

# ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Χ. Λιονής, Ε. Θηραίος, Ν. Παπανικολάου

ΑΘΗΝΑ 2016

ΤΟΜΟΣ 28 ΤΕΥΧΟΣ 1

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΛΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΦΥ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ  
ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΦΥ**

## ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

*Πρόεδρος* Γ. ΚΟΥΡΑΚΗΣ  
*Αντιπρόεδρος* Σ.Γ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ  
*Γεν. Γραμματέας* Ε. ΘΗΡΑΙΟΣ  
*Ειδ. Γραμματέας* Θ.Γ. ΒΡΑΧΛΙΩΤΗΣ  
*Ταμίας* Μ. ΣΑΜΑΡΚΟΣ  
*Μέλη* Ε.Δ. ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗΣ  
Σ. ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ  
Γ. ΜΑΝΤΖΑΡΗΣ  
Δ.Τ. ΜΠΟΥΜΠΑΣ

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>1. Ορίζοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας Η αναγκαιότητά της στη σημερινή περίοδο στην Ελλάδα</b> .....	7
<i>Χρήστος Λιονής, Νίκος Παπανικολάου</i>	
<b>2. Εφαρμογή εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών στην ΠΦΥ - Καλές Πρακτικές</b>	
<b>2.1. Εισαγωγή</b> .....	12
<i>Αθανάσιος Συμεωνίδης</i>	
<b>2.2. European Practice Management (EPA)</b> .....	16
<i>Αθανάσιος Συμεωνίδης</i>	
<b>2.3. International Family Practice Maturity Matrix</b> .....	19
<i>Αντώνιος Καρότσης</i>	
<b>2.4. EUROPEP-PCAT: Εφαρμογή εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα</b> .....	24
<i>Χρήστος Λιονής, Χαρά Βόβα, Δήμητρα Σηφάκη-Πιστόλλα</i>	
<b>2.5. Εφαρμοσμένο σύστημα ολικής ποιότητας σε μονάδα ΠΦΥ - Παράδειγμα καλής (ελληνικής) πρακτικής</b> .....	26
<i>Νίκος Παπανικολάου</i>	
<b>3. Ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις (evidence based medicine) - Ηλεκτρονική Κλινική Διακυβέρνηση</b> .....	32
<i>Ελευθέριος Θηραίος</i>	
<b>4. Ο Κλινικός Έλεγχος (Clinical Audit) στις υπηρεσίες υγείας</b> .....	43
<i>Νίκος Παπανικολάου</i>	
<b>5. Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας</b> .....	54
<i>Δημήτρης Κουναλάκης</i>	
<b>6. Μητρώα ασθενών: για μια αποτελεσματική και ορθολογική διαχείριση τους</b> .....	61
<i>Χαράλαμπος Καρανίκας</i>	
<b>7. Ανάπτυξη δεικτών για την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών ΠΦΥ</b> .....	68
<i>Ελευθέριος Θηραίος, Χρήστος Λιονής</i>	
<b>8. Μέθοδοι αποζημίωσης στην ΠΦΥ - Κυνηγώντας την αποδοτικότητα</b> .....	78
<i>Κυριάκος Σουλιώτης</i>	

**Το Κλινικό Φροντιστήριο**

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΦΥ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ  
ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΦΥ**

Παρουσιάστηκε στο

**42ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ**

**Αθήνα 11 - 14 Μαΐου 2016**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

*«Μη βασίζεστε σε συμπεράσματα  
που προκύπτουν μόνο από την λογική,  
αλλά στις ενδείξεις που απορρέουν από την πράξη  
επειδή οι επιπόλαιοι ισχυρισμοί είναι σφαλεροί  
και μπορούν εύκολα να καταρριφθούν.»*

(Ιπποκράτης, Παραγγελία)

Σε μια περίοδο βαθιάς οικονομικής κρίσης που τη συνοδεύει υψηλός βαθμός ανεργίας και μετανάστευσης επιστημονικού δυναμικού, η στροφή σε μεθόδους και πρακτικές εστιασμένες στο πρόσωπο, τεκμηριωμένες από την έρευνα και τη διεθνή γνώση και αντίστοιχη στις προτιμήσεις, επιθυμίες και τις ανάγκες των ασθενών προβάλλει όσο ποτέ ως επιτακτική ανάγκη. Επιπρόσθετα, είναι τεκμηριωμένο, πως συστήματα υγείας που βασίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχουν κλινικά αποτελεσματικότερη, όσο και αποδοτικότερη φροντίδα, από αυτά με φτωχό προσανατολισμό στην ΠΦΥ, ενώ παράλληλα φαίνεται να προάγουν την κοινωνική δικαιοσύνη και να περιορίζουν τις ανισότητες στην υγεία. Η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, ένας επιθυμητός στόχος και υψηλή προτεραιότητα για τα σύγχρονα συστήματα υγείας, απαιτεί ένα σύστημα υγείας με εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό, προσιτές τεχνολογίες στην υπηρεσία του ασθενή και μια ισχυρή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στο επίκεντρο των υπηρεσιών αυτών, για την παροχή φροντίδας πρώτης επαφής, εστιασμένης στο άτομο και την οικογένειά του, μακροχρόνια, συντονισμένη και ολιστική, προσανατολισμένη στην κοινότητα.

Το θέμα της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας σε περίοδο περιορισμού των πόρων γίνεται εντονότερο και η διασφάλισή της αποτελεί αίτημα όχι μόνο των χρηστών των υπηρεσιών υγείας αλλά και των επαγγελματιών υγείας. Στρατηγικές για την υποστήριξη της διασφάλισης της ποιότητας, πλέον της υιοθέτησης τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας (*evidence based care*), αποτελούν μεταξύ άλλων η διοίκηση/ διαχείριση ολικής ποιότητας (*total quality management*), οι διαδικασίες διαπίστευσης, (*accreditation*), η οριοθέτηση σημείων αναφοράς (*benchmarking*), οι τεχνικές διαπίστωσης της ικανοποίησης των ασθενών, η διαχείριση του κινδύνου (*risk management*) και ο κλινικός έλεγχος (*clinical audit*). Στο πλαίσιο αυτό οι επιχειρούμενες παρεμβάσεις εστιάζουν σε υποδομές, διαδικασίες και εκβάσεις (*outcomes*).

Ένα νέο σύστημα ΠΦΥ, το οποίο φιλοδοξεί να καθιερώσει υπηρεσίες με όρους ποιότητας και αποτελεσματικότητας, θα πρέπει να εισηγηθεί την άμεση λήψη μέτρων στην κατεύθυνση της εστιασμένης στον ασθενή παροχή φροντίδας (*person-centred*

*services*), που σέβεται και ανταποκρίνεται στις προσωπικές του προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες. Αυτό προϋποθέτει πρόσωπα/ασθενείς ενεργούς, συμμετοχούς στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας καθώς και διεπαγγελματική και διεπιστημονική προσέγγιση. Η έννοια της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδα δε νοείται χωρίς αναφορά στην απαρτιωμένη φροντίδα και στην τεκμηριωμένη φροντίδα τη βασισμένη στις ενδείξεις. Μείζονος ακόμη σημασίας θεωρείται η ανάπτυξη του ανθρώπινου προσωπικού, το οποίο θα λαμβάνει αποφάσεις μέσα σε ένα περιβάλλον συνεχούς υποστήριξης και θα χρησιμοποιεί κατάλληλα υποδομές και τεχνολογία. Συζήτηση για την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών ΠΦΥ φυσικά δε γίνεται χωρίς τη διασύνδεση του υπάρχοντος ηλεκτρονικού συστήματος με ένα ενιαίο πληροφοριακό σύστημα, καθώς και τη διαρκή αξιολόγηση της αποδοτικότητας του συστήματος (υπηρεσίες, διαδικασίες, πόροι, ανθρώπινο δυναμικό, αποτελέσματα).

Ένα κλινικό φροντιστήριο στο πλαίσιο ενός Πανελληνίου Συνεδρίου είναι πολύ δύσκολο να αναφερθεί σε όλα τα παραπάνω. Εντούτοις, το παρόν κλινικό φροντιστήριο θα επιχειρήσει να καλύψει τις βασικές έννοιες σχετικές με την ποιότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ και να προσφέρει στον ιατρό, αλλά και κάθε επαγγελματία υγείας που εμπλέκεται στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, χρήσιμες γνώσεις και προσεγγίσεις, καθώς και εργαλεία, για την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, προς όφελος του πολίτη και του ασθενή.

Οι συντονιστές

**Χ. Λιονής, Ε. Θηραίος, Ν. Παπανικολάου**

# 1. Ορίζοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας Η αναγκαιότητά της στη σημερινή περίοδο στην Ελλάδα

Χρήστος Λιονής<sup>1</sup>, Νίκος Παπανικολάου<sup>2</sup>

## ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει λάβει αρκετούς ορισμούς στη βιβλιογραφία, με αρκετούς από αυτούς να αναφέρονται στην καλύτερη επιθυμητή έκβαση με βάση τις προσδοκίες των ασθενών και την επικρατούσα επαγγελματική γνώση.
- Στη χώρα μας απαιτείται μια συμφωνία με ένα προσαρμοσμένο στις Ελληνικές συνθήκες ορισμό.
- Συναφείς με τον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι και οι όροι εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα και απαρτιωμένη φροντίδα, που επίσης δεν έχουν λάβει την απαιτούμενη προσοχή και εστίαση.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στην περίοδο της οικονομικής κρίσης που διέρχεται η χώρα μας η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) προβάλλει πάλι ως μια λύση στα χρόνια αδιέξοδα των υπηρεσιών υγείας. Οι όροι ποιότητα στη φροντίδα υγείας και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας είναι επίσης στο επίκεντρο της συζήτησης, αλλά δυστυχώς χωρίς ομοφωνίες στην κατανόησή τους και στις μεθόδους αποτίμησης και μέτρησής τους. Με το παρόν φροντιστήριο επιχειρείται μια προσέγγιση σε έννοιες και ορισμούς καθώς και μια παρουσίαση τόσο των υφιστάμενων εργαλείων αποτίμησης της ποιότητας στις υπηρεσίες ΠΦΥ, όσο και στην εξέταση της σημερινής προοπτικής εφαρμογής τους στην ελληνική πραγματικότητα.

Μια πρώτη προσέγγιση στον ορισμό της ποιότητας, θεωρήθηκε σημαντική στην αρχή αυτού του φροντιστηρίου, επειδή αρκετοί ορισμοί έχουν κατά καιρούς

---

<sup>1</sup>Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Διευθυντής Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, <sup>2</sup>Γενικός Ιατρός, Δ/ντής ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Δυτικής Φραγκίστας

δοθεί από οργανισμούς και συγγραφείς. Στο άρθρο των Gardner και Mazza<sup>1</sup> παρουσιάζονται αρκετοί από αυτούς τους ορισμούς<sup>1</sup>. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίνει ιδιαίτερη σημασία στις δυνατές καλύτερες εκβάσεις στις δοσμένες συνθήκες αντίστοιχες με τις προτιμήσεις των ασθενών, (*«ως η δυνατή καλύτερη έκβαση στις δεδομένες διαθέσιμες πηγές που είναι αντίστοιχες των αξιών και των προτιμήσεων των ασθενών»*)<sup>2</sup>. Το Ινστιτούτο της Ιατρικής (IOM) αναφέρεται στην πιθανότητα των επιθυμητών εκβάσεων σύμφωνα με τη διαθέσιμη επαγγελματική γνώση, (*«... ο βαθμός σύμφωνα με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμό αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών εκβάσεων και που είναι σύμφωνες με την υφισταμένη επαγγελματική γνώση»*)<sup>3</sup>. Σύμφωνα με το Λόρδο Darzi<sup>4</sup>, (*«η ποιότητα στη φροντίδα υγείας είναι συνυφασμένη με την κλινική αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την εμπειρία του ασθενούς»*), ενώ σύμφωνα με τον Steffen<sup>5</sup>, ποιότητα είναι (*«... η δυνατότητα των συστατικών της φροντίδας να επιτυγχάνει νομιμοτρόπως ιατρικούς και μη ιατρικούς στόχους»*). Οι Cambell και συν.<sup>6</sup>, αναφέρονται *«στο βαθμό που τα άτομα μπορούν να προσεγγίζουν υποδομές και διαδικασίες που έχουν ανάγκη και στο βαθμό που οι υπηρεσίες που δέχονται είναι αποτελεσματικές»*. Τέλος, η Επιτροπή της Αυστραλίας για την ποιότητα και την ασφάλεια στη φροντίδα υγείας, ορίζει την ποιότητα ως *«το βαθμό που μια υπηρεσία ή προϊόν υπηρεσίας υγείας παράγει μια επιθυμητή έκβαση»*<sup>7</sup>.

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι οι προσεγγίσεις στην ποιότητα διαφέρουν ανάλογα με την πλευρά από την οποία αυτή εξετάζεται. Έτσι, από την πλευρά **του χρήστη των υπηρεσιών υγείας** ποιότητα είναι η παροχή αυτών που θέλει και έχει ανάγκη κατά τη διάρκεια και μετά τη χρήση των υπηρεσιών. Από την πλευρά **των Επαγγελματιών Υγείας** ποιότητα είναι η παροχή υπηρεσιών σύμφωνα με διαδικασίες και μεθόδους οι οποίες θεωρούνται από τους ίδιους ως περισσότερο αποτελεσματικές για την ικανοποίηση των κλινικών αναγκών των ασθενών. Τέλος, για τη **Διόικηση** ποιότητα είναι η παροχή υπηρεσιών με τρόπο τέτοιο ώστε να ικανοποιούνται οι υψηλότερες προσδοκίες χρηστών και επαγγελματιών υγείας, με την μικρότερη δυνατή κατανάλωση πόρων. Οι τρεις οπτικές σχετικά με την ποιότητα και την επίτευξή της μπορεί να βρίσκονται σε σύγκρουση. Οι προσδοκίες των ασθενών μπορεί να είναι διαφορετικές από τις πραγματικές ανάγκες τους, έτσι όπως αυτές αξιολογούνται κάθε φορά από τους επαγγελματίες υγείας. Και οι δύο οπτικές μπορεί να έρχονται σε σύγκρουση με τη διαθεσιμότητα πόρων. Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών πραγματοποιείται με την χρήση μεθόδων ώστε να εξισορροπούνται οι τρεις διαφορετικές οπτικές. Για παράδειγμα, οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται με τον ασθενή προκειμένου να συμφωνήσουν στην καλύτερη δυνατή θεραπεία.

Λόγω των διαφορετικών οπτικών αλλά και προκειμένου οι παρεχόμενες υπηρεσίες να υλοποιούνται υπό το πρίσμα της συνεχούς βελτίωσης, απαραίτητη είναι η εφαρμογή διαδικασιών αξιολόγησης. Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών της ΠΦΥ μπορεί να πραγματοποιείται σε δύο επίπεδα, υποκειμενικό και αντικειμε-



νικό. Η υποκειμενική αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας δεν αποτελεί κάτι καινούργιο και πηγάζει από την άποψη που διαμορφώνει ο ασθενής, ο επαγγελματίας υγείας ή πρόσωπα της διοίκησης σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αποτελούσε έως πρόσφατα, όπως και σε πολλούς άλλους τομείς, τη συχνότερα ακολουθούμενη μέθοδο στη χώρα μας. Η αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας, μέσω της χρήσης εργαλείων αξιολόγησης, εστιαζόταν περισσότερο στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ μόλις τα τελευταία χρόνια άρχισε να εφαρμόζεται και σε δομές ΠΦΥ. Επιπλέον, η εφαρμογή της αξιολόγησης έχει διευρυνθεί με δράσεις που αφορούν στη διενέργεια ιατρικού ελέγχου για τον εντοπισμό ακατάλληλων ή λαθεμένων ενεργειών, αλλά και με δράσεις που σχετίζονται με την οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος και των εφαρμοζόμενων διαδικασιών.

Από τα παραπάνω αναγνωρίζεται ότι οφείλουμε να συζητήσουμε περισσότερο τις επιθυμητές εκβάσεις στη φροντίδα υγείας όπως αυτές ορίζονται τόσο από τους ασθενείς όσο και από την υφιστάμενη και τεκμηριωμένη γνώση και αυτό θα πρέπει να είναι μια σημαντική προτεραιότητα για ένα σύγχρονο σύστημα υγείας στη χώρα μας.

Στην Ελλάδα δεν έχουμε επίσης συζητήσει επαρκώς τους ορισμούς αυτούς, για τούτο ένας γενικά αποδεκτός ορισμός της ποιότητας στη φροντίδα υγείας μάλλον απουσιάζει. Όροι όπως η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (patient centered care) και απαρτιωμένη φροντίδα (integrated care) στην ΠΦΥ, φαίνεται να μην έχουν γίνει ευρύτερα κατανοητοί, παρά την αποσπασματική τους εστίαση από συγγραφικές ομάδες<sup>8,9</sup>.

Επίσης συστηματική εξέταση των προτιμήσεων, επιθυμιών και αξιών του ασθενούς, θεμελιακό συστατικό αρκετών ως άνω ορισμών της ποιότητας στη φροντίδα υγείας, δεν έχει γίνει. Στο πλαίσιο μιας ευρωπαϊκής μελέτης που διεξήγαγε το NIVEL και συντόνισε στην Ελλάδα η Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης<sup>10</sup>, οι Έλληνες ασθενείς που επισκέφθηκαν υπηρεσίες ιατρού γενικής ιατρικής, δήλωσαν ότι πολύ σημαντικό γι' αυτούς είναι να τους ακούει ο γιατρός με προσοχή (ποσοστό 68.8%), να είναι ήρεμος (59.4%) και να τους αντιμετωπίζει ως πρόσωπο και όχι ως ιατρικό πρόβλημα (57.8%)<sup>9</sup>. Επιπρόσθετα κατά τη διάρκεια της εξέτασης ως σημαντικοί παράγοντες θεωρήθηκαν: ο ιατρός να ελέγχει εάν έγινε κατανοητό από τον ασθενή κάθε τι που του κοινοποιήθηκε (49.5%), επίσης ο ιατρός να σέβεται τον ασθενή του κατά τη διάρκεια της εξέτασης και δεν θα τον διακόπτει (46.8%). Τέλος, ένας πολύ μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων ασθενών (64.7%) αναγνώριζε ως πολύ σημαντικό ο ιατρός του να τον ενημερώνει για το τι πρέπει να κάνει, εάν κάτι δεν πήγαινε καλά.

Ίσως δεν χρειάζεται να αναφερθούν περισσότερα για την υπογράμμιση της σημασίας αυτού του φροντιστηρίου που διεξάγεται σε μια περίοδο που συζητείται η μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ από το αρμόδιο Υπουργείο. Ούτε επίσης θα πρέπει

να αναμένεται μια διεξοδική συζήτηση του θέματος. Επιλεγμένα θέματα/εισηγήσεις στις οποίες περιλαμβάνονται τα αναπτυχθέντα εργαλεία για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα, ο κλινικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας, οι δείκτες αξιολόγησης των παρεχομένων υπηρεσιών ΠΦΥ, ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας και τα μητρώα ασθενών, καθώς και προσεγγίσεις της αποδοτικότητας στην ΠΦΥ αναπτύσσονται σε επιμέρους κεφάλαια το τόμου αυτού του φροντιστηρίου.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Gardner K, Mazza D. Quality in general practice-Definitions and frameworks Australian Family Physician 2012, 41(3):151-154.
2. WONCA Working Party on Quality and Safety in Family Medicine, 2006. Available at [www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/working\\_groups/quality\\_ass/wonca\\_qualityassurance.asp?refNum=5664](http://www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/working_groups/quality_ass/wonca_qualityassurance.asp?refNum=5664)
3. Transforming healthcare: IOM panel discusses vision and reality after crossing the quality chasm. Qual Lett Healthc Lead 2004, 16:9–12.
4. Wilcock P. Improving quality in general practice: what does it really require? Qual Prim Care 2010, 18:297–9.
5. Steffen GE. Quality medical care. A definition. JAMA 1988, 260:56–61.
6. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med 2000, 51:1611–25.
7. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Available at [www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/Home](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/Home).
8. Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Vardavas C, Papadakaki M, Daniilidou N, Souliotis K, Kyriopoulos I. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. Int J Integr Care. 2009, Jul 30;9:e88.
9. Tsiachristas A, Lionis C, Yfantopoulos J. Bridging knowledge to develop an action plan for integrated care for chronic diseases in Greece. Int J Integr Care. 2015, Oct 22;15:e040.
10. Lionis C, Papadakis S, Tatsi C, et al. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences. (under review)

## 2. Εφαρμογή εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών στην ΠΦΥ - Καλές Πρακτικές

Αθανάσιος Συμεωνίδης<sup>1</sup>, Αντώνιος Καρότσης<sup>2</sup>, Χρήστος Λιονής<sup>3</sup>,  
Χαρά Βόβα<sup>4</sup>, Δήμητρα Σηφάκη-Πιστόλλα<sup>5</sup>, Νίκος Παπανικολάου<sup>6</sup>

### ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Οι έννοιες της ποιότητας ξεκίνησαν να διαμορφώνονται για την κάλυψη αναγκών της βιομηχανίας και στη συνέχεια επεκτάθηκαν και σε άλλες παραγωγικές διαδικασίες όπως η παροχή υπηρεσιών. Ο χώρος δε της υγείας, ως περισσότερο σύνθετος, αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή προσωπικών υπηρεσιών όπου η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η διασφάλισή της είναι θεμελιώδους σημασίας. Η κρίση αποτελεσματικότητας, η συνεχής αύξηση του κόστους και η διαρκής απαίτηση των πολιτών για καλύτερη αντιμετώπιση, πληροφόρηση και διαχείριση των προβλημάτων υγείας ανέδειξαν την ποιότητα στην πρωταρχική έννοια όσων ασχολούνται με την οργάνωση υπηρεσιών υγείας.
- Η ΠΦΥ και ο Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός (Γ/ΟΙ), όντας το θεμέλιο των συστημάτων υγείας, βρίσκονται στο επίκεντρο των συζητήσεων και προβληματισμών για μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας. Γι' αυτό το λόγο αναπτύχθηκαν εργαλεία αξιολόγησης των επιδόσεών τους. Έτσι, ήρθαν στο προσκήνιο έννοιες, όπως προσβασιμότητα, διαχείριση πρώτης επαφής, συνεχιζόμενη και ολοκληρωμένη φροντίδα, πληροφόρηση, προσανατολισμός στην οικογένεια και την κοινότητα.
- Είναι δυνατή η εφαρμογή επιλεγμένων εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα, που μοιάζουν να είναι εύχρηστα και αποδεκτά.
- Υπάρχουν και στη χώρα μας εργαλεία και καλές πρακτικές που εφαρμόστηκαν

---

<sup>1</sup>Γενικός Ιατρός, Δ/ντής ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Νέας Μηχανιώνας, <sup>2</sup>Γενικός Ιατρός, Ιδιώτης, <sup>3</sup>Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Διευθυντής Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, <sup>4</sup>Επιστημονική Συνεργάτης Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, <sup>5</sup>Επιστημονική Συνεργάτης Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, <sup>6</sup>Γενικός Ιατρός, Δ/ντής ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Δυτικής Φραγκίστας

με επιτυχία σε δομές ΠΦΥ, δημιουργώντας μια αρχική κρίσιμη μάζα επαγγελματιών της υγείας αλλά και στελεχών-συμβούλων Ποιότητας με εξειδικευμένη εμπειρία.

- Τα πρώτα αποτελέσματα από την εφαρμογή τους θα μπορούσαν να συμβάλουν στον σχεδιασμό των υπηρεσιών ΠΦΥ.

## 2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### Αθανάσιος Συμεωνίδης

Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε στη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Πολλοί αναφέρουν ως κοιτίδα την Ιαπωνία, όπου ο W. Edwards Deming κλήθηκε να βοηθήσει στην αλλαγή των παραδοσιακών παραγωγικών διαδικασιών, μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο<sup>1</sup>. Έτερος θεμελιωτής της ποιότητας στη βιομηχανία ο Joseph M. Juran, ανέπτυξε τις έννοιες του ποιοτικού σχεδιασμού, του ποιοτικού ελέγχου και της ποιοτικής βελτίωσης<sup>2</sup>. Στη συνέχεια, η έννοια της ποιότητας επεκτάθηκε και σε άλλες παραγωγικές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών.

Στην πρώτη φάση ανάπτυξης των ενεργειών παρέμβασης, ο προσανατολισμός αφορούσε στον αναδρομικό έλεγχο προϊόντων και υπηρεσιών με τη μορφή του ποιοτικού ελέγχου. Επειδή ο έλεγχος της ποιότητας περιοριζόταν σε συγκεκριμένους τομείς, καταβλήθηκε προσπάθεια περαιτέρω διεύρυνσης των σχετικών δραστηριοτήτων που ονομάστηκε διασφάλιση ποιότητας. Στη συνέχεια τα συστήματα ανέπτυξαν συγκεκριμένες πολιτικές και μεθόδους που ασκούσαν πλέον από το ανώτερο επίπεδο διοίκησης μιας υπηρεσίας, οπότε προέκυψε ο όρος διοίκηση ποιότητας. Σ' αυτό το πλαίσιο η υπόθεση της ποιότητας συστηματοποιήθηκε ως βελτίωση ποιότητας, υποδηλώνοντας ως βασική επιδίωξη πλέον τη βελτίωση της ποιότητας και όχι μόνον τον έλεγχο ή τη διασφάλιση της<sup>3</sup>.

Τα οφέλη από την ανάπτυξη των συστημάτων ποιότητας είναι πολλά, επειδή, εκτός από τη βελτίωση των προϊόντων και υπηρεσιών, υπολογίζεται ότι χάρη στα συστήματα αυτά επιτυγχάνεται μείωση των λειτουργικών εξόδων κατά 30-50%. Αρκεί να αναφερθεί ότι το ¼ του προσωπικού μιας επιχείρησης που δεν εφαρμόζει συστήματα ποιότητας απασχολείται με τη διόρθωση σφαλμάτων<sup>4</sup>.

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι περισσότερο σύνθετη υπόθεση απ' ό,τι στο χώρο της βιομηχανίας. Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή προσωπικών υπηρεσιών ο αποδέκτης-χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα από ότι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία. Εκτός από την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα και την αξιοπιστία παράγοντες που σχετίζονται με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση την άμεση και αποτε-

λεσματική ιατρική παρέμβαση, την υψηλή τεχνολογία, τον άμεμπτο επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του «πελάτη» αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα αποτελώντας άμεση προτεραιότητα.

Ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Πρωταρχική του μέθοδος ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή<sup>5</sup>.

Η σύγχρονη επανάσταση στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, με τον προσανατολισμό τους στην ποιότητα, οφείλεται κυρίως στην κρίση αποτελεσματικότητας, στη συνεχή αύξηση του κόστους, καθώς και στη συνεχώς αυξανόμενη απαίτηση των πολιτών για καλύτερη αντιμετώπιση, πληροφόρηση και διαχείριση των προβλημάτων υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) είχε θέσει το 1980 ως στόχο για την εγκατάσταση από όλα τα κράτη-μέλη μέχρι το 1990 μηχανισμών εξασφάλισης της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας<sup>6</sup>.

Από τη δεκαετία του 80' επίσης, αναδείχτηκε ως θεμέλιο των συστημάτων υγείας η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και ο Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός ως ένας από τους κύριους λειτουργούς του. Τις τελευταίες δεκαετίες η ΠΦΥ βρίσκεται σταθερά στο επίκεντρο των συζητήσεων και προβληματισμών για μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας στον 'δυτικό' κόσμο. Στην Ευρώπη, η έμφαση στην ΠΦΥ και η ενδυνάμωσή της αναμένεται να δώσει μια απάντηση στην αύξηση των δαπανών και στις μεταβολές των αναγκών υγείας που προκύπτουν από δημογραφικές και επιδημιολογικές αιτίες<sup>7</sup>.

Αξιολογήσεις και μετρήσεις των επιδόσεων παίζουν συνεχώς αυξανόμενο ρόλο στις μεταρρυθμίσεις υγείας. Αυτοί που παίρνουν αποφάσεις χρειάζονται αυτές τις πληροφορίες για να κατευθύνουν τις αποφάσεις τους στον συντονισμό του συστήματος υγείας, για καλύτερα αποτελέσματα<sup>8</sup>.

Έτσι, λοιπόν, για την κάλυψη αυτών των αναγκών αξιολόγησης δημιουργήθηκε ένας ικανός αριθμός εργαλείων αξιολόγησης στην ΠΦΥ<sup>9-13</sup>:

- WHO Primary Care Assessment Tool (PCET)
- ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP)
- General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)
- PACOTAPS (Primary Health Care Software)
- PCAT (Primary Care Assessment Tool)
- EUROPEP
- Medical Neighborhood Care Integration Assessment (MNCI-A)

- SARA
- MATURITY MATRIX
- European Practice Assessment (EPA)

### ***WHO Primary Care Assessment Tool (PCET)***

Το PCET εφαρμόστηκε σε πολλές χώρες που πραγματοποιούσαν βαθιές και ευρείες μεταρρυθμίσεις στην υγεία σχετικές με την κοινωνική λειτουργία και τις θεμελιώδεις αξίες που διέπουν την παροχή υπηρεσιών. Οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία δεν βασίζονται πάντα σε τεκμηριωμένες απόψεις και οι εξελίξεις καθορίζονται από πολιτικές αντιπαραθέσεις ή συμφέροντα συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων. Εν πάση περιπτώσει, οι αρμόδιοι για τη χάραξη πολιτικών υγείας αναζητούν σήμερα τεκμηριωμένες επιστημονικά απόψεις που να αποδεικνύουν ότι οι μεταρρυθμίσεις οδηγούν πραγματικά σε βελτίωση, σε πρόοδο. Γι' αυτό το λόγο ο ΠΟΥ δημιούργησε το PCET στοχεύοντας σε μια δομημένη προσέγγιση στην αξιολόγηση ειδικών θεμάτων ενός συστήματος υγείας όπως, η διακυβέρνηση, η χρηματοδότηση και η αναζήτηση πόρων, καθώς επίσης σε παράγοντες που χαρακτηρίζουν τη σωστή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, περιλαμβανομένης της πρόσβασης, των ολοκληρωμένων υπηρεσιών, του συντονισμού και της συνέχειας της φροντίδας. Το PCET περιλαμβάνει τρία μέρη: ένα εθνικό ερωτηματολόγιο για την οργάνωση και τη χρηματοδότηση της ΠΦΥ, ένα ερωτηματολόγιο για τους Γενικούς/Οικογενειακούς Ιατρούς και ένα για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας<sup>11</sup>.

### ***ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP)***

Το ADHD (AQ-PCP) δημιουργήθηκε για να αξιολογήσει τις προσλαμβάνουσες των λειτουργιών της ΠΦΥ για τον ρόλο τους, καθώς και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν σχετικά με τη διάγνωση της διαταραχής υπερκινητικότητας παιδιών που πάσχουν από αυτήν<sup>14</sup>.

### ***General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)***

Το GPAQ διαμορφώθηκε από το National Primary Care Research and Development Centre του Πανεπιστημίου του Manchester (2003). Το GPAQ βοηθάει μια μονάδα υγείας να διαπιστώσει τι πιστεύουν οι ασθενείς για τις παρεχόμενες από τους γιατρούς υπηρεσίες. Επικεντρώνει δε στα ειδικά χαρακτηριστικά της γενικής ιατρικής, όπως η προσβασιμότητα, τα διαπροσωπικά θέματα της φροντίδας και η συνέχεια της φροντίδας<sup>15</sup>.

### ***PACOTAPS (Primary Health Care Software)***

Το PACOTAPS είναι ένα πρόγραμμα που δημιουργεί δευτερογενώς μία βάση

δεδομένων για τις ηλικιακές και ανά φύλο ομάδες ενός συγκεκριμένου πληθυσμού καθώς και τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και τις επισκέψεις ενός Κέντρου Υγείας<sup>16</sup>.

### ***PCAT (Primary Care Assessment Tool)***

Το PCAT διαμορφώθηκε από την B. Starfield και συν. στο John Hopkins Population Care Policy Center for the Underserved Populations in Baltimore Maryland και βασίστηκε σε ένα θεωρητικό μοντέλο πεδίων και χαρακτηριστικών της ΠΦΥ. Μετράει την παρουσία και την έκταση τεσσάρων θεμελιωδών και τριών σχετικών πεδίων πρωτοβάθμιας φροντίδας και την σύνδεση του χρήστη με τη μονάδα υγείας<sup>12</sup>. Η B. Starfield και συν. όρισαν τα εξής 4 θεμελιώδη πεδία πρωτοβάθμιας φροντίδας: προσβασιμότητα στην πρώτη επαφή, μακροχρόνια σχέση, ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα. Οι ίδιοι επίσης πρότειναν 3 σχετικά πεδία: φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια, προσανατολισμένη στην κοινότητα και με επαρκή θεώρηση του πολιτισμικού υπόβαθρου<sup>12</sup>. Το PCAT, αρχικά περιελάμβανε 77 ερωτήσεις πάνω στα 7 πεδία ΠΦΥ και βασίστηκε σε ένα εργαλείο αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας που προτάθηκε από τον Donabedian. Υπάρχει και μία παιδική έκδοση με 55 ερωτήσεις.

### ***EUROPEP***

Το EUROPEP δημιουργήθηκε για να παρέχει επαναπληροφόρηση για τη μονάδα υγείας, την επίδοση και την οργάνωση της φροντίδας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Το EUROPEP απαρτίζεται από 3 μέρη: 1) δείκτες-κλειδιά (σχέση γιατρού-ασθενούς και επικοινωνία, ιατρική φροντίδα, πληροφορία και υποστήριξη, συνέχεια και συνεργασία, και οργάνωση των υπηρεσιών), 2) δείκτες ειδικών θεμάτων ικανοποίησης (ιατρική εξέταση, ραντεβού και πρόσβαση, χαρακτηριστικά ιατρών, συνθήκες που επικρατούν στο Κ.Υ. καθώς και οι παρεχόμενες υπηρεσίες), 3) πληροφορίες χρηστών (κοινωνικοοικονομικά δεδομένα και δεδομένα υγείας, και στάσεις μετά το ερωτηματολόγιο)<sup>17</sup>.

### ***Medical Neighborhood Care Integration Assessment (MNCI-A)***

Το MNCI-A σχεδιάστηκε από το Center for Excellence in Primary Care, Department of Family & Community Medicine, UCSF. Αποτελεί ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης που βοηθάει να κατανοήσει κανείς τον βαθμό που το ιατρείο του ή το Κέντρο Υγείας παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας μέσα σε μια ευρύτερη 'ιατρική γειτονιά'. Αυτό επιτυγχάνεται με ένα ερωτηματολόγιο πάνω στην ολοκλήρωση και τις στρατηγικές επίτευξής της σε έξι πεδία: 1) ΠΦΥ και Γενική Ιατρική, 2) Στοματική υγεία, 3) Πρόσβαση σε απεικονιστικές υπηρεσίες, 4) Συνταγογράφηση-φάρμακα, 5) Διασύνδεση με νοσοκομείο, 6) Υποστηρικτικές-κοινωνικές υπηρεσίες. Οι ερωτήσεις έχουν σχεδιασθεί να βοηθούν τα 'ιατρεία' να στοχαστούν σε

ποιο επίπεδο ολοκλήρωσης βρίσκονται και να εγείρουν προβληματισμό και συζήτηση πάνω στο πως θα μπορούσαν να προχωρήσουν σε απαρτίωση.

### ***Service Availability and Readiness Assessment (SARA)***

Το SARA αναπτύχθηκε από τη συνεργασία του ΠΟΥ και του United States Agency for International Development (USAID).

## **2.2. EUROPEAN PRACTICE MANAGEMENT (EPA)**

### **Αθανάσιος Συμεωνίδης**

Η ανάπτυξη των δεικτών του EPA πραγματοποιήθηκε μεταξύ 2001 και 2005 σε μία διεθνή μελέτη, που χρηματοδοτήθηκε από το Ίδρυμα Bertelsmann, Germany, και συντονίστηκε από το Centre for Quality of Care Research (WOK) Nijmegen, Ολλανδία (Καθ. Richard Grol)<sup>18-22</sup>. Συμμετείχαν οι παρακάτω χώρες και οργανισμοί:

- Austrian Medical Association, Wien (A)
- Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, Bechem, (BE)
- SwissPEP-Institute, Gumligen (CH)
- AQUA-Institute, Göttingen and Departements of Allgemeinmedizin Heidelberg and Frankfurt (D)
- Société Française de Thérapeutique du Généraliste, Paris (F)
- National Primary Care R & D Centre, Manchester/University of Wales (GB)
- Family Medicine Department, Haifa (IL)
- University of Ljubljana (SLO)

Το EPA είναι στενά συνδεδεμένο με διεθνή δίκτυα για την ποιότητα της φροντίδας υγείας, όπως το Task Force on Practice Assessment (TOPAS-EUROPE) και το European Association for Quality in General Practice/Family Medicine (EQUIP).

Το EPA είναι ένα εύκολο και φιλικό στη χρήση σύστημα, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί χωρίς ειδική εκπαίδευση στον τομέα της διαχείρισης της ποιότητας. Με την εκπαιδευτική του προσέγγιση και τη φιλοσοφία του, έχει σημαντική επίδραση στη βελτίωση της επίδοσης, χρησιμοποιεί δε ένα εκλεπτυσμένο λογισμικό για τις πληροφορίες και τη βαθμολόγηση ιατρικών και Κέντρων Υγείας ονομαζόμενο VISOTOOL.

### **Στόχος**

Ο κύριος στόχος του EPA είναι να αναπτυχθεί ένα διεθνώς επικυρωμένο εργαλείο για τη διαχείριση της ποιότητας για τους παρόχους φροντίδας υγείας. Αποσκο-



πεί στη διευκόλυνση των παρόχων φροντίδας υγείας αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας που παρέχουν.

### **Μεθοδολογία – Διαδικασία αξιολόγησης**

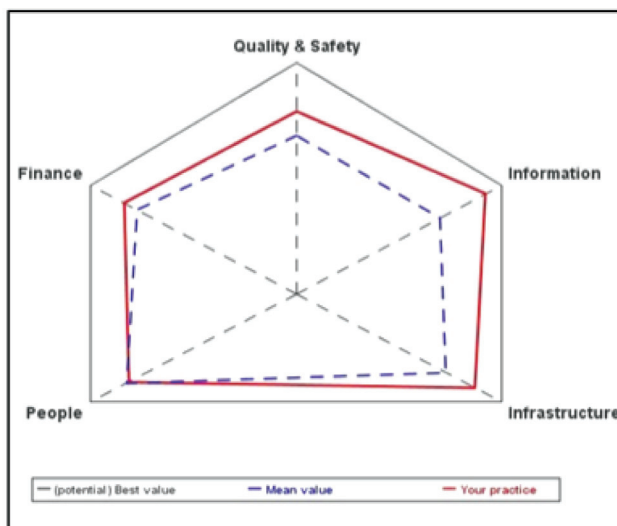
Για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας στη γενική ιατρική, έχουν αναπτυχθεί δείκτες που είναι ολοκληρωμένοι και σχετικοί με τη γενική ιατρική. Για να εξασφαλιστεί αυτό, γενικοί ιατροί και έμπειροι ερευνητές συνεργάστηκαν στην διαμόρφωσή τους. Η τρέχουσα έκδοση του EPA περιλαμβάνει πάνω από 200 δείκτες ποιότητας που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων ποιότητας σχετικών για τη διαχείριση του ιατρείου σε όλη την Ευρώπη. Οι δείκτες ποιότητας ταξινομούνται θεματικά σε 34 τομείς και 5 πρωταρχικά πεδία που καλύπτουν όλες τις σημαντικές πτυχές της διαχείρισης του ιατρείου, όπως η ποιότητα και η ασφάλεια, οι άνθρωποι, οι υποδομές, οι πληροφορίες και τα οικονομικά.

Το σύνολο των δεικτών που χρησιμοποιούνται στο EPA αναπτύχθηκε με επιστημονικές μεθόδους και μέσα. Χρησιμοποιήθηκε μια τροποποιημένη μέθοδος καταλληλότητας του RAND/UCLA ως επιστημονική βάση. Μια ομάδα εμπειρογνομόνων αποτελούμενη από διεθνείς επιστήμονες και εμπειρογνώμονες της καθημερινής κλινικής πρακτικής κατέταξε τους δείκτες ανάλογα με την σαφήνεια και τη σχετικότητα για να δημιουργήσει ένα εύχρηστο σύνολο δεικτών. Εξειδικευμένες γνώσεις, καθώς και οι προοπτικές των ασθενών περιελήφθησαν για τη δημιουργία πρακτικών δεικτών.

Η διαδικασία του EPA βασίζεται σε μια εκτίμηση, όπου οι δείκτες μετρούνται και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο συμμετέχοντα πάροχο φροντίδας υγείας.

Υπάρχουν πέντε βήματα που καλύπτουν το σύνολο της διαδικασίας αξιολόγησης με το EPA. Σε ένα πρώτο, αρχικό στάδιο της αξιολόγησης, όλο το προσωπικό που εμπλέκεται ενημερώνεται για το EPA και τη διαδικασία αξιολόγησης. Ως δεύτερο βήμα, αναλύεται η κατάσταση του παρόχου φροντίδας υγείας για να αξιολογήσει την επίδοση χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης, μια έρευνα ασθενούς και μια έρευνα προσωπικού. Και τα τρία εργαλεία βασίζονται στους δείκτες που ορίστηκαν προηγουμένως. Σε ένα τρίτο βήμα, τον πάροχο της φροντίδας υγείας επισκέπτεται ένας ειδικός σύμβουλος, ο οποίος συλλέγει περισσότερα δεδομένα χρησιμοποιώντας έναν κατάλογο ελέγχου (checklist) και δομημένη συνέντευξη. Σε μια επόμενη συνάντηση της ομάδας, ο σύμβουλος παρουσιάζει το αποτέλεσμα από την αξιολόγηση σε όλη την ομάδα. Η ομάδα παίρνει έτσι επαναπληροφόρηση για κάθε δείκτη της αξιολόγησης του παρόχου φροντίδας υγείας και μπορεί επίσης να κατατάξει τον πάροχο σε σχέση με άλλους συμμετέχοντες παρόχους. Ως τελευταίο βήμα, η ομάδα του ίδιου του παρόχου φροντίδας υγείας σχεδιάζει δραστηριότητες και μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Δουλεύοντας με τους δείκτες ποιότητας, οι βελτιώσεις μπορούν να διαπιστω-



**Σχήμα 1.** Το πεντάγωνο διάγραμμα παριστά τα αποτελέσματα του φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε σύγκριση με τη μέση τιμή των άλλων συμμετεχόντων φορέων παροχής στα πέντε πεδία.

θούν ακριβώς εκεί όπου είναι αναγκαίες και χρήσιμες. Το Σχήμα 1 δείχνει τη γενική δομή του EPA και τα αποτελέσματα της αξιολόγησης, όπως παρουσιάζονται στον πάροχο φροντίδας υγείας κατά τη διάρκεια της συνάντησης επαναπληροφόρησης. Το πρότυπο λογισμικό Visotool® οπτικοποιεί τα αποτελέσματα της αξιολόγησης μέσω ενός πεντάγωνου διαγράμματος και επιτρέπει τη συγκριτική αξιολόγηση ενάντι σε όλους τους άλλους συμμετέχοντες παρόχους.

Το πεντάγωνο διάγραμμα δείχνει:

- τα αποτελέσματα του συνόλου των δεικτών / δεδομένων που συλλέγονται για ένα μεμονωμένο πάροχο (συνεχής κόκκινη γραμμή)
- η μέση τιμή του συνόλου των μονάδων που έχουν μέχρι στιγμής λάβει μέρος στη διαδικασία EPA (διακεκομμένη μπλε γραμμή)

**Πίνακας 1.** Η συνολική δομή του EPA παρουσιάζεται με ένα παράδειγμα του πεδίου Ποιότητα και Ασφάλεια

Πεδίο	Ποιότητα και ασφάλεια
Τομέας	Αναφορά επειγόντων περιστατικών
Δείκτης	Υπάρχει καταγραφή επειγόντων
Στοιχείο	Έχει η μονάδα μητρώο επειγόντων
	Εργαλείο: συνέντευξη

- η δυνητικά καλύτερη τιμή που μπορεί να επιτευχθεί από τον πάροχο και την ομάδα αναφοράς για το συγκεκριμένο πάροχο (μαύρη εξωτερική γραμμή)

Όσο πιο κοντά είναι οι γραμμές στις άκρες των πέντε πεδίων (η μαύρη εξωτερική γραμμή), τόσο καλύτερα τα αποτελέσματα σε κάθε ένα από αυτούς τα πεδία, τομείς και δείκτες. Κάθε δείκτης μετράται με στοιχεία, τα οποία αποτελούν μέρος των μέσων που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης. Για να δημιουργήσετε αυτές τις γραμμές, όλοι οι δείκτες και τα στοιχεία μεταφέρονται σε βαθμούς επίτευξης στόχου μεταξύ 0% και 100% (π.χ. ναι = 100% και όχι = 0% επίτευξη του στόχου για ένα συγκεκριμένο στοιχείο).

### ***Αποτελέσματα - Περαιτέρω προοπτικές***

Το ΕΡΑ έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες και αυτή τη στιγμή δοκιμάζεται σε ένα διεθνές πλαίσιο. Μέχρι στιγμής, τα αποτελέσματα υπήρξαν ενθαρρυντικά και δείχνουν:

- βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και υψηλότερα πρότυπα παροχής υπηρεσιών
- αύξηση της διαφάνειας και του ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων φροντίδας υγείας
- αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία από το προσωπικό
- βελτίωση της εμπιστοσύνης και των εμπειριών από τους πελάτες / ασθενείς
- να αποτελεί κίνητρο για τις ομάδες υγείας για μετρήσιμη αλλαγή και βελτίωση

Η δύναμη της προσέγγισης του ΕΡΑ έγκειται στη διαφάνεια που παράγει. Η άμεση και λεπτομερής επαναπληροφόρηση και η δυνατότητα κατάταξης μεταξύ των συμμετεχόντων μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μονάδες και συστήματα υγείας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εστιάσει στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρέχονται από επαγγελματίες υγείας ή να προσαρμοστεί για να φωτίσει διάφορες πτυχές του συστήματος υγείας, όπως η χρηματοδότηση της υγείας, η ηγεσία, τα φάρμακα, το ανθρώπινο δυναμικό, καθώς και κλινικά θέματα. Μπορεί εξάλλου να προσαρμοστεί σε ειδικούς τομείς ενδιαφέροντος.

## **2.3. INTERNATIONAL FAMILY PRACTICE MATURITY MATRIX**

### **Αντώνιος Καρότσης**

Η γέννηση της ιδέας για τη δημιουργία ενός εργαλείου που να μετρά τους δείκτες ωρίμανσης και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) μας βρίσκει στην Αγγλία το 2004 όταν τέθηκε σε εφαρμογή το νέο συμβόλαιο εργασίας (General Medical Services-GMS). Το

χαρακτηριστικό τού νέου συμβολαίου ήταν ότι το σύστημα ανταμείβει τα ιατρεία Πρωτοβάθμιας που επιτυγχάνουν να υλοποιήσουν ένα αριθμό από ποιοτικά κριτήρια και να βελτιώσουν έτσι το επίπεδο των παρεχομένων από αυτά υπηρεσιών.

Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών (Quality Improvement-QI) έγινε γρήγορα κυρίαρχος στόχος όλων των ιατρείων ΠΦΥ. Όμως η αναζήτηση μετρήσιμων δεικτών (indicators) ώστε να γίνει αξιολόγηση (Quality Assurance) και να πιστοποιηθεί η βελτίωση προκάλεσε μια νέα μεγάλη συζήτηση

Ήταν οφθαλμοφανές ότι μόνο δομικές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας των ιατρείων (π.χ. ωράριο, ραντεβού, αλλαγή καθηκόντων προσωπικού κ.λπ.) δεν επαρκούσαν και έπρεπε να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην ανάπτυξη και διαμόρφωση αλλαγών που να τροποποιούν τη λειτουργία των μονάδων, αλλά και την επιστημονικής απόδοσης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτές (healthcare performance)<sup>23,24</sup>.

Ο όρος ‘οργανωτική ωρίμανση’ (organizational maturity)<sup>25</sup> εισήγαγε στην ιατρική πράξη την ανάπτυξη εργαλείων όπως το MapSaf (Manchester Patient Safety tool) και το Maturity Matrix, τα οποία καθορίζουν τα χαρακτηριστικά των δεικτών ωρίμανσης και ωθούν τις μονάδες ΠΦΥ να πετύχουν συγκεκριμένους δείκτες ποιότητας με τελικό στόχο την βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών ΠΦΥ<sup>26</sup>.

### **Στόχος**

Το Maturity Matrix αναπτύχθηκε από το 1996 έως το 2003 από τον Glyn Elwyn Καθηγητή Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Cardiff, Wales, UK. Σκοπός ήταν η δημιουργία ενός εργαλείου που να προτείνει συνολικού χαρακτήρα οργανωτικές και διαμορφωτικές αλλαγές μετά από αξιολόγηση των υπαρχόντων δομών<sup>26,27</sup>.

### **Μεθοδολογία – Διαδικασία αξιολόγησης**

Το εργαλείο έχει ένα αριθμό οργανωτικών διαστάσεων (π.χ. χρήση ιατρικών γνώσεων, χρήση δεδομένων ασθενούς, Διοίκηση κ.λπ.) και μια κλίμακα 6 επιπέδων με αυξάνουσα βαθμολογικά θέση από το 1 έως το 6. Η αξιολόγηση γίνεται από τα ίδια τα μέλη της μονάδος τα οποία καλούνται να τοποθετήσουν, κατά την προσωπική τους άποψη, σε ποια κλίμακα κάθε οργανωτικής διάστασης ευρίσκεται η μονάδα τους βάζοντας ένα βαθμό από το 1 έως το 6. Ακολουθεί επίσκεψη τού εκπροσώπου τού εργαλείου στη μονάδα και συνέντευξη με τούς εργαζομένους σε αυτή, ώστε να οριστικοποιηθούν οι αριθμοί και να βγει μία απόφαση κοινής αποδοχής η οποία τοποθετεί την μονάδα σε μία θέση συγκρίνοντας την με άλλες μονάδες τονίζοντας σε κάθε οργανωτική διάσταση ποιές αλλαγές πρέπει να γίνουν<sup>27,28</sup>.

Το Maturity Matrix ήταν εύκολο και εφικτό στη χρήση της αξιολόγησης ερ-

γαλείο με βαθμό αξιοπιστίας το 96.7%. Πλην όμως σχεδιασμένο αποκλειστικά για το Αγγλικό σύστημα Υγείας γρήγορα προκάλεσε ερωτήματα ως προς τη δυνατότητα εφαρμογής του και σε άλλες χώρες. Σε μία παγκοσμιοποιημένη υγεία υπάρχει η απαίτηση ανάπτυξης συμφωνημένων και συγκεκριμένου επιπέδου οργανωτικών δομών σε διεθνές επίπεδο. Πολλές χώρες έχουν το δικό τους σύστημα αξιολόγησης. Οι μονάδες ΠΦΥ αναπτυσσόμενες βρίσκονται να αποτελούν τμήμα δικτύων παροχής υπηρεσιών σε παγκόσμιο επίπεδο μέσα από διεθνοποιημένους ασφαλιστικούς φορείς ή διακρατικά σύμφωνα συνεργασίας. Μελέτες<sup>27,28</sup> δείχνουν ότι υπάρχει χάσμα ως προς τη συμμόρφωση των μονάδων ΠΦΥ από διάφορα κράτη ώστε να υπάρχει ένα, πιστοποιημένο, υψηλής απόδοσης διακρατικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών.

Η έλλειψη ενός Ευρωπαϊκού εργαλείου που να διευκολύνει την βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών από τις μονάδες ΠΦΥ μέσα από την εφαρμογή κριτηρίων ποιότητας όπως αυτά του EPA<sup>29</sup>, οδήγησε τους ερευνητές να προχωρήσουν σε πιλοτική εφαρμογή του Maturity Matrix σε 5 ευρωπαϊκές χώρες (Γερμανία, Ολλανδία, Ελβετία, Σλοβενία και Αγγλία)<sup>30</sup>. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- το Maturity Matrix χαρακτηρίστηκε εύκολα εφαρμόσιμο και σχετικά ακριβές εργαλείο
- τμήματά του αφορούν μόνο την Αγγλία και το GMS contract και κάποιοι παράμετροι δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

Μετά από την πιλοτική εφαρμογή προκύπτει πλέον η ανάγκη ανασχεδιασμού και η δημιουργία του International Family Practice Maturity Matrix (IFPMM). Η αρχική σκέψη είναι η επινόηση μιας ποιο συστηματικής διεργασίας για τον ορισμό των οργανωτικών διαστάσεων, αλλά και την ανάπτυξη των κλιμάκων αξιολόγησης. Οι δείκτες από το EPA αναδιαμορφώθηκαν με δεδομένα από ειδικούς στην ποιότητα από τις χώρες της πιλοτικής εφαρμογής, δημιουργώντας έτσι μια διεθνή προοπτική σε σημαντικά πεδία της καθημερινής πρακτικής μια μονάδας ΠΦΥ<sup>32,33</sup>.

Ο τελικός στόχος ήταν να ανασχεδιαστεί το Maturity Matrix ώστε να έχει διεθνή προοπτική και να γίνει ένα εργαλείο πρωτότυπο και ικανό να χρησιμοποιηθεί σε διεθνές επίπεδο διατηρώντας την αξιοπιστία (validity) και την ευχρηστία (feasibility) που είχε η αρχική έκδοση. Αν και η διαδικασία αξιολόγησης παραμένει αμετάβλητη, το περιεχόμενο των οργανωτικών διαστάσεων ξανασχεδιάστηκε με σκοπό τη διεθνή προοπτική στη διαχείριση και λειτουργία της μονάδας ΠΦΥ (practice management)<sup>30</sup>.

Για την αναδιαμόρφωση του IFPMM ζητήθηκε η συνδρομή του EQuiP (European Association for Quality in GP/FM), το οποίο είχε αποτελέσει και την πηγή των ερευνητών του EPA όταν προήδρευε σε αυτό ο R. Groll, αλλά και του IQ (Institute for Quality in Health Care) το οποίο ίδρυσε στην Ολλανδία ο R. Groll εγκαταλείποντας το EQuiP, αλλά και το AQUA Institute of Goetingen, Germany το οποίο κράτησε τελικά την πατρότητα του EPA.

Σκοποί του νέου IFPMM είναι:

- Ο σχεδιασμός ενός εργαλείου αξιολόγησης των οργανωτικών διατάσεων που να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην ΠΦΥ.
- Ο σχεδιασμός ενός εργαλείου που να προωθεί οργανωτικές αλλαγές ανάμεσα στα μέλη της μονάδος και να υποστηρίζει τη βελτίωση των παρεχομένων από αυτή υπηρεσιών ΠΦΥ.
- Ο σχεδιασμός μιας διαδικασίας αξιολόγησης που να είναι εύκολη στη χρήση.
- Η ανάπτυξη ενός website που να περιλαμβάνει ένα εργαλείο που να τροφοδοτείται από τα αποτελέσματα της αξιολόγησης και να δίνει ένα αποτέλεσμα όχι μόνο της θέσης της εξεταζόμενης μονάδας ΠΦΥ, αλλά και τη σύγκρισή της με άλλες μονάδες του ίδιου κράτους, αλλά και άλλων κρατών (benchmarking)<sup>31-36</sup>
- Να ελέγχεται η ευκολία χρήσης τού εργαλείου διεθνώς.

Στην τελική μορφή του IFPMM υπάρχουν 7 οργανωτικές διαστάσεις<sup>32,33</sup> στα πλαίσια λειτουργίας μιας μονάδας ΠΦΥ<sup>37</sup>:

1. Χρήση ιατρικής πληροφορίας
2. Χρήση δεδομένων ασθενούς
3. Διοίκηση προσωπικού
4. Εργασία σε ομάδα
5. Ακούγοντας τον ασθενή
6. Βελτιώνοντας την υγειονομική μονάδα
7. Διαδικασίες λειτουργίας

και 6 επίπεδα αξιολόγησης (1=κακό, > 6=πολύ καλό).

Από τη στιγμή που το εργαλείο ολοκληρώθηκε και θεωρήθηκε ότι πληροί όλα τα κριτήρια για τη σωστή λειτουργία του, άρχισε να σχεδιάζεται η μελέτη εφαρμογής και αξιολόγησής του (Feasibility Study)<sup>26</sup>. Το 2007 ο Καθηγητής Glyn Elwyn και η Laura Tapp επισκέφθηκαν την κλειστή συνάντηση του EQuIP στην Πράγα και ζήτησαν εθελοντές ερευνητές από τις χώρες μέλη. Κάθε ερευνητής, υπό τον τίτλο του principal investigator (PI) εξουσιοδοτήθηκε να συντονίσει την μετάφραση τού εργαλείου στη γλώσσα της χώρας του και να επιλέξει τουλάχιστον 5 μονάδες ΠΦΥ της χώρας του για να εφαρμόσει σε αυτές το IFPMM. Στόχος να συλλεχθούν αποτελέσματα από πολλές χώρες και να συγκριθούν μεταξύ τους. Κάθε ερευνητής είχε δικαίωμα να έχει και 3 διευκολυντές (facilitators) του έργου του, ώστε να ολοκληρωθεί σε κάθε χώρα η μελέτη. Τον Ιούλιο του 2007 διοργανώθηκε ημερίδα εκπαίδευσης των διευκολυντών και ερευνητών (Facilitators & Principal Investigators) και τους δόθηκαν συμπληρωματικές οδηγίες και πρακτικές συμβουλές για την εφαρμογή του εργαλείου. Επίσης για εκπαιδευτικούς λόγους υπήρχε και διαδραστικό φροντιστήριο και κατάληξη σε κείμενο ομοφωνίας, μέσα από τη χρήση εικονικού/προκατασκευασμένου εργαλείου<sup>35</sup>.



Το IFPMM έχει μεταφραστεί σε 13 γλώσσες, μεταξύ των οποίων και στην Ελληνική (Σχήμα 2), υπό την αιγίδα της ΕΛΕΓΕΙΑ. Στη μελέτη αξιολόγησης συμμετείχαν 12 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, με συνολική αξιολόγηση 73 μονάδων ΠΦΥ, εκ των οποίων οι 5 ήταν Ελληνικές.

### *Περαιτέρω προοπτικές*

Η ολοκλήρωση τού IFPMM ήρθε με τη δημιουργία ενός λογισμικού (software)<sup>34,35</sup>, τα πνευματικά δικαιώματα του οποίου ανήκουν στο Cardiff University of Wales, U.K. Ο χρήστης μπορεί να βρει εύκολα τούς ποιοτικούς δείκτες, τις οργανωτικές διαστάσεις και την κλίμακα αξιολόγησης στο διαδίκτυο και να τις εφαρμόσει, πλην όμως για να έχει πιστοποίηση από το IFPMM πρέπει να πληρώσει τα ετήσια δικαιώματα χρήσης τού λογισμικού, ώστε να πάρει έγκυρο κωδικό και να βάλει τα αποτελέσματα της αξιολόγησής του στο σύστημα. Τότε θα πάρει αναλυτικά στοιχεία για την κατάσταση της ελεγχόμενης μονάδας, οδηγίες για το τι πρέπει να γίνει για τη βελτίωση των υπηρεσιών της και φυσικά επίσημο πιστοποιητικό αξιολόγησης και πιστοποίησης κατά IFPMM.

## **2.4. EUROPEP-PCAT: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**Χρήστος Λιονής, Χαρά Βόβα, Δήμητρα Σηφάκη-Πιστόλλα**

Στις παρακάτω ενότητες γίνεται σύντομη αναφορά δυο εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες ΠΦΥ που χρησιμοποιήθηκαν σε συγκεκριμένα ερευνητικά προγράμματα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Το *ερωτηματολόγιο EUROPEP* το οποίο αποτελεί ένα Ευρωπαϊκό εργαλείο πρότυπο διεθνών συγκρίσεων, εφαρμόστηκε μετά από άδεια στην Ελλάδα από τη Κλινική Κοινωνική και Οικογενειακή Ιατρική του Πανεπιστημίου Κρήτης σε δυο ερευνητικά προγράμματα.

Στο πρώτο, η Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης σε συνεργασία με το ΠΕΣΥΠ Κρήτης εφάρμοσε το 2003 το ερωτηματολόγιο πιλοτικά σε δυο επιλεγμένα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) της Κρήτης. Σύμφωνα με τα δημοσιευμένα αποτελέσματα<sup>38</sup> οι ασθενείς που το συμπλήρωσαν αξιολόγησαν ως άριστη τη γνώμη τους για το γενικό ιατρό τους σε θέματα που σχετίζονται με τη δεξιότητά του να επικοινωνεί και να ακούει προσεκτικά τον ασθενή (97.6%), τη διεξαγωγή των ιατρικών εξετάσεων (97.6%), να πληροφορεί τον ασθενή σχετικά με την ασθένεια και τα συμπτώματά της (97.6%), την εμπιστευτικότητα των πληροφο-



φοριών του ασθενή (95.1%), και να παρέχει γρήγορα και προσεκτικά τις υπηρεσίες του (100%). Αντίθετα, μόνο το 31.7% των συμμετεχόντων αξιολόγησε τον χρόνο αναμονής ως άριστο.

Το ερωτηματολόγιο EUROPEP χρησιμοποιήθηκε επίσης στο πλαίσιο της μελέτης: «Αξιολόγηση της απόδοσης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα» η οποία διεξήχθη από τη Κλινική Κοινωνική και Οικογενειακή Ιατρική του Πανεπιστημίου Κρήτης την ΕΣΔΥ<sup>39</sup>. Ο βασικός στόχος και εδώ ήταν η αξιολόγηση της γνώμης του ασθενή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τον ιατρό ΠΦΥ και η ανάλυση και συζήτηση των αποτελεσμάτων αποτέλεσαν μέρος μιας διατριβής με θέμα την «Αξιολόγηση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής στην Ελλάδα: αναφορά στη γνώμη των ασθενών». Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τα τέλη Οκτωβρίου του 2008 έως τα τέλη Μαΐου του 2009. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 20 Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) της Ελλάδας στις περιοχές της Ηπείρου (16 Κ.Υ.) και της Κρήτης (14 Κ.Υ.) και συνολικά συμπληρώθηκαν 569 ερωτηματολόγια (86.5% από αυτά στα Κ.Υ. της Ηπείρου και 13.5% στα Κ.Υ. της Κρήτης). 43.4% των συμμετεχόντων ήσαν άντρες και 56.6% γυναίκες, 38.5% ήσαν ηλικίας 65-74 και 38.1% ηλικίας μεγαλύτερης των 74 ετών. Το 63.8% των συμμετεχόντων αξιολόγησε την κατάσταση της υγείας του από μέτρια ως κακή και μόνο το 4.6% των συμμετεχόντων την αξιολόγησε από πολύ καλή ως άριστη, με το 91.9% των συμμετεχόντων να αναφέρει τουλάχιστον ένα νόσημα  $\geq 3$  μήνες. Τέλος, όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης το 44.3% των συμμετεχόντων είχαν τελειώσει το δημοτικό και το 5.6% ήταν ανώτερης/ανώτατης εκπαίδευσης. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης προέκυψε ότι στο σύνολο τους οι ασθενείς **αξιολογούν καλά ως άριστα τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους**. Ως προς την σύγκριση των διαστάσεων του ερωτηματολογίου, οι ασθενείς πάνω σε μια πενταβάθμια κλίμακα αξιολόγησαν θετικότερα την ιατροτεχνική φροντίδα (4.38) και την οργάνωση της φροντίδας (4.26), ενώ οι χαμηλότερες τιμές εντοπίστηκαν στη σχέση γιατρού-ασθενή (4.00) και στον συντονισμό της φροντίδας (3.75). Όσον αφορά τον συντονισμό της φροντίδας, ο χρόνος αναμονής (3.48), η ώρα που διευκολύνει για ραντεβού (3.57) και η δυσκολία επικοινωνίας με το γιατρό (3.56) αξιολογήθηκαν από την πλειοψηφία των ασθενών από μέτρια ως καλή. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών (ηλικία, αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας των ασθενών, επίπεδο εκπαίδευσης) με τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου και ανά περιφέρεια ( $P < 0.05$ ).

Το “Primary Care Assessment Tool (PCAT)-Short Version”/«Εργαλείο Εκτίμησης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας-Σύντομη Ελληνική Έκδοση», δημιουργήθηκε από το Primary Care Policy Center for Underserved Populations του Johns Hopkins University<sup>40</sup>. Η ελληνική μετάφραση και η πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκαν από την ομάδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικο-

γενειακής Ιατρικής (ΚΚΟΙ) στο πλαίσιο ενός εθνικού χρηματοδοτούμενου έργου ΕΣΠΑ και κατόπιν χορήγησης σχετικής άδειας από το δημιουργό του πρωτότυπου εργαλείου. Το έργο ΕΣΠΑ είχε τίτλο «*Λειτουργική διασύνδεση φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τις μονάδες υγείας με τη χρήση ενιαίων προτύπων ποιότητας -διαδικασιών*», υλοποιήθηκε την περίοδο 2012-2015 και εντάχθηκε στο πρόγραμμα του Ε.Π. «Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013» [κωδ. ΟΠΣ 337424]. Σκοπός του έργου ήταν η δημιουργία ενός βέλτιστου μοντέλου αποτίμησης της λειτουργικής διασύνδεσης των δομών ΠΦΥ σε δύο επίπεδα: α) εντός της κάθε δομής και β) μεταξύ των δομών ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Το PCAT εφαρμόστηκε σε δείγμα 124 δομών ΠΦΥ της επικράτειας, έπειτα από στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία. Όσον αφορά τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του PCAT, όπως ήταν αναμενόμενο καμία δομή δεν παρουσίασε μέγιστη ή ανύπαρκτη διασύνδεση. Η πλειονότητα των δομών κυμαίνονταν μεταξύ μερικής και βασικής διασύνδεσης, ενώ ένα μικρό ποσοστό (5%) αποτιμήθηκε με φτωχή διασύνδεση. Οι δομές πρόληψης και απεξάρτησης παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα διασύνδεσης, ενώ χαμηλότερο επίπεδο διασύνδεσης εμφανίζουν το ΕΚΑΒ και τα ΤΕΠ. Επίσης, από τα αποτελέσματα διαφαίνεται ότι οι «Οικονομικές συνθήκες» και η «Ποιότητα των υπηρεσιών» είναι οι διαστάσεις που επιδέχονται περισσότερης βελτίωσης. Αντιθέτως, υψηλότερη βαθμολογία παρατηρείται στις διαστάσεις αναφορικά με τη «Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας» καθώς και την «Πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦΥ». Εμβραθύνοντας στη διάσταση «Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας», ότι όλα τα επιμέρους χαρακτηριστικά της έχουν αξιολογηθεί ικανοποιητικά. Το μόνο χαρακτηριστικό που χρήζει βελτίωσης είναι αυτό της πληροφοριακής συνέχειας, που αφορά κυρίως στην τήρηση ηλεκτρονικού φακέλου υγείας. Η διάσταση αναφορικά με τις «Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ» και συγκεκριμένα τα χαρακτηριστικά του εισοδήματος και του καθεστώτος απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού παρουσιάζουν τα χειρότερα αποτελέσματα και είναι αυτά που χρήζουν άμεσης παρέμβασης.

## **2.5. ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΠΦΥ - ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΑΛΗΣ (ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ) ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ**

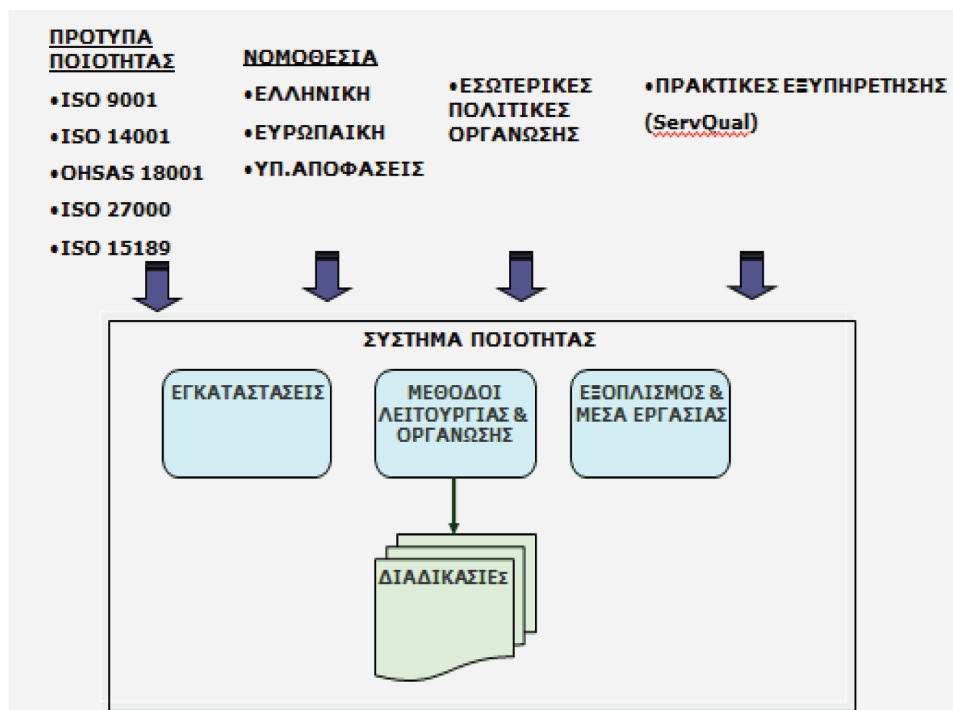
### **Νίκος Παπανικολάου**

Η εφαρμογή πολιτικών ποιότητας στην ΠΦΥ επιχειρήθηκε αρχικά από ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ οι οποίοι κατά κύριο λόγο πιστοποιούσαν τις υπηρεσίες τους εφαρμόζοντας το διαδεδομένο Πρότυπο ISO 9001-σύστημα διαχείρισης ποιότητας ή/και το ISO 15189-Διαπίστευσης Εργαστηρίων (Διαγνωστικά Κέντρα, Εργαστήρια). Στον ευρύτερο Δημόσιο Τομέα επιχειρήθηκε με επιτυχία

η ανάπτυξη και εφαρμογή ενός Ολοκληρωμένου Συστήματος Ποιότητας υπηρεσιών ΠΦΥ στην Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού. Μετά από επιθεωρήσεις, οι οποίες διενεργήθηκαν από εξωτερικό φορέα πιστοποίησης, πιστοποιήθηκαν το έτος 2008 τα πέντε (5) εφαρμοζόμενα πρότυπα του Συστήματος Ολικής Ποιότητας, καθιστώντας τη μονάδα μοναδικό φορέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και από τους ελάχιστους στην Ευρώπη στους οποίους εφαρμόζονταν Σύστημα Ολικής Ποιότητας (Σχήμα 1)<sup>41,42</sup>:

- Παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Πρότυπο ISO 9001)
- Εκτέλεση αιματολογικών και βιοχημικών αναλύσεων (Πρότυπο ISO 15189) πιστοποιημένο από το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ. Α.Ε.)
- Ασφάλεια διαχείρισης πληροφοριών (Πρότυπο ISO 27001)
- Προστασία του περιβάλλοντος (Πρότυπο ISO 14001)
- Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων (Πρότυπο OHSAS 18001)

Παράλληλα, η μονάδα υπεβλήθη σε αξιολόγηση με το διεθνές και εξειδικευμένο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εργαλείο IFPMM (International Family Practice Maturity Matrix). Η εισαγωγή και χρήση εργαλείων όπως το IFPMM κατέ-



Σχήμα 1. Προδιαγραφές λειτουργίας συστήματος ποιότητας.

στη δυνατή κατόπιν πρωτοβουλίας της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής που υποστήριξε τη μετάφραση του εργαλείου, αλλά και την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στον τρόπο και τις μεθόδους διευκόλυνσης της εφαρμογής του σε μονάδες ΠΦΥ της χώρας. Αξίζει να σημειωθεί τέλος ότι για τη μέτρηση της επίδοσης, τόσο σε επίπεδο παρεχόμενου επιπέδου ποιότητας όσο και σε επίπεδο εσωτερικής αξιολόγησης στην Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα εργαλεία μέτρησης της απόδοσης:

- Balanced Scorecard για τη μέτρηση της επιχειρησιακής απόδοσης
- ServQual για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Στο Σχήμα 2 αποτυπώνονται συνοπτικά τα εφαρμοζόμενα πρότυπα που αποτελούν ένα ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης ποιότητας της συγκεκριμένης μονάδας ΠΦΥ (Σύστημα Ολικής Ποιότητας)<sup>41</sup>.

	1	2	3	4	5	6	7
	Σύστημα Παροχής Ιατρικών & Νοσηλευτικών Υπηρεσιών	Προμήθειες	Παρεχόμενες υπηρεσίες & συνοδευτικά προϊόντα	Ασθενείς και Συνοδοί	Διοίκηση	Κράτος	Περιβάλλον
ISO 9001:2008	X	X	X	X	X		
ISO 14001: Σύστημα Περιβαλλοντικής Διαχείρισης					X	X	X
ISO 27001: Σύστημα Ασφάλειας Πληροφοριών	X			X	X	X	
ISO 15189: Σύστημα Διαπίστευσης Βιοπαθολογικών Εξετάσεων	X		X				
Υγιανή και Ασφάλεια στην Εργασία (OHSAS 1801)	X			X	X	X	X
Ιατρικά πρωτόκολλα	X		X	X			
Health Care Balanced Scorecard	X		X	X	X		

**Σχήμα 2.** Ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης ποιότητας.

## ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

Η εφαρμογή εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών στην ΠΦΥ δείχνει ότι:

- Η βελτίωση αρχίζει με τη μέτρηση (δείκτες).
- Κινητοποιεί τους παρόχους φροντίδας υγείας για μετρήσιμες αλλαγές και βελτίωση.
- Αναδεικνύει αδυναμίες και δυνατότητες στους παρόχους.

- Ενθαρρύνει δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας, όπου είναι αναγκαίες και χρήσιμες.
- Έχει ισχυρή επίδραση καλά τεκμηριωμένη επιστημονικά πάνω σε αλλαγές της επίδοσης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Deming We. Out of the crisis. MA, Massachussetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, 1986.
2. Juran JM, Gryna FM (eds). Juran's Quality Control Handbook. 4th ed. McGraw-Hill, New York, 1988.
3. Γ. Τούντας. Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003, 20(5):532-546.
4. Gaucher Ej, Coffey Rj. Total quality in Health care. From theory to practice. Jossey-Bass, San Francisco, 1993.
5. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? J Am Med Inform Ass 1988, 260:1743-1748.
6. WHO. Continuous quality development: A proposal national policy. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1993.
7. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R8 on strengthening health systems as a continuation of the WHO Regional Office for Europe's Country Strategy "Matching services to new needs". Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
8. Smith, PC, Mossialos E, Papanicolas I. Performance measurement for Health system improvement: experiences, challenges and prospects. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
9. Lislaine Aparecida Fracolli et al. Primary Health Care assessment tools: a literature review and matasynthesis. DOI 2014, 10.1590/1413-812320141912.005722014.
10. Brasil. Ministerio da Saude(MS). Promocao da sude: carta de Ottawa, declaracao de Adelaide, Sundsvall e Santa Fe de Bogota. Brasilia: MS; 1996.
11. Kringos DS, Boerma WG, Spaan E, Pellny M. A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey. BMC Health Services Research 2011, 11:90.
12. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. The Journal of Family Practice 2001;50(2):161-175.
13. Donabedian, A. The Quality of Care: How Can it Be Assessed? JAMA 1988, 260(12):1743-1748.
14. Poder TJ, Mautone JA, Manz PH, Frye L, Blum NJ. Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care: a systematic analysis of roles and challenges. Pediatrics 2008, 121(1):65-72.
15. Jaturapatporn D, Hathirat S, Manataweewat B, Dellow AC, Leelaharattanarak S, Sirimothya S, Dellow J, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the General Practice Assessment Questionnaire (CPAQ).J Med Assoc Thai 2006, 89(9):1491-1496.

16. Tomasi E, Facchini LA, Osorio A, Fassa AG. Aplicativo para sistematizar informacoes no planejamento de acoes de saude publica. *Rev Saude Publica* 2003, 37(6):800-806.
17. Brandao ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliacao da atencao basica pela perspectiva dos usuarios : adaptacao do instrument EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2013, 18(1):103-114.
18. Engels Y, Campbell St, Dautzenberg M, Hombergh P, Brinkmann H, SzecsenyiJ, Falcoff H, Seuntjens L, Kuenzi B, Grol R. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract* 2005, 22:215-222.
19. Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S, Broge B, Boffin N, Marshall M, Elwyn G, Vodopivec-Jamsek V, Gerlach F, Samuelson M and Grol, R. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Fam Pract* 2006, 23:137-147
20. Goetz K, Campbell S, Broge B, Brodowski M, Steinhäuser J, Wensing M, Szecsenyi J. Job satisfaction of practice assistants in general practice in Germany: an observational study. *Fam Pract* 2013, 30:411-417
21. Grol R, Dautzenberg M, Brinkmann H. (Eds). 2004: *Quality Management in Primary Care. European Practice Assessment*. Publisher: Bertelsmann Foundation
22. <http://www.woncaeurope.org/content/ws-56-european-practice-assessment-epa-practice-assessment-and-quality-management-indicators>
23. Scott T, et al. Does organisational culture influence the health care performance? A review of the evidence. *Journal of Health Services Research & Policy* 2003, 8(2):105-117.
24. Mannion R, Davies HTO, Marshall MN. Cultural characteristics of “high” and “low” performing hospitals. *Journal of Health Organization and Management* 2005, 19(6):431-439.
25. Tapp L, et al. Developing organisational maturity: considering the role of culture typologies for primary care practices. *Education for primary care*, 2008.
26. Elwyn G, et al. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix™. *Quality and Safety in Health Care* 2004, 13:287-294.
27. Rhydderch M, et al, Assessing organisational development in European primary care using a group based method: A feasibility study of the Maturity Matrix. *Journal of Health Services Research & Policy* 2005.
28. Rhydderch M, Edwards A, Elwyn G, Marshall M, Engels Y, Van den Hombergh P, Grol R. Organizational assessment in general practice: a systematic review and implications for quality improvement. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2005, 11(4):366-378.
29. Rhydderch M, Edwards A, Elwyn G, Marshall M, Grol R. Organizational Assessment in Primary Care: An Overview, in *Quality Management in Primary Care*, R. Grol, Dautzenberg, M., Brinkmann, H., Editor. 2004: Gutersloh. p. 37-52.
30. Engels Y, et al., *Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices*. *Family Practice*, 2006. 23(1): p. 137-47.
31. Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in Health care* 1999, 8:184-90.
32. Jamvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003(3).

33. Ashworth M, Lea R, Gray H, Rowlands G, Gravelle H, Majeed M. How are primary care organizations using financial incentives to influence prescribing. *Journal of Public Health* 2004, 26(1):48-51.
34. Hung DY, Rundall TG, Crabtree BF, Tallia AF, Cohen DJ, Halphin HA. Influence of Primary Care Practice and Provider Attributes on Preventive Service Delivery. *American Journal of Preventative Medicine* 2006, 30(5):413-422.
35. McConnell CR. Managing Employee Performance. *Health Care Manager* 2004, 23(3):273-283.
36. Podichetty VK, Booher J, Whitfield M, Biscup,RS. Assessment of internet use and effects among healthcare professionals: a cross sectional survey. *Postgraduate Medical Journal* 2006, 82(966):274-9.
37. Green CJ, Fortin P, Maclure M, Macgregor A, Robinson S. Information system support as a critical success factor for chronic disease management: Necessary but not sufficient. *International Journal of Medical Informatics*, 2006.
38. Lionis C, Tsiraki M, Bardis V, Philalithis A. Seeking quality improvement in primary care in Crete, Greece: the first actions. *Croatian Medical Journal* 2004, 45:599-603.
39. Sbarouni V, Tsimtsiou Z, Symvoulakis E, Kamekis A, Petelos E, Saridaki A, Papadakis N, Lionis C. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. *Rural Remote Health*. 2012, 12:2156. Epub 2012 Oct 22.
40. Berra S, Rocha BK, Rodríguez-San M, Pasarín M I, Rajmil L, Borrell C, Starfield B. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey, *BMC Public Health* 2011, 11:285.
41. ΑΕΜΥ ΑΕ. Ποιότητα-Σύστημα Ολικής Ποιότητας, προσβάσιμο από <http://www.aemy.gr/web/guest/57>
42. Κιαχοπούλου Μ. Κέντρα Υγείας αστικού τύπου: μελέτη περίπτωσης «Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού ΑΕΜΥ» Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιάς 2013, προσβάσιμο από <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/6329>

### 3. Ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις (evidence based medicine) - Ηλεκτρονική Κλινική Διακυβέρνηση

Ελευθέριος Θηραΐος

*Globalisation of evidence  
Localisation of the guidelines  
(J. Hirsch, Hamilton Mai, 2008)*

#### ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η ιατρική σήμερα χαρακτηρίζεται από τον τρόπο που παίρνονται οι ιατρικές αποφάσεις (ιατρική βασισμένη στις ενδείξεις/evidence based medicine) και στη νέα σχέση που διαμορφώνεται ανάμεσα στο γιατρό και τους αρρώστους του, με τον άρρωστο να συμμετέχει στη λήψη ιατρικών αποφάσεων που τον αφορούν.
- Ως evidence based medicine ορίζεται η πρακτική που ενσωματώνει τις καλύτερες ενδείξεις που πηγάζουν από την έρευνα, με την κλινική εμπειρία και τις αξίες του ασθενούς, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του ασθενούς.
- Οι κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) αποτελούν δηλώσεις που αναπτύσσονται συστηματικά, με σκοπό να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς να λάβουν τις σωστές αποφάσεις, σχετικά με την πλέον κατάλληλη για αυτούς φροντίδα, σε συγκεκριμένες περιστάσεις.
- Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις των επαγγελματιών υγείας, αλλά και της Διοίκησης του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, είναι η προσπάθεια για τη βέλτιστη χρήση των περιορισμένων πόρων που διαθέτει η χώρα μας, ενώ ταυτόχρονα θα παρέχονται υψηλής ποιότητας και τεκμηριωμένες με βάση τις ενδείξεις καλές πρακτικές φροντίδας υγείας.
- Η εφαρμογή προτύπων Κλινικής Διακυβέρνησης αποσκοπεί στον εξορθολογισμό της δαπάνης, με τον προσδιορισμό του κόστους διαχείρισης των νοσημάτων, καθώς και στην πρόσβαση στα δεδομένα υγείας και την αποτελεσματική



διαχείρισή τους, στο πλαίσιο μιας Ηλεκτρονικής Κλινικής Διαχείρισης και ενός Εθνικού Πλαισίου Διαλειτουργικότητας.

### 3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τη δεκαετία του 1970, η ιατρική φροντίδα είχε ήδη γίνει πολύ αποτελεσματική και πολύ δαπανηρή. Το μεν κράτος ήθελε να περιορίσει τις δαπάνες τις οποίες δεν ήταν πλέον πρόθυμο να επωμιστεί, οι δε κοινωνικοοικονομικές δυνάμεις που το έλεγχαν έβλεπαν την ιατρική φροντίδα σαν δυνητικά κερδοφόρα επιχείρηση. Η αναγκαία ιδεολογική βάση που χρειαζόνταν βρέθηκε, αφενός στις προτάσεις του Cochrane (1971) περί αξιολόγησης της ιατρικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας των κλινικών παρεμβάσεων (effectiveness and efficiency), σύμφωνα με τις οποίες η ιατρική φροντίδα θεωρείται ως ένα είδος παραγωγής αξίας (production of value) με μετρήσιμες εισροές και εκροές (inputs and outputs), στο πλαίσιο της βιομηχανικής παραγωγής αγαθών και αφετέρου στην κριτική που άσκησε ο McKeown (1988) στους παραδοσιακούς ισχυρισμούς του ιατρικού επαγγελματισμού για αποτελεσματικότητα. Την ίδια περίοδο ο Donabedian (1980-1988) έθεσε το ζήτημα της ποιότητας στην φροντίδα υγείας (quality of care) και κατά συνέπεια την αναγκαιότητα ελέγχου των κλινικών διαδικασιών και παρεμβάσεων. Στις απόψεις αυτές βασίστηκαν διεθνώς και οι αναθεωρήσεις (reforms) των συστημάτων υγείας και των ιατρικών υπηρεσιών που ξεκίνησαν τη δεκαετία του 1990.

Στο πλαίσιο αυτό αναπτύχθηκαν μια σειρά τεχνικών και μεθόδων για τη διασφάλιση και συνεχή βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της φροντίδας για την υγεία, ενώ ταυτόχρονα εισάγεται στην καθημερινή πρακτική η οικονομική αξιολόγηση (economic evaluation) και οι πολιτικές για τον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση των δαπανών υγείας. Παραδείγματα αυτών των δραστηριοτήτων είναι ο ιατρικός και κλινικός έλεγχος (medical and clinical audit), η μέτρηση της ικανοποίησης των καταναλωτών (patient's satisfaction), η διαπίστευση των υπηρεσιών υγείας (health services accreditation) και κυρίως η ανάπτυξη της βασισμένης στις ενδείξεις ιατρικής και φροντίδας υγείας (evidence based medicine and care).

Όπως σημειώνει και ο Καθηγητής Θ. Μουντοκαλάκης στον πρόλογο του βιβλίου του «Η Νέα Ιατρική»<sup>1</sup>, σήμερα η ιατρική χαρακτηρίζεται από τον τρόπο που παίρνονται οι ιατρικές αποφάσεις και στη νέα σχέση που διαμορφώνεται ανάμεσα στο γιατρό και τους αρρώστους του. Στον τομέα των ιατρικών αποφάσεων, η παλιά μέθοδος της συμπερασματικής ή επαγωγικής λογικής (inferential reasoning) έχει αντικατασταθεί από τη διαδικασία που είναι γνωστή ως ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις (evidence based medicine), ενώ στη σχέση γιατρού-ασθενή το πατερναλιστικό πρότυπο, σύμφωνα με το οποίο ο γιατρός είναι εκείνος που παίρνει τις αποφάσεις για λογαριασμό του αρρώστου του, επειδή είναι ο μόνος που γνωρίζει τι είναι καλό

και τι είναι κακό γι αυτόν, έχει αντικατασταθεί από το «συνεταιρικό ή πρότυπο του μοιράσματος» (*partnership ή shared model*), που επιτρέπει στον άρρωστο να συμμετέχει στη λήψη ιατρικών αποφάσεων που τον αφορούν. Μάλιστα οι Coulter και Ellis<sup>2</sup> υπογραμμίζουν ότι «οι ασθενείς μπορεί να χρειάζονται βοήθεια για να καταλάβουν τις θεραπευτικές επιλογές και τις πιθανότητες των εκβάσεων και ότι ο κλινικός οφείλει να κοινωνεί την έννοια του κινδύνου αποτελεσματικά και να εκμαιεύει αλλά και να σέβεται τις προτιμήσεις του ασθενούς», ενώ σύμφωνα με τους Sheridan et al<sup>3</sup>, ο όρος «αμοιβαία λήψη απόφασης» νοείται ως «η διαδικασία στην οποία οι ασθενείς εμπλέκονται ως ενεργείς συμμετοχοί μαζί με τον κλινικό ιατρό που τους εξηγεί τις αποδεκτές ιατρικές απόψεις και να επιλέγει την προτιμώμενη πηγή κλινικής φροντίδας».

### 3.2. ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ (EVIDENCE BASED MEDICINE)

Ο όρος **evidence-based medicine** (EBM) ως ιατρική με βάση τις ενδείξεις είναι ένας όρος του οποίου η απόδοση στα Ελληνικά δεν έχει συμφωνηθεί ακόμα. Ο όρος αυτός οφείλεται στον Καναδό David Sackett και στην ομάδα του στο Πανεπιστήμιο Ontario του Καναδά. Αυτοί όρισαν την ιατρική με βάση τις ενδείξεις ως την πρακτική «που ενσωματώνει τις καλύτερες ενδείξεις που πηγάζουν από την έρευνα με την κλινική εμπειρία και τις αξίες του ασθενούς ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του ασθενούς»<sup>4</sup>. Πρόκειται για το συνδυασμό της προσωπικής κλινικής ικανότητας του γιατρού με τα καλύτερης ποιότητας διαθέσιμα κλινικά δεδομένα από την έρευνα και τις αξίες και προσδοκίες του ασθενή.

Τα θεμέλιά της ανάγονται στο μετεπαναστατικό Παρίσι. Η αναβίωση και ισχυροποίησή της καταγράφεται κυρίως μέσω του έργου του Βρετανού επιδημιολόγου A. Cochrane, ο οποίος είχε ουσιαστικά προδιαγράψει το μέλλον των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών και της συστηματικής ανάγνωσης της αποτελεσματικότητας των διαφόρων κλινικών παρεμβάσεων (1972). Ο ίδιος είχε υπογραμμίσει ότι ο όρος ισότητα στις υπηρεσίες υγείας μένει λέξη κενή χωρίς τη μελέτη της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας που τη συνοδεύουν.

Η EBM καλύπτει την ανάγκη ύπαρξης δεδομένων που αφορούν την:

- ακρίβεια των διαγνωστικών δοκιμασιών, την ευαισθησία, ειδικότητα, θετική και αρνητική διαγνωστικής αξίας, τους δείκτες πιθανοφάνειας, την αξία των προγνωστικών δεικτών
- συγκριτική αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των ιατρικών παρεμβάσεων, τους δείκτες έκβασης ή αποτελεσματικότητας των διαφόρων παρεμβάσεων όπως αυτών του σχετικού κινδύνου, της μείωσης του απολύτου κινδύνου, της μείωσης του σχετικού κινδύνου, του αριθμού των ατόμων που απαιτούνται να λάβουν θεραπεία για να προληφθεί ένα ανεπιθύμητο γεγονός

τα οποία δυστυχώς υπάρχουν διαθέσιμα για το λιγότερο από το 1/3 των περιπτώσεων - κλινικών ερωτημάτων στα «κλασσικά» ιατρικά συγγράμματα (textbooks).

Τα δε συμπεράσματα της EBM βασίζονται στη διαδικασία της **συστηματικής ανασκόπησης (systematic review)**<sup>5</sup>, ή **κριτικής αποτίμησης (critical appraisal)**<sup>6</sup> της βιβλιογραφίας. Η αναζήτηση και ανασκόπηση είναι μία συστηματική προσπάθεια εξεύρεσης, ανάγνωσης και αποτίμησης της ποιότητας της πληροφορίας, η οποία δεν είναι απαραίτητη στον λειτουργό υγείας και ερευνητή μόνο για τη διαμόρφωση της υπόθεσης και τον σχεδιασμό της έρευνας, αλλά και για την αναζήτηση της αποτελεσματικότητας πολλών κλινικών παρεμβάσεων και τον έλεγχο της τεκμηρίωσης ή των ενδείξεων πολλών θεραπευτικών μέτρων. Έτσι θεωρείται απαραίτητη η γνώση των πηγών αναζήτησης της EBM.

Σύμφωνα με τους θιασώτες της, η EBM διευκολύνει τους κλινικούς ιατρούς στο να εκσυγχρονίζουν συνεχώς τις γνώσεις τους, ενώ ενισχύει την πεποίθησή τους για την ορθότητα των αποφάσεών τους και τους επιτρέπει να εξηγούν με μεγαλύτερη άνεση στους αρρώστους τους τη λογική πάνω στην οποία βασίζουν τις επιλογές τους. Ο διαφαινόμενος, κατά τους πολέμιους της μεθόδου, κίνδυνος είναι αυτός του περιορισμού της ελευθερίας του γιατρού. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με αυτούς, η αβεβαιότητα είναι εγγενές χαρακτηριστικό της άσκησης της ιατρικής και κάθε άρρωστος αντιπροσωπεύει ιδιαίτερη, πολυσύνθετη συνθήκη που παρεκκλίνει, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, από τη συνθήκη που αντιστοιχεί στο μέσο όρο των ατόμων της ομάδας στην οποία ανήκει. Έτσι, ο πιο αντίστοιχος προς την πραγματικότητα τρόπος προσέγγισης της μοναδικότητας κάθε ατόμου είναι η μάθηση που προκύπτει από την προσωπική εμπειρία, σε συνδυασμό με τη λογική της παραδοσιακής ιατρικής που βασίζεται στη σχέση αιτίου-αποτελέσματος. Παρά τις όποιες αντιδράσεις όμως, η EBM έχει επικρατήσει, τουλάχιστον ως αντίληψη.

### 3.3. ΤΑ ΠΕΝΤΕ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ EBM ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ – Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΣ

Η **evidence based practice (EBP)**<sup>4</sup> χρησιμοποιεί μια σειρά πέντε σταδίων που έχουν την έναρξή τους στη σύλληψη του κλινικού ερωτήματος και φθάνουν μέχρι την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της κλινικής πράξης.

Τα στάδια αυτά κατά Sachett και συν (2000) είναι:

- Η διαμόρφωση ενός κλινικού ερωτήματος που αναζητά απαντήσεις από την EBP επιστημονικά τεκμηριωμένη κλινική πρακτική.
- Η αναζήτηση της καλύτερης ένδειξης όσον αφορά τα αποτελέσματα (εκβάσεις) που βρίσκονται διαθέσιμα στη βιβλιογραφία και στις πηγές (βάσεις δεδομένων, συστηματικές ανασκοπήσεις κ.α.).

- Η κριτική αποτίμηση και αξιολόγηση της ποιότητας της πληροφορίας/ενδείξεων που μας δίνει η βιβλιογραφία.
- Η εφαρμογή αυτή της πληροφορίας/ενδείξεων στο κλινικό περιβάλλον που εργάζεται ο επαγγελματίας υγείας.
- Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας/αποδοτικότητας όλης της διαδικασίας που αυτός ακολούθησε σύμφωνα με τις υποδείξεις της βιβλιογραφίας.

#### 3.4. Η ΧΡΗΣΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Ο πιο διαδεδομένος τρόπος μεταφοράς των ευρημάτων της κλινικής έρευνας στον γιατρό που ασκεί την καθημερινή ιατρική είναι οι κατευθυντήριες οδηγίες. Πρόκειται για συστάσεις για τον τρόπο χειρισμού ιατρικών προβλημάτων που διαμορφώνονται από ομάδες ειδικών μετά από συλλογή, ανάλυση και αξιολόγηση των διαθέσιμων βιβλιογραφικών δεδομένων και προτείνονται στον κλινικό γιατρό για εφαρμογή. Το National Institute for Health and Clinical Excellence-NICE ορίζει τις **κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines)** ως «δηλώσεις που αναπτύσσονται συστηματικά με σκοπό να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς να λάβουν τις σωστές αποφάσεις σχετικά με την πλέον κατάλληλη για αυτούς φροντίδα σε συγκεκριμένες περιστάσεις»<sup>7</sup>.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες διαμορφώνονται μέσα από διαδικασίες ομοφωνίας, οι οποίες μπορεί να είναι ομοφωνίες ειδικών (consensus development panels) ή αυτό που ονομάζεται “nominal group process” δηλαδή ουσιαστικά συμφωνίες, μετά από βαθμολόγηση δηλώσεων, τις οποίες προηγουμένως μια κεντρική ομάδα έχει επεξεργαστεί και διαμορφώσει με βάση τη βιβλιογραφία και το επίπεδο τεκμηρίωσης (level of evidence).

Τα **κλινικά πρωτόκολλα (clinical protocols)** είναι συστηματικά ανεπτυγμένες οδηγίες με στόχο να υποστηρίξουν και βοηθήσουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και τους ασθενείς να λάβουν τις καλύτερες δυνατές αποφάσεις για την επιλογή της καταλληλότερης φροντίδας (ιατρικής, νοσηλευτικής, φαρμακευτικής) για συγκεκριμένη περίπτωση (περιστατικό)<sup>8</sup>. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται σχεδόν συνώνυμα με τους όρους ιατρική κατευθυντήρια οδηγία ή κλινική πρακτική κατευθυντήρια οδηγία (**clinical practice guidelines**). Σύμφωνα με τη wikipedia, ένα κλινικό πρωτόκολλο αποτελεί «ένα κείμενο με σκοπό την καθοδήγηση αποφάσεων και κριτηρίων για τη διάγνωση, διαχείριση και θεραπεία διαφόρων οντοτήτων στο πεδίο της φροντίδας υγείας». Με άλλα λόγια, τα κλινικά πρωτόκολλα παρέχουν προτυποποιημένες ροές σχετικά με τους διαγνωστικούς ελέγχους, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις καθώς και για άλλα επίπεδα της κλινικής πρακτικής, με την ανάπτυξη **σχεδίων φροντίδας (care plans)**.

Η **κλινική διακυβέρνηση (clinical governance)**<sup>9</sup>, το φάσμα δηλαδή των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε ένα σύστημα υγείας, με όρους αποτελεσματικής διαχείρισης των προβλημάτων υγείας των ασθενών και αποδοτικής χρήσης των πόρων, αποτελεί το κέντρο της εθνικής πολιτικής υγείας σε χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής. Ο έλεγχος της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, της αποτελεσματικής διαχείρισης των προβλημάτων υγείας των ασθενών και της αποδοτικής χρήσης των πόρων, αποτελούν στόχους της υγειονομικής μεταρρύθμισης που προωθείται και στη χώρα μας.

Τα κλινικά πρωτόκολλα υποστηρίζουν υποδείγματα ποιότητας, οργανώνουν και ενσωματώνουν τη διαθέσιμη και τεκμηριωμένη γνώση σε κωδικοποιημένες συστάσεις για τη βέλτιστη πρακτική αναφορικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο, την πρόληψη, την αξιολόγηση (εκτίμηση) και θεραπεία νοσημάτων και καταστάσεων υγείας. Στην πράξη πρόκειται για προσαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών για συγκεκριμένο στόχο, με υποδείγματα κλινικής πρακτικής και με αλγόριθμους (**clinical pathways**)<sup>10</sup>, περιγράφοντας τις κύριες κλινικές παρεμβάσεις, που γίνονται σε ένα χώρο εργασίας από την ομάδα των επαγγελματιών, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα του ασθενή, και καθορίζει αρμοδιότητες, θέτει χρόνους και βήματα, που πρέπει να ακολουθηθούν βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων ([www.library.nhs.uk/pathways](http://www.library.nhs.uk/pathways)).

Πολλές χώρες του εξωτερικού έχουν από χρόνια αναλάβει πρωτοβουλίες για την ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων και καθοδήγησης στην κλινική πρακτική που είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και μείωση του κόστους της φροντίδας των ασθενών (Πίνακας 1). Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις των επαγγελματιών υγείας, αλλά και της Διοίκησης του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, είναι η προσπάθεια για τη βέλτιστη χρήση των περιορισμένων πόρων που διαθέτει η χώρα μας, ενώ ταυτόχρονα θα παρέχονται υψηλής ποιότητας και τεκμηριωμένες με βάση τις ενδείξεις καλές πρακτικές. Η ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων έχει πολλά να προσφέρει στην κατεύθυνση αυτή μιας και θέτει τον ασθενή στο επίκεντρο της φροντίδας υγείας, εστιάζοντας στην ανάπτυξη διαδικασιών φροντίδας που λαμβάνουν υπόψη τους τις εμπειρίες και τις προτιμήσεις των ασθενών, εξασφαλίζοντας έτσι την παροχή στον ασθενή της βέλτιστης, κατά το δυνατόν, σύγχρονης και τεκμηριωμένης φροντίδας, παράλληλα με τον αναγκαίο περιορισμό του κόστους.

Στην Ελλάδα, μέχρι πρόσφατα, υπήρξαν αποσπασματικές προσπάθειες κυρίως Πανεπιστημίων και Επιστημονικών Εταιρειών και ανάμεσα σε αυτές αναφέρουμε την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, που ασχολείται συστηματικά με την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών<sup>11,12</sup>, έχοντας αναπτύξει ένα τοπικό δίκτυο διανομής κατευθυντήριων οδηγιών ([www.cgrg.gr](http://www.cgrg.gr)), 13 Κατευθυντήριες Οδηγίες Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νο-

**Πίνακας 1.** Κύριοι δικτυακοί τόποι για διανομή κατευθυντήριων οδηγιών.

---

National Institute for Clinical Excellence	<a href="http://www.nice.org.uk">www.nice.org.uk</a>
American Family Physician-Practice Guidelines	<a href="http://www.aafp.org">www.aafp.org</a>
National Guidelines in U.S	<a href="http://www.guideline.gov">www.guideline.gov</a>
New Zealand Guidelines Group	<a href="http://www.nzgg.org.nz">www.nzgg.org.nz</a>
U.S Resource Library for Physicians and Clinical Practice Guidelines.	<a href="http://www.rmlibrary.com/sites/medclini.htm">http://www.rmlibrary.com/sites/medclini.htm</a>
The Royal New Zealand College of General Practitioners	<a href="http://www.rnzcp.org.nz">http://www.rnzcp.org.nz</a>
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	<a href="http://www.sign.ac.uk/">http://www.sign.ac.uk/</a>
World Family Doctors	<a href="http://www.globalfamilydoctor.org">www.globalfamilydoctor.org</a>
Royal College of General Practitioners - UK	<a href="http://www.rcgp.org.uk/">http://www.rcgp.org.uk/</a>
The Royal Australian College of General Practitioners	<a href="http://www.racpg.org.au">www.racpg.org.au</a>

---

σημάτων και καταστάσεων υγείας στην ΠΦΥ (<http://www.greekphcguidelines.gr>), καθώς και μια μεθοδολογία-αρχές για την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών, σε συναντήσεις ομοφωνίας, με τη συμμετοχή εκπροσώπων των επιστημονικών φορέων, αλλά και των ασθενών.

Είναι αλήθεια, ότι η τήρηση και εφαρμογή των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών από τους Γενικούς Ιατρούς παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις. Υπάρχει μια ποικιλία παραγόντων που εμποδίζουν την εφαρμογή των κλινικών οδηγιών, οι οποίοι δεν συσχετίζονται με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των Γενικών Ιατρών. Η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων επί των οδηγιών, ο σκεπτικισμός ως προς την εφαρμοσιμότητα τους και οι ιδιαιτερότητες του ασθενούς, είναι οι σημαντικότερες αιτίες μη συμμόρφωσης με τις συστάσεις. Επιπρόσθετα, οι κλινικές οδηγίες φαίνεται να αδυνατούν να προβλέψουν περίπλοκες καταστάσεις όπως η συννοσηρότητα και η πολλαπλή φαρμακευτική θεραπεία, προκειμένου οι ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών να μη διαψεύδονται με τη συμμόρφωση τους στις κλινικές συστάσεις. Η απουσία κινήτρων για την επεξήγηση των συστάσεων στον ασθενή, η έλλειψη χρόνου και η έλλειψη πόρων του υγειονομικού συστήματος, πολλές φορές μπορεί να εμποδίσει την υιοθέτηση των οδηγιών στην καθημερινή πρακτική της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής<sup>13-17</sup>.

### **3.5. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ**

Μέτρα και πολιτικές, στο πλαίσιο μιας δέσμης διαρθρωτικών αλλαγών, που άρχισαν να εφαρμόζονται από το 2010 στην Ελλάδα, σε απάντηση συσσωρευμένων προβλημάτων ετών, έφεραν μια σειρά αλλαγών στην κατεύθυνση:

- δημιουργίας μηχανισμών ελέγχου (ESY.net, εφαρμογή διπλογραφικού, ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα, μηνιαία αξιολόγηση, ΚΕΝ/DRGs, κ.λπ.),
- ειδικών πολιτικών και στόχων στην παροχή και την ενοποίηση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και της ΠΦΥ (ΕΟΠΥΥ/ΠΕΔΥ),
- ολοκληρωμένων πολιτικών φαρμάκων (τιμολόγηση, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, κατευθυντήριες οδηγίες, θεραπευτικά πρωτόκολλα συνταγογράφησης κ.λπ.) και μέτρων προμηθειών (κεντρικά, περιφερειακά, τοπικά)

με βασική επιδίωξη, πέρα από την επίτευξη του στόχου της συγκράτησης της δημόσιας δαπάνης υγείας, να δοθεί έμφαση στην αύξηση των δεικτών ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας.

Κύρια στοιχεία αυτών των παρεμβάσεων αποτελούν:

- η ανάπτυξη Θεραπευτικών-Κλινικών Πρωτοκόλλων και Κλινικών Οδηγιών,
- η ανάπτυξη Μητρώων Δεδομένων Ασθενών (Patient Registries),
- η υιοθέτηση Δεικτών Ποιότητας και Αξιολόγησης της Απόδοσης του Κλινικού Έργου (Clinical/Medical Audit, KPIs),
- η Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας (HTA),

με στόχο τον εξορθολογισμό της δαπάνης και τον προσδιορισμό του κόστους διαχείρισης των νοσημάτων,

- η ανάπτυξη του ESY.net ώστε να αποτελέσει ένα σύγχρονο Business Intelligence and Management Information System για το Υπουργείο Υγείας,
- η ανάπτυξη Patient Summary και Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενή,
- η εφαρμογή Προτύπων Διασφάλισης της Ποιότητας (Quality Assurance),

με στόχο την πρόσβαση στα δεδομένα υγείας και την αποτελεσματική διαχείρισή τους, στο πλαίσιο μιας Ηλεκτρονικής Κλινικής Διαχείρισης, μέσω ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας που έχουν αναπτυχθεί στην ΗΔΙΚΑ (σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης) και τον ΕΟΠΥΥ.

### **3.6. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ**

Η ανάγκη ανάπτυξης στην Ελλάδα κλινικών οδηγιών, με στόχους τον έλεγχο και την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, την προτυποποίηση των δι-

αδικασιών, την μέτρηση του αποτελέσματος, αλλά και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, οδήγησε στην ανάπτυξη των θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

Ως **Θεραπευτικό Πρωτόκολλο** ορίζεται η δέσμη οδηγιών διάγνωσης και θεραπείας μίας νόσου, με βάση τα πορίσματα και την κλινική εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης ((Ν. 3697/2008, άρθρο 35), ενώ ένα **Θεραπευτικό Πρωτόκολλο Συνταγογράφησης (ΘΠΣ)** είναι μια δομημένη, πλήρης, συνεκτική και επιστημονικά τεκμηριωμένη περιγραφή της φαρμακευτικής αντιμετώπισης μιας συγκεκριμένης νόσου ή παθολογικής κατάστασης, με στόχο να χρησιμοποιηθούν από όλους τους ιατρούς ως βοήθημα στη συνταγογράφηση, ορίζοντας το πλαίσιο της «καλής ιατρικής πρακτικής», στη χρήση των πλέον ενδεδειγμένων φαρμακευτικών αγωγών σε σχέση και με το κόστος θεραπείας, στη μείωση του χρόνου επίτευξης του θεραπευτικού αποτελέσματος και των συνεπειών της νόσου και στην προτυποποίηση της χορήγησης φαρμάκων, με βάση διεθνώς αποδεκτά κριτήρια.

Με τη συγκρότηση της *Εθνικής Επιτροπής παρακολούθησης της φαρμακευτικής δαπάνης και της εφαρμογής των Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων* (ΦΕΚ\_64B\_16.1.14 & ΦΕΚ\_256B\_7.2.14), την ευθύνη σύνταξης των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, μετά από σχετική πρόσκληση της Εθνικής Επιτροπής, έχουν οι επιστημονικές εταιρείες των αναγνωρισμένων από το ΚΕΣΥ ιατρικών ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων. Σε συνεργασία με την Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, η οποία έχει την ευθύνη για τον συντονισμό της ανάπτυξης των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και της ψηφιακής απεικόνισής τους, καθώς και της υποστήριξης του μηχανισμού ελέγχου και εκπαίδευσης των ιατρών στην εφαρμογή τους, με τη συνεργασία των ειδικών επιστημονικών ιατρικών εταιρειών. Το ΚΕΣΥ αποτελεί τον αρμόδιο φορέα έγκρισης των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και προσδιορισμού του πλαισίου επικαιροποίησής τους, τουλάχιστον μία φορά κάθε έτος, με την ενσωμάτωση όλων των νεότερων επιστημονικών δεδομένων.

Στην κατεύθυνση αυτή η Ιατρική Εταιρεία Αθηνών ανέπτυξε μια ηλεκτρονική εφαρμογή ([www.e-healthnet.gr/tps/](http://www.e-healthnet.gr/tps/)), διαθέσιμη μέσω της ιστοσελίδας του Υπουργείου Υγείας, με σκοπό:

- να αναπτυχθεί **μια πλήρως λειτουργική ηλεκτρονική web-εφαρμογή**, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί αυτόνομα, αλλά και να μπορεί να διαλειτουργεί με άλλα πληροφοριακά συστήματα, συμπεριλαμβανομένου του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης,
- να είναι διαθέσιμη στις **επιστημονικές ιατρικές εταιρείες**, τόσο για την περαιτέρω ανάπτυξή της, με την ενσωμάτωση των ιατρικών πράξεων, των παρακλινικών εξετάσεων ή ακόμα και των ελληνικών κλινικών πρωτοκόλλων (clinical pathways), όσο και σαν εργαλείο εκπαίδευσης των ιατρών των διαφόρων ειδικοτήτων, αλλά και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας,



- να είναι διαθέσιμη στους **Ιατρικούς Συλλόγους** για την πιο τεκμηριωμένη και αποτελεσματική άσκηση του θεσμικού τους ρόλου.

Με την ενσωμάτωση των ΘΠΣ στην Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση επιτυγχάνεται:

- η συσχέτιση ΘΠΣ με συγκεκριμένες ειδικότητες ιατρών και η ένταξη των ασθενών σε ΘΠΣ,
- η επικαιροποίηση των ΘΠΣ των ασθενών κάθε 6 μήνες, με στόχο την καλύτερη θεραπευτική επιλογή,
- ο αποκλεισμός συνταγογράφησης εκτός ΘΠΣ για συγκεκριμένα φάρμακα,
- ο αποκλεισμός συνταγογράφησης εκτός ΘΠΣ για συγκεκριμένες διαγνώσεις. Κύρια οφέλη της εφαρμογής αυτής είναι:
- η ανάπτυξη ενός επιστημονικού βοηθήματος και εργαλείων αναφοράς για τις θεραπευτικές αποφάσεις των ιατρών,
- ο έλεγχος της σχέσης διάγνωσης (κατά ICD-10) και φαρμάκου και ο περιορισμός της συνταγογράφησης εκτός ενδείξεων,
- η άντληση χρήσιμων στατιστικών στοιχείων για χάραξη πολιτικών υγείας από την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας,
- η ανάπτυξη ενός εργαλείου ελέγχου της ορθολογικής χρήσης των διαθέσιμων πόρων, με συνακόλουθο τον εξορθολογισμό της δαπάνης, προς όφελος του ασθενή.

Για την αποτελεσματικότερη όμως εφαρμογή των ΘΠΣ απαιτείται:

- πλαίσιο ανάπτυξης και εφαρμογής των ΘΠΣ:
    - μεθοδολογία ανάπτυξης θεραπευτικών πρωτοκόλλων,
    - διαδικασίες επικαιροποίησης τους, τουλάχιστον μία φορά κάθε έτος, με την ενσωμάτωση όλων των νεότερων επιστημονικών δεδομένων,
    - διαμόρφωση διαδικασιών ισχυρής επιστημονικής συναίνεσης στην ανάπτυξη των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, με τη συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών υγείας, αλλά και ενώσεων ασθενών,
    - καθορισμός και παρακολούθηση ενός μηχανισμού ελέγχου της εφαρμογής των θεραπευτικών πρωτοκόλλων (δείκτες audit),
  - ενσωμάτωση ενός patient summary στην εφαρμογή της ΗΔΙΚΑ,
  - ανάπτυξη ενός Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενή για την ΠΦΥ,
  - δημιουργία Μητρώου Δεδομένων Ασθενών (patient registries), το οποίο διασυνδέεται με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα,
  - ανάπτυξη κλινικών/διαγνωστικών πρωτοκόλλων,
- μέσα σε ένα Εθνικό Πλαίσιο Διαλειτουργικότητας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μουντοκαλάκης Θ. Η Νέα Ιατρική. Βασισμένη σε ενδείξεις - Επικεντρωμένη στον άρρωστο. Αθήνα, 2006
2. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007, 335:24-27.
3. Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH. Shared Decision-Making Workgroup of the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2004. 26:56-66.
4. Sackett D. και συν. Επί ενδείξεων βασιζόμενη ιατρική. Πώς να ασκείτε και να διδάσκετε την EBM. Μετάφραση: Ε. Ανευλαβής. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχάλιδης, Αθήνα 2000.
5. Greenhalgh T. How to Read a Paper: The Basics of Evidence-Based Medicine, BMJ Publishing Group 1997.
6. Crombie IK The Pocket Guide to Critical Appraisal: a Handbook for Health Care Professionals, BMJ Publishing Group 1996
7. Field MJ, Lohr KN. Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use. Committee on Clinical Practice Guidelines-Division of Health Care Services-Institute of Medicine, National Academy Press, Washington DC 1992.
8. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines, *BMJ* 1999, 318:527.
9. Chambers R, Boath E, Rogers D. Clinical effectiveness and clinical governance made easy. Oxford; Radcliffe Medical Press 2004.
10. Kinsman L, Rotter T, James E, Snow P, Willis J. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Medicine* 2010, 8:31.
11. Λιονής X, Τατσιώνη Α, Heuberger P και συν. Κατευθυντήριες οδηγίες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: ένα κείμενο βασισμένο στη συνάντηση εργασίας Ελλήνων και Ολλανδών ερευνητών και γενικών ιατρών. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2001, 13:214-221.
12. Λιονής X, Αντωνάκης Ν, Αντωνοπούλου Μ και συν. Βήματα για την ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών στη Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: Ένα κείμενο ομοφωνίας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2003, 15:91-93.
13. Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Family Practice* 2001, 18(4):359-363.
14. Summerskill WS, Pope C. "I saw the panic rise in her eyes, and evidence-based medicine went out of the door." An exploratory qualitative study of the barriers to secondary prevention in the management of coronary heart disease. *Family Practice* 2002, 19(6): 605-610.
15. Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers - a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2003, 3(1):8.
16. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br j Gen Pract* 2007, 57(545):971-978.
17. van Steenkiste B, van der Weijden T, Stoffers HE, Grol R. Barriers to implementing cardiovascular risk tables in routine general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2004, 22(1):32-37.

## 4. Κλινικός Έλεγχος (Clinical Audit)

### στις υπηρεσίες υγείας

Νίκος Παπανικολάου

#### ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Ο Κλινικός Έλεγχος αποτελεί ένα από τα βασικότερα εργαλεία της Κλινικής Διακυβέρνησης. Διασφαλίζει ότι η εκάστοτε στρατηγική για την φροντίδα της υγείας υλοποιείται έτσι όπως ακριβώς σχεδιάστηκε, δίνοντας ταυτόχρονα την αφορμή και τις δυνατότητες ανάδειξης και ενσωμάτωσης των αλλαγών που απαιτούνται για να βελτιωθεί συγκεκριμένη περιοχή της υγειονομικής φροντίδας.
- Οι δυνατότητες και τα πλεονεκτήματα του Κλινικού Ελέγχου μπορεί να αξιοποιηθούν μόνον σε ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει την κριτική, υποστηρίζει την αλλαγή και καλλιεργεί την ανάπτυξη εργασιακής κουλτούρας που βασίζεται στην συστηματική και δομημένη τεκμηρίωση.
- Η πολιτική υγείας της χώρας άμεσα θα πρέπει να συμπεριλάβει υποχρεωτικά προγράμματα Κλινικού Ελέγχου για επαγγελματίες υγείας και οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Επαγγελματικές και επιστημονικές ενώσεις οφείλουν να συστήσουν Επιτροπές Ποιοτικού Ελέγχου προκειμένου να δημιουργούν πλαίσιο, να συντονίζουν ή/και να εισηγούνται σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο συγκεκριμένους Κλινικούς Ελέγχους.

#### 4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εποχή μας, η ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών δεν αποτελεί πλέον μια εναλλακτική επιχειρηματική συμπεριφορά που κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος αλλά επίσης ένα από τα βασικότερα κριτήρια επιλογής από πλευράς των καταναλωτών. Από την δεκαετία του 1950 που εμφανίστηκε η σύγχρονη έννοια της ποιότητας στη βιομηχανική παραγωγή διαμορφώθηκαν διάφορες ενέργειες παρέμβασης όπως ο Ποιοτικός Έλεγχος (**Quality Control**), η Διασφάλιση Ποιότητας (**Quality Assurance**), η Διοίκηση Ποιότητας (**Quality Management**) και

---

Γενικός Ιατρός, Δ/ντής ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Δυτικής Φραγκίστας

η Βελτίωση Ποιότητας (**Quality Improvement**). Η υιοθέτηση τακτικών αξιολογήσεων και η αδιάλειπτη αναζήτηση ευκαιριών για βελτίωση της ποιότητας και συνεχή εφαρμογή λύσεων για την αξιοποίηση και εκμετάλλευση των ευκαιριών αυτών αποτελεί αυτό που χαρακτηρίζεται ως Συνεχής Βελτίωση Ποιότητας (**Continuous Quality Improvement**) ενώ η συστηματική εφαρμογή της στο πλαίσιο μιας Διοίκησης που είναι δεσμευμένη και συμμετέχει στην υπόθεση της Ποιότητας με τρόπο που συμπεριλαμβάνει το σύνολο του προσωπικού και των δραστηριοτήτων της αναφέρεται συχνά ως Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (**Total Quality Management**).

Η ανάπτυξη συστημάτων ποιότητας έχει πολλαπλά οφέλη καθώς επιπλέον της βελτίωσης του παραγόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας μπορεί να επιτευχθεί μείωση των λειτουργικών εξόδων από 30% έως 50%. Ας σημειωθεί μόνον ότι όταν δεν εφαρμόζονται συστήματα ποιότητας σε μια επιχείρηση έως και το 25% του προσωπικού της μπορεί να απασχολείται με την διόρθωση σφαλμάτων.<sup>1</sup> Στο χώρο της υγείας και με τα δεδομένα του σύγχρονου περιβάλλοντος, τα συστήματα υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν μείζονα προβλήματα όπως η μεγάλη έλλειψη πόρων, τα σταθερά αυξανόμενα κόστη της νέας ιατρικής τεχνολογίας, την πολυνοσηρότητα που χαρακτηρίζει τον όλο και μεγεθυνόμενο γηριατρικό πληθυσμό των σύγχρονων κοινωνιών και την (ανα)αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας της υγείας. Η υιοθέτηση πρακτικών ελέγχου ποιότητας αποσκοπεί όχι μόνο στην ικανοποίηση των ασθενών με την παροχή των αναγκαίων, επιθυμητών και αποτελεσματικών υπηρεσιών αλλά επίσης και στον έλεγχο του κόστους.

## 4.2. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Στο πλαίσιο που διαμορφώθηκε στις ΗΠΑ, Ασφαλιστικοί οργανισμοί όσο και τα ίδια τα νοσοκομεία συνέδεσαν από νωρίς τον έλεγχο της ποιότητας με την αναδρομική αξιολόγηση/έλεγχο της ιατρικής φροντίδας, στοχεύοντας στην ανάδειξη και επισήμανση λανθασμένων ή αναποτελεσματικών επιλογών του ιατρικού προσωπικού. Οι επιθεωρήσεις αυτές έγιναν γνωστές ως Ιατρικοί Έλεγχοι (**Medical Audit**). Από ιστορικής πλευράς, μετά την πρωτοποριακή εργασία της Florence Nightingale στον πόλεμο της Κριμαίας (1853-1855) για το έλεγχο και την αποτελεσματικότητα της καθαριότητας και των συνθηκών υγιεινής των νοσηλευόμενων στρατιωτών στην εντυπωσιακή μείωση της θνησιμότητας, πρώτος πραγματικός «Ιατρικός Ελεγκτής» (**Medical Auditor**) θεωρείται ο Αμερικανός χειρουργός Ernest Codman ο οποίος ήδη από το 1912 εφάρμοσε πρόγραμμα στενής παρακολούθησης των ασθενών στη Μασαχουσέτη έτσι ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί οποιαδήποτε άμεση ή απότερη επιπλοκή των χειρουργικών επεμβάσεων. Το ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων παρενεργειών στα νοσοκομεία των ΗΠΑ είναι μεγάλο δεδομένου ότι ακόμη και στα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα η συχνότητα τους αφορούσε σχεδόν στο 4% των

νοσηλευομένων με τις μισές από αυτές να οφείλονται σε ανθρώπινο λάθη και με το 10% αυτών να καταλήγουν σε θάνατο. Σε απόλυτους αριθμούς υπολογίζονταν ότι 44.000 έως 98.000 θάνατοι κάθε χρόνο θα μπορούσε να αποτραπούν<sup>2</sup>.

Το 1989, η Λευκή Βίβλος «Εργαζόμενοι για τους Ασθενείς»<sup>3</sup>, αποτέλεσε το πρώτο βήμα στη Μ. Βρετανία για την καθιέρωση και προτυποποίηση του Ιατρικού Ελέγχου ως μέρος μιας βελτιστοποιημένης φροντίδας της υγείας. Ως Ιατρικός Έλεγχος οριζόταν «η συστηματική, κριτική ανάλυση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και τη θεραπεία, της αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων και της προκύπτουσας έκβασης και ποιότητας ζωής για τον ασθενή». Ο Κλινικός Έλεγχος (Clinical Audit) αποτελεί εξέλιξη του Ιατρικού Ελέγχου ως ευρύτερος όρος που επεκτείνεται εκτός του ιατρικού τομέα και σε άλλους τομείς δραστηριότητας των νοσοκομείων και γενικότερα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Το NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) το 2002 αναφέρεται στον Κλινικό Έλεγχο ως «Μια διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας με την οποία επιχειρείται η βελτίωση της φροντίδας του ασθενή και των εκβάσεων μέσω μιας συστηματικής ανασκόπησης της παρεχόμενης φροντίδας έναντι σαφώς προσδιορισμένων κριτηρίων και εφαρμογής των αλλαγών»<sup>4</sup>.

Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας έγινε έτσι υπόθεση όλων των επαγγελματιών υγείας<sup>5</sup> ενώ κυβερνητικές πρακτικές και πρωτοβουλίες στη Μ. Βρετανία<sup>6,7</sup>, επαναλαμβάνουν και επιβεβαιώνουν την πρόθεση και συνεπή προσπάθεια για έλεγχο διαμέσου της εφαρμογής του πλαισίου της Κλινικής Διακυβέρνησης. Καθίσταται πλέον σαφές ότι η ευθύνη για την ποιότητα της κλινικής πρακτικής δεν περιορίζεται μόνο στους επαγγελματίες υγείας αλλά επεκτείνεται και επιβαρύνει τη Διοίκηση που πρέπει να αναπτύσσει συνεχώς κατάλληλους μηχανισμούς ελέγχου, αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες για προσδιορισμό και επίλυση προβλημάτων ποιότητας.

Στην Ελλάδα ο κλινικός έλεγχος ξεκίνησε από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και εφαρμόζεται σε εξαιρετικά μεγάλη έκταση και με μεγάλες επιτυχίες τόσο από άποψη οικονομικού οφέλους για τις ασφαλιστικές εταιρίες όσο και από πλευράς βελτίωσης της κλινικής αποτελεσματικότητας για τους ασφαλισμένους χρήστες υπηρεσιών υγείας<sup>8</sup>. Εφαρμόζοντας κλινικούς ελέγχους τόσο σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όσο και εισαγωγών/νοσηλειών στα μεγάλα ιδιωτικά Θεραπευτήρια, μειώνονται τα ιατρικά λάθη, περιορίζονται οι άσκοπες εξετάσεις και νοσηλείες για τον οργανισμό, ικανοποιώντας ταυτόχρονα τόσο τους αγοραστές όσο και τους παρόχους υγείας. «Ελεγκτικά» Ιατρεία λειτουργούν από 15ετία περίπου στα μεγάλα ιδιωτικά Νοσοκομεία της Αθήνας. Οι περικοπές εξόδων νοσηλείας ενώ αρχικά έφθαναν το 10-12% του συνολικού ετήσιου κόστους νοσηλείας, σήμερα έχουν περιορισθεί στο 3-5% λόγω της συμμόρφωσης των θεραπόντων ιατρών από τη πολυετή συνεργασία με τους ελεγκτές ιατρούς. Για τον ίδιο λόγο μειώθηκαν οι απορρίψεις ολόκληρων νοσηλειών από 8% σε 1%. Επίσης σήμερα, η Μέση Διάρ-

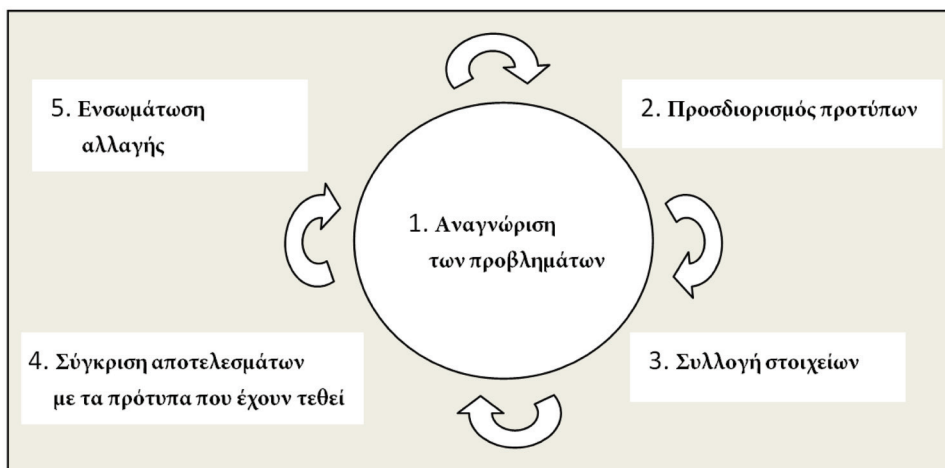
κεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) είναι 2,2 έως 2,5 ημέρες από 4,8 ημέρες προ δεκαετίας για τους ασθενείς των ιδιωτικών ασφαλιστικών όταν στα δημόσια νοσοκομεία έχουμε διπλάσια και τριπλάσια πολλές φορές ΜΔΝ. Οι περικοπές αυτές προέρχονται κυρίως από έλεγχο της διάρκειας νοσηλείας και των ιατρικών εξετάσεων.

### 4.3. Ο ΚΥΚΛΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

Ο Κλινικός Έλεγχος αποτελεί μια διαδικασία πέντε βασικών σημείων τα οποία συνήθως αναφέρονται ως κύκλος ελέγχου ποιότητας (Εικόνα 1). Από τη στιγμή που θα αναγνωρισθεί-τεθεί προς έλεγχο κάποιο πρόβλημα και προσδιοριστούν τα πρότυπα, η διαδρομή στον κύκλο συνεχίζεται διαρκώς καθώς η ολοκλήρωση ενός κύκλου οδηγεί στην έναρξη ενός άλλου νέου, στο πλαίσιο της απόφασης/δέσμευσης για (συνεχή) βελτίωση της ποιότητας.

### 4.4. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ/ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΕΔΙΟΥ ΜΕΛΕΤΗΣ/ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣ ΕΛΕΓΧΟ

Το πεδίο που επιλέγεται θα πρέπει να είναι εμφανούς σημασίας και ενδιαφέροντος για την ομάδα, τον οργανισμό και τους «χρήστες»\* και να είναι επιτεύξιμο.



**Εικόνα 1.** Ο κύκλος ελέγχου ποιότητας

\* Ως «χρήστες» θεωρούνται οι ασθενείς, οι επισκέπτες αλλά και όσοι εργάζονται στο συγκεκριμένο τμήμα-υπηρεσία. Οι χρήστες αντιμετωπίζονται ως «συμμετοχικοί παράγοντες» και όχι μόνον ως πηγή πληροφοριών.

Αναζητώντας θεματολογία ελέγχου θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη προβλήματα τοπικού ενδιαφέροντος, προβληματισμοί/πεδία που απασχολούν και αναφέρονται συχνά από τους ίδιους τους ασθενείς, τους επισκέπτες ή τους εργαζόμενους, θέματα ασφάλειας-ενδεχόμενων κινδύνων, θέματα κόστους, η συχνότητα ή η βαρύτητα κάποιου συμβάντος, η εκτεταμένη κλινική μεταβλητότητα και βέβαια οι δεδηλωμένες προτεραιότητες του Οργανισμού.

- Είναι σημαντικό να διασφαλίζεται η υποστήριξη των συναδέλφων και ένα δίκτυο επικοινωνίας με το σύνολο των μελών της ομάδας που θα συμμετέχουν.
- Να δίνεται έγκριση για τη διενέργεια του συγκεκριμένου Κλινικού Ελέγχου από το Γραφείο Ποιότητας (εφόσον υπάρχει) του οργανισμού
- Να ορίζεται χρονικό πλάνο ολοκλήρωσης, με σαφείς και συνοπτικούς σκοπούς.

Εκτός της άμεσης παρατήρησης της κλινικής πράξης και φροντίδας, πληροφορίες μπορεί να συλλέγονται από διάφορες πηγές, όπως Βιβλία Εξωτερικών Ιατρείων, Νοσηλευτική λογοδοσία, πίνακες ζωτικών σημείων, αναφορές ανεπιθύμητων ή δυσμενών συμβάντων, επιστολές ασθενών, ερωτηματολόγια ικανοποίησης ασθενών, προτάσεις-αιτήματα εργαζομένων<sup>9</sup>. Αφού επιλεγεί το αντικείμενο ή πεδίο μελέτης, καθορίζεται ο σκοπός του προγράμματος, έτσι ώστε να χρησιμοποιηθεί η πλέον κατάλληλη μεθοδολογία κλινικού ελέγχου<sup>10</sup>.

#### 4.5. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Αφού γίνει η επιλογή του προβλήματος/πεδίου μελέτης, ακολουθεί η εύρεση και μελέτη προτύπων και κριτηρίων σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο. Τα κριτήρια είναι σαφείς προτάσεις που καθορίζουν με ακρίβεια τι είναι αυτό που μετράται, εκφράζουν πτυχές της πρακτικής που γίνεται να ποσοτικοποιηθούν και να μετρηθούν αντικειμενικά. Με βάση και την κλασική προσέγγιση του A. Donabedian στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας τα κριτήρια μπορεί να διακριθούν σε κριτήρια που αφορούν:

- στη **υποδομή** (όπως ο απαιτούμενος αριθμός προσωπικού, η ποιότητα και το επίπεδο εμπειρίας, ο εξοπλισμός, ο φυσικός χώρος),
- στις **διεργασίες**, δηλαδή σε ενέργειες και αποφάσεις που λαμβάνονται από τους επαγγελματίες υγείας και λοιπούς «χρήστες» (π.χ. η επικοινωνία, η εκτίμηση, η εκπαίδευση, οι διαγνωστικές εξετάσεις, η συνταγογράφηση, οι χειρουργικές και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, η αξιολόγηση, η τήρηση αρχείων)
- στην **έκβαση** μιας ακολουθούμενης πρακτικής

Τα πρότυπα που υιοθετούνται αποτελούν το όριο της αναμενόμενης συμμόρφωσης σε κάθε κριτήριο και προσδιορίζουν «τι και πώς αυτό παρέχεται». Συνήθως πρόκειται για τοπικές ή εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες με τεκμηριωμένη εγκυρότητα και αξιοπιστία που αφορούν στην πλειονότητα των πεδίων της ακολουθούμε-

νης κλινικής πρακτικής. Όταν δεν υφίστανται τέτοιου τύπου κατευθυντήριες οδηγίες μπορεί να δημιουργούνται ή να υιοθετούνται άλλου τύπου πρότυπα - π.χ. κατασκευή προτύπου επί συγκεκριμένου σκοπού ή τα αποτελέσματα μιας άλλης ομάδας, με ιδιαίτερη όμως προσοχή στην επιλογή της ομάδας προκειμένου να αποφευχθεί συστηματικό σφάλμα του ελέγχου.

Για κάθε πρότυπο θα πρέπει να υφίσταται κριτήριο και στόχος:

<b>ΠΡΟΤΥΠΟ</b>	<b>ΚΡΙΤΗΡΙΟ</b>	<b>ΣΤΟΧΟΣ</b>
(Δηλώστε τι προσπαθείτε να μετρήσετε)	= (μια μέτρηση/ένα μέτρο σύγκρισης)	+ (Επιδιωκόμενο ποσοστό επίτευξης)

Π.χ. Το 95% (στόχος) των ασθενών που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών θα (κριτήριο) έχει εξετασθεί και είτε θα έχει αντιμετωπισθεί ή θα έχει εισαχθεί στο νοσοκομείο, εντός 4 ωρών από την άφιξη του (μέτρο σύγκρισης)

#### 4.6. ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Η συλλογή των δεδομένων αποτελεί ίσως το πιο αναγνωρίσιμο στοιχείο κάθε ελεγκτικής διαδικασίας. Η μέθοδος της ελεγκτικής διαδικασίας επιλέγεται αναλόγως των σκοπών του ελέγχου. Τα στοιχεία πρέπει να συλλέγονται με ακρίβεια και επάρκεια και βέβαια ακολουθώντας την ίδια μέθοδο σε κάθε ασθενή. Η συλλογή στοιχείων μπορεί να είναι αναδρομική, σύγχρονη ή προοπτική και να γίνεται με ή χωρίς την συνδρομή πληροφοριακών συστημάτων. Πρέπει να έχουν οριστεί με σαφήνεια τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού όσο και οι τυχόν εξαιρέσεις/αποκλεισμοί. Επίσης θα πρέπει να προσδιορίζεται με ακρίβεια η περίοδος συλλογής δεδομένων (π.χ. οι πρώτες 15 ημέρες κάθε μήνα). Η συλλογή οφείλει να διασφαλίζει την ανωνυμία και γενικότερα να ακολουθεί και να συμμορφώνεται με το ισχύον εθνικό πλαίσιο διαχείρισης/φύλαξης δεδομένων.

Μια πιλοτική δοκιμή σε 2-3 ασθενείς/περιπτώσεις/αρχεία είναι πάντα απαραίτητη καθώς έτσι ελέγχεται αν η συγκεκριμένη μέθοδος/σχεδιασμός είναι αποτελεσματική, αν υπάρχουν ελλείψεις ή κάποιες ασάφειες. Αν η δοκιμή δεν είναι ικανοποιητική, γίνεται επανασχεδιασμός και ακολουθεί νέα πιλοτική δοκιμή. Το μέγεθος του δείγματος είναι σημαντικό και όσο μεγαλύτερο είναι τόσο αυξάνει τη στατιστική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

#### 4.7. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΤΕΘΕΙ

Γίνεται ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν και τα αποτελέσματα συγκρίνονται με τα πρότυπα που υιοθετήθηκαν<sup>11-13</sup>. Καταγράφεται η επίτευξη ή/και ο βαθμός επίτευξης καθώς και τα αίτια που μπορεί να ερμηνεύουν την άλλοτε άλλη



απόσταση από την επίτευξη των προτύπων ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζονται οι περιοχές και τα σημεία που είναι δυνατή η βελτίωση. Θεωρητικά, αν δεν έχει επιτευχθεί το 100% του προτύπου που τέθηκε υπάρχει περιθώριο βελτίωσης. Ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να θεωρηθεί ότι ένα ποσοστό επίτευξης κοντά στο 100% είναι ικανοποιητικό και να αποφασισθεί ότι δεν έχει νόημα κάποια βελτιωτική ενέργεια ενώ σε άλλες περιπτώσεις (π.χ. σε καταστάσεις εξαιρετικά επικίνδυνες για τη ζωή του ασθενή) μπορεί να θεωρείται απολύτως απαραίτητη η κατά 100% επίτευξη του προτύπου.

Η ανάλυση των στοιχείων και τα συμπεράσματα παρουσιάζονται στους επαγγελματίες υγείας και γενικότερα στους «συμμέτοχους» υπηρεσιών υγείας, δίνοντας έμφαση στον τρόπο με τον οποίο θα εκκινήσουν και θα επιτευχθούν βελτιωτικές πρωτοβουλίες. Στην συνάντηση-παρουσίαση ενθαρρύνεται η συζήτηση, διαμορφώνονται συστάσεις και αποδίδονται έπαινοι εάν έχουν επιτευχθεί τα πρότυπα κλινικής πρακτικής. Οι συστάσεις πρέπει να είναι ρεαλιστικές και επιτευξιμές. Στη φάση αυτή μπορεί να ανατίθενται και ρόλοι σε συγκεκριμένα μέλη της ομάδας (ποιος δηλαδή θα κάνει τι, πότε και πώς), προκειμένου για την υποστήριξη και διευκόλυνση των ενεργειών που αποφασίζεται να αναληφθούν.

#### 4.8. ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΩΝ

Αυτό είναι συνήθως το σημαντικότερο και δυσκολότερο στάδιο στη διαδικασία του ελέγχου. Παρά το μέγεθος της δουλειάς που προηγήθηκε στα προηγούμενα στάδια απαιτείται αυξημένη εγρήγορση και επιμονή για την έναρξη εφαρμογής των βελτιωτικών αλλαγών που απαιτούνται και αποφασίστηκαν. Αρκετοί επαγγελματίες αντιστέκονται στην προοπτική κάποιας μεταβολής. Η ενεργός συμμετοχή τους στον κλινικό έλεγχο καθιστά την αλλαγή πιθανότερη και πιο επιτυχή. Η αδιάλειπτη επικοινωνία και υποστήριξη είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή ενσωμάτωση μιας αλλαγής. Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό πως όταν η επικρατούσα κουλτούρα απομυθοποιεί το σφάλμα και την αποτυχία και ενθαρρύνει τη δημιουργικότητα, δυνητικά προωθεί την αλλαγή και τη βελτίωση<sup>14</sup>. Στο στάδιο αυτό είναι σημαντική η σύνταξη μιας επίσημης αναφοράς είτε προς το Τμήμα Ποιότητας του Οργανισμού (εφόσον υπάρχει) είτε προς την όποια Αρχή/Διοίκηση εποπτεύει και έχει την ευθύνη της συνολικά παρεχόμενης φροντίδας υγείας σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο. Παρατίθενται συγκεκριμένα σχέδια δράσης με σαφείς προτάσεις/συστάσεις για ανάληψη ενεργειών, ανάθεση αρμοδιοτήτων και ευθύνης καθώς και χρονοδιαγράμματα υλοποίησης. Ανατίθεται με σαφήνεια σε συγκεκριμένο πρόσωπο η ευθύνη παρακολούθησης εφαρμογής και προόδου υλοποίησης των παραπάνω.

Μετά από κάποιο διάστημα που έχει αποφασισθεί ότι θα διαρκέσει η εφαρμογή των αλλαγών ο έλεγχος ποιότητας θα πρέπει να επαναληφθεί (**Re-audit**). Η επανά-

ληψη του ελέγχου θεωρείται απαραίτητη, ώστε να καταδειχθεί η ενσωμάτωση των αλλαγών στην κλινική πρακτική και ο βαθμός επίδρασής τους στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Αναλόγως των αποτελεσμάτων σχεδιάζονται ανάλογα επανέλεγχοι. Αν έχει επιτευχθεί το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας οι επανέλεγχοι μπορεί να αντικαθίστανται με κάποια μορφή «παρακολούθησης» και να επαναλαμβάνονται οποιαδήποτε στιγμή απαιτηθεί ή τεθεί θέμα. Τέλος είναι σημαντικό τα όποια αποτελέσματα επιτυχημένων Κλινικών Ελέγχων (και επαν-Ελέγχων) να διαχέονται ευρέως σε τοπικό, εθνικό ακόμη και διεθνές επίπεδο (π.χ. δες <http://www.hscic.gov.uk/clinicalaudits> και <https://data.gov.uk/publisher/healthcare-quality-improvement-partnership>).

#### 4.9. ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ο όρος κλινική διακυβέρνηση χρησιμοποιείται για να περιγράψει το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα πρέπει να λειτουργεί μια μονάδα υγείας ώστε να βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και να εξασφαλίζει υψηλά πρότυπα φροντίδας. Ίσως ο πιο κατανοητός και εύστοχος ορισμός της Κλινικής Αποτελεσματικότητας (**Clinical Effectiveness**) θα μπορούσε να είναι:

Το κατάλληλο άτομο (*επαγγελματίας υγείας*) που εφαρμόζει:

- την καταλληλότερη πρακτική (*βασισμένη σε τεκμήρια*)
- με τον καταλληλότερο τρόπο (*δεξιότητες και επάρκεια*)
- στον κατάλληλο χρόνο (*παροχή περίθαλψης/υπηρεσιών στον καλύτερο για τον συγκεκριμένο ασθενή και την πάθηση χρόνο*)
- στο κατάλληλο σημείο (*τόπο/περιοχή παροχής περίθαλψης/υπηρεσιών*)
- με τα καλύτερα αποτελέσματα (*με το μέγιστο δυνατό κέρδος υγείας*) (NHS Scotland, Education Resources 2007)

Σε αυτό το πλαίσιο, ο επαγγελματίας υγείας, παρακινείται να επιδιώκει ως μόνη στάση και συμπεριφορά την καλύτερη δυνατή -βάση τεκμηρίων- παροχή φροντίδας, ώστε να επιτευχθούν όσο γίνεται καλύτερα αποτελέσματα. Όταν τίθεται θέμα σε κάποιο από τα παραπάνω τότε θα πρέπει να εξετάζεται η ανάγκη για εφαρμογή κάποιων αλλαγών. Πρακτικά υπάρχουν πολλοί λόγοι που μπορεί να αποτελούν αφορμές εκκίνησης ενός προγράμματος Κλινικού Ελέγχου (π.χ. παράπονα/αναφορές ασθενών, παρατήρηση ανεπιθύμητων συμβάντων, έλεγχος ιατρικών φακέλων ή αρχείων, αυξημένο κόστος παροχής φροντίδας υγείας κ.λπ.). Μείζονα αφορμή όμως αποτελεί η αντίληψη-προσωπική αίσθηση που διαμορφώνει ο ευαίσθητοποιημένος επαγγελματίας υγείας απέναντι στις επιδόσεις (καλές ή κακές) των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται. Σε χώρες όπως η Μ. Βρετανία, για πολλές περιπτώσεις δεν τίθεται θέμα «αφορμής» καθώς υφίσταται και εφαρμόζεται πάγια πολιτική Εθνικών

Κλινικών Ελέγχων (π.χ. Το Εθνικό Πρόγραμμα Κλινικού Ελέγχου/The National Clinical Audit Programme, διαδικτυακή πρόσβαση από <http://www.hqip.org.uk/national-programmes/a-z-of-nca/>) η οποία περιλαμβάνει περισσότερα από 30 προγράμματα κλινικού ελέγχου που καλύπτουν μεγάλο εύρος της κλινικής φροντίδας (συμπεριλαμβανομένων χειρουργικών και ψυχιατρικών καταστάσεων) καθώς και πλήθος άλλων που υποστηρίζονται ή διενεργούνται και υποχρεωτικά από εθνικές αρχές (Care Quality Commission, National Patient Safety Agency, NHS Litigation Authority κ.λπ.) (<https://data.gov.uk/publisher/healthcare-quality-improvement-partnership>). Ο κλινικός έλεγχος αποτελεί ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό εργαλείο εκτίμησης της κλινικής αποτελεσματικότητας επιβεβαιώνοντας και αναδεικνύοντας ότι όλοι οι ασθενείς με ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας αντιμετωπίζονται σε συμφωνία με τα προβλεπόμενα από τα ισχύοντα πρότυπα.

Ταυτόχρονα, η διαδικασία έλεγχου ως αναπόσπαστο κομμάτι της κλινικής διακυβέρνησης συμβάλλει θετικά στην οργάνωση και τη διοίκηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην έρευνα όπως επίσης και στη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Ειδικότερα, στην περίπτωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας μας η εφαρμογή συστημάτων κλινικού ελέγχου αναμένεται να έχει σημαντικά αποτελέσματα στη βελτίωση του συνολικά παραγόμενου έργου, δεδομένου ότι θα συνδράμει στην αντιμετώπιση χρονιζόντων αδυναμιών του συστήματος όπως:

- η απουσία συστηματικών καταγραφών στη βάση φακέλων των ασθενών σχετικά με το ιστορικό της νόσου, το ιστορικό και τα αποτελέσματα των εξετάσεων που διενεργήθηκαν κατά το παρελθόν κ.ά.
- η απουσία πρωτοκόλλων διαχείρισης της νόσου και των ασθενών στο σύνολο των βαθμίδων φροντίδας/νοσηλείας
- η διενέργεια επαναλαμβανόμενων εξετάσεων λόγω μη καταγραφής και περιττών εξετάσεων στο πλαίσιο πρακτικών «αμυντικής ιατρικής»
- η ασυνέχεια της φροντίδας μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης
- οι παρατηρούμενες ανομοιογένειες στην παρεχόμενη φροντίδα (κυρίως σε μονάδες υγείας με διαφορετικό βαθμό «αστικότητας», ακαδημαϊκού υποβάθρου κ.ά.)
- τα παρατηρούμενα φαινόμενα «κακής ιατρικής» (malpractice)
- η ανυπαρξία καθηκοντολογίου μεταξύ των λειτουργών υγείας στο σύστημα.

Ως εκ των ανωτέρω και με βάση τις διαπιστωμένες από όλους εδώ και χρόνια παθογένειες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, γίνεται αντιληπτή η ανάγκη συγκρότησης Ομάδας Κλινικής Διακυβέρνησης και παράλληλα Εσωτερικού Οικονομικού Ελέγχου σε κάθε νοσοκομείο και μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα. Η ομάδα αυτή, συγκροτούμενη με ιατρούς, νοσηλευτές και διοικητικούς υπαλλήλους

που απασχολούνται μέσα στη μονάδα υγείας, θα μπορούσε να υποστηρίζεται και από εξωτερικούς συνεργάτες ειδικευμένους στον κλινικό και οικονομικό έλεγχο. Η σύνθεση αυτή εξασφαλίζει τη διεπιστημονικότητα της ομάδας, απαραίτητο συστατικό για την επιτυχία καθώς η κλινική διακυβέρνηση δεν αφορά μόνο τον κλινικό έλεγχο αλλά και άλλους τομείς των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα σε μια μονάδα υγείας. Η κατάρτιση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού που θα συγκροτήσει την ομάδα κλινικής διακυβέρνησης αλλά και η μύηση των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας και υπαλλήλων της μονάδας υγείας στην έννοια του ελέγχου και της αξιολόγησης είναι μείζονος σημασίας για την επιτυχία της παρέμβασης<sup>15</sup>.

Τέλος, ως κλειδί της επιτυχίας θεωρείται η κατάρτιση ενός ολοκληρωμένου στρατηγικού σχεδίου ελέγχου. Παράλληλα, θεσμικά όργανα της πολιτείας, επιστημονικοί φορείς, επαγγελματικές ενώσεις αλλά και ομάδες ασθενών θα πρέπει να αναλάβουν δράση. Είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν επιτέλους και στην χώρα πρωτόκολλα κλινικής διακυβέρνησης και ελέγχου τα οποία θα θέτουν τους στόχους, θα περιγράφουν αναλυτικά τη διαδικασία ελέγχου και τα κρίσιμα σημεία αυτής, το ρόλο και τις αρμοδιότητες της Ομάδας κλινικής διακυβέρνησης καθώς και τη ροή των πληροφοριών ανάμεσα στις διάφορες υπηρεσίες και τους φορείς υγείας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Gaucher EJ, Coffey RJ, Total Quality in Health Care. From Theory to Practice. Jossey-Bass. San Francisco, 1993
2. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To Err is Human: Building a safer Health Care System. National Academy Press, US, 2000
3. Working for patients. London, Department of Health, HMSO, 1989 <http://navigator.health.org.uk/content/working-patients-1989>
4. Principles for Best Practice in Clinical Audit, NICE, 2002, <https://web.archive.org/web/20120312151534/http://www.nice.org.uk/media/796/23/BestPracticeClinicalAudit.pdf>
5. Cheater F, Keane M. Nurses' participation in audit: a regional study. Quality Health Care 1998, 7:27–36
6. A first class service: quality in the new NHS. London, Department of Health, The Stationery Office, 1998
7. The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform. London, Department of Health, The Stationery Office, 2000
8. Γ. Τζανίδης, Κ. Κυριακόπουλος, Ν. Παπανικολάου, Κ. Σταρατζής, Δ. Τζαβέλλας, Α. Φιλάνδρας, Π. Βεργοπούλου, Γ. Δάσκος. Εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων στον έλεγχο των εισαγωγών στα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία. Κλινικά Χρονικά, Vol 25, Supplement 1, Νοέμβριος 2002
9. Powell J, Lovelock R, Bray J, Philip I. Involving users in assessing service quality: benefits of using a qualitative approach. Quality Health Care 1994, 3:199–202
10. Buttery Y. Implementing evidence through clinical audit. In: Buttery Y (ed) Evidence-

- based healthcare. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1998:182–207
11. Audit: how to do it in practice, *BMJ* 2008; 336 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39527.628322.AD>
  12. Guidelines & Audit Implementation Network (GAIN), All about Audit Data, <http://www.gain-ni.org>
  13. Verver J. White Paper: Best Practices for the Use of Data Analysis in Audit, © 2008 ACL Services Ltd. [http://www.dataconsulting.co.uk/Files/wp\\_best\\_practices.pdf](http://www.dataconsulting.co.uk/Files/wp_best_practices.pdf)
  14. Rosenfield RH, Wilson DC. Change in organizations. *Managing organizations*. Text, readings and cases. 2nd ed. Maidenhead, McGraw-Hill, 1999:283–298
  15. Thomas Siempis, Eleni Theodorakou, Georgios Tsoulfas, Spyros Miliaras, Georgios Marakis. The educational and practical value of clinical audit in Greece: a pilot study by surgical interns. Is it time to adapt a structured way to improve quality in healthcare? *Aristotle University Medical Journal*, Vol. 41, Issue 2, June 2014

# 5. Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας

Δημήτρης Κουναλάκης

## ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας αποτελεί μια αποτύπωση της πορείας της υγείας, ατομικά και συλλογικά, και επιτρέπει την πρόγνωση, τον προγραμματισμό και την παρακολούθηση δεικτών υγείας.
- Η χρήση ηλεκτρονικού φακέλου σε σχέση με χάρτινο αυξάνει την αποδοτικότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το κόστος εγκατάστασης και συντήρησης καλύπτεται ακόμη και σε μικρές μονάδες από την βελτίωση της αποδοτικότητας.
- Η ασθenoκεντρική δομή του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας αποτελεί σημαντικό σημείο αποδοχής από τους πολίτες και τους επαγγελματίες υγείας, αν και δεν καλύπτει πλήρως λειτουργικά τις ανάγκες υγείας.
- Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, τα συστήματα υποβοήθησης, οι υπενθυμίσεις για προληπτικές πράξεις και άλλα εργαλεία οδηγούν σε βελτίωση της ποιότητας.
- Ως ηλεκτρονικός φάκελος υγείας και όχι απλά περίθαλψης, οφείλει να περιέχει και καταγραφές ζωτικών σημείων από τον ίδιο τον ασθενή; Ερώτημα που αναζητά απάντηση στις ημέρες μας.

### 5.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Φάκελος υγείας είναι η καταγραφή της πληροφορίας που αφορά την κατάσταση υγείας και την παρεχόμενη περίθαλψη ενός ατόμου, κυρίως από τους επαγγελματίες υγείας. Μπορεί να εμπεριέχει δημογραφικά στοιχεία, συμπτώματα, διαγνώσεις, εξετάσεις και τα αποτελέσματά τους, θεραπείες, και τέλος, διαχειριστικά και οικονομικά δεδομένα.

Ο Ιπποκράτης, τον 4ο π.Χ. αιώνα, θεωρούσε ότι ο φάκελος ασθενή πρέπει να εμπεριέχει τα αίτια της ασθένειας και την πορεία της νόσου με στόχο την πρόγνωση της νόσου και την συνεχιζόμενη εκπαίδευση του γιατρού. Το 1920 στη Mayo Clinic, καταγράφεται η χρήση του φακέλου ασθενή από περισσότερους του ενός γιατρούς, με συγκεκριμένη ελάχιστη πληροφορία, με στόχο την ενημέρωσή τους στα

---

Γενικός Ιατρός, Ιδιώτης

πλαίσια της νοσηλείας του ασθενή. Μισό αιώνα αργότερα, η έννοια του “προβλήματος υγείας” εισάγεται με στόχο το περιεχόμενο του να γίνει πιο ασθενοκεντρικό.

Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας είναι η ηλεκτρονική μορφή και η συνέχεια του χάρτινου φακέλου υγείας και αποτελεί σήμερα εργαλείο για την παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει συζήτηση και για την ανάγκη ενσωμάτωσης δεδομένων που η καταγραφή τους έγινε από τον ίδιο τον ασθενή στο ηλεκτρονικό φάκελο.

## 5.2. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

Ο χάρτινος φάκελος συνήθως είναι ένα λιτό φύλλο καταγραφής δεδομένων από τους επαγγελματίες υγείας. Ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενή εκτός από τα δεδομένα που εισάγονται από τους χρήστες του, συλλέγει αυτόματα δεδομένα και από άλλα ηλεκτρονικά συστήματα. Για παράδειγμα, μπορεί να ανακτά αυτόματα και να εμπεριέχει αποτελέσματα εξετάσεων από τα πληροφοριακά συστήματα εργαστηρίων (LIS), ή να δέχεται τις ηλεκτρονικές καταγραφές από ιατρικές συσκευές π.χ. ΗΚΓ. Μπορεί επίσης, να ενσωματώνει τις μετρήσεις σακχάρου που κάνει ο ασθενής και τελευταία έχει αρχίσει η δημιουργία “λογισμικού γέφυρας” με το οποίο μπορούν να εισάγονται δεδομένα από μη ιατρικές συσκευές καταγραφής ζωτικών στοιχείων π.χ. οι wearables συσκευές. Τέλος, τα διαχειριστικά δεδομένα (π.χ. ραντεβού-επισκέψεις) και τα οικονομικά στοιχεία (π.χ. χρήση υπηρεσιών υγείας) καταγράφονται στα περισσότερα συστήματα ηλεκτρονικού φακέλου υγείας.

## 5.3. ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ Ή ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΕΙΣ;

Η χρήση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας θέτει νέους κανόνες στις κωδικοποιήσεις. Ακόμη, κι αν χρησιμοποιείται χάρτινος φάκελος ασθενή, οι συντομογραφίες και τα αρκτικόλεξα είναι μια μορφή κωδικοποίησης της πληροφορίας. Στα πληροφοριακά συστήματα οι κωδικοποιήσεις είναι κοινά αποδεκτές, συχνά και σε παγκόσμιο επίπεδο και μετατρέπουν σε διακριτή μορφή κάθε πληροφορία. Η δυναμική τους έγκειται στην αυτοματοποιημένη δυνατότητα να αναζητηθεί η πληροφορία και να γίνει επεξεργασία της από το λογισμικό του ηλεκτρονικού φακέλου με αποτέλεσμα την καλύτερη αξιοποίηση της.

Γνωστές και κοινά αποδεκτές κωδικοποιήσεις υπάρχουν για τις διαγνώσεις (π.χ. ICD10, ICPC2, SNOMED CT) και τα φάρμακα (π.χ. ATC) ενώ για την κλινική εξέταση δεν υπάρχει κοινό σημείο αναφοράς. Κάποιες άλλες κωδικοποιήσεις, γνωρίζουν περιορισμένη αποδοχή, π.χ. για τις εργαστηριακές εξετάσεις η LOINC και η ICF για την αναπηρία και την ικανότητα. Σε άλλα επαγγέλματα υγείας, οι κωδικοποιήσεις είναι ελάχιστες έως καθόλου. Η ελευθερία της έκφρασης, η έλλειψη

διακριτών κωδικών για σπάνια νοσήματα, και η εκπαίδευση που απαιτείται για την χρήση των κωδικοποιήσεων είναι η επιχειρηματολογία κατά των κωδικοποιήσεων. Ο συνδυασμός όμως κωδικοποιημένης πληροφορίας και πεδίων ελεύθερου κειμένου είναι μια πρακτική που χρησιμοποιείται επιτυχώς στα λογισμικά ηλεκτρονικού φακέλου υγείας.

#### 5.4. Η ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Μια ασθένεια είναι το επίκεντρο της προσοχής του ασθενή όταν προσεγγίζει τις υπηρεσίες υγείας. Είναι ένα πρόβλημα υγείας για το οποίο αναζητά λύση. Η οπτική αυτή περιγράφεται με την μορφή του επεισοδίου φροντίδας και δομείται στον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας με την μορφή του αρκτικόλεξου SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) για τον επαγγελματία υγείας.

Το επεισόδιο φροντίδας μπορεί να περιλαμβάνει πολλαπλές επισκέψεις-χρήσεις υπηρεσιών υγείας και ξεκινάει από την αναγνώριση του προβλήματος έως την ίαση ή τον θάνατο. Κατά την πορεία της διερεύνησης του προβλήματος υγείας, καταγράφονται τα αίτια και συμπτώματα του ασθενή, η κλινική εξέταση, οι διαγνώσεις, οι εξετάσεις, οι θεραπείες και κάθε άλλη διαδικασία. Είναι ένα μονοπάτι προς την θεραπεία-λύτρωση του ασθενή από το πρόβλημα. Αυτή η μέθοδος προσέγγισης εμφανίζει υψηλά επίπεδα αποδοχής και θετικής βαθμολόγησης των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες και θεωρείται ότι αυξάνει την ποιότητα στη φροντίδα.

Για τους αναλυτές των υπηρεσιών υγείας είναι ένα περιγεγραμμένο επεισόδιο φροντίδας, το οποίο μπορούν να αναλύσουν, να εκτιμήσουν το κόστος, την πορεία του, και τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Βοηθάει στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και στην προσαρμογή των μονάδων στις ανάγκες. Για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς είναι ένα μοντέλο αποζημίωσης, ένα υποσύνολο των Diagnosis Related Groups (DRGs). Ταυτόχρονα, επιτρέπει την κατανόηση των αναγκών υγείας όπως το αντιλαμβάνονται οι πολίτες και οδηγεί σε καλύτερο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας.

Μπορούμε συνεπώς να πούμε ότι η χρήση του επεισοδίου φροντίδας αυξάνει και την ποιότητα; Η απάντηση δεν είναι τόσο απλή. Οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζονται διχασμένοι: Για τις ιατρικές ειδικότητες και εξειδικεύσεις, η άποψη είναι σαφώς θετική. Ένα επεισόδιο φροντίδας περιχαράκωνει το αντικείμενο μιας ειδικότητας, το αποστειρώνει από άλλους παράγοντες, το απλοποιεί και το κάνει διακριτό. Είναι όμως η πραγματικότητα έτσι; Για κάποια προβλήματα υγείας μπορεί να διευκολύνει, ιδιαίτερα για οξέα και ιάσιμα, όμως τα συνήθη νοσήματα συχνά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους καθώς και με άλλους παράγοντες, δυσκολεύοντας την κατανόηση και την αντιμετώπισή τους. Ακόμη και σε αυτή την περίπτωση, ο ηλε-



κτρονικός φάκελος υγείας περιμένουμε να δώσει λύσεις στο μέλλον με πιο έξυπνα και πολύπλοκα λογισμικά.

## **5.5. ΚΟΣΤΙΣΕΙ ΜΟΝΟ Ή ΣΥΜΦΕΡΕΙ;**

Η μεγαλύτερη και μαχητικότερη συζήτηση για τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας αφορά το κόστος εφαρμογής του και τα οικονομικά αποτελέσματα από την χρήση του. Η αγορά, συντήρηση, εκπαίδευση στη χρήση, και η προσαρμογή σε νέες απαιτήσεις έχει ένα σημαντικό κόστος για τους επαγγελματίες και τις μονάδες υγείας. Μπορεί αυτό το κόστος να αποσβεστεί; Φαίνεται ότι το κόστος είναι αποσβέσιμο σε κάθε περίπτωση, σε σύγκριση με την τήρηση χάρτινου φακέλου υγείας. Επιπλέον μικρές μονάδες υγείας φαίνεται να πετυχαίνουν επιπλέον και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, πολύ περισσότερο από τις μεγάλες μονάδες υγείας. Ως σημεία που αιτιολογούν αυτή τη διαφορά, είναι η τυποποίηση στην παροχή της φροντίδας που εισάγει ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας και η παρακολούθηση των δεικτών που επηρεάζουν την ποιότητα και την απόδοση. Στις μεγαλύτερες μονάδες υγείας, οι οικονομίες κλίμακας, η επιτάχυνση συγκεκριμένων διαδικασιών και η σύγχρονη παρακολούθηση των ροών είναι τα κύρια οφέλη. Κοινά σημεία είναι η μείωση της σπατάλης των διαθέσιμων πόρων, η αποφυγή επανάληψης εξετάσεων, η πρόληψη επικίνδυνων για την υγεία καταστάσεων λόγω καλύτερης πρόσβαση στο ιστορικό του ασθενή και η καλύτερη οργάνωση.

## **5.6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗΣ**

Ένα σημαντικό πρόβλημα των μονάδων υγείας είναι η επικέντρωση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας αφήνοντας σε δεύτερη μοίρα την πρόληψη και την αγωγή υγείας. Μια πρακτική που ακολουθείται συχνά στα συστήματα ηλεκτρονικού φακέλου υγείας με πολύ καλά αποτελέσματα, όπως δημοσιεύεται στη βιβλιογραφία, είναι η χρήση των υπενθυμίσεων. Το λογισμικό αξιολογεί την κωδικοποιημένη πληροφορία και με την βοήθεια των κατευθυντήριων οδηγιών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων προτρέπει τον επαγγελματία υγείας για προληπτικές πράξεις. Η συμμόρφωση σε πράξεις πρόληψης με αυτό τον τρόπο είναι σημαντικά μεγαλύτερη και έχει τεκμηριωθεί με μελέτες για screening αρτηριακής υπέρτασης και οστεοπόρωσης, υπενθύμιση για ετήσια μαστογραφία, και προτάσεις για θέματα αγωγής υγείας.

Με την ίδια μεθοδολογία μπορούμε να έχουμε συστήματα υποβοήθησης όπου ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενή μπορεί να προτείνει πιθανότητες για συγκεκριμένες διαγνώσεις ή και θεραπείες βάση κατευθυντήριων οδηγιών, βοηθώντας το χρήστη του φακέλου. Η αποτελεσματικότητα των συστημάτων υποβοήθησης είναι υπό αμφισβήτηση καθώς δημοσιεύονται αντικρουόμενα αποτελέσματα. Ωστόσο, φαίνεται

ότι η αποτελεσματικότητα τους σχετίζεται με την υλοποίηση του συστήματος υποβοήθησης και το σημείο όπου παρεμβαίνουν και προτείνουν προς το χρήστη: Όσο νωρίτερα γίνει η πρόταση προς το χρήστη τόσο αυξάνει και η αποτελεσματικότητα τους, ενώ όταν ο επαγγελματίας υγείας έχει ήδη αποφασίσει για την διαχείριση του προβλήματος υγείας, η πρόταση του συστήματος υποβοήθησης ελάχιστα τροποποιεί την απόφαση του. Πολυαξονικές κωδικοποιήσεις όπως το SNOMED αναμένεται να βοηθήσουν ιδιαίτερα στην δημιουργία περισσότερο ευφών συστημάτων υποβοήθησης του επαγγελματία υγείας.

## **5.7. ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ**

Ο σχεδιασμός και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα μόνιμο δύσκολο στόχο για τους υπευθύνους μονάδων υγείας αλλά και σε κεντρικό επίπεδο. Για παράδειγμα, η γνώση των κληρονομικών νοσημάτων τοπικά, των μικροβιακών αντοχών, και των περιβαλλοντολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία είναι απαραίτητη γνώση για αποδοτικότερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Η ανίχνευση επιδημιών και άγνωστων περιβαλλοντολογικών παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία μπορεί να γίνει με την παρακολούθηση των ανώνυμων δεδομένων του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή. Η επιδημιολογική παρατήρηση μπορεί επίσης να οδηγήσει και σε βέλτιστο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας μακροπρόθεσμα, όπως π.χ. στη γήρανση του πληθυσμού μιας περιοχής. Ταυτόχρονα, δείκτες που τεκμηριώνουν καλή ρύθμιση χρόνιων νοσημάτων (π.χ. διαβήτη, υπέρταση) μπορούν να αποτελέσουν και μέσο επιβράβευσης των επαγγελματιών υγείας που συνέβαλαν σε αυτό και στην ανάπτυξη ευγενούς άμιλλας με στόχο την βελτίωση της ρύθμισης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας για επιλεγμένα χρόνια ή οξεία νοσήματα.

## **5.8. ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

Η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση αποτελεί διαχρονικά μια δύσκολη υπόθεση, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και περισσότερο σε μονάδες με μικρό αριθμό επαγγελματιών υγείας. Εκτός από την δυσκολία στην ανίχνευση των εκπαιδευτικών αναγκών, υπάρχει δυσκολία και υψηλό κόστος στην παροχή και υποστήριξη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Η ανάπτυξη καινοτόμων μέσων εκπαίδευσης μέσω του Internet δεν έχει μηδενίσει ακόμη τους περιορισμούς και τα εμπόδια που υπήρχαν. Ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενή, όπως φαίνεται και από μελέτες στην βιβλιογραφία, μπορεί να παρέχει συνεχιζόμενη εκπαίδευση κατά την διάρκεια της εργασίας με εστίαση στα νοσήματα και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο επαγγελματίας υγείας στην καθημερινότητα. Η πρόσβαση σε ενημερωμένη ιατρική πλη-

ροφορία την στιγμή που επαγγελματίας υγείας την έχει ανάγκη οδηγεί σε σαφώς μεγαλύτερη αποδοχή και τροποποιεί την πρακτική του σε επόμενα περιστατικά. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση αποτελεί ένα επιπλέον παράγοντα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

## 5.9. WEARABLE ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας αντιμετωπίζει μια ακόμη πρόκληση τα τελευταία δύο χρόνια: Τα δεδομένα που συλλέγονται από wearable συσκευές και αποτελούν καταγραφές ζωτικών σημείων του ασθενή, τι θέση έχουν; Σαφώς και δεν αποτελούν ιατρικές συσκευές και δεν έχουν τις αναγκαίες πιστοποιήσεις. Όμως, μπορούν να βοηθήσουν τον γιατρό να αναγνωρίζει σε πρωιμότερη φάση ένα πρόβλημα υγείας; Μπορούμε να δεχτούμε στον ατομικό φάκελο υγείας πληροφορία από τον ασθενή και από συσκευές lifestyle; Σήμερα αποδεχόμαστε μετρήσεις σακχάρου και αρτηριακής πίεσης με συνθήκες που κατά τεκμήριο τηρεί ο ασθενής. Είναι πιο αξιόπιστες;

## ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

Ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενή δυνητικά μπορεί να αποτελέσει ένα εξαιρετικά αποτελεσματικό και πολυπαραγοντικό εργαλείο συμπληρωματικά στα υπάρχοντα για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η υλοποίηση του και ο βαθμός της έκτασης αξιοποίησης του καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από το σχεδιασμό των υπηρεσιών και των μονάδων υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hayward JI, Thomson F, Milne H, Buckingham S, Sheikh A, Fernando B, Cresswell K, Williams R, Pinnock H. 'Too much, too late': mixed methods multi-channel video recording study of computerized decision support systems and GP prescribing. *J Am Med Inform Assoc.* 2013 Jun;20(e1):e76-84. doi: 10.1136/amiajnl-2012-001484. Epub 2013 Mar 7.
2. Yu-Kai L, Mingfeng L, Hsinchun C. Beyond Adoption: Does Meaningful Use of EHR Improve Quality of Care? URL: [http://misrc.umn.edu/wise/2014\\_Papers/1.pdf](http://misrc.umn.edu/wise/2014_Papers/1.pdf)
3. Gill J EMRs for Improving Quality of Care: Promise and Pitfalls *Fam Med* 2009;41(7):513-5
4. Silow-Carroll S, Edwards J, Rodin D. Using Electronic Health Records to Improve Quality and Efficiency: The Experiences of Leading Hospitals. *Commonwealth Fund pub.* 1608 Vol. 17
5. Bae J, Hockenberry JM, Rask KJ, Becker ER. Evidence that electronic health records

- can promote physician counseling for healthy behaviors. *Health Care Manage Rev.* 2016 Apr 5.
6. Herasevich V. The use of EHR data in quality improvement reports and clinical automatic calculators in ICU. Presentation in Mayo Clinic. 2014 URL: <http://www.health.state.mn.us/e-health/summit/summit2014/0103herasevich.pdf>
  7. Carter JT Electronic medical records and quality improvement. *Neurosurg Clin N Am.* 2015 Apr;26(2):245-51, ix. doi: 10.1016/j.nec.2014.11.018. Epub 2015 Jan 31.
  8. Sanders D. Epic EMR Adoption, Utilization, and Cost URL: <http://www.healthcare-informatics.com/blogs/dale/epic-emr-adoption-utilization-and-cost>
  9. O'Connor PJ. Electronic medical records and diabetes care improvement: are we waiting for Godot? *Diabetes Care.* 2003 Mar;26(3):942-3.
  10. Jones SS1, Adams JL, Schneider EC, Ringel JS, McGlynn EA. Electronic health record adoption and quality improvement in US hospitals. *Am J Manag Care.* 2010 Dec;16(12 Suppl HIT):SP64-71.
  11. Terry K. Fewer Physicians See EHRs Improving Quality of Care URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/843156>
  12. Lamberts H, Hofmans-Okkes I. The core of computer based patient records in family practice: episodes of care classified with ICPC. *Int J Bio-Med Comput* 1996 Jul; 42(1-2):35-41
  13. Claus PL, Carpenter PC, Chute CG, Mohr DN, Gibbons PS. Clinical care management and workflow by episodes. *Proc AMIA Annu Fall Symp* 1997;:91-5
  14. Lamberts H, Hofmans-Okkes I. The Generic Patient Record: an Alliance between Patient Documentation and Medical Informatics. *Meth Inform Med* 1996; 35:5-7
  15. R.G. Wilson, B.Sc., I.N. Purves. Coding and Nomenclatures: A Snapshot From Around the World "Moving Toward International Standards in Primary Care Information: Clinical Vocabulary" Conference Summary Report, New Orleans, November 1995.
  16. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems-10th revision. 1992
  17. Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I. The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer. Oxford University press, Oxford 1993.
  18. Classification Committee of WONCA. ICPC-2 International classification of primary care second edition. Oxford University Press, Oxford 1998.
  19. WHO, Regional Office for Europe. Appropriate information systems for primary health care. Guidelines for a computer based system. Produced for the WHO by the Global Programme of Appropriate Health Care Technology (WHO, Copenhagen, 1988)
  20. Yarnall KS, Michener JL, Broadhead WE, Hammond WE, Tse CK. Computer-prompted diagnostic codes. *J Fam Pract* 1995 Mar; 40(3):257-62
  21. Lovis C, Baud RH, Planche P. Power of expression in the electronic patient record: structured data or narrative text? *Int J Med Inf, 58-59:101-110, 2000.*

## 6. Μητρώα Ασθενών: για μια αποτελεσματική και ορθολογική διαχείρισή τους

Χαράλαμπος Καρανίκας

### ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Τα μητρώα ασθενών εξυπηρετούν ένα προκαθορισμένο επιστημονικό, κλινικό ή/και δημόσιας υγείας (πολιτικό) σκοπό, όπως την βελτίωση της φροντίδας των ασθενών και τον προγραμματισμό της υγειονομικής περίθαλψης (Πρωτοβάθμιας κ.λπ.), καθώς και κοινωνικούς, οικονομικούς, ποιότητας ζωής και άλλους δείκτες υγείας. Σύμφωνα με το πώς ορίζονται οι πληθυσμοί τους, μπορούν να επικεντρωθούν σε μια ασθένεια / κατάσταση, ιατρικό προϊόν ή υπηρεσία υγείας.
- Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχουν πολλά διαφορετικά μητρώα που συνήθως αναπτύσσονται για ένα μόνο σκοπό και λειτουργούν υπό διαφορετικά νομικά πλαίσια, με ελάχιστη τυποποίηση των κανόνων διαλειτουργικότητας και διακυβέρνησης.
- Τα ευρωπαϊκά μητρώα αντιμετωπίζουν τα εξής βασικά ζητήματα:
  - ασταθή χρηματοδότηση,
  - νομική ασάφεια,
  - ασαφείς ρόλοι των ενδιαφερόμενων μερών,
  - συλλογή δεδομένων κυρίως σε έντυπη μορφή,
  - μη επίγνωση των υφιστάμενων προτύπων και τυποποιημένων διαδικασιών,
  - μη εξασφάλιση της ποιότητας των δεδομένων,
  - έλλειψη διαφάνειας μητρώου και πρόσβασης στα δεδομένα για ερευνητικούς σκοπούς,
  - ανεπαρκής διάδοση δεδομένων.
- Σημαντικοί πόροι απαιτούνται για την ανάπτυξη ενός επιτυχούς και βιώσιμου μητρώου ασθενών, η έκταση των οποίων μπορεί να μην είναι προφανής από την αρχή του σχεδιασμού. Βασικές αρχές σχεδιασμού θα πρέπει να ακολουθούνται.
- Κατά τη φάση της ανάπτυξης (σχεδιασμός) του μητρώου ασθενούς, συνιστάται να χρησιμοποιηθούν μοντέλα, ώστε με τους διαφορετικούς τύπους των μοντέλων, να μπορούμε να εξερευνήσουμε το μητρώο ασθενών από πολλές οπτι-

κές γωνίες (διαδικασίες, δεδομένα κ.λπ.). Για την προετοιμασία των σωστών μοντέλων, μεθοδολογίες και τεχνικές πληροφορικής κρίνονται απαραίτητα.

## 6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, ερευνητές, επαγγελματίες υγείας και πολλοί άλλοι καθημερινά αντιμετωπίζουν την πρόκληση προτεραιοποίησης δραστηριοτήτων σε διάφορους τομείς των αρμοδιοτήτων τους. Ειδικά στον τομέα της υγείας, οι αποφάσεις τους επηρεάζονται συχνά από την πραγματικότητα των αναγκών του γηράσκοντος πληθυσμού από τη μία πλευρά και περιορισμένους πόρους από την άλλη και μόνο με την χρήση διαθέσιμων ποιοτικών δεδομένων στη διαδικασία λήψης απόφασης μπορούν να επιτύχουν σωστές αποφάσεις.

Τα Μητρώα Ασθενών, που είχαν σχεδιαστεί για ασθενείς με κοινά χαρακτηριστικά (διάγνωση, εμφυτευμένη συσκευή, θεραπεία, κίνδυνο ανάπτυξης μιας ασθένειας κ.λπ.), έχουν εδώ και δεκαετίες αποτελέσει σημαντική πηγή δεδομένων που απαιτούνται για την αξιολόγηση των κλινικών επιδόσεων, την αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας ή την αξιολόγηση των πολιτικών επιπτώσεων σε τοπικό, περιφερειακό, εθνικό και σε ορισμένες περιπτώσεις διεθνές επίπεδο. Ως αποτέλεσμα, εκατοντάδες μητρώα έχουν δημιουργηθεί από απλές πρακτικές σε έντυπες φόρμες στο γραφείο ενός γιατρού, μέχρι διεθνείς πρωτοβουλίες για χρόνιες ασθένειες συσχετίζοντας κλινικά και γενετικά δεδομένα, καθώς και βίο-τράπεζες (bio-banks). Στα τελευταία δεκαπέντε χρόνια η τεχνολογία πληροφοριών (Information Technology) μας έδωσε την ευκαιρία να επανασχεδιάσουμε σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο που παίρνουμε αποφάσεις για μεμονωμένους ασθενείς, καθώς και για ολόκληρους πληθυσμούς, μεταξύ άλλων, επιτρέποντας στους γιατρούς να συλλέγουν, να μοιράζονται, να συγκρίνουν και να αναλύουν μεγάλο όγκο δεδομένων ασθενών.

Το πεδίο που ακόμα υστερούμε είναι στην αξιοποίηση των πληροφοριών και στη παραγωγή νέων γνώσεων από τον πλούτο των δεδομένων πολλών διαφορετικών μητρώων - είτε από τη μία χώρα στην άλλη ή σε μία χώρα μεταξύ διαφορετικών μητρώων με επικαλυπτόμενα χαρακτηριστικά ή ομάδες ασθενών. Οι ερευνητές, οι οργανισμοί αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας (Health Technology Assessment, HTA) και υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, σπαταλούν πολύτιμο χρόνο για να συλλέξουν δεδομένα από διαφορετικές πηγές και αρκετό κόπο να τα συσχετίσουν, με σκοπό την εξαγωγή νέας γνώσης. Επίσης, η δημιουργία ενός νέου μητρώου ασθενών θέτει τον κάτοχο σε ένα ταξίδι υψηλού κινδύνου, όπου πλήθος αποφάσεων χρειάζεται να υλοποιηθούν σχετικά με τις μεθοδολογίες, διαδικασίες, τεχνολογίες και διακυβέρνηση του μητρώου με μικρή διαθέσιμη καθοδήγηση.

Το να παραχθούν οδηγίες και εργαλεία σε ευρωπαϊκό επίπεδο (αλλά και εθνικό) για την επίλυση των παραπάνω ζητημάτων, αποτελεί ανάγκη, ώστε δεδομένα

και πληροφορίες να υποστηρίζουν τη λήψη αποφάσεων για τη δημόσια υγεία, την ανάπτυξη πολιτικών και την έρευνα. Ένα σημαντικό βήμα ολοκληρώθηκε με την υιοθέτηση από πλευράς eHealth Network στην 8η Συνάντησή του, 23 Νοεμβρίου 2015 στις Βρυξέλλες, οδηγιών που αναπτύχθηκαν μέσω της ευρωπαϊκής πρωτοβουλίας PARENT Joint Action<sup>1</sup>.

## 6.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΗΤΡΩΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ο Bellows<sup>2</sup> ορίζει το μητρώο ως “*σύστημα καταγραφής που χρησιμοποιείται συχνά στο γενικό τομέα της δημόσιας υγείας και το οποίο χρησιμεύει ως μέσο για τη διαχείριση και παρακολούθηση προγραμμάτων σχετικών με τη μακροχρόνια φροντίδα, το follow-up αλλά και την παρατήρηση μεμονωμένων περιπτώσεων*”. Το 1974 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας<sup>3</sup> ορίζει το μητρώο ως ένα “*αρχείο εγγράφων που περιέχει ομοιόμορφες πληροφορίες για μεμονωμένα άτομα, τα οποία συλλέγονται με συστηματικό και ολοκληρωμένο τρόπο, προκειμένου να εξυπηρετήσει ένα προκαθορισμένο σκοπό*”. Ένας άλλος ορισμός που παρέχεται από Solomon et al.<sup>4</sup> ορίζει το μητρώο ως “*βάση δεδομένων από αναγνωρίσιμα άτομα και περιλαμβάνει ένα σαφώς καθορισμένο σύνολο δεδομένων υγείας, αλλά και δημογραφικών στοιχείων, που συλλέγονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό δημόσιας υγείας*». Έναν ελαφρώς διαφορετικό ορισμό προτείνει ο Διεθνής Οργανισμός Φαρμακοοικονομίας και Έρευνας Κλινικών αποτελεσμάτων (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research - ISPOR)<sup>5</sup>, περιγράφοντας το μητρώο ως “*προοπτική μελέτη παρατήρησης ατόμων (prospective observational study of subjects) με ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, συλλέγοντας δεδομένα διαχρονικά, με σαφώς καθορισμένα αποτελέσματα/δείκτες (well-defined outcomes of interest) για ανάλυση και δημιουργία αναφορών*”. Ένας πιο συγκεκριμένος ορισμός παρέχεται από την Εθνική Επιτροπή των ΗΠΑ (US National Committee on Vital and Health Statistics)<sup>6</sup>, η οποία ορίζει ένα μητρώο ως “*ένα οργανωμένο σύστημα για τη συλλογή, αποθήκευση, ανάκτηση, ανάλυση και διάδοση πληροφοριών σχετικά με μεμονωμένα άτομα, που έχουν είτε μια συγκεκριμένη ασθένεια, μια κατάσταση (π.χ. ένας παράγοντας κινδύνου) που τους προδιαθέτει με την επέλευση ενός γεγονότος που αφορούν την υγεία τους, ή πριν από την έκθεση σε ουσίες (ή συνθήκες) γνωστές ή με υποψίες ότι προκαλούν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία*”. Παρά τις διαφοροποιήσεις στον ορισμό, είναι σαφές ότι ένα μητρώο περιλαμβάνει μια μακροπρόθεσμη, συστηματική και οργανωμένη διαδικασία συλλογής δεδομένων, η οποία καθοδηγείται από συγκεκριμένο, προκαθορισμένο στόχο.

Σήμερα ο όρος “μητρώο ασθενών” χρησιμοποιείται όλο και πιο συχνά στον τομέα της υγείας. Η χρήση του όρου “ασθενής” σε συνδυασμό με το “μητρώο” (δηλαδή μητρώο ασθενών) χρησιμοποιείται κυρίως για να διακρίνει την εστίαση του συνόλου δεδομένων σχετικά με τις πληροφορίες υγείας. Ο οργανισμός για την έρευνα

υγείας και ποιότητας των ΗΠΑ (Agency for Healthcare Research and Quality US - AHRQ)<sup>7</sup> ορίζει το μητρώο ασθενών, ως “*ένα οργανωμένο σύστημα που χρησιμοποιεί μεθόδους παρατήρησης (observational study methods), για τη συλλογή ομοιόμορφων δεδομένων (κλινικών και άλλων) και την αξιολόγηση καθορισμένων αποτελεσμάτων, σε ένα πληθυσμό που ορίζεται από μια συγκεκριμένη νόσο, κατάσταση, ή έκθεση και εξυπηρετεί έναν ή περισσότερους προκαθορισμένους επιστημονικούς, κλινικούς ή και πολιτικούς σκοπούς*”.

Για τους σκοπούς των κατευθυντήριων γραμμών που υιοθετήθηκαν από το eHealth network<sup>1</sup>, το μητρώο των ασθενών ορίζεται ως...

**Ένα οργανωμένο σύστημα που συλλέγει, αναλύει και διαδίδει τα δεδομένα και τις πληροφορίες για μια ομάδα ανθρώπων που ορίζονται από μια συγκεκριμένη νόσο, κατάσταση, έκθεση σε ιατρικό προϊόν ή μια υπηρεσία υγείας, και εξυπηρετεί ένα προκαθορισμένο επιστημονικό, κλινικό ή/και δημόσιας υγείας (πολιτικό) σκοπό.**

Τα μητρώα πρέπει να σχεδιάζονται και να αξιολογούνται σε σχέση με τον επιδιωκόμενο σκοπό τους, ο οποίος περιγράφεται σε γενικές γραμμές με βάση τα αποτελέσματα των υπό παρακολούθηση ασθενών. Μερικοί από τους σημαντικότερους γενικούς σκοπούς για την δημιουργία και τη λειτουργία μητρώου ασθενών είναι η περιγραφή της **φυσικής πορείας μιας νόσου (natural history of disease)**, ο προσδιορισμός της **κλινικής ή/και της κοστολογικής-αποτελεσματικότητας (determine clinical and/or cost-effectiveness)**, η αξιολόγηση της **ασφάλειας ή της βλάβης (assess safety or harm)**, για τη μέτρηση της **ποιότητας της περίθαλψης**, καθώς και για να εξυπηρετήσει **επιτήρηση της δημόσιας υγείας και τον έλεγχο ασθενειών (public health surveillance and disease control)**. Σε γενικές γραμμές, τα μητρώα των ασθενών συμβάλουν στη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών, τον προγραμματισμό της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και σε κοινωνικά, οικονομικά και ποιότητας ζωής αποτελέσματα, αλλά και άλλους δείκτες υγείας (π.χ. πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, κατάσταση της υγείας, χρηματοδότηση συστήματος υγείας κ.λπ.). Ακολουθώντας τους ασθενείς όσον αφορά το χρόνο και τον τόπο, μπορούν να παρατηρηθούν μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Μια μικρή διαφοροποίηση των τύπων, υπό-είδη, κύριους και δευτερεύοντες σκοπούς κάθε μητρώου ασθενούς είναι απαραίτητη. Για παράδειγμα, ένα μητρώο του διαβήτη σε σύγκριση με ένα μητρώο μιας χειρουργική επέμβασης μπορεί να έχει πολλά κοινά δεδομένων που επιτυγχάνουν εντελώς διαφορετικούς σκοπούς και στην μια περίπτωση χαρακτηρίζεται από την νόσο ενώ στην δεύτερη περίπτωση από την επέμβαση. Η πλειοψηφία των μητρώων ασθενών μπορούν να χωριστούν σε τρεις γενικές κατηγορίες ή/και συνδυασμούς, με πολλαπλές υποκατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές περιλαμβάνουν μελέτες παρατήρησης στην οποία ο ασθενής,



- έχει μία συγκεκριμένη ασθένεια ή κατάσταση υγείας (αναπηρίες, χρόνιες ασθένειες κ.λπ.),
- είχε έκθεση σε ένα ιατρικό προϊόν (φάρμακα, ιατροτεχνολογικά προϊόντα),
- υπηρεσία ή γεγονός υγείας (διαγνωστικές, θεραπευτικές, προληπτικές, εξιτήρια, γεννήσεις, αμβλώσεις).

### 6.3. ΣΧΕΔΙΑΖΟΝΤΑΣ ΕΝΑ ΜΗΤΡΩΟ

Σημαντικοί πόροι απαιτούνται για την ανάπτυξη ενός επιτυχούς και βιώσιμου μητρώου ασθενών, η έκταση των οποίων μπορεί να μην είναι προφανής από την αρχή του σχεδιασμού.

Περιγράφουμε μια προσέγγιση ικανή να επιτρέψει στους σχεδιαστές του μητρώου να αποφευχθεί η αλληλοεπικάλυψη προσπαθειών και να ενσωματώνει τεκμηριωμένη γνώση και εμπειρία, ενώ παράλληλα θα εξασφαλίζει την αμέριστη υποστήριξη όλων των ενδιαφερόμενων μερών που απαιτούνται για τη δημιουργία ενός υποδειγματικού μητρώου σύμφωνα με την σχετική νομοθεσία ώστε να γίνει ένα πολύτιμο, διαλειτουργικών εργαλείο στο ευρύτερο οικοσύστημα ηλεκτρονικής υγείας.

#### *Βασικές αρχές σχεδιασμού:*

- Η διατήρηση μιας εστιασμένης, ανοικτής και διαφανούς προσέγγισης για την ανάπτυξη του μητρώου είναι ζωτικής σημασίας.
- Ο σκοπός, οι στόχοι και τα αποτελέσματα του μητρώου πρέπει να είναι σαφώς ορισμένα, κατά τρόπο που να ενσωματώνουν καλές πρακτικές και σχετικές οδηγίες, γνωρίζοντας παράλληλα αν υπάρχει επικάλυψη με άλλα έργα, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.
- Βασικοί παράγοντες υψηλής ποιότητας δεδομένων θα πρέπει να εξετασθούν.
- Το ευρύτερο πεδίο πληροφοριών υγείας στο οποίο θα λειτουργεί το μητρώο θα πρέπει να εξεταστεί, ώστε να εξασφαλιστεί ότι το μητρώο θα είναι διαλειτουργικό και θα συμμορφώνεται με τα σχετικά πρότυπα, σύνολα δεδομένων και ορολογίες.
- Θα πρέπει να ληφθούν σαφείς οδηγίες σε σχέση με τις νομικές υποχρεώσεις. Αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει εξέταση επιπτώσεων στην ιδιωτικότητα, πολιτικών για την προστασία των δεδομένων, την κυριότητα δεδομένων, πρόσβαση σε δεδομένα και την πνευματική ιδιοκτησία.
- Η εξασφάλιση καθοδήγησης από βασικούς εμπειρογνώμονες και όλους τους εμπλεκόμενους είναι ζωτικής σημασίας και θα πρέπει να διευκολυνθεί με την εμπλοκή γνωμοδοτικού συμβουλίου.

- Ευρεία συμμετοχή των εμπλεκομένων/ενδιαφερομένων μπορεί να διευκολύνει την ομαλή λειτουργία και διαρκή επιτυχία του μητρώου.
- Η σκοπιμότητα του μητρώου θα πρέπει να διατηρηθεί καθώς το έργο αναπτύσσεται.
- Πρέπει να δημιουργηθεί ένα σχέδιο διακυβέρνησης. Αυτό θα πρέπει να υποστηρίζεται από ομάδες και κατ' ελάχιστο: μια ομάδα διαχείρισης του έργου, μια επιστημονική επιτροπή και μια επιτροπή διασφάλισης της ποιότητας. Μεταξύ άλλων, αυτές οι ομάδες μπορούν να εντοπίσουν τα σύνολα δεδομένων που απαιτούνται για να εξασφαλιστεί ότι το μητρώο πληροί τα προκαθορισμένα αποτελέσματά του, και παράλληλα να δημιουργήσουν σαφείς πολιτικές πρόσβασης στα δεδομένα και τη διασφάλιση ότι η ποιότητα δεδομένων διατηρείται.
- Απαραίτητο είναι επίσης να συνυπολογίσουμε της απόψεις των ασθενών και των πραγματικών χρηστών της προτεινόμενης εφαρμογής μητρώου.
- Η σκοπιμότητα του μητρώου θα πρέπει συνεχώς να εξετάζεται καθώς το έργο εξελίσσεται και η στρατηγική χρηματοδότησης θα πρέπει να στοχεύει προς διασφάλιση της συνεχούς επιτυχίας του μητρώου. Αυτό πρέπει να περιλαμβάνει προληπτικό εντοπισμό των κινδύνων.
- Στην περίπτωση που το προτεινόμενο έργο αποδειχθεί εφικτό, ένα σχέδιο εφαρμογής που περιλαμβάνει ένα πιλοτικό πρόγραμμα (proof-of-concept) για τη δοκιμή του μητρώου σε πραγματικό περιβάλλον συνιστάται.

Τα πληροφοριακά συστήματα μητρώων ασθενών είναι σήμερα συνήθως διαδικτυακές εφαρμογές (web-based) και επιτρέπουν στους τελικούς χρήστες να έχουν πρόσβαση στη βάση δεδομένων μέσω του Web, χρησιμοποιώντας ένα πρόγραμμα περιήγησης (π.χ. explorer, chrome κ.λπ.)

Το να είναι διαλειτουργική η εφαρμογή με όλα τα εμπλεκόμενα μέρη μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την απόδοσή και να επιλύσει πολλές από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουμε. Αλλά πάνω από όλα, η διαλειτουργικότητα μπορεί να βοηθήσει την εφαρμογή μητρώου, έτσι ώστε να γίνει μέρος ενός ολοκληρωμένου συστήματος πόρων και να ενισχύσει την βιωσιμότητα της.

Κατά τη φάση της ανάπτυξης (σχεδιασμός) του μητρώου ασθενούς, συνιστάται να χρησιμοποιηθούν μοντέλα, ώστε με τους διαφορετικούς τύπους των μοντέλων, να μπορούμε να εξερευνήσουμε το μητρώο ασθενών από πολλές οπτικές γωνίες (διαδικασίες, δεδομένα κ.λπ.). Για την προετοιμασία των σωστών μοντέλων, μεθοδολογίες και τεχνικές πληροφορικής μπορούν να βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό. Ένα μοντέλο μας βοηθά να κατανοήσουμε το σύστημα και σχεδιάζεται έτσι ώστε να βλέπουμε μόνο τα πιο σημαντικά ζητήματα, εμποδίζοντας μας από το να αποσπάται η προσοχή μας από όλες τις λεπτομέρειες, που δεν έχουν σημασία στα πρώτα στάδια. Είναι πολύ χρήσιμη η συμμετοχή εμπειρογνομόνων πληροφορικής με

γνώσεις και εμπειρία σε μεθοδολογίες και τεχνικές διαχείρισης πληροφοριών όσο το δυνατόν νωρίτερα στην ανάπτυξη του μητρώου ασθενούς. Υπάρχουν πολλά μοντέλα και τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο σχεδιασμό του μητρώου, όπως για παράδειγμα:

- UML (Unified Modeling Language): με τα διάγραμμα σεναρίων χρήσης (Use Case Diagrams)
- BPM (Business process modeling): για τη μοντελοποίηση των διαδικασιών του μητρώου χρησιμοποιώντας BPMN (Business process modeling notation) ή EPC (Event-driven process chain)
- Διαγράμματα οντοτήτων-συσχετίσεων για την μοντελοποίηση των δεδομένων (Entity – Relationship diagram)
- Διαχείριση γνώσης χρησιμοποιώντας το OpenEHR

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. eHealth Network (EU) – PARENT Joint Action, November 2015, Available at: [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/ev\\_20151123\\_co05\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/ev_20151123_co05_en.pdf).
2. Bellows, Marjorie T. Public Health Reports 1949, 64: 1148-1158
3. Eileen M. Brooke, The current and future use of registers in health information systems. Geneva, World Health Organization 1974. Available at: <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/36936>
4. Solomon D.J., R.C. Henry, J.G. Hogan, G.H. Van Amburg, J Taylor, Evaluation and implementation of public health registries. Public Health Rep. 1991, 106(2): 142–150.
5. Polygenis D, ed. ISPOR Taxonomy of Patient Registries: Classification, Characteristics and Terms. Lawrenceville, NJ; 2013.
6. The National Committee on Vital and Health Statistics, Frequently Asked Questions about Medical and Public Health Registries. Available at: <http://ncvhs.hhs.gov/9701138b.htm>.
7. Gliklich RE, Dreyer NA, eds. Registries for evaluating patient outcomes: A User’s Guide. 3rd ed. 2014.

# 7. Ανάπτυξη δεικτών για την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών ΠΦΥ

Ελευθέριος Θηραΐος, Χρήστος Λιονής

## ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η αξιολόγηση της ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών υγείας ΠΦΥ θα πρέπει να βασίζεται στην αξιολόγηση των επιμέρους διαστάσεων της, ως απόρροια ενός αποδεκτού ορισμού της.
- Ως δείκτες ποιότητας μπορούν να οριστούν τα μετρήσιμα δεδομένα επιλεγμένων παρεχομένων υπηρεσιών, σχετικά είτε με τις δομές των υπηρεσιών όπου αυτές παράγονται ή με τις διαδικασίες τους που τις συνοδεύουν ή με τις επιθυμητές εκβάσεις (αποτελέσματα) που να είναι σε αντιστοιχία με τις προτιμήσεις και τις επιθυμίες των ασθενών, για τα οποία υπάρχει τεκμηρίωση και συμφωνία ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών.

### 7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών βρίσκεται στο επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας, προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να παρέχουν αποδοτικότερες υπηρεσίες, με ελαχιστοποίηση των ιατρικών λαθών και μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, σύμφωνα με τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις των ασθενών. Ειδικότερα στην ΠΦΥ, με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της στην παροχή φροντίδας πρώτης επαφής, εστιασμένης στο άτομο και την οικογένειά του, μακροχρόνια, συντονισμένη και ολιστική, προσανατολισμένη στην κοινότητα, αναπτύσσονται όλο και περισσότερα εργαλεία αποτίμησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, συμβάλλοντας στην θέσπιση προτεραιοτήτων και στην ορθολογική λήψη των αποφάσεων.

Σύμφωνα με την B. Starfield<sup>1</sup>, οι θεμελιώδεις λειτουργίες της ΠΦΥ είναι η:

- **Πρώτη επαφή** (η πρώτη φορά που ο ασθενής επισκέπτεται μια δομή ΠΦΥ για πρώτη φορά, για ένα νέο πρόβλημα)
- **Διαχρονικότητα** (διατήρηση επαφής με το πρόσωπο και όχι μόνο με τη νόσο στο πέρας του χρόνου)

---

Γενικός Ιατρός, Δ/ντής ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Βάρης

- **Πληρότητα/ολοκλήρωση** (αντιμετώπιση όλων των αναγκών υγείας του πληθυσμού και όχι μόνο των συχνότερων νοσημάτων)
- **Διασύνδεση** (διασύνδεση φορέων/δομών με άλλες δομές όταν αυτό χρειάζεται).

Η μέτρηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, με την συνεχή αξιολόγηση τους μέσω της χρήσης αντικειμενικών και αξιόπιστων δεικτών, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της, όχι μόνο τη δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών σε αυτή, την ετοιμότητα στην παροχή φροντίδας υγείας, την καταλληλότητα και την ασφάλεια, την αξιοπιστία και την φιλικότητα στην παροχή της, αλλά να συμπεριλαμβάνει και έννοιες όπως την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του πολίτη, που παραπέμπει στο «ήθος ποιότητας» (Quality Ethos) κατά τον Donabedian.

Στην κατεύθυνση αυτή, η αξιολόγηση της ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών υγείας μπορεί να εστιάζεται στην αποτίμηση:

- των δομών (και του ανθρώπινου δυναμικού) που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή των υπηρεσιών,
- του τελικού αποτελέσματος, δηλαδή αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας μέσω ορισμένων παραμέτρων της,
- των διαδικασιών, δηλαδή στη χρήση επιλεγμένων διαδικασιών και μέσων που χρησιμοποιούνται για τις υπηρεσίες αυτές..

Για την σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών είναι απαραίτητη η χρήση αξιόπιστων στοιχείων, τα οποία θα πρέπει να συγκεντρώνονται με ομοιόμορφο τρόπο και σε εθνικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων και των στοιχείων από πλήρεις και σωστά ενημερωμένους ιατρικούς φακέλους ασθενών. Ο Royer αναφέρει σχετικά ότι, *«Αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, απλά μην το κάνεις»*.

## 7.2. ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στην ΠΦΥ την τελευταία δεκαετία χρησιμοποιούνται δείκτες ποιότητας, οι περισσότεροι των οποίων έχουν αναπτυχθεί για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας στα νοσοκομεία, αλλά έχουν αναπτυχθεί και εργαλεία αποτίμησης της ποιότητας στην ΠΦΥ.

Ως δείκτες ποιότητας μπορούν να οριστούν τα μετρήσιμα στοιχεία των παρεχομένων υπηρεσιών, για τα οποία είναι σημαντικό να διατίθεται επαρκής **τεκμηρίωση** και να υπάρχει **κοινή αποδοχή** ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Οι δείκτες θα πρέπει να είναι: 1) Συγκεκριμένοι, 2) Σχετικοί, 3) Κατανοητοί, 4) Επιτεύξιμοι και 5) Ελεγχόμενοι και αναθεωρούμενοι<sup>2</sup>.

Για να είναι χρήσιμος ένας δείκτης αξιολόγησης<sup>3</sup>, θα πρέπει μεταξύ άλλων: 1) να αποτυπώνει σημαντικές παραμέτρους του επιπέδου υγείας, 2) να συμβάλει στη βελτίωση της φροντίδας υγείας, 3) να συνδέεται με το αποτέλεσμα της φροντίδας, 4) να είναι συγκεκριμένος για τη ΠΦΥ, 5) να αντανακλά διάφορες διαστάσεις της φροντίδας υγείας, 6) να είναι κατανοητός για τους εμπλεκόμενους και 7) να μην επηρεάζεται από τυχαίες διακυμάνσεις και σπάνιες καταστάσεις.

Έτσι, οι δείκτες θα πρέπει να μετρούν την ποιότητα με έναν έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο, με μικρή απόκλιση μεταξύ των ερευνητών, έτσι ώστε να προσφέρονται για σύγκριση μεταξύ επαγγελματιών υγείας, ιατρείων και οργανισμών<sup>4</sup>, διασφαλίζοντας τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των δεικτών<sup>5</sup>, όπως:

- τη συνάφεια (relevancy), δηλαδή θα πρέπει να είναι συναφής με σημαντικές διαστάσεις της ποιότητας φροντίδας (αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και αποδοτικότητα),
- την εγκυρότητα (validity) στη βάση της επιστημονικής τεκμηρίωσης και εμπειρίας, εγκυρότητα προσώπου (face validity), εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) και εγκυρότητα πρόβλεψης (predictive validity),
- την αξιοπιστία (reliability), δηλαδή θα πρέπει να χρησιμοποιεί διαθέσιμες και αξιόπιστες πηγές, τα αποτελέσματα να είναι στατιστικά σημαντικά, να υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης (comparability), επανάληψης των ευρημάτων (inter-rater reliability) και είναι δυνατή η συλλογή των στοιχείων που χρειάζονται,
- την εφικτότητα (feasibility), δηλαδή ο δείκτης θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί, να είναι εύκολα διαθέσιμος και να χρησιμοποιείται με ευκολία,
- την ευαισθησία στην αλλαγή (sensitivity to change), δηλαδή ο δείκτης θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να εντοπίζει τις αλλαγές όταν αυτές συμβαίνουν στην ποιότητα της φροντίδας υγείας,
- την αποδεκτότητα (acceptability), δηλαδή θα πρέπει να είναι αποδεκτός τόσο από αυτούς που αξιολογούνται όσο και από αυτούς που αξιολογούν,
- την επαναληψιμότητα (reproducibility), δηλαδή τη δυνατότητα να δημιουργείται ο ίδιος δείκτης κάθε φορά που χρησιμοποιείται η ίδια μέθοδος δημιουργίας.

### 7.3. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Από 23 χώρες του ΟΟΣΑ έγινε προσπάθεια για την δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συνόλου κοινά αποδεκτών δεικτών ποιότητας, που θα αφορούν τους βασικούς τομείς της ΠΦΥ και θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση και την σύγκριση συστημάτων ΠΦΥ. Αναπτύχθηκαν έτσι 27 δείκτες ποιότητας, με έμφαση στη δημόσια υγεία<sup>6</sup>:

### ***Προαγωγή Υγείας***

- Επιπολασμός παχυσαρκίας
- Φυσική δραστηριότητα
- Εκτίμηση καπνιστικής συνήθειας
- Επιπολασμός σακχαρώδη διαβήτη
- Εκτίμηση λοιμώξεων από γονόκοκκο/χλαμύδια
- Εκτίμηση αμβλώσεων/εκτρώσεων

### ***Πρόληψη***

- Προγεννητικός έλεγχος γονέων (ομάδα αίματος, αντισώματα)
- Προγεννητικός έλεγχος γονέων για HIV
- Προγεννητικός έλεγχος γονέων για βακτηριουρία
- Ανοσολογική κατάσταση
- Χαμηλό βάρος γέννησης
- Εμβολιαστική κάλυψη εφήβων
- Έλεγχος αναιμίας των εγκύων γυναικών
- Έλεγχος για γονοκοκκική τραχηλίτιδα των εγκύων γυναικών
- Έλεγχος Ηπατίτιδας Β των εγκύων γυναικών
- Καταγραφή επιβεβαιωμένης λοίμωξης Ηπατίτιδας Β κατά τον τοκετό για Ηπατίτιδα Β
- Εμβολιαστική κάλυψη ομάδων υψηλού κινδύνου έναντι γρίπης
- Εμβολιαστική κάλυψη ομάδων υψηλού κινδύνου έναντι πνευμονιόκοκκου

### ***Διάγνωση-Θεραπευτική παρέμβαση***

- Εκτίμηση συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας
- Παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος σε ασθενείς με βρογχικό άσθμα
- Μέτρηση αρτηριακής πίεσης
- Περιοδικός έλεγχος αρτηριακής πίεσης υπερτασικών ασθενών
- Βασικός εργαστηριακός έλεγχος υπερτασικών ασθενών
- Εκτίμηση παραπομπών για νοσοκομειακή νοσηλεία

Μέσα από μια σειρά άλλων μελετών έχουν προταθεί δείκτες ποιότητας που αναφέρονται σε διάφορα πεδία (διαστάσεις) παροχής υπηρεσιών στην ΠΦΥ όπως, πρόσβαση, οργάνωση, οικονομικά, ασφάλεια, προσωπικό, πρόληψη, διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, συνταγογράφηση και διαλογή περιστατικών (Πίνακας 1)<sup>7-10</sup>.

**Πίνακας 1.** Επιλεγμένοι δείκτες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ

<b>Διάσταση</b>	<b>Δείκτης</b>
Πρόσβαση	<i>Δείκτες χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας</i> (π.χ. ποσοστό ατόμων που επισκέφθηκαν το Κ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού ευθύνης) <ul style="list-style-type: none"><li>• Η αίθουσα αναμονής έχει αρκετό χώρο για την εξυπηρέτηση του πληθυσμού που απευθύνεται το ιατρείο;</li><li>• Είναι δυνατή η πρόσβαση από άτομα με αναπηρία;</li></ul>
Οργάνωση	<ul style="list-style-type: none"><li>• Χρήση και διατήρηση ενημερωμένου ιατρικού φακέλου</li><li>• Διάρκεια επίσκεψης</li><li>• Χρόνος για ραντεβού</li><li>• Επάρκεια και ποιότητα των υποδομών των μονάδων ΠΦΥ σχετίζεται με τις παραπομπές στο νοσοκομείο</li></ul>
Ασφάλεια και υγιεινή	<ul style="list-style-type: none"><li>• Σε κάθε ιατρείο υπάρχουν εγκαταστάσεις για το πλύσιμο των χεριών</li><li>• Όλοι οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές είναι προστατευμένοι από μη αποδεκτή πρόσβαση (κωδικοί, τείχος προστασίας κλπ)</li><li>• Τα φάρμακα φυλάσσονται σε ασφαλές μέρος και έχει ελεγχθεί η ημερομηνία λήξης</li><li>• Υπάρχουν διαδικασίες που εξασφαλίζουν την ασφαλή διάθεση μολυσματικών ή επικίνδυνων απορριμμάτων</li></ul>
Φάσμα και είδος υπηρεσιών στο Κ.Υ. και στην κοινότητα	<i>Δείκτες ζήτησης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ποσοστό συνταγογράφησης στο σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών (αριθμός επαναλαμβανόμενων συνταγογραφήσεων, με ή χωρίς εξέταση, με ή χωρίς παρουσία του ασθενούς)</li><li>• Υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας<ul style="list-style-type: none"><li>- Ποσοστό προληπτικών ενεργειών στο ΚΥ, συμπεριλαμβανομένων των εμβολιασμών και συμβουλών στο σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών</li><li>- Αριθμός γυναικών στις οποίες έγινε κλινική εξέταση μαστών/1000 γυναίκες/έτος</li><li>- Αριθμός γυναικών οι οποίες υποβλήθηκαν σε Test Pap/1000 γυναίκες/έτος</li><li>- Αριθμός δόσεων εμβολίου έναντι τετάνου/1000 ενήλικες κατοίκους/έτος</li><li>- Αριθμός δόσεων εμβολίου MMR/1000 παιδιά ηλικίας 12-15 ετών/έτος</li><li>- Αριθμός εξετασθέντων μαθητών στο σχολείο/1000/έτος</li></ul></li><li>• Επαφές με ιατρούς και συγκεκριμένα:<ul style="list-style-type: none"><li>- Επισκέψεις στο ιατρείο για κλινική εξέταση/ 1000 ασθενείς/έτος</li><li>- Κλήσεις για επίσκεψη στο σπίτι/1000 κατοίκους</li><li>- Επισκέψεις εκτός ωραρίου/1000 κατοίκους</li><li>- Επισκέψεις στη διάρκεια της νύχτας/1000 κατοίκους</li><li>- Τηλεφωνικές κλήσεις για συμβουλή</li></ul></li><li>• Χρήση εργαστηρίων (αριθμός βιοχημικών, αιματολογικών και ακτινολογικών εξετάσεων)</li></ul>



**Πίνακας 1.** Επιλεγμένοι δείκτες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ (Συνέχεια)

<b>Διάσταση</b>	<b>Δείκτης</b>
Συνέχεια στη φροντίδα	<i>Δεδομένα χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Αριθμός επισκέψεων ανά έτος, γιατρό και νόσο</li><li>• Αριθμός ασθενών που φροντίζονται στο σπίτι ανά μήνα</li></ul>
Εκπαίδευση προσωπικού	<ul style="list-style-type: none"><li>• Καταγράφεται η συμμετοχή του προσωπικού σε δραστηριότητες συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης τους τελευταίους 18 μήνες</li><li>• Παρέχονται ευκαιρίες εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του προσωπικού</li><li>• Παρέχονται δυνατότητες έρευνας στο προσωπικό</li></ul>
Πολιτεία	<i>Δείκτες που βασίζονται στο βαθμό επίτευξης συγκεκριμένων στρατηγικών στόχων της Πολιτείας για την υγεία</i>
Ανισότητες	<ul style="list-style-type: none"><li>• Διαφορές στη συχνότητα προβλημάτων υγείας μεταξύ ειδικών ομάδων πληθυσμού</li><li>• Κοινωνικοοικονομικές διαφορές στην συχνότητα ελέγχου με Pap test</li></ul>
Δικαιώματα ασθενών	<i>Δείκτες που βασίζονται στο βαθμό κατά τον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες συνάδουν με τα δικαιώματα ασθενών</i>
Ικανοποίηση των ασθενών	<ul style="list-style-type: none"><li>• Οι απόψεις των ασθενών για τα standards της φροντίδας υγείας τους μπορεί να μετρώνται με εργαλεία (πχ Primary Care Assessment Tool)</li><li>• Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας</li><li>• (δεδομένα από μελέτες χρήσης υπηρεσιών υγείας, από μελέτες πεδίου ή μέσω ταχυδρομείου)</li></ul>
Οικονομική	Οικονομικά κίνητρα μπορεί να συνδέονται με δείκτες απόδοσης (πχ New UK Contract for GP's)

#### **7.4. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ**

Αρκετές προσεγγίσεις και αρκετοί ορισμοί έχουν δοθεί για την αποτελεσματικότητα (effectiveness). Ένας από αυτούς είναι του Donabedian που ορίζει την αποτελεσματικότητα ως ο «βαθμός στον οποίον επιτεύχθηκαν οι επιδιωκόμενοι στόχοι». Στον τομέα της υγείας και σε κλινικό επίπεδο μιλάμε για κλινική αποτελεσματικότητα (clinical effectiveness), για δε την αξιολόγησή της μιλάμε για μεθόδους ιατρικού ελέγχου (medical audit), στους οποίους περιλαμβάνονται εκείνες που ελέγχουν και αναλύουν την καταχωρημένη πληροφορία στον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας.

Ο κλινικός δείκτης ιατρικού ελέγχου είναι μια μεταβλητή, η οποία μπορεί να μεταβληθεί λόγω της εφαρμογής ενός κλινικού πρωτοκόλλου, ενώ η αλλαγή αυτή αποτελεί το αξιολογητικό μέτρο της αποδοτικότητας του πρωτοκόλλου.

Εκτός από τους κλινικούς δείκτες, οι οποίοι αποτελούν και την πλέον αξιόπιστη πηγή αξιολόγησης κλινικών οδηγιών ή κλινικών πρωτοκόλλων, σημαντικό ρόλο δι-

**Πίνακας 2.** Κλινικοί δείκτες έκβασης και εκτίμησης των παρεμβάσεων σε επιλεγμένα χρόνια νοσήματα της κοινότητας

Στόχος	Δείκτης
Έλεγχος Αρτηριακής Υπέρτασης	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αριθμός ασθενών Αριθμός ασθενών &gt;18 ετών με αρτηριακή υπέρταση που εξετάστηκαν και έχουν κάρτα υγείας Αριθμός ασθενών &gt;18 ετών με αρτηριακή υπέρταση που είναι και καπνιστές</li> <li>• Επίτευξη αρτηριακής πίεσης στόχου Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές αρτηριακής πίεσης: &lt;130/85 mmHg για άτομα &lt;65 ετών &lt;140/90 mmHg για άτομα ≥65 ετών &lt;130/85 mmHg για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη &lt;130/85 mmHg για άτομα με παλαιό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο</li> <li>• Διερεύνηση για παράγοντες κινδύνου και βλάβες σε όργανα-στόχους Αριθμός και ποσοστό ασθενών που εξετάστηκαν για όλα τα παρακάτω: υπερτροφία αριστερής κοιλίας, στηθάγχη, ΑΕΕ, περιφερική αρτηριοπάθεια, νεφρική νόσο Αριθμός και ποσοστό ασθενών που διερευνήθηκαν για τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου: κάπνισμα, σακχαρώδη διαβήτη, αυξημένη χοληστερόλη, οικογενειακό ιστορικό πρόωρης στεφανιαίας νόσου Αριθμός και ποσοστό ασθενών με απουσία βλάβης στα όργανα στόχους, πριν την έναρξη της αγωγής Αριθμός και ποσοστό ασθενών με ανθεκτική υπέρταση και με παραπομπή σε ειδικό</li> <li>• Παρεμβάσεις για μείωση καρδιαγγειακού κινδύνου Αριθμός και ποσοστό ασθενών που τεκμηριωμένα ακολουθούν μη φαρμακευτικά μέσα αντιυπερτασικής θεραπείας Αριθμός και ποσοστό ασθενών-καπνιστών στους οποίους έγινε παρέμβαση για διακοπή καπνίσματος Αριθμός και ποσοστό ασθενών με BMI&lt;25 Αριθμός και ποσοστό ασθενών (χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου) με τιμές χοληστερόλης&lt;250 mg/dl Αριθμός και ποσοστό ασθενών που υποβλήθηκαν σε βυθοσκόπηση (με μυδρίαση) τους τελευταίους 12 μήνες Αριθμός και ποσοστό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη που παίρνουν αντιυπερτασική αγωγή Αριθμός και ποσοστό ασθενών (χωρίς αντενδείξεις) που λαμβάνουν καθημερινά ασπιρίνη</li> <li>• Παρακολούθηση ασθενών Αριθμός και ποσοστό ασθενών με μια τουλάχιστον επίσκεψη επανεξέτασης για μέτρηση αρτηριακής πίεσης τους προηγούμενους 6 μήνες</li> <li>• Προαγωγή αυτοφροντίδας Αριθμός και ποσοστό ασθενών που θεωρούν τους εαυτούς τους ικανούς να παρακολουθούν μόνοι τους και να ρυθμίζουν την αρτηριακή τους πίεση Αριθμός και ποσοστό ασθενών που έχουν θέσει οι ίδιοι στόχους σωματικού βάρους ή και πρόγραμμα άσκησης</li> </ul>

**Πίνακας 2.** Κλινικοί δείκτες έκβασης και εκτίμησης των παρεμβάσεων σε επιλεγμένα χρόνια νοσήματα της κοινότητας (*Συνέχεια*)

<b>Στόχος</b>	<b>Δείκτης</b>
Έλεγχος ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αριθμός ασθενών Αριθμός ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, ηλικίας &gt;18 ετών που εξετάστηκαν και έχουν κάρτα υγείας</li> <li>• Γλυκαιμικός έλεγχος Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές HbA<sub>1c</sub> &lt;8%</li> <li>• Μείωση καρδιαγγειακού κινδύνου Αριθμός και ποσοστό ασθενών στους οποίους δεν έχει μετρηθεί η LDL-χοληστερόλη Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές LDL-χοληστερόλης &lt;100 mg/dl Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές αρτηριακής πίεσης &lt;130/85 mmHg Αριθμός και ποσοστό ασθενών-καπνιστών στους οποίους έγινε παρέμβαση για διακοπή καπνίσματος Αριθμός και ποσοστό ασθενών (χωρίς αντενδείξεις) που λαμβάνουν καθημερινά ασπιρίνη Αριθμός και ποσοστό ασθενών που υποβάλλονται σε ετήσια εξέταση HbA<sub>1c</sub> και LDL-χοληστερόλη και που έχουν: HbA<sub>1c</sub> &lt;8%, LDL-χοληστερόλης &lt;100 mg/dl, Α.Π. &lt;130/85 mmHg και λαμβάνουν καθημερινά ασπιρίνη</li> <li>• Πρόληψη επιπλοκών Αριθμός και ποσοστό ασθενών στους οποίους η HbA<sub>1c</sub> μετράται τουλάχιστον κάθε 6 μήνες Αριθμός και ποσοστό ασθενών στους οποίους γίνεται λιπιδαιμικός έλεγχος τουλάχιστον κάθε 12 μήνες Αριθμός και ποσοστό ασθενών στους οποίους μετρήθηκε η μικροαλβουμίνη τους τελευταίους 12 μήνες Αριθμός και ποσοστό ασθενών που υποβλήθηκαν σε βυθοσκοπηση (με μυδρίαση) τους τελευταίους 12 μήνες Αριθμός και ποσοστό ασθενών που υποβλήθηκαν σε καταγεγραμμένη εξέταση ποδιών τους τελευταίους 12 μήνες Αριθμός και ποσοστό ασθενών που υποβλήθηκαν σε όλες τις παραπάνω παρεμβάσεις</li> <li>• Προαγωγή αυτοφροντίδας Αριθμός και ποσοστό ασθενών οι οποίοι μετρούν τεκμηριωμένα (καταγεγραμμένο στην κάρτα υγείας) μόνοι τους τη γλυκόζη τριχοειδικού αίματος τους τελευταίους 12 μήνες Αριθμός και ποσοστό ασθενών που θεωρούν τους εαυτούς τους ικανούς να ρυθμίζουν το διαβήτη τους Αριθμός και ποσοστό ασθενών που έχουν θέσει οι ίδιοι στόχους σωματικού βάρους ή και πρόγραμμα άσκησης</li> </ul>
Μείωση καρδιαγγειακού κινδύνου	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αριθμός ασθενών Αριθμός ασθενών με απόλυτο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου <math>\geq 20\%</math> που εξετάστηκαν και έχουν κάρτα υγείας</li> </ul>

**Πίνακας 2.** Κλινικοί δείκτες έκβασης και εκτίμησης των παρεμβάσεων σε επιλεγμένα χρόνια νοσήματα της κοινότητας (*Συνέχεια*)

Στόχος	Δείκτης
Μείωση καρδιαγγειακού κινδύνου	<ul style="list-style-type: none"><li>• Πρωτογενής πρόληψη</li><li>Αριθμός και ποσοστό ασθενών-καπνιστών στους οποίους έγινε παρέμβαση για διακοπή καπνίσματος</li><li>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με BMI&lt;25</li><li>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές αρτηριακής πίεσης &lt;140/90 mmHg</li><li>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές χοληστερόλης &lt;190 mg/dl</li><li>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές LDL-χοληστερόλης &lt;115 mg/dl</li><li>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με τιμές HDL-χοληστερόλης &gt;39 mg/dl στους άνδρες και &gt;43 mg/dl στις γυναίκες</li><li>Αριθμός και ποσοστό ασθενών με αρτηριακή υπέρταση υπό θεραπεία που λαμβάνουν καθημερινά ασπιρίνη 75 mg</li></ul>

αδραματίζουν οι απόψεις και οι στάσεις των άμεσα ενδιαφερόμενων, δηλ. των ιατρών, αλλά και των ασθενών. Συνεπώς, είναι κρίσιμη η σημασία της εκπαίδευσής τους, που πρέπει να προηγηθεί, ώστε να μπορούν να κατανοήσουν και να διαχειριστούν έννοιες ειδικού χαρακτήρα, όπως βασικές ιατρικές αρχές, ιατρική με βάση τις ενδείξεις, δείκτες κόστους-αποτελεσματικότητας, μελέτες κόστους-ωφέλειας.

Επιλεγμένοι κλινικοί δείκτες έκβασης και εκτίμησης των παρεμβάσεων σε συνήθη νοσήματα της κοινότητας παρουσιάζονται στον Πίνακα 2<sup>11</sup>.

## 7.5. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ

Η έννοια του συμβολαίου με τον γενικό/οικογενειακό ιατρό, δεν έχει εφαρμογή σε πολλά συστήματα υγείας και είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τους δείκτες ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ή καλύτερα απόδοσης του ιατρού αυτού. Η συνήθης χρηστική αξία του είναι η βελτίωση της ποιότητας, μιας και οικονομικά κίνητρα (αποζημίωση, pay for performance) χρησιμοποιούνται για την επίτευξη επιθυμητών και συμφωνημένων εκ των προτέρων διαδικασιών ή και εκβάσεων<sup>12</sup>.

Στην κατεύθυνση αυτή, ένα συμβόλαιο θα μπορούσε να περιλαμβάνει την παροχή μιας δέσμης υπηρεσιών, ιδιαίτερα στους τομείς της πρόληψης (διαχείριση επιλεγμένων παραγόντων κινδύνου/κάπνισμα, παχυσαρκία, χρήση αλκοόλ, προσυμπτωματικό έλεγχο, εκτίμηση του κινδύνου για την εμφάνιση χρονίων νοσημάτων) και της διαχείρισης επιλεγμένων συνήθων νοσημάτων της κοινότητας (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης, ΧΑΠ, κ.α.), με την εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων, την υποχρέωση συστηματικής καταγραφής και παρακολούθησης των ασθενών και την εφαρμογή προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης και

πρόληψης ανά φύλο και ηλικία, με βάση τον πληθυσμό αναφοράς ή ευθύνης κάθε γενικού/οικογενειακού ιατρού.

Η συζήτησή του στην Ελλάδα σήμερα είναι ιδιαίτερα επίκαιρη στο πλαίσιο της συζητούμενης μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ. Φυσικά, μια τέτοια προσπάθεια ορισμού δεικτών, προϋποθέτει αρκετή εργασία και συζήτηση, για τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τις προσδοκίες, τις επιθυμίες και τις ανάγκες των ασθενών, τις επιθυμητές εκβάσεις, καθώς και τις δυνατότητες υποστήριξης της λήψης της κλινικής απόφασης.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Starfield B. Primary care and equity in health: the importance of effectiveness and equity to people's needs. *Humanity and Society* 2009; 33: 56-73.
2. Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in healthcare. *Eur J Gen Practice* 1997, 3:103-108.
3. Crampton PR et al. (2004). What makes a good performance indicator? Devising primary care performance indicators for New Zealand. *J of the N Zeal Med Assoc* 2004, 117(1191).
4. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Roland MO. Quality assessment for three common conditions in primary care: validity and reliability of review criteria developed by expert panels for angina, asthma and type 2 diabetes. *Quality and Safety in Health Care* 2002, 11:125-30.
5. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Improving the quality of health care. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003, 326:816-819.
6. Marshall M, Klazinca N, Leatherman S, Hardy C, Bergmann E, Pisco L, Matke S, Mainz J. OECD Health Care Quality Indicator Project. The Expert Panel on Primary Care Prevention and Health Promotion. *International Journal for Quality in Health Care* 2006, 18(1 Suppl.):21-25.
7. Engels Y, Cambell S, Dautzenberg M. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Family Practice* 2005, 22:215-222.
8. Engels Y, Cambell S, Dautzenberg M. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices, *Family Practice* 2006, 23:137-47.
9. Barnsley J, Berta W, Cockerill R, MacPhail J, Vayda E. Identifying performance indicators for family practice. Assessing levels of consensus. *Canadian Family Physician* 2005, 51:700-701.
10. Campbell SM, Roland MO, Quayle JA, Buetow SA, Shekelle PG. Quality indicators for general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they? *Journal of Public Health Medicine* 1998, 20:414-421.
11. Marshall MN, Roland MO, Campbell SM et al. MEASURING GENERAL PRACTICE. A demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators. The Nuffield Trust, London 2003.
12. BMA, NHS Employers, NHS England. General Medical Services (GMS) contract Quality and Outcomes Framework (QOF). Guidance for GMS contract 2015/16. Publications Gateway Reference Number 03099.

## 8. Μέθοδοι αποζημίωσης στην ΠΦΥ - Κυνηγώντας την αποδοτικότητα

Κυριάκος Σουλιώτης

### ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η ρύθμιση του υπο-συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί μια διαχρονική «εκκρεμότητα» της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.
- Πέρα από την ατολμία της πολιτικής διαχείρισης, η αδράνεια στη σφαίρα της ΠΦΥ μπορεί να αποδοθεί και σε δύο ακόμη παράγοντες:
- 1ον η «παράκαμψη» του δημόσιου συστήματος με ίδιες δαπάνες παγιώθηκε ως επιλογή στην ελληνική κοινωνία, με αποτέλεσμα να μην διατυπωθεί ισχυρό κοινωνικό αίτημα ρύθμισης της ΠΦΥ και
- 2ον η επικρατούσα λογική του ισχύοντος, ισοπεδωτικού, συστήματος αμοιβών των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στην ΠΦΥ εμπόδισε τη δημιουργία των κινήτρων που απαιτούνται προκειμένου μια ρύθμιση να τύχει της στήριξης των λειτουργιών του συστήματος.
- Με το σύστημα υγείας να αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες υγείας των πολιτών και ειδικά το υπο-σύστημα των δημόσιων δομών ΠΦΥ να είναι ολοένα και λιγότερο ελκυστικό για τους πολίτες, η δημιουργία κινήτρων για τους επαγγελματίες υγείας με την εφαρμογή ενός πλουραλιστικού υποδείγματος αποζημίωσης στην ΠΦΥ θεωρείται πλέον αναγκαία.
- Η παρούσα πρόταση αφορά στην εγκαθίδρυση ενός νέου, πλουραλιστικού συστήματος αποζημίωσης των ιατρών στην ΠΦΥ, στο πλαίσιο του οποίου οι ειδικότητες υψηλής επισκεψιμότητας που θα αναλάβουν ρόλο οικογενειακού ιατρού προτείνεται όπως αμείβονται στη βάση ενός σύνθετου συστήματος το οποίο θα περιλαμβάνει: α) κατά κεφαλήν αμοιβή και -επιπλέον-, β) αμοιβή συνδεδεμένη με τα αποτελέσματα και στη βάση της διαχείρισης πολλαπλών προβλημάτων, την υποστήριξη δράσεων πρόληψης κ.λπ.
- Για τις υπόλοιπες ειδικότητες (συμπεριλαμβανομένων και των εργαστηριακών), η πρόταση υποδεικνύει την εφαρμογή πολιτικών αποζημίωσης στη βάση του όγκου των παρεχόμενων φροντίδων.

---

Επίκουρος Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

## 8.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ

Η ρύθμιση του υπο-συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί μια διαχρονική «εκκρεμότητα» της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα. Παρά τις αλλεπάλληλες επιστημονικές απόπειρες για τη διαμόρφωση συγκεκριμένων προτάσεων πολιτικής, η αδράνεια που έχει επιδείξει η κεντρική διοίκηση στο συγκεκριμένο, και όχι μόνο, ζήτημα, έχει καθηλώσει το σύστημα σε μία λειτουργία, η οποία δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των πολιτών (Souliotis and Lionis, 2004, Lionis et al, 2009). Το κενό μάλιστα αυτό μεταξύ των αναγκών των πολιτών και των δυνατοτήτων του συστήματος υγείας να τις καλύψει αποτελεσματικά και σε ανεκτούς όρους ποιότητας, διευρύνεται υπό την ασφυκτική πίεση του νέου οικονομικού περιβάλλοντος, το οποίο έχει διαμορφωθεί στον τομέα της υγείας.

Ωστόσο, για την ορθότητα της προσέγγισης είναι αναγκαίο να επισημανθεί ότι η αναποτελεσματικότητα στη σφαίρα της ΠΦΥ δεν είναι τόσο αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης, όπως ενδεχομένως συμβαίνει σε άλλες μορφές φροντίδων υγείας, αλλά, κυρίως, της στρεβλής ανάπτυξής της και της ατολμίας της πολιτικής υγείας να παρέμβει σε μία αγορά της οποίας η ρύθμιση βασίστηκε στην πρόθεση των πολιτών να επιβαρύνονται με ίδιες δαπάνες για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Επιπλέον, η γενικότερη αποτυχία υιοθέτησης μιας μεταρρυθμιστικής λογικής στο χώρο της υγείας λειτούργησε συμπληρωματικά προς τα συμφέροντα και τις αντιστάσεις συγκεκριμένων ομάδων πίεσης, με αποτέλεσμα την επικράτηση της στασιμότητας στη σφαίρα της ΠΦΥ για τρεις περίπου δεκαετίες. Η διαχείριση αυτή σε συνδυασμό με την περιορισμένη χρηματοδότηση της ΠΦΥ από δημόσιους πόρους –ακόμα και κατά την προ κρίσης περίοδο– κατέστησε το υπο-σύστημα αυτό ως τον αδύναμο κρίκο του τομέα της υγείας.

Πέρα από την ατολία της πολιτικής διαχείρισης, η αδράνεια στη σφαίρα της ΠΦΥ μπορεί να αποδοθεί και σε δύο ακόμη παράγοντες: 1<sup>ον</sup> η «παράκαμψη» του δημόσιου συστήματος με ίδιες δαπάνες παγιώθηκε ως επιλογή στην ελληνική κοινωνία, με αποτέλεσμα να μην διατυπωθεί ισχυρό κοινωνικό αίτημα ρύθμισης της ΠΦΥ και 2<sup>ον</sup> η επικρατούσα λογική του ισχύοντος, ισοπεδωτικού, συστήματος αμοιβών των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στην ΠΦΥ εμπόδισε τη δημιουργία των κινήτρων που απαιτούνται προκειμένου μια ρύθμιση να τύχει της στήριξης των λειτουργιών του συστήματος. Η παρούσα προσέγγιση αποπειράται να αξιολογήσει την δυνατότητα υιοθέτησης μιας πολιτικής κινήτρων με όχημα το σύστημα αποζημίωσης, προκειμένου να υποστηριχθεί η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ στην Ελλάδα.

## 8.2. ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ

Με το σύστημα υγείας να αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες υγείας των πολιτών

και ειδικά το υπο-σύστημα των δημόσιων δομών ΠΦΥ να είναι ολοένα και λιγότερο ελκυστικό για τους πολίτες, η δημιουργία κινήτρων για τους επαγγελματίες υγείας με την εφαρμογή ενός πλουραλιστικού υποδείγματος αποζημίωσης στην ΠΦΥ θεωρείται πλέον αναγκαία. Άλλωστε, κάτι τέτοιο υπαγορεύεται και από την διεθνή εμπειρία, όπου οι παραδοσιακές πρακτικές των αμοιβών με πάγια αντιμισθία, αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση ή ακόμη και κατά κεφαλή αποζημίωση (capitation), έχουν δώσει τη θέση τους σε πιο σύνθετα συστήματα υπολογισμού αμοιβών.

Τα συστήματα αυτά έχουν ως στόχο τη δημιουργία κινήτρων παραγωγικότητας, τον περιορισμό της προκλητής ζήτησης, τη αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού αναφοράς και, στη βάση αυτή, την επιβράβευση των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τον βαθμό επίτευξης των παραπάνω. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός τέτοιου πλουραλιστικού μοντέλου αποζημίωσης αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο (Kramer, 2012), στο οποίο εδώ και μία περίπου δεκαετία, η αποζημίωση ενός οικογενειακού ιατρού\* υπολογίζεται ως εξής\*\*:

- Κατά κεφαλήν αμοιβή βάσει συμβολαίου
- Μέχρι και 25% αύξηση της αμοιβής κάθε ιατρού στη βάση 5 παραμέτρων:
  - 80 κλινικές παράμετροι (65.5% συνολικής επίδοσης)
  - 43 οργανωτικές παράμετροι (18.1%)
  - 4 παράμετροι σχετικές με την εμπειρία ασθενών (10.8%)
  - 8 παράμετροι σχετικά με υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας (3.6%)
  - παροχή ολιστικής φροντίδας(2%)
- Η κατά κεφαλήν αποζημίωση λαμβάνει υπόψη το μείγμα ηλικίας / φύλου/ νοσηρότητας των εγγεγραμμένων ασθενών στη λίστα του ιατρού.

Είναι προφανές ότι το σύστημα αυτό έχει ως στόχο την ανταμοιβή της ποιότητας, καθώς ένα σημαντικό τμήμα του εισοδήματος μπορεί να κερδηθεί με την επίτευξη τεκμηριωμένων στόχων (evidence-based quality targets).

Στο ίδιο πνεύμα, στην Ολλανδία έχει υιοθετηθεί ένα μικτό σύστημα με αμοιβή τόσο κατά κεφαλήν όσο και κατά πράξη και περίπτωση, στο οποίο λαμβάνεται υπόψη η ηλικία των εγγεγραμμένων και η ύπαρξη συγκεκριμένων «προβληματικών νόσων», ενώ προβλέπονται πρόσθετες αμοιβές για την παροχή υπηρεσιών εκτός ωρών ή/και σε μη εγγεγραμμένους ασθενείς στη λίστα, ενώ στην Γαλλία δίδονται πρόσφατες αμοιβές για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων.

Σε μία άλλη λογική, στη Γερμανία έχει καθιερωθεί ένα σύστημα με αμοιβές

---

\* Θεσμός ο οποίος αποτελεί τη βάση του συστήματος υγείας.

\*\* Οι περισσότεροι Γενικοί Ιατροί στο Ην. Βασίλειο είναι αυτοαπασχολούμενοι και συμβάλλονται με το Σύστημα Υγείας είτε αυτόνομα είτε μέσω ενός Primary Care Trust.



κατά πράξη και περίπτωση, στο πλαίσιο του οποίου υπολογίζονται “πόντοι” σε περιπτώσεις υπέρβασης του ορίου δαπάνης του κάθε ιατρού (από συνταγογράφηση κ.λπ.), οι οποίοι συνδέονται με μειωμένη αμοιβή.

Από τις παραπάνω πρακτικές είναι σαφής η μετατόπιση σε υποδείγματα αποζημίωσης με τη χρήση κινήτρων, πρωτίστως θετικών και δευτερευόντως αρνητικών, αντί της ισοπεδωτικής λογικής της αμοιβής μόνο με πάγια αντιμισθία ή της επισφαλούς -ως προς την πειθαρχία στους προϋπολογισμούς- αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση. Ωστόσο, σημειώνεται ότι της επικράτησης των νέων αυτών συστημάτων, έχει προηγηθεί, όπου έχουν αυτά εφαρμοστεί, η εγκαθίδρυση μηχανισμών παρακολούθησης της απόδοσης και της επίτευξης στόχων, οι οποίοι αποτελούν την κοινά αποδεκτή βάση αξιολόγησης των παραπάνω\*.

### **8.3. ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Το υφιστάμενο υπόδειγμα αποζημίωσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα προβλέπει πάγια αντιμισθία για τους ιατρούς των δημόσιων μονάδων (ΕΣΥ και ΠΕΔΥ) και κατά πράξη και περίπτωση με περιορισμούς (αριθμός επισκέψεων/μήνα, εκπτώσεις και επιστροφές σε περίπτωση υπέρβασης δαπάνης) για τους συμβεβλημένους ιδιώτες. Το σύστημα αυτό χαρακτηρίζεται από την απουσία κινήτρων παραγωγικότητας όσον αφορά στις δημόσιες δομές και την ύπαρξη κινήτρων προκλητής ζήτησης από τους συμβεβλημένους ιδιώτες (Tsiachristas, 2015), ενώ, λόγω των διαφορετικών σχέσεων εργασίας, οι αποδοχές διαφέρουν σημαντικά. Γενικά, πρόκειται για ένα σύστημα στο οποίο έχουν επικρατήσει χαμηλές αμοιβές, ενώ απουσιάζει εντελώς η απαραίτητη δέσμη θετικών κινήτρων, η οποία θα διασφάλιζε και την απαιτούμενη στήριξη της όποιας μεταρρυθμιστικής προσπάθειας.

Με δεδομένα τα παραπάνω, έχει προταθεί\*\* η εγκαθίδρυση ενός νέου, πλουραλιστικού συστήματος αποζημίωσης των ιατρών στην ΠΦΥ, στο πλαίσιο του οποίου οι ειδικότητες υψηλής επισκεψιμότητας που θα αναλάβουν ρόλο οικογενειακού ιατρού προτείνεται όπως αμείβονται στη βάση ενός σύνθετου συστήματος το οποίο θα περιλαμβάνει: α) κατά κεφαλήν αμοιβή και -επιπλέον-, β) αμοιβή συνδεδεμένη με τα αποτελέσματα και στη βάση της διαχείρισης πολλαπλών προβλημάτων, την υποστήριξη δράσεων πρόληψης κ.λπ.

---

\* Για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των μεθόδων αυτών βλ. American Medical Association, 2015. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/advocacy/state-advocacy-arc/state-advocacy-campaigns/private-payer-reform/state-based-payment-reform/evaluating-payment-options/pay-for-performance.page>.

\*\* Βλ. Αναλυτικά Σουλιώτης και συν., Βασικά Σημεία Πρότασης για τη Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Σεπτέμβριος 2013.

Ειδικότερα για τον οικογενειακό ιατρό, η πρόταση προβλέπει ένα συγκεκριμένο ποσό για κάθε εγγεγραμμένο ασθενή, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο του (π.χ. συνήθως οι ηλικιωμένοι καταλαμβάνουν περισσότερο χρόνο στη συνεδρία) και ανεξάρτητα από τον αριθμό των επισκέψεών του. Επιπλέον προβλέπονται αμοιβές κατά πράξη και πρόσθετες αμοιβές ως κίνητρα καλής πρακτικής (π.χ. 24ωρη κάλυψη αναγκών και κατ' οίκον νοσηλεία, εργασία το Σαββατοκύριακο, διαθεσιμότητα μέσω τηλεφώνου σε υπερωριακή βάση, διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, υπηρεσία σε δυσπρόσιτες ή γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές ανεξαρτήτως πληθυσμού, συμμετοχή σε έρευνα και σε δράσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας). Πρόσθετα, στο σύστημα αμοιβής του οικογενειακού ιατρού μπορεί να εισαχθεί και ένα πρόσθετο ποσό σε περίπτωση ταυτόχρονης διαχείρισης πολλαπλών προβλημάτων υγείας ασθενή στο ίδιο επεισόδιο φροντίδας.

Για τις υπόλοιπες ειδικότητες (συμπεριλαμβανομένων και των εργαστηριακών), η πρόταση υποδεικνύει την εφαρμογή πολιτικών αποζημίωσης στη βάση του όγκου των παρεχόμενων φροντίδων (αντίστροφη σχέση), οι οποίες μάλιστα έχουν εφαρμοστεί και αποδώσει ήδη (Σουλιώτης, 2013)\*. Πιο ειδικά, όσον αφορά τις κλινικο-εργαστηριακές ειδικότητες και τις Ομάδες ΠΦΥ (πολυϊατρεία κ.λπ.), προτείνονται πρόσθετες εκπτώσεις σε περίπτωση αυτο-παραπομπών, με έλεγχο αυτών σε σύγκριση με τα συνολικά δεδομένα της ειδικότητας αλλά και τις κατευθυντήριες οδηγίες.

Σε κάθε περίπτωση, το όλο σύστημα αποζημίωσης θα πρέπει να ενταχθεί στο πλαίσιο ενός συνολικού προϋπολογισμού για την ΠΦΥ\*\*, ο οποίος θα εξειδικεύεται ανά Υγειονομική Περιφέρεια, ενώ τα κίνητρα που θα θεσπιστούν θα πρέπει να περιλαμβάνουν όλη την Ομάδα της ΠΦΥ, ήτοι τους επαγγελματίες υγείας και πέραν των ιατρών. Επιπρόσθετα, μπορούν να προβλεφθούν «ανταποδοτικά οφέλη» για όλη την Ομάδα Υγείας της ΠΦΥ για την επίτευξη στόχων σε επίπεδο έκβασης της υγείας του ασθενή και την εξοικονόμηση πόρων. Αναφέρονται ενδεικτικά τα κριτήρια: α) μείωση εισαγωγών και επανεισαγωγών β) πρόοδος στη νόσο και αποφυγή επιπλοκών, γ) μείωση κόστους για φάρμακο, εργαστηριακές εξετάσεις κ.ά.

Τέλος, επισημαίνεται ότι αφητηρία ενός τέτοιου συστήματος αποτελεί η αξιοποίηση των δεδομένων που αφορούν στις ανάγκες των πολιτών για υπηρεσίες ΠΦΥ και στην υφιστάμενη χρήση αυτών, τεκμήρια τα οποία μπορούν να προκύψουν από τα λειτουργούντα συστήματα (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, μητρώα ασθενών κ.ά.).

Ουσιαστικά, με τη μετάβαση σε ένα τέτοιο υπόδειγμα, το οποίο θα βασίζεται σε τεκμηρίωση και οι όροι του οποίου (στόχοι/κίνητρα επίτευξής τους) θα είναι

---

\* Σε κάθε περίπτωση η πρόταση αναφέρεται στην εμπειρία της προ clawback εποχής, καθώς το εν λόγω μέτρο προσφέρει μεν «βεβαιότητα» ως προς την τήρηση των προϋπολογισμών, ωστόσο δεν συμβάλει ούτε κατ' ελάχιστο στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων, ενώ απειλεί και τη βιωσιμότητα των φορέων του κλάδου.

\*\* Η πρόταση αυτή τον οριοθετεί στα επίπεδα του 15% της δημόσιας δαπάνης υγείας.

συμφωνημένοι εκ των προτέρων, επιτυγχάνεται, πέρα από τα προφανή, και η εγκαθίδρυση μιας νέας κουλτούρας συνεργασίας μεταξύ της πλευράς της αποζημίωσης και της πλευράς της προσφοράς, προς όφελος των ασθενών. Όσο δε αφορά στους τελευταίους, οι στόχοι και τα κίνητρα τα οποία θα οριοθετούν το νέο σύστημα θα πρέπει να τίθενται υπό την αξιολόγησή τους, στο πλαίσιο της συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων, πρακτική η οποία άλλωστε είναι ευρέως διαδεδομένη διεθνώς\*.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Medical Association (<http://www.ama-assn.org/ama/pub/advocacy/state-advocacy-arc/state-advocacy-campaigns/private-payer-reform/state-based-payment-reform/evaluating-payment-options/pay-for-performance.page>)
2. Kramer G. Payment for Performance and the QOF: are we doing the right thing? *Bri J Genl Pract* 2012, 62(596).
3. Lionis Ch., Symvoulakis E., Markaki A., Vardavas C., Papadakaki M., Daniilidou N., Souliotis K., Kyriopoulos J. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 2009, 9(3):1–14.
4. Σουλιώτης Κ. Η δημόσια ασφάλιση στην Ελλάδα: Από το αδιανόητο στο αυτονόητο. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 2013.
5. Souliotis K, Lionis C. Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective, *Journal of Medical Systems* 2004, 18(6):643 – 652.
6. Σουλιώτης και συν. Βασικά Σημεία Πρότασης για τη Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Σεπτέμβριος 2013.
7. Σουλιώτης Κ. Αναζητώντας τη δημοκρατία στην υγεία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης: η συμμετοχή των πολιτών στη χάραξη πολιτικής υγείας», σελ. 23-51, στο: Σουλιώτης Κ. (επιμ.): «Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας. Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων - Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων - Σύλλογοι Ασθενών», Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 2014.
8. Tsiachristas A, Lionis C, Yfantopoulos J. Bridging knowledge to develop an action plan for integrated care for chronic diseases in Greece. *International Journal of Integrated Care* 2015, 15.

---

\* Για τη συμμετοχή των πολιτών στη χάραξη πολιτικής υγείας γενικά βλ.: Σουλιώτης Κ.: «Αναζητώντας τη δημοκρατία στην υγεία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης: η συμμετοχή των πολιτών στη χάραξη πολιτικής υγείας», σελ. 23-51, στο: Σουλιώτης Κ. (επιμ.): «Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας. Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων - Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων - Σύλλογοι Ασθενών», Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 2014.









