

Zadania podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi

Donata Kurpas

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu; Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Adres do korespondencji: Donata Kurpas, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UMW, ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław, tel. 48 606 323 449, e-mail: dkurpas@hotmail.com

Abstract

The tasks of primary health care in the chronically ill care

Chronically ill care, carried out within primary care by physicians specialized in family medicine, is the most effective clinically, socially and economically. In countries that have attempted to shape health care in the direction of meeting the chronically ill expectations, it was noticed the evolution of patient care from reactive, that activates when the patient reports with the disorder, to proactive – aiming at maintain a high quality of life. Primary health care, which is shaped and evaluated in accordance with the guidelines set out in the paper, improves the functioning of the chronically ill patients, which is evaluated within the biopsychosocial model. Such primary health care has also been recognized as the level of health care system that fully realizes assumptions of the Chronic Care Model.

Key words: Chronic Care Model, chronic diseases, primary health care

Słowa kluczowe: choroby przewlekłe, Model Opieki nad Chorymi Przewlekłe, podstawowa opieka zdrowotna

Wstęp

Zgodnie z danymi WHO u 75% populacji ogólnej występuje co najmniej jedna choroba przewlekła, a niemal połowa pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi ma zdiagnozowane co najmniej dwie choroby wymagające stałego kontaktu z opieką zdrowotną [1, 2]. Choroby przewlekłe stanowią 72% wszystkich zaburzeń stwierdzanych w populacji powyżej 30. roku życia [3]. Wprawdzie *Europejski raport zdrowia 2012* wskazuje na stały spadek umieralności ogólnej, choroby niezakaźne mają nadal najwyższy udział w przyczynach zgonów (80%), z czego choroby układu krążenia są bezpośrednim powodem blisko 50% ogółu zgonów [4]. Zgodnie z danymi CDC z 2009 roku 70% zgonów Amerykanów było konsekwencją chorób przewlekłych, z kolei 80% dorosłych mieszkańców USA miało co najmniej jedną chorobę przewlekłą, a 50% co najmniej dwie [5]. Podobne kompleksowe dane dotyczące wielochorobowości w Europie nie są dostępne.

W skali globalnej nieaktualne jest określenie, że choroby przewlekłe dominują w krajach rozwiniętych. Analizy potwierdzają, że spośród wszystkich chorób przewlekłych 60% występuje w krajach rozwijających się. Choroby układu sercowo-naczyniowego dominują w Indiach i Chinach, a liczba pacjentów chorych przewlekłe w tych krajach przekracza sumaryczną liczbę chorych we wszystkich krajach rozwiniętych [6, 7].

Populacja chorych przewlekłe ma wzrastać o 1% rocznie do 2030 roku [2, 3, 8]. Do 2020 roku choroby przewlekłe będą przyczyną około 75% zgonów na całym świecie, staną się głównym podłożem niepełnosprawności, indukując bezpośrednio, ale przede wszystkim pośrednie koszty medyczne [9].

Nie zmienia to faktu, że choroby przewlekłe od niedawna pojawiły się w światowych agendach opieki zdrowotnej. Zaczęto podkreślać ich niewątpliwy skutek ekonomiczny. Prewencja chorób przewlekłych mogłaby w ciągu dziesięciolecia zapobiec 36 milionom zgonów. Jest to jednak potencjalnie możliwe tylko poprzez

wzmocnienie całego systemu opieki zdrowotnej opartego na efektywnie funkcjonującej podstawowej opiece zdrowotnej [10].

Opieka zdrowotna a pacjenci z chorobami przewlekłymi

Dotychczasowe programy propagowane w Europie Środkowej, Wschodniej i Południowej, a dotyczące chorób przewlekłych, skupiają się na pojedynczych, wybranych zaburzeniach. Rzadko porusza się fakt, że u co najmniej 50% pacjentów z chorobą przewlekłą rozpoznaje się co najmniej dwa zaburzenie przewlekłe [11], co zwiększa ryzyko kolejnych chorób przewlekłych. U pacjentów z wielochorobowością wykazano większe ryzyko nagłego pogorszenia się stanu zdrowia, hospitalizacji i niepełnosprawności [12]. Ta populacja pacjentów staje się najbardziej znaczącym elementem systemu opieki zdrowotnej w przyszłości, w którym istoty nabiera nie paternalistyczny wzorzec kontaktu, ale współpraca prowadząca do przestrzegania procedur długoterminowej terapii i okresowej diagnostyki, a przede wszystkim ukierunkowana na promocję zdrowia, profilaktykę powikłań aktualnych chorób przewlekłych i współwystępowania kolejnych, jak również zogniskowana na opiekę nad sferą nie tylko somatyczną, ale socjalną, środowiskową i psychiczną pacjentów, co więcej – prowadzona przez wielospecjalistyczny zespół wsparty na efektywnie funkcjonującej podstawowej opiece zdrowotnej [10, 13, 14].

Wobec powyższego sugeruje się globalnie systemy opieki zdrowotnej modelować na strukturze wspierającej „zarządzanie chorobami przewlekłymi” – zależnie oczywiście od lokalnych możliwości oraz indywidualnych potrzeb i oczekiwań pacjentów [15], w ramach ich środowiska domowego [16]. Wykazano, że opieka domowa cechuje się wysoką efektywnością kliniczną z obniżeniem ryzyka hospitalizacji i podwyższeniem ocen satysfakcji [17]. Stwierdzono, że jest ona o 44% tańsza od opieki szpitalnej [18].

W opublikowanym w 2008 roku raporcie WHO wskazuje się, że w miejsce kompleksowej polityki opieki zdrowotnej zmierzającej do przewidywania nowych wyzwań i reagowania na nie „dryfuje się” od jednego krótkofalowego priorytetu do kolejnego. Nieuniknioną wypadkową jest wobec tego rosnący brak klarownego celu, brak koordynacji, wysokie koszty opieki zdrowotnej i niska efektywność kliniczna, ale i socjalna [10]. Podkreśla się, że najefektywniejszym poziomem dla projektowania i koordynacji prawidłowego systemu opieki nad chorymi przewlekłe jest poziom podstawowej opieki zdrowotnej. Przy czym opieka ta ma być realizowana przez wielodyscyplinarny zespół i uwzględniająca potrzeby biopsychosocjalne pacjentów. Wymiernym rezultatem jest wówczas redukcja dni hospitalizacji i zmniejszenie szans na hospitalizację, co z kolei automatycznie wiąże się ze zmniejszeniem bezpośrednich i pośrednich kosztów medycznych [19].

Podstawowa opieka zdrowotna i choroby przewlekłe

Światowy Raport Zdrowia z 2008 roku *Primary health care now more than ever* jednoznacznie podkreśla rolę opieki podstawowej jako fundamentu efektywnej opieki zdrowotnej [10, 20, 21], zwłaszcza w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, które są rdzeniem opieki nad chorymi przewlekłe [10]. Programy w tym zakresie mogą zapewnić redukcję globalnego obciążenia chorobami przewlekłymi o 70% [10].

Koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej jako fundamentu całego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od jego struktury, w tym sposobu finansowania, zakłada powszechność (dostęp wszystkich pacjentów do opieki na równych prawach), dostępność (bliskość ośrodków opieki zdrowotnej i bezpłatność świadczeń), ciągłość opieki, uwzględnienie zasad etyki i kompleksowość (współpraca lekarza z pielęgniarkami, pracownikami socjalnymi i innymi profesjonalistami opieki zdrowotnej). Elementy te powinny być zorientowane na pacjenta, wsparte konstruktywną polityką publiczną, w tym efektywnie realizowaną rolą lekarzy rodzinnych jako liderów [13, 22, 23]. Liczne opracowania, w tym porównawcze międzynarodowe, również w USA dostarczają dowodów potwierdzających korzyści wynikających z dobrze rozwiniętej opieki podstawowej w konsekwencji poprawy koordynacji i ciągłości opieki, z czym wiąże się wyższa efektywność ponoszonych kosztów [21, 24]. Jako błąd w organizacji opieki podstawowej wskazuje się skierowanie jej w stronę wybranej choroby [25, 26].

Kraje z prawidłowo funkcjonującą opieką podstawową cechuje zrównoważony dostęp do świadczeń, zabezpieczone na poziomie rządowym ubezpieczenia zdrowotne i usługi medyczne; ubezpieczenia prywatne w tych krajach stanowią mniejszość, współpłacenie nie istnieje lub jest na niskim poziomie, w opiece podstawowej dostępny jest szeroki zakres usług medycznych, w tym zorientowanych również na rodziny pacjentów. Opieka zdrowotna w tych krajach jest oceniana przez pacjentów wyżej, poziom wskaźników zdrowia jest wyższy, a koszty opieki zdrowotnej – niższe [27, 28].

Ocena obejmująca 18 krajów OECD (za lata 1985–1995) wykazała, że im silniejsza jest opieka podstawowa w danym kraju, tym niższe stwierdza się wskaźniki umiarkowości ogólnej, przedwczesnej, jak również z powodu chorób przewlekłych [21]. Dane z krajów zarówno rozwijających się, jak i wysoko uprzemysłowionych wskazują, że poprawa funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej wiąże się z poprawą wskaźników klinicznych, w tym zmniejszeniem liczby zgonów w konsekwencji chorób przewlekłych [29]. Wpływa także na poprawę wczesnej diagnostyki nowotworów złośliwych jelita grubego [30], raka piersi [31], raka trzonu i szyjki macicy [32] oraz czerniaka [33]. Zaznacza się jednak, że programy prewencji dla przewlekłe chorych, realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, nie powinny się skupiać na wybranych zaburzeniach, ale mieć charakter kompleksowy i uwzględniać zarówno wielochorobowość, jak i współwystępowanie chorób przewlekłych [34].

Koszty opieki zdrowotnej są przede wszystkim konsekwencją wysokospecjalistycznych procedur w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i szpitalnej. Opieka specjalistyczna nasila te koszty [35], nie wpływając na poprawę jakości czy efektów klinicznych samej opieki [36–38]. Z kolei liczba wizyt u lekarza rodzinnego koreluje dodatnio z przeżywalnością pacjentów [35].

Koordynacja opieki nad chorym przewlekle w ramach opieki podstawowej, a także między kolejnymi poziomami opieki zdrowotnej (co jest bazą opieki nad chorymi przewlekle), ma się opierać na prawidłowej komunikacji i koordynacji usług. W konsekwencji ich poprawy obserwowano polepszenie funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej i satysfakcji pacjentów sięgające 50% [39]. Podkreśla się, że w USA to brak koordynacji opieki jest jedną z przyczyn niskiej efektywności klinicznej opieki zdrowotnej w relacji do jej wysokich kosztów [40].

Nadal niejasny jest dobór członków zespołu prowadzącego opiekę skoordynowaną i implementowaną w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W ocenie jakościowej określającej przygotowanie pediatrów w Hiszpanii do realizacji zadań podstawowej opieki zdrowotnej („pierwszy kontakt” dla pacjentów, wszechstronność, zabezpieczenie ciągłości opieki) potwierdzono niską możliwość adaptacji ich specjalizacji do warunków podstawowej opieki zdrowotnej, w tym brak umiejętności koordynacji opieki i słabe przygotowanie do sprostania potrzebom socjalnym pacjentów [41].

W analizie 5112 hospitalizacji (w badaniu wzięło udział 301 lekarzy) stwierdzono, że 25% pacjentów zajmowali się lekarze ze specjalizacjami nieobejmującymi głównej przyczyny hospitalizacji. W tej grupie pacjentów stwierdzono dłuższe hospitalizacje w przypadku: niewydolności serca (o 23%), krwotoku z górnego odcinka przewodu pokarmowego (o 22%), zapaleń płuc (o 14%). Autorzy podkreślali także zwiększoną śmiertelność w tej grupie pacjentów (OR 1,46, p = 0,047) [42].

Wobec powyższego wnioskuje się, że najbardziej efektywną klinicznie, społecznie i ekonomicznie jest opieka nad chorymi przewlekle prowadzona w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez lekarzy ze specjalizacją w zakresie medycyny rodzinnej [10, 35].

Zadania podstawowej opieki zdrowotnej

W krajach, które podjęły próbę kształtowania opieki zdrowotnej w stronę spełniania oczekiwań chorych przewlekle, widoczna jest ewolucja systemu opieki nad pacjentem z reaktywnego, czyli uaktywniającego się, gdy zgłasza się pacjent z danym zaburzeniem, w proaktywny – zmierzający do utrzymania wysokiego poziomu jakości życia [43, 44].

Taki system opieki nad chorymi przewlekle (*Chronic Care Model* – CCM) opiera się na [43, 44]:

- partnerstwie łączącym w relacji współdecydującego pacjenta i profesjonalistów opieki zdrowotnej;
- równoprawnej współpracy w ramach opieki nad chorym przewlekle wszystkich poziomów opieki zdrowotnej;
- edukacji uzupełnionej wsparciem dla pacjentów w osiągnięciu najwyższej możliwej jakości życia.

Efektywnie prowadzona opieka nad chorymi przewlekle ma uwzględniać lokalne źródła środowiskowe, indywidualne uwarunkowania prawne, reorganizacje systemu opieki zdrowotnej z ukierunkowaniem na opiekę nad chorymi przewlekle (w tym wsparcie dla „zarządzania chorobą” przez samych pacjentów i pomoc przy podejmowaniu biopsychospołecznych decyzji), a także zintegrowany system informacji dla pacjentów i członków wielodyscyplinarnego zespołu [43–45].

System opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej ma spełnić więc następujące zadania [45–48]:

- **wzmocnienie roli jako składowej opieki zdrowotnej zogniskowanej na opiekę nad chorymi przewlekle**, która z kolei powinna obejmować obniżanie kosztów i poziomu współpłacenia przez pacjenta – wysoki poziom jakości opieki nad chorymi przewlekle powinien się wiązać z dodatkową alokacją środków finansowych ze strony świadczeniodawców i ubezpieczycieli;
- **projekt systemu dostarczania usług**, który zawiera planowanie wizyt kontrolnych, oddzielenie pionu opieki skierowanej na rozwiązywanie nagłych potrzeb zdrowotnych od pionu zajmującego się pacjentami chorymi przewlekle, określenie celów krótko- i długoterminowych wraz z ich stałą oceną, „zarządzanie chorobą” pacjentów powinno być wspierane poprzez profesjonalistów innych niż lekarze;
- **organizacja systemu informacji klinicznej**, która obejmuje rejestr pacjentów z chorobami przewlekłymi, system przypominający o kolejnych wizytach, w tym badaniach kontrolnych – oparty na wytycznych *Evidence Based Medicine* (EBM), ukierunkowany na opiekę nad pacjentem, ale i społecznością lokalną z chorobami przewlekłymi;
- **wsparcie dla decyzji**, które oznacza określanie i uaktualnianie wytycznych opieki wynikających z EBM, ciągłą edukację pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie efektywnych klinicznie i społecznie wytycznych opieki nad chorymi przewlekle;
- **wsparcie dla indywidualnego „zarządzania chorobą” przez pacjenta**, które wiąże się z edukacją pacjentów chorych przewlekle i równocześnie ich opiekunów domowych obejmującą również stałe wzmacnianie i ocenę kompetencji, okresową ewaluację trudności i postępów oraz stymulację zachowań prozdrowotnych;
- **wykorzystanie źródeł wsparcia w ramach społeczności lokalnej**, co ma polegać na aktywnym udziale w organizacji lokalnych programów prozdrowotnych, klubów seniora, grup wsparcia dla pacjentów i ich opiekunów domowych.

Społeczność lokalna i system opieki zdrowotnej pełnią rolę nadrzędną, zawierając i stymulując: wsparcie dla „zarządzania chorobą” przez pacjenta, system dostarczania usług, wsparcie dla podejmowanych decyzji, system informacji klinicznej. Z zasobów tych w równym stopniu mają czerpać: poinformowany, aktywny pacjent i przygotowany, proaktywny, wielodyscyplinarny zespół, pozostając w efektywnej klinicznie i społecznie interakcji

[16]. System opieki zdrowotnej zorientowanej na opiekę nad chorymi przewlekle ma objąć całą populację pacjentów danego ośrodka opieki podstawowej, ale z identyfikacją grup pacjentów obciążonych ryzykiem wystąpienia chorób przewlekłych i kolejno grup pacjentów już chorych, ale narażonych na wystąpienie powikłań choroby przewlekłej [13].

Uzupełnieniem powyższych założeń ma być ciągły proces oceny jakości opieki dla chorych przewlekle z analizą ich potrzeb w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej oraz kosztów medycznych. Alokacja środków finansowych przekazywanych ośrodkom podstawowej opieki zdrowotnej powinna być uzależniona od wyników okresowo wykonywanej oceny jakości opieki [43–45].

Składowe efektywnego systemu opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

Szacuje się, że system opieki nad przewlekle chorymi promujący koordynację usług medycznych i codzienny monitoring biopsychospołeczny może obniżyć o 60% częstość hospitalizacji przewlekle chorych, czyli np. w skali USA obniżyć koszty medyczne o 30 miliardów USD rocznie [46–48].

Poniżej określono poziomy systemu opieki nad chorymi przewlekle ze wskazaniem interwencji o udowodnionej skuteczności [49]:

- **Dostarczanie usług.** Interwencja: opieka prowadzona przez zespół wielodyscyplinarny. Efekt interwencji: poprawa wskaźników klinicznych, poprawa przestrzegania przez członków zespołu wytycznych określających elementy opieki nad daną grupą przewlekle chorych, obniżenie liczby usług medycznych.
- **Wsparcie dla podejmowanych decyzji.** Interwencja: wytyczne zgodne z EBM, edukacja członków zespołu, dystrybucja materiałów edukacyjnych w ramach wielodyscyplinarnego zespołu. Efekt interwencji: wzrost poziomu przestrzegania wytycznych, poprawa wskaźników klinicznych opieki.
- **Informacja kliniczna.** Interwencja: audyty z informacją zwrotną. Efekt interwencji: wzrost poziomu przestrzegania wytycznych.
- **Wsparcie dla „zarządzania” chorobą przez pacjenta.** Interwencja: sesje edukacyjne dla pacjentów, programy motywacyjne dla pacjentów, dystrybucja materiałów edukacyjnych wśród pacjentów. Efekt interwencji: poprawa wskaźników klinicznych opieki (w tym jakości życia pacjentów), podwyższenie poziomu satysfakcji z usług medycznych, zmniejszenie nasilenia zachowań antyzdrowotnych, poprawa wskaźników edukacji, zmniejszenie potrzeb indukujących liczbę usług medycznych, podwyższenie poziomu przestrzegania zaleceń dotyczących terapii.
- **Organizacja opieki zdrowotnej i wykorzystanie zasobów społeczności lokalnej.** Brak interwencji o udowodnionej skuteczności.

Ocena jakości opieki skierowanej do pacjentów chorych przewlekle

Poniżej wskazano poziomy oceny jakości wymagające zabezpieczenia w ramach opieki nad chorymi przewlekle prowadzonej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej [50, 51].

Struktura

- **Regulacje na poziomie rządowym:** struktura zarządzania jakością; odpowiedni poziom technologiczny; wsparcie dla pacjentów; integracja opieki podstawowej z pozostałymi strukturami opieki zdrowotnej.
- **Warunki ekonomiczne POZ:** system finansowania opieki zdrowotnej wspierający opiekę nad chorymi przewlekle; system wynagrodzenia pracowników w ramach opieki podstawowej wspierający opiekę nad chorymi przewlekle; przychód w ramach opieki podstawowej uzależniony od jakości opieki nad chorymi przewlekle.
- **Rozwój pracowników w ramach POZ:** profil zatrudnionych zgodny ze strukturą pacjentów chorych przewlekle; poziom edukacji zależny od struktury pacjentów chorych przewlekle; akademicki status opieki podstawowej jako dyscypliny.

Proces

- **Dostęp do usług w ramach POZ:** dostępność usług w ramach opieki podstawowej, w tym dostęp geograficzny i techniczny; przystępność usług w ramach opieki podstawowej; akceptowalność usług w ramach opieki podstawowej; korzystanie z usług w ramach opieki podstawowej; równość w dostępie.
- **Kontynuacja opieki:** kontynuacja opieki w zakresie informacyjnym i relacji lekarz–pacjent; mechanizmy zarządzania kontynuacją opieki.
- **Koordynacja opieki:** system oparty na „gatekeepingu”; koordynacja w ramach struktury praktyki i zespołu podstawowej opieki zdrowotnej; szeroki zakres umiejętności członków zespołu podstawowej opieki zdrowotnej; integracja opieki podstawowej z opieką specjalistyczną i zdrowiem publicznym.
- **Wszechstronność POZ:** odpowiedni sprzęt medyczny; opieka podstawowa jest miejscem „pierwszego kontaktu” dla powszechnych zaburzeń zdrowotnych; terapia i ocena efektów terapii zaburzeń przewlekłych ma miejsce w ramach opieki podstawowej; postępowanie kliniczne, w tym zadania, ogniskują się na promocji zdrowia i profilaktyce chorób, opiece nad matką i dzieckiem z elementami opieki w okresie prekonceptyjnym i koncepcyjnym.

Wynik

- **Jakość podstawowej opieki zdrowotnej:** wytyczne dotyczące farmakoterapii; jakość diagnostyki i terapii w ramach opieki podstawowej; jakość opieki nad chorymi przewlekle; jakość opieki nad chorymi z za-

burzeniami psychicznymi; jakość opieki nad matką i dzieckiem; jakość promocji zdrowia; jakość profilaktyki chorób; bezpieczeństwo w ramach praktyki.

- **Efektywność opieki podstawowej:** odpowiednie zarządzanie i dostarczanie usług w ramach zadań opieki podstawowej.
- **Wyrównanie poziomu zdrowia:** poziom zdrowia jest niezależny od różnic socjodemograficznych i rasowych.

W propozycjach poprawy sytuacji opieki zdrowotnej w Polsce w ramach analiz Health Barometer zalecono skupienie jej na profilaktyce z odchodzeniem od systemu skoncentrowanego na leczeniu [52]. Poniżej przedstawiono wskaźniki potwierdzające zgodność profilaktyki prowadzonej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej z założeniami systemu opieki nad chorymi przewlekle [53–57].

Organizacja opieki zdrowotnej

1. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej ma procedurę dotyczącą „zarządzania” informacjami pacjentów w odniesieniu do dokładnej analizy wyników i dokumentowania wykonanych pomiarów (np. badań krwi).
2. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej ma procedurę dotyczącą „zarządzania” informacjami pacjentów w odniesieniu do dokładnej analizy wyników przez lekarza (pod względem aktualnych potrzeb).
3. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej stosuje system regularnej analizy leków wypisanych dla poszczególnych pacjentów.
4. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej przygotowuje raport dotyczący oceny jakości.
5. W ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej przeprowadzono co najmniej jeden audyt kliniczny w ciągu ostatnich 12 miesięcy.
6. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej prowadzi rejestrację „wydarzeń krytycznych”, które wymagają opracowania procedur.

Projekt systemu dostarczania usług

Prowadzony przez ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej kontakt z grupami ryzyka

1. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystuje system wzywania na wizyty kontrolne pacjentów z chorobami przewlekłymi

Prowadzony przez ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej kontakt z pacjentami w ramach prewencji

1. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystuje system identyfikowania i wzywania na wizyty pacjentów z czynnikami ryzyka chorób przewlekłych.
2. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystuje system identyfikowania i wzywania na wizyty pacjentów z grup ryzyka, w których przypadku istnieje konieczność zaszczepienia przeciwko grypie.

3. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystuje system identyfikowania i wzywania na wizyty pacjentek, które powinny mieć wykonane badania cytologiczne.
4. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystuje system identyfikowania i wzywania na wizyty pacjentek w celu wykonania badań profilaktycznych w kierunku raka piersi.

Wskaźniki aktywności prewencji

Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej oblicza wskaźnik:

1. uczestniczenia pacjentów w szczepieniach przeciwko grypie;
2. uczestniczenia pacjentek w badaniach cytologicznych;
3. uczestniczenia pacjentek w badaniach profilaktycznych w kierunku raka piersi.

Procedury w ramach prewencji

Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej ma opracowaną procedurę w zakresie:

1. prewencji odleżyn;
2. prewencji osteoporozy;
3. stosowania kwasu foliowego przez kobiety w ciąży lub planujące ciążę;
4. zaprzestania palenia tytoniu (np. minimalna interwencja antynikotynowa).

Wsparcie dla decyzji

Lekarze w ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej mają bezpośredni dostęp do:

1. wytycznych terapii/diagnostyki w gabinecie, w którym przyjmują pacjentów (w formie drukowanej lub elektronicznej);
2. recenzowanych czasopism medycznych (w formie drukowanej lub elektronicznej);
3. baz danych piśmiennictwa takich jak *Medline/Pubmed* lub *Cochrane*.

System informacji klinicznej

1. Dostęp do internetu.
2. Dostęp do skrzynek e-mail w ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Komputery z dostępem do internetu mają zainstalowany program antywirusowy.
4. Dostęp do komputerów w ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej jest zabezpieczony poprzez system logowania z koniecznością wpisania hasła.
5. W ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystywany jest komputerowy system archiwizowania informacji o pacjentach.
6. Komputer wykorzystywany jest w procesie wypisywania recept.

Wsparcie dla indywidualnego „zarządzania chorobą” przez pacjenta

1. Pracownicy ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej regularnie przekazują pacjentom drukowane informacje na temat stylu życia.
2. W ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej dostępne są informacje drukowane dla pacjentów na temat chorób przewlekłych. Pacjenci mogą je zabrać do domu lub przeczytać w ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej ma aktualne informacje na temat lokalnie organizowanych programów prewencji czy organizacji zajmujących się prewencją.
4. Pracownicy ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej regularnie przekazują pacjentom informacje na temat portali internetowych dotyczących czynników ryzyka chorób przewlekłych lub stylu życia.

Źródła wsparcia w społeczności lokalnej w połączeniu z uregulowaniami prawnymi: udział społeczności

1. Pielęgniarki ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej biorą udział w edukacji prowadzonej w szkołach na temat czynników ryzyka chorób przewlekłych (np. dotyczącej diety, aktywności fizycznej, palenia tytoniu).
2. Lekarze i pielęgniarki ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej biorą udział w lokalnych/społecznych kampaniach czy akcjach dotyczących prewencji czynników ryzyka chorób przewlekłych.

Zakończenie

System opieki zdrowotnej każdego kraju zmagają się z trudnościami związanymi z finansowaniem opieki nad chorymi przewlekle. Obserwuje się jednak globalne zaangażowanie zarówno profesjonalistów opieki zdrowotnej, jak i zdrowia publicznego w zmiany systemowe, których celem ma być spowolnienie nasilania konsekwencji schorzeń przewlekłych. Zmiany te z założenia mają być wsparte na istniejących, ale wzmacnianych strukturach podstawowej opieki zdrowotnej. Programy skupiające się na wybranych chorobach przewlekłych, zgodnie z wynikami badań prowadzonych w ciągu ostatnich lat, nie przyniosą korzystnych skutków biopsychospołecznych, a tym bardziej ekonomicznych. Oczekiwania od współczesnej medycyny rodzinnej wynikają bowiem z postrzegania populacji chorych przewlekle jako funkcjonujących z wielochorobowością, w strukturze rodziny, ale i lokalnej społeczności, i mających oprócz potrzeb somatycznych również nie mniej ważne potrzeby psychiczne i społeczne. Opieka nad pacjentami przewlekle chorymi była do niedawna zorientowana na zachorowania ostre, miała charakter dzielony i duplikowany. Jednak powszechność chorób przewlekłych w populacji ogólnej indukuje opiekę ukierunkowaną na ustalanie przyczyn, koordynowaną, stałą, partnerską i prowadzoną w domu pacjenta [3, 46, 47]. Podstawowa opieka zdrowotna kształtowana i oceniana zgodnie z przedstawionymi

w niniejszym artykule wytycznymi przynosi poprawę funkcjonowania pacjentów chorych przewlekle, ocenianego z punktu widzenia modelu biopsychospołecznego. Uznana również została za poziom opieki zdrowotnej, który najlepiej realizuje założenia Modelu Opieki nad Chorymi Przewlekle [15, 57–61].

Piśmiennictwo

1. Rothenberg R.B., Koplan J.P., *Chronic disease in the 1990s*. „Ann. Rev. Public Health” 1990; 11: 267.
2. Schols J.M., Crebolder H.F., van Weel C., *Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience*. „J. Am. Med. Dir. Assoc.” 2004; 5(3): 207–212.
3. Genui S.J., *Medical practice and community health care in the 21st Century: A time of change*. „Public Health” 2008; 122: 671–680.
4. WHO, *Europejski raport zdrowia 2012*. <http://www.who.org.pl/aktualnosci.php?news=84&wid=14>; dostęp: 14.03.2013.
5. CDC – Center for Disease Control, *Chronic Disease Prevention and Promotion*. Retrieved on February 4, 2009. <http://www.cdc.gov/nccdphp/>; dostęp: 14.03.2013.
6. Chen R., Song Y., Hu Z., Brunner E.J., *Predictors of diabetes in older people in urban China*. „PLoS One” 2012; 7(11): e50957, doi: 10.1371/journal.pone.0050957.
7. Popkin B.M., *The shift in stages of the nutritional transition in the developing world differs from past experiences!* „Public Health Nutr.” 2002; 5: 205–214.
8. WHO, *Chronic diseases*. http://www.who.int/topics/test/chronic_diseases/; dostęp: 5.08.2007.
9. Wu S.Y., Green A., *Projection of chronic illness prevalence and cost inflation*. RAND, Health, CA Santa Monica 2000.
10. WHO – World Health Organization, *The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More than Ever*. World Health Organization, Geneva, Switzerland 2008.
11. Hoffman C., Rice D., Sung, H.-Y., *Persons with chronic conditions: Their prevalence and costs*. „J. Am. Med. Assoc.” 1996; 276(18): 1473.
12. Wright N., Smeeth L., Heath I., *Moving beyond single and dual diagnosis in general practice: many patients have multiple morbidities, and their needs have to be addressed*. „BMJ” 2003; 326(7388): 512–514.
13. Davis E., Tamayo A., Fernandez A., *„Because somebody cared about me. That’s how it changed things”: homeless, chronically ill patients’ perspectives on case management*. „PLoS One” 2012; 7(9): e45980. doi: 10.1371/journal.pone.0045980. Epub 2012 Sep 28.
14. Kurpas D., *Czy istnieje model opieki nad chorym przewlekle w Unii Europejskiej?* „Przew. Lek.” 2009; 1: 208–211.
15. Epping-Jordan J.E., Pruitt S.D., Bengoa R., Wagner E.H., *Improving the quality of health care for chronic conditions*. „Qual. Saf. Health Care” 2004; 13(4): 299–305.
16. Wagner E.H., Austin B.T., Von Korff M., *Organizing care for patients with chronic illness*. „Milbank Q” 1996; 74(4): 511–544.
17. Levine S., Steinman B.A., Attaway K., Jung T., Enguidanos S., *Home care program for patients at high risk of hospitalization*. „Am. J. Manag. Care” 2012; 18(8): e269–276.
18. Moalosi G., Floyd K., Phatshwane J., Moeti T., Binkin N., Kenyon T., *Cost-effectiveness of home-based care versus*

- hospital care for chronically ill tuberculosis patients, Francistown, Botswana.* „Int. J. Tuberc. Lung Dis.” 2003; 7: S80–85.
19. Brumley R., Enguidanos S., Jamison P. et al., *Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care.* „J. Am. Geriatr. Soc.” 2007; 55(7): 993–1000.
 20. Boerma W.G.W., *Mapping primary care across Europe. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care* Open University Press/Saltman RB, „Rico A., Boerma WG.W.” 2006: 22–49.
 21. Macinko J., Starfield B., Shi L., *The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998.* „Health Serv. Res.” 2003; 38(3): 831–865.
 22. WONCA – The European Definition of General Practice/Family Medicine, *WONCA EUROPE 2011 Edition.* <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>; dostęp: 15.12.2012.
 23. Geense W.W., van de Glind I.M., Visscher T.L.S., van Achterberg T., *Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study.* „BMC Fam. Pract.” 2013; 14: 20.
 24. Shi L., Macinko J., Starfield B., Politzer R., Wulu J., Xu J., *Primary care, social inequalities, and all-cause, heart disease, and cancer mortality in US countries, 1990.* „Am. J. Public Health” 2005; 95: 674–680.
 25. Starfield B., Mangin D., *An international perspective on the basis for payment for performance.* „Qual. Prim. Care” 2010; 18(6): 399–404.
 26. Nolte E., McKee M., *Caring for People with Chronic Conditions.* Open University Press, Maidenhead, UK 2008.
 27. Schoen C., Osborn R., Huynh P.T., Doty M., Zapert K., Peugh J., Davis K., *Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries.* „Health Aff.” 2005; W5: 509–525. <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w5.509v3>; dostęp: 15.11.2009.
 28. Starfield B., *Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012.* „Gac. Sanit.” 2012; 26 Suppl. 1: 20–26.
 29. Macinko J., Starfield B., Erinosho T., *The impact of primary health care on population health in low- and middle-income countries.* „J. Ambul. Care Manage.” 2009; 32: 150–171.
 30. Roetzheim R.G., Pal N., Gonzalez E.C., Ferrante J.M., Van Durme D.J., Ayanian J.Z., Krischer J.P., *The effects of physician supply on the early detection of colorectal cancer.* „J. Fam. Pract.” 1999; 48(11): 850–858.
 31. Ferrante J.M., Gonzalez E.C., Pal N., Roetzheim R.G., *Effects of physician supply on early detection of breast cancer.* „J. Am. Board Fam. Pract.” 2000; 13(6): 408–414.
 32. Campbell R.J., Ramirez A.M., Perez K., Roetzheim R.G., *Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida.* „Fam. Med.” 2003; 35(1): 60–64.
 33. Roetzheim R.G., Pal N., van Durme D.J., Wathington D., Ferrante J.M., Gonzalez E.C., Krischer J.P., *Increasing supplies of dermatologists and family physicians are associated with earlier stage of melanoma detection.* „J. Am. Acad. Dermatol.” 2000; 43(2 Pt 1): 211–218.
 34. CBG Health Research Limited, *Review of the Implementation of CARE PLUS*, [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5567/\\$File/reviewimplementation-care-plus.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5567/$File/reviewimplementation-care-plus.pdf); dostęp: 8.02.2009. Ministry of Health, Wellington, New Zealand 2006.
 35. Starfield B., *The future of primary care: refocusing the system.* „N. Engl. J. Med.” 2008; 359(20): 2087–2091.
 36. Hartz A., James P.A., *A systematic review of studies comparing myocardial infarction mortality for generalists and specialists: lessons for research and health policy.* „J. Am. Board Fam. Med.” 2006; 19(3): 291–302.
 37. Smetana G.W., Landon B.E., Bindman A.B. et al., *A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique.* „Arch. Intern. Med.” 2007; 167(1): 10–20.
 38. Starfield B., Shi L., Macinko J., *Contribution of primary care to health systems and health.* „Milbank Q” 2005; 83: 457–502.
 39. Powell D.G., Williams A.M., Larsen K., Perkins D., Roland M., Harris M.F., *Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review.* „Med. J. Aust.” 2008; 188(8 Suppl.): S65–S68.
 40. Schoen C., Davis K., How S.K.H., Schoenbaum S.C., *U.S. health system performance: a national scorecard.* „Health Aff. (Millwood)” 2006; 25(6): w257–w475.
 41. Pueyo M.J., Baranda L., Valderas J., Starfield B., Rajmil L., *Role of paediatrics in primary care and coordination with specialist care.* „An. Pediatr. (Barc)” 2011; 75(4): 247–252.
 42. Weingarten S.R., Lloyd L., Chiou C.F., Braunstein G.D., *Do subspecialists working outside of their specialty provide less efficient and lower-quality care to hospitalized patients than do primary care physicians?* „Arch. Intern. Med.” 2002; 162(5): 527–532.
 43. Wagner E.H., Austin B.T., Davis C. et al., *Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action.* „Health Aff. (Millwood)” 2001; 20(6): 64–78.
 44. Ouwens M., Wollersheim H., Hermens R. et al., *Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews.* „Intern. J. Qual. Health Care” 2005; 17, 2: 141–146.
 45. Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K., *Improving primary care for patients with chronic illness.* „JAMA” 2002; 288: 1775–1779.
 46. Meyer M., Kobb R., Ryan P., *Virtually Healthy: Chronic Disease Management in the Home.* „Dis. Manag.” 2002; 5(2): 87–94.
 47. CDC – Centers for Disease Control, *Fact Sheet: Actual Causes of Death in the United States*, 2000.
 48. Christensen N.K., Terry R.D., Wyatt S., Pichert J.W., Lorenz R.A., *Quantitative assessment of dietary adherence in patients with insulin-dependent diabetes mellitus.* „Diabetes Care” 1983; 6: 245–250.
 49. Dennis S.M., Zwar N., Griffiths R., Roland M., Hasan I., Powell Davies G., Harris M., *Chronic disease management in primary care: from evidence to policy.* „Med. J. Aust.” 2008; 188(8 Suppl.): S53–56.

50. Kringos D.S., Boerma W.G., Hutchinson A., van der Zee J., Groenewegen P.P., *The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions*. „BMC Health Serv. Res.” 2010; 10: 65. doi: 10.1186/1472-6963-10-65.
51. Kringos D.S., Boerma W.G., Bourgueil Y., Cartier T., Hasvold T., Hutchinson A., Lember M., Oleszczyk M., Pavlic D.R., Svab I., Tedeschi P., Wilson A., Windak A., Dedeu T., Wilm S., *The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators*. „BMC Fam. Pract.” 2010; 11: 81. doi: 10.1186/1471-2296-11-81.
52. Health Barometer 2012. <http://www.europ-assistance.pl/akt1.php?id=209>; dostęp: 2.10.2012.
53. *Improving chronic illness care*. <http://www.improvingchroniccare.org/>; dostęp: 24.02.2012.
54. van Lieshout J., Goldfracht M., Campbell S., Ludt S., Wensing M., *Primary care characteristics and population-orientated health care across Europe: an observational study*. „Br. J. Gen. Pract.” 2011; 61(582): e22–30; doi: 10.3399/bjgp11X548938.
55. van Lieshout J., Grol R., Campbell S., Falcoff H., Capell E.F., Glehr M., Goldfracht M., Kumpusalo E., Künzi B., Ludt S. et al., *Cardiovascular risk management in patients with coronary heart disease in primary care: variation across countries and practices. An observational study based on quality indicators*. „BMC Fam. Pract.” 2012; 13: 96.
56. Anchala R., Pinto M.P., Shroufi A., Chowdhury R., Sander-son J., Johnson L., Blanco P., Prabhakaran D., Franco O.H., *The role of Decision Support System (DSS) in prevention of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis*. „PLoS One” 2012; 7(10): e47064. doi: 10.1371/journal.pone.0047064.
57. Chouinard M.C., Hudon C., Dubois M.F., Roberge P., Loignon C., Tchouaket E., Fortin M., Couture E.M., Sasseville M., *Case management and self-management support for frequent users with chronic disease in primary care: a pragmatic randomized controlled trial*. „BMC Health Serv. Res.” 2013; 13(1): 49.
58. Bosworth H.B., Olsen M.K., Grubber J.M., Neary A.M., Orr M.M., Powers B.J., Adams M.B., Svetkey L.P., Reed S.D., Li Y., Dolor R.J., Oddone E.Z., *Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial*. „Ann. Intern. Med.” 2009; 151: 687–695.
59. Davies M.J., Heller S., Skinner T.C., Campbell M.J., Carey M.E., Cradock S., Dallosso H.M., Daly H., Doherty Y., Eaton S., Fox C., Oliver L., Rantell K., Rayman G., Khunti K., *Diabetes Education and Self Management for Ongoing and Newly Diagnosed Collaborative. Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial*. „BMJ” 2008; 336(7642): 491–495.
60. Demiris G., Afrin L.B., Speedie S. et al., *Patient-centered applications: use of information technology to promote disease management and wellness. A white paper by the AMIA knowledge in motion working group*. „J. Am. Med. Inform. Assoc.” 2008; 15(1): 8–13.
61. Friedberg M.W., Coltin K.L., Safran D.G. et al., *Associations between structural capabilities of primary care practices and performance on selected quality measures*. „Ann. Intern. Med.” 2009; 151: 456–463.