

Η εκτίμηση των εκβάσεων υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη νοσοκομειακή περίθαλψη



16-18 Σεπτεμβρίου 2016 – Ξενοδοχείο Grand Serai, Ιωάννινα

Χρήστος Λιονής
Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας
Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστήμιο Κρήτης



Περίγραμμα της παρουσίασης

- Εκβάσεις υγείας/απόδοση-εννοιολογικές προσεγγίσεις
- Προϋποθέσεις για τη συζήτηση για τις εκβάσεις υγείας και την απόδοση στις υπηρεσίες υγείας
- Εκβάσεις υγείας/απόδοση-μεθοδολογικές προσεγγίσεις
- Εκβάσεις υγείας/απόδοση-μετρήσεις
- Εκβάσεις υγείας/απόδοση και ΠΦΥ
- Εκβάσεις υγείας/απόδοση και νοσοκομειακή περίθαλψη
- Το χρειαζόμαστε;
- Ο ρόλος του forum



Museum of Ancient Eleytherna, Crete

Εννοιολογικές προσεγγίσεις

- “Processes”: “είναι ειδικές παρεμβάσεις σε ασθενείς που διενεργούνται από τους επαγγελματίες υγείας και καταλήγουν σε μια έκβαση
- Clinical Performance Measurements: εδώ περιλαμβάνονται μετρήσεις διαδικασίας (process) και εκβάσεων (outcomes)
- «structure + process = outcome”
- Process measures: χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της απόδοσης
- Clinical outcome measures: εξετάζουν διακριτά, εστιασμένα στον ασθενή καταληκτικά σημεία όπως επανεισαγωγή, διάρκεια νοσηλείας, νοσηρότητα και θνησιμότητα

Clinical and Practice Management/<http://www.acep.org/Clinical>

Ένας ορισμός (health outcome)

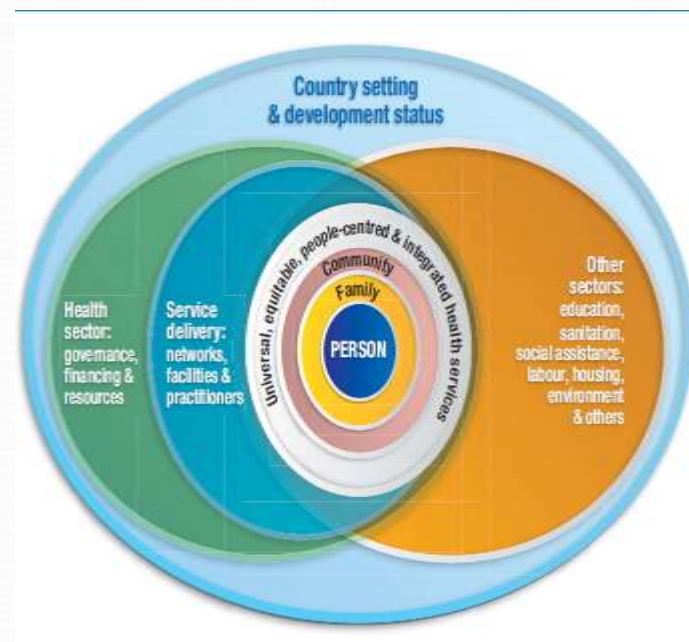
"change in the health of an individual, group of people or population which is attributable to an intervention or series of interventions"

Frommer, Michael; Rubin, George; Lyle, David (1992). "The NSW Health Outcomes program". New South Wales Public Health Bulletin.

Προϋποθέσεις: Ροές σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας-I



- Chronic care model
- Εστιασμένη στο πρόσωπο και απαρτιωμένη φροντίδα



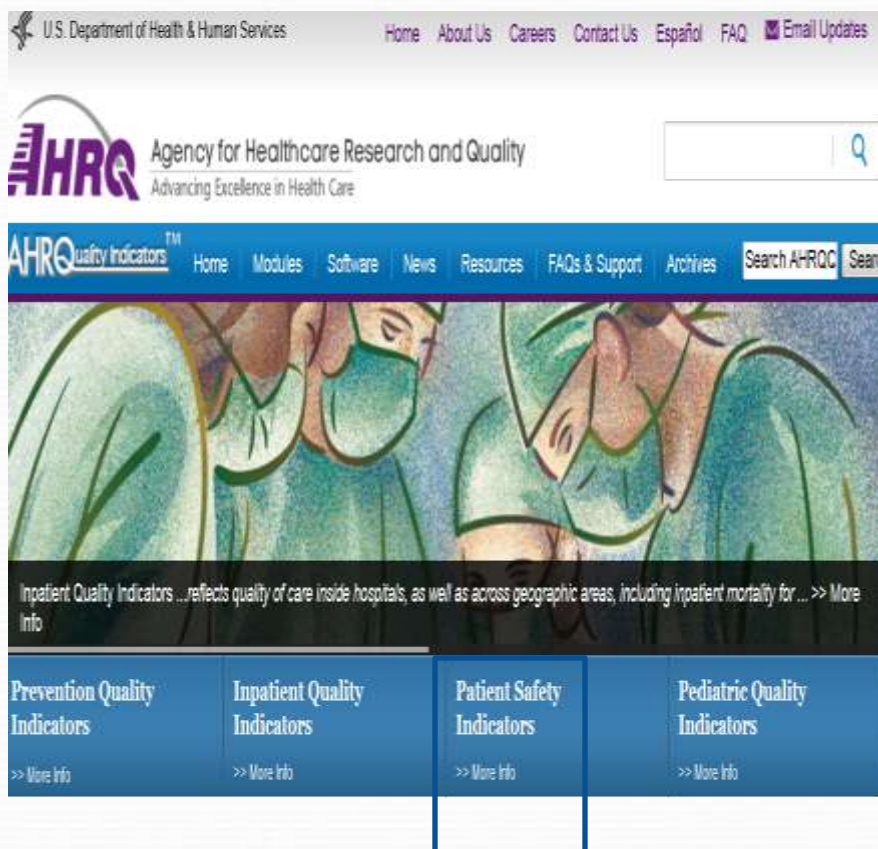
Προϋποθέσεις: Ροές σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας-II

Το Αμερικάνικο θεωρητικό υπόβαθρο Patient centered medical home (PCMH)

Βασικές αρχές:

- ✖ Συνεχή σχέση με προσωπικό ιατρό εκπαιδευμένο στην πρώτη συνάντησή του με τον ασθενή.
- ✖ Παρουσία ομάδας κλινικών επαγγελματιών υγείας που εργάζονται ως ομάδα και αναλαμβάνουν την ευθύνη της συνεχιζόμενης φροντίδας.
- ✖ Προσανατολισμό στο σύνολο των αναγκών του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων όλων των σταδίων της ζωής όπως η άμεση φροντίδα, η χρόνια φροντίδα, η πρόληψη και η φροντίδα στο τέλος της ζωής.
- ✖ Παρουσία συμπονετικής και εύρωστης συνεργασία μεταξύ γενικών ιατρών/προσωπικών ιατρών, ασθενών και των οικογενειών των ασθενών.
- ✖ Ενεργή συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα υγείας τους.
- ✖ Ανατροφοδότηση για τη διασφάλιση της ποιότητας και την ικανοποίηση των προσδοκιών του ασθενούς.
- ✖ Βελτιωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Προϋποθέσεις: Ένας οργανισμός για την ποιότητα-Ι



U.S. Department of Health & Human Services

Home About Us Careers Contact Us Español FAQ Email Updates

AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality
Advancing Excellence in Health Care

AHRQ Quality Indicators™ Home Modules Software News Resources FAQs & Support Archives Search AHRQ Search

Inpatient Quality Indicators™ reflects quality of care inside hospitals, as well as across geographic areas, including inpatient mortality for ... >> More Info

Prevention Quality Indicators >> More Info	Inpatient Quality Indicators >> More Info	Patient Safety Indicators >> More Info	Pediatric Quality Indicators >> More Info
--	---	--	---

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>



AHRQ Quality Indicators™

Inpatient Quality Indicators

Assess the quality of care for adults in the hospital

Inpatient Quality Indicators—

- Can be used to help hospitals identify potential problem areas that might need further study, as well as for quality improvement, comparative public reporting, trending, and pay-for-performance initiatives.
- Can provide an assessment of in-hospital quality of care by using patient data found in a typical hospital discharge abstract or dataset.
- Include mortality indicators for conditions or procedures for which mortality can vary by hospital.
- Include utilization indicators for procedures for which utilization varies across hospitals or geographic areas.
- Include volume indicators for procedures for which outcomes may relate to the number of times the procedure is performed.
- Are publicly available at no charge to the user.
- Include risk adjustment where appropriate.
- Can be downloaded at www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/IQIN/50/TechSpecs/IQI_Technical_Specifications_Version50.zip.

The AHRQ Inpatient Quality Indicators were developed under a contract with the University of California, San Francisco, Stanford University

Evidence-based Practice Center, and the University of California, Davis. The Inpatient Quality Indicators were first released in 2002 and have been updated as needed over time.

The Inpatient Quality Indicators provide a perspective on hospital quality of care using hospital administrative data, which are readily available and relatively inexpensive to use.

Other AHRQ Quality Indicators

AHRQ has other sets of QIs

- **Prevention Quality Indicators**—Indicators representing hospital admission rates for common ambulatory care-sensitive conditions. Hospitalization for these types of conditions can often be avoided with appropriate use of high-quality, community-based primary care services.
- **Patient Safety Indicators**—Hospital- and area-level indicators that provide information on potential in-hospital complications and errors following surgeries, other procedures, and childbirth.
- **Pediatric Quality Indicators**—Hospital- and area-level indicators that focus on potentially preventable complications and errors in pediatric patients treated in hospitals. Includes a subset of Neonatal Quality Indicators.

See www.qualityindicators.ahrq.gov for announcements of updates to AHRQ QI software.

Προϋποθέσεις: Ένας οργανισμός για την ποιότητα-II



Quality and Outcomes Framework

The Quality and Outcomes Framework (QOF) is the annual reward and incentive programme detailing GP practice achievement results.

It rewards practices for the provision of quality care and helps standardise improvement in the delivery of primary medical services.

It is a voluntary process for all surgeries in England and was introduced as part of the GP contract in 2004. The indicators for the QOF change annually, with new measures and indicators been retired. For 201/15, the QOF awards practices achievement points for:

- managing some of the most common chronic diseases, e.g. asthma, diabetes
- managing major public health concerns, e.g. smoking, obesity
- implementing preventative measures, e.g. regular blood pressure checks

<http://digital.nhs.uk/qof>

Welcome to the NHS Digital Indicator Portal

Licensed under [CC0](#) Open Government Licence

This website gathers together a number of health and social care indicators. Currently these include:

- **Clinical Commissioning Group Outcomes Indicator Set**

The CCG Outcomes Indicator Set (CCG OIS) is an integral part of NHS England's systematic approach to quality improvement.

- **Compendium of Population Health Indicators**

A wide-ranging collection of over 1,000 indicators designed to provide a comprehensive overview of population health at a national, regional and local level. These indicators were previously available on the Clinical and Health Outcomes Knowledge Base website (also known as NCHOD).

- **Local Basket of Inequalities Indicators (LBOI)**

This collection of 60 indicators helps organisations to measure health and other factors which influence health inequalities such as unemployment, poverty, crime and education. These indicators were previously available on the London Health Observatory website.

- **Patient Online Management Information (POMI)**

Patient Online is an NHS England programme designed to support GP Practices to offer and promote online services to patients, including access to coded information in records, appointment booking and ordering of repeat prescriptions. Initially this was a quarterly collection (PHF10) and from April 2015 became a monthly collection (POMI) in collaboration with GPSoC.

- **Social Care**

The latest figures for the Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF) for 2014-15 were released in October 2015. They include data for 19 measures which are designed to enable users to compare the effectiveness of care delivered by councils responsible for adult social care services.

- **Quality Accounts**

Quality Accounts are annual reports about the quality of services provided by an NHS healthcare service. Links to the data for the fifteen mandatory indicators, based on recommendations by the National Quality Board, are set out here, to enable providers easy access to the latest data.

- **NHS Outcomes Framework**

The NHS Outcomes Framework sets out the outcomes and corresponding indicators used by the Secretary of State to hold NHS England to account for improvements in health outcomes.

- **Summary Hospital-level Mortality Indicator (SHMI)**

The Summary Hospital-level Mortality Indicator (SHMI) reports on mortality at trust level across the NHS in England using a standard and transparent methodology. We have produced and published this quarterly as an official statistic since October 2011.

- **Archived Indicators**

This archive contains indicators which have been previously been displayed on the Indicator Portal or produced by the Clinical Indicators team. There are no future planned updates for these indicators.

Προϋποθέσεις: Ένα εθνικό σχέδιο δράσης

δν

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

8. Αποτελέσματα στην Υγεία του Πληθυσμού

8.1 Μείωση της Αποτρεπτής Θνησιμότητας

Η εφαρμογή των Εθνικών Σχεδίων Δράσης για τη Δημόσια Υγεία αναμένεται να οδηγήσει σε ουσιαστική μείωση των θνησιμότητας από νοσήματα ή καταστάσεις τα οποία, με συγκεκριμένα μέτρα και προληπτικές παρεμβάσεις, θα μπορούσαν να προληφθούν:

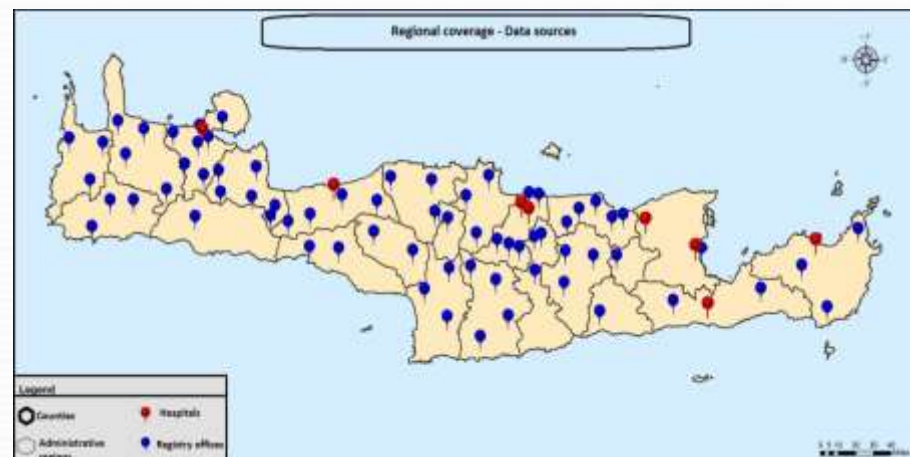
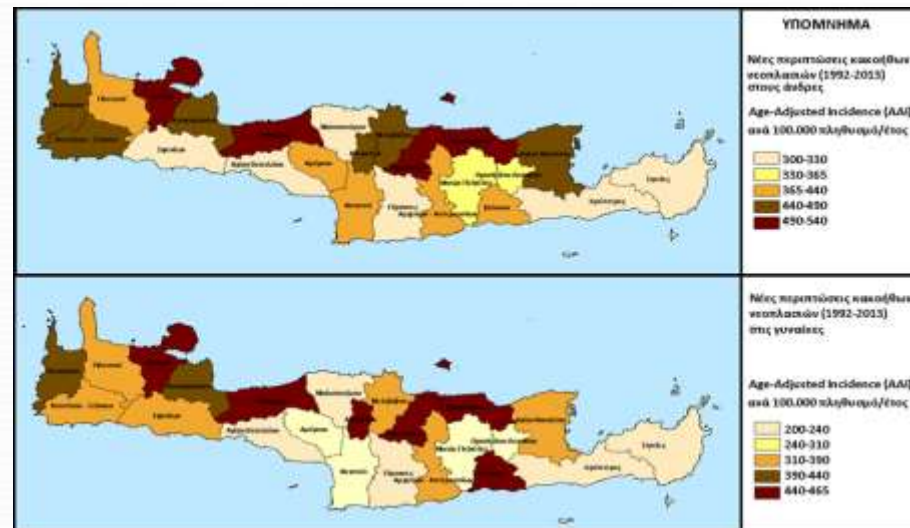
- Μείωση των θανάτων από τροχαία ατυχήματα, σε ποσοστό περίπου 20%. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν στη χώρα μας την κύρια αιτία θανάτου στις νεότερες ηλικίες και την πρώτη αιτία χαμένων ετών ζωής, ιδίως στους άνδρες, ενώ στις γυναίκες αποτελούν τη δεύτερη αιτία χαμένων ετών ζωής μετά τον καρκίνο.
- Μείωση της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια στις ηλικίες κάτω των 65 ετών. Η θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια στις ηλικίες κάτω των 65 ετών αποτελεί ίσως τη σημαντικότερη κατηγορία αποτρεπτής θνησιμότητας. Στην Ελλάδα ευθύνεται για το 14,8% του συνόλου των θανάτων και για το 8% των χαμένων ετών ζωής. Οι περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης έχουν επιτύχει τις δύο τελευταίες δεκαετίες σημαντική μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο, σε ποσοστά που φθάνουν έως και το 24%, σε αντίθεση με τη χώρα μας, στην οποία η αντίστοιχη θνησιμότητα σημείωσε ανοδική πορεία. Είναι σαφές ότι υπάρχουν πολύ σημαντικά περιθώρια για την αντιστροφή της τάσης και τη μείωση των θανάτων από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα θα είναι προϊόν της συνδυασμένης δράσης σε πολλούς τομείς, τόσο στη Δημόσια Υγεία και στην πρόληψη, όσο και στη θεραπεία και στην αποφυγή υποτροπών. Χαρακτηριστικά αναφέρονται: ο έλεγχος των παραγόντων κινδύνου, η προώθηση προγραμμάτων προσιμψωματικού ελέγχου, η ενίσχυση των θεραπευτικών υπηρεσιών, οι ειδικές δράσεις για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και του ανθρώπινου δυναμικού.
- Μείωση των θανάτων από καρκίνο. Η θνησιμότητα από καρκίνο στις ηλικίες αποτελεί αποδεδειγμένα μια από τις σημαντικότερες αιτίες αποτρεπτής θνησιμότητας. Τα Εθνικά Σχέδια Δράσης για την αντιμετώπιση του καρκίνου και των παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με τον καρκίνο (διατροφή, περιβάλλον, αλκοόλ, αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία κ.λπ.), σε συνδυασμό με τις δράσεις για την εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων προσιμψωματικού ελέγχου (screeing) και την αναβάθμιση των θεραπευτικών υπηρεσιών και των ειδικών κέντρων για την αντιμετώπιση του καρκίνου, θα οδηγήσουν σε μείωση της συχνότητας εκδήλωσης νέων κρουσμάτων και σε βελτίωση της πρόγνωσης εκείνων που εκδηλώνονται.
- Μείωση των θανάτων από λοιμώδη νοσήματα. Τα λοιμώδη είναι τα κατ'εξοχήν προληψίμα νοσήματα της Δημόσιας Υγείας. Τα ειδικά Σχέδια Δράσης για την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων και των νοσοκομειακών λοιμώξεων θα οδηγήσουν στην εφαρμογή μιας εκτεταμένης δέσμης μέτρων, που θα έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση των θανάτων από σημαντικά νοσήματα ή κατηγορίες νοσημάτων, όπως οι ηπατίτιδες, η φυματίωση και οι νοσοκομειακές λοιμώξεις. Αντίστοιχα αποτελέσματα αναμένονται μεσο-μακροπρόθεσμα και από το Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση του HIV/AIDS.

Προϋποθέσεις: Υψηλής ποιότητας δεδομένα που συλλέγονται στον κατάλληλο χρόνο

Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου Κρήτης (ΚΚΚ)

www.crc.uoi.gr

- ❑ Η **διεπιστημονική ομάδα** του ΚΚΚ αποτελείται από τους εξής:
 - ❖ 7 καταγραφείς (1 Χανιά, 2 Ρέθυμνο, 3 Ηράκλειο, 1 Λασιθί)
 - ❖ 1 διαχειριστή της βάσης δεδομένων (ανάλυση δεδομένων)
 - ❖ Επιστημονικούς συνεργάτες: Σχολή Ιατρικής Πανεπιστήμιο Κρήτης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τμ. Πληροφορικής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο
 - ❖ Ομάδα τεχνικής υποστήριξης: Τμήμα Πληροφορικής, Πανεπιστημίου Κρήτης
- **Στόχος:** η **συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή** των περιπτώσεων θανάτου και νοσηρότητας από καρκίνο στην περιφέρεια Κρήτης (πληθυσμός περίπου 622.913)
- ✓ **Άμεσα εκθέσεις-** ενημερώσεις, χάρτες
 - και άλλα αποτελέσματα μέσω της εφαρμογής
 - χωροχρονικής ανάλυσης και δυναμικών μοντέλων.



Εκτίμηση εκβάσεων υγείας/απόδοσης υπηρεσιών: ναι, αλλά ποιους δείκτες;

- Χρήση στατιστικών θνησιμότητας πληθυσμού μεταξύ 1994 και 2010
- Πρωτογενής έκβαση: σταθμισμένοι δείκτες ως προς ηλικιακή ομάδα και φύλο ανά 100 000 άτομα και επιλεγμένες εκβάσεις χρόνιων καταστάσεων που είναι στόχοι του πλαισίου ποιότητας και εκβάσεων του HB
- Η εισαγωγή του Quality and Outcome Framework στο HB δε συσχετίστηκε με σημαντικές αλλαγές στη θνησιμότητα του πληθυσμού για σύνθετες εκβάσεις, όπως ισχαιμική καρδιοπάθεια ή καρκίνος.
- Ειδικοί τομείς κάθε νόσου θα πρέπει να αναζητηθούν

Ryan et al, Lancet 2016



Εκβάσεις υγείας/απόδοση υπηρεσιών υγείας και εκτίμηση της ποιότητας: ναι, αλλά δεδομένα από ποιες πηγές; (I)

- 7 διεπιστημονικές ομάδες ΠΦΥ στο Οντάριο
- Δεδομένα από ασθενείς, επαγγελματίες υγείας και δομές υγείας, ανάλυση εγγραφών και διοικητικών εγγράφων
- Μέθοδοι από πολλαπλές πηγές δεδομένων απαιτείται για μια ολοκληρωμένη εκτίμηση της απόδοσης των υπηρεσιών ΠΦΥ

Green et al. BMC Health Services Research 2012



Εκτίμηση εκβάσεων υγείας/απόδοσης υπηρεσιών υγείας: ναι, αλλά δεδομένα από ποιες πηγές; (II)

- Ο έλεγχος των ιατρικών εγγράφων παραμένει η ποιοτική έγκυρη μέθοδος συλλογής δεδομένων
- Δεδομένα ασθενείς απαιτούνται για μια πιο ενδεδειγμένη εκτίμηση δεικτών, όπως ο εμβολιασμός και η κατανάλωση φαρμάκων
- Δεδομένα από διοικητικές υπηρεσίες είναι χαμηλού κόστους σε σχέση με άλλες πηγές και μπορούν να καλύψουν το σύνολο του πληθυσμού
- Στην ΠΦΥ χρειαζόμαστε πολλαπλές πηγές για μια σφαιρική κατανόηση της απόδοσης

Table 1 Indicators and potential data sources

Indicator	CIHI Definition	Patient Survey	Chart Abstraction	Administrative Data
Smoking rate	% of pop that are current smokers	X	X	
Smoking cessation advice	% smokers receiving advice or help on smoking cessation	X	X	
Dietary advice	% with unhealthy eating habits offered advice or help on dietary practices	X	X	
Physical Activity advice	% of inactive patients offered advice or help on regular PA	X	X	
Self Management resources	% of patients with a chronic condition provided with resources to support self management	X	X	
Influenza immunization 65+	% of patients age 65+ with influenza vaccine in the last 12 months	X	X	X
Breast cancer screening	% women age 50-69 with mammography and clinical breast exam within 2 years	X	X	X
Cervical cancer screening	% women age 18-69 with PAP smear within 3 years	X	X	X
Colon cancer screening	% of patients age 50+ with FOBT within 24 months	X	X	X
Bone Density screening	% of women over age 65 screening with BMD at least once	X	X	X
BP testing	% of patients age 18+ who have had BP measured within 24 months	X	X	
BP control	% patients with HTN with BP <140/90	X	X	
Dyslipidemia screening	% of patients (men >40, women >55) who have had a full fasting lipid profile within 24 months	X	X	X
Dyslipidemia treatment	% patients with CAD and elevated lipids offered lifestyle advice and/or lipid lowering medication	X	X	Partial
Risk Factor screening CAD	% patients with CAD who received FBS, lipid profile, BP measurement and obesity screening within the last 12 months	X	X	Partial
Risk Factor screening HTN	% patients with HTN who received FBS, lipid profile, renal function, BP measurement and obesity screening within the last 12 months	X	X	Partial
Risk Factor Screening DM	% patients with DM who received A1C, lipid profile, nephropathy screening, BP measurement and obesity screening within 12 months	X	X	Partial
DM Glycemic control	% patients with DM with HbA1C 7.0% or less	X	X	
Vision screening in DM	% patients with DM who saw an ophthalmologist or optometrist within 24 months	X	X	X

Εκβάσεις υγείας και εκτίμηση ποιότητας

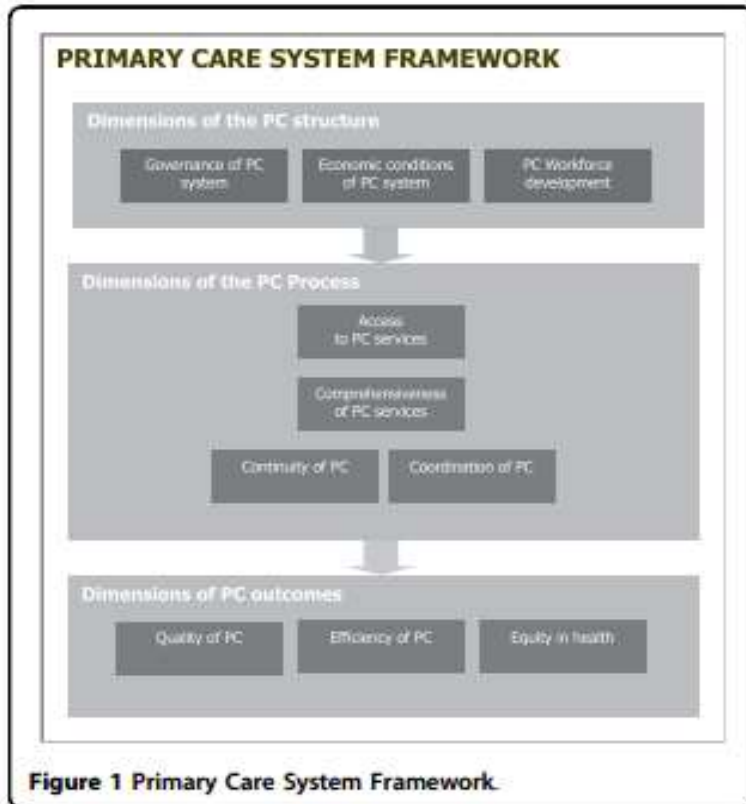
- Συστηματική ανασκόπηση για να προσδιορίσει και να συνθέσει τα αποτελέσματα της έρευνας στην ποιότητα παρεμβάσεων μεταβατικής (transitional) φροντίδας σε σύγκριση με πρότυπες διαδικασίες εξιτηρίων ηλικιωμένων προσώπων με χρόνια νοσήματα
- 12 άρθρα
- Βρέθηκαν κενά στη βιβλιογραφία σχετικά με την ποιότητα των παρεμβάσεων μεταβατικής φροντίδας για ηλικιωμένους ασθενείς και τις οικογένειές τους

Table 1 Definition of quality indicators

Quality indicator	Definition of indicator
Effectiveness	Effective care is based in evidence and is provided to the people most likely to benefit [4,6,8].
Efficiency	Efficient care is care without waste, including wasted resources [4].
Timeliness	Timely care is care that is provided in a timely manner without lengthy waiting periods for patients and their family [4].
Safety and risk	Care is low risk and safe when it causes no harm to patients, families or health care staff [4,6,8].
Equity	Care that is fair to everyone. No group of people receive inferior care based in differences in gender, culture, ethnicity, age, sexuality, geographic location or socioeconomic status [4].
Person and family centred care and experience	Care that is respectful of patients and families preferences, values and goals. Care decisions involve patients and families [4,6,8].

*Allen et al. BMC Health Services Research
2014*

Εκβάσεις υγείας στην ΠΦΥ-Ι



Kringos et al, BMC Fam Pract, 2010

Table 1. Availability of data on primary care indicators, by dimension and country

Country	Percentage of indicators (including subquestions with available data, by dimension and country)							
	Primary care governance (n = 16)	Economic conditions of primary care (n = 10)	Primary care workforce development (n = 17)	Mean %	Access to primary care (n = 19)	Continuity of primary care (n = 12)	Coordination of primary care (n = 9)	Comprehensiveness of primary care (n = 10)
Austria	100	90	100	97	100	75	100	100
Belgium	100	100	100	100	100	100	100	90
Bulgaria	100	100	100	100	100	100	100	100
Cyprus	94	80	71	81	95	50	100	70
Czech Republic	100	100	100	100	95	75	100	100
Denmark	100	89	100	94	100	92	100	100
Estonia	100	100	100	100	100	92	100	100
Finland	100	89	94	94	95	92	100	100
France	100	100	100	100	100	92	100	100
Germany	100	90	100	97	100	100	100	100
Greece	50	70	94	71	89	67	56	70
Hungary	100	100	100	100	100	100	100	100
Iceland	75	80	100	85	84	75	78	100
Ireland	100	89	100	94	84	75	100	90
Italy	100	100	94	98	95	58	100	90
Latvia	100	100	100	100	95	100	100	100
Lithuania	100	100	100	100	100	100	100	100
Luxembourg	100	90	94	95	89	67	89	90
Malta	94	60	59	71	68	67	100	60
Netherlands	100	100	100	100	100	100	100	100
Norway	100	100	88	94	84	100	89	100
Poland	100	100	88	94	95	92	100	90
Portugal	100	89	100	96	100	100	100	100
Romania	100	80	100	93	95	100	89	80
Slovak Republic	100	100	100	100	100	100	100	100
Slovenia	100	100	76	92	89	100	89	100
Spain	100	100	94	98	89	100	100	100
Sweden	100	80	82	87	95	67	100	90
Switzerland	100	100	100	100	63	67	100	100
Turkey	100	60	100	87	100	100	100	90
UK	100	100	100	100	100	100	100	90
Mean %	97	91	95	—	94	87	96	94

Kringos D. et al. British Journal of General Practice, 2013

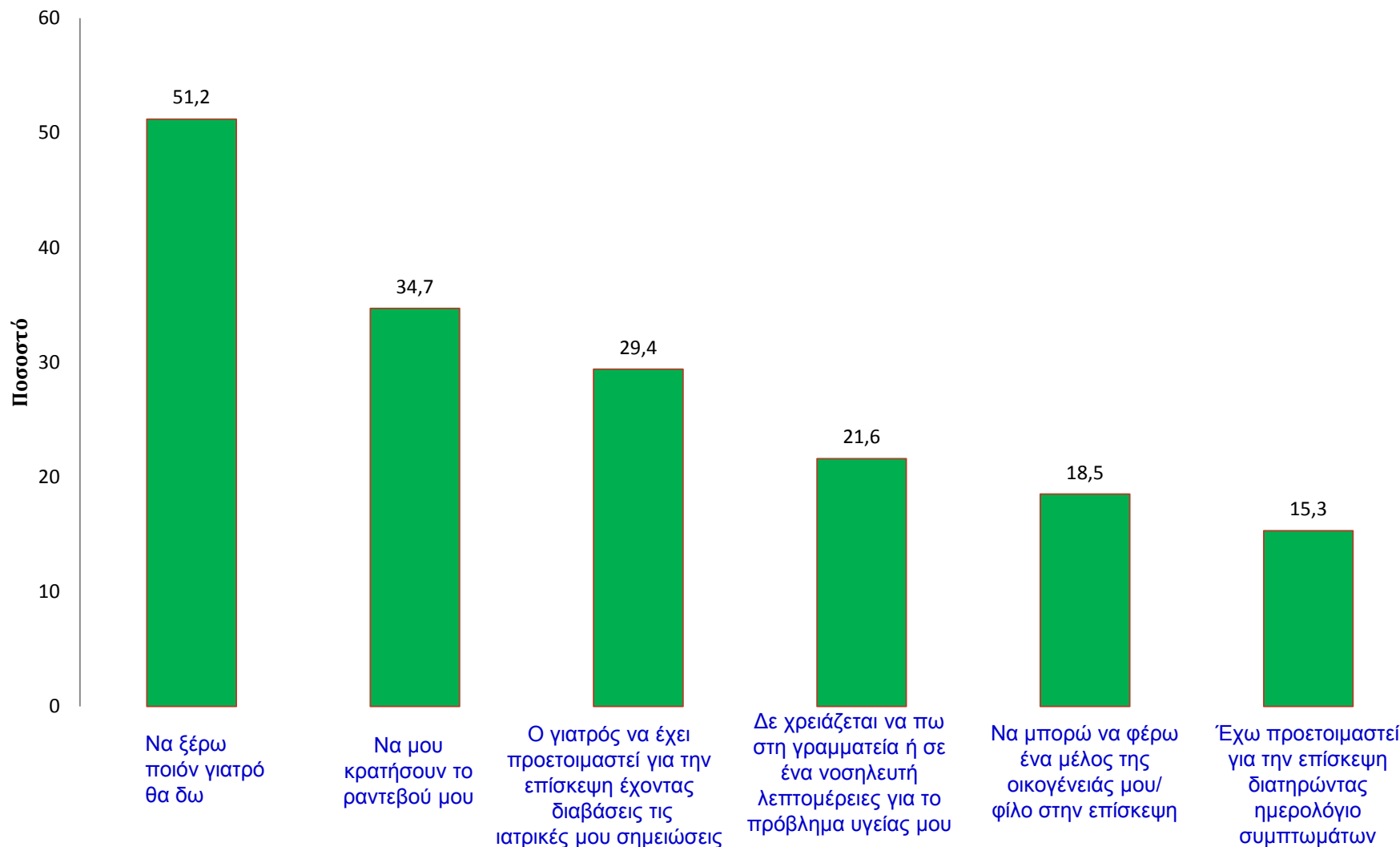


Εκβάσεις υγείας στην ΠΦΥ-II

Δεδομένα από τους ασθενείς- Η μελέτη QUALICORP



Παράγοντες εκτιμούμενοι ως πολύ σημαντικοί από τους ασθενείς
πριν από την επίσκεψη στον ιατρό



Εκβάσεις υγείας στην ΠΦΥ: Εστίαση στον καρδιαγγειακό κίνδυνο και στα καρδιομεταβολικά προβλήματα υγείας

Συσχέτιση CVD risk (Heart Score), με το φύλο, την περιοχή και τον νομό κατοικίας 805 (από n=824) συμμετεχόντων, ηλικίας 40-98 ετών.

Πίνακας 1. 10-ετή εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου (HeartScore) 805 ασθενών γενικών ιατρών της Κρήτης, ηλικίας 40-98 ετών

		10-ετής κίνδυνος/HeartScore ²				
		Low-to-moderate risk persons (<3%)	High-risk persons (5-9%)	Very high-risk persons (10%+)		
		γ	γ (%)		p-value	
Σύνολο		805 ^F	313 (38,9)	383 (47,6)	109 (13,5) ^T	-
Φύλο	άνδρες	356	89 (25,0)	167 (46,9)	100 (28,1)	<0,001
	γυναίκες	449	224 (49,9)	216 (48,1)	9 (2,0)	
Περιοχή κατοικίας	αστική	517	205 (39,7)	258 (49,3)	56 (10,8)	0,010
	αστική	288	108 (37,5)	127 (44,1)	53 (18,4)	
Νομός κατοικίας	Ηρακλείου	412	178 (43,2)	179 (43,4)	55 (13,3)	0,262
	Χανίων	225	78 (34,7)	120 (53,3)	27 (12,0)	
	Ρεθύμνου	80	27 (33,8)	40 (40,0)	13 (16,3)	
	Λασιθίου	88	30 (34,1)	44 (50,0)	14 (15,9)	

<http://www.jstor.org/stable/2722202> & [http://www.scribd.com/doc/16894646/John-Quigley-Civil-Democracy-in-Europe-Grades for](http://www.scribd.com/doc/16894646/John-Quigley-Civil-Democracy-in-Europe-Grades-for)

Πίνακας 2. Συχνότητα φαρμακευτικής αγωγής σε 109 άτομα με υψηλό 10-ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο (Very high-risk persons, 10%+).

Νέσος	v	%	95%αΔΕ
Υαλότοπος	78	71,6	67,9
Δυσήπειδα	65	59,6	50,4
ΣΔ	49	45,0	36,0

❑ Ο βαθμός κινδύνου για θανατηφόρο καρδιαγγειακό επεισόδιο ως έκβαση υγείας (και η διαχείριση του κινδύνου) ως εκτίμηση της απόδοσης

☐ Η χρήση κλιμάκων εκτίμησης κινδύνου

☐ Η χρήση Κ.Ο. για την εκτίμηση του κινδύνου

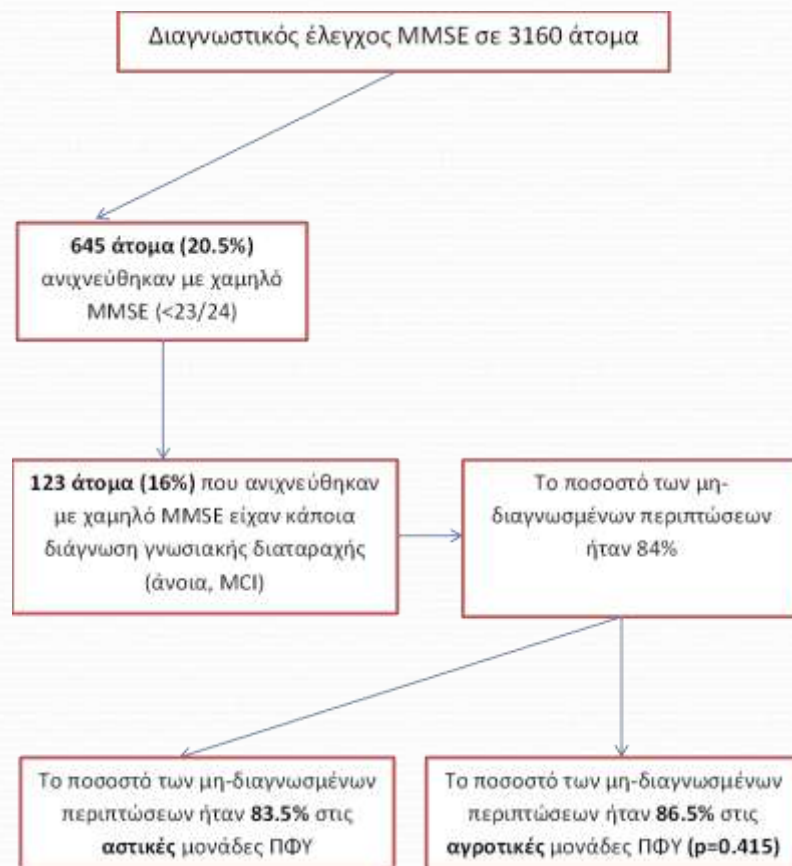
❑ Η θεραπευτική ενέργεια (συνταγογράφηση) ως δείκτης απόδοσης [Το υψηλό ποσοστό ατόμων με υψηλό κίνδυνο χωρίς την απαιτούμενη φαρμακευτική αγωγή]

Συσχέτιση CVD risk (Heart Score), με το φύλο, την περιοχή και τον νομό κατοικίας 805 (από n=824)

Από μια συγχρονική μελέτη της Ιατρικής Σχολής ΠΚ σε επισκέπτες ιατρών γενικής ιατρικής στην Κρήτη

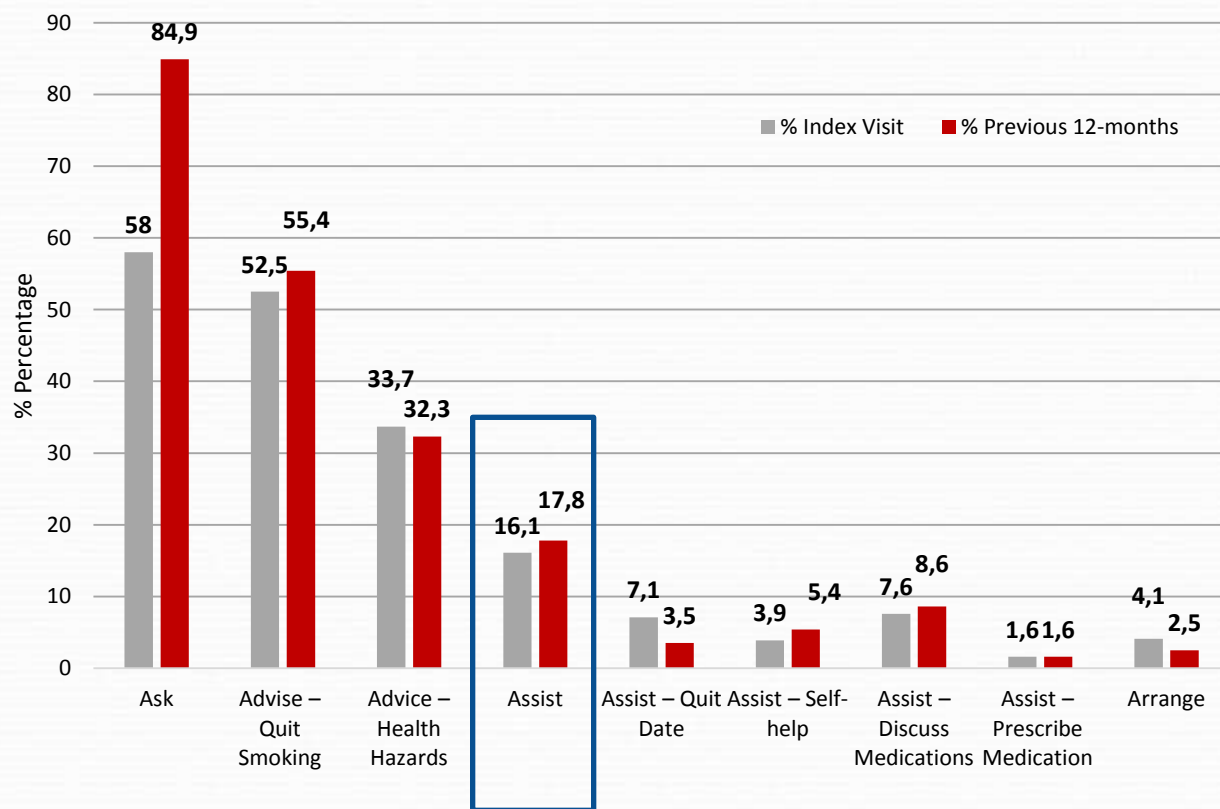
Εκβάσεις υγείας/απόδοση υπηρεσιών στην ΠΦΥ: Εστίαση στο νευροεκφυλιστικό κίνδυνο και στην άνοια

- Διαγνωστικός έλεγχος **MMSE** σε **3160** άτομα
- **645 (20.5%)** άτομα ανιχνεύθηκαν με χαμηλό MMSE (<23/24)
- Από τους συμμετέχοντες με χαμηλό MMSE 123 (**16%**) είχαν ήδη κάποια διάγνωση γνωσιακής διαταραχής (άνοια, MCI) από υπηρεσίες υγείας
- Το ποσοστό των μη-διαγνωσμένων περιπτώσεων με πιθανή γνωσιακή διαταραχή ήταν συνολικά **84%**
- **83.5%** στις αστικές μονάδες ΠΦΥ και **86.5%** στις αγροτικές (**p=0.415**)
- Η χρήση διαγνωστικών κλιμάκων (screening tests) ως μέτρο απόδοσης στις υπηρεσίες υγείας



Εκβάσεις υγείας/απόδοση υπηρεσιών στην ΠΦΥ: Εστίαση στη συμπεριφορά υγείας

5As (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) tobacco treatment delivery in primary care settings in Greece

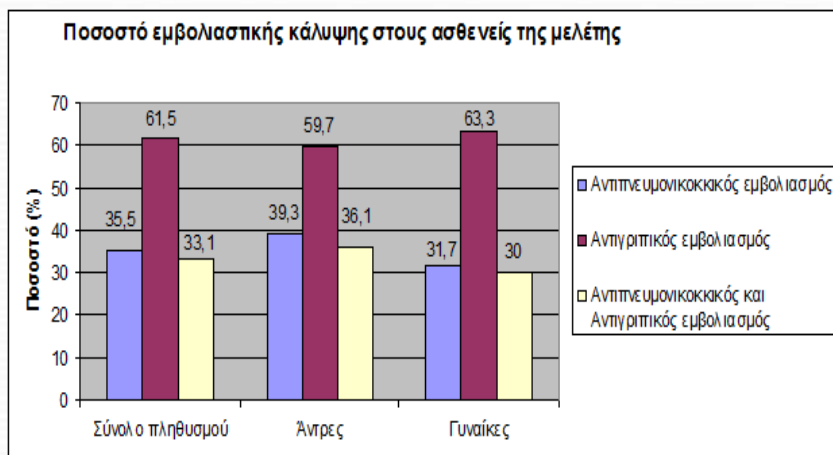


□ Η αλλαγή της συμπεριφοράς ως εκτιμητής της απόδοσης στις υπηρεσίες υγείας και η συμπεριφορά υγείας ως έκβαση υγείας

□ Το χαμηλό ποσοστό εμπλοκής των ιατρών ΠΦΥ στην υποστήριξη διακοπής του καπνίσματος

Από ένα ερευνητικό πρόγραμμα Tobacco treatment TrAining Network in Crete (TiTAN Crete) του ΠΚ/ http://titan.uoc.gr/index_en.html

Εκβάσεις υγείας/απόδοση υπηρεσιών στην ΠΦΥ: εστίαση στους εμβολιασμούς και στα λοιμώδη νοσήματα



☐ Εμβολιαστική κάλυψη ως δείκτης έκβασης υγείας και ως δείκτης απόδοσης

☐ Ομοίως η συχνότητα της πνευμονίας της κοινότητας και της παραπομπής στο νοσοκομείο



- Σε ένα έτος **124** νέες περιπτώσεις Πνευμονίας Κοινότητας στις αγροτικές περιοχές του Ν. Ηρακλείου
- Ο προτυποποιημένος δείκτης επίπτωση πνευμονίας της κοινότητας: **236.7** νέες περιπτώσεις/ έτος σε 100.000 πληθυσμού 50 ετών και άνω
- **32%** των περιπτώσεων νοσηλεύτηκαν

- Moral et al, Patient Education and Counseling, 2016*

by Miller and Rollnick 2013, modified

- How comfortable is this lady with my initiative or talking to me?
- How friendly, supportive and helpful a I being?
- Do I understand this lady's perspective, family conditions or current concerns?
- How comfortable do I feel in this first conversation?

- What goals for change does this lady really have?
- DO I have different aspirations for change for this person?
- Are we working together with a common purpose?
- Do I have a clear sense of where we are going?

- What is the person's own reasons for change?
- Is the reluctance more about confidence or importance for change?
- What change talk am I hearing?
- Am I steering too far or to fast in a particular direction?

- What would be a reasonable next step toward change?
- What would help the lady to move forward?
- Am I remembering to evoke rather than prescribe a plan?
- Am I offering needed information or advice with permission?

Εκβάσεις υγείας και νοσοκομειακή περίθαλψη

Μετρήσεις 30-ημερών κινδύνου σταθμισμένης θνησιμότητας:

- οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου,
- καρδιακή ανεπάρκεια,
- πνευμονία

Μετρήσεις 30-ημερών κινδύνου σταθμισμένης επαναισθαγωγής

- Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου,
- καρδιακή ανεπάρκεια,
- πνευμονία,
- αρθροπλαστική ισχίου/γόνατος

Δείκτες ασφάλειας ασθενούς

- Θάνατος ανάμεσα σε νοσοκομειακούς ασθενείς με σοβαρές θεραπεύσιμες επιπλοκές
- Επιπλοκές/ασφάλεια ασθενούς σε επιλεγμένες καταστάσεις

Μεθοδολογικοί περιορισμοί για τη μέτρηση των νοσοκομειακών εκβάσεων

- Σαφή διατύπωση του κατάλληλου δείγματος του πληθυσμού
- Κλινική συνάφεια των χρησιμοποιούμενων στο μοντέλο μεταβλητών
- Υψηλής ποιότητας δεδομένα που συλλέγονται στο κατάλληλο χρόνο
- Προσδιορισμός του κατάλληλου χρόνου αναφοράς
- Χρήση του κατάλληλου δείκτη κλινικής έκβασης
- Χρήση μιας σταθμισμένης περιόδου για την εκτίμηση της έκβασης
- Εφαρμογή μιας αναλυτικής προσέγγισης που λαμβάνει υπ' όψη την πολυεπίπεδη οργάνωση των δεδομένων
- Αποκάλυψη όλων των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για τη σύγκριση των δεδομένων

Krumholz et al, BMJ 2013



Εκβάσεις υγείας: από το νοσοκομείο στην ΠΦΥ

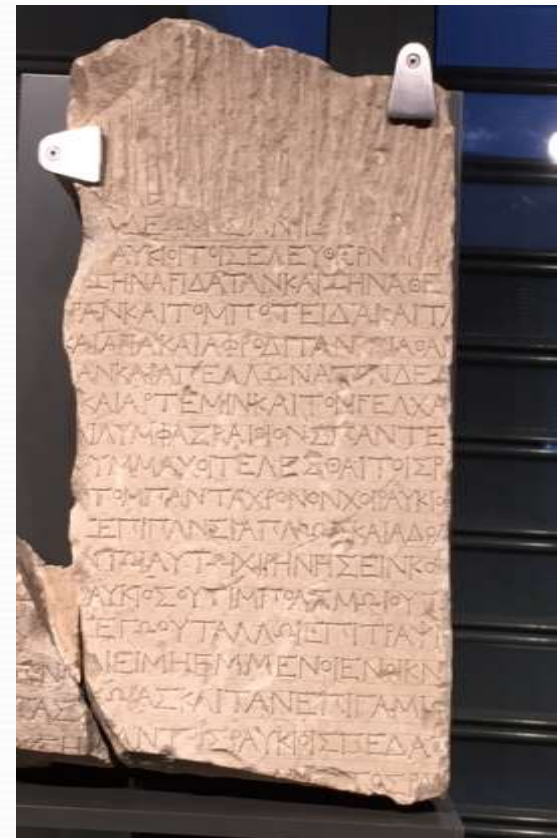
- The Medical House Call Program στο MedStar Washington Hospital Center
- A case study που εξετάζει προγράμματα που στοχεύουν στη βελτίωση των εκβάσεων και τη μείωση του κόστους σε ασθενείς με περίπλοκες ανάγκες
- The medical House Call Program εξυπηρετεί κατά μέσο όρο 600 ηλικιωμένα και αδύναμα άτομα στην περιφέρεια Columbia.
- ΠΦΥ με βάση την ομάδα (Team-based primary care): γηρίατρος, νοσηλεύτρια και βοηθός νοσηλεύτρια.
- Ανάληψη ευθύνης αντίστοιχης με της ανάγκες του ασθενούς, εστίαση στις συναισθηματικές ανάγκες, στη συνέχεια της φροντίδας, έμφαση στη φροντίδα στο τέλος της ζωής.
- Λιγότερες εισαγωγές, μικρότερο κόστος

The Commonwealth Fund/Cases Studies, by Klein et al, 2016

Τι χρειαζόμαστε;

- Συζήτηση για ένα κατάλογο δεικτών που θα αξιολογούν την απόδοση και την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ (συμβόλαιο με τον προσωπικό γιατρό)
- Παρόμοια για ένα κατάλογο δεικτών στη νοσοκομειακή περίθαλψη που θα αξιολογούν την απόδοση, ποιότητα και ασφάλεια.
- Ερευνητική εργασία για τη χρησιμοποίηση κινήτρων στους επαγγελματίες υγείας στη βελτίωση των εκβάσεων, της απόδοσης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας
- «*Systematic evidence on the effects of DRGs on health outcomes and quality of care is extremely limited*»

David Scheller-Kreinsen, Alexander Geissler, Reinhard Busse, Euro observer 2009



Museum of Ancient Eleytherna, Crete

Ο ρόλος του forum

- Η οργάνωση ενός working group
- Η ανταλλαγή απόψεων για τις εκβάσεις υγείας
- Η συγγραφή ενός κειμένου θέσεων
- Η δημοσίευση και η υποβολή του σε θεσμικά όργανα

Τι λέτε να δοκιμάσουμε;

Θα χαρώ να αλληλογραφήσουμε



ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΚΚΟΙ



Δίκτυο Έρευνας στη Γενική Ιατρική στην Κρήτη



Διαγνωστικά Εργαλεία



Δημοτικό Ιατρείο Ηρακλείου



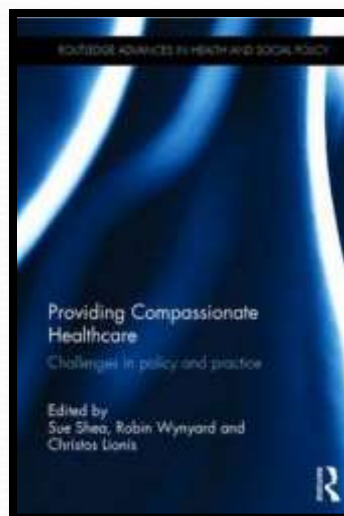
Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου Κρήτης



Κατευθυντήριες Οδηγίες στην ΠΦΥ

<http://www.greekphcguidelines.gr/>

26en/



Providing Compassionate Healthcare



Περιοδικά



<http://www.fammed.uoc.gr/>

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ!