

Kompleksowość kliniczna – gdzie ją znaleźć i jak ją wykorzystywać

Clinical complexity – where to find it and how to use it

Agnieszka Kobyłko¹, Julia E. Rymaszewska², Joanna Rymaszewska¹,
Dorota Szcześniak¹

¹ Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra i Klinika Psychiatrii

² Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Studenckie Koło Naukowe Psychiatrii

Summary

Clinical complexity of a patient describes the complexity of issues faced by an individual in accordance with the biopsychosocial approach, the main focus of which is the assessment whether the patient experiences difficulties in the biological, psychological and social aspects of life and healthcare system. An effective, comprehensive assessment of a patient during the treatment process is crucial for efficient operation of Public Health Service. Thus, providing patients with an individual, holistic and comprehensive healthcare. Patients, who are not always able to seek help on their own, require assurance of complex help, effective diagnostics at the early stages of a disease and assistance with treatment coordination and continuation.

Clinical complexity concerns patients of many fields of medicine but especially emergency medicine, internal medicine, geriatrics, psychiatry, and primary care. Lack of access to complex healthcare with biopsychosocial approach causes a great deal of patient dissatisfaction and reduces the quality of available therapeutic options. There are couple of tools that can be used in screening for clinical complexity, for instance: INTERMED platform, INTERMED Self-Assessment, INTERMED for the Elderly, INTERMED for the Elderly Self-Assessment, and *the Probability of Repeated Admission*. There are also effective intervention schemes which can be used to manage a complex patient care, such as: *Case Management*, *Information Sharing* or *Self-Management*. Screening tools and interventions combined together can be effective in providing patients with a well-organized, high quality healthcare with a patient-centered biopsychosocial approach.

Słowa kluczowe: kompleksowość kliniczna, IMSA, *Zarządzanie przypadkiem*

Key words: clinical complexity, IMSA, *Case Management*

Wprowadzenie

Pojęcie kompleksowości klinicznej jest spopularyzowane głównie wśród badaczy i specjalistów medycyny psychosomatycznej. Poza tym obszarem badań i praktyki klinicznej jest zdecydowanie rzadziej stosowane, chociaż wiadomo, że każda choroba pojawia się w kontekście złożonych interakcji między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. Kompleksowość wiąże się przy tym z różnymi sposobami i strategiami wykorzystywanymi przez pacjentów w kontaktach z systemem opieki zdrowotnej. Te złożone powiązania wskazują na potrzebę wdrożenia wysokiej jakości interdyscyplinarnego i zintegrowanego leczenia w wypadku wymagających takiego podejścia pacjentów [1]. Obecnie klinicyści zmagają się z brakiem czasu oraz niewystarczającym poziomem wiedzy na temat podejścia biopsychospołecznego, a także niedostatkami środków finansowych na realizację tego rodzaju leczenia. Pogłębiający się podział na specjalizacje i subspecializacje oraz skupianie się na szczegółach, konkretnych organach i układach organizmu utrudnia lub wręcz uniemożliwia holistyczne postrzeganie człowieka. Według Światowej Organizacji Zdrowia „zdrowie jest stanem pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby lub niepełnosprawności”, co potwierdza, że podejście biopsychospołeczne jest właściwe, potrzebne i powinno być szeroko stosowane [2, s.1]. Wysokiej jakości, skoncentrowana na pacjencie opieka jest skutecznym, całościowym podejściem do chorego, który zgłosi się do placówki medycznej z określoną potrzebą lub problemem zdrowotnym. Wysoki poziom kompleksowości klinicznej skutkuje negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi, takimi jak: niska jakość życia, długi czas trwania choroby, długie hospitalizacje, wydłużony czas powrotu do zdrowia aż do większego ryzyka utraty życia [3–5]. Dodatkowo wiąże się z częstym korzystaniem z usług medycznych i zwiększonymi kosztami [6, 7]. Kompleksowość jest obserwowana w zaburzeniach psychicznych, chorobach przewlekłych i ogólnoustrojowych, u pacjentów z przynajmniej dwiema współistniejącymi chorobami, u osób w podeszłym wieku, uzależnionych, a także często korzystających z usług Szpitalnego Oddziału Ratunkowego [4, 8–12].

Pierwszym krokiem w kierunku rozpoznania występowania tego zjawiska jest zastosowanie odpowiednich narzędzi stworzonych dla klinicystów do identyfikacji kompleksowości, takich jak:

- INTERMED (IM),
- INTERMED Self Assessment (IMSA),
- INTERMED dla osób starszych (IM-E),
- *Kwestionariusz prawdopodobieństwa ponownego przyjęcia (Probability of Repeated Admission – PRA)* i in. [13].

Kolejnym krokiem jest wprowadzenie odpowiednich interwencji, takich jak:

- *Zarządzanie przypadkiem (Case Management – CM)*, w celu zapewnienia pacjentom indywidualnego i kompleksowego podejścia i planowania leczenia,
- *Udostępnianie informacji (Information Sharing – IS)*, w celu uniknięcia nieporozumień między różnymi lekarzami,

- *Samozarządzanie (Self-Management – SM)* w odpowiednich diagnozach [8, 14, 15],
- stworzenie skutecznego planu opieki dla konkretnej osoby – oferowanie kompleksowego nadzoru i interwencji dostosowanych do jej potrzeb.

Charakterystyka pacjentów o wysokim poziomie kompleksowości klinicznej

Pacjenci chorujący przewlekłe z chorobami wielonarządowymi i współistniejącymi

W dzisiejszych czasach, gdy proces diagnostyczny jest bardzo rozwinięty, a średnia długość życia znacznie się wydłużyła, medycyna zmagająca się z chorobami współistniejącymi, wielochorobowością i chorobami przewlekłymi. Niestety wiedza na temat wielochorobowości nie jest satysfakcjonująca [16]. Definicja wielochorobowości jest niespójna w różnych badaniach, a stosowanie przez badaczy zróżnicowanej metodologii utrudnia wyciąganie spójnych wniosków [16, 17]. Stwierdzenie, że pacjenci z licznymi obciążeniami somatycznymi lub cierpiący na wiele chorób przewlekłych wymagają jednocześnie kompleksowej opieki zdrowotnej, jest dużym uproszczeniem [18]. Safford i wsp. [19] przedstawili wektorowy model kompleksowości, który obejmuje socjoekonomię, kulturę, biologię/genetykę, środowisko/ekologię i zachowanie, co pokazuje, że wielochorobowość nie jest tym samym co kompleksowość. Pacjenci wymagający kompleksowej opieki często trafiają na oddział chorób wewnętrznych. Zwykle są tam leczeni z aktualnego, konkretnego powodu, a klinicyści koncentrują się na przyczynach bieżącej hospitalizacji. Potrzeby biopsychospołeczne i potrzeby dotyczące systemu opieki zdrowotnej często pozostają nierozpoznane, co skutkuje gorszymi wynikami leczenia [20]. Niestety klinicyści nie mają możliwości wykrywania kompleksowości, a ponowne hospitalizacje pacjentów są nieuniknione [10, 20]. Lobo i wsp. [20] stwierdzili w swoich badaniach, że zastosowanie metody INTERMED do oceny kompleksowości konkretnych przypadków na oddziałach internistycznych jest skuteczne i pozwala na identyfikację pacjentów wymagających leczenia interdyscyplinarnego. Szczególnie istotne było tutaj wskazanie tych pacjentów oddziałów internistycznych, którzy wymagają pomocy psychologicznej. Aż 40% pacjentów z chorobą psychiczną w wywiadzie było częściej przyjmowanych na oddział internistyczny, a jednocześnie tylko 6% z tych, którzy zostali zakwalifikowani jako potrzebujący kompleksowej opieki, otrzymało skierowanie do psychiatry w trakcie leczenia [20]. Pacjenci wymagający kompleksowej opieki zdrowotnej zazwyczaj mają długą i skomplikowaną przeszłość chorobową powiązaną z problemami socjalnymi i psychologicznymi. Według Webstera i wsp. [18] kluczem do analizy kompleksowości nie jest koncentracja na aspektach medycznych czy biologicznych, ale na uwzględnieniu potrzeb społecznych, psychologicznych oraz związanych z systemem opieki zdrowotnej, co stanowi szczególne wyzwanie dla klinicystów [18].

Pacjenci w starszym wieku

Obecnie, gdy oczekiwana długość życia i oczekiwana jakość życia rosną, sprawą najwyższej wagi jest zapewnienie pacjentom w podeszłym wieku zachowania dobrej

jakości życia i autonomii tak długo, jak to możliwe [17]. Osoby starsze są zwykle dotknięte wieloma przewlekłymi chorobami o skomplikowanym przebiegu, do tego często są to osoby samotne, które mają problemy socjalne, cechuje je gorsze funkcjonowanie emocjonalne i społeczne, aż do niedołążności lub zaburzeń poznawczych w różnym stopniu nasilenia [21]. Według Moose i Tsu osoby z chorobami przewlekłymi muszą przejść proces przystosowania się do nowej sytuacji. Stoją przed nimi tak zwane zadania adaptacyjne związane z chorobą i ogólne, które prowadzą do zaakceptowania nowej sytuacji życiowej [22, 23]. W związku z tym osoby starsze potrzebują interdyscyplinarnego wsparcia. Są leczone przez różnych specjalistów, korzystają z pomocy opieki społecznej, pomocy psychologów itp. Seniorzy są doskonałym przykładem pacjentów wymagających kompleksowej opieki biopsychospołecznej [24]. Klinicyści mogą używać w tym wypadku specjalnych kwestionariuszy do oceny kompleksowości klinicznej przeznaczonych dla osób starszych, które zostały opisane w dalszej części artykułu [25, 26]. Trzeba przy tym podkreślić, że w polskim systemie opieki zdrowotnej brakuje efektywnych rozwiązań i biopsychospołecznego podejścia do osób starszych. Badania wykazały, że osoby starsze funkcjonują lepiej, jeśli mają zapewnioną całodzienną opiekę [27]. Kompleksowość pacjentów w podeszłym wieku przyczynia się do ich częstych hospitalizacji lub wizyt w innych punktach opieki zdrowotnej, co prowadzi do wzrostu kosztów leczenia [24]. Podejście biopsychospołeczne do osób starszych może przynieść pozytywne rezultaty dzięki usystematyzowanej oraz monitorowanej analizie złożoności ich problemów. Stosując kwestionariusze do tego przeznaczone, takie jak na przykład INTERMED dla osób starszych, można by wykrywać konkretne potrzeby takich osób i natychmiast na nie reagować, co znacznie podniosłoby jakość życia takich pacjentów [26]. Niedobór badań dotyczących osób w podeszłym wieku cierpiących na liczne obciążenia somatyczne jest rażący. Zazwyczaj są one wyłączone z badań, które koncentrują się na pojedynczych narządach, układach lub chorobach [28]. Zanim w Polsce pojawi się ocena kompleksowości klinicznej w ramach standardowego postępowania z pacjentem, należy opracować system konkretnych interwencji i rozwiązań. Potrzebna jest wiedza o tym, jak dbać o osoby starsze z wysokim poziomem kompleksowości klinicznej.

Pacjenci w stanach nagłych

Przepełnione i niewydajne szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) przyczyniają się do obniżenia jakości opieki i pogorszenia wyników leczenia. Soril i wsp. [12] potwierdzili, że tzw. nagminni użytkownicy SOR nie różnią się między krajami na świecie, co umożliwia stosowanie tych samych interwencji wobec pacjentów wymagających kompleksowej opieki w warunkach SOR. Zracjonalizowanie i zmniejszenie wykorzystywania oddziałów SOR byłoby korzystne zarówno dla samych oddziałów ratunkowych, jak i dla całego systemu opieki zdrowotnej, a ponadto zmniejszyłoby ogólne koszty leczenia [11, 29]. Althaus i wsp. [7] wykazali, że po wprowadzeniu usystematyzowanych interwencji takich jak *Zarządzanie przypadkiem (Case Management – CM)* lub *Doradztwo (Counseling)* koszty zostały zmniejszone co najmniej o wartość samej interwencji. Jednakże rozwiązania te wymagają wprowadzenia do systemu opieki zdrowotnej „nowych” pracowników, posiadających inne niż specjaliści

kompetencje. Najczęściej stosowaną interwencją u pacjentów wymagających kompleksowej opieki w ramach SOR jest *Zarządzanie przypadkiem*, opisane szczegółowo w dalszej części artykułu. Kilka badań wykazało, że pacjenci, którzy często korzystają z SOR, zwykle zmagają się z ciężką chorobą, byli w przeszłości hospitalizowani na oddziałach psychiatrycznych oraz doświadczają problemów socjalnych [1, 11, 12, 29]. W jednym z badań przeprowadzonych w Niemczech ujawniono, że mimo stwierdzenia wysokiego poziomu kompleksowości klinicznej według INTERMED u 80% pacjentów SOR nie wdrożono u nich żadnych interwencji psychospołecznych, takich jak konsultacja z psychoterapeutą, psychiatrą lub pracownikiem socjalnym [30]. Wydaje się, że SOR jest dobrym miejscem do badań przesiewowych pod kątem kompleksowości i do wprowadzenia od początku leczenia interwencji u pacjentów, którzy tego potrzebują. Jednocześnie podkreśla się, że ze względu na dużą dynamikę pracy, brak czasu i przepracowanie personelu na SOR wprowadzanie dodatkowych procedur i kwestionariuszy może być tam trudne. Kumar i Klein [31] w przeglądzie systematycznym wykazali, że interwencje takie jak CM wprowadzone na SOR mogą być korzystne dla pacjentów. Ponadto mogłyby zmniejszyć częstotliwość wizyt i obniżyć koszty ponoszone przez szpitale. Wyniki te dowodzą, że opracowanie przydatnych procedur dla odwiedzających SOR pacjentów wymagających kompleksowej opieki może mieć pozytywne skutki zarówno dla pacjentów, jak i dla szpitali, chociaż na początku ich wdrożenie może sprawiać trudności.

Pacjenci chorujący psychicznie

Problemy ze zdrowiem psychicznym są zwykle związane z negatywnymi konsekwencjami socjalnymi i psychologicznymi. Schmidt [4] opisuje częstych użytkowników pogotowia psychiatrycznego jako osoby żyjące samotnie lub bezdomne, bez rodziny, wycofane społecznie, z problemami ekonomicznymi bądź bezrobotne. Charakterystyka tej grupy wskazuje na dość wysoki poziom kompleksowości klinicznej. Nasilone objawy psychopatologiczne prowadzą do obniżenia jakości życia i braku satysfakcji z procesu leczenia bądź niskiego poziomu współpracy podczas leczenia. Ponadto w wypadku tej grupy chorych potrzeby socjalne są równie ważne jak potrzeby medyczne. Dlatego pacjenci psychiatryczni powinni być leczeni przez interdyscyplinarne zespoły (zarządzane przez tzw. koordynatora procesu zdrowienia), które koncentrują się nie tylko na biologicznej stronie leczenia, ale cechuje je właśnie holistyczne podejście do pacjentów [32].

W jednym z badań wykazano, że świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej uważają opiekę nad pacjentami psychiatrycznymi, szczególnie z objawami psychotycznymi, za skomplikowaną i trudną, dlatego współpraca z psychiatrami, psychologami i pracownikami socjalnymi jest w ich wypadku konieczna i korzystna [33]. Obecnie w Polsce rozwija się model psychiatrii środowiskowej, który zakłada kompleksową opiekę psychiatryczną. Podstawą tego modelu jest współpraca i praca w interdyscyplinarnych zespołach stosujących holistyczne podejście i skupiających się na wczesnych interwencjach. Model ten wymaga jednak doskonałej współpracy między wykonawcami [34, 35].

U ponad 23% polskiej populacji zdiagnozowano co najmniej jedno zaburzenie psychiczne [35]. Biorąc pod uwagę kompleksowość pacjentów psychiatrycznych, konieczne jest wdrożenie biopsychospołecznego modelu leczenia. Stosowanie narzędzi do oceny kompleksowości klinicznej pacjentów psychiatrycznych nie jest popularne w praktyce klinicznej. Nawet w obszarze badań naukowych większość prac na temat kompleksowości dotyczy zespołu somatycznego (SSD). W jednym z badań stwierdzono, że pacjenci z SSD mają wysoki poziom kompleksowości klinicznej według INTERMED, jednak wyższy poziom kompleksowości wiąże się znacznie bardziej z objawami psychicznymi niż z objawami somatycznymi [36]. Meller i wsp. ujawnili, że pacjenci leczeni z powodu choroby psychicznej, choroby somatycznej i z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych (potrójna diagnoza) mieli bardzo wysoki poziom kompleksowości klinicznej (ustalony z wykorzystaniem INTERMED) i generowali najwyższe koszty leczenia [37].

Operacjonalizacja kompleksowości klinicznej

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele narzędzi służących do identyfikacji kompleksowości pacjentów. Koncentrują się one głównie na osobach często korzystających z usług opieki zdrowotnej i na osobach starszych. Marcoux i wsp. [13] w swoim przeglądzie opisali 14 różnych narzędzi przesiewowych do pomiaru kompleksowości pacjenta. Pięć z nich zaprojektowano do oceny dorosłych osób w każdym wieku (INTERMED, INTERMED – Self Assessment (IMSA), Health Perception Assessment (HPA) Instrument, Homeless Screening Risk of Re-Presentation, Predicted Insurance Expenditures (PIE)), ale tylko trzy z nich były przeznaczone dla ogółu populacji (INTERMED, IMSA i HPA).

Utworzono aż dziewięć narzędzi dla osób w wieku powyżej 65 lat: INTERMED for the Elderly (IM-E), INTERMED for the Elderly Self Assessment (IM-E-SA), Probability of Repeated Admission (PRA), Initial assessment interview question, Analysis of risk element/origin/ resources/action (ARORA), Annual screening questionnaire, Community Assessment Risk Screen (CARS), narzędzie stworzone przez Reubena i wsp. [45], Triage Risk Screening Tool (TRST) [13]. Najważniejsze narzędzia opisano w tabeli 1. Kwestionariusz INTERMED – Self Assessment, który jest przeznaczony dla różnych grup pacjentów i może być stosowany przez specjalistów różnych dziedzin medycyny, został zaprezentowany w załączniku nr 1.

Tabela 1. Najważniejsze narzędzia służące do oceny kompleksowości klinicznej pacjentów

Nazwa narzędzia	Autorzy pierwszej publikacji, rok	Zastosowanie	Struktura	Wynik	Czas wykonania	Zalety	Wady
INTERMED (IM) [5]	Huyse F.J, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JP, de Jonge P, Fink P, Gans RO, Guex P, Herzog T, Lobo A, Smith GC, van Schijndel RS, 1999	Ocena potrzeby kompleksowej opieki pacjenta. Bez ograniczeń wiekowych.	Ustrukturyzowany wywiad. 4 domeny: biologiczna, psychologiczna, społeczna i dotycząca systemu opieki zdrowotnej, podzielone według czasu – przeszłości, stanu obecnego i przyszłości pacjenta. 20 pytań.	Im wyższy wynik, tym większa potrzeba kompleksowej opieki danego pacjenta.	Co najmniej 20–30 min.	Jedno z najczęściej waldowanych narzędzi do pomiaru kompleksowości.	Wymóg obecności przeszkolonego personelu, dość czasochłonna forma.
INTERMED dla osób starszych (IM-E) [26]	Söllner W, Wild B, Lechner S, Holzapfel N, Slaets J, Stiefel F, Huyse F.J, 2008	Ocena potrzeby kompleksowej opieki pacjenta. Dla pacjentów powyżej 65. r.ż.	Ustrukturyzowany wywiad. 4 domeny: biologiczna, psychologiczna, społeczna i dotycząca systemu opieki zdrowotnej, podzielone według czasu – przeszłości, stanu obecnego i przyszłości pacjenta. 20 pytań.	Im wyższy wynik, tym większa potrzeba kompleksowej opieki danego pacjenta.	Co najmniej 30 min.	Uwzględnia zmiany zawodowe i społeczne związane ze starzeniem się.	Wymóg obecności przeszkolonego personelu, dość czasochłonna forma.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

INTERMED Self-Assessment (IMSA) [38] (Polska wersja w załączniku 1)	Slaets J, Siefert F, Ferrari S, Huyse F, Latour C, Boenink A, Söllner W, Wild B, 2008	Ocena potrzeby kompleksowej opieki pacjenta. Bez ograniczeń wiekowych.	Samoopisowe narzędzie ankietowe opracowane na bazie IM. 4 domeny: biologiczna, psychologiczna, socjalna i dotycząca systemu opieki zdrowotnej; podzielone na elementy oceniane w skali od 0 do 3, dotyczące przeszłości, stanu obecnego i przyszłości pacjenta. 26 pytań.	Im wyższy wynik, tym większa potrzeba kompleksowej opieki danego pacjenta.	10–15 min.	W porównaniu z IM forma oszczędzająca czas, brak wymogu obecności przeszkolonego personelu.	Dla niektórych pacjentów może być zbyt trudny do samodzielnego wykonania.
INTERMED dla osób starszych Self-Assessment (IM-E-SA) [25]	Peters LL, Boter H, Slaets JPJ, Buskens E, 2013	Ocena potrzeby kompleksowej opieki pacjenta. Dla pacjentów powyżej 65. r.ż.	Samoopisowe narzędzie ankietowe opracowane na bazie IM-E. 4 domeny: biologiczna, psychologiczna, socjalna i dotycząca systemu opieki zdrowotnej; podzielone na elementy dotyczące przeszłości, stanu obecnego i przyszłości pacjenta.	Im wyższy wynik, tym większa potrzeba kompleksowej opieki danego pacjenta.	Okolo 15 min.	Forma oszczędzająca czas, brak wymogu obecności przeszkolonego personelu.	Może być zbyt trudny do wypełnienia przez ciężko chorych pacjentów, np. z ciężkimi dysfunkcjami poznawczymi.
Probability of Repeated Admission (PRA) [39]	Boult C, Dowd B, McCaifrey D, Boult L, Hernandez R, Krulwich H, 1993	Ocena prawdopodobieństwa ponownej hospitalizacji w ciągu 4 lat. Dla pacjentów powyżej 65. r.ż.	Samoopisowe narzędzie ankietowe, może być przeprowadzane w formie wywiadu, składające się z 8 pytań.	Możliwy wynik od 0 do 1, gdzie 0,5 oznacza 50% prawdopodobieństwo dwóch lub większej liczby hospitalizacji w ciągu 4 lat.	Okolo 5 min.	Prosta forma oszczędzająca czas. Jedno z najczęściej walidowanych narzędzi dotyczących kompleksowości.	Ograniczenie wiekowe.

Pozostałe narzędzia

Health Perception Assessment (HPA) to instrument służący do identyfikacji osób z wysokim prawdopodobieństwem intensywniejszego korzystania z opieki zdrowotnej w następnych 6 miesiącach, w wieku od 18 do 65 lat. Narzędzie ma formę samoopisowego kwestionariusza przesyłanego pocztą elektroniczną [40].

Homeless Screening Risk of Re-Presentation to narzędzie w formie kwestionariusza służące do kontroli ryzyka ponownego zgłoszenia się w oddziale ratunkowym w ciągu 28 dni od wypisu z oddziału, stosowane do badania osób bezdomnych zgłaszających się do SOR [41].

Predicted Insurance Expenditures (PIE) – narzędzie stworzone do badania nowych pracowników w wieku od 21 do 64 lat, ma na celu wskazanie osób o zwiększonym ryzyku związanym z generowaniem wydatków na ubezpieczenie zdrowotne w następnym roku. Ma formę krótkiej samoopisowej ankiety elektronicznej [42].

Initial assessment interview question to narzędzie służące do badania seniorów, w formie wywiadu, który może zostać przeprowadzony również telefonicznie. Jego celem jest wyłonienie osób, które mogłyby odnieść korzyści z wielowymiarowej i interdyscyplinarnej pomocy [13].

Analysis of risk element/origin/resources/action (ARORA) to narzędzie służące do badania seniorów, mające na celu identyfikację osób o zwiększonym ryzyku hospitalizacji. Składa się z dwóch etapów – pierwszy to arkusz wypełniany przez personel medyczny, drugi to algorytm umożliwiający podjęcie interwencji u osób, które tego wymagają [43].

Annual screening questionnaire to narzędzie w formie kwestionariusza służące do badania pacjentów powyżej 80. roku życia, mające na celu ocenę ryzyka hospitalizacji oraz identyfikację pacjentów wymagających kompleksowej pomocy [44].

Community Assessment Risk Screen (CARS) to narzędzie przeznaczone do badania osób powyżej 65. roku życia. Ma formę kwestionariusza – wywiadu wypełnianego przez personel medyczny lub przesyłanego pocztą, a służy do identyfikacji pacjentów z podwyższonym ryzykiem hospitalizacji lub wizyty w SOR w następnych 12 miesiącach [45].

Reuben i wsp. [46] stworzyli narzędzie przeznaczone do badania osób powyżej 70. roku życia, mające na celu zidentyfikowanie częstych użytkowników placówek ochrony zdrowia. Procedura składa się z dwóch etapów – pierwszy to samoopisowa ankieta, która może zostać przeprowadzona przez telefon, za pomocą poczty lub internetowo, a drugi to badania laboratoryjne.

Triage Risk Screening Tool (TRST) to narzędzie wykorzystywane w SOR do badania osób powyżej 65. roku życia, mające na celu ocenę ryzyka ponownej wizyty w SOR, hospitalizacji lub umieszczenia w ośrodku opieki długoterminowej. Ankieta przeprowadzana jest przez pielęgniarkę [47].

Interwencje

Zarządzanie przypadkiem (Case Management – CM) i Indywidualny plan opieki

CM został stworzony w celu poprawy indywidualnego podejścia do pacjentów wymagających kompleksowej opieki. Koordynator przypadku sprawuje kompleksową i interdyscyplinarną opiekę nad pacjentem, zapewnia realizację planu leczenia i dostęp do podmiotów świadczących usługi z zakresu opieki zdrowotnej oraz koordynuje proces leczenia. Zarządzanie przypadkiem przeznaczone jest dla osób, które cierpią z powodu ciężkich chorób somatycznych i psychicznych, mają problemy społeczne, wyższy ogólny wskaźnik umieralności i ponoszą wyższe koszty opieki zdrowotnej [31]. Kilka badań pozytywnie oceniło tę formę interwencji i potwierdziło, że może być ona korzystna nie tylko dla pacjentów, ale także dla systemu ochrony zdrowia ze względu na redukcję ponoszonych kosztów [8, 9, 31]. *Zarządzanie przypadkiem* jest obiecującym programem dla osób często korzystających z SOR, zmniejsza bowiem częstotliwość wizyt [7, 8]. CM pozwala na osiągnięcie zarówno dobrych wyników klinicznych, jak i społecznych, takich jak: ograniczenie korzystania z oddziałów SOR, ograniczenie kosztów, stopnia bezdomności i nadużywania substancji psychoaktywnych. CM wydaje się również dobrym rozwiązaniem dla pacjentów chorych psychicznie, szczególnie z zaburzeniami psychotycznymi, którzy mają znaczne trudności z kontynuacją leczenia [48]. Dla osób chorych psychicznie przeznaczone jest *Intensywne zarządzanie przypadkiem (Intensive Case Management – ICM)*, które ewoluowało od CM i *Assertive Community Treatment (ACT)* i jest bardziej intensywne, koncentruje się na mniejszej liczbie przypadków i zapewnia długoterminowe wsparcie [49, 50].

Indywidualny plan opieki jest alternatywnym rozwiązaniem dla *Zarządzania przypadkiem*. Polega na stworzeniu planu opieki zawierającego najważniejsze informacje medyczne i socjalne dotyczące pacjenta, wskazówki odnośnie do leczenia oraz dane kontaktowe osób zaangażowanych w opiekę nad pacjentem [51]. Zapewnia dostęp do placówek ochrony zdrowia i spotkań multidyscyplinarnych. Różni się od CM brakiem koordynatora leczenia. Skuteczność planów opieki oceniono jako ograniczoną i mniej wszechstronną w porównaniu z CM [9].

Udostępnianie informacji (Information Sharing – IS)

Udostępnianie informacji nie jest typową interwencją przeznaczoną dla pacjentów wymagających kompleksowej opieki, a bardziej bezpośrednim sposobem zapobiegania częstym wizytom w ośrodkach zdrowia lub hospitalizacjom oraz zapewnienia dobrej organizacji opieki zdrowotnej. Udostępnianie informacji między pracownikami służby zdrowia wydaje się czymś bardzo oczywistym i łatwym, niestety w codziennej praktyce tak nie jest. Z powodu różnych regulacji prawnych uzyskiwanie informacji o pacjentach może być naprawdę problematyczne.

Badania nad wydajnością IS są niespójne [9]. Jedno z badań wykazało, że IS doprowadziło do lepszej identyfikacji częstych użytkowników SOR, do lepszego zarządzania i ostatecznie zmniejszenia ich wizyt na oddziale ratunkowym oraz kosztów

związanych z częstymi wizytami [52]. Z drugiej strony inne badania ujawniły brak znacznego zmniejszenia wykorzystania SOR, chociaż interwencja była korzystna dla jakości opieki i organizacji pracy [14]. Kariotis i wsp. [53] wykazali, że w Australii *Udostępnianie informacji* między placówkami medycznymi, socjalnymi oraz odpowiadającymi za zdrowie psychiczne jest niezmiernie istotne i wszelkie zakłócenia, takie jak brak zaufania lub nieporozumienia wśród klinicystów, mogą mieć ogromny wpływ na pacjentów.

Samozarządzanie (Self-Management – SM)

SM to nowy rodzaj interwencji, która polega na edukacji pacjentów, jak koordynować własne leczenie. Zgodnie z modelem zaproponowanym przez Loriga i Holmana pacjenci powinni rozwinąć sześć umiejętności – takich jak podejmowanie decyzji, planowanie działań, rozwój partnerstwa z osobą zapewniającą świadczenie medyczne, umiejętność dopasowania się, wykorzystywania zasobów i rozwiązywania problemów – aby móc właściwie koordynować leczenie [54]. SM ma jednak wiele wad, które należy wziąć pod uwagę. Przede wszystkim pacjenci z potrzebą kompleksowej opieki zdrowotnej muszą wybrać priorytetowe dolegliwości, co może być dla nich frustrujące i trudne. Pacjenci z licznymi obciążeniami somatycznymi mają mniejszą motywację i większe ryzyko depresji, co może utrudniać podjęcie przez nich ważnych decyzji lub działań. Zwykle występuje również problem z efektywnością własnych działań, który może również prowadzić do zmniejszenia motywacji. W końcu osoby te mogą napotkać trudności w zrozumieniu i interpretacji informacji pozyskiwanych od klinicystów z racji braku wiedzy medycznej [15].

Podsumowanie

Rozwiązywanie pojedynczych problemów zdrowotnych pacjenta w sposób wybiórczy i izolowany od całości kontekstu jego życia i zdrowia wydaje się niewystarczające. Zwykle pacjenci wymagają podejścia holistycznego, w którym bierze się pod uwagę nie tylko kwestie medyczne, ale też psychologiczne, socjalne czy dotyczące możliwości i ograniczeń systemu ochrony zdrowia. Wiele badań pokazuje, że jest coraz więcej osób starszych, osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych i pacjentów z licznymi obciążeniami somatycznymi, które wymagają reakcji ze strony systemu ochrony zdrowia i zdecydowanych modyfikacji w podejściu medycznym. Choć model biopsychospołeczny jest znany od 1977 roku, jego stosowanie w praktyce jest nadal trudne, a czasem niemożliwe dla profesjonalistów [55]. Zagadnienia opisane w tym artykule mają na celu wskazanie narzędzi (od diagnozy po zarządzanie leczeniem pacjentów) umożliwiających wdrożenie znanego z teorii modelu do codziennej praktyki klinicznej. Oszacowanie kompleksowości klinicznej chorego oraz zindywidualizowane zaplanowanie interdyscyplinarnej opieki medycznej, psychologicznej i socjalnej może być obiecującym rozwiązaniem w obliczu obserwowanych zmian demograficznych i zdrowotnych społeczeństwa.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów

Publikacja powstała w ramach projektu finansowanego w ramach programu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego pod nazwą „Regionalna Inicjatywa Doskonałości” w latach 2019 – 2022, nr projektu 016/RID/2018/19, kwota finansowania 11 998 121,30 zł

Piśmiennictwo

1. Krieg C, Hudon C, Chouinard MC, Dufour I. *Individual predictors of frequent emergency department use: A scoping review*. BMC Health Serv. Res. 2016; 16(1): 594. Doi: 10.1186/s12913-016-1852-1.
2. *International Health Conference. CONSTITUTION of the World Health Organization*. Public Health Rep. 1946; 61: 1268–1279, str. 1 .
3. Jonge de P, Ruinmans GMF, Huyse FJ, Wee ter PM. *A simple risk score predicts poor quality of life and non-survival at 1 year follow-up in dialysis patients*. Nephrol. Dial. Transplant. 2003; 18(12): 2622–2628. Doi: 10.1093/ndt/gfg453.
4. Schmidt M. *Frequent visitors at the psychiatric emergency room – A literature review*. Psychiatr. Q. 2018; 89(1): 11–32. Doi: 10.1007/s11126-017-9509-8.
5. Stiefel FC, Jonge de P, Huyse FJ, Guex P, Slaets JP, Lyons JS i wsp. *“INTERMED”: A method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use*. Gen. Hosp. Psychiatry 1999; 21(1): 49–56. Doi: 10.1016/s0163-8343(98)00061-9.
6. Yoshida S, Matsushima M, Wakabayashi H, Mutai R, Murayama S, Hayashi T i wsp. *Validity and reliability of the Patient Centred Assessment Method for patient complexity and relationship with hospital length of stay: A prospective cohort study*. BMJ Open 2017; 7(5): e016175. Doi: 10.1136/bmjopen-2017-016175.
7. Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daeppen JB, Peytremann-Bridevaux I i wsp. *Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: A systematic review*. Ann. Emerg. Med. 2011; 58(1): 41–52.
8. Johnston ANB, Spencer M, Wallis M, Kinner SA, Broadbent M, Young JT i wsp. *Review article: Interventions for people presenting to emergency departments with a mental health problem: A systematic scoping review*. Emerg. Med. Australas. 2019; 31(5): 715–729. Doi: 10.1111/1742-6723.13335.
9. Soril LJJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. *Reducing frequent visits to the emergency department: A systematic review of interventions*. PLoS One 2015; 10(4): e0123660. Doi: 10.1371/journal.pone.0123660.
10. Grembowski D, Fraser JR, Schaefer J, Johnson KE, Fischer H, Moore SL i wsp. *Conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions*. Med. Care 2014; 52 (Suppl 3): S7–S14. Doi: 10.1097/MLR.0000000000000045.
11. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. *Characteristics of frequent users of emergency departments*. Ann. Emerg. Med. 2006; 48(1): 1–8. Doi: 10.1016/j.annemergmed.2005.12.030.
12. Soril LJJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. *Characteristics of frequent users of the emergency department in the general adult population: A systematic review of international healthcare systems*. Health Policy 2016; 120(5): 452–461. Doi: 10.1016/j.healthpol.2016.02.006.

13. Marcoux V, Chouinard M-C, Diadiou F, Dufour I, Hudon C. *Screening tools to identify patients with complex health needs at risk of high use of health care services: A scoping review*. PLoS One 2017; 12(11): e0188663. Doi: 10.1371/journal.pone.0188663.
14. Hansagi H, Olsson M, Hussain A, Öhlén G. *Is information sharing between the emergency department and primary care useful to the care of frequent emergency department users?* Eur. J. Emerg. Med. 2008; 15(1): 34–39. Doi: 10.1097/MEJ.0b013e3282aa4115.
15. Gobeil-Lavoie AP, Chouinard MC, Danish A, Hudon C. *Characteristics of self-management among patients with complex health needs: A thematic analysis review*. BMJ Open 2019; 9(5): e028344. Doi: 10.1136/bmjopen-2018-028344.
16. Fortin M, Stewart M, Poitras ME, Almirall J, Maddocks H. *A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: Toward a more uniform methodology*. Ann. Fam. Med. 2012; 10(2): 142–151. Doi: 10.1370/afm.1337.
17. Denton FT, Spencer BG. *Chronic health conditions: Changing prevalence in an aging population and some implications for the delivery of health care services*. Can. J. Aging 2010; 29(1): 11–21.
18. Webster F, Rice K, Bhattacharyya O, Katz J, Oosenbrug E, Upshur R. *The mismeasurement of complexity: Provider narratives of patients with complex needs in primary care settings*. Int. J. Equity Health 2019; 18(1): 107. Doi: 10.1186/s12939-019-1010-6.
19. Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. *Patient complexity: More than comorbidity. The vector model of complexity*. J. Gen. Intern. Med. 2007; 22 (Suppl 3): 382–390. Doi: 10.1007/s11606-007-0307-0.
20. Lobo E, Ventura T, Navio M, Santabárbara J, Kathol R, Samaniego E i wsp. *Identification of components of health complexity on internal medicine units by means of the INTERMED method*. Int. J. Clin. Pract. 2015; 69(11): 1377–1386. Doi: 10.1111/ijcp.12721.
21. United Nations. *World Population Ageing. 2017. Highlights*. Doi: 978-92-1-151551-0.
22. Samson A, Siam H, Lavigne R. *Psychosocial adaptation to chronic illness: Description and illustration on an integrated task-based model*. Intervention 2007; 127: 16–28.
23. Moos, R.H., Tsu, D.V. *Coping with physical illness*. New York: Plenum Medical Company; 1977
24. Klompstra L, Ekdahl AW, Krevers B, Milberg A, Eckerblad J. *Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period*. BMC Geriatr. 2019; 19(1): 187.
25. Peters LL, Boter H, Slaets JPI, Buskens E. *Development and measurement properties of the self assessment version of the INTERMED for the elderly to assess case complexity*. J. Psychosom. Res. 2013; 74(6): 518–522. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.02.003.
26. Wild B, Lechner S, Herzog W, Maatouk I, Wesche D, Raum E i wsp. *Reliable integrative assessment of health care needs in elderly persons: The INTERMED for the Elderly (IM-E)*. J. Psychosom. Res. 2011; 70(2): 169–178. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.09.003.
27. Dobrzyn-Matusiak D, Marcisz C, Bąk E, Kulik H, Marcisz E. *Physical and mental health aspects of elderly in social care in Poland*. Clin. Interv. Aging 2014; 9: 1793–1802. Doi: 10.2147/CIA.S69741.
28. Zulman DM, Sussman JB, Chen X, Cigolle CT, Blaum CS, Hayward RA. *Examining the evidence: A systematic review of the inclusion and analysis of older adults in randomized controlled trials*. J. Gen. Intern. Med. 2011; 26(7): 783–790. Doi: 10.1007/s11606-010-1629-x.
29. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. *Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services*. Ann. Emerg. Med. 2001; 37(6): 561–567. Doi: 10.1067/mem.2001.111762.
30. Matzer F, Wisiak UV, Graninger M, Söllner W, Stilling HP, Glawischnig-Goschnik M i wsp. *Biopsychosocial health care needs at the emergency room: Challenge of complexity*. PLoS One 2012; 7(8): e41775. Doi: 10.1371/journal.pone.0041775.

31. Kumar GS, Klein R. *Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: A systematic review*. J. Emerg. Med. 2013; 44(3): 717–729. Doi: 10.1016/j.jemermed.2012.08.035.
32. Dobrzyńska E, Rymaszewska J, Kiejna A. *Needs of persons with mental disorders – Definitions and literature review | Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi – definicje, przegląd badań*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(4): 515–524.
33. Jego M, Debaty E, Ouirini L, Carrier H, Beetlestone E. *Caring for patients with mental disorders in primary care: A qualitative study on French GPs' views, attitudes and needs*. Fam. Pract. 2018; 36(1): 72–76. Doi: 10.1093/fampra/cmty107.
34. Żaroń A. *Psychiatria środowiskowa z punktu widzenia wybranych potrzeb psychologicznych*. Psychiatria 2018; 15(1): 45–49.
35. Lisiecka-Bielanowicz M, Biechowska D, Cianciara D. *Functioning of the various forms of mental health care in Poland in the years 2010–2013. Organizational, economic and financial aspects [Funkcjonowanie jednostek w różnych formach opieki psychiatrycznej w Polsce w latach 2010–2013. Analiza organizacyjna i ekonomiczno-finansowa]*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(1): 143–156. Doi: 10.12740/PP/68147.
36. van Eck van der Sluijs JF, de Vroeghe L, van Manen AS, Rijnders CAT, van der Feltz-Cornelis CM. *Complexity assessed by the INTERMED in patients with somatic symptom disorder visiting a specialized outpatient mental health care setting: A cross-sectional study*. Psychosomatics 2017; 58(4): 427–436. Doi: 10.1016/j.psym.2017.02.008.
37. Meller W, Specker S, Schultz P, Kishi Y, Thurber S, Kathol R. *Using the INTERMED complexity instrument for a retrospective analysis of patients presenting with medical illness, substance use disorder, and other psychiatric illnesses*. Ann. Clin. Psychiatry 2015; 27(1): 39–43.
38. Reedt Dortland van AKB, Peters LL, Boenink AD, Smit JH, Slaets JPI, Hoogendoorn AW i wsp. *Assessment of biopsychosocial complexity and health care needs*. Psychosom. Med. 2017; 79(4): 485–492. Doi: 10.1097/psy.0000000000000446.
39. Boulton C, Dowd B, McCaffrey D, Boulton L, Hernandez R, Krulewicz H. *Screening elders for risk of hospital admission*. J. Am. Geriatr. Soc. 1993; 41(8): 811–817. Doi: 10.1111/j.1532-5415.1993.tb06175.x.
40. Meek JA, Lyon BL, May FE, Lynch WD. *Targeting high utilizers: Predictive validity of a screening questionnaire*. Dis. Manag. Heal. Outcomes 2000; 8(4): 223–232. Doi: 10.2165/00115677-200008040-00005.
41. Moore G, Hepworth G, Weiland T, Manias E, Gerdtz MF, Kelaher M i wsp. *Prospective validation of a predictive model that identifies homeless people at risk of re-presentation to the emergency department*. Australas Emerg. Nurs. J. 2012; 15(1): 2–13. Doi: 10.1016/j.aenj.2011.12.004.
42. Boulton C, Kessler J, Urdangarin C, Boulton L, Yedidia P. *Identifying workers at risk for high health care expenditures: A short questionnaire*. Dis. Manag. 2004; 7(2): 124–135. Doi: 10.1089/1093507041253271.
43. Sackett K, Smith T, D'Angelo LA, Pope R, Hendricks C. *The medicare health risk assessment program*. Case Manager 2001; 12(3): 52–55. Doi: 10.1067/mcm.2001.114434.
44. Graves MT, Slater MA, Maravilla V, Reissler L, Faculjak P, Newcomer RJ. *Implementing an early intervention case management program in three medical groups*. Case Manager 2003; 14(5): 48–52. Doi: 10.1016/s1061-9259(03)00212-1.
45. Shelton P, Sager MA, Schraeder C. *The Community Assessment Risk Screen (CARS): Identifying elderly persons at risk for hospitalization or emergency department visit*. Am. J. Manag. Care 2000; 6(8): 925–933.

46. Reuben DB, Keeler E, Seeman TE, Sewall A, Hirsch SH, Guralnik JM. *Development of a method to identify seniors at high risk for high hospital utilization*. Med. Care 2002; 40(9): 782–973. Doi: 10.1097/00005650-200209000-00008.
47. Fan J, Worster A, Fernandes CMB. *Predictive validity of the Triage Risk Screening Tool for elderly patients in a Canadian emergency department*. Am. J. Emerg. Med. 2006; 24(5): 540–544. Doi: 10.1016/j.ajem.2006.01.015.
48. El-Mallakh RS, Rhodes TP, Dobbins K. *The case for case management in schizophrenia*. Prof. Case Manag. 2019; 24(5): 273–276. Doi: 10.1097/ncm.0000000000000385.
49. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. *Intensive case management for severe mental illness*. Schizophr Bull. 2017; 43(4): 698–700. Doi: 10.1093/schbul/sbx061
50. Alvarez MJ, Roura-Poch P, Riera N, Martín A, Blanch C, Pons J i wsp. *Optimization of antipsychotic and benzodiazepine drugs in patients with severe mental disorders in an intensive case management program*. Community Ment. Health J. 2019; 55: 819–824. Doi: 10.1007/s10597-018-0349-2.
51. Spillane LL, Lumb EW, Cobaugh DJ, Wilcox SR, Clark JS, Schneider SM. *Frequent users of the emergency department: Can we intervene?* Acad. Emerg. Med. 1997; 4(6): 574–580. Doi: 10.1111/j.1553-2712.1997.tb03581.x.
52. Stokes-Buzzelli S, Peltzer-Jones JM, Martin GB, Ford MM, Weise A. *Use of health information technology to manage frequently presenting emergency department patients*. West. J. Emerg. Med. 2010; 11(4): 348–353.
53. Kariotis T, Prictor M, Gray K, Chang S. *Mind the gap: Information sharing between health, mental health and social care services*. Stud. Health Technol. Inform. 2019; 266: 101–107. Doi: 10.3233/SHTI190780.
54. Lorig KR, Holman H. *Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms*. Ann Behav Med; 2003; 26:1–7
55. Engel GL. *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science 1977; 196(4286): 129–136. Doi: 10.1126/science.847460.

Adres: Agnieszka Kobyłko
Katedra Psychiatrii
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
50-367 Wrocław, Wybrzeże L. Pasteura 10
e-mail: agnieszka.kobylko@student.umed.wroc.pl

Otrzymano: 31.01.2020
Zrecenzowano: 8.04.2020
Otrzymano po poprawie: 7.07.2020
Przyjęto do druku: 20.08.2020

Załącznik 1



Samoocena

Szanowni Państwo,

Ta ankieta pomoże Twojemu lekarzowi uzyskać lepszy obraz konsekwencji, jakie dla Ciebie niesie choroba.

To ważne informacje, które są nam potrzebne, aby dostosować naszą opiekę do Twoich potrzeb.

Prosimy o wypełnienie ankiety, zaznaczając odpowiedzi, które Ciebie najbardziej dotyczą.

Jeśli odpowiedź sprawia Ci trudność, możesz poprosić członka rodziny, pielęgniarkę lub badacza o pomoc w wypełnianiu kwestionariusza.

Dziękujemy.

Proszę o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania.

Zaznacz odpowiedź, która jest najbardziej odpowiednia dla Ciebie, stawiając „X” w kratce obok. Możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź, jeśli została podana informacja „dozwolone jest kilka odpowiedzi”.

WSTĘP – Kto wypełnia kwestionariusz?

- a) Sam(a) wypełnię kwestionariusz
- b) Będę wypełniać ankietę sam(a), choć ktoś inny będzie mi pomagać
- a) Partner/Członek rodziny/Przyjaciół
- b) Pielęgniarka
- c) Badacz
- d) Inne (proszę podać) _____
- c) Ktoś inny wypełni kwestionariusz po skonsultowaniu się ze mną
- a) Partner/Członek rodziny/Przyjaciół
- b) Pielęgniarka
- c) Badacz
- d) Inne (proszę podać) _____

1. Czy przyjmujesz leki regularnie (codziennie)?

- a) Nie przyjmuję regularnie żadnych leków
- b) Przyjmuję regularnie jedno lekarstwo
- c) Przyjmuję kilka leków

Jeśli tak, to ile różnych leków bierzesz na co dzień? _____

HISTORIA CHOROBY

1a. Czy miałaś/eś jakiegokolwiek problemy ze zdrowiem w ostatnich 5 latach?

- a⁰ Nie
 b⁰ Tak, miałam/em problemy ze zdrowiem, ale krócej niż 3 miesiące
 c¹ Tak, miałam/em problemy ze zdrowiem, ale dłużej niż 3 miesiące
 d¹ Tak, w ciągu ostatnich 5 lat miałam/em kilka krótkich okresów z problemami zdrowotnymi

1b. Czy cierpisz na jedną lub więcej długotrwałych lub przewlekłych chorób (takie jak cukrzyca, wysokie ciśnienie krwi, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba płuc, rak, akromegalia lub inne)?

- a⁰ Nie mam długotrwałej ani przewlekłej choroby
 b² Cierpię na jedną długotrwałą lub przewlekłą chorobę
 c³ Cierpię na kilka długotrwałych lub przewlekłych chorób

Wypełnia pracownik służby zdrowia zajmujący się Panią/Panem

Jeśli 1a) a lub 1a) b i 1b) a, wynik dot. historii choroby = 0

Jeśli 1a) c lub 1a) d, wynik dot. historii choroby = 1

Jeśli 1b) b, wynik dot. historii choroby = 2

Jeśli 1b) c, wynik dot. historii choroby = 3

PROCES DIAGNOSTYCZNY

2. Jak trudno było w ciągu ostatnich 5 lat zdiagnozować Twoje problemy zdrowotne?

- a⁰ Nie cierpiałam/cierpiałem z powodu jakichkolwiek problemów zdrowotnych w ostatnich 5 latach
 b⁰ Przyczyna moich dolegliwości była od razu jasna
 c¹ Po pewnych rutynowych badaniach ustalono przyczynę moich dolegliwości
 d² Po wielu badaniach ustalono przyczynę moich dolegliwości
 e³ Pomimo przeprowadzenia serii badań nigdy nie zdiagnozowano źródeł moich dolegliwości

STAN OBECNY – NASILENIE OBJAWÓW

3. Jak bardzo Twoje codzienne czynności (np. praca, prowadzenie domu, hobby, wyjścia...) są ograniczone z powodów dolegliwości fizycznych w ciągu ostatniego tygodnia?

- a⁰ Nie mam żadnych lub mam nieistotne dolegliwości fizyczne
 b¹ Na moją codzienną aktywność nie mają wpływu dolegliwości fizyczne, których doświadczam, a jeśli mają, to tylko w łagodnym stopniu
 c² Na moją codzienną aktywność umiarkowanie wpływają dolegliwości fizyczne
 d³ Na moją codzienną aktywność poważnie wpływają dolegliwości fizyczne

STAN OBECNY – WYZWANIA DIAGNOSTYCZNE/TERAPEUTYCZNE

4a. **Czy uważasz, że Twoi lekarze znają przyczynę Twoich obecnych problemów zdrowotnych?**

- a⁰ Obecnie nie odczuwam żadnych dolegliwości fizycznych
- b¹ Moi lekarze znają przyczynę moich obecnych dolegliwości fizycznych
- c² Moi lekarze znają przyczynę moich obecnych dolegliwości fizycznych, ale mają pewne wątpliwości
- d³ Moi lekarze mają wiele wątpliwości co do przyczyn moich obecnych dolegliwości fizycznych
- e³ Moi lekarze nadal szukają przyczyn moich obecnych dolegliwości fizycznych

4b. **Czy uważasz, że otrzymujesz odpowiednie leczenie w związku z Twoimi dolegliwościami?**

- a⁰ Obecnie nie odczuwam żadnych dolegliwości fizycznych
- b¹ Otrzymuję odpowiednie leczenie w związku z moim obecnym stanem fizycznym
- c² Mam pewne wątpliwości co do stosowności leczenia w związku z moim obecnym stanem fizycznym
- d³ Mam wiele wątpliwości co do stosowności leczenia w związku z moim obecnym stanem fizycznym
- e³ Odpowiednie leczenie w związku z moim obecnym stanem fizycznym musi nadal zostać ustalone

Wypełnia pracownik służby zdrowia zajmujący się Panią/Panem

Jeśli zostanie uzyskany wynik a w 4a) i 4b), to wynik dotyczący obecnego wyzwania diagnostycznego/terapeutycznego = **0**

Jeśli zostanie uzyskany wynik b w 4a) lub 4b), to wynik dotyczący obecnego wyzwania diagnostycznego/terapeutycznego = **1**

Jeśli zostanie uzyskany wynik c w 4a) lub 4b), to wynik dotyczący obecnego wyzwania diagnostycznego/terapeutycznego = **2**

Jeśli zostanie uzyskany wynik d w 4a) lub 4b), to wynik dotyczący obecnego wyzwania diagnostycznego/terapeutycznego = **3**

RADZENIE SOBIE

5. **W ciągu ostatnich 5 lat, jak radziłaś/eś sobie ze stresującymi, trudnymi sytuacjami?**

- a⁰ Ogólnie rzecz biorąc, zawsze radziłam/radziłem sobie ze stresującymi, trudnymi sytuacjami.
- b¹ Czasami miałam/miałem trudności w radzeniu sobie ze stresującymi, trudnymi sytuacjami, co czasem prowadziło do napięć i problemów z moim/moją partnerem/partnerką, rodziną lub innymi osobami.

- c² Często miałam/miałem trudności ze stresującymi, trudnymi sytuacjami, co często prowadziło do napięć i problemów z moim/moją partnerem/partnerką, rodziną lub innymi osobami.
- d³ Zawsze miewam trudności ze stresującymi, trudnymi sytuacjami. Martwią mnie one i sprawiają, że jestem spięta/spięty.

WYWIAD – ZDROWIE PSYCHICZNE

6. **W swojej przeszłości, czy kiedykolwiek miałaś/eś problemy psychiczne, takie jak odczuwanie napięcia, niepokoju, przygnębienia/smutku lub zdezorientowania?**
- a⁰ Nie, prawie nigdy
- b¹ Tak, jednak bez wyraźnego wpływu na moje codzienne życie
- c² Tak i miało to wpływ na moje codzienne życie
- d³ Tak i te problemy miały lub nadal mają długotrwały wpływ na moje codzienne życie

OBECNIE – PROCES LECZENIA

7. **Czy sądzisz, że trudno jest przestrzegać zaleceń Twojego lekarza prowadzącego?**
- a⁰ Nie, nie sądzę, żeby było to trudne
- b¹ Tak, myślę, że jest to trudne, ale jakoś sobie z tym radzę
- c² Tak, myślę, że jest to trudne, czasami sobie z tym radzę, a czasami nie
- d³ Tak, myślę, że jest to zbyt trudne, w większości przypadków nie daję sobie z tym rady

OBECNIE – OBJAWY DOTYCZĄCE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

8. **Czy obecnie doświadczasz problemów psychicznych, takich jak odczuwanie napięcia, niepokoju, przygnębienia/smutku lub zdezorientowania?**
- a⁰ Nie, żadnych problemów
- b¹ Tak, łagodne problemy, które nie wpływają na moją zdolność do wykonywania codziennych czynności
- c² Tak, umiarkowane problemy, które nieco wpływają na moją zdolność do wykonywania codziennych czynności
- d³ Tak, poważne problemy, które znacznie wpływają na moją zdolność do wykonywania codziennych czynności

WYWIAD – PRACA I WYPOCZYNEK

- 9a. **Czy masz pracę?**

- a Tak
- b Nie

9b. **Jeśli „Nie”, to:**

- a) Jestem studentką/studentem
- b) Jestem na emeryturze
- c) Jestem gospodynią domową, która zajmuje się prowadzeniem domu i opieką nad innymi
- d) Jestem niepełnosprawna(y)
- e) Jestem od ponad 6 miesięcy na zwolnieniu lekarskim
- f) Jestem na rencie

9c. **Czy wolny czas poświęcasz na zajęcia, takie jak: wolontariat, kursy, sport, hobby...?**

- a) Tak
- b) Nie

Wypełnia pracownik służby zdrowia zajmujący się Panią/Panem
 Jeśli 9a) a i 9c) a, wynik dotyczący obecnej pracy i wypoczynku = **0**
 Jeśli 9a) a i 9c) b, wynik dotyczący obecnej pracy i wypoczynku = **1**
 Jeśli 9a) b i 9c) a, wynik dotyczący obecnej pracy i wypoczynku = **2**
 Jeśli 9a) b i 9c) b, wynik dotyczący obecnej pracy i wypoczynku = **3**

WYWIAD – RELACJE SPOŁECZNE

10. **Jakie masz ogólne relacje z innymi ludźmi?**

- a)⁰ Mam wystarczającą ilość kontaktów z innymi ludźmi i dobrze udzielam się towarzysko
- b)¹ Mam kontakty z innymi ludźmi, chociaż od czasu do czasu mogą one stawać się napięte
- c)² Mam trudności z zainicjowaniem i utrzymywaniem kontaktów i przyjaźni z innymi ludźmi
- d)³ Kontakty i przyjaźnie często przeradzają się w kłótnie i konflikty

OBECNIE – STABILNOŚĆ SYTUACJI MIESZKANIOWEJ

11. **Czy Twoja sytuacja mieszkaniowa jest zadowolająca? Czy są jednak potrzebne zmiany, takie jak dostosowanie przestrzeni mieszkalnej, otrzymywanie opieki domowej lub przeniesienie się gdzie indziej?**

- a)⁰ Nie są potrzebne żadne zmiany, jestem w stanie poradzić sobie z moją sytuacją mieszkaniową
- b)¹ Niepotrzebne mi są żadne zmiany, ponieważ otrzymuję wystarczające wsparcie i pomoc od innych ludzi
- c)² Potrzebne są zmiany, jednakże nie od razu
- d)³ Potrzebne są natychmiastowe zmiany

OBECNIE – WSPARCIE SPOŁECZNE

12. Czy możesz zawsze liczyć na pomoc Twoich – partnerki/partnera, rodziny, koleżanek i kolegów lub przyjaciół?

- a⁰ Nie potrzebuję pomocy
- b⁰ Tak, pomoc jest dostępna przez cały czas
- c¹ Tak, pomoc jest dostępna, ale nie przez cały czas
- d² Pomoc, jaką otrzymuję, jest bardzo ograniczona
- e³ Nie jest dostępna jakakolwiek pomoc

WYWIAD – DOSTĘP DO OPIEKI

13. Czy doświadczasz problemów w uzyskaniu potrzebnej Ci opieki z powodu zamieszkania zbyt daleko lub nieposiadania ubezpieczenia lub słabej znajomości języka lub różnic kulturowych?

- a⁰ Nie, to nie stanowi dla mnie problemu
- b¹ Tak, doświadczam niektórych z tych problemów od czasu do czasu
- c² Tak, często doświadczam niektórych z tych problemów
- d³ Tak, niektóre z nich stanowią dla mnie duży problem

WYWIAD – DOŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z LECZENIEM

14. Co sądzisz o swoich kontaktach z lekarzami i innymi pracownikami służby zdrowia w ostatnich 5 latach?

- a⁰ Nigdy nie miałam/miałem problemów z lekarzami i innymi pracownikami medycznymi
- b¹ Ja lub ktoś z moich bliskich miał negatywne doświadczenie(a) z lekarzami i pracownikami medycznymi
- c² Zmieniałem lekarzy i pracowników medycznych z powodu negatywnych doświadczeń
- d³ Często zmieniałam/zmieniałem lekarzy i innych pracowników służby zdrowia z powodu negatywnych doświadczeń lub braku zaufania

OBECNIE – ORGANIZACJA OPIEKI

15. Od kogo otrzymujesz pomoc czy opiekę medyczną?

[dozwolonych jest kilka odpowiedzi]

- a) Nie otrzymuję żadnej opieki
- b) Lekarz pierwszego kontaktu/lekarz rodzinny
- c) Jeden lekarz specjalista (np.: endokrynolog, pulmonolog, kardiolog, chirurg, lekarz ogólny)
- d) Kilku lekarzy specjalistów dla różnych problemów zdrowotnych
- e) Jeden lub więcej specjalistów zajmujących się problemami psychicznymi (np.: psychiatra, psycholog, specjalista zajmujący się uzależnieniami)

- f) Pracownik socjalny
 g) Pielęgniarka środowiskowa
 h) Obecnie przebywam w szpitalu
 i) Obecnie przebywam w szpitalu psychiatrycznym
 j) Inne (proszę podać) _____

Wypełnia pracownik służby zdrowia zajmujący się Panią/Panem
 Jeśli 15) a lub b lub f lub g, wynik dotyczący obecnej organizacji opieki = **0**
 Jeśli 15) c lub d lub e, wynik dotyczący obecnej organizacji opieki = **1**
 Jeśli 15) c lub d i e, wynik dotyczący obecnej organizacji opieki = **2**
 Jeśli 15) c lub d i e plus h lub i, wynik dotyczący obecnej organizacji opieki = **3**

OBECNIE – KOORDYNACJA OPIEKI

16. W jakim stopniu Twoi lekarze i pracownicy służby zdrowia współpracują ze sobą?

- a)⁰ Nie otrzymuję opieki lub moja opieka jest zapewniana przez wyłącznie jednego lekarza
 b)⁰ Moi lekarze i **pracownicy służby zdrowia** dobrze ze sobą współpracują
 c)¹ Moi lekarze i **pracownicy służby zdrowia** współpracują ze sobą, jednak czasami nie jest to wystarczające
 d)² Moi lekarze i **pracownicy służby zdrowia** nie współpracują dobrze ze sobą, co powoduje problemy od czasu do czasu
 e)³ Moi lekarze i **pracownicy służby zdrowia** nie współpracują ze sobą

PROGNOZA – POWIKŁANIA I ZAGROŻENIE

17. Czy w najbliższych 6 miesiącach spodziewasz się zmiany w swoim zdrowiu fizycznym? [Prosimy o próbę dokonania najdokładniejszego oszacowania]

- a)⁰ W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się, że moje zdrowie fizyczne pozostanie takie samo lub poprawi się
 b)¹ W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się tylko nieznacznego pogorszenia mojego zdrowia fizycznego
 c)² W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się pogorszenia mojego zdrowia fizycznego
 d)³ W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się znacznego pogorszenia mojego zdrowia fizycznego

PROGNOZA – ZAGROŻENIE DLA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

18. Czy w najbliższych 6 miesiącach spodziewasz się zmiany w swoim samopoczuciu psychicznym?

[Prosimy o próbę dokonania najdokładniejszego oszacowania]

- a⁰ W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się, że moje samopoczucie psychiczne pozostanie takie samo lub ulegnie poprawie
- b¹ W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się tylko nieznacznego pogorszenia mojego samopoczucia psychicznego
- c² W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się pogorszenia mojego samopoczucia psychicznego
- d³ W ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewam się znacznego pogorszenia mojego samopoczucia psychicznego

PROGNOZA – WRAŻLIWOŚĆ SPOŁECZNA

19. **Czy w ciągu najbliższych 6 miesięcy spodziewasz się, że będą potrzebne zmiany w sposobie, w jakim obecnie żyjesz?**

[Prosimy o próbę dokonania najdokładniejszego oszacowania]

- a⁰ W ciągu najbliższych 6 miesięcy nie ma potrzeby zmiany sposobu, w jaki obecnie żyję
- b¹ W ciągu najbliższych 6 miesięcy mogę pozostać lub wrócić do moich obecnych warunków życia, ale potrzebuję opieki domowej
- c² W ciągu najbliższych 6 miesięcy będę potrzebować zmiany warunków życia
- d³ Zmiana na inne warunki życia jest konieczna natychmiast

PROGNOZA – UTRUDNIENIA ZWIĄZANE Z SYSTEMEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

20. **Czy w ciągu najbliższych 6 miesięcy przewidujesz, że będziesz potrzebować większej pomocy i wsparcia?**

[Prosimy o próbę dokonania najdokładniejszego oszacowania]

- a⁰ Spodziewam się, że w ciągu najbliższych 6 miesięcy moja potrzeba opieki pozostanie na tym samym poziomie lub będzie mniejsza
- b¹ Spodziewam się, że w ciągu najbliższych 6 miesięcy wzrośnie moja potrzeba opieki
- c² Spodziewam się, że w ciągu najbliższych 6 miesięcy bardzo wzrośnie moja potrzeba opieki
- d³ Spodziewam się, że w ciągu najbliższych 6 miesięcy bardzo wzrośnie moja potrzeba opieki i będą konieczne dodatkowe usługi

Dziękujemy za współpracę