


Volume 15, 17 Nov 2015

Publisher: Uopen Journals

URL: <http://www.ijic.org>

Cite this as: Int J Integr Care 2015; WCIC Conf Suppl; [URN:NBN:NL:UI:10-1-117345](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:nl:ui:10-1-117345)

Copyright: 

Conference Abstract

Integration through co-location of allied health services into general practice: a demonstration trial in north coast nsw medicare local / Integración a través de la co-localización de los servicios de salud aliados en la práctica general: un ensayo de demostración en la costa norte de NSW y el seguro medico local

Susan A Nancarrow, Southern Cross University, Australia

Alison Roots, Southern Cross University, Australia

Bernadette Carter, North Coast Primary Health Network, Australia

Fiona O'Meara, North Coast Primary Health Network, Australia

Vahid Saberi, North Coast Primary Health Network, Australia

Correspondence to: **Susan A Nancarrow**, Southern Cross University, Australia, E-mail: susan.nancarrow@scu.edu.au

Abstract

Introduction: An impediment to integrated care in Australia is the fragmented nature in which care is delivered, without coordination, in the public, private, acute and community settings. This paper describes the evaluation of an initiative to determine whether the co-location of local health district (LHD) employed community and allied health professionals in general practice (family physician) settings results in better service integration and improved patient access and experience. The project aimed to improve the integrated care by facilitating skills transfer between specialist allied health and nursing staff and the general practice team while testing the feasibility of partnership arrangements for co-location and the establishment of shared governance between agencies.

Practice change implemented: Between April 2014 and April 2015, 11 general practices were involved in the project across two Local Health Districts (Government public hospital and ancillary services sector). They worked with 4 co-located practitioners: 2 nurse practitioners (NPs) (chronic kidney disease and chronic cardiac and respiratory disease) and 2 clinical nurse specialists (CNSs) (respiratory failure and asthma). Three data sources were used in the evaluation: audit and activity data, surveys, and interviews. Data were synthesised into a logic model using Valentijn and colleagues' (2013) integrated care framework.

Key findings: The co-located practitioners delivered 294 consultations across 77 clinics to 217 patients. Practitioner co-location enhanced service integration by providing patients with accessible and appropriate services by: providing a timely and convenient service (the pathway from referral to receipt of services, distance travelled, ease of referral, and making the appointment). Co-location facilitated improved coordination of patient care by enabling practice

staff to participate in team care plan reviews and case conferencing and facilitating skills transfer between the co-located staff and the general practice team.

The project supported the development of service processes that enabled more streamlined integration. These processes can inform an operational plan to support implementation in other contexts (e.g. referral pathways, practitioner communication, formalised organizational governance relationships, shared records).

Service integration resulted in a more positive patient experience (satisfaction and expectations); greater uptake of appropriate services by patients; and increased staff satisfaction (co-locating LHD staff and general practice staff).

Highlights: The mechanisms to support integration included:

- Clinical level: communicating / marketing the service to patients; patient identification and case finding
- Professional level: engaging GPs; developing personal relationships between stakeholders; joint patient consultation; case finding tools and processes
- Organisational level: processes to support referrals and bookings; clarify funding models; project management support; information sharing systems
- Systems level: formalised agreements between agencies (memoranda of understanding)
- Normative integration: joint integration strategies.

Challenges to achieving integration were disparate accountability structures and funding models.

Conclusions: There are currently no financial or policy levers at the primary / community level to truly integrate care around the patient. However, this project has demonstrated the need for, and benefits of, changes that evolve from the patient up. Starting with a small number of pilot sites, this project has identified various processes that can be implemented at the clinical, professional, and organisational levels to effectively improve the experience of integration from the perspective of patients and staff.

Conference abstract Spanish

Introducción: Un impedimento para la atención integral en Australia es la naturaleza fragmentada en la que se entrega la atención, sin coordinación, en los ámbitos públicos, privados, agudos y comunitarios. En este trabajo se describe la evaluación de una iniciativa para determinar si la co-localización de distrito local de salud (LHD) de la propia comunidad y profesionales de la salud en medicina general (médico de familia) configuración que resulta en una mejor integración de servicios y la mejora de acceso para los pacientes y la experiencia. El proyecto apunta a mejorar la atención integral, facilitando la transferencia de conocimientos entre especialistas aliado de la salud y el personal de enfermería y el equipo de la práctica general mientras prueba la viabilidad de los acuerdos de asociación para la co-localización y el establecimiento de un gobierno compartido entre las agencias.

Cambiar la práctica implementada: Entre abril de 2014 y abril 2015, 11 consultas de medicina general se involucraron en el proyecto a través de dos Distritos Locales de Salud (hospitales públicos de Gobierno y los servicios auxiliares del sector). Trabajaron con 4 co-localizados practicantes: 2 profesionales de enfermería (PN) (enfermedad renal crónica y enfermedad cardíaca y respiratoria crónica) y 2 especialistas en enfermería clínica (CNSS) (insuficiencia respiratoria y asma). Tres fuentes de datos fueron utilizadas en la evaluación: de auditoría y de la actividad de datos, encuestas y entrevistas. Los datos fueron sintetizados en un modelo lógico utilizando de “Valentijn y colegas” (2013) como marco atención integrada.

Principales conclusiones: Los profesionales re ubicados realizaron 294 consultas a través de 77 clínicas de 217 pacientes. Practicante re ubicados mejoraron la integración de servicios, proporcionando a los pacientes servicios accesibles y adecuados como: proporcionando un servicio oportuno y conveniente (la vía de la remisión a la recepción de los servicios, la distancia recorrida, la facilidad de referencia, y dando las citas). Co-reubicación facilita una mejor coordinación de la atención al paciente, permitiendo la práctica personal para participar en las revisiones del plan de cuidado de equipo, en las conferencias de caso, facilitando la transferencia de conocimientos entre el personal que comparte el edificio y el equipo de la práctica general.

El proyecto apoya el desarrollo de los procesos de servicio que permitió la integración más ágil. Estos procesos pueden comunicar un plan operativo para apoyar la aplicación en otros contextos (por ejemplo, las vías de remisión, la comunicación profesional, relaciones de gobierno de la organización formalizadas, registros compartidos).

La integración de servicios resultó en una experiencia del paciente más positiva (satisfacción y expectativas); una mayor aceptación de los servicios correspondientes por los pacientes; y una mayor satisfacción del personal (personal LHD co-localización y el personal en general la práctica).

Lo más destacado: Los mecanismos de apoyo a la integración incluyen:

- Nivel clínico: la comunicación y/o comercialización del servicio a los pacientes; identificación del paciente y detección de casos
- Nivel profesional: participación de los médicos; el desarrollo de las relaciones personales entre las partes interesadas; consulta conjunta del paciente; posibilidad de encontrar herramientas y procesos
- Nivel Organizacional: procesos para apoyar remisiones y reservas; aclarar los modelos de financiación; apoyo a la gestión de proyectos; sistemas de intercambio de información
- Nivel de sistemas: los acuerdos formalizados entre las agencias (memorandos de entendimiento)
- Integración Normativa: estrategias de integración conjunta.

Los desafíos para la integración eran lograr estructuras dispares de rendición de cuentas y los modelos de financiación.

Conclusiones: Actualmente no hay palancas financieras o políticas en el nivel primario y/o comunidad para integrar verdaderamente la atención alrededor del paciente. Sin embargo, este proyecto ha demostrado la necesidad y los beneficios de los cambios que se desarrollan desde y hasta el paciente. A partir de un pequeño número de sitios piloto, este proyecto ha identificado diversos procesos que se pueden implementar en los niveles clínicos, profesionales y organizacionales para mejorar efectivamente la experiencia de la integración desde la perspectiva de los pacientes y el personal.

Keywords

co-location; allied health; general practice; australia; regional and rural / coubicación; aliados de la salud; práctica general; australia; regional y rural

PowerPoint presentation

<http://integratedcarefoundation.org/resource/wcic3-presentations>