



Efektywność koordynowanej opieki zdrowotnej u pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego

**D. Kurpas^{1,2}, K. Szwamel^{1,2}, D. Lenarcik³, M. Guzek³,
A. Prusaczyk³, P. Żuk³, J. Michałowska³, A. Grzęda³, B. Mroczek⁴**

¹Katedra i zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, 51-141 Wrocław, ul. Syrokomli 1

²Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, 45-060 Opole, ul Katowicka 68

³ Centrum Medyczno – Diagnostyczne, 08-110 Siedlce, ul Kleeberga 2

⁴Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie, Pomorski Uniwersytet Medyczny 70-204 Szczecin, ul. Generała Chłapowskiego 11

Cel badania

- ❑ Niewiele jest badań na temat efektywności koordynacji medycznej opieki ambulatoryjnej udzielanej pacjentom z przewlekłymi chorobami układu oddechowego a wyniki istniejących badań są niejednoznaczne

- ❑ **Cel badania:**
 - ✓ ustalenie efektywności klinicznej koordynacji opieki nad pacjentami z przewlekłymi chorobami układu oddechowego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz jej wpływu na poziom usług zdrowotnych jako wskaźnika bezpośrednich kosztów medycznych

Materiał i metody

- ❑ Retrospektywna analiza danych pochodzących z dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w poradni pulmonologicznej z lat **2006 -2016 r**
- ❑ Dokonano oceny wskaźników klinicznych z wizyt (V0) przed okresem realizacji niektórych elementów koordynacji, a następnymi trzema wizytami od 2012 roku (V1, V2, V3) odbywającymi się okresach 12-18 miesięcznych
- ❑ **Kryteria włączenia do badania:**
 - ✓ wiek ≥ 18 r.ż
 - ✓ zdiagnozowana przynajmniej jedna przewlekła choroba układu oddechowego
 - ✓ odbycie wizyty przed i po wprowadzeniu elementów koordynacji w poradni pulmonologicznej, z włączeniem V0 i 3 kolejnych wizyt w interwałach 12-18 miesięcznych
 - ✓ wykonanie badania spirometrycznego podczas każdej wizyty

Materiał i metody

- ❑ dane **553 pacjentów** Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach
- ❑ wyestymowano populację pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego z 8 powiatów należących do województwa mazowieckiego oraz z jednego powiatu (łukowskiego) należącego do województwa lubelskiego
- ❑ mediana wieku badanych: **71 lat** (min–max: 28–96 lat)
- ❑ większość pacjentów (**60.2%, 331**) była mieszkańcami miast o populacji od 20,000–99,000; **36.9% (203)** zamieszkiwało obszary wiejskie
- ❑ **najczęściej występujące diagnozy pulmonologiczne:**
 - ✓ astma (V0=42.7%, V1=54.4%, V2=52.4%, V3=40.0%)
 - ✓ POCHP (V0=37.3%, V1=43.2%, V2=42.7%, V3=32.9%)

Materiał i metody

- ❑ Wprowadzono następujące elementy koordynacji opieki w poradni pulmonologicznej:

rozwięnięcie systemu operacyjnego w przychodniach oraz wdrożenie nowych technologii

edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarki

kierowanie pacjentów z poradni pulmonologicznej do kardiologa i chirurga naczyniowego

wykonywanie spirometrii podczas każdej wizyty

planowanie wizyty kontrolnej w poradni pulmonologicznej (pacjent bez zaostrzeń – wizyta za 6 miesięcy, pacjent z zaostrzeniem choroby - wizyta za 3 miesiące)

Wyniki – wskaźniki kliniczne

- ❑ liczba papierosów **wypalanych w ciągu dnia** zmniejszyła się między wizytami V1 i V2 ($p = 0.035$); średnie wartości wyniosły 19.4 and 18.7
- ❑ średnia **liczba oddechów na minutę** zmniejszała się z wizyty na wizytę ($p < 0.001$)
- ❑ **wynik pulsoksymetrii** zwiększył się między wizytami V2 i V3 ($p = 0.047$), średnie wartości wyniosły 96.4 (Sat.O2%) i 96.6 (Sat.O2%)
- ❑ **liczba uderzeń tętna** była zależna od wizyty ($p < 0.001$) ale jedynie V0 różniła się istotnie od pozostałych wizyt ($p < 0.001$)
- ❑ średnie **wartości FVC** – bezwzględna i % w.n. istotnie wzrosły od V0 do V3: z 2.54 do 2.82 L oraz z 78.8 do 95.5 % w.n. ($p < 0.001$)

Wyniki – wskaźniki kliniczne

- ❑ **FEV1 (% w.n.)** był zależny od wizyty ($p = 0.037$). Istotnie różniły się V0 od V2 i V3 ($p=0.029$ i $p=0.001$), odpowiednie średnie: 73.1, 74.9 i 77.6

- ❑ **Średnie wartości FEV1/FVC (%) oraz FEV1/FVC (% w.n.)** istotnie zmniejszały się z wizyty na wizytę z 73,5% do 65,2% oraz z 94,6 do 85,0 % w.n. ($p < 0.001$)

- ❑ **Nie odnotowano zmian w odniesieniu do:**
 - ✓ średniej wagi ciała badanych ($p=0.560$)
 - ✓ RR rozkurczowego i skurczowego ($p = 0.334$, $p = 0.553$)
 - ✓ FEV1 wyrażonej w wartości bezwzględnej ($p = 0.357$)

Wyniki – usługi medyczne

- ❑ Po wprowadzeniu elementów koordynacji wzrosła średnia liczba:
 - ✓ badań diagnostycznych z 5.1 do 11.4 ($p < 0.001$)
 - ✓ wizyt w poradni pulmonologicznej z 5.8 do 9.0 ($p < 0.001$)
 - ✓ skierowań z poradni pulmonologicznej z 1.3 do 2.2 ($p < 0.001$)
 - ✓ skierowań z poradni pulmonologicznej do szpitala z 0.9 do 1.6 ($p < 0.001$)
 - ✓ skierowań z poradni pulmonologicznej do innych poradni specjalistycznych z 0.4 to 0.6 ($p < 0.001$)

- ❑ Nie zmieniła się średnia liczba wizyt w POZ w badanej grupie ($p=0.080$): 36.4 przed zmianą i 32.8 po zmianie.

Wnioski

- ❑ Wprowadzenie podstawowych elementów koordynacji opieki w okresie trzyletnim wpłynęło na stan kliniczny pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego
- ❑ Wzrost bezpośrednich kosztów medycznych wymaga kalkulacji w odniesieniu do konkretnego planu opieki koordynowanej w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej
- ❑ Wprowadzenie elektronicznego scentralizowanego przepływu informacji na temat usług medycznych pozwoliłoby na obliczenie takich indykatorów efektywności jak liczba rehospitalizacji, liczba przyjęć do SOR czy liczba zgonów w badanym okresie
- ❑ Zastosowanie w systemach opieki zdrowotnej dodatkowych elementów koordynacji (np. case management, ocena psychospołeczna prowadzona przez pracownika socjalnego, plan opieki nad osobami w podeszłym wieku wypisanymi z SOR itp.) może poprawić wyniki kliniczne pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego



Dziękuję za uwagę !

Donata Kurpas dkurpas@hotmail.com