

**„Raport z ewaluacji mapy kompetencji dla zawodu Koordynator opieki otwartej”**

**Opracowany przez:** dr n. o zdrowiu Bartosz Pędziński MBA

**Wersja językowa:** PL

Zamówienie na potrzeby realizacji prac Rady ds. Kompetencji – podbranża Opieka Zdrowotna. Wynagrodzenie wykonawcy jest współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Dokument opracowany przez Wykonawcę wyłonionego zgodnie z zasadą konkurencyjności przez Uczelnię Łazarskiego (Partnera projektu) w ramach projektu nr POWR.02.12.00-00-0007/16 pn. „Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna”. Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.



Warszawa, grudzień 2022 r.

Spis treści

[**1.** **Cel badania** 3](#_Toc123557371)

[**2.** **Metodologia badania** 3](#_Toc123557372)

[**3.** **Wyniki badania** 4](#_Toc123557373)

[**3.1** **Wyniki przeglądu literatury** 5](#_Toc123557374)

[**3.2** **Wyniki badania ankietowego** 16](#_Toc123557375)

[**4.** **Wykaz źródeł** 24](#_Toc123557376)

# **Cel badania**

Celem badania była ewaluacja mapy kompetencji w oparciu o analizę danych literaturowych krajowych i międzynarodowych definiujących kluczowe kompetencje koordynatora. W odniesieniu do celu głównego wyróżniono cele szczegółowe:

1. Analiza treści kompetencji koordynatorów w literaturze krajowej i międzynarodowej
2. Ocena kompetencji koordynatorów przez pracodawców POZ (placówki POZ realizujące opiekę koordynowaną).

# **Metodologia badania**

W odniesieniu do celu szczegółowego pierwszego tj. analiza kompetencji koordynatorów w literaturze krajowej i międzynarodowej wykorzystano metodę *desk reaserch* – analiza danych zastanych. Materiał badawczy obejmował publikacjach naukowe krajowe i międzynarodowe, raporty i opracowania, akty prawne. Analizie poddano również wyniki badań focusowych dostarczonych przez Zamawiającego opublikowane w raporcie *„Profil kluczowych kompetencji dla wybranych zawodów stanowisk w sektorze opieki zdrowotnej – pracodawcy POZ” [[1]](#footnote-1).* W zakresie literatury naukowej skorzystano z wyszukiwarki internetowej scopus.com gdzie wyszukiwano następujące słowa *„coordinator” (and) "integrated care"* w zakresie treści *„tytuł artykułu, streszczenie, słowa kluczowe”*, zakres publikacji od 2000 r. do 2022 r. W rezultacie uzyskano 99 publikacji z czego po zapoznaniu się ze streszczeniami prac wybrano dwie, najbardziej odpowiadające tematowi poszukiwań. Wybór tych pozycji wynikał też z faktu, że pierwsza praca stanowiła ekspercką analizę z wykorzystaniem metody delfickiej, obejmującą 95 międzynarodowych pozycji. Druga praca stanowiła ocenę kompetencji dokonaną przez 1943 respondentów - pracowników opieki integrowanej w Finlandii. W zakresie literatury nienaukowej skorzystano z wyszukiwarki google scholar, gdzie użyto słów kluczowych *„coordinator” (and)* "*integrated care",* zakres publikacji od 2015 do 2022 r. W rezultacie tego wyszukiwania zidentyfikowano jedną najbardziej wartościową publikację *- Care Navigation: A Competency Framework* opublikowaną przez *NHS Health Education England.* Analogiczne wyszukiwania literatury naukowej krajowej w języku polskim nie pozwoliły na ustalenie żadnej publikacji związanej bezpośrednio z kompetencjami koordynatora opieki otwartej. W wynikach niniejszego raportu przedstawiono zadania koordynatora POZ określone w Zarządzeniu Prezesa z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w POZ.– jako jedynego aktu prawnego w Polsce odnoszącego się w sposób pośredni do kompetencji koordynatora.

W odniesieniu do celu szczegółowego drugiego, tj. ocena kompetencji koordynatora przez pracodawców wykorzystano metodę CAWI (*Computer-Assisted Web Interview) -* badanie ankietowe wspomagane internetowo. Link z zaproszeniem do wypełnienia ankiety dostępnej na stronie www, wysłany został do świadczeniodawców POZ którzy zatrudniali (niezależnie od formy prawnej) co najmniej jednego koordynatora POZ. Badanie skierowano wyłącznie do tej grupy świadczeniodawców, gdyż koordynator POZ w wymiarze prawnym i faktycznym stanowi obecnie jedyny przykład koordynatora opieki otwartej w polskim systemie opieki zdrowotnej. Przez koordynatora POZ należy zgodnie art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2021 r. poz. 1050 oraz z 2022 r. poz. 655) rozumieć osobę do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Na dzień 25 listopada 2022 roku 90 placówek POZ miało zawarte umowy na opiekę koordynowaną, a w badaniu zrealizowanym od 15 do 19 grudnia pozyskano dane od 22 placówek POZ. Badanie składało się z 13 pytań otwartych i zamkniętych (skale ocen przez respondenta od 1 do 5). Pierwsza część kwestionariusza dotyczyła charakterystyki placówki POZ, druga część – oceny respondentów nt. realizacji zadań koordynatorów określonych przez Prezesa NFZ, trzecia część - oceny kompetencji związanych z koordynacją opieki, wpisanych w programy kształcenia na uczelniach medycznych w Polsce jako efekty kierunkowe.

# **Wyniki badania**

Poniższe podrozdziały to wyodrębniona część wnioskowa dotyczącą przeglądu literatury oraz wyników badania ankietowego dotyczącego oceny kompetencji koordynatora POZ na podstawie własnego badania ankietowego.

# **Wyniki przeglądu literatury**

Jak wskazano w części metodologicznej w wyniku przeglądu literatury międzynarodowej wytypowano trzy publikacje prezentujące kompetencje koordynatora opieki otwartej.

Pierwsza to publikacja pt . “*Preparing for the Trend of Aging in Place: Identifying Interprofessional Competencies for Integrated Care Professionals,* autorstwa E.J. Choi, M Park.”[[2]](#footnote-2) Obejmuje ona przegląd 95 pozycji literatury dotyczącej interprofesjonalnych kompetencji specjalistów opieki integrowanej, który następnie został poddany ocenie eskperckiej z wykorzystaniem metody Deplhi. W wyniku tej pracy zidentyfikowano 5 obszarów kompetencji interprofesjonalnych w opiece integrowanej, co przedstawiono poniżej.:

Obszar 1. Wspólne kompetencje interprofesjonalne dla opieki koordynowanej:

1. Zrozumienie definicji i koncepcji opieki koordynowanej
2. Zrozumienie aktualnych warunków i zasad dotyczących opieki zintegrowanej
3. Zrozumienie różnicy między tradycyjnym podejściem do opieki zdrowotnej a podejściem opieki zintegrowanej
4. Zrozumienie zintegrowanej opieki skoncentrowanej na osobie
5. Współpraca w placówkach opieki zintegrowanej w celu poprawy efektów opieki wśród profesjonalistów i mieszkańców społeczności (świadczeniobiorców)
6. Skuteczna komunikacja z mieszkańcami społeczności (świadczeniobiorcami) i innymi specjalistami
7. Demonstrowanie przywództwa włączającego i odpowiedzialności zawodowej
8. Wspólne podejmowanie decyzji z mieszkańcami społeczności
9. Diagnozowanie problemów zdrowotnych i społecznych oraz znajdowanie rozwiązań w oparciu o potrzeby mieszkańców społeczności (świadczeniobiorców)
10. Budowanie relacji lub nawiązywanie kontaktów z mieszkańcami społeczności i innymi profesjonalistami
11. Skuteczne komunikowanie potrzeb mieszkańców społeczności w multidyscyplinarnym zespole
12. Zrozumienie społecznej wartości zintegrowanej opieki wnoszącej wkład w społeczność (środowisko)
13. Ustanowienie zintegrowanego systemu opieki zdrowotnej i społecznej, skoncentrowanego na mieszkańcach społeczności
14. Dzielenie się informacjami dotyczącymi opieki koordynowanej z innymi specjalistami i mieszkańcami społeczności
15. Współpraca z różnymi profesjonalistami
16. Odpowiednie wykorzystanie ICT (technologii informacyjno-komunikacyjnych) w opiece zintegrowanej
17. Współpraca lub udział w badaniach dotyczących opieki koordynowanej
18. Poprawa publicznego postrzegania specjalistów opieki zintegrowanej
19. Motywowanie mieszkańców społeczności do udziału w procesie opieki integrowanej

Obszar 2. Kompetencje interprofesjonalne administratora opieki środowiskowej w opiece zintegrowanej:

1. Identyfikacja priorytetowych potrzeb związanych z opieką zdrowotną i pomocą społeczną w społeczności
2. Rozpoznawanie problemów zdrowotnych i społecznych w środowisku
3. Opracowywanie polityk dotyczących opieki koordynowanej w oparciu o okoliczności i problemy w społeczności
4. Wyłonienie potencjalnych odbiorców usług opieki koordynowanej na podstawie diagnozy środowiskowej
5. Lokalne planowanie strategii opieki zintegrowanej
6. Wdrażanie planów opieki zintegrowanej
7. Inwestowanie i zabezpieczanie lokalnych zasobów do życia w społeczności
8. Budowanie efektywnych relacji roboczych z innymi profesjonalistami pracującymi w instytucjach publicznych/prywatnych
9. Skuteczne przewodniczenie lub prowadzenie spotkań zespołu multidyscyplinarnego
10. Motywowanie mieszkańców społeczności do organizowania spotkań społeczności w celu osiągnięcia celów opieki koordynowanej
11. Znajdowanie rozwiązań w oparciu o pomysły i opinie mieszkańców gminy
12. Koordynacja poszczególnych osób w zespołach multidyscyplinarnych w celu utrzymania przejrzystości ról i odpowiedzialności
13. Zapewnienie środowiska współpracy dla multidyscyplinarnych członków zespołu
14. Przyczynianie się do sprawowania nadzoru nad innymi specjalistami w zakresie opieki zintegrowanej
15. Edukowanie innych pracowników i współpracowników w oparciu o ich kompetencje
16. Dialog z przedstawicielami członków społeczności uwzględniający interesy ogółu
17. Tworzenie odpowiednich lokalnych systemów zapewniających wysoką jakość systemu świadczenia opieki
18. Efektywna dystrybucja lokalnych zasobów w oparciu o potrzeby klientów
19. Planowanie finansów, budżetu i przedsięwzięć oraz monitorowanie efektywności kosztowej wykorzystania środków i zasobów
20. Ocena wyników projektu związanych z opieką koordynowaną w celu kształtowania ciągłego doskonalenia

Obszar 3. Inteprofesjonalne kompetencje koordynatora w zakresie opieki:

1. Rozpoznawanie mieszkańców (świadczeniobiorców), którzy mogą potrzebować zintegrowanej opieki z systemu powiązań informacyjnych
2. Identyfikacja mieszkańców świadczeniobiorców, którzy mogą skorzystać z usług opieki zintegrowanej na podstawie wstępnej oceny
3. Kompleksowa ocena potrzeb zdrowotnych i społecznych mieszkańców (świadczeniobiorców)
4. Trafne i kompleksowe określenie potrzeb pacjentów
5. Udział w opracowywaniu planów opieki w celu zaspokojenia indywidualnych potrzeb zdrowotnych i społecznych
6. Kierowanie mieszkańców na spotkania multidyscyplinarne w celu przygotowania planów opieki
7. Kierowanie świadczeniobiorców potrzebujących opieki zdrowotnej i społecznej do odpowiednich usługodawców
8. Identyfikacja satysfakcji mieszkańców z otrzymanych usług
9. Monitorowanie jakości usług w celu spełnienia standardów i wymagań jakościowych
10. Modyfikowanie ustalonych planów opieki, wdrażanie kontynuacji zarządzania opieką w oparciu o sytuację mieszkańców
11. Współpraca z organizacjami społecznymi i lokalnymi instytucjami na rzecz opieki zintegrowanej
12. Instruowanie mieszkańców z chorobami przewlekle, jak dbać o siebie
13. Doskonalenie procesu pracy w oparciu o wyniki procesu opieki zintegrowanej

Obszar 4. Kompetencje interprofesjonalne lokalnego świadczeniodawcy w opiece koordynowanej

1. Identyfikacja potrzeb zdrowotnych i społecznych mieszkańców w celu świadczenia usług skoncentrowanych na osobie
2. Planowanie usług lokalnych w oparciu o potrzeby mieszkańców społeczności
3. Skuteczna promocja usług lokalnych
4. Rozwijanie relacji kooperacji z interesariuszami związanymi ze zintegrowaną opieką (np. specjalistami, mieszkańcami)
5. Dzielenie się zasobami i informacjami z odpowiednimi organizacjami z korzyścią dla mieszkańców
6. Ocena doświadczeń mieszkańców i zmian po skorzystaniu z usług
7. Udoskonalanie i projektowanie nowych usług lokalnych
8. Podejmowanie szkoleń i rozwoju kadry świadczącej usługi
9. Pomaganie klientom radzić sobie w sytuacjom awaryjnych/kryzysowych
10. Identyfikowanie i ustalanie priorytetów złożonych potrzeb zdrowotnych i społecznych mieszkańców oraz organizowanie odpowiednich usług w oparciu o typ usługobiorców (np. osoby starsze, osoby niepełnosprawne, kobiety, dzieci, osoby chore psychicznie)
11. Edukowanie i monitorowanie mieszkańców społeczności przy jednoczesnym ćwiczeniu samoopieki
12. Identyfikacja podstawowych potrzeb zdrowotnych i społecznych mieszkańców oraz zapewnienie odpowiednich usług
13. Konsultacje z mieszkańcami społeczności, w celu potrzymania ich zaangażowania.

Obszar 5. Kompetencje interprofesjonalne lidera zdrowia społeczności w opiece zintegrowanej

1. Rozpoznawanie problemów zdrowotnych i społecznych mieszkańców
2. Rozpoznawanie przyczyn problemów zdrowotnych i społecznych mieszkańców gminy
3. Wyszukiwanie informacji i usług związanych ze zdrowiem i sprawami społecznymi
4. Zrozumienie znaczenia uczestnictwa w procesie opieki koordynowanej
5. Zachęcanie innych mieszkańców do udziału w wydarzeniach społecznych, w tym spotkaniach społeczności
6. Tworzenie wiodących w społeczności organizacji zajmujących się opieką koordynowaną
7. Uczestnictwo w podejmowaniu decyzji dotyczących potrzeb zdrowotnych i społecznych
8. Odgrywanie wiodącej roli przy opracowywaniu planów przedsięwzięć związanych ze zdrowiem i sprawami społecznymi dla mieszkańców społeczności
9. Współpraca z organizacjami/instytucjami środowiskowymi na rzecz opieki zintegrowanej
10. Tworzenie grup samopomocowych i aktywny udział w ich spotkaniach
11. Uczestnictwo w ocenie wyników działania opieki koordynowanej i sugerowaniu ulepszeń
12. Wkład i udział w badaniach dotyczących opieki koordynowanej

Co istotne w cytowanej powyżej pracy wyraźnie zaakcentowano podejście środowiskowe, gdzie adresatem opieki są *community residents* (członkowie wspólnoty, mieszkańcy), a nie stricte świadczeniobiorcy jak to jest definiowane w warunkach polskich. Wynika to z faktu, że w wielu krajach opiekę sprawują koordynatorzy którzy dbają zarówno o aspekty opieki społecznej jak i zdrowotnej (integracja pozioma), podczas gdy w warunkach polskich istnieje rozgraniczenie pomiędzy zadaniami i kompetencjami pracowników ochrony zdrowia, a opieki społecznej. Podejście środowiskowe, które wyraźnie wybrzmiewa z prezentowanych kompetencji, typowe jest także dla opieki deinstytucjonalnej nad osobami starszymi, podczas gdy w Polsce opieka senioralna wciąż, w dużej mierze ma charakter instytucjonalny.

Kolejna praca to *Competence needs of integrated care in the transition of health care and social services in Finland* autorstwa O. Nummela i wsp.[[3]](#footnote-3) Niniejsze badanie dotyczyło kompetencji w zakresie zintegrowanej opieki wśród pracowników służby zdrowia i opieki społecznej w kontekście krajowej reformy usług w Finlandii. Badanie dotyczyło oceny kompetencji pośród przedstawicieli trzech największych organizacji odpowiedzialnych za świadczenie usług socjalnych i opieki zdrowotnej. Łącznie w badaniu wzięło udział 1943 respondentów, co stanowi 16% populacji docelowej (12 250). W badaniu zidentyfikowano trzy podstawowe czynniki dotyczące kompetencji w zakresie opieki zintegrowanej, tj. ocena potrzeb skoncentrowana na kliencie, holistyczna opieka oraz zapewnienie ścieżki opieki. Dla podstawowej opieki zdrowotnej najistotniejszym czynnikiem było zapewnienie opieki holistycznej. Poniżej przedstawiono wszystkie analizowane w pracy potrzeby kompetencyjne w opiece integrowanej z uwzględnieniem 4 obszarów:

Obszar 1. – Zorientowanie na klienta:

1. Ocenia potrzeby fizyczne, społeczne i psychologiczne
2. Uwzględnia (dyskutuje) z klientem kwestie kulturowe lub religijne istotne dla opieki
3. Planuje z klientem cele opieki
4. Rejestruje (dokumentuje) opinie klienta
5. Współpracuje interdyscyplinarnie w planowaniu, ocenie i wdrażaniu leczenia lub opieki
6. Doradza klientowi w zakresie korzystania z usług cyfrowych
7. Przyjmuje postawę zorientowaną na klienta (pacjenta) we wszystkich inicjatywach (spotkaniach)

Obszar 2. – Odpowiedzialność za dobro osobiste lub najbliższych w procesie opieki:

1. Mapuje zasoby wśród bliskich klienta, w procesie leczniczym lub rozwiązywania innych problemów
2. Angażuje najbliższych w proces planowania leczenia lub dostarczenia innych usług
3. Zachęca klienta do wprowadzenia zmian w życiu służących zdrowiu lub dobremu samopoczuciu psychiczno-społecznemu

Obszar 3. – Dostęp do świadczeń:

1. Rozpoznaje z klientem dodatkowe lub alternatywne sposoby zabezpieczenia świadczeń
2. Poszukuje z klientem różnych form wzajemnego wsparcia *(peer support)*
3. Zapewnia, że klient w niekorzystnej sytuacji otrzyma potrzebne wsparcie, pomoc i usługi których potrzebuje
4. Interweniuje, gdy klient napotyka niedogodności związane z usługą lub rozpoczęciem leczenia

Obszar 4. – Płynność i przejrzystość usług:

1. Uzasadnia swoje stanowisko wobec pacjenta, używając dowodów lub wiedzy opartej na badaniach
2. Dokumentuje proces klienta w wymaganej formie w bazie danych klientów
3. Zapewnia przepływ informacji o kliencie w łańcuchu opieki lub usług
4. Nawiguje klienta w łańcuchu opieki
5. Zapewnienia postęp opieki/leczenia klienta w łańcuchu opieki
6. Doradza klientowi za pośrednictwem usług cyfrowych
7. Szacuje koszty leczenia lub innych usług

Trzecia praca to "*Care navigation: A competency framework.*" opublikowana przez *NHS Health Education England*.[[4]](#footnote-4) Celem tego opracowania było opisanie podstawowego, wspólnego zestawu kompetencji w zakresie tzw. nawigacji opiekuńczej i roli nawigatora opieki „*care navigator*”. W publikacji kluczowe kompetencje zebrano w wielopoziomowe ramy kompetencji, wyróżniając trzy poziomy zaawansowania; niezbędny, wzmocniony i ekspercki. Uniwersalne ramy kompetencji nawigatora (przewodnika pacjenta) opracowano dla szkolnictwa w celu informowania o treściach i poziomie kształcenia, ale także dla pracodawców w celu planowania ścieżek kariery personelu nieklinicznego w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej. Dziewięć domen nawigatora opieki według NHS England to (cyt.):

1. Skuteczna komunikacja - Wymaga od ludzi umiejętności skutecznego komunikowania się, w formie ustnej i pisemnej, z szerokim gronem osób z różnych środowisk kulturowych i organizacyjnych, w tym uwzględniając aspekty zdrowotne, społeczne i wolontaryjne (pomocowe).

2. Umożliwienie dostępu do usług - Obejmuje wskazanie i umożliwienie klientom dostępu do odpowiednich usług, w oparciu o ich potrzeby i preferencje, pośród szerokiej gamy organizacji i sektorów. Zadanie to nie musi być zapewnione przez opiekę instytucjonalną - tradycyjną opiekę zdrowotną lub profesjonalistów opieki społecznej.

3. Personalizacja - polega na podejściu, które wspiera osobę w podejmowaniu wyborów, spełnieniu życzeń i realizacji potrzeb, tak dalece jak to możliwe, umożliwiając jej kontrolę nad swoim własnym życiem. Nawigacja opieki ma na celu zapewnienie wsparcia i opieki definiowanej przez potrzeby holistyczne, a nie tylko standaryzowanych co do stanu usługobiorcy czy diagnozy. Wsparcie powinno być dostosowane do indywidualnych potrzeb i aspiracji jednostki.

4. Koordynacja i integracja – ma zapewnić klientowi dostarczenie usług zdrowotnych, społecznych i wolontariackich tak „płynnie”, jak to możliwe. Wszystkie osoby zaangażowane we wsparcie, w tym pacjent/opiekun, powinny wiedzieć, kto jest kluczowym punktem kontaktu w celu uzyskania pomocy i kto jest odpowiedzialny za ich opiekę. Jest to szczególnie ważne i musi być realizowane o czasie, szczególnie gdy zachodzą istotne zmiany w potrzebach klienta, np. nagły pogorszenie stanu zdrowia lub zmiana opieki między świadczeniodawcami.

5. Budowanie i utrzymywanie relacji pomiędzy profesjonalistami - wsparcie musi przekraczać standardowe granice i dotrzeć do szerszych uczestników w sektorze zdrowia, opieki społecznej i wolontariatu. Relacje stanowią podstawę skutecznej pracy międzysektorowej i są umiejętnościami które należy rozwijać. Zdolność do angażowania i utrzymywania kluczowych relacji roboczych jest fundamentalna w pracy z pacjentami, ich rodzinami i zespołami multidyscyplinarnymi.

6. Wiedza dla praktyki – na poziomie minimalnym obejmuje wykorzystanie wiedzy w zakresie: potrzeb osób starszych, opieki u kresu życia, potrzeb i aspektów zdrowia psychicznego, powszechnych długotrwałych schorzeń fizycznych i psychicznych, zasad samoopieki dla osób z chorobami przewlekłymi, zasad opieki zdrowotnej i społecznej, znaczenia i celów promocji zdrowia.

7. Rozwój osobisty i uczenie się – pracownicy powinni być przekonani do uczenie się przez całe życie i entuzjastycznie nastawieni do stosowania nowej wiedzy i umiejętności. Osoby pełniące role nawigacyjne, uczą się poprzez doświadczenie i pracę w lokalnych kontekstach – stąd refleksja nad praktyką, zarówno indywidualna, jak i zespołowa, mają kluczowe znaczenie zarówno dla jednostek jak i dla poprawy świadczonych usług.

8. Postępowanie z danymi i informacjami - Dokładne i dostępne informacje stanowią podstawę skutecznej nawigacji w opiece. Niepowodzenia w komunikacji między organizacjami, sektorami i pacjentami/opiekunami mogą prowadzić na chaotyczności i niewłaściwej opieki. Osoby, które pracują, aby zapewnić skuteczną nawigację opieki muszą być w stanie odpowiednio korzystać z odpowiednich rejestrów elektronicznych i baz danych w celu uzyskania dostępu, wprowadzania i przechowywania informacji. Dane powinny być również wykorzystywane dla ewaluacji i poprawy jakości świadczeń.

9. Profesjonalizm - dotyczy profesjonalnego zachowania, postaw i ich atrybutów, które zakorzenione są w etyce, moralności, prawnych aspektach opieki i wsparcia, wszystkie te elementy ugruntowane są w zasadach opieki skoncentrowanej na osobie (pacjento-centryzm). Ważnymi elementami są np. zaangażowanie w rozwój własnych kompetencji, świadomość własnych ograniczeń i uczciwość.

Przegląd literatury pozwolił na zidentyfikowanie dwóch ciekawych prac, które mogłyby być przydatne do określenia dodatkowych kompetencji koordynatora opieki otwartej w Polsce nie wymienionych wcześniej. Pierwsza to praca pt. *“Entry-to-practice public health nursing competencies: A Delphi method and knowledge translation strategy”[[5]](#footnote-5)* Publikacja wskazuje na kompetencje pielęgniarek zdrowia Publicznego w Kanadzie. Niektóre z kompetencji wskazanych przez autorów (np. te w zakresie określania potrzeb zdrowotnych i podejścia populacyjnego) mogłyby mieć zastosowanie do koordynatora opieki ambulatoryjnej w Polsce. Druga to “*Interprofessional care teams: the role of the healthcare administrator.”[[6]](#footnote-6)* W tym przypadku niektóre kompetencje kierownicze i zarządcze, administratora opieki zdrowotnej mogłyby być przydatne w pracy koordynatora w Polsce. W obu przypadkach jednak wzorowanie się na kompetencjach z innych krajów i przenoszenie ich na grunt polski powinno uwzględnić specyficzne uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej oraz krajowe regulacje dotyczące zakresu kompetencji i zadań poszczególnych pracowników systemu opieki zdrowotnej.

W wyniku przeglądu literatury krajowej nie zidentyfikowano żadnych publikacji naukowych ani opracowań eksperckich dotyczących kwalifikacji koordynatora opieki otwartej. Definicję stanowiska koordynatora i jej szczątkowy zakres zadań wskazano formalnie po raz pierwszy w Zarządzeniu Prezesa NFZ z dnia 16 marca 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”[[7]](#footnote-7). Koordynator tj. osoba lub osoby zatrudnione przez realizatora programu pilotażowego, do zadań której należy w szczególności: a) zapewnienie przepływu informacji między uczestnikami procesu udzielania świadczeń, zarówno na poziomie świadczeniodawcy, jak również między świadczeniodawcą i podmiotami zewnętrznymi zaangażowanymi w proces leczenia i profilaktyki, b) wspieranie organizowania procesu leczenia i profilaktyki, w tym prowadzenie elektronicznego terminarza wizyt, c) opracowywanie raportów z realizacji pilotażu POZ PLUS. Na gruncie doświadczeń z pilotażu POZ PLUS, od lipca 2022 r. wprowadzono w Polsce w podstawowej opiece zdrowotnej możliwość angażowania i finansowania świadczeń koordynatora. Zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (z późn. zm)[[8]](#footnote-8) określiło, iż do zadań koordynatora należy budowanie relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w:

1) proces profilaktyki, w tym szczególności:

a) promowanie profilaktyki, w tym wykonywania badań profilaktycznych przez świadczeniobiorców,

b) ustalanie terminów realizacji badań profilaktycznych dla świadczeniobiorców z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 24 roku życia

2) w realizację budżetu powierzonego opieki koordynowanej, w tym szczególności:

a) monitorowanie obiegu dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym nadzór nad jej

kompletnością,

b) nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną podczas procesu leczenia,

c) ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej,

d) zapewnienie komunikacji pomiędzy personelem administracyjnym a personelem medycznym podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony, oraz innych świadczeniodawców zaangażowanych w proces udzielania świadczeń,

e) udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej,

f) analizowanie i udział w doborze populacji świadczeniobiorców objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych,

d) monitorowanie realizacji Indywidualnych Planów Opieki Medycznej,

Analiza, własna ocena i interpretacja ekspercka wyników badań focusowych dostarczonych przez Zamawiającego opublikowanych w raporcie *„Profil kluczowych kompetencji dla wybranych zawodów stanowisk w sektorze opieki zdrowotnej – pracodawcy POZ*”, pozwoliła na wytypowanie następujących umiejętności i kompetencji koordynatora deklarowanych przez respondentów:

1. Podstawowe przygotowanie medyczne służące np. właściwej identyfikacji potrzeb zdrowotnych
2. Znajomość własnych kompetencji i ograniczeń np. w celu wyraźnego podziału zadań i odpowiedzialności w procesie opieki nad pacjentem
3. Umiejętność korzystania z systemów informatycznych stosowanych w przychodniach, np. w celu rejestracji i obsługi usług, jak również systemów centralnych (np. dostarczanych przez CeZ)
4. Umiejętność korzystania z nowoczesnych form komunikacji z innymi pracownikami placówki i pacjenta (w tym np. WhatsApp lub Facebook)
5. Znajomość przepisów prawa ochrony zdrowia (np. prawo ubezpieczeń zdrowotnych, prawa pacjenta, ochrona danych osobowych)
6. Przewodzenie/prowadzenie pacjenta po systemie opieki zdrowotnej, wsparcie i doradztwo w obszarach nieklinicznych
7. Znajomość lokalnych uwarunkowań obejmująca również kontakty i procedury nieformalne
8. Kompetencje o charakterze organizacyjnym i społecznym. tzw. kompetencje miękkie, empatia, życzliwość i samodzielność
9. Znajomość pacjentów i ich potrzeb
10. Podejście środowiskowe do opieki (np. znajomość rodziny i środowiska pacjenta, współpraca z opiekunami)
11. Dobra komunikacja na linii pacjent-lekarz-placówka
12. Empatia i wrażliwość, chęć niesienia pomocy
13. „Dyplomacja” - rozumiana jako umiejętność pogodzenia interesów świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy z uwzględnieniem uwarunkowań formalno-prawnych
14. Odpowiedzialność związana z decyzjami mającymi wpływ na zdrowie pacjenta/klienta.

# **Wyniki badania ankietowego**

Poniżej przedstawiono wyniki badania ankietowego dotyczącego oceny kompetencji koordynatora przez świadczeniodawców POZ, którzy angażowali taką osobę w formie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej. W badaniu wzięło udział 22 świadczeniodawców – rozumianych jako odrębne miejsca udzielania świadczeń lekarza POZ. Metodologię ankietowania przedstawiono w rozdziale 2. niniejszego raportu.

Rys. 1 Lokalizacja placówek POZ angażujących koordynatora

Pośród 22 placówek angażujących koordynatora POZ które wzięły udział w badaniu, połowa zlokalizowana była na terenie dużych miast powyżej 50 tyś., 6 w małych miastach poniżej 50 tyś, 5 na wsiach.

Rys. 2 Liczba deklaracji w placówkach POZ angażujących koordynatora

Wśród badanych placówek: 5 posiadało do 5 tyś. aktywnych deklaracji do lekarza POZ (w tym jedna 1300 i jedna 1590), 12 placówek od 5 tyś. do 10 tyś. deklaracji z czego dominowały placówki posiadające 6 tyś. deklaracji (5 jednostek), pozostałe 5 placówek posiadało powyżej 10 tyś. deklaracji (przy maksimum wynoszącym 12 tyś.).

Rys. 3 Forma zaangażowania koordynatora w placówkach POZ

Najwięcej placówek zatrudniało koordynatora w formie umowy o pracę, z czego 10 na pełen etat, 5 na cześć etatu, w 6 placówkach koordynatorzy byli zaangażowani na podstawie kontraktu B2B, a w 1 podmiocie na podstawie umowy zlecenia z osobą fizyczną.

Rys. 4 Wykonywanie innych zadań zawodowych w placówce POZ przez koordynatorów

Tylko w 6 placówkach koordynator realizował zadania związane wyłącznie z koordynacją opieki, w pozostałych przypadkach koordynator realizował jednocześnie zadania rejestracji medycznej (5), pielęgniarki (3), położnej (1), asystenta lub sekretarki medycznej (3), inne (informatyk – 1, przełożona pielęgniarek -1, lekarz z niepełnym PWZ – 1, dietetyk -1).

Rys. 5 Funkcja koordynatora w placówce POZ

Tylko w 2 badanych placówkach koordynator pełnił funkcje związane z opieką nad chorymi przewlekle, w 3 zadania związane profilaktyką, a w większości placówek (17) koordynator pełnił obie funkcje.

Rys. 6 Wykształcenia koordynatora

W badanej grupie, 11 koordynatorów miało wykształcenie wyższe na poziomie studiów I stopnia (licencjat) z czego 3 osoby były w trakcie realizacji studiów magisterskich; 9 koordynatorów miało wykształcenie wyższe na poziomie II stopnia (magister), tylko 2 osoby miały wykształcenie średnie. Pośród osób z wykształceniem wyższym dominowało wykształcenie związane stricte z ochroną zdrowia (np. pielęgniarstwo, kosmetologia, dietetyka, zdrowie publiczne), inne osoby miały wykształcenie związane z zarządzaniem, administracją lub marketingiem.

Tab. 1. Ocena kompetencji koordynatorów zaangażowanych w placówkach POZ do realizacji zadań określonych w Zarządzeniu Prezesa z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w POZ.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *skala ocen:* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| *oceniane komptencje:* | *l. ocen respondentów:* | | | | | *śr. ocen* |
| promowanie profilaktyki, w tym wykonywania badań profilaktycznych przez świadczeniobiorców | 2 | 1 | 5 | 7 | 7 | 3,7 |
| ustalanie terminów realizacji badań profilaktycznych dla świadczeniobiorców z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 24 r.ż. | 1 | 1 | 3 | 5 | 12 | 4,2 |
| monitorowanie obiegu dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym nadzór nad jej kompletnością | 1 | 1 | 3 | 10 | 7 | 4,0 |
| nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną podczas procesu leczenia | 1 | 4 | 2 | 7 | 8 | 3,8 |
| ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej | 1 | 0 | 3 | 6 | 12 | 4,3 |
| zapewnienie komunikacji pomiędzy personelem administracyjnym a personelem medycznym podmiotu leczniczego, oraz innych świadczeniodawców zaangażowanych w proces udzielania świadczeń | 0 | 1 | 3 | 9 | 9 | 4,2 |
| udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej | 0 | 2 | 6 | 6 | 8 | 3,9 |
| analizowanie i udział w doborze populacji świadczeniobiorców objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych | 0 | 4 | 1 | 8 | 9 | 3,8 |
| monitorowanie realizacji IPOM | 2 | 5 | 5 | 6 | 4 | 3,2 |

Ankietowani zostali poproszeni o ocenę kompetencji koordynatorów których zatrudniali do realizacji zadań określonych w Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów POZ. Najlepiej respondenci ocenili kompetencje w zakresie ustalania terminów realizacji świadczeń leczniczych i profilaktycznych oraz zapewnienia komunikacji pomiędzy pracownikami podmiotu POZ i innymi świadczeniodawcami. Najgorzej przygotowanie koordynatorów oceniono w zakresie monitorowania realizacji indywidualnych planów opieki medycznej.

Tab. 2. Ocena przydatności wiedzy - jako kierunkowego efektu kształcenia- w pracy koordynatora POZ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *skala ocen:* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| *oceniana wiedza:* | *l. ocen respondentów:* | | | | | *śr. ocen* |
| kliniczne aspekty opieki – np. zasady postępowania diagn.-terapeut. w wybranych chorobach | 1 | 0 | 9 | 6 | 6 | 3,7 |
| telemedycyna i e-zdrowie | 2 | 2 | 2 | 9 | 7 | 3,8 |
| ochrona danych osobowych | 1 | 2 | 3 | 5 | 11 | 4,0 |
| prawo medyczne i prawo ochrony zdrowia | 2 | 4 | 0 | 8 | 8 | 3,8 |
| administracja publiczna opieki zdrowotnej | 2 | 3 | 6 | 6 | 5 | 3,4 |
| organizacja i zarządzania | 1 | 4 | 6 | 2 | 9 | 3,7 |
| ekonomia i finansowanie w ochronie zdrowia | 2 | 6 | 4 | 7 | 3 | 3,1 |
| komunikacja interpersonalna | 2 | 1 | 0 | 5 | 14 | 4,3 |
| zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej | 1 | 2 | 3 | 5 | 11 | 4,0 |
| opieka koordynowana w Polsce i na świecie – podstawy teoretyczne | 1 | 3 | 3 | 6 | 9 | 3,9 |

Ankietowani zostali poproszeni o ocenę poszczególnych obszarów wiedzy wpisanych w kierunkowe efekty kształcenia na uczelniach wyższych w Polsce pod kątem ich przydatności do pracy koordynatora POZ. Najbardziej przydatnym obszarem wiedzy, zdaniem respondentów w pracy koordynatora POZ, była komunikacja interpersonalna, ochrona danych osobowych i zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, najmniej przydatnym ekonomia i finansowanie w ochronie zdrowia oraz administracja publiczna opieki zdrowotnej. W pytaniu otwartym o obszary wiedzy które powinni posiadać koordynatorzy, a które nie były wymienione jako warianty do wyboru, wskazano:

1. praktyczne aspekty opieki skoordynowanej w poszczególnych grupach dyspanseryjnych,
2. statystyka w ochronie zdrowia, problemy populacyjne,
3. psychologia,
4. edukacja pacjentów,
5. profilaktyka zdrowia.

Tab. 3. Ocena przydatności umiejętności - jako kierunkowego efektu kształcenia- w pracy koordynatora POZ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *skala ocen:* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| *oceniana umiejętność:* | *l. ocen respondentów:* | | | | | *śr. ocen* |
| koordynowanie realizacji świadczeń zdrowotnych dla pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi | 1 | 0 | 1 | 3 | 17 | 4,6 |
| koordynowanie realizacji świadczeń zdrowotnych dla pacjentów w programach profilaktycznych | 0 | 2 | 1 | 0 | 19 | 4,2 |
| stosowanie przepisów prawa w codziennej praktyce | 0 | 2 | 2 | 8 | 10 | 4,3 |
| nawiązywanie i utrzymanie relacji z innymi interesariuszami opieki zdrowotnej | 0 | 2 | 4 | 2 | 14 | 3,8 |
| samodzielne korzystanie z literatury fachowej, baz danych i innych źródeł informacji związanych ze zdrowiem | 1 | 2 | 7 | 2 | 10 | 4,4 |
| efektywna komunikacja w miejscu pracy | 0 | 0 | 5 | 3 | 14 | 4,3 |
| współpraca w zespole interdyscyplinarnym | 1 | 1 | 3 | 2 | 15 | 4,0 |
| ewaluacja i ocena programów zdrowotnych | 1 | 2 | 4 | 3 | 12 | 4,1 |

Najbardziej przydatnym obszarem umiejętności, w opinii respondentów w pracy koordynatora POZ, było koordynowanie realizacji świadczeń dla pacjentów przewlekle chorych oraz samodzielne korzystanie ze źródeł informacji związanych ze zdrowiem, najmniej przydatnym nawiązywanie i utrzymywanie relacji z innymi interesariuszami opieki zdrowotnej. W pytaniu otwartym o obszary umiejętności, które nie były wymienione jako warianty do wyboru, respondenci wskazali:

1. współpraca z instytucjami administracji publicznej i NGO's w opiece holistycznej nad pacjentem,
2. organizacja pracy,
3. wykorzystanie narzędzi IT do koordynacji i monitorowania opieki,
4. współpraca, praca w zespole,
5. ewaluacja i ocena programów profilaktycznych,
6. asertywno-empatyczne podejścia do pacjentów,
7. sztuka rozmowy z pacjentem i rozmowa o profilaktyce - co powiedzieć żeby pacjent zrozumiał i zastosował to w życiu (motywowanie).

Tab. 4. Ocena przydatności kompetencji - jako kierunkowego efektu kształcenia- w pracy koordynatora POZ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *skala ocen:* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| *oceniana kompetencja:* | *l. ocen respondentów:* | | | | | *śr. ocen* |
| Samodzielność podejmowania decyzji | 0 | 0 | 0 | 9 | 13 | 4,7 |
| Odpowiedzialność za własne decyzje | 0 | 0 | 0 | 7 | 15 | 4,5 |
| Postawa etyczna na stanowisku pracy | 0 | 0 | 2 | 7 | 13 | 4,0 |
| Wrażliwość na kwestie socjalne i zdrowotne w społeczeństwie, empatia | 1 | 1 | 3 | 7 | 10 | 4,0 |
| Formułowanie własnych opinii i sądów | 1 | 1 | 3 | 8 | 9 | 4,2 |
| Znajomość własnych ograniczeń i gotowość do zasięgnięcia opinii innych | 0 | 1 | 4 | 7 | 10 | 4,1 |
| Promowanie postawy promujących zdrowie i aktywność fizyczną | 1 | 2 | 1 | 6 | 12 | 4,1 |

Najbardziej przydatnym obszarem kompetencji, zdaniem respondentów w pracy koordynatora POZ, była samodzielność podejmowania decyzji i odpowiedzialność za własne decyzje, najmniej przydatnym postawa etyczna i wrażliwość na kwestie socjalne i zdrowotne w społeczeństwie, empatia. W pytaniu otwartym o obszary kompetencji, które nie były wymienione jako warianty do wyboru, respondenci wymienili:

1. wysoka kultura osobistej i radzenia sobie ze stresem,
2. otwartość na zmiany, słuchanie zdania zespołu, wyciąganie wspólnych wniosków, być dobrym słuchaczem,
3. empatia oraz promocja prozdrowotnych zachowań,
4. radzenie sobie ze stresem,
5. kreatywność,
6. pewność siebie,
7. zdolność szybkiego uczenia się, kreatywność, przywództwo, radzenie sobie z trudnym pacjentem, organizowanie, planowanie, wywieranie wpływu, zarządzanie efektywnością swojej pracy,
8. asertywność i właściwa komunikacja z pacjentami i ich rodzinami.

# **Wykaz źródeł**

Niniejszy raport opracowano na podstawie poniższych źródeł informacji, każdorazowo wskazanych w przypisach dolnych treści raportu.:

1. Begun JW, et al. Interprofessional care teams: the role of the healthcare administrator. J Interprof Care. 2011 Mar;25(2):119-23.
2. Choi E.J., Park M.; Preparing for the Trend of Aging in Place: Identifying Interprofessional Competencies for Integrated Care Professionals, J Korean Gerontol Nurs 2021; 23(3): 273-284.
3. NHS Health Education England. "Care navigation: A competency framework." 2016.
4. Nummela O., et al; Competence needs of integrated care in the transition of health care and social services in Finland; International Journal of Care Coordination. 2019;22(1):36-45.
5. Pzybysz J., Mroczek. M, Profil kluczowych kompetencji dla wybranych zawodów / stanowisk w sektorze opieki zdrowotnej – pracodawcy POZ, EDBAD pracownia doradczo – badawcza, październik 2022
6. Schofield R, et al. Entry-to-practice public health nursing competencies: A Delphi method and knowledge translation strategy. Nurse Educ Today. 2018 Jun;65:102-107
7. Zarządzenie Nr 23/2018/DAiS Prezesa NFZ z dnia 16 marca 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS
8. Zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

1. J. Pzybysz, M. Mroczek, Profil kluczowych kompetencji dla wybranych zawodów / stanowisk w sektorze opieki zdrowotnej – pracodawcy POZ, EDBAD pracownia doradczo – badawcza, październik 2022 [↑](#footnote-ref-1)
2. E.J. Choi, M Park; Preparing for the Trend of Aging in Place: Identifying Interprofessional Competencies for Integrated Care Professionals, J Korean Gerontol Nurs 2021; 23(3): 273-284. [↑](#footnote-ref-2)
3. O. Nummela, et al; Competence needs of integrated care in the transition of health care and social

   services in Finland; International Journal of Care Coordination. 2019;22(1):36-45. [↑](#footnote-ref-3)
4. NHS Health Education England. "Care navigation: A competency framework." 2016 [↑](#footnote-ref-4)
5. Schofield R, Chircop A, et al. Entry-to-practice public health nursing competencies: A Delphi method and knowledge translation strategy. Nurse Educ Today. 2018 Jun;65:102-107 [↑](#footnote-ref-5)
6. Begun JW, White KR, Mosser G. Interprofessional care teams: the role of the healthcare administrator. J Interprof Care. 2011 Mar;25(2):119-23. [↑](#footnote-ref-6)
7. Zarządzenie Nr 23/2018/DAiS Prezesa NFZ z dnia 16 marca 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS” [↑](#footnote-ref-7)
8. Zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna [↑](#footnote-ref-8)