

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης

ΣΚΟΠΟΣ Η περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης των επιπέδων διασύνδεσης των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα, στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης φροντίδας, με τη χρήση ενιαίων προτύπων-διαδικασιών ποιότητας. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Η παρούσα μελέτη υλοποιήθηκε στο πλαίσιο ενός εθνικού προγράμματος, χρηματοδοτούμενου στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) στον άξονα του επιχειρηματικού προγράμματος «Διοικητικής μεταρρύθμισης 2007–2013», με τίτλο «Λειτουργική διασύνδεση δομών ΠΦΥ» και κωδικό 337424 στο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα (ΟΠΣ). Το θεωρητικό πλαίσιο το οποίο καθύθυνε τη μελέτη περιλαμβάνει τρία επίπεδα και δέκα διαστάσεις της ΠΦΥ. 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, καθώς και ένα συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο που δημιούργησε η ερευνητική ομάδα μετά από ανασκόπηση της παγκόσμιας βιβλιογραφίας και σύνθεση μετά από επιλογή στοιχείων από άλλα ερωτηματολόγια. Στη μελέτη συμμετείχαν 124 δομές ΠΦΥ της επικράτειας, οι οποίες επιλέχθηκαν κατόπιν τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση μιας πεντάβαθμης κλίμακας Likert (1: ελάχιστη, 2: πτωχή, 3: βασική, 4: μερική και 5: μέγιστη διασύνδεση) και ενός αλγόριθμου πολλαπλών κριτηρίων. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** 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». **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Στην Ελλάδα υπάρχουν δομές ΠΦΥ υψηλής ετερογένειας όσον αφορά στο επίπεδο διασύνδεσής τους. Με στοχευμένες ενέργειες μπορεί να βελτιωθεί το επίπεδο διασύνδεσής τους ως προς την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, καθώς και να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Η λειτουργική διασύνδεση ορίζεται ως ένας σημαντικός παράγοντας στην εξάλειψη του κατακερματισμού (αποσπασματική παροχή υπηρεσιών), εξασφαλίζοντας οριζόντια και κάθετη επικοινωνία μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών. Παράλληλα, διασφαλίζει τη ροή των υπηρε-

σιών στις κοινότητες που τις έχουν ανάγκη.¹ Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η λειτουργική διασύνδεση προάγει την παροχή υπηρεσιών, αντίστοιχα με τις ανάγκες του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους και τις οικονομικές συνθήκες του συστήματος υγείας.^{2,3} Στόχος της είναι η κά-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2017, 34(3):343–362
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2017, 34(3):343–362

Μ. Καραγιάννη,
Δ. Σηφάκη-Πιστόλλα,
Β.Ε. Χατζέα,
Μ. Τριγώνη,
Α. Κούτης,
Ε. Πιτέλου,
Χ. Λιονής

Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής
Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής,
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης,
Ηράκλειο

Operational integration of primary
health care units in Greece:
Mapping of the current status

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Λειτουργική διασύνδεση
Ποιότητα φροντίδας υγείας
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
Συνέχεια φροντίδας ασθενούς
Συντονισμός

Υποβλήθηκε 4.7.2016
Εγκρίθηκε 18.7.2016

λυψη των διαφορετικών αναγκών υγείας του πληθυσμού, παρέχοντας υπηρεσίες που ακολουθούν κοινά πρότυπα ποιότητας και διαδικασιών. Επίσης, σημαντικά συστατικά στοιχεία της λειτουργικής διασύνδεσης είναι ο συντονισμός, η συνέχεια, η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.^{4,5}

Τα τελευταία έτη, υπό την πίεση των κοινωνικών και οικονομικών συγκυριών, η ύπαρξη λειτουργικής διασύνδεσης στα συστήματα υπηρεσιών υγείας κατέστη επιτακτική ανάγκη. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών υγείας στράφηκαν όλο και περισσότερο στη μείωση των δαπανών και την αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας. Η αποσυμφόρηση του νοσοκομειακού τομέα και ο προσανατολισμός σε εξω-νοσοκομειακές δομές με την ενίσχυση και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί στόχο όλων των κρατών. Πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) δεν έχουν μέχρι σήμερα διαμορφώσει ένα «αιεφόρο» σύστημα υγείας. Στις χώρες αυτές, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην προαγωγή της υγείας του γενικού πληθυσμού, στην ενίσχυση της ΠΦΥ, στην υγιή γήρανση του πληθυσμού και στη δημιουργία λειτουργικών και ολοκληρωμένων συστημάτων και πολιτικών υγείας.

Στην περίπτωση της Ελλάδας, η οποία πλήττεται από την οικονομική, την κοινωνική και την προσφυγική κρίση, η δημιουργία ενός λειτουργικού συστήματος διασύνδεσης και παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ είναι κρίσιμης σημασίας καθώς θα συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας, αλλά και στη γενικότερη εξυγίανση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Η αποτύπωση και η προτυποποίηση της λειτουργικής διασύνδεσης των μονάδων ΠΦΥ μπορεί να επιτευχθεί με τη βοήθεια σύγχρονων εργαλείων και μεθόδων διοίκησης και ποιότητας.² Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετά εργαλεία καταγραφής και αποτίμησης μέσω της εφαρμογής ενιαίων πρότυπων διαδικασιών.⁶ Στη χώρα μας δεν έχουν εκπονηθεί μελέτες που να χρησιμοποιούν τέτοια εργαλεία και κατ'επέκταση να εφαρμόζουν εργαλεία, τα οποία προτείνουν θεωρητικές προσεγγίσεις. Για τον λόγο αυτόν, κρίθηκε επιτακτική η ανάγκη για ενδεδειγμένη καταγραφή και αποτίμηση της λειτουργικής διασύνδεσης των δομών ΠΦΥ με βάση τον βαθμό οργανωσιακής, επαγγελματικής, λειτουργικής και κλινικής αποδοτικότητάς τους.^{2,7,8} Σε αυτή την αναγκαιότητα κλήθηκε να απαντήσει η παρούσα μελέτη, η οποία υλοποιήθηκε βάσει ενός εθνικού προγράμματος, χρηματοδοτούμενου στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) στον άξονα του επιχειρηματικού προγράμματος «Διοικητικής μεταρρύθμισης 2007–2013», με τίτλο «Λειτουργική διασύνδεση δομών ΠΦΥ» και κωδικό 337424 στο ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα (ΟΠΣ). Το εν λόγω πρόγραμμα υλοποίησε η Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής (ΚΚΟΙ) της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Το εν λόγω έργο έρχεται σε μια περίοδο ουσιαστικής συζήτησης για τη μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ και αποτελεί μια προσπάθεια καταγραφής και αποτύπωσης της λειτουργικής διασύνδεσης των δομών ΠΦΥ σε επίπεδο επικράτειας, με όρους ποιότητας, αποτελεσματικότητας, συνέχειας και συντονισμού.

Στο παρόν άρθρο παρουσιάζονται τα κύρια αποτελέσματα του έργου, με αναφορά στο μεθοδολογικό πλαίσιο και στα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Συγκεκριμένα, επιχειρείται η καταγραφή και η αποτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης των επιπέδων διασύνδεσης των δομών ΠΦΥ στην Ελλάδα στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης φροντίδας και της χρήσης ενιαίων προτύπων-διαδικασιών ποιότητας.⁹ Ως επί μέρους στόχοι της εν λόγω μελέτης ορίστηκαν ο εντοπισμός των διαστάσεων της ΠΦΥ και των επί μέρους χαρακτηριστικών των διαστάσεων που χρήζουν άμεσων και διαρθρωτικών παρεμβάσεων, καθώς και η διατύπωση προτάσεων ενίσχυσης της ΠΦΥ, με στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας του συστήματος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το πρόγραμμα Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς

Το πρόγραμμα με τίτλο «Λειτουργική διασύνδεση φορέων ΠΦΥ με τις μονάδες υγείας, με τη χρήση ενιαίων προτύπων ποιότητας-διαδικασιών», υλοποιήθηκε από την ΚΚΟΙ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, με επιστημονικό υπεύθυνο τον καθηγητή Χρήστο Λιονή. Η έναρξη του έργου έλαβε χώρα στις 6 Ιουνίου 2012, ενώ ολοκληρώθηκε στις 31 Δεκεμβρίου 2015.

Το πρόγραμμα αποτελείται από δύο υποέργα. Το υποέργο 1 ανέλαβε με αυτεπιστασία η ΚΚΟΙ και αφορούσε στην αποτύπωση και στη μοντελοποίηση των διαδικασιών της λειτουργικής διασύνδεσης των φορέων ΠΦΥ. Το υποέργο 2 παρέλαβε έπειτα από ανοικτό διαγωνισμό η εταιρεία «ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΕ», η οποία κλήθηκε να εφαρμόσει το νέο μοντέλο λειτουργικής διασύνδεσης. Ανώτερος σκοπός του προγράμματος ήταν η δημιουργία ενός βέλτιστου πληροφοριακού μοντέλου αποτίμησης της λειτουργικής διασύνδεσης των δομών ΠΦΥ σε δύο επίπεδα: (α) εντός της κάθε δομής και (β) μεταξύ των δομών ΠΦΥ στην Ελλάδα. Αναγκαία προϋπόθεση για την επίτευξη του σκοπού αυτού ήταν η χαρτογράφηση και η αποτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης, η οποία και παρουσιάζεται στο παρόν άρθρο.

Θεωρητικό πλαίσιο

Το θεωρητικό πλαίσιο¹⁰ της παρούσας μελέτης εντοπίστηκε μετά από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και επιλέχθηκε εξ αιτίας της υψηλής συνάφειας με τα δεδομένα της ελληνικής πραγματικότητας και του ΕΣΥ. Το εν λόγω πλαίσιο περιλαμβάνει στοιχεία από τις βασικές αρχές της λειτουργικής διασύνδεσης στην ΠΦΥ¹¹ και το μοντέλο διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων (chronic care model).¹²

Σύμφωνα με το επιλεγμένο θεωρητικό πλαίσιο, η ποιότητα στην ΠΦΥ θα πρέπει να αναζητηθεί και να αξιολογηθεί σε τρία επίπεδα: (α) Δομές, (β) διαδικασίες και (γ) εκροές/αποτελέσματα.¹³

Κάθε επίπεδο αποτυπώνεται μέσα από επιλεγμένες διαστάσεις και οι διαστάσεις με τη σειρά τους περιλαμβάνουν συγκεκριμένα επί μέρους χαρακτηριστικά (εικ. 1).¹⁴ Έτσι, το επίπεδο που αφορά

	Διαστάσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (ΠΦ)	Χαρακτηριστικά
Δομή (structure)	1. Διακυβέρνηση του συστήματος ΠΦ (Governance of the PC system)	1. Στόχοι υγείας (υγειονομικής περίθαλψης) 2. Πολιτική ισονομίας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦ 3. (Απο)κεντροποίηση 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)	1. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης 2. Δαπάνες ΠΦ 3. Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας 4. Καθեսτώσις 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)	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)	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)	1. Συνέχεια της περίθαλψης μακροπρόθεσμα 2. Πληροφοριακή συνέχεια 3. Διαρκής σχέση μεταξύ ασθενούς και παρόχου 4. Διαχειριστική συνέχεια
	6. Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας (Coordination of care)	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)	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)	1. Πρακτικές συνταγογράφησης των παρόχων 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)	1. Κατανομή των πόρων και παραγωγική αποδοτικότητα 2. Τεχνική αποδοτικότητα 3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ
	10. Ισονομία στην ΠΦ (Equity in health)	1. Ισονομία στην ΠΦ (σε όλες τις ομάδες πληθυσμού)

Εικόνα 1. Επίπεδα, διαστάσεις και χαρακτηριστικά πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ).¹⁴

στις δομές περιλαμβάνει διαστάσεις σχετικές με τη διακυβέρνηση, τις οικονομικές συνθήκες και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού. Το επίπεδο που σχετίζεται με τις διαδικασίες περιλαμβάνει διαστάσεις αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες, τη συνέχεια στην παροχή φροντίδας, τον συντονισμό και την πληρότητα των υπηρεσιών. Τέλος, το επίπεδο εκρών/αποτελεσμάτων αποτυπώνεται από τις διαστάσεις που αφορούν στην ποιότητα των υπηρεσιών, στην αποδοτικότητα και στην ισονομία.

Εργαλεία

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης έγινε χρήση δύο εργαλείων. Το κύριο εργαλείο ήταν το ερωτηματολόγιο "Primary Care Assessment Tool (PCAT) – short version", δεδομένου ότι η δομή του ακολουθεί αυτή του επιλεχθέντος θεωρητικού πλαισίου. Κατόπιν αδείας από το Primary Care Policy Center for Underserved Populations, Johns Hopkins University, το εργαλείο αυτό με τίτλο «Εκτίμηση πρωτοβάθμιας φροντίδας» μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό. Η μετάφραση και η πολιτισμική στάθμιση πραγματοποιήθηκε από ομάδα της ΚΚΟΙ του Πανεπιστημίου Κρήτης στο πλαίσιο υλοποίησης του εν λόγω προγράμματος υπό την εποπτεία του επιστημονικού υπεύθυνου.

Η μετάφραση του ερωτηματολογίου ολοκληρώθηκε επιτυχώς, ακολουθώντας τη διαδικασία επαλήθευσης μέσω κανονικής και στη συνέχεια αντίστροφης σε σειρά μετάφρασης ("forward and backward translation"), όπως προτείνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) για την ακριβή στάθμιση εργαλείων.¹⁵ Η κανονική σε σειρά μετάφραση (Αγγλικά προς Ελληνικά) πραγματοποιήθηκε από δύο ανεξάρτητους μεταφραστές με μητρική γλώσσα τα Ελληνικά και άριστη γνώση Αγγλικών. Στη συνέχεια, οι δύο ανεξάρτητες μεταφράσεις ενοποιήθηκαν με τη βοήθεια εντύπου αναφοράς εναρμόνισης και συμφωνίας (reconciliation report), η οποία παραδόθηκε σε ένα τρίτο ανεξάρτητο άτομο, επαγγελματία μεταφραστή με άριστη γνώση της αγγλικής και της ελληνικής γλώσσας, για να διεκπεραιώσει τη διαδικασία της αντίστροφης σε σειρά μετάφρασης (από τα Ελληνικά στα Αγγλικά). Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας ενημερώθηκαν οι δημιουργοί του ερωτηματολογίου, οι οποίοι έδωσαν ακόμη μία φορά την έγκρισή τους για την ελληνική μετάφραση και την αποδοχή τους για τις μικρές αλλαγές στο ερωτηματολόγιο λόγω της προσαρμογής του στις συνθήκες της ελληνικής πραγματικότητας. Μέσω της σχετικής μεθοδολογίας, δημιουργήθηκε η ελληνική έκδοση του PCAT με τίτλο «Εκτίμηση πρωτοβάθμιας φροντίδας» (Παράρτημα).

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε πολιτισμική προσαρμογή μέσω της μελέτης ομάδας εστίασης (focus group). Στην προκειμένη περίπτωση, επιλέχθηκε η μέθοδος της μικρής ομάδας εστίασης (mini focus group) όπου συμμετείχαν τέσσερις ειδικοί (experts) στο πεδίο της ΠΦΥ ως εκπρόσωποι των δομών στις οποίες εργάζονται. Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα αποτελείτο από έναν γενικό ιατρό (ιδιώτη), έναν εκπρόσωπο Κέντρου Υγείας (ΚΥ), έναν εκπρόσωπο εξωτερικών ιατρείων Παθολογίας νοσοκομείου και έναν εκπρόσωπο των δομών υποστήριξης και επανένταξης του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ).

Το δεύτερο εργαλείο ήταν ένα συμπληρωματικό προς το PCAT ερωτηματολόγιο, το οποίο δημιουργήθηκε από μέλη της ομάδας της ΚΚΟΙ υπό την εποπτεία και τη στήριξη του επιστημονικού υπεύθυνου. Το ερωτηματολόγιο είχε τίτλο «Αποτύπωση λειτουργικής διασύνδεσης των δομών ΠΦΥ». Το εργαλείο αυτό δημιουργήθηκε με στόχο την ταυτόχρονη εφαρμογή του με το ερωτηματολόγιο PCAT και ολοκληρώθηκε με βάση το θεωρητικό πλαίσιο του βέλτιστου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης.¹⁷ Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις οι οποίες δεν καλύπτονταν από το PCAT και είναι προσαρμοσμένες στις συνθήκες της ελληνικής πραγματικότητας.

Δείγμα και περιοχή μελέτης

Περιοχή μελέτης της παρούσας εργασίας αποτέλεσε η ελληνική επικράτεια. Το δείγμα υπολογίστηκε μέσω διαστρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας. Κύριος στόχος ήταν η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και η κάλυψη όλων των τύπων δομών ΠΦΥ. Συγκεκριμένα, έγινε καταγραφή των δομών ΠΦΥ στην Ελλάδα όπου εντοπίστηκαν 7.834 δομές. Σε αυτό το σύνολο δομών ΠΦΥ έγινε διαστρωμάτωση ως προς τον τύπο δομής και τις υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ) όπου ανήκαν, με τελικό δείγμα 124 δομές. Οι δομές που συμμετείχαν ταξινομήθηκαν με βάση τον πληθυσμό ευθύνης και το είδος των παρεχομένων υπηρεσιών. Έτσι, οι επιλεγμένες δομές ταξινομήθηκαν στις παρακάτω κατηγορίες: (α) ΚΥ/Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), (β) Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ)/Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), (γ) εξωτερικά ιατρεία/ιδιωτικά ιατρεία/ιδιωτικές κλινικές/ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, (δ) δομές ευπαθών ομάδων/προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, (ε) δομές παροχής ψυχικής υγείας και (στ) δομές πρόληψης και απεξάρτησης.

Τα ερωτηματολόγια εστάλησαν σε ηλεκτρονική μορφή στις 124 δομές (100% ποσοστό ανταπόκρισης). Από κάθε δομή ορίστηκε ένας εκπρόσωπος (διοικητής/διευθυντής) για τη συμπλήρωση των δύο ερωτηματολογίων.

Ανάλυση και μοντελοποίηση δεδομένων

Έπειτα από τη διανομή και τη διαλογή των ερωτηματολογίων, εξήχθησαν τα κύρια περιγραφικά στοιχεία με τη χρήση του λογισμικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 20.0. Για τις ανάγκες της τελικής αποτίμησης των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης εφαρμόστηκαν διαδικασίες πληροφοριακής μοντελοποίησης (computerized information modeling). Αυτό επιτεύχθηκε με τη βοήθεια της μεθοδολογίας πολλαπλών κριτηρίων. Ως καταλληλότερη μέθοδος αναδείχθηκε η κατηγορία μέτρησης τιμής της μεθόδου λήψης απόφασης πολλαπλών κριτηρίων (multi criteria decision making, MCDM). Σε αυτή την κατηγορία, επιλέχθηκε η μέθοδος πολυκριτηριακής ανάλυσης του σταθμισμένου μέσου (simple additive weighting, SAW)¹⁶ για την αξιοπιστία της και την ικανότητα αποτύπωσης με δένδρογράμματα.

Για τη βαθμολογία της κάθε δομής ΠΦΥ ήταν απαραίτητη η εκτέλεση του παρακάτω αλγορίθμου που διαμορφώθηκε στο

πλαίσιο του έργου. Ο εν λόγω αλγόριθμος έχει τη δυνατότητα παραγωγής όλων των στατιστικών δεδομένων τόσο στο συνολικό όσο και στο επί μέρους επίπεδο διαστάσεων και χαρακτηριστικών.

Αλγόριθμος: $Score_{alt_i} = \sum (w_c \cdot f_c(alt_{ci}))$

Τέλος, για την αποτίμηση των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης χρησιμοποιείται η ακόλουθη πεντάβαθμη κλίμακα μέτρησης τύπου Likert (εικ. 2). Με τη χρήση του προαναφερθέντος μαθηματικού αλγορίθμου, η κλίμακα παράγει βαθμολογία για τα ολικά επίπεδα διασύνδεσης (γενική βαθμολογία), για κάθε διάσταση μεμονωμένα, αλλά και για κάθε επί μέρους χαρακτηριστικό. Κατ' αυτόν τον τρόπο, παρέχεται η δυνατότητα εντοπισμού συγκεκριμένων χαρακτηριστικών που χρήζουν άμεσης παρέμβασης. Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από το 1-5 (1: ελάχιστη, 2: πτωχή, 3: βασική, 4: μερική και 5: μέγιστη διασύνδεση). Βαθμολογίες <3 θεωρούνται μη ικανοποιητικές και προειδοποιούν τις δομές για την ανάγκη λήψης μέτρων βελτίωσης της λειτουργικής διασύνδεσης μέσω της αξιοποίησης των προτάσεων-συστάσεων που έχουν ενσωματωθεί στο πληροφοριακό σύστημα. Η ανάλυση διενεργήθηκε σε λογισμικό JAVA με τη χρήση της μεθόδου MCDM.

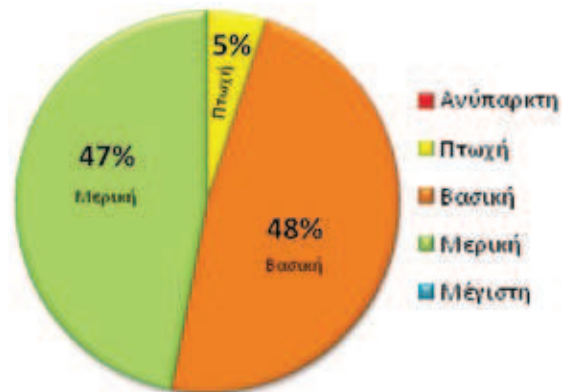
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολική αποτίμηση επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης

Στην εικόνα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συνολικής αποτίμησης των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης των δομών ΠΦΥ στην Ελλάδα. Καμιά δομή δεν παρουσίασε μέγιστη ή ελάχιστη λειτουργική διασύνδεση, ενώ η πλειονότητα των δομών κυμαίνονταν μεταξύ βασικής



Εικόνα 2. Κλίμακα αποτίμησης λειτουργικής διασύνδεσης.

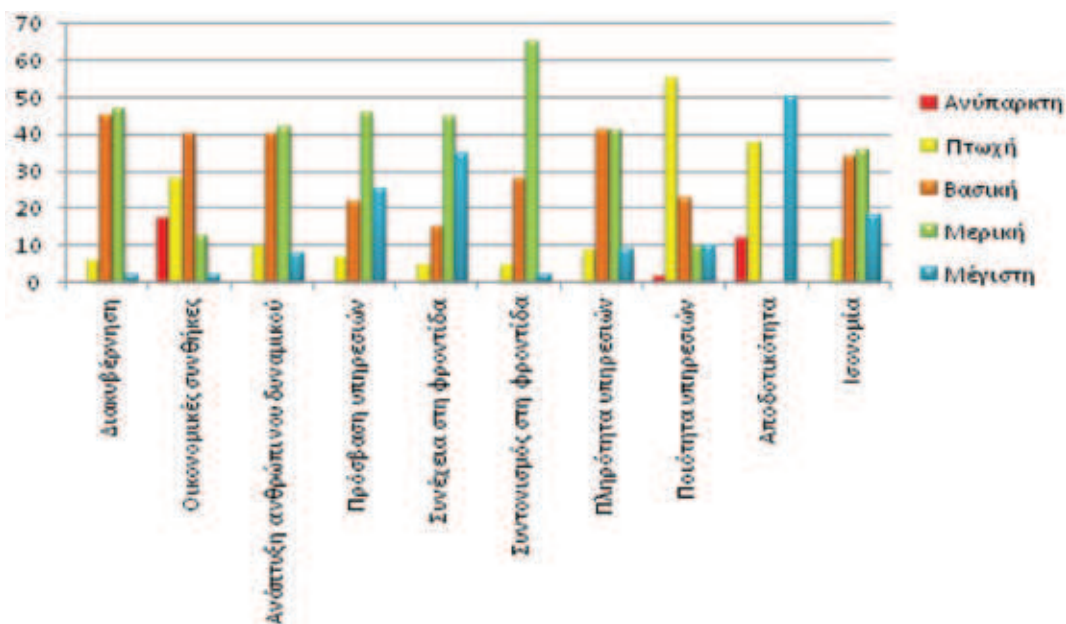


Εικόνα 3. Συνολική αποτίμηση επιπέδου λειτουργικής διασύνδεσης των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

(48%) και μερικής (47%) λειτουργικής διασύνδεσης. Μόλις το 5% των δομών αποτιμήθηκε με πτωχή διασύνδεση.

Διαφοροποίηση επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης μεταξύ διαστάσεων και χαρακτηριστικών

Στην εικόνα 4, στον οριζόντιο άξονα, έχουν τοποθετη-



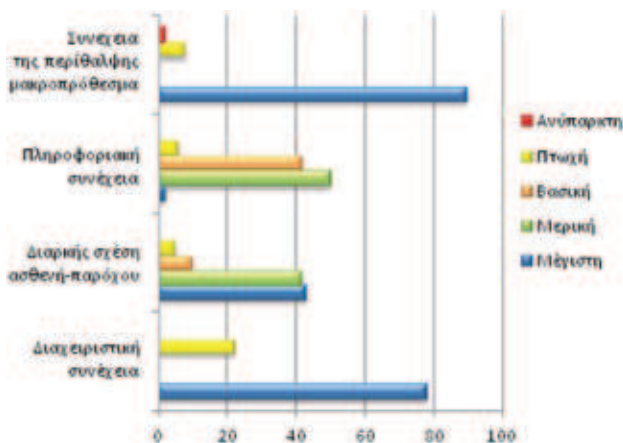
Εικόνα 4. Συνολική αποτίμηση επιπέδου λειτουργικής διασύνδεσης για κάθε διάσταση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

θεί οι δέκα διαστάσεις της ΠΦΥ σύμφωνα με το επιλεγθέν θεωρητικό μοντέλο.¹⁰ 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».

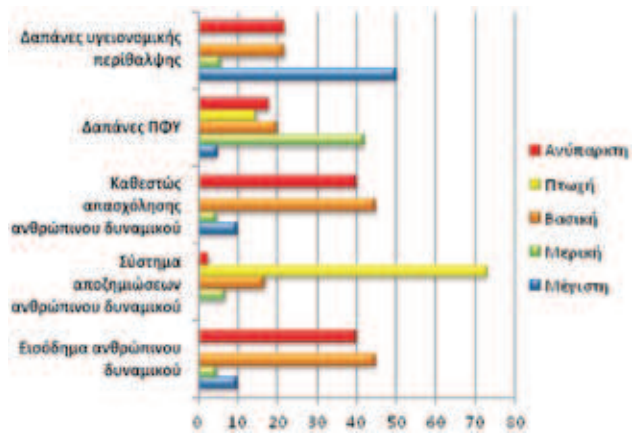
Εστιάζοντας στη διάσταση «συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας», το 80% (n=99) των δομών παρουσίασε μέτριο έως μέγιστο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης. Αναλυτικότερα, στην εικόνα 5 παρατηρείται ότι όλα τα επί μέρους χαρακτηριστικά της εν λόγω διάστασης έχουν αξιολογηθεί ικανοποιητικά («συνέχεια περιθαλψης μακροπρόθεσμα», «διαρκής σχέση ασθενούς-παρόχου», «διαχειριστική συνέχεια»). Το μόνο χαρακτηριστικό που παρουσίασε χαμηλά επίπεδα διασύνδεσης (κάτω της βασικής) ήταν αυτό της «πληροφοριακής συνέχειας», που αφορά κυρίως στην τήρηση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας.

Στην εικόνα 6 αποτυπώνονται τα χαρακτηριστικά της διάστασης «οικονομικές συνθήκες». Στην πλειονότητα των δομών, τα περισσότερα χαρακτηριστικά της διάστασης αυτής αξιολογήθηκαν σε χαμηλά επίπεδα. Ιδιαίτερα, τα χαρακτηριστικά «εισόδημα απασχόλησης ανθρώπινου δυναμικού» και «καθεστώς απασχόλησης ανθρώπινου δυναμικού» παρουσίασαν τα χειρότερα αποτελέσματα και ήταν αυτά που χρήζουν άμεσης παρέμβασης (73% των δομών, n=90). Εξάιρεση αποτέλεσε το χαρακτηριστικό «δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης».

Επιπρόσθετα, αξίζει να αναφερθεί ότι στη διάσταση «διακυβέρνηση του συστήματος ΠΦΥ», το 95% (n=117) των δομών παρουσίασε βασική ή μερική διασύνδεση. Ωστόσο, σε επίπεδο χαρακτηριστικών, φάνηκε ότι το χαρακτηριστικό «στόχοι υγείας» του συστήματος ΠΦΥ που



Εικόνα 5. Χαρακτηριστικά διάστασης «συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας».



Εικόνα 6. Χαρακτηριστικά διάστασης «οικονομικές συνθήκες συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ)».

τέθηκαν βρίσκονταν στο βέλτιστο επίπεδο, χωρίς αυτό όμως να αντανακλάται κατά την εφαρμογή τους, η οποία αποτιμήθηκε σε πτωχά επίπεδα.

Διαφοροποίηση επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης ανά τύπο δομής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

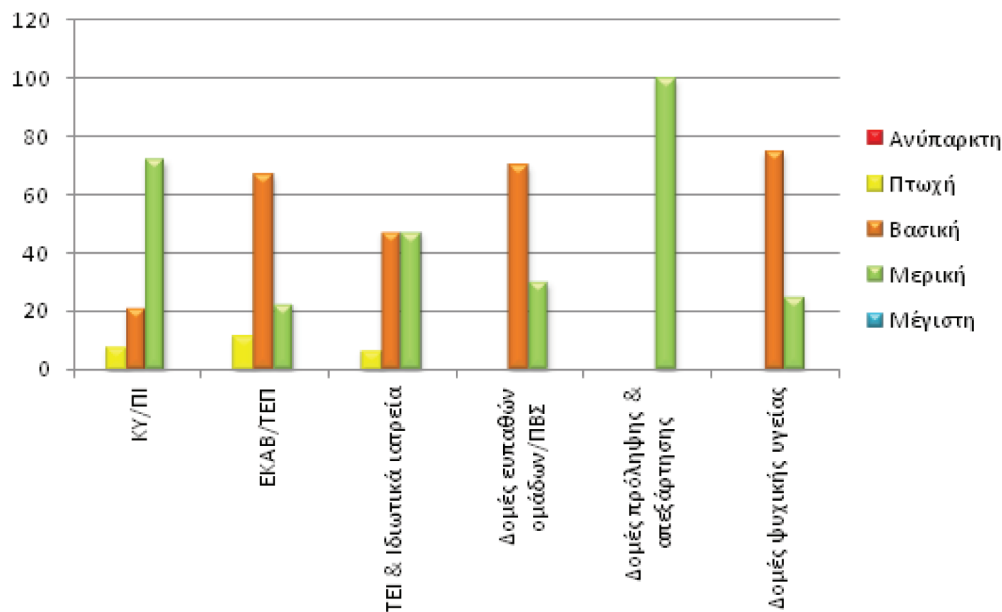
Σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των επιπέδων της λειτουργικής διασύνδεσης ανάλογα με τον τύπο κάθε δομής. Στην εικόνα 7 διαφαίνεται ότι σε δομές πρόληψης και απεξάρτησης (100% των εν λόγω δομών, n=14) παρουσιάστηκαν υψηλότερα επίπεδα διασύνδεσης, ενώ χαμηλότερα επίπεδα διασύνδεσης εμφανίστηκαν σε ΕΚΑΒ/ΤΕΠ (67% των δομών αυτών, n=10). Επιπρόσθετα, μεταξύ των δομών με χαμηλότερα επίπεδα διασύνδεσης βρίσκονταν οι δομές εξυπηρέτησης ευπαθών ομάδων/ΠΒΣ (70% των δομών αυτών, n=11), καθώς και οι δομές ψυχικής υγείας (75% των εν λόγω δομών, n=12). Αντίθετα, μεταξύ των δομών που παρουσίασαν καλύτερη εικόνα ήταν το 72% (n=15) των ΚΥ/ΠΙ.

Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα ιδιωτικά ιατρεία παρουσίασαν παρόμοια αποτελέσματα με εκείνα της συνολικής αποτίμησης των δομών, ενώ υπάρχει ένας διαμερισμός των δομών ανάμεσα στο βασικό (48%, n=10) και στο μέτριο (47%, n=9) επίπεδο διασύνδεσης (εικ. 7).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κύρια ευρήματα της μελέτης

Στην παρούσα μελέτη, παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις ως προς τα επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης, τόσο μεταξύ των διαφορετικών τύπων δομών, όσο και μεταξύ των διαστάσεων της ΠΦΥ.¹⁰ Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης



Εικόνα 7. Αποτίμηση επιπέδου λειτουργικής διασύνδεσης ανά τύπο δομής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

αναδεικνύουν ότι οι δομές ΠΦΥ στην Ελλάδα βρίσκονται σε επίπεδο πτωχής ή βασικής (2–3 στην κλίμακα Likert) διασύνδεσης και πρέπει να ληφθούν μέτρα για τη βελτίωση των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης, ιδιαίτερα σε μια περίοδο που διεξάγεται διάλογος για τη μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτό σημαίνει ότι τα δυναμικά χαρακτηριστικά των δομών ΠΦΥ (π.χ. πληροφοριακή συνέχεια, σύστημα ελέγχου-πρόσβασης, ισότητα στην πρόσβαση, διασύνδεση παροχών ΠΦΥ και επαγγελματιών δημόσιας υγείας, ποιότητα διάγνωσης και θεραπείας στην ΠΦΥ) θα πρέπει να βελτιωθούν, ώστε να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες προσδοκίες ενός λειτουργικά αποδοτικού και ενιαίου συστήματος ΠΦΥ.

Οι κύριες διαστάσεις που χρήζουν άμεσης βελτίωσης είναι οι ακόλουθες: «Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ», «συντονισμός του συστήματος ΠΦΥ», «ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ» και «συνέχεια στην παροχή ΠΦΥ». Η αρνητική αυτή εικόνα ενισχύεται και από την οικονομική κρίση που διέπει τη χώρα και τη μειωμένη διάθεση πόρων.² Προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στην ενίσχυση της διάστασης «οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ», με ιδιαίτερη έμφαση σε χαρακτηριστικά, όπως το «καθεστώς απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού» και «σύστημα αποζημιώσεων του ανθρώπινου δυναμικού». Η χαμηλή αξιολόγηση της διάστασης «συντονισμός στην ΠΦΥ» αναδεικνύει σημαντικά προβλήματα. Όπως αποτυπώθηκε από τα αποτελέσματα, η διαχείριση του ασθενούς γίνεται μεμονωμένα από τον εκάστοτε ιατρό ή επαγγελματία υγείας, χωρίς να υπάρχει μια ενιαία ομάδα διαχείρισης που να

αντιμετωπίζει το πρόβλημα υγείας του ασθενούς ολιστικά. Το συγκεκριμένο γεγονός έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, την αύξηση των παραπομπών εκτός ΠΦΥ, αλλά και την αύξηση του κόστους ανά ασθενή.

Ένα θετικό εύρημα είναι ότι οι δομές ΠΦΥ είναι σε θέση να αξιοποιήσουν το υφιστάμενο ανθρώπινο δυναμικό τους. Ο διακριτός διαχωρισμός ρόλων και αρμοδιοτήτων των εργαζομένων στην ΠΦΥ αναμένεται να ωφελήσει τη συνολική αντιμετώπιση του ασθενούς, αφού κάθε επαγγελματία υγείας δεν αποσπάται από τα καθήκοντά του αναλαμβάνοντας αλλότριες αρμοδιότητες. Η διάσταση «πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦΥ» παρουσίασε ικανοποιητικά αποτελέσματα λειτουργικής διασύνδεσης, υποδεικνύοντας ότι δεν υπάρχουν σημαντικά εμπόδια πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες ΠΦΥ. Ωστόσο, για την πλειονότητα των δομών, το χαρακτηριστικό «οικονομική προσιτότητα» των ασθενών στις υπηρεσίες ΠΦΥ βρέθηκε σε χαμηλά επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι υπογραμμίστηκε για άλλη μία φορά η έλλειψη ενός οργανωμένου συστήματος παραπομπής και εξυπηρέτησης ασθενών σε όλα τα στάδια από, προς και εντός των υπηρεσιών ΠΦΥ.¹⁷

Συζήτηση των κύριων ευρημάτων κάτω από την εμπειρία άλλων συστημάτων

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σημαντικοί παράγοντες που συντελούσαν στην εικόνα της ΠΦΥ στην Ελλάδα το

2004 ήταν οι γεωγραφικές ανισότητες, οι ανισότητες στην προσβασιμότητα, η ανομοιογενής κατανομή ιατρών και υπηρεσιών ΠΦΥ και η έλλειψη οργανωμένου συστήματος καταγραφής των παρεχομένων υπηρεσιών ή αναγκών κάθε φορά.¹⁸ Αντίθετα, η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι σήμερα τα κύρια εμπόδια σε θέματα προσβασιμότητας σχετίζονται περισσότερο με την οικονομική προσιτότητα των υπηρεσιών, παρά με τη γεωγραφική εγγύτητα. Ωστόσο, τα ζητήματα της ανομοιογενούς κατανομής των ιατρών και των υπηρεσιών ΠΦΥ, καθώς και η έλλειψη ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος καταγραφής, αποτίμησης των αναγκών και διαχείρισης των υπηρεσιών, χαρακτηρίζουν ακόμη το σύστημα ΠΦΥ της χώρας. Επιπρόσθετα, η μελέτη των Sbarouni et al αναφέρει ως τροχοπέδη τη δυσκαμψία κατά την παραπομπή των ασθενών μεταξύ τμημάτων μιας δομής, καθώς και μεταξύ δομών,¹⁸ θέματα τα οποία εντοπίστηκαν και από την παρούσα μελέτη. Αντίστοιχες αδυναμίες του συστήματος ΠΦΥ έχουν αναδειχθεί και στο παρελθόν από άλλες ελληνικές μελέτες,² τονίζοντας τις ελλείψεις σε θέματα λειτουργικής διασύνδεσης σε συνδυασμό με την παρουσία του παράγοντα της φτώχειας, της γήρανσης του πληθυσμού και των περιορισμένων πόρων.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει πληθώρα μελετών και καταγραφή βέλτιστων πρακτικών έτσι ώστε να γίνει προσεκτική επιλογή μεθόδων εκσυγχρονισμού του συστήματος της Ελλάδας, προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των αδυναμιών που εντόπισε η παρούσα μελέτη. Ένα τέτοιο υπόδειγμα, το "Primary Care Plus"²⁰ της Ολλανδίας, αποτελεί έναν ακόμη χρήσιμο οδηγό για την ΠΦΥ βασισμένο στη λειτουργική διασύνδεση. Ένα άλλο παράδειγμα αποτελεί το μοντέλο "Patient-centered medical home (PCMH)" (<http://www.pcrcc.net/joint-principles>), το οποίο δίνει έμφαση στην ΠΦΥ, είναι επικεντρωμένο στον ασθενή, βασίζεται στην ομάδα, στον συντονισμό και στην προσιτότητα, ενώ εστιάζει στην ποιότητα και στην ασφάλεια.

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει το μοντέλο που προτάθηκε και υλοποιείται στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης στον χώρο των συστημάτων υγείας και, ιδιαίτερα, της ΠΦΥ στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το πλαίσιο ποιότητας και εκβάσεων (quality and outcomes framework, QOF) που τέθηκε σε ισχύ το 2004 αποτελεί μέρος των συμβάσεων για την παροχή γενικών ιατρικών υπηρεσιών για τα ιατρεία γενικών ιατρών (ανεξάρτητοι επιχειρηματίες παρέχοντες υπηρεσίες στο πλαίσιο του συστήματος), το οποίο ανταμείβει τα ιατρεία για την παροχή «ποιοτικής φροντίδας» και συνδράμει την περαιτέρω χρηματοδότηση βελτιωτικών παρεμβάσεων. Η συμμετοχή των ιατρών είναι εθελοντική, αλλά συμμετέχουν τα περισσότερα ιατρεία, καθώς και πάρα πολλά με συμβάσεις παροχής ατομικών ιατρικών υπηρεσιών (personal medical services), δηλαδή γενικών ιατρών που

έχουν προσληφθεί ή συνάψει σύμβαση σε τοπικό επίπεδο και για τους οποίους υπάρχει η δυνατότητα μισθοδοσίας (πληρωμή πάγιου μισθού/αποζημίωσης). Περαιτέρω, η δημιουργία και η ενδυνάμωση των ομάδων κλινικής ανάθεσης (Clinical Commissioning Groups, CCGs) επιτρέπει την απ' ευθείας διαχείριση πόρων με μεγαλύτερη ελευθερία, αλλά και συνέπεια προς τις τοπικές ανάγκες.²¹ Ο νέος ρόλος των ομάδων κλινικής ανάθεσης επιτρέπει την ανάθεση έργου, επιλέγοντας από πληθώρα υπηρεσιών μέσω τριών μοντέλων συν-ανάθεσης και επιτρέποντας είτε (α) τη στενότερη συνεργασία με τις τοπικές ομάδες του ΕΣΥ ως προς τη λήψη αποφάσεων για να διασφαλίζεται η στρατηγική ευθυγράμμιση και η «τοποθέτηση» υπηρεσιών με άρτιο και ουσιαστικό τρόπο σε μια δεδομένη περιοχή, (β) την από κοινού ανάθεση που επιτρέπει να συναποφασίζουν μία ή περισσότερες ομάδες για την επιλογή υπηρεσιών γενικών ιατρών σε επίπεδο ιατρείων μέσω κοινής επιτροπής σε ευρύτερη περιοχή και (γ) τη δυνατότητα να έχουν την πλήρη ευθύνη οι ομάδες κλινικής ανάθεσης όσον αφορά στις υπηρεσίες που χρειάζονται για την κάλυψη αναγκών ως προς την παροχή υπηρεσιών γενικών ιατρών/ΠΦΥ.

Αδυναμίες και δυνατά σημεία της μελέτης

Τα αποτελέσματα της μελέτης επιχειρούν να αποτυπώσουν το επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης των δομών ΠΦΥ, για πρώτη φορά στην Ελλάδα. Αποτελεί μια ολοκληρωμένη προσπάθεια «χαρτογράφησης» της διασύνδεσης εντός των δομών ΠΦΥ, μέσω της χρήσης ενός ισχυρού θεωρητικού πλαισίου και έγκυρων εργαλείων αποτίμησης. Επιπρόσθετα, η διερεύνηση των αδυναμιών των δομών σε επίπεδο διαστάσεων και χαρακτηριστικών αναμένεται να συμβάλλει ουσιαστικά στην ανάδειξη των αναγκών των δομών και στη βελτίωση των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης. Παρ' όλα αυτά, παρατηρούνται ορισμένες αδυναμίες.

Η παρούσα μελέτη χρησιμοποίησε εργαλεία με αυτοαναφερόμενη εκτίμηση των διαστάσεων διασύνδεσης και αυτό αποτελεί έναν παράγοντα που πρέπει να ληφθεί υπ' όψη όταν ερμηνεύονται τα ευρήματα. Επίσης, λόγω δομικών αλλαγών στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα υπήρξαν προβλήματα καταγραφής και επικαιροποίησης των δεδομένων των δομών αναφορικά με τη λειτουργία τους. Για τον λόγο αυτόν, ένας συνεργάτης του προγράμματος, μετά την επιλογή των δομών, πραγματοποίησε τηλεφωνική επικοινωνία με τον διοικητή/διευθυντή κάθε δομής, ώστε να διενεργηθεί έλεγχος της εγκυρότητας των δεδομένων και της λειτουργίας τους. Ένα επί πλέον εμπόδιο προήλθε από την ετερογένεια στον τρόπο λειτουργίας των δομών ΠΦΥ. Για τον λόγο αυτόν, δόθηκε έμφαση στην επιλογή διαφορετικών τύπων δομών και στην ταξινόμησή τους σύμφωνα με τις υπηρεσίες ΠΦΥ που παρέχουν.

Απήχηση της μελέτης – Προτάσεις

Η εικόνα που αποτύπωσε η παρούσα μελέτη καθιστά αναγκαία την άμεση δημιουργία και εφαρμογή ολοκληρωμένου και συντονισμένου συστήματος ΠΦΥ, μέσω της χρήσης ενιαίων προτύπων και διαδικασιών. Με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, την εμπειρία από άλλα ερευνητικά προγράμματα και τη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία, συντάχθηκαν προτάσεις βελτίωσης των επιπέδων διασύνδεσης των επιλεγθεισών δομών ΠΦΥ για τις διαστάσεις που παρουσίασαν τις μεγαλύτερες αδυναμίες ανά τύπο δομής (εικ. 8). Συνοπτικά, σε όλους τους τύπους δομών προτείνεται η τήρηση συστήματος ελέγχου πρόσβασης “gate keeping”. Το “gate keeping” θα επιτρέψει τον έλεγχο της ροής στις δομές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και θα οδηγήσει στον έλεγχο του κόστους και στον ορθολογικότερο σχεδιασμό των νοσοκομειακών δομών, απαλλάσσοντας τα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία από την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και το κόστος που συνεπάγεται. Επίσης, θα συμβάλλει στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος τήρησης ηλεκτρονικών αρχείων ασθενών και στην ηλεκτρονική καταγραφή των βημάτων παραπομπής και παρακολούθησης ασθενών εντός και εκτός της δομής, στο πλαίσιο του ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος. Τέλος, θα βοηθήσει στον καθορισμό βέλτιστων βημάτων διαχείρισης των βασικών τύπων περιστατικών (επείγον περιστατικό, χρόνιο νόσημα, κ.ά.).

Συγκεκριμένα, τα ΚΥ/ΠΙ στο πλαίσιο βελτίωσης των πτωχών αποτελεσμάτων λειτουργικής διασύνδεσης ως

προς τη διακυβέρνηση του συστήματος ΠΦΥ και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών θα μπορούσαν να επικεντρωθούν στα χρόνια νοσήματα και σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού. Επιπρόσθετα, θα μπορούσαν να ενασχοληθούν ολιστικά με την οικογένεια, αλλά και την κατ’οίκον φροντίδα του χρόνιου ασθενούς, αυξάνοντας την αποτελεσματικότητα και την αποδοχή της ΠΦΥ στην ελληνική κοινωνία. Τα ΕΚΑΒ/ΤΕΠ χρήζουν βελτιώσεων σε όλες τις διαστάσεις, με έμφαση στην αποδοτικότητα. Η λειτουργική διασύνδεση θα οδηγήσει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού, στον προσανατολισμό και στη βελτίωση της προσβασιμότητάς του στο σύστημα υγείας και στην ολοκληρωμένη ανατροφολόγηση. Τα ΕΚΑΒ/ΤΕΠ θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε τρεις βασικούς άξονες υπηρεσιών υγείας: (α) περιπτώσεις άμεσης ανάγκης, (β) διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και (γ) βελτίωση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Οι μονάδες εξωτερικών και ιδιωτικών ιατρείων παρουσιάζουν καλύτερη λειτουργική διασύνδεση σε σχέση με τα ΕΚΑΒ/ΤΕΠ. Ωστόσο, σε πολλές από τις υπό μελέτη διαστάσεις υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης. Συγκεκριμένα, ως προς την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στο πλαίσιο της εκπαιδευτικής διασύνδεσης, η αξιοποίηση των ικανοτήτων και η ανάπτυξη της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού, μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισής του, θα ενίσχυαν σημαντικά την ορθότερη λειτουργία

ΔΟΜΗ (STRUCTURE)	ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΗΓΟΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ ΕΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ
	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ (ΜΕΙΩΣΗ ΑΛΟΓΙΣΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ, ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΕΩΝ, ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΞΙΣΟΡΡΟΠΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΥΛΙΚΩΝ κ.α.) ΑΥΞΗΣΗ ΚΑΙ ΕΞΙΣΟΡΡΟΠΗΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ (ΠΟΙΚΙΛΕΣ ΠΗΓΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ), ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ
	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΗΧΑΝΙΣΜΩΝ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗΣ, ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ (ΟΡΘΟΣ ΚΑΤΑΜΕΡΙΣΜΟΣ ΡΟΛΩΝ – ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΙΤΑΛΙΑΣ: ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ)
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ (PROCESS)	ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΙΣ ΔΟΜΕΣ ΓΙΑ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΕΞ ΑΠΟΣΤΑΣΕΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
	ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ
	ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΑΡΟΧΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΤΥΠΩΝ ΠΦΥ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΗΤΕΡΑΣ – ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ
	ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΥΞΗΣΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ, ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΛΙΚΩΝ, ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΗΔΗ ΥΠΑΡΧΟΝΤΩΝ
	ΕΚΡΟΣΕΣ/ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (OUTCOME)	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΕΚΡΟΣΕΣ/ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (OUTCOME)	ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΘΕΣΤΩΤΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΤΥΠΩΝ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΦΥ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΓΙΑ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
	ΙΣΟΝΟΜΙΑ	ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ ΜΕ ΆΛΛΕΣ ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αυτοδιαχείριση – Εκπαίδευση σε θέματα υγείας – Συμμετοχή ασθενών και οικογένειας – Συνδυασμός οριζόντιων και κάθετων παραπομπών (χρόνια νοσήματα-πολυνοσηρότητα και πολυφαρμακία)

Εικόνα 8. Προτάσεις βελτίωσης επιπέδων διασύνδεσης.

της ΠΦΥ. Οι δομές ευπαθών ομάδων και το ΠΒΣ χρήζουν πιο έντονα βελτιωτικών παρεμβάσεων στη διάσταση των οικονομικών συνθηκών και της αποδοτικότητας. Προς αυτή την κατεύθυνση, θα πρέπει να επαναξιολογηθεί η κατανομή των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και η δημιουργία μηχανισμού ελέγχου απόδοσης (χρήση καίριων δεικτών αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, μέσω του ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος).

Όσον αφορά στις δομές ψυχικής υγείας, σημειώθηκε αρκετά χαμηλή διασύνδεσή τους στις περισσότερες διαστάσεις. Η πρόσβαση στις εν λόγω δομές χρειάζεται βελτίωση, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με τη γενικότερη αναδιαμόρφωση του συστήματος ΠΦΥ που θα την καταστήσει προσβάσιμη σε ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων του πληθυσμού, περιλαμβανομένης της ψυχικής υγείας. Ο συντονισμός των δομών ΠΦΥ θα μπορούσε να βελτιωθεί με την υιοθέτηση ενός συστήματος διασύνδεσης με άλλες δομές και παρακολούθησης της πορείας των ασθενών. Αν και οι δομές πρόληψης και απεξάρτησης παρουσίασαν την καλύτερη εικόνα λειτουργικής διασύνδεσης, ωστόσο υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης σε διαστάσεις που αποτελούν πρόκληση, όπως οι οικονομικές συνθήκες και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Οι προτάσεις βελτίωσης των δομών πρόληψης και απεξάρτησης περιλαμβάνουν τον εκσυγχρονισμό του εξοπλισμού και την καλύτερη οργάνωση και διαχείριση υλικών και προσωπικού, με στόχο τη βέλτιστη αξιοποίησή τους. Ως προς την πληρότητα των υπηρεσιών των εν λόγω δομών, θα μπορούσαν να παρέχονται υπηρεσίες όλων των τύπων ΠΦΥ, με έμφαση στη φροντίδα μητέρας-παιδιού και στην περίθαλψη ανηλίκων.

Τέλος, η ενθάρρυνση της συνεργασίας ασθενών, παρόχων φροντίδας υγείας και φροντιστών θα συνέδραμε στη βελτίωση της λειτουργικής διασύνδεσης όλων των τύπων δομών και στην αντιμετώπιση των προκλήσεων στον τομέα της υγείας γενικότερα.

Συμπερασματικά, η αποτίμηση των επιπέδων, των διαστάσεων και των χαρακτηριστικών της ΠΦΥ μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στη σύνταξη προτάσεων βελτίωσης

και εξυγίανσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα, ιδιαίτερα σε μια περίοδο διαλόγου για τη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών της. Στους συγγραφείς της μελέτης έγινε αντιληπτό ότι για τον σχεδιασμό ενός νέου συστήματος ΠΦΥ με υψηλή απόδοση σε όρους ποιότητας και αποτελεσματικότητας κρίνεται αναγκαία η άμεση λήψη μέτρων προς την κατεύθυνση της εξατομικευμένης ασθενοκεντρικής φροντίδας. Αυτό ουσιαστικά θα επιτευχθεί μόνο μέσω της ενεργοποίησης των ασθενών και των χρηστών υπηρεσιών υγείας και τη διεπιστημονική/διεπαγγελματική προσέγγιση στη φροντίδα (διατομεακή και ενδοτομεακή). Ταυτόχρονα, κρίνεται αναγκαίος ο συνδυασμός οριζόντιων και κάθετων παραπομπών και διασύνδεσης, καθώς και η παροχή τεκμηριωμένης φροντίδας βασισμένης σε ενδείξεις. Επί πλέον, μείζονος σημασίας θεωρείται η αξιοποίηση εξειδικευμένου και ορθά αμειβόμενου προσωπικού σε συνδυασμό με την ανανέωση του εξοπλισμού και των υποδομών στην ύπαιθρο και στα νησιά. Τέλος, απαιτείται η διασύνδεση του υπάρχοντος ηλεκτρονικού συστήματος υγείας με ένα ενιαίο πληροφοριακό σύστημα και η συνεχής αξιολόγηση της αποδοτικότητας του συστήματος (υπηρεσίες, διαδικασίες, πόροι, ανθρώπινο δυναμικό, αποτελέσματα).

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οι συγγραφείς επιθυμούν να ευχαριστήσουν την ομάδα εργασίας του προγράμματος ΕΣΠΑ με ΟΠΣ 337424, για την πολύτιμη συμβολή τους σε όλη τη διάρκεια του έργου. Τα ονόματα των συνεργατών αναφέρονται ακολούθως (κατ' αλφαβητική σειρά): Γκατζούδη Καλλιόπη, Ζαμπετάκης Μιχάλης, Θηραίος Ελευθέριος, Καλαντζάκης Γιάννης, Καουκάκης Σταύρος, Καρδάσης Σταμάτιος, Κρητικός Κυριάκος, Μαρκάκη Αδελαΐς, Μηλάκη Καλλιόπη, Μιχαλάκης Νικήτας, Μπερτσιάς Αντώνιος, Πλεξουσάκης Δημήτριος, Φιλαλήθης Αναστάσιος, Φραγκιαδάκης Ιωάννης, Elfadl Hag Nazik, Van der Schaaf Hans. Επιπρόσθετα, θερμές ευχαριστίες σε όλους τους εκπροσώπους των δομών που συμμετείχαν στη μελέτη, καθώς και στη Διαχειριστική Αρχή του προγράμματος για τη συνεχή αρωγή της κατά την υλοποίηση του προγράμματος.

ABSTRACT

Operational integration of primary health care units in Greece: Mapping of the current status

M. KARAGIANNI, D. SIFAKI-PISTOLLA, V.E. CHATZEA, M. TRIGONI, A. KOUTIS, E. PETELOS, C. LIONIS
Clinic of Social and Family Medicine, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Heraklion, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2017, 34(3):343–362

OBJECTIVE Description of the degree of integration across primary health care (PHC) services in Greece, in the context of providing integrated care through the implementation of unified processes and quality standards. **METHOD** The study was conducted in the framework of a national program funded under the National Strategic Reference Framework (NSRF) in the operational program “Administrative reform 2007–2013”, with the title “Operational integration of PHC units”) and the Monitoring Information System (MIS) code no 337424. The study design was embedded in a theoretical framework covering three levels and 10 dimensions of PHC. The study sample consisted of 124 PHC units throughout Greece, selected by stratified random sampling. Two evaluation instruments were used to assess the degree of integration and the quality of the healthcare services provided: The validated questionnaire Primary Care Assessment Tool (PCAT) – short Version of the Primary Care Policy Center for Underserved Populations, Johns Hopkins University, and a questionnaire developed for this study by the project research team, based on synthesis and selection of domains from other standard questionnaires. The data were collected and analyzed using a five point Likert scale (1: minimal, 2: poor, 3: basic, 4: partial, 5: maximum) and a multi-criteria decision algorithm. **RESULTS** The overall rating of integration for the majority of the PHC units ranged between 3 and 4 (i.e., basic to partial), while a small percentage (5%) were rated as 2 (poorly integrated). Regarding specific PHC dimensions, “Continuity of Health Care” was reported to have a higher degree of integration, with 80% of the PHC units being rated as 4 or 5 (i.e., partial to maximum integration levels). Conversely, the dimensions that were identified as requiring significant improvement were “Economic Conditions of the PHC system” and the “Service Quality of PHC”. In the majority of the units, the rating regarding economic conditions was evaluated below the basic level, with 73% rated as having poor integration in terms of the “remuneration system of PHC workforce”. **CONCLUSIONS** In terms of the degree of integration of care, a high degree of heterogeneity was identified across PHC services in Greece. The implementation of targeted actions could effect improvement in the quality of services provided and in the degree of operational integration, thus enhancing their effectiveness.

Key words: Continuity of patient care, Coordination, Operational integration, Primary health care, Quality of health care

Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2008: Primary health care – now more than ever. WHO, 2008. Available at: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf
2. LIONIS C, SYMVOULAKIS EK, MARKAKI A, VARDAS 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. *Int J Integr Care* 2009, 9:e88
3. EPPING-JORDAN JE, PRUITT SD, BENGUA R, WAGNER EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004, 13:299–305
4. GRÖNE O, GARCIA-BARBERO M; WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES. Integrated care: A position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care* 2001, 1:e21
5. KODNER DL, SPREEUWENBERG C. Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care* 2002, 2:e12
6. UIJEN AA, HEINST CW, SCHELLEVIS FG, VAN DEN BOSCH WJ, VAN DE LAAR FA, TERWEE CB ET AL. Measurement properties of questionnaires measuring continuity of care: A systematic review. *PLoS One* 2012, 7:e42256
7. 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* 2007, 5:14
8. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΝΑ, ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΝΙΑΚΑΣ Δ. Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην υγεία. *Αρχ Έλλ Ιατρ* 2007, 24:48–57
9. PELONE F, KRINGOS DS, SPREEUWENBERG P, DE BELVIS AG, GROENEWEGEN PP. How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: Lessons from Europe. *Int J Qual Health Care* 2013, 25:381–393
10. KRINGOS DS, BOERMA WG, HUTCHINSON A, VAN DER ZEE J, GROE-

- NEWEGEN PP. The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010, 10:65
11. STARFIELD B. *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford, New York, 1998
 12. BERRA S, ROCHA BK, RODRÍGUEZ-SAN M, PASARÍN MI, RAJMIL L, BORRELL C ET AL. Properties of a short questionnaire for assessing primary care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health* 2011, 11:285
 13. DONABEDIAN A. *Benefits in medical care programs*. Harvard University Press, Cambridge, 1976
 14. 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* 2010, 11:81
 15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Process of translation and adaptation of instruments. WHO, 2016. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
 16. THOKALA P, DUENAS A. Multiple criteria decision analysis for health technology assessment. *Value Health* 2012, 15:1172–1181
 17. STRANDBERG-LARSEN M, KRASNIK A. Measurement of integrated healthcare delivery: A systematic review of methods and future research directions. *Int J Integr Care* 2009, 9:e01
 18. SOULIOTIS K, LIONIS C. Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective. *J Med Syst* 2004, 28:643–652
 19. 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. *Rural Remote Health* 2012, 12:2156
 20. VAN HOOF SJM, KROESE MEAL, SPREEUWENBERG MD, ELISSEN AMJ, MEERLO RJ, HANRAETS MMH ET AL. Substitution of hospital care with primary care: Defining the conditions of primary care plus. *Int J Integr Care* 2016, 16:1–11
 21. NATIONAL HEALTH SERVICE. Primary care co-commissioning. NHS, England, 2016. Available at: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/pc-co-comms/>
- Corresponding author:*
D. Sifaki-Pistolla, Heraklion, Crete, Greece
e-mail: spdimi11@gmail.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (PCAT)
ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ
(Ερωτηματολόγιο δομής)
Ιούλιος 2013

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλούμε απαντήστε στις σχετικές ερωτήσεις, ως εκπρόσωπος της δομής στην οποία εργάζεστε και όχι ως εκπρόσωπος της επί μέρους λειτουργίας που συμμετέχετε. Προσπαθήστε 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 η πολιτισμική στάθμιση ολοκληρώθηκαν από ομάδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου 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 τη χρήση ενιαίων προτύπων ποιότητας-διαδικασιών**» και κωδικό ΟΠΣ 337424 του Ε.Π. «**Διοικητική μεταρρύθμιση 2007–2013**».

Α. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

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

Μήνας Ημέρα Έτος

Όνομα και τίτλος ατόμου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:

Οργανισμός/Διεύθυνση:

Κωδικός Οργανισμού:

Αριθμός τηλεφώνου: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Β. ΓΕΝΙΚΑ**1. Είδος δομής (Σημειώστε Χ σε μία μόνο επιλογή)**

1. Μεμονωμένο ιατρείο
2. Με περισσότερους από έναν ιατρούς της ίδιας ειδικότητας
3. Με περισσότερους από έναν 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(τρια) 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 γνωρίζω/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%	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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. Πόσο τοις εκατό των ασθενών της δομής σας έχουν κάλυψη υγείας που περιορίζει τις παραπομπές (π.χ. ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ), περιορίζει αυτούς στους οποίους μπορείτε να παραπέμπετε (π.χ. ΑΠΟΡΟΙ), ή απαιτεί έγκριση για τις παραπομπές (π.χ. ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ);	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7. Πόσο τοις εκατό των ασθενών της δομής σας έχουν κάλυψη υγείας που απαιτεί προέγκριση για μη έκτακτη εισαγωγή στο νοσοκομείο;	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8. Πόσο τοις εκατό των ασθενών της δομής σας πρέπει να καταβάλλουν πληρωμή (τέλος συμμετοχής) σε κάθε επίσκεψη;	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. Τι ποσοστό των ασθενών της δομής σας έχουν μακροχρόνια ιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς ή αναπηρίας;	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Κατά μέσο όρο, για πόσο καιρό οι ασθενείς χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες στη δομή σας; (Σημειώστε με X ένα)					
1. <input type="checkbox"/> Λιγότερο από 6 μήνες					
2. <input type="checkbox"/> 6 μήνες έως ένα έτος					
3. <input type="checkbox"/> 1–2 έτη					
4. <input type="checkbox"/> 3–4 έτη					
5. <input type="checkbox"/> 5 έτη ή περισσότερα					
6. <input type="checkbox"/> Πολύ μεταβλητό για να καθοριστεί					
7. <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω					
11. Έχει η δομή σας έναν γεωγραφικά καθορισμένο πληθυσμό τον οποίο εξυπηρετεί;					
1 <input type="checkbox"/> Ναι					
0 <input type="checkbox"/> Όχι					
9 <input type="checkbox"/> Δεν είμαι σίγουρος/δεν γνωρίζω					

Σας παρακαλούμε σημειώστε X στην καλύτερη απάντηση [εκτιμήστε το ποσοστό (%)]	0–20%	41–60%	61–80%	81–100%	Δεν είμαι σίγουρος/ δεν γνωρίζω
12. Από 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"/>	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"/>	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"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Γ. ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ – ΠΡΟΣΒΑΣΗ

Παρακαλώ σημειώστε Χ 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"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <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 λαμβάνουν συμβουλές, όταν τις χρειάζονται;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Γ3. Όταν η δομή δεν λειτουργεί (π.χ. τη διάρκεια της νύκτας), υπάρχει τηλεφωνική γραμμή που να μπορούν οι ασθενείς να καλούν όταν αρρωστήσουν;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Γ4. Όταν η δομή δεν λειτουργεί (κατά τη διάρκεια της νύκτας) 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"/>	9 <input type="checkbox"/>

Δ. ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Σας παρακαλούμε σημειώστε Χ στην καλύτερη απάντηση	Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα όχι	Δεν είμαι σίγουρος/ δεν γνωρίζω
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"/>	9 <input type="checkbox"/>
Δ2. Αν οι ασθενείς έχουν μια ερώτηση, μπορούν να καλέσουν και να μιλήσουν με τον ιατρό ή τη νοσηλεύτρια που τους γνωρίζει καλύτερα;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Δ3. Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν «πολύ καλά» τους ασθενείς που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της δομής τους;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Δ4. Καταλαβαίνουν οι επαγγελματίες υγείας ποια είναι τα πλέον σημαντικά προβλήματα των ασθενών που εξετάζουν;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Ε. ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ

Σας παρακαλούμε σημειώστε Χ στην καλύτερη απάντηση	Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα όχι	Δεν είμαι σίγουρος/ δεν γνωρίζω
Ε1. 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 πρόβλημα υγείας τους;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Ε2. Υπάρχει κάποιος στη δομή σας, ο οποίος βοηθά τον ασθενή να κλείσει το ραντεβού για την παραπομπή αυτή;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Ε3. 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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Ε4. Μετά την επίσκεψη, οι επαγγελματίες υγείας συζητούν με τους ασθενείς σχετικά με τα αποτελέσματα της επίσκεψης(εων) με τον ειδικό ή την ειδική υπηρεσία της μονάδας που έγινε η παραπομπή;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ΣΤ. ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ (ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ)

Σας παρακαλούμε σημειώστε X 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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
ΣΤ2. Θα επέτρεπε η δομή σας στους ασθενείς να έχουν πρόσβαση στα ιατρικά τους αρχεία, εάν αυτοί το επιθυμούν; (απαντήστε εφόσον υπάρχει ιατρικό αρχείο)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
ΣΤ3. Είναι τα αρχεία των ασθενών διαθέσιμα όταν οι κλινικοί ιατροί 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"/>

Ζ. 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 στη 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	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
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"/>

Η. 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 στις ερωτήσεις H4, H5, H7. Εάν η δομή σας εξυπηρετεί μόνο τους ενήλικες, μην απαντήσετε στις ερωτήσεις H14–H18.					
Σας παρακαλούμε σημειώστε X στην καλύτερη απάντηση	Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα όχι	Δεν είμαι σίγουρος/ δεν γνωρίζω
<i>Συζητούνται τα παρακάτω θέματα με τους ασθενείς;</i>					
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
<i>Συζητούνται τα παρακάτω θέματα με τους ασθενείς;</i>					
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 Η6–Η10 ισχύουν μόνο σε παιδιά (ηλικίας <18 ετών)					
Σας παρακαλούμε σημειώστε Χ στην καλύτερη απάντηση	Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα όχι	Δεν είμαι σίγουρος/δεν γνωρίζω
<i>Συζητούνται τα παρακάτω θέματα με το παιδί και τον γονέα/κηδεμόνα;</i>					
H6. Θέματα αντιμετώπισης προβλημάτων σχετικά με τη 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 ηλικίας <6 ετών, διδάσκοντάς τους να διασχίσουν τον δρόμο με ασφάλεια, καθώς και τη χρήση παιδικών καθισμάτων στα αυτοκίνητα	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9. Θέματα σχετικά με την ασφάλεια παιδιών ηλικίας 6–12 ετών, όπως να μένουν μακριά από τα όπλα, και να χρησιμοποιούν ζώνες ασφαλείας και κράνη ποδηλάτου	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10. Θέματα σχετικά με την ασφάλεια παιδιών ηλικίας >12 ετών, όπως το ασφαλές sex, λέγοντας όχι στα ναρκωτικά, όχι στο οινόπνευμα και στην οδήγηση	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Θ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΣΗ

Σας παρακαλούμε σημειώστε Χ στην καλύτερη απάντηση	Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα όχι	Δεν είμαι σίγουρος/δεν γνωρίζω
Θ1. Στη δομή σας οι ιατροί και οι νοσηλεύτές ζητούν από τους ασθενείς τις ιδέες και τις απόψεις τους όταν σχεδιάζουν τη θεραπεία και τη φροντίδα για τον ασθενή ή μέλος της οικογένειάς τους;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Θ2. Στη δομή σας οι ιατροί και οι νοσηλεύτές ερωτούν για ασθένειες ή προβλήματα, τα οποία υπάρχουν στην οικογένεια των ασθενών;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Θ3. Στη δομή σας οι επαγγελματίες υγείας είναι πρόθυμοι και ικανοί να συνητηθούν με τα μέλη της οικογένειας για να συζητήσουν ένα πρόβλημα υγείας ή οικογενειακό πρόβλημα;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Ι. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Σας παρακαλούμε σημειώστε Χ στην καλύτερη απάντηση	Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα όχι	Δεν είμαι σίγουρος/δεν γνωρίζω
I1. 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"/>
I2. Θεωρείτε ότι οι επαγγελματίες υγείας στη 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"/>
I3. Οι επαγγελματίες υγείας στη δομή σας λαμβάνουν γνώμες και ιδέες από ανθρώπους που θα μπορούσαν να συμβάλλουν 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 την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών/προγραμμάτων;					
I4. 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"/>
I5. 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"/>
I6. 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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
18. Συμμετοχή με ομάδες γειτονιάς/ηγέτες της κοινότητας	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Κ. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΙΚΑΝΟΣ

Παρακαλώ σημειώστε Χ στην καλύτερη απάντηση	Σίγουρα	Πιθανόν	Μάλλον όχι	Σίγουρα όχι	Δεν είμαι σίγουρος/ δεν γνωρίζω
K1. Μπορεί η δομή σας να επικοινωνήσει με ανθρώπους οι οποίοι δεν μιλούν καλά Ελληνικά;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K2. Εάν χρειάζεται, η δομή σας λαμβάνει υπ' όψη τις ειδικές πεποιθήσεις ή τις αντιλήψεις μιας οικογένειας για τη φροντίδα υγείας ή τη χρήση της λαϊκής Ιατρικής, όπως βότανα/σπιτικά φάρμακα;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K3. Σε ποιο βαθμό η δομή σας λαμβάνει υπ' όψη το αίτημα μιας οικογένειας να χρησιμοποιήσει εναλλακτική θεραπεία, όπως η ομοιοπαθητική ή ο βελονισμός;	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

Ποσοστό %

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

Μόνο μισθός	-----
Μόνο αμοιβή κατά κεφαλή (κατ' άτομο που περιθάλπουν)	-----
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 απόδοσή τους στη 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

Επισκέψεις

5. Στη δομή σας, ποιος είναι ο τωρινός αριθμός επισκέψεων ανά ημέρα; (παρακαλώ εκτιμήστε) _____
6. Στη δομή σας, ποιος είναι ο τωρινός αριθμός επισκέψεων ανά εβδομάδα; (παρακαλώ εκτιμήστε) _____

Ποσοστό %

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

Ηλικίες 0–4 ετών	_____
Ηλικίες 5–10 ετών	_____
Ηλικίες 11–14 ετών	_____
Ηλικίες 15–29 ετών	_____
Ηλικίες 20 ετών και άνω	_____
	Σύνολο 100%

8. Δέχθηκε 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. Εκτός 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 κάποια σελίδα. Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία. Θα θέλατε να λάβετε ένα αντίγραφο της τελικής έκθεσης της παρούσας μελέτης;

ΝΑΙ ΟΧΙ

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

.....