



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟ ΚΑΙ ΥΓΙΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (INTEGRATED CARE) DRAFT



ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

Αθήνα, Οκτώβριος 2024

**Θ. Βοντεσιάνος
Χρ. Καμπόλης**

Πίνακας περιεχομένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
INITIAL ADVISORY BOARDS	4
Α. Ευρωπαϊκό	4
Β. Εθνικό	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
1.1 Γενικό μέρος	6
1.2 «Ολοκληρωμένη Ιατρικο-κοινωνική φροντίδα (Integrated Care)»	9
1.2.1 Βασικές αρχές	9
1.2.2 Το όραμα της Νέας Υπηρεσίας στα Δημοτικά Ιατρεία	11
1.2.3 Αναμενόμενα οφέλη της Νέας Υπηρεσίας για τον Δήμο και τους Δημότες Αθηναίων	12
2. ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ: Ο ΧΩΡΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	14
3. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	15
3.1 Η Διεπιστημονική Ομάδα	15
3.2 Ο Case Manager (η νέα προσέγγιση στη χρόνια φροντίδα)	15
4. ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	17
4.1 Πρόσφατες Διεθνείς/Εθνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες ανά Νόσημα και για Ασθενείς με Πολυνοσηρότητες	17
4.2 Το Εξατομικευμένο Πλάνο Φροντίδας	17
4.3 Το WHO ICOPE Screening Tool	18
4.4 Ηλεκτρονικός Φάκελος - Ψηφιακή Πλατφόρμα	19
5. Η ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ (CARE PATHWAY)	24
5.1 Επιλογή ασθενών	25
5.1.1 Διαδικασία	25
5.1.2 Κριτήρια επιλογής	26
5.1.3 Κριτήρια αποκλεισμού	26
5.2 Αρχική Φάση Αποκατάστασης των ασθενών	26
5.2.1 Ατομο-κεντρική Διεπιστημονική προσέγγιση (Person-Centered Care)	28
5.2.2 Αξιολόγηση της αυτονομίας – λειτουργικής/ενδογενούς ικανότητας του κάθε ασθενούς (patient centered care)	29
5.2.3 Αξιολόγηση υποκείμενων νοσημάτων – Πολυφαρμακία	31

5.2.4	Αξιολόγηση κοινωνικού – φυσικού περιβάλλοντος – αναγκών κοινωνικής φροντίδας και υποστήριξης	32
5.2.5	Οργάνωση Πλάνου Φροντίδας	33
5.2.6	Value-based Care	36
5.3	Αναλυτική Περιγραφή των Δια Ζώσης Συνεδριών	37
5.3.1	Διαδικασία	37
5.3.2	Περιεχόμενο (10 3ωρες Συνεδρίες)	38
5.4	Φάση συνεχιζόμενης από μακριά παρακολούθησης, υποστήριξης και της συντονισμού της φροντίδας	45
5.4.1	Συνεχιζόμενη φροντίδα εξ αποστάσεως (Remote Visits)	45
5.4.2	Συντονισμός Φροντίδας	46
5.4.3	Συνεχιζόμενη Υποστήριξη φροντιστών	47
6.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	48
7.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	54
8.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	58

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Συχνά ο όρος “Integrated Care” αποδίδεται στα ελληνικά ως “Υπηρεσίες διεπιστημονικής συνεχιζόμενης και εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας”.

Οι ξένοι εννοούν υπηρεσίες φροντίδας, παρεχόμενες από αξιόπιστα, ολοκληρωμένα δίκτυα οργανισμών, ανθρώπων και τεχνολογιών, με αποτέλεσμα το συντονισμό και τη συνεργασία στη παροχή της φροντίδας τόσο οριζόντια (μεταξύ των εμπλεκόμενων θεραπειών), όσο και κάθετα (μεταξύ των επιπέδων φροντίδας).

Λειτουργικά μπορούμε να την περιγράψουμε ως “ολιστική ιατρικο-κοινωνική, συνεχιζόμενη και βιώσιμη φροντίδα, εστιασμένη πάντα στις ιδιαίτερες ανάγκες, επιλογές και αξίες του κάθε πολίτη / ασθενούς”.

Περιβάλλον

Ο χώρος της κατ’ εξοχήν ένδειξης της Ολοκληρωμένης Φροντίδας είναι εκεί όπου το σύστημα υγείας και κοινωνικής φροντίδας δοκιμάζεται ιδιαίτερα. Είναι κυρίως η μακρά και χρόνια φροντίδα του γήρατος με τις πολλαπλές συν-νοσηρότητες που το συνοδεύουν, όπως πχ. οι ασθενείς με:

- δύο ή περισσότερα χρόνια νοσήματα, (διαβήτης, υπέρταση, καρδιακή και αναπνευστική ανεπάρκεια, αρθροπάθειες, κατάθλιψη, μειωμένη κινητικότητα και κοινωνική συμμετοχή κα.)
- πολλαπλές φαρμακευτικές αγωγές (πάνω από 5 διαφορετικές ουσίες)
- εμπλοκή πολλών επισήμων και ανεπισήμων ιατρικών και παραϊατρικών ειδικοτήτων θεραπειών και οργανισμών παροχής φροντίδας.

Αποτέλεσμα είναι κατά κανόνα, η υπερκατανάλωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, η ακατάλληλη και επιβλαβής συχνά πολυφαρμακία, ως και η απορρόφηση τεράστιου ποσοστού πόρων (> 80%). Η πρόσφατη πανδημία, με κύρια θύματα τους παραπάνω πληθυσμούς, απείλησε να εξαντλήσει τα συστήματα φροντίδας πολλών χωρών, γι’ αυτό και έχει αποτελέσει **αναπόδραστη ανάγκη, αλλά και παράθυρο ευκαιρίας** για την ανάγκη της ευρείας εφαρμογής της “Ολοκληρωμένης Φροντίδας”.

Τα χαρακτηριστικά της Ολοκληρωμένης Φροντίδας

Δύο είναι τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά. Η ομαδική και συνεργατική προσέγγιση από όλο το εμπλεκόμενο προσωπικό με επίκεντρο τις ανάγκες του κάθε ασθενή, ως και η «έξυπνη, εξατομικευμένη, χρήση των ψηφιακών τεχνολογιών του σήμερα που μπορούν να πολλαπλασιάζουν την αποτελεσματικότητα των θεραπειών (ICT enabled Care).

Πιο συγκεκριμένα:

- Η υιοθέτηση του μοντέλου της **“proactive patient and person/centered care”** προσέγγισης στη παροχή φροντίδας, που βάζει τον **«ενδυναμωμένο»** ασθενή στο κέντρο και καταργεί τη πολυδιάσπαση (fragmentation) της φροντίδας, με τα πολλαπλά οριζόντια και κάθετα στεγανά του ασυντόνιστου νοσοκομείο-κεντρικού (hospital centered) συστήματος του σήμερα.
- Η ευρεία εφαρμογή της υποστηριζόμενης από τις νέες τεχνολογίες **«έξυπνης υγείας»** για τη μεταφορά πολλαπλών τριτοβάθμιων υπηρεσιών από το νοσοκομείο στο σπίτι, (**from hospital to home based Care**) και την εφαρμογή της συνεχώς εξελισσόμενης Τεχνητής Νοημοσύνης (AI) για αποτελεσματική συνεργασία, πρόληψη, εξατομίκευση και βελτιστοποίηση της φροντίδας κα. (**patients’ risk stratification, personalized care, data driven decision making** etc).

Πρακτικά σημαίνουν τη μετακίνηση από τη σημερινό μοντέλο της νοσοκομείο-κεντρικής, ασυντόνιστης και διαλείπουσας φροντίδας σε μια συνολική φροντίδα, συνεχώς κοντά στον ασθενή, οπουδήποτε και οποτεδήποτε την έχει αυτός ανάγκη. Η φροντίδα αυτή θα είναι «έξυπνη και δυναμικά προσαρμοζόμενη», ώστε να εστιάζει κάθε φορά στις ιδιαίτερες ανάγκες και επιλογές του κάθε ασθενούς, αλλά συγχρόνως και να κινητοποιεί και αξιοποιεί τις εκάστοτε δυνατότητες του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ασθενούς.

Η υιοθέτηση των πρακτικών της ολοκληρωμένης φροντίδας βρίσκεται στη καρδιά του μοντέλου παροχής των υπηρεσιών στην εποχή της 4^{ης} βιομηχανικής επανάστασης (Health 4.0), όπου κύρια έμφαση αποδίδεται στα παρακάτω:

- την εφαρμογή συστημάτων **web based, διαμοιραζόμενου ιατρικού φακέλου**
- **επίσημα ανατεθειμένη ευθύνη για τον συντονισμό της φροντίδας (Case Manager)**
- **φροντίδα με επίκεντρο την πρόληψη έξαρσης της νόσου (τριτογενής πρόληψη)**

- αλλαγή στη δομή των οικονομικών κινήτρων προς ένα σύστημα που ανταμείβει υψηλής ποιότητας φροντίδας

Ο Δήμος Αθηναίων έχει από ετών συνειδητοποιήσει το κρίσιμο ρόλο και σημασία της συμμετοχής του Κοινωνικού Τομέα στην επιτυχή και αποτελεσματική αντιμετώπιση του τεράστιου ιατρικο- κοινωνικο- οικονομικού προβλήματος του γήρατος με τις χρόνιες νοσηρότητες που το συνοδεύουν . Για το λόγο αυτό από το 2014:

- συμμετείχε ενεργά στην αντίστοιχη μεγάλη Πανευρωπαϊκή Συμμαχική Πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Ενεργό και Υγιή Γήρανση “**European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing**” (EIP on AHA), που έφερε κοντά όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και τομείς.
- εξασφάλισε τους αναγκαίους πόρους και αναβάθμισε τα δημοτικά ιατρεία σε Πολυδύναμα Κέντρα (**one stop shop**), με το σύνθετο φάσμα των πολλαπλών ιατρικών και παραϊατρικών ειδικοτήτων που είναι απαραίτητο για το σκοπό αυτό.

Στα πλαίσια της παραπάνω ευρωπαϊκής πρωτοβουλίας, σε συνεργασία με το Παν/μιο Αθηνών και την “Ελληνική Εταιρεία Καινοτομίας για την Υγιή και Ενεργό Γήρανση” (Greek Network EIP on AHA, υπέβαλε το 2019 τα σχέδια του για την “Ολοκληρωμένη Φροντίδα” στην Ομάδα των Reference Sites της Πρωτοβουλίας, όπου έλαβε τιμητική διάκριση (3* RS), εξασφαλίζοντας έτσι κορυφαίες διευρωπαϊκές συνεργασίες που θα χρησιμοποιηθούν στο παρόν έργο για την απαραίτητη μεταφορά τεχνογνωσίας.

Έτσι, σαν συνέπεια της συμμετοχής του Ιατρικο-κοινωνικού Τομέα του ΔΑ στη παρούσα εφαρμογή της Ολοκληρωμένης Φροντίδας στα Πολυδύναμα ιατρεία αναμένονται:

- αποκεντρωμένες και εύκολα προσβάσιμες υπηρεσίες κοντά στον ασθενή
- καλύτερη ποιότητα ζωής και κοινωνικής συμμετοχής
- αυξημένο αίσθημα ασφάλειας με τη κατάλληλη καθοδήγηση σε τόπο και χρόνο
- λιγότερες νοσηλείες και επισκέψεις στα τακτικά και έκτακτα ιατρεία
- σημαντική μείωση του άμεσου, έμμεσου και κοινωνικού κόστους για τους ασθενείς.

INITIAL ADVISORY BOARDS

A. Ευρωπαϊκό

- **Prof. Anne Hendry:** Director IFICs Hub in Scotland, Honorary Professor, University of the West of Scotland, Honorary Secretary, British Geriatrics Society.
- **Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger:** Medical University of Graz.
- **Prof. Madalena Ilario:** University of Naples Federico II, Chair, RSCN
- **Jacob Hofdijk,** Special Adviser at CQT Zorg & Gezondheid, The Hague, South Holland, Netherlands
- **Dr Toni Dedeu** Senior Advisor on Integrated Primary Health Care. WHO Regional Office for Europe at WHO European Centre for Primary Health Care
- **Prof. Josep Roca** Hospital Clinic of Barcelona
- **Dr. Albert Alonso MD** Hospital Clinic of Barcelona, Former Chair RSCN
- **Prof. Nick Guldemond** Healthcare & Public Health, The Hague
- **George Crooks OBE,** Chief Executive Officer at Digital Health and Care Institute Digital Health and Care Institute, Glasgow, =Scotland, United Kingdom
- **Prof. Jean Bousquet,** Prof. Universitaire de Montpellier, France



B. Εθνικό

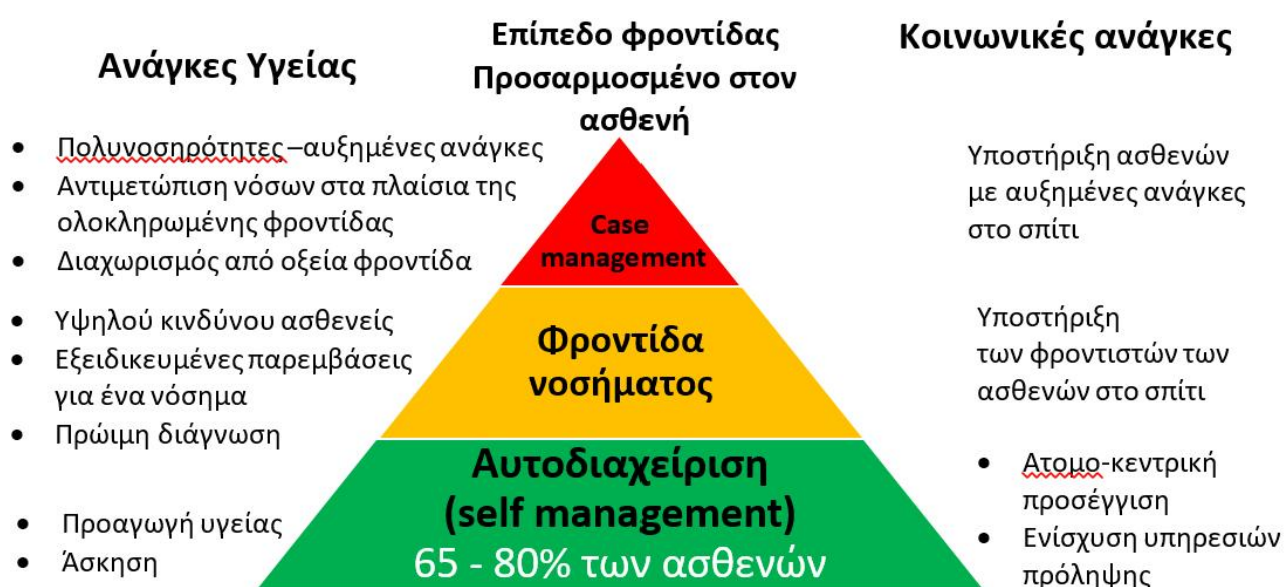
- **George Chrousos: Professor Emeritus of Endocrinology, Member of the Academy of Athens**
- **John Lekakis: Professor Emeritus of Cardiology, Chair, Greek Society of Digital Medicine**
- **Nikos Siafakas Professor Emeritus of Respiratory Medicine, Former President, European Respiratory Society**
- **George Baltopoulos: Professor Emeritus of Intensive Care, Chair, Critical Illness Studies Greek Institute**
- **Christos Savopoulos, Prof. Of Internal Medicine, Gen. Sec., Greek Network of Innovation for Active and Healthy Ageing**
- **Miltiadis Nektarios: Prof. of Insurance Science. University of Peiraias**
- **Dimitris Koutsouris: Prof. Of Biomedical Engineering NTUA**
- **Ilias Kyriopoulos: Ass. Prof. in the Department of Health Policy at LSE**
- **Dimitris Kontopidis: Patient Advocate, Greek patients Association, social entrepreneur**



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Γενικό μέρος

Η σημερινή αντιμετώπιση του αυξανόμενου και εξαιρετικά ευάλωτου πληθυσμού των ηλικιωμένων που πάσχουν από πολλαπλά χρόνια νοσήματα (multimorbidity), ενώ απορροφά τεράστιο ποσοστό των πόρων υγείας και κοινωνικής φροντίδας (>80%), έχει εν τούτοις σαν αποτέλεσμα χαμηλή ποιότητα ζωής για τους ασθενείς, μεγάλη συμφόρηση των υπηρεσιών, ως και μεγάλο έμμεσο και κοινωνικό κόστος γι' αυτούς που τους φροντίζουν (1). Η **Kaiser Permanente**, μια αμερικανική κοινοπραξία ολοκληρωμένης διαχείρισης φροντίδας, εισήγαγε την έννοια της διαστρωμάτωσης και αναγνώρισης του πληθυσμού των ασθενών με χρόνια νοσήματα με βάση τις διαφορετικές ανάγκες υγείας. Οι περισσότεροι ασθενείς με χρόνια πάθηση διαχειρίζονται τις ασθένειές τους με την υποστήριξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ως συνήθως. Αυτό είναι το πρώτο επίπεδο (πράσινο χρώμα). Στο δεύτερο επίπεδο (κίτρινο χρώμα), χρειάζεται ένα πρόγραμμα ειδικής διαχείρισης της νόσου, ενώ τέλος στη περίπτωση πολύπλοκων πολυνοσηρών ασθενών (επίπεδο 3 / κόκκινο χρώμα) απαιτείται ευρύτερος συντονισμός της φροντίδας με τη βοήθεια του διαχειριστή περίπτωσης (Case Manager)(2)



Σχήμα 1. Οι στρατηγικές εφαρμογής της ολοκληρωμένης φροντίδας ανάλογα με το επίπεδο κινδύνου, τις ανάγκες υγείας και τις κοινωνικές υγείας των χρόνιων ασθενών (το τρίγωνο Kaiser).

Στρατηγικό ρόλο για την αντιμετώπιση των παραπάνω προκλήσεων έχει φανεί να παίζει τα τελευταία 15-20 χρόνια η **“Ολοκληρωμένη Φροντίδα”**, που καθίσταται εφαρμόσιμη στη κλινική πράξη χάρις στις νέες τεχνολογίες της Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ/ICT). Καθίστανται δηλαδή εφικτές ριζικές καινοτομικές προσεγγίσεις στη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, όπως οι παρακάτω (1,3):

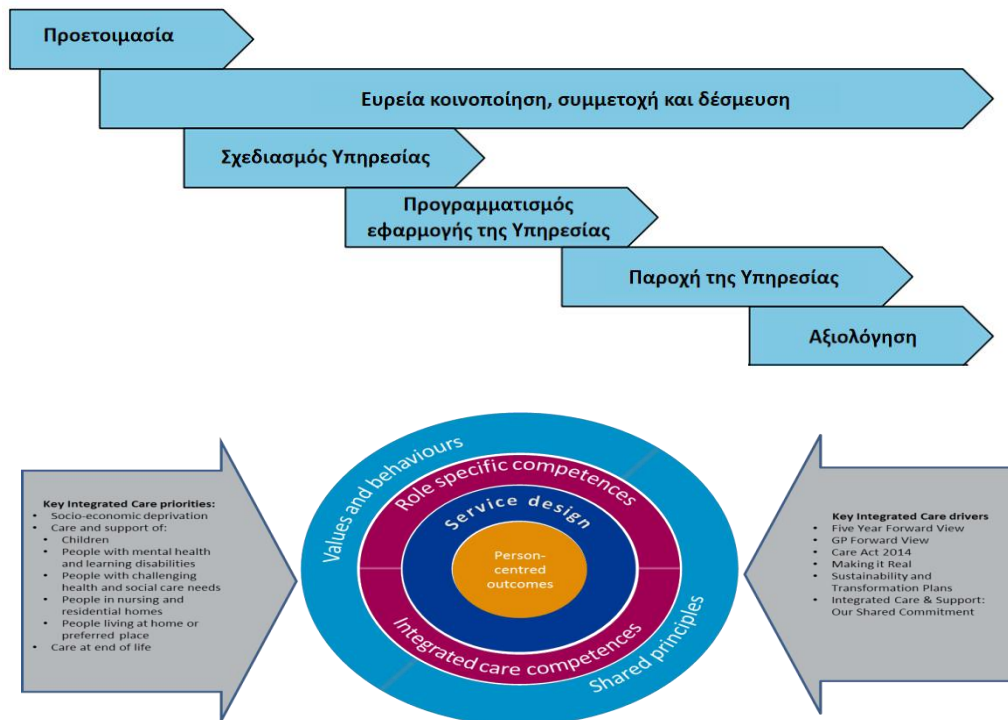
- νέες νοοτροπίες, κουλτούρες, ρόλοι, αξίες και συνεργασίες
- αλλαγή των υπηρεσιών υγείας από νοσοκομείο-κεντρική προσέγγιση σε μια προσέγγιση πρωτοβάθμιας (community and home based), ανθρωποκεντρικής περίθαλψης
- μετατόπιση από θεραπευτική σε προορατικά προληπτική φροντίδα
- οριζόντιος και κάθετος συντονισμός στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας
- νέα επιχειρησιακά μοντέλα και προγράμματα χρηματοδότησης

Ο Δήμος Αθηναίων, αντιλαμβανόμενος με υπευθυνότητα τη σημασία και το ρόλο του της συμμετοχής του Κοινωνικού Τομέα στην αντιμετώπιση των τεράστιων ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που συνεπάγεται το γήρας, έχει από ετών αναζητήσει τις “τρέχουσες” ευρωπαϊκές απαντήσεις. Έτσι από το 2014 συμμετέχει στη μεγάλη ευρωπαϊκή Πρωτοβουλία για τη Υγιή και Ενεργό Γήρανση **“European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing” (EIP on AHA)**, σε συνεργασία (MoU) με την “Ελληνική Εταιρεία Καινοτομίας για την Υγιή και Ενεργό Γήρανση” (Greek Network EIP on AHA), με κύριους στόχους:

- τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων του Δήμου με ανάπτυξη νέων καινοτόμων υπηρεσιών, στο πλαίσιο της νέας σύγχρονης αντίληψης και αναβαθμισμένης λειτουργίας των Δημοτικών Ιατρείων, ως πολυδύναμα κέντρα ολοκλήρωσης της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας
- τη βέλτιστη δυνατή αποτελεσματικότητα, αλλά και βιωσιμότητα των υπηρεσιών, που αποτελεί πλέον το διεθνές ζητούμενο στο χώρο της σύγχρονης παροχής υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, ο σχεδιασμός και οργάνωση για την παροχή των νέων υπηρεσιών χρόνιας φροντίδας από τα Δημοτικά Ιατρεία του Δήμου Αθηναίων θα στηριχθεί:

- 1) στο «**Μοντέλο Χρόνιας Φροντίδας (Chronic Care Model)**» και το «Πλαίσιο για τις ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο» που προτείνεται από την ΠΟΥ (WHO) (3). Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αξιοποίηση των ΤΠΕ, ώστε να βρεθούν στο επίκεντρο των συστημάτων υγείας οι άνθρωποι και οι κοινότητες, αλλά και να αναλάβουν οι ίδιοι οι ασθενείς ενεργό ρόλο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας αντί να υιοθετούν παθητικά το μοντέλο θεραπευτικής φροντίδας.
- 2) **στις συστάσεις της NICE** για την διαχείριση ασθενών με πολλαπλή νοσηρότητα (2016-17), αναγνωρίζοντας επίσημα την πολυνοσηρότητα ως σημαντικό κλινικό ζήτημα και την ανάγκη ανάπτυξης αντίστοιχων κατευθυντηρίων οδηγιών (4–6). Οι συγκεκριμένες συστάσεις έχουν περιγράψει ενδελεχώς τα πρότυπα ποιότητας (προσδιορισμός, αξιολόγηση αξιών, προτεραιοτήτων και στόχων του ασθενή, συντονισμός περίθαλψης, ανασκόπηση φαρμακευτικής αγωγής και άλλων θεραπειών), καθώς και τα αντίστοιχα εργαλεία για την επίτευξή τους.
- 3) Στις κοινωνικού προσανατολισμού **συστάσεις του Integrated Care Framework του NHS (Health Education Board)** για τη προετοιμασία, σχεδιασμό και προγραμματισμό της Υπηρεσίας, όπως απεικονίζονται στα παρακάτω σχήματα:



- 4) στη μεταφορά κλινικής τεχνογνωσίας από πρωτοπόρα ευρωπαϊκά Κέντρα και Οργανισμούς της πρωτοβουλίας (EIP on AHA), ως και την αντίστοιχη εμπειρία του Ελληνικού τμήματός της (Greek Network EIP on AHA), από τις δράσεις της Πρωτοβουλίας (7,8), και τις αντίστοιχες Κοινές Ευρωπαϊκές Δράσεις (Joint Actions) CHRODIS και CHRODIS + - (2013 - 2020) (9–11), που έχει εκπροσωπήσει τη χώρα μας με αποφάσεις του Υπουργείου Υγείας.

1.2 «Ολοκληρωμένη Ιατρικο-κοινωνική φροντίδα (Integrated Care)»

1.2.1 Βασικές αρχές

Η ολοκληρωμένη φροντίδα (Integrated Care) αποτελεί μια προσέγγιση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης που αποσκοπεί στον συντονισμό διαφορετικών υπηρεσιών, με σκοπό την παροχή απρόσκοπτης, ανθρωποκεντρικής φροντίδας σε διάφορα επίπεδα και περιβάλλοντα του συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας. **Εστιάζει στη βελτίωση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της φροντίδας, διασφαλίζοντας ότι οι ιατρικές, ψυχικές και κοινωνικές υπηρεσίες είναι ευθυγραμμισμένες και παραδίδονται με συνεκτικό τρόπο.** Η ολοκληρωμένη φροντίδα είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη για άτομα με σύνθετες ανάγκες υγείας, όπως οι ηλικιωμένοι, όσοι πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, και άτομα που χρειάζονται τόσο ιατρική όσο και κοινωνική υποστήριξη.

Ο βασικός της στόχος είναι η εξάλειψη των κενών στη φροντίδα, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των παρόχων φροντίδας, και η διασφάλιση ότι οι “ενδυναμωμένοι” ασθενείς λαμβάνουν συνεχή, ολιστική φροντίδα, αντί για κατακερματισμένες υπηρεσίες από διαφορετικούς παρόχους ή εγκαταστάσεις. Η προσέγγιση δίνει έμφαση στη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών εργοθεραπευτών και άλλων, με επίκεντρο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για τον ασθενή, την ικανοποίηση και τη συνολική ευημερία (wellbeing).

Οι βασικές αρχές που διέπουν την υπηρεσία παροχής Ολοκληρωμένης Φροντίδας είναι οι παρακάτω (12):

1. **Ολοκληρωμένες υπηρεσίες σε όλο το φάσμα της φροντίδας:**
 - Συνεργασία μεταξύ υγειονομικών και κοινωνικών φορέων
 - Πρόσβαση στη συνεχιζόμενη φροντίδα με πολλαπλά σημεία πρόσβασης
 - Έμφαση στην ευεξία, την προαγωγή της υγείας και την πρωτοβάθμια φροντίδα
2. **Εστίαση στον ασθενή:**
 - Ασθενοκεντρική φιλοσοφία ή εναλλακτικά εστίαση στις ανάγκες των ασθενών
 - Συμμετοχή και εμπλοκή ασθενών και/ή της οικογένειάς τους στη λήψη αποφάσεων
 - Αξιολόγηση αναγκών βάσει του πληθυσμού με εστίαση σε συγκεκριμένους πληθυσμούς
3. **Τυποποιημένη παροχή φροντίδας μέσω διεπιστημονικών ομάδων (multidisciplinary teams):**
 - Διεπιστημονικές ομάδες που δραστηριοποιούνται σε όλο το φάσμα της συνεχιζόμενης φροντίδας του ασθενούς
 - Χρήση των κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και πρωτοκόλλων που αναπτύσσονται από τους παρόχους της φροντίδας υγείας με βάση την σύγχρονη γνώση βασισμένη σε αποδείξεις (evidenced-based knowledge).
4. **Μέτρηση των επιδόσεων της υπηρεσίας:** αξιολόγηση της διαδικασίας «ολοκλήρωσης» (integration) των υπηρεσιών υγείας και μέτρηση των αποτελεσμάτων (δεικτών) που αφορούν το σύστημα λειτουργίας της υπηρεσίας, τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς.
5. **Κατάλληλη τεχνολογία πληροφοριών και επικοινωνία:** Συλλογή δεδομένων μέσω συστημάτων ηλεκτρονικών αρχείων ασθενών για την αποτελεσματική παρακολούθηση της χρήσης της υπηρεσίας και των αποτελεσμάτων της.
6. **Οργανωσιακή κουλτούρα και ηγεσία:** Μια ισχυρή ηγεσία μοιράζεται ένα κοινό όραμα για ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης.
7. **Ισχυρή δομή διακυβέρνησης;** Εφαρμογή μιας ισχυρής δομής διακυβέρνησης που θα περιλαμβάνει εκπροσώπους της κοινότητας, των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας.

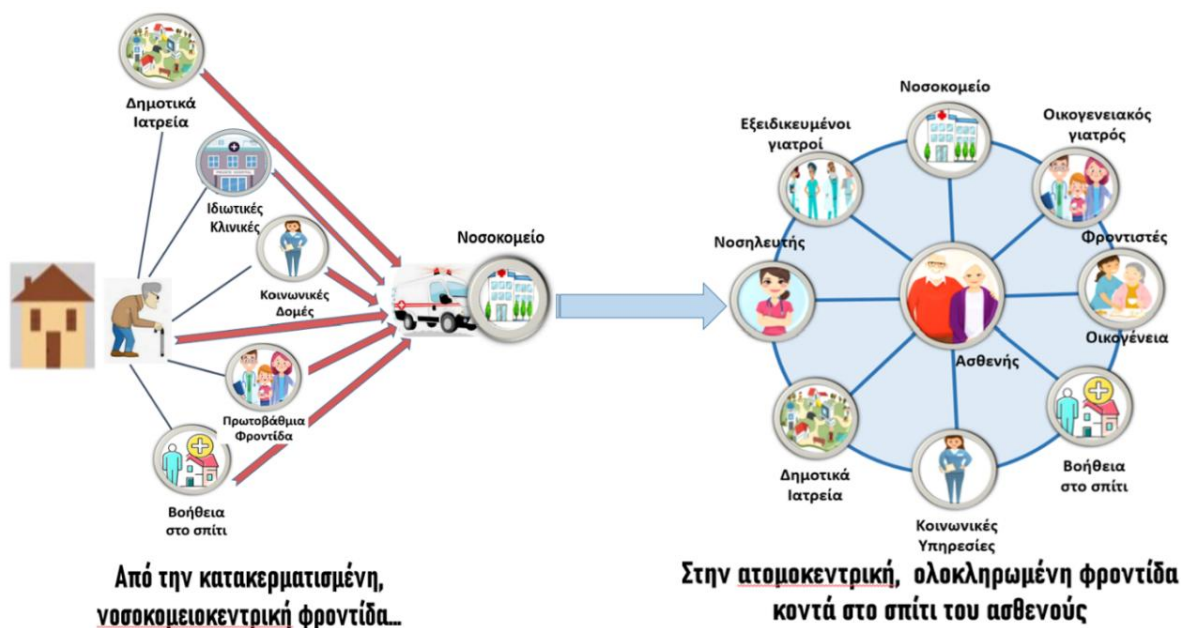
1.2.2 Το όραμα της Νέας Υπηρεσίας στα Δημοτικά Ιατρεία

- Ολιστική διεπιστημονική, προληπτική και συνεχιζόμενη φροντίδα
- Ευχέρεια στη προσβασιμότητα των υπηρεσιών.
- Εξατομικευμένη προσέγγιση και αντιμετώπιση των ασθενών με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες, προσωπικές πεποιθήσεις και αξίες τους.
- Συμπεριφορική αλλαγή, δέσμευση, εκπαίδευση και ενδυνάμωση των ασθενών
- Εκτεταμένη μεταφορά υπηρεσιών από τα νοσοκομεία ή/και τους οίκους φροντίδας στην οικία και στη γειτονιά του πάσχοντα.
- Οριζόντιος και κάθετος συντονισμός ανάμεσα στους κόμβους, επαγγελματίες και επίπεδα φροντίδας με πρόωμη πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση των υποτροπών/επιπλοκών, της λειτουργικής έκπτωσης και της χρήσης των υπηρεσιών φροντίδας (ενδονοσοκομειακές νοσηλείες, επισκέψεις σε επείγοντα και τακτικά ιατρεία κα).
- Φροντίδα καθοδηγούμενη από τα ιατρικά δεδομένα του ασθενούς
- Ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και ανάπτυξη νέων οριζόντιων συμμαχιών
- Ανάπτυξη νέων ικανοτήτων και δεξιοτήτων του αντίστοιχου προσωπικού
- Βιωσιμότητα του συστήματος με νέες μεθόδους και εργαλεία χρηματοδότησης των παρεχόμενων υπηρεσιών με έμφαση στην αξία και όχι τον όγκο.

Η τρέχουσα συγκυρία παρουσιάζεται ως εξαιρετικά ευνοϊκή για αυτές τις πρωτοβουλίες στη χώρα μας, δεδομένου ότι εστιάζουν και υλοποιούν τις παρακάτω γενικώς αποδεκτές διαρθρωτικές αλλαγές που έχει ανάγκη το σύστημα φροντίδας:

- ουσιαστική ποιοτική αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας και κατ' οίκον φροντίδας, με δομημένους ρόλους διασύνδεσης και συνεργασίας με τη τριτοβάθμια φροντίδα, αλλά και όλους τους εμπλεκόμενους επίσημους και ανεπίσημους φορείς φροντίδας.
- αναβάθμιση της καθ' ημέρα κλινικής πράξης πολλαπλών ειδικοτήτων φροντίδας χρόνια πασχόντων, με καινοτόμες, τεχνολογικά υποστηριζόμενες υπηρεσίες, που

μπορούν να προάγουν τη πρόληψη, προσβασιμότητα, εξατομίκευση και αποτελεσματικότητα του συστήματος, ώστε να καταστεί εφικτή η αναγκαία αλλαγή του μοντέλου παροχής των υπηρεσιών της χρόνιας φροντίδας και να καταστεί δυνατή η ζητούμενη “μετάβαση” που περιγράφεται στο ακόλουθο σχήμα.



1.2.3 Αναμενόμενα οφέλη της Νέας Υπηρεσίας για τον Δήμο και τους Δημότες Αθηναίων

- Παροχή της state-of-the-art ολοκληρωμένης φροντίδας στους ασθενείς με τη ομαλή και στενή συνεργασία μιας ενδυναμωμένης πρωτοβάθμιας και κοινωνικής φροντίδας με τη τριτοβάθμια φροντίδα
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής, του βαθμού ανεξαρτησίας και της κοινωνικής συμμετοχής των ασθενών
- Μείωση του αριθμού επισκέψεων τους στα τακτικά και επείγοντα ιατρεία, ως και σημαντική μείωση των ενδονοσοκομειακών νοσηλειών τους
- Σημαντική μείωση του άμεσου, έμμεσου και κοινωνικού κόστους της φροντίδας του εξαιρετικά ευάλωτου πληθυσμού των ασθενών/πολιτών αυτών
- Βιωσιμότητα του συστήματος φροντίδας, ιδίως στη μετα-COVID εποχή.

- Επικύρωση στην πραγματικότητά μας των τρεχουσών μεταρρυθμιστικών προτάσεων παροχής καινοτόμου φροντίδας στους χρόνιους ασθενείς με πολυνοσηρότητες (Integrated, continued, person and patient-centered)
- Επικύρωση του ρόλου και πρακτικής σημασίας των εργαλείων της Τεχνητής Νοημοσύνης (AI and ML) για τη βελτιστοποίηση της αντιμετώπισης των ασθενών (risk stratification, personalized care etc.), ως και τη λήψη “έξυπνων” αποφάσεων στην οργάνωση παροχή φροντίδας.
- Βελτίωση της ποιότητας και του συντονισμού των ήδη παρεχόμενων υπηρεσιών από τα Δημοτικά ιατρεία η ενδεχομένως και από άλλες υπηρεσίες του Δήμου (βοήθεια στο σπίτι κα.).
- Αξιοποίηση των υπάρχουσών συνεργασιών με έγκυρα και ηγετικά κέντρα της ΕΕ για τη προώθηση των σύγχρονων μοντέλων φροντίδας και προβολή του Δήμου ως έγκυρο Adoption site των αντίστοιχων καινοτόμων πολιτικών της ΕC.
- Ανάδειξη του ΔΑ ως εθνικός κόμβος διεθνών Οργανισμών RSCN / Reference Sites Collaborative Network και IFIC / international Foundation of Integrated Care), με τα αντίστοιχα οφέλη σε προσέλκυση τεχνογνωσίας και πόρων.

2. ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ: Ο ΧΩΡΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ



1^ο Πολυδύναμο Κέντρο – Δημοτικό Ιατρείο
– Καλφοπούλειο Υγειονομικό Κέντρο
Σόλωνος 78



2^ο Πολυδύναμο Κέντρο – Δημοτικό Ιατρείο
– Νέος Κόσμος
Φανοσθένους και Φρειδερίκου Σμιθ



Ιατρείο – Πετράλωνα
Πειραιώς 108, 1ος όροφος



6^ο Πολυδύναμο Κέντρο – Δημοτικό Ιατρείο
– Κυψέλη
Χανίων 4β

3. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

3.1 Η Διεπιστημονική Ομάδα

Σε κάθε Δημοτικό Ιατρείο θα οριστεί από τον Ανάδοχο μια Διεπιστημονική Ομάδα του Προγράμματος που θα απαρτίζεται από:

- Ένα γιατρό αυξημένης και εξειδικευμένης εμπειρίας
- Δεύτερο γιατρό ειδικής εμπειρίας (Γεν. Γιατρός, Παθ/γος)
- Ένα νοσηλεύτη ανώτερης εκπαίδευσης και ειδικής εμπειρίας (Case Manager)
- Πρόσθετο εκάστοτε παραϊατρικό συνεργάτη ειδικής εμπειρίας (ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, φυσιοθεραπευτή κα.), σύμφωνα με τις ειδικές ανάγκες των ομάδων των ασθενών, ώστε να διασφαλίζεται η ολιστική προσέγγιση (comprehensive care)

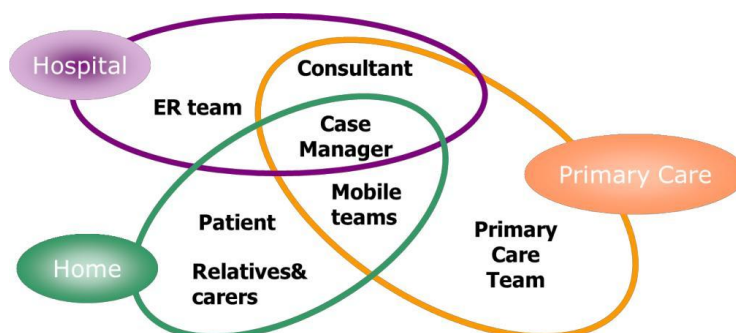
Δυνητικά, αντίστοιχες ειδικότητες προσωπικού που υπηρετούν ήδη στα Ιατρεία (Ιατροί Νοσηλευτές, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Φυσιοθεραπευτές, Ψυχολόγοι ή Επισκέπτες Υγείας) θα έχουν την ευκαιρία να συμμετέχουν στην παροχή της νέας Υπηρεσίας (Hands on training) για λόγους εκπαίδευσής τους σε αυτήν. Αυτό έχει συμφωνηθεί με την Διεύθυνση των Δημοτικών Ιατρείων κατά την διάρκεια των προπαρασκευαστικών συναντήσεων, με κύριο στόχο την μεταφορά τεχνογνωσίας, αλλά και τη δυνατότητα διατηρησιμότητας της Υπηρεσίας μετά την ολοκλήρωση του Υποέργου.

3.2 Ο Case Manager (η νέα προσέγγιση στη χρόνια φροντίδα)

Ο Case Manager αποτελεί μια καινοτομική παρέμβαση στο σύστημα της χρόνιας φροντίδας, που ικανοποιεί τη σημερινή μεγάλη ανάγκη της οργάνωσης και συντονισμού της, λόγω του όγκου της από την εμπλοκή πολλαπλού και σύνθετου αριθμού θεραπειών, νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, προμηθευτών, φορέων ασφάλισης κα. Αποτελεί κατά κάποιον τρόπο το “σύγχρονο υποκατάστατο” του παλιού αφοσιωμένου συγγενούς, φύλακα-άγγελου του ασθενούς (συνήθως κόρη η νύφη). Αυτός/η **είχε αντικειμενικά τη συνολική εικόνα του αρρώστου**, αφού αποκλειστικά ασχολούνταν με αυτόν έναντι όλων των θεραπειών, ιδρυμάτων και φορέων, συντονίζοντας έτσι και ιεραρχώντας το σύνολο των εξετάσεων, γνωματεύσεων και αλληλο-ενημερώσεων.

Στις ΗΠΑ ο θεσμός χρονολογείται από ετών, αποτελώντας επίσημο επιστημονικό κλάδο με πλήρη επαγγελματικά δικαιώματα, ενώ στην Ευρώπη έχει κυρίως καθιερωθεί στον ευρωπαϊκό Βορρά. Η ΕΕ έχει ήδη εκδώσει οδηγίες, συστάσεις και ποιοτικά κριτήρια (qualifications) για την ευρεία εφαρμογή του (9-11).

Πρόκειται συνήθως για παραϊατρικό επιστήμονα ανωτέρας εκπαίδευσης και υψηλής εξειδίκευσης (νοσηλεύτη ή άλλον), που επικοινωνεί με το σύνολο των εμπλεκόμενων (ανθρώπων και φορέων) στην αντιμετώπιση του



αρρώστου, κρατώντας πάντα επαφή με αυτόν, αξιοποιώντας τις μεγάλες δυνατότητες των σημερινών τεχνολογιών (ο σύγχρονος απόγονος, φύλακας - άγγελος του ασθενούς, στην Health 4.0 Εποχή του Ηλεκτρονικού Φακέλου, της διαρκούς on and off line επικοινωνίας με όλους και της Τεχνητής Νοημοσύνης).

Έτσι, ο Case Manager(Νοσηλεύτης) που θα οριστεί σε κάθε Δημοτικό Ιατρείο θα:

- 1) έχει την πιο τακτική και άμεση επικοινωνία με τους ασθενείς, παρακολουθώντας και υποστηρίζοντας τους συνεχώς και πολλαπλά
- 2) αξιολογεί όλες τις πτυχές και τις ανάγκες για φροντίδα υγείας των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων και των κοινωνικών αναγκών τους
- 3) συνεργάζεται με όλους τους γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας που διαχειρίζονται ως τα επιμέρους χρόνια προβλήματα των ασθενών ή εμπλέκονται ως θεράποντες κατά τις νοσηλείες των ασθενών
- 4) Συν - δημιουργεί με τη συνεργασία των Ιατρών του Προγράμματος το πλάνο φροντίδας (βλ. *Εργαλεία*) σε συνεργασία με τον ασθενή και τους οικείους του
- 5) χρησιμοποιεί τα ψηφιακά – τεχνολογικά μέσα που διαχειρίζονται την ιατρική πληροφορία αλλά και διευκολύνουν την επικοινωνία με τον ασθενή ή οποιονδήποτε άλλον κάθε φορά αναγκαίο σύμβουλο
- 6) συντονίζει και “ενδυναμώνει” την φροντίδα τόσο από τους επαγγελματίες υγείας από το πρώτο- δεύτερο- και τριτοβάθμιο επίπεδο, όσο και από τους κατ’ οίκον φροντιστές, με διαρκή και επικαιροποιημένη πληροφόρηση

4. ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

4.1 Πρόσφατες Διεθνείς/Εθνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες ανά Νόσημα και για Ασθενείς με Πολυνοσηρότητες

Η επιβεβαίωση της διάγνωσης, η διαστρωμάτωση του κινδύνου και η κατάστροψη του Πλάνου Φροντίδας για κάθε ασθενή θα στηριχθούν στις πιο πρόσφατες:

1. Ελληνικές και Διεθνείς Κατευθυντήριες Οδηγίες ανά νόσημα όπως:
 - οι οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) για την οξεία και χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια του 2021 με την αναθεώρηση του 2023 (13,14)
 - οι οδηγίες της GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) για την ΧΑΠ του 2024 (15)
 - οι οδηγίες της GINA (Global Initiative for Asthma) για το Βρογχικό Άσθμα του 2024 (16)
 - οι οδηγίες της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας για τον Σακχαρώδη Διαβήτη του 2024
 - οι οδηγίες της ESC για τα χρόνια στεφανιαία σύνδρομα του 2024 (17).
2. Διεθνείς και Εθνικές Οδηγίες για ασθενείς με πολυνοσηρότητες όπως:
 - της NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (4,18)
 - της Αμερικανικής Γηριατρικής Εταιρείας (19)
 - της Ιταλικής Γηριατρικής Εταιρείας (20)
 - και της ESC (2023) (21).

4.2 Το Εξατομικευμένο Πλάνο Φροντίδας

Ο σχεδιασμός φροντίδας είναι η διαδικασία αξιολόγησης ενός ατόμου, η θέσπιση στόχων και ο καθορισμός του τρόπου επίτευξης αυτών των στόχων. Το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι ένα γραπτό έγγραφο—το πλάνο φροντίδας—το οποίο καθοδηγεί την παροχή των υπηρεσιών. Το Πλάνο Φροντίδας στην περίπτωση μας θα περιγράφει με σαφήνεια και τρόπο κατανοητό για τον ασθενή και τους οικείους του τα παρακάτω: (1) τις υγειονομικές και κοινωνικές ανάγκες του ατόμου με πολυνοσηρότητα, (2) την υποστήριξη των ανεπίσημων φροντιστών για την κάλυψη αυτών των αναγκών, (3) την παροχή φροντίδας και υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας, (4) την κατανομή των

καθηκόντων και των ευθυνών στους ανεπίσημους φροντιστές και τους επαγγελματίες, και (5) τον χρονοπρογραμματισμό των ανεπίσημων και επίσημων φροντιστών. Το σχέδιο θα περιλαμβάνει επίσης πληροφορίες που αφορούν στο ποιος είναι ο διαχειριστής της περίπτωσης (Case Manager), ποιος είναι το πρώτο σημείο επαφής (ο ασθενής ή ένας συγγενής) μεταξύ των ανεπίσημων φροντιστών, και ποιος θα είναι ο κύριος υπεύθυνος ιατρώ (Physician in charge). Είναι επίσης σημαντικό να περιγράψει με σαφήνεια στον ασθενή πληροφορίες για τον ίδιο και τον φροντιστή του για την διαχείριση μιας επείγουσας κατάστασης όπως ασθένεια του ανεπίσημου φροντιστή, βλάβη του νοσηλευτικού ή ιατρικού και εξοπλισμού ή ξαφνική επιδείνωση της σύνθετης κατάστασης του ασθενούς όπου ενδεχομένως να απαιτηθεί νοσηλεία στο νοσοκομείο.

Το αρχικό πλάνο θα συγκροτείται στην φάση εκπαίδευσης των ασθενών, θα διαρκεί ανάλογα με την σταθερότητα της κατάστασης του ασθενούς από 6 εβδομάδες έως 6 μήνες. Για τους σχετικά σταθερούς ασθενείς, η επανεκτίμηση του πλάνου από την διεπιστημονική ομάδα θα λαμβάνει χώρα με το πέρας του 6μήνου, οπότε θα τροποποιείται ή θα μένει αμετάβλητο με βάση την επίτευξη ή μη των εξατομικευμένων στόχων που τέθηκαν στην αρχή.

4.3 To WHO ICOPE Screening Tool

Οι διάφορες καταστάσεις υγείας που σχετίζονται με απώλειες στην ενδογενή ικανότητα αλληλεπιδρούν σε διάφορα επίπεδα. Η απώλεια ακοής, για παράδειγμα, συνδέεται με τη γνωστική εξασθένηση. Η διατροφή ενισχύει την επίδραση της άσκησης και έχει άμεσο αντίκτυπο στην αύξηση της μυϊκής μάζας και δύναμης. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις καθιστούν απαραίτητη μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τον έλεγχο, την αξιολόγηση και

WHO ICOPE SCREENING TOOL

Priority conditions associated with declines in intrinsic capacity	Tests	Assess fully any domain with a checked circle
COGNITIVE DECLINE	1. Remember three words: flower, door, rice (for example)	
	2. Orientation in time and space: What is the full date today? Where are you now (home, clinic, etc)?	<input type="radio"/> Wrong to either question or does not know
	3. Recalls the three words?	<input type="radio"/> Cannot recall all three words
LIMITED MOBILITY	Chair rise test: Rise from chair five times without using arms. Did the person complete five chair rises within 14 seconds?	<input checked="" type="radio"/> No
MALNUTRITION	1. Weight loss: Have you unintentionally lost more than 3 kg over the last three months?	<input type="radio"/> Yes
	2. Appetite loss: Have you experienced loss of appetite?	<input type="radio"/> Yes
VISUAL IMPAIRMENT	Do you have any problems with your eyes: difficulties in seeing far, reading, eye diseases or currently under medical treatment (e.g. diabetes, high blood pressure)?	<input type="radio"/> Yes
HEARING LOSS	Hears whispers (whisper test) or Screening audiometry result is 35 dB or less or Passes automated app-based digits-in-noise test	<input type="radio"/> Fail
DEPRESSIVE SYMPTOMS	Over the past two weeks, have you been bothered by - feeling down, depressed or hopeless?	<input type="radio"/> Yes
	- little interest or pleasure in doing things?	<input type="radio"/> Yes

τη διαχείριση των πτώσεων της ενδογενούς ικανότητας.

4.4 Ηλεκτρονικός Φάκελος - Ψηφιακή Πλατφόρμα

Ο φάκελος του χρόνιου ασθενούς με πολυνοσηρότητες αποτελεί κυρίως ένα εργαλείο ελέγχου για να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς που θα παρακολουθούνται στα Δημοτικά Ιατρεία του Δ.Α. κατά τη διάρκεια παροχής της Υπηρεσίας θα αξιολογούνται κλινικά συστηματικά και ολοκληρωμένα σε κάθε επίσκεψη και ότι πραγματοποιούνται οι κατάλληλες προγραμματισμένες εργαστηριακές εξετάσεις.

Η ψηφιακή πλατφόρμα που θα χρησιμοποιηθεί είναι το Vida24©, της εταιρείας VIDAVO. Παρέχει τη δυνατότητα στον Δ. Α. να επιλέγει τις λειτουργίες – modules που επιθυμεί με στόχο να έχει εξατομικευμένες λύσεις μέσω μιας αυτοματοποιημένης ασφαλούς πλατφόρμας που εναρμονίζεται με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες MDR 2017/745 και EU2016/679 GDPR. Είναι σημαντικό ότι είναι δοκιμασμένη λύση σε εφαρμογές μεγάλης κλίμακας για την παροχή υπηρεσιών τηλευγείας και τηλεπαρακολούθησης και είναι διαθέσιμη προς άμεση χρήση.

Μέσω του Vida24© θα υποστηριχτούν οι παρακάτω υπηρεσίες / εφαρμογές, που αποτελούν τα βασικά δομικά στοιχεία της υπηρεσίας:

- Διαχείριση χρόνιων ασθενειών
- Διαχείριση διατροφής και φυσικής δραστηριότητας
- Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή
- Κατ' οίκον παρακολούθηση
- Προληπτική ιατρική (Τριτογενής πρόληψη)

Η πλατφόρμα είναι απλή και εύχρηστη για όλες τις κατηγορίες χρηστών με κύρια γλώσσα λογισμικού τα ελληνικά, ενώ διατίθεται και στα αγγλικά. Τα modules που θα παραμετροποιηθούν για τον Δήμο Αθηναίων είναι:



- Στατιστικά
- Προβολή πλάνων θεραπείας
- Διαχείριση και προβολή αρχείων εξετάσεων
- Τηλεμετρία
- Τηλεσυνεδρίες με χρήση video / chat και διαμοιρασμού αρχείων
- Ανταλλαγή μηνυμάτων
- Ειδοποιήσεις
- Συνταγογράφηση (ιδιωτική και μέσω ΗΔΙΚΑ)
- Ημερολόγιο με διασύνδεση με google calendar
- Διαχείριση ραντεβού (κλείσιμο, διεξαγωγή)
- Διαχείριση διατροφής
- Φυσική δραστηριότητα
- Δυναμικές φόρμες και ερωτηματολόγια
- Αναφορές
- Ταυτοποίηση χρήστη με χρήση ΑΜΚΑ (μέσω διασύνδεσης με ΗΔΙΚΑ)
- Κανόνες – ειδοποιήσεις
- Συναινέσεις – συγκαταθέσεις
- Ιατρικό ιστορικό
- Δυνατότητα διαλειτουργικότητας με τρίτα συστήματα
- Δυνατότητα διασύνδεσης με υπηρεσίες για την ταυτοποίηση των ωφελούμενων και την ανταλλαγή δεδομένων
- Δυνατότητα καταχώρησης δεδομένων υγείας σύμφωνα με το πλάνο φροντίδας

Το σύστημα υποστηρίζει διαφορετικά επίπεδα ελεγχόμενης πρόσβασης για διαφορετικούς τύπους χρηστών (ιατρούς, νοσηλευτές, οικείους, ασθενείς κλπ). Το σύστημα είναι προσβάσιμο μέσω φυλλομετρητή από κινητό και Η/Υ, παρέχοντας 100% δυναμικό και προσαρμόσιμο περιβάλλον χρήσης σε όλες τις οθόνες και αναλύσεις. Το Vida24© χρησιμοποιεί το μοντέλο ελέγχου πρόσβασης βασισμένο σε ρόλους (Role Based Access Control). Σε αυτό το μοντέλο ένας ρόλος είναι υπεύθυνος για να εκτελέσει κάποια εργασία ή έχει τις απαραίτητες άδειες για να προσπελάσει κάποιο αντικείμενο. Εφόσον, καθοριστούν οι ρόλοι και οι χρήστες από τον διαχειριστή του συστήματος η ταυτοποίησή τους γίνεται με

την χρήση ονόματος χρήστη (username) και του προσωπικού μυστικού κωδικού πρόσβασης (password), οι οποίοι κάθε φορά που τους καταχωρεί του παρέχουν πρόσβαση με απόλυτη ασφάλεια στα στοιχεία που είναι εξουσιοδοτημένος να έχει πρόσβαση. Υπάρχει ομοιομορφία στις διεπαφές χρηστών και μέτρα διασφάλισης ποιότητας λογισμικού (πιστοποιητικό CE).

Στο πλαίσιο του έργου θα υποστηριχθούν διαφορετικοί ρόλοι χρηστών. Η υπηρεσία τήρησης ιατρικού ιστορικού ωφελούμενου υποστηρίζεται μέσω της πολυεπίπεδης, πλατφόρμας Vida24©, η οποία συνδυάζει και εφαρμογή για κινητά τηλέφωνα που μπορεί να αξιοποιηθεί από επαγγελματίες υγείας χωρίς γεωγραφικούς περιορισμούς. Η Vida24© παρέχει έναν ολοκληρωμένο ιατρικό φάκελο με πολλές επιπρόσθετες δυνατότητες που καλύπτουν τις απαιτήσεις του έργου.

Λειτουργικότητες:

- Καταχώρηση δημογραφικών
- Καταχώρηση ιατρικού ιστορικού (ανά ασθενή – ατομικό, κληρονομικό, οικογενειακό, χρόνια νοσήματα, αλλεργίες, συμπτώματα κτλ)
- Καταχώρηση ραντεβού με ωφελούμενο
- Διευκόλυνση / αυτοματοποίηση στην καταχώρηση της πληροφορίας (ICD-10 για την καταγραφή των διαγνώσεων κτλ)
- Εμφάνιση υπενθυμίσεων, ειδοποιήσεων
- Διαβαθμισμένη πρόσβαση
- Δυνατότητα διασύνδεσης με υπηρεσίες για την ταυτοποίηση των ωφελούμενων και την ανταλλαγή δεδομένων
- Δυνατότητα καταχώρησης συμβουλής και αποστολής στις κινητές μονάδες

Επιπρόσθετα:

- Άυλη συνταγογράφηση (ΗΔΙΚΑ)
- Ηλεκτρονική συνταγογράφηση ιδιωτικά μέσω εξατομικευμένου μπλοκ συνταγογράφησης και σημειώσεων
- Διασύνδεση με google calendar
- Βιντεοκλήσεις

- Ανταλλαγή μηνυμάτων
- Διαχείριση ραντεβού
- Εργαστηριακές εξετάσεις

Η πλατφόρμα επιτρέπει τη διαχείριση του προφίλ του κάθε ασθενή: δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία κατοικίας, υπηρεσίες που λαμβάνει ο ασθενής, ιατρικού ιστορικού (π.χ. συμπτώματα, ασθένειες), ιατρικές μετρήσεις, ιατρικές εξετάσεις κ.α..

- Τηλεσυνεδρίες με επαγγελματίες υγείας
- Αυτοματοποιημένες υπενθυμίσεις, ειδοποιήσεις και καθημερινές δραστηριότητες βάση του πλάνου θεραπείας

Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να έχει πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς όπου θα αποθηκεύονται τα στοιχεία που αναφέρθηκαν παραπάνω. Στον φάκελο μπορούν έπειτα από εξουσιοδότηση να έχουν πρόσβαση μέσω browser στο Vida24© συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας προκειμένου να παράσχουν υπηρεσίες τοπικής αλλά και απομακρυσμένης συμβουλευτικής.

Εξειδικευμένο λογισμικό για tablet/κινητό

Μέσω της εφαρμογής παρακολούθησης ασθενών με χρόνιες παθήσεις το προσωπικό του Προγράμματος θα μπορεί καθημερινά να παρακολουθεί τους ασθενείς, να καταγράφει τα συμπτώματά τους, να διενεργεί ιατρικές μετρήσεις και να καταχωρεί εργαστηριακές εξετάσεις όπως Αιματολογικές Εξετάσεις, Βιοχημικές Εξετάσεις, Ούρων, Ορμονολογικές Καρκινικοί δείκτες, Απεικονιστικές μέσω των διασυνδεδεμένων συσκευών καθώς και να συμπληρώνει ερωτηματολόγια που θα καθορίζονται από την cloud πλατφόρμα από εξουσιοδοτημένο προσωπικό και δημογραφικά δεδομένα. Τα τεχνικά μέτρα ασφαλείας εξασφαλίζουν συμμόρφωση ως προς την οδηγία προστασίας προσωπικών δεδομένων GDPR 2016/679, επίσης κατά την είσοδο του χρήστη στην εφαρμογή, θα υπάρχει ενημέρωση αναφορικά με την πολιτική προστασίας των δεδομένων του (GDPR). Η διαδικασία εισόδου στην εφαρμογή πραγματοποιείται με username/password.

Η καταχώρηση ιατρικών μετρήσεων δύναται να πραγματοποιηθεί και χειροκίνητα, έτσι ώστε να υπάρχει συνολικά η δυνατότητα προβολής όλων των εξετάσεων σε μορφή ιστορικού όπως επίσης και προβολή ατομικού αναμνηστικού, δυνατότητα εμφάνισης ειδοποιήσεων και ενημέρωση όταν οι τιμές ιατρικών εξετάσεων είναι εκτός των

προκαθορισμένων ορίων. Αυτά τα στοιχεία μπορούν να δοθούν για τη δυνατότητα λήψης συμβουλής από ειδικό ιατρό. Όπως επίσης δίνεται και δυνατότητα προβολής θεραπευτικού πλάνου και στόχων.

Σε περίπτωση που η εφαρμογή βρίσκεται εκτός σύνδεσης, υπάρχει η δυνατότητα αποθήκευσης δεδομένων τοπικά, ώστε ο συγχρονισμός στο cloud να πραγματοποιηθεί μετέπειτα, όταν αποκατασταθεί η σύνδεση στο internet.

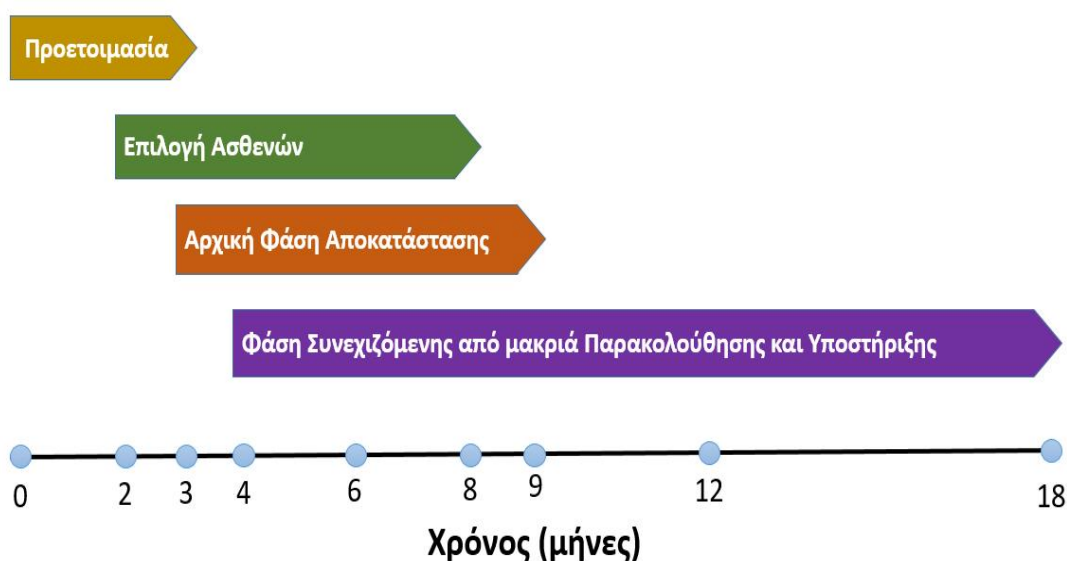
Η εφαρμογή προσφέρει δυνατότητα προβολής ιστορικού εξετάσεων με μορφή γραφικών παραστάσεων, προβολή συνταγών με αυτόματη διασύνδεση με το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ΗΔΙΚΑ, δυνατότητα επικοινωνίας με προκαθορισμένους χρήστες με χρήση τηλεσυνεδρίας και δυνατότητα διαμοιρασμού στοιχείων και Chat.

Η εφαρμογή είναι απλή και εύχρηστη για όλες τις κατηγορίες χρηστών με κύρια γλώσσα λογισμικού τα ελληνικά, ενώ διατίθεται και στα αγγλικά.

5. Η ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ (CARE PATHWAY)



Το Μοντέλο που θα βασιστεί η Υπηρεσία μας θα ακολουθήσει τις παρακάτω τρεις αλληλεπικαλυπτόμενες φάσεις:



1. **Επιλογή των ασθενών**
2. **Αρχική Φάση Αποκατάστασης των ασθενών 30 ωρών (10 τρίωρα)**
3. **Φάση συνεχιζόμενης από μακριά παρακολούθησης, υποστήριξης και του συντονισμού της φροντίδας στο σπίτι και στη κοινότητα του ασθενούς, με τη βοήθεια των νέων τεχνολογιών και του εξειδικευμένου προσωπικού.**

Για τη λεπτομερή περιγραφή θα χρησιμοποιήσουμε τη σχηματική απεικόνιση του ευρωπαϊκού μοντέλου δόμησης CAREMATRIX (23,24) με τα αντίστοιχα βήματα:



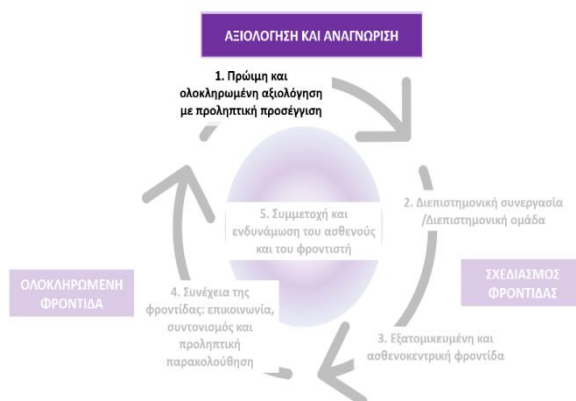
5.1 Επιλογή ασθενών

5.1.1 Διαδικασία

Ο υποψήφιος για επιλογή πληθυσμός θα είναι ασθενείς με πολυνοσηρότητες που παρακολουθούνται μακροχρόνια ήδη στα 4 Δημοτικά Ιατρεία (Δ.Ι.) του Δήμου Αθηναίων (Δ.Α.) ή θα απευθυνθούν σε αυτά μέσω της τηλεφωνικής υπηρεσίας έπειτα από τις Δράσεις δημοσιοποίησης της νέας υπηρεσίας από τις υπηρεσίες του Δ.Α.

Διαδικασία εισαγωγής στο Πρόγραμμα

- Αρχική ενημέρωση από τους/τις συμβούλους υποδοχής και εξυπηρέτησης των Ιατρείων, εφόσον δεν είναι ήδη ενημερωμένοι από παραπέμποντα ιατρό, επίδοση του ενημερωτικού για τους ασθενείς φυλλαδίου και εν συνεχεία κλείσιμο ραντεβού για συνεδρία με τους ειδικούς ιατρούς του Προγράμματος.



- Ιατρικά εξέταση και αξιολόγηση για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα, ενημέρωση για το έντυπο συναίνεσης και καθορισμός ημερομηνίας έναρξης συμμετοχής στο πρόγραμμα.

5.1.2 Κριτήρια επιλογής

- Ηλικιωμένοι ασθενείς (>60 ετών κατά κανόνα) με δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις με την συνοδευούσα συνήθως πολυφαρμακία (λήψη >5 φαρμακευτικών σκευασμάτων). Θα δοθεί προτεραιότητα σε νοσήματα όπως: αρτηριακή υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, βρογχικό άσθμα, ρευματοειδής αρθρίτιδα κα.
- Ασθενείς σε σταθερή κλινική κατάσταση τις τελευταίες 6-8 εβδομάδες
- Πολύ αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας (τουλάχιστον 1-2 εισαγωγές σε νοσοκομείο κατά το προηγούμενο έτος και / ή πολλαπλές επισκέψεις σε τμήματα επειγόντων περιστατικών)
- Ελάχιστο αποδεκτό επίπεδο εκπαιδευσιμότητας του ασθενή και των οικείων του
- Έγγραφη συναίνεση συμμετοχής
- Ασθενείς που πληρούν κοινωνικά κριτήρια ή ανήκουν σε κοινωνικά ευάλωτους πληθυσμούς - ευπαθείς ομάδες (π.χ. άποροι, μετανάστες) θα έχουν προτεραιότητα, χωρίς να αποκλείονται οι υπόλοιπες κατηγορίες πολυνοσηρών ασθενών

5.1.3 Κριτήρια αποκλεισμού

- Τελικού σταδίου οργανική ανεπάρκεια
- Αλκοολισμός, Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών
- Μείζον ψυχιατρικό νόσημα
- Κακή λειτουργική κατάσταση ασθενούς κατά WHO (PS: 3-4)

5.2 Αρχική Φάση

Αποκατάσταση των ασθενών

Περιλαμβάνει την ολιστική και συνεργατική προσέγγιση από όλες τις απαιτούμενες ειδικότητες και επαγγελματίες (ιατρό, νοσηλεύτη, φυσιοθεραπευτή, κοινωνικό



λειτουργό, ψυχολόγο κα.), , καθορισμό εξατομικευμένου σχεδιασμού φροντίδας (tailor made design), καθορισμό βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων για κάθε ασθενή, ειδική εκπαίδευση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη για τους ασθενείς και τους οικείους τους, ως και λειτουργικό έλεγχο με το αντίστοιχο πρόγραμμα ειδικών και εξατομικευμένων ασκήσεων.

Επί μέρους Ενέργειες/Εργασίες:

- **Υποδοχή / ενημέρωση ωφελουμένων σχετικά με την υπηρεσία και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα**
- **Κλινική Εξέταση των ασθενών κατά άτομο από κάθε μέλος της πολυδύναμης ομάδας, ολιστική και εξατομικευμένη προσέγγιση.**
- **Τροποποίηση συμπεριφοράς (Behavioral Change) των ασθενών και οικείων τους έναντι στη νόσο/ους, τη θεραπεία και το σύστημα φροντίδας. Θα επιτευχθεί με την ενεργητική συμμετοχή τους (Collaborative Care) στην ανάλυση των δεδομένων και των διατιθέμενων επιλογών.**
- **Ανάπτυξη εξατομικευμένου θεραπευτικού πλάνου φροντίδας με τον καθορισμό των βράχυ- και μακροπρόθεσμων στόχων για κάθε ασθενή από την πολυδύναμη ομάδα (personalized care).**
- **Παροχή εκπαιδευτικών συνεδριών στους ασθενείς και συνοδούς, κατ' ιδίαν ή καθ' ομάδες, που θα αφορούν τις απαιτούμενες γνώσεις, δεξιότητες έναντι στην/τις νόσους τους, την αυτοδιαχείριση της συνολικής τους κατάστασης, τη πρόληψη επιπλοκών, την αξιοποίηση και χρήση των υπηρεσιών φροντίδας κλπ**
- **Διορισμός για κάθε ασθενή συγκεκριμένου “case manager” και ανάπτυξη της αντίστοιχης προσωπικής τους σχέσης, τόσο για τη παρούσα όσο και για την επόμενη φάση του Προγράμματος (ο Case manager θα διεξαγάγει τις remote visits με την υποστήριξη οποιασδήποτε άλλης ειδικότητας από τη διεπιστημονική ομάδα)**
- **Δημιουργία Web- based medical record (EMR) για κάθε ασθενή, με το αντίστοιχο θεραπευτικό πλάνο ενσωματωμένο, που κατά τη διάρκεια της επόμενης φάσης θα διαχειρίζεται ο ομόλογος για τον κάθε ασθενή “Case Manager”.**



Πιο αναλυτικά, κατά τη διάρκεια της παρούσας φάσης, ιδιαίτερη σημασία θα αποδοθεί στις ακόλουθες κρίσιμες ιατρικο-κοινωνικές παραμέτρους, που ουσιαστικά καθορίζουν την έκβαση της πορείας του ασθενούς στο σύστημα φροντίδας και που κατά κανόνα παραμελούνται στη σημερινή αποσπασματική φροντίδα:

5.2.1 Ατομο-κεντρική Διεπιστημονική προσέγγιση (Person-Centered Care)

Σκοπός είναι ο επαγγελματίας υγείας που της Διεπιστημονικής Ομάδας να συνεργάζεται με τον ασθενή, ώστε να κατανοήσει τις συνθήκες ζωής και την οπτική γωνία του ασθενούς, με σκοπό την οικοδόμηση μιας κοινής κατανόησης της κατάστασής του, των αξιών, των προτεραιοτήτων και των αναγκών του (τι είναι πιο σημαντικό για τον ασθενή), ως και της διαδικασίας προσαρμογής του. Από αυτήν την διαδικασία μπορούμε να αντλήσουμε σημαντικές πληροφορίες που αφορούν στην καθημερινότητά του ασθενή όπως:

- i) την θέση της σωματικής άσκησης/άθλησης στην ζωή του
- ii) το αν το στενό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον είναι υποστηρικτικό
- iii) το βαθμό στον οποίο έχει συνειδητοποιήσει την κατάστασή της



υγείας του σε σχέση με κάθε νόσημα ξεχωριστά και συνολικά (π.χ. πιθανές επιπλοκές από τη νόσο ή τη θεραπεία)

- iv) τη συναισθηματική του κατάσταση
- v) το επίπεδο της εκπαίδευσής του σε θέματα υγείας.

Η αξιολόγηση αρκετών από τις παραπάνω παραμέτρων που αφορούν την καθημερινή ζωή του ασθενούς μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τον καθορισμό των στόχων της φροντίδας και τη δημιουργία και εφαρμογή του Πλάνου Φροντίδας (βλ. παρακάτω)

5.2.2 Αξιολόγηση της αυτονομίας – λειτουργικής/ενδογενούς ικανότητας του κάθε ασθενούς (patient centered care)

Ο ΠΟΥ ορίζει την «ενδογενή ικανότητα» ως τον συνδυασμό των σωματικών και πνευματικών, συμπεριλαμβανομένων των ψυχολογικών ικανοτήτων του ατόμου. Η «λειτουργική ικανότητα» είναι ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση της ενδογενούς ικανότητας με το περιβάλλον διαβίωσης. Οι διαφορές της ενδογενούς ικανότητας μεταξύ των ατόμων είναι πιο έντονες στην τρίτη ηλικία παρά στις νεότερες ομάδες. Αυτές οι διαφορές ή μεταβολές στον χρόνο είναι ένα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της γήρανσης. Ένα άτομο μπορεί να έχει διαφορά ηλικίας 10 ετών ή και περισσότερο σε σύγκριση με ένα άλλο άτομο, αλλά να έχει παρόμοια ενδογενή ικανότητα και/ή λειτουργική ικανότητα. Συνεπώς, η χρονολογική ηλικία δεν αποτελεί έναν αξιόπιστη δείκτη της κατάστασης της υγείας.

Στα πλαίσια της Υπηρεσίας Ολοκληρωμένης Φροντίδας του Δ.Α., θα αξιοποιηθεί το πολυεπίπεδο εργαλείο WHO ICOPE Screening Tool (βλ. *Εργαλεία*) σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή μέσω online πλατφόρμας, τόσο κατά την αρχική αξιολόγηση του ασθενούς όσο και κατά την απομακρυσμένη παρακολούθηση της φροντίδας στο σπίτι. Εφόσον με την χρήση του εργαλείου διαπιστωθεί ότι υπάρχει έκπτωση σε κάποια από τις λειτουργίες της θα χρησιμοποιούνται περαιτέρω εξειδικευμένα εργαλεία:

1. **Έκπτωση των Νοητικών Λειτουργιών:** Το εργαλείο MMSE (mini mental state examination) που θα υπάρχει διαθέσιμο στην online πλατφόρμα θα επιβεβαιώσει το αρχικό screening. Στην περίπτωση που έχουμε επιβεβαίωση και από το MMSE, προσπαθούμε να επέμβουμε σε δυνητικά τροποποιήσιμες καταστάσεις όπως ανεπαρκής διατροφή, φαρμακευτική αγωγή (π.χ. ηρεμιστικά, υπναγωγά) που

ενδεχομένως συνεισφέρει στην έκπτωση των Νοητικών λειτουργιών, παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (π.χ. κάπνισμα, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, παχυσαρκία) ή ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, συνυπάρχουσα κατάθλιψη, να διερευνήσουμε τις δυνατότητες για κοινωνική υποστήριξη στο σπίτι από τους οικείους του ασθενούς ή την «Βοήθεια στο Σπίτι» και ενδεχόμενα παραπομπή σε εξειδικευμένο Νευρολογικό Ιατρείο για να διερευνηθεί πιθανής Άνοιας ή πιο σύνθετων περιστατικών.

2. **Απώλεια κινητικότητας:** Το score SPPB (short physical performance battery: SPPB) (βλ. Παράρτημα) λειτουργεί επιβεβαιωτικά εφόσον η τιμή είναι μεταξύ 0 και 9. Στον ασθενή θα προτείνεται πολυμορφική άσκηση υπό επίβλεψη και κατά περίπτωση παραπομπή σε φυσικοθεραπευτή/κέντρο αποκατάστασης, σύσταση για τροποποίηση διατροφής (αύξηση πρόσληψης λευκωμάτων), χρήση βοηθημάτων για την διευκόλυνση της κινητικότητας και βελτιστοποίηση του χώρου και τρόπου διαβίωσης για την αποφυγή πτώσεων. Ταυτόχρονα θα πρέπει να ληφθούν υπόψη φάρμακα που ενοχοποιούνται για τον περιορισμό της κινητικότητας (π.χ. αντιεπιληπτικά, υπναγωγά, αντικαταθλιπτικά, οπιοειδή), συνοσηρότητες όπως οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδής αρθρίτιδα, οστεοπενία-οστεοπόρωση, σαρκοπενία και χρόνιος πόνος σε οστά/αρθρώσεις.
3. **Κακή θρέψη:** Το score MNA μπορεί να μας καθορίσει αν ασθενής είναι επαρκώς σιτισμένος (24-30 πόντοι), σε κίνδυνο υποσιτισμού (17-23.5 πόντοι) ή υποσιτισμένος (<17 πόντοι). Στους ασθενείς της 2^{ης} και 3^{ης} κατηγορίας, συστήνονται τακτική παρακολούθηση του σωματικού βάρους, του μεγέθους και δύναμης σημαντικών μυϊκών ομάδων στα άνω και κάτω άκρα, ισορροπημένη κλασική από του στόματος διατροφή και/ή συμπληρώματα διατροφής που να αποκαθιστούν επαρκώς την ημερήσια πρόσληψη θερμίδων (π.χ. μέσω υδατανθράκων), πρωτεϊνών (1-1.5 g/kg σωματικού βάρους ημερησίως) και βιταμίνης D (επί έλλειψης αυτής) και καθημερινή άσκηση.
4. **Διαταραχές μακρινής – κοντινής όρασης, ακοής:** Θα γίνεται παραπομπή για περαιτέρω ειδικό διαγνωστικό έλεγχο (μέτρηση οπτικής οξύτητας, ακοομετρία) στα αντίστοιχα εξειδικευμένα Ιατρεία.

5. **Συμπτώματα κατάθλιψης:** Οι ασθενείς με τουλάχιστον ένα σύμπτωμα κατάθλιψης θα πρέπει σε εκτιμώνται από τον ψυχολόγο/ψυχίατρο και επιπλέον να διερευνάται η συνύπαρξη μερικών από τους προαναφερθέντες επιβαρυντικούς παράγοντες όπως η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, η μειωμένη κινητικότητα, η κακή θρέψη, η έκπτωση της ακοή-όρασης, φάρμακα (π.χ. αντιψυχωσικά, αντιϊσταμινικά), αναιμία λόγω έλλειψης παραγόντων όπως ο σίδηρος ή η βιταμίνη B12, ο υποθυρεοειδισμός ή ο χρόνος πόνος.

5.2.3 Αξιολόγηση υποκείμενων νοσημάτων – Πολυφαρμακία

Η «πολυφαρμακία» συνήθως περιγράφεται ως η ταυτόχρονη χρήση πέντε ή περισσότερων φαρμάκων και συχνά συνδέεται με ανεπιθύμητες ενέργειες. Η πολυφαρμακία χαρακτηρίζεται ως «μη κατάλληλη» όταν το θεραπευτικό όφελος από την προσθήκη ενός νέου φαρμάκου είναι σχετικά μικρό σε σχέση με τον κίνδυνο παρενεργειών. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με πολλαπλές νοσηρότητες και/ή συχνές και πρόσφατες νοσηλείες είναι πολύ πιθανό να λαμβάνουν πολλά φάρμακα. Οι βιολογικές επιπτώσεις του γήρατος στην κινητική και την δραστικότητα των φαρμάκων σε συνδυασμό με την πολυφαρμακία αυτή καθεαυτή θέτουν τους ασθενείς της τρίτης ηλικίας σε υψηλότερο κίνδυνο για επιπλοκές από την φαρμακευτική αγωγή και αντίστοιχες νοσηλείες. Επομένως, η ορθή συνταγογράφηση με απώτερο σκοπό την μείωση των ιατρογενών επιπλοκών θα να περιλαμβάνει:

- Την λήψη πλήρους ιστορικού φαρμάκων.
- Την συνταγογράφηση αφότου υπάρξει ξεκάθαρη διάγνωση, πλην των επείγουσών περιπτώσεων
- Την σαφή γνώση των δράσεων, των αλληλεπιδράσεων, των ανεπιθύμητων-τοξικών δράσεων και του τρόπου επαγρύπνησης και παρακολούθησης των ασθενών ως προς αυτές
- Την αναζήτηση φαρμάκων που λαμβάνει ήδη ο ασθενής τα οποία μπορεί να επηρεάσουν τις νοητικές λειτουργίες (π.χ. αντιεπιληπτικά, αντιψυχωσικά, υπναγωγά)
- Την εκ νέου επανεξέταση τις λίστας των φαρμάκων που λαμβάνονται όταν πρόκειται να συνταγογραφηθεί κάποιο νέο φάρμακο

- Την συνταγογράφηση ενός φαρμάκου για τη θεραπεία δύο ή περισσότερων παθήσεων, εφόσον είναι ιατρικά εφικτό
- Την παροχή σαφών έγγραφων οδηγιών στον ασθενή για τον τρόπο και χρόνο λήψης των φαρμάκων του
- Την εκπαίδευση του ασθενή και του φροντιστή για οτιδήποτε από τα προαναφερθέντα σε σχέση με κάθε φάρμακο τους αφορά (π.χ. ανεπιθύμητες ενέργειες, σωστό δοσολογικό σχήμα, αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα ή διατροφή).

5.2.4 Αξιολόγηση κοινωνικού – φυσικού περιβάλλοντος – αναγκών κοινωνικής φροντίδας και υποστήριξης

Η κοινωνική φροντίδα κατέχει κεντρικό ρόλο στην εξασφάλιση μιας αξιοπρεπούς και ουσιαστικής διαβίωσης, ειδικά για άτομα με σημαντικές απώλειες της ενδογενούς ικανότητας, όπου συχνά είναι αναγκαία η συνεισφορά του κοινωνικού και οικογενειακού περιβάλλοντος. Η κοινωνική φροντίδα και υποστήριξη περιλαμβάνει όχι μόνο βοήθεια με τις δραστηριότητες καθημερινής ζωής (ADLs) και την προσωπική φροντίδα, αλλά και τη διευκόλυνση της πρόσβασης σε κοινοτικές εγκαταστάσεις και δημόσιες υπηρεσίες, τη μείωση της απομόνωσης και της μοναξιάς, την παροχή βοήθειας για οικονομική ασφάλεια, την εξασφάλιση κατάλληλης στέγης, την προστασία από παρενόχληση και κακοποίηση, καθώς και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που δίνουν νόημα στη ζωή.

Σε πρώτη φάση ο ασθενής θα ερωτάται με τρόπο διακριτικό για την ανάγκη υποστήριξης σε απλές καθημερινές δραστηριότητες όπως η άνεση βάρδισης μέσα στο σπίτι, η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης (ένδυση, σίτιση, ατομική καθαριότητα) και να εξεταστεί το κατά πόσο μπορούν να μεταβληθούν προς το καλύτερο οι συνθήκες διαβίωσης στο σπίτι, να ενισχυθούν οι δεξιότητες των φροντιστών/οικείων στην παροχή άμεσης υποστήριξης προς τον ασθενή σε σχέση με την καθημερινότητα ή να ζητηθεί περαιτέρω ενίσχυση από υπηρεσίες του Δήμου Αθηναίων όπως το “Βοήθεια στο Σπίτι”. Σημαντικές είναι επίσης είναι οι ερωτήσεις που αφορούν τον χώρο της κατάστασης της κατοικίας του ασθενούς, την γενική οικονομική του κατάσταση και τον κύκλο ατόμων μετά οποία επικοινωνεί ή θα επιθυμούσε να επικοινωνεί καθημερινά (π.χ. συγγενείς, άτομα από λέσχες φιλίας Δήμου Αθηναίων).



5.2.5 Οργάνωση Πλάνου Φροντίδας

Το αρχικό Πλάνο θα οργανώνεται και θα συντάσσεται σε ηλεκτρονική (online πλατφόρμα) και έντυπη μορφή από την Διεπιστημονική Ομάδα, παρουσία του case manager, στην φάση εκπαίδευσης των ασθενών και θα έχει ισχύ ανάλογα με την σταθερότητα της κατάστασης του ασθενούς από 6 εβδομάδες έως 6 μήνες (βλ. Κεφάλαιο Εργαλεία). Τα βήματα στα οποία στηρίζεται η συγγραφή ενός Πλάνου Φροντίδας είναι:

- 1) **Η αναγνώριση των αναγκών/προβλημάτων του ασθενή:** Κάθε μέλος της Διεπιστημονικής Ομάδας θα συλλέγει πληροφορίες ανά νόσημα/κατάσταση κατά την αρχική φάση επικοινωνίας του με τον ασθενή και τους οικείους του στον χώρο των Δημοτικών Ιατρείων, ενδεχομένως από τον/τους θεράποντες ιατρούς στην Κοινότητα και από τα ηλεκτρονικά ή έγγραφα έντυπα που αφορούν προηγούμενες νοσηλείες στο Νοσοκομείο. Τα μέλη της Ομάδας συζητούν από κοινού τα ευρήματα και βάζουν σε προτεραιότητα τα προβλήματα με άμεσο αντίκτυπο στην παρούσα κατάσταση της υγείας του ασθενή.
- 2) **Ο ορισμός μετρήσιμων στόχων για κάθε πρόβλημα:** Η ποιότητα των στόχων είναι η καθοριστική στην κατάρτιση ενός στέρεου Πλάνου Φροντίδας. Τα μέλη της Διεπιστημονικής Ομάδας, παρά ενδεχόμενες διαφωνίες, θα πρέπει μετά από συναίνεση να καταλήγουν από κοινού σε στόχους (**SMART Goals**) που ιδανικά οφείλουν να:
 - είναι Συγκεκριμένοι (**Specific**)
 - είναι Μετρήσιμοι (**Measurable**), π.χ. συγκεκριμένες τιμές αρτηριακής πίεσης, χοληστερόλης, σακχάρου ή απόστασης κατά την βάδιση

- είναι Εφικτοί (**Achievable**), π.χ. ο στόχος ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης μπορεί να μην είναι επιτεύξιμος σε έναν ασθενή που είναι απείθαρχος στην λήψη των αντιυπερτασικών φαρμάκων ή την τακτική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης
 - είναι Ρεαλιστικοί (**Realistic**), π.χ. η απώλεια βάρους μειώνει τον κίνδυνο στεφανιαίου επεισοδίου, χωρίς να τον αποκλείει
 - πραγματοποιούνται εντός Σαφούς χρονικού διαστήματος (**Timely**).
- 3) **Ο καθορισμός του τρόπου επίτευξης των στόχων:** Η Διεπιστημονική Ομάδα θα πρέπει να καθορίσει το επίπεδο Υπηρεσιών Υγείας που απαιτούνται για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του κάθε ασθενή (π.χ. Δημοτικό Ιατρείο, Κέντρο Υγείας, Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο), τον τύπο της φροντίδας (π.χ. φαρμακευτική, κοινωνική, συμβουλευτική, λοιπές ιατρικές πράξεις) και πιθανές παραπομπές που θα πρέπει να γίνουν σε άλλους επαγγελματίες ή μονάδες υγείας.
- 4) **Ο καθορισμός του ατόμου που θα είναι υπεύθυνο για κάθε βήμα:** Μπορεί για κάθε πρόβλημα του ασθενή να είναι υπεύθυνοι περισσότεροι του ενός επαγγελματίες υγείας ή ειδικότητες ή αντίστροφα ένας επαγγελματίας υγείας να είναι υπεύθυνος για περισσότερα του ενός προβλήματα.
- 5) **Ο ορισμός του χρονικού διαστήματος μέσα στο οποίο θα πρέπει να επιτευχθεί ο κάθε στόχος:** Στους περισσότερους σταθερούς ασθενείς ο χρόνος αυτός ταυτίζεται με τον προγραμματισμένο χρόνο (π.χ. 6μηνο) αναθεώρησης του Πλάνου, ενώ σε ορισμένους ασθενείς με αυξημένες ανάγκες ή πρόσφατη νοσηλεία το αντίστοιχο διάστημα αυτό εξατομικεύεται.
- 6) **Η αναθεώρηση του Πλάνου από τον ασθενή με τον φροντιστή του:** Σκοπός είναι να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής και οι οικείοι – φροντιστές συμφωνούν με το Πλάνο φροντίδας, ότι λαμβάνονται υπόψη ενδεχόμενες ανησυχίες-προβληματισμοί, ανάγκες, προτιμήσεις του ασθενή καθώς και ότι το Πλάνο είναι συμβατό με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του.

Παράδειγμα Πλάνου Δράσης για ασθενή με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	
Καθημερινή Διαχείριση	
1. Φάρμακα:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Λαμβάνετε τα καθημερινά φάρμακά σας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού σας (π.χ., βρογχοδιασταλτικά Α, εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή Β). 2. Βεβαιωθείτε ότι χρησιμοποιείτε σωστά τη συσκευή εισπνοής σας.
2. Άσκηση:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ασκήστε τακτικά με ήπια ένταση (π.χ., περπάτημα, ποδήλατο) για να βελτιώσετε την αναπνευστική λειτουργία και τη φυσική σας κατάσταση. 2. Αναπαυθείτε όταν νιώθετε κόπωση, αλλά αποφύγετε την παρατεταμένη αδράνεια
3. Διατροφή και Υγρά:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Τρώτε ισορροπημένα γεύματα και παραμείνετε καλά ενυδατωμένοι για να αποφύγετε τη συσσώρευση φλέγματος.
4. Αποφυγή Ερεθιστικών Παραγόντων:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αποφύγετε το κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα. 2. Μειώστε την έκθεση σε ρυπαντικά και χημικά ερεθιστικά στο περιβάλλον σας
5. Αποφυγή Ερεθιστικών Παραγόντων:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αποφύγετε το κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα. 2. Μειώστε την έκθεση σε ρυπαντικά και χημικά ερεθιστικά στο περιβάλλον σας
Διαχείριση Παροξύνσεων (Επιδείνωση Συμπτωμάτων)	
• Αύξηση Δυσκολίας στην Αναπνοή ή Συριγμός:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Χρησιμοποιήστε το εισπνεόμενο φάρμακο Α σύμφωνα με τις οδηγίες. ○ Εάν δεν υπάρχει βελτίωση, επικοινωνήστε με τον γιατρό σας.
• Αύξηση στις Βλεννώδεις Εκκρίσεις ή Αλλαγή Χρώματος:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Πίνετε περισσότερα υγρά για να βοηθήσετε τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων. ○ Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας για ενδεχόμενη ανάγκη για αντιβιοτικά.
• Εμφάνιση Πυρετού ή Συμπτώματα Λοίμωξης:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Μετρήστε τη θερμοκρασία σας τακτικά. ○ Εάν παρατηρήσετε πυρετό ή άλλα συμπτώματα λοίμωξης, επικοινωνήστε άμεσα με τον γιατρό σας
• Ανεπιτυχής Ανακούφιση μετά από Φάρμακα:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Καλέστε τον γιατρό σας ή επισκεφθείτε το πλησιέστερο νοσοκομείο εάν τα συμπτώματα επιδεινώνονται και δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία.
Έκτακτη Ανάγκη	
Εάν αντιμετωπίσετε οποιοδήποτε από τα παρακάτω συμπτώματα, καλέστε το 166 (ΕΚΑΒ) ή επισκεφθείτε άμεσα το πλησιέστερο νοσοκομείο:	
<ul style="list-style-type: none"> • Δυσκολία στην αναπνοή που επιδεινώνεται γρήγορα. • Σοβαρή σύγχυση ή δυσκολία στην ομιλία. • Κυάνωση (μπλε απόχρωση στα χείλη ή τα νύχια). • Σοβαρός πόνος στο στήθος. 	

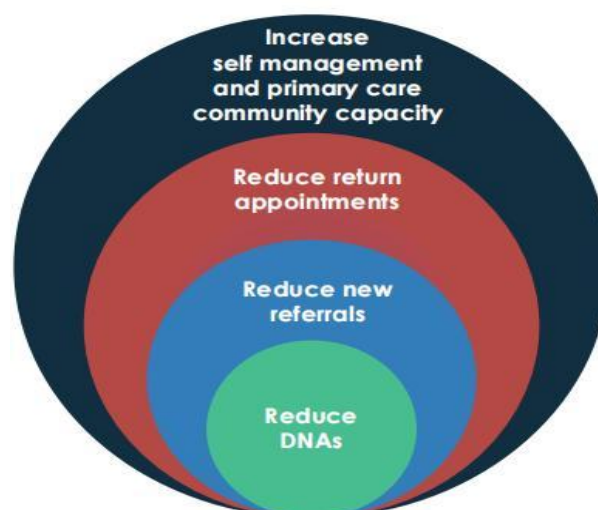
Για τους σχετικά σταθερούς ασθενείς, η επανεκτίμηση του Πλάνου από την διεπιστημονική ομάδα μετά από πρωτοβουλία του case manager θα λαμβάνει χώρα με το πέρας του βμήνου, οπότε θα τροποποιείται ή θα μένει αμετάβλητο με βάση την επίτευξη ή

μη των εξατομικευμένων στόχων που τέθηκαν στην αρχή. Οι εμβόλιμες τροποποιήσεις του Πλάνου θα πραγματοποιούνται σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά από αλλαγές στην συνολική ή κατά σύστημα κατάσταση του ασθενή (π.χ. μεταβολή στο κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς, έκτακτη νοσηλεία ή επίσκεψη στο ΤΕΠ Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου), όπως αυτές θα επισημαίνονται από τον case manager, μέλος του προσωπικού των Δημοτικών Ιατρείων που θα ενημερώσει τον case manager και θα έχουν την σύμφωνη γνώμη της Διεπιστημονικής Ομάδας, του ασθενούς και του/των φροντιστών στην οικία του. Κάθε φορά που επανεκτιμάται ή αναθεωρείται το εκάστοτε Πλάνο Φροντίδας ακολουθούνται τα 6 βήματα που προαναφέρθηκαν. Η τροποποιημένη μορφή του Πλάνου θα βρίσκεται μόνιμως και στον Ηλεκτρονικό Φάκελο του ασθενούς.

Πέρα της αρχικής εντατικής φάσης της εκπαίδευσης και κατάρτισης του ατομικού Πλάνου Φροντίδας για κάθε ωφελούμενο, η Ομάδα θα έχει στην συνέχεια προγραμματισμένες συναντήσεις που θα λαμβάνουν χώρα μια φορά την εβδομάδα. Σκοπός τους θα είναι όλες οι συμμετέχουσες ειδικότητες να ανταλλάσσουν πληροφορίες σχετικά με την πρόοδο της κατάστασης των ωφελούμενων που θα βρίσκονται σε απομακρυσμένη παρακολούθηση και να αποφασίζονται από κοινού οι αναγκαίες αλλαγές στα πλάνα φροντίδας. Κεντρικό συντονιστικό ρόλο σε αυτές τις συναντήσεις θα έχει ο Case Manager.

5.2.6 Value-based Care

Κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών συνεδριών, η διεπιστημονική ομάδα του Προγράμματος θα έχει την ευκαιρία να αναλύσει στους ασθενείς πως η βελτίωση της οργάνωσης της φροντίδας (βελτιστοποίηση της πρόληψης, της έγκαιρης διάγνωσης, της παρέμβασης, της αυτοδιαχείρισης) σχετίζεται με τη ποιότητα ζωής των ασθενών (22), αλλά και την ελάφρυνση και αποσυμφόρηση του συστήματος φροντίδας, παράγων που στα πλαίσια της συμπεριφοριστικής αλλαγής θα πρέπει να λαμβάνεται υπ όψιν .



5.3 Αναλυτική Περιγραφή των Δια Ζώσης Συνεδριών

5.3.1 Διαδικασία

Οι Εκπαιδευτικές Συνεδρίες των ασθενών θα είναι 3ωρες, συνολικά 10 για κάθε ασθενή σε διάστημα 1 μήνα, και θα λαμβάνουν χώρα κατά την απογευματινή λειτουργία (14:30-20:30) των 4 Δημοτικών Ιατρείων. Σε κάθε συνεδρία θα συμμετέχουν 5 ασθενείς. Συνεπώς, σε κάθε Δημοτικό Ιατρείο θα πραγματοποιούνται καθημερινά 1 Εκπαιδευτική Συνεδρία (ωράριο 14:00-17:00 ή 17:00-20:00) για συνολικά 5-6 ωφελούμενους (βλ. Πίνακα Παρακάτω).

Ενδεικτικό 15ήμερο Πρόγραμμα Εκπαιδευτικών Συνεδριών

	Ημέρα	ΔΕ	ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ	ΠΑΡ	ΣΚ	ΔΕ	ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ	ΠΑΡ	ΣΚ
Ιατρείο	Ωράριο												
1 ^ο	14:00-17:00	Ο1Α	Ο1Β	Ο1Α	Ο1Β	Ο1Α		Ο1Β	Ο1Α	Ο1Β	Ο1Α	Ο1Β	
Σόλωνος	17:00 – 20:00												
6 ^ο	14:00-17:00												
Κυψέλη	17:00 – 20:00	Ο6Α	Ο6Β	Ο6Α	Ο6Β	Ο6Α		Ο6Β	Ο6Α	Ο6Β	Ο6Α	Ο6Β	
2 ^ο	14:30-17:00	Ο2Α	Ο2Β	Ο2Α	Ο2Β	Ο2Α		Ο2Β	Ο2Α	Ο2Β	Ο2Α	Ο2Β	
Ν. Κόσμος	17:00 – 20:00												
3 ^ο	14:00-17:00												
Πετράλωνα	17:00 – 20:00	Ο3Α	Ο3Β	Ο3Α	Ο3Β	Ο3Α		Ο3Β	Ο3Α	Ο3Β	Ο3Α	Ο3Β	

- Αριθμός ομάδων ωφελούμενων: 8 (Ο1Α, 1Β, 2Α, 2Β, 3Α, 3Β, 6Α, 6Β)
- Σύνολο ωφελούμενων: 40
- Αριθμός Συνεδριών 15ημέρου ανά ομάδα: 5

Η κάθε Εκπαιδευτική Συνεδρία θα πραγματοποιείται από τη 3μελή τη ομάδα του Προγράμματος. Σε κάθε Εκπαιδευτική Συνεδρία θα υπάρχει μια αρχική σύντομη παρουσίαση (έως 30 - 45 λεπτά) του αντικείμενου εκπαίδευσης από τον Γιατρό/Νοσηλεύτη η Case Manager και για τους 5-7 ωφελούμενους με τους φροντιστές-οικείους τους και στη συνέχεια θα ακολουθεί εστιασμένη στο αντικείμενο Hands-on εκπαίδευσης των ασθενών, μέσω ανοικτής συζήτησης ή χρήσης Η/Υ, στην περίπτωση που αφορά στην απόκτηση δεξιοτήτων στην χρήση της ψηφιακής πλατφόρμας.

5.3.2 Περιεχόμενο (10 Ώρες Συνεδρίες)

1 ^η Συνεδρία	
Χρόνος	Περιεχόμενο
45 λεπτά	<i>Θέμα: « Ιατροκοινωνική Φροντίδα (Integrated Care) στα Δημοτικά Ιατρεία»</i>
	Θα γίνει μια παρουσίαση 20-30 λεπτών με θέμα τις βασικές αρχές της Ολοκληρωμένης Φροντίδας (Integrated Care), το πώς αυτές θα εφαρμοστούν στα πλαίσια της αναβαθμισμένης λειτουργίας των Πολυδύναμων Δημοτικών Ιατρείων και ποια είναι τα προσδοκώμενα οφέλη για τον ασθενή, την κοινωνία, τον Δ. Αθηναίων και το Σύστημα Υγείας. Θα ακολουθήσει 15λεπτη συζήτηση.
15 λεπτά	<i>Διάλειμμα</i>
90 λεπτά	<i>Hands-on</i>
	Σε κάθε συνεδρία θα οριστούν 2 ομάδες επαγγελματιών υγείας (2-3 ατόμων), σε κάθε μία από τις οποίες θα υπάρχει ένας επικεφαλής Γιατρός με σκοπό, σε χρόνο που αντιστοιχεί στα 30 περίπου λεπτά για τον κάθε ασθενή, να γίνει: <ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση και λήψη έντυπης συγκατάθεσης • Λήψη του ιατρικού ιστορικού • Συμπλήρωση της «Περίληψης Ασθενούς» (Patient Summary) στην ηλεκτρονική πλατφόρμα
15 λεπτά	<i>Συζήτηση - Ερωτήσεις</i>

2 ^η Συνεδρία	
Χρόνος	Περιεχόμενο
45 λεπτά	<i>Θέμα: «Πολυνοσηρότητες – Πολυφαρμακία»</i>
	Θα γίνει μια παρουσίαση 20-30 λεπτών με θέμα τους ασθενείς με πολυνοσηρότητες και την πολυφαρμακία που απορρέει από αυτές. Σκοπός είναι να γίνουν κατανοητές: <ul style="list-style-type: none"> • οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των νοσημάτων και των διαφορετικών φαρμάκων όταν λαμβάνονται από τον ίδιο ασθενή • οι βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες επιπτώσεις των αλληλεπιδράσεων στη ζωή και την καθημερινότητα του ασθενή • πώς βελτιώνεται η διαχείριση των αλληλεπιδράσεων και των επιπλοκών της σύνθετης φαρμακευτικής αγωγής με βάση τις Διεθνείς Πρακτικές και τι μπορεί να γίνει στο πλαίσιο λειτουργίας των Δημοτικών Ιατρείων. Θα ακολουθήσει 15λεπτη συζήτηση.
15 λεπτά	<i>Διάλειμμα</i>
90 λεπτά	<i>Hands-on</i>
	Σε κάθε συνεδρία θα οριστούν 2 ομάδες επαγγελματιών υγείας (2-3 ατόμων), σε κάθε μία από τις οποίες θα υπάρχει ένας επικεφαλής Γιατρός με σκοπό, σε χρόνο που αντιστοιχεί στα 30 περίπου λεπτά για τον κάθε ασθενή, να γίνει: <ul style="list-style-type: none"> • Στοχευμένη κλινική εξέταση κατά συστήματα • Ενημέρωση της ηλεκτρονικής πλατφόρμας με δεδομένα που αφορούν την κλινική εξέταση – Ολοκλήρωση Patient Summary
15 λεπτά	<i>Συζήτηση – Ερωτήσεις</i>

3^η Συνεδρία

Χρόνος	Περιεχόμενο
40 λεπτά	<i>Θέμα: «Εισαγωγή στην Στεφανιαία Νόσο (ΣΝ) και την Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ)»</i>
	<p>Σκοπός της παρουσίασης (διάρκειας 20-30 λεπτών) είναι να γίνουν κατανοητά με απλό τρόπο:</p> <ul style="list-style-type: none"> • η διαδικασία με την οποία η αθηροσκλήρωση προκαλεί ΣΝ και πώς καταλήγει στο να προκαλέσει στηθάγχη ή καρδιακά επεισόδια, τα κύρια συμπτώματα και σημεία της ΣΝ και τον ρόλο των παραγόντων κινδύνου (π.χ. κάπνισμα, υπερχοληστερολαιμία, οικογενειακό ιστορικό) • το πώς η μειωμένη ικανότητα της λειτουργίας της καρδιάς ως αντλία οδηγεί στα συμπτώματα της ΚΑ και πώς αυτά εξελίσσονται καθώς επιδεινώνονται τα στάδια της νόσου <p>Θα ακολουθήσει 10λεπτη συζήτηση.</p>
30 λεπτά	<i>Θέμα: «Φαρμακευτική αγωγή σε ΣΝ και ΚΑ»</i>
	<p>Σκοπός της 20λεπτης παρουσίασης είναι να πληροφορηθούν οι ασθενείς για:</p> <ul style="list-style-type: none"> • τις βασικές κατηγορίες φαρμάκων και τον αδρό μηχανισμό δράση τους στην ΣΝ και την ΚΑ • τους λόγους που είναι σημαντικό να λαμβάνουν την αγωγή ώστε να αποφευχθούν η επιδείνωση των συμπτωμάτων ή οι επισκέψεις-νοσηλείες στο Νοσοκομείο. • τη διαχείριση των συνήθων παρενεργειών των φαρμάκων. <p>Θα ακολουθήσει 10λεπτη συζήτηση.</p>
15 λεπτά	<i>Διάλειμμα</i>
30 λεπτά	<i>Θέμα: «Αλλαγή του τρόπου ζωής για μια υγιή καρδιά»</i>
	<p>Σκοπός της 20λεπτης παρουσίασης είναι να εκπαιδευτούν οι ασθενείς στις αλλαγές του τρόπου ζωής που προάγουν την υγεία του καρδιαγγειακού και μειώνουν τον κίνδυνο για εκδήλωση ΣΝ και ΚΑ, εστιάζοντας στην διατροφή, την φυσική δραστηριότητα (άσκηση), την διακοπή καπνίσματος και την διαχείριση του stress.</p> <p>Θα ακολουθήσει 10λεπτη συζήτηση.</p>
20 λεπτά	<i>Θέμα: «Πώς να αναγνωρίσω τα συμπτώματά μου – Τι είναι επείγον;»</i>
	<p>Σκοπός της 20λεπτης παρουσίασης είναι να εκπαιδευτούν οι ασθενείς στο να αναγνωρίσουν την επιδείνωση της ΣΝ ή της ΚΑ μέσα από τις μεταβολές στα καθημερινά συμπτώματα και να ευαισθητοποιηθούν για τις καταστάσεις που είναι «επείγουσες».</p>
30 λεπτά	<i>Hands-on</i>
	<p>Εξοικείωση των ασθενών με την χρήση των εξατομικευμένων Πλάνων Φροντίδας για τη ΣΝ και την ΚΑ</p>
15 λεπτά	<i>Συζήτηση – Ερωτήσεις</i>

4^η Συνεδρία

Χρόνος	Περιεχόμενο
40 λεπτά	<i>Θέμα: «Εισαγωγή στην Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και το Βρογχικό Άσθμα (ΒΑ)»</i>
	<p>Σκοπός της παρουσίασης (διάρκειας 20-30 λεπτών) είναι να γίνουν κατανοητά με απλό τρόπο:</p> <ul style="list-style-type: none"> • πώς η ΧΑΠ και το ΒΑ προκαλούν απόφραξη των αεραγωγών και τα κύρια συμπτώματα αυτών των νοσημάτων • η αιτιολογική συσχέτιση των αποφρακτικών νοσημάτων του πνεύμονα (ΧΑΠ και ΒΑ) με παράγοντες όπως το κάπνισμα ή τα αλλεργιογόνα <p>Θα ακολουθήσει 10λεπτη συζήτηση.</p>
30 λεπτά	<i>Θέμα: «Φαρμακευτική αγωγή σε ΧΑΠ και ΒΑ»</i>
	<p>Σκοπός της 20λεπτης παρουσίασης είναι να πληροφορηθούν οι ασθενείς για:</p> <ul style="list-style-type: none"> • τις βασικές κατηγορίες εισπνεόμενων φαρμάκων • το πώς χρησιμοποιούνται τα εισπνεόμενα και ποια είναι τα συνήθη λάθη κατά την χορήγησή τους • τη διαχείριση των συνήθων παρενεργειών των φαρμάκων. <p>Θα ακολουθήσει 10λεπτη συζήτηση.</p>
15 λεπτά	<i>Διάλειμμα</i>
30 λεπτά	<i>Θέμα: «Τρόποι αναπνοής – αναπνευστικές ασκήσεις»</i>
	<p>Σκοπός της 20λεπτης παρουσίασης είναι να εκπαιδευτούν οι ασθενείς στις αναπνευστικές ασκήσεις, στην διαχείριση της οξείας δύσπνοιας και στην αποφυγή των εκλυτικών παραγόντων και να γίνει μια εισαγωγή στην έννοια της πνευμονικής αποκατάστασης.</p> <p>Θα ακολουθήσει 10λεπτη συζήτηση.</p>
20 λεπτά	<i>Θέμα: «Πώς να αναγνωρίσω τα συμπτώματά μου – Τι είναι επείγον;»</i>
	<p>Σκοπός της 20λεπτης παρουσίασης είναι να εκπαιδευτούν οι ασθενείς στο να αναγνωρίσουν την παρόξυνση της ΧΑΠ ή του ΒΑ μέσα από τις μεταβολές στα καθημερινά συμπτώματα και να ευαισθητοποιηθούν για τις καταστάσεις που είναι «επείγουσες».</p>
30 λεπτά	<i>Hands-on</i>
	Εξοικείωση των ασθενών με την χρήση των εξατομικευμένων Πλάνων Φροντίδας για την ΧΑΠ και το ΒΑ
15 λεπτά	<i>Συζήτηση – Ερωτήσεις</i>

5^η Συνεδρία

Χρόνος	Περιεχόμενο
30 λεπτά	<p style="text-align: center;"><i>Θέμα: «Εισαγωγή στον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) και την έννοια του Καρδιαγγειακού Κινδύνου (ΚΚ)»</i></p>
	<p>Σκοπός της παρουσίασης (διάρκειας 20 λεπτών) είναι να γίνουν κατανοητά:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τα κύρια συμπτώματα που συνδέονται με τον ΣΔ τύπου I και II • Η συσχέτιση του ΣΔ και άλλων παραγόντων όπως η Υπέρταση, το κάπνισμα ή η παχυσαρκία με τον αυξημένο ΚΚ <p>Θα ακολουθήσει 10λεπτη συζήτηση.</p>
40 λεπτά	<p style="text-align: center;"><i>Θέμα: «Ρύθμιση ΣΔ και άλλων παραγόντων ΚΚ»</i></p>
	<p>Σκοπός της 30λεπτης παρουσίασης είναι να ενημερωθούν οι ασθενείς για:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Την ορθή μέτρηση και παρακολούθηση των επιπέδων σακχάρων αίματος • Την αντιδιαβητική αγωγή (ινσουλίνη και δισκία) • Πώς γίνεται η παρακολούθηση της Υπέρτασης και της Υπερχοληστερολαιμίας και που αποσκοπεί η φαρμακευτική θεραπεία τους <p>Θα ακολουθήσει 10λεπτη συζήτηση.</p>
15 λεπτά	<p style="text-align: center;"><i>Διάλειμμα</i></p>
30 λεπτά	<p style="text-align: center;"><i>Θέμα: «Υγιεινή διατροφή- Άσκηση σε ασθενείς με ΣΔ ή αυξημένο ΚΚ»</i></p>
	<p>Σκοπός της 20λεπτης παρουσίασης είναι να ενημερωθούν οι ασθενείς για την σημασία της ισορροπημένης διατροφής στον ΣΔ, την συνιστώμενη διατροφή σε ασθενείς με αυξημένο ΚΚ, τη σημασία του ελέγχου του σωματικού βάρους και τη συνιστώμενη μορφή άσκησης για την τροποποίηση του ΚΚ.</p> <p>Θα ακολουθήσει 10λεπτη συζήτηση.</p>
20 λεπτά	<p style="text-align: center;"><i>Θέμα: «Πώς να αναγνωρίσω τα συμπτώματά μου – Τι είναι επείγον;»</i></p>
	<p>Σκοπός της 20λεπτης παρουσίασης είναι να εκπαιδευτούν οι ασθενείς με ΣΔ στο να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν εγκαίρως τα συμπτώματα υπεργλυκαιμίας ή υπογλυκαιμίας και να ευαισθητοποιηθούν για τις καταστάσεις που είναι «επείγουσες».</p>
30 λεπτά	<p style="text-align: center;"><i>Hands-on</i></p>
	<p style="text-align: center;">Εξοικείωση των ασθενών με την χρήση των εξατομικευμένων Πλάνων Φροντίδας για τον ΣΔ</p>
15 λεπτά	<p style="text-align: center;"><i>Συζήτηση - Ερωτήσεις</i></p>

6^η Συνεδρία

Χρόνος	Περιεχόμενο
30 λεπτά	<p align="center"><i>Θέμα: «Πολυνοσηρότητες και Ψυχοκοινωνικές ανάγκες»</i></p>
	<p>Σκοπός της παρουσίασης (διάρκειας 20 λεπτών) είναι να γίνουν κατανοητά το πώς οι πολυνοσηρότητες επιδρούν:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Στη Συναισθηματική και Ψυχολογική κατάσταση του ατόμου: αύξηση του stress, της κατάθλιψης, θλίψη λόγω της απώλειας της ανεξαρτησίας, μηχανισμοί διαχείρισης αυτών • Στο Κοινωνικό status: κοινωνική απομόνωση, αλληλεπιδράσεις με οικογένεια και φροντιστές στο σπίτι, οικονομικό φορτίο • Στις Γνωσιακές λειτουργίες και την Συμπεριφορά του ασθενή: διαχείριση της νοητικής έκπτωσης, τρόπος ζωής και «συμμόρφωση» στην φαρμακευτική αγωγή • Στην συνολική Ποιότητα Ζωής <p>Θα ακολουθήσει 10λεπτη συζήτηση.</p>
30 λεπτά	<p align="center"><i>Θέμα: «Πώς να διαχειριστώ το stress, το άγχος μου και τα συναισθήματά μου; »</i></p>
	<p>Σκοπός της 15λεπτης παρουσίασης είναι να ενημερωθούν οι ασθενείς για μεθόδους διαχείρισης του άγχους, της κατάθλιψης, των προσδοκιών σε σχέση με την υγεία Θα ακολουθήσει 15λεπτη συζήτηση με τον ψυχολόγο.</p>
15 λεπτά	<p align="center"><i>Διάλειμμα</i></p>
30 λεπτά	<p align="center"><i>Θέμα: «Πώς να διαχειριστώ τις κοινωνικές σχέσεις και να ξεπεράσω την απομόνωση;»</i></p>
	<p>Σκοπός της 15λεπτης παρουσίασης είναι να ενημερωθούν οι ασθενείς για την σημασία της κοινωνικής υποστήριξης, την αναγνώριση των εμποδίων στην κοινωνική συναναστροφή και πώς οι νέες τεχνολογίες μπορεί να συμβάλουν στη συμμετοχή σε ευρύτερες κοινωνικές ομάδες ασθενών. Θα ακολουθήσει 15λεπτη συζήτηση με τον κοινωνικό λειτουργό.</p>
75 λεπτά	<p align="center"><i>Hands-on</i></p>
	<p>Σε κάθε συνεδρία θα οριστούν 2 ομάδες επαγγελματιών υγείας (2-3 ατόμων), σε κάθε μία από τις οποίες θα υπάρχει ένας Γιατρός, ένας Ψυχολόγος ή Κοινωνικός Λειτουργός με σκοπό, σε χρόνο που αντιστοιχεί στα 25 περίπου λεπτά για κάθε άτομο, να:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Καταγραφούν οι ανάγκες του ασθενούς και οι δυνατότητες της οικογένειας στην παροχή Κοινωνικής Φροντίδας • Αποκτήσουν οι ασθενείς ευελιξία και προσαρμοστικότητα απέναντι στα νοσήματά τους • Δημιουργήσουν ένα ρεαλιστικό πλάνο αυτοφροντίδας (self-care) με σκοπό την ενίσχυση της ευεξίας (well-being)

7^η Συνεδρία

Χρόνος	Περιεχόμενο
30 λεπτά	<i>Θέμα: «Το εξατομικευμένο Πλάνο Φροντίδας»</i>
	Σκοπός της παρουσίασης (διάρκειας 20 λεπτών) είναι να γίνουν κατανοητά: <ul style="list-style-type: none"> • Ο τρόπος με τον οποίο δημιουργείται ένα Πλάνο Φροντίδας: δομή, σκοποί, οφέλη • Ο ρόλος της συνεργασίας γιατρού, ασθενούς, συγγενούς στην διαμόρφωση του Πλάνου Θα ακολουθήσει 10λεπτη συζήτηση.
15 λεπτά	<i>Διάλειμμα</i>
120 λεπτά	<i>Hands-on</i>
	Σε κάθε συνεδρία θα οριστούν 2 ομάδες επαγγελματιών υγείας (2-3 ατόμων), σε κάθε μία από τις οποίες θα είναι επικεφαλής ένας Γιατρός με σκοπό, σε χρόνο που αντιστοιχεί στα 40 περίπου λεπτά για κάθε άτομο, να: <ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργηθεί βήμα-βήμα το Πλάνο Φροντίδας για κάθε ασθενή: καθορισμός στόχων, αναγνώριση καταστάσεων που επιδεινώνουν το νόσημα, καθορισμός των αναγκαίων δράσεων για την επίλυση των προβλημάτων, τρόποι παρακολούθησης και επικοινωνίας με την Ομάδα του εκάστοτε Δημοτικού Ιατρείου • Εξηγηθούν ενδελεχώς η εφαρμογή, δυναμική παρακολούθηση και προσαρμογή του Πλάνου Φροντίδας
15 λεπτά	<i>Συζήτηση – ερωτήσεις</i>

8^η Συνεδρία

Χρόνος	Περιεχόμενο
60 λεπτά	<i>Hands-on</i>
	Σε κάθε συνεδρία οι 2 ομάδες επαγγελματιών υγείας (2-3 ατόμων) που ορίστηκαν στην 7 ^η Συνεδρία θα αφιερώσουν 20 περίπου λεπτά για κάθε άτομο για να ολοκληρώσουν τις λεπτομέρειες των ατομικών Πλάνων Φροντίδας και να τα αναπροσαρμόσουν μετά από συζήτηση με τον ασθενή και τους οικείους του
15 λεπτά	<i>Διάλειμμα</i>
90 λεπτά	<i>Σενάρια προσομοίωσης</i>
	Θα οριστούν 2 ομάδες επαγγελματιών υγείας (2-3 ατόμων), σε κάθε μία από τις οποίες θα είναι επικεφαλής ένας Γιατρός, όπου ως ζευγάρι ή ομάδα οι ασθενείς θα εξασκηθούν στην εφαρμογή του Πλάνου Φροντίδας σε καθημερινά σενάρια της αληθινής ζωής. Θα γίνει έτσι αντιληπτό στους εκπαιδευτές πόσο έχουν γίνει κατανοητές από τον ασθενή όλες οι οδηγίες του Πλάνου, αν υπάρχουν πτυχές της καθημερινότητας που δεν καλύπτονται από το παρόν Πλάνο και, επομένως, αν χρειάζονται να γίνουν διορθώσεις για την καλύτερη εφαρμογή στην πράξη.

9^η Συνεδρία

Χρόνος	Περιεχόμενο
30 λεπτά	<i>Θέμα: «Επίδειξη της Ηλεκτρονικής Πλατφόρμας»</i>
	Σκοπός της παρουσίασης είναι να γίνουν κατανοητά στον ασθενή: <ul style="list-style-type: none"> • Το περιεχόμενο και το εύρος των ιατρικών πληροφοριών που θα διαχειρίζεται η Ηλεκτρονική Πλατφόρμα • Οι βασικές λειτουργίες και δυνατότητες της Πλατφόρμας • Οι τρόποι αλληλεπίδρασης ασθενούς-Πλατφόρμας
15 λεπτά	<i>Διάλειμμα</i>
	<i>Hands-on</i>
60 λεπτά	Κάθε ασθενής με έναν επαγγελματία υγείας της ομάδας θα εκπαιδευτεί από το προσωπικό του smartphone ή tablet στις βασικές λειτουργίες της Πλατφόρμας (εισαγωγή ιατρικών δεδομένων, συμπλήρωση απλών ερωτηματολογίων που αφορούν τα χρόνια συμπτώματα ή δείκτες ποιότητας ζωής, πρόσβαση στο Πλάνο Φροντίδας)
15 λεπτά	<i>Διάλειμμα</i>
60 λεπτά	<i>Hands-on</i>
	Κάθε ασθενής με έναν επαγγελματία υγείας της ομάδας θα εκπαιδευτεί από το προσωπικό του Smartphone ή tablet στις λειτουργίες της πλατφόρμας που αφορούν τις απομακρυσμένες επισκέψεις

10^η Συνεδρία

Χρόνος	Περιεχόμενο
60 λεπτά	<i>Ανακεφαλαίωση Γνώσεων</i>
	Θα εξεταστούν ως ομάδα όλοι οι ασθενείς, με τη μορφή συζήτησης, ως προς το αν έχουν αφομοιώσει βασικές γνώσεις ως προς τα νοσήματά τους, την θεραπεία, τις μεθόδους αυτοδιαχείρισης και τα ατομικά Πλάνα Φροντίδας.
15 λεπτά	<i>Διάλειμμα</i>
	<i>Hands-on</i>
60 λεπτά	Θα εξεταστούν ως ομάδα οι ασθενείς, με τη μορφή συζήτησης, ως προς την απόκτηση των αναγκαίων δεξιοτήτων για την χρήση της πλατφόρμας και της υπηρεσίας απομακρυσμένης παρακολούθησης
15 λεπτά	<i>Τελική συζήτηση – Ερωτήσεις</i>

5.4 Φάση συνεχιζόμενης από μακριά παρακολούθησης, υποστήριξης και της συντονισμού της φροντίδας



Η φάση της εξ' αποστάσεως παρακολούθησης, θα ακολουθεί τον κάθε ασθενή αμέσως μετά το πέρας της μηνιαίας εκπαίδευσης του της προηγούμενης φάσης. Μετά από συνεννόηση με τους Case Manager του Προγράμματος, θα πραγματοποιούνται προγραμματισμένες επισκέψεις εξ' αποστάσεως (remote visits) σε ωράριο αντίστοιχο με αυτό της Αρχικής Φάσης Αποκατάστασης (14:00-17:00 ή 17:00-20:00) των ασθενών, μέσω της ψηφιακής πλατφόρμας του Προγράμματος.

Για τους σταθερούς ασθενείς, οι επισκέψεις θα είναι εβδομαδιαίες για τους 3 πρώτους μήνες, ανά 15ήμερο για το επόμενο 3μήνο και μηνιαίες για το υπόλοιπο της παρακολούθησης (24 συνολικά προγραμματισμένες επισκέψεις ανά ασθενή). Για τους ασθενείς με μεγαλύτερες ανάγκες η συχνότητα των επισκέψεων θα είναι αυξημένη.



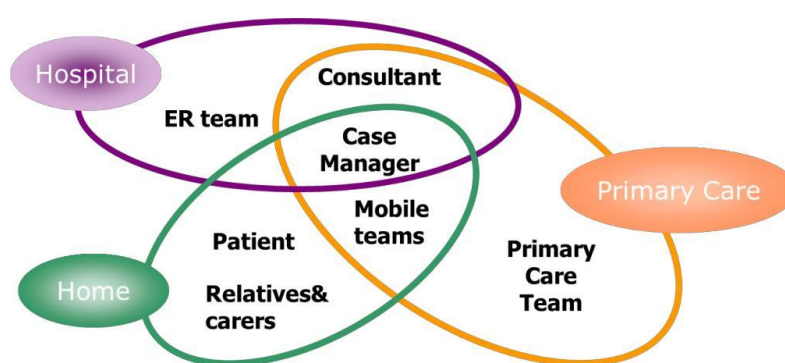
5.4.1 Συνεχιζόμενη φροντίδα εξ αποστάσεως (Remote Visits)

Η κάθε επίσκεψη θα διαρκεί αδρά 15-20 λεπτά και θα πραγματοποιείται από το έξυπνο κινητό ή tablet του ασθενούς και του Call Center με τον Case Manager, όπου αυτός:

- Θα εκτιμά την γενική κατάσταση του ασθενούς και τον βαθμό στον οποίο εφαρμόζεται το ατομικό Πλάνο Φροντίδας.
- Θα καταγράφει παρεκκλίσεις από το Πλάνο, η τυχόν ανάγκη για τροποποίηση της αγωγής,
- Θα παρέχει οδηγίες διαχείρισης της χρόνιας νόσου, όπως έλεγχος συμμόρφωσης φαρμάκων και άλλων θεραπειών, συνεχούς εκπαίδευσης, ενθάρρυνσης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, εφαρμογή προγραμμάτων άσκησης κ.λπ.
- Θα προτείνει έξυπνες, τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής και θα επισημαίνει σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για το συγκεκριμένο ασθενή.
- Θα υπενθυμίζει επίσης τα συμπτώματα και σημεία συναγερμού για επιδείνωση της νόσου, όπως θα έχει διδαχθεί ο ασθενής κατά τη διάρκεια της της προηγούμενης φάσης.
- Θα ανιχνεύει έγκαιρα τυχόν παρόξυνση η επιπλοκή της /των νόσου/ων, και ως εκ τούτου την ανάγκη κλιμάκωσης της θεραπείας, ώστε να αποφευχθεί η ανάγκη για επίσκεψη στα ΤΕΠ Νοσοκομείου η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Στις περιπτώσεις αυτές, (όπως και σε οποιαδήποτε άλλες όπου ενδείκνυται), θα ενημερώνει τους κατάλληλους ιατρούς, όπως θα έχει συμφωνηθεί από τη προηγούμενη φάση.

5.4.2 Συντονισμός Φροντίδας

Εκτός από την άμεση επικοινωνία που θα έχει με τον ασθενή, ο case manager θα επιμελείται του «Συντονισμού της Φροντίδας» με όλους τους θεραπευτές και φορείς που εμπλέκονται σε αυτήν (βλ.



Σχήμα). Με τη δυνατότητα χειρισμού του Ηλεκτρονικού Φακέλου και τα decision support tools θα μπορεί να παρέχει τις πολύτιμες πληροφορίες, συστάσεις και οδηγίες, στο κατάλληλο τόπο και χρόνο, ώστε να ενδυναμώνεται η λειτουργία όλων των εμπλεκόμενων με την ευχέρεια του “πληροφορημένης δράσης” που θα τους παρέχει.

5.4.3 Συνεχιζόμενη Υποστήριξη φροντιστών

Η υποστήριξη των φροντιστών του ασθενούς που ανήκουν στενό οικογενειακό περιβάλλον ή την κοινότητα (π.χ. γειτονιά) θα εστιάζεται στην:

- 1) Αναγνώριση προβλημάτων που αφορούν την διάθεση ή την ικανότητα του φροντιστή να παρέχει βοήθεια (π.χ. καταθλιπτικό συναίσθημα, προβλήματα υγείας του φροντιστή), παραγόντων που μπορεί να οδηγούν σε



κακοποιητική συμπεριφορά προς τον ασθενή, ή ενδεχόμενο επιπλέον οικονομικό φορτίο που απορρέει από την ενασχόληση με τον ασθενή.

- 2) Εκπαίδευση και ενδυνάμωση των φροντιστών σε θέματα που αφορούν την παροχή Φροντίδας στο σπίτι.
- 3) Αναζήτηση ενδεχομένως άλλων κοινωνικών – οικονομικών πόρων ή υπηρεσιών κατ' οίκον (βλ. «Βοήθεια στο Σπίτι») που θα μπορούσαν να μειώσουν τον καθημερινό φόρτο των φροντιστών στο σπίτι του ασθενή.
- 4) Ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών.

Στρατηγικό εργαλείο για την επίτευξη των παραπάνω στόχων θα είναι η χρήση της ψηφιακής πλατφόρμας που περιγράφηκε και περιλαμβάνει τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (EMR, Web-based patient record), τις πολλαπλές τεχνολογίες για απομακρυσμένη παρακολούθηση (videoconference, vital signs transmission), ως και την εκτεταμένη χρήση Μονοπατιών Κλινικής Φροντίδας (AI based decision support και clinical pathways tools) με τη υποστήριξη της τεχνητής νοημοσύνης (AI).

6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Η κυριαρχία της πολυνοσηρότητας που μαστίζει από πολλών ετών τα συστήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας του δυτικού κόσμου, αλλά και αυτή που προκάλεσε πρόσφατα η πανδημία Covid και το Post-Covid Syndrome, ήγειρε μια νέα μεγάλη πρόκληση για όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα άτομα αυτά στη πλειονότητα των περιστάσεων και μάλιστα των πιο σοβαρών από άποψη βαρύτητας, χρειάζονται συντονισμένη φροντίδα από πολλαπλούς παρόχους φροντίδας συγχρόνως (23). Ωστόσο, οι πάροχοι αυτοί ήταν (αλλά και εξακολουθούν να είναι) εξοικειωμένοι να επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες ανάγκες και ζητήματα, ανάλογα με την ειδικότητα του καθενός, με αποτέλεσμα την κατακερματισμένη και μη βέλτιστη φροντίδα (24,25). Έτσι, πολλές χώρες συνειδητοποίησαν με βάση τη συγκυρία αυτή ότι επείγουν για άμεσες μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας για να ανταποκριθούν έγκαιρα, αποτελεσματικά και βιώσιμα στις μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας και περίθαλψης των πληθυσμών τους. Για τον παραπάνω λόγο προκλήθηκαν πολλαπλές συνεργασίες με καινοτόμους ερευνητές για να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν νεώτερα, ώριμα όμως μοντέλα ή προγράμματα όπως αυτά της ολοκληρωμένης φροντίδας με επίκεντρο τον άνθρωπο (26).

Ωστόσο, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μοντέλων ολοκληρωμένης φροντίδας αποτελεί πολύ σημαντική και πολυσύνθετη πρόκληση λόγω της εγγενούς πολυπλοκότητας αυτών των παρεμβάσεων (27). Οι υπάρχουσες μέθοδοι αξιολόγησης μαζί με τα αντίστοιχα gold standards (πχ. RCTs) μπορεί να μην είναι κατάλληλες να αποτυπώνουν την πολύπλευρη φύση της ολοκληρωμένης φροντίδας για πολυπαθείς πληθυσμούς (28). Αυτή η έλλειψη στοιχείων σε πολυπαθείς πληθυσμούς εμποδίζει την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων τόσο για την πολιτική όσο και για την πρακτική στον τομέα αυτό. Ωστόσο, η βασική πρόκληση παραμένει ο τρόπος απόκτησης τέτοιων αποδεικτικών στοιχείων και ο τρόπος μεταφοράς τους στη καθ' ημέρα κλινική πρακτική, ως και τη λήψη αποτελεσματικών πολιτικών αποφάσεων.

Για τον παραπάνω λόγο, για τη βέλτιστη φροντίδα των παραπάνω ασθενών με την εφαρμογή της ολοκληρωμένης φροντίδας στα Δημοτικά Ιατρεία, θα υιοθετήσουμε τις ακόλουθες παραμέτρους αξιολόγησης, με βάση τη πιο σύγχρονη βιβλιογραφία, με στόχο να είμαστε τεκμηριωμένοι στις δράσεις μας, στην επικοινωνία μας με το προσωπικό, ως και στα συμπεράσματά μας.

Προσέγγιση αξιολόγησης

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει (συγ)χρηματοδοτήσει πολλές δράσεις για την υποστήριξη των υγειονομικών αρχών και των ενδιαφερομένων στην ανάπτυξη και εφαρμογή μοντέλων ολοκληρωμένης φροντίδας με επίκεντρο τον άνθρωπο. Για το λόγο αυτό, ασθενείς με πολυνοσηρότητες έχουν εντοπιστεί και αναλυθεί σε διάφορες δράσεις που χρηματοδοτούνται από την ΕΕ (π.χ. ICARE4EU, JA-CHRODIS, Selfie2020, SUSTAIN), αλλά και άλλες υποστηριζόμενες από την ΕΕ δράσεις (π.χ. SCIROCCO, CHRODIS+, SCIROCCO exchange, JADECARE, VIGOUR). Παρά τις πολλές πρωτοβουλίες, εξακολουθούν να λείπουν συγκεκριμένα και καθολικής αποδοχής στοιχεία και να ελλοχεύουν παγίδες για την ακριβή αξιολόγηση της ανθρωποκεντρικής ολοκληρωμένης φροντίδας για πολυπαθείς πληθυσμούς στην Ευρώπη, για τους παρακάτω λόγους:

- **Λίγες μόνο πρωτοβουλίες ολοκληρωμένης φροντίδας περιλαμβάνουν αξιολόγηση του κλινικού αποτελέσματος.**

Το έργο ICARE4EU εντόπισε 101 πρωτοβουλίες ολοκληρωμένης φροντίδας που στοχεύουν σε πολυπαθείς πληθυσμούς σε 24 ευρωπαϊκές χώρες. Μόνο οκτώ από αυτές τις πρωτοβουλίες περιλάμβαναν αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που είχαν (ήδη) δημοσιεύσει τα αποτελέσματά τους (29). Επίσης, συστηματικές ανασκοπήσεις των στοιχείων της ολοκληρωμένης φροντίδας για πολυπαθείς πληθυσμούς (30–32) θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν μόνο λίγες μελέτες από ευρωπαϊκές χώρες. Επομένως, τα διαθέσιμα στοιχεία προέρχονται κυρίως από χώρες εκτός Ευρώπης.

- **Στις πρωτοβουλίες με αξιολογήσεις αποτελεσμάτων δεν λαμβάνονται υπόψη όλοι οι συμπαρομαρτούντες συντελεστές του κλινικού αποτελέσματος.**

Είναι καθοριστικής σημασίας ότι οι δράσεις ολοκληρωμένης φροντίδας των ασθενών με πολυνοσηρότητες να αξιολογούνται σφαιρικά και σύμφωνα με το ενδιαφέρον των όλων

των εμπλεκόμενων φορέων και στις οποίες τα αποτελέσματα της παρέμβασης να είναι εύλογα αναμενόμενα εντός ορισμένου χρόνου. Το πλαίσιο Τριπλού Στόχου (33) εισήγαγε τη **multi-stakeholder οπτική** και τονίζει τη σημασία της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων σε τρεις τομείς (εμπειρίες φροντίδας των ασθενών, υγεία και κόστος) από κοινού, ως επίσης και της εξισορρόπησης της σημασίας αυτών των επί μέρους αποτελεσμάτων.

Στην περίπτωση των πολυπαθών πληθυσμών, δεν είναι αυτονόητο ποια θα πρέπει να είναι αυτή η ισορροπία. Για παράδειγμα, είναι επαρκής αξία μια ολοκληρωμένη πρακτική φροντίδας που δεν έχει επίδραση στην υγεία του πληθυσμού ούτε κοστίζει, αλλά βελτιώνει τις εμπειρίες περίθαλψης των πολυνοσηρικών ασθενών και των φροντιστών τους; Η απάντηση μπορεί να εξαρτάται από την οπτική των ενδιαφερομένων φορέων, ως και τους στόχους που έχουν τεθεί για τη παρέμβαση.

Με τα χρόνια, ο Τριπλός Στόχος επεκτάθηκε με έναν τέταρτο τομέα αποτελεσμάτων: τις εμπειρίες και την ευημερία των επαγγελματιών φροντίδας (34). Συμπεριλαμβανομένου αυτού ο τομέας των αποτελεσμάτων στα πλαίσια αξιολόγησης είναι εξαιρετικά σημαντικός, λαμβάνοντας υπόψη τις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού στο πλαίσιο της συρρίκνωσης του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα υψηλή εργασιακή πίεση και υπερφορτωμένους επαγγελματίες φροντίδας. Πρόσφατα προτάθηκε ένας πέμπτος τομέας: η ισότητα στην υγεία (35), υποστηρίζοντας ότι παρά τις πολιτικές που εφαρμόζονται για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης και υγείας του πληθυσμού, οι ανισότητες στην υγεία έχουν μάλλον αυξηθεί παρά μειωθεί. Με τη συμπερίληψη αυτού του πέμπτου στόχου, αναγνωρίζεται ότι η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της βελτίωσης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Μέχρι τώρα, οι επιπτώσεις της ολοκληρωμένης φροντίδας πολυνοσηρότητας στο τέταρτο και ο πέμπτο τομέα δεν έχουν μελετηθεί σχεδόν καθόλου.

- **Τα διαθέσιμα επί του παρόντος στοιχεία δεν είναι αρκούντως επαρκή (30,36–38).**

Αυτά δείχνουν ότι η ολοκληρωμένη φροντίδα για πολυνοσηρούς (ηλικιωμένους) ασθενείς έχει θετικά αποτελέσματα ως προς τις εμπειρίες φροντίδας των ασθενών και των φροντιστών τους, όμως δείχνουν ανάμεικτα αποτελέσματα ως προς την για την υγεία, την ποιότητα ζωής, την ευημερία και τη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας, και σχεδόν καθόλου στοιχεία για συγκράτηση του κόστους ή τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Αυτό

μπορεί να σημαίνει ότι η ολοκληρωμένη φροντίδα είναι δυνητικά λιγότερο αποτελεσματική από το αναμενόμενο η ότι οι συστηματικές αναθεωρήσεις έχουν ελαττώματα. Υπάρχουν πολλά που θα μπορούσαμε να αναφέρουμε για αυτή την τελευταία εξήγηση:

- Οι συστηματικές ανασκοπήσεις στοχεύουν να συμπεριλάβουν μελέτες που πληρούν ορισμένα κριτήρια ποιότητας που ισχύουν για κλινικές δοκιμές (αυστηρά κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού, τυχαιοποίηση, ελεγχόμενες καταστάσεις, κ.λπ.). Ωστόσο, οι πρωτοβουλίες ολοκληρωμένης φροντίδας δεν μπορούν –και δεν πρέπει– να πληρούν τόσο αυστηρά κριτήρια, καθώς αυτές είναι σύνθετες παρεμβάσεις (πόλυ-συστατικές παρεμβάσεις), με πολλούς φορείς εντός και εκτός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και των οργανωτικών και διαχειριστικών διαδικασιών που υλοποιούνται στο τρέχον κάθε φορά πραγματικό περιβάλλον υλοποίησης
- Πολλές μελέτες αξιολόγησης εφαρμόζουν μια μέτρηση μετά τη δοκιμή ένα ή το πολύ δύο χρόνια μετά. Μπορεί να υποστηριχθεί ότι αυτό το χρονικό πλαίσιο είναι πολύ σύντομο για να ανιχνευθούν αλλαγές με μάλλον απομακρυσμένα αποτελέσματα. Απαιτούνται μεγαλύτερα χρονικά πλαίσια αξιολόγησης για να είναι δυνατή η εξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων σχετικά με τη κόστος και την αποτελεσματικότητα της ολοκληρωμένης φροντίδας πολυνοσηρότητας.

Για όλους τους παραπάνω λόγους, ο ακόλουθος σχεδιασμός στοχεύει στο να αποφευχθούν οι παγίδες που εντοπίστηκαν στη παραπάνω βιβλιογραφία και να αξιολογηθεί η ολοκληρωμένη φροντίδα με βάση τα πραγματικά της πλεονεκτήματα στο τόπο, χρόνο συνθήκες και κοινωνικοί-οικονομικό υπόβαθρο που θα εφαρμοστεί στα Δημοτικά Ιατρεία. Κατά συνέπεια θα αξιολογηθούν κατά σειρά οι παρακάτω παράμετροι:

1. Εμπειρίες φροντίδας ασθενών (PREMS):

Προβλέπονται μετρήσεις των εμπειριών όπως αναφέρονται από τους ασθενείς, που καλύπτουν όλες τις πτυχές που σχετίζονται με τα προβλήματά τους π.χ. συνέχεια της φροντίδας, συντονισμός της φροντίδας, ευθυγράμμιση με τις ανάγκες των ασθενών, ευθυγράμμιση επαγγελματικής φροντίδας και άτυπης φροντίδας κλπ. Αυτές θα

πραγματοποιηθούν με τα ειδικά ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής, αποδοχής και ικανοποίησης των ασθενών από τις νέες υπηρεσίες.

2. Αποτελέσματα υγείας, ποιότητας ζωής ή ευημερίας (PROMS):

Σε αυτά θα ληφθούν υπόψιν:

- Η μελέτη των κλινικών αποτελεσμάτων ως προς τη long-term υγεία, η οποία όμως μπορεί να έχει έλασσον νόημα εν προκειμένω, καθώς φαίνεται απίθανο ότι μπορούν να επιτευχθούν βελτιώσεις μεταξύ των ασθενών ως αποτέλεσμα της προσπάθειας ολοκληρωμένης φροντίδας, αλλά η μικρότερη ή καθυστερημένη πρόοδος της νόσου μπορεί να επιτευχθεί και να υπολογιστεί από τα συγκριτικά αποτελέσματα του αντίστοιχου λειτουργικού ελέγχου των ασθενών.
- Χρήση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας (αριθμός και διάρκεια ενδονοσοκομειακών νοσηλείων, αριθμός επισκέψεων σε τμήματα ή ιατρεία τακτικών και επειγόντων υπηρεσιών, η υιοθέτηση κατάλληλης ή μη κατάλληλης πολυφαρμακίας ή χρήσης άλλων θεραπευτικών συσκευών κα.)
- Η οπτική γωνία των ασθενών ως προς την ικανότητα να ζήσουν ανεξάρτητα, η αντιληπτή από αυτούς αυτονομία τους, η επίτευξη προσωπικών στόχων, η αυτοδιάθεση ή η κοινωνική συμμετοχή κλπ.

3. Εμπειρίες φροντίδας και ευημερία επαγγελματιών:

Με βάση το δεδομένο της έλλειψης έγκυρων γενικών παραμέτρων που μπορούν να εφαρμοστούν για την αξιολόγηση των εμπειριών φροντίδας και της ευημερίας στους επαγγελματίες ολοκληρωμένης φροντίδας πολυνοσηρότητας, προβλέπονται συνεχιζόμενες συζητήσεις και ανταλλαγή απόψεων με τους αντίστοιχους επαγγελματίες του Προγράμματος, ως και αυτούς των δημοτικών ιατρείων που θα θελήσουν να συμμετάσχουν.

4. Ισότητα πρόσβασης: (in-equity)

Έχει να κάνει με τη διασφάλιση ότι οι υπηρεσίες ολοκληρωμένης φροντίδας είναι προσβάσιμες σε όλους όσους τις χρειάζονται, ανεξάρτητα από τα χαρακτηριστικά του

ατόμου, όπως πολιτιστικά, υπόβαθρο, φύλο, κοινωνικοοικονομική θέση, περιοχή διαβίωσης και κατάσταση διαβίωσης.

5. Τεχνολογίες και δεδομένα AI / Machine Learning

Από την αρχή του έργου θα υπάρξει η υποστήριξη του προσωπικού με την ώριμη και εξειδικευμένη πλατφόρμα παρακολούθησης χρόνιων ασθενών. Θα εξεταστούν κατά συνέπεια η δεκτικότητα και η αποτελεσματικότητα χρήσης των νέων τεχνολογιών αυτών από όλους τους εμπλεκόμενους. Παράλληλα θα μπορεί να γίνει η επικύρωση του ρόλου και πρακτικής σημασίας των εργαλείων της Τεχνητής Νοημοσύνης (AI and ML) για τη βελτιστοποίηση της αντιμετώπισης των ασθενών σε συνθήκες αληθινής ζωής (risk stratification, personalized care etc.), ως και τη λήψη “έξυπνων” αποφάσεων στην οργάνωση παροχής φροντίδας.

6. Κόστος

Η αξιολόγηση των επιπτώσεων κόστους στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας θα πραγματοποιηθεί σε σύνδεση με το σύνολο των δεδομένων των ασθενών σε ατομικό επίπεδο από πολλαπλές πηγές, και μάλιστα πέρα από τα όρια της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας. Κι αυτό γιατί οι περισσότερες οικονομικές αξιολογήσεις υπολογίζουν μόνο το άμεσο κόστος της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, ενώ η εκτίμηση του έμμεσου κόστους και των σχετικών δαπανών και οφειλών από κοινωνική άποψη είναι ιδιαίτερα σημαντική. Στην ανάλυση κόστους / χρησιμότητας η προστιθέμενη ποιότητα ζωής ως αποτέλεσμα της παρέμβασης, θα εκτιμάται με τα αντίστοιχα κατάλληλα μέτρα αξιολόγησης. Θα ληφθούν επίσης υπόψιν ζητήματα απορρήτου, που μπορούν δυνητικά να αποδειχθούν σημαντικό εμπόδιο, τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις .

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q.* 2003;7(1):73–82.
2. Singh D, Ham C. Improving Care for people with long-term conditions. A review of UK and international frameworks. Health Services Management Centre, University of Birmingham, Birmingham; 2006.
3. Framework on integrated, people-centred health services [Internet]. 2016 [cited 2024 Oct 4]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf
4. Overview | Multimorbidity: clinical assessment and management | Guidance | NICE [Internet]. [cited 2024 Oct 4]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>
5. Overview | Multimorbidity | Quality standards | NICE [Internet]. NICE; 2017 [cited 2024 Oct 4]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs153>
6. Stott DJ, Young J. 'Across the pond'-a response to the NICE guidelines for management of multi-morbidity in older people. *Age Ageing.* 2017 Dec 1;46(3):343–5.
7. The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA) | Shaping Europe's digital future [Internet]. [cited 2024 Oct 4]. Available from: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/eip-aha>
8. Futurium | Active and Healthy Living in the Digital World [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 4]. Available from: <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world>
9. Chrodis. CHRODIS. [cited 2024 Oct 4]. CHRODIS - Joint Action on Chronic Diseases. Available from: <https://chrodis.eu>
10. Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, et al. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy.* 2018 Jan;122(1):4–11.
11. Rodriguez-Blazquez C, João Forjaz M, Gimeno-Miguel A, Bliiek-Bueno K, Poblador-Plou B, Pilar Luengo-Broto S, et al. Assessing the Pilot Implementation of the Integrated Multimorbidity Care Model in Five European Settings: Results from the Joint Action CHRODIS-PLUS. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jul 22;17(15):5268.
12. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthc Q.* 2009;13(Spec No):16–23.

13. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021 Sep 21;42(36):3599–726.
14. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2023 Oct 1;44(37):3627–39.
15. 2024 GOLD Report - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD [Internet]. [cited 2024 Oct 6]. Available from: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
16. Global Initiative for Asthma - GINA [Internet]. [cited 2024 Oct 6]. 2024 GINA Main Report. Available from: <https://ginasthma.org/2024-report/>
17. Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, Rossello X, Adamo M, Ainslie J, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2024 Sep 29;45(36):3415–537.
18. Farmer C, Fenu E, O’Flynn N, Guthrie B. Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2016 Sep 21;354:i4843.
19. Boyd C, Smith CD, Masoudi FA, Blaum CS, Dodson JA, Green AR, et al. Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*. 2019 Apr;67(4):665–73.
20. Onder G, Vetrano DL, Palmer K, Trevisan C, Amato L, Berti F, et al. Italian guidelines on management of persons with multimorbidity and polypharmacy. *Aging Clin Exp Res*. 2022 Dec;34(5):989–96.
21. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *Eur Heart J*. 2023 Oct 14;44(39):4043–140.
22. Bedlington N, Kelley T, Kidanemariam M, Lewis S, Stiggelbou A, Allvin T, et al. Person-Centred Value-Based Health Care (2021): A report analysing the approaches to bringing together Value-Based Health Care, Person-Centred Health Care and Population Equity. Sprink; 2021. (Global Policy Reports).
23. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. [Internet]. World Health Organization.; 2015. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/155002>
24. Damery S, Flanagan S, Combes G. The effectiveness of interventions to achieve co-ordinated multidisciplinary care and reduce hospital use for people with chronic diseases: study protocol for a systematic review of reviews. *Syst Rev*. 2015 Dec 8;4:64.

25. Glasby J. The holy grail of health and social care integration. *BMJ*. 2017 Feb 16;356:j801.
26. Grindell C, Coates E, Croot L, O’Cathain A. The use of co-production, co-design and co-creation to mobilise knowledge in the management of health conditions: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2022 Jul 7;22(1):877.
27. Barrenho E, Haywood P, Kendir C, Klazinga N. International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2022. (OECD Health Working Papers). Report No.: 142. Available from: <https://doi.org/10.1787/480cf8a0-en>.
28. Valderas JM, Gangannagaripalli J, Nolte E, Boyd CM, Roland M, Sarria-Santamera A, et al. Quality of care assessment for people with multimorbidity. *J Intern Med*. 2019 Mar;285(3):289–300.
29. Van der Heide I, Snoeijs S, Melchiorre M, Quattrini S, Boerma W, Schellevis F, et al. Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe: an overview. Netherlands Institute for Health Services Research (Nivel). Utrecht; 2015.
30. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. Understanding new models of integrated care in developed countries: a systematic review [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2018 [cited 2024 Oct 22]. (Health Services and Delivery Research). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519478/>
31. Hopman P, de Bruin SR, Forjaz MJ, Rodriguez-Blazquez C, Tonnara G, Lemmens LC, et al. Effectiveness of comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions or frailty: A systematic literature review. *Health Policy*. 2016 Jul;120(7):818–32.
32. Smith SM, Wallace E, Salisbury C, Sasseville M, Bayliss E, Fortin M. A Core Outcome Set for Multimorbidity Research (COSmm). *Ann Fam Med*. 2018 Mar;16(2):132–8.
33. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(3):759–69.
34. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573–6.
35. Nundy S, Cooper L, Mate K. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA* [Internet]. 2022 Feb 8 [cited 2024 Oct 22];327(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35061006/>
36. Stokes J, Panagioti M, Alam R, Checkland K, Cheraghi-Sohi S, Bower P. Effectiveness of Case Management for “At Risk” Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(7):e0132340.

37. Martínez-González N, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* [Internet]. 2014 Oct [cited 2024 Oct 22];26(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25108537/>
38. Souza DLB, Oliveras-Fabregas A, Minobes-Molina E, de Camargo Cancela M, Galbany-Estragués P, Jerez-Roig J. Trends of multimorbidity in 15 European countries: a population-based study in community-dwelling adults aged 50 and over. *BMC Public Health*. 2021 Jan 7;21(1):76.

8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Έντυπο Επιλογής Ασθενών

ΕΝΤΥΠΟ ΕΠΙΛΟΓΗΣ (SCREENING) ΑΣΘΕΝΩΝ

Ιατρείο

A/α Ημ/νία

Όνομα

Επώνυμο

Κριτήρια Επιλογής

Ηλικία >60 ετών

2 ή περισσότερα νοσήματα

Ποιά;

Πολυφαρμακία

Εισαγωγές στο Νοσοκομείο
το τελευταίο έτος

Επισκέψεις στο ΤΕΠ Νοσοκομείου
το τελευταίο έτος

Εκπαιδευσιμότητα ασθενών -
οικείων

Κοινωνικά κριτήρια/ ευάλωτοι
πληθυσμοί

Συγκατάθεση

Κριτήρια Αποκλεισμού

Τελικού σταδίου οργανική
ανεπάρκεια ή Κακοήθεια

Ποιά;

Performance status
κατά WHO 3-4

Αλκοολισμός

Χρηση ουσιών

Μείζον ψυχιατρικό νόσημα

Ο ασθενής κρίνεται

ΜΗ επιλέξιμος

Προς συνέντευξη

Τελική απόφαση

Ημ/νία

Πλάνο Φροντίδας για την ΧΑΠ

Το Πλάνο Φροντίδας συναποφασίζεται από τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές).

Το Πλάνο αναθεωρείται ανά 6 μήνες σε σταθερούς ασθενείς, σε κάθε απομακρυσμένη ή έκτακτη επίσκεψη στα Δημοτικά Ιατρεία, εφόσον κριθεί αναγκαίο, ή κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο.

Με το πράσινο, κίτρινο και κόκκινο χρώμα περιγράφονται ανάλογα με τον βαθμό βαρύτητας τα κυριότερα συμπτώματα της ΧΑΠ. Ορισμένα από τα συμπτώματα μπορεί να μην περιλαμβάνονται στην παρακάτω λίστα, οπότε και θα καταγράφονται επιπλέον. Στην δεξιά στήλη «Τι να κάνω;» περιγράφονται οι οδηγίες της ομάδας ιατρών και νοσηλευτών του Δημοτικού Ιατρείου.

Αισθάνομαι πολύ καλά σήμερα

Τι να κάνω;

- Κάνω τις καθημερινές δραστηριότητες και ασκώμαι ως συνήθως
- Ο βήχας και τα πτύελα (φλέγματα) είναι όπως τις υπόλοιπες μέρες
- Κοιμάμαι καλά
- Έχω όρεξη για φαγητό

- Συνέχισε να παίρνεις την καθημερινή αγωγή για τη ΧΑΠ
- Χρησιμοποίησε την συσκευή οξυγόνου όπως κάθε μέρα
- Συνέχισε την τακτική άσκηση/ διατροφή
- Μείνε μακριά από τον καπνό και τις σκόνες
-

Η μέρα μου σήμερα σε ότι αφορά την ΧΑΠ είναι δύσκολη

Τι να κάνω;

- Έχω περισσότερη δύσπνοια από το συνηθισμένο
- Δεν έχω δύναμη για τις καθημερινές δραστηριότητες
- Τα φλέγματα/πτύελα μου είναι περισσότερα, βγαίνουν δύσκολα
- Χρησιμοποιώ το εισπνεόμενο «ανάγκης» καθημερινά και συχνά
- Τα πόδια μου πρήζονται περισσότερο
- Βήχω περισσότερο από ότι συνήθως
- Αισθάνομαι σαν να έχω «κρυώσει»
- Δεν κοιμάμαι καλά εξαιτίας των συμπτωμάτων μου
- Δεν έχω όρεξη για φαγητό
- Τα φάρμακα που έπαιρνα καθημερινά δεν με βοηθάνε

- Συνέχισε να παίρνεις την καθημερινή αγωγή για τη ΧΑΠ
- Χρησιμοποίησε το εισπνεόμενο ανάγκης κάθε ώρες
- Άρχισε αγωγή με χαπάκι κορτιζόνης (όνομα, δόση, διάρκεια)
- Ξεκίνα ένα αντιβιοτικό (όνομα, δόση, διάρκεια)
- Χρησιμοποίησε οξυγόνο
- Ξεκουράσου αρκετά
- Κλείνε τα χείλη όταν εκπνέεις
- Μείνε μακριά από καπνό, σκόνες, ηλεκτρονικό τσιγάρο
- ΑΝ ΔΕΝ βελτιωθείς επικοινωνήσε μαζί μας και με τον γιατρό
-

Χρειάζομαι επείγοντως φροντίδα

Τι να κάνω;

- Αισθάνομαι σοβαρή δύσπνοια ακόμα και όταν είμαι ήρεμος
- ΔΕΝ μπορώ να κάνω καμία δραστηριότητα λόγω τη δύσπνοιας
- ΔΕΝ μπορώ να κοιμηθώ λόγω της δύσπνοιας
- Έχω πυρετό ή ρίγος
- Είμαι συγχυσμένος ή νιώθω έντονη υπνηλία
- Πονάω στο στήθος
- Φτύνω αίμα

- Κάλεσε το 166 ή αναζήτησε άμεσα ιατρική βοήθεια
- Μέχρι να έρθει η βοήθεια ή το ΕΚΑΒ κάνε τα εξής:
-

Λοιπά σχόλια

Πλάνο Φροντίδας για την ΧΑΠ

Γενικές πληροφορίες

Όνοματεπώνυμο: Ημερ/νία:

Νοσηλευτής βάρδιας: Τηλέφωνο:

Γενική εκτίμηση αναπνευστικού

Βάρος: kg | FEV1 % προβλεπ. CAT score: Κορεσμός οξυγόνου σε ηρεμία: / άσκηση: %

Η/νία: Η/νία: mMRC Η/νία:

Γενικά μέτρα πρόληψης και φροντίδας

Αντιγριππικό εμβόλιο Ναι Όχι Ημερομηνία: Επόμενος εμβολιασμός:

Εμβόλιο πνευμονιοκόκκου (PCV13) Ναι Όχι Ημερομηνία: Επόμενος εμβολιασμός:

Εμβόλιο πνευμονιοκόκκου (PPSV13) Ναι Όχι Ημερομηνία: Επόμενος εμβολιασμός:

Εμβόλιο πνευμονιοκόκκου (PCV20) Ναι Όχι Ημερομηνία: Επόμενος εμβολιασμός:

Εμβόλιο COVID-19 Ναι Όχι Ημερομηνία: Επόμενος εμβολιασμός:

Καπνιστής Νυν Πρώην Όχι Pack/years

Πρόθεση διακοπής καπνίσματος: Καμία Επιθυμία, όχι έτοιμος Επιθυμία, έτοιμος

Άσκηση Περπάτημα Διάρκεια/ημέρα λεπτά Ποδήλατο/Ελαφρύ τρέξιμο Διάρκεια/ημέρα λεπτά

Φαρμακευτική αγωγή για ΧΑΠ

Στόχοι αγωγής	Εμπορικό όνομα φαρμάκου	Δοσολογία	Χρόνος λήψης
--			
--			
--			
--			
--			
--			
--			

Χορήγηση Οξυγόνου

Ηρεμία: Αυξημένη δραστηριότητα: Ύπνος:

Λοιπές παρατηρήσεις

Πλάνο Φροντίδας για Βρογχικό Άσθμα

Πλάνο Φροντίδας για το Άσθμα

Όνοματεπώνυμο: _____

Νοσηλευτής βάρδιας: _____

Τηλ. επικοινωνίας: _____

Ταξινόμηση βαρύτητας: Διαλείπων Ήπιο Εμμένον Μέτριο Επίμονο Σοβαρό Επίμονο

Εκλυτικοί παραγοντες: _____

Καλύτερη μέτρηση ροομέτρου: _____ L/min

Αισθάνομαι πολύ καλά σήμερα

Συμπτώματα: Αναπνέω καλά – ΔΕΝ βήχω, ΔΕΝ "σφυρίζει" η αναπνοή μου – Μπορώ να εργαστώ και να ασκηθώ- Κοιμάμαι καλά τη νύχτα

Μέτρηση ροομέτρου: _____ L/min (πάνω από το 80% της καλύτερης μέτρησής μου)

Εμβολιαμοί: α) Γρίπη Ημ/νία: _____ Επόμενος: _____ β) COVID Ημ/νία: _____

Σταθερή αγωγή

Εμπορικό όνομα φαρμάκου Δοσολογία Χρόνος λήψης

Εμπορικό όνομα φαρμάκου	Δοσολογία	Χρόνος λήψης
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Άσκηση Χρησιμοποίησε _____

15 λεπτά προ άσκησης
κατά την άσκηση
όποτε νιώσω ότι το χρειάζομαι

Προσέχω

Συμπτώματα: Έχω δυσχέρεια στην αναπνοή – Βήχας, "σφύριγμα" ή σφίξιμο στο στήθος - Δυσκολεύομαι στην εργασία ή την άσκηση - Μένω ξύπνιος (-α) τη νύχτα

Μέτρηση ροομέτρου: _____ με _____ L/min (50% - 79% της καλύτερης μέτρησής μου)

Φάρμακα "ανάγκης" _____

ανά 20 λεπτό μέχρι 4 ώρες

Σταθερή αγωγή

Συνέχισε ως έχει Πρόσθεσε _____

Άλλαξε το _____

Αν δεν έχεις βελτιωθεί με τα φάρμακα "ανάγκης" μέσα σε 20-60 λεπτά, νιώθεις ότι είσαι χειρότερα ή τα συμπτώματα είναι ακόμα στο "Πορτοκαλί" για περισσότερο από 24 ώρες, ακολούθησε τα όσα γράφονται στην κόκκινη ζώνη, επικοινωνήσε ΑΜΕΣΑ με κάποιον γιατρό ή καλέστε ΑΜΕΣΑ το 166.

Χρειάζομαι άμεσα βοήθεια

Συμπτώματα: Έντονη δυσχέρεια στην αναπνοή - Δεν μπορώ να εργαστώ - Επιδεινώνομαι αντί να γίνομαι καλύτερα- Δεν με βοηθούν τα φάρμακα

Μέτρηση ροομέτρου: _____ L/min (χαμηλότερο από το 50% της καλύτερης μέτρησής μου)

ΠΑΡΕ ΤΩΡΑ το Φάρμακο "ανάγκης" _____

ανά _____ λεπτά

ΚΑΛΕΣΕ ΤΟ 166 αν : ΔΕΝ μπορείς να περπατήσεις ή να μιλήσεις λόγω δύπνοιας, έχουν γίνει ΜΠΛΕ τα χείλη σου ή τα νύχια, συνεχίζουν τα συμπτώματά σου να είναι στο "Κόκκινο" παρά την αγωγή για περισσότερο από 15 λεπτά

Πλάνο Φροντίδας για Καρδιακή Ανεπάρκεια –Στεφανιαία Νόσο

Πλάνο Φροντίδας για Καρδιακή Ανεπάρκεια



Είμαι σε καλή κατάσταση



ΔΕΝ έχω δύσπνοια ή η χρόνια δυσπνοια αμεταβλητη



Το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας είναι κανονικό



ΔΕΝ έχω νέα οίδηματα. Τα πόδια μου φαίνονται κανονικά όπως συνήθως



Το βάρος μου είναι σταθερό
Πόσο:



ΔΕΝ νιώθω πόνο στο στήθος

ΣΥΝΕΧΙΖΩ ΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ:



Ζυγίζομαι ΚΑΘΕ μέρα



Παίρνω τα φάρμακά μου σωστά



Περιορίζω το αλάτι έως 2 γραμ. ανά ημέρα



Παρακολουθήση από την Ομάδα



Προσέχω



Ξηρός ενοχλητικός βήχας



Επιδείνωση της δύσπνοιας στην προσπάθεια



Επιδεινώνεται το οίδημα στα πόδια



Ξαφνική αύξηση βάρους 1-1.5 κιλό σε 24 ώρες (ή 2.5 κιλά σε 1 εβδομάδα)



Φούσκωμα ή οίδημα στην κοιλιά



Πρόβλημα με τον ύπνο

ΕΛΕΓΞΕ ΤΟ

Αν έχεις αυτά τα συμπτώματα:



Μίλα με τον Γιατρό σου ή την Ομάδα



Ίσως χρειαστείς αλλαγή των φαρμάκων σου



Προσοχή



Συχνός ξηρός ενοχλητικός βήχας



Δύσπνοια στην ηρεμία



Έντονος μετεωρισμός και/ή οίδημα της κοιλιάς



Ξαφνική αύξηση βάρους πάνω από 1.5 κιλό σε 24 ώρες (ή 2.5 κιλά σε 1 εβδομάδα)



Νέα ή επιδεινούμενη ζάλη, σύγχυση, λύπη ή κατάθλιψη



Απώλεια όρεξης



Κακή ποιότητα ύπνου: ΔΕΝ μπορώ να ξαπλώσω στο κρεβάτι

ΠΡΟΣΟΧΗ

Θα πρέπει να σε δει γιατρός άμεσα



Κάλεσε τον γιατρό σου ή το 166

Πώς ζυγίζομαι; 1) το πρωί, 2) μετά την τουαλέτα, 3) πριν το πρωινό 4) με ψηφιακή ζυγαριά

Πώς ελέγχω τα οίδηματα; 1) σας σφίγγουν τα δακτυλίδια, η ζώνη του παντελονιού ή τα παπούτσια;, 2) πίεσε σταθερά με το δάκτυλο το δέρμα στον αστράγαλο, την κνήμη και το γόνατο και έλεγξε αν παραμένει βαθούλωμα

Πλάνο Φροντίδας για Στεφανιαία Νόσο

Κατάσταση		Συμπτώματα		Τι να κάνω;	
<p>Είμαι σταθερός. Είμαι ΚΑΛΑ</p> <p>Η Στεφανιαία Νόσος μου ελέγχεται</p>		<ul style="list-style-type: none"> Αισθάνομαι καλά συνολικά, ΔΕΝ έχω πόνω, πίεση ή "βάρος" στο στήθος Αναπνέω άνετα Αντέχω τις δραστηριότητες Το βάρος μου είναι σταθερό, ΔΕΝ έχω οιδήματα 		<ul style="list-style-type: none"> Συνεχίζω την ρουτίνα μου Παίρνω τα φάρμακά μου ως έχει Ακολουθώ ισορροπημένη διατροφή Ασκούμε τακτικά 	
<p>ΠΡΟΣΕΧΩ</p> <p>Με αυτά τα συμπτώματα είναι πιθανό να χρειαστεί να επικοινωνήσω με τον Νοσηλευτή Βάρδιας ή τον Γιατρό μου</p>		<ul style="list-style-type: none"> Έχω ελαφινή ενέργειας ή αισθάνομαι πολύ κουρασμένος Έχω συχνότερα ή εντονότερα επεισόδια πόνου ή πίεσης στον θώρακα, ακόμα και αν ανακουφίζονται με τα φάρμακα Αυξήθηκε ξαφνικά το βάρος μου <input type="text"/> κιλά σε μια μέρα ή <input type="text"/> κιλά σε μία εβδομάδα Άλλο ανησυχητικό σύμπτωμα: <input type="text"/> 		<p>Ξεκουράσου, παρακολούθησε τα συμπτώματά σου</p> <p>1. Φάρμακο "ανάγκης"</p> <p><input type="text"/></p> <p>Δοσολογία <input type="text"/> Χρόνος χορήγησης <input type="text"/></p> <p>2. Φάρμακο "ανάγκης"</p> <p><input type="text"/></p> <p>Δοσολογία <input type="text"/> Χρόνος χορήγησης <input type="text"/></p>	
<p>Μπορεί να Χρειαστώ βοήθεια ΑΜΕΣΑ</p> <p>Τα συμπτώματά μου είναι ασταθή</p> <p>Αν τα συμπτώματά μου ΔΕΝ βελτιωθούν με ακολουθώντας τις οδηγίες στην "Πορτοκαλί" πελοχή, θα χρειαστώ βοήθεια από το Νοσοκομείο</p>		<p>Μπορεί να νιώσω πονο, πίεση, "βάρος" ή "σφιξίμο σε:</p> <ul style="list-style-type: none"> Θώρακα Λαιμό σθόνοι Χέρια πλάτη ώμους <p>Μπορεί επίσης να εμφανίσω:</p> <ul style="list-style-type: none"> ναυτία ζαλάδα τάση για λιποθυμία δύσπνοια κρύο ιδρώτα 		<ul style="list-style-type: none"> • ΣΤΑΜΑΤΩ κάθε δραστηριότητα και ξεκουράσω. • Ενημερώσω κάποιον που βρίσκεται μαζί μου. • ΠΑΡΕ το προτεινόμενο φάρμακο για την στήθαγχη Αυστηθενχικό Φάρμακο <input type="text"/> Δοσολογία <input type="text"/> Χρόνος χορήγησης <input type="text"/> • Αν ΔΕΝ βελτιωθώ σε 5 λεπτά, καλώ το 166 ή ζητώ σε κάποιον να με μεταφέρει στο Νοσοκομείο 	

Νοιτικές Παρατηρήσεις

Πλάνο Φροντίδας για Καρδιακή Ανεπάρκεια -Στεφανιαία Νόσο

Γενικές πληροφορίες

Όνοματεπώνυμο: Ημερ/νία:

Νοσηλευτής βάρδιας: Τηλέφωνο:

Γενική εκτίμηση καρδιαγγειακού

Βάρος: kg ΣΑΠ/ΔΑΠ: / Κορεσμός οξυγόνου σε ηρεμία: % / άσκηση: %

Η/νία: Η/νία: ΝΥΧΑ: Η/νία:

Γενικά μέτρα πρόληψης και φροντίδας

Αντιγριππικό εμβόλιο Ναι Όχι Ημερομηνία: Επόμενος εμβολιασμός:

Εμβόλιο πνευμονιοκόκκου (PCV13) Ναι Όχι Ημερομηνία: Επόμενος εμβολιασμός:

Εμβόλιο πνευμονιοκόκκου (PPSV13) Ναι Όχι Ημερομηνία: Επόμενος εμβολιασμός:

Εμβόλιο πνευμονιοκόκκου (PCV20) Ναι Όχι Ημερομηνία: Επόμενος εμβολιασμός:

Εμβόλιο COVID-19 Ναι Όχι Ημερομηνία: Επόμενος εμβολιασμός:

Καπνιστής Νυν Πρώην Όχι Pack/years

Πρόθεση διακοπής καπνίσματος: Καμία Επιθυμία, όχι έτοιμος Επιθυμία, έτοιμος

Άσκηση: Περπάτημα Διάρκεια/ημέρα Ποδήλατο/Ελαφρύ τρέξιμο Διάρκεια/ημέρα

Φαρμακευτική αγωγή για καρδιακή ανεπάρκεια

Στόχοι αγωγής	Εμπορικό όνομα φαρμάκου	Δοσολογία	Χρόνος λήψης
-- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Χορήγηση Οξυγόνου

Ηρεμία: Αυξημένη δραστηριότητα: Ύπνος:

Λοιπές παρατηρήσεις

Πλάνο Φροντίδας για τον Σακχαρώδη Διαβήτη

Κατάσταση	Συμπτώματα	Τι κάνω;
<p>Είμαι ΚΑΛΑ. Τα συμπτώματά είναι ΣΤΑΘΕΡΑ. Τα συμπτώματά του Διαβήτη ελέγχονται</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Φυσιολογικά επίπεδα σακχάρου αίματος • Το σάκχαρο αίματος είναι μεταξύ 80 και 130, ή mg/dL προγευματικά • Το σάκχαρο αίματος είναι λιγότερο από 180 ή mg/dL 2 ώρες μεταγευματικά • ΔΕΝ αισθάνομαι ασθενής (π.χ. κρύωμα, λοίμωξη) • Ελέγχω το stress μου • Αισθάνομαι γενικά καλά 	<p>Συνεχίζω τα παρακάτω:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση των τιμών σακχάρου αίματος • Λήψη φαρμάκων • Ισορροπημένη διατροφή • Τακτική άσκηση
<p>ΠΡΟΣΕΚΩ Για ορισμένα από τα συμπτώματά θα πρέπει να επικοινωνήσω με την Ομάδα των Δημοτικών Ιατρικών ή τον Νοσηλεύτη Βάρδιας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • τυχαία μέτρηση σακχάρου πάνω από 200 ή mg/dL • αυξημένο σάκχαρο αίματος την ίδια ώρα της ημέρας για 3 συνεχόμενες ημέρες το τελευταίο πενήνημερο • συχνά χαμηλές τιμές σακχάρου – λιγότερο από 70 ή mg/dL • έχω συμπτώματα οξείας νόσου • ΔΕΝ ελέγχω το stress • Αισθάνομαι κόπωση, έλλειψη ενέργειας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ελέγχω το σάκχαρο μου συχνότερα • Ελέγχω τα υψηλά ή χαμηλά επίπεδα σακχάρου (βλ. οπισθόφυλλο) • Ενημερώνω τον Νοσηλεύτη Βάρδιας ή τον Γιατρό μου αν επαναλαμβάνονται οι υψηλές ή χαμηλές τιμές ή αν τα συμπτώματα επαναλαμβάνονται
<p>ΧΡΕΙΑΖΟΜΑΙ ΑΜΕΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑ Η κατάσταση μου είναι ασταθής. Πιθανόν οι ενέργειες που έκανα όταν τα συμπτώματά ήταν στην "Πορτοκάλι" ζώνη ΔΕΝ βοήθησαν</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Το σάκχαρο αίματος είναι σε δύο συνεχόμενες μετρήσεις από 300 και πάνω, ή mg/dL • Τεστ ούρων θετικό για κetonες εφόσον έχει γίνει Έχω σύγχυση • Η αναπνοή μυρίζει σαν "φρούτο" • Δυσκολεύομαι να αναπνεύσω • Έχω ναυτία, εμέτους ή διάρροια 	<ul style="list-style-type: none"> • Ακολουθώ τις οδηγίες στο οπισθόφυλλο των Ενημερώνων του Νοσηλεύτη Βάρδιας ή τον Γιατρό μου

Πλάνο φροντίδας για Σακχαρώδη Διαβήτη

Υψηλό και Χαμηλό Σάκχαρο Αίματος

	Υψηλό σάκχαρο (υπεργλυκαιμία)	Χαμηλό σάκχαρο (υπογλυκαιμία)	Τι κάνω όταν είμαι άρρωστος;
Ορισμός	<ul style="list-style-type: none"> Κάθε μέτρηση πάνω από το όριο στόχος Κάθε μέτρηση πάνω από 200 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> Κάθε μέτρηση στα 70 mg/dl και κάτω Έχω συμπτώματα που σημαίνουν ότι το σάκχαρο πέφτει 	<p>Όταν είμαι άρρωστος μπορεί να επηρεαστεί το σάκχαρό μου</p> <ul style="list-style-type: none"> Συνεχίζω να παίρνω τα φάρμακα για τον διαβήτη όπως μου έχει πει ο Γιατρός Αν το σάκχαρο είναι πάνω από 240 mg/dl και έχω Διαβήτη τύπου 1, χρησιμοποιώ το test σούρω για να δω αν έχω κετονικά σώματα. Τρώω τακτικά. Προτιμώ σούπες, τσούρι και λίγο γλυμού αν το αντέχει το στομάχι μου. Ελέγχω το σάκχαρο μου κάθε 3-4 ώρες. Πίνω άφθονο νερό ή υγρά χωρίς ζάχαρη Καλώ τον Νοσηλεύτη Βάρδιας ή τον Γιατρό μου αν το σάκχαρο προ φανητού ξεπερνά το 240 mg/dl, και παραμένει υψηλό για περισσότερες από 24 ώρες Ή αν κάνω εμέτους ή διάρροιας για πάνω από 6 ώρες
Αιτίες	<ul style="list-style-type: none"> Υπερβολικό φαγητό ΔΕΝ μου έφτασαν τα φάρμακα, ξεχάσα να πάρω τα φάρμακά μου ΔΕΝ αθλούμαι αρκετά Έχω stress, είμαι άρρωστος, χειρουργήθηκα Πήρα κορτιζόνη ΔΕΝ κοιμάμαι το βράδυ λόγω αϋπνίας ή άρρωστας 	<ul style="list-style-type: none"> ΔΕΝ τρώω αρκετά ή παράλειψα να φάω Πήρα μεγαλύτερη δόση των φαρμάκων κατά λάθος Έκανα υπερβολική άσκηση Ήπια αλκοόλ χωρίς να φάω κάτι 	
Συμπτώματα	<ul style="list-style-type: none"> Διψία πολύ Έχουν αυξηθεί τα ούρα μου Είμαι πολύ κουρασμένος Πεινάω πολύ Βλέπω θαμπά 	<ul style="list-style-type: none"> Το δέρμα μου ιδρώνει και είναι κρύο Ζαλιζομαι, τρέμω Η καρδιά μου χτυπά γρήγορα και δυνατά Με πονάει το κεφάλι μου Είμαι συγχυσμένος και ευέξαπτος 	
Τι να κάνω;	<ul style="list-style-type: none"> Μετρώ το σάκχαρο στο αίμα ΑΜΕΣΩΣ Πίνω νερό ή υγρά χωρίς ζάχαρη Εφόσον υπάρχει αντίστοιχη οδηγία από τον Γιατρό, κάνω επιπλέον δόση ινσουλίνης Αν το σάκχαρο βρίσκεται κάτω από τα 250 και αισθάνομαι καλά, προσπαθώ να περπατήσω χαλαρά χωρίς να ζοριστώ πολύ. Μετρώ το σάκχαρο ανά 4ωρο μέχρι να είναι φυσιολογικό Επικοινωνώ με τον Νοσηλεύτη Βάρδιας ή τον Γιατρό μου αν μετά από 2 μετρήσεις δεν ελαττώνεται το σάκχαρο ή νιώθω χειρότερα. 	<ul style="list-style-type: none"> Μετρώ το σάκχαρο στο αίμα ΑΜΕΣΩΣ Τρώω ή πίνω 15 γραμμάρια ζάχαρης με τη μορφή: γλυμού (μισό φλιτζάνι), ταμηλατών γλυκώλης (3-4), αναψυκτικό σόδα (μισό κουτάκι), ζελεδάκια (7-8) Ελέγχω το σάκχαρο μετά από 15 λεπτά Αν παραμένει χαμηλό, ξαναπαίρνω 15 γραμμάρια γλυκώλης όπως παραπάνω Αν το σάκχαρο βελτιωθεί, τρώω ένα μικρό snack αν το κυρίως γεύμα ατέλει περισσότερο από μισή ώρα Καλώ τον Νοσηλεύτη Βάρδιας ή τον Γιατρό μου αν συνεχίζω να έχω χαμηλό σάκχαρο 	

Λοιπές παρατηρήσεις

Short physical performance battery: SPPB

BALANCE TEST

(SPPB-BALANCE TEST)
TEST 1



ONE FOOT NEXT TO THE OTHER

Standing with your feet together, side-by-side. Measure how long you can stand in that position.

Score 1 = 10 seconds.

Score 0 = less than 10 seconds.

If the score is zero, go directly to test 2.



SEMI-TANDEM POSITION

Standing with heel of one foot placed by the big toe of the other foot. Measure how long you can stand in that position.

Score 1 = 10 seconds.

Score 0 = less than 10 seconds.

If the score is zero, go directly to test 2.



TANDEM POSITION

The heel of one foot in contact with the tip of the other foot. Measure how long you can stand in that position.

Time	Points
10 s	2
3 - 9 s	1
< 3 s	0

Total score:

10-12: Normal mobility

0-9 : Limited mobility



WALKING SPEED TEST

(SPPB- WALKING SPEED TEST OVER 4 METERS)
TEST 2

Ask the person to walk 4 meters at a normal pace, 3 times. Measure the time each case. Using the lowest of the times, assign the corresponding points:

Time	Points
< 4,82 s	4
4,82 - 6,20 s	3
6,21 - 8,70 s	2
> 8,7 s	1
Unable	0



GETTING UP FROM A CHAIR

(SPPB-RISING TEST)
TEST 3

Ask the person to stand up 5 times from their chair, as fast as possible, with their back straight and their arms crossed. The test starts in the sitting position and ends in the standing position. The test measures the time it takes to stand up 5 times. Check the table to establish the score:

Time	Points
< 11,19 s	4
11,20 - 13,69 s	3
13,70 - 16,69 s	2
16,7 - 59 s	1
> 60 s	0

Mini nutritional assessment

Εκτίμηση	
<p>A Έχει η πρόσληψη τροφής μειωθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών λόγω μείωσης της όρεξης, λόγω διαταραχών πέψης, λόγω δυσκολίας, μάσησης ή κατάποσης;</p> <p>0 = Σοβαρή μείωση πρόσληψης τροφής. 1 = Μέτρια μείωση πρόσληψης τροφής. 2 = Καμία μείωση πρόσληψης τροφής.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>B Απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων μηνών</p> <p>0 = απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 3 κιλά 1 = δε γνωρίζει 2 = απώλεια βάρους από 1 έως 3 κιλά 3 = καμία απώλεια βάρους</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Γ Κινητικότητα;</p> <p>0 = κλινήρης ή/και καθηλωμένος σε καρέκλα; 1 = μη κλινήρης ή/και καθηλωμένος σε καρέκλα αλλά χωρίς να βγαίνει έξω από το σπίτι 2 = βγαίνει εκτός σπιτιού</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Δ Έχει ο ασθενής υποστεί ψυχολογικό στρες ή οξύ νόσημα τους τελευταίους τρεις μήνες</p> <p>0 = ναι 2 = όχι</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Ε Νευροψυχιατρικά νοσήματα;</p> <p>0 = σοβαρή άνοια ή κατάθλιψη 1 = μέτρια άνοια 2 = χωρίς ψυχολογικά προβλήματα</p>	<input type="checkbox"/>
<p>ΣΤ Δείκτης Μάζας Σώματος = βάρος σε κιλά / (ύψος σε m)²</p> <p>0 = ΔΜΣ<19 1 = 19<ΔΜΣ<21 2 = 21<ΔΜΣ<23 3 = ΔΜΣ>23</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Σκορ εκτίμησης <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(σύνολο max. 14 βαθμοί)</p>	
<p>12-14 βαθμοί:</p>	<p>Φυσιολογικά επίπεδα θρέψης</p>
<p>8-11 βαθμοί:</p>	<p>Κίνδυνος υποσιτισμού</p>
<p>0-7 βαθμοί:</p>	<p>Υποσιτιζόμενος</p>


Mini mental state examination

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient's Name: _____

Date: _____

Instructions: Score one point for each correct response within each question or activity.

Maximum Score	Patient's Score	Questions
5		"What is the year? Season? Date? Day? Month?"
5		"Where are we now? State? County? Town/city? Hospital? Floor?"
3		The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then the instructor asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if possible.
5		"I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, ...) Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W)
3		"Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?"
2		Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them.
1		"Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'"
3		"Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank paper.)
1		"Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.")
1		"Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.)
1		"Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.) 
30		TOTAL