



# METODYKA PRACY

---

dr Adam Koziarkiewicz

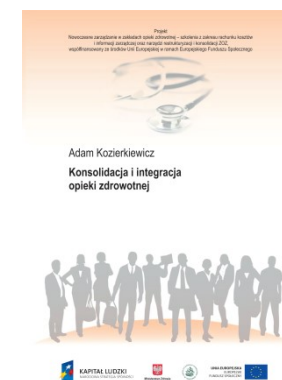
# Kontekst prac

„... chcemy poprawić organizację opieki nad chorymi z NS”

Rozwija się koncepcja opieki koordynowanej

Minister Zdrowia przygotowuje zmiany:

1. Ryczałt dla szpitali
  1. Z wyjątkami w postaci onkologii, ŚOK oraz „produktów kompleksowych”
2. Poprawiona pozycja i większa rola POZ



# Metoda pracy

- Krok 1: Identyfikacja problemów
- Krok 2: Definicja celów
- Krok 3: Definicja zadań
- *Krok 4: forma działań, role, terminy, zasoby*
- *Krok 5: Model opieki, w tym: „produkt kompleksowy”*

**Zielona Księga**

**Niewydolności serca**

Identyfikacja problemów

*Wersja robocza 01*

**Biała Księga**

**Niewydolności serca**

*Wersja robocza 01*

# Identyfikacja problemów

## Moderowana *Burza mózgów* „na odległość”

1	Pacjenci bez NS z obecnymi czynnikami ryzyka chorób układu krążenia oraz	Słaba profilaktyka pierwotna miażdżycy oraz brak działań opóźniających rozwój NS	Pacjenci nie mają odpowiedniej wiedzy na temat znaczenia skutecznego leczenia schorzeń serca w zapobieganiu rozwojowi NS poprzez skuteczne zwalczanie czynników ryzyka miażdżycy, leczenie nadciśnienia tętniczego, wczesne wykrywanie choroby wieńcowej, leczenie bezobjawowych postaci NS	1. Mało skuteczna profilaktyka pierwotna i wtórna miażdżycy i ch. wieńcowej
2	Pacjenci ambulatoryjni z podejrzeniem rozwijającej się NS	Opóźniona diagnostyka ambulatoryjna NS	Brak ścieżki pilnego skierowania pacjenta z podejrzeniem stopniowo rozwijającej się NS do pilnej konsultacji/diagnostyki kardiologicznej. Wielomiesięczne kolejki do kardiologa są związane z kierowaniem do AOS wielu pacjentów, którzy nie mają do tego wskazań. Lekarz POZ nie ma możliwości skonsultowania się z kardiologiem w razie wątpliwości. Brak narzędzi w POZ do wykluczenia NS (zastosowanie peptydów natriuretycznych)	2. Długi czas oczekiwania i nierówny dostęp terytorialny na konsultację kardiologa 3. Bardzo małe rozpowszechnienie telekonsultacji oraz brak telemonitoringu (w tym urządzeń wszczepialnych) 4. Brak możliwości konsultacji lekarz (POZ)-lekarz (kardiolog) 5. Brak odpowiednich możliwości diagnostycznych w POZ (BNP i NT-proBNP) 6. Brak wytycznych postępowania jasno przypisujących role (POZ vs. kardiolog)
3	Pacjenci z ostrą dusznością/dekompensacją NS	Brak kontrolowanych standardów diagnostycznych na SOR umożliwiających szybkie wykluczenie/potwierdzenie NS, różnicowanie przyczyn duszności i optymalne, pilne przeniesienie pacjenta na odpowiednie oddziały szpitalne.	Na wielu SOR brak dostępnego w trybie 24h dobrej jakości aparatu ECHO i programu edukacji lekarzy w kierunku "emergency USG/ECHO". Niektóre SOR nie mają zapewnionego 24h dostępu do badania CT z opisem radiologa. Oddziały szpitalne są przepełnione, występują trudności i opóźnienia w przenoszeniu pacjentów z SOR do pilnego leczenia. Brak jasnych standardów czasowych "od drzwi SOR do rozpoczęcia skutecznego leczenia ostrej NS". Brak monitorowanych standardów stratyfikacji ryzyka i optymalnego wyboru docelowych oddziałów: OIOM, kardiologicznych, internistycznych. Zbyt niska wycena leczenia zdekompensowanej NS powoduje brak motywacji do rozwijania tego rodzaju opieki na oddziałach, w tym inwestowania w personel lekarski i pielęgniarski, aparaturę (m.in. sale OIOM, echokardiografy).	7. Brak (lub niejasne) standardów postępowania z pacjentami z NS przyjmowanych na SOR (stratyfikacja, wybór odpowiedniego oddziału itp.). 8. Braki możliwości diagnostycznych na niektórych SOR (np. ECHO, TK przez całą dobę itp.) 9. Długie (zbyt długie) przetrzymywanie pacjentów z NS na SOR przed przekazaniem na odpowiedni oddział 10. Zbyt niska wycena świadczeń szpitalnych dla pacjentów z NS

# Definicja celów i zadań

## Moderowana *Burza mózgów* „na odległość”

### Cel szczegółowy 1

**Ograniczenie rozwoju niewydolności serca w przebiegu miażdżycy, choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, wad zastawkowych**

#### 1) Zwalczanie czynników ryzyka miażdżycy; identyfikacja osób wysokiego ryzyka

txt

Formy działania	Kluczowa rola Harmonogram
•	

#### 2) Prawidłowa opieka nad osobami z ChNS, NT w ramach programu disease management\* w POZ

Txt

\* disease management (DM) jest formą skoordynowanej opieki prowadzonej wspólnie przez POZ i (tu:) specjalistów-kardiologów, którego pośrednim skutkiem ma być m.in. odciążenie kardiologów, od zajmowania się przypadkami stabilnymi, oraz aktywne wsparcie POZ w prowadzeniu pacjentów z NS

Formy działania	Kluczowa rola Harmonogram
•	

#### 3) Kontynuacja programów rewaskularyzacji inwazyjnej

txt

# *Produkt kompleksowy*

Propozycja:

1. Zakres świadczeń
2. Wytyczne postępowania, ścieżka, wskaźniki jakości
3. Wycena świadczeń
4. Metody organizacji i zarządzania
5. Dokumentacja wdrożeniowa