



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Λειτουργική διασύνδεση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Αναφορά στις Τοπικές Μονάδες Υγείας Ηρακλείου»

Αρχιτεκτονίδης Φίλιππος
Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ελλάδα
Ηράκλειο, Φεβρουάριος 2021

Επιβλέποντες: Λιονής Χρήστος, καθηγητής Γενικής
Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
Υγείας, MD PhD FRCGP(Hon) FESC
FWONCA Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο
Κρήτης

Δήμητρα Σηφάκη-Πιστόλλα,
Επιδημιολόγος, MPH, PhD, Σχολή
Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

Αδελαΐς Μαρκάκη, APRN-BC, PhD, School
of Nursing, University of Alabama at
Birmingham, USA, και Σχολή Ιατρικής,
Παν/μιο Κρήτης

Ηράκλειο { Φεβρουάριος 2021 }

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Λειτουργική διασύνδεση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Αναφορά στις Τοπικές Μονάδες Υγείας Ηρακλείου»

Αρχιτεκτονίδης Φίλιππος
Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ελλάδα
Ηράκλειο, Φεβρουάριος 2021

Λειτουργική διασύνδεση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Αναφορά στις Τοπικές Μονάδες Υγείας Ηρακλείου

ALL RIGHTS RESERVED © 2021 Αρχιτεκτονίδης Φίλιππος

Επιβλέποντες:

Λιονής Χρήστος, καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, MD PhD FRCGP(Hon) FESC FWONCA Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Δήμητρα Σηφάκη-Πιστόλλα, Επιδημιολόγος, MPH, PhD, Σχολή Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

Αδελαΐς Μαρκάκη, APRN-BC, PhD, School of Nursing, University of Alabama at Birmingham, USA, και Σχολή Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

Συμβουλευτική Επιτροπή:

Αναστασίου Φωτεινή, Γενική Ιατρός, επιμελήτρια Α του ΕΣΥ και συντονίστρια στην 4^η Τοπική Μονάδα Υγείας Ηρακλείου

Ευχαριστίες

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να εκφράσω ευχαριστίες στον Καθ. Χ. Λιονή, καθηγητή Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στην Σχολή Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Ο οποίος συνέβαλε με κάθε δυνατή προσπάθεια για την ολοκλήρωση της έρευνας τονίζοντας πάντα την αναγκαιότητα στην ποιότητα, την λεπτομέρεια και την αυστηρή τήρηση όλων των πρωτοκόλλων και διεθνών στάνταρ. Πάντα με τον ιδιαίτερα ευγενή και ταπεινό λόγο του, στάθηκε δίπλα σε κάθε μέρος αυτή της έρευνας από την αρχή μέχρι και το τέλος της. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως την κα. Αδελαΐς Μαρκάκη, APRN-BC, PhD, School of Nursing, University of Alabama at Birmingham, USA, και Σχολή Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης, η οποία παρά το γεγονός ότι βρίσκεται πολλά χιλιόμετρα μακριά μας δέχτηκε με χαρά να συμμετέχει ως επιβλέπουσα και μάλιστα έχοντας η ίδια ελάχιστο ελεύθερο χρόνο. Ήταν πάντα άμεση και συνεπής στις διαδικτυακές συναντήσεις μας καθώς και εύστοχη και ακριβής στις προτάσεις και παρατηρήσεις της. Η εμπειρία της στην ανάπτυξη ενός συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, σε χώρες όπου το σύστημα υγείας δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων, ήταν πολύτιμη στον σχεδιασμό αυτής της ερευνητικής εργασίας. Επιπλέον, ένα ακόμη άτομο που ολοκλήρωνε την επιτροπή ήταν η κα. Δήμητρα Σηφάκη-Πιστόλλα, Επιδημιολόγος ερευνήτρια, MPH, PhD, Σχολή Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης. Η κα. Σηφάκη-Πιστόλλα υπήρξε ακούραστος αρωγός αυτής της προσπάθειας. Πάντα άμεση, αποτελεσματική, συνεπής, ευγενής και πολλά άλλα ακόμη. Μετέφερε τις γνώσεις της, την πληροφορία, δίδαξε τον τρόπο με το οποίο θα πρέπει να αναζητείται και να αντλείται η πληροφορία από τις διαδικτυακές πηγές (επιστημονικά περιοδικά , κείμενα κλπ). Υπήρξε κινητήριοις δύναμη και απαραίτητη για την ολοκλήρωση αυτής της έρευνας.

Ευχαριστίες ακόμα θα ήθελα να εκφράσω στην κα. Καμηλάκη Μερόπη, διευθύντρια του ΕΣΥ, αναπληρώτρια συντονίστρια στην εκπαίδευση της ειδικότητας της γενικής ιατρικής, Γενική Ιατρός και συντονίστρια στην 3^η Τοπική Μονάδα Υγείας Ηρακλείου και στην κα. Αναστασίου Φωτεινή, Γενική Ιατρός, επιμελήτρια Α του ΕΣΥ και συντονίστρια στην 4^η Τοπική Μονάδα Υγείας Ηρακλείου. Και οι δύο τους συμμετείχαν και συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της λήψης των ερωτηματολογίων

καθώς και στην εύρυθμη λειτουργία των μονάδων ως προς την εξυπηρέτηση των πολιτών, όχι μόνο για τις ανάγκες της έρευνας αλλά κυρίως για την ανάγκη να κρατηθεί μια ποιότητα στις υπηρεσίες των παραπάνω δομών. Οι ίδιες, συμβάλουν με κάθε προσπάθεια στην πρόσβαση των εξυπηρετούμενων στις Το.Μ.Υ. Επιμένουν στην ανάγκη η πληροφορία να φτάσει σε αυτούς που πραγματικά την χρειάζονται αλλά και στον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να γίνουν λήπτες τέτοιων υπηρεσιών. Δίνουν βαρύτητα στην κοινότητα και την εκπαίδευση αυτής, ώστε η ανθρώπινη συμπεριφορά στην υγεία και στην αρρώστια να είναι αυτή που θα παίζει τον σημαντικότερο ρόλο στην πρόληψη και αντιμετώπιση και φυσικά τέλος, προσπαθούν στην ανάδειξη μιας πιο ανθρωποκεντρικής προσέγγισης βασισμένης στις ανάγκες του ατόμου. Για την επίτευξη του στόχου αυτού είναι απαραίτητη η διεπιστημονική ομάδα που στελεχώνει τις παραπάνω δομές. Είναι οι συνάδελφοι μου, είναι αυτοί που με βοηθούσαν με το παραπάνω για την ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Κλείνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον συνάδελφο μου Βόλκο Παναγιώτη, Κοινωνικό Λειτουργό της 4^{ης} Το.Μ.Υ. και μεταπτυχιακό φοιτητή στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών "Δημόσια Υγεία-Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας-Υπηρεσίες Υγείας". Ο κύριος Βόλκος συνέβαλε με κάθε δυνατή προσπάθεια για την ολοκλήρωση της λήψης των ερωτηματολογίων. Ασχολήθηκε με σοβαρότητα και ζήλο για την αυστηρή τήρηση και διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων, την ανωνυμία και κωδικοποίηση των εξυπηρετούμενων της δομής του.

Σας ευχαριστώ όλους από καρδιάς.

Περιεχόμενα

1. Ελληνική περίληψη	7
2. Αγγλική περίληψη	10
3. Εισαγωγή	13
4. Σκοπός	17
5. Μεθοδολογία	18
5.1 Σχεδιασμός και τύπος μελέτης(1 ^ο & 2 ^ο ερευνητικό ερώτημα).....	18
5.2 Εργαλεία (1 ^ο & 2 ^ο ερευνητικό ερώτημα).....	18
5.3 Περιοχή και πληθυσμός μελέτης(1 ^ο & 2 ^ο ερευνητικό ερώτημα).....	19
5.4 Δείγμα μελέτης(1 ^ο & 2 ^ο ερευνητικό ερώτημα).....	19
5.6 Μεθοδολογία ανάλυσης – μοντελοποίησης (3 ^ο ερευνητικό ερώτημα).....	20
5.7 Απαραίτητες άδειες και εγκρίσεις.....	21
6. Αποτελέσματα	22
6.1 Αποτελέσματα για την αποτίμηση των επιπέδων διασύνδεσης και ποιότητας υπηρεσιών υγείας “Primary Care Assessment Tool (PCAT) (1 ^ο ερευνητικό ερώτημα).....	22
6.2 Αποτελέσματα για ασθενείς με χρόνια νοσήματα (2 ^ο ερευνητικό ερώτημα).....	26
6.3 Αποτελέσματα για περιπτώσεις έκτακτων / επειγόντων περιστατικών (2 ^ο ερευνητικό ερώτημα).....	27
6.4 Αποτελέσματα για περιστατικά πρόληψης (2 ^ο ερευνητικό ερώτημα).....	27
6.5 Αποτελέσματα εξυπηρετούμενων/ ασθενών σε «πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι»(2 ^ο ερευνητικό ερώτημα).....	32
6.6 Μοντελοποίηση επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης(3 ^ο ερευνητικό ερώτημα)....	37
7. Συζήτηση	41
7.1 Κύρια ευρήματα.....	41
7.2 Σχόλια υπό το φως της βιβλιογραφίας.....	42
7.3 Προτάσεις.....	46
7.4 Περιορισμοί και δυνατά σημεία μελέτης.....	47
8. Συμπεράσματα	48
9. Βιβλιογραφία	49

Παραρτήματα

1. Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: «Λειτουργική διασύνδεση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Αναφορά στις Τοπικές Μονάδες Υγείας Ηρακλείου»

Του: Αρχιτεκτονίδα Φίλιππου

Υπό τη επίβλεψη των:

1. Λιονής Χρήστος, καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, MD PhD FRCGP(Hon) FESC FWONCA Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
2. Δήμητρα Σηφάκη-Πιστόλλα, Επιδημιολόγος, MPH, PhD, Σχολή Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης
3. Αδελαΐς Μαρκάκη, APRN-BC, PhD, School of Nursing, University of Alabama at Birmingham, USA, και Σχολή Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

Ημερομηνία: 2021

Λέξεις κλειδιά(MESH terms): Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, λειτουργική διασύνδεση, ποιότητα υπηρεσιών, διαστάσεις, πρόσβαση, συνέχεια, συντονισμός

Σκοπός: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί βασικό συστατικό όλων των συστημάτων υγείας. Στην περίπτωση της Ελλάδας είναι έντονη η απουσία ενός συστήματος λειτουργικής διασύνδεσης της ΠΦΥ. Ιδιαίτερα στη δυσχερή οικονομική κατάσταση που διανύει η χώρα τα τελευταία χρόνια, είναι φανερή η ανάγκη για διαρθρωτικές αλλαγές που θα οδηγήσουν στη μείωση των δαπανών υγείας και στην αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας. Η παρούσα ερευνητική εργασία αποσκοπεί στη περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης από πλευράς λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών (ΠΦΥ) όπως αυτές παρέχονται στην 3^η και 4^η Τοπική Μονάδα Υγείας (Το.Μ.Υ.) του Ηρακλείου Κρήτης, στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης φροντίδας με τη χρήση ενιαίων προτύπων-διαδικασιών ποιότητας.

Μεθοδολογία: Διενεργήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Cochrane Library, Google Scholar) και έρευνα γραφείου (desk research), με στόχο το εντοπισμό ελληνικών προγραμμάτων ή ολοκληρωμένων μελετών για το θέμα της λειτουργικής διασύνδεσης των δομών ΠΦΥ. Ωστόσο δεν βρέθηκε κάποια ολοκληρωμένη μελέτη στην Ελλάδα όσον αφορά στη λειτουργική διασύνδεση εκτός από ένα εθνικό χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα ΕΣΠΑ (ΟΠΣ 337424 του Ε.Π. « Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013», Κλινική Κοινωνικής Ιατρικής (ΚΚΟΙ) του Πανεπιστημίου Κρήτης) και ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα FP7 με τίτλο QUALICOPC (Quality and costs of Primary Care in Europe) στο οποίο συμμετείχε επίσης η Ελλάδα. Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας επιχειρήθηκε η σύνθεση των αποτελεσμάτων του προγράμματος QUALICOPC στον κύριο κορμό των αποτελεσμάτων του προγράμματος ΕΣΠΑ. Το θεωρητικό πλαίσιο που προέκυψε από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι αυτό της Kringos και συνεργάτες (2010), το οποίο συνδυάζει τις θεμελιώδεις λειτουργίες κατά B.Starfield και το μοντέλο Διαχείρισης Χρόνιων Νοσημάτων. Το εργαλείο αποτίμησης που επιλέχθηκε ως καταλληλότερο στην περίπτωση της Ελλάδας ήταν το «Primary Care Assessment Tool (PCAT) – Short Version», καθώς και ένα συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο που δημιούργησε η ερευνητική ομάδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής στο πλαίσιο του έργου ΕΣΠΑ, μετά από ανασκόπηση της παγκόσμιας βιβλιογραφίας και σύνθεση στοιχείων από άλλα ερωτηματολόγια. Στη μελέτη συμμετείχαν η 3^η και η 4^η Το.Μ.Υ. (δομές ΠΦΥ) του Ηρακλείου Κρήτης. Σε κάθε μονάδα συμπληρώθηκε ένα ερωτηματολόγιο PCAT και επιπρόσθετα ερωτηματολόγια για τις ροές υπηρεσιών προς τους εξυπηρετούμενους σύμφωνα με τις τέσσερις συχνότερες κατηγορίες προσέλευσης στην ΠΦΥ: χρόνια νοσήματα, έκτακτες περιπτώσεις, πρόληψη, και υπηρεσίες στο σπίτι. Η μέθοδος δειγματοληψίας ήταν αυτή της σκοπιμότητας (purposive sampling) και στις δύο περιπτώσεις (δηλ. συντονιστές και πληθυσμός ευθύνης-εξυπηρετούμενοι). Στην περίπτωση των συντονιστών το δείγμα ήταν ένας εκπρόσωπος ανά Το.Μ.Υ. Ο απαιτούμενος αριθμός εξυπηρετούμενων ήταν 160 άτομα. Συγκεκριμένα συμμετείχαν 20 ασθενείς ανά τύπο περίπτωσης (από τους τέσσερις τύπους) ανά Το.Μ.Υ. Συγκεκριμένα, 80 άτομα στην Α Το.Μ.Υ και 80 στην Β Το.Μ.Υ. Τα συλλεχθέντα στοιχεία αναλύθηκαν με την βοήθεια ενός αλγόριθμου που συνέδεε τις διαστάσεις του θεωρητικού μοντέλου της Kringos και συνεργατών, με τα χαρακτηριστικά τους και μετέπειτα με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Δίδοντας διάφορους συντελεστές βαρύτητας, η τελική

αποτίμηση των επιπέδων διασύνδεσης αποτυπώθηκε με τη βοήθεια μιας πεντάβαθμης κλίμακας τύπου Likert-scale ως εξής: ανύπαρκτη, φτωχή, βασική, μέτρια και μέγιστη διασύνδεση.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της συνολικής αποτίμησης των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης των Το.Μ.Υ. στο Ηράκλειο Κρήτης δείχνουν ότι καμιά δομή δεν παρουσίασε μέγιστη ή ελάχιστη λειτουργική διασύνδεση. Αντίθετα κυμαίνονται μεταξύ βασικής (48%) και μερικής (47%) λειτουργικής διασύνδεσης. Μόλις το (5%) των δομών αποτιμήθηκε με πτωχή διασύνδεση. Από τα αποτελέσματα για τις δέκα διαστάσεις της ΠΦΥ σύμφωνα με το επιλεχθέν θεωρητικό μοντέλο, διαφάνηκε ότι οι «οικονομικές συνθήκες» και η «ποιότητα των υπηρεσιών» είναι οι διαστάσεις που επιδέχονται περισσότερη βελτίωση. Αντίθετα, υψηλότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στις διαστάσεις αναφορικά με τη «συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας», καθώς και την «πρόσβαση των υπηρεσιών ΠΦΥ».

Σχετικά με την αξιολόγηση της διασύνδεσης ανά τύπο περιστατικού, και συγκεκριμένα για τα χρόνια νοσήματα, παρουσιάζεται ως βασική (86%) και φτωχή (14%). Αντίστοιχα, για το επείγον ή οξύ περιστατικό η λειτουργική διασύνδεση παρουσιάζεται ως φτωχή (78%) και βασική (22%). Τέλος, για την φροντίδα κατ'οίκον και την πρόληψη, η λειτουργική διασύνδεση εμφανίζεται ως βασική (50%) και μερική (50%). Τέλος, για την πρόληψη δεν παρουσιάζετε ανύπαρκτη, μέγιστη ή φτωχή λειτουργική διασύνδεση αλλά (50%) βασική και (50%) μερική.

Συμπεράσματα: Η αποτίμηση των επιπέδων, των διαστάσεων και των χαρακτηριστικών της ΠΦΥ μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην ανάπτυξη προτάσεων βελτίωσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στις νεοσύστατες δομές πρωτοβάθμιας όπως είναι οι ΤΟΜΥ. Ο σχεδιασμός ενός νέου συστήματος ΠΦΥ με υψηλή απόδοση στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα κρίνεται αναγκαίος καθώς και η άμεση λήψη μέτρων για εξατομικευμένη ανθρωποκεντρική φροντίδα. Αυτό θα επιτευχθεί με την ενεργοποίηση των εξυπηρετούμενων χρηστών υπηρεσιών υγείας και την διεπιστημονική/ διεπαγγελματική προσέγγιση στην φροντίδα. Τέλος, με στοχευόμενες ενέργειες μπορεί να βελτιωθεί το επίπεδο διασύνδεσης ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα των δομών ΠΦΥ.

2. Abstract

Title: “Operational integration of primary health care services: Reference to Local Health Units in Heraklion”

By: Architektonidis Filippos

Supervisors:

1. Lionis Christos, Professor of General Medicine and Primary Health Care, MD PhD FRCGP(Hon) FESC FWONCA, University of Crete
2. Dimitra Sifaki-Pistola , Epidemiologist, MPH, PhD, University of Crete
3. Markaki Adelais, APRN-BC, PhD, School of Nursing, University of Alabama at Birmingham, USA & University of Crete

Date: 2021

Key words (MESH terms): Primary health care, functional interface, service quality, dimensions, accessibility, continuity, coordination

INTRODUCTION: Primary health care (PHC) is a key component of all health systems. The absence of operational integration of PHC units is a major issue in the case of Greece. Particularly during austerity times, there is a clear need for structural changes that will lead to reduction of health costs and effectiveness of the health system. This project aims to assess the current status of integration levels of PHC units in Greece, as they are provided in the 3rd and 4th Local Health Unit (TO.M.Y) of Heraklion, Crete, in the context of comprehensive care with the use of common processes and quality standards.

METHODS: A literature review were conducted in three scientific databases (Pub Med, Cochrane Library, Google Scholar) jointly with desk research to find Greek programmes or studies aiming to operational integration of PHC units. No studies were found apart from two projects: one nationally funded (NSRF, MIS 337 424 OP

"Administrative Reform 2007-2013", Social Medicine Clinic of the University of Crete) and a European FP7 project entitled QUALICOPC (Quality and costs of Primary Care in Europe). A synthesis of QUALICOPC project outcomes into the main results of the NSRF project was attempted. The identified theoretical framework from the literature review was the one by Kringos et al. (2010), which combines the fundamental PHC principles of B. Starfield and the Chronic Disease Management model. The main evaluation tool was the «Primary Care Assessment Tool (PCAT) - Short Version». The 3rd and 4th Local Health Units (TO.M.Y - Primary Health Care structure) of Heraklion, Crete participated in the study. In each unit, a PCAT questionnaire, along with additional questionnaires for services rendered by reason for encounter across the four most frequent categories were completed: chronic diseases, emergencies, prevention, and home services. The sample was collected via purposive sampling method in both cases (coordinators and TOMY's beneficiaries). Regarding the coordinators, the sample consists of one representative of each TOMY. The number of beneficiaries required was 160 individuals in total. More specifically, there were participated 20 patients for each case type (in total: four case types) for each TOMY. Therefore, 80 individuals participated at TOMY A and 80 at TOMY B. Collected data were analyzed with the help of an algorithm that gave different mathematical weights and integrated the Kringos et al. (2010) dimensions with their characteristics and each item of the questionnaire. A 5-point Likert-scale reflected the final assessment, grouping the PHC units based on their integration levels, as follows: absent, poor, basic, medium and maximum integration.

RESULTS: The overall assessment of the operational integration levels of To.M.Y. in Heraklion, Crete reveals that no unit showed a maximum or minimum operational integration. Instead, levels range between basic (48%) and partial (47%) integration. Only (5%) of the units were valued with poor integration. From the results for the ten PHC elements according to the selected theoretical model, it became clear that "economic conditions" and "quality of services" can be further improved. On the contrary, a higher score was observed for "continuity in the provision of health care", as well as "access to PHC services". Evaluation of integration in regards to reason for encounter and specifically, to chronic diseases was basic (86%) and poor (14%). Respectively, integration level for urgent or acute cases was poor (78%) and basic (22%). Finally, for home care and prevention, integration was basic (50%) and partial (50%).

CONCLUSIONS: Evaluation of PHC levels and characteristics can significantly contribute to improvement of the PHC in Greece and specifically in the newly established structures, such as TOMY. Planning of a new PHC system with high quality and efficiency that focuses on person-centered care is considered necessary. This will be achieved through motivation of health care users and an interdisciplinary approach to care. Finally, targeted actions can improve the level of operational integration in terms of the quality of provided services, as well as enhance the effectiveness of PHC structures.

3. Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) συνιστά τη βασική φροντίδα υγείας που βασίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους (1). Συγκεκριμένα, είναι ο κλάδος του συστήματος υγείας που έχει ως στόχο τη φροντίδα και την αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας (πρωτοβάθμια περίθαλψη), αλλά και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού (πρωτοβάθμια φροντίδα) (2). Η ΠΦΥ αποτελεί το θεμέλιο και το επίκεντρο του συστήματος υγείας κάθε χώρας (3). Η έμφαση που δίνεται στην ανάπτυξη της ΠΦΥ διεθνώς αποτελεί την προσπάθεια απάντησης στα κρίσιμα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο τομέας της υγείας γενικότερα. Η φροντίδα υγείας αντικατοπτρίζει τα οικονομικά, πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά κάθε χώρας, παρέχει προληπτικές θεραπευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες αποκατάστασης σε κοινοτικό επίπεδο, περιλαμβάνει την αγωγή και την προαγωγή της υγείας, προωθεί την ενεργό συμμετοχή της κοινότητας και του ατόμου στον σχεδιασμό, την οργάνωση, και τη λειτουργία της ΠΦΥ (4).

Τα τελευταία χρόνια, υπό την πίεση των κοινωνικών και οικονομικών συγκυριών, οι υπεύθυνοι για την χάραξη πολιτικών υγείας έχουν στρέψει την προσοχή τους στη μείωση των δαπανών υγείας και στην αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας. Η αποσυμφόρηση του νοσοκομειακού τομέα και ο προσανατολισμός σε εξωνοσοκομειακές δομές με την ενίσχυση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί στόχο των περισσότερων κρατών. Πολλές χώρες στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) έχουν την ανάγκη εφαρμογής ενός «υγιούς» μοντέλου υγείας όπως αυτό της Ολλανδίας και άλλων χωρών. Σε αυτές τις περιπτώσεις, όπως και στην Ελλάδα, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην ενδυνάμωση της υγείας μέσω της προαγωγής της υγείας του γενικού πληθυσμού, της ενίσχυσης της ΠΦΥ, της υγιούς γήρανσης του πληθυσμού και της δημιουργίας λειτουργικών και ολοκληρωμένων συστημάτων και πολιτικών υγείας. Για την υλοποίηση των παραπάνω απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη ολοκληρωμένων συστημάτων λειτουργικής διασύνδεσης των δομών ΠΦΥ. Η διασύνδεση ορίζεται ως ένας σημαντικός παράγοντας στην εξάλειψη του κατακερματισμού, παρέχοντας οριζόντια και κάθετη επικοινωνία μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών. Παράλληλα, διασφαλίζει τη ροή των υπηρεσιών προς τις κοινότητες που τις έχουν ανάγκη (WHO, 2013)(5).

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετά εργαλεία τα οποία εστιάζουν στη μέτρηση της ολοκληρωμένης φροντίδας και στην αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών ή των ιατρών. Αυτό αποτελεί σημαντικό κομμάτι της αξιολόγησης της λειτουργικής διασύνδεσης και της εφαρμογής πρότυπων διαδικασιών (Uijen *et al.*, 2012)(6). Ωστόσο, δεν υπάρχουν στη χώρα μας ολοκληρωμένα εργαλεία που να έχουν ως αποκλειστικό στόχο την αποτύπωση των υφιστάμενων δομών και των ροών εργασιών τους, και την ολοκληρωμένη καταγραφή της λειτουργικής διασύνδεσης στην ΠΦΥ, με βάση τον βαθμό οργανωσιακής, επαγγελματικής, λειτουργικής και κλινικής ένταξης. (Lionis *et al.*, 2009,(7) Kontodimopoulos, *et al.*, 2007(8), Οικονόμου και συν., 2007) (9). Ένα εθνικό χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα ΕΣΠΑ (ΟΠΣ 337424 του Ε.Π. «Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013», το οποίο διενεργήθηκε στην Κλινική Κοινωνικής Ιατρικής (ΚΚΟΙ) του Πανεπιστημίου Κρήτης είναι το μοναδικό που ασχολείται με την καταγραφή και αποτύπωση της ολοκληρωμένης φροντίδας στην Ελλάδα. Η παρούσα πτυχιακή διενεργήθηκε στο πλαίσιο του χρηματοδοτούμενου προγράμματος ΕΣΠΑ αφού πρώτα έλεγξε (μέσω ανασκόπησης της βιβλιογραφίας) για την ύπαρξη άλλων αντίστοιχων προγραμμάτων ή ολοκληρωμένων μελετών σε επίπεδο Ελλάδας.

Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει την απουσία συστηματικής έρευνας στην ΠΦΥ και στις επενδύσεις σε οικονομικούς ή ανθρώπινους πόρους με στόχο τη λειτουργική διασύνδεσή της κυρίως στην Ελλάδα. Παράλληλα, είναι εμφανής η έλλειψη μηχανισμών αποτίμησης της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας και αξιοποίησης των αποτελεσμάτων της εμπειρικής έρευνας για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας ή ακόμα και τη μείωση του κόστους στις υπηρεσίες ΠΦΥ (Lionis *et al.*,(7) 2009, Kontodimopoulos *et al.*, 2007(8), Οικονόμου και συν., 2007, (9) Souliotis and Lionis, 2005)(10). Η διασύνδεση αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα στην εξάλειψη του κατακερματισμού, παρέχοντας οριζόντια και κάθετη επικοινωνία μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών. Παράλληλα, διασφαλίζει τη ροή των υπηρεσιών προς τις κοινότητες που τις έχουν ανάγκη (WHO 2013)(5). Η αποτύπωση και προτυποποίηση της λειτουργικής διασύνδεσής των μονάδων ΠΦΥ μπορεί να επιτευχτεί με την βοήθεια σύγχρονων εργαλείων και μεθόδων διοίκησης και ποιότητας (Lionis *et al.*, 2009)(7). Η λειτουργική διασύνδεση των δομών ΠΦΥ κρίνεται σημαντική καθώς θα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ καθώς και στη γενικότερη εξυγίανση του εθνικού

συστήματος υγείας που βάλλεται κατά την οικονομική κρίση της τελευταίας δεκαετίας

Σημαντικοί παράγοντες που διαμορφώνουν την εικόνα της ΠΦΥ στην Ελλάδα αποτελούν οι γεωγραφικές ανισότητες και οι ανισότητες στην προσβασιμότητα, η ανομοιογενής κατανομή ιατρών και υπηρεσιών ΠΦΥ έναντι των ασθενών ανά περιοχή, η έλλειψη οργανωμένου συστήματος καταγραφής των παρεχόμενων υπηρεσιών ή των αναγκών ανά φορέα (Οικονόμου και συν(9), 2007, Souliotis and Lionis, 2005)(10), η χρονική υστέρηση και η δυσκαμψία στην παραπομπή (Sbarouni *et al.*, 2012)(11). Βάσει των παραπάνω, αλλά και της εμπειρίας που έχει αποκτηθεί από την περιγραφική έρευνα στο χώρο της ΠΦΥ στην Ελλάδα, ένα νέο μοντέλο λειτουργικής διασύνδεσης θα πρέπει να λάβει υπόψιν του τα εργαλεία καταγραφής και αποτίμησης της υφιστάμενης κατάστασης, τυχόν ιδιαιτερότητες στη γλώσσα και την εννοιολογική ασάφεια, την παρούσα γεωγραφική και διοικητική κατάσταση των υπηρεσιών ΠΦΥ καθώς και τη μεταβατική φάση της χώρας λόγω της οικονομικής κρίσης. Επίσης, σημαντικός παράγοντας προς διαχείριση είναι η αποφυγή σύγχυσης των ρόλων σε επίπεδο ασθενή ελλείπει οργανωμένου συστήματος παραπομπής και εξυπηρέτησης ασθενών στα διάφορα στάδια από, προς και εντός των υπηρεσιών ΠΦΥ (Strandberg-Larsen M. and Krasnik A., 2009)(12).

Η διεθνής εμπειρία αλλά και οι παρούσες ελληνικές συγκυρίες έχουν αναδείξει την ανάγκη για την άμεση δημιουργία και εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου και συντονισμένου συστήματος ΠΦΥ. Για το σχεδιασμό ενός τέτοιου συστήματος με δομές και υπηρεσίες που θα διασφαλίζουν επιτυχώς υψηλή ποιότητα και υψηλά επίπεδα υγείας του πληθυσμού θα πρέπει να υιοθετηθεί ένα θεωρητικό πλαίσιο όπως οι θεμελιώδεις λειτουργίες κατά B. Starfield: πρώτη επαφή, διαχρονικότητα, περιεκτικότητα και συντονισμός (Starfield, B. 2009)(13) ή το μοντέλο διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων (The chronic care model) (14).

Ωστόσο, η ανάπτυξη ενός εύρυθμου συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα παραμένει υπό εξέλιξη. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ στη χώρα μας οφείλουν να επικεντρωθούν σε ζητήματα σχετικά με τις ανάγκες υγείας και φροντίδας των τοπικών κοινωνιών. Στην Ελλάδα υπάρχουν δομές ΠΦΥ υψηλής ετερογένειας όσον αφορά στο επίπεδο διασύνδεσής τους. Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (To.M.Y) είναι οι νέες δομές (ΠΦΥ) που

υπάγονται σε Κέντρα Υγείας και εποπτεύονται από τις Υγειονομικές Περιφέρειες με απόφαση του Υπουργείου Υγείας το 2017, ν. 4486, με ΦΕΚ 115/07.08.2017. (15),(16), (17). Σκοπός της δημιουργίας τους είναι η ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον άνθρωπο (integrated people- centered) φροντίδα υγείας. Η φροντίδα υγείας αντικατοπτρίζει τα οικονομικά, πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά κάθε χώρας, παρέχει προληπτικές θεραπευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες αποκαταστάσεις σε κοινοτικό επίπεδο, περιλαμβάνει την αγωγή και την προαγωγή της υγείας, προωθεί την ενεργό συμμετοχή της κοινότητας και του ατόμου στον σχεδιασμό, την οργάνωση, και τη λειτουργία της ΠΦΥ(4).

Συνοψίζοντας τα παραπάνω ευρήματα της βιβλιογραφίας γίνεται κατανοητή η σημασία ύπαρξης λειτουργικής διασύνδεσης των δομών ΠΦΥ αλλά και ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας, στην εκάστοτε χώρα. Η Ελλάδα κυρίως την περίοδο της κοινωνικής και οικονομικής κρίσης, χρειάζεται την ενδυνάμωση της ΠΦΥ η οποία ήταν ανέκαθεν αποδυναμωμένη στη χώρα μας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την γενικότερη δυσλειτουργία του συστήματος υγείας και την αύξηση των δαπανών λόγω επιβάρυνσης της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας. Επίσης έτσι διατηρήθηκε ποιότητα στην φροντίδα σε ένα χαμηλό επίπεδο κυρίως λόγω φόρτου εργασίας και συμφόρησης στα νοσοκομεία. Η υπόθεση εργασίας η οποία διατυπώνεται με βάση τα παραπάνω και δύναται να εξεταστεί παρακάτω είναι η εξής: «Η διασύνδεση των δομών ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι ακόμα σε χαμηλά επίπεδα, απέχοντας από τον στόχο του συστήματος ΠΦΥ που είναι η λειτουργική διασύνδεση». ». Έτσι, τίθενται τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα (ε.ε.):

α) Ποιος είναι ο βαθμός λειτουργικής διασύνδεσης επιλεγμένων Το.Μ.Υ. με τις υπηρεσίες υγείας εντός και εκτός των υπηρεσιών ΠΦΥ;(ε.ε.1)

β) Ποια είναι τα επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης στις τέσσερις συχνότερες κατηγορίες προσέλευσης που συναντώνται στην ΠΦΥ, όπως (χρόνια νοσήματα, έκτακτες περιπτώσεις, πρόληψη, υπηρεσίες στο σπίτι) ;(ε.ε.2)

γ) Πως θα μπορούσαν να βελτιωθούν οι επιμέρους διαστάσεις της λειτουργικής διασύνδεσης (πχ. ποιότητα, διακυβέρνηση, συνέχεια, ισότητα, ισονομία κτλ) ανά κατηγορία προσέλευσης και να διαμορφωθούν στοχευμένες συστάσεις;(ε.ε.3)

4. Σκοπός

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποσκοπεί στη μελέτη και περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης των επιπέδων διασύνδεσης (ή λειτουργικής διασύνδεσης) των δομών ΠΦΥ πως αυτές παρέχονται στις Το.Μ.Υ. του Ηρακλείου Κρήτης, στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης φροντίδας και της χρήσης ενιαίων προτύπων – διαδικασιών ποιότητας (Pelone *et al.*, 2013) (18). Σύμφωνα με τον Νόμο 3235/2004, ως ΠΦΥ νοείται το σύστημα παροχής δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας της χώρας.

Έτσι, η ερευνητική υπόθεση διαμορφώνεται ως εξής: Τα επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών ΠΦΥ στις Το.Μ.Υ. αναμένεται να είναι μέτρια ή χαμηλά ανάλογα με τον τύπο υπηρεσιών.

Τα ερευνητικά ερωτήματα και η ανάγκη που αναδείχθηκε παραπάνω οδήγησε στη διατύπωση των ακόλουθων επιμέρους στόχων:

α) Εκτίμηση των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης εντός και μεταξύ των υπηρεσιών ΠΦΥ, στις συμμετέχουσες Το.Μ.Υ.

β) Εκτίμηση των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης στις τέσσερις συχνές κατηγορίες που συναντώνται στην ΠΦΥ (χρόνια νοσήματα, έκτακτες περιπτώσεις, πρόληψη, υπηρεσίες στο σπίτι).

γ) Ανάδειξη των επιμέρους διαστάσεων λειτουργικής διασύνδεσης (πχ. ποιότητα, διακυβέρνηση, συνέχεια, ισότητα, ισονομία κτλ) που χρήζουν βελτίωσης ανά τύπο περιστατικού και διαμόρφωση στοχευμένων συστάσεων.

5. Μεθοδολογία

5.1 Σχεδιασμός και τύπος μελέτης

Η παρούσα μελέτη ακλούθησε τον σχεδιασμό μιας συγχρονικής μελέτης αξιοποιώντας το θεωρητικό υπόβαθρο, τα εργαλεία και τη μεθοδολογία από ένα εθνικό χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα ΕΣΠΑ (ΟΠΣ 337424 του Ε.Π. «Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013», το οποίο διενεργήθηκε στην Κλινική Κοινωνικής Ιατρικής (ΚΚΟΙ) του Πανεπιστημίου Κρήτης (19).

Το θεωρητικό πλαίσιο το οποίο κατηύθυνε τη μελέτη περιλαμβάνει τρία επίπεδα και δέκα διαστάσεις της ΠΦΥ σύμφωνα με τη μελέτη της Kringos et al (18) (19) (20) .

Το θεωρητικό πλαίσιο αυτό θα παρέχει τα εργαλεία που αναφέρονται ακολούθως, είναι αυτό της Kringos et al το οποίο προσεγγίζει τα επίπεδα και τις διαστάσεις της ΠΦΥ στο πλαίσιο της λειτουργικής διασύνδεσης και της υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, τα τρία επίπεδα είναι (α) οι δομές, (β) οι διαδικασίες και (γ) τα αποτελέσματα (20). Οι δέκα διαστάσεις είναι οι εξής: 1) Διακυβέρνηση του συστήματος ΠΦ, 2) Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦ, 3) Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦ, 4) Πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦ, 5) Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας, 6) Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας, 7) Πληρότητα υπηρεσιών ΠΦ, 8) Ποιότητα υπηρεσιών ΠΦ, 9) Αποδοτικότητα ΠΦ, 10) Ισονομία στην ΠΦ (*παράρτημα 1, πίνακας 1*) (19)(20)(21)

5.2 Εργαλεία

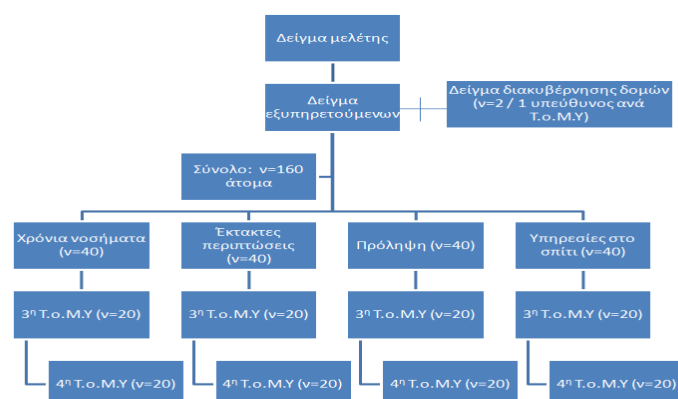
Χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία αποτίμησης των επιπέδων διασύνδεσης και ποιότητας υπηρεσιών υγείας: το έγκυρο ερωτηματολόγιο “Primary Care Assessment Tool (PCAT) – short version” του Primary Care Policy Center for Underserved Populations, Johns Hopkins University (21), καθώς και ένα συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο που δημιούργησε η ερευνητική ομάδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής στο πλαίσιο του έργου ΕΣΠΑ, μετά από ανασκόπηση της παγκόσμιας βιβλιογραφίας και σύνθεση στοιχείων από άλλα ερωτηματολόγια (22)

5.3 Περιοχή και πληθυσμός μελέτης

Στη μελέτη συμμετείχαν η 3^η και η 4^η Το.Μ.Υ. (δομές ΠΦΥ) της πόλης του Ηρακλείου Κρήτης. Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν οι διευθυντές ή εκπρόσωποι γενικοί ιατροί των Τ.Ο.Μ.Υ. οι οποίοι έχουν γνώση της διοίκησης και λειτουργίας των μονάδων τους (ώστε να μπορούν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο για τη διακυβέρνηση των δομών), καθώς και οι εγγεγραμμένοι πολίτες στις προαναφερθείσες δομές και συγκεκριμένα πολίτες που ανήκουν στους τέσσερις τύπους περιπτώσεων που συναντάμε στην ΠΦΥ (χρόνια νοσήματα, έκτακτες περιπτώσεις, πρόληψη, υπηρεσίες στο σπίτι).

5.4 Δείγμα μελέτης

Η μέθοδος δειγματοληψίας ήταν αυτή της σκοπιμότητας (purposive sampling) και στις δύο περιπτώσεις (δηλ. συντονιστές και πληθυσμός ευθύνης-εξυπηρετούμενοι). Στην περίπτωση των συντονιστών το δείγμα ήταν ένας εκπρόσωπος ανά Το.Μ.Υ. Ο απαιτούμενος αριθμός εξυπηρετούμενων ήταν 160 άτομα. Συγκεκριμένα συμμετείχαν 20 ασθενείς ανά τύπο περίπτωσης (από τους τέσσερις τύπους) ανά Το.Μ.Υ. Σε κάθε μονάδα συμπληρώθηκε ένα ερωτηματολόγιο PCAT και επιπρόσθετα ερωτηματολόγια (χρόνια νοσήματα, έκτακτες περιπτώσεις, πρόληψη, υπηρεσίες στο σπίτι) για τις ροές υπηρεσιών που αφορά τους εξυπηρετούμενους (σύνολο 20 ασθενείς ανά κατηγορία περίπτωσης, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω ανά Το.Μ.Υ.). Η απουσία των κριτήριων βάση των τεσσάρων τύπων περιστατικών που περιγράφηκαν παραπάνω αποκλείει λοιπούς εξυπηρετούμενους των υπό μελέτη Το.Μ.Υ.



Εικόνα 1 : Διάγραμμα ροής- δείγμα μελέτης

5.6 Μεθοδολογία ανάλυσης – μοντελοποίησης

Στατιστική ανάλυση

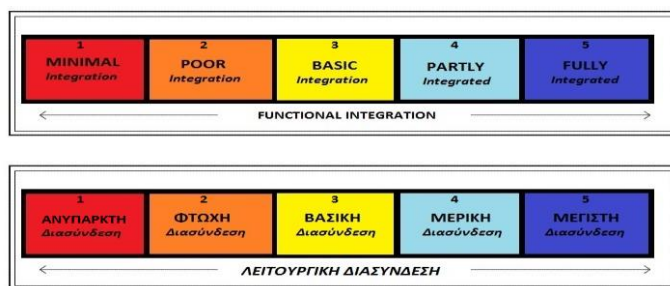
Η στατιστική ανάλυση έγινε στο λογισμικό IBM SPSS 26 και όλοι οι έλεγχοι που εφαρμόστηκαν ήταν δίπλευρη σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$. Αρχικά, ελέγχθηκαν οι κατανομές όλων των μεταβλητών μέσω του Kolmogorov-Smirnov test και του Binomial test. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι μεταβλητές ακολουθούσαν κανονική κατανομή και έτσι εφαρμόστηκε παραμετρικός έλεγχος. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων για τους τέσσερις τύπους ασθενών/εξυπηρετούμενων εκφράστηκαν ως σύνολα (n) και ποσοστά (%) για τις ποιοτικές μεταβλητές και ως μέση τιμή (μ.τ.) και τυπική απόκλιση (τ.α.) για τις ποσοτικές. Τέλος, διενεργήθηκε ο έλεγχος chi square test για τη διερεύνηση τυχόν στατιστικά σημαντικών διαφορών στις απαντήσεις μεταξύ TOMY A (3^η) και TOMY B (4^η). Τα αποτελέσματα παρατίθενται ανά τύπο περιστατικού/εξυπηρετούμενου σε μορφή πινάκων και γραφημάτων.

Μοντελοποίηση

Το θεωρητικό πλαίσιο της Krings και συν (20)(22), υιοθετήθηκε και στην περίπτωση της μοντελοποίησης. Για τις ανάγκες της τελικής αποτίμησης των επιπέδων της λειτουργικής διασύνδεσης των TOMY και των παρεχόμενων υπηρεσιών χρησιμοποιήθηκε μια εύχρηστη πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Licert-scale βάσει της οποίας γίνεται και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων στις παρακάτω ενότητες κατανέμοντας τα αποτελέσματα ως εξής: ανύπαρκτη, φτωχή, βασική, μέτρια και μέγιστη διασύνδεση. Για την μετεγγραφή των απαντήσεων ανά ερώτηση σε ένα μοντέλο αποτίμησης της διασύνδεσης, χρειάστηκε να υιοθετηθεί μια ισχυρή και σχετικά λιτή μεθοδολογία μοντελοποίησης. Αυτή ήταν Simple Additive Weighting (SAW) (Hwang and Yoon, 1981) (23). Παράλληλα, τη μεθοδολογία αυτή εξυπηρέτησε ένας αλγόριθμος που δημιουργήθηκε προκειμένου να ποσοτικοποιήσει τις απαντήσεις και να τις μεταγράψει στην τελική βαθμολογία της κλίμακας Likert-scale. Ο γενικός τύπος του αλγόριθμου ακολουθεί το παρακάτω μαθηματικό σύνολο (Παραδοτέο 1.2.1. ΕΣΠΑ προγράμματος) (24).

$$score_i = \sum (w_{dim} * score_i^{dim})$$

Για την παραγωγή βαθμολογίας ανά TOMY ήταν απαραίτητη η εκτέλεση του αλγορίθμου μοντελοποίησης των διαστάσεων και χαρακτηριστικών λειτουργικής διασύνδεσης των δομών ΠΦΥ κατά Kringos και συν(20,22). Ο αλγόριθμος αυτός δίνει τη δυνατότητα υπολογισμού όλων των δυνατών βαθμολογιών για μια δομή, οι οποίες αποθηκεύονται στα αντίστοιχα πεδία του αντικειμένου που αναπαριστά τη δομή. Επιπλέον, ο αλγόριθμος έχει τη δυνατότητα παραγωγής όλων των στατιστικών στοιχείων τόσο στο συνολικό όσο και στο επιμέρους επίπεδο διαστάσεων και χαρακτηριστικών.



Εικόνα 2 : Κλίμακα αποτίμησης λειτουργικής διασύνδεσης

5.7 Απαραίτητες άδειες και εγκρίσεις

Για την υλοποίηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν απαραίτητη η έκκριση από την αρμόδια Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας Έρευνας του Πανεπιστημίου Κρήτης (Ε.Η.Δ.Ε.) με αριθμό πρωτοκόλλου **76/20.03.2020** (αρχική υποβολή **65/05.03.2020**) καθώς και από την 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης με αριθμό πρωτοκόλλου **12027/12-3-2020**. Οι σχετικές άδειες επισυνάπτονται στο **παράρτημα 7**.

6. Αποτελέσματα

6.1 Αποτελέσματα για την αποτίμηση των επιπέδων διασύνδεσης και ποιότητας υπηρεσιών υγείας “Primary Care Assessment Tool (PCAT)

Σχετικά με την ανάλυση των αποτελεσμάτων και τα δυο εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αποτίμηση των επιπέδων διασύνδεσης και ποιότητας υπηρεσιών υγείας που αφορά τις μονάδες υγείας. Δηλαδή το έγκυρο ερωτηματολόγιο “Primary Care Assessment Tool (PCAT) – short version” του Primary Care Policy Center for Underserved Populations, Johns Hopkins University(21), καθώς και το συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο που δημιούργησε η ερευνητική ομάδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής στο πλαίσιο του έργου ΕΣΠΑ (21), λόγω το ότι οι μονάδες ήταν δυο (η 3^η και 4^η Το.Μ.Υ.) δεν μπορεί να υπάρξει πίνακας με στατιστικά αποτελέσματα παρά μόνο τα αποτελέσματα της μοντελοποίησης. Επομένως, παρακάτω παρατίθενται οι σημαντικότερες διαφορές σχολιαστικά άλλα και κύρια σημεία που είναι σημαντικό να αναφερθούν.

Και στις δυο δομές οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι κοινές όπως (διαχείριση Έκτακτων/επείγον, Χρόνια νοσήματα, Πρόληψη, Δράσεις στην Κοινότητα, Προγράμματα Προαγωγής Υγείας, Κοινωνικές Υπηρεσίες). Η πρακτική και των δυο δομών εστιάζει σε συνδυασμό ιατρών Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, Παθολογίας, Παιδιατρικής, Νοσηλεύτες, Επισκέπτες Υγείας, Κοινωνικός Λειτουργός, Διοικητικό προσωπικό. Οι εξυπηρετούμενοι και στις δυο δομές παραπέμπονται είτε από άλλες δημόσιες δομές και ΜΚΟ είτε προσέρχονται στον χώρο μόνοι τους. Επίσης, η ασφαλιστική και μη ικανότητα του ατόμου δεν επηρεάζει της υπηρεσίες που παρέχονται από τις δομές οι οποίες είναι δωρεάν για όλους τους πολίτες.

Στην συνέχεια, παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ατόμων με χρόνια προβλήματα υγείας που επισκέπτονται τις δομές είναι (61-80%) και για τις δυο Το.Μ.Υ. Αντίστοιχα και στις δυο δομές η συνολική διαχείριση των χρόνιων περιστατικών γίνεται από την διεπιστημονική ομάδα που περιλαμβάνει όλες τις ειδικότητες. Ακόμη, και στις δυο δομές υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης των ασθενών

με χρόνια νόσημα, άλλα διαφοροποιούνται ανά Το.Μ.Υ ανάλογα με τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων. Σχετικά με το αν υπάρχει ένας γεωγραφικά καθορισμένος πληθυσμός τον οποίο εξυπηρετούν οι δομές, και για τις δυο η απάντηση είναι πως όχι.

Από το σύνολο των εξυπηρετούμενων στις δομές το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνει την πλήρη φροντίδα που απαιτείται (δεν παραπέμπεται δηλαδή πουθενά αλλού για συμπληρωματική παροχή φροντίδας) η Το.Μ.Υ Α απάντησε το **(81-100%)** ενώ η Το.Μ.Υ Β το **(41-60%)**. Και στις δυο δομές οι εξυπηρετούμενοι ταυτοποιούνται σε λίστα και ηλεκτρονικό αρχείο με ποσοστό **(81-100%)**. Στην Το.Μ.Υ Α δεν υπάρχει φάκελος υγείας για κάθε ασθενή ενώ στην Το.Μ.Υ Β υπάρχει. Ο φάκελος υγείας στην Το.Μ.Υ Β είναι ηλεκτρονικός και χειρόγραφος και υπάρχει μερίμνα για την προστασία των πληροφοριών που καταγράφονται στους φακέλους. Το ποσοστό των χρηστών/ ασθενών των δομών που εκτιμάται ότι χρησιμοποιεί τις δομές για το σύνολο των αναγκών υγείας, πρόληψης και θεραπείας είναι **(81-100%)** για την Το.Μ.Υ Α και **(41-60%)** για την Το.Μ.Υ Β. Σχετικά με την χρονική αλληλουχία, τις διαδικασίες/βήματα διασύνδεσης ενός έκτακτου/επείγοντος περιστατικού με άλλες δομές υγείας ή πρόνοιας. Και οι δυο δομές αναφέρουν την ενημέρωση του εξυπηρετούμενου για την σχετική δομή διασύνδεσης, την τηλεφωνική επικοινωνία με την δομή διασύνδεσης για την υποδοχή του εξυπηρετούμενου άλλα και το παραπεμπτικό σημείωμα που φέρει ο εξυπηρετούμενος. Η μόνη διάφορα μεταξύ των δομών Α και Β είναι ότι η Α διατηρεί επικοινωνία με την δομή διασυνδέσεις με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση των ωφελούμενων και με αυτόν τον τρόπο υπάρχει και το follow up. Για όλες τις παραπάνω διαδικασίες και οι δυο δομές διαθέτουν σύστημα καταγραφής και όλα τα βήματα. Η σημαντική διαφορά εδώ είναι πως την διαχείριση του εκτάκτου περιστατικού στην Το.Μ.Υ Α την έχει η διεπιστημονική ομάδα, ενώ στην Το.Μ.Υ Β την έχει ο ιατρός. Ακριβώς, το ίδιο συμβαίνει και με την διασύνδεση ασθενών με χρόνια νοσήματα. Ακολουθούνται τα ίδια βήματα και στις δυο δομές όπως αναφέρθηκαν παραπάνω.

Μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δομές είναι πως στην Το.Μ.Υ Β υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης των ασθενών ή και των οικογενειών τους, ενώ στην Το.Μ.Υ Α δεν υπάρχουν. Ακόμη, και οι δυο δομές προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο σπίτι κατά περίπτωση. Οι ειδικότητες που συμμετέχουν στις κατ'οίκον επισκέψεις είναι (Επισκέπτης Υγείας, Κοινωνικός Λειτουργός,

Νοσηλεύτης, Ιατρός) για την Το.Μ.Υ Α και συντονίζονται από την διεπιστημονική ομάδα, ενώ για την Το.Μ.Υ Β είναι (Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλεύτης, Ιατρός) και συντονίζονται από τον Κοινωνικό Λειτουργό. Οι συχνότερες ανάγκες που έχουν να διαχειριστούν στα κατ'οίκον η Το.Μ.Υ Α είναι (ενεσοθεραπεία, εμβολιασμός, κοινωνικές ανάγκες) ενώ η Το.Μ.Υ Β (άνοια, εκφυλιστικές νόσοι νευρικού συστήματος, αγγειακά εγκεφαλικά). Και στις δυο δομές υπάρχει σύστημα καταγραφής των επισκέψεων, ενώ στην περίπτωση εντοπισμού κλινήρους ατόμου με προβλήματα υγείας η Το.Μ.Υ Α το αναφέρει στον Ιατρό και η Το.Μ.Υ Β στον Κοινωνικό Λειτουργό. Στην Το.Μ.Υ Α δεν υπάρχει καταγραφή αυτής της αναφοράς ενώ στην Το.Μ.Υ Β υπάρχει.

Η δικτύωση με κρατικές και τοπικές υπηρεσίες που ασχολούνται με πολυπολιτισμικές ομάδες για την Το.Μ.Υ Α είναι σίγουρη ενώ για την Το.Μ.Υ Β είναι πιθανή. Η Το.Μ.Υ Α συμμετέχει σε ομάδες γειτονίας μέσω των δράσεων στην κοινότητα, αντίθετα η Το.Μ.Υ Β δεν συμμετέχει. Επίσης, σχετικά με τον τωρινό αριθμό επισκέψεων ανά δομή, η Το.Μ.Υ Α δέχεται (**87**) εξυπηρετούμενους ημερησίως και (**315**) ανά εβδομάδα στην πενήμερη λειτουργία της. Αντίθετα, η Το.Μ.Υ Β δέχεται (**60**) εξυπηρετούμενους ημερησίως και (**300**) ανά εβδομάδα. Ακόμη, το κατά προσέγγιση ποσοστό των επισκέψεων ανάλογα με την ηλικία είναι για την Το.Μ.Υ Α ηλικίες 0-4 χρονών (**5%**), 5-10 χρονών (**5%**), 11-14 χρονών (**5%**), 15-19 χρονών (**10%**) και ηλικίες 20 και άνω (**75%**). Αντίστοιχα, για την Το.Μ.Υ Β ηλικίες 0-4 χρονών (**5%**), 5-10 χρονών (**5%**), 11-14 χρονών (**5%**), 15-19 χρονών (**20%**) και ηλικίες 20 και άνω (**65%**).

Η Το.Μ.Υ Α, στο πλαίσιο της καθημερινής λειτουργίας διασυνδέεται με άλλους φορείς για την καλύτερη φροντίδα των εξυπηρετούμενων. Οι φορείς αυτοί είναι Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας/Περιφερειακά Ιατρεία, Κοινοτικές Δομές (ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, Δημοτικά Ιατρεία, ΠΒΣ κλπ), Ιατρεία ΕΟΠΥΥ, Τοπική Αυτοδιοίκηση (Δήμος), Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, Ιδιωτικά Κέντρα ή Ιδιώτες Επαγγελματίες Υγείας, Συλλόγους. Αντίστοιχα, η Το.Μ.Υ Β με Κοινοτικές Δομές (ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, Δημοτικά Ιατρεία, ΠΒΣ κλπ), Τοπική Αυτοδιοίκηση (Δήμος), Ιδιωτικά Κέντρα ή Ιδιώτες Επαγγελματίες Υγείας, Συλλόγους. Παρά το γεγονός ότι και οι δυο δομές φαίνεται να έχουν συνεργασία με φορείς του Δήμου, η Α Το.Μ.Υ ανέφερε πως ο Δήμος δεν παρέχει καμιά υποστηρικτική υπηρεσία σε αντίθεση με την Το.Μ.Υ Β η

οποία δέχεται στο μέγιστο βαθμό τις υποστηρικτικές υπηρεσίες του Δήμου καθώς τους έχει παραχωρήσει και προσωπικό εργασίας. Αντίθετα, η Περιφερική Ενότητα δεν παρέχει καμιά υποστηρικτική υπηρεσία στις δομές. Τον τελευταίο χρόνο η Το.Μ.Υ Α συνεργάστηκε με άλλες δομές για τα παρακάτω θέματα ή προβλήματα υγείας όπως (Διατροφή, Κάπνισμα/ΧΑΠ, Εμβολιασμούς, Σεξουαλικά μεταδιδόμενα/HIV, Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, Εμβολιασμοί στην Τρίτη Ηλικία, Ενημέρωση για την Εργονομία, Διατροφή σε Παιδιά και Εφήβους, Δωρεά Οργάνων Σώματος, Δράση Μητρικού Θηλασμού). Η Το.Μ.Υ Β αντίθετα για το Αλκοόλ, και τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Και οι δυο Το.Μ.Υ. διασυνδέονται με δομές κοινωνικής φροντίδας όπως, το Κέντρο Κοινότητας του Δήμου Ηρακλείου, Κοινωνικό Ιατρείο/ Φαρμακείο Δήμου Ηρακλείου, Βοήθεια στο σπίτι, ΚΕΘΕΑ, Πλοηγός, Συμβουλευτικό κέντρο Ηρακλείου, ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ. Η Το.Μ.Υ Α διαφοροποιείτε στην συνεργασία της με το Χαμόγελο του Παιδιού, τα Παιδικά Χωριά SOS, το Ευ ζω με τον Καρκίνο και τέλος, το Πρόγραμμα Φροντίδα στο σπίτι. Αντίθετα, η Το.Μ.Υ Β διαφοροποιείτε μονό στην συνεργασία της με το Κέντρο Αστέρων. Επίσης, οι δομές ψυχικής υγείας με τις οποίες διασυνδέεται η Το.Μ.Υ Α είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, η Ψυχοκοινωνική Υπηρεσία Νοσοκομείων, και η δομή Αγάπη Χωρίς Σύνορα. Αντίθετα, η Το.Μ.Υ Β διασυνδέεται μονό με την ψυχοκοινωνική υπηρεσία του Κέντρου Κοινότητας Ηρακλείου.

Τέλος, στην ερώτηση ανοιχτού τύπου για το τι θεωρείται απαραίτητο για να υπάρξει αποτελεσματικότερη διασύνδεση η Το.Μ.Υ Α απάντησε πως: *Η διασύνδεση επί του παρόντος δεν βασίζεται σε οργανωμένο πλαίσιο και δεν υπάρχει ανατροφοδότηση για την παρακολούθηση των ασθενών.* Ενώ, αντίθετα η Το.Μ.Υ Β απάντησε πως: *Ο χρόνος για διαπροσωπική επαφή είναι το κλειδί μαζί με την θέληση των ανθρώπων για συνεργασία.* Αντίστοιχα, σε ερώτηση για το ποιές κατά τη γνώμη τους είναι οι σημαντικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι Το.Μ.Υ σήμερα στην διασύνδεση με άλλες δομές και φορείς υπηρεσιών ΠΦΥ. Η Το.Μ.Υ Α απάντησε: *Δυσκολία εύρεσης ραντεβού για εξέταση από ειδικό ιατρό ή για διενέργεια εργαστηριακού ελέγχου.* Αντίθετα η Το.Μ.Υ Β απάντησε: *Ο φόρτος εργασίας.* Επίσης, στην ανοιχτού τύπου ερώτηση για το ποιές αλλαγές θα πρότειναν για να ξεπεραστούν οι παραπάνω δυσκολίες. Η Το.Μ.Υ Α απάντησε: *Διαθέσιμα ραντεβού κατ'οπιν έγγραφης δικής μας παραπομπής. Ανατροφοδότηση και κοινή συνεννόηση για την βέλτιστη παρακολούθηση*

ασθενών. Ενώ, αντίθετα η Το.Μ.Υ Β απάντησε πως: *Λιγότεροι ασθενείς ανά ιατρό, έλλειψη Επισκεπτριών Υγείας.*

Κλείνοντας, παρατηρούμε ότι επί το πλείστον οι δομές Α και Β έχουν αρκετά κοινά μεταξύ τους όσον αφορά την οργάνωση και λειτουργία. Οι διαφορές εντοπίζονται στις ανάγκες και αιτήματα των εξυπηρετούμενων, σε ελλείψεις προσωπικού μεταξύ των δυο με αποτέλεσμα να προσαρμόζονται με διαφορετικά δεδομένα αλλά και στον τρόπο με τον οποίο ο κάθε συντονιστής προσαρμόζει τον ρολό της διεπιστημονικής ομάδας του. Αναλυτικότερα τα αποτελέσματα του (PCAT) παρατίθενται στα παραρτήματα (**παράρτημα 2**).

6.2 Αποτελέσματα για ασθενείς με χρόνια νοσήματα

Στον **πινάκα 1**, βρίσκονται οι πληροφορίες για την υποδοχή των ασθενών με χρόνια νοσήματα για την 3^η και 4^η Το.Μ.Υ. Ηρακλείου. Όσον αφορά για το ποιος υποδέθηκε τον εξυπηρετούμενο/ασθενή παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,008**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α το (70%) των περιστατικών το υποδέχεται διοικητικός υπάλληλος ενώ το (30%) επαγγελματία υγείας. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β φάνηκε να είναι υπεύθυνοι για την υποδοχή μόνο οι διοικητικοί υπάλληλοι (100%). Για την Το.Μ.Υ. Α παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,008**) σχετικά με την ειδικότητα του επαγγελματία υγείας που υποδέχεται τον ασθενή ο οποίος είναι Επισκέπτης Υγείας με ποσοστό (100%) . Επίσης, σχετικά με την επικαιροποίηση των δημογραφικών στοιχείων του ασθενή σε κάθε ραντεβού φαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα, η Το.Μ.Υ. Α δεν επικαιροποιεί με ποσοστό (100%) κανένα δημογραφικό στοιχείο των ασθενών σε κάθε ραντεβού ενώ αντίθετα η Το.Μ.Υ. Β με ποσοστό (100%) επικαιροποιεί τα δημογραφικά στοιχεία όλων των ασθενών σε κάθε ραντεβού (**Παράρτημα 3.Πίνακας 1, Γραφήματα 1,2 και 6**).

Στον **πινάκα 2**, βρίσκονται οι πληροφορίες για τη διαχείριση των ασθενών χρόνιων νοσημάτων από επαγγελματία υγείας στις εκάστοτε Το.Μ.Υ. Όσον αφορά για το τι ειδικότητας επαγγελματία υγείας είναι, παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,014**). Συγκεκριμένα, στην Το.Μ.Υ. Α το (77,7%) είναι Επισκέπτης Υγείας και το (22,2%) είναι Νοσηλεύτης. Αντίθετα, στην Το.Μ.Υ. Β με

ποσοστό (100%) την διαχείριση την έχει αποκλείστηκα ο Νοσηλευτής. Σχετικά με την χρήση κατευθυντήριων οδηγιών κατά την διαχείριση του ασθενή παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,025**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α γίνεται πλήρη χρήση κατευθυντήριων οδηγιών με ποσοστό (100%) ενώ αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β παρατηρείται ποσοστό (50%) (*Παραρτήματα 2.Πίνακας 1, Γραφήματα 6 και 10*).

Στον **πινάκα 4**, βρίσκονται οι πληροφορίες για τη μεταφορά σε περίπτωση εξωτερικής παραπομπής και την παρακολούθηση της εξέλιξης των ασθενών με χρόνια νοσήματα στις εκάστοτε Το.Μ.Υ. Όσον αφορά για το ποιος είναι υπεύθυνος για την ανατροφοδότηση του ασθενή παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (100%) υπεύθυνος είναι Επαγγελματίας Υγείας ενώ αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β υπεύθυνος είναι ο Ιατρός με ποσοστό (100%) (*Παράρτημα 3.Πίνακας 4, Γράφημα 33*).

6.3 Αποτελέσματα για περιπτώσεις έκτακτων / επειγόντων περιστατικών

Στον **πινάκα 5**, βρίσκονται οι πληροφορίες για την υποδοχή των επειγόντων περιστατικών στις εκάστοτε Το.Μ.Υ. Όσον αφορά την επικαιροποίηση των δημογραφικών στοιχείων του ασθενή σε κάθε ραντεβού, φαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα, η Το.Μ.Υ. Α δεν επικαιροποιεί με ποσοστό (100%) κανένα δημογραφικό στοιχείο των ασθενών σε κάθε ραντεβού ενώ αντίθετα, η Το.Μ.Υ. Β με ποσοστό (85%) επικαιροποιεί τα δημογραφικά στοιχεία όλων των ασθενών σε κάθε ραντεβού (*Παράρτημα 4. Πίνακας 5, Γράφημα 36*).

6.4 Αποτελέσματα για περιστατικά πρόληψης

Στον **πινάκα 9**, βρίσκονται οι πληροφορίες για την υποδοχή των περιστατικών πρόληψης στις εκάστοτε Το.Μ.Υ. Όσον αφορά για το ποιος υποδέθηκε τον εξυπηρετούμενο/ασθενή παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α το (70%) των περιστατικών το υποδέχεται διοικητικός υπάλληλος ενώ το (30%) επαγγελματίας υγείας. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β φάνηκε να είναι υπεύθυνοι για την υποδοχή οι έξι κατηγορίες. Με ποσοστά

(70%) ο Επαγγελματίας Υγείας, (20%) ο Ιατρός και (10%) Διοικητικός Υπάλληλος. Επίσης, σχετικά με την ειδικότητα του επαγγελματία υγείας που υποδέχεται τον εξυπηρετούμενο παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα, η Το.Μ.Υ. Α είναι ο Επισκέπτης Υγείας με ποσοστό (83,3%) και ο Κοινωνικός Λειτουργός με ποσοστό (16,7%) . Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β τα ποσοστά είναι (50%) ο Κοινωνικός Λειτουργός και (50%) ο Νοσηλευτής. Επιπλέον, σχετικά με την επικαιροποίηση των δημογραφικών στοιχείων του ασθενή σε κάθε ραντεβού φαίνεται πως και εδώ υπάρχει στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα, η Το.Μ.Υ. Α δεν επικαιροποιεί με ποσοστό (100%) κανένα δημογραφικό στοιχείο των ασθενών σε κάθε ραντεβού ενώ αντίθετα η Το.Μ.Υ. Β με ποσοστό (100%) επικαιροποιεί τα δημογραφικά στοιχεία όλων των ασθενών σε κάθε ραντεβού. Ακόμη, σχετικά με την ολοκλήρωση του χρόνου υποδοχής του εξυπηρετούμενου/ασθενή παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α ο χρόνος κυμαίνεται στα δέκα λεπτά και σαράντα πέντε δευτερόλεπτα (10,45) με ποσοστό (4,807%) ενώ στην Το.Μ.Υ. Β ο χρόνος κυμαίνεται στα τρία λεπτά και εικοσιπέντε δευτερόλεπτα (3,25) με ποσοστό (5,428%). Αντίστοιχα, στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**) παρατηρούμε και στο τι επηρέασε τον χρόνο υποδοχής στις εκάστοτε Το.Μ.Υ, με την Το.Μ.Υ. Α να μας δίνει ποσοστό (10%) στην έλλειψη σε προσωπικό υποδοχής, (40%) σε πρόβλημα με το πληροφοριακό σύστημα και (50%) σε άλλο πρόβλημα. Ενώ η Το.Μ.Υ. Β με ποσοστό (20%) αναφέρει πρόβλημα με το πληροφοριακό σύστημα και (80%) σε άλλο πρόβλημα (*Παράρτημα 5. Πίνακας 9, Γραφήματα 61,62,63, 64*).

Στον **πινάκα 10**, βρίσκονται οι πληροφορίες για την διαχείριση των περιστατικών πρόληψης από επαγγελματία υγείας στις εκάστοτε Το.Μ.Υ. Όσον αφορά για το ποιος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του ασθενή (πρώτο σημείο επαφής με επαγγελματία υγείας ή ιατρό) παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,028**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α υπεύθυνος για τη διαχείριση με (90%) είναι ο Επαγγελματίας Υγείας και με (10%) ο Ιατρός. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β φάνηκε να είναι υπεύθυνος με (60%) είναι ο Επαγγελματίας Υγείας και με (40%) ο Ιατρός. Επίσης, σχετικά με την ειδικότητα του επαγγελματία υγείας που είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του ασθενή (πρώτο σημείο επαφής με επαγγελματία υγείας ή ιατρό) παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα, η Το.Μ.Υ. Α είναι ο Επισκέπτης Υγείας με ποσοστό (100%) .

Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β τα ποσοστά είναι (33,3%) ο Κοινωνικός Λειτουργός και (66,7%) ο Νοσηλεύτης. Επιπλέον, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,006**) σχετικά με το τι περιλαμβάνει η διαχείριση του ασθενή από τον Επαγγελματία Υγείας. Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (88,8%) περιλαμβάνει πρωτογενή πρόληψη και (11,2%) δευτερογενή ή τριτογενή πρόληψη. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β τα ποσοστά είναι (50%) πρωτογενή πρόληψη και (50%) δευτερογενή ή τριτογενή πρόληψη. Επίσης, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**) στον προσδιορισμό της παρέμβασης πρωτογενούς πρόληψης. Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (87,5%) εστιάζει στον εμβολιασμό των εξυπηρετούμενων, (6,25%) στην διακοπή του καπνίσματος και (6,25%) στην αλλαγή της διατροφής. Αντίθετα στην η Το.Μ.Υ. Β με ποσοστό (100%) απάντησε άλλο. Αντίστοιχα, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,005**) και στον προσδιορισμό του περιεχομένου παρέμβασης πρωτογενούς πρόληψης. Συγκεκριμένα η Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (60%) εστιάζει στον εμβολιασμό των εξυπηρετούμενων κατά του πνευμονιόκοκκου, (20%) στον εμβολιασμό για την πρόληψη του έρπητα ζωστήρα και (10%) στην ενημέρωση για το Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος και κλείσιμο πρώτου ραντεβού αλλά και για τα οφέλη διακοπής και τις επιπτώσεις συνέχισης. Αντίθετα η Το.Μ.Υ. Β εστιάζει (100%) στο καρδιογράφημα. Και οι δυο δομές φαίνεται ότι καταγράφουν την διαχείριση στον φάκελο του εξυπηρετούμενο/ασθενή με ποσοστό (100%) και (**Pvalue 0,028**). Επίσης, στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**) φαίνεται στις κατευθυντήριες οδηγίες που χρησιμοποίησαν οι εκάστοτε Το.Μ.Υ. Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (75%) χρησιμοποίησε τις σχετικές οδηγίες του Υπουργείου Υγείας, (18,75%) συμβουλευτική μετά τον εμβολιασμό και (6,25%) συμβουλευτική για την διακοπή καπνίσματος και προληπτικές εξετάσεις. Αντίθετα η Το.Μ.Υ. Β με ποσοστό (100%) ακλούθησε τις οδηγίες του Πανεπιστημίου Κρήτης. . Επιπλέον, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**) σχετικά με το αν ο ασθενής χρειάστηκε εσωτερική παραπομπή σε ιατρό με την Το.Μ.Υ. Α να απαντά όχι με ποσοστό (58,83%) και ναι με ποσοστό (41,17%). Αντίθετα η Το.Μ.Υ. Β απάντησε ναι με ποσοστό (100%). Τέλος, κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και στον προγραμματισμό επόμενου ραντεβού με στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,041**) με την Το.Μ.Υ. Β να απαντά ναι με ποσοστό (100%) και την Το.Μ.Υ. Α ναι με ποσοστό (68,75%) και όχι με ποσοστό (31,25) (**Παράρτημα 5. Πίνακας 10, Γραφήματα 66,67,68,69,70,74,77,78**).

Στον **πινάκα 11**, βρίσκονται οι πληροφορίες για την διαχείριση των περιστατικών πρόληψης από ιατρό στις εκάστοτε Το.Μ.Υ. Όσον αφορά στο εάν περιλαμβάνει η διαχείριση δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη ή και φαρμακευτική αγωγή και προσδιορίζονται οι διαδικασίες παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,044**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (50%) αναφέρει εργαστηριακές εξετάσεις και (50%) συνταγογράφηση φαρμάκων για χρόνιες παθήσεις. Αντίθετα η Το.Μ.Υ. Β με ποσοστό (85,71%) αναφέρει SCORE, FRAX, SCORE, PSA, PHQ2, FOBT, SAD PERSON, γενικές εξετάσεις, βιοχημικές εξετάσεις και με ποσοστό (14,28%) συνταγογράφηση φαρμάκων για χρόνιες παθήσεις και εργαστηριακές εξετάσεις. Επίσης, σχετικά με το αν Ιατρός συμβουλευτήκε τον φάκελο του ασθενή και οι δυο δομές απάντησαν ναι με ποσοστό (100%) και (**Pvalue 0,028**). Το ίδιο ισχύει και για την καταγραφή της διαχείρισης στον φάκελο του ασθενή από τον Ιατρό αλλά και για την χρήση κατευθυντήριων οδηγιών κατά την διαχείριση του ασθενή με ποσοστά (100%) και (**Pvalue 0,028**) και για τις δυο δομές. Σχετικά με το ποιες κατευθυντήριες οδηγίες χρησιμοποιήθηκαν η Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (100%) ανέφερε τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας ενώ η Το.Μ.Υ. Β με ποσοστό (75%) ανέφερε τις οδηγίες του Πανεπιστημίου Κρήτης και με ποσοστό (25%) τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας. Εδώ παρατηρείται στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,027**). Ακόμη, σχετικά με την εκτίμηση του δεκαετή καρδιαγγειακού κινδύνου για θανατηφόρο γεγονός όπως προκύπτει από την ελληνική καρδιαγγειακή εταιρία ή άλλο επίσημο οργανισμό παρατηρείται στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,011**) στις δομές. Συγκεκριμένα η Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (100%) αναφέρει πως στο σύνολο των περιστατικών πρόληψης δεν πραγματοποιήθηκε εκτίμηση. Αντίθετα η Το.Μ.Υ. Β με ποσοστό (87,5%) ότι πραγματοποιήθηκε ενώ μόλις το (12,5%) ανέφερε πως δεν απαιτείται για τον συγκεκριμένο ασθενή. Στην συνέχεια, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,036**) σχετικά με την πραγματοποίηση σπιρομέτρησης. Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (100%) ανέφερε πως δεν πραγματοποιήθηκε σπιρομέτρηση στο σύνολο των περιστατικών πρόληψης. Αντίθετα η Το.Μ.Υ. Β με ποσοστό(62,5%) ανέφερε πως δεν απαιτείται για τον συγκεκριμένο ασθενή, (12,5%) όχι ενώ μόλις το (25%) των περιστατικών πρόληψης υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση. Σχετικά με τον έλεγχο για οστεοπόρωση φαίνεται ότι η Το.Μ.Υ. Α ανέφερε πως από το δείγμα της το (50%) προχώρησε σε έλεγχο ενώ το άλλο (50%) όχι. Αντίθετα η Το.Μ.Υ. Β ανέφερε

πως από το δείγμα της το (50%) προχώρησε σε έλεγχο ενώ για το άλλο (50%) δεν απαιτείται για τον συγκεκριμένο ασθενή. Βάση των παραπάνω παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,046**). Στην συνέχεια, φαίνεται πως και οι δυο δομές με ποσοστό (100%) και στατιστικά σημαντικό (**Pvalue 0,028**) ανέφεραν ότι προγραμματιστικέ επόμενο ραντεβού με τους εξυπηρετούμενους τους. Αντίστοιχα ίδια ταύτιση στα ποσοστά που έδωσαν οι δομές παρατηρείται και στο είδος παραπομπής που πραγματοποιήθηκε και ήταν εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας αλλά και στο παραπεμπτικό σημείωμα που λάμβανε ο εξυπηρετούμενος για την παραπομπή με ποσοστά (100%) και για τις δυο δομές και (**Pvalue 0,018**). Επίσης, σχετικά με τον τύπο του παραπεμπτικού σημειώματος που λάμβανε ο εξυπηρετούμενος παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,028**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (100%) αναφέρει ηλεκτρονικό παραπεμπτικό σημείωμα ενώ αντίθετα η Το.Μ.Υ. Β με ποσοστό (85,71%) αναφέρει ηλεκτρονικό και χάρτινο παραπεμπτικό σημείωμα και μόλις στο (14,29%) δόθηκε χάρτινο παραπεμπτικό σημείωμα. Επιπλέον, για την Το.Μ.Υ. Α η εξωτερική παραπομπή των εξυπηρετούμενων σε ιατρό άλλης ειδικότητας πραγματοποιήθηκε σε Ιατρούς του ΠΕΔΥ με ποσοστό (100%) ενώ αντίθετα η Το.Μ.Υ. Β παρέπεμπε στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων με ποσοστό (100%) γεγονός που δείχνει μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,044**). Τέλος, παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,005**) και συγκεκριμένα στο τι επηρέασε στην ολοκλήρωση του χρόνου διαχείρισης του εξυπηρετούμενου/ασθενή. Η Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (100%) ανέφερε πρόβλημα με το πληροφοριακό σύστημα ή το σύστημα συνταγογράφησης ενώ η Το.Μ.Υ. Β ανέφερε άλλο αίτιο (*Παράρτημα 5. Πίνακας 11, Γραφήματα 81,82,83,84,86,87,89,90,91,92*).

Στον **πινάκα 12**, βρίσκονται οι πληροφορίες για την παρακολούθηση της εξέλιξης των περιστατικών πρόληψης στις εκάστοτε Το.Μ.Υ. Όσον αφορά για το ποιος είναι υπεύθυνος για τη ανατροφοδότηση των εξυπηρετούμενων παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α υπεύθυνος για τη ανατροφοδότηση με (100%) είναι ο Επαγγελματίας Υγείας. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β φάνηκε να είναι υπεύθυνος με (66,7%) ο Ιατρός και (33,3%) ο Επαγγελματίας Υγείας. Επίσης, στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,014**) παρατηρείται και για το ποιος είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση των εξυπηρετούμενων στις εκάστοτε δομές. Συγκεκριμένα για Το.Μ.Υ. Α είναι

αποκλειστικά ο Ιατρός με ποσοστό (100%) ενώ αντίθετα για την Το.Μ.Υ. Β ο Ιατρός είναι με ποσοστό (72,3%) και ο Επαγγελματίας Υγείας με ποσοστό (27,7%). Τέλος, σχετικά με τον υπεύθυνο για την ενημέρωση του ασθενή και της οικογενείας του, παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,037**). Συγκεκριμένα η Το.Μ.Υ. Α ανέφερε αποκλειστικά και μόνο ως υπεύθυνο τον Ιατρό με ποσοστό (100%) ενώ η Το.Μ.Υ. Β ανέφερε (72,3%) τον Ιατρό, (22,2%) τον Νοσηλευτή και (5,5%) άλλος Επαγγελματίας Υγείας (*Παράρτημα 5. Πίνακας 12, Γραφήματα 93,94,95*).

6.5 Αποτελέσματα εξυπηρετούμενων/ ασθενών σε «πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι»

Στον **πίνακα 13**, βρίσκονται οι πληροφορίες σχετικά με τη διαχείριση του εξυπηρετούμενου/ ασθενή σε «πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι» στις εκάστοτε Το.Μ.Υ. Όσον αφορά για το ποιος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του ασθενή κατ' οίκον παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,007**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α το (75%) είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός και το (25%) ο Επισκέπτης Υγείας. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β το (65%) είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός, το (25%) άλλος Επαγγελματίας Υγείας και το (10%) ο Νοσηλευτής. Επίσης, σχετικά με την συχνότητα που επισκέπτεται τον ασθενή κατ' οίκον ο Νοσηλευτής παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α η συχνότητα διαφοροποιείται ανάλογα με τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων 1-2 φορές/μήνα το (71,42%) των επισκέψεων και κάθε 10-15 ημέρες το (28,58%). Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β όλες οι επισκέψεις πραγματοποιούνται 1-2 φορές/μήνα με ποσοστό (100%) (*Παράρτημα 6. Πίνακας 13, Γραφήματα 96,98*).

Στον **πίνακα 14**, βρίσκονται οι πληροφορίες σχετικά με τη φροντίδα του εξυπηρετούμενου/ ασθενή σε «πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι» στις εκάστοτε Το.Μ.Υ. Όσον αφορά για την εκτίμηση των αναγκών υγείας του ασθενή παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,042**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α το (50%) η εκτίμηση των αναγκών περιλαμβάνει βιολογικές/σωματικές ανάγκες, το (30%) βιολογικές/σωματικές και κοινωνικοοικονομικές ανάγκες, το (10%) κοινωνικοοικονομικές ανάγκες και ένα ακόμη το (10%) ψυχολογικές ανάγκες. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β το το (70%) αντιστοιχεί σε βιολογικές/σωματικές και

κοινωνικοοικονομικές ανάγκες και το (30%) βιολογικές/σωματικές. Επίσης, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**) στον σχεδιασμό της φροντίδας/παρέμβασης στο πλαίσιο της εξατομικευμένης φροντίδας για τον ασθενή από τους Επαγγελματίες Υγείας. Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α για το (60%) του δείγματος των εξυπηρετούμενων τον σχεδιασμό της παρέμβασης τον αναλαμβάνει ο Κοινωνικός Λειτουργός, για το (30%) συμβάλουν διάφοροι επαγγελματίες όπως (Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος) για το (5%) Κοινωνικός Λειτουργός, Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος, και για το (5%) Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλεύτης, Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β για το (55%) του δείγματος των εξυπηρετούμενων τον σχεδιασμό της παρέμβασης τον αναλαμβάνει ο Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος, για το (35%) Κοινωνικός Λειτουργός, Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, για το (5%) και τέλος, άλλο ένα (5%) Νοσηλεύτης Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος. Ακόμη, σχετικά με τους επαγγελματίες υγείας που εφαρμόσουν την παρέμβαση στο πλαίσιο της εξατομικευμένης φροντίδας για τον ασθενή παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α για το (35%), την εφαρμογή της παρέμβασης αναλαμβάνουν Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλεύτης, Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος, για το (30%) Κοινωνικός Λειτουργός, Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος, για το (15%) Κοινωνικός Λειτουργός, για το (15%) Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος, και τέλος, για το (5%) Κοινωνικός Λειτουργός και Νοσηλεύτης. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β για το (66,6%) την εφαρμογή της παρέμβασης αναλαμβάνουν ο Κοινωνικός Λειτουργός και ο Νοσηλεύτης, για το (22,2%) Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλεύτης, Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος, για το (5,6%) Κοινωνικός Λειτουργός, Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος, και τέλος, ένα ακόμη (5,6%) αναλαμβάνουν ο Νοσηλεύτης Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος. Στην συνέχεια, σχετικά με το ποιοι Επαγγελματίες Υγείας καταγράφουν την φροντίδα/παρέμβαση στο πλαίσιο της εξατομικευμένης φροντίδας για τον ασθενή παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα για την Το.Μ.Υ. Α το (30%) των επαγγελματιών είναι Κοινωνικός Λειτουργός, Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος, το (25%)

Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλεύτης, Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος, το (15%) Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος, το (15%) Κοινωνικός Λειτουργός και Νοσηλεύτης, το (10%) Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλεύτης, Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος, και τέλος, το (10%) Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλεύτης. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β το (65%) των επαγγελματιών είναι Κοινωνικός Λειτουργός και Νοσηλεύτης, το (15%) ο Νοσηλεύτης Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος, το (10%) ο Νοσηλεύτης, το (5%) Κοινωνικός Λειτουργός, Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος, και τέλος, άλλο ένα (5%) Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος. Στην συνέχεια, σχετικά με το τι περιλαμβάνει ο σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων για τον ασθενή παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα για την Το.Μ.Υ. Α το (50%) περιλαμβάνει αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχος/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογική υποστήριξη, το (20%) αλλαγή τρόπου ζωής, το (20%) αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχος/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής και τέλος ένα ακόμη (20%) περιλαμβάνει αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχος/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής και εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β (80%) περιλαμβάνει αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχος/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής και εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση, και τέλος, το (20%) αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχος/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής. Ακόμη, σχετικά με τις ενέργειες που περιλαμβάνει η αποτίμηση προγράμματος παρέμβασης παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,036**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α το (50%) αφορά την εκπαίδευση του ασθενή και των φροντιστών, ένα (25%) την αποτίμηση αποτελεσματικότητας προγράμματος φροντίδας και ένα ακόμη (25%) ενημέρωση του ασθενή και των φροντιστών. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β (50%) αφορά την εκπαίδευση του ασθενή και των φροντιστών και (50%) την ενημέρωση του ασθενή και των φροντιστών. Επίσης, σχετικά με τον χρόνο μετάβασης σε λεπτά (από/προς) που χρειάστηκε ο επαγγελματίας υγείας για την κατ' οίκον επίσκεψη παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α ο μέσος όρος του χρόνου είναι τριαντατέσσερα λεπτά και πενήντα δευτερόλεπτα (34,50) με ποσοστό (12,763%). Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β είναι είκοσι λεπτά και εβδομήντα εννέα δευτερόλεπτα (20,79) με ποσοστό (3,441%). Ενώ ο χρόνος που αφορά την πραγματική φροντίδα του ασθενή από κάθε επαγγελματία υγείας κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον επίσκεψης (χωρίς το χρόνο μετάβασης

από/πρός οικία) για τον Νοσηλευτή ένας μέσος όρος είναι δεκαεννέα λεπτά και εικοσιεννέα δευτερόλεπτα (19,29) με ποσοστό (5,345%) για την Το.Μ.Υ. Α και δεκαπέντε λεπτά (15) με ποσοστό (4,082%) για την Το.Μ.Υ. Β με (**Pvalue 0,039**). Για τον Κοινωνικό Λειτουργό ο μέσος όρος είναι τριάντα επτά λεπτά και έξι δευτερόλεπτα (37,06) με ποσοστό (10,615%) για την Το.Μ.Υ. Α και δεκατρία λεπτά και ενενήντα πέντε δευτερόλεπτα(13,95) με ποσοστό (3,937%) για την Το.Μ.Υ. Β με (**Pvalue 0,001**). Τέλος, για τις υπόλοιπες ειδικότητες όπως (Ιατρός, Φυσιοθεραπευτής Εργοθεραπευτής, Ψυχολόγος, άλλος) για την Το.Μ.Υ. Α είναι ο μέσος όρος είναι είκοσι επτά λεπτά και εξήντα επτά δευτερόλεπτα (27,67) με ποσοστό (12,659%) και δεκαεπτά λεπτά και πενήντα δευτερόλεπτα (17,50) με ποσοστό (2,635%) για την Το.Μ.Υ. Β με (**Pvalue 0,021**) (*Παράρτημα 6 . Πίνακας 14, Γραφήματα 101, 102,103,105,106,107, 108*).

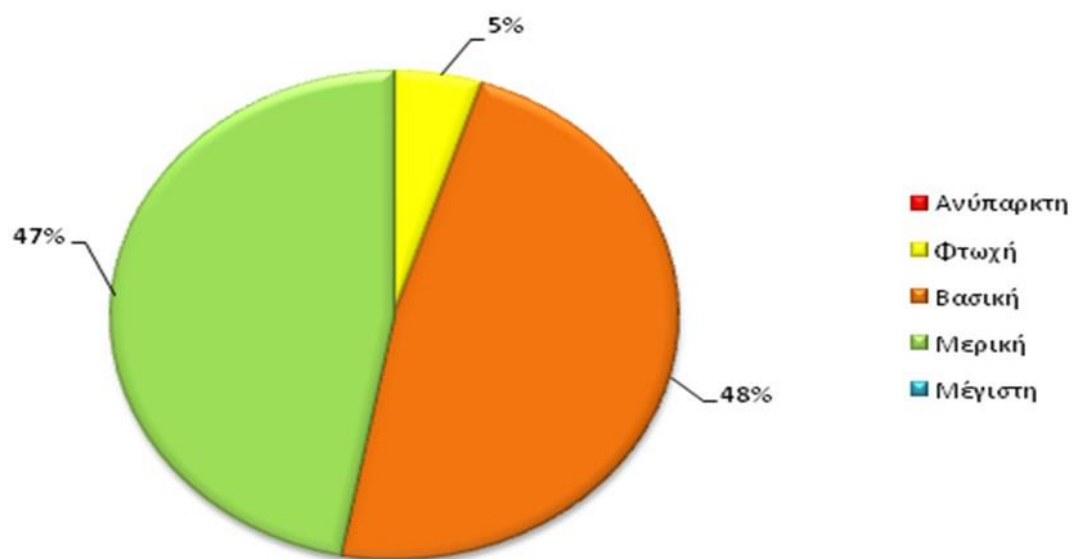
Στον **πινάκα 15**, βρίσκονται οι πληροφορίες σχετικά με τη παραπομπή του ασθενή σε «πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι» προς προσωπικό ιατρό στις εκάστοτε στις εκάστοτε Το.Μ.Υ. όσον αφορά τον λόγο παραπομπής παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα στην Το.Μ.Υ. Α το (33,3%) αφορά εργαστηριακό έλεγχο και συνταγογράφηση, το (26,6%) μόνο εργαστηριακό έλεγχο, το (13,3%) εργαστηριακός έλεγχος, αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης και τέλος, η διερεύνηση και εκτίμηση αναγκών, ο αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, ο προληπτικός έλεγχος και δυσλιπιδαιμία λαμβάνουν (6,7%) το καθένα. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β για το (41,17%) αφορά αποκλειστικά μόνο την συνταγογράφηση, το (35,29%) την κλινική εξέταση το (5,89%) αφορά κλινική εξέταση, συνταγογράφηση και τέλος, άλλο ένα (5,89%) αφορά κλινική εξέταση, συνταγογράφηση και εργαστηριακό έλεγχο. Επίσης, σχετικά με το που πραγματοποιήθηκε η εξέταση του ασθενή από τον Ιατρό παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα η Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (100%) αναφέρει σε μονάδα ΠΦΥ. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β με ποσοστό (66,7%) αναφέρει στο σπίτι του ασθενή και μόλις το (33,3%) σε μονάδα ΠΦΥ. Τέλος, σχετικά με την δομή όπου πραγματοποιήθηκε η παραπομπή παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,003**). Συγκεκριμένα η Το.Μ.Υ. Α αναφέρει (60%) παραπέμφθηκε σε Το.Μ.Υ, το (33,3%) σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία και το (6,7%) στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Αντίθετα στην Το.Μ.Υ. Β αναφέρει, (50%) σε εργαστήρια

Νοσοκομείου και (50%) σε Το.Μ.Υ. (*Παράρτημα 6 . Πίνακας 15, Γραφήματα 110,112,113*).

Στον **πινάκα 16**, βρίσκονται οι πληροφορίες σχετικά με την παρακολούθηση εξέλιξης του ασθενή σε «πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι» προς προσωπικό ιατρό στις εκάστοτε στις εκάστοτε Το.Μ.Υ. Όσον αφορά το αν προγραμματιστικέ επόμενο ραντεβού παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,001**). Συγκεκριμένα η Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (100%) ανέφερε ότι προγραμματιστήκαν επόμενα ραντεβού για όλους τους εξυπηρετούμενους του δείγματος ενώ η Το.Μ.Υ. Β ανέφερε ότι προγραμματίστηκαν ραντεβού μόνο για το (50%) του δείγματος. Τέλος, σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειας του παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διάφορα (**Pvalue 0,011**). Συγκεκριμένα η Το.Μ.Υ. Α με ποσοστό (65%) ανέφερε Επαγγελματία Υγείας και (35%) τον Κοινωνικό Λειτουργό. Αντίθετα η Το.Μ.Υ. Β ανέφερε με ποσοστό (50%) τον Κοινωνικό Λειτουργό, (25%) τον Νοσηλευτή και (25%) άλλον Επαγγελματία Υγείας (*Παράρτημα 6 . Πίνακας 16, Γραφήματα 115,116*).

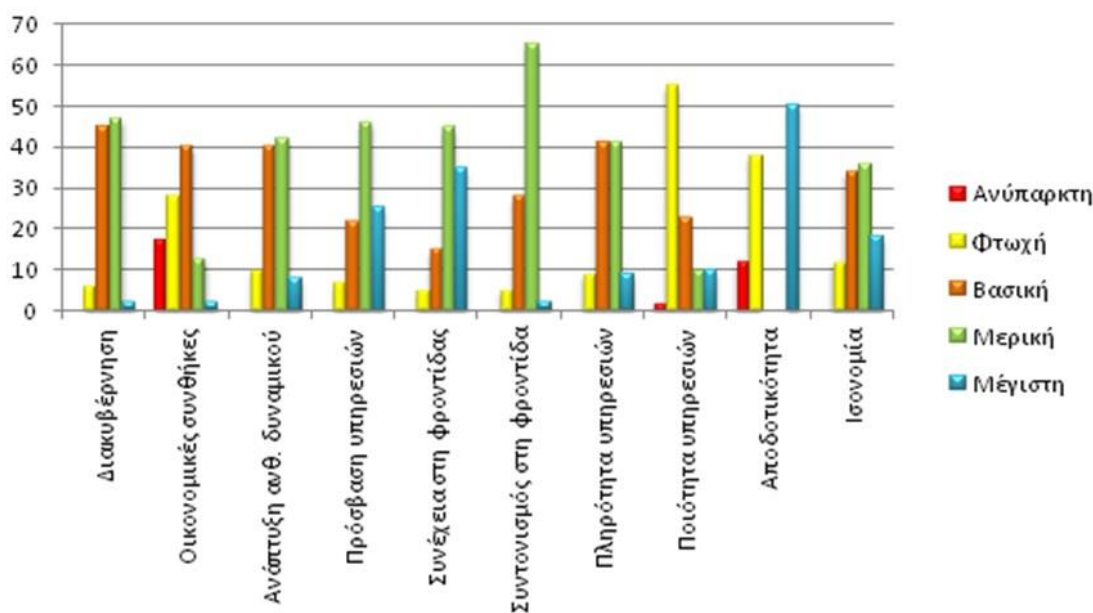
6.6 Μοντελοποίηση επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης

Στο **γράφημα 1**, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συνολικής αποτίμησης των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης των Το.Μ.Υ. στο Ηράκλειο Κρήτης. Καμιά δομή δεν παρουσίασε μέγιστη ή ελάχιστη λειτουργική διασύνδεση, αντίθετα κυμαίνονται μεταξύ βασικής (48%) και μερικής (47%) λειτουργικής διασύνδεσης. Μόλις το 5% των δομών αποτιμήθηκε με πτωχή διασύνδεση.



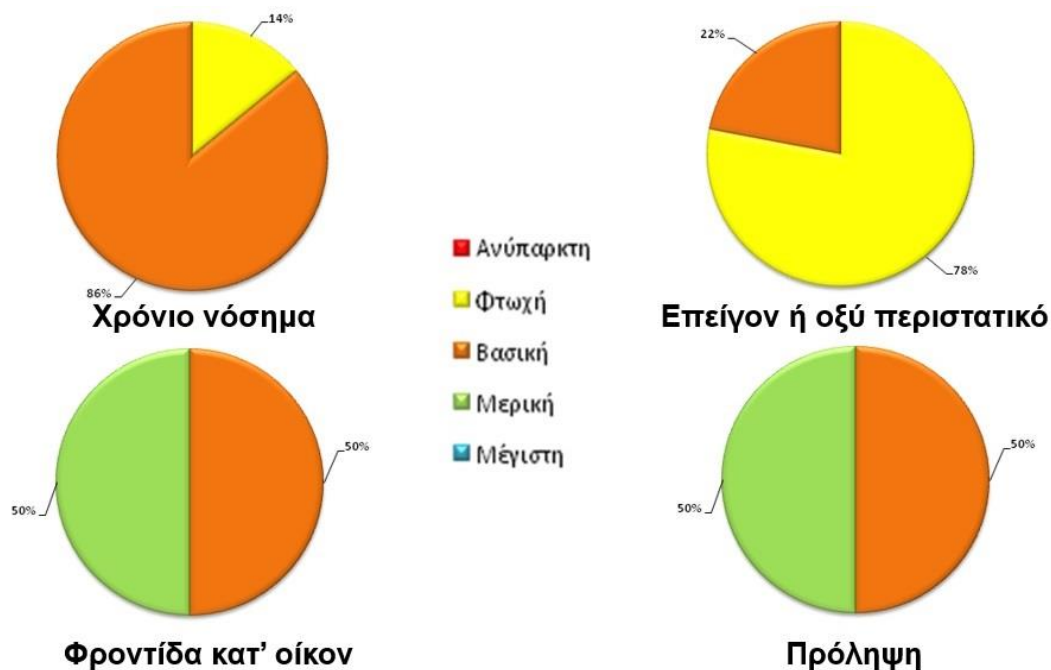
Γράφημα 1: Αξιολόγηση του επιπέδου διασύνδεσης των δομών ΠΦ

Στο **γράφημα 2**, στον οριζόντιο άξονα, έχουν τοποθετηθεί οι δέκα διαστάσεις της ΠΦΥ σύμφωνα με το επιλεγθέν θεωρητικό μοντέλο. Από τα αποτελέσματα διαφάνηκε ότι οι «οικονομικές συνθήκες» και η «ποιότητα των υπηρεσιών» είναι οι διαστάσεις που επιδέχονται περισσότερη βελτίωση. Αντίθετα, υψηλότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στις διαστάσεις αναφορικά με τη «συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας», καθώς και την «πρόσβαση των υπηρεσιών ΠΦΥ».



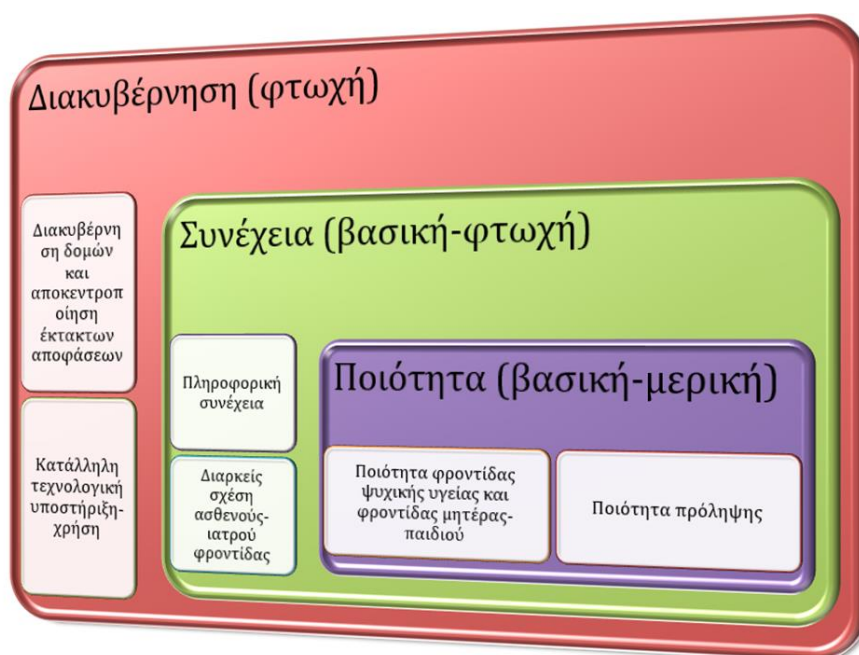
Γράφημα 2: Αξιολόγηση διασύνδεσης ανά Διάσταση ΠΦΥ

Στο **γράφημα 3**, απεικονίζονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της διασύνδεσης ανά τύπο περιστατικού. Συγκεκριμένα για τα χρόνια νοσήματα παρουσιάζετε (86%) βασική και (14%) φτωχή λειτουργική διασύνδεση. Αντίστοιχα, για το επείγον ή οξύ περιστατικό παρουσιάζετε (78%) φτωχή και (22%) βασική. Για την φροντίδα κατ'οίκον παρουσιάζετε (50%) βασική και (50%) μερική λειτουργική διασύνδεση. Τέλος, για την πρόληψη παρουσιάζετε (50%) βασική και (50%) μερική λειτουργική διασύνδεση.



Γράφημα 3: Αξιολόγηση διασύνδεσης ανά τύπο περιστατικού

Στο **γράφημα 4**, παρουσιάζονται οι τρεις διαστάσεις της λειτουργικής διασύνδεσης που φάνηκε ότι βρίσκονται σε χαμηλότερα επίπεδα (φτωχή-βασική-μερική) με τα χαρακτηριστικά τους, τα οποία φάνηκε να ευθύνονται για την έκβαση αυτή. Συγκεκριμένα, στη διάσταση της διακυβέρνησης, φαίνεται ότι "η διακυβέρνηση των δομών και η αποκεντροποίηση έκτακτων αποφάσεων" καθώς και "η κατάλληλη τεχνολογική υποστήριξη-χρήση" αποτελούν αδύναμα χαρακτηριστικά τα οποία είχαν ιδιαίτερος χαμηλά σκορ στην κλίμακα της διασύνδεσης. Όσον αφορά τη διάσταση της συνέχειας, τα πιο αδύναμα χαρακτηριστικά ήταν "η πληροφοριακή συνέχεια" καθώς και "η διαρκείς σχέση ασθενούς- ιατρού φροντίδας" τα οποία είχαν αντίστοιχα χαμηλά σκορ στην κλίμακα της διασύνδεσης. Τέλος, όσον αφορά τη διάσταση της ποιότητας η όποια χαρακτηρίστηκε ως (βασική- μερική). Τα χαρακτηριστικά τα οποία είχαν αντίστοιχα χαμηλά σκορ στην κλίμακα της διασύνδεσης είναι "η ποιότητα φροντίδας ψυχικής υγείας και φροντίδας μητέρας παιδιού" καθώς και "η ποιότητα πρόληψης".



Γράφημα 4:Μερική, βασική και φτωχή λειτουργική διασύνδεση. Οι τρεις βασικές διαστάσεις και τα δύο συχνότερα χαρακτηριστικά τους

7. Συζήτηση

7.1 Κύρια ευρήματα

Ερευνητικό ερώτημα 1

Το θεωρητικό πλαίσιο που προέκυψε από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ορίζει τα επίπεδα, τις διαστάσεις και τα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ οι οποίες καθορίζουν την εύρυθμη και λειτουργική διασύνδεση των δομών. Αντίστοιχα, το εργαλείο αποτίμησης (PCAT) που προέκυψε από την ανασκόπηση είναι το πλέον κατάλληλο για την παρούσα μελέτη καθώς ακολουθεί τις θεμελιώδεις λειτουργίες της B. Starfield και το θεωρητικό πλαίσιο που έχει επιλεγεί (Kringos *et al*, 2010). Επιπλέον, η ύπαρξη του συνοδευτικού ερωτηματολογίου καλύπτει τις ιδιαιτερότητες της Ελλάδας που δεν συμπεριλαμβάνονταν στο PCAT (20,22).

Από τα αποτελέσματα της συνολικής αποτίμησης των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης των Το.Μ.Υ. στο Ηράκλειο Κρήτης. Φάνηκε ότι η τα επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης κυμαίνονται μεταξύ βασικής (48%) και μερικής (47%) διασύνδεσης. Μόλις το 5% των δομών αποτιμήθηκε με πτωχή διασύνδεση.

Ερευνητικό ερώτημα 2

Η αξιολόγησης της διασύνδεσης ανά τύπο περιστατικού έδειξε ότι στα χρόνια νοσήματα παρουσιάζεται (86%) βασική και (14%) φτωχή λειτουργική διασύνδεση. Αντίστοιχα, για το επείγον ή οξύ περιστατικό παρουσιάζεται (78%) φτωχή και (22%) βασική λειτουργική διασύνδεση. Για την φροντίδα κατ'οίκον παρουσιάζεται (50%) βασική και (50%) μερική διασύνδεση. Τέλος, για την πρόληψη παρουσιάζεται (50%) βασική και (50%) μερική λειτουργική διασύνδεση.

Ερευνητικό ερώτημα 3

Η αξιολόγηση της διασύνδεσης με βάση τις δέκα διαστάσεις της ΠΦΥ έδειξε ότι οι «οικονομικές συνθήκες» και η «ποιότητα των υπηρεσιών» είναι οι διαστάσεις που επιδέχονται περισσότερη βελτίωση. Αντίθετα, υψηλότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στις διαστάσεις αναφορικά με τη «συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας», καθώς και την «πρόσβαση των υπηρεσιών ΠΦΥ». Άξιο σχολιασμού είναι το πολύ χαμηλό ποσοστό της διασύνδεσης της ΠΦΥ με το σύστημα υγείας, με έντονη την ανάγκη να

παρέχονται επιπλέον πληροφορίες προς τους πολίτες δεδομένου ότι πλέον διατίθενται ηλεκτρονικά ολοένα και περισσότερες υπηρεσίες του συστήματος υγείας (25).

Οι οικονομικές συνθήκες αποτελούν μία διάσταση που βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης ενισχυόμενη και από την κατάσταση οικονομικής κρίσης που διέπει την χώρα και την έλλειψη δημόσιας χρηματοδότησης (Lionis et al., 2009) (7). Συνεπώς, υπάρχουν μεγάλα περιθώρια βελτίωσης των οικονομικών συνθηκών του συστήματος ΠΦΥ με ιδιαίτερη έμφαση στο καθεστώς απασχόλησης και αποζημίωσης του ανθρώπινου δυναμικού που παρουσιάζει εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά διασύνδεσης υποδηλώνοντας τη δύσκολη οικονομική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας μάλλον λόγω της χαμηλής τους μισθοδοσίας.

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦΥ παρουσίασε ικανοποιητικά αποτελέσματα λειτουργικής διασύνδεσης δείχνοντας ότι δεν υπάρχουν σημαντικά εμπόδια πρόσβασης των πολιτών ασθενών στις υπηρεσίες ΠΦΥ και ότι υπάρχει υψηλή διαθεσιμότητα υπηρεσιών ΠΦΥ. Ωστόσο, το σημείο που χρήζει βελτίωσης είναι ότι το σύνολο των πολιτών δεν έχει οικονομική προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ.

Το χαμηλό ποσοστό της συνέχειας της πληροφορίας αναδεικνύει την ανάγκη για βελτιώσεις στα πληροφοριακά συστήματα και την χρήση τους, την χρήση του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή και την τακτική ενημέρωση του καθώς και κάθε άλλης ενέργειας που θα βελτιώνει την πληροφοριακή συνέχεια.

7.2 Σχόλια υπό το φως της βιβλιογραφίας

Αντίστοιχες παρατηρήσεις έχουν διαπιστωθεί και στο παρελθόν από άλλες μελέτες στην ελληνική ΠΦΥ (Lionis, et al. 2009)(7) τονίζοντας τις ελλείψεις σε θέματα λειτουργικής διασύνδεσης σε συνδυασμό με την έντονη πρόκληση της φτώχειας, της γήρανσης του πληθυσμού και των περιορισμένων πόρων.

Επιπλέον, η εμπειρία και η βιβλιογραφία από την Ολλανδία και το Ολλανδικό σύστημα υγείας, αναδεικνύει το Ολλανδικό μοντέλο “chain care” του οποίου βασικό χαρακτηριστικό είναι η λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των μονάδων υγείας αλλά

και η πρόσβαση του ασθενή προς αυτές (26). Αυτό επιτυγχάνεται με την χρήση ενιαίων διαδικασιών ποιότητας και την οργάνωση συστήματος ενημέρωσης για τις παροχές, τις τιμές και τις ροές από και προς τις δομές υπηρεσιών υγείας. Δεδομένων των ομοιοτήτων που παρουσιάζει η Ελλάδα με την Ολλανδία πριν την εφαρμογή του μοντέλου αυτού, θα μπορούσε να εφαρμοστεί και στην ελληνική πραγματικότητα ένα αντίστοιχο μοντέλο με τις κατάλληλες προσαρμογές.

Επιπρόσθετα, το «Bellagio model» αποτελεί την πρόταση για την ΠΦΥ του 21ου αιώνα στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ (27). Προέκυψε ως αποτέλεσμα της συνδιάσκεψης 24 ειδικών από την Ευρώπη και τις ΗΠΑ με θέμα τη βελτίωση της ΠΦΥ προς ένα ασθενοκεντρικό, προληπτικό και συντονισμένο σύστημα φροντίδας. Το «Bellagio model» είναι ένα συνεκτικό πλαίσιο αναφοράς για τη δημιουργία ενός προσβάσιμου, συνεχούς και προσανατολισμένου στον άνθρωπο συστήματος ΠΦΥ, που διασφαλίζει τη διασύνδεση με τους υπόλοιπους τομείς της φροντίδας όταν απαιτείται. Βασίζεται στην επιτυχημένη εμπειρία του αμερικανικού Chronic Care Model (CCM) (14).

Στην περίπτωση της Βρετανίας, η ΠΦΥ παρέχεται από το εθνικό σύστημα υγείας (NHS) το οποίο στηρίζεται στον παραδοσιακό θεσμό των γενικών ιατρών (general practitioners, GPs) (28). Οι γενικοί ιατροί ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gate keeping), καθοδηγώντας τον ασθενή στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης. Είναι ιδιώτες ιατροί που κατά κανόνα εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία (solo practice), ενώ ορισμένοι εξ αυτών σε ομαδική βάση (group practice). Το 99% του πληθυσμού κάνει χρήση του δικαιώματος να επιλέγει το γενικό ιατρό της αρεσκείας του, ο οποίος είναι 24 ώρες διαθέσιμος και καλύπτει διαγνωστικές, προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες ΠΦΥ. Η επιλογή του γενικού ιατρού γίνεται βάσει της γεωγραφικής περιοχής όπου διαμένει ο πολίτης και οι περισσότεροι από τους πολίτες έχουν μια μακροχρόνια σχέση με τον ιατρό τους.

Αντίστοιχα στη Σουηδία, υπάρχει ένα καλά αναπτυγμένο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας, που το χαρακτηρίζει η εγγύτητα, η προσβασιμότητα, η ποιότητα, η συνοχή και η ασφάλεια (28). Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από τα 1.200 κέντρα υγείας (300 ιδιωτικά), τα οποία είναι στελεχωμένα με γενικούς ιατρούς (1 ανά 2.500 κατοίκους), νοσηλεύτριες, μαίες και φυσικοθεραπευτές. Σε αρκετές περιπτώσεις, τα κέντρα υγείας στελεχώνονται με γυναικολόγο, παιδίατρο, ορθοπεδικό και ψυχίατρο. Στο σύστημα

της ΠΦΥ περιλαμβάνονται και ειδικά κέντρα όπου γίνονται εμβολιασμοί, περιοδικοί έλεγχοι της κατάστασης υγείας και ακτινοδιαγνωστικοί έλεγχοι. Οι γενικοί ιατροί παραπέμπουν τους ασθενείς τους σε άλλους ειδικούς ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα ή νοσοκομεία μέσω ραντεβού που ρυθμίζουν οι ίδιοι ή με τη χορήγηση του ανάλογου παραπεμπτικού σημειώματος. Στην περίπτωση που ένας ασθενής απευθυνθεί απ' ευθείας στα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου, ο χρόνος αναμονής του είναι μεγαλύτερος.

Η μελέτη των Valentijn et al, (29) η οποία δημοσιεύθηκε το 2013 αναφέρει ότι, ο εννοιολογικός σκελετός της διασυνδεδεμένης φροντίδας υγείας συνδυάζει την λειτουργία της ΠΦΥ και όλων των διαστάσεων που μπορεί να λάβει η διασύνδεση των υπηρεσιών γενικότερα. Η ανθρωποκεντρική και άνθρωπο-πληθυσμιακή φροντίδα αποτελεί την βασική προϋπόθεση για την επίτευξη της διασύνδεσης μέσα από την συνεχιζόμενη φροντίδα (14). Η διασύνδεση διαδραματίζει συμπληρωματικό ρόλο στο μικρο - (κλινική διασύνδεση, επίπεδο ομάδας υγείας και ασθενή), μεσο - (επαγγελματική και οργανωτική διασύνδεση) και μακρο - (διασύνδεση του συστήματος) επίπεδο.

Σύμφωνα με την μελέτη του Stokes J, et al (2018), (30) οι παραδοσιακοί μηχανισμοί πληρωμών στο υπάρχον σύστημα υγείας πιθανά δε δημιουργούν τα κατάλληλα κίνητρα για την λειτουργική διασύνδεση των συστημάτων υγείας. Εναλλακτικοί τρόποι, όπως είναι τα πακέτα πληρωμών έχουν εμφανιστεί χωρίς όμως συγκεκριμένες φόρμες και δεν μπορούν να εκφραστούν από τα υπάρχοντα συστήματα πληρωμών. Με τη συστηματική ανασκόπη της διεθνούς έρευνας και παραδείγματα διασύνδεσης που έχουν κατηγοριοποιηθεί και χρησιμοποιηθεί στο Horizon 2020 SELFIE γίνεται προσπάθεια να συσταθούν νέοι μηχανισμοί προκειμένου να επιτευχθεί διασύνδεση των συστημάτων υγείας. Η κατηγοριοποίηση περιγράφει τις πληρωμές με βάση το πεδίο ενδιαφέροντος, όπως είναι η συμμετοχή του παρόχου, η διάδραση ασθενούς - παρόχου κ.α. Μέχρι στιγμής οι πληρωμές επικεντρώνονται στην ασθένεια. Η κατηγοριοποίηση αυτή, θα προσφέρει μια βάση ώστε να υπάρξουν οικονομικά κίνητρα και με αυτόν τον τρόπο θα υπάρξει λειτουργική και αποτελεσματική διασύνδεση του συστήματος υγείας.

Στη χώρα μας και συγκεκριμένα στο Κιλκίς, (31) διεξήχθη μία συγχρονική περιπτώσιολογική μελέτη δικτύωσης δομών από τον Ιούνιο έως τον Αύγουστο του 2015, με τα αποτελέσματα να δείχνουν ότι μόνο το 13,3% των ερωτηθέντων χαρακτήρισε επαρκή την διασύνδεση της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς με πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υγειονομικές δομές ενώ το 44,1% δήλωσε προβλήματα στην κάλυψη των αναγκών λόγω μη λειτουργίας της μονάδας πέραν του πρωινού ωραρίου. Μεγαλύτερη εμπιστοσύνη δηλώνουν οι χρήστες στο δίκτυο των ιδιωτών ιατρών (64,1%), ενώ ελλιπής διαπιστώνεται η πληροφόρηση αναφορικά με το δικαίωμα ή μη παροχής υπηρεσιών υγείας της μονάδας στους ανασφάλιστους (72,4%).

Τέλος, στην χώρα μας έχει εκπονηθεί μια πληρέστερη μελέτη η οποία καταγράφει λειτουργική διασύνδεση των δομών ΠΦΥ με βάση τον βαθμό οργανωσιακής, επαγγελματικής, λειτουργικής και κλινικής αποδοτικότητας. Η μελέτη αυτή έγινε (στο πλαίσιο ενός εθνικού προγράμματος, χρηματοδοτούμενου από το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΣΠΑ) στον άξονα του επιχειρηματικού προγράμματος «Διοικητικής μεταρρύθμισης 2007–2013», με τίτλο «Λειτουργική διασύνδεση δομών ΠΦΥ». Το εν λόγω πρόγραμμα υλοποίησε η Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής (ΚΚΟΙ) της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης αναφέρουν ότι η πλειονότητα των δομών κυμαινόταν μεταξύ βασικής και μερικής διασύνδεσης, ενώ ένα μικρό ποσοστό (5%) βρισκόταν σε επίπεδο πτωχής διασύνδεσης. Ως προς τις διαστάσεις της ΠΦΥ, υψηλότερα επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης παρουσίασε η «συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας» με 80% των δομών να εμφανίζουν μερική έως και μέγιστη λειτουργική διασύνδεση. Αντίθετα, οι διαστάσεις που απαιτούσαν σημαντική και άμεση βελτίωση ήταν οι «οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ» και η «ποιότητα υπηρεσιών ΠΦΥ». Στην πλειονότητα των δομών, η διασύνδεση ως προς τις «οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ» βρισκόταν σε επίπεδο κάτω της βασικής, με 73% των δομών ΠΦΥ να παρουσιάζουν πτωχή διασύνδεση ως προς το χαρακτηριστικό «σύστημα αποζημιώσεων του ανθρώπινου δυναμικού». Γενικά η διασύνδεση ανάμεσα στις μονάδες διαφέρει. Η πλειοψηφία (57%) των μονάδων ανταποκρίνεται σε βασικό επίπεδο. Η διασύνδεση στην ΠΦΥ βάση της μελέτης κατηγοριοποιείται ως εξής: βασική 86%, φτωχή 14% για μονάδες χρόνιας νοσηλείας, φτωχή (78%) και βασική

(22%) για τις μονάδες εντατικής θεραπείας, βασική (50%) στις μονάδες προληπτικής φροντίδας και βασική ή μερική (50%) για τις μονάδες φροντίδας στο σπίτι.

7.3 Προτάσεις

Με βάση αυτά τα ευρήματα της πτυχιακής εργασίας, συντάχθηκαν ορισμένες προτάσεις βελτίωσης των επιπέδων διασύνδεσης των επιλεγθέντων δομών ΠΦΥ στις διαστάσεις με τις μεγαλύτερες αδυναμίες ανά δομή. Προτείνεται λοιπόν και για τις δυο δομές η τήρηση συστήματος “gate keeping”, ή διατήρηση ηλεκτρονικών αρχείων ασθενών, η ηλεκτρονική καταγραφή των βημάτων παραπομπής και παρακολούθησης ασθενών εντός και εκτός της δομής αλλά και ο καθορισμός βέλτιστων βημάτων διαχείρισης των βασικών τύπων περιστατικών (επείγον περιστατικό, χρόνιο νόσημα κ.ά).

Αρχικά οι οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ χρήζουν σε όλους τους τύπους δομών βελτίωση. Το «gate keeping» θα επιτρέψει τον έλεγχο της ροής στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και θα οδηγήσει στον έλεγχο του κόστους και στον ορθολογικό σχεδιασμό των νοσοκομειακών δομών, απαλλάσσοντας τα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία από την παροχή ΠΦΥ και το κόστος που συνεπάγεται.

Στα πλαίσια βελτίωσης ως προς τη διακυβέρνηση του συστήματος και την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ, συνιστάται επικέντρωση στα χρόνια νοσήματα και σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού. Επίσης, φροντίδα της οικογένειας στο σύνολό της, αλλά και στον χρόνιο ασθενή στο σπίτι αυξάνοντας την αποτελεσματικότητα και την αποδοχή της ΠΦΥ στην ελληνική κοινωνία.

7.4 Περιορισμοί και δυνατά σημεία της μελέτης

Τα αποτελέσματα της μελέτης επιχειρούν να αποτυπώσουν το επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης των νεοσύστατων δομών ΠΦΥ (Το.Μ.Υ.) με την χρήση ενός ισχυρού θεωρητικού πλαισίου και έγκυρων εργαλείων αποτίμησης. Η διερεύνηση των αδυναμιών των δομών σε επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης, διαστάσεων και χαρακτηριστικών αναμένεται να συμβάλει ουσιαστικά στην ανάδειξη των αναγκών των δομών και στην βελτίωση των επιπέδων της διασύνδεσης τους. Ένα ακόμα πλεονέκτημα είναι η ομοιομορφία των δομών στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας.

Κύριο περιορισμό της παρούσας μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι είναι μια συγχρονική μελέτη η οποία δεν επιτρέπει την έκδοση ασφαλών συμπερασμάτων σχέσης αίτιου αιτιατού . Επίσης, ένας ακόμη περιορισμός είναι ότι μελετήθηκαν δυο από τις πέντε δομές (Το.Μ.Υ.) που βρίσκονται στον Δήμο Ηρακλείου με αποτέλεσμα να μην έχουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα των αντιστοίχων δομών του Δήμου. Περιορισμό αποτελεί και το γεγονός ότι η διεξαγωγή της μελέτης και η λήψη των ερωτηματολόγιων συνέπεσαν με την πανδημία SARS-COVID 19 που είχε ως αποτέλεσμα τον ελεγχόμενο περιορισμό των επισκέψεων σε μονάδες υγείας και πολύ περισσότερο των περιπτώσεων πρόληψης και κατ'οίκον φροντίδας. Ένα μεγάλο κομμάτι της διαπροσωπικής επαφής πολιτών με επαγγελματίες υγείας αντικαταστάθηκε με τηλεφωνική επικοινωνία όπου ήταν εφικτό. Τέλος, δεν εφαρμόστηκε συστηματική ανασκόπηση για την αναζήτηση των υφιστάμενων μελετών ή προγραμμάτων/δράσεων στην Ελλάδα αλλά απλή ανασκόπηση στη βιβλιογραφία.

8. Συμπεράσματα

Η αποτίμηση των επιπέδων, των διαστάσεων και των χαρακτηριστικών της ΠΦΥ μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην ανάπτυξη προτάσεων βελτίωσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στις νεοσύστατες δομές πρωτοβάθμιας όπως είναι οι ΤΟΜΥ.

Ο σχεδιασμός ενός νέου συστήματος ΠΦΥ με υψηλή απόδοση στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα κρίνεται αναγκαίο καθώς και η άμεση λήψη μέτρων προς την κατεύθυνση της εξατομικευμένης ανθρωποκεντρικής φροντίδας . Αυτό θα επιτευχθεί με την ενεργοποίηση των εξυπηρετούμενων χρηστών υπηρεσιών υγείας και την διεπιστημονική/ διεπαγγελματική προσέγγιση στην φροντίδα. Τέλος, με στοχευόμενες ενέργειες μπορεί να βελτιωθεί το επίπεδο διασύνδεσης ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα των δομών ΠΦΥ.

Βιβλιογραφία

1. Hall JJ, Taylor R. Health for all beyond 2000: The demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries [Internet]. Vol. 178, Medical Journal of Australia. Australasian Medical Publishing Co. Ltd; 2003 [cited 2021 Jan 17]. p. 17–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12492384/>
2. Πιερράκος Γ. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία. 2014 Dec 17 [cited 2021 Jan 17]; Available from: <http://hypatia.lb.teiath.gr/handle/11400/2931>
3. Σαραντίδου Σ, Μελά Σ, Πιτσιλλίδης Α. Εκτίμηση των αναγκών του πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου υγείας του Αιγάλεω μέσω της ικανοποίησης των ασθενών και του προσωπικού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2019;36(5):635–42.
4. Καλοκαιρινού Α, Αδαμακίδου Θ, Βελονάκη Β-Σ, Βιβιλάκη Β, Καπρέλη Ε, Κριεμπάρδης Α, et al. Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. 2015. 193 p.
5. WHO | The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). WHO. 2013;
6. Uijen AA, Heinst CW, Schellevis FG, Van Den Bosch WJHM, Van De Laar FA, Terwee CB, et al. Measurement Properties of Questionnaires Measuring Continuity of Care: A Systematic Review. Available from: www.plosone.org
7. Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Vardavas C, Papadakaki M, Daniilidou N, et al. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: A systematic review [Internet]. Vol. 9, International Journal of Integrated Care. Ubiquity Press; 2009 [cited 2021 Jan 13]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19777112/>
8. Kontodimopoulos N, Moschovakis G, Aletras VH, Niakas D. The effect of environmental factors on technical and scale efficiency of primary health care providers in Greece. Cost Eff Resour Alloc [Internet]. 2007 Nov 17 [cited 2021 Jan 13];5:14. Available from: [/pmc/articles/PMC2211454/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC2211454/?report=abstract)
9. Οικονόμου ΝΑ, Τούντας Γ, Νιάκας Δ. Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην υγεία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.

- 2007;24(1):48–57.
10. Souliotis K, Lionis C. Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective [Internet]. Vol. 29, *Journal of Medical Systems*. Springer; 2005 [cited 2021 Jan 13]. p. 187–96. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10916-005-3006-6>
 11. Sbarouni V, Tsimtsiou Z, Symvoulakis E, Kamekis A, Petelos E, Saridaki A, et al. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. 2012 Oct 22 [cited 2021 Jan 13];12(4). Available from: <https://www.rrh.org.au/journal/article/2156/>
 12. Strandberg-Larsen M, Krasnik A. Measurement of integrated healthcare delivery: A systematic review of methods and future research directions. *Int J Integr Care* [Internet]. 2009 [cited 2021 Jan 13];9(1). Available from: </pmc/articles/PMC2663702/?report=abstract>
 13. Starfield B. Primary Care and Equity in Health: The Importance to Effectiveness and Equity of Responsiveness to Peoples' Needs. *Humanity Soc* [Internet]. 2009 Feb 1 [cited 2021 Jan 13];33(1–2):56–73. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/016059760903300105>
 14. WHO. Framework on integrated, people-centred health services Report by the Secretariat [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 12]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1,](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1)
 15. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2017;Τεύχος Α΄:ΦΕΚ 115/07.08.2017.
 16. Πλαίσιο Εφαρμογής των Πράξεων για τη Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2017;Τεύχος Β΄:Νομός υπ' αριθμ.4114.
 17. Βουτσίδου Σ, Μωραΐτης Ε, Γελαστοπούλου Ε, Σισσούρας Α, Χαραλάμπους Γ. Εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας (e-Health) στην πρωτοβάθμια ιατρική Φροντίδα. Πλεονεκτήματα και προσδοκίες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2019;36(3):412–8.
 18. Pelone F, Kringos DS, Spreeuwenberg P, Belvis AG, De PP, Pelone F, et al. How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system

- level: lessons from Europe. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2013;25(4):381–93. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/13/intqhc.mzt020.shorth> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23407822>
19. Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Markaki A, Kritikos K, Petelos E, Lionis C. Operational integration in primary health care: Patient encounters and workflows. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 Nov 29 [cited 2021 Jan 17];17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29187189/>
 20. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The european primary care monitor: Structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2010 Dec 27 [cited 2021 Jan 17];11(1):81. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-11-81>
 21. Καραγιάννη Μ, Σηφάκη-Πιστόλλα Δ, Χατζέα ΒΕ, Τριγώνη Μ, Κούτης Α, Πιτέλου Ε, et al. Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης. 2016;(pages 20):1–20.
 22. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Van Der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010 Dec 13 [cited 2021 Jan 17];10(1):65. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-65>
 23. Hwang C-L, Yoon K. *Multiple Attribute Decision Making* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1981 [cited 2021 Jan 17]. (Lecture Notes in Economics and Mathematical Systems; vol. 186). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-48318-9>
 24. Λιονής Χ. «Λειτουργική διασύνδεση φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τις μονάδες υγείας με την χρήση ενιαίων προτύπων ποιότητας-διαδικασιών» | Enhanced Reader [Internet]. [cited 2021 Jan 17]. Available from: <moz-extension://f7c85410-215f-47e9-b2f0-dd986dfcad2/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Fld.ucdc.uoc.gr%2Fimages%2Ffiles%2FYPOERGO1%2Fparadoteo1.2.1.pdf>
 25. Koufi V, Malamateniou F, Vassilacopoulos G. An android-enabled mobile framework for ensuring quality of life through patient-centric care. In: *Studies in Health Technology and Informatics* [Internet]. IOS Press; 2012 [cited 2021

- Jan 17]. p. 1040–4. Available from: <https://europepmc.org/article/med/22874352>
26. Minkman MM. Developing integrated care. Towards a development model for integrated care. *Int J Integr Care* [Internet]. 2012 [cited 2021 Jan 17];12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601512/>
 27. Κ Σ, Μ Μ, Π Σ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα-κατάσταση και προοπτικές. Vol. 3. 2011.
 28. Gianasmidis A, Tsiaousi M. Time trend study on the institutional framework of the Greek Primary Health Care System (1980–2008) and experience of the British and Swedish models. *Arch Hell Med*. 2012;29(1):106–115.
 29. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jan 17];13(JANUARY-MARCH 2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23687482/>
 30. Stokes J, Struckmann V, Kristensen SR, Fuchs S, van Ginneken E, Tsiachristas A, et al. Towards incentivising integration: A typology of payments for integrated care. Vol. 122, *Health Policy*. Elsevier Ireland Ltd; 2018. p. 963–9.
 31. Zafiropoulou M. Η προσπάθεια δικτύωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα μέσω της εδραίωσης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας: Περιπτωσιολογική μελέτη δικτύωσης δομών ΠΕΔΥ Κιλκίς [Internet]. [cited 2021 Jan 17]. Available from: https://www.academia.edu/30836587/H_προσπάθεια_δικτύωσης_της_Πρωτοβάθμιας_Φροντίδας_Υγείας_στην_Ελλάδα_μέσω_της_εδραίωσης_του_Πρωτοβάθμιου_Εθνικού_Δικτύου_Υγείας_Περιπτωσιολογική_μελέτη_δικτύωσης_δομών_ΠΕΔΥ_Κιλκίς
 32. Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Markaki A, Kritikos K, Petelos E, Lionis C. Operational integration in primary health care: Patient encounters and workflows. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1–10.

“ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ”

Παράρτημα 1

Πίνακας 1: Επίπεδα, διαστάσεις και χαρακτηριστικά Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

	Διαστάσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας	Χαρακτηριστικά
Δομή (structure)	1. Διακυβέρνηση του συστήματος ΠΦ (Governance of the PC system)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Στόχοι υγείας (υγειονομικής περίθαλψης) 2. Πολιτική ισονομίας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦ 3. (Από)κέντροποίηση της διαχείρισης και ανάπτυξης υπηρεσιών ΠΦ 4. Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην ΠΦ 5. Κατάλληλη τεχνολογία στην ΠΦ 6. Συνηγορία των ασθενών 7. Διακυβέρνηση των δομών ΠΦΥ 8. Διασύνδεση της ΠΦ με το σύστημα υγείας
	2. Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦ (Economic conditions of the PC system)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης 2. Δαπάνες ΠΦ 3. Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας 4. Καθεστώς απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ 5. Σύστημα αποζημιώσεων του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ 6. Εισόδημα του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ
	3. Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦ (PC workforce development)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Προφίλ του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ 2. Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της ΠΦ 3. Επαγγελματική κατάρτιση, στελέχωση και διατήρηση των επαγγελματιών που εργάζονται στην ΠΦ 4. Επαγγελματικές οργανώσεις εργαζομένων στην ΠΦ 5. Ακαδημαϊκός χαρακτήρας ΠΦ μέσω συνεργασιών με ιδρύματα και Πανεπιστήμια 6. Μελλοντική ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ
Διαδικασία (process)	4. Πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦ (Access to PC services)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της ΠΦ 2. Γεωγραφική προσβασιμότητα των υπηρεσιών της ΠΦ 3. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής πρόσβασης) 4. Οικονομική προσιτότητα των υπηρεσιών της ΠΦ 5. Ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες της ΠΦ 6. Αξιοποίηση των υπηρεσιών της ΠΦ 7. Ισότητα στην πρόσβαση
	5. Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας (Continuity of care)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Συνέχεια της περίθαλψης μακροπρόθεσμα 2. Πληροφοριακή συνέχεια 3. Διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου 4. Διαχειριστική συνέχεια
	6. Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας (Coordination of care)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Σύστημα ελέγχου πρόσβασης (gate keeping) 2. Πρακτικές ΠΦ και διάρθρωση ομάδων των επαγγελματιών υγείας 3. Συνδυασμός δεξιοτήτων των παρόχων ΠΦ 4. Διασύνδεση ΠΦ και δευτεροβάθμιας φροντίδας 5. Διασύνδεση παρόχων ΠΦ και επαγγελματιών δημόσιας υγείας
	7. Πληρότητα υπηρεσιών ΠΦ (Comprehensiveness of PC)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Διαθέσιμος ιατρικός εξοπλισμός 2. Σημείο πρώτης επαφής για συχνά ιατρικά προβλήματα 3. Θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων 4. Τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και προληπτική ιατρική 5. Ιατρική περίθαλψη μητέρας/παιδιού και αναπαραγωγική υγεία 6. Προαγωγή της υγείας
Εκροές/ Αποτελέσματα (outcome)	8. Ποιότητα υπηρεσιών ΠΦ (Quality of PC)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Πρακτικές συνταγογράφησης των παροχών ΠΦ 2. Ποιότητα της διάγνωσης και της θεραπείας στην ΠΦ 3. Ποιότητα του τρόπου διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων 4. Ποιότητα στη φροντίδα ψυχικής υγείας 5. Ποιότητα μητρικής και παιδικής φροντίδας υγείας 6. Ποιότητα της προαγωγής της υγείας 7. Ποιότητα της προληπτικής φροντίδας 8. Αποτελεσματικότητα 9. Πρακτικές ασφάλειας
	9. Αποδοτικότητα της ΠΦ (Efficiency of PC)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Κατανομή των πόρων και παραγωγική αποδοτικότητα 2. Τεχνική αποδοτικότητα 3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ
	10. Ισονομία στην ΠΦ (Equity in health)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ισονομία στην ΠΦ (σε όλες τις ομάδες πληθυσμού)

Παράρτημα 2

Αποτελέσματα για την αποτίμηση των επιπέδων διασύνδεσης και ποιότητας υπηρεσιών υγείας “Primary Care Assessment Tool (PCAT)

Σχετικά με την ανάλυση των αποτελεσμάτων και τα δυο εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αποτίμηση των επιπέδων διασύνδεσης και ποιότητας υπηρεσιών υγείας που αφορά τις μονάδες υγείας, δηλαδή το έγκυρο ερωτηματολόγιο “Primary Care Assessment Tool (PCAT) – short version” του Primary Care Policy Center for Underserved Populations, Johns Hopkins University(21), καθώς και το συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο που δημιούργησε η ερευνητική ομάδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής στο πλαίσιο του έργου ΕΣΠΑ (32), λόγω το ότι οι μονάδες ήταν δυο (η 3^η και 4^η Το.Μ.Υ.) δεν μπορεί να υπάρξει πίνακας με στατιστικά αποτελέσματα παρά μόνο τα αποτελέσματα της μοντελοποίησης. Επομένως, παρακάτω παρατίθενται οι σημαντικότερες διαφορές σχολιαστικά άλλα και κύρια σημεία που είναι σημαντικό να αναφερθούν.

Και στις δυο δομές οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι κοινές όπως: η διαχείριση Έκτακτων/επείγον, Χρόνια νοσήματα, Πρόληψη, δράσεις στην κοινότητα Προαγωγής Υγείας, Κοινωνικές Υπηρεσίες. Η πρακτική και των δυο δομών εστιάζει σε συνδυασμό ιατρών Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής, Νοσηλευτές Επισκέπτες Υγείας, Κοινωνικός Λειτουργός, Διοικητικό προσωπικό. Οι εξυπηρετούμενοι και στις δυο δομές παραπέμπονται είτε από άλλες δημόσιες δομές και ΜΚΟ είτε προσέρχονται στον χώρο **μόνοι τους**. Στην ερώτηση για το ποσοστό των ατόμων που επισκέπτονται την δομή και την ασφαλιστική τους ικανότητα και οι δυο δομές δεν έδωσαν κάποια απάντηση καθώς η ασφαλιστική και μη ικανότητα του ατόμου δεν επηρεάζει της υπηρεσίες που παρέχονται από τις δομές οι οποίες είναι δωρεάν για όλους τους πολίτες. Στην συνέχεια, παρατηρούμε ότι στην ερώτηση για το ποσοστό των ατόμων με χρόνια προβλήματα υγείας που επισκέπτονται την δομή η απάντηση είναι **(61-80%)** και για τις δυο Το.Μ.Υ. Αντίστοιχα και στις δυο δομές η συνολική διαχείριση των χρόνιων περιστατικών γίνεται από την διεπιστημονική ομάδα που περιλαμβάνει όλες τις ειδικότητες. Επίσης, και στις δυο δομές υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης των ασθενών με χρόνια νόσημα, άλλα

διαφοροποιούνται ανά δομή ανάλογα με τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων. Συγκεκριμένα στην δομή Α τα προγράμματα εστιάζουν στις παρακάτω κατηγορίες (Διατροφή, Χρήση σχετικού ιατροτεχνικού εξοπλισμού, ενεσοθεραπεία, προγράμματα αυτοεξέτασης) και υπεύθυνος για την εκπαίδευση είναι η διεπιστημονική ομάδα. Αντίθετα, στην δομή Β υπεύθυνος για την εκπαίδευση είναι αποκλειστικά ο/η νοσηλεύτης/τρια και τα προγράμματα εστιάζουν κυρίως στην εκπαίδευση και περιποίηση των άκρων (Διαβητικό πόδι). Στην ερώτηση για το ποσό καιρό χρησιμοποιούν οι εξυπηρετούμενοι τις υπηρεσίες των δομών, η δομή Α απάντησε πως είναι πολύ μεταβλητό για να καθοριστεί ενώ η δομή Β ανέφερε τα ένα με δυο έτη. Σχετικά με το αν υπάρχει ένας γεωγραφικά καθορισμένος πληθυσμός τον οποίο εξυπηρετούν οι δομές, και για τις δυο η απάντηση είναι όχι. Η ίδια απάντηση ισχύει και στο αν υπάρχει γραφείο επικοινωνίας αλλά και σύστημα διασφάλισης ποιότητας. Αντιθέτως, και στις δυο δομές λειτουργεί γραφείο πληροφοριών, υπάρχει σύστημα προστασίας υγιεινής και ασφάλειας εργαζομένων, χρησιμοποιούνται ενημερωτικά έντυπα για τις δράσεις και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Από το σύνολο των εξυπηρετούμενων στις δομές το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνει το σύνολο της φροντίδας που απαιτείται (δεν παραπέμπεται δηλαδή πουθενά αλλού για συμπληρωματική παροχή φροντίδας) η δομή Α απάντησε (**81-100%**) ενώ η δομή Β (**41-60%**). Και στις δυο δομές οι εξυπηρετούμενοι ταυτοποιούνται σε λίστα και ηλεκτρονικό αρχείο με ποσοστό (**81-100%**). Στην δομή Α δεν υπάρχει φάκελος υγείας για κάθε ασθενή ενώ στην δομή Β υπάρχει. Ο φάκελος υγείας στην δομή Β είναι ηλεκτρονικός και χειρόγραφος και υπάρχει μερίμνα για την προστασία των πληροφοριών που καταγράφονται στους φακέλους. Το ποσοστό (%) των χρηστών/ ασθενών των δομών που εκτιμάτε ότι χρησιμοποιεί τις δομές για το σύνολο των αναγκών υγείας, πρόληψης και θεραπείας είναι (**81-100%**) για την δομή Α και (**41-60%**) για την δομή Β. Και στις δυο δομές υπάρχει σαφής προσδιορισμός του ρόλου κάθε εργαζόμενου μέσα από γραπτές ή προφορικές κατευθύνσεις. Όταν και οι δυο δομές είναι σε λειτουργία υπάρχει σίγουρα κάποιος να δει τον/την ασθενή την ίδια ημέρα και σίγουρα υπάρχει τηλεφωνική γραμμή από την οποία μπορούν οι ασθενείς να παίρνουν συμβουλές, όταν τις χρειάζονται. Αντίθετα, και οι δυο δομές όταν δεν λειτουργούν δεν υπάρχει τηλεφωνική γραμμή που οι ασθενείς να μπορούν να καλούν όταν αρρωστήσουν αλλά ούτε και άτομο για να τους δει το ίδιο βραδύ. Οι ασθενείς και στις δυο δομές σίγουρα βλέπουν τον ίδιο επαγγελματία υγείας κάθε φορά ενώ στην τηλεφωνική επικοινωνία με τον ίδιο ιατρό η τον ίδιο νοσηλεύτη η δομή Α

απάντησε πιθανόν σε αντίθεση με την δομή Β που η απάντηση της ήταν σίγουρα . Στην συνέχεια, αν οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν «πολύ καλά» τους ασθενείς που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της δομή τους; αν καταλαβαίνουν οι επαγγελματίες υγείας ποια είναι τα πιο σημαντικά προβλήματα των ασθενών που εξετάζουν; η όταν οι ασθενείς χρειάζονται μια παραπομπή, συζητούν οι επαγγελματίες υγείας τα διάφορα μέρη (μονάδες) που μπορεί να πάνε οι ασθενείς για να λάβουν βοήθεια ως προς το πρόβλημά υγείας τους; και τέλος, αν υπάρχει κάποιος στην δομή ο οποίος βοηθάει τον ασθενή να κλείσει το ραντεβού για την παραπομπή αυτή; και οι δυο δομές απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις σίγουρα ναι . Σχετικά με την χρονική αλληλουχία τις διαδικασίες/βήματα διασύνδεσης ενός έκτακτου/επείγοντος περιστατικού με άλλες δομές υγείας ή πρόνοιας. Και οι δυο δομές αναφέρουν την ενημέρωση εξυπηρετούμενου για την σχετική δομή διασύνδεσης, την τηλεφωνική επικοινωνία με την δομή διασύνδεσης για την υποδοχή του εξυπηρετούμενου άλλα και το παραπεμπτικό σημείωμα που φέρει ο εξυπηρετούμενος. Η μόνη διάφορα μεταξύ των δομών Α και Β είναι ότι η Α προσπαθεί να συνεργαστεί με την δομή διασυνδέσεις με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση των ωφελούμενων και με αυτόν τον τρόπο υπάρχει και το **follow up** και από την δομή διασύνδεσης και από τον εξυπηρετούμενο που παραπέμπεται εκεί. Για όλες τις παραπάνω διαδικασίες και οι δυο δομές διαθέτουν σύστημα καταγραφής και όλα τα βήματα είναι τυποποιημένα. Η σημαντική διαφορά εδώ είναι πως την διαχείριση του εκτάκτου περιστατικού στην δομή Α την έχει η διεπιστημονική ομάδα, ενώ στην δομή Β την έχει ο ιατρός. Ακριβώς, το ίδιο συμβαίνει και με την διασύνδεση ασθενών με χρόνια νοσήματα. Ακολουθούνται τα ίδια βήματα και στις δυο δομές όπως αναφέρθηκαν παραπάνω στην διασύνδεση ενός έκτακτου/επείγοντος περιστατικού.

Έπειτα, αν οι ασθενείς χρειάζονται κάποια από τις ακόλουθες υπηρεσίες όπως: εμβολιασμοί, οικογενειακός προγραμματισμός ή υπηρεσίες ελέγχου των γεννήσεων, συμβουλευτική για συμπεριφορά ή προβλήματα ψυχικής υγείας, συρραφή για μικρή εκδορά ή τραύμα. Η δομή Β απάντησε ότι μπορούν να παρασχεθούν άμεσα στην δομή τους, ενώ η δομή Α διαφοροποιείτε μόνο στις υπηρεσίες ελέγχου των γεννήσεων οπού η απάντηση ήταν σίγουρα όχι.

Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας την δομής Α συζητούν σίγουρα τα παρακάτω θέματα με τους ασθενείς όπως: *θέματα σχετικά με τη διατροφή/θέματα σχετικά με τον ύπνο, θέματα ασφάλειας στο σπίτι, όπως η χρήση ανιχνευτών καπνού και η αποθήκευση φαρμάκων με ασφάλεια, θέματα διαχείρισης οικογενειακών συγκρούσεων,*

θέματα για κατάλληλη σωματική άσκηση, θέματα για τα φάρμακα που λαμβάνουν, θέματα αντιμετώπισης προβλημάτων σχετικά με την συμπεριφορά του παιδιού, θέματα αλλαγών στην ανάπτυξη και στη συμπεριφορά του παιδιού σε διάφορες ηλικίες, θέματα ασφάλειας για παιδιά κάτω των 6 ετών: διδάσκοντάς τους να διασχίσουν το δρόμο με ασφάλεια, καθώς και τη χρήση παιδικών καθισμάτων στα αυτοκίνητα, θέματα σχετικά με την ασφάλεια παιδιών ηλικίας μεταξύ 6 και 12: όπως να μένουν μακριά από τα όπλα, και να χρησιμοποιούν ζώνες ασφαλείας και κράνη ποδηλάτου. Η δομή Β διαφοροποιείτε μόνο στα θέματα ασφάλειας στο σπίτι απαντώντας το σίγουρα όχι.

Μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δομές είναι πως η δομή Β αναφέρει ότι υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης των ασθενών ή και των οικογενειών τους στη δομή τους, ενώ στην δομή Α άπαντα πως όχι.

Ακόμη, και οι δυο δομές προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο σπίτι κατά περίπτωση. Οι ειδικότητες που συμμετέχουν στις κατ'οίκον επισκέψεις είναι (Επ. Υγείας, Κοιν Λειτουργ, Νοσηλ, Ιατρός) για την δομή Α και συντονίζονται από την διεπιστημονική ομάδα, ενώ για την δομή Β είναι (Κοιν Λειτουργ, Νοσηλ, Ιατρός) και συντονίζονται από τον Κοινωνικό Λειτουργό. Οι συχνότερες ανάγκες που έχουν να διαχειριστούν στα κατ'οίκον η δομή Α είναι (ενεσοθεραπεία, εμβολιασμός, κοινωνικές ανάγκες) ενώ η δομή Β (άνοια, εκφυλιστικές νόσοι νευρικού συστήματος, αγγειακά εγκεφαλικά). Και στις δυο δομές υπάρχει σύστημα καταγραφής των επισκέψεων, ενώ στην περίπτωση εντοπισμού κλινήρους ατόμου με προβλήματα υγείας η δομή Α το αναφέρει στον Ιατρό και η δομή Β στον Κοινωνικό Λειτουργό. Στην δομή Α δεν υπάρχει καταγραφή αυτής της αναφοράς ενώ στην δομή Β υπάρχει.

Οι επαγγελματίες υγείας και στις δυο δομές αναφέρεται, ότι πιθανόν έχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα υγείας των κοινοτήτων που εξυπηρετούν, και ότι πιθανόν παίρνουν γνώμες και ιδέες από ανθρώπους που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην παροχή καλύτερης υγειονομικής περίθαλψης. Δεν υπάρχουν αξιολογήσεις των προγραμμάτων και των υπηρεσιών στις δομές άλλα ούτε και αξιολογική του προσωπικού.

Η δικτύωση με κρατικές και τοπικές υπηρεσίες που ασχολούνται με πολυπολιτισμικές ομάδες για την δομή Α είναι σίγουρη ενώ για την δομή Β είναι πιθανή. Η δομή Α συμμετέχει σε ομάδες γειτονίας μέσω των δράσεων στην κοινότητα, αντίθετα η δομή Β απάντησε σίγουρα όχι.

Επίσης, οι δυο δομές μπορούν επικοινωνήσουν με ανθρώπους οι οποίοι δεν μιλούν καλά Ελληνικά. Εάν χρειάζεται, λαμβάνουν σίγουρα υπόψη τις ειδικές πεποιθήσεις ή

αντιλήψεις μιας οικογένειας για την φροντίδα υγείας ή τη χρήση της λαϊκής ιατρικής, όπως βότανα / σπιτικά φάρμακα αλλά και το αίτημα μιας οικογένειας να χρησιμοποιήσει εναλλακτική θεραπεία, όπως η ομοιοπαθητική ή ο βελονισμός.

Ο τωρινός αριθμός επισκέψεων των δομών

	Άτομα ανά ημέρα	Άτομα ανά εβδομάδα (πενθήμερο)
Δομή Α	87	315
Δομή Β	60	300

Το κατά προσέγγιση ποσοστό των επισκέψεων ανάλογα με την ηλικία

	Ηλικίες 0-4	Ηλικίες 5-10	Ηλικίες 11-14	Ηλικίες 15-19	Ηλικίες 20 και άνω
Δομή Α	5%	5%	5%	10%	75%
Δομή Β	5%	5%	5%	20%	65%

Οι δυο δομές έχουν δεχτεί πρόσφατα νέους ασθενείς και είναι σε θέση να καθορίσουν πόσους ασθενείς έχουν εξυπηρετήσει σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Η δομή Α στο πλαίσιο της καθημερινής λειτουργίας, διασυνδέεται με άλλους φορείς για τη καλύτερη φροντίδα των εξυπηρετούμενων. Οι φορείς αυτοί είναι: Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας/Περιφερειακά Ιατρεία, Κοινοτικές Δομές (ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, Δημοτικά Ιατρεία, ΠΒΣ κλπ), Ιατρεία ΕΟΠΥΥ, Τοπική Αυτοδιοίκηση (Δήμος), Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, Ιδιωτικά Κέντρα ή Ιδιώτες Επαγγελματίες Υγείας, Συλλόγους/Επιστημ.

Η δομή Β διασυνδέεται: Κοινοτικές Δομές (ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, Δημοτικά Ιατρεία, ΠΒΣ κλπ), Τοπική Αυτοδιοίκηση (Δήμος), Ιδιωτικά Κέντρα ή Ιδιώτες Επαγγελματίες Υγείας, Συλλόγους/Επιστημ.

	Πρόσωπο με πρόσωπο	Τηλεφωνικά	Γραπτή παραπομπή	Έγγραφα	Τηλεομοιοτυπία	Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο
Δομή Α	Σπάνια	Συνήθως	Μερικές φορές	Σπάνια	Σπάνια	Συνήθως
Δομή Β	Συνήθως	Συνήθως	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Μερικές φορές

Στην ανοιχτού τύπου ερώτηση για το “Τι θεωρείτε απαραίτητο για να υπάρξει αποτελεσματικότερη διασύνδεση;”

Η δομή Α απάντησε : *Η διασύνδεση επί του παρόντος δεν βασίζεται σε οργανωμένο πλαίσιο και δεν υπάρχει ανατροφοδότηση για την παρακολούθηση των ασθενών.*

Η δομή Β απάντησε : *Ο χρόνος για διαπροσωπική επαφή είναι το κλειδί μαζί με την θέληση των ανθρώπων για συνεργασία.*

Στην ερώτηση “Με ποιούς από τους παρακάτω φορείς συνεργάστηκε η δομή σας κατά το τρέχον έτος;”

	Νοσοκομεία	Κ.Υ./ Π.Ι.	Κοινοτικές δομές	Τοπική αυτοδιοίκηση	Περιφερειακή ενότητα	Μ.Κ.Ο	Ιδιωτικά κέντρα Ιδιώτες επαγγελματίες υγείας	Συλλόγους/Επιστημονικές εταιρείες	Άλλο
Δομή Α	Μερικές φορές	Συνήθως	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ	Συνήθως	Σπάνια	Σπάνια	Εκκλησία ΚΔΑΠ, Σχολεία
Δομή Β	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Πάντα	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Σπάνια	

Παρά το γεγονός ότι και οι δυο δομές φαίνετε να έχουν συνεργασία με φορείς του Δήμου, η Α δομή ανέφερε πως δεν παρέχει καμιά υποστηρικτική υπηρεσία ο Δήμος σε αντίθεση με την δομή Β η οποία δέχεται στο μέγιστο βαθμό τις υποστηρικτικές υπηρεσίες του Δήμου καθώς τους έχει παραχωρήσει και προσωπικό εργασίας. Αντίθετα, η Περιφερική Ενότητα δεν παρέχει καμιά υποστηρικτική υπηρεσία στις δομές.

Τον τελευταίο χρόνο η Α δομή συνεργάστηκε με άλλες δομές για τα παρακάτω θέματα ή προβλήματα υγείας : Διατροφή, Κάπνισμα/ΧΑΠ ,Εμβολιασμούς, Σεξουαλικά μεταδιδόμενα/HIV, Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, Εμβολιασμοί στην Τρίτη Ηλικία, Ενημέρωση για την Εργονομία , Διατροφή σε Παιδιά και Εφήβους, Δωρεά Οργάνων Σώματος, Δράση Μητρικού Θηλασμού. Η δομή Β για τα έξιεις: Αλκοόλ, Εξαρτησιογόνες ουσίες.

Τρόποι επικοινωνίας που χρησιμοποιούν η δομή Α και δομή Β ώστε να επιτύχουν την συνεργασία με άλλες δομές για θέματα πρόληψης και προαγωγής υγείας.

	Πρόσωπο με πρόσωπο	Τηλεφωνικά	Γραπτή παραπομπή	Έγγραφα	Τηλεμοιοτυπία	Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο
Δομή Α	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Ποτέ	Ποτέ	Ποτέ
Δομή Β	Συνήθως	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Συνήθως

Και οι δυο δομές διασυνδέονται με δομές κοινωνικής φροντίδας.

Δομή Α	Δομή Β
Κέντρο Κοινότητας	Κέντρο Κοινότητας
Κοινωνικό Ιατρείο/ Φαρμακείο	Κοινωνικό Ιατρείο/ Φαρμακείο
Ξενώνας Γυναικών	Βοήθεια στο σπίτι
ΚΕΘΕΑ	ΚΕΘΕΑ

Πλοηγός	Πλοηγός
Συμβουλευτικό κέντρο Ηρακλείου	Συμβουλευτικό κέντρο Ηρακλείου
ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ	ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ
Χαμόγελο του Παιδιού	Κέντρο Αστέγων
Παιδικά Χωριά sos	
Ευ ζω με τον Καρκίνο	
Βοήθεια στο σπίτι	
Φροντίδα στο σπίτι	

Επίσης, οι δομές Α και Β συνεργάζονται με δομές ψυχικής υγείας.

Δομή Α	Δομή Β
Κέντρο Ψυχ/ Υγείας	Κέντρο Κοινότητας
Ψυχ Υπ Βενζ-Παγνη	
Αγάπη Χωρίς Σύνορα	

Στην ανοιχτού τύπου ερώτηση “ Ποιές κατά τη γνώμη σας είναι οι σημαντικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζει η δομή σας σήμερα στην διασύνδεση με άλλες δομές και φορείς υπηρεσιών ΠΦΥ;”

Η δομή Α απάντησε: Δυσκολία εύρεσης ραντεβού για εξέταση από ειδικό ιατρό ή για διενέργεια εργαστηριακού ελέγχου.

Η δομή Β απάντησε: Ο φόρτος εργασίας.

Τέλος, στην ανοιχτού τύπου ερώτηση “Ποιές αλλαγές θα προτεινάτε για να ξεπεραστούν οι παραπάνω δυσκολίες;”

Η δομή Α απάντησε: Διαθέσιμα ραντεβού κατ'οπιν έγγραφης δικής μας παραπομπής. Ανατροφοδότηση και κοινή συνεννόηση για την βέλτιστη παρακολούθηση ασθενών.

Η δομή Β απάντησε: Λιγότεροι ασθενείς ανά ιατρό, έλλειψη Επισκεπτριών Υγείας Κλείνοντας, παρατηρούμε ότι επί το πλείστον οι δομές Α και Β έχουν αρκετά κοινά μεταξύ τους όσον αφορά την οργάνωση και λειτουργία. Οι διαφορές εντοπίζονται στις ανάγκες και αιτήματα των εξυπηρετούμενων, σε ελλείψεις προσωπικού μεταξύ

των δυο με αποτέλεσμα να προσαρμόζονται με διαφορετικά δεδομένα αλλά και στον τρόπο με τον οποίο ο κάθε συντονιστής προσαρμόζει την διεπιστημονική ομάδα του.

Ερωτηματολόγιο 1

**ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (PCAT)
ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ
(Ερωτηματολόγιο δομής)**

Οδηγίες

Παρακαλούμε απαντήστε στις σχετικές ερωτήσεις, ως εκπρόσωπος της δομής στην οποία εργάζεστε και όχι ως εκπρόσωπος της επιμέρους λειτουργίας που συμμετέχετε. Προσπαθήσετε να απαντήσετε με τρόπο που να αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα. Αν δεν μπορείτε να το κάνετε αυτό για συγκεκριμένα ερωτήματα, παρακαλώ απαντήστε "Δεν είμαι σίγουρος / Δεν γνωρίζω".

© Κέντρο Πρωτοβάθμιας Πολιτικής Φροντίδας για υποεξυπηρετούμενους
πληθυσμούς
Johns Hopkins Πανεπιστήμιο, 1998
Σχολή Υγιεινής και Δημόσιας Υγείας

Αναπτύχθηκε από
Barbara Starfield, MD, MPH

Όλα τα δικαιώματα διατηρούνται.

Το εργαλείο «**Εκτίμηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας**» είναι η Ελληνική μετάφραση του «**Primary Care Assessment Tool (PCAT) – Short Version**» κατόπιν άδειας από το Primary Care Policy Center for Underserved Populations, Johns Hopkins University. Η ελληνική μετάφραση και πολιτισμική στάθμιση ολοκληρώθηκε από ομάδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Παν/μίου Κρήτης (Τριγώνη Μαρία, Μαρκάκη Άντα, Σηφάκη-Πιστόλλα Δήμητρα) υπό την εποπτεία του επιστημονικά υπεύθυνου καθηγητή Χρήστου Λιονή, στο πλαίσιο του προγράμματος ΕΣΠΑ 2007-2013 «**Λειτουργική διασύνδεση φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τις μονάδες υγείας με την χρήση ενιαίων προτύπων ποιότητας-διαδικασιών**» και Κωδ. ΟΠΣ 337424 του Ε.Π. «**Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013**».

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία που συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο: | _ | _ | | _ | _ | _ |
Μήνας Ημέρα

Έτος

Όνομα και τίτλος ατόμου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:

Οργανισμός / Διεύθυνση:

Κωδικός Οργανισμού:

Αριθμός Τηλεφώνου: | _ | _ | _ | | _ | _ | _ | | _ | _ | _ |

ΓΕΝΙΚΑ

1. Είδος δομής (Σημειώστε X σε μία μόνο επιλογή)

1. Μεμονωμένο ιατρείο

2. Με περισσότερους από ένα ιατρούς της ίδιας ειδικότητας

3. Με περισσότερους από ένα ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων

4. Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου

5. Αστικό Κέντρο Υγείας

6. Αγροτικό Κέντρο Υγείας

7. Δομή κοινωνικής φροντίδας όπου παρέχονται και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης

8. Άλλη δομή (σημειώστε).....

2. Η πρακτική της δομής εστιάζεται σε:

1. Γενικό / Οικογενειακό Ιατρό

2. Παιδίατρο

3. Παθολόγο

4. Συνδυασμό ιατρών Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής

5. Συνδυασμό ιατρικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας ως άνω και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων (να διευκρινιστούν τα είδη των ειδικών)

6. Άλλη ειδικότητα (Προσδιορίστε τον τύπο ή τους τύπους)

7. Νοσηλεύτη/εύτρια μόνο

8. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)

3. Από το σύνολο των ασθενών οι οποίοι επισκέπτονται τη δομή σας σε τι ποσοστό έχουν την ακόλουθη ασφαλιστική κάλυψη; (Εάν κανένα, βάλτε 0)

	Ποσοστό %
ΕΟΠΥΥ	-----
Ιδιωτική ασφάλιση	-----
ΕΟΠΥΥ και Ιδιωτική ασφάλιση	-----
Ευρωπαϊκή κάρτα	-----
Πρόνοια	-----
Ανασφάλιστος	-----
Άλλο	-----
Δεν ξέρω / δεν είμαι σίγουρος	-----
Σύνολο 100%	

4. Από τους ασθενείς οι οποίοι εξυπηρετούνται από τη δομή σας πόσοι ασθενείς (%) κατά προσέγγιση πληρώνουν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες με βάση:

	Ποσοστό %
ΕΟΠΥΥ	-----
Ιδιωτική ασφάλιση	-----
Άμεση πληρωμή από τους ασθενείς	-----
Δεν πληρώνουν	-----
Άλλο	-----
Σύνολο 100%	

Σας παρακαλούμε σημειώστε με X την καλύτερη απάντηση [εκτιμήστε το ποσοστό (%)]	0-20% 60%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%	Δεν είμαι σίγουρος /Δεν γνωρίζω
---	--------------	--------	--------	--------	---------	---------------------------------

5.Τι ποσοστό των ασθενών της δομής σας είναι σε ασφαλιστικά προγράμματα όπου το εισόδημα των ιατρών επηρεάζεται από τον αριθμό των παραπομπών ή το κόστος που προκαλούν; 1 2 3 4 5 9

6.Πόσο τοις εκατό των ασθενών της δομής σας έχουν κάλυψη υγείας που περιορίζει τις παραπομπές (πχ. ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ), περιορίζει αυτούς στους οποίους μπορείτε να παραπέμπετε (πχ. ΑΠΟΡΟΙ), ή απαιτεί 1 2 3 4 5 9

έγκριση για τις παραπομπές (πχ. ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ);

7.Πόσο τοις εκατό των ασθενών της δομής σας έχουν κάλυψη υγείας που απαιτεί προέγκριση για μη έκτακτη εισαγωγή στο νοσοκομείο;

1 2 3 4 5 9

8.Πόσο τοις εκατό των ασθενών της δομής σας πρέπει να καταβάλλουν πληρωμή (τέλος συμμετοχής) σε κάθε επίσκεψη;

1 2 3 4 5 9

9.Τι ποσοστό των ασθενών της δομής σας έχουν μακροχρόνια ιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς ή αναπηρίας;

1 2 3 4 5 9

10.Κατά μέσο όρο, για πόσο καιρό οι ασθενείς χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες στη δομή σας (Σημειώστε με X ένα)

1. Λιγότερο από έξι μήνες

2. Έξι μήνες ως ένα έτος

3. Ένα ως δύο έτη

4. Τρία ως τέσσερα έτη

5. Πέντε έτη ή περισσότερα

6. Πολύ μεταβλητό για να καθορισθεί

7. Δεν

γνωρίζω

11. Έχει η δομή σας έναν γεωγραφικά καθορισμένο πληθυσμό τον οποίο εξυπηρετεί

1 Ναι

0 Όχι

9 Δεν είμαι σίγουρος/ Δεν γνωρίζω

Σας παρακαλούμε 0-20% 21-40% 41- 61-80% 81-100% Δεν είμαι
σημειώστε X στην 60% σίγουρος
καλύτερη απάντηση /Δεν

[εκτιμήστε το ποσοστό (%)]						γνωρίζω
12.Απο το σύνολο των εξυπηρετούμενων στη δομή σας, τι ποσοστό (%) των ασθενών λαμβάνει το σύνολο της φροντίδας που απαιτείται (δεν παραπέμπεται δηλαδή πουθενά αλλού για συμπληρωματική παροχή φροντίδας);	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. Περίπου τι ποσοστό των ασθενών της δομής σας βρίσκονται σε λίστα ή ηλεκτρονικό αρχείο που τους ταυτοποιεί ως δικούς σας ασθενείς;	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14.Τι ποσοστό (%) των χρηστών/ ασθενών της δομής σας εκτιμάτε ότι χρησιμοποιεί τη δομή σας για το σύνολο των αναγκών υγείας του- πρόληψη, θεραπεία (εξαιρούνται τα επείγοντα περιστατικά και οι παραπομπές);	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Γ. ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ- ΠΡΟΣΒΑΣΗ

Παρακαλώ σημειώστε X στην καλύτερη απάντηση	Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα όχι	Δεν είμαι σίγουρος /Δεν γνωρίζω
Γ1. Όταν η δομή σας είναι σε λειτουργία υπάρχει κάποιος να δει τον/την ασθενή την ίδια ημέρα;	4 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Γ2. Όταν η δομή σας είναι σε λειτουργία, υπάρχει τηλεφωνική γραμμή από την οποία να μπορούν οι ασθενείς να παίρνουν συμβουλές, όταν τις χρειάζονται;	4 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Γ3. Όταν η δομή δεν λειτουργεί (πχ την διάρκεια της νύχτας), υπάρχει τηλεφωνική	4 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

γραμμή που οι ασθενείς να μπορούν να καλούν όταν αρρωστήσουν;

Γ4. Όταν η δομή δεν λειτουργεί (κατά τη διάρκεια της νύχτας) και οι ασθενείς αρρωσταίνουν, υπάρχει κάποιος από τη δομή σας να τους δει το ίδιο βράδυ;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Δ. ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Σας παρακαλούμε σημειώστε X στην καλύτερη απάντηση

Σίγουρα Πιθανόν Μάλλον Σίγουρα Δεν είμαι σίγουρος / Δεν γνωρίζω

όχι όχι

Δ1. Στη δομή σας, οι ασθενείς βλέπουν τον ίδιο επαγγελματία υγείας κάθε φορά που επισκέπτονται;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Δ2. Αν οι ασθενείς έχουν μια ερώτηση, μπορούν να καλέσουν και να μιλήσουν με το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια που τους γνωρίζει καλύτερα;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Δ3. Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν «πολύ καλά» τους ασθενείς που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της δομή τους;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Δ4. Καταλαβαίνουν οι επαγγελματίες υγείας ποια είναι τα πιο σημαντικά προβλήματα των ασθενών που εξετάζουν;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Ε.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ

Σας παρακαλούμε σημειώστε X στην καλύτερη απάντηση

Σίγουρα Πιθανόν Μάλλον Σίγουρα Δεν είμαι σίγουρος / Δεν γνωρίζω

όχι όχι

E1. Όταν οι ασθενείς χρειάζονται μια παραπομπή, συζητούν οι επαγγελματίες υγείας	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

τα διάφορα μέρη (μονάδες) που μπορεί να πάνε οι ασθενείς για να λάβουν βοήθεια ως προς το πρόβλημά υγείας τους;						
E2. Υπάρχει κάποιος στην δομή σας ο οποίος βοηθάει τον ασθενή να κλείσει το ραντεβού για την παραπομπή αυτή;	4☐	3☐	2☐	1☐		9☐
E3. Όταν οι ασθενείς παραπέμπονται, οι επαγγελματίες υγείας τους δίνουν κάποιες γραπτές πληροφορίες για να τις μεταφέρουν στον ειδικό ή στη μονάδα που τους παραπέμπουν;	4☐	3☐	2☐	1☐		9☐
E4. Μετά την επίσκεψη, οι επαγγελματίες υγείας μιλούν με τους ασθενείς σχετικά με τα αποτελέσματα της επίσκεψης (εων) με τον ειδικό ή την ειδική υπηρεσία της μονάδας που έγινε η παραπομπή;	4☐	3☐	2☐	1☐		9☐

ΣΤ. ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ (ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ)

Σας παρακαλούμε σημειώστε Χ στην καλύτερη απάντηση	Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα όχι	Δεν είμαι σίγουρος /Δεν γνωρίζω
ΣΤ1 Αναμένεται οι ασθενείς να φέρουν μαζί τους τα ιατρικά αρχεία τους, όπως εμβολιασμούς ή ιατρική φροντίδα που έλαβαν στο παρελθόν από τις υπηρεσίες σας;	4☐	3☐	2☐	1☐	9☐
ΣΤ2 Θα επέτρεπε η δομή σας στους ασθενείς να έχουν πρόσβαση στα ιατρικά τους αρχεία, αν αυτοί το επιθυμούν; [απαντήστε εφόσον υπάρχει ιατρικό αρχείο]	4☐	3☐	2☐	1☐	9☐

ΣΤ3 Είναι τα αρχεία των ασθενών διαθέσιμα όταν οι κλινικοί γιατροί βλέπουν τους ασθενείς;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Η δομή σας χρησιμοποιεί τις ακόλουθες μεθόδους για να εξασφαλίσει ότι παρέχονται οι αναφερόμενες υπηρεσίες;					
ΣΤ4. Φύλλα ροής στα διαγράμματα των ασθενών για τα εργαστηριακά αποτελέσματα	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
ΣΤ5. Κατάλογοι με προβλήματα που εντοπίστηκαν στους φακέλους των ασθενών (έλεγχος ποιότητας)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
ΣΤ6. Κατάλογοι με τη φαρμακευτική αγωγή στους φακέλους των ασθενών	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Z. ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ (ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ)

Σας παρακαλούμε σημειώστε X στην καλύτερη απάντηση	Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα Όχι	Δεν είμαι σίγουρος /Δεν γνωρίζω
--	---------	---------	------------	-------------	---------------------------------

Εάν οι ασθενείς χρειάζονται κάποια από τις ακόλουθες υπηρεσίες, θα μπορεί να τους παρασχεθεί άμεσα στην δομή σας;

Z1. Εμβολιασμοί	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Z2. Οικογενειακός προγραμματισμός ή υπηρεσίες ελέγχου των γεννήσεων	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Z3. Συμβουλευτική για συμπεριφορά ή προβλήματα ψυχικής υγείας					
Z4. Συρραφή για μικρή εκδορά ή τραύμα	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

H. ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ (ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ)

Εάν η δομή σας εξυπηρετεί όλες τις ηλικίες, παρακαλούμε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις σε αυτό το τμήμα (H1 -- H10).
Εάν η δομή σας εξυπηρετεί μόνο τα παιδιά, μην απαντήσετε σε ερωτήσεις H4, H5, H7.
Εάν η δομή σας εξυπηρετεί μόνο τους ενήλικες, μην απαντήσετε σε ερωτήσεις H14 - H18.

Σας παρακαλούμε σημειώστε X στην καλύτερη απάντηση	Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα Όχι	Δεν είμαι σίγουρος /Δεν γνωρίζω
Συζητούνται τα παρακάτω θέματα με τους ασθενείς;					
H1. Θέματα σχετικά με τη διατροφή/θέματα σχετικά με τον ύπνο	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2. Θέματα ασφάλειας στο σπίτι, όπως η χρήση ανιχνευτών καπνού και η αποθήκευση φαρμάκων με ασφάλεια	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Ερωτήσεις H3, H4, H5 ισχύουν μόνο για ενήλικες (ηλικίας 18 ετών και άνω).					
Σας παρακαλούμε σημειώστε X στην καλύτερη απάντηση	Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα Όχι	Δεν είμαι σίγουρος /Δεν γνωρίζω
Συζητούνται τα παρακάτω θέματα με τους ασθενείς;					
H3.Θέματα διαχείρισης οικογενειακών συγκρούσεων	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4.Θέματα για κατάλληλη σωματική άσκηση	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5. Θέματα για τα φάρμακα που λαμβάνουν	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Ερωτήσεις H6 – H10 ισχύουν μόνο σε παιδιά (κάτω της ηλικίας 18 ετών).					
Σας παρακαλούμε σημειώστε X στην καλύτερη απάντηση	Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα Όχι	Δεν είμαι σίγουρος /Δεν γνωρίζω
Συζητούνται τα παρακάτω θέματα με το παιδί και το γονέα / κηδεμόνα;					
H6. Θέματα αντιμετώπισης προβλημάτων σχετικά με την συμπεριφορά του παιδιού	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7. Θέματα αλλαγών στην ανάπτυξη και στη συμπεριφορά του παιδιού σε διάφορες ηλικίες	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8. Θέματα ασφάλειας για παιδιά κάτω των 6 ετών: διδάσκοντάς τους να διασχίσουν το δρόμο	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

με ασφάλεια, καθώς και τη χρήση παιδικών καθισμάτων στα αυτοκίνητα

H9.Θέματα σχετικά με την ασφάλεια παιδιών ηλικίας μεταξύ 6 και 12: όπως να μένουν μακριά από τα όπλα, και να χρησιμοποιούν ζώνες ασφαλείας και κράνη ποδηλάτου

4 3 2 1 9

H10.Θέματα σχετικά με την ασφάλεια παιδιών άνω των 12: όπως το ασφαλές σεξ, λέγοντας όχι στα ναρκωτικά, όχι στο αλκοόλ και την οδήγηση

4 3 2 1 9

Θ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΣΗ

Σας παρακαλούμε σημειώστε X στην καλύτερη απάντηση

Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα Όχι	Δεν είμαι σίγουρος /Δεν γνωρίζω
---------	---------	------------	-------------	---------------------------------

Θ1.Στην δομή σας οι ιατροί και οι νοσηλευτές ζητούν από τους ασθενείς τις ιδέες και τις απόψεις τους όταν σχεδιάζουν την θεραπεία και τη φροντίδα για τον ασθενή ή μέλος της οικογένειάς τους;

4 3 2 1 9

Θ2. Στην δομή σας οι ιατροί και οι νοσηλευτές ερωτούν για ασθένειες ή προβλήματα τα οποία υπάρχουν στην οικογένειά των ασθενών;

4 3 2 1 9

Θ3. Στην δομή σας οι επαγγελματίες υγείας είναι πρόθυμοι και ικανοί να συναντηθούν με τα μέλη της οικογένειας για να συζητήσουν ένα πρόβλημα υγείας ή οικογενειακό πρόβλημα;

4 3 2 1 9

I. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Σας παρακαλούμε σημειώστε καλύστερη απάντηση	Σίγουρα Χ στην	Πιθανόν όχι	Σίγουρα όχι	Δεν είμαι σίγουρος / Δεν γνωρίζω	
11. Οι επαγγελματίες υγείας της δομής σας πραγματοποιούν επισκέψεις κατ' οίκον;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. Θεωρείτε ότι οι επαγγελματίες υγείας στην δομή σας έχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα υγείας των κοινοτήτων που εξυπηρετούν;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. Οι επαγγελματίες υγείας στην δομή σας παίρνουν γνώμες και ιδέες από ανθρώπους που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην παροχή καλύτερης υγειονομικής περίθαλψης;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Χρησιμοποιεί η δομή σας τις ακόλουθες μεθόδους για την παρακολούθηση ή / και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών / προγραμμάτων;

14. Ανατροφοδότηση από φορείς της κοινότητας ή συμβουλευτικές επιτροπές	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. Συστηματικές αξιολογήσεις των προγραμμάτων και των υπηρεσιών της δομής σας	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16. Έχετε έναν καταναλωτή στο διοικητικό συμβούλιο ή στη συμβουλευτική επιτροπή ή στο εποπτεύον όργανο;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Χρησιμοποιεί η δομή σας οποιαδήποτε από τις ακόλουθες δραστηριότητες για να

προσεγγίσει κάποιους πληθυσμούς στις κοινότητες που εξυπηρετεί;

17. Δικτύωση με κρατικές και τοπικές υπηρεσίες που ασχολούνται με πολυπολιτισμικές ομάδες

4 3 2 1 9

18. Συμμετοχή με ομάδες γειτονιάς / ηγέτες της κοινότητας

4 3 2 1 9

Κ. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΙΚΑΝΟΣ

Παρακαλώ σημειώστε X στην καλύτερη απάντηση

Σίγουρα Πιθανόν Μάλλον Σίγουρα Δεν είμαι σίγουρος / Δεν γνωρίζω

όχι όχι

K1. Μπορεί η δομή σας να επικοινωνήσει με ανθρώπους οι οποίοι δεν μιλούν καλά Ελληνικά;

4 3 2 1 9

K2. Εάν χρειάζεται, η δομή σας λαμβάνει υπόψη τις ειδικές πεποιθήσεις ή αντιλήψεις μιας οικογένειας για την φροντίδα υγείας ή τη χρήση της λαϊκής ιατρικής, όπως βότανα / σπιτικά φάρμακα;

4 3 2 1 9

K3. Σε ποιο βαθμό η δομή σας λαμβάνει υπόψη το αίτημα μιας οικογένειας να χρησιμοποιήσει εναλλακτική θεραπεία, όπως η ομοιοπαθητική ή ο βελονισμός;

4 3 2 1 9

ΑΛΛΟ

1. Μήπως η δομή σας προσφέρει «αυξομειωμένη κλίμακα» ή μακροπρόθεσμη δυνατότητα πληρωμής για ασθενείς με οικονομικές δυσκολίες;

1 ΝΑΙ 0 ΟΧΙ 9 ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

2. Τι ποσοστό από τους επαγγελματίες υγείας στη δομή σας πληρώνονται μέσω:

Ποσοστό %

Μόνο

μισθός

Μόνο αμοιβή κατά κεφαλή (κατά άτομο που περιθάλλπτουν)

Μόνο αμοιβή κατά ειδική υπηρεσία που παρέχουν	---
Αμοιβή κατά κεφαλή και κατά ειδική υπηρεσία (συνδυασμός)	----
Μισθός και αμοιβή κατά ειδική υπηρεσία (συνδυασμός)	----
Και τα τρία παραπάνω (Μισθός, αμοιβή κατά κεφαλή, αμοιβή κατά ειδική υπηρεσία)	-----
Μερίδιο κερδών από τη δομή (περίπτωση ιδιωτικού οργανισμού)	
Άλλο	(παρακαλώ διευκρινίστε)

Σύνολο 100%

3. Οι επαγγελματίες υγείας δικαιούνται επιπρόσθετη αμοιβή ή υπόκεινται σε κρατήσεις με βάση την απόδοση τους στην χρήση υπηρεσιών;

1 ΝΑΙ 0 ΟΧΙ 9 ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

4. Δικαιούνται οι επαγγελματίες υγείας επιπρόσθετη αμοιβή εάν επιτύχουν ορισμένες κατευθυντήριες οδηγίες ή αποτελέσματα;

1 ΝΑΙ 0 ΟΧΙ 9 ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

5. Στην δομή σας ποιος είναι ο τωρινός αριθμός επισκέψεων ανά ημέρα (παρακαλώ εκτιμήστε)

----- ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

6. Στην δομή σας ποιος είναι ο τωρινός αριθμός επισκέψεων ανά εβδομάδα; (παρακαλώ εκτιμήστε)

----- ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

7. Ποιο είναι το κατά προσέγγιση ποσοστό των επισκέψεων ανάλογα με την ηλικία;

Ποσοστό %

Ηλικίες 0-4 -----

Ηλικίες 5-10 -----

Ηλικίες 11-14 -----

Ηλικίες 15-29 -----

Ηλικίες 20 και άνω -----

Σύνολο 100%

8. Δέχτηκε πρόσφατα η δομή σας νέους ασθενείς;

1 ΝΑΙ

2 ΝΑΙ αλλά όχι ασφαλισμένους στην Πρόνοια.....

3 ΟΧΙ νέους ασθενείς

4 Άλλο (Παρακαλώ διευκρινίστε)

.....

9. Είναι η δομή σας σε θέση να καθορίσει πόσους ασθενείς (όχι επισκέψεις) έχετε δει σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα;

1 ΝΑΙ 0 ΟΧΙ 9 ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

10. Γνωρίζουμε ότι η χρηματοδότηση και η έλλειψη προσωπικού είναι τα κύρια θέματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Πέρα από τα χρήματα και το προσωπικό, υπάρχουν άλλοι πόροι που θα εξασφαλίσουν τις κατάλληλες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον πληθυσμό που εξυπηρετείτε;

Σας παρακαλούμε βεβαιωθείτε ότι δεν έχετε παραλείψει καμία σελίδα. Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία.

Θα θέλατε να λάβετε ένα αντίγραφο της τελικής έκθεσης της μελέτης αυτής;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο που αφιερώσατε για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο αυτό. Οι πληροφορίες θα είναι πολύ πολύτιμες στο σχεδιασμό για την κάλυψη των αναγκών υγείας στις κοινότητες που εξυπηρετείτε.

Ερωτηματολόγιο 2

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ ΔΟΜΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οδηγίες

Παρακαλούμε απαντήστε στις σχετικές ερωτήσεις, ως εκπρόσωπος της δομής στην οποία εργάζεστε και όχι ως εκπρόσωπος της επιμέρους λειτουργίας που συμμετέχετε. Παρακαλούμε να απαντήσετε με τρόπο που να αποτυπώνει την πραγματικότητα. Αν δεν γνωρίζετε την απάντηση για συγκεκριμένα ερωτήματα, παρακαλώ απαντήστε "Δεν γνωρίζω".

Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Το εργαλείο αυτό δημιουργήθηκε με στόχο τη ταυτόχρονη εφαρμογή του με το ερωτηματολόγιο «Εκτίμηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας» [Primary Care Assessment Tool (PCAT) – Short Version] του Primary Care Policy Center for Underserved Populations, Johns Hopkins University. Αναπτύχθηκε από την ομάδα εργασίας των παραδοτέων 1.1.1 και 1.1.2 (Ι. Καλαντζάκης, Α. Κούτης, Α. Μαρκάκη, Ε. Πιτέλου, Δ. Σηφάκη-Πιστόλλα και Μ. Τριγώνη) και υπό την εποπτεία του επιστημονικά υπεύθυνου καθηγητή Χρήστου Λιονή, στο πλαίσιο του προγράμματος ΕΣΠΑ 2007-2013 με τίτλο «Λειτουργική διασύνδεση φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τις μονάδες υγείας με την χρήση ενιαίων προτύπων ποιότητας-διαδικασιών» και Κωδ. ΟΠΣ 337424 του Ε.Π. [] Μεταρρύθμιση 2007-2013».

Α. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΟΜΗ ΣΑΣ:

1. Νομική μορφή	<input type="checkbox"/> ΝΠΔΔ	<input type="checkbox"/> ΝΠΙΔ	<input type="checkbox"/> Ατομική επιχείρηση	<input type="checkbox"/> Άλλο
2. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται αφορούν: (σημειώστε όλα όσα ισχύουν)	<input type="checkbox"/> Έκτακτα/επείγοντα	<input type="checkbox"/> Χρόνια νοσήματα	<input type="checkbox"/> Πρόληψη και Προαγωγή Υγείας	<input type="checkbox"/> Άλλο (εξηγήστε)
3. Από πού παραπέμπονται οι ασθενείς που επισκέπτονται τη δομή σας; [Επιλέξτε τον φορέα με τη μεγαλύτερη συχνότητα]	<input type="checkbox"/> Δημόσιο Φορέα	<input type="checkbox"/> Ιδιωτικό Φορέα	<input type="checkbox"/> Μη κυβερνητικές οργανώσεις	<input type="checkbox"/> Ο εξυπηρετούμενος έρχεται μόνος του
4.Λειτουργεί Γραφείο Πληροφοριών;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω	
5 Χρησιμοποιείτε ενημερωτικά έντυπα για τις δράσεις και τις παρεχόμενες υπηρεσίες;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω	
6.Λειτουργεί Γραφείο	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω	

Επικοινωνίας με τον πολίτη;

B. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΣΑΣ

1. Διαθέτει σύστημα διασφάλισης ποιότητας;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
2. Διαθέτει σύστημα προστασίας υγιεινής και ασφάλειας εργαζομένων;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
3. Αξιολογεί το προσωπικό σας;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
Αν ΝΑΙ, ποιο σύστημα αξιολόγησης χρησιμοποιεί;	(Συμπληρώστε) _____		
4. Υπάρχει σαφής προσδιορισμός του ρόλου κάθε εργαζόμενου (μέσα από γραπτές ή προφορικές κατευθύνσεις);	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
5. Υπάρχει φακέλος υγείας για κάθε εξυπηρετούμενο;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
Αν ΝΑΙ, ποιος είναι ο τρόπος τήρησης του φακέλου:	<input type="checkbox"/> Ηλεκτρονικός	<input type="checkbox"/> Χειρόγραφος	<input type="checkbox"/> Και τα δύο
6. Υπάρχει μέριμνα για την προστασία των πληροφοριών που καταγράφετε στους φακέλους υγείας;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω

Γ. ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ / ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΣΑΣ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ

Η διασύνδεση ορίζεται ως ένας σημαντικός παράγοντας στην εξάλειψη του κατακερματισμού, παρέχοντας οριζόντια και κάθετη επικοινωνία μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών. Παράλληλα, διασφαλίζει τη ροή των υπηρεσιών προς τις κοινότητες που τις έχουν ανάγκη.¹

¹ The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever).
[Available at: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf]

1. Στο πλαίσιο καθημερινής λειτουργίας, με ποιους άλλους φορείς διασυνδέεται η δομή σας για τη καλύτερη φροντίδα των εξυπηρετούμενων; [Επιλέξτε όλους τους φορείς που διασυνδέεστε]	<input type="checkbox"/> Νοσοκομεία	<input type="checkbox"/> Κέντρα Υγείας/Περιφερειακά Ιατρεία	<input type="checkbox"/> Κοινοτικές Δομές (ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, Δημοτικά Ιατρεία, ΠΒΣ κλπ)	<input type="checkbox"/> Ιατρεία ΕΟΠΥΥ
	<input type="checkbox"/> Τοπική Αυτοδιοίκηση (Δήμος)	<input type="checkbox"/> Περιφερειακή Ενότητα	<input type="checkbox"/> Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις	<input type="checkbox"/> Ιδιωτικά Κέντρα ή Ιδιώτες Επαγγελματίες Υγείας
	<input type="checkbox"/> Συλλόγους/Επιστημ. Εταιρείες	<input type="checkbox"/> Άλλο		

2. Τι θεωρείτε απαραίτητο για να υπάρξει αποτελεσματικότερη διασύνδεση; (Συμπληρώστε) _____

3. Με ποιόν από τους παρακάτω τρόπους επικοινωνίας επιτυγχάνεται η καθημερινή διασύνδεση της δομής σας με τους φορείς που επιλέξατε στην ερώτηση 1;

Τρόπος επικοινωνίας	Συχνότητα: Ποτέ	Συχνότητα: Σπάνια	Συχνότητα: Μερικές φορές	Συχνότητα: Συνήθως	Συχνότητα: Πάντα	Δεν γνωρίζω
Πρόσωπο-με-πρόσωπο						
Τηλεφωνικά						
Γραπτή παραπομπή						
Έγγραφο (μέσω ταχυδρομείου ή υπηρεσίας ταχυμεταφοράς)						
Τηλεομοιοτυπία (φάξ)						
Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail)						

4. Με ποιούς από τους παρακάτω φορείς συνεργάστηκε η δομή σας κατά το τρέχον έτος; (σημειώστε τον φορέα και την συχνότητα)

Τρόπος επικοινωνίας	Συχνότητα: Ποτέ	Συχνότητα: Σπάνια	Συχνότητα: Μερικές φορές	Συχνότητα: Συνήθως	Συχνότητα: Πάντα	Δεν γνωρίζω
Νοσοκομεία						
ΚΥ/Π.Ι.						
Κοινοτικές Δομές (ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, Δημοτικά Ιατρεία, ΠΒΣ κλπ)						
Τοπική Αυτοδιοίκηση (Δήμος)						
Περιφερειακή Ενότητα						
Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις						
Ιδιωτικά Κέντρα ή Ιδιώτες Επαγγελματίες Υγείας						
Συλλόγους/ Επιστημ. Εταιρείες						
Άλλο (Αναφέρετε)						

5. Παρέχει υποστηρικτικές υπηρεσίες ο Δήμος στη δομή σας;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

Λάστε ένα παράδειγμα _____

6. Παρέχει υποστηρικτικές υπηρεσίες η Περιφερειακή Ενότητα στη δομή σας;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

Λάστε ένα παράδειγμα _____

Δ. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

1. Διαχείριση έκτακτων/επείγοντων περιστατικών υγείας

1.1. Αναφέρετε με χρονική αλληλουχία τις διαδικασίες/βήματα διασύνδεσης ενός έκτακτου/επείγοντος περιστατικού με άλλες δομές υγείας ή πρόνοιας.

[από την πρώτη επαφή μέχρι τη στιγμή παραπομπής σε άλλη δομή και τυχόν ενημέρωση της δομής σας για την έκβαση]

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

1.2. Είναι τυποποιημένα τα παραπάνω βήματα; Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

1.3. Υπάρχει σύστημα καταγραφής των παραπάνω βημάτων;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

1.4. Ποιος έχει την ευθύνη καταγραφής;

Ο/η ιατρός Ο/η νοσηλεύτης/τρια Η διεπιστημονική ομάδα Άλλο (προσδιορίστε) _____

1.5. Η διαχείριση των έκτακτων/επείγοντων περιστατικών γίνεται από:

Τον/την ιατρό Τον/την νοσηλεύτη/τρια Τη διεπιστημονική ομάδα Άλλο (προσδιορίστε) _____

2. Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων

2.1. Αναφέρετε με χρονική αλληλουχία τις διαδικασίες/βήματα διασύνδεσης ενός ασθενή με χρόνια νόσημα με άλλες δομές (follow up).
[από την πρώτη επαφή μέχρι τη στιγμή παραπομπής σε άλλη δομή και τυχόν ενημέρωση της δομής σας για την έκβαση]

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

2.2.Υπάρχει σύστημα καταγραφής και αποθήκευσης των παραπάνω βημάτων;

- Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

2.3.Ποιός έχει την ευθύνη καταγραφής και αποθήκευσης των παραπάνω βημάτων;

- Ο/η ιατρός Ο/η νοσηλεύτης/τρια Η διεπιστημονική ομάδα Άλλο (προσδιορίστε) _____

2.4.Η συνολική διαχείριση των χρόνιων περιστατικών γίνεται από:

- Τον/την ιατρό Τον/την νοσηλεύτη/τρια Τη διεπιστημονική ομάδα Άλλο (προσδιορίστε) _____

2.5.Υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης των ασθενών με χρόνια νόσημα, σχετικά με τη νόσο τους;

- Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

2.5.1. Αν ναι, αναφέρετε ποια είναι: _____

2.5.2. Ποιος είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση:

- 1) Αποκλειστικά ο/η ιατρός
- 2) Αποκλειστικά ο/η νοσηλεύτης/τρια
- 3) Αποκλειστικά ο/η κοινωνικός/η λειτουργός
- 4) Αποκλειστικά ο μαιευτής/η μαία
- 5) Αποκλειστικά ο/η ψυχολόγος
- 6) Αποκλειστικά ο/η διατολόγος
- 7) Αποκλειστικά ο/η φαρμακοποιός
- 8) Η διεπιστημονική ομάδα
- 9) Άλλο (αναφέρετε ποιος) _____

3. Δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής υγείας

3.1. Υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης των ασθενών ή και των οικογενειών τους στη δομή σας;

- Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

3.2. Για ποια από τα παρακάτω θέματα ή προβλήματα υγείας συνεργάστηκε η δομή σας με άλλη δομή κατά το τρέχον έτος;

- Διατροφή
 Άσκηση
 Κάπνισμα/ΧΑΠ
 Αλκοόλ
 Εξαρτησιογόνες ουσίες
 Εμβολιασμούς
 Σεξουαλικά μεταδιδόμενα/HIV
 Υπέρταση
 Καρκίνο
 Άλλο (προσδιορίστε) _____

3.3. Ποιούς από τους παρακάτω τρόπους επικοινωνίας χρησιμοποιείτε για να επιτύχετε τη συνεργασία της δομής σας με άλλες δομές για τα θέματα πρόληψης/προαγωγής υγείας;

Τρόπος επικοινωνίας	Συχνότητα: Ποτέ	Συχνότητα: Σπάνια	Συχνότητα: Μερικές φορές	Συχνότητα: Συνήθως	Συχνότητα: Πάντα	Δεν γνωρίζω
Πρόσωπο-με-πρόσωπο						
Τηλεφωνικά						
Γραπτή παραπομπή						
Έγγραφα (μέσω ταχυδρομείου ή υπηρεσίας ταχυμεταφοράς)						
Τηλεομοιοτυπία (φασ)						
Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail)						

4. Φροντίδα στο σπίτι – παρηγορητική φροντίδα

4.1. Στη δομή σας, υπάρχει σύστημα εκτίμησης/καταγραφής αναγκών υγείας ατόμων που χρειάζονται φροντίδα στο σπίτι;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

4.2.1 Προσφέρει η δομή σας υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο σπίτι;

Ναι, βάσει οργανωμένου προγράμματος Ναι, κατά περίπτωση Όχι

4.2.2. Εάν ναι, ποιές ειδικότητες συμμετέχουν στις επισκέψεις;

4.2.3. Εάν ναι, ποιός συντονίζει τις επισκέψεις; _____

4.2.4. Εάν ναι, ποιά τα συχνότερα νοσήματα/καταστάσεις υγείας; _____

4.3. Υπάρχει σύστημα καταγραφής των επισκέψεων στα σπίτια;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

4.3.1 Σε περίπτωση εντοπισμού κλινήρους ατόμου με πρόβλημα υγείας, σε ποιόν το αναφέρετε;

Στον/στην ιατρό Στον/στην κοινωνικό λειτουργό Άλλο

4.3.2 Υπάρχει καταγραφή αυτής της αναφοράς;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

5. Άλλες υπηρεσίες

5.1. Διασυνδέεται η δομή σας με άλλες δομές οι οποίες παρέχουν κοινωνική φροντίδα;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

Εάν ναι, με ποια/ποιες δομές συνεργάζεται; (αναφέρετε επιγραμματικά)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

5.2. Διασυνδέεται η δομή σας με άλλες δομές οι οποίες παρέχουν φροντίδα για ψυχική υγεία ή ψυχική νόσο;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

Εάν ναι, με ποια/ποιες δομές συνεργάζεται; (αναφέρετε επιγραμματικά)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Ε. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ/ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΔΟΜΩΝ ΠΦΥ

1. Ποιές κατά τη γνώμη σας είναι οι σημαντικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζει η δομή σας σήμερα στην διασύνδεση με άλλες δομές και φορείς υπηρεσιών ΠΦΥ;

2. Ποιές αλλαγές θα προτείνατε για να ξεπεραστούν οι παραπάνω δυσκολίες;

Παρακαλούμε, βεβαιωθείτε ότι δεν έχετε παραλείψει καμία σελίδα.

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο που αφιερώσατε.
Οι πληροφορίες σας θα είναι πολύτιμες στο σχεδιασμό για την κάλυψη των αναγκών υγείας στις κοινότητες που εξυπηρετείτε.

Παράρτημα 3

Ασθενείς με χρόνια νοσήματα

Πίνακας 1: Πληροφορίες για την υποδοχή των περιστατικών χρόνιων νοσημάτων στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (n=20)

ΥΠΟΔΟΧΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΎ	ΤΟ.Μ.Υ. Α		ΤΟ.Μ.Υ. Β		Pvalue
	N	%	N	%	
Ποιος υποδέχθηκε τον ασθενή/εξυπηρετούμενο;					0,008
Διοικητικός υπάλληλος	14	70	20	100	
Επαγγελματίας υγείας	6	30	-	-	
Τι ειδικότητας επαγγελματίας υγείας;					
Επισκέπτης υγείας	6	100	-	-	0,008
Τι τύπο εγγράφου λαμβάνει ο ασθενής (από την υποδοχή) για να προσκομίσει στον ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας;					-
Κανένα	20	100	20	100	
Διατηρείτε ηλεκτρονικό αρχείο για τον ασθενή;					-
Ναι	20	100	20	100	
Επικαιροποιείτε τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενή σε κάθε ραντεβού;					<0,001
Ναι	-	-	20	100	
Όχι	20	100	-	-	
Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για την ολοκλήρωση της υποδοχής του ασθενή;	8,95	10,787	6,65	3,617	0,372
Τι επηρέασε το χρόνο υποδοχής;					0,193
Έλλειψη σε προσωπικό υποδοχής	1	7,14	-	-	
Πρόβλημα με το πληροφοριακό σύστημα	3	21,42	-	-	
Φυσικό αίτιο	1	7,14	-	-	
Άλλο	9	64,28	14	100	
Ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο υποδοχής;					0,207
Άλλος εξυπηρετούμενος	3	33.3	7	50	
Νορμάλ Χρόνος	6	66.7	7	50	
Χρόνος αναμονής σε λεπτά από τη λήξη υποδοχής έως την έναρξη διαχείρισης του ασθενή	9,80	3,694	11,47	5,680	0,280

Πίνακας 2: Πληροφορίες για τη διαχείριση των ασθενών χρόνιων νοσημάτων από επαγγελματία υγείας στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (n=20)

ΔΙΑΧΕΪΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΉΛΗΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΟ.Μ.Υ. Α		ΤΟ.Μ.Υ. Β		Pvalue
	N	%	N	%	
Ποιος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του ασθενή;					0,091
Επαγγελματίας υγείας	9	45	4	20	
Ιατρός	11	55	16	80	
Τι ειδικότητας επαγγελματίας υγείας;					0,014
Επισκέπτης υγείας	7	77,8	-	-	
Νοσηλεύτης	2	22,2	4	100	
Τι περιελάμβανε η διαχείριση του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας;					0,154

Αλλαγή τρόπου ζωής	5	55,6	1	25	
Αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχος/εκπαίδευση στη φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική υποστήριξη	4	44,4	3	75	
Προσδιορίστε το περιεχόμενο των συστάσεων αλλαγής τρόπου ζωής:					0,215
Διατροφή	3	60	-	-	
Άσκηση	1	20	-	-	
Διατροφή και άσκηση	1	20	1	100	
Προσδιορίστε το περιεχόμενο των συστάσεων, τα είδη ελέγχου που πραγματοποιήθηκαν και τους τρόπους ψυχολογικής υποστήριξης:					0,154
Διατροφή, άσκηση, συνταγογράφηση BMI, σωματομετρήσεις, RHQ2, GAD3	1	25	-	-	
Διατροφή, άσκηση, BMI, σωματομετρήσεις	3	75	-	-	
Υγιεινοδιαιτητικός τρόπος ζωής, ψυχολογική ενθάρρυνση, RHQ2, GAD2, συνταγογράφηση	-	-	1	33,3	
Συμβουλευθήκε ο επαγγελματίας υγείας τον φάκελο του ασθενή;					0,091
Ναι	9	100	4	100	
Καταγράφηκε η διαχείριση στο φάκελο του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας;					0,091
Ναι	9	100	4	100	
Έγινε χρήση κατευθυντήριων οδηγιών κατά τη διαχείριση του ασθενή;					0.025
Ναι	9	100	2	50	
Όχι	-	-	2	50	
Ποιες κατευθυντήριες οδηγίες χρησιμοποιήσατε;					0,061
Καλή διατροφή, παρακολούθηση ζωτικών σημείων, έλεγχος συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή	1	11,1	-	-	
CVD RISK	4	44,4	2	50	
Του Πανεπιστημίου Κρήτης	4	44,5	-	-	
Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για την ολοκλήρωση της διαχείρισης του ασθενή;	23,78	5,118	16,25	22,5	0,339
Τι επηρέασε το χρόνο διαχείρισης;					0,063
Έλλειψη σε προσωπικό	1	11,2	-	-	
Περιορισμοί σε υποδομή, χώρους	2	22,2	-	-	
Πρόβλημα με το πληροφοριακό σύστημα	2	22,2	-	-	
Άλλο	4	44,4	1	25	
Ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο διαχείρισης;					0,262
Άλλος εξυπηρετούμενος	1	25	-	-	
Κοινωνικοί λόγοι	-	-	1	100	
Νορμάλ χρόνος	2	50	-	-	
Συννοσηρότητα	1	25	-	-	
Χρειάστηκε ο ασθενής εσωτερική παραπομπή σε ιατρό;					0,112
Ναι	5	55,6	2	50	
Όχι	4	44,4	2	50	
Προγραμματίστηκε επόμενο ραντεβού;					0,116
Ναι	7	100	2	66,7	
Όχι	-	-	1	33,3	
Με ποιο τρόπο έγινε η παραπομπή στον ιατρό;					0,260
Ηλεκτρονικό σημείωμα	2	40	-	-	
Χάρτινο σημείωμα	-	-	1	50	
Προφορική επικοινωνία	2	40	-	-	
Κανένα από τα προηγούμενα	1	20	1	50	

Χρόνος αναμονής σε λεπτά από τη λήξη διαχείρισης του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας έως την εσωτερική παραπομπή σε ιατρό:	14	2,236	16	-	0,460
---	----	-------	----	---	-------

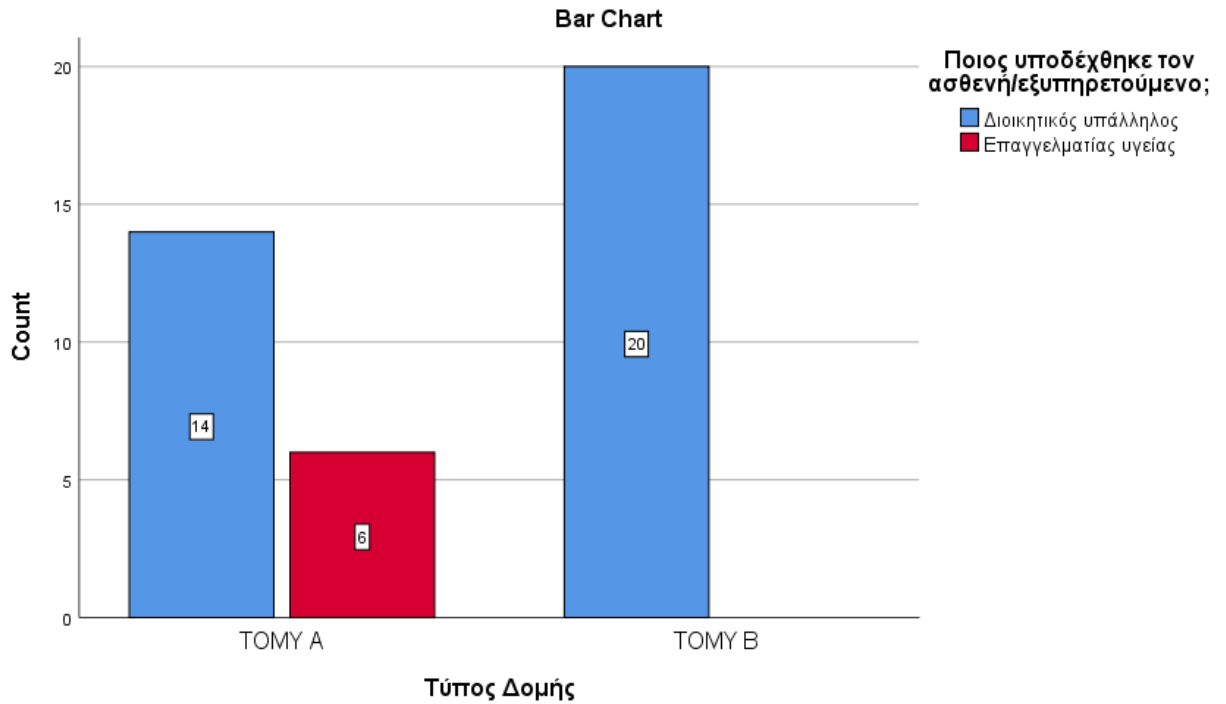
Πίνακας 3: Πληροφορίες για τη διαχείριση των ασθενών χρόνιων νοσημάτων από ιατρό στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (v=20)

ΔΙΑΧΕΪΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ	ΤΟ.Μ.Υ. Α		ΤΟ.Μ.Υ. Β		Pvalue
	N	%	N	%	
Τι περιελάμβανε η διαχείριση του ασθενή από τον ιατρό;					0,399
Αλλαγή τρόπου ζωής και φαρμακευτική αγωγή	1	9,09	1	6,25	
Αλλαγή τρόπου ζωής, φαρμακευτική αγωγή και εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση	7	63,64	10	62,5	
Σύσταση και διενέργεια εμβολιασμού	3	27,27	5	31,25	
Προσδιορίστε δοκιμασίες υπό τη μορφή διαλογής (screening) για έγκαιρη διάγνωση καρκίνου παχέος εντέρου, προστάτη, μαστού και τραχήλου μήτρας.					0,099
Μαστογραφία, τεστπαπ, SCORE, FRAX SCORE, FOBT, MOP PHQ2, GAD2, FIND RISK	5	71,44	7	70	
SCORE, FRAX SCORE, FOBT, MOP PHQ2, GAD2, FIND RISK, SAD PERSON, PSA	1	14,28	3	30	
SCORE, FRAX SCORE, FOBT, MOP PHQ2, GAD2, FIND RISK	1	14,28	-	-	
Συμβουλευθήκε ο ιατρός το φάκελο του ασθενή;					0,091
Ναι	11	100	16	100	
Καταγράφηκε η διαχείριση στο φάκελο του ασθενή από τον ιατρό;					0,091
Ναι	11	100	16	100	
Έγινε χρήση κατευθυντήριων οδηγιών κατά τη διαχείριση του ασθενή;					0,091
Ναι	11	100	16	100	
Προσδιορίστε ποιες κατευθυντήριες οδηγίες χρησιμοποιήσατε:					0,091
Του Πανεπιστημίου Κρήτης	11	100	16	100	
Έγινε εκτίμηση του δεκαετή καρδιαγγειακού κινδύνου για θανατηφόρο γεγονός όπως προκύπτει από την ελληνική καρδιαγγειακή εταιρία ή άλλο επίσημο οργανισμό;					0,178
Ναι	10	90,9	15	93,75	
Όχι	1	9,1	-	-	
Δεν απαιτείται για τον συγκεκριμένο ασθενή	-	-	1	6,25	
Εάν έγινε εκτίμηση, ήταν ο κίνδυνος >10%;					0,204
Ναι	2	20	5	33,3	
Όχι	8	80	10	66,7	
Έγινε εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού;					0,232
Ναι	10	90,9	15	93,75	
Δεν απαιτείται για τον συγκεκριμένο ασθενή	1	9,1	1	6,25	
Έγινε έλεγχος για τους εμβολιασμούς για γρίπη, πνευμονιόκοκκο και έρπητα ζωστήρα;					0,185
Ναι	11	100	15	93,75	
Έγινε σπιρομέτρηση;					0,404
Ναι	2	18,19	3	18,75	
Όχι	1	9,09	1	6,25	
Δεν απαιτείται για τον συγκεκριμένο ασθενή	8	72,72	12	75	
Έγινε έλεγχος για οστεοπόρωση;					0,142

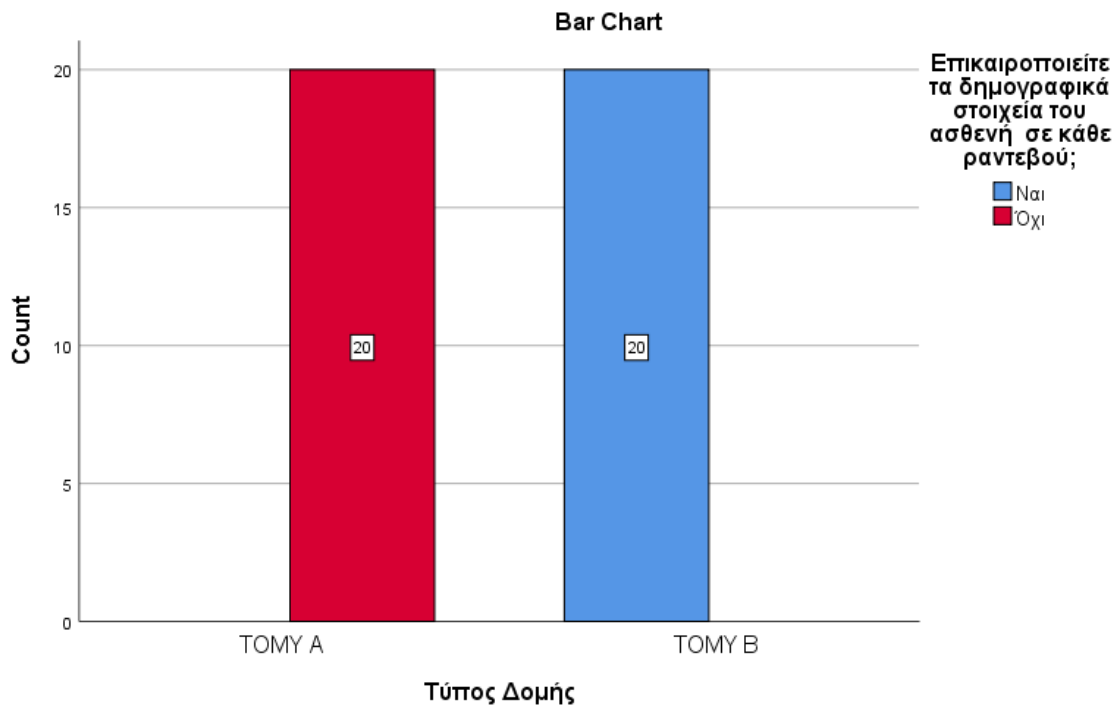
Ναι	10	90,9	12	75	
Όχι	1	9,1	4	25	
Εάν ναι, παραπέμψατε τον ασθενή σε εργαστήριο για εκτίμηση οστικής πυκνότητας;					0,806
Ναι	10	90,9	12	92,3	
Όχι	1	9,1	1	7,7	
Προγραμματίστηκε επόμενο ραντεβού;					0,091
Ναι	11	100	16	100	
Χρειάστηκε παραπομπή;					0,222
Ναι	9	81,82	14	87,5	
Όχι	2	18,18	2	12,5	
Τι τύπο παραπεμπτικού σημειώματος έλαβε ο ασθενής;					0,498
Ηλεκτρονικό παραπεμπτικό σημείωμα	2	22,22	2	14,28	
Χάρτινο παραπεμπτικό σημείωμα	-	-	1	7,14	
Και τα δύο	4	44,44	6	42,86	
Κανένα από τα προηγούμενα	3	33,34	5	35,72	
Τι είδους παραπομπή πραγματοποιήθηκε;					0,270
Εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας	5	55,55	7	50	
Εσωτερική παραπομπή σε επαγγελματία υγείας	4	44,45	7	50	
Με ποιο τρόπο έγινε η εσωτερική παραπομπή στον επαγγελματία υγείας;					0,288
Προφορική επικοινωνία	4	100	7	100	
Αν πραγματοποιήθηκε εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας, σε ποια βαθμίδα φροντίδας υγείας έγινε η παραπομπή;					0,784
ΔΦΥ	3	60	4	57,14	
ΠΦΥ	2	40	3	42,86	
Σε τι είδος φορέα ΠΦΥ έγινε η παραπομπή;					0,598
Φορέας δημόσιας ΠΦΥ	2	100	2	66,7	
Φορέας ιδιωτικής ΠΦΥ	-	-	1	33,3	
Σε τι είδους δομή δημόσιας ΠΦΥ έγινε η παραπομπή;					0,598
Ιατροί ΠΕΔΥ	2	100	2	66,6	
Κοινοτικές δομές	-	-	1	33,4	
Σε τι είδους δομή δημόσιας ΔΦΥ έγινε η παραπομπή;					0,834
ΤΕΙ	2	66,7	2	50	
Εργαστήρια νοσοκομείου	1	33,3	2	50	
Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για την ολοκλήρωση της διαχείρισης του ασθενή (εάν υπήρξε καθυστέρηση σύμφωνα με τους χρόνους);	25	4,082	23	4,472	0,511
Τι επηρέασε το χρόνο διαχείρισης;					0,705
Άλλο	4	80	5	71,42	
Ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο διαχείρισης;					0,540
Νορμάλ χρόνος	3	75	2	40	
Άλλος εξυπηρετούμενος	1	25	3	60	

Πίνακας 4: Πληροφορίες για τη μεταφορά σε περίπτωση εξωτερικής παραπομπής και την παρακολούθηση της εξέλιξης των ασθενών με χρόνια νοσήματα στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (n=20)

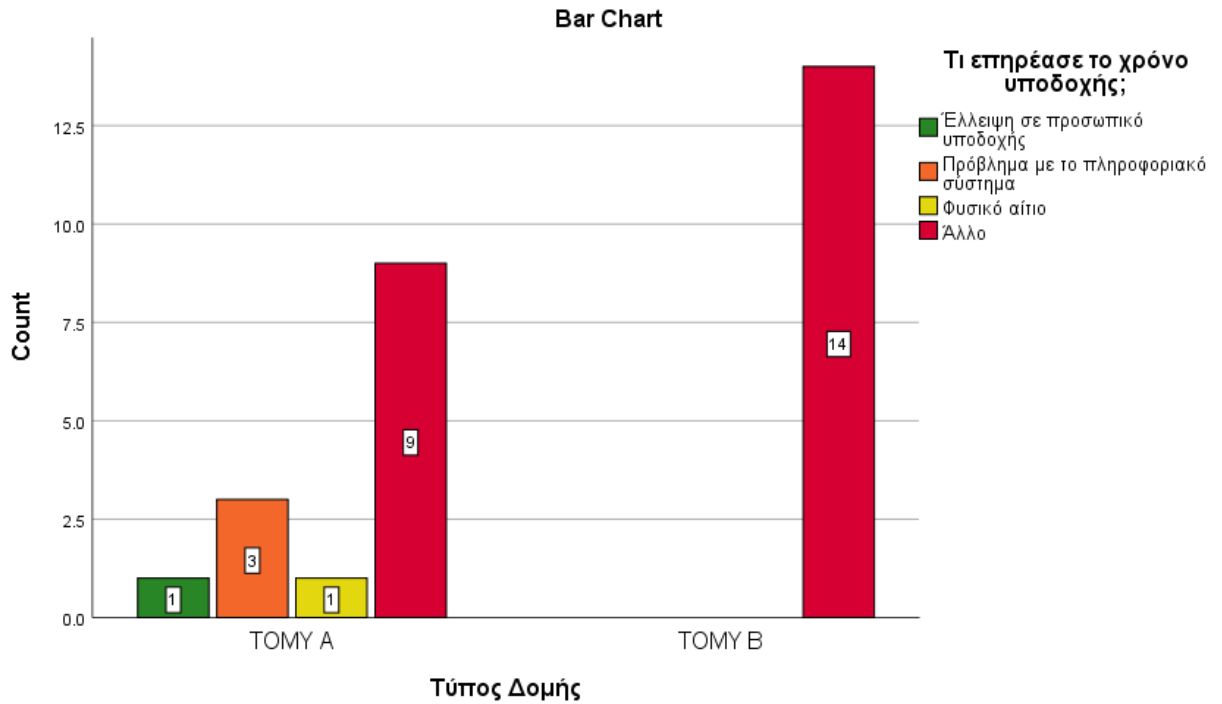
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ	ΤΟ.Μ.Υ. A		ΤΟ.Μ.Υ. B		Pvalue
	N	%	N	%	
Πως έγινε η μεταφορά/διακομιδή του ασθενή στη δομή;					0,490
Ίδια μέσα	5	100	7	100	
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΨΗ ΕΞ΄ΕΛΙΞΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ					
Πραγματοποιείται ανατροφοδότηση/εκτίμηση ρύθμισης;					0,147
Ναι	20	100	18	100	
Ποιος είναι υπεύθυνος για την ανατροφοδότηση;					<0,001
Επαγγελματίας υγείας	20	100	-	-	
Ιατρός	-	-	18	100	
Πραγματοποιείται παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή;					0,147
Ναι	20	100	18	100	
Ποιος είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση;					0,147
Ιατρός	20	100	18	100	
Γίνεται ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας;					0,147
Ναι	20	100	18	100	
Ποιος είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση;					0,147
Ιατρός	20	100	18	100	



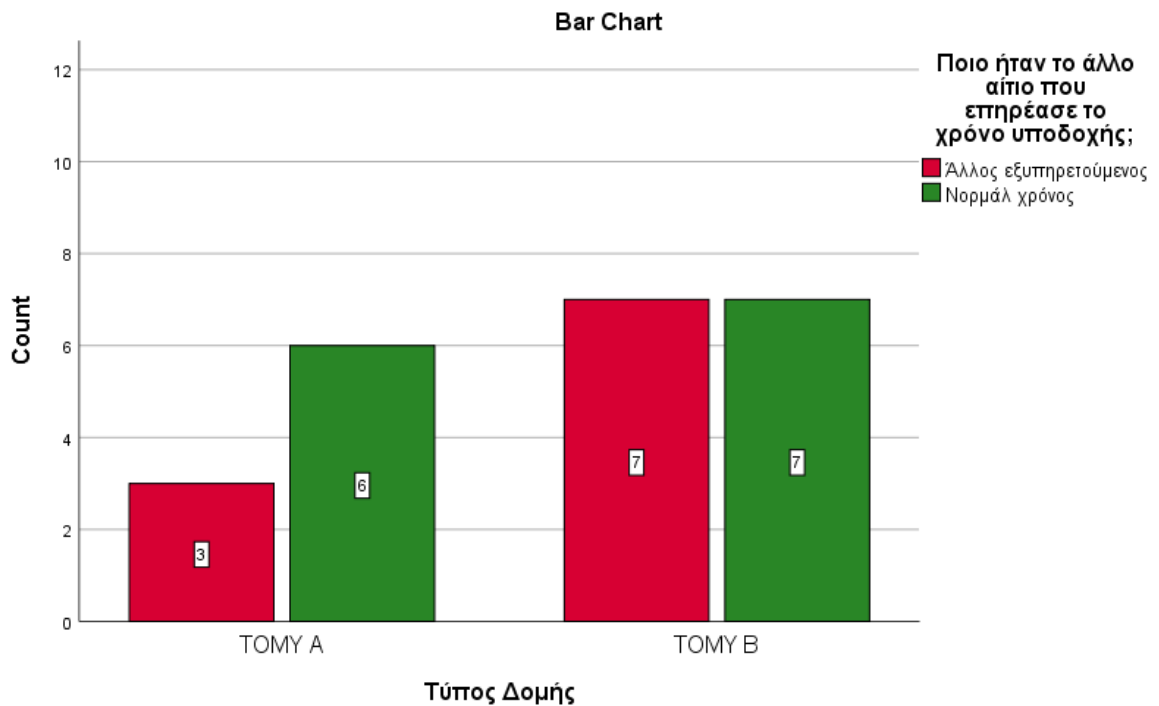
Γράφημα 1: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το ποιός υποδέχθηκε τον ασθενή/εξυπηρετούμενο στον εκάστοτε τύπο δομής



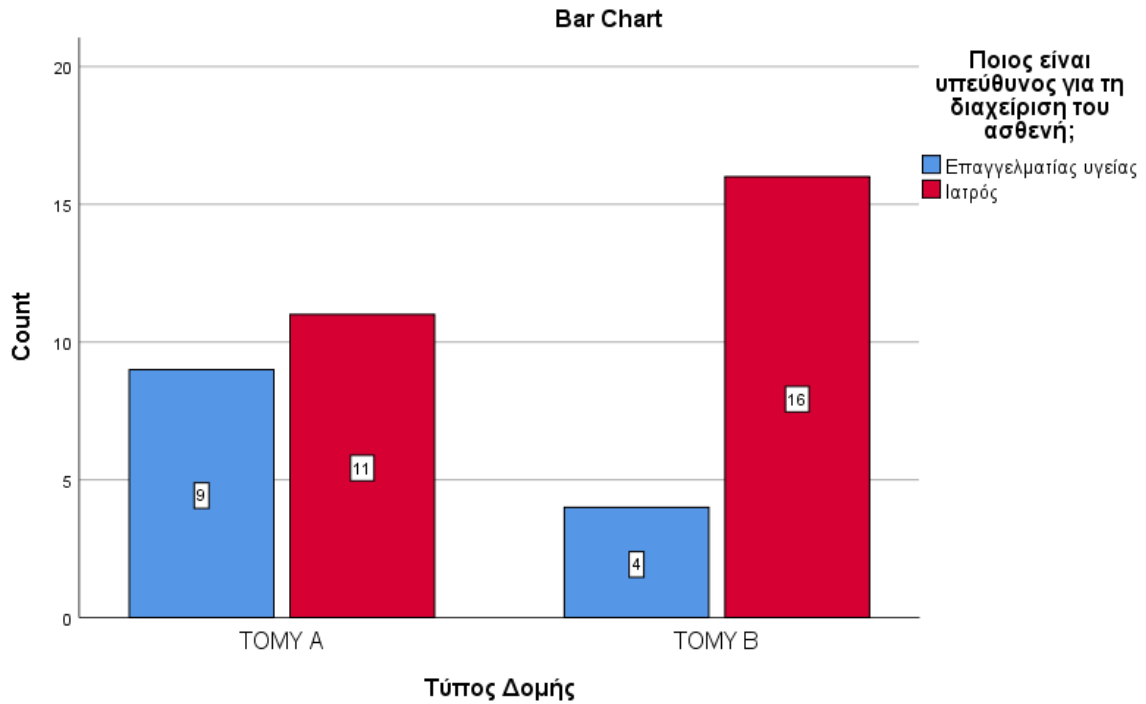
Γράφημα 2: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν επικαιροποιείτε τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενή σε κάθε ραντεβού στον εκάστοτε τύπο δομής



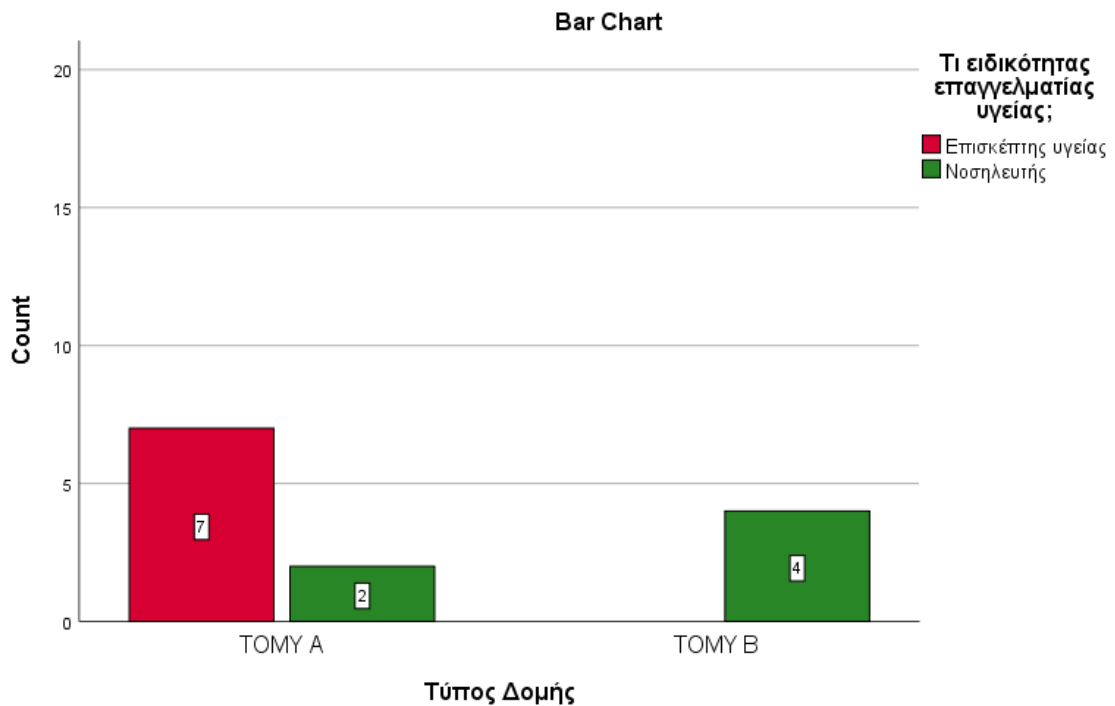
Γράφημα 3: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι επηρέασε το χρόνο υποδοχής στον εκάστοτε τύπο δομής



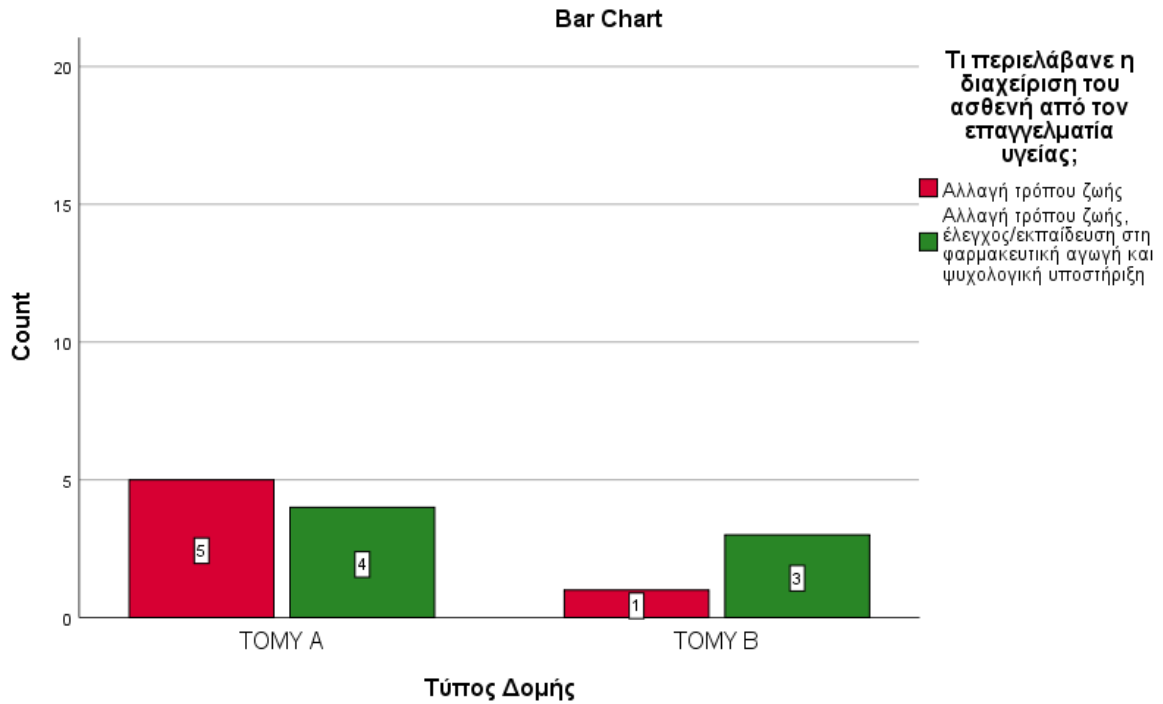
Γράφημα 4: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο υποδοχής στον εκάστοτε τύπο δομής



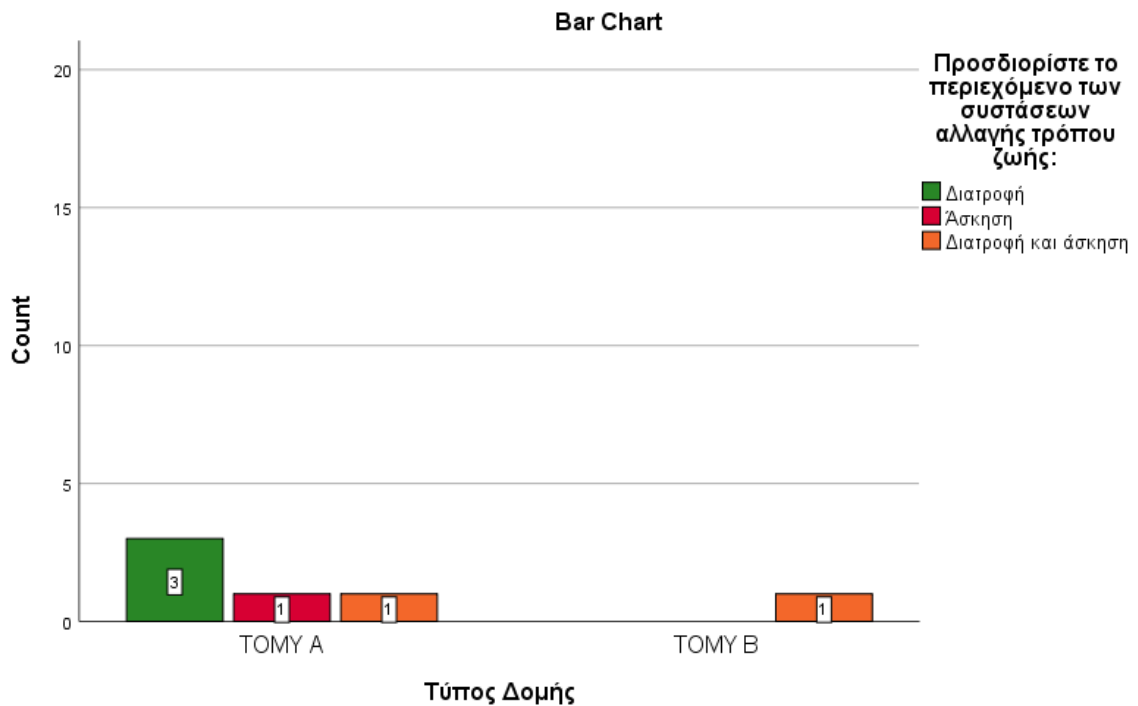
Γράφημα 5: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



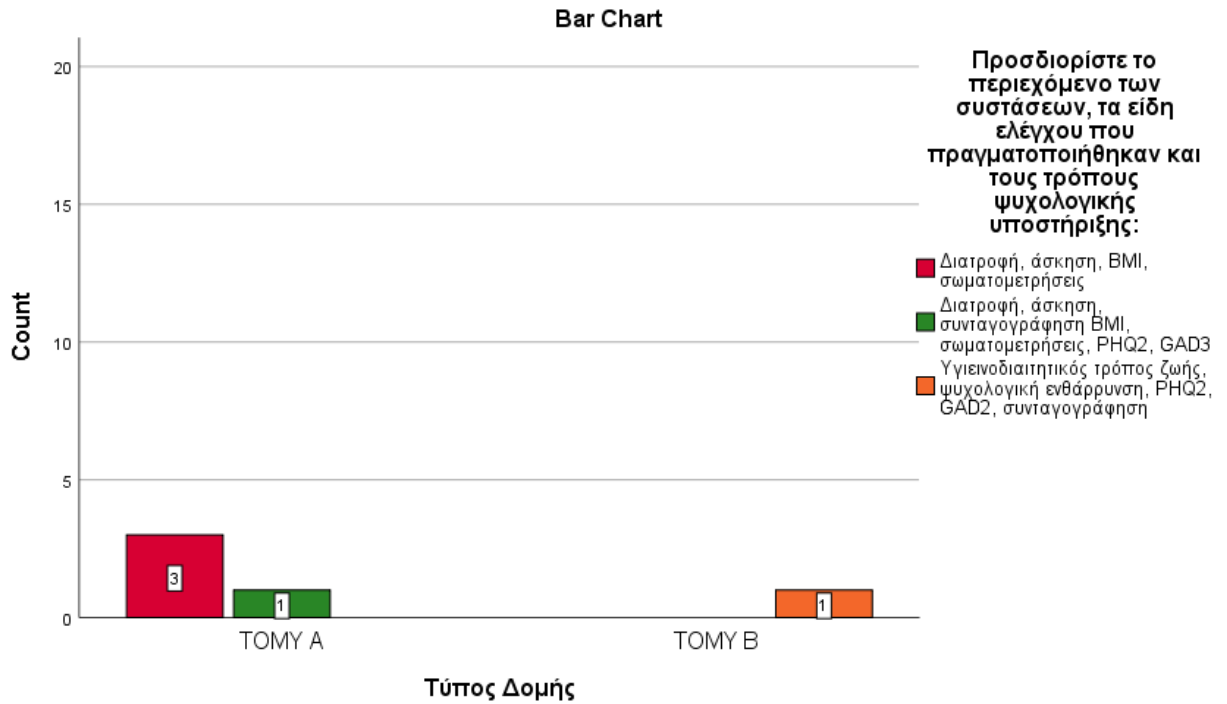
Γράφημα 6: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι ειδικότητας επαγγελματίας υγείας είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



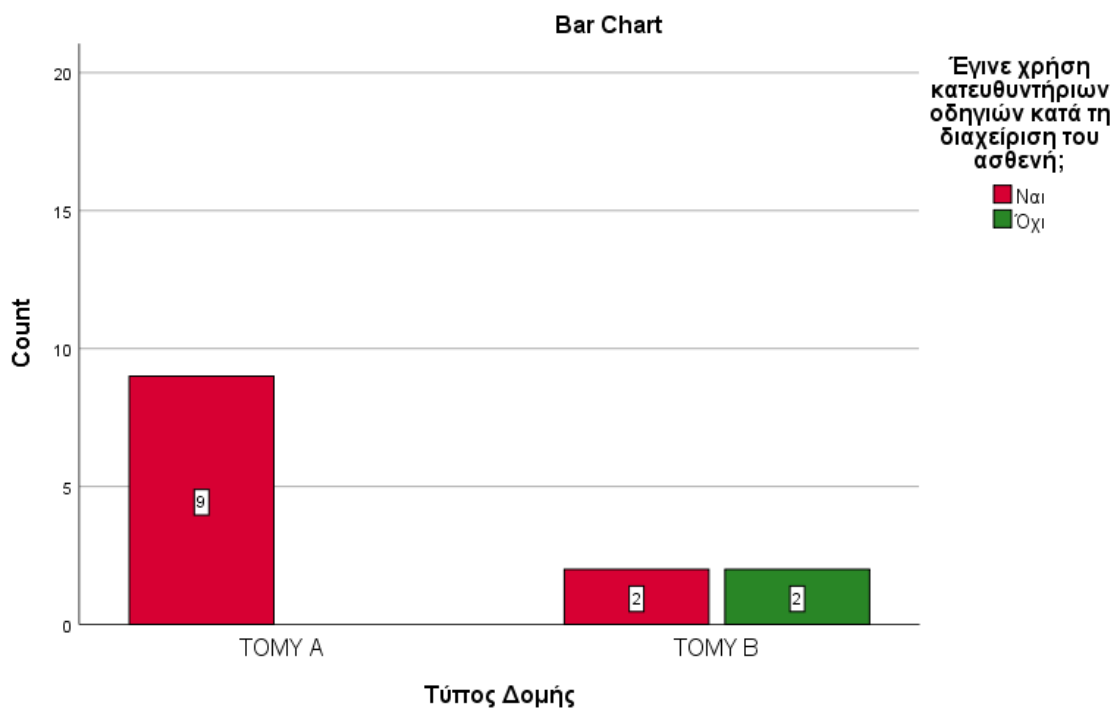
Γράφημα 7: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι περιελάμβανε η διαχείριση του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



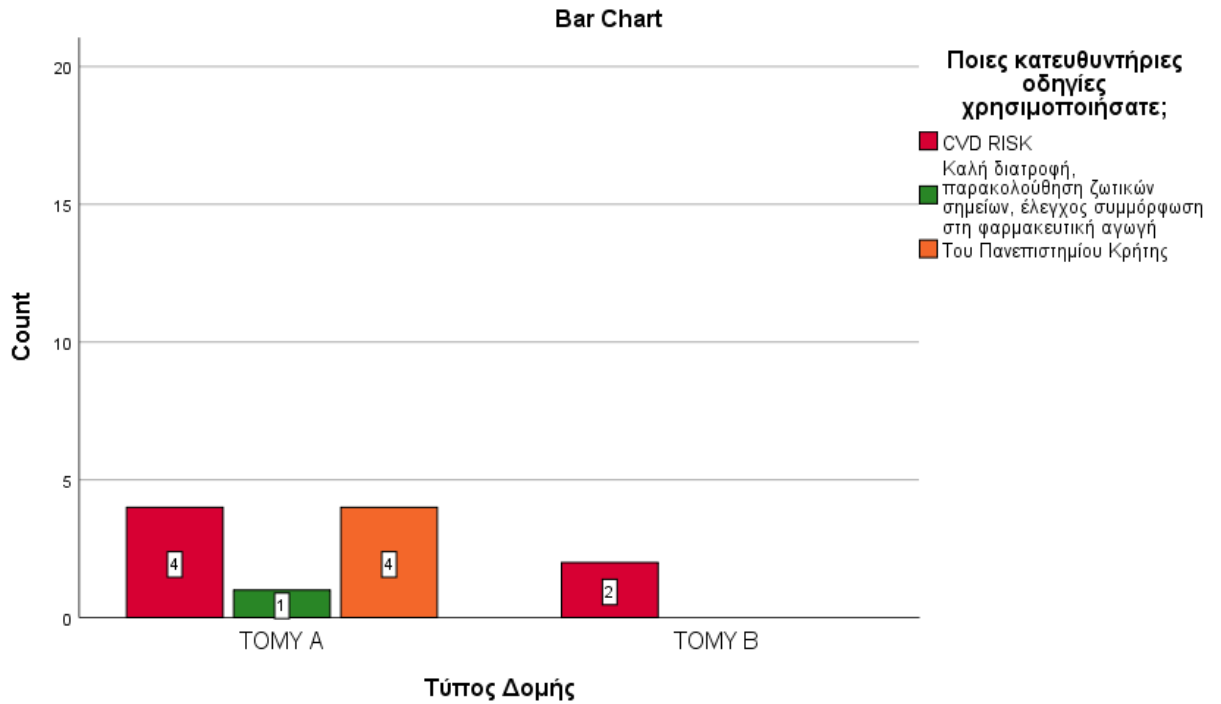
Γράφημα 8: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το περιεχόμενο των συστάσεων αλλαγής τρόπου ζωής από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



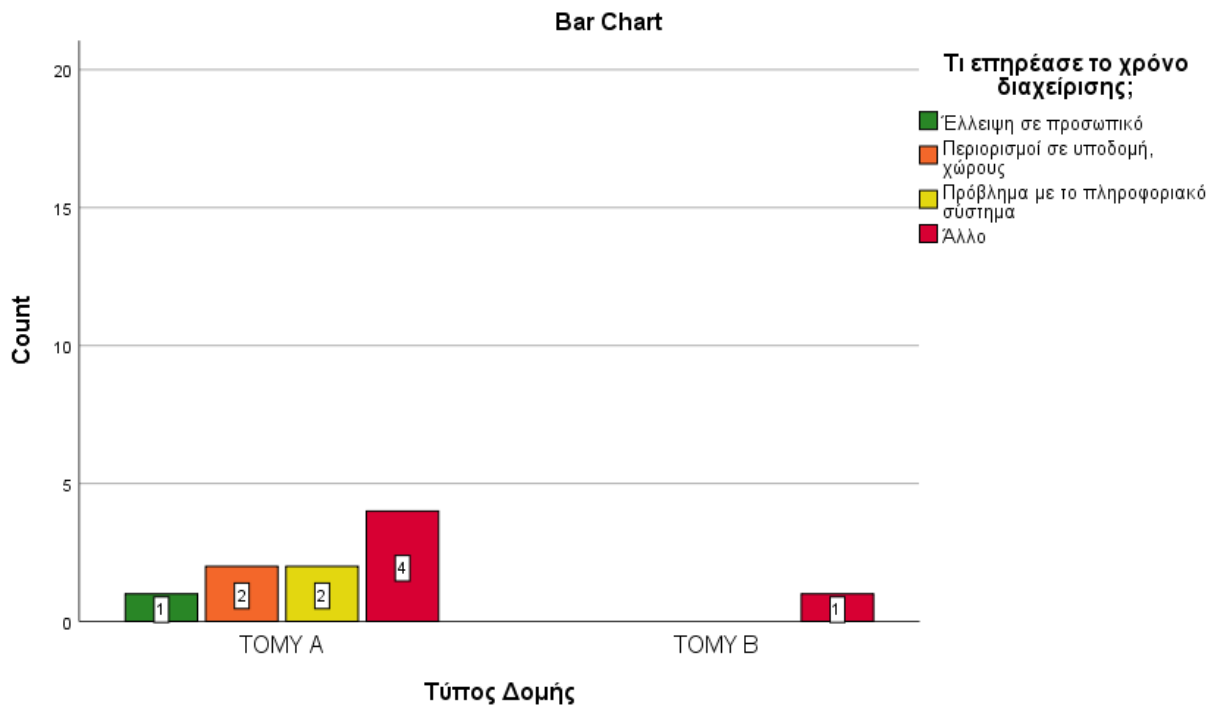
Γράφημα 9: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το περιεχόμενο των συστάσεων, τα είδη ελέγχου που πραγματοποιήθηκαν και τους τρόπους ψυχολογικής υποστήριξης από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



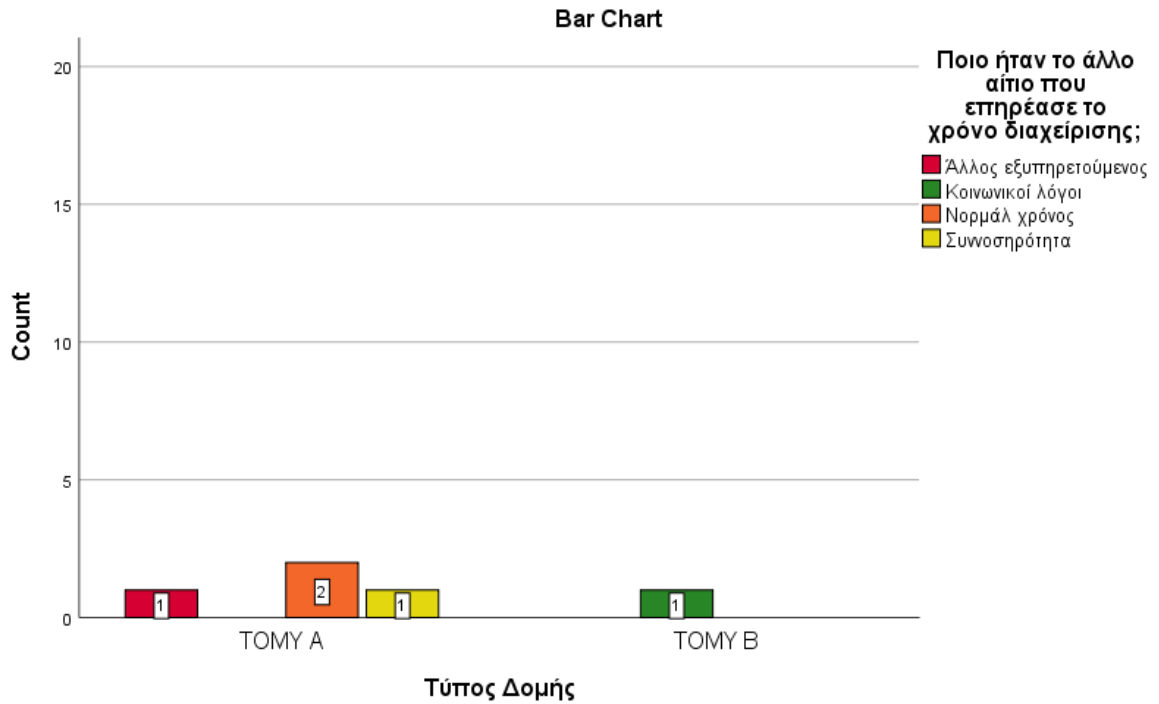
Γράφημα 10: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν έγινε χρήση κατευθυντήριων οδηγιών κατά τη διαχείριση του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



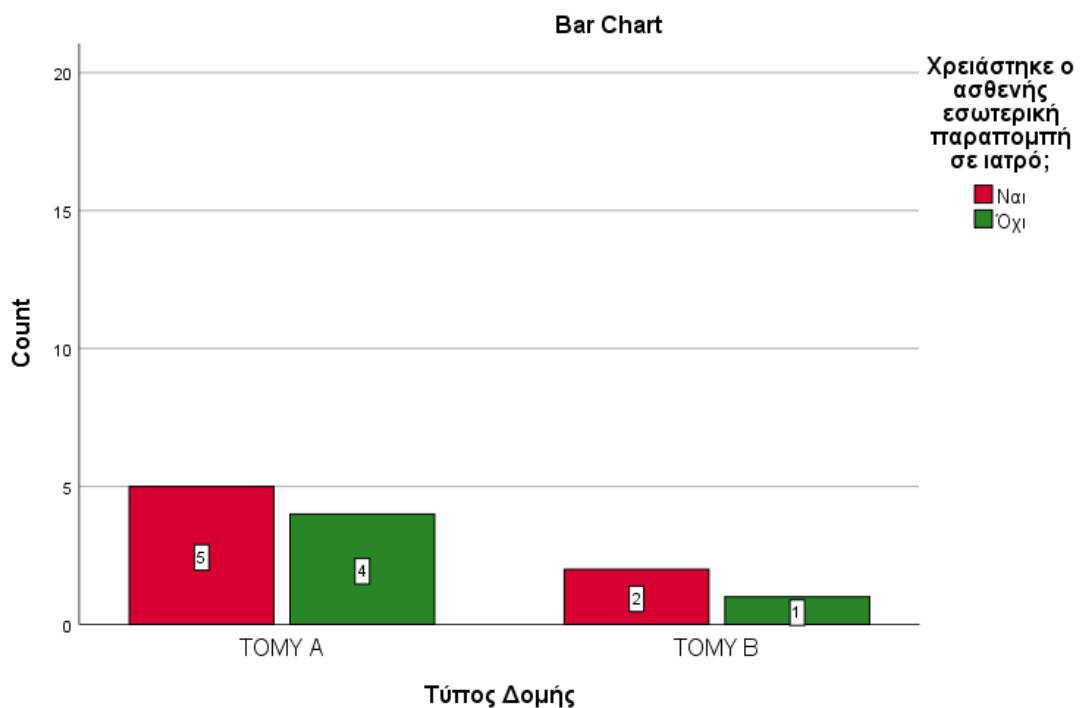
Γράφημα 11: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιες κατευθυντήριες οδηγίες χρησιμοποιήθηκαν από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



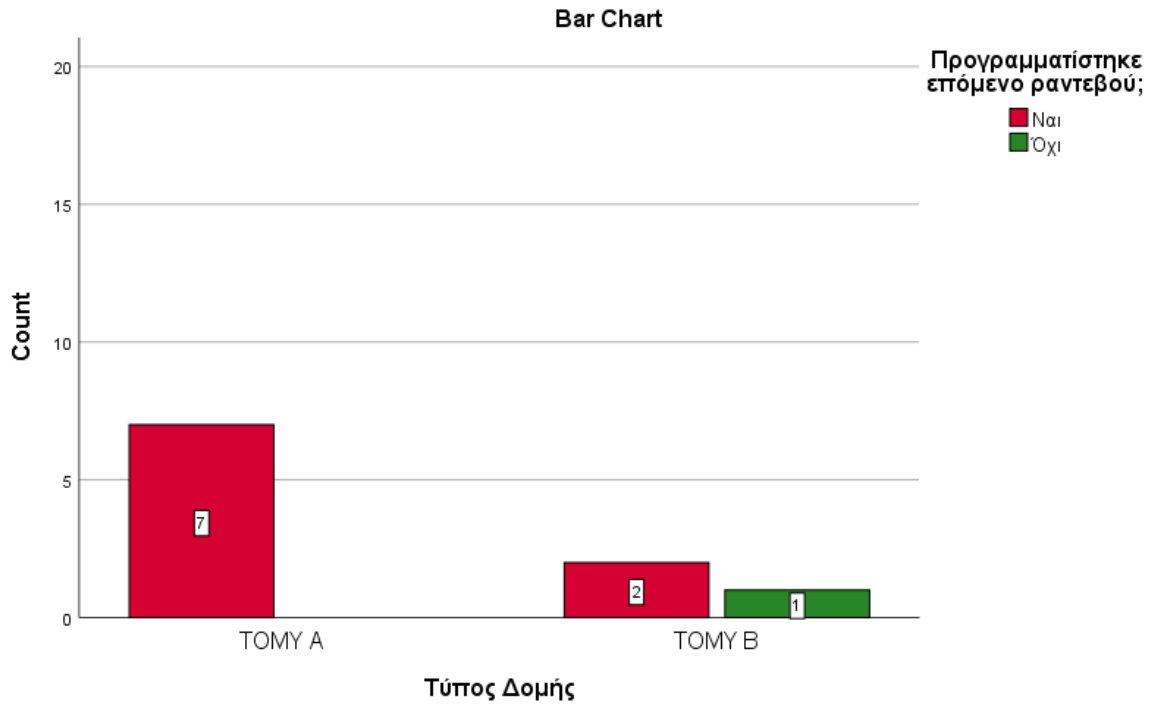
Γράφημα 12: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το τι επηρέασε το χρόνο διαχείρισης του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



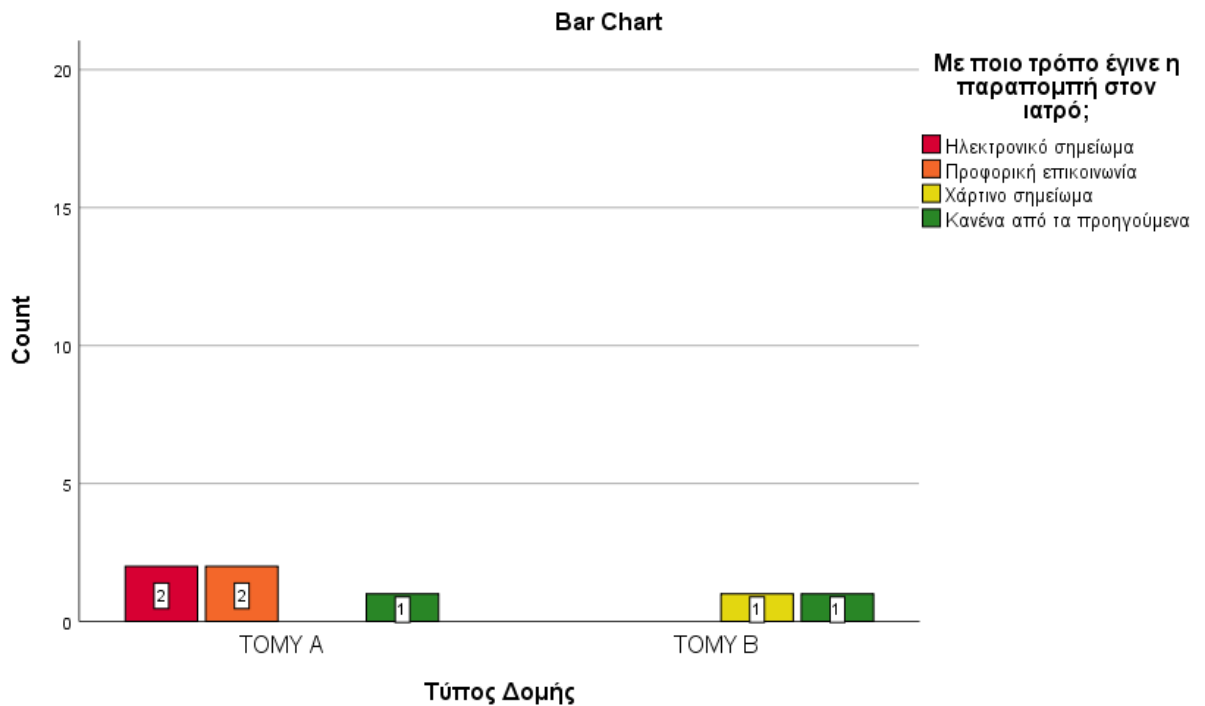
Γράφημα 13: Διαφοροποιήσει στην ερώτηση σχετικά με το ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο διαχείρισης του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



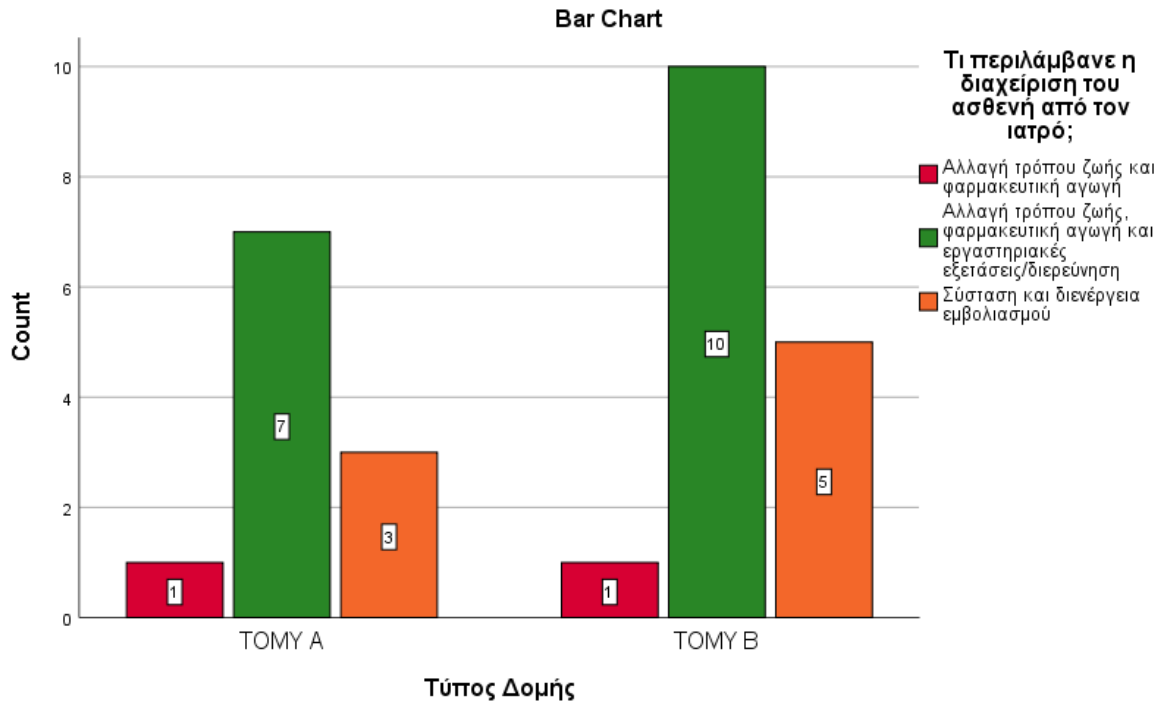
Γράφημα 14: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν χρειάστηκε ο ασθενής εσωτερική παραπομπή σε ιατρό από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



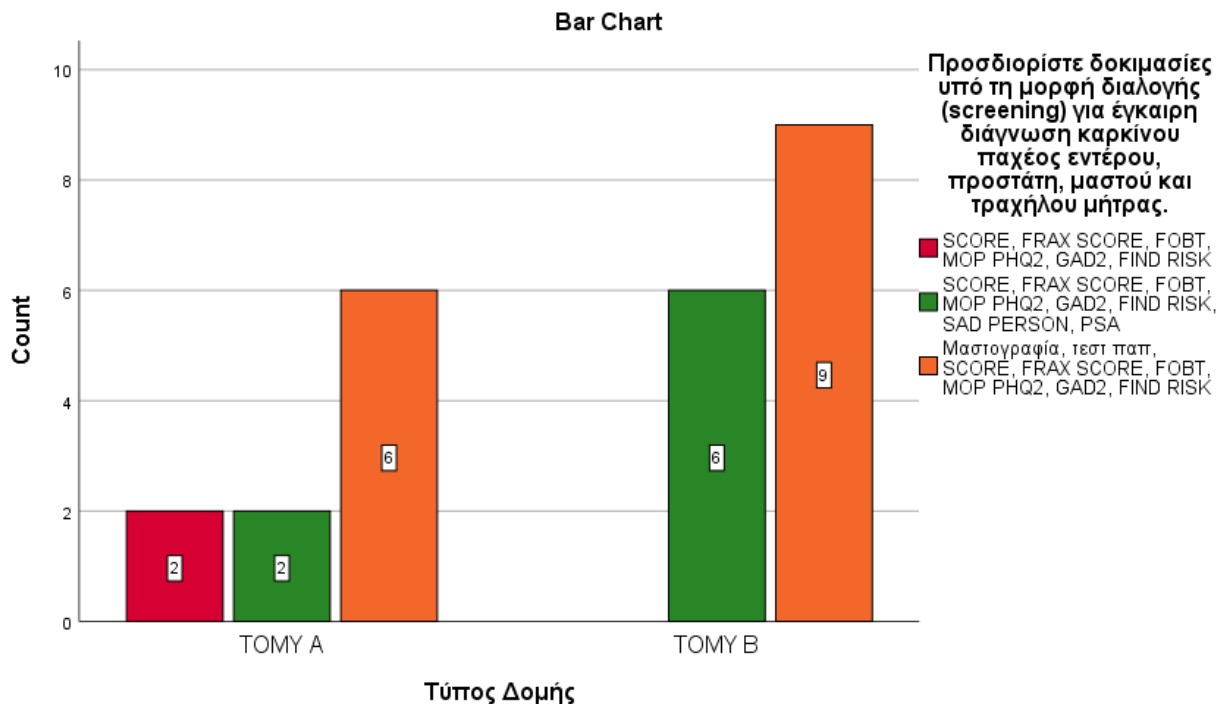
Γράφημα 15: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν προγραμματίστηκε επόμενο ραντεβού στον εκάστοτε τύπο δομής



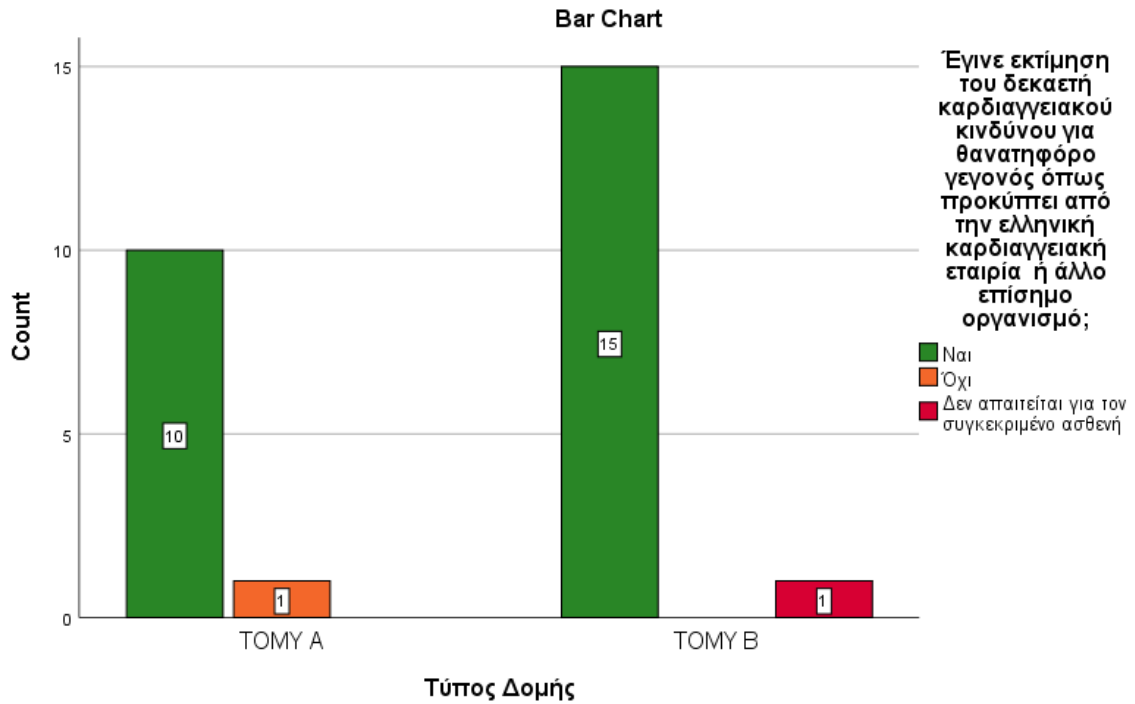
Γράφημα 16: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον τρόπο που έγινε η παραπομπή στον ιατρό από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



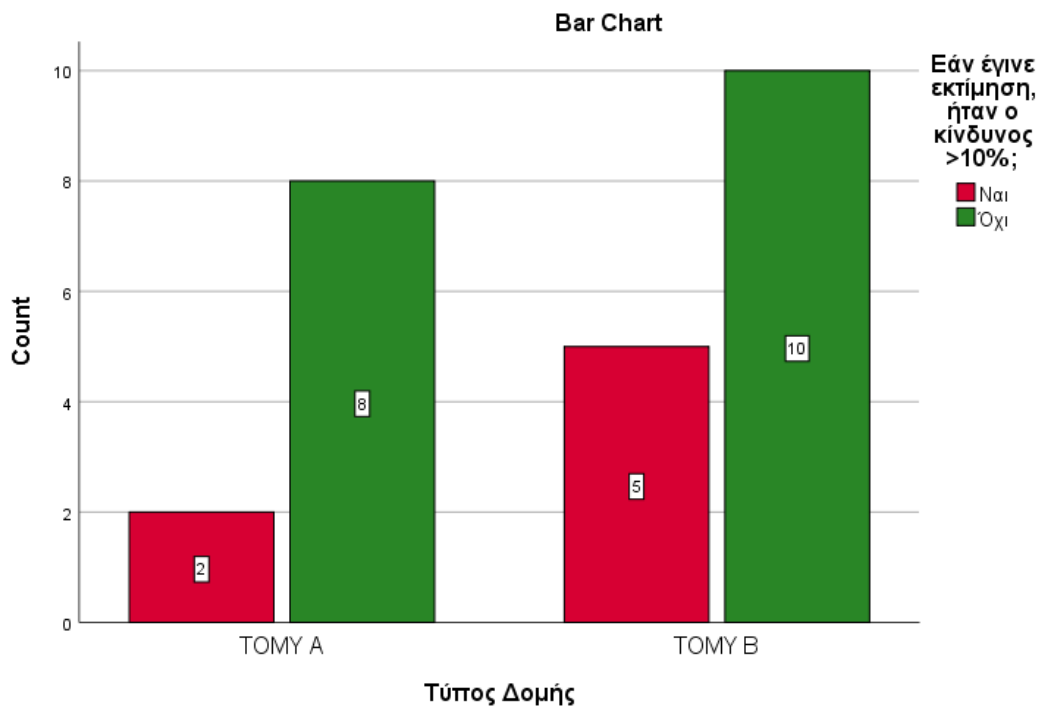
Γράφημα 17: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι περιλάμβανε η διαχείριση του ασθενή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



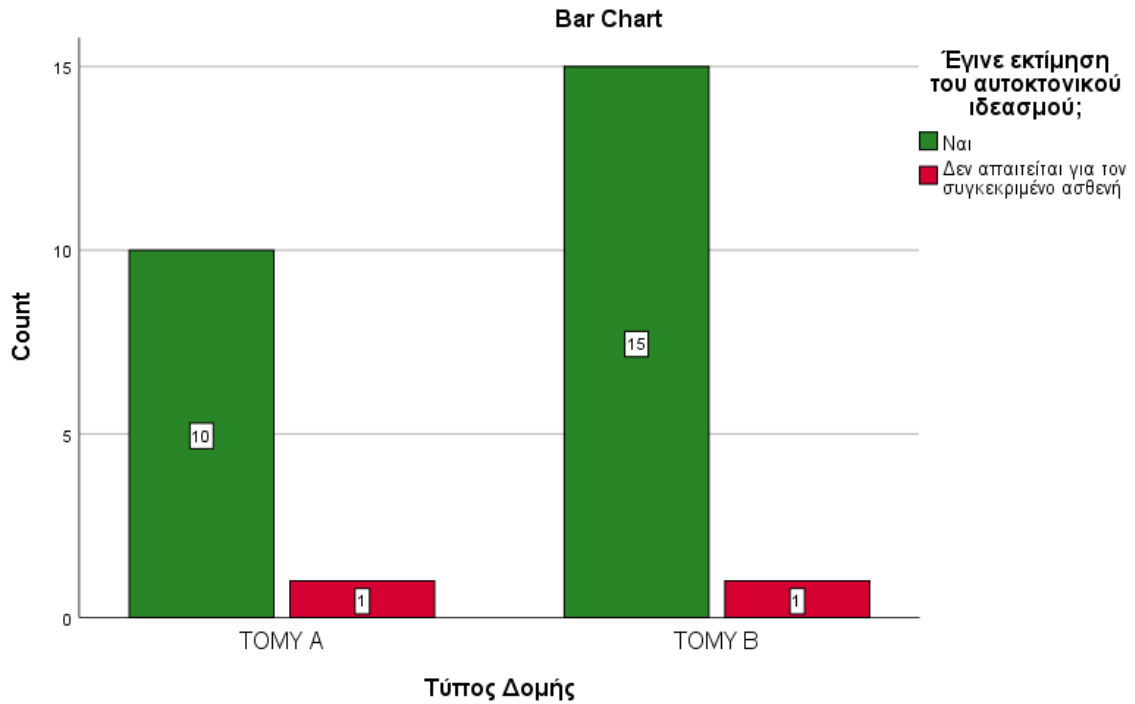
Γράφημα 18: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον προσδιορισμό των δοκιμασιών υπό τη μορφή διαλογής (screening) για την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου παχέος εντέρου, προστάτη, μαστού και τραχήλου της μήτρας από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



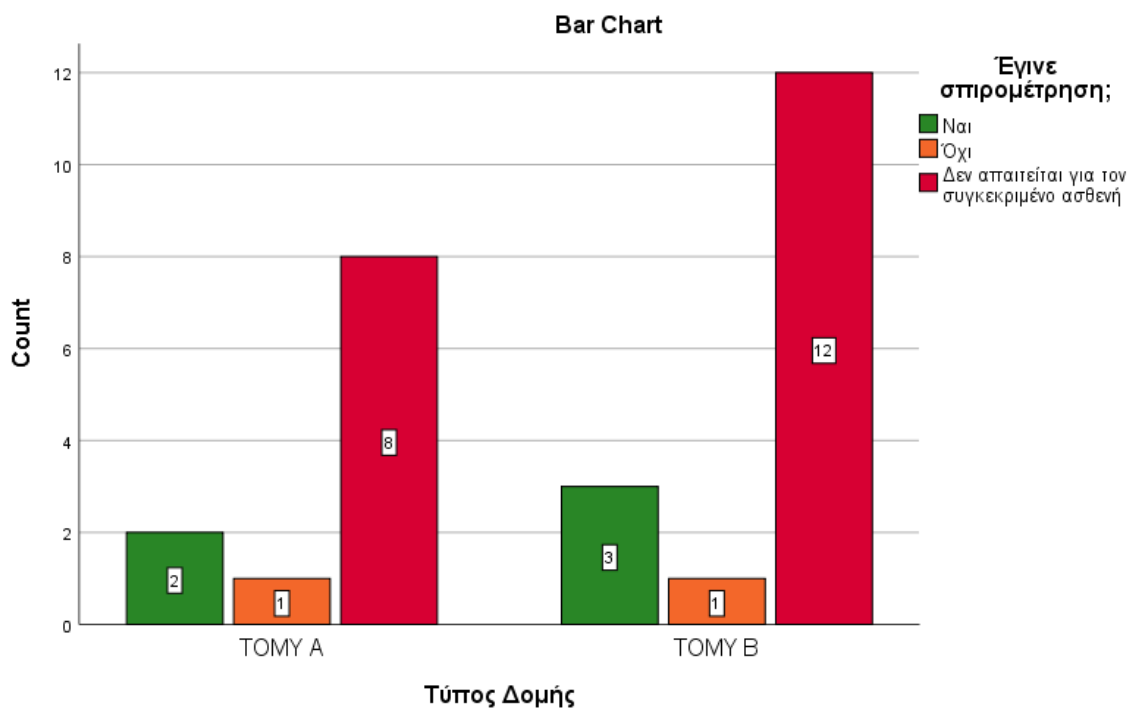
Γράφημα 19: Απαντήσεις στην ερώτηση για το αν έγινε εκτίμηση του δεκαετή καρδιαγγειακού κινδύνου για θανατηφόρο γεγονός όπως προκύπτει από την ελληνική καρδιαγγειακή εταιρία ή άλλο επίσημο οργανισμό από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



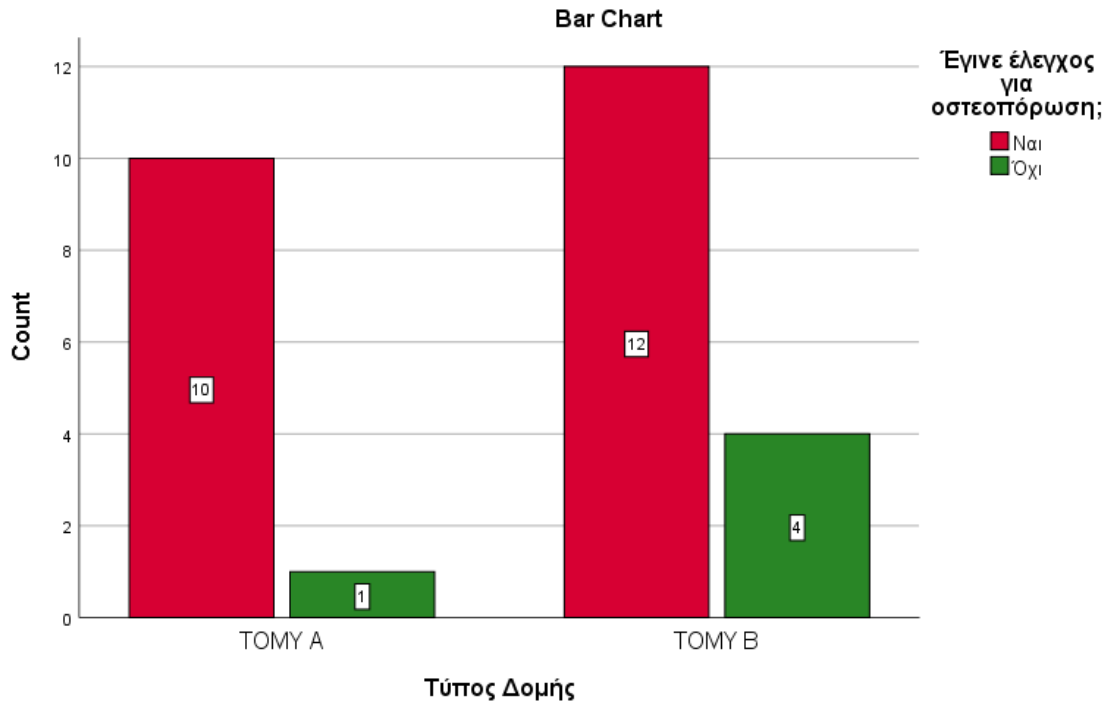
Γράφημα 20: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν το ποσοστό του κινδύνου ήταν >10% εφόσον έγινε εκτίμηση του δεκαετή καρδιαγγειακού κινδύνου από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



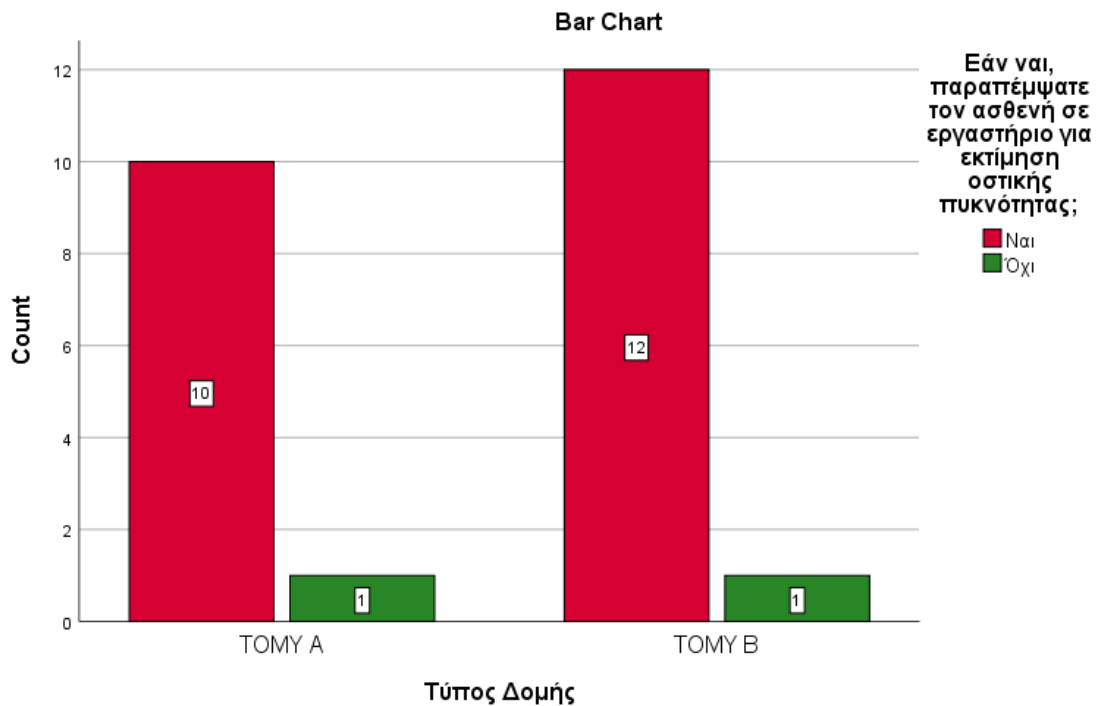
Γράφημα 21: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν έγινε εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



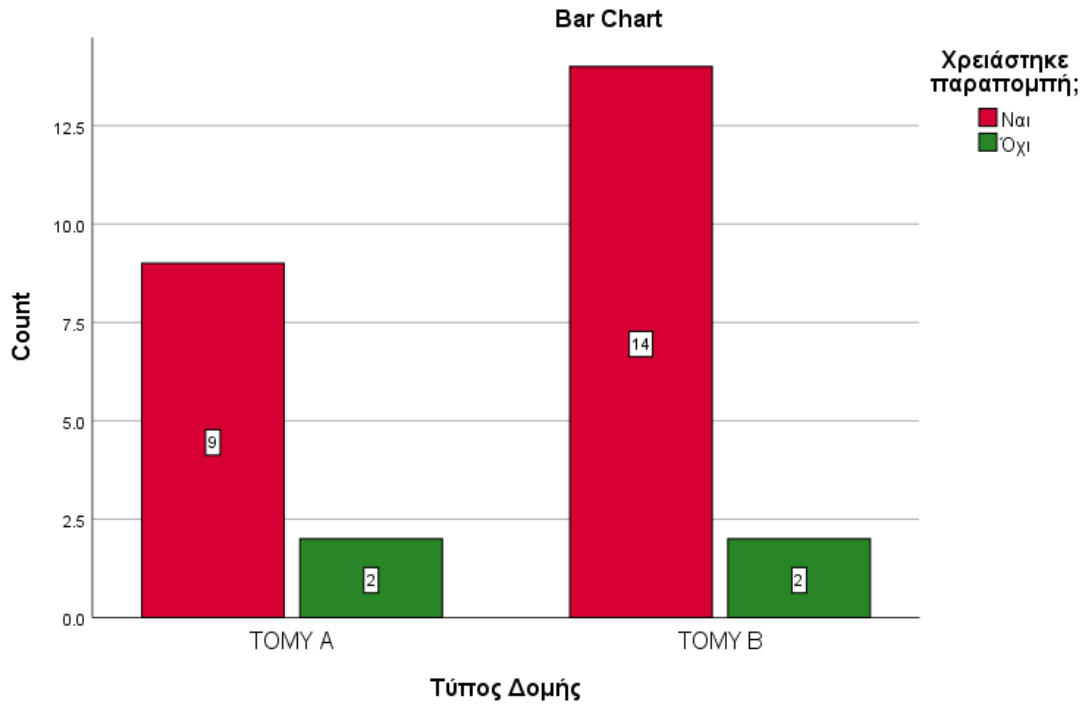
Γράφημα 22: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν έγινε σπιρομέτρηση από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



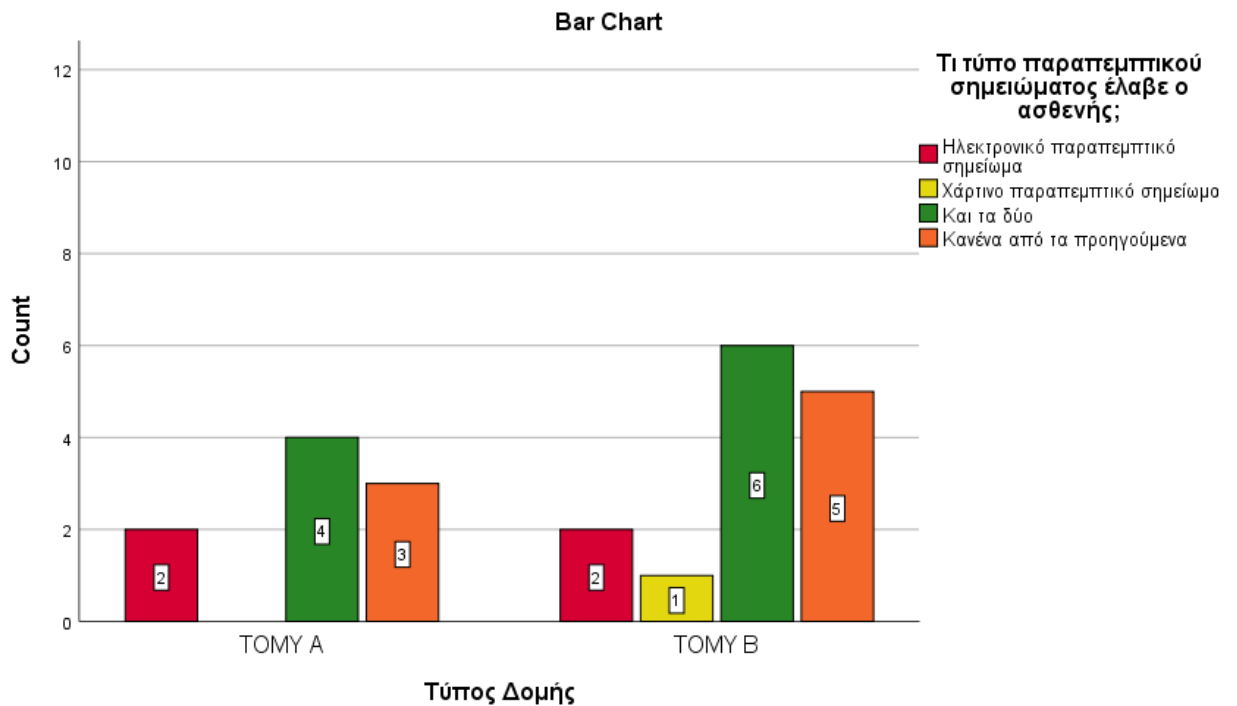
Γράφημα 23: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν έγινε έλεγχος για οστεοπόρωση από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



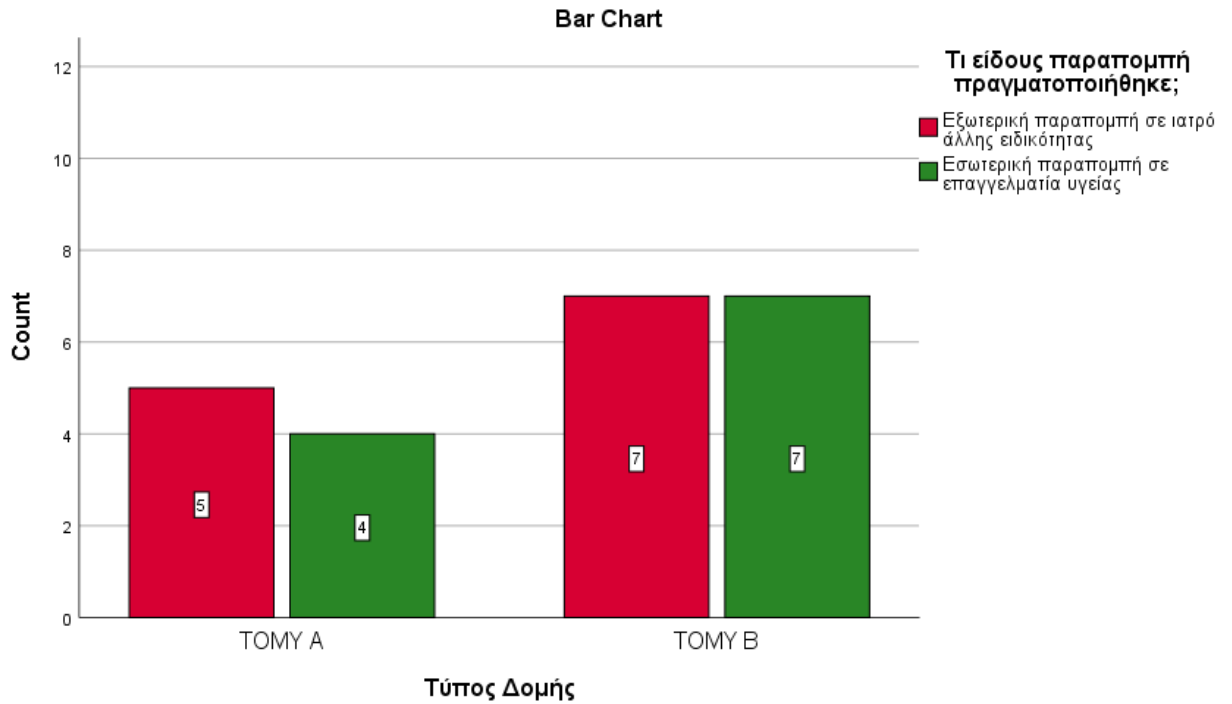
Γράφημα 24: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν παραπέμφθηκε ο ασθενής σε εργαστήριο εκτίμησης οστικής πυκνότητας εφόσον έγινε έλεγχος για οστεοπόρωση από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



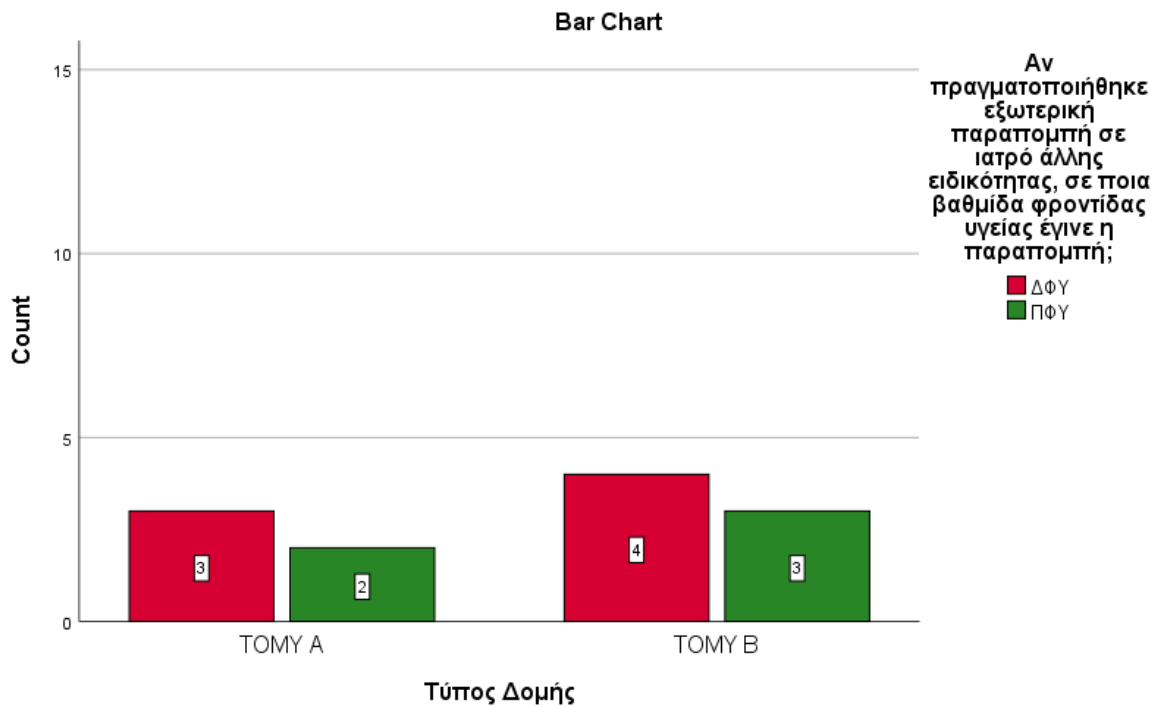
Γράφημα 25: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν ο ασθενής χρειάστηκε παραπομπή εφόσον διαχειρίστηκε από ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



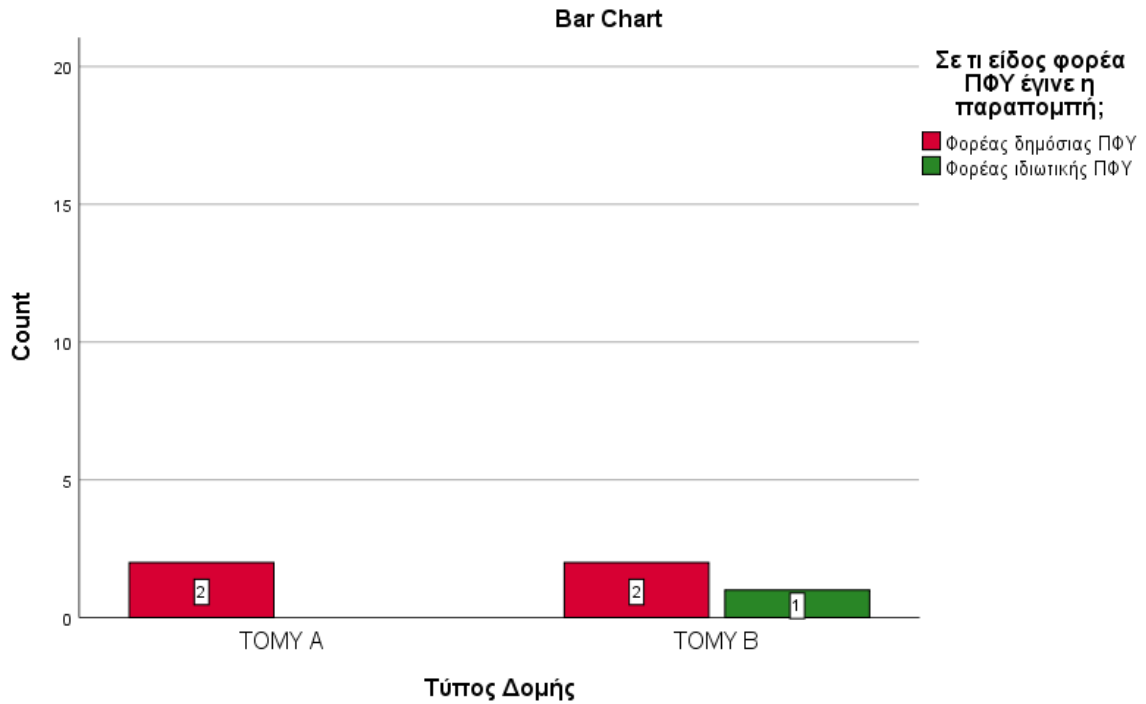
Γράφημα 26: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για τον τύπο του παραπεμπτικού σημειώματος που έλαβε ο ασθενής από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



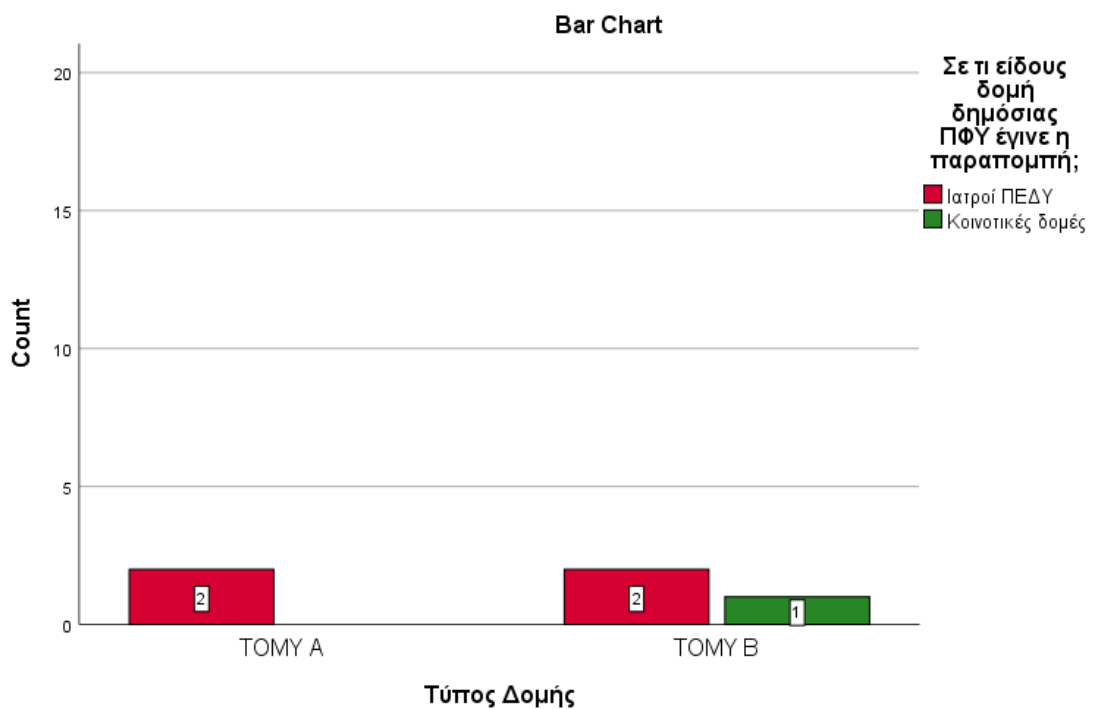
Γράφημα 27: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το είδος της παραπομπής που πραγματοποιήθηκε από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



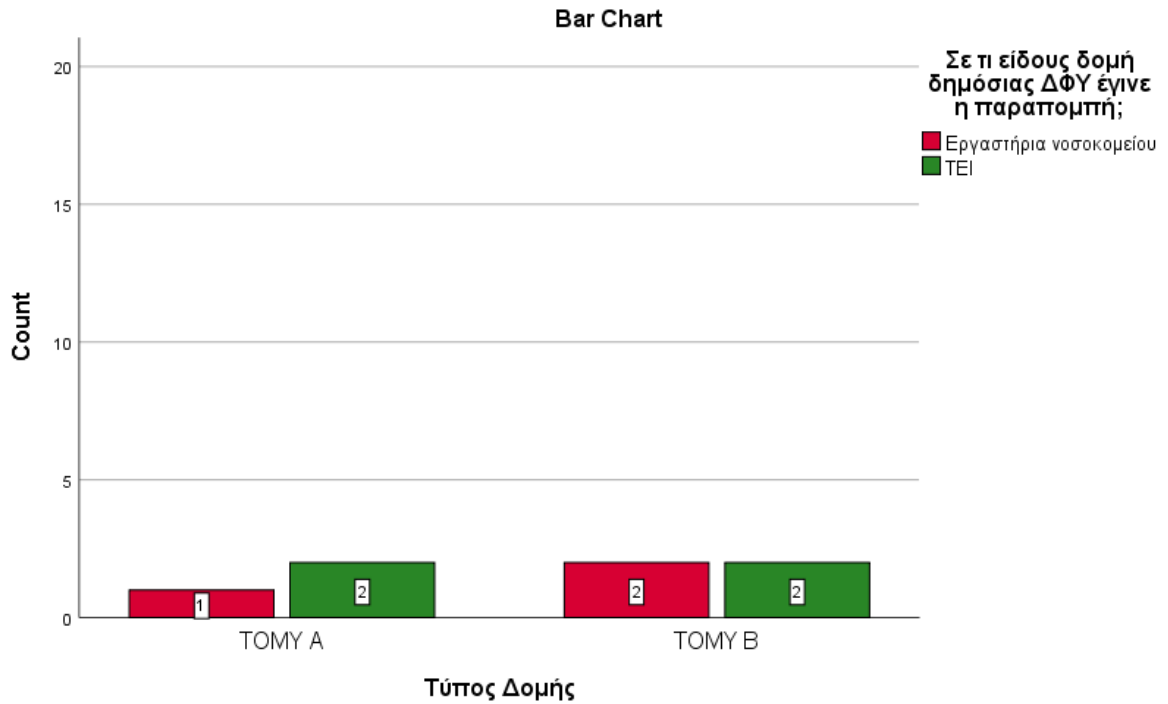
Γράφημα 28: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τη βαθμίδα φροντίδας υγείας που έγινε η εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



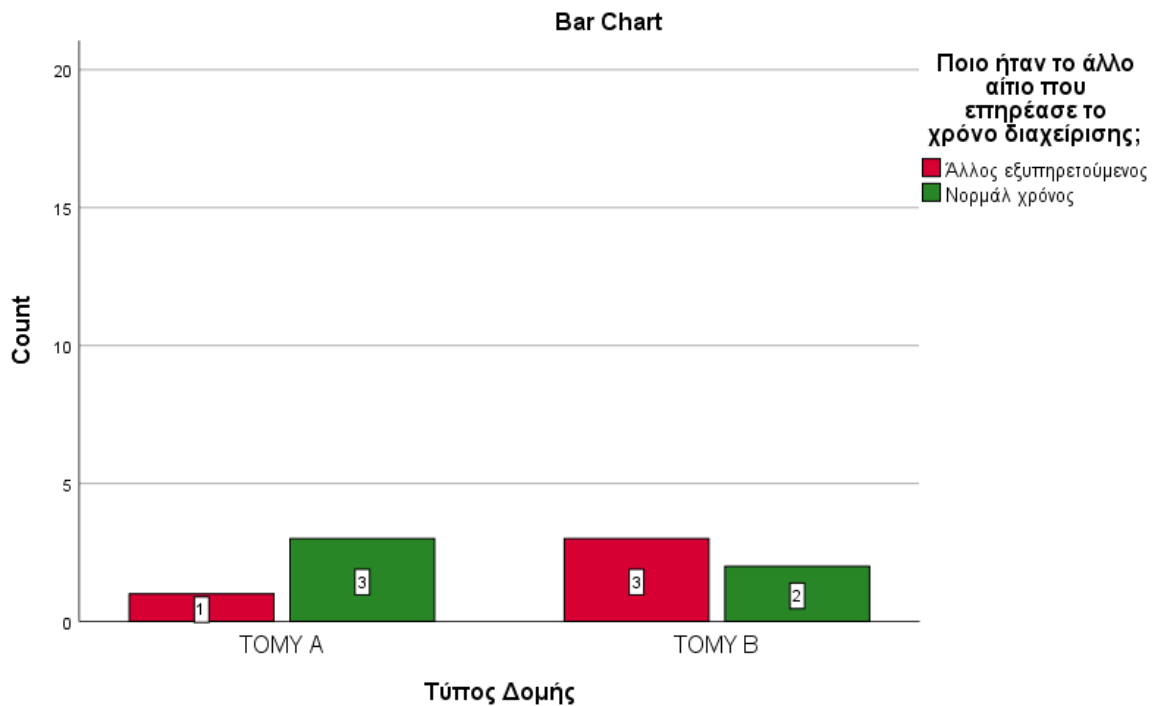
Γράφημα 29: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το είδος του φορέα ΠΦΥ που έγινε η παραπομπή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



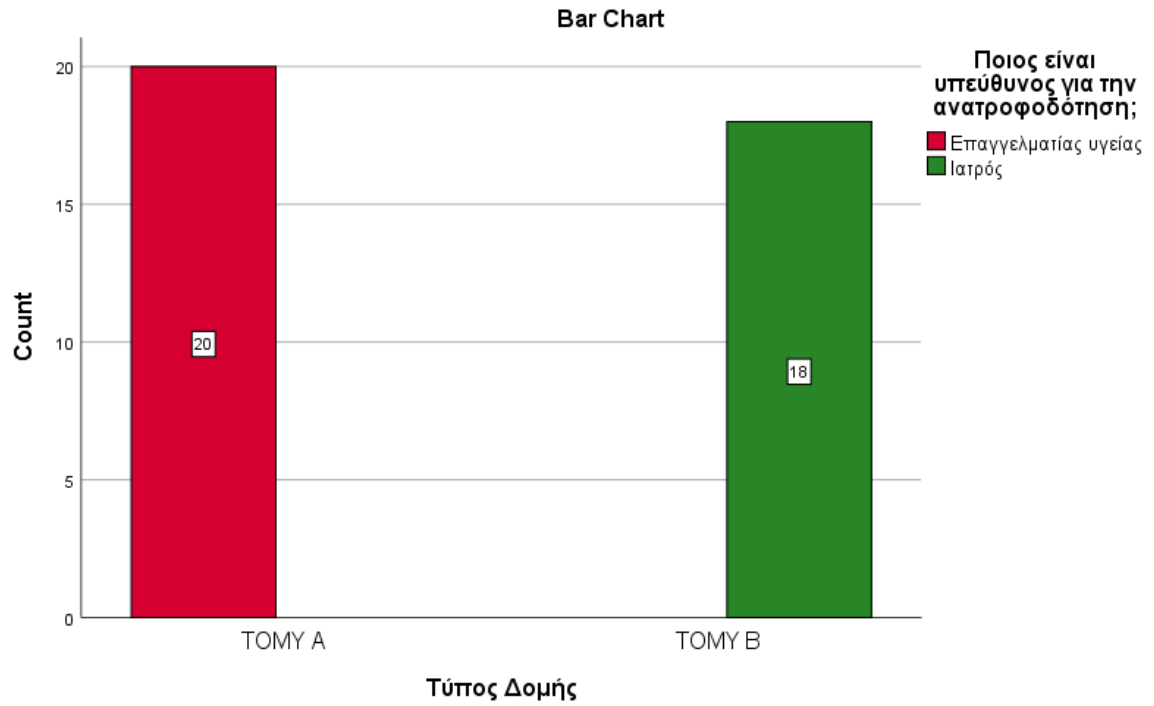
Γράφημα 30: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το είδος της δομής δημόσιας ΠΦΥ που έγινε η παραπομπή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



Γράφημα 31: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το είδος της δομής δημόσιας ΔΦΥ που έγινε η παραπομπή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



Γράφημα 32: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιο ήταν το αίτιο που επηρέασε το χρόνο διαχείρισης του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



Γράφημα 33: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για την ανατροφοδότηση στον εκάστοτε τύπο δομής

Παράρτημα 4

Επείγοντα περιστατικά

Πίνακας 5: Πληροφορίες για την υποδοχή των επειγόντων περιστατικών στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (n=20)

ΥΠΟΔΟΧΉ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΎ	ΤΟ.Μ.Υ. A		ΤΟ.Μ.Υ. B		Pvalue
	N	%	N	%	
Ποιος υποδέχθηκε τον ασθενή/εξυπηρετούμενο;					0,607
Διοικητικός υπάλληλος	11	55	11	55	
Επαγγελματίας υγείας	7	35	5	25	
Ιατρός	2	10	4	20	
Τι ειδικότητας επαγγελματίας υγείας;					0,454
Επισκέπτης υγείας	2	28,57	-	-	
Κοινωνικός λειτουργός	2	28,57	1	20	
Νοσηλεύτης	3	42,86	4	80	
Τι τύπο εγγράφου λαμβάνει ο ασθενής (από την υποδοχή) για να προσκομίσει στον ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας;					0,311
Κανένα	20	100	20	100	
Διατηρείτε ηλεκτρονικό αρχείο για τον ασθενή;					0,311
Ναι	20	100	20	100	
Επικαιροποιείτε τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενή σε κάθε ραντεβού;					<0,001
Ναι	-	-	17	85	
Όχι	20	100	3	15	
Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για την ολοκλήρωση της υποδοχής του ασθενή;	8,10	4,541	6,85	6,784	0,498
Τι επηρέασε το χρόνο υποδοχής;					0,093
Έλλειψη σε προσωπικό υποδοχής	1	6,25	-	-	
Πρόβλημα με το πληροφοριακό σύστημα	4	25	-	-	
Άλλο	11	68,75	17	100	
Ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο υποδοχής;					0,093
Άλλος εξυπηρετούμενος	6	54,54	7	41,17	
Τίποτα	5	45,46	10	58,83	
Χρόνος αναμονής σε λεπτά από τη λήξη υποδοχής έως την έναρξη διαχείρισης του ασθενή;	8,7	5,352	6,95	5,06	0,301

Πίνακας 6: Πληροφορίες για την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών από νοσηλεύτη στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (n=20)

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	ΤΟ.Μ.Υ. A		ΤΟ.Μ.Υ. B		Pvalue
	N	%	N	%	
Ποιος είναι υπεύθυνος για την αντιμετώπιση του ασθενή (ιατρείο διαλογής);					0,465
Ιατρός	14	70	16	80	
Νοσηλεύτης	6	30	4	20	
Τι περιελάμβανε η αντιμετώπιση του ασθενή από το νοσηλεύτη;					0,344
Λήψη ιστορικού/triage και παροχή πρώτων βοηθειών	6	100	3	75	
Λήψη ιστορικού/triage, παροχή πρώτων βοηθειών,	-	-	1	25	

φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική υποστήριξη					
Συμβουλευθήκε ο νοσηλευτής το φάκελο του ασθενή;					0,465
Ναι	6	100	4	100	
Καταγράφηκε η διαχείριση στο φάκελο του ασθενή από το νοσηλευτή;					0,465
Ναι	6	100	4	100	
Έγινε χρήση κατευθυντήριων οδηγιών κατά τη διαχείριση του ασθενή;					0,737
Ναι	4	66,7	3	75	
Όχι	2	33,3	1	25	
Ποιες κατευθυντήριες οδηγίες χρησιμοποιήσατε;					0,597
Του Υπουργείου Υγείας	1	25	-	-	
Του Πανεπιστημίου Κρήτης	3	75	3	100	
Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για την ολοκλήρωση της αντιμετώπισης του ασθενή;	19,33	5,715	12	4,761	0,068
Τι επηρέασε το χρόνο αντιμετώπισης;					0,510
Πρόβλημα με το πληροφοριακό σύστημα	1	16,7	-	-	
Έλλειψη σε προσωπικό	1	16,7	-	-	
Περιορισμοί σε υποδομή, χώρους	1	16,7	-	-	
Άλλο	3	49,9	3	75	
Ο χρόνος αντιμετώπισης δεν επηρεάστηκε	-	-	1	25	
Ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο αντιμετώπισης;					-
Τίποτα	3	100	3	100	
Χρειάστηκε ο ασθενής εσωτερική παραπομπή σε ιατρό;					0,465
Ναι	6	100	4	100	
Με ποιο τρόπο έγινε η παραπομπή του ασθενή στον ιατρό;					0,537
Προφορική επικοινωνία	5	83,3	4	100	
Κανένα από τα προηγούμενα	1	16,7	-	-	
Χρόνος αναμονής σε λεπτά από τη λήξη διαχείρισης του ασθενή από επαγγελματία υγείας έως την εσωτερική παραπομπή σε ιατρό:	9	2,236	10	0	0,576
Δεν υπήρξε χρόνος αναμονής	1	16,6	2	50	

Πίνακας 7: Πληροφορίες για την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών από ιατρό στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (ν=20)

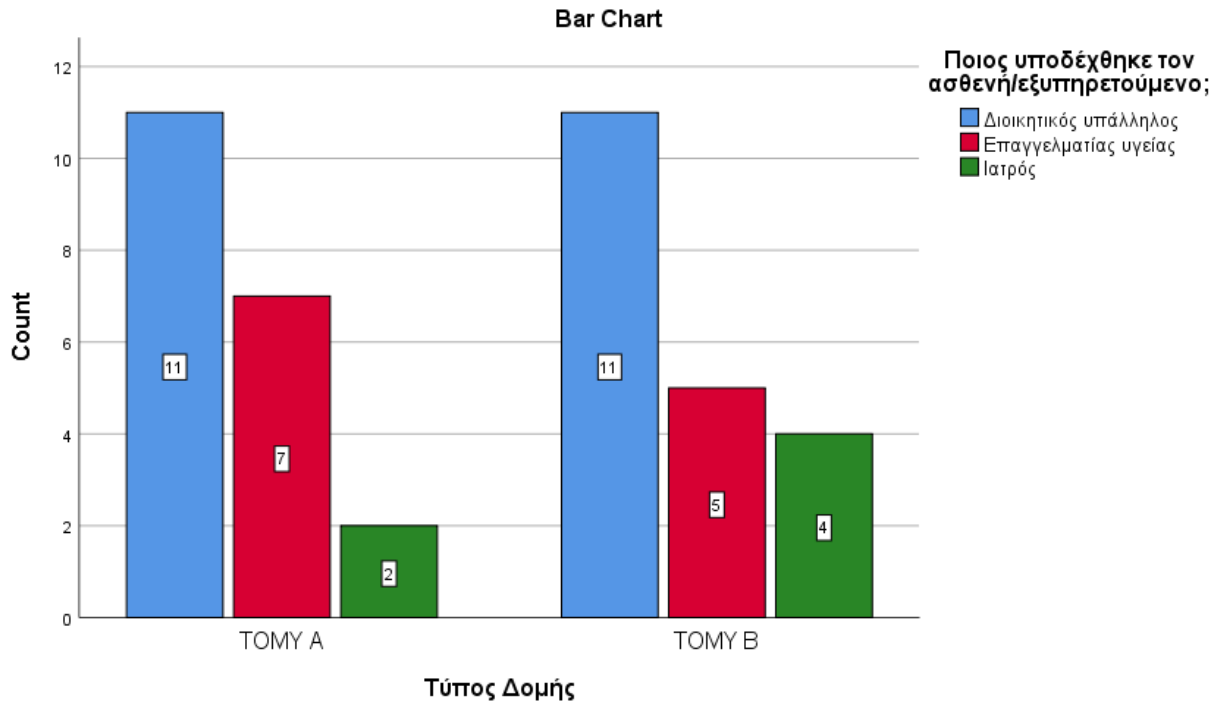
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ	ΤΟ.Μ.Υ. Α		ΤΟ.Μ.Υ. Β		Pvalue
Τι περιελάμβανε η αντιμετώπιση του ασθενή από τον ιατρό:	N	%	N	%	
Διαχείριση ασθενή από τον ιατρό	13	92,85	15	93,75	0,762
Εισαγωγή σε βραχεία νοσηλεία ή ΔΦΥ	1	7,25	1	6,25	
Σε τι είδος δομής έγινε η εισαγωγή;					-
Σε νοσοκομείο (Δ.Μ.Υ. , Τ.Μ.Υ.)	1	100	1	100	
Ποιες ενέργειες πραγματοποίησε ο ιατρός;					0,627
Λήψη ιστορικού/triage, παροχή πρώτων βοηθειών και φαρμακευτική αγωγή	4	28,57	3	18,75	
Λήψη ιστορικού/triage, παροχή πρώτων βοηθειών και φαρμακευτική αγωγή και εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση	10	71,43	13	81,25	
Συμβουλευθήκε ο ιατρός το φάκελο του					0,465

ασθενή;					
Ναι	14	100	16	100	
Καταγράφηκε η διαχείριση στο φάκελο του ασθενή από τον ιατρό;					0,465
Ναι	14	100	16	100	
Έγινε χρήση κατευθυντήριων οδηγιών κατά τη διαχείριση του ασθενή;					0,488
Ναι	14	100	15	93,75	
Όχι	-	-	1	6,25	
Ποιες κατευθυντήριες οδηγίες χρησιμοποιήσατε;					0,489
Χρήση μάσκας, λήψη υγρών και λοιπές ιατρικές οδηγίες για τη νόσο	1	7,14	-	-	
Του Υπουργείου Υγείας	1	7,14	-	-	
Του Πανεπιστημίου Κρήτης	12	85,72	15	100	
Προγραμματίστηκε επόμενο ραντεβού;					0,465
Ναι	14	100	16	100	
Χρειάστηκε ο ασθενής παραπομπή;					0,726
Ναι	12	85,72	13	81,25	
Όχι	2	14,28	3	18,75	
Τι τύπο παραπεμπτικού σημειώματος έλαβε ο ασθενής;					0,859
Χάρτινο παραπεμπτικό σημείωμα	3	25	3	23,08	
Ηλεκτρονικό παραπεμπτικό σημείωμα	1	8,33	-	-	
Κατά τα δυο	7	58,34	9	69,23	
Κανένα από τα προηγούμενα	1	8,33	1	7,69	
Τι είδους παραπομπή πραγματοποιήθηκε;					0,619
Εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας	9	81,8	11	84,61	
Εσωτερική παραπομπή σε επαγγελματία υγείας	1	9,1	2	15,39	
Εξωτερική παραπομπή σε επαγγελματία υγείας	1	9,1	-	-	
Εάν έγινε εξωτερική παραπομπή σε επαγγελματία υγείας,σε τι είδος φορέα έγινε η παραπομπή;					0,311
Φορέα δημόσιας ΠΦΥ	1	100	-	-	
Σε τι είδους δημόσιας δομής ΠΦΥ έγινε η παραπομπή;					0,311
ΠΕΔΥ	1	100	-	-	
Εάν έγινε εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας, σε ποια βαθμίδα φροντίδας υγείας έγινε η παραπομπή;					0,729
ΠΦΥ	2	22,3	1	10	
ΔΦΥ	7	77,7	9	90	
Σε τι είδους φορέα ΠΦΥ έγινε η παραπομπή;					0,598
Φορέα δημόσια ΠΦΥ	1	50	1	100	
Φορέα ιδιωτικής ΠΦΥ	1	50	-	-	
Σε τι είδους δομή δημόσιας ΠΦΥ έγινε η παραπομπή;					0,368
Κέντρα Υγείας	1	100	-	-	
Ιατροί ΠΕΔΥ	-	-	1	100	
Σε τι είδους δομή ιδιωτικής ΠΦΥ έγινε η παραπομπή;					0,311
Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα	1	100	-	-	
Σε τι είδους φορέα ΔΦΥ έγινε η παραπομπή;					0,519
Φορέα δημόσιας ΔΦΥ	7	100	9	100	
Σε τι είδους δομή δημόσιας ΔΦΥ έγινε η παραπομπή;					0,618
ΤΕΠ	3	42,86	3	33,3	
ΤΕΙ	2	28,57	1	11,1	

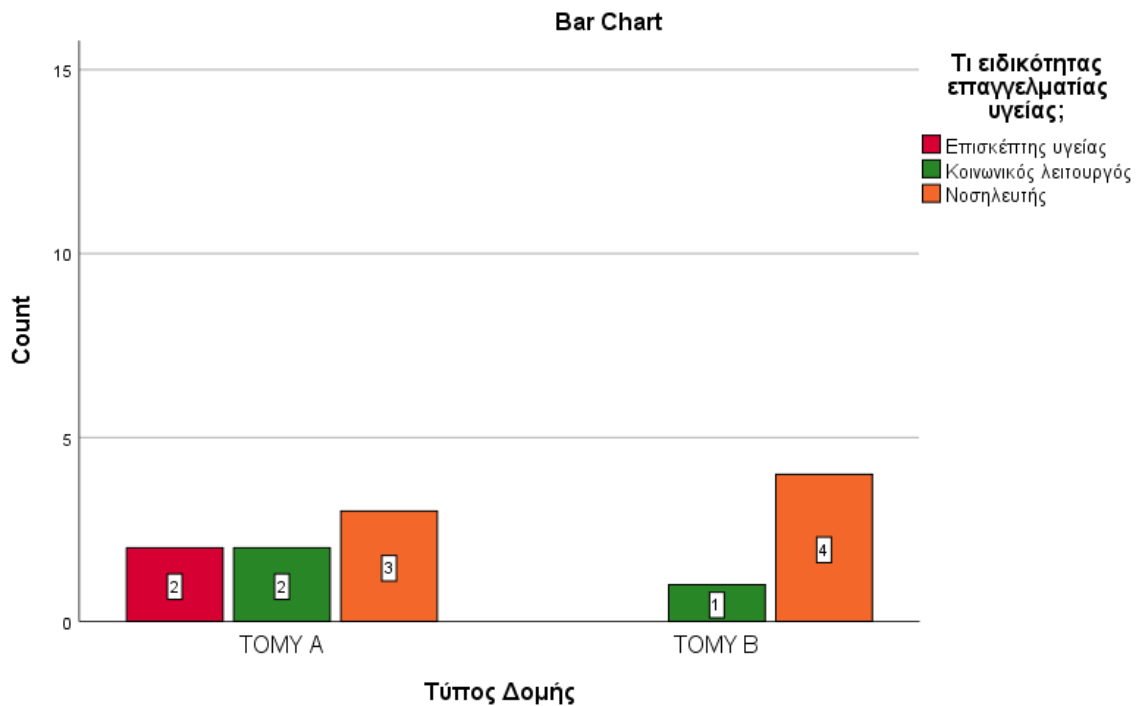
Εργαστήρια νοσοκομείου	2	28,57	5	55,6	
Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για την ολοκλήρωση της διαχείρισης του ασθενή;	39,22	9,833	40,73	28,299	0,881
Τι επηρέασε το χρόνο διαχείρισης;					0,198
Περιορισμοί σε υποδομή, χώρους	1	11,1	-	-	
Πρόβλημα με το πληροφοριακό σύστημα	2	22,3	-	-	
Άλλο	6	66,6	11	100	
Ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο διαχείρισης;					0,316
Συννοσηρότητα	4	66,7	3	27,28	
Πολυπλοκότητα περιστατικού	-	-	1	9,09	
Επικοινωνία με φορείς	-	-	2	18,18	
Άλλος εξυπηρετούμενος	-	-	1	9,09	
Τίποτα	2	33,3	4	36,36	

Πίνακας 8: Πληροφορίες για τη μεταφορά σε περίπτωση εξωτερικής παραπομπής και την παρακολούθηση της εξέλιξης των επειγόντων περιστατικών στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (ν=20)

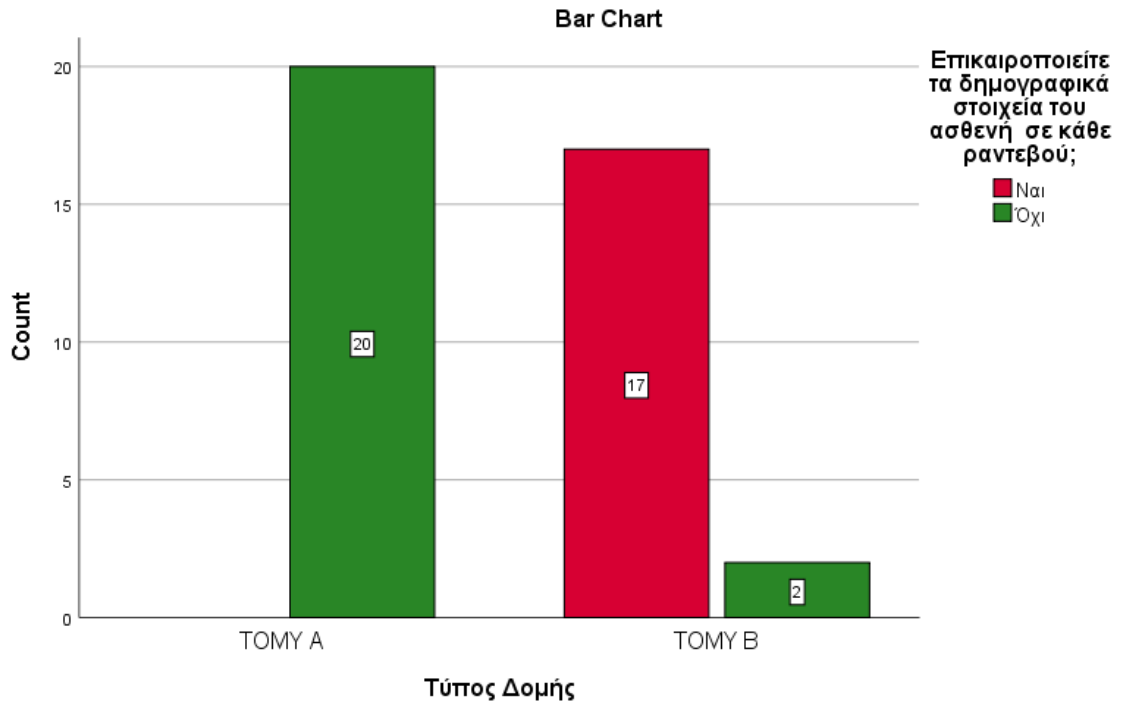
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ	ΤΟ.Μ.Υ. Α		ΤΟ.Μ.Υ. Β		Pvalue
	N	%	N	%	
Πως έγινε η μεταφορά/διακομιδή του ασθενή στη δομή;					0,591
Ίδια μέσα	10	100	10	90,9	
ΕΚΑΒ	-	-	1	9,1	
Αν η μεταφορά/διακομιδή έγινε με το ΕΚΑΒ, ποιος ήταν ο υπεύθυνος επικοινωνίας;					0,311
Ιατρός	-	-	1	100	
Χρόνος διακομιδής σε λεπτά (από τηλεφώνημα έως άφιξη στη δομή):					
Τι επηρέασε το χρόνο διακομιδής;					0,311
Έλλειψη συνοδού ιατρού, κυκλοφοριακό	-	-	1	100	
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ					
Πραγματοποιείται ανατροφοδότηση;					-
Ναι	20	100	20	100	
Ποιος είναι υπεύθυνος για την ανατροφοδότηση;					0,072
Ιατρός	17	85	20	100	
Επαγγελματίας υγείας	3	15	-	-	
Πραγματοποιείται παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή;					-
Ναι	20	100	20	100	
Ποιος είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή;					0,349
Ιατρός	18	90	20	100	
Νοσηλεύτης	1	5	-	-	
Επαγγελματίας υγείας	1	5	-	-	
Γίνεται ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας;					0,311
Ναι	19	95	20	100	
Όχι	1	5	-	-	
Ποιος είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας;					0,311
Ιατρός	19	100	20	100	



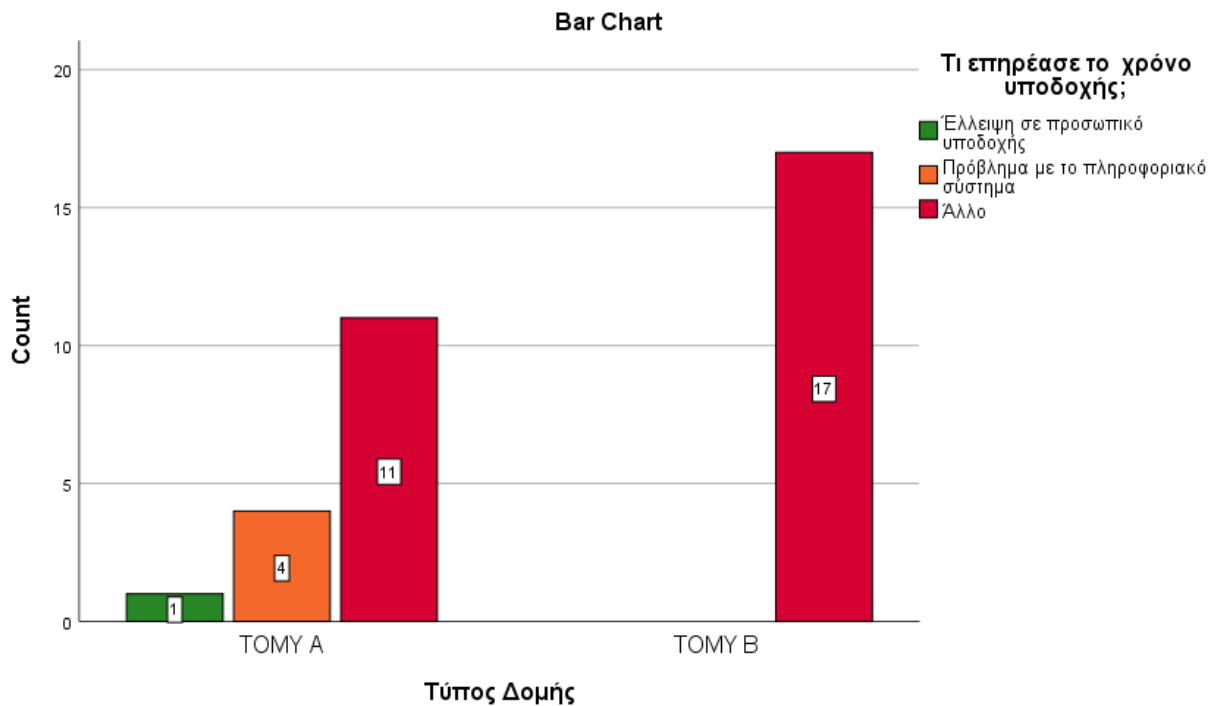
Γράφημα 34: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιος υποδέχθηκε τον ασθενή/εξυπηρετούμενο στον εκάστοτε τύπο δομής



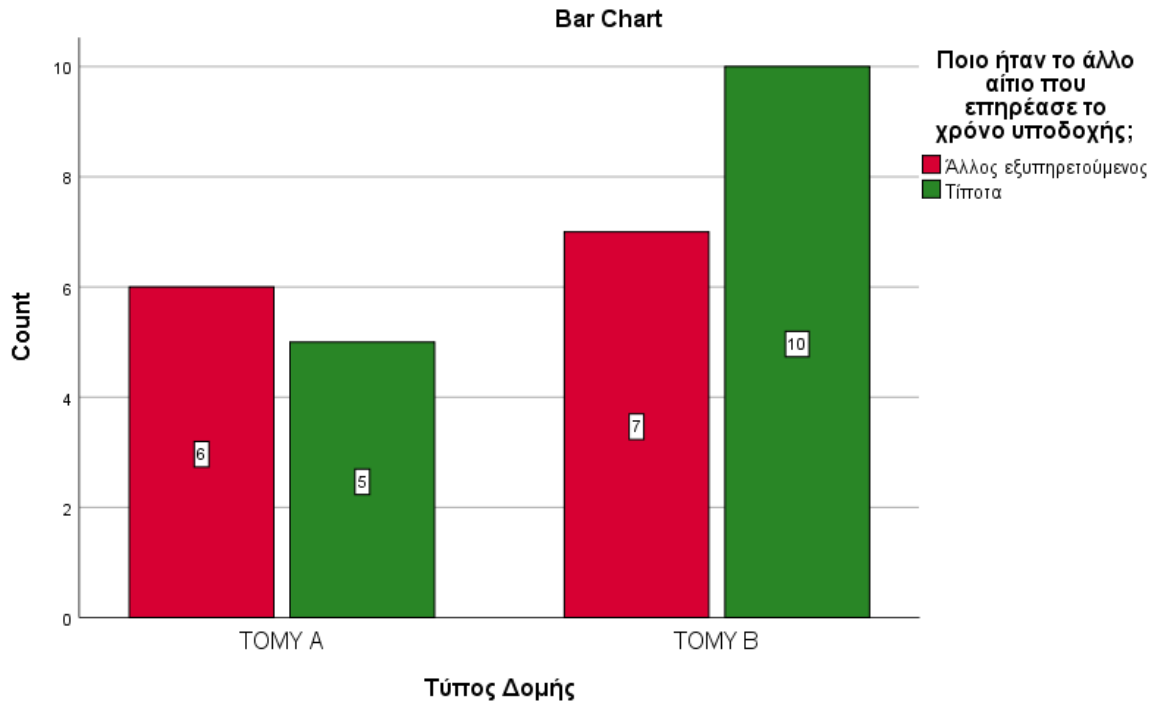
Γράφημα 35: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι ειδικότητας επαγγελματίας υγείας υποδέχθηκε τον ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



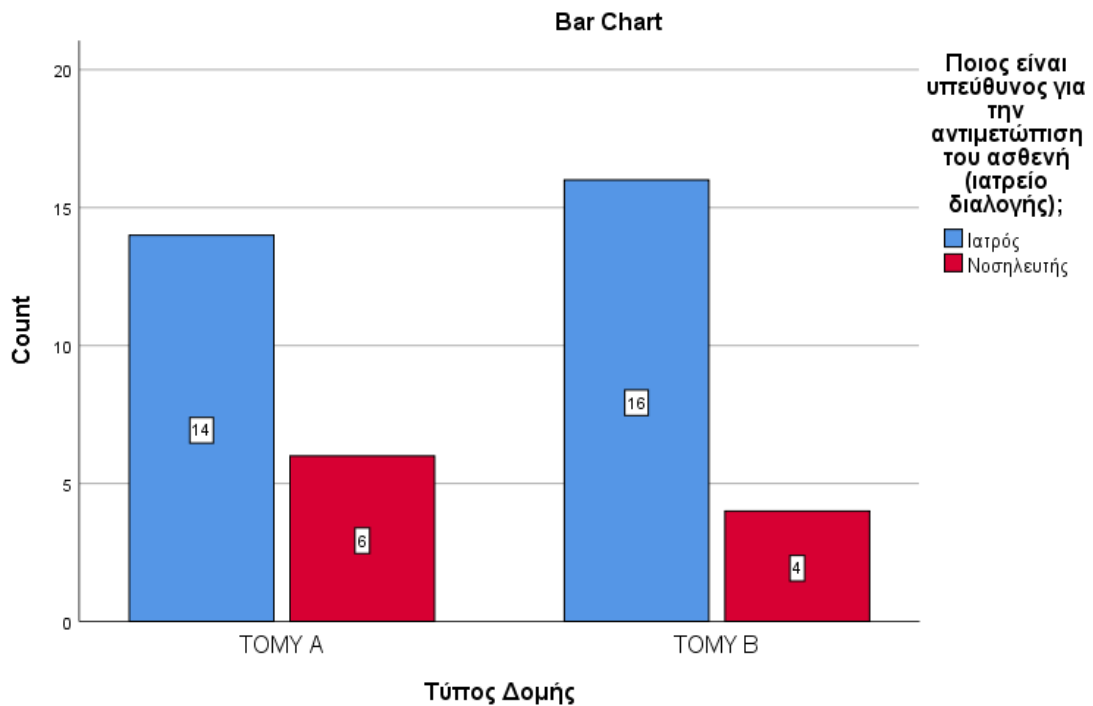
Γράφημα 36: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν επικαιροποιείτε τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενή σε κάθε ραντεβού στον εκάστοτε τύπο δομής



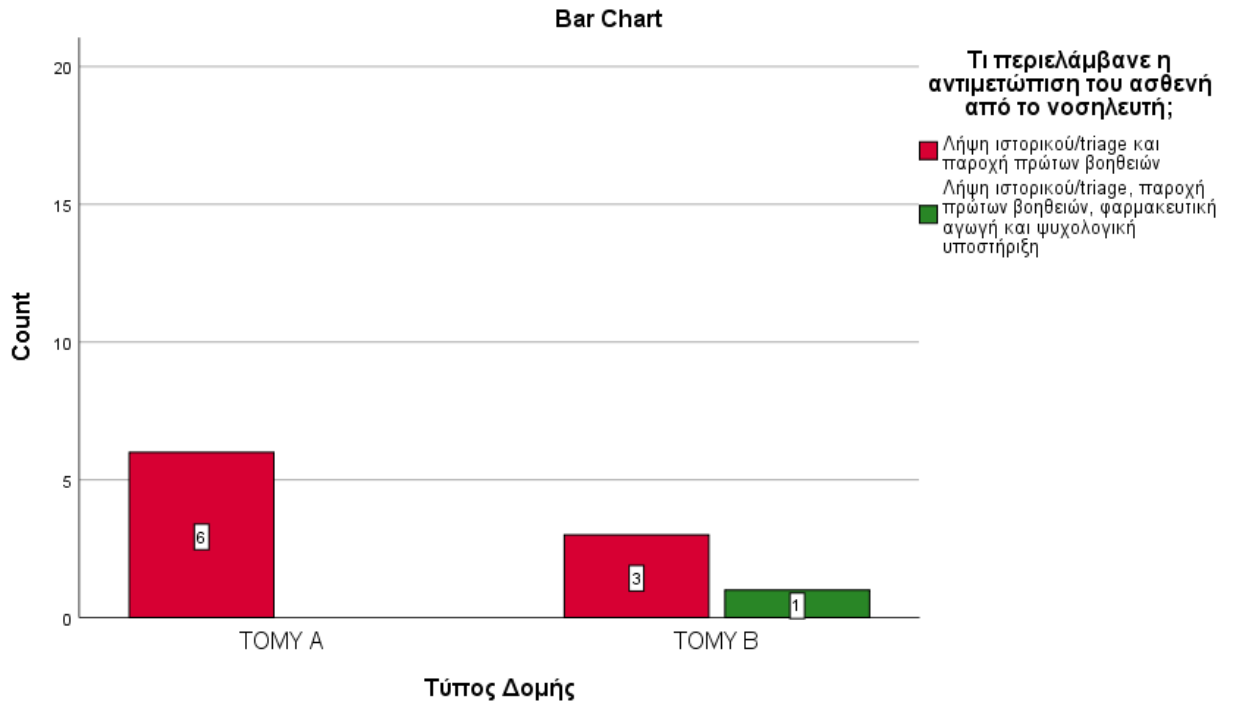
Γράφημα 37: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι επηρέασε το χρόνο υποδοχής στον εκάστοτε τύπο δομής



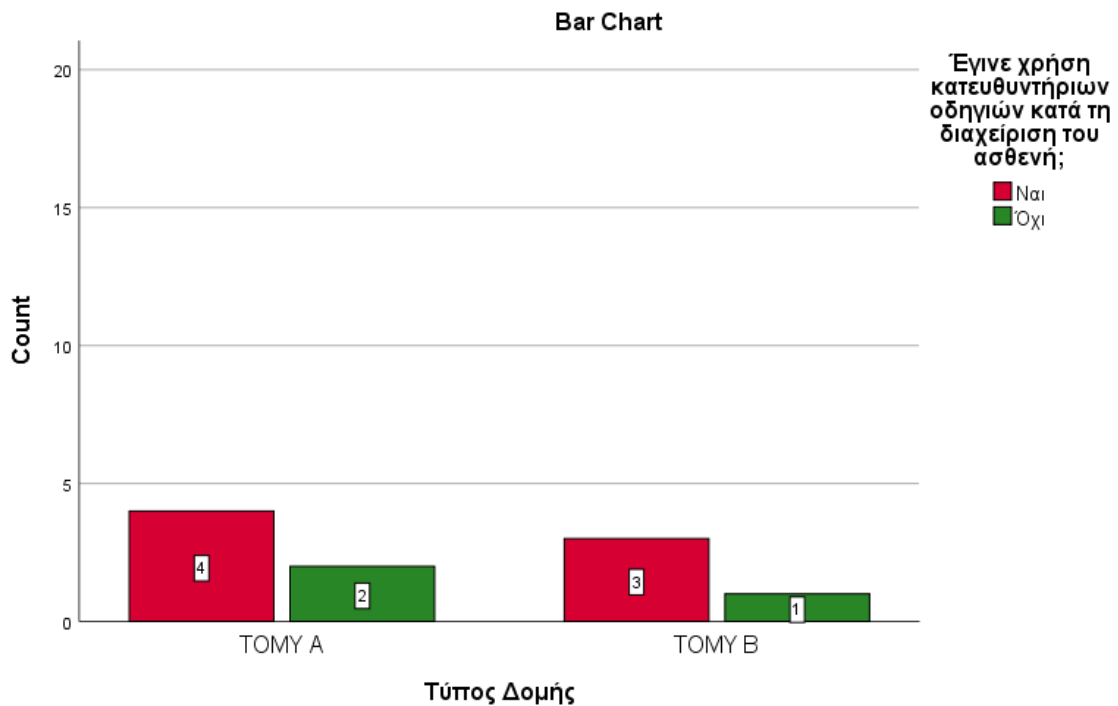
Γράφημα 38: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο υποδοχής στον εκάστοτε τύπο δομής



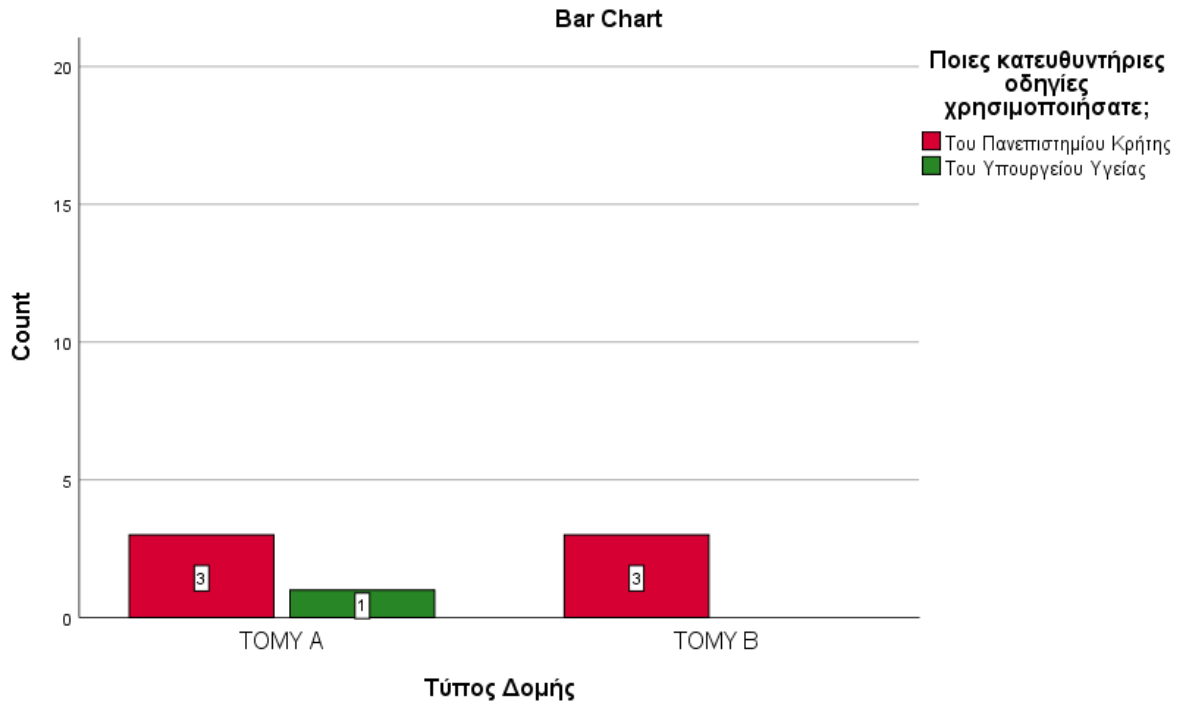
Γράφημα 39: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για την αντιμετώπιση του ασθενή στο ιατρείο διαλογής στον εκάστοτε τύπο δομής



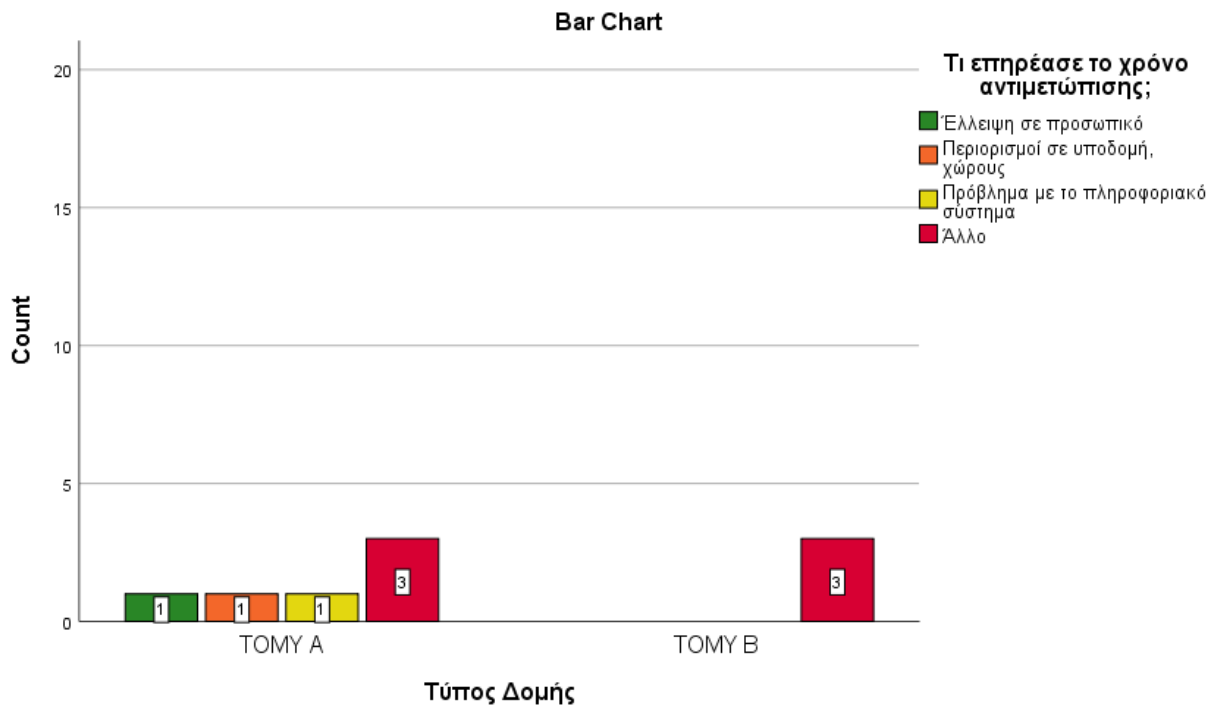
Γράφημα 40: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι περιλάμβανε η αντιμετώπιση του ασθενή από τον νοσηλεύτη στον εκάστοτε τύπο δομής



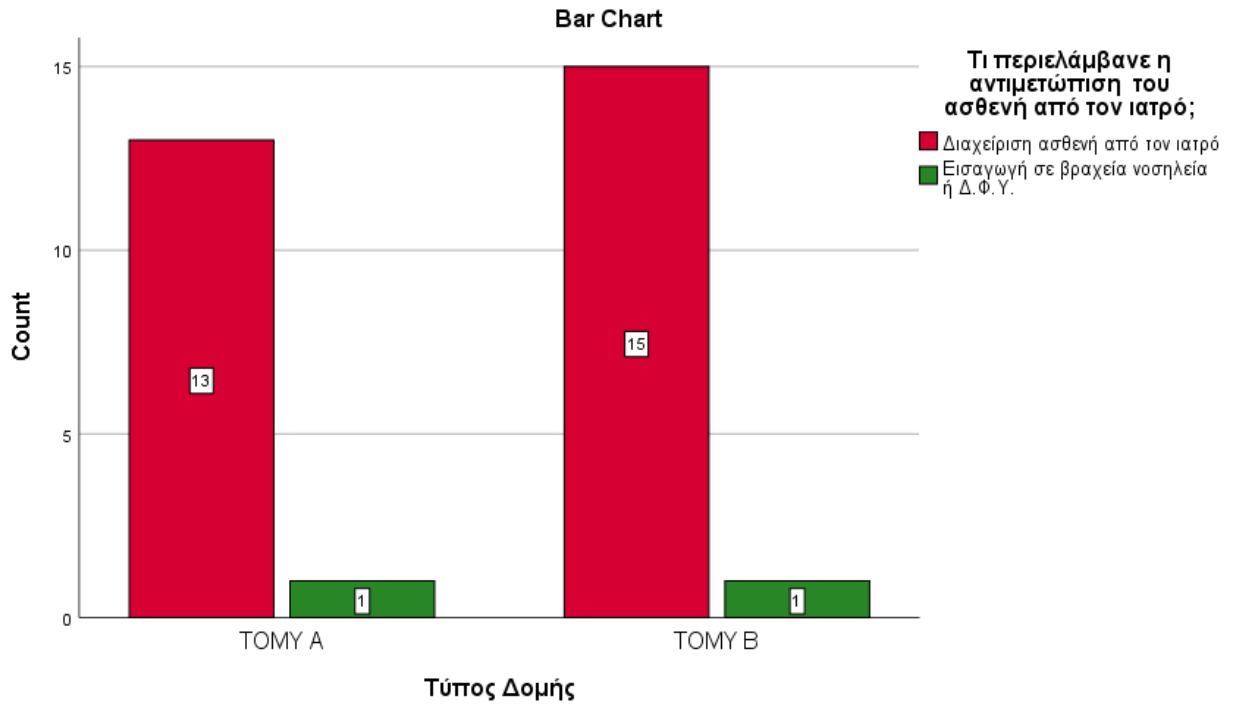
Γράφημα 41: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν έγινε χρήση κατευθυντήριων οδηγιών κατά τη διαχείριση του ασθενή από τον νοσηλεύτη στον εκάστοτε τύπο δομής



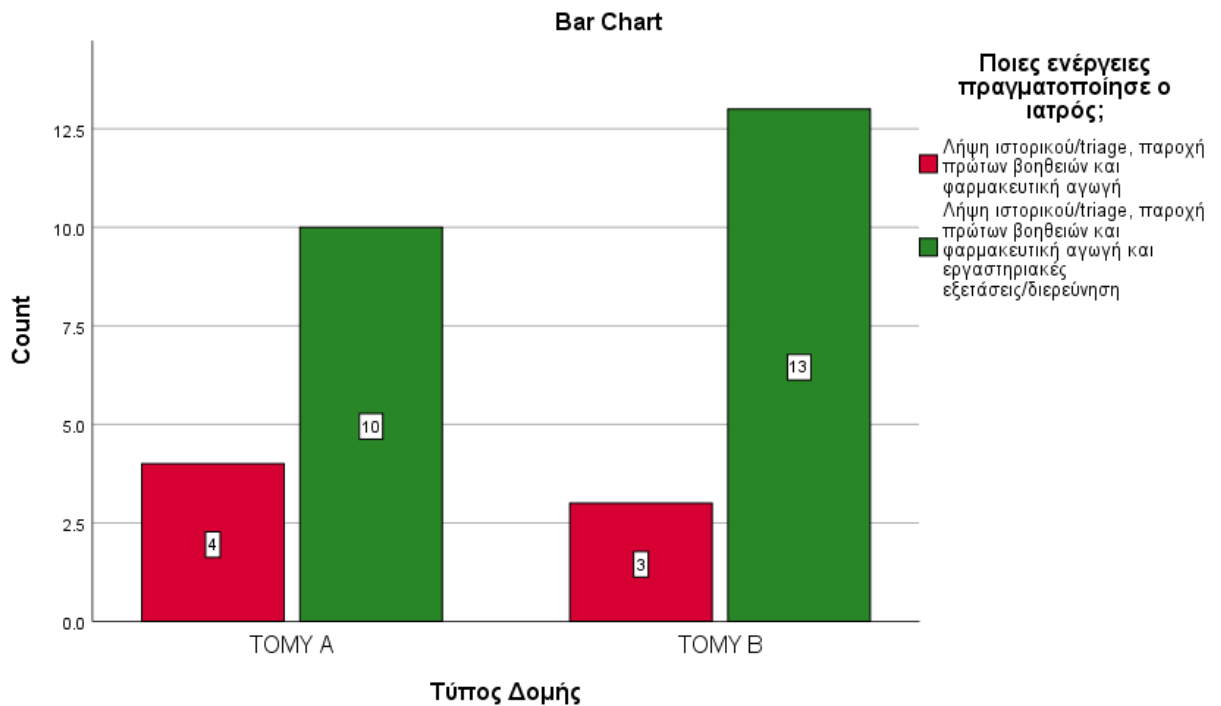
Γράφημα 42: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιες κατευθυντήριες οδηγίες χρησιμοποιήθηκαν από τον νοσηλευτή στον εκάστοτε τύπο δομής



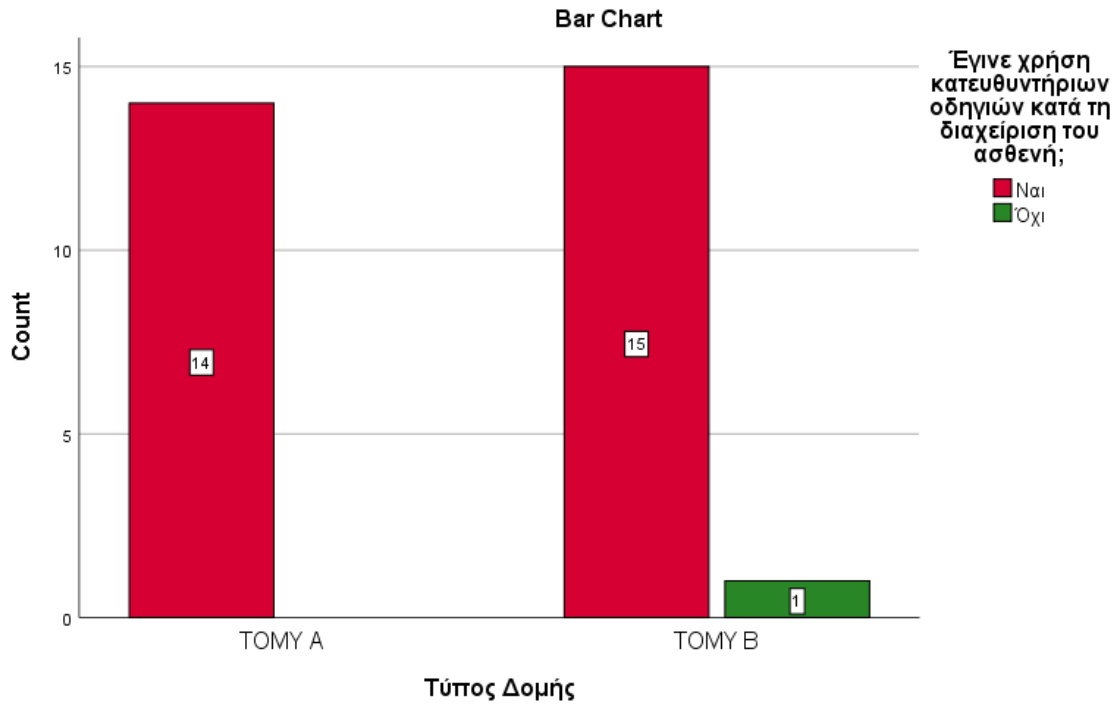
Γράφημα 43: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι επηρέασε το χρόνο αντιμετώπισης του ασθενή από τον νοσηλευτή στον εκάστοτε τύπο δομής



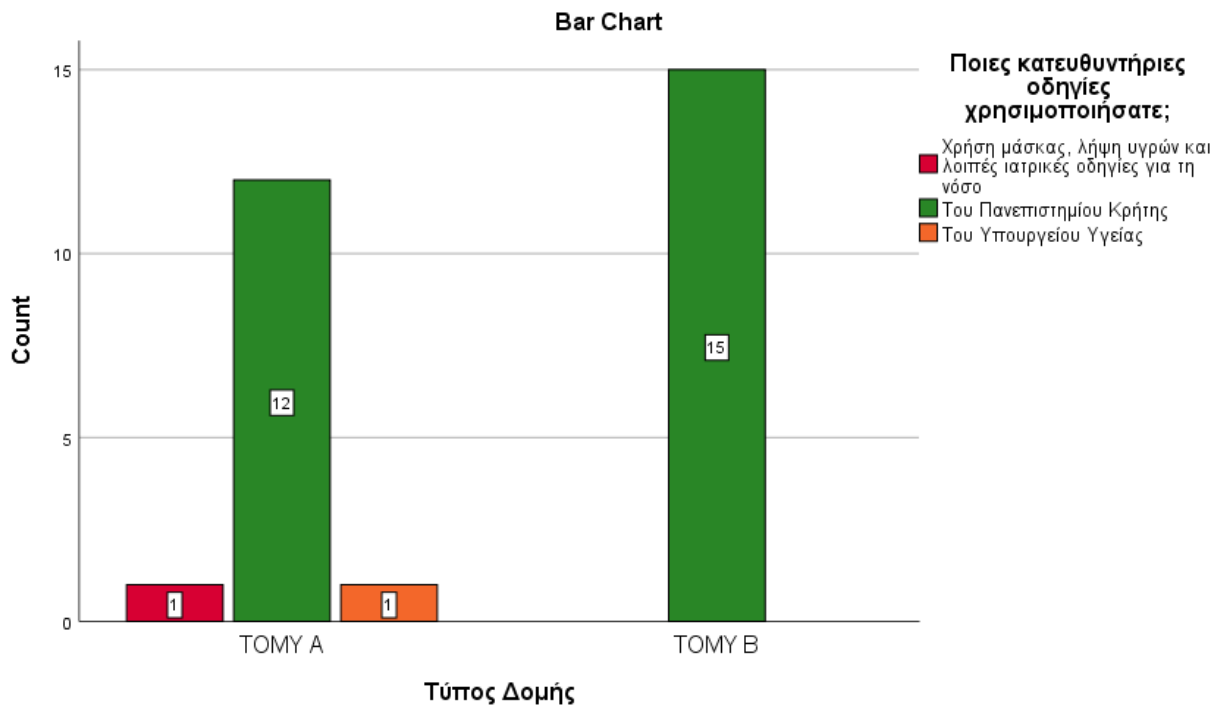
Γράφημα 44: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι περιλάμβανε η αντιμετώπιση του ασθενή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



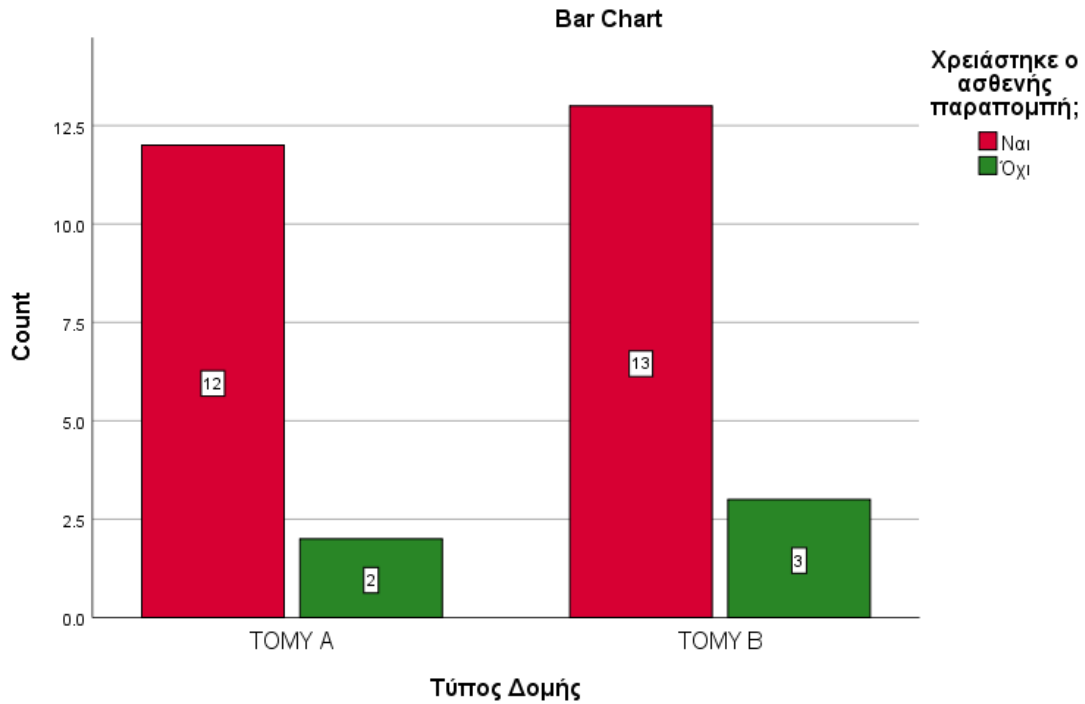
Γράφημα 45: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιες ενέργειες πραγματοποίησε ο ιατρός στον εκάστοτε τύπο δομής



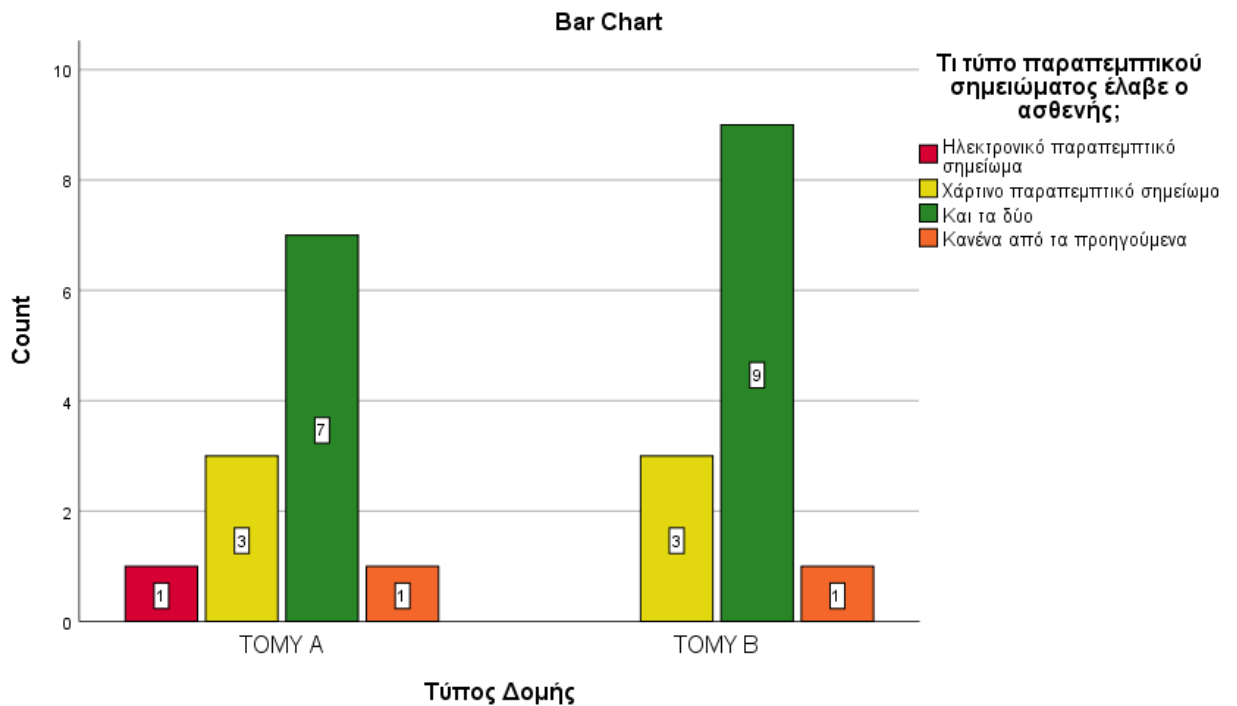
Γράφημα 46: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν έγινε χρήση κατευθυντήριων οδηγιών κατά τη διαχείριση του ασθενή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



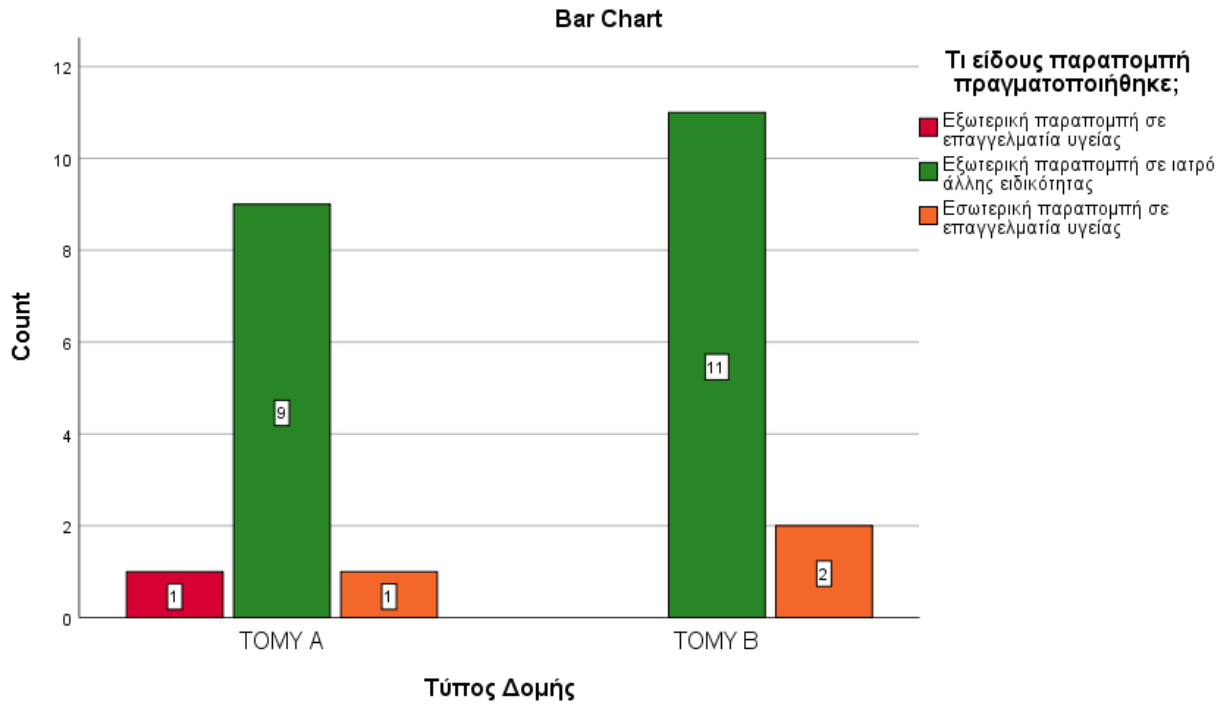
Γράφημα 47: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιες κατευθυντήριες οδηγίες χρησιμοποιήθηκαν από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



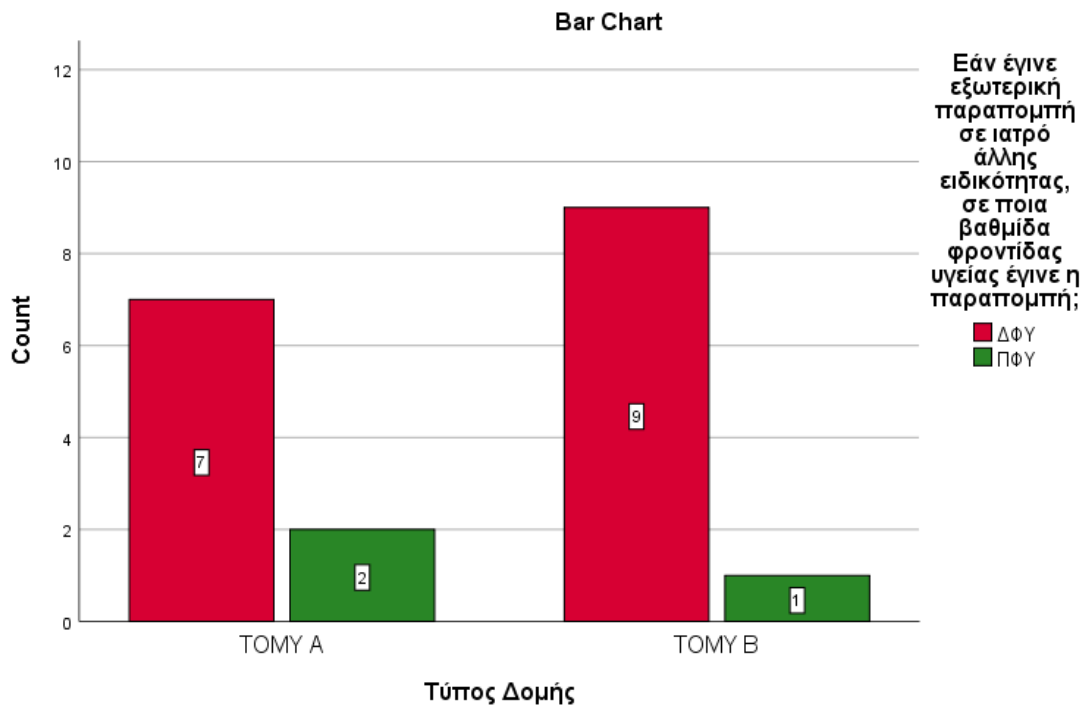
Γράφημα 48: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν χρειάστηκε ο ασθενής παραπομπή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



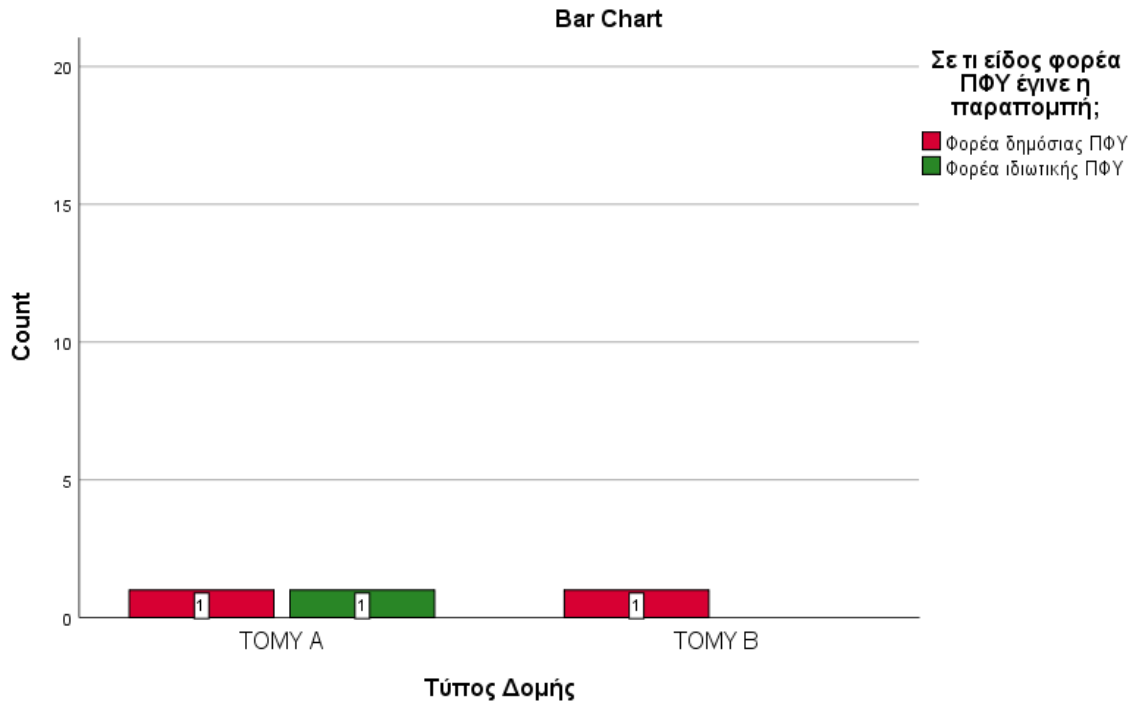
Γράφημα 49: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον τύπο του παραπεμπτικού σημειώματος που έλαβε ο ασθενής εφόσον χρειάστηκε παραπομπή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



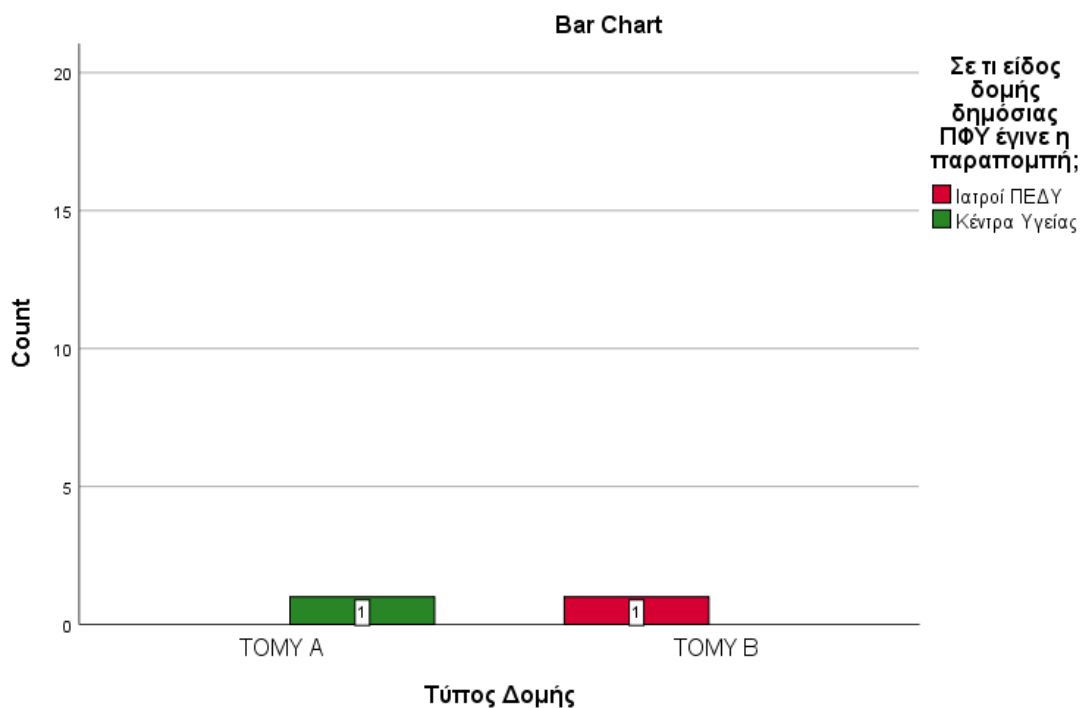
Γράφημα 50: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το είδος της παραπομπής που πραγματοποιήθηκε από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



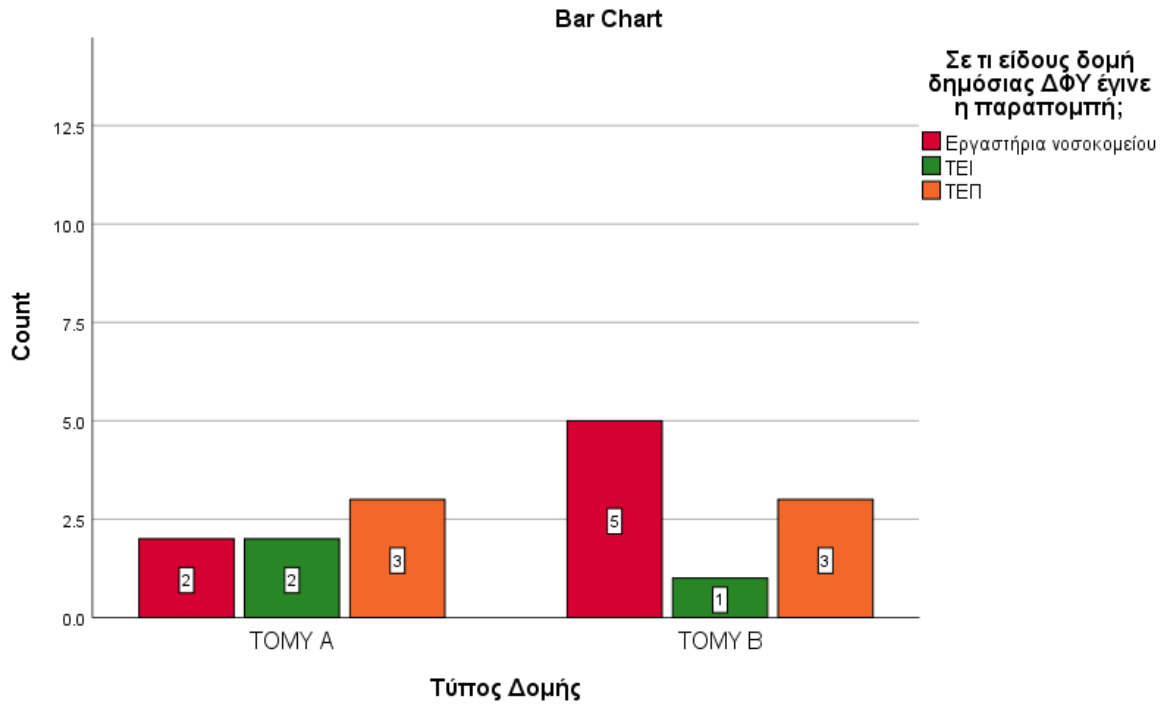
Γράφημα 51: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τη βαθμίδα φροντίδας υγείας που έγινε η εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



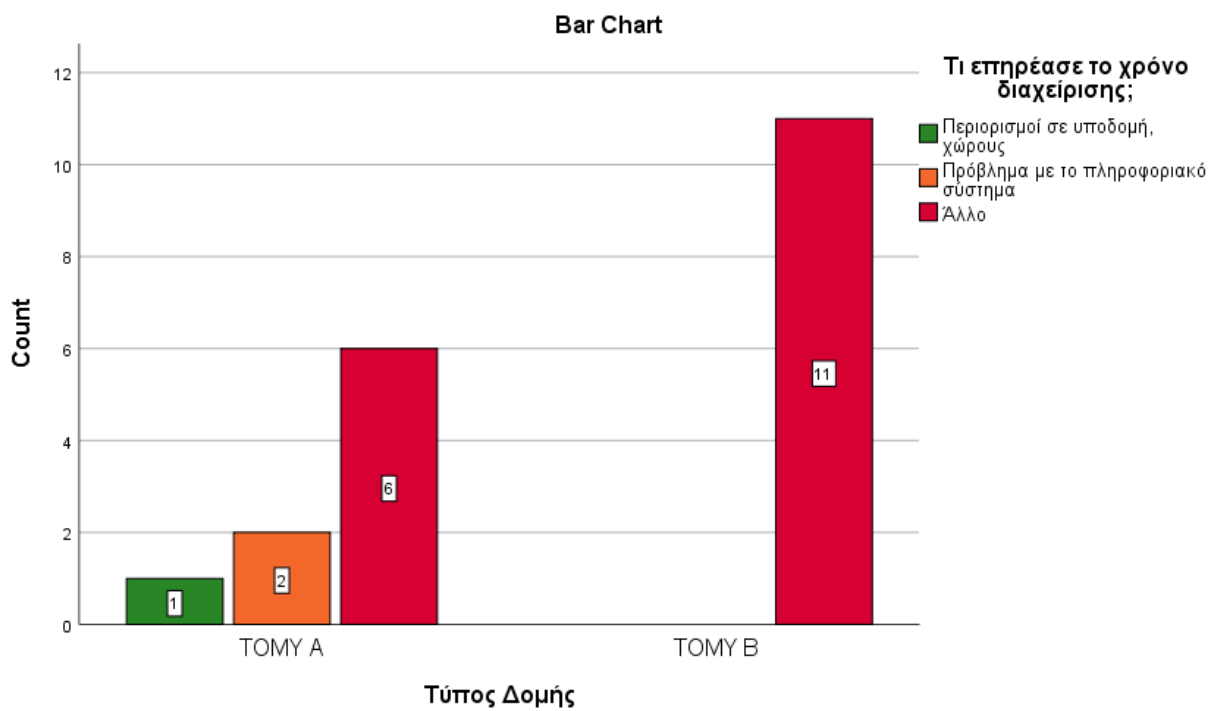
Γράφημα 52: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το είδος του φορέα ΠΦΥ που έγινε η εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



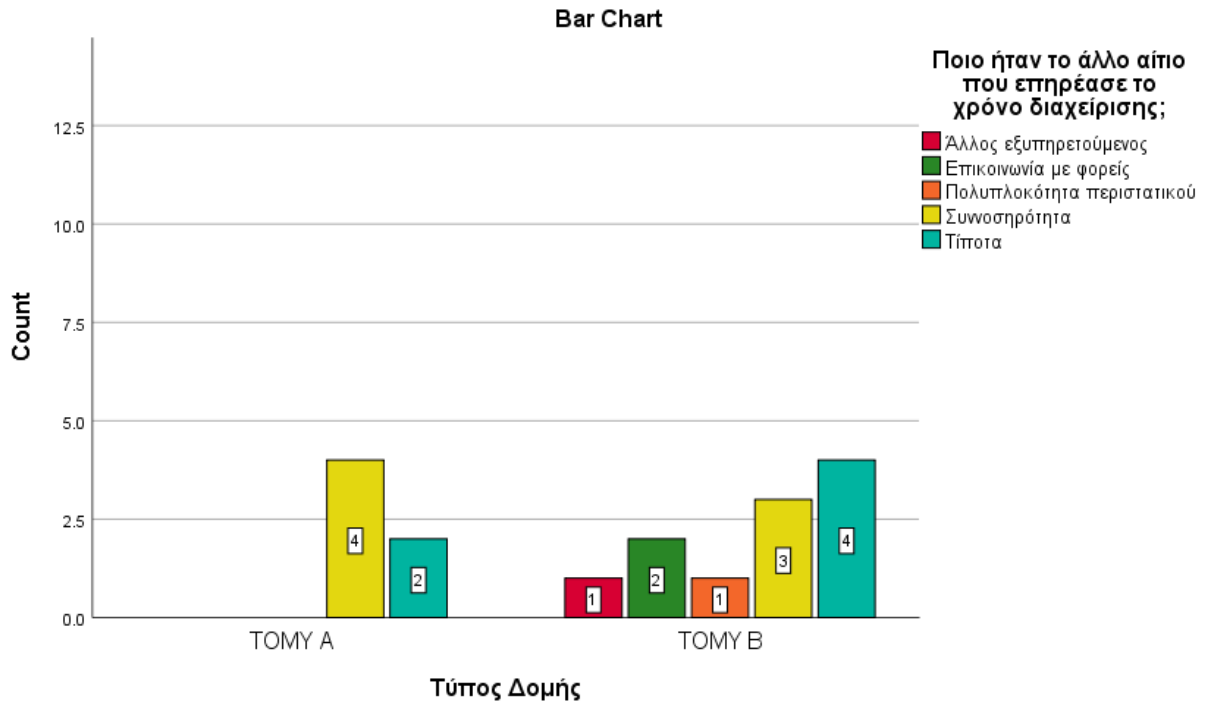
Γράφημα 53: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το είδος της δομής δημόσιας ΠΦΥ που έγινε η εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



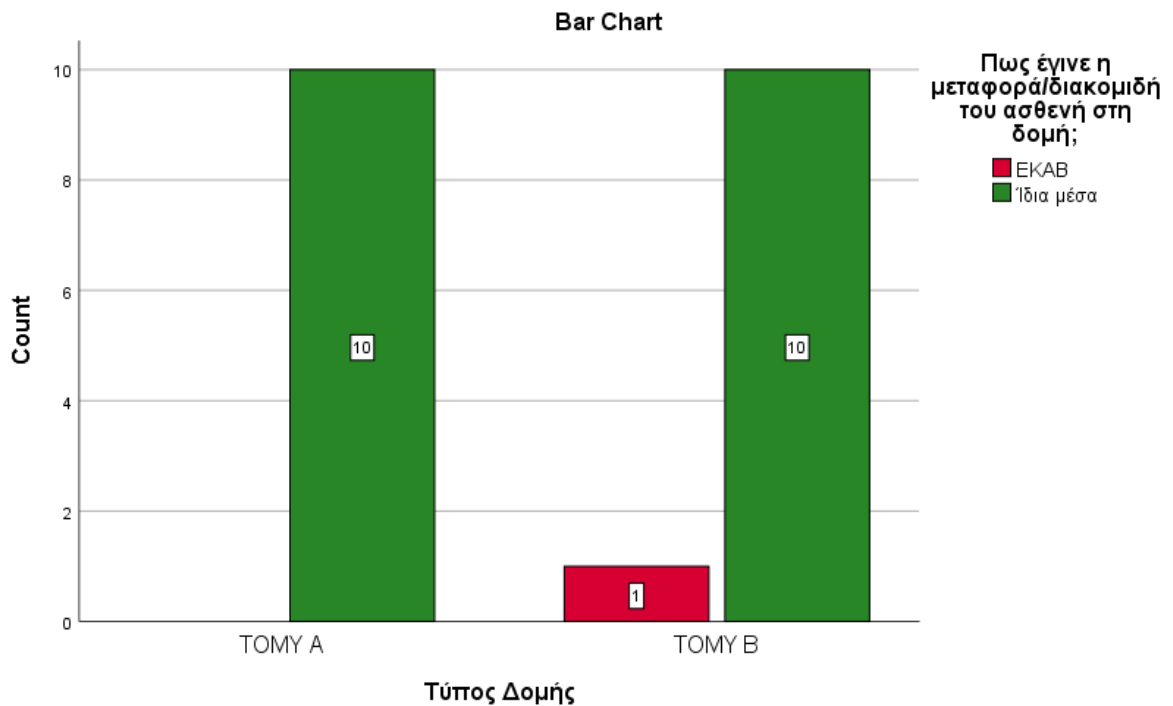
Γράφημα 54: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το είδος της δομής δημόσιας ΔΦΥ που έγινε η εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



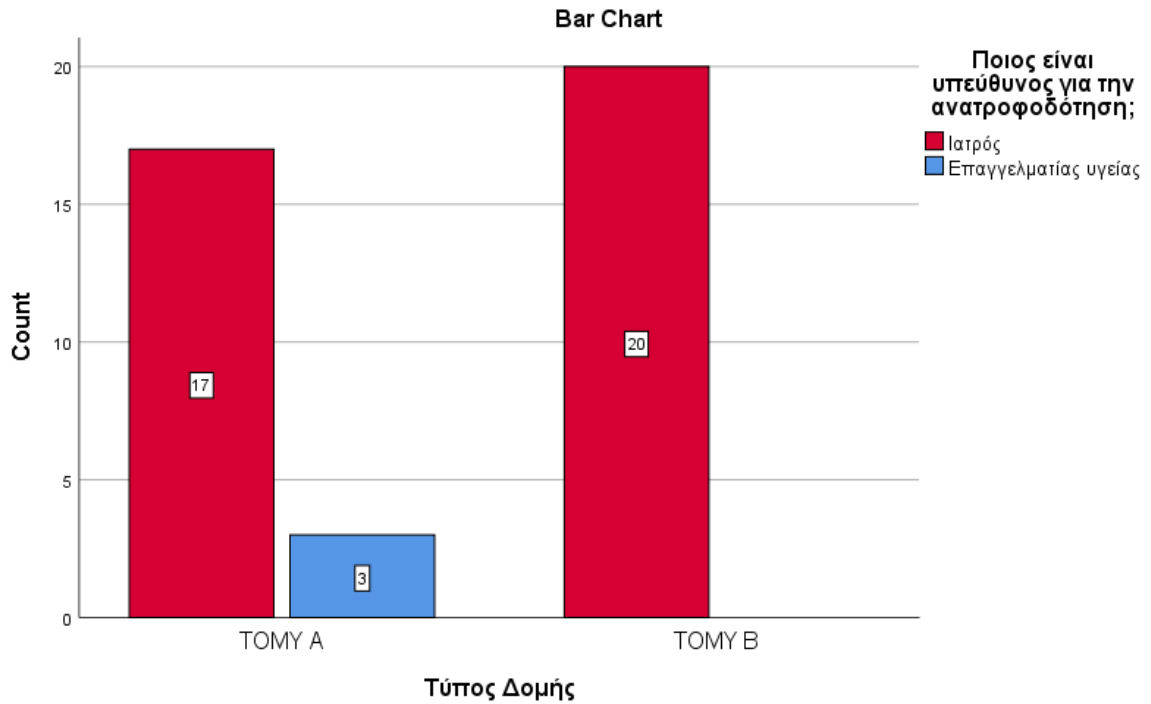
Γράφημα 55: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι επηρέασε το χρόνο διαχείρισης του ασθενή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



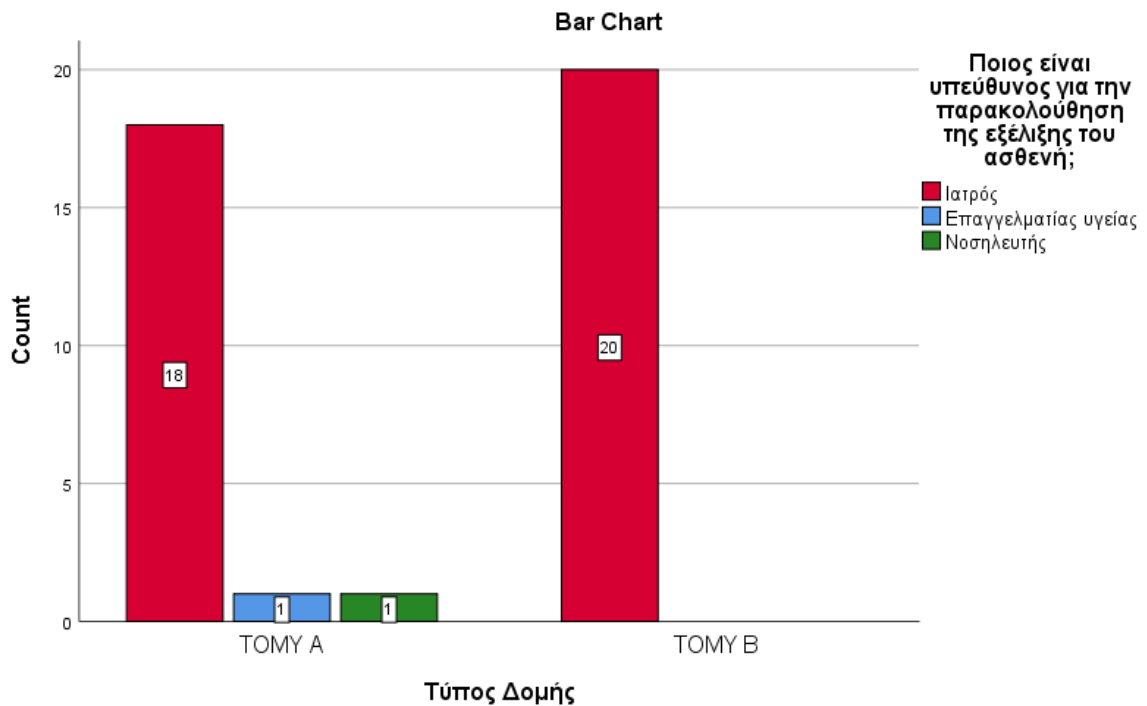
Γράφημα 56: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο διαχείρισης του ασθενή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



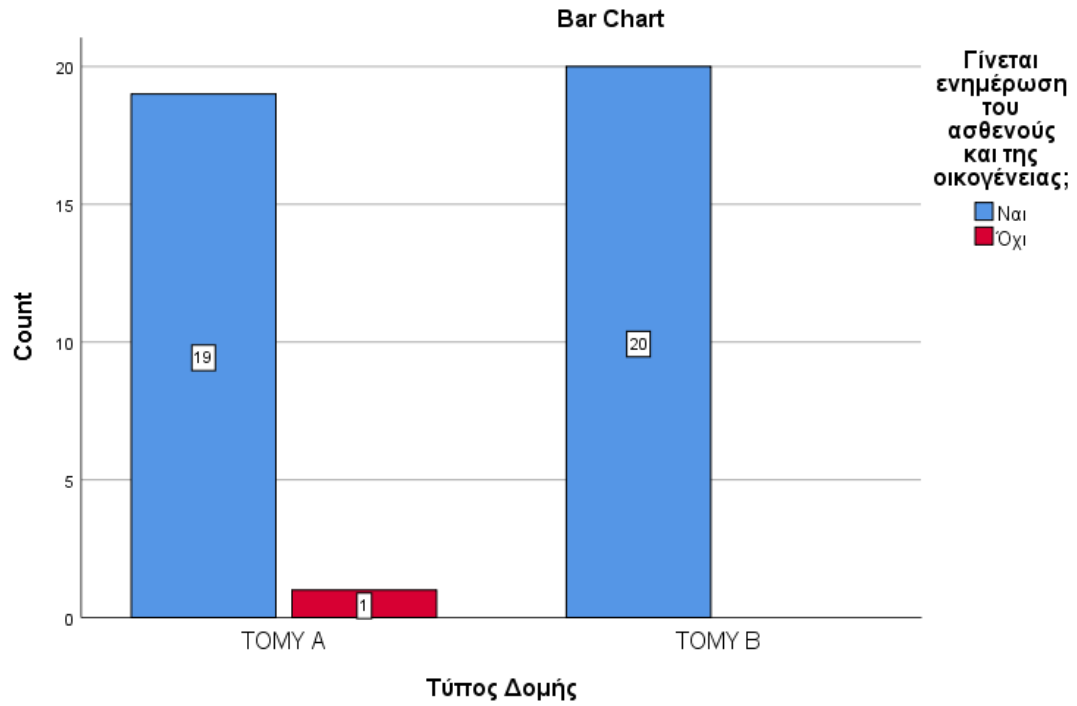
Γράφημα 57: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον τρόπο μεταφοράς/διακομιδής του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



Γράφημα 58: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για την ανατροφοδότηση στον εκάστοτε τύπο δομής



Γράφημα 59: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το ποιος είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



Γράφημα 60: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν γίνεται ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας στον εκάστοτε τύπο δομής

Παράρτημα 5

Πρόληψη

Πίνακας 9: Πληροφορίες για την υποδοχή των περιστατικών πρόληψης στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (ν=20)

ΥΠΟΔΟΧΉ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΎ	ΤΟ.Μ.Υ. Α		ΤΟ.Μ.Υ. Β		Pvalue
	N	%	N	%	
Ποιος υποδέχθηκε τον ασθενή/εξυπηρετούμενο;					<0,001
Διοικητικός υπάλληλος	14	70	2	10	
Επαγγελματία υγείας	6	30	14	70	
Ιατρός	-	-	4	20	
Τι ειδικότητας επαγγελματία υγείας;					<0,001
Επισκέπτης υγείας	5	83,3	-	-	
Κοινωνικός λειτουργός	1	16,7	7	50	
Νοσηλεύτης	-	-	7	50	
Τι τύπο εγγράφου λαμβάνει ο ασθενής (από την υποδοχή) για να προσκομίσει στον ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας;					-
Κανένα	20	100	20	100	
Διατηρείτε ηλεκτρονικό αρχείο για τον ασθενή;					-
Ναι	20	100	20	100	
Επικαιροποιείτε τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενή σε κάθε ραντεβού;					<0,001
Ναι	-	-	20	100	
Όχι	20	100	-	-	
Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για την ολοκλήρωση της υποδοχής του ασθενή;	10,45	4,807	3,25	5,428	<0,001
Τι επηρέασε το χρόνο υποδοχής;					<0,001
Έλλειψη σε προσωπικό υποδοχής	2	10	-	-	
Πρόβλημα με το πληροφοριακό σύστημα	8	40	1	20	
Άλλο	10	50	4	80	
Ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο υποδοχής;					0,083
Άλλος εξυπηρετούμενος	2	20	2	50	
Νορμάλ χρόνος	8	80	2	50	
Χρόνος αναμονής σε λεπτά από τη λήξη υποδοχής έως την έναρξη διαχείρισης του ασθενή:	9,05	5,491	11,75	6,672	0,170

Πίνακας 10: Πληροφορίες για τη διαχείριση των περιστατικών πρόληψης από επαγγελματία υγείας στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (ν=20)

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΟ.Μ.Υ. Α		ΤΟ.Μ.Υ. Β		Pvalue
	N	%	N	%	
Ποιος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του ασθενή (πρώτο σημείο επαφής με					0,028

επαγγελματία υγείας ή ιατρό);					
Ιατρός	2	10	8	40	
Επαγγελματίας υγείας	18	90	12	60	
Τι ειδικότητα κατέχει ο επαγγελματίας υγείας που είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του ασθενή (πρώτο σημείο επαφής);					<0,001
Επισκέπτης υγείας	18	100	-	-	
Κοινωνικός λειτουργός	-	-	4	33,3	
Νοσηλεύτης			8	66,7	
Τι περιλάμβανε η διαχείριση του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας;					0,006
Πρωτογενή πρόληψη	16	88,8	6	50	
Δευτερογενή ή τριτογενή πρόληψη	2	11,2	6	50	
Εάν έγινε πρωτογενής πρόληψη, προσδιορίστε την παρέμβαση πρωτογενούς πρόληψης:					<0,001
Αλλαγή διατροφής	1	6,25	-	-	
Διακοπή καπνίσματος	1	6,25	-	-	
Εμβολιασμός	14	87,5	-	-	
Άλλο	-	-	6	100	
Προσδιορίστε το περιεχόμενο της παρέμβασης πρωτογενούς πρόληψης:					0,005
Εμβολιασμός κατά του πνευμονιόκοκκου	6	60	-	-	
Εμβόλιο για την πρόληψη του έρπητα ζωστήρα	2	20	-	-	
Ενημέρωση για το Ι.Δ.Κ. και κλείσιμο ραντεβού, ενημέρωση για οφέλη διακοπής καπνίσματος και τις επιπτώσεις	1	10	-	-	
Καρδιογράφημα	-	-	6	100	
Συμβουλευτική από τον επαγγελματία υγείας για αλλαγή διατροφικών συνηθειών για σακχαρώδη διαβήτη	1	10	-	-	
Προσδιορίστε τις δοκιμασίες δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης:					0,120
Μαστογραφία	1	50	-	-	
Παπ τεστ και μαστογραφία	1	50	2	33,4	
Άλλο	-	-	4	66,6	
Προσδιορίστε το περιεχόμενο των δοκιμασιών δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης που πραγματοποιήσατε:					0,153
HIV, HEP, βιοχημικές εξετάσεις	-	-	4	80	
Διασύνδεση με ΠΑΓΝΗ - ιατρείο μαστού	1	50	-	-	
Παπ τεστ, μαστογραφία, ετήσιος γυναικολογικός έλεγχος	1	50	1	20	
Συμβουλευθήκε ο νοσηλεύτης το φάκελο του ασθενή;					0,077
Ναι	17	100	12	100	
Καταγράφηκε η διαχείριση στο φάκελο του ασθενή από το νοσηλεύτη;					0,028
Ναι	18	100	12	100	
Έγινε χρήση κατευθυντήριων οδηγιών κατά τη διαχείριση του ασθενή;					0,737
Ναι	17	94,4	10	83,3	
Όχι	1	5,6	2	6,7	
Ποιες κατευθυντήριες οδηγίες χρησιμοποιήσατε;					<0,001
Διακοπή καπνίσματος, προληπτικές εξετάσεις	1	6,25	-	-	
Συμβουλές μετά τον εμβολιασμό	3	18,75	-	-	
Του Πανεπιστημίου Κρήτης	-	-	10	100	

Του Υπουργείου Υγείας	12	75	-	-	
Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για την ολοκλήρωση της αντιμετώπισης του ασθενή;	19,47	4,230	19,33	6,140	0,944
Τι επηρέασε το χρόνο διαχείρισης;					0,136
Έλλειψη σε προσωπικό	-	-	1	9,1	
Περιορισμοί σε υποδομή, χώρους	1	5,88	-	-	
Πρόβλημα με το πληροφοριακό σύστημα	2	11,76	-	-	
Φυσικό αίτιο	1	5,88	-	-	
Άλλο	13	76,48	10	90,9	
Ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο διαχείρισης;					0,101
Άλλος εξυπηρετούμενος	4	30,76	10	100	
Νορμάλ χρόνος	9	69,14	-	-	
Χρειάστηκε ο ασθενής εσωτερική παραπομπή σε ιατρό;					0,001
Ναι	7	41,17	12	100	
Όχι	10	58,83	-	-	
Προγραμματίστηκε επόμενο ραντεβού;					0,041
Ναι	11	68,75	12	100	
Όχι	5	31,25	-	-	
Με ποιο τρόπο έγινε η παραπομπή του ασθενή στον ιατρό;					0,108
Ηλεκτρονικό σημείωμα	1	14,29	-	-	
Προφορική επικοινωνία	5	71,42	12	100	
Κανένα από τα προηγούμενα	1	14,29	-	-	
Χρόνος αναμονής σε λεπτά από τη λήξη διαχείρισης του ασθενή από επαγγελματία υγείας έως την εσωτερική παραπομπή σε ιατρό:	10	2,887	11,70	7,602	0,584

Πίνακας 11: Πληροφορίες για τη διαχείριση των περιστατικών πρόληψης από ιατρό στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (v=20)

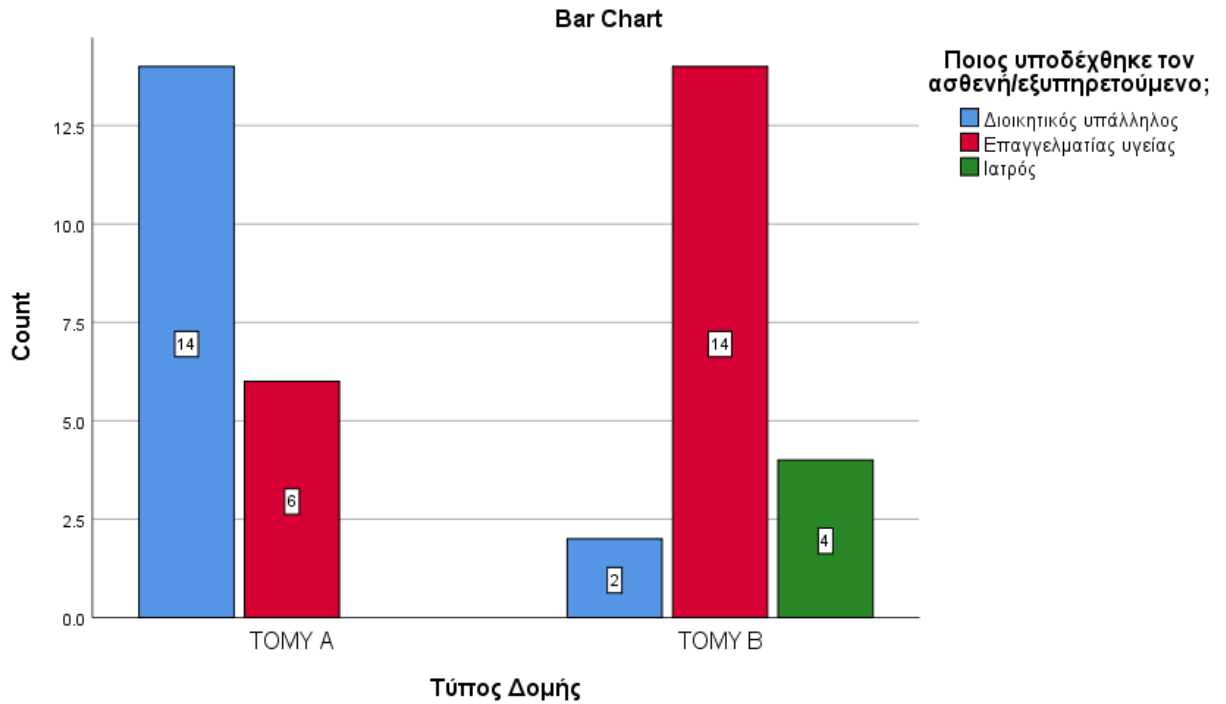
ΔΙΑΧΕΪΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ	ΤΟ.Μ.Υ. Α		ΤΟ.Μ.Υ. Β		Pvalue
	N	%	N	%	
Τι περιελάμβανε η διαχείριση του ασθενή από τον ιατρό;					0,036
Δευτερογενή ή τριτογενή πρόληψη ή/και εργαστηριακές εξετάσεις	1	50	2	25	
Δευτερογενή ή τριτογενή πρόληψη ή/και φαρμακευτική αγωγή	1	50	-	-	
Όλα τα παραπάνω	-	-	6	75	
Εάν η διαχείριση περιλάμβανε δευτερογενή ή τριτογενή πρόληψη ή/και φαρμακευτική αγωγή, προσδιορίστε δοκιμασίες:					0,044
SCORE, FRAX, SCORE, PSA, PHQ2, FOBT, SAD PERSON, γενικές εξετάσεις, βιοχημικές εξετάσεις	-	-	6	85,71	
Εργαστηριακές εξετάσεις	1	50	-	-	
Συνταγογράφηση φαρμάκων για χρόνιες παθήσεις	1	50	-	-	
Συνταγογράφηση φαρμάκων για χρόνιες παθήσεις, εργαστηριακές εξετάσεις	-	-	1	14,28	
Συμβουλευθήκε ο ιατρός το φάκελο του ασθενή;					0,028
Ναι	2	100	8	100	
Καταγράφηκε η διαχείριση στο φάκελο του ασθενή από τον ιατρό;					0,028

Ναι	2	100	8	100	
Έγινε χρήση κατευθυντήριων οδηγιών κατά τη διαχείριση του ασθενή;					0,028
Ναι	2	100	8	100	
Ποιες κατευθυντήριες οδηγίες χρησιμοποιήσατε:					0,027
Του Υπουργείου Υγείας	2	100	2	25	
Του Πανεπιστημίου Κρήτης	-	-	6	75	
Έγινε εκτίμηση του δεκαετή καρδιαγγειακού κινδύνου για θανατηφόρο γεγονός όπως προκύπτει από την ελληνική καρδιαγγειακή εταιρία ή άλλο επίσημο οργανισμό;					0,011
Ναι	-	-	7	87,5	
Όχι	2	100	-	-	
Δεν απαιτείται για τον συγκεκριμένο ασθενή	-	-	1	12,5	
Εάν έγινε εκτίμηση, ήταν ο κίνδυνος >10%;					0,004
Όχι	-	-	7	100	
Έγινε εκτίμηση του ιδεατού αυτοκτονισμού;					0,011
Ναι	-	-	7	87,5	
Όχι	2	100	-	-	
Δεν απαιτείται για τον συγκεκριμένο ασθενή	-	-	1	12,5	
Έγινε έλεγχος για τους εμβολιασμούς για γρίπη, πνευμονιόκοκκο και έρπητα ζωστήρα;					0,074
Ναι	2	100	6	75	
Δεν απαιτείται για τον συγκεκριμένο ασθενή	-	-	2	25	
Έγινε σπιρομέτρηση;					0,036
Ναι	-	-	2	25	
Όχι	2	100	1	12,5	
Δεν απαιτείται για τον συγκεκριμένο ασθενή	-	-	5	62,5	
Έγινε έλεγχος για οστεοπόρωση;					0,046
Ναι	1	50	4	50	
Όχι	1	50	-	-	
Δεν απαιτείται για τον συγκεκριμένο ασθενή	-	-	4	50	
Εάν ναι, παραπέμψατε τον ασθενή σε εργαστήριο για εκτίμηση οστικής πυκνότητας;					0,055
Ναι	1	100	5	71,42	
Όχι	-	-	2	28,58	
Προγραμματίστηκε επόμενο ραντεβού;					0,028
Ναι	2	100	8	100	
Χρειάστηκε ο ασθενής παραπομπή;					0,058
Ναι	1	50	7	87,5	
Όχι	1	50	1	12,5	
Τι είδους παραπομπή πραγματοποιήθηκε;					0,018
Εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας	1	100	7	100	
Έλαβε ο ασθενής παραπεμπτικό σημείωμα από τον ιατρό;					0,018
Ναι	1	100	7	100	
Τι τύπο παραπεμπτικού σημειώματος έλαβε ο ασθενής;					0,028
Ηλεκτρονικό παραπεμπτικό σημείωμα	1	100	-	-	
Χάρτινο παραπεμπτικό σημείωμα	-	-	1	14,29	
Και τα δύο	-	-	6	85,71	
Αν πραγματοποιήθηκε εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας, σε τι είδος δομής έγινε η παραπομπή;					0,010
Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων	-	-	7	100	
Ιατροί ΠΕΔΥ	1	100	-	-	
Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για την ολοκλήρωση	20	-	31,88	6,917	0,150

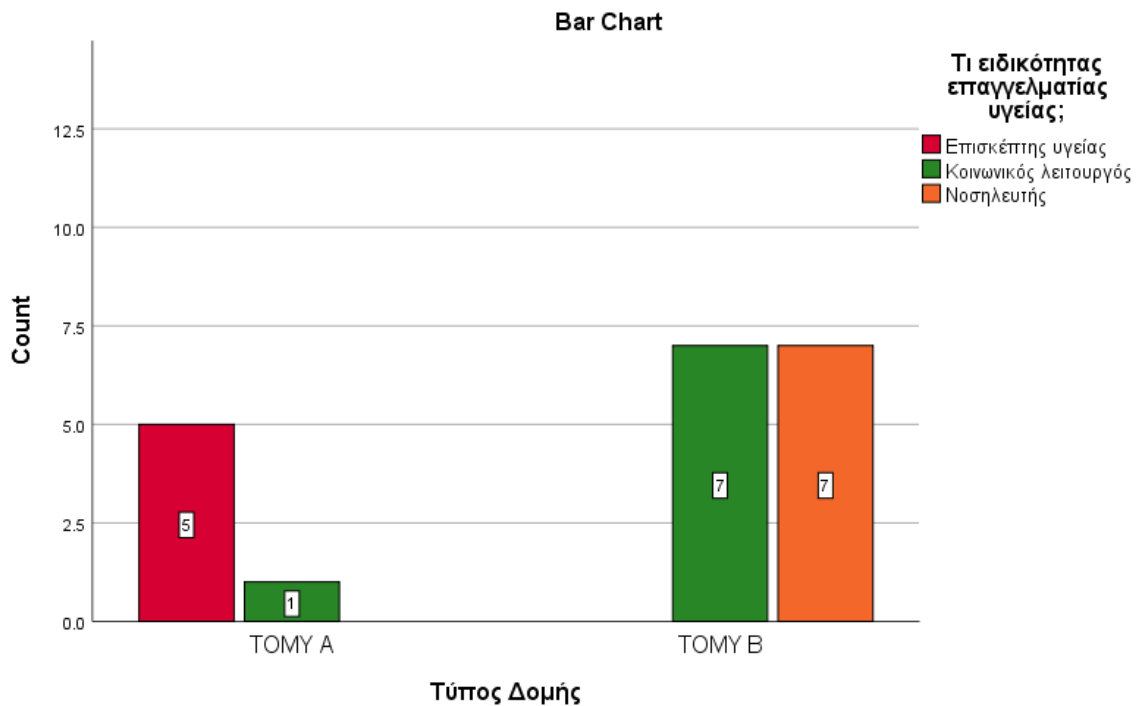
της διαχείρισης του ασθενή;					
Τι επηρέασε το χρόνο διαχείρισης;					0,005
Πρόβλημα με το πληροφοριακό σύστημα ή το σύστημα συνταγογράφησης	1	100	-	-	
Άλλο	-	-	8	100	
Ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο διαχείρισης;					0,540
Χρειάστηκε προσωπική επικοινωνία με τον ιατρό στο νοσοκομείο	-	-	1	100	

Πίνακας 12: Πληροφορίες για την παρακολούθηση της εξέλιξης των ασθενών πρόληψης στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (n=20)

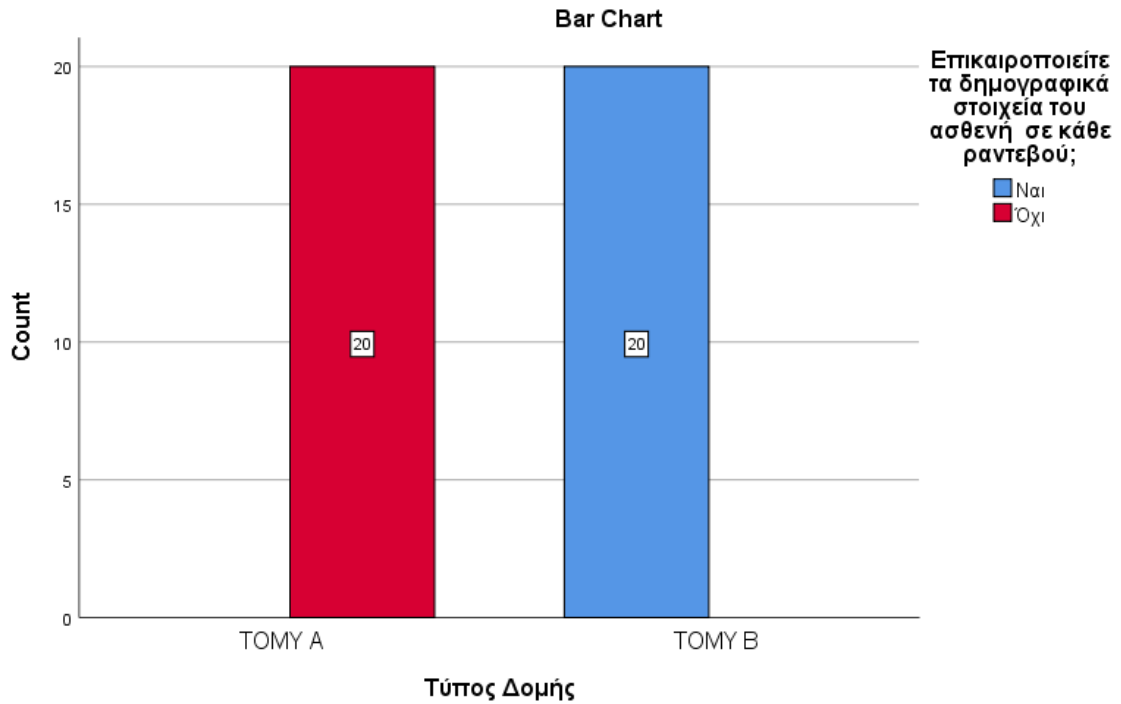
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΨΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	ΕΞ΄ΕΛΙΞΗΣ	ΤΟ.Μ.Υ. Α		ΤΟ.Μ.Υ. Β		Pvalue
		N	%	N	%	
Πραγματοποιείται ανατροφοδότηση/εκτίμηση ρύθμισης;						0,147
Ναι		20	100	18	100	
Ποιος είναι υπεύθυνος για την ανατροφοδότηση;						<0,001
Επαγγελματίας υγείας		20	100	6	33,3	
Ιατρός		-	-	12	66,7	
Πραγματοποιείται παρακολούθηση του ασθενή;						0,147
Ναι		20	100	18	100	
Ποιος είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση;						0,014
Επαγγελματίας υγείας		-	-	5	27,7	
Ιατρός		20	100	13	72,3	
Γίνεται ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας;						0,147
Ναι		20	100	18	100	
Ποιος είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας;						0,037
Νοσηλεύτης		-	-	4	22,2	
Άλλος επαγγελματίας υγείας		-	-	1	5,5	
Ιατρός		20	100	13	72,3	



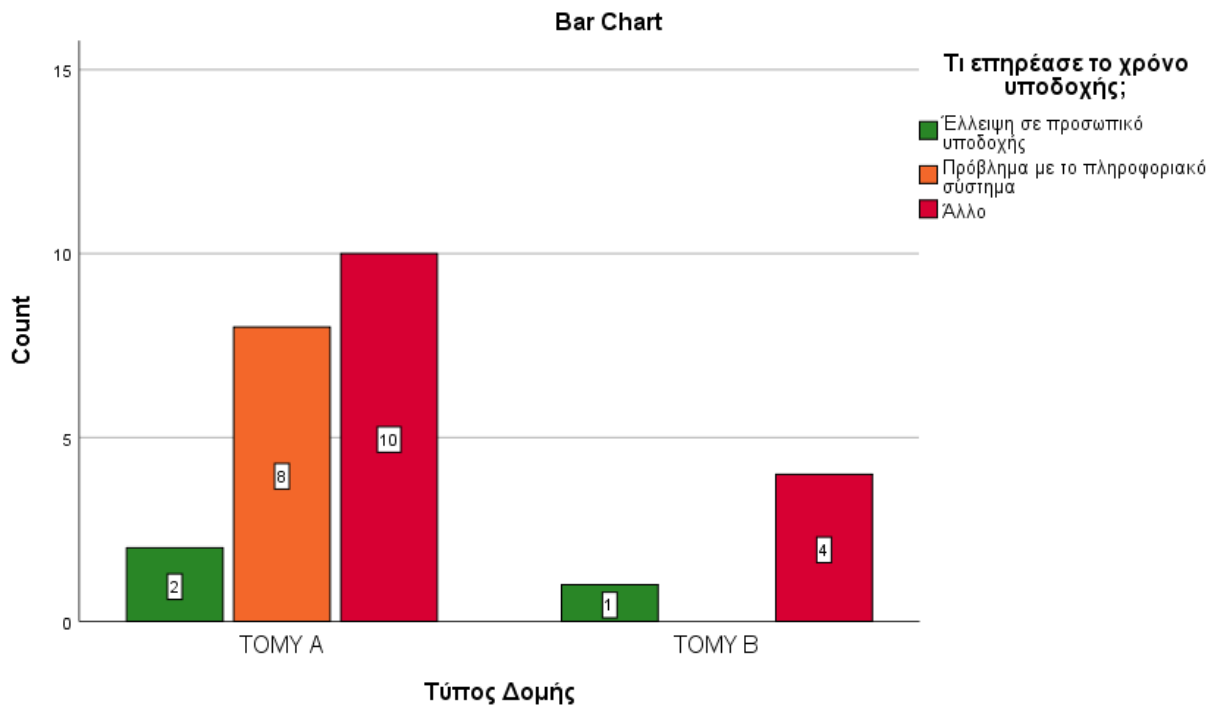
Γράφημα 61: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το ποιός υποδέχθηκε τον ασθενή/εξυπηρετούμενο στον εκάστοτε τύπο δομής



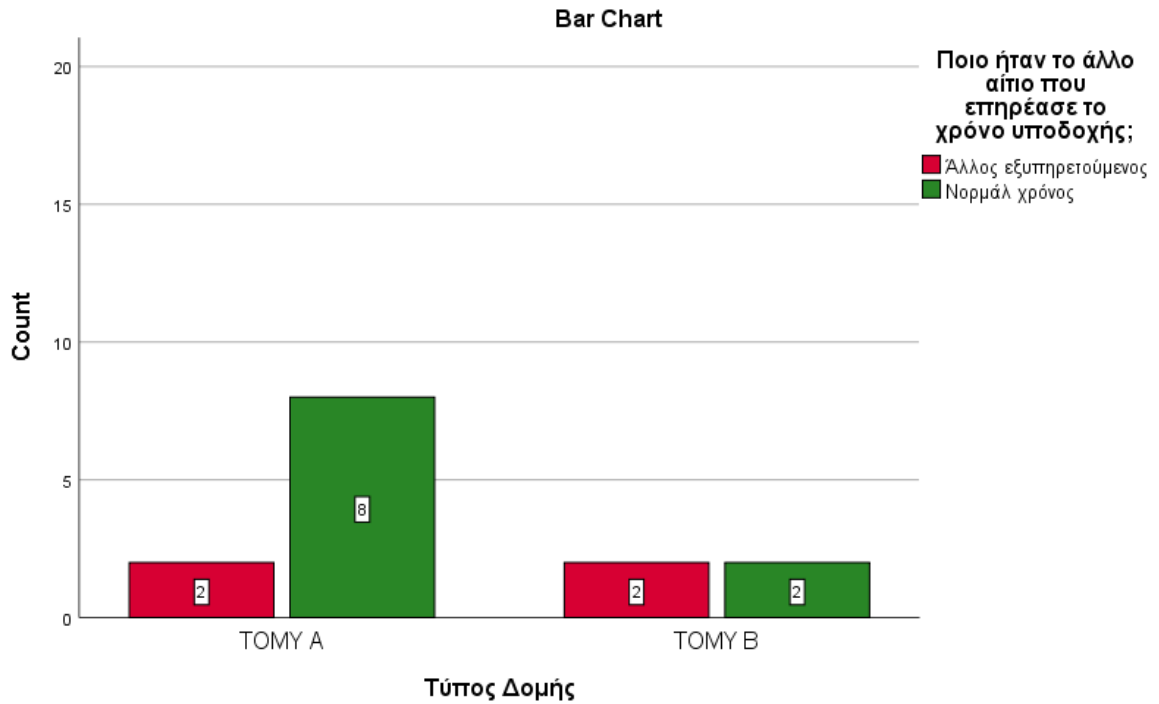
Γράφημα 62: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με την ειδικότητα του επαγγελματία υγείας που υποδέχθηκε τον ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



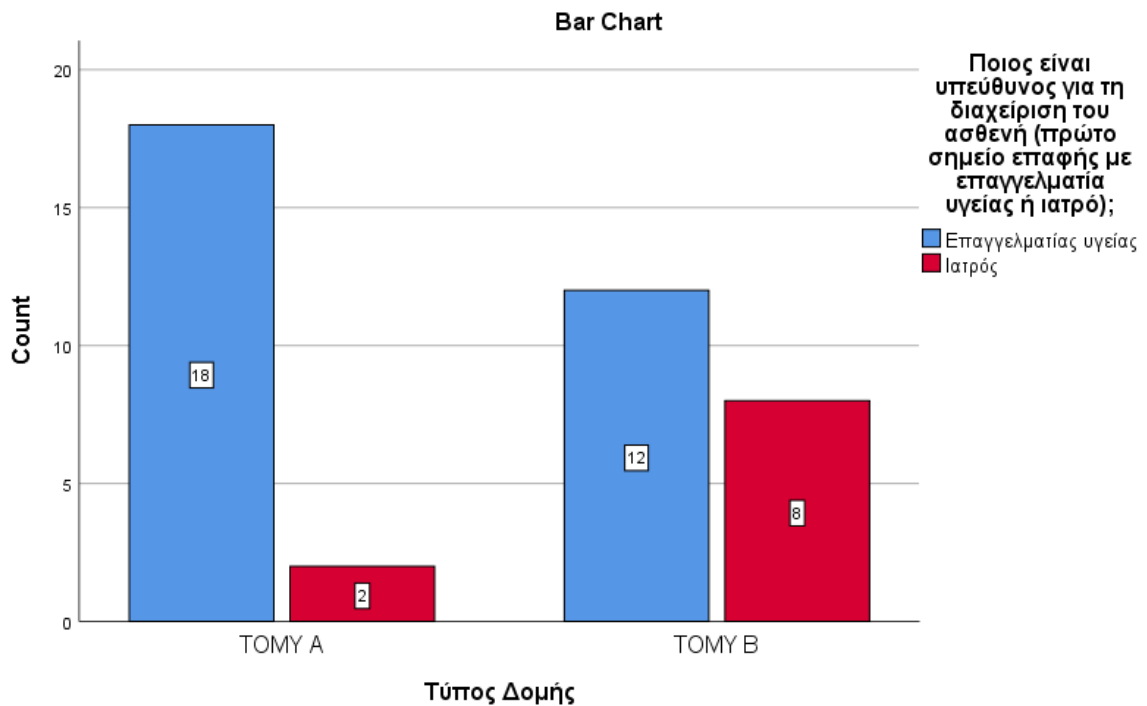
Γράφημα 63: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν επικαιροποιείτε τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενή σε κάθε ραντεβού στον εκάστοτε τύπο δομής



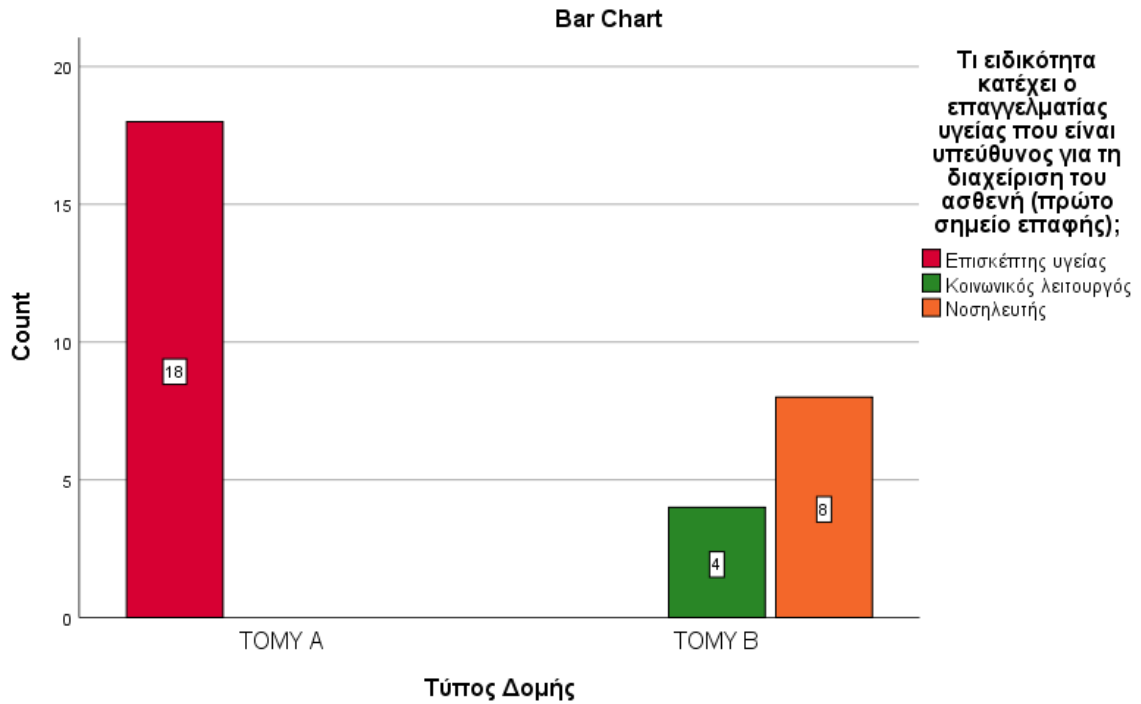
Γράφημα 64: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι επηρέασε το χρόνο υποδοχής του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



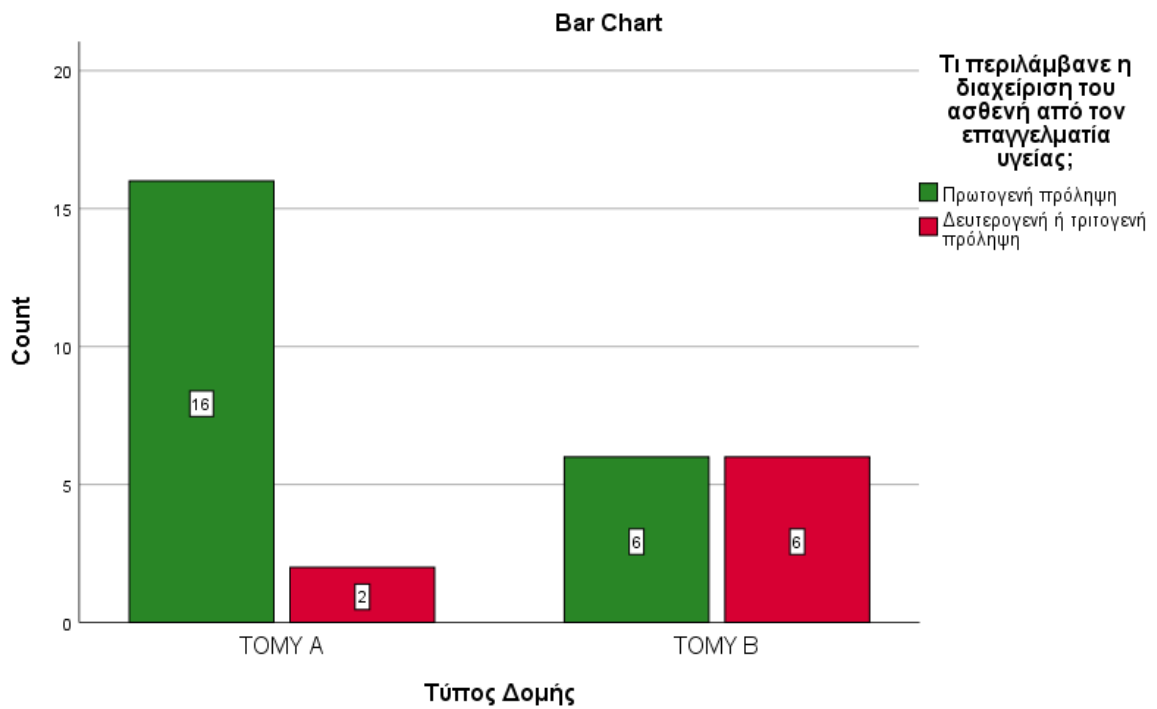
Γράφημα 65: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο υποδοχής του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



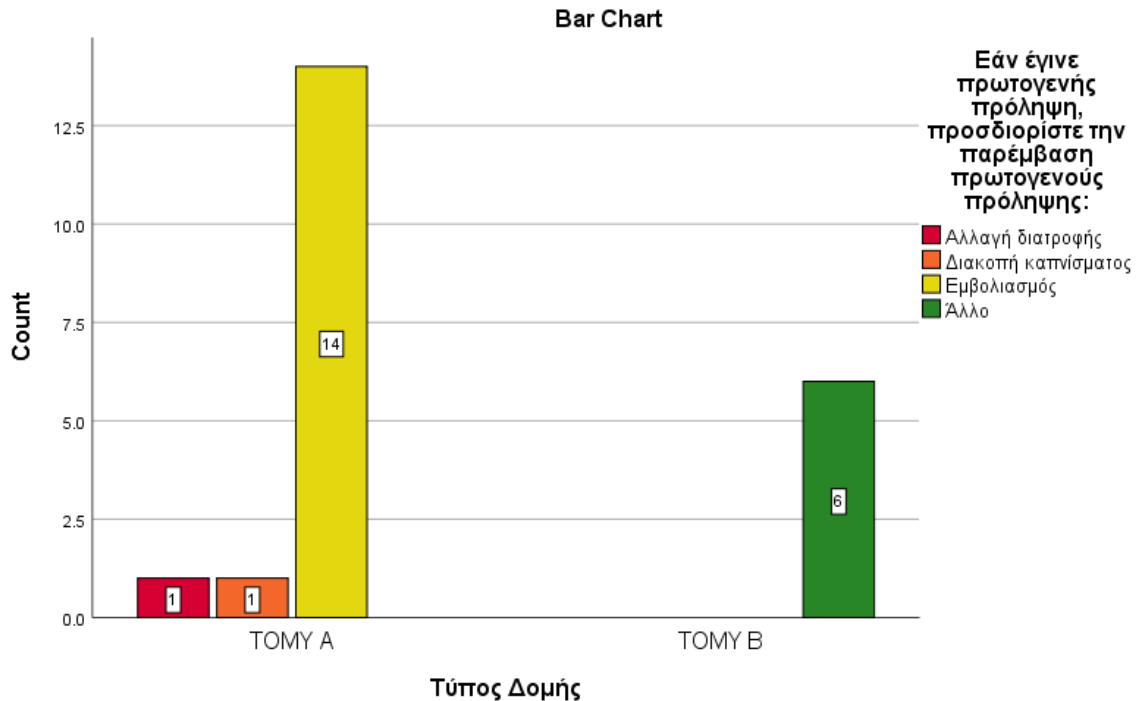
Γράφημα 66: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



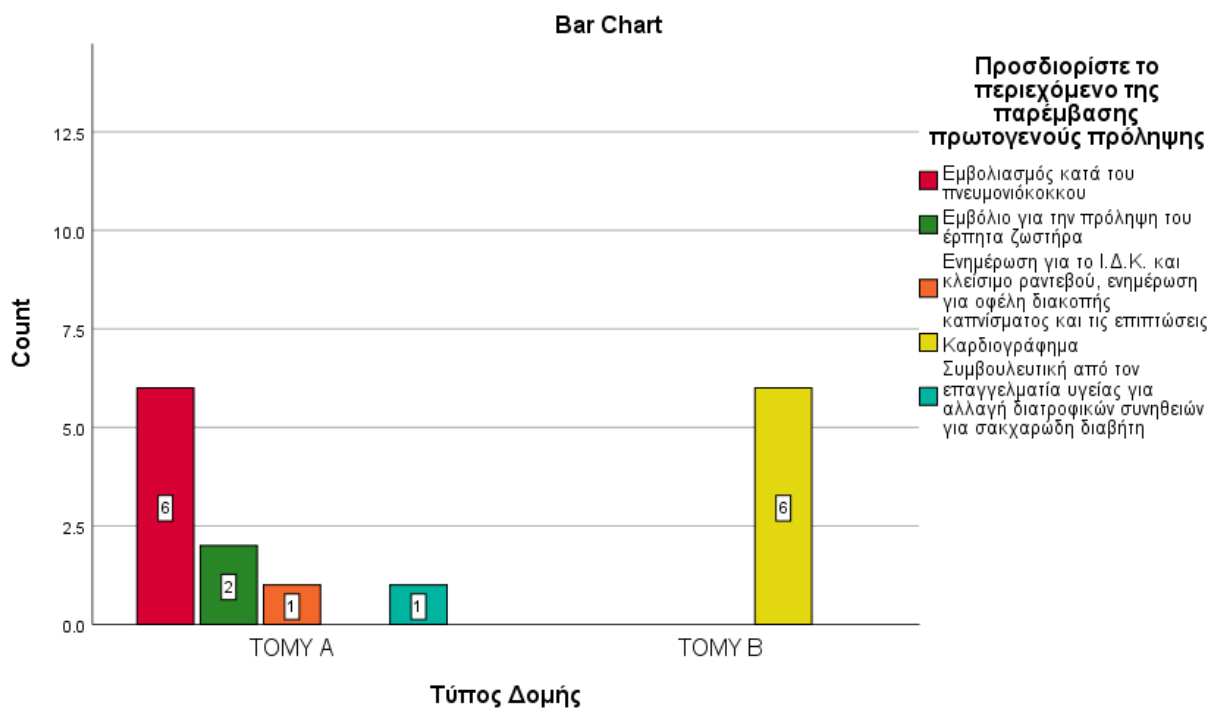
Γράφημα 67: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με την ειδικότητα που κατέχει ο επαγγελματίας υγείας που είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



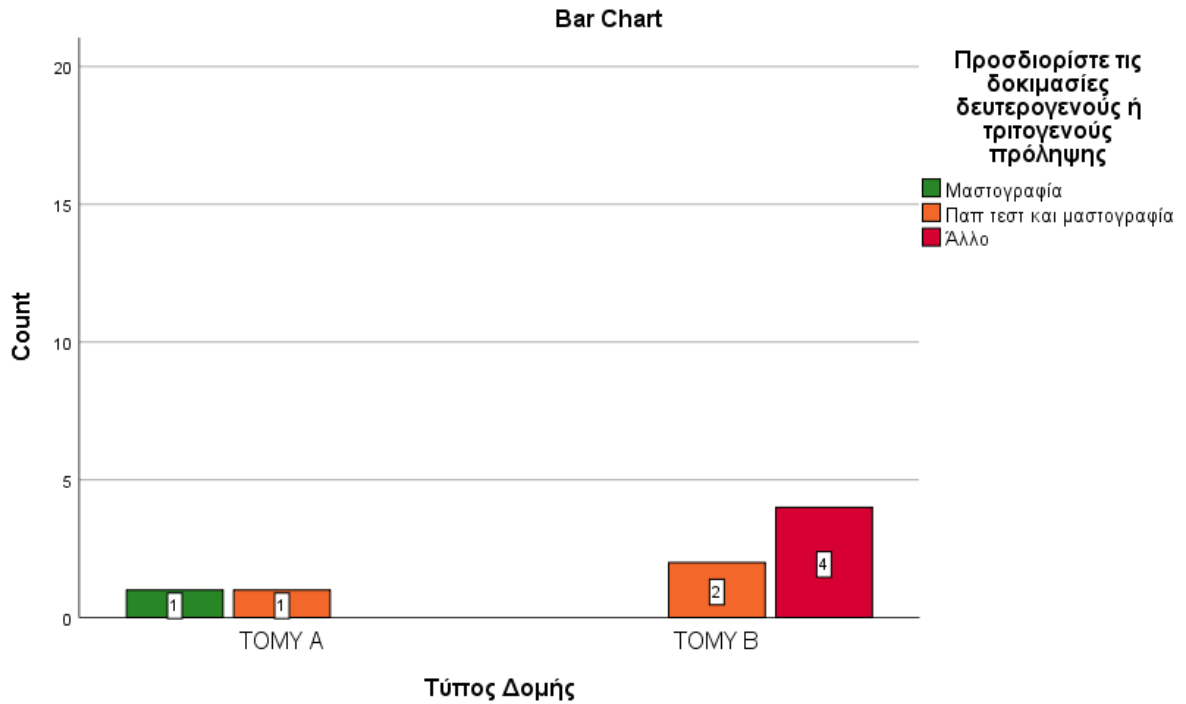
Γράφημα 68: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι περιλάμβανε η διαχείριση του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



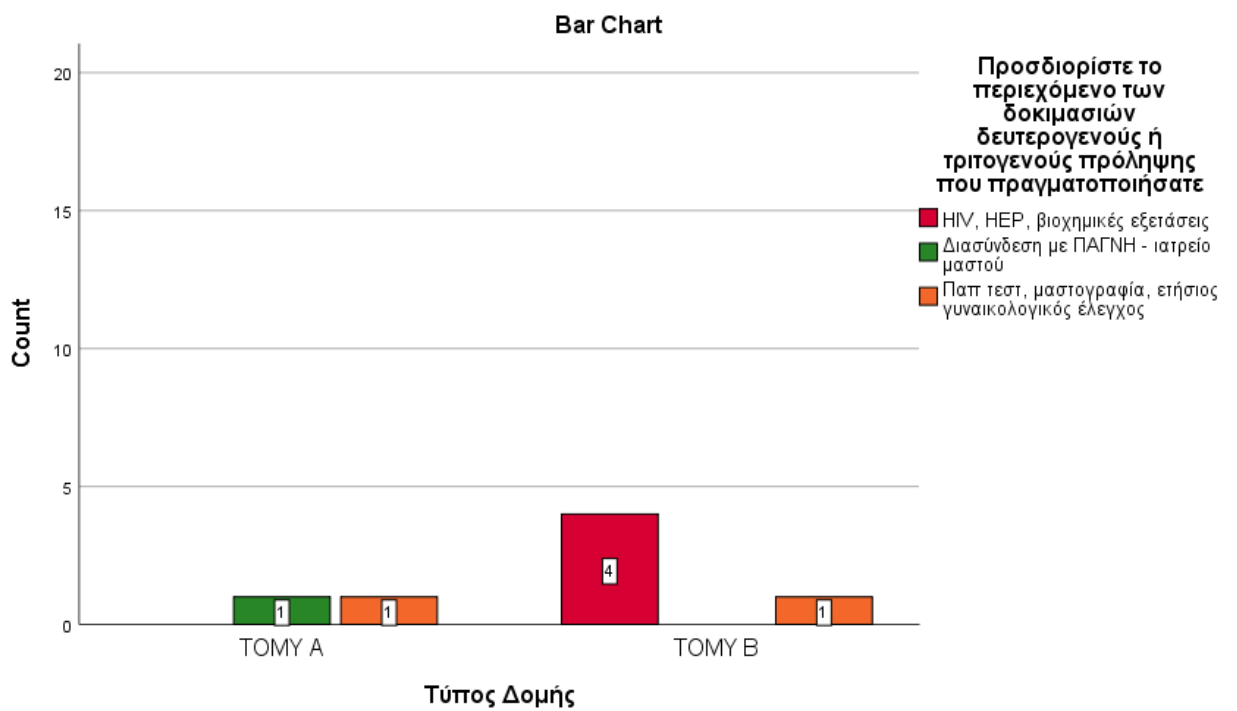
Γράφημα 69: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον προσδιορισμό της παρέμβασης πρωτογενούς πρόληψης που πραγματοποιήθηκε από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



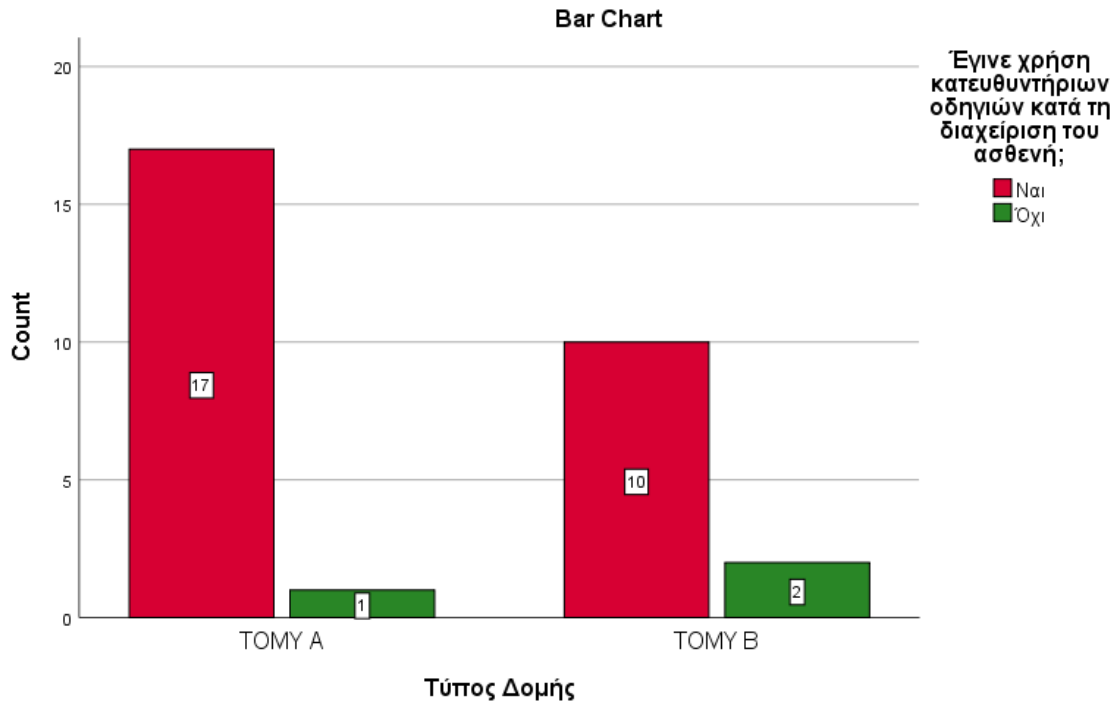
Γράφημα 70: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον προσδιορισμό του περιεχομένου της παρέμβασης πρωτογενούς πρόληψης που πραγματοποιήθηκε από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



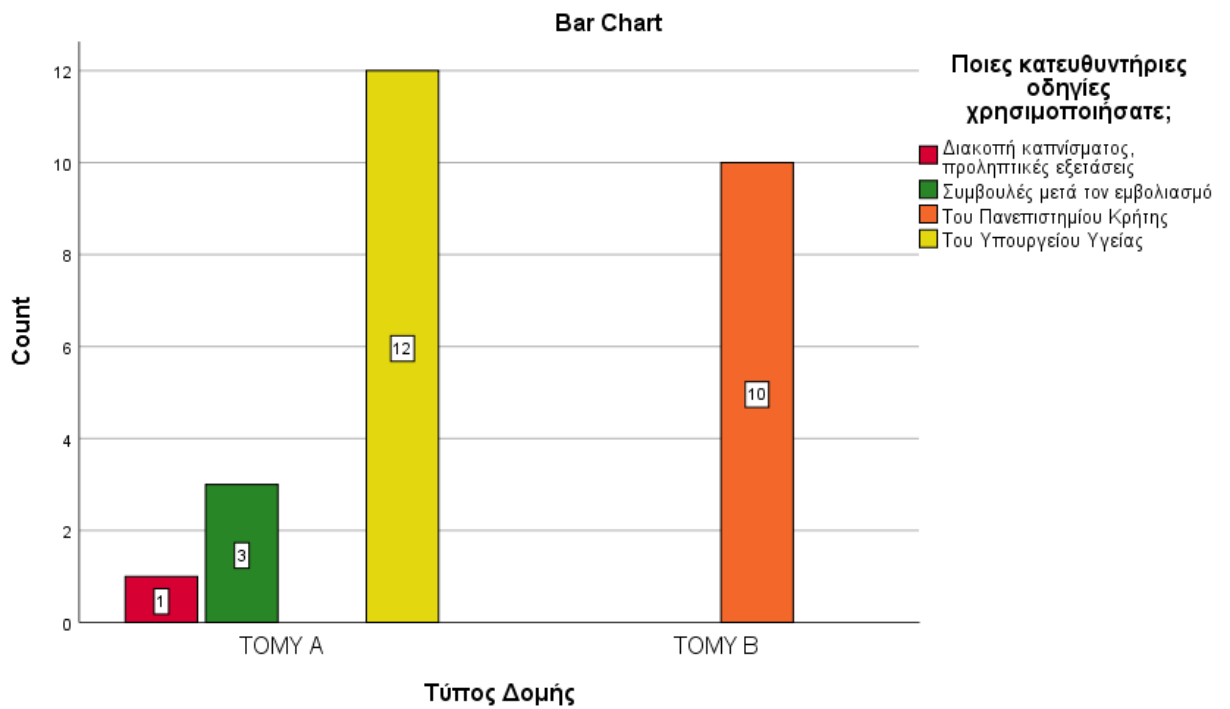
Γράφημα 71: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον προσδιορισμό των δοκιμασιών δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης που πραγματοποιήθηκαν από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



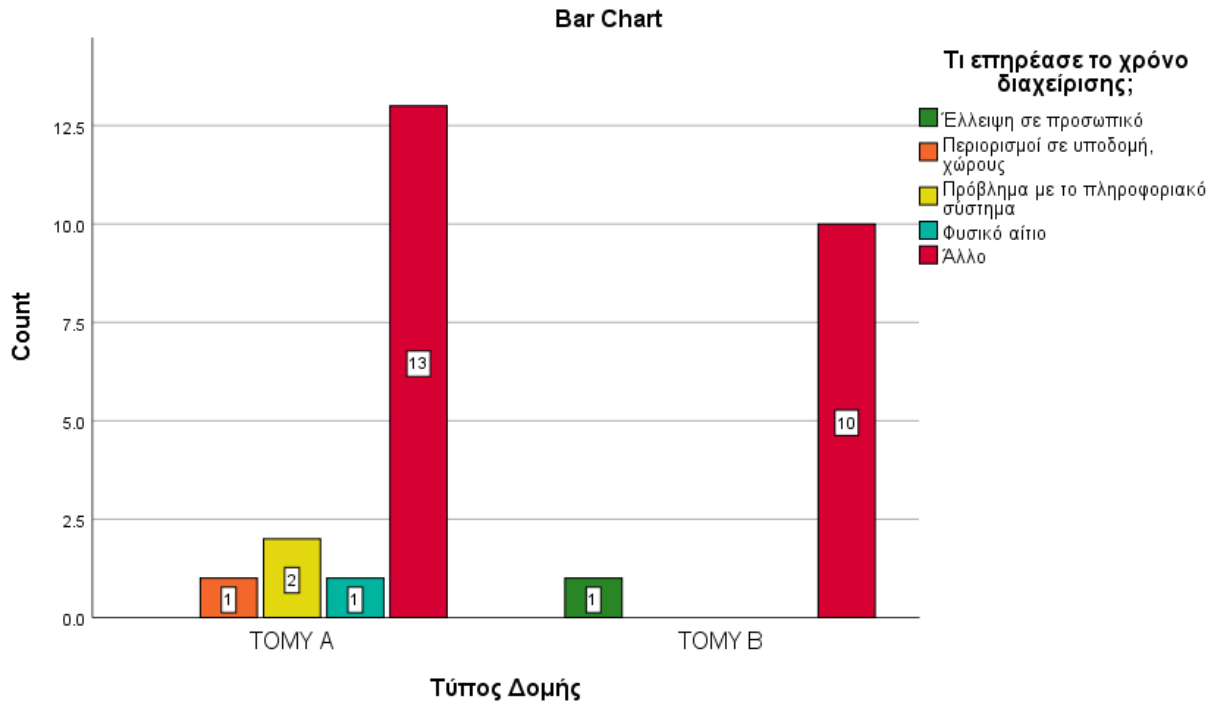
Γράφημα 72: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον προσδιορισμό του περιεχομένου των δοκιμασιών δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης που πραγματοποιήθηκαν από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



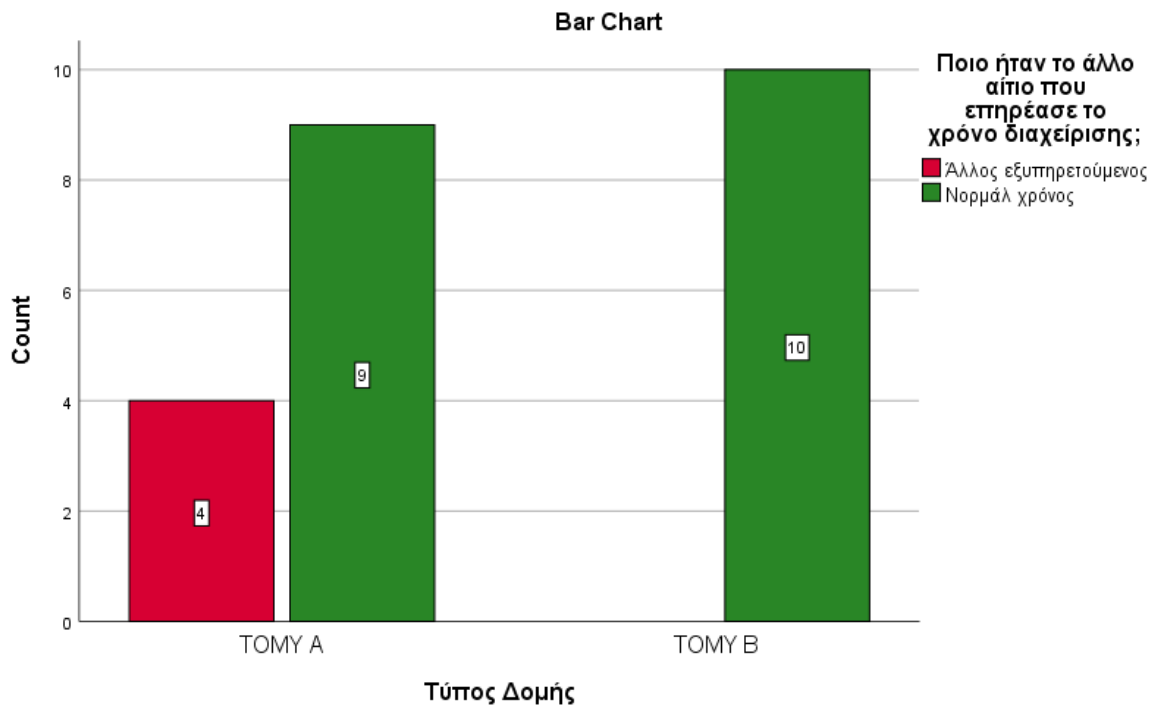
Γράφημα 73: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το αν έγινε χρήση κατευθυντήριων οδηγιών κατά τη διαχείριση του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



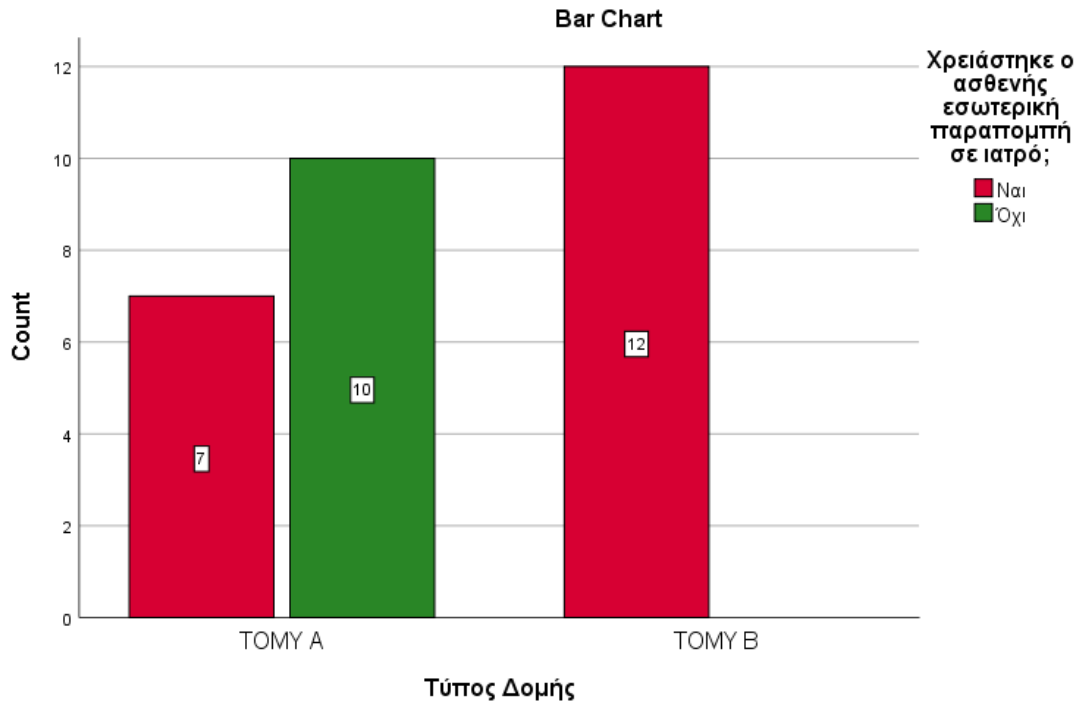
Γράφημα 74: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιες κατευθυντήριες οδηγίες χρησιμοποιήθηκαν από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



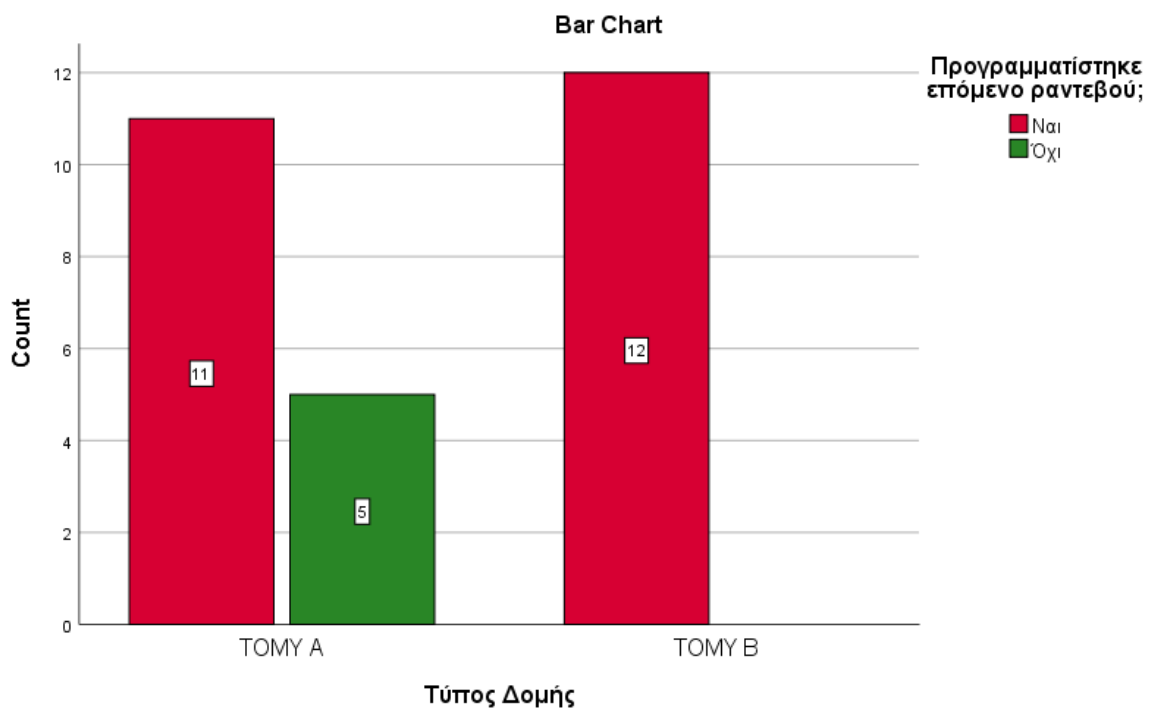
Γράφημα 75: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι επηρέασε το χρόνο διαχείρισης του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



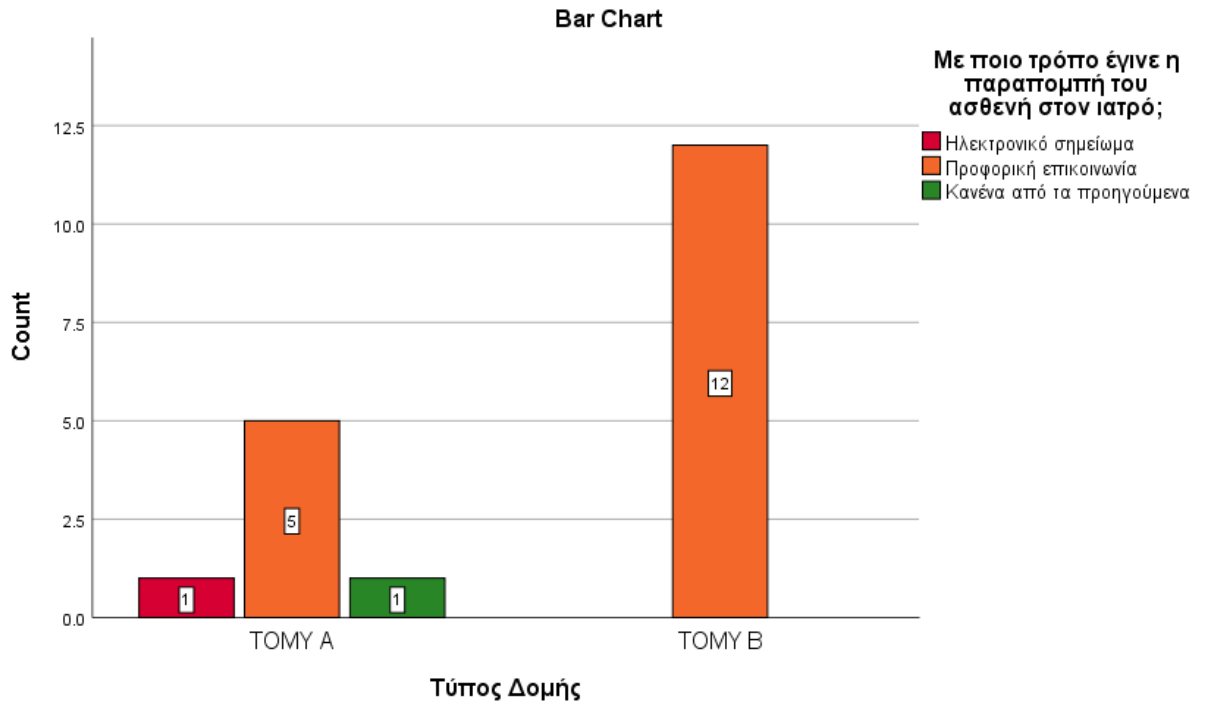
Γράφημα 76: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιο ήταν το άλλο αίτιο που επηρέασε το χρόνο διαχείρισης του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



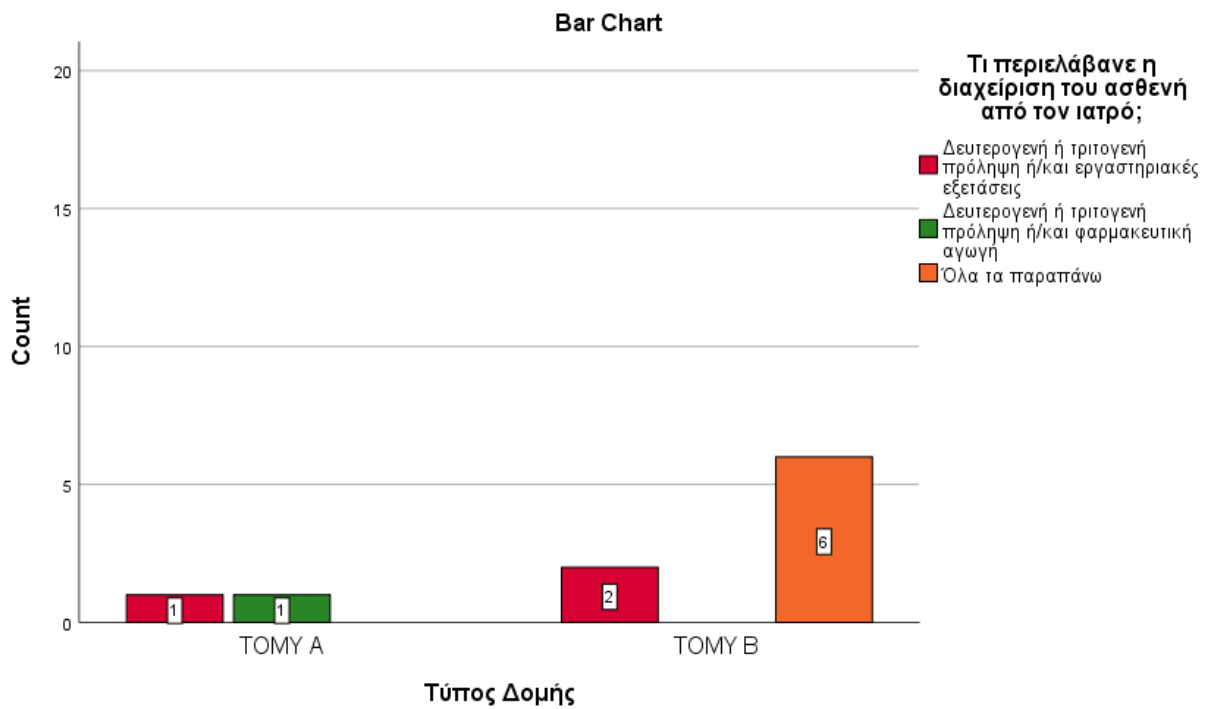
Γράφημα 77: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν χρειάστηκε ο ασθενής εσωτερική παραπομπή σε ιατρό από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



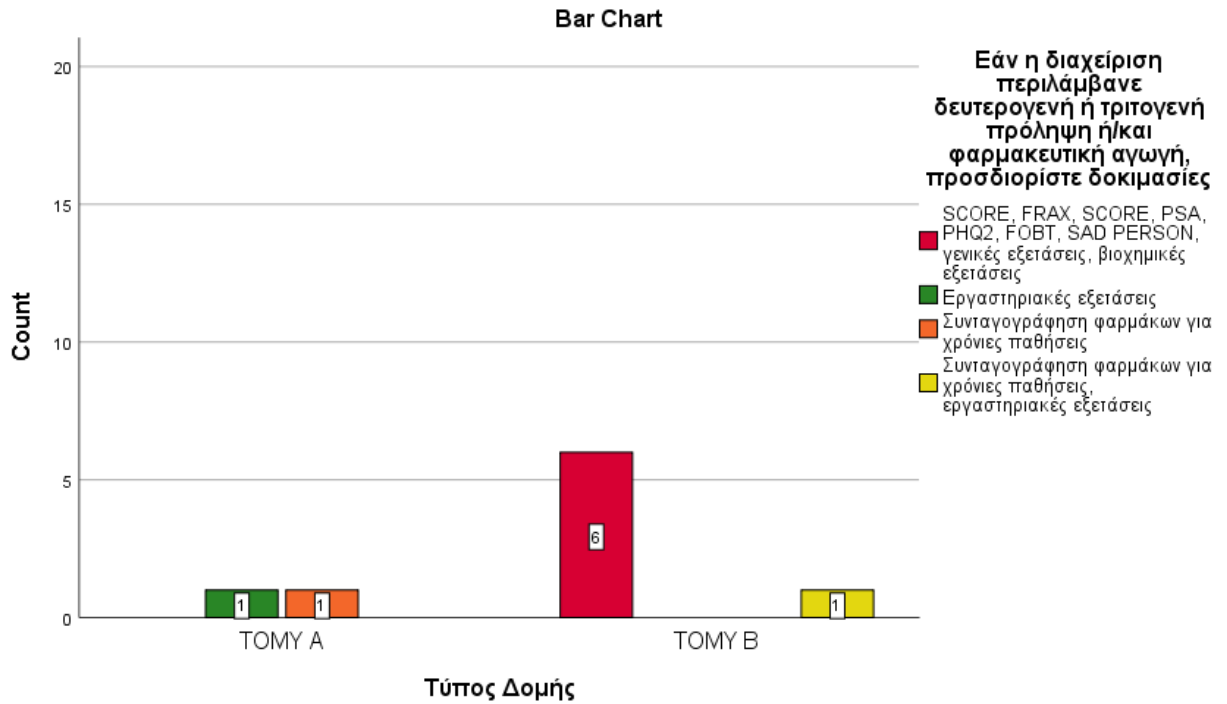
Γράφημα 78: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν προγραμματίστηκε επόμενο ραντεβού από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



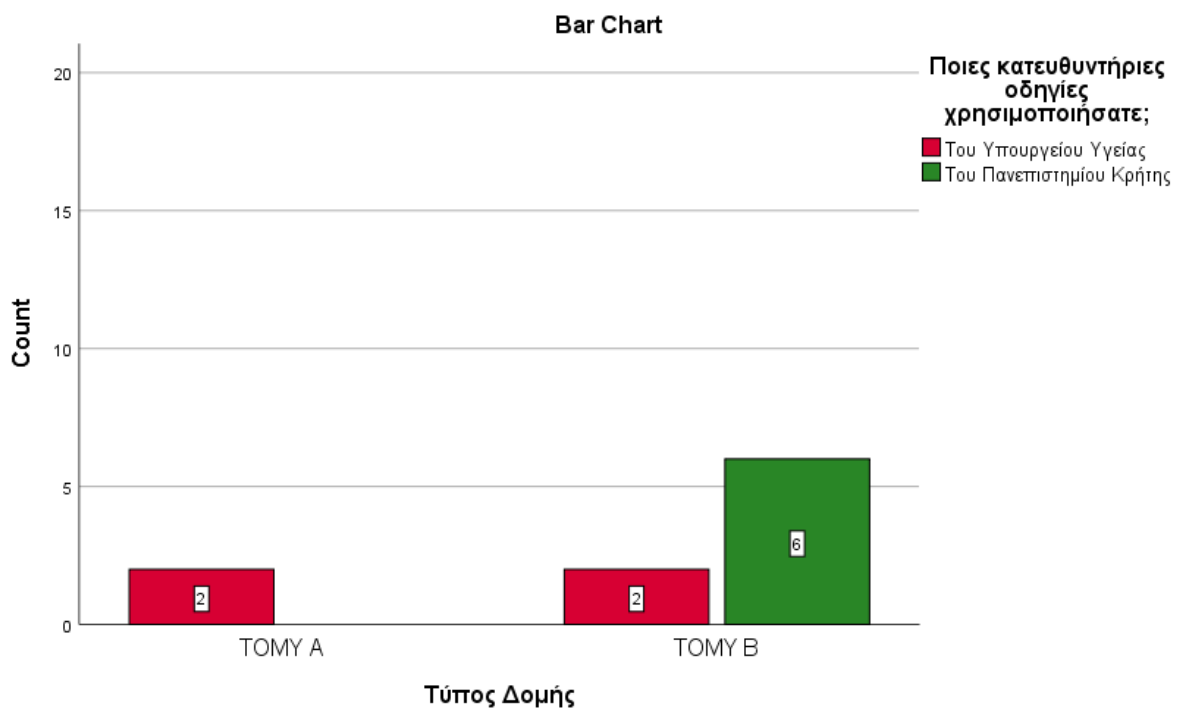
Γράφημα 79: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον τρόπο που έγινε η εσωτερική παραπομπή του ασθενή στον ιατρό από τον επαγγελματία υγείας στον εκάστοτε τύπο δομής



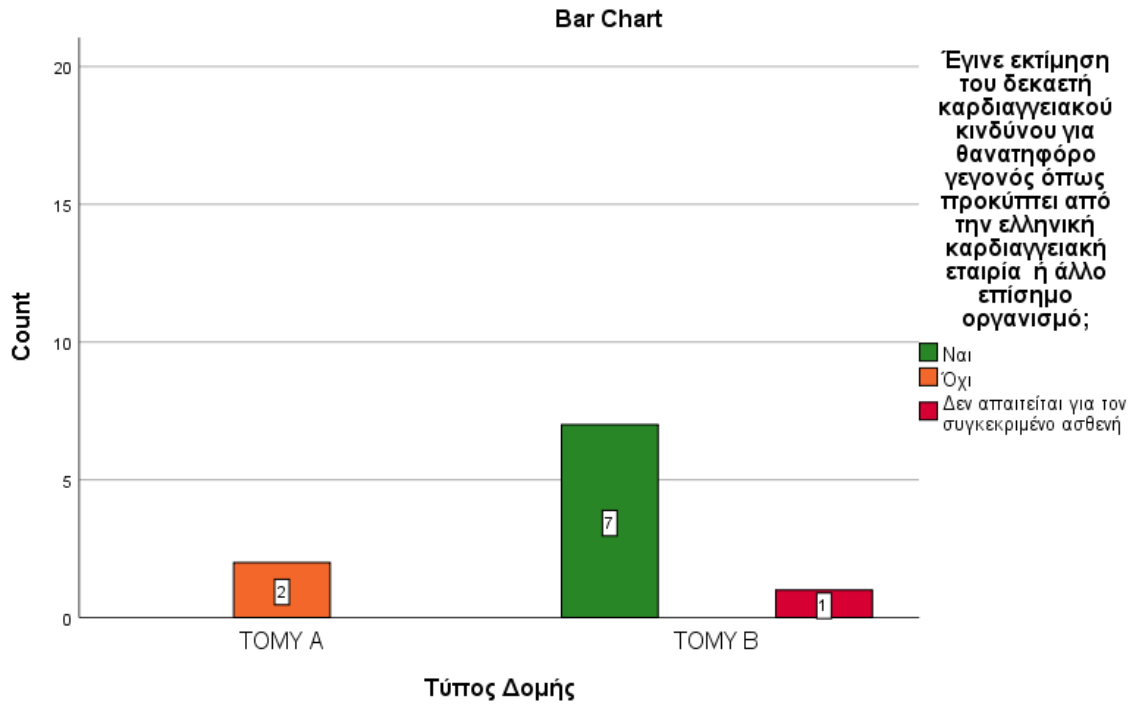
Γράφημα 80: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι περιλάμβανε η διαχείριση του ασθενή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



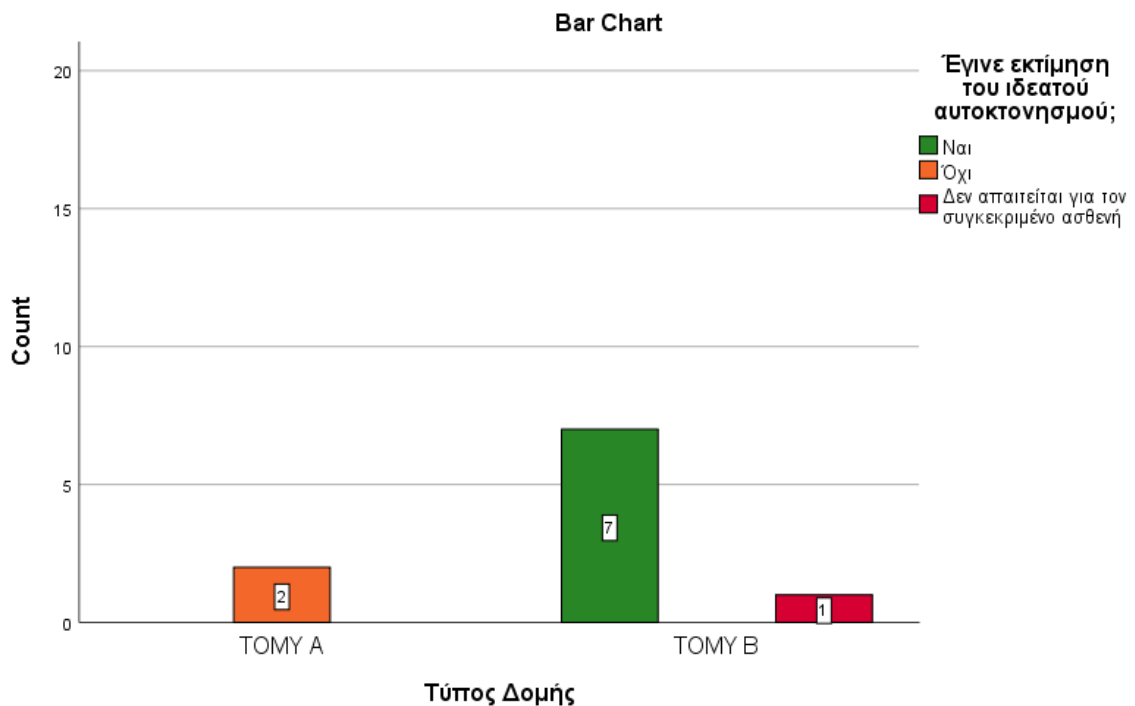
Γράφημα 81: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον προσδιορισμό των δοκιμασιών δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης ή/και φαρμακευτικής αγωγής που περιλάμβανε η διαχείριση του ασθενή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



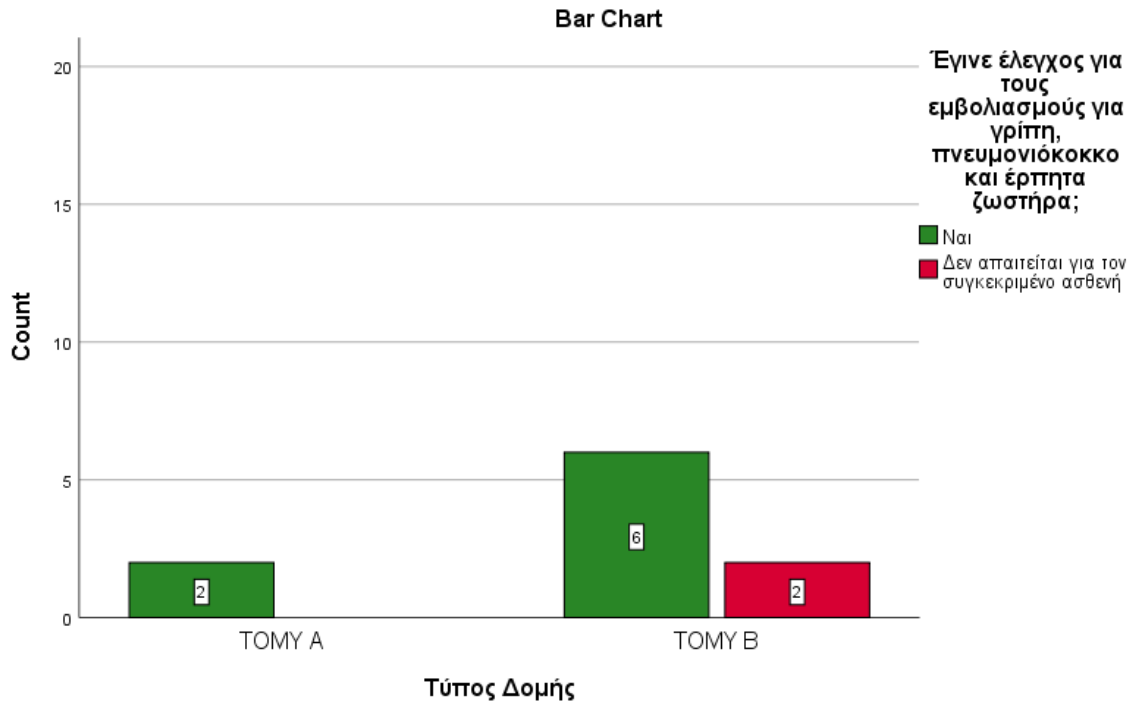
Γράφημα 82: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιες κατευθυντήριες οδηγίες χρησιμοποιήθηκαν από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



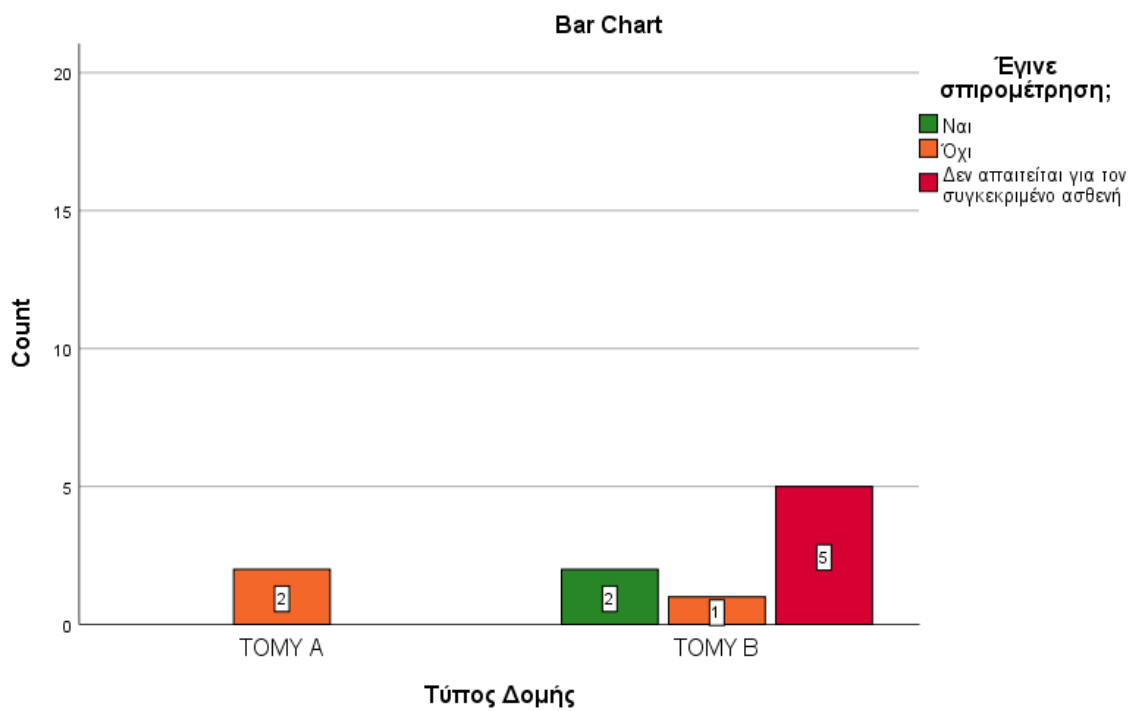
Γράφημα 83: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν έγινε εκτίμηση του δεκαετή καρδιαγγειακού κινδύνου για θανατηφόρο γεγονός όπως προκύπτει από την ελληνική καρδιαγγειακή εταιρία ή άλλο επίσημο οργανισμό από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



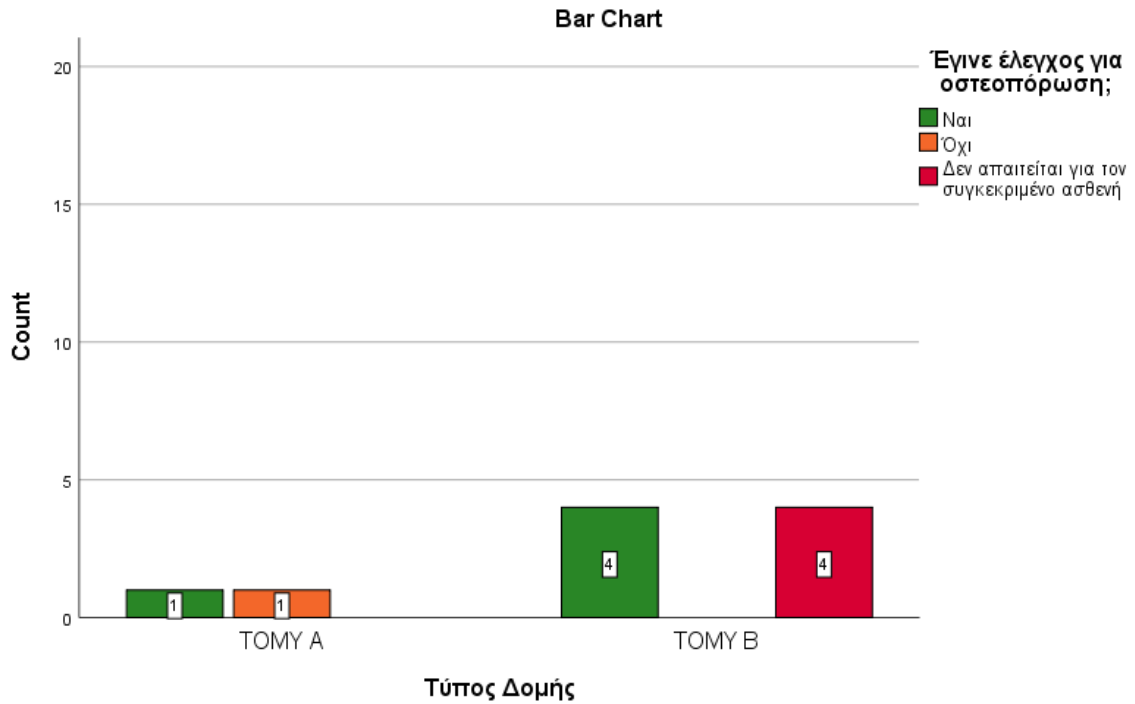
Γράφημα 84: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν έγινε εκτίμηση του ιδεατού αυτοκτονησμού από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



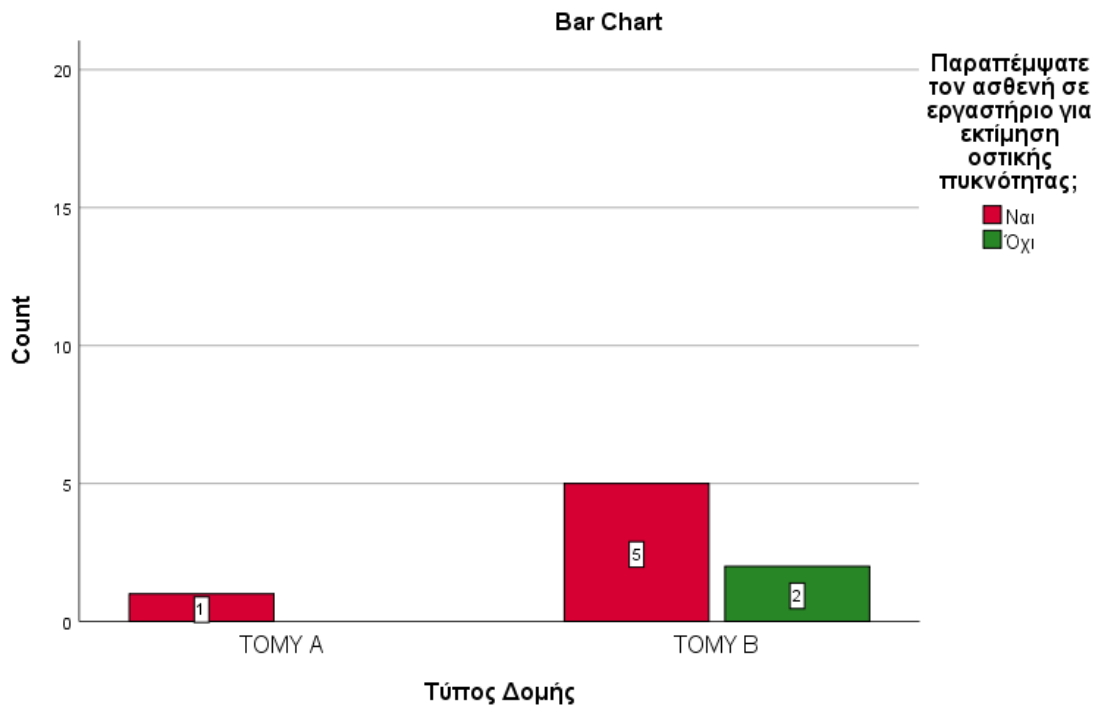
Γράφημα 85: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το αν έγινε έλεγχος για τους εμβολιασμούς για γρίπη, πνευμονιόκοκκο και έρπητα ζωστήρα από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



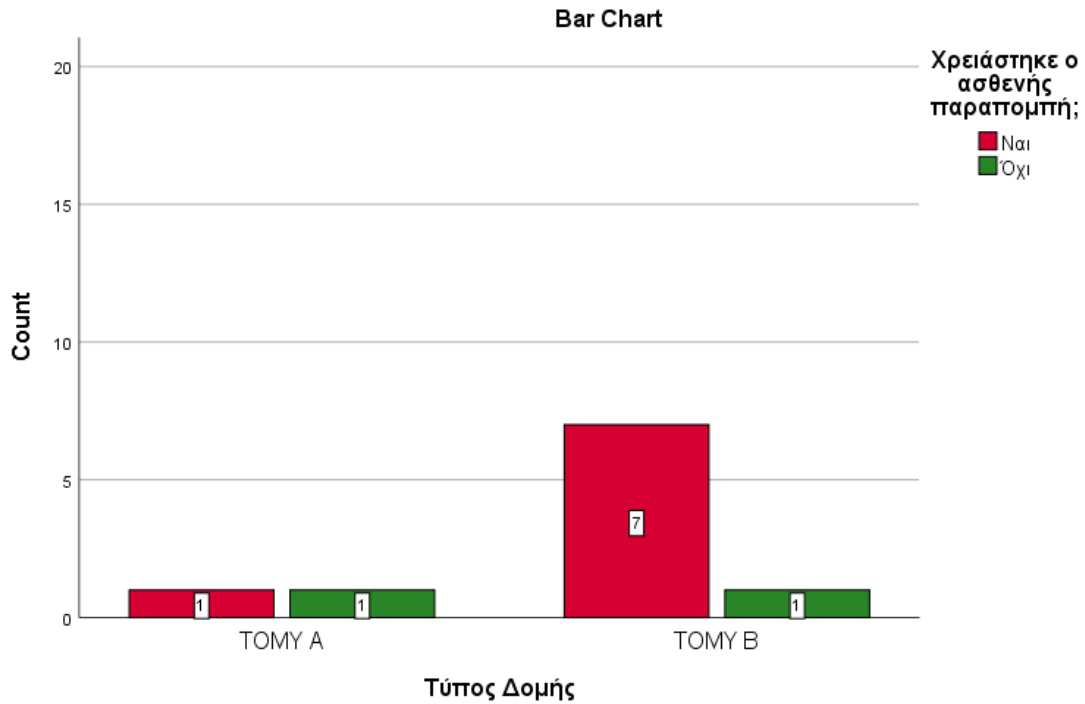
Γράφημα 86: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν έγινε σπιρομέτρηση από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



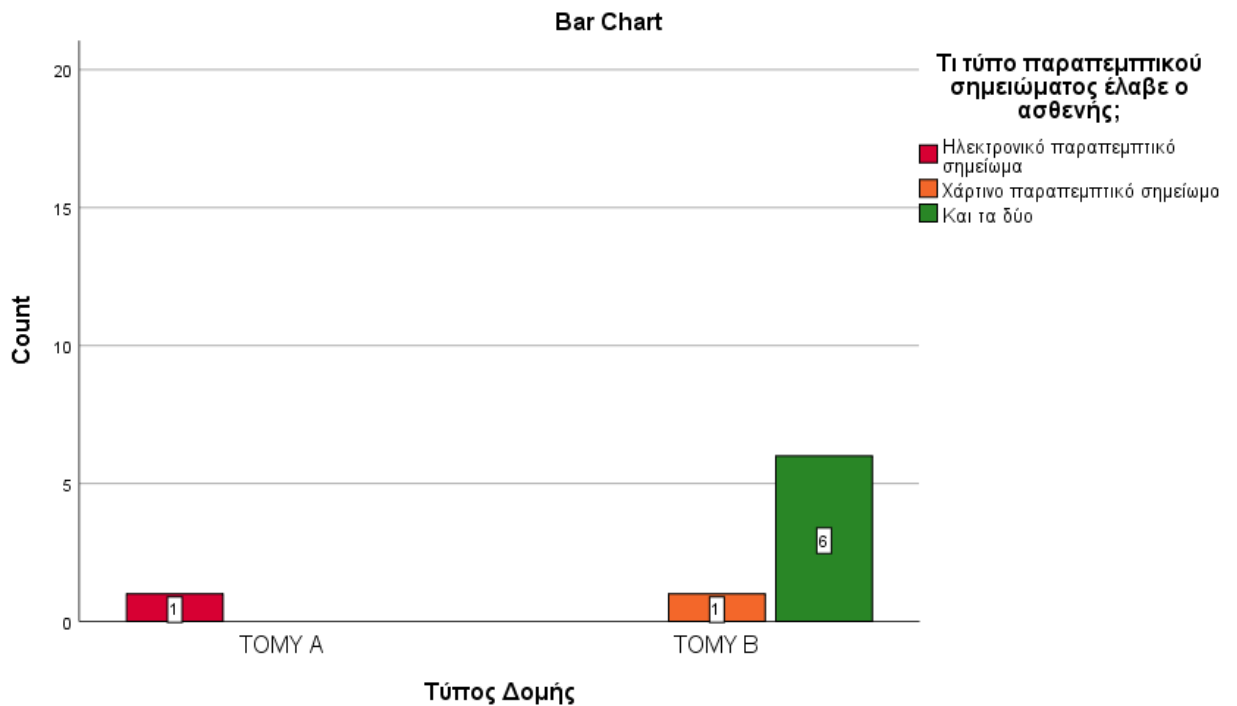
Γράφημα 87: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν έγινε έλεγχος για οστεοπόρωση από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



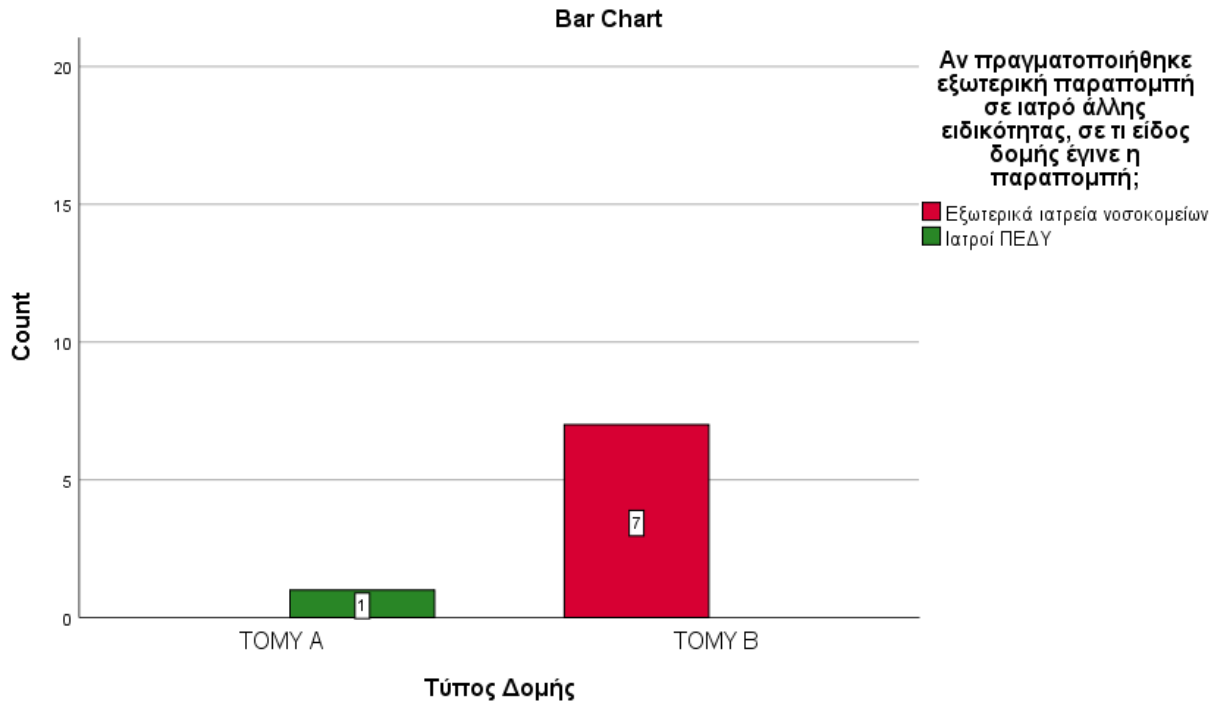
Γράφημα 88: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση για το αν παραπέμφθηκε ο ασθενής από τον ιατρό σε εργαστήριο για εκτίμηση οστικής πυκνότητας στον εκάστοτε τύπο δομής



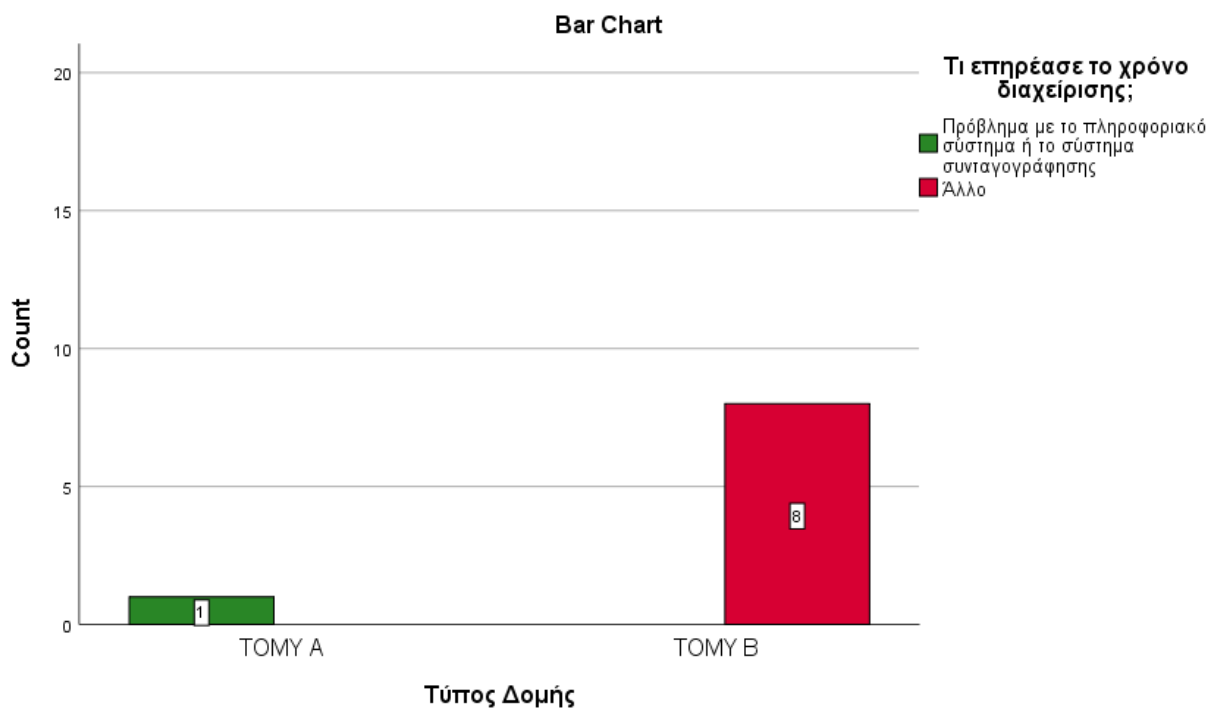
Γράφημα 89: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον αν χρειάστηκε ο ασθενής παραπομπή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



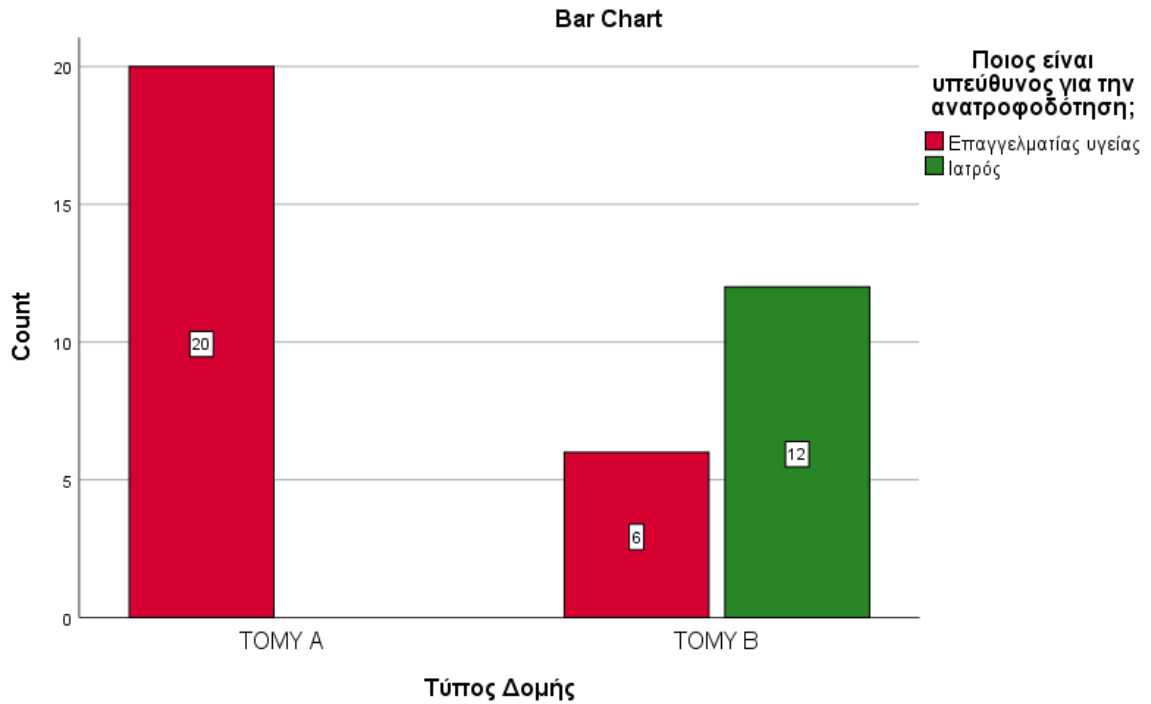
Γράφημα 90: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον τύπο του παραπεμπτικού σημειώματος που έλαβε ο ασθενής από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



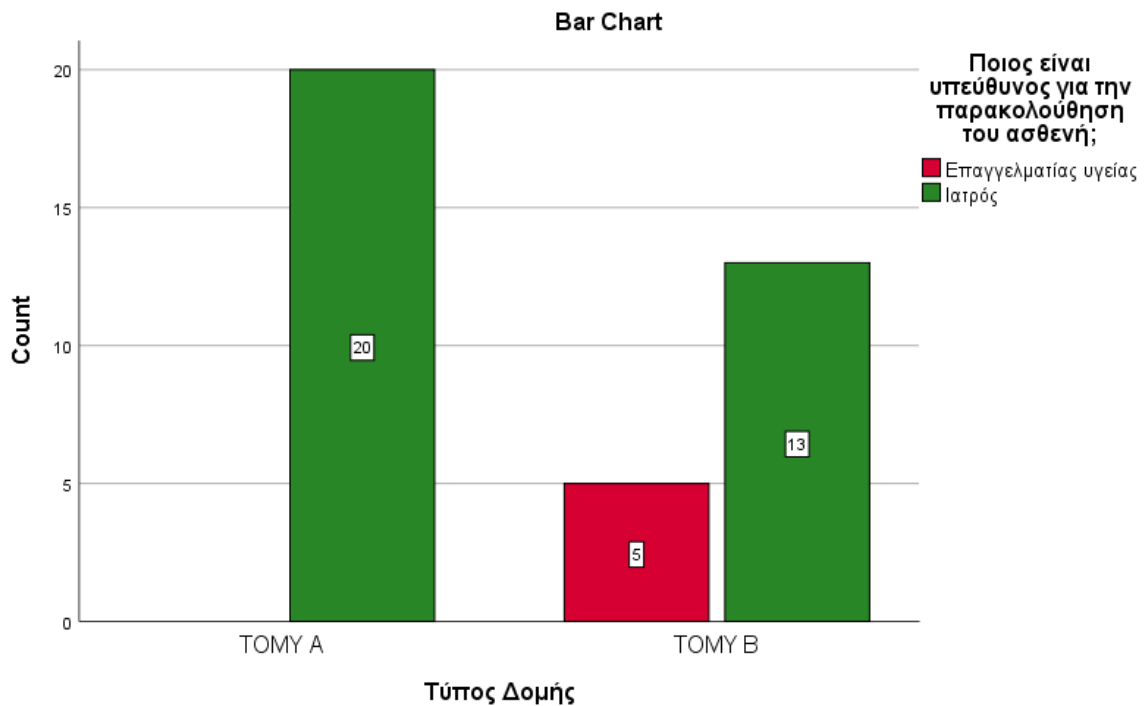
Γράφημα 91: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το είδος δομής που έγινε η εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



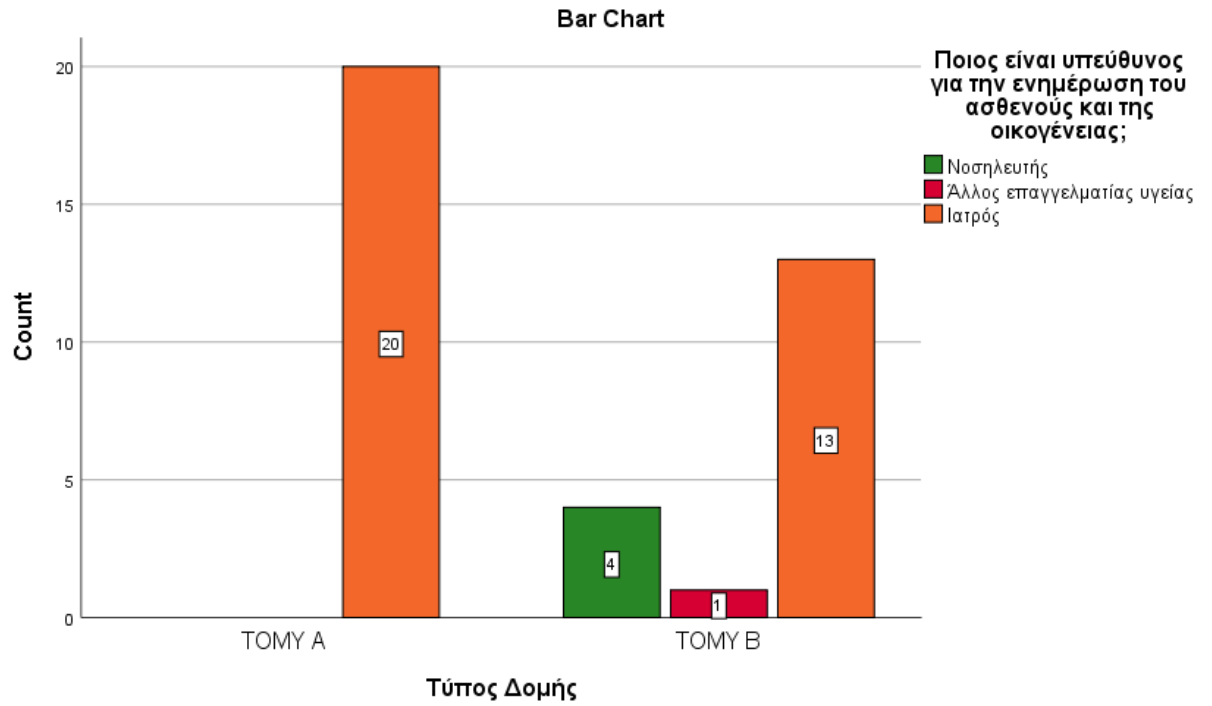
Γράφημα 92: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι επηρέασε το χρόνο διαχείρισης του ασθενή από τον ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



Γράφημα 93: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για την ανατροφοδότηση στον εκάστοτε τύπο δομής



Γράφημα 94: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



Γράφημα 95: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας στον εκάστοτε τύπο δομής

Παράρτημα 6

Βοήθεια στο σπίτι

Πίνακας 13: Πληροφορίες σχετικά με τη διαχείριση του ασθενή σε «πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι» στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (n=20)

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	ΤΟ.Μ.Υ. Α		ΤΟ.Μ.Υ. Β		Pvalue
	N	%	N	%	
Ποιος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του ασθενή κατ' οίκον;					0,007
Ο νοσηλευτής	-	-	2	10	
Ο κοινωνικός λειτουργός	15	75	13	65	
Άλλος επαγγελματίας υγείας	-	-	5	25	
Επισκέπτης υγείας	5	25	-	-	
Τι ειδικότητας επαγγελματίας υγείας;					0,057
Ιατρός	-	-	4	80	
Φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής	-	-	1	20	
Σε τι συχνότητα επισκέπτεται τον ασθενή κατ' οίκον ο νοσηλευτής;					<0,001
1-2 φορές/μήνα	5	71,42	20	100	
Κάθε 10-15 ημέρες	2	28,58	-	-	
Σε τι συχνότητα επισκέπτεται τον ασθενή κατ' οίκον ο κοινωνικός λειτουργός;					0,052
1-2 φορές/μήνα	13	81,25	19	100	
Κάθε 10-15 ημέρες	3	18,75	-	-	
Σε τι συχνότητα επισκέπτεται τον ασθενή κατ' οίκον ο ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος;					0,055
1-2 φορές/μήνα	13	86,6	19	100	
Κάθε 10-15 ημέρες	2	13,4	-	-	
Τι είδους αρχείο διατηρείτε για τον ασθενή;					-
Και τα δυο	20	100	20	100	

Πίνακας 14: Πληροφορίες σχετικά με τη φροντίδα του ασθενή σε «πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι» στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (n=20)

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	ΤΟ.Μ.Υ. Α		ΤΟ.Μ.Υ. Β		Pvalue
	N	%	N	%	
Ποια από τα παρακάτω περιλαμβάνει η εκτίμηση αναγκών υγείας του ασθενή;					0,042
Βιολογικές/ σωματικές ανάγκες	10	50	6	30	
Βιολογικές/ σωματικές ανάγκες και κοινωνικοοικονομικές ανάγκες	6	30	14	70	
Κοινωνικοοικονομικές ανάγκες	2	10	-	-	
Ψυχολογικές ανάγκες	2	10	-	-	
Ποιοι επαγγελματίες υγείας σχεδιάζουν τη φροντίδα/παρέμβαση στο πλαίσιο της εξατομικευμένης φροντίδας για τον ασθενή;					0,001
Ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	6	30	11	55	
Κοινωνικός λειτουργός	12	60	-	-	

Κοινωνικός λειτουργός, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	1	5	7	35	
Κοινωνικός λειτουργός, νοσηλευτής, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	1	5	1	5	
Νοσηλευτής, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	-	-	1	5	
Ποιοι επαγγελματίες υγείας φαρμίζουν την παρέμβαση στο πλαίσιο της εξατομικευμένης φροντίδας για τον ασθενή;					0,001
Ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	3	15	-	-	
Κοινωνικός λειτουργός	3	15	-	-	
Κοινωνικός λειτουργός, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	6	30	1	5,6	
Κοινωνικός λειτουργός, νοσηλευτής, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	7	35	4	22,2	
Κοινωνικός λειτουργός, νοσηλευτής	1	5	12	66,6	
Νοσηλευτής, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	-	-	1	5,6	
Ποιοι επαγγελματίες υγείας αποτιμούν την παρέμβαση στο πλαίσιο της εξατομικευμένης φροντίδας για τον ασθενή;					0,109
Ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	3	15	9	45	
Κοινωνικός λειτουργός	3	15	1	5	
Κοινωνικός λειτουργός, νοσηλευτής, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	2	10	-	-	
Κοινωνικός λειτουργός, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	6	30	5	25	
Κοινωνικός λειτουργός, νοσηλευτής, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	5	25	1	5	
Κοινωνικός λειτουργός, νοσηλευτής	1	5	1	5	
Νοσηλευτής	-	-	1	5	
Νοσηλευτής, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	-	-	2	10	
Ποιοι επαγγελματίες υγείας καταγράφουν την φροντίδα/παρέμβαση στο πλαίσιο της εξατομικευμένης φροντίδας για τον ασθενή;					<0,001
Ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	3	15	1	5	
Κοινωνικός λειτουργός	3	15	-	-	
Κοινωνικός λειτουργός, νοσηλευτής, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	2	10	-	-	
Κοινωνικός λειτουργός, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	6	30	1	5	
Κοινωνικός λειτουργός, νοσηλευτής, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	5	25	-	-	
Κοινωνικός λειτουργός, νοσηλευτής	1	5	13	65	
Νοσηλευτής	-	-	2	10	

Νοσηλεύτης, ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	-	-	3	15	
Τι περιλαμβάνει ο σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων για τον ασθενή;					<0,001
Αλλαγή τρόπου ζωής	4	20	-	-	
Αλλαγή τρόπου ζωής και έλεγχος/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής	4	20	4	20	
Αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχος/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής και εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση	2	10	16	80	
Αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχος/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογική υποστήριξη	10	50	-	-	
Τι περιλαμβάνει η εφαρμογή προγράμματος φροντίδας για τον ασθενή;					0,316
Αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχος/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής και εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση	-	-	2	10	
Διασύνδεση με κοινοτικές δομές	5	25	3	15	
Διασφάλιση πόρων (επιδόματα/βοηθήματα για βελτίωση λειτουργικότητας)	1	5	-	-	
Διενέργεια εξατομικευμένων νοσηλευτικών πράξεων ή κοινωνικών εργασιών	14	70	15	75	
Ποιες ενέργειες περιλαμβάνει η αποτίμηση προγράμματος παρέμβασης;					0,036
Αποτίμηση αποτελεσματικότητας προγράμματος φροντίδας	5	25	-	-	
Εκπαίδευση ασθενούς/φροντιστών	10	50	10	50	
Ενημέρωση ασθενούς/φροντιστών	5	25	10	50	
Πόσο χρόνο μετάβασης σε λεπτά (από/προς) χρειάστηκε ο επαγγελματίας υγείας για την κατ' οίκον επίσκεψη;	34,50	12,763	20,79	3,441	<0,001
Πόσος ήταν ο χρόνος πραγματικής φροντίδας του ασθενή από κάθε επαγγελματία υγείας κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον επίσκεψης (χωρίς το χρόνο μετάβασης από/προς οικία);					
Νοσηλεύτης	19,29	5,345	15	4,082	0,039
Κοινωνικός λειτουργός	37,06	10,615	13,95	3,937	<0,001
Ιατρός, φυσιοθεραπευτής εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, άλλος	27,67	12,659	17,50	2,635	0,021

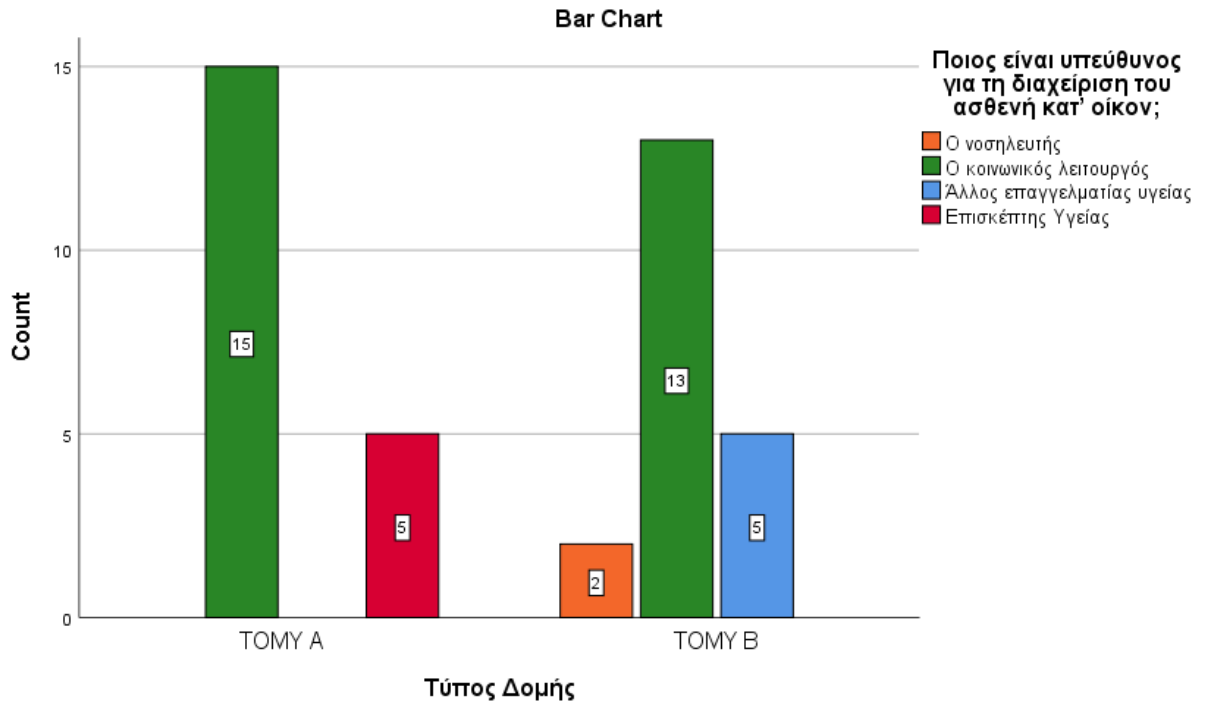
Πίνακας 15: Πληροφορίες σχετικά με τη παραπομπή του ασθενή σε «πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι» προς προσωπικό ιατρό στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (n=20)

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΠΡΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΑΤΡΟ	ΤΟ.Μ.Υ. Α		ΤΟ.Μ.Υ. Β		Pvalue
	N	%	N	%	
Χρειάστηκε να γίνει παραπομπή στον προσωπικό ιατρό του ασθενή;					0,455
Ναι	14	73,68	17	89,47	
Όχι	5	26,32	2	10,53	
Ποιος ήταν ο λόγος παραπομπής;					0,001
Αλλαγή καθετήρα	-	-	2	11,76	
Αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης	1	6,7	-	-	
Διερεύνηση και εκτίμηση αναγκών	1	6,7	-	-	
ΔΛΠ	1	6,7	-	-	
Εργαστηριακός έλεγχος	4	26,6	-	-	

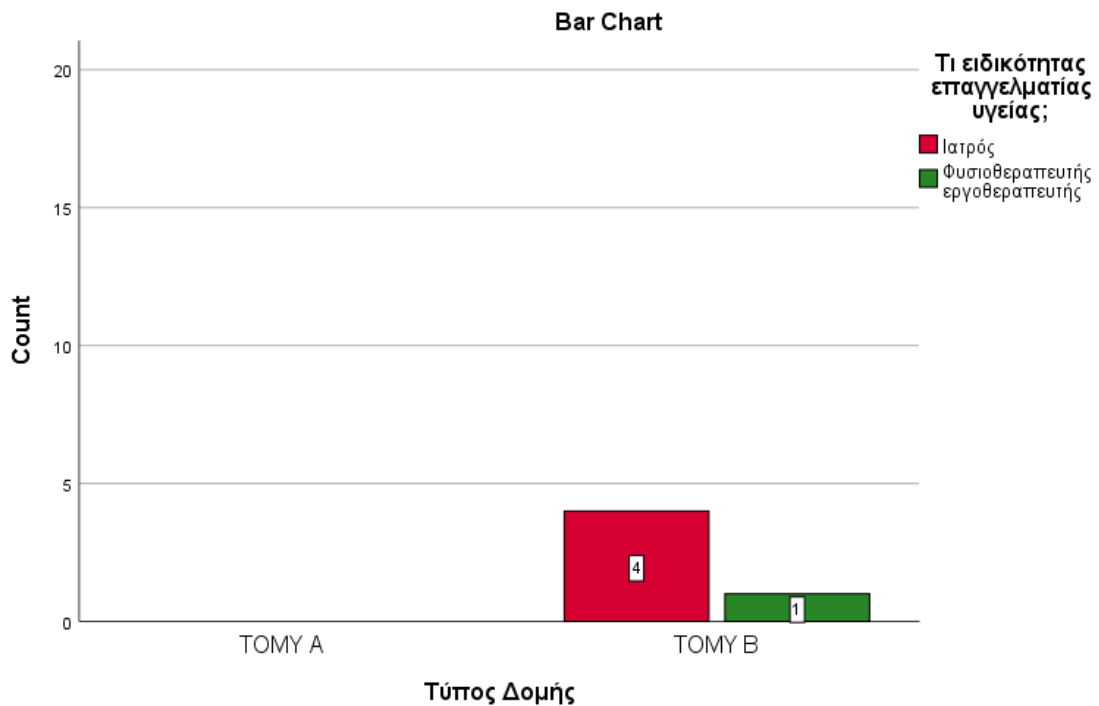
Εργαστηριακός έλεγχος, αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης	2	13,3	-	-	
Εργαστηριακός έλεγχος, συνταγογράφηση	5	33,3	-	-	
Κλινική εξέταση	-	-	6	35,29	
Κλινική εξέταση, συνταγογράφηση	-	-	1	5,89	
Κλινική εξέταση, συνταγογράφηση, εργαστηριακός έλεγχος	-	-	1	5,89	
Προληπτικός έλεγχος	1	6,7	-	-	
Συνταγογράφηση	-	-	7	41,17	
Με ποιο τρόπο έγινε η παραπομπή στον ιατρό;					0,070
Ηλεκτρονικό σημείωμα	5	33,3	-	-	
Προφορική επικοινωνία	9	60	13	100	
Χάρτινο σημείωμα	1	6,7	-	-	
Που πραγματοποιήθηκε η εξέταση του ασθενή από τον ιατρό;					<0,001
Σε μονάδα ΠΦΥ	15	100	6	33,3	
Στο σπίτι του ασθενή	-	-	12	66,7	
Σε τι είδους δομή έγινε η παραπομπή;					0,003
Εργαστήρια νοσοκομείου	-	-	3	50	
ΤΕΙ	5	33,3	-	-	
ΤΕΠ	1	6,7	-	-	
ΤΟ.Μ.Υ.	9	60	3	50	

Πίνακας 16: Πληροφορίες σχετικά με τη παρακολούθηση εξέλιξης του ασθενή σε «πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι» προς προσωπικό ιατρό στις εκάστοτε ΤΟ.Μ.Υ. (n=20)

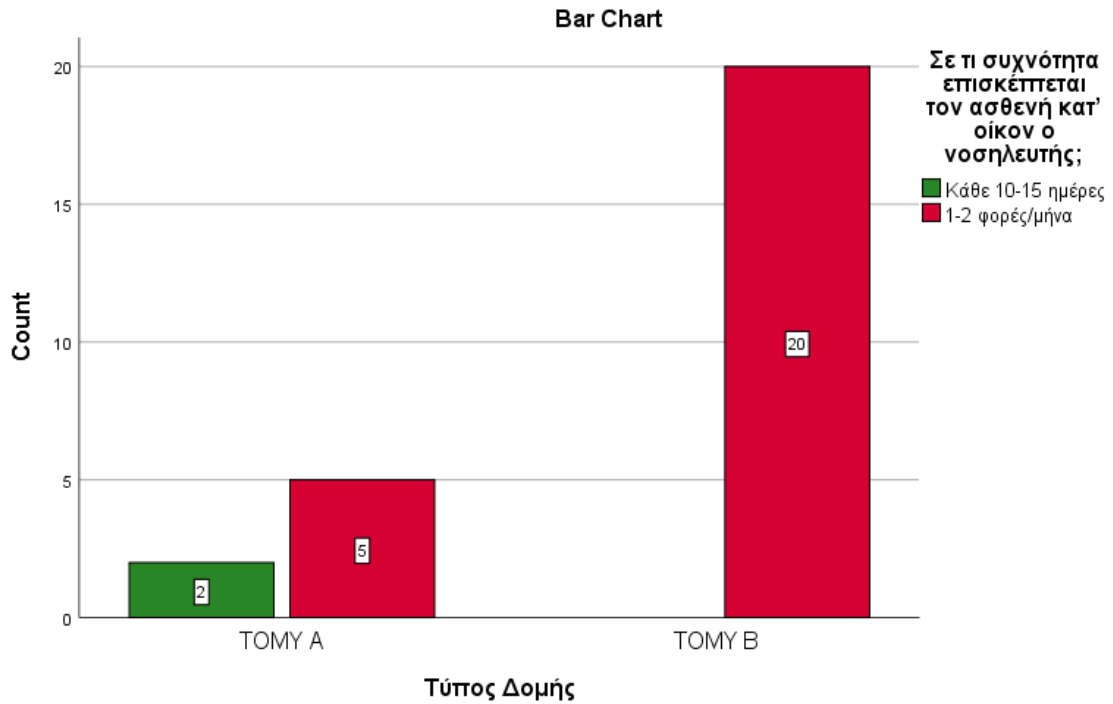
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	ΕΞΕΛΙΞΗΣ		ΤΟ.Μ.Υ. Α		ΤΟ.Μ.Υ. Β		Pvalue
	N	%	N	%	N	%	
Παρακολουθείται η εξέλιξη του ασθενή;							-
Ναι	20	100	20	100			
Ποιος είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση;							0,186
Κοινωνικός λειτουργός	7	35	9	45			
Νοσηλεύτης	1	5	4	20			
Άλλος επαγγελματίας υγείας	12	60	7	35			
Τι ειδικότητας επαγγελματίας υγείας;							0,064
Επισκέπτης υγείας	4	33,3	-	-			
Ιατρός	8	66,7	7	100			
Προγραμματίστηκε επόμενο ραντεβού;							<0,001
Ναι	20	100	10	50			
Όχι	-	-	10	50			
Γίνεται ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας;							-
Ναι	20	100	20	100			
Ποιος είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας;							0,011
Κοινωνικός λειτουργός	7	35	10	50			
Νοσηλεύτης	-	-	5	25			
Άλλος επαγγελματίας υγείας	13	65	5	25			
Τι ειδικότητας επαγγελματίας υγείας;							0,056
Επισκέπτης υγείας	1	7,7	-	-			
Ιατρός	12	92,3	5	100			



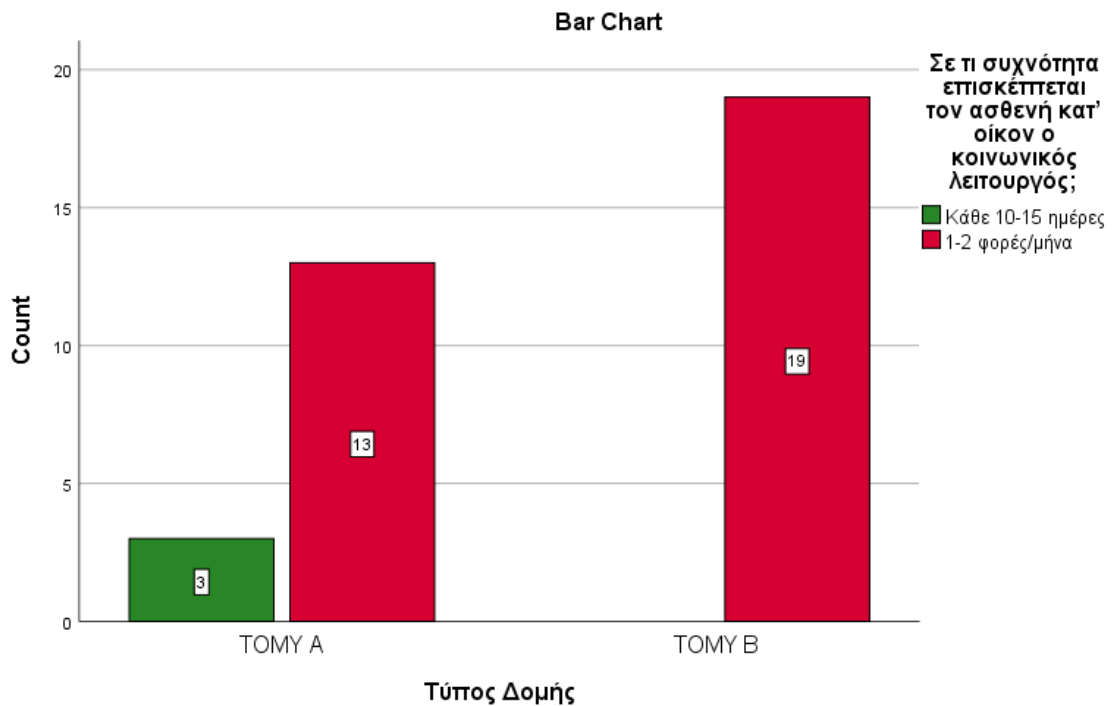
Γράφημα 96: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του ασθενή κατ' οίκον στον εκάστοτε τύπο δομής



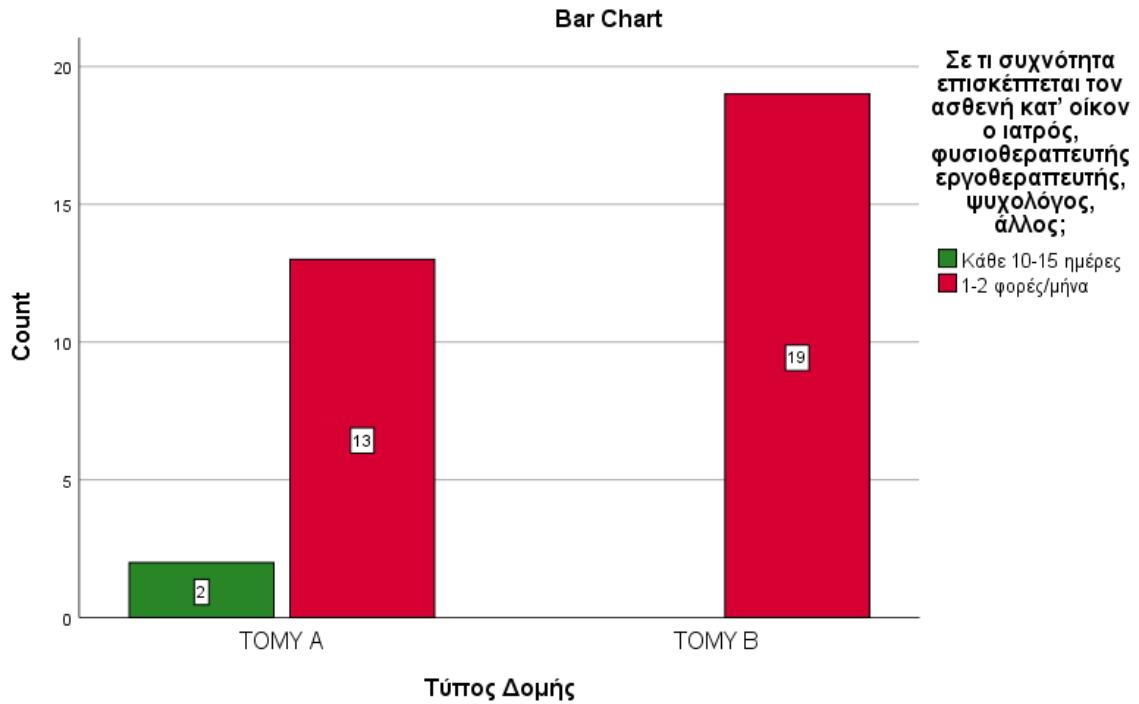
Γράφημα 97: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι ειδικότητας επαγγελματίας υγείας είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του ασθενή κατ' οίκον στον εκάστοτε τύπο δομής



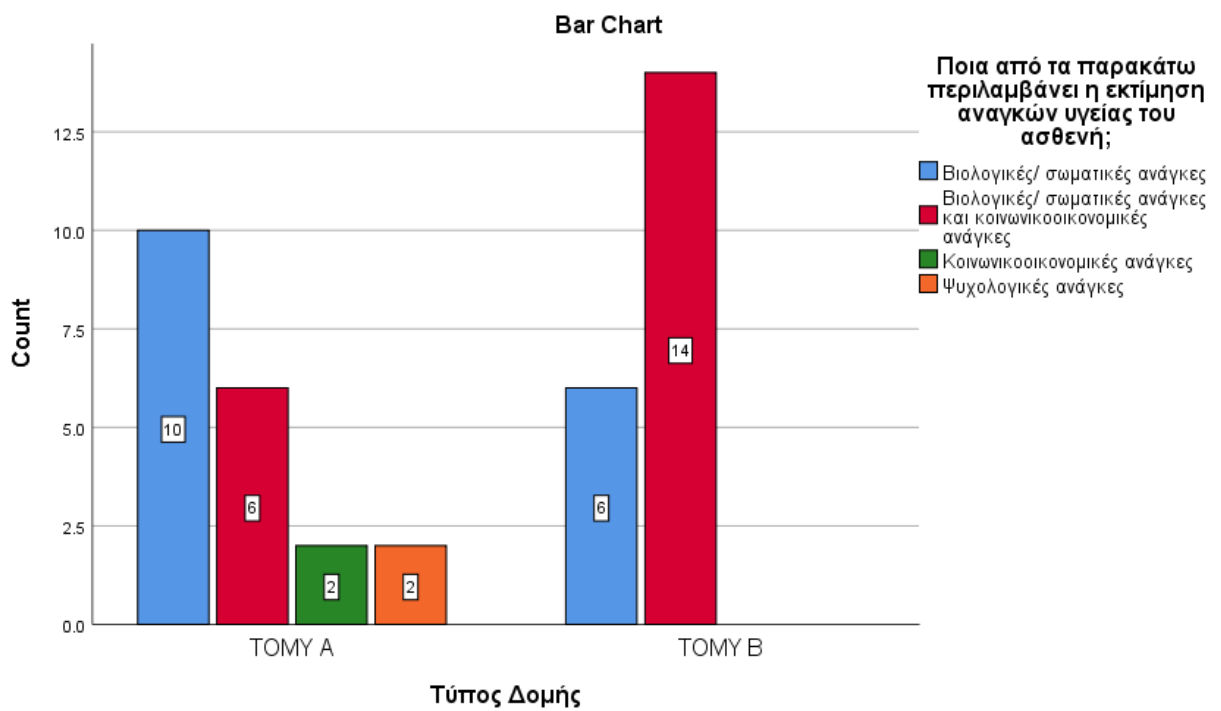
Γράφημα 98: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης του ασθενή κατ' οίκον από τον νοσηλευτή στον εκάστοτε τύπο δομής



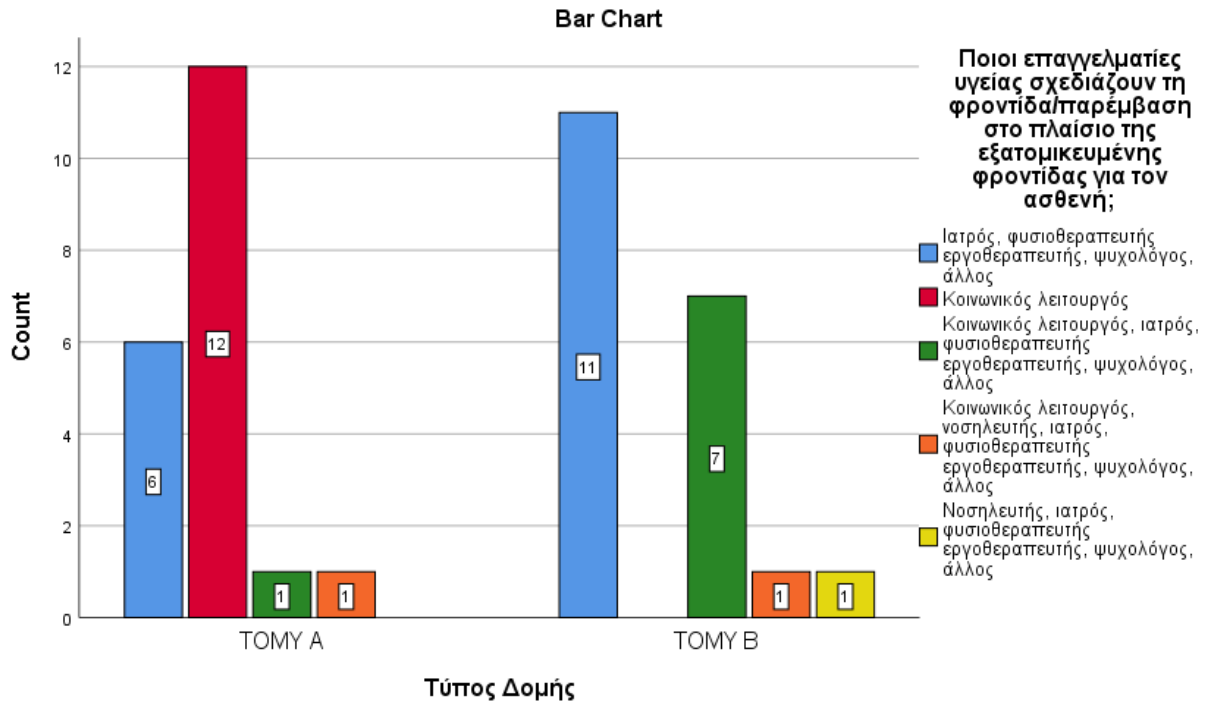
Γράφημα 99: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης του ασθενή κατ' οίκον από τον κοινωνικό λειτουργό στον εκάστοτε τύπο δομής



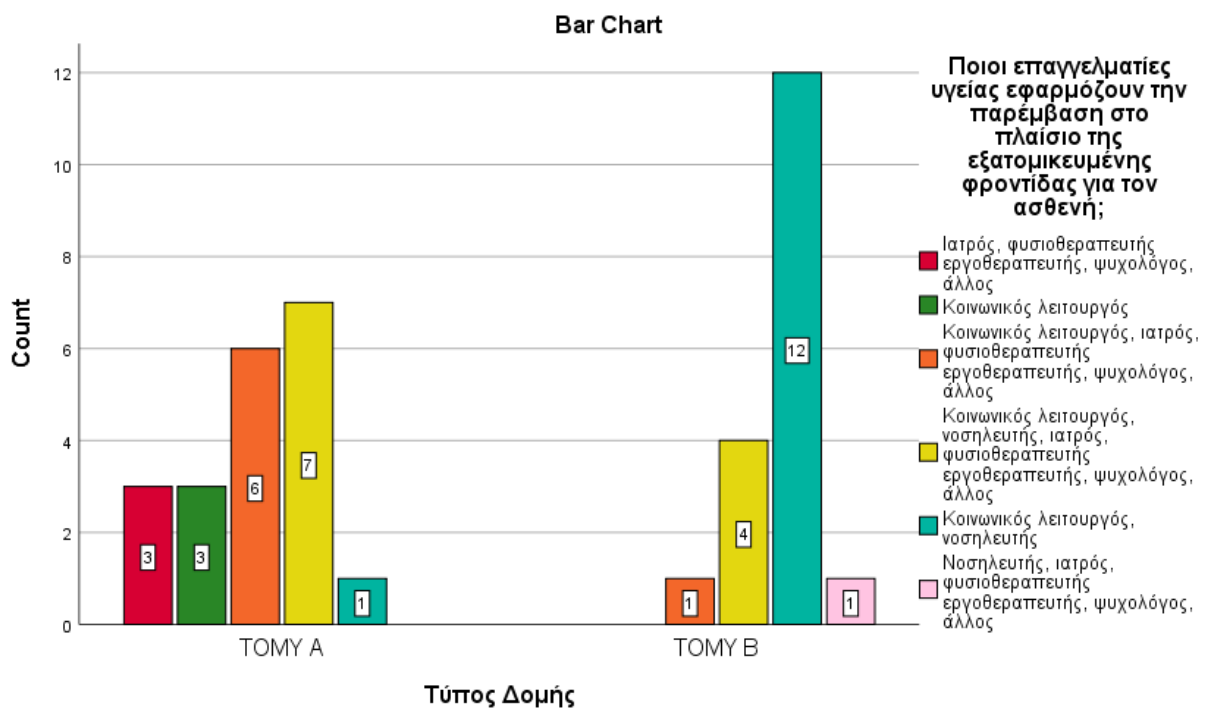
Γράφημα 100: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης του ασθενή κατ' οίκον από τον ιατρό, φυσιοθεραπευτή εργοθεραπευτή, ψυχολόγο στον εκάστοτε τύπο δομής



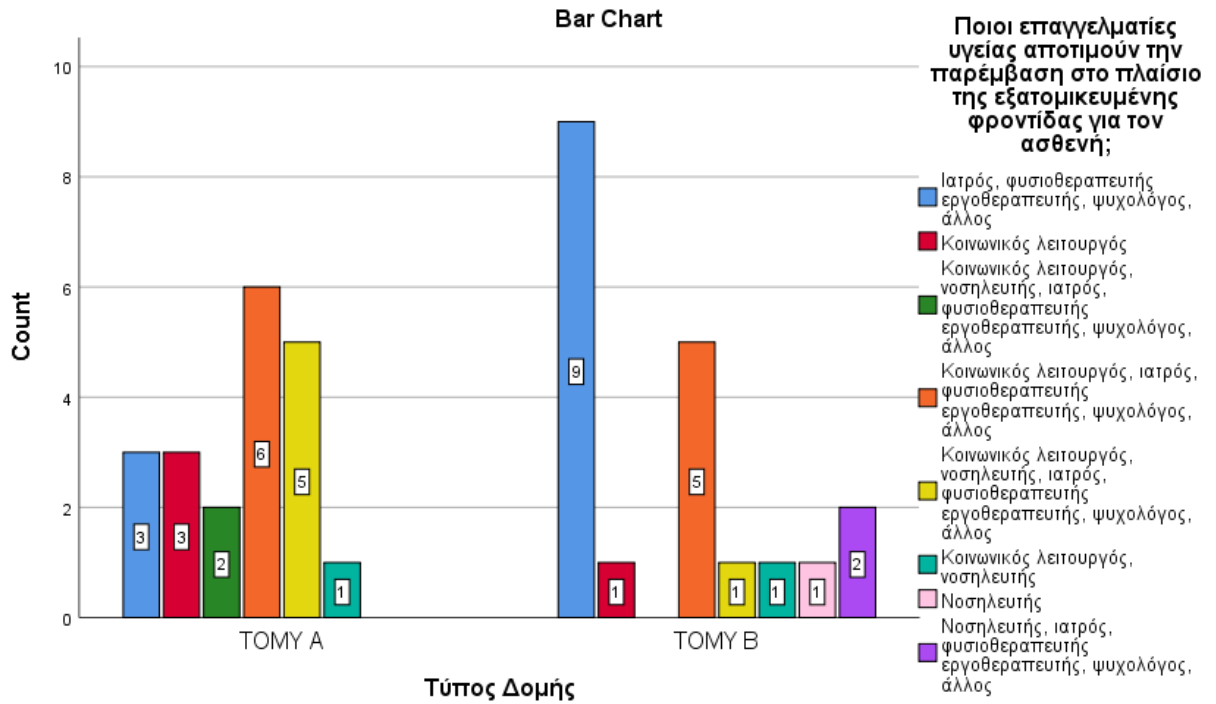
Γράφημα 101: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι περιλαμβάνει η εκτίμηση αναγκών υγείας του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



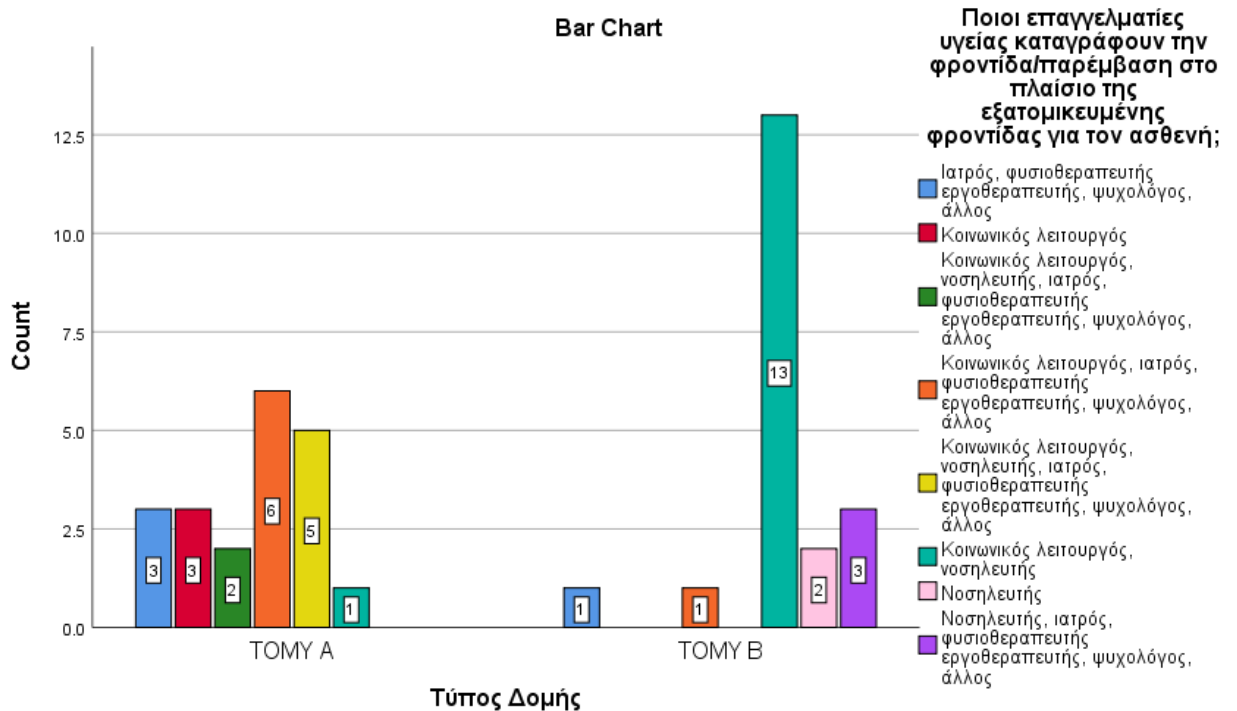
Γράφημα 102: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιοι επαγγελματίες υγείας σχεδιάζουν τη φροντίδα/παρέμβαση στο πλαίσιο της εξατομικευμένης φροντίδας για τον ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



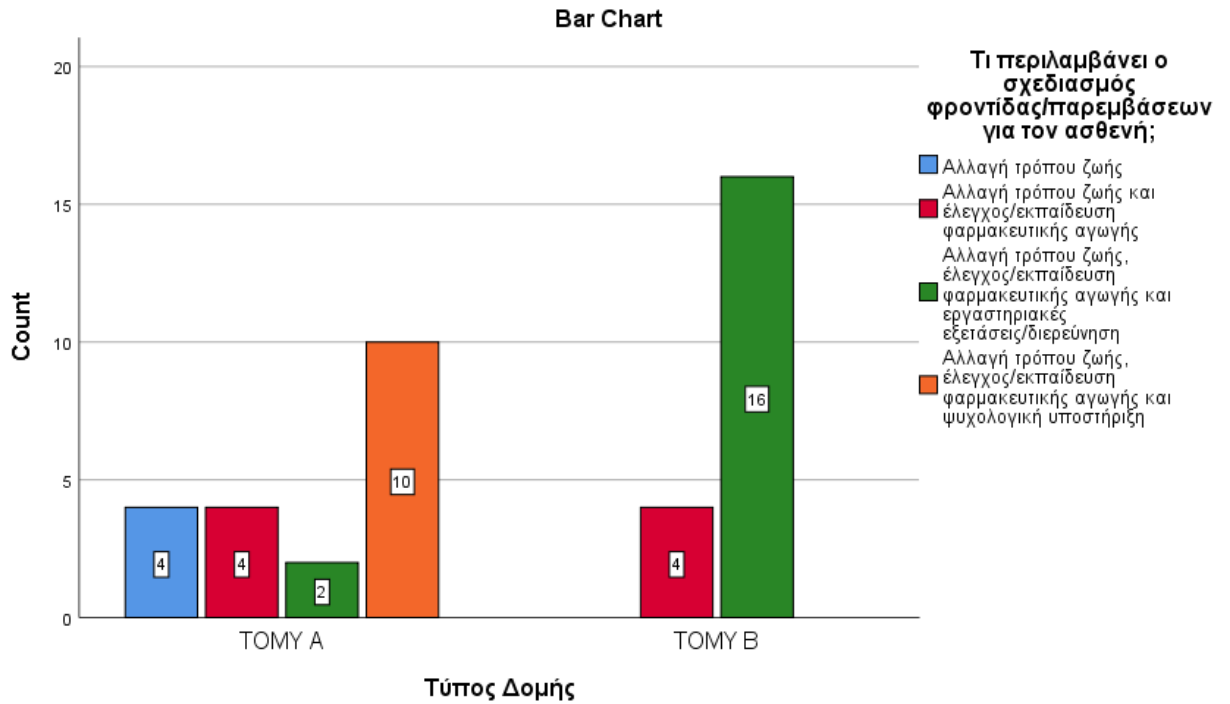
Γράφημα 103: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιοι επαγγελματίες υγείας εφαρμόζουν την παρέμβαση στο πλαίσιο της εξατομικευμένης φροντίδας για τον ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



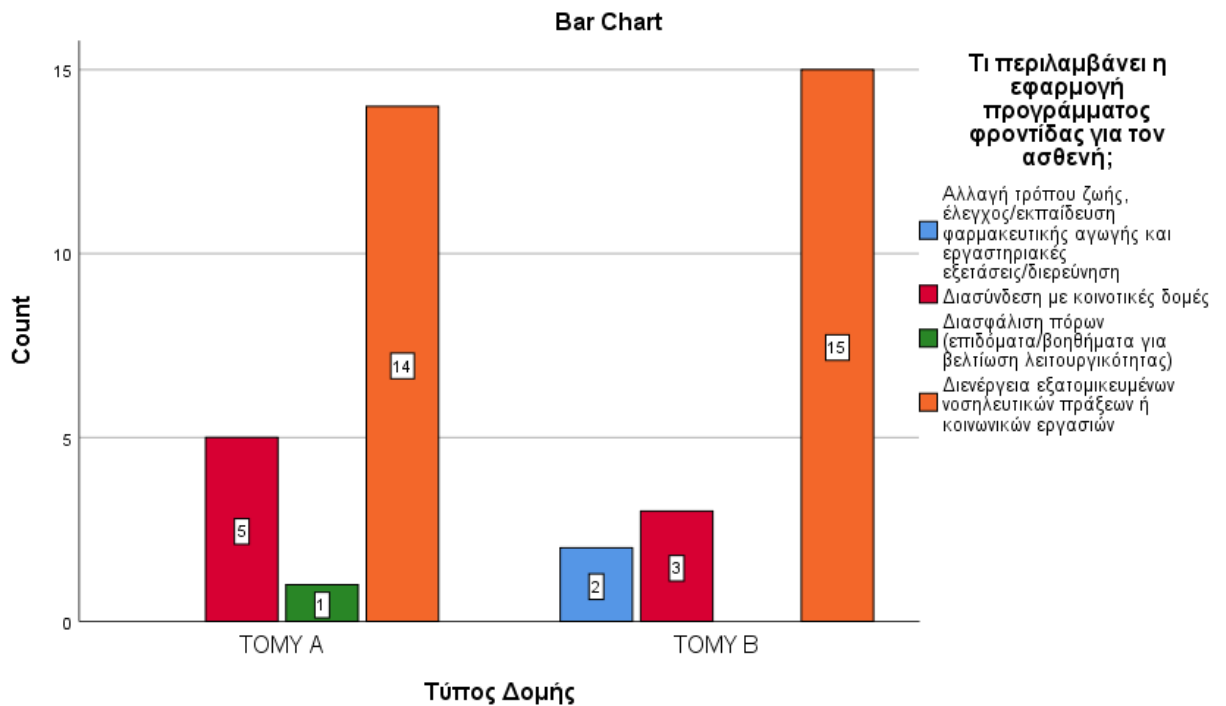
Γράφημα 104: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιοι επαγγελματίες υγείας αποτιμούν την παρέμβαση στο πλαίσιο της εξατομικευμένης φροντίδας για τον ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



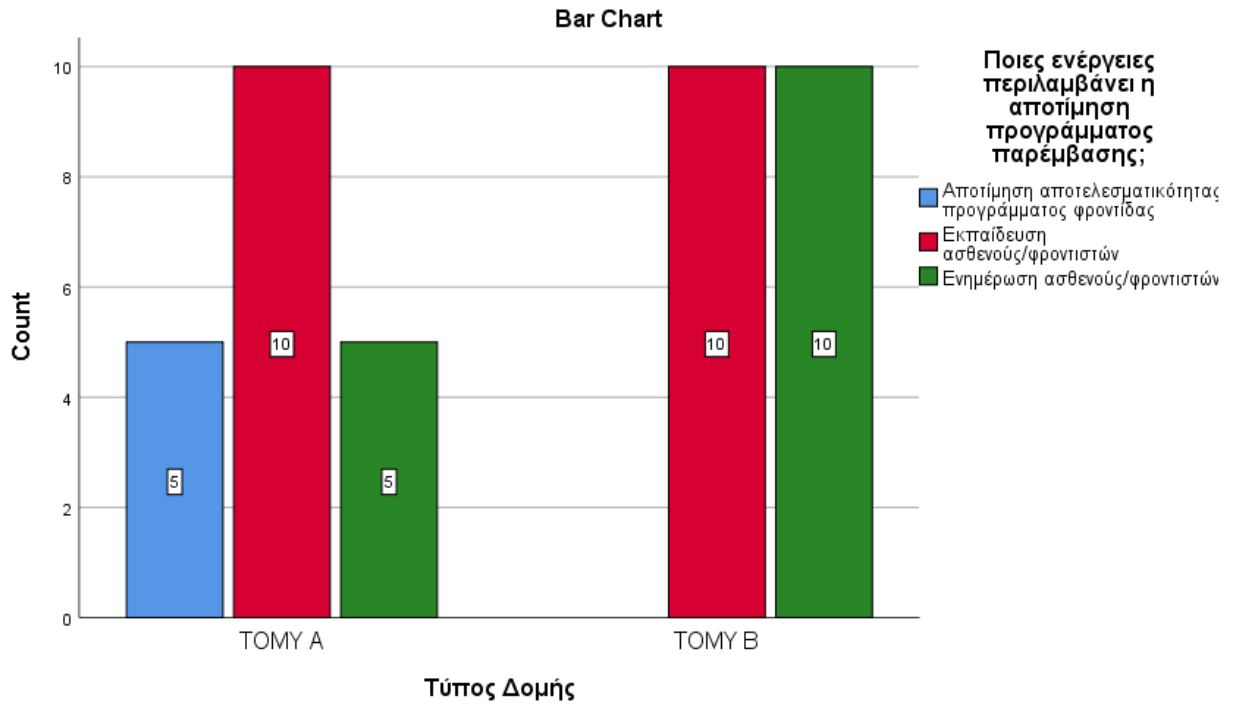
Γράφημα 105: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιοι επαγγελματίες υγείας καταγράφουν την φροντίδα/παρέμβαση στο πλαίσιο της εξατομικευμένης φροντίδας για τον ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



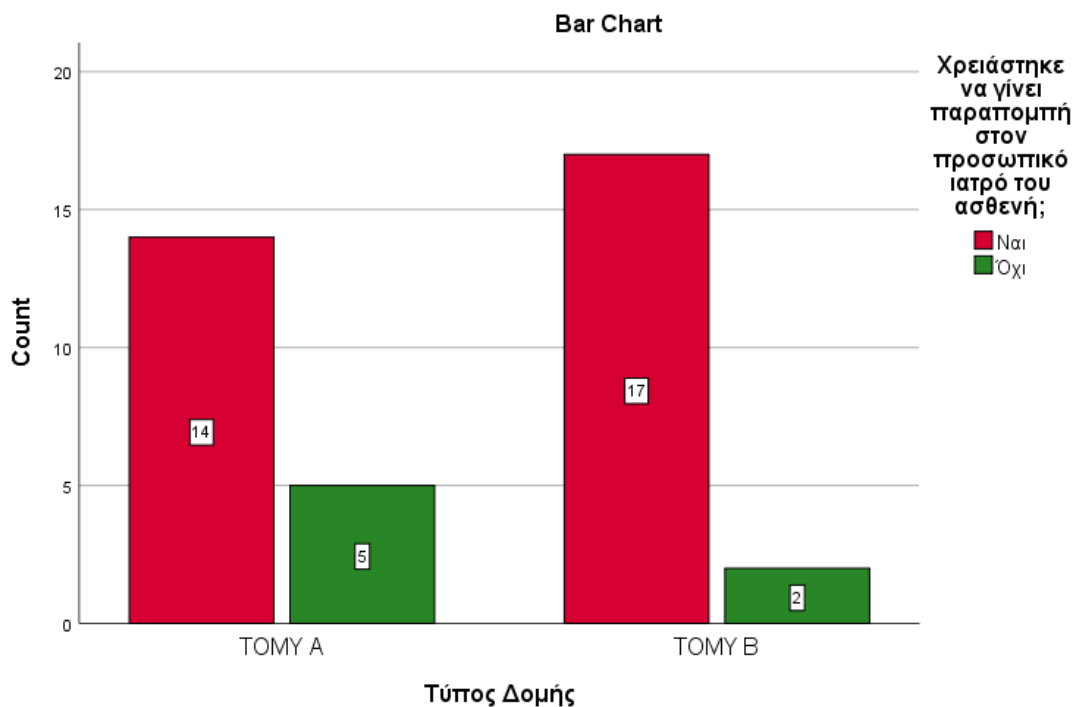
Γράφημα 106: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι περιλαμβάνει ο σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων για τον ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



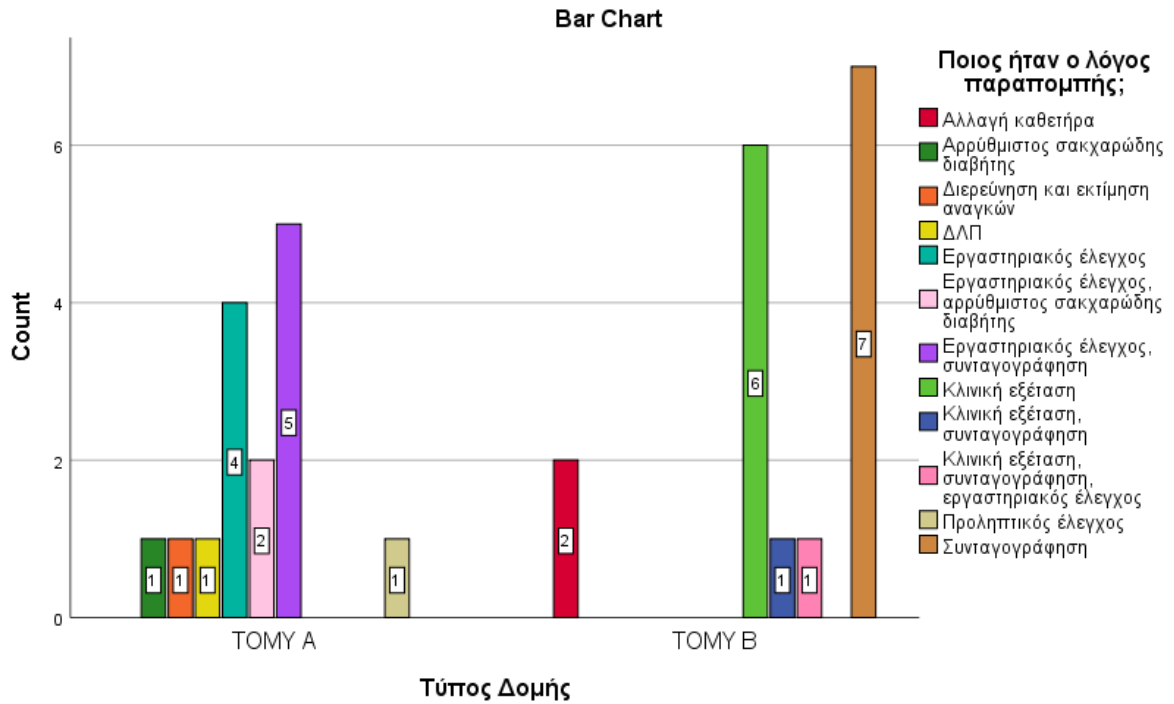
Γράφημα 107: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι περιλαμβάνει η εφαρμογή προγράμματος φροντίδας για τον ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



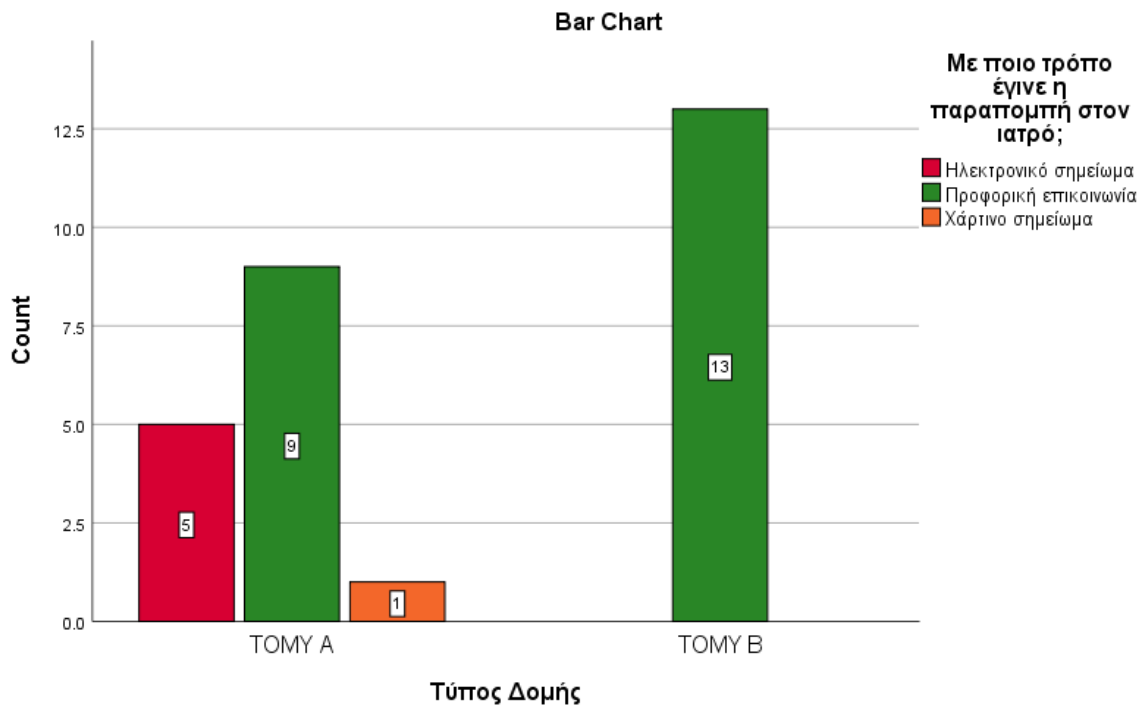
Γράφημα 108: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιες ενέργειες περιλαμβάνει η αποτίμηση προγράμματος παρέμβασης στον εκάστοτε τύπο δομής



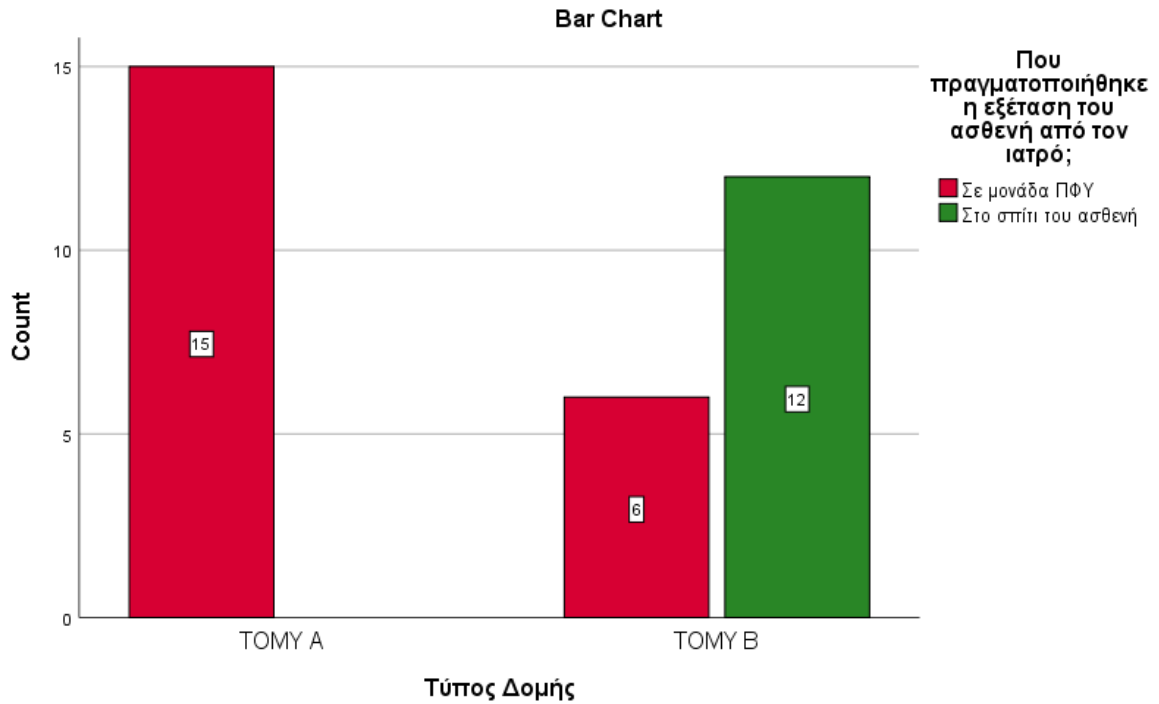
Γράφημα 109: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το αν χρειάστηκε να γίνει παραπομπή στον προσωπικό ιατρό του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



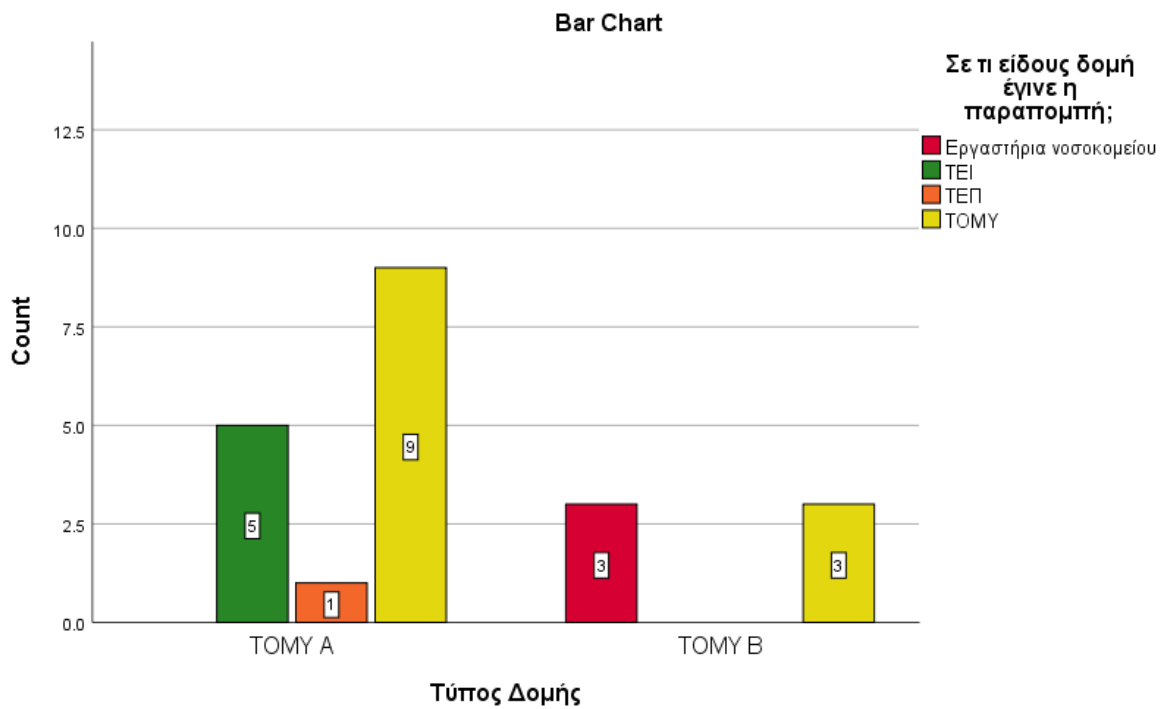
Γράφημα 110: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον λόγο της παραπομπής του ασθενή στον προσωπικό του ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



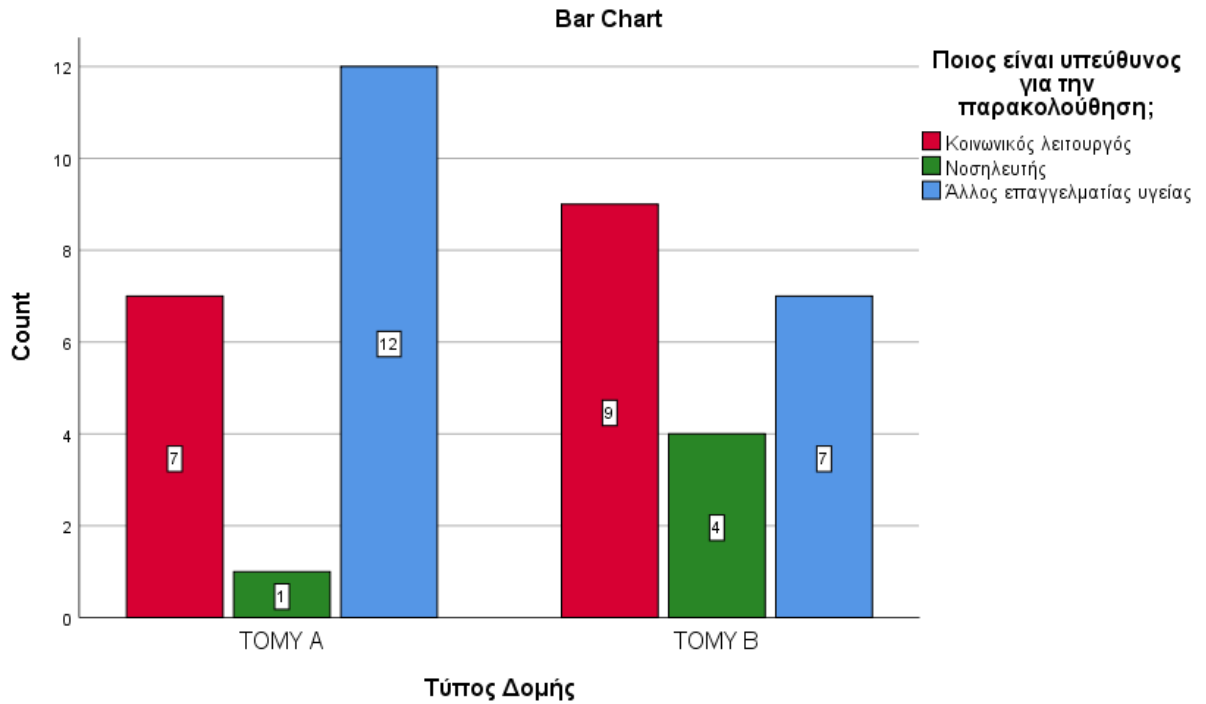
Γράφημα 111: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με τον τρόπο που έγινε η παραπομπή στον προσωπικό ιατρό του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



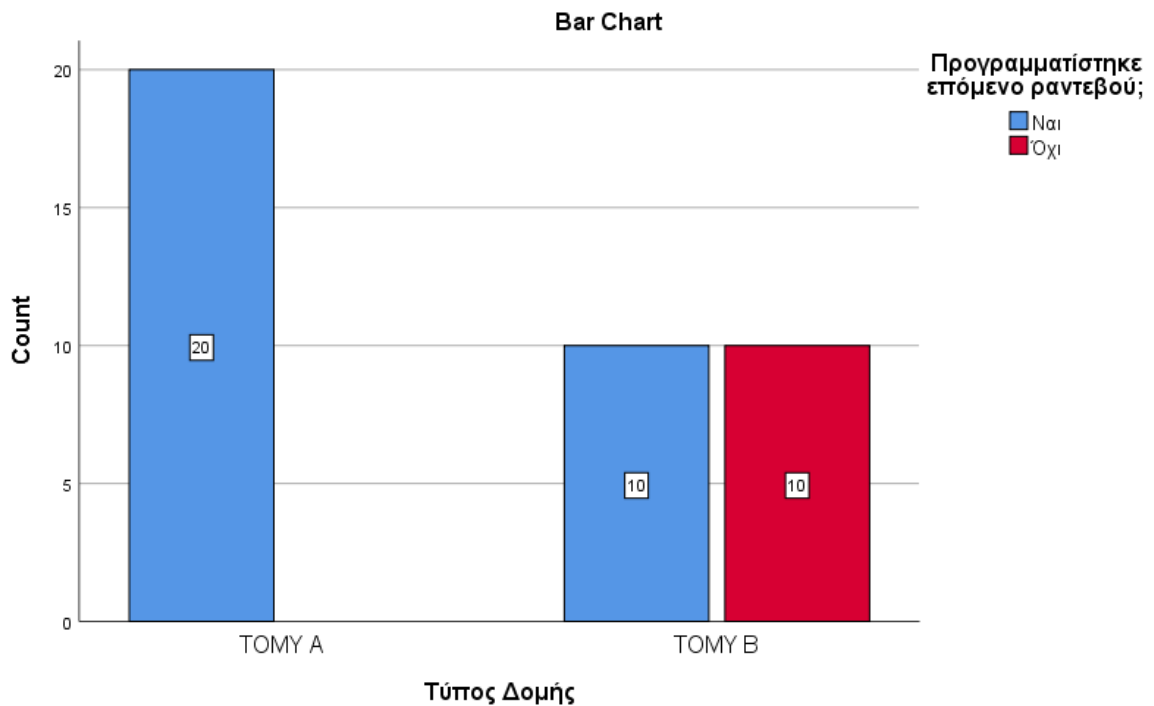
Γράφημα 112: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το που πραγματοποιήθηκε η εξέταση του ασθενή από τον προσωπικό του ιατρό στον εκάστοτε τύπο δομής



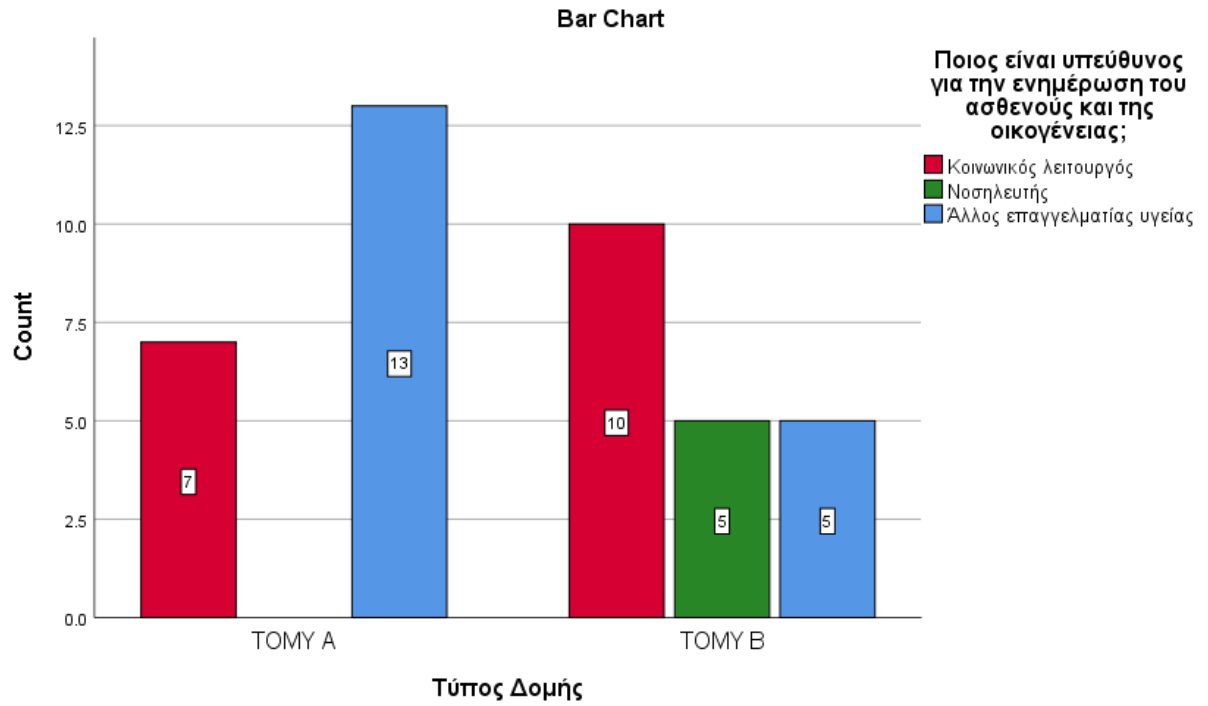
Γράφημα 113: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το είδος της δομής που έγινε η παραπομπή του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



Γράφημα 114: Διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση του ασθενή στον εκάστοτε τύπο δομής



Γράφημα 115: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το αν προγραμματίστηκε επόμενο ραντεβού στον εκάστοτε τύπο δομής



Γράφημα 116: Σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ερώτηση σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας στον εκάστοτε τύπο δομής

Παράρτημα 7



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (Ε.Η.Δ.Ε.)

ΑΠΟΦΑΣΗ
ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (Ε.Η.Δ.Ε.)
ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΙΑ
ΕΓΚΡΙΣΗ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Τίτλος μελέτης για την οποία ζητήθηκε έγκριση			
Λειτουργική Διασύνδεση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αναφορά στις Τοπικές Μονάδες Υγείας Ηρακλείου (Μεταπτυχιακή Εργασία Φίλιππου Αρχιτεκτονίδη)			
Επιστημονικός Υπεύθυνος της μελέτης			
Χρήστος Λιονής, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Π.Κ.			
Είδος προτεινομένης μελέτης			
Συγχρονική μελέτη			
Αριθμός Πρωτοκόλλου Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.)			
76/20.03.2020 (αρχική υποβολή 65/05.03.2020)			
Αριθμός & Ημερομηνία Απόφασης Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.)			
76/26.03.2020			
Απόφαση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.)			
Εγκρίνεται (κατόπιν παροχής διευκρινίσεων)			
Μέλη της Επιτροπής			
Σταυρούλα Τσινόρεμα, Πρόεδρος, Τακτικό Μέλος Σπύρος Αναστασιάδης, Αντιπρόεδρος, Τακτικό Μέλος Βασιλική Πετούση, Τακτικό Μέλος Ιωάννης Δαλέζιος, Τακτικό Μέλος Σοφία Αγγελάκη, Τακτικό Μέλος Παναγιώτης Βιδάλης, Τακτικό Εξωτερικό Μέλος Ρωξάνη Φράγκου, Τακτικό Εξωτερικό Μέλος			
Σχόλια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) με βάση τα οποία λήφθηκε η απόφαση για την αίτηση που υποβλήθηκε			
Μελετώντας το ερευνητικό πρωτόκολλο και όλα τα σχετικά δικαιολογητικά/πρόσθετες εγκρίσεις, όπως κατατέθηκαν στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) και λαμβάνοντας υπόψη τους σκοπούς και τα αναμενόμενα οφέλη, τη μεθοδολογία της έρευνας, την απουσία ταπεινών κινήτρων συμμετοχής, την έλλειψη σύγκρουσης συμφερόντων από τους ερευνητές και την έλλειψη πιθανών κινδύνων για τα υποκείμενα της έρευνας, και τις διευκρινίσεις που εστάλησαν από τον Ε.Υ. (με οικ. αρ. πρωτ. 76/20.03.2020)			
η Ε.Η.Δ.Ε.			
<i>αποφασίζει ομόφωνα, σύμφωνα με τον Ν. 4521/2018 άρθρα 21-27, σχετικά με την υποβληθείσα αίτηση με αρ. πρωτ. 76/20.03.2020 (αρχική υποβολή 65/05.03.2020), ότι εγκρίνει την εκτέλεση του εν λόγω ερευνητικού έργου, καθώς προκύπτει ότι πληρούνται οι εκ του άμεσα εφαρμοστέου δικαίου και ηθικής και δεοντολογίας όροι και προϋποθέσεις.</i>			
<i>Η παρούσα απόφαση της ΕΗΔΕ σε καμία περίπτωση ΔΕΝ υποκαθιστά την απαιτούμενη από άλλη αρμόδια δημόσια υπηρεσία, διοικητικό όργανο ή ανεξάρτητη διοικητική Αρχή, έγκριση ή αδειοδότηση του παρόντος ερευνητικού έργου/ μελέτης που δύναται επιπλέον να απαιτείται εκ του νόμου.</i>			
Ημερομηνία έκδοσης απόφασης			
Έτος: 2020		Μήνας: Μάρτιος	Ημέρα: Εικοστή Έκτη (26 ^η) Πέμπτη
Υπογράφει ο Πρόεδρος της Επιτροπής			
Θέση	Όνομα	Επώνυμο	Υπογραφή
Καθηγήτρια	Σταυρούλα	Τσινόρεμα	

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

16.04.2020 17:17:47
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦ
ΥΠΟΦΑΚΑ
ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΑΠΟ
ΒΑΣΙΛΕΙΑ
ΔΗΜΟΤΑΚΗ

Ηράκλειο, 16/04/2020

Α. Π.: 17377

Απάντηση στο έγγραφο: 12027

ΠΡΟΣ: κ. Αρχιτεκτονίδη Φίλιππο,
Μεταπτυχιακός Φοιτητής Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Κρήτης

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Αγαπίου Δημήτριο, Υποδιοικήτη της
7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης
- 2) κ.κ. Υπεύθυνοι Συντονιστές 3^{ης} & 4^{ης} ΤΟΜΥ
Ηρακλείου.

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στις 3^η και 4^η ΤΟΜΥ Ηρακλείου, στο πλαίσιο Μεταπτυχιακής Εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ:

1. Την με αρ. πρωτ. 12027/12-3-2020 αίτηση του κ. Αρχιτεκτονίδη Φίλιππου, Μεταπτυχιακός Φοιτητής στο Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη την ανωτέρω σχετική αίτηση με τα συνημμένα έγγραφα, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στις 3^η και 4^η ΤΟΜΥ Ηρακλείου για να περιγραφεί η υφιστάμενη κατάσταση από πλευράς διασύνδεσης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. αλλά και ο βαθμός διασύνδεσης εντός των δομών από τον έναν επαγγελματία στον άλλον, μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίου, στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Δημόσια Υγεία- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας- Υπηρεσίες Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, από τον κ. Αρχιτεκτονίδη Φίλιππο, με θέμα: «Λειτουργική Διασύνδεση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αναφορά στις Τοπικές Μονάδες Υγείας Ηρακλείου», υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, κ. Λιονή Χρήστου.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στον ερευνητή ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης των Μονάδων Υγείας.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΤΗΣ 7^{ΗΣ} ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ

ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας

Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης