



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

### **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**Επανασχεδιασμός της διαδικασίας πρόσβασης στο Τμήμα  
Εξωτερικών Ασθενών Φυσιοθεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου  
Λευκωσίας και εφαρμογή συστήματος διαχείρισης  
των παραπεμπτικών.**

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ**

Τρίς Νικολαΐδου Ρούσου

**ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ**

Μάμας Θεοδώρου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ, 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ....	11
Η ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΣΗΜΕΡΙΝΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	11
1.1. Η φύση της φυσιοθεραπείας .....	12
1.2. Που παρέχεται η φυσιοθεραπεία .....	12
1.3. Ο ρόλος της Φυσιοθεραπείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας .....	13
1.4. Το είδος των περιστατικών που καλύπτονται στα τμήματα εξωτερικών ασθενών φυσιοθεραπείας.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	16
Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	16
2.1. Λίστες αναμονής.....	18
2.2. Πρόσβαση και οργάνωση της παροχής φυσιοθεραπείας.....	19
2.3. Τρόποι βελτίωσης της πρόσβασης.....	20
2.3.1 Σύστημα διαλογής.....	21
2.3.2 Χρήση εξειδικευμένων φυσιοθεραπευτών .....	22
2.3.3 Τηλεφωνική εξυπηρέτηση ασθενών .....	22
2.3.4. Αξιολόγηση, παροχή συμβουλών και απόλυση σε μία συνεδρία.....	23
2.3.5. Ελεύθερη πρόσβαση ασθενών .....	23
2.3.6. Πρόσβαση με διευρυμένη δυνατότητα επιλογής ραντεβού.....	24
2.3.7. Απευθείας πρόσβαση με-αυτοπαραπομπή του ασθενή .....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	26
Η ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ.....	26
3.1. Οι υπηρεσίες φυσιοθεραπείας.....	27
3.2. Υπηρεσίες φυσιοθεραπείας προς εξωτερικούς ασθενείς.....	28
3.2.1. Το πρόβλημα.....	29
3.2.2. Επανασχεδιασμός της διαδικασίας πρόσβασης -Προετοιμασία αλλαγής- .....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	33
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	33
4.1. Τόπος διεξαγωγής και αντικείμενο της έρευνας.....	34
4.1.1. Διαδικασία αξιολόγησης και διαλογής ασθενών .....	35
4.2. Σχεδιασμός και εργαλεία μέτρησης.....	36
4.2.1. Το Ερωτηματολόγιο.....	37
4.2.2. Εργαλείο αξιολόγησης φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης από φυσιοθεραπευτές.....	39
4.2.3. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των υπηρεσιών φυσιοθεραπείας από τους ασθενείς ..	40
4.2.4. Συνεντεύξεις φυσιοθεραπευτών.....	41
4.2.5. Διαδικασία και χρόνος συμπλήρωσης των εργαλείων.....	41
4.3. Το δείγμα .....	42
4.3.1. Πιλοτική εφαρμογή.....	42
4.3.2. Περιορισμοί .....	43
4.4. Στατιστική ανάλυση.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	45
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	45
5.1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών ΠΠΔ και ΜΠΔ.....	46
5.1.1. Κατανομή φύλου.....	46
5.1.2. Ηλικιακή κατανομή .....	47
5.1.3. Κατάσταση υγείας.....	48
5.1.4. Σοβαρότητα κατάστασης (καθοριζόμενη από φυσιοθεραπευτή) .....	50
5.1.5. Διάρκεια συμπτωμάτων .....	51

5.1.6. Είδος παραπεμπτικού.....	52
5.1.7. Επαγγελματική κατάσταση.....	53
5.2. Χρόνος Αναμονής για φυσιοθεραπεία.....	54
5.3. Δεδομένα που αφορούν τους ασθενείς κατά την «απόλυσή» τους.....	55
5.3.1. Λόγος απόλυσης.....	55
5.3.2. Αριθμός συνεδριών.....	56
5.3.3. Αποτέλεσμα-βαθμός επιτυχίας στόχων φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης.....	57
5.3.4. Εργαστηριακές εξετάσεις-φάρμακα.....	58
5.3.5. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας με την Οπτική Αναλογική Κλίμακα VAS ....	59
5.3.6. Αποτελέσματα εργαλείου EQ-5D.....	60
5.4. Συσχετίσεις προ και μετά την παρέμβαση.....	60
5.4.1. Βαθμός σοβαρότητας σε σχέση με τον χρόνο αναμονής για θεραπεία.....	60
5.4.2. Διάρκεια συμπτωμάτων σε σχέση με χρόνο αναμονής.....	61
5.4.3. Διάρκεια συμπτωμάτων σε σχέση με αριθμό συνεδριών.....	63
5.4.4. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των υπηρεσιών φυσιοθεραπείας από τους ασθενείς..	65
5.4.5. Αποτελέσματα συνεντεύξεων φυσιοθεραπευτών- πριν από τη παρέμβαση.....	68
5.6.6. Αποτελέσματα συνεντεύξεων φυσιοθεραπευτών- μετά την παρέμβαση.....	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	71
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	71
ΓΛΩΣΣΑΡΙΟ.....	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	88
ΜΕΡΟΣ Α΄ ΠΙΝΑΚΕΣ.....	89
ΜΕΡΟΣ Β΄ ΕΝΤΥΠΑ.....	93
ΜΕΡΟΣ Γ΄ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	105

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστίες οφείλω στις συναδέλφους Αλεξία Δημητριάδου, Χρυστάλλα Πιερή και Αθηνά Πασιτίδου για την όλη συνεργασία τους, τις πολύτιμες πληροφορίες και σχόλια τους στο στάδιο του σχεδιασμού και μετά την εφαρμογή της παρέμβασης αλλά και για τη σημαντική συμβολή τους στην εφαρμογή της παρέμβασης. Σε όλους τους συναδέλφους των εξωτερικών ασθενών που συνεργάστηκαν για την εφαρμογή της παρέμβασης. Ιδιαίτερες ευχαριστίες στην Έλενα Καστελλανή, η οποία πέτυχε, με σωστή κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων, να διασφαλίσει τη συμπλήρωση τους από όλους τους συναδέλφους. Χωρίς τη βοήθεια της δεν θα υπήρχε τόσο καλή ανταπόκριση, ιδιαίτερα στη συμπλήρωση των πεδίων που αφορούσαν την κατάσταση του ασθενή μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας του, η οποία γινόταν αρκετές μέρες μετά την πρώτη επαφή του ασθενή με το τμήμα. Πολύ ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω επίσης στην Αφροδίτη Τσαβουρέλου για το χρόνο που διέθεσε διαβάζοντας τα προσχέδια των κειμένων μου, για τα εποικοδομητικά της σχόλια στην διατύπωση τους αλλά και γενικά την πολύ χρήσιμη κριτική της. Στον επιβλέποντα καθηγητή μου κόν Μάμα Θεοδώρου για τις πολύ εποικοδομητικές διαφωνίες που είχε μαζί μου και τις χρήσιμες εισηγήσεις τόσο για την δομή αλλά και τη διατύπωση των κειμένων και γενικά την στήριξη που μου παρείχε.

Τέλος στα παιδιά μου οφείλω πολλές ευχαριστίες που με ανέχτηκαν όλο αυτό τον καιρό και από τη φροντίδα των οποίων έκλεψα χρόνο για να φέρω σε πέρας την διατριβή μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών στο τμήμα εξωτερικών ασθενών φυσιοθεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας είχε ως αποτέλεσμα η λίστα αναμονής κατά το 2008 να έχει ξεπεράσει τους τρεις μήνες. Το προσωπικό ανέφερε ότι εργαζόταν κάτω από μεγάλη πίεση και στρες στην προσπάθεια του ν' ανταποκριθεί στην αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών. Η ανεπάρκεια των πόρων και οι περιορισμοί που υπάρχουν στο δημόσιο τομέα, στην εξασφάλιση επιπλέον προσωπικού επιβάλλουν την αναζήτηση εναλλακτικών οργανωτικών προτύπων ικανοποίησης της ζήτησης.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα συγκεκριμένης διοικητικής παρέμβασης, στη διαχείριση των παραπεμπτικών και της αυξημένης ζήτησης, στο τμήμα εξωτερικών ασθενών φυσιοθεραπείας, χωρίς αύξηση των πόρων ή τροποποίηση των φυσιοθεραπευτικών παρεμβάσεων. Ο επανασχεδιασμός της διαδικασίας πρόσβασης και η εφαρμογή σειράς οργανωτικών και λειτουργικών μέτρων μεταξύ των οποίων και το σύστημα διαλογής, είχε ως κύριο στόχο τη μείωση της λίστας αναμονής. Το νέο σύστημα που εφαρμόστηκε συγκρίθηκε με τον προηγούμενο τρόπο λειτουργίας του τμήματος για περίοδο 5 εβδομάδων. Η αποτύπωση των επιπτώσεων της παρέμβασης έγινε με τη χρήση διαφόρων ερευνητικών εργαλείων. Τα εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν τόσο για την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών όσο και για την διαπίστωση της άποψης των ασθενών και των φυσιοθεραπευτών για την προ και μετά την παρέμβαση κατάσταση.

Τα κύρια αποτελέσματα ήταν η στατιστικά σημαντική μείωση του μέσου χρόνου αναμονής μετά την παρέμβαση από 20,88 ημέρες σε 3,49 και του μέσου αριθμού των συνεδριών από 4,96 ανά ασθενή σε 3,58. Επιπλέον το 76% των ασθενών εξυπηρετήθηκε εντός πέντε ημερών, ένα πολύ σημαντικό αποτέλεσμα έχοντας υπόψη ότι η έγκαιρη παροχή θεραπείας στα μυοσκελετικά περιστατικά έχει καλύτερα αποτελέσματα. Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι η παρέμβαση δεν είχε αρνητικές συνέπειες στην κατάσταση της υγείας των ασθενών όπως μετρήθηκε με τα εργαλεία VAS και EQ-5D. Τέλος οι ασθενείς και στα δύο δείγματα παρουσιάστηκαν εξίσου ευχαριστημένοι για τις υπηρεσίες που δέχτηκαν και τα σχόλια των φυσιοθεραπευτών για το νέο σύστημα διαχείρισης των παραπεμπτικών ήταν πολύ θετικά.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η μείωση του χρόνου αναμονής είναι εφικτή χωρίς την αύξηση των πόρων και ότι το οργανωτικό πλαίσιο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αποδοτικότητα της υπηρεσίας και στη ικανοποίηση των ασθενών και εργαζομένων. Σε κάθε περίπτωση η εφαρμογή μιας τέτοιας παρέμβασης απαιτεί καλή προετοιμασία, και εκπαίδευση του προσωπικού. Η δε αποτελεσματικότητά της εξαρτάται πολύ από τη δέσμευση του προσωπικού στην τήρηση των μέτρων που προτείνονται γι αυτό χρειάζεται αυστηρή επιτήρηση και έλεγχος.

## ABSTRACT

The waiting list in the outpatient physiotherapy department at the Nicosia General Hospital in 2008 exceeded three months. Staff reported having to work under great pressure and stress trying to cope with the demand. The scarcity of the resources and the difficulties faced in the public sector in appointing additional staff members are well recognized. These difficulties create the need to seek alternative methods of service delivery to improve patient access and manage the excess demand.

The purpose of this study is to investigate the effectiveness of a specific managerial intervention to manage referrals and high demand of physiotherapy services. The redesigning of the access procedure and the introduction of organizational and operational measures, including a triage system, are aiming to reduce the waiting list without the need to increase staff numbers or modifying the physiotherapy interventions. The new patient management system was introduced and compared to the existing system over a five-week period. A series of outcome measures were used to assess the impact of the intervention. Demographic and clinical data were collected relating to two samples the pre and post intervention, using a standardized questionnaire. Subjective and objective measures were used to assess the patients' health status. Moreover a patients' feedback questionnaire was used to ascertain their views on the quality of the service provided. Lastly staff views were recorded during personal interviews.

The main findings of the present study have demonstrated a significant reduction in average waiting time from 20,88 days to 3,49 as well as fewer average number of physiotherapy visits which were reduced from 4,96 to 3,58. In addition 76% of the new referrals were seen within five days a very important finding considering that early intervention has better results in musculoskeletal cases. All the above occurred without any significant change in VAS score or EQ-5D scores of patients' symptoms. In addition patients were satisfied with the service provided and staff reports were very positive.

In conclusion the results suggest that reducing waiting list is feasible without additional human resources and that a more efficient patient management system could improve access and service delivery. It must be stressed though that before introducing such measures to other physiotherapy departments, a thorough preparation is needed. The key success issue relates with a total commitment from all staff involved, to comply with agreed ruling, which in fact needs a strict monitoring system in place.

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το τμήμα φυσιοθεραπείας, διαστάσεις του οποίου πραγματεύεται η παρούσα διατριβή, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας. Λειτουργήσε για πρώτη φορά το 1951 στο παλαιό νοσοκομείο Λευκωσίας. Η ανάγκη για τη δημιουργία του τμήματος προέκυψε κατά την επιδημία πολιομυελίτιδας στην Κύπρο οπότε και μεγάλος αριθμός ατόμων, κυρίως παιδιά, προσβλήθηκαν από τη νόσο αυτή. Αρχικά το τμήμα στελεχωνόταν από Αγγλίδες Φυσιοθεραπεύτριες, οι οποίες εργοδοτούνταν με διετή συμβόλαια. Στη συνέχεια, τις Αγγλίδες αντικατέστησαν Κύπριες φυσιοθεραπεύτριες οι οποίες αποφοίτησαν μετά το 1960 από σχολές του Ηνωμένου Βασιλείου.

Η οργάνωση του Τμήματος φυσιοθεραπείας και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών συμβαδίζει διαχρονικά με τις δραστηριότητες και τον τρόπο λειτουργίας του υπόλοιπου νοσοκομείου αλλά και με τις εκάστοτε απαιτήσεις της υγειονομικής φροντίδας. Σε γενικές γραμμές, ο στόχος του τμήματος είναι να παρέχει, στους ασθενείς/πελάτες του, υψηλού επιπέδου, ποσοτικά και ποιοτικά, υπηρεσίες φυσιοθεραπείας. Σήμερα το τμήμα φυσιοθεραπείας στο νέο γενικό νοσοκομείο στελεχώνεται από προσοντούχους εγγεγραμμένους φυσιοθεραπευτές, οι οποίοι έχουν εξειδικευτεί σε διάφορους τομείς και ταυτοχρόνως επιμορφώνονται συνεχώς πάνω στα νέα επιστημονικά δεδομένα της φυσιοθεραπείας. Αποτέλεσμα είναι να προσφέρεται ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών σε εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς που προσέρχονται ή παραπέμπονται καθημερινά στο τμήμα. Γίνεται δε προσπάθεια, οι υπηρεσίες αυτές να παρέχονται σε ένα ασφαλές και σύγχρονο περιβάλλον, το οποίο συμβάλλει συν τοις άλλοις και στη συνεχή ανάπτυξη του προσωπικού.

Γενικά, η φυσιοθεραπεία στοχεύει στην ανάπτυξη, διατήρηση και αποκατάσταση της μέγιστης δυνατής λειτουργικής ικανότητας των ατόμων, όταν αυτή πλήττεται από τη γήρανση, κάποιο τραυματισμό ή ασθένεια. Οι παρεμβάσεις γίνονται με τη χρήση σύγχρονων μεθόδων και ηλεκτροφυσικών μέσων όπως τεχνικές χειρισμών, κινητοποίησης αρθρώσεων κ.α. Η φυσιοθεραπεία έχει επίσης, ένα σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας και γενικότερα της ευημερίας του πληθυσμού, προσφέροντας εκπαιδευτικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες για υιοθέτηση της σωστής στάσης και κίνησης, τη διευκόλυνση των καθημερινών δραστηριοτήτων και την αυτοεξυπηρέτηση. Υπηρεσίες φυσιοθεραπείας παρέχονται σε εσωτερικούς ασθενείς που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία, σε εξωτερικούς ασθενείς που προσέρχονται στα τμήματα φυσιοθεραπείας και συγκεκριμένες υπηρεσίες στην κοινότητα και κατ' οίκον. Οι υπηρεσίες προς εξωτερικούς ασθενείς εντάσσονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η φυσιοθεραπεία, όπως και οι υπόλοιπες υπηρεσίες

πρωτοβάθμιας φροντίδας, καλείται να λειτουργεί ως «ηθμός» του συστήματος, αντιμετωπίζοντας εν τη γενέσει τους μυοσκελετικά προβλήματα και δυσλειτουργίες, λειτουργικούς περιορισμούς και αναπηρίες. Έτσι αποφεύγονται ή περιορίζονται πιο επεμβατικές, ως εκ τούτου και πιο δαπανηρές, θεραπευτικές μέθοδοι. Η φυσιοθεραπεία εξωτερικών ασθενών, δηλαδή, συνεισφέρει στην επίτευξη ενός πολύ σημαντικού στόχου της πρωτοβάθμιας φροντίδας, την έγκαιρη αντιμετώπιση προβλημάτων, πριν αυτά επιδεινωθούν και απαιτήσουν άλλου είδους παρεμβάσεις με νοσηλεία σε νοσοκομειακό περιβάλλον

Η αύξηση των μυοσκελετικών παθήσεων στον πληθυσμό, το κοινωνικό και οικονομικό κόστος που έχουν και ο ρόλος που έχει αποκτήσει η φυσιοθεραπεία τα τελευταία χρόνια στην πρόληψη και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους, αυξάνουν συνεχώς τη ζήτηση των υπηρεσιών της. Το γεγονός αυτό συνέβαλε στη δημιουργία λιστών αναμονής στα τμήματα φυσιοθεραπείας των δημόσιων νοσοκομείων. Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι λίστες αναμονής σε όλα τα επίπεδα της υγειονομικής φροντίδας επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα και αποτελεσματικότητα της προσφερόμενης υπηρεσίας καθώς και το βαθμό ικανοποίησης του ασθενή. Ειδικότερα, όμως, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η καθυστέρηση στην παροχή θεραπείας δημιουργεί αλυσιδωτές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών και αύξηση των δαπανών υγείας. Για παράδειγμα η καθυστέρηση στην παροχή φυσιοθεραπείας στα οξέα μυοσκελετικά περιστατικά, για τα οποία συχνά είναι η πρότερη θεραπεία, αυξάνει τον χρόνο αποκατάστασης τους και συντείνει στη δημιουργία χρόνιων καταστάσεων.

Γι αυτό, για να είναι η φυσιοθεραπεία αποτελεσματική πρέπει να παρέχεται την ώρα που είναι αναγκαία για τον ασθενή, γεγονός που απαιτεί ανάλογη ανταπόκριση των υπηρεσιών. Στην επίτευξη του στόχου αυτού εκτός από την ύπαρξη των αναγκαίων πόρων σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το οργανωτικό πλαίσιο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών φυσιοθεραπείας. Το πλαίσιο αυτό θα πρέπει να διαμορφώνεται έτσι ώστε σε συνδυασμό με την απαιτούμενη αύξηση των πόρων να υπάρχει η ανάλογη ανταπόκριση των υπηρεσιών στις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις των ασθενών και τις ραγδαίες εξελίξεις στον τομέα της φυσιοθεραπείας. Όταν όμως ο αριθμός των ασθενών που παραπέμπονται είναι δυσανάλογα μεγάλος σε σχέση με την ανταποκρισιμότητα, εκ των πραγμάτων οι ασθενείς εξυπηρετούνται ετεροχρονισμένα.

Το 2008 η λίστα αναμονής στο τμήμα εξωτερικών ασθενών φυσιοθεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας προσέγγιζε τους τρεις μήνες. Η σημαντική αυτή καθυστέρηση στην παροχή θεραπείας στα άτομα που τη χρειάζονταν, εκτός των αλυσιδωτών επιπτώσεων στην υγεία τους και την αύξηση των δαπανών υγείας, προκαλεί ένταση και στρες στο

προσωπικό λόγω επίμονης απαίτησης των ασθενών και του περιβάλλοντός τους για εξασφάλιση φροντίδας. Επιπλέον, υπήρχαν ερωτηματικά κατά πόσο η διαδικασία καθορισμού προτεραιότητας στη θεραπεία γινόταν σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες του ασθενή.

Μέσα στο πλαίσιο αυτό, σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε συγκεκριμένη διοικητική παρέμβαση στο τμήμα εξωτερικών ασθενών φυσιοθεραπείας. Η παρέμβαση αυτή περιελάμβανε εφαρμογή νέας διαδικασίας πρόσβασης με άμεση αξιολόγηση και διαλογή των ασθενών. Η διαλογή γινόταν στη βάση κοινών κριτηρίων με στόχο την κατηγοριοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης των ασθενών, για καθορισμό προτεραιότητας. Η παρούσα μελέτη, αποσκοπεί στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της συγκεκριμένης οργανωτικής παρέμβασης στη βάση των ακόλουθων παραμέτρων/ μεταβλητών:

- I. μείωση του χρόνου αναμονής,
- II. καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών και
- III. μείωση του στρες και της πίεσης που βιώνει το προσωπικό.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Η ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΣΗΜΕΡΙΝΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1. Η φύση της φυσιοθεραπείας

Η φυσιοθεραπεία, σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιας Συνομοσπονδίας Φυσιοθεραπευτών WCPT [1], είναι ένας επιστημονικός κλάδος στον τομέα της υγείας που ασχολείται με την κίνηση και τη λειτουργικότητα του ανθρώπινου σώματος. Ειδικότερα, στοχεύει στην πρόληψη, βελτίωση και αποκατάσταση παθολογικών καταστάσεων, συγγενών και επίκτητων, καθώς και τραυματικών βλαβών που προκαλούν διαταραχές στο σκελετικό, μυϊκό, νευρικό, αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα. Η άσκησή της χαρακτηρίζεται από τη χρήση φυσικών προσεγγίσεων όπως θεραπευτικούς χειρισμούς, θεραπευτικές ασκήσεις και ηλεκτροφυσικά μέσα θεραπείας. Οι παρεμβάσεις αυτές εφαρμόζονται ανάλογα με τα δεδομένα της υγείας και τις ανάγκες του κάθε ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες σε κάθε περίπτωση.

Η διαδικασία για την εφαρμογή φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης ακολουθεί συγκεκριμένη πορεία. Περιλαμβάνει, αρχικά, αξιολόγηση με λήψη ιστορικού, και χρήση συγκεκριμένων δοκιμασιών και εργαλείων αξιολόγησης. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης οδηγούν στη φυσιοθεραπευτική διάγνωση, η οποία προσδιορίζει υπαρκτές ή πιθανές δυσλειτουργίες, λειτουργικούς περιορισμούς και αναπηρίες. Η διαδικασία που ακολουθείται στη συνέχεια περιλαμβάνει μια προσέγγιση επίλυσης προβλημάτων, καθορισμού στόχων, αναθεώρησης και επαναξιολόγησης για την επίτευξη των στόχων. Οι στόχοι πάντα καθορίζονται σε συνεργασία με τους ασθενείς. Η εκπαίδευση των ασθενών, των οικογενειών τους και του κοινού γενικά, αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης ειδικά στον τομέα της αποκατάστασης και της πρόληψης. Κατά την εκτέλεση της διαδικασίας που προαναφέρθηκε οι φυσιοθεραπευτές τηρούν μία ολιστική προσέγγιση του ατόμου [2].

Η φυσιοθεραπεία κατέχει ένα ουσιαστικό μέρος στην πυραμίδα της υγείας, προσφέροντας υπηρεσίες για τη θεραπεία οξέων και χρόνιων καταστάσεων στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι φυσιοθεραπευτές ασκούν το επάγγελμα ανεξάρτητα από άλλους παροχείς υπηρεσιών υγείας αλλά και ως μέλη διεπιστημονικών ομάδων. Μαζί με τους γιατρούς, νοσηλευτές, και άλλους επαγγελματίες υγείας οι φυσιοθεραπευτές αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα περιστατικών που περιλαμβάνει μυοσκελετικά, νευρολογικά και καρδιοαναπνευστικά, σε ασθενείς όλων των ηλικιών[1, 3].

### 1.2. Που παρέχεται η φυσιοθεραπεία

Οι υπηρεσίες φυσιοθεραπείας παρέχονται σε διάφορες δομές και χώρους. Οι κύριες δομές όπου παρέχεται θεραπεία και αποκατάσταση είναι τα νοσηλευτικά ιδρύματα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, τα κέντρα αποκατάστασης και τα κέντρα υγείας. Υπηρεσίες

φυσιοθεραπείας προσφέρονται επίσης σε κοινοτικές δομές όπως είναι τα ιδρύματα και κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων, αθλητικά σωματεία και κέντρα αθλητισμού, υδροθεραπευτήρια, κέντρα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, ιδιωτικά φυσιοθεραπευτήρια και κατ' οίκον. Τέλος υπηρεσίες φυσιοθεραπείας προσφέρονται σε εκπαιδευτικά και ερευνητικά κέντρα [1, 3].

Σημαντικός, όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι ο ρόλος της φυσιοθεραπείας στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Στον υγιή, δηλαδή, πληθυσμό η φυσιοθεραπεία προσφέρει τις εξειδικευμένες υπηρεσίες της για διατήρηση της υγείας μέσω καθοδήγησης και εκπαίδευσης του ατόμου με στόχο την προαγωγή ενός δραστήριου τρόπου ζωής, καθώς και άλλων στρατηγικών πρόληψης. Οι δομές όπου γίνονται τέτοιες παρεμβάσεις είναι τα κέντρα υγείας, τα γυμναστήρια, τα σχολεία, οι εργασιακοί χώροι, και τα αθλητικά κέντρα [1].

### 1.3. Ο ρόλος της Φυσιοθεραπείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η αντιμετώπιση των καταστάσεων υγείας που έχει επιφέρει η αλλαγή στον τρόπο ζωής και ιδιαίτερα η έλλειψη άσκησης απαιτεί υιοθέτηση, από τα άτομα και την κοινωνία γενικά, ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής [4]. Στην επίτευξη του στόχου αυτού σημαντική είναι η συμβολή όλων των επαγγελματιών υγείας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας [5]. Το επιστημονικό υπόβαθρο των φυσιοθεραπευτών και η αντίληψη που έχουν για τη σημασία των ευρύτερων προσδιοριστών της υγείας και της επίδρασής τους στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, τους επιτρέπει να συνεισφέρουν σημαντικά σε όλα τα επίπεδα της πρόληψης. Η συνεισφορά τους δεν περιορίζεται στην τριτογενή πρόληψη, όπου παρείχαν υπηρεσίες μέχρι τώρα. Σημαντικές υπηρεσίες προσφέρουν επίσης και στην πρωτογενή και τη δευτερογενή πρόληψη [6-8].

Ο ρόλος της φυσιοθεραπείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παραδοσιακά βασιζόταν στο «βιοϊατρικό μοντέλο» [2, 9]. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η πρόβλεψη στη φυσιοθεραπεία απαιτεί παραπεμπτικό ιατρού [10]. Όμως εδώ και χρόνια ο ρόλος αυτός έχει διευρυνθεί, ιδιαίτερα σε τομείς όπως αυτούς της αξιολόγησης και θεραπείας μυοσκελετικών περιστατικών, όπου η φυσιοθεραπεία έχει αναπτύξει μία εξειδίκευση μεγαλύτερη από άλλες ειδικότητες [11]. Έχει φανεί ότι μέσω των φυσιοθεραπευτών παρέχεται ταχύτερα η φροντίδα σε σχέση με την παραδοσιακή οδό και δυνατόν να υπάρξει μείωση του νοσοκομειακού κόστους [12]. Διεθνή παραδείγματα του διευρυμένου ρόλου των φυσιοθεραπευτών, περιλαμβάνουν το μοντέλο του Αμερικάνου στρατού, το Ευρωπαϊκό μοντέλο του συμβούλου πρωτοβάθμιας φροντίδας και αυτό της ιδιωτικής βιομηχανίας. Το όφελος της διεύρυνσης

αυτής στους ασθενείς και το σύστημα υγείας έχει τεκμηριωθεί με διάφορες έρευνες [6, 13-16].

Ο ρόλος των φυσιοθεραπευτών στον αμερικάνικο στρατό έχει διευρυνθεί από τον καιρό του πολέμου στο Βιετνάμ. Αυτό έγινε ως αποτέλεσμα της ανάγκης για υποστήριξη των ορθοπεδικών χειρουργών οι οποίοι δε μπορούσαν να αντεπεξέλθουν στις μη χειρουργικές ανάγκες που προέκυπταν κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους [14]. Οι παρεμβάσεις των φυσιοθεραπευτών είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής για θεραπεία και την πιο γρήγορη ανάληψη καθηκόντων από τους στρατιώτες [13]. Ο ρόλος αυτός ισχύει μέχρι σήμερα.

Οι φυσιοθεραπευτές έχουν επίσης πρόσφατα αξιοποιηθεί ως σύμβουλοι και ειδικοί στη διαλογή μυοσκελετικών περιστατικών τόσο στο Ηνωμένο Βασίλειο όσο και στις Κάτω Χώρες. Οι Hattam and Smeatham το 1999 βρήκαν ότι η διαχείριση της πλειονότητας των ασθενών στις λίστες αναμονής των ορθοπεδικών θα μπορούσε να γίνει από φυσιοθεραπευτές με εκτεταμένη εμπειρία στις μυοσκελετικές παθήσεις [17]. Μάλιστα οι Daker-White και συνεργάτες, το 1999, κατέληξαν ότι οι φυσιοθεραπευτές με εξειδίκευση στην αντιμετώπιση ορθοπεδικών περιστατικών ήταν εξίσου αποτελεσματικοί με τους ορθοπεδικούς που μόλις είχαν τελειώσει την ειδικότητά τους, όσον αφορά την αρχική αξιολόγηση και τη διαχείριση των νέων περιστατικών [18]. Επίσης οι φυσιοθεραπευτές φάνηκε να δημιουργούν λιγότερες έμμεσες δαπάνες στο νοσοκομείο. Σε αντίστοιχα συμπεράσματα κατέληξαν και οι Jibuike και συνεργάτες, το 2003, όταν διερεύνησαν την αποδοτικότητα συστήματος στο οποίο οι φυσιοθεραπευτές αξιολογούσαν άτομα με τραυματισμό μαλακών μορίων στο γόνατο σε τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών [19]. Ο συμβουλευτικός ρόλος των φυσιοθεραπευτών σε έρευνα των Hendriks και συνεργάτες, το 2003, εκτιμήθηκε ιδιαίτερα από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έγινε αιτία ν' αλλάξει ο τρόπος διαχείρισης του 50% των περιστατικών τους [20].

Τέλος η φυσιοθεραπεία στους χώρους εργασίας ιδιαίτερα στην ιδιωτική βιομηχανία έχει φανεί ότι μπορεί να ελαττώσει τον αριθμό των αδειών ασθενείας μέχρι και 60% [21]. Ενώ έχει επίσης καταγραφεί σαν συνέπεια της φυσιοθεραπείας μείωση των συνολικών ιατρικών εξόδων και των αποζημιώσεων. Η φυσιοθεραπεία στον τομέα αυτό εκτός από τις παραδοσιακές πρακτικές και την εργονομική αξιολόγηση του χώρου εργασίας περιλαμβάνει και εφαρμογή στρατηγικών για μείωση τραυματισμών [22, 23].

#### 1.4. Το είδος των περιστατικών που καλύπτονται στα τμήματα εξωτερικών ασθενών φυσιοθεραπείας

Στο έγγραφο “Musculoskeletal Services Framework MSF ” του Υπουργείου Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου [23], αναφέρεται ότι οι μυοσκελετικές παθήσεις αποτελούν τον κύριο όγκο περιστατικών που αντιμετωπίζουν οι φυσιοθεραπευτές στα τμήματα εξωτερικών ασθενών των νοσοκομείων. Σ’ αυτές περιλαμβάνονται οι αρθρίτιδες, η οσφυαλγία, οι τραυματικές βλάβες (κατάγματα, τραυματισμοί μαλακών μορίων κλπ) και καταστάσεις που προκαλούνται από γενετικές και αναπτυξιακές ανωμαλίες. Οι καταστάσεις αυτές προκαλούν πόνο, δυσλειτουργία και διάφορες αναπηρίες σε ενήλικες και παιδιά, τα οποία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους και συνδέονται με σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος [15]. Ενδεικτικές είναι οι πληροφορίες στο έγγραφο MSF, οι οποίες αναφέρουν ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο οι ασθενείς με μυοσκελετικές παθήσεις αποτελούν τη δεύτερη μεγαλύτερη κατηγορία λήψης επιδομάτων ανικανότητας, αρκετοί από τους οποίους έχει αναγνωριστεί ότι δεν είχαν λάβει έγκαιρα την απαραίτητη φροντίδα και υποστήριξη.

Η έκταση των μυοσκελετικών παθήσεων στον πληθυσμό της Ευρώπης έχει μελετηθεί στα πλαίσια του προγράμματος “bone & joint strategic project”, μια συνεργασία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για αντιμετώπιση των επιπτώσεων των μυοσκελετικών παθήσεων. Οι έρευνες του προγράμματος αυτού αναφέρουν ότι, ένα τέταρτο σχεδόν των ενηλίκων στην Ευρώπη αντιμετωπίζει χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα τα οποία επηρεάζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες [24]. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι, το 30% των επισκέψεων στους γενικούς ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελούν τα μυοσκελετικά περιστατικά, και 60% των μακρόχρονων αδειών ασθενείας έχουν αυτή την αιτία. Ενδεικτικό της έκτασης των μυοσκελετικών παθήσεων στον πληθυσμό είναι το εύρημα του συγκεκριμένου προγράμματος που αναδεικνύει ότι το 80% του πληθυσμού αναφέρει οσφυαλγία σε κάποια φάση της ζωής τους. Πολυάριθμες έρευνες έχουν καταδείξει την αποτελεσματικότητα της φυσιοθεραπείας στην αντιμετώπιση του πόνου και της αναπηρίας σε τέτοια περιστατικά [2, 15, 25, 26]. Μάλιστα όσο πιο έγκαιρη είναι η έναρξη της φυσιοθεραπείας στα περιστατικά αυτά, όπως αναφέρουν σχετικές έρευνες [23, 27, 28], τόσο πιο θετικά φαίνεται να είναι τα αποτελέσματα.

Τα νευρολογικά και καρδιοαναπνευστικά περιστατικά, που αντιμετωπίζονται στα τμήματα φυσιοθεραπείας, αποτελούν ένα μικρό ποσοστό των περιστατικών που παραπέμπονται σ’ αυτά.

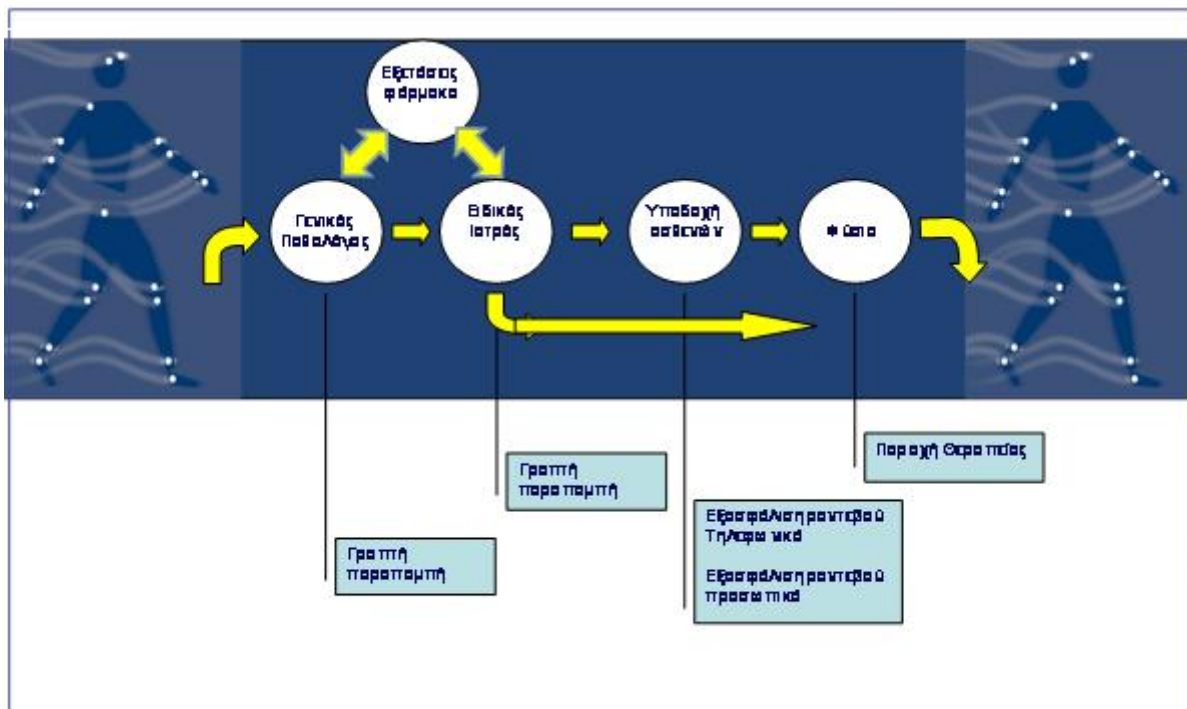
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

# Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η παροχή φροντίδας υγείας όπως υποστηρίζει ο Anderson εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων [29], μεταξύ των οποίων σημαντική θέση έχει η δυνατότητα πρόσβασης που διασφαλίζεται από το σύστημα [14]. Παραδοσιακά, στην Κύπρο και αρκετές άλλες χώρες, η πρόσβαση στη φυσιοθεραπεία, στον ιδιωτικό τομέα, είναι «ελεύθερη», με αυτοπαραπομπή του ασθενή, ενώ στο δημόσιο τομέα απαιτεί παραπεμπτικό από ιατρό του τομέα αυτού. Στο δημόσιο τομέα η πρόσβαση, εκτός από το σύστημα παραπομπής, περιορίζεται και από τις εκτεταμένες λίστες αναμονής που υπάρχουν στα διάφορα τμήματα. Σημαντικό ρόλο στην πρόσβαση έχει ακόμα το οργανωτικό πλαίσιο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών φυσιοθεραπείας [8]. Διεθνώς έχουν γίνει διάφορες έρευνες με διαφορετικές οργανωτικές παρεμβάσεις με στόχο αφενός τη διεύρυνση της πρόσβασης και αφετέρου τη διαλογή των ασθενών που χρήζουν προτεραιότητας στην παροχή φυσιοθεραπείας. Τα θετικά αποτελέσματα που κατέγραψαν αφορούσαν σημαντική μείωση του χρόνου αναμονής, καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενή και αύξηση του βαθμού ικανοποίησης του [30]. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα ως αποτέλεσμα αυτών των παρεμβάσεων αναφέρεται η μείωση της «μη προσέλευσης» και των απουσιών και η πρόληψη της χρονιότητας των καταστάσεων [8].

Το σύστημα παραπομπής, το οποίο ισχύει στα δημόσια συστήματα υγείας, αποτελεί ένα περιορισμό, αφού παρέχει το δικαίωμα στο γιατρό να επιλέγει τα περιστατικά που θα έχουν πρόσβαση στη φυσιοθεραπεία. Η επιλογή αυτή βασίζεται στη γνώση που έχει ο κάθε γιατρός για το ρόλο του φυσιοθεραπευτή και το εύρος των δραστηριοτήτων του [20, 27]. Έτσι πολλές φορές παραπέμπονται άτομα τα οποία δεν έχουν να ωφεληθούν πολύ από τη φυσιοθεραπεία ενώ σε άλλες περιπτώσεις άτομα τα οποία χρειάζονται άμεσα φυσιοθεραπευτική φροντίδα ίσως δεν παραπέμπονται έγκαιρα [27, 31]. Συγκεκριμένα έρευνα, που ασχολήθηκε με το είδος των παραπεμπτικών που φθάνουν στη φυσιοθεραπεία, αναγνώρισε ότι σημαντικό ποσοστό από αυτά αφορούν ασθενείς των οποίων η κατάσταση δεν μπορεί να βελτιωθεί από τη φυσιοθεραπεία [31]. Σύμφωνα με την προηγούμενη έρευνα αλλά και το έγγραφο «Κανόνες Επαγγελματικής Συμπεριφοράς» του επαγγελματικού σώματος των φυσιοθεραπευτών της Αγγλίας [32], μερικά από τα παραπεμπτικά, είναι αμφισβητήσιμα. Συνήθως αυτά είναι περιγραφικά παραπεμπτικά, τα οποία εμπίπτουν σε τρεις κυρίως κατηγορίες: 1. παραπομπή για θεραπεία που δεν χρειάζεται, 2. παραπομπή για θεραπεία με αμφίβολα οφέλη και 3. παραπομπή για συγκεκριμένα μέσα θεραπείας που μπορεί να βλάψουν τον ασθενή.

Η διαδρομή του ασθενή από την ημερομηνία αναζήτησης γιατρού μέχρι την παραπομπή του για φυσιοθεραπεία, αποτελεί μία άλλη περιοριστική διάσταση του συστήματος παραπομπής. Η διαδρομή αυτή είναι αρκετά μεγάλη και πολλές φορές διαρκεί μήνες [17]. Συνήθως ξεκινά με αναζήτηση ραντεβού για γενικό ιατρό, ακολουθούν παραπομπές σε εργαστηριακές ή άλλες εξετάσεις ή και φαρμακευτική αγωγή, νέα επίσκεψη στο γενικό ιατρό και ίσως παραπομπή σε ειδικό ιατρό. Η συνήθης ιατρική ειδικότητα παραπομπής των μυοσκελετικών περιστατικών από τους γενικούς ιατρούς είναι η ορθοπεδική. Τέλος από τους ορθοπεδικούς μεγάλο ποσοστό των περιστατικών αυτών παραπέμπονται στη φυσιοθεραπεία. (Εικόνα 2.1)

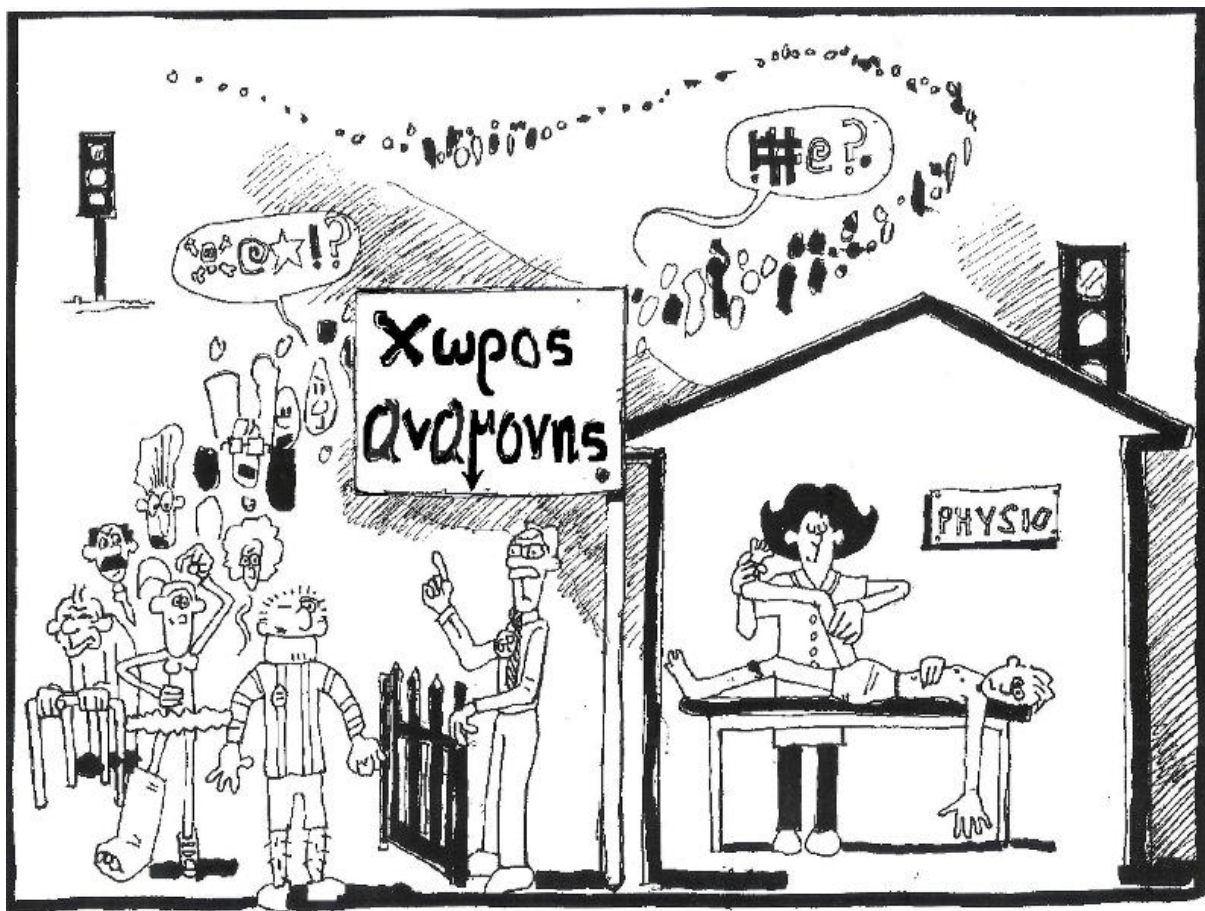


Εικόνα 2.1. Διαδρομή του ασθενή για εξασφάλιση ραντεβού στη φυσιοθεραπεία.

## 2.1. Λίστες αναμονής

Έχει ήδη αναφερθεί ότι οι λίστες αναμονής, είναι ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα με αρνητικές επιπτώσεις τόσο στον ασθενή όσο και στα οικονομικά του συστήματος. Παρόλο ότι υπάρχουν λίστες αναμονής σε διάφορες καταστάσεις της καθημερινής ζωής, αυτές που προκαλούν σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις και πολλές συζητήσεις είναι αυτές που καταγράφονται στον τομέα της υγείας. Συνήθως υποστηρίζεται ότι οι λίστες αυτές οφείλονται σε συσσωρευμένη εργασία λόγω αυξημένης ζήτησης, αλλά αυτό δεν μπορεί να αποτελέσει ούτε επιχείρημα, ούτε σοβαρή δικαιολογία. Η Katherine Pope, όμως, σε σχετική μελέτη υποστηρίζει ότι οι λίστες αναμονής είναι κάτι περισσότερο από μία ουρά και συσσωρευμένη εργασία [33]. Τις παρομοιάζει με ένα «μαγαζί» ή «αποθήκη», στο οποίο

συσσωρεύονται οι ανάγκες των ασθενών, τις οποίες χρησιμοποιούν αυτοί που τις διαχειρίζονται για διεκδίκηση διαφόρων προνομίων, μεταξύ των οποίων και επιπλέον πόρους. Σήμερα βέβαια αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι η μη ανταπόκριση των υπηρεσιών στη ζήτηση δεν οφείλεται μόνο στη έλλειψη πόρων. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει, σύμφωνα με τις έρευνες αυτές, ο τρόπος οργάνωσης της υπηρεσίας [8, 17, 19, 27, 30, 34, 35]. Οι λίστες αναμονής που υπάρχουν στο δημόσιο τομέα εκτός από τον περιορισμό της πρόσβασης πολλές φορές αποθαρρύνουν τους ασθενείς στην αναζήτηση της θεραπείας που χρειάζονται [8]. (Εικόνα 2.2.)



Εικόνα 2.2. “Λίστα αναμονής” από το βιβλίο της Lesley Holdsworth and Valerie Webster “Patient Self Referral”.

## 2.2. Πρόσβαση και οργάνωση της παροχής φυσιοθεραπείας

Η οργάνωση και γενικά το σύστημα διανομής των υπηρεσιών φυσιοθεραπείας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την πρόσβαση. Σύμφωνα με τα “Ευρωπαϊκά Πρότυπα Υπηρεσιών Φυσιοθεραπείας” (ER WCPT) [36] μια αποτελεσματική διαδικασία πρόσβασης στις υπηρεσίες φυσιοθεραπείας πρέπει πάνω απ’ όλα να παρέχει γρήγορη εξυπηρέτηση, δηλαδή

όσον το δυνατό μικρότερο χρόνο αναμονής. Η πρόσβαση πρέπει να είναι δίκαιη και να υπάρχει πολιτική σχετικά με την προτεραιότητα των ασθενών που αναμένουν ραντεβού. Πρέπει δηλαδή να υπάρχουν σαφή κριτήρια για έκτακτα περιστατικά και περιστατικά ρουτίνας. Η δυνατότητα επιλογής από τον ασθενή ώρας και μέρας στα ραντεβού εκτός από δικαίωμα [37] θεωρείται επίσης χρήσιμη πρόνοια για μείωση των απουσιών και του χαμένου χρόνου. Οι συνεδρίες για παροχή θεραπείας πρέπει να είναι προγραμματισμένες και να υπάρχει γραπτή υπενθύμιση της ώρας και μέρας του ραντεβού μαζί με τα τηλέφωνα επικοινωνίας. Σημαντική θεωρείται επίσης, η παροχή σαφών οδηγιών για πρακτικά θέματα όπως την εκ των προτέρων γνωστοποίηση της διαδικασίας εγγραφής και πληρωμής, όταν υπάρχει [38].

Από τους φυσιοθεραπευτές, σύμφωνα με τα πρότυπα, απαιτείται σεβασμός στην αξιοπρέπεια του ασθενή, καλή σχέση και επικοινωνία μαζί του. Απαιτείται επίσης από αυτούς η παροχή στους ασθενείς αρκετών πληροφοριών την κατάλληλη στιγμή ώστε να είναι σε θέση να συμμετέχουν πλήρως στη θεραπεία τους. Οι πληροφορίες που δίνονται πρέπει να είναι σαφείς και κατανοητές, όχι μόνο προφορικές αλλά και σε έντυπη μορφή. Σημαντική θεωρείται επίσης, η ύπαρξη πολιτικής επαναξιολόγησης των περιστατικών ρουτίνας, τα οποία παραμένουν στον κατάλογο αναμονής, πέραν από ένα χρονικό διάστημα. Η καλή πρακτική στις περιπτώσεις αυτές περιλαμβάνει τηλεφωνικές κλήσεις προς τους ασθενείς ώστε να εξακριβωθεί εάν εξακολουθούν να χρειάζονται θεραπεία. Καλή πρακτική θεωρείται επίσης η επικοινωνία με τον παραπέμποντα ιατρό για αντιμετώπιση μη διευκρινισμένων παραπεμπτικών [27]. Τέλος, είναι χρήσιμο να υπάρχει παρακολούθηση και καταγραφή του ποσοστού μη προσέλευσης [1]. Όλες οι πιο πάνω πρόνοιες συνεισφέρουν στην ταχύτερη διεκπεραίωση των περιστατικών και τη μείωση της λίστας αναμονής.

### 2.3. Τρόποι βελτίωσης της πρόσβασης

Στα πλαίσια της αναζήτησης λύσεων για βελτίωση της πρόσβασης, μείωση του χρόνου αναμονής και της διαδρομής του ασθενή στη φυσιοθεραπεία έχουν γίνει διεθνώς διάφορες έρευνες με διαφορετικές παρεμβάσεις [8]. Οι πλέον συνήθεις και γνωστές παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν περιλαμβάνουν σύστημα διαλογής (triage), χρήση εξειδικευμένων φυσιοθεραπευτών για αξιολόγηση και διαλογή ασθενών, τηλεφωνική αξιολόγηση και εξυπηρέτηση ασθενών. Σ' αυτές περιλαμβάνονται επίσης η παροχή συμβουλών και απόλυση του ασθενή σε μία συνεδρία, η οποία εφαρμόστηκε στα πλαίσια μιας ευρύτερης πολιτικής για σφαιρική αντιμετώπιση του ασθενή σε ένα χώρο (one stop shop). Επιπλέον περιλαμβάνονται

η ελεύθερη πρόσβαση ασθενών, η πρόσβαση με διευρυμένη δυνατότητα επιλογής ραντεβού και η πρόσβαση με αυτοπαραπομπή του ασθενή.

### **2.3.1 Σύστημα διαλογής**

Το σύστημα διαλογής (triage) στοχεύει κυρίως στην άμεση αξιολόγηση των ασθενών και παροχή προτεραιότητας σε κείνους που κρίνεται ότι θα ωφεληθούν περισσότερο από τη φυσιοθεραπεία. Το σύστημα αυτό στοχεύει επίσης στην ταχύτερη διεκπεραίωση των περιστατικών και την αύξηση του όγκου εργασιών κατά μονάδα χρόνου [34]. Συγκεκριμένη έρευνα [30] σε επαρχιακό νοσοκομείο που καλύπτει πληθυσμό 55,185 ατόμων, αναφέρει μείωση του μέσου χρόνου αναμονής από 29 σε 5 ημέρες και του μέσου αριθμού των συνεδριών από 5 σε 3 μετά την εφαρμογή συστήματος διαλογής. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας αυτής, το τηλέφωνο του τμήματος σταμάτησε να κτυπά αφού οι ασθενείς δεν έπαιρναν πια να ρωτήσουν πότε θα τους έβλεπαν. Ως θετικό αποτέλεσμα επίσης αναφέρεται το γεγονός ότι αρκετοί ασθενείς απολύονταν μετά το ραντεβού της διαλογής, αφού έπαιρναν τις απαραίτητες οδηγίες για διαχείριση του προβλήματός τους. Τα στοιχεία επίσης διερεύνησης της άποψης των ασθενών έδειξαν ότι ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την υπηρεσία αυτή. Τέλος το τμήμα απέκτησε καλή φήμη στην περιοχή λόγω του ότι διευθετούσε ραντεβού εντός μιας εβδομάδας.

Στην άλλη έρευνα, που αναφέρεται πιο πάνω [34], η εισαγωγή συστήματος διαλογής με άμεση παροχή ραντεβού στους ασθενείς είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του χρόνου αναμονής. Συγκεκριμένα ο χρόνος αναμονής, τέσσερις μήνες μετά την εφαρμογή του triage μειώθηκε από 28 εβδομάδες σε μηδέν και σταθεροποιήθηκε στις 2 εβδομάδες για τα επόμενα 2 χρόνια. Υπήρξε επίσης μείωση του ποσοστού μη προσέλευσης και αύξηση του όγκου εργασιών. Η εξυπηρέτηση των ασθενών γινόταν βάσει συγκεκριμένου προγράμματος κατανομής ραντεβού στους φυσιοθεραπευτές. Ο κάθε φυσιοθεραπευτής είχε ημερολόγιο με τα ραντεβού του, στο οποίο ο υπεύθυνος για την κατανομή, καταχωρούσε εκ των προτέρων 12 νέους ασθενείς κάθε εβδομάδα. Ταυτόχρονα υπήρχαν σαφείς οδηγίες προς τους φυσιοθεραπευτές. Σύμφωνα με αυτές ο κάθε φυσιοθεραπευτής είχε υποχρέωση να καθορίζει ξεκάθαρους στόχους σε συνεργασία με τον ασθενή του και να ενθαρρύνει αυτοδιαχείριση του προβλήματος του. Υπήρχε επίσης εντατική παρακολούθηση και έλεγχος του προσωπικού, από τον υπεύθυνο, για τήρηση των συμφωνημένων κανόνων λειτουργίας του συστήματος. Στο πρόγραμμα αυτό απονεμήθηκε το 2003 το περιφερειακό βραβείο Καλής Πρακτικής στον τομέα Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας στην κατηγορία «ωιοθετώ, προσαρμόζω και βελτιώνω».

Για την αποτελεσματική βέβαια εφαρμογή συστήματος διαλογής (triage) υπάρχουν κάποια προαπαιτούμενα, όπως η καλή εκπαίδευση των φυσιοθεραπευτών, που είναι επιφορτισμένοι με τη διαδικασία της διαλογής. Απαιτείται επίσης υιοθέτηση ξεκάθαρων κριτηρίων και στόχων ώστε να μην υπάρχουν αμφιβολίες και διαφορετικές ερμηνείες. Αυτό εξάλλου απέδειξε έρευνα σε κοινοτικό κέντρο φυσιοθεραπείας [39]. Οι αρνητικές πτυχές του συστήματος διαλογής, τις οποίες ανέδειξε η έρευνα αυτή, σχετίζονταν με τη μη ικανοποιητική εκπαίδευση των φυσιοθεραπευτών που διεξήγαν τη διαλογή. Όπως ανέφεραν οι ίδιοι οι φυσιοθεραπευτές παρόλο ότι το σύστημα διαλογής είχε αντικριστεί πολύ θετικά από τους ασθενείς, γεγονός που αποτυπώθηκε με τον αυξημένο βαθμό ικανοποίησής τους, η έλλειψη ξεκάθαρων κριτηρίων και στόχων τους είχε δημιουργήσει μεγάλο στρες. Η έρευνα αυτή έδωσε το έναυσμα για σημαντικές εισηγήσεις βελτίωσης του συστήματος διαλογής.

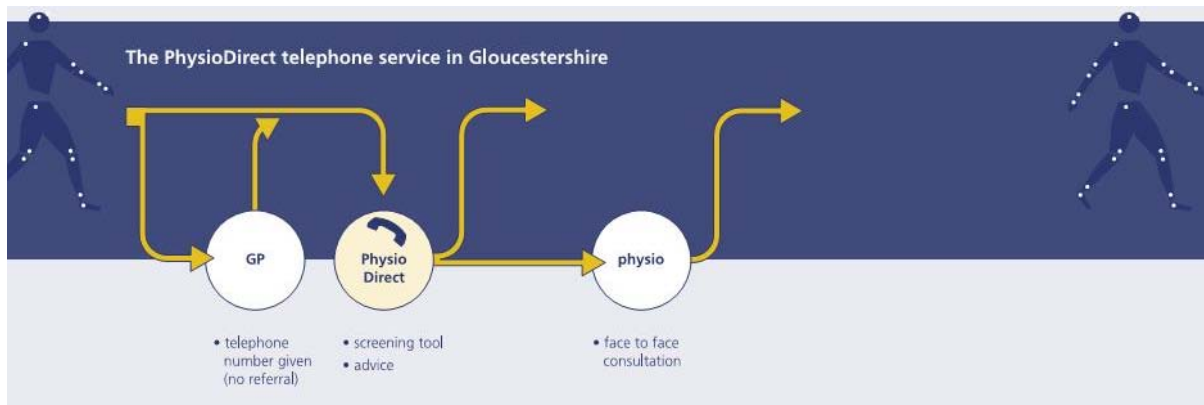
### **2.3.2 Χρήση εξειδικευμένων φυσιοθεραπευτών**

Μία επιτυχημένη επίσης στρατηγική που χρησιμοποιήθηκε για μείωση της λίστας αναμονής είναι η χρήση εξειδικευμένων και έμπειρων φυσιοθεραπευτών (“Extended Scope Practitioners”), οι οποίοι διαθέτουν ειδικές δεξιότητες για αξιολόγηση και διαλογή ασθενών [40, 41]. Οι εξειδικευμένοι αυτοί φυσιοθεραπευτές έχουν χρησιμοποιηθεί κυρίως για αξιολόγηση και διαλογή ασθενών με μυοσκελετικά προβλήματα και η αποτελεσματικότητά τους έχει μελετηθεί σε διάφορες έρευνες [17, 40-46]. Οι δεξιότητες των φυσιοθεραπευτών έχουν επίσης αξιοποιηθεί με στόχο τη διαλογή των ασθενών που παρακολουθούνται από τους γενικούς ιατρούς, προτού παραπεμφθούν στον ορθοπεδικό χειρουργό. Η στρατηγική αυτή οδήγησε όχι μόνο στη μείωση του χρόνου αναμονής αλλά και στην έγκαιρη παρέμβαση σε περιστατικά τα οποία δεν θα ωφελούνταν από το χειρουργείο [18, 44] .

### **2.3.3 Τηλεφωνική εξυπηρέτηση ασθενών**

Μεταξύ των καλών πρακτικών που εφαρμόστηκαν περιλαμβάνεται το “Physio Direct” [34]. Πρόκειται για ένα σύστημα που στοχεύει στην ταχύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, προσφέροντάς τους ως εναλλακτική λύση, την «απευθείας πρόσβαση» σε εξειδικευμένο φυσιοθεραπευτή, μέσω συγκεκριμένης τηλεφωνικής γραμμής. Ο φυσιοθεραπευτής μετά τη λήψη του ιστορικού και την ανάλογη αξιολόγηση του περιστατικού παρείχε στον ασθενή άμεσα προφορικές και γραπτές οδηγίες για διαχείριση του προβλήματός του. Οι γραπτές οδηγίες στον ασθενή στέλλονταν μέσω ταχυδρομείου όπως και η ενημέρωση του γιατρού του για το αποτέλεσμα της παρέμβασης. Η συγκεκριμένη υπηρεσία αντιμετωπίστηκε πολύ θετικά από τους ασθενείς ιδιαίτερα από άτομα μεγάλης ηλικίας, αφού τα δύο τρίτα από αυτούς δεν είχαν ανάγκη από περαιτέρω χειρισμό [8, 35]. Καταγράφηκε επίσης μείωση της λίστας

αναμονής και του ποσοστού «μη προσέλευσης» από 15% σε 1%. Τα σχόλια των αρχών αναφέρονταν σε μία εύκολα προσβάσιμη και άμεσα ανταποκρινόμενη υπηρεσία, στα πλαίσια της προσπάθειας για ικανοποίηση της συνεχώς αυξανόμενης ζήτησης υπηρεσιών φυσιοθεραπείας [47]. (Εικόνα 2.3.)



Εικόνα 2.3. Η υπηρεσία “Physio Direct” από το έγγραφο του Chartered Society of Physiotherapy “Making physiotherapy count”.

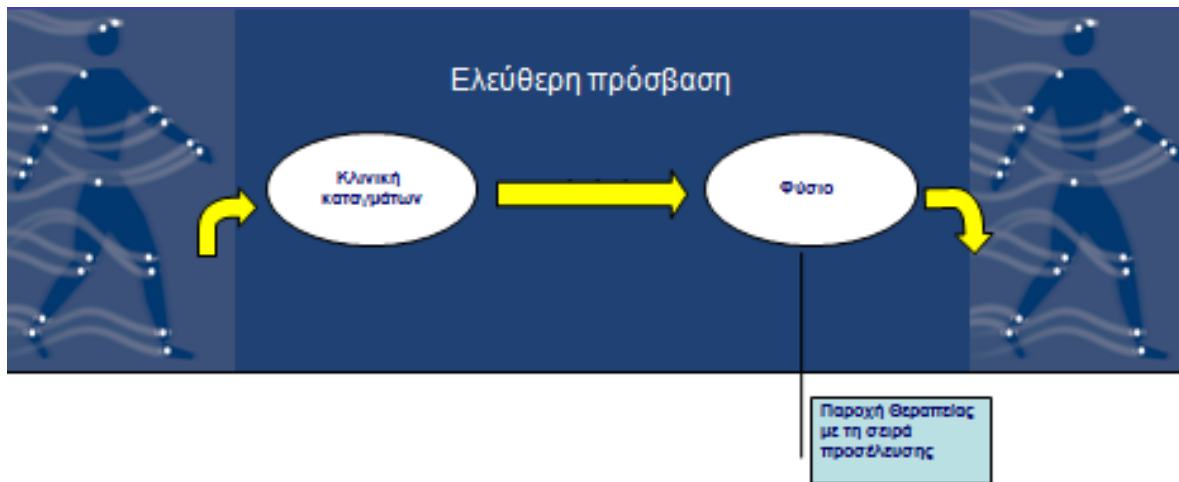
#### 2.3.4. Αξιολόγηση, παροχή συμβουλών και απόλυση σε μία συνεδρία

Το “One Stop Shop” είναι μία πολιτική που εφαρμόστηκε στην Αγγλία με στόχο τη μείωση της διαδρομής του ασθενή, με την παροχή σφαιρικής φροντίδας υγείας, σε ένα χώρο. Όσον αφορά τη φυσιοθεραπεία η πολιτική αυτή είχε στόχο την άμεση εξυπηρέτηση μεγάλης μερίδας μυοσκελετικών περιστατικών που χρήζουν μόνο οδηγιών και προγράμματος αυτοδιαχείρισης της κατάστασης τους με την εφαρμογή συστήματος διαλογής. Η μορφή αυτή εξυπηρέτησης των ασθενών περιλαμβάνει σε μία μόνο συνεδρία, αξιολόγηση, παροχή συμβουλών και απόλυση. Σχετική έρευνα έδειξε ότι η εφαρμογή της πολιτικής αυτής είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής, την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και τη μείωση του ποσοστού «μη προσέλευσης» [48].

#### 2.3.5. Ελεύθερη πρόσβαση ασθενών

Μία μορφή ελεύθερης πρόσβασης στη φυσιοθεραπεία είναι το σύστημα “Drop-in clinic” που εφαρμόστηκε με επιτυχία για άμεση εξυπηρέτηση ασθενών, με κατάγματα. Οι ασθενείς μετά την επίσκεψη τους στην κλινική καταγμάτων, όπου έπαιρναν ιατρική φροντίδα για το κάταγμα τους, προσέρχονταν στη συνέχεια, χωρίς ραντεβού, κατευθείαν για φυσιοθεραπεία. Η προτεραιότητα καθοριζόταν με βάση τη σειρά προσέλευσης. Το σύστημα αυτό απεδείχθη αποτελεσματικό γιατί οι ασθενείς με κατάγματα έπαιρναν άμεσα τις απαραίτητες πληροφορίες και συμβουλές από τη φυσιοθεραπεία χωρίς ενδιάμεσες γραφειοκρατικές διαδικασίες. Έτσι υπήρχε αποφυγή συσσώρευσης τους στη λίστα αναμονής [35]. Το ίδιο

σύστημα χρησιμοποιείται περιοδικά και για «ξεκαθάρισμα της λίστας αναμονής» από ασθενείς που παρέμεναν σ' αυτήν πέραν από ορισμένο χρονικό διάστημα. Οι ασθενείς αυτοί έπαιρναν γραπτή ή προφορική ειδοποίηση να προσέλθουν στο τμήμα για επαναξιολόγηση της κατάστασης τους και ανάλογο χειρισμό (Εικόνα 2.4.).



Εικόνα 2.4. Υπηρεσία ελεύθερης πρόσβασης ασθενών στη φυσιοθεραπεία “Drop-in clinic”.

### 2.3.6. Πρόσβαση με διευρυμένη δυνατότητα επιλογής ραντεβού

Η διευρυμένη δυνατότητα επιλογής ραντεβού αποτελεί μέτρο που εφαρμόζεται για τον περιορισμό του ποσοστού των ασθενών που δεν προσέρχονται στο ραντεβού τους. Ο στόχος του συστήματος είναι η διευκόλυνση των ασθενών, παρέχοντας τους τη δυνατότητα να διευθετούν τηλεφωνικά το ραντεβού τους για φυσιοθεραπεία την ίδια ημέρα ή μερικές ώρες προηγουμένως από την ώρα που μπορούν να προσέλθουν. Σχετική έρευνα που έγινε σε νοσοκομείο είχε θετικά αποτελέσματα. Το σύστημα που εφαρμόστηκε παρείχε άμεση εξυπηρέτηση του ασθενή, την ημέρα που ο ίδιος μπορούσε να προσέλθει στο τμήμα. Το σύστημα αυτό συνέβαλε στη μείωση του χαμένου χρόνου από τη μη προσέλευση ασθενών με αποτέλεσμα την αύξηση του όγκου εργασιών χωρίς επιπλέον προσωπικό [8, 49].

### 2.3.7. Απευθείας πρόσβαση με-αυτοπαραπομπή του ασθενή

Η δημιουργία μεγάλων λιστών αναμονής σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας υγείας, εξαιτίας της αυξημένης παρουσίας μυοσκελετικών παθήσεων στον πληθυσμό, οδήγησε σε επανασχεδιασμό των υπηρεσιών και διεύρυνση του ρόλου των φυσιοθεραπευτών [23]. Τα τελευταία χρόνια στους νέους σχεδιασμούς περιλαμβάνεται εισαγωγή της αυτοπαραπομπής του ασθενή. Το σύστημα αυτό ήταν για χρόνια η συνήθης πρακτική στον ιδιωτικό τομέα και τον τομέα του αθλητισμού. Η διεύρυνση της πρόσβασης παρέχει καλύτερη αξιοποίηση των

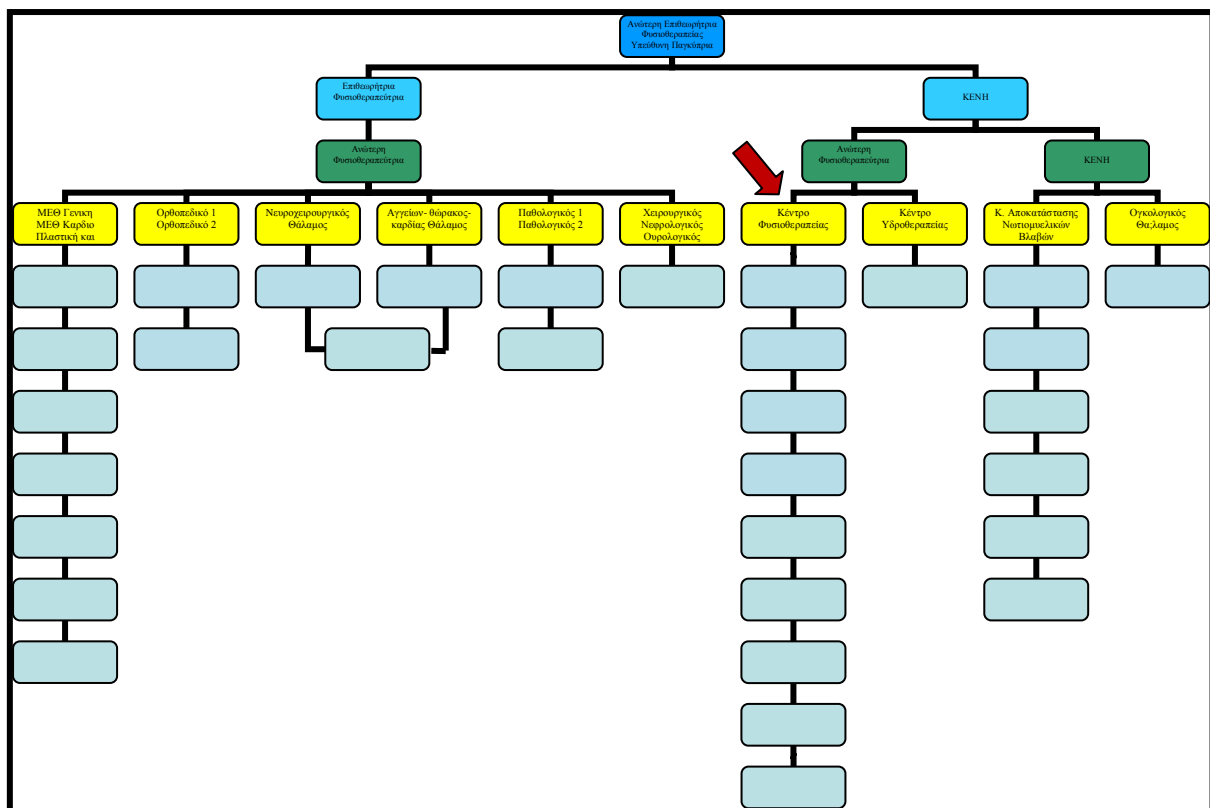
υπηρεσιών που προσφέρει η φυσιοθεραπεία. Το είδος αυτό της απευθείας πρόσβασης στις υπηρεσίες φυσιοθεραπείας, έχει βρεθεί από σχετικές έρευνες [50-52], ότι οδηγεί σε γρηγορότερη παροχή φροντίδας σε σύγκριση με την παραδοσιακή οδό και βοηθά στην ενίσχυση της αυτοφροντίδας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

# Η ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

### 3.1. Οι υπηρεσίες φυσιοθεραπείας

Το τμήμα φυσιοθεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας είναι το μεγαλύτερο από όλα τα τμήματα των δημόσιων νοσοκομείων και εξυπηρετεί την πόλη και επαρχία Λευκωσίας. Το προσωπικό του τμήματος στην παρούσα φάση αποτελούν μία επιθεωρήτρια φυσιοθεραπεύτρια, δύο ανώτερες φυσιοθεραπεύτριες και 32 κλινικοί φυσιοθεραπευτές. Οι υπηρεσίες φυσιοθεραπείας παρέχονται τόσο σε ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο όσο σε αυτούς που προσέρχονται στο τμήμα ως εξωτερικοί ασθενείς. Για την κάλυψη των ασθενών αυτών το προσωπικό αξιοποιείται σε τέσσερις ομάδες ή υπό-τμήματα. Την ομάδα που καλύπτει την «κλειστή» Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), την ομάδα των θαλάμων εσωτερικών ασθενών (παθολογικών, ορθοπεδικών, χειρουργικών και μικρότερων θαλάμων άλλων ειδικοτήτων), την ομάδα του κέντρου αποκατάστασης νωτιαιομυελικών κακώσεων και τέλος την ομάδα των εξωτερικών ασθενών και της υδροθεραπείας. Η ομαδοποίηση αυτή ήταν αναγκαία τόσο για λόγους εξειδίκευσης του προσωπικού στις διαφορετικές καταστάσεις που αντιμετωπίζονται στα τμήματα αυτά αλλά και λόγω της γεωγραφικής κατανομής των τμημάτων τα οποία είναι διεσπαρμένα σε όλη την επικράτεια του νοσοκομείου, (Εικόνα 3.1).



Εικόνα 3.1. Το οργανόγραμμα του τμήματος φυσιοθεραπείας στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας. Το τόξο δείχνει την ομάδα των εξωτερικών ασθενών.

### 3.2. Υπηρεσίες φυσιοθεραπείας προς εξωτερικούς ασθενείς

Ο τρόπος λειτουργίας του τμήματος εξωτερικών ασθενών φυσιοθεραπείας και ιδιαίτερα η διαδικασία πρόσβασης στις υπηρεσίες που προσφέρονται, αποτελεί το θέμα της παρούσας έρευνας. Το τμήμα παρέχει φυσιοθεραπεία σε ασθενείς που παραπέμπονται από ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου και τα 20 επαρχιακά κέντρα υγείας, όπως επίσης από ιατρούς όλων των ειδικοτήτων και την κλινική καταγμάτων του νοσοκομείου. Τέλος, στο τμήμα παραπέμπονται περιστατικά που έχουν νοσηλευθεί στο νοσοκομείο. Το τμήμα στελεχώνεται από μία ανώτερη φυσιοθεραπεύτρια και εννέα κλινικούς φυσιοθεραπευτές. Η ανώτερη φυσιοθεραπεύτρια είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο και καθοδήγηση του προσωπικού και αναφέρεται στην επιθεωρήτρια φυσιοθεραπεύτρια του τμήματος. Τα χρόνια υπηρεσίας των φυσιοθεραπευτών κυμαίνονται από 1 μέχρι 30. Όλοι είναι πτυχιούχοι με σειρά μετεκπαιδεύσεων σε διάφορους εξειδικευμένους τομείς της φυσιοθεραπείας, και με προσπάθεια παρουσίας στο τμήμα μίξης ικανοτήτων και εμπειρίας.

Το είδος των περιστατικών που αναλαμβάνει ο κάθε φυσιοθεραπευτής συνήθως συνάδει με την εκπαίδευση και εμπειρία που έχει. Η πολιτική του τμήματος περιλαμβάνει κάλυψη διαφορετικών κατηγοριών περιστατικών από τα άτομα που έχουν εξειδίκευση και εμπειρία στο συγκεκριμένο τομέα. Για παράδειγμα οι κατηγορίες «προβλήματα στα γόνατα», «περιστατικά άκρας χειρός», «χειρουργία ώμων», «παιδιά με κύφωση» και «παιδιά με σκολίωση», καλύπτονται στο τμήμα με διαφορετικά προγράμματα από εξειδικευμένους φυσιοθεραπευτές. Η διάρκεια των συνεδριών διαφέρει ανάλογα με το είδος του περιστατικού, και από το εάν αυτή είναι αρχική ή επαναληπτική. Η αρχική συνεδρία κατά την οποία γίνεται η κλινική αξιολόγηση του ασθενή διαρκεί 30 με 45 λεπτά ενώ οι επόμενες διαρκούν 15 με 30 λεπτά όταν πρόκειται για μυοσκελετικά περιστατικά και περιστατικά με προβλήματα αναπνευστικού συστήματος. Η φυσιοθεραπεία σε νευρολογικά περιστατικά απαιτεί μεγαλύτερη διάρκεια η οποία κυμαίνεται από 45' - 60' λεπτά για κάθε συνεδρία. Ο κάθε φυσιοθεραπευτής παρέχει θεραπεία σε 15 με 20 ασθενείς καθημερινά ανάλογα με το είδος και τη σοβαρότητα του περιστατικού που εξυπηρετεί. Συνολικά το τμήμα παρέχει φυσιοθεραπεία σε 100 με 120 ασθενείς ημερησίως.

Πριν από την εφαρμογή της παρέμβασης, η πλειονότητα των ασθενών, μετά την εξασφάλιση παραπεμπτικού, απευθυνόταν στο τμήμα φυσιοθεραπείας για διευθέτηση ραντεβού. Αυτό συνέβαινε συνήθως αμέσως μετά την επίσκεψη στο γιατρό ή μετά την εξαγωγή του ασθενή από το νοσοκομείο. Οι υπόλοιποι επικοινωνούσαν τηλεφωνικά για τη διευθέτηση του

ραντεβού τους. Μεγάλος αριθμός τηλεφωνικών ραντεβού προερχόταν από τα επαρχιακά ιατρικά κέντρα και τους θαλάμους του νοσοκομείου. Ανάμεσα στους ασθενείς που παραπέμπονταν υπήρχαν περιστατικά που έχρηζαν άμεσης εξυπηρέτησης (κατάγματα, χειρουργικές επεμβάσεις και άλλα οξείας μορφής περιστατικά) όσο και περιστατικά με χρόνια προβλήματα. Ο αριθμός των νέων παραπεμπτικών, την περίοδο Σεπτεμβρίου-Οκτωβρίου 2008, σύμφωνα με τα στοιχεία που τηρούνται στο τμήμα, κυμαινόταν από 10 μέχρι 34 ημερησίως. Η πλειονότητα των ασθενών με νέο παραπεμπτικό, σύμφωνα με την καταγραφή του αριθμού προσέλευσης των ασθενών ημερησίως που έγινε προκαταρκτικά, προσερχόταν μεταξύ των ωρών 9.30π.μ. και 1.30μ.μ., που έχουν καθοριστεί σαν «ώρες αιχμής». Τα αναλυτικά αποτελέσματα της καταγραφής αυτής παρουσιάζονται στο Παράρτημα (Πίνακας 1). Πρέπει να σημειωθεί ότι η ροή των ασθενών διέφερε ανάλογα με τις ημέρες διεξαγωγής εξωτερικού ιατρείου από τις ειδικότητες (κυρίως ορθοπεδικών και νευροχειρουργών). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την Τρίτη, Πέμπτη και Παρασκευή να είναι οι περισσότερες επιβαρυνμένες ημέρες.

Η «διαχείριση» των νέων παραπεμπτικών, πριν την έναρξη της παρέμβασης, γινόταν από ένα φυσιοθεραπευτή, ο οποίος είχε την ευθύνη της εξυπηρέτησης τόσο των ασθενών που προσέρχονταν προσωπικά στο τμήμα όσο και αυτών που τηλεφωνούσαν για διευθέτηση του ραντεβού τους. Ο εντεταλμένος για την υποδοχή φυσιοθεραπευτής, είχε επίσης την ευθύνη της παροχής πληροφοριών. Μέσα σε περιορισμένο χρονικό πλαίσιο ο εντεταλμένος στην υποδοχή φυσιοθεραπευτής προσπαθούσε να πάρει πληροφορίες για τη φύση του προβλήματος του ασθενή ώστε να είναι σε θέση να κατηγοριοποιήσει τη σοβαρότητα του περιστατικού. Ταυτόχρονα αναζητούσε χώρο στο πρόγραμμα του ιδίου και των συναδέλφων του για διαθέσιμο ραντεβού.

### **3.2.1. Το πρόβλημα**

Ο εντεταλμένος στην υποδοχή φυσιοθεραπευτής δεν ήταν σε θέση να αντεπεξέλθει στο φόρτο εργασίας αφού εκτός από τη διαχείριση των νέων παραπεμπτικών που προσέρχονταν στο τμήμα και αυτών που αποτείνονταν τηλεφωνικά για ραντεβού, ανέλωνε μεγάλο μέρος του χρόνου του στην παροχή πληροφοριών. Αυτό εν μέρει ήταν συνέπεια της σύγχυσης που υπήρχε εκ μέρους πολλών ασθενών, που προσέρχονταν για θεραπεία, ως προς την ώρα του ραντεβού και το φυσιοθεραπευτή που θα τους αναλάμβανε, αλλά και της επιμονής αυτών που ανέμεναν για επίσπευση του ραντεβού τους. Η κατάσταση αυτή είχε ως αποτέλεσμα μεγάλη καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση των νέων ασθενών που προσέρχονταν στο τμήμα για εξασφάλιση ραντεβού. Αρκετές φορές μάλιστα, λόγω έλλειψης χρόνου, ο ασθενής

εγγραφόταν απ' ευθείας στη λίστα αναμονής χωρίς αξιολόγηση της κατάστασής του. Το γεγονός αυτό δημιουργούσε την ανάγκη εκ μέρους του ασθενή να τηλεφωνεί επανειλημμένα για διευθέτηση ραντεβού. Η έλλειψη διαθέσιμων ραντεβού μεγάλωνε σε περιπτώσεις που η θεραπεία ασθενών παρατεινόταν αδικαιολόγητα. Τέτοιες περιπτώσεις εντοπίζονταν στην προσπάθεια αναζήτησης ελεύθερων ραντεβού ή στα πλαίσια του ελέγχου από την υπεύθυνη του τμήματος. Αρκετές φορές είχε διαπιστωθεί ότι η παράταση της θεραπείας οφείλονταν σε καθορισμό μη εφικτών στόχων από το φυσιοθεραπευτή.

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία Απριλίου-Οκτωβρίου 2008 μόνο το 66% των νέων ασθενών που απευθύνονταν στο τμήμα κάθε μέρα, εξασφάλιζαν ραντεβού, ενώ το υπόλοιπο 34% εγγραφόταν στη λίστα αναμονής. Η λίστα μεγάλωνε και παρέμενε αναλλοίωτη για μήνες. Το προσωπικό ανέφερε ότι εργαζόταν κάτω από μεγάλη πίεση αφού είχε να διαχειριστεί μεγάλο αριθμό παραπεμπτικών καθημερινώς χωρίς να μπορεί να ανταποκριθεί στη ζήτηση για ραντεβού. Παρόμοια προβλήματα αναφέρονται ότι είχαν αντιμετωπιστεί και σε άλλα τμήματα φυσιοθεραπείας του εξωτερικού [30, 34, 35].

Εκτός από τα πιο πάνω προβλήματα, η αξιολόγηση των ασθενών, δεν αποτελούσε κάποια οργανωμένη και τυποποιημένη διαδικασία, γι' αυτό και συχνά επέτρεπε αυθαίρετες και ατεκμηρίωτες εκτιμήσεις του προβλήματος. Εξάλλου επειδή δεν υπήρχαν κοινά κριτήρια κατηγοριοποίησης της σοβαρότητας του περιστατικού, η προτεραιότητα στη θεραπεία εξαρτιόταν από την κρίση του κάθε φυσιοθεραπευτή που βρισκόταν στη θέση υποδοχής. Υπήρχε δηλαδή διαφοροποίηση ανάλογα με το βαθμό εμπειρίας και επιμόρφωσης του συγκεκριμένου φυσιοθεραπευτή καθώς και από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η απουσία, δε, ικανοποιητικού αριθμού ατόμων, με αποκλειστικά καθήκοντα στη διαχείριση των παραπεμπτικών, ειδικά στις «ώρες αιχμής», είχε ως αποτέλεσμα να χάνεται πολύτιμος χρόνος από τους κλινικούς φυσιοθεραπευτές που ήταν κοντά στο γραφείο υποδοχής. Πολλές φορές υποχρεώνονταν να διακόψουν τη θεραπεία των ασθενών τους για εξυπηρέτηση ανυπόμονων ασθενών.

Η απουσία οργανωμένου συστήματος για παραλαβή και κατηγοριοποίηση των παραπεμπτικών εκτός από τη δυσλειτουργία που έχει περιγραφεί επηρέαζε αρνητικά και την εικόνα του τμήματος. Καθημερινώς υπήρχαν άτομα τα οποία διαμαρτύρονταν και έφευγαν από το τμήμα δυσαρεστημένα. Το σύστημα αυτό δημιουργούσε επίσης πολλές παρεμβάσεις για εξασφάλιση ή επίσπευση ραντεβού από συγγενείς και φίλους. Μία από τις πιο έμπειρες φυσιοθεραπεύτριες ανέφερε χαρακτηριστικά «τα τηλεφωνήματα από συγγενείς και φίλους για επίσπευση ραντεβού δεν σταματούσαν και μας έφερναν σε πολύ δύσκολη θέση». Η ίδια

ανέφερε επίσης «παρόλη την υπομονή που επιδεικνύαμε αρκετές φορές ανέβαιναν οι τόνοι γεγονός που μας στεναχωρούσε αφάνταστα». Μία από τις νεαρότερες φυσιοθεραπεύτριες στο τμήμα ανέφερε ότι την κούραζαν περισσότερο τα συνεχή ερωτήματα των ασθενών που ζητούσαν να πληροφορηθούν το χρόνο του ραντεβού και το όνομα του φυσιοθεραπευτή τους, παρά η άσκηση της φυσιοθεραπείας. Η ίδια ανέφερε χαρακτηριστικά «οι συνεχείς παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια που αξιολογούσα έναν ασθενή με έκανε να χάνω τη συνέχεια του περιστατικού και να νοιώθω άβολα απέναντι στον ασθενή μου, που τον καθυστερούσα για να απαντώ συνεχώς τα ίδια ερωτήματα.». Επιπλέον, αριθμός ασθενών επέστρεφε σε σύντομο χρονικό διάστημα με νέο παραπεμπτικό για το ίδιο πρόβλημα. Ήταν προφανές ότι η δημιουργία της λίστας αναμονής και τα επακόλουθα προβλήματα σχετίζονταν με τη διαδικασία πρόσβασης του τμήματος.

### **3.2.2. Επανασχεδιασμός της διαδικασίας πρόσβασης -Προετοιμασία αλλαγής-**

Ο νέος σχεδιασμός της υπηρεσίας άρχισε με ενημέρωση του προσωπικού για την προτιθέμενη αλλαγή στον τρόπο λειτουργίας του τμήματος και του ζητήθηκε να συμμετέχει στη διαδικασία του σχεδιασμού και της λήψης των αποφάσεων. Η πλήρης ενημέρωση και συμμετοχή του προσωπικού στον επανασχεδιασμό της υπηρεσίας, έχει φανεί, σε άλλες έρευνες, ότι εκτός από εποικοδομητική διευκολύνει την αποδοχή της αλλαγής και μειώνει τις αντιδράσεις [27, 53]. Σε μία από αυτές τις έρευνες μάλιστα, που έγινε για μείωση της λίστας αναμονής, σε τμήμα φυσιοθεραπείας περιφερειακού νοσοκομείου, λήφθηκαν υπόψη όχι μόνο οι απόψεις του προσωπικού αλλά και άλλων επηρεαζόμενων μεταξύ των οποίων και των ασθενών [53]. Ζητήθηκε επίσης από αυτούς να κάνουν εισηγήσεις για το τι θα ήθελαν να αλλάξει στον τρόπο διανομής της υπηρεσίας.

Στα πλαίσια του σχεδιασμού της παρούσας παρέμβασης μετά την ενημέρωση του προσωπικού ακολούθησε δημιουργική συζήτηση στα πλαίσια συναντήσεων με όλη την ομάδα. Στις συναντήσεις αυτές δόθηκε η ευκαιρία σε όλο το προσωπικό να εκφράσει τις απόψεις του για τα προβλήματα που αντιμετώπιζε και τις πιθανές αιτίες που συνέβαλαν στην δημιουργία της μεγάλης λίστας αναμονής. Ακούστηκαν επίσης διάφορες ιδέες και εισηγήσεις όσον αφορά τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων και δυσλειτουργιών που εντοπίστηκαν. Η άποψη των φυσιοθεραπευτών, που εκτελούσαν εκ περιτροπής τα καθήκοντα υποδοχής ασθενών και διαχείρισης των νέων παραπεμπτικών αποτυπώθηκε με βάση ημιδομημένο ερωτηματολόγιο στα πλαίσια προσωπικών συνεντεύξεων. Ακολούθησε παρατήρηση και μελέτη όλων των φάσεων της υπάρχουσας διαδικασίας. Με τη βοήθεια του προσωπικού εντοπίστηκαν οι καλές πρακτικές που υπήρχαν ώστε να διατηρηθούν και αυτές

που ήταν αιτία δυσλειτουργίας ώστε να αλλάξουν. Τα στοιχεία έρευνας [34] συγκεκριμένης παρέμβασης που πήρε βραβείο Καλής Πρακτικής το 2003, επιβεβαιώνουν τη σημασία της εμπλοκής του προσωπικού στην επιτυχία τέτοιων παρεμβάσεων. Όπως αναφέρεται στην έρευνα η συχνή ανταλλαγή απόψεων με το προσωπικό και η δυνατότητα που του είχε δοθεί να εκφράσει τις ανησυχίες του και να εισηγηθεί αλλαγές είχε σημαντική συνεισφορά στην ομαλή εισαγωγή του νέου τρόπου λειτουργίας της υπηρεσίας αυτής.

Στη συνέχεια, πριν από τον σχεδιασμό της παρέμβασης στο τμήμα μας, μελετήθηκαν και συζητήθηκαν καλές πρακτικές άλλων τμημάτων τα οποία εφάρμοσαν και αποτίμησαν εναλλακτικές μεθόδους μείωσης του χρόνου αναμονής και αύξησης του όγκου των ασθενών που εξυπηρετούσαν (περιγράφονται στο υποκεφάλαιο 2.3.). Ακολούθησε εκτίμηση των δυνατοτήτων και των αδυναμιών του τμήματος, στοιχεία που σχετίζονταν με τον αριθμό και τις ικανότητες του προσωπικού, το περιβάλλον και το γενικό σύστημα του νοσοκομείου. Τέλος λήφθηκαν υπόψη οι προκλήσεις που υπάρχουν, όπως η ανάγκη δέσμευσης όλου του προσωπικού για τήρηση των αλλαγών και αποδοχή της απαραίτητης παρακολούθησης και επιτήρησης. Επιπλέον πρόκληση θεωρήθηκε η ανάγκη αλλαγής της νοοτροπίας των ασθενών και της τάσης εξάρτησης από τη φυσιοθεραπεία που υπήρχε. Αφού συνεκτιμήθηκαν όλα τα στοιχεία που προέκυψαν από την διαδικασία αυτή σχεδιάστηκε η εφαρμογή συγκεκριμένων αλλαγών στα πλαίσια της υπό μελέτη παρέμβασης.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

## ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 4.1. Τόπος διεξαγωγής και αντικείμενο της έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει ως αντικείμενο την εισαγωγή συγκεκριμένων οργανωτικών και λειτουργικών αλλαγών στην υπηρεσία εξωτερικών ασθενών φυσιοθεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και ιδιαίτερα αλλαγές στη διαδικασία πρόσβασης και υποδοχής των ασθενών. Σκοπός ήταν να αρθούν εγγενείς αδυναμίες και δυσλειτουργίες του συστήματος με κύριο στόχο την αποτελεσματικότερη διαχείριση των νέων παραπεμπτικών και κατ' επέκταση τη μείωση της λίστας αναμονής. Επιμέρους στόχοι ήταν η καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών και η μείωση της πίεσης και του στρες που βίωνε το προσωπικό στον τομέα αυτό. Η επίτευξη του κύριου αλλά και των επιμέρους στόχων αυτού του εγχειρήματος θα ήταν το αναμενόμενο αποτέλεσμα από την εφαρμογή συγκεκριμένων αλλαγών μεταξύ των οποίων και σύστημα διαλογής χωρίς να υπάρξει οποιαδήποτε αύξηση των πόρων ή διαφοροποίηση των φυσιοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

Όπως συμβαίνει σε όλα τα συστήματα διαλογής, έτσι και στην περίπτωση της υπηρεσίας εξωτερικών ασθενών φυσιοθεραπείας, η εφαρμογή του triage στόχευε στην αναγνώριση των ασθενών που έχριζαν προτεραιότητας στην παροχή φυσιοθεραπείας ώστε:

- να δίνεται προτεραιότητα στα οξέα περιστατικά.
- να παρέχονται άμεσα συμβουλές και οδηγίες σε άτομα των οποίων η κατάσταση μόνο αυτό απαιτούσε ώστε να μην εγγράφονται και «λιμνάζουν» στη λίστα αναμονής, αυξάνοντας έτσι το χρόνο αναμονής.

Για υποστήριξη της εισαγωγής του triage, και την καλύτερη οργάνωση της διαδικασίας πρόσβασης ετοιμάστηκαν ενημερωτικά φυλλάδια για τους ασθενείς και έντυπα οδηγιών για τους φυσιοθεραπευτές. Για τους ασθενείς ετοιμάστηκε ενημερωτικό φυλλάδιο με τη διαδικασία πρόσβασης και έντυπο υπενθύμισης ραντεβού. (Παράρτημα Έντυπο 1. και 2.). Οργανώθηκε πρόγραμμα εκπαίδευσης όλων των φυσιοθεραπευτών στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και στη χρήση των εργαλείων αξιολόγησης της κατάστασης της υγείας των ασθενών. Σε συνεργασία με τους εξειδικευμένους και έμπειρους φυσιοθεραπευτές, που επιλέγηκαν για τη διεξαγωγή της διαλογής, τέθηκαν γραπτώς τα κριτήρια κατάταξης της σοβαρότητας του περιστατικού. Τέλος όλες οι πληροφορίες για τους φυσιοθεραπευτές συμπεριλήφθηκαν σε ανάλογα έντυπα οδηγιών. Σε αυτά περιλαμβάνονται οδηγός συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, οδηγός συμπλήρωσης των στοιχείων στον φάκελο του ασθενή και τα κριτήρια κατάταξης σοβαρότητας περιστατικού. (Παράρτημα Έντυπο 3, 4 και 5).

Για την οργάνωση του μεγάλου αριθμού των τηλεφωνικών ραντεβού που προέρχονταν από τα επαρχιακά ιατρικά κέντρα και τους θαλάμους του νοσοκομείου, έγινε γραπτή (Παράρτημα Έντυπο 6 και 7) και προφορική ενημέρωση των υπευθύνων των ιατρικών κέντρων και των φυσιοθεραπευτών των θαλάμων για τις ώρες που πρέπει να τηλεφωνούν για κλείσιμο ραντεβού. Το ωράριο αυτό καθορίστηκε από 7.45π.μ.-9.30π.μ. και 1.30μ.μ.-3.00μ.μ., ώστε να μην συμπίπτουν τα τηλεφωνικά ραντεβού με τις ώρες μεγάλης προσέλευσης ασθενών στο τμήμα. Επιπλέον, έγιναν διευθετήσεις ώστε οι ασθενείς, πριν την εξαγωγή τους από το νοσοκομείο, να παίρνουν γραπτώς το ραντεβού τους (έντυπο υπενθύμισης ραντεβού), μαζί με όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για τη διαδικασία εγγραφής (ενημερωτικό φυλλάδιο ασθενή), ώστε να μην χρειάζονται περαιτέρω ενημέρωση πριν την καθορισμένη μέρα του ραντεβού τους. Επιπλέον για σκοπούς οργάνωσης της λίστας αναμονής και διευκόλυνσης των φυσιοθεραπευτών στην τήρηση της προτεραιότητας, εκτός από το ονοματεπώνυμο και το τηλέφωνο επικοινωνίας, σημειώνονταν τα στοιχεία που αναφέρονται στον Πίνακα 4.1.

Πίνακας 4.1 : Στοιχεία που αναγράφονταν στην λίστα αναμονής

1. Ο κωδικός σοβαρότητας [«σοβαρή», «μέτρια» ή «ελαφρά»]. Ο κωδικός «σοβαρή» σημειωνόταν με κόκκινο.
2. Η προτίμηση συγκεκριμένων ωρών ή ημερών για το ραντεβού.
3. Η λέξη «επαναληπτικό» σε ασθενείς ρουτίνας που επανέρχονταν συχνά.
4. Η ώρα, ημέρα και ο φυσιοθεραπευτής που θα παρείχε θεραπεία, σε άτομα που δόθηκε ραντεβού.
5. Η φράση «αναβολή από ασθενή» όταν ο ίδιος ανέβαλε επανειλημμένα το ραντεβού του.
6. Η λέξη «τηλ.» για ραντεβού που δόθηκε μέσω τηλεφώνου.
7. Οι φράσεις «συμβουλές ΜΟΝΟ» ή «ασκήσεις ΜΟΝΟ», σε περιστατικά που χρειάζονταν μία μόνο θεραπεία για συμβουλές ή ασκήσεις.

Στόχοι αυτών των οργανωτικών μέτρων ήταν η αποσυμφόρηση των εντεταλμένων για τη διαλογή φυσιοθεραπευτών για αξιολόγηση και παροχή συμβουλών σε όσον το δυνατό περισσότερους ασθενείς την ημέρα προσέλευσης τους.

#### 4.1.1. Διαδικασία αξιολόγησης και διαλογής ασθενών

Για την αξιολόγηση και διαλογή των ασθενών αξιοποιήθηκαν τρεις φυσιοθεραπεύτριες οι οποίες διέθεταν εξειδίκευση και εμπειρία πέραν των 10 χρόνων στον τομέα αυτό. Ο ασθενής, ο οποίος τηλεφωνούσε ή προσερχόταν στο τμήμα για εξασφάλιση ραντεβού υποβαλλόταν σε σειρά ερωτήσεων από τον εντεταλμένο για τη διαλογή φυσιοθεραπευτή με βάση το δομημένο ερωτηματολόγιο. Η διαδικασία αυτή διαρκούσε πέντε με δέκα λεπτά ανάλογα με το περιστατικό και δεν περιλάμβανε κλινική αξιολόγηση. Μετά τη συλλογή των στοιχείων, ο

φυσιοθεραπευτής προχωρούσε στην κατηγοριοποίηση της σοβαρότητας του περιστατικού σύμφωνα με τα καθορισμένα κριτήρια. Στη συνέχεια, αναζητούσε ραντεβού στο ειδικό έντυπο όπου καταχωρούνταν καθημερινώς όλα τα κενά ραντεβού. Η προτεραιότητα στην κατανομή των διαθέσιμων ραντεβού γινόταν σύμφωνα με τη σοβαρότητα του περιστατικού. Τα κριτήρια βοηθούσαν το φυσιοθεραπευτή να αναγνωρίσει τα οξεία περιστατικά, στα οποία έδινε προτεραιότητα και τα περιστατικά που είχαν ανάγκη μόνο συμβουλών και πρόγραμμα για το σπίτι, τα οποία εξυπηρετούνταν αμέσως, ώστε να μην εγγράφονται και «λιμνάζουν» στην λίστα αναμονής, αυξάνοντας έτσι το χρόνο αναμονής. Στους ασθενείς που έπαιρναν οδηγίες και πρόγραμμα ασκήσεων για το σπίτι, καθιερώθηκε να δίνεται η επιλογή επαναληπτικής συνεδρίας χωρίς ραντεβού με στόχο τον έλεγχο της τήρησης των οδηγιών.

Η προσπάθεια ήταν να μην φεύγει ασθενής χωρίς να πάρει έστω και κάποιες οδηγίες για χειρισμό του προβλήματός του. Στην περίπτωση που η κατάσταση του ασθενή καθοριζόταν «σοβαρή» με άμεση ανάγκη παροχής θεραπείας, ο φυσιοθεραπευτής προχωρούσε σε κλινική αξιολόγηση του περιστατικού και παροχή της απαιτούμενης θεραπείας. Οι ασθενείς που εγγράφονταν στη λίστα αναμονής με «μέτρια» σοβαρότητα (με εξαίρεση αυτούς που είχαν ανάγκη μόνο συμβουλών και τύγχαναν άμεσης εξυπηρέτησης) γινόταν προσπάθεια να πάρουν ραντεβού το συντομότερο δυνατό και εν πάση περιπτώσει όχι αργότερα της μίας εβδομάδας. Τέλος αυτοί με «ελαφρά» σοβαρότητα (με εξαίρεση αυτούς που είχαν ανάγκη μόνο συμβουλών και τύγχαναν άμεσης εξυπηρέτησης) γινόταν προσπάθεια να πάρουν ραντεβού όχι αργότερα των δύο με τριών εβδομάδων. Ο εντεταλμένος φυσιοθεραπευτής είχε την ευθύνη να παρακολουθεί τη λίστα αναμονής, για ανεύρεση ραντεβού στον κάθε ασθενή ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του και σύμφωνα με τις προτιμήσεις του. Είχε επίσης την ευθύνη να ενημερώνει τηλεφωνικά τον ασθενή.

#### 4.2. Σχεδιασμός και εργαλεία μέτρησης

Επειδή δεν υπήρχαν διαθέσιμα όλα τα απαραίτητα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, για σύγκριση της προ και μετά την παρέμβαση κατάστασης, κρίθηκε αναγκαίο να συγκεντρωθούν τα στοιχεία αυτά. Για τη συλλογή των στοιχείων του προ και μετά την παρέμβαση δείγματος χρησιμοποιήθηκαν τα πιο κάτω ερευνητικά εργαλεία:

1. Σταθμισμένο έντυπο-ερωτηματολόγιο για τη συλλογή των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών και την αξιολόγηση της κατάστασης υγείας τους (Παράρτημα Ερωτηματολόγιο 1.).

2. Το γνωστό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής EQ-5D και η Οπτική Αναλογική Κλίμακα VAS για την αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των ασθενών, ενσωματωμένο στο πιο πάνω ερωτηματολόγιο.
3. Εργαλείο αξιολόγησης του αποτελέσματος της φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης από φυσιοθεραπευτές, ενσωματωμένο στο πιο πάνω ερωτηματολόγιο.
4. Ερωτηματολόγιο αποτύπωσης των απόψεων των ασθενών όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών φυσιοθεραπείας που τους προσφέρθηκαν (Παράρτημα Ερωτηματολόγιο 2.).
5. Ημιδομημένες συνεντεύξεις για την καταγραφή – αποτύπωση της άποψης των φυσιοθεραπευτών για την προ και μετά την παρέμβαση κατάσταση και την επίδραση που είχαν σ' αυτούς και στον τρόπο λειτουργίας του τμήματος οι αλλαγές που έγιναν.

Στη συνέχεια παρατίθενται σχετικές λεπτομέρειες για καθένα από τα πιο πάνω:

#### **4.2.1. Το Ερωτηματολόγιο**

Για τη συλλογή των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο από παρόμοια έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο [50, 52] (Παράρτημα Ερωτηματολόγιο 3.). Σ' αυτό έγιναν προσαρμογές ώστε να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της έρευνας και τα δεδομένα της φυσιοθεραπείας στο δημόσιο τομέα της Κύπρου. Έτσι, στην πρώτη ενότητα προστέθηκε η ημερομηνία έναρξης θεραπείας, η οποία ήταν απαραίτητη για υπολογισμό του χρόνου αναμονής. Οι κατηγορίες στο πεδίο που αφορούσε το είδος του παραπεμπτικού διαμορφώθηκαν σύμφωνα με τις συνήθεις ιατρικές ειδικότητες που παραπέμπουν ασθενείς στο τμήμα φυσιοθεραπείας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις ενότητες.

#### **Η πρώτη ενότητα περιλάμβανε τα πιο κάτω πεδία:**

- «Ημερομηνία γέννησης», «φύλο», «επαγγελματική κατάσταση» και «κωδικός ασθενή». Ο κωδικός αυτός για σκοπούς ελέγχου της εγκυρότητας των στοιχείων ήταν ίδιος με τον αριθμό του ατομικού φακέλου φυσιοθεραπείας του ασθενή.
- Τις «ημερομηνίες» «αναζήτησης γιατρού» και «1<sup>η</sup> επίσκεψης σε γιατρό» για το πρόβλημα που σχετιζόταν με τη φυσιοθεραπεία. Τις «ημερομηνίες» «παραπομπής του ασθενή για φυσιοθεραπεία», «διεξαγωγής της φυσιοθεραπευτικής αξιολόγησης» και «έναρξης θεραπείας».
- «Είδος παραπεμπτικού» με τρεις προεπιλεγμένες και μία ανοικτή απάντηση.

- «Διάρκεια συμπτωμάτων» με τέσσερις προεπιλεγμένες απαντήσεις, όπου καταχωρείτο η περίοδος των πρόσφατων συμπτωμάτων.
- «Επαγγελματική κατάσταση» με πέντε εναλλακτικές απαντήσεις και τον αριθμό των ημερών που είχε απουσιάσει ο ασθενής από την αμειβόμενη εργασία του ως συνέπεια του προβλήματός του.
- «Κατάσταση υγείας» με δέκα προεπιλεγμένες διαγνωστικές κατηγορίες στη βάση της ανατομικής κατανομής του προβλήματος του ασθενή.
- «Σοβαρότητα του προβλήματος» με τρεις προεπιλεγμένες απαντήσεις ελαφρά, μέτρια ή σοβαρή, όπου στο προ παρέμβασης δείγμα η καταχώρηση γινόταν σύμφωνα με τα προσωπικά κριτήρια του κάθε φυσιοθεραπευτή ενώ στο μετά την παρέμβαση δείγμα η καταχώρηση γινόταν με βάση τα κοινά κριτήρια που είχαν τεθεί.
- «Προηγούμενη Φυσιοθεραπεία» όπου καταχωρείτο η τυχόν προηγούμενη φυσιοθεραπεία για το ίδιο πρόβλημα μόνο, δηλώνοντας Ναι ή Όχι, όπου σε περίπτωση θετικής απάντησης υπήρχε θέση για καταχώρηση του αριθμού των ξεχωριστών επεισοδίων του προβλήματος υγείας που υπήρξαν.

**Η δεύτερη ενότητα αναφερόταν στα δεδομένα του ασθενή κατά την ημερομηνία «απόλυσής» του**

- «Ημερομηνία απόλυσης» του ασθενή.
- «Συνολικός αριθμός συνεδριών» φυσιοθεραπείας που είχε για το συγκεκριμένο επεισόδιο φροντίδας.
- «Λόγος απόλυσης» με τέσσερις προεπιλεγμένες απαντήσεις και μία ανοικτή.
- «Αποτέλεσμα» με έξι προεπιλεγμένες απαντήσεις, οι οποίες αναφέρονταν στην έκταση που ο ασθενής είχε επιτύχει τους στόχους της φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης στο καθορισμένο χρονοδιάγραμμα. Το εργαλείο αυτό περιγράφεται πιο αναλυτικά στο υποκεφάλαιο 4.2.2. πιο κάτω.
- «Φάρμακα και ιστορικό εξετάσεων», όπου καταχωρούνταν τα φάρμακα και άλλα τεστ εξετάσεων που υπεβλήθη ο ασθενής για την κατάσταση για την οποία δέχτηκε φυσιοθεραπεία.

**Η τρίτη ενότητα αναφερόταν στην κατάσταση υγείας του ασθενή και περιλάμβανε τα εργαλεία αυτοαξιολόγησής της EQ-5D και VAS. Πιο συγκεκριμένα:**

- Το **EQ-5D** είναι ένα σταθμισμένο εργαλείο που προσδιορίζει την υγεία σε σχέση με πέντε διαστάσεις α) την κινητικότητα, β) την αυτοεξυπηρέτηση, γ) τις καθημερινές δραστηριότητες, δ) τον πόνο/δυσφορία και ε) το άγχος κατάθλιψη. Κάθε διάσταση αξιολογείται σε κλίμακα τριών βαθμίδων ως εξής: 1- καθόλου πρόβλημα 2- κάποια ή μέτρια προβλήματα και 3-υπερβολικά προβλήματα.

Έχει δημιουργηθεί από τη διεθνή ερευνητική ομάδα EuroQol, η αξιοπιστία του οποίου έχει ελεγχθεί με διάφορες έρευνες διεθνώς. Η μετάφραση του εργαλείου στα ελληνικά και ο έλεγχος της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του έχει γίνει από τον καθηγητή Γ. Υφαντόπουλο [54]. Η επιλογή του εργαλείου αυτού έγινε γιατί δεν εξειδικεύεται σε συγκεκριμένη ασθένεια, αφορά όλες τις ηλικίες ασθενών, είναι εύκολο στη χρήση, κατανοητό και δεν απαιτεί πολύ χρόνο για τη συμπλήρωσή του. Χρησιμοποιείται συνήθως σε συνδυασμό με την Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS).

- **Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS).** Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιείται για καθορισμό από τον ασθενή του βαθμού στον οποίο τον επηρεάζει το πρόβλημα ή σύμπτωμα για το οποίο προσφεύγει για θεραπεία. Συνήθως χρησιμοποιείται για μέτρηση του πόνου [55, 56]. Αποτελείται από μία συνεχή γραμμή 10 ή 100 εκατοστών, με το 0 και το 10 (ή 100) να εκφράζουν τις δύο πλέον ακραίες καταστάσεις της διάστασης που μετράται. Ο ασθενής καλείται να υποδείξει κάποιο σημείο, στην προκειμένη περίπτωση τον αριθμό στη γραμμή αυτή, που εκφράζει καλύτερα την ένταση του συμπτώματος που τον απασχολεί. [57]. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της οπτικής αναλογικής κλίμακας έχουν μελετηθεί διεξοδικά.

#### **4.2.2. Εργαλείο αξιολόγησης φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης από φυσιοθεραπευτές**

Αποτελεί ένα από τα πεδία της δεύτερης ενότητας του ερωτηματολογίου, η οποία συμπληρωνόταν από το φυσιοθεραπευτή του ασθενή κατά την «απόλυση» του. Είναι από μόνο του ένα αυτοτελές εργαλείο, το οποίο για σκοπούς διευκόλυνσης των φυσιοθεραπευτών και διασφάλισης ότι θα συμπληρώνεται κατά την ημέρα ολοκλήρωσης της θεραπείας του ασθενή, προτού απολυθεί, ενσωματώθηκε στο βασικό ερωτηματολόγιο. Έχει σταθμιστεί και δοκιμαστεί από τους φυσιοθεραπευτές κατά τη διάρκεια εθνικής πρωτοβουλίας στην Αγγλία το 1995 και από τότε χρησιμοποιείται με επιτυχία από τους φυσιοθεραπευτές σε πολλές χώρες [51]. Είναι ιδιαίτερα κατάλληλο για τους εξωτερικούς ασθενείς φυσιοθεραπείας επειδή επικεντρώνεται στην έκταση που αυτοί έχουν επιτύχει τους στόχους της θεραπείας που οριοθετούνται από το φυσιοθεραπευτή, σε συνεργασία με τον ασθενή [58]. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει καταγραφή κατά την αρχική αξιολόγηση των στόχων της θεραπείας και

του χρονοδιαγράμματος στο οποίο αναμένεται να πραγματοποιηθούν. Στην τελευταία συνεδρία, πριν από την απόλυση του ασθενή, καθορίζεται και κατηγοριοποιείται η έκταση της επιτυχίας των στόχων αυτών όπως περιγράφεται στον πίνακα πιο κάτω.

Πρόκειται για ένα αξιόπιστο, έγκυρο και αρκετά ευαίσθητο εργαλείο, το οποίο ουσιαστικά αξιολογεί την επίδραση της φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης [51]. Για τη δημιουργία του εργαλείου αυτού λήφθηκε υπόψη ότι οι ασθενείς στα τμήματα εξωτερικών ασθενών συνήθως απολύονται προτού η κατάσταση τους αποκατασταθεί πλήρως, ιδιαίτερα όταν υπάρχει η αίσθηση ότι είναι σε θέση να αναλάβουν το τελικό στάδιο της θεραπείας από μόνοι τους. Λαμβάνει επίσης υπόψη ότι οι ασθενείς αναζητούν συμβουλές από τους φυσιοθεραπευτές σε σχέση με τρόπους αυτοδιαχείρισης των προβλημάτων τους κυρίως σε χρόνιες ή υποτροπιάζουσες καταστάσεις. Το εργαλείο αυτό δεν επικεντρώνεται στη φυσική κατάσταση του ασθενή (Πίνακας 4.2.).

Πίνακας 4.2. Εργαλείο αξιολόγησης της φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης από φυσιοθεραπευτές.

Κατηγορία	Ορισμός
1	Μη επίτευξη στόχων
2	Μερική επίτευξη στόχων
3	Πέτυχαν αργότερα από ότι αναμενόταν
4	Πέτυχαν στο χρόνο που αναμενόταν
5	Πέτυχαν ενωρίτερα από ότι αναμενόταν

#### 4.2.3. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των υπηρεσιών φυσιοθεραπείας από τους ασθενείς

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε δημιουργήθηκε από την ομάδα εργασίας για επαγγελματικά θέματα του Ευρωπαϊκού Τμήματος της Παγκόσμιας Συνομοσπονδίας Φυσιοθεραπείας (ER-WCPT) και έχει εγκριθεί από όλα τα κράτη μέλη της οργάνωσης αυτής. Η μετάφραση-απόδοση του από τα αγγλικά στα ελληνικά έγινε από το μέλος της ER-WCPT, τον Παγκύπριο Σύλλογο Φυσιοθεραπευτών, σε συνεργασία με το Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, ακολουθώντας όλα τα μεθοδολογικά στάδια που είχε προτείνει η ER-WCPT. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 26 ερωτήσεις με κλειστές απαντήσεις και τρεις με δυνατότητα προσθήκης σχολίων. Οι περισσότερες ερωτήσεις είχαν τρεις προεπιλεγμένες

απαντήσεις που ήταν: «ναι», «όχι», «δεν γνωρίζω». Οι τέσσερις τελευταίες βασίζονταν σε μία κλίμακα τριών διαβαθμίσεων ως εξής: 1=πολύ, 2=λίγο και 3=καθόλου.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο απαντήθηκε 1) από δείγμα ασθενών που είχαν εξυπηρετηθεί μέσα στο προ παρέμβασης διάστημα (προ παρέμβασης δείγμα) και 2) από δείγμα ασθενών που είχαν εξυπηρετηθεί μέσα στο διάστημα που έγινε η παρέμβαση (μετά την παρέμβαση δείγμα). Δεν χρησιμοποιήθηκε συγκεκριμένη μέθοδος δειγματοληψίας, αφού συμπεριλήφθησαν όλοι οι ασθενείς (απογραφικό δείγμα) που είχαν προσέλθει στο τμήμα κατά τις ημερομηνίες 12 και 13 Ιανουαρίου 2009 (120 ασθενείς από το προ παρέμβαση δείγμα ) και 10 και 13 Μαρτίου 2009 (122 ασθενείς από το μετά παρέμβαση δείγμα).

#### **4.2.4. Συνεντεύξεις φυσιοθεραπευτών**

Η άποψη των φυσιοθεραπευτών για την κατάσταση προ και μετά την παρέμβαση και η επίδραση που είχε σ' αυτούς και στον τρόπο λειτουργίας του τμήματος, αποτυπώθηκε με βάση ημιδομημένο ερωτηματολόγιο στα πλαίσια προσωπικών συνεντεύξεων (Παράρτημα Πίνακας 2). Οι συνεντεύξεις διενεργήθηκαν πριν και μετά την παρέμβαση. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε περιλάμβανε καταγραφή των απαντήσεων και στο τέλος της συνέντευξης μετά από ανάγνωση γινόταν η επιβεβαίωσή τους από τον ερωτηθέντα.

#### **4.2.5. Διαδικασία και χρόνος συμπλήρωσης των εργαλείων**

Τα δύο πρώτα εργαλεία, συμπληρώνονταν κατά την αρχική (πρώτη) και τελική (τελευταία) επαφή του ασθενή με την υπηρεσία. Η αρχική αξιολόγηση αφορούσε την κατάσταση της υγείας του ασθενή κατά την πρώτη επίσκεψη στο τμήμα και η τελική την ημέρα που δεχόταν την τελευταία του θεραπεία προτού απολυθεί. Το ερωτηματολόγιο αποτύπωσης της άποψης των ασθενών συμπληρώθηκε μετά το πέρας της συλλογής του προ και μετά την παρέμβαση δείγματος. Τέλος οι συνεντεύξεις με τους φυσιοθεραπευτές έγιναν ένα μήνα πριν από την έναρξη της συλλογής των στοιχείων του προ παρέμβασης δείγματος και δύο εβδομάδες μετά τη λήξη της συλλογής των στοιχείων του μετά παρέμβαση δείγματος. Τα σχετικά ευρήματα αποτέλεσαν το υλικό για τη σύγκριση της νέας κατάστασης λειτουργίας του τμήματος με τον προηγούμενο τρόπο λειτουργίας. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αξιοποιήθηκαν εξειδικευμένοι και έμπειροι φυσιοθεραπευτές. Το ερωτηματολόγιο συλλογής των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών συμπληρωνόταν με τον ίδιο τρόπο πριν και μετά την παρέμβαση, με μόνη διαφορά το πεδίο κατηγοριοποίησης της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενή. Πριν από την παρέμβαση η κατηγοριοποίηση γινόταν σύμφωνα με τα προσωπικά κριτήρια του φυσιοθεραπευτή που έκανε την αξιολόγηση, όπως ήταν η συνήθης πρακτική, ενώ μετά την παρέμβαση το πεδίο αυτό

συμπληρωνόταν σύμφωνα με τα κριτήρια που είχαν καθοριστεί στα πλαίσια της υπό μελέτη παρέμβασης.

### 4.3. Το δείγμα

Η έρευνα περιλάμβανε δύο ανεξάρτητα δείγματα ασθενών, το προ παρέμβασης δείγμα (δείγμα ελέγχου) και το μετά την παρέμβαση δείγμα (υπό μελέτη δείγμα). Και τα δύο δείγματα ήταν απογραφικά, αφού σ' αυτά συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς που προσήλθαν ή απευθύνθηκαν για ραντεβού φυσιοθεραπείας στο τμήμα, τις συγκεκριμένες ημερομηνίες διεξαγωγής της έρευνας. Γι' αυτό το λόγο δεν χρησιμοποιήθηκε συγκεκριμένη μέθοδος δειγματοληψίας. Το προ παρέμβασης δείγμα αποτέλεσαν 352 ασθενείς που προσήλθαν ή απευθύνθηκαν τηλεφωνικώς στο τμήμα, με νέο παραπεμπτικό, μεταξύ των ημερομηνιών 14/11/2008 και 18/12/2008 (24 εργάσιμες ημέρες). Το μετά την παρέμβαση δείγμα αποτέλεσε το σύνολο των 356 ασθενών που προσήλθαν ή απευθύνθηκαν τηλεφωνικώς στο τμήμα με νέο παραπεμπτικό μεταξύ των ημερομηνιών 16/1/2009 και 19/2/2009 (25 εργάσιμες ημέρες)

#### 4.3.1. Πιλοτική εφαρμογή

Παρόλο ότι το ερωτηματολόγιο και τα άλλα εργαλεία αξιολόγησης ήταν σταθμισμένα και δοκιμασμένα από φυσιοθεραπευτές στην Αγγλία και άλλους ερευνητές, κρίθηκε σκόπιμο να γίνει πιλοτική εφαρμογή τους από τους φυσιοθεραπευτές του τμήματος.

Η 1<sup>η</sup> πιλοτική εφαρμογή διεξήχθη σε δείγμα 71 ασθενών την περίοδο από 10/11/2008 μέχρι 13/12/2009 πριν από την παρέμβαση. Από την πιλοτική διαπιστώθηκε ότι η χρήση της VAS στην κάθετη μορφή της παρέσυρε τους ασθενείς να την παρομοιάζουν με το ανθρώπινο σώμα. Έτσι έδειχναν το σημείο της κλίμακας που ανταποκρινόταν στο μέρος του σώματος τους που είχε πρόβλημα (θεωρώντας το πάνω μέρος της σαν το κεφάλι και το κάτω μέρος τα πόδια) και όχι την ένταση του προβλήματός τους.

Έτσι, με το πέρας της πιλοτικής εφαρμογής έγιναν οι πιο κάτω αλλαγές:

Η αρχική και τελική υποκειμενική αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του ασθενή με την κλίμακα VAS, αντί της κάθετης πήρε την οριζόντια μορφή. Η οριζόντια πια VAS μεταφέρθηκε σε ξεχωριστή ενότητα στην οποία προστέθηκε το εργαλείο EQ-5D ως ένα δεύτερο εργαλείο αξιολόγησης της κατάστασης της υγείας του ασθενή. Στο συγκεκριμένο εργαλείο έγινε αλλαγή στη φρασεολογία του τρίτου επιπέδου της διάστασης κινητικότητα χωρίς να διαφοροποιείται το νόημα. Από «είμαι καθλωμένος στο κρεβάτι» διατυπώθηκε σε «δεν μπορώ να περπατήσω καθόλου». Η αλλαγή θεωρήθηκε απαραίτητη εφόσον πρόκειται

για άτομα που προσέρχονται ως εξωτερικοί ασθενείς οπότε είναι δεδομένο ότι δεν είναι στο κρεβάτι.

Η 2<sup>η</sup> πιλοτική εφαρμογή θεωρήθηκε σκόπιμη για να δοκιμαστούν τα κριτήρια κατηγοριοποίησης της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενή, πριν τη συλλογή του μετά παρέμβαση δείγματος. Διεξήχθη την περίοδο 12/1/2009 με 15/1/2009 αφού είχε ήδη αρχίσει η εφαρμογή της παρέμβασης. Οι εντεταλμένοι για τη διαλογή φυσιοθεραπευτές είχαν την ευκαιρία να δοκιμάσουν σε δείγμα 89 ασθενών το σύστημα διαλογής, με βάση τα καθορισμένα κριτήρια. Παρόλο ότι η κατηγοριοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενή σε (ελαφρά, μέτρια, σοβαρή) αποτελεί υποκειμενικό μέτρο, ο έλεγχος των όρων αυτών μεταξύ των φυσιοθεραπευτών με τη μέθοδο (inter-rater liability testing), είχε σαν αποτέλεσμα την αναγνώριση της εγκυρότητας τους.

#### **4.3.2. Περιορισμοί**

Το γεγονός ότι ο χρόνος ανάλυσης των αποτελεσμάτων δεν είχε καθοριστεί από την αρχή, είχε ως αποτέλεσμα η στατιστική ανάλυση του προ παρέμβασης δείγματος να γίνει τρεις μήνες μετά την συλλογή των στοιχείων ενώ για το μετά την παρέμβαση δείγμα, λόγω πίεσης χρόνου, αυτή έγινε στους δύο μήνες. Ως εκ τούτου οι 53 ασθενείς του μετά την παρέμβαση δείγματος, οι οποίοι δεν πήραν ραντεβού στους δύο μήνες μπήκαν στην κατηγορία των τριών μηνών, που ήταν η επόμενη κατηγορία. Βέβαια το γεγονός αυτό, σε περίπτωση που τα αποτελέσματα δείξουν μείωση της λίστας αναμονής, τελικά θα ενισχύει τα θετικά αποτελέσματα της έρευνας, αφού πιθανό οι ασθενείς που ανέμεναν πέραν των τριών μηνών να ήταν ακόμα λιγότεροι.

Επιπλέον η άποψη των ασθενών για την υπηρεσία που δέχτηκαν ίσως θα ήταν πιο αντιπροσωπευτική εάν αποτυπωνόταν αμέσως μετά την πρώτη επαφή τους με το τμήμα ή τουλάχιστον μετά την πρώτη συνεδρία όταν είχαν πρόσφατη την εμπειρία αυτή. Το διάστημα του ενός και πλέον μηνός που μεσολάβησε από την πρώτη επαφή τους με το τμήμα, ήταν μεγάλο και δεν βοήθησε την μνήμη τους.

#### **4.4. Στατιστική ανάλυση**

Μετά τη συλλογή των στοιχείων άρχισε η εισαγωγή τους στο στατιστικό πρόγραμμα. Στη συνέχεια έγινε ο έλεγχος της ακρίβειας των στοιχείων σε σύγκριση με τα στοιχεία στο φάκελο του ασθενή και η λογικότητα των αποτελεσμάτων. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων του προ παρέμβασης δείγματος έγινε στις 30/3/2009, τρεις μήνες μετά τη λήξη της συλλογής των στοιχείων, ενώ του δείγματος μετά την παρέμβαση έγινε στις 16/4/2009 δύο μήνες μετά τη λήξη της συλλογής των στοιχείων. Για τη στατιστική ανάλυση

των δεδομένων που είχαν συλλεγεί με τα ερωτηματολόγια, χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό Statistical Package of Social Science version 16. Η συχνότητα κατανομής αναφέρεται σε ποσοστό επί της εκατό και σε αριθμό ασθενών. Οι διαφορές των δύο δειγμάτων μελετήθηκαν με παραμετρικά και μη παραμετρικά τεστ. Το chi-squared test χρησιμοποιήθηκε για εξέταση της σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών. Το Whitney test χρησιμοποιήθηκε για σύγκριση των μέσων όρων δύο ανεξάρτητων μεταβλητών και το Anova test για σύγκριση δύο ή περισσότερων ομάδων. Το επίπεδο σημαντικότητας καθορίστηκε στο 0,05.

Η ανάλυση των απαντήσεων που δόθηκαν από τους φυσιοθεραπευτές πριν και μετά την παρέμβαση και των απαντήσεων στις ανοικτές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ικανοποίησης των ασθενών έγινε με τη διαδικασία της θεματικής ανάλυσης [59]. Η διαδικασία αυτή απαιτούσε την ανάγνωση όλων των απαντήσεων, αναγνώριση θεμάτων και κωδικοποίηση τους. Η ίδια διαδικασία έγινε από 2<sup>ον</sup> άτομο για διασφάλιση ότι θέματα που αναγνωρίστηκαν ήταν σωστά και να αποκλειστεί οποιαδήποτε προσωπική μεροληψία.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα επεξηγούνται σε κείμενο και παρουσιάζονται με διαγράμματα και πίνακες. Στο κείμενο αναφέρονται τα ποσοστά των έγκυρων τιμών (valid %) και γίνεται σύγκριση μεταξύ των δύο δειγμάτων. Στο διάγραμμα παρουσιάζονται οι αριθμητικές διαφορές των δύο δειγμάτων και στον πίνακα παρουσιάζονται όλες οι τιμές, συμπεριλαμβανομένων αυτών που δεν απαντήθηκαν (missing values).

## 5.1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών ΠΠΔ και ΜΠΔ

Η ανάλυση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των δύο δειγμάτων δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές γεγονός που επιτρέπει τη σύγκριση των δύο δειγμάτων.

### 5.1.1. Κατανομή φύλου

Το προ παρέμβασης δείγμα (ΠΠΔ) περιλάμβανε 62,9% γυναίκες και 37,1% άνδρες και το μετά παρέμβαση δείγμα (ΜΠΔ) 61,0% γυναίκες με 39,0% άνδρες. (Διάγραμμα 5.1. και Πίνακας 5.1.)

Διάγραμμα 5.1: Κατανομή φύλου.



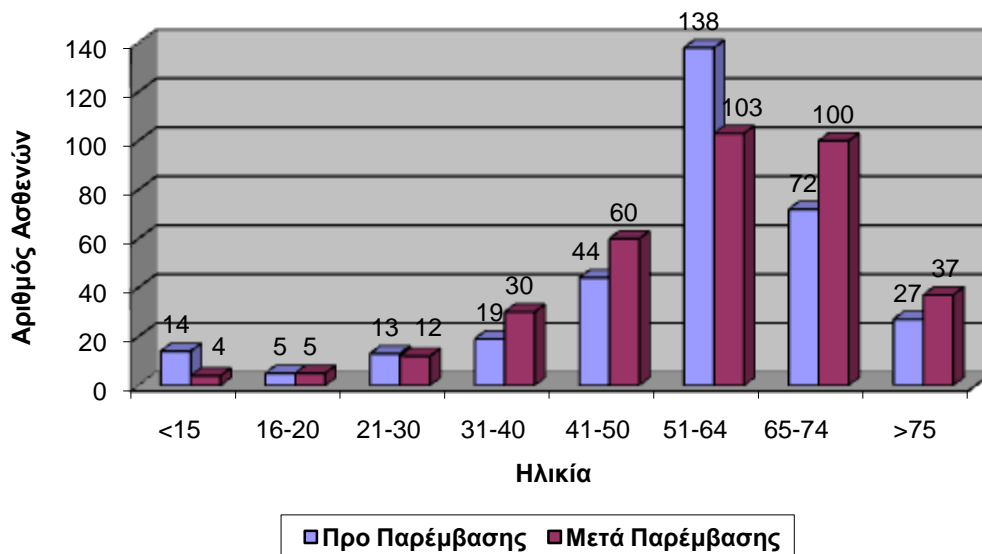
Πίνακας 5.1: Κατανομή φύλου πριν και μετά την παρέμβαση

Χαρακτηριστικά	Προ Παρέμβασης			Μετά την Παρέμβαση			Δείκτης Στατιστικής Σημαντικότητας
	valid %	valid %	valid %	valid %	valid %	valid %	
Φύλο	352	100%		356	100%		p value
Άνδρες	130	36,9	37,1	139	39,0	39,0	p=0,603
Γυναίκες	220	62,5	62,9	217	61,0	61,0	
Missing	2	0,6		0	0		

### 5.1.2. Ηλικιακή κατανομή

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 51-64 με ποσοστό 41,6% στο προ παρέμβασης δείγμα (ΠΠΔ) και 28,9% στο μετά την παρέμβαση δείγμα (ΜΠΔ). Ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 65-74 με 21,7% για το ΠΠΔ και 28,1% για το ΜΠΔ. Η ηλικιακή ομάδα 41-50 ετών εμφάνισε ποσοστά 13,3% και 16,9% αντίστοιχα. Οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες εμφάνισαν μικρότερα ποσοστά. Η ομάδα πάνω από 75 ήταν 8,1% στο ΠΠΔ και 10,5% στο ΜΠΔ, η ομάδα 31-40 ήταν 5,7% στο ΠΠΔ και 8,5% στο ΜΠΔ, η ομάδα 21-30 ήταν 3,9% στο ΠΠΔ και 3,4% στο ΜΠΔ, η ομάδα 16-20 ήταν 1,5% στο ΠΠΔ και 1,4% στο ΜΠΔ και τέλος η ομάδα κάτω από 15 ήταν 4,2% στο ΠΠΔ και 1,1% στο ΜΠΔ. (Διάγραμμα 5.2. και Πίνακας 5.2.)

Διάγραμμα 5 2: Ηλικιακή κατανομή



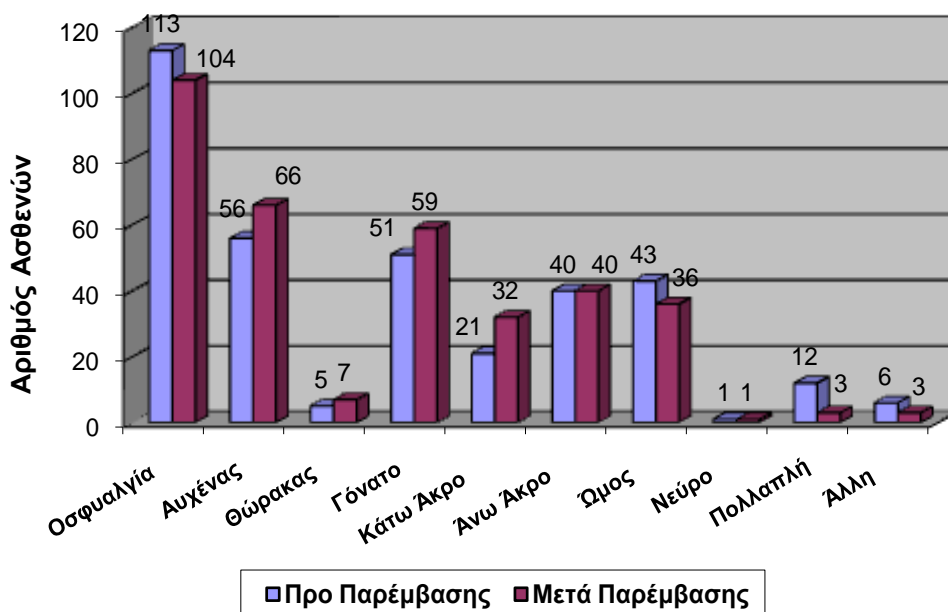
Πίνακας 5.2: Ηλικιακή κατανομή σε κατηγορίες πριν και μετά την παρέμβαση

Χαρακτηριστικά	Προ Παρέμβασης			Μετά την Παρέμβαση			Δείκτης Στατιστικής Σημαντικότητας
	352	100%	valid %	356	100%	valid %	p value
Ηλικία							
<15	14	4,0	4,2	4	1,1	1,1	p=0,168
16-20	5	1,4	1,5	5	1,4	1,4	
21-30	13	3,7	3,9	12	3,4	3,4	
31-40	19	5,4	5,7	30	8,4	8,5	
41-50	44	12,5	13,3	60	16,9	17,1	
51-64	138	39,2	41,6	103	28,9	29,3	
65-74	72	20,5	21,7	100	28,1	28,5	
>75	27	7,7	8,1	37	10,4	10,5	
Μέση ηλικία	55,48			57,32			
Σταθερή απόκλιση	16,594			15,868			

### 5.1.3. Κατάσταση υγείας

Η πλειονότητα των περιστατικών που παραπέμφθηκαν στο τμήμα φυσιοθεραπείας και στα δύο δείγματα, ήταν μυοσκελετικά σε ποσοστό πέραν του 95%, ενώ τα νευρολογικά περιστατικά ήταν μόνο το 0,3%. Η οσφυαλγία ήταν το συνηθέστερο πρόβλημα με ποσοστό 32,5% στο ΠΠΔ και 29,6% στο ΜΠΔ. Τα προβλήματα του αυχένα εμφανίστηκαν σε ποσοστό 16,1% ΠΠΔ και 18,8% ΜΠΔ. Η επόμενη κατηγορία ήταν τα προβλήματα στα γόνατα με ποσοστό 14,7% στο ΠΠΔ και 16,8 για το ΜΠΔ. Ακολούθησαν τα προβλήματα ώμου, που εμφανίστηκαν στο 12,4% στο ΠΠΔ και στο 10,3% στο ΜΠΔ. Η κατηγορία άνω άκρου ήταν στο 11,5% στο ΠΠΔ και στο 11,4% ΜΠΔ. Η κατηγορία κάτω άκρου ήταν στο 6,0% στο ΠΠΔ και 9,1% ΜΠΔ. Τα προβλήματα στον θώρακα ήταν 1,4% στο ΠΠΔ και 2,0% στο ΜΠΔ. Η κατηγορία των νευρολογικών περιστατικών ήταν μόνο 0,3 % και στα δύο δείγματα. Η κατηγορία με πρόβλημα σε περισσότερα από ένα μέρη του σώματος ήταν 3,4% στο ΠΠΔ και 0,9% στο ΜΠΔ. Τέλος η κατηγορία άλλη ήταν 1,7% ΠΠΔ και 0,9% στο ΜΠΔ. (Διάγραμμα 5.3. και Πίνακας 5.3.)

Διάγραμμα 5.3: Κατάσταση υγείας



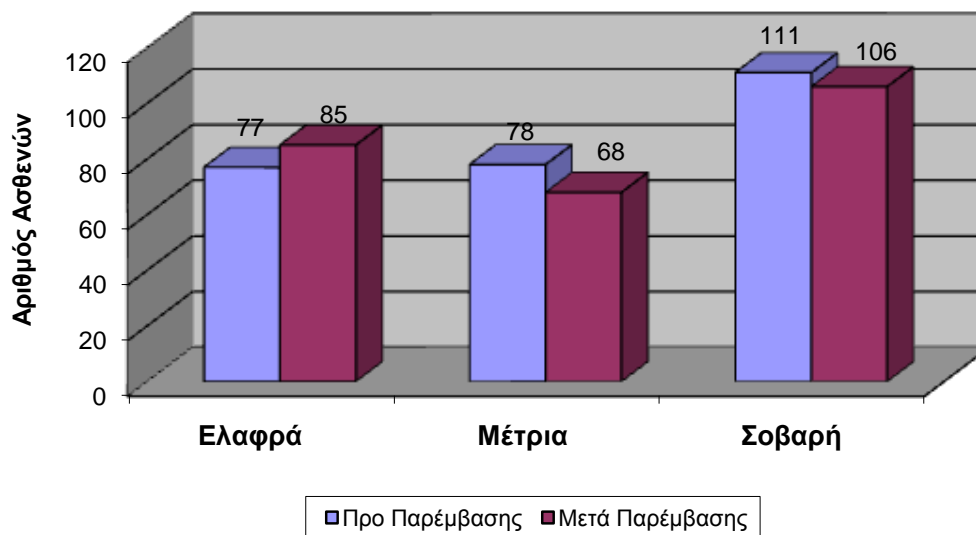
Πίνακας 5.3: Κατάσταση υγείας σύμφωνα με την ανατομική περιοχή πριν και μετά την παρέμβαση

Χαρακτηριστικά	Προ Παρέμβασης			Μετά την Παρέμβαση			Δείκτης Στατιστικής Σημαντικότητας
	Count	%	valid %	Count	%	valid %	
Κατάσταση Υγείας	352	100%	valid %	356	100%	valid %	p value
Οσφουαλγία	113	32,1	32,5	104	29,2	29,6	p=0,249
Αυχένιας	56	15,9	16,1	66	18,5	18,8	
Θώρακας	5	1,4	1,4	7	2,0	2,0	
Γόνατο	51	14,5	14,7	59	16,6	16,8	
Κάτω Άκρο	21	6,0	6,0	32	9,0	9,1	
Άνω Άκρο	40	11,4	11,5	40	11,2	11,4	
Ωμος	43	12,2	12,4	36	10,1	10,3	
Νεύρο	1	0,3	0,3	1	0,3	0,3	
Πολλαπλή	12	3,4	3,4	3	0,8	0,9	
Άλλη	6	1,7	1,7	3	0,8	0,9	
Missing	4	1,1		5	1,4		

#### 5.1.4. Σοβαρότητα κατάστασης (καθοριζόμενη από φυσιοθεραπευτή)

Η σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών καθορίστηκε «σοβαρή» σε ποσοστό 41,7% στο ΠΠΔ έναντι 40,9% στο ΜΠΔ. Καθορίστηκε «μέτρια» σε ποσοστό 29,3% του ΠΠΔ έναντι 26,3% του ΜΠΔ και τέλος καθορίστηκε «ελαφρά» σε ποσοστό 28,9% του ΠΠΔ έναντι 32,0% του ΜΠΔ. Όπως ήδη αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 4.2.1. η κατηγοριοποίηση της κατάστασης του ασθενή σε ελαφρά, μέτρια, σοβαρή, πριν την παρέμβαση, γινόταν με βάση τα προσωπικά κριτήρια του φυσιοθεραπευτή που διευθετούσε το ραντεβού στον ασθενή, ενώ μετά την παρέμβαση, η κατηγοριοποίηση αυτή, γινόταν σύμφωνα με τα κοινά κριτήρια που είχαν τεθεί για όλους τους εντεταλμένους στην διαλογή φυσιοθεραπευτές. (Διάγραμμα 5.4. και Πίνακας 5.4.)

Διάγραμμα 5.4: Σοβαρότητα κατάστασης ασθενών (καθοριζόμενη από φυσιοθεραπευτή)



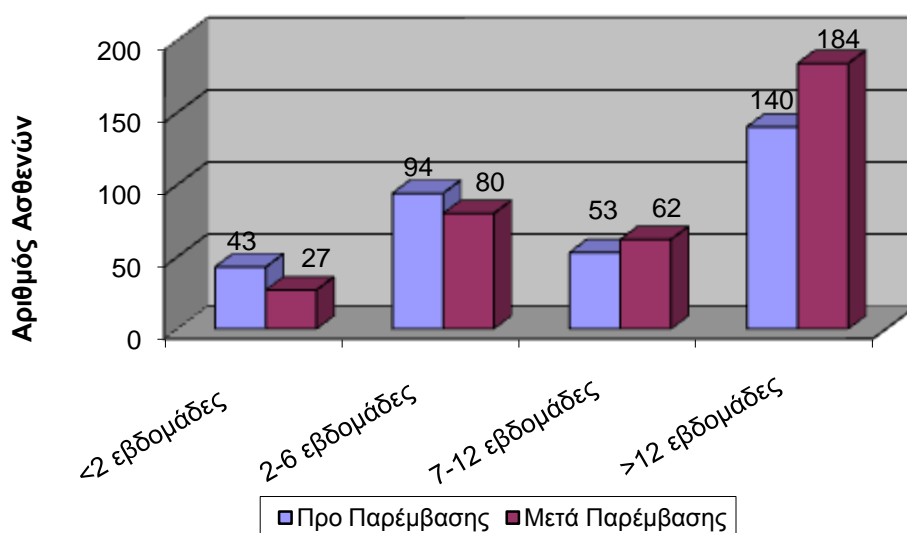
Πίνακας 5.4: Η σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών, όπως καθοριζόταν από τους φυσιοθεραπευτές, πριν και μετά την παρέμβαση

Χαρακτηριστικά	Προ Παρέμβασης			Μετά Παρέμβασης			Δείκτης Στατιστικής Σημαντικότητας
	Count	%	valid %	Count	%	valid %	
Σοβαρότητα Κατάστασης	352	100%	valid %	356	100%	valid %	p value
Ελαφρά	77	21,9	28,9	85	23,9	32,8	p=0,576
Μέτρια	78	22,2	29,3	68	19,1	26,3	
Σοβαρή	111	31,5	41,7	106	29,8	40,9	
Missing	86	24,4		97	27,2		

### 5.1.5. Διάρκεια συμπτωμάτων

Η μεγαλύτερη κατηγορία ασθενών ήταν αυτή με διάρκεια συμπτωμάτων > 12 εβδομάδων, η οποία στο ΠΠΔ εμφάνισε ποσοστό 42,4% ενώ στο ΜΠΔ το ποσοστό έφτασε το 52,1%. Η επόμενη μεγαλύτερη κατηγορία ήταν αυτή με διάρκεια συμπτωμάτων 2-6 εβδομάδες και ποσοστό 28,5% στο ΠΠΔ έναντι 22,7% για το ΜΠΔ. Η κατηγορία 7-12 εβδομάδες ήταν σε ποσοστό 16,1% στο ΠΠΔ και 17,6% στο ΜΠΔ. Τέλος η κατηγορία κάτω των 2 εβδομάδων στο ΠΠΔ εμφάνισε ποσοστό 13,0% και στο ΜΠΔ 7,6%. (Διάγραμμα 5.5. και Πίνακας 5.5.)

Διάγραμμα 5.5: Διάρκεια συμπτωμάτων



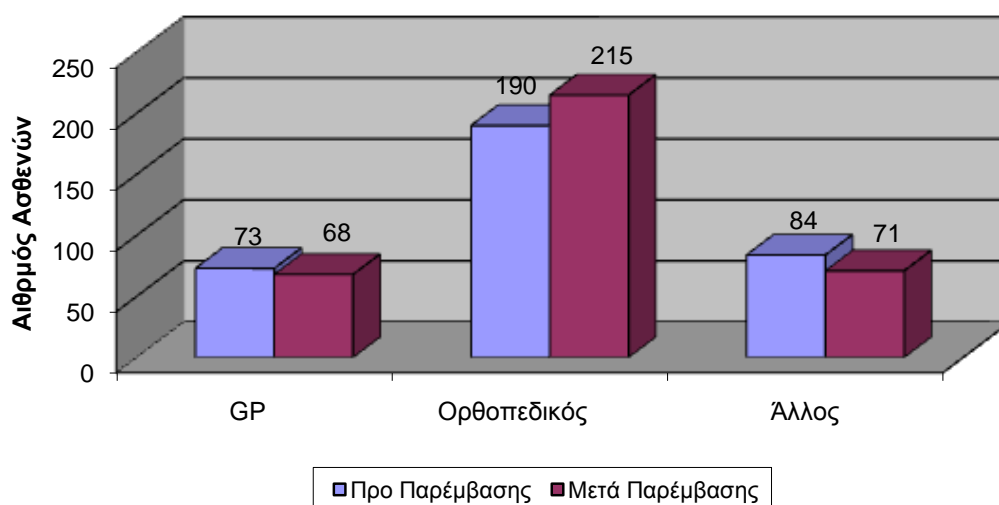
Πίνακας 5.5: Η διάρκεια των συμπτωμάτων των ασθενών σε κατηγορίες πριν και μετά την παρέμβαση

Χαρακτηριστικά	Προ Παρέμβασης			Μετά την Παρέμβαση			Δείκτης Στατιστικής Σημαντικότητας
	Count	%	valid %	Count	%	valid %	
Διάρκεια Συμπτωμάτων	352	100%	valid %	356	100%	valid %	p value
<2 εβδομάδες	43	12,2	13,0	27	7,6	7,6	p=0,013
2-6 εβδομάδες	94	26,7	28,5	80	22,5	22,7	
7-12 εβδομάδες	53	15,1	16,1	62	17,4	17,6	
>12 εβδομάδες	140	39,8	42,4	184	51,7	52,1	
Missing	22	6,2		3	0,8		

### 5.1.6. Είδος παραπεμπτικού

Όπως ήταν αναμενόμενο το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών παραπέμφθηκε στο τμήμα φυσιοθεραπείας από ορθοπεδικούς, το 54,8% του ΠΠΔ και το 60,6% του ΜΠΔ. Οι γενικοί ιατροί παρέπεμψαν ποσοστό 21,0% στο ΠΠΔ και 19,2% στο ΜΠΔ. Άλλες ειδικότητες που παρέπεμψαν στο τμήμα ασθενείς είναι οι νευροχειρουργοί και ρευματολόγοι με ποσοστό 24,0% στο ΠΠΔ και 20,0% στο ΜΠΔ. (Διάγραμμα 5.6. και Πίνακας 5.6.).

Διάγραμμα 5.6: Είδος παραπεμπτικού



Πίνακας 5.6: Η προέλευση των παραπεμπτικών πριν και μετά την παρέμβαση

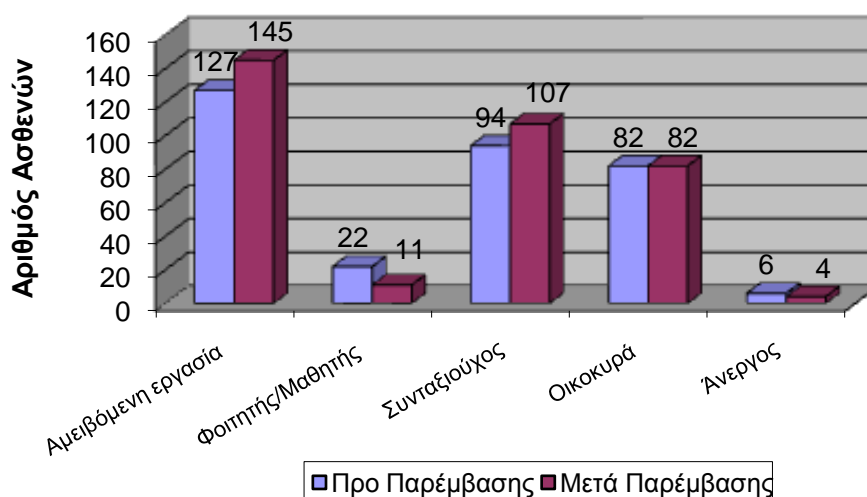
Χαρακτηριστικά	Προ Παρέμβασης			Μετά την Παρέμβαση			Δείκτης Στατιστικής Σημαντικότητας
	Count	%	valid %	Count	%	valid %	
Είδος Παραπεμπτικού	352	100%	valid %	356	100%	valid %	p value
GP	73	20,7	21,0	68	19,1	19,2	p=0,254
Ορθοπεδικός	190	5,4	54,8	215	60,4	60,6	
Άλλος	84	23,9	24,2	71	19,9	20,2	
Missing	5	1,4		1	0,3		

### 5.1.7. Επαγγελματική κατάσταση

Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων της επαγγελματικής κατάστασης και της σχετιζόμενης με αυτή απουσίας από την εργασία έδειξε ότι 38,4% του ΠΠΔ και 41,5% του ΜΠΔ ήταν σε αμειβόμενη εργασία και απουσίαζαν από την εργασία τους κατά μέσο όρο 4.18 ημέρες στο ΠΠΔ και 5.99 ημέρες στο ΜΠΔ.

Το 28% στο ΠΠΔ και 30,7% στο ΜΠΔ ήταν συνταξιούχοι, 24,8% στο ΠΠΔ και 23,5% στο ΜΠΔ ήταν οικοκυρές, ενώ 6,6% του ΠΠΔ και 3,2% του ΜΠΔ ήταν φοιτητές ή μαθητές. Τέλος 1,8% του ΠΠΔ και 1,1% του ΜΠΔ δήλωσαν ότι ήταν άνεργοι. (Διάγραμμα 5.7. και Πίνακας 5.7.)

Διάγραμμα 5.7: Επαγγελματική κατάσταση



Πίνακας 5.7: Η επαγγελματική κατάσταση των ασθενών πριν και μετά την παρέμβαση

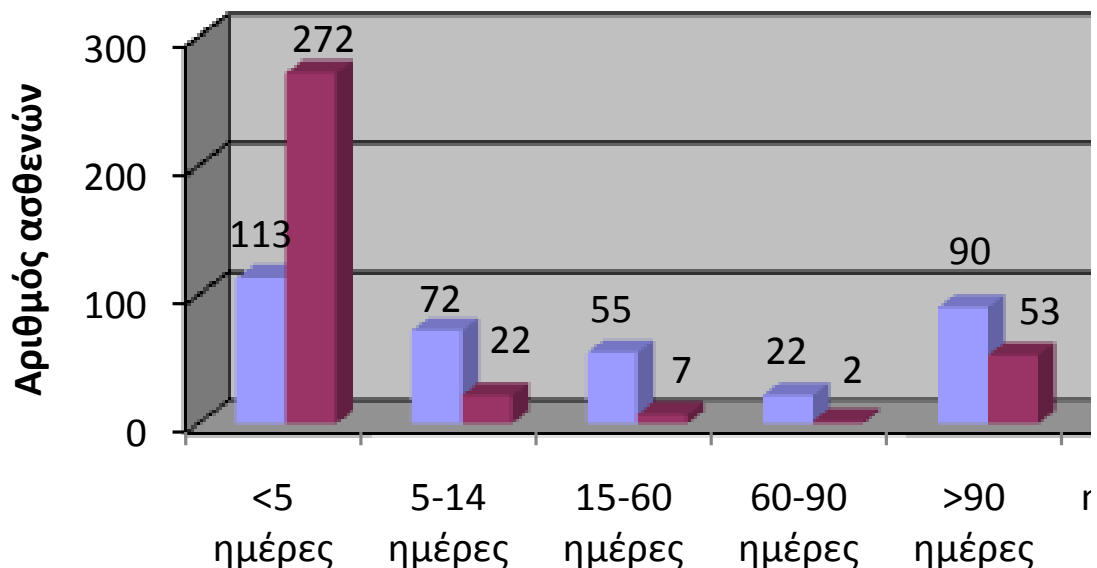
Χαρακτηριστικά	Προ Παρέμβασης			Μετά την Παρέμβαση			Δείκτης Στατιστικής Σημαντικότητας
	Count	%	valid %	Count	%	valid %	
Επαγγελματική Κατάσταση	352	100%	valid %	356	100%	valid %	p value
Αμειβόμενη εργασία	127	36,1	38,4	145	40,7	41,5	p= 0,229
Φοιτητής/Μαθητής	22	6,2	6,6	11	3,1	3,2	
Συνταξιούχος	94	27,6	28,4	107	30,1	30,7	
Οικοκυρά	82	23,3	24,8	82	23,0	23,5	
Άνεργος	6	1,7	1,8	4	1,1	1,1	
Missing	21	6,0		7	2,0		

## 5.2. Χρόνος Αναμονής για φυσιοθεραπεία

Ο χρόνος αναμονής του ασθενή για φυσιοθεραπεία αναφέρεται στο χρόνο που μεσολαβεί μεταξύ της ημέρας που απευθύνεται στο τμήμα φυσιοθεραπείας για ραντεβού μέχρι την ημέρα έναρξης θεραπείας.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (76,4%) του ΜΠΔ πήρε ραντεβού για έναρξη θεραπείας σε λιγότερες από πέντε έναντι 32,1% του ΠΠΔ. Το 20,5% του ΠΠΔ πήρε ραντεβού εντός 5-14 ημερών έναντι 6,2% του ΜΠΔ. Το 15,6% του ΠΠΔ πήρε ραντεβού εντός 15-60 ημερών έναντι 2,0% του ΜΠΔ. Το 6,2% του ΠΠΔ έναντι 0,6% του ΜΠΔ πήρε ραντεβού εντός 60-90 ημερών. Τέλος το 25,6% του ΠΠΔ έναντι 14,9% του ΜΠΔ πήρε ραντεβού πέρα των 90 ημερών. Όσον αφορά το ΜΠΔ, όσοι ασθενείς δεν είχαν πάρει ραντεβού (53) μέχρι την ημέρα που έγινε η στατιστική ανάλυση του δείγματος δηλαδή 2 μήνες μετά την συλλογή των στοιχείων, μπήκαν στην κατηγορία >90 ημερών. Παρόλα αυτά υπήρξε στατιστικά πολύ σημαντική μείωση του χρόνου αναμονής μετά την παρέμβαση αφού ο μέσος χρόνος αναμονής από 20.88 ημέρες που ήταν στο ΠΠΔ μειώθηκε στις 3.49 στο ΜΠΔ.  $p < 0.0005$  (Διάγραμμα 5.8 και Πίνακας 5.8.).

Διάγραμμα 5.8: Χρόνος αναμονής



Πίνακας 5.8: Η σύγκριση του χρόνου αναμονής των ασθενών πριν και μετά την παρέμβαση.

Χρόνος Αναμονής	Προ Παρέμβασης			Μετά την Παρέμβαση			Δείκτης Στατιστικής Σημαντικότητας
	Ημέρες	352	100%	valid %	356	100%	
< 5	113	32,1	32,1	272	76,4	76,4	p value
5-14	72	20,5	20,5	22	6,2	6,2	
15-60	55	15,6	15,6	7	2,0	2,0	
60-90	22	6,2	6,2	2	0,6	0,6	
> 90	90	25,6	25,6	53*	14,9	14,9	
Μέσος χρόνος	20,88			3,49			p<0,0005

\*Όσοι δεν είχαν πάρει ραντεβού μέχρι την ημέρα της στατιστικής ανάλυσης του δείγματος, 2 μήνες μετά την συλλογή των στοιχείων, μπήκαν στην κατηγορία >90 ημερών.

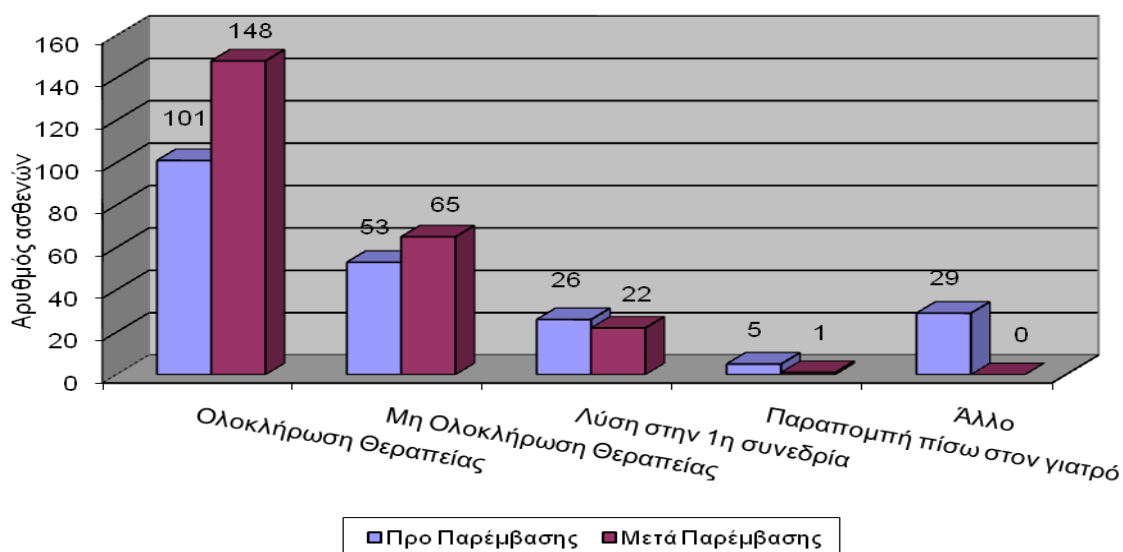
### 5.3. Δεδομένα που αφορούν τους ασθενείς κατά την «απόλυσή» τους

Τα πιο κάτω αφορούν δεδομένα που καταγράφηκαν κατά την απόλυση των ασθενών μετά από την εφαρμογή της φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης.

#### 5.3.1. Λόγος απόλυσης

Το ποσοστό των ασθενών που ολοκλήρωσε τη θεραπεία του ήταν μεγαλύτερο στο ΜΠΔ (62,7%) έναντι (47,2%) του ΠΠΔ. Ποσοστό 12,1% του ΠΠΔ έναντι 9,3% του ΜΠΔ είχαν λύση του προβλήματος τους σε μία συνεδρία. Ποσοστό 24,8% του ΠΠΔ και 27,5% του ΜΠΔ δεν ολοκλήρωσαν την θεραπεία τους. Τέλος το 15,9 % του ΠΠΔ και 0,4% του ΜΠΔ είχε παραπεμφθεί πίσω στον γιατρό του είτε γιατί εντοπίστηκε κάτι άλλο το οποίο έχρηζε φροντίδας εκτός της αρμοδιότητας του φυσιοθεραπευτή είτε γιατί ο ασθενής παρουσίαζε επιδείνωση μετά την φυσιοθεραπεία. Οι διαφορές που καταγράφηκαν ήταν στατιστικά σημαντικές με  $p<0.0005$  (Πίνακας 5.9.).

Διάγραμμα 5.9: Λόγος απόλυσης



Πίνακας 5.9: Σύγκριση λόγου απόλυσης ασθενών πριν και μετά την παρέμβαση

Χαρακτηριστικά	Προ Παρέμβασης			Μετά την Παρέμβαση			Δείκτης Στατιστικής Σημαντικότητας p value
	valid	%	valid %	valid	%	valid %	
Λόγος Απόλυσης	352	%	%	356	%	%	
Ολοκλήρωση Θεραπείας	101	28,7	47,2	148	41,6	62,7	p<0,0005
Μη Ολοκλήρωση Θεραπείας	53	15,1	24,8	65	18,3	27,5	
Λύση στην 1η συνεδρία	26	7,4	12,1	22	6,2	9,3	
Παραπομπή στον γιατρό	34	9,6	15,9	1	0,3	0,4	
missing	138	39,2		120	33,7		

### 5.3.2. Αριθμός συνεδριών

Το ποσοστό των ασθενών που δέχθηκαν θεραπεία εντός δύο συνεδριών αυξήθηκε σε 55,6% στο ΜΠΔ έναντι 40,2% του ΠΠΔ. Το ποσοστό των ασθενών που δέχθηκαν θεραπεία εντός 3-4 συνεδριών από 11,4% στο ΠΠΔ μειώθηκε σε 9,8% στο ΜΠΔ. Η κατηγορία των ασθενών που δέχτηκε θεραπεία εντός 5-8 συνεδριών μειώθηκε από 30,4% στο ΠΠΔ σε 18,3% στο ΜΠΔ και τέλος η κατηγορία που δέχτηκε θεραπεία πέρα των 8 συνεδριών από 17,9% στο ΠΠΔ μειώθηκε σε 16,3% στο ΜΠΔ.

Ο μέσος αριθμός συνεδριών μειώθηκε από 4.96 στο ΠΠΔ σε 3.58 στο ΜΠΔ. Το αποτέλεσμα αυτό ήταν στατιστικά σημαντικό με  $p=0.003$  (Πίνακας 5.10.).

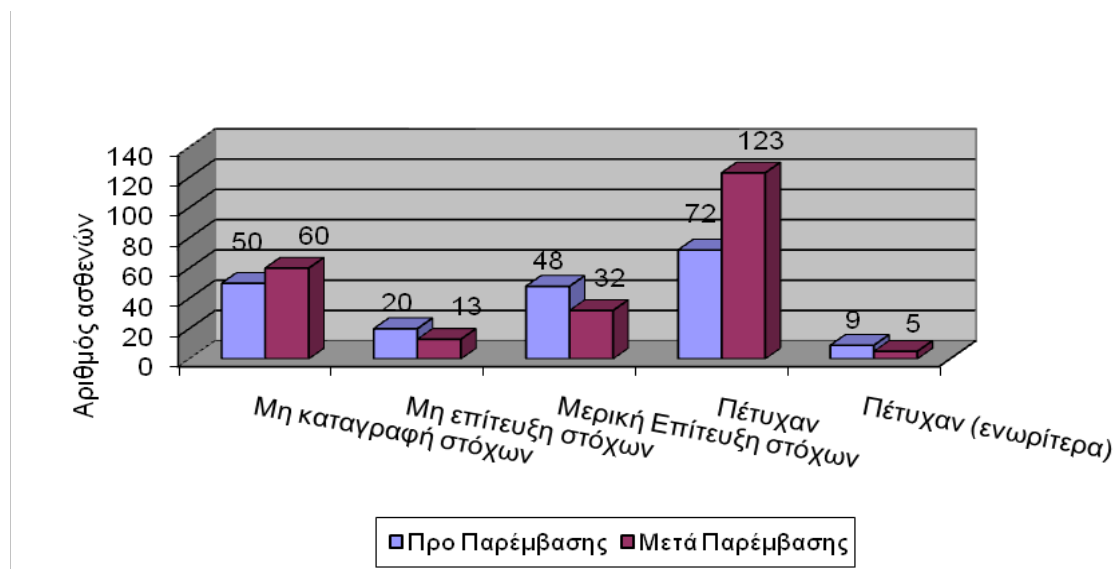
Πίνακας 5.10: Σύγκριση αριθμού συνεδριών πριν και μετά την παρέμβαση.

Αποτέλεσμα	Προ Παρέμβασης			Μετά την Παρέμβαση			Δείκτης Στατιστικής Σημαντικότητας p value
	Αριθμός Συνεδριών	%	valid %	356	%	valid %	
<2 συνεδρίες	74	21,0	40,2	198	55,6	55,6	p=0,003
3-4 συνεδρίες	21	6,0	11,4	35	9,8	9,8	
5-8 συνεδρίες	56	15,9	30,4	65	18,3	18,3	
>8 συνεδρίες	33	9,4	17,9	58	16,3	16,3	
missing	168	47,7		0	0		
Μέσος αριθμός συνεδριών		4,96			3,58		

### 5.3.3. Αποτέλεσμα-βαθμός επιτυχίας στόχων φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης

Ποσοστό 40,7% των ασθενών του ΠΠΔ πέτυχαν τους στόχους της φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης έναντι 55,3% του ΜΠΔ. Το ποσοστό των ασθενών που δεν πέτυχε τους στόχους της θεραπείας μειώθηκε από 10,1% που ήταν στο ΠΠΔ σε 5,5% στο ΜΠΔ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτά μετά την παρέμβαση υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επιτυχία των στόχων  $p=0.002$  (Διάγραμμα 5.10 και Πίνακας 5.11.).

Διάγραμμα 5.10: Βαθμός επιτυχίας στόχων



Πίνακας 5.11: Σύγκριση βαθμού επιτυχίας στόχων πριν και μετά την παρέμβαση

Αποτέλεσμα	Προ Παρέμβασης			Μετά την Παρέμβαση			Δείκτης Στατιστικής Σημαντικότητας
	N	%	valid %	N	%	valid %	p value
Βαθμός επιτυχίας στόχων	352			356			
Μη καταγραφή στόχων	50	14,2	25,1	60	16,9	25,5	p=0,002
Μη επίτευξη στόχων	20	5,7	10,1	13	3,7	5,5	
Μερική Επίτευξη στόχων	48	13,6	24,1	32	9,0	13,6	
Πέτυχαν	72	20,5	36,2	123	34,6	52,3	
Πέτυχαν (ενωρίτερα)	9	2,6	4,5	5	1,4	2,1	
Πέτυχαν (αργότερα)	0	0	0	2	0,6	0,9	
missing	153	43,5		121	34,0		

#### 5.3.4. Εργαστηριακές εξετάσεις-φάρμακα

Επιπλέον από τη φυσιοθεραπεία, ποσοστό 20,4% των ασθενών του ΠΠΔ πήραν αντιφλεγμονώδη και 34,9% πήραν παυσίπονα έναντι 25,7% που πήραν αντιφλεγμονώδη και 50,3% που πήραν παυσίπονα του ΜΠΔ. Το 52,2% των ασθενών του ΠΠΔ έκαναν ακτινογραφία και 8,8% MRI έναντι 97,1% που έκαναν ακτινογραφία και 55,8% MRI του ΜΠΔ για σκοπούς διάγνωσης του προβλήματος τους για το οποίο προσήλθαν στη φυσιοθεραπεία. (Πίνακας 5.12.)

Πίνακας 5.12: Εργαστηριακές εξετάσεις και φάρμακα

Εργαστηριακές εξετάσεις Φάρμακα	Προ Παρέμβασης			Μετά την Παρέμβαση		
	N	%	valid %	N	%	valid %
Αντιφλεγμονώδη	34	9,7	20,4	43	12,1	25,7
Παυσίπονα	58	16,5	34,9	84	23,6	50,3
Ακτινογραφία	84	23,9	52,2	135	37,9	97,1
MRI	14	4,0	8,8	24	6,7	55,8

### 5.3.5. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας με την Οπτική Αναλογική Κλίμακα VAS

Η στατιστική ανάλυση του αρχικού και τελικού βαθμού της Οπτικής Αναλογικής Κλίμακας VAS έδειξε ότι πριν από την παρέμβαση ο μέσος βαθμός της VAS κατά την προσέλευση του ασθενή ήταν 53,56 (100 χειρότερος βαθμός) με τυπική απόκλιση 27,180 και κατά την «απόλυσή» του ήταν 15,34, με τυπική απόκλιση 22,058. Αντίστοιχα, μετά την παρέμβαση ο αρχικός βαθμός ήταν 61,60 από τα 100 με τυπική απόκλιση 21,118 και ο τελικός 16,12 με τυπική απόκλιση 22,566 (Πίνακας 5.13.).

Πίνακας 5.13: Σύγκριση αποτελεσμάτων VAS πριν και μετά την παρέμβαση

Εργαλείο	Προ Παρέμβασης	Μετά την Παρέμβαση
Οπτική Αναλογική Κλίμακα	100 χειρότερος βαθμός	
Αρχική Μέση	53,56	61,60
Αρχική SD εύρος	27,180	21,118
Τελική Μέση	15,34	16,12
Τελική SD εύρος	22,058	22,566

### 5.3.6. Αποτελέσματα εργαλείου EQ-5D

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων του εργαλείου EQ-5D έδειξε ότι η αρχική κατάσταση της υγείας των ασθενών του δείγματος πριν από την παρέμβαση (ΠΠΑ) ήταν καλύτερη έναντι αυτών του δείγματος μετά την παρέμβαση (ΜΠΑ). Αυτό συνέβαινε πρώτον γιατί τα ποσοστά των ασθενών στο επίπεδο 1 «δεν έχω κανένα πρόβλημα» ήταν υψηλότερα στο δείγμα πριν από την παρέμβαση έναντι αυτών μετά την παρέμβαση και δεύτερο γιατί τα ποσοστά των ασθενών στο επίπεδο 3 «έχω υπερβολικά προβλήματα» ήταν χαμηλότερα. στο δείγμα πριν από την παρέμβαση έναντι αυτών του δείγματος μετά την παρέμβαση. Όσον αφορά δε τη τελική κατάσταση της υγείας των ασθενών φαίνεται ότι βελτιώθηκε στον ίδιο βαθμό και στα δύο δείγματα. (Πίνακας 5.14.).

Πίνακας 5.14: Σύγκριση αποτελεσμάτων εργαλείου EQ-5D πριν και μετά την παρέμβαση

Εργαλείο EQ-5D		Προ Παρέμβασης	Μετά την παρέμβασης	Προ Παρέμβασης	Μετά την παρέμβασης
Διάσταση	Επίπεδο	Αρχική %	Αρχική %	Τελική %	Τελική %
Κινητικότητα	1	76,2	65,4	83,1	81,6
	2	22,1	32,4	16,2	17,8
	3	1,8	2,3	0,6	0,6
Αυτοεξυπηρέτηση	1	72,1	73,3	87,6	88,3
	2	25,9	24,4	11,1	11,7
	3	2,1	2,2	1,3	0
Συνήθειες Δραστηριότητες	1	49,4	39,4	66,4	68,4
	2	44,4	48,7	32,2	28,7
	3	6,2	11,8	1,3	2,9
Πόνος Δυσφορία	1	13,1	4,5	34,9	32,7
	2	74,5	63,5	60,5	60,2
	3	12,5	32,0	4,6	7,0
Άγχος Κατάθλιψη	1	67,0	58,2	76,0	70,5
	2	29,6	26,0	21,9	21,4
	3	3,4	15,8	2,1	8,1

### 5.4. Συσχετίσεις προ και μετά την παρέμβαση

#### 5.4.1. Βαθμός σοβαρότητας σε σχέση με τον χρόνο αναμονής για θεραπεία

Εντός 5 ημερών πήραν ραντεβού:

- Ποσοστό 56,8% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 90,6% του ΜΠΔ τα οποία είχαν κατηγοριοποιηθεί από τους φυσιοθεραπευτές ως σοβαρά.
- Ποσοστό 25,6% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 79,4% του ΜΠΔ τα οποία είχαν κατηγοριοποιηθεί από τους φυσιοθεραπευτές ως μέτριας σοβαρότητας και
- Ποσοστό 22,1% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 63,5% του ΜΠΔ τα οποία είχαν κατηγοριοποιηθεί από τους φυσιοθεραπευτές ως ελαφράς σοβαρότητας.

Σε διάστημα πέραν των 90 ημερών πήραν ραντεβού:

- Ποσοστό 0,9% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 0,9% του ΜΠΔ τα οποία είχαν κατηγοριοποιηθεί από τους φυσιοθεραπευτές ως ελαφράς σοβαρότητας
- Ποσοστό 28,2% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 5,9% του ΜΠΔ τα οποία είχαν κατηγοριοποιηθεί από τους φυσιοθεραπευτές ως μέτριας σοβαρότητας και
- Ποσοστό 42,9% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 29,4% του ΜΠΔ τα οποία είχαν κατηγοριοποιηθεί από τους φυσιοθεραπευτές ως ελαφράς σοβαρότητας (Πίνακας 5.15.)

Πίνακας 5.15: Σύγκριση βαθμού σοβαρότητας σε σχέση με χρόνο αναμονής πριν και μετά την παρέμβαση

Βαθμός σοβαρότητας	Προ Παρέμβασης		Μετά την Παρέμβαση		Χρόνος αναμονής
		%		%	
σοβαρά	63	56,8	96	90,6	<5 ημερών
μέτρια	20	25,6	54	79,4	<5 ημερών
ελαφρά	17	22,1	54	63,5	<5 ημερών
		%		%	
σοβαρά	1	0,9	1	0,9	>90 ημερών
μέτρια	22	28,2	4	5,9	>90 ημερών
ελαφρά	33	42,9	25	29,4	>90 ημερών

#### 5.4.2. Διάρκεια συμπτωμάτων σε σχέση με χρόνο αναμονής

Το 33% από σύνολο 330 ασθενών του ΠΠΔ πήραν ραντεβού εντός 5 ημερών έναντι 76,2% από σύνολο 353 ασθενών του ΜΠΔ πήραν ραντεβού εντός 5 ημερών

Αναλυτικά εντός 5 ημερών πήραν ραντεβού:

- Ποσοστό 44,2% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 88,9% του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων <2 εβδομάδων στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση
- Ποσοστό 43,6% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 83,8% του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων 2-6 εβδομάδες στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση
- Ποσοστό 34,0% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 77,4% του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων 7-12 εβδομάδες στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση
- Ποσοστό 22,1% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 70,7% του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων >12 εβδομάδων στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση

Ραντεβού μετά από 90 ημέρες πήραν:

- Ποσοστό 7,0% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 7,4% του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων <2 εβδομάδων στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση
- Ποσοστό 21,3% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 10,0% του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων 2-6 εβδομάδες στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση
- Ποσοστό 24,5% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 11,3% του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων 7-12 εβδομάδες στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση
- Ποσοστό 32,9% από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 19,6% που είχαν διάρκεια συμπτωμάτων >12 εβδομάδων στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση (Πίνακας 5.16.).

Πίνακας 5.16: Διάρκεια συμπτωμάτων σε σχέση με χρόνο αναμονής πριν και μετά την παρέμβαση

Διάρκεια συμπτωμάτων		Προ Παρέμβασης		Μετά την Παρέμβαση		Χρόνος αναμονής
Αναλυτικά	Συνολικά	330	100%	353	100%	
	<2 εβδομάδων	109	33,0	269	76,2	<5 ημερών
	2-6 εβδομάδες	19	44,2	24	88,9	<5 ημερών
	7-12 εβδομάδες	41	43,6	67	83,8	<5 ημερών
	>12 εβδομάδων	18	34,0	48	77,4	<5 ημερών
Αναλυτικά	Συνολικά	31	22,1	130	70,7	<5 ημερών
	Συνολικά	82	24,8	53	15,0	
	<2 εβδομάδων	3	7,0	2	7,4	>90 ημέρες
	2-6 εβδομάδες	20	21,3	8	10,0	>90 ημέρες
	7-12 εβδομάδες	13	24,5	7	11,3	>90 ημέρες
>12 εβδομάδων	46	32,9	36	19,6	>90 ημέρες	

### 5.4.3. Διάρκεια συμπτωμάτων σε σχέση με αριθμό συνεδριών

74 ασθενείς από σύνολο 352 του ΠΠΔ έναντι 198 ασθενών από σύνολο 356 πήραν θεραπεία εντός 2 συνεδριών.

Αναλυτικά εντός δύο συνεδριών πήραν θεραπεία:

- 8 από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 10 του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων <2 εβδομάδων στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση
- 17 από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 39 του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων 2-6 εβδομάδες στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση
- 11 από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 40 του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων 7-12 εβδομάδες στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση
- 38 από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 10 του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων >12 εβδομάδων στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση

Πήραν θεραπεία σε πέραν των 8 συνεδριών:

- 6 από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 9 του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων <2 εβδομάδων στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση
- 12 από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 16 του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων 2-6 εβδομάδες στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση
- 5 από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 6 του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων 7-12 εβδομάδες στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση
- 10 από τα περιστατικά του ΠΠΔ και 27 του ΜΠΔ τα οποία είχαν διάρκεια συμπτωμάτων >12 εβδομάδων στην αρχική φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση (Πίνακας 5.17.)

Πίνακας 5.17: Σύγκριση διάρκειας συμπτωμάτων σε σχέση με αριθμό συνεδριών πριν και μετά την παρέμβαση

Διάρκεια συμπτωμάτων		Προ Παρέμβασης		Μετά την Παρέμβαση		Αριθμός συνεδριών
Αναλυτικά	Συνολικά	352	100%	356	100%	<2 συνεδρίες
	<2 εβδομάδων	8		10	37,0	<2 συνεδρίες
	2-6 εβδομάδες	17		39	48,8	<2 συνεδρίες
	7-12 εβδομάδες	11		40	64,5	<2 συνεδρίες
	>12 εβδομάδων	38		106	57,6	<2 συνεδρίες
	Συνολικά	33		58		
Αναλυτικά	<2 εβδομάδων	6		9	33,3	>8 συνεδρίες
	2-6 εβδομάδες	12		16	20	>8 συνεδρίες
	7-12 εβδομάδες	5		6	9,7	>8 συνεδρίες
	>12 εβδομάδων	10		27	14,7	>8 συνεδρίες

#### 5.4.4. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των υπηρεσιών φυσιοθεραπείας από τους ασθενείς

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των υπηρεσιών φυσιοθεραπείας που δέχτηκαν οι ασθενείς, έδειξαν ότι ήταν γενικά ευχαριστημένοι σε μεγάλο βαθμό χωρίς να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές πριν και μετά την παρέμβαση. Εξαίρεση παρουσίασε η απάντηση που δόθηκε στην ερώτηση αν η φυσιοθεραπεία ήταν χάσιμο χρόνου η οποία ήταν «καθόλου» σε ποσοστό 93,5% μετά τη παρέμβαση σε σχέση με 85,5% πριν την παρέμβαση  $p=0,005$ . Παρόλο ότι είχε δοκιμαστεί το ερωτηματολόγιο σε δύο περιπτώσεις στο παρελθόν, από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι ερωτήσεις 4.10 και 4.14 δεν έγιναν κατανοητές. (Πίνακας 5.18)

Πίνακας 5.18: Σύγκριση των απαντήσεων που έδωσαν οι ασθενείς του προ και μετά την παρέμβαση δείγματος σχετικά με την υπηρεσία που δέχτηκαν

Ερωτήσεις	Προ Παρέμβασης		Μετά την Παρέμβαση		Δείκτης Στατιστικής Σημαντικότητας
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	
Σύνολο	120	100%	122	100%	p value
1 Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από					
τον ίδιο	95	79,2	105	87,5	0,162
μέλος της οικογένειας	12	18,3	12	10,0	
άλλο άτομο	3	2,5	3	2,5	
2 Την θεραπεία σας ανέλαβε					
φυσιοθεραπεύτρια/της	100	99,0	101	99,0	
φοιτήτρια/της	1	1,0	1	1,0	
3 Πριν από την πρώτη επίσκεψη για θεραπεία					
3.1. Η θεραπεία σας άρχισε (δηλώστε το διάστημα από την πρώτη επαφή με το τμήμα μέχρι την πρώτη επίσκεψη για θεραπεία)					
αμέσως	40	33,9	48	40,3	0,23
σε 1-7 ημέρες	35	29,7	30	25,2	
σε 1-4 εβδομάδες	14	11,9	15	12,6	
σε 1-2 μήνες	15	12,7	3	2,5	
περισσότερο από 2 μήνες	14	11,9	23	19,3	
3.2 Σας δόθηκε επιλογή ώρας και μέρας για την θεραπεία;					
Ναι	74	62,2	57	47,9	0,27
Όχι	45	37,8	62	52,1	

3.3. Βρήκατε δυσκολίες κατά την εγγραφή σας για φυσιοθεραπεία;					
Ναι	10	8,3	3	2,5	0,49
Όχι	110	91,7	115	97,5	
4 Σχετικά με την θεραπεία					
4.1. Το προσωπικό σας προσφώνουσε όπως εσείς θέλατε;					
Ναι	105	93,8	109	95,6	
Όχι	7	6,2	5	4,4	
4.2. Σας γνωστοποιήθηκε το όνομα της/του φυσιοθεραπεύτριας/τη σας;					
Ναι	109	92,4	107	92,2	
Όχι	9	7,6	9	7,8	
4.3. Ήταν κατάλληλος ο χώρος για την θεραπείας σας;					
Ναι	118	98,3	118	99,2	
Όχι	2	1,7	1	0,8	
4.4. Το λεξιλόγιο που χρησιμοποιούσε η/ο φυσιοθεραπεύτρια/της ήταν κατανοητό;					
Ναι	118	99,2	116	98,3	
Όχι	1	0,8	2	1,7	
4.5. Η/ο φυσιοθεραπεύτρια/ής σας εξήγησε τα οφέλη και τους κινδύνους της θεραπείας;					
Ναι	101	88,6	95	81,9	
Όχι	13	11,4	21	18,1	
4.6 Σας δόθηκε ευκαιρία για ερωτήσεις;					
Ναι	112	94,1	104	90,4	
Όχι	6	5,0	9	7,8	
Δεν γνωρίζω	1	0,8	2	1,7	
4.7 Αν σας δόθηκε θεραπεία από φοιτήτρια/τη, είχατε την επιλογή θεραπείας από προσοντούχο φυσιοθεραπευτή;					
Ναι	28	52,8	15	41,7	
Όχι	9	17,0	7	19,4	
Δεν γνωρίζω	16	30,2	14	38,9	
4.8 Μετά το τέλος της αξιολόγησης , σας εξήγησε η/ο φυσιοθεραπεύτρια/της τα αποτελέσματα;					
Ναι	80	80,8	87	83,7	
Όχι	16	16,2	3	3,0	
Δεν γνωρίζω	15	14,4	2	1,9	
4.9 Συζητούσατε την εξέλιξη της θεραπείας με τη /το φυσιοθεραπεύτρια/τη;					
Ναι	107	93,0	92	84,4	

Όχι	8	7,0	15	13,8	
Δεν γνωρίζω	0	0	2	1,8	
4.10 Ζητήθηκε η άδεια σας, πριν μιλήσει μέλος του προσωπικού για σας, με συγγενείς ή φίλους;					
Ναι	21	40,4	6	15,4	
Όχι	20	38,5	23	59,0	0,32
Δεν γνωρίζω	11	21,2	10	25,6	
4.11 Αν σας δόθηκαν οδηγίες για το σπίτι ήταν σαφείς;					
Ναι	106	93,8	96	88,9	
Όχι	4	3,5	9	8,3	
Δεν γνωρίζω	3	2,7	3	2,8	
4.12 Μείνατε μόνος/η κατά την διάρκεια της θεραπείας;					
Ναι	59	52,2	62	52,5	
Όχι	52	46,0	56	47,5	
Δεν γνωρίζω	2	1,8	0	0	
4.13 Εάν ναι, σας εξήγησαν πώς να ζητήσετε βοήθεια;					
Ναι	60	83,3	59	78,7	
Όχι	8	11,1	13	17,3	
Δεν γνωρίζω	4	5,6	3	4	
4.14 Εάν σας χρησιμοποίησαν σε φωτογραφίες ή βίντεο υπογράψατε προηγουμένως το σχετικό έντυπο;					
Ναι	4	8,2	0	0	
Όχι	26	53,1	14	63,6	
Δεν γνωρίζω	19	38,8	8	36,4	
4.15 Γενικά νοιώθατε άνετα με τη συμπεριφορά της/του φυσιοθεραπεύτριας/ή σας;					
Ναι	114	95,8	113	96,6	
Όχι	5	4,2	4	3,4	
4.16 Σας έχουν εξηγήσει τι να αναμένετε από τη φυσιοθεραπεία;					
Ναι	95	82,6	101	87,1	
Όχι	20	17,4	13	11,2	
Δεν γνωρίζω	0	0	2	1,7	
5 Σκοπός μας ήταν να προσεγγίσουμε τους φόβους και τις ανησυχίες σας; Τα καταφέραμε;					
Ναι	102	97,1	99	95,2	
Όχι	3	2,9	5	4,8	

6	Γενικές εντυπώσεις					
6.1	Γενικά είστε ευχαριστημένος/η από την φυσιοθεραπεία;					
	Πολύ	94	81,0	94	84,7	
	Λίγο	22	19,0	15	13,5	
	Καθόλου	0	0	2	1,8	
6.2	Τα αποτελέσματα της φυσιοθεραπείας ήταν αυτά που περιμένατε;					
	Πολύ	56	51,9	47	43,5	
	Λίγο	47	43,5	45	41,7	0,37
	Καθόλου	5	4,6	16	14,8	
6.3	Η φυσιοθεραπεία ήταν χάσιμο χρόνου;					
	Πολύ	2	1,8	5	4,6	
	Λίγο	14	12,7	2	1,9	0,005
	Καθόλου	94	85,5	101	93,5	
6.4	Η επίσκεψη σας στο τμήμα φυσιοθεραπείας γινόταν με ευχαρίστηση;					
	Πολύ	103	93,6	98	90,7	
	Λίγο	7	6,4	8	7,4	
	Καθόλου	0	0	2	1,9	

#### 5.4.5. Αποτελέσματα συνεντεύξεων φυσιοθεραπευτών- πριν από τη παρέμβαση

Τα σχόλια των φυσιοθεραπευτών που έγιναν στα πλαίσια προσωπικών συνεντεύξεων πριν από την παρέμβαση κατηγοριοποιήθηκαν σε προβλήματα και εισηγήσεις. (Πίνακας 5.19)

Πίνακας 5.19: Θέματα που προέκυψαν κατά τις συνεντεύξεις των φυσιοθεραπευτών πριν από την παρέμβαση

Προβλήματα	Εισηγήσεις
Αυξημένος φόρτος εργασίας στο πόστο παραλαβής και διαχείρισης παραπεμπτικών λόγω συνεχών τηλεφωνημάτων για διευθέτηση ραντεβού.	
Η συνεχής παροχή πληροφοριών σε ασθενείς που προσέρχονται για θεραπεία, λόγω ελλιπούς πληροφόρησης για το ραντεβού τους και τον φυσιοθεραπευτή που θα τους παρέχει θεραπεία.	Ανάληψη ευθύνης από κάθε φυσιοθεραπευτή για συνεχή και πλήρη ενημέρωση του ασθενή του ώστε να μην αναζητά πληροφορίες από άλλους. Γραπτή υπενθύμιση ραντεβού.
Οι συχνές παρεμβάσεις για επίσπευση ραντεβού και διαμαρτυρίες των ασθενών για τον χρόνο αναμονής.	Να εφαρμοστούν μέτρα για μείωση χρόνου αναμονής.
Η μη χρήση κοινών κριτηρίων στην παροχή προτεραιότητας με αποτέλεσμα να γίνεται χρήση προσωπικών κριτηρίων.	
Ελλιπής παρουσία ανώτερου προσωπικού για έλεγχο, καθοδήγηση και λύση προβλημάτων.	Πιο έντονη παρουσία ανώτερου προσωπικού για επίβλεψη και καθοδήγηση, ιδιαίτερα νέου και άπειρου προσωπικού αλλά και χειρισμό δύσκολων ασθενών.
Επιστροφή ασθενών για το ίδιο πρόβλημα λόγω ελλιπούς κατανόησης των οδηγιών κυρίως σε αυτούς που τους παρέχονται σε μία μόνο συνεδρία.	
Αδικαιολόγητη παράταση θεραπείας από μέλη του προσωπικού. Πιθανώς λόγω καθορισμού μη εφικτών στόχων.	
Μη διευκρινισμένα παραπεμπτικά ιατρών και παραπομπή ασθενών που δεν μπορούν να βοηθηθούν με φυσιοθεραπεία με αποτέλεσμα ανάλωση χρόνου για αναζήτηση διευκρινιστικών πληροφοριών και παροχή επεξηγήσεων προς τους ασθενείς. Αιτία προστριβών και εντάσεων στο τμήμα.	Βελτίωση επικοινωνίας με τους ιατρούς. Εκστρατεία ενημέρωσής τους για το ρόλο της φυσιοθεραπείας και το πεδίο δράσης της, ώστε να μειωθούν τα μη διευκρινισμένα παραπεμπτικά και η παραπομπή ασθενών που δεν θα βοηθηθούν από αυτού του είδους τη θεραπεία. .

### 5.6.6. Αποτελέσματα συνεντεύξεων φυσιοθεραπευτών- μετά την παρέμβαση

Τα σχόλια των φυσιοθεραπευτών για το σύστημα διαλογής και τα υπόλοιπα μέτρα που εφαρμόστηκαν ήταν πολύ θετικά. Επισημάναν επίσης κάποια αρνητικά στοιχεία τα οποία δίνουν τροφή για περαιτέρω βελτίωση του συστήματος. (Πίνακας 5.20)

Πίνακας 5.20: Θέματα που προέκυψαν κατά τις συνεντεύξεις των φυσιοθεραπευτών μετά την παρέμβαση

Θετικά στοιχεία/ωφελήματα	Αρνητικά στοιχεία/προβλήματα
Η οργάνωση των τηλεφωνημάτων απέδωσε αφού τα περιόρισε εκτός των ωρών αιχμής.	Η δυσκολία από πλευράς ασθενών καθορισμού της έντασης του πόνου ή άλλου συμπτώματος που έχουν.
Το δομημένο ερωτηματολόγιο βοήθησε να εξασφαλίζονται πολύτιμες πληροφορίες για τον ασθενή σε σύντομο χρονικό διάστημα.	Τάση για χαλάρωση και μη τήρηση των οδηγιών από τους φυσιοθεραπευτές όταν δεν υπήρχε επιτήρηση.
Το ερωτηματολόγιο και τα κριτήρια διευκόλυναν την αξιολόγηση του περιστατικού.	Εξακολουθούν να υπάρχουν προβλήματα με τα μη διευκρινισμένα παραπεμπτικά και την παραπομπή ασθενών που δεν μπορούν να βοηθηθούν με φυσιοθεραπεία τα οποία επιβαρύνουν το πρόγραμμα των φυσιοθεραπευτών στο πόστο της διαλογής.
Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούσε τη βάση της λήψης του ιστορικού του ασθενή έτσι διευκόλυνε τη μετέπειτα κλινική αξιολόγησή του.	
Το σύστημα διαλογής βοήθησε να μην αθροίζονται στη λίστα αναμονής άτομα που χρειάζονταν μόνο οδηγίες και πρόγραμμα άσκησης για το σπίτι.	
Οι ασθενείς ήταν πιο ικανοποιημένοι γιατί τύγχαναν άμεσης αξιολόγησης και παρουσιάζονταν πιο καθησυχασμένοι. Το γεγονός ότι έπαιρναν έστω κάποιες οδηγίες και συμβουλές μείωνε τις αντιδράσεις ακόμα και αυτών που εγγράφονταν στη λίστα αναμονής.	
Το εργαλείο αξιολόγησης της φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης από τους φυσιοθεραπευτές θεωρήθηκε από όλους σαν ένα πολύ χρήσιμο και σημαντικό μέσο τεκμηρίωσης της αποτελεσματικότητας της δουλειάς τους.	

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υψηλή επίπτωση των μυοσκελετικών παθήσεων στον πληθυσμό έχει αρνητικές συνέπειες όχι μόνο στην υγεία των ασθενών αλλά και στην αγορά εργασίας και στα οικονομικά του συστήματος υγείας. Ο ρόλος δε που έχει αποκτήσει η φυσιοθεραπεία, τα τελευταία χρόνια, στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των μυοσκελετικών παθήσεων, έχει αυξήσει τη ζήτηση των υπηρεσιών που προσφέρει, αυξάνοντας και τις λίστες αναμονής στα τμήματα φυσιοθεραπείας. Τα πιο πάνω επιτείνουν την ανάγκη αναζήτησης τρόπων διευκόλυνσης της πρόσβασης στις υπηρεσίες φυσιοθεραπείας.

Η αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών και ιδιαίτερα των λιστών αναμονής έχει αποτελέσει θέμα πολλών ερευνών. Εκτός από τον περιορισμό της πρόσβασης στην απαραίτητη φροντίδα υγείας, οι λίστες αναμονής αποθαρρύνουν τους ασθενείς στην αναζήτηση της θεραπείας που χρειάζονται. Τις περισσότερες φορές οι λίστες αναμονής αποδίδονται σε αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών, στην οποία αδυνατεί να ανταποκριθεί ένας οργανισμός ή συγκεκριμένη υπηρεσία λόγω της έλλειψης πόρων [60]. Σπάνια όμως το πρόβλημα αυτό αποδίδεται στο σχεδιασμό και την οργάνωση της υπηρεσίας. Κατά συνέπεια δεν γίνονται συχνά προσπάθειες επανασχεδιασμού της υπηρεσίας για λύση του προβλήματος των λιστών, παρόλο που έρευνες με αυτό το αντικείμενο είχαν θετικά αποτελέσματα. Αντίθετα, οι προσπάθειες για ικανοποίηση της ζήτησης, ιδιαίτερα στις υπηρεσίες του δημόσιου τομέα της υγείας, επικεντρώνονται συνήθως - όταν δεν υπάρχει πιθανότητα αύξησης των πόρων - στην υπερωριακή εργασία ή στην αγορά υπηρεσιών από άλλους παροχείς.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, επιβεβαιώνουν προηγούμενες έρευνες που ισχυρίζονται ότι η καλύτερη οργάνωση της διαδικασίας πρόσβασης στην φυσιοθεραπεία μπορεί να συμβάλει στη μείωση της λίστας αναμονής, στη συγκεκριμένη υπηρεσία, χωρίς οποιαδήποτε αύξηση των πόρων. Συγκεκριμένα, η εφαρμογή συστήματος διαλογής στη βάση καθορισμένων κριτηρίων το οποίο υλοποιείται από εξειδικευμένους και έμπειρους φυσιοθεραπευτές, σε συνδυασμό με άλλες μικρότερες παρεμβάσεις, όπως η καλύτερη οργάνωση λήψης τηλεφωνημάτων για ραντεβού αλλά και η πλήρης ενημέρωση ασθενών και φυσιοθεραπευτών, οδήγησε στην μείωση του μέσου χρόνου αναμονής από 20,88 ημέρες που ήταν πριν την παρέμβαση σε 3,49 ημέρες μετά την παρέμβαση ( $p < 0.0005$ ).

Ανάλογα αποτελέσματα όσον αφορά τη μείωση της λίστας αναμονής και την ταχύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, ως αποτέλεσμα οργανωτικών παρεμβάσεων, καταγράφονται και από άλλους ερευνητές [8, 13, 27, 35, 61]. Η εφαρμογή συστήματος, σύμφωνα με το οποίο κατά την επίσκεψη του ασθενή στο γιατρό έπαιρνε ραντεβού για αξιολόγηση από το τμήμα

φυσιοθεραπείας, εντός πέντε ημερών, είχε σαν αποτέλεσμα σημαντική μείωση του χρόνου αναμονής για φυσιοθεραπεία από 29 ημέρες σε 5 [30]. Το συγκεκριμένο σύστημα προέβλεπε αυτή η πρώτη αξιολόγηση, διάρκειας 10 λεπτών, να περιλαμβάνει και διαλογή των περιστατικών σε αυτά που έχρηζαν περαιτέρω φυσιοθεραπείας, οπότε γινόταν διευθέτηση επαναληπτικού ραντεβού και σε αυτά που είχαν ανάγκη οδηγιών και προγράμματος άσκησης για αυτοδιαχείριση της κατάστασης τους [61]. Επιπλέον, η εφαρμογή συστήματος που έδινε στον ασθενή τη δυνατότητα επιλογής ραντεβού, απευθυνόμενος ο ίδιος στο τμήμα φυσιοθεραπείας για διευθέτηση του, χωρίς την παρεμβολή άλλων ενδιάμεσων γραφειοκρατικών διαδικασιών, είχε σαν αποτέλεσμα να μειωθεί η λίστα αναμονής στο μισό [30, 34].

Όλα τα μέτρα που εφαρμόστηκαν στα πλαίσια της υπό μελέτη παρέμβασης, στη «δική μας» περίπτωση, όπως φάνηκε από την ανάλυση των στοιχείων, είχαν την συμβολή τους στα θετικά αποτελέσματα που καταγράφηκαν. Η πληρέστερη ενημέρωση των ασθενών για όλα τα πρακτικά θέματα που αφορούσαν την πρόσβαση στην υπηρεσία και ο καθορισμός ωραρίου για τη τηλεφωνική εξυπηρέτησή τους, εκτός των ωρών αιχμής, τις ώρες δηλαδή που δεν υπήρχε μεγάλη προσέλευση νέων ασθενών στο τμήμα, συνέβαλαν στην καλύτερη κατανομή του όγκου δουλειάς στους φυσιοθεραπευτές και στην εξυπηρέτηση περισσότερων ασθενών. Η προσπάθεια οργάνωσης των τηλεφωνικών ραντεβού ήρθε σαν αποτέλεσμα επισήμανσης των φυσιοθεραπευτών, στα πλαίσια των συνεντεύξεων που έδωσαν πριν από την παρέμβαση. Συγκεκριμένα, είχε διαφανεί, ότι μεγάλο μέρος των τηλεφωνικών ραντεβού προέρχονταν από ασθενείς που επισκέπτονταν τα επαρχιακά ιατρικά κέντρα και ασθενείς των θαλάμων κατά την ημέρα απόλυσής τους. Έτσι, η οργάνωση των τηλεφωνημάτων τις ώρες που υπήρχε μειωμένη ροή ασθενών στο τμήμα, συνέβαλε στη μείωση του φόρτου εργασίας των εντεταλμένων φυσιοθεραπευτών οι οποίοι αξιοποίησαν το χρόνο αυτό για αξιολόγηση και παροχή οδηγιών σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών. Αυτό συνέβαλε ώστε το 76,4% των ασθενών (272 άτομα) να πάρει θεραπεία εντός 5 ημερών, σε αντιδιαστολή με το 32,1% (113 άτομα) του δείγματος πριν από την παρέμβαση το οποίο αποτελεί ένα επιπρόσθετο και πολύ σημαντικό αποτέλεσμα της παρούσης έρευνας.

Η εφαρμογή συστήματος διαλογής φαίνεται ότι είχε καθοριστικό ρόλο στη μείωση του χρόνου αναμονής. Αυτό οφείλεται πρωτίστως στην απομάκρυνση από τη λίστα των ασθενών που έχρηζαν μόνο συμβουλών, με την άμεση εξυπηρέτησή τους κατά την ημέρα προσέλευσής τους στο τμήμα και στην έγκαιρη αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών. Άλλωστε, η αντιμετώπιση οξέων περιστατικών εντός 5 ημερών έχει φανεί ότι μειώνει το

χρόνο θεραπείας. [62] Σημαντικό ρόλο στη διαλογή των περιστατικών και τον καθορισμό της προτεραιότητας στη θεραπεία διαδραμάτισαν οι εξειδικευμένοι φυσιοθεραπευτές. Με την πείρα και την εξειδίκευση στην αξιολόγηση ασθενών, συνέβαλαν στην αναγνώριση των οξέων περιστατικών που έχρηζαν άμεσης αντιμετώπισης και το διαχωρισμό τους από τα περιστατικά των οποίων η θεραπεία μπορούσε να δοθεί ετεροχρονισμένα, χωρίς επιπτώσεις στην υγεία τους. Οι εξειδικευμένοι φυσιοθεραπευτές μπορούσαν επίσης να διακρίνουν τους ασθενείς που χρειαζόνταν μόνο οδηγίες και ασκήσεις για το σπίτι και να τους πείσουν με τα ανάλογα επιχειρήματα για τη σημασία της αυτοφροντίδας. Η αναγνώριση αυτών των περιστατικών είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι σύμφωνα με τα κριτήρια του συστήματος διαλογής που εφαρμόστηκε, είχαν προτεραιότητα στην παροχή θεραπείας. Η αξία της χρήσης εξειδικευμένων και έμπειρων φυσιοθεραπευτών για αξιολόγηση και διαλογή ασθενών, ιδιαίτερα στην περίπτωση των μυοσκελετικών περιστατικών έχει μελετηθεί εκτεταμένα [11, 13, 23, 27, 31, 35, 61, 63]. Οι φυσιοθεραπευτές έχουν χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά όχι μόνο για διαλογή των ασθενών στα τμήματα φυσιοθεραπείας αλλά και για αποσυμφόρηση των ορθοπεδικών ιατρών και μείωση των δικών τους λιστών αναμονής. Επιπλέον έχουν αξιοποιηθεί από τους γενικούς ιατρούς σαν σύμβουλοι στον τρόπο αντιμετώπισης των περιστατικών αυτών [27, 64]. Η εφαρμογή, επίσης, της απ' ευθείας πρόσβασης στη φυσιοθεραπεία, τα τελευταία χρόνια, είχε ακριβώς τον ίδιο στόχο, την παροχή δηλαδή γρηγορότερης πρόσβασης στην απαιτούμενη φροντίδα υγείας, στα μυοσκελετικά κυρίως περιστατικά [51]. Βέβαια, όπως διαφάνηκε και από την ανάλυση των συνεντεύξεων των φυσιοθεραπευτών, μετά την παρέμβαση, η χρήση του δομημένου ερωτηματολογίου είχε ιδιαίτερη σημασία στη διαλογή των περιστατικών. Φάνηκε, δηλαδή, ότι το δομημένο ερωτηματολόγιο, που αποτέλεσε το εργαλείο της αξιολόγησης και διαλογής των περιστατικών, τους βοήθησε να παίρνουν χρήσιμες πληροφορίες για τον ασθενή σε σύντομο χρονικό διάστημα. Μαζί δε με τη χρήση των κριτηρίων απέτρεπε αυθαίρετες και ατεκμηρίωτες κρίσεις.

Τα κριτήρια απετέλεσαν τη βάση του συστήματος διαλογής και το εργαλείο στα χέρια των φυσιοθεραπευτών για την κατηγοριοποίηση του βαθμού προτεραιότητας του κάθε ασθενή. Με τη βοήθεια των κριτηρίων έγινε εφικτή η αναγνώριση των ατόμων για τα οποία η καθυστέρηση στην παροχή θεραπείας θα είχε αρνητικές συνέπειες στην κατάσταση της υγείας τους, όπως, για παράδειγμα, τα οξέα περιστατικά. Αναγνωρίζονταν, επίσης, και τα περιστατικά εκείνα που θα είχαν περισσότερο όφελος από την φυσιοθεραπεία. Τα κριτήρια, δηλαδή, συνέβαλαν εξαιρετικά στην προσπάθεια γρήγορης εξυπηρέτησης των οξέων περιστατικών ώστε να προληφθούν οι επιπλοκές που επιφέρει η χρονιότητα [27]. Επιπλέον,

με τη χρήση των κριτηρίων εξυπηρετούνταν άμεσα οι ασθενείς που χρειάζονταν μόνο οδηγίες. Στα οξέα περιστατικά περιλαμβάνονται κατάγματα και τραυματισμοί μαλακών μορίων, χειρουργημένα ή μη όπως και άλλα περιστατικά με οξύ πόνο που επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου. Η αναγνώριση των οξέων περιστατικών για έγκαιρη παρέμβαση έχει μεγάλη σημασία. Η σημασία αυτή επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα έρευνας [62] που ασχολήθηκε με το θέμα αυτό σε τραυματισμούς μαλακών μορίων. Η έρευνα αυτή υποστηρίζει ότι η παροχή φυσιοθεραπείας εντός πέντε ημερών από τον τραυματισμό έχει καλύτερο λειτουργικό-θεραπευτικό αποτέλεσμα για τον ασθενή, μειώνει σημαντικά την απουσία από την εργασία του και αυξάνει την ικανοποίηση του. Από τα αποτελέσματα της δική μας έρευνας φαίνεται ότι μετά την παρέμβαση υπήρξε ταχύτερη εξυπηρέτηση της κατηγορίας των ασθενών με μικρή διάρκεια συμπτωμάτων (κατηγορία «σοβαρά» σύμφωνα με τα κριτήρια) αφού εντός 5 ημερών άρχισε θεραπεία ποσοστό 88,9% των ασθενών με συμπτώματα διάρκειας κάτω των δύο εβδομάδων και 83,8% των ασθενών με διάρκεια συμπτωμάτων 2-6 εβδομάδες. Πριν την παρέμβαση δεν είχε δοθεί η απαιτούμενη προτεραιότητα στα περιστατικά αυτά αφού μόνο 44,2% των ασθενών με διάρκεια συμπτωμάτων κάτω των 2 εβδομάδων και 43,6% των ασθενών με διάρκεια συμπτωμάτων 2-6 εβδομάδες είχαν πάρει θεραπεία εντός 5 ημερών. Επιπλέον μετά την παρέμβαση φαίνεται ότι γινόταν αποτελεσματική χρήση των κριτηρίων από τους φυσιοθεραπευτές αφού ποσοστό 90,6% από τα άτομα που μπήκαν στην κατηγορία «σοβαρό» πήραν ραντεβού εντός 5 ημερών. Σε αντίθεση, πριν από την παρέμβαση μόνο 56,8% από τα περιστατικά που κατηγοριοποίησαν οι φυσιοθεραπευτές, με βάση τα δικά τους κριτήρια, ως σοβαρά, πήραν ραντεβού εντός πέντε ημερών.

Ο ρόλος της φυσιοθεραπείας, κυρίως σε χρόνιες ή υποτροπιάζουσες καταστάσεις, επικεντρώνεται στην παροχή συμβουλών σε σχέση με τρόπους αυτοδιαχείρισης των προβλημάτων των ασθενών [23]. Η πρόωμη εξυπηρέτηση των περιστατικών αυτών, αν είναι δυνατόν κατά την ημέρα προσέλευσης τους στο τμήμα φυσιοθεραπείας, όπως απεδείχθη σε προηγούμενες έρευνες, δεν έχει μόνο καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα για τον ασθενή αλλά ταυτόχρονα αποτρέπει τη συσσώρευση τους στις λίστες αναμονής και όλα τα δυσάρεστα συνεπακόλουθα, [8, 12, 21]. Η παροχή συμβουλών και απόλυση του ασθενή στα πλαίσια μίας συνεδρίας, στις καταστάσεις που προαναφέρθηκαν, ήταν μία πρακτική που εφαρμοζόταν στο τμήμα πριν από την παρέμβαση, το οποίο, βέβαια, δεν συνέβαινε κατ' ανάγκη κατά την ημέρα προσέλευσης του ασθενή. Η επισήμανση όμως από τους φυσιοθεραπευτές, ότι ασθενείς που έπαιρναν οδηγίες στα πλαίσια μιας συνεδρίας επέστρεφαν σε σύντομο χρονικό διάστημα, λόγω μη ικανοποιητικής κατανόησης τους,

οδήγησε στην καθιέρωση στα πλαίσια της παρέμβασης επαναληπτικής συνεδρίας με στόχο τον έλεγχο της τήρησης των οδηγιών. Μία ένδειξη για την τήρηση από τους εντεταλμένους φυσιοθεραπευτές, των οδηγιών για πρόωμη εξυπηρέτηση των περιστατικών που είχαν ανάγκη μόνο συμβουλών, μας δίνουν τα ποσοστά των ατόμων, πέραν από τα οξεία περιστατικά, που εξυπηρετήθηκαν εντός πέντε ημερών. Όπως φάνηκε εντός 5 ημερών εξυπηρετήθηκε εκτός από το 88,9% των περιστατικών με συμπτώματα κάτω των 2 εβδομάδων (οξεία), 83,8% των ατόμων που είχαν διάρκεια συμπτωμάτων 2-6 εβδομάδων και ποσοστό 70,7% των περιστατικών που είχαν διάρκεια συμπτωμάτων >12 εβδομάδων. Ενώ πριν από την παρέμβαση εντός πέντε ημερών εκτός από το 44,2% των ασθενών με διάρκεια συμπτωμάτων κάτω των 2 εβδομάδων εξυπηρετήθηκε μόνο το 43,6% των περιστατικών που είχαν διάρκεια συμπτωμάτων 2-6 εβδομάδων και το 32,9% από τα περιστατικά που είχαν διάρκεια συμπτωμάτων >12 εβδομάδων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας παρέχουν επίσης μία ένδειξη ότι τηρήθηκε από τους φυσιοθεραπευτές η οδηγία για διευθέτηση 2<sup>ης</sup> συνεδρίας ώστε να γίνεται έλεγχος της τήρησης του κατ' οίκον προγράμματος. Το ποσοστό που είχε λύση του προβλήματος σε μια συνεδρία μειώθηκε από 12,1% προ παρέμβασης σε 9,3 % μετά την παρέμβαση και το ποσοστό των ατόμων που δέχτηκαν θεραπεία στα πλαίσια δύο συνεδριών αυξήθηκε από 40,2% πριν από την παρέμβαση σε 55,60% μετά την παρέμβαση.

Το ποσοστό των χρόνιων περιστατικών στο δείγμα μετά την παρέμβαση (διάρκεια συμπτωμάτων πέρα των 12 εβδομάδων) ήταν μεγαλύτερο, 52,1% έναντι 42,4% που ήταν πριν την παρέμβαση. Αυτό αποτελεί μία εξήγηση γιατί στο δείγμα μετά την παρέμβαση το ποσοστό των ασθενών που χρειάστηκε πέραν των οκτώ συνεδριών για να πετύχει τους στόχους της θεραπείας αυξήθηκε σε 29,2% έναντι 18,8% που ήταν πριν την παρέμβαση. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται από το αποτέλεσμα που έδειξε ότι το 46,5% των ασθενών που δέχτηκε θεραπεία σε πέραν των οκτώ συνεδριών, στο δείγμα μετά την παρέμβαση, είχε διάρκεια συμπτωμάτων πέραν των 12 εβδομάδων. Είναι γνωστό ότι η χρονιότητα, κυρίως στα μυοσκελετικά περιστατικά, δημιουργεί διάφορες επιπλοκές, όπως συρρικνώσεις μαλακών μορίων, δυσκαμψίες αρθρώσεων, χρόνια πόνο, και άλλα συνοδά ψυχοσωματικά προβλήματα, τα οποία τα καθιστούν πιο δύσκολα στο χειρισμό και απαιτούν περισσότερο χρόνο από τη φυσιοθεραπεία για τη λύση τους. [35, 65]. Γι' αυτό τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενισχύονται από το γεγονός ότι ενώ στο δείγμα μετά την παρέμβαση υπήρχε μεγαλύτερο ποσοστό χρόνιων περιστατικών και το ποσοστό αυτών που είχαν περισσότερες από 8 συνεδρίες αυξήθηκε από 18,8% στο ΠΠΔ σε 29,2% στο ΜΠΔ, ο μέσος αριθμός συνεδριών μειώθηκε σε 3,58 ανά ασθενή από 4,96 που ήταν πριν την παρέμβαση.

Η μείωση αυτή που καταγράφηκε ήταν στατιστικά σημαντική ( $p=0.003$ ), και δεν φάνηκε να έχει επηρεάσει αρνητικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα το οποίο ήταν εξίσου θετικό πριν και μετά την παρέμβαση. Μία καλή εξήγηση για το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να είναι η γρηγορότερη παροχή θεραπείας και η μείωση της διαδρομής του ασθενή, με την άμεση αξιολόγηση και παροχή συμβουλών στην αρχική επαφή του με το τμήμα φυσιοθεραπείας. Επιπλέον η πρώτη αξιολόγηση των ασθενών από εξειδικευμένους και έμπειρους φυσιοθεραπευτές είχε την δική της συνεισφορά στα θετικά αποτελέσματα, αφού εκτός από την κατηγοριοποίηση της σοβαρότητας και του βαθμού προτεραιότητας έδινε επίσης πολύτιμες πληροφορίες προς τους υπόλοιπους φυσιοθεραπευτές για τον τρόπο αντιμετώπισης του περιστατικού και το είδος της παρέμβασης που απαιτείται. Η απόδειξη του ποσοστού της συμβολής των παραγόντων αυτών στη μείωση του αριθμού των συνεδριών θα πρέπει να αποτελέσει θέμα περαιτέρω έρευνας.

Η σημαντική μείωση του χρόνου αναμονής και του αριθμού των συνεδριών συνοδευόταν με θετικά αποτελέσματα στην κατάσταση της υγείας των ασθενών χωρίς να υπάρξει οποιαδήποτε μεταβολή στο είδος των φυσιοθεραπευτικών παρεμβάσεων. Τα θετικά αυτά αποτελέσματα αποτυπώθηκαν τόσο με τα κριτήρια των φυσιοθεραπευτών όσο και με τα κριτήρια των ασθενών. Σύμφωνα με τα κριτήρια αξιολόγησης του αποτελέσματος της φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης από τους φυσιοθεραπευτές, μετά την οργανωτική παρέμβαση, το ποσοστό των ασθενών που πέτυχαν τους στόχους της θεραπείας ήταν 40,7% πριν από την παρέμβαση έναντι 55,3% μετά την παρέμβαση και το ποσοστό αυτών που δεν πέτυχαν τους στόχους της θεραπείας μειώθηκε από 10,1% πριν την παρέμβαση σε 5,5% μετά την παρέμβαση. Επιπλέον το ποσοστό των ασθενών που ολοκλήρωσαν την θεραπεία τους ήταν 47,2% πριν την παρέμβαση έναντι 62,7% μετά την παρέμβαση.

Τα εργαλεία μέτρησης του αποτελέσματος της φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης από τους ασθενείς κατέγραψαν επίσης θετικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα η στατιστική ανάλυση του αρχικού και τελικού βαθμού της Οπτικής Αναλογικής Κλίμακας VAS έδειξε ότι και στα δύο δείγματα υπήρξε η ίδια περίπου καλύτερευση των συμπτωμάτων. Ο μέσος αρχικός βαθμός της VAS πριν από την παρέμβαση ήταν 53,56 από τα 100 (το χειρότερο δυνατό σύμπτωμα) και ο τελικός ήταν 15,34 ενώ μετά την παρέμβαση ο αρχικός βαθμός ήταν 61,60 από τα 100 και ο τελικός βαθμός ήταν 16,12. Το γεγονός ότι οι ασθενείς πριν από την παρέμβαση σε σύγκριση με αυτούς μετά την παρέμβαση κατηγοριοποίησαν τα αρχικά τους συμπτώματα σε χαμηλότερο βαθμό και η καλύτερευση των συμπτωμάτων ήταν περίπου στον ίδιο βαθμό, αποτελεί ενισχυτικό στοιχείο για τα αποτελέσματα της παρέμβασης.

Επιπλέον, η χρήση του εργαλείου EQ-5D έδειξε ότι ενώ η αρχική κατάσταση της υγείας των ασθενών, του δείγματος μετά την παρέμβαση, ήταν χειρότερη από αυτή του προ παρέμβαση δείγματος (μεγαλύτερα ποσοστά στη βαθμίδα 3 «υπερβολικά προβλήματα» και μικρότερα ποσοστά στη βαθμίδα 1. «δεν έχω κανένα πρόβλημα») η τελική είχε τα ίδια ποσοστά βελτίωσης. Σε δύο μάλιστα διαστάσεις, τις δραστηριότητες και την αυτοεξυπηρέτηση, τα ποσοστά βελτίωσης ήταν μεγαλύτερα στο δείγμα μετά την παρέμβαση.

Η συγκεκριμένη παρέμβαση απαιτούσε την απασχόληση τριών φυσιοθεραπευτών στη διαλογή των ασθενών. Παρά το γεγονός ότι οι φυσιοθεραπευτές είχαν εκφράσει τις ανησυχίες τους για τον αριθμό των φυσιοθεραπευτών που θα απασχολούνταν στο πόστο αυτό, πιστεύοντας ότι αυτό θα σήμαινε μείωση του χρόνου παροχής θεραπείας και αύξηση της λίστας αναμονής, τα αποτελέσματα της έρευνας δεν επιβεβαίωσαν τις ανησυχίες τους. Ανησυχία που δεν επιβεβαιώθηκε είχε εκφραστεί επίσης και για την χρήση του ερωτηματολογίου διαλογής των ασθενών, το οποίο πίστευαν ότι θα ήταν χρονοβόρα διαδικασία εις βάρος των θεραπειών.

Μετά την παρέμβαση, οι ίδιοι παραδέχτηκαν ότι η αξιολόγηση όλων των ασθενών από εξειδικευμένους και έμπειρους φυσιοθεραπευτές συνέβαλε πολύ στην αναγνώριση της σοβαρότητας του προβλήματος και την έγκαιρη παροχή θεραπείας στα περιστατικά που το χρειάζονταν. Στην περίπτωση επίσης των περιστατικών που χρειάζονταν μόνο οδηγίες και ασκήσεις για το σπίτι η διαδικασία της διαλογής φαίνεται ότι διευκόλυνε τους φυσιοθεραπευτές στην αναγνώριση των περιστατικών αυτών. Η ανταπόκριση της υπηρεσίας στις περιπτώσεις αυτές ήταν άμεση παροχή θεραπείας ώστε να μην χρειάζεται να περιμένουν στη λίστα αναμονής.

Η αλλαγή της νοοτροπίας των ασθενών όσον αφορά τη λύση του προβλήματός τους και της τάσης εξάρτησης από την φυσιοθεραπεία που υπήρχε, αποτέλεσε μία πρόκληση για το προσωπικό. Η πρόκληση αυτή αντιμετωπίστηκε και σε άλλα νοσοκομεία [34] γιατί η ιδέα της παροχής συμβουλών και κατ' οίκον άσκησης, που στοχεύει στην ενεργοποίηση των ασθενών για αυτοδιαχείριση του προβλήματός τους, προκαλεί συχνά αντιδράσεις. Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου αξιολόγησης των υπηρεσιών φυσιοθεραπείας από ασθενείς έδειξαν όμως ότι ήταν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που δέχτηκαν παρόλο ότι αρκετοί πήραν μόνο συμβουλές και πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης του προβλήματός τους.

Η ανάλυση επίσης των μετά την παρέμβαση συνεντεύξεων των φυσιοθεραπευτών επιβεβαιώνουν την ικανοποίηση των ασθενών. Σύμφωνα με τα λεγόμενα τους ακόμα και ασθενείς οι οποίοι δεν έπαιρναν αμέσως ραντεβού, το γεγονός ότι τύγγαναν αξιολόγησης και

έφευγαν έστω με κάποιες οδηγίες, εμφανίζονταν ευχαριστημένοι. Αυτό είχε συμβάλει στην ευκολότερη αποδοχή, από μέρους τους, της αναμονής στη λίστα. Η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών μετά από ανάλογες οργανωτικές παρεμβάσεις έχει αναφερθεί και από άλλους ερευνητές. Έχει, δε, αιτιολογηθεί με το γεγονός ότι έπαιρναν χρήσιμες πληροφορίες για χειρισμό του προβλήματός τους σε σύντομο χρόνο.[55]

Αυτό που διαφάνηκε όμως ήταν ότι υπήρχε ανάγκη στενής παρακολούθησης και ελέγχου από ανώτερο προσωπικό. Μόνο έτσι ήταν δυνατή η τήρηση των προνοιών της παρέμβασης που ήθελαν όλους τους φυσιοθεραπευτές να κρατούν ενήμερους τους ασθενείς τους για ότι αφορά το ραντεβού τους και τη διαδικασία πρόσβασης. Επιπλέον, στενή παρακολούθηση και έλεγχο χρειάζονταν οι εντεταλμένοι στη διαλογή φυσιοθεραπευτές, ώστε να αξιολογούν όλους τους ασθενείς και να μην προβαίνουν σε εγγραφή τους στη λίστα αναμονής χωρίς αξιολόγηση της κατάστασής τους. Τέλος, μόνο με επιτήρηση διασφαλιζόταν ότι τηρούνταν τα κριτήρια καθορισμού προτεραιότητας. Εξάλλου αυτό ήταν μία επισήμανση που έκαναν οι ίδιοι οι φυσιοθεραπευτές στα πλαίσια των συνεντεύξεών τους. Όπως παρατήρησαν, όταν δεν υπήρχε στενή παρακολούθηση και έλεγχος υπήρχε χαλάρωση και μη τήρηση των οδηγιών. Η αδικαιολόγητη παράταση της θεραπείας των ασθενών από τους φυσιοθεραπευτές ή η διατήρηση ονομάτων ασθενών, οι οποίοι έχουν απολυθεί, στο πρόγραμμα τους είναι τακτική η οποία ακολουθείται κάποιες φορές για να έχουν ένα πιο χαλαρό πρόγραμμα. Αρκετές φορές όμως όπως είχε διαπιστωθεί αυτό γίνεται λόγω καθορισμού μη εφικτών στόχων για τη θεραπεία των ασθενών. Το γεγονός αυτό, όταν συμβαίνει, επιτείνει το πρόβλημα της έλλειψης διαθέσιμων ραντεβού, δείχνει επίσης πόσο σημαντικός είναι ο έλεγχος των προγραμμάτων από ανώτερο προσωπικό. Στενή επιτήρηση απαιτούσαν και οργανωτικές παρεμβάσεις που είχαν ελεγχθεί από άλλους ερευνητές. Συγκεκριμένα, η επιτυχία του συστήματος της απευθείας πρόσβασης, που προαναφέρθηκε, στηριζόταν στη δέσμευση όλου του προσωπικού για εξυπηρέτηση συγκεκριμένου αριθμού ασθενών κάτι που είχε σαν προϋπόθεση αυστηρή επιτήρηση. Η επιτήρηση αυτή αρχικά είχε προσληφθεί από το προσωπικό σαν «ο μεγάλος αδελφός» γι' αυτό χρειάστηκαν λεπτοί χειρισμοί από τη διεύθυνση για να γίνει αποδεκτή και να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα της τήρησης των συμφωνημένων κανόνων [34]. Γι' αυτό σε τέτοιες παρεμβάσεις για να είναι τα μέτρα αποτελεσματικά πρέπει να υπάρχει αυστηρός έλεγχος εφαρμογής των αλλαγών. Και αυτό είναι αρκετά δύσκολο.

Τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων των φυσιοθεραπευτών αναφορικά με την προ και μετά παρέμβαση κατάσταση, έδωσαν χρήσιμα στοιχεία για τη διαδικασία πρόσβασης και γενικά

τον τρόπο λειτουργίας του τμήματος. Τα θέματα που προέκυψαν μέσα από τις συνεντεύξεις πριν την παρέμβαση αποτέλεσαν πηγή για το νέο σχεδιασμό της υπηρεσίας. Ενώ τα σχόλια και η κριτική τους μετά την παρέμβαση επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα της έρευνας και έδωσαν έναυσμα για περαιτέρω μελέτες για βελτίωση της υπηρεσίας. Από τις επισημάνσεις αυτές φάνηκε ότι είναι χρήσιμο να διερευνηθεί το είδος των ασθενών που παραπέμπονται από τους γιατρούς, το ίδιο το περιεχόμενο των παραπεμπτικών και οι επιπτώσεις που πιθανόν να έχουν στο φόρτο εργασίας και στη λίστα αναμονής. Η πρόσβαση ασθενών στη φυσιοθεραπεία, μέσω της διαδικασίας της παραπομπής, προσφέρει την ιατρική αξιολόγηση του περιστατικού και την παροχή στο φυσιοθεραπευτή της ιατρικής διάγνωσης και γενικά της παθολογίας του προβλήματος του ασθενή. Όμως έχει φανεί σε συγκεκριμένη έρευνα ότι το είδος των ασθενών που παραπέμπονται εξαρτάται από την προηγούμενη εμπειρία που έχει ο γιατρός για τη φύση της φυσιοθεραπείας [31]. Εξαρτάται επίσης από τη γνώση που έχει για τις ικανότητες, γνώσεις και γενικά το εύρος δραστηριοτήτων των φυσιοθεραπευτών στους οποίους παραπέμπει ασθενείς. Υπήρξαν ισχυρά στοιχεία στην προαναφερόμενη έρευνα που υποστηρίζουν ότι η χρήση της παραπομπής γινόταν όχι μόνο σε περιπτώσεις κλινικής ανάγκης αλλά και ως μέσο αποφόρτισης των γιατρών στη διαχείριση δύσκολων ασθενών. Επιπλέον, το περιεχόμενο του παραπεμπτικού αποτελεί το μέσο επικοινωνίας ιατρού φυσιοθεραπευτή, όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του ασθενή, γι αυτό είναι αναγκαίο να περιλαμβάνει σαφείς και χρήσιμες πληροφορίες. Παραπεμπτικά τα οποία είναι ελλιπή και δεν περιγράφουν την παθολογία του ασθενή, ιδιαίτερα σε χειρουργικά ή άλλα περίπλοκα περιστατικά, αυξάνουν το φόρτο εργασίας του φυσιοθεραπευτή, ο οποίος υποχρεώνεται να αναζητήσει τις απαραίτητες πληροφορίες είτε μέσω του ιατρικού φακέλου του ασθενή είτε με άμεση επικοινωνία με το γιατρό του. Η παραπομπή επίσης ασθενών, τους οποίους δεν μπορεί να βοηθήσει η φυσιοθεραπεία, εκτός από τον επιπλέον φόρτο εργασίας που δημιουργεί, αποτελεί αιτία προστριβών μεταξύ ασθενών και φυσιοθεραπευτών και χάσιμο πολύτιμου χρόνου. Ο χρόνος αυτός θα μπορούσε να αξιοποιηθεί για εξυπηρέτηση περιστατικών για τα οποία υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία ότι η φυσιοθεραπεία είναι η θεραπεία επιλογής.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια πραγματικής διοικητικής υποχρέωσης για μείωση της λίστας αναμονής στο τμήμα φυσιοθεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας. Υπήρχε δηλαδή άμεση ανάγκη για μείωση της λίστας με τους ήδη υπάρχοντες πόρους. Έτσι ο σχεδιασμός της παρέμβασης περιλάμβανε όλα τα στοιχεία εκείνα που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε επίτευξη του στόχου μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων που υπήρχαν. Οργανώθηκε λοιπόν μια

παρέμβαση η οποία κάλυπτε όλους τους πιθανούς λόγους που επιδρούσαν αρνητικά στη λίστα και μπορούσαν να διαφοροποιηθούν. Κάτω από αυτές τις συνθήκες δεν υπήρχε η δυνατότητα να εξεταστεί ο βαθμός στον οποίο το κάθε επί μέρους μέτρο συνέβαλε στα αποτελέσματα που προαναφέρθηκαν. Χρειάζεται λοιπόν περαιτέρω μελέτη ώστε να αποκαλυφθεί ο βαθμός συμμετοχής του κάθε επί μέρους μέτρου στη μείωση της λίστας αναμονής.

Επιπλέον, η εφαρμογή 2<sup>ης</sup> επαναληπτικής συνεδρίας για τους ασθενείς που δέχονταν μόνο οδηγίες έγινε όπως προαναφέρθηκε ύστερα από επισήμανση των φυσιοθεραπευτών ότι σε αρκετές περιπτώσεις υπήρχε ελλιπής κατανόηση των οδηγιών από τους ασθενείς με αποτέλεσμα να επανέρχονται για το ίδιο πρόβλημα. Η επισήμανση αυτή έγινε και σε άλλα τμήματα, τα οποία σε κάποιες περιπτώσεις έλυσαν το πρόβλημα δίνοντας επιλογή στον ασθενή να επικοινωνεί τηλεφωνικά για περαιτέρω οδηγίες και σε άλλη περίπτωση να προσέρχεται χωρίς ραντεβού για μια διευκρινιστική συνεδρία [30, 35]. Θεωρείται, λοιπόν, χρήσιμο να ελεγχθεί ο βαθμός κατανόησης των οδηγιών στα πλαίσια μιας μόνο φυσιοθεραπευτικής συνεδρίας καθώς και η χρησιμότητα επαναληπτικής συνεδρίας σε αυτά τα περιστατικά.

Η παρέμβαση αυτή μπορεί να τύχει εφαρμογής και στα τμήματα φυσιοθεραπείας εξωτερικών ασθενών των άλλων νοσοκομείων, αφού προηγηθεί βέβαια η συλλογή των απαραίτητων στοιχείων και γίνει η κατάλληλη προετοιμασία. Η προκαταρκτική έρευνα, πρέπει να περιλαμβάνει καταγραφή του αριθμού των φυσιοθεραπευτών και του καθημερινού φόρτου εργασίας που έχει το τμήμα αφού αυτός διαφέρει από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Απαιτείται επίσης διερεύνηση του χρόνου και της συχνότητας προσέλευσης των νέων παραπεμπτικών και η ύπαρξη εξειδικευμένων και έμπειρων φυσιοθεραπευτών για να αναλάβουν την αξιολόγηση και διαλογή ασθενών. Επιπλέον η προετοιμασία πρέπει να περιλαμβάνει πολύ καλή ενημέρωση των φυσιοθεραπευτών για το νέο τρόπο λειτουργίας καθώς και εκπαίδευση αυτών που θα αναλάβουν τη διαλογή στη χρήση των κοινών κριτηρίων. Είναι απαραίτητο επίσης να εκπαιδευτεί όλο το προσωπικό στον καθορισμό εφικτών στόχων της φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης με τη συμμετοχή του ασθενή και σωστή τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων ώστε να είναι δυνατός ο έλεγχος της σωστής αξιοποίησης του χρόνου θεραπείας. Καθοριστικής σημασίας είναι η ενημέρωση των ασθενών για το νέο τρόπο λειτουργίας του τμήματος και η εκπαίδευση τους για τα οφέλη της αυτοδιαχείρισης του προβλήματος τους. Η παρουσία δυναμικού ατόμου για έλεγχο και καθοδήγηση του προσωπικού στη τήρηση των οδηγιών, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για να υπάρξουν τα

θετικά αποτελέσματα της έρευνας αυτής. Τέλος απαιτείται στενή συνεργασία και καλές σχέσεις με τους ιατρούς που συνεργάζεται το τμήμα ώστε να παραπέμπονται τα άτομα που πραγματικά θα ωφεληθούν από την φυσιοθεραπεία.

## ΓΛΩΣΣΑΡΙΟ

### **Αξιολόγηση**

Η κλινική διαδικασία αναγνώρισης των αναγκών του ασθενή, προβλημάτων, κλινικών σημείων και συμπτωμάτων

### **Απευθείας πρόσβαση**

Αναφέρεται ως η πρόσβαση χωρίς γραφειοκρατικές διαδικασίες, τηλεφωνική, μέσω IT ή με προσωπική παρουσία.

### **Αυτοπαραπομπή ασθενή**

Αναφέρεται ως η απευθείας πρόσβαση του ασθενή, κατόπιν δικής του απόφασης, στους παροχείς υπηρεσιών υγείας, χωρίς να απαιτείται η εξέταση του ή παραπομπή του από άλλο επαγγελματία υγείας.

### **Βιοϊατρικό μοντέλο**

Σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο, η υγεία αποτελεί έκφραση της φυσιολογικής λειτουργίας που χαρακτηρίζει το ανθρώπινο είδος. Η φυσιολογική αυτή λειτουργία καθορίζεται κυρίως με βάση τους επιδημιολογικούς δείκτες και τις βιοστατιστικές μετρήσεις, οι οποίες ανιχνεύουν παθολογικές παρεκτροπές από το «φυσιολογικό». Το δε «φυσιολογικό» προσδιορίζεται είτε σε αντιδιαστολή με την νόσο είτε σε σχέση με τις αποκλίσεις από τη μέση τιμή διαφόρων βιολογικών παραμέτρων. Η προσέγγιση αυτή αφορά κυρίως τη σωματική διάσταση της υγείας, ενώ φαίνεται να αγνοεί την ύπαρξη της ψυχικής και της κοινωνικής διάστασης.

### **Διάγνωση**

Η δεξιότητα και διαδικασία διάκρισης μιας πάθησης από μία άλλη απαραίτητη για επιστημονική και επιτυχή θεραπεία, επίσης η άποψη για τη φύση της πάθησης.

Η διάγνωση, στα πλαίσια της φυσιοθεραπείας, είναι το αποτέλεσμα μιας κλινικής συλλογιστικής που οδηγεί στον προσδιορισμό υπαρκτών ή πιθανών δυσλειτουργιών, λειτουργικών περιορισμών και ικανοτήτων /αναπηριών. Σκοπός της διάγνωσης είναι να κατευθύνει τον φυσιοθεραπευτή στο προσδιορισμό της καταλληλότερης στρατηγικής παρέμβασης για τον ασθενή.

### **Διαλογή (triage)**

Η αξιολόγηση ασθενών με στόχο τον καθορισμό της φύσης και της σοβαρότητας του προβλήματος υγείας που έχουν. Πιθανό να οδηγήσει σε σειρά επιλογών μεταξύ των οποίων μπορεί να είναι άμεση ή ετεροχρονισμένη παραπομπή σε άλλο επαγγελματία υγείας, παροχή θεραπείας ή τοποθέτηση στη λίστα αναμονής για μελλοντική παροχή θεραπείας ή σε απόλυση του ασθενή.

### **Ελεύθερη πρόσβαση**

Η πρόσβαση του ασθενή στις υπηρεσίες υγείας γίνεται χωρίς γραφειοκρατικές διαδικασίες σε χρόνο και επαγγελματία υγείας της δικής του επιλογής.

### **Εργαλείο ή μέτρο έκβασης Outcome measure**

Τεστ ή κλίμακα που εφαρμόζεται από τους φυσιοθεραπευτές το οποίο έχει αποδειχτεί ότι μετρά με ακρίβεια συγκεκριμένη παράμετρο που ενδιαφέρει τον ασθενή και τον φυσιοθεραπευτή και αναμένεται να επηρεαστεί από την παρέμβαση.

### **Extended scope practitioner**

Εξειδικευμένοι επαγγελματίες με διευρυμένο πεδίο άσκησης του επαγγέλματος τους. αυτό υπονοεί εργασία πέρα από το αναγνωρισμένο πεδίο δράσης όπως π.χ. στιγμιογράφιση ακτινογραφιών αναλύσεων αίματος και χρήση των αποτελεσμάτων για διευκόλυνση της κλινικής διάγνωσης και κατάλληλου χειρισμού των ασθενών, τοποθέτηση ασθενών στη λίστα χειρουργείου ή παραπομπή σε άλλο επαγγελματία.

### **Η διαδρομή του ασθενή**

Ο όρος στην ελεύθερη αναφορά του περιγράφει τις επιλογές που είναι διαθέσιμες στον ασθενή για την παροχή φροντίδας υγείας. Σαν επίσημος όρος αναφέρεται στην τεκμηριωμένη και αναγνωρισμένη διαδρομή για παροχή φροντίδας όταν υπάρχει.

#### **Κλειστή ΜΕΘ**

Κλειστή ΜΕΘ ή κλειστό πρότυπο ΜΕΘ (closed model) αποτελεί χωριστό τμήμα του νοσοκομείου με δικό του εξειδικευμένο ιατρικό και άλλο προσωπικό αποκλειστικής απασχόλησης

#### **Μη Προσέλευση**

Αναφέρεται σε ποσοστό ασθενών οι οποίοι ενώ έχουν ραντεβού για θεραπεία δεν προσέρχονται καθόλου ή κάνουν απουσίες. Συνήθως αυτό συμβαίνει γιατί δεν τους δίνεται επιλογή ώρας και μέρας που να τους βολεύει. Πρόκειται για χαμένο χρόνο ο οποίος πρέπει να υπολογίζεται και να γίνεται προσπάθεια μείωσης του.

#### **Παραπομπή –παραπεμπτικό**

Η διαδικασία με την οποία ο ασθενής μεταφέρεται από τον ένα επαγγελματία στον άλλο συνήθως για εξειδικευμένη παροχή συμβουλών, θεραπείας ή και τα δύο.

#### **Πεδίο δράσης /άσκησης**

Το εύρος των δραστηριοτήτων που μπορεί ή δεν μπορεί να ασκεί ένας επαγγελματίας οι οποίες καθορίζονται και ρυθμίζονται από τα επαγγελματικά σώματα.

#### **Τεκμηριωμένη πρακτική (Evidence based practice)**

Κλινική πρακτική όπου οι αποφάσεις βασίζονται ρητά στην τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας. Αναφέρεται και σαν κλινική αποτελεσματικότητα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WCPT. *European Physiotherapy Benchmark Statement*. in *Extraordinary General Meeting 2003*. Barcelona Spain.
2. O' Cathain, A. and M. Froggett, & Taylor, M. P. , *Physiotherapy and Primary Health Care: Evolving Opportunities*. 1995.
3. N.&L.P.A, N.a.L.P.A., *Physiotherapy Services within a Primary Health Care Model*. 2005.
4. London, D.o.H., *Choosing Health: Making healthy choices easier. Public Health White Paper*. 2005.
5. Canada, N.P.H.C.C.S.C., *Primary Health Care Fact Sheet*. 2004.
6. Bury, T., *Primary Health Care and Community Based Rehabilitation: Implications for Physical Therapy* Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, 2005. 16(2): p. 29-61.
7. Bury, T., *Primary Health Care and Community Based Rehabilitation: Implications for physical therapy based on a survey of WCPT's Member Organisations and a literature review*. , in *WCPT Briefing Paper 2003*, WCPT.
8. Physiotherapy, C.S.o., *Making Physiotherapy count. A range of quality assured services*. 2004.
9. French, S. and J. Sim, *Physiotherapy- A Psychosocial Approach*. 3rd ed, ed. Elsevier. 2004: Butterworth-Heinemann 384.
10. Edsen, B., D., Robert E., D., Joseph, J., G., Grenith, J., Z., David, G., G., *Practice Analysis: Defining the Clinical Practice of Primary Contact Physical Therapy*. Orthopedic and sports physical therapy, 2004. 34(6).
11. Connolly, J., F., DeHaven, K., E., & Mooney, V., *Primary care management of musculoskeletal disorders: Manged care is redefining the physician's role*. Musculoskeletal Medicine, 1998. 15(8): p. 28-38.
12. Dininny, P., *More than a uniform: The military model of physical therapy*, in *Physical Therapy*. 1995: United States of America. p. 40-48.
13. Boissonnault, W., G., *Primary care for physical therapist: Examination and triage*. 2005: Elsevier Science
14. Brian, P., M., David, G., Ivan, M., *Primary Care Physical Therapy Practice Models*. Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 2005. 35(11): p. 699-709.
15. Minns, C., Bithell, C., *Musculoskeletal Physiotherapy in General Practice Fundholding Practices*. Physiotherapy, 1998. 84: p. 84-92.
16. Robert, G., Stevens, A. , *Should general practitioners refer patients directly to physical therapists?* British Journal of General Practice, 1997. 47: p. 314-318.
17. Hattam, P. and A. Smeatham, *Evaluation of an orthopaedic screening service in primary care*. Clin Perform Qual Health Care, 1999. 7(3): p. 121-4.
18. Daker-White, G., Carr, A.J., Harvey, I., Woolhead, G., Bannister, G., Nelson, I., Kammerling, M., *A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments*. Epidemiol Community Health, 1999. 53: p. 643-650.
19. Jibuike, O., O., Paul-Taylor, G., Maulvi, S., Richmond P., Fairclough, J., *Management of soft tissue knee injuries in an accident and emergency department: the effect of the introduction of a physiotherapy practitioner*. Emergency Medicine Journal, 2003. 20: p. 37-39.
20. Hendriks, J., E., Kerssens, J., J., Dekker, J., Nelson, M., R., Oostendorp, AB., R., Jouke van der Zee., *One-Time Physical Therapist Consultation in Primary Health Care*. Physical Therapy, 2003. 83(10): p. 918-931.

21. Monahan, B., *Physical Therapists as primary care providers.*, in *Physical Therapy*. 1994: United States of America. p. 46-49.
22. Benson., C., Schreck., RC, Underwood., FB, Greathouse., DG. , *The role of Army physical therapists as nonphysician health care providers who prescribe certain medications: observations and experiences.*, in *Physical Therapy*. 1995. p. 380-386.
23. U.K., D.o.H., *The Musculoskeletal Services Framework - A joint responsibility: doing it differently*, Health, Editor. 2006, Department of Health United Kingdom: Leeds. p. 72.
24. Lidgren L., et al., *European Action Towards Better Musculoskeletal Health*, in *A Public Health Strategy to Reduce the Burden of Musculoskeletal Conditions*, E.B.a.J.H. Strategies and Project, Editors. 2000.
25. Linton, S.J., et al., *The secondary prevention of low back pain: a controlled study with follow-up*. *Pain*, 1989. 36(2): p. 197-207.
26. van den Dolder, P.A. and D.L. Roberts, *Six sessions of manual therapy increase knee flexion and improve activity in people with anterior knee pain: a randomised controlled trial*. *Aust J Physiother*, 2006. 52(4): p. 261-4.
27. Maddison, P., Jones, J., Breslin, A., Tillson, C., *Improved access and targeting of musculoskeletal services in northwest Wales: targeted early access to musculoskeletal services (TEAMS) programme*. *Physiotherapy*, 2004. 90(4): p. 210-216.
28. Pinnington, M.A., J. Miller, and I. Stanley, *An evaluation of prompt access to physiotherapy in the management of low back pain in primary care*. *Fam Pract*, 2004. 21(4): p. 372-80.
29. Anderson, R., M. , *Revising the behavioural model and access to medical care: does it matter?* *Health Social Behaviour*, 1995. 36: p. 1-10.
30. Horsey, M., Thomas, P., Adlem, L., *Effect of triage on patient outcomes*. *Practice Development in Health Care*, 2003. 2(1): p. 29-32.
31. Clemence, M.L. and D.A. Seamark, *GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions-a qualitative study*. *Family Practice*, 2003. 20(5): p. 578-582.
32. C.S.P., *Rules of professional conduct*, C.S.o. *Physiotherapy*, Editor. 2002, Chartered Society of Physiotherapy: London.
33. Pope, C., *Trouble in store: some thoughts on the management of waiting lists*. *Sociology of Health & Illness*, 1991. 13(2).
34. Elmore, H., *Helston Community Hospital-H&SH Regional Award Winner*. 2008, Cornwall and Isles of Scilly Primary Care Trust.
35. Crowest, P., *A review of changes in musculoskeletal out patient physiotherapy services at Gloucestershire Royal Hospital.*, in *CSP Congress 2008*, C.S.o. *Physiotherapy*, Editor. 2006: Manchester U.K.
36. WCPT, E.-R., *European Physiotherapy Service Standards*. 2003. p. 32.
37. Κυβέρνηση, Κ., *Ο Περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμος 1(Ι)2005* 2005
38. Πανεπιστήμιο, Ε.Α., ed. *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας. Κοινωνικές-Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας. 164* Vol. Τόμος Α. 2000: Πάτρα.
39. Limb, M., *Physios "struggling with triage"*. 2008.
40. Wagstaff, S., *Extended Scope Physiotherapy: The way towards consultant physiotherapists?* *Physiotherapy*, 2001. 87(1): p. 2-3.
41. Durrell, S., *Expanding the scope of physiotherapy: clinical physiotherapy specialist in consultants' clinics*. *Manual therapy*, 1996. 1: p. 210-213.
42. Dickens, V., Ali, F., Gent, H., Rees, A., *Assesment and diagnosis of knee injuries: The value of an experienced physiotherapist*. *Physiotherapy*, 2003. 89(7): p. 417-122.

43. Rogers, B.A., C. Kabir, and N. Bradley, *An audit of orthopaedic referrals via Multi-Professional Triage Teams*. *Ann R Coll Surg Engl*, 2008. 90(8): p. 671-4.
44. Oldmeadow, L.B., et al., *Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care*. *Med J Aust*, 2007. 186(12): p. 625-8.
45. Hockin, J., Bannister, G., *The extended role of physiotherapist in an outpatient orthopaedic clinic*. *Physiotherapy*, 1994. 80: p. 281-284.
46. Dickens, V., et al., *Assesment and Diagnosis of Knee Injuries- The value of an experienced physiotherapist*. *Physiotherapy*, 2003. 89(7): p. 417-422.
47. Taylor, S., Ellis, L., Morris, G., *Patient Satisfaction with a new Physiotherapy Telephone Service for Back Pain Patients*. *Physiotherapy*, 2002. 88(11): p. 645-657.
48. Armour, D., *Retrieving the Orthopaedic Outpatient Bottleneck*. 2004, Barwon Health: Barwon.
49. Jenkins, F., *Physiotherapy Outpatient booking-same day appointments and direct access*. *BMJ-Health Intelligence*, 2007.
50. Holdsworth, L., Webster, V., *Patient Self Referral a guide for therapists*, ed. A.H. Professions. 2006: Radcliffe.
51. Holdsworth, L., K. and V. Webster, S., *Direct access to physiotherapy in primary care: now?--and into the future?* *Physiotherapy*, 2004. 90(2): p. 64-72.
52. Holdsworth, L.K. and V.S. Webster, *Direct Access to Physiotherapy in Primary Care: Now? -and into the future?* 2002.
53. Ross, M., *Reducing waiting times for community-based physiotherapy*. 2008, Sandwell Primary Care Trust.
54. Yfantopoulos, J., *The Greek version of EuroQol (EQ-5D) instrument*. *Archives of Hellenic Medicine*, 2001. 18(2): p. 180-191.
55. Carlsson, A.M., *Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale*. *Pain*, 1983. 16(1): p. 87-101.
56. Huskisson, E.C., *Measurement of pain*. *Lancet*, 1974. 2(7889): p. 1127-31.
57. Scott, J. and E.C. Huskisson, *Vertical or horizontal visual analogue scales*. *Ann Rheum Dis*, 1979. 38(6): p. 560.
58. Cott, C., Finch, E., *Goal-setting in physical therapy practice*. *Physiother Can* <javascript:AL\_get(this, 'jour', 'Physiother Can. ');>, 1991. 43(1): p. 19-22.
59. Bowling, A., ed. *Research Methods in Health-Investigating health and health services*. Second ed. 1997, Open University Press Buckingham Philadelphia.
60. Brink, O., B.W. Jakobsen, and J. Jensen, [*Waiting lists--how valid are the official numbers? Evaluation of a waiting list at a department of orthopedic surgery*]. *Ugeskr Laeger*, 1995. 157(26): p. 3758-62.
61. *HSJ awards 2005. Improving patient access. Winner: primary care innovates with orthopaedic triage service, uniting choice and diversity*. *Health Serv J*, 2005. 115(5982): p. suppl 30-1.
62. Fenety, A. and T. Nichol, *A primary health approach to treating soft tissue injuries: The new NS-WCB physiotherapy treatment model*. 2005: Canada.
63. Feine, J.S. and J.P. Lund, *An assessment of the efficacy of physical therapy and physical modalities for the control of chronic musculoskeletal pain*. *Pain*, 1997. 71(1): p. 5-23.
64. Brand, C.A., et al., *Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. Comment*. *Med J Aust*, 2008. 188(5): p. 318; author reply 319.
65. Flanagan, T., et al., *Justifying the on-going physiotherapy management of long-term patients*. *Manual therapy*, 2003. 8(4): p. 254-256.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**ΜΕΡΟΣ Α΄**  
**ΠΙΝΑΚΕΣ**

Πίνακας 1. Αναλυτική κατάσταση ώρας προσέλευσης ασθενών από 9/9/2008 -12/11/2008

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΩΡΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ από 9/9/2008-12/11/2008

Ημερομηνία & μέρα	7.30-8.00	8.00-8.30	8.30-9.00	9.00-9.30	9.30-10.00	10.00-10.30	10.30-11.00	11.00-11.30	11.30-12.00	12.00-12.30	12.30-13.00	13.00-13.30	13.30-14.00	14.00-14.30	14.30.	ΣΥΝΟΛΟ
09/09/2008 - Τρίτη	1		1			4			6		5	4				22
10/09/2008 - Τετάρτη	1		2			3			3		2	1				14
11/09/2008 - Πέμπτη	2		3		6	7			8		4	3				33
12/09/2008 - Παρασκευή	2					7			4		4	1		2		20
15/09/2008 - Δευτέρα	1		1			4					1	1				9
16/09/2008 - Τρίτη									2		1	6				13
17/09/2008 - Τετάρτη						2			3		2	3				13
18/09/2008 - Πέμπτη		2		1	3	2	3		5		6	3		3		25
19/09/2008 - Παρασκευή			2			3			4		3	1				13
22/09/2008 - Δευτέρα			1	2					1		4					8
23/09/2008 - Τρίτη																25
24/09/2008 - Τετάρτη																13
25/09/2008 - Πέμπτη																26
26/09/2008 - Παρασκευή		1				4					5	1				18
29/09/2008 - Δευτέρα							4									11
30/09/2008 - Τρίτη		1			2		2		4		5	9		1		24
03/10/2008 - Παρασκευή		1	2	1	3	4	4		5		4	1				22
06/10/2008 - Δευτέρα	1				2		5				2	2		1		14
07/10/2008 - Τρίτη		2	1		4		7		6		6	2				28
08/10/2008 - Τετάρτη	1		2	2			3		3		3	2				14
09/10/2008 - Πέμπτη				3	2		2		4		3	1				15
21/10/2008 - Τρίτη				1		4	3		7		5	5		1		26
23/10/2008 - Πέμπτη				1		3	2		1		3	4		3		17
24/10/2008 - Παρασκευή			1	4	4	6					5					20
27/10/2008 - Δευτέρα			3	3	3	2	2		2		2	1				16
29/10/2008 - Τετάρτη				2	2	5	5		3		3	4				19
31/10/2008 - Παρασκευή					4	3	3		6		5		1			19
03/11/2008 - Δευτέρα			2		4	4	3	3			1					13
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>46</b>	<b>21</b>	<b>84</b>	<b>3</b>	<b>77</b>		<b>83</b>	<b>51</b>	<b>51</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>481</b>

Ε.Διατριβή συγγραφή/τελική διατριβή/έντυπο ώρα προσέλευσης για ραντέβου 1.7.2009

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΩΡΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ από 9/9/2008-12/11/2008

Ημερομηνία & μέρα	7.30-8.00	8.00-8.30	8.30-9.00	9.00-9.30	9.30-10.00	10.00-10.30	10.30-11.00	11.00-11.30	11.30-12.00	12.00-12.30	12.30-13.00	13.00-13.30	13.30-14.00	14.00-14.30	14.30	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΥΝΟΛΟ	9	8	20	17	46	21	84	3	77		83	51	1	8	3	431
04/11/2008 - Τρίτη			1			1	2	1		5	6	1	4			21
05/11/2008 - Τετάρτη	1	2	1	1	4	2		3		3						18
06/11/2008 - Πέμπτη				2	2	3	1	1	2	3	4	1	4			24
07/11/2008 - Παρασκευή		2	1	3	2	2	1		8		3	2	3	1		28
10/11/2008 - Δευτέρα	1		1	2		2		2	3	3		1	1			16
11/11/2008 - Τρίτη			3	1		1	2	4	3	3	3	3	6	3		29
12/11/2008 - Τετάρτη		1			4	3	5	5	5	5		2				30
ΣΥΝΟΛΟ	11	13	27	26	58	35	95	19	98	19	99	59	21	12	3	597

Ωρες αιχμής 9.30-13.30

Πίνακας 2. Περίγραμμα θεμάτων γύρω από τα οποία περιστράφηκαν οι ερωτήσεις των συνεντεύξεων των φυσιοθεραπευτών.

Παραπεμπτικά –προέλευση –συχνότητα.
Διαδικασία αξιολόγησης ασθενών –κριτήρια –καθορισμός προτεραιότητας.
Προβλήματα σχετιζόμενα με την διαδικασία πρόσβασης.
Απόψεις για αντιμετώπιση /λύση των προβλημάτων.
Προβλήματα επικοινωνίας με ασθενείς-συναδέλφους-ανώτερο προσωπικό-ιατρούς και άλλο συνεργαζόμενο προσωπικό που επηρεάζουν την λειτουργία του τμήματος.
Τι θα βελτίωνε την κατάσταση
Οργανωτικά θέματα –θέματα διεύθυνσης και ελέγχου που επηρεάζουν.

**ΜΕΡΟΣ Β΄**  
**ΕΝΤΥΠΑ**

## Έντυπο 1. Ενημερωτικό φυλλάδιο ασθενή.

### ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

#### ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

#### Ενημερωτικό Φυλλάδιο Ασθενή

##### Οι στόχοι μας

Στοχεύουμε στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φυσιοθεραπείας οι οποίες να ικανοποιούν τις ανάγκες σας σε ένα περιβάλλον που θα υπάρχει στενή συνεργασία με τους φυσιοθεραπευτές για επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων.

##### Οι φυσιοθεραπευτές μας

Το τμήμα φυσιοθεραπείας στελεχώνεται από προσοντούχους εγγεγραμμένους φυσιοθεραπευτές οι οποίοι πέρα από την ακαδημαϊκή τους εκπαίδευση έχουν επεκτείνει τις γνώσεις τους σε διάφορους εξειδικευμένους τομείς με στόχο να σας παρέχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες.

##### Τι είναι φυσιοθεραπεία

Η φυσιοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα υγείας το οποίο ασχολείται με την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση της κίνησης και της λειτουργικότητας του ανθρωπίνου σώματος με την χρήση φυσικών προσεγγίσεων όπως θεραπευτικούς χειρισμούς, θεραπευτικές ασκήσεις και ηλεκτροφυσικά μέσα.

##### Ο ρόλος του ασθενή στην φυσιοθεραπεία

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξαρτάται από την ενεργητική συμμετοχή του ασθενή ο οποίος πρέπει να έχει στενή συνεργασία με τον φυσιοθεραπευτή του και να τηρεί τις συμβουλές, οδηγίες και το πρόγραμμα ασκήσεων που του δίνεται για το σπίτι.

##### Το ραντεβού

Σας παρακαλούμε να είστε συνεπείς στα ραντεβού σας για αποφυγή καθυστερήσεων και χάσιμο πολύτιμου χρόνου θεραπείας.

Η πολιτική μας για τα ραντεβού είναι η εξής:

- Καθυστέρηση πέραν των **10' λεπτών** σημαίνει ακύρωση του ραντεβού της ημέρας.
- Πέραν των **δύο** συνεχόμενων απουσιών χωρίς προειδοποίηση σημαίνει αυτόματη διαγραφή σας από το ραντεβού και παραχώρηση του σε άλλο ασθενή.
- Το πρώτο ραντεβού διαρκεί συνήθως περισσότερο γιατί γίνεται η αξιολόγηση.
- Τα επόμενα ραντεβού διαρκούν από 15'-30' λεπτά ανάλογα με την θεραπεία που παρέχεται.
- Προσφέρεται επιλογή για την ώρα και μέρα του ραντεβού ανάλογα με το τι υπάρχει διαθέσιμο.
- Πιθανό να κληθείτε να παρακολουθήσετε εκπαιδευτικό πρόγραμμα με στόχο την πρόληψη νέων επεισοδίων του ίδιου προβλήματος.
- Η εξασφάλιση ραντεβού για φυσιοθεραπεία προϋποθέτει παραπεμπτικό από κυβερνητικό γιατρό με την διάγνωση της παθολογίας που προκαλεί το πρόβλημα.

Από την Διεύθυνση του τμήματος

Έντυπο 2. Υπενθύμιση ραντεβού

(Form Med. 236)

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Παρακαλώ να προσέρχεστε για θεραπεία

ΔΕΥΤΕΡΑ – ΤΡΙΤΗ – ΤΕΤΑΡΤΗ – ΠΕΜΠΤΗ – ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Ώρα .....

Η θεραπεία σας θα αρχίσει τη.....

Εάν δεν μπορείτε να προσέλθετε παρακαλώ τηλεφωνείστε, Τηλ.....

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Για εξασφάλιση ραντεβού για φυσιοθεραπεία παρακαλώ τηλεφωνείστε  
στο **22603707**

**ΜΟΝΟ** μεταξύ **7.45π.μ. - 9.30π.μ.** και **1.30μ.μ. - 3.00μ.μ.**

---

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Για εξασφάλιση ραντεβού για φυσιοθεραπεία παρακαλώ τηλεφωνείστε  
στο **22603707**

**ΜΟΝΟ** μεταξύ **7.45π.μ. - 9.30π.μ.** και **1.30μ.μ. - 3.00μ.μ.**

---

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Για εξασφάλιση ραντεβού για φυσιοθεραπεία παρακαλώ τηλεφωνείστε  
στο **22603707**

**ΜΟΝΟ** μεταξύ **7.45π.μ. - 9.30π.μ.** και **1.30μ.μ. - 3.00μ.μ.**

## Έντυπο 4. Οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου

Οδηγός προς Φυσιοθεραπευτές για την Συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου του Ασθενή.

### Γενικές Οδηγίες:

Για την ελαχιστοποίηση του χρόνου που απαιτείται για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου η πλειονότητα των απαντήσεων απαιτούν μόνο ένα τικ στο ανάλογο κουτάκι. Μόνο μερικές ερωτήσεις απαιτούν να τις συμπληρώσετε με ελεύθερο κείμενο.

Οι φυσιοθεραπευτές προτρέπονται να σημειώνουν τα σχόλια ή άλλες πληροφορίες που έχουν στο **ΠΙΣΩ** μέρος του φύλλου όπου υπάρχει αρκετός χώρος και να μην προσθέτουν σχόλια στο ίδιο το έντυπο.

### Πληροφορίες για την Αξιολόγηση

Τα πεδία πληροφοριών πιο κάτω πρέπει να συμπληρώνονται αμέσως **META** από την αρχική αξιολόγηση του κάθε ασθενή. Κάποια πεδία επεξηγούνται από μόνα τους π.χ. φύλο, είδος παραπεμπτικού, διάρκεια συμπτωμάτων κ.λ.π.

Όσον αφορά την **παραπομπή από GP MONO**, παρακαλώ καταχωρήστε την ημερομηνία της ΠΡΩΤΗΣ επίσκεψης που έκανε ο ασθενής στον GP του σχετικά με το πρόβλημα που σχετίζεται με την φυσιοθεραπεία η οποία δυνατόν να είναι διαφορετική από την ημερομηνία της παραπομπής για φυσιοθεραπεία (π.χ. ο GP δυνατόν να δοκίμασε κάποια άλλη μορφή αντιμετώπισης του προβλήματος του προτού τον παραπέμψει)

Τα υπόλοιπα πεδία επεξηγούνται πλήρως στον πίνακα που ακολουθεί.

Πεδίο	Επεξηγήσεις
<b>Διάρκεια Συμπτωμάτων</b>	Σημειώστε την περίοδο των παρόντων συμπτωμάτων και <b>OXI</b> της υποκείμενης ή χρόνιας κατάστασης (π.χ. ένα άτομο μπορεί να έχει κρίσεις οσφυαλγίας κατά διαστήματα (on and off) για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα, εμάς μας ενδιαφέρει η περίοδος της παρούσας επιδείνωσης)
<b>Επαγγελματική Κατάσταση</b>	Εάν ο ασθενής έχει απουσιάσει από την <b>αμειβόμενη</b> εργασία του σαν άμεση συνέπεια της σχετικής με την φυσιοθεραπεία που δέχεται κατάστασης, παρακαλώ σημειώστε τον αριθμό των ημερών που έχουν απουσιάσει. Για παράδειγμα, εάν ο ασθενής έχει απουσιάσει 8 ημέρες η καταχώρηση πρέπει να είναι <b>008</b> εάν απουσιάσει 31 ημέρες πρέπει να είναι <b>031</b> . Γι' αυτούς που <b>ΔΕΝ</b> έχουν απουσιάσει ή δεν απασχολούνται σε αμειβόμενη εργασία παρακαλώ καταχωρείστε <b>000</b> στο κουτάκι.
<b>Κατηγοριοποίηση Κατάστασης</b>	Οι συντομογραφίες που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν. <b>Οσφυαλγία</b> Πόνος στην Οσφυϊκή Μοίρα της Σ.Σ. <b>Αυχέννας</b> Πόνος στην Αυχενική Μοίρα της Σ.Σ. <b>Θώρακας</b> Πόνος στην Θωρακική Μοίρα της Σ.Σ. <b>Γόνατο</b> Οποιαδήποτε κατάσταση σχετιζόμενη με το γόνατο <b>Κάτω άκρο</b> Οποιαδήποτε κατάσταση σχετιζόμενη με το κάτω άκρο εκτός από καταστάσεις που περιλαμβάνουν το «Γόνατο». <b>Άνω άκρο</b> Οποιαδήποτε κατάσταση σχετιζόμενη με το άνω άκρο εκτός από καταστάσεις που περιλαμβάνουν τον «Ωμο». <b>Ωμος</b> Οποιαδήποτε κατάσταση σχετιζόμενη με τον Ωμο <b>Νευρο</b> Οποιαδήποτε νευρολογική κατάσταση. <b>Πολλαπλή</b> Όπου γίνεται παραπομπή για θεραπεία πέραν του ενός μέρους του σώματος ταυτόχρονα π.χ. οσφυαλγία & κάτω άκρο. <b>Άλλη</b> Οποιαδήποτε άλλη κατάσταση δεν αναφέρεται πιο πάνω – παρακαλώ <b>να παρέχετε λεπτομέρειες</b> .

<b>Σοβαρότητα</b>	Αυτή σχετίζεται με την σοβαρότητα της κατάστασης που παρουσιάζεται όπως καθορίζεται από τον φυσιοθεραπευτή μετά την αξιολόγηση. Καλείστε να κατατάξετε τα συμπτώματα: <b>σε ελαφρά, μέτρια ή σοβαρά.</b> Για διασφάλιση ότι οι ασθενείς κατηγοριοποιούνται το ίδιο θα ήταν χρήσιμο να ελέγξετε μεταξύ των συναδέλφων σας εκ των προτέρων ότι οι διαβαθμίσεις γίνονται με βάση αξιόπιστα κριτήρια. (περισσότερες πληροφορίες από τον υπεύθυνο του προγράμματος)
<b>Προηγούμενη Φυσιοθεραπεία</b>	Αυτό αφορά προηγούμενη φυσιοθεραπεία <b>ΓΙΑ ΤΟ ΙΔΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΟΝΟ</b> Δηλώστε τι ισχύει κυκλώνοντας Ν ή Ο και καταχωρήστε τον αριθμό των ξεχωριστών επεισοδίων που υπήρξαν.
<b>Υποκειμενική διάσταση σοβαρότητας κατάστασης ασθενή.</b>	Με την χρήση της Οπτικής Αναλογικής Κλίμακας (VAS), είναι σημαντικό να ζητάτε από τον κάθε ασθενή να συμπληρώσει την VAS <b>ΜΕ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΤΡΟΠΟ</b> . Ρωτήστε τον ασθενή ‘Παρακαλώ υποδείξετε στην κλίμακα πόσο σοβαρά νοιώθετε να σας επηρεάζουν τα συμπτώματα που έχετε, το 0 σημαίνει δεν σας επηρεάζουν καθόλου και το 10 ότι σας επηρεάζουν με τον χειρότερο τρόπο που μπορείτε να φανταστείτε.’ <b>Μην επιχειρήσετε να διευρύνετε την οδηγία, εάν είναι απαραίτητο απλώς επαναλάβετε την χωρίς να αλλάζετε τα λόγια.</b> Αφού βάλει το σημάδι του ο ασθενής, μετρήστε και καταχωρήστε τον βαθμό στον αντίστοιχο πιο κοντινό βαθμό των 100mm στο ανάλογο κουτάκι. Όπως και πριν εάν η ένδειξη είναι κάτω από 10mm, π.χ. 8mm, η καταχώρηση στο κουτάκι πρέπει να είναι 008. Με τον ίδιο τρόπο το 51mm πρέπει να καταχωρείτε 051.

### Πληροφορίες για την Απόλυση

Μετά την τελευταία επίσκεψη του κάθε ασθενή, παρακαλώ συμπληρώστε το μέρος με τα στοιχεία που αφορούν την απόλυση του. Μερικά από τα στοιχεία δεν χρειάζονται επεξήγηση όπως η ημερομηνία, τα υπόλοιπα στοιχεία επεξηγούνται με μεγαλύτερη λεπτομέρεια πιο κάτω

<b>Πεδίο</b>	<b>Επεξηγήσεις</b>
<b>Ολικός αριθμός συνεδριών</b>	Αυτό αναφέρεται στον συνολικό αριθμό των συνεδριών φυσιοθεραπείας που περιλαμβάνει το συγκεκριμένο επεισόδιο φροντίδας. Καταχωρήστε μόνο τον αριθμό των ατομικών συνεδριών που είχατε με τον ασθενή.
<b>Λόγος απόλυσης</b>	Παρακαλώ δείτε τις επιπλέον πληροφορίες που παρέχονται
<b>Αποτέλεσμα</b>	Παρακαλώ δείτε τις επιπλέον πληροφορίες που παρέχονται Αυτό αναφέρεται στην έκταση που ο ασθενής έχει επιτύχει τους στόχους που έχουν τεθεί για την θεραπεία του στο καθορισμένο χρονοδιάγραμμα. Η καταχώρηση ‘μη επίτευξη στόχων’ πρέπει να γίνεται μόνο όταν ο ασθενής ΔΕΝ το συμπληρώσει όπως όταν δεν παρουσιαστεί στην τελευταία συνεδρία.
<b>Τελικός Βαθμός Ασθενή</b>	Αυτό περιλαμβάνει επανάληψη της VAS που έγινε αρχικά με την ίδια μέθοδο όπως περιγράφεται πιο πάνω στην αξιολόγηση. Διασφαλίστε ότι ο ασθενής δεν βλέπει το προηγούμενο σημάδι ούτε γνωρίζει το σκορ του.
<b>Φάρμακα και ιστορικό εξετάσεων</b>	Για την εξέταση της αποτελεσματικότητας της φυσιοθεραπείας πρέπει να γνωρίζουμε τα φάρμακα και άλλα τεστ εξετάσεων που έκανε ο ασθενής, τρεις μήνες πριν και κατά την διάρκεια της παροχής θεραπείας. Ρωτήστε τον ασθενή εάν ο γιατρός του έχει συνταγογραφήσει κάποια φάρμακα ή άλλες εξετάσεις για την κατάσταση για την οποία δέχτηκε φυσιοθεραπεία. Σημειώστε την απάντηση.

**Κατηγοριοποίηση των λόγων απόλυσης από την φυσιοθεραπεία**

<i>Λόγος Απόλυσης</i>	<i>Ορισμός</i>
<b>Ολοκλήρωση Θεραπείας</b>	Ο ασθενής απολύθηκε από το φυσιοθεραπευτή χωρίς ένδειξη για περαιτέρω φυσιοθεραπεία.
<b>Μη ολοκλήρωση Θεραπείας</b>	Ο ασθενής δεν παρουσιάστηκε στην τελευταία συνεδρία και δεν επικοινωνήσε με την υπηρεσία για 7 ημέρες τουλάχιστον.
<b>Παραπομπή σε άλλους Επαγγελματίες Υγείας</b>	Δεν ενδείκνυται άλλη φυσιοθεραπεία, ωστόσο, ενδείκνυται παραπομπή σε άλλο επαγγελματία υγείας.
<b>Λύθηκε το Πρόβλημα κατά την Αξιολόγηση</b>	Τα συμπτώματα έφυγαν στην πρώτη επίσκεψη χωρίς να υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω φυσιοθεραπευτική παρέμβαση.
<b>Άλλη</b>	Ο ασθενής απολύθηκε για άλλο λόγο από τους πιο πάνω. Παρακαλώ κάνετε αναφορά στον λόγο.

## Έντυπο 5. Οδηγίες συμπλήρωσης των στοιχείων στο φάκελο του ασθενή

### ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

#### ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

#### Οδηγίες συμπλήρωσης των στοιχείων στο φάκελο του ασθενή.

Η σωστή συμπλήρωση του φακέλου του ασθενή με τα στοιχεία, που αφορούν την κατάσταση της υγείας του, την παρεχόμενη θεραπεία και την έκβαση της, διασφαλίζουν τη συνέχεια της περίθαλψης και καλύπτουν τις νομικές απαιτήσεις της υγειονομικής φροντίδας.

Ο φάκελος του ασθενή περιλαμβάνει:

- A) Έντυπο φυσιοθεραπευτικής αξιολόγησης και
- B) Έντυπο ημερήσιας αναφοράς

#### A) Έντυπο φυσιοθεραπευτικής αξιολόγησης.

Στο έντυπο αυτό ο φυσιοθεραπευτής έχει υποχρέωση να καταγράφει

- Την ιατρική διάγνωση
- Τα τεστ ή δοκιμασίες ή μετρήσεις που έκανε στον ασθενή, τα συγκεκριμένα εργαλεία ή τεχνικές που χρησιμοποίησε και τα ευρήματα /αποτελέσματα.\*<sup>(1)</sup>
- Την φυσιοθεραπευτική διάγνωση ή υπόθεση του στην οποία θα βασίσει το **πλάνο θεραπείας** και τους **στόχους της θεραπείας**. (π.χ. συρρίκνωσης τάδε μαλακών μορίων, δυσκαμψία ποιών αρθρώσεων, μυϊκή αδυναμία ποιών μυών, πρόβλημα στην εκτέλεση ποιών δραστηριοτήτων)
- Τις προσδοκίες του ασθενή από την φυσιοθεραπευτική παρέμβαση.
- Τους στόχους της θεραπείας \*<sup>(2)</sup> οι οποίοι πρέπει να βασίζονται σε όλα τα πιο πάνω και στο χρονικό όριο που αναμένεται ότι θα επιτευχθούν.
- Την τελική αξιολόγηση η οποία πρέπει να γίνεται πριν από την απόλυση του ασθενή στην οποία να γίνεται αναφορά
  - στην επίτευξη ή μη των στόχων και σε ποιο βαθμό με αναφορά στα αποτελέσματα των τελικών τεστ, δοκιμασιών και μετρήσεων.
  - στις οδηγίες, συμβουλές ή πρόγραμμα ασκήσεων που δόθηκαν για το σπίτι.

#### B) Έντυπο ημερήσιας αναφοράς

Στο έντυπο αυτό ο φυσιοθεραπευτής καταγράφει

- το πλάνο θεραπείας (χρόνο θεραπείας παραμέτρους) και οποιεσδήποτε αλλαγές στο πλάνο θεραπείας.
- το αποτέλεσμα της θεραπείας
- οποιεσδήποτε παραπομπές του ασθενή σε γιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας.

\*<sup>(1)</sup> Κωδικοποίηση ευρημάτων/αποτελεσμάτων τεστ ή δοκιμασιών ή μετρήσεων.

- Όσον αφορά Μυοσκελετικά Περιστατικά
  - 2) **Πόνος** με αναφορά πόσος στην κλίμακα VAS.
  - 3) **Δυσκαμψία –μειωμένο εύρος κίνησης** (γωνία σε μοίρες).
  - 4) **Μυϊκή αδυναμία** με αναφορά στην κλίμακα Oxford.
  - 5) **Λειτουργικότητα**
    - Ισορροπία με αναφορά σε φτωχή, μέτρια, πολύ καλή.

- Έντυπο/ πρότυπο 1/συμπλήρωση στοιχείων στον φάκελο ασθενή/Ιανουάριος 2009

- Ικανότητα βάδισης με αναφορά πόσα μέτρα (3μ,10μ) με ή χωρίς βοήθεια και τι βοήθεια (από άλλο άτομο ή βοήθημα βάδισης)
  - ADL με αναφορά σε ανεξάρτητος, με βοήθεια και τι βοήθεια(από άλλο άτομο ή βοήθημα βάδισης).
- Όσον αφορά Νευρολογικά Περιστατικά  
 Το 1) μέχρι 4) όπως και στα μυοσκελετικά  
 5) **μυϊκός τόνος** με αναφορά αυξημένος ή μειωμένος  
 6) **ανώτερες λειτουργίες** εγκεφάλου (κατανόηση, ομιλία κ.λ.π.)

<sup>\*(2)</sup> Κωδικοποίηση στόχων

- Όσον αφορά τον Πόνο –**Μείωση** –**Εξάλειψη** – **Διαχείριση** με αναφορά πόσο σε ένταση και σε πόσο χρονικό διάστημα.
- Όσον αφορά την δυσκαμψία ή το μειωμένο εύρος κίνησης με αναφορά σε **πόσο εύρος θα κερδηθεί** (σε μοίρες) ή πλήρες και σε πόσο χρονικό διάστημα.
- Όσον αφορά την μυϊκή αδυναμία εάν θα αποκατασταθεί πλήρως ή μερικώς ή αναφορά σε αριθμό στην κλίμακα Oxford και σε πόσο χρονικό διάστημα.
- Όσον αφορά την λειτουργικότητα αναφορά σε **πλήρη αποκατάσταση** της και ανεξαρτητοποίηση του ατόμου ή **μερική αποκατάσταση με βοηθήματα** (αναφορά σε ποιά και για ποιές δραστηριότητες).

## Έντυπο 6. Κριτήρια κατάταξης σοβαρότητας περιστατικού

### ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

#### ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

### **Κριτήρια κατάταξης σοβαρότητας περιστατικού**

Τα κριτήρια αυτά έχουν τεθεί από εξειδικευμένους και έμπειρους φυσιοθεραπευτές στην αξιολόγηση εξωτερικών ασθενών, με στόχο τον καθορισμό του βαθμού προτεραιότητας στην παροχή θεραπείας.

Η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φύσης και της κατάστασης κάθε ασθενή δεν επιτρέπει λεπτομερή καθορισμό κριτηρίων. Εκείνο που έχει σημασία είναι να γίνεται σωστή αξιολόγηση του ασθενή με βάση το έντυπο αξιολόγησης και τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων της

#### **A) Κριτήρια κατάταξης σοβαρότητας περιστατικού:**

1. Η διάρκεια των συμπτωμάτων.
2. Η ένταση των συμπτωμάτων σύμφωνα με την κλίμακα VAS.
3. Ο βαθμός που επηρεάζουν τα συμπτώματα τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADL) κυρίως αυτοφροντίδα και εκτέλεση πληρωμένης εργασίας.

#### **B) Κατηγορίες:**

##### **1. Σοβαρό.**

Κωδικός για την λίστα αναμονής. «οξύ»

Κριτήρια κατάταξης

- Η διάρκεια συμπτωμάτων όσο πιο λίγη τόσο πιο οξύ το περιστατικό.
- Όσο πιο μεγάλη ένταση συμπτωμάτων τόσο πιο οξύ.
- Όσο πιο πολύ επηρεάζει τις ADL τόσο πιο μεγάλη ανάγκη να δοθεί προτεραιότητα.

Είδος περιστατικών

- Πρόσφατα κατάγματα
- Πρόσφατη κάκωση μαλακών μορίων.
- Πρόσφατα μυοσκελετικά χειρουργεία
- Πρόσφατα απολυθέντες εσωτερικοί ασθενείς -νευρολογικά περιστατικά (π.χ. stroke, κρανιοεγκεφαλικές, χειρουργεία δίσκων κ.α.
- Περιστατικά που χρειάζονται ΜΟΝΟ ραντεβού για συμβουλές ή ασκήσεις.

Διευθέτηση ραντεβού

Άμεση ή μέχρι 5 ημέρες.

##### **2. Μέτριο.**

Κωδικός για τον κατάλογο αναμονής. «υποξύ»

Κριτήρια κατάταξης

- Μέτρια διάρκεια συμπτωμάτων
- Μέτρια ένταση συμπτωμάτων.
- Δεν επηρεάζει πολύ τις ADL.

Είδος περιστατικών

- Κατάγματα, κάκωση μαλακών μορίων, μυοσκελετικά χειρουργεία, νευρολογικά περιστατικά (π.χ. stroke, κρανιοεγκεφαλικές, χειρουργεία δίσκων κ.α. μετά το οξύ στάδιο πριν από το χρόνιο.
- Περιστατικά που χρειάζονται μονό ραντεβού για συμβουλές ή ασκήσεις ΜΟΝΟ.

Διευθέτηση ραντεβού: μέχρι 2 εβδομάδες.

## 1. Ελαφρύ.

Κωδικός για την λίστα αναμονής. «χρόνιο»

Κριτήρια κατάταξης

– Συνήθως μεγάλη διάρκεια συμπτωμάτων

– Χαμηλή ένταση συμπτωμάτων.

– Επηρεάζει πολύ λίγο τις ADL.

Είδος περιστατικών

– Μυοσκελετικά και νευρολογικά περιστατικά στο χρόνιο στάδιο.

– Περιστατικά εξαρτημένα από τη φυσιοθεραπεία που επανέρχονται συνεχώς με νέο παραπεμπτικό.

Διευθέτηση ραντεβού: προσπάθεια όχι πέραν των δύο μηνών.

Έντυπο 7.: Επιστολή προς Προϊστάμενο Κέντρων Υγείας Επαρχίας Λευκωσίας

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Αρ. φακ.--/09

8.1.2009

Πρώτον Ιατρικό Λειτουργό  
Προϊστάμενο Κέντρων Υγείας Λευκωσίας  
Νοσοκομείο Μακάριος Γ΄

ΜΕ ΦΑΞ

Θέμα: Εξυπηρέτηση εξωτερικών ασθενών φυσιοθεραπείας.

Αναφορικά με το πιο πάνω θέμα θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι το τμήμα φυσιοθεραπείας στα πλαίσια της οργάνωσης του έχει κάνει διευθετήσεις, τις οποίες αναφέρουμε πιο κάτω, με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των εξωτερικών ασθενών. Παρακαλούμε όπως έχουμε την συνεργασία των Κέντρων Υγείας της Επαρχίας Λευκωσίας, από τα οποία παραπέμπονται ασθενείς καθημερινώς, για την εφαρμογή τους.

Οι ασθενείς που παραπέμπονται για φυσιοθεραπεία από τα Κέντρα Υγείας θα μπορούν να εξασφαλίζουν το ραντεβού τους τηλεφωνικά

στο **22603707**

**ΜΟΝΟ** από τις **7.45π.μ. - 9.30π.μ.** και **1.30μ.μ. - 3.00μ.μ.**

Για διευκόλυνση των ασθενών έχουμε ετοιμάσει έντυπο με τις πιο πάνω πληροφορίες το οποίο θα αποσταλεί σε όλα τα Κέντρα Υγείας (επισυνάπτεται).

-----  
Ανώτερη Επιθεωρήτρια Φυσιοθεραπείας

Συν.: Έντυπο «ωράριο διευθέτησης ραντεβού για φυσιοθεραπεία μέσω τηλεφώνου»

**ΜΕΡΟΣ Γ΄**  
**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Ερωτηματολόγιο 1.: Ερωτηματολόγιο συλλογής δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών ασθενών

Ερωτηματολόγιο	
Όνοματεπώνυμο Ασθενή -----	Κωδικός Ασθενή -----
Ημερομηνία αναζήτησης γιατρού-----/-----/-----	Ημερομηνία έναρξης φυσιοθεραπείας-----/-----/-----
Ημερομηνία 1ης επίσκεψης στο γιατρό-----/-----/-----	Ημερομηνία Παραπομπής-----/-----/-----
Ημερομηνία Αρχικής Φυσιοθεραπευτικής Αξιολόγησης -----/-----/-----	
Ανδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία Γέννησης-----/-----/-----
Είδος Παραπεμπτικού    GP <input type="checkbox"/> Ορθοπαιδικός <input type="checkbox"/> Μόνος <input type="checkbox"/> Άλλος (δηλώστε)-----	
Διάρκεια Συμπτωμάτων    <=2 εβδομάδες <input type="checkbox"/> 2-6 εβδ. <input type="checkbox"/> 7-12 εβδ. <input type="checkbox"/> > 12 εβδ. <input type="checkbox"/>	
Επαγγελματική Κατάσταση    Αμειβόμενη Εργασία <input type="checkbox"/> Φοιτητής/Μαθητής <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος <input type="checkbox"/>	Ανεργός <input type="checkbox"/>
	Οικοκυρά <input type="checkbox"/>
<b>Εάν σε αμειβόμενη εργασία ολικός αριθμός ημερών εκτός εργασίας σαν αποτέλεσμα της κατάστασης αυτής (Βάλτε 000 εάν δεν εφαρμόζεται)    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>    ημέρες</b>	
<b>Κατάσταση:</b> Οσφυαλγία <input type="checkbox"/> Αυχένιας <input type="checkbox"/> Θώρακας <input type="checkbox"/> Γόνατο <input type="checkbox"/> Κάτω Άκρο <input type="checkbox"/>	
Άνω Άκρο <input type="checkbox"/> Ωμος <input type="checkbox"/> Νευρο <input type="checkbox"/> Πολλαπλή <input type="checkbox"/> Άλλη <input type="checkbox"/> (δηλώστε)-----	
<b>Προηγούμενη Φυσιοθεραπεία</b> Ν    Ο    Αριθμός Παραπομπών <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Σοβαρότητα</b> Ελαφρά <input type="checkbox"/> Μέτρια <input type="checkbox"/> Σοβαρή <input type="checkbox"/>	
<b>Ημερομηνία απόλυσης</b> -----/-----/-----	<b>Συνολικός Αρ. Συνεδριών</b> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Λόγος Απόλυσης:</b> Ολοκλήρωση Θεραπείας <input type="checkbox"/> Μη Ολοκλήρωση Θεραπείας <input type="checkbox"/> Λύση στην 1 <sup>η</sup> συνεδρία <input type="checkbox"/>	
Παραπομπή πίσω στον GP (γιατί):-----	Άλλο -----
<b>Αποτέλεσμα:</b> Μη καταγραφή στόχων <input type="checkbox"/> Μη επίτευξη στόχων <input type="checkbox"/> Μερική επίτευξη <input type="checkbox"/>	
Πέτυχαν (αργότερα από ότι αναμενόταν) <input type="checkbox"/>	Πέτυχαν <input type="checkbox"/> Πέτυχαν (ενωρίτερα) <input type="checkbox"/>
<b>Συνταγογραφήθηκαν στον ασθενή κάποια από τα πιο κάτω πριν ή κατά την διάρκεια της παρούσας Φυσιοθεραπευτικής Παρέμβασης;</b>	
	Ναι    Όχι
Αντιφλεγμονώδη <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	άλλα (δηλώστε)-----
Παυσίπονα <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Ο ασθενής έκανε κάποιες από τις πιο κάτω εξετάσεις σχετικά με την παρούσα κατάσταση του μέχρι 3 μήνες πριν ή κατά την διάρκεια του επεισοδίου Φυσιοθεραπευτικής Παρέμβασης;</b>	
X-Ray <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/>	Παραπομπή σε δευτεροβάθμια φροντίδα <input type="checkbox"/>
	Άλλες εξετάσεις (Δηλώστε παρακαλώ)-----
Επιπλέον πληροφορίες μπορούν να καταχωρηθούν στο πίσω μέρος της σελίδας αυτής.	
1	

Ερωτηματολόγιο

Όνοματεπώνυμο Ασθενή ----- Κωδικός Ασθενή -----

<b>Υποκειμενική αξιολόγηση ασθενή για την σοβαρότητα της κατάστασης του.</b>		Αρχική	Τελική
<b>A. Κινητικότητα</b>			
1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Έχω κάποια προβλήματα στο περπάτημα		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Δεν μπορώ καθόλου να περπατήσω		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. Αυτοεξυπηρέτηση</b>			
1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτηση μου		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Έχω κάποια προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ και να ντυθώ μόνος/η μου		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Γ. Καθημερινές Δραστηριότητες (π.χ. εργασία, σπουδές, οικιακές δουλειές, οικογενειακές ή κοινωνικές ασχολίες)</b>			
1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητες μου		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Έχω κάποια προβλήματα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητες μου		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Είμαι ανίκανος/η στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητες μου		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Δ. Πόνος/Δυσφορία ή κόπωση</b>			
1. Δεν αισθάνομαι καθόλου πόνο ή δυσφορία		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Αισθάνομαι μέτριο πόνο ή δυσφορία		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο ή δυσφορία		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ε. Άγχος/Κατάθλιψη</b>			
1. Δεν αισθάνομαι άγχος ή κατάθλιψη		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Αισθάνομαι μέτριο άγχος ή κατάθλιψη		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Υποκειμενική Δήλωση Ασθενή για την Σοβαρότητα της Κατάστασης του</b>			
<b>Αρχικός Βαθμός Σοβαρότητας</b>	0-100 (ο καθόλου σύμπτωμα 100 χειρότερο σύμπτωμα)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Τελικός Βαθμός Σοβαρότητας</b>	0-100 (ο καθόλου σύμπτωμα 100 χειρότερο σύμπτωμα)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Επιπλέον πληροφορίες μπορούν να καταχωρηθούν στο πίσω μέρος της σελίδας αυτής.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ερωτηματολόγιο  
για την  
Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Φυσιοθεραπείας από τους Ασθενείς

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί έχει ετοιμαστεί με στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών Φυσιοθεραπείας. Σας παρακαλούμε όπως αφιερώσετε λίγα λεπτά από τον χρόνο σας για να το συμπληρώσετε ανώνυμα. Αν έχετε οποιαδήποτε απορία, σχετικά με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, απευθυνθείτε στην υπεύθυνη του τμήματος.

Δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις. Απλώς δώστε τη δική σας απάντηση όπως εσείς αισθάνεστε.

Παρακαλώ σημειώστε ✓ στο κατάλληλο τετράγωνο.

1 Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από:

- Τον ίδιο
- Σύζυγο / πατέρα / μητέρα / παιδί
- Άλλο μέλος της οικογένειας
- Άλλο άτομο

2 Την θεραπεία σας ανέλαβε

- Φοιτήτρια/ής
- Φυσιοθεραπεύτρια/ής
- Δεν ξέρω

3 Πριν από την πρώτη σας επίσκεψη

Η θεραπεία σας άρχισε: (δηλώστε το διάστημα από την 1<sup>η</sup> επαφή με το τμήμα μέχρι την 1<sup>η</sup> επίσκεψη για θεραπεία)

- Αμέσως
- Σε 1 – 7 μέρες
- Σε 1 – 4 εβδομάδες
- Σε 1 – 2 μήνες
- Περισσότερο από 2 μήνες

3.2 Σας δόθηκε επιλογή ώρας και μέρας για την θεραπεία σας; Ναι  Όχι

3.3 Βρήκατε δυσκολίες στην εγγραφή σας για Φυσιοθεραπεία; Ναι  Όχι   
Εάν ναι εξηγήστε

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

4	<u>Σχετικά με την θεραπεία σας:</u>	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
4.1	Το προσωπικό σας προσφώνουσε όπως εσείς θέλατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Σας γνωστοποιήθηκε το όνομα της/του Φυσιοθεραπεύτριας/ή που ήταν υπεύθυνη/ος για σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Ήταν κατάλληλος ο χώρος για την θεραπεία σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Το λεξιλόγιο που χρησιμοποιούσε η/ο Φυσιοθεραπεύτρια/της ήταν κατανοητό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Η/Ο Φυσιοθεραπεύτρια/ής σας εξήγησε τα οφέλη και τους κινδύνους της θεραπείας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	Σας δόθηκε η ευκαιρία να κάμετε ερωτήσεις;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	Αν σας δόθηκε θεραπεία από φοιτήτρια/ή, είχατε την επιλογή θεραπείας από προσοντούχο Φυσιοθεραπεύτρια/ή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8	Μετά το τέλος της αξιολόγησης, σας εξήγησε η/ο Φυσιοθεραπεύτρια/ής τ' αποτελέσματα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9	Συζητούσατε την εξέλιξη της θεραπείας με τη/το Φυσιοθεραπεύτρια/ή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10	Ζητήθηκε η άδεια σας, πριν μιλήσει μέλος του προσωπικού για σας, με συγγενείς ή φίλους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11	Αν σας δόθηκαν οδηγίες για το σπίτι ήταν σαφείς;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.12	Μείνατε μόνος/η σας κατά την διάρκεια της θεραπείας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.13	Εάν ναι, σας εξήγησαν πώς να ζητήσετε βοήθεια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.14	Αν σας χρησιμοποίησαν σε φωτογραφίες ή βίντεο, υπογράψατε προηγουμένως το σχετικό έντυπο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15	Γενικά νοιώθατε άνετα με την συμπεριφορά της/του φυσιοθεραπεύτριας/ή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.16	Σας έχουν εξηγήσει τι μπορείτε να περιμένετε από την θεραπεία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

5 Σκοπός μας ήταν να προσεγγίσουμε τους φόβους και τις αγωνίες σας.

Τα καταφέραμε;

Ναι

Όχι

Εάν όχι, παρακαλώ εξηγήστε;

6 Γενικές εντυπώσεις:

Παρακαλώ εκφράστε την γενική εντύπωση που αποκομίσατε από την φυσιοθεραπεία που σας προσφέραμε.

Πολύ Λίγο Καθόλου

6.1. Γενικά είστε ευχαριστημένος/η από την φυσιοθεραπεία;

6.2. Τα αποτελέσματα της φυσιοθεραπείας ήταν αυτά που περιμένατε;

6.3. Η φυσιοθεραπεία ήταν χάσιμο χρόνου;

6.4. Η επίσκεψη σας στο τμήμα Φυσιοθεραπείας γινόταν με ευχαρίστηση;

Παρακαλώ προσθέστε οτιδήποτε άλλα σχόλια που θα μας βοηθήσουν να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες που σας προσφέρουμε.

Ευχαριστούμε που συμπληρώσατε αυτό το ερωτηματολόγιο.

Παρακαλώ τοποθετήστε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στο ειδικό κουτί.

Συντάχθηκε από το Ευρωπαϊκό Τμήμα της Παγκόσμιας Συνομοσπονδίας Φυσιοθεραπείας.  
Εργαλείο Ελέγχου.

Ερωτηματολόγιο 3.: Physiotherapy data sheet

**Patient Self Referral to Physiotherapy – Sample Data Sheet**

Patient Name -----

Patient Postcode -----

Date of 1 <sup>st</sup> GP consult (GP refs ONLY) ____/____/____		Referral Date ____/____/____	
Initial Ass Date ____/____/____	Pat. Gender Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>	Date of Birth ____/____/____
Referral Type Self <input type="checkbox"/>		GP <input type="checkbox"/>	GP suggested <input type="checkbox"/>
Other(Please state)-----			
Duration of Symptoms < =2 weeks <input type="checkbox"/>			
2-6 weeks <input type="checkbox"/>			
7-12 weeks <input type="checkbox"/>			
>12 weeks <input type="checkbox"/>			
Employment Status Paid Employment <input type="checkbox"/>		Student <input type="checkbox"/>	Retired <input type="checkbox"/>
House person <input type="checkbox"/>		Unemployed <input type="checkbox"/>	
If in paid employment, total No. of days off work as a consequence of this condition (put in 000 if not applicable)			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> days
Condition Category: LBP <input type="checkbox"/>		Neck <input type="checkbox"/>	Thoracic <input type="checkbox"/>
Knee <input type="checkbox"/>		LL <input type="checkbox"/>	Multi <input type="checkbox"/>
UL <input type="checkbox"/>	Shld <input type="checkbox"/>	Neuro <input type="checkbox"/>	Urolog <input type="checkbox"/>
Other <input type="checkbox"/> (Please state).....			
Previous Physio. Y	N	No. Referrals <input type="text"/> <input type="text"/>	Severity Mild <input type="checkbox"/>
		Moderate <input type="checkbox"/>	Severe <input type="checkbox"/>
Subjective Severity of Condition- Patients Initial Score 0 –100 (0 = no symptoms, 100 = worst symptoms)			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Discharge Date ____/____/____	Total No. of contacts <input type="text"/> <input type="text"/>
Discharge reason: Rx Completed <input type="checkbox"/>	
Failed to Complete <input type="checkbox"/>	
Condition resolved 1 <sup>st</sup> appoint <input type="checkbox"/>	
Re-referred to GP (why?)-----	
Other -----	
Outcome: Goals not recorded <input type="checkbox"/>	
Goals not achieved <input type="checkbox"/>	
Partially Achieved <input type="checkbox"/>	
Achieved (longer than anticipated) <input type="checkbox"/>	
Achieved <input type="checkbox"/>	
Achieved (quicker than anticipated) <input type="checkbox"/>	
Patient Final Subjective Score 0 –100 (0 = no symptoms, 100 = worst possible symptoms)	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Was the patient prescribed any of the following by their GP before or during this Physiotherapy intervention ?

	YES	NO	
NSAIDs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Painkillers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (Please state) -----

Did the patient undergo any of the following related to this condition up to 3 months prior to or during the physiotherapy episode of care

X-Ray  MRI Scan  Referral to Secondary Care

Other Investigation (Please state) -----

*Additional comments can be made on the reverse of this sheet*