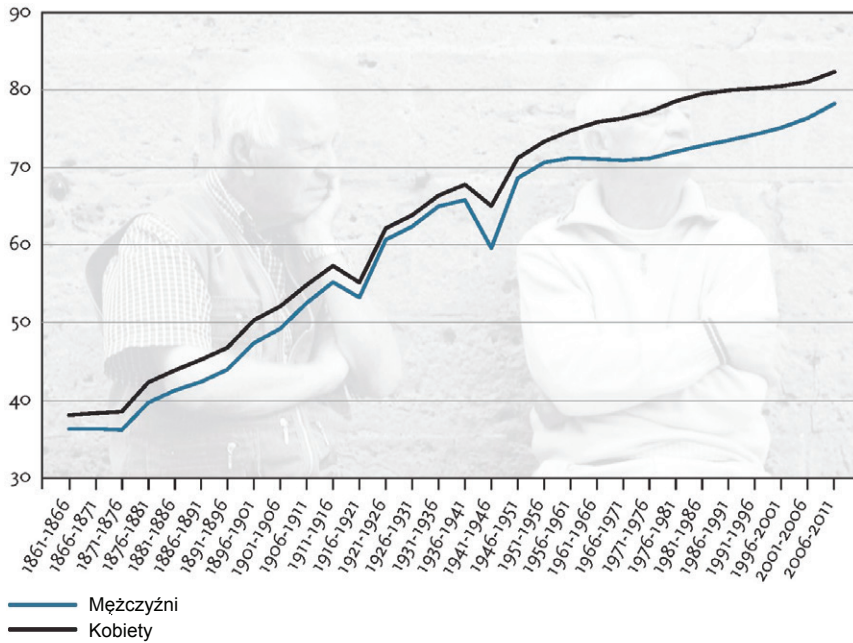
Na rys. 8.1–8.4 przedstawiono sukcesy działań profilaktycznych w zakresie wydłużenia średniej długości życia, obniżenia spożycia alkoholu, zmniejszenia liczby śmiertelnych ofiar wypadków drogowych oraz niższej konsumpcji tytoniu w Holandii. W roku 1976, McKeown, brytyjski profesor medycyny społecznej, spowodował olbrzymie zamieszanie obliczeniami sugerującymi, że spadek śmiertelności w XIX i XX wieku wynikał z lepszej higieny i poprawy warunków życiowych, a nie postępów w naukach medycznych. Pięć powyższych działań profilaktycznych było ukierunkowanych zarówno na bezpośrednie środowisko życia ludzi (np. budowa kanalizacji i wodociągów,) jak i ich zachowania (np. gotowanie wody przed użyciem). Wywieranie wpływu na zachowania ludzi oraz przystosowywanie ich środowiska życiowego okazały się być doskonałymi sposobami na poprawę zdrowia publicznego.

To samo dotyczy pozostałych trzech działań profilaktycznych: połączenie poprawy środowiska życia i promowania zdrowego stylu życia okazało się być skuteczne (patrz rys. 8.2–8.4).

Do tej grupy został dodany nowy instrument promujący zachowania prozdrowotne: fiskalna polityka zdrowotna. Nałożenie akcyzy na szkodliwe produkty, takie jak alkohol i tytoń, zadziałało jak finansowy bodziec negatywny (patrz punkt 12.1) i jeszcze bardziej wzmocniło zachowania prozdrowotne.

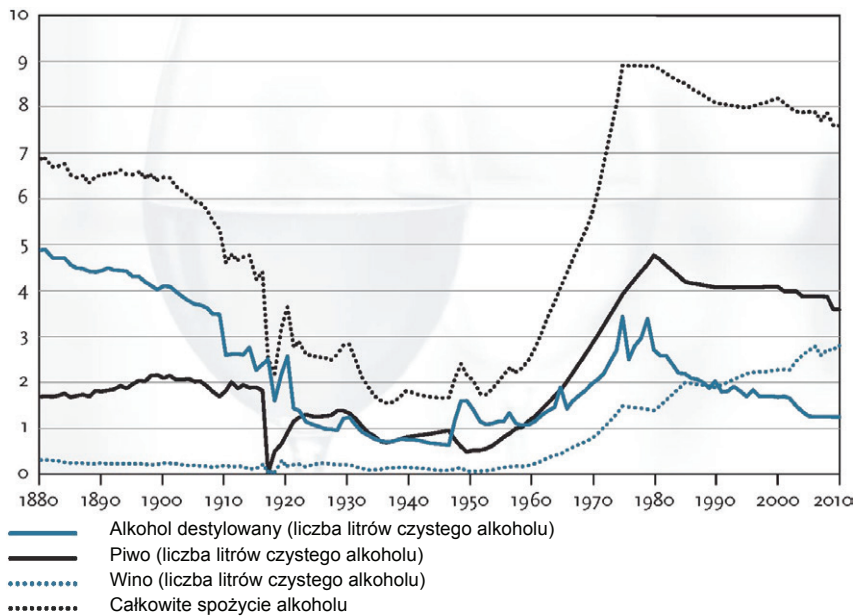
Trzy elementy (dostosowanie do warunków środowiska, promocja zdrowia oraz fiskalna polityka zdrowotna) zostały w przeszłości wprowadzone w Holandii i w innych krajach.<sup>1</sup>

Przy opracowywaniu współczesnych działań profilaktycznych wspierających walkę z nadwagą, brakiem aktywności fizycznej, nadmiernym spożyciem soli i stresem możemy posiłkować się cennymi wnioskami wyciągniętymi z przeszłości. Historia inspiruje nas także do kontynuowania istniejących już działań ukierunkowanych na obniżenie spożycia alkoholu, tytoniu i stosowania narkotyków. W tej książce skupię się na promowaniu zdrowego stylu życia z pominięciem dyskusji na temat dostosowań do warunków środowiska, takich jak ograniczanie zanieczyszczeń powietrza oraz fiskalna polityka zdrowotna, w tym podatki od zawartości tłuszczu i cukru.



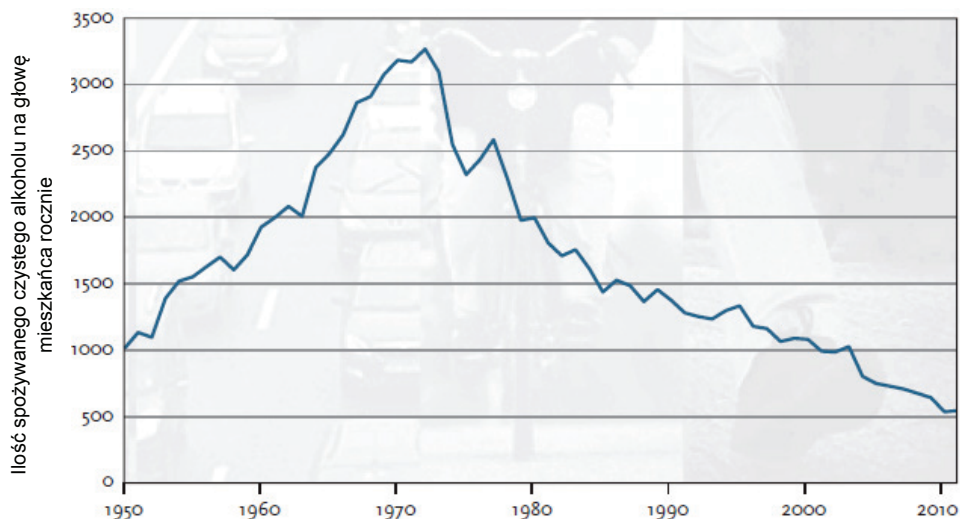
Rys. 8.1 Oczekiwana długość życia noworodków w Holandii w latach 1866–2011

Źródło: CBS, Statline.cbs.nl, Den Haag/Heerlen, pobrano w dniu 30 kwietnia 2014 r.



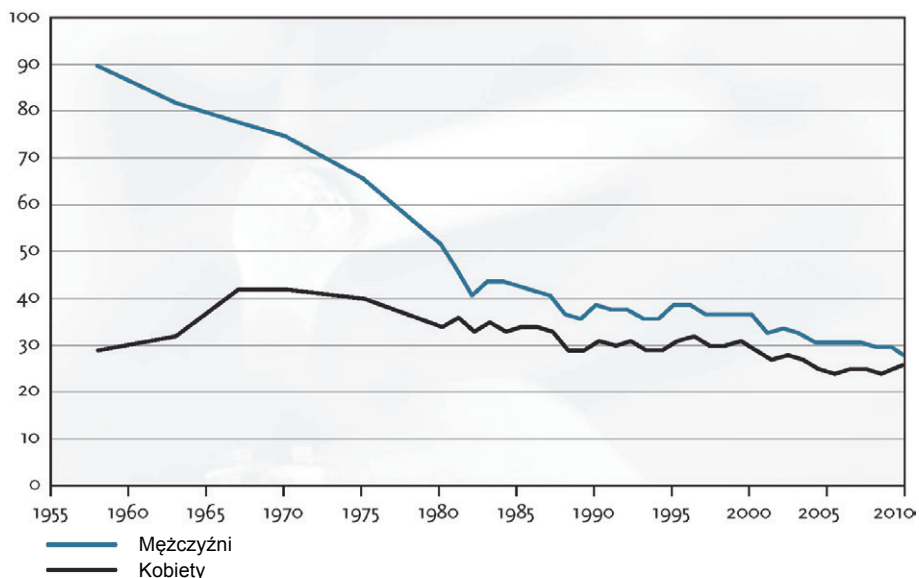
Rys. 8.2 Spożycie alkoholu w Holandii: piwo, wino i alkohole spirytusowe w latach 1880–2011

Źródło: Dane zebrane do książki w 2013 roku przez Holenderski Instytut ds. Polityki Alkoholowej



Rys. 8.3 Liczba śmiertelnych wypadków drogowych w Holandii w latach 1950–2011

**Źródło:** dane z lat 1950–2005: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV), De top bedwongen. Balans van de verkeersonveiligheid in Nederland 1950–2005, Leidschendam: SWOV, 2007; data 2006–2012: Statline.cbs.nl, pobrano w dniu 30 kwietnia 2014 r.



Rys. 8.4 Odsetek osób palących, w podziale na kobiety i mężczyzn, w Holandii w latach 1958–2010

**Źródło:** dane na rok 1958: Gadourek I, Riskante gewoonten, pobrano w dniu 22 września 2016 r. ze strony [http://www.dbnl.org/tekst/gad0001risk01\\_01](http://www.dbnl.org/tekst/gad0001risk01_01); data 1963–2010: pobrano w dniu 22 września 2016 r. ze strony [www.stivoro.nl](http://www.stivoro.nl).

## 8.2 W PROFILAKTYCE FUNKCJONUJĄ WYŁĄCZNIE MODELE OPARTE O WIELU UCZESTNIKÓW

Prawdziwość tych historycznych przykładów została potwierdzona w ostatnich badaniach dotyczących jednostkowej, osobnej promocji zdrowia bez włączania w to zmian środowiskowych oraz zachęt finansowych. Takie jednostkowe, niepowiązane programy poprawy stanu zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej lub w miejscu pracy są nieefektywne. Właśnie taki wniosek wyciągnęli Robroek i wsp. w przeglądzie piśmiennictwa z 23 różnych badań.<sup>2</sup>

Na podstawie podobnych badań stwierdzono, że ostatnie dysertacje dotyczące podobnych projektów opracowane przez holenderskich badaczy – Broekhuizen<sup>3</sup>, Strijka<sup>4</sup> i Verweija<sup>5</sup> prowadzą do tego samego wniosku: interwencje dotyczące stylu życia w miejscu pracy nie mają istotnego wpływu na styl życia pracowników.

Poprawa stanu zdrowia poza miejscem zatrudnienia także nie przynosi efektów. Koopmans i wsp.<sup>6</sup> potwierdzili wyniki powyższych badań w kompleksowym badaniu przeglądowym.

Zaobserwowali oni niewielką gotowość do uczestnictwa oraz nieprzebranie zaleceń związanych z działaniami na rzecz walki z niezdrowym stylem życia: od jednej trzeciej do aż 50 procent grupy docelowej nie uczestniczy w działaniach lub przedwcześnie z nich rezygnuje. W roku 2012, Orrow<sup>7</sup> opublikował badanie literaturowe dotyczące efektów realizacji programów ćwiczeń fizycznych w podstawowej opiece zdrowotnej. Podsumował ze smutkiem, że nie przynoszą one prawie żadnego efektu i konsekwentnie zniechęcają lekarzy POZ do kierowania pacjentów do udziału w takich programach. Metcalf<sup>8</sup> przedstawił podobne wnioski dotyczące programów ćwiczeń fizycznych dla dzieci.

Bazując na powyższych badaniach przeglądowych, wyżej wspomniany Koopman i wsp. wskazali, że udane interwencje dotyczące stylu życia

- 1 są dostosowane do potrzeb określonej grupy docelowej;
- 2 wykorzystują spójny zestaw działań i środków środowiskowych;
- 3 są przeznaczone dla wielu uczestników i sektorów, w tym dla grupy docelowej;
- 4 charakteryzują się wystarczającym czasem trwania oraz ciągłością.

Wnioski, które można wyciągnąć z realizacji takich programów, są zgodne z wnioskami wyciągniętymi z historii. Na ich podstawie można zobrazować nowy rodzaj opieki koordynowanej.

Różnica polega na tym, że ten rodzaj koordynacji pasuje się nie między świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej, a specjalistami opieki zdrowotnej, ale między sektorem podstawowej opieki zdrowotnej, a instytucjami realizującymi także działania (interwencje) profilaktyczne, w tym zdrowe

szkoły, kluby sportowe, supermarkety, siłownie/sale gimnastyczne oraz lokalne organy zdrowia publicznego.

Takie koordynowane podejście obejmujące wielu uczestników jest obecnie realizowane w więcej niż jednym projekcie w Holandii. Lista przykładów obejmuje społecznościowy projekt Heart Beat w prowincji Limburg;<sup>9-10</sup> projekt *B.Slim Move More Eat Healthy* w Amersfoort;<sup>11</sup> oraz *Healthy Overvecht* w mieście Utrecht.<sup>12</sup> Ten ostatni projekt został oparty o koncepcję Big Move ([www.bigmove.nu](http://www.bigmove.nu)). Ciekawe multidyscyplinarne programy profilaktyczne dla wielu grup uczestników powstały także w innych krajach. Jednym z najbardziej udanych i rozpoznawalnych programów jest Vitality Health Promotion Programme realizowany w Republice Południowej Afryki. Wykorzystuje on bodźce finansowe i jest oparty o współpracę z supermarketami, siłowniami i firmami ubezpieczeniowymi. Program Vitality udanie realizuje założone cele: poprawę zdrowia uczestników oraz obniżenie kosztów opieki zdrowotnej nad nimi.<sup>13,14,15</sup>

W podsumowaniu niniejszego punktu chciałbym rzucić nieco światła na różne rodzaje koordynacji w dziedzinie profilaktyki.

Mimo braku dowodów empirycznych można stwierdzić, że jednoczesne eliminowanie różnych niezdrowych nawyków może być bardziej skuteczne, niż eliminowanie ich jeden po drugim. Tezę tę można poprzeć za pomocą trzech argumentów. Po pierwsze, różne niezdrowe nawyki mogą wynikać z wspólnej przyczyny, na przykład braku silnej woli. Przykładowo, presja wywierana przez rówieśników może spowodować nadużywanie alkoholu, tytoniu i marihuany wśród młodzieży.<sup>16</sup> Po drugie mamy do czynienia z argumentem epidemiologicznym: gromadzeniu się niezdrowych nawyków w określonych grupach docelowych. Osoby niećwiczące często wykazują także niezdrowe nawyki żywieniowe. Również spożywanie alkoholu i palenie często występują wspólnie. W przypadku takich grup, skutecznym rozwiązaniem mogłaby okazać się jednoczesna eliminacja kilku niezdrowych nawyków. Horn i wsp. przedstawili pewien przykład: pokazali oni, w jaki sposób jednocześnie i skutecznie zachęcić ludzi do ćwiczeń oraz rzucenia palenia.<sup>17</sup> Po trzecie, część interwencji specjalistycznych w zakresie walki z niezdrowym stylem życia jest w zasadzie porównywalna: wszystkie interwencje wymagają posiadania podstawowych kompetencji oraz podejścia dydaktycznego. Moim zdaniem, łączne i głębsze przyczyny niezdrowych nawyków można wyeliminować bardziej skutecznie stosując podejście koordynowane.

### 8.3 REALIZACJA SAMOOPIEKI POPRZECZ EDUKOWANIE PACJENTÓW

Powyższa dyskusja dotyczyła promowania zdrowego stylu życia wśród obywateli niebędących w tym czasie pacjentami. Wydawało się, że jedynym skutecznym podejściem było podejście koordynowane oparte o współpracę specjalistów



opieki zdrowotnej, szkół, supermarketów i klubów sportowych. Czy takie samo podejście będzie równie skuteczne dla pacjentów, którzy mają już zapewnioną opiekę zdrowotną? Lub, innymi słowy, czy podejście skoordynowane promuje samoopiekę wśród pacjentów? Rys. 8.5 przedstawia definicję samoopieki oraz podobnych koncepcji. Poniższa dyskusja dotyczy tylko pierwszego zagadnienia, a także aktywizacji pacjentów. Zaangażowanie pacjenta na szczeblu polityki zdrowotnej zostało omówione w rozdziale 18 oraz w rozdziale 19 poświęconym przywództwu i zarządzaniu zmianą w opiece skoordynowanej.

Rozpoczęcie działań z zakresu samoopieki musi być poprzedzone pozyskaniem przez pacjenta określonych informacji. Zostaną one omówione w kolejnym akapicie.

Rys. 8.5 Definicja samoopieki i terminów pokrewnych

Samoopieka	Świadome działania podejmowane przez pacjenta w zakresie kontroli własnego stanu zdrowia oraz uczestnictwa w procesie decyzyjnym i procesie leczenia świadczonym przez specjalistów opieki zdrowotnej.
Aktywacja pacjentów (synonimy: wzmocnienie pozycji pacjenta; wsparcie pacjenta w zakresie samoopieki)	Działania edukacyjne oraz inne działania przeprowadzane przez specjalistów i wspierające samoopiekę
Zaangażowanie pacjentów	Pacjenci, ich rodziny, przedstawiciele i specjaliści opieki zdrowotnej pracują w ramach aktywnego partnerstwa na różnych poziomach w całym systemie opieki zdrowotnej – opieki bezpośredniej, organizacji, zarządzania i tworzenia polityk opieki zdrowotnej – w celu poprawy zdrowia i samej opieki zdrowotnej <sup>34</sup>

Pacjenci otrzymują informacje od specjalistów, z internetu, mediów, od rodziny, przyjaciół i z materiałów pomocniczych. Są najbardziej zainteresowani diagnozą, rokowaniami, zakresem terapii, sposobami radzenia sobie z chorobą oraz współpłatnościami za leki i inne rodzaje leczenia. Przykładami mogą tu służyć dwie strony internetowe <http://patient.info/health> i [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) zaprojektowane przez brytyjskich i holenderskich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Wielu pacjentów chce dowiedzieć się więcej na temat swojej choroby i jej leczenia. W 2015 roku 51% osób w Holandii stwierdziło, że większa liczba stron internetowych z rzetelnymi i wiarygodnymi informacjami zdrowotnymi jest konieczna.<sup>18</sup>

Badanie przeprowadzone na holenderskich pacjentach z nowotworem przyniosło wyniki rzędu aż 73%.<sup>19</sup> Inne badania sugerują jednak brak powszechnego zainteresowania informacjami dotyczącymi wyboru szpitala.

Za osoby dokonujące aktywnego wyboru w holenderskim badaniu jakościowym można było uznać tylko jedną grupę pacjentów. Druga grupa wybrała szpital w sąsiedztwie, motywując wybór uczuciem lojalności lub przyczynami praktycznymi, lub też nie wybrała szpitala wcale.<sup>20</sup> Podobny brak zainteresowania informacjami zaobserwowano w dziedzinie opieki długoterminowej.

Większość Amerykanów posiada bardzo niską wiedzę na temat dostępnych opcji świadczeń opieki oraz wsparcia długoterminowego, a także nie potrafi prawidłowo oszacować swego przyszłego zapotrzebowania na takie świadczenia.<sup>21</sup> W 2013 roku 80% populacji holenderskiej nie chciało być informowanych o możliwości otrzymania opieki długoterminowej na późniejszym etapie życia i nie chciało poruszać tego tematu.<sup>22</sup>

### **Materiały pomocnicze poszerzają wiedzę pacjentów, ale nie zmieniają ich zachowań.**

Grupy multidyscyplinarne i grupy pacjentów często współpracują ze sobą w zakresie opracowywania i publikacji materiałów pomocniczych. Materiały pomocnicze służą pomocą osobom, które muszą podjąć decyzję dotyczącą leczenia lub badań przesiewowych. Materiały pomocnicze zostały stworzone dla pacjentów do użytku indywidualnego poza gabinetem lekarskim; w poczekalni lub w domu. Mimo, że są one zorientowane na promowanie wiedzy, nie mogą zagwarantować, że pacjenci będą podejmować decyzje wspólnie z lekarzem podczas konsultacji. Materiały pomocnicze mogą przyjmować różne formy, takie jak broszurki, materiały wideo oraz inne narzędzia internetowe. Ostatnio opublikowane badanie przeglądowe Cochrane określało skuteczność materiałów pomocniczych.<sup>23</sup> Przegląd raportów z badań, z których ostatni został opublikowany w czerwcu 2012 r., objął 115 badań z udziałem 34 444 uczestników. Badanie wykazało, że pacjenci korzystający z materiałów pomocniczych:

- 1 zwiększyli swą wiedzę na temat dostępnych opcji terapeutycznych;
- 2 czuli się lepiej poinformowani i bardziej świadomi w kwestii priorytetów;
- 3 mieli dokładniej sprecyzowane poglądy dotyczące wad i zalet poszczególnych opcji terapeutycznych.

Bardziej szczegółowe materiały pomocnicze skuteczniej poszerzają wiedzę, niż materiały o podstawowym zakresie informacji. Co więcej, materiały pomocnicze nie powodują pogorszenia wyników zdrowotnych, a osoby z nich korzystające nie są mniej usatysfakcjonowani z efektów podjętej decyzji, niż osoby, które z nich nie korzystały. Nie jest jasne, czy stosowanie materiałów pomocniczych prowadzi do zmian w sposobie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, czy nie.



Kilku autorów zasugerowało, że jakość materiałów pomocniczych wymaga poprawy. Sugestie te przedstawiono na Rys. 8.6. Dodatkowe objaśnienia znajdują się w odniesieniach.

Rys. 8.6 Sugestie dotyczące poprawy jakości materiałów pomocniczych

1	Zamieszczenie „daty ważności” <sup>26</sup>
2	Dodanie materiałów graficznych pokazujących wady i zalety różnych opcji terapeutycznych
3	Skoncentrowanie tematyki materiałów pomocniczych na aspektach istotnych dla pacjentów
4	Dodanie krótkich, jednostronicowych podsumowań (siatek opcji), dostarczających pacjentom odpowiedzi na często zadawane pytania <sup>26</sup>
5	Dostosowanie jakości treści materiałów pomocniczych do jakości ulotek informacyjnych dla pacjenta zamieszczanych w opakowaniach leków na receptę, określających skuteczność leku oraz opisujących ryzyka, efekty uboczne i działania niepożądane <sup>27</sup>
6	Umożliwienie grupom specjalistów, organizacjom pacjentów, instytutom naukowym oraz innym organizacjom specjalistycznym zatwierdzenia materiałów pomocniczych
7	Dodanie do tekstu ilustracji, piktogramów i animacji wideo <sup>28,29</sup>

**Źródło:** Stacey D, Légaré F, Col N i wsp. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Syst Rev* 2014;1:CD001431; Agoritsas T, Heen AF, Brandt L i wsp. Decision aids that really promote shared decision making: the pace quickens, *BMJ* 2015;350:g7624; <http://optiongrid.org>, konsultowano w dniu 8 stycznia 2016 r.; Vogel WW, Lam MGEH, Vegt E i wsp. De kwaliteit van patientenfolders kan beter: een beschouwing aan de hand van Radium-223-therapie, *Ned Tijdschr Geneeskd* 2015;159:8948; Bol N, Smets EM, Eddes EH i wsp. Illustrations enhance older colorectal cancer patients' website satisfaction and recall of online cancer information, *Eur J Cancer Care* 2015;24:213-23.

Powyższy przegląd Cochrane jednoznacznie potwierdza skuteczność informacji zawartych w materiałach pomocniczych; poszerzają one wiedzę pacjentów. Czy ma to jednak wpływ na ich zachowanie? Badanie literaturowe Johansena i Hendriksena wykazało, że informacje zawarte w elektronicznej dokumentacji pacjenta nie przyczyniają się do zmiany zachowań pacjentów.<sup>30</sup> To samo odnosi się do informacji przesyłanych na telefony komórkowe w programach telemonitoringu<sup>31</sup> oraz w programach zarządzania procesem chorobowym dedykowanych osobom z cukrzycą.<sup>32</sup> Ten rodzaj przekazywania informacji okazał się nieskuteczny z powodu braku edukacji. Innymi słowy, przekazywaniu

materiałów pomocniczych nie towarzyszą szkolenia i zajęcia praktyczne. Brakuje także listy poprzednio przekazanych prawidłowych i błędnych informacji oraz metod (stylu) nauki preferowanych przez pacjenta.

#### **8.4 WSPARCIE DZIAŁAŃ Z ZAKRESU SAMOOPIEKI ZA POMOCĄ DOSTĘPNYCH NARZĘDZI**

Heijmans i wsp.<sup>33</sup> wyróżnili cztery grupy czynności z zakresu samoopieki dla osób z chorobami przewlekłymi. Pierwszą z nich jest proces leczenia. 95% osób z chorobami przewlekłymi w tej grupie wykonuje zadania związane z samoopieką: np. 86% przyjmuje lekarstwa zgodnie z zaleceniami. Do tej grupy zaliczają się także takie działania, jak samodzielne monitorowanie stanu zdrowia.

Druga grupa działań obejmuje komunikację ze specjalistami opieki zdrowotnej (78% osób z chorobami przewlekłymi): np. 69% tych osób musi udawać się na konsultacje. Trzecia grupa działań dotyczy radzenia sobie ze skutkami choroby (79% osób z chorobami przewlekłymi), na przykład radzenia sobie z bólem (62%), brakiem energii (57%) oraz niepewną przyszłością (39%). Czwarta grupa działań dotyczy dostosowania stylu życia (86% osób z chorobami przewlekłymi), np. zapewnienia wystarczającej ilości ćwiczeń (74%) oraz stosowania diety (56%).

Mimo że aktywizacja pacjentów koncentruje się na klientach i pacjentach, jej rola obejmuje również aktywację krewnych pacjenta. Zachowania wymagające aktywacji obejmują:

- 1 wytrwałość we wspieraniu najbliższych;
- 2 asertywność (jak powiedzieć „nie” pacjentowi niesamodzielnemu i wymagającemu bez wzbudzania w sobie poczucia winy);
- 3 wsparcie fizyczne (jak przenieść swego partnera z jego/jej łóżka na krzesło?).

Uruchomienie tzw. czasu opieki nad pacjentem z założeniem opieki towarzyszącej<sup>35</sup> oraz przeprowadzenia rozmów osobistych z krewnymi.<sup>36</sup>

Hibbard i wsp. wyróżniają cztery etapy samoopieki u osób z chorobami przewlekłymi:<sup>37</sup>

- 1 przekonanie o znaczeniu roli pacjenta;
- 2 posiadanie pewności siebie i wiedzy, aby podjąć działania w celu poprawienia swego stanu zdrowia;
- 3 faktyczne podjęcie działań;
- 4 podejmowanie działań w stresujących momentach.

W oparciu o powyższe cztery etapy, opracowali oni instrument do badań przesiewowych, tzw. miernik aktywności pacjenta (Patient Activation

Measure), służący do określenia stopnia aktywacji pacjenta w zakresie samoopieki.

Instrument ten pokazuje również związek aktywacji pacjenta z kosztami opieki: im niższy pomierzony poziom aktywacji, tym wyższe koszty opieki zdrowotnej.<sup>38</sup>

Wspieranie działań w zakresie samoopieki przez specjalistów opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z podejściem wysokiego ryzyka i podejściem objawowym. W podejściu wysokiego ryzyka lekarz specjalista regularnie omawia styl życia i zachowania pacjenta z chorobą przewlekłą o podwyższonym ryzyku nagłego bądź stopniowego pogorszenia. Nagłym pogorszeniem stanu zdrowia może być zaostrenie u pacjenta z POChP. Stopniowe pogarszanie stanu zdrowia może odnosić się do skutków dla pacjentów z POChP kontynuujących palenie. Podejście objawowe obejmuje praktykę omawiania zachowań i stylu życia z pacjentami wtedy, gdy mają one zastosowanie do danej choroby. Noordman<sup>39</sup> wykazał, że drugie podejście jest bardziej powszechne od podejścia wysokiego ryzyka.

Istnieją dwa modele dydaktyczne zwiększające skuteczność edukacji zdrowotnej: tzw. trójkąt Millera<sup>40</sup> tj. model świadomego zdobywania nowych kompetencji oraz model Kolba.<sup>41</sup> Podstawę trójkąta Millera stanowi wiedza niezbędna pacjentom do wykonywania czynności związanych z procesem leczenia. Pacjentów kwalifikuje się do drugiego poziomu, gdy wiedzą oni, w jaki sposób korzystać ze zdobytych informacji przy wykonywaniu nowych zadań. Te dwie fazy odnoszą się do transferu wiedzy. Pacjenci na trzecim poziomie muszą wykazać swą zdolność do działania w środowisku pozorowanym, np. potrafią odgrywać scenki lub poważniejsze role. Drugi z modeli dydaktycznych koncentruje się na rozpoznawaniu stylów uczenia się różnych pacjentów oraz na podziale tych stylów według metody Kolba. W metodzie tej pacjentów dzieli się na aktywistów, naśladowców, teoretyków i pragmatyków.

### **Wspieranie samoopieki obejmuje nie tylko wsparcie edukacyjne.**

Aktywizacja pacjenta obejmuje szereg wspomagających interwencji. Jedną z nich jest edukacja. Program edukacyjny może składać się z sesji grupowych, indywidualnych spotkań z pielęgniarką lub specjalistą opieki zdrowotnej, bądź korzystania z interaktywnej strony internetowej. W przypadku niektórych pacjentów taki model edukacji może jednak okazać się nieskuteczny. Pacjenci kwalifikują się do udziału w kursie, jeżeli akceptują swoją chorobę, mają poczucie, że są w stanie ją kontrolować i posiadają wystarczające kompetencje intelektualne, aby uczyć się i rozwijać nowe umiejętności (patrz ramka A na Rys. 8.7).

Jeżeli pacjenci akceptują swoją chorobę, ale nie mają poczucia, że mogą ją kontrolować, wymagają oni raczej wsparcia społecznego, a nie edukacyjnego (patrz ramka B na Rys. 8.7). Wsparcie społeczne, zazwyczaj od partnerów czy członków rodziny, jest niezbędne, gdy pacjent nie jest w stanie kontrolować choroby; np. nie jest w stanie zapamiętać, kiedy przyjmować leki.

Wsparcie psychologiczne jest potrzebne, gdy pacjenci nie akceptują swojej choroby (patrz ramka C na Rys. 8.7) lub gdy mają oni poczucie winy związane z chorobą. U takich pacjentów często występują skłonności depresyjne. Punkt 3.2 dotyczący koordynacji świadczeń opieki zdrowotnej w zaburzeniach somatycznych omawia ten rodzaj wsparcia udzielany w przypadku współwystępujących zaburzeń zdrowia psychicznego. W tej części dyskusję ograniczono do rozmówi motywacyjnych na pierwszym etapie procesu wsparcia psychologicznego. Rozmowy motywacyjne, stworzone i wprowadzone przez Millera,<sup>42</sup> są zwykle prowadzone wielofazowo. W fazie początkowej, specjalista opieki zdrowotnej nakłania pacjenta do przedstawienia swoich problemów, obaw i ambicji. W tej fazie kluczowe znaczenie ma zbudowanie zaufania. Następnie, klient/pacjent i specjalista opieki zdrowotnej koncentrują się na zmianie ambicji takiego klienta/pacjenta poprzez skoncentrowanie się na zmianie i dokładne omówienie jej znaczenia oraz zwiększenie pewności siebie pacjenta.

Rys. 8.7 Interwencje wspierające dla osób z chorobami przewlekłymi

	Pacjent kontroluje swoją chorobę	Pacjent nie kontroluje swojej choroby
Pacjent akceptuje swoją chorobę	Ramka A Pacjent kwalifikuje się do edukacji grupowej	Ramka B Niezbędne wsparcie społeczne
Pacjent nie akceptuje swojej choroby	Ramka C Niezbędne wsparcie psychologiczne	Ramka D Niezbędny koordynator opieki zdrowotnej

W ostatniej fazie, specjalista opieki zdrowotnej i klient/pacjent opracowują plan zawierający praktyczne etapy wprowadzenia zmiany. Specjaliści opieki zdrowotnej, którzy posługują się tą metodą, muszą posiadać cztery podstawowe umiejętności:

- 1 umiejętność zadawania pytań otwartych w strategicznych momentach;
- 2 umiejętność utwierdzania i wzmacniania ambicji klienta/pacjenta w zakresie wprowadzenia zmiany;

- 3 umiejętność słuchania refleksyjnego; oraz
- 4 umiejętności regularnego podsumowywania omawianych kwestii wspólnie z klientem/pacjentem.

Jeżeli pacjenci nie akceptują swojej choroby i nie czują się wystarczająco kompetentni, aby ją kontrolować, są oni klasyfikowani w ramce D na Rys. 8.7. Jest to podgrupa pacjentów trudnych. Wymagają oni podejścia koordynowanego, łączącego w sobie wsparcie psychologiczne i społeczne. Zarządzający przypadkami chorobowymi (patrz rozdział 5) posiadają zwykle odpowiednie umiejętności, aby pomóc tym pacjentom.

### **Czy samoopieka poprawia stan zdrowia i zmniejsza koszty opieki zdrowotnej?**

W punkcie 8.3 pokazano, że samo przekazywanie informacji zdrowotnych przyczynia się do poszerzenia wiedzy, ale nie aktywizuje pacjentów. Czy to samo zjawisko występuje również w programach edukacyjnych? Poniżej przedstawiono przegląd badań na ten temat. Badania na temat samoopieki i przestrzegania reżimu przyjmowania leków omówiono w rozdziale 6.

W roku 2002, Panagioti i wsp. opublikowali przegląd systematyczny dotyczący wpływu samoopieki na wyniki zdrowotne i koszty opieki zdrowotnej.<sup>43</sup> Przegląd objął 184 randomizowanych badań kontrolowanych z udziałem pacjentów z chorobami przewlekłymi. Badania te objęły interwencje wspierające w zakresie samoopieki. Wsparcie w zakresie samoopieki wiązało się z niewielką, acz istotną poprawą wyników zdrowotnych, a jego skuteczność uwidoczniła się najlepiej u pacjentów z cukrzycą, zaburzeniami układu oddechowego, sercowo-naczyniowego oraz zaburzeniami psychicznymi. Tylko w przypadku niewielkiej części interwencji wspierających samoopiekę zaraportowano niższy stopień korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku pogorszenia się stanu zdrowia. Dowody na zmniejszenie korzystania ze świadczeń związanych ze wsparciem w zakresie samoopieki były największe w przypadku zaburzeń układu oddechowego i sercowo-naczyniowego.

W roku 2002 Weingarten i wsp. porównali 102 artykuły dotyczące 118 programów zarządzania procesem chorobowym (PZPC). W wyniku porównania ustalili, że, do tego czasu programy te obejmowały głównie edukację pacjentów (92 ze 118), a następnie dalsze szkolenia (47 ze 118) oraz informacje zwrotne (32 ze 118) dla profesjonalistów. Siedemdziesiąt ze 118 programów wykorzystywało więcej niż jedno z tych działań. Stopień samoopieki prowadzonej przez pacjentów poprawił się znacznie dzięki edukacji i dwóm innym rodzajom interwencji. Z powyższego można wywnioskować, że wspieranie samoopieki jest skuteczne, o ile jednocześnie podejmowane są inne interwencje i o ile są one

podejmowane w sposób koordynowany. Ustalenie to potwierdzono w ostatnio przeprowadzonym badaniu na temat wsparcia samoopieki u pacjentów z niewydolnością serca uczestniczących w multidyscyplinarnym programie opieki domowej<sup>44</sup> oraz pięcioma studiami przypadków przeprowadzonymi w różnych częściach globu.<sup>45</sup>

In roku 2004 Coleman i wsp.<sup>46</sup> przeprowadzili badanie dotyczące opieki przejściowej (patrz punkt 4.1 w celu zapoznania się z definicją). Ustalili oni, że opiekunowie zapewniający pacjentom wsparcie i motywujący ich, by przyjmowali bardziej aktywną rolę w fazie opieki przejściowej, w efekcie zmniejszali wskaźniki ponownych przyjęć do szpitala. Według Reulingsa i Van der Lansa,<sup>47</sup> multidyscyplinarne wsparcie w zakresie samoopieki w postaci programu rehabilitacji po zawale serca istotnie zmniejsza śmiertelność pozawałową.

Badanie przeglądowe z roku 2013 nie wykazało, że interwencje w trybie online prowadzone w ramach samoopieki dla dorosłych z cukrzycą nieinsulinozależną typu 2 przyczyniły się do poprawy wyników zdrowotnych.<sup>48</sup> Podobnie nieskuteczny okazał się kompleksowy brytyjski eksperyment (The Whole Demonstrator Project) z wsparciem samoopieki w trybie online.<sup>49,50</sup> Badacze z ostatnich dwóch badań stwierdzili, że potrzeba znacznie więcej niż samego programu szkoleniowego online z instrukcjami i transferem wiedzy. Możliwe jest, że w dziedzinie aktywizacji pacjentów sukces odniosą łączone metody nauki (połączenie sesji online z sesjami osobistymi).

W roku 2015 opublikowano studium przypadku opisujące projekt Esther w Jonkoping County.<sup>51</sup> Wykazano, że kilka wzajemnie ze sobą powiązanych interwencji z zakresu wsparcia samoopieki przyczyniło się do poprawy wyników zdrowotnych w populacji oraz mniejszego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. W tym samym roku Heijmans i wsp.<sup>52</sup> opublikowali badanie przeglądowe ostatnich publikacji dotyczących samoopieki oraz jej efektów. Według tego badania przeglądowego, wsparcie w zakresie samoopieki u osób z chorobami przewlekłymi prowadzi do poprawy stanu zdrowia oraz niewielkiego spadku w korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej. Uzyskanie całkowitego potencjału samoopieki wymaga jednak spersonalizowanego wsparcia oraz interwencji. W kolejnym badaniu przeglądowym,<sup>53</sup> dotyczącym wyłącznie wsparcia w zakresie samodzielnego monitorowania stanu zdrowia i opublikowanym w roku 2015, zidentyfikowano siedemnaście przeglądów systematycznych oraz metaanaliz dotyczących trzech chorób przewlekłych: niewydolności serca, nadciśnienia oraz przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Samodzielne monitorowanie stanu zdrowia wiązało się ze znacznym zmniejszeniem hospitalizacji i rehospitalizacji.

## 8.5 ODPOWIEDŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób wsparcie w zakresie samoopieki może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach? Wniosek można uznać za wiarygodny, jeżeli został poparty założeniami teoretycznymi, a nie samymi badaniami empirycznymi.

### Potrójny cel 1: Poprawa stanu zdrowia populacji

- 1 Trzy instrumenty polityki zdrowotnej (dostosowanie do warunków środowiska, wspieranie samoopieki i fiskalna polityka zdrowotna) przyczyniły się w przeszłości do znacznej poprawy stanu zdrowia populacji. Można uznać za wiarygodne, że powyższe trzy instrumenty przyczynią się do zmniejszenia zachorowalności na choroby przewlekłe.
- 2 Jednostkowe, oddzielne programy poprawy zachowań prozdrowotnych w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej i miejscach pracy nie mają wpływu na stan zdrowia populacji.
- 3 Podejście koordynowane i obejmujące wielu uczestników (np. ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej, supermarkety, kluby sportowe, firmy) poprawia stan zdrowia populacji.
- 4 Można uznać za wiarygodne, że jednoczesne eliminowanie kilku różnych niezdrowych nawyków jest skuteczniejsze, niż wykluczanie ich jeden po drugim.
- 5 Materiały pomocnicze poszerzają wiedzę pacjentów, ale nie zmieniają ich zachowań.
- 6 Wspieranie samoopieki jako narzędzia edukacyjnego (opartego na teorii uczenia się obejmującej ćwiczenia praktyczne i szkolenia stanowiące element programów zarządzania procesem chorobowym) promuje zachowanie dobrego stanu zdrowia u osób z chorobami przewlekłymi.

### Potrójny cel 2: Poprawa jakości opieki nad pacjentem

- 7 Można uznać za wiarygodne, że informacje dotyczące stanu zdrowia przekazywane pacjentowi przez specjalistów opieki zdrowotnej przyczyniają się w większym stopniu do zwiększenia jego wiedzy, jeśli taki specjalista najpierw zapozna się ze stylem nauki preferowanym przez pacjenta i dokona analizy wcześniej pozyskanych prawidłowych i błędnych informacji.
- 8 Jednostkowe programy edukacyjne dla pacjentów w trybie online zawierające wyłącznie instrukcje i nieprzewidujące interakcji między nauczycielem a pacjentem nie mają wpływu na zachowania pacjenta. Można uznać za wiarygodne, że bardziej skuteczne są programy łączone.



- 9 Można uznać za wiarygodne, że wsparcie edukacyjne przynosi efekt u pacjentów, którzy:
  - 9.1 akceptują swoją chorobę;
  - 9.2 kontrolują chorobę; oraz
  - 9.3 są w stanie przyswoić nowe umiejętności.
- 10 Jeżeli pacjenci nie akceptują swojej choroby, rozmowy motywacyjne będą prawdopodobnie lepszym rozwiązaniem, niż działania edukacyjne.
- 11 Jeśli pacjenci nie kontrolują choroby, najodpowiedniejszą opcją może być wsparcie społeczne.
- 12 W przypadku braku zarówno akceptacji, jak i kontroli, najlepszą opcją będzie doradztwo indywidualne prowadzone przez koordynatora zarządzającego przypadkiem chorobowym

### Potrójny cel 3: Obniżenie kosztów opieki per capita

- 13 Wsparcie w zakresie samoopieki prowadzi do niewielkiego obniżenia kosztów opieki zdrowotnej.
- 14 Samodzielne monitorowanie chorób przewlekłych zmniejsza liczbę przyjęć i ponownych przyjęć do szpitala.

### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 8

- 1 Schrijvers G. Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel: voor hetzelfde geld een betere gezondheidszorg. Amsterdam: Thoeiris, 2014.
- 2 Robroek SJW, Lenthe FJ van, Empelen P van i wsp. Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2009;6:26.
- 3 Broekhuizen K, Poppel MN van, Koppes LL i wsp. Can multiple lifestyle behaviours be improved in people with familial hypercholesterolemia? Results of a parallel randomised controlled trial. *PLoS One* 2012;7(12):e50032.
- 4 Strijk JE. A worksite vitality intervention for older hospital workers to improve vitality, work engagement, work performance and sick leave: results of a randomized controlled trial. In: Strijk J, Snels I. The (cost-)effectiveness of a lifestyle intervention in order to improve older worker's vitality [thesis]. Amsterdam: VU, 2012.
- 5 Verweij L. Occupational health guideline for preventing weight gain among employees: a (cost)effectiveness study [praca dyplomowa]. Amsterdam: VU, 2012.
- 6 Koopmans B, Korevaar J, Nielen M i wsp. Preventie kan effectiever! Deelnamebereidheid en deelnamevrouw aan preventieprogramma's in de zorg. *Overzichtsstudies*. Utrecht: NIVEL, 2012.
- 7 Orrow G, Kinmonth A-L, Sanderson S, i wsp. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2012;344:e1389.



- 8 Metcalf B, Henley W, Wilkin T. Effectiveness of intervention on physical activity of children: systematic review and meta-analysis of controlled trials with objectively measured outcomes. *BMJ* 2012;345:e5888.
- 9 Schuit AJ, Wendel-Vos CW, Verschuren WMM, i wsp. Effect van 5 jaar community interventie Hartslag Limburg op risicofactoren voor hart- en vaatziekten. *TSG* 2007;85(1):32-6.
- 10 Ronda G, Assema P van, Candel M i wsp. The Dutch Heart Health community intervention 'Hartslag Limburg': results of an effect study at individual level. *Health Educ Res* 2004;19(5):596-607.
- 11 B.Slim. Pobrano w dniu 6 stycznia, 2016 r. ze strony <http://bslim.nu/download/jaarverslagen/B-Slim-jaarverslag-2014.pdf>.
- 12 [www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/gezonde-wijk-overvecht-overvecht-gezond](http://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/gezonde-wijk-overvecht-overvecht-gezond).
- 13 Patel DN, Lambert EV, Silva R da, i wsp. Participation in fitness-related activities of an incentive-based health promotion program and hospital costs: a retrospective longitudinal study. *Am J Health Promot* 2011;25(5):341-8.
- 14 Patel DN, Lambert EV, Silva R da, i wsp. The association between medical costs and participation in the Vitality Health Promotion Program among 948,974 members of a South African health insurance company. *Am J Health Promot* 2010;24(3):199-204.
- 15 Sturm R, An R, Segal D, i wsp. A cash-back rebate program for healthy food purchases in South Africa results from scanner data. *Am J Prev Med* 2013;44(6):567-72.
- 16 Busch V. The Utrecht Healthy School project: connecting adolescent health behavior, academic achievement and health promoting schools [PhD thesis]. Utrecht: Utrecht University, 2014.
- 17 Horn K, Branstetter S, Zhang J, i wsp. Understanding physical activity outcomes as a function of teen smoking cessation. *J Adolesc Health* 2013;53(1):125-31.
- 18 Krijgsman J. Tussen vonk en vlam: eHealth-monitor 2015. Den Haag/Utrecht: Nictiz/NIVEL, 2015.
- 19 Oostendorp LJ, Ottenvanger PB, Wouw AJ van de, i wsp. Expected survival with and without second-line palliative chemotherapy: who wants to know? *Health Expect* 2015;18(6):2903-14.
- 20 Rothberg MB, Sivalingam SK, Kleppel R, i wsp. Informed decision making for percutaneous coronary intervention for stable coronary disease. *JAMA Intern Med* 2015;175(7):1199-206.
- 21 Victoor A, Rademakers J. Waarom kiezen patienten niet voor het 'beste' ziekenhuis? *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A8164.
- 22 Henning-Smith CE, Shippee TP. Expectations about future use of long-term services and supports vary by current living arrangement. *Health Affairs* 2015;34(1):39-47.
- 23 Pobrano w dniu 11 września, 2013 r. ze strony [www.anbo.nl](http://www.anbo.nl).
- 24 Reitsma M, Braber A, Jong J de. Beperkt inzicht in zorgkosten. *Econ Stat Ber* 2015;100(4706):174-5.

- 25 Source: Stacey D, Légaré F, Col NF i wsp. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;1:CD001431.
- 26 Agoritsas T, Heen AF, Brandt L i wsp. Decision aids that really promote shared decision making: the pace quickens. *BMJ* 2015;50:g7624.
- 27 Pobrano w dniu 8 stycznia, 2016 r. ze strony <http://optiongrid.org>.
- 28 Vogel WV, Lam MGEH, Vegt E i wsp. De kwaliteit van patientenfolders kan beter: een beschouwing aan de hand van Radium-223-therapie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A8948.
- 29 Bol N, Smets EM, Eddes EH i wsp. Illustrations enhance older colorectal cancer patients' website satisfaction and recall of online cancer information. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2015;24(2):213-23.
- 30 Meppelink CS, Weer JC van, Haven CJ i wsp. The effectiveness of health animations in audiences with different health literacy levels: an experimental study. *J Med Internet Res* 2015;17(1):e11.
- 31 Hargraves I, Montori VM. Decision aids, empowerment and shared decision making. *BMJ* 2014;349:g5811.
- 32 Ryan D. Clinical and cost effectiveness of mobile phone supported self monitoring of asthma: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2012;344:e1756.
- 33 Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken M. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken – Rapportage 2010. Utrecht: NIVEL, 2010.
- 34 Laurance J, Henderson S, Howitt PJ i wsp. Patient engagement: four case studies that highlight the potential for improved health outcomes and reduced costs. *Health Affairs* 2014;33(9):16 27-34.
- 35 Schuling J, Voorham J, Haaijer-Ruskamp FM i wsp. Het nut van een persoonlijke keuzehulp bij diabetes. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A8691.
- 36 Willemsse E, Anthierens S, Farfan-Portet MI i wsp. Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. *BMC Health Serv Res* 2016;16:270.
- 37 Kraijno H. Perseverance time of informal carers: a new concept in dementia care: validation and exploration [praca doktorstka]. Utrecht: Utrecht University, 2015.
- 38 Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER i wsp. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res* 2004;39(4p1):1005-26.
- 39 Noordman J. Lifestyle counseling by physicians and practice nurses in primary care: an analysis of daily practice. Utrecht: NIVEL, 2013.
- 40 Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990;65(9 Suppl):S63-7.
- 41 Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

- 42 Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing, preparing people for change. 2nd edition. New York: The Guilford Press, 2002.
- 43 Panagioti M, Richardson G, Small N, i wsp. Self-management support interventions to reduce health care utilisation without compromising outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2014;14:356.
- 44 Center for Advancing Health. Pobrano w dniu 13 stycznia, 2016 r. ze strony <http://www.cfah.org/engagement/>.
- 45 Henderson C, Knapp M, Fernandez JL i wsp. Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator, telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;46:f1035.
- 46 Coleman EA, Smith JD, Frank JC i wsp. Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the care transitions intervention. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(11):1817-25.
- 47 Reulings PG, Lans SM van der. Hartrevalidatie met leefstijlbegeleiding helpt goed, maar niet iedereen krijgt het na een hartinfarct. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2012;156:A5758.
- 48 Pal K, Eastwood SV, Michie S i wsp. Computer-based diabetes self-management interventions for adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(3):CD008776.
- 49 Bardsley M, Steventon A, Doll H. Impact of telehealth on general practice contacts: findings from the whole systems demonstrator cluster randomised trial. *BMC Health Serv Res* 2013;13:395.
- 50 Näsström L, Jaarsma T, Idvall E, i wsp. 2014, Patient participation in patients with heart failure receiving structured home care – a prospective longitudinal study. *BMC Health Serv Res* 2014;14:633.
- 51 Gheihman G, Leviton L. Patient and citizen engagement for health: lessons from Jonkoping County, Sweden. Pobrano w dniu 20 sierpnia, 2015 r. ze strony [http://www.rwjf.org/en/culture-of-health/2015/08/patient\\_and\\_citizen.html?cid=xtw\\_rwjfstaff\\_unpd\\_ini:swedenpost15\\_dte:20150820\\_des:leviton](http://www.rwjf.org/en/culture-of-health/2015/08/patient_and_citizen.html?cid=xtw_rwjfstaff_unpd_ini:swedenpost15_dte:20150820_des:leviton).
- 52 Heijmans M, Lemmens L, Otten W i wsp. Zelfmanagement door mensen met chronische ziekten: Kennissynthese van onderzoek en implementatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2015.
- 53 McBain H, Shipley M, Newman S. The impact of self-monitoring in chronic illness on healthcare utilisation: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2015;15:565.



## 9 Opieka koordynowana a proces wspólnego podejmowania decyzji

Niniejszy rozdział rozpoczyna się wprowadzeniem koncepcji wspólnego podejmowania decyzji (punkt 9.1). Kolejny punkt, 9.2, omawia model trójfazowy wspólnego podejmowania decyzji o potencjalnej skuteczności w ośrodkach opieki koordynowanej. Skuteczność ta nie została jeszcze udowodniona (punkt 9.3). Punkt 9.4 przedstawia wyniki przeglądów dotyczących efektów wspólnego podejmowania decyzji w ramach i poza opieką koordynowaną. Rozdział kończy się (punkt 9.5) odpowiedzią na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału.

### 9.1 WPROWADZENIE: ZANIEDBANY DRUGI ELEMENT KONSULTACJI

Wspólne podejmowanie decyzji (WPD) opiera się na komunikacji między specjalistą opieki zdrowotnej a pacjentem dotyczącej dostępnych opcji profilaktyki, badań przesiewowych, badań diagnostycznych i leczenia, w tym opcji polegającej na niepodjęciu interwencji. Opis WPD oparto o pionierską pracę Elwyna i wsp.,<sup>1,4</sup> Charlesa i wsp.<sup>2</sup> oraz Makoula & Claymana.<sup>3</sup> Według Byrne'a i Longa,<sup>5</sup> cele wspólnego podejmowania decyzji obejmują: lepiej poinformowanych pacjentów, większą pewność i satysfakcję z leczenia oraz wyższy stopień zachowania zgodności. Oszczędności kosztowe nie są celem pierwszorzędnym, ale mogą stanowić jeden z efektów wspólnego podejmowania decyzji. W tej publikacji WPD jest postrzegane jako narzędzie realizacji ww. celów. Może być ono jednak postrzegane jako cel sam w sobie: prawo człowieka do decydowania o własnym ciele.

W roku 1991, brytyjski rząd opublikował pierwszy dokument w tej kwestii, tj. Kartę Praw Pacjenta<sup>6</sup> zawierającą następującą deklarację: „Masz (pacjent) prawo do uzyskania szczegółowych i przejrzystych informacji o proponowanych metodach leczenia, w tym o ryzykach z nimi związanych oraz proponowanych metodach leczenia alternatywnego, przed podjęciem decyzji o wyrażeniu

zgody na leczenie”. Na arenie międzynarodowej deklaracja ta upowszechniła się jako zasada świadomej zgody pacjenta. WPD idzie o krok dalej. To coś więcej niż tylko przekazywanie informacji, o którym mowa w punkcie 8.3. WPD to interaktywna komunikacja między specjalistą opieki zdrowotnej a pacjentem dotycząca faktów oraz odczuć i ambicji pacjenta; komunikacja, która może prowadzić do podjęcia wspólnej decyzji. W roku 1999, Elwyn i wsp. umieścili WPD w drugiej części konsultacji, które podzielili na sześć faz:<sup>1</sup>

- 1 nawiązanie relacji;
- 2 ustalenie powodu wizyty pacjenta;
- 3 przeprowadzenie wywiadu ustnego/badania fizycznego;
- 4 analiza choroby pacjenta;
- 5 przekazanie informacji szczegółowych dotyczących dalszego leczenia; oraz
- 6 zakończenie konsultacji.

Pierwsze trzy fazy dotyczą diagnostyki, natomiast pozostałe trzy leczenia i kontroli. Zaobserwowali oni brak konstruktywnego dialogu między lekarzami POZ i pacjentami dotyczącego charakteru ich problemu zdrowotnego oraz dostępnych działań terapeutycznych. W efekcie powyższego zaproponowali więc zastąpienie modelu świadomej zgody WPD.

W poprzednim modelu podejmowanie decyzji leży w całości w gestii pacjenta. Może to prowadzić do zwiększonego poziomu lęku, a w najbardziej skrajnych przypadkach sprawić, że pacjenci będą czuli się osamotnieni.

Zdaniem Elwyna i wsp. z humanistycznego punktu widzenia WPD jest pożądanym rozwiązaniem. Podkreślają również jego znaczenie jako narzędzia poprawiającego przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Po wydaniu publikacji pojawiło się wiele eksperymentów i badań ewaluacyjnych na ten temat. Zostały one bardziej szczegółowo omówione w punkcie 9.3.

W roku 2010, organizacja Salzburg Global Seminar opublikowała Deklarację Salzburską w sprawie wspólnego podejmowania decyzji (Salzburg Statement on Shared Decision Making).<sup>7</sup> W deklaracji tej uczestnicy i organizatorzy seminarium globalnego wezwali lekarzy do przyznania, że ich etycznym obowiązkiem jest podejmowanie decyzji wspólnie z pacjentami, niezależnie od poziomu ich świadomości i wiedzy na tematy zdrowotne. Specjaliści opieki zdrowotnej muszą być przygotowani na udzielanie wysokiej jakości informacji dostosowanych do potrzeb pacjentów i powinni dać pacjentom wystarczająco dużo czasu na przeanalizowanie dostępnych dla nich opcji. Deklaracja Salzburska wzywa rządy, decydentów oraz organizacje zawodowe do zwrócenia większej uwagi na WPD. W roku 2015, Królewskie Holenderskie Towarzystwo Lekarskie opublikowało białą księgę, której tytuł można przetłumaczyć jako *Nie wszystko, co możliwe, powinno być zrobione*.<sup>8</sup> Motywem przewodnim księgi

jest lepsza opieka pod koniec życia. W tym kontekście, lepsza oznacza „zgodna z życzeniami pacjenta”. Autorzy zaobserwowali, że zbyt wielu specjalistów opieki zdrowotnej pracuje bez odpowiedniej koordynacji. Stwierdzili również, że specjaliści pracują w zespołach bez jednoznacznie przydzielonej odpowiedzialności za wspólne podejmowanie decyzji z pacjentem. Zauważyli także, że lekarze holenderscy często postrzegają swych pacjentów w kategoriach choroby lub stanu zdrowia i nie traktują ich podmiotowo.

## 9.2 MODEL TEORETYCZNY WSPÓLNEGO PODEJMOWANIA DECYZJI

Niniejszy punkt opisuje w sposób bardziej szczegółowy model wspólnego podejmowania decyzji. Składa się on z trzech etapów: wyboru stopnia zaangażowania w proces decyzyjny, omówienia opcji oraz omówienia decyzji. W trakcie rozmowy dotyczącej wyboru stopnia zaangażowania w proces decyzyjny podejmuje się decyzję, czy pacjent chce, czy nie chce aktywnie uczestniczyć w procesie decyzyjnym: nie wszyscy pacjenci chcą, lub są w stanie uczestniczyć w tym procesie. Podczas omówienia opcji, lekarz specjalista przedstawia wszystkie dostępne opcje w neutralny sposób, nie wskazując własnych preferencji. Natomiast na etapie omówienia decyzji, specjalista opieki zdrowotnej i pacjent podejmują decyzję dotyczącą wybranych opcji oraz organizują kontrolę. Model ten został wprowadzony przez Elwyna i wsp. i ma zastosowanie do wszystkich rodzajów decyzji terapeutycznych.<sup>8</sup>

### Wybór stopnia zaangażowania w proces decyzyjny

Około 70% pacjentów chce aktywnie uczestniczyć w procesie decyzyjnym dotyczącym istotnych kwestii medycznych.<sup>9,10</sup> Pozostałe 30% pozostawia decyzję specjalście opieki zdrowotnej. Faza wyboru stopnia zaangażowania ma na celu zapobiegnięcie utworzeniu nowego paradygmatu, w ramach którego każdy pacjent powinien uczestniczyć we wspólnym podejmowaniu decyzji.

Mimo że intuicja podpowiada, że lepiej wykształceni pacjenci będą dążyć do większego zaangażowania, niż mniej wykształceni, nie istnieją żadne dowody empiryczne na poparcie tej tezy. Preferencje dotyczące roli w procesie decyzyjnym są bardzo zróżnicowane. Brom i wsp. zaobserwowali w swym przeglądzie piśmiennictwa 60% zgodność między zaangażowaniem preferowanym a postrzeganym.<sup>11</sup>

Holenderska monografia, której tytuł można przetłumaczyć jako *Lekarz jest chory*<sup>12</sup> pokazuje, że nawet lekarze (o wszechstronnej wiedzy medycznej) czasami nie chcą angażować się we wspólne podejmowanie decyzji dotyczące opcji terapeutycznych w przypadku własnej choroby. Degner i wsp. opracowali skalę preferencji w zakresie podejmowania decyzji, zwalidowaną i prostą w obsłudze.<sup>13,14</sup> Została ona przedstawiona na Rys. 9.1.

Wybór stopnia zaangażowania składa się z dwóch podstawowych etapów. W pierwszej kolejności specjalista opieki zdrowotnej ocenia zdolność pacjenta do uczestnictwa w procesie decyzyjnym. Należy sprawdzić umiejętności komunikacyjne pacjenta, a także jego stan emocjonalny: czy pacjent nie jest zbyt przygnębiony, aby komunikacja przebiegała sprawnie? Ocenę tę należy przeprowadzić z pomocą instrumentu ACE.<sup>15,16</sup> Następnie, pacjent i specjalista opieki zdrowotnej sporządzają listę osób uczestniczących w procesie podejmowania decyzji. Może ona obejmować partnera pacjenta i jego dzieci, powiernika, innego specjalistę, np. pielęgniarkę, lub nawet tłumacza, jeżeli pacjent nie komunikuje się w danym języku. Stiggelbout i wsp. przedstawili w swym badaniu przeglądowym przykładowe pytania, które specjaliści opieki zdrowotnej mogą zadawać podczas rozmowy na etapie wyboru stopnia zaangażowania.<sup>19</sup>

Rys. 9.1 Skala preferencji w zakresie podejmowania decyzji

A	Wolę podjąć samodzielną decyzję dotyczącą oferowanego leczenia.
B	Wolę samodzielnie wybrać metodę leczenia po dokładnym zapoznaniu się z opinią mojego lekarza.
C	Wolę podjąć decyzję o najlepszej metodzie leczenia wspólnie z moim lekarzem.
D	Wolę, aby mój doktor podjął ostateczną decyzję o stosowanej metodzie leczenia, ale ze szczególnym uwzględnieniem mojej opinii.
E	Wolę pozostawić wszystkie decyzje dotyczące leczenia mojemu lekarzowi.

**Źródło:** Degner LF, Sloan JA, Venkatesh P. The Control Preferences Scale. *Can J Nurs Res* 1997;29(3):21-43.

### Omówienie opcji

W drugiej fazie specjalista opieki zdrowotnej przedstawia w sposób obiektywny dostępne opcje terapeutyczne, ich skuteczność oraz ryzyka wystąpienia niepożądanych efektów ubocznych i działań niepożądanych. Przedstawienie powyższych kwestii w sposób neutralny jest trudnym zadaniem, ponieważ lekarze zwykle wzbudzają nadzieje pacjentów – a pacjenci z kolei chcą przeżyć. Jeżeli specjalistyczny zespół multidyscyplinarny, np. zespół onkologiczny, wybrał już preferowaną opcję terapeutyczną, specjalista opieki zdrowotnej omawiający dostępne opcje musi również rozwiązać problem sprzecznych lojalności: względem zespołu i względem pacjenta.



Rozwiązaniem tego problemu jest zmiana nastawienia. Zamiast myślenia w kategoriach preferowanego leczenia, członkowie zespołu powinni zająć neutralną pozycję i myśleć w kategoriach dostępnych opcji terapeutycznych. Ponadto, powinni oni omówić te kwestie w obecności etyka medycznego lub (w przypadku pacjenta w podeszłym wieku) z lekarzem geriatrą.

Kolejną pułapką dla lekarzy jest ich zbyt duża pewność siebie w kwestii skuteczności oferowanego leczenia. Przykładowo, onkolodzy są często zbyt optymistycznie nastawieni do szans przeżycia pacjentów po zakończeniu leczenia.<sup>20</sup> Podczas omawiania opcji, specjalista opieki zdrowotnej powinien przekazać materiały pomocnicze i wyjaśnić ich treść.

Mogą mieć one postać dokumentu pisemnego, dokumentu z piktogramami lub materiału wideo pokazującego byłych pacjentów wyjaśniających poszczególne opcje terapeutyczne. Zaprojektowanie dokumentu zawierającego szczegółowe informacje, porównywalne z ulotką dla pacjenta dołączaną do opakowania, dotyczące ryzyk związanych z zabiegami chirurgicznymi, radioterapią i chemioterapią, jest bardzo trudne. Wynika to z faktu, że efekty leczenia są często mniej jednoznaczne i słabiej przebadane, niż skutki przyjmowania leków farmaceutycznych. Ogólne standardy dla materiałów pomocniczych zostały omówione w punkcie 8.3 powyżej. W oparciu o innowacyjny eksperyment przeprowadzony w Australii na pseudo-pacjentach, Shepherd i wsp. zaproponowali, aby pacjenci, otrzymując informacje na temat leczenia, zadawali swym lekarzom trzy pytania. Brzmiały one następująco:

- Jakie są dostępne opcje terapeutyczne?
- Jakie są ich wady i zalety?
- Jak bardzo są skuteczne?

Zadawanie tych trzech pytań poprawiło jakość informacji przekazywanych przez lekarzy POZ i pomogło w zwiększeniu zaangażowania pacjentów.<sup>21</sup>

### Omówienie decyzji

W trzeciej fazie, specjalista opieki zdrowotnej sprawdza, czy pacjent podjął decyzję. Pacjent przedstawia swój wybór, a specjalista opieki zdrowotnej prosi go/ją o wyjaśnienie wyboru. Sprawdza tym samym, czy pacjent posiada wystarczającą wiedzę na temat choroby i czy zrozumiał wszystkie informacje przekazane na wcześniejszym etapie. Specjalista opieki zdrowotnej upewnia się także, czy pacjent naprawdę jest przekonany o dokonanej wyborze i czy decyzja nie została podjęta pod naciskiem członków rodziny lub innych osób. Następnie, specjalista opieki zdrowotnej i pacjent wspólnie podejmują decyzję lub odkładają ją na później.

Omawiają wspólnie decyzję w kategoriach logistyki, a także sporządzają plan opieki na okres po interwencji (zabiegu). Specjalista opieki zdrowotnej ocenia wspólnie z pacjentem rozmowę o wyborze stopnia zaangażowania, omówienie opcji oraz decyzji. Ocenę tą można przeprowadzić z pomocą trzy-stopniowej skali CollaboRATE.<sup>22,23</sup>

Powyższe trzy fazy modelu WPD mogą pojawić się podczas jednej lub wielu rozmów. Powtarzam, powyższe trzy fazy nie mają postaci protokołu lub listy kontrolnej. Elementy rozmowy mieszczące się w fazie dotyczącej decyzji o stopniu zaangażowania mogą równie dobrze pojawić się podczas omówienia decyzji. W niektórych przypadkach chęć zdobycia informacji przez pacjenta jest silniejsza od chęci uczestniczenia w procesie podejmowania decyzji, a podjęcie ostatecznej decyzji pozostawia on lekarzowi.

### 9.3 OCENA WSPÓLNEGO PODEJMOWANIA DECYZJI

W roku 2014, Stacey i wsp. opublikowali przegląd dotyczący efektów wspólnego podejmowania decyzji w oparciu o materiały pomocnicze.<sup>24</sup> Przegląd objął 115 badań, z których ostatnie opublikowano pod koniec 2012 roku. W 115 badaniach wzięło udział 34 444 uczestników. W badaniu wykazano, że pacjenci korzystający z materiałów pomocniczych:

- 1 poprawiają swoją wiedzę na temat dostępnych opcji terapeutycznych (dowód wysokiej jakości);
- 2 czują się lepiej poinformowani i mają wyższą świadomość swych priorytetów (dowód wysokiej jakości);
- 3 mają lepiej sprecyzowane oczekiwania dotyczące wad i zalet dostępnych opcji terapeutycznych (dowód średniej jakości);
- 4 są bardziej zaangażowani w proces podejmowania decyzji (dowód średniej jakości).

Pacjenci korzystający z materiałów pomocniczych zawierających elementy pomagające im w sprecyzowaniu priorytetów częściej podejmowali decyzje zgodne z wyznawanymi przez nich wartościami. W przypadku tego wyniku jakość dowodów jest umiarkowana, co oznacza, że ustalenia innego badania mogą je zmodyfikować. Ponieważ materiały pomocnicze poprawiają komunikację między pacjentami, a lekarzami, niezbędne są dalsze badania ukierunkowane na ocenę przestrzegania zaleceń terapeutycznych dla wybranej opcji leczenia, powiązanych kosztów, korzystania z materiałów pomocniczych przez pacjentów z ograniczonymi umiejętnościami w zakresie czytania oraz niezbędnego stopnia szczegółowości materiałów pomocniczych.

W roku 2014, Walsh i wsp. również wykazali, w oparciu o badanie literaturowe, że WPD częściej stymuluje pacjentów do rezygnacji z dalszego leczenia.

Brakuje jednak badań nad kosztami rzeczywistymi.<sup>25</sup> Grupa kanadyjskich badaczy postuluje zastosowanie do WPD ekonomii behawioralnej (patrz rozdział 12), ponieważ, ich zdaniem, stosowanie określonych schematów podczas przedstawiania różnych opcji terapeutycznych ma wpływ na decyzję podejmowaną przez pacjenta.<sup>26</sup>

W roku 2014, Verma i wsp. również wydali publikację omawiającą, które interwencje mają pozytywny wpływ na wspólne podejmowanie decyzji.<sup>27</sup> Dokonali oni podziału na interwencje ukierunkowane na pacjentów (np. stosowanie materiałów pomocniczych), interwencje ukierunkowane na lekarzy specjalistów (np. szkolenia w zakresie WPD) oraz interwencje ukierunkowane na obie te grupy. Ostatnia grupa interwencji przyniosła lepsze rezultaty od interwencji ukierunkowanych na pojedyncze grupy. W roku 2016, Sepucha i wsp. opowiedzieli się za tezą, że połączenie obu rodzajów interwencji przynosi korzystne efekty. Wniosek ten wyciągnięto w oparciu o dziesięcioletnie doświadczenie wyniesione ze szpitala ogólnego Massachusetts w Bostonie.<sup>28</sup> W tym samym roku Tai-Seale i wsp.<sup>29</sup> zaproponowali stosowanie obu rodzajów interwencji w WPD w podstawowej opiece zdrowotnej. Interwencje te wiązały się z lepszymi wynikami zaraportowanymi przez pacjentów w zakresie sposobu angażowania pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej we wspólne podejmowanie decyzji.

W roku 2016, Garvelink i wsp. opublikowali badanie podsumowujące oparte o metody mieszane i oceniające skuteczność interwencji w zakresie poprawy zaangażowania opiekunów w podejmowanie decyzji wspólnie z osobami w podeszłym wieku oraz opisujące doświadczenia opiekunów z podejmowania decyzji w przypadku braku interwencji. Opiekunowie znali swych pacjentów dogłębnie i praktycznie zawsze rekrutowali się spośród członków rodziny. Badacze przeprowadzili analizę 49 badań jakościowych, czternastu badań ilościowych oraz trzech badań stosujących metody mieszane.

Badania ilościowe wskazały, że potrzeby opiekunów w zakresie informacji, omówienia wartości i potrzeb oraz wsparcia przy podejmowaniu decyzji pozostały niezaspokojone, co prowadziło do negatywnych odczuć związanych z podejmowaniem decyzji.

Elementami stałej opieki, które zostały ocenione pozytywnie, były dostępność doradcy przy podejmowaniu decyzji oraz środowisko zapewniające wsparcie przy podejmowaniu decyzji.

### **Trudności we wdrażaniu WPD**

W roku 2014, Légaré i wsp. opublikowali przegląd badań dotyczących wdrażania WPD.<sup>30</sup> Zidentyfikowali oni szereg „wąskich gardeł” i niekorzystnych warunków, z których osiem zostało przedstawionych na Rys. 9.2. W roku 2015,

Coulter i wsp.<sup>31</sup> porównali wdrożenie WDP w pięciu krajach europejskich i sporządzili listę porównywalną do tej przedstawionej na Rys. 9.2. W roku 2016, Friedrichs i wsp.<sup>32</sup> przeprowadzili ponowne badanie wyłącznie na terytorium Niemiec i opublikowali listę porównywalnych przeszkód.

Henselmans i wsp. przeprowadzili wywiady z 1 314 osobami z chorobami przewlekłymi dotyczące WPD.<sup>33</sup> 46% z nich zaraportowało istnienie przeszkód w zakresie uczestnictwa, natomiast 39% było zainteresowane otrzymaniem wsparcia. Najczęściej identyfikowanymi przeszkodami były: „lęk przed trudnościami”, „przekonanie, że zabraknie czasu” oraz „zapamiętywanie wyłącznie tematu dyskusji po zakończeniu konsultacji”. Pacjenci najczęściej wyrażali aprobatę dla względnie prostych form wsparcia i odnotowywali najmniejszą liczbę przeszkód podczas rozmów z pielęgniarkami.

Rys. 9.2 Wąskie gardła i niekorzystne warunki utrudniające wdrożenie wspólnego podejmowania decyzji

1	Zbyt czasochłonne dla specjalistów opieki zdrowotnej.
2	Stanowi zagrożenie dla równowagi między lekarzem a pacjentem.
3	Ciągłość leczenia oznacza, że decyzje terapeutyczne są często podejmowane w oparciu o poprzednie doświadczenia pacjenta i lekarza klinicysty.
4	Brak szkoleń/doświadczenia/modelowania.
5	Brak umiejętności w zakresie wspólnego podejmowania decyzji i angażowania pacjentów w ten proces.
6	Brak informacji na temat ryzyk i korzyści.
7	Brak umiejętności i narzędzi do przekazywania informacji na temat ryzyk i korzyści.
8	Pacjentom nie podoba się, gdy lekarze okazują niepewność dotyczącą skuteczności lub korzyści z leczenia.

**Źródło:** Stacey D, Légaré F, Col NF, i wsp. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions Cochrane Database Syst Rev 2014;1:CD001431. Pobrano z [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com).

W modelach wielowariantowych, wspólne czynniki ryzyka mające wpływ na niską skuteczność oraz postrzegane przeszkody obejmowały niską wiedzę na temat zdrowia oraz ogólnie niski stopień zaangażowania pacjenta. Weeks i wsp. przedstawili ostatnią z przeszkód na Rys. 9.2.<sup>34</sup> Zaobserwowali

oni zbyt ściśle nakładanie się interesów lekarzy specjalistów oraz pacjentów z nowotworem: ci pierwsi chcieli przede wszystkim zadowolić pacjentów, natomiast ci drudzy chcieli zapoznać się z opcjami terapeutycznymi budzącymi ich nadzieję.

W roku 2015, McCartney opisała problematyczność dynamiki między budowaniem relacji opartej na zaufaniu i okazywaniu niepewności związanej z leczeniem.<sup>35</sup> Wspólnie z Marschallem i Bibby'm<sup>36</sup> zachęcała pacjentów do zaprzestania pokładania ślepej wiary w lekarzy i jednocześnie motywowała lekarzy do bardziej otwartego przyznawania się do odczuwanej niepewności. Ustalenia badania Weeks i wsp. jest zgodne z wynikami badania holenderskiego. W holenderskim badaniu ankietowym, Van Dijk i wsp.<sup>37</sup> stwierdzili, że lekarze i pielęgniarki odmiennie postrzegają udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na ostatnim etapie życia.

Zadali oni reprezentatywnej próbie populacji holenderskiej następujące pytanie: „Wyobraź sobie, że jesteś stary/a lub twoja długość życia jest ograniczona. Na które rodzaje leczenia byś się zdecydował/a?”

Każda z opcji terapeutycznych otrzymała następującą liczbę odpowiedzi: reanimacja (55% osób prywatnych w porównaniu do 10% lekarzy), sztuczne oddychanie (31% w porównaniu do 7%), rozległy zabieg chirurgiczny (57% w porównaniu do 15%), chemioterapia (58% w porównaniu do 26%), diagnostyka inwazyjna (58% w porównaniu do 20%) oraz dożylnie podawanie płynów/pożywienia (55% w porównaniu do 27%). 41% ze wszystkich lekarzy proponowało opcję niepodejmowania wyboru samodzielnie.

Amerykańscy badacze Lee i Emanuel dodali dodatkową przeszkodę do Rys. 9.2 – przeszkodą dla WPD jest wynagrodzenie lekarzy.<sup>38</sup> Argument ten pojawia się także w Holandii, gdzie godzina aktywnej pracy (np. wykonywania zabiegu) jest wyceniana wyżej niż godzina słuchania i rozmowy. Brytyjska ekspert od WPD, Angela Coulter, nie zgadza się z tym argumentem.<sup>39</sup> Według jej obserwacji, angielscy lekarze pobierający stałe wynagrodzenie również nie wspierają wspólnego podejmowania decyzji i – jej zdaniem – to ich konserwatywne nastawienie stoi na przeszkodzie wprowadzenia WPD.

Ostatnią z przyczyn powolnej popularyzacji wspólnego podejmowania decyzji jest fakt, że decyzje dotyczące ostatniej fazy życia są ogólnie uznawane za temat tabu. Pacjenci często z dużym wyprzedzeniem decydują o tym, czy chcą być pochowani czy skremowani. Muszą również pozatławić sprawy spadkowe. Nie starają się jednak, aby ich życie trwało jak najdłużej, podobnie jak nie zwracają uwagi na kwestie uśmierzenia bólu i opieki paliatywnej. Chcąc przełamać to tabu, holenderska fundacja Agora zainicjowała projekt pod nazwą „Od sensu życia do jego końca”.<sup>40</sup>

Projekt ten jest odbiciem inicjatywy o nazwie Conversation Project zrealizowanego przez Instytut na rzecz poprawy opieki zdrowotnej (Institute of Health Care Improvement) oraz brytyjskiego projektu Dying Matters.<sup>41</sup>

#### **9.4 OPIEKA KOORDYNOWANA A PROCES WSPÓLNEGO PODEJMOWANIA DECYZJI**

Zarówno opieka koordynowana, jak i proces wspólnego podejmowania decyzji mają na celu realizację holistycznego podejścia do pacjentów i ich zdrowia. Z tej perspektywy, opieka koordynowana i WPD są podobne jak dwie krople wody. Dlatego też WHO wprowadziła termin opieki koordynowanej zorientowanej na pacjenta (patrz również punkty 2.1 i 2.5).<sup>42</sup>

Amerykańskie Towarzystwo Geriatrów (American Geriatrics Society – AGT) również podkreśla tę dwojakość (punkt 2.1). Opiekę zorientowaną na pacjenta definiuje się jako opiekę priorytetyzującą wartości i preferencje jednostek, które, po ich zidentyfikowaniu, stanowią punkt odniesienia do wszystkich działań podejmowanych w ramach opieki zdrowotnej oraz realizacji celów zdrowotnych i życiowych. Modele zorientowanej na pacjenta opieki zdrowotnej przewidują identyfikację szeregu potrzeb zdrowotnych i funkcjonalnych, strukturyzację planowania oraz jego ukierunkowanie na realizację tych potrzeb, a także świadczenie opieki przez zespół świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Sednem procesu opieki zdrowotnej są cele związane z codziennym funkcjonowaniem pacjenta.<sup>43</sup> Co za tym idzie, niniejsza publikacja nie tylko postrzega opiekę koordynowaną jako świadczenie, koncepcję organizacyjną pomagającą w strukturyzacji pracy specjalistów z różnych dyscyplin zawodowych, ale także jako formę partnerstwa między specjalistami opieki zdrowotnej i pacjentów w zakresie wspierania samoopieki i WPD.

Jeżeli opieka koordynowana koncentruje się wyłącznie na świadczeniach, może to prowadzić do osłabienia pozycji pacjentów. Pacjenci w opiece koordynowanej kontaktują się z kompetentnym zespołem wielospecjalistycznym, a nie z pojedynczym specjalistą opieki zdrowotnej. Pacjenci mogą postrzegać takie zespoły jako niezdojany bastion. Dlatego też byłoby korzystniej, gdyby pacjenci, ich przedstawiciele i lekarze geriatrzy lub etycy również stanowili część takich zespołów. Pacjenci powinni zawsze wiedzieć, we współpracy z którym członkiem zespołu będą podejmować wspólne decyzje. Czy będzie to lekarz POZ kierujący do szpitala na operację stawu biodrowego? Czy też specjalista pielęgniarstwa ortopedycznego posiadający wystarczająco dużo czasu, aby sprawdzić zarówno przekazane informacje, jak i indywidualne potrzeby pacjenta? Wspólna dokumentacja medyczna pacjenta powinna zawierać również osobiste preferencje pacjenta, a także decyzje podjęte wspólnie przez pacjenta i specjalistę opieki zdrowotnej.

Innym ryzykiem opieki koordynowanej zorientowanej na świadczenia jest nacisk na ścieżki opieki i wytyczne opracowane na podstawie medycyny opartej



na dowodach (EBM – Evidence Based Medicine) ze standaryzowanymi drzewkami decyzyjnymi. Obecnie EBM opiera się na trzech podstawowych zasadach:

- 1 najlepszym dostępnym dowodzie z badań uzasadniającym czy, i dlaczego leczenie jest skuteczne;
- 2 doświadczeniu klinicznym (ocenie i doświadczeniu klinicznym) pozwalającym na szybką identyfikację stanu zdrowia każdego pacjenta i diagnostykę, a także określenie indywidualnych ryzyk oraz korzyści płynących z potencjalnych interwencji;
- 3 oraz preferencjach i wartościach pacjenta.

Od samego początku (1985), pierwsze dwie zasady EBM przyciągały wiele uwagi.<sup>44</sup> Trzecią zasadę dodano dopiero w roku 2000.

Można to zilustrować następującym przykładem: w roku 1992 najważniejszy medyczny organ doradczy przy rządzie Holandii, Rada ds. Zdrowia (Gezondheidsraad) odrzuciła wniosek o uwzględnianie preferencji pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych.<sup>45</sup> Zdaniem rady, doprowadziłoby to do powstania medycyny konsumenckiej, w której „rodzaj interwencji medycznych determinowałaby nie konieczność medyczna, ale życzenia pacjenta”. Nawet po roku 2000 ten trzeci filar był w dużej mierze pomijany w podręcznikach dotyczących EBM. Doprowadziło to do niechętnego stosowania wytycznych EBM dotyczących uwzględniania preferencji pacjenta w procesie podejmowania decyzji w praktyce medycyny opartej na dowodach. Pokonanie tej niechęci wymagałoby opatrzenia każdej z wytycznych EBM dwoma przypisami.

Każda wielospecjalistyczna wytyczna powinna zawierać paragraf poświęcony temu kiedy i w jaki sposób należy przekazywać informacje pacjentowi. Powinny one również zawierać wskazówki dla specjalistów opieki zdrowotnej dotyczące sposobu postępowania w sytuacjach, w których pacjent nie wyrazi zgody na leczenie preferencyjne. Takie rozwiązanie postuluje think tank z Kliniki Mayo w stanie Minnesota.<sup>46</sup> Ponadto każda ścieżka opieki i wytyczna powinna zawierać dwie klauzule:

- 1 wyłączenie odpowiedzialności stwierdzające, że specjaliści opieki zdrowotnej mogą odstąpić od standardowych opcji terapeutycznych, jeżeli pacjent poprosi ich o udzielenie informacji o innych dostępnych opcjach;
- 2 zasadę zachowania zgodności lub udzielenia wyjaśnień, nakładającą na specjalistów opieki zdrowotnej obowiązek wyjaśnienia, dlaczego zdecydowali o odstąpieniu od danej ścieżki opieki lub wytycznej, i poinformowania pacjenta o tej sytuacji.

W Wielkiej Brytanii takie postępowanie stało się pewną normą po wyroku brytyjskiego Sądu Najwyższego w roku 2015.<sup>47</sup>

W roku 2016 Solomon i wsp. stwierdzili, że włączenie wartości pacjentów do EBM jest imperatywem etycznym.<sup>48</sup>

## 9.5 ODPOWIEDŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób wspólne podejmowanie decyzji może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach? Wniosek można uznać za wiarygodny, jeżeli został poparty założeniami teoretycznymi, a nie samymi badaniami empirycznymi.

### Zasada trzech założeń 1 i 2, tj. poprawa zdrowia populacji oraz poprawa jakości opieki nad pacjentem

- 1 Można uznać za wiarygodne, że wspólne podejmowanie decyzji sprawia, że pacjenci stają się lepiej poinformowani, mają większe zaufanie do terapii i satysfakcję z leczenia, a także w większym stopniu przestrzegają zaleceń terapeutycznych.
- 2 Pacjenci, którzy korzystają z materiałów pomocniczych:
  - a poprawiają swoją wiedzę na temat dostępnych opcji terapeutycznych (dowód wysokiej jakości);
  - b czują się lepiej poinformowani i mają wyższą świadomość swych priorytetów (dowód wysokiej jakości);
  - c mają lepiej sprecyzowane oczekiwania dotyczące wad i zalet dostępnych opcji terapeutycznych (dowód średniej jakości);
  - d są bardziej zaangażowani w proces podejmowania decyzji (dowód średniej jakości).
- 3 Istnieją trzy rodzaje interwencji WPD: rodzaj pierwszy kierowany jest do pacjentów (np. stosujących materiały pomocnicze), rodzaj drugi ukierunkowany jest na specjalistów opieki zdrowotnej (np. szkolenia w zakresie WPD), natomiast trzeci rodzaj odnosi się do obu grup. W ostatniej grupie interwencji wykazano lepsze wyniki w porównaniu do interwencji ukierunkowanych na pojedyncze grupy.
- 4 Potrzeby opiekunów zaangażowanych w podejmowanie decyzji dotyczących ich najbliższych w zakresie informacji, omówienia wartości, potrzeb i wsparcia przy podejmowaniu decyzji nie są zaspokajane. Doprowadziło to do negatywnych doświadczeń związanych z procesem podejmowania decyzji.
- 5 Elementami stałej opieki, które zostały ocenione pozytywnie, były dostępność doradcy przy podejmowaniu decyzji oraz środowisko zapewniające wsparcie przy podejmowaniu decyzji.



### Zasada trzech założeń 3: Obniżenie kosztów opieki per capita

- 6 WPD skłania pacjentów do częstszego zaprzestawania dalszego leczenia. Nie istnieją jednak żadne badania nad kosztami rzeczywistymi.

### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 9

- 1 Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract* 1999;49(443):477-8
- 2 Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes two to tango). *Soc Sci Med* 1997;44(5):681-92.
- 3 Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2006;60(3):301-12.
- 4 Elwyn G, Frosch D, Thomson R i wsp. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012;27(10):1361-7.
- 5 Byrne PS, Long BEL. *Doctors talking to patients*. London: HMSO, 1976.
- 6 Department of Health. *The patient's charter*. London: HMSO, 1991.
- 7 The Salzburg Statement on shared decision making, developed by the participants, faculty and staff of the Salzburg Global Seminar on shared decision making in 2010. Pobrano w dniu 15 stycznia, 2016 r. ze strony [http://www.salzburgglobal.org/fileadmin/user\\_upload/Documents/2010-2019/2010/477/Salzburg\\_Global\\_Shared\\_Decision\\_Making\\_Statement\\_2013\\_design\\_.pdf](http://www.salzburgglobal.org/fileadmin/user_upload/Documents/2010-2019/2010/477/Salzburg_Global_Shared_Decision_Making_Statement_2013_design_.pdf).
- 8 Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase Niet alles wat kan, hoeft: passende zorg in de laatste levensfase. Utrecht: KNMG, 2015.
- 9 Tariman JD, Berry DL, Cochrane B i wsp. Preferred and actual participation roles during health care decision making in persons with cancer: a systematic review. *Ann Oncol* 2010;21(6): 1145-51.
- 10 Singh JA, Sloan JA, Atherton PJ i wsp. Preferred roles in treatment decision making among patients with cancer: a pooled analysis of studies using the Control Preferences Scale. *Am J Manag Care* 2010;16(9):688-96.
- 11 Brom L, Hopmans W, Pasman HR i wsp. Congruence between patients' preferred and perceived participation in medical decision-making: a review of the literature. *BMC Med Inform Decis Mak* 2014;14:25. <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/14/25>.
- 12 Haaft G ten. *De dokter is ziek*. Amsterdam: Uitgeverij Contact, 2014.
- 13 Degner LF, Sloan JA, Venkatesh P. The Control Preferences Scale. *Can J Nurs Res* 1997;29(3):21-43.
- 14 Brom L, Pasman HR, Widdershoven GA, i wsp. Patients' preferences for participation in treatment decision-making at the end of life: qualitative interviews with advanced cancer. *PLoS One* 2014;9(6):e100435.
- 15 Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, i wsp. Assessment of patient capacity to consent to treatment. *J Gen Intern Med* 1999;14(1),27-34.

- 16 Sessums LL, Zembrzuska H, Jackson JL. Does this patient have medical decision-making capacity? *JAMA* 2011;306(4):420-7
- 17 Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2015;175(2):274-86.
- 18 Elwyn G, Barr PJ, Grande SW i wsp. Developing CollaboRATE: a fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Educ Couns* 2013;93(1):102-7.
- 19 Stiggebout AM, Weijden T van der, Wit MP de i wsp. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012;344:e256.
- 20 Glare P, Virik K, Jones M i wsp. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003;327:195.
- 21 Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ, i wsp. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. *Patient Educ Couns* 2011;84(3):379-85.
- 22 Barr PJ, Thompson R, Walsh T, i wsp. The psychometric properties of CollaboRATE: a fast and frugal patient-reported measure of the shared decision-making process. *J Med Internet Res* 2014;16(1):e2.
- 23 Elwyn G, Barr PJ, Grande SW, i wsp. Developing CollaboRATE: a fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Educ Couns* 2013;93(1): 102-7.
- 24 Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, i wsp. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(10):CD001431.
- 25 Walsh T, Barr PJ, Thompson R, i wsp. Undetermined impact of patient decision support interventions on healthcare costs and savings: systematic review. *BMJ* 2014;48:g188.
- 26 Katz SJ, Hawley S, The value of sharing treatment decision making with patients: expecting too much? *JAMA* 2013;310(15):1559-60.
- 27 Verma AA, Razak F, Detsky AS. Understanding choice: why physicians should learn prospect theory. *JAMA* 2014;311(6):571-2.
- 28 Sepucha KR, Simmons LJ, Barry MJ, i wsp. Ten years, forty decision aids, and thousands of patient uses: shared decision making at Massachusetts General Hospital. *Health Affairs* 2016;35(4):630-6.
- 29 Tai-Seale M, Elwyn G, Wilson CJ, i wsp. Enhancing shared decision making through carefully designed interventions that target patient and provider behavior. *Health Affairs* 2016;35(4): 605-12.
- 30 Legare F, Stacey D, Turcotte S, i wsp. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(9):CD006732.
- 31 Coulter A, Harter M, Noumjid-Ferdjaoui N, i wsp. European experience with shared decision making. *Int J Pers Cent Med* 2015;5(1):9-14.

- 32 Frerichs W, Hahlweg P, Muller E, i wsp. Shared decision-making in oncology – a qualitative analysis of healthcare providers’ views on current practice. *PLoS One* 2016;11(3):0149789.
- 33 Henselmans I, Heijmans M, Rademakers J, i wsp. Participation of chronic patients in medical consultations: patients’ perceived efficacy, barriers and interest in support. *Health Expect* 2015;18(6):2375-88.
- 34 Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, i wsp. Patients’ expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med* 2012;367(17):1616-25.
- 35 McCartney M. Why less confidence may be a good thing. *BMJ* 2015;351:h6321.
- 36 Marshall M, Bibby J. Supporting patients to make the best decisions. *BMJ* 2011;342:d2117.
- 37 Dijk G van, Wijlick E van, Dieten E van, i wsp. Artsen zien eerder af van levensverlengende zorg. *Medisch Contact* 2016;(7):14-7.
- 38 Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared decision making to improve care and reduce costs. *N Engl J Med* 2013;368(1):6-8. Quoted in an interview of Reed Business Bulletin, Amsterdam, 2015.
- 39 Coulter, A. Implementing shared decision making in the UK: a report for the Health Foundation. London: The Health Foundation, 2010.
- 40 Agora Leven tot het einde! Van betekenis tot het einde. Bunnik: Stichting Agora ondersteuningspunt palliatieve zorg. Pobrano w dniu 9 czerwca, 2014 r. ze strony from <http://www.agora.nl/NPPZ/van-betekenis-tot-het-einde-1>.
- 41 [www.dyingmatters.org](http://www.dyingmatters.org), retrieved on June 9, 2014; [www.ihl.org/Engage/Initiatives/ConversationProject/Pages/default.aspx](http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/ConversationProject/Pages/default.aspx), retrieved on June 9, 2014.
- 42 WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026. Draft for consultation, to be found at: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en>.
- 43 Westphal EC, Alkema G, Seidel R, i wsp. How to get better care with lower costs? See the person, not the patient. *J Am Geriatr Soc* 2016;64(1):19-21.
- 44 Schoemaker CG, Weijden T van der. Patientvoorkeur versus evidencebased medicine. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D24.
- 45 Gezondheidsraad: Beraadsgroep Geneeskunde. Medisch handelen op een tweesprong. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991. Publicatienr. 1991/23.
- 46 Godlee F. New rules of consent: the patient decides. *BMJ* 2015;350:h1534.
- 47 Montori VM, Brito JP, Murad MH. The optimal practice of evidence-based medicine incorporating patient preferences in practice guidelines. *JAMA* 2013;310(23):2503-4.
- 48 Solomon MZ, Gusmano MK, Maschke KJ. The ethical imperative and moral challenges of engaging patients and the public with evidence. *Health Affairs* 2016;35(4):583-9.



# CZEŚĆ 4

## JAKOŚĆ OPIEKI KOORDYNOWANEJ



## 10 Jakość opieki koordynowanej z perspektywy specjalistów opieki zdrowotnej

Niniejszy rozdział rozpoczyna się wprowadzeniem zawierającym definicje (punkt 10.1) oraz omówieniem jakości wyników. W kolejnych punktach omówiono jakość procesów (punkt 10.2), dostępność (punkt 10.3), nadużywanie opieki (punkt 10.4), oraz korzyści i niekorzyści skali i zakresu (punkt 10.5). W punkcie 10.6 omówiono jakość strukturalną, natomiast w punkcie 10.7 zależności między jakością opieki zdrowotnej a satysfakcją z pracy specjalistów opieki zdrowotnej. Rozdział kończy się odpowiedzią na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału (punkt 10.8).

### 10.1 WYBRANE DEFINICJE Z ZAKRESU JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POWIĄZANE TERMINY

Historia jakości opieki zdrowotnej rozpoczyna się w roku 1966, w którym to Donabedian zdefiniował ją jako *stopień podobieństwa między kryteriami pożądaney opieki zdrowotnej, a rzeczywistością świadczonej opieką zdrowotną*. Definicja ta została już wspomniana w rozdziale 2. Donabedian podzielił również jakość opieki zdrowotnej na trzy komponenty: jakość wyników, jakość procesów i jakość strukturalną (patrz Rys. 2.7). Trójpodział ten stał się powszechnie rozpoznawaną koncepcją w środowisku naukowym i zawodowym. W ramach jakości wyników dokonano dodatkowego podziału na jakość specjalistów opieki zdrowotnej oraz jakość postrzeganą z perspektywy pacjenta.<sup>1</sup> Specjaliści opieki zdrowotnej, tacy jak lekarze i pielęgniarki, posiadają własne wytyczne i protokoły dla procesów opieki zdrowotnej. Stopień przestrzegania przez nich tych zasad można postrzegać jako profesjonalny wskaźnik jakości specjalistów opieki zdrowotnej. Wskaźnik ten jest jednak zbyt jednostronny. Komentuje się go dość sarkastycznie: z punktu widzenia lekarzy operacja zakończyła się

sukcesem, niestety pacjent nie przeżył. W rozdziale 11 omówiono jakość opieki z perspektywy pacjenta, ale w zasadzie część ta koncentruje się na jakości specjalistów opieki zdrowotnej.

Kolejnym rozróżnieniem powszechnym w świecie polityki jest rozróżnienie między najniższą dopuszczalną jakością opieki, a optymalną jakością opieki zdrowotnej. Jeżeli jakość opieki zdrowotnej przekracza dolną granicę, agencje publiczne i specjalistyczne podejmują aktywne działania na rzecz zapobiegnięcia świadczeniu opieki zdrowotnej. Zapewnienie jakości oraz zarządzanie jakością koncentrują się na utrzymaniu jakości świadczeniodawców opieki zdrowotnej powyżej tej dolnej granicy, dążąc jednocześnie do osiągnięcia optymalnej jakości opieki zdrowotnej w efekcie jej poprawy.

W roku 2001 Amerykański Instytut Medycyny opracował inną definicję jakości opieki: podejmowanie prawidłowych czynności we właściwym czasie, we właściwy sposób i na rzecz właściwej osoby, osiągając najlepsze możliwe wyniki.<sup>2</sup> Rok wcześniej, ten sam instytut opracował szereg wymogów jakościowych w raporcie *To Err is Human*.<sup>3</sup> Opieka zdrowotna powinna być bezpieczna, zorientowana na pacjenta, efektywna, skuteczna, świadczona terminowo i w równy sposób. Pierwsze z określeń, bezpieczeństwo, wiąże się z (praktycznie całkowitym) brakiem ryzyka doznania przez pacjenta urazu natury fizycznej lub fizjologicznej w efekcie postawienia diagnozy lub leczenia, w wyniku nieprzestrzegania standardów zawodowych lub też z winy systemu opieki, np. wadliwie funkcjonującego sprzętu medycznego. Od momentu opublikowania raportu *To Err is Human*, we wszystkich krajach rozwiniętych wdrożono procesy zarządzania bezpieczeństwem.<sup>4</sup>

Ostatnim terminem na liście jest „równość”, zdefiniowana przez Instytut Medycyny w następujący sposób: „przynależność rasowa, etniczna, płeć i aspekty dochodowe nie powinny uniemożliwiać żadnej osobie na świecie otrzymania wysokiej jakości opieki zdrowotnej”. Pozostałe cztery terminy zostały omówione w punkcie 2.1. Punkt 2.1 opisuje również w jaki sposób, w roku 2008 Berwick i wsp. skrócili wykaz powyższych sześciu wymogów do potrójnego celu:

- 1 poprawy stanu zdrowia populacji;
- 2 poprawy jakości opieki zdrowotnej;
- 3 obniżenia składek na ubezpieczenie zdrowotne.

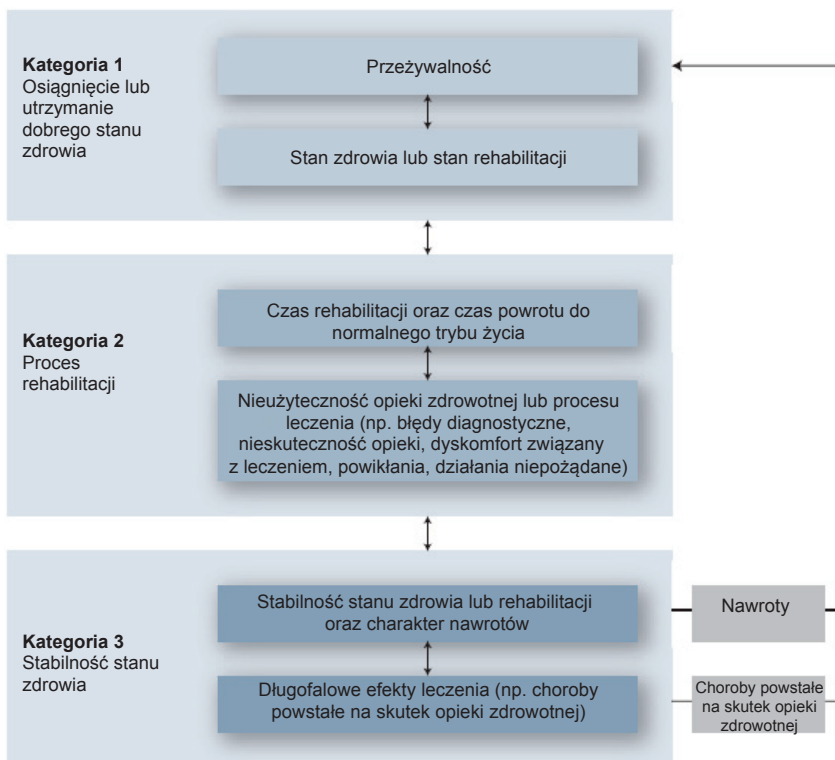
W roku 2010 Michael Porter rozwinął teorię jakości wyników Donabediana<sup>5</sup> (patrz rys. 10.1) i w efekcie zaktualizował własną publikację wydaną w roku 2006 *Redefining Health Care*.<sup>6</sup> Porter wyróżnił trzy kategorie:

- 1 osiągnięcie lub utrzymanie dobrego stanu zdrowia;
- 2 proces rehabilitacji;
- 3 stabilność stanu zdrowia.



Na rys. 10.1 widać, że Porter włączył utrzymanie dobrego stanu zdrowia do kategorii 1. W zasadzie przecież program opieki koordynowanej dla osób z chorobami przewlekłymi koncentruje się zazwyczaj na utrzymaniu stanu zdrowia pacjentów lub na dołożeniu starań, aby pogarszał się on jak najwolniej. Zgodnie z opisem przedstawionym przez Portera, takie programy są skuteczne, nawet jeżeli nie przyczyniają się do poprawy zdrowia populacji, ale utrzymują go na podobnym poziomie tak długo, jak to możliwe. Co ciekawe, Porter przypisał czas rehabilitacji do kategorii 2 jako miernik jakości, a nie jako wskaźnik kosztów opieki zdrowotnej. Ciekawostką związaną z kategorią 3 jest jej orientacja na efekty długofalowe, czego brakuje w kategorii 1 i 2. Wyjaśnię tu znaczenie tego zjawiska w oparciu o przykład wskazany już wcześniej dotyczący przyspieszonych ścieżek kierowania na leczenie pacjentów z podejrzeniem nowotworu (patrz punkt 4.1).

Najważniejszym miernikiem jakości jest wskaźnik przeżywalności pacjentów z nowotworem<sup>78</sup> tj. wynik przydzielony do kategorii 3.



Rys. 10.1 Klasyfikacja wyników jakości wg Portera

**Źródło:** Porter M, Olmsted Teisberg E. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

## 10.2 JAKOŚĆ PROCESÓW OPIEKI KOORDYNOWANEJ

Zapewnienie ciągłości wymaga świadczenia opieki rutynowej w postaci ścieżki opieki zdrowotnej. Jeśli takie rozwiązanie jest niemożliwe, w przypadku wielochorobowości lub też nieprzewidzianego kierunku progresji choroby można skorzystać z gotowego formatu koordynacji opieki zdrowotnej zapewniającej taką ciągłość. To alternatywne rozwiązanie omówiono już w rozdziale 5. W tym punkcie skoncentrujemy się na opiece koordynowanej dla pacjentów leczonych rutynowo. Vanhaecht i wsp.<sup>9</sup> podają definicję ścieżek opieki zdrowotnej przedstawioną na rys. 10.2.

W publikacji opartej na szesnastu studiach przypadku Huiskes i Schrijvers udowadniają, że ścieżki opieki zdrowotnej są skuteczne, gdy spełniają trzynaście warunków przedstawionych na rys. 10.3.<sup>10</sup>

Rys. 10.2 Definicja ścieżki opieki zdrowotnej

Ścieżka opieki zdrowotnej jest kompleksową interwencją obejmującą wspólne podejmowanie decyzji oraz organizację procesów opieki dla precyzyjnie zdefiniowanej grupy pacjentów w dokładnie określonym okresie czasu. Charakterystyka ścieżek opieki obejmuje:	
1	Wyraźne określenie celów i kluczowych elementów opieki zdrowotnej w oparciu o dowody, najlepsze praktyki oraz oczekiwania i charakterystykę pacjentów
2	Ułatwienia komunikacyjne między członkami zespołu oraz pacjentami i ich rodzinami
3	Koordynację procesu opieki poprzez koordynację ról i kolejności działań podejmowanych przez wielospecjalistyczny zespół opieki zdrowotnej, pacjentów i ich bliskich
4	Dokumentację, monitoring oraz ocenę rozbieżności i wyników
5	Identyfikację odpowiednich zasobów
Celem ścieżki opieki zdrowotnej jest realizacja potrójnego celu: poprawa jakości całokształtu opieki zdrowotnej poprzez poprawę wyników pacjenta skorygowanych o ryzyko, promowanie bezpieczeństwa pacjentów, zwiększenie satysfakcji pacjenta oraz optymalizacja wykorzystania zasobów.	

**Źródło:** na podstawie i za: Vanhaecht, K, Witte K de, Sermeus W. The Care Process Organisation Triangle: a framework to better understand clinical pathways. *Int J Care Pathw* 2007;11:1-8.

Rys. 10.3 Trzyście warunki realizacji potrójnego celu przez ścieżki opieki zdrowotnej

1	Czy ma miejsce zarządzanie ścieżką opieki zdrowotnej?
2	Czy ścieżka opieki zdrowotnej została opisana?
3	Czy materiały specjalistyczne są wystarczająco obszerne?
4	Czy w realizację ścieżki zaangażowanych jest wielu specjalistów z różnych dziedzin?
5	Czy realizacja ścieżki jest wspierana przez kierownictwo?
6	Czy istnieją różne scenariusze opieki zorientowanej na pacjenta?
7	Czy stosowane są wytyczne oparte na dowodach?
8	Czy istnieje możliwość dostosowania ścieżek opieki po pewnym okresie czasu?
9	Czy (częściowe) odpowiedzialności zostały dobrze zdefiniowane?
10	Czy pacjenci uczestniczą w fazie opracowywania ścieżki?
11	Czy opracowywanie ścieżki jest zorientowane na zapewnienie wsparcia?
12	Czy zapewniono wystarczająco dużo czasu na wdrożenie?
13	Czy zapewniono jakość opieki zdrowotnej?

**Źródło:** Huiskes N, Schrijvers AJP. Het zorgpadenboek. Amsterdam: Thoreris, 2011. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/het-zorgpadenboek-huiskes-schrijvers.htm>.

W roku 2009 Holenderski Inspektorat Opieki Zdrowotnej opublikował wytyczne,<sup>11</sup> które wzbudziły szeroko zakrojoną dyskusję między specjalistami opieki zdrowotnej w opiece koordynowanej w zakresie leczenia nowotworów. W wytycznych tych Inspektorat wymienił cztery wymogi dotyczące minimalnej jakości w procesach opieki onkologicznej. Mają one jednak zastosowanie do wszystkich rodzajów opieki koordynowanej.

Po pierwsze, pacjenci powinni komunikować się z jednym punktem kontaktu w łańcuchu opieki, w którym będą mogli uzgadniać szczegóły dotyczące leczenia. Taki punkt kontaktu powinien być identyfikowalny w dokumentacji medycznej pacjenta na każdym etapie procesu opieki i być znany pacjentowi. Po drugie, w łańcuchu należy zidentyfikować jedną osobę sprawującą nadzór nad programem leczenia pacjenta, której zadaniem będzie w razie potrzeby odpowiednie dostosowanie takiego programu. Taka osoba nosi nazwę lekarza

podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza pierwszego kontaktu. Po trzecie, każdy pacjent powinien posiadać aktualny plan leczenia. Ponadto, według Inspektoratu, należy utworzyć koordynowaną, całościową dokumentację medyczną z leczenia pacjenta. Taka dokumentacja byłaby dostępna dla wszystkich świadczeniodawców opieki zdrowotnej uczestniczących w programie leczenia. W roku 2014 powyższe cztery wymogi zostały przyjęte przez koalicję wielu różnych organizacji specjalistów opieki zdrowotnej i organizacji pacjentów na rzecz opieki onkologicznej.<sup>12</sup>

Koalicja ta dodała trzy nowe wymogi: świadczeniodawca opieki zdrowotnej powinien być członkiem narodowego rejestru specjalistów opieki zdrowotnej (jeśli jest dostępny), należy wykonać badanie doświadczeń pacjenta oraz badanie ankietowe doświadczeń pacjenta z wykorzystaniem kwestionariusza na potrzeby oceny mierników wyników zgłaszanych przez pacjentów (PROM, patrz punkt 11.1).

### 10.3 DOSTĘPNOŚĆ JEST ISTOTNYM ASPEKTEM JAKOŚCI PROCESÓW

Jednym z kamieni węgielnych pomyślnego przebiegu procesu opieki zdrowotnej jest dostępność. W oparciu o własne doświadczenia z opieką koordynowaną w Holandii wyróżniłem pięć elementów:

- 1 dostęp do informacji dotyczących świadczeniodawców opieki zdrowotnej, np. w Internecie;
- 2 dostępność geograficzną, np. mierzoną czasem dojazdu pacjenta;
- 3 dostępność świadczeniodawców opieki zdrowotnej, np. mierzoną godzinami otwarcia;
- 4 czas udzielenia świadczenia, np. mierzony czasem oczekiwania;
- 5 dostępność finansową, np. mierzoną kwotą współpłaty przez pacjenta.

Zamiast szczegółowego omawiania wszystkich powyższych elementów, w punkcie tym skoncentrujemy się na dostępności świadczeniodawców opieki koordynowanej. Świadczeniodawcy tacy pracują zwykle w oparciu o wielospecjalistyczne procedury stosowane w momencie przyjęcia pacjenta i polegające na ocenie potrzeb pacjenta w zakresie opieki oraz opracowanie planu opieki zdrowotnej. W dziedzinie medycyny takie podejście jest jednak trudne do zrealizowania. Poniższe dwa przykłady wyjaśnią dlaczego. Świadczenia medycyny ratunkowej mogą być udzielane przez ratowników medycznych w ambulansach, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub też lekarza medycyny ratunkowej na oddziale ratunkowym w szpitalu.

W Holandii, stworzenie multidyscyplinarnego drzewa decyzyjnego określającego dostępność takich trzech świadczeniodawców okazało się być trudnym zadaniem, którego realizacja trwała kilka lat.

Drugim przykładem jest stworzenie systemu koordynowanych przedoperacyjnych badań przesiewowych dla zgłaszających się pacjentów. Pacjenci w Holandii są przyzwyczajeni do badania stanu zdrowia fizycznego przez anestezjologa, nawyków żywieniowych przez dietetyka, ryzyka wystąpienia pooperacyjnego stanu majaczeniowego przez psychiatrę, ryzyka wystąpienia odleżyn przez pielęgniarkę, a także możliwości zastosowania opieki domowej po zwolnieniu ze szpitala przez specjalistę pielęgniarstwa ds. opieki przejściowej. Kilkakrotnie próbowałem wdrożyć taką procedurę koordynowanych badań przesiewowych realizowanych przez pielęgniarki z uprawnieniami lekarza POZ z doświadczeniem we wszystkich powyższych dziedzinach. Do dnia dzisiejszego okazało się to być niewykonalne, ponieważ każda z grup zawodowych ściśle trzyma się własnych wytycznych.

Długoterminowa opieka koordynowana w Holandii jest realizowana poprzez jeden punkt wejściowy zapewniający dostęp do opieki domowej i domów opieki. Do roku 1998 każdy świadczeniodawca w Holandii stosował własne wytyczne dotyczące przyjęć. W tym właśnie roku rząd powołał Regionalne Agencje Oceny (i późniejsze Centrum Oceny Potrzeb w zakresie Opieki Zdrowotnej), których celem była ocena koordynowana potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej; stanowiły one pojedyncze punkty kontaktowe opieki koordynowanej. Od dnia 1 stycznia 2013 r. Regionalna Agencja Oceny oraz późniejsze Centrum Oceny Potrzeb w zakresie Opieki Zdrowotnej zdefiniowały potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej w kategoriach Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).<sup>13</sup> Terminologia oparta o model ICF umożliwiła specjalistom opieki zdrowotnej identyfikację problemów zdrowotnych bez wskazywania dedykowanego rodzaju opieki specjalistycznej lub instytucji opieki.

Wprowadzenie tej terminologii w dniu 1 kwietnia 2005 r. można uznać za olbrzymią innowację.

#### **10.4 KOORDYNACJA OBNIŻA STOPIEŃ NADUŻYWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Trzy ostatnio wydane publikacje<sup>14,15,16</sup> pokazują, że wielu pacjentów diagnozuje się fałszywie dodatnio, podejmuje się wobec nich zbędne leczenie i przepisuje zbyt wiele leków. W niniejszej publikacji przyjąłem definicję diagnozy fałszywie dodatniej zastosowaną przez Moynihana i wsp.:<sup>17</sup> diagnoza fałszywie dodatnia ma miejsce, gdy u osób niewykazujących objawów diagnozowana jest choroba faktycznie u nich niewystępująca, której objawów pacjenci nie doświadczą i która nie doprowadzi do ich wcześniejszego zgonu.

Diagnozy fałszywie dodatnie, zbędne i zbyt szczegółowe leczenie są obecnie problemami międzynarodowymi. Zespół badaczy z Liverpoolu wyliczył, że

globalny spadek śmiertelności z powodu chorób sercowo-naczyniowych był tylko częściowo efektem interwencji kardiologicznych. Równie ważnymi czynnikami były:

- 1 lepszy monitoring ciśnienia krwi;
- 2 mniejsze spożycie tytoniu;
- 3 częstsze badania pracy serca;
- 4 oraz wzrost aktywności fizycznej.<sup>18</sup>

Obecnie lepszą diagnostykę postulują dwa duże stowarzyszenia amerykańskich lekarzy. Stowarzyszenie na rzecz poprawy diagnostyki w medycynie (Society to Improve Diagnosis in Medicine – SIDM, patrz [www.improvediagnosis.org](http://www.improvediagnosis.org)) organizuje wiele konferencji i badań w tym zakresie.

Zdaniem SIDM, jedno na dziesięć rozpoznań w Stanach Zjednoczonych jest błędne a jedna błędna diagnoza na 1000 powoduje pogorszenie stanu zdrowia pacjentów. Organizacja Choosing Wisely (see [www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org)) gromadzi wiele stowarzyszeń specjalistów opieki zdrowotnej. Jej celem jest promowanie mądrych wyborów wśród pacjentów i specjalistów opieki zdrowotnej dotyczących rozpoznań, które:

- 1 są oparte na dowodach;
- 2 nie powielają badań diagnostycznych;
- 3 nie powodują pogorszenia stanu zdrowia pacjenta;
- 4 oraz są naprawdę niezbędne.

Choosing Wisely poprosiła wszystkie organizacje stowarzyszone o wymienienie pięciu badań diagnostycznych, których przeprowadzanie jest często zbędne. Najczęściej wymieniane przykłady są dostępne na wskazanej powyżej stronie internetowej. W roku 2015 organizacja Choosing Wisely rozpoczęła działalność w innych krajach.<sup>19</sup>

Opieka koordynowana poziomo zmniejsza nadużywanie opieki zdrowotnej, ponieważ rozbieżności w zakresie diagnostyki, skierowań do specjalistów oraz leków przepisywanych przez lekarzy należących do tego samego zespołu są omawiane podczas spotkań przeglądowych.<sup>20</sup> Spotkania takie to prawdziwa kopalnia wskazówek pozwalających ograniczyć nadużywanie opieki zdrowotnej. Po drugie, liczbę skierowań do specjalistów redukują także wspólne wytyczne dla lekarzy POZ i lekarzy specjalistów.

Fleuren przedstawia dobry przykład funkcjonowania takich wytycznych na przykładzie wspólnego protokołu skierowań dla lekarzy POZ i lekarzy neurologów dotyczących pacjentów z bólami krzyża.<sup>21</sup> W roku 2015 Instytut Medycyny opublikował raport dotyczący poprawy diagnostyki w opiece zdrowotnej

(*Improving Diagnosis in Health Care*).<sup>22</sup> Pierwsze z dwóch zaleceń promują opiekę koordynowaną poprzez:

- 1 ułatwienie skuteczniejszej pracy zespołowej w procesie diagnostycznym wśród specjalistów opieki zdrowotnej, pacjentów i ich rodzin;
- 2 postrzeganie diagnostyki jako procesu zespołowego, promowanie kompetencji innych członków zespołu (np. poprzez zezwolenie pielęgniarkom na identyfikację nieprawidłowych wyników badań).

## 10.5 KORZYŚCI I NIEKORZYŚCI SKALI I ZAKRESU

W roku 1986 na obszarze wiejskim w Holandii w każdej z sześciu wsi pracował jeden lekarz POZ. Wszyscy pacjenci mogli swobodnie udać się do lekarza pieszo. W roku 2014 wszyscy lekarze POZ pracowali w jednym dużym wielospecjalistycznym ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej, zlokalizowanym w jednej z tych wsi.

Większość pacjentów mieszka w odległości co najmniej 5 km; zbyt daleko dla osób w podeszłym wieku, aby dojść do ośrodka pieszo. Przykład ten ilustruje, w jaki sposób w opiece koordynowanej można zidentyfikować korzyści i niekorzyści skali.

W tym przypadku korzyścią lub zaletą tego rozwiązania jest ułatwiona komunikacja między specjalistami pracującymi w ośrodku. Niekorzyścią (wadą) jest dłuższy czas dojazdu dla pacjentów. Koncentrowanie procesów opieki w pojedynczej lokalizacji promuje pracę zespołową, ale zmniejsza dostępność.

Korzyści z koncentracji pojawiają się, gdy specjaliści opieki zdrowotnej ukierunkowują się na pojedynczą grupę docelową np. pacjentów pediatrycznych z zaburzeniami żywienia. Korzyścią płynącą z takiej koncentracji jest integracja wiedzy i doświadczenia niezbędnych do leczenia dzieci z takimi zaburzeniami.

Niekorzyścią skali jest ryzyko fałszywie pozytywnej diagnozy i zbędnego leczenia: pacjenci pediatryczni z łagodnymi zaburzeniami żywienia, którzy mogliby być leczeni w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej są zbyt szybko kierowani do ośrodków specjalistycznych. Kliniki specjalistyczne dla osób z zaburzeniami żywienia funkcjonujące w Holandii charakteryzują się długimi listami oczekujących, częściowo z powodu braku protokołu dostępu opracowanego wspólnie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów pracujących w takich ośrodkach dla osób z zaburzeniami żywienia. Co najzabawniejsze, dobra reputacja tych klinik oznacza także, że są one skuteczne, co w zasadzie można nazwać *systemem samobójczym*. Wysoka jakość tych ośrodków przyciąga zbyt wielu pacjentów, co w efekcie zmniejsza ich dostępność i prowadzi do obniżenia jakości.



## 10.6 WYMOGI DOTYCZĄCE JAKOŚCI STRUKTURALNEJ DOTYCZĄ RÓWNIEŻ KULTURY, CYFRYZACJI I PRZYWÓDZTWA

Jakość strukturalna dotyczy przede wszystkim jakości budynków i sprzętu, wykształcenia specjalistów opieki zdrowotnej, charakterystyki organizacji opieki koordynowanej oraz metod płatności. Po drugie dotyczy ona kultury, cyfryzacji i przywództwa w organizacji opieki koordynowanej. Te pierwsze elementy tworzą architekturę organizacji, natomiast pozostałe jej infrastrukturę.

Dobrym przykładem opieki koordynowanej spełniającej wymogi jakości strukturalnej jest holenderski zespół elastycznej i asertywnej publicznej opieki zdrowotnej (Flexible Assertive Community Treatment team tj. zespół FACT), mający swoje odpowiedniki również w innych krajach.<sup>23,24</sup>

Zespoły te zostały opisane w podręczniku.<sup>25</sup> Jedną z ich najważniejszych cech jest wielkość i skład zespołu:

*„Zespół FACT sprawuje opiekę zdrowotną nad 200–220 osobami z ciężkimi zaburzeniami psychiatrycznymi w danym powiecie lub regionie liczącym od 40 000 do 50 000 mieszkańców. Dlatego też mówimy o zespołach »powiatowych« lub »lokalnych«.*

*Zespół taki dąży do nawiązania bliskich relacji z rodziną oraz innymi służbami w powiecie.*

*Zespół ma charakter wielospecjalistyczny, a jego członkowie mają różne specjalizacje (psychiatra, pielęgniarki, pielęgniarka środowiskowa specjalizująca się w psychiatrii, psycholog, specjalista ds. zatrudnienia, specjalista ds. uzależnień oraz specjalista ds. wsparcia); ok. 10–11 etatów”.*

W roku 2015 w Holandii funkcjonowało 300 zespołów FACT, z których większość spełniała te wymogi.

Gminy oraz firmy ubezpieczeń zdrowotnych finansujące i powołujące zespoły FACT respektują i wspierają funkcjonujące w nich normy jakości strukturalnej.

Wyższy poziom jakości strukturalnej w architekturze organizacji nie zawsze przekłada się na wyższą jakość wyników. Widać to na przykładzie opieki koordynowanej nad osobami z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP).<sup>26</sup>

Holenderscy lekarze POZ, specjaliści pielęgniarstwa oraz specjaliści fizjoterapeuci współpracują w zespołach wielospecjalistycznych. Podczas dwudniowego szkolenia, niektórzy specjaliści są szkoleni w zakresie edukowania pacjentów o tym, jak wcześniej rozpoznawać objawy zaostrzenia choroby, samoopieki, rzucania palenia, fizjoterapii oraz przestrzegania reżimu przyjmowania leków. Innymi słowy, interwencja poprawiła ich jakość strukturalną.

Zgodnie z wynikami tego wielkoskalowego badania, jakość wyników nie poprawiła się: tj. liczba zaostrzeń nie zmniejszyła się, a jakość życia pacjentów nie uległa poprawie. Autorzy wyjaśnili, że „w dobrze rozwiniętym holenderskim



systemie opieki zdrowotnej przestrzeń do wprowadzania usprawnień jest bardzo niewielka”. Bardziej teoretycznym wyjaśnieniem jest to, że przykład ten podlega ekonomicznemu prawu malejących przychodów.

Jak do tej pory, wszystkie z pokazanych tu przykładów były powiązane z wymogami dotyczącymi jakości architektury organizacji. Potencjalne wymogi dotyczące jakości w zakresie infrastruktury mogą być powiązane z np. sieciami współpracy dla położnych w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy ginekologów i położników pracujących w szpitalach.

Sieci te mogłyby stanowić pozytywną odpowiedź na pytania przedstawione na rys. 10.4, co zakwalifikowałoby je do zasobów dodatkowych.

Poniższe sześć pytań zapewnia zespołom większą wolność wyboru wielkości i sposobu organizacji, niż bardziej restrykcyjne wymogi jakościowe stosowane przez zespoły FACT. Osobiście zalecam połączenie najlepszych opcji z obu grup poprzez zastosowanie wybranych norm jakości strukturalnej obu rodzajów.

### 10.7 ZADOWOLONY PERSONEL OZNACZA ZADOWOLONYCH PACJENTÓW

Ośrodki opieki zdrowotnej charakteryzujące się wysoką jakością wyników funkcjonują również w wielu miejscach w Stanach Zjednoczonych. Można tu wymienić kliniki w Cleveland, ośrodek Virginia Mason Medical Center w Seattle, Kaiser Permanente, kliniki Mayo oraz organizację Veterans Administration. Powyższe organizacje non-profit są zarządzane przez wiodących lekarzy, których rola polega na zapewnianiu wsparcia i stymulacji. W publikacji dotyczącej potrójnego celu<sup>27</sup> Bisognano i Kenney podkreślają znaczenie przywództwa i kultury we współpracy między specjalistami.

Rys. 10.4 Sześć pytań dotyczących jakości infrastrukturalnej sieci opieki koordynowanej

1	Czy przeprowadzono wspólną analizę problemu opartą na informacjach statystycznych?
2	Czy w dokumencie wyszczególniono wspólne cele?
3	Czy specjaliści dokonują regularnej oceny jakości wyników i czy biorą udział we wspólnych programach szkoleniowych ukierunkowanych na poprawę jakości?
4	Czy w dokumencie określono procedury wewnętrzne dla spotkań zespołu, komunikowania danych oraz procesów decyzyjnych?
5	Czy dla sieci ustalono ścieżki opieki przyjmowania pacjentów, skierowań, ponownych skierowań i podziału zadań?
6	Czy strony trzecie, takie jak firmy ubezpieczeń zdrowotnych, gminy, organizacje medycyny ratunkowej i rady szpitali, uczestniczą w opracowaniu i wdrażaniu polityki opieki położniczej?

**Źródło:** Wykorzystanie ww. sześciu pytań we własnej ocenie sieci w roku 2012.

W oparciu o dużą liczbę badań, Chris Ham, autor o szerokiej wiedzy i doświadczeniu w zakresie przywództwa w Narodowej Służbie Zdrowia (NHS), opisuje liderów sprawujących doradczą i wspierającą rolę w organizacji.<sup>28</sup> Podkreśla zależności między wysoką motywacją specjalistów opieki zdrowotnej a jakością opieki, twierdząc że zadowolony personel oznacza zadowolonych pacjentów.

Specjaliści opieki zdrowotnej są zadowoleni, gdy liderzy tacy promują ciągłość działań, oraz gdy szpital charakteryzuje się stabilnością organizacyjną i spójnością w realizacji założonych celów. Rozdział 18 dotyczący przywództwa w opiece koordynowanej omawia tę kwestię bardziej szczegółowo.

Artykuły dotyczące jakości opieki kładą zwykle nacisk na jakość pracy specjalistów opieki zdrowotnej. Jakość departamentów pomocniczych, np. departamentu IT i finansowego, jest zwykle pomijana w rozważaniach, a niniejsza publikacja nie stanowi wyjątku od tej reguły. Chciałbym jednak rzucić nieco światła na kwestię tzw. zarządzania przez jakość (Total Quality Management).<sup>29,30</sup> Wg tej filozofii wszyscy pracownicy w organizacji opieki koordynowanej posiadają własnych pacjentów, z których najważniejsi są klienci pracowników udzielających świadczeń opieki zdrowotnej. Z kolei pracownicy ci są pacjentami pracowników administracji, pracujących np. w departamencie IT. Ci są z kolei pacjentami dyrektora generalnego organizacji. Wszyscy pracownicy świadczą usługi na rzecz swych pacjentów i pracują zgodnie z własnymi wymogami w zakresie jakości wyników, procesów i jakości strukturalnej. Jakość każdej usługi można pomierzyć i przedstawić na wykresie pokazującym spójność między wszystkimi usługami. Wykresy takie noszą nazwę zrównoważonych kart wyników: podsumowują one jakość wszystkich rodzajów usług na jednym diagramie.<sup>31</sup>

## **10.8 ODPOWIEŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU**

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób zapewnienie jakości może przyczynić się do realizacji Potrójnego celu w nadchodzących latach? Wniosek można uznać za wiarygodny, jeżeli został poparty założeniami teoretycznymi, a nie samymi badaniami empirycznymi. Wniosek zaznaczono gwiazdką, jeśli wynika z obserwacji w tylko jednym kraju lub z tylko jednego badania.

### **Potrójny cel 1 i 2: Poprawa zdrowia populacji oraz poprawa jakości opieki nad pacjentem**

- 1 Można uznać za wiarygodne, że zapewnienie jakości skutkuje poprawą jakości opieki koordynowanej.

- 2 Można uznać za wiarygodne, że specjaliści opieki koordynowanej koncentrują się na utrzymaniu stanu zdrowia, a jakość wyników długoterminowych promuje potrójny cel.
- 3 Można uznać za wiarygodne, że jeden punkt kontaktu dla pacjenta w zespole opieki koordynowanej promuje ciągłość leczenia.
- 4 Można uznać za wiarygodne, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej w zespole opieki koordynowanej, z którym pacjent wspólnie decyduje o wyborze ścieżki leczenia, promuje jakość opieki koordynowanej.
- 5 Można uznać za wiarygodne, że aktualny plan leczenia koordynowanego promuje jakość opieki.
- 6 Pojedynczy punkt kontaktu, opieka długoterminowa oraz określenie potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej w kategoriach Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) umożliwia specjalistom opieki zdrowotnej identyfikację problemów zdrowotnych bez wskazywania dedykowanego rodzaju opieki specjalistycznej lub instytucji opieki. Takie podejście promuje spersonalizowaną opiekę koordynowaną.\*
- 7 Można uznać za wiarygodne, że wspieranie skuteczniejszej pracy zespołowej wśród specjalistów opieki zdrowotnej, pacjentów oraz ich rodzin w procesie diagnostycznym promuje lepszą jakość opieki.
- 8 Można uznać za wiarygodne, że koncentracja procesu opieki w pojedynczej lokalizacji promuje pracę zespołową, ale zmniejsza dostępność.
- 9 Można uznać za wiarygodne, że jeżeli opieka zdrowotna jest dobrze rozwinięta, przestrzeń na poprawę jakości opieki koordynowanej jest niewielka, ponieważ do takiej sytuacji zastosowanie ma znane z ekonomii prawo malejących przychodów.
- 10 Przywództwo i kultura stanowią ważne elementy współpracy między specjalistami\* i pośrednio wpływają na jakość opieki.
- 11 Można uznać za wiarygodne, że przywódcy przyjmujący rolę wspierającą i doradczą, są w stanie motywować specjalistów opieki zdrowotnej i pośrednio poprawiać jakość opieki koordynowanej: zadowolony personel oznacza zadowolonych pacjentów.

### Potrójny cel 3: Obniżenie kosztów opieki per capita

- 12 Celem ścieżki opieki zdrowotnej jest podwyższenie jakości całokształtu opieki zdrowotnej poprzez poprawę wyników pacjenta skorygowanych o ryzyko, promowanie bezpieczeństwa pacjentów, zwiększenie satysfakcji pacjenta oraz optymalizację wykorzystania zasobów. Dowody wykazują, że ścieżki opieki realizują ten cel, gdy spełniają trzynaście warunków przedstawionych na Rys. 10.3.\*

- 13 Można uznać za wiarygodne, że opieka koordynowana poziomo zmniejsza nadużywanie opieki zdrowotnej, ponieważ rozbieżności w zakresie diagnostyki, skierowań do specjalistów oraz leków przepisywanych przez lekarzy należących do tego samego zespołu są omawiane podczas spotkań przeglądowych.
- 14 Jakość strukturalna dotyczy przede wszystkim jakości budynków i sprzętu, poziomu wykształcenia specjalistów opieki zdrowotnej, charakterystyki organizacji opieki koordynowanej oraz metod płatności. Wszystko to pozwala na poprawę jakości opieki koordynowanej, jednakże nie gwarantuje realizacji potrójnego celu.

### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 10

- 1 Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health Care Quality Incorporating Consumer Perspectives. *JAMA* 1997;278(19):1608-12.
- 2 Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academies Press, 2001.
- 3 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human. Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- 4 Leape L, Berwick D, Clancy C i wsp. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care* 2009;18(6):424-8.
- 5 Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010;363:2477-81.
- 6 Porter M, Olmsted Teisberg E. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business Review Press, 2006.
- 7 Suspected cancer: recognition and referral. NICE guidelines [NG12]. Published date: June 2015. Pobrano w dniu 22 lipca, 2016 r. ze strony <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>.
- 8 Møller H, Gildea C, Meechan D i wsp. Use of the English urgent referral pathway for suspected cancer and mortality in patients with cancer: cohort study. *BMJ* 2015;351:h5102.
- 9 Vanhaecht, K, Witte K de, Sermeus W. The Care Process Organisation Triangle: a framework to better understand clinical pathways. *Int J Care Pathw* 2007;u(2):54-61
- 10 Huiskes N, Schrijvers AJP. Het zorgpadenboek. Amsterdam: Thoeris, 2011.
- 11 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren. Onderzoek naar de kwaliteit van de oncologische zorgketen voor patiënten die worden behandeld met radiotherapie. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009.
- 12 Stuurgroep zorgstandaard Kanker. Zorgstandaard Kanker, versie 3.0, 11 februari 2014. Utrecht/ Amsterdam/Utrecht: Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties/ KWF Kankerbestrijding/ Integraal Kankercentrum Nederland, 2014 Retrieved on June 9, 2016 from [http://www.nfk.nl/kanker\\_wat\\_doen\\_wij/integrale\\_zorg/zorgstandaard\\_kanker](http://www.nfk.nl/kanker_wat_doen_wij/integrale_zorg/zorgstandaard_kanker).

- 13 International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva: WHO, 1980.
- 14 Abramson J. *Overdosed America. The broken promise of American medicine. How the pharmaceutical companies distort medical knowledge, mislead doctors, and compromise your health.* New York: HarperCollins Publishers, 2004.
- 15 Brownlee S. *Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer.* New York: Bloomsbury Publishing, 2010.
- 16 Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in pursuit of health.* Boston: Beacon Press Books, 2011.
- 17 Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502.
- 18 Sanghavi DM. The history of cardiac care: overtreatment or impressive gains? *Lancet* 2013;382(9894):759-60.
- 19 Bhatia RS, Levinson W, Shortt S i wsp. Measuring the effect of Choosing Wisely: an integrated framework to assess campaign impact on low-value care. *BMJ Qual Saf* 2015;24(8):523-31.
- 20 Westert GP. *Minder zorg meer kwaliteit: naar minder onnodige zorg en ongepaste praktijkvariatie in de ziekenhuiszorg.* Nijmegen: IQ Health Care/UMC St. Radboud, 2012.
- 21 Fleuren M, Dusseldorp E, Bergh S van den i wsp. Implementation of a shared care guideline for back pain: effect on unnecessary referrals. *Int J Qual Health Care* 2010;22(5):415-20.
- 22 Institute of medicine. *Improving diagnosis in health care. Quality Chasm Series.* Washington, DC: The National Academies Press, 2015.
- 23 Burns T, Catty J, Dash M i wsp. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ* 2007;335(7615):336.
- 24 Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(3):393-9.
- 25 Veldhuizen JR van, Delespaul P, Kroon H i wsp. (Flexible) Assertive community treatment, vision, model, practice and organization. Groningen, 2013. Pobrano ze strony <http://www.factfacts.groenestein.org/downloads/FACT%20Manual%20ENGLISH%202013.pdf>.
- 26 Kruis AL, Boland MRS, Assendelft WJJ i wsp. Effectiveness of integrated disease management for primary care chronic obstructive pulmonary disease patients: results of cluster randomised trial. *BMJ* 2014;349:g5392.
- 27 Bisognano M, Kenney C. *Pursuing the Triple Aim. Seven innovators show the way to better care, better health and lower costs.* San Francisco: Jossey-Bass, 2012.
- 28 Ham C. Strengthening leadership in the NHS. *BMJ* 2014;348:g1685.

- 29 Oakland JS. Total Quality Management. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1995.
- 30 Rampersad HK. Total Quality Management. Deventer: Kluwer, 2002.
- 31 Hepworth P. Weighing it up – a literature review for the balanced scorecard. JMD 1998;17(8):559-63.

# 11 Jakość opieki koordynowanej z perspektywy pacjenta

Niniejszy rozdział rozpoczyna się objaśnieniem terminów powiązanych z wprowadzoną wcześniej koncepcją jakości opieki z perspektywy pacjenta (punkt 11.1). Punkt 11.2 przedstawia w jaki sposób ocenia się informacje przekazane przez pacjenta, a cały rozdział kończy się dyskusją (punkt 11.3) dotyczącą tego, w jaki sposób ustalenia niniejszego rozdziału przyczyniają się do realizacji potrójnego celu.

## 11.1 KONCEPCJE I DEFINICJE JAKOŚCI OPIEKI POSTRZEGANEJ PRZEZ PACJENTA

Rys. 11.1 Definicje pięciu koncepcji powiązanych z jakością opieki postrzeganą przez pacjenta

**Satysfakcja pacjenta:** ocena tego, czy oczekiwania pacjenta zostały spełnione.<sup>1</sup>

**Przykładowe pytanie w wywiadzie:** Jak bardzo jest Pan/Pani zadowolony/a z systemu umawiania wizyt w Pana/Pani ośrodku opieki zdrowotnej?

**Doświadczenie pacjenta:** odzwierciedla postrzeganie i odczucia pacjentów płynące z kontaktów, zdarzeń i wydarzeń mających miejsce niezależnie od siebie i łącznie w całym procesie opieki zdrowotnej.<sup>2</sup>

**Przykładowe pytanie w wywiadzie:** W ciągu ostatnich 5 miesięcy, jak często kontaktował/a się Pan/Pani z lekarzem podczas umówionych, 15-minutowych wizyt?

**Wyniki zgłaszane przez pacjenta (Patient-Reported Outcome – PRO):** koncepcja polegająca na raportowaniu stanu zdrowia pacjenta bezpośrednio przez niego (lub w niektórych przypadkach przez opiekuna), bez interpretacji odpowiedzi pacjenta przez lekarza klinicystę lub inną osobę.<sup>3</sup>

**Przykładowe stany zdrowia raportowane przez pacjentów:** ból, depresja.

Rys. 11.1 – ciąg dalszy

**Miernik PRO (PROM):** instrument, skala lub pojedynczy miernik stosowany do oceny wyników zgłaszanych przez pacjenta w sposób przez niego postrzegany, uzyskanych poprzez bezpośrednie zadawanie pytań pacjentowi (lub w niektórych przypadkach na podstawie odpowiedzi udzielanych przez opiekuna).<sup>3</sup>

**Przykład PROM:** Graficzna skala analogowa do pomiaru ostrego bólu.<sup>4</sup>

**Jakość życia:** ogólny dobrostan osoby lub społeczeństwa definiowany w kategoriach zdrowia i szczęścia, a nie dobrobytu w sensie materialnym.<sup>5</sup>

**Przykładowe kwestionariusze dotyczące jakości życia:** Rand-36<sup>6</sup>; Euroqol.<sup>7</sup>

W ocenie jakości z perspektywy pacjenta odgrywa rolę pięć koncepcji: satysfakcja pacjenta, doświadczenie pacjenta, jakość życia, wyniki zgłaszane przez pacjentów oraz mierniki wyników zgłaszanych przez pacjentów. Rys. 11.1 przedstawia ich definicje wraz z przykładami ilustrującymi różnice między nimi.

Satysfakcja pacjenta jest dobrze znaną, acz przestarzałą koncepcją stosowaną do mierzenia jakości opieki. Jednym z trzech powodów uznania jej za przestarzałą jest to, że tylko 4,6% rozbieżności w poziomie satysfakcji wynika z samego procesu opieki.<sup>8</sup> Innymi ważnymi czynnikami są odmienne oczekiwania, płeć pacjentów i ich poziom wykształcenia, upływ czasu od momentu zakończenia opieki oraz poprzednie doświadczenia pacjentów. Po drugie, badania jakościowe pokazują, że pacjenci pozytywnie oceniają poziom satysfakcji nawet w przypadku negatywnych doświadczeń. Może im się nie podobać pośpiech konsultacji z lekarzem, ale wciąż dają ocenę pozytywną, ponieważ przypisują ten pośpiech ograniczeniom czasowym. Po trzecie, poprawa satysfakcji pacjenta nie wiąże się z poprawą jakości. Można zatem stwierdzić, że również koordynacja opieki nie zwiększa satysfakcji pacjenta.<sup>9</sup> Gdy zadajemy pacjentom pytanie dotyczące ich doświadczeń z czasem oczekiwania na wizytę, ponad 20% powstałych rozbieżności jest wyjaśniane różnicami w procesach opieki zdrowotnej. Nawet, jeżeli jest to wartość większa, niż wspomniane powyżej 4,6% satysfakcji pacjenta, nadal nie można uznać jej za imponującą.

Devkaran<sup>1</sup> rozróżnia trzynaście aspektów doświadczeń pacjenta:

- 1 opieka świadczona przez lekarzy;
- 2 opieka świadczona przez pielęgniarki;
- 3 zarządzanie czynnościami i procedurami, np. wypełnianiem formularzy;
- 4 czystość pomieszczeń;
- 5 traktowanie pacjenta z poszanowaniem i godnością;
- 6 spójność i koordynacja opieki;
- 7 prawa pacjenta i informacja zwrotna;



- 8 leczenie bólu;
- 9 zaangażowanie rodziny i przyjaciół;
- 10 wypis ze szpitala;
- 11 czas oczekiwania na przyjęcie;
- 12 zarządzanie lekami;
- 13 jakość żywności.

Pierwsze dwa aspekty obejmują dwa tematy: wspólne podejmowanie decyzji i empatię.

Pierwsza z tych kwestii została kompleksowo omówiona w rozdziale 9. Empatia, czyli druga z nich, odnosi się do możliwości spojrzenia na proces oczami pacjenta, wsłuchania się w proces z jego perspektywy, a także wczucia się w sytuację pacjenta. Można ją pomierzyć wyłącznie poprzez zadawanie pacjentowi pytań o jego doświadczenia. „Istnieje wyraźna różnica między pielęgniarką postępującą zgodnie z najlepszymi zawodowymi normami jakości, a pielęgniarką pracującą z empatią i dbającą o doświadczenia pacjenta. W pierwszym przypadku pielęgniarka doskonale wykonuje swoją pracę, zadaje uprzejme pytania wtedy kiedy trzeba, uśmiecha się rutynowo i jest tak samo rutynowo uprzejma, co w efekcie daje uprzejmość równą uprzejmości bankomatu”.<sup>9</sup> Ponieważ opieka koordynowana kładzie nacisk na ścieżki opieki i wielospecjalistyczną pracę zespołową, ryzykuje się lekceważenie empatii płynącej ze strony poszczególnych specjalistów. Specjaliści opieki zdrowotnej pełnią dwie funkcje jednocześnie.

Podczas kontaktów z pacjentami specjaliści ci muszą odgrywać rolę osób empatycznych, natomiast podczas kontaktów z kolegami wymaga się od nich pracy zespołowej.

Lista trzynastu aspektów Devkarana zawiera elementy związane z ciągłością leczenia: spójność i koordynację opieki (6), zaangażowanie rodziny i przyjaciół (9), wypis ze szpitala (10) oraz czas oczekiwania na przyjęcie (11).

Ciągłość leczenia, a także jej cztery wymiary (patrz punkt 2.1) nie jest uznawana za autonomiczną dziedzinę badań. Istnieje jednak specjalny kwestionariusz zawierający pytania dotyczące doświadczeń pacjenta z ciągłością leczenia w chorobach przewlekłych.<sup>10,11</sup> Istnieją także specjalne podręczniki i wytyczne do pomiaru doświadczeń pacjenta,<sup>12</sup> jednak nie zostały one omówione i podsumowane w niniejszej publikacji. Picker Institute<sup>13</sup> jest liczącym się promotorem rozwoju i wdrażania oceny doświadczeń zgłaszanych przez pacjentów.

## 11.2 W JAKI SPOSÓB OCENIAĆ WYNIKI ZGŁASZANE PRZEZ PACJENTÓW ORAZ JAKOŚĆ ŻYCIA

Wyniki zgłaszane przez pacjentów (PRO) oraz ich mierniki (PROM) (patrz rys. 11.1) to dwie nowe koncepcje szybko zyskujące na popularności w dziedzinie

oceny opieki zdrowotnej. Zapewniają one firmom ubezpieczeń zdrowotnych oraz innym instytucjom tworzącym politykę możliwość przeprowadzenia z pacjentami, przed i po zakończeniu leczenia, wywiadu dotyczącego oceny własnego stanu zdrowia przez pacjentów. Takie podejście jest znane jako zarządzanie wynikami zdrowia behawioralnego (Behavioural Health Outcomes Management – BHOM). W Holandii koncepcja ta jest znana pod nazwą rutynowego monitorowania wyników (Routine Outcome Monitoring – ROM), stosowanej również w formie odczasownikowej – ROMingu.<sup>14</sup> Pacjenci psychiatryczni są badani z wykorzystaniem kilku mierników (PROM) na początku i po zakończeniu procesu leczenia. Pacjenci z przewlekłymi chorobami psychicznymi są monitorowani raz lub dwa razy w roku. Niezależna ocena BHOM, przeprowadzana przez decydentów, nie cieszy się popularnością u lekarzy prowadzących, ponieważ nie angażuje ich w cały proces. Jeśli jednak lekarze tacy biorą w niej udział, BHOM oferuje doskonały sposób na pomiar wartości dodanej opieki koordynowanej od momentu rozpoczęcia leczenia do wypisania pacjenta. Nawet jeżeli dane liczbowe dotyczące jakości procesu i jakości strukturalnej mogą wzbudzić szczególne zainteresowanie decydentów politycznych i finansistów, kluczowym pytaniem pozostaje wpływ leczenia na zdrowie pacjenta.

Definicja jakości życia (patrz rys. 11.1) obejmuje więcej, niż tylko prostą koncepcję zdrowia zdefiniowaną w punkcie 2.3. Odnosi się ona do siedmiu podstawowych potrzeb człowieka, zdefiniowanych przez parę badaczy o nazwisku Skidelsky (ojca i syna). Wspomniane siedem potrzeb omówiono w punkcie 5.4. Podejście obu badaczy zostało odzwierciedlone w metodzie pomiaru potencjału. W metodzie tej wykorzystano pięć kategorii: stabilność, relacje międzyludzkie, osiągnięcia, autonomię i satysfakcję. Al-Janabi i wsp. opracowali instrument do pomiaru tych kategorii, które – wspólnie – składają się na jakość życia pacjenta.<sup>15</sup> Ogólnie uznawanymi kwestionariuszami są kwestionariusze oceny jakości życia Rand-36 i Euroqol.

### Ocenianie jakości za pomocą metod statystycznych, czy też wywiadów?

Istnieją dwie metody oceny jakości opieki koordynowanej z perspektywy pacjenta. Pierwsza z nich dotyczy metod statystycznych. Są one oparte o kwestionariusze, takie jak kwestionariusz opracowany przez Walkera i wsp.<sup>16</sup> Do ich zalet należy możliwość uzyskania informacji na temat częstotliwości i średnich doświadczeń pacjentów w odniesieniu do aspektów wyszczególnionych przez Devkarana. Ich wadą z kolei – z mojego własnego doświadczenia – jest niska ilość uzyskiwanych odpowiedzi. Pacjenci o złożonych potrzebach zdrowotnych często kwalifikują się do grupy pacjentów nieudzielających odpowiedzi: nie mają dość sił, aby wypełnić kwestionariusz. Ostatnio na popularności zyskują modele jakościowe mające postać opisów doświadczeń pacjenta uzyskanych

w drodze wywiadów pogłębionych, grup fokusowych, rozmów grupowych, stron internetowych z ankietami dla pacjentów oraz obserwacji towarzyszącej (tzw. „patient shadowing”). Metody te nie dostarczają danych na temat poziomu średnich lub częstotliwości doświadczeń pacjenta. Mogą one jednak dostarczyć informacji o czynnikach strukturalnych i ubocznych mających wpływ na jakość opieki koordynowanej. Powyższe rozróżnienie ilustruje przykład przedstawiony na rys. 11.2. Niniejsza publikacja nie obejmuje omówienia różnych jakościowych metod badawczych. W rozdziale 20 omówiono jednak ogólnie oceny ilościowe i jakościowe opieki koordynowanej.

W koordynowanej podstawowej opiece zdrowotnej i koordynowanej pionowo opiece nad przewlekle chorymi można wyróżnić trzy kwestie dotyczące pomiarów jakości. Pierwszą jest naruszenie ochrony i prywatności danych poszczególnych osób. Kwestia ta zostanie dokładnie omówiona w punkcie 17.3. Kolejnym aspektem jest wzrost kosztów gromadzenia danych odpowiedniej jakości. Można uznać za wiarygodne, że wykorzystanie kontrolnych wskaźników przesiewowych poprawia jakość opieki koordynowanej bez nadmiernego rozdymania kosztów. Jeżeli wskaźniki te okażą się wystarczające, decydenci i specjaliści opieki zdrowotnej nie będą wnosić o dostarczenie dodatkowych danych.

Rys. 11.2 Czynniki uboczne i strukturalne wpływające na jakość opieki zdrowotnej, zidentyfikowane w wywiadzie pogłębionym

Podczas wywiadu, pacjentka z nowotworem stwierdziła, że nie jest pewna, kto jest jej lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Osoba prowadząca wywiad odnotowała to doświadczenie. Pacjentka twierdzi, że informacja ta nie została odnotowana w ramach ścieżki opieki zdrowotnej. Podczas analizy wywiadu wskazała, że jest to *czynnik strukturalny* mający wpływ na jakość opieki zdrowotnej. Jeżeli specjaliści opieki zdrowotnej zapomną o poinformowaniu pacjenta o tym, kto jest jego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, ale nie zaniedbają tej kwestii w ramach ścieżki opieki, jest to postrzegane jako czynnik uboczny.

W opiece koordynowanej można wyróżnić trzy wskaźniki kontrolne:

- 1 jeden dotyczący dostępności zespołu;
- 2 jeden dotyczący odpływu pacjenta do innych organizacji opieki zdrowotnej lub do społeczeństwa; oraz
- 3 jeden dotyczący doświadczeń pacjentów.

W przypadku ostatniego wskaźnika, sugerowałbym użycie narzędzia oceny Net Promoter Score (NPS).<sup>17</sup> Instrument ten składa się z jednego pytania, które organizacja opieki koordynowanej powinna zadać pacjentowi: „W skali od 0 do 10, jak bardzo prawdopodobne jest to, że poleciliby Pan/poleciliby Pani naszą organizację przyjacielowi lub znajomemu?” Jeśli wyniki tego wskaźnika kontrolnego okażą się negatywne, można zadać dodatkowe pytania szczegółowe.

Gdy pacjenci są pytani o jakość opieki świadczonej przez specjalistów opieki zdrowotnej, rzadko wymieniają kluczowe aspekty jakości specjalistów, takie jak wiedza medyczna, umiejętności techniczne, bezpieczeństwo i dostępność ścieżek opieki. Być może pacjenci przyjmują po prostu powyższe elementy za pewnik.<sup>18</sup> Elementy przez nich wymieniane należą do mierników jakości wyników opieki specjalistycznej, takie jak wskaźniki przeżywalności, czas rehabilitacji i utrzymania stabilnego stanu zdrowia, tak jak opisali to Donabedian i Porter (patrz punkt 10.1). Elementy te mają kluczowe znaczenie dla przejrzystości danych dotyczących świadczeniodawców umieszczanych w Internecie i mediach. Ponadto, ważne są również takie zgłaszane przez pacjentów wyniki, jak empatia, komunikacja i dogodny termin wizyt, oraz inne aspekty wymieniane przez Devkarana. Może się zdarzyć, że specjalista opieki zdrowotnej będzie charakteryzować się wysokim stopniem empatii, ale mimo to może świadczyć opiekę na poziomie substandardowym. Dlatego też obowiązkiem jego kolegów po fachu, członków zespołu i decydentów jest monitorowanie zarówno jakości specjalistów, jak i jakości raportowanej przez pacjentów.<sup>19,20</sup>

### **11.3 ODPOWIEDŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU**

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób zwiększenie nacisku na jakość opieki koordynowanej z perspektywy pacjentów może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach? Wniosek można uznać za wiarygodny, jeżeli został poparty założeniami teoretycznymi, a nie samymi badaniami empirycznymi.

#### **Potrójny cel 1 i 2: Poprawa zdrowia populacji oraz poprawa jakości opieki nad pacjentem**

- 1 Satysfakcja pacjenta jest dobrze znaną, acz przestarzałą koncepcją stosowaną do mierzenia jakości opieki. Można uznać za wiarygodne, że pomiar doświadczeń pacjenta w opiece koordynowanej przyczynia się do realizacji potrójnego celu.
- 2 Wyniki zgłaszane przez pacjentów (PRO) oraz ich mierniki (PROM) (patrz rys. 11.1) to dwie nowe koncepcje szybko zyskujące na popularności w dziedzinie oceny opieki zdrowotnej. Zapewniają one firmom ubezpieczeń zdrowotnych oraz innym instytucjom tworzącym politykę możliwość przeprowadzenia z pacjentami przed i po zakończeniu leczenia wywiadu dotyczącego oceny własnego stanu zdrowia przez pacjentów. Zastosowanie tych wyników pozwala na poprawę jakości opieki koordynowanej,

- 3 Metody statystyczne pozwalają na uzyskanie informacji o częstotliwościach, średnich i rozkładzie doświadczeń pacjenta w odniesieniu do aspektów uznanych przez nich za istotne. Zachęcają one pacjentów i specjalistów opieki zdrowotnej do przekazywania informacji zwrotnej mającej na celu wypracowanie rozwiązań dla doświadczanych problemów. Metody te w efekcie promują jakość opieki.
- 4 Metody jakościowe dają więcej informacji o czynnikach strukturalnych i ubocznych mających wpływ na jakość opieki koordynowanej, przez co również promują jakość opieki.
- 5 Można uznać za wiarygodne, że wykorzystanie wskaźników kontrolnych poprawia jakość opieki koordynowanej i że ich stosowanie nie jest kosztowne.
- 6 Można uznać za wiarygodne, że położenie nacisku na mierniki jakości wyników opieki specjalistycznej, takie jak wskaźniki przeżywalności, czas rehabilitacji i utrzymania stabilnego stanu zdrowia, tak jak opisali to Donabedian i Porter (patrz punkt 10.1), promuje jakość opieki koordynowanej. Wyniki zgłaszane przez pacjentów (PRO), takie jak empatia, komunikacja, dogodne godziny wizyt oraz inne aspekty opisane przez Devkarana mają ten sam efekt. Zarządzanie oparte o oba rodzaje wskaźników składa się na poprawę jakości opieki zdrowotnej

### Potrójny cel 3: Obniżenie kosztów opieki per capita

- 7 W tym rozdziale nie zastosowano odniesień przedstawiających dowody wpływu poprawy jakości na redukcję kosztów. Zostały one przedstawione w rozdziale 12.

### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 11

- 1 Devkaran S. Patient experience is not patient satisfaction: understanding the fundamental differences. Prezentacja Power Point, Quality and Patient Safety Institute Cleveland Clinic Abu Dhabi. Pobrano ze strony [http://www.isqua.org/docs/default-source/education-/isqua-webinar\\_november-2014\\_subashnie-devkaran.pdf?sfvrsn=0](http://www.isqua.org/docs/default-source/education-/isqua-webinar_november-2014_subashnie-devkaran.pdf?sfvrsn=0)
- 2 Wolf JA. Defining patient experience. *Patient Exp J* 2014;1(1):7-19.
- 3 Basch E, Torda P, Adams K. Standards for patient-reported outcome-based performance measures. *JAMA* 2013;310(2):139-40.
- 4 Bijur PE, Silver W, Gallagher EJ. Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Acad Emerg Med* 2001;8(12):1153-7
- 5 <http://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/quality-of-life>, consulted on December 29, 2015.
- 6 Hays RD, Morales LS. The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Ann Med* 2001;33(5):350-7.

- 7 <http://www.euroqol.org/about-eq-5d/eq-5d-nomenclature.html>.
- 8 Salisbury C, Wallace M, Montgomery AA. Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. *BMJ* 2010;341:c5004.
- 9 Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;45(12):1829-43.
- 10 Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J i wsp. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care* 2005;43(5):436-44.
- 11 Patient Assessment of Care for Chronic Conditions+ (PACIC+, 26 items), kwestionariusz przetłumaczony na wiele języków, patrz: [http://www.improvingchroniccare.org/downloads/pacic\\_copy1.pdf](http://www.improvingchroniccare.org/downloads/pacic_copy1.pdf).
- 12 Hotko B, Morris J, Bates M. The CG CAHPS handbook: a guide to improve patient experience and clinical outcomes. Pensacola: Fire Starter Publishing, 2015.
- 13 <http://pickerinstitute.org/>.
- 14 Buwalda VJA. Routine outcome monitoring in Dutch psychiatry: measurement instruments, implementation and outcome [praca doktorska]. Amsterdam: Free University, 2013.
- 15 Al-Janabi H, Flynn TN, Coast J. Development of a self-report measure of capability wellbeing for adults: the ICECAP-A. *Qual Life Res* 2012;21(1):167-76.
- 16 Walker KO, Stewart AL, Grumbach K. Development of a survey instrument to measure patient experience of integrated care. *BMC Health Serv Res* 2016;16:193.
- 17 Reichheld F, Markey R. The Ultimate Question 2.0: how net promoter companies thrive in a customer-driven world. Boston: Harvard Business Review Press, 2011.
- 18 Silva D de, Bamber J. Improving quality in general practice, no. 23, evidence scan. The Health Foundation, November 2014.
- 19 Greene J, Hibbard JH, Sacks RM. Summarized costs, placement of quality stars, and other online displays can help consumers select high-value health plans. *Health Affairs* 2016;35(4):671-9.
- 20 Lavalley DC, Chenok KE, Love RM i wsp. Incorporating patient-reported outcomes into health care to engage patients and enhance care. *Health Affairs* 2016;35(4):575-82.

# CZĘŚĆ 5

## PŁATNOŚCI W OPIECE KOORDYNOWANEJ





## 12 Ekonomia behawioralna a opieka koordynowana

Niniejszy rozdział wprowadza koncepcję ekonomii behawioralnej, bodźców finansowych i powiązanych terminów (punkt 12.1). Następnie omawia, w jaki sposób bodźce finansowe stymulują rozwój podstawowej opieki zdrowotnej (punkt 12.2) i koordynację pionową (punkt 12.3). Szczególną uwagę należy zwrócić na zależność między bodźcami finansowymi a zachowaniami pacjentów (punkt 12.4). W ostatnim punkcie (punkt 12.5) omawia, w jaki sposób ekonomia behawioralna może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w opiece koordynowanej.

### 12.1 TEORIA I DEFINICJE ZWIĄZANE Z EKONOMIĄ BEHAVIORALNĄ

Twórcą teorii wolnego rynku jest Adam Smith. W swej słynnej na cały świat publikacji *Bogactwo narodów*,<sup>1</sup> opublikowanej w roku 1776, głosił zasady pełnej konkurencji i wolnego handlu między wszystkimi krajami jako sposób na zwiększenie dobrobytu. W publikacji tej pojawił się też termin „homo economicus”: działającej racjonalnie jednostki ludzkiej dążącej do uzyskania maksymalnej satysfakcji z realizacji własnych potrzeb. Największym problemem Adama Smitha był fakt, że zachowania ludzi nie są determinowane wyłącznie przez wysokość cen towarów i usług. W roku 1759, siedemnaście lat przed pojawieniem się „*Bogactwa narodów*”, opublikował on *Teorię uczuć moralnych*.<sup>2</sup> W tej publikacji uznał, że ludzie są (mającymi pragnienia) zwierzętami, reagującymi na cierpienie i odgłosy godowe innych i odczuwającymi silną potrzebę okazywania solidarności. W roku 2012, Kahneman zjednoczył dwie teorie Smitha w jednej publikacji „*O myśleniu szybkim i wolnym*”.<sup>3</sup> Kahneman, laureat Nagrody Nobla z roku 2002, rozróżnia dwa systemy, za pomocą których mózg formułuje myśli. System 1 to system szybki, intuicyjny i emocjonalny. Działa on podświadomie. Obecnie system ten nazwalibyśmy intuicją. System 2, innymi słowy umysł racjonalny, jest wolniejszy, działający w sposób logiczny i świadomy. Przykładowo, ludzie uczą się języka ojczystego

w systemie 1, a drugiego języka w systemie 2. Homo economicus Smitha myśli zgodnie z systemem 2. W życiu codziennym ludzie korzystają z obu systemów. W swych publikacjach, podsumowanych w „O myśleniu szybkim i wolnym”, Kahneman wspiera ekonomię behawioralną. Definicję tej koncepcji przedstawiono na rys. 12.1 wraz z innymi pojęciami z tej dziedziny. Wykres pokazuje wyłącznie koncepcje dotyczące ekonomicznego sposobu funkcjonowania opieki koordynowanej. Niniejszy rozdział nie przedstawia pełnego przeglądu założeń ekonomii behawioralnej.

### Paternalizm libertariański

Ukierunkowywanie i popychanie konsumenta w stronę racjonalnego, długofalowego myślenia zgodnie z systemem 2 Kahnemana nosi nazwę paternalizmu libertariańskiego. Termin ten został obszernie omówiony przez Rice w artykule przeglądowym dotyczącym zastosowania ekonomii behawioralnej w opiece zdrowotnej.<sup>4</sup> Paternalizm libertariański nie ogranicza wolności wyboru konsumentów.

Element paternalistyczny uwidacznia się w sposobie, w jaki świadczeniodawcy wpływają na wybory konsumentów w długofalowym interesie samych konsumentów, którzy w innym przypadku zbyt mocno kierowaliby się impulsami wysyłanymi przez system 1. W paternalizmie libertariańskim dostawcy produktów rynkowych i świadczeń rządowych zakładają z wyprzedzeniem, co leży w najlepszym interesie konsumenta. Świadczeniodawcy stosują tzw. bodźce do kierowania konsumentami w pożądaną stronę (patrz Rys. 12.1)

Wykorzystują również materiały pomocnicze, np. wykresy dotyczące leków i wytyczne terapeutyczne. Pacjenci, jeśli zechcą, mogą nie korzystać z takich materiałów pomocniczych. W rzeczywistości faktycznie z nich nie korzystają, gdyż wierzą, że zostały one opracowane w ich najlepszym interesie. Po trzecie, paternalizm libertariański zachęca również do zachowań konformistycznych. Przykładowo, informacje o tym, że wiele osób rzuciło palenie, stymuluje zachowania konformistyczne. Taki przekaz jest zwykle bardziej skuteczny, niż przekaz, że palenie jest szkodliwe dla zdrowia.

Kahneman, Thaler i Sunstein<sup>5</sup> podkreślają, że takie zjawisko, jak neutralność świadczeniodawcy, po prostu nie istnieje. Ostatni dwaj autorzy ilustrują swą tezę stwierdzeniem, że nawet umieszczenie zdrowej żywności na półkach w sklepie szkolnym wpływa na zachowania zakupowe uczniów. Każdy szczegół ma wpływ na popyt. W założeniu podstawowym, ekonomia behawioralna formułuje takie zastosowanie marketingu, które zachęca konsumentów do wolniejszego i długofalowego myślenia. Ekonomia behawioralna nie nakłania konsumentów do podejmowania naiwnych, krótkofalowych decyzji zgodnie z systemem 1.

Stosowanie bodźców nie jest ograniczone tylko do samych konsumentów. Mogą być one również wykorzystywane do zachęcania lekarzy i pielęgniarek do racjonalnych zachowań, takich jak ograniczenie przepisywania leków na receptę, unikania powielania badań diagnostycznych i przestrzegania wytycznych. Khullar i wsp.,<sup>6</sup> Perry i wsp.,<sup>7</sup> oraz Horn i wsp.<sup>8</sup> przytaczają przykłady i proponują eksperymenty w tej dziedzinie.

Amerykańscy badacze, King i wsp.,<sup>9</sup> australijski okrągły stół w sprawie ekonomii behawioralnej<sup>10</sup> oraz komitet brytyjskiego think tanku Institute for Government,<sup>11</sup> twierdzą, że zastosowanie ekonomii behawioralnej w opiece zdrowotnej jest wciąż w powijakach. Teorie i koncepcje opracowane przez Kahnemana i Thaler & Sunstein były do tej pory wykorzystywane jedynie w niewielkiej liczbie eksperymentów terenowych.

Rys. 12.1 Koncepcje ekonomii behawioralnej powiązane z opieką koordynowaną

Koncepcja	Wyjaśnienie	Przykład opieki koordynowanej
Ekonomia behawioralna	Nauka o wpływie wiedzy oraz czynników społecznych i emocjonalnych na decyzje ekonomiczne i wykorzystanie zasobów, kosztów i przychodów	Negatywny wpływ na decyzję o poświęceniu czasu na spotkania wielospecjalistycznego zespołu podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku, gdy system płatności zapewnia wynagrodzenie wyłącznie z tytułu kontaktów z pacjentami (rozdział 3)
System I i System II	Dwa systemy, w ramach których mózg tworzy myśli. System I (lub intuicja) to myślenie szybkie, intuicyjne i emocjonalne. System II (lub racjonalne) to myślenie wolniejsze, zachowawcze i logiczne.	Specjaliści opieki zdrowotnej w programach zarządzania procesem chorobowym dokonują wzajemnych ocen w oparciu o system I i II (rozdział 4)
Złudzenie planowania	Ludzie są z natury nastawieni zbyt optymistycznie. Przeszacowują oni swoje możliwości i nie doceniają wysiłku niezbędnego do zrealizowania celów.	We wspólnym podejmowaniu decyzji (Shared Decision Making, pol.: WPD), pacjenci podchodzą często zbyt optymistycznie do rokowań, natomiast lekarze przeceniają własne możliwości (rozdział 9)

Rys. 12.1 – ciąg dalszy

Koncepcja	Wyjaśnienie	Przykład opieki koordynowanej
Teoria kosztów transakcyjnych	Teoria ta stanowi, że konkurencja rynkowa wchodzi na poziom suboptymalny, jeżeli koszty zgromadzenia informacji o popycie i podaży lub kosztach zrealizowania transakcji między producentem a konsumentem są wysokie	Koszty rocznych negocjacji między ośrodkami podstawowej opieki zdrowotnej i przedstawicielami firm ubezpieczeń zdrowotnych są wysokie. Działanie w oparciu o umowy długoterminowe między dwoma stronami jest lepszym rozwiązaniem (rozdział 14)
Bodziec	Niewielkie zmiany finansowe lub inne zmiany w dostawach towarów i usług, które istotnie zmieniają zachowania konsumentów	Zmniejszenie współpłatności dla osób z chorobami przewlekłymi, jeżeli będą uczestniczyć w kursach dotyczących samoopieki, istotnie zwiększa ich udział w kursach
Ukierunkowywanie	Technika perswazji wykorzystująca treści i obrazy graficzne, aby celowo zaakcentować określone cechy danej osoby lub przedmiotu i tym samym wpłynąć na decyzję	Opracowywanie materiałów pomocniczych dla pacjentów bez ukierunkowywania ich w stronę określonej decyzji jest bardzo trudne (rozdział 8)

**Źródło:** Kahneman D. Thinking, fast and slow. New York: Penguin Books, 2012; Thaler RH, Sunstein CR. Nudge Improving decisions about, health and happiness. New York: Penguin Books, 2009.

## 12.2 KOORDYNACJA POZIOMA A EKONOMIA BEHAWIORALNA

Jak wyjaśniono w rozdziale 3, rozwój koordynacji w sektorze podstawowej opieki zdrowotnej w Holandii rozpoczął się w latach siedemdziesiątych. Pierwsze pięć zespołów wielospecjalistycznych w ośrodkach zdrowia otrzymały granty naukowe. Dla pozostałych zespołów dostępne były bodźce finansowe: jeśli grupa lekarzy, powiatowa organizacja pielęgniarstwa oraz organizacja służb społecznych podpisała protokół ustaleń w sprawie stworzenia zespołu wielospecjalistycznego, firmy ubezpieczeniowe przekazywały mu pewną kwotę w charakterze zachęty. Kwota ta nie wystarczała na usprawnienie współpracy i zapewnienie miejsc pracy dla zespołów, ale poprawiła ich reputację. Od lat siedemdziesiątych, gminy zaczęły wspierać zespoły wielospecjalistyczne finansowo. Nowe ośrodki miejskie, takie jak Lelystad i Almere, założone na ostatnio osuszonych polderach, pośrednio subsydiowały koordynację poziomą w drodze zapewnienia tanich gruntów na budowę ośrodków opieki zdrowotnej.

Czasami udzielały też tanich pożyczek długoterminowych lub przyznawały granty na pokrycie kosztów ogólnych. Do roku 2006 ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej lokowane były głównie na nowo zabudowywanych obszarach. Jeden z doktorantów zauważył wówczas, że bez nowych, holenderskich polderów nie byłoby nowych miast, ani też koordynowanej podstawowej opieki zdrowotnej.

W roku 2006 na mocy nowej Ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych (Zorgverzekeringswet<sup>12</sup>) wszyscy obywatele Holandii zakwalifikowali się do stawki kapitacyjnej za wizytę u lekarza POZ. Do tego roku, najbogatsza jedna trzecia populacji płaciła za wizyty u lekarza POZ z własnej kieszeni na zasadzie opłat za usługę (FFS). Ta jedna trzecia populacji nie nawiązywała stałej relacji z lekarzami POZ. Z kolei ci ostatni nie mogli liczyć na pewność dochodu z tytułu świadczonej przez nich opieki na rzecz tej jednej trzeciej populacji. Rozszerzony system stawek kapitacyjnych stanowił bodziec finansowy do utworzenia w Holandii setek nowych ośrodków opieki zdrowotnej z zespołami wielospecjalistycznymi. Stare ośrodki również zyskały nowe zespoły. Ta ostatnia zmiana wskazuje na znaczenie bezpiecznych systemów alokacji zasobów, przywracających wiarę w przyszłość i zachęcających do inwestowania w infrastrukturę i zespoły. W roku 2006 Ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych wprowadziła system płatności opartych o populację z tytułu podstawowej opieki zdrowotnej, którego wprowadzenie przewidziano na rok 2016, co pokazuje rys. 12.2.

Ta reforma w zasadzie zamyka historię systemów płatności w koordynacji poziomej w Holandii. Podsumowując, zachęty finansowe odegrały istotną rolę, a nowy, bezpieczny system płatności przyciągnął inwestycje w zespoły wielospecjalistyczne, organizacje i infrastrukturę.

Rys. 12.2 Płatności (2016) za podstawową opiekę zdrowotną w Holandii w trzech segmentach

**Segment 1:** podstawowa opieka zdrowotna, podstawowa psychiatryczna opieka zdrowotna oraz ściśle określone interwencje, np. zastrzyki. Płatności za podstawową opiekę zdrowotną są realizowane ze zdefiniowanej na poziomie krajowym płatności opartej o populację, tzw. stawce kapitacyjnej (59,32 euro za pacjenta rocznie w roku 2016) oraz niskokwotowych opłatami za usługę (9,01 euro). Specjaliści opieki zdrowotnej pracujący w psychiatrycznej opiece zdrowotnej również otrzymują dochód składający się z płatności opartej o populację za pacjenta oraz niskiej stawce za konsultacje. Stawki te są negocjowane przez lokalnych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i firmy ubezpieczeń zdrowotnych. Pozostałe interwencje są rozliczane wg opłat za usługę, również negocjowanymi na poziomie lokalnym.

Rys. 12.2 – ciąg dalszy

**Segment 2:** opieka koordynowana dla określonych grup docelowych. W roku 2016, taka forma opieki jest dostępna dla osób z cukrzycą typu 2, POChP oraz z ryzykiem wystąpienia zaburzeń sercowo-naczyniowych. Ten rodzaj opieki koordynowanej jest finansowany z płatności opartej o populację za osobę z daną chorobą przewlekłą, jest negocjowany przez lokalne zespoły podstawowej opieki zdrowotnej oraz firmy ubezpieczeń społecznych. Z opłaty tej lekarze POZ płacą pielęgniarcom, dietetykom oraz specjalistom opieki zdrowotnej za coroczne badania.

**Segment 3:** określone sposoby poprawy jakości i innowacje. Przykładami usprawnień są odpowiednie skierowania do specjalistów, odpowiednie przepisywanie leków oraz wieczorne godziny otwarcia przychodni. Usprawnienia te są finansowane na zasadzie płatności za wyniki leczenia, o której mowa w punkcie 14.4. Innowacje z kolei obejmują wspólne konsultacje dla pacjentów, którzy jednocześnie odbywają wizytę u lekarza POZ i specjalisty, a także interwencje w ramach e-zdrowia. Innowacje te są finansowane z niskokwotowych opłat za usługę (FFS).

**Źródło:** [https://www.nza.nl/1048076/1048144/TB\\_CU\\_7123\\_03\\_\\_Huisartsenzorg\\_en\\_multidisciplinaire\\_zorg\\_inclusief\\_tarievenlijst.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048144/TB_CU_7123_03__Huisartsenzorg_en_multidisciplinaire_zorg_inclusief_tarievenlijst.pdf).

### 12.3 KOORDYNACJA PIONOWA A EKONOMIA BEHAWIORALNA

W latach osiemdziesiątych w Holandii pojawiła się opieka współdzielona między ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej a szpitale (patrz rozdział 4).

Podstawowe zasoby dla tej nowej postaci opieki zdrowotnej często pochodziły z takich instytucji, jak Holenderska Organizacja Badań Naukowych i Rozwoju (ZonMw), fundusze dobroczynne, np. Holenderska Fundacja na rzecz Cukrzycy, a także niewielkich grantów od lokalnych firm ubezpieczeń zdrowotnych, gmin lub szpitali. Wszystkie te dodatkowe kwoty przyczyniły się do powstania szerokiego ruchu w zakresie innowacji w opiece koordynowanej (współdzielonej), w ramach której organizacje podstawowej opieki zdrowotnej i szpitale uczestniczyły czasem w od pięciu do dziesięciu różnych projektach pilotażowych rocznie. Podczas mojego czterdziestoletniego doświadczenia w pracy nad takimi projektami zaobserwowałem, że uzyskanie finansowania na dwuletni lub trzyletni projekt opieki koordynowanej było bardzo łatwe. Problemy zaczynały się pojawiać wtedy, gdy udany projekt miał być wdrożony do standardowego, stałego systemu płatności. Jeżeli w projekcie udowodniono, że wprowadzona innowacja przyczyniła się do poprawy zdrowia oraz/lub redukcji kosztów, zwykle okazywało się, że transfer zasobów finansowych ze szpitali do instytucji podstawowej opieki zdrowotnej nie jest możliwy. Pilotoza – zbyt wiele programów pilotażowych bez kontynuacji – to stosowana przez holenderskich innowacyjnych specjalistów opieki zdrowotnej metafora najlepiej opisująca to zjawisko.

W roku 2007 rozpoczęły działalność pierwsze zespoły podstawowej opieki zdrowotnej nad pacjentami z cukrzycą.<sup>13</sup> W roku 2010 ubezpieczyciele zdrowotni otrzymali możliwość wewnętrznego zawierania umów o świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej dla pacjentów z cukrzycą, chorobami naczyniowymi oraz POChP; tj. mogli podpisać taką umowę z zespołem odpowiedzialnym za wszystkie aspekty opieki w tej chorobie.

Koncepcją leżącą u podstaw takiego działania było zwiększenie spójności opieki nad pacjentami. Stawki oparto o standardy obowiązujące w leczeniu wielospecjalistycznym. Stawki za leczenie cukrzycy oparto przykładowo o wysokość stawki standardowej w leczeniu cukrzycy. Średnia liczba godzin poświęcana przez specjalistów opieki zdrowotnej na zrealizowanie takich standardów w ujęciu rocznym jest mnożona przez stawkę godzinową takiego lekarza.

Przykładowo za każdą osobę z cukrzycą typu 2 lekarze POZ otrzymują stałą kwotę w wysokości 450 euro (w roku 2016). Ze stawki tej należy opłacić wielu specjalistów i wiele świadczeń: pielęgniarki przeprowadzające kwartalne badania poziomu HbA<sub>1c</sub> oraz innych parametrów; konsultacje dietetyczne oraz konsultacje i badania wykonywane przez specjalistów opieki zdrowotnej wspierających pracę lekarza POZ. Jakość opieki w takim systemie płatności za kompleksową opiekę zdrowotną zapewnia się na dwa sposoby. Po pierwsze, lekarze POZ muszą spełniać wielospecjalistyczne standardy określone np. dla leczenia cukrzycy. Po drugie, lekarz POZ musi uczestniczyć w spotkaniach grupy rówieśniczej dotyczących jakości opieki.

W ciągu półtora roku po wprowadzeniu nowych regulacji, organizacje podstawowej opieki zdrowotnej w całej Holandii, tzw. grupy opieki zdrowotnej, rozpoczęły świadczenia w zakresie opieki koordynowanej dla osób z ww. trzema chorobami. Wszyscy otrzymywali płatności za opiekę kompleksową. Nie wszystkie świadczenia realizowane w ramach programów zarządzania procesem chorobowym są objęte płatnościami za opiekę kompleksową.

Do niektórych mają zastosowanie opłaty specjalne za czas poświęcony przez specjalistów opieki zdrowotnej za udział w spotkaniach. Niektóre świadczenia opieki zdrowotnej mają własne stawki. W roku 2016, płatność za opiekę kompleksową rozszerzono na opiekę położniczą i opiekę w chorobie Parkinsona (przewlekłej) oraz na opiekę w kilku innych chorobach przewlekłych.

W roku 2012, Komisja Oceniająca ds. Finansowania Integralnego opublikowała raport końcowy dotyczący tej formy finansowania.<sup>14</sup> Fakt, że pierwszy wniosek brzmiał, że jest jeszcze za wcześnie na wyciągnięcie wniosków, zakrawa na ironię. Nie ma dowodów, że płatności za opiekę kompleksową są efektywne kosztowo, ponieważ koszty zaoszczędzone z tytułu zapobiegnięcia późnym komplikacjom zidentyfikowano po czynnościach kontrolnych w ciągu pięciu do dziesięciu lat od wprowadzenia płatności za opiekę kompleksową.



W oparciu o dużą liczbę badań oceniających przeprowadzonych przez Holenderską Organizację Badań Naukowych i Rozwoju oraz Holenderski Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska, komisja uznała również, że świadczenia opieki zdrowotnej w latach 2010 i 2011 poprawiły się w porównaniu do poprzednich lat. Ponadto, komisja zaobserwowała wzrost kosztów w koordynowanej opiece zdrowotnej. Wynikał on z braku obniżenia się kosztów specjalistycznej opieki zdrowotnej przy jednoczesnych wysokich kosztach początkowych w pierwszym roku funkcjonowania programu (2009).

### Niemcy, Stany Zjednoczone i Wielka Brytania

Holandia nie jest jedynym krajem korzystającym z bodźców finansowych. W punktach 4.4 i 4.6 opisano niemieckie programy zarządzania procesem chorobowym oraz projekt opieki koordynowanej Kinzigtal.

W powyższym eksperymencie Kinzigtal wykorzystano wersję systemu płatności za opiekę kompleksową: koordynowane środki budżetowe są alokowane w oparciu o charakterystykę populacji docelowej (wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny, dane dotyczące korzystania z opieki zdrowotnej w przeszłości).<sup>15,16</sup>

USA wprowadziły płatności za opiekę kompleksową w Organizacjach Opieki Koordynowanej (ACOs) (patrz punkt 4.6). Organizacje te otrzymywały płatności za opiekę kompleksową, w ramach której mogły przekierowywać zasoby ze szpitali do ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej. Dobrymi przykładami takich organizacji opieki koordynowanej wykorzystujących płatności za opiekę kompleksową są Alternative Quality Contract w stanie Massachusetts oraz Pioneer ACO, działające w różnych stanach. Zostały one omówione w rozdziale 13. Feeley i wsp. opracowali systemy płatności za opiekę kompleksową dla opieki onkologicznej.<sup>17</sup>

W roku 2004 Wielka Brytania wprowadziła System Kontroli Jakości i Wyników (Quality and Outcomes Framework – QOF), wykorzystujący wskaźniki jakości opieki zdrowotnej w charakterze bodźców finansowych. Wyższy wskaźnik generuje wyższy przychód dla lekarzy POZ. Jest to przykład płatności za wyniki. Na temat tego programu wydano setki publikacji, a w roku 2012 Gilham i wsp.<sup>18</sup> opublikowali przegląd systematyczny wydanych artykułów.

Wynioskowali oni, że: „Jakość opieki w warunkach opartych o system zachęt w pierwszym roku działania programu kontroli jakości zwiększyła się szybciej, niż w przypadku działań przedinterwencyjnych, a następnie powróciła do poprzednich wysokości wskaźników poprawy”.

Niektórzy lekarze zaraportowali poprawę w rejestracji danych i pracy zespołowej oraz wyższych umiejętnościach specjalistycznych pielęgniarek. W obu grupach panowało przekonanie, że program ma negatywny wpływ na orientację



na pacjenta podczas konsultacji i ciągłość leczenia. Satysfakcja pacjentów z ciągłości leczenia zmalała. Niewielkie zmiany pojawiły się w innych obszarach doświadczeń pacjenta. Poprawa zaobserwowana w jakości opieki w leczeniu chorób przewlekłych była niewielka, natomiast wpływ na koszty, zachowania specjalistów oraz doświadczenia niepewny.

Mimo że system płatności za opiekę kompleksową wydaje się działać sprawnie, badania oceniające o długim okresie kontroli nie są jeszcze dostępne.

## **12.4 WZMOCNIENIE POZYCJI PACJENTA A EKONOMIA BEHAVIORALNA**

Rodzice w Holandii przychodzący z dziećmi do stomatologa na półroczną kontrolę tradycyjnie nie płacili za leczenie stomatologiczne, jeżeli w międzyczasie pojawiły się problemy ze zdrowiem. Takie dodatkowe koszty pokrywano na mocy Ustawy o ubezpieczeniach społecznych. Niepojawienie się na kontroli sprawiało, że rodzice musieli płacić za leczenie. W punkcie 4.4 przedstawiono bardziej współczesny model bodźców finansowych w Niemczech, ukierunkowanych na osoby z chorobami przewlekłymi. Jeżeli taka osoba odbędzie coroczny jedno- lub dwudniowy kurs, będzie ponosić niższe koszty współpłaty za wizyty w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej. W punkcie 8.2 wspomniano południowoafrykański program promocji zdrowia Vitality. Podobną opcję przewidziała amerykańska Ustawa o przystępnej cenowo opiece zdrowotnej. Ustawa ta umożliwiła zaoferowanie ubezpieczonym prowadzącym zdrowy styl życia (niepalącym oraz/lub o prawidłowej masie ciała) zniżkę z tytułu stawek ubezpieczeniowych równą 30% lub nawet w specjalnych wypadkach 50%.<sup>19</sup>

Przyznanie zniżki warunkowane jest wynikami badań biometrycznych lub opiera się o zasadne normy alternatywne, takie jak uczestnictwo w kursach wspomagających rzucenie palenia w ciągu ostatnich sześciu miesięcy. Madison i wsp. zauważyli w badaniu oceniającym, że nagroda przyznawana po zakończeniu kursu jest bardziej skuteczna, niż anonimowe przyznawanie zniżek na składki.<sup>20</sup>

Podsumowując, bodźce promujące zdrowy styl życia pojawiły się dawno temu i funkcjonują w wielu postaciach i wymiarach. Obejmują one dostosowania do warunków środowiska, zmniejszenie współpłaty za leczenie, nagrody finansowe, punkty lojalnościowe i zniżki w podatkach akcyzowych.

## **12.5 ODPOWIEDŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU**

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób nacisk na ekonomię behawioralną w koordynowanej opiece zdrowotnej może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach?

Wniosek można uznać za wiarygodny, jeżeli został poparty założeniami teoretycznymi, a nie samymi badaniami empirycznymi. Wniosek zaznaczono gwiazdką, jeśli wynika z obserwacji w tylko jednym kraju lub z tylko jednego badania.

#### Potrójny cel 1: Poprawa stanu zdrowia populacji

- 1 Technika bodźców finansowych wykorzystuje standardowe materiały pomocnicze, np. wykresy dotyczące leków i wytyczne terapeutyczne. Pacjenci, jeśli zechcą, mogą nie korzystać z takich materiałów pomocniczych. W rzeczywistości zazwyczaj tak nie robią, gdyż wierzą, że zostały one opracowane w ich najlepszym interesie. Można uznać za wiarygodne, że standardowe materiały pomocnicze przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia populacji.
- 2 Bodźce finansowe stymulują również konformistyczne zachowania zdrowotne. Można uznać za wiarygodne, że prowadzą one do poprawy stanu zdrowia populacji.
- 3 Bodźce promujące zdrowy styl życia pojawiły się dawno temu i funkcjonują w wielu postaciach i wymiarach. Obejmują one dostosowania do warunków środowiska, zmniejszenie współpłaty za leczenie, nagrody finansowe, punkty lojalnościowe i zniżki w podatkach akcyzowych. Można uznać za wiarygodne, że wszystkie powyższe czynniki przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia populacji.

#### Potrójny cel 2: Zwiększanie jakości opieki dla jednostek

- 4 Bodźce finansowe odegrały ważną rolę, a bezpieczne systemy płatności przyczyniły się do długofalowego wzrostu inwestycji w zespoły wielospecjalistyczne, organizacje i infrastrukturę.\* Pośrednio przyczyniły się one do poprawy jakości opieki zintegrowanej.
- 5 Jakość opieki w takim systemie płatności za kompleksową opiekę zdrowotną zapewnia się na dwa sposoby. Po pierwsze, lekarze POZ muszą spełniać wielospecjalistyczne standardy określone dla leczenia cukrzycy. Po drugie, lekarz POZ musi uczestniczyć w spotkaniach grupy rówieśniczej dotyczących jakości opieki. Połączenie takie poprawia jakość opieki.

#### Potrójny cel 3: Obniżenie kosztów opieki per capita

- 6 Dodatkowe środki finansowe przyczyniły się w Holandii do wdrożenia wielu udanych innowacji w zakresie opieki koordynowanej. Problemy zaczynały się pojawiać wtedy, gdy udany projekt miał być wdrożony do standardowego, stałego systemu płatności.
- 7 Jeżeli w projekcie udowodniono, że wprowadzona innowacja przyczyniła się do poprawy zdrowia pacjentów oraz/lub redukcji kosztów, zwykle

okazywało się, że transfer zasobów finansowych ze szpitali do instytucji podstawowej opieki zdrowotnej nie jest możliwy.

- 8 To, czy częściowe wprowadzenie płatności za opiekę kompleksową w szpitalach w USA przyczyniło się do zmniejszenia wzrostu kosztów, pozostaje niepewne.

## BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 12

- 1 Smith A. *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*, 1776. General editors Cambell RH, Skinner AS. Oxford: Oxford University Press, 1976.
- 2 Smith A. *The theory of moral sentiments*. Edited by Raphael DD, Macfie AL, Oxford: Clarendon Press, 1997.
- 3 Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. New York: Penguin Books, 2012.
- 4 Rice T. The behavioral economics of health and health care. *Annu Rev Public Health* 2013;34:431-47.
- 5 Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge. Improving decisions about health, wealth and happiness*. New York: Penguin Books, 2009.
- 6 Khullar D, Chokski DA, Kocher R, i wsp. Behavioral economics and physician compensation – promise and challenges. *N Engl J Med* 2015;372:2281-3.
- 7 Perry C, Chhatralia K, Damesick D, i wsp. *Behavioural insights in health care, nudging to reduce inefficiency and waste*. London: Health Foundation, 2015.
- 8 Horn DM, Koplan KE, Senesse MD i wsp. The impact of cost displays on primary care physician laboratory test ordering. *J Gen Intern Med* 2014;29(5):708-14.
- 9 King D, Greaves F, Vlaev I i wsp. Approaches based on behavioral economics could help nudge patients and providers toward lower health spending growth. *Health Affairs* 2013; 32(4):661-8.
- 10 Productivity Commission. *Behavioural economics and public policy. Proceedings of a roundtable conference in Melbourne, 8-9 August 2007*. Canberra: Productivity Commission, 2008.
- 11 Dolan P. *Mindspace, influencing behaviour through public policy*. Institute for Government, Cabinet Office, 2010.
- 12 <https://nl.wikipedia.org/wiki/Zorgverzekeringwet>
- 13 Struijs JN, Baan CA. Integrating care through bundled payments. Lessons from the Netherlands. *N Engl J Med* 2011;364(11):990-1.
- 14 Eindrapport van de Evaluatiecommissie van de Integrale Bekostiging. *Integrale bekostiging van zorg: werk in uitvoering*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012.
- 15 Busse R, Stahl J. Integrated Care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England. *Health Affairs* 2014;33(9):1549-58.
- 16 Szecsenyi J, Rosemann T, Joos S i wsp. German diabetes disease management programs are appropriate for restructuring care according to the chronic care model: an

- evaluation with the patient assessment of chronic illness care instrument. *Diabetes Care* 2008;31(6):1150-4.
- 17 Feeley TW, Spinks TE, Guzman A. Developing bundled reimbursement for cancer care. Case Study November 25, 2015.
  - 18 Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework – a systematic review. *Ann Fam Med* 2012;10(5):461-8.
  - 19 Lemak CH, Nahra TA, Cohen GR i wsp. Michigan's fee-for-value physician incentive program reduces spending and improves quality in primary care. *Health Affairs* 2015;34(4):645-52.
  - 20 Madison K, Schmidt H, Volpp KG. Smoking, obesity, health insurance and health incentives in the Affordable Care Act. *JAMA* 2013;310(2):143-4.

## 13 Model cappuccino: czym jest i jak działa?

Niniejszy rozdział rozpoczyna się od zdefiniowania modelu cappuccino (punkt 13.1). Następnie omówiono trzy komponenty modelu: płatności oparte o populację (punkt 13.2), niskokwotową opłatę za usługę (punkt 13.3) oraz niskokwotową opłatę za innowację lub płatność za wynik (punkt 13.4 i 13.5). Warunki dla wdrożenia modelu cappuccino zostały omówione w punkcie 13.6. Rozdział kończy się odpowiedzią na pytanie badawcze zadane w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia płynące z rozdziału (punkt 13.7).

### 13.1 FILIŻANKA CAPPUCCINO

W roku 2016, holenderscy lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (lekarze POZ) zaczęli otrzymywać wynagrodzenie oparte o trzy segmenty płatności, co pokazano na rys. 12.2. Połączenie tych trzech segmentów oznacza, że holenderscy lekarze POZ otrzymują wysoki średni dochód roczny, w wysokości ok. 111 100 euro (na rok 2013).<sup>1</sup> Dla porównania, stomatolodzy zarabiają średnio 107 000 euro rocznie, a lekarze specjaliści średnio 189 100 rocznie. Taki model płatności stał się inspiracją dla modelu cappuccino jako sposobu finansowania opieki koordynowanej. Ujmując tę kwestię bardziej abstrakcyjnie, holenderski system wynagradzania lekarzy POZ ma na celu:

- 1 utrzymanie czynności jednospecjalistycznych (segment 1);
- 2 opiekę koordynowaną (segment 2); oraz
- 3 poprawę jakości i innowacji (segment 3).

Opłata oparta o populację dominuje w segmentach 1 i 2. Niskokwotowa opłata za usługę (FFS) funkcjonuje w segmentach 1 i 3.

Celem modelu cappuccino jest promowanie opieki koordynowanej. Model obejmuje trzy zasady dokonywania opłat:

- 1 opłatę opartą o populację za czynności jednospecjalistyczne i opiekę koordynowaną (kawa w cappuccino);

- 2 niskokwotową opłatę za usługę (FFS) za konsultacje i precyzyjnie ukierunkowane interwencje (mleko);
- 3 oraz opłatę za P4P lub opłatę za innowację (śmietanka).

Termin „model cappuccino” został wybrany świadomie i wykorzystuje ukie-  
runkowanie (patrz punkt 12.1 dotyczący ekonomii behawioralnej). Metafora ta  
na szczęście niesie ze sobą pozytywne skojarzenia. Model ten przedstawiłem  
w publikacji w języku holenderskim dotyczącej kilku metod realizacji świad-  
czeń opieki zdrowotnej.<sup>2</sup> Opracowanie to zostało podsumowane na rys. 13.1,  
pokazującym również cztery elementy modelu cappuccino:

- 1 precyzyjnie zdefiniowany rodzaj opieki zdrowotnej;
- 2 podstawę do dokonania opłat opartych o populację;
- 3 koordynatora otrzymującego płatności i alokującego je do poszczególnych  
świadczeniodawców opieki zdrowotnej;
- 4 oraz podmiot finansujący.

Rys. 13.1 Model cappuccino zaproponowany dla kilku rodzajów świadczeń

Rodzaj opieki	Podstawa do opłaty opartej o populację*	Koordynator	Podmiot finansujący
Podstawowa opieka zdrowotna	Liczba ubezpieczonych w społeczności; charakterystyka demograficzna; status społeczno-ekonomiczny	Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej	Firma ubezpieczeniowa
Opieka nad przewlekłe chorym	Liczba osób z chorobami przewlekłymi w regionie	Wielospecjalistyczna koordynowana grupa opieki zdrowotnej	Firma ubezpieczeniowa
Opieka położnicza	Liczba kobiet w ciąży; liczba porodów	Koordynowana grupa opieki położnych i ginekologów	Firma ubezpieczeniowa
Zdrowie młodzieży	Liczba dzieci; charakterystyka demograficzna; status społeczno-ekonomiczny	Ośrodek rodzinny	Gmina
Opieka długoterminowa	Liczba osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych	Ośrodki opieki dla osób w podeszłym wieku	Firma ubezpieczeniowa
Oddział ratunkowy	Liczba i charakterystyka demograficzna mieszkańców w regionie przypisanym do danego ośrodka chirurgii urazowej; gęstość populacji	Ośrodek chirurgii urazowej	Firma ubezpieczeniowa

Planowa opieka specjalistyczna	Liczba pacjentów poddanych zabiegom planowym w przeszłości	Regionalne grupy lekarzy specjalistów świadczących usługi z zakresu planowej opieki zdrowotnej	Firma ubezpieczeniowa
Opieka onkologiczna	Liczba pacjentów z nowotworem	Kompleksowe sieci terapii nowotworowej	Firma ubezpieczeniowa
Opieka psychiatryczna	Liczba osób z ciężkimi chorobami psychicznymi; liczba i charakterystyka demograficzna populacji regionalnej	Regionalni świadczeniodawcy opieki psychiatrycznej	Firma ubezpieczeniowa i gminy
Świadczenia społeczne	Liczba i charakterystyka demograficzna populacji w społeczności	Spółeczny zespół pracowników środowiskowych	Gmina

**Źródło:** Schrijvers G. Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel: voor hetzelfde geld een betere gezondheidszorg. Amsterdam: Thoeris, 2014.

Punktem wyjścia jest fakt, że 80 do 85% dochodu koordynatorów składa się z przychodów opartych o populację, natomiast opłaty za poprawę jakości i innowacje stanowią odpowiednio 10% i 5%. Powyższe wartości procentowe pokazują względną wagę poszczególnych elementów. W kolumnie 2 na rys. 13.1 pokazano wyłącznie podstawę dla opłat opartych o populację (kawa). W celu uproszczenia, podstawy do niskokwotowej opłaty za usługę (FFS) (mleko) oraz poprawę jakości i innowacje (śmietanka) nie zostały pokazane. Mleko i śmietankę omówiono odpowiednio w punktach 13.3 i 13.4.

Dla wszystkich rodzajów opieki przedstawionych na Rys. 13.1, model cappuccino wyróżnia odmienne podstawy płatności, koordynatorów i podmioty finansujące.

### 13.2 KAWA: WYBRANE, ISTNIEJĄCE PRZYKŁADY OPŁAT OPARTYCH O POPULACJĘ

W roku 1974 Wielka Brytania wprowadziła jako pierwsze państwo opłatę opartą o populację wraz z lokalnymi organami ochrony zdrowia – Area Health Authorities oraz powiatowymi zespołami zarządzania opieką zdrowotną – District Management Teams, działającymi w charakterze koordynatorów oraz Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej jako podmiotem finansującym. Innowacja ta spowodowała gwałtowną dyskusję dotyczącą metod płatności w kolejnych latach po jej wprowadzeniu. Mechanizm ten opisałem we własnej dysertacji (1980).<sup>3</sup> W roku 2013 Penno i wsp. zidentyfikowali siedem krajów, w których funkcjonowała opłata oparta o populację: każda z nich wykorzystywała inną

podstawę płatności, koordynatorów i podmioty finansujące.<sup>4</sup> W roku 2015 Kalseth i wsp. przedstawili szeroki wachlarz przypadków stosowania opłaty opartej o populację w krajach Europy Zachodniej.<sup>5</sup> Na chwilę obecną, w roku 2016, finansowanie oparte o populację jest najbardziej zaawansowane w południowoniemieckiej dolinie rzeki Kinzig, Kinzigtal.<sup>6</sup> System ten został omówiony w punkcie 4.6. Jak wspomniano w punkcie 12.3, w Holandii funkcjonują grupy podstawowej opieki zdrowotnej, w których lekarze POZ są wynagradzani w oparciu o liczbę pacjentów z określoną chorobą przewlekłą. Jest to również forma opłaty opartej o populację. Stosując ten mechanizm, Holandia naśladuje Stany Zjednoczone, gdzie organy opieki zdrowotnej oraz lekarze szukają nowych sposobów wdrożenia opłat opartych o populację lub też „płatności za opiekę kompleksową”<sup>7,8</sup> Płatności za opiekę kompleksową są stosowane w USA przez Organizację Opieki Koordynowanej (ACO), omówione w sekcjach 4.6 i 12.3.

To, czy powyższe częściowe wprowadzenie płatności za opiekę kompleksową w szpitalach w USA przyczyniło się do zmniejszenia wzrostu kosztów ogólnych, pozostaje niepewne. W badaniu przeglądowym opublikowanym w roku 2013, Blumenthal i wsp.<sup>9</sup> wykazali spowolnienie wzrostu kosztów w amerykańskiej opiece zdrowotnej. Spowolnienie to może wynikać z wprowadzenia ACO i płatności za opiekę kompleksową, ale także kryzysu finansowego.<sup>10</sup> Dale i wsp.<sup>11</sup> opublikowali porównywalne wyniki dla 497 praktyk podstawowej opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych. Przez dwa lata analizowali opłaty za koordynację opieki, zamiast za opiekę kompleksową. Organizacje opieki zdrowotnej miały możliwość korzystania ze wspólnych oszczędności, otrzymywały informacje zwrotne i wsparcie w zakresie działań podejmowanych na rzecz współpracy. Dale i wsp. nie wykazali ani poprawy jakości, ani też wygenerowania oszczędności kosztowych.

Umowa Alternative Quality Contract (AQC), stworzona przez firmę ubezpieczeniową Blue Cross Blue Shield, jest tu zaskakującym wyjątkiem od reguły (patrz rys. 13.2). Finansowanie w ramach AQC rozpoczęło się w roku 2009. Song i wsp.<sup>12</sup> wskazują, że do roku 2012, grupa pacjentów zakwalifikowanych do AQC w roku 2009 spędziła o 6,8% mniej czasu w ośrodkach opieki zdrowotnej niż osoby nieuczestniczące w AQC. Podobnie pod koniec 2012 roku kohorty włączone w latach 2010, 2011 i 2012 wykazały średnie oszczędności na poziomie, odpowiednio, 8,8%, 9,1% oraz 5,8%. Jakość otrzymywanej opieki była wyższa, niż w grupach porównawczych. Wyniki okazały się godne odnotowania, ponieważ wczesna ocena lat 2009–2011 obejmująca wyłącznie pacjentów psychiatrycznych, nie wykazała praktycznie żadnych oszczędności.<sup>13</sup> W połowie roku 2016, Song i Colla zaproponowali rozszerzenie AQC na pozostałą część USA.<sup>14</sup>



Opłaty oparte o populację, u których podstaw leży charakterystyka populacji pacjentów, przyczyniają się do realizacji potrójnego celu na cztery sposoby. Po pierwsze, zanikła motywacja do zwiększenia ilości świadczeń, tj. opłat za usługę (FFS). W ramach stawki kapitacyjnej, bez interwencji, słuchanie i obserwacja przynoszą te same efekty, co interwencje. Po drugie, finansowanie oparte o populację zwiększyło ciągłość leczenia. U osób płacących tę stawkę występuje mniejsze prawdopodobieństwo zaprzestania korzystania z usług świadczeniodawców opieki zdrowotnej, niż u osób płacących wyłącznie FFS. Po trzecie, w takim systemie płatności, świadczeniodawcy opieki zdrowotnej mogą łatwiej zastąpić drogie świadczenia tańszymi rozwiązaniami alternatywnymi o wysokiej jakości. Przykładowo, w rozdziale 17 wykazano, jak wizyty w domu pacjenta, przeprowadzane przez pielęgniarkę, zostały zastąpione kontaktem internetowym (wideokonferencjami). Po czwarte, ubezpieczyciele zdrowotni oraz świadczeniodawcy opieki zdrowotnej kierują się podobnymi zasadami finansowymi: oba podmioty dążą do zwiększenia wartości dla pacjenta oraz marży zbytu. Takie postępowanie ułatwia z kolei wspólne podejmowanie decyzji i negocjowanie. W rozdziale 14 kwestia ta zostanie omówiona bardziej szczegółowo.

Rys. 13.2 Trzy główne cechy charakterystyczne rozwiązania Alternative Quality Contract („Kontrakt oparty na jakości”).

1	Zintegrowane finansowanie bazowe na ubezpieczonego z rocznym marginesem wzrostu na kolejne pięć lat. Dla ubezpieczonych objętych polityką kas chorych (HMO), zintegrowane finansowanie bazowe obejmuje cały okres opieki. Organizacja opieki zdrowotnej ponosi całkowite ryzyko związane z całkowitymi kosztami opieki, niezależnie od świadczeniodawcy. Udział w programie wymaga od organizacji zatrudnienia lekarzy POZ którzy, łącznie, będą mieć od 5 000 do 10 000 pacjentów.
2	Nagrody za wyniki wynoszące maksymalnie 10% finansowania bazowego za wysoką jakość.
3	Wsparcie techniczne dla uczestniczących organizacji opieki zdrowotnej. System informacyjny i raportowania wspierający organizację w zarządzaniu budżetem podstawowym, wdrażaniu usprawnień dotyczących jakości i realizacji celów. Wsparcie obejmuje okresowe informacje porównawcze dotyczące wyników finansowych (np. deklaracji porównanych do finansowania) oraz dotyczących opieki zdrowotnej (np. wartości wskaźników), a także konferencje specjalistyczne, podczas których organizacje opieki zdrowotnej kontaktują się ze sobą i wymieniają najlepsze praktyki.

**Źródło:** Song Z, Rose S, Safran DG i wsp. Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. *N Engl J Med* 2014;371(18):1704-14.

### Aspekty długofalowe opłat opartych o populację

Jak wspomniano wcześniej, stawka kapitacyjna służąca jako podstawa do wprowadzenia opłat opartych o populację wiąże się z charakterystyką populacji pacjentów, np. wielkością, udziałem grup wiekowych, podziałem wg płci i statusem społeczno-ekonomicznym. Dzięki temu oszacowanie przychodów z tej stawki na kolejne sześć – osiem lat staje się względnie proste. Szacunki takie tworzą ramy finansowe dla przyszłych, lokalnych, regionalnych i krajowych wieloletnich planów opieki zdrowotnej. Ułatwiają one zarządzanie populacją, co omówiono w punkcie 2.3. Takie plany wieloletnie obejmują specjalizacje, redystrybucję zadań oraz innowacje w opiece zdrowotnej.

Coroczne umowy o świadczenie usług opieki zdrowotnej zawierane przez ubezpieczycieli opieki zdrowotnej stają się coraz mniej istotne, ponieważ wyboru świadczeniodawców dokonuje się z wyprzedzeniem.

Plany takie umożliwiają również zastosowanie analiz wpływu na budżet oraz porównawczych badań opieki zdrowotnej, omówionych w rozdziale 20. Nie jest to jednak jedyna korzyść płynąca z finansowania opartego o populację.

Umożliwia ono również świadczeniodawcom opieki zdrowotnej organizowanie się w oparciu o podmioty finansujące: np. w oddziały świadczące opiekę zdrowotną dla firm ubezpieczeń społecznych, dla osób ubezpieczonych prywatnie lub dla gmin. Spójność i ciągłość leczenia w jednym planie opieki zdrowotnej opracowanym przez pacjenta i koordynatora opieki zdrowotnej w programie zarządzania procesem chorobowym (DMP) przestałyby, w takim przypadku, istnieć. Sprawy mogłyby potoczyć się w innym kierunku, gdyby realizatorzy różnych systemów płatności połączyli siły i opracowali politykę długoterminową, w której każdy podmiot finansujący opłaca część DMP. Taka długoterminowa perspektywa nie tylko eliminuje ryzyko sektoralizacji, ale także uniemożliwia różnym podmiotom finansującym przerzucanie odpowiedzialności na innych. W przypadku ratownictwa medycznego można zastosować dodatkowy argument „korzyści płynących z dostępności”: podobnie jak w przypadku straży pożarnej, ratownictwo medyczne musi być dostępne 24 godziny na dobę, nawet jeśli jest rzadko wzywane wieczorami i nocą. Zamiast finansowania opartego o populację, w holenderskim ratownictwie medycznym przyjęła się nazwa „finansowania straży pożarnej”. Strażacy nie są wynagradzani od pożaru; płaci się im za gotowość.

Ryzyko przejścia na całkowite finansowanie oparte o populację obejmuje sektoralizację, ryzyko przerzucania odpowiedzialności oraz niesprawne ratownictwo medyczne. Aby zminimalizować te ryzyka, model cappuccino wprowadza drugą podstawę płatności: niskokwotową opłatę za usługę (FFS).

### 13.3 MLEKO W CAPPUCCINO: NISKOKWOTOWA OPŁATA ZA USŁUGĘ

Gdyby dochód specjalistów opieki zdrowotnej lub instytutów, w których pracują, opierał się w 100% na opłacie opartej o populację, mieliby oni do czynienia z ograniczonym, nieotwartym budżetem. Budżetu takiego nie dałoby się zwiększyć, gdyby świadczenia okazały się bardziej kosztowne od pierwotnych wyliczeń. Otrzymywana kwota roczna byłaby kwotą stałą, niezależnie od stopnia korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Gdyby kwoty te okazały się niewystarczające, specjaliści przedkładaliby pacjentów już zarejestrowanych w ich ośrodkach nad pacjentów na listach oczekujących. W latach dziewięćdziesiątych, takie sytuacje miały miejsce w szpitalach i organizacjach opieki domowej w Holandii. Doprowadziły one do rozpadu rządu w roku 2002. Ustalanie pułapu cenowego na podstawie opłaty opartej o populację może prowadzić do powstania długich list oczekujących, odpływu pacjentów do innych krajów oraz przyciągających uwagę opinii publicznej spraw sądowych dotyczących obowiązku ubezpieczycieli do zapewnienia odpowiedniej liczby planowych interwencji. Model cappuccino zakłada więc niskokwotowe, otwarte opłaty za usługi. Sposób działania takich opłat przedstawiają dwa poniższe przykłady. Pierwsza dotyczy holenderskich lekarzy POZ. Dodatkowe obłożenie pracą w roku 2009 w wyniku epidemii świńskiej grypy nie przełożyło się na dodatkowy dochód w systemie opłat opartych o populację. Lekarze POZ otrzymywali jednak dodatkowe wynagrodzenie z powodu niskich stawek za konsultacje.

Taka dodatkowa opłata (w tym czasie ok. 8 euro za konsultacje) zapobiegła wzrostowi niezadowolenia wśród lekarzy POZ. Drugi przykład dotyczy fińskich ortopedów oraz cieszącej się na całym świecie uznaniem kliniki Coxa<sup>15</sup> w Tampere. Niskokwotowa FFS również im przyniosła korzyści. W oparciu o charakterystykę populacji oraz koszty historyczne, klinika otrzymywała stałą roczną kwotę. Otrzymywała również niską opłatę za każdy wykonany zabieg, co w efekcie przynosiło lekki wzrost dochodów przy większym od założonego obciążeniu. Lekarze otrzymywali taką opłatę jako premie do stałej pensji.

Doświadczenia płynące z Finlandii i Holandii zainspirowały mnie do włączenia niskokwotowej opłaty za usługę do modelu cappuccino. Dodatkowym argumentem przemawiającym za tą decyzją jest ekonomia behawioralna (patrz punkt 12.1). Powszechnie wiadomo, że niewielkie, acz widoczne zachęty finansowe wystarczają do wzbudzenia pożądanых zachowań wśród świadczeniodawców opieki zdrowotnej i pacjentów. W efekcie powyższego, niskokwotowa FFS mogłaby pomóc zwiększyć produktywność i przyczynić się do skrócenia kolejek.

### 13.4 ŚMIETANKA: OPŁATA ZA INNOWACJE

Innowacje w opiece zdrowotnej polegają na zmianie w świadczeniu opieki zdrowotnej, świadomie dokonanej przez funkcjonujące organizacje i mającej na celu poprawę stanu zdrowia, jakości opieki oraz/lub zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej. Rys. 13.3 przedstawia dziewięć faz rozwoju innowacji w opiece zdrowotnej.

Rys. 13.3 Fazy rozwoju innowacji w opiece zdrowotnej

1	Uświadomienie sobie istnienia problemu
2	Badanie odpowiedniej literatury i dokumentów o innowacjach, które zostały już wdrożone gdzie indziej
3	Projektowanie innowacji
4	Projektowanie pierwszego wdrożenia biznesowego
5	Symulacja innowacji
6	Przeprowadzenie projektu pilotażowego z udziałem kilkorga pacjentów
7	Przeprowadzenie projektu pilotażowego w kilku różnych konfiguracjach biznesowych
8	Ocena projektu pilotażowego oparta na wszystkich celach Zasady trzech założeń
9	Utrzymanie bardziej zrównoważonego charakteru skutecznych innowacji

Podział ten został opracowany w oparciu o badania literatury oraz doświadczenia osobiste zebrane w ciągu czterdziestu lat oceniania innowacji w opiece zdrowotnej. W rozdziale 19 wszystkie z tych faz zostały szczegółowo omówione. Na tym etapie pojawia się ważne pytanie: w jaki sposób należy pokrywać koszty tworzenia innowacji? Ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej lub szpitale w Holandii nie posiadają dostępnych zasobów finansowych na ten cel.

Specjaliści z misją tworzą innowacje po godzinach pracy, opłacają ich koszty z własnej pensji, a czasami zdobywają dodatkowe fundusze ze środków wewnętrznych lub zewnętrznych. Oznacza to niestety, że wiele innowacji jest przygotowywana niedostatecznie i źle oceniana.

Aby zapobiec takim sytuacjom w przyszłości, model cappuccino wprowadza opłatę za innowacje. Jest ona przeznaczona dla specjalistów opieki zdrowotnej lub instytucji ich zatrudniających.

Wagę opłaty za innowacje w intensyfikacji ich tworzenia ilustrują dwa przykłady. Pierwszy przedstawia się następująco. W latach 2003–2012, szpitale w Holandii mogły wydać maksymalnie 3% powyżej stałych środków przeznaczonych na innowacje. Była to zachęta do tworzenia innowacji procesowych, np. wspólnych programów opieki w podstawowej opiece zdrowotnej. W ten sposób zrealizowano wiele inicjatyw. Drugi przykład odnosi się do szpitali w Stanach Zjednoczonych. Szpitale te w ciągu ostatnich lat znacznie usprawniły działanie swych systemów IT. Średnia wartość wskaźnika EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model) wzrosła od 2,8 w roku 2009 do 4,4 pod koniec roku 2015. Program znaczącego zastosowania (Meaningful Use)<sup>16</sup> utworzony przez rząd Stanów Zjednoczonych, wyjaśnia znaczną poprawę mającą miejsce w tym okresie. W tym samym czasie szpitale w Kanadzie (nieposiadające podobnego programu) w zasadzie nawet nie wymienili oprogramowania na nowe. Ten pięcioletni program (2011–2016) nagradzał szpitale za innowacje w zakresie oprogramowania. Przez pierwszy rok, kwota nagród finansowych wynosiła 21 250 USD na specjalistę, lub też, bardziej szczegółowo, za lekarza zarejestrowanego w programie Medicaid. W kolejnych latach kwota ta wynosiła 8 500 USD. W porównaniu z ogólnym budżetem szpitala wynoszącym często setki milionów dolarów, kwota ta może wydawać się nieznacząca. Jednak fakt, że tak niewielkie kwoty przyczyniły się do tak znaczącej poprawy oprogramowania udowadnia, że niewielka opłata za innowacje może mieć duży efekt psychologiczny. Program Meaningful Use cieszy się w USA dużą renomą. To tzw. okręt flagowy administracji Prezydenta Obamy cieszący się olbrzymią popularnością. Dyrektorzy szpitali nie mogli zatem go zignorować.

### 13.5 INNY RODZAJ ŚMIETANKI: PŁATNOŚĆ ZA WYNIKI

Płatność za wyniki to zachęta finansowa promująca jakość opieki: koncepcję tę ilustruje poniższy przykład. Brytyjscy lekarze POZ otrzymują określoną kwotę w oparciu o średni poziom HbA<sub>1c</sub> u leczonych przez nich pacjentów z cukrzycą. W przypadku korzystnej średniej, lekarze POZ otrzymują wyższą kwotę, niż gdy jest ona mniej zadowalająca. W punkcie 12.3 wspomniano, że Gillam i wsp. przeprowadzili ocenę tego systemu płatności za wyniki (P4P). Nie znaleźli dowodów, że zwiększył on jakość opieki lub też obniżył jej koszty. Campbell i wsp.<sup>17</sup> omówili te wyniki. Zaobserwowali oni, że P4P prowadzi do bardziej oportunistycznej rejestracji i nie przekłada się na lepszą opiekę. Po drugie podkreślili oni, że P4P jest wprowadzana często wyłącznie wtedy, gdy w ośrodkach wdrożono już standardy jakości. Oznacza to, że jakość opieki jest już wysoka, a dodatkowe zachęty finansowe nie przełożą się na dalszą poprawę. Po trzecie, Campbell i wsp. uznali, że P4P prowadzi

do zbytniej koncentracji lekarzy na wskaźnikach określających wysokość ich wynagrodzenia.

Prowadzi to do zaniedbywania innych aspektów leczenia oraz pacjentów z chorobami przewlekłymi nieuczestniczących w systemie P4P. W roku 2014, Doran i wsp. ogłosili koniec P4P w Zjednoczonym Królestwie po niepowodzeniu w ustalaniu standardów płatności.<sup>18</sup> Inne, nowsze badania również nie wykazują entuzjazmu co do stosowania P4P w poprawie jakości opieki.<sup>19,20,21</sup>

Od roku 2000, P4P znalazła powszechne uznanie w Stanach Zjednoczonych.<sup>22</sup> Amerykański system ubezpieczeń Medicare (dla wszystkich obywateli) i Medicaid (dla osób żyjących na progu lub poniżej minimum społecznego) oraz Ustawa o przystępnej opiece zdrowotnej nagradzają lekarzy i szpitale za niższą liczbę ponownych hospitalizacji i zakażeń pooperacyjnych.<sup>23</sup> W roku 2011, holenderski parlament zadecydował o wprowadzeniu P4P w roku 2020. W roku 2015, Eijkenaar & Schut zaproponowali połączenie opłaty opartej o populację i P4P.<sup>24</sup> Podkreślili, że pierwsza z opłat może doprowadzić do niespełniającej standardów jakości opieki, ponieważ lekarze są wynagradzani z wyprzedzeniem, a następnie zaproponowali wprowadzenie dodatkowej zachęty służącej utrzymaniu jakości opieki zdrowotnej. Ostrzegli, że diabeł tkwi w szczegółach: P4P powinna być dobrze zaprojektowana i nie zachęcać lekarzy do niepożądanych zachowań. Harris Lemak i wsp. oraz Kirschner doszli do podobnych wniosków w przeprowadzonym przez nich badaniu empirycznym. P4P może mieć pozytywny wpływ na jakość opieki, ale największe znaczenie ma staranne zaprojektowanie takiego systemu.<sup>25</sup>

Biorąc pod uwagę wszystkie badania naukowe, postrzegam płatność za wyniki jako rozwiązanie alternatywne dla opłaty za innowacje. W naszej metaforycznej filiżance cappuccino, P4P jest alternatywną warstwą śmietanki. Zarówno opłata za innowacje, jak i P4P należy stosować w połączeniu z opłatą opartą o populację. Nadanie priorytetu którejkolwiek z tych zachęt zależy wyłącznie od warunków, w których funkcjonują lekarze specjaliści, instytuty i organy finansowe.

### 13.6 WARUNKI NIEZBĘDNE DO REALIZACJI MODELU CAPPUCCINO

Jednym z czterech elementów wyróżnionych w modelu cappuccino jest koordynator. Różne rodzaje opieki zdrowotnej wymagają różnych rodzajów koordynatorów, co przedstawiono na rys. 13.1. Funkcję koordynatora wprowadził Berwick w publikacji z roku 2008 dotyczącej potrójnego celu jako niezbędnego czynnika do realizacji koordynacji opieki.<sup>26</sup> W punkcie 2.2. i na rys. 2.6 wyjaśniono już kluczowe kompetencje koordynatora. W modelu cappuccino, koordynatorowi przypada trudne zadanie alokacji środków otrzymanych na opiekę



koordynowaną między poszczególnych członków zespołu. Jeżeli taka alokacja kończy się sporem lub kłótniami, oznacza to, że model nie działa. Akceptacja alokacji zasobów przez koordynatora jest pierwszym warunkiem niezbędnym do optymalnego funkcjonowania modelu cappuccino.

### Wspólne oszczędności

Model cappuccino wymaga również wdrożenia zasady wspólnych oszczędności: jeżeli organizacja opieki koordynowanej przyniesie pozytywne wyniki zarówno w dostarczaniu wysokiej jakości opieki lub poprawy opieki i redukcji jej kosztów powyżej zakładanych oczekiwań, wygenerowane oszczędności są współdzielone z podmiotem finansującym.

Amerykański podmiot finansujący Medicare wprowadził 100% alokację oszczędności na rzecz świadczeniodawców przekraczających minimalny poziom oszczędności.<sup>27</sup> W Kinzigtal (patrz punkt 4.6) oszczędności są dzielone równo między świadczeniodawców, a podmioty finansujące: obie strony otrzymują 50%. W eksperymentach przeprowadzonych w Holandii wprowadzono równy podział po 33,3% dla świadczeniodawców, firm ubezpieczeniowych oraz zniżek z tytułu składek ubezpieczeniowych.

Ponieważ takie wspólne oszczędności są zwykle generowane z pomocą innowacji, holenderscy lekarze stosują także określenie „płatność za innowacje o sprawdzonej skuteczności”.

### Pozostałe warunki niezbędne do realizacji modelu cappuccino

Pozostałe warunki niezbędne do funkcjonowania modelu cappuccino są powiązane z finansowaniem opartym o populację. Eykenaar & Schut opracowali adekwatną i akceptowalną formułę łączącą charakterystykę populacji z alokacją zasobów. W przypadku braku zgody co do formuły, może ona prowadzić do gwałtownej debaty publicznej.

Dodałbym do tego kolejny warunek: standaryzowany system rozliczeń dla wszystkich świadczeniodawców, pozwalający na monitorowanie wzrostu kosztów. Systemem wspierającym model cappuccino mógłby być rachunek kosztów działań.<sup>28</sup>

## 13.7 ODPOWIEŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób nacisk na ekonomię behawioralną w koordynowanej opiece zdrowotnej może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach? Wniosek można uznać za wiarygodny, jeżeli został poparty założeniami

teoretycznymi, a nie samymi badaniami empirycznymi. Wniosek zaznaczono gwiazdką, jeśli wynika z obserwacji w tylko jednym kraju lub z tylko jednego badania.

#### Potrójny cel 1: Poprawa stanu zdrowia populacji

- 1 Można uznać za wiarygodne, że opłata oparta o populację poprawia zarządzanie populacją i jej stan zdrowia.

#### Potrójny cel 2: Zwiększanie jakości opieki dla jednostek

- 2 W opłacie opartej o populację wychodzącej z charakterystyki populacji pacjenta zanikła motywacja do realizacji większej ilości świadczeń, tj. opłaty za usługę. W ramach stawki kapitulacyjnej, bez interwencji, słuchanie i obserwacja przynoszą te same efekty, co interwencje. Pozwala to na poprawę jakości opieki zdrowotnej.
- 3 Finansowanie oparte o populację zwiększyło ciągłość leczenia. U osób płacących tę stawkę występuje mniejsze prawdopodobieństwo zaprzestania korzystania z usług świadczeniodawców opieki zdrowotnej, niż u osób płacących wyłącznie FFS.
- 4 Ustalanie pułapu budżetowego na podstawie opłaty opartej o populację może prowadzić do powstania długich list oczekujących, odpływu pacjentów do innych krajów oraz przyciągających uwagę opinii publicznej spraw sądowych dotyczących obowiązku ubezpieczycieli do zapewnienia odpowiedniej liczby planowych interwencji. Można uznać za wiarygodne, że niskokwotowa, otwarta opłata za usługę (FFS) zapobiega powstawaniu list oczekujących.
- 5 Źle zaprojektowane systemy płatności za wyniki (P4P) obniżają jakość opieki zdrowotnej. Prowadzą one do bardziej oportunistycznej rejestracji i nie przekładają się na lepszą opiekę.
- 6 Zarówno niskokwotowa opłata za innowacje, jak i P4P powinny być dobrze zaprojektowane i stosowane w połączeniu z opłatą opartą o populację. Można uznać za wiarygodne, że oba te czynniki poprawiają jakość opieki zdrowotnej.

#### Potrójny cel 3: Obniżenie kosztów opieki per capita

- 7 Pacjenci leczeni w ramach rozwiązywania Alternative Quality Contract płacą mniej za opiekę zdrowotną niż osoby niezarejestrowane w AQC i otrzymują opiekę o wyższej jakości.
- 8 W systemie płatności opartym o populację, świadczeniodawcy opieki zdrowotnej mogą łatwiej zastąpić drogie świadczenia tańszymi alternatywnymi rozwiązaniami o wysokiej jakości.



- 9 W systemie płatności opartym o populację, ubezpieczyciele zdrowotni oraz świadczeniodawcy opieki zdrowotnej kierują się podobnymi zasadami finansowymi: oba typy podmiotów dążą do zwiększenia wartości dla pacjenta oraz marży zbytu. Takie postępowanie ułatwia z kolei wspólne podejmowanie decyzji i negocjowanie.
- 10 Jeżeli organizacja opieki koordynowanej przyniesie pozytywne wyniki zarówno w dostarczaniu wysokiej jakości opieki lub poprawy opieki i redukcji jej kosztów powyżej zakładanych oczekiwań, wygenerowane oszczędności są współdzielone z podmiotem finansującym. Takie postępowanie obniża koszty opieki koordynowanej.
- 11 Kolejnym warunkiem niezbędnym do funkcjonowania modelu cappuccino jest standaryzowany system rozliczeń dla wszystkich świadczeniodawców, pozwalający na monitorowanie wzrostu kosztów. Można uznać za wiarygodne, że rachunek kosztów działań wspiera funkcjonowanie modelu cappuccino i przyczynia się do obniżenia kosztów opieki koordynowanej.

#### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 13

- 1 Pobrano w dniu 27 lutego, 2016 r. ze strony <http://statline.cbs.nl/Statweb/>.
- 2 Schrijvers G. Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel: voor hetzelfde geld een betere gezondheidszorg. Amsterdam: Thoeris, 2014.
- 3 Schrijvers G. Regionalisatie en budgettering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg. Lochem: De Tijdstroom, 1980.
- 4 Penno E, Gauld R, Audas R. How are population-based funding formulae for healthcare composed? A comparative analysis of seven models. *BMC Health Serv Res* 2013;13:470.
- 5 Kalseth J, Kasteng F, Borgermans L i wsp. On financial models: incentives or disincentives for integrated care. Presentation 15th International Conference for Integrated Care, Edinburgh, 2015. Pobrano w dniu 20 października, 2016 r. ze strony [www.projectintegrate.eu](http://www.projectintegrate.eu).
- 6 Busse R, Stahl J. Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England. *Health Affairs* 2014;33(9):1549-58.
- 7 Struijs JN, Baan CA. Integrating care through bundled payments. Lessons from the Netherlands. *N Engl J Med* 2011;364(11):990-1.
- 8 Barry, CL, Stuart EA, Donohue JM i wsp. The early impact of the „Alternative Quality Contract” on mental health service use and spending in Massachusetts. *Health Affairs* 2015;34(12):2077-85.
- 9 Blumenthal D, Stremikis K, Cutler D. Health care spending – a giant slain or sleeping? *N Engl J Med* 2013;369(26):2551-7.
- 10 Chen C, Ackerly DC. Beyond ACOs and bundled payments: Medicare’s shift toward accountability in fee-for-service. *JAMA* 2014;311(7):673-4.

- 11 Dale SB, Ghosh A, Peikes DN i wsp. Two-year costs and quality in the comprehensive primary care initiative. *N Engl J Med* 2016;374:2345-56.
- 12 Song Z, Rose S, Safran DG i wsp. Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. *N Engl J Med* 2014;371(18):1704-14.
- 13 Barry CL, Stuart EA, Donohue JM i wsp. The early impact of the „Alternative Quality Contract” on mental health service use and spending in Massachusetts. *Health Affairs* 2015;34(12):2077-85.
- 14 Song Z, Colla CH. Specialty-based global payment: a new phase in payment reform. *JAMA* 2016;315(21):2271-2.
- 15 Schrijvers G, Verbout A, Joram N i wsp. De zachte lokroep van de focuskliniek. *Medisch Contact* 2011;1142-5.
- 16 <https://www.healthit.gov/providers-professionals/meaningful-use-definition-objectives>.
- 17 Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E i wsp. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N Engl J Med* 2007;357(2):181-90.
- 18 Doran T, Fullwood C, Gravelle H, i wsp. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006;355(4):375-84.
- 19 Joynt KE, AK Jha. Who has higher readmission rates for heart failure, and why? Implications for efforts to improve care using financial incentives. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2011;4(1):53-9.
- 20 Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S i wsp. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;7:CD009255.
- 21 Ryan AM, Blustein J, Casalino LP. Medicare’s flagship test of pay-for-performance did not spur more rapid quality improvement among low-performing hospitals. *Health Affairs* 2012;31(4):797-805.
- 22 Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of care. *Arch Intern Med* 2000;160(8):1074-81.
- 23 <http://healthreformgps.org/resources/hospital-readmissions-reduction-program/>, consulted on February 29, 2016.
- 24 Eijkenaar F, Schut E. Hoe uitkomstbepoestiging in de zorg kan slagen. *Econ Stat Ber* 2015;100(4710).
- 25 Lemak CH, Nahra TH, Cohen GR i wsp. Michigan’s fee-for-value physician incentive program reduces spending and improves quality in primary care. *Health Affairs* 2015;34(4):645-52.
- 26 Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: care, health, and cost. *Health Affairs* 2008;27(3):759-69.
- 27 Berwick DM. Making good on ACOs’ promise – the final rule for the Medicare Shared Savings Program. *N Engl J Med* 2011;365(19):1753-6.
- 28 Kaplan RS, Anderson SR. Time-driven activity based costing. *Harv Bus Rev* 2004;82(11):1-8.

## 14 Płatnicy i świadczeniodawcy w opiece koordynowanej

Niniejszy rozdział rozpoczyna się wyjaśnieniem roli płatników opieki koordynowanej na podstawie rzeczywistego, acz zanonimizowanego, przykładu z Holandii. Następnie zostanie wprowadzona koncepcja podziału płatnik – świadczeniodawca (Purchaser Provider Split – PPS), powszechnego w administracji publicznej oraz w ochronie zdrowia (punkt 14.1). Kolejne punkty opisują funkcjonowanie PPS w nadchodzących latach niedoboru (punkt 14.2) i przedstawiają warunki umożliwiające PPS przyczynienie się do realizacji potrójnego celu w przypadku niedoborów (punkt 14.3). PPS generuje ryzyka mogące utrudnić realizację potrójnego celu. Ryzyka te zostały wymienione w punkcie 14.4 wraz ze środkami, które należy podjąć w momencie rzeczywistego wystąpienia tych ryzyk. Punkt 14.5 zawiera odpowiedzi na pytanie: w jaki sposób PPS może przyczynić się do realizacji potrójnego celu?

### 14.1 ROBERT, PŁATNIK ŚWIADCZEŃ REALIZOWANYCH PRZEZ DOM OPIEKI

Robert jest pielęgniarzem i pracuje jako płatnik świadczeń opieki zdrowotnej dla firmy ubezpieczeniowej. Podpisuje umowy na świadczenie rejonowych usług opieki pielęgniarstwa w regionie zamieszkałym przez 600 000 mieszkańców. W roku 2016 dysponował budżetem szpitalnym w wysokości 120 mln euro. Zawiera umowy na świadczenie usług opieki pielęgniarstwa z setkami pielęgniarstw rejonowych. W tym celu prowadzi negocjacje z ok. czterdziestoma różnymi świadczeniodawcami. Ich stawki wynoszą od 40 do 81 euro za godzinę. Robert chce obniżyć te stawki. Argumentuje: „Gdy do domu przychodzi hydraulik, pacjent płaci mu 35 euro za godzinę. Dlaczego pielęgniarstwo rejonowe pobiera czasami dwa razy więcej?” Duża liczba menadżerów posiada jego numer telefonu komórkowego na wypadek sytuacji awaryjnej. Robert zachęca ich do podnoszenia kwestii szeregowych pracowników na spotkaniach. Chce wiedzieć z pierwszej ręki, jakie są potrzeby i oczekiwania pielęgniarstw i ich pacjentów. Usprawnił opiekę domową po wypisie ze szpitala i upewnia się, że pielęgniarstwo rejonowe odgrywa istotną rolę w tej fazie

opieki. Każdego roku Robert zachęca wszystkie pielęgniarki rejonowe w regionie (ok. 500) do wymiany doświadczeń. Podczas dużych konwencji upływających w przyjemnej atmosferze, pielęgniarki rejonowe są hojnie komplementowane przez Roberta, jego zespół i jego przetożonych z firmy ubezpieczeniowej. W końcu bez pielęgniarek rejonowych przejście od opieki specjalistycznej do podstawowej byłoby niemożliwe. Ponadto Robert utrzymuje kontakty z organizacjami pacjentów. Utrzymywanie tych kontaktów jest bardzo korzystne dla firmy ubezpieczeniowej ubezpieczającej 80% osób w regionie.

Ten przypadek z prawdziwego życia doskonale ilustruje rzeczywistość pracy w podziale płatnik – świadczeniodawca. Taki model realizacji świadczeń funkcjonuje w holenderskiej opiece zdrowotnej od roku 2006; nie tylko w pielęgniarstwie rejonowym, ale we wszystkich postaciach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Od tego roku w Holandii wprowadzono trzy rodzaje konkurencji rynkowej: konkurencji między firmami ubezpieczeniowymi będącymi płatnikami a świadczeniodawcami; konkurencji między świadczeniodawcami a pacjentami; oraz konkurencji między pacjentami a firmami ubezpieczeń zdrowotnych. W punkcie 2.2 i na rys. 2.5 wyjaśniono zasady tej konkurencji rynkowej w sposób szczegółowy. Przed rokiem 2006 świadczeniodawcy rejonowej opieki pielęgniarskiej otrzymywali środki finansowe również od firm ubezpieczeniowych. Alokowane kwoty nie były jednak efektem negocjacji, ale były oparte o wysokość budżetu z poprzednich lat.

Sto lat temu świadczenia pielęgniarstwa rejonowego były realizowane przez stowarzyszenia pacjentów działające pod nazwą Cross Unions. Członkowie płacili niewielką roczną opłatę członkowską, np. w wysokości 0,50 guldenów, tytułem stawki ubezpieczeniowej i otrzymywali opiekę wtedy, gdy jej potrzebowali.

W Holandii, Niemczech oraz innych krajach Europy Zachodniej taki podział Płatnik – Świadczeniodawca (the purchaser provider split – PPS) umożliwił selektywne zawieranie umów. Oznacza to, że firma ubezpieczenia zdrowotnego podpisywała umowy na określone formy opieki, np. operacje raka piersi, w wybranej liczbie szpitali. Decyzja o selektywnym zawieraniu umów mogła być podyktowana względami finansowymi lub jakościowymi.

Od lat dziewięćdziesiątych, PPS zostały wprowadzone w Holandii oraz w krajach skandynawskich, nie tylko w obszarze świadczeń zdrowotnych, ale także w transporcie publicznym, energetyce i edukacji.<sup>1,2</sup> Podział stanowi element ruchu Nowego Zarządzania Publicznego. Oficjalna definicja tej koncepcji przedstawia się następująco: „element funkcjonowania rynków wewnętrznych, gdzie nabywanie lub zlecanie usług w imieniu poszczególnych grup populacji (często zdefiniowanych geograficznie) nie jest realizowane przez dostawców usług”<sup>3</sup>

Koncepcja ta umożliwi organom publicznym zachowanie odpowiedzialności za określone świadczenia, bez zobowiązania ich jednakże do udzielania tych świadczeń.

Nie ma dowodów na to, że podział płatnik – świadczeniodawca przyczynia się do poprawy jakości i obniżenia ceny świadczeń. Koszty opieki zdrowotnej w Holandii zwiększały się stale w tym samym tempie, co przed rokiem 2006, kiedy to wprowadzono podział płatnik – świadczeniodawca.<sup>4,5</sup> Organizacja Kaiser Permanente w Kalifornii jest zarówno firmą ubezpieczeniową (Kaiser) i świadczeniodawcą opieki zdrowotnej (Permanente: grupa lekarzy pracujących dla Kaiser). Nawet jeżeli PPS nie zdobył silnej pozycji w tej organizacji, Kaiser Permanente jest mimo to jednym z najlepszych i najtańszych systemów na świecie.<sup>6</sup> W Holandii taka struktura, jaką wykorzystuje Kaiser Permanente, została zakazana przez rząd i parlament, ponieważ łamie podział płatnik – świadczeniodawca, nawet mimo tego, że naukowcy nie mają problemów z fuzjami między firmami ubezpieczeniowymi i organizacjami opieki zdrowotnej.

W Wielkiej Brytanii, podpisywanie umów zostało zastąpione „zlecaniem”. Do roku 2013, zlecenie świadczeń lekarzom POZ było popularne: poszczególni lekarze POZ byli płatnikami świadczeń opieki szpitalnej.<sup>7</sup> Po roku 2013 rząd stworzył tzw. Clinical Commissioning Groups (CCG) niepowiązane bezpośrednio z poszczególnymi praktykami podstawowej opieki zdrowotnej. CCG zlecają większość świadczeń zdrowotnych, w tym świadczenia medycyny ratunkowej, planowej opieki szpitalnej, opieki położniczej oraz świadczenia społecznościowe i zdrowia psychicznego.<sup>8</sup> Obsługują populacje o średniej wielkości 226 000 mieszkańców.

W tym rozdziale koncentrujemy się na odpowiedzi na pytanie: czy możliwe jest ustanowienie podziału płatnik – świadczeniodawca promującego opiekę koordynowaną? Odpowiedź ta jest ważna ze względu na założenie, że podział ten będzie utrzymywać się w kolejnych latach. Co za tym idzie, rola płatników staje się kluczowa.

Przed odpowiedzią na to pytanie w punkcie 14.3, omówimy kolejny temat: zawieranie umów na świadczenia opieki przy niewystarczających zasobach.

## **14.2 ZAWIERANIE UMÓW NA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ A NIEDOBÓR ZASOBÓW**

Rys. 14.1 przedstawia wybrane cechy charakterystyczne zawierania umów na świadczenia opieki zdrowotnej w okresach niedoboru. Funkcjonują one pomimo tego, że nie mają one charakteru normatywnego. W niniejszym punkcie omówiono osiem elementów przedstawionych na rys. 14.1.

Rys. 14.1 Osiem cech charakterystycznych zawierania umów na świadczenia opieki zdrowotnej w okresach niedoboru

1	Ograniczenia finansowe są określane z wyprzedzeniem
2	Każdy jest podmiotem wydatkującym i oszczędzającym
3	Minimalizacja konfliktów prowadzi do sprawiedliwej alokacji zasobów
4	Redukcja kosztów jest trudnym procesem
5	Zamiatanie klatki schodowej od góry do dołu
6	Ryzyka związane z przerzucaniem kosztów na innych świadczeniodawców i pacjentów
7	Codzienna rutyna likwiduje planowanie
8	Integracja cyklu PDCA i cyklu P&C

**Źródło:** doświadczenia własne autora.

W roku 1910 Taylor wprowadził koncepcję zarządzania naukowego do sektora przemysłowego. Robotnicy przemysłowi mieli wytwarzać określoną ilość produktów w oparciu o normy naukowe. Eksperymenty prowadzone przez Hawthorne'a udowodniły, że ten rodzaj zarządzania prowadzi do wzrostu kosztów produkcji. Robotnicy wiedzieli, kiedy dokonuje się pomiaru ich produktywności w celu określenia norm ilościowych i w efekcie pracowali wolniej. W czasie kryzysu finansowego w latach trzydziestych firmy zaprzestały stosowania koncepcji zarządzania naukowego. Została ona wkrótce zastąpiona budżetowaniem, ograniczającym zadania finansowe spółki z wyprzedzeniem i skupiające się na określaniu zadań produkcyjnych. Normy naukowe odeszły w zapomnienie. Wiodącym hasłem stała się dyscyplina finansowa. Narodziło się nowe prawo gospodarze (porównywalne z chemicznym prawem Boyle'a), stanowiące, że wszystko upływnia się pod presją ekonomiczną. Holenderski podręcznik dotyczący budżetowania z lat trzydziestych zawierał hasło: ciężkie czasy uczą nas, jak się modlić, kryzys finansowy uczy nas, jak układać budżet. W oparciu o powyższą, krótką historię ekonomii można oczekiwać, że świadczenia zdrowotne w czasach niedoboru zostaną skonfrontowane z wstępnie określonymi ograniczeniami finansowymi (cecha 1 na rys. 14.1), określaniem zadań w kategoriach wyników oraz malejącym znaczeniem norm naukowych. Sytuację tę można zilustrować następującym przykładem. Punkt 10.6 opisuje holenderskie, wielospecjalistyczne zespoły Elastycznego Asertywnego Leczenia Środowiskowego (FACT teams). Jedną z norm opartych

na dowodach stanowi, że zespoły powinny składać się z 11–12 specjalistów FTE i monitorować 200 pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi.<sup>9</sup> Z powodu niedoboru, płatnicy firmy ubezpieczeniowej określili z wyprzedzeniem limity finansowe, zignorowali dowody naukowe i zwiększyli obciążenie specjalistów z 200 do 300 pacjentów.

W kolejnych latach zwiększenie dochodów świadczeniodawców opieki zdrowotnej będzie zatem praktycznie niemożliwe. W rozdziale 1 tezę tę potwierdzono za pomocą faktów i danych statystycznych. Takie podejście będzie stanowić radykalną zmianę dla sektora opieki zdrowotnej, zawsze wykazującego tendencję wzrostową.

Nawet bez rzeczywistych cięć budżetowych, instytucje będą doświadczać uczucia niedoboru. To poczucie niedoboru będzie się umacniać wraz ze wzrostem liczby pacjentów. Czy to możliwe, że pracownicy opieki zdrowotnej będą w tym kontekście oferować towary i usługi (świadczenia) bez nadmiernego obciążenia pracą? Tak, o ile ograniczenia finansowe zostaną sformułowane ogólnie, bez specyfikacji i instrukcji. W takim przypadku pozostanie przestrzeń dla podejmowania indywidualnych decyzji przez osoby podejmujące decyzje budżetowe na poziomie indywidualnym. Takie podejście zwiększa kreatywność, ponieważ zmusza świadczeniodawców do zastępowania drogich świadczeń tańszymi rozwiązaniami alternatywnymi.

Wildawsky jest amerykańskim badaczem w obszarze polityki, który poświęcił całą swoją karierę na badanie sposobów, w jaki firmy prywatne i organizacje rządowe opracowują budżety. W latach sześćdziesiątych XX w. sformułował on na ten temat teorię, która doprowadziła do powstania jego największego dzieła w roku 1975.<sup>10</sup> Pewne elementy tej teorii mają znaczenie w kontekście rys. 14.1. Po pierwsze, Wildawsky zaobserwował, że każdy menedżer jest zarówno podmiotem wydatkującym, jak i oszczędzającym (punkt 2 na rys. 14.1). Podmiot wydatkujący chce, aby budżet był tak duży, jak to możliwe, natomiast podmiot oszczędzający dąży do jak największej redukcji budżetu. Dyrektorzy departamentów są podmiotami oszczędzającymi w porównaniu do świadczeniodawców opieki zdrowotnej i wydatkującymi w porównaniu z własnymi przełożonymi, np. prezesami korporacji. Nawet Minister Zdrowia jest zarówno podmiotem wydatkującym (w porównaniu do Ministerstwa Finansów) i oszczędzającym (w kontaktach z firmami ubezpieczeniowymi i określaniu limitów wydatków dla takich firm). Koncepcja ta oznacza, że ubezpieczyciele zdrowotni zawierający umowy są nie tylko podmiotami oszczędzającymi w kontekście świadczenia usług opieki zdrowotnej, ale także podmiotami wydatkującymi w porównaniu z rządem.

Wildawsky twierdzi również, że budżetowanie często rozpoczyna się od maksymalizacji celów: najpierw nadaje mu się miejsce w długofalowej wizji



instytucji. Pod koniec procesu budżetowana, istniejące niedobory prowadzą często do zastosowania tzw. zasady sprawiedliwego podziału (punkt 3 na rys. 14.1): środki dla wszystkich oddziałów szpitalnych maleją (rosną) o tę samą wartość procentową. Podobnie jak Wildawsky, osobiście odrzucam ten neutralny pod względem polityki model budżetowania. Wildawsky twierdzi jednak, że podmiot oszczędzający pragnący zminimalizować konflikty między różnymi podmiotami wydatkującymi, czasami nie potrafi uciec od równej dystrybucji niedoboru uznawanej przez podmioty wydatkujące za sprawiedliwą.

W okresie przejścia od wzrostu finansowego do niedoboru (a nawet w okresie nagłych cięć budżetowych w efekcie zmian legislacyjnych lub innowacji), polityka zawierania umów przez ubezpieczycieli zdrowotnych ulega zmianie, a zarząd i pracownicy szpitala wchodzą w trudny okres (punkt 4 na Rys. 14.1). Jest to czas pożegnań i żałoby. Jest jeszcze zbyt wcześnie, aby skoncentrować się na nowym początku, dostosowaniu celów i ponownym sformułowaniu misji. Punkt 19.3 poświęcony zarządzaniu zmianami omawia to zagadnienie bardziej szczegółowo.

Jeżeli zarząd chce budować zaufanie po przeprowadzeniu cięć budżetowych, najpierw tworzy dobry przykład przez podjęcie działań oszczędnościowych dotyczących własnej wielkości, dochodu i wsparcia dla pracowników. Ekonomisci opisują tę sytuację za pomocą metafory przedstawiającej zamiatanie klatki schodowej od góry do dołu (punkt 5 na Rys. 14.1).

Oznacza to również redukcję kosztów ogólnych, przede wszystkim poprzez cięcia w kosztach zarządu, zmniejszenie liczby oddziałów, eliminację niepełnego wykorzystania zasobów z powodu nieefektywnego harmonogramu oraz inne oczywiste braki. To ostatnie zjawisko opisywane jest metaforą: „wrażliwość pokazuje się dopiero przy odpływie”. Metaforę tę opisuje studium przypadku z punktu 14.1: płatnik Robert stara się obniżyć stawkę godzinową za rejonową opiekę pielęgniarską.

Ekonomisci budżetowi lat trzydziestych wskazywali na trzy formy ryzykownych zachowań podejmowanych w czasach rosnących niedoborów. Pierwsze zjawisko nosi nazwę przerzucania niedoboru na innych (punkt 6 na rys. 14.1). Praktycznym przykładem takiego zjawiska jest specjalista, który, w obliczu braku dostępnych łóżek w szpitalu, zwalnia pacjenta ze szpitala i odsyła go zbyt wcześnie pod kuratelę podstawowej opieki zdrowotnej. Specjaliści opieki zdrowotnej stojący w obliczu rosnących niedoborów są bardziej skłonni do przerzucania odpowiedzialności. Kolejnym zagrożeniem związanym z rosnącym niedoborem jest to, że specjaliści koncentrują całą swą uwagę na bieżącej sytuacji szpitala i zapominają o przyszłości. Codzienna rutyna likwiduje planowanie (patrz punkt 7 na rys. 14.1).



To, co menadżerowie finansowi nazywają cyklem planowania i kontroli (cykl P&C), menadżerowi ds. jakości nazywają cyklem PDCA. PDCA oznacza Zaplanuj, Wykonaj, Sprawdź, Działaj (Plan Do Check Act).<sup>11,12</sup> To popularna obecnie koncepcja w organizacjach (punkt 8 na rys. 14.1). Organizacje te uznają, że budżet jest częścią tego samego programu rocznego, który obejmuje również projekty z zakresu jakości i innowacje. Przy ocenianiu obu rodzajów polityki, wzajemne relacje między wskaźnikami finansowymi i jakościowymi przedstawiane są na zrównoważonej karcie wyników (patrz punkt 10.7).<sup>13</sup> Ułatwia to racjonalizację polityk ubezpieczenia i zawierania umów na świadczenia, co omówiono w rozdziale 20.

W przypadku zastosowania powyższych ośmiu zasad przedstawionych na rys. 13.1 do opieki koordynowanej, można oczekiwać, że:

- 1 opieka koordynowana będzie współgrać z budżetami ograniczonymi z wyprzedzeniem. Dominującym rodzajem finansowania będzie finansowanie oparte o populację (patrz rozdział 13).
- 2 koordynator z organizacji lub sieci opieki koordynowanej będzie podmiotem wydatkującym względem podmiotu zawierającego umowy z firmy ubezpieczeniowej, ale podmiotem oszczędzającym względem poszczególnych uczestników organizacji lub sieci. Takie podejście może powodować tarcia między koordynatorami a specjalistami;
- 3 systemy opieki koordynowanej są zaangażowane w realizację potrójnego celu. W celu zmniejszenia konfliktów między uczestnikami z systemu i spoza niego, czwartym celem może być właśnie minimalizacja konfliktów;
- 4 jeżeli opieka koordynowana skutkuje wprowadzeniem cięć w budżecie szpitala z powodu substytucji, może to doprowadzić do wyraźnej niechęci opóźniającej pełne wdrożenie opieki koordynowanej;
- 5 nabywcy opieki koordynowanej są bardziej przekonujący, jeśli sami mają niskie koszty ogólne o przejrzystej strukturze;
- 6 przerzucanie kosztów oraz terminów na innego uczestnika systemu opieki koordynowanej z powodu niedoboru zasobów jest jednym z ryzyk kontynuowania współpracy;
- 7 rozpoczęcie świadczenia opieki koordynowanej w okresie, w którym większość świadczeniodawców jest przeciążona pracą nie jest rozsądnym rozwiązaniem. Nie pozostawi to czasu na opracowywanie nowych koncepcji na przyszłość;
- 8 dostarczanie informacji o kosztach i jakości opieki w sposób koordynowany, np. z wykorzystaniem zrównoważonej karty wyników, pomaga płatnikom i świadczeniodawcom opieki koordynowanej zrealizować filozofię potrójnego celu.

### 14.3 WARUNKI DLA ZAWIERANIA UMÓW NA ŚWIADCZENIE OPIEKI KOORDYNOWANEJ

W roku 2013 w Berlinie odbył się coroczny kongres Międzynarodowej Fundacji Opieki Koordynowanej. Pojawiło się na nim wielu Niemców, w tym wielu płatników z firm ubezpieczeniowych. Jeśli w grę zaczynają wchodzić świadczenia zdrowotne, ci ostatni chcą być raczej graczami, a nie płatnikami. Jednym z wniosków płynących z tego kongresu było to, że płatnicy z firm ubezpieczeniowych i CCG (Clinical Commissioning Groups) są najlepszymi promotorami opieki koordynowanej. To oni reprezentują siłę nabywczą pacjentów i klientów. W ich rękach realizacja potrójnego celu staje się bardziej prawdopodobna niż w rękach świadczeniodawców opieki zdrowotnej, ponieważ ci ostatni są również odpowiedzialni przed własnymi pracownikami: wcześniejsze wypisywanie pacjentów z powodu substytucji opieki koordynowanej powoduje również wcześniejsze zwalnianie pracowników z obowiązków.

W teorii, relację przyczynowo-skutkową potwierdzają studia przypadków opisane w publikacji *Pursuing Triple Aim*,<sup>14</sup> omówionej w punkcie 2.2. W tych studiach przypadków przedstawiciele firm ubezpieczeniowych kierują projektami koordynacyjnymi i prowadzą je do sukcesu. Relację tą wspiera również projekt Kinzigtal w Niemczech, omówiony w punkcie 4.6. W tym przypadku podmiotem odpowiedzialnym jest niezależna organizacja Optimedis. Jej istnienie i funkcjonowanie jest jednak zależne od długofalowego wsparcia otrzymywanego od dwóch firm ubezpieczeniowych.

W Holandii płatnicy zwykle nie współpracują i nie negocjują ze świadczeniodawcami. Firmy ubezpieczeniowe pracują w oparciu o nowe dyrektywy, nie pochodzące od agencji państwowych, czyli o takie, które stworzyły same. Opieka koordynowana plasuje się nisko na liście ich priorytetów. CCG w Zjednoczonym Królestwie wspierają opiekę koordynowaną na terenie Szkocji, ale nie w Anglii, co wyjaśniono na ww. kongresie w Berlinie. W kontekście powyższych doświadczeń rodzi się pytanie: w jakich warunkach firmy ubezpieczeniowe i CCG zawierające umowy na świadczenia opieki zdrowotnej można uznać za promotorów opieki koordynowanej? Możemy wyróżnić pięć warunków:

- 1 odpowiednią misję;
- 2 zawieranie umów na rzecz grup docelowych;
- 3 brak konkurencji między płatnikami;
- 4 płatnicy o odpowiednim doświadczeniu; oraz
- 5 wsparcie ze strony pacjentów i grup klientów.

## Odpowiednia misja

Misja holenderskich firm ubezpieczenia zdrowotnego jest czterokierunkowa:

- 1 organizacja przepływu płatności między poszczególnymi ubezpieczonymi a świadczeniodawcami oraz weryfikacja zasadności wszystkich wniosków refundacyjnych;
- 2 utrzymanie solidarności między zdrowymi i chorymi członkami populacji;
- 3 gwarancja dostępu do świadczeń zdrowotnych niezależnie od cech indywidualnych, takich jak wiek, płeć, przynależność etniczna i rasowa, stan zdrowia, dochód oraz pochodzenie; oraz
- 4 utrzymanie zrównoważonego wzrostu kosztów opieki zdrowotnej przy jednoczesnym utrzymaniu jakości opieki.

W punkty 3 i 4 wpisano potrójny cel (patrz punkt 2.2).

Przez całe lata w politykach firm ubezpieczeniowych dominowały perspektywy długoterminowe. W rezultacie rozwijano nauki aktuarialne (kalkulacja ryzyka oraz składek). Może mieć to także kluczowe znaczenie dla rozwoju opieki koordynowanej. W perspektywie krótkoterminowej, koszty opieki zdrowotnej może zwiększyć substytucja, aktywacja pacjentów oraz lepsze zachowania prozdrowotne, ale w perspektywie długofalowej działania te okażą się korzystne. Dlatego też ważne jest zatrudnienie płatnika działającego w perspektywie długoterminowej.

## Zawieranie umów na rzecz grup docelowych

Sektor zdrowotny jest rozległym i kompleksowym obszarem. Tezę tę można zilustrować następującym przykładem: środki finansowe wydane na edukację podstawową w Holandii wystarczają na sfinansowanie krajowej opieki zdrowotnej przez okres dwóch miesięcy. Środki przeznaczone na policję i kulturę wystarczają odpowiednio na jeden miesiąc i jeden tydzień.<sup>15</sup> Takie wyniki uzasadniają podział świadczeń zdrowotnych na szereg różnych kategorii. Istnieją trzy alternatywne podziały; na regiony geograficzne, na grupy docelowe (np. pacjenci z nowotworem i pacjenci z demencją) lub na rodzaje świadczeniodawców: lekarzy POZ, szpitale, itp.

W przypadku opieki koordynowanej ważne jest, aby zawieranie umów na świadczenia opieki zdrowotnej organizowane były zgodnie z podziałem na grupy docelowe, z uwagi na odmienną skalę koordynacji w różnych grupach docelowych pacjentów. Rozdział 4 dotyczący koordynacji pionowej ilustruje powyższe stwierdzenia w sposób pokazujący, jak opieka nad osobami z częstymi chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca typu 2, na leczenie której umowy można zawierać na poziomie lokalnym, wymaga odmiennego rodzaju koordynacji od opieki nad osobami z rzadkimi chorobami przewlekłymi,

takimi jak choroba Parkinsona, wymagająca umów na poziomie regionalnym lub krajowym.

### **Brak konkurencji między płatnikami**

Opieka koordynowana koncentruje się na określonej grupie docelowej. W tym rozdziale, płatnikowi przypisuje się rolę koordynatora. Rola ta została wprowadzona w punkcie 2.2 i na rys. 2.6. Dwóch płatników z dwóch różnych firm ubezpieczeniowych pracujących z tą samą grupą docelową jest jak dwóch kapitanów na jednym okręcie. Jeżeli taka sytuacja ma miejsce w danym regionie, istnieją dwie możliwe opcje. Albo obaj płatnicy zaczną ze sobą współpracować, lub też przepisy określają, że płatnik o największym udziale w rynku przyjmie na siebie rolę koordynatora.

### **Płatnikom potrzebne jest doświadczenie i umiejętności**

Dobry płatnik posiada co najmniej trzy kompetencje, zilustrowane w punkcie 14.1 w historii przypadku Roberta, zawierającego umowy na świadczenia pielęgniarstwa rejonowego w danym regionie. Pierwszą z tych kompetencji jest praktyczne know-how; Robert jest pielęgniarzem i wie, o czym mówi. Drugą są umiejętności negocjacyjne: Robert stara się zredukować koszty ogólne świadczeniodawców rejonowej opieki pielęgniarstwa. W tym celu, musi on płynnie posługiwać się regułami negocjacji Harvarda,<sup>16</sup> którego motto brzmi: bądź miękki względem osoby, ale nie względem problemu. Trzecią kompetencją jest umiejętność dowodzenia i koordynowania siecią świadczeniodawców pracujących na rzecz tej samej grupy docelowej. Rozdział 18 dotyczący przywództwa w opiece koordynowanej omawia tę kwestię bardziej szczegółowo.

### **Wsparcie ze strony pacjentów i grup klientów**

Płatnicy działają na rzecz własnych grup pacjentów. Powinni wiedzieć, co jest dla nich ważne i jak przedstawia się jakość opieki świadczonej przez świadczeniodawców. Informacje te można pozyskać z różnych źródeł, np. kwestionariuszy dla pacjentów. Jakość opieki z perspektywy pacjenta opisuje rozdział 10. Ponadto, częste kontakty ze stowarzyszeniami lub radami pacjentów są istotne dla płatników pragnących wypracować rozwiązania ukierunkowane na pacjenta.

## **14.4 TRZY RYZYKA PŁYNĄCE Z ZAWIERANIA UMÓW O ŚWIADCZENIE OPIEKI KOORDYNOWANEJ**

Punkty 14.2 i 14.3 przedstawiają warunki dla dobrze funkcjonującego procesu podpisywania umów o świadczenie opieki koordynowanej. Istnieją jednak co najmniej trzy ryzyka dotyczące zależności między płatnikami a świadczeniodawcami opieki koordynowanej.

### Konkurencja czy współpraca

Świadczeniodawca opieki koordynowanej może mieć pozycję monopolisty w danym środowisku. Jeżeli, przykładowo, lekarze POZ współpracują ze sobą w zespole rejonowym, nie konkurują wtedy ze sobą. Przeciwnie, są kolegami o otwartych relacjach, a ich zespół posiada cechy zespołów wielospecjalistycznych omówionych w punkcie 3.5. Istnieje jednak ryzyko, że będą oni chcieli zacząć zachowywać się jako monopolisci lub partnerzy w kartelu. Jeśli tak, będą starać się podwyższać stawki, ograniczać dostęp do opieki i przyjmować role biurokratów – po prostu siedzących i czekających. Aby zapobiec powstaniu takiej sytuacji, płatnik opieki koordynowanej powinien zorganizować odpowiednie przeciwdziałania poprzez odpowiednie informowanie pacjentów i prasy lokalnej.

### Selektywne podpisywanie umów ogranicza wolność wyboru pacjentów.

Kolejnym ryzykiem jest to, że selektywne podpisywanie umów ograniczy pacjentów w wolności wyboru specjalisty opieki zdrowotnej. Sytuację tę można zilustrować następującym przykładem. Kobieta z cukrzycą ma przez całe życie problemy ze wzrokiem spowodowane krótkowzrocznością. Przez czterdzieści lat jej kontakty z okulistą były bardzo dobre. Rok temu przystąpiła do programu leczenia cukrzycy.

Płatnik opieki koordynowanej nakazał jej konsultowanie się z okulistą B uczestniczącym w programie w zakresie corocznego badania retinopatii oraz zaprzestanie wizyt u jej wieloletniego okulisty A. Taka sytuacja nie może być efektem przystąpienia do zespołu opieki koordynowanej. W takich przypadkach, lekarze specjaliści i płatnicy powinni postępować zgodnie z zasadą „przestrzegania lub wyjaśniania” (patrz także punkt 2.5 i 18.2).

### Obniżenie standardów zawodowych na skutek czynników finansowych

Przez pięć lat w Holandii opracowywano wytyczne specjalistyczne dotyczące szpitali położniczych i intensywnej opieki medycznej. W proces ten zaangażowano wiele grup składających się z lekarzy o jednej specjalizacji. Grupy te mają świadomość, że płatnicy będą przestrzegać nowych wytycznych. Dlatego też ważne jest, aby grupy specjalistyczne wspominano tak często, jak to możliwe. Takie działanie, zamiast do porozumienia, doprowadziło do napięć między opieką położniczą, a intensywną. Spowodowało ono także nadmierny nacisk na przypisywanie realizacji określonych zadań jednej grupie specjalistów, które to zadania mogłyby także zostać przeprowadzone przez tańszych specjalistów o niższych kwalifikacjach. Taki bodziec może mieć również wpływ na zachowania płatników. Jeżeli będą oni postępować ściśle według standardów zawodowych (utworzonych dla średniej populacji), zespoły wielospecjalistyczne w biednych rejonach o niskim poziomie kwalifikacji będą mieć poważny

problem. Pacjenci w takich społecznościach korzystają w większym stopniu z opieki koordynowanej, ponieważ mają więcej trudności ze zrozumieniem przekazywanych im informacji zdrowotnych.

#### **14.5 ODPOWIEDŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU**

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób płatnicy koordynowanej opieki zdrowotnej może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach? Wniosek można uznać za wiarygodny, jeżeli został poparty założeniami teoretycznymi, a nie samymi badaniami empirycznymi.

##### **Potrójny cel 1: Poprawa stanu zdrowia populacji**

- 1 Systemy opieki koordynowanej przyczyniają się do realizacji potrójnego celu. W celu zmniejszenia konfliktów między uczestnikami z systemu i spoza systemu opieki koordynowanej, czwartym celem może być właśnie minimalizacja konfliktów.
- 2 Dostarczanie informacji o kosztach i jakości opieki w sposób koordynowany, np. z wykorzystaniem zrównoważonej karty wyników, pomaga płatnikom systemu opieki koordynowanej zrealizować potrójny cel.
- 3 Można uznać za wiarygodne, że płatnicy długofalowi bardziej niż krótkofalowi przyczyniają się w większym stopniu do realizacji potrójnego celu.

##### **Potrójny cel 2: Poprawa jakości opieki nad pacjentem**

- 4 Można uznać za wiarygodne, że zawieranie umów w zakresie opieki koordynowanej, podzielonej na grupy docelowe, promuje ciągłość leczenia.
- 5 Jeżeli współpraca między świadczeniodawcami opieki koordynowanej spowoduje powstanie zachowań monopolistycznych, płatnik musi zorganizować przeciwdziałające temu środki w celu zapewnienia realizacji potrójnego celu.
- 6 Jeżeli selektywne zawieranie umów na świadczenia opieki koordynowanej przyniesie efekt w postaci przerwania wieloletnich relacji między pacjentami, a świadczeniodawcami, wdrażanie opieki koordynowanej będzie bezproduktywne.
- 7 Jeżeli płatnicy zbyt restrykcyjnie stosują wytyczne wielospecjalistyczne i nie uwzględniają uwarunkowań lokalnych, jakość opieki koordynowanej będzie niższa.



### Potrójny cel 3: Obniżenie kosztów opieki per capita

- 8 Nie ma dowodów na to, że podział płatnik – świadczeniodawca przyczynia się do poprawy jakości i obniżenia ceny świadczeń.
- 9 Dobry płatnik posiada następujące trzy kompetencje: praktyczne know-how, umiejętności negocjacyjne oraz umiejętności w zakresie wsparcia, kierowania i koordynowania siecią świadczeniodawców pracujących na rzecz tej samej grupy docelowej.
- 10 Można uznać za wiarygodne, że częste kontakty ze społecznościami pacjentów lub też radami pacjentów są istotne dla płatników pragnących wypracować rozwiązania ukierunkowane na pacjenta w opiece koordynowanej.

### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 14

- 1 Tynkkynena LK, Keskimäki I, Lehto J. Purchaser-provider splits in health care – the case of Finland. *Health Policy* 2013;111(3):221-5.
- 2 Siverbo S. Purchaser provider split in principle and practice: experiences from Sweden. *Financial Accountability & Management* 2004;20(4):401-20.
- 3 <http://www.dictionarcentral.com/definition/purchaser-provider-split.html>.
- 4 Ickersheim D. The Dutch health system reform: creating value [praca doktorska]. Amsterdam: Free University, 2013.
- 5 Krabbe-Alkemade YJFM. The impact of market competition and patient classification on Dutch hospital behavior [praca dyplomowa]. Amsterdam: Free University, 2014.
- 6 Ham C, York N, Sutcliffe S i wsp. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003;327(7426):1257.
- 7 The functions of GP Commissioning Consortia: A working document. London: Department of Health, 2011.
- 8 The new NHS: clinical commissioning groups. London: King's Fund, London, 2015.
- 9 Veldhuizen JR van, Bahler M. Manual flexible assertive community treatment. Groningen, 2013. Pobrano w dniu 15 marca, 2016 r. ze strony [www.factfacts.nl](http://www.factfacts.nl).
- 10 Wildavsky A. Budgeting: a comparative theory of budgetary processes. Boston: Little, Brown and Co, 1975.
- 11 Kaboli PJ, Mosher HJ. Using balanced metrics and mixed methods to better understand QI interventions. *BMJ Qual Saf* 2014;23(6):437-9.
- 12 Curtis JR i wsp. Improving the science and politics of quality improvement. *JAMA* 2011;305(4):406-7.
- 13 Kaplan RS. Conceptual foundations of the balanced scorecard. Working paper 10-074. Boston: Harvard Business School, 2010.
- 14 Bisognano M, Kenney C. Pursuing the Triple Aim. Seven innovators show the way to better care, better health and lower costs. San Francisco: Jossey-Bass, 2012.
- 15 <http://statline.cbs.nl/Statweb/>, dostęp w dniu 21 maja, 2014 r.
- 16 Fisher R, Ury WL, Patton B. Getting to yes: negotiating agreement without giving in. New York: Penguin Books, 2011.





## 15 Budżet indywidualny a opieka koordynowana

Niniejszy rozdział rozpoczyna się historią przypadku ilustrującą zastosowanie budżetów indywidualnych (BI) oraz opieki rzeczowej w Holandii i Niemczech; dwóch krajach o zaawansowanych, koordynowanych systemach finansowania budżetów domowych (punkt 15.1). Punkty 15.2 i 15.3 definiują koncepcję budżetów indywidualnych oraz ich charakterystykę, ocenę potrzeb, mentorów oraz zarządzanie BI. Punkt 15.4 odpowiada na pytanie badawcze: w jaki sposób budżety indywidualne w opiece koordynowanej mogą przyczynić się do realizacji potrójnego celu?

### 15.1 CHARLES I ANN POSIADAJĄ BUDŻET INDYWIDUALNY DLA NICKA

Charles jest nauczycielem, a Ann pielęgniarką. Charles pracuje na pełen etat (36 godzin), a Ann na część etatu (24 godziny) w Rotterdamie. Są małżeństwem i mają jednego syna: Nicka, chłopca z zespołem Downa i ciężką niepełnosprawnością fizyczną. Podczas czterech pierwszych lat życia, rodzice Nicka byli w stanie się nim zajmować przy wsparciu rodziny oraz pomocy ośrodka opieki dziennej. Obecnie weszli w fazę, w której Nick powinien stale mieszkać w ośrodku dla dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. Charles i Ann chcą zatrzymać Nicka w domu tak długo, jak to możliwe. Posiadają niezbędne kompetencje pedagogiczne (Charles) i pielęgniarskie (Ann), a ich dom jest wystarczająco duży, aby nie stwarzać trudności dla dziecka na wózku. Złożyli wniosek o budżet indywidualny (BI) opłacany na mocy Ustawy o opiece długoterminowej i finansujący 20 godzin wsparcia specjalistycznego. Charles i Ann odbyli długi wywiad z lokalnym rzeczoznawcą ds. potrzeb w zakresie opieki długoterminowej. Para powinna przedstawić plan opieki (patrz punkt 5.2) dla Nicka i przekonać rzeczoznawcę, że mogą zagwarantować synowi opiekę o wystarczającej jakości. Pod koniec procedury przydzielenia opieki długoterminowej przypisywany jest budżet indywidualny. Rodzice Nicka mogą wydawać przydzielone zasoby w dowolny sposób. Wybierają ograniczenie aktywności zawodowej: Charles skrócił czas

pracy do 28 godzin, a Ann do szesnastu. Korzystają z BI w celu uzupełnienia zmniejszonego wynagrodzenia. Pozostałą część pieniędzy poświęcają na koszty przejazdów, ponieważ Nick musi chodzić do szkoły specjalnej, oraz na udogodnienia w domu. Ze społecznego punktu widzenia, jest to tanie rozwiązanie. Gdyby Nick został w ośrodku na stałe, koszty dla agencji opieki długoterminowej z tego tytułu wynosiłyby ok. 2 000 euro tygodniowo. Dwadzieścia godzin opieki specjalistycznej w formie BI kosztuje 700 euro tygodniowo. Ponadto, rozwiązanie to skuteczniej zapewnia jakość opieki: Charles i Ann mają mnóstwo empatii i poświęcają synowi wiele uwagi. Nick lubi z nimi przebywać.

W Holandii takie przypadki publikuje się od roku 1986, aby przekonać polityków i decydentów, że BI jest czasami skuteczniejszy niż opieka rzeczowa. W roku 1987, we własnym wykładzie inauguracyjnym jako profesor zdrowia publicznego postulowałem wprowadzenie budżetów indywidualnych (domowych) w opiece długoterminowej.<sup>1</sup>

Obecnie, w roku 2016, holenderscy politycy i decydenci, są dalecy od zaakceptowania tego postulatu, głównie z powodu oszustw, działania na dwie strony i fałszerstw. W ciągu trzydziestu lat interwencji, największym orędownikiem budżetów indywidualnych (domowych) stała się Sekretarz Stanu Erika Terpstra (1994–1998).

Jej następcy zaakceptowali jej osiągnięcia (budżet indywidualny na pomoc domową i samoopiekę). Nie rozszerzyli ich jednak na wszystkie świadczenia opieki długoterminowej, mimo postulatów środowiska naukowego i zawodowego o wprowadzenie dwóch rodzajów opieki długoterminowej: świadczonej w formie opieki rzeczowej oraz opieki opłacanej z budżetu indywidualnego.

W roku 2014 liczba Holendrów korzystających z opieki długoterminowej poza ośrodkami, w tym szpitalami psychiatrycznymi i domami opieki, wyniosła 841 515 osób. Stanowi to 5% populacji Holandii. Z tych 841 515 osób, 15,3% lub 120 035 osobom przyznano budżety indywidualne (domowe). Ze wszystkich 120 035 posiadaczy budżetów indywidualnych w roku 2014, 81% nie przekroczyło 65 lat. U 120 035 użytkowników BI zdiagnozowano: zaburzenia psychiatryczne (36,2%), choroby lub zaburzenia somatyczne (30,8%), niepełnosprawność intelektualną (28,8%), zaburzenia psychogeriatryczne (4,2%).<sup>2</sup> W roku 2014 całkowite wydatki na BI wyniosły 2,4 mld euro, czyli średnio 20 100 euro na osobę.

W Niemczech miała miejsce podobna, aczkolwiek nieco bardziej subtelna sytuacja, której nie towarzyszyła emocjonalna debata publiczna i nadmierna uwaga mediów. Niemcy wprowadziły własną Ustawę o opiece długoterminowej, czyli Pflegeversicherung.<sup>3</sup> Ustawa ta wprowadza instytucję niezależnej oceny potrzeb przeprowadzaną przez grupę lekarzy ubezpieczeniowych. Po przeprowadzeniu oceny, obywatel Niemiec z określonymi zaburzeniami może

skorzystać z dwóch opcji: opieki rzeczowej lub budżetu indywidualnego. Wysokość budżetu indywidualnego w Niemczech wynosi ok. 50% kosztów medycznej opieki rzeczowej. U podstaw budżetu indywidualnego leży koncepcja, aby eliminował on określone koszty ogólne niezbędne w przypadku opieki rzeczowej. Koszty te stanowią ok. połowę wszystkich kosztów opieki rzeczowej. Jeśli klienci otrzymują budżet indywidualny, nie są rozliczani za sposób jego wydatkowania, ale odpowiadają za efekty. Władze niemieckie mogą cofnąć budżet indywidualny, jeżeli klienci i ich rodziny nie są w stanie zorganizować własnej opieki, a zdrowie pacjenta ulega wskutek tego pogorszeniu. W praktyce okazuje się, że 70% wszystkich Niemców wybiera budżet indywidualny, a 30% opiekę rzeczową.<sup>4</sup> Wartości te utrzymują się na stabilnym poziomie od wielu lat. Niemiecki rząd z powodzeniem korzysta z opcji budżetu indywidualnego jako elementu szerszej polityki rodzinnej i świadomie stara się promować opiekę nieformalną. Mimo pięciokrotnie większej populacji, Niemcy wydają na opiekę długoterminową tę samą kwotę, co Holandia.

Niektóre grupy oraz inne kraje europejskie, takie jak Francja, Belgia i Wielka Brytania również wprowadziły budżety indywidualne dla opieki długoterminowej jako rozwiązanie alternatywne dla opieki rzeczowej.<sup>5</sup> Systemy budżetów indywidualnych w Holandii i Niemczech są najbardziej zaawansowane.

## 15.2 DEFINICJA BUDŻETU INDYWIDUALNEGO

Budżet indywidualny (BI) to kwota przydzielona w efekcie procedury złożenia wniosku i oceny, w ramach której klienci lub ich mentorzy mogą zawrzeć umowę na świadczenie opieki. Jakość świadczonej opieki opłacanej z BI lub sposób wydatkowania jest monitorowany przez agencję zewnętrzną. Opcją alternatywną jest opieka rzeczowa.

Jedną z przewag BI nad opieką rzeczową jest to, że pacjenci mają większą swobodę w kształtowaniu swojego życia. Mogą koordynować opiekę i pozostawać panami swego domu. Do wad rozwiązania należy to, że muszą znaleźć i zatrudnić własnych świadczeniodawców opieki, koordynować ich pracę, odgrywać rolę pracodawcy lub płatnika i rejestrować wydatki z budżetu.

BI może być dotacją partycypacyjną, w którym to przypadku zarządzanie jakością świadczonej opieki odbywa się z zewnątrz. Takie rozwiązanie ma miejsce w Niemczech. Pacjenci są co trzy miesiące odwiedzani przez pielęgniarkę, która kontroluje, czy opieka nad nimi jest zgodna z uprzednio zawartymi umowami na świadczenie opieki zdrowotnej. Nikt jednak nie kontroluje, w jaki sposób wydawane są środki z budżetu. W opcji dotacji partycypacyjnej, BI jest ściśle powiązany z innymi dotacjami socjalnymi, np. świadczeniami na dziecko oraz stypendiami dla studentów. Beneficjenci ostatnich dwóch świadczeń nie muszą rejestrować, na co wydają pieniądze. Niemniej jednak studenci muszą

udowodnić, że zdają egzaminy. Jeśli studia trwają zbyt długo, stypendium zostaje cofnięte.

Gdyby BI był budżetem finansowym, kontrola i rejestracja byłyby sprawą oczywistą. Jakość świadczonej opieki w wielu przypadkach nie jest monitorowana zbyt dokładnie. W Holandii BI są dostępne wyłącznie dla opieki indywidualnej, pielęgniarstwa, doradztwa, opieki tymczasowej i domów opieki. Kilka lat temu podjęto debatę w mediach w następującej sprawie: czy opiekunowie nieformalni osób niepełnosprawnych powinni móc korzystać z BI, aby odpocząć od swych obowiązków i np. wyjechać na weekend? Odpowiedzią co najmniej jednej partii politycznej było: nie. Odpowiedzią co najmniej jednego naukowca było: jeżeli opiekunowie nieformalni skorzystają z BI do sfinansowania krótkiego urlopu, będą mogli odpocząć fizycznie i psychicznie i zwiększyć ilość czasu przeznaczoną na opiekę nieformalną.

Między budżetami indywidualnymi a opieką rzeczową istnieje różnica o wymiarze politycznym. Ta ostatnia pozwala świadczeniodawcom kontrolować koszty opieki długoterminowej poprzez ograniczenie jej świadczenia. Specjalistyczni świadczeniodawcy otrzymują bezpośrednio ograniczone środki na ten cel od firmy ubezpieczeniowej, agencji państwowej lub gminy. Stają tym samym przed trudnym zadaniem ograniczenia dostępu do własnych świadczeń, poprzez zastosowanie wyższych kryteriów dostępu lub utworzenie listy oczekujących. Sytuacja ta jest bardziej problematyczna dla BI, ponieważ stymuluje przerzucenie odpowiedzialności na firmę ubezpieczeniową (lub gminę lub agencję rządową). W przeszłości w Holandii stosowano ściślejszą kontrolę kosztów opieki rzeczowej niż BI. Doprowadziło to do wzrostu wniosków o przyznanie BI, nawet jeśli część osób preferowało opiekę rzeczową.

Definicja budżetu indywidualnego przedstawiona na wstępie składa się z trzech elementów:

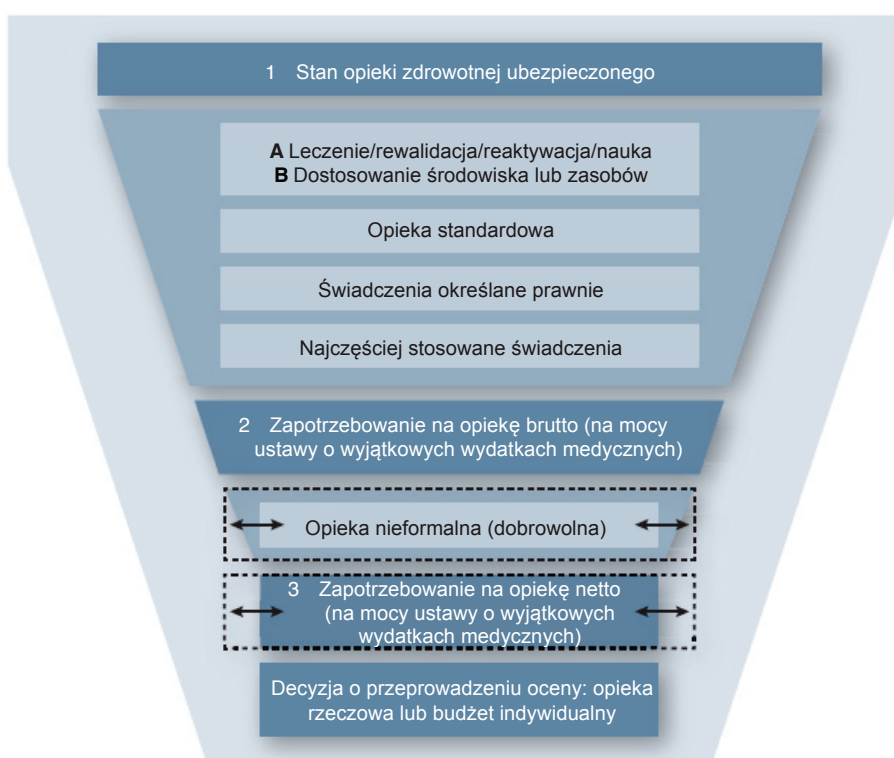
- 1 procedury wnioskowania i oceny;
- 2 pacjenta lub mentora będącego podmiotem wydatkującym w BI; oraz
- 3 zarządzaniem jakością opieki lub kosztami opieki.

### **15.3 OCENA POTRZEB, MENTORZY I ZARZĄDZANIE BUDŻETEM INDYWIDUALNYM**

W roku 2013 w Holandii wprowadzono ocenę potrzeb i filtr alokacji dla opieki długoterminowej (patrz rys. 15.1). Procedurę filtrowania podzielono na pięć etapów.<sup>6</sup> Pierwszy z nich zawiera opis obecnego stanu opieki zdrowotnej wnioskodawcy. Etapy drugi i trzeci dotyczą określenia potrzeb w zakresie opieki brutto (z opieką nieformalną) i netto (bez opieki nieformalnej) wnioskodawcy. Na etapie czwartym rzeczoznawca podejmuje decyzję. Jeżeli decyzja o przeprowadzeniu oceny nie obejmuje zakwaterowania (krok a), pacjent

może dokonać wyboru między budżetem indywidualnym, a opieką rzeczową (krok b).

Jak wspomniano wcześniej w punkcie 10.3, od 1 stycznia 2013 r., filtr określał potrzeby w zakresie opieki w oparciu o Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).<sup>7</sup> Ponadto, rząd wprowadził Pakiety Intensywności Opieki (CIPs), odpowiadające stopniom ocenionego zapotrzebowania na opiekę. W roku 2016 te Pakiety CIP, a także klasyfikacja IFC, stały się powszechne w Holandii. Same instytucje nadają sobie takie nazwy, jak CIP-7 (instytucja Pakietu Intensywności Opieki-7). Rząd i parlament wykorzystują Pakiety w planach oszczędnościowych, np. Pakiet Intensywności Opieki 1 i 2 zostały wygaszone. W wielu przypadkach klienci otrzymują mniej opieki rzeczowej, niż powinni otrzymywać w ramach tych pakietów.<sup>8</sup>



Rys. 15.1 Holenderski filtr opieki długoterminowej oceniający zapotrzebowanie na opiekę długoterminową i zasadność przyznania Budżetu Indywidualnego lub opieki rzeczowej

**Źródło:** Na podstawie: Wytyczne dotyczące oceny zapotrzebowania na opiekę, wyjaśnienie zasad polityki dla takiej oceny potrzeb w oparciu o postanowienia Ustawy o wyjątkowych wydatkach medycznych z roku 2013, określone przez Ministra Zdrowia, Dobrostanu i Sportu, wersja 6.0, styczeń, 2013.

### Klient i mentor

W latach osiemdziesiątych studenci z Kalifornii opracowali model budżetu indywidualnego dla osób niepełnosprawnych fizycznie, tj. dla osób z paraliżem obustronnym. U takich osób nie występowały zaburzenia poznawcze lub psychiczne. Byli oni w stanie zorganizować sobie opiekę i kontrolować sprawy domowe i osobiste. Jak pokazano w punkcie 15.1, wiele BI w Holandii jest obecnie przyznawanych właśnie takim pacjentom. Ponadto, w przypadku dobrze wykształconych rodziców z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie – tak jak w historii przypadku na początku tego rozdziału – BI jest często atrakcyjniejszą opcją niż opieka rzeczowa w ośrodku.

Problemy pojawiają się jednak w przypadku osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych intelektualnie. Nie mają oni ani potrzebnej energii, ani niezbędnych umiejętności poznawczych, aby zarządzać BI. Duża liczba małych przedsiębiorstw konsekwentnie przejmując zadania administracyjne związane z zarządzaniem BI. W ciągu ostatnich lat okazało się, że część z nich to oszuści. Odgrywali zarówno rolę mentora, jak i świadczeniodawcy opieki i pobierali wysoki procent z budżetu indywidualnego w zamian za swe usługi. Przez takie postępowanie budżet indywidualny zyskał złą opinię.

W roku 2016, nacisk położono na rolę mentora. Połączenie jej z rolą specjalistycznego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej spowodowało powstanie konfliktu interesów – i dlatego jest niemożliwe. Mentorzy muszą sporządzić plan opieki (patrz rozdział 10 w celu uzyskania szczegółowych informacji), w którym ich rolę opisuje się w kategoriach obowiązków i częstotliwości kontaktów.

### Zarządzanie systemem BI

W roku 2014, fala oszustw zmusiła holenderską agencję państwową, Bank Ubezpieczeń Społecznych, do stworzenia rozwiązania łączącego w sobie budżet indywidualny i opiekę rzeczową. Usprawniło to nadzór nad wydatkami z tytułu BI. Instytucja pracuje obecnie nad prawami ciągnięcia.<sup>9</sup> Oznacza to, że użytkownik budżetu indywidualnego nabywa prawo zakupu np. 200 godzin opieki domowej w danym roku (ok. czterech godzin tygodniowo). Powiadomienie na stronie Banku Ubezpieczeń Społecznych pozwala użytkownikom na wskazanie, od którego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej lub samozatrudnionego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej chcą oni nabyć taką opiekę, i na jak wiele godzin w danym tygodniu. Ponieważ Bank jest odpowiedzialny za uiszczenie zapłaty na rzecz takiego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, użytkownicy budżetu indywidualnego nie muszą rozliczać jej gotówkowo. Mogą jednak alokować dodatkowe kwoty, aby nabyć więcej praw ciągnięcia. Jeżeli, przykładowo, użytkownicy budżetu indywidualnego chcą pozyskać 600 godzin opieki

zamiast 200, mogą dokonać osobistego wkładu finansowego, aby otrzymać takie dodatkowe godziny.

W latach 2015–2016 pojawiło się oprogramowanie ułatwiające w założeniu nabywanie praw ciągnięcia. Okazało się jednak, że nie było ono w stanie zagwarantować terminowej alokacji tych praw. Sprawa ta przyciągnęła niepożądaną uwagę mediów oraz spowodowała przeprowadzenie pilnej debaty w parlamencie. Obecnie BI pozostają źródłem problemów dla wielu decydentów i polityków.

Mimo że model praw ciągnięcia jest interesujący i zmniejsza ryzyko oszustwa, model niemiecki jest bardziej atrakcyjny. Niemiecki model budżetu indywidualnego jest dotacją partycypacyjną niewymagającą od beneficjentów prowadzenia księgowości. Jakość opieki monitoruje się w ramach wizyt kwartalnych przeprowadzanych przez pielęgniarki. Mimo, że wysokość większości BI pokrywa ok. 50% kosztów opieki rzeczowej, 70% Niemców preferuje właśnie BI.

Budżet indywidualny jest teoretycznie idealnym rozwiązaniem pozwalającym pacjentom na upodmiotowienie i koordynację opieki długoterminowej. Jest on szczególnie odpowiedni dla pacjentów z wysokimi umiejętnościami poznawczymi i intelektualnymi lub pacjentami, których mentorzy (rekrutowani wśród opiekunów nieformalnych) posiadają takie umiejętności.

Niemieckie doświadczenia uczą nas, że większość osób kwalifikujących się do rzeczowej opieki długoterminowej lub budżetu indywidualnego wybiera tą drugą opcję.

#### **15.4 ODPOWIEDŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU**

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób budżet indywidualny może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach? Wniosek można uznać za wiarygodny, jeżeli został poparty założeniami teoretycznymi, a nie samymi badaniami empirycznymi.

##### **Potrójny cel 1 i 2: Poprawa zdrowia populacji oraz poprawa jakości opieki nad pacjentem**

- 1 Można uznać za wiarygodne, że pacjenci korzystający z budżetu indywidualnego mają większe możliwości kształtowania własnego życia. Mogą koordynować opiekę i pozostawać panami swego domu.
- 2 Do wad budżetu indywidualnego należy to, że użytkownicy BI muszą znaleźć i zatrudnić własnych świadczeniodawców opieki, koordynować ich pracę, odgrywać rolę pracodawcy lub płatnika i rejestrować wydatki z budżetu.



Pochłania to czas i energię użytkowników BI na organizację własnej opieki. Można uznać za wiarygodne, że prowadzi to do pogorszenia stanu zdrowia populacji.

### Potrójny Cel 3: Obniżenie kosztów opieki per capita

- 3 Ryzyka płynące z wdrożenia budżetów indywidualnych bez skutecznego zarządzania obejmują oszustwa, działanie na dwie strony oraz fałszerstwa. Prowadzi to do wzrostu kosztów opieki koordynowanej.
- 4 Dzięki BI, Niemcy alokują tę samą kwotę na opiekę długoterminową co Holandia, pomimo tego, że populacja Niemiec jest pięciokrotnie wyższa. Jednoczesna dostępność obu opcji obniża koszty opieki koordynowanej.
- 5 Między budżetami indywidualnymi a opieką rzeczową istnieje różnica o wymiarze politycznym. Ta ostatnia pozwala płatnikom kontrolować koszty opieki długoterminowej poprzez ograniczenie jej świadczenia. W przypadku BI płatnicy nie odgrywają żadnej roli. Można uznać za wiarygodne, że prowadzi to do wzrostu kosztów opieki koordynowanej.

### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 15

- 1 Schrijvers AJP. Van alle markten thuis: thuiszorg beproefd. Enkele overwegingen bij het vormgeven van experimenten met thuiszorg [speech September 29, 1987]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1987.
- 2 [www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/bevolking](http://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/bevolking).
- 3 [www.pflegeversicherung.net](http://www.pflegeversicherung.net).
- 4 [www.medicalfacts.nl/2010/03/29/persoonsgebonden-budget-in-duitsland-70-kiest-ervoor/](http://www.medicalfacts.nl/2010/03/29/persoonsgebonden-budget-in-duitsland-70-kiest-ervoor/).
- 5 Eijlders J, Ros WJG, Schrijvers AJP. Hoe komt de burger in Europa aan zorg? Een oriënterend onderzoek naar indicatiestelling en Zorgtoewijzing voor langdurige chronische zorg in zeven Europese landen. Utrecht: Centrum voor Indiciestelling Zorg, 2009.
- 6 Ministerie van VWS. De zorg: hoeveel extra is het ons waard? De zorg: hoeveel extra is het ons waard? De zorg: hoeveel extra is het ons waard? Den Haag: Ministerie van VWS, 2012. CIZ indicatiewijzer, toelichting op de Beleidsregels Indiciestelling AWBZ 2013.
- 7 International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva: WHO, 1980.
- 8 Bakx P, Douven R, Schut FT.1570 Does independent needs assessment limit supply-side moral hazard in long-term care? CPB Discussion Paper, 327. The Hague: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, 2016.
- 9 Sociale Verzekeringsbank. Trekkingsrecht Wmo. Pilot VNG trekkingsrecht PGB. Utrecht: Sociale Verzekeringsbank, 2013.



# CZEŚĆ 6

## CYFRYZACJA I E-ZDROWIE W OPIECE KOORDYNOWANEJ



## 16 Elektroniczne Rejestry Stanu Zdrowia Pacjenta, dane typu „Big Data” i opieka koordynowana

W punkcie 16.1 zaprezentowano krótką historię cyfryzacji i pokrótce przedstawiono podstawowe zagadnienia omówione w rozdziałach 16 i 17. Elektroniczne rejestry stanu zdrowia pacjenta i duże bazy danych na temat zdrowia omówiono w punktach 16.2 i 16.3. Punkt 16.4 poświęcony jest związkowi między tymi rejestrami a bazami danych i opieką koordynowaną. Ostatnia część tego rozdziału (punkt 16.5) odpowiada na pytanie: w jaki sposób cyfryzacja opieki koordynowanej przyczynia się do realizacji potrójnego celu.

### 16.1 WPROWADZENIE

Około roku 1450, Johannes Gutenberg wynalazł metodę druku: wynalazek ten pozwolił na przeniesienie i rozpowszechnienie informacji medycznych – dotychczas często ukrytych w klasztorach – do uniwersytetów i akademii medycznych. W roku 1971, amerykański informatyk Ray Tomlinson przesłał pierwszą wiadomość elektroniczną, a w roku 1989 Tim Berners-Lee wynalazł tzw. World Wide Web, czyli Internet. Wynalazki te pozwoliły na połączenie luk w wiedzy między przedstawicielami systemu opieki zdrowotnej a obywatelami. Wynalezienie maszyny drukarskiej stanowiło przełomową innowację: pozwoliło na rozwój społeczny i przyczyniło się do utworzenia wielu uniwersytetów. Bardziej współczesne przełomowe innowacje to np. maszyna parowa, kombajn rolniczy i elektryczność, które – kolejno – doprowadziły do rewolucji przemysłowej w dziewiętnastym wieku, jak również wynalezienia pojazdów silnikowych i drugiej rewolucji przemysłowej w dwudziestym wieku. Internet można także uznać za przełomową innowację, bowiem wpływa na sposób, w jaki ludzie myślą i działają od chwili jego wynalezienia w 1989 r. Czysto informacyjnie, poniżej przedstawiamy kilka danych statystycznych na temat Holandii. W 2014 r. 93 procent społeczeństwa Holandii miało dostęp do Internetu,<sup>1</sup> a 12 procent

korzystało z aplikacji związanych z opieką zdrowotną w celu monitorowania swojej aktywności fizycznej.<sup>2</sup> Od 2014 r. 65 do 68 procent społeczeństwa korzystało z Internetu w celu uzyskania informacji na temat zdrowia lub opieki zdrowotnej. W 2015 r. 43 procent chciałoby mieć możliwość cyfrowego zamawiania odnowienia recepty, 41 chciałoby mieć możliwość zamówienia wizyty u lekarza przez Internet, a 33 chciałoby uzyskać dostęp do własnego elektronicznego rejestru stanu zdrowia pacjenta.<sup>3</sup> W 2016 r. 98 procent lekarzy POZ korzysta z elektronicznego rejestru stanu zdrowia pacjenta. W przypadku specjalistów opieki zdrowotnej odsetek ten wynosi 86 procent.

Proces cyfryzacji poprzedził wynalezienie Internetu i rozpoczął się już przed II wojną światową. Obejmuje on przedstawienie obiektu, obrazu, dźwięku, dokumentu lub sygnału poprzez wygenerowanie serii liczb binarnych, ułatwiających przetwarzanie z wykorzystaniem komputerów, i komunikację online. Cyfryzacja oznacza po prostu konwersję materiału źródłowego w formie pisemnej lub mówionej (analogowej) na format liczbowy.<sup>4</sup> Wiele agencji turystycznych zbankrutowało, gdy klienci zaczęli rezerwować wakacje online. To samo dotyczy sklepów detalicznych i księgarni w centrach miast, które straciły wielu klientów na rzecz Amazon.com i innych detalicznych firm internetowych.

W 1942 roku ekonomista Schumpeter wprowadził pojęcia „przełomowych innowacji” i „twórczych destrukcji”, które manifestują się – jedno albo drugie – co najmniej raz na pięćdziesiąt lat.<sup>5</sup>

Jego książka doczekała się wielu wydań i przedruków. Mimo, że innowacje te niszczą całe gałęzie przemysłu, w dłuższej perspektywie przyczyniają się jednocześnie do wzrostu gospodarczego.

W ostatnich latach, Christensen<sup>6</sup> i Topol<sup>7</sup> zastosowali teorie Schumpetera do systemów świadczeń opieki zdrowotnej.

Przewidują, że rozwój cyfryzacji i Internetu doprowadzi do twórczego niszczenia szpitali. Destrukcja ta powodować będzie nowe formy poziomej i pionowej koordynacji opieki zdrowotnej oraz doprowadzi do przededefiniowania relacji między specjalistami opieki zdrowotnej a pacjentami. W książce tej technologia informacyjna w ochronie zdrowia (Health IT lub HIT) to zastosowanie cyfryzacji i Internetu do usług zdrowotnych. Rozdział 16 poświęcony jest cyfryzacji i opiece koordynowanej, natomiast rozdział 17 omówi relacje między Internetem a opieką koordynowaną. Jeśli nacisk kładzie się na zagadnienia teleinformatyczne w połączeniu ze zdrowiem, wówczas używany jest termin „e-zdrowie”. Zgodnie z zasadami ogólnej teorii systemów (patrz punkt 2.1), system IT w opiece zdrowotnej w zakresie opieki koordynowanej opisuje poszczególnych aktorów i cyfrowe relacje między nimi.

Rys. 16.1 stanowi zestawienie innych koncepcji wykorzystywanych do opisywania problemu cyfryzacji w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej oraz prezentuje definicje tych zagadnień. Celem tego rysunku jest zwiększenie czytelności rozdziałów 16 i 17, a nie zapewnienie ogólnie stosowanej taksonomii zagadnień teleinformatycznych związanych z opieką zdrowotną.

Rys. 16.1 Definicje zagadnień opisujących proces cyfryzacji świadczeń zdrowotnych w częściach 16.1–16.4

Zagadnienie	Definicja
Komunikacja synchroniczna i asynchroniczna	Jeśli specjalista opieki zdrowotnej i pacjent komunikują się w czasie rzeczywistym, wówczas można mówić o komunikacji synchronicznej, np. kontakt osobisty. Jeśli komunikacja odbywa się z opóźnieniem w czasie, wówczas komunikacja ta ma charakter asynchroniczny, np. korespondencja za pomocą poczty elektronicznej.
Uwierzytelnianie	Proces faktycznego potwierdzenia tożsamości konkretnych osób poprzez kontrolę ich dokumentów tożsamości lub kodów logowania.
Dane typu „Big data”	Gromadzenie i analiza dużych ilości danych za pośrednictwem różnego rodzaju oprogramowania z wykorzystaniem cyfryzacji jako narzędzia do przechowywania danych.
Opieka mieszana	Opieka zdrowotna świadczona zarówno fizycznie jak i drogą cyfrową, np. leczenie depresji za pomocą kontaktów osobistych i modułów Internetowych.
Systemy wspierania procesu podejmowania decyzji	Systemy wspierania procesu podejmowania decyzji pozwalają na powiązanie obserwacji związanych ze zdrowiem z wiedzą zawartą w dużych zbiorach danych zdrowotnych. Ich celem jest poprawa opieki zdrowotnej poprzez wpływanie na decyzje związane ze zdrowiem podejmowane zarówno przez specjalistów opieki zdrowotnej jak i samych pacjentów. Systemy wspierania procesu podejmowania decyzji stanowią ważne zagadnienie w procesie tworzenia sztucznej inteligencji w medycynie i innych dziedzinach nauki.
E-konsultacje	Pacjent konsultuje się z pracownikiem opieki zdrowotnej z wykorzystaniem Internetu. Takie E-konsultacje mogą mieć charakter asynchroniczny (np. z wykorzystaniem poczty elektronicznej) lub synchroniczny (np. poprzez wideokonferencje).
E-zdrowie	Komunikacja cyfrowa z wykorzystaniem elektronicznych konsultacji medycznych, telemonitoringu, telemedycyny i/lub teleopieki zdrowotnej.

Rys. 16.1 – ciąg dalszy

Elektroniczny rejestr stanu zdrowia pacjenta	Cyfrowy rejestr stanu zdrowia pacjenta wykorzystywany przez różnych specjalistów i przedstawicieli opieki zdrowotnej, takich jak lekarze, pielęgniarki, ale także przez samych pacjentów.
Elektroniczny rejestr dokumentacji medycznej	Cyfrowy rejestr stanu zdrowia pacjenta wykorzystywany przez lekarzy.
E-zdrowie psychiczne	Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego wspierane przez komunikację z wykorzystaniem Internetu.
M-zdrowie	Świadczenia zdrowotne wspierane przez komunikację z wykorzystaniem Internetu mobilnego.
System umawiania wizyt u lekarza przez Internet	System umawiania wizyt u lekarza przez Internet, za pomocą którego pacjenci mają możliwość umówienia terminu wizyty u lekarza lub innego specjalisty opieki zdrowotnej. System ten podobny jest do Internetowych systemów rezerwacji biletów kinowych i lotniczych.
Osobisty rejestr zdrowia pacjenta	Osobisty rejestr zdrowia pacjenta, który umożliwia pacjentom dodawanie osobistych danych dotyczących zdrowia. Osobisty rejestr zdrowia pacjenta obejmuje wszelkie rodzaje usług zdrowotnych dostępne dla pacjentów w dowolnym momencie i w każdej lokalizacji, stworzony dla osób prywatnych, łatwy w obsłudze i dostępny przez całe życie pacjenta.
Wideokonferencje	Kontakty oparte na komunikacji przez internet między przedstawicielem opieki zdrowotnej a pacjentem lub między różnymi przedstawicielami opieki zdrowotnej.
Technologia inteligentnych domów	Technologia inteligentnych domów wykorzystuje zestawy alarmów, czujników i innego wyposażenia, zazwyczaj w warunkach domowych, wspierających samodzielne życie mieszkańców poprzez monitorowanie zmian i ostrzeganie samych mieszkańców lub wzbudzanie alarmu w ośrodkach sterowania i kontroli. Przykłady urządzeń stosowanych w inteligentnych domach to alarmy osobiste, czujniki upadku, czujniki temperatur krańcowych, czujniki tlenu węgla, czujniki powodziowe i czujniki wycieku gazu.
Teleopieka	Opieka zdrowotna świadczona przez przedstawiciela POZ zdalnie – bez konieczności fizycznej obecności pacjenta.
Telezdrowie	Usługi prewencyjne, np. samozarządzanie zdrowiem z wykorzystaniem Internetu.

Teleopieka intensywna / teleopieka pacjentów zagrożonych udarem i zawałem serca	Zdalna intensywna opieka medyczna i zdalna opieka nad pacjentami zagrożonymi udarem świadczona przez przedstawicieli opieki zdrowotnej bez konieczności fizycznej obecności pacjenta.
Telemedycyna	Telemedycyna to korzystanie z Internetu w celu dokonania diagnozy medycznej i leczenia w sposób zdalny. Lekarz i pacjent nie znajdują się w tym samym miejscu.
Monitoring zdalny	Monitorowanie pacjentów np. cierpiących na schorzenia kardiologiczne, przez specjalistów znajdujących się w pewnej odległości od pacjenta.
Kontakt wirtualny	Kontakt za pomocą Internetu.

### Systemy informatyczne w systemie opieki zdrowotnej

Systemy IT przeznaczone dla POZ charakteryzują się przynajmniej trzema funkcjonalnościami: cyfrowe gromadzenie danych, komunikacja i wsparcie w zakresie podejmowania decyzji. Podział ten wynika z kwestii analitycznych. W rzeczywistości wiele organizacji zajmujących się ochroną zdrowia próbuje obecnie opracować jeden system informatyczny o zdrowiu, który obsługuje wszystkie trzy funkcjonalności jednocześnie. Globalnymi dostawcami tych systemów są np. EPIC<sup>8</sup> i Cerner.<sup>9</sup> Davies i jego współpracownicy badali wpływ takich wszechstronnych systemów informatycznych w podstawowej opiece zdrowotnej na kilka wskaźników jakości w siedmiu różnych krajach.<sup>10</sup> Wpływ ten był znaczący. Koordynacja i bezpieczeństwo świadczenia opieki zdrowotnej były większe przy zastosowaniu takich systemów informatycznych, szczególnie w przypadku pacjentów cierpiących na wielochorobowość. W 2005 r. Hillestad i współpracownicy<sup>11</sup> porównali wzrost kosztów w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej, w sektorze handlu detalicznego i w telekomunikacji. Te dwa ostatnie sektory już od kilku lat przed 2005 r. używały podobnych, wszechstronnych systemów informatycznych w procesie świadczenia usług. Davies i współpracownicy oczekują wzrostu wydajności w systemie opieki zdrowotnej o 1,5 do 4 procent, jeśli systemy IT przeznaczone dla sektora zdrowia będą wprowadzane w podobny sposób.

Dla celów pomiarowych, amerykańskie stowarzyszenie Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) opracowało koncepcję dojrzałości systemów informatycznych przeznaczonych dla sektora opieki zdrowotnej. Istnieje wiele metod i modeli umożliwiających mierzenie tego rodzaju

dojrzałości systemów informatycznych.<sup>12</sup> W niniejszym rozdziale wykorzystano tzw. metodę scoringową EMRAM (Electronic Medical Adaptive Model) opracowaną przez HIMSS Analytics.<sup>13</sup> EMRAM jest ośmiopoziomowym modelem dojrzałości systemów IT, odzwierciedlającym różne poziomy systemów IT dla systemów opieki zdrowotnej w szpitalach, począwszy od środowiska całkowicie opartego na dokumentacji papierowej (Poziom 0), po bardzo zaawansowane środowisko cyfrowe, które obsługuje archiwizację w formie cyfrowej, komunikację i wsparcie w procesie podejmowania decyzji (poziom 7).

Podejście scoringowe EMRAM zostało zastosowane w ponad 10 000 szpitali w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Europie, na Środkowym i Dalekim Wschodzie oraz w Australii. Obecnie w przygotowaniu są modele pochodne na potrzeby organizacji koordynowanej opieki zdrowotnej w Holandii<sup>14</sup> i innych organizacji opieki koordynowanej.<sup>15</sup> Elektroniczny rejestr stanu zdrowia pacjenta i duże systemy danych pozwalają na szerokie gromadzenie danych i tekstów pisanych w formie cyfrowej.

## 16.2 ELEKTRONICZNY REJESTR STANU ZDROWIA PACJENTA

Przez dziesięciolecia elektroniczne rejestry stanu zdrowia pacjenta (Electronic Health Records – EHR; definicja: zob. rysunek 16.1) uznawano za obiecujące narzędzie w dążeniu do uczynienia usług zdrowotnych bezpieczniejszymi, szybszymi, tańszymi i bardziej skutecznymi. Bezpieczniejszymi, ponieważ przekazywanie informacji w formie cyfrowej eliminuje błędy, które pojawiają się przy odręcznym wypisywaniu recept na lekarstwa; szybszymi ponieważ wsparcie diagnostyczne jest dostępne szybciej, np. cyfrowe wyniki badań z laboratoriów i oddziałów radiologicznych; a także bardziej skutecznymi, bowiem w przeciwieństwie do zapisów papierowych EHR są dostępne dla pacjentów i specjalistów w każdej chwili i w każdej możliwej lokalizacji. Wreszcie EHR pozwalają na oszczędność pieniędzy, gdyż ponowne wykorzystywanie informacji w formie cyfrowej zmniejsza konieczność powtarzania badań diagnostycznych. Jeśli EHR naprawdę są Świętym Graalem, jak się je traktuje, to brak w wielu krajach dostępnych, dobrze rozwiniętych i odpowiednio dojrzałych systemów elektronicznych rejestrów stanu zdrowia pacjenta oznacza, że jeszcze go nie odkryto. Pod koniec 2015 r. 48,6 procent niemieckich szpitali pracowało wyłącznie na podstawie dokumentacji papierowej. W innych krajach odsetek ten wynosi 10,4% (Włochy), 19,1% (Wielka Brytania) i 12,1% (Austria).<sup>16</sup> Hiszpania, Niemcy i Holandia mają jeden szpital z całkowicie rozwiniętym systemem elektronicznych rejestrów stanu zdrowia pacjenta z oceną EMRAM na poziomie 7 (zob. definicja w punkcie 16.1). Istnieją tylko dwa kraje, które osiągnęły wyższy poziom w skali EMRAM. Do końca 2015 r. wszystkie duńskie szpitale osiągnęły poziom 5 w skali EMRAM. Jest to wynikiem krajowych przepisów,



które wymagały, aby poszczególne regiony miały dobrze rozwinięte systemy informatyczne dotyczące zdrowia w podstawowych zakładach opieki zdrowotnej i szpitalach. Drugim z tych krajów są Stany Zjednoczone. W 2015 r. 34,6 procent amerykańskich szpitali uzyskało 5 punktów w skali EMRAM, 25,4 procent uzyskało 6 punktów, a 4,1 procent osiągnęło poziom 7. Stany Zjednoczone zawdzięczają ten sukces programowi zachęt finansowych stymulujących wprowadzanie elektronicznych rejestrów stanu zdrowia pacjenta. Program ten nazwano „Meaningful Use” i został on oparty na zasadach ekonomii behawioralnej (zob. punkt 12.3).<sup>17</sup>

W Holandii wszystkie podstawowe ośrodki opieki zdrowotnej mają dobrze rozwinięte elektroniczne rejestry stanu zdrowia pacjenta, które są używane przez 98 procent lekarzy POZ. W 2015 r. 50,8 procent holenderskich szpitali uzyskało 5 punktów w skali EMRAM, 9,5 procent uzyskało 6 punktów, a 1,6 procent uzyskało wynik na poziomie 7. Nie istniały szpitale o zerowej liczbie punktów. Elektroniczne rejestry stanu zdrowia pacjenta właściwie wspierają koordynację horyzontalną w systemie podstawowej opieki zdrowotnej. Wszystkie holenderskie szpitale z minimalnym wynikiem 5 punktów pracują na wspólnym rejestrze dla wszystkich specjalizacji medycznych. Jednakże pionowa koordynacja POZ i szpitali nie posiada wsparcia w postaci regularnych elektronicznych rejestrów stanu pacjenta.

Szpitale i placówki podstawowej opieki zdrowotnej komunikują się przez telefon, faksem lub za pośrednictwem poczty papierowej. Zjawisko to nazywa się automatyzacją wyspową: zarówno placówki podstawowej opieki zdrowotnej jak i szpitale mają dobrze rozwinięte systemy IT w zakresie zdrowia, ale komunikują się za pomocą przestarzałych metod komunikacji.

Boonstra i inni przeprowadzili systematyczny przegląd literatury dotyczącej wdrożenia elektronicznych rejestrów stanu zdrowia pacjenta w szpitalach.<sup>18</sup> Zidentyfikowano dziewiętnaście czynników mających wpływ na tę implementację i podzielono je na trzy grupy: czynniki kontekstowe (6 czynników), czynniki związane z treścią (5) i czynniki procesowe (8).

Czynniki kontekstowe mogą dotyczyć kultury organizacji: kultura organizacji, która wspiera współpracę i pracę zespołową przyczyni się do skutecznego wdrażania systemu elektronicznych rejestrów stanu zdrowia pacjenta ze względu na wysoki poziom zaufania między pracownikami. Możliwe czynniki związane z treścią to np. dostępność sprzętu i niezawodność systemu pod względem prędkości, dostępności, bezpieczeństwa i niezawodności – są one niezbędne dla zapewnienia pełnego wykorzystania elektronicznych rejestrów stanu zdrowia pacjenta. Często dostępny sprzęt jest zwyczajnie niewystarczająco dobry. Jednym z czynników wymienionych przez autorów jest to, że utworzenie interdyscyplinarnej grupy wdrożeniowej, składającej się z deweloperów, członków

działu IT i użytkowników końcowych, przyczynia się do skutecznego wdrożenia EHR. Choć Boonstra i inni koncentrują się na szpitalach, ich odkrycia mogłyby mieć znaczenie również w przypadku systemów opieki koordynowanej. Systemy teleinformatyczne dla sektora zdrowia w systemie opieki koordynowanej podatne są na podobne czynniki.

### 16.3 DUŻE SYSTEMY DANYCH NA TEMAT ZDROWIA

W obecnych czasach wszyscy pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej w Holandii korzystają z komputerów. Oprogramowanie zainstalowane na tych komputerach doskonale ułatwia szybką obsługę i dostęp do elektronicznych rejestrów stanu zdrowia pacjenta. Komputery te jednak nie posiadają dobrze rozwiniętej funkcjonalności oprogramowania, która umożliwia profesjonalistom tworzenie raportów zarządczych. Odpowiedzi na proste pytania, takie jak „jaka jest średnia zawartość procentowa HbA<sub>1c</sub> u pacjentów z cukrzycą w ciągu ostatniego roku?”, nie mogą zostać znalezione przez przeciętnego holenderskiego lekarza POZ po naciśnięciu jednego przycisku. Także dane logistyczne nie mogą być przywoływane na bardziej zagregowanym poziomie. W idealnym świecie takie informacje mogą być przywoływane z wykorzystaniem Internetu, na przykład podczas spotkania multidyscyplinarnego zespołu, i przechowywane w chmurze. Dotychczasowe próby wykazują obiecujące perspektywy dla realizacji potrójnego celu.<sup>19</sup>

Podstawowe dane o opiece zdrowotnej stanowią licznik interesującego wskaźnika, którego mianownik składa się z danych dotyczących całej populacji obszaru oddziaływania (takich jak wielkość, wiek, dochód, bezrobocie, skład gospodarstw domowych). Za pomocą tych wskaźników można porównywać kategorie, grupy wiekowe i inne grupy osób cierpiących na choroby przewlekłe pod kątem ich stanu zdrowia i korzystania z opieki zdrowotnej. Amerykańskie instytucje opieki zdrowotnej, takie jak Kaiser Permanente i Cleveland Clinics, korzystają z zaawansowanych form IT dla opieki zdrowotnej, które umożliwiają zarządzanie pacjentami (patrz także punkty 2.3 i 13.2). W swej międzynarodowej przebojowej publikacji *The Big Data Revolution* Mayer-Schönberger & Cukier<sup>20</sup> opowiadają się za tego rodzaju zarządzaniem pacjentami. W 2013 r. Michael Porter opracował format zarządzania pacjentami w podstawowej opiece zdrowotnej.<sup>21</sup>

Zarządzanie pacjentami jest obiecującą perspektywą dla placówek koordynowanej podstawowej opieki zdrowotnej, które działają w dobrze zdefiniowanych regionach i pionowo koordynowanych systemach opieki, które dbają o potrzeby osób cierpiących na choroby przewlekłe. Jednak obecnie dane o zdrowiu są niemal zawsze zablokowane w trudnych do zdobycia hurtowniach danych, a jeśli zostały one zanonimizowane, będą także trudne do wykorzystania.

Bazy danych były już dostępne do użytku w raportach z badań i raportach z zarządzania na wiele lat przed rozpoczęciem cyfryzacji. W niniejszej publikacji termin „duża baza danych” (patrz także rys.16.1) jest stosowany w przypadku bardzo dużych ilości (terabajtów) danych pochodzących z różnych źródeł, z których duża część składa się z danych niestrukturalnych. Duże systemy danych użyteczne w opiece koordynowanej muszą spełniać trzy wymagania, które zaczynają się od litery V: szybkości (velocity), objętości (volume) i różnorodności (variety).<sup>22</sup> Szybkość odnosi się do wyżej wymienionej szybkiej dostępności danych. W praktyce bazy danych dotyczące np. roku 2016 udostępniane są dopiero w 2018 lub 2019 r. Na potrzeby bieżącego zarządzania pacjentami – terminy te są zbyt odległe. Objętość wymaga danych z wielu lat, często nieorganizowanych, pochodzących z wielu porównywalnych organizacji opieki koordynowanej w różnych częściach kraju. Różnorodność opisana została już w części poświęconej zarządzaniu populacją – odnosi się ona do danych dotyczących zdrowia porównanych z danymi socjodemograficznymi, genetycznymi, środowiskowymi i społecznymi. W zależności od poziomu rozwoju trzech V można wyróżnić cztery typy dużych baz danych (patrz rys. 16.2). Każdy z tych czterech typów jest zilustrowany pytaniem, na które można odpowiedzieć za pomocą tej konkretnej bazy danych.

Bazy danych 2, 3 i 4 wymagają zaawansowanych metod badawczych opartych na zasadzie N = wszyscy uczestnicy populacji. Prowadzą badania oparte na randomizowanych badaniach klinicznych lub próbkach populacji. Zagadnienie tych baz danych omówione jest także w rozdziale 20 na temat badań nad systemami opieki koordynowanej. Duże bazy danych umożliwiają także badaczom ocenę efektu leczenia, pozwalając klientom/pacjentom wypełniać kwestionariusze na początku i końcu leczenia, a być może również na kilku etapach pośrednich.

Ta metoda znana jest pod nazwą BHOM (ang. Behavioural health outcomes management) i została już omówiona w sekcji 11.2. W 2012 r. Carlier i inni przeprowadzili międzynarodowy przegląd literatury.<sup>23</sup> Doszli do wniosku, że pracownicy POZ stosujący BHOM częściej korygują diagnozę i dostosowują leczenie. Obiecującym przykładem etapu 4 jest strona internetowa IBM Dr Watson, nazwana na cześć założyciela IBM.<sup>24</sup> Ten duży komputer zawiera całą literaturę medyczną, a także diagnozuje i prognozuje dane pacjenta. Maszyny uczące się i duże bazy danych ze sztuczną inteligencją idą o krok dalej. Tutaj komputer uczy się przy pomocy drzew decyzyjnych i ciągle dodaje nowe dane.<sup>25,26</sup> Duże bazy danych w fazie 4 umożliwiają również sekwencjonowanie genomowe, czyli innymi słowy diagnostykę genetyczną. Pozwala to naukowcom śledzić związek między genetycznym kodem pacjenta a nowotworami i chorobami przewlekłymi i prowadzi do rozwoju medycyny spersonalizowanej. Wreszcie

Internet przedmiotów (ang. Internet of Things – IoT) może być kolejnym przykładem zastosowania zaawansowanych dużych zbiorów danych na poziomie 4. W IOT wszystko jest wyposażone w ogromną liczbę małych mikrochipów. Stanowią one podstawę dla czujników, robotów, a nawet samochodów samobieżnych. Czujniki te mogą być zainstalowane w dowolnym miejscu, nawet w ciele człowieka.

Rys. 16.2 Klasyfikacja dużych baz danych na czterech etapach

**Etap 1** Prosta baza danych: jaki był średni procent HbA<sub>1c</sub> wszystkich chorych na cukrzycę w placówce podstawowej opieki zdrowotnej w ciągu ostatniego roku?

**Etap 2** Duża baza danych porównawczych: czy średni procent HbA<sub>1c</sub> u pacjentów chorych na cukrzycę w ubiegłym roku był podobny w porównaniu z innymi ośrodkami opieki zdrowotnej o takich samych parametrach demograficznych i społecznych?

**Etap 3** Duża baza danych wspierająca proces podejmowania decyzji: jakie są wytyczne dotyczące leczenia indywidualnego pacjenta z cukrzycą przy oznaczonych zmiennych w zakresach np. wiek, płeć, Hb<sub>1Ac</sub>, waga, stres, nawyki żywieniowe i aktywność fizyczna?

**Etap 4** Predykcyjna duża baza danych: jakie jest ryzyko późniejszych powikłań dla konkretnego pacjenta cierpiącego na cukrzycę?

**Źródło:** W oparciu o: Croonen H. Big data in de zorg: niet alleen verzamelen. Medisch Contact 2015:23-6.

Dzięki oprogramowaniu, które analizuje dane, pacjenci w odległej przyszłości będą mogli diagnozować samych siebie, a roboty będą lepiej przeprowadzać zabiegi niż lekarze.<sup>27</sup>

## 16.4 KOORDYNACJA OPIEKI I CYFRYZACJA W PERSPEKTYWIE HISTORYCZNEJ

Koordinacja opieki zdrowotnej i cyfryzacja świadczeń zdrowotnych to dwa różne zagadnienia. Ta pierwsza rozpoczęła się w latach sześćdziesiątych (patrz rozdział 3), a ostatnia w latach siedemdziesiątych (patrz punkt 16.1). W latach dziewięćdziesiątych pierwsze elektroniczne rejestry zdrowia (EHR) pojawiły się w podstawowej opiece koordynowanej w Holandii. Te EHR wspierały rozwój koordynacji poziomej i są obecnie używane przez prawie wszystkich lekarzy POZ. Można to uznać za pierwszy interfejs między opieką koordynowaną a zinstytucjonalizowaną. Jednak nadal pozostaje długa droga do przebycia. W przypadku holenderskich lekarzy POZ w 2016 r. elektroniczna wymiana informacji z organizacjami opieki w domu, domami opieki, pielęgniarkami socjalnymi lub służbami pomocy społecznej jest nadal mało prawdopodobna.<sup>28</sup>

Jak opisano w rozdziale 4, pionowa koordynacja podstawowej opieki zdrowotnej i opieki szpitalnej rozpoczęła się w latach osiemdziesiątych. Jednakże rozwój ten nie był wspierany przez utworzenie jednego wspólnego elektronicznego rejestru stanu zdrowia pacjenta dla obu sektorów lub poprzez wzajemną komunikację cyfrową. W 2016 r. obie strony nadal mają własne, wzajemnie niezgodne, systemy teleinformatyczne dla sektora zdrowia, opisane w badaniu jakościowym przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii.<sup>29</sup>

W przyszłości koordynacja i cyfryzacja opieki będzie miała nowe interfejsy. Jeden z nich dotyczy systemów wsparcia procesu podejmowania decyzji (definicja DSS – patrz rysunek 16.1) dla pacjentów i specjalistów w oparciu o dostępność dużych baz danych. Jak już pokazano w rozdziałach 8 i 9, pozwala to na zwiększenie świadomości pacjentów na temat wsparcia samodzielnego zarządzania i procesu wspólnego podejmowania decyzji.

Takie zwiększenie świadomości jest tym, co powoduje rozwój cyfryzacji i internetu w podobny sposób jak wynalezienie prasy drukarskiej.

Inny interfejs prawdopodobnie poprawi również jakość opieki, ponieważ specjaliści uzyskają zachęty ze strony DSS dla porównania swoich obserwacji i doświadczeń z wiedzą przechowywaną w bazie danych (patrz rysunek 16.2). Trzeci i ostatni interfejs dotyczy koordynacji usług zdrowotnych i socjalnych. Jak wyjaśniono w rozdziale 7, tego rodzaju koordynacja ta jest wciąż w powijakach. W przyszłości może dojść do powstania zupełnie nowego interfejsu, w którym dane i wsparcie w procesie podejmowania decyzji w zakresie usług zdrowotnych i socjalnych będą koordynowane i zdigitalizowane. Jednak w tym względzie Holandia i inne kraje nadal mają daleką drogę do przejścia. Nadzieja w tym, że łańcuchy blokowe<sup>30</sup> ułatwią tworzenie wszystkich tych interfejsów pod względem technicznym.

## **16.5 ODPOWIEŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU**

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób cyfryzacja może przyczynić się do realizacji Zasady trzech założeń w nadchodzących latach? Wniosek można uznać za wiarygodny, jeżeli został poparty założeniami teoretycznymi, a nie samymi badaniami empirycznymi. Wniosek zaznaczono gwiazdką, jeśli wynika z obserwacji w tylko jednym kraju lub z tylko jednego badania.

### **Potrójny cel 1: Poprawa stanu zdrowia populacji**

- 1 W idealnym świecie takie informacje na temat stanu zdrowia populacji mogą być przywoływane z wykorzystaniem Internetu, na przykład podczas

spotkania multidyscyplinarnego zespołu. Dotychczasowe próby wykazują obiecujące perspektywy dla realizacji potrójnego celu.\*

- 2 Istnieje niemałe prawdopodobieństwo, że zarządzanie populacją poprawi stan zdrowia pacjentów placówek koordynowanej podstawowej opieki zdrowotnej, które działają w dobrze zdefiniowanych regionach i pionowo koordynowanych systemach opieki, dbających o potrzeby osób cierpiących na choroby przewlekłe.

#### Potrójny cel 2: Poprawa jakości opieki nad pacjentem

- 3 Systemy informatyczne w podstawowej opiece zdrowotnej poprawiają koordynację i bezpieczeństwo świadczenia opieki zdrowotnej, zwłaszcza u pacjentów cierpiących na wielochorobowość.
- 4 EHR są obiecującym narzędziem w dążeniu do zapewnienia bezpieczniejszej, szybszej i bardziej skutecznej opieki nad nimi.
- 5 Jest prawdopodobne, że specjaliści zajmujący się opieką koordynowaną pionowo, którzy zbierają wyniki zgłaszane przez pacjentów, będą bardziej skłonni do dostosowania diagnozy i leczenia.
- 6 Cyfrowa koordynacja usług zdrowotnych i socjalnych jest wciąż w powijakach. W przyszłości może dojść do powstania zupełnie nowego interfejsu, w którym dane i wsparcie w procesie podejmowania decyzji w zakresie usług zdrowotnych i socjalnych będą koordynowane i zdigitalizowane. Pozwoli to na poprawę jakości opieki koordynowanej.

#### Potrójny cel 3: Obniżenie kosztów opieki na osobę

- 7 Istnieje prawdopodobieństwo, że systemy IT dla sektora zdrowia przyczynią się do zwiększenia produktywności w służbie zdrowia o 1,5 do 4 procent.\*
- 8 Systemy EHR pozwalają potencjalnie na oszczędność środków finansowych, gdyż ponowne wykorzystywanie informacji w formie cyfrowej zmniejsza konieczność powtarzania badań diagnostycznych.

#### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 16

- 1 CBS, ICT gebruik van personen naar persoonskenmerken, 2005–2013, The Hague: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014
- 2 Krijgsman J. E-health on the road to added value Den Haag/Utrecht: Nictiz/NIVEL, 2014 English pictograms.
- 3 Krijgsman J, Peeters J, Burghouts A i in. Between the spark and the flame: 2015 eHealth monitor. Den Haag: Nictiz, 2015.
- 4 Digitizing. Pobrane w dniu 3 sierpnia 2016 ze strony <https://en.wikipedia.org/wiki/Digitizing>.



- 5 Schumpeter JA. *Capitalism, Socialism and Democracy*. London: Routledge, 1994, pp. 82–83.
- 6 Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. *The innovator's prescription. a disruptive solution for health care*. New York: McGraw Hill, 2009.
- 7 Topol E. *The creative destruction of medicine. How the digital revolution will create better health care*. New York: Basic Books, 2012.
- 8 [https://en.wikipedia.org/wiki/Epic\\_Systems](https://en.wikipedia.org/wiki/Epic_Systems), pobrane w dniu 27 marca 2016.
- 9 [http://www.cerner.com/solutions/hospitals\\_and\\_health\\_systems](http://www.cerner.com/solutions/hospitals_and_health_systems), pobrane w dniu 27 marca 2016.
- 10 Davis K, Doty MM, Shea K i in. Health information technology and physician perceptions of quality of care and satisfaction. *Health Policy* 2009;90(2-3):239-46.
- 11 Hillestad R, Bigelow J, Bower A i in. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Affairs* 2005;24(5):1103-17.
- 12 Becker J, Knackstedt R, Pöppelbuß J. Developing maturity models for IT management. *Bus Inf Syst Eng*. 2009;1(3):213-222.
- 13 Pettit L. Understanding EMRAM and how it can be used by policy-makers, hospital CIOs and their IT teams. *World Hosp Health Serv*. 2013;49(3):7-9.
- 14 [www.spindok.nl](http://www.spindok.nl), pobrane w dniu 28 marca 2016.
- 15 Poelgeest R van, Pettit L, Leeuw RJ de i in. Profile of the digitization of patient medical records in Dutch hospitals. *Journal of Healthcare Information Management* 2015;29(4):38-46.
- 16 Hoyt JP. Comparative analysis between US and Europe on digital hospitals. *EVP HIMSS Analytics*, prezentacja na kongresie Cocir Congress w Brukseli, 28 stycznia 2016.
- 17 Blumenthal D, Tavenner M. The 'Meaningful Use' regulation for electronic health records. *N Engl J Med* 2010;363:501-4.
- 18 Boonstra A, Versluis A, Vos JF. Implementing electronic health records in hospitals: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 2014;14:370.
- 19 Nelson EC, Dixon-Woods M, Batalden PB, i in. Patient focused registries can improve health, care, and science. *BMJ* 2016;354:i3319.
- 20 Mayer-Schönberger V, Cukier K. *Big data: a revolution that will transform how we live, work and think*. Boston: Eamon Dolan/Houghton Mifflin Harcourt Publishers, 2013.
- 21 Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Affairs* 2013;32(3):516-25.
- 22 Zikopoulos P, Eaton C. *Understanding big data: analytics for enterprise class hadoop and streaming data*. New York: McGraw-Hill Osborne Media, 2011.
- 23 Carlier IVE, Meuldijk D, Vliet IM van i in. Empirische evidence voor de effectiviteit van routine outcome monitoring; een literatuuronderzoek. *Tijdschr Psychiatr* 2012;54(2):121-8.
- 24 Watson. Retrieved from [https://en.wikipedia.org/wiki/Watson\\_\(computer\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Watson_(computer)).

- 25 Darcy AM, Louie AK, Roberts LW. Machine Learning and the Profession of Medicine. *JAMA* 2016;315(6):551-2.
- 26 Parikh RB, Kakad M, Bates DW. Integrating predictive analytics into high-value care: the dawn of precision delivery. *JAMA* 2016;315(7):651-2.
- 27 Steinhubl SR, Muse ED, Topol EJ. The emerging field of mobile health. *Sci Transl Med* 2015;7(283):283rv3.
- 28 Krijgsman J, Swinkels I, Lettow B van i in. Meer dan techniek, eHealth-monitor 2016. Den Haag/Utrecht: Nictiz/NIVEL, 2016.
- 29 Cresswell KM, Mozaffar H, Lee L i in. Safety risks associated with the lack of integration and interfacing of hospital health information technologies: a qualitative study of hospital electronic prescribing systems in England. *BMJ Qual Saf* Published Online First: 1 kwietnia 2016 doi: 10.1136/bmjqs-2015-004925.
- 30 <https://www.oreilly.com/ideas/understanding-the-blockchain>.



## 17 E-zdrowie i opieka koordynowana

W punkcie 17.1 dobre praktyki w zakresie e-zdrowia w opiece koordynowanej omówiono w kontekście zastosowania terminów zdefiniowanych na rys. 16.1 powyżej. Niestety stwierdzono także przypadki złych praktyk w tym zakresie. Punkt 17.2 wyjaśnia je pokrótce. Jednym z czynników utrudniających dobre praktyki jest brak bezpieczeństwa internetowego. W punkcie 17.3 przedstawiono pięć zagrożeń dla bezpieczeństwa i zaoferowano rozwiązania lub sposoby ich ograniczania. W punkcie 17.4 powrócono do zagadnień opieki koordynowanej i znaleziono odpowiedź na pytanie: czy e-zdrowie wpływa na usługi zdrowotne? Sekcja końcowa (punkt 17.5) odpowiada na pytania badawcze niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z niniejszego rozdziału.

### 17.1 DOBRE PRAKTYKI W DZIEDZINIE E-ZDROWIA

Rys. 17.1 przedstawia publikacje dotyczące dobrych praktyk w asynchronicznej komunikacji cyfrowej między pacjentami a pracownikami opieki zdrowotnej (publikacje 1–5), teleopieki (publikacje 7–13) oraz technologii domów inteligentnych (publikacje 14 i 15). Wszystkie te publikacje wydane zostały niedawno i większość z nich to przeglądy piśmiennictwa. Rysunek poniżej pokrótce opisuje pozytywne wyniki omówione w tych publikacjach. Więcej informacji na temat metodologii zastosowanej w tych opracowaniach można znaleźć w bibliografii. Szczególnie warte uwagi są następujące wyniki:

- Mimo że e-konsultacje występują zarówno we fragmentarycznych, jak i koordynowanych systemach opieki zdrowotnej, systemy koordynowane aktywnie zachęcają do ich stosowania (publikacje 1, 2 i 3).
- Opieka mieszana jest bardziej skuteczna niż systemy oparte wyłącznie na dokumentacji cyfrowej (publikacja 4).
- Wpływ komunikacji asynchronicznej na zachowania zdrowotne i korzystanie z opieki nie został jednoznacznie określony (publikacja 5).

- Przykłady skutecznej poziomej opieki koordynowanej można znaleźć w publikacjach dotyczących teleopieki w celu zarządzania bólem, telemonitorowania osób z zespołem słabości w podeszłym wieku i telemonitoringu pacjentów z chorobami przewlekłymi (publikacje 6, 7 i 8).
- Telemedycyna i teleopieka w radiologii, intensywnej opiece medycznej, terapii pacjentów z udarem i innych formach opieki są obiecującymi przykładami zarówno pionowej koordynacji opieki, jak i cyfryzacji, która wspiera tę koordynację (publikacje 9–13).
- Opublikowane oceny dobrych praktyk w zakresie technologii domów inteligentnych lub automatyzacji w domu są obecnie nadal niedostępne.
- Wyżej wymienieni badacze starają się znaleźć standardy komunikacji cyfrowej między urządzeniami domowymi (np. detektory tlenu węgla, detektory gazów i powodzi), ośrodek alarmowy online, specjaliści, którzy muszą interpretować te alarmy i wytyczne dotyczące odpowiedniego świadczenia pomocy (publikacje 14 i 15).
- Cyfryzacja nie jest możliwa w skali lokalnej lub departamentalnej. Innowacje omówione w tych czternastu publikacjach są realizowane na dużą skalę, nie ograniczając się do pojedynczych dzielnic, lekarzy czy oddziałów szpitalnych.

Rys. 17.1 Dobre praktyki wśród pacjentów i przedstawicieli POZ w systemach opieki koordynowanej

Innowacje	Wyniki	Autor i odniesienia
1 E-konsultacje	Po tym jak uruchomiono kampanie marketingowe w celu promowania e-konsultacji, aż jedna trzecia pacjentów Kaiser Permanente zdecydowała się z nich korzystać.	Cooper <sup>1</sup>
2 E-konsultacje	Dwadzieścia trzy procent wszystkich pacjentów, którzy odwiedzili ośrodek akademicki, zarejestrowało się do portalu w 2010 roku, a 8,4 procent wszystkich pacjentów wysłało do lekarza co najmniej jedną wiadomość. W latach 2005–2010 liczba wiadomości na każdych stu pacjentów miesięcznie ustabilizowała się średnio na poziomie 18,9 wiadomości rocznie.	Crotty BH i in. <sup>2</sup>
3 i 4 Przeglądy literatury na temat e-zdrowia psychicznego	E-zdrowie psychiczne, w szczególności opieka mieszana, jest skuteczna bez względu na rodzaj zaburzeń, sposób leczenia, otoczenie, pochodzenie etniczne i wiek pacjenta lub klienta	Hilty DM i in. <sup>3</sup> Deslich S. i in. <sup>4</sup>

5 Komunikacja asynchroniczna między pacjentami cierpiącymi na chorobę przewlekłą a specjalistami	Skuteczność komunikacji asynchronicznej została przeanalizowana poprzez zbadanie wpływu na zachowania zdrowotne, wyniki zdrowotne i zadowolenie pacjentów. Skutki komunikacji asynchronicznej nie są jednoznaczne. Pacjenci jednak chętnie uczestniczą w tego rodzaju komunikacji.	Jong RM de i in. <sup>5</sup>
6 Teleopieka nad pacjentami cierpiącymi na przewlekłe stany bólowe	Współpraca z ośrodkiem podstawowej opieki zdrowotnej została ustanowiona i funkcjonuje.	Kroenke K i in. <sup>6</sup>
7 Teleopieka nad osobami w wieku podeszłym z zespołem słabości	Koszty opieki nad grupą objętą teleopieką były takie same, jak w grupie opieki regularnej. Grupa objęta teleopieką charakteryzowała się mniejszym stosunkiem wstępnych do zstępnych niż miało to miejsce w grupie objętej opieką regularną.	Upatising B i in. <sup>7</sup>
8 Przegląd literatury na temat telemonitoringu	Ogólnie rzecz ujmując, korzyści obejmują ograniczenie korzystania z usług: pobyt w szpitalu/ponowny pobyt w szpitalu, długość pobytu w szpitalu i wizyty w oddziałach ratunkowych uległy znacznemu ograniczeniu. Także poziom umieralności uległ znacznemu obniżeniu. Badania rzadko wskazują na wyniki neutralne lub mieszane.	Bashshur RL i in. <sup>8</sup> Widmer RJ i in. <sup>9</sup>
9 Teleradiologia	Teleradiologia została osadzona w systemie opieki zdrowotnej i skoordynowana z szeroką gamą praktyk radiologicznych. Zasadniczo zalety teleradiologii przewyższają potencjalne niebezpieczeństwa.	Krupinski EA <sup>10</sup>
10 i 11 Teleopieka intensywna	Niższa śmiertelność i krótszy pobyt na oddziałach intensywnej opieki medycznej.	Fifer S i in. <sup>11</sup> Lilly CM i in. <sup>12</sup> Wilcox ME i in. <sup>13</sup>
12 Teledermatologia	W większości przypadków konieczności skierowania pacjenta na fizyczną wizytę u lekarza udało się uniknąć. Średni czas odpowiedzi dermatologów wynosił od czterech do sześciu godzin. Korzystne efekty edukacyjne stwierdzono w większości przypadków telekonsultacji. Ograniczono koszty.	Heijden JP van der i in. <sup>14</sup>
13 i 14 Domotyka	Nie są dostępne żadne badania ewaluacyjne (marzec 2016). Brakuje standaryzacji między oprogramowaniem internetowym a sprzętem domowym.	Delgado AR i in. <sup>15</sup> Ingle AJ & BW Gawali <sup>16</sup>

## 17.2 NIESKUTECZNE PRAKTYKI W ZAKRESIE E-ZDROWIA

Chociaż wyniki publikacji 1 do 14 są spójne pod względem naukowym i bezwzględnie pozytywne, inne dokumenty pokazują również negatywne skutki wdrożenia systemu e-zdrowia. Wykorzystując randomizowaną próbną grupę respondentów, określaną Demonstratorem Systemów Całościowych, Steventon i inni ocenili skutki stosowania technologii domów inteligentnych w porównaniu z opieką regularną w Wielkiej Brytanii<sup>17</sup>. Odkryli, że proces ten nie doprowadził do znacznego ograniczenia opieki, ocenianej przez okres ponad 12 miesięcy. Chaudhry i in. przeprowadzili kolejne szeroko zakrojone badanie: randomizowane, kontrolowane badanie dotyczące skutków telemonitoringu dla pacjentów z niewydolnością serca.<sup>18</sup> Doszli do wniosku, że telemonitoring nie poprawił prognoz u pacjentów, którzy niedawno byli hospitalizowani z powodu niewydolności serca. W punkcie 8.4 opisano już jak cyfrowe wsparcie samoopieki czasami nie ma wpływu na korzystanie z opieki czy wyniki zdrowotne.

Istnieją dwa powody, dla których interwencje cyfrowe niekiedy nie działają. Pierwszy z nich dotyczy braku bezpieczeństwa w Internecie. Bariera ta została omówiona w punkcie 17.3. Same interwencje w zakresie e-zdrowia nie wystarczają do zmiany zachowań u pacjentów i specjalistów. Takie przekształcenia wymagają również innych interwencji, takich jak edukacja formalna, zarządzanie przypadkami i rozmowy motywacyjne. Chaudrey i inni podkreślają znaczenie kontaktu międzyludzkiego. Brooks i inni przedstawiają kolejny powód, dla którego innowacje cyfrowe czasem nie są skuteczne. Badacze ci ocenili chęć placówek opieki psychicznej do wprowadzenia systemów e-zdrowia psychicznego. Według ich badań 78 procent lekarzy poprosiło o więcej naukowych dowodów na skuteczność opieki online. Uważali, że technologia ta jest niezgodna z ich codzienną praktyką i obawiali się, że więcej rozwiązań w zakresie e-zdrowia doprowadzi do zmniejszenia przychodów z przyjmowania na leczenie i bezpośrednich kontaktów międzyludzkich. Aby pokonać te bariery, Brooks i inni stwierdzają, że specjaliści w systemie opieki zdrowotnej potrzebują:

- 1 możliwość zaawansowanych szkoleń;
- 2 bardziej przekonujących dowodów, że program e-zdrowia psychicznego rzeczywiście działa;
- 3 większej przyjazności dla użytkownika oprogramowania własnego (w tabletach i smartfonach) oraz połączeń z klientami/pacjentami.

Wykorzystując podobne argumenty, Christensen, o którym wspomniałem w punkcie 16.1, stwierdza, że innowacje internetowe są skuteczne tylko wtedy, gdy towarzyszą im inne innowacje w zakresie opieki zdrowotnej i innowacje finansowe.

Opierając się na tych wszystkich źródłach, jedyną skuteczną opcją jest równoległa innowacja systemów opieki zdrowotnej, informatyki i systemów płatniczych, z których wszystkie koncentrują się na realizacji potrójnego celu. Podkreśla to znaczenie rzetelnej i niezależnej oceny strategii przed jej przyjęciem; metoda, która dokładnie wpisuje się w kontekst koordynowanej opieki zdrowotnej, ze szczególnym naciskiem na medycynę opartą na dowodach (patrz także punkt 9.4). Paradygmat przewiduje następującą kolejność działań: najpierw ocena, potem realizacja. Producenci oprogramowania i programiści aplikacji często nie korzystają z tej zasady – wybierają raczej metodę prób i błędów, a także wnikliwą analizę. Regularnie wprowadzają na rynek produkty, które nie zostały dostatecznie przetestowane. Model biznesowy, który określa wartość dodaną innowacji cyfrowych w stosunku do przyszłych kosztów może stanowić rozwiązanie tego problemu. Punkt 19.1 omawia to zagadnienie w sposób bardziej szczegółowy.

### **17.3 BEZPIECZEŃSTWO SYSTEMÓW TELEINFORMATYCZNYCH W DZIEDZINIE OPIEKI ZDROWOTNEJ**

EHR, duże bazy danych i e-zdrowie stają przed pięcioma podstawowymi zagrożeniami w zakresie bezpieczeństwa (patrz Rys. 17.2). Razem utrudniają rozpozszechnianie e-zdrowia.

Raz oceniłem innowację w zakresie e-zdrowia psychicznego, która ucierpiała na awarii oprogramowania technicznego (patrz Rys. 17.2), polegającą na tym, że pacjenci uzyskali dostęp do EHR innych pacjentów przez okres kilku tygodni. Dział IT zdołał rozwiązać ten problem, ale w tym czasie szkody już nastąpiły. Zaufanie do systemu informatycznego wśród pacjentów i profesjonalistów, z którym przyjęto to rozwiązanie przed wystąpieniem błędu, znacząco spadło. Istnieje kilka rozwiązań dla tego problemu. Projektowanie oprogramowania to zawód sam w sobie, zatem rozwój programów nie powinien pozostawać w rękach instytucji opieki zdrowotnej. Zamiast tego organizacje te powinny raczej kupować oprogramowanie, które zostało przetestowane i skutecznie użyte gdzie indziej.

Drugim rozwiązaniem jest utworzenie zespołu naprawczego, który będzie w stanie natychmiast reagować na ostrzeżenia dotyczące błędów oprogramowania.

Szpital, w którym pracuję odwiedzany jest czasami przez członków holenderskiej rodziny królewskiej. Niewątpliwie jest wielu specjalistów, którzy chcieliby zapoznać się szczegółowo z danymi zawartymi w EHR tych bardzo ważnych osób (patrz Rys. 17.2). Nazywam takich pracowników opieki zdrowotnej, którzy są ekstensywnie zainteresowani ingerencją w dane, hakerami wewnętrznymi.

Rys. 17.2 Ryzyko dla bezpieczeństwa systemów IT w systemie opieki zdrowotnej

1	Błędy techniczne oprogramowania
2	Personel medyczny ma dostęp do rejestrów EHR wszystkich pacjentów
3	Hakerzy atakują system teleinformatyczny przeznaczony dla sektora opieki medycznej
4	Proces uwierzytelniania narażony jest na oszustwa
5	Pobieranie danych z bazy danych może zaszkodzić określonym grupom pacjentów

Inni specjaliści z dostępem do systemu informatycznego chcieliby otworzyć EHR należące do przyjaciela lub członka rodziny. Stanowiłoby to jednak naruszenie prywatności pacjentów. Rozwiązanie tego problemu jest trzystopniowe. Możliwe jest zaprojektowanie oprogramowania, które wskazuje nazwiska wszystkich specjalistów opieki medycznej, którzy uzyskali dostęp do konkretnego EHR. System informatyczny automatycznie wyświetla ostrzeżenie w przypadku odnotowania nieupoważnionego profesjonalnego dostępu do danego EHR. W takim przypadku osoba odpowiedzialna może wówczas zostać zwolniona.

Superinteligentne dzieci, przestępcy i agencje państwowe próbują uzyskać nieupoważniony dostęp do dużych baz danych (patrz rys. 17.2), aby uzyskać informacje o pewnych osobach. To samo tyczyć się będzie baz danych zdrowotnych. W Holandii istnieją dwie bazy danych, które są tak zabezpieczone, że uzyskanie nielegalnego dostępu do nich jest niezwykle trudne: baza danych krajowych organów podatkowych, w której zarejestrowano każdego holenderskiego podatnika oraz elektroniczne systemy płatności banków komercyjnych. Dzięki zainwestowaniu ogromnych starań i dużych pieniędzy, te dwie bazy danych są stosunkowo bezpieczne. Utworzenie systemu informatycznego w zakresie opieki zdrowotnej z odpowiednią ochroną przed hakerami jest zbyt kosztowne dla indywidualnych placówek i podmiotów świadczących usługi w zakresie opieki zdrowotnej. Jednak doświadczenia w innych sektorach uczą nas, że istnieje możliwość dokonania tego.

Czwarty problem związany z bezpieczeństwem przedstawiony na rys. 17.2 dotyczy uwierzytelnienia (patrz definicja na rys. 16.1). Holenderscy obywatele korzystający z kart płatniczych i bankowości internetowej są chronieni na kilka sposobów.

- 1 Gdy konto jest otwierane, uwierzytelnianie odbywa się podczas kontaktu osobistego z klientem. Zdjęcie w dokumencie tożsamości porównywane jest z twarzą klienta.

- 2 Jeśli konto zostanie użyte dla celów dokonania nietypowych płatności, klient będzie niezwłocznie powiadomiony przez telefon.
- 3 Klienci uzyskują numer telefonu, za pomocą którego mogą natychmiast zablokować konto w przypadku zagubienia lub kradzieży karty.
- 4 Bankowość online jest chroniona przez metodę autoryzacji online, która obejmuje wiadomość tekstową z kodem logowania.

W porównaniu z tymi zabezpieczeniami w dziedzinie bankowości online, uwierzytelnianie i zarządzanie bezpieczeństwem w komunikacji online między pracownikami systemu opieki zdrowotnej a pacjentami jest niewystarczające. W innowacyjnych projektach do przeprowadzania e-konsultacji holenderscy specjaliści wykorzystują tzw. portale e-zdrowia. Aby uzyskać dostęp do tego portalu, pacjenci muszą użyć cyfrowego dokumentu tożsamości, zwanego DigiD.

Takie DigiD składa się jedynie z nazwy użytkownika i hasła. Nie uwzględnia się możliwości kontaktu osobistego i nie stosuje się żadnego z powyższych kroków w celu zapewnienia bezpiecznego korzystania z tych portali. W Holandii szybkie wprowadzenie systemu e-zdrowia jest utrudnione ze względu na brak powszechnie dostępnych elektronicznych narzędzi uwierzytelniania, które mogą być wykorzystywane przez obywateli, o wystarczającym poziomie niezawodności i o akceptowalnym poziomie kosztów.

Bazy danych dotyczące zdrowia są interesujące nie tylko dla pacjentów, specjalistów i naukowców. Interesują także firmy ubezpieczeniowe, farmaceutyczne, pracodawców i wiele innych organizacji (patrz punkt 5 na rys. 17.2).

Poprzez inteligentne łączenie danych o zdrowiu z danymi społecznymi i handlowymi, osoby trzecie uzyskują dostęp do informacji umożliwiających im wyodrębnienie pewnych grup ludności, zróżnicowanych pod względem wyceny usług, produktów i ubezpieczeń.

Rozwiązaniem mogącym przeciwdziałać temu zagrożeniu jest ustanowienie (ogólnokrajowej) agencji lub komisji, która odpowiada za zatwierdzanie lub odrzucanie pobierania informacji z bazy danych. Komisje te mogłyby oceniać uzasadnienia wskazane przez osoby trzecie w celu uzyskania dostępu do informacji zawartych w bazach danych i rozważać zalety i wady takich procedur dla pacjentów. W Europie większość krajów ustanowiło już takie komisje lub agencje.

## **17.4 E-ZDROWIE I OPIEKA KOORDYNOWANA: PERSPEKTYWA NA PRZYSZŁOŚĆ**

Czy Topol<sup>19</sup> i Christensen<sup>20</sup> mają rację stwierdzając, że wynalezienie Internetu ma charakter przełomowy dla szpitali, tak jak miało to miejsce w przypadku kas



mechanicznych, agencji turystycznych czy bibliotek wideo? Christensen i inni oczekują, że rozwój Internetu oznacza, że diagnostyka w dużej mierze zniknie ze szpitali. Zgadzam się, że w dłuższej perspektywie rzeczywiście tak się stanie. W przyszłości lekarze POZ przy diagnozowaniu będą mieli ułatwione zadanie, bez konieczności kierowania pacjentów do specjalisty medycznego. Wynika to z trzech przesłanek:

- 1 Mogą oni skorzystać z telemedycyny, aby wystosować dodatkowe pytania do specjalistów w szpitalach z prośbą o radę. Specjaliści ci mogliby pracować w szpitalu położonym nawet na drugim końcu kraju – w placówce, która specjalizuje się np. w rzadkich schorzeniach.
- 2 Urządzenia do diagnostyki obrazowej stają się coraz tańsze i łatwiejsze w użyciu, dzięki zastosowaniu czujników i smartfonów z konkretnymi aplikacjami. Dzięki temu łatwiej będzie instalować sprzęt diagnostyczny w ośrodkach medycznych.
- 3 Lekarze POZ i specjaliści spoza szpitala zaczną korzystać z oprogramowania wspomagającego proces podejmowania decyzji. Obejmuje to m.in. drzewa decyzyjne oparte na najnowszej literaturze medycznej i analizie dużych baz danych.

Te trzy zagadnienia przekonały mnie do przyjęcia wniosku Christensena: diagnostyka w dużej mierze zniknie ze szpitali i przejęta zostanie przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej i ogólnokrajowe ośrodki wiedzy fachowej.

Wymaga to koordynacji pionowej podstawowej opieki zdrowotnej i szpitali na poziomie wytycznych diagnostycznych oraz chęci ponownego wykorzystania informacji diagnostycznych, które zostały już zebrane w systemie podstawowej opieki zdrowotnej. Rys. 17.3 prezentuje przykład tego, w jaki sposób może to działać.

W związku z tym, w poszczególnych przypadkach należy zidentyfikować trzy problemy. Po pierwsze, procedura ta zdegraduje Elisabeth do roli technika, który nie diagnozuje pacjenta, ale robi to, o co poprosi ją inny profesjonalista. Wdrożenie tej zmiany kulturowej nie nastąpi z dnia na dzień, ponieważ chirurdzy i inni specjaliści medyczni mają wysoki status wewnątrz i na zewnątrz systemu opieki zdrowotnej. Druga kwestia polega na tym, że systemy płatnicze istniejące w większości krajów OECD sugerują również, że diagnostyka zniknie ze szpitali w sposób bardziej stopniowy.



Rys. 17.3 Przypadek lepszej diagnostyki w podstawowej opiece zdrowotnej

Joyce jest lekarzem POZ, a Eric (74 lata) jest jednym z jej pacjentów. Joyce dokonuje diagnozy: jedno z bioder Erica wykazuje zmiany zwyrodnieniowe. W procesie diagnozy opiera się na zdjęciach rentgenowskich jego biodra, informacji Erica o bólu jaki przeżywa i badaniu fizykalnym stawu. Zdjęcie rentgenowskie zostało wykonane w ośrodku diagnostycznym i wysłane do Joyce przez radiologa wraz z opisem diagnostycznym: stan chrząstki stawu biodrowego jest zły. Po tej diagnozie Joyce i Eric podejmują wspólnie decyzję, korzystając z technik wspólnego podejmowania decyzji, o których mowa w rozdziale 10. Joyce przesyła wszystkie informacje diagnostyczne, w tym zdjęcia rentgenowskie, do chirurga – Elizabeth, która pracuje w klinice, którą wybrali Joyce i Eric. Elizabeth sprawdza informacje, spotyka się z Erikiem przed operacją i przeprowadza zabieg. Po 12 godzinach Eric idzie do domu i zaczyna rekonwalescencję z pomocą Joyce i jej kolegów z placówek podstawowej opieki zdrowotnej.

Systemy takie współpracują z płatnościami w jednorodnych grupach pacjentów (Diagnosis Related Grups – DRG), pojęciu wynalezionym w 1980 roku przez Fettera i in. Opierają się one na założeniu, że diagnoza i leczenie są przeprowadzane w jednym i tym samym szpitalu. Odejście od systemu DRG i zastąpienie go systemem płatności według modelu Cappuccino, jak opisano w rozdziale 13, wymagać będzie wielu lat. Podobnie problematyczne będzie pięć zagrożeń wymienionych w punkcie 17.3. Spowodują one niechęć ogółu społeczeństwa i opóźnią cyfryzację opieki zdrowotnej. Chociaż przyjąłem konkluzje Topola i Christensena,<sup>20</sup> że wynalazek internetu stanowi ważną innowację w zakresie usług zdrowotnych, nie spodziewam się jednak, że Internet stanie się przełomową innowacją typu Schumpetera, ale raczej stopniową implementacją typu opisanego przez Rogersa<sup>21</sup>, zgodnie z opisem w rozdziale 19.

## 17.5 ODPOWIEDŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób system e-zdrowia w koordynowanej opiece zdrowotnej może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach? Wniosek zaznaczono gwiazdką, jeśli wynika z obserwacji w tylko jednym kraju lub z tylko jednego badania.

### Potrójny cel 1 i 2: Poprawa zdrowia populacji oraz poprawa jakości opieki nad pacjentem

- 1 Podczas, gdy e-konsultacje występują zarówno we fragmentarycznych, jak i koordynowanych systemach opieki zdrowotnej, systemy koordynowane

- aktywnie zachęcają do ich stosowania. Pozwala to na poprawę jakości opieki koordynowanej.
- 2 Opieka mieszana poprawia jakość opieki koordynowanej w większym stopniu niż systemy oparte stricte na cyfryzacji.
  - 3 Przykłady skutecznej poziomej opieki koordynowanej można znaleźć w publikacjach dotyczących teleopieki w celu zarządzania bólami, telemonitorowania osób w podeszłym wieku z zespołem słabości i telemonitoringu pacjentów z chorobami przewlekłymi.
  - 4 Telemedycyna i teleopieka w radiologii, intensywnej opiece medycznej, terapii pacjentów z udarem i innych formach opieki są obiecującymi przykładami zarówno pionowej koordynacji opieki, jak i cyfryzacji, która wspiera tę koordynację.\*
  - 5 Opublikowane oceny dobrych praktyk w zakresie technologii domów inteligentnych lub automatyzacji w domu są obecnie nadal niedostępne. Steventon i in. ocenili wpływ technologii domów inteligentnych w porównaniu z opieką regularną w Wielkiej Brytanii. Okazało się, że proces ten nie doprowadził do znacznego ograniczenia opieki w ocenie trwającej przez okres 12 miesięcy.\*
  - 6 Telemonitoring nie poprawił wyników u pacjentów, którzy niedawno zostali hospitalizowani z powodu niewydolności serca.

### Potrójny cel 3: Obniżenie kosztów opieki na osobę

- 7 Wielu przedstawicieli POZ uważa, że e-zdrowie jest niezgodne z ich codzienną praktyką i obawia się, że więcej rozwiązań w zakresie e-zdrowia doprowadzi do zmniejszenia przychodów z przyjmowania na leczenie i bezpośrednich kontaktów międzyludzkich.\*
- 8 Christensen, o którym wspomniałem w punkcie 6.1, stwierdza, że innowacje internetowe są skuteczne tylko wtedy, gdy towarzyszą im inne innowacje w zakresie opieki zdrowotnej i innowacje finansowe. Opierając się na wszystkich źródłach wskazanych w niniejszym rozdziale, jedyną skuteczną opcją jest równoległa innowacja systemów opieki zdrowotnej, informatyki i systemów płatniczych, z których wszystkie koncentrują się na realizacji potrójnego celu.
- 9 Wpływ komunikacji asynchronicznej na zachowania zdrowotne i korzystanie z opieki nie został jednoznacznie określony
- 10 EHR, duże bazy danych i e-zdrowie stają w obliczu pięciu zagrożeń dla bezpieczeństwa (awarie oprogramowania technicznego, hakerzy wewnętrzni, hakerzy zewnętrzni, brak bezpiecznego systemu uwierzytelniania i konflikty w dostępie do baz danych). Rozwiązania mające na celu redukcję tych

zagrożeń są możliwe, ale kosztowne. Doprowadzą do wzrostu kosztów opieki koordynowanej.

- 11 W dłuższej perspektywie diagnostyka w dużej mierze zniknie ze szpitali i przejęta zostanie przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej i ogólnokrajowe ośrodki wiedzy fachowej. Wymaga to koordynacji pionowej między podstawową opieką zdrowotną, ośrodkami wiedzy specjalistycznej i klinikami lokalnymi na poziomie wytycznych diagnostycznych oraz chęci ponownego wykorzystania informacji diagnostycznych, które zostały już zebrane w systemie podstawowej opieki zdrowotnej. Takie przeniesienia kosztów nie następują w ciągu jednego dnia, ponieważ szpitale mają wysoki status w zakresie usług zdrowotnych. W konsekwencji e-zdrowie nie stanowi przełomowej innowacji typu opisanego przez Schumpetera, lecz raczej stopniowe wprowadzanie w życie zgodnie z modelem opisanym przez Rogersa.

#### BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 17

- 1 Cooper A. Connected for health: using electronic health records to transform care delivery, nursing practice innovations. W: Liang LL (red.). Connected for health – using electronic health records to transform care delivery. Chichester: Jossey-Bass, 2010.
- 2 Crotty BH, Tamrat Y, Mostaghimi A i in. Patient-to-physician messaging: volume nearly tripled as more patients joined system, but per capita rate plateaued. *Health Affairs* 2014;33(10):1817-22.
- 3 Hilty DM, Ferrer DC, Parish MB i in. Effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemed J E Health* 2013;19(6):444-54.
- 4 Deslich S, Stec B, Tomblin S i in. Telepsychiatry in the 21st century: transforming healthcare with technology. *Perspect Health Inf Manag* 2013;10(Summer):1f.
- 5 Jong RM de, Ros WJ, Schrijvers G. The effects on health behavior and health outcomes of internet-based asynchronous communication between health providers and patients with a chronic condition: a systematic review. *J Med Internet Res* 2014;16(1):e19.
- 6 Kroenke K, Krebs EE, Wu J i in. Telecare collaborative management of chronic pain in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA* 2014;312(3):240-8.
- 7 Upatising B, Wood DL, Kremers WK i in. Cost comparison between home telemonitoring and usual care of older adults: a randomized trial (Tele-ERA). *Telemed J E Health* 2013;21(1):3-8.
- 8 Bashshur RL, Shannon GW, Smith BR i in. The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management. *Telemed J E Health* 2014;20(9):769-800.
- 9 Widmer RJ, Collins NM, Collins CS i in. Digital health interventions for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 2015;90(4):469-80.

- 10 Krupinski EA. Teleradiology: current perspectives. *Reports in Medical Imaging* 2014;7:5-14.
- 11 Fifer S, Everett W, Adams M i in. *Critical care, critical choices. the case for tele-ICUs in intensive care*. Cambridge/Westborough: New England Health Care Institute/Massachusetts Technology Collaborative, 2010.
- 12 Lilly CM, Cody S, Zhao H i in. Hospital mortality, length of stay, and preventable complications among critically ill patients before and after tele-ICU: re-engineering of critical care processes. *JAMA* 2011;305(21):2175-83.
- 13 Wilcox ME, Adhikari NK. The effect of telemedicine in critically ill patients:systematic review and meta-analysis. *Crit Care* 2012;16(4):R127
- 14 Heijden JP van der, Keizer NF de, Bos JD i in. Teledermatology applied following patient selection by general practitioners in daily practice improves efficiency and quality of care at lower cost. *Br J Dermatol* 2011;165(5):1058-65.
- 15 Delgado AR. *Remote-controlled home automation systems with different network technologies*. Wrexham: Centre for Applied Internet Research (CAIR), University of Wales, NEWI. Dostęp w dniu 30 marca 2016 from <http://www.glyndwr.ac.uk/groutv/papers/p5.pdf>.
- 16 Ingle AJ, Gawali BW. Status of wireless technologies used for designing home automation system – a review. *Int J Adv Comput Sci Appl* 2011;2(7):142-6.
- 17 Steventon A, Bardsley M, Billings J i in. Effect of telecare on use of health and social care services: findings from the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age Ageing* 2013;42(4):501-8.
- 18 Chaudhry SI, Mattera JA, Curtis JP i in. Telemonitoring in patients with heart failure. *N Engl J Med* 2010;363:2301-9.
- 19 Topol EJ. *The creative destruction of medicine: How the digital revolution will create better health care*. New York: Basic Books, 2012.
- 20 Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. *The innovator's prescription: a disruptive solution for health care*. New York: McGraw-Hill, 2009.
- 21 Rogers EM. *Diffusion of innovations*. Wydanie 5. (Wydanie 1: 1962). New York: Free Press, 2003.

# CZEŚĆ 7

## PRZYWÓDZTWO, INNOWACJE I BADANIA NAD OPIEKĄ KOORDYNOWANĄ



## 18 Plany i rzeczywistość w dziedzinie przywództwa w systemie opieki koordynowanej

W punkcie 18.1 przedstawiono definicje przywództwa, zarządzania i terminów pochodnych. W punkcie 18.2 omówiono trzy podstawowe umiejętności w zakresie przywództwa: proponowanie poglądów strategicznych, utrzymywanie motywacji wśród pracowników oraz kontrolę i ocenę jakości opieki, dochodów i kosztów. W punkcie 18.3 przedstawiono dziewięć możliwych ról w zakresie przywództwa oraz ich rodzaje pod względem organizacyjnym. Przedstawiono zalety i wady każdego z tych dziewięciu typów opieki koordynowanej, a jeden z nich uznano za najlepszy: biurokracja profesjonalna z przywództwem służebnym ze strony lekarzy. Punkt 18.4 zawiera odpowiedzi na pytanie: w jaki sposób przywództwo w opiece koordynowanej może przyczynić się do realizacji potrójnego celu?

### 18.1 CZYM JEST PRZYWÓDZTWO?

Zarówno w teorii jak i w praktyce przywództwo ma kluczowe znaczenie dla zespołów i organizacji w systemie opieki koordynowanej. W punkcie 3.5 przedstawiono model teoretyczny opracowany przez Butta i innych<sup>1</sup> mający na celu inspirowanie pracy w zespole. Rozróżnia się cztery czynniki podstawowe, czynniki organizacyjne i czynniki społeczne. Jednym z tych czterech czynników podstawowych jest przywództwo. Pozostałe trzy to specjaliści, którzy chcą współpracować, relacje koleżeńskie i wzajemna zależność. D'Amour i inni<sup>2</sup> (patrz także punkt 3.5) badali także aspekty teoretyczne w systemie opieki koordynowanej. Podkreślają znaczenie wspólnego przywództwa: nie ma konieczności koncentrowania wszystkich działań przywódczych w rękach jednej osoby. Ważniejsze jest dzielenie się kompetencjami, odpowiedzialnością, wiedzą i doświadczeniem. W swojej książce, *Leadership and Medicine*,<sup>3</sup> Loop wskazuje na trzy podstawowe umiejętności w zakresie przywództwa.

Wymagania te są częściowo oparte na doświadczeniach własnych jako prezesa Cleveland Clinics, a częściowo na przeglądzie literatury. Obejmują one zdolność do:

- 1 przewidywania przyszłych wydarzeń i proponowania planów strategicznych;
- 2 utrzymania motywacji wśród profesjonalistów;
- 3 kontroli i oceny jakości, dochodów i kosztów opieki.

Kotter<sup>4</sup> wprowadza rozróżnienie między przywództwem a zarządzaniem. Zarządzanie oznacza *realizację celów*, lub – innymi słowy – oddziaływanie na procesy w celu uzyskania wstępnie ustalonego celu i tworzenie przewidywalności. Natomiast przywództwo koncentruje się na zmianach i wprowadzaniu nowych celów. Chociaż przywództwo i zarządzanie mają różne konotacje, to jednak w dużym stopniu się pokrywają.

Studia przypadku dotyczące opieki koordynowanej podkreślają także konieczność przywództwa. W swojej książce *Pursuing Triple Aim*, Bisognano i Kenney<sup>5</sup> stwierdzają, że przywództwo i kultura to czynniki konieczne dla tworzenia i kontynuowania opieki koordynowanej (patrz także punkty 2.2 i 10.7). Wyżej wymieniony projekt *Gesundes Kinzigtal* prezentuje także znaczenie zagadnienia przywództwa (patrz punkt 4.6). W rozdziale 4 omówiono koordynację pionową w opiece zdrowotnej nad przewlekle chorymi.

Przykładem tego typu koordynacji jest sieć opieki klinicznej: multidyscyplinarna sieć lekarzy POZ i specjalistów medycznych. W latach 2006–2008, McInnes i inni<sup>6</sup> dokonali oceny sześciu takich sieci w Australii: dwóch charakteryzujących się wysokim oddziaływaniem na jakość opieki, dwóch – średnim i dwóch – niskim. Przywództwo było jednym z wielu kluczowych czynników wpływających na skuteczną poprawę jakości opieki. Uwzględniono inne czynniki: zasady modelu sieci; struktury formalne i procesy organizacyjne; charakter projektów sieciowych; relacje zewnętrzne; profil i wiarygodność sieci.

W kolejnych punktach omówione zostaną podstawowe umiejętności przywódcze wspomniane przez Loopa, ale najpierw pragnę podkreślić następujące zagadnienia:

- 1 przywództwo w opiece koordynowanej dzielone jest między członków zespołów multidyscyplinarnych i niekoniecznie koncentruje się na jednej osobie;
- 2 przywództwo jest warunkiem koniecznym skutecznej opieki koordynowanej, ale nie jest to jedyny warunek. Oba te zagadnienia powrócą w punkcie 18.5.



## 18.2 IDEALNE PRZYWÓDZTWO W SYSTEMACH OPIEKI KOORDYNOWANEJ

W punkcie tym bardziej szczegółowo omówione zostaną podstawowe umiejętności przywódcze według modelu Loopa.

### Propozycje strategicznych punktów widzenia

W 2015 r., Kotter i in.<sup>7</sup> sformułowali osiem punktów, w odniesieniu do których przywódcy systemów opieki zdrowotnej powinni przyjąć strategiczny punkt widzenia (patrz rys. 18.1).

Jak pokazano na rysunku, poszczególne elementy zostały już omówione. Chociaż lista Kottera jest inspirująca, a jej elementy powinny zostać omówione w ramach strategicznych punktów widzenia organizacji zajmujących się opieką koordynowaną, uzupełniłem rys. 18.1 dziewiątym elementem, który dotyczy pacjentów jako partnerów. Zagadnienie to wskazano także w pracy autorstwa Swensena i in. z Institute of Health Improvement.

Rys. 18.1 Zagadnienia określające tych przywódców opieki zdrowotnej, którzy powinni mieć strategiczny punkt widzenia

1	Prowadzenie organizacji w kierunku potrójnego celu (punkt 2.2)
2	Przekształcenie strategii organizacji – z ukierunkowania na ilość do ukierunkowania na wartość (punkt 11.1)
3	Utworzenie jednostek ds. koordynacji praktyk (Integrated Practice Units – IPU), które pracują wspólnie na rzecz jednej grupy docelowej lub zestawu problemów (punkt 4.3)
4	Pomiar wyników i kosztów dla każdego pacjenta (punkty 12.1 i 14.2)
5	Przejsie na płatności kompleksowe dla ścieżek opieki (punkt 14.1)
6	Koordynacja systemów realizacji opieki zdrowotnej (rozdziały 2 i 3)
7	Rozszerzenie zasięgu geograficznego poprzez cyfryzację i korzystanie z Internetu (rozdział 16)
8	Tworzenie i udostępnianie technologii informatycznych (rozdział 17)
9	Niepostrzeganie podopiecznych/pacjentów i ich rodzin jako konsumentów, ale raczej jako partnerów w promowaniu zdrowia i podejmowaniu wspólnych decyzji (rozdziały 8 i 9)

**Źródło:** Pozycje 1–8 przyjęte z Kotter JP, Porter ME, Olmsted Teisberg E i in. Leadership, strategy, and innovation: health care collection. Boston: Harvard Business Review Press, 2015. Pozycja 9 przyjęta na podstawie Swensen S i in. High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2013.

Zarówno Kotter jak i Swensen stwierdzają, że wszystkie wymienione wyżej elementy są ważne dla wszystkich przedstawicieli POZ i przywódców organizacji, a filozofia potrójnego celu powinna stać się istotną częścią kultury każdej organizacji.

W celu przygotowania strategicznego punktu widzenia przywódcy organizacji mogą wykorzystać analizę SWOT. Skrót ten oznacza następujące elementy: siła własnej organizacji (ang. Strengths), jej słabości (ang. Weaknesses), szanse w środowisku (ang. Opportunities) i zagrożenia dla środowiska (ang. Threats).<sup>8</sup> Systematyczne przeprowadzanie analiz SWOT dla każdego z dziewięciu zagadnień wskazanych na rysunku 18.1 stanowi silną podstawę do zaproponowania odpowiednich strategicznych punktów widzenia.

### Utrzymanie motywacji wśród specjalistów

Ośrodki opieki zdrowotnej charakteryzujące się wysoką jakością wyników funkcjonują również w wielu miejscach w Stanach Zjednoczonych. Wśród nich wyróżnić można takie placówki jak Cleveland Clinics, Virginia Mason Medical Center Seattle, Kaiser Permanente, Mayo Clinics czy Veteran's Administration. Wszystkie te placówki są zarządzane przez wiodących lekarzy pracujących w atmosferze ułatwiającej im stymulowanie roli w ramach organizacji non-profit, gdzie nacisk kładzie się na motywację pracowników. W odniesieniu do tego rodzaju przywództwa, w 1970 r. Greenloaf<sup>9</sup> wprowadził termin *przywództwa służebnego*. Koncepcja ta została opracowana w modelu Russella i Stone'a.<sup>10</sup>

Cytując powyższych dwóch autorów: „Optymalnie najlepszą motywacją do przywództwa powinna być chęć służenia (...) Interes własny nie powinien stanowić motywacji dla przywództwa służebnego. Powinni oni wznieść się na wyższą płaszczyznę motywacji, która skupia się na potrzebach innych. Dopóki poczucie władzy dominuje nad myśleniem o przywództwie, nie możemy zmierzać ku wyższemu standardowi przywództwa.”

Służba musi stać w samym sercu działania. Choć władza będzie zawsze związana z przywództwem, ma tylko jedno uzasadnione zastosowanie: służbę. Ham wspiera ten proces przywództwa służebnego: szczęśliwy personel oznacza szczęśliwych pacjentów. Zostało to już omówione w punkcie 10.7. Filozofia Total Quality Management opiera się również na koncepcji przywództwa służebnego (patrz punkt 10.7). Tutaj przedstawiciele POZ stanowią klientów wobec swoich przywódców.

Ci ostatni świadczą usługi na rzecz przedstawicieli systemu opieki zdrowotnej, np. strategiczne punkty widzenia, dobrze funkcjonujący sprzęt, wygodne powierzchnie biurowe i rozsądne obciążenie pracą. Z własnego doświadczenia jako kierownika badań mogę powiedzieć, że punkty te były czasem ważniejsze

niż zdolność do przedstawienia inspirujących, wizjonerskich opinii na temat zgłoszonych artykułów.

Specjaliści są szczęśliwi, gdy przywództwo służebne również charakteryzuje się ciągłością, oraz kiedy mamy do czynienia ze stabilnością organizacyjną i spójnością w odniesieniu do różnych celów realizowanych przez placówki i organizacje opieki koordynowanej. Wspomniany już wcześniej Loop dochodzi do podobnych wyników w studium przypadku Cleveland Clinics. Dowody wskazują również, że taka forma przywództwa zwiększa wewnętrzną motywację pracowników, a tym samym poprawia jakość i skuteczność ich działań.

Szpital American Magnet – charakteryzujące się doskonałymi warunkami pracy dla pielęgniarek i dobrym przywództwem – wykazują niższe wskaźniki śmiertelności i niższe koszty działalności.

Stosowanie przywództwa służebnego nie jest jedyną rzeczą, która motywuje pracowników. Równie ważna jest zasada legitymizacji Gladwella. Zgodnie z tą zasadą ludzie zasadniczo traktują szefa jako autorytet jeśli a. czują, że zostaną wysłuchani, b. zasady są przewidywalne, co oznacza, że zasady te nie zmieniają się z dnia na dzień, oraz c. autorytet ten jest sprawiedliwy: jedna grupa zainteresowanych nie powinna być traktowana odmiennie od innej. Jeśli przywódcy zapominają o tej zasadzie legitymizacji, wśród tych, którzy muszą tych zasad przestrzegać pojawią się różne formy przekłamań, fałszowania wyników i oszustwa. W swojej książce, *The End of leadership*, Kellerman twierdzi, że nie spotyka się już zjawiska szacunku dla przywódców i kierownictwa. Skupia się na osobach zmuszonych do przestrzegania zasad – na grupie tych, którymi przywódcy zarządzają. Według Kellerman, osoba ta akceptuje tylko zadania przekazane do wykonania przez przywódcę, który szanuje uzgodnienia, jest uczciwy i kompetentny. Dzięki dobrym przykładom przywódcy mogą tworzyć kulturę, która pozwala poprawić jakość i rozwijać organizację.

### Zapewnienie jakości i kontrola kosztów

Trzeci aspekt przewiduje, że podstawowe umiejętności przywódcze obejmują kwestie zapewnienia jakości i kontroli kosztów. Grol, znany holenderski profesor zarządzania jakością w systemach opieki zdrowotnej, zaproponował by przywódcom powierzyć pięć obszarów odpowiedzialności w tym zakresie. Zgadzam się z definicją tych obszarów, ale poszerzam ich zasięg tak, aby obejmował także kontrolę kosztów. Poniżej omawiane są one w kontekście opieki koordynowanej.

- 1 Zespoły multidyscyplinarne omawiają kwestie dotyczące jakości i kosztów w przeszłości i przyszłości oraz związane z indywidualnymi przypadkami pacjentów, a także grupami przypadków. System wzajemnej oceny to

- znacznie skuteczniejsze narzędzie niż kontrola kosztów lub kontrola jakości przez jednego przywódcę.
- 2 Istnieje kultura wzajemnej komunikacji na temat jakości i efektywności. To nie tylko część planu spotkań zespołów, ale także zagadnienie ważne dla wszystkich kontaktów zawodowych.
  - 3 Nawet najniżsi rangą pracownicy mogą mieć coś pożytecznego do powiedzenia na temat jakości i efektywności. Nie powinni czuć się ograniczeni przez różnice wynikające ze struktury hierarchicznej i powinni być zachęceni do wyrażania swoich opinii.
  - 4 Istnieje pewna publiczna przejrzystość danych o jakości i kosztach, które są ważne i łatwe do zrozumienia. Chociaż jest to ważny aspekt, wiele badań wykazało, że przejrzystość publiczna ma bardzo niewielki wpływ na reputację dostawców usług opieki zdrowotnej i ma niewielki wpływ na decyzje pacjentów.<sup>11,12,13</sup>
  - 5 Opieka jest zorganizowana i skoordynowana z potrzebami pacjentów. Zapewnienie jakości i kontrola kosztów są zgodne z procesem koordynacji poziomej i pionowej. Nie skupiają się wyłącznie na jakości i koszcie poszczególnych czynności diagnostycznych lub terapeutycznych, ale także na całym łańcuchu świadczenia opieki.
  - 6 Przywództwo oznacza stosowanie zasady *zachowania zgodności lub udzielenia wyjaśnień*. Punkty 2.5 i 9.4 wprowadziły już tę zasadę: specjalistom wolno odejść od wytycznych dotyczących jakości lub standardów dotyczących kosztów, o ile przedstawią odpowiednie uzasadnienie. Zasada ta zachęca do otwartych pytań dotyczących jakości i kosztów opieki.
  - 7 Przywództwo oznacza stosowanie zasady skuteczności: zasada ta była częścią dawnych holenderskich ustaw ubezpieczeniowych i może być ilustrowana następującym przykładem: jeśli domowe leczenie żółtaczką u noworodków może zagwarantować taką samą jakość opieki jak leczenie szpitalne, a jednocześnie jest tańsze niż leczenie szpitalne, te same usługi w domu były automatycznie dozwolone.
  - 8 PDCA to skrót używany do opisu cyklu polityki w zakresie zarządzania jakością. Został on już przedstawiony w punkcie 14.2. Litery skrótu oznaczają Plan-Do-Check-Act (Planuj-Wykonaj-Sprawdź-Działaj).<sup>14</sup> W praktyce często stosowanie cyklu PDCA jest rozczarowujące, jako że element kontroli jakości, C w PDCA, często ulega zaniedbaniu.<sup>15,16</sup> Termin „P&C” opisuje cykl polityki stosowany w zarządzaniu finansami. Litery te oznaczają Planowanie (Planning) i Kontrolę (Control). Placówki świadczące usługi opieki koordynowanej, które realizują Zasadę trzech założeń w zakresie poprawy zdrowia, jakości opieki i kontroli kosztów, muszą współpracować z połączonymi i spójnymi cyklami PDCA i P&C.

Stanowi to podsumowanie niniejszej części poświęconej zagadnieniu idealnego przywództwa w systemach opieki koordynowanej. Taki ideał rzadko istnieje w rzeczywistości, jako że przywódcy często brakuje trzech wymienionych podstawowych umiejętności i motywacji do realizowania modelu przywództwa służebnego.

### 18.3 DZIEWIĘĆ RODZAJÓW STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ W RZECZYWISTYCH WARUNKACH DZIAŁANIA OPIEKI KOORDYNOWANEJ

Przez całą moją karierę natrafiłem na dziewięć rodzajów organizacji zapewniających opiekę koordynowaną. Każdy z nich charakteryzował się odmienną formą przywództwa. Każdy ma zalety i wady dla opieki koordynowanej. Rysunek 18.1 prezentuje pokrótce te dziewięć typów wraz z formami przywództwa i ich zaletami i wadami. Później natknąłem się na te dziewięć rodzajów w literaturze na temat organizacji teoretycznych. Zostały one omówione poniżej.

W *biurokracji profesjonalnej*, opracowanej przez Mintzberga<sup>17</sup>, pracownicy organizacji opieki zdrowotnej mają własne wytyczne i przepisy prawne. W Holandii jej głównym orędownikiem jest Weggeman.<sup>18</sup> Amerykańskie systemy koordynowanej opieki zdrowotnej, takie jak Cleveland Clinic<sup>19</sup>, Kaiser Permanente<sup>20</sup> i Mayo Clinic<sup>21</sup>, są zarządzane głównie przez profesjonalistów i uzyskują wysokie oceny pod względem jakości i kontroli kosztów.

Kultura organizacji koncentruje się zarówno na zagadnieniach zewnętrznych jak i zawodowych oraz na potrzebach pacjentów. Lekarze odgrywają tutaj kluczową rolę.

W *hierarchii biurokratycznej* Maksa Webera zarząd posiada ostateczną odpowiedzialność za wszystkie działania. Model ten mocno kontrastuje z modelem biurokracji profesjonalnej. Hierarchia biurokratyczna koncentruje się na podziale obowiązków. Cykl planowania i kontroli jest ważnym narzędziem delegowania polityki i przenoszenia kompetencji. Kultura tego modelu jest nieelastyczna i skupiona do wewnątrz.

W *modelu kastowym* każda grupa zawodowa posiada własne symbole i profesjonalny kodeks honorowy. Szczyt drabiny zajmuje lekarz w białym fartuchu, ze stetoskopem w kieszeni, a dolne szczeble są zajęte przez pacjentów w piżamie szpitalnej. Każda kasta jest jak duża rodzina, której członkowie chronią się nawzajem i zmagają się z waściami rodzinnymi i wojnami plemiennymi. Model ten wywodzi się z socjologii interpretacyjnej i interakcjonizmu symbolicznego.<sup>22</sup>

Organizacja opieki koordynowanej jako *firma komercyjna* opiera się na suwerenności konsumenckiej i możliwościach rynkowych. Wewnętrznie, redystrybucja zadań i redukcja kosztów ogólnych mają kluczowe znaczenie

dla utrzymania niskich cen. Szpital stosuje profil marketingowy nastawiony na wartości ważne dla określonej grupy klientów (na przykład intymność klienta) w celu przyciągnięcia określonego typu pacjentów.

W modelu negocjacyjnym wszyscy specjaliści i menedżerowie negocjują ze sobą. Harwardzki model negocjacji<sup>23</sup> oraz ogólny model zarządzania jakością (patrz punkt 10.7) stanowią teoretyczne podstawy tego modelu.

Organizacja *non-profit* postrzega jako swoją misję zaspokojenia potrzeb ludności (regionalnej), której służy. Interes publiczny chroniony jest przez poczucie świadomości moralnej organizacji.<sup>24</sup>

Rys. 18.2 Rodzaje organizacji zapewniających opiekę koordynowaną, formy przywództwa, zalety i wady

Rodzaj organizacji	Rodzaj przywództwa	Zalety opieki koordynowanej	Wady opieki koordynowanej
1 Biurokracja profesjonalna	Lekarze na czele organizacji	Nacisk na jakość opieki, np. ciągłość opieki	Personel niemedyczny – taki jak pielęgniarki – staje się mniej ważny
2 Hierarchia biurokratyczna	Przywództwo formalistyczne	Nacisk na postępowanie specjalistów zgodnie z wytycznymi	Zbyt dużo czasu spędza się na zaznaczaniu i odznaczaniu: kultura wypetniania rubryk
3 Społeczeństwo kastowe	Przywództwo wyrażane poprzez symbole statusu i ubiór służbowy	Korzystanie z tych samych symboli, np. te same koszulki polo, podkreśla jedność zespołu pracowników	Specjaliści w różnych kastach nie komunikują się wystarczająco dużo ze sobą
4 Firma komercyjna	Przywódcy myślą o możliwościach finansowych i zagrożeniach	Szybko realizowane są innowacje z dobrym zwrotem z inwestycji (punkty 17.2 i 19.1)	Można zapomnieć o długoterminowych aspektach potrójnego celu.
5 Społeczeństwo negocjacyjne	Przywódcy i specjaliści myślą głównie w kategoriach interesów	Istnieje otwarta komunikacja między przywódcami a specjalistami	Mniejszy nacisk na ambicje zbiorowe i wartości społeczne

6 Organizacja non-profit	Dla przywódców najważniejsze są wartości społeczne i misja	Wartości potrójnego celu są stale wyrażane przez przywódców	Specjaliści będą zmęczeni zbyt „ewangelizującymi” przywódcami
7 Organizacja oparta na hipokryzji	Polityka reputacji jest dla przywódców ważniejsza niż codzienna jakość opieki	Nacisk kładzie się na życzenia i wymagania populacji docelowej i jej wartości	Profesjonalna jakość opieki staje się mniej ważna
8 Złożony System Adaptacyjny	Przywódcy działają zmierzając do minimalizacji konfliktów	Istnieje kultura współpracy bez konfliktów między różnymi specjalistami	Można zapomnieć o długoterminowych aspektach potrójnego celu.
9 Organizacja nastawiona na pacjenta	Przywódcy pracują z grupami docelowymi pacjentów, np. osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe	Kontynuacja opieki i substytucja to ważne aspekty polityki	Nowe nieciągłości pojawiają się, gdy ludzie należą do więcej niż jednej grupy docelowej

Organizacja opieki koordynowanej jako *organizacja oparta na hipokryzji* jest modelem stworzonym przez szwedzkiego eksperta ds. zarządzania, Brussona.<sup>25</sup> Patrząc z punktu widzenia zarządu, organizacja wysyła mieszane sygnały do świata zewnętrznego. Dla Rady Nadzorczej i ubezpieczyciela jest to sygnał A, w mediach jest to sygnał B, a dla pracowników to sygnał C. W idealnej sytuacji  $A = B = C$ . Jeśli tak nie jest, organizacja, o której mowa, jest organizacją opartą na hipokryzji. Zdaniem Brussona szwedzkie organizacje opieki zdrowotnej w latach 1982–2002 często należały do tej właśnie kategorii. Zarząd musi dążyć do  $A = B = C$ , a jeśli nie jest to możliwe, należy przyznać, że istnieją różne prawdy.

Organizacja opieki koordynowanej jako *złożony system adaptacyjny* jest modelem, w którym organizacja opieki koordynowanej stale dostosowuje się do otoczenia. Nie ma strategicznego przywództwa. Organizacja rozwija się organicznie. W ważnym raporcie Instytutu Medycyny, *Crossing the Quality Chasm*, podejściu temu poświęcono szczególnie dużo uwagi.<sup>26</sup>

W organizacji *nastawionej na pacjenta* świadczenie opieki koordynowanej organizowane jest według grup docelowych. W Holandii Hattinga Verschure opracował ten model w 1971 r.<sup>27</sup> Christensen, o którym już wspomniałem w punktach 16.1 i 17.2, wprowadził na nowo ten typ organizacji wraz



z postulatem dotyczącym sieci opieki nad przewlekle chorymi, wymagającymi współpracy pacjentów i pracowników podstawowych i wtórnych systemów opieki zdrowotnej.

Dziewięć omówionych tu i przedstawionych na rys. 18.1 typów organizacji nie wyklucza się wzajemnie. Każdy z nich podkreśla jeden lub kilka aspektów istniejących organizacji opieki koordynowanej. Czołowi koordynatorzy powinni poznać wszystkie te rodzaje, rozpoznać je i wykorzystać w oparciu o wspomnianą filozofię potrójnego celu: lepsze zdrowie populacji, wyższą jakość opieki dla pacjentów indywidualnych i niższych kosztów na osobę.

Porównując dziewięć rodzajów przywództwa, najlepszym rozwiązaniem dla organizacji opieki koordynowanej wydaje się być biurokracja profesjonalna Mintzberga z lekarzami w roli przywódcy w ramach systemu przywództwa służebnego. Jeśli przywódcy wybierają tę rolę, specjaliści z innych, pozamedycznych dyscyplin mogą również wywierać wpływ na politykę organizacji. Pozwoli to na utrzymanie ich motywacji. Oczywiście nowi przywódcy, którzy są zaangażowani w realizację potrójnego celu i opiekę koordynowaną, muszą zaakceptować istniejącą organizację opieki. Przekształcenie w biurokrację profesjonalną z przywództwem służebnym kosztuje dużo energii, wysiłku i czasu. Rozdział 19 poświęcony zarządzaniu zmianami omawia to zagadnienie bardziej szczegółowo.

#### **18.4 ODPOWIEDŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU**

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób zarządzanie w koordynowanej opiece zdrowotnej może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach? Wniosek zaznaczono gwiazdką, jeśli wynika z obserwacji w tylko jednym kraju lub z tylko jednego badania.

##### **Potrójny cel 1, 2 i 3, tj. poprawa zdrowia populacji oraz poprawa jakości opieki nad pacjentem i obniżenie kosztów opieki na osobę**

- 1 Przywództwo ma zasadnicze znaczenie dla zespołów opieki koordynowanej, ich kultury i organizacji, aby osiągnąć potrójny cel.
- 2 W przypadku zespołów wspólne przywództwo ma duże znaczenie: nie ma konieczności koncentrowania wszystkich działań przywódczych w rękach jednej osoby. To wzmacnia pracę zespołową i jakość opieki koordynowanej.
- 3 W odniesieniu do przywództwa w ułatwiającej, stymulującej roli, niniejsza publikacja stosuje pojęcie „przywództwa służebnego”. Optymalnie najlepszą



motywacją do przywództwa powinna być chęć służenia. Promuje to osiągnięcie potrójnego celu opieki koordynowanej.

- 4 Jest prawdopodobne, że stosowanie zasady skuteczności zmniejsza koszty opieki koordynowanej.
- 5 Dowody wskazują, że przywództwo służebne zwiększa wewnętrzną motywację pracowników, a tym samym poprawia jakość i skuteczność ich działań. Szpitale American Magnet – charakteryzujące się doskonałymi warunkami pracy dla pielęgniarek i dobrym przywództwem – wykazują niższe wskaźniki śmiertelności i niższe koszty działalności.\*

## BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 18

- 1 Butt G, Markle-Reid M, Browne G. Interprofessional partnerships in chronic illness care: a conceptual model for measuring partnership effectiveness. *Int J Integr Care* 2008;8:e08.
- 2 D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriquez M, i in. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005;19:Suppl 1:116-31.
- 3 Loop FD. *Leadership and Medicine*. Pensacola: Fire Starter Publishing, 2009.
- 4 Kotter JP. *Leading change: why transformation efforts fail*. Harv Bus Rev marzec-kwiecień 1995, reprint.
- 5 Bisognano M, Kenney C. *Pursuing the Triple Aim. Seven innovators show the way to better care, better health and lower costs*. San Francisco: Jossey-Bass, 2012.
- 6 McInnes E, Haines M, Dominello A i in. What are the reasons for clinical network success? A qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2015;15:497.
- 7 Kotter JP, Porter ME, Olmsted Teisberg E i in. *Leadership, strategy, and innovation: health care collection*. Boston: Harvard Business Review Press, 2015.
- 8 Houben G, Lenie K, Vanhoof K. A knowledge-based SWOT-analysis system as an instrument for strategic planning in small and medium sized enterprises. *Decision Support Systems* 1999;26(2):125-35.
- 9 Greenleaf RK. *The servant as leader*. Indianapolis, 1972.
- 10 Russell RF, Stone AG. A review of servant leadership attributes: developing a practical model. *Leadership & Organization Development Journal* 2002;23(3):145-57
- 11 Huckman RS, Kelley MA. Public reporting, consumerism, and patient empowerment. *N Engl J Med* 2013;369(20):1875-7
- 12 Walker J, Darer JD, Elmore JG i in. The road toward fully transparent medical records. *N Engl J Med* 2014;370(1):6-8.
- 13 Ryan AM, Nallamothu BK, Dimick JB. Medicare's public reporting initiative on hospital quality had modest or no impact on mortality from three key conditions. *Health Affairs* 2012;31(3):585-92.

- 14 Kaboli PJ, Mosher HJ. Using balanced metrics and mixed methods to better understand QI interventions. *BMJ Qual Saf* 2014;23(6):437-9.
- 15 Curtis JR, Levy MM. Improving the science and politics of Quality Improvement. *JAMA* 2011;305(4):406-7
- 16 Danz MS, Hempel S, Lim YW i in. Incorporating evidence review into quality improvement: meeting the needs of innovators. *BMJ Qual Saf* 2013;22(11):931-9.
- 17 Mintzberg H. The structuring of organizations: a synthesis of the research, the theory of management. Policy series. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979.
- 18 Weggeman M. Leiding geven aan professionals? Niet doen! Wydanie 3. Schiedam: Scriptum, 2008.
- 19 Loop FD. Leadership and Medicine. Pensacola: Fire Starter Publishing, 2009.
- 20 Enthoven AC, Tollen LA. Towards a 21st century health system. the contributions and promise of prepaid group practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.
- 21 Berry LL, Seltman KD. Management lessons from Mayo Clinic: inside one of the world's most admired service organizations. New York: McGraw-Hill, 2008.
- 22 Symbolic interactionism. Dostęp dnia 18 kwietnia 2016 r. z [https://en.wikipedia.org/wiki/Symbolic\\_interactionism](https://en.wikipedia.org/wiki/Symbolic_interactionism).
- 23 Customer intimacy. Dostęp dnia 18 kwietnia 2016 r. z <http://www.businessdictionary.com/definition/customer-intimacy.html>.
- 24 Fisher R, Ury WL, Patton B. Getting to yes: negotiating agreement without giving in. Wydanie 3. New York: Penguin Books, 2011.
- 25 Veraart M. Moreel besef als borging van publieke belangen. *Econ Stat Ber* 2014;99:140-3.
- 26 Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- 27 Hattinga Verschure JCM. Het verschijnsel zorg. Lochem: De Tijdstroom, 1981.

## 19 Innowacje w systemie opieki koordynowanej i zarządzanie zmianami

Punkt 19.1 wprowadza termin innowacji w systemie opieki zdrowotnej oraz dziewięciostopniowy model ich opracowywania. Skupia się na innowacjach procesowych, które pojawiają się najczęściej w ramach opieki koordynowanej. Jeśli innowacja procesowa jest skuteczna, pozostaje pytanie w jaki sposób można tę innowację rozpowszechnić. Odpowiedź można znaleźć w punkcie 19.2. Zarządzanie zmianami ma zasadnicze znaczenie dla rozpowszechniania innowacji procesowych. Zostanie to omówione w punkcie 19.3. Niniejszy rozdział kończy się również częściową odpowiedzią na jedno z pytań badawczych niniejszej publikacji: w jaki sposób innowacje w opiece zdrowotnej i zarządzanie zmianami przyczyniają się do realizacji potrójnego celu?

### 19.1 PROJEKTOWANIE INNOWACJI W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

W 1991 roku Van Londen i ja zdefiniowaliśmy innowacje w zakresie opieki zdrowotnej jako zmianę w systemie świadczenia opieki zdrowotnej, która została świadomie wybrana przez istniejące organizacje i której celem jest poprawa jakości i/lub skuteczności świadczenia opieki. Ponownie wprowadzam tę definicję, ponieważ koncepcja ta była szeroko stosowana w Holandii przez ostatnie 25 lat. Innowacja zaczyna się jako małe przedsięwzięcie, jako eksperyment. Pod tym względem jest przeciwieństwem wielkiej reorganizacji, która zmienia usługi zdrowotne i socjalne w całym kraju, w sposób jednoczesny, przy użyciu wszędzie tych samych przepisów i struktur i nie jest poprzedzona eksperymentami. Podstawowym założeniem jest to, że jeden rozmiar pasuje wszystkim.<sup>1</sup> Dotychczas dwie wielkie reorganizacje nie powiodły się. Rząd brytyjski przeprowadził pierwszą z takich reorganizacji w 1974 r. Zreorganizowano Krajową Służbę Zdrowia (NHS) w okręgach i regionach. Reorganizacja ta wspierana była przez wiele grup zawodowych

i cały parlament i miała na celu koordynację usług w zakresie profilaktyki, podstawowej opieki zdrowotnej i opieki szpitalnej na poziomie zdecentralizowanym. Stało się to przyczyną wielu lat frustracji.<sup>2</sup> Czterdzieści jeden lat później druga próba przeprowadzenia wielkiej reorganizacji wydaje się nieudana, choć czas obserwacji jest zbyt krótki w momencie pisania tej książki (połowa 2016 r.). W 2015 r. wszystkie holenderskie usługi socjalne zostały zintegrowane na poziomie gminy. W punkcie 7.2 omówiono już te wydarzenia. Od stycznia 2015 r. wielu pracowników socjalnych, organizacji opieki domowej i specjalistów, którzy pracują w domach opieki zmaga się z frustracją i niepewnością.

Ani angielskie, ani holenderskie wielkie reorganizacje nie były poprzedzone innowacyjnymi eksperymentami. Te ostatnie niepowodzenia nauczyły nas, że reorganizacje powinny zawsze być poprzedzone innowacjami. W pierwszej części tego rozdziału omówiono proces projektowania innowacyjnych eksperymentów. Następnie w punkcie 19.3 dotyczącym zarządzania zmianami omówione zostanie wdrożenie udanych eksperymentów w całym kraju.

Innowacje można podzielić na produktowe, procesowe i systemowe. Trychotomia ta podąża za podziałem Donabediana, jak opisano na rys. 2.7. Innowacje produktowe dotyczą profilaktyki, edukacji zdrowotnej, opieki nieformalnej, badań przesiewowych, diagnostyki, leczenia, leków i opieki.

Wsparcie procesu podejmowania decyzji (patrz punkt 8.3 i 9.3) to innowacja produktowa. Innowacje procesowe dotyczą redystrybucji zadań od lekarzy do innych specjalistów, od szpitali po podstawową opiekę zdrowotną oraz od osób na komputery. W poprzednich rozdziałach omówiono wiele przykładów.

Innowacje systemowe dotyczą (ponownego) projektowania jednostek organizacyjnych; koordynowania cyfrowych systemów informacyjnych; oraz systemów płatniczych dla dostawców usług medycznych, pracowników systemu opieki zdrowotnej i pacjentów. Innowacje produktowe i systemowe dotyczą dziedziny szerszej niż sama opieka koordynowana. Nie dotyczy to innowacji procesowych, które zazwyczaj należą do tej dziedziny.

W Holandii wiele innowacji procesowych nie osiąga stadium dystrybucji. W punkcie 12.3 zjawisko to nazywane było „pilotitis”: holenderska opieka zdrowotna cierpi z powodu zbyt wielu projektów pilotażowych, innymi słowy: pilotitis. Jednym z powodów tego pilotitis jest to, że jeden lub kilka etapów rozwoju na rys. 19.1 (patrz także rys. 13.3) jest regularnie pomijany.

Rys. 19.1 Dziewięć faz rozwoju innowacji

1	Uświadomienie sobie istnienia problemu.
2	Studiowanie odpowiedniej literatury i dokumentów o innowacjach, które zostały już wdrożone gdzie indziej.
3	Projektowanie innowacji.
4	Projektowanie pierwszego wdrożenia biznesowego.
5	Symulacja innowacji.
6	Przeprowadzenie projektu pilotażowego z udziałem kilkorga pacjentów.
7	Przeprowadzenie projektu pilotażowego w kilku różnych konfiguracjach roboczych.
8	Ocena projektu pilotażowego oparta na realizacji potrójnego celu.
9	Utrzymanie bardziej zrównoważonego charakteru skutecznych innowacji.

Podział ten stworzono w oparciu o szereg studiów przypadku.<sup>3</sup> Innowatorzy są czasem entuzjastycznie nastawieni do innowacji, zupełnie nie wiedząc, który problem dana innowacja ma rozwiązać w ich własnym środowisku pracy. Entuzjazm może wynikać z przeczytania artykułu, odbycia podróży naukowej do miejsca o innej organizacji pracy lub udziału w kursie prowadzonym przez eksperta. W rezultacie pierwsza faza (patrz rysunek 19.1) polega na pomyślnym wprowadzeniu innowacji to uzyskanie świadomości istnienia problemu. Może to wynikać z zapisu jakości, spotkania z zarządem, wzajemnego przeglądu lub badania wśród pacjentów. Wyszukiwanie artykułów online, raportów i dokumentów dotyczących innowacji, które zostały już zrealizowane i sprawdzone gdzie indziej, stanowi drugą fazę rozwoju. W 2010 r. Osterwalder<sup>4</sup> wskazał, że tego rodzaju przeglądy literatury mogą być przeprowadzane przez innowatorów w danej dziedzinie i nie są wyłączną dziedziną naukowców.

Gdy zamierzona innowacja nie została jeszcze nigdzie opisana i wdrożona, wprowadzenie jej oznaczałoby światową premierę, a ocena naukowa staje się koniecznością.

Przegląd literatury może również prowadzić do wniosku, że innowacje są już stosowane w innych krajach lub za granicą: nazywa się to premierą – pierwsza prezentacja na danej arenie. Możliwe jest również, że innowacje istniały i funkcjonowały lata temu: w teatrze nazywamy to repryzą. Przykładem może

tu być przywrócenie w 2015 r. stanowiska pielęgniarki okręgowej w Holandii. Gdy innowacja już istnieje gdzie indziej lub istniała w przeszłości, wystarczające byłoby dostosowanie własnego środowiska pracy. Innowatorzy mogą wykorzystać wyniki badań, siłę perswazji i ekspertów zewnętrznych do rozwijania innowacji we własnym zakresie. W ten sposób w ostatnich latach skierowałem wiele innowacyjnych ugrupowań do *Gesundes Kinzigtal* w południowych Niemczech i radziłem im wykorzystać koncepcję wspólnych oszczędności w swoim środowisku.

Trzecia faza przedstawiona na rys. 19.1 dotyczy adaptacji już istniejących innowacji lub całkowitego przeformułowania innowacji, najlepiej poprzez współtworzenie i wkład pracowników ubezpieczeń zdrowotnych, przedstawicieli pacjentów i innych zainteresowanych stron. Spowoduje to niższe ryzyko szkód podczas kolejnych faz. Czwarta faza dotyczy utworzenia wdrożenia biznesowego. Modelowanie wdrożeń biznesowych jest ważne dla innowacji zdrowotnych. W tym przypadku modelowanie liniowe oznacza, że cele krótkoterminowe wynikają z misji i że te cele ostatecznie prowadzą do wdrożenia biznesowego nowego produktu. Modelowanie nieliniowe oznacza, że wszystkie aspekty wdrożenia biznesowego są omawiane jednocześnie podczas kilku spotkań projektowych. Dobrym narzędziem dla tego typu modelowania jest metoda znana w anglojęzycznej literaturze przedmiotu jako „*Canvas Business Model*” (w jęz. ang. „*canvas*” oznacza płótno malarskie). W metodzie tej szeroko zakrojona innowacyjna grupa (współtworzenie) ujmuje wszystkie aspekty wdrożenia biznesowego, pozycjonując je odpowiednio na jednej stronie dwuwymiarowego schematu (czasem dosłownie je „maluje” – stąd nazwa). Aspekty te mogą dotyczyć wartości dodanej innowacji, grupy docelowej i metody finansowania. Drugim etapem jest określenie społecznych zwrotów z inwestycji (SROI, patrz także punkt 4.3) lub monetyzowanej społecznej wartości dodanej innowacji. Przykładem tego jest obliczanie SROI dla *Vital Valley* w celu przeprowadzenia konsultacji profilaktycznych realizowanych przez holenderskich lekarzy POZ. Organizacja ta obliczyła, że 1 euro wydane na tę konsultację przyniosło 2,4 euro w postaci zysków, takich jak obniżenie liczby absencji, redukcja niepełnosprawności i ograniczenie kosztów opieki zdrowotnej.<sup>5</sup>

Piąta faza dotyczy symulacji innowacji, która została już zaprojektowana pod kątem przepływów i podziału obowiązków i działań. Symulacja taka może wystąpić podczas spotkań, w czasie których porównuje się starą i nową sytuację. To również umożliwia innowatorom przeprowadzanie inwentaryzacji ryzyka z wyprzedzeniem. Wiele szpitali stosuje takie listy przyszłych potencjalnych ryzyk do innowacji, takich jak projektowanie ścieżek opieki.<sup>6</sup> Bardziej zaawansowana wersja obejmuje pracę z poważnym modelowaniem gier i dynamiki systemów.

Ta ostatnia metoda jest szczególnie interesująca w przypadku innowacji łańcuchowych, ale wymaga obecności wspólnej bazy danych zawierającej zapis wszystkich dostępnych obecnie usług opieki.

W fazie 6 i 7 przeprowadza się innowacje. To pierwsze dzieje się na małą skalę, a później w kilku miejscach jednocześnie. Wskazane jest wybranie lokalizacji z entuzjastycznymi *wczesnymi wdrożeniami* (patrz punkt 19.2) i mniej zmotywowanym działem.

Jeśli innowacje przynoszą korzystne rezultaty w drugim wariantcie pracy, zapewni to potężny argument na rzecz dalszego rozpowszechniania. Jeśli nie, należy unikać rozpowszechniania. Powiedzmy to wprost: nie każda innowacja jest konieczną zmianą na lepsze. Ocena innowacji w dziedzinie opieki zdrowotnej odbywa się w fazie 8 rys. 19.1. Rozdział 20 omówi to bardziej szczegółowo.

W fazie 9 udane innowacje tracą swój innowacyjny status: stają się normalną procedurą biznesową. W konsekwencji centralnym zagadnieniem staje się trwałość. Innowacja nie jest już projektem, ale częścią istniejących procesów jakościowych i płatności, systemów informatycznych i organizacyjnych. Można rozpocząć rozpowszechnianie innowacji do innych departamentów, instytucji i regionów.

Podsumuję tę sekcję ostrzeżeniem. Powyższe dziewięć faz nie zawsze występuje w kolejności, ale czasami biegnie równoległe do siebie i nadal pojawia się ponownie podczas procesu tworzenia. Przypomina to metodę rozwoju na płótnie, która została omówiona powyżej.

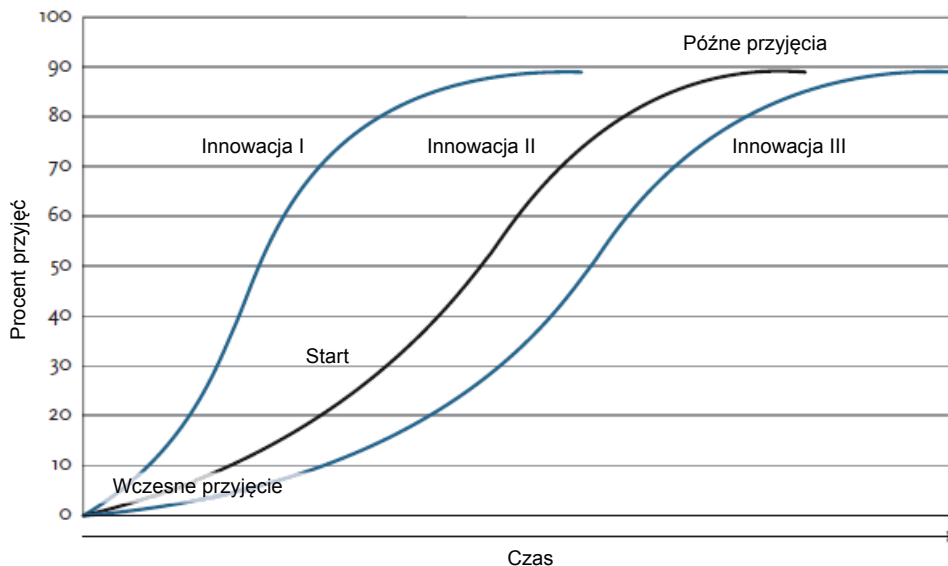
## 19.2 JAK ROZPOWSZECHNIĄĆ SKUTECZNE INNOWACJE

Zgodnie z przeglądem przeprowadzonym w 2000 r.,<sup>7</sup> innowacje produktowe rozpowszechniane spontanicznie w Stanach Zjednoczonych potrzebują średnio 17 lat, aby rozprzestrzenić się w całym kraju. Rozpowszechnianie następuje zgodnie z krzywą S, jak pokazano na rysunku 19.2. Rogers, a później również Gladwell, dostarczyli teoretycznej podstawy dla tej krzywej.

Na rys. 19.2 innowacja 1 rozprzestrzenia się szybciej niż innowacje 2 i 3. Początkowo jest tylko kilka podmiotów świadczących opiekę zdrowotną i ubezpieczycieli zdrowotnych, którzy przyjmują innowacje: są to wczesne wdrożenia. Potem jest duża grupa, a następnie większość, która najpierw odczekała i obserwowała ale po pewnej fazie przyjęła innowacje, kiedy osiągnięto punkt przełomowy.<sup>8</sup> Wreszcie, istnieje niewielka grupa latecomerów (późnych wdrożeń), którzy najpóźniej wprowadzają innowacje. Podstawowym pytaniem pozostaje zagadnienie czemu niektóre innowacje w zakresie opieki koordynowanej nie rozprzestrzeniły się, podczas gdy inne uległy szybkiemu rozpowszechnieniu.

### Powolne i szybkie przyjmowanie innowacji

W punkcie 8.2 omówiono udane innowacje prewencyjne i wielopodmiotowe. Innowacje te istniały już od kilku lat w ograniczonej liczbie regionów w Holandii i gdzie indziej i ukierunkowane były na zmniejszenie masy ciała, w oparciu o model teoretyczny oraz na obniżenie kosztów. Niemniej jednak, innowacje te prawie nie rozprzestrzeniły się.



Rys. 19.2 Teoretyczne rozpowszechnianie innowacji

**Źródło:** Rysunek ten został oparty na Rogers EM. *Diffusion of innovations*. Wydanie 5 (Wydanie 1: 1962). New York: Free Press, 2003.

Jednak niektóre innowacje szybko się rozprzestrzeniły w całej Holandii. Pierwszy przykład dotyczy szpitalnych punktów transferu pacjentów do POZ lub innych organizacji opieki zdrowotnej. W punkcie 4.1 omówiono te kwestie. Holenderskie usługi świadczone przez lekarzy POZ poza godzinami pracy okazały się również szybką innowacją. W ciągu kilku lat pojawiła się w Holandii ogólnokrajowa sieć dyżurów wykonywanych poza standardowymi godzinami pracy.

Było to sprawą pilną, ponieważ wielu lekarzy POZ ugięło się pod presją dwóch nocnych zmian tygodniowo. Wspólne dyżury zmniejszyły to do około dwóch dni w miesiącu.



Grupy opiekuńcze dla osób chorych przewlekle (patrz punkt 12.3) stanowią trzeci przykład szybkiego rozpowszechniania. Prawie wszyscy lekarze POZ zaczęli uczestniczyć w tych grupach opieki w ciągu kilku lat.

Były one stymulowane lukratywnym systemem płatności wynoszącym około 450 euro na pacjenta z chorobą przewlekłą, np. cukrzycą.

Rogers wyjaśnia prędkość rozpowszechniania innowacji za pomocą cech samej innowacji. Wyróżnia pięć cech, które wpływają na tempo rozpowszechniania. Rysunek 19.3 podsumowuje te cechy i zawiera przykłady, które mają wyjaśnić powolne rozprzestrzenianie się profilaktyki koordynowanej w porównaniu do szybkiego rozpowszechniania usług poza godzinami pracy.

W 1990 roku Orlandi i in.<sup>9</sup> opracowali rozszerzoną wersję teorii Rogersa. Pokazali, że proces rozpowszechniania może ulegać stagnacji w każdej fazie. Po pierwsze, innowacja może być nieskuteczna. Po drugie, rozpowszechnianie wiedzy może być zbyt ograniczone. Po trzecie, przyjęcie przez grupę docelową może się nie powieść: ludzie nie są przekonani o względnych zaletach innowacji. Po czwarte, wdrożenie może nie wystartować.

Po piąte utrzymanie innowacji może się nie powieść: części innowacji pada ofiarą cięć budżetowych, a tym samym ulegają zanikowi. Innowacja stopniowo umiera. Orlandi i jego współpracownicy wskazali, że każdy innowator powinien wziąć pod uwagę te pięć czynników stagnacji podczas fazy projektowania.

Teorie opracowane przez Rogersa i Orlandiego uzupełniają się i nie wykluczają się wzajemnie. Zostały one jednak opublikowane kilkadziesiąt lat temu. W ostatnich latach dwie inne teorie zwróciły uwagę. Pierwszą z nich jest model Christensena.<sup>10</sup>

Christensen, o którym wspomniano już w punktach 16.1 i 17.2, stwierdza, że rozpowszechnianie innowacji w dziedzinie opieki zdrowotnej może zakończyć się sukcesem, jeśli towarzyszyć będzie zarówno innowacjom finansowym, jak i innowacjom w dziedzinie zdrowia. Druga, bardziej aktualna grupa teorii dotyczy zarządzania zmianami. Skupiają się na strukturze organizacyjnej i zdolnościach przywódczych agencji państwowych, dostawców opieki zdrowotnej i finansistów. Teorie te są tak szerokie, że zostaną omówione w odrębnej sekcji (patrz punkt 19.3).

Rys. 19.3 Pięć cech innowacji zdrowotnych, które mają wpływ na szybkość rozpowszechniania

- |   |   |
|---|---|
| 1 | Względna przewaga: zakres, w jakim użytkownik uważa innowację za korzystną.<br>Koordynowane zapobieganie: brak płatności za wdrożenie pracowników opieki zdrowotnej.<br>Usługi poza godzinami pracy lekarza rodzinnego: dostępne było finansowanie tych usług. Lekarze powinni pracować mniej godzin poza godzinami urzędowymi – dzięki tym usługom realizowanym poza godzinami pracy. Szpitale chętnie udostępniały miejsca. |
|---|---|

Rys. 19.3 – ciąg dalszy

2	<p>Zgodność: zakres, w jakim innowacja odpowiada wartościom, doświadczeniom i procesom pracy potencjalnych użytkowników.</p> <p>Zintegrowana profilaktyka: pracownicy opieki zdrowotnej nie są wykorzystywani do udziału w profilaktycznych interwencjach skierowanych do regionu.</p> <p>Usługi poza godzinami pracy: godziny pracy lekarzy POZ nie uległy zmianie. Zmieniono lokalizację i organizację opieki nad miastem NAC (nazwa-adres-miasto).</p>
3	<p>Złożoność: zakres, w jakim innowacja jest łatwa w obsłudze i zrozumiała</p> <p>Profilaktyka koordynowana: nie istniały żadne powiązania w zakresie współpracy, na których mogliby polegać specjaliści i lekarze POZ w holenderskiej służbie zdrowia publicznego.</p> <p>Usługi poza godzinami pracy: lekarze POZ znali już przepisy dotyczące przestrzegania.</p> <p>Organizacyjnie, usługi te wcale nie były zupełnie nowe.</p>
4	<p>Testowalność: zakres, w jakim użytkownik może najpierw spróbować innowacji na małą skalę</p> <p>Zintegrowane zapobieganie: innowacja dotyczyła całego miasta, dzielnicy lub regionu.</p> <p>Badania na małą skalę nie były dostępne.</p> <p>Usługi poza godzinami pracy: lekarze POZ stopniowo przystąpili do realizacji usług poza godzinami pracy.</p>
5	<p>Widoczność: zakres, w jakim innowacje są widoczne dla osób trzecich.</p> <p>Zintegrowane zapobieganie: sporadycznie widoczne w zdjęciach, które wykazały entuzjazm mieszkańców.</p> <p>Usługi poza godzinami pracy: widoczne w czasopiśmie specjalistycznych i mediach.</p> <p>Nowe budynki na terenie szpitala.</p>

**Źródło:** Rogers EM. Diffusion of innovations. Wydanie 5 (Wydanie 1: 1962). New York: Free Press, 2003.

### 19.3 ZARZĄDZANIE ZMIANAMI: NAJTRUDNIEJSZE ZADANIE NA ŚWIECIE

W latach siedemdziesiątych Ommoord w Rotterdamie i Overvecht w Utrechcie były jednymi z pierwszych holenderskich dzielnic, w których powstały ośrodki zdrowia. Istniała wówczas tylko jedna jedyna wizja i ta wizja koncentrowała się na tworzeniu multidyscyplinarnych podstawowych zespołów opieki zdrowotnej. Dzielnice te były nowo wybudowanymi dzielnicami mieszkalnymi. Istniała potrzeba społeczna: w chwili przybycia do ośrodka POZ personel medyczny musiał być dostępny. Odpowiednio zainspirowani założyciele ośrodków opracowali plan działania na rzecz: dzielenia się zadaniami zawodowymi, budowania struktury organizacyjnej i metod rekrutacji nowych pracowników. Eksperymentalny status tych placówek sprawił, że te pierwsze ośrodki kwalifikowały się do uzyskania dodatkowych funduszy od firm ubezpieczeniowych

i gmin, co oznaczało, że było wystarczająco dużo zasobów na ich rozwój. Ośrodki te przyciągnęły również wystarczająco kompetentnych członków zarządu i specjalistów z uczelni wyższych i szkół medycznych, co oznaczało, że nowe organizacje wkrótce miały niezbędne umiejętności. W późniejszych latach wielu założycieli ośrodków zdrowia uzyskało profesurę.

Ta krótka historia rzuca światło na warunki wpływające na proces zmian w okolicy, regionie lub organizacji opieki zdrowotnej. Zarządzanie tak zwaną transformacją nazywa się zarządzaniem zmianami. Zgodnie z Lippit<sup>11</sup> można wyróżnić pięć warunków koniecznych: wizja, pilność, plan działań, zasoby i umiejętności. W przypadku Rotterdamu i Utrechtu, te pięć warunków odegrało kluczową rolę.

Rysunek 19.4 pokazuje, co dzieje się, gdy brakuje jednego z tych pięciu elementów.



Rys. 19.4 Wyniki zarządzania zmianami z i bez pięciu elementów wymienionych przez Lippit

**Źródło:** Lippitt M. The managing complex change model. Copyright, 1987, Dr. Mary Lippitt, założycielka i prezes Enterprise Management Ltd.

Jeśli brakuje wizji, ale pozostałe cztery elementy są dostępne, powoduje to zamieszanie. Opór, chaos, frustracja i strach pojawiają się, gdy inne elementy są niedostępne. Żonglowanie wszystkimi pięcioma aspektami jest tym, co sprawia, że zarządzanie zmianami jest tak trudne. Czasami zmiana łączy się z redukcją kosztów. Kiedy to nastąpi, nie ma wystarczających zasobów, aby rozwinąć wizję, opracować plan działania na przyszłość lub nauczyć się nowych umiejętności (patrz rysunek 19.4). Prowadzi to do frustracji i zasmuca specjalistów POZ. Cięcia budżetowe pociągają za sobą utratę kolegów, rezygnację z ulubionych zadań i dobrych relacji. W punkcie 16.2 omówiono już emocje wzbudzone przez redukcję kosztów. Są porównywalne z pięcioma etapami smutku zgodnie z teoriami Kübler-Ross:<sup>12</sup> zaprzeczeniem, gniewem, negocjacją, depresją i akceptacją.

Poniższy przykład ilustruje, dlaczego menedżerowie ds. zarządzania zmianami starali się zatrzymać wdrożenie zmian dopiero do czasu fazy akceptacji.

W 2015 r. wiele rodzajów usług socjalnych w Holandii zostało zintegrowanych w zespołach sąsiedzkich. Podstawowym założeniem było to, że koordynacja usług socjalnych ułatwiłaby współpracę z podstawową opieką zdrowotną. Jednak tej zmianie towarzyszyło wdrożenie redukcji kosztów nawet o 20 procent.

Ten jednoczesny rozwój wypadków opóźnił zamierzone dążenie do większej współpracy z lekarzami POZ i innymi głównymi pracownikami opieki zdrowotnej.

Podręczniki dotyczące zarządzania zmianami często podkreślają albo zmianę struktury organizacji albo zmianę zachowania swoich pracowników. Model RSN (równowaga, spójność i niejednorodność) stworzony przez Weggemana<sup>13</sup> i strategie zmian wprowadzone przez Kottera<sup>14</sup> definiują zmianę strukturalną jako cel zarządzania zmianami. Dostarczają one krok po kroku instrukcje i modele poszczególnych aspektów zarządzania zmianami. Quinn,<sup>15</sup> Chan Kim i Mauborgne i Covey<sup>16</sup> uważają zmianę zachowania za główny cel. Ich książki mają bardziej psychologiczny, pedagogiczny i polityczny charakter. Podkreślają jakość komunikacji między pracownikami opieki zdrowotnej oraz między nimi a ich przywódcami. Łączenie tych modeli z własnymi doświadczeniami politycznymi (byłem politykiem miejskim w latach 1984–1994) prowadzi do następującej listy niezbędnych umiejętności osób odpowiedzialnych za zmianę organizacyjną.

Rys. 19.5 Umiejętności przywódcze pedagogiczne, psychologiczne i polityczne w zmieniającej się organizacji

1	Zapewnij wsparcie dla własnej wizji
2	Przekonaj innych o pilności sytuacji
3	Zwalczaj opór, gdy interesy są zagrożone
4	Utwórz sojusz, który składa się z jak największej liczby członków organizacji: koalicję chętnych
5	Ogranicz wyraźne wykorzystanie sił w jak największym stopniu
6	Okazuj szacunek dla innych punktów widzenia
7	Negocjuj interesy zachowując postawę sprawiedliwą
8	Stwórz sytuacje typu „win-win”
9	Przedstawiaj kompromisy jako konsensus
10	Ciesz się z krótkoterminowych sukcesów
11	Wdróż ulepszenia w kulturę organizacji

**Źródło:** Quinn, Chan Kim oraz Mauborgne i Covey (patrz tekst).

### Koordynatorzy potrzebują również umiejętności zarządzania zmianami

Koordinacja pozioma wymaga koordynatora na szczeblu lokalnym (patrz punkt 2.2); koordinacja pionowa wymaga koordynatora na szczeblu regionalnym (patrz punkt 4.6); a konkretne grupy docelowe wymagają określonych koordynatorów (patrz rysunek 13.1). Umiejętności koordynatora – który jak wspomniano wcześniej – może być jedną osobą lub grupą osób w stabilnej organizacji narodowej omówiono już na rysunku 2.6. Przywództwo w zmieniającej się organizacji opieki koordynowanej jest bardziej złożone.

Dla przywódców placówek opieki koordynowanej, pięć elementów określonych przez Lippit i umiejętności wymienione na rys. 19.5 zyskują na znaczeniu. Kim<sup>17</sup> formułuje dodatkowe umiejętności dla koordynatorów, którzy chcą wprowadzić zmiany w systemie współpracy i strukturach organizacyjnych.

Opór i interesy stanowiące przedmiot działań, które są często elementem zmian w kierunku opieki koordynowanej, oznaczają, że koordynatorzy często nie zdają sobie sprawy z potrójnego celu, nawet jeśli mają niezbędne do tego

umiejętności. Don Berwick jest największym inicjatorem procesów zmian w Stanach Zjednoczonych.

W 2013 roku Berwick, który stworzył kilka przełomowych projektów i podejście zakładające realizację potrójnego celu, napisał z rozczarowaniem o trującej polityce oporu i milczeniu zainteresowanych stron, które podważają wiele racjonalnych i idealistycznych procesów zmian.<sup>18</sup>

Zarządzanie zmianami jest najtrudniejszą rzeczą na świecie. To zmotywowało mnie do rozpoczęcia tej książki cytatem z Elsschota, słynnego flamandzkiego poety: „między snem a czynem stoją prawa i praktyczne przeszkody”.

#### **19.4 ODPOWIEŹ NA PYTANIE BADAWCZE ZAWARTE W NINIEJSZEJ PUBLIKACJI W OPARCIU O USTALENIA Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU**

Biorąc pod uwagę, że pełna odpowiedź na pytanie badawcze zostanie udzielona w rozdziale 21, poniżej przedstawiono krótką odpowiedź na pytanie: w jaki sposób innowacje i zarządzanie zmianami w koordynowanej opiece zdrowotnej może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach? Wniosek można uznać za wiarygodny, jeżeli został poparty założeniami teoretycznymi, a nie samymi badaniami empirycznymi. Wniosek zaznaczono gwiazdką, jeśli wynika z obserwacji w tylko jednym kraju lub z tylko jednego badania.

##### **Potrójny cel 1, 2 i 3, tj. poprawa zdrowia populacji oraz poprawa jakości opieki nad pacjentem i obniżenie kosztów opieki na osobę**

- 1 Innowacja zaczyna się jako małe przedsięwzięcie, jako eksperyment. Uda- ne innowacje w zakresie opieki koordynowanej są rozpowszechniane jako krzywa S, zgodnie z projektem Rogersa (patrz rysunek 19.2). Jeśli tak się stanie, ich wkład w potrójny cel jest optymalny.
- 2 Innowacja jest przeciwieństwem wielkiej reorganizacji, która zmienia usługi zdrowotne i socjalne w całym kraju w ten sam sposób i w tej samej chwili. W perspektywie krótkoterminowej jej wkład w realizację potrójnego celu jest niski.
- 3 Innowacje procesowe dotyczą redystrybucji zadań od lekarzy do innych specjalistów, ze szpitali do podstawowej opieki zdrowotnej oraz z osób na komputery. Innowacje produktowe i systemowe dotyczą dziedziny szerszej niż sama opieka koordynowana. Nie dotyczą to innowacji procesowych, które zwykle wchodzi w zakres tej dziedziny i wnoszą znaczny wkład w opiekę koordynowaną i potrójny cel.
- 4 W zarządzaniu zmianami w celu wprowadzenia opieki koordynowanej można wyróżnić pięć cech: wizję, pilność, plan działania, zasoby i umiejętności. Jeśli kierownik przywiązuje dostateczną uwagę tym pięciu aspektom,

wówczas prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu w zakresie realizacji potrójnego celu wzrasta. Jednakże między snem a czynem stoją prawa i praktyczne przeszkody.

- 5 Niekiedy innowacje i zarządzanie zmianami są połączone z redukcją kosztów. Kiedy to nastąpi, nie ma wystarczających zasobów, aby rozwinąć wizję, opracować plan działania na przyszłość lub nauczyć się nowych umiejętności (patrz rysunek 19.4). Prowadzi to do frustracji i zasmuca specjalistów POZ. W takim przypadku wkład innowacji w realizację potrójnego celu jest niski.

## BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 19

- 1 Schrijvers AJP, Londen J van. Enkele theoretische beschouwingen over het vernieuwen van zorg. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1991;135:1502-6.
- 2 Schrijvers G. Regionalisatie en financiering van de Nederlandse, Engelse en Zweedse gezondheidszorg. Lochem: De Tijdstroom, 1980.
- 3 Schrijvers G, Oudendijk N, Vries P de i in. *Moderne patiëntenzorg in Nederland: van kennis naar actie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2002.
- 4 Osterwalder A, Pigneur Y. *Business model generation. A handbook for visionaries, game changers, and challengers*. New York: John Wiley & Sons, 2010.
- 5 Dostęp dnia 8 sierpnia 2016 r. z <http://www.vitavalley.nl/items/maatschappelijke-business-case-preventiekompas-cmr>.
- 6 Huiskes N, Schrijvers AJP. *Het zorgpadenboek*. Amsterdam: Thoeris, 2011.
- 7 Rogers EM. *Diffusion of innovations*. Wydanie 5 (Wydanie 1: 1962). New York: Free Press, 2003.
- 8 Gladwell M. *The tipping point: how little things can make a difference*. London: Little, Brown and Co, 2002.
- 9 Orlandi MA, Landers C, Weston R i in. *Diffusion of health promotion innovations*. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM i in. *Health behaviour and health education: theory, research and practice*. San Francisco: Josey-Bass, 1990:288-313.
- 10 Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. *The innovator's prescription. a disruptive solution for health care*. New York: McGraw Hill, 2009.
- 11 Lippitt M. *The managing complex change model*. Copyright, 1987, by Dr. Mary Lippitt, founder and president of Enterprise Management, Ltd.
- 12 Kübler-Ross E. *On death & dying*. New York: Simon & Schuster/Touchstone, 1969.
- 13 Weggeman M. *Kennismanagement: de praktijk*. Schiedam: Scriptum, 2006.
- 14 Kotter JP, Schlesinger LA. *Choosing strategies for change*. *Harv Bus Rev* 2008;86(7/8):130-9.
- 15 Quinn RE. *Beyond rational management: mastering the paradoxes and competing demands of high performance*. Management series. San Francisco: Jossey-Bass, 1991.

- 16 Covey SR. The seven habits of highly effective people: powerful lessons in personal change. New York: Simon & Schuster, 1989.
- 17 Kim WC, Mauborgne R. Blue Ocean Strategy. How to create uncontested market space and make the competition irrelevant. Boston: Harvard Business School Publishing, 2005.
- 18 Berwick DM. The toxic politics of health care. JAMA 2013;310(18):1921-2.



## 20 Metody badań w zakresie opieki koordynowanej\*

W punkcie 20.1 przedstawiono aspekty badań nad usługami zdrowotnymi, których elementem są badania nad opieką koordynowaną. W poniższych częściach omówiono trzy rodzaje badań nad opieką koordynowaną: badania opisowe (punkt 20.2), badania eksploracyjne (punkt 20.3) oraz badania nad teorią (punkty 20.4 i 20.5). W dalszej części – w punkcie 20.6 omówiono niedawny rozwój metodologii badań. Punkt 20.7 zawiera podsumowanie niniejszego rozdziału wraz z odpowiedzią na pytanie: w jaki sposób badania nad opieką koordynowaną przyczyniają się do realizacji potrójnego celu?

### 20.1 WPROWADZENIE

Rysunek 20.1 przedstawia dziesięć ogólnych aspektów badań dotyczących usług zdrowotnych.

Rys. 20.1 Dziesięć ogólnych aspektów badań nad usługami zdrowotnymi

1	Projektowanie badań i pozyskiwanie funduszy na ten cel
2	Formułowanie pytania badawczego
3	Wybór metody badawczej: jakościowej lub ilościowej
4	Wybór źródeł informacji
5	Zbieranie danych
6	Analiza danych
7	Badanie hipotez badania

Rys. 20.1 – ciąg dalszy

8	Porównanie wyników z wynikami innych badań
9	Opracowanie raportu z badań
10	Publikacja raportu w recenzowanym czasopiśmie naukowym

\* Rozdział ten oparty jest na pracach Schrijvers G i in. Onderzoek naar geïntegreerde zorg. W: Plochg T i in. Handboek gezondheidszorgonderzoek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012.

Niniejszy rozdział poświęcony jest zastosowaniu tych aspektów do badań dotyczących opieki koordynowanej. Poniżej aspekty te zostaną pokrótce omówione, przedstawione zostanie odniesienie do podręczników dotyczących badań nad usługami w sektorze opieki zdrowotnej.<sup>1,2,3</sup> W tym rozdziale omówiono jedynie zastosowanie tych aspektów do opieki koordynowanej. Badania zazwyczaj rozpoczynają się od wprowadzenia jasnego zestawu pojęć, modeli i teorii, które mają być wykorzystane w badaniu. Kilka definicji związanych z opieką koordynowaną wprowadzono w poprzednich rozdziałach.

Niniejszy rozdział nie zawiera ponownego wprowadzenia ważnych pojęć, takich jak współpraca, systemy płatnicze, jakość opieki i różne rodzaje koordynacji/integracji.

## 20.2 BADANIA OPISOWE

Badania opisowe dotyczące opieki koordynowanej wykorzystują cztery różne metody badawcze:

- 1 przegląd literatury;
- 2 badania porównawcze przekrojowe;
- 3 ocena procesu;
- 4 oraz analiza szeregów czasowych.

Projektowanie innowacji zaczyna się od przeglądu literatury (bardziej ogólnie sformułowanej analizy artykułów, raportów i dokumentów) na temat form koordynacji/integracji, które zostały wcześniej zrealizowane i sprawdzone. Wspomniane jako drugie porównawcze badania przekrojowe dotyczą stopnia, w jakim występuje opieka koordynowana. Taki rodzaj badań często wykorzystuje formę częściowo strukturyzowanego kwestionariusza do gromadzenia danych. Jak omówiono w rozdziale 2, istnieją różne stopnie koordynacji, od całkowitego braku koordynacji po wyrównywanie i koordynację do pełnej integracji. Holenderskie przykłady tego typu badań można znaleźć w rozprawach doktorskich napisanych przez Van der Linden<sup>4</sup> opisującej koordynację pionową w opiece nad chorymi przewlekle i Ravelliego<sup>5</sup> w zakresie koordynacji usług w sektorze

zdrowia psychicznego. Międzynarodowe badania tego typu można znaleźć w np. porównaniu opieki koordynowanej w Kaiser Permanente w Kalifornii i opieki koordynowanej w brytyjskim systemie podstawowej opieki zdrowotnej.<sup>6</sup>

To porównanie zaowocowało gorącą dyskusją na temat metod badawczych i przyczyn różnic wykrytych przez te badania. Dla nauki, która skupia się na tworzeniu teorii, takie debaty mogą jedynie być korzystne. Łatwo jest szukać korelacji statystycznych w badaniu przekrojowym bez znajomości dokładnej przyczyny i skutków takich korelacji.

Po trzecie, oceny procesowe dotyczą cech koordynowanej, eksperymentalnej realizacji opieki zdrowotnej. Cechy te porównuje się z wcześniej udokumentowanymi procesami pracy, procedurami, podziałami zadań i mechanizmami koordynacji. Przeprowadzenie oceny procesu przed rozpoczęciem przeglądu badań teoretycznych ma zasadnicze znaczenie, ponieważ normatywny opis innowacji może różnić się od faktycznie zrealizowanej interwencji.

Wreszcie, analiza szeregów czasowych opiera się na rozwoju opieki koordynowanej na przestrzeni lat. Campbell i in.<sup>7</sup> stworzyli projekt badawczy dostosowany do tego celu. Schäfer i in.<sup>8</sup> apelowali o odpowiednio dostosowaną analizę szeregów czasowych, w której obliczane są trendy w oparciu o dużą liczbę danych przed i po interwencji: jeśli wyniki wskazują na przerwę w trendzie, interwencja miała wpływ.

Badania opisowe są ważną częścią opracowywania hipotez i uzupełniających badań wstępnych dotyczących opieki koordynowanej. Uniemożliwiają eksperymentalnym profesjonalistom ponowne odkrycie koła, gdy szukają innowacyjnych, zintegrowanych metod.

### 20.3 BADANIA EKSPLORACYJNE

Zgodnie z niderlandzkim metodologiem De Groot<sup>9</sup> definiuję badania eksploracyjne jako kolekcję zaobserwowanych faktów z zamiarem opracowania teorii i hipotez.

Krótko mówiąc, tego typu badania koncentrują się na tworzeniu teorii. Można wykorzystać dwa rodzaje badań eksploracyjnych dla opieki koordynowanej. Po pierwsze, pytania dotyczące doświadczenia można łatwo dodać do badań opisowych i odnieść do przywódców organizacji opieki koordynowanej. Pozwala to naukowcom jasno wyobrazić sobie wiedzę podstawową i opracować teorie dotyczące przyszłych badań teoretycznych. Drugi rodzaj badań eksploracyjnych ma charakter jakościowy: opiera się na pogłębionych wywiadach. Takie studia opierają się na teorii Scharpfa (2004)<sup>10</sup> znanej jako instytucjonalizm nastawiony na aktorów. W swojej teorii polityki Scharpf zakłada, że każda polityka jest tworzona na podstawie aktorów, ich poglądów i ich wpływu na tę politykę. Rozróżnia cztery podstawowe pojęcia: otoczenie instytucjonalne, aktorów i ich poglądy, konstelacje

aktorów (i sojuszy) oraz formy interakcji między aktorami. Ponieważ opieka koordynowana obejmuje wielu różnych aktorów, którzy mają własne poglądy i pracują w różnych sytuacjach instytucjonalnych, sojuszach i wzorcach interakcji, model Scharpfa nadaje się do poszukiwań przed badaniami w zakresie testowania teorii.

Model ten pozwala badaczom przewidzieć, czy eksperyment w sektorze opieki koordynowanej ma realną szansę powodzenia, ponieważ takie badania wskazują, które z rozwiązań aktorzy faktycznie realizują, a które z nich nie wspierają eksperymentu.

Podsumuję tę sekcję ostrzeżeniem. Wyniki badań eksploracyjnych nie powinny natychmiast powodować zmian w polityce narodowej. Mogą jednak dać podstawy do kontynuowania badań nad teoriami w regionach eksperymentalnych lub innych otoczeniach eksperymentalnych.

## 20.4 BADANIA W ZAKRESIE TESTOWANIA TEORII

W poprzednich rozdziałach oceniano i uzasadniono różne teorie dotyczące skutków opieki koordynowanej. Na przykład w rozdziale 3 wykazano, że koordynacja pozioma skutkuje lepszą jakością opieki. Koordynacja pionowa (patrz rozdział 4) prowadzi do zastąpienia opieki szpitalnej podstawową opieką zdrowotną. Profilaktyka koordynowana (patrz rozdział 8) wpływa na zachowania zdrowotne, a frakcjonowane interwencje nie. Opieka koordynowana ma potrójny cel: poprawę zdrowia, lepszą jakość opieki i niższe koszty. Testowanie opieki koordynowanej oznacza zatem sprawdzenie, w jakim stopniu coś lub ktoś przyczynia się do realizacji tego celu. Rozróżnić można trzy typy testowania teorii:

- 1 badanie randomizowane;
- 2 analiza danych typu „big data”; oraz
- 3 osadzone wieloetapowe studium przypadku.

Poniżej omówione zostaną pierwsze dwa typy. Punkt 20.5 koncentruje się na trzecim z nich.

Idealną metodą badania statystycznego jest randomizowane badanie kliniczne. Jednakże, randomizowanie pacjentów w otoczeniu frakcjonowanym jest często niemożliwe w kontekście opieki koordynowanej. Shojania<sup>11</sup> napisał interesujący traktat o tym, że badania terenowe nie dają efektów i że wyniki randomizowanych badań klinicznych niekoniecznie mają zastosowanie do codziennej praktyki. Celem poszukiwań jest znalezienie kompromisu między dowodami a praktycznym zastosowaniem.

Ocena innowacji w zakresie opieki koordynowanej powinna przynieść odpowiedzi na cztery pytania.

- 1 Jaka jest teoretyczna podstawa skuteczności innowacji?

- 2 Czy innowacja działa zgodnie z zaprojektowanym modelem?
- 3 Jaką wartość dodała innowacja wnosząca w realizacji potrójnego celu?
- 4 Czy model biznesowy, który powstał podczas fazy projektowania jest wciąż dokładny?

Jeśli nie można randomizować pacjentów zgodnie z koordynowanymi aspektami opieki i otoczeniem frakcjonowanym, wówczas można przeprowadzić randomizację otoczenia. Ilustruję to przykładem: pięćdziesiąt ośrodków zdrowia wybiera się losowo, aby skoordynować je ze służbami socjalnymi, i pięćdziesiąt innych zapewniających opiekę jak dotychczas. Ta szczególna metoda badawcza nazywa się randomizowanym badaniem społeczności.

Główną zaletą tej metody badawczej jest jej zdolność do uogólnienia wyników na całą populację. Jej główną wadą jest to, że istnieje ryzyko, że otoczenie niezmotywowane odmówi udziału w badaniu. Sprawi to, że uogólnienie do wszystkich ośrodków zdrowia w tym przykładzie będzie trudne.

Druga metoda, analiza danych typu „big data”, wykorzystuje statystyczną analizę dużych baz danych (patrz punkt 16.3), aby ocenić opiekę koordynowaną opartą na realizacji potrójnego celu. Przykłady obejmują analizę regresji, analizę szeregów czasowych i analizę wielopoziomową.

Nie jest łatwo ocenić teorię opieki koordynowanej na podstawie efektu, jaki wywiera ona na osiągnięcie potrójnego celu. Rysunek 20.2 wymienia cztery czynniki komplikujące.

Rys. 20.2 Powody, dla których ocena opieki koordynowanej jest skomplikowana

1	Więcej niż jedna interwencja eksperymentalna
2	Zmiana napływu pacjentów
3	Przejęciowe zmiany w realizacji opieki
4	Duże znaczenie dla tych, którzy są bezpośrednio zaangażowani

**Źródło:** doświadczenia własne autora.

### Więcej niż jedna interwencja eksperymentalna

Możliwe jest, że kilka innowacji może być realizowanych jednocześnie, np. jednoczesne wdrożenie rozporządzenia o dostępie do opieki zdrowotnej, wytycznych multidyscyplinarnych, programu kształcenia pacjentów, wspólnego programu szkoleń dla specjalistów, nowego systemu płatności i elektronicznego

rejestrów zdrowia. Modernizacja odnosi się do innowacji w dostarczaniu opieki zdrowotnej w kilku domenach naraz.

Jednoczesna obecność kilku różnych interwencji eksperymentalnych uniemożliwia zbadanie, które interwencje mają decydujące znaczenie dla różnic w czasie, różnic w wynikach badań kohortowych oraz różnic między grupami interwencyjną i kontrolną w badaniach przekrojowych.

Nie jest również możliwe sprawdzenie, czy badane interwencje wzmacniają się wzajemnie czy tylko się uzupełniają.

Odpowiednia literatura na temat opieki koordynowanej nie określa jednoznacznie, czy interwencje wieloaspektowe są skuteczniejsze niż interwencje pojedyncze. Jednakże w przeglądzie, Shojania i Grimshaw<sup>12</sup> pokazują, że tak jest. Rok później wskazywali między innymi, że nie dotyczy to pacjentów z cukrzycą,<sup>13</sup> którzy wydają się podlegać ekonomicznemu prawu zmniejszania się przychodów. W 2008 r. Craig i jego koledzy opublikowali wytyczne dotyczące oceny interwencji złożonych, które obejmowały więcej niż jedną innowację.<sup>14</sup> Instrument oceny zawiera również pewne wytyczne.<sup>15,16</sup>

### Zmiana napływu pacjentów

Drugi problem dotyczy faktu, że eksperymentalna opieka koordynowana może prowadzić do zmiany napływu pacjentów w fazie badawczej. Sytuację tą można zilustrować następującym przykładem. Podczas oceny programu opieki nad POChP<sup>17</sup> okazało się, że lekarze POZ, dzięki dodatkowym szkoleniom, stosowali bardziej rygorystyczną definicję POChP niż ich koledzy z grupy kontrolnej.

Oznaczali mniej pacjentów z POChP w swojej praktyce. Uniemożliwiło to utworzenie podobnych grup kontrolnych w ramach badania, co z kolei przełożyło się na wątpliwości co do porównywalności kosztów.

### Zmiany tymczasowe

Trzeci problem dotyczy faktu, że świadczenie opieki koordynowanej często ulega zmianie podczas samego badania. Może to być spowodowane czynnikiem wewnętrznym: w międzyczasie dostosowuje się wytyczne lub podział zadań. Może to być również spowodowane czynnikami zewnętrznymi, takimi jak zmiany w budżecie opieki zdrowotnej dokonywane przez rząd. Mogą wchodzić w życie także przyczyny związane z samym badaniem, np. naukowcy przedstawiają raport okresowy, który powoduje, że specjaliści zmieniają swoje zachowania.

Ogólnie rzecz ujmując, badania w dziedzinie koordynowanej opieki zdrowotnej podlegają efektom demonstracyjnym, znanym również jako efekty

Hawthorna:<sup>18</sup> badanie stymuluje specjalistów i kadre kierowniczą, aby przyłożyli możliwie najwięcej starań i przyciągali zainteresowanych pacjentów.

Ponieważ zazwyczaj nie można całkowicie zaślepić badań, rozwiązania dotyczące zachowania integralności badania obejmują: jak najmniej śródkresowych raportów dla zaangażowanych stron, powściągliwość dotycząca szerokiego rozpowszechniania informacji na temat eksperymentu, staranna rejestracja zmian w świadczeniu opieki zdrowotnej oraz analiza możliwych skutków dla wyników badań.

Korzystając z tych rozwiązań, można rozróżnić krzywą uczenia się w badaniu kohortowym: im dłużej trwa eksperyment, tym lepsze wyniki badań.

### **Duże znaczenie dla tych, którzy są bezpośrednio zaangażowani**

Ostatnim problemem w ocenie opieki koordynowanej opartej na programie potrójnego celu jest znaczenie takich wyników badań dla podmiotów bezpośrednio zaangażowanych, takich jak specjaliści, organizacje opieki zdrowotnej, komitety wykonawcze, zakłady ubezpieczeń zdrowotnych i rząd. Samo publikowanie wyników w jednym międzynarodowym, wzajemnie recenzowanym czasopiśmie zwykle nie jest właściwym rozwiązaniem. Wszyscy aktorzy chcą własnej publikacji z własnymi uwagami. Istnieje ryzyko, że aktorzy wykorzystują tylko pozytywne wyniki, a tym samym wpływają na wiarygodność badania. Wpływ tych podmiotów wymaga od badaczy posiadania metodycznej i technicznej wiedzy na temat ich dyscypliny; umiejętności komunikacyjnych, zarówno ustnych, jak i pisemnych; neutralności wobec wszystkich stron; obiektywności w omówieniu wyników badań; emocjonalnej odporności, gdy zainteresowane strony chcą manipulować wynikami badań.

## **20.5 WBUDOWANE WIELOSTRONNE STUDIUM PRZYPADKU JAKO TRZECIA OPCJA DLA BADANIA W ZAKRESIE TESTOWANIA TEORII**

Rysunek 20.3 przedstawia definicję studium przypadku opracowane przez Yin i Campbell.

Yin i Campbell<sup>19</sup> wyróżniają liczne studia przypadków, w których ten sam warunek eksperymentalny jest jednocześnie testowany w kilku różnych ustawieniach. Przeciwstawiają to badaniu pojedynczego przypadku, które wykorzystuje tylko jedno ustawienie eksperymentalne. Studium przypadku jest osadzone, gdy badacze badają zarówno czynniki środowiskowe, jak i wewnętrzne funkcjonowanie otoczenia.



Rys. 20.3 Definicja studium przypadku

Studium przypadku jest empirycznym badaniem, które:

- koncentruje się na współczesnym zjawisku w kontekście rzeczywistego życia, a
- granice między zjawiskiem a jego kontekstem nie są jasne

Studium przypadku nadaje się do badania złożonych zjawisk społecznych

- charakterystyka proceduralna obejmuje: wiele zmiennych objętych zainteresowaniem; wiele źródeł dowodów; teoretyczne propozycje prowadzące do gromadzenia i analizy danych
- rodzaje studiów przypadków mogą obejmować: wyjaśnienia; eksplorację; opis
- projekty mogą być studiami pojedynczych lub wielu przypadków
- stosowane mogą być metody jakościowe, ilościowe lub oba te rodzaje jednocześnie

W celu przeprowadzenia studiów przypadku, Yin i Campbell wyróżniają sześć źródeł informacji, a mianowicie:

- 1 dokumenty strategiczne i dokumenty archiwalne dotyczące eksperymentu i ustawienia kontroli;
- 2 rejestry i kwestionariusze;
- 3 wywiady z kluczowymi postaciami;
- 4 obserwacje dokonane przez naukowców;
- 5 obserwacje z wewnątrz dokonywane przez specjalistów; oraz
- 6 cechy środowiska fizycznego i społecznego.

Triangulacja zajmuje się kwestią, czy różne źródła informacji skutkują wzajemnie odpowiadającymi wynikami badań. Dokumenty polityczne i wywiady z kluczowymi postaciami powinny przynieść analogiczne wyniki badań. Jeśli nie, potrzebne są dodatkowe badania, dopóki nie wyjaśnimy różnic między źródłami. Oprócz triangulacji opartej na źródłach, Yin i Campbell wyróżniają triangulację według teorii i badacza. Rozróżniają cztery ogólne teorie, które dotyczą również opieki koordynowanej. Pierwsze z nich to teorie oparte na wiedzy, które zakładają, że lepiej poinformowani specjaliści prowadzą do lepszej jakości. Po drugie, Yin wyróżnia teorie dynamiki grupy. Teorie te zakładają, że kultura współpracy między specjalistami może mieć wpływ na różnice w jakości. Według tych teorii wrogość między specjalistami powoduje błędy i brak ciągłości w realizacji usług. Trzecia grupa teorii, tak zwanych teorii organizacji, stwierdza, że różnice w jakości można tłumaczyć różnymi stylami przywództwa stosowanymi przez menedżerów. Czwarta grupa składa się z teorii społecznych, które wyjaśniają różnice w jakości w oparciu o czynniki środowiskowe, takie jak występowanie różnic w statusie społeczno-ekonomicznym, odzwierciedlonych przez poziom wykształcenia pacjentów. Każdy, kto chce przetestować, jak opieka koordynowana przyczynia się do realizacji potrójnego celu,



musi nieuchronnie oceniać każdą z tych czterech teorii i ocenić, która z nich była mechanizmem aktywnym. Według Yin, teoria lub hipoteza została udowodniona, gdy trzy inne teorie zostały odrzucone. Moje własne doświadczenia z wieloma osadzonymi studiami przypadków nauczyły mnie, że zazwyczaj wszystkie cztery teorie odgrywają istotną rolę w opiece koordynowanej i przyczyniają się do realizacji potrójnego celu.

Trzecia forma triangulacji wspomniana przez Yin i Campbell jest triangulacją według badacza. Chodzi o to, czy różni naukowcy niezależnie osiągają ten sam triangulat danych. Triangulacja według badacza jest podobna do metody stosowanej przez komisje recenzujące. W tej metodzie również stwierdza się, czy zintegrowana opieka przyczynia się do realizacji potrójnego celu na podstawie dokumentów, rejestrów i wywiadów.

Istnieje możliwość, że badacze przekazują swoją triangulację komisji rewizyjnej, która zazwyczaj składa się z wielu osób, które mają duże doświadczenie i pochodzą z różnych ośrodków wiedzy. Ważność lub moc perswazji takich triangulacji jest większa niż w przypadku triangulacji stworzonych przez mniej doświadczonych badaczy.

Chociaż jest to niewątpliwie zaleta, mogłoby również oznaczać, że opinie ekspertów stają się ważniejsze niż informacje zawarte w badaniu podstawowym. Medycyna oparta na dowodach umożliwiłaby więc wkroczenie medycyny opartej na autorytecie.

## **20.6 NAJNOWSZE WYDARZENIA W BADANIACH NA TEMAT OPIEKI KOORDYNOWANEJ**

Koncentracja rozwoju i badań opieki koordynowanej jest pierwszą z trzech ostatnich pozycji, omawianych w tej sekcji. W punkcie 20.4 wspomniano już, w jaki sposób opieka koordynowana może się zmienić w trakcie badania. Wadą badań tradycyjnych nad opieką koordynowaną jest to, że nie jest jasno określone, która interwencja jest badana.

Jednak z konieczności można uczynić zaletę, powierzając naukowcom nowe role, a nie tylko widzieć ich jako obserwatorów i rejestratorów. Przedsiębiorstwa farmaceutyczne koncentrują się na badaniach i rozwoju nowych leków w jednym obszarze odpowiedzialności, a tę samą strategię można przyjąć dla opieki koordynowanej. Oznaczałoby to, że naukowcy pomagają w opracowywaniu interwencji poprzez wkład wiedzy, która jest dostępna w ich ośrodku badawczym i przeprowadzają badania opisowe i badawcze przed zbadaniem teorii. Ponadto ważne jest oszacowanie etapu oceny i zapisanie pożądaných pośrednich zmian w ustawieniach eksperymentalnych do chwili rozpoczęcia kolejnej fazy. Kohezyjne badania i rozwój ułatwiają wkład wiedzy, ale naukowcy również ryzykują zbytne zaangażowanie w interwencję eksperymentalną,

a tym samym tracą profesjonalne oddalenie od tematu. Niemniej jednak badania zagłębiające się w spójne środowisko pionierskich, innowacyjnych badaczy są cenne dla innowacyjnych profesjonalistów.

### **Koordinacja nauki i badań**

System opieki zdrowotnej, który się uczy – druga pozycja – ma na celu poprawę opieki wraz z upływem czasu, przy użyciu ciągłych strategii poprawy jakości i dąży do włączenia szeregu metod naukowych dotyczących opieki nad pacjentem.

Jeśli strategia ta jest skuteczna, systemy opieki zdrowotnej oferują dogodne warunki dla zintegrowanych innowacji w zakresie opieki, które mają być włączane do opieki codziennej.<sup>20</sup> System uczenia się wykorzystuje dane gromadzone w regularnych bazach i prowadzi do wyciągnięcia wniosków; w przeciwieństwie do badań, które dają wiedzę, możliwą do uogólnienia. Wnioski te nie są przeznaczone do publikowania w czasopiśmie naukowych lub specjalistycznych. Samo zbieranie danych jest zazwyczaj niewystarczające, często brakuje grup kontrolnych, a kwestionariusze nie zostały zwalidowane.

To wszystko sprawia, że projekty poprawy jakości, które współpracują z wyżej wymienionym cyklem PDCA, są mniej odpowiednie jako podstawa publikacji naukowych.

Z drugiej strony publikacje naukowe czasami zajmują trzy lub cztery lata od projektu do publikacji. Wartość tych publikacji dla osób zajmujących się opieką koordynowaną jest często ograniczona. Tymczasem rodzaj opieki koordynowanej badany w publikacji został już zaakceptowany i zmieniony w nową wersję.

Aby rozwiązać ten problem, International Journal of Integrated Care publikuje nie tylko publikacje naukowe, ale również organizuje konferencje, wirtualne społeczności i kursy, aby zmobilizować tę cichą wiedzę i ułatwić bezpośrednią wymianę doświadczeń między specjalistami a przywódcami. Inne czasopisma wydają się rozwijać w tym samym kierunku.

### **Porównanie badań efektywności zdrowotnej w zakresie opieki koordynowanej**

Trzecią, ostatnią pozycją jest porównanie badań efektywności zdrowotnej.<sup>21</sup> Publikacja opublikowana przez Andersona i in. w 2009 roku jest tutaj dobrym przykładem. Głównym celem jest porównanie skuteczności, czasami zupełnie różnych interwencji zdrowotnych, które mają wspólny cel. W wyżej wymienionej publikacji celem jest zmniejszenie spożycia alkoholu.

Anderson i in. wyodrębnili całą listę interwencji: edukację zdrowotną; terapie w leczeniu uzależnień; kampanie medialne; redukcję punktów sprzedaży;

kontrole uliczne, np. czujniki alkoholu w wydychanym powietrzu; zakazy reklamowe; ulepszone szkolenia dla barmanów; większy nadzór nad nielegalnie destylowanym alkoholem; oraz politykę cenową. Na podstawie podobnych opisów biznesowych (zob. punkt 19.1) stwierdzono, że podwyższenie akcyzy jest najskuteczniejszą i efektywną interwencją na rzecz zmniejszenia spożycia alkoholu. Celem tego przykładu jest wyjaśnienie pojęcia CHER. Jest to trendowy temat w publikacjach onkologicznych i innych,<sup>22,23,24</sup> gdy odpowiada na pytanie: jaka jest najbardziej skuteczna interwencja w celu zmniejszenia śmiertelności związanej z rakiem?

Czy zaprzestanie palenia, badanie przesiewowe, chemioterapia, operacje chirurgiczne czy interwencje radioterapeutyczne? Wszystkie te interwencje są porównywane pod kątem skuteczności.

W teorii – ale jak dotąd, jeszcze nie w praktyce – można użyć koncepcji ekonomicznej użyteczności krańcowej: zysku ze wzrostu lub utraty możliwości wykorzystania interwencji. Ta teoretyczna, ekonomiczna idea wskazuje, że marginalna użyteczność każdej interwencji onkologicznej jest równa. W podejściu CHER, ważną rolę odgrywa analiza wpływu budżetu (Budget Impact Analysis – BIA). W BIA wysokość dofinansowania opieki zdrowotnej jest podana. Następnie naukowcy próbują zoptymalizować wykorzystanie wspomnianego budżetu w celu osiągnięcia optymalnej skuteczności dla docelowej grupy pacjentów.<sup>25,26,27</sup>

Spoglądając na kontekst płatności opartych na populacji (patrz punkt 13.2), CHER jest ciekawym narzędziem. Pozwala koordynatorowi przenieść środki z opieki szpitalnej na podstawową opiekę zdrowotną i usługi w zakresie profilaktyki. Prawdą jest, że w rzeczywistości dystrybucje we wspomnianych powyżej opcjach opierają się na emocjach, mocy, historii i obowiązujących przepisach prawnych. Jednakże teoria użyteczności marginalnej, CHER i analiza wpływu budżetu ułatwiają bardziej racjonalne podejście.

## 20.7 WNIOSKI Z NINIEJSZEGO ROZDZIAŁU

W tym rozdziale omówiono metody badawcze, których nie można powiązać z zagadnieniem badawczym tej książki: jak opieka koordynowana może przyczynić się do realizacji potrójnego celu w nadchodzących latach. Dlatego poniższe punkty są tylko podsumowaniem tego rozdziału.

- 1 Badania opisowe dotyczące opieki koordynowanej wykorzystują cztery różne metody badawcze:
  - 1 przegląd literatury;
  - 2 badania porównawcze przekrojowe;
  - 3 ocena procesu;
  - 4 analiza szeregów czasowych.

- 2 Oceny procesu porównują formalne cechy koordynowanej, eksperymentalnej opieki zdrowotnej z jej rzeczywistymi, dostępnymi cechami.
- 3 Dokonanie oceny procesu przed rozpoczęciem badań nad teorią ma zasadnicze znaczenie, ponieważ normatywny opis opieki koordynowanej może się różnić od faktycznej realizacji.
- 4 Analiza serii czasowej opiera się na rozwoju opieki koordynowanej na przestrzeni lat.
- 5 Dostosowana analiza szeregów czasowych, w której obliczane są trendy w oparciu o dużą liczbę chwil przed i po interwencji, jest przydatna: jeśli wyniki wskazują na przerwę w trendzie, wydaje się prawdopodobne, że interwencja miała wpływ na realizację potrójnego celu.
- 6 Badanie przeprowadzone w ramach zintegrowanej opieki ma charakter jakościowy. Opiera się ono na teorii Scharpfa, znanej jako instytucjonalizm nastawiony na aktorów. Zgodnie z tą teorią zintegrowana opieka jest tworzona przez aktorów, ich poglądy i ich wpływ na politykę. Model Scharpfa nadaje się do poszukiwań eksploratoryjnych przed badaniami w zakresie testowania teorii. Model ten pozwala badaczom przewidzieć, czy eksperyment ze zintegrowaną opieką ma realną szansę na realizację potrójnego celu.
- 7 Są trzy rodzaje teorii:
  - 1 badanie randomizowane;
  - 2 analiza danych typu „big data”; oraz
  - 3 osadzone wieloetapowe studium przypadku.
- 8 Jeśli nie można randomizować pacjentów zgodnie z koordynowanymi aspektami opieki i otoczeniem frakcjonowanym, samo otoczenie może być randomizowane. Ta szczególna metoda badawcza nazywa się Randomized Community Trial.
- 9 Czynniki, które komplikują ocenę opieki koordynowanej, są: więcej niż jedna interwencja eksperymentalna, zmiana napływu pacjentów, przejściowe zmiany w świadczeniu opieki i znaczne zmiany dla tych, którzy są bezpośrednio zaangażowani. To utrudnia uzyskanie dowodów na to, że opieka koordynowana wpływa na realizację potrójnego celu.
- 10 Studium przypadku jest osadzone, gdy badacze badają zarówno czynniki środowiskowe, jak i wewnętrzne funkcjonowanie otoczenia. Wykorzystywane są różne źródła informacji. Osadzone studia przypadków są zatem popierane w opiece koordynowanej.
- 11 Dostępne są cztery ogólne teorie, wyjaśniające wpływ opieki koordynowanej na realizację potrójnego celu. Każdy, kto chce przetestować, jak opieka koordynowana przyczynia się do realizacji trzech punktów widzenia, musi nieuchronnie oceniać każdą z tych czterech teorii i ocenić, który z nich był

mechanizmem aktywnym. Potwierdzono teorię lub hipotezę, gdy trzy inne teorie zostały odrzucone.

- 12 Koncentracja rozwoju i badań opieki koordynowanej w jednym obszarze odpowiedzialności oznacza, że naukowcy pomagają w opracowywaniu interwencji poprzez wkład wiedzy, która jest dostępna w ich ośrodku badawczym i przeprowadzają badania opisowe i eksploracyjne przed zbadaniem teorii.
- 13 Spoglądając na kontekst płatności opartych na populacji, CHER jest ciekawym narzędziem. Pozwala koordynatorowi przenieść środki z opieki szpitalnej na podstawową opiekę zdrowotną i usługi w zakresie profilaktyki.

## BIBLIOGRAFIA DO ROZDZIAŁU 20

- 1 Walker DM. An introduction to health services research. London: Sage Publications, 2014.
- 2 Plochg T, Juttmann RE, Klazinga NS i in. Handboek gezondheidszorgonderzoek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012.
- 3 Shi L. Health services research methods. Wydanie 2. Clifton Park: Delmar Publications, 2008.
- 4 Linden B van der. The birth of integration, explorative studies on the development and implementation of transmural care in the Netherlands, 1994–2000 [praca dyplomowa]. Utrecht: Utrecht University, 2001.
- 5 Ravelli DP. De-institutionalisation of mental health care in the Netherlands 1993–2004 [praca dyplomowa]. Utrecht: Utrecht University, 2005.
- 6 Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324(7330):135-143.
- 7 Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A i in. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321(7262):694-6.
- 8 Schäfer T, Gericke CA, Busse R. Health services research. In: Ahrens W, Pigeot I. Handbook of epidemiology. Berlin: Springer Verlag, 2005:1473-1544.
- 9 Groot AD de. The meaning of 'significance' for different types of research. *Acta Psychologica* 2014;148:188-94.
- 10 Scharpf FW. Games real actors play: actor-centered institutionalism in policy research. Boulder: Westview Press, 2004.
- 11 Shojania KG. Conventional evaluations of improvement interventions: more trials or just more tribulations? *BMJ Qual Saf* 2013;22(n):881-4.
- 12 Shojania KG, Grimshaw JM. Evidence based quality improvement: the state of the science. *Health Affairs* 2005;24(1):138-50.
- 13 Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, i in. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a metaregression analysis. *JAMA* 2006;296(4):427-40.

- 14 Craig P, Dieppe P, Macintyre S i in. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008;337:a1655.
- 15 Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J i in. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed health-care choices. 1: Introduction. *BMJ* 2016;353:i2016.
- 16 Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J i in. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed health-care choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;353:i2089.
- 17 [https://en.wikipedia.org/wiki/Hawthorne\\_effect](https://en.wikipedia.org/wiki/Hawthorne_effect), pobrane dnia 8 sierpnia 2016 r.
- 18 Trappenburg JCA. Self-management and early detection of exacerbations in patients with COPD [praca dyplomowa]. Utrecht: Utrecht University, 2011.
- 19 Yin RK. Case study research. Design and methods. Wydanie 3. London: Sage Publishers, 2003.
- 20 Chambers DA, Feero WG, Khoury MJ. Convergence of implementation science, precision medicine, and the learning health care system: a new model for biomedical research. *JAMA* 2016;315(18):1941-2.
- 21 Anderson P. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009;373(9682):2234-46.
- 22 Garber AM, Tunis SR. Does comparative-effectiveness research threaten personalized medicine? *N Engl J Med* 2009;360(19):1925-7.
- 23 Dreyer NA, Tunis SR, Berger M, i in. Why observational studies should be among the tools used in comparative effectiveness research. *Health Affairs* 2010;29(10):1818-25.
- 24 Mullins CD, Abdulhalim AM, Lavalley DC. Continuous patient engagement in comparative effectiveness research. *JAMA* 2012;307(15):1587-8.
- 25 Trueman P, Drummond M, Hutton J. Developing guidance for budget impact analysis. *PharmacoEconomics* 2001;19(6):609-21.
- 26 Mauskopf JA, Sullivan SD, Annemans L, i in. Principles of good practice for budget impact analysis: report of the ISPOR Task Force on good research practices. *Budget Impact Analysis. Value Health* 2007;10(5):336-47.
- 27 Garattini L, Vooren K van de. Budget impact analysis in economic evaluation: a proposal for a clearer definition. *Eur J Health Econ* 2011;12(6):499-502.

# CZEŚĆ 8

## PODSUMOWANIE





## 21 Odpowiedź na pytanie w kilkuset słowach i w jednej tabeli

Książka ta odpowiadała na pytanie badawcze (patrz punkt 1.7): czy można poprawić stan zdrowia ludności, poprawić jakość opieki indywidualnej i zmniejszyć koszty opieki na osobę, korzystając z koordynowanej opieki zdrowotnej skoncentrowanej na pacjencie?

Ukierunkowana na pacjentów opieka koordynowana została zdefiniowana w punkcie 2.1 jako „usługi medyczne zarządzane i dostarczane osobom w sposób zapewniający uzyskanie kontinuum promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, diagnozy, leczenia, zarządzania chorobami, rehabilitacji oraz paliatywnych usług medycznych, na różnych poziomach oraz w różnych miejscach systemu opieki zdrowotnej, zgodnie z zapotrzebowaniem, w okresie całego życia, i w formie stałej dyskusji z pacjentami.”

Aby odpowiedzieć na to pytanie, przeczytałem około 500 dokumentów z okresu od lat sześćdziesiątych dwudziestego wieku do dnia 15 sierpnia 2016 roku. Czasami moje własne doświadczenia były również wykorzystywane jako źródło informacji.

Zbadano sześć wymiarów opieki koordynowanej:

- 1 rodzaj opieki koordynowanej;
- 2 pacjenci jako partnerzy;
- 3 jakość opieki koordynowanej;
- 4 płatności za opiekę koordynowaną
- 5 cyfryzacja i koordynowana e-opieka zdrowotna; oraz
- 6 polityka w zakresie opieki koordynowanej.

Każdy temat omawiany jest w jednej z części tej książki. Każda część zawiera jeden lub więcej rozdziałów. Każdy rozdział kończy się odpowiedzią na pytanie badawcze zawarte w niniejszej publikacji w oparciu o ustalenia z danego rozdziału.

Odpowiedzi na te pytania, z rozbiem na rozdziały, zostały przedstawione zbiorczo na rysunku 21.1. Czytelników, którzy chcą uzyskać bardziej szczegółowe objaśnienia skróconych informacji zawartych w tabeli, odsyłam do poszczególnych rozdziałów i sekcji.

Podsumowując poniższą tabelę, odpowiedzią na pytanie badawcze jest: tak, jest to możliwe. Tak, opieka koordynowana jest lepsza i tańsza. Odpowiedź brzmi tak, ponieważ większość twierdzeń opiera się na pozytywnych eksperymentach na małą skalę. Niektóre z tych stwierdzeń opierają się wyłącznie na hipotezach. W tych przypadkach używałem słowa „wiarygodne”.

Droga od małych eksperymentów w jednym kraju lub pojedynczym badaniu do ogólnokrajowego wdrożenia jest długa, a to wymaga wprowadzenia wielu zmian i zarządzania nimi (patrz rozdział 19). Ta obserwacja zmotywowała mnie do rozpoczęcia tej książki cytatem z dobrze znanego w Holandii wiersza: „między snem a czynem stoją prawa i praktyczne przeszkody”. Jeśli ta książka pomogła pokazać czytelnikowi kierunek przyszłej opieki zdrowotnej, osiągnęła swój cel.

*Guus Schrijvers*  
*Utrecht, 16 października 2016 r.*

Rys. 21.1 Wkład każdego z rozdziałów w realizację potrójnego celu

Rozdział (numer i skrócony tytuł)	1. Poprawa stanu zdrowia populacji	2. Poprawa jakości opieki nad pacjentem	3. Obniżenie kosztów na osobę
3. Koordynacja pozioma	Poprawa zdrowia osób cierpiących na choroby przewlekłe i / lub raka.	Poprawa ciągłości opieki.	Obniżenie łącznych kosztów usług zdrowotnych; obniżenie liczby przyjęć do szpitala.
4. Koordynacja pionowa	Wyższe szanse na przeżycie u chorych na raka, w przypadku standardowych skierowań od lekarzy POZ do specjalistów.	Punkty transferowe i standardowe procedury wypisu poprawiają jakość przejścia z opieki szpitalnej na domową.	Systemy, w których lekarze POZ pełnią funkcję strażników dostępu („gatekeepers”), mają niższe koszty niż te, w których lekarze POZ nie pełnią tej funkcji.
5. Zarządzanie przypadkami chorobowymi	Jest prawdopodobne, że menedżerowie zarządzający przypadkami chorobowymi przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia populacji i lepszej jakości opieki.	idem.	Niezależni menedżerowie ds. opieki długoterminowej zmniejszają poziom korzystania z opieki instytucjonalnej.
6. Opieka farmaceutyczna	Lepsza jakość i bezpieczeństwo stosowania leków.	Lepsza jakość i bezpieczeństwo stosowania leków. Można uznać za wiarygodne, że opieka farmaceutyczna poprawia przestrzeganie reżimu przyjmowania leków.	Większość ocen ekonomicznych dotyczących programów opieki farmaceutycznej wykazuje zmniejszenie kosztów opieki per capita.

Rys. 21.1 – ciąg dalszy

Rozdział (numer i skrócony tytuł)	1. Poprawa stanu zdrowia populacji	2. Poprawa jakości opieki nad pacjentem	3. Obniżenie kosztów na osobę
7. Koordynacja świadczeń zdrowotnych i społecznych		Jest prawdopodobne, że koordynacja ta prowadzi do lepszego wyjaśnienia problemów zdrowotnych i dostępności większej liczby interwencji.	Interwencje w zakresie rehabilitacji świadczone przez usługi społeczne obniżają koszty na jednego mieszkańca.*
8. Pacjenci i pracownicy opieki zdrowotnej jako partnerzy	Jest prawdopodobne, że wsparcie w zakresie samoopieki zmniejsza częstość chorób przewlekłych.	Jednostkowe programy edukacyjne dla pacjentów prowadzone w trybie online, które zawierają wyłącznie instrukcje a brakuje w nich interakcji między nauczycielem a pacjentem nie mają wpływu na zachowania pacjenta.	Samodzielne monitorowanie chorób przewlekłych zmniejsza liczbę przyjęć i ponownych przyjęć do szpitala.
9. Wspólne podejmowanie decyzji	Pacjenci korzystający z pomocy w podejmowaniu decyzji zwiększają swoją wiedzę o tych opcjach, czują się lepiej poinformowani i lepiej rozumieją, co jest najważniejsze.	idem.	WPD skłania pacjentów do częstszego zaprzestawania dalszego leczenia. Nie istnieją jednak żadne badania nad kosztami rzeczywistymi.

Rozdział (numer i skrócony tytuł)	1. Poprawa stanu zdrowia populacji	2. Poprawa jakości opieki nad pacjentem	3. Obniżenie kosztów na osobę
10. Jakość usług specjalistycznych	Można uznać za wiarygodne, że koncentracja specjalistów opieki koordynowanej na utrzymaniu stanu zdrowia i jakości wyników długoterminowych promuje zdrowie w populacji.	W systemie opieki koordynowanej pacjenci powinni komunikować się z jednym punktem kontaktu, z którym będą mogli uzgadniać szczegóły dotyczące leczenia.	Można uznać za wiarygodne, że opieka koordynowana poziomo zmniejsza stopień nadużywania opieki.
11. Jakość opieki z perspektywy pacjenta	Można uznać za wiarygodne, że pomiar doświadczeń pacjenta w opiece koordynowanej przyczynia się do poprawy zdrowia populacji.	Jest prawdopodobne, że wskaźniki jakości wyników profesjonalnych (takie jak współczynniki przeżywalności, czas powrotu do zdrowia i trwałość zdrowia) są również istotne dla pacjentów.	Brak danych.
12. Ekonomia behawioralna	Bodźce finansowe stymulują również konformistyczne zachowania zdrowotne. Można uznać za wiarygodne, że prowadzą one do poprawy stanu zdrowia populacji.	Bodźce finansowe doprowadziły do inwestycji w zespoły, organizacje i budynki multidyscyplinarne.	To, czy wprowadzenie płatności za opiekę kompleksową w szpitalach w USA przyczyniło się do zmniejszenia wzrostu łącznych kosztów opieki zdrowotnej, pozostaje niepewne.

Rys. 21.1 – ciąg dalszy

Rozdział (numer i skrócony tytuł)	1. Poprawa stanu zdrowia populacji	2. Poprawa jakości opieki nad pacjentem	3. Obniżenie kosztów na osobę
13. Model „Cappuccino”	Można uznać za wiarygodne, że opłata oparta o populację poprawia stan zdrowia populacji.	Finansowanie oparte o populację zwiększyło ciągłość leczenia.	Pacjenci leczenia w ramach rozwiązania Alternative Quality Contract poświęcają mniej czasu na opiekę zdrowotną niż osoby niezarejestrowane w AQC i otrzymują opiekę o wyższej jakości.
14. Płatnicy i świadczeniodawcy	Systemy opieki koordynowanej przyczyniają się do realizacji potrójnego celu. Jednak, aby zmniejszyć konflikty między uczestnikami, minimalizacja konfliktów może stanowić czwarty cel.	Można uznać za wiarygodne, że płatnicy długofalowi przyczyniają się do realizacji potrójnego celu w większym stopniu od płatników krótkofalowych.	Jeżeli współpraca między świadczeniodawcami opieki koordynowanej spowoduje powstanie zachowań monopolistycznych, płatnik musi zorganizować środki przeciwdziałające w celu zapewnienia realizacji potrójnego celu.
15. Budżet indywidualny	Można uznać za wiarygodne, że pacjenci korzystający z budżetu indywidualnego mają większe możliwości kształtowania własnego życia.	Opcja budżetu indywidualnego w szerszej polityce rodzinnej, która świadomie próbuje stymulować opiekę nieformalną, zwiększa jakość opieki.	Jednoczesna dostępność obu opcji – czyli opieki rzeczowej i budżetu indywidualnego – obniża koszty opieki koordynowanej.

Rozdział (numer i skrócony tytuł)	1. Poprawa stanu zdrowia populacji	2. Poprawa jakości opieki nad pacjentem	3. Obniżenie kosztów na osobę
16. Elektroniczne Rejestry Stanu Zdrowia Pacjenta i dane typu „Big Data”	Istnieje duże prawdopodobieństwo, że zarządzanie popytem lepiej funkcjonuje, jeśli dane dotyczące zdrowia są przechowywane w łatwo dostępnych hurtowniach danych.	Systemy informatyczne w podstawowej opiece zdrowotnej poprawiają koordynację i bezpieczeństwo świadczenia opieki zdrowotnej.	EHR pozwalają potencjalnie na oszczędność pieniędzy, gdyż ponowne wykorzystywanie informacji w formie cyfrowej zmniejsza konieczność powtarzania badań diagnostycznych.
17. E-zdrowie	Telemedycyna i teleopieka w radiologii, intensywnej opiece medycznej, terapii pacjentów z udarem i innych formach opieki także przyczyniają się do realizacji potrójnego celu.*	Opieka mieszana poprawia jakość opieki koordynowanej w większym stopniu niż systemy oparte strictly na cyfryzacji.	W dłuższej perspektywie diagnostyka w dużej mierze stopniowo zniknie ze szpitali i przejęta zostanie przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej i ogólnokrajowe ośrodki wiedzy fachowej.
18. Przywództwo	Dokonywanie analiz SWOT stanowi silną podstawę do zaproponowania strategicznych poglądów.	Praca zespołowa i wspólne przywództwo ma duże znaczenie: nie ma konieczności koncentrowania wszystkich działań przywódczych w rękach jednej osoby.	Jeśli opieka może być oferowana taniej bez utraty jakości, jest ona automatycznie dozwolona przez przywódców.

Rys. 21.1 – ciąg dalszy

Rozdział (numer i skrócony tytuł)	1. Poprawa stanu zdrowia populacji	2. Poprawa jakości opieki nad pacjentem	3. Obniżenie kosztów na osobę
19. Innowacja	Udane innowacje w zakresie opieki koordynowanej są rozpowszechniane jako krzywa S. Jeśli tak się stanie, ich wkład w realizację potrójnego celu jest optymalny.	Wiele innowacji procesowych nie dociera do etapu rozpowszechniania, ponieważ ich wkład w jakość opieki koordynowanej nie jest jeszcze sprawdzony.	Niekiedy innowacje i zarządzanie zmianami są połączone z redukcją kosztów. Jeśli tak się stanie, ich wkład w realizację Potrójnego Celu jest niski.
20. Badania nad opieką koordynowaną	Badanie eksploracyjne umożliwia naukowcom przewidywanie, czy eksperyment z opieką koordynowaną prawdopodobnie przyczyni się do realizacji potrójnego celu.	Czynnikami, które komplikują ocenę opieki koordynowanej, są: więcej niż jedna interwencja eksperymentalna, zmiana napływu pacjentów, przejściowe zmiany w świadczeniu opieki i znaczenie dla tych, którzy są bezpośrednio zaangażowani.	Porównawcze badania nad efektywnością opieki pozwalają koordynatorowi przenieść środki z opieki szpitalnej na podstawową opiekę zdrowotną i usługi w zakresie profilaktyki.

**Źródło:** zob. bibliografia na końcu poszczególnych rozdziałów



## Podziękowania

Winien jestem ogromne podziękowania następującym osobom:

- mojej sekretarce Annet Esser. Przechowywała wiele lat literaturę na temat opieki koordynowanej. Dziękuję jej serdecznie za całą staranność w poszukiwaniu, uzupełnianiu i dokumentowaniu artykułów naukowych;
- tłumaczce Elizabeth Verwey. Pomimo braku zaplecza w zakresie usług zdrowotnych, nie tylko poprawiała i tłumaczyła moje teksty, ale również regularnie informowała mnie o nielogicznych zdaniach i stwierdzeniach;
- grafikowi Marcelowi Stam, który zaprojektował wszystkie rysunki. Dokonał tego cierpliwie i dokładnie, nawet jeśli wykres musiał być umieszczony w innym miejscu w książce po raz nie wiadomo który;
- Monique Scholten-Theessink i Bertowi Brevoordowi, wydawcom z Reed Business, którzy od samego początku emanowali poczuciem ufności, nawet wtedy, gdy utknąłem i walczyłem z czasem, aby terminowo ukończyć książkę;
- Erik Gerritsen, farmaceucie i wiele więcej niż tylko pierwszemu autorowi rozdziału 6. Dziękuję, Erik, za burzę mózgów ze mną o zarysie i tytule tej książki;
- mojej żonie Els, która nigdy nie straciła poczucia humoru, kiedy nieobecnie snułem się po domu, zmagając się z akapitami i poprawnymi sformułowaniami.



## O IFIC

### **Dołącz do społeczności, która poświęcona jest opiece koordynowanej**

Międzynarodowa Fundacja na rzecz Opieki Koordynowanej (International Foundation for Integrated Care – IFIC) jest nieformalną siecią edukacyjną opartą na członkostwie, która łączy ludzi dążących do postępu w nauce, wiedzy i przyjęciu polityki i praktyki w zakresie opieki koordynowanej.

Sieć członkostwa IFIC to proaktywny portal sieciowy dla członków tej organizacji. Można tu nawiązać kontakty z innymi członkami, którzy dzielą Twoje zainteresowania, nawiązać kontakty z uznanymi specjalistami z IFIC w różnych dziedzinach i znaleźć możliwości współpracy i wymianę pomysłów.

Jako członek będziesz miał dostęp do obszaru członkowskiego, gdzie możesz uczestniczyć w trwającej dyskusji za pośrednictwem naszych specjalistycznych grup (**Special Interest Groups**) i forów, nawiązać kontakty z kolegami i innymi badaczami i zachęcać do rozmowy w otwartym i współdziałającym środowisku połączonym dążeniem do uzyskania prawdziwie ukierunkowanego na ludzi systemu koordynowanej opieki zdrowotnej.

Możesz dołączyć za darmo lub zarejestrować się jako pełny członek za cenę niewielkiej rocznej opłaty za członkostwo, a w zamian otrzymać zniżki na nadchodzące konferencje IFIC, publikacje w czasopiśmie *Journal for Integrated Care* i programy *Integrated Care Academy*®.

Więcej informacji na stronie:

<http://integratedcarefoundation.org/ific-members-network>.

### **Integrated Care Academy® (Akademia Opieki Koordynowanej)**

Aby wspierać analizy naukowe i skuteczne wdrażanie polityki i praktyki w zakresie opieki koordynowanej, IFIC zapewnia szereg łatwo dostępnych, wysokiej jakości, opartych na dowodach i praktykach programów nauczania oraz działań edukacyjnych w ramach *Integrated Care Academy*®.

Więcej informacji na stronie:

<http://integratedcarefoundation.org/ific-integrated-care-academy>.

### **International Journal of Integrated Care (IJIC)**

The International Journal of Integrated Care jest internetowym, otwartym i branżowym czasopismem naukowym, które regularnie publikuje oryginalne artykuły w dziedzinie opieki koordynowanej. W roku 2015 uzyskano ocenę wpływu na poziomie 1.557.

Misją IJIC jest promowanie opieki koordynowanej jako dyscypliny naukowej. Głównym celem jest krytyczne zbadanie polityki i praktyki opieki koordynowanej, jak i tego, w jaki sposób wpływa to na jakość opieki, doświadczenia użytkowników i efektywność kosztową.

Magazyn ten regularnie publikuje suplementy konferencyjne i specjalne wydania tematyczne. Więcej informacji na stronie: <http://www.ijic.org/>.

# Index

## A

- analiza skutków dla budżetu (budget impact analysis – BIA) 313
- apteka ogólnodostępna 114
  - świadczenia podstawowe 114
  - świadczenia rozszerzone 114
  - świadczenia zaawansowane 114

## B

- badania eksploracyjne 305
- badania nad opieką koordynowaną 303
  - badania eksploracyjne 305
  - badania opisowe 304
  - badania w zakresie testowania teorii 306, 309
- badania nad usługami zdrowotnymi 303
- badania opisowe 304
- badania w zakresie testowania teorii 306, 309
- badanie HARM 106
- badanie randomizowane 306
- Berwick 33
- bezpieczeństwo w internecie 267
- bodźce biznesowe 206
- budżet indywidualny (PB) 239

## C

- Case Management Society of America 87
- choroba psychiczna 88, 126
- Christensen 250

- Chronic Medication Service 114
- Crossing the Quality Chasm 285
- cyfryzacja 249

## D

- Deklaracja Salzburka w sprawie wspólnego podejmowania decyzji (Salzburg Statement on Shared Decision Making) 156
- Devkaran 190
- Donabedian 37
- duże systemy danych 256

## E

- ekonomia behawioralna 199
- e-konsultacje 263
- Elektroniczny rejestr stanu zdrowia pacjenta 254
- e-zdrowie 263

## G

- grupy powiązane z diagnozą (DRG) 271

## I

- innowacje w podstawowej opiece zdrowotnej 289

## J

- jakość efektów 38
- jakość opieki 173
  - definicja 173

jakość opieki z perspektywy pacjenta 189  
 jakość opieki z perspektywy specjalistów  
 opieki zdrowotnej 173  
 komponenty 173  
 jakość procesu 38, 176  
 jakość strukturalna 39, 182

## K

karta pacjenta 155  
 Kinzigtal 76

## L

leczenie preferencyjne 165  
 leczenie uzależnień 126  
 lista leków przyjmowanych przez pacjenta 114

## M

materiały pomocnicze w procesie  
 podejmowania decyzji 142, 143  
 Medicines Use Review 107  
 Medisinstart 112  
 medycyna oparta na wiedzy (evidence based  
 medicine – EBM) 165  
 Miara Aktywności Pacjenta (Patient Activation  
 Measure) 145  
 model biznesowy 292  
 Model „Cappuccino” 211  
 model opieki nad chorymi przewlekle (CCM) 69  
 Model opieki Wagnera nad chorymi przewlekle 68  
 model rozwoju Minkmana 68  
 monitoring leków 107

## N

National Research Council 18  
 Net Promoter Score 193  
 New Medicine Service 111  
 nieprzestrzeganie reżimu przyjmowania leków 109  
 nieumyślne nieprzestrzeganie reżimu  
 przyjmowania leków 109

umyślne nieprzestrzeganie reżimu  
 przyjmowania leków 109

## O

ocena Home Medicines Review 107  
 ocena leków 107  
 Oddział Szybkiej Diagnostyki 54  
 odpowiedzialna organizacja opieki (ACO) 78  
 omówienie decyzji 159, 160  
 omówienie opcji 158  
 opieka farmaceutyczna 103  
 opieka koordynowana  
 definicja 27  
 klasyfikacja 31  
 założyciele 44  
 opieka koordynowana pionowo  
 jednoogniskowe lub dwuogniskowe systemy  
 opieki zdrowotnej 75  
 opieka przejściowa 63  
 opieka koordynowana poziomo  
 praca zespołowa 55  
 opieka paliatywna 50  
 opłata za innowacje 218  
 opłaty oparte o populację 213  
 opłaty za usługi (fee-for-service, FFS) 211, 217  
 organizacja oparta na hipokryzji 285  
 ośrodki rodzinne 123

## P

paternalizm libertariański 200  
 plan opieki przez całe życie 90  
 płatności za opiekę kompleksową 205  
 podstawowa opieka zdrowotna  
 definicja 45  
 efektywność 50  
 konkretne wydarzenia 47  
 podział na nabywców i dostawców opieki  
 (PPS) 225  
 ponowne wydanie leków na receptę  
 (Repeat Dispensing Service) 108

porównanie badań efektywności zdrowotnej 312  
 portal e-zdrowia 269  
 Potrójny Cel 32  
   filozofia 33  
   trójkąt 32  
   warunki 33  
 PRO 191  
 profilaktyka 36, 37  
   klasyfikacja 37  
   rodzaje 36  
 program zarządzania procesem chorobowym  
   (DMP) 70  
 PROM 191  
 przepisywanie leków 106  
 przestrzeganie zaleceń w zakresie stosowanych  
   leków 110  
 Punkt transferowy 67

## R

rzadka choroba przewlekła 74

## S

sekwencjonowanie genomu 22  
 skala preferencji w zakresie podejmowania  
   decyzji 157  
 Smith, Adam 199  
 stosowanie leków 109  
 system wspierania procesu podejmowania  
   decyzji (DSS) 259  
 szpitalny oddział ratunkowy 54

## Ś

świadczenia społeczne 119  
   warunki koordynacji / integracji 129  
 świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego 48

## T

technologia domów inteligentnych 263

telemedycyna 264  
 teleopieka 263  
 terapia lekowa 103  
 Topol 250  
 triangulacja 310  
 Trójkąt Kaisera 68

## U

Umowa Alternative Quality Contract (AQC) 214

## W

wielochorobowość 68  
 wielospecjalistyczny system oceny 54  
 Wildawsky 229  
 wskaźniki jakościowe 108  
 wskaźniki kontrolne 193  
 wspieranie samoopieki 135  
 wspólne oszczędności 77  
 wspólne podejmowanie decyzji (WPD)  
   model trzyetapowy 156, 160  
   ocena 160  
   wdrożenie 161  
 wybór stopnia zaangażowania w proces  
   decyzyjny 157  
 wynik EMRAM 219, 254  
 wytyczne wielospecjalistyczne 29  
 wzmocnienie pozycji pacjenta 207

## Z

zarządzanie konkretnymi przypadkami 85  
 zarządzanie zmianami 296  
 zdefiniowana dawka dzienna (DDD) 104  
 zdrowie  
   definicja 36  
 zdrowie populacji 37  
 zdrowie publiczne 37  
 zespół FACT 182



## Guus Schrijvers

Czy można zapewnić lepsze zdrowie, zwiększyć jakość i obniżyć koszty leczenia poprzez wykorzystanie skoncentrowanej na pacjencie opieki zintegrowanej? Niniejsza książka zawiera odpowiedź na to pytanie – Schrijvers łączy analizę ponad 500 badań prowadzonych w okresie od lat sześćdziesiątych dwudziestego wieku do połowy sierpnia 2016 r. – z latami własnych do-

świadczeń z pracy w systemach zintegrowanej opieki medycznej. Autor wyodrębnił sześć wymiarów opieki zintegrowanej: rodzaj, uznanie pacjenta za partnera, jakość opieki, płatności, zagadnienia e-zdrowia i zarządzanie zmianami w systemie opieki zdrowotnej. Każdy z tych elementów opisuje i poddaje dogłębnej analizie. I jaka jest jego odpowiedź? Tak, można to uczynić, jednak przed nami jeszcze długa droga do osiągnięcia celu.

Niniejsze opracowanie to obowiązkowa lektura dla tych wszystkich, którzy dążą do współpracy w systemie opieki zdrowotnej: lekarzy i pracowników medycznych, innowatorów, decydentów, studentów i ich nauczycieli.

Guus Schrijvers jest ekonomistą specjalizującym się w systemach opieki zdrowotnej oraz profesorem emerytowanym zdrowia publicznego (1987–2012) w Uniwersyteckim Ośrodku Medycznym w Utrechcie.

Jest założycielem i prezesem Międzynarodowej Fundacji na rzecz Zintegrowanej Opieki Medycznej (*International Foundation of Integrated Care*). Przez wiele lat pełnił także funkcję redaktora naczelnego *International Journal of Integrated Care*. Opublikował setki artykułów naukowych i książek.



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**NFZ**  
Narodowy Fundusz Zdrowia



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny