

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Ποιότητα Ιατρικών Υπηρεσιών και Ιατρικοί  
Φάκελοι στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του  
Δημόσιου τομέα της Κύπρου**

Παναγιώτα Πελεκάνου-Μαρούχου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΥΛΑΚΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ, 2012

ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Ποιότητα Ιατρικών Υπηρεσιών και Ιατρικοί Φάκελοι στην  
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Δημόσιου Τομέα της Κύπρου**

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΠΕΛΕΚΑΝΟΥ-ΜΑΡΟΥΧΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΥΛΑΚΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ, 2012

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
1. ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΦΑΚΕΛΟΙ.....	12
1.1. Χρησιμότητα Ιατρικών Φακέλων.....	12
1.2. Κριτήρια Ποιότητας στην τήρηση ΙΦ όσον αφορά το περιεχόμενό τους.....	14
1.3. Έλεγχος Ιατρικών Φακέλων ως μέσου ανατροφοδότησης και βελτίωσης κλινικής πρακτικής.....	17
1.4. Συσχέτιση ποιότητας συμπλήρωσης ΙΦ και ποιότητας προσφερομένων υπηρεσιών.....	20
1.5. Διεθνής εμπειρία από την αξιολόγηση και τον έλεγχο των ΙΦ.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
2. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	26
2.1. Ορισμοί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	26
2.2. Ιστορική Αναδρομή.....	27
2.3. Συνεισφορά της ΠΦΥ στα Συστήματα Υγείας και στην Υγεία.....	30
2.4. Νέες προκλήσεις για την ΠΦΥ.....	34
2.5. Ποιότητα και έλεγχος των υπηρεσιών στην ΠΦΥ- Αξιολόγηση των γενικών γιατρών.....	36
2.6. Αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τροποποίηση της πρακτικής των γιατρών.	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
3. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ.....	42
3.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στον δημόσιο τομέα στην Κύπρο.....	43
3.2. Γενικοί Γιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δημόσιου Τομέα της Κύπρου.....	44
3.3. Παρούσα κατάσταση όσον αφορά την πολιτική για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα της Κύπρου.....	46

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	48
4.1. Αναγκαιότητα της μελέτης.....	48
4.2. Σκοπός της μελέτης.....	48
4.3. Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης.....	50
4.4. Πληθυσμός της μελέτης.....	50
4.5. Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου.....	50
4.6. Τελική Διαμόρφωση του ερευνητικού εργαλείου.....	51
4.7. Κριτήρια επιλογής φακέλων .....	54
4.8. Περιορισμοί.....	55

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	57
5.1. Κριτήρια δομής του φακέλου.....	57
5.2. Κριτήρια που αφορούν την συμπεριφορά διαχείρισης του προβλήματος υγείας του ασθενούς σε σχέση με κατευθυντήριες οδηγίες.....	62
5.3. Κριτήρια συνεχιζόμενης φροντίδας.....	65
5.4. Κριτήρια τεκμηρίωσης της πληροφορίας.....	68
5.5. Κριτήριο για την ασφάλεια του ασθενή.....	69
5.6. Κριτήρια για πολιτική Πρόληψης.....	69
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	71
7. ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	80
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	83
9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85
10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	95

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), αποτελεί ένα βασικό στοιχείο των συστημάτων υγείας για την επίτευξη ποιότητας στις Υπηρεσίες υγείας, περιορισμού των ανισοτήτων στην υγεία και μέσο αποτελεσματικής και αποδοτικής χρήσης των πόρων.

**Σκοπός:** Η ερευνητική αυτή εργασία σκοπό έχει να αποτυπώσει και να μελετήσει την συμπεριφορά γενικών γιατρών σε αστικό κέντρο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Κύπρου, σε σχέση με τον βαθμό συμμόρφωσης με οδηγίες για την ορθή τήρηση των Ιατρικών Φακέλων (ΙΦ).

**Μεθοδολογία:** Μελετήθηκε το 10% των Ιατρικών Φακέλων των ασθενών ενός Αστικού Κέντρου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της περιοχής Λευκωσίας όπου παρέχουν υπηρεσίες γενικής ιατρικής πέντε γιατροί. Οι φάκελοι που μελετήθηκαν ήταν σε ίση αναλογία ανά γιατρό και απαραίτητη προϋπόθεση για τη χρήση του φακέλου για την εργασία αυτή ήταν να είχε ο ασθενής τουλάχιστον ενός έτους πρόσφατη παρακολούθηση. Αξιολογήθηκε ο βαθμός συμμόρφωσης των φακέλων με κριτήρια που επιλέγηκαν από τα Generic Medical Record Keeping Standards του Royal College of Physicians του Ηνωμένου Βασιλείου και από τα Medical Record Keeping Standards του AmeriHealth HMO των ΗΠΑ.

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε γενικά χαμηλό επίπεδο συμμόρφωσης προς τις οδηγίες ορθής τήρησης των ΙΦ και από τους πέντε γιατρούς. Όσον αφορά στη δομή των ΙΦ, διαπιστώθηκαν σοβαρές ελλείψεις στην ποσότητα και την ποιότητα της πληροφορίας που αφορά το προφίλ του ασθενή. Χαμηλό ποσοστό συμμόρφωσης διαπιστώθηκε και όσον αφορά την ορθότητα της παραπομπής για εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις και προς τους ειδικούς καθώς και όσον αφορά την ορθότητα της διάγνωσης και της θεραπείας που δόθηκε αφού δεν ακολουθούνται κατευθυντήριες οδηγίες. Η παροχή καθοδήγησης και ενημέρωσης για το πρόβλημα των ασθενών είναι πολύ περιορισμένη και η τεκμηρίωση της πληροφορίας ανεπαρκής.

**Συμπεράσματα:** Η αξιολόγηση των ΙΦ σε αστικό κέντρο ΠΦΥ του δημόσιου τομέα υγείας της Κύπρου, έδειξε πλημμελή ενημέρωση των ΙΦ όσον αφορά στα διάφορα κριτήρια ποιότητας και εμμέσως το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, η πλημμελής ενημέρωση που έχουν τόσο ο ίδιος ο ιατρός όσο και

συνάδελφοί του καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τον ασθενή, αποβαίνει σε βάρος της ποιοτικής και συνεχιζόμενης φροντίδας του ασθενούς. Η διαπίστωση αυτή αφορά όλους τους γιατρούς του κέντρου ανεξάρτητα από τα προσωπικά προσόντα καθενός, πράγμα ενδεικτικό της γενικής κουλτούρας των κέντρων υγείας έλλειψης κατευθυντηρίων γραμμών και θεσμοθετημένης πολιτικής καλής πρακτικής στην γενική ιατρική.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Primary Health Care is a basic element of health care systems, which facilitates the achievement of quality in health services, reduces the inequalities in health and promotes effective and productive use of resources.

**Aim:** This research aims to depict and study the behavior of general practitioners in an urban Primary Health Care Center in Cyprus in relation to the compliance with the standards of keeping medical records.

**Methodology:** This paper is an audit of the medical records of an urban Primary Health Care center of the public sector in Nicosia, where five general practitioners provide services. Ten percent (10%) of these medical records has been evaluated for their compliance with 27 standards of keeping medical records. Equal amount of records were collected from each doctor. A requirement for the use of the medical records was that each record should contain the patient's recent medical attendance of at least one year. The degree of the records' compliance was assessed using criteria that have been selected from the Generic Medical Record Keeping Standards of the Royal College of Physicians in the United Kingdom and the Medical Record Keeping Standards of the AmeriHealth HMO in the United States of America.

**Results:** A low level of compliance to the standards of keeping medical records was observed from all five doctors. Regarding the structure of the medical records, serious lack of quality and quantity of information regarding the patient's profile was detected. Low level of compliance was observed regarding the doctors' behavior for appropriate referrals for laboratory and radiology tests and to the specialists, as well as the correct diagnosis and treatment that was given. The guidance and information to the patients about their disease and use of medicine was very limited and the documentation of information in the medical records was inadequate.

**Conclusions:** The audit of the medical records in the Primary Health Care center of the public sector in Cyprus depicted the insufficiency of the medical record-keeping standards and indirectly the quality of the health services that are provided. The consequence of the medical records' insufficiency is the limitation of the doctor's ability to make the best decisions for the patient's problems as well as the insufficient communication of information between health professionals attending the same patient, against the continuity and quality of care. Irrespectively of each doctor's qualifications the results were of low quality for all five doctors which is an indication of the poor academic conditions in the medical centers, the absence of guidelines in every day practicing and lack of policy regarding good medical practice in general medicine.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Ιατρικός Φάκελος (ΙΦ) είναι ένα πανίσχυρο εργαλείο που επιτρέπει στο θεράποντα γιατρό και στους άλλους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενή - και τα τελευταία χρόνια στους ίδιους τους ασθενείς - , να παρακολουθήσουν το ιατρικό ιστορικό του ασθενή και να διαπιστώσουν προβλήματα ή πληροφορίες που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στον σχεδιασμό της φροντίδας υγείας του.

Παράλληλα, οι ΙΦ χρησιμοποιούνται ως νομικά τεκμήρια σε δίκες για παράπονα κακής πρακτικής γιατρού και σαν πηγή πληροφοριών για σκοπούς έρευνας και εκπαίδευσης<sup>(11)(43)(47)(80)</sup>. Τελικά, οι ΙΦ, αποτελούν τη βάση για αξιολόγηση της επάρκειας και της καταλληλότητας της παρεχόμενης φροντίδας καθώς και της επάρκειας και της συμμόρφωσης του γιατρού σε κατευθυντήριες οδηγίες και αρχές καλής πρακτικής<sup>(17)(18)(19)(20)(21)(22)</sup>. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται κριτήρια ποιότητας τήρησης ΙΦ, θεσμοθετημένων από εθνικά σώματα υγείας της χώρας, όπως οι εταιρείες ειδικών ιατρών, και το ιατρικό συμβούλιο<sup>(1)(2)(6)</sup>.

Έτσι, η καθιέρωση κριτηρίων ποιότητας στην τήρηση των ΙΦ εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια, σε αρκετές αναπτυγμένες χώρες όπως ο Καναδάς<sup>(1)(2)(3)</sup>, η Αυστραλία<sup>(4)</sup>, η Νέα Ζηλανδία<sup>(5)</sup>, το Ηνωμένο Βασίλειο<sup>(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12)</sup>, η Ολλανδία<sup>(13)</sup>, και οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής<sup>(14)(15)(16)</sup> σαν αναγκαιότητα για την επίτευξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Η αναγκαιότητα αυτή στο Ηνωμένο Βασίλειο προέκυψε ιδιαίτερα μετά από την έντονη δημόσια κριτική που δέκτηκε το σύστημα υγείας της χώρας για χαμηλό επίπεδο υπηρεσιών και τήρησης ΙΦ με αφορμή το σκάνδαλο των αυξημένων θανάτων παιδιών σε νοσοκομείο παιδοχειρουργικής (1995)<sup>(90)(91)(92)</sup>. Αποτελεί δε ο έλεγχος του επιπέδου τήρησης των ΙΦ, κριτήριο:

- Αξιολόγησης της επάρκειας των γιατρών<sup>(17)(18)</sup>
- Ανανέωσης της άδειας άσκησης του επαγγέλματος<sup>(19)(20)</sup>
- διαπίστωσης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και τη διενέργεια συγκρίσεων μεταξύ χωρών ή περιοχών μιας χώρας<sup>(21)(22)(23)(24)(25)(26)</sup>.

Το θέμα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί προτεραιότητα των συστημάτων υγείας πολλών αναπτυγμένων κρατών, καθότι υπάρχει αρκετή μαρτυρία για μεγάλα ελλείμματα στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών σε



αναπτυγμένες χώρες στην Αμερική, στην Ευρώπη και την Αυστραλία , και ιδιαίτερα σε ορισμένες περιοχές τους<sup>(27)(28)(29)(30)</sup> .

Παράλληλα, ο θεσμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), έχει αποδειχθεί με αρκετή μαρτυρία<sup>(31)(32)(33)(34)(35)(36)(37)(38)(39)</sup>, ότι αποτελεί βασικό, θεμελιώδες στοιχείο σε ένα σύστημα υγείας που βοηθά:

- Στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ,
- στον περιορισμό των δαπανών για την υγεία γιατί ενισχύει τη σωστή χρήση των πόρων, αποφεύγοντας αχρείαστες εξετάσεις, παραπομπές και φαρμακευτικές αγωγές
- στην αύξηση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας
- στην αύξηση της ικανοποίησης του ασθενή και της οικογένειας και
- στον περιορισμό των ανισοτήτων στην υγεία.

Η Κύπρος, όπως είναι γνωστό, έχει μεικτό σύστημα υγείας, με ένα ισχυρό και ανεξέλεγκτο ιδιωτικό τομέα που στηρίζεται κυρίως στα προσωπικά οικονομικά των ατόμων και ένα δημόσιο τομέα που στηρίζεται στη χρηματοδότηση από το κράτος με χαμηλές δαπάνες για την υγεία, από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη.(ΟΟΣΑ, 2009). Επιπρόσθετα, τα τελευταία χρόνια ο δημόσιος τομέας αντιμετωπίζει μεγάλη επιβάρυνση γιατί λόγω της οικονομικής κρίσης μεγαλύτερος αριθμός Κυπρίων και πολιτών χωρών της ΕΕ απευθύνονται στις κρατικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Επιπλέον, η Κύπρος ανήκει σε εκείνες τις χώρες που δεν έχουν καθορίσει πολιτική και ούτε έχουν θεσμοθετήσει κανονισμούς για την επίτευξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (40). Αυτά τα δύο δεδομένα εγκυμονούν κινδύνους όχι μόνο για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών (περιορίζοντας την ικανοποίηση των ασθενών και θέτοντας σε κίνδυνο την ασφάλειά τους) αλλά και για όχι σωστή κατανομή και χρήση των διαθέσιμων πόρων υγείας (περιορίζοντας την προσβασιμότητα και την ισότητα στις υπηρεσίες υγείας και θέτοντας σε κίνδυνο το δημόσιο τομέα υγείας για χρεωκοπία).

Συνεπώς, για το αρμόδιο Υπουργείο Υγείας της Κύπρου είναι μονόδρομος η ενίσχυση της ΠΦΥ του δημόσιου τομέα (μέχρι την εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας) γιατί είναι ο πιο οικονομικός δρόμος για εξασφάλιση ποιότητας, προσβασιμότητας και ισότητας στις υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, πρέπει να καθιερωθεί, να θεσμοθετηθεί και να εφαρμοστεί πολιτική για βελτίωση της

επαγγελματικής επάρκειας και συμμόρφωσης των γιατρών της Πρωτοβάθμιας φροντίδας, σε κατευθυντήριες γραμμές για τη διάγνωση, διερεύνηση, παραπομπή, πρόληψη και θεραπεία και καθοδήγηση για αγωγή υγείας, δίνοντας κίνητρα ανέλιξης στα άτομα με αποδειγμένη καλή πρακτική. Βασικό δε εργαλείο για την επίτευξη αυτής της ποιότητας στην πρακτική των γιατρών στην ΠΦΥ είναι η τήρηση κριτηρίων ποιότητας συμπλήρωσης ιατρικών φακέλων και ο συστηματικός έλεγχος εφαρμογής τους τόσο με εσωτερικό έλεγχο (αξιολόγηση αντικειμενική από έμπειρους συναδέλφους) , όσο και με εξωτερικό έλεγχο από το υπουργείο υγείας, τον ιατρικό σύλλογο ή από εταιρείες γενικής ιατρικής. Αυτό έδειξε και η διεθνής εμπειρία από αναπτυγμένες χώρες όπου η διαπιστωμένη χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών και τήρησης ΙΦ, βελτιώθηκε σημαντικά μετά τον έλεγχο που ασκήθηκε και την καθιέρωση κριτηρίων καλής πρακτικής και σωστής τήρησης ΙΦ<sup>(21)(23)(25)(26)(30)44)(57)(89)</sup>.

Δύο μελέτες που έχουν γίνει στην Κύπρο ταυτόχρονα (2004), με ανασκόπηση φακέλων των ίδιων αστικών κέντρων, για τον έλεγχο της ποιότητας στην διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη, ερεύνησαν μόνο συγκεκριμένα στοιχεία των φακέλων που σχετίζονταν με την διαχείριση του διαβήτη και όχι τους φακέλους σαν σύνολο. Το συμπέρασμα των δύο αυτών μελετών ήτο ότι η διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη δεν ήτο η επιθυμητή και η τεκμηρίωση της σχετικής πληροφορίας στους ΙΦ, καθώς και η συνέπεια των γενικών γιατρών στις σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες ήτο ανεπαρκής<sup>(41)(42)</sup>.

Μιά εκτίμηση της παρούσας κατάστασης στην τήρηση των ΙΦ από γενικούς γιατρούς, σε αστικό κέντρο υγείας του δημόσιου τομέα υγείας θα μας επιτρέψει να εκτιμήσουμε τη συμπεριφορά των γιατρών όσον αφορά την ακρίβεια, την πληρότητα και την καθαρότητα της διατύπωσης της πληροφορίας σε σχέση με τις συναντήσεις των γιατρών με τον ασθενή. Παράλληλα, θα αξιολογηθεί και η συμμόρφωσή των ιατρών με κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τη διάγνωση, την παραπομπή για εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις και σε ειδικούς, τη θεραπεία, την πρόληψη και την καθοδήγηση.

Επικρατεί η άποψη ότι το γενικό κλίμα και η κουλτούρα άσκησης της γενικής ιατρικής είναι ίδια σε όλα τα κέντρα υγείας της Κύπρου δηλαδή έλλειψη συμφωνημένων κατευθυντήριων γραμμών, έλλειψη πολιτικής για συμπλήρωση ιατρικών φακέλων, έλλειψη πολιτικής για πρόληψη, έλλειψη κινήτρων για βελτίωση πρακτικής, έλλειψη ελέγχου, ανομοιογένεια στα προσόντα των γενικών γιατρών που

προσλαμβάνονται με ελάχιστα προσόντα μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στη γενική ιατρική. Όλοι αυτοί οι παράγοντες αποτελούν εξωτερικές συνθήκες που επηρεάζουν αρνητικά την κλινική πρακτική των γιατρών της ΠΦΥ και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, άσχετα από τα προσωπικά προσόντα κειθενός απο αυτούς τονίζοντας την ανάγκη για καθορισμό πολιτικής για την ΠΦΥ.

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην αποτύπωση και μελέτη του περιεχομένου δείγματος των ιατρικών φακέλων ενός αστικού κέντρου υγείας. Απώτερος συναφής στόχος είναι η διακρίβωση του βαθμού συμμόρφωσης των ιατρών με τις σχετικές οδηγίες.

Έχοντας δε τεκμηριωμένη την κατάσταση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών μέσω της αξιολόγησης της πληροφoρίας από τους ιατρικούς φακέλους, θα μπορέσομε να εστιάσομε στις πρακτικές εκείνες με την μικτότερη συνέπεια προς τα κριτήρια ποιότητας, να εντοπίσομε τα αίτια τους και να εισηγηθούμε αλλαγές και βελτιώσεις που θα είναι αποτελεσματικές στην αλλαγή της συμπεριφοράς και της πρακτικής των γιατρών στην γενική ιατρική.

Παράλληλα, μπορεί δοθεί έναυσμα για την εφαρμογή κριτηρίων καλής πρακτικής στην ΠΦΥ όπως είναι η προσβασιμότητα και το πρώτο σημείο επαφής με τις υπηρεσίες υγείας για κάθε καινούργιο πρόβλημα, η ολιστική ασθενοκεντρική αντιμετώπιση του ατόμου, η ολοκληρωμένη και συνεχιζόμενη δια βίου φροντίδα υγείας, ο συντονισμός των διαδικασιών για την παραπομπή του ασθενή, και ο προσανατολισμός των ενεργειών προς την κοινότητα με ευαισθησία σε θέματα πολυπολιτισμικότητας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### 1. ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΦΑΚΕΛΟΙ

Ο καλός και επαρκής Ιατρικός Φάκελος (είτε χάρτινος είτε ηλεκτρονικός) είναι ένα πανίσχυρο εργαλείο που επιτρέπει στο θεράποντα γιατρό να παρακολουθήσει το ιατρικό ιστορικό του ασθενή και να διαπιστώσει προβλήματα ή πληροφορίες που θα μπορούσαν να τον βοηθήσουν να αποφασίσει την πορεία της φροντίδας υγείας του και να αποκτήσει ολοκληρωμένη ιδέα για τον ασθενή και την κατάσταση της υγείας του.

Ο κύριος σκοπός των Ιατρικών Φακέλων είναι η διευκόλυνση των γιατρών ώστε να διασφαλίζουν ποιοτική φροντίδα υγείας στους ασθενείς τους. Είναι ένα ζωντανό τεκμήριο που λέει την ιστορία του ασθενή, διευκολύνει κάθε συνάντηση που έχει με τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη φροντίδα του, εξασφαλίζοντας έτσι συνεχιζόμενη φροντίδα.

Οι πλήρεις, ευανάγνωστοι και με ακρίβεια γραμμένοι Ιατρικοί Φάκελοι (ΙΦ), πρέπει να πληρούν και όλες τις νομικές, απαιτήσεις για ιατρο-νομικές έρευνες, και δικαστικές υποθέσεις για παράπονα και κατηγορίες για αμέλεια και λάθη γιατρών<sup>(43)(10)</sup>, απαιτήσεις για έλεγχο και αξιολόγηση της επαγγελματικής επάρκειας των γιατρών και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, απαιτήσεις για την τεκμηρίωση αποζημίωσης και οικονομικής επιβάρυνσης προς τις εταιρείες ασφαλιστικής κάλυψης καθώς και απαιτήσεις για καταγραφή επιδημιολογικών και δημογραφικών εθνικών δεδομένων, καθώς και τις απαιτήσεις για αξιολόγηση της πορείας της κατάστασης υγείας του ασθενή. Οι ΙΦ πρέπει να αποτελούν αξιόπιστη πηγή πληροφοριών ώστε να ενισχύεται η ολιστική και ολοκληρωμένη και υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας. Έτσι, επιτυγχάνεται τελειοποίηση της κατανομής των πόρων, βελτιώνεται η αποδοτικότητα και η διακυβέρνηση της λειτουργίας της επαγγελματικής ομάδας και των διαπροσωπικών σχέσεων και διευκολύνεται ο κλινικός έλεγχος και η έρευνα<sup>(44)(45)(30)</sup>.

#### 1.1. Χρησιμότητα Ιατρικών Φακέλων

Η χρησιμότητα των καλών ΙΦ είναι πολλαπλή.

Συνεισφέρουν στην Ποιότητα Φροντίδας του ασθενή εξασφαλίζοντας λεπτομερή περιγραφή της κατάστασης της υγείας του και της λογικής των αποφάσεων θεραπείας

που λαμβάνονται, βοηθώντας την σφαιρική και σε βάθος γνώση του ασθενούς στοιχείο απαραίτητο για την σωστή και αποτελεσματική φροντίδα.

Συνεισφέρουν στη Συνεχιζόμενη Φροντίδα του ασθενή γιατί μπορούν να χρησιμοποιηθούν από διάφορους επαγγελματίες υγείας εκτός από τον προσωπικό γιατρό, οπότε διευκολύνουν την γρήγορη ενημέρωσή τους για την κατάσταση της υγείας του την πρόσφατη και του παρελθόντος.

Συνεισφέρουν στην εκτίμηση της φροντίδας που προσφέρεται γιατί παρέχουν πληροφορία για την πληρότητα και τεκμηρίωση των στοιχείων από το ιστορικό και την αντικειμενική εξέταση, για την ορθή προσπέλαση στο πρόβλημα του ασθενή, την ορθότητα της παραπομπής για εξετάσεις και εξέταση από ειδικό, την ορθότητα της διάγνωσης, θεραπείας και καθοδήγησης, την άσκηση προληπτικού ελέγχου για καρκίνο καθώς και για νοσογόνες καταστάσεις, τον καθορισμό συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου, και γενικά πληροφορία για την επίτευξη ολιστικής, συνεχιζόμενης και πλήρους αντιμετώπισης όλων των προβλημάτων υγείας του ασθενούς.

Οι ΙΦ αποτελούν πηγή πληροφοριών για Έρευνα για:

- εξωτερικές ανασκοπήσεις, όπως αυτές που διεξάγονται για σκοπούς βελτίωσης της ποιότητας, για επιδημιολογικές έρευνες, για ανάλυση αποτελεσμάτων υγείας, έρευνα για τις υπηρεσίες υγείας και για ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών
- έρευνες για οικονομικές χρεώσεις και για τα οικονομικά της υγείας
- αυτοκριτική και αυτοαξιολόγηση των γιατρών για τις υπηρεσίες που προσφέρουν,
- μαρτυρία για τη φροντίδα που παρέχεται από συγκεκριμένο γιατρό προκειμένου να του ανανεωθεί η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος (αναμένεται να αρχίσει σύντομα στο Ηνωμένο Βασίλειο)<sup>(19)(20)</sup>.

Οι ΙΦ είναι νομικά τεκμήρια σε δικαστικές έρευνες και μπορούν να εξασφαλίσουν σημαντική μαρτυρία για ρυθμιστικά, ποινικά, εγκληματικά και διαχειριστικά θέματα, όταν οι υπηρεσίες υγείας που πρόσφερε κάποιος γιατρός αμφισβητούνται. Οι νομικές απαιτήσεις στην τήρηση των ΙΦ θεσμοθετούνται στις διάφορες χώρες από την νομοθεσία <sup>(45)</sup>, που καθορίζει την πολιτική της χώρας για το πως πρέπει να φυλάγονται οι ΙΦ, πως πρέπει να συλλέγονται, να χρησιμοποιούνται, να αποθηκεύονται, και πως και πότε μπορούν να αποκαλύπτονται προσωπικές

πληροφορίες για την υγεία του ασθενούς καθώς και τους κανονισμούς για το περιεχόμενο των ιατρικών φακέλων, καθορίζοντας τι πρέπει να περιλαμβάνει ο ΙΦ και πως να καταγράφεται.

Οι γιατροί είναι τελικά υπεύθυνοι για την εκπλήρωση των απαιτήσεων της πολιτικής της χώρας τους για τους Ιατρικούς Φακέλους<sup>(46)(47)</sup>.

## 1.2. Κριτήρια ποιότητας τήρησης ΙΦ όσον αφορά το περιεχόμενό τους

Εθνικά σώματα των συστημάτων υγείας των διαφόρων χωρών, έχουν συμφωνήσει και θεσμοθετήσει κριτήρια ποιότητας (standards) τήρησης ιατρικών φακέλων στην πρωτοβάθμια φροντίδα της χώρας τους, που είναι περίπου τα ίδια σε όλες τις χώρες. Τα εν λόγω κριτήρια στηρίζονται στην πολιτική της χώρας για τις αρχές καλής λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ικανότητες που πρέπει να έχουν οι γενικοί γιατροί .

Έτσι, στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 2002, το Βασιλικό Κολλέγιο των Γενικών Γιατρών, εκδίδει προς όλους τους Γενικούς Γιατρούς το κείμενο με τίτλο «Καλή Ιατρική Πρακτική για Γενικούς Γιατρούς», το οποίο αργότερα βελτιώθηκε ακόμα περισσότερο<sup>(6)</sup>. Στο υπό αναφορά κείμενο, καταγράφονται τα συστατικά της καλής κλινικής πρωτοβάθμιας φροντίδας και ποια συμπεριφορά αναμένεται από τον γενικό γιατρό «πρότυπο» προκειμένου να εκπληρώνονται αυτές οι αρχές της σωστής φροντίδας υγείας.

Μεταξύ αυτών των συμπεριφορών του γενικού ιατρού, περιλαμβάνονται-

- η επαρκής αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς (λαμβάνοντας σωστά το ιστορικό με τα συμπτώματα και τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον ασθενή και εξετάζοντας τον ασθενή όταν χρειάζεται),
- η εξασφάλιση στον ασθενή διερεύνησης, καθοδήγησης και θεραπείας για τα προβλήματά του,
- η παραπομπή σε άλλο γιατρό όταν χρειάζεται,
- η παροχή φροντίδας υγείας στα πλαίσια των δυνατοτήτων του (χωρίς να διακινδυνεύει τη ζωή και την υγεία του ασθενή),
- η συνταγογράφηση φάρμακων ή άλλης θεραπείας μόνον όταν έχει επαρκή γνώση της κατάστασης του ασθενούς, και είναι σίγουρος ότι τα φάρμακα και η θεραπεία εξυπηρετούν τις ανάγκες του ασθενούς,

- η παροχή αποτελεσματικής θεραπείας στηριζόμενος στην καλύτερη υπάρχουσα μαρτυρία,
- η σωστή χρήση των διαθέσιμων πόρων,
- η παροχή στο κοινό της περιοχής που εξυπηρετεί, διαγνωστικών ελέγχων πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης κακοήθων καταστάσεων και γενικά σοβαρών προβλημάτων υγείας καθώς και καθοδήγηση για αυτοφροντίδα και υγιεινό τρόπο ζωής,

Όλες αυτές οι συμπεριφορές να καταγράφονται καθαρά, με ευκρίνεια, ακρίβεια και ευανάγνωστα στους ιατρικούς φακέλους με σωστή τεκμηρίωση, αναφέροντας τα σχετικά κλινικά ευρήματα, τις αποφάσεις που λήφθηκαν, την ενημέρωση που έγινε στον ασθενή, οποιαδήποτε φάρμακα ή εξετάσεις ή θεραπείες δόθηκαν.

Τις ίδιες περίπου οδηγίες καλής πρακτικής καθώς και τα χαρακτηριστικά του καλού γενικού γιατρού, τονίζοντας παράλληλα τη σημασία της ορθής, πλήρους και με ακρίβεια τήρησης των ΙΦ, διατυπώνουν τόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας<sup>(48)</sup>, όσο και η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Γενικής Ιατρικής (WONCA)<sup>(49)(50)</sup>. Το ίδιο παρατηρείται και από ιατρικά σώματα, κυβερνητικές οργανώσεις και φιλανθρωπικούς οργανισμούς σε άλλες χώρες των οποίων τα συστήματα υγείας έχουν ισχυρή βάση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θεσμοθετώντας εθνικά κριτήρια ποιότητας για την δομή και το περιεχόμενο των ΙΦ όπως ο Καναδάς<sup>(1)(2)(3)</sup>, η Αυστραλία<sup>(4)</sup>, η Νέα Ζηλανδία<sup>(5)</sup>, το Ηνωμένο Βασίλειο<sup>(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12)</sup> και η Ολλανδία<sup>(13)</sup>.

Στις ΗΠΑ, όπου μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ισχυρή βάση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ολοένα και συχνότερα τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζεται η θεμελιώδης σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας για τη βελτίωση της ποιότητας, τη συγκράτηση των δαπανών υγείας και τη βελτίωση της ικανοποίησης του ασθενούς και της οικογένειας και συνεχώς γίνονται προσπάθειες για την ενίσχυσή της και την βελτίωσή της καθορίζοντας τα στοιχεία της καλής πρακτικής και των κριτηρίων ποιότητας στην τήρηση των ΙΦ στην ΠΦΥ<sup>(14)(15)(16)</sup>.

Πάνω σε αυτές τις οδηγίες καλής πρακτικής στη Γενική Ιατρική, στηρίζονται τα κριτήρια ποιότητας τήρησης των ιατρικών φακέλων. Γιατί, στους ΙΦ αποτυπώνονται οι συμπεριφορές των γιατρών στην αντιμετώπιση του ασθενούς στην πρωτοβάθμια

φροντίδα τόσο για τρέχοντα προβλήματα υγείας, όσο και για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση κακοήθων καταστάσεων και σοβαρών προβλημάτων υγείας καθώς και καθοδήγηση για πρόληψη νοσογόνων καταστάσεων και αυτοεξυπηρέτηση και αυτοφροντίδα.

Ο στόχος αυτών των κριτηρίων ποιότητας είναι-

- ✓ η μεγιστοποίηση της ασφάλειας του ασθενή και η ποιότητα της φροντίδας,
- ✓ η ενίσχυση της καλύτερη επαγγελματικής πρακτικής,
- ✓ η συνεπής τήρηση της συνέπειας για τις οδηγίες για την διαχείριση της πληροφορίας και με τις νομικές απαιτήσεις της χώρας για την τήρηση των ΙΦ.

Έχει ήδη δημιουργηθεί από το 1968 η Διεθνής Εταιρεία Οργανισμών Ιατρικών Φακέλων<sup>(51)</sup>, μία Μη Κυβερνητική Οργάνωση η οποία συνεργάζεται με τον ΠΟΥ και αποτελεί το σύνδεσμο των ατόμων που ασχολούνται με τη διαχείριση της πληροφορίας στους ΙΦ, εκπροσωπώντας τις εθνικές οργανώσεις Ιατρικών Φακέλων πολλών χωρών ανά τον κόσμο. Η Οργάνωση αυτή έχει ως βασική της αρχή την καλύτερη διαχείριση της πληροφορίας για καλύτερη υγεία, μία κίνηση προς την ασφαλή, υπεύθυνη και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας. Εργάζεται δε για την καθιέρωση κοινής διεθνούς κωδικοποίησης των αιτίων νοσηρότητας και θνησιμότητας καθώς και για την καθιέρωση και χρήση κοινών διεθνών κριτηρίων ποιότητας τήρησης Ιατρικών Φακέλων, ενώ παράλληλα, προωθεί την καθιέρωση εκπαιδευτικού προγράμματος τήρησης των ΙΦ.

Παράλληλα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας παρέχει τεχνογνωσία για την καθιέρωση ελάχιστων απαιτήσεων τήρησης ΙΦ στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Οι οδηγίες αυτές συμπεριλαμβάνουν:

- α. Καταγραφή του βιογραφικού προφίλ του ασθενή.
- β. Καταγραφή του Οικογενειακού ιστορικού
- γ. Καταγραφή των προβλημάτων υγείας στο παρελθόν και το παρόν,
- δ. Καταγραφή σοβαρών ατυχημάτων και επεμβάσεων που έχει υποστεί ο ασθενής
- ε. Καταγραφή επεισοδίων ανάπτυξης αλλεργικής αντίδρασης και παρενεργειών από φάρμακα



στ. Καταγραφή εμβολιασμών που έχει κάνει ο ασθενής.

ζ. Καταγραφή πρόσφατων φάρμακων του ασθενή

η. Καταγραφή συνηθειών του ασθενή όσον αφορά το κάπνισμα, το αλκοόλ, τη διατροφή, την άσκηση.

Οι οδηγίες σε σχέση με τη συμπεριφορά των γιατρών περιλαμβάνουν:

Την πλήρη και σωστή αποτύπωση των θετικών και αρνητικών ευρημάτων από το ιστορικό και την αντικειμενική εξέταση του ασθενούς, σε κάθε συνάντηση με τον ασθενή.

Τη συνταγογραφική πρακτική σε σχέση με τη διατυπωθείσα διάγνωση.

Την πρακτική στην παραγγελία των κατάλληλων εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων με βάση κατευθυντήριες οδηγίες.

Την πρακτική στην παραπομπή των ασθενών σε ειδικούς και την άσκηση πολιτικής πρόληψης νόσων και νοσογόνων καταστάσεων καθώς και για έγκαιρη διαπίστωση κακοηθειών.

Την πρακτική όσον αφορά την εκπαίδευση και ενημέρωση του ασθενή για το πρόβλημα υγείας του και την θεραπεία του.

Επιπρόσθετα, οι εν λόγω οδηγίες διατυπώνουν εισηγήσεις για την ασφάλεια του ασθενούς από διενεργηθείσες εξετάσεις και θεραπείες.

Τέλος, απαιτείται τεκμηρίωση των πληροφοριών που αφορούν την παρουσία στους φακέλους των αντιγράφων των παραπομπών για εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις και των αποτελεσμάτων τους, των παραπομπών σε ειδικούς και των απαντήσεων τους, καθώς και τεκμηρίων από νοσηλεία και θεραπείες σε τμήματα του νοσοκομείου ή αλλού.

### 1.3. Έλεγχος (audit) Ιατρικών Φακέλων ως μέσον ανατροφοδότησης και βελτίωσης κλινικής πρακτικής

Τα κέντρα προσφοράς υπηρεσιών υγείας αναμένεται να συμμορφώνονται με τις τελευταίες αλλαγές στο ιατρικό πεδίο<sup>(0)</sup>. Για να μπορέσουν να είναι εύκαμπτα στις προκλήσεις από τις συνεχείς ανασκοπήσεις, θα πρέπει σε κρίσιμα πεδία της καθημερινής λειτουργίας να ενσωματώνουν κίνητρα για βελτίωση της αποτελεσματικότητας. Ένα από τα σημαντικότερα από αυτά είναι ο έλεγχος των Ιατρικών Φακέλων. Ο εν λόγω έλεγχος βοηθά στην αξιολόγηση του όποιου κέντρου

παροχής υπηρεσιών υγείας, όσον αφορά την συνέπεια γενικά και στα κριτήρια ποιότητας στο ιατρικό πεδίο. Η ακρίβεια, και η συνέπεια συνεισφέρουν στην καλύτερη πρακτική και στην εξοικονόμηση πόρων υγείας. Μέσω του ελέγχου τω ΙΦ , εντοπίζονται τα διάφορα πεδία που χρειάζονται βελτίωση, και τους δίνεται ιδιαίτερη προσοχή για εκπαίδευση και διδασκαλία.

Η διενέργεια ελέγχου τήρησης κριτηρίων ποιότητας στους ΙΦ στην πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί ένα εργαλείο ελέγχου της ποιότητας και της ποσότητας της πληροφορίας που καταγράφεται στους ΙΦ με βάση τα κριτήρια ποιότητας ειδικά για την ΠΦΥ.

Η πληροφορία αυτή αφορά τις υπηρεσίες που προσφέρονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα και των αποτελεσμάτων τους, καθώς και της συμπεριφοράς των γενικών γιατρών όσον αφορά την πρακτική τους στην αποτύπωση των ευρημάτων τους στις συναντήσεις τους με τον ασθενή, στην παραγγελία εξετάσεων και παραπομπών, στην συνταγογράφηση και καθοδήγηση του ασθενούς για την θεραπεία του.

Επιπρόσθετα, η καταγραφή τω πληροφοριών παρέχει τις βάσεις για την πολιτική πρόληψης νόσων, τη διδασκαλία για υγιεινές συμπεριφορές και αυτοεξυπηρέτηση καθώς και την άσκηση ασφαλούς της ιατρικής.

Συνακόλουθα, η συνέπεια που αναφέρθηκε πιο πάνω, σχετίζεται με-

- την τήρηση των κριτηρίων ποιότητας, της πολιτικής και των κατευθυντηρίων γραμμών,
- την αποτύπωση και τεκμηρίωση της πληροφορίας και
- τις διοικητικές απαιτήσεις,

Παράλληλα, εντοπίζονται οι ελλείψεις στην πρακτική των γιατρών ώστε να γίνει εστιασμένη εκπαίδευση και διδασκαλία τους και ενθαρρύνεται η διενέργεια έρευνας αφού οι ΙΦ αποτελούν πολύτιμη πηγή πληροφορίας για ιατρικές μελέτες και έρευνες στο παρόν και στο μέλλον.

Ο έλεγχος όμως της πρακτικής των γιατρών

είτε αυτός γίνεται για τον σκοπό της βελτίωσης της αυτογνωσίας των γιατρών(σχετικά με τον τρόπο που ασκούν την ιατρική και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας),

είτε για σύγκρισή τους με άλλους γιατρούς σε άλλες περιοχές της χώρας ή σε άλλες χώρες,

είτε για την εκτίμηση της επάρκειας των γιατρών προκειμένου να ανανεώσουν την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος (διαδικασία που προωθείται σε διάφορες χώρες τελευταία)

είτε για να ερευνηθούν καταγγελίες σε βάρος κάποιου γιατρού,

αυτός κατά κανόνα περιλαμβάνει και τον έλεγχο των ιατρικών φακέλων.

Η μεγάλη σημασία της χρήσης κλινικού ελέγχου, ανατροφοδότησης και έλεγχου των ιατρικών φακέλων στη βελτίωση της πρακτικής των γιατρών και τελικά στο επίπεδο ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας είχε τονιστεί:

- στη διάσκεψη για τη Βελγική Προεδρία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2010) για την επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό υγείας του μέλλοντος: προοπτικές για αλλαγές και συνεργασία και
- σε μελέτη από το European Observatory on Health Systems and Policies εκ μέρους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με θέμα: Χρήση Ελέγχου και Ανατροφοδότησης προς τους επαγγελματίες υγείας για βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της φροντίδας υγείας. (Using audit and feedback to health care professionals to improve the quality and safety of health care)<sup>(40)</sup>.

Ορίζεται δε στην ανωτέρω μελέτη, ως «έλεγχος και ανατροφοδότηση» η αξιολόγηση της συνολικής καθημερινής κλινικής πρακτικής των γιατρών στην παροχή φροντίδας υγείας, σε ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα με σκοπό την εξασφάλιση πληροφορίας προς τους επαγγελματίες υγείας, που αφορά την πρακτική τους αυτή, προκειμένου να τους βοηθήσει να την αξιολογήσουν και να την βελτιώσουν. Ως «κλινικός έλεγχος» ορίζεται η διαδικασία βελτίωσης της φροντίδας του αρρώστου και των αποτελεσμάτων της μέσω συστηματικής ανασκόπησης της προσφερόμενης φροντίδας σε σχέση με την αναμενόμενη βάσει καθορισθέντων κριτηρίων ποιότητας. Η λειτουργία αυτή, με βάση την ανωτέρω μελέτη, είναι ένας μηχανισμός που στοχεύει στην ενίσχυση της επαγγελματικής λειτουργίας, στη βελτίωση της ποιότητας στην προσφορά υπηρεσιών υγείας και στην ασφάλεια του ασθενή.

Είχε δε εκπονηθεί η ανωτέρω μελέτη ως στρατηγική για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και για την υποστήριξη της ποιότητας και της ασφάλειας στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας μετά από τη διαπίστωση με εκτεταμένη μαρτυρία ότι υπάρχουν κενά μεταξύ της φροντίδας που πραγματικά προσφέρεται και αυτής που συνιστάται τόσο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης<sup>(52)(53)(54)</sup> που ερευνήθηκαν όσο και σε αναπτυγμένες χώρες παγκοσμίως όπως οι ΗΠΑ<sup>(55)(56)</sup>, το Ηνωμένο Βασίλειο<sup>(57)(58)(59)(60)(21)</sup>, η Νέα Ζηλανδία<sup>(22)(23)</sup>, η Αυστραλία<sup>(24)(25)</sup> και η Ολλανδία<sup>(61)</sup>.

Επιπρόσθετα, η ίδια μελέτη αποσκοπούσε στο να διαλευκάνει τις ανεξήγητες διαφορές μεταξύ της ιατρικής πρακτικής και των αποτελεσμάτων υγείας τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα, μεταξύ των 27 κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης που δεν μπορούσαν να εξηγηθούν από τα χαρακτηριστικά των ασθενών<sup>(62)</sup>.

#### 1.4. Συσχέτιση ποιότητας συμπλήρωσης ΙΦ και ποιότητας προσφερόμενων υπηρεσιών

Η διεθνής Βιβλιογραφία έχει δείξει ότι η βελτίωση στη συμπλήρωση των ΙΦ, όσον αφορά-

- την ακρίβεια, την πληρότητα και την τεκμηρίωση των καταγραμμένων πληροφοριών<sup>(63)(64)(65)(66)(67)(68)(69)</sup>,
- τη λεπτομερή αποτύπωση των ευρημάτων και της δοθείσας καθοδήγησης κατά τα διάφορα επεισόδια φροντίδας<sup>(70)</sup>,
- την παρατηρούμενη συνέπεια στην τήρηση κατευθυντηρίων οδηγιών<sup>(71)(72)</sup> και διενέργεια διαγνωστικών προληπτικών εξετάσεων<sup>(73)(74)(75)</sup> και
- την ανταπόκριση των γιατρών στην αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου<sup>(76)</sup>,

είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της πρακτικής των γιατρών.

Η βελτίωση αυτή στην ασκούμενη πρακτική των γιατρών έχει οπωσδήποτε άμεσα οφέλη στους ασθενείς, βελτιώνοντας την ποιότητα της προσφερόμενης ιατρικής φροντίδας και την ικανοποίηση του ασθενούς αλλά και βελτιώνοντας τα αποτελέσματα υγείας και ελαττώνοντας τα κόστη<sup>(77)(78)(79)(80)(81)</sup>.

Αυτό εξηγεί γιατί στις ΗΠΑ, πρόσφατα (2009) ο πρόεδρος Obama υπόγραψε σε νόμο ("the American Recovery and Reinvestment Act of 2009") το πακέτο οικονομικής πριμοδότησης με 17 δισεκατομμύρια δολάρια προς τους επαγγελματίες υγείας ως κίνητρο για την εισαγωγή των Ηλεκτρονικών Φακέλων, καθώς και για την ανάπτυξη κριτηρίων ποιότητας στην τήρηση των Ηλεκτρονικών Φακέλων και κατευθυντηρίων οδηγιών καλύτερης ιατρικής πρακτικής.

Το 1999, το συμβούλιο της Ευρώπης<sup>(32)</sup> όρισε ότι μέσο για τη μέτρηση της ποιότητας φροντίδας υγείας θα μπορούσαν να αποτελέσουν τα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας. Ταυτόχρονα, μέτρο δε της ποιότητας των διαδικασιών θα μπορούσε να αποτελέσει η συχνότητα -

- κατάλληλης συνταγογράφησης,
- κατάλληλης παραγγελίας διερευνήσεων και παραπομπών,
- άσκησης πρόληψης μέσω ειδικών εξετάσεων και εμβολιασμών και
- σωστής εκπαίδευσης και καθοδήγησης των ασθενών για το πρόβλημά τους,

υπολογιζόμενα με βάση κατευθυντήριες οδηγίες και κριτήρια ανασκόπησης.

Οι πληροφορίες αυτές μπορεί να συλλέγονται από διάφορες πηγές και κυρίως από τους ιατρικούς φακέλους, αποτελώντας μέτρο ποιότητας φροντίδας υγείας.

Για να μπορέσουν όμως οι φάκελοι να παίξουν το ρόλο αυτό θα πρέπει να είναι πλήρεις, ευανάγνωστοι, καλά δομημένοι, με καλή τεκμηρίωση της πληροφορίας, και να πληρούν τα κριτήρια ποιότητας, που κάθε χώρα έχει καθορίσει τα δικά της, με μεγάλες ομοιότητες μεταξύ τους, και κάνοντας χρήση ορολογίας κοινής σε όλες τις χώρες σχετικά με τις διαγνώσεις νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Συναφώς αναφέρεται ότι υπάρχει διεθνώς κίνηση τόσο από τον ΠΟΥ, όσο και από άλλες αναπτυσσόμενες χώρες για την καθιέρωση κοινής ταξινόμησης των νόσων.

## 1.5. Διεθνής εμπειρία από την αξιολόγηση και τον έλεγχο Ιατρικών Φακέλων

Γενικά η εμπειρία από χώρες τόσο αναπτυσσόμενες όσο και αναπτυγμένες, έχει δείξει ότι το ποσοστό τήρησης των Ιατρικών Φακέλων ποικίλλει: Τόσο ανάμεσα στις χώρες όσο και ανάμεσα σε περιοχές των ίδιων των χωρών. Όπου υπάρχει πολιτική

για τήρηση ΙΦ και έλεγχος και μάλιστα συστηματικός και καθοδήγηση με κατευθυντήριες γραμμές, εκεί παρατηρείται βελτίωση της ποιότητας των φακέλων και καλά αποτελέσματα υγείας καθώς και εξοικονόμηση πόρων υγείας.

Στην Αγγλία (1996), ένας έλεγχος των Ιατρικών Φακέλων γενικών γιατρών που χειρίζονταν περιστατικά επιληψίας έδειξε ότι παρόλο ότι η καταγραφόμενη πληροφορία ήτο γενικά καλή, για ορισμένα θέματα σημαντικά για την αποτελεσματική διαχείριση της επιληψίας ήτο φτωχή<sup>(82)</sup>. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένας αριθμός κατευθυντηρίων οδηγιών για την προσφορά φροντίδας για την επιληψία δεν πληρούταν. Έτσι, τα ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα και οι αξονικές τομογραφίες συχνά γίνονταν όχι για τον σωστό λόγο, η συνταγογραφούμενη αντιεπιληπτική θεραπεία δεν ήταν η καταλληλότερη, σημαντικός αριθμός αρρώστων θεραπευόταν στο νοσοκομείο από μη νευρολόγους. Ταυτόχρονα, υπήρχε μικρή μαρτυρία ότι οι γενικοί γιατροί, έκαναν οποιαδήποτε ανασκόπηση του χειρισμού και καθοδήγηση των ασθενών με επιληψία για τις μη κλινικές πλευρές της επιληψίας<sup>(82)</sup>.

Μία άλλη έρευνα σχετικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων από τα εξωτερικά ιατρεία γενικής ιατρικής από δύο νοσοκομεία στη Βοστώνη και την Καλιφόρνια, το 2000, που έγινε με ανασκόπηση των φακέλων 2248 ασθενών, έδειξε ότι παρόλο ότι 18% των ασθενών δήλωσε την παρενέργεια στον γιατρό του, μόνο το 6% των ασθενών (ή 28% αυτών που δήλωσαν) καταγράφηκε στους ιατρικούς φακέλους<sup>(83)</sup>.

Από τον Καναδά (Οντάριο) και από την Ολλανδία υπήρχε πρόβλημα στους ιατρικούς φακέλους σχετικά με ακατάλληλη και ανεπαρκή και άλλοτε αυξημένη παραπομπή για αναλύσεις αίματος και ούρων<sup>(84)(87)</sup>.

Συγκεκριμένα στον Καναδά μεταξύ 1976 και 1993 ο τρόπος παραγγελίας για αναλύσεις αίματος δεν ήταν ο κατάλληλος, με αποτέλεσμα σε πολλές περιοχές του Οντάριο να αυξηθούν από 9,4 σε 17,4 ανά άτομο. Το Υπουργείο Υγείας και ο σύνδεσμος ιατρικών εργαστηριακών εντόπισαν τις αναλύσεις με το μεγαλύτερο πρόβλημα. Παρενέβησαν αφαιρώντας από την λίστα παραγγελιών αναλύσεις που δεν προσέφεραν επιπλέον πληροφορία, κατανέμοντας κατευθυντήριες οδηγίες με τη νέα πολιτική στην παραγγελία αναλύσεων, και αλλάζοντας τον τρόπο κοστολόγησης των εξετάσεων αυτών, με αποτέλεσμα σημαντική μείωση των αναλύσεων αυτών<sup>(84)</sup>.

Το ίδιο περίπου συνέβηκε και στην Ολλανδία όπου από χρόνια είχε διαπιστωθεί μεγάλη αύξηση των παραγγελλομένων αναλύσεων αίματος, αρκετές απ' αυτές από την Γενική Ιατρική που ήταν ακατάλληλες ή ανεπαρκείς. Έτσι, μία αξιολόγηση της συνέπειας των φακέλων των γενικών γιατρών με τις κατευθυντήριες γραμμές για την παραγγελία αναλύσεων αίματος από το Institute of Medical Informatics, faculty of medicine and Health Sciences, του Πανεπιστημίου Erasmus Ολλανδίας έδειξε 39% συνέπεια <sup>(85)(86)</sup>. Σε έλεγχο ηλεκτρονικών φακέλων που ακολούθησε, όπου ενσωματώθηκε υποστηρικτικό σύστημα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ολλανδικής Εταιρείας Γενικών Γιατρών για σωστή παραγγελία αναλύσεων, αυτό έδειξε μεγάλη συνέπεια από τους γιατρούς<sup>(87)</sup>.

Το 2001 στην Αγγλία, στην Αυστραλία και στη Νέα Ζηλανδία πραγματοποιήθηκε μία συστηματική ανασκόπηση των Ιατρικών Φακέλων για την ποιότητα φροντίδας που προσφέρεται στην Γενική Ιατρική. Οι φάκελοι αυτοί αφορούσαν χρόνια νοσήματα που περιλάμβαναν καρδιαγγειακά νοσήματα(22%), υπέρταση(14%), διαβήτη(14%) και άσθμα(13%) καθώς και οξέα περιστατικά(2%) και περιστατικά για προληπτική αγωγή(12%). Η συγκεκριμένη ανασκόπηση έδειξε ότι σχεδόν σε όλες τις μελέτες η διαδικασία της φροντίδας δεν ήταν στο επίπεδο εκείνο που υπαγόρευαν τα κριτήρια ποιότητας που καθόριζαν οι εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες. Για παράδειγμα στα καλύτερα κέντρα υγείας μόνο το 49% των διαβητικών είχαν εξεταστεί με βυθοσκόπηση τον προηγούμενο χρόνο, και μόνο 47% των καρδιοπαθών χωρίς αντένδειξη είχαν πάρει β-αναστολείς μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου <sup>(26)</sup>.

Αργότερα, όμως, το 2007 στην Αυστραλία, κάνοντας χρήση ενός εργαλείου εκτίμησης της προσφερόμενης φροντίδας που αποτελεί συνδυασμό ελέγχου των Ιατρικών Φακέλων και συνέντευξης με τον ιατρό γίνεται μία άλλη εργασία για την εκτίμηση της ποιότητας της προσφερόμενης φροντίδας στη γενική ιατρική προς ασθενείς με χρόνια νοσήματα (σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, βρογχικό άσθμα, καρδιαγγειακά προβλήματα και υπέρταση). Αυτή έδειξε ότι υπήρχε καλή συνέπεια για τον όλο χειρισμό του ΣΔ2, αλλά όχι τόσο για το άσθμα και τα καρδιαγγειακά νοσήματα <sup>(88)</sup>.

Στη Γαλλία, το 2002, είχε γίνει μία αρχική αξιολόγηση των φακέλων γενικών γιατρών από όλη τη Γαλλία προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα των φακέλων και των υπηρεσιών τους. Διαπιστώθηκε ότι περισσότερο από το 70% των φακέλων

περιείχε το όνομα, την ημερομηνία γεννήσεως, την διεύθυνση, αριθμό τηλεφώνου, το ιατρικό ιστορικό και την τελευταία δοθείσα θεραπεία. Επιπρόσθετα, το 40-70% των φακέλων περιείχαν μόνο τις αλλεργίες σε φάρμακα, παράγοντες κινδύνου και επάγγελμα, ενώ οι εμβολιασμοί αναφέρονταν μόνο στο 40% των φακέλων<sup>(89)</sup>.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, έγινε το 2002, από την μονάδα Ιατρικής πληροφόρησης του Royal College of Physicians, μία αξιολόγηση 149 φακέλων στην Αγγλία και Ουαλία, που έδειξε ότι οι ΙΦ, δεν τηρούνταν όπως καθόριζαν κατευθυντήριες οδηγίες για τους ΙΦ, και συγκεκριμένα ότι 29% των σελίδων δεν είχαν τα στοιχεία του ασθενή, 9% δεν ήσαν πλήρως κατανοητοί, 11% δεν είχαν ημερομηνίες, και 83% δεν είχαν τα στοιχεία του γιατρού<sup>(90)(91)</sup>. Επίσης, διαπίστωσαν ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην ποιότητα των ιατρικών φακέλων μεταξύ των διαφόρων νοσοκομείων. Συνακόλουθα, ο καθηγητής Κέννεντυ κατέκρινε το χαμηλό επίπεδο υπηρεσιών σε παιδοκαρδιοχειρουργικό νοσοκομείο που έθεσε σε κίνδυνο την ζωή πολλών παιδιών, το 2001<sup>(92)</sup>.

Μετά από αυτές τις διαπιστώσεις, η μονάδα Ιατρικής πληροφόρησης, το 2008, χρηματοδοτούμενη από Εθνικό Σύστημα Υγείας εξέδωσε τις 12 κατευθυντήριες οδηγίες για την τήρηση των ιατρικών φακέλων<sup>(7)</sup>. Μία όμως αξιολόγηση που έγινε των ΙΦ, το 2011, μετά την καθιέρωση των κριτηρίων ποιότητας τήρησης ΙΦ, και που επαναλήφθηκε στο ίδιο νοσοκομείο σε τρεις διαφορετικές φάσεις έδειξε αρχικά χαμηλό επίπεδο ποιότητας που βελτιωνόταν προοδευτικά στους επόμενους ελέγχους, πράγμα που έδειξε ότι οι έλεγχοι βελτιώνουν την ποιότητα των ΙΦ όπως και η εκπαίδευση των γιατρών στην τήρηση των ΙΦ<sup>(93)</sup>.

Πρόσφατα (2012) έγινε ο πρώτος εθνικός κλινικός έλεγχος για τη συνέπεια στην τήρηση κριτηρίων ποιότητας φακέλων στην επαγγελματική υγεία, στο Εθνικό Σύστημα της Αγγλίας. Ο έλεγχος, έδειξε ότι υπάρχει πλημμελής συμμόρφωση με τα κριτήρια ποιότητας τήρησης ΙΦ και ότι οι ηλεκτρονικοί φάκελοι είναι γενικά καλύτερης ποιότητας από τους χάρτινους (πιο ευανάγνωστοι και πιο πλήρεις όσον αφορά την ταυτοποίηση του ασθενή και του θεράποντα γιατρού).

Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι:

- Το 68% των φακέλων ήσαν χάρτινοι και οι υπόλοιποι ηλεκτρονικοί,



- οι ηλεκτρονικοί φακέλοι ήσαν πιο ευανάγνωστοι με λιγότερα συντομογραφικά,
- μόνο το 7% των φακέλων υπήρχαν διαγραφές και οι αλλαγές ήσαν υπογραμμμένες και
- μόνο το 24% των χάρτινων και το 27% των ηλεκτρονικών φακέλων είχαν σε κάθε σελίδα το όνομα και το επίθετο του ασθενή, την ημερομηνία συνάντησης με τον ασθενή, την ταυτότητα, το όνομα, την υπογραφή και τον τίτλο του γιατρού<sup>(94)</sup>.

Αντίθετα, πρόσφατα ένας έλεγχος Ιατρικών Φακέλων των γενικών παθολόγων, σε κέντρο Οικογενειακής Ιατρικής του Harvard Pilgrim Health Care για το 2008-2009, έδειξε ότι:

- 98% των φακέλων είχαν εμφανώς καταχωρημένη την ύπαρξη ή την απουσία αλλεργίας ή παρενεργειών από φάρμακα,
- 90% των φακέλων είχαν καταχωρημένες οι σημαντικές ασθένειες, και ιατρικές καταστάσεις στην ειδική λίστα, ενώ
- 93% των φακέλων είχαν καταχωρημένη η λίστα με τα ιατρικά προβλήματα στο παρελθόν, περιλαμβάνοντας ατυχήματα, εγχειρήσεις και ασθένειες<sup>(95)</sup>.

Επίσης στον Καναδά, το 2002, μία αξιολόγηση των γενικών γιατρών της περιοχής του Μοντρεάλ και των φακέλων τους, έδειξε συνολική απόδοση που ήταν καλή έως εξαιρετη για το 90% των γιατρών για τη συνεχή τους ενημέρωση, για το 94% των γιατρών για την ποιότητα της φροντίδας στην κλινική τους πρακτική, και για το 75% των γιατρών για την τήρηση των Ιατρικών Φακέλων. Η συνολική τους εκτίμηση ήτο εξαιρετη<sup>(17)</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### 2. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1. Ορισμοί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας

Το ιδεώδες μοντέλο των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας καθορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην διακήρυξη της Διεθνούς Διάσκεψης της Alma Alta, για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) το 1978<sup>(99)</sup>, όπως

*“περιλαμβάνει ουσιαστική φροντίδα υγείας που στηρίζεται σε μεθόδους πρακτικές, επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές, και στην τεχνολογία, και που είναι καθολικά προσβάσιμη σε άτομα και οικογένειες στην κοινότητα, μέσω της πλήρους συμμετοχής τους και με κόστος που μπορεί να διατεθεί από την κοινότητα και την χώρα για να διατηρηθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, στο πνεύμα της αυτοεξυπηρέτησης και αυτοδιαχείρισης”.*

Το 2002, η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Γενικής Ιατρικής δίνει τον ορισμό της Γενικής Ιατρικής, “το σημείο πρώτης ιατρικής επαφής μέσα στο σύστημα φροντίδας υγείας, παρέχοντας ανοιχτή και απεριόριστη πρόσβαση στους χρήστες του, ασχολούμενη με όλα τα προβλήματα υγείας ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο, ή άλλο χαρακτηριστικό του ατόμου, κάνει αποδοτική χρήση των πόρων υγείας, αναπτύσσει προσωποκεντρική προσέγγιση, διαθέτει μία μοναδική διαδικασία συμβουλευτικής συνέντευξης, είναι υπεύθυνη για την παροχή φροντίδας μακροχρόνιας συνέχειας, διαθέτει μία ειδική διαδικασία λήψης απόφασης προσδιοριζόμενη από τις έννοιες του επιπολασμού, και της επίπτωσης των ασθενειών στην κοινότητα, διαχειρίζεται δε τα οξεία και χρόνια προβλήματα των ασθενών” (WONCA)<sup>(100)</sup>.

Οι πιο πρόσφατοι ορισμοί τονίζουν τα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ που είναι:

- Πρόσβαση και χρήση φροντίδας πρώτης επαφής με το σύστημα υγείας για οποιοδήποτε νέο πρόβλημα (εκτός από τα πολύ σπάνια)
- Επικεντρωμένη στον άρρωστο και όχι στην ασθένεια
- Συνεχιζόμενη στη διάρκεια του χρόνου
- Απευθυνόμενη σε καθορισμένο πληθυσμό με προσφορά έγκαιρων και ολοκληρωμένων υπηρεσιών που να καλύπτουν ευρύ φάσμα αναγκών και

συντονίζοντας τις διαδικασίες όταν χρειάζεται να παραπεμφθεί ο ασθενής σε άλλο επίπεδο φροντίδας

- Προσανατολισμένη στην οικογένεια και στην κοινότητα και στην πολυπολιτισμική κοινωνία<sup>(101)</sup>(Starfield 2009).

Συνεπώς, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα είναι η ασθενοκεντρική, συνεχιζόμενη δια μέσω του χρόνου φροντίδα, το σημείο της πρώτης επαφής για κάθε νέο πρόβλημα υγείας, ολοκληρωμένη καλύπτοντας μεγάλο φάσμα αναγκών και συντονίζοντας τις διαδικασίες όταν χρειάζεται ο ασθενής υπηρεσίες σε άλλο επίπεδο του συστήματος υγείας, με προσανατολισμό προς την κοινότητα και την οικογένεια.

## 2.2. Ιστορική Αναδρομή

Ο όρος Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εμφανίζεται για πρώτη φορά στην βιβλιογραφία το 1920, σε μια επίσημη έκθεση στο Ηνωμένο Βασίλειο που αναφέρεται στις αποκεντρωμένες, τοπικές υπηρεσίες υγείας ως κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας<sup>(31)</sup>.

Έκτοτε, αρκετές χώρες προχώρησαν στην ανάπτυξη του δικού τους συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας που καθορίστηκε κυρίως από το ιστορικό τους περιβάλλον, την κατάσταση των οικονομικών τους, τα προβλήματα υγείας, τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας τους και το σύστημα αξιών και αντιλήψεων της κοινωνίας τους, με αποτέλεσμα η οργάνωση και οι λειτουργίες της ΠΦΥ να διαφέρουν από χώρα σε χώρα<sup>(125)</sup>.

Παρά τις διαφορές τους όμως ως προς τον τρόπο που είναι σχεδιασμένες, οργανωμένες και διαχειρίζονται την εκπαίδευση των γενικών γιατρών τους, οι υπηρεσίες ΠΦΥ έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που είναι τα ίδια σε όλες τις χώρες. Αυτά είναι ότι αποτελούν το πρώτο σημείο πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, αντιμετωπίζουν συνολικά όλες τις ανάγκες του ασθενή(ολιστική αντιμετώπιση), προσφέρουν συνεχιζόμενη δια βίου φροντίδα(που σχετίζεται με την ύπαρξη προσωπικού γιατρού), συντονίζουν την παραπομπή του σε άλλο επίπεδο νοσηλείας, και έχουν προσανατολισμό προς την οικογένεια, την κοινότητα και την πολυπολιτισμικότητα.

Έτσι, οι γιατροί της ΠΦΥ, ανεξάρτητα από το αν δουλεύουν σε ιδιωτικά ιατρεία ή σε συνεργασία με άλλους γενικούς ιατρούς σε πολυιατρεία, μόνοι τους ή μέλη ομάδας

επαγγελματιών υγείας ή ως οι κύριοι προμηθευτές φροντίδας στην πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας, ή ως ένας από τους διάφορους ειδικούς στους οποίους ο ασθενής έχει άμεση πρόσβαση, ο ρόλος τους στην εξασφάλιση ολοκληρωμένης προώθησης υγείας, πρόληψης νόσου, θεραπείας, αποκατάστασης, και υποστηρικτικής φροντίδας αναγνωρίζεται σε πολλές χώρες.

Έτσι στις διάφορες χώρες, η πρωτοβάθμια φροντίδα ασκείται ανάλογα με την παράδοση της κάθε χώρας και με το σύστημα υγείας της, από Γενικούς Γιατρούς όπως γίνεται στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, από Οικογενειακούς Γιατρούς όπως συμβαίνει στον Καναδά και την Αμερική, από Γενικούς Εσωτερικούς Παθολόγους, Γενικούς Παιδιάτρους και ενίοτε και Γυναικολόγους όπως στην Αμερική αλλά και στην Κύπρο. Έχει καθοριστεί δε από την Ευρωπαϊκή Ένωση<sup>(32)</sup> ένα ελάχιστο διάστημα εκπαίδευσης στην Γενική Ιατρική που όμως δεν φτάνει για να λύσει το πρόβλημα της μεγάλης ανομοιογένειας μεταξύ των διαφόρων προμηθευτών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η επιστημονική της καθιέρωση και ο καθορισμός των χαρακτηριστικών, των στόχων και της αποστολής της πήρε καιρό να αναγνωριστεί και μόλις το 1967 άρχισε να αναδύεται ως ένα νέο κεντρικό πεδίο του ιατρικού επαγγέλματος, που απείχε πολύ από το να αναγνωριστεί στην Ευρώπη.

Οι οργανώσεις γενικής ιατρικής πρακτικής των έξι, τότε, μελών της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας συνεδρίασαν στο Παρίσι για να ιδρύσουν την Ευρωπαϊκή Ένωση των Γενικών Γιατρών (UEMO). Έτσι η Γενική Ιατρική αποκτά φωνή σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση και σε όλη την Ευρώπη και για πρώτη φορά άρχισαν να συζητούνται σοβαρά τα προβλήματα της γενικής ιατρικής. Θα περάσουν χρόνια για να καθιερωθεί μια συνεδρία για την Γενική Ιατρική στις Ανοικτές Συνεδρίες των Ευρωπαίων Γιατρών και μόλις το 1975, υιοθετήθηκαν οι πρώτες συστάσεις για αμοιβαία αναγνώριση ιατρικών προσόντων μεταξύ των κρατών μελών, αλλά και τότε ακόμα δεν δινόταν ιδιαίτερη σημασία στην γενική Ιατρική. Θα περνούσε ακόμα μία δεκαετία μέχρι η ΠΦΥ να πετύχει την πρώτη της μεγάλη επιτυχία το 1986, με την υιοθέτηση Ευρωπαϊκής Οδηγίας που εγγυάται ένα ελάχιστο επίπεδο εκπαίδευσης για τους γενικούς γιατρούς στην Ευρώπη. Τον Ιανουάριο του 2009, η Ευρωπαϊκή Ένωση των Γενικών Ιατρών, αποκτά νομική προσωπικότητα, με την υπογραφή στις Βρυξέλλες, του τίτλου ενσωμάτωσης της οργάνωσης ως μη κερδοφόρα εταιρεία από

τον πρόεδρο της Dr. Isabel Caixeiro και κάτω από τον Βελγικό νόμο, με το επίσημο όνομα, L'Union Europeene des Medecins Omnipraticiens / Medecins de Famille, AISBL <sup>(96)</sup>.

Πριν λίγα χρόνια, αρκετές χώρες στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη, υιοθέτησαν μεγάλες αλλαγές στο σύστημα υγείας τους είτε σαν ένα μέρος ευρέων πολιτικών αλλαγών, είτε σαν ειδικές πολιτικές για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας τους. Η αναμόρφωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για να αυξηθεί η απόδοση του συστήματος υγείας τους αποτέλεσε ένα από τα χαρακτηριστικά της κίνησης αυτής, που συχνά συμπεριλάμβανε αναδιοργάνωση του υπάρχοντος συστήματος γενικής ιατρικής ή την εισαγωγή της όπου δεν υπήρχε<sup>(124)</sup>.

Το τοπικό γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη, και η Διεθνής Τράπεζα, πεπεισμένοι για τη δυνατότητα συνεισφοράς της γενικής ιατρικής στην υγεία για όλους, μέσω της εξασφάλισης μεγάλου εύρους ολοκληρωμένων διαδικασιών υγείας που περιλαμβάνουν την προώθηση της υγείας, την πρόληψη των νόσων, τη θεραπεία, την αποκατάσταση, και την υποστηρικτική φροντίδα, εξέδωσαν το 1995<sup>(97)</sup>, ένα έγγραφο για την γενική ιατρική/οικογενειακή ιατρική στην Ευρώπη. Με το συγκεκριμένο έγγραφο αποσκοπούσαν να κατευθύνουν τα συστήματα υγείας (εκείνα που βρίσκονταν σε ένα αρχικό στάδιο της εφαρμογής προγραμμάτων εκπαίδευσης και εξάσκησης για εξασφάλιση της πρώτης γενιάς γενικών γιατρών, και εκείνων με εγκατεστημένο σύστημα γενικής ιατρικής που θα μπορούσαν να ενισχυθούν) προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Παρόλο ότι στην Αγγλία αλλά και σε άλλες χώρες, η ΠΦΥ, αποτέλεσε τον ακρογωνιαίο λίθο του συστήματος υγείας τους, αυτό δεν συνέβηκε στις ΗΠΑ, όπου, μετά το δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο, και στις αρχές των δεκαετιών του 20<sup>ου</sup> αιώνα, παρατηρήθηκε η τάση αλλά και η υποστήριξη από το GI Bill of Rights για εξειδίκευση των γενικών γιατρών που τότε ήσαν απόφοιτοι ιατρικών σχολών με μικρής διάρκειας κλινική εκπαίδευση. Αυτό όμως δημιούργησε ένα πλεόνασμα ειδικών γιατρών, ενώ οι οικογενειακοί γιατροί μειώνονταν. Σε αυτή την πραγματικότητα της δυσανάλογης αύξησης των ειδικών και νοιώθοντας να απειλείται η επιβίωσή τους οι οικογενειακοί γιατροί, επιδίωξαν, σε συνεργασία με διεθνείς οργανώσεις συναδέλφων τους, να αναπτύξουν κριτήρια για θεσμοθέτηση της νέας “ειδικότητας” του οικογενειακού γιατρού<sup>(31)</sup>.

Έτσι στις δεκαετίες του 1960 και 1970, καθιερώνεται μεγαλύτερη μεταπτυχιακή εκπαίδευση προπαρασκευής για την άσκηση γενικής ιατρικής και αναγνωρίζεται η “ειδικότητα” της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, η οποία στις ΗΠΑ περιλαμβάνει και την γενική εσωτερική παθολογία και την γενική παιδιατρική καταλήγοντας στην διατύπωση δύο αναφορών από το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ (IOM 1978, Donatson et al., 1996). Οι αναφορές αυτές καθορίζουν ότι ΠΦΥ είναι “η εξασφάλιση ολιστικής, προσβάσιμης φροντίδας υγείας από γιατρούς που είναι υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση μιας μεγάλης πλειοψηφίας προσωπικών αναγκών υγείας, αναπτύσσοντας μία σταθερή συνεργασία με τους ασθενείς και ασκώντας την ιατρική στα πλαίσια της οικογένειας και της ποιότητας”. Παρόλο ότι ακόμα στις ΗΠΑ, η ΠΦΥ δεν έχει πάρει την θέση που έχει στην Ευρώπη στο σύστημα υγείας της χώρας, εντούτοις η ενίσχυσή της αποτελεί προτεραιότητα για τη χώρα<sup>(98)</sup>.

Έτσι σήμερα, οι χώρες με ισχυρότερη ΠΦΥ με σειρά προτεραιότητας είναι η Αγγλία, η Δανία, η Φινλανδία, η Ολλανδία, και η Ισπανία, με μέτρια ΠΦΥ ο Καναδάς, η Αυστραλία, η Σουηδία, η Ιαπωνία και με χαμηλή ΠΦΥ η Γερμανία, το Βέλγιο, η Γαλλία και οι ΗΠΑ<sup>(31)</sup>.

Αρκετές από τις αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης αλλά και η Αυστραλία, η Ιαπωνία και ο Καναδάς ανέπτυξαν σε σημαντικό βαθμό την ΠΦΥ, και την κατέστησαν τον πυρήνα των ιατρικών τους υπηρεσιών και τον ακρογωνιαίο λίθο του συστήματος υγείας τους.

### 2.3. Η συνεισφορά της ΠΦΥ στα Συστήματα Υγείας και στην Υγεία

Το θέμα του σημαντικού ρόλου της ΠΦΥ στην “αποτελεσματική προσφορά υπηρεσιών υγείας” στα συστήματα υγείας των διαφόρων χωρών, τόσο των αναπτυσσόμενων<sup>(34)</sup> όσο και των αναπτυγμένων, αποτέλεσε θέμα για μεγάλη σειρά μελετών τα τελευταία χρόνια. Υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία που τεκμηριώνει με επιστημονική μαρτυρία την σημαντικότητα και τα οφέλη της ΠΦΥ, καθώς επίσης τις οικονομικές συνέπειες της συνεχιζόμενης φροντίδας που αποτελεί το σημαντικότερο συστατικό της ΠΦΥ, ιδιαίτερα στην περίπτωση των ενηλίκων με χρόνια προβλήματα υγείας. Ένας αριθμός συστηματικών ανασκοπήσεων και μελετών σύγκρισης μεταξύ κρατών και σε επίπεδο της χώρας έχουν δείξει τα οφέλη της ΠΦΥ<sup>(31)(35)(36)(37)(101)(102)</sup>.

Οι ανωτέρω μελέτες έδειξαν ότι χώρες με ισχυρή ΠΦΥ δηλαδή με υψηλή προσβασιμότητα σε υπηρεσίες ΠΦΥ, σε αντίθεση με συστήματα υγείας που έχουν αυξημένη πρόσβαση σε ειδικούς, έχουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας του πληθυσμού για θνησιμότητα όλων των αιτίων, για πρόωρη θνησιμότητα όλων των αιτίων, και για πρόωρη θνησιμότητα από ειδικό αίτιο από μείζονα αναπνευστικά και καρδιαγγειακά νοσήματα. Αυτή η σχέση είναι σημαντική, μετά από προσαρμογές σε παράγοντες που καθορίζουν την υγεία τόσο σε μακροεπίπεδο (Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν ανά κάτοικο, ολικός αριθμός γιατρών ανά 1000 κατοίκους, ποσοστό ηλικιωμένων) όσο και σε μικροεπίπεδο (αριθμός επισκέψεων σε εξωτερικό ιατρείο, εισόδημα ανά κάτοικο, κατανάλωση καπνού και αλκοόλ).

Επίσης έδειξαν ότι αυξημένη παρουσία υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας καθιστά τις υπηρεσίες υγείας πιο προσβάσιμες και υποβοηθητικές, ιδιαίτερα για φτωχές χώρες. Εξασφαλίζουν δε , πιο δίκαιη κατανομή των αποτελεσμάτων υγείας, αυξάνουν την ικανοποίηση του ασθενή και ελαττώνουν το κόστος.

Αντίθετα, χώρες αναπτυγμένες, με προσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας τους στην φροντίδα από ειδικούς εμφανίζουν ενίσχυση της ανισότητας στην πρόσβαση.

Υπηρεσίες δε υγείας που μπορούσαν να προσφερθούν είτε από την ΠΦΥ είτε από τους ειδικούς, χρησιμοποιώντας τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας είχαν λιγότερο κόστος, αύξησαν την ικανοποίηση του ασθενούς χωρίς να επηρεαστεί η ποιότητα ή τα αποτελέσματα υγείας.

Κατέληξαν δε στο συμπέρασμα ότι Κατανομή περισσότερων πόρων στην ΠΦΥ παρά στη νοσοκομειακή φροντίδα αυξάνουν την ισότητα στην υγεία τα δε Συστήματα Υγείας που έχουν ισχυρή ΠΦΥ, τείνουν να είναι πιο αποδοτικά και πιο αποτελεσματικά με λιγότερη ζήτηση νοσοκομειακής φροντίδας, λιγότερη παραμονή στο νοσοκομείο και ελαττωμένο κίνδυνο για ακατάλληλες εξετάσεις ή παρεμβάσεις.

Στα ίδια συμπεράσματα θα καταλήξουν και οι μακρόχρονες και σε διεθνές επίπεδο μελέτες της καθηγήτριας της Πολιτικής Υγείας και Διοίκησης της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου John Hopkins του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης, Barbara Starfield, και των συνεργατών της. Αυτά συνοψίζονται σε άρθρο των Starfield και συνεργατών, το 2005, με θέμα Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, ανασκοπώντας την μαρτυρία που υπάρχει τόσο στην Αμερική και τις άλλες αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες της Λατινικής Αμερικής και της Αφρικής, σχετικά με

- τη σχέση μεταξύ ΠΦΥ και Υγείας
- την επίδραση της Πολιτικής για την Υγεία, στην ΠΦΥ, συγκρίνοντας διάφορες χώρες μεταξύ τους,
- την επίδραση της ΠΦΥ στην ελάττωση των διακρίσεων και των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ του πληθυσμού
- το οικονομικό όφελος από τη βελτίωση της υγείας μέσω της ΠΦΥ.

Θα δείξουν δε ότι έχουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας χώρες με μεγαλύτερη αναλογία γιατρών προς πληθυσμό και προσφορά υπηρεσιών από καλά οργανωμένη ΠΦΥ, ότι η πολιτική υγείας που ευνοεί την ΠΦΥ, εξασφαλίζοντας ισχυρή ΠΦΥ, καθολική κάλυψη του πληθυσμού και δίκαιη κατανομή των πόρων, έχει καλύτερα αποτελέσματα υγείας, μικρότερη θνησιμότητα και λιγότερες ανισότητες στην υγεία από εκείνη την πολιτική που ευνοεί τον προσανατολισμό προς τους ειδικούς και με φτωχές υπηρεσίες ΠΦΥ. Τελικά θα δείξουν ότι το οικονομικό όφελος από την ύπαρξη υπηρεσιών ΠΦΥ, είναι μεγάλο αφού βρέθηκε ότι περιοχές με μεγαλύτερη αναλογία γενικών γιατρών προς πληθυσμό έχουν πολύ λιγότερα κόστη υγείας, απ' ότι άλλες περιοχές, ενώ αντίθετα η προσφορά περισσότερων ειδικών συνδεόταν με αυξημένες δαπάνες και χειρότερα αποτελέσματα υγείας. Αποδίδονται δε οι διαπιστώσεις αυτές στο ότι η ΠΦΥ:

- Αυξάνει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ομάδων πληθυσμού, σχετικά υποβαθμισμένων περιοχών,
- συνεισφέρει στην ποιοτική προσφορά υπηρεσιών,
- έχει επίπτωση στη πρόληψη,
- έχει επίπτωση στην έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων,
- εξασφαλίζει την πιο κατάλληλη φροντίδα
- έχει σημαντικό ρόλο στην ελάττωση αχρείαστης ή ακατάλληλης εξειδικευμένης φροντίδας.

Με δεδομένη την μαρτυρία για τα οφέλη των συστημάτων υγείας που επικεντρώνουν στην ΠΦΥ, πολλές χώρες και οργανισμοί όπως ο ΠΟΥ και η Διεθνής Τράπεζα υποστηρίζουν κίνητρα για ενίσχυση της ΠΦΥ. Έτσι:

- Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην αναφορά το 2008 τονίζει τα σημαντικά πλεονεκτήματα της ΠΦΥ, προτρέπει δε διάφορες κυβερνήσεις χωρών με συστήματα υγείας σε μετάβαση και μετασχηματισμό όπως αυτά της



Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και της Κεντρικής Ασίας, αλλά και χωρών που προσπαθούν να ενισχύσουν την ΠΦΥ τους, να υιοθετήσουν και να ενισχύσουν την ΠΦΥ<sup>(97)</sup>.

- Χώρες με συστήματα υγείας που ιστορικά έχουν στηριχθεί στον προσανατολισμό της οικονομίας της αγοράς (πχ Γερμανία και Ολλανδία) ενισχύουν κυβερνητικούς κανονισμούς για να κάνουν τις υπηρεσίες υγείας τους πιο δίκαιες στην κατανομή τους και οικονομικά αποτελεσματικότερες <sup>(102)</sup>.
- Χώρες με μακρά παράδοση άσκησης γενικών γιατρών (πχ Ισπανία, Γαλλία, Βέλγιο και Γερμανία) έχουν αρχίσει αναμορφώσεις για να ενισχύσουν τη διαβίου σχέση ασθενή-γενικού γιατρού μέσω της εγγραφής των ασθενών σε γενικούς γιατρούς <sup>(106)(107)(108)(109)</sup>.
- Κυβερνήσεις και μη κυβερνητικές οργανώσεις σε όλο τον κόσμο με άρθρα <sup>(38)(107)</sup>, δηλώσεις, αποφάσεις τους και νομοθεσία δείχνουν την απόφαση των διαμορφωτών πολιτικής υγείας να βελτιώσουν την ανάπτυξη του συστήματος της ΠΦΥ. Πρόσφατο και σημαντικό το παράδειγμα των ΗΠΑ, όπου τον Ιανουάριο του 2012 το Συμβούλιο για την έρευνα και την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας (AHRQ) του Τμήματος Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών (U.S.Department of Health and Human Services), τονίζουν τις μεγάλες απαιτήσεις και προσδοκίες για υπηρεσίες ΠΦΥ.
- Επίσης χώρες μέσου εισοδήματος όπως η Βραζιλία και η Ταϊλάνδη έχουν επεκτείνει τις δαπάνες υγείας για να εξασφαλίσουν καθολική κάλυψη του πληθυσμού μέσω ενός δικτύου δημόσιων κέντρων υγείας που παρέχουν φροντίδα για ευρύ φάσμα αναγκών υγείας .Macinko, Almeida, and Sa(2005).

Το Τοπικό Γραφείο όμως για την Ευρώπη, του ΠΟΥ, για την Μαρτυρία στην Υγεία αντιμετωπίζει με σκεπτικισμό τα ανωτέρω συμπεράσματα<sup>(31)</sup>, αναγνωρίζοντας κάποια πλεονεκτήματα στα συστήματα υγείας που στηρίζονται περισσότερο στην ΠΦΥ και στη γενική ιατρική σε σχέση με συστήματα που στηρίζονται περισσότερο στην φροντίδα από ειδικούς όσον αφορά τα αποτελέσματα υγείας του πληθυσμού, την βελτίωση της ισότητας, της προσβασιμότητας, της συνέχειας της φροντίδας και με χαμηλότερο κόστος. Εισηγείται την αναγκαιότητα για περισσότερη μαρτυρία για την εφαρμογή της σε παγκόσμιο επίπεδο.

## 2.4. Νέες προκλήσεις για την ΠΦΥ

Η σύγχρονη μαρτυρία όλο και ενισχύει τη μεγάλη σημασία και τον θεμελιώδη ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας στα συστήματα υγείας για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, για τον περιορισμό των ανισοτήτων στην υγεία, και τον περιορισμό των δαπανών υγείας. Για να αντεπεξέλθει σ' αυτόν τον αναβαθμισμένο της όμως ρόλο, θα πρέπει να προσαρμοστεί στις νέες σύγχρονες προκλήσεις.

Σύμφωνα με τους διοργανωτές του σεμιναρίου για τις καινοτομίες στην ΠΦΥ σχετικά με τον ρόλο της στον Μοντέρνο τρόπο Παροχής υπηρεσιών υγείας, ο Juan Gervas(Equipo CESCO, Madrid, Spain) και ο José M Valderas(Department of Primary Care, University of Oxford, UK) τον Σεπτέμβριο του 2012, στην Οξφόρδη του ΗΒ, οι σύγχρονες αυτές προκλήσεις, είναι οι επιπτώσεις των δημογραφικών, τεχνολογικών, και νοσολογικών πιέσεων στην ΠΦΥ, εστιάζοντας:

1ον στην ανάγκη για αλλαγή στην προσφορά υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ, και  
2<sup>ον</sup> στα μεταβαλλόμενα σύνορα μεταξύ των εξειδικευμένων υπηρεσιών και μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας.

Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι :

Στον 21<sup>ον</sup> αιώνα, προβάλλει μία νέα εικόνα παροχής υπηρεσιών υγείας με ένα αριθμό σοβαρών θεμάτων και ερωτημάτων όπως:

- για τους επαγγελματίες, ποιού, πού, και πότε θα πρέπει να φροντίζουν ποιούς ασθενείς, σε σχέση με ποιές ειδικές συνθήκες/ασθένειες και σε ποιές περιπτώσεις;
- Ποιός είναι ο κατάλληλος τρόπος για επιλεγμένες υπηρεσίες;
- Ποιός θα πρέπει να κάνει τί σε κάθε δεδομένη στιγμή για να μεγιστοποιήσουμε την αποδοτικότητα;

Σε μακροεπίπεδο,

- πλούσιες χώρες το βρίσκουν δύσκολο να αντεπεξέλθουν με την αυξανόμενη ζήτηση για καλύτερη ποιότητα και πιά πολλές επιλογές, ειδικά όσο το χάσμα μεγεθύνεται μεταξύ του τί είναι γνωστό ότι είναι αποτελεσματικό και του τί στην πραγματικότητα εφαρμόζεται.
- Μέσου εισοδήματος χώρες προσπαθούν να εξισορροπίσουν επέκταση της κάλυψης του πληθυσμού στην ΠΦΥ, με περιορισμό του κόστους.

- Χαμηλού εισοδήματος χώρες, σε μιά διεθνή αφαρμογή του νόμου της αντίστροφης φροντίδας(άτομα με μεγαλύτερες ανάγκες παίρνουν μικρότερη φροντίδα), αγωνίζονται να αντιμετωπίσουν ένα μεγάλο βάρος από ασθένειες. Το παράδοξο είναι ότι ήδη υπάρχουν αποτελεσματικές και φτηνές παρεμβάσεις για την πρόληψη και την θεραπεία πολλών ασθενειών αλλά τα αδύνατα συστήματα υγείας των χωρών αυτών δυσκολεύονται να τις παρέχουν. Ταυτόχρονα, αναπτυσσόμενες χώρες πολύ συχνά δεν είναι ικανές να απορροφήσουν και να κατανέμουν τις διεθνείς προσφορές.

Στο μικρο-επίπεδο,

αναπτύσσονται νέες μορφές ιατρικών υπηρεσιών που εκμεταλλεύονται τις νέες τεχνολογικές εξελίξεις. Οι ασθενείς διακινούνται πιο γρήγορα στα νοσοκομεία, αφού μικραίνει η διάρκεια νοσηλείας ή δεν νοσηλεύονται καθόλου μετά από ορισμένες επεμβάσεις και θεραπείες, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία στο μέλλον να χρειάζεται να είναι μικρότερα και με πιά πολλές δραστηριότητες και με καλύτερο συντονισμό με τα εξωτερικά ιατρεία.

Συνεπώς θα πρέπει να επανακαθοριστούν οι ορισμοί της ΠΦΥ και των νοσοκομείων ώστε τα αντίστοιχα πεδία δράσης της κάθε μίας οντότητας να μην καταλήξουν να καταληφθούν από άλλους πρωταγωνιστές. Στο μέλλον, υπηρεσίες υγείας που δεν προσφέρονται σε νοσοκομεία (περιλαμβανομένης και της ΠΦΥ) θα πρέπει να συνδέονται μεταξύ τους και με τα νοσοκομεία με διάφορους τρόπους και η συνέχεια της φροντίδα θα πρέπει να εξασφαλιστεί με νέους μηχανισμούς .

Σύμφωνα τώρα με την Barbara Starfield και τους συνεργάτες της, στο άρθρο της για την συνεισφορά της ΠΦΥ στα συστήματα υγείας και στην υγεία (2005), οι προκλήσεις της ΠΦΥ στον 21<sup>ο</sup> αιώνα είναι:

- ✓ Επαρκής αναγνώριση και διαχείριση της συννοσηρότητας (ταυτόχρονη παρουσία άσχετων μεταξύ τους νόσων),
- ✓ πρόληψη των παρενεργειών των ιατρικών παρεμβάσεων,
- ✓ διατήρηση ψηλού επιπέδου ποιότητας των σημαντικών χαρακτηριστικών της ΠΦΥ (προσβασιμότητα, προσφορά μεγάλου εύρους υπηρεσιών ώστε να καλύπτονται όλες οι ανάγκες του ασθενούς, μακροχρόνια, δια βίου

παρακολούθηση ασθενοκεντρική και όχι επικεντρωμένη στην αρρώστια, και με καλή διαχείριση της παραπομπής όταν χρειάζεται φροντίδα σε άλλο επίπεδο),

- ✓ αντιμετώπιση της ανάγκης για βελτίωση της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας και στην υγεία των πολιτών.

Καινοτομίες και νέες ιδέες για την τροποποίηση και την ενίσχυση της ΠΦΥ στις ΗΠΑ που προτείνονται (Starfield, 2008), και που αναμένουν όμως αξιολόγηση είναι:

- ✓ η υποειδικότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα,
- ✓ το μοντέλο της χρόνιας φροντίδας για διαχείριση συνήθων, ειδικών, χρόνιων νόσων, υψηλού επιπολασμού και επιπτώσεων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ενισχύοντας τον ασθενή στην αυτοδιαχείρισή του, προμηθεύοντάς τον με όλη την πληροφορία για την νόσο του, και ενισχύοντας τον στην λήψη αποφάσεων για την υγεία του,
- ✓ το ιατρικό σπίτι της πρωτοβάθμιας φροντίδας ή αλλιώς “το ασθενοκεντρικό Ιατρικό Σπίτι” που στηρίζεται στην ύπαρξη προσωπικού γιατρού και ομάδας υποστηρικτικής, ολιστικής αντιμετώπισης του ασθενούς, με μεγάλη ευκολία στην πρόσβαση, την ύπαρξη υποδομής ηλεκτρονικού φακέλου, για ηλεκτρονική πληροφόρηση και ενημέρωση για ενίσχυση του ασθενούς στην λήψη αποφάσεων για την θεραπεία του,
- ✓ παρεμβάσεις, για ηλεκτρονική επικοινωνία και επισκέψεις, ηλεκτρονική συνταγογράφηση και συνεχή τηλεφωνική επικοινωνία του ασθενούς με νοσηλεύτρια για οδηγίες και καθοδήγηση για αυτοδιαχείριση.

Στην Αγγλία υπάρχει πειραματισμός με νέα είδη συνεργασίας μεταξύ ΠΦΥ και δευτεροβάθμιας φροντίδας από ειδικούς και νέο είδος αμοιβής των γιατρών με βάση την παραγωγικότητα (pay for performance) αλλά και με επιδόματα για ειδικά περιστατικά<sup>(123)</sup>.

## 2.5. Ποιότητα και έλεγχος των υπηρεσιών της ΠΦΥ- Αξιολόγηση των γενικών γιατρών

Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τον Donabedian (1988)<sup>(87)</sup> είναι μία έννοια που πολύ δύσκολα μπορεί να οριστεί ένεκα των πολλών διαστάσεων, ιδιοτήτων, αξιών και στόχων της διαδικασίας των υπηρεσιών υγείας. Ο ίδιος ερευνητής, θεωρεί

τις κλινικές εκβάσεις ως τις πιο σημαντικές συνέπειες και δείκτες υψηλής ποιότητας φροντίδας, οι οποίες μπορούν να επιτευχθούν εάν δομικές διευθετήσεις και διαδικασίες της φροντίδας υγείας πληρούν κριτήρια ποιότητας.

Έτσι για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να χρησιμοποιούνται διάφορα κριτήρια και δείκτες ποιότητας ανάλογα με ποιάν από τις διάφορες διαστάσεις, ιδιότητες, αξίες και στόχους των υπηρεσιών υγείας επιδιώκεται να εξετάσουμε. Έτσι καθιερώνονται δείκτες:

- δομής όπως τεχνικός εξοπλισμός, προσωπικό, διοίκηση, πρωτόκολλα,
- διαδικασίας όπως διαχείριση, ιατρικοί φάκελοι, διαγνώσεις, σχεδιασμός θεραπείας και
- έκβασης όπως ικανοποίηση ασθενούς, κατάσταση υγείας, συμπλήρωση θεραπείας, αποτελέσματα φροντίδας όπως τα αποτελέσματα της διαχείρισης χρόνιων νόσων (σακχαρώδης διαβήτης, βρογχικό άσθμα, και στηθάγχη) ή αποτελέσματα των προληπτικών πρακτικών όπως είναι το επίπεδο διεξαγωγής της κυτταρολογικής εξέτασης επιχρίσματος από τον τράχηλο της μήτρας και μαστογραφίας

Οι περισσότερες αναπτυγμένες χώρες έχουν το δικό τους τρόπο να μετρούν την ποιότητα στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Υπηρεσίας Υγείας που στηρίζεται στις αρχές καλής πρακτικής της ΠΦΥ που καθόρισαν σε συνεργασία οι εταιρείες Γενικών/οικογενειακών Γιατρών και το Ιατρικό Συμβούλιο της κάθε χώρας. Η ποιότητα καθορίζεται από τον βαθμό στον οποίο πληρούνται αυτές οι οδηγίες καλής πρακτικής.

Συνεπώς, η σύγχρονη προσέγγιση στη μέτρηση της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι ότι στην αξιολόγηση οποιασδήποτε παρεχόμενης κλινικής φροντίδας πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η έκταση στην οποία επιτυγχάνονται με την υπηρεσία αυτή, τα κύρια χαρακτηριστικά και λειτουργίες της ΠΦΥ, που καθορίστηκαν πιο πάνω.

Έτσι έχουν καθιερωθεί διάφορα έγκυρα εργαλεία αξιολόγησης της ΠΦΥ, που στηρίζονται σε επιστημονική μαρτυρία με σημαντικότερο το Primary Care Assessment Tool (PCAT-Shi et al.2001), με τις διάφορες παραλλαγές του, ανάλογα αν η αξιολόγηση γίνεται από την πλευρά του ασθενή (ενήλικας ή παιδί), ή από την

πλευρά του προμηθευτή ή αν αφορά τις εγκαταστάσεις και τις διαδικασίες του κέντρου<sup>(110)</sup>.

Ο έλεγχος της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αλλά και της πρακτικής των γιατρών κατέστη αναγκαιότητα τα τελευταία χρόνια λόγω της διαπίστωσης εκτεταμένης μαρτυρίας για κενά μεταξύ της φροντίδας υγείας που προσφέρεται στους ασθενείς και αυτής που συνιστάται από κατευθυντήριες οδηγίες σε όλα τα κράτη μέλη του Ευρωπαϊκού τμήματος του ΠΟΥ τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα<sup>(111)</sup>.

Κατά συνέπεια, το μήνυμα που αποστέλλεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση προς όλα τα κράτη μέλη είναι εκείνο του ελέγχου και της επανατροφοδότησης (audit and feedback) στους επαγγελματίες υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της φροντίδας υγείας.

Ορίζεται δε ως «έλεγχος και επανατροφοδότηση» η αξιολόγηση της συνολικής καθημερινής κλινικής πρακτικής του επαγγελματία υγείας στην παροχή φροντίδας υγείας, σε ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα με σκοπό την εξασφάλιση πληροφορίας προς τους επαγγελματίες υγείας, που αφορά την πρακτική τους αυτή, προκειμένου να τους βοηθήσει να την αξιολογήσουν και να την βελτιώσουν.

Ως “κλινικός έλεγχος” ορίζεται η διαδικασία βελτίωσης της φροντίδας του αρρώστου και των αποτελεσμάτων της, μέσω συστηματικής ανασκόπησης της παρεχόμενης φροντίδας σε σχέση με την αναμενόμενη βάσει καθορισθέντων κριτηρίων ποιότητας.

Έτσι τα τελευταία χρόνια διάφορες χώρες της Ευρώπης εισάγουν τον επίσημο, υποχρεωτικό, εξωτερικό έλεγχο της συνέπειας των γιατρών προς κριτήρια ποιότητας ιατρικής φροντίδας που στηρίζονται στις αναμενόμενες από το γενικό γιατρό καλές πρακτικές όπως αυτές περιγράφονται στα ειδικά εγχειρίδια που εκδίδει η Εταιρεία Γενικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Ιατρικό Συμβούλιο της κάθε χώρας.

Μέχρι τώρα ο έλεγχος της συνέπειας των γιατρών, στις χώρες όπου εφαρμοζόταν ήταν κυρίως εσωτερικός παρά εξωτερικός και είχε συμβουλευτικό χαρακτήρα για διαπίστωση των αναγκών και των πεδίων της πρακτικής τους που χρειάζονταν βελτίωση. Στρατηγικές για επιβεβαίωση της ποιότητας (quality assurance) είχαν εθελοντικό χαρακτήρα. Η εσωτερική συνήθως αξιολόγηση είναι ανεπίσημη και συνήθως είναι υπό την μορφή συναδελφικού ελέγχου και αντικειμενικής κριτικής

τόσο των φακέλων όσο και του τρόπου χειρισμού διαφόρων περιστατικών (peer review).

Η εξωτερική όμως αξιολόγηση γίνεται από επίσημο όργανο του Ιατρικού Συμβουλίου ή του Ιατρικού Συλλόγου της χώρας και έχει επιπτώσεις και επιβολή κυρώσεων και επηρεάζει τη διαδικασία ανανέωσης αδειας άσκησης επαγγέλματος σε ορισμένες χώρες όταν βρίσκεται υπό αμφισβήτηση η πρακτική κάποιου γιατρού. Περιλαμβάνει ανάλογα με την κάθε χώρα προσωπική συνέντευξη με τον ιατρό, αξιολόγηση των ιατρικών του φακέλων, του ιατρείου του, των δραστηριοτήτων συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, της ποιότητας κλινικής λειτουργίας όσον αφορά το σχεδιασμό διερεύνησης, την ακρίβεια της διάγνωσης, το σχεδιασμό της θεραπείας και της παρεχόμενης φροντίδας με βάση κατευθυντήριες οδηγίες και κανονισμούς που έχει δημοσιεύσει το ιατρικό συμβούλιο.

Έτσι στο Ηνωμένο Βασίλειο επίκειται η έναρξη μέσα στο 2012, του θεσμού της ανανέωσης της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος, ενός νέου θεσμού που αφορά την υποχρέωση κάθε γενικού γιατρού να αποδεικνύει κατά τακτά χρονικά διαστήματα (κάθε πέντε χρόνια) στο Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο την επάρκειά του και την επικαιροποίηση των ιατρικών του γνώσεων και ικανοτήτων. Με αυτό τον τρόπο το Συμβούλιο επιβεβαιώνει τους ασθενείς και το κοινό ότι οι αδειούχοι γιατροί είναι ενημερωμένοι και δρουν με βάση τις αξίες και τις αρχές που καταγράφονται στο εγχειρίδιο για την Καλή Ιατρική Πρακτική<sup>(20)</sup>. Σίγουρα αυτό είναι κάτι πρωτοποριακό και θα αργήσει να εφαρμοστεί σε άλλες χώρες όπως λέει και κάποιο μέλος του Ιατρικού Συμβουλίου της Αυστραλίας.

Στην Ιρλανδία επίσης, το Ιατρικό Συμβούλιο, και το Ιρλανδικό Κολλέγιο των Γενικών Ιατρών έχουν καθιερώσει από το Μάιο του 2011, όλοι οι γιατροί να είναι νομικά υποχρεωμένοι να διατηρούν την επαγγελματική τους επάρκεια και να την ανανεώνουν κάθε χρόνο παρουσιάζοντας ένα ελάχιστο αριθμό απαιτήσεων συνεχιζόμενης επαγγελματικής ανάπτυξης, που περιλαμβάνει έναν κλινικό έλεγχο τον χρόνο, 20 μονάδες το χρόνο διατήρησης της γνώσης και των ικανοτήτων, 20 μονάδες από την αξιολόγηση του ιατρείου και την ανάπτυξή του, 5 μονάδες το χρόνο για προσωπική μάθηση, 2 μονάδες το χρόνο από έρευνα και εκπαίδευση<sup>(18)</sup>.

Στον Καναδά, στην επαρχία Quebec, από το 1973, ο εξωτερικός έλεγχος των γιατρών γίνεται δια νόμου, από την επιτροπή επαγγελματικού ελέγχου των γιατρών, που αποτελεί τμήμα του ιατρικού συμβουλίου, που είναι υπεύθυνο για την χορήγηση

άδειας άσκησης επαγγέλματος στους γιατρούς. Ένας τέτοιος έλεγχος είχε γίνει το 2002 (στην περιοχή του Μόντρεαλ, και περιλάμβανε 100 οικογενειακούς γιατρούς, με τυχαία δειγματοληψία. Ο τρόπος που έγινε ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας των γιατρών ήτο μέσω της ανασκόπησης 30 φακέλων από τους ασθενείς του κάθε ιατρού, συνοδευόμενο από συνεντεύξεις με τους ιατρούς για να συζητήσουν το χειρισμό των αρρώστων των οποίων τους φακέλους είχαν ανασκοπήσει<sup>(17)</sup>.

Στις ΗΠΑ, από το 2002, έχει εφαρμοστεί το σχέδιο της συνέπειας των γιατρών για να αποτρέπει και να προλαμβάνει όχι υπεύθυνες συμπεριφορές από γιατρούς<sup>(112)</sup>.

## 2.6. Αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τροποποίηση της πρακτικής των γιατρών.

Παλαιότερα ο γιατρός ήταν ο μόνος που θα μπορούσε να αξιολογήσει τη δουλειά του. Έτσι ο τρόπος που δούλευε, παραδοσιακά, στηριζόταν στη διαίσησή του, βάσει της προ πολλού αποκτηθείσας γνώσης στο πανεπιστήμιο.

Τώρα, όμως γνωρίζουμε ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι καλά εκπαιδευμένοι στο να αξιολογούν με ακρίβεια την δική τους επαγγελματική δραστηριότητα. Επίσης τώρα η πλειοψηφία των γιατρών αναγνωρίζει το όφελος, αποδέχεται και εφαρμόζει την πρακτική της ανασκόπησης από τους συναδέλφους της δουλειάς τους, κατά την οποία κρίνονται οι πρακτικές που χρησιμοποιούν σε σχέση με αυτές που όφειλαν να είναι, βάσει κατευθυντηρίων οδηγιών.

Η κλινική δε συμπεριφορά των γιατρών στο σύνολο, επηρεάζεται από μεγάλη ποικιλία παραγόντων, που κατατάσσονται σε 4 κατηγορίες:

1. Τα χαρακτηριστικά του ασθενούς που αφορούν τις γνώσεις του ασθενούς, την δυνατότητά του να ενημερώνεται και τις προσδοκίες του.
2. Τα χαρακτηριστικά του γιατρού (πανεπιστήμιο βασικών σπουδών, συνεχιζόμενη εκπαίδευση, εμπειρία, προσωπικά χαρακτηριστικά).
3. Από τις διοικητικές και οργανωτικές δομές.
4. Από οικονομικά κίνητρα και αντικίνητρα όπως συστήματα αμοιβής.



Όπως βρέθηκε από έρευνες που έχουν γίνει<sup>(113)</sup> και όπως ο Donabedian (2000) είχε εκφράσει ότι τελικά μπορεί να είναι σημαντικοί οι παράγοντες οι σχετικοί με τον ιατρό όμως δεν είναι τόσο σημαντικοί όσο προηγουμένως πιστεύαμε. Οργανωτικοί παράγοντες, παράγοντες του συστήματος υγείας και του χώρου και της οργάνωσης της ομάδας εργασίας έχουν σημαντική επίδραση στην πρακτική και την αποτελεσματικότητα του ιατρού.

Η βελτίωση της κλινικής συμπεριφοράς των γιατρών είναι θεμελιώδους σημασίας για την επίτευξη της μεγαλύτερης σύγχρονης πρόκλησης για τα συστήματα υγείας, της εξασφάλισης υψηλού επιπέδου ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Υπάρχει μεγάλη έρευνα για το ποιές μέθοδοι μπορούν να βελτιώσουν την κλινική συμπεριφορά των γιατρών. Αυτές έχουν ταξινομηθεί σε 4 κατηγορίες:

- Κλινικός έλεγχος-Ανατροφοδότηση
- Εκπαίδευση
- Διοικητικά μέτρα
- Οικονομικά μέτρα

Ο κλινικός έλεγχος/αξιολόγηση θεωρείται μία καλή μέθοδος για τον σκοπό αυτό. Ο σημαντικότερος δε κλινικός έλεγχος είναι ο έλεγχος των ΙΦ. Γι' αυτό η φιλοσοφία του ελέγχου είναι ότι η ποιότητα και η ασφάλεια της φροντίδας υγείας θα μπορούσε να βελτιωθεί εάν δινόταν στους επαγγελματίες υγείας, πληροφορία για την κλινική τους πρακτική (συνοδευόμενη από ειδική οδηγία εάν είναι δυνατόν) επιτρέποντάς τους να αξιολογήσουν και να προσαρμόσουν την πρακτική τους.

Ένας τέτοιος έλεγχος ποιότητας της πρακτικής των επαγγελματιών υγείας, από τους σημαντικότερους ίσως, είναι ο έλεγχος και η αξιολόγηση των ιατρικών φακέλων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### 3. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Το σύστημα υγείας της Κύπρου αποτελείται από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Οι δύο τομείς είναι ανεξάρτητοι και λειτουργούν ο μὲν ιδιωτικός τομέας αυτόνομα χωρίς ιδιαίτερη επίβλεψη από το κράτος, ο δε δημόσιος τομέας ελέγχεται άμεσα και συγκεντρωτικά και χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Και οι δύο τομείς διαθέτουν πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, η πρόσβαση όμως στον ιδιωτικό τομέα είναι μέσω προσωπικής οικονομικής επιβάρυνσης ή μέσω ιδιωτικής ασφάλισης υγείας που είναι όμως πολύ περιορισμένη (1% των δαπανών υγείας (ΟΟΣΑ, 2008), που εξασφαλίζεται είτε αποκλειστικά από τα οικονομικά των ατόμων είτε με συνεισφορά σε ομαδική ασφάλιση υγείας που του εξασφαλίζει η εργασία του.

Οι ολικές δαπάνες για την υγεία στην Κύπρο ανέρχονταν στο 5,83% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος το 2008 (Eurostat), από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη, συγκρινόμενο τόσο με εκείνο της Γερμανίας (10,23%), μιας από τις πλουσιότερες χώρες της Ευρώπης, όσο και με εκείνο της Βουλγαρίας (6,86%), μιας από τις φτωχότερες χώρες της Ευρώπης με πολύ χαμηλή όμως τη συμμετοχή του δημόσιου τομέα στις δαπάνες υγείας (42,1%), συγκρινόμενο με 56,2% στην Βουλγαρία και περισσότερο από 80% στο Βέλγιο, Δανία, Σουηδία, Τσεχία, Λουξεμβούργο. Είναι δε η μόνη χώρα της Ε.Ε. όπου υπερτερούν οι ιδιωτικές των δημόσιων δαπανών (58,0% και 42,0% αντίστοιχα) και μάλιστα υπό τη μορφή της απευθείας πληρωμής από τα ατομικά οικονομικά κυρίως, συγκρινόμενο με 7,5% στην Γαλλία και 6,2% στο Βέλγιο.

Έτσι σε εποχές οικονομικής κρίσης όπως είναι αυτή που διανύουμε, ο προϋπολογισμός για την υγεία περιορίζεται, ενώ η ζήτηση υπηρεσιών αυξάνεται αφού όλο και περισσότεροι πολίτες καταφεύγουν στο δημόσιο τομέα για περίθαλψη λόγω ανεργίας και απώλειας εισοδημάτων, με αποτέλεσμα η επιβάρυνση του δημόσιου τομέα υγείας να αυξάνεται.

Ο Δημόσιος τομέας προσφέρει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, δωρεάν στους δικαιούχους (με βάση οικονομικά κριτήρια), στους

δημοσίους υπαλλήλους καθώς και σε ειδικές ομάδες ασθενών με χρόνια νοσήματα, που αποτελούν συνολικά περίπου το 78% του πληθυσμού.

### 3.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στον δημόσιο τομέα στην Κύπρο

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του δημόσιου τομέα στην Κύπρο, προσφέρεται σε 26 συνολικά Αστικά Κέντρα Υγείας στις μεγάλες πόλεις της Κύπρου, σε 11 Αγροτικά Υγειονομικά Κέντρα στις μεγάλες αγροτικές κοινότητες, και σε αριθμό Υποκέντρων σε μικρότερες κοινότητες.

Στα αστικά κέντρα υγείας στις μεγάλες πόλεις, προσφέρονται υπηρεσίες:

- ✓ Γενικών ιατρών (καθημερινά) (3-8 σε κάθε κέντρο)
- ✓ Ψυχιάτρων και ενίοτε ψυχολόγων (μία φορά την εβδομάδα)
- ✓ Παιδιάτρων (τρεις έως τέσσερις φορές την εβδομάδα)
- ✓ Οδοντιάτρων (τρεις έως τέσσερις φορές την εβδομάδα)
- ✓ Νοσηλευτικής φροντίδας (καθημερινά) (3-4 νοσηλευτές σε κάθε κέντρο)
- ✓ Κοινωνικής κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας
- ✓ Φαρμακείου (καθημερινά)
- ✓ Εμβολιασμών και παρακολούθησης μητέρας και παιδιού από επισκέπτριες υγείας.

Στα Αγροτικά κέντρα υγείας της χώρας υπάρχει μόνο γενικός γιατρός, νοσηλεύτριες και φαρμακοποιός καθημερινά, ο δε οδοντίατρος και η επισκέπτρια υγείας επισκέπτονται το κέντρο εβδομαδιαία. Λόγω έλλειψης παιδίατρου ο γενικός γιατρός εξετάζει και μεγάλα παιδιά για οξεία προβλήματα μόνο. Δεν παρακολουθεί όμως εγκυμοσύνες, ούτε εκτελεί γυναικολογικές εξετάσεις και τεστ Παπανικολάου . Συνεπώς , ο γενικός γιατρός προσφέρει υπηρεσίες γενικής εσωτερικής παθολογίας και όχι οικογενειακής ιατρικής, τα δε κέντρα εμφανίζουν αρκετές ομοιότητες με το σύστημα των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής όπου η Πρωτοβάθμια Φροντίδα προσφέρεται από γενικούς Παιδιάτρους, Γυναικολόγους και Γενικούς Εσωτερικούς Παθολόγους.

### 3.2. Γενικοί Γιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δημόσιου Τομέα της Κύπρου

Στην Κύπρο, το 2009, καταγράφηκαν από το Ιατρικό Συμβούλιο, 2296 συνολικά γιατροί από τους οποίους οι 741 εργάζονται στο Δημόσιο. Από αυτούς οι 172 εργάζονται ως γενικοί ιατροί και οι υπόλοιποι ως ειδικοί. Δηλαδή στο δημόσιο τομέα υγείας υπάρχει μία αναλογία ειδικών προς γενικούς γιατρούς 4:1 , από τις πιο ψηλές μεταξύ των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Ανάπτυξης και Συνεργασίας (ΟΟΣΑ)<sup>(114)</sup>. Σύμφωνα με τα δεδομένα υγείας του εν λόγω Οργανισμού για το 2007, στις περισσότερες χώρες οι ειδικοί μόλις ξεπερνούν τον αριθμό των γενικών γιατρών, εκτός από την Αυστραλία και το Βέλγιο όπου οι γενικοί γιατροί υπερβαίνουν τον αριθμό των ειδικών και στη Γαλλία, Πορτογαλία, Νέα Ζηλανδία, και Τουρκία όπου οι ειδικοί ισούνται με τους γενικούς γιατρούς.

Οι ιατροί που πλαισιώνουν τα Δημόσια Κέντρα Υγείας, παλαιότερα ήσαν απλοί πτυχιούχοι από πανεπιστήμια διαφόρων χωρών, που συμπλήρωναν μια 18μηνη εκπαίδευση στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, που περιλάμβανε 6 μήνες εκπαίδευση στο Παθολογικό τμήμα, 6 μήνες στο Χειρουργικό τμήμα, και από 2 μήνες στο Ψυχιατρικό τμήμα, τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών και Παιδιατρικό τμήμα. Επίσης διορίζονταν προσωρινά στα κέντρα υγείας γιατροί από διάφορες ειδικότητες προκειμένου να εργοδοτηθούν μέχρι να κενωθεί θέση στην ειδικότητα τους στο Νοσοκομείο οπότε και μετακινούνταν. Ορισμένοι απ' αυτούς με ειδικότητα στην Εσωτερική Παθολογία κυρίως παρέμειναν στη Γενική Ιατρική.

Αργότερα και μόλις το 1989, άρχισαν να έρχονται οι πρώτοι γενικοί γιατροί από το ΗΒ και την Ελλάδα, και αργότερα και από άλλες χώρες, ενώ ταυτόχρονα σχεδόν και το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου καθιέρωσε και αναγνώρισε εξάσκηση στην ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής στην Κύπρο.

Παράλληλα, μεγάλος αριθμός ιατρών (χωρίς ειδικότητα), με μακροχρόνια υπηρεσία στη γενική ιατρική, επιδιώκοντας την αναβάθμισή τους, μισθοδοτική και επαγγελματική, επιδίωξαν και επέτυχαν την ομαδική ταχύρυθμη εκπαίδευση τους στην Γενική Ιατρική, στην Κύπρο. Η εκπαίδευση αυτή προσφέρθηκε το Πανεπιστήμιο Surrey του Ηνωμένου Βασιλείου για διάστημα περίπου 2,5 ετών μη συνεχούς εκπαίδευσης, αποκτώντας δίπλωμα μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στην Γενική Ιατρική. Το Ιατρικό Συμβούλιο Κύπρου, αργότερα αναγνώρισε το δίπλωμα

αυτό και συνεκτιμώντας το με την πείρα στη γενική ιατρική, αναγνωρίζοντας στους γιατρούς αυτούς την ειδικότητα Γενικού Ιατρού.

Έτσι όσον αφορά την εκπαίδευση και τα προσόντα των γενικών Γιατρών του δημοσίου που υπηρετούν στα κέντρα υγείας της Κύπρου, υπάρχει μεγάλη ανομοιογένεια και διαφορά επιπέδου και φιλοσοφίας στην άσκηση της ιατρικής με συνέπειες στην καθημερινή τους πρακτική.

Οι γενικοί ιατροί στα κέντρα υγείας, του δημόσιου τομέα, προσφέρουν τις υπηρεσίες τους δρώντας αυτόνομα, χωρίς κανένα έλεγχο ή επίβλεψη, στήριξη ή ιδιαίτερη συνεργασία με τους άλλους γιατρούς, με βάση την δική τους υπευθυνότητα και συνείδηση. Ταυτόχρονα, ο υπεύθυνος του κάθε κέντρου, αλλά και ο Γενικός Υπεύθυνος των Κέντρων Υγείας συνήθως ρυθμίζει διοικητικά και διαδικαστικά θέματα, και δεν ασχολείται με τα επιστημονικά ιατρικά θέματα που αφορούν την άσκηση της γενικής ιατρικής και πώς αυτά αντιμετωπίζονται στα κέντρα υγείας.

Εξάλλου η προαγωγή στην θέση αυτή δεν απαιτεί κάποια ακαδημαϊκά ή άλλα ερευνητικά προσόντα αλλά διοικητικά όπως είναι κάποιο μεταπτυχιακό στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας ή στη Δημόσια Υγεία. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει το προσόν αυτό, το σημαντικότερο ρόλο για προαγωγή έπαιξε μέχρι πρότινος μόνο η αρχαιότητα.

Ο τρόπος δε αξιολόγησης των γενικών γιατρών από τους προϊσταμένους, εξακολουθεί να είναι ο ίδιος εδώ και αρκετά χρόνια, είναι για όλους η ίδια αξιολόγηση - εξαιρετική, χωρίς καθόλου αρνητικά σχόλια για άτομα χωρίς ενδιαφέρον, που δεν εργάζονται σωστά, δεν ενημερώνονται και γενικά δεν έχουν καλή πρακτική, αλλά ούτε και ιδιαίτερα σχόλια για άτομα με ενδιαφέρον, εργατικότητα, σωστή προσέγγιση και σωστή πρακτική..

Έτσι, οι γενικοί γιατροί αφήνονται χωρίς κίνητρα για καλή πρακτική, καθόλου επιστημονική καθοδήγηση, επιτήρηση και στήριξη μέσω ενός οργανωμένου προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με καθιέρωση κοινών συμφωνημένων κατευθυντηρίων οδηγιών για την διάγνωση, διερεύνηση, παραπομπή, θεραπεία και πρόληψη των διαφόρων νόσων. Παράλληλα, οι γενικοί ιατροί παραμένουν χωρίς έλεγχο μέσω καθιερωμένων συναντήσεων μεταξύ των συναδέλφων για συζήτηση των περιστατικών, αξιολόγησης των φακέλων τους και των πρακτικών τους (peer review)

πρακτικές απαραίτητες για εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και που εφαρμόζονται στις αναπτυγμένες χώρες.

Τα περισσότερα δε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας, έχουν περιορισμένο σύστημα παρακολούθησης, περιορισμένη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών, και έλλειψη φροντίδας με πρότυπα για τη διαχείριση των χρόνιων νόσων<sup>(41)(42)</sup>.

Παρά τις φιλόδοξες ανακοινώσεις του Υπουργείου Υγείας για τον σημαντικό ρόλο που θα διαδραματίσει η Γενική Ιατρική στο Γενικό Σύστημα Υγείας που από το 2004 έχει θεσμοθετηθεί αλλά δεν έχει ακόμη εφαρμοστεί, αυτή παραμένει υποανάπτυκτη, με δομικές και προγραμματικές ελλείψεις, αναζητώντας αναγνώριση τόσο μεταξύ των ασθενών όσο και μεταξύ του κοινού και της ιατρικής κοινωνίας γενικά όπως δήλωσε ο πρόεδρος της εταιρείας Γενικής Ιατρικής και εκπρόσωπος των γενικών γιατρών Κύπρου στην Παγκόσμια Οργάνωση Οικογενειακών Γιατρών (WONCA)

Επιπλέον, στην παρούσα φάση, της οικονομικής κρίσης που περνά η Κύπρος, και της συνακόλουθης αύξησης του ντόπιου και ξένου πληθυσμού που αναζητά ιατρική παρακολούθηση στα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας του δημοσίου και την παράλληλη μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία, αυξάνεται το βάρος που επιφορτίζεται η πρωτοβάθμια φροντίδα του δημόσιου τομέα. Έτσι οι γιατροί της γενικής ιατρικής αναζητούν τρόπους αντιμετώπισης της κατάστασης αυτής που να μην επηρεάσουν το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών τους, που να εκμηδενίζουν τις ανισότητες στην υγεία μεταξύ του πληθυσμού, να είναι πιο αποδοτικοί και αποτελεσματικοί για εξοικονόμηση οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, αλλά που ταυτόχρονα να μην τους εξουθενώνουν.

### 3.3. Παρούσα κατάσταση όσον αφορά την πολιτική για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα στην Κύπρο

Τον Σεπτέμβριο του 2010, στην έκθεση του European Observatory on Health Systems and Policies σε συνεργασία με το Health Evidence Network του τοπικού γραφείου για την Ευρώπη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας γίνεται αναφορά στις πολιτικές και στα νομοθετικά μέτρα που παίρνει η κάθε χώρα για την αντιμετώπιση του προβλήματος της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που διαπιστώνεται σε όλες τις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής περιοχής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας<sup>(40)</sup>.

Χωρίστηκαν δε οι χώρες της ΕΕ σε τρεις κατηγορίες σύμφωνα με τη λήψη ή όχι νομοθετικών μέτρων ή καθορισμό πολιτικής για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει χώρες που έχουν μακράν παράδοση ενεργοποίησης νομοθεσίας και εφαρμογής στρατηγικών για την ποιότητας της φροντίδας υγείας.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει χώρες που πρόσφατα εγκατέστησαν νομοθεσία ή εφάρμοσαν πολιτικές για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και

Η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει τις χώρες που δεν έχουν οποιαδήποτε σαφή νομοθεσία για την ποιότητα φροντίδας υγείας και που δεν έχουν καθορίσει εθνική πολιτική για την ποιότητα στη φροντίδα υγείας. Στην κατηγορία αυτή κατατάχθηκε και η Κύπρος.

Δυστυχώς η Κύπρος και συγκεκριμένα το υπουργείο Υγείας δεν έχει καθορίσει πολιτική για την ποιότητα και δεν έχει εγκαταστήσει μηχανισμούς ελέγχου της ποιότητας στον Δημόσιο τομέα. Παρόλα αυτά όμως, ο Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος έχει τονίσει την αναγκαιότητα της συνεχούς ιατρικής εκπαίδευσης και οργανώνει ιατρικές ομιλίες και συνέδρια και έχει καθορίσει ένα ελάχιστο αριθμό μονάδων συνεχούς ιατρικής εκπαίδευσης που είναι 150 ανά τριετία. Παράλληλα, ο Σύλλογος εκδίδει τα σχετικά πιστοποιητικά συνεχούς ιατρικής εκπαίδευσης στα μέλη του, εντούτοις αυτά τα πιστοποιητικά δεν λαμβάνεται πουθενά υπόψη ως κίνητρο για επιδίωξη της ποιότητας εκτός από την προσωπική επιθυμία των γιατρών για προσωπική βελτίωση.

Οι δύο δε εταιρείες Γενικής Ιατρικής που λειτουργούν, δε συνεργάζονται, έχουν περιορισμένη δραστηριότητα και δεν έχουν καθορίσει αρχές καλής πρακτικής στη γενική ιατρική. Συγκεκριμένη πολιτική και λήψη μέτρων για την ποιότητα δεν έχουν ανακοινώσει στα μέλη τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### 4.1. Αναγκαιότητα της μελέτης

Η δομή και η ποιότητα των ΙΦ, για πολλά χρόνια αποτέλεσε θέμα κλινικού, διοικητικού, και νομικού ενδιαφέροντος. Έτσι οι ιατρικοί φακέλοι γράφονται όχι μόνο για τη μετάδοση της πληροφορίας για τον ασθενή μεταξύ των γιατρών, αλλά και ως αναφορά για την δραστηριότητα των κέντρων υγείας, αφενός για την παρακολούθηση της πρακτικής των γιατρών και αφετέρου για τη διεξαγωγή έρευνας.

Καθώς η πίεση για βελτίωση της ποιότητας της πρακτικής των γιατρών και των υπηρεσιών υγείας συνεχώς αυξάνεται, με τις προσδοκίες και τα κόστη της ιατρικής φροντίδας να αυξάνονται, η ανάγκη για εστίαση στην δομή και το περιεχόμενο των ιατρικών φακέλων, γίνεται πιο σημαντική και πιο επιτακτική. Η προοδευτική δε καθιέρωση του Ηλεκτρονικού Φακέλου φέρνει επίσης επιπρόσθετη επείγουσα ανάγκη για κριτήρια ποιότητας ώστε η πληροφορία να μπορεί να καταγράφεται, να αποθηκεύεται και ανασύρεται με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή.

Ως πρώτο βήμα προς τον σκοπό αυτό αποτελεί η διαπίστωση της υπάρχουσας κατάστασης στην δομή και το περιεχόμενο των ΙΦ στην Κύπρο.

#### 4.2. Σκοπός της μελέτης

Από την έρευνα στη διεθνή βιβλιογραφία για το θέμα της αξιολόγησης των ιατρικών φακέλων στην γενική ιατρική όσον αφορά τη σωστή και πλήρη και κατάλληλη συμπλήρωση των ΙΦ ως μέσο για την αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και της πρακτικής των γενικών γιατρών στα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν βρεθεί πολλές εργασίες.

Στην Κύπρο όμως, δεν υπάρχει ανάλογη εργασία, εκτός από δύο εργασίες που έγιναν στα πλαίσια Διατριβής με θέμα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη Γενική Ιατρική στην Κύπρο<sup>(41)(42)</sup>, το 2008, στις οποίες, είχε γίνει ένα audit ιατρικών φακέλων ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, που αφορούσαν όμως μόνο τα στοιχεία εκείνα του φακέλου που σχετίζονταν με τη διαχείριση του ΣΔ2, στην



προσπάθεια για στοιχειοθέτηση της ανάγκης για ποιοτική διαχείριση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Κύπρο και ειδικά του ΣΔ2.

Η παρούσα εργασία ασχολείται ειδικά με τη δομή και το περιεχόμενο των ΙΦ, και μέσω των αποτελεσμάτων του ελέγχου αυτού καταλήγει σε συμπεράσματα για τη διαχείριση του ασθενούς, με όλα του τα προβλήματα, οξεία και χρόνια, και ερευνά την έκταση επίτευξης των χαρακτηριστικών της ΠΦΥ, που είναι:

- ολιστική αντιμετώπισης του ασθενούς,
- συνεχιζόμενη φροντίδας υγείας
- ολοκληρωμένη προσφορά ευρέως φάσματος υπηρεσιών και
- συντονισμένη διαδικασία και διευκόλυνση του ασθενούς σε περίπτωση παραπομπής του σε άλλο επίπεδο υπηρεσιών υγείας.

Ταυτόχρονα ερευνά την νοοτροπία και την πρακτική των γιατρών του κέντρου υγείας όσον αφορά-

- τη σωστή και πλήρη αποτύπωση των πληροφοριών από την συνάντηση του με τον ασθενή,
- την αποτύπωση όλης εκείνης της πληροφορίας που αφορά-
  - το βιογραφικό προφίλ και το ιστορικό του ασθενούς στο παρελθόν και στο παρόν,
  - τις συνήθειές του τρόπου ζωής του που επιτρέπουν τον καθορισμό των παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα,
  - την αναγκαιότητα για πρόληψη,
- την παραπομπή για εξετάσεις και σε ειδικούς,
- τη συνέπεια των διαγνώσεων, των θεραπειών και της καθοδήγησης με κατευθυντήριες οδηγίες,
- την άσκηση πολιτικής πρόληψης
- την τεκμηρίωση της παρακολούθησης της υγείας των ασθενών
- το συντονισμό της παραπομπής.

Γενικά στις αναπτυγμένες χώρες έχουν αναπτυχθεί standards για την σωστή, πλήρη, και αντιληπτή καταγραφή των δεδομένων των ιατρικών φακέλων καθώς και κριτήρια ανασκόπησης για την διευκόλυνση του ελέγχου των πληροφοριών των ιατρικών φακέλων που στηρίζονται σε αρχές καλής πρακτικής που τα καθορίζουν το Ιατρικό

συμβούλιο και οι Εταιρείες Γενικής Ιατρικής της χώρας. Στην Κύπρο όμως δεν έχει καθιερωθεί μια τέτοια κοινή πολιτική όσον αφορά την συμπλήρωση των ΙΦ με συνέπεια ο κάθε γιατρός να ακολουθεί την δική του πρακτική.

Με την εργασία λοιπόν αυτή, αποσκοπείται η διαπίστωση κενών και ελλείψεων τόσο στη νομοθεσία για την πολιτική για την τήρηση των ΙΦ σε επίπεδο Υπουργείου Υγείας της Κύπρου και σε επίπεδο Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου όσο και στην εκπαίδευση των ιατρικών λειτουργών σε θέματα τήρησης ιατρικών φακέλων και τήρησης κατευθυντηρίων οδηγιών στην διάγνωση, θεραπεία, πρόληψη και διερεύνηση νόσων και παραπομπής σε ειδικούς. Κυρίως όμως θα διαπιστωθεί το γενικό κλίμα λειτουργίας των κέντρων υγείας όσον αφορά τη φιλοσοφία του ελέγχου και της ανατροφοδότησης για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και αλλαγής της επαγγελματικής συμπεριφοράς των γιατρών για αύξηση της αποτελεσματικότητας τους και προστασία της ασφάλειας του ασθενούς.

#### 4.3. Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης

Η εργασία αυτή αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται σε αστικό κέντρο Υγείας του Δημόσιου Τομέα Υγείας της Κύπρου που εξυπηρετεί πληθυσμό 44 000 περίπου χιλιάδων κατοίκων, όπως αυτή καταγράφεται στους ιατρικούς φακέλους παρακολούθησης ασθενών της περιοχής, αλλά και των γύρω χωριών.

#### 4.4. Πληθυσμός της μελέτης

Η έρευνα στηρίζεται στην αξιολόγηση 200 φακέλων ασθενών από ένα σύνολο 2000 φακέλων ασθενών που παρακολουθούνται σταθερά στο κέντρο, που εξυπηρετεί ένα πληθυσμό περίπου 44 000 κατοίκων. Οι επισκέψεις που έγιναν στο Κέντρο το 2011 ήσαν 48 821.

#### 4.5. Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι ένα σύνολο 27 κριτηρίων ποιότητας που χρησιμοποιούνται και διεθνώς, για την αξιολόγηση των ιατρικών φακέλων, και ελέγχεται κατά πόσον ο κάθε ένας φάκελος από τους 200 φακέλους που επιλέγηκαν, πληροί ή όχι τα κριτήρια αυτά.

Τα κριτήρια ποιότητας που χρησιμοποιήθηκαν αφορούν

- στη δομή του φακέλου (την ύπαρξη ή όχι των προσωπικών στοιχείων του ασθενή, την ύπαρξη ή όχι των καταλόγων με τις συνήθειες υγείας του, τα προβλήματα υγείας του και των αλλεργιών και παρενεργειών φαρμάκων, τον κατάλογο με τα πρόσφατα φάρμακά του,
- στην τεκμηρίωση της πληροφορίας που καταγράφεται (την ύπαρξη αντιγράφων των παραπομπών, παραγγελιών, και αποτελεσμάτων εξετάσεων και παραπομπών, καθώς και των νοσηλειών στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών,
- στην ορθότητα της διάγνωσης, θεραπείας, παραπομπής, και παραγγελίας εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων .
- στην άσκηση προληπτικής αγωγής υγείας, διδασκαλίας και καθοδήγησης του ασθενούς όσον αφορά την νόσο του, την αυτοθεραπεία του, και την υιοθέτηση υγιεινών τρόπων ζωής,
- στην ποιότητα της διαχείρισης χρόνιων νόσων (με πιο συχνά νοσήματα εκείνα της υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, βρογχικό άσθμα, και ισχαιμική καρδιοπάθεια)<sup>(41)</sup> και της συνέχειας στην παρακολούθηση των ασθενών όπως αυτή προκύπτει από τα αποτελέσματα της θεραπείας των νόσων.

#### 4.6. Τελική διαμόρφωση του ερευνητικού εργαλείου

Τα κριτήρια ποιότητας που τελικά καταρτίστηκαν για τον έλεγχο της ποιότητας των ιατρικών φακέλων και εμμέσως των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από τους πέντε γιατρούς του κέντρου, είναι τα ακόλουθα:

1. Κάθε σελίδα να έχει το όνομα ή τον αριθμό ταυτότητας του ασθενούς.
2. Προσωπικά βιογραφικά δεδομένα που περιλαμβάνουν τον τόπο γέννησης, την διεύθυνση, τον εργοδότη, τον αριθμό τηλεφώνου οικίας και εργασίας, την κατάσταση γάμου και τον αριθμό των παιδιών να είναι καταχωρημένα σε ειδική θέση στον φάκελο.
3. Όλες οι συναντήσεις να καταγράφονται με την υπογραφή του γιατρού ή τους ηλεκτρονικούς κωδικούς του ή τα αρχικά του.
4. Όλες οι συναντήσεις να είναι καταχωρημένες με την ανάλογη ημερομηνία.
5. Τα γραφόμενα να είναι κατανοητά σε κάποιον άλλο εκτός από το συγγραφέα.

6. Στα προβλήματα υγείας να αναφέρονται οι σημαντικές ασθένειες και ιατρικές καταστάσεις καθώς και το οικογενειακό ιατρικό ιστορικό του ασθενούς.
7. Αλλεργίες σε φάρμακα και παρενέργειες φαρμάκων να αναφέρονται στη λίστα προβλημάτων. Εάν δεν υπάρχουν, να καταγράφεται.
8. Να υπάρχει πρόσφατη λίστα φαρμάκων.
9. Στο ατομικό ιατρικό αναμνηστικό να αναφέρονται σοβαρά ατυχήματα, εγχειρήσεις, και ασθένειες.
11. Για ασθενείς μεγαλύτερους από 12 ετών να υπάρχει κατάλληλη σημείωση για την χρήση τσιγάρων, αλκοόλ, και κατάχρηση ουσιών.
12. Να καταγράφονται οι κατάλληλες υποκειμενικές και αντικειμενικές πληροφορίες από το ιστορικό και τη φυσική εξέταση για κάθε επεισόδιο φροντίδας του ασθενή. Συγκεκριμένα θα πρέπει να υπάρχει:
  - α. το ιστορικό για το παρόν πρόβλημα,
  - β. τα σημαντικά ευρήματα από την φυσική εξέταση (θετικά και αρνητικά) και λεπτομέρειες από αντικειμενικές μετρήσεις όπως η αρτηριακή πίεση,
  - γ. η διάγνωση με καταγραφή των αμφιβολιών για τη διάγνωση, αναφέροντας οποιεσδήποτε άλλες διερευνήσεις που διευθετήθηκαν,
  - δ. πληροφορίες για το τι εξηγήσεις δόθηκαν στον ασθενή για το πρόβλημά του καθώς και για την ενημέρωσή του για τα οφέλη και τις τυχόν παρενέργειες της θεραπείας του,
  - ε. καταγραφή της συναίνεσης του ασθενούς για πραγματοποίηση ειδικών διερευνήσεων και θεραπειών,
  - στ. καταγραφή της θεραπείας: είδος και δόση φαρμάκου, διάρκεια θεραπείας, καθώς και οποιαδήποτε άλλη θεραπεία χορηγήθηκε,
  - η. παρακολούθηση καταγραφή των διευθετήσεων για εξετάσεις παρακολούθησης, μελλοντικές ημερομηνίες επανεξέτασης και τυχόν παραπομπές.
13. Η παραγγελία εργαστηριακών και άλλων εξετάσεων να είναι κατάλληλη με βάση τα προβλήματα του ασθενή (δηλαδή, η παραγγελία πρέπει να περιλαμβάνει εκείνες

και μόνον εκείνες τις εξετάσεις και στη χρονική συχνότητα που καθορίζονται από τις κατευθυντήριες γραμμές για το συγκεκριμένο πρόβλημα).

14. Η παραπομπή σε ειδικό να είναι ενδεδειγμένη (με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες για το συγκεκριμένο πρόβλημα) και να είναι καθορισμένο το επείγον ή όχι της παραπομπής.
15. Η τελική διάγνωση να είναι συνεπής με τα ευρήματα.
16. Το θεραπευτικό πλάνο να είναι συνεπές με τη διάγνωση.
17. Οι σημειώσεις οι σχετικές με την συνάντηση να περιλαμβάνουν και τις οδηγίες για παρακολούθηση καθώς και τις τηλεφωνικές οδηγίες.
18. Να σημειώνεται ο χρόνος οριζόμενης επανεξέτασης.
19. Άλλα προβλήματα υγείας από τις προηγούμενες συναντήσεις να αντιμετωπίζονται στις επόμενες συναντήσεις.
20. Να καταγράφονται τα μη φυσιολογικά ευρήματα από τις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις και να σημειώνονται τα πλάνα για την μελλοντική διαχείριση τους.
21. Εάν εξητήθη η γνώμη ειδικού , να υπάρχει καταχωρημένη η απάντηση του ειδικού.
22. Οι εκθέσεις από παραπομπές , εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις που επισυνάπτονται στον φάκελο να υπογράφονται με τα αρχικά του παραγγέλλοντος γιατρού, για ανασκόπηση. Εάν οι εκθέσεις είναι καταχωρημένες με ηλεκτρονικό τρόπο, ή με άλλη μέθοδο, να υπάρχει παρουσίαση αναφοράς από τον παραγγέλλοντα γιατρό.
23. Αν ο ασθενής έχει τεθεί σε κίνδυνο με κάποια διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία να καταγράφεται.
24. Να υπάρχει καταχωρημένη έκθεση των εμβολιασμών που έχει κάνει ο ασθενής
25. Να υπάρχει μαρτυρία ότι προσφέρθηκαν προληπτικοί έλεγχοι και υπηρεσίες σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του υπουργείου υγείας της Κύπρου για την πρόληψη του καρκίνου.
26. Να υπάρχει μαρτυρία ότι έγινε κατάλληλη εκπαίδευση του ασθενή για την διάγνωση που ετέθη και την αντίστοιχη θεραπεία.
27. Να διατηρούνται στο φάκελο ασθενούς, εκθέσεις από τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο, στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών, από επισκέψεις νοσηλευτριών στο σπίτι, και από συνεδρίες φυσιοθεραπείας.

#### 4.7. Κριτήρια επιλογής φακέλων

Το είδος έρευνας που ακολουθήθηκε είναι εκείνο της ποσοτικής μεθόδου της περιγραφικής συστηματικής δειγματοληψίας.

Για τη χρησιμοποίηση των ιατρικών φακέλων ζητήθηκε και ελήφθη άδεια από τον επίτροπο για τα προσωπικά δεδομένα, άδεια από την επιτροπή βιοηθικής και τελικά από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας με δέσμευση την αυστηρή και ασφαλή φύλαξη των φακέλων κατά την διάρκεια της χρήσης τους, και την προστασία των δεδομένων τους.

Από σύνολο 2000 φακέλων ασθενών που χρησιμοποιούνται σταθερά στο κέντρο υγείας για τα καθημερινά και τα χρόνια τους ιατρικά προβλήματα αλλά και για τους προληπτικούς τους ελέγχους επιλέγησαν 200 φάκελοι όπου μπορούσε να αναδειχθεί σε κάθε ένα ξεχωριστά η πρακτική ενός γιατρού του κέντρου δηλαδή που είχε την κύρια παρακολούθηση του αρρώστου παρά το γεγονός ότι κατά διαστήματα θα μπορούσε να είχε εξεταστεί και από άλλους γιατρούς του κέντρου.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη χρήση του φακέλου για την εργασία αυτή ήτο να είχε ο ασθενής τουλάχιστον ενός έτους πρόσφατη παρακολούθηση.

Οπότε το δείγμα των 200 φακέλων (40 για κάθε γιατρό) αξιολογήθηκε για την συνέπεια του στην τήρηση των 27 κριτηρίων ποιότητας. Τα κριτήρια αυτά επιλέγησαν από τα Generic Medical Record Keeping Standards του Royal college of Physicians του Ηνωμένου Βασιλείου και από τα Medical Records Keeping Standards απο το AmeriHealth HMO των ΗΠΑ. Φάκελοι με ανεπαρκές περιεχόμενο για να μπορεί να αποτελεί δείγμα της πρακτικής του κάθε γιατρού, απορρίφθηκαν.

Η αξιολόγηση για κάθε κριτήριο που αφορά στη δομή, γίνεται με βάση -

- τις κατευθυντήριες οδηγίες/πρωτόκολλα για τη σωστή συμπλήρωση των στοιχείων Ι.Φ. (Ευρωπαϊκά πρωτόκολλα),
- τη συμπεριφορά των γιατρών όσον αφορά τη σωστή διάγνωση, θεραπεία, παραπομπή για αναλύσεις και απεικονιστικές εξετάσεις, παραπομπή σε ειδικό, κατάλληλες οδηγίες και εκπαίδευση ασθενή για το νόσημά του,
- την πρακτική του για προληπτική ιατρική αυτή γίνεται βάσει των κατευθυντηρίων Ευρωπαϊκών οδηγιών για την διαχείριση των διαφόρων νοσημάτων καθώς και αυτών για την παραπομπή και πρόληψη του καρκίνου.

### **Κριτήρια Ποιότητας τήρησης ΙΦ**

Τα κριτήρια αυτά αναφέρονται:

1. Τη δομή του ΙΦ (την καταγραφή της απαραίτητης βιογραφικής και κλινικής πληροφορίας στην κατάλληλη θέση) και
2. τη συμπεριφορά του γιατρού όσον αφορά
  - α. τη συνταγογραφική του πρακτική,
  - β. την πρακτική του στην παραγγελία των κατάλληλων εργαστηριακών και αποικονιστικών εξετάσεων,
  - γ. την πρακτική του στην παραπομπή των ασθενών σε ειδικούς
  - δ. την πρακτική του υ ό φ ν αφο ρά ελέγχο ις για πρόληψη νό ων και νοσογόνων καταστάσεων,
  - ε. την πρακτική του στην πλήρη και σωστή αποτύπωση των στοιχείων υποκειμενικών και αντικειμενικών των συναντήσεων με τον ασθενή στο ιατρείο,
  - στ. την πρακτική του στην εκπαίδευση του ασθενή σε συμπεριφορές υγείας.

Για περισσότερη εγκυρότητα και αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της έρευνας η αξιολόγηση για την ύπαρξη και την τήρηση των διαφόρων κριτηρίων γινόταν από την ερευνήτρια και από μία νοσηλεύτρια που εκπαιδεύτηκε για το θέμα αυτό και έτσι υπήρχε διπλή κρίση και διπλή αξιολόγηση τους.

#### **4.8. Περιορισμοί**

Η αξιολόγηση των κριτηρίων που αφορούσαν την ορθότητα της διάγνωσης ,της θεραπείας και της παραπομπής ήταν δύσκολη στις περισσότερες περιπτώσεις γιατί στους περισσότερους φακέλους δεν αναγραφόταν η διάγνωση του γιατρού, καθώς επίσης δεν καταγράφονταν παρά ελάχιστα από τα υποκειμενικά και αντικειμενικά ευρήματα των συναντήσεων με τον ασθενή, με συνέπεια να μην μπορεί να ασκηθεί κρίση εύκολα. Οπότε ενίοτε η ορθότητα της διάγνωσης εικάζεται από την δοθείσα θεραπεία και τις παραπομπές για εξετάσεις και ειδικούς. Το ίδιο πρόβλημα υπάρχει και με την θεραπεία που συχνά δεν καταγράφεται. Τελικά όμως με καταφυγή στα

βιβλιάρια συνταγογράφησης των ασθενών κατέστη δυνατή η διαπίστωση της θεραπείας.

Επίσης το θέμα του καθορισμού ημερομηνίας επανεξέτασης, αυτή για χρόνια προβλήματα παρόλο ότι δεν είναι καταγραμμένη στους φακέλους, αυτή εξυπακούεται ότι είναι στους δύο μήνες, αφού τόση είναι η διάρκεια της χορηγούμενης φαρμακοθεραπείας που έχει καθιερωθεί από χρόνια.

Τα συμπεράσματα από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής για το συγκεκριμένο κέντρο υγείας να μην μπορούν να γενικευτούν για τα υπόλοιπα αστικά κέντρα υγείας του δημόσιου τομέα της Κύπρου, λόγω του μικρού αριθμού των γιατρών που συμμετείχαν. Επειδή όμως οι συνθήκες που ισχύουν και στα άλλα κέντρα υγείας είναι βασικά οι ίδιες (έλλειψη εκπαιδευτικής ακαδημαϊκής υποδομής, έλλειψη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, έλλειψη ελέγχου, έλλειψη κατευθυντηρίων γραμμών, έλλειψη κινήτρων για ποιοτική άσκηση της ιατρικής πρακτικής, έλλειψη πολιτικής για τα χαρακτηριστικά και τους στόχους της ΠΦΥ και τον ρόλο του γενικού γιατρού στο σύστημα υγείας της Κύπρου), οι διαφορές στην πρακτική των γενικών γιατρών, παρότι ενίοτε σημαντικές ένεκεν της μεγάλης ανομοιογένειας της εκπαίδευσης και των προσόντων τους εντούτοις με την πάροδο του χρόνου, αυτές να τείνουν να περιορίζονται.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### 5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα ευρήματα της έρευνας επεξηγούνται σε κείμενο και ταυτόχρονα παρουσιάζονται με πίνακες και διαγράμματα. Στο κείμενο αναφερόμαστε στα ποσοστά των έγκυρων τιμών (valid), παρουσιάζονται περιγραφικά μέτρα, εμφανίζονται οι έγκυρες τιμές.

#### 5.1. Κριτήρια δομής του φακέλου

##### **Κριτήριο 1. Κάθε σελίδα έχει το όνομα ή αριθμό ταυτότητας του ασθενούς**

Κριτήριο 1: Κάθε σελίδα έχει το όνομα ή αριθμό ταυτότητας του ασθενούς		Ιατροί					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	0	0	0	0	0	0
	Ποσοστό	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	40	40	40	40	40	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	40	40	40	40	40	200
	Ποσοστό	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Βρέθηκε ότι το κριτήριο για την αναγραφή σε κάθε σελίδα του ΙΦ του ονόματος ή και της ταυτότητας του ασθενή δεν τηρείται γενικά από τους ιατρούς και κατά συνέπεια δεν εμφανίζεται σε κανένα φάκελο.

##### **Κριτήριο 2. Προσωπικά βιογραφικά δεδομένα που περιλαμβάνουν τον τόπο και ημερομηνία γέννησης, την διεύθυνση και το τηλέφωνο οικίας και εργασίας, την οικογενειακή κατάσταση και εργασία.**

Κριτήριο 2: Προσωπικά βιογραφικά δεδομένα που περιλαμβάνουν τον τόπο και ημερομηνία γέννησης, την διεύθυνση και τηλέφωνο οικίας και εργασίας, την οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα.		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	0	0	0	0	0	0
	Ποσοστό	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο για την αναγραφή των βιογραφικών δεδομένων του ασθενή, δεν τηρείται γενικά από τους γιατρούς και κατα συνέπεια δεν εμφανίζεται σε κανένα φάκελο.

**Κριτήριο 3. Όλες οι συναντήσεις καταγράφονται με την υπογραφή του γιατρού ή τους ηλεκτρονικούς κωδικούς του ή τα αρχικά του.**

Κριτήριο 3: Όλες οι συναντήσεις καταγράφονται με την υπογραφή του γιατρού ή τους ηλεκτρονικούς κωδικούς του ή τα αρχικά του		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	38	0	1	1	0	40
	Ποσοστό	95,0%	00,0%	02,6%	02,4%	00,0%	20,0%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	2	39	38	40	41	160
	Ποσοστό	05,0%	100,0%	97,4%	97,6%	100,0%	80,0%
Σύνολο	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο της υπογραφής του γιατρού σε κάθε καταγραφόμενη συνάντηση με τον ασθενή τηρείται σε όλους τους φακέλους ενός από τους γιατρούς. Στους υπόλοιπους φακέλους τηρείται από ελάχιστα (2,4 - 2,6%) έως καθόλου. Συνολικά καταγράφεται μόνο στο 20,0% των φακέλων.

**Κριτήριο 4. Όλες οι συναντήσεις είναι καταχωρημένες με την ημερομηνία πραγματοποίησης**

Κριτήριο 4: Όλες οι συναντήσεις είναι καταχωρημένες με την ημερομηνία που λαμβάνουν χώρα		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	0	0	0	0	0	0
	Ποσοστό	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%
Σύνολο	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Το κριτήριο της καταγραφής της ημερομηνίας της πραγματοποίησης της συνάντησης με τον ασθενή, τηρείται σε όλους τους φακέλους γιατί αυτό καταγράφεται από τους γραφείς του κέντρου.

**Κριτήριο 5. Τα γραφόμενα είναι κατανοητά σε κάποιον άλλο εκτός από τον συγγραφέα.**

Κριτήριο 5: Τα γραφόμενα είναι κατανοητά σε κάποιον άλλο εκτός από τον συγγραφέα		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	0	39	38	39	5	121
	Ποσοστό	00,0%	100,0%	97,4%	95,1%	12,2%	60,5%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	40	0	1	2	36	79
	Ποσοστό	100,0%	00,0%	02,6%	04,9%	87,8%	39,5%
Σύνολο	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο της ευκρίνειας των γραφομένων, δεν τηρείται συστηματικά στους ΙΦ ενός από τους γιατρούς, στους φακέλους ενός άλλου γιατρού τηρείται μόνο στο 12,2% των φακέλων του, ενώ στους φακέλους των άλλων τριών γιατρών τηρείται σε υψηλό ποσοστό από 95,1-100,0%. Στο σύνολο δε, τηρείται σε ποσοστό 60,5% των φακέλων.

**Κριτήριο 6. Στη λίστα με τα προβλήματα Υγείας αναφέρονται οι σημαντικές ασθένειες και ιατρικές καταστάσεις.**

Κριτήριο 6: Στη λίστα με τα προβλήματα Υγείας αναφέρονται οι σημαντικές ασθένειες και ιατρικές καταστάσεις		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	0	5	7	9	6	27
	Ποσοστό	00,0%	15,2%	22,6%	29,0%	16,2%	16,9%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	28	28	24	22	31	133
	Ποσοστό	100,0%	84,8%	77,4%	71,0%	83,8%	83,1%
Σύνολο	Συχνότητα	28	33	31	31	37	160
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο της καταγραφής της λίστας με τα σημαντικά προβλήματα υγείας τηρείται σε χαμηλό ποσοστό στο 15,2-29,0% των ΙΦ των τεσσάρων από τους γιατρούς και δεν τηρείται σε κανένα δε φάκελου του ενός από τους γιατρούς. Γενικά τηρείται σε ποσοστό 16,9% των φακέλων.

**Κριτήριο 7. Αλλεργίες σε φάρμακα και παρενέργειες φαρμάκων αναφέρονται στη λίστα προβλημάτων.**

Κριτήριο 7: Αλλεργίες σε φάρμακα και παρενέργειες φαρμάκων αναφέρονται στη λίστα προβλημάτων		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	1	4	4	7	6	22
	Ποσοστό	03,0%	11,8%	14,8%	25,0%	18,2%	14,2%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	32	30	23	21	27	133
	Ποσοστό	97,0%	88,2%	85,2%	75,0%	81,8%	85,8%
Σύνολο	Συχνότητα	33	34	27	28	33	155
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο της καταγραφής των υπάρχουσών αλλεργιών ή εκδηλωθέντων παρενεργειών σε φάρμακα τηρείται σε ποσοστό από 11,8-25,0% των ΙΦ, των τεσσάρων από τους γιατρούς και σε ποσοστό μόνο 3% από 1 από τους γιατρούς. Συνολικά το εν λόγω κριτήριο καταγράφεται στο 14,2% των φακέλων.

**Κριτήριο 8. Υπάρχει πρόσφατη λίστα φαρμάκων**

Κριτήριο 8: Υπάρχει πρόσφατη λίστα φαρμάκων		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	0	1	0	0	0	1
	Ποσοστό	00,0%	02,7%	00,0%	00,0%	00,0%	00,5%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	39	36	37	39	41	192
	Ποσοστό	100,0%	97,3%	100,0%	100,0%	100,0%	99,5%
Σύνολο	Συχνότητα	39	37	37	39	41	193
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο της καταγραφής της λίστας με τα λαμβανόμενα φάρμακα, καταγράφεται σε ποσοστό μόνο 2,7% των ΙΦ, του ενός από τους γιατρούς, και καθόλου στους φακέλους των άλλων γιατρών. Συνολικά, καταγράφεται μόνο στο 0,5% των φακέλων.

**Κριτήριο 9. Στο ατομικό ιατρικό αναμνηστικό αναφέρονται σοβαρά ατυχήματα, εγχειρήσεις, και ασθένειες.**

Κριτήριο 9: Στο ατομικό ιατρικό αναμνηστικό αναφέρονται σοβαρά ατυχήματα, εγχειρήσεις, και ασθένειες.		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	0	3	4	5	1	13
	Ποσοστό	00,0%	08,3%	11,1%	15,2%	02,5%	07,1%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	37	33	32	28	39	169
	Ποσοστό	100,0%	91,7%	88,9%	84,8%	97,5%	92,9%
Σύνολο	Συχνότητα	37	36	36	33	40	182
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο της καταγραφής του ατομικού αναμνηστικού με αναφορά στα σοβαρά ατυχήματα, εγχειρήσεις και ασθένειες τηρείται σε ποσοστό από 2,5% - 11,1% των ΙΦ, των τεσσάρων από τους γιατρούς, καθόλου στους φακέλους ενός από τους ιατρούς. Συνολικά, τηρείται μόνο στο 7,0% των φακέλων.

**Κριτήριο 10. Οικογενειακό ιστορικό.**

Κριτήριο 10: Οικογενειακό ιστορικό		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	0	0	0	0	0	0
	Ποσοστό	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο της καταγραφής του οικογενειακού ιστορικού, δεν τηρείται σε κανένα από τους ΙΦ.

**Κριτήριο 11. Για ασθενείς μεγαλύτερους από 12 ετών υπάρχει κατάλληλη σημείωση για την χρήση τσιγάρων, αλκοόλ, και κατάχρηση ουσιών.**

Κριτήριο 11: Για ασθενείς μεγαλύτερους από 12 ετών υπάρχει κατάλληλη σημείωση για την χρήση τσιγάρων, αλκοόλ, και κατάχρηση ουσιών		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	0	2	0	0	1	3
	Ποσοστό	00,0%	05,1%	00,0%	00,0%	02,4%	01,5%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	40	37	39	41	40	197
	Ποσοστό	100,0%	94,9%	100,0%	100,0%	97,6%	98,5%
Σύνολο	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο της καταγραφής των συνηθειών και του τρόπου ζωής του ασθενούς, τηρείται σε πολύ μικρό ποσοστό των ΙΦ που κυμαίνεται από 2,4% - 5,1% από δύο από τους γιατρούς και σε κανένα από τους φακέλους των άλλων τριών γιατρών. Συνολικά, τηρείται σε μόνο 1,5% των ΙΦ.

5.2. Κριτήρια που αφορούν την συμπεριφορά διαχείρισης του προβλήματος υγείας του ασθενούς σε σχέση με τις κατευθυντήριες οδηγίες

**Κριτήριο 12. Καταγράφονται τα κατάλληλα υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα από τα επεισόδια φροντίδας**

Κριτήριο 12: Καταγράφονται τα κατάλληλα υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα από το ιστορικό		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	1	7	3	0	3	14
	Ποσοστό	02,5%	17,9%	07,70%	00,0%	07,3%	07,0%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	39	32	36	41	38	186
	Ποσοστό	97,5%	82,1%	92,3%	100,0%	92,7%	93,0%
Σύνολο	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο της καταγραφής των υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων από τα επεισόδια φροντίδας του ασθενούς, τηρείται στο 0,0- 7,7% των ΙΦ. Συνολικά, καταγράφεται μόνο στο 7,0% των ΙΦ.

**Κριτήριο 13. Υπάρχει κατάλληλη παραγγελία εργαστηριακών και άλλων εξετάσεων με βάση τα προβλήματα του ασθενή.**

Κριτήριο 13: Υπάρχει κατάλληλη παραγγελία εργαστηριακών και άλλων εξετάσεων με βάση τα προβλήματα του ασθενή		ΙΑΤΡΟΣ					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	4	6	9	4	1	24
	Ποσοστό	10,0%	16,2%	23,1%	09,8%	02,4%	12,1%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	36	31	30	37	40	174
	Ποσοστό	90,0%	83,8%	76,9%	90,2%	97,6%	87,9%
Σύνολο	Συχνότητα	40	37	39	41	41	198
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο της κατάλληλης παραγγελίας εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, τηρείται σε ποσοστό από 2,4% - 23,0% των ΙΦ. Συνολικά τηρείται στο 32,4% των ΙΦ.

**Κριτήριο 14. Η παραπομπή σε ειδικό ήταν ενδεδειγμένη.**

Κριτήριο 14: Η παραπομπή σε ειδικό ήταν ενδεδειγμένη		ΙΑΤΡΟΣ					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	2	11	10	11	2	36
	Ποσοστό	18,20%	61,10%	47,60%	37,90%	06,2%	32,4%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	9	7	11	18	30	75
	Ποσοστό	81,80%	38,90%	52,4%	62,1%	93,8%	67,60%
Σύνολο	Συχνότητα	11	18	21	29	32	111
	Ποσοστό	100,00%	100,0%	100,0%	100,00%	100,00%	100,00%

Το κριτήριο της ενδεδειγμένης παραπομπής σε ειδικό τηρείται στο 6,2 % και 18, 2% των ΙΦ, των δύο από τους γιατρούς, ενώ τηρείται σε ποσοστό 38,9%, 52,4%, και 62,1% στους φακέλους των άλλων τριών γιατρών. Συνολικά τηρείται στο 32,4% των φακέλων, δηλαδή 67,6% των παραπομπών δεν ήσαν οι ενδεδειγμένες.

**Κριτήριο 15. Η τελική διάγνωση είναι συνεπής με τα ευρήματα.**

Κριτήριο 15: Η τελική διάγνωση είναι συνεπής με τα ευρήματα		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	17	20	12	7	10	66
	Ποσοστό	50,0%	54,1%	33,3%	17,10%	26,30%	35,5%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	17	17	24	34	28	120
	Ποσοστό	50,0%	45,9%	66,7%	82,9%	73,70%	64,5%
Σύνολο	Συχνότητα	34	37	36	41	38	186
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο της συμμόρφωσης της τελικής διάγνωσης με τα ευρήματα, τηρείται στο 35,5% των ΙΦ. Δηλαδή, στις περισσότερες περιπτώσεις η διάγνωση δε συμβαδίζει με τα ευρήματα από το ιστορικό και την αντικειμενική εξέταση. Συνολικά το κριτήριο αυτό τηρείται στο 35,5% των ΙΦ, δηλαδή μόνο το 35,5% των διαγνώσεων είναι συνάδουν με τα ευρήματα.

**Κριτήριο 16. Το θεραπευτικό πλάνο είναι συνεπές με τη διάγνωση.**

Κριτήριο 16: Το θεραπευτικό πλάνο είναι συνεπές με την διάγνωση		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	9	17	6	3	4	39
	Ποσοστό	23,1%	45,9%	15,4%	7,3%	10,0%	19,9%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	30	20	33	38	36	157
	Ποσοστό	76,9%	54,1%	84,6%	92,7%	90,0%	80,1%
Σύνολο	Συχνότητα	39	37	39	41	40	196
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο 16, που αφορά στη συνέπεια της δοθείσας θεραπείας με τη διάγνωση, τηρείται μόνο στο 19,9% των ΙΦ.



**Κριτήριο 17. Οι σημειώσεις οι σχετικές με την συνάντηση περιλαμβάνουν και τις οδηγίες για παρακολούθηση καθώς και τις τυχόν παρενέργειες των φαρμάκων που συνταγογραφήθηκαν.**

Κριτήριο 17: Οι σημειώσεις οι σχετικές με την συνάντηση περιλαμβάνουν και τις οδηγίες για παρακολούθηση καθώς και για τις τυχόν παρενέργειες από φάρμακα της θεραπείας που συνταγογραφήθηκαν.		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	3	1	9	0	4	17
	Ποσοστό	07,5%	02,6%	23,1%	00,0%	09,8%	08,5%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	37	38	30	41	37	183
	Ποσοστό	92,5%	97,4%	76,9%	100,0%	90,2%	91,5%
Σύνολο	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο της καθοδήγησης των ασθενών σχετικά με την παρακολούθησή τους και για τις τυχόν παρενέργειες από τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τηρείται σε πολύ μικρό ποσοστό των ΙΦ, που κυμαίνεται από 0 - 23,10%, συνολικά, το κριτήριο τηρείται στο 8,5% των ΙΦ.

### 5.3. Κριτήρια συνεχιζόμενης φροντίδας

**Κριτήριο 18. Σημειώνεται ο χρόνος οριζόμενης επανεξέτασης.**

Κριτήριο 18: Σημειώνεται ο χρόνος οριζόμενης επανεξέτασης		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	17	22	14	5	15	73
	Ποσοστό	42,5%	57,9%	35,9%	12,2%	36,6%	36,7%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	23	16	25	36	26	126
	Ποσοστό	57,5%	42,1%	64,1%	87,8%	63,4%	63,3%
Σύνολο	Συχνότητα	40	38	39	41	41	199
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο καθορισμού ημερομηνίας επανεξέτασης τηρείται στο 12,2 έως 57,9% των ΙΦ, συνολικά τηρείται στο 36,7% των ΙΦ.

**Κριτήριο 19. Άλτα προβλήματα υγείας από τις προηγούμενες συναντήσεις αντιμετωπίζονται στις επόμενες συναντήσεις.**

Κριτήριο 19: Άλτα προβλήματα υγείας από τις προηγούμενες συναντήσεις αντιμετωπίζονται στις επόμενες συναντήσεις		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	1	9	4	1	1	16
	Ποσοστό	02,9%	25,7%	10,3%	02,4%	02,6%	08,5%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	33	26	35	40	38	172
	Ποσοστό	97,1%	74,3%	89,7%	97,6%	97,4%	91,5%
Σύνολο	Συχνότητα	34	35	39	41	39	188
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο 19, που αφορά στην αντιμετώπιση άλτων προβλημάτων υγείας από προηγούμενες παρακολουθήσεις, τηρείται σε χαμηλό ποσοστό των ΙΦ (2,4%, 2,6%, 2,9%, 10,3%, 25,7%, αντίστοιχα από τους 5 γιατρούς). Συνολικά καταγράφεται στο 8,5% των ΙΦ.

**Κριτήριο 20. Καταγράφονται τα μη φυσιολογικά ευρήματα από τις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις και σημειώνονται τα πλάνα για την μελλοντική διαχείρισή τους**

Κριτήριο 20: Καταγράφονται τα μη φυσιολογικά ευρήματα από τις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις και σημειώνονται τα πλάνα για την μελλοντική διαχείρισή τους		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	1	21	23	10	2	57
	Ποσοστό	02,8%	53,8%	62,2%	25,0%	04,9%	29,5%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	35	18	14	30	39	136
	Ποσοστό	97,2%	46,2%	37,8%	75,0%	95,1%	70,5%
Σύνολο	Συχνότητα	36	39	37	40	41	193
	Ποσοστό	01,0%	21,0%	23,0%	10,0%	02,0%	57,0%

Σε σχέση με την καταγραφή των μη φυσιολογικών ευρημάτων από τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο και το πλάνο διαχείρισής τους, τηρείται σε βαθμό από 02,8% έως 62,2% των φακέλων. Συνολικά το κριτήριο αυτό τηρείται στο 29,5% των φακέλων.

**Κριτήριο 21. Καταχωρημένη απάντηση ειδικού**

Κριτήριο 21: Εάν εξηγήθηκε η γνώμη ειδικού, υπάρχει καταχωρημένη η απάντηση του ειδικού		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	1	2	2	2	2	9
	Ποσοστό	09,1%	10,0%	08,3%	07,1%	05,7%	07,6%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	10	18	22	26	33	109
	Ποσοστό	90,9%	90,0%	91,7%	92,9%	94,3%	92,4%
Σύνολο	Συχνότητα	11	20	24	28	35	118
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο 21, που αφορά στην καταγραφή και την ύπαρξη απάντησης του ειδικού στην παραπομπή, τηρείται μόνο στο 7,6% των ΙΦ.

**Κριτήριο 26. Υπάρχει μαρτυρία ότι έγινε κατάλληλη εκπαίδευση του ασθενή για την διάγνωση που ετέθη και την αντίστοιχη θεραπεία.**

Κριτήριο 26: Υπάρχει μαρτυρία ότι έγινε κατάλληλη εκπαίδευση του ασθενή για την διάγνωση που ετέθη και την αντίστοιχη θεραπεία		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	0	0	1	0	1	2
	Ποσοστό	00,0%	00,0%	02,6%	00,0%	02,4%	01,0%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	40	39	38	39	40	196
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	97,4%	100,0%	97,6%	99,0%
Σύνολο	Συχνότητα	40	39	39	39	41	198
	Ποσοστό	100,00%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο 26 που αφορά στην ύπαρξη μαρτυρίας ότι έγινε εκπαίδευση του ασθενή για τη διάγνωση που ετέθη και τη θεραπεία που εδόθη δεν τηρείται στους ΙΦ τριών από τους γιατρούς και ελάχιστα (2,4 και 2,6% στους ΙΦ των δύο άλλων γιατρών). Συνολικά μόνο το 1,0% των ασθενών εκπαιδεύεται για την ασθένειά του και τη θεραπεία του.

#### 5.4. Κριτήρια τεκμηρίωσης της πληροφορίας

**Κριτήριο 22. Οι εκθέσεις από παραπομπές, εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις επισυνάπτονται στον φάκελο**

Κριτήριο 22: Οι εκθέσεις από παραπομπές, εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις επισυνάπτονται στον φάκελο		ΙΑΤΡΟΣ					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	2	0	1	2	0	5
	Ποσοστό	5,9%	00,0%	02,6%	05,0%	00,0%	02,6%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	32	38	37	38	39	184
	Ποσοστό	94,1%	100,0%	97,4%	95,0%	100,0%	97,4%
Σύνολο	Συχνότητα	34	38	38	40	39	189
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο 22 που αφορά στην παρουσία στους ΙΦ των εκθέσεων από παραπομπές σε ειδικούς και για εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις τηρείται μόνο σε μικρό ποσοστό των ΙΦ που φθάνει μόλις το 5,9% συνολικά.

**Κριτήριο 27. Εκθέσεις από την νοσηλεία ασθενών στο νοσοκομείο, στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ), στο τμήμα φυσιοθεραπείας καθώς και από επισκέψεις κοινοτικών νοσηλευτριών στα σπίτια των ασθενών να υπάρχουν στους ΙΦ.**

Κριτήριο 27: Εκθέσεις από την νοσηλεία ασθενών στο νοσοκομείο, στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών		ΙΑΤΡΟΣ					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	0	0	1	0	1	2
	Ποσοστό	00,0%	00,0%	08,3%	00,0%	08,3%	05,1%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	2	4	11	9	11	37
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	91,7%	100,0%	91,7%	94,9%
Σύνολο	Συχνότητα	2	4	12	9	12	39
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο 27, που αφορά στην τεκμηρίωση της πληροφορίας από την παροχή φροντίδας εκτός κέντρου υγείας τηρείται σε χαμηλό ποσοστό από 0,0% – 8,3%, των ΙΦ. Συνολικά, το κριτήριο αυτό τηρείται στο 5,1% των ΙΦ

## 5.5. Κριτήριο για την ασφάλεια του ασθενούς

**Κριτήριο 23.** Δεν υπάρχει μαρτυρία ότι ο ασθενής έχει τεθεί σε κίνδυνο με κάποια διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία.

Κριτήριο 23: Δεν υπάρχει μαρτυρία ότι ο ασθενής έχει τεθεί σε κίνδυνο με κάποια διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία		ΙΑΤΡΟΣ					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	36	39	33	34	39	181
	Ποσοστό	90,0%	100,0%	84,6%	82,9%	95,1%	90,5%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	4	0	6	7	2	19
	Ποσοστό	10,0%	00,0%	15,4%	17,1%	4,9%	9,5%
Σύνολο	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο 23 το οποίο αναφέρεται στην ασφάλεια του ασθενούς από συγκεκριμένες θεραπείες ή φαρμακευτική αγωγή ή αμέλεια, δεν τηρείται σε ποσοστό που φθάνει σε ένα από τους γιατρούς στο 15,4%. Σε όλες όμως τις περιπτώσεις αφορούσε αμέλεια να αντιμετωπιστεί έγκαιρα πρόβλημα ή ανεπαρκή φροντίδα νοσημάτων που αποδειγμένα οδηγεί σε πιο γρήγορη εγκατάσταση επιπλοκών όπως στον Σακχαρώδη Διαβήτη και την Υπέρταση καθώς και στις κακοήθειες.

## 5.6. Κριτήρια για πολιτική Πρόληψης

**Κριτήριο 24.** Υπάρχει καταχωρημένη έκθεση των εμβολιασμών που έχει κάνει ο ασθενής.

Κριτήριο 24: Υπάρχει καταχωρημένη έκθεση των εμβολιασμών που έχει κάνει ο ασθενής		ΙΑΤΡΟΣ					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	0	0	0	0	0	0
	Ποσοστό	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο 24, που αφορά στην καταχώρηση της έκθεσης εμβολιασμών δεν τηρείται σε κανένα από τους ΙΦ.

**Κριτήριο 25. Υπάρχει μαρτυρία ότι προσφέρονται προληπτικοί έλεγχοι και υπηρεσίες σε συμφωνία με τις κατευθυντήριες οδηγίες.**

Κριτήριο 25: Υπάρχει μαρτυρία ότι προσφέρονται προληπτικοί έλεγχοι και υπηρεσίες σε συμφωνία με τις κατευθυντήριες οδηγίες		Ιατρός					Σύνολο
		A	B	Γ	Δ	E	
Τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	0	0	0	0	0	0
	Ποσοστό	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%	00,0%
Μη τήρηση κριτηρίου	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	40	39	39	41	41	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Το κριτήριο 25 δεν τηρείται σε κανένα από τους φακέλους.

## 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την αξιολόγηση των ΙΦ, έγιναν οι εξής διαπιστώσεις όσον αφορά τις διάφορες κατηγορίες κριτηρίων ποιότητας.

### *A. Κριτήρια δομής των ιατρικών φακέλων*

Δεν τηρούνται σε κανένα ή σχεδόν σε κανένα από τους ΙΦ τα κριτήρια καταγραφής:

- της ταυτότητας ή του ονόματος του ασθενούς, σε κάθε σελίδα του ΙΦ,1
- του βιογραφικού προφίλ του ασθενούς, 2
- του οικογενειακού ιστορικού, 10
- της λίστας των προσφάτων φαρμάκων,8
- των εμβολίων που έχει εκτελέσει ο ασθενής,24
- των συνηθειών τρόπου ζωής που αφορούν το κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ και εξαρτησιογόνων ουσιών, την άσκηση, τη διατροφή , και την καταγραφή του βάρους και του ύψους. 11

Τηρούνται σε μικρό ποσοστό τα κριτήρια καταγραφής-

- της λίστας του ατομικού ιατρικού αναμνηστικού (μόνο στο 7,0% των φακέλων καταγράφονται τα σοβαρά ατυχήματα και οι επεμβάσεις που έχει υποστεί ο ασθενής στο παρελθόν),
- της λίστας με τα προβλήματα υγείας (μόνο στο 16,9% των φακέλων καταγράφονται οι σημαντικές ασθένειες και καταστάσεις που εμφανίζει ο ασθενής)
- της υπογραφής του γιατρού ή των ηλεκτρονικών του κωδικών ή των αρχικών του κάτω από κάθε επεισόδιο φροντίδας(μόνο στο 20,0% των φακέλων πληρείται)
- των αλλεργιών και παρενεργειών σε φαρμάκων που εμφάνισε ο ασθενής(μόνο στο 14,2% των ΙΦ καταγράφονται αλλά απλά χωρίς να περιγράφεται το είδος και η σοβαρότητα της αλλεργίας).

Υπάρχει επίσης πρόβλημα με την ανάγνωση των φακέλων λόγω κακής γραφής και ακαταστασίας των γραφομένων, σε 39,5% των ΙΦ.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το πρόβλημα του έλλειψης καθορισμού του καρδιαγγειακού κινδύνου (που καθορίζεται σε σχέση με την ύπαρξη επιβαρυντικού οικογενειακού ιστορικού, ιστορικού σακχαρώδη διαβήτη, υπέρτασης και

δυσλιπιδαιμίας, καπνιστικής συνήθειας, παχυσαρκίας, έλλειψης άσκησης και κακής διατροφής), για λήψη προληπτικών μέτρων προκειμένου να προληφθεί πρόωρο καρδιαγγειακό επεισόδιο.

Επίσης, η έλλειψη πληροφορίας για την κατάσταση των εμβολιασμών των ατόμων δείχνει ότι δεν ασκείται προληπτική πολιτική για λοιμώδη νοσήματα, καθώς και η έλλειψη πληροφορίας για το βάρος, για τις καπνιστικές συνήθειες του ατόμου, για τη χρήση αλκοόλ, δείχνει ότι δεν τηρείται προληπτική πολιτική για την παχυσαρκία, τον διαβήτη, το κάπνισμα και τον αλκοολισμό.

Σε έρευνες όμως από ελέγχους των ΙΦ σε άλλες χώρες διαπιστώνομε ότι στο ΗΒ, σε έλεγχο που έγινε το 2002, από το τμήμα Health Informatics Unit του Royal College of Physicians (Ιατρικός σύλλογος Γιατρών ΗΒ), κατα τον οποίο αξιολογήθηκαν 149 φακέλοι<sup>(101)</sup> από Αγγλία και Ουαλία διαπιστώθηκε ότι 29% των σελίδων δεν είχαν τα στοιχεία ταυτότητας του ασθενή σε κάθε σελίδα σε σχέση με το 100% στον παρόντα έλεγχο, 9% των ΙΦ δεν ήσαν πλήρως κατανοητά σε σχέση με το 39% στον παρόντα έλεγχο, 11% δεν είχαν την ημερομηνία συνάντησης με τον ασθενή σε σχέση με το 0,0% στον παρόντα έλεγχο, και το 83% των ΙΦ δεν είχαν την υπογραφή του γιατρού σε σχέση με το 80% στον παρόντα έλεγχο. Η κατάσταση αυτή θεωρήθηκε ανησυχητική και κατακρίθηκε δημοσίως. Προς αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής το Health Informatics Unit του Royal College of Physicians, το 2008, καθιέρωσε κριτήρια ορθής τήρησης ΙΦ<sup>(11)</sup>, που αφορούσαν γενικά τους ΙΦ στο Ηνωμένο Βασίλειο, και το 2011, επανέλαβε την αξιολόγηση ιατρικών φακέλων διαπιστώνοντας πέραν του 90% συμμόρφωση με την καταγραφή της ημερομηνίας συνάντησης με τον ασθενή, των στοιχείων ταυτότητας του ασθενή σε κάθε σελίδα και 85% συμμόρφωση με την καταγραφή του ονόματος και της υπογραφής του γιατρού ευκρινώς. Η συμμόρφωση αυτή βελτιωνόταν με κάθε νέο έλεγχο των φακέλων που γινόταν, του οποίου προηγείτο ανατροφοδότηση από τα αποτελέσματα του προηγούμενου, φτάνοντας σχεδόν τον στόχο του 100% συνέπειας. Βασικός τρόπος βελτίωσης ήτο η ενημέρωση για κατευθυντήριες οδηγίες και η επιτέλεση αυτού τούτου του ελέγχου.

Σχεδόν 100% συνέπεια στην τήρηση ΙΦ, διαπιστώνεται και στον έλεγχο των ΙΦ από τους οικογενειακούς γιατρούς ενηλίκων στο Harvard Pilgrim Health Care Foundation στις ΗΠΑ, το 2009, όπου οι ΙΦ, 98% είχαν καταγραμμένες αλλεργίες από φάρμακα και παρενέργειές τους ή την απουσία ύπαρξής τους, 90% είχαν την λίστα με τα



σημαντικότερα νοσήματα και ιατρικές καταστάσεις, 93% είχαν την λίστα με τα ιατρικά προβλήματα στο παρελθόν που περιλάμβαναν σοβαρά ατυχήματα, εγχειρήσεις και ασθένειες. Είχαν βελτιώσει δε τα αποτελέσματά τους σε αυτό το επίπεδο, μετά από διαπίστωση από προηγούμενους ελέγχους των ΙΦ των ασθενών του ανωτέρω Ιδρύματος, ότι υπήρχε ανάγκη για βελτίωση της κατάστασης των ΙΦ όταν διαπιστώθηκε ότι μόνο 75% των ΙΦ, τηρούσαν το κριτήριο για την ύπαρξη αλλεργιών ή παρενεργειών στα φάρμακα(στην παρούσα έρευνα, το 2012, μόνο το 14,2% των ΙΦ πληρεί το κριτήριο αυτό). Είχε σταλεί δε υπενθύμιση στους γιατρούς της ΠΦΥ του εν λόγω ιδρύματος για την ανάγκη βελτίωσης την τήρησης των εν λόγω κριτηρίων ποιότητας(Roberta Herman,2005)

Στην Γαλλία, ένας έλεγχος των ΙΦ 224 γενικών γιατρών, το 2001, από τοπικούς αρχηγούς που επιλέγηκαν από την Εθνική Γαλλική Υπηρεσία για την Αξιολόγηση και την Διαπίστευση στις Υπηρεσίες Υγείας . Αξιολογήθηκαν σαν σημαντικά χαμηλού επιπέδου ποιότητας οι ΙΦ όταν διαπιστώθηκε ότι τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία, οι αλλεργίες και οι παρενέργειες στα φάρμακα και οι παράγοντες κινδύνου καταγράφονταν μόνο στο 40-70% των ΙΦ(στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκαν σε 0,0%, στο 14,2% και στο 0,0% αντίστοιχα των ΙΦ). Η κατάσταση των εμβολιασμών καταγραφόταν σε λιγότερο από το 40% των ΙΦ(σε σχέση με 0,0% στην παρούσα μελέτη). Όταν όμως τους δόθηκε προσωπική ανατροφοδότηση για τα αποτελέσματά τους και προσωπικές εισηγήσεις για βελτίωση, διαπιστώθηκε σημαντική βελτίωση των αποτελεσμάτων σε ένα δεύτερο έλεγχο με ανατροφοδότηση, που ήταν ακόμη μεγαλύτερη σε ένα τρίτο έλεγχο που έγινε. Το συμπέρασμα από την έρευνα αυτή ήταν ότι η διενέργεια του ελέγχου σε δύο γύρους, από τοπικούς αρχηγούς, κάτω από την καθοδήγηση της Εθνικής Υπηρεσίας για την αξιολόγηση και την διαπίστευση των Υπηρεσιών Υγείας καθώς και η επίγνωση της ανάγκης για αυτο-αξιολόγηση των γιατρών βοήθησε στην βελτίωση της ποιότητας των φακέλων και έβαλε τα θεμέλια για την εθνική αξιολόγηση των κέντρων υγείας.

Διαπιστούται λοιπόν πρόβλημα χαμηλού επιπέδου τήρησης κριτηρίων σωστής δομής των ΙΦ, με συνέπεια να υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στην ποσότητα και στην ποιότητα της πληροφορίας της σχετικής με τον άρρωστο. Ιδιαίτερα, η επιδίωξη της ολιστικής ιατρικής δεν εκπληρώνεται αφού σημαντικά στοιχεία της καταγωγής, της εργασίας, της μόρφωσης, της οικογενειακής κατάστασης, του οικογενειακού και ατομικού αναμνηστικού ελλείπουν συστηματικά από τους φακέλους.

Συνακόλουθα, αφενός η γρήγορη και πλήρης ενημέρωση των άλλων επαγγελματιών υγείας που χειρίζονται από κοινού τον ασθενή είναι ελλιπής και αφετέρου σοβαρή πληροφορία απαραίτητη για τη διαχείριση των προβλημάτων των ασθενών απουσιάζει. Σίγουρα η έλλειψη των σημαντικών αυτών κριτηρίων ποιότητας επηρεάζει την επίτευξη συνεχιζόμενης, ολοκληρωμένης και ολιστικής αντιμετώπισης τους ασθενούς που αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά των σωστής ΠΦΥ, σε βάρος της ασφάλειας του ασθενούς και της ποιότητας της προσφερόμενης φροντίδας.

### ***B. Κριτήρια για τη συμπεριφορά των γιατρών σε σχέση με τη διαχείριση του ιατρικού προβλήματος του ασθενούς με βάση κατευθυντήριες οδηγίες***

Παρατηρήθηκε ότι καταγράφονται τα κατάλληλα υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα από τα επεισόδια φροντίδας του ασθενή μόνο στο 7,0% των ΙΦ, ενώ η παραγγελία εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων είναι κατάλληλη μόνο στο 12,10% των ΙΦ. Ταυτόχρονα, η καταγραφή των μη φυσιολογικών ευρημάτων από τις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις και η καταγραφή των σχεδιασμών για τη μελλοντική διαχείρισή τους τηρείται μόνο στο 29,5% των ΙΦ.

Η διάγνωση είναι συνεπής με τα ευρήματα μόνο στο 35,5% των ΙΦ, το δε θεραπευτικό πλάνο είναι συνεπές με την διάγνωση στο 19,9% των ΙΦ. Παρατηρείται επίσης ότι η διατύπωση σημειώσεων σχετικών με τη συνάντηση και των οδηγιών για παρακολούθηση καθώς και για τις τυχόν παρενέργειες των φαρμάκων που έχουν συνταγογραφηθεί τηρείται στο 7,8% των ΙΦ και η παραπομπή σε ειδικό είναι ενδεδειγμένη μόνο στο 32,40% των ΙΦ και για αναλύσεις αίματος και άλλων εξετάσεων στο 12,1% των ΙΦ.

Σε έρευνες όμως από ελέγχους των ΙΦ σε άλλες χώρες διαπιστώθηκε σε έλεγχο ΙΦ γενικών γιατρών που έγινε στην Ολλανδία, το 2002<sup>(120)</sup>, σχετικά με την παραγγελία αναλύσεων αίματος διαπιστώθηκε ότι μόνο το 39,1% των παραγγελιών ήταν συνεπείς με τις κατευθυντήριες οδηγίες, ενώ 3,6% δεν ήταν συνεπείς επειδή δεν παραγγέλλονταν επαρκείς αναλύσεις, ενώ 45,4% ήταν μη συνεπείς γιατί παραγγέλλονταν περισσότερες απ'ότι έπρεπε αναλύσεις με σημαντικές διακυμάνσεις στα αποτελέσματα μεταξύ των γιατρών από τα διάφορα κέντρα. Τα αποτελέσματα αυτά ακατάλληλης παραγγελίας εξετάσεων εθεωρήθηκαν ενδεικτικά της έλλειψης ενημέρωσης των γενικών γιατρών για τις ενδείξεις για αναλύσεις αίματος και ότι η ποιότητα της παραγγελίας αναλύσεων χρειαζόταν βελτίωση.

Επίσης όσον αφορά την συνέπεια με τις οδηγίες για καταλληλότητα της παραπομπής για απεικονιστικές εξετάσεις αυτή σε ένα έλεγχο των ιατρικών φακέλων για την παραπομπή για αξονική τομογραφία για τραύμα ήτο κατάλληλη μόνο στο 56% των παραπομπών<sup>(121)</sup>.Υποχρεωτική όμως εφαρμογή κριτηρίων καταλληλότητας της παραπομπής (από την Αμερικάνικη Εταιρεία Ακτινολόγων), για όλα τα είδη αξονικής τομογραφίας σε ασθενείς στο Ισραήλ προκάλεσε ελάττωση στις παραπομπές μεγαλύτερη από το 30%(Tal et al. 2004,που παρουσιάστηκε στη χρονιάία συνάντηση της ακτινολογικής εταιρείας της Βορείου Αμερικής, στο Σικάγο το 2004).Παρόμοια ευρήματα διαπιστώθηκαν και σε έλεγχο για την καταλληλότητα της παραπομπής για ακτινογραφία Οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης και γόνατος στην γενική ιατρική στο ΗΒ<sup>(122)</sup> όπου διαπιστώθηκε σημαντική ελάττωση στην ακατάλληλη παραγγελία των ανωτέρω ακτινογραφιών όταν επισυνάπτονταν στις εκάστοτε εκθέσεις των ακτινογραφιών που έγιναν κατευθυντήριες οδηγίες για την ορθή παραπομπή, ή αξιολόγηση της παραπομπής και επανατροφοδότηση ή σχετικό εκπαιδευτικό υλικό υπενθύμισης, ή συνδιασμός αξιολόγησης και επανατροφοδότησης με εκπαιδευτικό υλικό. Τα καλύτερα αποτελέσματα διαπιστώθηκαν στο τελευταίο είδος παρέμβασης.

Στην παρούσα μελέτη η συνέπεια στην τήρηση του κριτηρίου για την καταλληλότητα της παραπομπής για εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο πληρείται μόνο στο 12,1% των φακέλων.

Συνεπώς, υπάρχει χαμηλό ποσοστό συμμόρφωσης των γιατρών σε σχέση με τη διαχείριση του προβλήματος του ασθενή βάσει κατευθυντηρίων οδηγιών. Αυτό δείχνει την έλλειψη τήρησης κατευθυντηρίων οδηγιών όσον αφορά τη διάγνωση, τη διαφορική διάγνωση, τη θεραπεία, την παραγγελία εξετάσεων (εργαστηριακών και απεικονιστικών), την παραπομπή σε ειδικό, και τη σωστή καθοδήγηση του ασθενή για το πρόβλημά του και την θεραπεία του. Μη τήρηση κατευθυντηρίων οδηγιών όμως δεν προάγει την καλή πρακτική<sup>(116)</sup>, σε βάρος της ποιότητας της φροντίδας του ασθενή, της ασφάλειας του, της ικανότητας του για αυτοδιαχείριση και γενικά δεν προάγεται η αποτελεσματική χρήση των πόρων (ανθρώπινων και υλικών).

Το συχνότερο δε πρόβλημα συνταγογράφησης που διαπιστώθηκε αφορούσε τη συχνή χορήγηση αντιβιοτικών για ιογενή νοσήματα, τη συχνή συνταγογράφηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών αναλγητικών και ιδιαίτερα σε άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια, σακχαρώδη διαβήτη, και την επαναλαμβανόμενη συνταγογράφηση βιταμινών και αλοιφών αδιακρίτως καθώς και φαρμάκων για ιλίγγους, εμβοές και

χρόνια κόπωση με αμφίβολα αποτελέσματα. Δεν είναι τυχαίο ότι η Κύπρος είναι η δεύτερη χώρα της Ευρώπης στην κατανάλωση αντιβιοτικών.

### ***Γ. Κριτήρια συνεχιζόμενης φροντίδας***

Ο καθορισμός ημερομηνίας επανεξέτασης για το παρόν πρόβλημα καταγράφεται μόνο στο 36,7% των φακέλων ενώ τα άλλα προβλήματα υγείας από προηγούμενες συναντήσεις αντιμετωπίζονται στις επόμενες μόνο στο 08,5% των ΙΦ. Παράλληλα, τα όποια παθολογικά ευρήματα από εξετάσεις καταγράφονται και προγραμματίζεται μελλοντική διαχείρισή τους μόνο στο 29,5% των ΙΦ.

Η απάντηση του ειδικού είναι καταχωρημένη μόνο στο 07,6% των ΙΦ και οι σχετικές εκθέσεις από παρακολούθηση και προσφορά υπηρεσιών υγείας εκτός του κέντρου υγείας όπως στο ΤΑΕΠ, στο τμήμα φυσιοθεραπείας, σε ιδιωτικές κλινικές και ιατρεία, σε θαλάμους του νοσοκομείου και από επισκέψεις κατ' οίκον κοινοτικών νοσοκόμων υπάρχει μόνο στο 05,1% των ΙΦ.

Διαπιστώνεται επίσης χαμηλό ποσοστό τήρησης των κριτηρίων συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας με αποτέλεσμα το άλλο σημαντικό συστατικό της καλής ΠΦΥ, η συνεχιζόμενη φροντίδα υγείας να είναι ελλιπής σε βάρος της ποιότητας περίθαλψης, της σπατάλης των πόρων και της απώλειας σημαντικής πληροφορίας για τον ασθενή σε βάρος της σωστής διαχείρισης των χρόνιων προβλημάτων υγείας του.

Ιδιαίτερο είναι το πρόβλημα με την έλλειψη απάντησης από ειδικούς όταν τους παραπέμπονται περιστατικά από την ΠΦΥ, είτε για επιβεβαίωση διάγνωσης, είτε για περεταίρω διερεύνηση και θεραπεία, είτε για να ζητηθεί η δική τους γνώμη για δύσκολο περιστατικό. Η έλλειψη ανατροφοδότησης από τους ειδικούς δεν προάγει την βελτίωση της εξειδικευμένης γνώσης των γενικών γιατρών και τους στερεί από σημαντική πληροφορία για την κατάσταση της υγείας του ασθενή.

### ***Δ. Κριτήρια τεκμηρίωσης της πληροφορίας που περιέχεται στους φακέλους***

Η καταχώρηση της απάντησης του ειδικού εφόσον εξητήθη η γνώμη του, τηρείται στο 7,6% των ΙΦ. για το λόγο ότι οι ειδικοί δεν ενημερώνουν τους γενικούς γιατρούς για τον χειρισμό που έτυχε ο ασθενής που τους έγινε παραπομπή. Παράλληλα, όμως τα αντίγραφα των παραπομπών σε ειδικούς, των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων καθώς και των αποτελεσμάτων τους επισυνάπτονται στον φάκελο σε ελάχιστο αριθμό φακέλων ( 2,6%). Οι δε εκθέσεις από τη νοσηλεία ασθενών στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου, στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων

Περιστατικών, στο τμήμα φυσιοθεραπείας καθώς και από επισκέψεις κοινοτικών νοσηλευτριών στα σπίτια των ασθενών καταχωρούνται σε ποσοστό 5,1% των ΙΦ.

Διαπιστώνεται χαμηλός βαθμός τεκμηρίωσης σε βάρος της ποιότητας και της ποσότητας της πληροφορίας που αφορά τον ασθενή.

### ***E. Κριτήριο ασφάλειας του ασθενή***

Δεν υπάρχει μαρτυρία ότι οποιοσδήποτε ασθενής έχει τεθεί σε κίνδυνο με κάποια διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία ή αμέλεια ή καθυστέρηση στη διερεύνηση προβλήματος υγείας, στο 90,5% των ΙΦ. Σε ένα ποσοστό 9,5% των φακέλων βρέθηκε ότι υπήρξε θέμα καθυστέρησης έναρξης της θεραπείας με αποτέλεσμα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη και Υπέρταση να μην παίρνουν έγκαιρα θεραπεία ή να παραμένουν αρρυθμιστα για κάποιο χρονικό διάστημα με συνέπεια επιπλοκές καθώς επίσης άτομα ύποπτα για κακοήθεια να μην διερευνώνται έγκαιρα με συνέπεια εξέλιξη του σταδίου της νόσου.

Το κριτήριο 23, το οποίο αναφέρεται στην ασφάλεια του ασθενούς και την έκθεση της ζωής του σε κίνδυνο από συγκεκριμένες θεραπείες ή φαρμακευτική αγωγή δεν τηρείται σε ποσοστό που φθάνει σε ένα από τους γιατρούς στο 15,4%. Σε όλες όμως τις περιπτώσεις αφορούσε αμέλεια να αντιμετωπιστεί έγκαιρα πρόβλημα ή ανεπαρκή φροντίδα νοσημάτων που αποδειγμένα οδηγεί σε πιο γρήγορη εγκατάσταση επιπλοκών όπως στον Σακχαρώδη Διαβήτη και την Υπέρταση καθώς και στις κακοήθειες. Δεν είχε καταγραφεί καμία σοβαρή παρενέργεια ή αλλεργική αντίδραση σε φάρμακο που να έθεσε την ζωή του ασθενή σε κίνδυνο.

Όπως διαπιστώθηκε από μελέτες από άλλες χώρες και ειδικά από το τμήμα Γενικής Ιατρικής του Brigham and Women's Hospital, στη Βοστώνη των ΗΠΑ το 2000<sup>(118)</sup>, οι επιπλοκές από την χρήση φαρμάκων στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα, ήταν συνήθεις, ιδιαίτερα σε ασθενείς με πολλαπλά προβλήματα υγείας, παρόλον ότι δεν καταγράφονται συνήθως στους ΙΦ(μόνο στο 3% των περιστατικών καταγράφηκε). Σε μία άλλη μελέτη από την Σχολή Δημόσιας Υγείας του Harvard, σε 4 κέντρα ΠΦΥ ενηλίκων στη Βοστώνη(ΗΠΑ), το 2003<sup>(119)</sup>, διαπιστώθηκε ότι οι Παρενέργειες από φάρμακα είναι συνηθισμένες στην ΠΦΥ(σε 25% των λαμβανόντων φαρμακευτική αγωγή), 23% αυτών είναι σοβαρές, 20% θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί και 28%

θα μπορούσαν να περιοριστούν , με την σωστή παρακολούθηση. Όμως σε ένα ποσοστό 63% οι γιατροί δεν κατέγραψαν και δεν ανταποκρίθηκαν στα συμπτώματα που τους ανέφερε ο ασθενής και που συνδέονταν με τα φάρμακα.

Στην παρούσα μελέτη καταγράφηκε η ύπαρξη ή μη ύπαρξη αλλεργίας στο φάρμακο μόνο στο 14,2% των ΙΦ χωρίς να καταγράφεται όμως η σοβαρότητα και το είδος της αλλεργίας. Δεν καταγράφηκαν ποτέ πληροφορίες για παρενέργειες φαρμάκων.

Άρα, πιθανόν να υπήρξαν σοβαρά περιστατικά από φάρμακα στο κέντρο ΠΦΥ της παρούσας μελέτης ,αλλά αυτά δεν καταγράφηκαν και δεν αντιμετωπίστηκαν στο κέντρο.

### ***ΣΤ. Κριτήρια για ύπαρξη πολιτικής για την πρόληψη***

Παρατηρείται ότι δεν υπάρχει σε κανένα από τους φακέλους κατάλογος με τα εμβόλια που χορηγήθηκαν στον ασθενή και παράλληλα, δεν υπάρχει σε κανένα από τους ΙΦ καταγεγραμμένο κατά πόσο διενεργήθηκαν προληπτικοί έλεγχοι και υπηρεσίες σε συμφωνία με κατευθυντήριες οδηγίες για Υπηρεσίες Κλινικής Πρόληψης.

Μελέτες τώρα σε χώρες του εξωτερικού, και ειδικά μία ανασκόπηση 3462 φακέλων από 79 κέντρα ΠΦΥ, στο Ohio(USA)<sup>(117)</sup>, το 2005, διαπιστώθηκε ότι η συμπλήρωση των ΙΦ ποικίλλει σημαντικά στα διάφορα κέντρα ΠΦΥ, ότι στο 34% των ΙΦ υπήρχε καταχώριση του καταλόγου με τα εμβόλια του ασθενούς, στο 33% για την παροχή διερευνητικών ελέγχων για πρόληψη, και στο 3% για συμβουλευτική καθοδήγηση για αυτοφροντίδα. Συνδεόταν δε η υψηλότερη συχνότητα παροχής υπηρεσιών πρόληψης με την ύπαρξη και την συμπλήρωση στους φακέλους ξεχωριστών σελίδων για τους εμβολιασμούς, για την παροχή ελέγχων πρόληψης και για συμβουλευτική.

Στην παρούσα εργασία δεν τηρούνται σε κανένα από τους φακέλους τα κριτήρια πρόληψης, δεν υπάρχουν ξεχωριστές σελίδες για την καταχώριση πληροφορίας για εμβολιασμούς, για την παροχή ελέγχων πρόληψης και για συμβουλευτική. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ενδεικτικά της έλλειψης πολιτικής για την πρόληψη.

### ***Γενικές παρατηρήσεις***

Συγκρίνοντας το ποσοστό συμμόρφωσης των πέντε γιατρών του κέντρου, μεταξύ τους, προς τα 27 κριτήρια ποιότητας, διαπιστώνεται ότι είναι χαμηλό όσον αφορά σχεδόν όλα τα κριτήρια ποιότητας για όλους τους γιατρούς.

Παρόλο ότι υπάρχει αρκετή ανομοιογένεια μεταξύ των γενικών γιατρών του κέντρου, όσον αφορά τα διάφορα προσόντα των γιατρών που σχετίζονται με το πανεπιστήμιο βασικών σπουδών, την απόκτηση ειδικότητας γενικής ιατρικής, την διάρκεια άσκησης του επαγγέλματος και την συνεχιζόμενη ιατρική ενημέρωση, εντούτοις σε όλους η τήρηση των ιατρικών φακέλων, είναι ανεπαρκής με χαμηλό ποσοστό συνέπειας προς τις οδηγίες. Αυτό αντανακλά το γενικό κλίμα έλλειψης πολιτικής και εκπαίδευσης των γιατρών της ΠΦΥ στην τήρηση ΙΦ, στην τήρηση κατευθυντηρίων οδηγιών και τελικά ελέγχου και αξιολόγησης των προσφερόμενων Υπηρεσιών Υγείας.

Η έρευνα τώρα από άλλες χώρες έδειξε ότι η ποιότητα τήρησης ΙΦ, σε αναπτυγμένες χώρες ποικίλλει τόσο σε σχέση με την χώρα όσο και σε σχέση με την περιοχή της ίδιας χώρας. Όμως οι διάφορες αναπτυγμένες χώρες πήραν μέτρα και θεσμοθέτησαν κριτήρια καλής πρακτικής όσον αφορά την τήρηση των ΙΦ και εφάρμοσαν τον τακτικό έλεγχο των ΙΦ τόσο για αξιολόγηση της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας όσο και για την αξιολόγηση των γιατρών.

Συγκεκριμένα στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 2002, η Health Informatics Unit του Royal College of Physicians (HIU RCP) διαπίστωσε μετά από έλεγχο ΙΦ σε Ουαλία και Αγγλία φτωχή ποιότητα τήρησης των ΙΦ. Δέχτηκε δε σοβαρή δημόσια κριτική για την κατάσταση αυτή στους ΙΦ, ιδιαίτερα μετά την έρευνα Bristol Kennedy Inquiry 2001<sup>(103)</sup> από τον καθηγητή Ian Kennedy, που βρήκε ότι το ένα τρίτο των ασθενών του παιδιατρικού νοσοκομείου καρδιοχειρουργικής του Bristol δέχθηκαν ανεπαρκή φροντίδα όπως φάνηκε από τους ιατρικούς φακέλους, άρχισε την διαδικασία για την θεσμοθέτηση κριτηρίων ποιότητας τήρησης ΙΦ. Δόθηκε δε μεγάλη σημασία στην τήρηση των ΙΦ γιατί σύμφωνα με το Reason's Swiss Cheese Model(2000), η μη ικανοποιητική τήρηση των ΙΦ είναι ενδεικτική ενεργού ή λανθάνουσας αποτυχίας του εθνικού συστήματος υγείας να προστατευθεί από κατηγορίες και δίκες για κακή πρακτική.

Προς αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής το Health Informatics Unit του Royal College of Physicians, το 2008, καθιέρωσε κριτήρια ορθής τήρησης ΙΦ<sup>(11)</sup>, που αφορούσαν όλους τους ΙΦ στο Ηνωμένο Βασίλειο, και το 2011, επανέλαβε την αξιολόγηση ιατρικών φακέλων διαπιστώνοντας πέραν του 90% συμμόρφωση. Η συμμόρφωση αυτή βελτιωνόταν με κάθε νέο έλεγχο των φακέλων που γινόταν, του

οποίου προηγείτο ανατροφοδότηση από τα αποτελέσματα του προηγούμενου, φτάνοντας σχεδόν τον στόχο του 100% συνέπειας. Βασικός τρόπος βελτίωσης ήτο η ενημέρωση για κατευθυντήριες οδηγίες και η επιτέλεση αυτού τούτου του ελέγχου.

Παρόμοιες ενέργειες βελτίωσης της ποιότητας των ΙΦ, έγιναν και στον Καναδά, στην Ολλανδία, στις ΗΠΑ και την Αυστραλία.

Παράλληλα ιδρύθηκαν σε ορισμένες αναπτυγμένες χώρες, εταιρείες προστασίας των γιατρών της χώρας από λάθη και νομικές καταδιώξεις με στόχο την ασφάλεια του ασθενούς αλλά και του γιατρού, μή ασφαλιστικού χαρακτήρα στον Καναδά(The Canadian Medical Protective Association) και το Ηνωμένο Βασίλειο(Medical Protection Society), με ασφαλιστικό χαρακτήρα στις ΗΠΑ(The Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions), όπου δίνεται κάθε είδους ιατρική εκπαίδευση και οδηγία για αποφυγή λαθών και βλαβών στον ασθενή με ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση για σωστή τήρηση ΙΦ.

Τεκνικά, καλύτερη συνέπεια με τα κριτήρια σωστής τήρησης ΙΦ παρατηρείται στις χώρες και στις περιοχές και στα ιδρύματα με ισχυρή παράδοση στην τακτική διαξαγωγή ελέγχων με βάση θεσμοθετημένα κριτήρια ποιότητας στην τήρηση ΙΦ, ιδιαίτερα όταν ο έλεγχος και η ανατροφοδότηση γίνεται πιο προσωπικά και σε ποιά συγκεκριμένη περίπτωση και χρόνο σε συνδιασμό με παροχή σχετικού εκπαιδευτικού υλικού.

Η Κύπρος δε, σε σύγκριση με άλλες αναπτυγμένες χώρες, διαπιστώνεται να έχει μειονεκτική θέση στη συμμόρφωση των γιατρών της ΠΦΥ προς κριτήρια ποιότητας τήρησης ΙΦ.

Είναι έκδηλο ότι τήρηση των ΙΦ στην ΠΦΥ της Κύπρου, υστερεί σοβαρά, ιδιαίτερα στη σύγχρονη εποχή όπου σε όλες τα αναπτυγμένες χώρες έχουν καθορίσει κριτήρια ορθής τήρησης των ΙΦ και ο έλεγχος και η ανατροφοδότηση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί συνήθη πρακτική για την βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

## 7. ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Παρατίθενται μερικές εισηγήσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση της πρακτικής των γιατρών ώστε να επιτευχθεί αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας



- Το κράτος σε συνεργασία με τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο, και τις Εταιρείες Γενικής Ιατρικής για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να αναπτύξει πολιτική υγείας και να θεσμοθετήσει κανονισμούς και κίνητρα που ενισχύουν την ΠΦΥ
- Η ΠΦΥ της Κύπρου να έχει την δική της φυσιογνωμία που να στηρίζεται στα δικά της ιστορικά δεδομένα, τις ανάγκες, και τις προσδοκίες και τις αξίες της κοινωνίας και των ανθρώπων της Κύπρου.
- Η ΠΦΥ να προσφέρεται στα μεγάλα αστικά κέντρα από οικογενειακούς γιατρούς , ειδικούς παθολόγους, γενικούς παιδίατρος, ψυχιάτρος , οδοντίατρος και εφόσον υπάρχουν γενικούς γυναικολόγους, και γενικούς οφθαλμιάτρος. Στα αγροτικά κέντρα πρέπει να υπάρχουν οικογενειακοί γιατροί στους οποίους να δίνονται ειδικά κίνητρα για εργασία στην επαρχία.
- Καθορισμός Πολιτικής από την Κυβέρνηση, θεσμοθέτηση αρχών καλής πρακτικής στις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και βάσει αυτών καθορισμός κριτηρίων ποιότητας στην λειτουργία των Κέντρων Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας.
- Θεσμοθέτηση κριτηρίων ποιότητας στην τήρηση ιατρικών φακέλων στην ΠΦΥ, αφού οι ποιοτική τήρηση των ΙΦ αποτελεί ένα βασικό συστατικό για την επίτευξη του πολυδιάστατου ρόλου της ΠΦΥ.
- Να καθοριστούν οι εκπαιδευτικές ανάγκες για την διδασκαλία και προγράμματα εκπαίδευσης των γενικών γιατρών στην σωστή τήρηση ΙΦ
- Καθορισμός από το Υπουργείο Υγείας του θεσμού του ελέγχου των ιατρικών φακέλων ανά τακτά χρονικά διαστήματα.
- Καθορισμός από το Υπουργείο Υγείας των στόχων της πρωτοβάθμιας υγείας σε συνεργασία με εκπροσώπους της ΠΦΥ.
- Καθορισμός, τοπικού προσανατολισμού κατευθυντηρίων οδηγιών για την πρωτοβάθμια φροντίδα για τα συνηθέστερα προβλήματα υγείας των κέντρων υγείας από γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας και διασπορά τους με διδασκαλία από τοπικά επιλεγμένους και αναγνωρισμένους συναδέλφους της γενικής ιατρικής.
- Καθιέρωση επικοινωνίας μεταξύ των υπευθύνων των κέντρων υγείας και των υπευθύνων των κλινικών τμημάτων του νοσοκομείου για θέματα-
  - ✓ Επατροφοδότησης σε σχέση με τα παραπεμπτικά των γενικών γιατρών

- ✓ Συνεχιζόμενη εκπαίδευση των γενικών γιατρών από γιατρούς ειδικοτήτων με αναγνωρισμένη πείρα στην ιατρική εκπαίδευση, στους χώρους των κλινικών, σε συναντήσεις ένας προς ένα, και ανάλογα με τις ανάγκες των γενικών γιατρών.
- Εξωτερικό έλεγχο που στοχεύει στη διόρθωση της υποχρησιμοποίησης υπαρχουσών υπηρεσιών, που να δίνει γρήγορη ανατροφοδότηση, ή ατομική για κάθε ασθενή υπενθύμιση και στο σχεδιασμό του οποίου εμπλέκονται και οι συμμετέχοντες στον έλεγχο.
- ✓ Καθιέρωση επικοινωνίας μεταξύ των υπευθύνων των κέντρων υγείας και των υπευθύνων των εργαστηρίων και των φαρμακευτικών υπηρεσιών σε θέματα επανατροφοδότησης για τις παραγγελίες για εργαστηριακές αναλύσεις και απεικονιστικές εξετάσεις και για θέματα σωστής συνταγογράφησης, αντίστοιχα.
- Τροποποίηση διοικητικής ή οργανωτικής δομής των κέντρων υγείας, καθιερώνοντας τοπικές πολιτικές και διαδικασίες όπως:
  - ✓ η τοιχοκόλληση των κατευθυντηρίων οδηγιών
  - ✓ η εισαγωγή τοπικών φαρμακευτικών οδηγιών συνταγογράφησης
  - ✓ βοήθεια από ειδικούς όπως φαρμακοποιούς για εισηγήσεις τροποποίησης συνταγογράφησης ή φυσιοθεραπευτών για εξετάσεις λειτουργίας των πνευμόνων ή προγράμματος ηλεκτρονικού υπολογιστή για βοήθεια στην διάγνωση ιατρικών προβλημάτων και υπενθύμιση για χρονιαίους ελέγχους και κατευθυντήριες οδηγίες
  - ✓ εξωτερικά συστήματα ελέγχου από ιατρικές εταιρείες για έλεγχο κυρίως της υπερχρησιμοποίησης για περιορισμό του κόστους φροντίδας.
- ✓ Καθιέρωση τακτικής επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας του κέντρου για θέματα πολυεστιακών παρεμβάσεων για την βελτίωση της προσφερόμενων υπηρεσιών καθώς και για ανασκόπηση συγκεκριμένων περιστατικών ασθενών από συναδέλφους του κέντρου, με βάση κριτήρια ποιότητας(peer review)
- Καθιέρωση οικονομικών κινήτρων υπό την μορφή προαγωγής, για βελτίωση πρακτικής.
- Διερεύνηση της πιθανότητας υιοθέτησης ενός μοντέλου υποσυστήματος υγείας όπως εκείνο του Kaiser Permanente της Καλιφόρνιας των ΗΠΑ, όπου οι γιατροί της ΠΦΥ περιλαμβάνουν γιατρούς που έχουν αναγνωρισμένη

ειδικότητα για οικογενειακή ιατρική, εσωτερική παθολογία, παιδιατρική και μαιευτική και γυναικολογία, υποστηριζόμενοι από εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες και μικρό ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο. Το εν λόγω μοντέλο έχει αποδειχθεί πιο αποτελεσματικό και αποδοτικό με λιγότερο κόστος από εκείνο του NHS στην Αγγλία. Στην Κύπρο υπάρχει σε αρκετά κέντρα υγείας η κουλτούρα των ειδικοτήτων στην ΠΦΥ, που συνήθως την εκπροσωπούν ψυχίατροι, παιδίατροι, οδοντίατροι και σε ορισμένα μεγάλα κέντρα γυναικολόγοι και οφθαλμίατροι. Παράλληλα, οι νοσηλεύτριες έχουν εργαστεί προηγουμένως σε διάφορα τμήματα του νοσοκομείου, οπότε έχουν κάποια εξειδίκευση.

- Διερεύνηση της πιθανότητας λειτουργίας των κέντρων επί 24ώρου βάσεως

## 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υπό το φως των πιο πάνω αβίαστα βγαίνει το συμπέρασμα ότι η πληροφορία που καταχωρείται στους φακέλους είναι φτωχή σε ποσότητα, ποιότητα και τεκμηρίωση. Παράλληλα, δεν καθορίζονται παράγοντες κινδύνου για την άσκηση προληπτικής πολιτικής υγείας, ιδιαίτερα για άτομα με μεταβολικό σύνδρομο, παχύσαρκους, με οριακή υπέρταση ή προδιαβητική κατάσταση.

Γίνεται κατάχρηση αντιβιοτικών ιδιαίτερα στο κοινό κρυολόγημα και τη γρίπη, διαπιστούται δε πολυφαρμακία από την ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση βιταμινών, ηρεμιστικών σαν υπναγωγών, παυσίπονων φαρμάκων, διάφορων ειδών αλοιφών και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.

Επιπρόσθετα, μεγάλης σημασίας θέμα είναι και η έλλειψη επικοινωνίας-

- ✓ με τους ειδικούς γιατρούς ,οι οποίοι εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις, δεν απαντούν στα παραπεμπτικά των γενικών γιατρών με αποτέλεσμα όλη αυτή η γνώση για την υγεία του ασθενούς που αποκτάται από την εξειδικευμένη διερεύνηση να χάνεται και η γνώση για τον άρρωστο να είναι ελλιπής και αποσπασματική)
- ✓ με το εργαστήριο για την ορθότητα και την συχνότητα εργαστηριακής παρακολούθησης χρόνιων νόσων και την αναγκαιότητα εξειδικευμένων αναλύσεων
- ✓ με τις φαρμακευτικές υπηρεσίες για ανατροφοδότηση για πιθανά λάθη στην συνταγογράφηση και την επιλογή φαρμάκων.

Η θεραπεία, η διάγνωση, η παραπομπή για εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις, η παραπομπή σε ειδικό, δε γίνονται με βάση κατευθυντήριες οδηγίες, ενώ το ποσοστό συμμόρφωσης με τις οδηγίες ορθής τήρησης των ΙΦ είναι γενικά χαμηλό για όλους τους γιατρούς του κέντρου, ανεξάρτητα από τα προσωπικά προσόντα του κάθε γιατρού που αφορούν το πανεπιστήμιο βασικών σπουδών, την ύπαρξη ειδικότητας στην Γενική Ιατρική, τη νοοτροπία συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης και την διάρκεια άσκησης του επαγγέλματος.

Τελικά όσον αφορά στην αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ που προσφέρονται στο κέντρο υγείας με βάση τα χαρακτηριστικά καλών υπηρεσιών ΠΦΥ που καθορίστηκαν προηγουμένως, διαπιστώνεται χαμηλό ποσοστό τήρησης των κριτηρίων:

- Συνεχιζόμενης φροντίδας(continuity and longtuitity of care),
- Ολοκληρωμένης φροντίδας (comprehensiveness of care), και κριτηρίων
- Συντονισμένης φροντίδας(Coordination of Care),

Με συνέπεια, η ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ, που προσφέρεται να μην είναι η ενδεδειγμένη.

## 9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. The College of Physicians and Surgeons of Ontario. A guide to current medical record-keeping practices: a focus on record-keeping in the office-based setting. 2012
2. Canadian Medical Association. Physician Services. Module 6. Medical Records. Ottawa. 2011
3. College of Physicians & Surgeons of Nova Scotia. Guidelines for Medical Record-Keeping 2008. Canada
4. The Royal Australian College of General Practice. Standards for General Practices. 4<sup>th</sup> edition. Standard 1.7. Content of patient health Record. Melbourne. 2010
5. The Royal New Zealand College of General Practitioners. Fellowship Assessment Visit. 2012. Information Booklet for Candidates. New Zealand. 2012.
6. Royal College of General Practitioners. Good Medical Practice for General Practitioners. London. 2008
7. Carpenter I., Bridgelal R., Croft G., Williams J. Medical records and record-keeping standards. Clinical Medicine. 2007; 7(4):328-331
8. Royal College of Physicians. Developing Professional Record Keeping Standards and Clinicians Guidelines. London. 2008
9. Department of Health. The Good Practice Guidelines for GP Electronic Patient Records. London. 2011
10. Medical Protection Society UK. Medical Records. England factsheets. London. 2012
11. Medical Protection Society UK. Writing good medical records-GP Registrar.
12. Grol R. National standard setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and response to a set of standards. British Journal of General Practice. 1990; 40:361-364
13. NHG-Standaarden voor de huisarts (Dutch College of General Practitioners). The Netherlands. 2007.
14. AmeriHealth. Medical Records Keeping Standards. USA. 2012

15. National Committee for Quality Assurance. Rules in keeping Medical Records. Washicton DC. 2005.
16. Harvard Pilgrim Health Care. Medical Record Standards. 2010.
17. Goulet F., Jacques A., Gagnon R., Bourbeau D., Laberge D., Melanson J. et al. Performance assessment. *Canadien Family Physician*. 2002; 48:1337-1344
18. Irish College of General Practitioners. Professional Competence. 2012. Duplin
19. Royal College of Physicians. Revalidation and the quality of medical note keeping. UK. 2012
20. Revalidation: The way ahead Consultation on the General Medical Council (Licence to practice and Revalidation) Regulations. General Medical Council. United Kingdom. 2011
21. Richard B., Moira R., Lakhani M. Quality of care of patients with diabetes: collation of data from multi-practice audits of diabetes in primary care. *Family Practice*. 1999; 16: 54-59
22. Corwin P., Munn E., Nickolls D. A study of general practitioner's skin surgery in Canterbury. *New Zealand Medical Journal*. 1997; 110: 253-255
23. Kendall D., Lunt H, Moore M., McSweeney W. Diabetes complication screening in general practice: a two pass audit with benchmarking. *New Zealand Medical Journal*. 1997; 112-144
24. Lathlean S. Skin cancer in general practice in South Australia. A five year study. *Australian Family Physician*. 1999; 28(suppl 1): S28-S31.
25. Collins S., Beilby J., Fardy J., Burgess T. The national asthma audit. Bridging the gap between guidelines and practice. *Australian Family Physician* 1998; 27: 907-913.
26. Seddon M., Marshall M., Campbell S., Roland M. Systematic review of studies of quality of care in general practice in UK, Australia and New Zealand. *Quality of Health Care*. 2001; 10: 152-158
27. Tierney WM, Hui SL, McDonald CJ. Delayed feedback of physician performance versus immediate reminders to perform preventive care. Effects on physician compliance. *Medical Care*. 1986; 24(8): 659-666.
28. Fairbrother G et al. The impact of physician bonuses, enhanced fees, and feedback on childhood immunization coverage rates. *American Journal of*

Public Health.1999; 89(2):171–175.

29. Hillman et al. The use of physician financial incentives and feedback to improve pediatric preventive care in Medicaid managed care. *Pediatrics*. 1999;104(4 Pt 1):931–935.

30. Eccles M., Steen N., Grimshaw J., Thomas L., McNamee P., Soutter J., John et al. Effect of audit and feedback, and reminder messages on primary-care radiology referrals: a randomised trial. *Lancet*. 2001;357(9266):1406–1409.

31. Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(3):457-502

32. European Commission: EU 2nd Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013.

33. Saltan R., Rico A., Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. *European Observatory on Health Systems and Policies*. WHO. Copenhagen. 2006

34. Doherty J., Govender R. The Cost- Effectiveness of Primary Care Services in Developing Countries: A Review of the International Literature. *Disease Control Priorities Project*. A joint effort of the World Bank and the World Health Organization.

35. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) . Copenhagen. 2004

36. Engstrom S., Foldevi M., Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.. 2001 ;19(2):131-44.

37. James Macinko J., Starfield B., Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Reserch*. 2003;38(3):831-832)

38. Meyers D., Clancy C. Primary Care: Too important to fail. *Annals of Internal Medicine*. 2009;150(4):272-273

39. WHO. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network(HEN). Copenhagen. 2004

40. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2010. Using audit and feedback to health care professionals to improve the quality and safety of health care. Copenhagen. 2010
41. Zachariadou T., Makri L., Stoffers H., Philalithis A., Lionis C. The need for quality management in primary health care in Cyprus: results from a medical audit for patients with type2 diabetes mellitus. Quality Management Health Care. 2006;15(1):58-65
42. Samoutis G., Soteriadis E., Stoffers H., Philalithis A., Delicha E., Lionis C. A pilot improvement intervention in patients with diabetes and Hypertension in primary care settings of Cyprus. Family Practice. 2010;27:363-370
43. The Canadian Medical Protective Association. Electronic Health Records: A medical liability perspective. 2008. Canada
44. Mann R., Williams J. Standards in Medical Record Keeping. Clinical Medicine. 2003;3:329-332
45. Pullen I., Louton J. Improving standards in clinical record-keeping. Advances in Psychiatric Treatment. 2006;12:280-286
46. Corporate Compliance Policies and Procedures. Legal Medical Record Standards. Policy No. 9420. California Code of Regulations. California Healthcare Association Manual-Authentication sections. California.. 2008
47. The Medical Defence Union. The medical records and reports. 2003. UK
48. World Health Organization. The World Health Report 2008: primary health care now more than ever. Geneva. WHO. 2008.
49. WONCA. The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems. Victoria. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners/FamilyPhysicians (WONCA). 1991.
50. WONCA. Ευρώπη. Ο Ευρωπαϊκός Ορισμός της Γενικής Ιατρικής/Οικογενειακής Ιατρικής. Ευρώπη. 2002
51. International Federation of Health Records Organizations. Celebration Issue. 40<sup>th</sup> IFHRO Anniversary. 1968-2008. Global News. 2009;3:1-33



52. Asch S. et al. Who is at greatest risk for receiving poor-quality health care? *New England Journal of Medicine*. 2006;354(11):1147-1156
53. Chassin M., Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*. 1998; 280(11):1000-1005
54. Grol R., Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225-1230
55. McGlynn E., Brook R., Shuster M. The Quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2003;348(26):1310-1314
56. Weingart S., Wilson R., Gibberd R., Harrison B. Epidemiology of medical error. *British Medical Journal*. 2000;320:774-777
57. Seddon M., Mardhall M., Cambell S., Roland M. Systematic review of studies in clinical care in general practice in the United Kingdom, Australia and New Zealand. *Quality Health Care*. 2001;10:152-158
58. Feder G., Griffiths C., Highton C., Eldridge S., Spence M., and Southgate L. Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomised Controlled Trial in general practice in East London. *British Journal of Medicine*. 1995; 311:1473-1478
59. Dunn N., Bough P. Standards of care of diabetic patient in a typical English community *British Journal of General Practice*. 1996;46:401-405
60. Campbell N., Thain J., Deans H., Ritchie L., Rawles J. Secondary Prevention in Coronary heart disease: baseline survey of provision in general practice. *British Medical Journal* .1999;316: 1430-134
61. Van Drenth B., Hulscher M., Mookink H., van Weel C, Grol R. Relationship between practice organization and cardiovascular risk factor recording in general practice. *British Journal of General Practice*. 1998;48:1054-1058.
62. McPherson K. et al. Small area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England and Norway. *New England Journal of Medicine*. 1982;307(21):1310-1313
63. Campell S., Hann M., Haker J., Burns C., Oliver D., Thapar A., Mead N. et al. Identifying predictors of high quality care in English General Practice: observational study. *Primary Care. British Medical Journal*. 2001; 323:784-787

64. Gandhi T., Saul N., Weingart S., Borus J., Seger A., Peterson J. et al. Adverse Drug Events in Ambulatory Care. Patient Safety. The New England Journal of Medicine 2003; 348 (16): 1556-64.
65. DesRoches C., Campbell E., Rao S., Donelan K., Ferris T., Jha A. Electronic Health Records in Ambulatory Care- A National Survey of Physicians. The New England Journal of Medicine. 2008; 359:50-60
66. Institute for Safe Medication Practices. National Medication Errors Reporting Program. List of Error- Prone Abbreviations, Symbols and Dose Designation. 2012.
67. Budnitz D., Pollock D., Mendelsohn A., Weidenbach K., McDonald A., Annest J. Emergency Department Visits for Outpatient Adverse Drug Events: Demonstration for a National Surveillance System. Annals of Emergency Medicine.2005;45: 197-206
68. Gandhi T., Burstin H., Cook F., Puopolo A., Haas J., Brennan T. et al. Drug complications in Outpatients. Journal of General Internal Medicine.2000; 15:149-154
69. Thain J., Deans G., Ritchie L., Rawles J. Secondary prevention in coronary heart disease: baseline survey of provision in general practice. British Medical Journal. 1998; 316:1430
70. Cupples M., McKnight A. Randomized controlled trial of health promotion in general practice for patients at high cardiovascular risk. British Medical Journal. 1994; 309: 993
71. Baughan P., O'Neill B., Keatings J. Urgent suspected cancer referrals from general practice: audit of compliance with guidelines and referral outcomes. British Journal of General Practice. 2011; 61(592): 700-706.
72. Van Wijk M., Lei J., Mees Mosseveld M., Bohnen A., Van Bommel J. Compliance of General Practitioners with a Guideline-based Decision Support System for Ordering Blood Tests. Clinical Chemistry.2003;48(1):55-60
73. Weyer S., Konrad N., Esola D., Goodwin M., Strange K., Flocke S. Features of medical records in community practices and their association with preventive service delivery. Medical Care.2005;43(1):28-33 .
74. Bowling A., Betts G. The scope for preventive medicine in general practice in the East End. Health Education Journal.1984;43(4): 96-99

75. Weyer S., Konrad N., Esola D., Goodwin M., Strange K., Flocke S. Features of medical records in community practices and their association with preventive service delivery. *Medical Care*.2005;43(1):28-33 .
76. Ledergerber P., Steurrer J. Cholesterol in ambulatory general practice within the scope of the Brugg/AG quality circle. *Praxis*.2000; 89 (36):1413-1421
77. Grimshaw J., Russell I.Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations.*Lancet*. 1993; 342(8883):1317-22.
78. American Medical Association.CDC. Maintaining Accuracy and Compliance in the Medical Record. 2012. USA.
79. Documentation, Coding and Billing Accuracy. Accuracy and Compliance for Medical Records. Atlanta.USA.2012.
80. Medical Protection Society. Medical Records. Why good records are important
81. American Medical Association. Physician Compliance.USA. 2012
82. Jacoby A., Graham J., Baker G., Ratoff L., Heyes J., Dewey M. et al. A general practice records audit of the process of care for people with epilepsy. *British Journal of General Practice*. 1996; 46(411): 595-599
83. Gandhi T., Burstin H., Cook F., Puopolo P., Haas J. et al. Drug Complications in Outpatients. *General Internal Medicine*. 2000;15:149-154
84. Van Walraven C., Goel V., Chan B. Effect of population-based interventions on laboratory utilization: a time-series analysis.*JAMA*. 1998;280(23):2028-33.)
85. Bugter-Maessen A.,Winkens R., Grol R., Knottnerus J., Kester A.et al. Factors predicting differences among general practitioners in test ordering behaviour and in the response to feedback on test requests.*Family Practice*.1996;13:254-258
86. Winkens R., Pop P., Grol R., Bugter-Maessen A., Kester A.et al.Effects of routine individual feedback over nine years on general practitioners' requests for tests.*British Medical Journal*.1996;24:490
87. Van Wijk M., Mosseveld M., van der Lei J.Compliance of General Practitioners with a Guideline-based Decision Support System for Ordering Blood Tests.*Clinical Chemistry*.2002;48(1):55-60
88. Proudfoot J, Jayasinghe U., Infante F., Beilby J., Amoroso C. Quality of chronic disease care in general practice: the development and validation of a provider interview tool . *BMC Family Practice*. 2007;18:21
89. Brami J., Doumenc M.Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. *Journal of Evaluation of Clinical Practice*.2002;8(2): 175-181

90. Mann R., Williams J. Standards in Medical Records Keeping. *Clinical Science*. 2003;3:329-332
91. Audit Commission. *Setting the record straight: a study of hospital medical records*. London: HMSO, 1995. Audit Commission
92. Kennedy I. The Report of the Public Inquiry into Children's Heart Surgery at Bristol Royal Infirmary 1984-1995. *Learning from Bristol*. 2001;1:47-54
93. Raza M. Good Medical Record Keeping. *International Journal of Collaborative Research in Internal Medicine and Public Health*. 2012;4(5):535-541
94. Royal College of Physicians. Health and Work Development Unit (HWDU). *Record keeping: Occupational health practice in the NHS in England. A national Audit*. UK. 2012
95. Harvard Pilgrim-Medical Record Quality. *Medical Record Audit 2008-2009*. 2008
96. UEMO. UEMO History. <http://www.uemo.eu/history.html>
97. WHO. European Ministerial Conference on Health Systems "Health Systems, Health and Wealth", Tallinn, Estonia 25–27 June 2008 : report. 2008. WHO. Copenhagen.
98. U.S. Department of Health & Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. *Primary Care Workforce Facts and Stats. The Primary Care Workforce in the United States*. Rockville. 2012
99. World Health Organization. 1978. *Declaration of AlmaAta: International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata, USSR. 1978.
100. 80. WONCA. *Ο Ευρωπαϊκός ορισμός της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής*. Βαρκελώνη , Ισπανία. 2002.
101. Kringos D., Boerma W., Hutchinson A., Van der Zee J., Groenewegen P. The breadth of Primary care: system literature review of its core dimensions. *BioMed Central Health Services Research*. 2010; 10:65
102. Health Council of the Netherlands: *European primary care*. 2004/20E, 1-120. 16-12-2004. The Hague. Health Council of the Netherlands.
103. Marcus Hollander M., Kadlec H., Ramdi R., Tessaro A. Increasing Value for Money in the Canadian Healthcare System: New Findings on the Contribution of Primary Care Services. *Health Care Quarterly*. 2009;12(4):30-42
104. Braithwaite J., Healy J., Dwan K. *The governance of health safety and quality*. Canberra, Commonwealth of Australia. 2005.

105. Gervas J. What role for primary health care in modern health provision?  
[www.equipocesca.org/wp.../modern-primary-health-care-](http://www.equipocesca.org/wp.../modern-primary-health-care-)
106. Engstrom S., Foldevi M., Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2001 ;19(2):131-44.
107. Canadian Health Services Research Foundation. What are the Critical Attributes and Benefits of a high-quality Primary Health Care System? Canadian Institute of Health Research. 2009. Ottawa.
- 108.86. Braithwaite J., Healy J., Dwan K. The governance of health safety and quality. Canberra, Commonwealth of Australia. 2005.
109. James Macinko J., Starfield B., Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Research*. 2003;38(3):831-832
110. Flottorp S., Jamtvedt G., Gibis B., McKee M. Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care. WHO. European Observatory on Health Systems and Policies 2010. Copenhagen. 2010
111. Shi L., Starfield B., Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*. 2001;50(2):161-168
112. American Medical Association. Compliance Planning. Physician Compliance. Federal fraud enforcement. AMA.
113. Wenghofer E., Williams A., Klass D. Factors Affecting Physician Performance: Implications for Performance Improvement and Governance. *Healthcare Policy*. 2010;5(2):141-160
114. OECD. OECD Health data: specialists outnumber GPs in most OECD countries. Geneva. 2007
115. 87. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):691-729
116. Gass D. Can family physicians practise good medicine without following clinical practice guidelines? *NO .Canadian Family Physician*. 2010;56(6): 519-521

117. Weyer S., Konrad N., Ecola D., Goodwin M., Stange K., Flocke S. The features of medical records in community practices and their association with preventive service delivery. *Medical Care*. 2005; 43(1):28-33
118. Gandhi T., Burstin H., Cook E., Puopolo A., Haas J., Brennan T., Bates D. Drug complications in Outpatients. *General Internal Medicine*. 2000;15 (3):149-154
119. Gandhi T., Weingart S., Borus J., Seger A., Peterson J. Patient safety: Adverse Drug Events in Ambulatory Care. *The New England Journal of Medicine*. 2003; 348(16):1556-1564
120. Van Wijk M., Van Der Lei J., Mosseveld M., Bohnen A., Van Bommel J. Compliance of General Practitioners with a Guideline-based Decision Support System for ordering Blood Tests. *Clinical Chemistry*. 2002; 48(1):55-60
121. Hadley J., Agola J., Wong P. Potential impact of the American College of Radiology appropriateness criteria on CT for trauma. *American Journal of Roentgenology* .2006;186(4):937-942
122. Eccles M., Steen N., Grimshaw L., McNamee P., Soutter J., et al. Effect of audit and feedback, and reminder messages on primary care radiology referrals: a randomised trial. *Lancet*. 357:1406-1410
123. King's Fund Report. Improving the quality of care in General Practice. London. 2011
124. WHO 1995-2005. Health Care Systems in Transition. HIT Profiles: Bulgaria, Czech Republic, Estonia, Hungary, Latvia, Lithuania, Poland, Romania, Slovak Republic, Slovenia. WHO Regional Office for Europe, Denmark.
125. Pan American Health Organization. Health in the Americas. Public Policies and Health Systems and Services. Volume 1-Regional. Washington DC. 2007.

## 10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### Παράρτημα 1

Κατηγορίες κριτηριών ποιότητας τήρησης ΙΦ

#### **1. Κριτήρια που αφορούν την δομή του Ιατρικού φακέλλου περιλαμβάνουν:**

α. την ύπαρξη υπο γραφής σε κάθε καταγραφόμενη επίσκεψη , του γιατρού που εξέτασε τον ασθενή

β. τα στοιχεία του ασθενούς να υπάρχουν σε κάθε σελίδα του φακέλλου

γ. τα γραφόμενα να είναι ευανάγνωστα.

δ. Κάθε επίσκεψη να καταγράφεται με την ημερομηνία πραγματοποίησής της

ε. Κάθε σελίδα να έχει τα στοιχεία του ασθενή( όνομα και ταυτότητα)

στ. Να υπάρχει λίστα με τα φάρμακα του ασθενή

ζ. Να υπάρχει λίστα εμβολιασμών

η. Να υπάρχει το ατομικό αναμνηστικό με τις ασθένειες, τα σοβαρά ατυχήματα και τις εγχειρήσεις που έλαβαν χώραν στο παρελθόν.

θ. Να υπάρχει η λίστα με τα χρόνια προβλήματα υγείας του ασθενή.

ι. Να υπάρχει η λίστα με τις συνήθειες του ασθενή όσον αφορά το κάπνισμα, την χρήση αλκοόλ και εθιστικών ουσιών, τις διατροφικές συνήθειες και τον δείκτη μάζας σώματος, καθώς και το επίπεδο άσκησης.

κ. Να υπάρχουν τα στοιχεία από το βιογραφικού προφίλ του ασθενή που είναι:

- τόπος και ημερομηνία γέννησης,
- εθνικότητα,
- διεύθυνση κατοικίας και εργασίας και τηλέφωνα αντιστοίχως,
- επάγγελμα, μόρφωση,
- οικογενειακή κατάσταση,
- πλησιέστερος συγγενής

λ. Να υπάρχει το Οικογενειακό ιστορικό

μ. Να υπάρχει καταγραφή των κατάλληλων δεδομένων απο το ιστορικό την εξέταση του ασθενή σε κάθε επεισόδιο φροντίδας.

ν. Να υπάρχει η ημερομηνία της κάθε επίσκεψης του ασθενούς.

## **2. Κριτήρια που αφορούν την συμπεριφορά τήρησης κατευθυντηρίων οδηγιών περιλαμβάνουν:**

- α. Η παραγγελία εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων να είναι κατάλληλη
- β. Η παραπομπή σε ειδικό να είναι ενδεδειγμένη
- γ. Η τεθείσα διάγνωση να είναι συνεπής με τα ευρήματα από την εξέταση του ασθενούς
- δ. Η δοθείσα θεραπεία να είναι συνεπής με την διάγνωση
- ε. Να υπάρχει μαρτυρία ότι δόθηκε η σωστή ενημέρωση και καθοδήγηση για το πρόβλημα και την θεραπεία του ασθενή.

## **3. Κριτήρια συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας περιλαμβάνουν τα κριτήρια:**

- α. Να καθορίζεται ο χρόνος επανεξέτασης
- β. Να αντιμετωπίζονται στις επόμενες επισκέψεις όλα προβλήματα από τις προηγούμενες επισκέψεις
- γ. Να καταγράφονται τα παθολογικά ευρήματα από τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο και να καθορίζεται πλάνο μελλοντικής διαχείρισής τους
- δ. Να υπάρχει καταχωρημένη η απάντηση του ειδικού σε παραπομπή του ασθενή.
- ε. Να υπάρχει καταχωρημένη η πληροφορία από νοσηλεία του ασθενή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ή σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου καθώς και από φροντίδα σε φυσιοθεραπευτήριο και από κατ'οικον φροντίδα.

## **4. Κριτήρια τεκμηρίωσης των πληροφοριών για τις παραπομπές σε ειδικούς και για εξετάσεις, και των αποτελεσμάτων τους καθώς και της φροντίδας που τυχόν τους δόθηκε εκτός του κέντρου. Περιλαμβάνουν τα κριτήρια:**

- α. Να υπάρχουν αντίγραφα των παραγγελιών και των αποτελεσμάτων εξετάσεων
- β. Να υπάρχουν αντίγραφα των παραπομπών και των απαντήσεων των ειδικών στις παραπομπές
- γ. Να υπάρχουν αντίγραφα από νοσηλείες σε τμήματα του νοσοκομείου ή από παρακολούθηση στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών και στο τμήμα Φυσιοθεραπείας καθώς και από τις κατοίκον επισκέψεις των κοινοτικών νοσηλευτριών.

## **5. Κριτήρια για πολιτική Πρόληψης περιλαμβάνουν τα κριτήρια**

- α. Να υπάρχει μαρτυρία ότι προσφέρονται εξετάσεων για δευτερογενή πρόληψη κακοηθειών και για πρόληψη νοσογόνων καταστάσεων όπως παχυσαρκίας και διαβήτη.



## Παράρτημα 2.

### Στοιχεία Οικογενειακού ιστορικού

Περιλαμβάνουν νοσήματα σε άτομα με πρώτου βαθμού συγγένεια με τον ασθενή (γονείς και αδέρφια) που καθορίζουν παράγοντες κινδύνου για την υγεία του ασθενή μέσω κληρονομικής προδιάθεσης. Ιδιαίτερα αναζητούνται στο οικογενειακό ιστορικό προβλήματα

- Εμφράγματος ή εγκεφαλικού επεισοδίου στον πατέρα ή αδελφό σε ηλικία μικρότερη των 55 ετών, στην μητέρα ή την αδελφή σε ηλικία μικρότερη των 65ετών καθώς και
- Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2,
- Υπέρταση
- Δυσλιπιδαιμίας
- Οστεοπόρωσης
- Καρκίνου παχέος εντέρου ή μαστού.

## Παράρτημα 3

Η λιστα με τις συνήθειες του ασθενή περιλαμβάνει

1. το κάπνισμα: καταγράφονται τα χρόνια με κάπνισμα του ασθενή(αριθμός τσιγάρωνΧχρόνια καπνίσματος :20),

2. την χρήση αλκοόλ(καθορίζοντας σαν επιτρεπόμενο όριο χρήσης αλκοόλ για πρόληψη αλκοολισμού

- για γυναίκες όχι περισσότερο από 1ποτό την ημέρα και
- για άνδρες όχι περισσότερο από 2 ποτά την ημέρα

καθορίζοντας σαν 1ποτό,

360ml ή 1.5φλυντανια μύρας,

150ml ή 0.6φλυτζάνια κρασιού,

και 45ml ή 0,2φλυτζάνια λικέρ

ενώ θεωρούνται σε κίνδυνο για ανάπτυξη αλκοολισμού τα άτομα που κάνουν χρήση αλκοόλ σε ποσότητα:

- για άνδρες 15 ή περισσότερα ποτά την εβδομάδα,
- για γυναίκες 12 ή περισσότερα ποτά την εβδομάδα,

- για οποιονδήποτε που καταναλώνει 5 ή περισσότερα ποτά ανα περίπτωση τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.

3.την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών,καθώς

4.τις διατροφικές συνήθειες, παραθέτοντας το βάρος, το ύψος και τον δείκτη μάζας σώματος(ΔΜΣ) =βάρος/ύψους<sup>2</sup>) χαρακτηρίζοντας τον ασθενή(βάσει της κατάταξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σαν

- λιποβαρή όταν ο ΔΜΣ είναι μικρότερος από 18.5 Kg/m<sup>2</sup>
- υπέρβαρο όταν ο ΔΜΣ είναι από 25-29.9 Kg/m<sup>2</sup>,
- παχύσαρκο όταν ο ΔΜΣ είναι ίσος ή μεγαλύτερος από 30 Kg/m<sup>2</sup>
- κακοήθως παχύσαρκο όταν ο ΔΜΣ ισούται ή είναι μεγαλύτερος από 40 Kg/m<sup>2</sup>,

καθορίζοντας το ιδανικό βάρος για το ύψος του ασθενούς.

5. τις συνήθειες άσκησης του ασθενούς

#### Παράρτημα 4

Έλεγχοι για έγκαιρη διάγνωση καρκίνου(πριν να εκδηλωθούν συμπτώματα)

Μερικές μορφές καρκίνου(μαστού, τραχήλου μήτρας, παχέος εντέρου)

Ακολουθούνται οι οδηγίες του Υπουργείου Υγείας.

Συγκεκριμένα κρίνεται η διενέργεια ή όχι προσυμπτωματικών ελέγχων του πληθυσμού για έγκαιρη διάγνωση

- του καρκίνου του μαστού ,
- του τραχήλου της μήτρας και
- του παχέος εντέρου

που αποτελούν σύμφωνα με το στρατηγικό σχέδιο του Υπουργείου Υγείας για τον καρκίνο(2009) τον στόχο του υπουργείου υγείας . Όμως ενώ ο έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού εφαρμόζεται σε όλη την Κύπρο, και διενεργείται δωρεάν, σε συγκεκριμένα κέντρα, με μαστογραφικό έλεγχο για όλες τις γυναίκες τις Κύπρου, ηλικίας 50-69 ετών, ανα διετία,οι άλλοι δύο πληθυσμιακοί έλεγχοι, ενώ έχουν εξαγγελθεί να εφαρμοστούν αυτό δεν έγινε ακόμη, και ούτε ο σχεδιασμός τους έχει καθοριστεί.Έτσι ο γενικός γιατρός θα πρέπει να προσφέρει τον έλεγχο για πρόληψη το u καρκίνο u το u παχέο ς εντέρο u και το u τραχήλο u της μήτρας, με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έτσι για μεν τον καρκίνο του παχέως εντέρου όπως έχει αναγγείλει το ΥΥ θα διενεργείται σε όλα τα άτομα, ηλικίας

50-80 ετών, υπό την μορφή είτε μικροσκοπικής ανάλυσης κοπράνων για αίμα , ανα έτος, είτε υπο την μορφή κολονοσκόπησης ανά 10ετία, είτε υπό την μορφή βαριούχου ανά τριετία του δε ελέγχου για πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με παραπομπή των γυναικών ηλικίας μεγαλύτερης των 24 ετών.

## Παράρτημα 5

Ενδείξεις για παραπομπή για ύποπτους για καρκίνο του παχέος εντέρου από Γενικούς Γιατρούς

### A. Συστάσεις

Εάν ο ασθενής παρουσιάζει ένα από τα ακόλουθα σημεία ή συμπτώματα τότε θα πρέπει να ληφθεί εστιασμένο ιστορικό και φυσική εξέταση

- Ψηλαφητή μάζα ορθού
- Ψηλαφητή κοιλιακή μάζα
- Αναιμία (ιδιαίτερα σιδηροπενική)
- Αιμορραγία από το ορθόν
- Απώλεια βάρους
- Κοιλιακή Δυσφορία
- Περιεδρικά συμπτώματα

Το εστιασμένο ιστορικό θα πρέπει να αναζητά τις ακόλουθες λεπτομέρειες

1. ηλικία και φύλο
2. απώλεια αίματος από ορθόν και εάν ναι
  - Το χρώμα(σκούρο ή φωτεινό κόκκινο)
  - Εντόπιση του αίματος σε σχέση με τα κόπρανα(ανάμεικτο στα κόπρανα ή ξεχωριστά από τα κόπρανα, στο χαρτί της τουαλέτας)
3. αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου τους τελευταίους μήνες /χρόνια και εάν ναι
  - Αυξημένα χαλαρά ή υδαρή κόπρανα ή διάρροια
  - Έντονη δυσκοιλιότητα ή δυσκολία στην κένωση
  - Αίσθημα υπολειμματικής κένωσης
  - Έντονη έπειξη προς αφόδευση
  - Ακράτεια κοπράνων ή λερωμένα με κόπρανα εσώρουχα
4. Απώλεια βάρους
5. Κοιλιακή δυσφορία(πόνος , ευαισθησία, φουσκάματα)
6. Περιεδρικά συμπτώματα( πρόπτωση μάζας, κνησμός, πόνος, αιμορροΐδες)
7. Συμπτώματα αναιμίας

8. Εάν υπάρχει σιδηροπενική αναιμία ανεξήγητη διερεύνηση πιθανών αιτίων
9. Προσωπικό ιστορικό για πολύποδες παχέος εντέρου ή φλεγμονώδους νόσου του εντέρου ή σε συγγενή πρώτου βαθμού ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου και ηλικία εκδήλωσης.

#### B. Παραπομπή

Επείγουσα Παραπομπή (εντός 24 ωρών) σε γαστρεντερολόγο, εντός 2 εβδομάδων εξέταση από γαστρεντερολόγο, εντός 4 εβδομάδων συμπλήρωση του διαγνωστικού ελέγχου εάν υπάρχει ένα από τα ακόλουθα

- Ψηλαφητή μάζα ορθού ύποπτη για καρκίνο παχέος εντέρου
- απεικονιστική εξέταση Κοιλιακής χώρας με ευρήματα ύποπτα για ΚΠΕ

Ημιεπείγουσα παραπομπή εντός 24 ωρών παραπομπή σε γαστρεντερολόγο, εντός 4 εβδομάδων εξέταση από γαστρεντερολόγο, εντός 8 εβδομάδων συμπλήρωση του διαγνωστικού ελέγχου εάν υπάρχει ένα από τα ακόλουθα