

SCIROCCO Exchange Maturity Model for Integrated Care - Polish version

Model dojrzałości do opieki zintegrowanej - ocena organizacji



1. Gotowość do wprowadzania zmian

Cele

W przypadku wystąpienia konieczności ponownego zaprojektowania istniejących systemów w celu wprowadzenia bardziej zintegrowanego zestawu świadczeń będą niezbędne zmiany na wszystkich poziomach, stworzenie nowych ról, procesów i praktyk działania, a także nowych systemów wspierających dzielenie się informacjami i współpracę między zespołami opieki. Będzie to zakłócać bieżącą działalność i może być negatywnie odbierane przez pracowników, w związku z czym konieczne jest opracowanie jasnego projektu takich zmian z uwzględnieniem uzasadnienia, planu strategicznego i wizji lepszej opieki.

- Opracowanie angażującej wizji z rzeczywistym poczuciem pilności i uwzględnieniem wsparcia, w tym przywództwa, ze strony pracowników, a także zrozumienia i akceptacji ze strony opinii publicznej i ewentualnie prasy.
- Zaakceptowanie faktu, że środowisko pracy {z perspektywy pracownika i pacjenta} wymaga zmiany.
- Opublikowanie jasnego opisu spraw, wyborów, których należy dokonać, a także pożądanego stanu systemów opieki w przyszłości {wskazanie kierunków działania}, określenie sposobu świadczenia opieki w przyszłości.
- Budowanie poczucia pilnej potrzeby zapewnienia stabilnej koncentracji i budowanie „koalicji” {formalnej lub nieformalnej} na rzecz zmiany.

Skala oceny

0 - Brak uznania ważnej potrzeby zmiany.

1 - Ważna potrzeba zmian została uznana, brak jest jednak jasnej wizji lub planu strategicznego.

2 - Aktualnie dialog wewnątrz zespołu i wypracowywanie konsensusu; opracowywanie planu zmian.

3 - Wizja lub plan wbudowany w polityki wewnętrzne organizacji; kształtowanie się liderów zmiany.

4 - Przywództwo, wizja i plan jasny dla ogółu {wewnątrz i na zewnątrz}; presja na wprowadzanie zmian.

5 - Konsensus co do potrzeby zmian; wsparcie ogółu, widoczne zaangażowanie interesariuszy.

2. Struktura i zarządzanie

Cele

Szeroki zestaw zmian, których wymaga wprowadzenie opieki zintegrowanej na poziomie lokalnym, stanowi poważne wyzwanie. Niekiedy wymagają one programów wieloletnich wraz z doskonałym zarządzaniem zmianą, finansowaniem i komunikacją, a także istotną siłą oddziaływania i (niekiedy) narzucania nowych zasad działania. Oznacza to ujednoczenie celów w ramach całego zespołu, a także chęć do współpracy i przedłożenie interesu całej organizacji ponad korzyści indywidualne. Implikuje to także wprowadzenie usług teleinformatycznych w celu umożliwienia świadczenia opieki zintegrowanej w sposób, który będzie ułatwiał ich wykorzystanie, zwiększał ich niezawodność, bezpieczeństwo i akceptowalność w równym stopniu dla specjalistów z sektora opieki zdrowotnej i pacjentów.

- Umożliwianie właściwej realizacji programów, zarządzania projektami i zarządzania zmianą; tworzenie centrów kompetencji w zakresie technologii informacyjno-komunikacyjnych w celu wsparcia ich wdrożenia; rozproszone przywództwo służące ograniczaniu zależności od jednego lidera; doskonale komunikowanie celów, postępów i sukcesów.
- Zarządzanie skutecznymi innowacjami w zakresie technologii informacyjno-komunikacyjnych w ramach programu transformacji.
- Powoływanie kompetentnych i należyście upoważnionych liderów, którzy mają prawo do dokonywania wyboru, rozwijania i realizacji świadczeń z zakresu e-zdrowia.

Skala oceny

0 - Rozdrobniona struktura i zarządzanie.

1 - Uznanie potrzeby wprowadzenia zmiany struktury i metod zarządzania.

2 - Tworzenie grup roboczych, sojuszy wewnętrznych i innego rodzaju form współpracy nieformalnej.

3 - Zarządzanie na poziomie organizacji.

4 - „Mapa drogowa” programu zmian została zdefiniowana i przyjęta przez ogół.

5 - Opracowano kompletny, zintegrowany program wraz z zapewnionym finansowaniem i jednoznacznym mandatem dla liderów.

3. Infrastruktura cyfrowa

Cele

Zintegrowana opieka wymaga wymiany danych między różnymi zespołami sprawującymi opiekę. Prowadzi to stopniowo do powstania systemów, które umożliwiają ciągłą współpracę oraz pomiar i zarządzanie wynikami. Oznacza to budowanie na bazie istniejącej infrastruktury opieki cyfrowej w nowy sposób, aby wspierać integrację i rozszerzać ją o nowe możliwości, takie jak zwiększone bezpieczeństwo i mobilność. Zadanie to można ułatwić, jeśli liczba różnych używanych systemów i formaty, w których wymieniają i przechowują dane, mogą zostać uproszczone.

Istotne elementy infrastruktury opieki cyfrowej obejmują:

- Polityka „Digital first” (tj. przeniesienie bezpośredniej komunikacji do usług cyfrowych w celu zmniejszenia zależności od personelu i promowania samoobsługi).
- Dostępność podstawowych komponentów (infrastruktura ICT) w celu umożliwienia udostępniania danych.
- Konsolidacja i standaryzacja infrastruktury i rozwiązań ICT; mniej punktów integracji technicznej do zarządzania; interoperacyjność i zasady zamawiania.
- Ochrona danych i bezpieczeństwo wbudowane w dokumentację pacjenta, rejestry i usługi online.
- Stworzenie nowych kanałów świadczenia opieki zdrowotnej i nowych usług opartych na zaawansowanych technologiach komunikacyjnych i przetwarzania danych.

Skala oceny

0 - Brak infrastruktury cyfrowej wspierającej zintegrowaną opiekę.

1 - Uznaje się potrzebę, ale nie ma strategii i/lub planu wdrażania i standaryzacji infrastruktury cyfrowej w celu wspierania zintegrowanej opieki.

- 2 - Istnieje mandat i plan, aby wdrożyć infrastrukturę cyfrową, w tym zestaw uzgodnionych standardów technicznych, ale nie jest ona jeszcze wdrożona.
- 3 - Cyfrowa infrastruktura wspierająca zintegrowaną opiekę jest pilotowana, ale nie ma jeszcze szerokiego zasięgu. Uzgodniono zestaw standardów technicznych umożliwiających wspólne nabywanie nowych systemów; trwa konsolidacja ICT na dużą skalę.
- 4 - Cyfrowa infrastruktura wspierająca zintegrowaną opiekę jest szeroko stosowana na dużą skalę, ale nie jest wykorzystywana przez wszystkie zainteresowane strony. Opublikowany jest jednolity zestaw uzgodnionych standardów; przeprowadzono wiele zamówień nowych systemów spełniających wspólne wymagania; szeroko stosowane są usługi współdzielone.
- 5 - Istnieje uniwersalna infrastruktura cyfrowa wykorzystywana przez wszystkie zainteresowane strony. Ujednolicony i obowiązkowy zestaw uzgodnionych standardów jest w pełni włączony do procesów zamówień; systemy są w pełni interoperacyjne; a korzystanie z usług współdzielonych (w tym chmury) jest normalną praktyką.

4. Koordynacja procesów

Cele

Opieka zdrowotna i społeczna to złożony zbiór procesów, które są ze sobą powiązane i współdziałają ze sobą, aby osiągnąć określone wyniki. Koordynacja tych procesów wymaga nowych rozwiązań i usług w celu poprawy jakości i skuteczności opieki a także uniknięcia niepotrzebnej różnorodności. Potrzeba koordynacji wzrasta, gdy opieka nad pacjentem wymaga interwencji różnych specjalistów. Ścieżki opieki są szeroko stosowane do zorganizowanego i szczegółowego planowania procesu opieki, w tym budowania standardów opieki. Stanowienie i stosowanie norm jest różne w zależności od komponentów danego procesu. Profesjonaliści i zatrudniające ich organizacje mogą do norm stosować się dobrowolnie lub być przestrzegając przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Koordynacja procesów umożliwia skuteczne wdrażanie i zwiększanie zakresu zintegrowanej opieki poprzez:

- Opracowywanie nowych procesów i ścieżek, które można powielać, finansować i/lub refundować, i uzgodnić z zainteresowanymi stronami.
- Włączanie wyraźne określenie celów i kluczowych elementów opieki;
- Definiowanie wytycznych opartych na dowodach i uzgadnianie planów formalnego wprowadzenia i skalowania nowych usług w praktyce.
- Negocjowanie z szerokim gronem ekspertów i władz w celu wprowadzenia i wdrożenia mierzalnych standardów opieki.
- Zapewnienie trwałości nowych usług i ścieżek.

Skala oceny

- 0 - Brak formalnych wytycznych, opisów, uzgodnień lub standardów dotyczących innowacyjnych skoordynowanych procesów opieki w zintegrowanych usługach opieki lub są one w fazie opracowywania.
- 1 - Zainteresowane strony opracowują pewne wytyczne i uznają potrzebę standaryzacji skoordynowanych procesów opieki, ale nie ma formalnych planów ich opracowania.
- 2 - Znormalizowane skoordynowane procesy opieki są w opracowaniu; stosowane są wytyczne, niektóre inicjatywy i ścieżki są formalnie opisane, ale nie planuje się systematycznego podejścia.

- 3 - Usługi, ścieżki i procesy opieki są formalnie opisane przez interesariuszy. Systematyczne podejście co do ich standaryzacji jest zaplanowane, ale nie jest jeszcze wdrożone.
- 4 - Najbardziej skoordynowane procesy opieki, w tym ścieżki opieki, podlegają systematycznemu podejściu oraz są ustandaryzowane i wdrażane.
- 5 - Obowiązuje systematyczne podejście do standaryzacji skoordynowanych procesów opieki. Procesy są skalowane, utrzymywane i przeprojektowywane zgodnie ze standardami.

5. Finansowanie

Cele

Zmiana systemu opieki w celu zapewnienia integracji wymaga początkowych inwestycji i finansowania, szczególnie w trakcie przejścia do nowego modelu opieki, a następnie ciągłego wsparcia finansowego do czasu pełnego wdrożenia nowych rozwiązań i wycofania się z poprzednich. Zapewnienie możliwości sfinansowania kosztów początkowych i kosztów bieżących jest ważnym zadaniem, które wykorzystuje pełen zakres mechanizmów, w tym budżety regionalne/krajowe, fundusze inwestycyjne Unii Europejskiej lub projekty partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP).

Skala oceny

- 0 - Brak dodatkowego finansowania w celu wsparcia przejścia do opieki zintegrowanej.
- 1 - Finansowanie jest dostępne, lecz przede wszystkim na projekty pilotażowe i badania.
- 2 - Dostępne jest skonsolidowane finansowanie innowacji z dotacji dla świadczeniodawców i prowadzone jest wdrażanie integracji na małą skalę.
- 3 - Potencjalna dostępność zewnętrznego (regionalnego, krajowego, europejskiego) finansowania lub możliwe uczestnictwo w PPP.
- 4 - Dostępne jest finansowanie zewnętrzne na bieżące działania dotyczące wprowadzanych zmian.
- 5 - Zabezpieczony budżet wieloletni w celu stymulowania dalszej modernizacji.

6. Eliminowanie barier

Cele

Nawet w przypadku zapewnienia wsparcia zewnętrznego, finansowania programów i dobrej infrastruktury teleinformatycznej, wdrażanie opieki zintegrowanej może w dalszym ciągu utrudniać wiele czynników, które opóźniają wprowadzanie zmian lub ograniczają ich zakres. Są to między innymi sprawy prawne związane z zarządzaniem danymi, niechęć jednostek w i poza organizacją wobec wprowadzania zmian, bariery kulturowe hamujące wykorzystanie technologii, nieadekwatne zachęty finansowe i niedostatki wiedzy lub umiejętności. Czynniki te muszą zostać rozpoznane na wczesnym etapie, a także winiem być opracowany plan minimalizowania ich negatywnego oddziaływania.

- Działania służące eliminowaniu barier: prawnych, organizacyjnych, finansowych, umiejętności.
- Zmiany procedur w celu dostosowania ich do przepisów prawa, w szczególności prawa medycznego, zarządzanie wiedzą i danymi, dzielenie się danymi - to czynniki, które mogą podtrzymać innowacje.
- Przekształcanie organizacji i zasad współpracy na rzecz promocji „przekraczania barier”

(„integracja normatywna”).

- Wsparcie od organizacji w zakresie zmian behawioralnych i organizacyjnych.
- Szkolenia w celu zwiększania umiejętności w zakresie technologii informacyjno-komunikacyjnych i przyspieszania wdrażania potrzebnych rozwiązań.

Skala oceny

- 0 - Brak świadomości wpływu czynników hamujących na opiekę zintegrowaną.
- 1 - Świadomość czynników hamujących, lecz brak systematycznego podejścia do zarządzania nimi.
- 2 - Strategia eliminowania czynników hamujących uzgodniona na wyższym szczeblu (np. wśród kierownictwa).
- 3 - Rozpoczęto realizację planu wdrożenia i procesu eliminowania czynników hamujących w organizacji.
- 4 - Powszechnie wykorzystuje się opracowane rozwiązania służące eliminowaniu czynników hamujących.
- 5 - Wysoki wskaźnik realizacji projektów i programów; czynniki hamujące nie stanowią problemu w kontekście zmian w udzielaniu świadczeń i w ich wdrażaniu.

7. Podejście oparte na populacji

Cele

Opiekę zintegrowaną można rozwijać w taki sposób, żeby służyła osobom niekorzystającym w pełni z istniejącego systemu opieki, wspierała je w dbaniu o własny stan zdrowia i w lepszym zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych, zapobiegała nagłym wezwaniom i/lub przyjęciom do szpitala oraz ograniczała ewentualne pobyty w szpitalach. Zdrowie publiczne wykracza ponad to i stara się zrozumieć źródła zagrożeń dla zdrowia, a także oszacować zapotrzebowanie na świadczenia w przyszłości. Oferuje możliwość podejmowania działań z wyprzedzeniem, przewidywania i oczekiwania, że ludzie będą w stanie utrzymać swój stan zdrowia przez dłuższy czas i w podeszłym wieku będą mniej uzależnieni od uzyskiwanych świadczeń opieki zdrowotnej.

- Zrozumienie i przewidywanie zapotrzebowania; lepsze zaspokajanie potrzeb.
- Zwiększanie elastyczności systemu opieki przez wykorzystanie dostępnych danych dotyczących zdrowia, zagrożeń dla zdrowia i realizowanych świadczeń.
- Podejmowanie działań w celu skierowania pacjentów na bardziej odpowiednie i korzystne ścieżki opieki w oparciu o ich preferencje.
- Przewidywanie przyszłego zapotrzebowania na świadczenia i podejmowanie działań w celu zmniejszenia ryzyka zdrowotnego przez interwencje umożliwiające przez nowe technologie.

Skala oceny

- 0 - Podejście pacjentów do ich zdrowia nie ma związku z realizacją świadczeń opieki zintegrowanej.
- 1 - Do świadczeń opieki zintegrowanej ma zastosowanie podejście oparte na zagrożeniach dla zdrowia, nie jest ono jednak stosowane ani systematycznie ani w odniesieniu do wszystkich pacjentów.
- 2 - W odniesieniu do określonych pacjentów (np. często korzystających ze świadczeń) wykorzystuje się systematycznie stratyfikację ryzyka.

- 3 - Stratyfikacja grup ryzyka w odniesieniu do osób, które z dużym prawdopodobieństwem będą często korzystać ze świadczeń.
- 4 - Stratyfikacja ryzyka w skali wszystkich pacjentów została wprowadzona, ale nie jest w pełni wykorzystywana.
- 5 - Stratyfikacja ryzyka w skali wszystkich pacjentów została wprowadzona i jest w pełni wykorzystywana.

8. Wzmocnienie roli pacjentów

Cele

Na systemy opieki zdrowotnej wywierana jest presja, żeby zaspokajały te potrzeby, które w innym przypadku pacjenci i ich opiekunowie mogliby zaspokoić we własnym zakresie. Ze zgromadzonych danych wynika, że wiele osób byłoby gotowych zaangażować się bardziej we własną opiekę, jeżeli miałoby dostęp do prostych w obsłudze usług, np. rezerwacji wizyt, samodzielnego monitorowania stanu zdrowia lub alternatyw dla wizyt lekarskich. Implikuje to dostarczanie takich usług i narzędzi, które będą oferować pacjentom udogodnienia, zwiększać możliwości wyboru i promować samodzielność i zaangażowanie w dbanie o swój stan zdrowia.

Skala oceny

- 0 - Wzmocnienia pozycji i praw pacjentów nie uznaje się za istotny element świadczenia opieki zintegrowanej.
- 1 - Wzmocnienie pozycji i praw pacjentów uznaje się za istotny element świadczenia opieki zintegrowanej, skuteczne polityki promocji praw pacjentów są nadal w trakcie opracowywania.
- 2 - Wzmocnienie pozycji i praw pacjentów uznaje się za istotny element świadczenia opieki zintegrowanej, istnieją skuteczne polityki promocji praw pacjentów, ale pacjenci nie mają dostępu do informacji i danych dotyczących ich stanu zdrowia.
- 3 - Sprawy dotyczące świadczeń opieki zintegrowanej konsultuje się z pacjentami, którzy mają dostęp do informacji i danych dotyczących ich stanu zdrowia.
- 4 - Istnieją zachęty i narzędzia do motywowania i wspierania pacjentów, tak żeby angażowali się w proces podejmowania decyzji dotyczących ich stanu zdrowia.
- 5 - Pacjenci są w pełni zaangażowani w proces podejmowania decyzji dotyczących ich stanu zdrowia.

9. Metody oceny wyników

Cele

W miarę wprowadzania nowych świadczeń lub sposobów świadczenia opieki wspierających jej integrację istotną staje się potrzeba zapewnienia, żeby zmiany przynosiły pożądane skutki pod względem jakości i kosztu opieki, dostępu i doświadczeń pacjentów. Potwierdza to koncepcję prowadzenia inwestycji opartych na danych, która przewiduje ocenę wpływu każdej zmiany - najlepiej przez ekonomistów zajmujących się sektorem opieki zdrowotnej (ocenę technologii medycznych - HTA).

- Ustalanie poziomów podstawowych (w zakresie kosztów, jakości, dostępu itd.) przed wprowadzeniem nowych świadczeń.
- Prowadzenie systematycznych pomiarów efektów świadczeń i ścieżek z wykorzystaniem

odpowiednich metod (np. stopniowego doskonalenia, badań obserwacyjnych, badań klinicznych).

- Tworzenie dowodów służących szybszemu przyjmowaniu dobrych praktyk.

Skala oceny

- 0 - System oceny świadczeń opieki zintegrowanej nie istnieje, ani nie jest opracowywany.
- 1 - System oceny świadczeń opieki zintegrowanej istnieje, ale nie jest elementem podejścia systematycznego.
- 2 - Planuje się wprowadzenie systemu oceny świadczeń opieki zintegrowanej jako elementu podejścia systematycznego.
- 3 - W ramach podejścia systematycznego dokonuje się oceny określonych inicjatyw i świadczeń opieki zintegrowanej.
- 4 - Podejście systematyczne do oceny obejmuje większość inicjatyw opieki zintegrowanej; publikowane są uzyskiwane wyniki.
- 5 - Podejście systematyczne do oceny, reagowanie na wyniki oceny i ocena pożądanych skutków nowo zaprojektowanych świadczeń (np. procesu o obiegu zamkniętym).

10. Stopień integracji

Cele

Opieka zintegrowana obejmuje wiele poziomów integracji, w tym integrację między opieką podstawową i opieką specjalistyczną, wszystkich interesariuszy zaangażowanych w proces opieki lub w skali wielu organizacji. Może być pogłębiana jedynie w zakresie opieki zdrowotnej (tj. integracja pionowa) lub może obejmować pracowników społecznych, sektor wolontariatu i opiekę nieformalną (tj. integracja pozioma). Czym szerszy zakres ambicji, tym więcej interesariuszy z różnych obszarów musi zostać zaangażowanych. Integracja może odnosić się do wszystkich poziomów systemu lub być ograniczona do dzielenia się informacjami klinicznymi. Celem długoterminowym powinny być w pełni zintegrowane świadczenia opieki, które będą zapewniać pełny zakres płynnych interakcji dla pacjentów, co będzie prowadzić do zapewnienia im lepszej opieki i osiągania lepszych wyników.

- Integracja wspierana na wszystkich poziomach organizacji - na poziomie makro (wewnętrznych polityk, struktury organizacyjnej), mezo (procedur operacyjnych, specjalistów) i mikro (personel medyczny).
- Integracja między systemem opieki zdrowotnej i pozostałymi świadczeniami opieki (w tym społecznej, dobrowolnej, nieformalnej, rodzinnej).
- Płynne przechodzenie pacjenta między i w obrębie świadczeń opieki.

Skala oceny

- 0 - Świadczenia zintegrowane nie są wynikiem planowania czy wdrażania strategii.
- 1 - Może zaistnieć potrzeba, że pacjenci lub ich rodziny będą w sposób nieprzewidywalny pełnić rolę integratora świadczeń.
- 2 - Integracja w ramach tego samego poziomu opieki (np. poziomu opieki podstawowej).
- 3 - Integracja między różnymi poziomami opieki (np. między opieką podstawową i specjalistyczną).
- 4 - Integracja obejmuje potrzeby z zakresu opieki zdrowotnej i społecznej.
- 5 - W pełni zintegrowane świadczenia opieki zdrowotnej i społecznej.

11. Zarządzanie innowacjami

Cele

Autorami wielu najlepszych idei mogą być klinicyści, pielęgniarki i inni pracownicy, którzy dostrzegają obszary wymagające poprawy. Takie innowacje wymagają uznania, oceny i w miarę możliwości odpowiedniego dostosowania, tak żeby były korzystne w skali całego systemu. Szkoły wyższe i firmy prywatne są jednocześnie coraz bardziej zainteresowane zaangażowaniem się w otwarte innowacje, rozwijanie nowych technologii, testowanie usprawnień procesowych i realizowaniem nowych świadczeń, które będą zaspokajać potrzeby pacjentów. Warto również wyjść poza system i wykorzystać doświadczenia innych organizacji, regionów a nawet krajów, które borykają się z podobnymi problemami. W ujęciu ogólnym implikuje to taki sposób zarządzania procesem innowacji, który przyniesie najlepsze wyniki dla organizacji, a także zapewni, że dobre pomysły będą promowane i nagradzane.

- Szybsze przyjmowanie sprawdzonych pomysłów.
- Odgórne promowanie atmosfery innowacyj
- ności wraz z gromadzeniem i rozpowszechnianiem dobrych praktyk.
- Uczenie się wewnątrz organizacji, a także od innych, w celu rozszerzania horyzontów i przyspieszania zmian.
- Angażowanie np. szkół wyższych i/lub firm prywatnych w proces innowacji.
- Stosowanie innowacyjnych sposobów podejścia do zamówień.
- Udział w projektach regionalnych, krajowych lub europejskich.

Skala oceny

- 0 - Proces zarządzania innowacjami nie istnieje.
- 1 - Innowacje są promowane, brak jest jednak ogólnego planu.
- 2 - Innowacje są wychwytywane, istnieją mechanizmy wspierania transferu wiedzy.
- 3 - Formalny proces zarządzania innowacjami został zaplanowany i częściowo wdrożony.
- 4 - Formalny proces zarządzania innowacjami istnieje i został wdrożony na szeroką skalę.
- 5 - Znaczące otwarcie na innowacje w powiązaniu z systemowym rozpowszechnianiem dobrych praktyk.

12. Budowa potencjału

Cele

Budowanie potencjału jest procesem zdobywania, doskonalenia i utrzymywania przez organizację i jednostki umiejętności i wiedzy w celu profesjonalnego wykonywania swojej pracy. Transformacja systemów opieki będzie wymagać stworzenia nowych ról i wypracowania nowych umiejętności. Obejmują one zakres działań od wiedzy technicznej i zarządzania projektami po skuteczne zarządzanie zmianą. Systemy opieki zdrowotnej muszą stać się „systemami uczącymi się”, które nieustannie dążą do poprawy jakości, ograniczania kosztów i zwiększania dostępności. Organizacje muszą budować swój potencjał, tak żeby stać się bardziej elastyczne i odporne. Nieustanne zmiany zapotrzebowania wymagają utrzymania umiejętności, talentów i doświadczenia. Oznacza to konieczność zapewnienia gromadzenia i wykorzystywania wiedzy w celu doskonalenia

kolejnych projektów służących zwiększaniu produktywności i skuteczności.

- Pogłębianie umiejętności; ciągłe doskonalenie.
- Budowa bazy podstawowych umiejętności, które mogą wypełnić lukę i zapewnić, że potrzeby związane z budowaniem potencjału będą odpowiednio rozumiane i zaspokajane przez technologie informacyjno-komunikacyjne.
- Dostarczanie narzędzi, procesów i platform, za pomocą których organizacje będą mogły dokonać samooceny i budować własny potencjał do skutecznego wprowadzania zmian.
- Tworzenie środowiska, w którym usprawnienia procesu realizacji świadczeń będą podlegały ciągłej ocenie i będą realizowane z korzyścią dla całego systemu opieki.

Skala oceny

- 0 - Nie uwzględnia się świadczeń opieki zintegrowanej dla celów budowy potencjału organizacji.
- 1 - Nieliczne próby budowania potencjału w zakresie świadczeń opieki zintegrowanej.
- 2 - Organizacja pogłębia współpracę związaną z budową potencjału w zakresie opieki zintegrowanej.
- 3 - Proces systematycznego zdobywania wiedzy na temat opieki zintegrowanej i zarządzania zmianą istnieje, nie został wdrożony na szeroką skalę.
- 4 - Proces systematycznego zdobywania wiedzy na temat opieki zintegrowanej i zarządzania zmianą został wdrożony na szeroką skalę; wiedza jest rozpowszechniana, umiejętności zatrzymywane, a rotacja wśród doświadczonych pracowników jest niska.
- 5 - „Uczący się system opieki zdrowotnej skoncentrowany na pacjencie” uwzględniający refleksję i ciągłe doskonalenie.