

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Εφαρμογή εργαλείου αξιολόγησης της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

ΣΚΟΠΟΣ Η εφαρμογή εργαλείου αξιολόγησης της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή της ελληνικής επικράτειας. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του εργαλείου International Family Practice Maturity Matrix (IFPMM), που αξιολογεί επτά οργανωσιακές διαστάσεις των δομών της ΠΦΥ, υπό το πρίσμα της αναγκαίας οργανωσιακής δομής και κουλτούρας με σκοπό τη δημιουργία των προϋποθέσεων για βελτιωμένη ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Στην έρευνα συμμετείχαν οι μονάδες του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) της περιφερειακής ενότητας Έβρου, και ειδικότερα τα στελέχη αυτών, με διενέργεια ημι-δομημένων προσωπικών συνεντεύξεων. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν ήταν πρωτογενή και αναλύθηκαν ποιοτικά. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Τα αποτελέσματα ανέδειξαν σημαντική υστέρηση των εξεταζόμενων δομών σε οργανωσιακό επίπεδο, ιδιαίτερα στη διάσταση διοίκησης προσωπικού και ικανότητας ενεργητικής ακρόασης του ασθενούς. Άξιες λόγου είναι και οι οργανωσιακές διαφοροποιήσεις μεταξύ κέντρων υγείας και πρώην μονάδων του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Οι εν λόγω διαφοροποιήσεις αφορούν στην εφαρμογή του ειδικού μισθολογίου, στα πληροφοριακά συστήματα, στο ωράριο λειτουργίας, στη διασύνδεση με προϊστάμενες αρχές, καθώς και στη διάρθρωση του προσωπικού σε ειδικότητες. Ωστόσο, διαφοροποιήσεις εντοπίστηκαν και μεταξύ των κέντρων υγείας, που επιβεβαιώνουν τον υψηλό βαθμό κατακερματισμού και ανομοιογένειας της ελληνικής ΠΦΥ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Το βασικό συμπέρασμα είναι ότι οι μονάδες ΠΦΥ του Εθνικού Συστήματος Υγείας χαρακτηρίζονται από μέτρια έως χαμηλή οργανωσιακή «ωριμότητα», με αποτέλεσμα οι όποιες προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας να περιορίζονται από συστημικές αδυναμίες. Το ΠΕΔΥ οφείλει να συγκλίνει στα διεθνή πρότυπα και να εξυπηρετήσει καλύτερα τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, μέσα από την εφαρμογή εργαλείων όπως η IFPMM, που δημιουργεί τη βάση αξιολόγησης και συγκρίσεων προς την κατεύθυνση μιας ενιαίας οργανωσιακής δομής και κουλτούρας.

Η οργάνωση (organization) ενός οργανισμού (μιας οικονομικής οντότητας ή ενός συστήματος) αναφέρεται στη δομή του, στις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων του, καθώς επίσης στις ενέργειες και στις δραστηριότητες αυτών με σκοπό την επίτευξη των στόχων και του οράματος του οργανισμού.¹ Συχνά, οι επιστήμες διοίκησης αναφέρονται στην οργάνωση με πιο εξειδικευμένες έννοιες, όπως την οργανωσιακή δομή (organisational structure)² και την οργανωσιακή κουλτούρα (organisational culture).³ Κατ' αναλογία, η οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), δηλαδή ενός (υπο-)συστήματος υγείας, εμπίπτει στις ίδιες έννοιες. Επίσης, φαίνεται ότι οι καλά οργανωμένες μονάδες

ΠΦΥ προσφέρουν φροντίδα υψηλότερης ποιότητας.⁴ Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας εμπερικλείει όλες τις βασικές στοχεύσεις των σύγχρονων συστημάτων υγείας, ήτοι αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και προσβασιμότητα. Κατ' αυτόν τον τρόπο, αποτελεί μια συνεχώς διευρυνόμενη έννοια με αρκετές προεκτάσεις. Κατά την τελευταία δεκαετία, στον ορισμό της ποιότητας έχουν συμπεριληφθεί, εκτός από την κλινική αποτελεσματικότητα, άλλες παρεμφερείς διαστάσεις, όπως η ασφάλεια των ασθενών (patient safety), η ισότητα (equity), η συνέχεια (continuity), η επικαιροποίηση (timeliness) και η πρόσβαση (access).⁵

Η αξιολόγηση των μονάδων ΠΦΥ αποτελεί ένα δημοφι-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(4):497-505
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(4):497-505

Σ. Καρακόλιας,¹
Κ. Δικαίος,¹
Α. Καστανιώτη,²
Ν. Πολύζος¹

¹Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή
²Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πελοποννήσου, Καλαμάτα

Application of an organizational assessment tool of primary health care

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Αξιολόγηση
Οργάνωση
Ποιότητα
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Υποβλήθηκε 21.7.2017
Εγκρίθηκε 12.8.2017

λές ζήτημα, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για αξιολόγηση από την πλευρά των χρηστών (βλέπε έρευνες ικανοποίησης ασθενών κ.λπ.). Πιο περιορισμένος είναι ο αριθμός εργαλείων και μεθόδων αξιολόγησης από επιχειρησιακή σκοπιά. Σε αυτά συγκαταλέγονται η μέθοδος Quality Team Development (QTD),⁶ το εργαλείο Manchester Patient Safety Tool (MapSaf),⁷ το πλαίσιο European Practice Assessment (EPA),⁸ το Primary Care Evaluation Tool (PCET)⁹ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), το Primary Care Assessment Tool (PCAT),¹⁰ η μεθοδολογία Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC),¹¹ καθώς και η μήτρα International Family Practice Maturity Matrix (IFPM).¹²

Στην Ελλάδα, έχουν πραγματοποιηθεί λίγες προσπάθειες αξιολόγησης της ΠΦΥ από επιχειρησιακή σκοπιά, με έμφαση σε μελέτες που υιοθετούν τη λογική επίτευξης αριστείας στην ποιότητα.^{13,14} Συνεπώς, απουσιάζει η εφαρμογή ενός εργαλείου αξιολόγησης που να εστιάζει στην οργάνωση, με εξαίρεση το γεγονός ότι κατά την εκπόνηση της μελέτης σκοπιμότητας της μήτρας IFPM συμμετείχαν και πέντε δομές ΠΦΥ από την Ελλάδα.¹⁵

Στο πλαίσιο αυτό, ως σκοπός της εν λόγω εργασίας τέθηκε η προετοιμασία μελέτης περίπτωσης για τις δομές ΠΦΥ συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής, κατά την οποία αξιολογήθηκε η οργάνωση των συγκεκριμένων δομών, παράγοντας που είναι καταλυτικής σημασίας για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών ΠΦΥ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μεθοδολογία της παρούσας εργασίας ακολούθησε τις αρχές

της πρωτογενούς, ποιοτικής έρευνας. Ερευνητικό εργαλείο αποτέλεσε η 2η έκδοση (Ιούνιος 2007) της μήτρας IFPM. Η IFPM αναπτύχθηκε ως ένα ευρωπαϊκό πρότυπο αξιολόγησης της οδηγούμενης –από την ιατρική πρακτική– ποιότητας σε δομές ΠΦΥ από ερευνητές του Πανεπιστημίου του Κάρντιφ (Cardiff, UK) σε συνεργασία με την European Association for Quality in General Practice (EQUIP) και το Centre for Quality of Care Research (WOK).^{12,15} Η μήτρα έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά, με δικαιώματα χρήσης που ανήκουν στην Ελληνική Εταιρεία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ).

Η μήτρα IFPM εξετάζει επτά οργανωσιακές διαστάσεις των δομών ΠΦΥ: (α) Τη χρήση πληροφοριών, (β) τη χρήση δεδομένων ασθενούς, (γ) τη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού, (δ) την εργασία ως ομάδα, (ε) την ενεργητική ακρόαση του ασθενούς, (στ) τη βελτίωση της υγειονομικής μονάδας και (ζ) τη βελτίωση των διαδικασιών λειτουργίας. Κάθε διάσταση διαθέτει έξι επίπεδα αξιολόγησης, με τη βαθμολογία «1» να σημειώνεται στην περίπτωση χειρίστης αξιολόγησης και τη βαθμολογία «6» στην περίπτωση βέλτιστης αξιολόγησης (πίν. 1).

Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι πέντε μονάδες του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) της περιφερειακής ενότητας (ΠΕ) Έβρου, που βρίσκονταν στα τέλη του 2015 σε κανονική λειτουργία, και ειδικότερα τέσσερα κέντρα υγείας (ΚΥ) και μία πρώην μονάδα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Ουσιαστικά, το δείγμα συνέπεσε με τον πληθυσμό μονάδων ΠΕΔΥ της συγκεκριμένης ΠΕ και κάλυψε σε μεγάλο βαθμό τη δημόσια ΠΦΥ της περιοχής, με εξαίρεση τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των δύο δημόσιων νοσηλευτικών μονάδων. Η συγκεκριμένη ΠΕ επιλέχθηκε επειδή διαθέτει όλα τα είδη δομών δημόσιας υγείας, είναι στη χώρα η 6η μεγαλύτερη σε έκταση και η 17η σε πληθυσμό και περιλαμβάνει συγχρόνως αστικές και αγροτικές περιοχές, καθώς και ένα νησί. Συνεπώς, θεωρήθηκε ότι αποτελεί

Πίνακας 1. Ελληνική έκδοση της International Family Practice Maturity Matrix – έκδοση 2.0, Ιούνιος 2007.

Οργανωσιακή διάσταση – Περιγραφή – Επίπεδα αξιολόγησης

Χρήση πληροφοριών: Πρόσβαση στις καλύτερες πρακτικές βασισμένες σε αποδείξεις, συζήτηση και εκτίμηση της εφαρμοσιμότητας και της ποιότητάς τους.

1. Ο Οργανισμός (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) σπάνια χρησιμοποιεί βασισμένα σε αποδείξεις δεδομένα για τη φροντίδα των ασθενών. Δεν καταβάλλεται προσπάθεια κατανόησης και οργάνωσης της αποκόμισης τέτοιων δεδομένων για καλύτερες πρακτικές
2. Ο Οργανισμός (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) περιστασιακά χρησιμοποιεί βασισμένα σε αποδείξεις δεδομένα για τη φροντίδα των ασθενών. Ωστόσο, σε σπάνιες περιπτώσεις η ομάδα του ιατρείου εμπλέκεται στη συζήτηση και στην εκτίμησή τους. Καταβάλλεται μικρή προσπάθεια κατανόησης και οργάνωσης τέτοιων δεδομένων για καλύτερες πρακτικές
3. Ο Οργανισμός (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) τακτικά χρησιμοποιεί βασισμένα σε αποδείξεις δεδομένα για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών. Περιστασιακά εμπλέκεται η ομάδα του ιατρείου στη συζήτηση και στην εκτίμησή τους. Καταβάλλεται προσπάθεια κατανόησης και οργάνωσης αυτών των δεδομένων για την αλλαγή της φροντίδας των ασθενών (π.χ. πρωτόκολλα, κατευθυντήριες οδηγίες [guidelines] κ.λπ.)
4. Ο Οργανισμός (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) τακτικά χρησιμοποιεί βασισμένα σε αποδείξεις δεδομένα για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών. Τακτικά εμπλέκεται η ομάδα του ιατρείου στη συζήτηση και στην εκτίμησή τους. Η ποιότητα και η χρήση των δεδομένων αυτών όμως δεν αξιολογείται
5. Ο Οργανισμός (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) τακτικά χρησιμοποιεί βασισμένα σε αποδείξεις δεδομένα για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών. Τακτικά εμπλέκεται η ομάδα του ιατρείου στη συζήτηση και στην εκτίμησή τους. Η ποιότητα και η χρήση των δεδομένων αυτών όμως αξιολογείται περιστασιακά
6. Ο Οργανισμός (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) τακτικά χρησιμοποιεί βασισμένα σε αποδείξεις δεδομένα για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών. Τακτικά εμπλέκεται η ομάδα του ιατρείου στη συζήτηση και στην εκτίμησή τους. Η ποιότητα και η χρήση των δεδομένων αυτών αξιολογείται τακτικά και οι κατευθυντήριες οδηγίες ενημερώνονται επίσης τακτικά

Πίνακας 1. (συνέχεια) Ελληνική έκδοση της International Family Practice Maturity Matrix – έκδοση 2.0, Ιούνιος 2007.**Οργανωσιακή διάσταση – Περιγραφή – Επίπεδα αξιολόγησης**

Χρήση δεδομένων ασθενούς: Οι πληροφορίες για τον ασθενή λαμβάνονται με την ιατρική συνέντευξη-λήψη ιστορικού και την κλινική εξέταση. Αυτές οι πληροφορίες κωδικοποιούνται, αναλύονται και χρησιμοποιούνται.

1. Η κλινική πληροφορία από τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση του ασθενούς δεν καταγράφεται σε οργανωμένη και ερευνησιμη βάση δεδομένων. Η κλινική πληροφορία δεν κωδικοποιείται και δεν μπορεί να αναλυθεί
2. Η κλινική πληροφορία από τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση του ασθενούς καταγράφεται, αλλά οι πληροφορίες δεν είναι καλά οργανωμένες ή κωδικοποιημένες. Δεν είναι εύκολη η αναζήτηση και η ανάλυση των δεδομένων
3. Η κλινική πληροφορία από τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση του ασθενούς καταγράφεται, αλλά μόνο ορισμένες πτυχές της περιθάλψης κωδικοποιούνται συστηματικά. Είναι δυνατόν να αναζητηθούν, να ανακληθούν και να αναλυθούν οι κωδικοποιημένες πληροφορίες, αλλά αυτή η μέθοδος δεν χρησιμοποιείται συστηματικά για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας
4. Η κλινική πληροφορία από τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση του ασθενούς καταγράφεται και πολλές πτυχές της περιθάλψης κωδικοποιούνται συστηματικά. Είναι δυνατόν να αναζητηθούν, να ανακληθούν και να αναλυθούν οι κωδικοποιημένες πληροφορίες και αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται τακτικά για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας
5. Η κλινική πληροφορία από τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση του ασθενούς καταγράφεται και σχεδόν όλες οι πτυχές της περιθάλψης κωδικοποιούνται συστηματικά. Είναι δυνατόν να αναζητηθούν, να αναλυθούν οι κωδικοποιημένες πληροφορίες και αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται συνήθως για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας
6. Η κλινική πληροφορία από τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση του ασθενούς καταγράφεται και όλες οι πτυχές της περιθάλψης κωδικοποιούνται συστηματικά. Οι κωδικοποιημένες πληροφορίες αναλύονται σε καθημερινή βάση ως μέθοδος για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Συντάσσονται εκθέσεις και συζητούνται με στόχο τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας

Διοίκηση προσωπικού: Διαδικασίες επιλογής/πρόσληψης, καθηκοντολόγιο, εξέλιξη/παροχή κινήτρων και κρίση/αξιολόγηση του προσωπικού.

1. Οι διαδικασίες επιλογής/πρόσληψης προσωπικού είναι ασαφείς, δεν είναι ανοικτές και ευέλικτες στον ανταγωνισμό και σε άλλες απαιτήσεις. Τα εργασιακά καθήκοντα δεν είναι σαφή και καταγεγραμμένα. Δεν παρέχονται ευκαιρίες για την εξέλιξη του προσωπικού και την περαιτέρω εκπαίδευσή του. Δεν υπάρχει αξιολόγηση του προσωπικού
2. Οι διαδικασίες επιλογής/πρόσληψης προσωπικού είναι ασαφείς και καλά προγραμματισμένες. Τα εργασιακά καθήκοντα είναι σαφή και καταγεγραμμένα, αλλά δεν ενημερώνονται τακτικά. Υπάρχει μικρή εξέλιξη και εκπαίδευση του προσωπικού. Οι διαδικασίες αξιολόγησης του προσωπικού είναι ασαφείς
3. Οι διαδικασίες επιλογής/πρόσληψης προσωπικού εξαρτώνται από τις ανάγκες του φορέα (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.). Τα εργασιακά καθήκοντα ενημερώνονται τακτικά. Υπάρχουν μερικές ευκαιρίες εξέλιξης του προσωπικού. Η αξιολόγηση της απόδοσης του προσωπικού είναι όχι συχνή και διαλείπουσα
4. Οι διαδικασίες επιλογής/πρόσληψης προσωπικού εξαρτώνται από τις ανάγκες του φορέα (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.). Τα εργασιακά καθήκοντα ενημερώνονται και καταγράφονται τακτικά. Υπάρχουν τακτικές ευκαιρίες εξέλιξης του προσωπικού. Η αξιολόγηση της απόδοσης του προσωπικού γίνεται τακτικά
5. Οι διαδικασίες επιλογής/πρόσληψης προσωπικού εξαρτώνται από τις ανάγκες του φορέα (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.). Τα εργασιακά καθήκοντα ενημερώνονται και καταγράφονται τακτικά. Το προσωπικό ενθαρρύνεται να συμμετέχει στην εξέλιξη και στην εκπαίδευσή του. Στο προσωπικό, στο οποίο παρέχονται κίνητρα για προσωπική εξέλιξη, γίνεται τακτική αξιολόγηση
6. Υπάρχουν διαφανείς διαδικασίες επιλογής/πρόσληψης προσωπικού, οι οποίες εξαρτώνται από τις ανάγκες του φορέα (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.). Τα εργασιακά καθήκοντα ενημερώνονται και καταγράφονται τακτικά. Το προσωπικό συμμετέχει τόσο σε προγράμματα προσωπικής εξέλιξης όσο και σε προγράμματα ανάπτυξης του φορέα. Στο προσωπικό, στο οποίο παρέχονται κίνητρα για προσωπική εξέλιξη και συμμετέχει στην ανάπτυξη του φορέα, γίνεται τακτική αξιολόγηση

Εργασία ως ομάδα: Επικοινωνία με/διά μέσου του φορέα με συναντήσεις, πρακτικές ασκήσεις και καταγεγραμμένες δραστηριότητες.

1. Η ομάδα δεν συναντάται στον οργανισμό (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.). Διαδικασίες σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς δεν συζητούνται και δεν συμφωνούνται σε επίπεδο ομάδας
2. Η ομάδα δεν συναντάται τακτικά στον οργανισμό (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) για να συζητήσει διαδικασίες σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς. Στις συναντήσεις δεν τηρούν πρακτικά και στα άτομα της ομάδας δεν παρέχονται σαφείς αρμοδιότητες για το τι πρέπει να γίνει
3. Η ομάδα συναντάται τακτικά στον οργανισμό (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) για να συζητήσει διαδικασίες σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς. Οι συναντήσεις είναι άτυπες, χωρίς να παρέχεται η ευκαιρία να υπάρχει ατζέντα θεμάτων, διαρκούν λίγα λεπτά και συμφωνούνται μελλοντικές ενέργειες
4. Η ομάδα συναντάται τακτικά στον οργανισμό (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) για να συζητήσει διαδικασίες σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς. Οι συναντήσεις είναι επίσημες και υπάρχουν σαφείς ατζέντες θεμάτων, τηρούνται πρακτικά και συμφωνούνται μελλοντικές ενέργειες
5. Η ομάδα συναντάται τακτικά στον οργανισμό (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) για να συζητήσει διαδικασίες σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς. Οι συναντήσεις είναι επίσημες και υπάρχουν σαφείς ατζέντες θεμάτων, τηρούνται πρακτικά και συμφωνούνται μελλοντικές ενέργειες. Το περιεχόμενο της συνάντησης είναι κυρίως αποτέλεσμα ανταλλαγής απόψεων και όχι στρατηγικού σχεδιασμού
6. Η ομάδα συναντάται τακτικά στον οργανισμό (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) για να συζητήσει διαδικασίες σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς. Οι συναντήσεις είναι επίσημες και υπάρχουν σαφείς ατζέντες θεμάτων, τηρούνται πρακτικά και συμφωνούνται μελλοντικές ενέργειες. Το περιεχόμενο της συνάντησης είναι κυρίως αποτέλεσμα ισορροπίας μεταξύ ανταλλαγής απόψεων και στρατηγικού σχεδιασμού

Πίνακας 1. (συνέχεια) Ελληνική έκδοση της International Family Practice Maturity Matrix – έκδοση 2.0, Ιούνιος 2007.**Οργανωσιακή διάσταση – Περιγραφή – Επίπεδα αξιολόγησης**

Ακούγοντας τον ασθενή: Οι απόψεις και οι εμπειρίες των ασθενών, η διαχείριση των παραπόνων και συγκεκριμένες απαντήσεις σε ανησυχίες ασθενών και σε λάθη.

1. Οι απόψεις των ασθενών και οι εμπειρίες τους δεν συλλέγονται από τον φορέα (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.). Τα παράπονα καταγράφονται, αλλά γίνεται μικρή προσπάθεια αποφυγής παρόμοιων προβλημάτων
2. Οι απόψεις των ασθενών και οι εμπειρίες τους δεν συλλέγονται από τον φορέα (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) συστηματικά. Τα παράπονα καταγράφονται, αλλά δεν υπάρχει πλάνο αποφυγής παρόμοιων προβλημάτων. Τα παράπονα δεν αναλύονται από τον φορέα
3. Οι απόψεις των ασθενών και οι εμπειρίες τους συλλέγονται από τον φορέα (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) μέσω ερωτηματολογίων κ.λπ., αλλά ο φορέας δεν αντιδρά στα ευρήματα. Τα παράπονα καταγράφονται, αλλά δεν υπάρχει πλάνο αποφυγής παρόμοιων προβλημάτων. Τα παράπονα δεν αναλύονται από τον φορέα
4. Οι απόψεις των ασθενών συλλέγονται (π.χ. ερωτηματολόγια, εργασία σε ομάδες) και ορισμένες προτάσεις χρησιμοποιούνται μόνο όταν συμβαδίζουν με τη γραμμή της διοίκησης του φορέα. Τα παράπονα καταγράφονται, αλλά δεν υπάρχει πλάνο αποφυγής παρόμοιων προβλημάτων. Τα παράπονα δεν αναλύονται από τον φορέα
5. Οι απόψεις των ασθενών συλλέγονται (π.χ. ερωτηματολόγια, εργασία σε ομάδες) και τα ευρήματα χρησιμοποιούνται από τον φορέα για να γίνουν αλλαγές σε τακτική βάση. Τα παράπονα των ασθενών αναλύονται από τον φορέα και προλαμβάνεται έτσι η επανάληψη των προβλημάτων
6. Οι απόψεις των ασθενών συλλέγονται (π.χ. ερωτηματολόγια, εργασία σε ομάδες) και τα ευρήματα χρησιμοποιούνται από τον φορέα για να γίνουν αλλαγές βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών σε τακτική βάση. Οι ασθενείς λαμβάνουν μέρος στην οργανωτική ανάπτυξη (π.χ. συμμετέχουσα ομάδα ασθενών). Τα παράπονα των ασθενών αναλύονται από τον φορέα ώστε να αποφευχθούν και να περιοριστούν τα επαναλαμβανόμενα προβλήματα

Βελτιώνοντας την υγειονομική μονάδα: Βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Κλινικός έλεγχος και έλεγχος του φορέα (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) μέσα από εφαρμογή κύκλων βελτίωσης ποιότητας (καταγραφή αναγκών – προγραμματισμός – υλοποίηση – αξιολόγηση)

1. Ο φορέας δεν συμμετέχει εθελοντικά σε δραστηριότητες διασφάλισης της ποιότητας ώστε να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας
2. Μερικά άτομα στον φορέα (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) δραστηριοποιούνται στη διασφάλιση της ποιότητας και στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών περιστασιακά. Οι διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας δεν αποτελούν μέρος της στρατηγικής του οργανισμού
3. Ο οργανισμός έχει ορισμένες δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας περιστασιακά και τα αποτελέσματα παρακολουθούνται σε επίπεδο φορέα (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.)
4. Ο οργανισμός έχει δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας ανάλογα με τις απαιτήσεις, που τίθενται από εξωγενείς παράγοντες
5. Υπάρχει συμμετοχή του φορέα σε δραστηριότητες διασφάλισης/βελτίωσης της ποιότητας. Τα αποτελέσματα από τους κύκλους βελτίωσης της ποιότητας αναλύονται τακτικά ως μέρος του στρατηγικού σχεδιασμού δράσης του φορέα
6. Υπάρχει συμμετοχή του φορέα σε δραστηριότητες εξασφάλισης/βελτίωσης της ποιότητας. Τα αποτελέσματα από τους κύκλους βελτίωσης της ποιότητας αναλύονται τακτικά ως μέρος του στρατηγικού σχεδιασμού δράσης του φορέα. Τα αποτελέσματα των κύκλων βελτίωσης και οι εκθέσεις ελέγχου (audit reports) δημοσιεύονται και είναι διαθέσιμα για να τα βλέπουν οι ασθενείς

Διαδικασίες λειτουργίας: Τεκμηριωμένες διαδικασίες λειτουργίας για τον οργανισμό (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) και για το σύστημα περίθαλψης/προσφοράς υγείας. Πιστοποιημένες και σταθερές διαδικασίες (standards) λειτουργίας.

1. Δεν υπάρχουν γραπτές και καταγεγραμμένες διαδικασίες (π.χ. πώς η υποδοχή κλείνει ραντεβού, πώς να αντιμετωπίζονται τα επείγοντα, πώς να εκπαιδεύονται ασθενείς για συνεχιζόμενη χρόνια φαρμακευτική αγωγή). Όταν απουσιάζουν κάποιοι από το προσωπικό, οι γνώσεις τους για τον φορέα δεν είναι διαθέσιμες/προσβάσιμες στους υπόλοιπους, που συνεχίζουν να εργάζονται
2. Κάποιες βασικές διαδικασίες είναι καταγεγραμμένες και υπάρχουν γραπτώς (π.χ. πώς να ασφαρίζεται το κτήριο, πώς να αναφέρονται τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί). Όταν απουσιάζουν κάποιοι από το προσωπικό, οι γνώσεις τους για τον φορέα δεν είναι διαθέσιμες/προσβάσιμες στους υπόλοιπους, που συνεχίζουν να εργάζονται
3. Μερικές σημαντικές διαδικασίες είναι καταγεγραμμένες και υπάρχουν γραπτώς, όμως η γνώση για την πλειονότητα των διαδικασιών λειτουργίας του φορέα είναι αποτέλεσμα εμπειρίας των εργαζομένων
4. Μερικές σημαντικές διαδικασίες είναι καταγεγραμμένες και υπάρχουν γραπτώς, όμως η γνώση για την πλειονότητα των διαδικασιών λειτουργίας του φορέα είναι αποτέλεσμα εμπειρίας των εργαζομένων. Υπάρχει μια πολιτική λειτουργίας, η οποία δίνει το περίγραμμα βάσει του οποίου εφαρμόζονται όλες οι επί μέρους λειτουργικές διαδικασίες
5. Οι περισσότερες διαδικασίες είναι καταγεγραμμένες και υπάρχουν γραπτώς. Υπάρχει μια πολιτική λειτουργίας, η οποία δίνει το περίγραμμα βάσει του οποίου εφαρμόζονται όλες οι επί μέρους λειτουργικές διαδικασίες και η οποία υποδεικνύει τότε οι λειτουργικές διαδικασίες πρέπει να ενημερωθούν ή να ανανεωθούν
6. Όλες οι σημαντικές διαδικασίες είναι καταγεγραμμένες και υπάρχουν γραπτώς. Υπάρχει μια πολιτική λειτουργίας, η οποία δίνει το περίγραμμα βάσει του οποίου εφαρμόζονται όλες οι επί μέρους λειτουργικές διαδικασίες. Υπάρχει μια συστηματική μέθοδος ενημέρωσης/ανανέωσης των διαδικασιών λειτουργίας, όταν γίνονται αλλαγές στην υγειονομική μονάδα

μια περιεκτική μελέτη περίπτωσης αναφορικά με την αξιολόγηση της οργάνωσης.

Η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ημι-δομημένων προσωπικών συνεντεύξεων με τους διευθυντές (ιατρούς) και το λοιπό προσωπικό των μονάδων του δείγματος. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά τον Νοέμβριο του 2015 μέσω φυσικής παρουσίας στις δομές αυτές, κατόπιν διαδοχικών εγκρίσεων από την ΕΛΕΓΕΙΑ (για τη χρήση της IFPM) και τη Διοίκηση της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ) (για την εκπόνηση της μελέτης).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα εφαρμογής της IFPM παρουσιάζονται στον πίνακα 2, στον οποίο καθεμιά από τις πέντε μονάδες ΠΦΥ έλαβε αξιολόγηση για καθεμιά από τις επτά οργανωσιακές διαστάσεις της μήτρας.

Ειδικότερα, το επίπεδο διαχείρισης πληροφοριών αξιολογείται μεταξύ «2» και «3». Ο κανόνας ήταν ότι δεν τηρούνταν κατευθυντήριες οδηγίες από το ιατρικό προσωπικό, ενώ τη μοναδική πηγή κλινικής πληροφόρησης αποτελούσε το βιβλιάριο ασθενείας. Οι υποδομές σε τεχνολογίες πληροφορικές και διαδικτύου ήταν βασικές και σε μία από τις εξεταζόμενες δομές ανεπαρκείς, ενώ, ταυτόχρονα, τεχνική υποστήριξη παρέχονταν μόνο εξωτερικά, δηλαδή από τις δύο νοσηλευτικές μονάδες για τα ΚΥ και από εταιρεία Πληροφορικής για την πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ. Εξάιρεση αποτέλεσαν δύο ΚΥ, που έλαβαν αξιολόγηση «3», καθ' ότι γινόταν προσπάθεια καταγραφής εσωτερικά κατευθυντήριων οδηγιών αναφορικά με τις δύο δημοφιλέστερες ιατρικές ειδικότητες (Γενική Ιατρική και Παθολογία).

Από άποψη χρήσης δεδομένων των ασθενών, η αξιολόγηση σε όλα τα ΚΥ ήταν «2» και στην πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ

Πίνακας 2. Αποτελέσματα εφαρμογής της International Family Practice Maturity Matrix στην περιφερειακή ενότητα Έβρου.

Οργανωσιακή διάσταση	Περιγραφή	1	2	3	4	5	6
Χρήση πληροφοριών	Πρόσβαση στις καλύτερες πρακτικές βασισμένες σε αποδείξεις, συζήτηση και εκτίμηση της εφαρμοσιμότητας και της ποιότητάς τους		ΚΥ.Δ ΚΥ.Σα ΙΚΑ.Α	ΚΥ.Ο ΚΥ.Σ			
Χρήση δεδομένων ασθενούς	Οι πληροφορίες για τον ασθενή λαμβάνονται με την ιατρική συνέντευξη-λήψη ιστορικού και κλινική εξέταση. Αυτές οι πληροφορίες κωδικοποιούνται, αναλύονται και χρησιμοποιούνται		ΚΥ.Δ ΚΥ.Ο ΚΥ.Σ ΚΥ.Σα	ΙΚΑ.Α			
Διοίκηση προσωπικού	Διαδικασίες επιλογής/πρόσληψης, καθηκοντολόγιο, εξέλιξη/παροχή κινήτρων και κρίση/αξιολόγηση του προσωπικού	ΚΥ.Δ ΚΥ.Ο ΚΥ.Σ ΚΥ.Σα ΙΚΑ.Α					
Εργασία ως ομάδα	Επικοινωνία με/διά μέσου του φορέα με συναντήσεις, πρακτικές ασκήσεις και καταγεγραμμένες δραστηριότητες	ΙΚΑ.Α	ΚΥ.Δ ΚΥ.Ο ΚΥ.Σ				
Ακούγοντας τον ασθενή	Οι απόψεις και οι εμπειρίες των ασθενών, η διαχείριση των παραπόνων και συγκεκριμένες απαντήσεις σε ανησυχίες ασθενών και σε λάθη		ΚΥ.Δ ΚΥ.Ο ΚΥ.Σ ΙΚΑ.Α				
Βελτιώνοντας την υγειονομική μονάδα	Βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Κλινικός έλεγχος και έλεγχος του φορέα (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) μέσα από εφαρμογή κύκλων βελτίωσης ποιότητας (καταγραφή αναγκών, προγραμματισμός, υλοποίηση, αξιολόγηση)		ΙΚΑ.Α ΚΥ.Σα	ΚΥ.Δ ΚΥ.Ο ΚΥ.Σ			
Διαδικασίες λειτουργίας	Τεκμηριωμένες διαδικασίες λειτουργίας για τον οργανισμό (ΚΥ, αγροτικό/περιφερειακό/ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ.) και για το σύστημα περίθαλψης/προσφοράς υγείας. Πιστοποιημένες και σταθερές διαδικασίες (standards) λειτουργίας		ΚΥ.Δ ΚΥ.Ο ΚΥ.Σα	ΚΥ.Σ ΙΚΑ.Α			

ΚΥ: Κέντρο Υγείας

ήταν «3». Κρίσιμο στοιχείο γι' αυτόν τον διαχωρισμό ήταν ότι στα ΚΥ δεν τηρούσαν ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς, ενώ τηρείτο στην πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ, με τη μοναδικότητα κάθε ασθενούς να εξασφαλίζεται μέσω του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ). Θετικό ήταν ότι σε όλες τις εξεταζόμενες μονάδες εφαρμοζόταν 100% η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Ωστόσο, τα στοιχεία που εξαγονταν δεν συνηθιζόταν να υπόκεινται σε επεξεργασία και να χρησιμοποιούνται στη δημιουργία αναφορών, και ειδικά στην περίπτωση των ΚΥ απλά προωθούνταν στα δύο νοσοκομεία κατά περίπτωση. Ακόμη, σε καμιά μονάδα δεν υπήρχε επίσημο σύστημα ανάκλησης ασθενών.

Τα αποτελέσματα για τη διοίκηση του προσωπικού ήταν αποθαρρυντικά (κατώτατη βαθμολογία). Σύγκλιση μεταξύ των διαφορετικών μονάδων υπήρχαν σε δύο ζητήματα: Πρώτον, υπήρχαν πολύ καλές συναδελφικές σχέσεις και, δεύτερον, η ικανοποίηση από τον μισθό ήταν χαμηλή. Κατά τ' άλλα αναδείχθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ιατρών στα ΚΥ και στην πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ, με βασικότερες ότι οι δεύτεροι δεν υπάγονταν σε ειδικό μισθολόγιο ούτε διεκδικούσαν πρόσθετες αμοιβές από εφημερίες. Σύμφωνα με τον διευθυντή της πρώην μονάδας ΕΟΠΥΥ, αυτό οδήγησε σε αρκετές παραιτήσεις συναδέλφων, με σκοπό να ακολουθήσουν το ελεύθερο επάγγελμα. Λειτουργικά υπήρχαν διαφοροποιήσεις όχι μόνο ανάμεσα στα ΚΥ και στην πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ αλλά και μεταξύ των ΚΥ. Ειδικότερα, η πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ είχε συνεχές ωράριο (πρωί-απόγευμα) και δεν εφημέρευε, στο ΚΥ του νησιού δεν υπήρχε ωράριο και ο φόρτος εργασίας ήταν εξαιρετικά αυξημένος λόγω ελλείψεων στο ιατρικό προσωπικό, το ένα ΚΥ βρισκόταν σε κανονική κατάσταση γιατί είχε βοήθεια στις εφημερίες από τα περιφερειακά ιατρεία και γι' αυτόν τον λόγο είχε την άνεση να συνεισφέρει σε εφημερίες του ΚΥ του νησιού και, τέλος, στα δύο ΚΥ του βόρειου Έβρου πραγματοποιούνταν παραπάνω του κανονικού εφημερίες (για διαφορετικό βέβαια λόγο). Συνεπώς, ενισχύονται όσα αναφέρθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο για την έλλειψη λειτουργικής ενοποίησης μεταξύ των μονάδων του ΠΕΔΥ. Στο πεδίο αυτό, θετικό ήταν μόνο το γεγονός ότι υπήρχε κάποια μορφή αυτο-οργάνωσης και αλληλοβοήθειας, τουλάχιστον μεταξύ των ΚΥ. Επί πλέον, στα αποτελέσματα φάνηκε ότι στην πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ οι εργαζόμενοι κατά κανόνα δεν συμμετείχαν στη λήψη αποφάσεων, ενώ στα ΚΥ σχηματιζόνταν συχνά ομάδες εργασίας υπό την επίβλεψη του(της) διευθυντή(τριας). Οι λοιπές τεχνικές διοίκησης ανθρωπίνων πόρων ήταν για όλες τις εξεταζόμενες μονάδες σχεδόν ανύπαρκτες. Σε γενικές γραμμές, οι διευθυντές δεν συμμετείχαν στην επιλογή του προσωπικού, ο ρόλος τους στην αξιολόγηση του προσωπικού ήταν τυπικός και δεν ήταν ευέλικτοι στην απομάκρυνση του ακατάλληλου

προσωπικού. Το σημαντικότερο, βέβαια, ήταν ότι μετά το ΠΕΔΥ δεν γνώριζαν πού να απευθυνθούν για την προσέλευση νέου προσωπικού, ουσιαστικά για την ενίσχυση της μονάδας τους σε έκτακτες περιπτώσεις. Τέλος, σε όλες τις μονάδες δεν υπήρχε σαφές καθηκοντολόγιο και σύστημα διαχείρισης παραπόνων, και ταυτόχρονα η υγιεινή-ασφάλεια και τα δικαιώματα (π.χ. μητρότητας) των εργαζομένων βρισκόταν σε βασικό επίπεδο.

Με εξαίρεση το ΚΥ του νησιού, στο οποίο ίσως να μη νοείτο η ομαδική εργασία, επειδή κατά περιόδους υπηρετούσε μόνο ένας ιατρός, στα υπόλοιπα ΚΥ παρ' όλο που λάμβαναν χώρα συναντήσεις της ομάδας για να συζητηθούν διαδικασίες φροντίδας των ασθενών, εν τούτοις οι συναντήσεις αυτές δεν ήταν τακτικές και κατά τη διάρκειά τους δεν τηρούνταν πρακτικά ούτε δίνονταν σαφείς αρμοδιότητες στα άτομα της ομάδας για το τι πρέπει να γίνει (αξιολόγηση «2»). Στην πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ οι ανάλογες συναντήσεις αφορούσαν μόνο στις εργασίες του Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (αξιολόγηση «1»).

Οι εξεταζόμενες μονάδες ΠΦΥ δεν είναι δυνατόν να θεωρηθούν οργανισμοί που ακούν τους ασθενείς τους ή τουλάχιστον καταγράφουν τα σχετικά ακούσματα. Ουδέποτε έχουν διεξαχθεί μελέτες εμπειρίας-ικανοποίησης ασθενών, ενώ το άτυπο, προφορικό σύστημα παραπόνων το διαχειρίζονται οι διευθυντές. Ίσως, να προηγήτο ελαφρώς από οργανωσιακή άποψη η πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ επειδή διέθετε κυτίο παραπόνων, αλλά δόθηκε η εντύπωση ότι το περιεχόμενό του δεν συλλεγόταν ποτέ προς ανάλυση.

Οι δράσεις βελτίωσης της υγειονομικής μονάδας έλαβαν υψηλότερη αξιολόγηση για τα μεγαλύτερα ΚΥ της περιοχής συγκριτικά με το ΚΥ του νησιού και την πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ, ωστόσο και αυτές ήταν περιορισμένες. Ένα σημαντικό εύρημα είναι ότι σε όλες τις μονάδες δεν υπήρχε σχέδιο για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και ουσιαστικά ήταν προσωπικό θέμα του κάθε εργαζόμενου η βελτίωση των δεξιοτήτων του μέσα από μετεκπαιδεύσεις, σεμινάρια κ.λπ. Μοναδική βέλτιστη πρακτική ήταν αυτή ενός ΚΥ, το οποίο διοργάνωνε εκπαιδευτικά προγράμματα για το νέο προσωπικό (ειδικευόμενοι, αγροτικοί ιατροί, πρακτική φοιτητών) και ως εκ τούτου θα μπορούσε σε κάποιο βαθμό να θεωρηθεί «οργανισμός μάθησης». Αναφορικά με τη βελτίωση της τεχνολογίας παρατηρήθηκαν ετερόκλητες τάσεις. Δηλαδή, υπήρχε ΚΥ χωρίς προβλήματα και άλλα με προβλήματα, που προσπαθούσαν να τα επιλύσουν σε περιβάλλον υπο-χρηματοδότησης, συνεννόησης με το νοσοκομείο (και πάλι εξάρτηση από νοσοκομειακή μονάδα) και με προσωπική ενασχόληση του διευθυντή, ενώ στην πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ υπήρχε υπερβάλλον εξοπλισμός, που παραμένει αναξιοποίητος και ως εκ τούτου πραγματο-

ποιούνται ενέργειες για να δωριστεί. Σε επίπεδο βελτίωσης διαδικασιών ήταν σαφές το προβάδισμα τόσο των δύο ΚΥ του βόρειου Έβρου, τα οποία συμμετείχαν σε πληθώρα προληπτικών δράσεων, όσο και της πρώην μονάδας ΕΟΠΥΥ, που ελέγχει το Κέντρο Πρόληψης και Οικογενειακού Προγραμματισμού. Επίσης, όλοι οι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι δεν αναπτύσσονταν καινοτομίες στις μονάδες – όπου απασχολούνταν – και ευθυνόταν γι' αυτό έως ένα σημείο η έλλειψη θεσμοθετημένων κινήτρων. Ακόμη, υπήρχε σε κάποιες μονάδες κινητικότητα στη σύναψη σχέσεων με άλλους επαγγελματίες υγείας. Για παράδειγμα, σε ένα ΚΥ παρέχονταν αμισθί υπηρεσίες από ιδιώτη οδοντίατρο, σε άλλο ΚΥ από ιδιώτη καρδιολόγο και στην πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ υπήρχε σύμβαση με συμβεβλημένους ιατρούς για περίπου 200 δωρεάν επισκέψεις τον μήνα. Τέλος, η πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ φάνηκε να υστερεί σε δράσεις δημοσιότητας, καθ' όσα γίνονταν σε κεντρικό επίπεδο.

Η τελευταία διάσταση της μήτρας αφορούσε στις διαδικασίες λειτουργίας των μονάδων ΠΦΥ, όπου ένα ΚΥ έλαβε ελαφρώς υψηλότερη αξιολόγηση («3») από τα υπόλοιπα ΚΥ («2»). Αυτό οφειλόταν στο γεγονός ότι είχε επιτύχει καλή πρόσβαση των ασθενών, παρ' όσα κάποια περιφερειακά του ιατρεία βρίσκονταν μακριά, εφάρμοζε ένα εμπειρικό σύστημα διαλογής των περιστατικών με σκοπό να προωθηί ταχύτερα τα έκτακτα περιστατικά και απασχολούσε γενικό ιατρό με εξειδίκευση στον διαβήτη. Αξιοσημείωτο ήταν ότι υπηρεσίες σε χρονίως πάσχοντες ασθενείς παρέχονταν και τα ΚΥ των πλέον απομακρυσμένων περιοχών μέσω κατ' οίκον επισκέψεων, οι οποίες βέβαια ήταν ανεπίσημες και δεν αποζημιώνονταν. Αντίθετα, η εγγύτητα ενός ΚΥ με το νοσοκομείο το οδηγεί να παραπέμπει όλους τους χρονίως πάσχοντες ασθενείς στο νοσοκομείο. Προβλήματα πρόσβασης παρατηρήθηκαν κυρίως στο πιο βόρειο ΚΥ, επειδή βρισκόταν σε τοποθεσία δύσκολα προσβάσιμη χωρίς μεταφορικό μέσο και σε κάποιες περιπτώσεις δεν υπήρχε σιδηροδρομική σύνδεση με τα γύρω χωριά. Η πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ έλαβε και αυτή αξιολόγηση «3», γιατί είχε το γεωγραφικό πλεονέκτημα πρόσβασης (αλλά σε κεντρική περιοχή της Αλεξανδρούπολης με ελεγχόμενη στάθμευση), η επικοινωνία των ασφαλισμένων για κλείσιμο ραντεβού μπορούσε να γίνει και μέσω e-mail σε ορισμένες περιπτώσεις, ενώ κάποιες μορφές πληροφόρηση για τους ασφαλισμένους μπορεί να υπήρχε και μέσω διαδικτύου. Ωστόσο, παρατηρήθηκε το εξής παράδοξο: Το ΚΥ απασχολούσε ιατρό για διαχείριση διαβητικών, αλλά δεν δικαιούτο να λειτουργήσει διαβητολογικό ιατρείο.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εφαρμογή της μήτρας IFPMM στις μονάδες ΠΦΥ του

Έβρου περιέλαβε μέτριες προς χαμηλές αξιολογήσεις σε όλες τις οργανωσιακές διαστάσεις, εύρημα το οποίο σημαίνει ότι απαιτούνται θεμελιώδεις αλλαγές σε οργανωσιακό επίπεδο προκειμένου να επιτευχθεί υψηλότερο επίπεδο ποιότητας. Οι διαστάσεις που χρήζουν δραστικότερης παρέμβασης ήταν αυτές που αφορούσαν στη διοίκηση του προσωπικού και στην ικανότητα της μονάδας να αλληλεπιδρά με τους ασθενείς.

Τα αποτελέσματα εφαρμογής της μήτρας IFPMM στη συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή στα τέλη του 2015 αντικατοπτρίζουν σε μεγάλο βαθμό και τη γενικότερη εικόνα ατελούς οργάνωσης της ΠΦΥ της χώρας, αλλά και του συστήματος υγείας, το οποίο για το 2015 είχε καταταχθεί στην 28η θέση του ευρωπαϊκού πίνακα κατάταξης συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (Euro Health Consumer Index), με σημαντική διολίσθηση από το 2012 (2014: 28η, 2013: 25η, 2012: 22η θέση). Κυριότερες αιτίες της συγκεκριμένης διολίσθησης θεωρήθηκαν οι αρνητικές συνέπειες της λιτότητας στην ενημέρωση των ασθενών, στη συμμετοχή τους σχετικά με τη διαμόρφωση πολιτικών, στους χρόνους αναμονής, στα θεραπευτικά αποτελέσματα, καθώς και στο εύρος και στη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.¹⁶

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας επιβεβαίωσαν τα ευρήματα προηγούμενων μελετών της βιβλιογραφίας. Ειδικότερα, αναδύθηκε το ζήτημα αποζημίωσης των παρόχων ΠΦΥ, το οποίο στην υφιστάμενή του μορφή δεν ικανοποιεί το προσωπικό, δεν δημιουργεί κίνητρα για βελτιωμένη ποιότητα ούτε κίνητρα για στελέχωση άγονων και προβληματικών περιοχών.¹⁷ Επίσης, η ανάπτυξη των δεξιοτήτων του ιατρικού προσωπικού, που συμβάλλει καθοριστικά στην οργανωσιακή ανάπτυξη, φαίνεται να είναι «προσωπική υπόθεση». Συνεπώς, θα πρέπει να υπάρχει ένα σύστημα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού της ΠΦΥ, που θα συμπληρώνεται από συν-εκπαίδευση σε δημόσια νοσοκομεία.¹⁸ Χρήζει ακόμη εξορθολογισμού η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦΥ. Για να επιτευχθεί αυτό, απαραίτητο είναι ένα εργαλείο προγραμματισμού και σχεδιασμού ανθρωπίνων πόρων.¹⁹ Ένα ακόμη ζήτημα που χρειάζεται διορθωτικές κινήσεις είναι ο προσανατολισμός της ΠΦΥ στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση.²⁰ Τέλος, υπάρχει ανάγκη για ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα,²¹ ανεπτυγμένα με ενιαίο τρόπο, ώστε να ενισχύσουν την –ελλιπή έως σήμερα–²² διασύνδεση μεταξύ των μονάδων ΠΦΥ.

Ένα ακόμη συμπέρασμα από τα αποτελέσματα της προηγούμενης ενότητας είναι ότι από άποψη οργάνωσης υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ ΚΥ και πρώην μονάδων του ΕΟΠΥΥ, οι οποίες δεν έχουν εξαλειφθεί μέχρι στιγμής από το υφιστάμενο δίκτυο. Εκτός από το ζήτημα

του ειδικού μισθολογίου, υπάρχουν αποκλίσεις πληροφοριακών συστημάτων και λειτουργικές αποκλίσεις (ωράριο, απασχόληση ειδικευόμενων ιατρών, προληπτικές δράσεις, διοίκηση μέσω υγειονομικών περιφερειών, σύνδεση με νοσοκομεία). Επίσης, η ποιότητα και η προσβασιμότητα των υπηρεσιών φαίνεται να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις ατομικές πρωτοβουλίες των εργαζομένων και όχι από το σύστημα ΠΦΥ. Ακριβώς γι' αυτόν τον λόγο υπάρχουν διαφοροποιήσεις ακόμη και μεταξύ μονάδων του ίδιου τύπου, όπως μεταξύ ΚΥ. Συνεπώς, η αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων πολιτικών στην ΠΦΥ προϋποθέτει παρεμβάσεις στα δομικά και στα οργανωσιακά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ, έτσι ώστε το ΠΕΔΥ να αποτελεί ένα πραγματικό δίκτυο με ενιαία οργανωσιακή δομή και κουλτούρα.

Πρόκληση κατά την εκπόνηση της εν λόγω μελέτης

αποτελέσει η προσπάθεια των ερευνητών να εξαλείψουν ενδεχομένως υποκειμενικές εκτιμήσεις του προσωπικού της ΠΦΥ, ώστε να μην υπερεκτιμηθεί ή υποεκτιμηθεί η πραγματική κατάσταση στις εξεταζόμενες μονάδες. Άλλο ένα σημαντικό ζήτημα ήταν η στάθμιση της διαφορετικότητας μεταξύ των δομών που συγκρίθηκαν, δεδομένου ότι η οργάνωση λαμβάνει διαφορετικές μορφές ανάλογα με το μέγεθος κάθε δομής (αριθμός προσωπικού, φάσμα ιατρικών ειδικοτήτων, προσφερόμενες υπηρεσίες κ.λπ.).

Μελλοντικά, προτείνεται η εφαρμογή της μήτρας IF-PMM, αλλά και παρόμοιων εργαλείων αξιολόγησης, για τη συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) μονάδων ΠΕΔΥ διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών, καθώς και σε ένα ευρύτερο πλαίσιο διεθνούς αξιολόγησης, που θα δημιουργεί πρότυπα οργάνωσης στην ΠΦΥ.

ABSTRACT

Application of an organizational assessment tool of primary health care

S. KARAKOLIAS,¹ C. DIKEOS,¹ C. KASTANIOTI,² N. POLYZOS¹

¹Department of Social Administration and Political Science, Democritus University of Thrace, Komotini,

²Department of Business Administration, Technological Educational Institute of the Peloponnese, Kalamata, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2018, 35(4):497–505

OBJECTIVE Application of an organizational assessment tool for the evaluation of primary health care (PHC) in a specific geographic area of Greece. **METHOD** The Greek version of the International Family Practice Maturity Matrix tool (IFPMM) was implemented, which evaluates seven organizational dimensions of PHC units. The assessment was conducted in the context of the current organizational structure and culture, with a view to creating the necessary conditions for improvement of the quality of the services provided. The survey was conducted in the five Primary National Health Network (PEDY) units of the prefecture of Evros, by means of semi-structured personal interviews with the staff of the units. Primary data were collected and analysed qualitatively. **RESULTS** The analysis highlighted significant underdevelopment at the organizational level of the units, and particularly in the area of staff management, and also in listening to patients. The organizational differences among the health centers and former units of the National Organization for Healthcare Provision (EOPYY) are of note. The divergences range from issues concerning payroll, information systems and working hours, to interconnection with senior authorities and distribution of the staff by specialty. However, differences were also revealed within health centers, confirming the high degree of fragmentation and heterogeneity of the Greek PHC services. **CONCLUSIONS** The main conclusion is that the PHC units of the Greek National Health System are characterized by moderate to low organizational “maturity”, resulting in systemic weaknesses which limit attempts to improve the quality of the services. The PEDY units need to converge with international standards in order to better meet the health needs of the population. This could be effected using tools such as the IFPMM, which creates the basis for assessment and comparisons, leading towards an integrated organizational structure and culture.

Key words: Assessment, Organization, Primary health care, Quality

Βιβλιογραφία

1. ALBERT S, WHETTEN DA. Organizational identity. *Res Organ Behav* 1985, 7:263–295
2. MINTZBERG H. *Structure in fives: Designing effective organizations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1983:152–154
3. SCOTT T, MANNION R, MARSHALL M, DAVIES H. Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *J Health Serv Res Policy* 2003, 8:105–117
4. CAMPBELL SM, ROLAND MO, MIDDLETON E, REEVES D. Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998–2003: Longitudinal observational study. *Br Med J* 2005, 331:1121
5. VAN HERCK P, ANNEMANS L, DE SMEDT D, REMMEN R, SERMEUS W. Pay-for-performance step-by-step: Introduction to the MIM-IQ model. *Health Policy* 2011, 102:8–17
6. MACFARLANE F, GREENHALGH T, SCHOFIELD T, DESOMBRET. RCGP Quality Team Development programme: An illuminative evaluation. *Qual Saf Health Care* 2004, 13:356–362
7. ASHCROFT DM, MORECROFT C, PARKER D, NOYCE PR. Safety culture assessment in community pharmacy: Development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Qual Saf Health Care* 2005, 14:417–421
8. ENGELS Y, DAUTZENBERG M, CAMPBELL S, BROGE B, BOFFIN N, MARSHALL M ET AL. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Fam Pract* 2006, 23:137–147
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Evaluation of the structure and provision of primary care in Slovakia: A survey based project. WHO, Geneva, 2012:26–30
10. STARFIELD B. Primary care and equity in health: The importance of effectiveness and equity of responsiveness to people's needs. *Hum Soc* 2009, 33:56–73
11. SCHÄFER WL, BOERMA WG, KRINGOS DS, DE MAESENEER J, GRESS S, HEINEMANN S ET AL. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract* 2011, 12:115
12. TAPP L, BEKKERS MJ, BRASPENNING JCC, EDWARDS AG, ERIKSSON T, GROL R ET AL. *Developing the International Family Practice Maturity Matrix – an organisational assessment tool for primary care*. Cardiff University, Cardiff, 2009:8–14
13. LIONIS C, PAPADAKIS S, TATSI C, BERTSIAS A, DUIJKER G, MEKOURIS PB ET AL. Informing primary care reform in Greece: Patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Serv Res* 2017, 17:255
14. 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
15. ELWYN G, BEKKERS MJ, TAPP L, EDWARDS A, NEWCOMBE R, ERIKSSON T ET AL. Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: Design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care* 2010, 19:e48
16. BJÖRNBERG A. *The 2015 Euro Health Consumer Index*. Health Consumer Powerhouse Ltd, Marseillan, 2016:14
17. KARAKOLIAS S, KASTANIOTI C, THEODOROU M, POLYZOS N. Primary care doctors' assessment of and preferences on their remuneration. *Inquiry* 2017, 54: 46958017692274
18. ΦΙΛΑΛΛΗΘΗΣ Α. Η ιατρική εκπαίδευση και η εκπαίδευση στο κέντρο υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2003, 15:5–7
19. POLYZOS N, KARAKOLIAS S, MAVRIDOGLOU G, GKOREZIS P, ZILIDIS C. Current and future insight into human resources for health in Greece. *Open J Soc Sci* 2015, 3:5–14
20. LIONIS C, PETELOS E. The impact of the financial crisis on the quality of care in primary care: An issue that requires prompt attention. *Qual Prim Care* 2013, 21:269–273
21. KOUNALAKIS DK, LIONIS C, OKKES I, LAMBERTS H. Developing an appropriate EPR system for the Greek primary care setting. *J Med Syst* 2003, 27:239–246
22. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Μ, ΣΗΦΑΚΗ-ΠΙΣΤΟΛΛΑ Δ, ΧΑΤΖΕΑ ΒΕ, ΤΡΙΓΩΝΗ Μ, ΚΟΥΤΗΣ Α, ΠΙΤΕΛΟΥ Ε ΚΑΙ ΣΥΝ. Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα: Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2017, 34:343–362

Corresponding author:

S. Karakolias, 1 P. Tsaldari street, 691 00 Komotini, Greece
e-mail: s.karakolias@gmail.com