



Ευρωπαϊκή Ένωση

Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΑΞΗΣ: «Λειτουργική διασύνδεση φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τις μονάδες υγείας με τη χρήση ενιαίων προτύπων ποιότητας-διαδικασιών» MIS: 337424
ΥΠΟΕΡΓΟ: Α/Α/1

Αναφορά Παραδοτέου 1.4.1: Εκπόνηση Μεθοδολογίας και Προγράμματος Αλλαγής

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Χρήστος Λιονής



www.ygeia-pronoia.gr

Με την
συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής
Ενωσης



www.espa.gr

Για τη σύνταξη του κειμένου της παρούσας αναφοράς συνεργάστηκαν οι παρακάτω:

Μαρκάκη Δέσποινα-Αδελαΐς (*Ε.ΔΙ.Π. Τμήμα Ιατρικής*), Σηφάκη-Πιστόλλα Δήμητρα (*Επιδημιολόγος ερευνήτρια, MPH, PhD candidate*), Χατζέα Βασιλική-Ειρήνη (*Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, MPH*), Λιονής Χρήστος (*Καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Επιστημονικός Υπεύθυνος έργου*)

Στο παραδοτέο αυτό εργάσθηκαν (κατ' αλφαβητική σειρά):

Γκατζούδη Καλλιόπη, Ιατρός
Μπερτσιάς Αντώνιος, Φυσικός, Υπεύθυνος στατιστικής ανάλυσης
Πιτέλου Ελένη, Κοινωνικών επιστημών, Εμπειρογνώμονας συστηματικών ανασκοπήσεων
Hans Van der Shaaf, Κοινωνικών επιστημών, Ειδικευμένος στην Ιατρική Κοινωνιολογία

α

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	Σελ. 4
1. Εισαγωγή	Σελ. 6
2. Μεθοδολογία	Σελ. 8
2.1 Μεθοδολογία αποτίμησης	Σελ. 8
2.2 Μεθοδολογία εκπαιδευτικού προγράμματος	Σελ. 19
3. Αποτελέσματα	Σελ. 23
3.1 Υφιστάμενη κατάσταση διαδικασιών στις επιλεγμένες δομές Π.Φ.Υ. και προτάσεις βελτίωσης	Σελ. 23
3.1.1 Συνολική Ανάλυση	Σελ. 23
3.1.2 Ανάλυση ανά Είδος Διαδικασίας Διαχείρισης	Σελ. 28
3.2 Εκπόνηση εκπαιδευτικού προγράμματος	Σελ. 47
4. Σχόλια	Σελ. 49
5. Συμπεράσματα	Σελ. 54
6. Βιβλιογραφία	Σελ. 55
Παράρτημα	Σελ. 56

Περίληψη

Η παρούσα έκθεση με τίτλο «**Εκπόνηση Μεθοδολογίας και Προγράμματος Αλλαγής**» αποτελεί την τελική αναφορά του παραδοτέου 1.4.1 στο πλαίσιο του Πακέτου Εργασίας 1.4 (Π.Ε.1.4) για το έργο ΟΠΣ 337424.

Σκοπός της παρούσας αναφοράς είναι η παρουσίαση του σχεδιασμού μεθοδολογίας για ένα πρόγραμμα παρέμβασης (αλλαγής) της υφιστάμενης διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Τα προηγούμενα παραδοτέα του έργου αυτού, και ιδιαιτέρως τα παραδοτέα 1.1.4 και 1.3.1, αποτέλεσαν την κύρια πηγή πληροφοριών.

Προς επίτευξη του παραπάνω σκοπού, η παρούσα αναφορά παραθέτει τη μεθοδολογία καταγραφής και αποτίμησης των επιπέδων διασύνδεσης στην Π.Φ.Υ., καθώς και τις συστάσεις βελτίωσης των επιπέδων διασύνδεσης προς την κατεύθυνση της βέλτιστης αλλαγής. Παράλληλα, κάνει αναφορά στη μεθοδολογία παρέμβασης για αλλαγή πεποιθήσεων, αντιλήψεων και πρακτικών (υποδοχής, διαχείρισης και παραπομπής περιστατικών) στις δομές Π.Φ.Υ., καθώς και στο πρόγραμμα αλλαγής πρακτικών και διαδικασιών στις συμμετέχουσες σε αυτή τη φάση δομές Π.Φ.Υ. Το πρόγραμμα παρέμβασης (αλλαγής) περιελάμβανε την ενημέρωση και κατάρτιση ενός επιλεγμένου αριθμού υγειονομικών στελεχών που υπηρετούν σε δομές Π.Φ.Υ. με στόχο την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων που θα ευνοήσουν την αλλαγή των διαδικασιών διασύνδεσης. Η εφαρμογή του προγράμματος αλλαγής πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της εκτέλεσης του Υποέργου 2.

1. Εισαγωγή

Το παρόν παραδοτέο περιλαμβάνει τις εργασίες που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο του Υποέργου 1/Πακέτο εργασίας 1.4 (Π.Ε.1.4). Οι εργασίες αυτές αφορούσαν το σχεδιασμό και την ανάπτυξη μεθοδολογίας ενός πακέτου αλλαγής της υφιστάμενης διασύνδεσης στις δομές Π.Φ.Υ. με βάση το πρότυπο μοντέλο λειτουργικής διασύνδεσης φορέων Π.Φ.Υ., όπως αυτό παρουσιάστηκε στο παραδοτέο 1.1.4. Το πακέτο αυτό περιλαμβάνει το θεωρητικό πλαίσιο, τα εργαλεία καταγραφής, τη μεθοδολογία αποτίμησης, καθώς και τις προτάσεις αλλαγής που θα καθοδηγήσουν ένα πρόγραμμα παρέμβασης προς αυτή τη κατεύθυνση.

Με βάση το τεχνικό δελτίο¹, οι αντικειμενικοί στόχοι του Π.Ε.1.4 ήταν:

1. Συζήτηση και σχεδιασμός της κατάλληλης μεθοδολογίας για ένα πρόγραμμα παρέμβασης (αλλαγής) της υφιστάμενης κατάστασης στις δομές Π.Φ.Υ.
2. Διαμόρφωση και ανάπτυξη ενημερωτικού υλικού για τη διενέργεια του προγράμματος αλλαγής

Το παρόν παραδοτέο εξυπηρετεί τον πρώτο στόχο του Π.Ε.1.4. Για την επίτευξη του στόχου αυτού επιχειρήθηκε σύνθεση των πληροφοριών προηγούμενων παραδοτέων (1.1.4 και 1.3.1) σε συνδυασμό με τη διεθνή βιβλιογραφία και την εμπειρογνωμοσύνη των συνεργατών του έργου. Συγκεκριμένα, στην παρούσα αναφορά παρατίθεται η μεθοδολογία καταγραφής και αποτίμησης των διαδικασιών διασύνδεσης στην Π.Φ.Υ. και οι συστάσεις βελτίωσης των επιπέδων διασύνδεσης προς την κατεύθυνση της αλλαγής. Επίσης, γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία της παρέμβασης αλλαγής πεποιθήσεων, αντιλήψεων και πρακτικών στις δομές Π.Φ.Υ. και στο πρόγραμμα αλλαγής πρακτικών και διαδικασιών μέσω της υιοθετηθείσας μεθοδολογίας αλλαγής στις δομές Π.Φ.Υ., (υλοποίηση στο πλαίσιο του Υποέργου 2).

2. Μεθοδολογία

Σκοπός της ενότητας αυτής είναι να παρουσιάσει τη μεθοδολογία καταγραφής και αποτίμησης των διαδικασιών διασύνδεσης στην Π.Φ.Υ. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού πραγματοποιήθηκαν δυο επιμέρους ενέργειες.

Η πρώτη ενέργεια αφορούσε τη δημιουργία κατάλληλου πληροφοριακού συστήματος που αξιολογεί τις διαδικασίες διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. και προτείνει μέτρα βελτίωσης. Η δεύτερη ενέργεια περιελάμβανε την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος σε επιλεγμένες δομές της 2ης και της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας με στόχο την αλλαγή των πεποιθήσεων, αντιλήψεων και πρακτικών των εργαζομένων στις δομές αυτές. Η εκπαίδευση βασίστηκε στην ενεργή συμμετοχή του στελεχιακού δυναμικού των επιλεγμένων δομών Π.Φ.Υ. κατόπιν ενημέρωσης και αποδοχής της σπουδαιότητας εφαρμογής του προτεινόμενου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης.

2.1. Μεθοδολογία αποτίμησης

Για την υλοποίηση της πρώτης ενέργειας δημιουργήθηκε ένα ηλεκτρονικό εργαλείο που φέρει τον τίτλο **«Πληροφοριακό Σύστημα Αξιολόγησης Λειτουργικής Διασύνδεσης Π.Φ.Υ.»**, όπως αυτό περιγράφεται στο παραδοτέο 1.3.1. Για τη λειτουργία του εν λόγω συστήματος, αναπτύχθηκε ένας αλγόριθμος για την ποσοτική αποτίμηση της τρέχουσας κατάστασης της λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ.

Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε είναι η ίδια με αυτή που εφαρμόστηκε για την ποιοτική αποτίμηση σε προηγούμενο παραδοτέο (παραδοτέο 1.1.4). Οι ενέργειες που επιτελέστηκαν με βάση την επιλεγμένη μεθοδολογία είναι οι ακόλουθες:

- α) προσδιορισμός κριτηρίων
- β) επιλογή κατάλληλης μεθόδου Λήψεως Αποφάσεων Πολλαπλών Κριτηρίων²
- γ) υπολογισμός/προσδιορισμός των κατάλληλων δομικών στοιχείων της μεθόδου
- δ) διενέργεια βαθμολόγησης/σύνθεσης αποτελεσμάτων βαθμολόγησης.

Για την πρώτη από τις παραπάνω ενέργειες, πραγματοποιήθηκε αντιστοίχιση των ερωτήσεων των τεσσάρων ερωτηματολογίων που έχουν διαμορφωθεί (παραδοτέο 1.2.2) με τα χαρακτηριστικά του βέλτιστου μοντέλου διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. της Kringos και συνεργατών^{3,4} που υιοθετήθηκε στο πλαίσιο του εν λόγω

έργου. Παρόμοια διαδικασία αντιστοίχισης είχε πραγματοποιηθεί και στα δυο προηγούμενα ερωτηματολόγια (PCAT και Συνοδευτικό) και έχει παρουσιαστεί με τη μορφή πίνακα (Πίνακας 2) στο παραδοτέο 1.1.3.

Στο **Παράρτημα Ι** παρουσιάζονται οι τέσσερις πίνακες που αντιστοιχούν τις ερωτήσεις κάθε τύπου περιστατικού (Χρόνιο νόσημα, Επείγον ή οξύ περιστατικό, Πρόληψη, Φροντίδα στο σπίτι) με τις 10 διαστάσεις και τα επιμέρους χαρακτηριστικά τους σύμφωνα με το βέλτιστο μοντέλο.

Η δεύτερη ενέργεια περιελάμβανε την επιλογή της Simple Additive Weighting⁵ (SAW) μεθόδου της κατηγορίας Λήψεων Αποφάσεων με Πολλαπλά Κριτήρια. Στα κριτήρια επιλογής συγκαταλεγόταν η απλότητά και η ικανότητα αποτίμησης με δενδροειδή τρόπο.

Η ολική βαθμολογία εκτιμάται βάσει του αθροίσματος με βάρη της βαθμολογίας κάθε κριτηρίου, η οποία υπολογίζεται εφαρμόζοντας την τιμή που παίρνει ένα κριτήριο για μια μονάδα/εναλλακτική:

$$score_{alt_i} = \sum (w_c \cdot f_c(alt_{c_i})) \quad (1)$$

όπου $score_{alt_i}$ είναι η βαθμολογία της εναλλακτικής, w_c είναι το βάρος ενός κριτηρίου c , f_c είναι η συνάρτηση βαθμολογίας του κριτηρίου και alt_{c_i} είναι η τιμή που παίρνει για ένα κριτήριο η εναλλακτική.

Η υλοποίηση της παραπάνω φόρμουλας είναι πιο πολύπλοκη σε σχέση με αυτήν της ποιοτικής αποτίμησης. Σε αυτό συνετέλεσε το γεγονός ότι στο τρέχων είδος αποτίμησης δεν έχουμε μια στατική απάντηση δύο ερωτηματολογίων (των αρχικών PCAT και συμπληρωματικό) από μια δομή που συντελεί στην δημιουργία μιας μόνο εγγραφής. Στηρίζεται στη δυναμική απάντηση τεσσάρων διαφορετικών ερωτηματολογίων πολλαπλές φορές, με βάση το τρέχων περιστατικό και το είδος της διαδικασίας που αντιστοιχεί. Αυτό συντελεί στην δημιουργία πολλαπλών εγγραφών για μια μόνο δομή για ένα ή περισσότερα είδη διαδικασίας. Η πολυπλοκότητα έγκειται και στο γεγονός ότι για τα τρία πιο υψηλά επίπεδα (χαρακτηριστικά, διαστάσεις και συνολικό επίπεδο) παράγονται βαθμολογίες με βάση ένα συγκεκριμένο είδος διαδικασίας λειτουργικής διασύνδεσης. Οι βαθμολογίες αυτές θα πρέπει στη συνέχεια να συντεθούν σε συνολικές βαθμολογίες κατά μήκος όλων των σχετικών ειδών διαδικασιών λειτουργικής διασύνδεσης (όπου με τον όρο "σχετικών" αναφερόμαστε σε είδη διαδικασιών για τα οποία έχουμε εγγραφές για μια δομή).

Με βάση την προηγούμενη ανάλυση, η παραπάνω φόρμουλα διασπάστηκε σε επτά επιμέρους φόρμουλες: α) τέσσερις φόρμουλες που είχαν σκοπό την προαγωγή των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια ως προς τη βαθμολόγηση των τεσσάρων επιπέδων, που περιλαμβάνουν τις ερωτήσεις, τα χαρακτηριστικά, τις διαστάσεις και

το συνολικό επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης, αντίστοιχα και β) τρεις φόρμουλες που είχαν σκοπό την παραγωγή της συνολικής βαθμολογίας ανά επίπεδο σε σχέση με τη μερική βαθμολογία ανά είδος διαδικασίας διασύνδεσης. Στην πρώτη περίπτωση, με βάση τη bottom-up προσέγγιση που ακολουθήθηκε για τη βαθμολόγηση, η κάθε φόρμουλα σε χαμηλότερο επίπεδο, επαναχρησιμοποιείται για τον υπολογισμό της φόρμουλας στο αμέσως επόμενο επίπεδο. Αντιθέτως, στη δεύτερη περίπτωση επαναχρησιμοποιούνται οι φόρμουλες για το ίδιο επίπεδο. Οι φόρμουλες βαθμολόγησης των στοιχείων των τεσσάρων επιπέδων για ένα συγκεκριμένο είδος διαδικασίας λειτουργικής διασύνδεσης αναλύονται παρακάτω.

Στο επίπεδο των ερωτήσεων, έχουμε δύο φόρμουλες που χρησιμοποιούνται για τη βαθμολόγηση μιας ερώτησης ανάλογα με το είδος της ερώτησης. Διακρίνουμε τα ακόλουθα δύο είδη ερωτήσεων: α) ερωτήσεις εγγραφής για τις οποίες μας ενδιαφέρει η απάντηση ανά εγγραφή για μια δομή και β) ερωτήσεις συνόλου εγγραφών που μας ενδιαφέρει η απάντηση για ένα σύνολο από εγγραφές για μια δομή. Το τελευταίο σύνολο μπορεί να περικλείει είτε όλες τις σχετικές εγγραφές μιας δομής ως προς την ερώτηση (προφανώς για μόνο ένα είδος διαδικασίας διασύνδεσης, διότι οι ερωτήσεις είναι κυρίως εξαρτώμενες από ένα είδος διαδικασίας) ή ένα υποσύνολο όλων των σχετικών εγγραφών στην περίπτωση που επιθυμούμε να πραγματοποιήσουμε την ανάλυση για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Η ανάλυση με βάση χρονικούς περιορισμούς δίνει τη δυνατότητα σύγκρισης των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης για μια ή περισσότερες δομές σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και μας επιτρέπει να αποτιμήσουμε τη βελτίωση του επιπέδου από την τελευταία φορά που είχε πραγματοποιηθεί η σχετική ανάλυση (αυτή η βελτίωση μπορεί να προέκυψε για μια δομή εφόσον αυτή ακολούθησε τις αντίστοιχες συστάσεις βελτίωσης που προέκυψαν από την προηγούμενη ανάλυση). Το δεύτερο είδος ερωτήσεων προέκυψε με βάση την ανάγκη αποτίμησης συνολικά της ικανότητας μιας δομής. Ένα απλό παράδειγμα αναφέρεται στην ικανότητα μια δομής να μπορεί να διαχειριστεί έναν ασθενή με όλους τους προβλεπόμενους τρόπους ανάλογα με το είδος της διαδικασίας διασύνδεσης. Στην περίπτωση της διαχείρισης ασθενή από ιατρό για τη διαδικασία αντιμετώπισης χρόνιων νοσημάτων, αυτό μεταφράζεται στην ικανότητα της δομής να προχωρεί στις ακόλουθες ενέργειες διαχείρισης: 1) σύσταση για αλλαγή τρόπου ζωής, 2) φαρμακευτική αγωγή, 3) διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων, 4) εκτίμηση και διαχείριση κινδύνων και 5) σύσταση και διενέργεια εμβολιασμού.

Με βάση τα παραπάνω, η **φόρμουλα για την παραγωγή της βαθμολόγησης για μια**

$$score_q^{alt_i} = \left\{ \begin{array}{l} scoreRecord_q^{alt_i}, q \rightarrow \text{εγγραφής} \\ scoreTotal_q^{alt_i}, q \rightarrow \text{συνόλου εγγραφών} \end{array} \right\} \quad (2)$$

ερώτηση είναι η ακόλουθη:

όπου q είναι η ερώτηση, alt_i προσδιορίζει την τρέχουσα εναλλακτική / δομή Π.Φ.Υ.,

$scoreRecord_q^{alt_i}$ είναι η φόρμουλα για ερωτήσεις εγγραφής και $scoreTotal_q^{alt_i}$ είναι η φόρμουλα για ερωτήσεις συνόλου εγγραφών. Η πρώτη επιμέρους φόρμουλα

$$scoreRecord_q^{alt_i} = \frac{\sum_r f_q(value_{q,r}^{alt_i})}{\sum_r 1} \quad (3)$$

ορίζεται ως εξής: όπου $f_q()$ είναι η συνάρτηση αποτίμησης για την ερώτηση εγγραφής q και $value_{q,r}^{alt_i}$ η είναι η τιμή που έχει πάρει η ερώτηση για την τρέχουσα εγγραφή r και δομή alt_i . Συνεπώς, η βαθμολόγηση για μια ερώτηση εγγραφής είναι ο μέσος όρος εφαρμογής της συνάρτησης $f_q()$ στις απαντήσεις για αυτή την ερώτηση στο σύνολο των σχετικών εγγραφών που έχουν ληφθεί υπόψη για την ανάλυση/αποτίμηση. Η δεύτερη επιμέρους φόρμουλα ορίζεται ως εξής: $scoreRecord_q^{alt_i} = f_q(\bigcup_r value_{q,r}^{alt_i})$ που $f_q()$ είναι η συνάρτηση αποτίμησης για την ερώτηση συνόλου εγγραφών q και $value_{q,r}^{alt_i}$ η είναι η τιμή που έχει πάρει η ερώτηση για την εγγραφή r και δομή alt_i . Σε αυτή την περίπτωση, λαμβάνουμε υπόψη όλες τις μοναδικές απαντήσεις στην ερώτηση για το σύνολο των σχετικών εγγραφών και εφαρμόζουμε πάνω σε αυτές την συνάρτηση $f_q()$.

Η φόρμουλα για τη **βαθμολόγηση ενός χαρακτηριστικού** $feat$ είναι η ακόλουθη:

$score_i^{feat,p} = \frac{\sum_{q \in Q_p^{feat}} score_q^{alt_i}}{|Q_p^{feat}|} \quad (5)$ όπου $score_i^{feat,p}$ είναι η βαθμολογία της εναλλακτικής/δομής Π.Φ.Υ. alt_i ως προς το χαρακτηριστικό $feat$ και είδος διαδικασίας διασύνδεσης p , και q είναι μια ερώτηση του ερωτηματολογίου η οποία θα πρέπει να ανήκει στις ερωτήσεις Q_p^{feat} που έχουν αντιστοιχιστεί στο εν λόγω χαρακτηριστικό για το συγκεκριμένο είδος διαδικασίας p . Η φόρμουλα αυτή επισημαίνει ότι η βαθμολογία ως προς ένα χαρακτηριστικό για μια δομή Π.Φ.Υ. προκύπτει από το μέσο όρο της βαθμολογίας που έχει πάρει η δομή ως προς τις ερωτήσεις που έχουν αντιστοιχιστεί στο εν λόγω χαρακτηριστικό για ένα συγκεκριμένο είδος διαδικασίας διαχείρισης περιστατικών.

Η φόρμουλα για τη **βαθμολόγηση μιας δομής Π.Φ.Υ.** alt_i ως προς μια διάσταση dim και είδος διαδικασίας p ορίζεται ως εξής

$score_i^{dim,p} = \sum_{feat \in F_p^{dim}} (w_{feat} \cdot score_i^{feat,p}) \quad (6)$, όπου $feat$ είναι το χαρακτηριστικό που ανήκει σε αυτά F_p^{dim} που έχουν αντιστοιχηθεί στην εν λόγω διάσταση για τη διαδικασία p και w_{feat} είναι το βάρος του χαρακτηριστικού. Συνεπώς, η βαθμολογία μιας δομής Π.Φ.Υ. ως προς μια διάσταση και είδος διαδικασίας ισούται

με το άθροισμα με βάρη της βαθμολογίας που έχει λάβει η δομή Π.Φ.Υ. για το κάθε χαρακτηριστικό που ανήκει στη εν λόγω διάσταση και είδος διαδικασίας.

Η φόρμουλα για τη **συνολική βαθμολόγηση** $score_i^p$ **μιας δομής Π.Φ.Υ. alt_i ως προς**

$$score_i^p = \sum_{dim} (w_{dim} \cdot score_i^{dim, p}) \quad (7)$$

ένα είδος διαδικασίας p είναι η ακόλουθη: , όπου

dim αναπαριστά μια διάσταση, w_{dim} είναι το βάρος της διάστασης dim και $score_i^{dim, p}$ είναι η βαθμολογία της διάστασης για την δομή Π.Φ.Υ. alt_i ως προς το συγκεκριμένο είδος διαδικασίας p. Συνεπώς, η συνολική βαθμολογία μιας δομής Π.Φ.Υ. ως προς ένα είδος διαδικασίας ισούται με το άθροισμα με βάρη της βαθμολογίας που έχει λάβει η δομή Π.Φ.Υ. για τη κάθε διάσταση του περιορισμένου μοντέλου βέλτιστης διασύνδεσης για το εν λόγω είδος αποτίμησης. Οι φόρμουλες βαθμολόγησης των στοιχείων των τριων υψηλότερων επιπέδων κατά μήκος όλων των ειδών διαδικασίας λειτουργικής διασύνδεσης αναλύονται παρακάτω.

Στο επίπεδο των χαρακτηριστικών, η φόρμουλα που χρησιμοποιείται για την παραγωγή της συνολικής βαθμολογίας είναι η ακόλουθη:

$$score_i^{feat} = \frac{\sum score_i^{feat, p}}{|P|} \quad (8)$$

, όπου $|P|$ είναι το σύνολο των διαδικασιών και $score_i^{feat, p}$ είναι η βαθμολογία που έχει πάρει το χαρακτηριστικό $feat$ για την δομή alt_i ως προς ένα είδος διαδικασίας p. Με άλλα λόγια, η συνολική βαθμολογία για ένα χαρακτηριστικό ισούται με τον μέσο όρο της αντίστοιχης βαθμολογίας που έχει πάρει κατά μήκος όλων των ειδών διαδικασιών.

Στο επίπεδο των διαστάσεων, η φόρμουλα που χρησιμοποιείται για την παραγωγή της συνολικής βαθμολογίας είναι η ακόλουθη:

$$score_i^{dim} = \frac{\sum score_i^{dim, p}}{|P|} \quad (9)$$

, όπου $|P|$ είναι το σύνολο των διαδικασιών και $score_i^{dim, p}$ είναι η βαθμολογία που έχει πάρει η διάσταση dim για την δομή alt_i ως προς ένα είδος διαδικασίας p. Με άλλα λόγια, η συνολική βαθμολογία για μια διάσταση ισούται με τον μέσο όρο της αντίστοιχης βαθμολογίας που έχει πάρει αυτή η διάσταση κατά μήκος όλων των ειδών διαδικασιών.

Στο υψηλότερο επίπεδο, η φόρμουλα που χρησιμοποιείται για την παραγωγή της

συνολικής βαθμολογίας είναι η ακόλουθη: $score_i = \frac{\sum score_i^p}{|P|} \quad (10)$, όπου $|P|$ είναι

το σύνολο των διαδικασιών και $score_i^p$ είναι η συνολική βαθμολογία για την δομή alt_i ως προς ένα είδος διαδικασίας p. Με άλλα λόγια, η συνολική βαθμολογία για μια

δομή alt_i ισούται με το μέσο όρο της αντίστοιχης βαθμολογίας που έχει πάρει αυτή η δομή κατά μήκος όλων των διαδικασιών.

Η τρίτη ενέργεια οδήγησε στον προσδιορισμό των βαρών των χαρακτηριστικών και των διαστάσεων καθώς και των συναρτήσεων βαθμολογίας της κάθε ερώτησης που είχε αντιστοιχηθεί στο πλαίσιο του περιορισμένου μοντέλου βέλτιστης διασύνδεσης. Το κύριο αποτέλεσμα της ενέργειας αυτής, η οποία προσδιορίζει όλα τα απαραίτητα δομικά στοιχεία για την εφαρμογή της επιλεγμένης μεθόδου, ήταν ο υπολογισμός της βαθμολογίας για όλες τις δομές Π.Φ.Υ. που συμμετείχαν στην συμπλήρωση των τεσσάρων ερωτηματολογίων ως προς όλα τα χαρακτηριστικά, τις διαστάσεις καθώς και συνολικά.

Η Διαδικασία της Αναλυτικής Ιεραρχίας⁶ (Analytical Hierarchical Process) θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τον προσδιορισμό όλων των βαρών, όπου πρώτα οι ειδικοί του πεδίου προσπαθούν να προσδιορίσουν την σχετική βαρύτητα ενός κριτηρίου σε σχέση με ένα άλλο κριτήριο σύμφωνα με μια συγκεκριμένη κλίμακα και έπειτα, με βάση την παρεχόμενη είσοδο από τους ειδικούς, προκύπτουν τα σχετικά βάρη των κριτηρίων τα οποία ικανοποιούν τον ακόλουθο περιορισμό: το άθροισμα όλων των βαρών θα πρέπει να ισούται με 1. Επειδή αυτή η διαδικασία απαιτεί αρκετό χρόνο, τον κατάλληλο προσδιορισμό αλλά και τη διαθεσιμότητα των ειδικών του πεδίου, θεωρήθηκε ότι θα ήταν καλύτερο να ακολουθηθεί μια διαφορετική προσέγγιση. Η προσέγγιση που ακολουθήθηκε ήταν η εξής: σε κάθε επίπεδο, τα στοιχεία του κατώτερου επιπέδου που έχουν αντιστοιχηθεί σε ένα στοιχείο αυτού του επιπέδου, θα πρέπει να έχουν την ίδια σχετική σημασία και αντίκτυπο και συνεπώς θα πρέπει να παίρνουν το ίδιο βάρος. Για το λόγο αυτό οι φόρμουλες μετατράπηκαν σε μέσους όρους βαθμολογιών των στοιχείων του κατώτερου επιπέδου. Αυτό σημαίνει ότι η βαθμολογία για μια διάσταση προκύπτει από το μέσο όρο της βαθμολογίας των σχετικών χαρακτηριστικών της διάστασης και ότι η συνολική βαθμολογία για μια δομή προκύπτει από τον μέσο όρο της βαθμολογία από τις διαστάσεις του περιορισμένου βέλτιστου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης. Συνεπώς, οι φόρμουλες (6) και (7) τελικά μετατράπηκαν στις φόρμουλες (11) και (12) αντιστοίχως, οι οποίες παρουσιάζονται στη συνέχεια (όπου D προσδιορίζει το σύνολο των διαστάσεων):

$$score_i^{dim,p} = \frac{\sum_{feat \in F_p^{dim}} (score_i^{feat,p})}{|F_p^{dim}|} \quad (11)$$

$$score_i^p = \frac{\sum_{dim \in D} (score_i^{dim,p})}{|D|} \quad (12)$$

Όπως θα επεξηγηθεί στη συνέχεια, οι συναρτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την αποτίμηση των ερωτήσεων για μια δομή Π.Φ.Υ. παράγουν τιμές στο διάστημα των πραγματικών αριθμών από 0.2 έως 1.0. Αυτό έχει ως επακόλουθο με βάση τον τρόπο προαγωγής των βαθμολογιών και των περιεχομένων εκάστοτε φόρμουλας, η βαθμολόγηση στα πιο υψηλά επίπεδα να αντιστοιχεί στο ίδιο αριθμητικό διάστημα. Με αυτόν τον τρόπο, για να μπορέσουμε να ταξινομήσουμε τις δομές Π.Φ.Υ. σε διαφορετικά επίπεδα διασύνδεσης είτε συνολικά, ή ανά είδος διαδικασίας, αυτό που γίνεται είναι να πολλαπλασιαστεί η τελική βαθμολογία με τον αριθμό 5 και να στρογγυλοποιηθεί ώστε να προκύψει ένα νέο αριθμητικό διάστημα μεταξύ των ακέραιων αριθμών 1 και 5. Οπότε, η τελική βαθμολόγηση ορίζεται ως εξής:

- τιμή 1 (χωρίς στρογγυλοποίηση [1-1.5]): ελάχιστη διασύνδεση
- τιμή 2 (χωρίς στρογγυλοποίηση [1.5 - 2.5]): φτωχή διασύνδεση
- τιμή 3 (χωρίς στρογγυλοποίηση (2.5 – 3.5]): βασική διασύνδεση
- τιμή 4 (χωρίς στρογγυλοποίηση (3.5 – 4.5]): μέτρια διασύνδεση
- τιμή 5 (χωρίς στρογγυλοποίηση (4.5 – 5.0]): μέγιστη διασύνδεση

Για τον υπολογισμό των συναρτήσεων βαθμολογίας των ερωτήσεων, ακολουθήθηκε ο κανόνας αντιστοίχισης τιμών στο σύνολο πραγματικών αριθμών από 0.0 έως 1.0, όπου όσο υψηλότερη ή προτιμότερη ήταν η τιμή ως προς ένα χαρακτηριστικό για μια δομή Π.Φ.Υ. τόσο πιο υψηλή θα ήταν και η βαθμολογία που θα λάμβανε. Λόγω του όγκου των συναρτήσεων που παράχθηκαν για το σύνολο των ερωτήσεων που αντιστοιχίστηκαν σε χαρακτηριστικά, το παρών παραδοτέο δεν παραθέτει όλες αυτές τις συναρτήσεις αλλά τις ομαδοποιεί σε πρότυπα και παραθέτει τις αντίστοιχες φόρμουλες για αυτά.

Διαφορετικά πρότυπα συναρτήσεων χρησιμοποιήθηκαν για τα διαφορετικά είδη ερωτήσεων. Επομένως, κάθε πρότυπο ομαδοποιεί τις ερωτήσεις ενός είδους ερώτησης σε διαφορετικές κατηγορίες. Παρακάτω παραθέτουμε όλα τα πρότυπα συναρτήσεων για τις διαφορετικές κατηγορίες ερωτήσεων ανά είδος ερώτησης.

A) Ερωτήσεις Εγγραφής

Οι κατηγορίες ταξινόμησης για τις ερωτήσεις εγγραφής είναι οι ακόλουθες:

- **Ερωτήσεις τύπου ναι ή όχι:** Σε αυτή την κατηγορία, ανήκουν οι ερωτήσεις (π.χ. C121bX2 του ερωτηματολογίου για τη διαδικασία διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων που σχετίζεται με το αν ο ιατρός συμβουλευτήκε το φάκελο του ασθενή) που απαντιούνται με “ναι” ή “όχι” ενώ δεν υπάρχει η δυνατότητα απάντησης “δε γνωρίζω”. Η συνάρτηση βαθμολογίας που

χρησιμοποιήθηκε είναι η ακόλουθη:

$$f_q = \begin{cases} 0, & \text{απάντηση} = \text{ναι} \\ 0.2, & \text{απάντηση} = \text{όχι} \end{cases}$$

Η απάντηση “ναι” είναι η καλύτερη ενώ η απάντηση “όχι” παίρνει τη χαμηλότερη βαθμολογία που αντιστοιχεί στο χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης.

- **Ερωτήσεις με τρεις δυνατές τιμές απάντησης:** Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι ερωτήσεις όπου μπορούν να πάρουν τρεις διαφορετικές απαντήσεις με διαφορετική διαβάθμιση ως προς το επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης. Ο τρόπος διαβάθμισης εξαρτάται από τη σημασιολογία της εκάστοτε ερώτησης. Παραδείγματος χάριν, για την ερώτηση C411 που αφορά την υποδοχή του ασθενή, υπάρχουν τρεις δυνατές απαντήσεις: α) διοικητικός υπάλληλος β) επαγγελματίας υγείας και γ) ιατρός. Η βέλτιστη απάντηση που υποδεικνύει ότι η δομή Π.Φ.Υ. έχει ξεκάθαρο διαχωρισμό μεταξύ των αρμοδιοτήτων των υπαλλήλων της είναι η α) έπεται η β) και η χείριστη δυνατή είναι η γ) διότι ένας ιατρός ασχολείται κυρίως με την ιατρική αντιμετώπιση ενός ασθενή. Επομένως, η γενική μορφή της συνάρτησης βαθμολογίας που χρησιμοποιήθηκε είναι η ακόλουθη:

$$f_q = \begin{cases} 1.0, & \text{απάντηση} \rightarrow \text{καλύτερη δυνατή} \\ 0.6, & \text{απάντηση} \rightarrow \text{δεύτερη καλύτερη} \\ 0.2, & \text{απάντηση} \rightarrow \text{χείριστη δυνατή} \end{cases}$$

- **Ερωτήσεις με τέσσερις δυνατές τιμές απάντησης:** Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι ερωτήσεις όπου μπορούν να πάρουν τέσσερις διαφορετικές απαντήσεις με διαβάθμιση ως προς το επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης. Ο τρόπος διαβάθμισης εξαρτάται από την εκάστοτε ερώτησης. Παραδείγματος χάριν, για την ερώτηση C112 που αφορά το είδος εγγράφου που μπορεί να λάβει ο ασθενής από την υποδοχή, υπάρχουν τέσσερις δυνατές απαντήσεις: α) χάρτινο έγγραφο β) χάρτινο φάκελο υγείας γ) και τα δύο και δ) κανένα από τα δύο. Η βέλτιστη απάντηση είναι η γ) διότι εφοδιάζει τον ασθενή με όλη την απαραίτητη πληροφορία για την εξέτασή του, ακολουθούμενη από την β) έπειτα την α) και τέλος την δ) που αντιστοιχεί στο χείριστο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης. Επομένως, η γενική μορφή της συνάρτησης βαθμολογίας που χρησιμοποιήθηκε για αυτή την κατηγορία ερωτήσεων είναι η ακόλουθη:

$$f_q = \begin{cases} 1.0, & \text{απάντηση} \rightarrow \text{καλύτερη δυνατή} \\ 0.75, & \text{απάντηση} \rightarrow \text{δεύτερη καλύτερη} \\ 0.5, & \text{απάντηση} \rightarrow \text{τρίτη καλύτερη} \\ 0.2, & \text{απάντηση} \rightarrow \text{χείριστη δυνατή} \end{cases}$$

- **Χρονικές ερωτήσεις με 3 διαφορετικά επίπεδα διασύνδεσης:** Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι ερωτήσεις (π.χ. C115 από το πρώτο ερωτηματολόγιο - διαδικασία διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων) όπου μπορούν να πάρουν μια μόνο χρονική απάντηση σε συγκεκριμένη μονάδα χρόνου (λεπτά). Η αποτίμηση της απάντησης αντιστοιχίζεται σε τρία διαφορετικά επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης με βάση δυο χρονικές τιμές που αποτελούν χαμηλά και υψηλά χρονικά όρια. Όταν η απάντηση είναι μικρότερη από το χρονικό χαμηλό όριο, τότε έχουμε το ιδανικό επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης, ενώ όταν είναι ανάμεσα στα δύο χρονικά όρια, τότε έχουμε ένα μέσο επίπεδο διασύνδεσης. Στην αντίθετη περίπτωση, όταν η απάντηση είναι πάνω από το υψηλό χρονικό όριο, τότε έχουμε το χειρίστο δυνατό επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης. Από τη σημασιολογία της αποτίμησης είναι προφανές ότι οι ερωτήσεις αυτής της κατηγορίας σχετίζονται με την αποδοτικότητα της δομής και επομένως όσο πιο χαμηλός είναι ο χρόνος εκτέλεσης/αντιμετώπισης ενός προβλήματος/θέματος, τόσο πιο καλό θεωρείται το επίπεδο διασύνδεσης. Στην περίπτωση της ερώτησης C115, αποτιμάται η αποδοτικότητα μιας δομής όσον αφορά την ταχύτητα μετάβασης ενός ασθενή από τον χώρο υποδοχής στο χώρο εξέτασής του. Τα χρονικά όρια αποτίμησης εξαρτώνται από το περιεχόμενο της κάθε ερώτησης και έχουν προσδιορισθεί με βάση διεθνή πρότυπα. Επομένως, η γενική μορφή της συνάρτησης βαθμολογίας που χρησιμοποιήθηκε για αυτή την κατηγορία ερωτήσεων είναι η ακόλουθη:

$$f_q = \begin{cases} 1.0, & \text{απάντηση} < lowTimeLimit \\ 0.6, & lowTimeLimit \leq \text{απάντηση} \leq upperTimeLimit \\ 0.2, & \text{απάντηση} \geq upperTimeLimit \end{cases}$$

- **Ζεύγη συσχετιζόμενων ερωτήσεων:** Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι ερωτήσεις για τις οποίες η βαθμολόγηση δε μπορεί να γίνει ξεχωριστά αλλά ανά ζεύγη, διότι η απάντηση για την πρώτη ερώτηση χρειάζεται την απάντηση και της δεύτερης ερώτησης για να αποτιμηθεί κατάλληλα. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το ζεύγος ερωτήσεων Γ2.1.3 και Γ2.1.3.β.1 που αναφέρονται στη διαχείριση του ηλεκτρονικού αρχείου ανά ασθενή και την ενημέρωσή του στην τρέχουσα περίπτωση της διαχείρισής του ασθενή που οδήγησε στην παραγωγή της αντίστοιχης εγγραφής. Η σημασιολογία του ζεύγους ερωτήσεων είναι ότι η χειρίστη περίπτωση είναι να μην υπάρχει καθόλου ηλεκτρονικό αρχείο για τον ασθενή, η ενδιάμεση βαθμολογικά απάντηση είναι να υπάρχει ηλεκτρονικό αρχείο αλλά να μην επικαιροποιείται και η βέλτιστη περίπτωση αντιστοιχεί στη διατήρηση και επικαιροποίηση του ηλεκτρονικού αρχείου. Η γενική συνάρτηση

βαθμολογίας που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την κατηγορία ερωτήσεων είναι η ακόλουθη:

$$f_q = \begin{cases} 1.0, & \text{απάντηση1} \rightarrow \text{bestValue} \wedge \text{απάντηση2} \rightarrow \text{bestValue} \\ 0.6, & \text{απάντηση1} \rightarrow \text{bestValue} \wedge \text{απάντηση2} \rightarrow \text{worstValue} \\ 0.2, & \text{απάντηση1} \rightarrow \text{worstValue} \end{cases}$$

- **Ζεύγος χρονικής και αιτιολογικής ερώτησης:** Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν ζεύγη ερωτήσεων, όπου η πρώτη αντίστοιχη σε μια χρονική ερώτηση και η δεύτερη σε διερευνητική ερώτηση για τις αιτίες μη κατάλληλης απόδοσης που οδήγησε σε κακή τιμή/απάντηση στην πρώτη ερώτηση. Ένα παράδειγμα ζεύγους ερωτήσεων είναι αυτό των ερωτήσεων C114 και C1141 που αντιστοιχούν στον χρόνο υποδοχής και στην διερεύνηση των αιτίων που ο χρόνος υποδοχής δεν ήταν τόσο καλός (συμπεριλαμβανομένου προβλημάτων στα πληροφοριακά συστήματα και έλλειψης προσωπικού υποδοχής). Η αποτίμηση της πρώτης ερώτησης μοιάζει με αυτή της κατηγορίας χρονικών ερωτήσεων με τη μόνη διαφορά ότι αν ο χρόνος δεν είναι ο βέλτιστος, προχωράμε στην αποτίμηση για την δεύτερη ερώτηση, όπου η βαθμολογία δεν ξεκινά πια από το άριστα αλλά από τον αντίστοιχο βαθμό που θα έπαιρνε μόνη της η χρονική απάντηση για την πρώτη ερώτηση με διαβαθμίσεις ανάλογα με το πόσα μη επιθυμητά προβλήματα έχουν βρεθεί. Αν δεν έχει βρεθεί κανένα σημαντικό πρόβλημα, τότε η βαθμολογία μένει ως έχει, αν βρεθεί ένα, τότε μειώνεται και αν βρεθούν δύο τότε φθάνει σχεδόν στο όριο της άνω βαθμολογίας του αμέσως επόμενου/χειρότερου επιπέδου της χρονικής ερώτησης. Μια γενικευμένη αποτύπωση της φόρμουλα της βαθμολογικής συνάρτησης της εν λόγω κατηγορίας είναι η ακόλουθη:

$$f_q = \begin{cases} 1.0, & \text{απάντηση1} < \text{lowLimit} \\ 0.6, & \text{lowLimit} \leq \text{απάντηση1} \leq \text{upperLimit} \wedge \text{απάντηση2} \rightarrow \text{noIssue} \\ 0.52, & \text{lowLimit} \leq \text{απάντηση1} \leq \text{upperLimit} \wedge \text{απάντηση2} \rightarrow \text{oneIssue} \\ 0.45, & \text{lowLimit} \leq \text{απάντηση1} \leq \text{upperLimit} \wedge \text{απάντηση2} \rightarrow \text{twoIssues} \\ 0.4, & \text{απάντηση1} > \text{upperLimit} \wedge \text{απάντηση2} \rightarrow \text{noIssue} \\ 0.3, & \text{απάντηση1} > \text{upperLimit} \wedge \text{απάντηση2} \rightarrow \text{oneIssue} \\ 0.2, & \text{απάντηση1} > \text{upperLimit} \wedge \text{απάντηση2} \rightarrow \text{twoIssues} \end{cases}$$

- **Ερωτήσεις πολλαπλών τιμών ενός επιπέδου:** Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν ερωτήσεις με πολλαπλές απαντήσεις όπου έχουμε διαβαθμίσει με βάση το πλήθος των απαντήσεων και ίσως με τη σημαντικότητά τους. Ένα καλό παράδειγμα είναι η ερώτηση C1.2.1.a.X.7.b.1 που αφορά τους τρόπους που μπορεί να γίνει η παραπομπή ενός ασθενή (χάρτινο σημείωμα, ηλεκτρονικό σημείωμα, τηλεφωνική επικοινωνία, κανένα από τα

προηγούμενα). Σύμφωνα με τη σημασιολογία της ερώτησης, ο συνδυασμός της δεύτερης και της τρίτης επιλογής, ανεξάρτητα από το αν περικλείει την πρώτη, αντιστοιχεί στην βέλτιστη διασύνδεση διότι εξασφαλίζει ότι ο φορέας προορισμού θα ενημερωθεί άμεσα για την παραπομπή του ασθενή, ενώ η χειρίστη περίπτωση είναι φυσικά η τελευταία επιλογή όπου ο ίδιος ο ασθενής ενημερώνει τον φορέα προορισμού για την παραπομπή του. Ο δεύτερος καλύτερος συνδυασμός είναι αυτός που περιλαμβάνει τη δεύτερη επιλογή διότι οδηγεί στην ηλ. αποτύπωση της παραπομπής, ενώ ο τρίτος είναι ο συνδυασμός που περιλαμβάνει την τηλεφωνική επικοινωνία. Ο επιθυμητός συνδυασμός μπορεί να περιλαμβάνει δυο με τρεις απαντήσεις, ενώ οι αμέσως επόμενοι, μια με δυο απαντήσεις ενώ η χειρίστη περίπτωση αφορά μόνο τη χειρίστη δυνατή απάντηση (κανένα από τα προηγούμενα). Η γενική αποτύπωση της φόρμουλας βαθμολόγησης για την εν λόγω κατηγορία ερωτήσεων είναι η ακόλουθη:

$$f_q = \left\{ \begin{array}{l} 1.0 \rightarrow bestCombination \\ 0.75 \rightarrow secondBestCombination \\ 0.5 \rightarrow thirdBestCombination \\ 0.2 \rightarrow worstCombination \end{array} \right\}$$

- **Ερωτήσεις πολλαπλών τιμών πολλαπλών επιπέδων:** Αυτή είναι μια ειδική κατηγορία ερωτήσεων που μοιάζει με την προηγούμενη αλλά διαφέρει στο γεγονός ότι υπάρχουν περισσότερα του ενός επίπεδα και κάθε επίπεδο έχει διαφοροποίηση ως προς το τρόπο που αποτιμώνται οι συνδυασμοί απαντήσεων που δίδονται σε αυτό. Η συνολική αποτίμηση ουσιαστικά έγκειται στο μέσο όρο των αποτιμήσεων των διαφορετικών επιπέδων. Μόνο ένα παράδειγμα ερώτησης υπάρχει για αυτή την κατηγορία που αντιστοιχεί στην ερώτηση C322. Ο σκοπός της ερώτησης είναι η διερεύνηση των ενεργειών εξατομικευμένης φροντίδας υγείας που επιτελούνται από διαφορετικά είδη επαγγελματιών υγείας. Κάθε είδος επαγγελματία αντιστοιχεί σε διαφορετικό επίπεδο και για κάθε είδος υπάρχουν διαφορετικοί συνδυασμοί που θεωρούνται βέλτιστοι. Παραδείγματος χάριν, στη περίπτωση του ιατρού, ο βέλτιστος συνδυασμός αντιστοιχεί σε όλες τις δυνατές ενέργειες, ενώ στην περίπτωση του/της οικογενειακής βοηθού, ο βέλτιστος συνδυασμός περιλαμβάνει τη δεύτερη και τρίτη ενέργεια (εφαρμογή και αποτίμηση παρέμβασης), ενώ ο χειρίστος όλες τις ενέργειες. Η γενική αποτύπωση της φόρμουλας βαθμολόγησης για την εν λόγω

κατηγορία ερωτήσεων είναι η ακόλουθη: $f_q = \sum_k f_q^{level_k}$ όπου ο όρος μέσα στο άθροισμα αντιστοιχεί στη διαφορετική συνάρτηση που χρησιμοποιείται για κάθε διαφορετικό επίπεδο που είναι ισοδύναμη με αυτή που δόθηκε στην προηγούμενη κατηγορία ερωτήσεων.

β) Ερωτήσεις Συνόλου Εγγραφών

Για τις ερωτήσεις συνόλου εγγραφών υπάρχει μόνο μια κατηγορία ταξινόμησης:

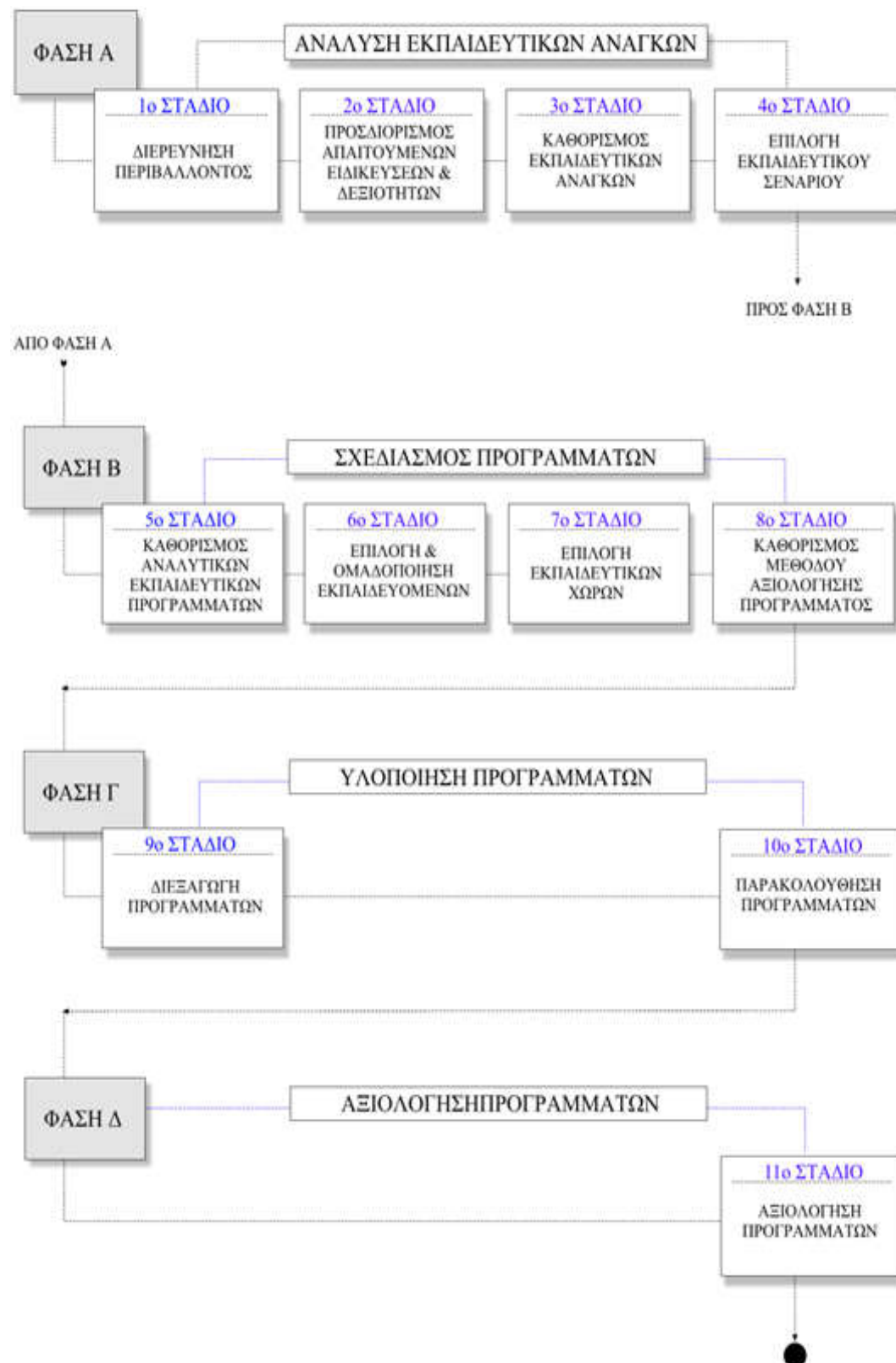
- **Ερωτήσεις με X δυνατές απαντήσεις:** Σε αυτή την κατηγορία, ανήκουν οι ερωτήσεις με X δυνατές απαντήσεις. Εδώ μας ενδιαφέρει να εξετάσουμε αν όλες οι δυνατές απαντήσεις έχουν δοθεί κατά μήκος όλων των σχετικών εγγραφών. Για την αποτίμηση αυτών των ερωτήσεων έχουμε X διαφορετικά επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης, όπου το καλύτερο αντιστοιχεί σε όλες τις απαντήσεις και το χειρίστο σε μόνο μια απάντηση. Ένα παράδειγμα ερωτήσεων με τρεις απαντήσεις είναι η ερώτηση C121aX1a1 που αναφέρεται στους διαφορετικούς τρόπους σύστασης αλλαγής ζωής και περιλαμβάνει τις ακόλουθες απαντήσεις: α) διατροφή β) άσκηση και γ) διαχείριση stress. Μια δομή στην οποία έχουν απαντηθεί όλες οι δυνατές εναλλακτικές συστάσεις αλλαγής τρόπου ζωής προσφέρει καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών σε σχέση με μια δομή στην οποία έχουν προταθεί λιγότερες από τις τρεις δυνατές εναλλακτικές. Η γενική μορφή της συνάρτησης βαθμολογίας που χρησιμοποιήθηκε είναι η ακόλουθη:

$$f_q = \left\{ \begin{array}{l} 1.0, \rightarrow X \text{ answers} \\ 1.0 - 1 \square \left(\frac{X - 0.2}{X - 1} \right) \rightarrow X - 1 \text{ answers} \\ 1.0 - 2 \square \left(\frac{X - 0.2}{X - 1} \right) \rightarrow X - 2 \text{ answers} \\ \square \\ 0.2, 1 \text{ answer} \end{array} \right\}$$

Η τελευταία φάση της μεθοδολογίας αποσκοπεί, εφόσον έχει υπολογιστεί η βαθμολογία για όλες τις δομές Π.Φ.Υ. ως προς τα χαρακτηριστικά, τις διαστάσεις και συνολικά, να αναλύσει τα αποτελέσματα και εξαγάγει συμπεράσματα που θα οδηγήσουν στον προσδιορισμό των προτάσεων βελτίωσης της τρέχουσας κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Η ανάλυση βασίστηκε στον υπολογισμό ποσοστών για κάθε επίπεδο διασύνδεσης όπου τα ποσοστά υπολογίζονταν με βάση το πλήθος των δομών Π.Φ.Υ. επί του συνολικού πλήθους, που βρίσκονταν σε αυτό το επίπεδο με βάση τη βαθμολόγησή τους. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε συνολικά για την ολική βαθμολογία των δομών αλλά και για τη βαθμολογία των διαστάσεων και των χαρακτηριστικών, συμπεριλαμβανομένου της οπτικής των διαφορετικών ειδών διαδικασίας διαχείρισης περιστατικών. Επιπλέον, η ίδια ανάλυση πραγματοποιήθηκε ανά είδος δομής Π.Φ.Υ. για τον εντοπισμό διαφοροποιήσεων τόσο ως προς τα συνολικά αποτελέσματα όσο και τα αποτελέσματα ανά είδος μονάδας με διαφορετικό τρόπο υπολογισμού των ποσοστών (πλήθος μονάδων ενός είδος σε ένα επίπεδο διά του πλήθους των μονάδων αυτού του είδους).

2.2. Μεθοδολογία εκπαιδευτικού προγράμματος

Η μεθοδολογία που εφαρμόσθηκε για την υλοποίηση της δεύτερης ενέργειας βασίστηκε στην ανίχνευση των εκπαιδευτικών αναγκών (Διάγραμμα 1) των επιλεγμένων ομάδων-στόχων (υπεύθυνοι φορέων Π.Φ.Υ., στελέχη Help-Desk αναδόχου, επιμορφωτές-συντονιστές προγραμμάτων τηλε-εκπαίδευσης αναδόχου, στελέχη της αναθέτουσας αρχής).



Διάγραμμα 1: Μεθοδολογία εκπαίδευσης (πηγή: Παραδοτέο 2.3.1, Υπόεργο 2)

Η ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος συμβάλλει ουσιαστικά στην αποδοχή του νέου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης και στην υιοθέτηση «καλών

πρακτικών». Το περιεχόμενο του εκπαιδευτικού προγράμματος, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, επικεντρώθηκε στις ανάγκες των χρηστών και αποσκοπούσε στο να παράσχει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την αποτελεσματική εφαρμογή του μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης των φορέων Π.Φ.Υ.

Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένα από τα αντικείμενα κατάρτισης που συμπεριλαμβάνονταν στο πρόγραμμα εκπαίδευσης:

1. Πρότυπες διαδικασίες βάσει των προτάσεων βελτίωσης
2. Χρήση πληροφοριακών συστημάτων στο πλαίσιο εκσυγχρονισμού της λειτουργίας της Π.Φ.Υ.
3. Χρήση Ολοκληρωμένου Συστήματος Εκπαίδευσης και Τηλε-συνεργασίας – Ο.Σ.Ε.Τ.
4. Διαχείριση της αλλαγής - Μεταβίβαση της «κουλτούρας δικτύωσης» των υγειονομικών δομών και των υπηρεσιών που αναπτύσσονται

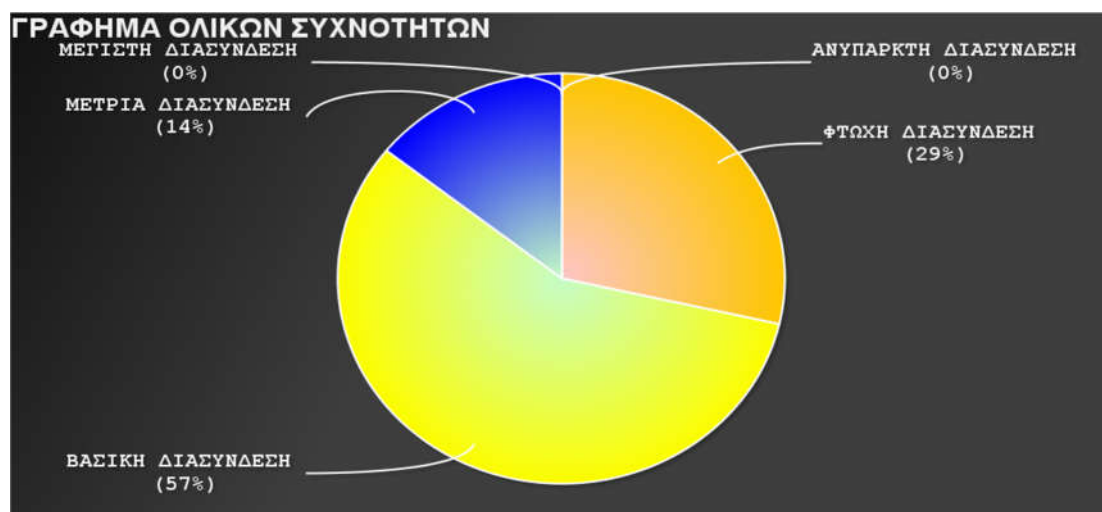
Η ενότητα των αποτελεσμάτων αποτελείται από δυο υπο-ενότητες. Η πρώτη αφορά στην αποτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ., ενώ η δεύτερη αναφέρεται επιγραμματικά στην εκπόνηση του εκπαιδευτικού προγράμματος που διεξήχθη στο πλαίσιο του Υποέργου 2.

3.1. Υφιστάμενη κατάσταση διαδικασιών στις επιλεγμένες δομές Π.Φ.Υ. και προτάσεις βελτίωσης

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων θα πραγματοποιηθεί στο γενικό επίπεδο συνολικά κατά μήκος όλων των ειδών διαδικασιών και για κάθε είδος διαδικασίας ξεχωριστά. Η γενική ανάλυση μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό προβλημάτων που αφορούν συνολικά όλες τις δομές ανεξάρτητα από το είδος τους, ενώ η ειδική ανάλυση ανά είδος διαδικασίας μπορεί να αναδείξει προβλήματα που αφορούν συγκεκριμένα είδη διαδικασίας. Συνεπώς, τα προβλήματα που θα αναδειχθούν θα είναι σε δύο επίπεδα και αυτό θα βοηθήσει την ομάδα εργασίας να εστιάσει σε προτάσεις που θα αφορούν γενικά όλες τις δομές αλλά και συγκεκριμένα είδη δομών.

3.1.1 Συνολική Ανάλυση

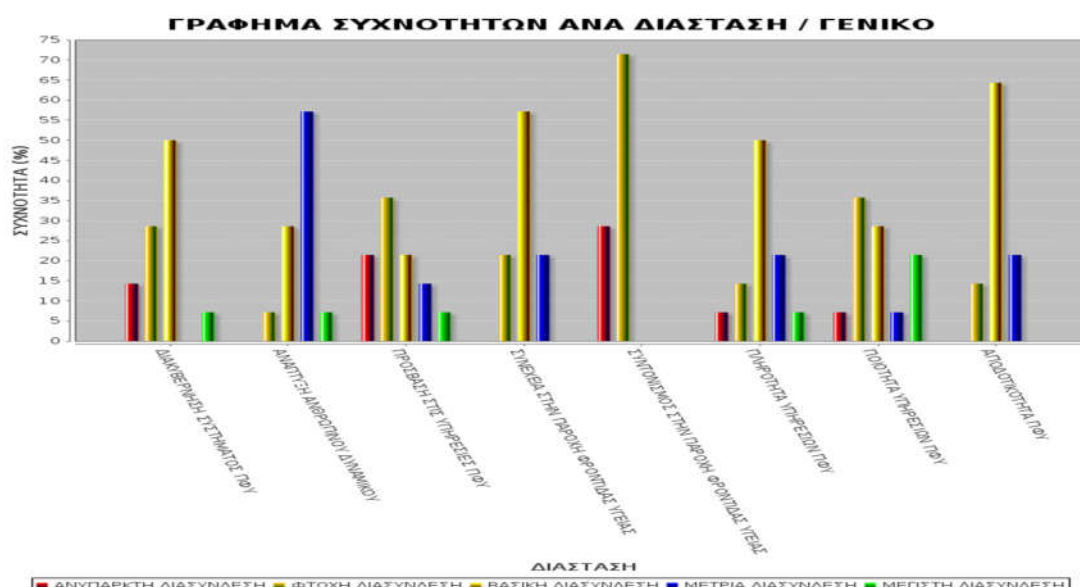
Τα αποτελέσματα της συνολικής βαθμολόγησης κατά μήκος των ειδών διαδικασιών παρουσιάζονται στην **Εικόνα 1**. Όπως φαίνεται, ένα μεγάλο ποσοστό των δομών παρουσιάζει βασικό επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης, ενώ ένα διόλου ευκαταφρόνητο ποσοστό δομών παρουσιάζει φτωχό επίπεδο διασύνδεσης. Επιπλέον, ένα μικρό ποσοστό δομών Π.Φ.Υ. παρουσιάζει μέτριο επίπεδο διασύνδεσης, ενώ δεν υπάρχει κάποια δομή που να έχει αντιστοιχηθεί στη μέγιστη ή στην ανύπαρκτη διασύνδεση.



Εικόνα 1: Γενικό Γράφημα Συχνοτήτων

Η **Εικόνα 2** παρουσιάζει τα αποτελέσματα της συνολικής βαθμολογίας ανά διάσταση. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ότι οι δομές Π.Φ.Υ. παρουσιάζουν πολύ

κακή απόδοση ως προς τη λειτουργική τους διασύνδεση για δύο κυρίως διαστάσεις: α) τη διακυβέρνηση συστήματος Π.Φ.Υ. και β) το συντονισμό στην παροχή φροντίδας υγείας.



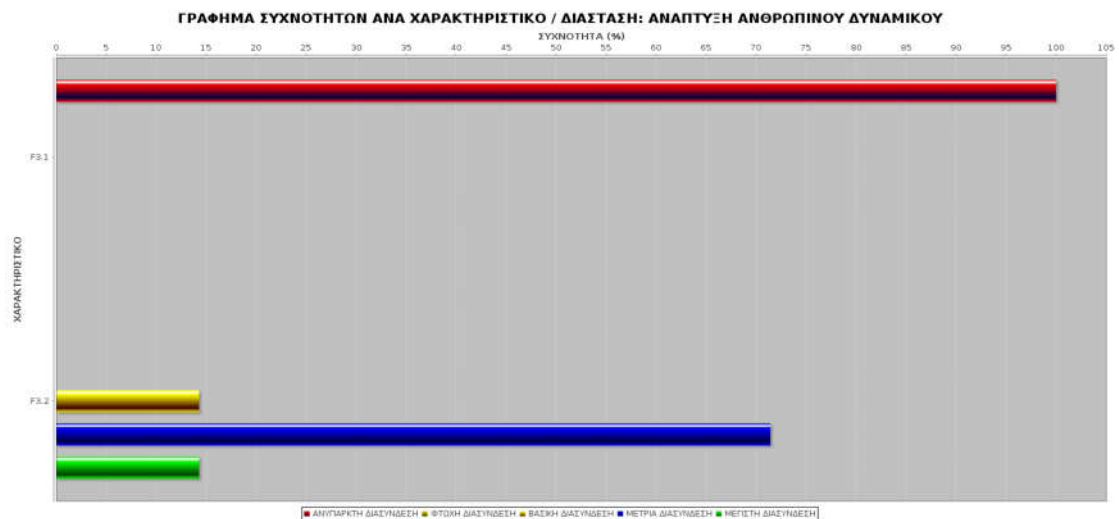
Εικόνα 2: Γενικό Γράφημα Συχνοτήτων ανά Διάσταση

Αποτελέσματα Χαρακτηριστικών Ανά Διάσταση

Η ανάλυση τώρα εστιάζει στα χαρακτηριστικά της κάθε διάστασης ώστε να υποδείξει: α) για ποιους λόγους πήραμε συγκεκριμένα αποτελέσματα στις διαστάσεις και στη συνολική βαθμολογία και β) ποιες πλευρές μιας διάστασης χρήζουν σημαντικής βελτίωσης. Με αυτό τον τρόπο, η καλά εστιασμένη ανάλυση μπορεί να οδηγήσει σε προτάσεις βελτιώσεων που εστιάζουν στα επιμέρους προβλήματα της κάθε διάστασης.

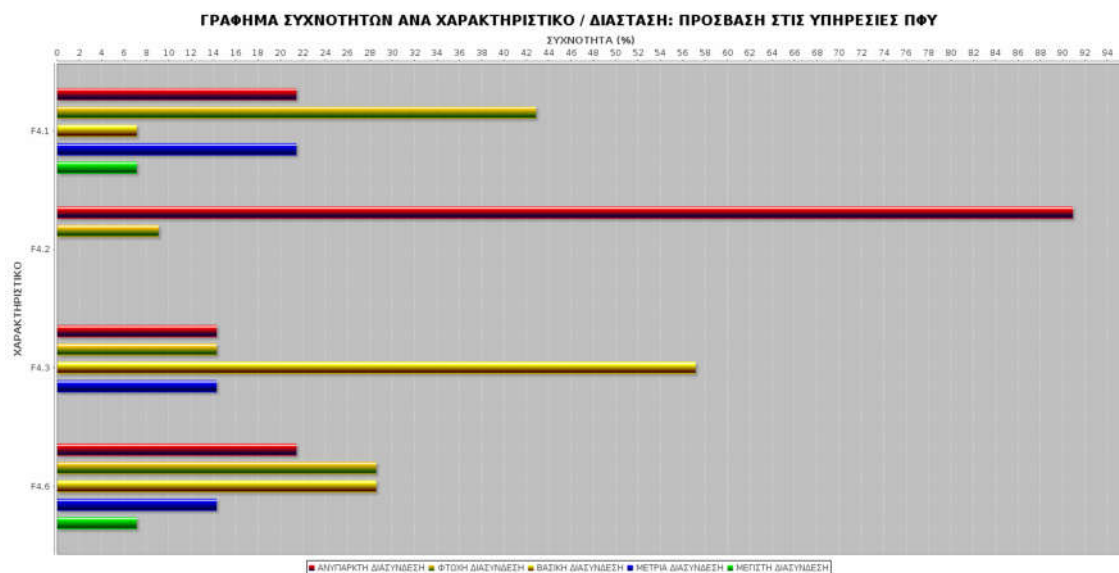
Για τη **διάσταση διακυβέρνησης του συστήματος Π.Φ.Υ.**, λήφθηκε υπόψη το χαρακτηριστικό των υποδομών διαχείρισης της ποιότητας των υπηρεσιών. Συνεπώς, τα αποτελέσματα της διάστασης σε σχέση με το χαρακτηριστικό είναι πανομοιότυπα με αυτά που παρουσιάζονται στην Εικόνα 2 (Διάσταση: Διακυβέρνηση Συστήματος Π.Φ.Υ.).

Τα αποτελέσματα για τη **διάσταση ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ.Υ.** φαίνονται στην Εικόνα 3. Όπως παρατηρείται, τα αποτελέσματα ανά χαρακτηριστικό διαφέρουν σημαντικά. Στην περίπτωση του πρώτου χαρακτηριστικού (προφίλ του ανθρώπινου δυναμικού) το επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης είναι το χειρίστο δυνατό. Αντίθετα, στην περίπτωση του δεύτερου χαρακτηριστικού, αυτό του καταμερισμού των αρμοδιοτήτων στις δομές Π.Φ.Υ., παρατηρείται ότι υπάρχει σωστός καταμερισμός των ρόλων και των αντίστοιχων αρμοδιοτήτων στις δομές Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.



Εικόνα 3: Γράφημα Συχνοτήτων Ανά Χαρακτηριστικό / Διάσταση: Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού

Τα αποτελέσματα για τη **διάσταση που αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.** αντικατοπτρίζονται στην Εικόνα 4. Τα αποτελέσματα δικαιολογούν απόλυτα την εικόνα για αυτή τη διάσταση, αλλά υπάρχουν χαρακτηριστικά που χρήζουν άμεσης παρέμβασης. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι: α) η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και β) η γεωγραφική προσβασιμότητα στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Για τα εναπομείναντα χαρακτηριστικά της διάστασης μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι βρίσκονται σε καλύτερα επίπεδα αλλά και αυτά χρήζουν περαιτέρω βελτίωσης.



Εικόνα 4: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό / Διάσταση: Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

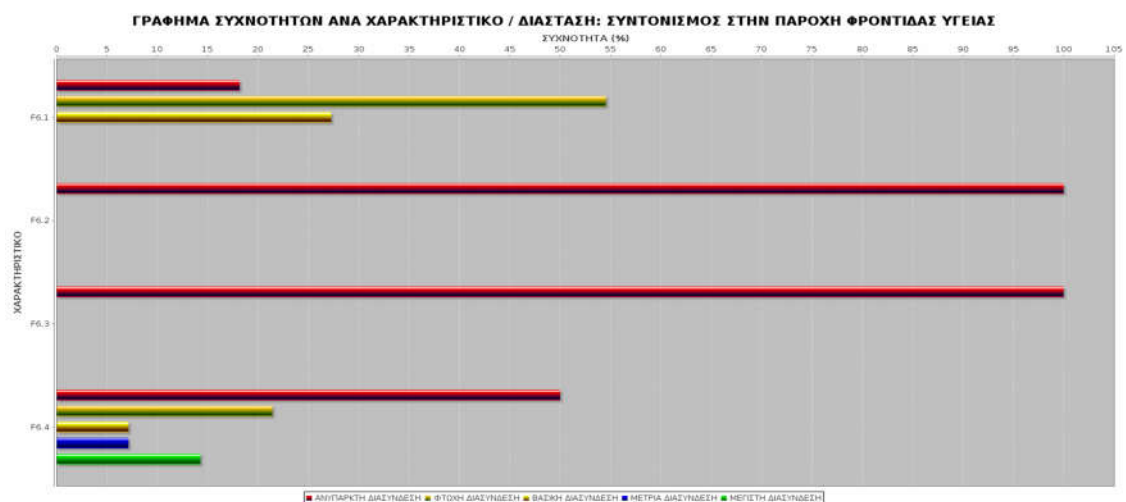
Η συνολική εικόνα για τη **διάσταση της συνέχειας στην παροχή φροντίδας υγείας** αντικατοπτρίζεται πλήρως ως προς την εικόνα που παρουσιάζουν τα αντίστοιχα

χαρακτηριστικά της διάστασης (Εικόνα 5). Το βασικό επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης σε όλα τα επιμέρους χαρακτηριστικά της διάστασης.



Εικόνα 5: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό / Διάσταση: Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας

Τα αποτελέσματα για τη **διάσταση του συντονισμού στην παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ.** αντικατοπτρίζονται στην Εικόνα 6. Τα επίπεδα λειτουργικής διαχείρισης είναι δυσμενή ως προς τις πρακτικές Π.Φ.Υ. και τη διάρθρωση των ομάδων επαγγελματιών Π.Φ.Υ. καθώς και το συνδυασμό δεξιοτήτων των παρόχων Π.Φ.Υ. Τα εναπομείναντα χαρακτηριστικά της εν λόγω διάστασης χρήζουν και αυτά βελτίωσης.



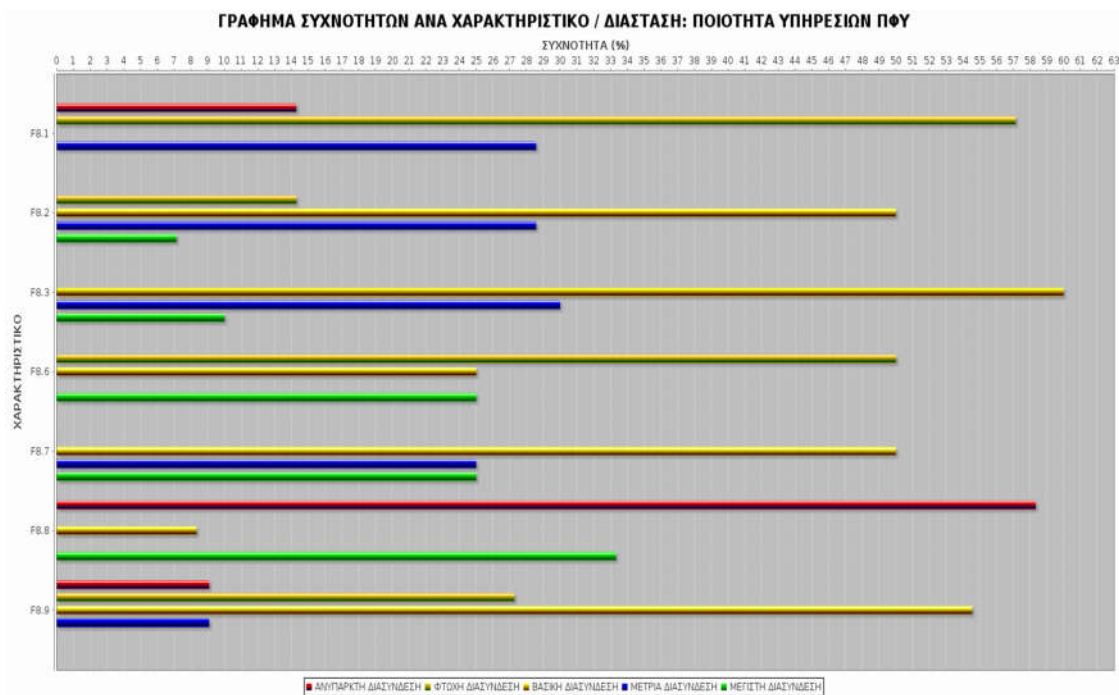
Εικόνα 6: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό / Διάσταση: Συντονισμός στην παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Η Εικόνα 7 επιδεικνύει την κατάσταση διασύνδεσης για τη **διάσταση που αφορά την πληρότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.** Μπορεί να παρατηρηθεί από την εν λόγω εικόνα ότι το επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης είναι ικανοποιητικό για τα δυο τελευταία χαρακτηριστικά, τα οποία αφορούν τις τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και την προληπτική ιατρική καθώς και την προαγωγή της υγείας, αλλά όχι για το πρώτο χαρακτηριστικό που αφορά τη θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων.



Εικόνα 7: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό / Διάσταση: Πληρότητα Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Η Εικόνα 8 επιδεικνύει την κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης για τα χαρακτηριστικά της **διάστασης της ποιότητας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.** Εδώ παρατηρείται μια ομοιομορφία σε σχέση τόσο με την κατάσταση των χαρακτηριστικών όσο και αυτής της διάστασης, όπου το μέτριο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης υπερिσχύει στην πλειονότητα των περιπτώσεων, και ειδικότερα όσον αφορά τη διασύνδεση με την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και τους επαγγελματίες δημόσιας υγείας. Τα αποτελέσματα για την ποιότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. είναι ετερόκλητα και αντικατροπτίζουν τη γενική εικόνα της διάστασης. Αυτό αποδεικνύεται από την Εικόνα 8, στην οποία μπορεί να φανεί ότι έχουμε δυο χαρακτηριστικά με κακή απόδοση, αυτά των πρακτικών συνταγογράφησης και της αποτελεσματικότητας, ένα χαρακτηριστικό με ικανοποιητική απόδοση που αφορά την ποιοτική αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, και τέσσερα χαρακτηριστικά με ισορροπημένα επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης, όπου πολλές φορές τα ποσοστά κακής και μέτριας/καλής διασύνδεσης είναι ακριβώς μοιρασμένα. Γενικά, όμως, σχεδόν όλα τα χαρακτηριστικά της διάστασης χρήζουν σημαντικής βελτίωσης.



Εικόνα 8: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό / Διάσταση: Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

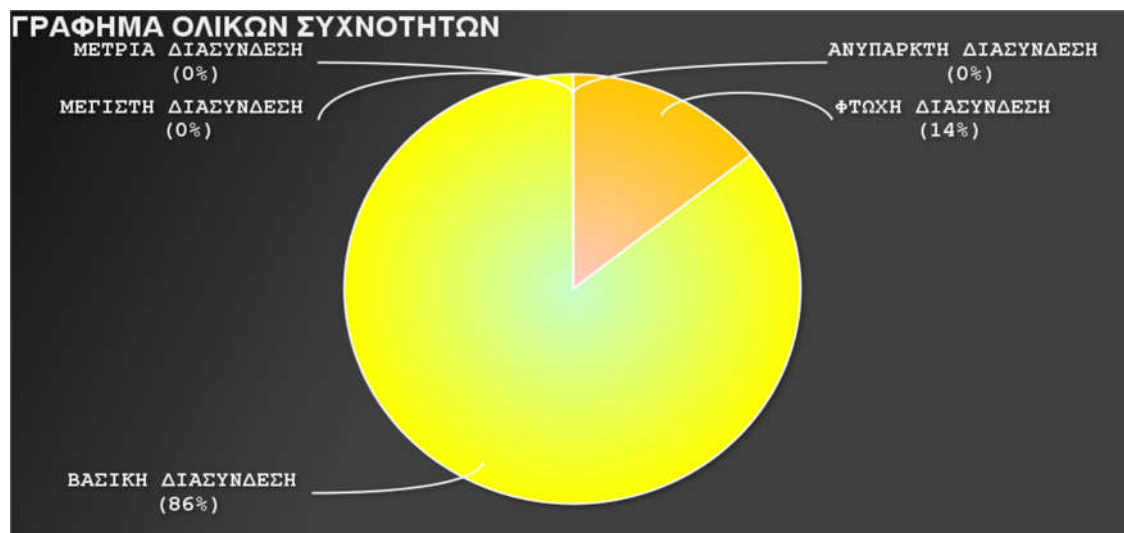
Τέλος, εφόσον η **διάσταση 9 (Αποδοτικότητα Π.Φ.Υ.)** αποτελείται από ένα μόνο χαρακτηριστικό, τα αποτελέσματα στο επίπεδο αυτού του χαρακτηριστικού είναι πανομοιότυπα με αυτά που παρουσιάζονται στην Εικόνα 2 (Διάσταση: Αποδοτικότητα Π.Φ.Υ.).

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η αποδοτικότητα επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Έτσι παρατηρούμε ότι ο λανθασμένος ή ακατάλληλος καταμερισμός και συντονισμός εργασιών σταθμίζει τα οφέλη της «καλής πρακτικής». Ως αποτέλεσμα, κυριαρχείτο βασικό επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης.

3.1.2 Ανάλυση ανά Είδος Διαδικασίας Διαχείρισης

Χρόνια Νοσήματα

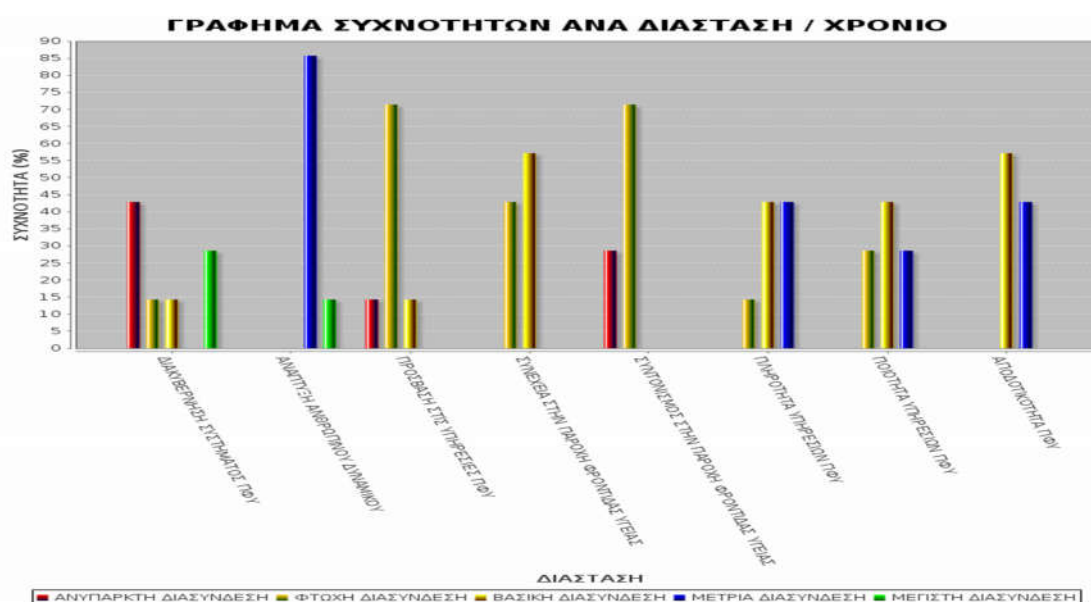
Τα συνολικά αποτελέσματα για τη διαδικασία διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων απεικονίζονται στην **Εικόνα 9**. Παρατηρούμε ότι ένα πολύ πιο μεγάλο ποσοστό δομών Π.Φ.Υ. παρουσιάζει βασικό επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης, ενώ μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό παρουσιάζει φτωχό επίπεδο διασύνδεσης.



Εικόνα 9: Γράφημα ολικών συχνοτήτων για τη διαδικασία διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων

Η **Εικόνα 10** παρουσιάζει τα αποτελέσματα για το χρόνιο νόσημα. Σε σχέση με τα γενικά αποτελέσματα, βλέπουμε πως δύο διαστάσεις έχουν σαφώς βελτιωθεί. Πιο συγκεκριμένα η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και η αποδοτικότητα παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα. Μια διάσταση όμως, εμφανίζει χειρότερη απόδοση και είναι αυτή της συνέχειας στην παροχή φροντίδας. Τέλος, δύο ακόμα διαστάσεις παρουσιάζουν μικρή επιδείνωση της απόδοσης: α) η πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. και β) η ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

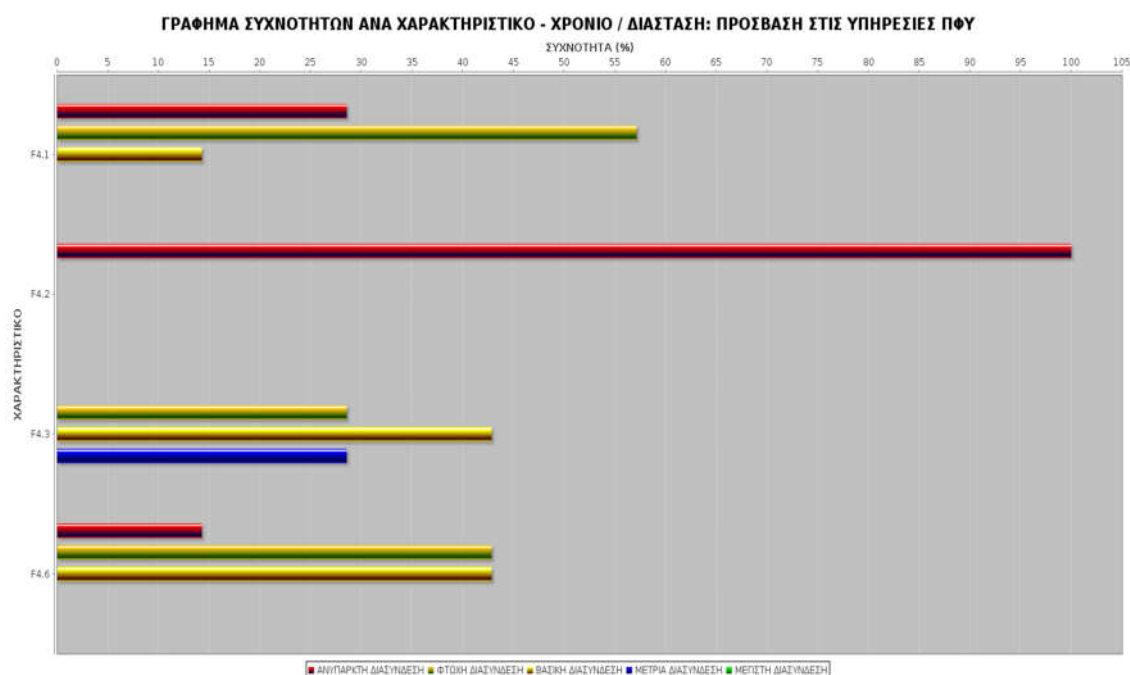
Αποτελέσματα Χαρακτηριστικών Ανά Διάσταση



Εικόνα 10: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Διάσταση - Διαδικασίας Διαχείρισης Χρόνιων Νοσημάτων

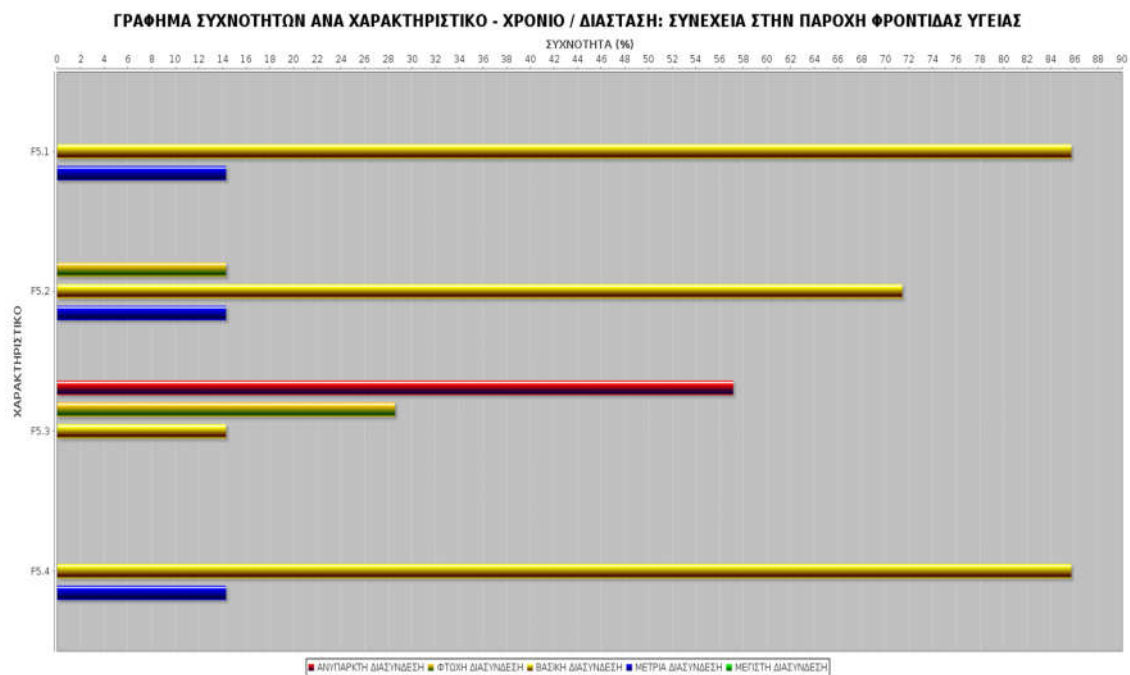
Τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της πρώτης διάστασης (Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ.) δεν αναλύονται επί του παρόντος, διότι ομοιάζουν με αυτά που παρουσιάστηκαν για τη διάσταση αυτή στην Εικόνα 1. Για τον προαναφερόμενο λόγο, δεν απεικονίζονται γραφικά τα αποτελέσματα και για την τρίτη διάσταση (Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ.Υ.).

Τα αποτελέσματα για την τέταρτη διάσταση (Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.) παρουσιάζονται στην **Εικόνα 11**. Παρατηρούμε μειωμένες αποδόσεις σε παραπάνω από ένα χαρακτηριστικά της διάστασης, συμπεριλαμβανομένων της διαθεσιμότητας, της γεωγραφικής προσβασιμότητας και της αξιοποίησης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.



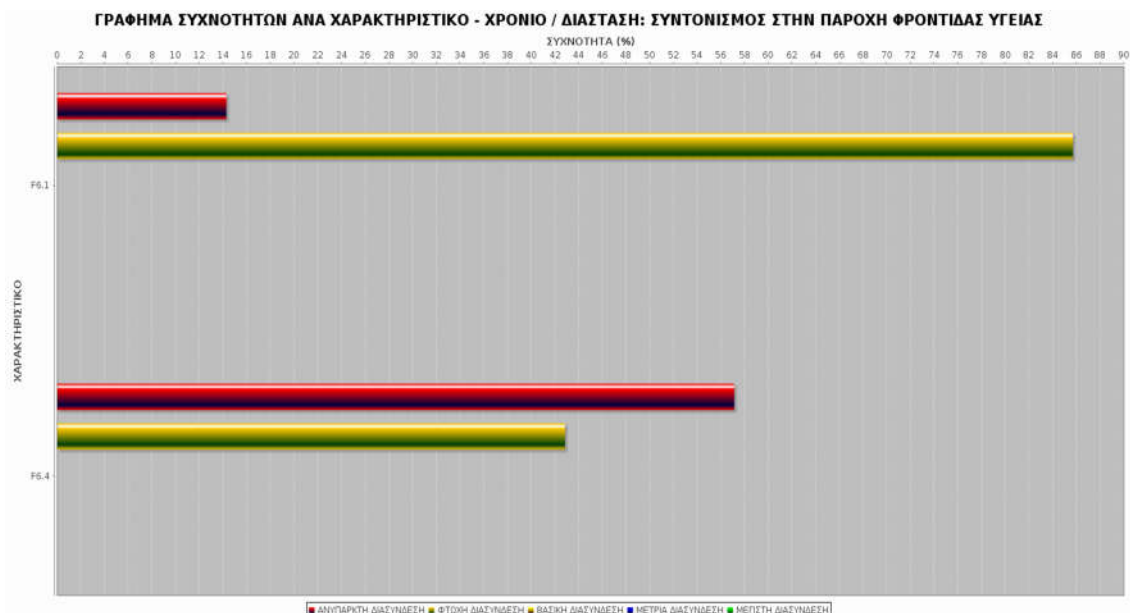
Εικόνα 11: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό / Διάσταση: Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

Τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της πέμπτης διάστασης (Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας) φαίνονται στην **Εικόνα 12**. Σε σύγκριση με τα συνολικά αποτελέσματα για την ίδια διάσταση, παρατηρούμε ότι το χαρακτηριστικό της συνέχειας της περίθαλψης μακροπρόθεσμα, δε μεταβλήθηκε κατά μέσο όρο (ουσιαστικά είχαμε μια μεταφορά ποσοστών προς το κέντρο από τα δύο άκρα). Το χαρακτηριστικό το οποίο μειώθηκε σημαντικά είναι αυτό της διαρκούς σχέσης μεταξύ παρόχου και ασθενούς. Επιπρόσθετα, τα χαρακτηριστικά που εμφάνισαν βελτίωση είναι αυτά της πληροφοριακής και διαχειριστικής συνέχειας.



Εικόνα 12: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό / Διάσταση: Συνέχεια στην Παροχή Φροντίδας Υγείας

Ως προς τη διάσταση του συντονισμού στην παροχή φροντίδας υγείας παρατηρήθηκε σημαντική μείωση. Αυτή δικαιολογείται απόλυτα (**Εικόνα 13**) διότι και για τα δύο χαρακτηριστικά (πρόσβασης και διασύνδεση μεταξύ Π.Φ.Υ. και Δ.Φ.Υ.) που θεωρούνται σημαντικά ως προς τη διαδικασία διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων έχουμε μείωση του επιπέδου λειτουργικής διασύνδεσης.



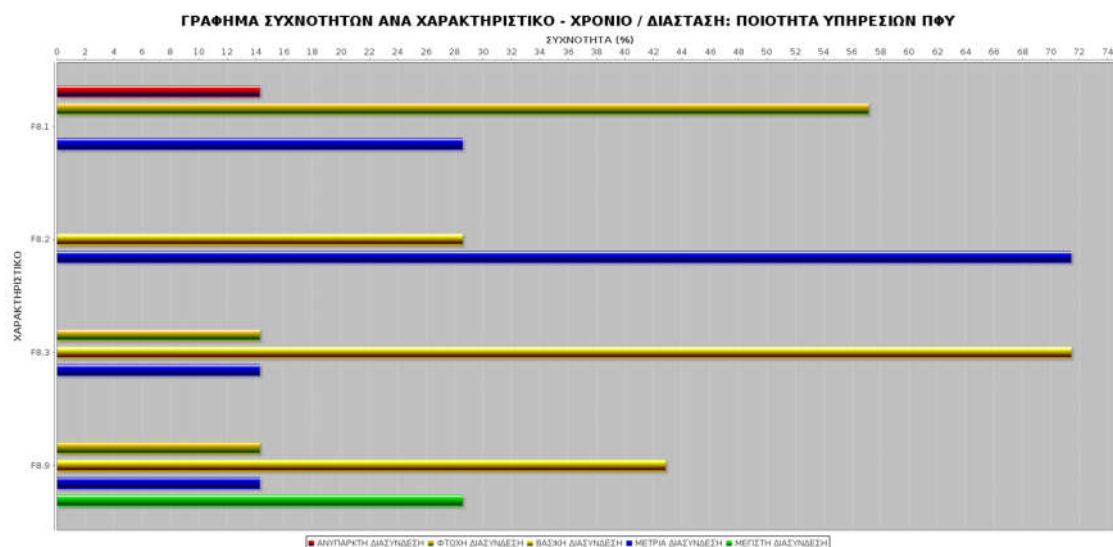
Εικόνα 13: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό / Διάσταση: Συντονισμός στην Παροχή Φροντίδας Υγείας

Τα αποτελέσματα της διάστασης της πληρότητας υπηρεσιών, απεικονίζονται στην **Εικόνα 14**. Σε σχέση με τα αντίστοιχα συνολικά αποτελέσματα, παρατηρείται μικρή μείωση ως προς το χαρακτηριστικό της θεραπείας και παρακολούθησης νοσημάτων και σημαντική αύξηση ως προς το χαρακτηριστικό της προαγωγής της υγείας.



Εικόνα 14: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό / Διάσταση: Πληρότητας Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της ποιότητας υπηρεσιών Π.Φ.Υ. παρουσιάζονται στην **Εικόνα 15**. Σε σχέση με τα συνολικά, βλέπουμε αύξηση στα χαρακτηριστικά της ποιότητας της διάγνωσης και θεραπείας και των πρακτικών ασφαλείας. Ωστόσο παρατηρείται μείωση της ποιότητας του τρόπου διαχείρισης των νοσημάτων. Τα αποτελέσματα για το χαρακτηριστικό των πρακτικών συνταγογράφησης είναι πανομοιότυπα με αυτά της συνολικής ανάλυσης.

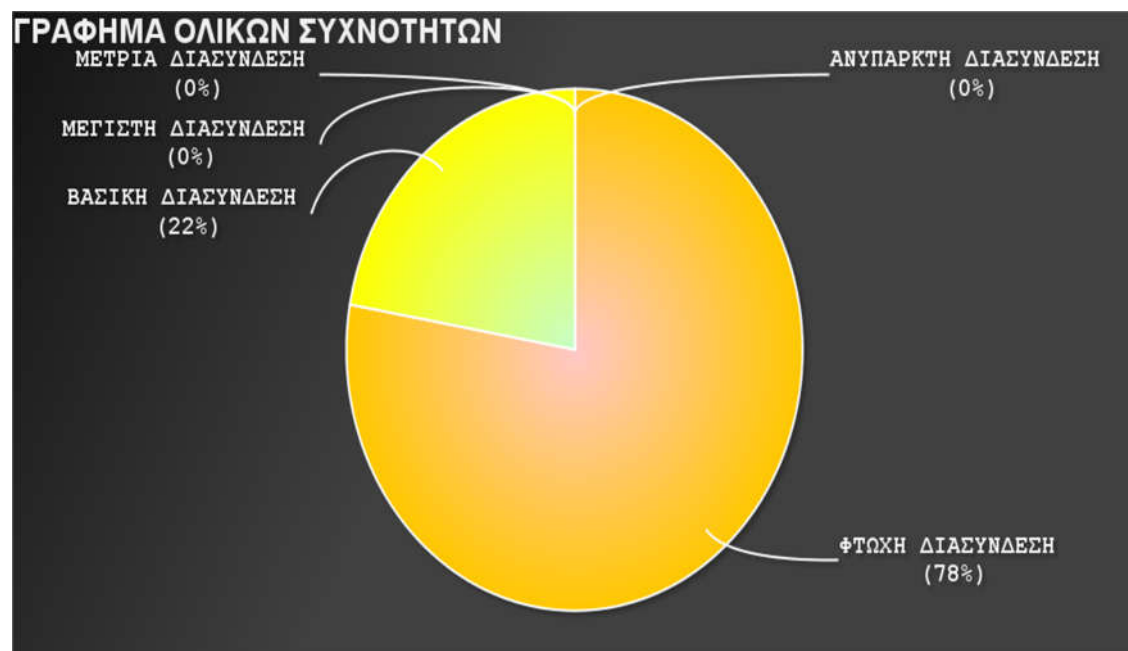


Εικόνα 15: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό / Διάσταση: Ποιότητα Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Όσον αφορά την αποδοτικότητα, η διάσταση αποτελείται μόνο από ένα χαρακτηριστικό και επομένως δε χρειάζεται να σχολιαστούν τα αποτελέσματα. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι από εδώ και στο εξής η ανάλυση θα παραλείπει την παρουσίαση αποτελεσμάτων για χαρακτηριστικά μιας διάστασης εφόσον ισχύουν τα ακόλουθα: α) η διάσταση αποτελείται μόνο από ένα χαρακτηριστικό και β) η διάσταση αποτελείται από πολλά χαρακτηριστικά αλλά μόνο ένα είναι σχετικό για το τρέχων είδος διαδικασίας.

Επείγοντα ή Οξεία Περιστατικά

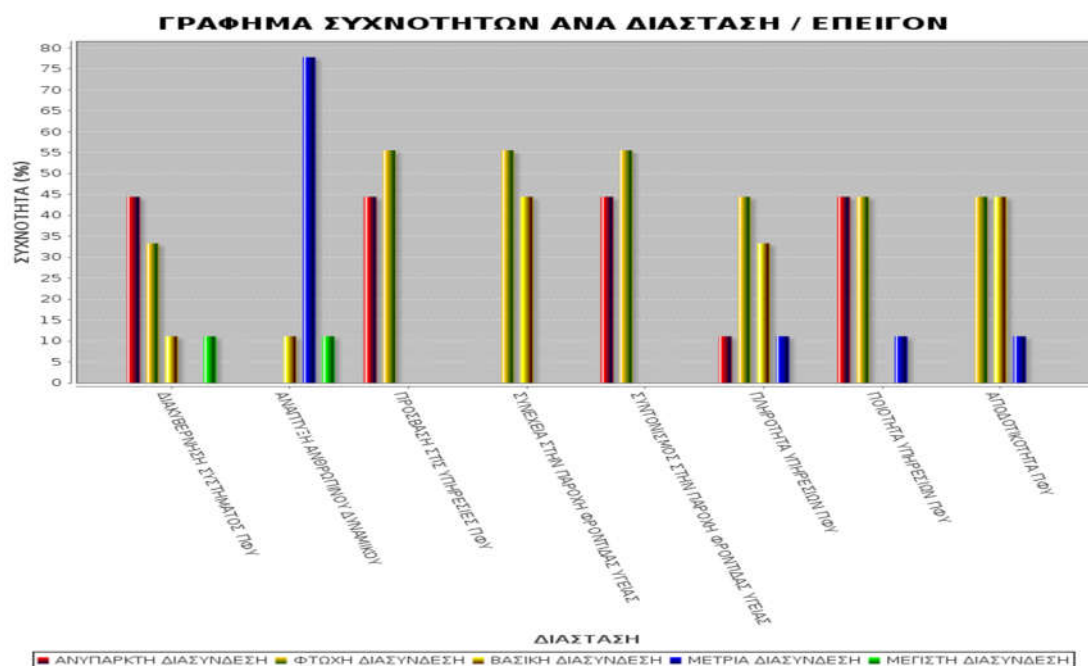
Τα συνολικά αποτελέσματα για τη διαδικασία διαχείρισης των επειγόντων περιστατικών απεικονίζονται στην **Εικόνα 16**. Παρατηρείται μείωση στο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης με ένα μεγάλο ποσοστό των δομών Π.Φ.Υ. (78%) να παρουσιάζει φτωχή διασύνδεση και μόνο ένα μικρό ποσοστό (22) να παρουσιάζει βασική διασύνδεση. Επιπλέον, δεν υπάρχουν δομές που να αξιολογήθηκαν με μέτριο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης.



Εικόνα 16: Γράφημα ολικών συχνοτήτων για τη διαδικασία διαχείρισης επειγόντων ή οξέων περιστατικών

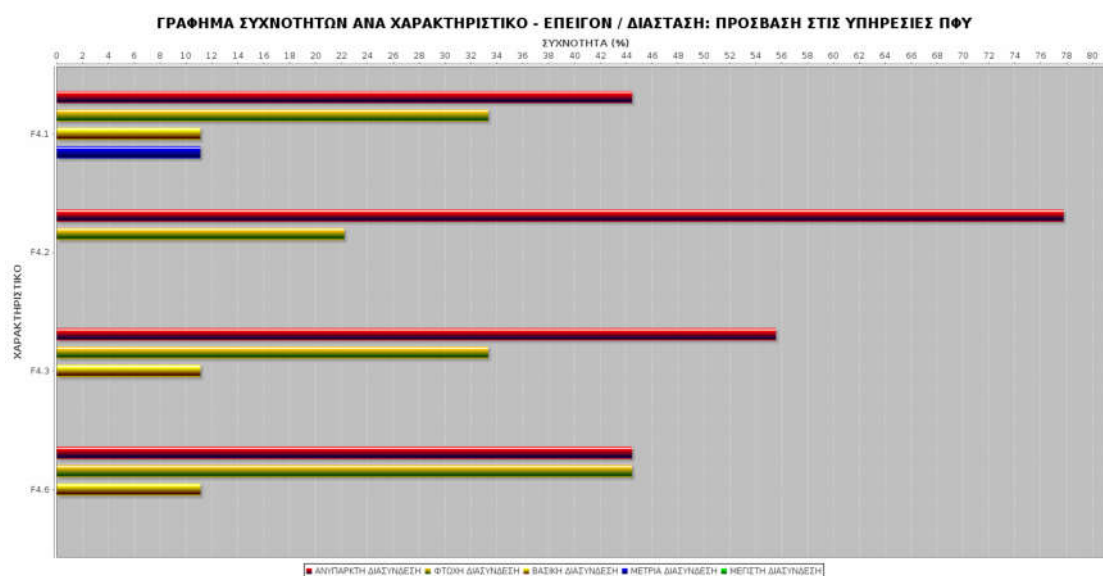
Τα συνολικά αποτελέσματα για τις διαστάσεις ως προς τη διαχείριση επειγόντων περιστατικών απεικονίζονται στην **Εικόνα 17**. Τα ευρήματα αυτά δικαιολογούν τα γενικά αποτελέσματα για το εν λόγω είδος διαδικασίας αφού από τις οχτώ διαστάσεις, οι επτά παρουσιάζουν σημαντική μείωση ενώ μόνο μια παρουσιάζει αύξηση. Η διάσταση που παρουσιάζει αύξηση στην απόδοση είναι αυτή της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού.

Αποτελέσματα Χαρακτηριστικών Ανά Διάσταση



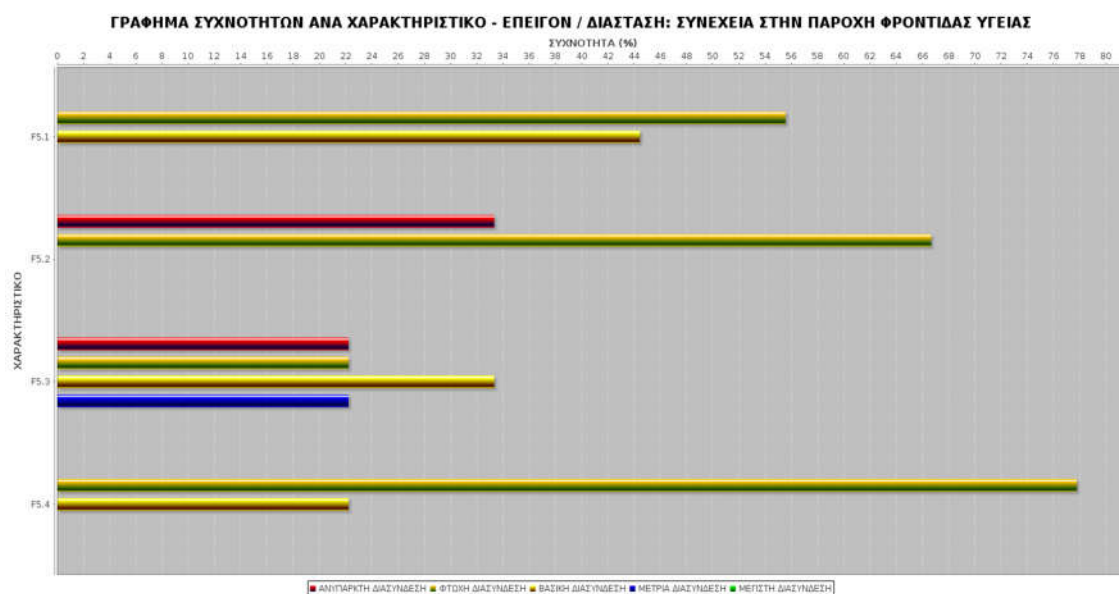
Εικόνα 17: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Διάσταση - Διαδικασία διαχείρισης επειγόντων ή οξέων περιστατικών

Τα αποτελέσματα των χαρακτηριστικών της τέταρτης διάστασης (Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.) δικαιολογούν την πολύ κακή απόδοση ως προς αυτή τη διάσταση (**Εικόνα 18**). Από τα τέσσερα χαρακτηριστικά, τα τρία παρουσιάζουν σημαντική μείωση και μόνο ένα χαρακτηριστικό εμφανίζει μια μικρή αύξηση. Το χαρακτηριστικό αυτό αφορά στη γεωγραφική προσβασιμότητα.



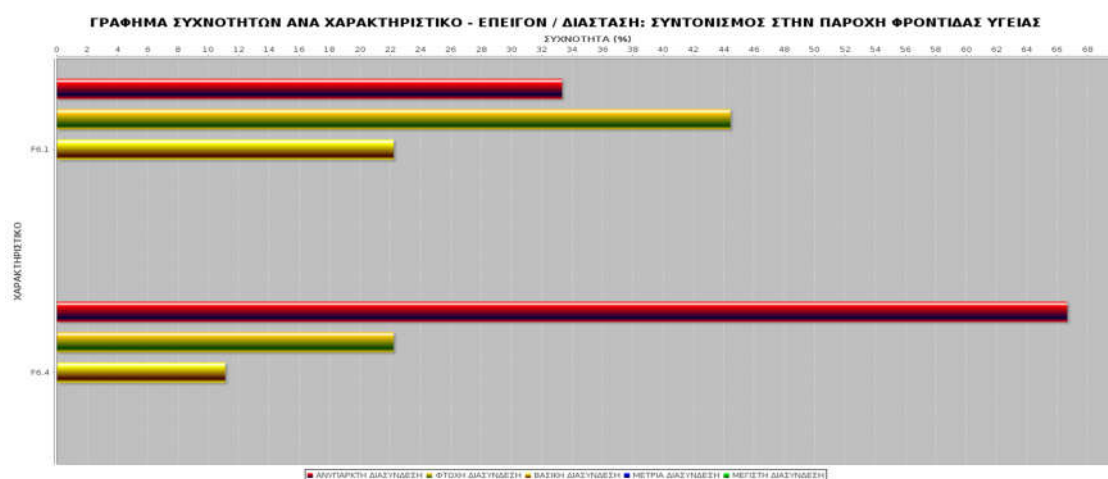
Εικόνα 18: Γράφημα συχνοτήτων ανά χαρακτηριστικό / Διάσταση: Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

Η ίδια πτωτική πορεία παρατηρείται και στην **Εικόνα 19** για την πέμπτη διάσταση (Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας). Σε σχέση με την προηγούμενη διάσταση και με βάση τα συνολικά αποτελέσματα, είναι φανερό ότι όλα τα χαρακτηριστικά παρουσιάζουν μειωμένη απόδοση ως προς το επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης. Ξεχωρίζουν δύο τα οποία έχουν τη χειρίστη απόδοση και χρήζουν μεγάλης βελτίωσης. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι η πληροφοριακή συνέχεια και η διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου.



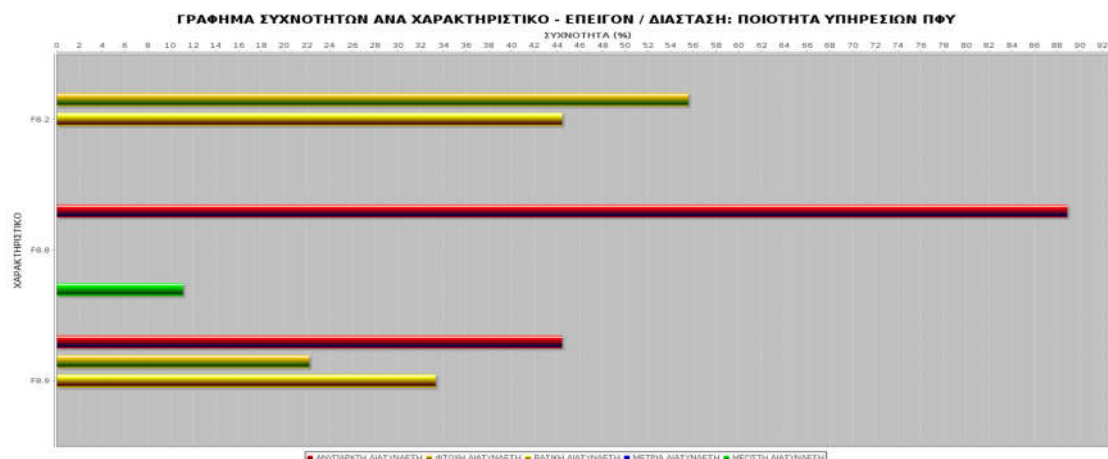
Εικόνα 19: Γράφημα συχνοτήτων ανά χαρακτηριστικό / Διάσταση: Συνέχεια στην Παροχή Φροντίδας Υγείας

Τα αποτελέσματα για τη διάσταση του συντονισμού στην παροχή φροντίδας υγείας (Εικόνα 20) παρουσιάζουν επίσης μειωμένη απόδοση.



Εικόνα 20: Γράφημα συχνοτήτων ανά χαρακτηριστικό / Διάσταση: Συντονισμός στην Παροχή Φροντίδας Υγείας

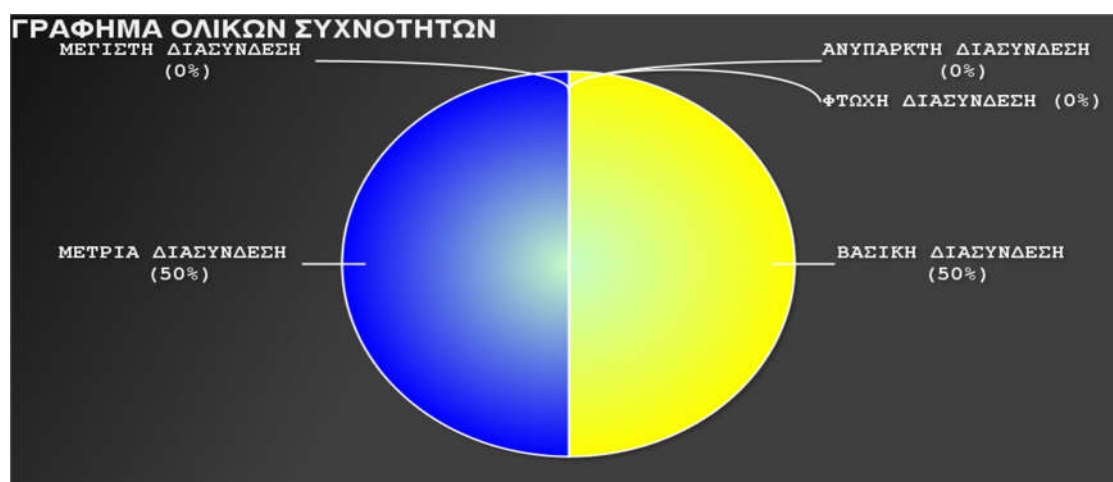
Η πτωτική τάση παρουσιάζεται και για όλα τα χαρακτηριστικά της διάστασης της ποιότητας υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (**Εικόνα 21**). Ειδικά για τα δύο πρώτα χαρακτηριστικά, που αφορούν την ποιότητα της διάγνωσης και της θεραπείας καθώς και την αποτελεσματικότητα, η πτώση είναι πολύ μεγάλη.



Εικόνα 21: Γράφημα συχνοτήτων ανά χαρακτηριστικό / Διάσταση: Ποιότητα Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Φροντίδα στο Σπίτι

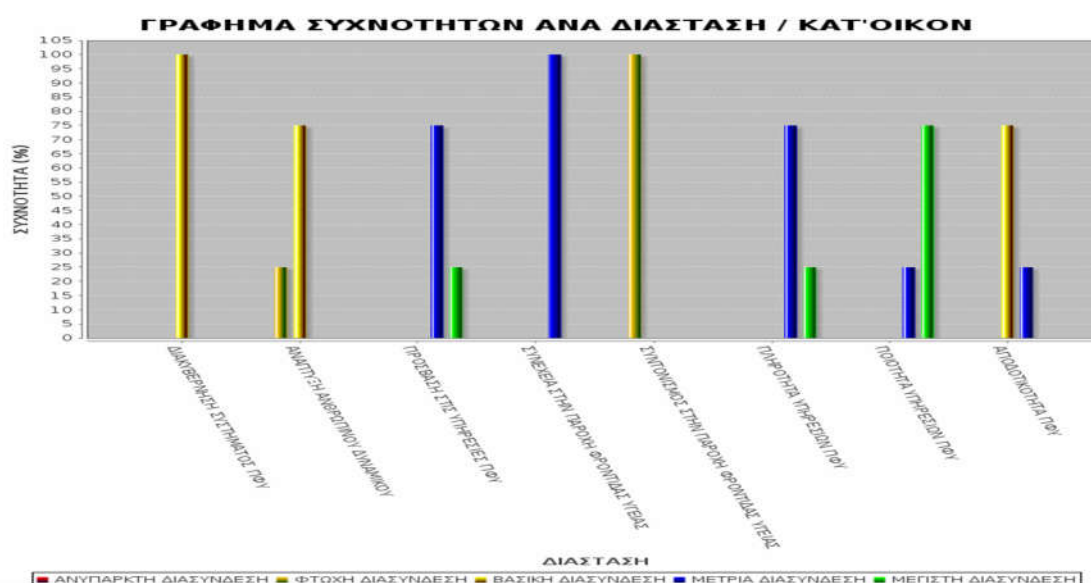
Τα συνολικά αποτελέσματα για τη διαδικασία φροντίδας στο σπίτι απεικονίζονται στην **Εικόνα 22**. Σε αντίθεση με τα γενικά αποτελέσματα, παρατηρείται σαφής βελτίωση της λειτουργικής διασύνδεσης. Αυτό αντικατοπτρίζεται από το γεγονός ότι οι μισές δομές Π.Φ.Υ. παρουσιάζουν μέτριο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης ενώ οι υπόλοιπες βασικό. Όπως φαίνεται, τα αποτελέσματα για αυτή τη διαδικασία είναι τα καλύτερα δυνατά. Ωστόσο, υπάρχουν περαιτέρω περιθώρια βελτίωσης για τις δομές που παρουσιάζουν βασικό επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης.



Εικόνα 22: Γράφημα ολικών συχνοτήτων – Διαδικασία για τη διαχείριση φροντίδας στο σπίτι

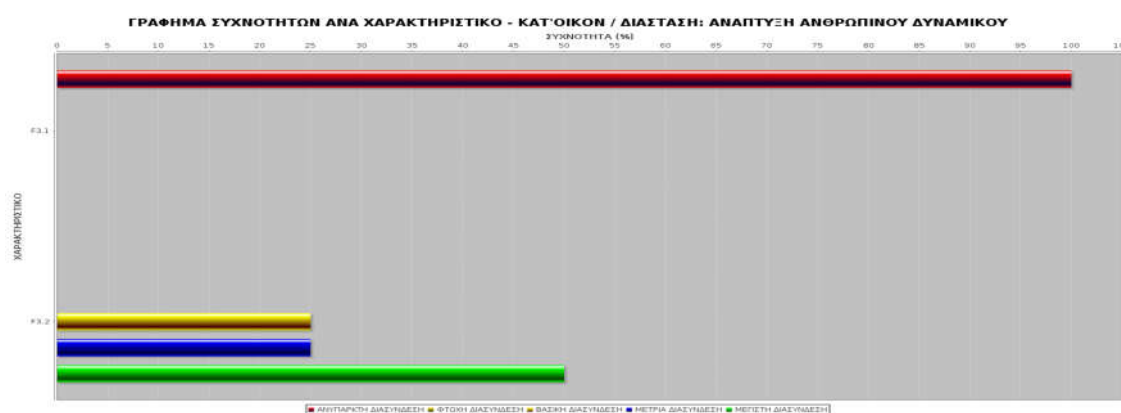
Αποτελέσματα Χαρακτηριστικών Ανά Διάσταση

Τα συνολικά αποτελέσματα για τις διαστάσεις παρουσιάζονται στην **Εικόνα 23**. Σε σχέση με τα γενικά αποτελέσματα, παρατηρείται σαφής βελτίωση του επιπέδου λειτουργικής διασύνδεσης. Συγκεκριμένα, μείωση σημειώνεται μόνο στη διάσταση της ανάπτυξης ανθρωπίνου δυναμικού, ενώ στις υπόλοιπες διαστάσεις παρατηρείται βελτίωση (Πρόσβασης στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., Συνέχειας στην παροχή φροντίδας υγείας, Πληρότητα και Ποιότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.).



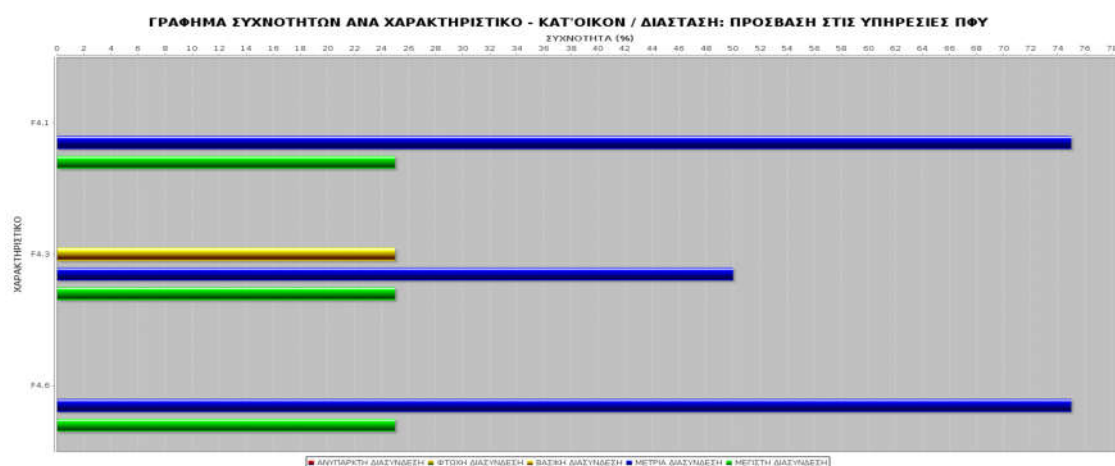
Εικόνα 23: Γράφημα συχνοτήτων ανά διάσταση - Διαδικασία φροντίδας στο σπίτι

Τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της διάστασης της ανάπτυξης του ανθρωπίνου δυναμικού, απεικονίζονται στην **Εικόνα 24**. Η απόδοση στο πρώτο χαρακτηριστικό (Προφίλ του ανθρωπίνου δυναμικού) είναι πανομοιότυπη με αυτή των γενικών αποτελεσμάτων. Η απόδοση στο δεύτερο χαρακτηριστικό (Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων) είναι σαφώς βελτιωμένη.



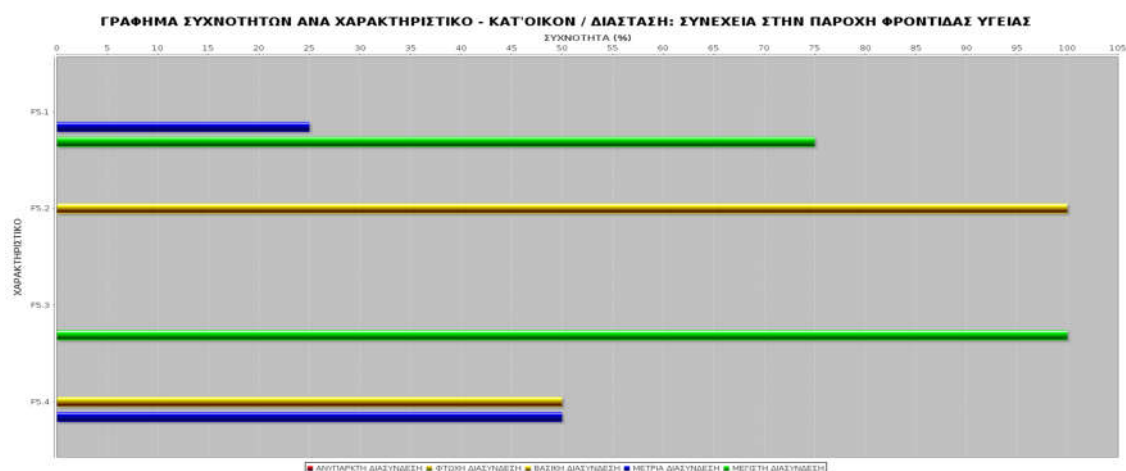
Εικόνα 24: Γράφημα συχνοτήτων ανά χαρακτηριστικό / Διάσταση: Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού

Η **Εικόνα 25** παρουσιάζει τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της πρόσβασης στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Όπως είναι φανερό, υπάρχει σαφή βελτίωση για όλα τα χαρακτηριστικά και αυτό δικαιολογεί απόλυτα τη σημαντική αύξηση στο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης ως προς αυτή τη διάσταση. Τα σχετικά χαρακτηριστικά της διάστασης περιλαμβάνουν τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ., τη διευκόλυνση της προσβασιμότητας και την αξιοποίηση των υπηρεσιών.



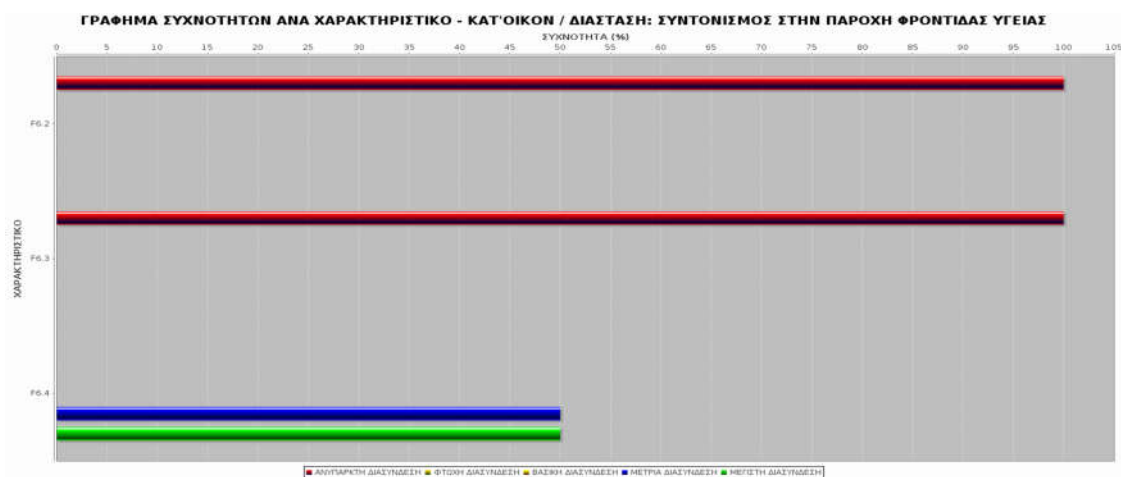
Εικόνα 25: Γράφημα συχνοτήτων ανά χαρακτηριστικό / Διάσταση: Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

Η σημαντική ανοδική πορεία στο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης αναδεικνύεται και από τα αποτελέσματα των χαρακτηριστικών της διάστασης αναφορικά με τη συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας, όπου για όλα τα χαρακτηριστικά παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση (**Εικόνα 26**). Μάλιστα, ως προς τη διαρκή σχέση μεταξύ ασθενούς και παρόχου, η απόδοση είναι άριστη. Παρομοίως, η απόδοση για το χαρακτηριστικό της συνέχειας της περίθαλψης μακροπρόθεσμα βρίσκεται σε πολύ ικανοποιητικά επίπεδα.



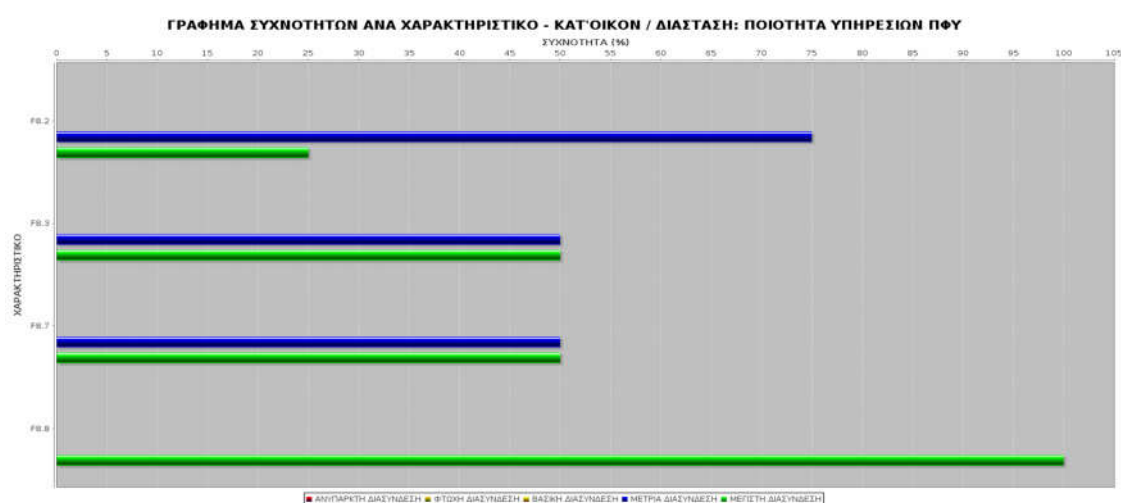
Εικόνα 26: Γράφημα συχνοτήτων ανά χαρακτηριστικό / Διάσταση: Συνέχεια στην Παροχή Φροντίδας Υγείας

Τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της διάστασης συντονισμού στην παροχή φροντίδας υγείας απεικονίζονται στην **Εικόνα 27**. Όπως φαίνεται, η απόδοση για τις πρακτικές Π.Φ.Υ. και τη διάρθρωση ομάδων επαγγελματιών υγείας καθώς και του συνδυασμού δεξιοτήτων των παρόχων Π.Φ.Υ. είναι φτωχή και ταυτίζεται με την απόδοση στα γενικά αποτελέσματα. Εντούτοις, παρατηρείται ότι το επίπεδο διασύνδεσης με την Δ.Φ.Υ. είναι βελτιωμένο.



Εικόνα 27: Γράφημα συχνοτήτων ανά χαρακτηριστικό / Διάσταση: Συντονισμός στην Παροχή Φροντίδας Υγείας

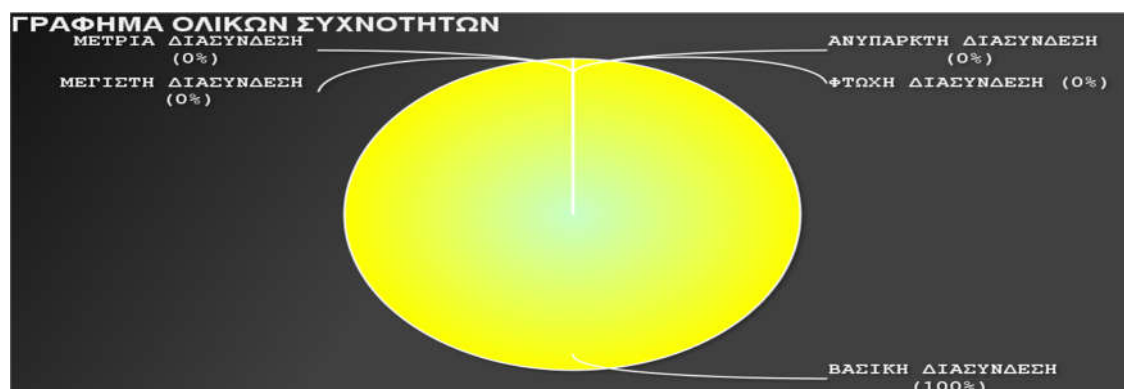
Μια σχεδόν ιδανική κατάσταση αντικατοπτρίζεται από τα αποτελέσματα της διάστασης που αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (**Εικόνα 28**). Η απόδοση για όλα τα χαρακτηριστικά είναι άκρως ικανοποιητική. Ιδιαίτερα το χαρακτηριστικό της αποδοτικότητας βρίσκεται σε άριστο επίπεδο, ενώ και τα χαρακτηριστικά της ποιότητας διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων και της ποιότητας της προληπτικής φροντίδας παρουσιάζουν ιδιαίτερα ικανοποιητικά αποτελέσματα.



Εικόνα 28: Γράφημα συχνοτήτων ανά χαρακτηριστικό / Διάσταση: Ποιότητα Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

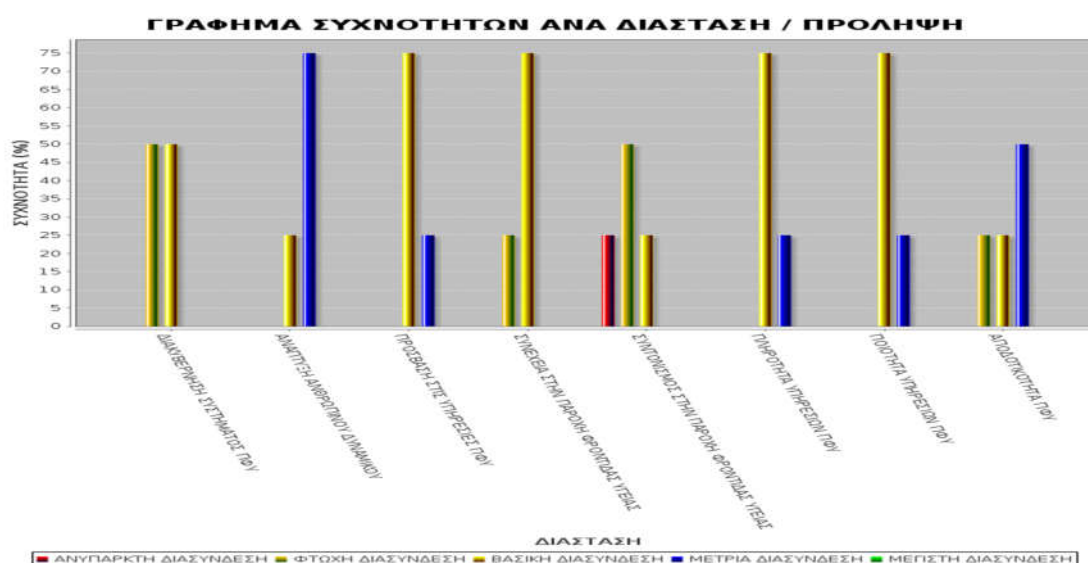
Πρόληψη

Τα συνολικά αποτελέσματα για τη διαδικασία της πρόληψης απεικονίζονται στην **Εικόνα 29**. Όλες οι δομές Π.Φ.Υ. που παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης παρουσιάζουν βασικό επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης. Σε σχέση με τα γενικά αποτελέσματα, υπάρχει μικρή βελτίωση αφού δεν καταγράφεται κάποια δομή με φτωχό επίπεδο διασύνδεσης, αλλά ούτε δομές με μέτριο επίπεδο διασύνδεσης.



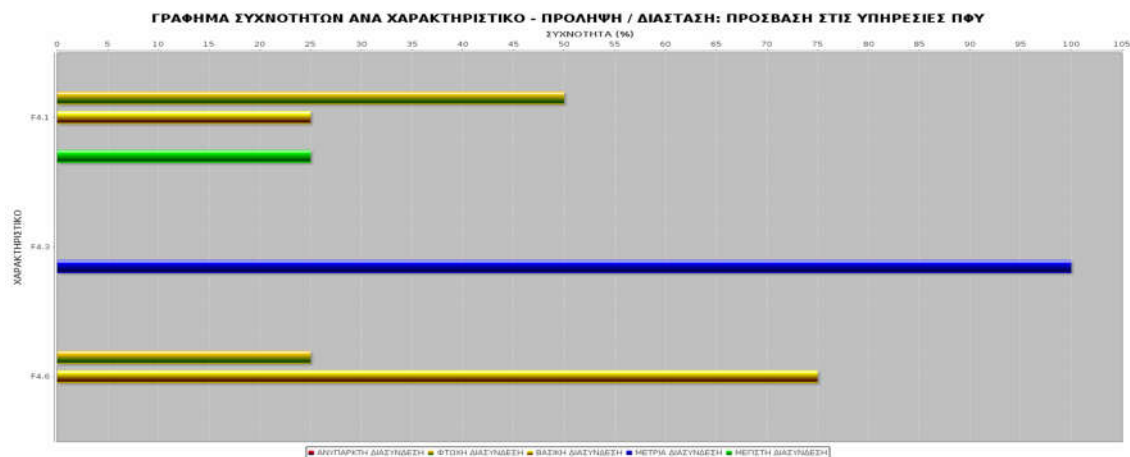
Εικόνα 29: Γράφημα ολικών συχνοτήτων – Διαδικασία διαχείρισης της προληπτικής φροντίδας

Τα αποτελέσματα των διαστάσεων για την πρόληψη παρουσιάζονται στην **Εικόνα 30**. Σε σύγκριση με τα γενικά αποτελέσματα, παρατηρούμε αξιοσημείωτες διαφορές σε έξι χαρακτηριστικά, ενώ για τα εναπομείναντα δύο (Διακυβέρνηση συστήματος Π.Φ.Υ. και Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ.) η βελτίωση είναι μικρή. Οι διαστάσεις που παρουσίασαν βελτίωση είναι η: ανάπτυξη ανθρωπίνου δυναμικού, η πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., η ποιότητας υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και η αποδοτικότητα.



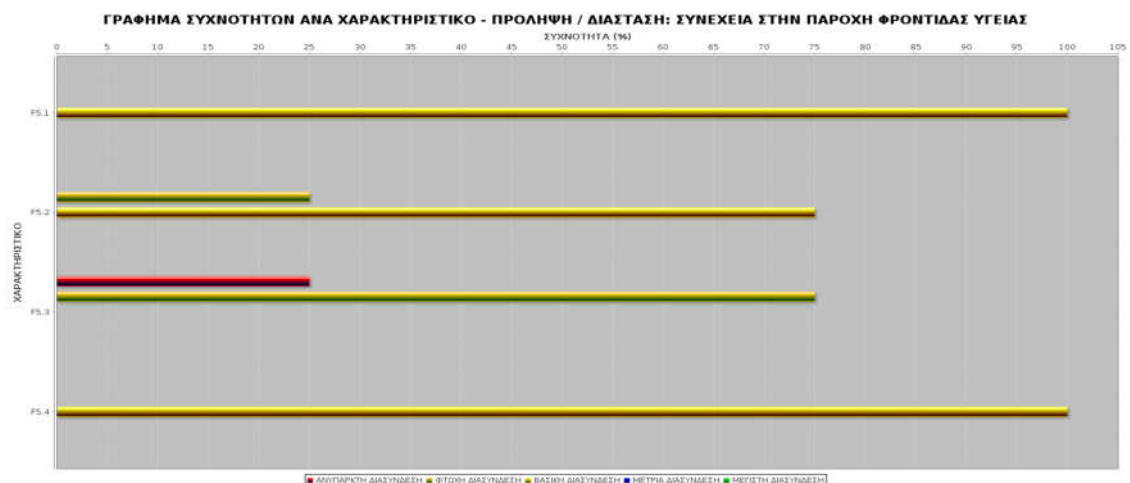
Εικόνα 30: Γράφημα συχνοτήτων ανά διάσταση - Διαδικασία προληπτικής φροντίδας

Τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της διάστασης που αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. απεικονίζονται στην **Εικόνα 31**. Σε σχέση με τα γενικά αποτελέσματα, μπορούμε να αναφέρουμε ότι υπάρχει μια αξιοσημείωτη άνοδος για το χαρακτηριστικό της διευκόλυνσης της πρόσβασης στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. και μια μικρή άνοδος για το χαρακτηριστικό της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. Ωστόσο, μικρή μείωση της απόδοσης σημειώνεται για το χαρακτηριστικό της αξιοποίησης των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.



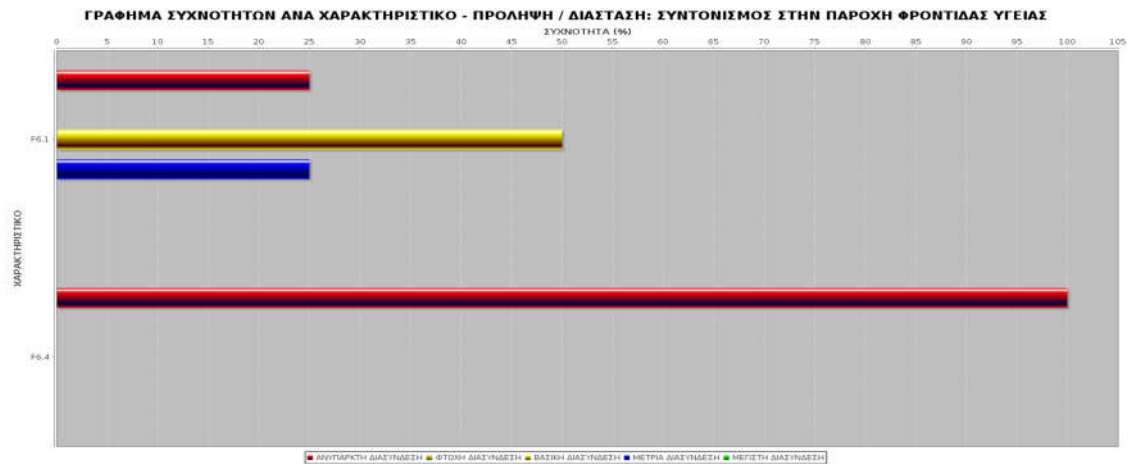
Εικόνα 31: Γράφημα συχνοτήτων ανά χαρακτηριστικό / Διάσταση: Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

Η **Εικόνα 32** παρουσιάζει τα αποτελέσματα των χαρακτηριστικών για τη διάσταση της συνέχειας στην παροχή φροντίδας υγείας. Σε σχέση με τα γενικά αποτελέσματα, η κατάσταση είναι αμφίρροπη διότι η απόδοση στα μισά χαρακτηριστικά έχει βελτιωθεί και στα άλλα μισά έχει μειωθεί. Τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν βελτίωση είναι αυτά που αφορούν την πληροφοριακή και διαχειριστική συνέχεια.



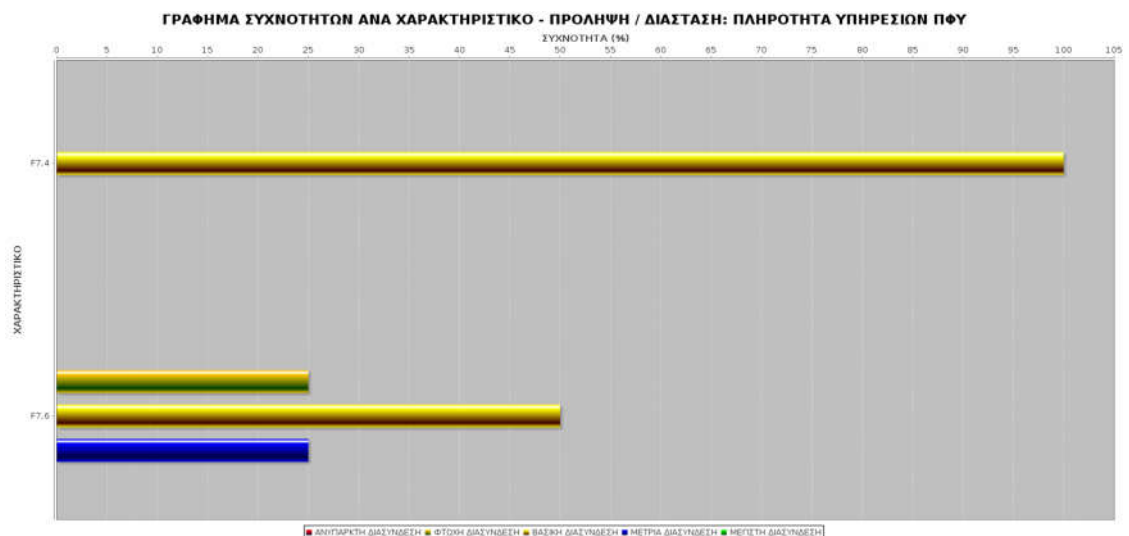
Εικόνα 32: Γράφημα συχνοτήτων ανά χαρακτηριστικό / Διάσταση: Συνέχεια στην Παροχή Φροντίδας Υγείας

Τα αποτελέσματα για χαρακτηριστικά της διάστασης συντονισμού στην παροχή φροντίδας υγείας απεικονίζονται στην **Εικόνα 33**. Σε σχέση με τα αντίστοιχα αποτελέσματα στο γενικό επίπεδο, παρατηρούμε άνοδο ως προς σύστημα ελέγχου πρόσβασης και μείωση στην απόδοση για το χαρακτηριστικό της διασύνδεσης της Π.Φ.Υ. με τη Δ.Φ.Υ.



Εικόνα 33: Γράφημα συχνοτήτων ανά χαρακτηριστικό / Διάσταση: Συντονισμός στην Παροχή Φροντίδας Υγείας

Η **Εικόνα 34** παρουσιάζει τα αποτελέσματα για τα σχετικά χαρακτηριστικά της πληρότητας υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Δύο χαρακτηριστικά έχουν μειώσει την απόδοσή τους: οι τεχνικές ιατρικές διαδικασίες στην προληπτική ιατρική καθώς και η προαγωγή της υγείας.



Εικόνα 34: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό / Διάσταση: Πληρότητα Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Για τη διάσταση της ποιότητας υπηρεσιών Π.Φ.Υ. τα αποτελέσματα των χαρακτηριστικών παρουσιάζονται στην **Εικόνα 35**. Με βάση τα γενικά αποτελέσματα, έχουμε αύξηση της απόδοσης για δύο χαρακτηριστικά, μείωση για ένα χαρακτηριστικό και αμετάβλητη απόδοση για άλλο ένα. Αύξηση σημειώνεται για τα την ποιότητα της διάγνωσης και θεραπείας καθώς και τις πρακτικές ασφαλείας. Ωστόσο, μείωση παρουσιάζει το χαρακτηριστικό της ποιότητας της προληπτικής φροντίδας.



Εικόνα 35: Γράφημα συχνοτήτων ανά χαρακτηριστικό / Διάσταση: Ποιότητα Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Με βάση τα προαναφερθέντα αποτελέσματα έχουν συνταχθεί προτάσεις βελτίωσης τόσο των ροών εργασιών της κάθε δομής όσο και των βημάτων διασύνδεσης μεταξύ διαφορετικών δομών υγείας. Ενδεικτικά θα παρουσιαστούν ορισμένες από τις προτάσεις που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν από τις δομές ώστε να βελτιώσουν δυνητικά το επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης τους. Το σύνολο των προτάσεων βελτίωσης ανά τύπο περιστατικού παρατίθεται υπό τη μορφή πινάκων στο **Παράρτημα II**.

Πίνακας 1: Προτάσεις βελτίωσης ανά τύπο περιστατικού

Διαστάσεις στις οποίες πρέπει να δοθεί προτεραιότητα ανά τύπο περιστατικού		Προτάσεις βελτίωσης
1	Χρόνιο νόσημα	
	1. Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ. 2. Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ. 3. Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας	(1α) Συστήνεται η υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών με σκοπό να βοηθήσουν τον ιατρό και τον επαγγελματία υγείας κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατάλληλη φροντίδα θεραπείας. Διευκολύνουν την εφαρμογή των πλέον επιστημονικά

		τεκμηριωμένων και αποδεκτών μεθόδων. Ενδεικτικά προτείνονται οι κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν συνταχθεί από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Πανεπιστημίου Κρήτης για την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα διαθέσιμες στο: www.greekphcguidelines.gr/κατευθυντήριες-οδηγίες/ (2α) Οι παραπομπές που πραγματοποιούνται πρέπει να γίνονται στις πλησιέστερες γεωγραφικά δομές ως προς την κατοικία του ασθενή που μπορούν να εξυπηρετήσουν τις συγκεκριμένες επείγουσες ή οξείες ανάγκες. (2β) Συστήνεται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού να γίνεται πριν την αναχώρηση του ασθενή ώστε να επιτυγχάνεται η παρακολούθηση και ο τακτικός έλεγχος των χρονίων ασθενών χωρίς καθυστερήσεις λόγω μη διαθεσιμότητας τακτικών ραντεβού. (3α) Ο ιατρός που παρακολουθεί τον ασθενή σε τακτά διαστήματα θα πρέπει να πραγματοποιεί εσωτερική παραπομπή, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα. (3β) Συστήνεται ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενή να γίνεται παραπομπή στις κατάλληλες δημόσιες/ιδιωτικές δομές Π.Φ.Υ. (3γ) Συστήνεται ο ιατρός και ο επαγγελματίας υγείας να είναι ενήμερος για όλο το εύρος των διατιθέμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην κοινότητα (Π.Ε.Δ.Υ., Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Κοινοτικές Δομές, Μονάδες αποκατάστασης, Ιδιώτες επαγγελματίες υγείας).
2	Επείγον ή οξύ περιστατικό	
	1. Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ. 2. Πληρότητα υπηρεσιών Π.Φ. 3. Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ.	(1α) Συστήνεται η υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών με σκοπό να βοηθήσουν τον ιατρό και το νοσηλευτή κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την παροχή επείγουσας φροντίδας. Ενδεικτικά προτείνονται οι κατευθυντήριες οδηγίες του Ε.Κ.Α.Β.: Προνοσοκομειακή Φροντίδα: Πρωτόκολλα Αντιμετώπισης Επειγόντων Περιστατικών. Αθήνα, 2006, Εκδόσεις Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2α) Συστήνεται να πραγματοποιείται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού πριν την αναχώρηση του ασθενή με οξύ πρόβλημα, ώστε να παρακολουθηθεί η εξέλιξη και η ανταπόκριση στην

		οξεία αγωγή και φροντίδα. (2β) Την αρμοδιότητα ανατροφοδότησης του φακέλου υγείας του ασθενούς πρέπει να αναλαμβάνουν οι διοικητικοί υπάλληλοι της δομής. Εφόσον ο φάκελος είναι ηλεκτρονικός, η αρμοδιότητα αυτή γίνεται από το νοσηλευτή ή τον ιατρό μετά το πέρας της διαχείρισης του επείγοντος ή οξέος προβλήματος. (2γ) Η παρακολούθηση εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται από τον ιατρό ή το νοσηλευτή που παρείχε την επείγουσα ή οξεία φροντίδα στον ασθενή. (3α) Η αντιμετώπιση του επείγοντος ασθενή ή ασθενή σε οξεία φάση από νοσηλευτή οφείλει να περιλαμβάνει ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω: λήψη ιστορικού και διαλογή (triage), ψυχολογική υποστήριξη και παροχή πρώτων βοηθειών/φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή). (3β) Συστήνεται η αντιμετώπιση του επείγοντος ασθενή ή ασθενή σε οξεία φάση από ιατρό να περιλαμβάνει ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω: λήψη ιστορικού και διαλογή (triage), παροχή πρώτων βοηθειών και φαρμακευτική αγωγή, εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση. Σε περίπτωση που χρειάζεται περαιτέρω παρακολούθηση ή ενέργειες συστήνεται η εισαγωγή σε Βραχεία Νοσηλεία ή σε δομή Δ.Φ.Υ. (3γ) Την αρμοδιότητα ανατροφοδότησης του φακέλου υγείας του ασθενούς πρέπει να αναλαμβάνουν οι διοικητικοί υπάλληλοι της δομής. Εφόσον ο φάκελος είναι ηλεκτρονικός, η αρμοδιότητα αυτή γίνεται από το νοσηλευτή ή τον ιατρό μετά το πέρας της διαχείρισης του επείγοντος ή οξέος προβλήματος.
3	Πρόληψη	
	1. Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας 2. Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας	(1α) Συστήνεται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού να γίνεται πριν την αναχώρηση του ατόμου ώστε να επιτυγχάνεται η βέλτιστη πρόληψη ανά τακτά χρονικά διαστήματα, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. (1β) Μετά την ολοκλήρωση κάθε ραντεβού θα πρέπει να πραγματοποιείται ανατροφοδότηση του ιστορικού και της πορείας εξέλιξης του ατόμου.

		(1γ) Συστήνεται να πραγματοποιείται παρακολούθηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης από την ίδια δομή, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα. (1δ) Συστήνεται η ενημέρωση του ατόμου και της οικογένειας του αναφορικά με τις απαραίτητες ενέργειες ή μέτρα πρόληψης να γίνεται από τον ιατρό ή επαγ. υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες, πεποιθήσεις και προτιμήσεις του ατόμου. (2α) Συστήνεται η παραπομπή να γίνεται στις κατάλληλες δομές Δ.Φ.Υ. βάση των αναγκών του ατόμου και αφού έχει εξαντληθεί κάθε περιθώριο παραπομπής στην Π.Φ.Υ. (2β) Συστήνεται ο ιατρός και ο επαγγελματίας υγείας να είναι ενήμερος για όλο το εύρος των διατιθέμενων υπηρεσιών Δ.Φ.Υ. στη γεωγραφική περιοχή (ιατροί Π.Ε.Δ.Υ., Τ.Ε.Ι., Εργαστήρια νοσοκομείων, Ιδιώτες ιατροί ή Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, Μονάδες Ψυχικής Υγείας).
4	Φροντίδα στο σπίτι	
	1. Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ. 2. Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ. 3. Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας	(1α) Συστήνεται η τήρηση ηλεκτρονικού και χάρτινου αρχείου για κάθε ασθενή σε πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι. (2α) Συστήνεται ως βέλτιστη φροντίδα στο σπίτι η επίσκεψη από νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό και ιατρό (ή φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο κ.α.) να πραγματοποιείται κάθε 10-15 ημέρες, ενώ ο οικογενειακός βοηθός να επισκέπτεται καθημερινά την οικία του ασθενή. (2β) Συστήνεται ο νοσηλεύτης, κοινωνικός λειτουργός και ιατρός (ή φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, ψυχολόγος κ.α.) να εκτελούν όλες τις παρακάτω ενέργειες εξατομικευμένης φροντίδας στο σπίτι: σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων, εφαρμογή, αποτίμηση και καταγραφή. Ο οικογενειακός βοηθός συστήνεται να εφαρμόζει και να αποτιμά τη φροντίδα/παρεμβάσεις που παρέχει με βάση το εξατομικευμένο σχέδιο. (3α) Συστήνεται ο νοσηλεύτης, κοινωνικός λειτουργός και ιατρός (ή φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, ψυχολόγος κ.α.) να εκτελούν όλες τις παρακάτω ενέργειες εξατομικευμένης φροντίδας στο σπίτι:

		σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων, εφαρμογή, αποτίμηση και καταγραφή. Ο οικογενειακός βοηθός συστήνεται να εφαρμόζει και να αποτιμά τη φροντίδα/παρεμβάσεις που παρέχει με βάση το εξατομικευμένο σχέδιο.
--	--	--

3.2. Εκπόνηση εκπαιδευτικού προγράμματος

Για την εκπόνηση του προγράμματος χρησιμοποιήθηκε εκπαιδευτικό υλικό το οποίο περιελάμβανε: ηλεκτρονικό δια-δραστικό υλικό (powerpoint με φωνή), ηλεκτρονικό υλικό τεκμηρίωσης, ηλεκτρονικό υλικό εμβάθυνσης και σημειώσεις με τη μορφή πολυμέσων (κείμενα, γραφήματα, σχέδια εικόνες).

Για την πραγματοποίηση του εκπαιδευτικού προγράμματος αναπτύχθηκε στο πλαίσιο του Υποέργου 2 ένα **Ολοκληρωμένο Σύστημα Εκπαίδευσης και Τηλε-συνεργασίας (Ο.Σ.Ε.Τ.)** το οποίο αποτελείται από δύο υπο-συστήματα:

- 1) το υπο-σύστημα ασύγχρονης τηλε-εκπαίδευσης (δεν απαιτεί την ταυτόχρονη συμμετοχή των εκπαιδευόμενων και των εισηγητών)
- 2) το υπο-σύστημα σύγχρονης τηλε-εκπαίδευσης (πραγματοποιείται σε "πραγματικό χρόνο" και αφορά τόσο στην ανταλλαγή απόψεων και υλικού μεταξύ εκπαιδευτή και εκπαιδευόμενων)

Το υπο-σύστημα ασύγχρονης τηλε-εκπαίδευσης υλοποιήθηκε στο δυναμικό περιβάλλον ηλεκτρονικής μάθησης «Moodle» (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) ενώ η σύγχρονη τηλε-εκπαίδευση πραγματοποιήθηκε στην πλατφόρμα εκπαίδευσης web Openmeetings (<http://webconf.datacenter.uoc.gr>).

Στο **Παράρτημα III** παρατίθεται ο αναλυτικός πίνακας των ενεργειών που πραγματοποιήθηκαν ανά ομάδα στόχου κατά τη διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος. Στον πίνακα αυτό παρουσιάζονται οι εκπαιδευτικοί στόχοι, το περιεχόμενο της εκπαίδευσης καθώς και τα εκπαιδευτικά μέσα που χρησιμοποιήθηκαν.

4. Σχόλια

Τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν υποδηλώνουν ότι οι δομές Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα βρίσκονται σε ένα μέσο ή χαμηλό επίπεδο διασύνδεσης και θα πρέπει να ληφθούν μέτρα για τη βελτίωση των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης. Σε σχέση με τα προηγούμενα αποτελέσματα της ποιοτικής ανάλυσης, όπως αυτά αποτυπώθηκαν στο παραδοτέο 1.1.4, παρατηρούμε ότι τα νέα αποτελέσματα του παραδοτέου 1.4.1 αξιολογούν τις δομές σε χαμηλότερα επίπεδα διασύνδεσης. Αυτό σημαίνει ότι τα δυναμικά χαρακτηριστικά των δομών Π.Φ.Υ. θα πρέπει να βελτιωθούν ώστε να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες προσδοκίες ενός λειτουργικά αποδοτικού και ενοποιημένου συστήματος Π.Φ.Υ.

Τα συνολικά αποτελέσματα αναδεικνύουν ότι οι δομές Π.Φ.Υ. παρουσιάζουν πολύ κακή απόδοση ως προς τη λειτουργική τους διασύνδεση αναφορικά με δύο κυρίως διαστάσεις: α) τη διακυβέρνηση συστήματος Π.Φ.Υ. και β) το συντονισμό στην παροχή φροντίδας υγείας.

Η κακή αξιολόγηση του συντονισμού στην παροχή φροντίδας υγείας αναδεικνύει σημαντικά προβλήματα. Η διαχείριση του ασθενή είναι ελλειμματική και γίνεται μεμονωμένα από τον εκάστοτε ιατρό ή επαγγελματία υγείας χωρίς να υπάρχει μια ενιαία ομάδα διαχείρισης που να αντιμετωπίζει το πρόβλημα υγείας του ασθενή ολιστικά. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, την αύξηση των παραπομπών εκτός Π.Φ.Υ. αλλά και την αύξηση του κόστους ανά ασθενή.

Ένα θετικό αποτέλεσμα που προκύπτει είναι ότι οι δομές Π.Φ.Υ. είναι σε θέση να αναπτύξουν το υφιστάμενο ανθρώπινο δυναμικό τους. Ο ξεκάθαρος διαχωρισμός ρόλων και αρμοδιοτήτων των εργαζομένων στην Π.Φ.Υ. οφελεί τη συνολική διαχείριση του ασθενή, αφού κάθε επαγγελματία υγείας δεν αποσπάται από τα καθήκοντα του αναλαμβάνοντας αλλότριες αρμοδιότητες. Αυτό διαφαίνεται από το γεγονός ότι τα επίπεδα ποιότητας υπηρεσιών υγείας είναι ικανοποιητικά για το σύνολο των δομών Π.Φ.Υ. Μάλιστα, ένα σημαντικό ποσοστό (22%), των δομών Π.Φ.Υ. παρουσιάζει μέγιστο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., αναδεικνύεται η ανάγκη διεύρυνσης των διαθέσιμων υπηρεσιών διότι αυτό θα οδηγήσει σε μείωση των παραπομπών και ελάττωση του φόρτου εργασίας των Δ.Φ.Υ. Επιπρόσθετα, επισημαίνεται η ανάγκη ορθότερης κάλυψης των γεωγραφικών περιοχών της Ελλάδας με δομές Π.Φ.Υ. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την πιο έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών λόγω της διευκόλυνσης του ατόμου στην πραγματοποίηση επισκέψεων μόλις ένα πρόβλημα υγείας έχει

παρουσιαστεί και όχι μόνο όταν έχει επιδεινωθεί. Αυτό αναμένεται να οδηγήσει σε περιορισμό της συνταγογράφησης και των δαπανών εργαστηριακών εξετάσεων.

Αναφορικά με τη συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας χρειάζεται ολοκληρωτική βελτίωση ως προς όλα τα χαρακτηριστικά για να επιτευχθεί η αντίστοιχη βελτίωση στη διάσταση. Τα χαρακτηριστικά που χρήζουν άμεσης βελτίωσης είναι αυτά που αφορούν την πληροφοριακή συνέχεια και τη διαρκή σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου. Η πληροφοριακή συνέχεια επιβάλλεται σε μια εποχή που τη χαρακτηρίζει υψηλός βαθμός ψηφιοποίησης και χρήσης ηλεκτρονικών υπολογιστών και συστημάτων. Στα πιθανά πλεονεκτήματα συμπεριλαμβάνονται η ελάττωση της καθυστέρησης τόσο στην εντός της μονάδας όσο και μεταξύ των μονάδων επικοινωνίας καθώς και στην έγκαιρη και πληρέστερη ενημέρωση του φακέλου του ασθενή που θα οδηγήσει σε μια πιο ολοκληρωμένη και ποιοτική διαχείριση του ασθενή. Επιπρόσθετα, αναδεικνύεται η ανάγκη βελτίωσης τόσο των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. όσο και της σχέσης μεταξύ παρόχου και ασθενή, ώστε να αυξηθεί το επίπεδο εμπιστοσύνης ως προς τις δομές Π.Φ.Υ. και να μειωθεί ο φόρτος εργασίας των δομών Δ.Φ.Υ.

Ως προς την πληρότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ., παρατηρείται ότι παρόλο που οι δομές ακολουθούν ικανοποιητικές τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και εξασκούν προληπτική ιατρική, δεν είναι τόσο αποδοτικές όσον αφορά τη θεραπεία και την παρακολούθηση των νοσημάτων. Η παρατήρηση αυτή έχει επαληθευτεί και από προηγούμενα αποτελέσματα που έδειξαν ότι δεν υπάρχει συντονισμός στη φροντίδα υγείας και δε συνδυάζονται οι δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας με αποτέλεσμα η θεραπεία να μην είναι ολιστική. Από την άλλη πλευρά, αναγνωρίζεται ότι ο κάθε επαγγελματίας υγείας εκτελεί επιτυχώς τα καθήκοντα του, με εξαίρεση τη μη χρήση κατευθυντήριων οδηγιών.

Τέλος, η διάσταση της ποιότητας υπηρεσιών κινείται σε χαμηλά επίπεδα με τη χαμηλότερη απόδοση να σημειώνεται στις πρακτικές συνταγογράφησης και στην αποτελεσματικότητα. Η αποτελεσματικότητα, επηρεάζεται από τον τρόπο συνολικής διαχείρισης του ασθενούς αλλά και από άλλους παράγοντες, όπως η έλλειψη προσωπικού και ο μη κατάλληλος συντονισμός στην παροχή των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Μπορεί ο πρώτος παράγοντας εν μέσω οικονομικής κρίσης να μη μπορεί να αντιμετωπισθεί άμεσα, όμως ο δεύτερος παράγοντας θα μπορούσε να εξλειφθεί μέσω της κατάλληλης οργάνωσης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Οι πρακτικές συνταγογράφησης θα πρέπει να αποσκοπούν στη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών μέσω της συνταγογράφησης σκευασμάτων σε ασθενείς που κρίνεται απαραίτητως αναγκαίο και σε συνδυασμό με άλλες συμπεριφορικές παρεμβάσεις (αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχος παραγόντων κινδύνου, κ.α.). Η συνταγογράφηση για το μέγιστο επιτρεπτό χρονικό διάστημα (προκειμένου να

αποφεύγονται οι άσκοπες μηνιαίες επισκέψεις) και η τήρηση διαδικτυακής βάσης δεδομένων για την ηλεκτρονική καταχώριση συνταγών και παραπεμπτικών από τους θεράποντες ιατρούς αποτελούν απαραίτητες συστάσεις «καλής πρακτικής».

Στη συνέχεια παρατίθεται ένας σύντομος σχολιασμός των αποτελεσμάτων ανά είδος διαδικασίας διαχείρισης: Χρόνιο νόσημα, Επείγον/οξύ περιστατικό, Φροντίδα κατ' οίκον, Πρόληψη.

Αναφορικά με τις δομές που παρέχουν υπηρεσίες σε **ασθενείς με χρόνια νοσήματα**, τα αποτελέσματα αξιολόγησης της λειτουργικής διασύνδεσης είναι αμφίροπα με αρκετά χαρακτηριστικά να βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο και άλλα να επιδέχονται περαιτέρω βελτίωσης. Συνεπώς, οι δομές πρέπει να επικεντρωθούν στην υιοθέτηση «καλών πρακτικών» αναφορικά με τα χαρακτηριστικά που χρήζουν άμεσης παρέμβασης (Διαθεσιμότητα παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ., Γεωγραφική προσβασιμότητα, Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας, Διασύνδεση Π.Φ.Υ. και Δ.Φ.Υ, Σύστημα ελέγχου πρόσβασης). Οι προτάσεις βελτίωσης που συντάχθηκαν οδηγούν προς αυτή την κατεύθυνση, αποσκοπώντας στην ολιστική διαχείριση του χρόνιου ασθενή. Απώτερη επιδίωξη της προσέγγισης αυτής είναι η μείωση του κόστους περίθαλψης και των παραπομπών καθώς και η καλύτερη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων.

Οι δομές που αντιμετωπίζουν **επείγοντα ή οξεία περιστατικά** εμφανίζουν τα χειρότερα αποτελέσματα λειτουργικής διασύνδεσης και χρήζουν άμεσης και ριζικής βελτίωσης λόγω της ιδιαίτερης κρισιμότητας των υπηρεσιών αυτών. Η ανάλυση κατέδειξε σοβαρά ελλείμματα όσον αφορά τις πρακτικές ασφάλειας και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών γεγονός που σε συνδυασμό με τη δυσχερή γεωγραφική προσβασιμότητα δύναται να αυξήσει τον κίνδυνο επιπλοκών ή θνησιμότητας.

Το επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης των δομών που παρέχουν **υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον** είναι καλύτερο σε σχέση με τα συνολικά αποτελέσματα. Η ανάγκη ενεργειών βελτίωσης παραμένει, ωστόσο περιορίζεται σε ένα μικρό αριθμό συγκεκριμένων παρεμβάσεων για τα χαρακτηριστικά που παρουσίαζαν σαφή περιθώρια βελτίωσης (Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην Π.Φ.Υ., Προφίλ του ανθρώπινου δυναμικού, Πρακτικές Π.Φ.Υ. και διάρθρωση ομάδων των επαγγελματιών υγείας, Συνδυασμός δεξιοτήτων των παρόχων Π.Φ.Υ.).

Τέλος, η αποτίμηση των δομών που παρέχουν **υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας** είναι θετική σε σύγκριση με τα αποτελέσματα του συνόλου των δομών. Όμως, η ανάλυση έδειξε ότι για σημαντικά χαρακτηριστικά της εν λόγω διαδικασίας (Πληροφοριακή συνέχεια, Διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου, Σύστημα ελέγχου πρόσβασης, Διασύνδεση Π.Φ.Υ. και Δ.Φ.Υ.), η απόδοση δεν είναι

αναμενόμενη. Συνεπώς, για την επίτευξη των μέγιστων οφελών που προσφέρει η προληπτική φροντίδα, είναι επιτακτικό να δοθεί άμεση προτεραιότητα σε αυτά τα χαρακτηριστικά και στις προτάσεις βελτίωσή τους.

5. Συμπεράσματα

Το προτεινόμενο μοντέλο λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. που προέκυψε από τις εργασίες του εν λόγω έργου και ενσωματώθηκε στο ηλεκτρονικό εργαλείο «Πληροφοριακό Σύστημα Αξιολόγησης Λειτουργικής Διασύνδεσης Π.Φ.Υ.», αποσκοπεί στην Π.Φ.Υ. μέσω της δημιουργίας σύγχρονων δομών με υψηλή απόδοση, ποιότητα και πληρότητα υπηρεσιών. Για την επίτευξη αυτού του στόχου κρίνεται αναγκαία μια πιο συνεργατική προσέγγιση στην αντιμετώπιση των ασθενών, με τον ασθενή και την οικογένεια να αποτελεί το επίκεντρο, αλλά και ο βέλτιστος συνδυασμός κάθετων και οριζόντιων παραπομπών σε όλο το εύρος των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας.

Επιπρόσθετα, στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας κρίνεται απαραίτητη η διασύνδεση του παρόντος ηλεκτρονικού συστήματος με ένα ενιαίο πληροφοριακό σύστημα υγείας. Το σύστημα αυτό θα επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να ακολουθούν πρότυπες διαδικασίες διαχείρισης, όπως αυτές που καταγράφηκαν στο παραδοτέο 2.1.2, και θα αναλαμβάνει την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για τις εκκρεμείς εργασίες, για τις παραπομπές και για την πορεία της θεραπείας του ασθενή.

Οι προτάσεις βελτίωσης της λειτουργικής διασύνδεσης που συντάχθηκαν ως τμήμα αυτού του έργου αποσκοπούν στην καλύτερη δυνατή συνεργασία και διασύνδεση μεταξύ των δύο επιπέδων φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ. και Δ.Φ.Υ.). Η υλοποίηση αυτών των προτάσεων θα έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των πεποιθήσεων, αντιλήψεων και πρακτικών των εργαζομένων στις δομές αυτές και κατ' επέκταση τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

6. Βιβλιογραφία

1. Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013. Απόφαση Υλοποίησης με ίδια μέσα (ΟΠΣ/MIS: 337424). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fstatic.diavgeia.gov.gr%2Fdoc%2F%25CE%25924%25CE%2593%25CE%2598469%25CE%25927%25CE%2593-%25CE%25A1%25CE%25990&ei=yZbJUMvELsqP4gSy1oDgCg&usg=AFQjCNErFq2f1-pPsjr2QUS1P6YYTFljzA&sig2=eL96Wp2AMoHpHUR__S1_iA
2. Thokala P & Duenas A. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Technology Assessment. *Value in Health* 2012; 15:1172-81.
3. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:65.
4. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Pavlic DR, Svab I, Tedeschi P, Wilson A, Windak A, Dedeu T, Wilm S. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract* 2010; 11:81.
5. Hwang C & Yoon K. Multiple Criteria Decision Making. *Lecture Notes in Economics and Mathematical Systems*; 1981.
6. Saaty TL. *The Analytic Hierarchy Process: Planning, Priority Setting, Resource Allocation*. New York: McGraw-Hill International Book Co; 1980.
7. Charnes A, Cooper WW, Rhodes E. Measuring the efficiency of decision making units. *Eur J Oper Res* 1978; 2:429-44.
8. Emrouznejad A & Kumar DP. Performance Measurement in the Health Sector: Uses of Frontier Efficiency Methodologies a Multi-Criteria Decision Making. *J Med Syst* 2011; 35:977-9.
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. *International Journal for Quality in Health Care* 2013; 25:381-93.

Παράρτημα

Παράρτημα Ι:

Πίνακας 1: Αντιστοίχιση χαρακτηριστικών του βέλτιστου μοντέλου διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. με το ερωτηματολόγιο για την περίπτωση ασθενή με χρόνια νόσημα

Διαστάσεις	Χαρακτηριστικά	Ερωτήσεις
1. Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ. (Governance of the PC system)	4. Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην Π.Φ.	Γ.1.2.1.α.Χ.4 Γ.1.2.1.β.Χ.4
3. Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ. (PC workforce development)	2. Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της Π.Φ.	Γ.1.1.1 Γ.1.3.1.β.1 Γ.1.4.1.α.1 Γ.1.4.2.α.1 Γ.1.4.3.α.1
4. Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ. (Access to PC services)	1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.	Γ.1.2.1.α.Χ.1 Γ.1.2.1.α.Χ.1.α.1 Γ.1.2.1.β.Χ.1 Γ.1.2.1.β.Χ.Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.δ.1.α.1.α.1 Γ.1.2.1.β.Χ.Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.δ.1.α.1.β.1 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.δ.1.β.α Γ.1.3.1.
	2. Γεωγραφική προσβασιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.	Γ.1.3.1.
	3. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής πρόσβασης)	Γ.1.2.1.α.Χ.7.1 Γ.1.2.1.β.Χ.10 Γ.1.3.1.
	6. Αξιοποίηση των υπηρεσιών της Π.Φ.	Γ.1.2.1.α.Χ.1 Γ.1.2.1.α.Χ.1.α.1 Γ.1.2.1.α.Χ.7 Γ.1.2.1.β.Χ.1 Γ.1.2.1.β.Χ.11 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.β.1 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.β.1.α.1 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.δ.1.α.1 Γ.1.2.1.β.Χ.Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.δ.1.α.1.α.1 Γ.1.2.1.β.Χ.Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.δ.1.α.1.β.1 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.δ.1.β.α
5. Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας (Continuity of care)	1. Συνέχεια της περίθαλψης μακροπρόθεσμα	Γ.1.2.1.α.Χ.7.1 Γ.1.2.1.β.Χ.10 Γ.1.4.1. Γ.1.4.2. Γ.1.4.2.α.1 Γ.1.4.3 Γ.1.4.3.α.1
	2. Πληροφοριακή συνέχεια	Γ.1.1.2 Γ.1.1.3 Γ.1.1.3.β.1 Γ.1.2.1.α.Χ.2 Γ.1.2.1.α.Χ.3 Γ.1.2.1.α.Χ.7 Γ.1.2.1.α.Χ.7.β.1

		Γ.1.2.1.β.Χ.2 Γ.1.2.1.β.Χ.3 Γ.1.2.1.β.Χ.11 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.1 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.1
	3. Διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου	Γ.1.4.1. Γ.1.4.2. Γ.1.4.3
	4. Διαχειριστική συνέχεια	Γ.1.1.2 Γ.1.1.3 Γ.1.1.3.β.1 Γ.1.2.1.α.Χ.2 Γ.1.2.1.α.Χ.3 Γ.1.2.1.α.Χ.7 Γ.1.2.1.α.Χ.7.1 Γ.1.2.1.α.Χ.7.β.1 Γ.1.2.1.β.Χ.2 Γ.1.2.1.β.Χ.3 Γ.1.2.1.β.Χ.10 Γ.1.2.1.β.Χ.11 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.1 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.1 Γ.1.4.1.α.1 Γ.1.4.2.α.1
6.Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας (Coordination of care)	1. Σύστημα ελέγχου πρόσβασης (gate keeping)	Γ.1.2.1.α.Χ.7 Γ.1.2.1.β.Χ.11 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.β.1 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.β.1.α.1 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.δ.1 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.δ.1.α.1 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.δ.1.α.1.α.1 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.δ.1.α.1.β.1
	4. Διασύνδεση Π.Φ. και δευτεροβάθμιας φροντίδας	Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.δ.1 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2.δ.1.β.α
7.Πληρότητα υπηρεσιών Π.Φ. (Comprehensiveness of PC)	3. Θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων	Γ.1.2.1.β.Χ.1
	4. Τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και προληπτική ιατρική	Γ.1.2.1.β.Χ.5 Γ.1.2.1.β.Χ.6 Γ.1.2.1.β.Χ.7 Γ.1.2.1.β.Χ.8 Γ.1.2.1.β.Χ.9 Γ.1.2.1.β.Χ.9.β.1
	6. Προαγωγή της υγείας	Γ.1.2.1.α.Χ.1 Γ.1.2.1.α.Χ.1.α.1 Γ.1.2.1.β.Χ.1 Γ.1.2.1.β.Χ.5 Γ.1.2.1.β.Χ.6 Γ.1.2.1.β.Χ.7 Γ.1.2.1.β.Χ.8 Γ.1.2.1.β.Χ.9 Γ.1.2.1.β.Χ.9.β.1
8.Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ. (Quality of PC)	1.Πρακτικές συνταγογράφησης των παροχών Π.Φ.	Γ.1.2.1.α.Χ.1 Γ.1.2.1.α.Χ.1.α.1 Γ.1.2.1.β.Χ.1
	2. Ποιότητα της διαγνώσης και της θεραπείας στην Π.Φ.	Γ.1.2.1.α.Χ.5 Γ.1.2.1.β.Χ.1

		Γ.1.2.1.β.Χ.13
	3. Ποιότητα του τρόπου διαχείρισης χρονίων νοσημάτων	Γ.1.2.1.α.Χ.1 Γ.1.2.1.α.Χ.1.α.1 Γ.1.2.1.α.Χ.4 Γ.1.2.1.α.Χ.5 Γ.1.2.1.α.Χ.7.1 Γ.1.2.1.β.Χ.1 Γ.1.2.1.β.Χ.4 Γ.1.2.1.β.Χ.10 Γ.1.2.1.β.Χ.13 Γ.1.4.1. Γ.1.4.2
	9. Πρακτικές ασφάλειας	Γ.1.2.1.α.Χ.3 Γ.1.2.1.α.Χ.4 Γ.1.2.1.β.Χ.3 Γ.1.2.1.β.Χ.4
9.Αποδοτικότητα της Π.Φ. (Efficiency of PC)	3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.	Γ.1.1.4 Γ.1.1.4.1 Γ.1.1.5 Γ.1.2.1.α.Χ.5 Γ.1.2.1.α.Χ.6 Γ.1.2.1.α.Χ.7 Γ.1.2.1.α.Χ.8 Γ.1.2.1.β.Χ.11 Γ.1.2.1.β.Χ.11.β.2 Γ.1.2.1.β.Χ.12 Γ.1.2.1.β.Χ.13 Γ.1.2.1.β.Χ.14

Πίνακας 2: Αντιστοίχιση χαρακτηριστικών του βέλτιστου μοντέλου διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. με το ερωτηματολόγιο για την περίπτωση ατόμου που χρήζει υπηρεσιών πρόληψης

Διαστάσεις	Χαρακτηριστικά	Ερωτήσεις
1.Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ. (Governance of the PC system)	4. Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην Π.Φ.	Γ.4.2.1.α.Χ.4 Γ.4.2.1.β.Χ.4
3.Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ. (PC workforce development)	2. Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της Π.Φ.	Γ.4.1.1 Γ.4.3.1.α.1 Γ.4.3.2.α.1 Γ.4.3.3.α.1
4.Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ. (Access to PC services)	1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.	Γ.4.2.1.α.Χ.1 Γ.4.2.1.α.Χ.1.α Γ.4.2.1.α.Χ.1.β.1 Γ.4.2.1.β.Χ.1
	3. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής πρόσβασης)	Γ.4.2.1.α.Χ.7.1 Γ.4.2.1.β.Χ.10

	6. Αξιοποίηση των υπηρεσιών της Π.Φ.	Γ.4.2.1.α.Χ.1 Γ.4.2.1.α.Χ.1.α Γ.4.2.1.α.Χ.1.β.1 Γ.4.2.1.α.Χ.7 Γ.4.2.1.β.Χ.1 Γ.4.2.1.β.Χ.11 Γ.4.2.1.β.Χ.11.β.1.β.1 Γ.4.2.1.β.Χ.11.β.1.δ.1
5.Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας (Continuity of care)	1. Συνέχεια της περιθαλψής μακροπρόθεσμα	Γ.4.2.1.α.Χ.7.1 Γ.4.2.1.β.Χ.10 Γ.4.3.1 Γ.4.3.2 Γ.4.3.3 Γ.4.3.3.α.1
	2. Πληροφοριακή συνέχεια	Γ.4.1.2 Γ.4.1.3 Γ.4.1.3.β.1 Γ.4.2.1.α.Χ.2 Γ.4.2.1.α.Χ.3 Γ.4.2.1.α.Χ.7 Γ.1.2.1.α.7.β.1 Γ.4.2.1.β.Χ.2 Γ.4.2.1.β.Χ.3 Γ.4.2.1.β.Χ.11 Γ.4.2.1.β.Χ.11.β.1 Γ.4.2.1.β.Χ.11.β.2 Γ.4.2.1.β.Χ.11.β.2.β.1
	3. Διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου	Γ.4.3.1 Γ.4.3.2 Γ.4.3.3
	4. Διαχειριστική συνέχεια	Γ.4.1.2 Γ.4.1.3 Γ.4.1.3.β.1 Γ.4.2.1.α.Χ.2 Γ.4.2.1.α.Χ.3 Γ.4.2.1.α.Χ.7 Γ.4.2.1.α.Χ.7.1 Γ.1.2.1.α.7.β.1 Γ.4.2.1.β.Χ.2 Γ.4.2.1.β.Χ.3 Γ.4.2.1.β.Χ.10 Γ.4.2.1.β.Χ.11 Γ.4.2.1.β.Χ.11.β.1 Γ.4.2.1.β.Χ.11.β.2 Γ.4.2.1.β.Χ.11.β.2.β.1 Γ.4.3.1.α.1 Γ.4.3.2.α.1 Γ.4.3.3.α.1
6.Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας (Coordination of care)	1. Σύστημα ελέγχου πρόσβασης (gate keeping)	Γ.4.2.1.α.Χ.7 Γ.4.2.1.β.Χ.11 Γ.4.2.1.β.Χ.11.β.1 Γ.4.2.1.β.Χ.11.β.1.β.1 Γ.4.2.1.β.Χ.11.β.1.δ.1
	4. Διασύνδεση Π.Φ. και δευτεροβάθμιας φροντίδας	Γ.4.2.1.β.Χ.11.β.1

7.Πληρότητα υπηρεσιών Π.Φ. (Comprehensiveness of PC)	4. Τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και προληπτική ιατρική	Γ.4.2.1.α.Χ.1.β.1 Γ.4.2.1.β.Χ.5 Γ.4.2.1.β.Χ.6 Γ.4.2.1.β.Χ.7 Γ.4.2.1.β.Χ.8 Γ.4.2.1.β.Χ.9 Γ.4.2.1.β.Χ.9.β.1
	6. Προαγωγή της υγείας	Γ.4.2.1.α.Χ.1 Γ.4.2.1.α.Χ.1.α Γ.4.2.1.β.Χ.1 Γ.4.2.1.β.Χ.5 Γ.4.2.1.β.Χ.6 Γ.4.2.1.β.Χ.7 Γ.4.2.1.β.Χ.8 Γ.4.2.1.β.Χ.9 Γ.4.2.1.β.Χ.9.β.1
8.Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ. (Quality of PC)	2. Ποιότητα της διαγνώσης και της θεραπείας στην Π.Φ.	Γ.4.2.1.α.Χ.5 Γ.4.2.1.α.Χ.7.1 Γ.4.2.1.β.Χ.1 Γ.4.2.1.β.Χ.13
	6. Ποιότητα της προαγωγής της υγείας	Γ.4.2.1.α.Χ.1 Γ.4.2.1.α.Χ.1.α Γ.4.2.1.α.Χ.1.β.1 Γ.4.2.1.β.Χ.1
	7. Ποιότητα της προληπτικής φροντίδας	Γ.4.2.1.α.Χ.4 Γ.4.2.1.β.Χ.1 Γ.4.2.1.β.Χ.4 Γ.4.2.1.β.Χ.10 Γ.4.2.1.β.Χ.13 Γ.4.3.1 Γ.4.3.2
	9. Πρακτικές ασφάλειας	Γ.4.2.1.α.Χ.3 Γ.4.2.1.α.Χ.4 Γ.4.2.1.β.Χ.3 Γ.4.2.1.β.Χ.4
9.Αποδοτικότητα της Π.Φ. (Efficiency of PC)	3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.	Γ.4.1.4 Γ.4.1.4.1 Γ.4.1.5 Γ.4.2.1.α.Χ.5 Γ.4.2.1.α.Χ.6 Γ.4.2.1.α.Χ.7 Γ.4.2.1.α.Χ.8 Γ.4.2.1.β.Χ.11. Γ.4.2.1.β.Χ.11.β.1 Γ.4.2.1.β.Χ.12 Γ.4.2.1.β.Χ.13 Γ.4.2.1.β.Χ.14

Πίνακας 3: Αντιστοίχιση χαρακτηριστικών του βέλτιστου μοντέλου διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. με το ερωτηματολόγιο για την περίπτωση ασθενούς με επείγον ή οξύ περιστατικό

Διαστάσεις	Χαρακτηριστικά	Ερωτήσεις
1.Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ. (Governance of the PC system)	4. Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην Π.Φ.	Γ.2.2.1.α.Χ.4 Γ.2.2.1.β.Χ.4
3.Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ. (PC workforce development)	2. Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της Π.Φ.	Γ.2.1.1 Γ.2.3.1.β.1 Γ.2.4.1.α.1 Γ.2.4.2.α.1 Γ.2.4.3.α.1
4.Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ. (Access to PC services)	1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.	Γ.2.2.1.α.Χ.1 Γ.2.2.1.β.Χ.1 Γ.2.2.1.β.Χ.1.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.α.α.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.α.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.β.1.α.1 Γ.2.3.1
	2. Γεωγραφική προσβασιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.	Γ.2.3.1
	3. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής πρόσβασης)	Γ.2.2.1.β.Χ.5 Γ.2.3.1
	6. Αξιοποίηση των υπηρεσιών της Π.Φ.	Γ.2.2.1.α.Χ.1 Γ.2.2.1.α.Χ.7 Γ.2.2.1.β.Χ.1 Γ.2.2.1.β.Χ.1.α.1 Γ.2.2.1.β.Χ.1.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.β.1.α Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.α.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.α.α.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.α.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.β.1.α.1
5.Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας (Continuity of care)	1. Συνέχεια της περίθαλψης μακροπρόθεσμα	Γ.2.2.1.β.Χ.5 Γ.2.4.1 Γ.2.4.2 Γ.2.4.3 Γ.2.4.3.α.1
	2. Πληροφοριακή συνέχεια	Γ.2.1.2 Γ.2.1.3 Γ.2.1.3.β.1 Γ.2.2.1.α.Χ.2 Γ.2.2.1.α.Χ.3 Γ.2.2.1.α.Χ.7 Γ.2.2.1.α.Χ.7.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.2 Γ.2.2.1.β.Χ.3 Γ.2.2.1.β.Χ.6 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2
	3. Διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και	Γ.2.4.1

	παρόχου	Γ.2.4.2 Γ.2.4.3
	4. Διαχειριστική συνέχεια	Γ.2.1.2 Γ.2.1.3 Γ.2.1.3.β.1 Γ.2.2.1.α.Χ.2 Γ.2.2.1.α.Χ.3 Γ.2.2.1.α.Χ.7 Γ.2.2.1.α.Χ.7.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.2 Γ.2.2.1.β.Χ.3 Γ.2.2.1.β.Χ.5 Γ.2.2.1.β.Χ.6 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2 Γ.2.4.1.α.1 Γ.2.4.2.α.1 Γ.2.4.3.α.1
6.Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας (Coordination of care)	1. Σύστημα ελέγχου πρόσβασης (gate keeping)	Γ.2.2.1.α.Χ.7 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.β.1.α Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.α.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.α.α.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.α.β.1
	4. Διασύνδεση Π.Φ. και δευτεροβάθμιας φροντίδας	Γ.2.2.1.β.Χ.1.α.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2.δ.1.β.1.α.1
7.Πληρότητα υπηρεσιών ΠΦ (Comprehensiveness of PC)	3. Θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων	Γ.2.2.1.β.Χ.5 Γ.2.4.1. Γ.2.4.2.
8.Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ. (Quality of PC)	2. Ποιότητα της διαγνώσης και της θεραπείας στην Π.Φ.	Γ.2.2.1.α.Χ.1 Γ.2.2.1.α.Χ.4 Γ.2.2.1.α.Χ.5 Γ.2.2.1.β.Χ.1 Γ.2.2.1.β.Χ.1.β.1 Γ.2.2.1.β.Χ.4 Γ.2.2.1.β.Χ.5 Γ.2.2.1.β.Χ.7 Γ.2.4.1 Γ.2.4.2
	8. Αποτελεσματικότητα	Γ.2.2.1.α.Χ.1
	9. Πρακτικές ασφάλειας	Γ.2.2.1.α.Χ.3 Γ.2.2.1.α.Χ.4 Γ.2.2.1.β.Χ.3 Γ.2.2.1.β.Χ.4
9.Αποδοτικότητα της Π.Φ. (Efficiency of PC)	3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.	Γ.2.1.4 Γ.2.1.4.1 Γ.2.1.5 Γ.2.2.1.α.Χ.5 Γ.2.2.1.α.Χ.6 Γ.2.2.1.α.Χ.7 Γ.2.2.1.α.Χ.8 Γ.2.2.1.β.Χ.6.β.2 Γ.2.2.1.β.Χ.7 Γ.2.2.1.β.Χ.8

Πίνακας 4: Αντιστοίχιση χαρακτηριστικών του βέλτιστου μοντέλου διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. με το ερωτηματολόγιο για τη περίπτωση ασθενούς που χρήζει φροντίδας στο σπίτι

Διαστάσεις	Χαρακτηριστικά	Ερωτήσεις
1. Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ. (Governance of the PC system)	4. Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην Π.Φ.	Γ.3.1.3
3. Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ. (PC workforce development)	1. Προφίλ του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.	Γ.3.1.2 Γ.3.2.2
	2. Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της Π.Φ.	Γ.3.2.2 Γ.3.4.1.β.1 Γ.3.4.3.β.1
4. Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ. (Access to PC services)	1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.	Γ.3.2.1 Γ.3.2.2.α.1 Γ.3.2.2.β.1 Γ.3.3.1.α.3.β.1
	3. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής πρόσβασης)	Γ.3.1.2 Γ.3.2.2 Γ.3.3.1.α.3 Γ.3.4.2.
	6. Αξιοποίηση των υπηρεσιών της Π.Φ.	Γ.3.2.1 Γ.3.2.2 Γ.3.2.2.α.1 Γ.3.2.2.β.1 Γ.3.3.1.α.3.β.1
5. Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας (Continuity of care)	1. Συνέχεια της περιθαλψής μακροπρόθεσμα	Γ.3.2.2.γ.1 Γ.3.4.1 Γ.3.4.2 Γ.3.4.3 Γ.3.4.3.β.1
	2. Πληροφοριακή συνέχεια	Γ.3.1.3 Γ.3.3.1 Γ.3.3.1.α.2
	3. Διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου	Γ.3.2.2.γ.1 Γ.3.4.1 Γ.3.4.3
	4. Διαχειριστική συνέχεια	Γ.3.1.3 Γ.3.3.1.α.2 Γ.3.4.1.β.1 Γ.3.4.2 Γ.3.4.3.β.1
6. Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας (Coordination of care)	2. Πρακτικές Π.Φ. και διάρθρωση ομάδων των επαγγελματιών υγείας	Γ.3.2.2
	3. Συνδυασμός δεξιοτήτων των παρόχων Π.Φ.	Γ.3.1.2 Γ.3.2.2
	4. Διασύνδεση Π.Φ. και δευτεροβάθμιας φροντίδας	Γ.3.3.1 Γ.3.3.1.α.3.β.1
7. Πληρότητα υπηρεσιών ΠΦ (Comprehensiveness of PC)	3. Θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων	Γ.3.2.1 Γ.3.2.2.α.1 Γ.3.2.2.β.1
8. Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ. (Quality of PC)	2. Ποιότητα της διαγνώσης και της θεραπείας στην Π.Φ.	Γ.3.2.1 Γ.3.2.2.α.1 Γ.3.2.2.β.1 Γ.3.2.2.γ.1 Γ.3.2.4

		Γ.3.4.1
	3. Ποιότητα του τρόπου διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων	Γ.3.2.2.α.1 Γ.3.2.2.β.1 Γ.3.2.2.γ.1 Γ.3.2.4 Γ.3.4.1 Γ.3.4.2
	7. Ποιότητα της προληπτικής φροντίδας	Γ.3.2.2.α.1 Γ.3.2.2.β.1 Γ.3.2.2.γ.1
	8. Αποτελεσματικότητα	Γ.3.2.2.γ.1
9.Αποδοτικότητα της Π.Φ. (Efficiency of PC)	3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.	Γ.3.2.3 Γ.3.2.4

Παράρτημα II:

Πίνακας 1: Προτάσεις βελτίωσης των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. για το χρόνιο νόσημα

Διαστάσεις	Χαρακτηριστικά	Προτάσεις βελτίωσης
1.Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ. <i>(Governance of the PC system)</i>	4. Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην Π.Φ.	(α) Συστήνεται η υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών με σκοπό να βοηθήσουν τον ιατρό και τον επαγγελματία υγείας κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατάλληλη φροντίδα θεραπείας. Διευκολύνουν την εφαρμογή των πλέον επιστημονικά τεκμηριωμένων και αποδεκτών μεθόδων. Ενδεικτικά προτείνονται οι κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν συνταχθεί από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Πανεπιστημίου Κρήτης για την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα διαθέσιμες στο: www.greekphcguidelines.gr/κατευθυντήριες-οδηγίες/
3.Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ. <i>(PC workforce development)</i>	2. Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της Π.Φ.	(α) Η υποδοχή του ασθενή επαφίεται στις αρμοδιότητες των διοικητικών υπαλλήλων και δεν πρέπει να αναλαμβάνουν το ρόλο αυτό άλλοι εργαζόμενοι. (β) Η ευθύνη επικοινωνίας σε περιπτώσεις διακομιδής ασθενών με το Ε.Κ.Α.Β. εμπίπτει στις αρμοδιότητες του ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού. (γ) Την αρμοδιότητα ανατροφοδότησης του φακέλου υγείας του ασθενούς πρέπει να αναλαμβάνουν οι διοικητικοί υπάλληλοι της δομής. Εφόσον ο φάκελος ασθενούς είναι ηλεκτρονικός, η αρμοδιότητα αυτή γίνεται από τον επαγ. υγείας ή τον ιατρό κατά τη διάρκεια του ραντεβού ή μετά το πέρας. (δ) Η παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται σε τακτή βάση από τον ιατρό ή το νοσηλευτή που φροντίζει τον ασθενή κατ'οίκον. (ε) Η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας του πρέπει να γίνεται από το θεράποντα ιατρό ή το νοσηλευτή.
4.Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ. <i>(Access to PC services)</i>	1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.	(α) Οι δομές θα πρέπει να παρέχουν μια δέσμη ελάχιστων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα για την κάλυψη των βασικότερων εξατομικευμένων αναγκών τους. (β) Οι συστάσεις αλλαγής τρόπου ζωής πρέπει να περιλαμβάνουν: διακοπή καπνίσματος, αποφυγή καθιστικής ζωής, ενεργή άσκηση, προσαρμογή διαιτολογίου ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή και αποτελεσματική διαχείριση του άγχους. (γ) Αρχικά, θα πρέπει να πραγματοποιείται εσωτερική παραπομπή εφόσον υπάρχει η δυνατότητα και έπειτα εξωτερική παραπομπή σε δημόσια δομή Π.Φ.Υ. (Ιατροί Π.Ε.Δ.Υ., Μονάδες ψυχικής υγείας, Κοινοτικές δομές, Μονάδες αποκατάστασης, Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, Ιδιώτες επαγ. υγείας) ή ιδιωτική δομή Π.Φ.Υ. (Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, Ιδιωτικά ιατρεία) και μετέπειτα σε δημόσιες

		δομές Δ.Φ.Υ. (Τ.Ε.Π., Εργαστήρια νοσοκομείου) ή ιδιωτικές δομές Δ.Φ.Υ. (Ιδιωτικές κλινικές). (δ) Σε περίπτωση που απαιτείται άμεση διακομιδή του ασθενή σε άλλη δομή, να υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς με ασθενοφόρο ή όχημα της δομής.
	2. Γεωγραφική προσβασιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.	(α) Οι παραπομπές που πραγματοποιούνται πρέπει να γίνονται στις πλησιέστερες γεωγραφικά δομές ως προς την κατοικία του ασθενή που μπορούν να εξυπηρετήσουν τις συγκεκριμένες επείγουσες ή οξείες ανάγκες.
	3. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής πρόσβασης)	(α) Συστήνεται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού να γίνεται πριν την αναχώρηση του ασθενή ώστε να επιτυγχάνεται η παρακολούθηση και ο τακτικός έλεγχος των χρόνιων ασθενών χωρίς καθυστερήσεις λόγω μη διαθεσιμότητας τακτικών ραντεβού. (β) Συστήνεται η ύπαρξη κατάλληλου χώρου στάθμευσης, εισόδου-εξόδου, επιβίβασης και αποβίβασης.
	6. Αξιοποίηση των υπηρεσιών της Π.Φ.	(α) Συστήνεται η εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών από επαγγελματίες υγείας και ιατρούς για επιλεγμένα χρόνια νοσήματα. (β) Συστήνεται η εφαρμογή εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας με ενσωματωμένες κατευθυντήριες οδηγίες που αποσαφηνίζουν το ρόλο/συμβολή του κάθε επαγγελματία υγείας. (γ) Αρχικά, θα πρέπει να πραγματοποιείται εσωτερική παραπομπή εφόσον υπάρχει η δυνατότητα και έπειτα εξωτερική παραπομπή σε δημόσια δομή Π.Φ.Υ. (Ιατροί Π.Ε.Δ.Υ., Μονάδες ψυχικής υγείας, Κοινωνικές δομές, Μονάδες αποκατάστασης, Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, Ιδιώτες επαγ. υγείας) ή ιδιωτική δομή Π.Φ.Υ. (Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, Ιδιωτικά ιατρεία) και μετέπειτα σε δημόσιες δομές Δ.Φ.Υ. (Τ.Ε.Π., Εργαστήρια νοσοκομείου) ή ιδιωτικές δομές Δ.Φ.Υ. (Ιδιωτικές κλινικές).
5. Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας <i>(Continuity of care)</i>	1. Συνέχεια της περίθαλψης μακροπρόθεσμα	(α) Συστήνεται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού να γίνεται πριν την αναχώρηση του ασθενή ώστε να επιτυγχάνεται η παρακολούθηση και ο τακτικός έλεγχος των χρόνιων ασθενών χωρίς καθυστερήσεις λόγω μη διαθεσιμότητας τακτικών ραντεβού. (β) Μετά την ολοκλήρωση κάθε ραντεβού θα πρέπει πάντα να πραγματοποιείται ανατροφοδότηση του φακέλου του ασθενούς. (γ) Η παρακολούθηση της εξέλιξης των ασθενών κρίνεται μείζονος σημασίας για ασθενείς με χρόνια νοσήματα και Συστήνεται να πραγματοποιείται από το θεράποντα ιατρό ή νοσηλεύτη. (δ) Συστήνεται η ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειας του από το θεράποντα ιατρό ή νοσηλεύτη. Με τον τρόπο αυτό οι προτιμήσεις και οι ανάγκες του ασθενή και της οικογένειας γνωστοποιούνται στους επαγγελματίες υγείας και χρησιμοποιούνται με σκοπό την παροχή εξατομικευμένης ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας.
	2. Πληροφοριακή	(α) Συστήνεται κάθε προσερχόμενος ασθενής να λαμβάνει από την υποδοχή ένα σύντομο επιγραμματικό σημείωμα (βασικά

	συνέχεια	δημογραφικά στοιχεία, λόγο επίσκεψης, κωδικό ασθενούς) και να δίδεται ή να αποστέλλεται ηλεκτρονικά και ο φάκελος του. (β) Συστήνεται σε κάθε ραντεβού να διασταυρώνονται/συμπληρώνονται οι πληροφορίες που υπάρχουν στο φάκελο του ασθενούς για πιθανές αλλαγές. (γ) Συστήνεται πριν ή κατά τη διάρκεια του ραντεβού ο επαγγελματίας υγείας/ιατρός να συμβουλευέται το φάκελο του ασθενούς. (δ) Συστήνεται με τη λήξη του ραντεβού ο επαγγελματίας υγείας/ιατρός να καταγράφει ό,τι νέο δεδομένο προέκυψε στο φάκελο του ασθενούς. (ε) Συστήνεται ο φάκελος να συνοδεύει τον ασθενή στην εσωτερική παραπομπή σε ιατρό/επαγγελματία υγείας. Επίσης συστήνεται η παραπομπή να γίνεται κατόπιν προφορικής επικοινωνίας και αποστολής ηλεκτρονικού σημειώματος. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η αποστολή ηλεκτρονικού σημειώματος, να δίδεται χάρτινο σημείωμα.
	3. Διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου	(α) Μετά την ολοκλήρωση κάθε ραντεβού θα πρέπει να πραγματοποιείται ανατροφοδότηση του φακέλου του ασθενούς από το θεράποντα ιατρό ή νοσηλεύτη. (β) Ασθενείς με χρόνια νοσήματα πρέπει να παρακολουθούνται σε τακτική βάση από τον ίδιο επαγγελματία υγείας/ιατρό. (γ) Συστήνεται η ενημέρωση του ασθενούς και των φροντιστών του σε τακτή βάση αναφορικά με τη βέλτιστη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων.
	4. Διαχειριστική συνέχεια	(α) Συστήνεται η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων με τη φροντίδα του ασθενούς επαγγελματιών υγείας, με σκοπό την επίτευξη ασφαλέστερης και πιο αποτελεσματικής φροντίδας. (β) Συστήνεται σε κάθε ραντεβού να διασταυρώνονται/συμπληρώνονται οι πληροφορίες που υπάρχουν στο φάκελο του ασθενούς για πιθανές αλλαγές. (γ) Συστήνεται κατά την υποδοχή του ασθενούς να λαμβάνει χάρτινο σημείωμα για το λόγο επίσκεψης και τον φάκελο του προκειμένου να τα προσκομίσει στον ιατρό ή τον επαγγελματία υγείας. (δ) Συστήνεται πριν ή κατά τη διάρκεια του ραντεβού ο επαγγελματίας υγείας/ιατρός να συμβουλευέται το φάκελο του ασθενούς. (ε) Συστήνεται με τη λήξη του ραντεβού ο επαγγελματίας υγείας/ιατρός να καταγράφει ό,τι νέο δεδομένο προέκυψε στο φάκελο του ασθενούς. (στ) Συστήνεται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού να γίνεται πριν την αναχώρηση του ασθενή ώστε να επιτυγχάνεται η

		παρακολούθηση και ο τακτικός έλεγχος των χρόνιων ασθενών χωρίς καθυστερήσεις λόγω μη διαθεσιμότητας τακτικών ραντεβού. (ζ) Συστήνεται η εσωτερική παραπομπή να γίνεται κατόπιν προφορικής επικοινωνίας και αποστολής ηλεκτρονικού σημειώματος. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η αποστολή ηλεκτρονικού σημειώματος, να δίδεται χάρτινο σημείωμα. (η) Την αρμοδιότητα ανατροφοδότησης του φακέλου υγείας του ασθενούς πρέπει να αναλαμβάνουν οι διοικητικοί υπάλληλοι της δομής. Εφόσον ο φάκελος ασθενούς είναι ηλεκτρονικός, η αρμοδιότητα αυτή γίνεται από τον επαγ. υγείας ή τον ιατρό κατά τη διάρκεια του ραντεβού ή μετά το πέρας. (θ) Η παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται σε τακτή βάση από τον ιατρό ή νοσηλεύτη που περιθάλπει τον ασθενή.
6.Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας <i>(Coordination of care)</i>	1. Σύστημα ελέγχου πρόσβασης (gate keeping)	(α) Ο ιατρός που παρακολουθεί τον ασθενή σε τακτά διαστήματα θα πρέπει να πραγματοποιεί εσωτερική παραπομπή, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα. (β) Συστήνεται ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενή να γίνεται παραπομπή στις κατάλληλες δημόσιες/ιδιωτικές δομές Π.Φ.Υ. (γ) Συστήνεται ο ιατρός και ο επαγγελματίας υγείας να είναι ενήμερος για όλο το εύρος των διατιθέμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην κοινότητα (Π.Ε.Δ.Υ., Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Κοινωνικές Δομές, Μονάδες αποκατάστασης, Ιδιώτες επαγγελματίες υγείας).
	4. Διασύνδεση Π.Φ. και δευτεροβάθμιας φροντίδας	(α) Συστήνεται η παραπομπή να γίνεται στις κατάλληλες δομές Δ.Φ.Υ. βάση των αναγκών του ασθενή και αφού έχει εξαντληθεί κάθε περιθώριο παραπομπής στην Π.Φ.Υ. (β) Συστήνεται ο ιατρός και ο επαγγελματίας υγείας να είναι ενήμερος για όλο το εύρος των διατιθέμενων υπηρεσιών Δ.Φ.Υ. στη γεωγραφική περιοχή (Τ.Ε.Π., Εργαστήρια νοσοκομείων, Ιδιωτικές κλινικές).
7.Πληρότητα υπηρεσιών Π.Φ. <i>(Comprehensiveness of PC)</i>	3. Θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων	(α) Συστήνεται σε κάθε επίσκεψη να εκτιμά ο ιατρός τη συνολική κατάσταση υγείας του ασθενούς τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή σε συνάρτηση με το λόγο προσέλευσης στο ραντεβού. (β) Συστήνεται κατά τη διαχείριση του ασθενούς ο ιατρός να προβαίνει σε μια τουλάχιστον από τις παρακάτω ενέργειες: - αλλαγή τρόπου ζωής και φαρμακευτική αγωγή - αλλαγή τρόπου ζωής, φαρμακευτική αγωγή και εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση - εκτίμηση και διαχείριση κινδύνων - σύσταση και διενέργεια εμβολιασμού

	4. Τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και προληπτική ιατρική	(α) Συστήνεται η αξιολόγηση επιπρόσθετων κινδύνων για την υγεία του ασθενούς μέσω συλλογής πληροφοριών που προκύπτουν από διαγνωστικούς ελέγχους για τη διαμόρφωση της συνολικής εικόνας υγείας του ασθενούς, τον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου για την υγεία, και την ανάπτυξη εξατομικευμένων προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας. (β) Συστήνεται η χρήση διαγνωστικών κλιμάκων για την εκτίμηση κινδύνου υγείας (π.χ. SCORE-European Low Risk Chart, Frax Score, GPCOG, TYM, MMSE) και την εκτίμηση ψυχικής υγείας (π.χ. WHO-5, GDS, PHQ-9).
	6. Προαγωγή της υγείας	(α) Συστήνεται να γίνονται διαγνωστικοί έλεγχοι όπως WHO-5, CAGE, AUDIT, MedDiet Score κ.α. για την εκτίμηση βασικών κινδύνων υγείας με σκοπό την πρόληψη. (β) Συστήνεται κατά τη διαχείριση του ασθενούς ο ιατρός να προβαίνει σε μια τουλάχιστον από τις παρακάτω ενέργειες: - αλλαγή τρόπου ζωής και φαρμακευτική αγωγή - αλλαγή τρόπου ζωής, φαρμακευτική αγωγή και εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση - εκτίμηση και διαχείριση κινδύνων - σύσταση και διενέργεια εμβολιασμού (γ) Συστήνεται κατά τη διαχείριση του ασθενούς ο επαγγελματίας υγείας να προβαίνει στις παρακάτω εξατομικευμένες ενέργειες ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς: - αλλαγής τρόπου ζωής - έλεγχος/εκπαίδευση στη φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική υποστήριξη - Έλεγχος και σύσταση εμβολιασμού (δ) Οι συστάσεις αλλαγής τρόπου ζωής να περιλαμβάνουν τη διακοπή καπνίσματος, τη διατροφή, την άσκηση και τη διαχείριση του στρες.
8. Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ. <i>(Quality of PC)</i>	1. Πρακτικές συνταγογράφησης των παροχών Π.Φ.	(α) Συστήνεται να χορηγείται φαρμακευτική αγωγή, εφόσον κρίνεται απαραίτητο και για το μέγιστο διάστημα που επιτρέπεται να συνταγογραφηθεί, προκειμένου να αποφεύγεται η πρόσθετη ταλαιωρία ασθενών/οικογενειών. (β) Συστήνεται κατά τη διαχείριση του ασθενούς να γίνεται εκτίμηση της αναγκαιότητας συνέχισης, αλλαγής δραστικής ουσίας-δοσολογίας ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενή στο φαρμακευτικό σχήμα. (γ) Συστήνεται να γίνεται συστηματική εκπαίδευση του ασθενούς ή και της οικογένειας ως προς το φαρμακευτικό σχήμα. (δ) Συστήνεται ο τακτικός έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης του ασθενή και ανάλογα η σύσταση εμβολιασμού (π.χ. γρίπης,

		πνευμονιόκοκκου και έρπητα ζωστήρα).
	2. Ποιότητα της διάγνωσης και της θεραπείας στην Π.Φ.	(α) Συστήνεται ως βέλτιστος χρόνος ολοκλήρωσης της διαχείρισης του ασθενή από τον ιατρό η επαγγελματία υγείας τα 15-25 λεπτά. (β) Συστήνεται κατά τη διαχείριση του ασθενούς ο ιατρός να προβαίνει σε μια τουλάχιστον από τις παρακάτω ενέργειες: - αλλαγή τρόπου ζωής και φαρμακευτική αγωγή - αλλαγή τρόπου ζωής, φαρμακευτική αγωγή και εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση - εκτίμηση και διαχείριση κινδύνων - σύσταση και διενέργεια εμβολιασμού
	3. Ποιότητα του τρόπου διαχείρισης χρονίων νοσημάτων	(α) Συστήνεται κατά τη διαχείριση του ασθενούς ο επαγγελματίας υγείας να προβαίνει στις παρακάτω εξατομικευμένες ενέργειες ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς: - αλλαγής τρόπου ζωής - έλεγχος/εκπαίδευση στη φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική υποστήριξη - Έλεγχος και σύσταση εμβολιασμού (β) Οι συστάσεις αλλαγής τρόπου ζωής να περιλαμβάνουν τη διακοπή καπνίσματος, τη διατροφή, την άσκηση και τη διαχείριση του στρες. (γ) Συστήνεται η εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών από επαγγελματίες υγείας και ιατρούς για επιλεγμένα χρόνια νοσήματα. Ενδεικτικά προτείνονται οι κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν συνταχθεί από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Πανεπιστημίου Κρήτης για την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα διαθέσιμες στο: www.greekrhcguidelines.gr/κατευθυντήριες-οδηγίες/ (δ) Συστήνεται ως βέλτιστος χρόνος ολοκλήρωσης της διαχείρισης του ασθενή από τον ιατρό η επαγγελματία υγείας τα 15-25 λεπτά. (ε) Συστήνεται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού να γίνεται πριν την αναχώρηση του ασθενή ώστε να επιτυγχάνεται η παρακολούθηση και ο τακτικός έλεγχος των χρονίων ασθενών χωρίς καθυστερήσεις λόγω μη διαθεσιμότητας τακτικών ραντεβού. (στ) Συστήνεται κατά τη διαχείριση του ασθενούς ο ιατρός να προβαίνει σε μια τουλάχιστον από τις παρακάτω ενέργειες: - αλλαγή τρόπου ζωής και φαρμακευτική αγωγή - αλλαγή τρόπου ζωής, φαρμακευτική αγωγή και εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση - εκτίμηση και διαχείριση κινδύνων - σύσταση και διενέργεια εμβολιασμού

		(ζ) Την αρμοδιότητα ανατροφοδότησης του φακέλου υγείας του ασθενούς πρέπει να αναλαμβάνουν οι διοικητικοί υπάλληλοι της δομής. Εφόσον ο φάκελος ασθενούς είναι ηλεκτρονικός, η αρμοδιότητα αυτή γίνεται από τον επαγ. υγείας ή τον ιατρό κατά τη διάρκεια του ραντεβού ή αμέσως μετά το πέρας. (η) Η παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται σε τακτή βάση από τον ιατρό ή νοσηλεύτη που περιθάλπει τον ασθενή.
	9. Πρακτικές ασφάλειας	(α) Συστήνεται με τη λήξη του ραντεβού ο επαγγελματίας υγείας/ιατρός να καταγράφει ό,τι νέο δεδομένο προέκυψε στο φάκελο του ασθενούς. (β) Συστήνεται η υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών με σκοπό να βοηθήσουν τον ιατρό και τον επαγγελματία υγείας κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατάλληλη φροντίδα θεραπείας. Διευκολύνουν την εφαρμογή των πλέον επιστημονικά τεκμηριωμένων και αποδεκτών μεθόδων. Ενδεικτικά προτείνονται οι κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν συνταχθεί από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Πανεπιστημίου Κρήτης για την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα διαθέσιμες στο: www.greekphcguidelines.gr/κατευθυντήριες-οδηγίες/
9.Αποδοτικότητα της Π.Φ. (Efficiency of PC)	3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.	(α) Συστήνεται η διεκπεραίωση υποδοχής ασθενή με προγραμματισμένο ραντεβού να πραγματοποιείται σε χρόνο μικρότερο των 5 λεπτών. (β) Συστήνεται η κατάλληλη στελέχωση του γραφείου υποδοχής για τη διεκπεραίωση των ραντεβού και σε περίπτωση έλλειψης διοικητικού προσωπικού η διεκπεραίωση να γίνεται από επαγγελματίες υγείας, εφόσον δεν παρεμποδίζεται το έργο τους. (γ) Συστήνεται ο χρόνος αναμονής από τη διεκπεραίωση υποδοχής έως την είσοδο του ασθενούς στο ιατρείο να μην υπερβαίνει τα 15 λεπτά. (δ) Συστήνεται ως βέλτιστος χρόνος ολοκλήρωσης της διαχείρισης του ασθενή από τον ιατρό η επαγγελματία υγείας τα 15-25 λεπτά. (ε) Συστήνεται ο χρόνος αναμονής από τη διεκπεραίωση διαχείρισης του ασθενούς από τον επαγγελματία υγείας έως την έναρξη διαχείρισης από τον εσωτερικό ιατρό της δομής να μην υπερβαίνει τα 30 λεπτά. (στ) Σε περίπτωση που χρειάζεται εσωτερική παραπομπή από τον ιατρό σε επαγγελματία υγείας συστήνεται ο χρόνος αναμονής να μην υπερβαίνει τα 30 λεπτά.

Πίνακας 2: Προτάσεις βελτίωσης των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. για την πρόληψη

Διαστάσεις	Χαρακτηριστικά	Προτάσεις βελτίωσης
1. Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ. <i>(Governance of the PC system)</i>	4. Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην Π.Φ.	(α) Συστήνεται η υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών με σκοπό να βοηθήσουν τον ιατρό και τον επαγγελματία υγείας κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατάλληλη προληπτική φροντίδα. Διευκολύνουν την εφαρμογή των πλέον επιστημονικά τεκμηριωμένων και αποδεκτών ενεργειών πρόληψης. Ενδεικτικά προτείνονται οι εξής κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν συνταχθεί για την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα: 1) www.greekphcguidelines.gr/κατευθυντήριες-οδηγίες/ 2) www.child-obesity.gr 3) www.kardiaggeiaki-ygeia.gr 4) www.neahygeia.gr/index.asp 5) http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes../95-ethnika-sxedia-drashs (Εθνικά Σχέδια Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ναρκωτικά, το κάπνισμα, τη διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές) 6) http://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/metadotika-kai-mh-metadotika-noshmata/ethnika-programmata-emboliasmwv (Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών)
3. Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ. <i>(PC workforce development)</i>	2. Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της Π.Φ.	(α) Η υποδοχή του ατόμου με ραντεβού για υπηρεσίες πρόληψης εμπίπτει στις αρμοδιότητες των διοικητικών υπαλλήλων και δεν πρέπει να αναλαμβάνουν το ρόλο αυτό άλλοι επαγγελματίες υγείας. (β) Την αρμοδιότητα ανατροφοδότησης του φακέλου υγείας του ασθενούς αναλαμβάνουν οι διοικητικοί υπάλληλοι της δομής. Εφόσον ο φάκελος ασθενούς είναι ηλεκτρονικός, η αρμοδιότητα αυτή αναλαμβάνεται από τον επαγ. υγείας ή τον ιατρό κατά τη διάρκεια του ραντεβού ή αμέσως μετά το πέρας. (γ) Η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων προληπτικών εξετάσεων/εργαλείων ανίχνευσης του ατόμου πρέπει να συντελείται σε τακτή βάση από τον ιατρό ή τον επαγ. υγείας. (δ) Συστήνεται η ενημέρωση του ατόμου και της οικογένειας του αναφορικά με τις απαραίτητες ενέργειες ή μέτρα πρόληψης να γίνεται από τον ιατρό ή επαγ. υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες, πεποιθήσεις και προτιμήσεις του ατόμου.
4. Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.	1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.	(α) Οι δομές θα πρέπει να παρέχουν μια ελάχιστη δέσμη πρωτογενών, δευτερογενών και τριτογενών υπηρεσιών πρόληψης. (β) Οι υπηρεσίες πρωτογενούς πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν: διακοπή καπνίσματος (http://www.titan.uoc.gr/), αλλαγή διατροφής,

(Access to PC services)		εμβολιασμό και διαχείριση άγχους. (γ) Οι δοκιμασίες δευτερογενούς πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν: Pap test, μαστογραφία, PSA και σπιρομέτρηση. (δ) Οι υπηρεσίες τριτογενούς πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν: πρόγραμμα παρακολούθησης χρόνιων πασχόντων και κινητική αποκατάσταση μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε.). (ε) Συστήνεται η εφαρμογή εξατομικευμένου σχεδίου προληπτικής φροντίδας με ενσωματωμένες κατευθυντήριες οδηγίες (δοκιμασίες δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης, φαρμακευτική αγωγή και εργαστηριακές εξετάσεις).
	3. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής πρόσβασης)	(α) Συστήνεται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού να γίνεται πριν την αναχώρηση του ατόμου ώστε να επιτυγχάνεται η βέλτιστη πρόληψη ανά τακτά χρονικά διαστήματα, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες.
5. Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας (Continuity of care)	1. Συνέχεια της περίθαλψης μακροπρόθεσμα	(α) Οι δομές θα πρέπει να παρέχουν μια ελάχιστη δέσμη πρωτογενών, δευτερογενών και τριτογενών υπηρεσιών πρόληψης. (β) Οι υπηρεσίες πρωτογενούς πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν: διακοπή καπνίσματος (http://www.titan.uoc.gr/), αλλαγή διατροφής, εμβολιασμό και διαχείριση άγχους. (γ) Οι δοκιμασίες δευτερογενούς πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν: Pap test, μαστογραφία, PSA και σπιρομέτρηση. (δ) Οι υπηρεσίες τριτογενούς πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν: πρόγραμμα παρακολούθησης χρόνιων πασχόντων και κινητική αποκατάσταση μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε.). (ε) Συστήνεται η εφαρμογή εξατομικευμένου σχεδίου προληπτικής φροντίδας με ενσωματωμένες κατευθυντήριες οδηγίες (δοκιμασίες δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης, φαρμακευτική αγωγή και εργαστηριακές εξετάσεις). (στ) Αρχικά, θα πρέπει να πραγματοποιείται εσωτερική παραπομπή εφόσον υπάρχει η δυνατότητα και έπειτα εξωτερική παραπομπή σε δημόσια ή ιδιωτική Π.Φ.Υ. και μετέπειτα σε Δ.Φ.Υ. (α) Συστήνεται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού να γίνεται πριν την αναχώρηση του ατόμου ώστε να επιτυγχάνεται η βέλτιστη πρόληψη ανά τακτά χρονικά διαστήματα, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. (β) Μετά την ολοκλήρωση κάθε ραντεβού θα πρέπει να πραγματοποιείται ανατροφοδότηση του ιστορικού και της πορείας εξέλιξης του ασθενούς. (γ) Συστήνεται να πραγματοποιείται παρακολούθηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης από την ίδια δομή, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα.

		(δ) Συστήνεται η ενημέρωση του ατόμου και της οικογένειας του αναφορικά με τις απαραίτητες ενέργειες ή μέτρα πρόληψης να γίνεται από τον ιατρό ή επαγ. υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες, πεποιθήσεις και προτιμήσεις του ατόμου.
	2. Πληροφοριακή συνέχεια	(α) Συστήνεται κάθε προσερχόμενος ασθενής να λαμβάνει από την υποδοχή ένα σύντομο επιγραμματικό σημείωμα (βασικά δημογραφικά στοιχεία, λόγο επίσκεψης, κωδικό ασθενούς) και να δίδεται ή να αποστέλλεται ηλεκτρονικά και ο φάκελος του. (β) Συστήνεται σε κάθε ραντεβού να διασταυρώνονται/συμπληρώνονται οι πληροφορίες που υπάρχουν στο φάκελο του ατόμου για πιθανές αλλαγές. (γ) Συστήνεται πριν ή κατά τη διάρκεια του ραντεβού ο επαγγελματίας υγείας/ιατρός να συμβουλευέται το φάκελο του ατόμου. (δ) Συστήνεται με τη λήξη του ραντεβού ο επαγγελματίας υγείας/ιατρός να καταγράφει τις ενέργειες ή δοκιμασίες πρόληψης που πραγματοποιήθηκαν. (ε) Συστήνεται ο φάκελος να συνοδεύει το άτομο στην εσωτερική παραπομπή σε ιατρό/επαγγελματία υγείας. Επίσης η παραπομπή να γίνεται κατόπιν προφορικής επικοινωνίας και αποστολής ηλεκτρονικού σημειώματος. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η αποστολή ηλεκτρονικού σημειώματος, να δίδεται χάρτινο σημείωμα.
	3. Διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου	(α) Μετά την ολοκλήρωση κάθε ραντεβού θα πρέπει να πραγματοποιείται ανατροφοδότηση του φακέλου του ιστορικού και της πορείας εξέλιξης του ασθενούς. (β) Συστήνεται να πραγματοποιείται παρακολούθηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης από την ίδια δομή εφόσον υπάρχει η δυνατότητα. (γ) Συστήνεται η ενημέρωση του ατόμου και της οικογένειας του σε τακτή βάση αναφορικά με τη βέλτιστη διεξαγωγή προληπτικών ελέγχων και δοκιμασιών.
	4. Διαχειριστική συνέχεια	(α) Συστήνεται η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας, με σκοπό την επίτευξη της βέλτιστης εξατομικευμένης προληπτικής φροντίδας. (β) Συστήνεται σε κάθε ραντεβού να διασταυρώνονται/συμπληρώνονται οι πληροφορίες που υπάρχουν στο φάκελο του ατόμου για πιθανές αλλαγές. (γ) Συστήνεται κατά την υποδοχή του ασθενούς να λαμβάνει χάρτινο σημείωμα για το λόγο επίσκεψης και τον φάκελο του προκειμένου να τα προσκομίσει στον ιατρό ή τον επαγγελματία υγείας. (δ) Συστήνεται πριν ή κατά τη διάρκεια του ραντεβού ο επαγγελματίας υγείας/ιατρός να συμβουλευέται το φάκελο του ατόμου.

		(ε) Συστήνεται με τη λήξη του ραντεβού ο επαγγελματίας υγείας/ιατρός να καταγράφει τις ενέργειες ή δοκιμασίες πρόληψης που πραγματοποιήθηκαν. (στ) Συστήνεται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού να γίνεται πριν την αναχώρηση του ατόμου ώστε να επιτυγχάνεται η βέλτιστη πρόληψη ανά τακτά χρονικά διαστήματα, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. (ζ) Συστήνεται η εσωτερική παραπομπή να γίνεται κατόπιν προφορικής επικοινωνίας και αποστολής ηλεκτρονικού σημειώματος. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η αποστολή ηλεκτρονικού σημειώματος, να δίδεται χάρτινο σημείωμα. (η) Την αρμοδιότητα ανατροφοδότησης του φακέλου υγείας του ασθενούς αναλαμβάνουν οι διοικητικοί υπάλληλοι της δομής. Εφόσον ο φάκελος ασθενούς είναι ηλεκτρονικός, η αρμοδιότητα αυτή αναλαμβάνεται από τον επαγ. υγείας ή τον ιατρό κατά τη διάρκεια του ραντεβού ή αμέσως μετά το πέρας (θ) Η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων προληπτικών εξετάσεων/εργαλείων ανίχνευσης του ατόμου πρέπει να συντελείται σε τακτή βάση από τον ιατρό ή τον επαγ. υγείας. (ι) Συστήνεται η ενημέρωση του ατόμου και της οικογένειας του αναφορικά με τις απαραίτητες ενέργειες ή μέτρα πρόληψης να γίνεται από τον ιατρό ή επαγ. υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες, πεποιθήσεις και προτιμήσεις του ατόμου.
6.Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας <i>(Coordination of care)</i>	1. Σύστημα ελέγχου πρόσβασης (gate keeping)	(α) Ο ιατρός ή επαγ. υγείας που παραπέμπει για την προληπτική φροντίδα θα πρέπει να πραγματοποιεί εσωτερική παραπομπή, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα. (β) Συστήνεται ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ατόμου να γίνεται παραπομπή στις κατάλληλες δημόσιες/ιδιωτικές δομές Π.Φ.Υ./Δ.Φ.Υ. (γ) Συστήνεται ο ιατρός και ο επαγγελματίας υγείας να είναι ενήμερος για όλο το εύρος των διατιθέμενων προληπτικών υπηρεσιών στην κοινότητα (Π.Ε.Δ.Υ., Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Μονάδες Πρόληψης Ναρκωτικών, Ιδιώτες επαγγελματίες υγείας, Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα).
	4. Διασύνδεση Π.Φ. και δευτεροβάθμιας φροντίδας	(α) Συστήνεται η παραπομπή να γίνεται στις κατάλληλες δομές Δ.Φ.Υ. βάση των αναγκών του ατόμου και αφού έχει εξαντληθεί κάθε περιθώριο παραπομπής στην Π.Φ.Υ. (β) Συστήνεται ο ιατρός και ο επαγγελματίας υγείας να είναι ενήμερος για όλο το εύρος των διατιθέμενων υπηρεσιών Δ.Φ.Υ. στη γεωγραφική περιοχή (ιατροί Π.Ε.Δ.Υ., Τ.Ε.Ι., Εργαστήρια νοσοκομείων, Ιδιώτες ιατροί ή Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, Μονάδες Ψυχικής Υγείας).

7.Πληρότητα υπηρεσιών Π.Φ. <i>(Comprehensiveness of PC)</i>	4. Τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και προληπτική ιατρική	(α) Οι δοκιμασίες δευτερογενούς πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν: Pap test, μαστογραφία, PSA και σπιρομέτρηση. (β) Οι υπηρεσίες τριτογενούς πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν: πρόγραμμα παρακολούθησης χρόνιων πασχόντων και κινητική αποκατάσταση μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε.). (γ) Συστήνεται η αξιολόγηση επιπρόσθετων κινδύνων για την υγεία του ατόμου μέσω συλλογής πληροφοριών που προκύπτουν από διαγνωστικούς ελέγχους για τη διαμόρφωση της συνολικής εικόνας υγείας, τον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου και την ανάπτυξη εξατομικευμένων προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας. (δ) Συστήνεται η χρήση διαγνωστικών κλιμάκων για την εκτίμηση κινδύνου υγείας (π.χ. SCORE-European Low Risk Chart, Frax Score, GPCOG, TYM, MMSE) και την εκτίμηση ψυχικής υγείας (π.χ. WHO-5, GDS, PHQ-9). (ε) Συστήνεται ο τακτικός έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης του ατόμου και ανάλογα η σύσταση απαραίτητου εμβολιασμού (π.χ. γρίπης, πνευμονιόκοκκου και έρπητα ζωστήρα) σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Υ.Υ.Κ.Α. http://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/metadotika-kai-mh-metadotika-noshmata/ethnika-programmata-emboliasmwv (Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών).
	6. Προαγωγή της υγείας	(α) Οι δομές θα πρέπει να παρέχουν μια ελάχιστη δέσμη πρωτογενών, δευτερογενών και τριτογενών υπηρεσιών πρόληψης. (β) Οι συστάσεις πρωτογενούς πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν: διακοπή καπνίσματος (http://www.titan.uoc.gr/), αλλαγή διατροφής, εμβολιασμό και άλλα (αποφυγή καθιστικής ζωής, ενεργή άσκηση και αποτελεσματική διαχείριση του άγχους). (γ) Συστήνεται η εφαρμογή εξατομικευμένου σχεδίου προληπτικής φροντίδας με ενσωματωμένες κατευθυντήριες οδηγίες (δοκιμασίες δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης, φαρμακευτική αγωγή και εργαστηριακές εξετάσεις). (δ) Συστήνεται η αξιολόγηση επιπρόσθετων κινδύνων για την υγεία του ατόμου μέσω συλλογής πληροφοριών που προκύπτουν από διαγνωστικούς ελέγχους για τη διαμόρφωση της συνολικής εικόνας υγείας, τον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου και την ανάπτυξη εξατομικευμένων προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας. (ε) Συστήνεται η χρήση διαγνωστικών κλιμάκων για την εκτίμηση κινδύνου υγείας (π.χ. SCORE-European Low Risk Chart, Frax Score, GPCOG, TYM, MMSE) και την εκτίμηση ψυχικής υγείας (π.χ. WHO-5, GDS, PHQ-9). (στ) Συστήνεται ο τακτικός έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης του ατόμου και ανάλογα η σύσταση απαραίτητου εμβολιασμού (π.χ. γρίπης, πνευμονιόκοκκου και έρπητα ζωστήρα) σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Υ.Υ.Κ.Α. http://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/metadotika-kai-mh-metadotika-noshmata/ethnika-programmata-emboliasmwv

		programmata-emboliasmwn (Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών).
8.Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ. <i>(Quality of PC)</i>	2. Ποιότητα της διάγνωσης και της θεραπείας στην Π.Φ.	(α) Συστήνεται ως βέλτιστος χρόνος ολοκλήρωσης της διαχείρισης του ατόμου από τον ιατρό ή επαγγελματία υγείας τα 15-25 λεπτά. (β) Συστήνεται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού να γίνεται πριν την αναχώρηση του ατόμου ώστε να επιτυγχάνεται η βέλτιστη πρόληψη ανά τακτά χρονικά διαστήματα, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. (γ) Συστήνεται κατά την προληπτική φροντίδα του ατόμου ο ιατρός να προβαίνει σε μια τουλάχιστον από τις παρακάτω ενέργειες: - δευτερογενή ή τριτογενή πρόληψη ή/και φαρμακευτική αγωγή - δευτερογενή ή τριτογενή πρόληψη ή/και εργαστηριακές εξετάσεις
	6. Ποιότητα της προαγωγής της υγείας	(α) Οι δομές θα πρέπει να παρέχουν μια ελάχιστη δέσμη πρωτογενών, δευτερογενών και τριτογενών υπηρεσιών πρόληψης. (β) Οι υπηρεσίες πρωτογενούς πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν: διακοπή καπνίσματος (http://www.titan.uoc.gr/), αλλαγή διατροφής, εμβολιασμό και διαχείριση άγχους. (γ) Οι δοκιμασίες δευτερογενούς πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν: Pap test, μαστογραφία, PSA και σπιρομέτρηση. (δ) Οι υπηρεσίες τριτογενούς πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν: πρόγραμμα παρακολούθησης χρόνιων πασχόντων και κινητική αποκατάσταση μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε.). (ε) Συστήνεται η εφαρμογή εξατομικευμένου σχεδίου προληπτικής φροντίδας με ενσωματωμένες κατευθυντήριες οδηγίες δοκιμασίες δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης, φαρμακευτική αγωγή και εργαστηριακές εξετάσεις).
	7. Ποιότητα της προληπτικής φροντίδας	(α) Συστήνεται η υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών με σκοπό να βοηθήσουν τον ιατρό και τον επαγγελματία υγείας κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατάλληλη προληπτική φροντίδα. Διευκολύνουν την εφαρμογή των πλέον επιστημονικά τεκμηριωμένων και αποδεκτών ενεργειών πρόληψης. Ενδεικτικά προτείνονται οι εξής κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν συνταχθεί για την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα: 1) www.greekphcguidelines.gr/κατευθυντήριες-οδηγίες/ 2) www.child-obesity.gr 3) www.kardiaggeiaki-ygeia.gr 4) www.neahygeia.gr/index.asp 5) http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes../95-ethnika-sxedia-drashis (Εθνικά Σχέδια Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ναρκωτικά, το κάπνισμα, τη διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές)

	6) http://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/metadotika-kai-mh-metadotika-noshmata/ethnika-programmata-emboliasmwn (Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών) (β) Συστήνεται κατά την προληπτική φροντίδα του ατόμου ο ιατρός να προβαίνει σε μια τουλάχιστον από τις παρακάτω ενέργειες: - δευτερογενή ή τριτογενή πρόληψη ή/και φαρμακευτική αγωγή - δευτερογενή ή τριτογενή πρόληψη ή/και εργαστηριακές εξετάσεις (γ) Συστήνεται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού να γίνεται πριν την αναχώρηση του ατόμου ώστε να επιτυγχάνεται η βέλτιστη πρόληψη ανά τακτά χρονικά διαστήματα, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. (δ) Συστήνεται ως βέλτιστος χρόνος ολοκλήρωσης της διαχείρισης του ατόμου από τον ιατρό ή επαγγελματία υγείας τα 15-25 λεπτά. (ε) Μετά την ολοκλήρωση κάθε ραντεβού θα πρέπει να πραγματοποιείται ανατροφοδότηση του ιστορικού και της πορείας εξέλιξης του ασθενούς. (στ) Συστήνεται να πραγματοποιείται παρακολούθηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς ή τριτογενούς πρόληψης από την ίδια δομή, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα.
9. Πρακτικές ασφάλειας	(α) Συστήνεται με τη λήξη του ραντεβού ο επαγγελματίας υγείας/ιατρός να καταγράφει τις ενέργειες ή δοκιμασίες πρόληψης που πραγματοποιήθηκαν. (β) Συστήνεται η υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών με σκοπό να βοηθήσουν τον ιατρό και τον επαγγελματία υγείας κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατάλληλη προληπτική φροντίδα. Διευκολύνουν την εφαρμογή των πλέον επιστημονικά τεκμηριωμένων και αποδεκτών ενεργειών πρόληψης. Ενδεικτικά προτείνονται οι εξής κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν συνταχθεί για την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα: 1) www.greekphcguidelines.gr/κατευθυντήριες-οδηγίες/ 2) www.child-obesity.gr 3) www.kardiaggeiaki-ygeia.gr 4) www.neahygeia.gr/index.asp 5) http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes./95-ethnika-sxedia-drashs (Εθνικά Σχέδια Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ναρκωτικά, το κάπνισμα, τη διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές) 6) http://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/metadotika-kai-mh-metadotika-noshmata/ethnika-programmata-emboliasmwn (Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών)

9.Αποδοτικότητα της Π.Φ. (Efficiency of PC)	3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.	(α) Συστήνεται η διεκπεραίωση υποδοχής του ατόμου να πραγματοποιείται σε χρόνο μικρότερο των 5 λεπτών. (β) Συστήνεται η κατάλληλη στελέχωση του γραφείου υποδοχής για τη διεκπεραίωση των ραντεβού και σε περίπτωση έλλειψης διοικητικού προσωπικού η διεκπεραίωση να γίνεται από επαγ. υγείας χωρίς να παρεμποδίζεται το έργο τους. (γ) Συστήνεται ο χρόνος αναμονής από τη διεκπεραίωση υποδοχής έως την είσοδο του ασθενούς στο ιατρείο να μην υπερβαίνει τα 15 λεπτά. (δ) Συστήνεται ως βέλτιστος χρόνος ολοκλήρωσης της διαχείρισης του ατόμου από τον ιατρό η επαγγελματία υγείας τα 15-25 λεπτά. (ε) Σε περίπτωση που χρειάζεται εσωτερική παραπομπή από τον ιατρό σε επαγγελματία υγείας συστήνεται ο χρόνος αναμονής να μην υπερβαίνει τα 30 λεπτά. (στ) Συστήνεται ο χρόνος αναμονής από τη διεκπεραίωση διαχείρισης του ασθενούς από τον επαγγελματία υγείας έως την έναρξη διαχείρισης από τον εσωτερικό ιατρό της δομής να μην υπερβαίνει τα 30 λεπτά.
--	--	---

Πίνακας 3: Προτάσεις βελτίωσης των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. για το επείγον ή οξύ περιστατικό

Διαστάσεις	Χαρακτηριστικά	Προτάσεις βελτίωσης
1.Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ. <i>(Governance of the PC system)</i>	4. Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην Π.Φ.	(α) Συστήνεται η υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών με σκοπό να βοηθήσουν τον ιατρό και το νοσηλευτή κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την παροχή επείγουσας φροντίδας. Ενδεικτικά προτείνονται οι κατευθυντήριες οδηγίες του Ε.Κ.Α.Β.: Προνοσοκομειακή Φροντίδα: Πρωτόκολλα Αντιμετώπισης Επειγόντων Περιστατικών. Αθήνα, 2006, Εκδόσεις Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
3.Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ. <i>(PC workforce development)</i>	2. Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της Π.Φ.	(α) Η υποδοχή του ασθενή με επείγον πρόβλημα πρέπει να γίνεται από τον διοικητικό υπάλληλο σε άμεση επικοινωνία με το νοσηλευτή ή ιατρό (του ιατρείου διαλογής ή επειγόντων). (β) Η ευθύνη επικοινωνίας σε περιπτώσεις διακομιδής ασθενών με το Ε.Κ.Α.Β. εμπίπτει στις αρμοδιότητες του ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού. (γ) Την αρμοδιότητα ανατροφοδότησης του φακέλου υγείας του ασθενούς πρέπει να αναλαμβάνουν οι διοικητικοί υπάλληλοι της δομής. Εφόσον ο φάκελος είναι ηλεκτρονικός, η αρμοδιότητα αυτή γίνεται από το νοσηλευτή ή τον ιατρό αμέσως μετά το πέρας της διαχείρισης του επείγοντος ή οξέος προβλήματος. (δ) Η παρακολούθηση εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται

		από τον ιατρό ή το νοσηλευτή που παρείχε την επείγουσα ή οξεία φροντίδα στον ασθενή. (ε) Η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας του πρέπει να γίνεται από τον ιατρό ή το νοσηλευτή που διαχειρίστηκε το επείγον.
4.Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ. <i>(Access to PC services)</i>	1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.	(α) Η αντιμετώπιση του επείγοντος ασθενή ή ασθενή σε οξεία φάση από νοσηλευτή οφείλει να περιλαμβάνει ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω: λήψη ιστορικού και διαλογή (triage), ψυχολογική υποστήριξη και παροχή πρώτων βοηθειών/φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή). (β) Συστήνεται η αντιμετώπιση του επείγοντος ασθενή ή ασθενή σε οξεία φάση από ιατρό να περιλαμβάνει ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω: λήψη ιστορικού και διαλογή (triage), παροχή πρώτων βοηθειών και φαρμακευτική αγωγή, εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση. Σε περίπτωση που χρειάζεται περαιτέρω παρακολούθηση ή ενέργειες συστήνεται η εισαγωγή σε Βραχεία Νοσηλεία ή σε δομή Δ.Φ.Υ. (γ) Αρχικά, θα πρέπει να πραγματοποιείται εσωτερική διαχείριση, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα, και έπειτα εξωτερική παραπομπή σε δημόσια/ιδιωτική Π.Φ.Υ. και μετέπειτα σε δομή Δ.Φ.Υ. (δ) Σε περίπτωση που απαιτείται άμεση διακομιδή του ασθενή σε άλλη δομή, να υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς με ασθενοφόρο του Ε.Κ.Α.Β.
	2. Γεωγραφική προσβασιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.	(α) Οι επείγουσες παραπομπές πρέπει να γίνονται στις πλησιέστερες γεωγραφικά δομές που μπορούν να εξυπηρετήσουν τις συγκεκριμένες επείγουσες ή οξείες ανάγκες.
	3. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής πρόσβασης)	(α) Συστήνεται να πραγματοποιείται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού πριν την αναχώρηση του ασθενή με οξύ πρόβλημα, ώστε να παρακολουθηθεί η εξέλιξη και η ανταπόκριση στην οξεία αγωγή και φροντίδα. (β) Σε περίπτωση που απαιτείται άμεση διακομιδή του ασθενή σε άλλη δομή, να υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς με ασθενοφόρο του Ε.Κ.Α.Β.
	6. Αξιοποίηση των υπηρεσιών της Π.Φ.	(α) Η αντιμετώπιση του επείγοντος ασθενή ή ασθενή σε οξεία φάση από νοσηλευτή οφείλει να περιλαμβάνει ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω: λήψη ιστορικού και διαλογή (triage), ψυχολογική υποστήριξη και παροχή πρώτων βοηθειών/φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή). (β) Συστήνεται η αντιμετώπιση του επείγοντος ασθενή ή ασθενή σε οξεία φάση από ιατρό να περιλαμβάνει ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω: λήψη ιστορικού και διαλογή (triage), παροχή πρώτων βοηθειών και φαρμακευτική αγωγή, εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση. Σε περίπτωση που χρειάζεται περαιτέρω

		παρακολούθηση ή ενέργειες συστήνεται η εισαγωγή σε Βραχεία Νοσηλεία ή σε δομή Δ.Φ.Υ. (γ) Αρχικά, θα πρέπει να πραγματοποιείται εσωτερική διαχείριση, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα, και έπειτα εξωτερική παραπομπή σε δημόσια Π.Φ.Υ. (Ιατροί Π.Ε.Δ.Υ., Κέντρα Υγείας, Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, Μονάδες Ψυχικής Υγείας) ή ιδιωτική Π.Φ.Υ. (Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, Ιδιωτικά ιατρεία) και μετέπειτα σε δομή δημόσιας Δ.Φ.Υ. (Τ.Ε.Π., Εργαστήρια νοσοκομείου) ή ιδιωτικής Δ.Φ.Υ. (Ιδιωτικές κλινικές).
5.Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας <i>(Continuity of care)</i>	1. Συνέχεια της περίθαλψης μακροπρόθεσμα	(α) Συστήνεται να πραγματοποιείται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού πριν την αναχώρηση του ασθενή με οξύ πρόβλημα, ώστε να παρακολουθηθεί η εξέλιξη και η ανταπόκριση στην οξεία αγωγή και φροντίδα. (β) Μετά την ολοκλήρωση της παροχής επείγουσας ή οξείας φροντίδας θα πρέπει να πραγματοποιείται ανατροφοδότηση του φακέλου του ασθενούς. (γ) Η παρακολούθηση εξέλιξης των ασθενών κρίνεται μείζονος σημασίας και συστήνεται να πραγματοποιείται από τον ιατρό ή νοσηλεύτη που παρείχε την επείγουσα ή οξεία φροντίδα. (δ) Συστήνεται η ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειας του από τον ιατρό ή νοσηλεύτη. Με τον τρόπο αυτό οι προτιμήσεις και οι ανάγκες του ασθενή και της οικογένειας γνωστοποιούνται για την παροχή εξατομικευμένης, ασφαλούς και αποτελεσματικής επείγουσας ή οξείας φροντίδας.
	2. Πληροφοριακή συνέχεια	(α) Συστήνεται κάθε προσερχόμενος ασθενής να λαμβάνει από την υποδοχή ένα σύντομο παραπεμπτικό σημείωμα (βασικά δημογραφικά στοιχεία, λόγο προσέλευσης, κύρια συμπτώματα). Αν ο ασθενής ήδη παρακολουθείτε από τη δομή να δίδεται ή να αποστέλλεται ηλεκτρονικά και ο φάκελος του. (β) Συστήνεται για ασθενείς που παρακολουθούνται από τη δομή προσέλευσης να διασταυρώνονται/συμπληρώνονται οι πληροφορίες που υπάρχουν στο φάκελο τους για πιθανές αλλαγές. (γ) Συστήνεται κατά τη διάρκεια της διαχείρισης του επείγοντος ή οξέος προβλήματος ο νοσηλεύτης ή ο ιατρός να συμβουλευτεί το φάκελο του ασθενούς, εφόσον υπάρχει, ή τους συνοδούς του ασθενούς. (δ) Συστήνεται με τη λήξη της διαχείρισης του επείγοντος ή οξέος προβλήματος ο νοσηλεύτης/ιατρός να καταγράφει ότι νέο δεδομένο προέκυψε στο φάκελο. (ε) Συστήνεται η παραπομπή να γίνεται κατόπιν προφορικής επικοινωνίας και αποστολής ηλεκτρονικού σημειώματος. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η αποστολή ηλεκτρονικού σημειώματος, να δίδεται χάρτινο σημείωμα.
	3. Διαρκής σχέση μεταξύ	(α) Την αρμοδιότητα ανατροφοδότησης του φακέλου υγείας του

	ασθενή και παρόχου	ασθενούς πρέπει να αναλαμβάνουν οι διοικητικοί υπάλληλοι της δομής. Εφόσον ο φάκελος είναι ηλεκτρονικός, η αρμοδιότητα αυτή γίνεται από το νοσηλευτή ή τον ιατρό μετά το πέρας της διαχείρισης του επείγοντος ή οξέος προβλήματος. (β) Η παρακολούθηση εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται από τον ιατρό ή το νοσηλευτή που παρείχε την επείγουσα ή οξεία φροντίδα στον ασθενή. (γ) Η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας του πρέπει να γίνεται από τον ιατρό ή το νοσηλευτή που διαχειρίστηκε το επείγον.
	4. Διαχειριστική συνέχεια	(α) Συστήνεται κάθε προσερχόμενος ασθενής να λαμβάνει από την υποδοχή ένα σύντομο παραπεμπτικό σημείωμα (βασικά δημογραφικά στοιχεία, λόγο προσέλευσης, κύρια συμπτώματα). Αν ο ασθενής ήδη παρακολουθείτε από τη δομή, να δίδεται ή να αποστέλλεται ηλεκτρονικά και ο φάκελος του. (β) Συστήνεται για ασθενείς που παρακολουθούνται από τη δομή προσέλευσης να διασταυρώνονται/συμπληρώνονται οι πληροφορίες που υπάρχουν στο φάκελο τους για πιθανές αλλαγές. (γ) Συστήνεται κατά τη διάρκεια της διαχείρισης του επείγοντος ή οξέος προβλήματος ο νοσηλευτής ή ο ιατρός να συμβουλευτεί το φάκελο του ασθενούς, εφόσον υπάρχει, ή τους συνοδούς του ασθενούς αναφορικά με το ιατρικό ιστορικό του. (δ) Συστήνεται μετά τη λήξη της διαχείρισης του επείγοντος ή οξέος προβλήματος ο νοσηλευτής/ιατρός να καταγράφει ό,τι νέο δεδομένο προέκυψε στο φάκελο. (ε) Συστήνεται να πραγματοποιείται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού πριν την αναχώρηση του ασθενή με οξύ πρόβλημα, ώστε να παρακολουθηθεί η εξέλιξη και η ανταπόκριση στην οξεία αγωγή και φροντίδα. (στ) Συστήνεται η παραπομπή να γίνεται κατόπιν προφορικής επικοινωνίας και αποστολής ηλεκτρονικού σημειώματος. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η αποστολή ηλεκτρονικού σημειώματος, να δίδεται χάρτινο σημείωμα. (ζ) Μετά την ολοκλήρωση της παροχής επείγουσας ή οξείας φροντίδας θα πρέπει να πραγματοποιείται ανατροφοδότηση του φακέλου του ασθενούς. Εφόσον υφίσταται φάκελος ασθενούς και είναι ηλεκτρονικός, η αρμοδιότητα αυτή να γίνεται από το νοσηλευτή ή τον ιατρό μετά το πέρας της διαχείρισης του περιστατικού. (η) Η παρακολούθηση εξέλιξης των ασθενών κρίνεται μείζονος σημασίας και συστήνεται να πραγματοποιείται από τον ιατρό ή νοσηλευτή που παρείχε την επείγουσα ή οξεία φροντίδα. (θ) Συστήνεται η ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειας του

		από τον ιατρό ή νοσηλευτή. Με τον τρόπο αυτό οι προτιμήσεις και οι ανάγκες του ασθενή και της οικογένειας γνωστοποιούνται για την παροχή εξατομικευμένης, ασφαλούς και αποτελεσματικής επείγουσας ή οξείας φροντίδας.
6.Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας <i>(Coordination of care)</i>	1. Σύστημα ελέγχου πρόσβασης (gate keeping)	(α) Αρχικά, θα πρέπει να πραγματοποιείται εσωτερική διαχείριση, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα, και έπειτα εξωτερική παραπομπή σε δημόσια Π.Φ.Υ. (Ιατροί Π.Ε.Δ.Υ., Κέντρα Υγείας, Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, Μονάδες Ψυχικής Υγείας) ή ιδιωτική Π.Φ.Υ. (Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, Ιδιωτικά ιατρεία) και μετέπειτα σε δομή δημόσιας Δ.Φ.Υ. (Τ.Ε.Π., Εργαστήρια νοσοκομείου) ή ιδιωτικής Δ.Φ.Υ. (Ιδιωτικές κλινικές). (β) Συστήνεται ανάλογα με τις επείγουσες ή οξείες ανάγκες του κάθε ασθενή να γίνεται παραπομπή στις κατάλληλες και πλησιέστερες δημόσιες/ιδιωτικές δομές Π.Φ.Υ./Δ.Φ.Υ.
	4. Διασύνδεση Π.Φ. και δευτεροβάθμιας φροντίδας	(α) Συστήνεται η παραπομπή στις δομές Δ.Φ.Υ. να γίνεται αφού έχει εξαντληθεί κάθε περιθώριο παραπομπής στην Π.Φ.Υ. Σε περίπτωση που χρειάζεται περαιτέρω παρακολούθηση ή ενέργειες συστήνεται η εισαγωγή σε Βραχεία Νοσηλεία ή σε δομή Δ.Φ.Υ. (β) Συστήνεται ο ιατρός και ο νοσηλευτής να είναι ενήμεροι για όλο το εύρος των διατιθέμενων υπηρεσιών Δ.Φ.Υ. στη γεωγραφική περιοχή (Τ.Ε.Π., Εργαστήρια νοσοκομείων, Ιδιωτικές κλινικές).
7.Πληρότητα υπηρεσιών Π.Φ. <i>(Comprehensiveness of PC)</i>	3. Θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων	(α) Συστήνεται να πραγματοποιείται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού πριν την αναχώρηση του ασθενή με οξύ πρόβλημα, ώστε να παρακολουθηθεί η εξέλιξη και η ανταπόκριση στην οξεία αγωγή και φροντίδα. (β) Την αρμοδιότητα ανατροφοδότησης του φακέλου υγείας του ασθενούς πρέπει να αναλαμβάνουν οι διοικητικοί υπάλληλοι της δομής. Εφόσον ο φάκελος είναι ηλεκτρονικός, η αρμοδιότητα αυτή γίνεται από το νοσηλευτή ή τον ιατρό μετά το πέρας της διαχείρισης του επείγοντος ή οξέος προβλήματος. (γ) Η παρακολούθηση εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται από τον ιατρό ή το νοσηλευτή που παρείχε την επείγουσα ή οξεία φροντίδα στον ασθενή.
8.Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ. <i>(Quality of PC)</i>	2. Ποιότητα της διάγνωσης και της θεραπείας στην Π.Φ.	(α) Η αντιμετώπιση του επείγοντος ασθενή ή ασθενή σε οξεία φάση από νοσηλευτή οφείλει να περιλαμβάνει ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω: λήψη ιστορικού και διαλογή (triage), ψυχολογική υποστήριξη και παροχή πρώτων βοηθειών/φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή). (β) Συστήνεται η υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών με σκοπό να βοηθήσουν τον ιατρό και το νοσηλευτή κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την παροχή επείγουσας φροντίδας. Ενδεικτικά προτείνονται οι κατευθυντήριες οδηγίες του Ε.Κ.Α.Β.: Προνοσοκομειακή Φροντίδα: Πρωτόκολλα Αντιμετώπισης

		Επειγόντων Περιστατικών. Αθήνα, 2006, Εκδόσεις Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (γ) Συστήνεται ως βέλτιστος χρόνος ολοκλήρωσης της διαχείρισης του ασθενή από τον ιατρό ή νοσηλευτή τα 15 λεπτά. (δ) Συστήνεται η αντιμετώπιση του επείγοντος ασθενή ή ασθενή σε οξεία φάση από ιατρό να περιλαμβάνει ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω: λήψη ιστορικού και διαλογή (triage), παροχή πρώτων βοηθειών και φαρμακευτική αγωγή, εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση. Σε περίπτωση που χρειάζεται περαιτέρω παρακολούθηση ή ενέργειες συστήνεται η εισαγωγή σε Βραχεία Νοσηλεία ή σε δομή Δ.Φ.Υ. (ε) Συστήνεται να πραγματοποιείται ο προγραμματισμός του επόμενου ραντεβού πριν την αναχώρηση του ασθενή με οξύ πρόβλημα, ώστε να παρακολουθηθεί η εξέλιξη και η ανταπόκριση στην οξεία αγωγή και φροντίδα. (στ) Την αρμοδιότητα ανατροφοδότησης του φακέλου υγείας του ασθενούς πρέπει να αναλαμβάνουν οι διοικητικοί υπάλληλοι της δομής. Εφόσον ο φάκελος είναι ηλεκτρονικός, η αρμοδιότητα αυτή γίνεται από το νοσηλευτή ή τον ιατρό μετά το πέρας της διαχείρισης του επείγοντος ή οξέος προβλήματος. (ζ) Η παρακολούθηση εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται από τον ιατρό ή το νοσηλευτή που παρείχε την επείγουσα ή οξεία φροντίδα στον ασθενή.
	8. Αποτελεσματικότητα	(α) Η αντιμετώπιση του επείγοντος ασθενή ή ασθενή σε οξεία φάση από νοσηλευτή οφείλει να περιλαμβάνει ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω: λήψη ιστορικού και διαλογή (triage), ψυχολογική υποστήριξη και παροχή πρώτων βοηθειών/φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή).
	9. Πρακτικές ασφάλειας	(α) Συστήνεται με τη λήξη του ραντεβού ο νοσηλευτής/ιατρός να καταγράψει ό,τι νέο δεδομένο προέκυψε στο φάκελο του ασθενούς. (β) Συστήνεται η υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών με σκοπό να βοηθήσουν τον ιατρό και το νοσηλευτή κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την παροχή επείγουσας φροντίδας. Ενδεικτικά προτείνονται οι κατευθυντήριες οδηγίες του Ε.Κ.Α.Β.: Προνοσοκομειακή Φροντίδα: Πρωτόκολλα Αντιμετώπισης Επειγόντων Περιστατικών. Αθήνα, 2006, Εκδόσεις Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

9.Αποδοτικότητα της Π.Φ. <i>(Efficiency of PC)</i>	3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.	(α) Συστήνεται η διεκπεραίωση υποδοχής και η διαλογή του ασθενή που αντιμετωπίζει επείγον ή οξύ πρόβλημα να πραγματοποιείται σε χρόνο μικρότερο των 3 λεπτών. (β) Συστήνεται η κατάλληλη στελέχωση του γραφείου υποδοχής για τη διεκπεραίωση των ραντεβού και σε περίπτωση έλλειψης διοικητικού προσωπικού η διεκπεραίωση των ραντεβού να γίνεται από νοσηλεύτές, εφόσον δεν παρεμποδίζεται το έργο τους. (γ) Συστήνεται ο χρόνος αναμονής από τη διεκπεραίωση υποδοχής έως την είσοδο του ασθενούς στο ιατρείο να μην υπερβαίνει τα 5 λεπτά. (δ) Συστήνεται ως βέλτιστος χρόνος ολοκλήρωσης της διαχείρισης του ασθενή από τον ιατρό ή το νοσηλευτή τα 15 λεπτά. (ε) Συστήνεται ο χρόνος αναμονής από τη διεκπεραίωση διαχείρισης του ασθενούς από το νοσηλευτή έως την έναρξη διαχείρισης από τον εσωτερικό ιατρό της δομής να μην υπερβαίνει τα 5 λεπτά. (στ) Σε περίπτωση που χρειάζεται εσωτερική παραπομπή από τον ιατρό σε νοσηλευτή συστήνεται ο χρόνος αναμονής να μην υπερβαίνει τα 5 λεπτά.
--	--	--

Πίνακας 4: Προτάσεις βελτίωσης των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. για τη φροντίδα στο σπίτι

Διαστάσεις	Χαρακτηριστικά	Προτάσεις βελτίωσης
1.Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ. <i>(Governance of the PC system)</i>	4. Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην Π.Φ.	(α) Συστήνεται η τήρηση ηλεκτρονικού και χάρτινου αρχείου για κάθε ασθενή σε πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι.
3.Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ. <i>(PC workforce development)</i>	1. Προφίλ του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.	(α) Συστήνεται ως βέλτιστη φροντίδα στο σπίτι η επίσκεψη από νοσηλευτή, κοινωνικό λειτουργό και ιατρό (ή φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο κ.α.) να πραγματοποιείται κάθε 10-15 ημέρες, ενώ ο οικογενειακός βοηθός να επισκέπτεται καθημερινά την οικία του ασθενή. (β) Συστήνεται ο νοσηλευτής, κοινωνικός λειτουργός και ιατρός (ή φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, ψυχολόγος κ.α.) να εκτελούν όλες τις παρακάτω ενέργειες εξατομικευμένης φροντίδας στο σπίτι: σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων, εφαρμογή, αποτίμηση και καταγραφή. Ο οικογενειακός βοηθός συστήνεται να εφαρμόζει και να αποτιμά τη φροντίδα/παρεμβάσεις που παρέχει με βάση το εξατομικευμένο σχέδιο.

	2. Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της Π.Φ.	(α) Συστήνεται ο νοσηλευτής, κοινωνικός λειτουργός και ιατρός (ή φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, ψυχολόγος κ.α.) να εκτελούν όλες τις παρακάτω ενέργειες εξατομικευμένης φροντίδας στο σπίτι: σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων, εφαρμογή, αποτίμηση και καταγραφή. Ο οικογενειακός βοηθός συστήνεται να εφαρμόζει και να αποτιμά τη φροντίδα/παρεμβάσεις που παρέχει με βάση το εξατομικευμένο σχέδιο. (β) Η παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται σε τακτή βάση από το νοσηλευτή ή τον κοινωνικό λειτουργό που φροντίζει τον ασθενή κατ' οίκον. (γ) Η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας του πρέπει να γίνεται από το νοσηλευτή ή τον κοινωνικό λειτουργό που έχει την ευθύνη διαχείρισης του ασθενή κατ' οίκον.
4.Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ. <i>(Access to PC services)</i>	1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.	(α) Η ολιστική εκτίμηση αναγκών υγείας του ασθενή να περιλαμβάνει τις: βιολογικές/σωματικές ανάγκες, κοινωνικό-οικονομικές ανάγκες και ψυχολογικές ανάγκες. (β) Συστήνεται ο βέλτιστος σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων να περιλαμβάνει τα εξής: αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχο/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής, εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση ή ψυχολογική υποστήριξη ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. (γ) Συστήνεται η βέλτιστη εφαρμογή προγράμματος φροντίδας για τον ασθενή να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα από τα εξής: διενέργεια εξατομικευμένων νοσηλευτικών πράξεων ή κοινωνικών εργασιών, διασφάλιση πόρων (επιδόματα/βοηθήματα για βελτίωση λειτουργικότητας) ή διασύνδεση με κοινοτικές δομές. (δ) Συστήνεται ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενή να γίνεται παραπομπή στις κατάλληλες δομές Π.Φ.Υ. (Τ.Ε.Ι.) ή Δ.Φ.Υ. (Τ.Ε.Π., Εργαστήρια Νοσοκομείου).
	3. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής πρόσβασης)	(α) Συστήνεται ως βέλτιστη φροντίδα στο σπίτι η επίσκεψη από νοσηλευτή, κοινωνικό λειτουργό και ιατρό (ή φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο κ.α.) να πραγματοποιείται κάθε 10-15 ημέρες, ενώ ο οικογενειακός βοηθός να επισκέπτεται καθημερινά την οικία του ασθενή. (β) Συστήνεται ο νοσηλευτής, κοινωνικός λειτουργός και ιατρός (ή φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, ψυχολόγος κ.α.) να εκτελούν όλες τις παρακάτω ενέργειες εξατομικευμένης φροντίδας στο σπίτι: σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων, εφαρμογή, αποτίμηση και καταγραφή. Ο οικογενειακός βοηθός συστήνεται να εφαρμόζει και να αποτιμά τη φροντίδα/παρεμβάσεις που παρέχει με βάση το εξατομικευμένο σχέδιο. (γ) Συστήνεται η εξέταση του ασθενή από τον ιατρό να γίνεται είτε στο σπίτι του ασθενή είτε σε μονάδα Π.Φ.Υ., ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι κατακλιμένος ή περιπατητικός. (δ) Συστήνεται ο προγραμματισμός της επόμενης επίσκεψης πριν

		την αναχώρηση των επαγγελματιών υγείας να γίνεται σε συνεννόηση με τον ασθενή/οικογένεια και ανάλογα με το εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας.
	6. Αξιοποίηση των υπηρεσιών της Π.Φ.	(α) Η ολιστική εκτίμηση αναγκών υγείας του ασθενή να περιλαμβάνει τις: βιολογικές/σωματικές ανάγκες, κοινωνικό-οικονομικές ανάγκες και ψυχολογικές ανάγκες. (β) Συστήνεται ο νοσηλευτής, κοινωνικός λειτουργός και ιατρός (ή φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, ψυχολόγος κ.α.) να εκτελούν όλες τις παρακάτω ενέργειες εξατομικευμένης φροντίδας στο σπίτι: σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων, εφαρμογή, αποτίμηση και καταγραφή. Ο οικογενειακός βοηθός συστήνεται να εφαρμόζει και να αποτιμά τη φροντίδα/παρεμβάσεις που παρέχει με βάση το εξατομικευμένο σχέδιο. (γ) Συστήνεται ο βέλτιστος σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων να περιλαμβάνει τα εξής: αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχο/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής, εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση ή ψυχολογική υποστήριξη ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. (δ) Συστήνεται η βέλτιστη εφαρμογή προγράμματος φροντίδας για τον ασθενή να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα από τα εξής: διενέργεια εξατομικευμένων νοσηλευτικών πράξεων ή κοινωνικών εργασιών, διασφάλιση πόρων (επιδόματα/βοηθήματα για βελτίωση λειτουργικότητας) ή διασύνδεση με κοινοτικές δομές. (ε) Συστήνεται ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενή να γίνεται παραπομπή στις κατάλληλες δομές Π.Φ.Υ. (Τ.Ε.Ι.) ή Δ.Φ.Υ. (Τ.Ε.Π., Εργαστήρια Νοσοκομείου). (στ) Συστήνεται οι επαγγελματίες υγείας να είναι ενήμεροι για όλο το εύρος των διατιθέμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην κοινότητα (Κοινοτικές Δομές, Π.Ε.Δ.Υ., Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Μονάδες αποκατάστασης, Ιδιώτες επαγγελματίες υγείας) προκειμένου να παραπέμπουν στη βέλτιστη δομή.
5.Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας (Continuity of care)	1. Συνέχεια της περίθαλψης μακροπρόθεσμα	(α) Η βέλτιστη αποτίμηση προγράμματος παρέμβασης πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον μια από τις παρακάτω ενέργειες: ενημέρωση ασθενούς/ φροντιστών, εκπαίδευση ασθενούς/φροντιστών, αποτίμηση αποτελεσματικότητας προγράμματος φροντίδας. (β) Η παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται σε τακτή βάση από το νοσηλευτή ή τον κοινωνικό λειτουργό που φροντίζει τον ασθενή κατ' οίκον. (γ) Συστήνεται ο προγραμματισμός της επόμενης επίσκεψης πριν την αναχώρηση των επαγγελματιών υγείας να γίνεται σε συνεννόηση με τον ασθενή/οικογένεια και ανάλογα με το εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας. (δ) Η παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται σε τακτή βάση από τον ιατρό ή το νοσηλευτή που

		φροντίζει τον ασθενή κατ'οίκον. (ε) Η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας του πρέπει να γίνεται από το νοσηλευτή ή τον κοινωνικό λειτουργό που έχει την ευθύνη διαχείρισης του ασθενή κατ' οίκον.
	2. Πληροφοριακή συνέχεια	(α) Συστήνεται η τήρηση ηλεκτρονικού και χάρτινου αρχείου για κάθε ασθενή σε πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι. (β) Συστήνεται η παραπομπή στον προσωπικό ιατρό του ασθενή να γίνεται κατόπιν προφορικής επικοινωνίας και να συνοδεύεται από το χάρτινο και ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς.
	3. Διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου	(α) Η βέλτιστη αποτίμηση προγράμματος παρέμβασης πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον μια από τις παρακάτω ενέργειες: ενημέρωση ασθενούς/ φροντιστών, εκπαίδευση ασθενούς/φροντιστών, αποτίμηση αποτελεσματικότητας προγράμματος φροντίδας. (β) Η παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται σε τακτή βάση από το νοσηλευτή ή τον κοινωνικό λειτουργό που φροντίζει τον ασθενή κατ' οίκον. (γ) Η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας του πρέπει να γίνεται από το νοσηλευτή ή τον κοινωνικό λειτουργό που έχει την ευθύνη διαχείρισης του ασθενή κατ' οίκον.
	4. Διαχειριστική συνέχεια	(α) Συστήνεται η τήρηση ηλεκτρονικού και χάρτινου αρχείου για κάθε ασθενή σε πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι. (β) Συστήνεται η παραπομπή στον προσωπικό ιατρό του ασθενή να γίνεται κατόπιν προφορικής επικοινωνίας και να συνοδεύεται από το χάρτινο και ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς. (γ) Η παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται σε τακτή βάση από το νοσηλευτή ή τον κοινωνικό λειτουργό που φροντίζει τον ασθενή κατ' οίκον. (δ) Συστήνεται ο προγραμματισμός της επόμενης επίσκεψης πριν την αναχώρηση των επαγγελματιών υγείας να γίνεται σε συνεννόηση με τον ασθενή/οικογένεια και ανάλογα με το εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας. (ε) Η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας του πρέπει να γίνεται από το νοσηλευτή ή τον κοινωνικό λειτουργό που έχει την ευθύνη διαχείρισης του ασθενή κατ' οίκον.
6.Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας <i>(Coordination of care)</i>	2. Πρακτικές Π.Φ. και διάρθρωση ομάδων των επαγγελματιών υγείας	(α) Συστήνεται ο νοσηλευτής, κοινωνικός λειτουργός και ιατρός (ή φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, ψυχολόγος κ.α.) να εκτελούν όλες τις παρακάτω ενέργειες εξατομικευμένης φροντίδας στο σπίτι: σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων, εφαρμογή, αποτίμηση και καταγραφή. Ο οικογενειακός βοηθός συστήνεται να εφαρμόζει και να αποτιμά τη φροντίδα/παρεμβάσεις που παρέχει με βάση το εξατομικευμένο σχέδιο.
	3. Συνδυασμός δεξιοτήτων	(α) Συστήνεται ως βέλτιστη φροντίδα στο σπίτι η επίσκεψη από

	των παρόχων Π.Φ.	νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό και ιατρό (ή φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο κ.α.) να πραγματοποιείται κάθε 10-15 ημέρες, ενώ ο οικογενειακός βοηθός να επισκέπτεται καθημερινά την οικία του ασθενή. (β) Συστήνεται ο νοσηλεύτης, κοινωνικός λειτουργός και ιατρός (ή φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, ψυχολόγος κ.α.) να εκτελούν όλες τις παρακάτω ενέργειες εξατομικευμένης φροντίδας στο σπίτι: σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων, εφαρμογή, αποτίμηση και καταγραφή. Ο οικογενειακός βοηθός συστήνεται να εφαρμόζει και να αποτιμά τη φροντίδα/παρεμβάσεις που παρέχει με βάση το εξατομικευμένο σχέδιο.
	4. Διασύνδεση Π.Φ. και δευτεροβάθμιας φροντίδας	(α) Συστήνεται η παραπομπή στον προσωπικό ιατρό του ασθενή να γίνεται κατόπιν προφορικής επικοινωνίας και να συνοδεύεται από το χάρτινο και ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς. (β) Συστήνεται ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενή να γίνεται παραπομπή στις κατάλληλες δομές Δ.Φ.Υ. (Τ.Ε.Π., Εργαστήρια Νοσοκομείου).
7.Πληρότητα υπηρεσιών Π.Φ. <i>(Comprehensiveness of PC)</i>	3. Θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων	(α) Η ολιστική εκτίμηση αναγκών υγείας του ασθενή να περιλαμβάνει τις: βιολογικές/σωματικές ανάγκες, κοινωνικό-οικονομικές ανάγκες και ψυχολογικές ανάγκες. (β) Συστήνεται ο βέλτιστος σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων να περιλαμβάνει τα εξής: αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχο/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής, εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση ή ψυχολογική υποστήριξη ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. (γ) Συστήνεται η βέλτιστη εφαρμογή προγράμματος φροντίδας για τον ασθενή να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα από τα εξής: διενέργεια εξατομικευμένων νοσηλευτικών πράξεων ή κοινωνικών εργασιών, διασφάλιση πόρων (επιδόματα/βοηθήματα για βελτίωση λειτουργικότητας) ή διασύνδεση με κοινοτικές δομές.
8.Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ. <i>(Quality of PC)</i>	2. Ποιότητα της διάγνωσης και της θεραπείας στην Π.Φ.	(α) Η ολιστική εκτίμηση αναγκών υγείας του ασθενή να περιλαμβάνει τις: βιολογικές/σωματικές ανάγκες, κοινωνικό-οικονομικές ανάγκες και ψυχολογικές ανάγκες. (β) Συστήνεται ο βέλτιστος σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων να περιλαμβάνει τα εξής: αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχο/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής, εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση ή ψυχολογική υποστήριξη ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. (γ) Συστήνεται η βέλτιστη εφαρμογή προγράμματος φροντίδας για τον ασθενή να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα από τα εξής: διενέργεια εξατομικευμένων νοσηλευτικών πράξεων ή κοινωνικών εργασιών, διασφάλιση πόρων (επιδόματα/βοηθήματα για βελτίωση λειτουργικότητας) ή διασύνδεση με κοινοτικές δομές.

		(δ) Η βέλτιστη αποτίμηση προγράμματος παρέμβασης πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον μια από τις παρακάτω ενέργειες: ενημέρωση ασθενούς/ φροντιστών, εκπαίδευση ασθενούς/φροντιστών, αποτίμηση αποτελεσματικότητας προγράμματος φροντίδας. (ε) Συστήνεται ο χρόνος πραγματικής φροντίδας (χωρίς το χρόνο μετάβασης από/προς την οικία) του ασθενή να μην υπερβαίνει τα 10 λεπτά για τον ιατρό και το νοσηλευτή, τα 20 λεπτά για τον κοινωνικό λειτουργό και τα 60 λεπτά για τον οικογενειακό βοηθό. (στ) Η παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται σε τακτή βάση από το νοσηλευτή ή τον κοινωνικό λειτουργό που φροντίζει τον ασθενή κατ' οίκον.
3. Ποιότητα του τρόπου διαχείρισης χρονίων νοσημάτων		(α) Συστήνεται ο βέλτιστος σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων να περιλαμβάνει τα εξής: αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχο/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής, εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση ή ψυχολογική υποστήριξη ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. (β) Συστήνεται η βέλτιστη εφαρμογή προγράμματος φροντίδας για τον ασθενή να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα από τα εξής: διενέργεια εξατομικευμένων νοσηλευτικών πράξεων ή κοινωνικών εργασιών, διασφάλιση πόρων (επιδόματα/βοηθήματα για βελτίωση λειτουργικότητας) ή διασύνδεση με κοινοτικές δομές. (γ) Η βέλτιστη αποτίμηση προγράμματος παρέμβασης πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον μια από τις παρακάτω ενέργειες: ενημέρωση ασθενούς/ φροντιστών, εκπαίδευση ασθενούς/φροντιστών, αποτίμηση αποτελεσματικότητας προγράμματος φροντίδας. (δ) Συστήνεται ο χρόνος πραγματικής φροντίδας (χωρίς το χρόνο μετάβασης από/προς την οικία) του ασθενή κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον επίσκεψης να μην υπερβαίνει τα 10 λεπτά για τον ιατρό και το νοσηλευτή, τα 20 λεπτά για τον κοινωνικό λειτουργό και τα 60 λεπτά για τον οικογενειακό βοηθό. (ε) Η παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή πρέπει να συντελείται σε τακτή βάση από το νοσηλευτή ή τον κοινωνικό λειτουργό που φροντίζει τον ασθενή κατ' οίκον. (στ) Συστήνεται ο προγραμματισμός της επόμενης επίσκεψης πριν την αναχώρηση των επαγγελματιών υγείας να γίνεται σε συνεννόηση με τον ασθενή/οικογένεια και ανάλογα με το εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας.
7. Ποιότητα της προληπτικής φροντίδας		(α) Συστήνεται ο βέλτιστος σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων να περιλαμβάνει τα εξής: αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχο/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής, εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση ή ψυχολογική υποστήριξη ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. (β) Συστήνεται η βέλτιστη εφαρμογή προγράμματος φροντίδας

		για τον ασθενή να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα από τα εξής: διενέργεια εξατομικευμένων νοσηλευτικών πράξεων ή κοινωνικών εργασιών, διασφάλιση πόρων (επιδόματα/βοηθήματα για βελτίωση λειτουργικότητας) ή διασύνδεση με κοινοτικές δομές. (γ) Η βέλτιστη αποτίμηση προγράμματος παρέμβασης πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον μια από τις παρακάτω ενέργειες: ενημέρωση ασθενούς/ φροντιστών, εκπαίδευση ασθενούς/φροντιστών, αποτίμηση αποτελεσματικότητας προγράμματος φροντίδας.
	8. Αποτελεσματικότητα	(α) Η βέλτιστη αποτίμηση προγράμματος παρέμβασης πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον μια από τις παρακάτω ενέργειες: ενημέρωση ασθενούς/ φροντιστών, εκπαίδευση ασθενούς/φροντιστών, αποτίμηση αποτελεσματικότητας προγράμματος φροντίδας.
9.Αποδοτικότητα της Π.Φ. (<i>Efficiency of PC</i>)	3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.	(α) Συστήνεται το Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι (Π.Β.Σ.) να έχει την απαιτούμενη ακτίνα δράσης, έτσι ώστε ο χρόνος μετάβασης του επαγγελματία υγείας/ιατρού στην οικία του ασθενή να μην υπερβαίνει τα 10 λεπτά. (β) Συστήνεται ο χρόνος πραγματικής φροντίδας (χωρίς το χρόνο μετάβασης από/προς την οικία) του ασθενή να μην υπερβαίνει τα 10 λεπτά για τον ιατρό και το νοσηλεύτη, τα 20 λεπτά για τον κοινωνικό λειτουργό και τα 60 λεπτά για τον οικογενειακό βοηθό.



Ευρωπαϊκή Ένωση

Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Παράρτημα III:

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΟΧΟΣ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ
----------------------	---------------	-------------------------	-------------------



www.ygeia-pronoia.gr

Με την
συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής
Ένωσης



www.espa.gr

• ΕΣ1: Η βελτίωση των δεξιοτήτων του στελεχιακού δυναμικού των φορέων ΠΦΥ και η ανάπτυξη των διοικητικών ικανοτήτων στην εφαρμογή του μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης των φορέων ΠΦΥ • ΕΣ2: Η αύξηση της δημόσιας προστιθέμενης αξίας μέσω της ενδυνάμωσης μιας κουλτούρας δικτύωσης των υγειονομικών δομών, η οποία θα εκμεταλλεύεται υφιστάμενα και νέα ηλεκτρονικά συστήματα εφαρμογών. • ΕΣ3: Η δημιουργία μιας ολοκληρωμένης αντίληψης για την έννοια της ποιότητας των ενιαίων διαδικασιών στην ΠΦΥ και την προστιθέμενη αξία της ενσωμάτωσης τους στην καθημερινότητα των φορέων . • ΕΣ4: Η αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρει η ΠΦΥ προς τους πολίτες και η εν γένει βελτίωση του περιβάλλοντος της ΠΦΥ μέσα στο οποίο αυτοί λειτουργούν και συναλλάσσονται. • ΕΣ5: Η δημιουργία συνεργατικών κοινοτήτων μάθησης και υποστήριξης των εκπαιδευομένων με τη μεθοδολογία της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης. • ΕΣ6: Η σύνδεση της καθημερινής εργασίας των στελεχών με τη φιλοσοφία της λειτουργικής διασύνδεσης φορέων ΠΦΥ με τις μονάδες υγείας με τη χρήση ενιαίων προτύπων ποιότητας – διαδικασιών	Υπεύθυνοι Φορέων ΠΦΥ	1. Νέες ανασχεδιασμένες διαδικασίες βάσει ερωτηματολογίων 2. Χρήση πληροφοριακών συστημάτων που λειτουργούν στο πλαίσιο εκσυγχρονισμού της λειτουργία της ΠΦΥ 3. Χρήση Ολοκληρωμένου Συστήματος Εκπαίδευσης και Τηλε-συνεργασίας –ΟΣΕΤ 4. Διαχείριση της αλλαγής - Μεταβίβαση της «κουλτούρας» της «δικτύωσης» των υγειονομικών δομών και των υπηρεσιών που αναπτύσσονται	<u>Υποσύστημα σύγχρονης τηλε-εκπαίδευσης προσφέρει:</u> • Πλατφόρμα εκπαίδευσης web Openmeetings <u>Υποσύστημα ασύγχρονης τηλε-εκπαίδευσης</u> • Πλατφόρμα Moodle
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΟΧΟΣ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

• ΕΣ3: Η δημιουργία μιας ολοκληρωμένης αντίληψης για την έννοια της ποιότητας των ενιαίων διαδικασιών στην ΠΦΥ και την προστιθέμενη αξία της ενσωμάτωσης τους στην καθημερινότητα των φορέων. • ΕΣ4: Η αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρει η ΠΦΥ προς τους πολίτες και η εν γένει βελτίωση του περιβάλλοντος της ΠΦΥ μέσα στο οποίο αυτοί λειτουργούν και συναλλάσσονται. • ΕΣ5: Η δημιουργία συνεργατικών κοινοτήτων μάθησης και υποστήριξης των εκπαιδευομένων με τη μεθοδολογία της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης.	Στελέχη Help-Desk αναδόχου	1. Νέες ανασχεδιασμένες διαδικασίες βάσει ερωτηματολογίων 2. Χρήση πληροφοριακών συστημάτων που λειτουργούν στο πλαίσιο εκσυγχρονισμού της λειτουργία της ΠΦΥ 3. Χρήση Ολοκληρωμένου Συστήματος Εκπαίδευσης και Τηλε-συνεργασίας –ΟΣΕΤ	<u>Υποσύστημα σύγχρονης τηλε-εκπαίδευσης προσφέρει:</u> • Πλατφόρμα εκπαίδευσης web Openmeetings <u>Υποσύστημα ασύγχρονης τηλε-εκπαίδευσης</u> • Πλατφόρμα Moodle
• ΕΣ3: Η δημιουργία μιας ολοκληρωμένης αντίληψης για την έννοια της ποιότητας των ενιαίων διαδικασιών στην ΠΦΥ και την προστιθέμενη αξία της ενσωμάτωσης τους στην καθημερινότητα των φορέων . • ΕΣ4: Η αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρει η ΠΦΥ προς τους πολίτες και η εν γένει βελτίωση του περιβάλλοντος της ΠΦΥ μέσα στο οποίο αυτοί λειτουργούν και συναλλάσσονται. • ΕΣ5: Η δημιουργία συνεργατικών κοινοτήτων μάθησης και υποστήριξης των εκπαιδευομένων με τη μεθοδολογία της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης.	Επιμορφωτές - Συντονιστές Προγραμμάτων Τηλε-εκπαίδευσης Αναδόχου	5. Νέες ανασχεδιασμένες διαδικασίες βάσει ερωτηματολογίων 6. Χρήση πληροφοριακών συστημάτων που λειτουργούν στο πλαίσιο εκσυγχρονισμού της λειτουργία της ΠΦΥ 7. Χρήση Ολοκληρωμένου Συστήματος Εκπαίδευσης και Τηλε-συνεργασίας –ΟΣΕΤ	<u>Υποσύστημα σύγχρονης τηλε-εκπαίδευσης προσφέρει:</u> • Πλατφόρμα εκπαίδευσης web Openmeetings <u>Υποσύστημα ασύγχρονης τηλε-εκπαίδευσης</u> • Πλατφόρμα Moodle
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΟΧΟΣ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

• ΕΣ1: Η βελτίωση των δεξιοτήτων του στελεχιακού δυναμικού των φορέων ΠΦΥ και η ανάπτυξη των διοικητικών ικανοτήτων στην εφαρμογή του μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης των φορέων ΠΦΥ • ΕΣ2: Η αύξηση της δημόσιας προστιθέμενης αξίας μέσω της ενδυνάμωσης μιας κουλτούρας δικτύωσης των υγειονομικών δομών, η οποία θα εκμεταλλεύεται υφιστάμενα και νέα ηλεκτρονικά συστήματα εφαρμογών. • ΕΣ3: Η δημιουργία μιας ολοκληρωμένης αντίληψης για την έννοια της ποιότητας των ενιαίων διαδικασιών στην ΠΦΥ και την προστιθέμενη αξία της ενσωμάτωσης τους στην καθημερινότητα των φορέων. • ΕΣ4: Η αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρει η ΠΦΥ προς τους πολίτες και η εν γένει βελτίωση του περιβάλλοντος της ΠΦΥ μέσα στο οποίο αυτοί λειτουργούν και συναλλάσσονται. • ΕΣ5: Η δημιουργία συνεργατικών κοινοτήτων μάθησης και υποστήριξης των εκπαιδευομένων με τη μεθοδολογία της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης. • ΕΣ6: Η σύνδεση της καθημερινής εργασίας των στελεχών με τη φιλοσοφία της λειτουργικής διασύνδεσης φορέων ΠΦΥ με τις μονάδες υγείας με τη χρήση ενιαίων προτύπων ποιότητας – διαδικασιών	Στελέχη της Αναθέτουσας Αρχής	1. Νέες ανασχεδιασμένες διαδικασίες βάσει ερωτηματολογίων 2. Χρήση πληροφοριακών συστημάτων που λειτουργούν στο πλαίσιο εκσυγχρονισμού της λειτουργία της ΠΦΥ 3. Χρήση Ολοκληρωμένου Συστήματος Εκπαίδευσης και Τηλε-συνεργασίας –ΟΣΕΤ 4. Διαχείριση της αλλαγής - Μεταβίβαση της «κουλτούρας» της «δικτύωσης» των υγειονομικών δομών και των υπηρεσιών που αναπτύσσονται	<u>Υποσύστημα σύγχρονης τηλε-εκπαίδευσης προσφέρει:</u> • Πλατφόρμα εκπαίδευσης web Openmeetings <u>Υποσύστημα ασύγχρονης τηλε-εκπαίδευσης</u> • Πλατφόρμα Moodle
--	---	--	---