



ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

30 Απριλίου 2026

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 2442

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθμ. Γ2γ/Γ.Π. 19681

Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία παροχής υπηρεσιών Νοσοκομειακής Φροντίδας Υγείας στο Σπίτι (ΝΟ.ΣΠΙ.) - Θέσπιση πρωτοκόλλων και προτύπων διασφάλισης της ποιότητας.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τον ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» (Α' 123) και, ιδίως, το άρθρο 28 αυτού περί της κατ' οίκον νοσηλείας και νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι, όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 43 του ν. 5294/2026 (Α' 58).
2. Τον ν. 1278/1982 «Για σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας» (Α' 105) και ειδικότερα τα άρθρα 3 και 4 αυτού, όπως επαναφέρθηκαν σε ισχύ με το άρθρο 1 του ν. 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (Α' 34) και διαμορφώθηκε το άρθρο 4 με το άρθρο 27 του ν. 4999/2022 «Δευτεροβάθμια περίθαλψη, ιατρική εκπαίδευση, μισθολογικές ρυθμίσεις για τους ιατρούς και οδοντιάτρους του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας» (Α' 225).
3. Το άρθρο 90 του Κώδικα νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα κυβερνητικά όργανα (π.δ. 63/2005, Α' 98), το οποίο διατηρήθηκε σε ισχύ με την περ. 22 του άρθρου 119 του ν. 4622/2019 (Α' 133).
4. Τον ν. 4600/2019 «Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις» (Α' 43) και ειδικότερα το άρθρο 84 αυτού.
5. Τον ν. 4622/2019 «Επιτελικό Κράτος: οργάνωση, λειτουργία και διαφάνεια της Κυβέρνησης, των κυβερνητικών οργάνων και της κεντρικής δημόσιας διοίκησης» (Α' 133).
6. Τον ν. 4624/2019 «Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μέτρα εφαρμογής του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ενσωμάτωση στην εθνική νομοθεσία της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/680 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 και άλλες διατάξεις» (Α' 137).
7. Τον ν. 4715/2020 «Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας - Ίδρυση και καταστατικό του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. (Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.), άλλες επείγουσες διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» (Α' 149).
8. Το π.δ. 121/2017 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» (Α' 148).
9. Το π.δ. 79/2023 «Διορισμός Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών» (Α' 131).
10. Το π.δ. 2/2024 «Διορισμός Υπουργών και Υφυπουργών» (Α' 2).
11. Την υπ' αρ. 37310/09.07.2023 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Υγείας, Μάριο Θεμιστοκλέους» (Β' 4435).
12. Τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χα-



ρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/EK (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων - ΓΚΠΔ/General Data Protection Regulation - GDPR).

13. Το από 21.04.2026 ηλεκτρονικό μήνυμα της Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.

14. Το υπ' αρ. 163/2026 απόσπασμα πρακτικού της από 23ης.03.2026 Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου της Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε. (θέμα 2ο) με τίτλο «Έγκριση προτύπων και θεραπευτικών πρωτοκόλλων ΝΟΣΠΙ που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο υλοποίησης των Υποέργων 4 & 11 για την εφαρμογή πλαισίου διασφάλισης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών της ενταγμένης Πράξης "Δημιουργία συστήματος Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)" στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα με κωδικό ΟΠΣ (MIS): 5186292 που έχει υποβληθεί στο πλαίσιο της "Ενίσχυση της προσβασιμότητας, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας του συστήματος υγείας" μέσω του Ταμείου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας (ΤΑΑ)» (ΑΔΑ:ΨΝΙΓ46ΜΜΤΤ-8ΟΘ).

15. Την υπ' αρ. 411/27.04.2026 απόφαση της 84ης/24.04.2026 Συνεδρίασης της Διοικούσας Επιτροπής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία παροχής υπηρεσιών Νοσοκομειακής Φροντίδας Υγείας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ.) - Θέσπιση πρωτοκόλλων και προτύπων διασφάλισης της ποιότητας», η οποία έγινε αποδεκτή από τον Υπουργό και τον Υφυπουργό Υγείας.

16. Την υπό στοιχεία Β2α,Β1α/οικ.19443/28.04.2026 εισήγηση της Γενικής Διεύθυνσης Οικονομικών υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με την οποία δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος των πιστώσεων του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και των εποπτευόμενων Φορέων του, εφόσον αφορά στον καθορισμό των όρων, προϋποθέσεων και της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών Νοσοκομειακής Φροντίδας Υγείας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ.), μέσω της δημιουργίας και οργάνωσης ενός ολοκληρωμένου αυτοτελούς συστήματος, τον καθορισμό των δομών παροχής των υπηρεσιών (νοσοκομεία ΕΣΥ), των κριτηρίων ένταξης ασθενών και τη θέσπιση πρωτοκόλλων και προτύπων διασφάλισης της ποιότητας.

17. Το γεγονός ότι οι διατάξεις της παρούσας δεν αφορούν σε νέα διοικητική διαδικασία για την οποία υπάρχει υποχρέωση καταχώρισης στο ΕΜΔΔ - ΜΙΤΟΣ, αποφασίζουμε:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α': ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 1

Αντικείμενο

1. Το αντικείμενο της παρούσας συνίσταται στον καθορισμό των όρων, των προϋποθέσεων και της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), οι οποίες, συνδυαζόμενες με τις λοιπές υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), εξυπηρετούν τις εξειδικευμένες ανάγκες των ασθενών, που πληρούν τα κριτήρια ένταξης της παρούσας.

2. Ειδικότερα, αντικείμενο της παρούσας αποτελεί:

α) Η δημιουργία, οργάνωση και στελέχωση ενός αυτοτελούς συστήματος παροχής υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ., με τη συγκρότηση Ομάδας ΝΟΣΠΙ. από επαρκή αριθμό επαγγελματιών υγείας και διοικητικού προσωπικού, καθώς και η διασφάλιση της απαιτούμενης διεπιστημονικότητας και της δυνατότητας εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν υπηρεσίες ΝΟΣΠΙ.

β) Ο καθορισμός των δομών παροχής υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ. και των ελάχιστων ποιοτικών κριτηρίων λειτουργίας τους, καθώς και η θεσμοθέτηση του πλαισίου υποστήριξής τους από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

γ) Ο καθορισμός των βασικών κριτηρίων ένταξης ασθενών στην υπηρεσία ΝΟΣΠΙ. και της διαδικασίας παροχής των σχετικών υπηρεσιών, καθώς και η θέσπιση ρυθμίσεων σχετικά με την διενέργεια ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων στο πλαίσιο των υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ.

δ) Η θέσπιση πρωτοκόλλων και προτύπων για την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ.

Άρθρο 2

Σκοπός

1. Ο σκοπός της παρούσας συνίσταται στην οργάνωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ. σε ασθενείς (παιδιά, εφήβους και ενήλικες) με σύνθετα προβλήματα υγείας ή χρόνιες παθήσεις, οι οποίοι νοσηλεύονται σε νοσοκομείο, χρήζουν μακροχρόνιας νοσηλείας και δύναται, υπό τις προϋποθέσεις και τα κριτήρια της παρούσας, να συνεχίσουν τη νοσηλεία τους στο σπίτι.

2. Μέσω της οργάνωσης ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ. επιτυγχάνεται α) η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών στο οικείο περιβάλλον της κατοικίας τους και β) η αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών δομών.

**Άρθρο 3****Ορισμοί**

Για τους σκοπούς της παρούσας απόφασης οι ακόλουθοι όροι έχουν τις κατωτέρω έννοιες:

α) Ασθενής ΝΟ.ΣΠΙ.: Ο ασθενής που νοσηλεύεται σε νοσοκομείο αναφοράς και πληροί όλα τα κριτήρια ένταξης στην υπηρεσία ΝΟ.ΣΠΙ.

β) Διεπιστημονική Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ. (ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ.): Η ομάδα που υποστηρίζει τη λειτουργία του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ., διασφαλίζοντας την απαιτούμενη διεπιστημονικότητα.

γ) Διακομιστήριο ΝΟ.ΣΠΙ.: έγγραφο που πιστοποιεί την έξοδο του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. από το Νοσοκομείο Αναφοράς και τη μεταφορά του στο σπίτι για τη συνέχιση της νοσηλείας του στην οικία του.

δ) Ιατρική πράξη: στο πλαίσιο της υπηρεσίας ΝΟ.ΣΠΙ., ως ιατρική πράξη νοείται κάθε πράξη που διενεργείται από τον Ιατρό ΝΟ.ΣΠΙ. κατά την τέλεση των καθηκόντων του για τη φροντίδα του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. και για την παροχή υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. εν γένει, σύμφωνα με το άρθρο 1 του ν. 3418/2005 και κάθε άλλης εφαρμοζόμενης διάταξης.

ε) Επιστημονικά Υπεύθυνος Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ.: ο/η ιατρός του Ε.Σ.Υ. ή το Μέλος Δ.Ε.Π. του Νοσοκομείου Αναφοράς που ορίζεται ως υπεύθυνος/η του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ.

στ) Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ.: εξειδικευμένο κέντρο παροχής υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. το οποίο δεν αποτελεί αυτοτελή μονάδα, αλλά, εντάσσεται οργανωτικά και διοικητικά εντός του Νοσοκομείου Αναφοράς στο οποίο έχει δημιουργηθεί.

ζ) Νοσηλευτής ΝΟ.ΣΠΙ.: νοσηλεύτης που έχει αναλάβει τον ρόλο να διενεργεί νοσηλευτικές πράξεις για τη φροντίδα ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. στο πλαίσιο λειτουργίας του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ.

η) Νοσηλευτική πράξη: στο πλαίσιο των υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ., ως νοσηλευτική πράξη νοείται κάθε πράξη που διενεργείται από τον/την νοσηλευτή/τριας ΝΟ.ΣΠΙ. κατά την τέλεση των καθηκόντων του/της για τη φροντίδα του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ., σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία και τις ρυθμίσεις της παρούσας.

θ) Νοσοκομείο Αναφοράς ΝΟ.ΣΠΙ.: Το Νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. στο οποίο λειτουργεί Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. που παρέχει υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ.

ι) Σπίτι ή οικία του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ.: Ο χώρος ο οποίος δηλώνεται από τον ασθενή κατά την ένταξή του στην υπηρεσία ΝΟ.ΣΠΙ. Η οικία του ασθενούς εξομοιώνεται με το νοσοκομειακό περιβάλλον και λειτουργεί ως τόπος παροχής φροντίδας, υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις της παρούσας.

ια) Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ.: Η ομάδα που ορίζεται στο άρθρο 7 της παρούσας και τηρεί επικαιροποιημένο ηλεκτρονικό φάκελο υγείας για κάθε ασθενή ΝΟ.ΣΠΙ.

ιβ) Υπηρεσία ΝΟ.ΣΠΙ.: Ως υπηρεσία Νοσοκομειακής Φροντίδας Υγείας στο Σπίτι («Hospital at Home») νοείται η κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών νοσοκομειακής φροντίδας και ιατρονοσηλευτικής υποστήριξης, σε συνθήκες ανάλογες της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, καθώς και υπηρεσιών και συνεχούς παρακολούθησης με παράλληλη στήριξη από εκπαιδευόμενους φροντιστές (γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας τα οποία έχουν εκπαιδευτεί σχετικά με τις ανάγκες του ασθενή τους). Η υπηρεσία ΝΟ.ΣΠΙ., αποτελείται από δύο λειτουργίες: α) την παροχή νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι του ασθενούς και β) την παροχή ενδο-νοσοκομειακής φροντίδας στον ασθενή, όταν αυτή χρειαστεί, με άμεση εισαγωγή στο Νοσοκομείο Αναφοράς ή σε άλλη δομή, σε περίπτωση επιδείνωσης της υγείας του ασθενούς.

ιγ) Φροντιστής: Ως φροντιστής νοείται οικείος ή πρόσωπο της επιλογής του ασθενούς, που αναλαμβάνει την υποστήριξη του ασθενούς στο σπίτι, μετά από κατάλληλη εκπαίδευση και παρακολούθηση ειδικού θεωρητικού και πρακτικού προγράμματος εκπαίδευσης. Η εκπαίδευση παρέχεται από τους θεράποντες ιατρούς, τον/την νοσηλευτή/τρια και τον/την φυσικοθεραπευτή/τρια του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. κατά την νοσηλεία του ασθενούς αλλά και εν συνεχεία από το προσωπικό της ΝΟ.ΣΠΙ.

Άρθρο 4**Νοσοκομεία αναφοράς**

1. Οι υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ. παρέχονται από Νοσοκομειακές Μονάδες του Ε.Σ.Υ., οι οποίες ορίζονται ως Νοσοκομεία Αναφοράς. Οι υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ. παρέχονται μέσω Κέντρων ΝΟ.ΣΠΙ. που εντάσσονται στα Νοσοκομεία Αναφοράς και λειτουργούν σε ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα τμήματα/κλινικές:

α) σε πνευμονολογικά τμήματα/κλινικές για τους ενήλικες ασθενείς,

β) σε παιδιατρικά τμήματα/κλινικές για τους παιδιατρικούς ασθενείς,

γ) σε παθολογικά - ογκολογικά ή αιματολογικά τμήματα/κλινικές για τους ογκολογικούς ασθενείς.

2. Τα Κέντρα ΝΟ.ΣΠΙ. για τους παιδιατρικούς ασθενείς εντάσσονται σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., τα οποία διαθέτουν Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών-Παιδιών, καθώς και άλλες υποστηρικτικές ειδικότητες.



Για τους ενήλικες ασθενείς τα Κέντρα ΝΟ.ΣΠΙ. εντάσσονται σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., που διαθέτουν Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, καθώς και άλλες υποστηρικτικές ειδικότητες.

3. Τα Κέντρα ΝΟ.ΣΠΙ. στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. υποστηρίζονται από τα τμήματα/κλινικές εντός των οποίων λειτουργούν, καθώς και από διατομεακά τμήματα που λειτουργούν σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., όπως, ιδίως, τα τμήματα βραχείας νοσηλείας.

4. Πέραν των οριζόμενων στο άρθρο 24 Νοσοκομείων Αναφοράς, ο ορισμός συγκεκριμένης νοσοκομειακής μονάδας του Ε.Σ.Υ. ως Νοσοκομείου Αναφοράς και η λειτουργία εντός αυτού Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. τελεί υπό τις προϋποθέσεις που προβλέπονται στα Παραρτήματα Ι έως ΙΙΙ της παρούσας και πραγματοποιείται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, που εκδίδεται κατόπιν πρότασης του Διοικητή του οικείου Νοσοκομείου, ύστερα από σχετική εισήγηση του Διευθυντή του οικείου τμήματος/κλινικής.

Άρθρο 5

Κριτήρια ένταξης ασθενών στις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ.

1. Τα κριτήρια ένταξης στις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ. προβλέπονται αναλυτικά στα Παραρτήματα Ι έως ΙΙΙ της παρούσας και μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς.

2. Τα ιατρικά κριτήρια ένταξης σχετίζονται, ιδίως, με το είδος των απαιτούμενων ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, την ένταση, τη διάρκεια και τη συχνότητα αυτών που καθορίζεται από τη πάθηση και την κατάσταση του ασθενούς, την πολυπλοκότητα και χρονιότητα της νόσου και την ανάγκη μηχανολογικής εξειδικευμένης υποστήριξης του ασθενούς.

3. Περαιτέρω, για την ένταξη ασθενούς στις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ. απαιτείται να πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις:

α) Να έχει διενεργηθεί πλήρης ενημέρωση για τις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ. και να έχει υπογραφεί σχετικό έντυπο συναίνεσης/ένταξης από τον ασθενή ή τον νόμιμο εκπρόσωπό του κατά περίπτωση,

β) να έχει παρασχεθεί έγγραφη συναίνεση από τους φροντιστές ότι αποδέχονται να αναλάβουν τη φροντίδα του ασθενούς και να συνεργάζονται πλήρως με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, στο πλαίσιο των υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ.,

γ) να έχει προηγηθεί επαρκής προετοιμασία του ασθενούς, καθώς και επαρκής εκπαίδευση και αξιολόγηση των φροντιστών του για την ομαλή μετάβαση σε συνθήκες φροντίδας στο οικιακό περιβάλλον,

δ) να έχει προηγηθεί έλεγχος και πιστοποίηση της καταλληλότητας του οικιακού περιβάλλοντος (συνθήκες και υποδομές σπιτιού) του υπό ένταξη στις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ. ασθενούς,

ε) να έχει ολοκληρωθεί η εγγραφή του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. στο σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης της Η.Δ.Υ.Κ.Α ή άλλο παρόμοιο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης εξετάσεων, φαρμάκων και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, και

στ) να έχει εκδοθεί το διακομιστήριο ΝΟ.ΣΠΙ.

Άρθρο 6

Γενική περιγραφή υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ.

1. Οι υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ. περιλαμβάνουν, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς, ιδίως τα εξής:

α) Ιατρική φροντίδα στο σπίτι,

β) νοσηλευτική υποστήριξη,

γ) φυσικοθεραπεία και

δ) υπηρεσίες απομακρυσμένης παρακολούθησης.

2. Κατά τη διάρκεια της παροχής υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. η πορεία του ασθενούς παρακολουθείται συστηματικά και αναπροσαρμόζεται το θεραπευτικό σχέδιο όπου απαιτείται. Είναι δυνατή η ένταξη του ασθενούς σε άλλη κατηγορία υπηρεσιών φροντίδας υγείας, από εκείνη που είναι ήδη ενταγμένος, κατόπιν συνεργασίας του προσωπικού και συντονισμού των υπηρεσιών, ώστε να διασφαλίζεται η ομαλή συνέχεια της θεραπείας και φροντίδας, σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς.

3. Κάθε Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. διαθέτει υποχρεωτικά συγκεκριμένα και προτυποποιημένα έντυπα συναίνεσης και αιτήσεων ένταξης του ασθενούς σε υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ., τα οποία καλύπτουν τα προβλεπόμενα στα Παραρτήματα Ι έως ΙΙΙ της παρούσας και φυλάσσονται συμπληρωμένα στον φυσικό ή ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς. Κατά την παροχή των υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ., τον ασθενή συνοδεύει ο φάκελος νοσηλείας του, στον οποίο περιλαμβάνεται υποχρεωτικά το σύνολο του ιστορικού του, που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε κάθε στάδιο.

4. Οι ασθενείς που εντάσσονται στις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ. εντάσσονται υποχρεωτικά στο εθνικό μητρώο ΝΟ.ΣΠΙ., που λειτουργεί σύμφωνα με την υπ' αρ. 15922/2026 (Β' 1995) κοινή απόφαση του Υπουργού και του Υφυπουργού Υγείας, με σκοπό την ολοκληρωμένη καταγραφή, διαχείριση και παρακολούθησή τους. Όλες



οι πληροφορίες που αφορούν στη νοσηλεία του ασθενούς περιέχονται στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) αυτού, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 84 του ν. 4600/2019 (Α' 43), όπως ισχύουν, και κάθε άλλη εφαρμοστέα διάταξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β': ΟΡΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΕΝΤΡΩΝ ΝΟ.ΣΠΙ.

Άρθρο 7

Στελέχωση της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ.

1. Κάθε Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. λειτουργεί Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ., η οποία συγκροτείται με απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου Αναφοράς και έχει ανά νοσοκομείο αναφοράς την ακόλουθη ελάχιστη στελέχωση:

α) Ένα/μία (1) Π.Ε. ιατρό ειδικότητας παιδιατρικής ή πνευμονολογίας-φυματιολογίας ή παθολογικής ογκολογίας, ο/η οποίος/α συνδέεται οργανικά ή αποτελεί μέλος Δ.Ε.Π. του Νοσοκομείου Αναφοράς όπου εντάσσεται το Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. και ορίζεται ως επιστημονικά υπεύθυνος/η του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. Ο/Η επιστημονικά υπεύθυνος/η ιατρός της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. έχει τη συνολική ευθύνη της παρακολούθησης και διαχείρισης των ασθενών ΝΟ.ΣΠΙ. και δίδει αναφορά στον Διευθυντή του τμήματος/κλινικής εντός της οποίας λειτουργεί το Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. Επίσης, ελέγχει την καταγραφή του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενούς.

β) Πέντε (5) νοσηλεύτές/τριες, εκ των οποίων δύο (2) κλάδου και ειδικότητας Π.Ε. νοσηλευτικής και τρεις (3) κλάδου και ειδικότητας Τ.Ε. νοσηλευτικής. Ο νοσηλεύτής/τρια είναι επιφορτισμένος/η με τα καθήκοντα που προβλέπονται στο Παράρτημα IV της παρούσας και είναι υπεύθυνος/η για τη συνολική νοσηλευτική διαχείριση του ασθενούς, καθώς και για τη σύνδεση με τη νοσηλευτική υπηρεσία του Νοσοκομείου Αναφοράς. Ενημερώνει πάντα τον επιστημονικά υπεύθυνο της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. και καταγράφει τα ευρήματα στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς. Επίσης, έχει τη δυνατότητα χρήσης τηλεϊατρικής για την αποστολή δεδομένων στον επιστημονικά υπεύθυνο της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ.

γ) Ένα/μία (1) Τ.Ε. φυσικοθεραπευτή/τρια ειδικότητας Τ.Ε. φυσικοθεραπείας, ο/η οποίος/α υλοποιεί το απαραίτητο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας, σύμφωνα με τις οδηγίες του/της επιστημονικά υπεύθυνου/ης της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. Δύναται να χρησιμοποιεί μεθόδους τηλεφροντίδας για τους απομακρυσμένους ασθενείς και για τον έλεγχο της ορθής τεχνικής στην αυτοθεραπεία. Επίσης, ενημερώνει τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή για την κατάστασή του.

δ) Ένα/μία (1) διοικητικό/ή υπάλληλο, κλάδου Τ.Ε. Διοικητικού - Λογιστικού και ειδικότητας Τ.Ε. Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, ο/η οποίος/α είναι υπεύθυνος/η ιδίως για τον καθορισμό, σε συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ., του προγράμματος επισκέψεων στο σπίτι του ασθενούς και την επιβεβαίωση της διενέργειας των επισκέψεων, για την επικοινωνία του ασθενούς και του φροντιστή του με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ., καθώς και για την τήρηση των μητρώων και των αρχείων της υπηρεσίας ΝΟ.ΣΠΙ.

2. Ο Διοικητής του Νοσοκομείου Αναφοράς δύναται, εφόσον τούτο ενδείκνυται για τη διασφάλιση της παροχής αποτελεσματικών υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ., όπως ενδεικτικώς στην περίπτωση που οι ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ. συγκεκριμένου Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. υπερβαίνουν τους εκατό (100), και κατόπιν σχετικής εισηγήσεως του/της επιστημονικά υπεύθυνου/ης του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ.:

α) Να ορίζει, υπό τους όρους της περ. α' της παρ. 1, δεύτερο επιστημονικά υπεύθυνο/η ιατρό της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ.

β) Να διαθέτει πρόσθετους ιατρούς ειδικότητας παιδιατρικής ή πνευμονολογίας-φυματιολογίας ή παθολογικής ογκολογίας. Οι ιατροί ΝΟ.ΣΠΙ. της παρούσας περίπτωσης αναλαμβάνουν τη διαχείριση και παρακολούθηση ασθενών ΝΟ.ΣΠΙ. σε συνεργασία με τον/την επιστημονικά υπεύθυνο/η του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. και το νοσηλευτικό προσωπικό αυτού. Μετά από σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή του οικείου τμήματος/κλινικής, καθήκοντα ιατρού ΝΟ.ΣΠΙ. μπορεί να ασκεί και ιατρός του Νοσοκομείου Αναφοράς, ο οποίος κατανέμει τον εργασιακό του χρόνο, μεταξύ της ενδονοσοκομειακής και της εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης και φροντίδας των ασθενών, ανάλογα με τις ανάγκες.

3. Ο/Η ιατρός ΝΟ.ΣΠΙ. και ο/η νοσηλεύτής/τρια ΝΟ.ΣΠΙ. ευθύνονται για την τήρηση των κανόνων αναφορικά με την ασφάλεια μεταφοράς των φαρμάκων και λοιπού ιατρικού εξοπλισμού, όπως ορίζεται στην παρούσα. Με ευθύνη του/της νοσηλεύτή/τριας ΝΟ.ΣΠΙ., γίνεται η επιτήρηση της διαδικασίας συλλογής και διαχείρισης αποβλήτων της Υπηρεσίας ΝΟ.ΣΠΙ. (συλλογή όλων των υλικών σε τσάντες αποβλήτων βιολογικού κινδύνου και μεταφορά αυτών στο νοσοκομείο για διαχείριση σύμφωνα με το πρωτόκολλο που επιβάλει το αρμόδιο τμήμα).

4. Η παρακολούθηση της υγείας του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ., γίνεται από την Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ. με την τήρηση του εκάστοτε προβλεπόμενου πρωτοκόλλου παρακολούθησης και νοσηλευτικής φροντίδας των Παραρτημάτων Ι έως IV της παρούσας, τα οποία καθορίζουν αναλυτικώς το ρόλο και τις αρμοδιότητες των στελεχών της ομάδας



ΝΟ.ΣΠΙ. Ο φροντιστής του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. έχει την υποχρέωση να φροντίζει τον ασθενή και να ενημερώνει την Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ. για την πορεία της υγείας του, με χρήση κάθε πρόσφορου μέσου, συμπεριλαμβανομένων και τεχνολογιών τηλεϊατρικής/τηλεφροντίδας.

Άρθρο 8

Διεπιστημονική Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ.

1. Με απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου Αναφοράς ΝΟ.ΣΠΙ., η οποία εκδίδεται κατόπιν σχετικής εισηγήσεως του επιστημονικά υπεύθυνου του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. συγκροτείται Διεπιστημονική Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ. (ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ.).

2. Η ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ., πέραν του ιατρικού προσωπικού, του/της υπεύθυνου/ης νοσηλεύτη/τριας και του/της φυσικοθεραπευτή/τριας της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. απαρτίζεται και από το εξής προσωπικό, το οποίο διατίθεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου Αναφοράς και κατανέμει τον εργασιακό του χρόνο, μεταξύ των ενδονοσομειακών αναγκών και των αναγκών που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ.:

α) Έναν/μία (1) Π.Ε. ψυχολόγο ειδικότητας Π.Ε. ψυχολογίας, ο/η οποίος/α εντοπίζει τα όποια ψυχολογικά προβλήματα προκύπτουν από την κατάσταση του ασθενή, τόσο στον ίδιο, όσο και στο περιβάλλον του και χρησιμοποιεί τις κατάλληλες μεθόδους για την ελαχιστοποίησή τους. Σε συνεργασία επίσης με την κοινωνική λειτουργό φροντίζει για την δυνατότητα ένταξης του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον.

β) Έναν/μία (1) Τ.Ε. Κοινωνικής εργασίας ειδικότητας Τ.Ε. κοινωνικών λειτουργών, ο/η οποίος/α είναι υπεύθυνος/η για την ομαλή ένταξη του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. στο οικιακό περιβάλλον και για τον έλεγχο της οικογενειακής κατάστασης και της καταλληλότητας του οικιακού περιβάλλοντος, στο οποίο πρόκειται να μεταφερθεί ο ασθενής.

3. Η ΔΙΕΟ ΝΟ.ΣΠΙ. υποστηρίζει επιστημονικά την Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ. καθόλη τη διάρκεια παροχής υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. και αποφασίζει για την ένταξη ασθενούς στις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ. για την ολοκλήρωση της παροχής υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ., καθώς και για τη διασύνδεση αυτών με άλλη υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Άρθρο 9

Ζητήματα προσωπικού

1. Με την επιφύλαξη της περ. α) της παρ. 1 του άρθρου 7, το προσωπικό που συμμετέχει στην παροχή υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. μπορεί να ανήκει στις ακόλουθες κατηγορίες προσωπικού:

- α) προσωπικό με μόνιμη θέση,
- β) προσωπικό με σχέση Ιδιωτικού Δικαίου Αορίστου Χρόνου (ΙΔΑΧ),
- γ) επικουρικοί εργαζόμενοι για την κάλυψη προσωρινών αναγκών,
- δ) επαγγελματίες υγείας που αμείβονται μέσω δελτίου παροχής υπηρεσιών, και
- ε) προσωπικό με σύμβαση ορισμένου χρόνου για την παροχή υπηρεσιών σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (ΙΔΟΧ),

στ) προσωπικό που διατίθενται στα Νοσοκομεία Αναφοράς από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, σύμφωνα με το άρθρο 12 παρ. 1.

2. Για όλους τους επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στη ΝΟ.ΣΠΙ. ισχύουν οι κείμενες διατάξεις που αφορούν τα ζητήματα προσωπικού που εργάζεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

3. Για το ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό υγειονομικό και υποστηρικτικό προσωπικό των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. η παροχή υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. εξομοιώνεται με την παροχή υπηρεσιών σε ενδονοσοκομειακό περιβάλλον, ανεξαρτήτως του τύπου παροχής αυτών.

Άρθρο 10

Εκπαίδευση και Επιμόρφωση για την παροχή Υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ.

1. Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στην παροχή υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. δύναται να εκπαιδεύονται σε θέματα κατ'οίκον φροντίδας και χρήσης ψηφιακών εργαλείων. Προς το σκοπό αυτόν, δύναται να διαμορφώνονται και να υλοποιούνται προγράμματα διαρκούς επιμόρφωσής στα γνωστικά αντικείμενα της κατ'οίκον φροντίδας των κλάδων της ιατρικής ή της νοσηλευτικής ή των ψυχοκοινωνικών επιστημών.

2. Οι φροντιστές εκπαιδεύονται από το προσωπικό του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. πριν την έναρξη της φροντίδας.

Άρθρο 11

Συνεργασία Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. με λοιπά τμήματα και δομές υγείας

1. Το Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. υποστηρίζεται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος/κλινικής στην οποία εντάσσεται και διασυνδέεται με τα λοιπά τμήματα, κλινικές και μονάδες του Νοσοκομείου Ανα-



φοράς, που συνδράμουν, εφόσον απαιτείται, στη λειτουργία του με τη διάθεση ιατρών άλλων ειδικοτήτων, εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού και λοιπών επαγγελματιών υγείας, καθώς και εξοπλισμού.

2. Στο πλαίσιο των οριζόμενων στην παρ. 1, το Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. υποστηρίζεται ιδίως από το εξής προσωπικό, το οποίο διατίθεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου Αναφοράς και κατανέμει τον εργασιακό του χρόνο, μεταξύ των ενδονοσομειακών αναγκών και των αναγκών που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ.:

α) Έναν/μία (1) Π.Ε. φαρμακοποιό ειδικότητας Π.Ε. Φαρμακοποιών Δημόσιας Υγείας - Ε.Σ.Υ. ή Π.Ε. Νοσοκομειακών φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ. με εκπαίδευση στην κλινική φαρμακευτική, ο οποίος δύναται να παρέχει υπηρεσίες, είτε με φυσική παρουσία, είτε μέσω απομακρυσμένων μέσων (τηλεϊατρική/τηλεφροντίδα). Ο/Η φαρμακοποιός αξιολογεί συστηματικά τη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών (medication review), συμβάλλει στη βελτιστοποίηση των θεραπευτικών σχημάτων σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ., εντοπίζει και προλαμβάνει φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις και ανεπιθύμητες ενέργειες, παρέχει εκπαίδευση στους ασθενείς και τους φροντιστές σχετικά με την ορθή χρήση των φαρμάκων και συμμετέχει στην καταγραφή και τεκμηρίωση της φαρμακευτικής αγωγής στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας.

β) Έναν/μία (1) Π.Ε. ή Τ.Ε. διαιτολόγο με ειδικότητα Π.Ε. ή Τ.Ε. διαιτολογίας αντίστοιχα.

γ) Ειδικώς για τους ογκολογικούς ασθενείς, εξειδικευμένο νοσηλευτή ογκολογίας, καθώς και ομάδα ανακουφιστικής φροντίδας.

3. Το Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. δύναται να συνεργάζεται με άλλα νοσοκομειακά ιδρύματα, όπως ιδίως περιφερειακά νοσοκομεία που ευρίσκονται σε εγγύτητα με την οικεία του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ., με δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και με ιατρούς κάθε ειδικότητας και επαγγελματίες υγείας του Ε.Σ.Υ. και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που εμπλέκονται στη διαχείριση του εκάστοτε ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ.

4. Οι υπεύθυνοι ανά ειδικότητα ιατροί προτείνουν και αναλαμβάνουν την υλοποίηση των ενεργειών που απαιτούνται στον τομέα τους για τον ασθενή.

Άρθρο 12

Συνεργασία με νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου - δωρεές

1. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που λειτουργούν Κέντρα ΝΟ.ΣΠΙ. και οι οικείες Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.Πε.) δύναται για την διασφάλιση της εύρυθμης οργάνωσης και παροχής των υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. να συνεργάζονται με νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, με σκοπό συναφή με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, συνάπτοντας σχετικές προγραμματικές συμβάσεις. Στις εν λόγω προγραμματικές συμβάσεις καθορίζονται το περιεχόμενο της συνεργασίας, στο οποίο δύναται να περιλαμβάνεται η διάθεση παντός είδους πόρων, όπως ιδίως ανθρώπινου δυναμικού και εξοπλισμού, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των συμβαλλομένων, τα σχετικά με τη χρηματοδότηση, ο χρόνος ισχύος της σύμβασης, η διαδικασία παρακολούθησης και κάθε άλλο σχετικό θέμα.

2. Σε συνδυασμό με την ιατρονοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνει ο ασθενής ΝΟ.ΣΠΙ. κατά τη διάρκεια της παροχής υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ., δύναται να παρέχεται συμπληρωματικά ψυχολογική ή όποια άλλη βοήθεια στον ασθενή ΝΟ.ΣΠΙ. και τον φροντιστή του από Επιστημονικές Εταιρίες και Συλλόγους Ασθενών και Φροντιστών. Η συνδρομή αυτή δύναται ενδεικτικά να συνίσταται σε:

α) ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για τις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ.,

β) ψυχολογική, κοινωνική, εκπαιδευτική και οικονομική υποστήριξη των ασθενών ΝΟ.ΣΠΙ. και των οικογενειών τους,

γ) εκπαιδευτικές δράσεις για επιστήμονες υγείας και για τους φροντιστές των ασθενών ΝΟ.ΣΠΙ. και

δ) ιατρική παρακολούθηση και αντιμετώπιση απλών ιατρικών προβλημάτων σε συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς, σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ': ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΝΟ.ΣΠΙ.

Άρθρο 13

Διαδικασία ένταξης του Ασθενούς στην Υπηρεσία ΝΟ.ΣΠΙ.

Τα βασικά στάδια για την ένταξη ενός ασθενή στην Υπηρεσία ΝΟ.ΣΠΙ. είναι τα ακόλουθα:

α) Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς στο Νοσοκομείο Αναφοράς, ο θεράπων ιατρός προβαίνει σε αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του και γνωμοδοτεί σχετικά με το αν πληρούνται τα βασικά κριτήρια ένταξης στις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ. λαμβάνοντας υπόψη τη νόσο, την πολυπλοκότητα και την χρονιότητα της νόσου, καθώς και την ανάγκη τεχνολογικής εξειδικευμένης υποστήριξής του.

β) Εφόσον κριθεί ότι ο ασθενής είναι επιλέξιμος για ένταξη στην υπηρεσία ΝΟ.ΣΠΙ. βάσει των ιατρικών κριτηρίων του άρθρου 5 παρ. 1 και 2 και των προβλεπόμενων στα Παραρτήματα Ι έως ΙΙΙ, ο θεράπων ιατρός



ενημερώνει τον ασθενή και τον φροντιστή του για τις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ. και λαμβάνει την έγγραφη συναίνεση του ασθενούς ή του νομίμου εκπροσώπου του για την υποβολή της σχετικής αίτησης για ένταξη σε αυτές.

γ) Ο θεράπων ιατρός καταθέτει την αίτηση στη ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ. για την ένταξη του ασθενούς στη ΝΟ.ΣΠΙ.

δ) Ο/η Επιστημονικά Υπεύθυνος/η του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. διενεργεί διά ζώσης επικοινωνία με τον ασθενή και τον φροντιστή του και προβαίνει σε πλήρη ενημέρωση για τις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ. και τους όρους και προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για την υλοποίησή της από την πλευρά του ασθενή και του φροντιστή του.

ε) Η ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ. ελέγχει εάν πληρούνται τα βασικά κριτήρια ένταξης του ασθενούς με βάση τη νόσο, τη χρονιότητά της, τη βαρύτητά της και την ανάγκη τεχνολογικής υποστήριξης του ασθενούς. Εάν ο έλεγχος είναι θετικός, η ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ. ελέγχει εάν συντρέχουν οι λοιπές προϋποθέσεις ένταξης του ασθενούς στις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ., σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο άρθρο 5 και τα παραρτήματα Ι έως ΙΙΙ κατά περίπτωση.

στ) Η απόφαση ένταξης ή μη του ασθενούς στη ΝΟ.ΣΠΙ. λαμβάνεται από την ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ. κατόπιν συνεννόησης και αξιολόγησης της αίτησης ένταξης. Μετά τη λήψη της σχετικής απόφασης, ενημερώνεται από την ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ. ο θεράπων ιατρός, ο ασθενής και ο φροντιστής του.

ζ) Ο ασθενής μεταφέρεται στις κλίνες του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. και γίνεται προσομοίωση του περιβάλλοντος προς τις συνθήκες νοσηλείας στο σπίτι.

η) Μετά την προσομοίωση εκκινεί η εκπαίδευση του φροντιστή, τόσο για τη διαχείριση του ασθενούς στο σπίτι, όσο και για τη χρήση τυχόν μέσων τηλεϊατρικής/τηλεφροντίδας και άλλων τεχνολογικών μέσων καταγραφής δεδομένων υγείας του ασθενούς.

θ) Ο ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπός του υπογράφει έγγραφη συναίνεση για την ένταξή του στην υπηρεσία ΝΟ.ΣΠΙ. και ακολουθεί η προβλεπόμενη διοικητική διαδικασία. Επιπλέον, ενημερώνεται ο ιατρικός φάκελος του ασθενούς και ο ασθενής εγγράφεται στο Εθνικό Μητρώο Ασθενών ΝΟ.ΣΠΙ.

ι) Πριν τη μεταφορά του ασθενούς στο σπίτι διασφαλίζεται ότι έχει ολοκληρωθεί η κατάλληλη προετοιμασία της οικίας του ασθενούς, ιδίως ως προς την προμήθεια νοσοκομειακού κρεβατιού, εξοπλισμού για μηχανικό αερισμό και άλλου κατά περίπτωση αναγκαίου ιατρικού εξοπλισμού για την υποστήριξη του ασθενούς στο σπίτι.

ια) Ακολουθεί ο προγραμματισμός της πρώτης επίσκεψης της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. στο σπίτι του ασθενούς και η έκδοση Διακομιστηρίου ΝΟ.ΣΠΙ.

Άρθρο 14

Μεταφορά ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. στο σπίτι και επισκέψεις Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ.

1. Η μεταφορά του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. από το Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. στο σπίτι γίνεται από τους ιατρούς και νοσηλευτές/τριες της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. με τη συνδρομή του ΕΚΑΒ ή άλλων φορέων που υποστηρίζουν το ΝΟ.ΣΠΙ. και παρέχουν ανάλογες υπηρεσίες μεταφοράς ασθενών. Την πρώτη εβδομάδα γίνονται καθημερινές επισκέψεις για τη διαπίστωση της καλής λειτουργίας και προσαρμογής του ασθενούς στο περιβάλλον του σπιτιού. Μετά το πέρας της πρώτης εβδομάδας, η συχνότητα των επισκέψεων καθορίζεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ.

2. Πριν την επίσκεψη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. στο σπίτι του ασθενούς, ο ιατρός ΝΟ.ΣΠΙ. συνταγογραφεί τυχόν προκαταρκτικές εξετάσεις. Οι εξετάσεις μπορεί να γίνουν, είτε στο Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ., είτε σε άλλα διαγνωστικά κέντρα.

3. Μια ή δυο ημέρες (24-48 ώρες) πριν την επίσκεψη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. στο σπίτι του ασθενούς, το διοικητικό προσωπικό επικοινωνεί με τον ασθενή και τον φροντιστή του για την επιβεβαίωση της προγραμματισμένης επίσκεψης.

4. Η Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ. μεταβαίνει στο σπίτι του ασθενούς, ζητά από τον ασθενή να υπογράψει έγγραφο συναίνεσης για όλες τις ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις που πρόκειται να του παρασχεθούν, εξετάζει τον ασθενή και αξιολογεί την κατάσταση της υγείας του.

5. Εάν τα στελέχη της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. που βρίσκονται στο σπίτι του ασθενούς κρίνουν ότι απαιτείται μεταφορά του ασθενούς στο Νοσοκομείο Αναφοράς ή σε άλλο νοσοκομείο, καλεί ασθενοφόρο για να παραλάβει τον ασθενή. Αν δεν απαιτείται μεταφορά, παρέχουν τις απαραίτητες ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες στον ασθενή, συζητούν με τον φροντιστή και τον ασθενή για την πορεία της νοσηλείας του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ., συμβουλευόμενοι, εάν απαιτηθεί, τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς και ελέγχουν τον εξοπλισμό, που βρίσκεται στο σπίτι του ασθενούς για να επιβεβαιώσουν την καλή λειτουργία του και εκτελούν όλες τις απαιτούμενες ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις, σύμφωνα με τα Παραρτήματα Ι έως ΙV.

6. Πριν την αποχώρηση των μελών της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. από το σπίτι του ασθενούς, η Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ. συντάσσει λίστα με όλες τις ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις που έλαβαν χώρα κατά την επίσκεψη. Ο/Η νοσηλεύτης/τρια ΝΟ.ΣΠΙ. συλλέγει τυχόν δείγματα για έλεγχο καθώς και όλα τα χρησιμοποιημένα αναλώ-



σιμα και άλλα απόβλητα και τα τοποθετεί σε ειδικούς σάκους συλλογής βιολογικού υλικού στο όχημα που χρησιμοποιείται για τις ανάγκες της ΝΟ.ΣΠΙ. για περαιτέρω απόρριψη στο Νοσοκομείο Αναφοράς μετά την περάτωση των επισκέψεων της μέρας.

7. Ο ασθενής ΝΟ.ΣΠΙ. και ο φροντιστής δύνανται να απαντούν σε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο σε σχέση με την αξιολόγηση της επίσκεψης.

8. Μετά την επιστροφή της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. στο Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ., ο ιατρός ΝΟ.ΣΠΙ. ενημερώνει τον φάκελο του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. και το Μητρώο Ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. και ενημερώνει τον Επιστημονικά Υπεύθυνο του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. Εάν απαιτείται, ο ιατρός ΝΟ.ΣΠΙ. και ο Επιστημονικά Υπεύθυνος Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. ενημερώνουν και συζητούν και με άλλον ειδικό γιατρό για την πορεία της νοσηλείας του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ.

9. Ο Νοσηλευτής ΝΟ.ΣΠΙ. απορρίπτει τα απόβλητα, ακολουθώντας το πρωτόκολλο του αρμόδιου τμήματος του Νοσοκομείου Αναφοράς.

10. Σε κάθε στάδιο της Υπηρεσίας ΝΟ.ΣΠΙ. διασφαλίζεται η ασφαλής και απρόσκοπτη λειτουργία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, τόσο της οικίας του ασθενούς, όσο και του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ.

Άρθρο 15

Επείγοντα περιστατικά και περιπτώσεις επιδείνωσης της υγείας του ασθενούς

1. Οι ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ. δύνανται να επιστρέψουν στο Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. ή, όταν αυτό δεν είναι δυνατό, να απευθυνθούν σε άλλη συνεργαζόμενη δομή, οποιαδήποτε ώρα, για να νοσηλευτούν, σε περίπτωση επιδείνωσης της κατάστασής τους. Ο φροντιστής του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. οφείλει να ενημερώσει αμέσως και με οποιοδήποτε πρόσφορο μέσο την Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ. για την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. και να καλέσει ασθενοφόρο για τη διακομιδή του.

2. Το κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. θα πρέπει να διαθέτει κλίνες και να είναι σε θέση να δέχεται ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ. καθ' όλη την διάρκεια του 24ωρου.

Άρθρο 16

Διενέργεια ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων

1. Ο Ιατρός ΝΟ.ΣΠΙ., κατά την επίσκεψη κατ' οίκον, εκτελεί τις ιατρικές πράξεις που απαιτούνται βάσει της οικείας νομοθεσίας, όπως εκάστοτε ισχύει, και ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ., σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στα Παραρτήματα Ι έως ΙΙΙ της παρούσας. Επίσης, κρίνει εάν χρειάζεται η μεταφορά του ασθενούς στο Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. ή άλλη δομή λόγω επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας του. Ο/Η Ιατρός ΝΟ.ΣΠΙ. ενημερώνει τον Επιστημονικά Υπεύθυνο του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. σχετικά με τις ιατρονοσηλευτικές πράξεις που διενεργήθηκαν και την πορεία της υγείας των ασθενών ΝΟ.ΣΠΙ.

2. Ο/Η Νοσηλευτής/τρια ΝΟ.ΣΠΙ., κατά την επίσκεψη στο σπίτι του ασθενούς, εκτελεί τις νοσηλευτικές πράξεις, όπως αυτές προβλέπονται από την οικεία νομοθεσία και το παράρτημα ΙV της παρούσας, χωρίς απαραίτητα την φυσική παρουσία του ιατρού ΝΟ.ΣΠΙ.

3. Για την ποινική, αστική και πειθαρχική ευθύνη των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στην Υπηρεσία ΝΟ.ΣΠΙ. εφαρμόζονται οι οικείες διατάξεις.

Άρθρο 17

Συνταγογράφηση και προμήθεια απαραίτητου εξοπλισμού

1. Ο ιατρός ΝΟ.ΣΠΙ. είναι υπεύθυνος να συνταγογραφεί ηλεκτρονικά τυχόν ιατρικές εξετάσεις στις οποίες πρέπει να υποβληθεί ο ασθενής ΝΟ.ΣΠΙ. πριν την επίσκεψη της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ., καθώς και φάρμακα και άλλο εξοπλισμό, ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ., σε συνεννόηση με τον Επιστημονικά Υπεύθυνο του Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ.

2. Για τη συνταγογράφηση κατά τη λειτουργία της Υπηρεσίας ΝΟ.ΣΠΙ. εφαρμόζονται όλες οι οικείες διατάξεις για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

3. Η δαπάνη για τις εξετάσεις, τα φάρμακα και τον εξοπλισμό που συνταγογραφείται για τον ασθενή ΝΟ.ΣΠΙ. καλύπτεται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., κατά τις εκάστοτε ισχύουσες για αυτούς διατάξεις.

4. Η διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών ΝΟ.ΣΠΙ. διενεργείται υπό την επιστημονική εποπτεία του κλινικού φαρμακοποιού, σε συνεργασία με τον Ιατρό ΝΟ.ΣΠΙ. και τον/την Νοσηλευτή/-τρια ΝΟ.ΣΠΙ. Η εν λόγω διαχείριση περιλαμβάνει ιδίως: α) την αξιολόγηση της συνταγογράφησης, β) τον έλεγχο πιθανών φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων, γ) την παρακολούθηση ανεπιθύμητων ενεργειών, δ) τη διασφάλιση της ορθής αποθήκευσης, μεταφοράς και χορήγησης των φαρμάκων, ε) την τεκμηρίωση των παρεμβάσεων στον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας.

**Άρθρο 18****Διάθεση φαρμάκων και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού**

1. Η μεταφορά, διάθεση ναρκωτικών ουσιών, αλλά και λοιπών φαρμάκων και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού από ιατρούς και λοιπούς επαγγελματίες υγείας ΝΟ.ΣΠΙ., γίνεται κατά τους όρους του άρθρου 52 του ν. 4931/2022 (Α' 94), όπως ισχύει. Οι ιατροί και επαγγελματίες υγείας που συνεργάζονται με τα Κέντρα ΝΟ.ΣΠΙ. δύναται να μεταφέρουν και να διαθέτουν ναρκωτικές ουσίες και λοιπά φάρμακα στην οικία των ασθενών που έχουν ενταχθεί στην Υπηρεσία ΝΟ.ΣΠΙ.

2. Υπεύθυνο για την παράδοση των φαρμάκων προς μεταφορά καθώς και για την παραλαβή των υπολειμμάτων φαρμάκων που επιστρέφονται είναι το φαρμακείο του νοσοκομείου, όπου ανήκει το Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ.

3. Με την ευθύνη του Ιατρού ΝΟ.ΣΠΙ., σε συνεργασία με τον/την Νοσηλεύτη/τρια ΝΟ.ΣΠΙ., γίνεται ο έλεγχος της τήρησης όλων των κανόνων αναφορικά με την ασφάλεια μεταφοράς και με την ποιότητα των φαρμάκων και λοιπού ιατρικού εξοπλισμού κατά την υλοποίηση της Υπηρεσίας ΝΟ.ΣΠΙ.

Άρθρο 19**Διατάξεις για την απομακρυσμένη φροντίδα υγείας**

1. Με στόχο τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών υγείας στον ασθενή ΝΟ.ΣΠΙ., δύναται να γίνεται χρήση υπηρεσιών και μεθόδων απομακρυσμένης φροντίδας υγείας, όπως ενδεικτικά τηλεϊατρικής, τηλεφροντίδας και τηλεσυμβουλευτικής υπό τους όρους και προϋποθέσεις που θέτει το ισχύον ρυθμιστικό πλαίσιο για την τηλεϊατρική και την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

2. Πριν την ένταξη του ασθενούς στις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ., ο ιατρός ΝΟ.ΣΠΙ. οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή και τον φροντιστή του ότι ενδέχεται να μεσολαβήσουν ιατρικές πράξεις από τον ιατρό ΝΟ.ΣΠΙ. ή από άλλον ειδικό ιατρό με απομακρυσμένα μέσα. Ο ασθενής ΝΟ.ΣΠΙ. ή/και ο νόμιμος αντιπρόσωπός του, καθώς και ο φροντιστής του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. πρέπει να παρέχουν ειδική έγγραφη συναίνεση προς τούτο.

3. Ο φροντιστής θα πρέπει κατά περίπτωση να συλλέγει και να καταγράφει στοιχεία από διάφορες συσκευές (τηλε)παρακολούθησης του ασθενούς ΝΟ.ΣΠΙ. και να αποστέλλει τα στοιχεία αυτά στην Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ., αν και όποτε αυτό του ζητηθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ': ΘΕΣΠΙΣΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΝΟ.ΣΠΙ.**Άρθρο 20****Αντικείμενο - Σκοπός**

1. Στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. εφαρμόζεται πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, που καθορίζει τις οργανωτικές προϋποθέσεις λειτουργίας των υπηρεσιών, τις διαδικασίες παροχής φροντίδας, τους μηχανισμούς ελέγχου της ποιότητας και τα εργαλεία αξιολόγησης των αποτελεσμάτων.

2. Το πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. αποτελείται από δεσμευτικά πρωτόκολλα και πρότυπα και αποσκοπεί στην αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών νοσοκομειακού επιπέδου στο οικιακό περιβάλλον του ασθενούς, υπό την ευθύνη και επιστημονική εποπτεία νοσοκομειακής μονάδας, επί τη βάση διεθνώς αναγνωρισμένων μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας.

3. Η εφαρμογή του πλαισίου διασφάλισης ποιότητας θα συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, στη μείωση των περιττών νοσηλείων και επανεισαγωγών, στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και στη μείωση του κινδύνου ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

Άρθρο 21**Εφαρμογή πρωτοκόλλων**

1. Θεσπίζονται και εφαρμόζονται στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. πρωτόκολλα που καλύπτουν την συστηματική παρακολούθηση των ασθενών, σε επιλέξιμες κατηγορίες νοσημάτων, διασφαλίζοντας επίπεδο φροντίδας αντίστοιχο με το νοσοκομειακό περιβάλλον.

2. Ειδικότερα, θεσπίζονται και εφαρμόζονται τα εξής πρωτόκολλα: α) το πρωτόκολλο για ενήλικες ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ. (Παράρτημα Ι), β) το πρωτόκολλο για παιδιατρικούς ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ. (Παράρτημα ΙΙ), γ) το πρωτόκολλο για ογκολογικούς ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ. (Παράρτημα ΙΙΙ), δ) το νοσηλευτικό πρωτόκολλο για ενήλικες, παιδιατρικούς και ογκολογικούς ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ. (Παράρτημα ΙV) και ε) το πρωτόκολλο αξιοποίησης εργαλείων και εφαρμογών ψηφιακής φροντίδας (Παράρτημα V).

3. Τα πρωτόκολλα της παρ. 2 καλύπτουν όλα τα στάδια παροχής υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ., προβλέποντας ιδίως τα εξής: α) τα κριτήρια και τη διαδικασία ένταξης ασθενών στις υπηρεσίες ΝΟ.ΣΠΙ., β) τη διασφάλιση της επάρκειας



των οριζόμενων φροντιστών, γ) τη διαδικασία παροχής κλινικής φροντίδας και παρακολούθησης στην οικία του ασθενούς, δ) την αντιμετώπιση περιστατικών επιδείνωσης της υγείας του ασθενούς και επείγουσας εισαγωγής του στο Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. ή άλλη δομή και ε) την αποτελεσματική χρήση της τεχνολογίας, ώστε να παρέχονται στο οικιακό περιβάλλον υπηρεσίες υγείας ποιοτικά ισοδύναμες με εκείνες της ενδονοσοκομειακής φροντίδας.

4. Τα πρωτόκολλα του παρόντος καθίστανται υποχρεωτικά για τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. σε ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στο μητρώο ΝΟ.ΣΠΙ., που λειτουργεί σύμφωνα με την υπ' αρ. 15922/2026 (Β' 1995) κοινή απόφαση του Υπουργού και του Υφυπουργού Υγείας.

Άρθρο 22

Εφαρμογή προτύπων

Θεσπίζονται και εφαρμόζονται στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. πρότυπα που διασφαλίζουν:

α) Την ανάπτυξη ενός επαρκούς μεθοδολογικού πλαισίου διασφάλισης της ποιότητας, με το οποίο εισάγεται ένα ολοκληρωμένο σύστημα αρχών, πολιτικών και διαδικασιών, που καθορίζει τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ., επί τη βάσει διεθνών πρακτικών και προτύπων ποιότητας και διεθνώς αναγνωρισμένων μοντέλων διασφάλισης ποιότητας υπηρεσιών υγείας (Παράρτημα VI).

β) Την καθιέρωση ενός συστήματος δεικτών, που επιτρέπει τη συστηματική παρακολούθηση των υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ., καλύπτοντας κρίσιμες διαστάσεις ποιότητας, όπως ιδίως: α) την ασφάλεια των ασθενών, β) την κλινική αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, γ) την αποδοτικότητα της λειτουργίας των υπηρεσιών, δ) την προσβασιμότητα και τη συνέχεια της φροντίδας, ε) την εμπειρία των ασθενών και των φροντιστών. Η ανάπτυξη του συστήματος αυτού επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της λειτουργίας του προγράμματος και τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Παράρτημα VII).

γ) Την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου πλαισίου αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας και της συνολικής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ., με την αποτύπωση της επίδρασης των παρεχόμενων υπηρεσιών στην πορεία της υγείας των ασθενών (Παράρτημα VIII).

Άρθρο 23

Εποπτεία και επικαιροποίηση πρωτοκόλλων και προτύπων

1. Η Οργανισμός με την επωνυμία «Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία» και το διακριτικό τίτλο «Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.» που έχει συσταθεί με τον ν. 4715/2020 (Α' 149) αναλαμβάνει την εποπτεία εφαρμογής των προτύπων του άρθρου 22 και εξάγει τους δείκτες, δύο φορές το χρόνο, ήτοι: α) εντός του Ιουλίου για τα δεδομένα του πρώτου εξαμήνου του τρέχοντος έτους και β) εντός του Ιανουαρίου για τα δεδομένα όλου του προηγούμενου έτους, αποστέλλοντας στο Υπουργείο Υγείας εκθέσεις και συγκεντρωτικά δεδομένα (από τα οποία δεν μπορεί να προκύψει ταυτοποίηση ούτε των ασθενών, ούτε των επαγγελματιών υγείας, ούτε των φροντιστών). Προς τον σκοπό της εποπτείας εφαρμογής των προτύπων και την εξαγωγής των δεικτών συγκροτείται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε. τριμελής Επιτροπή Ποιότητας και Ασφάλειας, η οποία αποτελείται από επαγγελματίες υγείας με ειδική γνώση και εμπειρία στη διασφάλιση της ποιότητας της υγείας.

2. Ο Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε. υποβάλλει στο Υπουργείο Υγείας πρόταση για την επικαιροποίηση των πρωτοκόλλων του άρθρου 21 και των προτύπων του άρθρου 22, τα οποία εγκρίνονται με τη διαδικασία του άρθρου 28 του ν. 2071/1992, όπως ισχύει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε': ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 24

Οργανωτικά και διαδικαστικά ζητήματα

1. Κατά την έναρξη ισχύος της παρούσας, Κέντρα ΝΟ.ΣΠΙ. λειτουργούν στα ακόλουθα τμήματα/κλινικές των ακόλουθων Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.:

α) Στην Α' Παθολογική - Ογκολογική Κλινική του Γενικού - Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Αθηνών «Άγιος Σάββας» λειτουργεί Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. για ογκολογικούς ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ.

β) Στη Γ' Παιδιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» λειτουργεί Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. για παιδιατρικούς ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ.

γ) Στη Γενική Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου λειτουργεί Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. για παιδιατρικούς ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ.

δ) Στη ΜΕΘ Παίδων και στη Γ' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν»-ΓΝ Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα» λειτουργεί Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. για παιδιατρικούς ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ.



ε) Στην Α' Παιδιατρική Κλινική και ΜΕΘ Παίδων του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία» λειτουργεί Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. για παιδιατρικούς ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ.

στ) Στο Πνευμονολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» λειτουργεί Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. για ενήλικες ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ.

ζ) Στο Πνευμονολογικό Τμήμα της Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η Βοήθεια» λειτουργεί Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. για ενήλικες ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ.

η) Στην Παιδιατρική και Πνευμονολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας λειτουργεί Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. για παιδιατρικούς και ενήλικες ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ.

θ) Στην Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων λειτουργεί Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. για ενήλικες ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ.

ι) Στην Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης λειτουργεί Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. για ενήλικες ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ.

ια) Στην Παθολογική - Ογκολογική Κλινική και στην Αιματολογική Κλινική του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιά «Μεταξά» λειτουργεί Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. για ογκολογικούς ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ.

ιβ) Στο Παθολογικό - Ογκολογικό Τμήμα του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο» λειτουργεί Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. για ογκολογικούς ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ.

Άρθρο 25

Διαχείριση δεδομένων ασθενών ΝΟ.ΣΠΙ.

1. Τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα που συλλέγονται, αποθηκεύονται και επεξεργάζονται κατά την παροχή των υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ. προστατεύονται με βάση την οικεία νομοθεσία για την προστασία προσωπικών δεδομένων, όπως εκάστοτε ισχύει, καθώς βάσει διατάξεων για την προστασία του αποδέκτη ιατρικών υπηρεσιών.

2. Υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων ασθενών ΝΟ.ΣΠΙ. είναι καταρχάς το Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. στο οποίο εντάσσεται ο ασθενής ΝΟ.ΣΠΙ. Η πρόσβαση στα μητρώα και αρχεία επιτρέπεται στους επαγγελματίες υγείας και στο διοικητικό προσωπικό ΝΟ.ΣΠΙ. υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις της υπ' αρ. 15922/2026 (Β' 1995) κοινής απόφασης του Υπουργού και του Υφυπουργού Υγείας περί εθνικού μητρώου ΝΟ.ΣΠΙ.

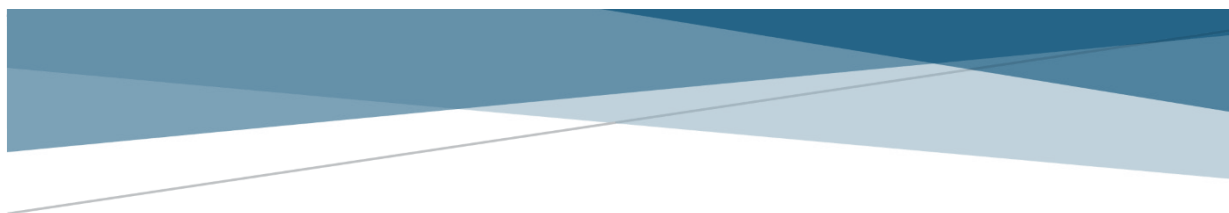
Άρθρο 26

Καταργούμενες Διατάξεις

Από τη δημοσίευση της παρούσας καταργείται κάθε γενική ή ειδική διάταξη κανονιστικού χαρακτήρα που αντίκειται στις ρυθμίσεις της παρούσας ή ρυθμίζει διαφορετικά τα ίδια θέματα.

Τα αναφερόμενα στην παρούσα απόφαση παραρτήματα Ι, ΙΙ, ΙΙΙ, ΙV, V, VI, VII και VIII αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα αυτής.

Η παρούσα απόφαση ισχύει από τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΝΟΣΠΙ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΝΟΣΠΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

**Πίνακας περιεχομένων**

ΝΟΣΠΙ - Ορισμός

Επιλέξιμοι ασθενείς – κριτήρια ένταξης στο ΝΟΣΠΙ

Κριτήρια ένταξης στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ

Προϋποθέσεις λειτουργίας Κέντρου ΝΟΣΠΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Στελέχωση Κέντρου ΝΟΣΠΙ

Εκπαίδευση φροντιστών

Καταλληλότητα οικιακού περιβάλλοντος

Μετάβαση στο Κέντρο ΝΟΣΠΙ και από το Νοσοκομείο στο σπίτι

Ενέργειες σε περίπτωση επιδείνωσης/επείγουσα εισαγωγή

Διασύνδεση με περιφερικά κέντρα

Προμήθεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού

Καταγραφή ασθενών

Μεταφορά ασθενή ΝΟΣΠΙ σε άλλες δομές - Έξοδος από την υπηρεσία ΝΟΣΠΙ

Σύνοψη

Ιατρικά Πρωτόκολλα για ενήλικες ασθενείς ΝΟΣΠΙ με ΧΑΠ και ΜΕΜΑ

Ιατρικά Πρωτόκολλα για ενήλικες ασθενείς ΝΟΣΠΙ με νευρομυικά νοσήματα

Ιατρικά Πρωτόκολλα για ενήλικες ασθενείς ΝΟΣΠΙ με σύνδρομο παχυσαρκίας
υποαερισμού

Ιατρικά Πρωτόκολλα για ενήλικες ασθενείς ΝΟΣΠΙ με διάχυτες διάμεσες
πνευμονοπάθειες

Ιατρικά Πρωτόκολλα για ενήλικες ασθενείς ΝΟΣΠΙ με κακώσεις σπονδυλικής στήλης

**ΝΟΣΠΙ - ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στα Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) αφορά πρόγραμμα πανελλήνιας εμβέλειας που τελεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και έχει σκοπό να βοηθήσει στην διαχείριση παιδιών και ενηλίκων με σοβαρά προβλήματα υγείας. Βασικός στόχος της ΝΟΣΠΙ είναι, η επίλυση ιατρονοσηλευτικών προβλημάτων στο σπίτι, η ασφαλής μακροχρόνια παραμονή στο σπίτι και η μείωση του χρόνου παραμονής τους στο νοσοκομείο.

Ποιοι είναι οι σκοποί της ΝΟΣΠΙ ;

- Εκπαίδευση των φροντιστών, για την υποστήριξη και διαχείριση του ασθενή με σύνθετα προβλήματα, στο οικιακό περιβάλλον.
- Παροχή φροντίδας για τα ιατρικά προβλήματα που παρουσιάζουν στο σπίτι ασθενείς με σοβαρές χρόνιες παθήσεις, από ομάδα ιατρών νοσηλευτών και φυσικοθεραπευτών του Κέντρου ΝΟΣΠΙ και του Νοσοκομείου Αναφοράς.
- Επίσκεψη στο σπίτι ιατρού, νοσηλευτή/τριας και φυσικοθεραπευτή/τριας ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ανάλογα με τις ανάγκες, για την υποστήριξη της νοσηλείας του ασθενούς
- Διασύνδεση του ασθενούς με το Κέντρο ΝΟΣΠΙ και άμεση εισαγωγή του σε αυτό ή κατά περίπτωση στο εφημερεύον νοσοκομείο, σε περίπτωση επιδείνωσης της υγείας του .

ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΠΙ

Τα βασικά κριτήρια ένταξης ενός ασθενούς σε πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ, βασίζονται κυρίως στην πολυπλοκότητα και την χρονιότητα της νόσου, καθώς και στην ανάγκη τεχνολογικής-εξειδικευμένης υποστήριξής του και όχι τόσο στη συγκεκριμένη διάγνωση της νόσου. Τα κριτήρια ένταξης διαφέρουν αναλόγως των χαρακτηριστικών των ασθενών. Η πορεία του ασθενούς, η συμμόρφωση και ανταπόκριση στην θεραπεία ορίζουν την ένταση και την διάρκεια της φροντίδας σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Δι-επιστημονικής ομάδας (ΔΙΕΟ).

Τα κριτήρια για τους ασθενείς είναι η ανεπάρκεια ενός ή περισσότερων οργανικών συστημάτων, που χρειάζονται ποικίλου βαθμού και χρονικής διάρκειας υποστήριξη,



όπως πχ οξυγονοεξαρτώμενοι ασθενείς, ασθενείς με τραχειοστομία, ασθενείς σε επεμβατικό ή μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό, ασθενείς σε παρεντερική διατροφή ή σε παρατεταμένη ενδοφλέβια αγωγή καθώς και ασθενείς που χρειάζονται εντατική φυσικοθεραπεία ή κινητική αποκατάσταση λόγω της ασθένειας ή μετά την έξοδό τους από την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Η Νοσοκομειακή φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), εντάσσεται στις υπηρεσίες τριτοβάθμιας περίθαλψης, λόγω της σύνθετης, εξειδικευμένης φροντίδας και της άμεσης σχέσης που πρέπει να έχει ο ασθενής με το Νοσοκομείο.

Επιλέξιμοι ενήλικες ασθενείς για ένταξη στη ΝΟΣΠΙ, είναι οι έχοντες ανεπάρκεια ενός ή περισσότερων οργανικών συστημάτων, που χρειάζονται ποικίλου βαθμού και χρονικής διάρκειας υποστήριξη με τη νέα τεχνολογία, δηλαδή:

- α) Ασθενείς υπό Επεμβατικό Μηχανικό Αερισμό με συνεχή ή περιοδική εφαρμογή αναπνευστήρα
- β) Ασθενείς με χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια που χρειάζεται μηχανική υποστήριξη με μη Επεμβατικό Μηχανικό Αερισμό μεγαλύτερη από δέκα έξι (16) ώρες και σύνθετα προβλήματα υγείας
- γ) Ασθενείς μετά από νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με εμμένουσα αναπνευστική δυσχέρεια
- δ) Ασθενείς με τραχειοστομία μόνιμη ή πρόσκαιρη με συνοδό νοσηρότητα,
- ε) Ασθενείς με διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο με εφαρμογή συσκευής υποστήριξης αναπνοής μεγαλύτερη από δέκα έξι (16) ώρες και σύνθετα προβλήματα υγείας (π.χ. παχυσαρκία-υποαερισμός-ΣΑΥΥ)
- στ) Ασθενείς υπό χρόνια οξυγονοθεραπεία (ΧΟΘ) και συνοδό νοσηρότητα
- ζ) Ασθενείς με διαταραχές σίτισης (ρινογαστρικός καθετήρας - γαστροστομία/ειλεοστομία - παρεντερική διατροφή) και συνοδό νοσηρότητα
- η) Ασθενείς με ανάγκη για εντατική αναπνευστική ή κινητική φυσικοθεραπεία (π.χ. μετά σοβαρό τροχαίο ή εργατικό ή άλλο ατύχημα) και συνοδό νοσηρότητα

Για την ένταξη ενός «επιλέξιμου» ασθενή στην Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), πρέπει να πληρούνται τα παρακάτω τρία κριτήρια :

1. Αποδοχή ένταξης στο ΝΟΣΠΙ από τον ασθενή και από τον φροντιστή
2. Επάρκεια παροχής φροντίδας από τον φροντιστή



3. Καταλληλότητα του χώρου διαβίωσης στο σπίτι

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΠΙ

Για την ένταξη ενός ασθενή στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ, πρέπει να υπάρχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- Σταθεροποίηση της κατάστασης του ασθενή, με προοπτική πολλών ημερών η εβδομάδων .
- Πλήρης συνεργασία των φροντιστών με την ομάδα ΝΟΣΠΙ .
- Κατάλληλες συνθήκες στο οικιακό περιβάλλον
- Επαρκής και πιστοποιημένη εκπαίδευση δύο φροντιστών, για την φροντίδα του ασθενή στη χρήση των συσκευών υποστήριξης και παροχή πρώτων βοηθειών σε αιφνίδια επιδείνωση.
- Συγκατάθεση του ασθενή ή του εκπροσώπου του για την συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι
- Συνεχής υποστήριξη, με επισκέψεις από εξειδικευμένο νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ φυσικοθεραπευτή ΝΟΣΠΙ και ιατρό στο σπίτι ανάλογα με τις ανάγκες.
- Δυνατότητα τηλεϊατρικής παρακολούθησης, όπου απαιτείται.
- Δυνατότητα άμεσης πρόσβασης – εισαγωγής στο Νοσοκομείο , σε περίπτωση επιδείνωσης της κατάστασης.

Οι υποψήφιοι ασθενείς για ΝΟΣΠΙ , συνήθως προέρχονται από Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ή άλλα τμήματα μετά από μακροχρόνια νοσηλεία.

Αναγκαία προϋπόθεση για την μεταφορά τους στο σπίτι, είναι αφενός η επιθυμία του ασθενούς ή του εκπροσώπου του και αφετέρου η ύπαρξη τουλάχιστον δύο φροντιστών που μετά από εκπαίδευση και αξιολόγηση της επάρκειάς τους, θα μπορούν να στηρίξουν τον ασθενή σε κατάλληλο οικιακό περιβάλλον.

Οι φροντιστές θα πρέπει να έχουν πλήρη ικανότητα για τη διαχείριση των καθημερινών αναγκών του ασθενή, αλλά και την διαχείριση του επείγοντος, σε περίπτωση οξείας επιδείνωσης της κατάστασής του. Επίσης πρέπει να έχουν δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ΝΟΣΠΙ σε 24ωρη βάση και για 365 μέρες το χρόνο. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι επίσης η δυνατότητα άμεσης εισαγωγής και νοσηλείας του ασθενή, στο Κέντρο ΝΟΣΠΙ από το οποίο προέρχεται ή σε ανάλογο νοσηλευτικό ίδρυμα με την καθοδήγηση του



Κέντρου αναφοράς, μέχρι την διακομιδή του σε αυτό.

Ο κάθε ασθενής είναι καταγεγραμμένος στο Εθνικό Μητρώο ΝΟΣΠΙ και έχει ιατρικό ηλεκτρονικό φάκελο, ώστε να είναι εφικτή η πρόσβαση στις θεραπευτικές ανάγκες του και η τροποποίηση της αγωγής από τους θεράποντες ιατρούς.

**ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΝΟΣΠΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ****Κέντρο ΝΟΣΠΙ:**

Οργανώνεται ως παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών Υγείας σε ένα Τμήμα/Κλινική τριτοβάθμιου Νοσοκομείου, Πνευμονολογική κλινική προκειμένου για ενήλικες ασθενείς. Το Κέντρο ΝΟΣΠΙ ορίζεται με με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, που εκδίδεται κατόπιν πρότασης του Διοικητή του οικείου Νοσοκομείου, ύστερα από σχετική εισήγηση του Διευθυντή του οικείου τμήματος/κλινικής.

Υποδομή Κέντρου ΝΟΣΠΙ:

Κάθε Κέντρο ΝΟΣΠΙ αποτελείται από:

- α)Θάλαμο ΝΟΣΠΙ με ανεπτυγμένες τουλάχιστον δύο νοσοκομειακές κλίνες πλήρως εξοπλισμένες για την νοσηλεία των ασθενών ΝΟΣΠΙ και
- β)Χώρο για την δημιουργία σταθμού επικοινωνίας και υποστήριξης των ασθενών κατά την εξωνοσοκομειακή παραμονή τους στο σπίτι. Ο σταθμός επικοινωνίας στελεχώνεται από γραμματέα, διαθέτει εξοπλισμό τηλεϊατρικής και εξυπηρετεί το Μητρώο Ασθενών ΝΟΣΠΙ για χρήση του από τους συμμετέχοντες ιατρούς και νοσηλευτές.

Κάθε Κέντρο ΝΟΣΠΙ συνεργάζεται με άλλες Κλινικές, από τις οποίες μπορεί να δέχεται ή να αποστέλλει ασθενείς ΝΟΣΠΙ, ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασης τους. Επίσης δέχεται από το σπίτι ασθενείς ΝΟΣΠΙ καθ' όλη την διάρκεια του 24ωρου, εφόσον υπάρχει διαθεσιμότητα. Ο θάλαμος ΝΟΣΠΙ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες της Κλινικής, όταν υπάρχει διαθεσιμότητα, αλλά και το αντίστροφο, δηλαδή νοσοκομειακές κλίνες μπορούν να διατεθούν για νοσηλεία ασθενών ΝΟΣΠΙ σε περίπτωση πληρότητας.

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΚΕΝΤΡΟΥ ΝΟΣΠΙ:

Το Κέντρο ΝΟΣΠΙ στελεχώνεται από το προσωπικό ΕΣΥ ή ΔΕΠ του Τμήματος/ Κλινικής που λειτουργεί το Κέντρο ΝΟΣΠΙ, καθώς και προσωπικού που προσλαμβάνεται για τις ανάγκες της υλοποίησης του ΝΟΣΠΙ.

ΟΜΑΔΑ ΝΟΣΠΙ

Κάθε Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. λειτουργεί από Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ., η οποία συγκροτείται κατ'ελάχιστο από:

Επιστημονικά Υπεύθυνος του Κέντρου ΝΟΣΠΙ



Είναι ιατρός Πνευμονολόγος, με οργανική θέση στο Νοσοκομείο και έχει την συνολική ευθύνη της διαχείρισης των ασθενών του Κέντρου ΝΟΣΠΙ.

Συνεπικουρείται από το λοιπό προσωπικό του Κέντρου ΝΟΣΠΙ καθώς και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων που διατίθενται από το Νοσοκομείο Αναφοράς.

Είναι υπεύθυνος για την καταγραφή και την ποιότητα των δεδομένων στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή και δίνει αναφορά στον Διευθυντή της Κλινικής όπου υπάγεται το ΝΟΣΠΙ. Τέλος είναι υπεύθυνος για την επαρκή εκπαίδευση και την έγγραφη συγκατάθεση των φροντιστών, αναφορικά με την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα όπως και για την πιστοποίηση της εκπαίδευσής των στη διαχείριση του ασθενούς στο σπίτι. Σε Κέντρο ΝΟΣΠΙ ο Διοικητής του Νοσοκομείου Αναφοράς δύναται, εφόσον τούτο ενδείκνυται για τη διασφάλιση της παροχής αποτελεσματικών υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ., όπως ενδεικτικώς στην περίπτωση που οι ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ. συγκεκριμένου Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. υπερβαίνουν τους εκατό, να ορίζει δεύτερο επιστημονικά υπεύθυνο/η ιατρό της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. ή να διαθέτει επιπρόσθετους ιατρούς ΝΟΣΠΙ.

Ιατρός ΝΟΣΠΙ

Σε συνεργασία με τον επιστημονικά υπεύθυνο και τους νοσηλευτές ΝΟΣΠΙ, οργανώνει το καθημερινό πρόγραμμα των επισκέψεων στο σπίτι, το πρόγραμμα των διεπιστημονικών συναντήσεων για την εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών, συμμετέχει στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των φροντιστών, και φροντίζει για την κάλυψη των φαρμακευτικών αναγκών των ασθενών (συνταγογράφηση). Ελέγχει επίσης την καταγραφή του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενούς.

Νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ

Διαθέτει εμπειρία και έχει την επίβλεψη ασθενών ΝΟΣΠΙ στο σπίτι. Πραγματοποιεί τακτικές επισκέψεις, αξιολογεί την κατάσταση του ασθενή, κάνει παρεμβάσεις σύμφωνα με τις θεσμοθετημένες αρμοδιότητές του, εκτιμά την επάρκεια υποστήριξης και γνώσεων των φροντιστών και καταγράφει τα ευρήματα στον ηλεκτρονικό φάκελο. Επίσης μεταφέρει στην ιατρική ομάδα, τα δεδομένα τηλεφωνικών επικοινωνιών που έχει με τους φροντιστές του ασθενή κατά τακτά χρονικά διαστήματα. Έχει επί πλέον την δυνατότητα χρήσης τηλεϊατρικής, για την αποστολή δεδομένων (πχ. Ηλεκτροκαρδιογράφημα, μελέτη ύπνου, νυκτερινή οξυμετρία κλπ) στον ιατρό του Κέντρου ΝΟΣΠΙ.

Ψυχοθεραπευτής ΝΟΣΠΙ



Διαθέτει εμπειρία στη διαχείριση ασθενών με σύνθετα προβλήματα , έχει την επίβλεψη ασθενών. Παίρνει οδηγίες από τον επιστημονικά υπεύθυνο ιατρό της Μονάδας (μετά από σύσκεψη της ΔΙΕΟ) για το είδος της προτεινόμενης φυσικοθεραπείας, που θα εφαρμοστεί ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Χρησιμοποιεί την τηλε- φυσικοθεραπεία για τους απομακρυσμένους ασθενείς, και για τον έλεγχο της ορθής τεχνικής στην αυτοθεραπεία.

Γραμματεία ΝΟΣΠΙ/Διοικητικός Υπάλληλος

Διατηρεί το αρχείο των ασθενών ΝΟΣΠΙ, διαχειρίζεται τους ιατρικούς ηλεκτρονικούς φακέλους, διοργανώνει τις συναντήσεις των μελών της ομάδας ΝΟΣΠΙ και συνεργάζεται με τους ιατρούς για την συνταγογράφηση των φαρμάκων και συσκευών. Επίσης είναι ο σύνδεσμος επικοινωνίας των ασθενών με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της ομάδας, κατά τις εργάσιμες ώρες. Τέλος, σε συνεννόηση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, εκδίδει το εβδομαδιαίο πρόγραμμα επισκέψεων των ασθενών.

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΝΟΣΠΙ - (ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ)

Η διεπιστημονική ομάδα οφείλει να πραγματοποιεί τακτικές συναντήσεις για την αξιολόγηση της πορείας των ασθενών, την επικαιροποίηση του θεραπευτικού πλάνου και τη λήψη κοινών αποφάσεων. Η συχνότητα αυτών των συναντήσεων προσαρμόζεται στην πολυπλοκότητα των περιστατικών, αλλά η αρχή της συστηματικής επανεκτίμησης είναι θεμελιώδης.

Η ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ., πέραν του ιατρικού προσωπικού, του/της υπεύθυνου/ης νοσηλεύτη/τριας και του/της φυσικοθεραπευτή/τριας της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. απαρτίζεται από το εξής προσωπικό, το οποίο διατίθεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου Αναφοράς και κατανέμει τον εργασιακό του χρόνο, μεταξύ των ενδονοσομειακών αναγκών και των αναγκών που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ.:

Ψυχολόγος ΝΟΣΠΙ

Επισκέπτεται τον ασθενή και τους φροντιστές στο νοσοκομείο αρχικά και στο σπίτι αργότερα, ελέγχει την ψυχική επάρκεια των φροντιστών και την βούληση τους για την διαχείριση του ασθενή και προβαίνει σε εκτίμηση της ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες του προγράμματος ΝΟΣΠΙ. Συμπληρώνει τον ηλεκτρονικό φάκελο του



ασθενούς και ενημερώνει τον ψυχίατρο συνεργάτη ΝΟΣΠΙ και την ΔΙΕΟ για πιθανές βελτιωτικές παρεμβάσεις.

Κοινωνικός λειτουργός ΝΟΣΠΙ

Ελέγχει την οικογενειακή κατάσταση και την καταλληλότητα του οικιακού περιβάλλοντος, στο οποίο πρόκειται να μεταφερθεί ο ασθενής. Επίσης φροντίζει για τις οικονομικές παροχές, που θα στηρίξουν την οικογένεια, και την προμήθεια του αναγκαίου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού καθώς και των αναλωσίμων που θα χρειασθούν για τον ασθενή. Τέλος φροντίζει για τρόπους ένταξης του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον.

Το Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. δύναται να υποστηρίζεται, εφόσον απαιτείται από προσωπικό, που διατίθεται από το Νοσοκομείο Αναφοράς και περιλαμβάνει ανάλογα με τις ανάγκες ενδεικτικά:

- Νοσοκομειακός Φαρμακοποιός
- Διαιτολόγος/Κλινικός Διατροφολόγος

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Αυτή γίνεται κατά την διάρκεια της παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Η εκπαίδευση γίνεται σε δύο άτομα τα οποία ορίζονται φροντιστές του ασθενή κατά την παραμονή του στο σπίτι. Αναγκαία προϋπόθεση για την εκπαίδευση είναι η συγκατάθεση του φροντιστή και η επάρκειά του στην απόκτηση των δεξιοτήτων που πρέπει να αποκτήσει. Αυτές αφορούν την ικανότητα αξιολόγησης της κατάστασης του ασθενή (σημεία επιδείνωσης) την χρήση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, την περιποίηση των στομιών αν υπάρχουν και την διαχείριση της επείγουσας κατάστασης. Η εκπαίδευση γίνεται από τον ιατρό, τον εξειδικευμένο νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ και την φυσικοθεραπεύτρια ΝΟΣΠΙ. Η επάρκεια του φροντιστή πιστοποιείται από τον επιστημονικά υπεύθυνο ιατρό, και τον ιατρό ΝΟΣΠΙ, μετά από εισήγηση του νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ και την σύμφωνη γνώμη του Ψυχιάτρου ΝΟΣΠΙ. Η διάρκεια της εκπαίδευσης είναι από εβδομάδες, μέχρι μήνες και γίνεται κυρίως επί της κλίνης του ασθενούς. Επίσης οργανώνονται από τον επιστημονικά υπεύθυνο ιατρό, θεωρητικά μαθήματα σε μικρές ομάδες φροντιστών, με συμμετοχή και άλλων ειδικοτήτων, των νοσηλευτών και των φυσικοθεραπευτών ΝΟΣΠΙ.



Ιδιαίτερη σημασία δίδεται στην κατανόηση και εξάσκηση του φροντιστή στην διαχείριση του επείγοντος -συμπεριλαμβανομένης της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Κατά τη μετάβαση στο σπίτι, ο φροντιστής παίρνει και έντυπο υλικό με περιληπτικές οδηγίες, καθώς και έντυπο καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, το οποίο και τοποθετείται πάνω από το προσκέφαλο της κλίνης του ασθενή για να είναι άμεσα προσβάσιμο σε περίπτωση ανάγκης.

Στο έντυπο καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης γράφονται με έντονους χαρακτήρες και τα ειδικά τηλέφωνα επείγουσας επικοινωνίας του ιατρού, του νοσηλευτή και του Κέντρου ΝΟΣΠΙ. Τα τηλέφωνα αυτά είναι σε λειτουργία 24 ώρες το εικοσιτετράωρο, με ευθύνη του ιατρού ΝΟΣΠΙ, του νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ και του προσωπικού του Κέντρου ΝΟΣΠΙ. Χρησιμοποιούνται από τους φροντιστές μόνο σε επείγουσες καταστάσεις και όχι για απορίες ή ερωτήσεις ρουτίνας.

Τέλος σε κάθε επίσκεψη στο σπίτι, ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ επαναξιολογεί την επάρκεια των δεξιοτήτων του φροντιστή και την ετοιμότητά του, στην αντιμετώπιση του επείγοντος. Η διαδικασία εκπαίδευσης του φροντιστή επαναλαμβάνεται κάθε φορά που ο ασθενής έρχεται στο νοσοκομείο.

ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑ ΟΙΚΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Πριν από την εγκατάσταση του ασθενή στο σπίτι, γίνεται λεπτομερής έλεγχος της επάρκειας του χώρου στον οποίο θα εγκατασταθεί ο ασθενής. Ο έλεγχος γίνεται αρχικά από την κοινωνική λειτουργό και επιβεβαιώνεται από τον ιατρό και την νοσηλεύτρια ΝΟΣΠΙ κατά την πρώτη επίσκεψη.

Απαραίτητες προϋποθέσεις:

- Εύκολη πρόσβαση στο δωμάτιο του ασθενή .
- Άνεση χώρου γύρω από την κλίνη του ασθενή
- Ύπαρξη κεντρικής παροχής ηλεκτρικού ρεύματος και νερού στο σπίτι.
- Τηλεφωνική σύνδεση στον χώρο.

Επίσης διασφαλίζεται η ασφαλής εγκατάσταση συσκευών οξυγονοθεραπείας - μακριά από εστίες θερμότητας και επιβάλλεται απαγόρευση καπνίσματος στον χώρο.

**ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΝΟΣΠΙ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΔΟΜΕΣ**

Σύνδεση ΝΟΣΠΙ με την Ανακουφιστική Φροντίδα (ΕΑΦ), την μακροχρόνια φροντίδα, την ΚΟΝ, την ΠΦΥ και προϋποθέσεις μετάβασης σε άλλη υπηρεσία:

Η μετακίνηση των ασθενών μεταξύ των υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ και ΕΑΦ ή άλλων υπηρεσιών ΚΟΝ, μπορεί να διενεργείται σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο), εφόσον ο ασθενής πληροί τα κριτήρια και λειτουργούν οι αντίστοιχες δομές.

Για τη μετάβαση του ασθενούς σε άλλη υπηρεσία ΚΟΝ, είναι απαραίτητος ο συντονισμός των υπηρεσιών στο κατάλληλο χρονικό διάστημα, ώστε να εξασφαλιστεί η ομαλή συνέχεια της θεραπείας και φροντίδας, σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ασθενούς και φροντιστών.

Προϋποθέσεις για τα παραπάνω είναι :

1. Η έγκαιρη συνεργασία μεταξύ του υπευθύνου ιατρού ΝΟΣΠΙ και του υπεύθυνου από την ΕΑΦ ή άλλης υπηρεσίας ΚΟΝ, για την ενημέρωση και ανταλλαγή πληροφοριών, για τις απαραίτητες επιμέρους ενέργειες που χρειάζονται για την ομαλή αλλαγή φορέα φροντίδας του ασθενούς.
2. Η κάθε υπηρεσία πρέπει να έχει καθορισμένα έντυπα κριτηρίων εισόδου/αποδοχής του ασθενούς, τα οποία θα συμπληρώνονται και θα περιλαμβάνονται στον φάκελο του ασθενούς.
3. Τον ασθενή συνοδεύει - επιπλέον του εντύπου παραπομπής - το ιστορικό της νοσηλείας του. Όλες οι πληροφορίες που αφορούν τη νοσηλεία του ασθενούς περιέχονται στον ηλεκτρονικό φάκελο αυτού, στον οποίο εξασφαλίζεται η πρόσβαση από κάθε εξουσιοδοτημένο μέλος

ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΝΟΣΠΙ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Για να διακομισθεί ο ασθενής στην κλινική που υπάγεται η υπηρεσία ΝΟΣΠΙ, θα πρέπει να είναι σε σταθερή κατάσταση και να έχει την υποστήριξη των ιατρικών υποειδικοτήτων, σχετικών με τα προβλήματά του. Της διακομιδής προηγείται συνάντηση του Επιστημονικά υπεύθυνου του Κέντρου ΝΟΣΠΙ και της ΔΙΕΟ με τους φροντιστές, στην οποία γίνεται αναλυτική συζήτηση για τις προσδοκίες που πρέπει να έχουν και τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν.

Η πρώτη εισαγωγή μπορεί να διαρκέσει από εβδομάδες μέχρι μήνες, διάστημα



ικανό για την εξοικείωση των φροντιστών με τις ανάγκες του ασθενούς και την εκπαίδευσή τους στην διαχείριση των προβλημάτων του. Στο διάστημα αυτό γίνεται συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς και καταγραφή των προβλημάτων του στον ηλεκτρονικό φάκελο, ο οποίος και θα τον ακολουθήσει στο σπίτι. Εφόσον δημιουργηθούν οι απαραίτητες προϋποθέσεις, ο ασθενής μεταφέρεται στο οικιακό περιβάλλον, με τη συνοδεία ιατρού και του εξειδικευμένου νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ.

Αν πρόκειται για ασθενή με αναπνευστική ανεπάρκεια, στις απαραίτητες προϋποθέσεις περιλαμβάνονται και:

- Σταθερός αεραγωγός
- Σταθερές ανάγκες σε οξυγόνο
- PCO₂ μέσα σε ασφαλή όρια, τα οποία να μπορεί ο φροντιστής να τα διατηρήσει στο σπίτι, με τον εξοπλισμό του αναπνευστήρα.
- Σίτιση επαρκής για την ανάπτυξη του ασθενούς και με οδό που ο φροντιστής, να μπορεί να περιποιείται

Κατά την πρώτη εβδομάδα εγκατάστασης στο σπίτι, προγραμματίζεται καθημερινή επίσκεψη του νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ και εβδομαδιαία του ιατρού, για τον έλεγχο της κατάστασης του ασθενή και την επίλυση τυχόν προβλημάτων, που μπορεί να προκύψουν. Επίσης στο διάστημα αυτό πραγματοποιείται επίσκεψη από την κοινωνική λειτουργό και την ψυχολόγο. Στη συνέχεια οργανώνονται επισκέψεις ανάλογα με τα προβλήματα και τις ανάγκες.

Στις περιπτώσεις που ο τόπος κατοικίας είναι μακριά από το Κέντρο ΝΟΣΠΙ, κατά την πρώτη επίσκεψη στο σπίτι, συμμετέχουν συνεργαζόμενες δομές υγείας όπως και συνεργαζόμενοι με την ΝΟΣΠΙ ιατροί και νοσηλευτές από την περιφέρεια, οι οποίοι αναλαμβάνουν την παρακολούθηση του ασθενούς, σύμφωνα με τα παραπάνω και σε συνεργασία με το Κέντρο ΝΟΣΠΙ. Επίσης ενημερώνεται το τοπικό Νοσηλευτικό ίδρυμα ως συνεργαζόμενη δομή, για την εξυπηρέτηση του πιθανού επείγοντος, εφόσον προκύψει.

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗΣ/ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αναγνώριση της επιδείνωσης του ασθενούς γίνεται είτε από τους φροντιστές, είτε από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κατά την επίσκεψη στο σπίτι. Αν χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο, αυτό γίνεται σε συνεννόηση με τον επιστημονικά υπεύθυνο ιατρό. Εφ' όσον η διακομική έχει τον χαρακτήρα του επείγοντος, εξετάζεται



η δυνατότητα άμεσης εισαγωγής. Σε περίπτωση αδυναμίας άμεσης εισαγωγής, π.χ. επικινδυνότητα λόγω απόστασης ή πληρότητας του Κέντρου ΝΟΣΠΙ, ο ασθενής διακομίζεται προσωρινά σε συνεργαζόμενο με την ΝΟΣΠΙ νοσηλευτικό ίδρυμα και διακομίζεται στο Κέντρο ΝΟΣΠΙ με την πρώτη διαθεσιμότητα.

Κατά το διάστημα της προσωρινής παραμονής του σε άλλη κλινική εκτός του Κέντρου ΝΟΣΠΙ, η αντιμετώπιση γίνεται μετά από ενημέρωση και σε συνεννόηση με τον υπεύθυνο ιατρό ΝΟΣΠΙ.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

Το Κέντρο ΝΟΣΠΙ, συνεργάζεται με περιφερειακά ή όμορα Νοσοκομεία, για την εξυπηρέτηση ασθενών που κατοικούν μακριά ή έχουν επείγουσα ανάγκη. Συνεργάζεται με το σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας και με τοπικούς ιατρούς και νοσηλευτές. Οι ανωτέρω έχουν πρόσβαση στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς και δύναται να χρησιμοποιούν μεθόδους τηλεϊατρικής για την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς. Οι δυνατότητες της τηλεϊατρικής, είναι το απαραίτητο εργαλείο σε αυτές στις περιπτώσεις.

Η οργάνωση κοινών συναντήσεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του Κέντρου ΝΟΣΠΙ, με τα περιφερικά κέντρα, είναι απαραίτητη για την καλύτερη διαχείριση των ασθενών και γίνεται με ευθύνη του επιστημονικά υπευθύνου του Κέντρου ΝΟΣΠΙ, σε ετήσια βάση.

**ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ**

Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός αποτελεί συνήθως αναπόσπαστο τμήμα της νοσηλείας των ασθενών ΝΟΣΠΙ. Λόγω του κόστους των συσκευών αλλά και των αναλωσίμων, οι ασθενείς αυτοί είναι καταγεγραμμένοι στο Εθνικό Μητρώο ΝΟΣΠΙ, ώστε να αναγνωρίζονται από τον ΕΟΠΥΥ και να ικανοποιούνται οι ανάγκες τους. Η κοινωνική λειτουργός ΝΟΣΠΙ σε συνεργασία με την γραμματεία ΝΟΣΠΙ, φροντίζουν για την απλοποίηση των διαδικασιών πιστοποίησης και την έγκαιρη προμήθεια του εξοπλισμού και των αναλωσίμων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το μοντέλο λειτουργίας ΝΟΣΠΙ στηρίζεται στην ύπαρξη Κέντρου ΝΟΣΠΙ, που είναι εγκατεστημένο σε *Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο*, ώστε να μπορεί να υποστηρίζεται από ιατρούς πολλών ειδικοτήτων.

Η συνεχής διαθεσιμότητα του ιατρού και του εξειδικευμένου νοσηλευτή καθώς και η δυνατότητα *άμεσης πρόσβασης στο Κέντρο* ΝΟΣΠΙ όλο το εικοσιτετράωρο και για ολόκληρο τον χρόνο, αποτελούν τον βασικό κορμό λειτουργίας του μοντέλου ΝΟΣΠΙ. Η *επαρκής εκπαίδευση* των φροντιστών για την διαχείριση του ασθενούς στην ολότητά του, η βούλησή τους για την εγκατάστασή του στο οικιακό περιβάλλον και η καταλληλότητα του χώρου διαβίωσης, αποτελούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την ένταξη στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ.

Η συνεργασία του κέντρου αναφοράς με τις τοπικές ιατρονοσηλευτικές μονάδες, αποτελούν αναγκαία και απαραίτητη προϋπόθεση, για την ασφάλεια του ασθενούς κατά την παραμονή του στο σπίτι.

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η καταγραφή των ασθενών στο Εθνικό Μητρώο ΝΟΣΠΙ, γίνεται με βάση τις «κύριες ανάγκες», που τους αναγκάζουν να έχουν παρατεταμένη παραμονή σε Νοσοκομειακό περιβάλλον.



Οι «κύριες ανάγκες» των ασθενών του Μητρώου ΝΟΣΠΙ, εμπίπτουν σε μία από τις παρακάτω κατηγορίες:

1. Ασθενείς με τραχειοστομία
2. Ασθενείς σε μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό
3. Ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής
4. Ασθενείς σε μακροχρόνια οξυγονοθεραπεία .
5. Ασθενείς με γαστροστομία , η σε παρεντερική διατροφή
6. Ασθενείς σε παρατεταμένη ενδοφλέβια αγωγή
7. Ασθενείς που χρειάζονται εντατική φυσικοθεραπεία η κινητική αποκατάσταση.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι κάθε ασθενής με χρόνιο νόσημα, η μόνιμη αναπηρία, δεν εντάσσεται στο Μητρώο ΝΟΣΠΙ, αν δεν συνυπάρχει κάποια από τις παραπάνω ανάγκες, που να τον καθηλώνουν στο Νοσοκομείο για μεγάλο χρονικό διάστημα.

**ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΝΟΣΠΙ****Γενικές προτεινόμενες προϋποθέσεις ασφάλειας (εφαρμόζονται εξατομικευμένα)**

- **Κλινική σταθεροποίηση**
 - Ο ασθενής δεν χρειάζεται συνεχή ενδονοσοκομειακή κλιμάκωση και δεν αναμένεται επιδείνωση.
 - Έχει καθοριστεί σαφές θεραπευτικό πλάνο που μπορεί να εκτελεστεί στο σπίτι.
- **Συναίνεση & κοινό σχέδιο**
 - Ενημερωμένη συγκατάθεση ασθενούς/νόμιμου εκπροσώπου.
 - Συμφωνία στόχων φροντίδας και σαφής ενημέρωση για “πότε καλώ/πότε επιστρέφω”.
- **Φροντιστές**
 - Τουλάχιστον 2 διαθέσιμοι φροντιστές.
 - Επιβεβαιωμένη επάρκεια (πρακτικά, όχι θεωρητικά) για:
 - βασική φροντίδα/κινητοποίηση/σίτιση,
 - περιποίηση τραχειοστομίας, ΚΦΚ, γαστροστομίας, κατακλίσεων
 - χρήση βασικού εξοπλισμού (οξύμετρο, οξυγόνο, συσκευές που έχουν εγκατασταθεί),
 - αναγνώριση επιδείνωσης και εφαρμογή του πλάνου κλιμάκωσης,
 - κλήση βοήθειας/επείγοντος.
- **Καταλληλότητα οικίας**
 - Πρόσβαση στο δωμάτιο, επαρκής χώρος γύρω από την κλίνη.
 - Σταθερή παροχή ρεύματος/νερού, αξιόπιστη επικοινωνία (τηλέφωνο/σήμα).
 - Ασφάλεια οξυγόνου (αν υπάρχει): απουσία πηγών φλόγας/θερμότητας κοντά στον εξοπλισμό, σαφείς οδηγίες.
- **Εξοπλισμός**
 - Διασφάλιση απαραίτητου εξοπλισμού στο σπίτι (κατά περίπτωση).
 - Σχέδιο για βλάβη/διακοπή ρεύματος/εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας.



- **Υπηρεσία ΝΟΣΠΙ**

- ο 24/7 δυνατότητα επικοινωνίας.
- ο Δυνατότητα άμεσης επανεισαγωγής/επιστροφής στην κλινική ΝΟΣΠΙ ή σε εφημερεύον νοσοκομείο
- ο Προγραμματισμένη πρώτη επαφή/επανεκτίμηση μετά την έξοδο.

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ (ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΑ)**A. Παλμικό Οξύμετρο**

Χρήση για:

- Καθημερινό έλεγχο SpO₂
- Έλεγχο σε περίπτωση συμπτωμάτων
- Ανίχνευση αποκορεσμού

Προδιαγραφές:

- Πιστοποιημένη συσκευή (CE/FDA)
- Προτιμητέα με ηχητικό συναγερμό σε υψηλού κινδύνου ασθενείς

B. Πιεσόμετρο

Συνιστάται σε:

- Πνευμονική υπέρταση
- Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια
- Καρδιακή ανεπάρκεια

C. Ζυγαριά

Ιδιαίτερα σημαντική σε OHS:

- Εβδομαδιαία παρακολούθηση βάρους
- Έγκαιρη αναγνώριση κατακράτησης υγρών
- Παρακολούθηση προγράμματος απώλειας βάρους

D. Διαδερμική Καπνογραφία (Επιλεγμένοι Ασθενείς)

Χρήσιμη σε:

- Υποτροπιάζουσα υπερκαπνία
- Συχνές νοσηλείες
- Δυσκολία αναγνώρισης συμπτωμάτων



ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ (ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΑ)

Α. Λίστα Επειγόντων Υλικών

- Ασκός Ambu
- Εφεδρικός σωλήνας αναπνευστήρα
- Εφεδρική μάσκα
- Επιπλέον φίλτρα
- Εφεδρικά καλώδια
- Φακός (για διακοπή ρεύματος)

Β. Εφεδρικό Σύστημα Ρεύματος

- Εσωτερική μπαταρία αναπνευστήρα
- Εξωτερική μπαταρία
- Γεννήτρια (σε πλήρως εξαρτώμενους ασθενείς)
- Δήλωση σε εταιρεία ηλεκτρισμού (όπου προβλέπεται)

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Απαιτείται πιστοποιημένη ικανότητα σε:

- Συναρμολόγηση συσκευής
- Αντιμετώπιση συναγερμών
- Τοποθέτηση μάσκας
- Αναρρόφηση (σε τραχειοστομία)
- Χειροκίνητος αερισμός
- Αναγνώριση σημείων υπερκαπνίας

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Για NIV:

- Συσκευή BiPAP
- Μάσκα + εφεδρική
- Υγραντήρας
- Σωληνώσεις + φίλτρα



- Παλμικό οξύμετρο
- Εφεδρική μπαταρία
- Οξυγόνο (εφόσον απαιτείται)
- Ζυγαριά

Για Επεμβατικό Αερισμό:

- Φορητός αναπνευστήρας
- Εφεδρικός αναπνευστήρας (αν πλήρως εξαρτώμενος)
- Συσκευή αναρρόφησης
- Σετ τραχειοστομίας
- Ambu
- Παλμικό οξύμετρο
- Οξυγόνο
- Σύστημα εφεδρικής παροχής ρεύματος

ΚΟΙΝΑ ΓΕΝΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΜΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ**Εστίαση στην τοπική σταθερότητα και την πρόληψη επιπλοκών πριν την έξοδο****Τραχειοστομία**

- ☐ Ωρίμανση αυλού: Επιβεβαίωση ότι η τραχειοστομία είναι ώριμη χωρίς σημεία τοπικής φλεγμονής ή αιμορραγίας.
- ☐ Τύπος Σωλήνα: Οριστικοποίηση κατάλληλου τύπου και μεγέθους (με/χωρίς cuff, fenestrated) για οικιακή χρήση.
- ☐ Ανοιχτός Αεραγωγός: Διασφάλιση ότι οι εκκρίσεις είναι διαχειρίσιμες σε ποσότητα/ρευστότητα προς αποφυγή εμφράξεων.

Γαστροστομία (PEG/Radiological)



☐ Ανοχή Σίτισης: Επιτυχής ολοκλήρωση πρωτοκόλλου (bolus ή συνεχή) χωρίς παλινδρόμηση ή δυσανεξία για τουλάχιστον 48 ώρες.

☐ Στεγανότητα: Απουσία διαρροής γύρω από το στόμιο και επιβεβαίωση σωστής θέσης καθετήρα.

Κεντρικοί Φλεβικοί Καθετήρες (Port-a-cath / PICC)

☐ Λειτουργικότητα: Επιβεβαίωση βατότητας (backflow/flush) και απουσία σημείων θρόμβωσης ή λοίμωξης.

☐ Πρωτόκολλο ηπαρινισμού: Σταθεροποίηση προγράμματος ηπαρινισμού και καθαρισμού.

Κατακλίσεις και Δερματική Ακεραιότητα

☐ Σταδιοποίηση: Καταγραφή όλων των ελκών, διασφάλιση απουσίας ενεργού σήψης που απαιτεί χειρουργικό καθαρισμό.

☐ Πλάνο Επούλωσης: Οριστικοποίηση υλικών περιποίησης και συχνότητας αλλαγών κατ' οίκον

Ιατρικά Πρωτόκολλα για ενήλικες ασθενείς ΝΟΣΠΙ με ΧΑΠ και ΜΕΜΑ

I. Κριτήρια εξόδου από “κλινική ΝΟΣΠΙ” προς κατ’ οίκον ΝΟΣΠΙ για ΧΑΠ

1.1 Γενικές προϋποθέσεις ασφάλειας

Κλινική σταθεροποίηση

- Ο ασθενής δεν χρειάζεται συνεχή ενδοноσοκομειακή κλιμάκωση και δεν αναμένεται επιδείνωση.
- Έχει καθοριστεί σαφές θεραπευτικό πλάνο που μπορεί να εκτελεστεί στο σπίτι.

• Συναίνεση & κοινό σχέδιο

- Ενημερωμένη συγκατάθεση ασθενούς/νόμιμου εκπροσώπου.
- Συμφωνία στόχων φροντίδας και σαφής ενημέρωση για “πότε καλώ/πότε επιστρέφω”.

• Φροντιστές



- ο Τουλάχιστον 2 διαθέσιμοι φροντιστές.
- ο Επιβεβαιωμένη επάρκεια

• **Καταλληλότητα οικίας**

- ο Πρόσβαση στο δωμάτιο, επαρκής χώρος γύρω από την κλίνη.
- ο Σταθερή παροχή ρεύματος/νερού, αξιόπιστη επικοινωνία (τηλέφωνο/σήμα).
- ο Ασφάλεια οξυγόνου (αν υπάρχει): απουσία πηγών φλόγας/θερμότητας κοντά στον εξοπλισμό, σαφείς οδηγίες.

• **Εξοπλισμός**

- ο Διασφάλιση απαραίτητου εξοπλισμού στο σπίτι (τουλάχιστον οξύμετρο, επιπλέον κατά περίπτωση).
- ο Σχέδιο για βλάβη/διακοπή ρεύματος/εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας.

• **Υπηρεσία ΝΟΣΠΙ**

- ο 24/7 δυνατότητα επικοινωνίας.
- ο Δυνατότητα άμεσης επανεισαγωγής/επιστροφής στην κλινική ΝΟΣΠΙ ή εφημερεύον νοσοκομείο.
- ο Προγραμματισμένη πρώτη επαφή/επανεκτίμηση μετά την έξοδο.

1.2 Ιατρικά κριτήρια εξόδου

Ισχύουν για όλους τους ασθενείς με ΧΑΠ. Αν ο ασθενής εξέρχεται με κατ' οίκον ΜΕΜΑ, εφαρμόζεται επιπλέον το 1.3.

1.2.1 Αιμοδυναμική & γενική κλινική σταθερότητα

- Αιμοδυναμικά σταθερός/ή, χωρίς ανάγκη ενδοφλέβιας υποστήριξης.
- Απύρετος/η ή σαφής πτωτική πορεία (και χωρίς κλινικά σημεία σήψης).
- Νοητική κατάσταση: προσανατολισμός/συνεργασία επαρκής, χωρίς νέα σύγχυση/λήθαργο.
- Διατροφή/ενυδάτωση: δυνατότητα λήψης από στόμα ή σαφές ασφαλές πλάνο (και χωρίς ανεξέλεγκτους εμέτους).



- Συννοσηρότητες (ΚΑ, ΣΔ, κ.λπ.) σε αποδεκτό έλεγχο χωρίς ανάγκη νοσοκομειακής ρύθμισης.

1.2.2 Αναπνευστική σταθερότητα (κλινική)

- Δύσπνοια βελτιωμένη σε σχέση με την εισαγωγή και όχι προοδευτικά επιδεινούμενη το τελευταίο 24ωρο.
- Αντοχή σε στοιχειώδη δραστηριότητα εντός σπιτιού (με την αναμενόμενη βοήθεια).
- Ανάγκη βρογχοδιασταλτικών σε ελεγχόμενη συχνότητα (όχι συνεχής ανάγκη νοσοκομειακού τύπου).
- Πτύελα/βήχας: σταθερά ή βελτιούμενα. Αν υπάρχει λοίμωξη, να υπάρχει σαφές πλάνο.

1.2.3 Οξυγόνωση

- Έχει καθοριστεί εξατομικευμένος στόχος SpO_2 .
- SpO_2 εντός του προκαθορισμένου εύρους-στόχου σε ηρεμία με αμετάβλητη ροή/συσκευή O_2 (όπου απαιτείται) για ≥ 24 ώρες πριν την έξοδο (≥ 48 ώρες σε LTOT/βαριά ΧΑΠ, κατά την κρίση της ομάδας)
- Δεν υπάρχουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια αποκορεσμού που απαιτούν κλιμάκωση φροντίδας.

1.2.4 Αέρια αίματος

- Αν ο ασθενής είχε οξεία υπερκαπνική οξέωση:
 - $pH \geq 7.35$ (ή στη γνωστή χρόνια βάση του) και χωρίς τάση επιδείνωσης,
 - κλινικά χωρίς σημεία υπερκαπνίας (υπνηλία, κεφαλαλγία πρωινή, σύγχυση).

1.2.5 Θεραπευτικό πλάνο εξόδου

- Εισπνεόμενη αγωγή βελτιστοποιημένη (maintenance + reliever) και καταγεγραμμένη με δοσολογία.
- Συστηματικά κορτικοειδή (αν δόθηκαν): καθορισμένη διάρκεια/σχήμα διακοπής.
- Αντιβίωση (αν ενδείκνυται): επιλογή/διάρκεια/ημερομηνία επανεκτίμησης.
- Έχει καθοριστεί σαφές πλάνο σε περίπτωση επιδείνωσης: τι κάνουμε σε πρώιμη επιδείνωση (π.χ. αύξηση reliever, επικοινωνία, κλπ).

1.2.6 Αποκλεισμός νοσημάτων που μιμούνται παρόξυνση ΧΑΠ



- Πριν την έξοδο, χαμηλή πιθανότητα ή επαρκής διερεύνηση για αποκλεισμό των παρακάτω:
 - ο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο,
 - ο πνευμονική εμβολή,
 - ο πνευμονία/σήψη που απαιτεί νοσοκομειακή παραμονή,
 - ο σημαντική αιμόπτυση ή άλλη επιπλοκή που αυξάνει το επίπεδο της αναγκαίας φροντίδας

1.2.7 Τελική δοκιμή ασφάλειας πριν την έξοδο

- Ο ασθενής έχει περάσει 12–24 ώρες με το τελικό πλάνο (ίδια αγωγή/ίδιο O_2 /ίδιο επίπεδο υποστήριξης) χωρίς ανάγκη κλιμάκωσης συμπεριλαμβανομένης αλλαγής της ροής/συσκευής O_2 .

1.3 Για ασθενείς που εξέρχονται με κατ' οίκον MEMA

1.3.1 Κριτήρια εξόδου ειδικά για MEMA (πέραν του 1.2)

- **ABGs**
 - ο **pH σταθερό χωρίς οξέωση** (συνήθως ≥ 7.35) για ≥ 12 -24 ώρες με το τελικό σχήμα $MEMA \pm O_2$.
 - ο **$PaCO_2$** : σταθερό ή βελτιούμενο σε σχέση με την απορρύθμιση (όχι αυξητική τάση).
 - ο **Κλινική απουσία υπερκαπνίας**: δεν υπάρχει νέα υπνηλία/σύγχυση, πρωινή κεφαλαλγία, τρόμος.
 - ο Αν δεν υπάρχουν πρόσφατα ABGs: να υπάρχει **εναλλακτική τεκμηρίωση** (π.χ. καпноγραφία/TC CO_2 όπου υπάρχει)
- **Σταθερό set-up MEMA**
 - ο Έχουν οριστικοποιηθεί Mode (S/S-T), IPAP/EPAP, backup rate (αν S/T), Ti/ramp/trigger/cycle αν χρειάζεται.
 - ο Σταθερές ρυθμίσεις ≥ 24 ώρες χωρίς ανάγκη επαναλαμβανόμενων αλλαγών λόγω αποτυχίας/μη ανοχής.
 - ο Υπάρχει κλινική αποτελεσματικότητα: μείωση δύσπνοιας και έργου αναπνοής, καλύτερη εγρήγορση, σταθερή οξυγόνωση χωρίς υπερβολική χορήγηση οξυγόνου.



- **Ανοχή**
 - Ο ασθενής **ανέχεται** τη μάσκα (πανικός, κλειστοφοβία ελεγχόμενα), μπορεί να την κρατήσει τον απαιτούμενο χρόνο.
 - Δεν απαιτείται συνεχής καταστολή/παρεμβάσεις για να ανεχτεί τον ΜΕΜΑ.
- **Μάσκα/διαρροές**
 - Έχει επιλεγεί **τύπος μάσκας** (ρινική/ρινοστοματική/full-face) κατάλληλος για τον ασθενή.
 - Οι **διαρροές** είναι σε αποδεκτά επίπεδα (δεν μειώνουν τον αερισμό/δεν ενεργοποιούν συνεχώς τα alarms) και έχουν γίνει οι απαραίτητες διορθώσεις για την σωστή εφαρμογή της μάσκας στο πρόσωπο του ασθενή.
 - Δεν υπάρχουν ή είναι ελεγχόμενες οι **βλάβες πίεσης** με πλάνο πρόληψης/εναλλαγής μάσκας.
 - Υπάρχει πλάνο για **ξηρότητα/ρινίτιδα/επιπεφυκίτιδα** από διαρροές (humidification, ρυθμίσεις, αλλαγή μάσκας).
- **Συμπληρωματικό οξυγόνο στο ΜΕΜΑ**
 - Ρητή οδηγία για συμπληρωματικό οξυγόνο, με συγκεκριμένη ροή.
 - Στόχος SpO_2 : 88-92% (εκτός αν έχει οριστεί διαφορετικό εξατομικευμένο εύρος-στόχου)
 - Ορισμός “ανώτατου ορίου” O_2 που αν ξεπεραστεί απαιτεί άμεση επικοινωνία/επανεκτίμηση (για αποφυγή επιδείνωσης υπερκαπνίας).
- **Εκκρίσεις/εισρόφηση**
 - Ο ασθενής έχει **επαρκή ικανότητα απόχρεμψης** ή υπάρχει τεκμηριωμένο πλάνο υποστήριξης (φυσικοθεραπεία, τεχνικές, συσκευή υποβοήθησης βήχα).
 - Δεν υπάρχει **υψηλός κίνδυνος εισρόφησης** που να καθιστά τον ΜΕΜΑ στο σπίτι επικίνδυνο.
 - Αν χρειάζεται αναρρόφηση: να είναι **ρεαλιστικά διαθέσιμη** και να μην απαιτεί συχνότητα/εξειδίκευση που ξεπερνά τις δυνατότητες κατ' οίκον πλαισίου.



- **Ελάχιστος “στόχος χρήσης” και ρεαλιστικό πρόγραμμα**
 - Έχει οριστεί πόσες ώρες MEMA απαιτούνται και είναι εφικτό για τον ασθενή.
 - Έχει οριστεί τι θα κάνει επί μη ανοχής (π.χ. αλλαγή μάσκας, ρύθμιση ramp, humidification, τηλε-επανεκτίμηση, χαμηλό κατώφλι επιστροφής).
- **Ιατρικός έλεγχος συννοσηροτήτων που μπορεί να οδηγήσουν σε αποτυχία MEMA**
 - Παχυσαρκία/υποψία OSA/OHS
 - Καρδιακή κατάσταση/αρρυθμίες σταθερές
 - Άγχος/πανικός: διαχειρίσιμος (δεν αφαιρεί συνεχώς τη μάσκα, δεν αντιστέκεται έντονα στον αερισμό, δεν έχει έντονη ταχύπνοια λόγω πανικού, δεν αποσυγχρονίζεται σοβαρά με τον αναπνευστήρα, δεν χρειάζεται άμεση διακοπή MEMA λόγω μη ανοχής).
 - Φαρμακευτικά: αποφυγή κατασταλτικών (οπιοειδή, βενζοδιαζεπίνες) χωρίς σαφή ένδειξη και πλάνο παρακολούθησης.
- **Follow-up**
 - Πρώτη ιατρική επανεκτίμηση εντός 24-72 ωρών.
 - Προγραμματισμός επανελέγχου ABGs σε 48-72 ώρες εάν είναι οριακός ή νωρίτερα εάν υπάρχουν συμπτώματα.

1.3.2 MEMA “Red flags” (όχι έξοδος)

- Υποτροπιάζουσα/εμμένουσα οξέωση ή κλινική επιδείνωση υπερκαπνίας.
- Νέα/επιδεινούμενη υπνηλία ή σύγχυση.
- Αδυναμία εφαρμογής MEMA (μη ανοχή, ανεξέλεγκτες διαρροές, σοβαρές δερματικές βλάβες).
- Ανάγκη υπερβολικού O₂ για να επιτευχθεί στόχος οξυγόνωσης.
- Αδυναμία διαχείρισης εκκρίσεων/αυξημένος κίνδυνος εισρόφησης χωρίς ασφαλές πλάνο.

**Checklist Ιατρού****Έξοδος από κλινική ΝΟΣΠΙ προς κατ' οίκον ΝΟΣΠΙ (ΧΑΠ)****Στοιχεία ασθενούς**

- Ονοματεπώνυμο: _____ ΑΜΚΑ: _____
- Ημ/νία: ____/____ Ώρα: ____:____
- Διάγνωση: ☐ ΧΑΠ ☐ Παρόξυνση ΧΑΠ ☐ Χρόνια αναπν. ανεπάρκεια ☐ LTOT
☐ ΜΕΜΑ

1) Κλινική σταθερότητα (≥24h)

- ☐ Αιμοδυναμικά σταθερός/ή (χωρίς αγγειοδραστικά, χωρίς ασταθή αρρυθμία)
 - ΑΠ: ____ / ____ HR: ____/min
- ☐ Απύρετος/η ή σαφής ύφεση πυρετού
 - Θ: ____ °C
- ☐ Συνείδηση/συνεργασία επαρκής, χωρίς νέα σύγχυση/λήθαργο
- ☐ Από στόμα λήψη υγρών/φαρμάκων εφικτή ή σαφές ασφαλές πλάνο

Σχόλια/παρατηρήσεις: _____**2) Αναπνευστική σταθερότητα**

- ☐ Δύσπνοια βελτιωμένη σε σχέση με εισαγωγή και **όχι** προοδευτικά επιδεινούμενη (τελευταίο 24ωρο)
- ☐ Ανοχή ήπιας κινητοποίησης εντός σπιτιού (με την αναμενόμενη βοήθεια)
- ☐ Ανάγκη SABA/SAMA "reliever" **ελεγχόμενη** (όχι συνεχείς νεφελοποιήσεις/κλιμάκωση)
- ☐ Πτύελα/βήχας σταθερά ή βελτιούμενα (αν πυώδη: υπάρχει πλάνο)

mMRC/Δύσπνοια (0–10): ____ Χρήση reliever/24h: ____ φορές

3) Οξυγόνωση (στόχος SpO₂ και σταθερές ανάγκες O₂)

- ☐ Έχει οριστεί **στόχος SpO₂**: ____% έως ____%
 - ☐ CO₂ retainer / υψηλός κίνδυνος υπερκαπνίας (στόχος όπως έχει οριστεί στο εύρος-στόχου, συνήθως 88–92%)
- ☐ Επιτυγχάνει στόχο σε ηρεμία με σταθερή συσκευή/ροή για ≥24h



- ☐ Δεν υπάρχουν επεισόδια σημαντικού αποκορεσμού που να απαιτούν κλιμάκωση

Τελική O₂ συνταγογράφηση

- Συσκευή: ☐ ρινική κάνουλα ☐ μάσκα ☐ άλλο: _____
- Ροή/ρύθμιση: ____ L/min (ή ____ %)
- Χρήση: ☐ συνεχώς ☐ κατά την κόπωση ☐ κατά τον ύπνο
- **Επιτρεπτό εύρος προσαρμογής στο σπίτι (αν δίνεται):** ____ έως ____ L/min

4) Υπερκαπνία / Αέρια αίματος (όπου ενδείκνυται)

- ☐ Δεν υπάρχουν κλινικά σημεία υπερκαπνίας (υπνηλία/σύγχυση/πρωινή κεφαλαλγία)
- ☐ pH χωρίς οξέωση και σταθερό για 12-24 ώρες με το τελικό πλάνο οξυγόνωσης/αερισμού
- ☐ PaCO₂ σταθερό/βελτιούμενο (όχι αυξητική τάση)
- ☐ ABGs: Ημ/νία ____/____ ώρα ____
 - pH ____ PaCO₂ ____ mmHg PaO₂ ____ mmHg HCO₃⁻ ____

Σχόλια: _____

5) MEMA

- ☐ Δεν απαιτείται MEMA πλέον ή υπάρχει ασφαλές πλάνο κατ' οίκον MEMA

Αν απαιτείται MEMA:

- ☐ Έχουν οριστικοποιηθεί mode/ρυθμίσεις
- ☐ Σταθερές ρυθμίσεις για ≥24h χωρίς ανάγκη συχνών αλλαγών
- ☐ Κλινική ανταπόκριση/αποτελεσματικότητα (μείωση έργου αναπνοής/σταθεροποίηση CO₂)

Οξυγόνο με MEMA

- ☐ Έχει οριστεί στόχος SpO₂ (εύρος): % – %
- ☐ Έχει οριστεί τρόπος/ροή O₂ με MEMA (bleed-in ή άλλο) και είναι σταθερός/ασφαλής. Bleed-in ____ L/min (ή άλλη μέθοδος: _____)



- ☐ Έχει οριστεί **μέγιστη επιτρεπτή ροή O₂** πριν απαιτηθεί επικοινωνία/επανεκτίμηση. Max ____ L/min πριν επικοινωνία/επανεκτίμηση

Εκκρίσεις / εισρόφηση

- ☐ Ικανότητα απόχρεμψης επαρκής ή υπάρχει τεκμηριωμένο πλάνο υποστήριξης
- ☐ Δεν απαιτούνται παρεμβάσεις/αναρροφήσεις σε συχνότητα που υπερβαίνει το κατ' οίκον πλαίσιο

Συννοσηρότητες/παράγοντες που επηρεάζουν ΜΕΜΑ

- ☐ Καρδιακή κατάσταση/αρρυθμίες σταθερές
- ☐ Άγχος/πανικός/κλειστοφοβία διαχειρίσιμα (δεν επηρεάζουν την εφαρμογή ΜΕΜΑ)
- ☐ Έλεγχος για φαρμακευτικό παράγοντα που αυξάνει επικίνδυνα τον κίνδυνο υποαερισμού

Ελάχιστος στόχος χρήσης και ρεαλιστικό πρόγραμμα

- ☐ Ορίστηκε ελάχιστη χρήση ΜΕΜΑ και είναι εφικτή
 - Στόχος: ____ ώρες/νύχτα
- ☐ Υπάρχει σαφές πλάνο επί μη ανοχής (μάσκα/ρυθμίσεις/επανεκτίμηση/επιστροφή)

6) Θεραπευτικό πλάνο εξόδου

- ☐ Maintenance εισπνεόμενα: _____
- ☐ Reliever: _____
- ☐ Συστηματικά κορτικοειδή: ☐ όχι ☐ ναι → φάρμακο/δόση: _____
 - **Ημερομηνία διακοπής:** ____/____
- ☐ Αντιβίωση: ☐ όχι ☐ ναι → φάρμακο/δόση: _____
 - **Ημερομηνία διακοπής:** ____/____
 - **Επανεκτίμηση σε:** ____/____ (48–72h)
- ☐ “Action plan” επιδείνωσης έχει δοθεί

**Επί ανάγκης ΜΕΜΑ**

- ☐ Προγραμματισμένη ιατρική επαφή εντός ____ ωρών (ιδανικά 24-72h)
- ☐ Προγραμματισμένος έλεγχος ABGs σε ____ (π.χ. 48-72h αν οριακός)
- ☐ Έχουν οριστεί σαφή κριτήρια επιστροφής ειδικά για ΜΕΜΑ
 - **Επικοινωνία άμεσα/επιστροφή αν:**
- $SpO_2 < \% \text{ για } >$ λεπτά παρά τις επιτρεπτές κινήσεις
- Απαιτείται $O_2 > \text{ ____ L/min}$ για να πιάσει στόχο
- Νέα/επιδεινούμενη υπνηλία, σύγχυση, πρωινή κεφαλαλγία
- Αδυναμία εφαρμογής ΜΕΜΑ / μη ανοχή / συνεχή ενεργοποίηση alarm / σοβαρές διαρροές
- Σημαντική επιδείνωση δύσπνοιας σε ηρεμία ή σημεία εξάντλησης
- Σημαντική αιμόπτυση/θωρακικό άλγος/συγκοπή

7) Αποκλεισμός/χαμηλή πιθανότητα εναλλακτικών διαγνώσεων

- ☐ Δεν υπάρχουν ενεργά στοιχεία για ACS/ασταθή καρδιακή νόσο
- ☐ Δεν υπάρχουν στοιχεία/κλινική υποψία ΠΕ που απαιτεί νοσοκομειακή διερεύνηση ή έχει γίνει επαρκής διερεύνηση
- ☐ Πνευμονία/σήψη που απαιτεί ενδονοσοκομειακή θεραπεία: ☐ αποκλείστηκε ☐ αντιμετωπίζεται ασφαλώς στο σπίτι
- ☐ Σημαντική αιμόπτυση: ☐ όχι ☐ ναι (αν ναι, όχι έξοδος)

8) Τελική δοκιμή ασφάλειας πριν την έξοδο

- ☐ Τελευταίες 12–24h με **τελικό πλάνο** (ίδιο O_2 /ίδια αγωγή/ίδιο επίπεδο υποστήριξης) **χωρίς κλιμάκωση**
- ☐ Σαφείς ιατρικές οδηγίες: στόχος SpO_2 , O_2 , ΜΕΜΑ, φάρμακα, ημερομηνίες διακοπής, κλιμάκωση



Κριτήρια άμεσης επικοινωνίας ή επιστροφής (να σημειωθούν στο εξιτήριο)

- **Κλήση ΝΟΣΠΙ άμεσα αν:**
 - ο ☐ SpO_2 κάτω από % για > λεπτά
 - ο ☐ Αύξηση O_2 πάνω από ____ L/min για να πιάσει στόχο
 - ο ☐ Νέα/επιδεινούμενη δύσπνοια σε ηρεμία
 - ο ☐ Πυρετός/ρίγος/σημεία λοίμωξης
 - ο ☐ Αδυναμία χρήσης ΜΕΜΑ ή νέα υπνηλία/σύγχυση
- **Κλήση 112/166 άμεσα αν:**
 - ο ☐ βαριά δύσπνοια/κυάνωση/αδυναμία ομιλίας
 - ο ☐ σύγχυση/λήθαργος/λιποθυμία
 - ο ☐ θωρακικό άλγος, σοβαρή αιμόπτυση
 - ο ☐ οποιαδήποτε άλλη επείγουσα κατάσταση

Ιατρός (ονοματεπώνυμο/υπογραφή): _____

Ημερομηνία/Ωρα εξόδου: ____ / ____ :

II. Πρωτόκολλο Ιατρού ΝΟΣΠΙ - Παρακολούθηση στο σπίτι μετά την έξοδο από κλινική ΝΟΣΠΙ (ΧΑΠ)

Σκοπός

- Έγκαιρη ανίχνευση επιδείνωσης μετά την έξοδο από κλινική ΝΟΣΠΙ.
- Πρόληψη υπερ/υπο-οξυγόνωσης (ιδίως σε CO_2 retainers).
- Τυποποιημένη λήψη ιατρικών αποφάσεων: αποκλιμάκωση / συντήρηση / κλιμάκωση / επιστροφή στην κλινική ΝΟΣΠΙ.

1) Προϋπόθεση έναρξης κατ' οίκον παρακολούθησης

- Ο ασθενής έχει λάβει επίσημη έξοδο από κλινική ΝΟΣΠΙ με:
 - ο γραπτό στόχο εύρους SpO_2 ,
 - ο φαρμακευτική αγωγή με συγκεκριμένες ημερομηνίες διακοπής,
 - ο σαφές γραπτό πλάνο δράσης (πότε καλεί ΝΟΣΠΙ, πότε 112/166, πότε επιστρέφει στην κλινική ΝΟΣΠΙ).



2) Κατηγοριοποίηση επιπέδου παρακολούθησης (γίνεται την ημέρα εξόδου ή εντός 24h)

Αξιολόγηση βάσει του τελευταίου 24ώρου πριν την έξοδο από κλινική ΝΟΣΠΙ

2.1 Τυπική παρακολούθηση

Όταν πληρούνται όλα τα παρακάτω:

- Δεν εξέρχεται με MEMA
- SpO_2 εντός εύρους-στόχου με αμετάβλητη ροή/συσκευή O_2 το τελευταίο 24ωρο
- Καμία ανάγκη θεραπευτικής κλιμάκωσης (π.χ. extra νεφελοποιήσεις/έναρξη-αλλαγή αντιβιοτικών, κορτικοστεροειδών κλπ) το τελευταίο 24ωρο
- Δεν υπάρχουν σημεία υπερκαπνίας/υποαερισμού

2.2 Αυξημένη παρακολούθηση

Με οποιοδήποτε από τα παρακάτω:

- Εξέρχεται με κατ' οίκον MEMA
- LTOT: η τελική ρύθμιση O_2 (ροή/συσκευή) οριστικοποιήθηκε πρόσφατα (εντός 48 ωρών), παρότι παρέμεινε σταθερός/εντός εύρους-στόχου για το απαιτούμενο διάστημα πριν την έξοδο.
- Πρόσφατη υπερκαπνική απορρύθμιση ή σαφής κίνδυνος κατακράτησης CO_2
- ≥ 2 παροξύνσεις ή ≥ 1 νοσηλεία τελευταίο 12μηνο (πλην της τρέχουσας)
- Σοβαρές καρδιακές συννοσηρότητες/αρρυθμίες ή ευπάθεια
- Χαμηλή λειτουργικότητα/οριακή σίτιση-κινητικότητα κατά την έξοδο

Σημείωση: Ασθενής με ανάγκη τροποποίησης ροής/συσκευής O_2 για επίτευξη στόχου κατά το τελευταίο 24ωρο ΔΕΝ πληροί κριτήρια εξόδου από κλινική ΝΟΣΠΙ

Κανόνας ασφάλειας: Σε περίπτωση αμφιβολίας, ο ασθενής εντάσσεται αρχικά σε αυξημένη παρακολούθηση και γίνεται σταδιακή μείωση της συχνότητας μόνο όταν τεκμηριωθεί σταθερή κλινική πορεία και ασφάλεια.



3) Συχνότητα ιατρικής παρακολούθησης

3.1 Πρώτη επαφή (για όλους)

- Εντός 24-72 ωρών από την έξοδο (κατά προτίμηση 24-48h αν ανήκει στην ομάδα αυξημένης παρακολούθησης).

3.2 Πρόγραμμα επαφών (πρότυπο 30 ημερών)

Αυξημένη παρακολούθηση

- Ημέρες 1-3: καθημερινά
- Ημέρες 4-7: κάθε 24-48h
- Ημέρες 8-14: 2-3 φορές/εβδομάδα
- Ημέρες 15-30: εβδομαδιαία (ή συχνότερα αν παραμένει οριακός)

Τυπική παρακολούθηση

- Ημέρες 1-7: κάθε 48h (τουλάχιστον 2 επαφές την 1^η εβδομάδα)
- Ημέρες 8-14: εβδομαδιαία
- Ημέρες 15-30: ανά 10-14 ημέρες ή εβδομαδιαία αν υπάρχουν αποκλίσεις/συννοσηρότητες

3.3 Κριτήρια μείωσης συχνότητας παρακολούθησης

- SpO₂ εντός στόχου σταθερά ≥ 72 h
- Καμία αύξηση O₂ ≥ 72 h
- Προοδευτική βελτίωση δύσπνοιας και μειούμενη ανάγκη χρήσης reliever σε σχέση με την ημέρα εξόδου, με τάση προσέγγισης της baseline κατάστασης
- Χωρίς πυρετό/πυώδη πτύελα
- Χωρίς σημεία υπερκαπνίας
- Σε MEMA: αποδεκτή χρήση/ανοχή και κλινική σταθερότητα

4) Τι ελέγχει ο ιατρός σε ΚΑΘΕ επαφή

4.1 Συμπτώματα (σε σχέση με baseline/εξιτήριο)

- Δύσπνοια: ηρεμία/ομιλία/ελάχιστη κόπωση (καλύτερα–ίδια–χειρότερα)
- Reliever χρήση/24h (αύξηση από baseline;)
- Βήχας/πτύελα: ποσότητα, πυώδη, αιμόφυρτα
- Πυρετός/ρίγος, θωρακικό άλγος, συγκοπή/ζάλη



4.2 Οξυγόνωση

- SpO₂ σε ηρεμία και αν είναι εντός του προκαθορισμένου εύρους-στόχου
- O₂: ροή/συσκευή/ώρες χρήσης
- Επεισόδια αποκορεσμού από τελευταία επαφή
- Αν ο ασθενής είναι CO₂ retainer: επιβεβαίωση ότι η οξυγονοθεραπεία στοχεύει αυστηρά στο προκαθορισμένο εύρος-στόχου (αποφυγή υπεροξυγόνωσης)

4.3 Σημεία υπερκαπνίας/υποαερισμού (ιδίως σε LTOT/MEMA)

- Υπνηλία, σύγχυση, πρωινή κεφαλαλγία, αλλαγή συμπεριφοράς
- “Χειρότερος ύπνος”, έντονη κόπωση

4.4 Φάρμακα/ασφάλεια

- Συμμόρφωση maintenance/reliever
- Παρενέργειες (στεροειδή/αντιβίωση)
- Τήρηση ημερομηνιών διακοπής φαρμάκων
- Επιβεβαίωση ότι εφαρμόζεται σωστά το πλάνο δράσης

4.5 Λειτουργικότητα/γενική πορεία

- Καθημερινές δραστηριότητες (τουαλέτα/σίτιση/λίγα βήματα)
- Πτώσεις/ζάλη
- Βάρος/οίδημα (αν υπάρχουν καρδιακές συννοσηρότητες)

5) Επιπρόσθετα μόνο για όσους εξέρχονται με MEMA

Σε κάθε επαφή:

- Ώρες χρήσης MEMA/24h (στόχος vs πραγματικό)
- Λόγος μη συμμόρφωσης: ανοχή/διαρροές/alarms/πόνος/δερματικές βλάβες
- O₂ με MEMA (bleed-in) και SpO₂ κατά τη χρήση
- Επί συμπτωμάτων υποαερισμού, έλεγχος CO₂
- Σε περίπτωση ανεπαρκούς ή μη αναμενόμενης κλινικής ανταπόκρισης στον κατ' οίκον MEMA:
 - επανεκτίμηση και επανατιτλοποίηση των ρυθμίσεων
 - διερεύνηση συνυπάρχουσας αποφρακτικής υπνικής άπνοιας (overlap syndrome ΧΑΠ-OSA)

**6) Πότε ο ιατρός κάνει εξετάσεις στο σπίτι ή στο νοσοκομείο (όπου είναι εφικτό)****6.1 Έλεγχος CO₂ (ABGs ή καпноγραφία/TC CO₂ αν διαθέσιμο)**

Γίνεται όταν υπάρχει οποιοδήποτε από τα παρακάτω:

- SpO₂ εκτός στόχου με ανάγκη αύξησης O₂
- νέα υπνηλία/σύγχυση/πρωινή κεφαλαλγία
- ΜΕΜΑ: μείωση ωρών χρήσης ή υποψία αποτυχίας
- ανεξήγητη κλινική επιδείνωση

6.2 ΗΚΓ

- Θωρακικό άλγος, συγκοπή, αίσθημα παλμών, εμμένουσα ταχυκαρδία, υποψία αρρυθμίας/ΚΑ

6.3 Εργαστηριακά (στοχευμένα)

- Γενική αίματος/CRP επί υποψίας λοίμωξης ή αποτυχίας ανταπόκρισης σε 48-72h μετά την έναρξη/τροποποίηση της αγωγής (π.χ. αντιβιοτικού/κορτικοστεροειδών/εντατικοποίησης βρογχοδιασταλτικών)
- Ουρία/κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες, γλυκόζη επί λήψης στεροειδών, διουρητικών, αφυδάτωσης ή λουπής κλινικής ένδειξης

6.4 Απεικόνιση/παραπομπή

- Ακτινογραφία/νοσοκομειακή αξιολόγηση σε υποψία πνευμονίας, πνευμοθώρακα, ΠΕ, ACS

7) Κλιμάκωση και επανεκτίμηση**7.1 Κλιμάκωση**

Οποιοδήποτε:

- SpO₂ εκτός στόχου επαναλαμβανόμενα
- Αύξηση O₂ για να επιτευχθεί ο στόχος
- Επιδείνωση δύσπνοιας και αυξημένη χρήση reliever
- Πυώδη πτύελα ± πυρετός/καταβολή
- Νέα σημεία υπερκαπνίας
- ΜΕΜΑ: κακή ανοχή/μείωση ωρών χρήσης/πολλές διαρροές

Ενέργειες ιατρού (επιλογές):

- αύξηση συχνότητας επαφών (επιστροφή σε αυξημένη παρακολούθηση)
- CO₂ έλεγχος ± εργαστηριακά



- τροποποίηση αγωγής με υποχρεωτική επανεκτίμηση σε 48-72h
- σε επιδείνωση σχετιζόμενη με εκκρίσεις: ενεργοποίηση αναπνευστικής φυσικοθεραπείας/κάθαρσης εκκρίσεων κατ' οίκον

7.2 Άμεση επιστροφή/επείγουσα παραπομπή (ίδια μέρα)

- βαριά δύσπνοια σε ηρεμία/εξάντληση/κυάνωση
- σύγχυση/λήθαργος/συγκοπή
- θωρακικό άλγος ύποπτο για ACS, σοβαρή αρρυθμία
- σημαντική αιμόπτυση
- αποτυχία επίτευξης στόχου SpO₂ παρά τις προβλεπόμενες παρεμβάσεις ή ανάγκη O₂ πέρα από τα συμφωνημένα όρια
- ισχυρή υποψία υπερκαπνικής επιδείνωσης/οξέωσης

8) Τεκμηρίωση ιατρού (σε κάθε επαφή)

Υποχρεωτικά πεδία:

- SpO₂, target range, O₂ (ροή/συσκευή/ώρες)
- συμπτώματα, reliever/24h, πτύελα, πυρετός
- σημεία υπερκαπνίας
- αλλαγές αγωγής και ημερομηνίες διακοπής
- απόφαση: κλιμάκωση, συντήρηση, αποκλιμάκωση, επιστροφή
- ορισμός επόμενης επαφής και καταγραφή εξατομικευμένων κριτηρίων για άμεση επικοινωνία/κλιμάκωση



CHECKLIST ΙΑΤΡΟΥ ΝΟΣΠΙ - Παρακολούθηση στο σπίτι μετά την έξοδο από κλινική ΝΟΣΠΙ (ΧΑΠ)

Ασθενής: _____ Ημ/νία Ώρα: ____/____ Ώρα: ____:____

Ημέρα παρακολούθησης: ☐ 1-3 ☐ 4-7 ☐ 8-14 ☐ 15-30 ☐ >30

Τύπος επαφής: ☐ Τηλ/Tele ☐ Επίσκεψη κατ' οίκον

Κατηγορία: ☐ Τυπική παρακολούθηση ☐ Αυξημένη παρακολούθηση

Εύρος στόχου SpO₂: ____% - ____% CO₂ retainer: ☐ Ναι ☐ Όχι

O₂ στο σπίτι: ☐ Όχι ☐ Ναι (συσκευή: _____ ροή: ____ L/min)

Baseline O₂ (πριν την παρόξυνση): ____ L/min / συσκευή ____

O₂ κατά την έξοδο από κλινική ΝΟΣΠΙ: ____ L/min / συσκευή ____

Κατ' οίκον ΜΕΜΑ: ☐ Ναι ☐ Όχι

1) Έλεγχος προϋποθέσεων (μόνο στην 1η επαφή)

- ☐ Υπάρχει γραπτός στόχος εύρους SpO₂
- ☐ Φαρμακευτική αγωγή με ημερομηνίες διακοπής (όπου υπάρχουν)
- ☐ Σαφές γραπτό action plan (καλεί ΝΟΣΠΙ / 112-166 / επιστροφή κλινική ΝΟΣΠΙ)

2) Ταχεία διαλογή επείγοντος (αν οποιοδήποτε = ΝΑΙ → μετάβαση στο απόφαση)

- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Βαριά δύσπνοια σε ηρεμία/εξάντληση/κυάνωση
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Σύγχυση/λήθαργος/συγκοπή
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Θωρακικό άλγος ύποπτο για ACS ή σοβαρή αρρυθμία
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Σημαντική αιμόπτυση
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Ισχυρή υποψία υπερκαπνικής επιδείνωσης/οξέωσης
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Αποτυχία επίτευξης στόχου SpO₂ παρά τις προβλεπόμενες παρεμβάσεις ή ανάγκη O₂ πέρα από τα συμφωνημένα όρια

Απόφαση: ☐ Κλήση 112/166 ☐ Άμεση επιστροφή/επείγουσα παραπομπή ☐ Άλλο:

**3) Ελάχιστο απαιτούμενο σύνολο στοιχείων (καταγραφής)****3.1 Συμπτώματα**

- Δύσπνοια (σε σχέση με baseline/εξιτήριο): ☐ καλύτερη ☐ ίδια ☐ χειρότερη
- Reliever χρήση/24h: ____ (↑ από baseline: ☐ Ναι ☐ Όχι)
- Πτύελα: ☐ λιγότερα ☐ ίδια ☐ περισσότερα ☐ πυώδη ☐ αιμόφυρτα
- Πυρετός/ρίγος: ☐ Ναι ☐ Όχι Θ: ____ °C
- Θωρακικό άλγος: ☐ Ναι ☐ Όχι Ζάλη/συγκοπτικό επεισόδιο: ☐ Ναι ☐ Όχι

3.2 Οξυγόνωση

- SpO₂ σε ηρεμία: ____% Εντός εύρους-στόχου: ☐ Ναι ☐ Όχι
- O₂: ☐ Όχι ☐ Ναι → συσκευή: _____ ροή: ____ L/min ώρες/ημέρα: ____
- Επεισόδια αποκορεσμού από την τελευταία επαφή: ☐ Όχι ☐ Ναι (περιγραφή): _____
- Σε CO₂ retainer: το οξυγόνο είναι αυστηρά στο εύρος-στόχου (αποφυγή υπεροξυγόνωσης): ☐ Ναι ☐ Όχι
- Αλλαγή ροής/συσκευής O₂ από την τελευταία επαφή: ☐ Όχι ☐ Ναι → από ____ σε ____ L/min

3.3 Υπερκαπνία / Υποαερισμός

- Υπνηλία/σύγχυση/αλλαγή συμπεριφοράς: ☐ Ναι ☐ Όχι
- Πρωινή κεφαλαλγία: ☐ Ναι ☐ Όχι
- "Χειρότερος ύπνος"/έντονη κόπωση: ☐ Ναι ☐ Όχι

3.4 Φάρμακα / Ασφάλεια

- Συμμόρφωση maintenance/reliever: ☐ καλή ☐ αμφίβολη/λάθη
- Παρενέργειες στεροειδών/αντιβίωσης: ☐ Όχι ☐ Ναι: _____
- Τήρηση ημερομηνιών διακοπής φαρμάκων: ☐ Ναι ☐ Όχι
- Action plan εφαρμόζεται σωστά: ☐ Ναι ☐ Όχι

3.5 Λειτουργικότητα / Γενική πορεία

- Καθημερινές δραστηριότητες (τουαλέτα/σίτιση/λίγα βήματα): ☐ καλύτερα ☐ ίδια ☐ χειρότερα
- Πτώσεις/ζάλη: ☐ Ναι ☐ Όχι
- Βάρος/οίδημα (αν υπάρχουν καρδιακές συννοσηρότητες): ☐ Ναι ☐ Όχι

**4) Επιπρόσθετα ΜΟΝΟ για ασθενείς με κατ' οίκον MEMA**

- Ώρες χρήσης MEMA/24h: ____ Στόχος: ____ Επαρκές: ☐ Ναι ☐ Όχι
- Λόγος μη συμμόρφωσης (αν υπάρχει): ☐ ανοχή ☐ διαρροές ☐ alarms ☐ πόνος ☐ δερματικές βλάβες ☐ άλλο: ____
- O₂ με MEMA (bleed-in): ____ L/min SpO₂ κατά τη χρήση: ____% (εντός στόχου: ☐ Ναι ☐ Όχι)
- Επί συμπτωμάτων υποαερισμού → έλεγχος CO₂ απαιτείται: ☐ Ναι ☐ Όχι
- Αν ανεπαρκής/μη αναμενόμενη ανταπόκριση: ☐ επανατιτλοποίηση ρυθμίσεων ☐ διερεύνηση overlap ΧΑΠ-OSA

5) Εξετάσεις (αν υπάρχουν ενδείξεις)

- CO₂ έλεγχος (ABGs ή καπνογραφία/TC CO₂): ☐ Ναι ☐ Όχι
Ένδειξη: ☐ SpO₂ εκτός στόχου με ανάγκη αύξησης O₂ ☐
☐ υπνηλία/σύγχυση/κεφαλαλγία ☐ MEMA λίγες ώρες χρήσης/αποτυχία ☐
☐ ανεξήγητη επιδείνωση
- ΗΚΓ: ☐ Ναι ☐ Όχι
Ένδειξη: ☐ θωρακικό άλγος ☐ συγκοπή ☐ αίσθημα παλμών ☐ εμμένουσα ταχυκαρδία ☐ υποψία αρρυθμίας/ΚΑ
- Εργαστηριακά: ☐ Ναι ☐ Όχι
☐ Γενική αίματος/CRP ☐ ουρία/κρεατινίνη ☐ ηλεκτρολύτες ☐ γλυκόζη
- Απεικόνιση: ☐ Ναι ☐ Όχι
Ένδειξη: ☐ πνευμονία ☐ πνευμοθώρακας ☐ ΠΕ ☐ ACS

6) Κλιμάκωση αν ισχύει ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ SpO₂ εκτός στόχου επαναλαμβανόμενα
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Αύξηση O₂ για να επιτευχθεί ο στόχος
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Επιδείνωση δύσπνοιας + αυξημένη χρήση reliever
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Πυώδη πτύελα ± πυρετός/καταβολή
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Νέα σημεία υπερκαπνίας
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ MEMA: κακή ανοχή/λίγες ώρες χρήσης/πολλές διαρροές

**Ενέργειες ιατρού (επιλογές):**

- ☐ Αύξηση συχνότητας επαφών (επιστροφή σε αυξημένη παρακολούθηση)
- ☐ CO₂ έλεγχος ± εργαστηριακά
- ☐ Τροποποίηση αγωγής + υποχρεωτική επανεκτίμηση σε 48–72h
- ☐ Περιγραφή αλλαγών στην αγωγή: _____
- ☐ Ενεργοποίηση αναπνευστικής φυσικοθεραπείας/κάθαρσης εκκρίσεων κατ' οίκον
- ☐ Άλλο: _____
- Επί αλλαγής ρυθμίσεων MEMA:
 - Mode: ☐ S ☐ S/T ☐ άλλο: _____
 - IPAP _____ EPAP _____ Backup rate _____
 - Ramp _____ Ti _____
 - Humidification ☐ ναι ☐ όχι
 - Συμπληρωματικό O₂ _____ L/min (αν υπάρχει)
 - Στόχος χρήσης: _____ ώρες/νύχτα (ή _____ ώρες/24h)

7) Τεκμηρίωση & επόμενα βήματα

- Απόφαση: ☐ κλιμάκωση ☐ συντήρηση ☐ αποκλιμάκωση ☐ επιστροφή
- Επόμενη επαφή: ☐ 24h ☐ 48h ☐ 72h ☐ 1 εβδομάδα ☐ άλλο: _____
- Εξατομικευμένα κριτήρια άμεσης επικοινωνίας/κλιμάκωσης:
 1. _____
 2. _____
 3. _____

8) Έλεγχος κριτηρίων ολοκλήρωσης κατ' οίκον ΝΟΣΠΙ (όταν πληρούνται)

- ☐ Κλινική επιστροφή κοντά στο baseline
- ☐ SpO₂ εντός στόχου χωρίς ανάγκη υψηλής παροχής O₂ (ή επιστροφή στο baseline O₂)
- ☐ Σταθερή αγωγή χωρίς αλλαγές ≥7 ημέρες
- ☐ MEMA (αν υπάρχει): σταθερή χρήση/ανοχή χωρίς σημεία υποαερισμού



- ☐ Σαφής μετάβαση σε follow-up ΠΦΥ/πνευμονολόγο & σχέδιο πρόληψης παροξύνσεων

Ιατρός: _____ Υπογραφή: _____

III. Πρωτόκολλο Επιστροφής στην κλινική ΝΟΣΠΙ (ΧΑΠ)

Σκοπός

- Τυποποιημένη απόφαση για κλιμάκωση στο σπίτι ή επιστροφή στην κλινική ΝΟΣΠΙ (προγραμματισμένη/επείγουσα) ή επείγουσα διακομιδή (112/166).
- Εξασφάλιση έγκαιρης αντιμετώπισης: υποξαιμία/υπερκαπνία, αποτυχία ΜΕΜΑ, λοίμωξη, καρδιαγγειακά συμβάντα.

1) Ορισμοί (3 επίπεδα)

1. **Επίπεδο 1:** Κλιμάκωση στο σπίτι (όχι επιστροφή ακόμη): ιατρική επανεκτίμηση $\leq 24h$, αύξηση συχνότητας επαφών/επισκέψεων, πιθανές εξετάσεις.
2. **Επίπεδο 2:** Επιστροφή στην κλινική ΝΟΣΠΙ/Κέντρο Αναφοράς (ίδια μέρα ή $\leq 24h$): χρειάζεται νοσοκομειακού επιπέδου επανεκτίμηση/παρακολούθηση/παρεμβάσεις, χωρίς να είναι υποχρεωτική η άμεση κλήση του ΕΚΑΒ.
3. **Επίπεδο 3:** Επείγουσα διακομιδή (112/166): άμεσος κίνδυνος της ζωής ή ανάγκη επείγουσας υποστήριξης/διασωλήνωσης/επείγουσας καρδιολογικής αντιμετώπισης.

2) Επίπεδο 3: Κριτήρια άμεσης κλήσης 112/166

Οποιοδήποτε από τα παρακάτω:

- Σοβαρή δύσπνοια σε ηρεμία, αδυναμία ομιλίας, κυάνωση, σημεία εξάντλησης.
- Διαταραχή επιπέδου συνείδησης, συγκοπτικό επεισόδιο.
- Θωρακικό άλγος ύποπτο για οξύ στεφανιαίο σύνδρομο ή σοβαρή αρρυθμία.
- Σημαντική αιμόπτυση.
- Ταχεία επιδείνωση με σημαντική πτώση SpO_2 και κλινική αστάθεια.



- Υποψία πνευμοθώρακα, πνευμονικής εμβολής με αιμοδυναμική αστάθεια.

Ενέργειες

- Κλήση 112/166, βασικές οδηγίες πρώτων βοηθειών.
- Παράλληλη ειδοποίηση ΝΟΣΠΙ/Κέντρου Αναφοράς για προετοιμασία υποδοχής ή εφημερεύοντος νοσοκομείου

3) Επίπεδο 2: Κριτήρια επιστροφής στην κλινική ΝΟΣΠΙ (ίδια μέρα ή ≤24h)

Επιστροφή όταν απαιτείται έλεγχος ABGs, στενότερη παρακολούθηση, αλλαγή αναπνευστικής υποστήριξης, IV θεραπεία ή αποκλεισμός επιπλοκών.

3.1 Υποξαιμία

- Αδυναμία διατήρησης SpO_2 εντός του προκαθορισμένου εύρους-στόχου παρά τις προβλεπόμενες παρεμβάσεις.
- Ανάγκη χορήγησης O_2 πέραν των προκαθορισμένων ορίων (όπως έχουν δοθεί στο εξιτήριο).
- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια αποκορεσμού που συνοδεύονται από κλινική επιβάρυνση.

3.2 Υποψία υπερκαπνίας/οξέωσης

- Νέα υπνηλία/σύγχυση/πρωινή κεφαλαλγία ή σαφής κλινική υποψία υποαερισμού (ιδίως σε CO_2 retainers, LTOT, MEMA).
- Κλινική επιδείνωση όπου απαιτείται έλεγχος CO_2 (ABG/καπνογραφία/TC CO_2).

3.3 Αποτυχία ή μη ανοχή MEMA

- Μείωση ωρών χρήσης σε επίπεδο που δεν είναι ασφαλές & κλινική επιδείνωση.
- Επίμονες μεγάλες διαρροές/alarms, αδυναμία εφαρμογής, σοβαρές δερματικές βλάβες που καθιστούν τη θεραπεία μη αποτελεσματική ή μη ανεκτή.
- Υποψία ότι απαιτείται επανατιτλοποίηση ρυθμίσεων με νοσοκομειακή υποστήριξη.

3.4 Λοίμωξη/παρόξυνση με αποτυχία ανταπόκρισης

- Πυώδη πτύελα ± πυρετός/καταβολή με μη κλινική βελτίωση εντός 48–72 ωρών από έναρξη/τροποποίηση της αγωγής.



- Υποψία πνευμονίας που χρειάζεται ακτινογραφία/εργαστηριακό έλεγχο/IV θεραπεία.

3.5 Καρδιαγγειακή απορρύθμιση/αρρυθμία (χωρίς άμεση ανάγκη κλήσης ΕΚΑΒ αλλά που χρειάζεται αξιολόγηση)

- Νέο/επιδεινούμενο αίσθημα παλμών, εμμένουσα ταχυκαρδία, υποψία αρρυθμίας.
- Πιθανή απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας (οίδημα/απότομη αύξηση βάρους/ορθόπνοια) που απαιτεί εργαστηριακά/ΗΚΓ/τροποποίηση αγωγής.

3.6 Λειτουργική απορρύθμιση/ασφάλεια κατ' οίκον

- Αδυναμία σίτισης/ενυδάτωσης, συχνές πτώσεις, αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης που δεν μπορεί να υποστηριχθεί στο σπίτι.
- Αποτυχία φροντιστή/μη ασφαλές περιβάλλον/βλάβη κρίσιμου εξοπλισμού χωρίς αξιόπιστο backup.

Ενέργειες

- Ιατρική απόφαση "επιστροφή σήμερα/≤24h".
- Οργάνωση μεταφοράς.
- Ενημέρωση Κέντρου Αναφοράς/κλινικής ΝΟΣΠΙ για υποδοχή.

4) Επίπεδο 1: Κλιμάκωση θεραπείας στο σπίτι (χωρίς επιστροφή ακόμα στην κλινική ΝΟΣΠΙ)

Επιτρέπεται μόνο αν:

- ο ασθενής είναι κλινικά σταθερός (χωρίς κριτήρια επιπέδου 2 ή 3),
- οι αποκλίσεις είναι ήπιες και αναστρέψιμες,
- υπάρχει δυνατότητα στενής παρακολούθησης.

Ενδείξεις

- Ήπια επιδείνωση δύσπνοιας χωρίς υποξαιμία εκτός στόχου.
- Μικρή αύξηση reliever, χωρίς πυρετό/συστηματική επιβάρυνση.
- Οριακή επιδείνωση πτυέλων χωρίς σημεία πνευμονίας.

Ενέργειες

- Αύξηση συχνότητας επαφών (επιστροφή σε αυξημένη παρακολούθηση).
- Επίσκεψη/επαναξιολόγηση ≤24h.
- Στοχευμένες εξετάσεις αν ενδείκνυται.



- Υποχρεωτική επανεκτίμηση 48-72h μετά αλλαγή αγωγής.

5) Τι πρέπει να γίνει στην κλινική ΝΟΣΠΙ “μόλις επιστρέψει” (δέσμη υποδοχής)

(ώστε η επιστροφή να είναι τυποποιημένη και γρήγορη)

- Λεπτομερής λήψη ιστορικού, λεπτομερής κλινική εξέταση και στοχευμένος εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος με ιδιαίτερη έμφαση στα ακόλουθα:
 - Ζωτικά + SpO₂ με/χωρίς O₂, RR, κλινική εξέταση.
 - Έλεγχος CO₂: ABGs ή εναλλακτικά καπνογραφία/TC CO₂.
 - ΗΚΓ αν άλγος/παλμοί/ταχυκαρδία/συγκοπή.
 - Εργαστηριακά κατά ένδειξη: γενική αίματος, CRP, ηλεκτρολύτες, ουρία/κρεατινίνη, γλυκόζη.
 - Απεικόνιση θώρακος επί υποψίας πνευμονίας/πνευμοθώρακα/επιδείνωσης.
 - Αν MEMA: έλεγχος μάσκας/διαρροών, συμμόρφωση, πιθανή επανατιτλοποίηση.

6) Τεκμηρίωση απόφασης επιστροφής

- Αιτία επιστροφής: ☐ υποξαιμία ☐ υπερκαπνία ☐ αποτυχία MEMA ☐ λοίμωξη ☐ καρδιαγγειακό ☐ λειτουργικό/ασφάλεια ☐ άλλο: ____
- Trigger: (π.χ. SpO₂ < target, ↑O₂ > όριο, υπνηλία, πυρετός, κ.λπ.)
- Επίπεδο: ☐ Κλιμάκωση στο σπίτι ☐ Επιστροφή κλινική ΝΟΣΠΙ ☐ 112/166
- Εξετάσεις/ενέργειες που ζητήθηκαν: _____
- Υπεύθυνος ιατρός: _____ Ημ/νία: ____ / ____ Ώρα: ____ : ____

**Checklist Ιατρού - Απόφαση επιστροφής στην κλινική ΝΟΣΠΙ (ΧΑΠ)**

(συμπληρώνεται όταν υπάρχει επιδείνωση/απόκλιση κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση)

Ασθενής: _____ Ημ/νία: ____ / ____ Ώρα: ____: ____

Εύρος στόχου SpO₂: %– % CO₂ retainer: ☐ Ναι ☐ Όχι

O₂ στο σπίτι: ☐ Όχι ☐ Ναι → συσκευή _____ ροή ____ L/min Max
συμφωνημένο: _____ L/min

Κατ' οίκον ΜΕΜΑ: ☐ Ναι ☐ Όχι

1) ΕΠΕΙΓΟΝ (Επίπεδο 3) - Αν οποιοδήποτε = ΝΑΙ → 112/166

- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Βαριά δύσπνοια σε ηρεμία/εξάντληση/κυάνωση/αδυναμία ομιλίας
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Διαταραχή συνείδησης (νέος λήθαργος/έντονη σύγχυση) ή συγκοπή
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Θωρακικό άλγος ύποπτο για ΟΣΣ ή σοβαρή αρρυθμία με αστάθεια
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Σημαντική αιμόπτυση
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Ταχεία επιδείνωση με σοβαρή υποξαιμία και κλινική αστάθεια
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Υποψία πνευμοθώρακα/ΠΕ με αιμοδυναμική αστάθεια

Απόφαση: ☐ 112/166 ☐ Παράλληλη ενημέρωση Κέντρου Αναφοράς/κλινικής ΝΟΣΠΙ

2) ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΠΙ (Επίπεδο 2) - Αν οποιοδήποτε = ΝΑΙ → επιστροφή σήμερα/≤24h**2.1 Υποξαιμία/O₂**

- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ SpO₂ εκτός εύρους-στόχου παρά τις προβλεπόμενες παρεμβάσεις
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Ανάγκη O₂ > Max συμφωνημένο για να επιτευχθεί στόχος
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Επαναλαμβανόμενοι αποκορεσμοί με κλινική επιβάρυνση

2.2 Υποψία υπερκαπνίας/οξέωσης

- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Νέα υπνηλία/σύγχυση/πρωινή κεφαλαλγία ή υποψία υποαερισμού



- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Ανάγκη ελέγχου CO₂ (ABGs/καπνογραφία/TC CO₂) λόγω κλινικής εικόνας

2.3 ΜΕΜΑ (αν υπάρχει)

- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Σημαντική μείωση ωρών χρήσης & κλινική επιδείνωση
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Αδυναμία εφαρμογής/ανεξέλεγκτες διαρροές/συνεχή alarms
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Σοβαρές δερματικές βλάβες που καθιστούν τη θεραπεία μη αποτελεσματική ή μη ανεκτή
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Υποψία ότι απαιτείται επανατιτλοποίηση με νοσοκομειακή υποστήριξη

2.4 Λοίμωξη/παρόξυνση - αποτυχία ανταπόκρισης

- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Πυώδη πτύελα ± πυρετός/καταβολή με μη κλινική βελτίωση σε 48-72h από έναρξη/τροποποίηση αγωγής
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Υποψία πνευμονίας που απαιτεί ακτινογραφία/εργαστηριακά/IV αγωγή

2.5 Καρδιαγγειακό (χωρίς άμεση ανάγκη κλήσης 112 αλλά που χρειάζεται αξιολόγηση)

- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Νέο/επιδεινούμενο αίσθημα παλμών ή εμμένουσα ταχυκαρδία
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Υποψία αρρυθμίας/καρδιακής απορρύθμισης που απαιτεί ΗΚΓ/εργαστηριακά

2.6 Λειτουργικότητα/ασφάλεια κατ' οίκον

- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Αδυναμία σίτισης/ενυδάτωσης, συχνές πτώσεις, απότομη λειτουργική έκπτωση
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Αποτυχία φροντιστή/μη ασφαλές περιβάλλον/βλάβη κρίσιμου εξοπλισμού χωρίς backup

Απόφαση: ☐ Επιστροφή σήμερα ☐ Επιστροφή ≤24h

Τρόπος: ☐ Με ΝΟΣΠΙ ☐ Με ΕΚΑΒ

3) ΚΛΙΜΑΚΩΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (Επίπεδο 1) - Μόνο αν ΟΛΑ τα παρακάτω = ΝΑΙ

- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Δεν πληροί κριτήρια επιπέδου 2 ή 3
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Κλινικά σταθερός/ή (χωρίς σημεία σοβαρής αναπνευστικής δυσχέρειας)



- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ SpO₂ εντός στόχου ή ήπια απόκλιση που διορθώθηκε
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Δυνατότητα στενής παρακολούθησης (επαφή/επίσκεψη ≤24h)

Ενέργειες (επιλέξτε):

- ☐ Αύξηση συχνότητας επαφών (αυξημένη παρακολούθηση)
- ☐ Κατ' οίκον επίσκεψη ιατρού ≤24h
- ☐ Έλεγχος CO₂ ☐ Εργαστηριακά (γενική αίματος/CRP, ουρία/κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες, γλυκόζη)
- ☐ Τροποποίηση αγωγής + υποχρεωτική επανεκτίμηση 48-72h
- ☐ Ενεργοποίηση αναπνευστικής φυσικοθεραπείας/κάθαρσης εκκρίσεων

4) Εντολές/Παραπομπές μετά την απόφαση

- **Αν επιστροφή κλινική ΝΟΣΠΙ:**
 - ☐ Ζωτικά + SpO₂ (με/χωρίς O₂) ☐ ABGs/CO₂ ☐ ΗΚΓ ☐ γενική αίματος/CRP ☐ βιοχημικά ☐ Α/Α θώρακος
 - ☐ Έλεγχος/επανεκτίμηση ΜΕΜΑ (αν υπάρχει)
- **Αν 112/166:** ☐ ενημέρωση Κέντρου Αναφοράς ☐ σύντομο κλινικό ιστορικό προς υποδοχή

5) Τεκμηρίωση

- Αιτία/Trigger: _____
- Επίπεδο απόφασης: ☐ Κλιμάκωση στο σπίτι ☐ Επιστροφή κλινική ΝΟΣΠΙ ☐ 112/166
- Υπεύθυνος ιατρός: _____ Υπογραφή: _____

**Ιατρικά Πρωτόκολλα για ενήλικες ασθενείς ΝΟΣΠΙ με νευρομυϊκά νοσήματα (NMN)**

Πεδίο εφαρμογής: Ενήλικες με νευρομυϊκή νόσο που εφαρμόζουν μη επεμβατικό αερισμό (MEMA) ή επεμβατικό μηχανικό αερισμό (EMA). Το πρωτόκολλο συγκεντρώνει τα κριτήρια εξόδου από το νοσοκομείο, τους κανόνες παρακολούθησης στο σπίτι, και τα κριτήρια επανεισαγωγής στο νοσοκομείο.

I. Κριτήρια Εξόδου ασθενών με NMN από το Νοσοκομείο στο σπίτι (MEMA και EMA)**Βασικά κριτήρια για MEMA και EMA**

- Κλινική σταθερότητα, χωρίς ανάγκη για εντατική παρακολούθηση. Ολοκλήρωση αντιμετώπισης της οξείας διαταραχής (λοίμωξη, διαταραχές υγρών/ηλεκτρολυτών, καρδιαγγειακό επεισόδιο), και ρύθμιση της μακροχρόνιας φαρμακευτικής αγωγής.
- Επαρκής κάθαρση αεραγωγών: ο ασθενής μπορεί να απομακρύνει βρογχικές εκκρίσεις μόνος του, ή με τη βοήθεια αποτελεσματικού προγράμματος (μηχανική υποβοήθηση του βήχα-MIE/cough assist, αναρρόφηση, φυσικοθεραπεία αναπνευστικού). Εκτίμηση ικανότητας κατάποσης και επαρκής σίτιση-ενυδάτωση. Διενέργεια γαστροστομίας επί ενδείξεων, και εκπαίδευση φροντιστών.
- Σταθεροποιημένες απαιτήσεις αερισμού με καθορισμένες ρυθμίσεις (χωρίς ανάγκη αύξησης υποστήριξης, και χωρίς να απαιτούνται υψηλές συγκεντρώσεις συμπληρωματικού οξυγόνου) για τουλάχιστον 24–48 ώρες.
- Εξασφάλιση απαραίτητου εξοπλισμού, και ασφάλειας: αναπνευστήρας(-ες), κυκλώματα, ύγρανση, αναρρόφηση, συσκευή μηχανικής υποβοήθησης του βήχα-MIE/cough assist, μάσκες/υλικά τραχειοστομίας, αναλώσιμα υλικά, τακτοποιημένα για το σπίτι. Για ασθενείς που δεν μπορούν να διατηρήσουν αυτόματη αναπνοή >8 ώρες, εκτίμηση για σύσταση για εφεδρικό αναπνευστήρα και εναλλακτική πηγή ρεύματος.
- Ολοκληρωμένη εκπαίδευση φροντιστών (χρήση αναπνευστήρα, κάθαρση αεραγωγών, αντιμετώπιση προβλημάτων, άσκηση έκτακτης ανάγκης) και ξεκάθαρο σχέδιο κλιμάκωσης.
- Κατάλληλος προορισμός (σπίτι με κατάλληλη οργάνωση και υποστήριξη, 24ωρο πρόγραμμα φροντίδας) με διεπιστημονικό πλάνο (αναπνευστική φυσικοθεραπεία,

κινησιοθεραπεία, λογοθεραπεία, εξατομικευμένο πρόγραμμα διατροφής, ψυχολογική υποστήριξη). Επιθυμία ασθενούς/έγκριση από την ιατρική ομάδα.

Επιπλέον κριτήρια για έξοδο με MEMA

- Η εφαρμογή MEMA ελέγχει αποτελεσματικά τα συμπτώματα, και την ανταλλαγή αερίων, (αέρια αίματος: $\text{PaCO}_2 < 45\text{--}48 \text{ mmHg}$ / $\text{SpO}_2 88\text{--}92\%$ με μέγιστη ροή $\text{O}_2 4 \text{ l/min}$) και είναι ανεκτή κατά τον ύπνο/ανάπαυση, με ελάχιστες μη σκόπιμες διαφυγές αέρα, χωρίς να προκαλεί δερματικά έλκη.
- Ο αεραγωγός είναι ασφαλής, σταθερός, και ο ασθενής διαχειρίζεται τις βρογχικές εκκρίσεις. Έχουν ελεγχθεί συννοσηρότητες όπως το σύνδρομο απνοιών ύπνου (ΣΑΥ), και έχει προηγηθεί τιτλοποίηση MEMA με χρήση οξυμετρίας, καπνομετρίας, ή και μελέτης ύπνου.

Επιπλέον κριτήρια για έξοδο με EMA

- Σταθερό στόμιο τραχειοστομίας, χωρίς αιμορραγία/φλεγμονή/λοίμωξη. Οι φροντιστές είναι ικανοί στην αναρρόφηση και την φροντίδα του στομίου της τραχειοστομίας.
- Ετοιμότητα σε επείγουσα ανάγκη: προτείνεται εφεδρικός αναπνευστήρας, εξωτερικές μπαταρίες, συσκευή αναρρόφησης, και κιτ έκτακτης ανάγκης αεραγωγού με ασκό ανάνηψης (ambu) πριν το εξιτήριο. Δίνονται γραπτές οδηγίες, και έχει ολοκληρωθεί εκπαίδευση των φροντιστών σε κλινικά σενάρια, στη βασική λειτουργία του αναπνευστήρα, και αξιολόγηση συναγεμίων.

Checklist – Κριτήρια Εξόδου ασθενών με NMN από το Νοσοκομείο στο σπίτι (MEMA και EMA)

Βασικά κριτήρια

- Κλινική σταθερότητα, χωρίς ανάγκη εντατικής παρακολούθησης (Ναι / Όχι)
- Ολοκλήρωση αντιμετώπισης οξείας διαταραχής (Ναι / Όχι)
- Επαρκής κάθαρση αεραγωγών (Ναι / Όχι)
Αυτόνομη απομάκρυνση εκκρίσεων (Ναι / Όχι)
Υποστηριζόμενο πρόγραμμα: MIE / αναρρόφηση / φυσιοθεραπεία (Ναι / Όχι)
- Έλεγχος κατάποσης και επαρκής σίτιση–ενυδάτωση (Ναι / Όχι)
- Γαστροστομία όπου ενδείκνυται και εκπαίδευση φροντιστών (Ναι / Όχι)
- Σταθερές απαιτήσεις αερισμού $\geq 24\text{--}48$ ώρες (Ναι / Όχι)



- Εξασφαλισμένος εξοπλισμός για το σπίτι **(Ναι / Όχι)**
- Εκπαιδευμένοι φροντιστές σε χρήση αναπνευστήρα και αντιμετώπιση επειγόντων **(Ναι / Όχι)**
- Οργάνωση κατάλληλου προορισμού (σπίτι, 24ωρη φροντίδα, διεπιστημονική ομάδα) **(Ναι / Όχι)**
- Επιθυμία ασθενούς / έγκριση ιατρικής ομάδας **(Ναι / Όχι)**

Επιπλέον κριτήρια για έξοδο με MEMA

- Αποτελεσματική ρύθμιση αερισμού **(Ναι / Όχι)**
 $\text{PaCO}_2 < 45\text{--}48 \text{ mmHg}$
 $\text{SpO}_2 88\text{--}92\%$ ($\text{O}_2 \text{ max } 4 \text{ L/min}$)
- Καλή ανοχή στον ύπνο / ανάπαυση **(Ναι / Όχι)**
- Ελάχιστες διαφυγές, χωρίς δερματικές βλάβες **(Ναι / Όχι)**
- Ασφαλής αεραγωγός, διαχείριση εκκρίσεων **(Ναι / Όχι)**
- Έλεγχος ΣΑΥ / τιτλοποίηση MEMA (οξυμετρία/καπνομετρία/μελέτη ύπνου) **(Ναι / Όχι)**

Επιπλέον κριτήρια για έξοδο με EMA

- Σταθερό στόμιο τραχειοστομίας (χωρίς αιμορραγία/φλεγμονή/λοίμωξη) **(Ναι / Όχι)**
- Εκπαιδευμένοι φροντιστές σε αναρρόφηση και φροντίδα στομίου **(Ναι / Όχι)**
- Διαθεσιμότητα εφεδρικού αναπνευστήρα **(Ναι / Όχι)**
- Διαθεσιμότητα εξωτερικών μπαταριών & συσκευής αναρρόφησης **(Ναι / Όχι)**
- Κιτ έκτακτης ανάγκης (ambu, υλικά αεραγωγού) **(Ναι / Όχι)**
- Ολοκληρωμένη εκπαίδευση σε συναγερμούς & σενάρια έκτακτης ανάγκης **(Ναι / Όχι)**



II. Παρακολούθηση στο Σπίτι (MEMA/EMA)

A. Μη Επεμβατικός Αερισμός (MEMA)

Βραδείας εξέλιξης Νευρομυϊκά Νοσήματα

- Τακτική παρακολούθηση συμπτωμάτων (δύσπνοια, ορθόπνοια, κεφαλαλγία, ημερήσια υπνηλία, διαταραχές ύπνου) και έλεγχος SpO₂
- Νυχτερινή οξυμετρία / καπνομετρία αν είναι διαθέσιμες, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς, και τακτικός έλεγχος μέγιστης εκπνευστικής ροής κατά την διάρκεια του βήχα (PCF) (ενίσχυση με μηχανική υποβοήθηση του βήχα MIE/cough assist εάν PCF <160 L/min).
- Παρακολούθηση λειτουργικού ελέγχου του αναπνευστικού κάθε 6 μήνες (FVC/SVC, MIP/MEP, SNIP, PCF) εφόσον είναι εφικτό.
- Έλεγχος καταγραφών του αναπνευστήρα (ώρες και πρότυπο εφαρμογής, μη σκόπιμες διαφυγές αέρα, ποσοστό υποχρεωτικών αναπνοών, αναπνευστική συχνότητα, εκτιμώμενος αναπνεόμενος όγκος), συμπεριλαμβανομένων συναγερμών.
- Αξιολόγηση συχνότητας λοιμώξεων.
- Αξιολόγηση επαρκούς σίτισης, ενυδάτωσης, τακτικής λήψης φαρμακευτικής αγωγής.
- Ενέργειες: ρύθμιση MEMA, βελτιστοποίηση εφαρμογής μάσκας/ύγρανσης. Ενίσχυση προγραμμάτων κάθαρσης αεραγωγών. Έλεγχος ανάγκης συντήρησης εξοπλισμού.

Ταχείας εξέλιξης Νευρομυϊκά Νοσήματα

- Έμφαση παρακολούθησης: όπως ανωτέρω, με προσθήκη εκτίμησης προμηκικής λειτουργίας (κίνδυνος εισρόφησης/ανοχή MEMA). Έγκαιρη συζήτηση για 24ωρο MEMA έναντι μετάβασης σε EMA αν ο MEMA ανεπαρκεί. Εκτίμηση ανάγκης για γαστροστομία.
- Διάστημα παρακολούθησης λειτουργικού ελέγχου της αναπνοής κάθε 3 μήνες (συχνότερα αν επιδεινώνονται τα συμπτώματα).

B. Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός (EMA)

Βραδείας και Ταχείας εξέλιξης Νευρομυϊκά Νοσήματα

- Τακτική παρακολούθηση συμπτωμάτων, SpO₂.



• Παρακολούθηση: μοτίβο εξάρτησης από τον αναπνευστήρα, έλεγχος καταγραφών του αναπνευστήρα, συμπεριλαμβανομένων των συναγερμών, κατάσταση στομίου τραχειοστομίας, ποσότητα/ποιότητα βρογχικών εκκρίσεων, λειτουργία εξοπλισμού. Αύξηση εκκρίσεων/λοιμώξεων, μείωση προμηκικής και καταποτικής λειτουργίας.

Κοινά στοιχεία για όλη την κατ' οίκον παρακολούθηση

- Πρόγραμμα κάθαρσης αεραγωγών: Μηχανική υποβοήθηση του βήχα (MI-E, cough assist), αναρρόφηση, φυσιοθεραπεία αναπνευστικού, επαναξιολόγηση PCF και συχνότητας λοιμώξεων.
- Νυχτερινή παρακολούθηση: ολονύκτια οξυμετρία ή διαδερμική καπνογραφία όταν επιδεινώνονται τα συμπτώματα.
- Ασφάλεια εξοπλισμού: περιοδικοί έλεγχοι, εφεδρικός αναπνευστήρας, ετοιμότητα μπαταριών/ρεύματος όπου διαθέσιμο.
- Διεπιστημονική υποστήριξη: αναπνευστική φυσιοθεραπεία, κινησιοθεραπεία, νευρολογική αξιολόγηση, λογοθεραπεία (σε προμηκική διαταραχή, διατροφική υποστήριξη με κατάλληλο διατροφικό πλάνο και χρήση συμπληρωμάτων διατροφής, ψυχολογική υποστήριξη, με συμμετοχή παρηγορικής φροντίδας όπου ενδείκνυται.

Checklist – Παρακολούθηση στο Σπίτι ασθενών με NMN (MEMA)

Βραδείας εξέλιξης NMN

- Παρακολούθηση συμπτωμάτων (**Ναι / Όχι**)
Δύσπνοια, Ορθόπνοια, Κεφαλαλγία, Υπνηλία
- Έλεγχος SpO₂ (**Ναι / Όχι**)
- Νυχτερινή οξυμετρία/καπνομετρία όταν χρειάζεται (**Ναι / Όχι**)
- Έλεγχος PCF (**Ναι / Όχι**)
Αν PCF <160 L/min → ενίσχυση με MIE (**Ναι / Όχι**)
- Λειτουργικός έλεγχος αναπνευστικού κάθε 6 μήνες (FVC/SVC, MIP/MEP, SNIP, PCF) (**Ναι / Όχι**)
- Έλεγχος καταγραφών αναπνευστήρα (διαρροές, VT, συχνότητα, alarms) (**Ναι / Όχι**)
- Εκτίμηση συχνότητας λοιμώξεων (**Ναι / Όχι**)
- Έλεγχος σίτισης, ενυδάτωσης, φαρμάκων (**Ναι / Όχι**)
- Ενέργειες: ρύθμιση MEMA, βελτίωση μάσκας/ύγρανσης, συντήρηση εξοπλισμού (**Ναι / Όχι**)

**Ταχείας εξέλιξης Νευρομυϊκά Νοσήματα**

- Επιπλέον έμφαση στην εκτίμηση προμηκικής λειτουργίας **(Ναι / Όχι)**
- Συζήτηση για μετάβαση σε 24ωρο ΜΕΜΑ ή ΕΜΑ **(Ναι / Όχι)**
- Εκτίμηση ανάγκης για γαστροστομία **(Ναι / Όχι)**
- Λειτουργικός έλεγχος αναπνευστικού κάθε 3 μήνες ή συχνότερα αν συμπτώματα επιδεινώνονται **(Ναι / Όχι)**

Checklist – Παρακολούθηση στο Σπίτι ασθενών με NMN (ΕΜΑ)**Κοινά σε βραδείας/ταχείας εξέλιξης Νευρομυϊκά Νοσήματα**

- Παρακολούθηση συμπτωμάτων & SpO₂ **(Ναι / Όχι)**
- Έλεγχος αναπνευστήρα: μοτίβο εξάρτησης, alarms, καταγραφές **(Ναι / Όχι)**
- Έλεγχος τραχειοστομίας: στόμιο, σωλήνας, εκκρίσεις **(Ναι / Όχι)**
- Εκτίμηση αύξησης λοιμώξεων/εκκρίσεων **(Ναι / Όχι)**
- Εκτίμηση προμηκικής/καταποτικής λειτουργίας **(Ναι / Όχι)**
- Έλεγχος λειτουργίας εξοπλισμού **(Ναι / Όχι)**

Checklist – Κοινά στοιχεία κατ' οίκον παρακολούθησης ασθενών με NMN (ΜΕΜΑ και ΕΜΑ)

- Πρόγραμμα κάθαρσης αεραγωγών (ΜΙΕ, αναρρόφηση, φυσιοθεραπεία) **(Ναι / Όχι)**
- Νυχτερινή παρακολούθηση (οξυμετρία ή καπνογραφία όταν συμπτώματα επιδεινώνονται) **(Ναι / Όχι)**
- Ασφάλεια εξοπλισμού **(Ναι / Όχι)**
Περιοδικοί έλεγχοι
Εφεδρικός αναπνευστήρας
Ετοιμότητα μπαταριών/ρεύματος
- Διεπιστημονική υποστήριξη (Φυσιοθεραπεία, Λογοθεραπεία, Διατροφή, Ψυχολογία, Παρηγορική) **(Ναι / Όχι)**

III. Κριτήρια επιστροφής ασθενούς στο νοσοκομείο

A. Τακτική / Προγραμματισμένη νοσοκομειακή αξιολόγηση

- Όταν δεν είναι διαθέσιμα τα κατάλληλα εργαλεία αξιολόγησης αναπνευστικών λειτουργικών δοκιμασιών στο σπίτι.
- Όταν απαιτείται προηγμένος έλεγχος ύπνου (π.χ. πολυυπνογραφία).
- Όταν απαιτείται βελτιστοποίηση των ρυθμίσεων του αναπνευστήρα και/ή διαπιστώνεται χαμηλή συμμόρφωση. Όταν απαιτείται αναθεώρηση των εξατομικευμένων στόχων (εφαρμογή μάσκας, αξιολόγηση συναγερμών, έλεγχος τραχειοστομίας).
- Αξιολόγηση της αποτελεσματικής κάθαρσης των αεραγωγών όταν η μέγιστη εκπνευστική ροή κατά την διάρκεια του βήχα παραμένει χαμηλή ή αλλάζει το φορτίο εκκρίσεων.
- Συντήρηση τραχειοστομίας (προγραμματισμένες αλλαγές τραχειοσωλήνα, εάν δεν μπορούν να γίνουν στο σπίτι, αξιολόγηση από ΩΡΛ, ή ενδοσκοπικός έλεγχος επί ενδείξεων).

B. Οξύ / Επείγον περιστατικό — Επανεισαγωγή

- Νέα/επιδεινούμενη αναπνευστική δυσχέρεια (ταχύπνοια, χρήση επικουρικών μυών, κυάνωση) ή αδυναμία διατήρησης οξυγόνωσης με τη συνήθη υποστήριξη.
- Ανεπάρκεια αερισμού: αύξηση PaCO₂ (κεφαλαλγία, σύγχυση, υπνηλία), επίμονοι συναγερμοί/δυσλειτουργία αναπνευστήρα που δεν διορθώνεται στο σπίτι ή αδυναμία διατήρησης των συνηθισμένων ρυθμίσεων MEMA/EMA.
- Πιθανή λοίμωξη/πνευμονία: πυρετός, αύξηση εκκρίσεων ή πυώδεις εκκρίσεις, αυξημένη ανάγκη για μηχανική υποβοήθηση του βήχα/αναρρόφηση, πτώση SpO₂.
- Μη αποτελεσματική κάθαρση αεραγωγών παρά την μηχανική υποβοήθηση του βήχα/αναρρόφηση. Επεισόδια πνιγμού, υποψία βύσματος βλέννας ή επαναλαμβανόμενη εισρόφησης.
- Προμηκική επιδείνωση (ιδίως σε ασθενείς υπό MEMA): αυξανόμενα επεισόδια πνιγμού, αδυναμία διαχείρισης σιέλου, μειωμένη προστασία αεραγωγών χρήζει αξιολόγηση ανάγκης για EMA.
- Επείγοντα τραχειοστομίας (EMA): απόφραξη/μετατόπιση σωλήνα, αιμορραγία, ξαφνική αύξηση αναγκών αναρρόφησης. Απαιτείται άμεση νοσοκομειακή αξιολόγηση.



- Οποιαδήποτε αιτία καρδιαγγειακής αστάθειας ή μείωσης γνωσιακής λειτουργίας.
Αδυναμία σίτισης, ενυδάτωσης, λήψης φαρμακευτικής αγωγής.

Checklist – Κριτήρια επιστροφής στο νοσοκομείο

A. Τακτική / προγραμματισμένη αξιολόγηση

- Έλλειψη πρόσβασης σε λειτουργικές δοκιμασίες στο σπίτι (**Ναι / Όχι**)
- Ανάγκη πολυπνογραφίας (**Ναι / Όχι**)
- Ανάγκη βελτιστοποίησης ρυθμίσεων αναπνευστήρα (**Ναι / Όχι**)
- Χαμηλή συμμόρφωση (**Ναι / Όχι**)
- Αξιολόγηση κάθαρσης αεραγωγών (χαμηλό PCF/αλλαγές εκκρίσεων) (**Ναι / Όχι**)
- Συντήρηση τραχειοστομίας που δεν μπορεί να γίνει στο σπίτι (**Ναι / Όχι**)

B. Οξύ / Επείγον περιστατικό – Επανεισαγωγή

- Νέα/επιδεινούμενη αναπνευστική δυσχέρεια (**Ναι / Όχι**)
- Ανεπάρκεια αερισμού (αύξηση CO₂, σύγχυση, υπνηλία) (**Ναι / Όχι**)
- Αδυναμία διατήρησης ρυθμίσεων MEMA/EMA ή επαναλαμβανόμενοι συναγερμοί (**Ναι / Όχι**)
- Πιθανή λοίμωξη: πυρετός, αυξημένες εκκρίσεις, χαμηλό SpO₂ (**Ναι / Όχι**)
- Μη αποτελεσματική κάθαρση αεραγωγών (**Ναι / Όχι**)
- Επεισόδια πνιγμού / υποψία βύσματος / εισρόφηση (**Ναι / Όχι**)
- Προμηκική επιδείνωση (κίνδυνος για EMA) (**Ναι / Όχι**)
- Επείγοντα τραχειοστομίας (απόφραξη, μετατόπιση, αιμορραγία) (**Ναι / Όχι**)
- Καρδιαγγειακή αστάθεια (**Ναι / Όχι**)
- Αδυναμία σίτισης, ενυδάτωσης ή λήψης φαρμάκων (**Ναι / Όχι**)



Ιατρικά Πρωτόκολλα για ενήλικες ασθενείς ΝΟΣΠΙ με σύνδρομο παχυσαρκίας - υποαερισμού

Πεδίο εφαρμογής: ασθενείς με Σύνδρομο Παχυσαρκίας-Υποαερισμού (OHS) που χρειάζονται μη επεμβατική ή επεμβατική μηχανική αναπνευστική υποστήριξη.

I. Κριτήρια και Checklist παραμέτρων για μεταφορά στο σπίτι ασθενών με Σύνδρομο Παχυσαρκίας-Υποαερισμού

Ο ασθενής πρέπει να πληροί ΟΛΑ τα κριτήρια πριν τη μεταφορά στο σπίτι, εκτός αν αποφασίσει διαφορετικά ο θεράπων πνευμονολόγος.

Οι ασθενείς πρέπει να είναι σταθεροί:

- **Αιμοδυναμική σταθερότητα:** Απουσία υποστήριξης με αγγειοσπαστικά για ≥ 48 ώρες, σταθερή πίεση και καρδιακή συχνότητα <120 bpm.
- **Αναπνευστική σταθερότητα:** Αναπνευστική συχνότητα <30 bpm, απουσία χρήσης επικουρικών μυών και βελτίωση της δύσπνοιας, σταθερές ανάγκες σε οξυγόνο ($FiO_2 \leq 40\%$ προτιμητέο για κατ' οίκον NIV)
- **Νοητική κατάσταση:** Εγρήγορση και ικανότητα συμμετοχής στην αυτοφροντίδα, αναγνώριση συμπτωμάτων επιδείνωσης
- **Σταθερότητα:** 24-48 ώρες σταθερότητας σε NIV για όσους διασωληνώθηκαν, ή 12-24 ώρες για όσους διαχειρίστηκαν μόνο με NIV
- **Απουσία πυρετού ή ελεγχόμενη λοίμωξη με κλινική βελτίωση**

Φυσιολογικές Παράμετροι

- **Αέρια Αίματος:** Σταθερή $PaCO_2$ χωρίς προοδευτική οξέωση, $PaCO_2 \geq 45$ mmHg (επιβεβαίωση διάγνωσης στην εισαγωγή), βελτίωση $PaCO_2$ κατά ≥ 10 mmHg από την εισαγωγή και $pH \geq 7.35$
- **Οξυγόνωση:** $PaO_2 \geq 60$ mmHg ή $SpO_2 \geq 90\%$ με τις ρυθμίσεις του σπιτιού
- **Άλλοι δείκτες:** Διττανθρακικά <40 mEq/L θεωρούνται ευνοϊκός δείκτης

Ρυθμίσεις Αναπνευστήρα και Εξοπλισμός

- **Λειτουργία:** Προτιμάται η BiPAP σε λειτουργία S/T (Spontaneous/Timed)
- **Τυπικές ρυθμίσεις:** Σταθερές ρυθμίσεις IPAP/EPAP για ≥ 48 ώρες, IPAP 16-20 cm H₂O, EPAP 8-12 cm H₂O και εφεδρική συχνότητα 12-15 bpm



- **Δοκιμή:** Τουλάχιστον 2-4 ώρες στον αναπνευστήρα του σπιτιού πριν το εξιτήριο.
- **Μάσκα:** Η ρινική προτιμάται για άνεση, αλλά η στοματορινική μπορεί να είναι απαραίτητη. Ανεκτικότητα μάσκας $\geq$ 4–6 ώρες συνεχόμενα, ελάχιστες διαρροές, τεκμηριωμένη συμμόρφωση

Για Επεμβατικό Αερισμό Κατ' Οίκον:

- Σταθερές παράμετροι αναπνευστήρα
- Χωρίς συχνά επεισόδια αποκορεσμού
- Σταθερό τραχειόστομα
- Εκκρίσεις διαχειρίσιμες από φροντιστή

Ετοιμότητα Φροντιστή & Οικίας

Απαιτείται:

1. Καθορισμένος βασικός φροντιστής
2. Εκπαίδευση και πιστοποίηση δεξιοτήτων:
 - ο Ρύθμιση συσκευής
 - ο Αναγνώριση συναγερμών
 - ο Βασική αντιμετώπιση προβλημάτων
 - ο Χειροκίνητος αερισμός έκτακτης ανάγκης
3. Αξιόπιστη ηλεκτρική παροχή
4. Εφεδρική πηγή ενέργειας
5. Παράδοση και έλεγχος εξοπλισμού
6. Προγραμματισμένο ραντεβού 7–14 ημερών



Ανάλογα με την θεραπευτική υποστήριξη κατ' οίκον συμπληρώνεται η αντίστοιχη checklist

A. Αναπνευστική Υποστήριξη

1. Μη Επεμβατικός Αερισμός (Προτιμητέος στο OHS)

Στόχοι:

- Ομαλοποίηση νυχτερινού αερισμού
- Μείωση υπερκαπνίας
- Βελτίωση ποιότητας ύπνου

Χρήση:

- Στόχος ≥ 4 ώρες ανά νύχτα (στο 70% των νυχτών), ιδανικά ≥ 6 ώρες [2], [15].
- Κατά τον ημερήσιο ύπνο

2. CPAP

Ενδείκνυται όταν:

- Υπερισχύει η συνυπάρχουσα αποφρακτική υπνική άπνοια
- Δεν υπάρχει σοβαρή ημερήσια υπερκαπνία

3. Κατ' Οίκον Επεμβατικός Αερισμός

Απαιτεί:

- Φορητό αναπνευστήρα
- Συσκευή αναρρόφησης
- Εφεδρικούς σωλήνες τραχειοστομίας
- Συσκευή αερισμού χειρός

B. Οξυγονοθεραπεία

- Στόχος SpO_2 90–94%
- Αποφυγή υπερβολικής χορήγησης (>95%)
- Τακτική επανεκτίμηση

Γ. Φαρμακευτική Αντιμετώπιση - Έλεγχος

Ενδέχεται να περιλαμβάνει:

- Διουρητικά (σε cor pulmonale)



- Βρογχοδιασταλτικά (σε συνύπαρξη ΧΑΠ)
- Αποφυγή κατασταλτικών/οπιοειδών
- Φαρμακευτική υποστήριξη απώλειας βάρους

Δ. Διαχείριση Σωματικού Βάρους

Απαραίτητη μακροπρόθεσμα:

- Διατροφική υποστήριξη
- Δομημένο πρόγραμμα απώλειας βάρους
- Εξέταση για βαριατρική χειρουργική
- Σταδιακή φυσική δραστηριότητα

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΣ ΟΙΚΙΑΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Για Ασθενείς με OHS σε Μηχανικό Αερισμό

Ι. ΒΑΣΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

Α. Σύστημα Μη Επεμβατικού Μηχανικού Αερισμού (NIV)

Απαραίτητα Στοιχεία:

- 1. Συσκευή Μηχανικού Αερισμού (κατά προτίμηση BiPAP για OHS)**
 - ο Ρυθμιζόμενη IPAP/EPAP
 - ο Εφεδρικός ρυθμός αναπνοών (όπου ενδείκνυται)
 - ο Δυνατότητα καταγραφής δεδομένων (συμμόρφωση, διαρροές)
 - ο Ηχητικοί συναγερμοί
- 2. Μάσκα**
 - ο Προτιμάται ολοπρόσωπη μάσκα σε OHS
 - ο Επιβεβαιωμένη σωστή εφαρμογή πριν την έξοδο
 - ο Τουλάχιστον 1 εφεδρική μάσκα
- 3. Θερμαινόμενος Υγραντήρας**
- 4. Σωληνώσεις & Φίλτρα**
- 5. Τροφοδοσία Ρεύματος**
 - ο Μετασχηματιστής AC
 - ο Εφεδρική μπαταρία (τουλάχιστον 8 ώρες)

**Β. Κατ' Οίκον Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός (με Τραχειοστομία)****Απαραίτητα Στοιχεία:**

1. **Φορητός Αναπνευστήρας Οικιακής Χρήσης**
 - ο Λειτουργία πίεσης ή όγκου
 - ο Σύστημα συναγερμών (υψηλής/χαμηλής πίεσης, άπνοιας)
 - ο Εσωτερική μπαταρία
 - ο Εξωτερική εφεδρική μπαταρία
2. **Υλικά Τραχειοστομίας**
3. **Συσκευή Αναρρόφησης**
4. **Ασκός Χειροκίνητου Αερισμού (Ambu)**
5. **Σύστημα Υγραντήρα**

II. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**Όταν Απαιτείται Συμπληρωματικό Οξυγόνο:**

1. Συμπυκνωτής οξυγόνου (κύρια πηγή)
2. Φορητές φιάλες (εφεδρικές)
3. Σωληνώσεις σύνδεσης με αναπνευστήρα
4. Οδηγίες πυρασφάλειας αναρτημένες εμφανώς
5. Αυστηρή απαγόρευση καπνίσματος

Στόχος κορεσμού: 90–94%

Αποφυγή υπερβολικής χορήγησης οξυγόνου για πρόληψη κατακράτησης CO₂.

II. Checklist παραμέτρων για παρακολούθηση στο σπίτι ασθενών με Σύνδρομο**Παχυσαρκίας-Υποαερισμού****ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ****Υψηλού κινδύνου ασθενείς:**

- BMI > 50
- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερκαπνίας
- Χαμηλή συμμόρφωση
- Περιορισμένη υποστήριξη

Ενδέχεται να απαιτούν:



- Πρώιμη επανεκτίμηση (5–7 ημέρες)
- Κατ' οίκον νοσηλευτική

Τηλεπαρακολούθηση

A. Συχνή Παρακολούθηση (Εξατομικευμένα)

- Αναπνευστική συχνότητα
- Επίπεδο εγρήγορσης
- Πρωινοί πονοκέφαλοι
- Ημερήσια υπνηλία
- Κορεσμός O₂
- Ώρες χρήσης συσκευής

B. Εβδομαδιαία

- Τηλεφωνική επαφή ή επίσκεψη για έλεγχο ανοχής
- Σωματικό βάρος
- Έλεγχος εφαρμογής μάσκας
- Έλεγχος δέρματος
- Καθαρισμός εξοπλισμού

Γ. 4-6 Εβδομάδες

- Κλινική επίσκεψη με λήψη δεδομένων και αέρια αίματος
- Έλεγχος συμμόρφωσης NIV

Δ. 2-3 Μήνες

- Μελέτη ύπνου για οριστική τιτλοποίηση
- Έλεγχος συμμόρφωσης NIV

**Γ. Συμπτώματα Συναγερμού**

- Αυξανόμενη υπνηλία, σύγχυση, τρόμος
- Νέα/επιδεινούμενη δύσπνοια, οξεία θωρακαλγία
- $SpO_2 < 88\%$
- Πυρετός με αναπνευστικά συμπτώματα
- Αυξημένες εκκρίσεις
- Μη επιλύσιμοι συναγερμοί

Τιτλοποίηση Ρυθμίσεων

- **IPAP:** Αύξηση εάν υπάρχει επίμονη υπερκαπνία ή συμπτώματα (πονοκέφαλοι, υπνηλία)
- **EPAP:** Αύξηση εάν υπάρχουν αποφρακτικές άπνοιες ή αίσθημα πνιγμού
- **Δεδομένα Αναπνευστήρα:** Έλεγχος για διαρροές (>24 L/min απαιτούν ρύθμιση μάσκας)

III. Checklist παραμέτρων για μεταφορά στο νοσοκομείο ασθενών με Σύνδρομο Παχυσαρκίας-Υποαερισμού**ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΙΘΑΝΗΣ ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗΣ****Δείκτες Αποτυχίας μηχανικού αερισμού**

- Αδυναμία ανοχής λόγω δυσφορίας ή άγχους
- Προοδευτική υπερκαπνία παρά την καλή χρήση [10] ($pH < 7,30$ ή αύξηση $PaCO_2 > 10$ mmHg από τη βάση ή $pH < 7.30$)
- $SpO_2 < 88\%$

Ανεπάρκεια Συσκευής

- Επαναλαμβανόμενη δυσλειτουργία
- Αδυναμία διατήρησης αερισμού
- Ανεπάρκεια φροντιστή
- Απώλεια ρεύματος χωρίς εφεδρεία

Διαταραχή Επιπέδου Συνείδησης

- Σύγχυση
- Λήθαργος



- Σημεία υπερκαπνικής ναρκώσεως

Λοίμωξη

- Υποψία πνευμονίας
- Λοίμωξη τραχειοστομίας
- Σημεία σήψης
- Θερμοκρασία $>38.5^{\circ}\text{C}$

Καρδιαγγειακή Αστάθεια

- Υπόταση
- Νέα αρρυθμία
- Θωρακικός πόνος
- Υποψία πνευμονικής εμβολής
- Καρδιακή συχνότητα >120 bpm ή [11], [12].

ΣΤ. Ταχεία Αύξηση Βάρους με Οίδημα

- Πιθανή δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια



Ιατρικά Πρωτόκολλα για ενήλικες ασθενείς ΝΟΣΠΙ με διάχυτες διάμεσες πνευμονοπάθειες

I. Checklist Ιατρού για έξοδο ασθενούς από κλινική ΝΟΣΠΙ

(Διάχυτες Διάμεσες Πνευμονοπάθειες - ILDs)

Στοιχεία ασθενούς

Ονοματεπώνυμο: _____

ΑΜΚΑ: _____

ΑΜ Νοσοκομείου: _____

Ημ/νία εξόδου: ____ / ____ / ____ Ώρα: ____

Κλινικά και Λειτουργικά Κριτήρια Σταθερότητας (≥48-72h)

- ☐ Αιμοδυναμικά σταθερός και απύρετος.
- ☐ Απουσία σημείων οξείας παρόξυνσης (επιδείνωση δύσπνοιας, νέα ακτινολογικά διηθήματα που δεν αποδίδονται εμφανώς σε πνευμονική εμβολή, λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού ή/και απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας).
- ☐ Σταθερή κλινική κατάσταση σε ηρεμία με τη φορητή παροχή οξυγόνου.
- ☐ ABGs (αν έγιναν) Ημ/νία: ____ / ____ pH ____ PaCO₂ ____ PaO₂ ____ HCO₃⁻ ____.

Επίτευξη σταθερών τιμών PaO₂ και PaCO₂ (βασισμένο σε εξατομικευμένο προηγούμενο baseline) και επί φυσιολογικού εύρους pH. (Σε ILDs η απουσία οξείας διαταραχής από το baseline).

Σχόλια: _____

Ανάγκες σε Αναπνευστική Υποστήριξη & Οξυγονοθεραπεία



☐ Σταθεροποίηση αναγκών σε παροχή οξυγόνου (FiO₂) που υποστηρίζεται από οικιακό εξοπλισμό (Συσκευή παροχής οξυγόνου υψηλής ροής/Υγρό Οξυγόνο- LOX, συμπυκνωτές χαμηλής ροής, HFNC).

☐ Επιβεβαίωση ικανότητας παροχής υψηλών ροών (π.χ. >6-10 L/min) από τον εξοπλισμό, αν απαιτείται, και σε συνθήκες σπτιτιού.

Μη Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός (εφόσον συνυπάρχει CPFE, παχυσαρκία/υποαερισμός, OSAS κτλ)

☐ Πλήρης ρύθμιση παραμέτρων (IPAP, EPAP, Backup Rate, Ramp, συναγερού διαρροών-leak).

☐ Ύπαρξη μηχανισμού καταγραφής και συμμόρφωσης (πχ σε κάρτα μνήμης-SD card ή usb).

☐ Καλή ανοχή μάσκας (απουσία πληγών πίεσης, διαρροών, σωστή ανατομική προσαρμογή).

Διαχείριση Εκκρίσεων & Αεραγωγού (εφόσον απαιτείται - π.χ. σε συνυπάρχουσες βρογχιεκτασίες, χρόνιας βρογχίτιδος κτλ)

☐ Δυνατότητα Αξιολόγησης Peak Cough Flow (PCF).

☐ Αν PCF <160 L/min: Εκπαίδευση στην αποτελεσματική χρήση Cough Assist / physiotherapy vest.

Τραχειοστομία (εφόσον υπάρχει)

☐ Απουσία ενεργού αιμορραγίας.

☐ Σταθεροποίηση & βατότητα stoma.

☐ Κατάλληλος τύπος τραχειοσωλήνα για οικιακή χρήση και έλεγχος βατότητας τραχειοστομίας.

Συνοδά Συμπτώματα και Φαρμακευτική Αγωγή

☐ Επιτυχής έλεγχος επίμονου βήχα και θωρακικού άλγους (με per os αγωγή ή physiotherapy).



- ☐ Σταθεροποίηση αγωγής (μετάβαση σε per os όπου εφικτό ή πλάνο ενδοφλέβιας έγχυσης κορτικοειδών/ανοσοκατασταλτικών/μονοκλωνικών αντισωμάτων).

Επιχειρησιακά Κριτήρια και διαθεσιμότητα Εξοπλισμού κατ' οίκον

- ☐ Φορητός αναπνευστήρας (εφόσον απαιτείται).
- ☐ Συσκευή Cough Assist (αν απαιτείται).
- ☐ Συσκευή παροχής οξυγόνου υψηλής ροής/Υγρό Οξυγόνο- LOX & φορητός συμπυκνωτής (αν απαιτείται).
- ☐ HFLNC (αν απαιτείται/αν είναι διαθέσιμο).
- ☐ Παλμικό οξύμετρο και καπνογράφος (επιτυχής λειτουργία και δοκιμαστική αποστολή δεδομένων στην πλατφόρμα ΝΟΣΠΙ).
- ☐ Αδιάλειπτη παροχή ρεύματος (UPS/μπαταρίες) και οξυγόνου (φιάλες).
- ☐ Εξασφάλιση διαθεσιμότητας εξοπλισμού και δικτύου υποστήριξης για εκπαίδευση/συντήρηση/αναγόμωση.
- ☐ Επαρκής χώρος για αναπνευστική φυσικοθεραπεία.

Φροντιστές – Επιβεβαίωση Επάρκειας

- ☐ Πιστοποίηση ικανότητας διαχείρισης αναπνευστήρα/alarms, καθαρισμού κυκλωμάτων/φίλτρων.
- ☐ Γνώση Backup Plan (Ambu, επικοινωνία ΝΟΣΠΙ, τηλεμετρία).

Διεπιστημονική Υποστήριξη και Νομική Διασφάλιση

- ☐ Καθορισμένο πλάνο φυσικοθεραπείας.
- ☐ Αξιολόγηση ικανότητας κατάποσης / διατροφική υποστήριξη.
- ☐ Υπογεγραμμένο έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης.
- ☐ Επικαιροποίηση ψηφιακού φακέλου (παραμονή υπό διοικητική ευθύνη ΝΟΣΠΙ).
- ☐ Οριστικοποίηση πρώτης επίσκεψης εντός 24 ωρών.

**Τελική ιατρική έγκριση εξόδου**

☐ Πληρούνται όλα τα υποχρεωτικά κριτήρια.

☐ Η έξοδος θεωρείται ασφαλής στο παρόν πλαίσιο φροντίδας.

Ιατρός (ονοματεπώνυμο/υπογραφή): _____

Ημερομηνία/Ωρα: ____ / ____ / ____

II. Checklist Ιατρού ΝΟΣΠΙ για παρακολούθηση ασθενούς κατοίκον**(Διάχυτες Διάμεσες Πνευμονοπάθειες - ILDs)**

Ασθενής: _____

ΑΜΚΑ: _____

Ημ/νία: ____ / ____ Ώρα: ____ : ____

Τύπος ILD / Στάδιο: _____

Οξυγονοθεραπεία (Συμβατικός χαμηλής ροής ή LOX) / HFLNC: ☐ Όχι ☐ Ναι

Κατ' οίκον μηχανικός αερισμός (MEMA/EMA): ☐ Όχι ☐ Ναι

Ημέρα παρακολούθησης: ☐ 1-3 ☐ 4-7 ☐ 8-14 ☐ 15-30 ☐ >30

Τύπος επαφής: ☐ Τηλεφωνική / Τηλεσυνεδρία (Video) ☐ Κατ' οίκον επίσκεψη
ιατρού/νοσηλεύτη/φυσικοθεραπευτή

Επίπεδο παρακολούθησης: ☐ Τυπική ☐ Αυξημένη

**Ταχεία διαλογή επείγοντος (αν οποιοδήποτε = ΝΑΙ → άμεση κλιμάκωση προς την
κλινική ΝΟΣΠΙ)** ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Βαριά αναπνευστική δυσχέρεια / χρήση βοηθητικών μυών / αλλαγή χρώματος
δέρματος ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

SpO_2 < προκαθορισμένου στόχου που δε διορθώνεται / Πτώση κορεσμού στο 6MWT
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Πτώση της FVC >10% με κατοίκον σπυρομέτρηση από την καλύτερη σταθερή τιμή
(προοίμιο παροξυσμού) ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ



Επιδείνωση στο ODDS model score (Oxygen, Distance, Dyspnea, Saturation) Απόφαση
επείγοντος: ☐ Κλήση 112/166 ☐ Άμεση επιστροφή σε κλινική ☐ Συνέχιση
αξιολόγησης

Αναπνευστική κατάσταση & Ψηφιακή Επιτήρηση (ePROs / Telemetry) ☐ SpO₂: ____
% (24ωρη παρακολούθηση) ☐ Διαδερμική καπνογραφία: ____ mmHg ☐ Καρδιακή
συχνότητα (HR): ____ bpm ☐ Ψηφιακή Σπιρομέτρηση (Home Spirometry): FVC ____
L, FEV1 ____ L ☐ ePROs (Δύσπνοια - Borg/VAS): ☐ σταθερή ☐ βελτιωμένη ☐
επιδεινούμενη ☐ Ερωτηματολόγιο K-BILD: Έγινε συμπλήρωση ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ 6-
Minute Walk Test (6MWT) - Εβδομαδιαίο: Απόσταση ____ m, Βαθμός αποκορεσμού
____ %

Διαγνωστικές Πράξεις κατ' οίκον & Εργαστηριακός Έλεγχος

☐ Αέρια Αίματος (ABGs) με φορητό αναλυτή: pH ____ PaCO₂ ____ PaO₂ ____ HCO₃⁻

☐ Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) για έλεγχο καρδιακής επιβάρυνσης/πνευμονικής
καρδιάς: ☐ Έγινε ☐ Δεν απαιτείται
☐ Εργαστηριακά (Ηπατική, νεφρική βιοχημεία, ηλεκτρολύτες, Γενική Αίματος) για
έλεγχο αντιιϊνωτικής/ανοσοκατασταλτικής αγωγής: ☐ Ελήφθησαν ☐ Εκκρεμούν ☐
Λήψη άλλων δειγμάτων (ούρα, πτύελα): ☐ Ναι ☐ Όχι

Αναπνευστικός Εξοπλισμός & Φυσικοθεραπεία ☐ HFLNC / LOX / Συμπυκνωτές:
Ελέγχθηκε υγρασία/θερμοκρασία αέρα (αποφυγή ξηρότητας βλεννογόνων) ☐
Αναπνευστήρας (EMA/MEMA): Data logging (leaks, tidal volume, compliance) εντός
στόχων.

Καθαρισμός φίλτρων και έλεγχος στεγανότητας μάσκας/cuff. ☐ Συσκευή Cough
Assist: Εφαρμόστηκε πρωτόκολλο (π.χ. 5 κύκλοι x 3 επαναλήψεις) ☐ Αναπνευστική
Φυσικοθεραπεία: Έγινε συνεδρία κινητοποίησης θώρακα και παροχέτευσης
εκκρίσεων

Διαχείριση Στομιών, Καθετήρων & Δέρματος ☐ Τραχειοστομία (αν υπάρχει):
Καθημερινή περιποίηση με αντισηπτικό, αλλαγή cannula ανά 8-12h, αλλαγή γάζας.
☐ Γαστροστομία - PEG (αν υπάρχει): Έκπλυση με 30-50ml νερό προ/μετά σίτιση,
καθαρισμός/περιστροφή. ☐ ΚΦΚ / Port-a-cath / PICC: Διατήρηση ασηψίας,



ηπαρινισμός βάσει χρονοδιαγράμματος. ☐ Δέρμα / Πρόληψη Κατακλίσεων: Έλεγχος ανά 8 ώρες (ιερό, πτέρνες) , αλλαγή θέσης ανά 2-3 ώρες και λειτουργία αεροστρώματος.

Φαρμακευτική Αγωγή, Αναλώσιμα & Φάκελος ☐ Ενδοφλέβια Αγωγή (αντλίες έγχυσης): Λειτουργούν ομαλά ☐ Αποθήκη Αναλωσίμων (γάζες, καθετήρες αναρρόφησης, σύριγγες): Ελάχιστο απόθεμα διαθέσιμο ☐ Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς (ΗΦΑ): Ενημερώθηκε για όλες τις παρεμβάσεις

Τελική απόφαση επίσκεψης / επαφής ☐ Διατήρηση ίδιου πλάνου ☐ Αποκλιμάκωση παρακολούθησης ☐ Κλιμάκωση (περιγραφή): _____

☐ Άμεση επιστροφή σε κλινική Επόμενη επαφή: ☐ 24h ☐ 48h ☐ 72h ☐ 1 εβδομάδα

☐ Άλλο: _____

Ιατρός: _____ Υπογραφή: _____

**III. Checklist Ιατρού για απόφαση επιστροφής στην κλινική ΝΟΣΠΙ****(Διάχυτες Διάμεσες Πνευμονοπάθειες - ILDs)****Στοιχεία ασθενούς**

Ονοματεπώνυμο: _____

ΑΜΚΑ: _____

Ημερομηνία/Ωρα αξιολόγησης: ____ / ____ / ____, ____ : ____

Τύπος επαφής: ☐ Κατ' οίκον ☐ Τηλεφωνική / Tele**Έλεγχος για άμεσες δράσεις/συνθήκες επείγοντος/ Αναπνευστική Επιδείνωση (Red Flags) (Αν οποιοδήποτε = NAI → Ενεργοποίηση πρωτοκόλλου)**Πτώση εμμένουσα του SpO₂ κάτω από το εξατομικευμένο όριο ασφαλείας (π.χ. <88-90) που δεν αποκαθίσταται ☐ NAI ☐ OXI.Αναπνευστική κόπωση (έντονη δύσπνοια, ταχύπνοια >25-30 αναπνοές/λεπτό, χρήση βοηθητικών μυών, αύξηση PCO₂) ☐ NAI ☐ OXI.Διαταραχή επιπέδου συνείδησης (υπνηλία, σύγχυση, κεφαλαλγία - πιθανή υπερκαπνία) ☐ NAI ☐ OXI.Αλλαγή εκκρίσεων (αιφνίδια αύξηση, πυώδεις) που καθιστούν αδύνατο τον καθαρισμό αεραγωγού ☐ NAI ☐ OXI.Απόφαση: ☐ Άμεση κλήση 112/166 ☐ Συνέχιση αξιολόγησης**Λοιμώξεις & Συστηματική Επιβάρυνση**☐ Εμπύρετο >38.5°C ή ρίγος (ειδικά αν συνοδεύεται από ταχυκαρδία ή πτώση ΑΠ).☐ Σήψη στομίων/καθετήρων (έντονη ερυθρότητα, οίδημα ή πυώδης έκκριση).☐ Acute Exacerbation (AE-ILD): Αύξηση δύσπνοιας εντός 30 ημερών μη εξηγούμενη από καρδιακά αίτια/εμβολή.☐ Ανταπόκριση στο Οξυγόνο: Αύξηση αναγκών κατά >2 L/min από τη δοσολογία εξόδου.☐ Σημεία Πνευμονικής Υπέρτασης (νέα περιφερικά οιδήματα ή αυξημένη κόπωση - ένδειξη δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας).**Επιδείνωση Προβλεπτικών Δοκιμασιών**☐ Πτώση στη 6MWT κάτω από τα 350m.☐ Επιδείνωση του BORG test σε τιμές άνω του 5.



- ☐ Πτώση της FVC (home spirometry) κατά 10%.
- ☐ Επιδείνωση του ODDS πάνω από 41 στις 12 εβδομάδες.

Μηχανικές Αστοχίες Εξοπλισμού & Λειτουργικά Κριτήρια

- ☐ Βλάβη συμπτυκνωτή / Αδυναμία παροχής υψηλών ροών οξυγόνου.
- ☐ Απώλεια Αεραγωγού (ακούσια εκτόπιση τραχειοσωλήνα, διάτρηση cuff) μη αναστρέψιμη κατ' οίκον.
- ☐ Απόφραξη / εκτόπιση Γαστροστομίας (PEG) που καθιστά αδύνατη τη θρέψη.
- ☐ Βλάβη Εξοπλισμού (ταυτόχρονη δυσλειτουργία κύριου και εφεδρικού αναπνευστήρα ή διακοπή οξυγόνου).
- ☐ Αστοχία Φροντιστή (λόγω ασθένειας, burnout, αδυναμίας ανταπόκρισης).

Διαδικασία Παραπομπής & Μεταφοράς

- ☐ Δεν πληρούνται κριτήρια επιστροφής.
- ☐ Πληρούνται κριτήρια επιστροφής στην κλινική ΝΟΣΠΙ / Επείγουσας διακομιδής.

Ενέργειες: ☐ Ενεργοποίηση πρωτοκόλλου (24ωρη γραμμή επικοινωνίας).

- ☐ Συντονισμός διακομιδής με ασθενοφόρο (ΕΚΑΒ, ιδιωτικό ασθενοφόρο, αερομεταφορά).
- ☐ Διοικητική ενημέρωση ψηφιακού φακέλου (μετάπτωση σε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία).

Ιατρός: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: ____ / ____ / ____



Ιατρικά Πρωτόκολλα για ενήλικες ασθενείς ΝΟΣΠΙ με κακώσεις σπονδυλικής στήλης

Ι. Κριτήρια εξόδου ασθενή με κάκωση ΣΣ από την κλινική ΝΟΣΠΙ (± τραχειοστομία / κατ' οίκον μηχανικό αερισμό)

A. Γενικές προϋποθέσεις ασφάλειας (υποχρεωτικές)

1. Κλινική σταθεροποίηση

- Ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός και δεν απαιτεί συνεχή ενδονοσοκομειακή κλιμάκωση.
- Δεν αναμένεται άμεση επιδείνωση της νευρολογικής ή αναπνευστικής κατάστασης.
- Έχει καθοριστεί σαφές και ρεαλιστικό θεραπευτικό και νοσηλευτικό πλάνο που μπορεί να εφαρμοστεί στο σπίτι.

2. Συναίνεση & στόχοι φροντίδας

- Ενημερωμένη συγκατάθεση ασθενούς ή νόμιμου εκπροσώπου.
- Σαφής ενημέωση αναφορικά με το λειτουργικό επίπεδο και την ποιότητα ζωής και συμφωνία για στόχους φροντίδας.
- Καθορισμένα όρια κλιμάκωσης (πότε καλούμε ΝΟΣΠΙ, πότε επανεισαγωγή).

3. Φροντιστές

Τουλάχιστον δύο διαθέσιμοι και εκπαιδευμένοι φροντιστές με δυνατότητα 24ωρης κάλυψης.

Τεκμηριωμένη πρακτική επάρκεια σε:

- βασική νοσηλευτική φροντίδα
- μετακινήσεις/θέσεις/πρόληψη κατακλίσεων
- διαχείριση ουροκαθετήρα ή στομίας (αν υπάρχει)
- αναγνώριση σημείων δυσαυτονομίας - βασική αντιμετώπιση επεισοδίου δυσαυτονομίας
- χρήση αναπνευστικού και λοιπού ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού



****Σε περίπτωση τραχειοστομίας: Τεκμηριωμένη πρακτική εκπαίδευση σε:**

- αναρρόφηση μέσω τραχειοστομίας
- αλλαγή εσωτερικού σωλήνα (inner cannula)
- βασική φροντίδα στομίου τραχειοστομίας
- αναγνώριση απόφραξης, αποσύνδεσης ή αιμορραγίας
- χειροκίνητο αερισμό με Ambu μέσω τραχειοστομίας

4. Κριτήρια ειδικά για τραχειοστομία

➤ Σταθερότητα τραχειοστομίας:

- Ώριμο στόμιο τραχειοστομίας.
- Σταθερός τύπος και μέγεθος τραχειοσωλήνα για $\geq 5-7$ ημέρες.
- Διαθέσιμος εφεδρικός τραχειοσωλήνας ίδιου και μικρότερου μεγέθους στο σπίτι.
- Δεν υπάρχουν συχνά επεισόδια απόφραξης ή αιμορραγίας.

➤ Εκκρίσεις

- Οι εκκρίσεις είναι διαχειρίσιμες στο κατ' οίκον πλαίσιο.
- Η συχνότητα αναρροφήσεων είναι ρεαλιστική για τους φροντιστές.
- Υπάρχει σαφές πλάνο για παχύρρευστες εκκρίσεις (ενυδάτωση, ύγγραση, φυσικοθεραπεία).

➤ Επικοινωνία & κατάποση

- Έχει αξιολογηθεί η δυνατότητα ομιλίας (π.χ. με βαλβίδα ομιλίας, όπου ενδείκνυται).
- Η κατάποση είναι ασφαλής ή υπάρχει εναλλακτικό πλάνο σίτισης.

5. Κριτήρια κατ' οίκον μηχανικού αερισμού

➤ Ρυθμίσεις αερισμού

- Σταθερές τελικές ρυθμίσεις για ≥ 24 ώρες χωρίς ανάγκη συχνών παρεμβάσεων.
- Τεκμηριωμένη κλινική επάρκεια αερισμού (εγρήγορση, άνεση, σταθερή οξυγόνωση).
- Δεν υπάρχουν συχνά alarms που απαιτούν εξειδικευμένη παρέμβαση.



- Οξυγόνωση & αέρια αίματος (όπου ενδείκνυται)
 - Σταθερή SpO_2 εντός προκαθορισμένου στόχου.
 - Απουσία κλινικών σημείων υποαερισμού ή υπερκαπνίας.
 - Τεκμηρίωση ABGs ή εναλλακτικής παρακολούθησης, όπου απαιτείται.
- Εξοπλισμός στο σπίτι (υποχρεωτικός)
 - Κύριος αναπνευστήρας και εφεδρικός.
 - Μπαταρίες και εναλλακτική πηγή ρεύματος.
 - Συσκευή αναρρόφησης (και εφεδρική όπου δυνατό).
Ambu με σύνδεση τραχειοστομίας.
 - Υγραντήρας/θερμαινόμενη ύγρανση.
 - Παλμικό οξύμετρο.
- Εκπαίδευση φροντιστών – έλεγχος επάρκειας
Οι φροντιστές έχουν επιδείξει πρακτικά:
 - ασφαλή σύνδεση/αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα
 - σωστή αναρρόφηση
 - χρήση Ambu σε προσομοιωμένο επείγον
 - αναγνώριση red flags
- Red flags (όχι έξοδος)
 - Μη ελεγχόμενες εκκρίσεις.
 - Συχνές αποσυνδέσεις ή απόφραξη τραχειοσωλήνα.
 - Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υποξίας ή υπερκαπνίας.
 - Αδυναμία φροντιστών να διαχειριστούν επείγον περιστατικό.
 - Έλλειψη εφεδρικού εξοπλισμού ή αξιόπιστης παροχής ρεύματος.
- Τελική δοκιμή ασφάλειας
 - Παραμονή $\geq 12-24$ ώρες με το τελικό κατ' οίκον set-up (ίδιος αναπνευστήρας, ίδιες ρυθμίσεις, ίδιος εξοπλισμός).
 - Χωρίς ανάγκη κλιμάκωσης ή μη προγραμματισμένων παρεμβάσεων.
 - Όλες οι οδηγίες έχουν δοθεί γραπτώς και επαναληφθεί προφορικά.

6. Καταλληλότητα οικίας

- Πρόσβαση και επαρκής χώρος γύρω από την κλίνη/αμαξίδιο.



- Ασφαλές περιβάλλον για χειρισμούς, αναρροφήσεις και εξοπλισμό.
- Σταθερή παροχή ρεύματος, νερού και επικοινωνίας.

7. Εξοπλισμός

- Διασφαλισμένος όλος ο απαιτούμενος εξοπλισμός πριν την έξοδο.
- Σχέδιο για διακοπή ρεύματος ή βλάβη εξοπλισμού.

8. Υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας

- 24/7 δυνατότητα επικοινωνίας.
- Δυνατότητα άμεσης επανεκτίμησης ή επανεισαγωγής.
- Προγραμματισμένη πρώτη επαφή εντός 24–72 ωρών.

B. Ιατρικά κριτήρια εξόδου

1. Νευρολογική σταθερότητα

- Σταθερό νευρολογικό επίπεδο (χωρίς οξεία επιδείνωση).
- Καταγεγραμμένο επίπεδο κάκωσης και λειτουργική κατάσταση.
- Διαχειρίσιμος μυϊκός τόνος/σπαστικότητα με σταθερή αγωγή.

2. Αναπνευστική κατάσταση

- Σταθερή αναπνοή χωρίς αυξημένο έργο.
- Επαρκής διαχείριση εκκρίσεων (αυτόνομα ή με υποστήριξη).
- Δεν απαιτούνται συχνές παρεμβάσεις που ξεπερνούν το κατ' οίκον πλαίσιο.

3. Εκδηλώσεις δυσавтоνομίας

- Απουσία πρόσφατων μη ελεγχόμενων επεισοδίων.
- Σαφές πλάνο πρόληψης και αντιμετώπισης.
- Εκπαίδευση φροντιστών στα προειδοποιητικά σημεία.

4. Ουρολογική & εντερική διαχείριση

- Σταθερό σχήμα ουροκαθετήρα ή διαλείποντος καθετηριασμού.



- Καθορισμένο πρόγραμμα εντέρου.
- Δεν υπάρχει ενεργή λοίμωξη που απαιτεί νοσοκομειακή παραμονή.

5. Κατακλίσεις & δέρμα

- Δεν υπάρχουν κατακλίσεις σταδίου ≥ 3 ή μη ελεγχόμενες λοιμώξεις.
- Υπάρχει σαφές πλάνο πρόληψης και φροντίδας τραυμάτων.

6. Θρέψη & κατάποση

- Ασφαλής σίτιση από στόμα ή μέσω γαστροστομίας με σταθερό σχήμα.
- Πρόληψη κινδύνου εισρόφησης.

Γ. Ειδικά κριτήρια για ασθενείς με κατ' οίκον μηχανικό αερισμό (εάν εφαρμόζεται)

- Σταθερές ρυθμίσεις αερισμού για ≥ 24 ώρες.
- Κλινική επάρκεια αερισμού (σταθερή οξυγόνωση και αερισμός).
- Εκπαίδευση φροντιστών σε αναρρόφηση, αερισμό με ambu, αναγνώριση alarms.
- Διαθέσιμος εφεδρικός αεριστήρας και μπαταρία.

Red flags (όχι έξοδος):

–	συχνές	αποσυνδέσεις	ή	alarms
–	αδυναμία	διαχείρισης		εκκρίσεων
–	επαναλαμβανόμενα επεισόδια υποξίας ή υπερκαπνίας			

Δ. Τελική δοκιμή ασφάλειας

Ο ασθενής παραμένει 12–24 ώρες με το τελικό πλάνο φροντίδας χωρίς ανάγκη κλιμάκωσης.

Όλες οι οδηγίες έχουν δοθεί γραπτώς.

Οι φροντιστές έχουν επιβεβαιώσει πρακτική επάρκεια.



**Checklist Ιατρού για έξοδο ασθενούς με κακωση ΣΣ από κλινική ΝΟΣΠΙ
(±τραχειοστομία και κατ' οίκον μηχανικό αερισμό)**

Στοιχεία ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: _____ ΑΜΚΑ: _____

Επίπεδο κάκωσης: _____

Ημ/νία εξόδου: ____ / ____ / ____ Ώρα: ____

1. Γενική κλινική σταθερότητα (≥24–48h)

☐ Αιμοδυναμικά σταθερός (ΑΠ ____ / ____ HR ____ /min) ☐ Απύρετος ή σαφής
ύφεση πυρετού ☐ Χωρίς ενεργά σημεία σήψης ☐ Σταθερό νευρολογικό επίπεδο,
χωρίς οξεία επιδείνωση ☐ Συννοσηρότητες σε αποδεκτό έλεγχο

Σχόλια: _____

2. Τραχειοστομία (εφόσον υπάρχει)

☐ Ωριμο στόμιο τραχειοστομίας (έχει επουλωθεί πλήρως, έχει σχηματιστεί επιθήλιο
(δέρμα) γύρω από την οπή και είναι ασφαλές για την αλλαγή του τραχειοστόματος)
☐ Σταθερός τύπος/μέγεθος τραχειοστόματος ≥5–7 ημέρες ☐ Διαθέσιμο εφεδρικό
τραχειοστομα (ίδιο & μικρότερο) ☐ Εκκρίσεις διαχειρίσιμες στο κατ' οίκον πλαίσιο ☐
Δεν υπάρχουν συχνά επεισόδια απόφραξης/αιμορραγίας ☐ Σαφές πλάνο φροντίδας
στομίου

3. Αναπνευστική υποστήριξη – Μηχανικός αερισμός (εφόσον υπάρχει)

☐ Σταθερές τελικές ρυθμίσεις ≥24h

Mode: _____ VT/Pinsp: _____ PEEP: _____

Backup rate: _____ FiO₂ (αν υπάρχει): _____

☐ Δεν υπάρχουν συχνά alarms που απαιτούν εξειδικευμένη παρέμβαση ☐ SpO₂
εντός στόχου ____% – ____% με σταθερές ρυθμίσεις ☐ Δεν υπάρχουν κλινικά σημεία
υπερκαπνίας (υπνηλία/σύγχυση) ☐ Τεκμηριωμένα ABGs όπου ενδείκνυται



ABGs (αν έγιναν) Ημ/νία: ____ / ____ pH ____ PaCO₂ ____ PaO₂ ____ HCO₃⁻ ____

4. Διαχείριση εκκρίσεων

☐ Συχνότητα αναρροφήσεων ρεαλιστική για σπίτι ☐ Εκπαιδευμένοι φροντιστές στην αναρρόφηση ☐ Διαθέσιμη συσκευή αναρρόφησης ☐ Πλάνο για παχύρρευστες εκκρίσεις (ύγρανση/μηχανική υποβοήθηση βήχα/φυσικοθεραπεία)

5. Διαταραχές αυτόνομου νευρικού συστήματος - Δυσавтоνομία

☐ Δεν υπάρχουν πρόσφατα μη ελεγχόμενα επεισόδια ☐ Οι φροντιστές γνωρίζουν τα προειδοποιητικά σημεία ☐ Υπάρχει γραπτό πλάνο αντιμετώπισης

6. Ουροποιητικό και γαστρεντερικό σύστημα

☐ Σταθερό σχήμα καθετηριασμού ή μόνιμου καθετήρα ☐ Δεν υπάρχει ενεργή λοίμωξη που απαιτεί νοσηλεία ☐ Καθορισμένο πρόγραμμα διαχείρισης της λειτουργίας του εντέρου (διατροφή, υποκλυσμοί όπου απαιτούνται)

7. Δέρμα – κατακλίσεις

☐ Δεν υπάρχουν κατακλίσεις σταδίου ≥3 ☐ Υπάρχει σαφές πλάνο πρόληψης/φροντίδας ☐ Κατάλληλο στρώμα/μαξιλάρι αποφόρτισης διαθέσιμο

8. Διατροφή - Σίτιση

☐ Εξασφάλιση εντερικής σίτισης ☐ Εξασφάλιση διατροφικών και θερμιδικών στόχων

9. Εξοπλισμός κατ' οίκον (επιβεβαιωμένος)

☐ Κύριος αναπνευστήρας ☐ Εφεδρικός αναπνευστήρας ☐ Μπαταρίες/εναλλακτική παροχή ρεύματος ☐ Ambu με σύνδεση τραχειοστομίας ☐ Συσκευή αναρρόφησης ☐ Υγραντήρας/θερμαινόμενη ύγρανση ☐ Παλμικό οξύμετρο ☐ Επαρκή αναλώσιμα

10. Φροντιστές – επιβεβαίωση επάρκειας

☐ Έχουν εκπαιδευτεί σε πρακτικό επίπεδο στην αναρρόφηση ☐ Έχουν εκπαιδευτεί σε χειροκίνητο αερισμό με Ambu ☐ Αναγνωρίζουν τα διάφορα alarms και τους



τρόπους επίλυσης τυχόν προβλημάτων ☐ Γνωρίζουν πότε καλούν ΝΟΣΠΙ ☐ Υπάρχει
24ωρη κάλυψη

11. Τελική δοκιμή ασφάλειας

☐ $\geq 12-24$ h με τις τελικές κατ' οίκον συνθήκες χωρίς κλιμάκωση ☐ Όλες οι οδηγίες
δόθηκαν γραπτώς ☐ Έχει οριστεί πρώτη επανεκτίμηση εντός ____ ωρών
Κριτήρια άμεσης επικοινωνίας/επιστροφής (έχουν δοθεί γραπτώς)
☐ $SpO_2 < \text{____} \%$ για $> \text{____}$ λεπτά ☐ Επαναλαμβανόμενα alarms/αποσυνδέσεις ☐
Απόφραξη τραχειοσωλήνα που δεν αποκαθίσταται ☐ Νέα υπνηλία/σύγχυση ☐
Πυρετός/σημεία λοίμωξης ☐ Αδυναμία φροντιστή να διαχειριστεί το περιστατικό

Τελική ιατρική έγκριση εξόδου

☐ Πληρούνται όλα τα υποχρεωτικά κριτήρια ☐ Η έξοδος θεωρείται ασφαλής στο
παρόν πλαίσιο φροντίδας

Ιατρός (ονοματεπώνυμο/υπογραφή): _____

Ημερομηνία/Ωρα: ____ / ____ / ____ Ημερομηνία: ____ / ____



II. Πλάνο ιατρικής παρακολούθησης ασθενούς με κάκωση ΣΣ στο σπίτι μετά την έξοδο από κλινική ΝΟΣΠΙ (± τραχειοστομία / κατ' οίκον μηχανικό αερισμό)

Σκοπός

Έγκαιρη ανίχνευση επιδείνωσης νευρολογικής, αναπνευστικής ή λειτουργίας του αυτόνομου. Πρόληψη επιπλοκών (λοιμώξεις, κατακλίσεις, δυσσαυτονομία, αναπνευστική απορρύθμιση). Τυποποιημένη ιατρική απόφαση: συντήρηση – κλιμάκωση – επανεκτίμηση – επιστροφή σε κλινική.

1. Προϋπόθεση έναρξης κατ' οίκον παρακολούθησης

Ο ασθενής έχει λάβει επίσημη έξοδο από την κλινική με:

- καταγεγραμμένο νευρολογικό επίπεδο και baseline λειτουργικότητας
- γραπτό πλάνο τραχειοστομίας/μηχανικού αερισμού (εφόσον υπάρχει)
- σαφές πλάνο κλιμάκωσης (πότε κλήση ΝΟΣΠΙ – πότε κλήση 166/112 – πότε επιστροφή).

2. Κατηγοριοποίηση επιπέδου παρακολούθησης (γίνεται εντός 24h από την έξοδο)

➤ Τυπική παρακολούθηση

Όταν πληρούνται όλα: – Δεν υπάρχει τραχειοστομία ή μηχανικός αερισμός – Σταθερό νευρολογικό επίπεδο – Διαχειρίσιμες εκκρίσεις – Χωρίς πρόσφατα επεισόδια δυσσαυτονομίας – Σταθερό δέρμα χωρίς ενεργές επιπλοκές

➤ Αυξημένη παρακολούθηση

Με οποιοδήποτε από τα παρακάτω: – Τραχειοστομία – Κατ' οίκον μηχανικός αερισμός (μερικός ή πλήρης) – Υψηλή αυχενική κάκωση ($\geq C5$) – Πρόσφατη αναπνευστική απορρύθμιση ή λοίμωξη – Ιστορικό δυσσαυτονομίας – Οριακή επάρκεια φροντιστών

Κανόνας ασφάλειας: Αν υπάρχει οποιαδήποτε αμφιβολία → αυξημένη παρακολούθηση.



3. Η συχνότητα ιατρικής παρακολούθησης εξατομικεύεται.

Ενδεικτικό πρότυπο 30 ημερών:

- Αυξημένη παρακολούθηση
 - Ημέρες 1–3: καθημερινά
 - Ημέρες 4–7: κάθε 24–48h
 - Ημέρες 8–14: 2–3 φορές/εβδομάδα
 - Ημέρες 15–30: εβδομαδιαία ή συχνότερα αν οριακός
- Τυπική παρακολούθηση
 - Ημέρες 1–7: κάθε 48h
 - Ημέρες 8–14: εβδομαδιαία
 - Ημέρες 15–30: ανά 10–14 ημέρες

4. Τι ελέγχει ο ιατρός σε ΚΑΘΕ επαφή

- **Νευρολογική κατάσταση & αυτόνομο νευρικό σύστημα:** Επίπεδο εγρήγορσης – Αλλαγή σπαστικότητας ή πόνου – Επεισόδια δυσавтоνομίας (κεφαλαλγία, υπέρταση, εφίδρωση)
- **Αναπνευστική κατάσταση:** Αναπνευστικό έργο, συγχρονισμός με αναπνευστήρα (αν υπάρχει) – Εκκρίσεις: ποσότητα, ιξώδες, ανάγκη αναρρόφησης – SpO₂ (αν εφαρμόζεται) και επεισόδια αποκορεσμού
- **Τραχειοστομία / μηχανικός αερισμός (αν υπάρχουν):** Σταθερότητα τραχειοσωλήνα και καλή κατάσταση/υγιεινή της τραχειοστομίας – Ώρες χρήσης αερισμού συμμόρφωση / ανοχή – Alarms, αποσυνδέσεις, απόφραξη
- **Έλεγχος για πιθανές λοιμώξεις:** Πυρετός, αλλαγή εκκρίσεων, δύσσομα ούρα – Σημεία λοίμωξης τραχειοστομίας ή ουροποιητικού
- **Δέρμα – κατακλίσεις:** Έλεγχος περιοχών πίεσης – Τήρηση πλάνου αποφόρτισης
- **Ουρολογική – εντερική διαχείριση:** Τήρηση σχήματος – Καθετήρας / στομία χωρίς επιπλοκές
- **Διατροφή - Σίτιση**

5. Πότε απαιτούνται εξετάσεις

- Αέρια αίματος σε περίπτωση υπνηλίας, αποκορεσμού, αποτυχίας αερισμού
- Εργαστηριακά: επί πυρετού ή ύποπτης λοίμωξης



- Απεικόνιση σε υποψία πνευμονίας, πνευμοθώρακα

6. Κλιμάκωση παρακολούθησης – επανεκτίμηση

Κλιμάκωση απαιτείται όταν υπάρχει:

- Νέα ή επιδεινούμενη αναπνευστική δυσχέρεια
- Αδυναμία διαχείρισης εκκρίσεων από τον φροντιστή
- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια δυσавтоνομίας
- Λοίμωξη μη ανταποκρινόμενη σε 48–72h από τη έναρξη κατ' οίκον θεραπείας
- Αδυναμία φροντιστών να ανταποκριθούν σε οποιοδήποτε επίπεδο φροντίδας

Ενέργειες:

- ✓ αύξηση συχνότητας επαφών
- ✓ τροποποίηση αγωγής
- ✓ ενεργοποίηση φυσικοθεραπείας/αναπνευστικής υποστήριξης
- ✓ άμεση επιστροφή σε κλινική εφόσον απαιτείται

7. Κριτήρια ολοκλήρωσης κατ' οίκον ΝΟΣΠΙ

Σταθερό νευρολογικό και αναπνευστικό baseline

Καμία ανάγκη κλιμάκωσης ≥ 7 ημέρες

Σταθερή φροντίδα τραχειοστομίας/αερισμού

Ασφαλής μετάβαση σε follow-up αποκατάστασης / ΠΦΥ

Checklist Ιατρού ΝΟΣΠΙ για παρακολούθηση ασθενούς στο σπίτι ($\pm$ τραχειοστομία / κατ' οίκον μηχανικό αερισμό)

Ασθενής: _____ ΑΜΚΑ: _____

Ημ/νία: ____ / ____ Ώρα: ____ : ____

Επίπεδο κάκωσης: _____ Τραχειοστομία: ☐ Όχι ☐ Ναι

Κατ' οίκον μηχανικός αερισμός: ☐ Όχι ☐ Ναι

Ημέρα παρακολούθησης: ☐ 1–3 ☐ 4–7 ☐ 8–14 ☐ 15–30 ☐ >30

Τύπος επαφής: ☐ Τηλεφωνική / Tele ☐ Κατ' οίκον επίσκεψη

Επίπεδο παρακολούθησης: ☐ Τυπική ☐ Αυξημένη



1. Ταχεία διαλογή επείγοντος (αν οποιοδήποτε = ΝΑΙ → άμεση κλιμάκωση)

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

- Βαριά αναπνευστική δυσχέρεια / εξάντληση ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

- $\text{SpO}_2 <$ προκαθορισμένου στόχου και δεν διορθώνεται ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

- Απόφραξη / αποσύνδεση τραχειοστομίας μη ανατάξιμη ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

- Νέα σύγχυση / λήθαργος / συγκοπή ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

- Επεισόδιο αυτόνομης δυσαντακλαστικότητας μη ελεγχόμενο ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Απόφαση επείγοντος: ☐ Κλήση 112/166 ☐ Άμεση επιστροφή σε κλινική ☐ Συνέχιση αξιολόγησης

2. Εκτίμηση νευρολογικής κατάστασης & αυτόνομου νευρικού συστήματος

☐ Επίπεδο συνείδησης σταθερό ☐ Χωρίς νέα νευρολογικά ελλείμματα ☐
Σπαστικότητα/πόνος: ☐ καλύτερα ☐ ίδια ☐ χειρότερα ☐ Επεισόδια αυτόνομης
δυσαντακλαστικότητας: ☐ Όχι ☐ Ναι → περιγραφή: _____

3. Αναπνευστική κατάσταση

☐ Αναπνευστικό έργο σταθερό ☐ Χωρίς σημεία κόπωσης/υποαερισμού ☐ SpO_2 :
_____ % (στόχος: _____ – _____ %) ☐ Επεισόδια αποκορεσμού από τελευταία επαφή:
☐ Όχι ☐ Ναι

4. Τραχειοστομία (εάν υπάρχει)

☐ Στόμιο καθαρό, χωρίς σημεία λοίμωξης ☐ Τραχειοσωλήνας σταθερός ☐ Εκκρίσεις:
☐ ελάχιστες ☐ διαχειρίσιμες ☐ μη διαχειρίσιμες ☐ Συχνότητα αναρροφήσεων
αποδεκτή για σπίτι ☐ Οι φροντιστές ανταποκρίνονται επαρκώς

5. Κατ' οίκον μηχανικός αερισμός (εάν υπάρχει)



Ώρες χρήσης/24h: ____ Στόχος: ____ ☐ Ανοχή καλή ☐ Χωρίς επαναλαμβανόμενα alarms ☐ Συγχρονισμός ασθενούς-αναπνευστήρα επαρκής ☐ SpO₂ κατά τη χρήση εντός στόχου

Ρυθμίσεις (αν τροποποιήθηκαν): _____

6. Διαχείριση εκκρίσεων

☐ Εκκρίσεις σταθερές ή μειούμενες ☐ Πλάνο φυσικοθεραπείας / cough assist ☐ Δεν απαιτείται κλιμάκωση υποστήριξης

7. Λοιμώξεις

☐ Πυρετός: ☐ Όχι ☐ Ναι (Θ: ____ °C) ☐ Αλλαγή εκκρίσεων τραχειοστομίας: ☐ Όχι ☐ Ναι ☐ Υποψία ουρολοίμωξης: ☐ Όχι ☐ Ναι

8. Δέρμα – κατακλίσεις

☐ Δέρμα ακέραιο ☐ Δεν υπάρχουν νέες κατακλίσεις ☐ Πλάνο αποφόρτισης τηρείται

9. Διαχείριση ουροποιητικού – γαστρεντερικού συστήματος

☐ Καθετηριασμός/στομία χωρίς επιπλοκές ☐ Πρόγραμμα εντέρου τηρείται

10. Φροντιστές & ασφάλεια πλαισίου

☐ Επαρκής 24ωρη κάλυψη ☐ Γνωρίζουν red flags ☐ Γνωρίζουν πότε καλούν ΝΟΣΠΙ / 112

11. Εξετάσεις – επανεκτίμηση

☐ Δεν απαιτούνται ☐ ABGs / CO₂ έλεγχος ☐ Εργαστηριακά ☐ Απεικόνιση

Αιτιολόγηση: _____



Τελική απόφαση επίσκεψης

☐ Διατήρηση ίδιου πλάνου ☐ Αποκλιμάκωση παρακολούθησης ☐ Κλιμάκωση
(περιγραφή): _____ ☐ Άμεση επιστροφή σε κλινική

Επόμενη επαφή: ☐ 24h ☐ 48h ☐ 72h ☐ 1 εβδομάδα ☐ Άλλο: _____

Ιατρός: _____ Υπογραφή: _____



III. Πρωτόκολλο επιστροφής στην κλινική ασθενή με κάκωση ΣΣ (± τραχειοστομία / κατ' οίκον μηχανικό αερισμό)

Σκοπός

Τυποποιημένη, τεκμηριωμένη ιατρική απόφαση για:

- (α) κλιμάκωση φροντίδας στο σπίτι,
 - (β) επιστροφή στην κλινική ΝΟΣΠΙ (προγραμματισμένη ή εντός 24h),
 - (γ) επείγουσα διακομιδή (112/166),
- σε ασθενείς με κάκωση σπονδυλικής στήλης μετά την έξοδο από την κλινική.

Η απόφαση βασίζεται σε νευρολογική, αναπνευστική, αυτόνομη και λειτουργική αστάθεια, καθώς και στην ασφάλεια του κατ' οίκον πλαισίου.

Ορισμοί – Επίπεδα απόφασης

- Επίπεδο 1: Κλιμάκωση στο σπίτι (χωρίς επιστροφή ακόμη) – Ιατρική επανεκτίμηση ≤24h – Αύξηση συχνότητας επαφών/επισκέψεων – Στοχευμένες εξετάσεις κατ' οίκον (όπου εφικτό)
- Επίπεδο 2: Επιστροφή στην κλινική ΝΟΣΠΙ (ίδια ημέρα ή ≤24h) – Απαιτείται νοσοκομειακού επιπέδου επανεκτίμηση/παρακολούθηση/παρέμβαση – Δεν είναι υποχρεωτική η άμεση κλήση ΕΚΑΒ, εφόσον υπάρχει σταθερότητα
- Επίπεδο 3: Επείγουσα διακομιδή (112/166) – Άμεσος κίνδυνος ζωής ή ανάγκη επείγουσας υποστήριξης

1. Επίπεδο 3 – Κριτήρια άμεσης κλήσης 112/166

Οποιοδήποτε από τα παρακάτω:

- Οξεία ή ταχέως επιδεινούμενη αναπνευστική ανεπάρκεια, εξάντληση, κυάνωση
- Σοβαρή υποξία που δεν διορθώνεται με τις συμφωνημένες παρεμβάσεις
- Απόφραξη ή αποσύνδεση τραχειοστομίας μη άμεσα ανατάξιμη
- Διαταραχή επιπέδου συνείδησης, συγκοπή, σπασμοί
- Ανεξέλεγκτα επεισόδια δυσавтоνομίας (υπέρταση, βραδυκαρδία, κεφαλαλγία, εφίδρωση)
- Υποψία πνευμοθώρακα, σοβαρής λοίμωξης με σηπτική εικόνα



- Οξεία αιμοδυναμική αστάθεια

Ενέργειες: Άμεση κλήση 112/166 – Παράλληλη ενημέρωση κλινικής ΝΟΣΠΙ / Κέντρου Αναφοράς

2. Επίπεδο 2 – Κριτήρια επιστροφής στην κλινική ΝΟΣΠΙ (ίδια ημέρα ή ≤24h)

➤ Αναπνευστική απορρύθμιση

- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια αποκορεσμού με κλινική επιβάρυνση
- Αδυναμία διατήρησης SpO₂ εντός προκαθορισμένου στόχου
- Υποψία υποαερισμού / υπερκαπνίας (υπνηλία, σύγχυση, πρωινή κεφαλαλγία)
- Ανάγκη ελέγχου αερίων αίματος ή καπνογραφίας
- Συμβλήματα σχετικά με την τραχειοστομία ή το μηχανικό αερισμό
- Συχνές αποφράξεις ή δυσλειτουργία τραχειοσωλήνα
- Ανεπαρκής ανοχή ή αποτυχία κατ' οίκον αερισμού
- Επαναλαμβανόμενα alarms χωρίς δυνατότητα ασφαλούς διόρθωσης
- Υποψία ανάγκης επανατιτλοποίησης ρυθμίσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον

➤ Νευρολογική επιδείνωση

- Νέα ή επιδεινούμενη σπαστικότητα, πόνος, επεισόδια δυσавтоνομίας
- Αλλαγή επιπέδου εγρήγορης χωρίς άλλη εξήγηση
- Υποψία επιπλοκών κάκωσης που απαιτούν διερεύνηση

➤ Λοίμωξη με ανεπαρκή ανταπόκριση

- Πυρετός ή σημεία λοίμωξης χωρίς βελτίωση σε 48–72h
- Υποψία πνευμονίας, λοίμωξης τραχειοστομίας ή ουρολοίμωξης που απαιτεί IV αγωγή

➤ Δέρμα – κατακλίσεις

- Νέες ή επιδεινούμενες κατακλίσεις ≥ σταδίου 2
- Σημεία λοίμωξης τραύματος

➤ Ασφάλεια κατ' οίκον πλαισίου

- Αδυναμία φροντιστών να ανταποκριθούν



- Μη ασφαλές περιβάλλον ή βλάβη κρίσιμου εξοπλισμού χωρίς επαρκές backup

Ενέργειες: Ιατρική απόφαση επιστροφής σήμερα ή ≤ 24 h – Οργάνωση μεταφοράς – Ενημέρωση κλινικής ΝΟΣΠΙ για υποδοχή

3. Επίπεδο 1 – Κλιμάκωση στο σπίτι (χωρίς άμεση επιστροφή)

Επιλέγεται μόνο εάν:

- δεν πληρούνται κριτήρια επιπέδου 2 ή 3,
- ο ασθενής είναι κλινικά σταθερός
- υπάρχει δυνατότητα στενής παρακολούθησης.

Ενέργειες: Αύξηση συχνότητας επαφών/επισκέψεων – Στοχευμένες εξετάσεις κατ' οίκον όπου εφικτό – Τροποποίηση αγωγής – Υποχρεωτική επανεκτίμηση εντός 24–72h

4. Αρχικές ενέργειες άμεσα κατά την επιστροφή στην κλινική ΝΟΣΠΙ

- Ζωτικά σημεία, SpO₂, αναπνευστική και νευρολογική εκτίμηση
- Έλεγχος CO₂ (ABGs / καπνογραφία)
- Εργαστηριακός έλεγχος κατά ένδειξη
- Απεικόνιση (θώρακος κ.λπ.)
- Έλεγχος και επαναξιολόγηση τραχειοστομίας / αερισμού

5. Τεκμηρίωση απόφασης

- Αιτία επιστροφής: ☐ Αναπνευστική ☐ Νευρολογική ☐ Αυτόνομο νευρικό σύστημα ☐ Λοίμωξη ☐ Κατακλίσεις ☐ Ασφάλεια ☐ Άλλο
- Επίπεδο απόφασης: ☐ Κλιμάκωση στο σπίτι ☐ Επιστροφή στην κλινική ΝΟΣΠΙ ☐
- Επείγουσα διακομιδή 112/166

Υπεύθυνος ιατρός: _____ Ημ/νία: ____ / ____



**Checklist Ιατρού για απόφαση επιστροφής ασθενή με κάκωση ΣΣ, στην κλινική
ΝΟΣΠΙ (± τραχειοστομία / κατ' οίκον μηχανικό αερισμό)**

Στοιχεία ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: _____ ΑΜΚΑ: _____

Επίπεδο κάκωσης: _____ Τραχειοστομία: ☐ Όχι ☐ Ναι Κατ'

οίκον μηχανικός αερισμός: ☐ Όχι ☐ Ναι Ημερομηνία/Ωρα

αξιολόγησης: ____ / ____ / ____, ____ : ____ Τύπος επαφής: ☐

Κατ' οίκον ☐ Τηλεφωνική / Tele

1. Έλεγχος για άμεσο επείγον (αν οποιοδήποτε = ΝΑΙ → 112/166)

- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Οξεία/επιδεινούμενη αναπνευστική ανεπάρκεια ή εξάντληση
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Σοβαρή υποξία μη ανατάξιμη με τις συμφωνημένες παρεμβάσεις ☐
- ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Απόφραξη ή αποσύνδεση τραχειοστομίας μη ανατάξιμη
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Διαταραχή επιπέδου συνείδησης / συγκοπή / σπασμοί
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Ανεξέλεγκτη αυτόνομη δυσαντακλαστικότητα
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Αιμοδυναμική αστάθεια / σηπτική εικόνα

Απόφαση: ☐ Άμεση κλήση 112/166 ☐ Δεν πληρούνται κριτήρια επιπέδου 3 –
συνέχιση αξιολόγησης

2. Αναπνευστική απορρύθμιση (κριτήρια επιπέδου 2)

- ☐ Επαναλαμβανόμενοι αποκορεσμοί με κλινική επιβάρυνση ☐ Αδυναμία
διατήρησης SpO_2 εντός προκαθορισμένου στόχου ☐ Υποψία
υποαερισμού/υπερκαπνίας (υπνηλία, σύγχυση, κεφαλαλγία) ☐ Ανάγκη ελέγχου
ABGs / καπνογραφίας

3. Τραχειοστομία / κατ' οίκον μηχανικός αερισμός

- ☐ Συχνές αποφράξεις τραχειοσωλήνα ☐ Δυσλειτουργία τραχειοστομίας ή στομίου ☐
- Επαναλαμβανόμενα alarms χωρίς δυνατότητα ασφαλούς διόρθωσης ☐ Ανεπαρκής



ανοχή ή αποτυχία κατ' οίκον αερισμού ☐ Υποψία ανάγκης επανατιτλοποίησης ρυθμίσεων σε κλινική

4. Νευρολογική επιδείνωση

☐ Νέα ή επιδεινούμενη σπαστικότητα / πόνος ☐ Επεισόδια δυσавтоνομίας ☐ Αλλαγή επιπέδου εγρήγορσης χωρίς άλλη εξήγηση ☐ Υποψία επιπλοκών σχετιζόμενων με την κάκωση

5. Λοίμωξη

☐ Πυρετός ή σημεία λοίμωξης χωρίς ανταπόκριση σε 48–72h ☐ Υποψία πνευμονίας ☐ Λοίμωξη τραχειοστομίας ☐ Ουρολοίμωξη που απαιτεί IV αγωγή ή στενή παρακολούθηση

6. Δέρμα – κατακλίσεις

☐ Νέες ή επιδεινούμενες κατακλίσεις $\geq$ σταδίου 2 ☐ Σημεία λοίμωξης τραύματος

7. Ασφάλεια κατ' οίκον πλαισίου

☐ Αδυναμία φροντιστών να ανταποκριθούν ☐ Μη ασφαλές περιβάλλον ☐ Βλάβη κρίσιμου εξοπλισμού χωρίς άμεσο backup



Συνολική ιατρική εκτίμηση

☐ Δεν πληρούνται κριτήρια επιστροφής – παραμονή στο σπίτι με κλιμάκωση ☐

Πληρούνται κριτήρια επιστροφής στην κλινική ΝΟΣΠΙ ($\leq 24h$) ☐ Πληρούνται κριτήρια
επείγουσας διακομιδής (112/166)

Αιτιολόγηση απόφασης:

Ενέργειες που πραγματοποιήθηκαν

☐ Ενημέρωση ασθενούς/φροντιστών ☐ Οργάνωση μεταφοράς ☐ Ενημέρωση
κλινικής ΝΟΣΠΙ ☐ Καταγραφή στο φάκελο

Ιατρός: _____ Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: ____ / ____ / ____ Ώρα: ____ : ____

**Ενδεικτική βιβλιογραφία**

1. GOLD 2025 Report – Global Strategy for the Diagnosis, Management and
2. Prevention of COPD.
3. Macrea M, et al. Long-Term Noninvasive Ventilation in Chronic Stable Hypercapnic Chronic Obstructive Pulmonary Disease. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2020 Aug 15;202(4):e74-e87.
4. British Thoracic Society (BTS) - COPD Discharge Care Bundle
5. Imperial College Healthcare NHS Trust - SOP: Remote Monitoring in Acute Exacerbation of COPD (Early Supported Discharge / Virtual Ward)
6. Khan A, Frazer-Green L, Amin R, Wolfe L, Faulkner G, Casey K, Sharma G, Selim B, Zielinski D, Aboussouan LS, McKim D, Gay P. Respiratory Management of Patients With Neuromuscular Weakness: An American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2023 Aug;164(2):394-413. doi: 10.1016/j.chest.2023.03.011. Epub 2023 Mar 13. PMID: 36921894.
7. Model of Care for Specialised Weaning Units. Authors: Ben Messer. On behalf of the British Thoracic Society and the Intensive Care Society. ISSN 2040-2023: British Thoracic Society Reports, Vol 14, Issue 1, 2023
8. Shah NM, Murphy PB, Kaltsakas G. The adult multidisciplinary respiratory neuromuscular clinic. Breathe (Sheff). 2020 Sep;16(3):200121. doi: 10.1183/20734735.0121-2020. PMID: 33447275; PMCID: PMC7792801.
9. Shah NM, Hart N, Kaltsakas G. Prolonged weaning from mechanical ventilation: who, what, when and how? Breathe (Sheff). 2024 Dec 10;20(3):240122. doi: 10.1183/20734735.0122-2024. PMID: 39660085; PMCID: PMC11629167.
10. Model of Care for Complex Home Mechanical Ventilation. Authors: Messer B et al. On behalf of the British Thoracic Society. ISSN 2040-2023: British Thoracic Society Reports, Vol 15, Issue 8, 2024
11. Shah NM, Kaltsakas G. Telemedicine in the management of patients with chronic respiratory failure. Breathe (Sheff). 2021 Mar;17(1):210008. doi: 10.1183/20734735.0008-2021. PMID: 34295411; PMCID: PMC8291909.

12. Mokhlesi B, Masa JF, Brozek JL, et al. Evaluation and Management of Obesity Hypoventilation Syndrome. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2019. <https://doi.org/10.1164/RCCM.201905-1071ST>
13. 0777 The OHS Pathway: An EMR-Integrated Clinical Pathway to facilitate BiPAP on Discharge for Hospitalized Patients with Obesity Hypoventilation Syndrome. Sleep. 2022. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsac079.773>
14. Terreros GC, Patel N, Rubin A, et al. Clinical practice guideline summary for clinicians: evaluation and management of obesity hypoventilation syndrome. Annals of the American Thoracic Society. 2020. <https://doi.org/10.1513/ANNALSATS.201908-579CME>
15. Shoukri M. Study of the value of percutaneous nocturnal oximetry in the monitoring of obese hypoventilation syndrome patients under non invasive home ventilation. Egyptian Journal of Bronchology. 2017. <https://doi.org/10.4103/1687-8426.199005>
16. Álvarez D, Cerezo-Hernández A, Crespo A, et al. Monitoring Noninvasive Ventilation in Patients with Obesity Hypoventilation Syndrome: Comparison between Ventilator Built-in Software and Respiratory Polygraphy. Respiration. 2017. <https://doi.org/10.1159/000454954>
17. Alsharifi NA, Sivakumaran P, Pretto JJ, et al. Remote monitoring to improve low adherence in non-invasive ventilation: a protocol for a randomised controlled clinical trial (READ-NIV trial). Journal of thoracic disease. 2024. <https://doi.org/10.21037/jtd-24-86>
18. Schwarz SB, Magnet FS, Windisch W. Frontiers in Clinical Practice of Long-Term Care of Chronic Ventilatory Failure. Respiration. 2019. <https://doi.org/10.1159/000499316>
19. Piper AJ, Grunstein RR. Nocturnal Noninvasive Ventilation in Obesity Hypoventilation Syndrome. 2015. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7624-6_4
20. Vultur F, Manolescu D, Roşu ST, et al. A Multidisciplinary Approach to Obesity Hypoventilation Syndrome: From Diagnosis to Long-Term Management—A



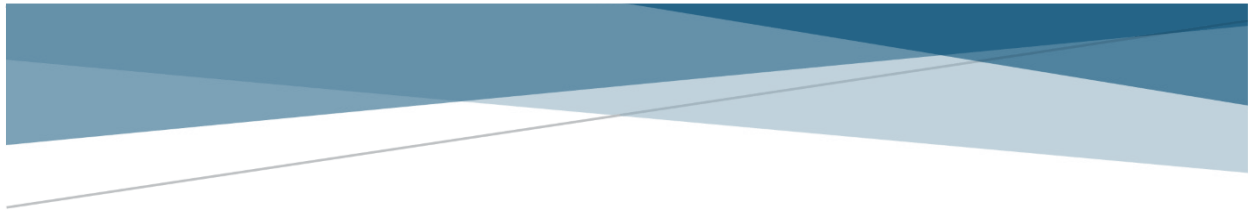
- Narrative Review. Diagnostics. 2025.
<https://doi.org/10.3390/diagnostics15172120>
21. Berdine GG. Challenges of treating hypercapnic respiratory failure with non-invasive ventilation from hospital to home. *The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles*. 2019. <https://doi.org/10.12746/SWRCCC.V7I27.522>
22. Jones SF, Brito V, Ghamande S. Obesity hypoventilation syndrome in the critically ill. *Critical Care Clinics*. 2015. <https://doi.org/10.1016/J.CCC.2015.03.013>
23. Sequeira TM, BaHammam AS, Esquinas AM. Noninvasive Ventilation in the Critically Ill Patient With Obesity Hypoventilation Syndrome: A Review. *Journal of Intensive Care Medicine*. 2017. <https://doi.org/10.1177/0885066616663179>
24. Borel JC, Burel B, Tamisier R, et al. Comorbidities and Mortality in Hypercapnic Obese under Domiciliary Noninvasive Ventilation. *PLOS ONE*. 2013. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0052006>
25. Castillejo JM, Castro-Grattoni AL, Alvarez D, et al. Noninvasive mechanical ventilation in patients with obesity hypoventilation syndrome. Long-term outcome and prognostic factors. *Archivos de bronconeumologia*. 2015. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2014.02.015>
26. Daines CL, Berdine GG. Survival following initiation of non-invasive ventilation during hospitalization for chronic hypercapnic respiratory failure. *The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles*. 2021. <https://doi.org/10.12746/SWRCCC.V9I37.793>
27. Mandal S, Suh ES, Harding R, et al. Nutrition and Exercise Rehabilitation in Obesity hypoventilation syndrome (NERO): a pilot randomised controlled trial. *Thorax*. 2015. <https://doi.org/10.1136/THORAXJNL-2016-209826>
28. Miyoshi E, Fujiwara K, Nishida O. Management of Obesity Hypoventilation Syndrome in Extreme Obesity: A Case Study. *American Journal of Case Reports*. 2024. <https://doi.org/10.12659/ajcr.945112>
29. BaHammam AS, Pandi-Perumal SR, Piper A, et al. Noninvasive Ventilation for Patients with Obesity Hypoventilation and Acute Hypercapnic Respiratory Failure. 2020. https://doi.org/10.1007/978-3-030-42998-0_35



30. Terreros GC, Patel N, Rubin A, et al. Clinical practice guideline summary for clinicians: evaluation and management of obesity hypoventilation syndrome. *Annals of the American Thoracic Society*. 2020. <https://doi.org/10.1513/ANNALSATS.201908-579CME>
31. Moor CC et al. Home Monitoring in Patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis. A Randomized Controlled Trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020 Aug 1;202(3):393-401. doi: 10.1164/rccm.202002-0328OC. PMID: 32325005.
32. Mokhlesi B, Masa JF, Afshar M, et al. The Effect of Hospital Discharge with Empiric Noninvasive Ventilation on Mortality in Hospitalized Patients with Obesity Hypoventilation Syndrome: An Individual Patient Data Meta-Analysis. *Annals of the American Thoracic Society*. 2020. <https://doi.org/10.1513/ANNALSATS.201912-887OC>
33. Nolan TJ, et al. The use of mechanical ventilation in interstitial lung disease. *Breathe (Sheff)*. 2025 Apr 17;21(2):240172. doi: 10.1183/20734735.0172-2024. PMID: 40255290; PMCID: PMC12004253.
34. Fu H. *et al.* Pilot study of home-based monitoring for early prediction of acute exacerbations in patients with fibrosing interstitial lung diseases. *Sci Rep* **14**, 21101 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-71942-x>
35. Brennan M.J et al. The use of cough peak flow in the assessment of respiratory function in clinical practice- A narrative literature review. *Respiratory Medicine*, Volume 193, 2022 ISSN 0954-6111 <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2022.106740>.
36. Raghu G et al. Idiopathic Pulmonary Fibrosis (an Update) and Progressive Pulmonary Fibrosis in Adults: An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2022 May 1;205(9):e18-e47. doi: 10.1164/rccm.202202-0399ST. PMID: 35486072; PMCID: PMC9851481.
37. Schreibet A et al. Mechanical Ventilation after Traumatic Spinal Cord Injury—A Multicentric Cohort Study-based Prediction Model for Weaning Success: The BICYCLE Score. *Annals of the American Thoracic Society*, Volume 20, Issue 8, August 2023, Pages 1156–1165, <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202301-022OC>



38. Kumar A, Khandelwal A, Jamil S. Ventilatory Strategies in Traumatic Cervical Spinal Cord Injury: Controversies and Current Updates. *Asian Spine J.* 2023 Aug;17(4):615-619. doi: 10.31616/asj.2023.0094. Epub 2023 Aug 21. PMID: 37614075; PMCID: PMC10460671.
39. Berlowitz D et al. Respiratory problems and management in people with spinal cord injury. *Breathe* 2016 12(4): 328-340; DOI: <https://doi.org/10.1183/20734735.012616>



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΟΣΠΙ



Περιεχόμενα

ΝΟΣΠΙ - ΟΡΙΣΜΟΣ	
A. ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ :	
ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	
κριτήρια ενταξης στο πρόγραμμα νοσπι	
ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΝΟΣΠΙ	
στελεχωση κεντρου νοσπι	
ΤΟ Κέντρο νοσπι	
ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ γονεων/ φροντιστων	
ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ καταλληλότητα οικιακου περιβαλλοντος	
ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ασθενη ΝΟΣΠΙ σε ΚΟΝ	
μεταβαση στο κεντρο νοσπι - και κριτηρια μεταβασης από το Νοσοκομείο αναφοράς στο σπίτι	
ενεργειες σε περιπτωση επιδεινωσης - ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΑΝεισαγωγης ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
Συνεργασία της μοναδας νοσπι με περιφερικα κεντρα	
καταγραφη ασθενων	
Πλατφόρμες καταγραφής	
συμπερασματα	
B. ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ	
ΧΡΗΣΗ ΦΟΡΗΤΟΥ ΟΙΚΙΑΚΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	
ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ	
ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	
Πρακτικός Οδηγός για κατ' οίκον Οξυγονοθεραπεία στα παιδιά	
ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ (BRD)	
ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ	
ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΝΟΗ	
Ενδεικτική Βιβλιογραφία	

ΝΟΣΠΙ - ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στα Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) είναι πρόγραμμα πανελλήνιας εμβέλειας που τελεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και έχει σκοπό να βοηθήσει στην διαχείριση παιδιών με σοβαρά προβλήματα υγείας, τα οποία εξαρτώνται σε άλλοτε άλλο βαθμό από την τεχνολογία. Βασικός στόχος της ΝΟΣΠΙ είναι, η επίλυση ιατρονοσηλευτικών προβλημάτων στο σπίτι, η ασφαλής μακροχρόνια παραμονή στο σπίτι και η μείωση του χρόνου παραμονής τους στο νοσοκομείο.

Ποιοι είναι οι σκοποί της ΝΟΣΠΙ ;

- Εκπαίδευση των γονέων /φροντιστών, για την υποστήριξη και διαχείριση του ασθενή με σύνθετα προβλήματα, στο οικιακό περιβάλλον.
- Παροχή συμβουλευτικής βοήθειας, για τα ιατρικά προβλήματα που παρουσιάζουν στο σπίτι παιδιατρικοί ασθενείς με σοβαρές χρόνιες παθήσεις, από ομάδα ιατρών νοσηλευτών και φυσικοθεραπευτών του Νοσοκομείου.
- Επίσκεψη στο σπίτι ιατρού, νοσηλεύτη/τριας και φυσικοθεραπευτή/τριας ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ανάλογα με τις ανάγκες, για συμπληρωματική υποστήριξη της νοσηλείας του παιδιού.
- Διασύνδεση του ασθενή με το νοσηλευτικό κέντρο και άμεση εισαγωγή του, σε περίπτωση επιδείνωσης της υγείας του.

Η ομάδα βοήθειας στο σπίτι **δεν υποκαθιστά την καθημερινή φροντίδα που πρέπει να έχει το παιδί απ' τους οικείους του**. Ωστόσο, μπορεί να συνεισφέρει ουσιαστικά στη βελτίωση της ιατρικής φροντίδας του μικρού ασθενή σε εξω-νοσοκομειακή βάση και στη αποφυγή της νοσηλείας του ή τη βράχυνση του χρόνου νοσηλείας του στο νοσοκομείο.

Ο συντονισμός του προγράμματος γίνεται από διεπιστημονική ομάδα. Η οικογένεια έχει δυνατότητα τηλεφωνικής επικοινωνίας με την ομάδα, η οποία με τη σειρά της είτε δίνει συμβουλευτική βοήθεια είτε επισκέπτεται τον ασθενή στο σπίτι, για τη διευθέτηση του προβλήματος, με την παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί η συμβουλευτική ομάδα να προτείνει την νοσηλεία του μικρού ασθενή για την καλύτερη αντιμετώπισή του προβλήματός του. Η νοσηλεία του μπορεί να γίνει, ανεξαρτήτως εφημερίας, στη μονάδα νοσοκομειακής φροντίδας, όπου είναι καταγεγραμμένος ο ασθενής, πάντα με συνεννόηση με την ομάδα ΝΟΣΠΙ.

Α. ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ :

ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Τα βασικά κριτήρια ένταξης ενός ασθενούς σε πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ, βασίζονται κυρίως στην πολυπλοκότητα και την χρονιότητα της νόσου, καθώς και στην ανάγκη τεχνολογικής-εξειδικευμένης υποστήριξής του και όχι τόσο σε συγκεκριμένη διάγνωση της νόσου. Τα κριτήρια ένταξης διαφέρουν αναλόγως των χαρακτηριστικών των ασθενών. Η πορεία του ασθενούς, η συμμόρφωση και ανταπόκριση στην θεραπεία ορίζουν την ένταση και την διάρκεια της φροντίδας σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Δι-επιστημονικής ομάδας.

Τα κριτήρια για τους παιδιατρικούς ασθενείς είναι η ανεπάρκεια ενός ή περισσότερων οργανικών συστημάτων, που χρειάζονται ποικίλου βαθμού και χρονικής διάρκειας υποστήριξη, όπως οξυγονοεξαρτώμενοι ασθενείς, ασθενείς με τραχειοστομία ή σε μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό, ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, ασθενείς σε παρεντερική διατροφή ή σε παρατεταμένη ενδοφλέβια αγωγή ή σε περιτοναϊκή κάθαρση,



καθώς και ασθενείς που χρειάζονται εντατική φυσικοθεραπεία ή κινητική αποκατάσταση λόγω της ασθένειας ή μετά την έξοδό τους από την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Η Παιδιατρική Νοσοκομειακή φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), εντάσσεται στις υπηρεσίες τριτοβάθμιας περίθαλψης, λόγω της άμεσης σχέσης που πρέπει να έχει ο ασθενής με τον Νοσοκομείο.

Επιλέξιμοι ασθενείς για ένταξη σε προγράμματα ΝΟΣΠΙ, είναι οι έχοντες ανεπάρκεια ενός ή περισσότερων οργανικών συστημάτων, που χρειάζονται ποικίλου βαθμού και χρονικής διάρκειας υποστήριξη, δηλαδή:

1. Οξυγονοεξαρτώμενοι ασθενείς
2. Ασθενείς με τραχειοστομία
3. Ασθενείς σε μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό
4. Ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής
5. Ασθενείς σε παρεντερική διατροφή
6. Ασθενείς σε παρατεταμένη ενδοφλέβια αγωγή
7. Ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση
8. Ασθενείς που χρειάζονται εντατική φυσικοθεραπεία ή κινητική αποκατάσταση.

Για την ένταξη ενός «επιλέξιμου» ασθενή στην Παιδιατρική Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), πρέπει να πληρούνται τα παρακάτω τρία κριτήρια :

1. Αποδοχή παροχής φροντίδας από τον γονέα /φροντιστή
2. Επάρκεια παροχής φροντίδας από τον γονέα /φροντιστή
3. Κατάλληλα όλη του χώρου διαβίωσης στο σπίτι

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΠΙ

Για την ένταξη ενός παιδιατρικού ασθενή στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ, πρέπει να υπάρχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- Σταθεροποίηση της κατάστασης του ασθενή, με προοπτική πολλών ημερών ή εβδομάδων.
- Πλήρης συνεργασία των γονέων με την ομάδα ΝΟΣΠΙ.
- Κατάλληλες συνθήκες στο οικιακό περιβάλλον.
- Επαρκής και πιστοποιημένη εκπαίδευση δύο ατόμων ,γονέων/φροντιστών, για την φροντίδα του ασθενή, χρήση των συσκευών υποστήριξης και παροχή πρώτων βοηθειών σε αιφνίδια επιδείνωση.
- Συγκατάθεση των γονέων για την συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι
- Συνεχής υποστήριξη, με επισκέψεις από εξειδικευμένο νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ φυσικοθεραπευτή ΝΟΣΠΙ και ιατρό στο σπίτι ανάλογα με τις ανάγκες.



- Δυνατότητα τηλεϊατρικής παρακολούθησης, όπου απαιτείται.
- Δυνατότητα άμεσης πρόσβασης – εισαγωγής στο Νοσοκομείο , σε περίπτωση επιδείνωσης της κατάστασης.

Οι υποψήφιοι ασθενείς για ΝΟΣΠΙ , συνήθως προέρχονται από Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ή Παιδοχειρουργικά Τμήματα μετά από μακροχρόνια νοσηλεία.

Αναγκαία προϋπόθεση για την μεταφορά τους στο σπίτι, είναι η βούληση των γονέων και η ικανότητά τους, μετά από εκπαίδευση και αξιολόγηση της επάρκειάς τους, να στηρίζουν τον ασθενή σε κατάλληλο οικιακό περιβάλλον. Η διαδικασία αυτή είναι συχνά χρονοβόρα και μπορεί να διαρκέσει από εβδομάδες μέχρι αρκετούς μήνες.

Οι φροντιστές γονείς πρέπει να γίνουν «νοσηλευτές» για το παιδί τους, με πλήρη ικανότητα για τη διαχείριση των καθημερινών αναγκών του, αλλά και την διαχείριση του επείγοντος, σε περίπτωση οξείας επιδείνωσης της κατάστασής του. Επίσης πρέπει να έχουν δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ΝΟΣΠΙ σε 24ωρη βάση και για 365 μέρες το χρόνο. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι επίσης η δυνατότητα άμεσης εισαγωγής και νοσηλείας του ασθενή, στο Κέντρο αναφοράς από το οποίο προέρχεται ή σε ανάλογο νοσηλευτικό ίδρυμα με την καθοδήγηση του Κέντρου αναφοράς, μέχρι την διακομίδα του σε αυτό.

Ο κάθε ασθενής είναι καταγεγραμμένος στο Εθνικό Μητρώο ΝΟΣΠΙ και έχει ιατρικό ηλεκτρονικό φάκελο, ώστε να είναι εφικτή η πρόσβαση στις θεραπευτικές ανάγκες του και η τροποποίηση της αγωγής από τους θεράποντες ιατρούς.

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΝΟΣΠΙ

Κέντρο ΝΟΣΠΙ:

Οργανώνεται ως παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών Υγείας σε ένα Τμήμα/Κλινική τριτοβάθμιου Νοσοκομείου, παιδιατρική προκειμένου για παιδιά ή πνευμονολογική προκειμένου για ενήλικες ασθενείς. Το Κέντρο ΝΟΣΠΙ ορίζεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, που εκδίδεται κατόπιν πρότασης του Διοικητή του οικείου Νοσοκομείου, ύστερα από σχετική εισήγηση του Διευθυντή του οικείου τμήματος/κλινικής.

Υποδομή Κέντρου ΝΟΣΠΙ:

Κάθε Κέντρο ΝΟΣΠΙ αποτελείται από:

- α) Θάλαμο ΝΟΣΠΙ με ανεπτυγμένες τουλάχιστον τρεις νοσοκομειακές κλίνες πλήρως εξοπλισμένες για την νοσηλεία των ασθενών ΝΟΣΠΙ και
- β) Χώρο για την δημιουργία σταθμού επικοινωνίας και υποστήριξης των ασθενών κατά την εξωνοσοκομειακή παραμονή τους στο σπίτι. Ο σταθμός επικοινωνίας στελεχώνεται από γραμματέα, διαθέτει εξοπλισμό τηλεϊατρικής και εξυπηρετεί το Μητρώο Ασθενών ΝΟΣΠΙ για χρήση του από τους συμμετέχοντες ιατρούς και νοσηλευτές.

Κάθε Κέντρο ΝΟΣΠΙ συνεργάζεται με άλλες Κλινικές, από τις οποίες μπορεί να δέχεται η να αποστέλλει ασθενείς ΝΟΣΠΙ, ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής τους. Επίσης δέχεται



από το σπίτι ασθενείς ΝΟΣΠΙ καθ' όλη την διάρκεια του 24ωρου, εφόσον υπάρχει διαθεσιμότητα. Ο θάλαμος ΝΟΣΠΙ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες της Κλινικής, όταν υπάρχει διαθεσιμότητα, αλλά και το αντίστροφο, δηλαδή νοσοκομειακές κλίνες μπορούν να διατεθούν για νοσηλεία ασθενών ΝΟΣΠΙ σε περίπτωση πληρότητας.

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΚΕΝΤΡΟΥ ΝΟΣΠΙ

Το Κέντρο ΝΟΣΠΙ στελεχώνεται από το προσωπικό ΕΣΥ ή ΔΕΠ του Τμήματος/ Κλινικής που λειτουργεί το Κέντρο ΝΟΣΠΙ, καθώς και προσωπικού που προσλαμβάνεται για τις ανάγκες της υλοποίησης του ΝΟΣΠΙ.

ΟΜΑΔΑ ΝΟΣΠΙ

Κάθε Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. λειτουργεί από Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ., η οποία συγκροτείται κατ'ελάχιστο από:

Επιστημονικά Υπεύθυνος του Κέντρου ΝΟΣΠΙ

Είναι ιατρός Παιδοπνευμονολόγος ή Παιδοεντατικολόγος, με οργανική θέση στο Νοσοκομείο (άρθρο 19 ν.2519/1997, Α165) και έχει την συνολική ευθύνη της διαχείρισης των ασθενών του Κέντρου ΝΟΣΠΙ. Συνεπικουρείται από Παιδιάτρους, ιατρούς άλλων υποειδικοτήτων, και το λοιπό προσωπικό του Κέντρου ΝΟΣΠΙ. Είναι υπεύθυνος για την καταγραφή και την ποιότητα των δεδομένων στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή και δίνει αναφορά στον Διευθυντή της Κλινικής, όπου υπάγεται του Κέντρου ΝΟΣΠΙ. Τέλος είναι υπεύθυνος για την επαρκή εκπαίδευση και την έγγραφη συγκατάθεση των φροντιστών γονέων, αναφορικά με την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, όπως και για την πιστοποίηση της εκπαίδευσης των, στη διαχείριση του ασθενή στο σπίτι. Σε Κέντρο ΝΟΣΠΙ ο Διοικητής του Νοσοκομείου Αναφοράς δύναται, εφόσον τούτο ενδείκνυται για τη διασφάλιση της παροχής αποτελεσματικών υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ., όπως ενδεικτικώς στην περίπτωση που οι ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ. συγκεκριμένου Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. υπερβαίνουν τους εκατό, να ορίζει δεύτερο επιστημονικά υπεύθυνο/η ιατρό της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. ή να διαθέτει επιπρόσθετους ιατρούς ΝΟΣΠΙ.

Ιατρός ΝΟΣΠΙ

Σε συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Κέντρου ΝΟΣΠΙ. Σε συνεργασία με τον επιστημονικά υπεύθυνο και τους νοσηλευτές ΝΟΣΠΙ, οργανώνει το καθημερινό πρόγραμμα των επισκέψεων στο σπίτι, το πρόγραμμα των διεπιστημονικών συναντήσεων για την εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών, συμμετέχει στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των φροντιστών, και φροντίζει για την κάλυψη των φαρμακευτικών αναγκών των ασθενών (συνταγογράφηση). Εκτός από τις ώρες εργασίας είναι τηλεφωνικά διαθέσιμος όλο το 24ωρο, για την αντιμετώπιση του επείγοντος. Ελέγχει επίσης την καταγραφή του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή.

Νοσηλεύτης ΝΟΣΠΙ



Διαθέτει εμπειρία και έχει την επίβλεψη ασθενών ΝΟΣΠΙ στο σπίτι. Πραγματοποιεί τακτικές επισκέψεις, αξιολογεί την κατάσταση του ασθενή, κάνει παρεμβάσεις σύμφωνα με τις θεσμοθετημένες αρμοδιότητές του, εκτιμά την επάρκεια υποστήριξης και γνώσεων των φροντιστών και καταγράφει τα ευρήματα στον ηλεκτρονικό φάκελο. Επίσης μεταφέρει στην ιατρική ομάδα, τα δεδομένα τηλεφωνικών επικοινωνιών που έχει με τους φροντιστές του ασθενή κατά τακτά χρονικά διαστήματα. Έχει επί πλέον την δυνατότητα χρήσης τηλεϊατρικής, για την αποστολή δεδομένων (πχ. Ηλεκτροκαρδιογράφημα, μελέτη ύπνου, νυκτερινή οξυμετρία κλπ) στον ιατρό του Κέντρου ΝΟΣΠΙ. Τέλος είναι τηλεφωνικά διαθέσιμος όλο το 24ωρο, για παροχή οδηγιών σε περίπτωση επείγοντος.

Φυσικοθεραπευτής ΝΟΣΠΙ

Διαθέτει εμπειρία στη διαχείριση ασθενών με σύνθετα προβλήματα. Παίρνει οδηγίες από τον επιστημονικά υπεύθυνο ιατρό του Κέντρου ΝΟΣΠΙ (μετά από σύσκεψη της διεπιστημονικής ομάδας) για το είδος της προτεινόμενης φυσικοθεραπείας, που θα εφαρμοστεί ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Χρησιμοποιεί την τηλε- φυσικοθεραπεία για τους απομακρυσμένους ασθενείς, και για τον έλεγχο της ορθής τεχνικής στην αυτοθεραπεία (πχ. ασθενείς με κυστική ίνωση). Ενημερώνει τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή για την κατάσταση του ασθενή (βλ. υπόδειγμα 6ζ του παραρτήματος).

Γραμματεία ΝΟΣΠΙ/Διοικητικός Υπάλληλος

Διατηρεί το αρχείο των ασθενών ΝΟΣΠΙ, διαχειρίζεται τους ιατρικούς ηλεκτρονικούς φακέλους, διοργανώνει τις συναντήσεις των μελών της ομάδας ΝΟΣΠΙ και συνεργάζεται με τους ιατρούς για την συνταγογράφηση των φαρμάκων και συσκευών. Επίσης είναι ο σύνδεσμος επικοινωνίας των ασθενών με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της ομάδας, κατά τις εργασίμες ώρες. Τέλος, σε συνεννόηση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, εκδίδει το εβδομαδιαίο πρόγραμμα επισκέψεων των ασθενών.

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΝΟΣΠΙ (ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ)

Η διεπιστημονική ομάδα οφείλει να πραγματοποιεί τακτικές συναντήσεις για την αξιολόγηση της πορείας των ασθενών, την επικαιροποίηση του θεραπευτικού πλάνου και τη λήψη κοινών αποφάσεων. Η συχνότητα αυτών των συναντήσεων προσαρμόζεται στην πολυπλοκότητα των περιστατικών, αλλά η αρχή της συστηματικής επανεκτίμησης είναι θεμελιώδης.

Η ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ., πέραν του ιατρικού προσωπικού, του/της υπεύθυνου/ης νοσηλεύτη/τριας και του/της φυσικοθεραπευτή/τριας της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. απαρτίζεται από το εξής προσωπικό, το οποίο διατίθεται από το προσωπικό του Νοσοκομείου Αναφοράς και κατανέμει τον εργασιακό του χρόνο, μεταξύ των ενδονοσομειακών αναγκών και των αναγκών που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ.:

Ψυχολόγος ΝΟΣΠΙ



Επισκέπτεται τον ασθενή και τους φροντιστές στο νοσοκομείο αρχικά και στο σπίτι αργότερα, ελέγχει την ψυχική επάρκεια των φροντιστών και την βούληση τους για την διαχείριση του ασθενή και προβαίνει σε εκτίμηση της ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες του προγράμματος ΝΟΣΠΙ. Ενημερώνει τον Παιδοψυχίατρο ΝΟΣΠΙ και την διεπιστημονική ομάδα για πιθανές βελτιωτικές παρεμβάσεις.

Κοινωνικός λειτούργος ΝΟΣΠΙ

Ελέγχει την οικογενειακή κατάσταση και την καταλληλότητα του οικιακού περιβάλλοντος, στο οποίο πρόκειται να μεταφερθεί ο ασθενής. Επίσης φροντίζει για τις οικονομικές παροχές, που θα στηρίξουν την οικογένεια, και την προμήθεια του αναγκαίου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού καθώς και των αναλωσίμων που θα χρειασθούν για τον ασθενή. Τέλος φροντίζει για τρόπους ένταξης του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον.

Το Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. δύναται να υποστηρίζεται, εφόσον απαιτείται από προσωπικό, που διατίθεται από το Νοσοκομείο Αναφοράς και περιλαμβάνει ανάλογα με τις ανάγκες ενδεικτικά:

- Νοσοκομειακός Φαρμακοποιός
- Διαιτολόγος/Κλινικός Διατροφολόγος

ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΝΟΣΠΙ

Το Κέντρο ΝΟΣΠΙ, έχει δυναμικότητα πέντε κλινών και είναι προορισμένη για την υποδοχή και νοσηλεία ασθενών ΝΟΣΠΙ.

Το Κέντρο ΝΟΣΠΙ υπάγεται οργανικά στην Παιδιατρική Κλινική και βρίσκεται σε ετοιμότητα όλο το 24ωρο και για όλες τις μέρες του χρόνου. Δέχεται περιστατικά υποψήφια για ΝΟΣΠΙ από τα άλλα τμήματα, καθώς και ασθενείς του προγράμματος ΝΟΣΠΙ από το σπίτι, επειδή η κατάστασή τους επιβαρύνθηκε και χρειάζονται νοσηλεία. Διευθύνεται από τον επιστημονικά υπεύθυνο ιατρό του προγράμματος ΝΟΣΠΙ.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΓΟΝΕΩΝ/ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Αυτή γίνεται κατά την διάρκεια της παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο. Η εκπαίδευση γίνεται σε δύο άτομα τα οποία ορίζονται «φροντιστές» του παιδιού κατά την παραμονή του στο σπίτι. Συνήθως ο ένας είναι γονέας. Αναγκαία προϋπόθεση για την εκπαίδευση είναι η συγκατάθεση του φροντιστή και η επάρκειά του στην απόκτηση των δεξιοτήτων που πρέπει να αποκτήσει. Αυτές αφορούν την ικανότητα αξιολόγησης της κατάστασης του ασθενή (σημεία επιδείνωσης) την χρήση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, την περιποίηση των στομιών αν υπάρχουν και την διαχείριση της επείγουσας κατάστασης. Η εκπαίδευση γίνεται από τον ιατρό, τον εξειδικευμένο νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ και την φυσικοθεραπεύτρια ΝΟΣΠΙ. Η επάρκεια του φροντιστή πιστοποιείται από τον επιστημονικά υπεύθυνο ιατρό, και τον ιατρό ΝΟΣΠΙ, μετά από εισήγηση του νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ και την σύμφωνη γνώμη του ψυχολόγου εφόσον απαιτείται. Η διάρκεια της εκπαίδευσης είναι από εβδομάδες, μέχρι μήνες και γίνεται κυρίως επί της κλίνης του ασθενούς. Επίσης οργανώνονται από τον επιστημονικά υπεύθυνο ιατρό, θεωρητικά μαθήματα σε μικρές ομάδες γονέων /φροντιστών, με συμμετοχή και άλλων υποειδικοτήτων, των νοσηλευτών και των φυσικοθεραπευτών ΝΟΣΠΙ.

Ιδιαίτερη σημασία δίδεται στην κατανόηση και εξάσκηση του φροντιστή στην διαχείριση του επείγοντος -συμπεριλαμβανομένης της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης -Κατά την έξοδο από την Μονάδα, ο φροντιστής παίρνει και έντυπο υλικό με περιληπτικές οδηγίες, καθώς και έντυπο καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, το οποίο και τοποθετείται πάνω από το προσκέφαλο της κλίνης του ασθενή για να είναι άμεσα προσβάσιμο σε περίπτωση ανάγκης.

Στο έντυπο καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης γράφονται με έντονους χαρακτήρες (bold letters) και τα ειδικά τηλέφωνα επείγουσας επικοινωνίας του ιατρού, του νοσηλευτή και της Μονάδας νοσηλείας (emergency telephones). Τα τηλέφωνα αυτά είναι σε λειτουργία 24 ώρες το εικοσιτετράωρο, με ευθύνη του ιατρού ΝΟΣΠΙ, του νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ και του προσωπικού της Μονάδας νοσηλείας ΝΟΣΠΙ. Χρησιμοποιούνται από τους γονείς /φροντιστές μόνο σε επείγουσες καταστάσεις και όχι για απορίες ή ερωτήσεις ρουτίνας.

Τέλος σε κάθε επίσκεψη στο σπίτι, ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ επαναξιολογεί την επάρκεια των δεξιοτήτων του φροντιστή και την ετοιμότητά του, στην αντιμετώπιση του επείγοντος. Η διαδικασία εκπαίδευσης του φροντιστή επαναλαμβάνεται κάθε φορά που ο ασθενής έρχεται στο νοσοκομείο.

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑ ΟΙΚΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Πριν από την εγκατάσταση του ασθενή στο σπίτι, γίνεται λεπτομερής έλεγχος της επάρκειας του χώρου στον οποίο θα εγκατασταθεί ο ασθενής. Ο έλεγχος γίνεται αρχικά από την κοινωνική λειτουργό και επιβεβαιώνεται από τον ιατρό και την νοσηλεύτρια ΝΟΣΠΙ κατά την πρώτη επίσκεψη.

Απαραίτητες προϋποθέσεις:

- Εύκολη πρόσβαση στο δωμάτιο του ασθενή .
- Άνεση χώρου γύρω από την κλίνη του ασθενή.
- Ύπαρξη κεντρικής παροχής ηλεκτρικού ρεύματος και νερού στο σπίτι.
- Τηλεφωνική σύνδεση στον χώρο.



Επίσης ανάλογα με τις ανάγκες, διασφαλίζεται η ασφαλής εγκατάσταση συσκευών οξυγονοθεραπείας -μακριά από εστίες θερμότητας.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΗ ΝΟΣΠΙ ΣΕ ΚΟΝ

Σύνδεση ΝΟΣΠΙ με την Εξειδικευμένη Ανακουφιστική Φροντίδα (ΕΑΦ) και προϋποθέσεις μετάβασης σε άλλη υπηρεσία ΚΟΝ:

Η μετακίνηση των ασθενών μεταξύ των υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ και ΕΑΦ ή άλλων υπηρεσιών ΚΟΝ, μπορεί να διενεργείται σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο), εφόσον ο ασθενής πληροί τα κριτήρια και λειτουργούν οι αντίστοιχες δομές.

Για τη μετάβαση του ασθενούς σε άλλη υπηρεσία ΚΟΝ, είναι απαραίτητος ο συντονισμός των υπηρεσιών στο κατάλληλο χρονικό διάστημα, ώστε να εξασφαλιστεί η ομαλή συνέχεια της θεραπείας και φροντίδας, σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ασθενούς και φροντιστών.

Προϋποθέσεις για τα παραπάνω είναι :

1. Η έγκαιρη συνεργασία μεταξύ του υπευθύνου ιατρού ΝΟΣΠΙ/ΚΟΝ και του υπεύθυνου από την ΕΑΦ ή άλλης υπηρεσίας ΚΟΝ, για την ενημέρωση και ανταλλαγή πληροφοριών, για τις απαραίτητες επιμέρους ενέργειες που χρειάζονται για την ομαλή αλλαγή φορέα φροντίδας του ασθενούς.
2. Η κάθε υπηρεσία πρέπει να έχει καθορισμένα έντυπα κριτηρίων εισόδου/αποδοχής του ασθενούς, τα οποία θα συμπληρώνονται και θα περιλαμβάνονται στον φάκελο του ασθενούς.
3. Τον ασθενή συνοδεύει - επιπλέον του εντύπου παραπομπής - το ιστορικό της νοσηλείας του. Όλες οι πληροφορίες που αφορούν τη νοσηλεία του ασθενούς περιέχονται στον ηλεκτρονικό φάκελο αυτού, στον οποίο εξασφαλίζεται η πρόσβαση από κάθε εξουσιοδοτημένο μέλος

ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΝΟΣΠΙ - ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Για να διακομισθεί ο ασθενής στο Κέντρο ΝΟΣΠΙ, θα πρέπει να είναι σε σταθερή κατάσταση και να έχει την υποστήριξη των ιατρικών υποειδικοτήτων, σχετικών με τα προβλήματά του. Της διακομιδής προηγείται συνάντηση του Επιστημονικά υπεύθυνου του Κέντρου ΝΟΣΠΙ και της διεπιστημονικής ομάδας με τους γονείς, στην οποία γίνεται αναλυτική συζήτηση για τις προσδοκίες που πρέπει να έχουν και τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν.

Η πρώτη εισαγωγή στο Κέντρο ΝΟΣΠΙ, μπορεί να διαρκέσει από εβδομάδες μέχρι μήνες, διάστημα ικανό για την εξοικείωση των γονέων με τις ανάγκες του παιδιού και την εκπαίδευσή τους στην διαχείριση των προβλημάτων του. Στο διάστημα αυτό γίνεται συστηματική παρακολούθηση του ασθενή και καταγραφή των προβλημάτων του στον ηλεκτρονικό φάκελο, ο οποίος και θα τον ακολουθήσει στο σπίτι. Εφόσον δημιουργηθούν οι απαραίτητες προϋποθέσεις, ο ασθενής μεταφέρεται στο οικιακό περιβάλλον, με τη συνοδεία ιατρού και του εξειδικευμένου νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ.

Αν πρόκειται για οξυγονοεξαρτώμενο ασθενή, στις απαραίτητες προϋποθέσεις περιλαμβάνονται και:

- Σταθερός αεραγωγός
- Σταθερές ανάγκες σε οξυγόνο, <40%
- Πιέσεις CO₂ μέσα σε ασφαλή όρια, τα οποία να μπορεί ο φροντιστής να τα διατηρήσει στο σπίτι, με τον εξοπλισμό του αναπνευστήρα.
- Σίτιση επαρκής για την ανάπτυξη του ασθενή και με οδό που ο φροντιστής, να μπορεί να περυποειείται

Κατά την πρώτη εβδομάδα εγκατάστασης στο σπίτι, προγραμματίζεται καθημερινή επίσκεψη του νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ και εβδομαδιαία του ιατρού, για τον έλεγχο της κατάστασης του ασθενή και την επίλυση τυχόν προβλημάτων, που μπορεί να προκύψουν. Επίσης στο διάστημα αυτό πραγματοποιείται επίσκεψη από την κοινωνική λειτουργό και την ψυχολόγο. Στη συνέχεια οργανώνονται επισκέψεις ανάλογα με τα προβλήματα και τις ανάγκες.

Στις περιπτώσεις που ο τόπος κατοικίας είναι μακριά από το Κέντρο ΝΟΣΠΙ, κατά την πρώτη επίσκεψη στο σπίτι, συμμετέχουν και οι συνεργαζόμενοι με την ΝΟΣΠΙ ιατροί και νοσηλευτές από την περιφέρεια, οι οποίοι αναλαμβάνουν την παρακολούθηση του ασθενή σύμφωνα με τα παραπάνω και σε συνεργασία με το Κέντρο ΝΟΣΠΙ. Επίσης ενημερώνεται το τοπικό Νοσηλευτικό ίδρυμα, για την εξυπηρέτηση του πιθανού επείγοντος, εφόσον προκύψει. Όλοι οι ανωτέρω εμπλεκόμενοι, έχουν πρόσβαση στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή.

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗΣ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η αναγνώριση της επιδείνωσης της κλινικής κατάστασης του ασθενή γίνεται είτε από τους φροντιστές, είτε από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κατά την επίσκεψη στο σπίτι. Αν χρειάζεται εισαγωγή στην Μονάδα, αυτό γίνεται σε συνεννόηση με τον επιστημονικά υπεύθυνο ιατρό. Εφόσον η διακομιδή έχει τον χαρακτήρα του επείγοντος, εξετάζεται η δυνατότητα άμεσης εισαγωγής στο Κέντρο ΝΟΣΠΙ. Σε περίπτωση αδυναμίας άμεσης εισαγωγής, π.χ. επικινδυνότητα λόγω απόστασης, ή πληρότητα του Κέντρου ΝΟΣΠΙ, ο ασθενής διακομίζεται προσωρινά σε συνεργαζόμενο με την ΝΟΣΠΙ νοσηλευτικό ίδρυμα, και διακομίζεται στην Κέντρο ΝΟΣΠΙ με την πρώτη διαθεσιμότητα.

Κατά το διάστημα της προσωρινής παραμονής του σε άλλη κλινική εκτός του Κέντρου ΝΟΣΠΙ, η αντιμετώπιση γίνεται μετά από ενημέρωση και σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό ΝΟΣΠΙ.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΝΟΣΠΙ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

Το Κέντρο ΝΟΣΠΙ, συνεργάζεται με περιφερειακά ή όμορα Νοσοκομεία, για την εξυπηρέτηση ασθενών που κατοικούν μακριά ή έχουν επείγουσα ανάγκη. Συνεργάζεται με το σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας και με τοπικούς ιατρούς και νοσηλευτές. Οι ανωτέρω έχουν πρόσβαση στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς και δύναται να χρησιμοποιούν μεθόδους τηλεϊατρικής για την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς. Οι δυνατότητες της τηλεϊατρικής, είναι το απαραίτητο εργαλείο σε αυτές στις περιπτώσεις.

Η οργάνωση κοινών συναντήσεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του Κέντρου ΝΟΣΠΙ, με τα περιφερικά κέντρα, είναι απαραίτητη για την καλύτερη διαχείριση των ασθενών και γίνεται με ευθύνη του επιστημονικά υπευθύνου του Κέντρου ΝΟΣΠΙ, σε ετήσια βάση.



ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η καταγραφή των ασθενών στο Μητρώο ΝΟΣΠΙ, γίνεται με βάση τις «κύριες ανάγκες», που τους αναγκάζουν να έχουν παρατεταμένη παραμονή σε Νοσοκομειακό περιβάλλον.

Οι «κύριες ανάγκες» των ασθενών του Μητρώου ΝΟΣΠΙ, εμπίπτουν σε μία από τις παρακάτω κατηγορίες:

1. Ασθενείς με τραχειοστομία
2. Ασθενείς σε μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό
3. Ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής
4. Ασθενείς σε μακροχρόνια οξυγονοθεραπεία.
5. Ασθενείς με ειδική εντερική σίτιση, πχ. γαστροστομία, ή σε παρεντερική διατροφή
6. Ασθενείς σε παρατεταμένη ενδοφλέβια αγωγή
7. Ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση
8. Ασθενείς που χρειάζονται εντατική φυσικοθεραπεία ή κινητική αποκατάσταση.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι κάθε ασθενής με χρόνια νόσημα, η μόνιμη αναπηρία, δεν εντάσσεται στο μητρώο ΝΟΣΠΙ, αν δεν συνυπάρχει κάποια από τις παραπάνω ανάγκες, που να τον καθλώνουν στο Νοσοκομείο για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Στην πλατφόρμα καταγραφής, υπάρχουν εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία, η διάγνωση και αντιμετώπιση της κυρίας νόσου, οι παρούσες ανάγκες του ασθενή και η εξέλιξη της ασθένειας. Οι πληροφορίες καταγράφονται από τον υπεύθυνο ιατρό του κέντρου ΝΟΣΠΙ, μία φορά τον χρόνο, μέσα στο πρώτο τρίμηνο του επομένου έτους. Η επικαιροποίηση των στοιχείων του μητρώου, που αφορούν τις ιατροφαρμακευτικές ανάγκες/δαπάνες του ασθενή, γίνεται κάθε εξάμηνο.

Ορισμένα στοιχεία μπορούν να αντληθούν και από άλλα μητρώα, στα οποία πιθανόν να είναι καταγεγραμμένος ο ασθενής, βάσει τη διαλειτουργικότητας που θα επιτρέπει στο μητρώο την άντληση περισσότερων ιατρικών πληροφοριών. Η αναζήτηση της καρτέλας του ασθενή θα γίνεται μέσω ΑΜΚΑ. Στην πλατφόρμα καταγραφής, θα εμφανίζονται τα παρακάτω:

- Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς και γονέα/φροντιστή
- Καταχώρηση διάγνωσης νοσήματος κατά ICD-10 (Ημ. Διάγνωσης και Κέντρο Διάγνωσης/Παρακολούθησης)
- Στοιχεία θεραπείας (χειρουργείο, κυτταρική θεραπεία, ΜΜΟ, ΧΜΘ ή άλλα θεραπευτικά πρωτόκολλα)
- Καταγραφή παρακολούθησης κατ' οίκον νοσηλείας (υποστήριξη αναπνοής, σίτιση, ενδοφλέβιες χορηγήσεις και συμβάματα, δείκτες αύξησης και ανάπτυξης του παιδιού)
- Καταγραφή εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων του ασθενούς.
- Συντονισμός και καταγραφή της τακτικής εκτίμησης του παιδιού στο ΚΑ ΝΟΣΠΙ (ετήσιος έλεγχος) σε χρονικά διαστήματα που υπαγορεύονται από την κλινική πορεία του ασθενή
- Καταγραφή πορείας νόσου (υποτροπές, επιπλοκές, νοσηλείες σε αριθμό και διάρκεια και τέλος καταγραφή αιτίας θανάτου από το θεράποντα ιατρό. (βλ. περαιτέρω -πλατφόρμες



καταγραφής)

Πρόσβαση στα στοιχεία του Μητρώου, θα έχουν οι θεράποντες ιατροί του ασθενή του συγκεκριμένου Κέντρου αναφοράς. Άντληση πληροφοριών από το Μητρώο ,για επιδημιολογικούς σκοπούς, η εκτίμησης της αποτελεσματικότητας φαρμάκων -διαχείρισης ασθενή -εξέλιξης της της νόσου, μπορεί να γίνει μετά από αίτηση στο Τμήμα διαχείρισης Μητρώων του Υπουργείου Υγείας.

ΠΛΑΤΦΟΡΜΕΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ

ΠΛΑΤΦΟΡΜΑ ΜΗΤΡΩΟΥ ΝΟΣΠΙ

(Η αναζήτηση γίνεται με το ΑΜΚΑ του ασθενή)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ:

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ :

- ΑΜΚΑ
- Επώνυμο
- Όνομα
- Φύλο
- Ημερομηνία γέννησης
- Διεύθυνση κατοικίας
- Οικογενειακή κατάσταση (δύο γονείς/ διαζευγμένοι/ μονογονεϊκή οικογένεια/ χηρεία)
- Στοιχεία Γονέων – Κηδεμόνων (ΟΝΟΜΑ, ΑΜΚΑ, EMAIL, ΤΗΛΕΦΩΝΟ)
- Στοιχεία φροντιστή Φροντιστών αν διαφέρουν από τους γονείς (2) (ΟΝΟΜΑ, ΑΜΚΑ, EMAIL, ΤΗΛΕΦΩΝΟ)
- Επαρκής εκπαίδευση Φροντιστών (ναι (ημερομηνία)/ όχι)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Κυρία νόσος (ICD10)
- Άλλες συνυπάρχουσες καταστάσεις (ICD10)
- Ημερομηνία Διάγνωσης
- Ημερομηνία ένταξης στη ΝΟΣΠΙ
- Τμήμα αρχικής διάγνωσης (ΜΕΘ παίδων , ΜΕΘ νεογνών, ογκολογικό τμήμα, Π/Δ κλινική)
- Τμήμα παρακολούθησης ΝΟΣΠΙ

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- Επίπεδο αναγκών ασθενή (αυτό-εξυπηρετούμενος/ μερικώς εξαρτώμενος/ πλήρως εξαρτώμενος)
- Κινητική κατάσταση (τετραπληγία/ ημιπληγία/ παραπληγία/ δυπληγία :
- Υποτονία (ήπια/ μέτρια/ σοβαρή)
- Αποικισμός με πολύ-ανθεκτικά μικρόβια (ναι/όχι) Αν «ναι»: ποια.....



- Κεντρικός φλεβικός καθετήρας (ναι/ όχι)
- Ειδική μορφή σίτισης (ναι/όχι)
- Τρόπος σίτισης : (Φυσιολογικός/ Ρινογαστρικός καθετήρας/ Γαστροστομία / Νηστιδοστομία/ Παρεντερική διατροφή)
- Αντλία σίτισης (ναι / όχι)
- Σκευάσματα διατροφής (ναι/οχι)
- Τραχειοστομία (ναι/ όχι)
είδος τραχειοστόματος (cuf, χωρίς cuf, βαλβίδα ομιλίας)
- Οξυγονοθεραπεία (ναι / όχι)
Αν «ναι»
- Μέσο χορήγησης οξυγόνου (συμπυκνωτής/ φιάλη οξυγόνου/ άλλο)
- τρόπος χορήγησης (μέσω μάσκας/ ρινικά γυαλάκια/ μέσω τραχειοστομίας/ μέσω MA)
- Διάρκεια χορήγησης: ώρες το 24ωρο)
- Μηχανική Υποστήριξη Αναπνοής (MA) (ναι/ όχι)
- (Αν «ναι» , ακολουθείστε για λεπτομέρειες τον σύνδεσμο
- Λόγω : ΟΑΑ/ΧΑΑ/Άλλο
- Από : ΜΕΘ/κλινική
- Διάρκεια Χρήσης MA
ώρες/24ωρο: Μόνο στο ύπνο, <14 ώρες, >14 ώρες, συνεχής εφαρμογή
- Μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός
 - Τρόπος εφαρμογής
 - Μάσκα Ρινική/ρινοστοματική/ ολοπροσωπική/ επιστόμιο
- Ανάγκη αναρροφήσεων με συσκευή (ναι/ όχι)
 - ΑΝ «ναι»: Αριθμός αναρροφήσεων/ 24ωρο)
- Συσκευή υποβοήθησης βήχα (cough-assist) (ναι/ όχι)
- Φαρμακευτική αγωγή (ναι/ όχι) Αν «ναι»: ποια
 - Εισπνεόμενα φάρμακα (ναι/ όχι)
Αν «ναι»: (με νεφελοποιητή/ MDI/ DPI)
- Ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων (ναι/όχι) Αν «ναι» ποια: / ημερομηνία χορήγησης
- Φυσικοθεραπεία (ναι/ όχι) Αν «ναι» :
 - Είδος Φ/Θ (αναπνευστική/ κινητική) Συχνότητα την εβδομάδα
 - Εργοθεραπεία (ΝΑΙ/ ΟΧΙ)
 - Λογοθεραπεία (ΝΑΙ/ ΟΧΙ)
- Ψυχολογική υποστήριξη (ΝΑΙ/ ΟΧΙ)
- Άλλες συσκευές υποστήριξης (ναι/ όχι)
- Αν «ναι» ποιες: (Ορθοστάτης/ αναπηρικό καροτσάκι/ κηδεμόνας boston/ άλλο)

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΥ



- Έκβαση νόσου (βελτίωση, σταθερότητα, επιδείνωση, θάνατος)
- Επισκέψεις στα ΤΕΠ τον προηγούμενο χρόνο - Λόγος επίσκεψης
- Νοσηλείες τον προηγούμενο χρόνο (ναι/όχι, αν ναι ,ημερομηνία εισόδου/εξόδου/αιτία/διάγνωση / νοσηλευτικό ίδρυμα)
- Εισαγωγή σε ΜΕΘ (ημερομηνία εισόδου/εξόδου/αιτία/διάγνωση / νοσηλευτικό ίδρυμα)
- Θάνατος (ναι/ όχι)
 - Αν «ναι»: Ημερομηνία θανάτου
 - Αιτία θανάτου (ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ – ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΣΗ)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το μοντέλο λειτουργίας ΝΟΣΠΙ στηρίζεται στην ύπαρξη Κέντρου ΝΟΣΠΙ , που είναι εγκατεστημένο σε *Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο*, ώστε να μπορεί να υποστηρίζεται από ιατρούς πολλών υποειδικοτήτων.

Η συνεχής διαθεσιμότητα του ιατρού και του εξειδικευμένου νοσηλευτή καθώς και η δυνατότητα *άμεσης πρόσβασης στο Κέντρο αναφοράς*, όλο το εικοσιτετράωρο και για ολόκληρο τον χρόνο, αποτελούν τον βασικό κορμό λειτουργίας του μοντέλου ΝΟΣΠΙ.

Η *επαρκής εκπαίδευση* των γονέων /φροντιστών για την διαχείριση του ασθενή στην ολότητά του, η βούλησή τους για την εγκατάστασή του στο οικιακό περιβάλλον και η καταλληλότητα του χώρου διαβίωσης, αποτελούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την ένταξη στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ.

Η συνεργασία του κέντρου αναφοράς με τις τοπικές ιατρονοσηλευτικές μονάδες, αποτελούν αναγκαία και απαραίτητη προϋπόθεση, για την ασφάλεια του ασθενή, κατά την παραμονή του στο σπίτι.

Β. ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ**ΧΡΗΣΗ ΦΟΡΗΤΟΥ ΟΙΚΙΑΚΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ*****Πρακτικό εγχειρίδιο***

Ο μηχανικός αερισμός αποτελεί μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας, επιτρέποντας την υποστήριξη της ζωτικής λειτουργίας της αναπνοής σε ασθενείς που δεν μπορούν να αναπνέουν επαρκώς μόνοι τους. Στον παιδιατρικό πληθυσμό, η χρήση μηχανικού αερισμού αφορά συχνά παιδιά με εγκεφαλοπάθειες, νευρομυϊκές παθήσεις, συγγενείς ανωμαλίες, πνευμονοπάθειες ή τραυματισμούς που επηρεάζουν το αναπνευστικό σύστημα.

Η μετάβαση από τη νοσοκομειακή υποστήριξη στο **οικιακό περιβάλλον** με τη βοήθεια **φορητών αναπνευστήρων** αποτελεί μια σύγχρονη πρακτική που δίνει τη δυνατότητα στα παιδιά να αναπτύσσονται, να εκπαιδεύονται και να κοινωνικοποιούνται εκτός νοσοκομείου.

Το παρόν κείμενο στοχεύει να εξηγήσει με απλό αλλά επιστημονικά τεκμηριωμένο τρόπο τις βασικές αρχές λειτουργίας του μηχανικού αερισμού, τα είδη των αναπνευστήρων, τις ενδείξεις χρήσης και την πρακτική διαχείριση στο σπίτι. Παράλληλα, δίνεται έμφαση στην ψυχολογική υποστήριξη των γονέων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του παιδιού.

Εισαγωγή

Η αναπνοή είναι μια αυτόματη, ζωτική λειτουργία που εξασφαλίζει την οξυγόνωση του σώματος και την αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα. Για ορισμένα παιδιά, όμως, αυτή η λειτουργία δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί επαρκώς χωρίς βοήθεια. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η σύγχρονη ιατρική προσφέρει τη δυνατότητα της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, γνωστής ως μηχανικός αερισμός.

Ο μηχανικός αερισμός, είτε εφαρμόζεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον είτε στο σπίτι μέσω φορητού αναπνευστήρα, έχει ως σκοπό να αντικαταστήσει ή να υποστηρίξει τη φυσική αναπνοή του παιδιού. Για πολλούς γονείς, η διαδικασία αυτή αποτελεί πηγή ανησυχίας, φόβου αλλά και ελπίδας. Ο σωστός εξοπλισμός, η κατάλληλη εκπαίδευση και η κατανόηση των βασικών αρχών λειτουργίας του μηχανικού αερισμού μπορούν να μετατρέψουν αυτή τη νέα πραγματικότητα σε μια ασφαλή και διαχειρίσιμη καθημερινότητα.

Τι είναι ο μηχανικός αερισμός

Η αναπνοή είναι η πιο θεμελιώδης και αδιάκοπη λειτουργία της ζωής. Μέσω αυτής, το σώμα εξασφαλίζει την πρόσληψη οξυγόνου (O_2) και την αποβολή διοξειδίου του άνθρακα (CO_2), δύο διαδικασίες απαραίτητες για τη διατήρηση της ισορροπίας του οργανισμού. Όταν αυτή η λειτουργία διαταραχθεί, ακόμη και για μικρό χρονικό διάστημα, επηρεάζονται όλα τα όργανα — ο εγκέφαλος, η καρδιά, οι νεφροί και οι ιστοί.

Ο μηχανικός αερισμός αποτελεί μια τεχνητή μέθοδο υποστήριξης ή αντικατάστασης της φυσικής αναπνοής. Από τις πρώτες μορφές του, ως γνωστός «σιδηρούς πνεύμονας» τη δεκαετία του 1950 για ασθενείς με πολιομυελίτιδα, μέχρι τους σύγχρονους φορητούς, προγραμματιζόμενους αναπνευστήρες, η τεχνολογία έχει προοδεύσει εντυπωσιακά, επιτρέποντας ασφαλή χρήση ακόμη και σε παιδιά μικρής ηλικίας στο σπίτι.

Για τους γονείς, η καθημερινότητα με ένα παιδί που εξαρτάται από μηχανικό αερισμό μπορεί να φαντάζει δύσκολη, φοβιστική ή πολύπλοκη. Ωστόσο, με σωστή ενημέρωση, εκπαίδευση και υποστήριξη, ο μηχανικός αερισμός μπορεί να γίνει μέσο ζωής και ελευθερίας,



προσφέροντας στα παιδιά τη δυνατότητα να αναπνέουν καλύτερα, να μεγαλώνουν φυσιολογικά και να συμμετέχουν ενεργά στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή.

Η φυσιολογία της αναπνοής και η ανάγκη για μηχανικό αερισμό

Για να γίνει κατανοητό πώς λειτουργεί ένας αναπνευστήρας, είναι σημαντικό να κατανοηθεί πρώτα πώς λειτουργεί η φυσική αναπνοή.

Ο μηχανισμός της αυτόματης αναπνοής αρνητικής πίεσης

Η αναπνοή είναι μια συντονισμένη διαδικασία ανάμεσα στο αναπνευστικό κέντρο του εγκεφάλου, τους μύες του θώρακα (κυρίως το διάφραγμα) και τους πνεύμονες. Κατά την εισπνοή, κυρίως το διάφραγμα και οι έξω μεσοπλευριοί μύες συσπώνται κι έτσι το διάφραγμα κατεβαίνει, αυξάνοντας τον χώρο στο θώρακα. Η πίεση μέσα στους πνεύμονες μειώνεται και ο αέρας εισέρχεται. Κατά την εκπνοή, το διάφραγμα χαλαρώνει, ο θώρακας μικραίνει και ο αέρας εξέρχεται παθητικά.

Η ανταλλαγή αερίων (οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα) γίνεται στις κυψελίδες των πνευμόνων, όπου το αίμα έρχεται σε επαφή με τον εισπνεόμενο αέρα. Ο αέρας πλούσιος σε οξυγόνο και φτωχός σε διοξείδιο του άνθρακα, εισέρχεται στις κυψελίδες κατά τη φάση της εισπνοής, ενώ τα κυψελιδικά τριχοειδή τροφοδοτούνται με πνευμονικό αίμα, το οποίο καθώς επιστρέφει από τους ιστούς είναι πλούσιο σε διοξείδιο και φτωχό σε οξυγόνο. Η ανταλλαγή των αερίων πραγματοποιείται εκατέρωθεν της κυψελιδοτριχοειδικής μεμβράνης δια της παθητικής διάχυσης. Οτιδήποτε εμποδίζει την παραπάνω συνολική διαδικασία — είτε στο αναπνευστικό κέντρο, είτε στα νεύρα, είτε στους μύες, ή στους ίδιους τους πνεύμονες — μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική ανεπάρκεια.

Ο ρόλος του μηχανικού αερισμού θετικών πιέσεων

Ο μηχανικός αερισμός θετικών πιέσεων αντικαθιστά εν μέρει ή πλήρως τη λειτουργία των αναπνευστικών μυών, εισάγοντας αέρα με ελεγχόμενο τρόπο στους πνεύμονες. Επιτρέπει την ξεκούραση των μυών, αποτρέπει την υποξία και διατηρεί σταθερά τα επίπεδα αερίων στο αίμα. Σε πολλές παιδιατρικές παθήσεις, αυτή η υποστήριξη μπορεί να παρατείνει τη ζωή, να μειώσει τις νοσηλείες και να βελτιώσει την ανάπτυξη του παιδιού.

Ο μηχανικός αερισμός είναι η εφαρμογή θετικής πίεσης για την είσοδο του αέρα στους πνεύμονες, μέσω ειδικής συσκευής που ονομάζεται αναπνευστήρας (ventilator). Η έξοδος του αέρα γίνεται και πάλι παθητικά. Ουσιαστικά, ο αναπνευστήρας “συνεργάζεται” με το παιδί, βοηθώντας το να αναπνέει αποτελεσματικά, είτε υποστηρίζοντας μερικώς την προσπάθειά του είτε αναλαμβάνοντας πλήρως την αναπνοή.

Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι μηχανικού αερισμού:

Μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός

Σε αυτή τη μορφή, ο αέρας παρέχεται μέσω μάσκας (ρινικής, ρινοστοματικής ή full-face), χωρίς τραχειοστομία. Χρησιμοποιείται συχνά για παιδιά με ηπιότερες διαταραχές ή κατά τη διάρκεια του ύπνου (όπως π.χ στα σύνδρομα υποαερισμού). Είναι πιο άνετη και λιγότερο παρεμβατική, αλλά απαιτεί καλή εφαρμογή της μάσκας και συνεργασία του παιδιού. Μπορεί να παρέχεται σε δύο μορφές:

- Ως **CPAP** (Continuous Positive Airway Pressure) που διαθέτει ένα επίπεδο συνεχούς θετικής πίεσης στους αεραγωγούς επάνω στο οποίο αναπνέει το παιδί

- Ως **BIPAP** (Bilevel Positive Airway Pressure που διαθέτει δύο πιέσεις: IPAP (Inspiratory Positive Airway Pressure) – πίεση κατά την εισπνοή και EPAP (Expiratory Positive Airway Pressure) – πίεση κατά την εκπνοή. Ανάλογα με το προφίλ της πάθησης, ρυθμίζεται έτσι ώστε να μειώνει το έργο της αναπνοής χωρίς να καταστέλλει πλήρως τη φυσική προσπάθεια.

Επεμβατικός μηχανικός αερισμός

Αφορά τη χορήγηση αέρα μέσω τραχειοστομίας με την τοποθέτηση ενός μικρού ειδικού σωλήνα τραχειοστομίας που τοποθετείται χειρουργικά στην τραχεία. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται συνήθως όταν το παιδί χρειάζεται συνεχή αναπνευστική υποστήριξη ή όταν η μη επεμβατική μέθοδος δεν επαρκεί. Πλεονέκτημά της είναι η σταθερότητα και η ασφάλεια της παροχής αέρα, ενώ μειονεκτήματα είναι η ανάγκη αυξημένης φροντίδας και η πιθανότητα λοιμώξεων.

Ενδείξεις και παθήσεις που απαιτούν μηχανικό αερισμό στα παιδιά

Ο μηχανικός αερισμός εφαρμόζεται όταν το παιδί δεν μπορεί να διατηρήσει ικανοποιητική αναπνοή μόνο του ή όταν η φυσική του προσπάθεια οδηγεί σε υπερβολική κόπωση και μειωμένη οξυγόνωση. Οι παθήσεις που τον καθιστούν αναγκαίο ποικίλλουν ανάλογα με το σημείο του προβλήματος – αν αφορά τον εγκέφαλο, τα νεύρα, τους μύες ή τους πνεύμονες.

- *Παθήσεις του εγκεφάλου και του εγκεφαλικού στελέχους*

Σε ορισμένες νευρολογικές παθήσεις, όπως εγκεφαλικές κακώσεις, συγγενείς δυσπλασίες ή σύνδρομο που επηρεάζουν το **αναπνευστικό κέντρο του εγκεφάλου**, ο έλεγχος της αναπνοής είναι ανεπαρκής. Το παιδί μπορεί να έχει φυσιολογικούς πνεύμονες, αλλά να **μην λαμβάνει το “σήμα”** για να αναπνεύσει. Ο αναπνευστήρας αντικαθιστά προσωρινά ή μόνιμα αυτή τη λειτουργία.

- *Νευρομυϊκές παθήσεις*

Οι νευρομυϊκές παθήσεις επηρεάζουν τη λειτουργία των μυών και των νεύρων που ελέγχουν την αναπνοή. Συχνότερες περιπτώσεις είναι:

- **Μυϊκή δυστροφία Duchenne και Becker**
- **Νωτιαία μυϊκή ατροφία (SMA)**
- **Συγγενή μυοπαθητικά σύνδρομα**
- **Σύνδρομο υποτονίας (π.χ. Prader–Willi)**

Σε αυτές τις περιπτώσεις, το διάφραγμα και οι μεσοπλεύριοι μύες εξασθενούν, οδηγώντας σε **υποαερισμό**, ιδίως κατά τη διάρκεια του ύπνου. Ο μηχανικός αερισμός βοηθά στην αποφόρτιση των μυών και στη διατήρηση φυσιολογικών αερίων στο αίμα.

- *Χρόνιες πνευμονοπάθειες και βρογχοπνευμονική δυσπλασία*

Συχνή αιτία σε **πρόωρα βρέφη** που χρειάστηκαν μακροχρόνια νοσηλεία στη ΜΕΝΝ. Οι πνεύμονες αυτών των παιδιών είναι άκαμπτοι και δυσκολεύονται να εξασφαλίσουν καλή ανταλλαγή αερίων. Η μακροχρόνια υποστήριξη με φορητό αναπνευστήρα συμβάλλει στη βελτίωση της ανάπτυξης και στη μείωση των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο.

- *Ανατομικές και σκελετικές ανωμαλίες*

Σοβαρή **σκολίωση**, **θωρακικές παραμορφώσεις** ή **μαλακία της τραχείας (τραχειομαλακία)** μπορεί να περιορίσουν τον χώρο του θώρακα και να δυσχεράνουν την αναπνοή. Η μηχανική υποστήριξη συμβάλλει στην οξυγόνωση και μειώνει το έργο της αναπνοής.

- *Παροδικές καταστάσεις*

Σε ορισμένα παιδιά, ο μηχανικός αερισμός μπορεί να χρειάζεται **παροδικά**, π.χ. μετά από χειρουργικές επεμβάσεις ή βαριές λοιμώξεις. Με σωστή αποκατάσταση, ο αναπνευστήρας μπορεί να διακοπεί σταδιακά.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, ο μηχανικός αερισμός βελτιώνει τη ζωή του παιδιού, προλαμβάνοντας υποξία, την κόπωση των αναπνευστικών μυών και καρδιοαναπνευστικές επιπλοκές.

Πώς βοηθάει ο μηχανικός αερισμός το παιδί

Η χρήση αναπνευστήρα δεν αποτελεί ένδειξη “αδυναμίας”, αλλά ένδειξη προόδου της ιατρικής φροντίδας. Ο μηχανικός αερισμός βοηθά το παιδί:

- Να αναπνέει χωρίς κόπο, ειδικά κατά τη διάρκεια του ύπνου.
- Να διατηρεί φυσιολογικά επίπεδα οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα.
- Να έχει περισσότερη ενέργεια, καλύτερη διάθεση και όρεξη για μάθηση ή παιχνίδι.
- Να αποφύγει συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων.
- Να υποστηρίξει την ανάπτυξη και την ομαλή λειτουργία των οργάνων του.

Πολλά παιδιά που χρησιμοποιούν φορητό αναπνευστήρα μπορούν να παρακολουθούν σχολείο, να ταξιδεύουν και να συμμετέχουν σε δραστηριότητες, φυσικά με την κατάλληλη υποστήριξη.

Φορητοί αναπνευστήρες: τεχνολογία και κατηγορίες

Οι φορητοί αναπνευστήρες έχουν σχεδιαστεί για μακροχρόνια χρήση εκτός νοσοκομείου. Είναι ελαφριοί, διαθέτουν επαναφορτιζόμενη μπαταρία, και παρέχουν ηχητικά και οπτικά σήματα (alarms) για οποιαδήποτε δυσλειτουργία.

Κύρια χαρακτηριστικά φορητών αναπνευστήρων

- Μικρό βάρος και ευκολία μετακίνησης
- Λειτουργία με μπαταρία 4–8 ωρών ή και περισσότερων
- Οθόνη ενδείξεων (πίεση, όγκος, συχνότητα)
- Αποθήκευση δεδομένων για ανάλυση από την ιατρική ομάδα
- Πολλαπλά προγράμματα για διαφορετικές συνθήκες (ύπνος, εγρήγορση, φυσιοθεραπεία)

Όλα αυτά τα συστήματα πληρούν διεθνή πρότυπα ασφάλειας (ISO, CE) και διαθέτουν δυνατότητα εξατομίκευσης των ρυθμίσεων ανάλογα με τη διάγνωση του παιδιού. Η μετάβαση στο σπίτι μπορεί αρχικά να φαίνεται δύσκολη, όμως με σωστή καθοδήγηση, οι γονείς γίνονται οι καλύτεροι “συνεργάτες” της ιατρικής ομάδας.

Η φροντίδα ενός παιδιού που χρησιμοποιεί μηχανικό αερισμό στο σπίτι απαιτεί οργάνωση, εκπαίδευση και συνεργασία μεταξύ των γονέων, της ιατρικής ομάδας και του ίδιου του παιδιού. Η μετάβαση από το νοσοκομείο στο σπίτι είναι μια σημαντική αλλαγή, που συνοδεύεται από συναισθηματική φόρτιση, αλλά και ανακούφιση καθώς η οικογένεια επιστρέφει στο οικείο περιβάλλον της.

Η χρήση αναπνευστήρα δεν αφορά μόνο το παιδί, αλλά ολόκληρη την οικογένεια. Οι γονείς χρειάζονται στήριξη, ενημέρωση και χρόνο για να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα. Η επικοινωνία με άλλες οικογένειες, οι ομάδες υποστήριξης και η ψυχολογική συμβουλευτική μπορούν να μειώσουν το άγχος και το αίσθημα απομόνωσης.

Τα παιδιά, όταν ενημερώνονται με τρόπο κατάλληλο για την ηλικία τους, συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους και αναπτύσσουν θετική στάση απέναντι στη συσκευή και τη θεραπεία.

Ο οικιακός μηχανικός αερισμός στοχεύει:

- Στη μείωση των νοσηλειών και λοιμώξεων.
- Στην προώθηση της φυσιολογικής ανάπτυξης του παιδιού.
- Στην ενίσχυση της ανεξαρτησίας και κοινωνικής ένταξης.

Η εμπειρία δείχνει ότι, όταν η οικογένεια είναι σωστά ενημερωμένη και οργανωμένη, το παιδί μπορεί να έχει **καλή ποιότητα ζωής** στο σπίτι, με συμμετοχή σε σχολικές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Τύποι και μοντέλα φορητών οικιακών αναπνευστήρων

Οι αναπνευστήρες διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες, ανάλογα με το μέγεθος, τη λειτουργία και το περιβάλλον χρήσης.

α. Φορητοί αναπνευστήρες πίεσης/όγκου

Μικρές, ελαφριές συσκευές με μπαταρία και εύκολο σύστημα ελέγχου. Σχεδιασμένες για **χρήση στο σπίτι ή κατά τη μετακίνηση**. Διαθέτουν συναγερμούς ασφαλείας (alarms), οθόνη ενδείξεων και δυνατότητα αποθήκευσης δεδομένων.

β. Μη επεμβατικοί αναπνευστήρες τύπου BIPAP ή CPAP

Ονομάζονται και αναπνευστικές συσκευές και λειτουργούν μόνο με μοντέλα πίεσης. Εφαρμόζονται μέσω μάσκας και χρησιμοποιούνται κυρίως για ήπιες ή μεσαίες μορφές αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Οι γνωστές εταιρείες που παράγουν διάφορα μοντέλα παιδιατρικών φορητών αναπνευστήρων είναι, ενδεικτικά, οι Philips, ResMed, Löwenstein, Sefam κ.α. Κάθε μοντέλο έχει διαφορετικές ρυθμίσεις, αλλά όλες βασίζονται στις ίδιες φυσιολογικές αρχές.

Βασικές αρχές λειτουργίας του μηχανικού αερισμού

Η λειτουργία του αναπνευστήρα βασίζεται στη δημιουργία θετικής πίεσης στον αεραγωγό, ώστε ο αέρας να εισέρχεται στους πνεύμονες χωρίς προσπάθεια του παιδιού. Υπάρχουν δύο βασικά μοντέλα αερισμού

- **Μοντέλα πίεσης**, όπου η κύρια παράμετρος που ρυθμίζεται είναι η εισπνευστική πίεση και ο αναπνεόμενος όγκος είναι το παράγωγο μέγεθος και εξαρτάται από τις ιδιότητες των πνευμόνων

- **Μοντέλα όγκου**, όπου η κύρια παράμετρος που ρυθμίζεται είναι ο αναπνεόμενος όγκος και η μέγιστη πίεση που αναπτύσσεται είναι το παράγωγο μέγεθος και εξαρτάται από τις ιδιότητες των πνευμόνων

Υπάρχει ένας γενικός κανόνας που αντικατοπτρίζει την κατάσταση των πνευμόνων (**Compliance-ευενοδοτότητα**). Όσο καλύτερη είναι η κατάσταση των πνευμόνων, στα μοντέλα πίεσης, τόσο μικρότερη πίεση θα χρειασθεί για να αποδώσει τον επιθυμητό αναπνεόμενο όγκο. Αντίστοιχα, στα μοντέλα όγκου, όσο καλύτερη είναι η κατάσταση των πνευμόνων για να υποδεχθεί τον αναπνεόμενο όγκο, τόσο μικρότερη θα είναι η μέγιστη πίεση που θα αναπτυχθεί. Γενικά, πιέσεις μικρότερες του 20 mbar ή cm H₂O υποδεικνύουν ικανοποιητική κατάσταση πνευμόνων, ενώ όσο μεγαλύτερη είναι αυτή η τιμή τόσο μεγαλύτερη είναι και η επιβάρυνση του ασθενή.

Ο αναπνευστήρας λειτουργεί με τη δημιουργία θετικής πίεσης, που “σπρώχνει” αέρα στους πνεύμονες. Ο κύκλος της αναπνοής χωρίζεται σε:

- **Εισπνοή** (inspiration): ο αέρας ωθείται προς τους πνεύμονες.
- **Εκπνοή** (expiration): ο αέρας εξέρχεται παθητικά.

Οι βασικές παράμετροι που ρυθμίζει ο επαγγελματίας υγείας είναι (πίνακας 1):

- **Tidal Volume (Vt)**: ο όγκος αέρα ανά αναπνοή
- **Respiratory Rate (RR)**: αριθμός αναπνοών ανά λεπτό
- **Minute Volume (MV=VtRR)**: κατά λεπτό αερισμός, πόσος όγκος αέρα λαμβάνει ανά λεπτό ο ασθενής, ισούται με το γινόμενο Vt x RR
- **Peak Inspiratory Pressure (PIP)**: το μέγιστο επίπεδο πίεσης κατά την εισπνοή
- **PEEP (Positive End-Expiratory Pressure)**: θετική πίεση στο τέλος της εκπνοής, για να μην κλείνουν οι κυψελίδες
- **PS (Pressure Support)**: στα υποβοηθούμενα μοντέλα, υποστήριξη πίεσης των αυθόρμητων αναπνοών του παιδιού, συνήθως 6 - 12 cm H₂O πάνω από την PEEP. Χρειάζεται προσοχή, γιατί στα μοντέλα πίεσης το PS ταυτίζεται με την PIP, δηλαδή η ανταλλαγή αερίων γίνεται μεταξύ PEEP-PIP, ενώ στα μοντέλα όγκου η PIP αναπτύσσεται με το PS που τίθεται πάνω από την PEEP και ισούται με PIP = PEEP+PS
- **Inspiratory Time (Ti)**: διάρκεια εισπνοής
- **Inspiration:Expiration ratio (I:E)**: λόγος εισπνοής/εκπνοής
- **Χορήγηση O₂**: με πόσα λίτρα οξυγόνου/λεπτό θα εμπλουτισθεί ο αέρας μέσω του συμπυκνωτή οξυγόνου που πάντα συνοδεύει τον ασθενή στο σπίτι

Υπάρχουν επίσης ρυθμίσεις παραμέτρων που εξασφαλίζουν κατά το δυνατό την άνεση του ασθενή, όπως:

- Ευαισθησία σκανδαλισμού ή έναρξης των αναπνοών (**triggering**), δηλαδή πόσο εύκολα θα ξεκινήσει μια εισπνοή
- Κλίση πίεσης (**Rise time/Ramp time**), δηλαδή πόσο γρήγορα θα δοθεί η εισπνοή
- Πέρασμα στην εκπνοή (**Cycling**), δηλαδή πόσο εύκολα θα διευκολυνθεί η εκπνοή

Ο συνδυασμός αυτών εξασφαλίζει σταθερή, ασφαλή και αποτελεσματική οξυγόνωση και αερισμό του παιδιού, ενώ φροντίζει παράλληλα για την κατά το δυνατό μεγαλύτερη άνεση



κατά την εφαρμογή του. Όλες οι ρυθμίσεις γίνονται από τους επαγγελματίες υγείας κατά το διάστημα προσαρμογής της εφαρμογής του που ξεκινάει στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και ολοκληρώνεται στην κλινική ΝΟΣΠΙ. Για την ασφάλεια των ασθενών όλοι οι αναπνευστήρες διαθέτουν λειτουργία **ΚΛΕΙΔΩΜΑΤΟΣ** προς αποφυγή ατυχηματικής αλλαγής παραμέτρων.

Πίνακας 1. Κύριες παράμετροι φορητού αναπνευστήρα

Παράμετρος	Περιγραφή - εύρος τιμών	Σκοπός
Vt (Tidal Volume)	Ο όγκος αέρα ανά αναπνοή ~ (6-10 ml/kg σωματικού βάρους)	Εξασφαλίζει επαρκή αερισμό
RR (Respiratory Rate)	Αναπνοές ανά λεπτό, ανάλογα με την ηλικία από 12-14 στα μεγάλα παιδιά μέχρι μέγιστο 30 στα βρέφη	Καθορίζει τον συνολικό αερισμό
MV (Minute Volume)	Το γινόμενο του όγκου Vt _{RR} , ανάλογα με την ηλικία	Κατά λεπτό αερισμός των πνευμόνων, σημαντικός για τους συναγερμούς
PIP (Peak Inspiratory Pressure)	Το μέγιστο επίπεδο πίεσης κατά την εισπνοή	Σημαντική για τους συναγερμούς
PEEP (Positive End-Expiratory Pressure)	Πίεση στο τέλος της εκπνοής	Αποτρέπει την σύμπτωση των κυψελίδων και βοηθάει στην οξυγόνωση.
PS (Pressure Support)	Υποστήριξη πίεσης πάνω από την PEEP, συνήθως 6 με 12 cm H ₂ O	Στα υποβοηθούμενα μοντέλα, υποβοήθηση των αυθόρμητων αναπνοών
Ti (Inspiratory Time)	Διάρκεια εισπνοής, ανάλογη με την ηλικία από 0,6 sec στα βρέφη μέχρι 1,4 sec στα μεγαλύτερα παιδιά	Εξασφαλίζει την σωστή έκπτυξη των πνευμόνων και ελέγχει τη σχέση εισπνοής/εκπνοής
I:E	Λόγος εισπνοής/εκπνοής, συνήθως 1:2, διακύμανση 1:1,5 έως 1:3	Η βέλτιστη σχέση εισπνοής/εκπνοής
Χορήγηση O₂	Μέσω συμπτικνωτή οξυγόνου, συνήθως 1-6 lit/min	Διασφαλίζει σωστή οξυγόνωση
Trigger Sensitivity	Ευαισθησία ενεργοποίησης από τον ασθενή, συνήθως αριθμητικές ενδείξεις 1-4, έως 1-8	Ρυθμίζει τη συνεργασία παιδιού-μηχανής
Rise time/Ramp time	Πόσο γρήγορα δίνεται η εισπνοή, συνήθως 1-4, 1 πολύ γρήγορο κίνδυνος ασυνέργειας, συνήθως 2	Ρυθμίζει τη συνεργασία παιδιού-μηχανής



Cycling	Συνήθως 25-40%, πολύ γρήγορο πέρασμα προωθεί ταχύπνοια	Ρυθμίζει τη συνεργασία παιδιού-μηχανής

Σημαντικές ρυθμίσεις και παράμετροι

Οι ρυθμίσεις συνήθως είναι κλειδωμένες για την ασφάλεια του ασθενή από ατυχηματική μεταβολή. Οι γονείς χρήσιμο είναι να γνωρίζουν πως κλειδώνει/ξεκλειδώνει η συσκευή τους, και δεν τροποποιούν οι ίδιοι τις ρυθμίσεις, εκτός εάν έχουν εκπαιδευτεί και έχουν οδηγίες από την ιατρική ομάδα. Ωστόσο, είναι σημαντικό να γνωρίζουν:

- Τι σημαίνουν οι ενδείξεις της οθόνης (όγκοι, πιέσεις, ροή).
- Τους συναγερμούς (alarm) και τα επίπεδά τους
- Τι να κάνουν σε περίπτωση συναγερμού
- Πώς να ελέγχουν το κύκλωμα και τα φίλτρα
- Πώς να διασφαλίζουν ότι η μπαταρία είναι φορτισμένη και υπάρχει εφεδρική πηγή ενέργειας

ΣΥΝΑΓΕΡΜΟΙ

Η σωστή εκπαίδευση των φροντιστών, μέσω της αναγνώρισης των συναγερμών και της κατάλληλης ανταπόκρισης, μειώνει σημαντικά τις δυνητικές επιπλοκές από τις έκτακτες καταστάσεις (πίνακας 2). Οι συναγερμοί θα πρέπει να ρυθμίζονται σε κατάλληλο επίπεδο ώστε να ειδοποιούν έγκαιρα για τυχόν προβλήματα, αλλά να μην είναι υπερβολικά ευαίσθητοι και δημιουργούν ζητήματα «ηχορύπανσης» διαταράζοντας την καθημερινότητα της οικογένειας. Μερικές φορές, ιδιαίτερα σε μικρούς ασθενείς με μικρό μέγεθος τραχειοστόματος και χαμηλές ροές, είναι δύσκολο να ρυθμιστούν σωστά οι συναγερμοί γιατί δεν μπορούν να ανιχνεύσουν χαμηλά επίπεδα διαρροών. Γι' αυτό είναι απαραίτητο σε όλες τις περιπτώσεις να παρακολουθείται η οξυγόνωση του παιδιού μέσω **ΣΦΥΓΜΙΚΟΥ ΟΞΥΜΕΤΡΟΥ (SpO₂)**.

Συναγερμός αποσύνδεσης

Ανιχνεύει την αποσύνδεση του αναπνευστικού κυκλώματος, μέσω αναγνώρισης ελαττωμένης πίεση αεραγωγών. Συνήθως τίθεται 5 cm H₂O χαμηλότερα από την μέγιστη πίεση αεραγωγών PIP π.χ. PIP 25 cm H₂O, συναγερμός αποσύνδεσης 20 cm H₂O. Μερικοί αναπνευστήρες έχουν και όριο ανοχής αποσύνδεσης επί του ποσοστού του μηχανικού αερισμού το οποίο ρυθμίζεται κατάλληλα.

Συναγερμός χαμηλών πιέσεων

Αντίστοιχος με τον παραπάνω. Σε περίπτωση έντονης εισπνευστικής προσπάθειας του ασθενή μπορεί να ενεργοποιείται και χωρίς πραγματική αποσύνδεση, εκεί χρειάζεται προσοχή και ρύθμισή του ίσως και σε χαμηλότερα επίπεδα, π.χ. PIP 25 cm H₂O, συναγερμός αποσύνδεσης 15 cm H₂O. Συνήθη αίτια ενεργοποίησης

- Διαφυγή από το cuff (ατελώς φουσκωμένο ή σπασμένο)
- Διαφυγή από το αναπνευστικό κύκλωμα (σπασμένο)

Συναγερμός υψηλών πιέσεων – «κόφτης»

Είναι η προστασία από ατυχηματική υπερέκπτυξη των πνευμόνων για αποφυγή σκασίματος (βαρότραυμα). Συνήθως τίθεται στα 40 cm H₂O. Κύρια αίτια ενεργοποίησης



- Συσσώρευση εκκρίσεων
- Βρογχόσπασμος
- Απόφραξη τραχειοστόματος
- Τσάκισμα κυκλώματος
- Μεγάλη επιδείνωση κατάστασης πνευμόνων

Συναγερμός χαμηλού και υψηλού αναπνεόμενου όγκου

Αναλόγως του αναπνεόμενου όγκου, τίθενται κατά 50% χαμηλότερα ή υψηλότερα, πχ για όγκο 200 ml, τίθενται 100 ml το χαμηλότερο και 300 ml το υψηλότερο όριο. Μερικές φορές όμως τα όρια αυτά αποδεικνύονται «στενά», με αποτέλεσμα την συνεχή τους ενεργοποίηση. Στην περίπτωση αυτή ρυθμίζονται σε μεγαλύτερο εύρος.

Συναγερμός χαμηλού και υψηλού ορίου αναπνοών

Το χαμηλότερο όριο τίθεται ίσο με τον αναπνευστικό ρυθμό του παιδιού, ενώ τα ανώτερα ως διπλάσια, π.χ. για αναπνοές 20 τίθεται στο 40.

Συναγερμός χαμηλού και υψηλού κατά λεπτό αερισμού

Συνήθως τίθενται κατά 50% κάτω η επάνω από τον κατά λεπτό αερισμό, πχ σε αερισμό 5 lit/min, το κατώτερο όριο θα τεθεί στα 2,5 lit/min και το ανώτερο στα 7,5 lit/min. Σε περίπτωση ταχύπνοιας λόγω ανησυχίας του παιδιού, μπορεί να χρειασθεί το ανώτερο όριο να ανέβει και περισσότερο, αναζητώντας παράλληλα την αιτία της ανησυχίας, π.χ. πόνος, πυρετός κ.α.

Συναγερμός άπνοιας

Απαραίτητος σε μοντέλα υποστήριξης πίεσης για να υποστηρίξουν τον ασθενή σε περίπτωση άπνοιας με τον εφεδρικό αερισμό. Ρυθμίζονται ανάλογα με την ηλικία από 10 (βρέφη) έως 20 sec (μεγαλύτερα παιδιά).

BACK UP VENTILATION – Εφεδρικός αερισμός

Απαραίτητος στα υποβοηθούμενα μοντέλα, εξασφαλίζει έναν ελάχιστο αριθμό αναπνοών σε περίπτωση άπνοιας, ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού.

Πίνακας 2. Αναγνώριση, πρόληψη και αντιμετώπιση κινδύνων

Πρόβλημα	Αξιολόγηση	Πρόληψη/Αντιμετώπιση
Πρόβλημα τροφοδοσίας ρεύματος	Αδυναμία λειτουργίας αναπνευστήρα	Συναγερμός διακοπής ρεύματος. Εφεδρικές μπαταρίες (εσωτερικές ή εξωτερικές)
Δυσλειτουργία αναπνευστήρα	Αδυναμία λειτουργίας αναπνευστήρα	Τακτικό service και προληπτική συντήρηση. Δυνατότητα επείγουσας επικοινωνίας με τον πάροχο.
Ατυχηματική αποσύνδεση	Αποτυχία αερισμού	Προσεκτική στερέωση Συναγερμός χαμηλής πίεσης



		Συναγερμός χαμηλού MV
Απόφραξη κυκλώματος	Αποτυχία αερισμού	Συναγερμός υψηλής πίεσης
Απόφραξη τραχειοστόματος	Αποτυχία αερισμού	Συναγερμός υψηλής πίεσης Αποτελεσματική αναρρόφηση Έλεγχος ύγρυνσης Αλλαγή τραχειοστόματος
Μετακίνηση τραχειοστόματος ή/και αδυναμία επανατοποθέτησης	Αποτυχία αερισμού	Βελτίωση στερέωσης Δοκιμή μικρότερου μεγέθους Αερισμός με μάσκα και AMBU
Ιατρική κλινική επιδείνωση	Οξύ ιατρικό πρόβλημα ή ανεπαρκείς ρυθμίσεις αναπνευστήρα	Αναγνώριση πρώιμης λοίμωξης αναπνευστικού ή απορρύθμισης αναπνευστήρα Εκπαίδευση ΚΑΡΠΑ Άμεση αναζήτηση βοήθειας και μεταφορά στο νοσοκομείο. Χρήση αναπνευστήρα με μπαταρία κατά την μεταφορά.

Βασικές αρχές λειτουργίας συστήματος επεμβατικού μηχανικού αερισμού στο σπίτι

Για την σωστή εφαρμογή του επεμβατικού μηχανικού αερισμού στο σπίτι είναι απαραίτητη η σωστή χρήση των παρακάτω (πίνακας 3):

Πίνακας 3: Απαραίτητα υλικά για την εφαρμογή επεμβατικού μηχανικού αερισμού στο σπίτι

AMBU
Τραχειόστομα, με τα απαραίτητα υλικά περιποίησης/στερέωσης
Αναπνευστικό κύκλωμα που θα οδηγήσει τον αέρα στους πνεύμονες
Κρικοειδές συνδετικό (φυσούνα) για την σύνδεση κυκλώματος-τραχειοστομίας



Υγραντήρας ή φίλτρα ύγρανσης/θέρμανσης ανάλογα με την ηλικία του παιδιού
Φορητός αναπνευστήρας
Συμπυκνωτής οξυγόνου
Συσκευή αναρρόφησης με τα σωστά μεγέθη των καθετήρων αναρρόφησης
Νεφελοποιητής για την χορήγηση των εισπνεόμενων φαρμάκων

AMBU

Όλοι οι γονείς/φροντιστές των παιδιών θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την χρήση της AMBU. Η AMBU (Automated Manual Breathing Unit) είναι όπως το δηλώνει και το όνομά της μια χειροκίνητη αναπνευστική μονάδα/συσκευή που επιτρέπει τον μηχανικό αερισμό του παιδιού με τραχειοστομία σε περίπτωση τεχνικής βλάβης του αναπνευστήρα. Μπορεί, σε κατάσταση εκτάκτου ανάγκης να λειτουργήσει αυτόνομα ακόμη και χωρίς οξυγόνο, συνοδεύεται όμως πάντα από σωλήνα παροχής οξυγόνου. Ιδανικά, θα πρέπει να διαθέτει και αποθεματικό ασκό «ουρά» για την δυνατότητα χορήγησης ακόμη υψηλότερης συγκέντρωσης οξυγόνου, όταν είναι απαραίτητο.

Τραχειόστομα

Συνήθως, κατά την έναρξη του επεμβατικού αερισμού χρησιμοποιούνται τραχειοστόματα με αεροθάλαμο (cuff) που επιτρέπουν την εφαρμογή του μηχανικού αερισμού θετικών πιέσεων. Πριν την μετάβαση στο σπίτι έχει μεσολαβήσει μια περίοδος «ωρίμανσης της τραχειοστομίας» και έχει γίνει η πρώτη αλλαγή η οποία επιτρέπει να διαπιστωθούν τυχόν τεχνικά προβλήματα. Οι γονείς θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τον έλεγχο του cuff και να αποφεύγεται η υπερβολική διάτασή του. Με το πέρασμα του χρόνου και καθώς η κατάσταση θα ομαλοποιείται, πιθανώς θα λάβετε οδηγίες για το περιοδικό ξεφούσκωμα του cuff, για προστασία της τραχείας. Είναι σημαντικό όμως να γνωρίζετε ότι το σπασμένο cuff είναι από τις κύριες αιτίες αδυναμίας αερισμού, λόγω των έντονων διαφυγών, γιατί δεν μπορεί να επιτευχθεί η «απομόνωση της τραχείας». Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται αλλαγή του τραχειοστόματος ώστε με το φούσκωμα του cuff να μπορέσει να επιτευχθεί και πάλι ο μηχανικός αερισμός. Απαιτείται εξοικείωση με την καθημερινή περιποίηση της τραχειοστομίας και προγραμματισμένη αλλαγή του τραχειοστόματος περίπου κάθε 30 με 40 ημέρες. Συνιστάται η ύπαρξη πάντοτε εφεδρικού τραχειοστόματος ιδίου μεγέθους, όπως και δύο μικρότερων μεγεθών, ώστε σε πιθανή δυσκολία αντικατάστασης να υπάρχει η δυνατότητα τοποθέτησης του μικρότερου μεγέθους.

Αναπνευστικά κυκλώματα

Τα αναπνευστικά κυκλώματα είναι μονά, με ενσωματωμένη εκπνευστική βαλβίδα, και υπάρχουν σε δύο μεγέθη, ανάλογα με την εξωτερική τους διάμετρο

- 15 mm βρεφικά-παιδικά με δυνατότητα αερισμού από 50 ml – 200 ml
- 22 mm ενηλίκων για μεγαλύτερα παιδιά και όγκο > 200 ml

Κρικοειδή συνδετικά (φυσούνες)

Τα κυκλώματα συνδέονται με την τραχειοστομία μέσω κρικοειδούς συνδετικού (φυσούνας) οι οποίες υπάρχουν επίσης σε δύο μεγέθη, εξωτερικής διαμέτρου

- 10 mm, νεογνική για τα βρέφη βάρους < 10 kg
- 22 mm, ενηλίκων για τα υπόλοιπα παιδιά

Η φυσούνα, όπως και κάθε εξάρτημα που παρεμβάλλεται μεταξύ τραχειοστόματος και εκπνευστικής βαλβίδας του κυκλώματος αυξάνει τον νεκρό χώρο, δηλαδή ενός όγκου που δεν είναι χρήσιμος και θα πρέπει κατά κάποιο τρόπο να αναπληρωθεί. Χρειάζεται μεγάλη προσοχή στην σωστή επιλογή του μεγέθους της φυσούνας για την αποφυγή ανεπιθύμητης αύξησης του νεκρού χώρου, και «υπολογισμός» πιθανής αύξησης ~5 ml του αναπνεόμενου όγκου για τις νεογνικές φυσούνες και ~10 ml για τις μεγαλύτερες

Υγραντήρας

Η τραχειοστομία παρακάμπτει την φυσιολογική δίοδο του αέρα από την μύτη όπου ο αέρας θερμαίνεται, υγραίνεται και καθαρίζεται. Η διατήρηση βέλτιστου επίπεδου ύγρανσης εξασφαλίζει την σωστή λειτουργία του κροσσώτου επιθηλίου των αεραγωγών και βοηθά στην ρευστοποίηση και απομάκρυνση των εκκρίσεων. Τα βρέφη και τα μικρά παιδιά, που έχουν στενότερους αεραγωγούς και είναι πιο ευάλωτα, έχουν απόλυτη ένδειξη χρήσης ενεργητικής ύγρανσης, δηλαδή θερμαινόμενου υγραντήρα για καλύτερη ρευστοποίηση και απομάκρυνση των εκκρίσεων και την αποφυγή απόφραξης του τραχειοστόματος. Ο υγραντήρας συνήθως είναι εξωτερικός και θα πρέπει να τοποθετείται σε επίπεδο χαμηλότερο από τον ασθενή για αποφυγή ατυχηματικού αναποδογυρίσματος και πλημμυρίσματος των αεραγωγών του παιδιού από το υγρό του θαλάμου του υγραντήρα. Υπάρχουν και συσκευές με ενσωματωμένο υγραντήρα, η τελική επιλογή εξαρτάται από την επιλογή του ιατρού και την διαθεσιμότητα της αγοράς.

Φίλτρα ύγρανσης/θέρμανσης

Στα μεγαλύτερα παιδιά η ύγρανση και η θέρμανση του αέρα μπορεί να γίνει παθητικά, μέσω των φίλτρων (εναλλάκτες θέρμανσης/ύγρανσης) που τοποθετούνται μεταξύ της φυσούνας και του κυκλώματος. Στην περίπτωση αυτή, ο εκπνεόμενος αέρας του ασθενή που είναι υγρός και θερμός, υγραίνει και θερμαίνει το φίλτρο που με την σειρά του θα θερμάνει και θα υγράνει τον εισπνεόμενο αέρα. Προσφέρουν χαμηλότερα επίπεδα θέρμανσης/ύγρανσης, είναι όμως μια εναλλακτική επιλογή για τα μεγαλύτερα παιδιά που δεν είναι τόσο ευάλωτα. Προσφέρουν μεγαλύτερη ευελιξία μετακινήσεων αλλά αυξάνουν επίσης τον νεκρό χώρο και γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται σωστή επιλογή μεγέθους. Συνήθως υπάρχουν τα

- βρεφικά, με νεκρό χώρο ~ 10-15 ml
- παιδικά, με νεκρό χώρο ~ 20-30 ml
- ενηλίκων, με νεκρό χώρο ~ 35-50 ml

Φορητός Αναπνευστήρας

Έχουν αναπτυχθεί παραπάνω

Αναρρόφηση

Απαραίτητη είναι μια φορητή ηλεκτρική αναρρόφηση με τα κατάλληλα μεγέθη καθετήρων αναρρόφησης. Μικρότερα από τα προβλεπόμενα μεγέθη δεν απομακρύνουν αποτελεσματικά τις εκκρίσεις και αυξάνουν τον κίνδυνο απόφραξης του τραχειοστόματος, ενώ μεγαλύτερα εξασκούν μεγαλύτερη αρνητική πίεση στην τραχεία με κίνδυνο αιμορραγίας. Τα μεγέθη είναι χρωματικά κωδικοποιημένα και το σωστό νούμερο είναι ο διπλάσιος του τραχειοσωλήνα, π.χ. για τραχειοσωλήνα 5, αναρρόφηση 10 (μαύρο). Σε περίπτωση πολύ πυκνών εκκρίσεων μπορεί να χρησιμοποιηθεί ενστάλλαξη φυσιολογικού ορού πριν τις αναρροφήσεις για την ρευστοποίηση των εκκρίσεων. Τα συνήθως χρησιμοποιούμενα μεγέθη είναι



- Νο 8, γαλάζιο
- Νο 10, μαύρο
- Νο 12, άσπρο
- Νο 14, πράσινο

Συμπυκνωτής οξυγόνου

Η χορήγηση οξυγόνου στο σπίτι γίνεται συνήθως μέσω συμπυκνωτών οξυγόνου και σπανιότερα μέσω φιαλών οξυγόνου. Έχουν, μέσω συμπίκνωσης του αέρα, δυνατότητα χορήγησης οξυγόνου από 0,5 έως 5 και ορισμένοι και 10 lit/min καθαρού οξυγόνου. Καλό είναι να υπάρχει και μία μικρή φιάλη οξυγόνου ως πιο εύχρηστη, για τις μεταφορές.

Νεφελοποιητής

Τα περισσότερα παιδιά χρειάζονται χορήγηση εισπνεόμενων φαρμάκων μέσω νεφελοποιητών. Υπάρχουν πολλών ειδών νεφελοποιητές, από τους πλέον απλούς jet nebulizers που λειτουργούν με ροή οξυγόνου, έως τους πιο εξελιγμένους παλλόμενη μεμβράνης (aerogen). Χρειάζεται προσοχή στην σωστή τοποθέτηση του νεφελοποιητή, που σε περίπτωση χρήσης φίλτρου ασθενή θα πρέπει να τοποθετείται μεταξύ φυσούνας και φίλτρου, δηλαδή η σωστή σειρά είναι τραχειόστομα, φυσούνα, νεφελοποιητής, φίλτρο, κύκλωμα.

Πίνακας 4. Εξοπλισμός – απαραίτητες προδιαγραφές

	Προδιαγραφές απαραίτητου εξοπλισμού	Ανάλυση
1	Φορητός οικιακός αναπνευστήρας	Κλείδωμα των ρυθμίσεων για αποφυγή ατυχηματικής απορρύθμισης Θερμαινόμενος υγραντήρας για αποτελεσματικότερη ύγρανση Τακτική συντήρηση του αναπνευστήρα με καταγραφή των service από τον πάροχο
2	Συναγερμοί μηχανήματος	• Τροφοδοσίας ρεύματος • Επάρκειας μπαταρίας
3	Συναγερμός αποσύνδεσης Συναγερμός ατυχηματικής αφαίρεση TRX	• Συναγερμός χαμηλής πίεσης • Χαμηλού αναπνεόμενου όγκου VT • Χαμηλού κατά λεπτό αερισμού MV
4	Συναγερμός απόφραξης τραχειοστόματος ή/και κυκλώματος	• Συναγερμός υψηλής πίεσης
5	AMBU με σωστό μέγεθος μάσκας	Ετοιμότητα χειροκίνητου αερισμού σε περίπτωση δυσλειτουργίας αναπνευστήρα ή αερισμού με μάσκα και AMBU σε περίπτωση αδυναμίας



		επανατοποθέτησης τραχειοστόματος (αφού αποφράξουμε την είσοδο της τραχειοστομίας)
6	Συμπυκνωτής οξυγόνου	Για τον εμπλουτισμό του αέρα με οξυγόνο
6	Φορητή αναρρόφηση με το σωστό μέγεθος των καθετήρων αναρρόφησης	Για την αποτελεσματική απομάκρυνση των εκκρίσεων
7	Monitor κορεσμού αιμοσφαιρίνης SpO ₂	Για την εκτίμηση της οξυγόνωσης του παιδιού
8	Εφεδρικός αναπνευστήρας	Ιδανικά
	Επιθυμητός επιπλέον εξοπλισμός	
9	Νεφελοποιητής	Για χορήγηση των εισπνεομένων φαρμάκων
10	Cough assist	Για την υποβοήθηση του βήχα

Πριν την αναχώρηση για το σπίτι

Η προετοιμασία ενός ασθενή ΝΟΣΠΙ ξεκινά ήδη κατά την νοσηλεία του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών. Εκεί γίνεται συνήθως και η πρώτη αλλαγή της τραχειοστομίας στις δύο εβδομάδες από την πραγματοποίησή της, και οι ρυθμίσεις έναρξης του μακροχρόνιου επεμβατικού μηχανικού αερισμού των παιδιών ΝΟΣΠΙ. Εκεί ξεκινά και η εκμάθηση των γονέων στις αναρροφήσεις. Όταν πλέον η τραχειοστομία θεωρηθεί ώριμη απαιτείται και ένα διάστημα προσαρμογής των γονέων/φροντιστών στις παιδιατρικές κλινικές ΝΟΣΠΙ όπου οι γονείς θα εκπαιδευθούν, πέρα από τις αναρροφήσεις, στην περιποίηση τραχειοστομίας, την χορήγηση φαρμάκων, την γενικότερη περιποίηση του παιδιού τους, την αναγνώριση των συναγερμών και τα επείγοντα μέτρα αντιμετώπισης εκτάκτων καταστάσεων. Καθοριστικής σημασίας είναι η εκπαίδευσή στην AMBU η οποία θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε κάθε περίπτωση που υπάρχουν αμφιβολίες για την σωστή λειτουργία του αναπνευστήρα, μέχρι τη επίλυση των τυχόν προβλημάτων. Οι προϋποθέσεις αναχώρησης για το σπίτι συνοψίζονται στον πίνακα 4.

Πίνακας 5. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την έξοδο στο σπίτι

	Προϋποθέσεις	Ανάλυση
1	Ασθενής σε σταθερή κατάσταση	Συνήθως επαρκεί περίοδος παρακολούθησης ενός μήνα σταθεροποίησης χωρίς ανάγκη περαιτέρω ρυθμίσεων
2	Επίσκεψη στο σπίτι από την ομάδα ΝΟΣΠΙ για τον έλεγχο της απαιτούμενης διαμόρφωσης	Απαραίτητη η ύπαρξη άνετου χώρου για την σωστή διεύθετηση του εξοπλισμού, έλεγχος ύπαρξης, καταλληλότητας και επάρκειας ηλεκτρικού ρεύματος
3	Εκπαίδευση γονέων/φροντιστών	Απαραίτητη η συνεχής παρουσία κατάλληλα εκπαιδευμένου ατόμου, και



		ιδανικά δύο φροντιστών για κάθε ασθενή
4	Πλάνο τεχνικής υποστήριξης αναπνευστήρα	Κατάλληλη συντήρηση/αντικατάσταση
5	Πλάνο καθημερινής φροντίδας ρουτίνας	Γραπτές οδηγίες για περιποίηση τραχειοστομίας, συχνότητα αναρροφήσεων, φυσιοθεραπείας, χορήγησης φαρμάκων. Γραπτές οδηγίες ενεργειών επί προγραμματισμένης επανεξέτασης για πιθανή αναθεώρηση των ρυθμίσεων
6	Πλάνο επείγουσας βοήθειας	Παροχή λίστας επαφών σε τοπικό/περιοχικό επίπεδο για αναζήτηση βοήθειας σε περίπτωση κλινικής επιδείνωσης. Απαραίτητη οργάνωση πλάνου ασθενοφόρου προσαρμοσμένου στις ανάγκες του ασθενή
7	Πλάνο τροφοδοσίας ενέργειας	Ενημέρωση του παρόχου ενέργειας για τις ανάγκες του ασθενή και εξασφάλιση ότι δεν θα διακοπεί η τροφοδοσία ρεύματος σε περίπτωση αδυναμίας πληρωμής. Εξασφάλιση σωστής λειτουργίας των μπαταριών και σκέψη για πιθανή προμήθεια γεννήτριας ρεύματος
8	Διαθεσιμότητα εκπαιδευμένων φροντιστών	Ικανών να καλύψουν κάθε ανάγκη του ασθενή κατά τη στιγμή της επιστροφής σπίτι. Ιδανικά προτείνεται εκπαίδευση δύο ατόμων

Καθημερινή φροντίδα στο σπίτι

Η φροντίδα ενός παιδιού με φορητό αναπνευστήρα απαιτεί οργάνωση, εκπαίδευση και ρουτίνα:

- Διατήρηση καθαρού περιβάλλοντος.
- Παρακολούθηση της αναπνοής και του χρώματος του παιδιού.
- Παρακολούθηση του σφυγμικού οξύμετρου SpO₂.
- Επαφή με τη νοσηλευτική και ιατρική ομάδα κατ' οίκον.
- Καταγραφή πιθανών επεισοδίων δύσπνοιας ή συναγερμών.
- Συνεργασία με φυσιοθεραπευτή για αναπνευστικές ασκήσεις.
- Έλεγχος της λειτουργία της συσκευής, των συνδέσεων και της καθαριότητας των σωλήνων.



- Διατήρηση εφεδρικού εξοπλισμού (δεύτερη μάσκα ή τραχειοσωλήνα, μπαταρία, πηγή ρεύματος).

Το περιβάλλον πρέπει να είναι καθαρό, καλά αεριζόμενο και χωρίς σκόνη ή καπνό. Ο αναπνευστήρας τοποθετείται σε σταθερή επιφάνεια, μακριά από υγρασία ή άμεση θερμότητα.

Απαραίτητο είναι να υπάρχει σταθερή παροχή ρεύματος και γεννήτρια ή UPS για περιπτώσεις διακοπής.

Η σωστή συντήρηση του αναπνευστήρα και των εξαρτημάτων του είναι ζωτικής σημασίας για την ασφάλεια του παιδιού.

- Καθημερινά: καθαρισμός εξωτερικής επιφάνειας της συσκευής με υγρό πανί.
- Κάθε 1–2 ημέρες: πλύσιμο των σωλήνων και της μάσκας με ήπιο σαπούνι και απολύμανση, όπως ορίζει ο κατασκευαστής.
- Σε περίπτωση φίλτρων ύγρανσης/θέρμανσης ασθενή (τοποθέτηση μεταξύ φουσόνας και κυκλώματος) τακτική αντικατάσταση κάθε 2 ημέρες
- Κάθε εβδομάδα: αντικατάσταση φίλτρων εισόδου αέρα, μεταξύ της εξόδου του αναπνευστήρα και της αρχής του αναπνευστικού κυκλώματος
- Προληπτικός τεχνικός έλεγχος από τον προμηθευτή ή το νοσοκομείο κάθε 6–12 μήνες.
- Έλεγχος της μπαταρίας (να μην αποφορτίζεται πλήρως).
- Καταγραφή σε ημερολόγιο συντήρησης (πότε καθαρίστηκαν ή αντικαταστάθηκαν εξαρτήματα).

Η επιμελής φροντίδα μειώνει τον κίνδυνο λοιμώξεων, τεχνικών βλαβών και ανεπιθύμητων διακοπών λειτουργίας.

Η επιτυχής φροντίδα ενός παιδιού με φορητό αναπνευστήρα απαιτεί διεπιστημονική συνεργασία. Καμία ειδικότητα δεν μπορεί να καλύψει μόνη της όλες τις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας. Η συνεργασία ιατρών και λοιπών φροντιστών υγείας κρίνεται αναγκαία και απαραίτητη για την εύρυθμη λειτουργία ενός τέτοιου εγχειρήματος.

Ο Παιδίατρος-Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, καθορίζει τις ρυθμίσεις του αναπνευστήρα, αξιολογεί την πρόοδο, προσαρμόζει τη θεραπεία.

Ο Νοσηλεύτης κατ' οίκον εκπαιδεύει σε τεχνικές αποχρέμψεων, αναπνευστική γυμναστική, κινητοποίηση θώρακα.

Ο Φυσιοθεραπευτής φροντίζει στην καλύτερη γενική κατάσταση του ασθενούς και την σωματική ευεξία.

Ο Ψυχολόγος / Κοινωνικός λειτουργός ενδυναμώνει ψυχικά τους γονείς και το παιδί, διευκολύνει την κοινωνική επανένταξη.

Ο Τεχνικός αναπνευστικού εξοπλισμού του Νοσοκομείου Αναφοράς που συνεργάζεται με το Κέντρο ΝΟΣΠΙ, ελέγχει τη σωστή λειτουργία και ασφάλεια των μηχανημάτων

Συμπεράσματα

Ο μηχανικός αερισμός αποτελεί μία από τις σημαντικότερες επιτυχίες της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας. Για τα παιδιά που αντιμετωπίζουν αναπνευστική ανεπάρκεια, προσφέρει τη

δυνατότητα ζωής, ανάπτυξης και ένταξης στην κοινωνία, χωρίς να περιορίζονται αποκλειστικά σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον.

Η μετάβαση από τη μονάδα εντατικής θεραπείας στο σπίτι σηματοδοτεί ένα κρίσιμο στάδιο, το οποίο απαιτεί εξαιρετικά καλή προετοιμασία και συνεχή υποστήριξη. Η επιτυχία αυτής της μετάβασης βασίζεται σε τρεις θεμελιώδεις άξονες:

1. Επιστημονική ακρίβεια και εξατομίκευση της θεραπείας
Οι ρυθμίσεις του αναπνευστήρα προσαρμόζονται στο αναπνευστικό πρότυπο και τις ανάγκες κάθε παιδιού. Ο συνεχής έλεγχος από την ιατρική ομάδα εξασφαλίζει ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.
2. Εκπαίδευση και ενδυνάμωση της οικογένειας
Η γνώση και η εξάσκηση μετατρέπουν τους γονείς από φοβισμένους φροντιστές σε ικανούς συνεργάτες της ιατρικής ομάδας. Η εμπιστοσύνη αυτή αποτελεί το θεμέλιο για μια ασφαλή και σταθερή καθημερινότητα.
3. Ολιστική φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη
Το παιδί δεν είναι απλώς ένας ασθενής αλλά ένα άτομο με συναισθήματα, όνειρα και ανάγκη για αποδοχή. Η συνεργασία ψυχολόγων, φυσιοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών και εκπαιδευτικών βοηθά στη διατήρηση της ψυχικής υγείας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η τεχνολογία των φορητών αναπνευστήρων εξελίσσεται συνεχώς. Οι νέες συσκευές γίνονται πιο ελαφριές, "έξυπνες" και προσαρμοστικές, προσφέροντας αυτοματισμούς που μειώνουν τα σφάλματα και επιτρέπουν ασφαλή χρήση από μη επαγγελματίες στο σπίτι. Παράλληλα, η τηλεϊατρική δίνει τη δυνατότητα εξ αποστάσεως παρακολούθησης, ελαχιστοποιώντας την ανάγκη για συχνές επισκέψεις στο νοσοκομείο.

Το μέλλον του μηχανικού αερισμού στην παιδιατρική αναμένεται να είναι όλο και πιο εξατομικευμένο και προσανατολισμένο στην ποιότητα ζωής. Η φροντίδα ενός παιδιού με φορητό αναπνευστήρα δεν είναι μόνο ιατρική πράξη· είναι μια συλλογική προσπάθεια ζωής, φροντίδας και αγάπης.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

- American Thoracic Society. (2016). *Home mechanical ventilation: Official ATS clinical practice guideline*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 194 (9), 1203–1219.
Barach, A. L., & Beck, G. J. (2019). *Principles and practice of mechanical ventilation in children*. Philadelphia: Elsevier.
- Chatwin, M., Tan, H. L., Bush, A., & Polkey, M. I. (2021). *Long-term mechanical ventilation in children at home: Indications, management and outcomes*. *European Respiratory Review*, 30 (161), 210079.
- Fauroux, B., & Khirani, S. (2020). *Non-invasive ventilation in children*. *Paediatric Respiratory Reviews*, 33, 33–41.
<https://doi.org/10.1016/j.prrv.2019.09.001>
- <https://doi.org/10.1164/rccm.201610-2076ST>
- Chawla J, Edwards EA, Griffiths AL, Nixon GM, Suresh S, Twiss J, et al. *Ventilatory support at home for children: A joint position paper from the Thoracic Society of*

Australia and New Zealand/Australasian Sleep Association. Respiriology. 2021;26:920–37. <https://doi.org/10.1111/resp.14121>

- <https://www.openpediatrics.org>
- *Using a Home Ventilator with a child. Patient education/information series. Am J Respir Crit Care Med vol 194, p21-p22, 2016*
- Paul E. Moore, Debra Boyer, Michael G. O'Connor, Christopher D. Baker. *Pediatric Chronic Invasive Ventilation. Ann Am Thorac Soc vol 13, No 7, pp 1170-1172, Jul 2016*

ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

ΤΙ ΕΠΙΛΕΓΟΥΜΕ

Επιλέγουμε **Control mode (ελεγχόμενο μοντέλο)** όταν προγραμματίζεται βαθιά καταστολή και μυοχάλαση ή δεν υπάρχει ικανοποιητικό αναπνευστικό pattern. Χρησιμοποιούμε Assist mode, **SIMV- PCV** όταν ο ασθενής αναπνέει αυτόματα. Εάν ο ασθενής έχει πολύ καλό pattern αναπνέων και δεν παρατηρείται κόπωση και υπερκαπνία μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε μοντέλο PSV δίνοντας μόνο πιέσεις και αφήνοντας τον ασθενή να παίρνει εξ ολοκλήρου δικές του αναπνοές.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Κάθε φορά που μια αναπνοή υποστηρίζεται από τον αναπνευστήρα, ανεξαρτήτως του τρόπου αερισμού, το όριο της υποστήριξης καθορίζεται από:

α. Περιορισμό όγκου (Volume limited): προκαθορισμένος αναπνεόμενος όγκος (tidal volume).

β. Περιορισμό πίεσης (Pressure limited): προκαθορισμένη μέγιστη εισπνευστική πίεση (PIP).

FiO₂: Ξεκινήστε στο 100% και μειώστε γρήγορα σε επίπεδο < 60% (για αποφυγή τοξικότητας από O₂), ανάλογα με τις ανάγκες οξυγόνωσης. Το 60%-80 % μπορεί να αποτελεί αρχικό σημείο εκκίνησης σε ασθενή που δεν έχει κλινικά σημεία πολύ σοβαρής αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Λόγος Ι:Ε (Εισπνοή:Εκπνοή): Συνήθως ρυθμίζεται στο 1:2–1:3. Μεγαλύτεροι χρόνοι εισπνοής μπορεί να απαιτηθούν για βελτίωση της οξυγόνωσης σε δύσκολες καταστάσεις (αντίστροφος λόγος αερισμού – inverse ratio ventilation), με αυξημένο κίνδυνο διαφυγής αέρα. Χαμηλότερη συχνότητα και μεγαλύτερος χρόνος εκπνοής (1:3–1:4) μπορεί να απαιτηθούν στο άσθμα, ώστε να επιτρέπεται επαρκής εκπνοή λόγω εκπνευστικής απόφραξης.

Ευαισθησία ενεργοποίησης (Trigger Sensitivity): Ρυθμίστε από 0 έως -2. Ρύθμιση πάνω από το μηδέν είναι υπερβολικά ευαίσθητη και οι αναπνοές που ενεργοποιούνται από τον αναπνευστήρα θα είναι πολύ συχνές, ενώ πολύ αρνητική ρύθμιση αυξάνει το έργο που απαιτείται από τον ασθενή για να ενεργοποιήσει μια αναπνοή. Σε νεότερους φορητούς αναπνευστήρες το **Trigger μπορεί να ρυθμίζεται από 1 έως 8, οπότε συνήθως επιλέγουμε μία μέση τιμή 4.**

Περιορισμός Όγκου – Αναπνεόμενος Όγκος (Tidal Volume): έως 8–10 ml/kg με στόχο συνήθως τα 6–8 ml/kg. Εάν υπάρχει διαφυγή γύρω από τον ενδοτραχειακό σωλήνα, ρυθμίστε αρχικά τον αναπνεόμενο όγκο στα 10–12 ml/kg.

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ (MAINTENANCE OF VENTILATION)

- Η λεπτομερής ρύθμιση μετά την έναρξη του μηχανικού αερισμού βασίζεται στα αέρια αίματος και στους κορεσμούς οξυγόνου. Μην πραγματοποιείτε περισσότερες από δύο αλλαγές κάθε φορά. Αλλάζω παραμέτρους και ελέγχω με OBI, ώστε να βεβαιωθεί για την ορθότητα επιλογής των παραμέτρων.
- **Για την οξυγόνωση** – ρυθμίστε τα: FiO₂, PEEP, χρόνο εισπνοής, PIP (ή αναπνεόμενο όγκο) – με στόχο την αύξηση της μέσης πίεσης αεραγωγών (MAP).
- **Για τον αερισμό** – μπορούν να ρυθμιστούν η αναπνευστική συχνότητα (RR), ο αναπνεόμενος όγκος (σε mode περιορισμού όγκου) και η PIP (σε mode περιορισμού πίεσης).
- Η **PEEP** (θετική τελοεκπνευστική πίεση) χρησιμοποιείται για την πρόληψη της κυψελιδικής σύμπτωσης στο τέλος της εκπνοής, για τη στρατολόγηση (recruitment) συμπτωμένων πνευμονικών περιοχών ή για τη διατήρηση ανοικτών χαλαρών/συμπιεζόμενων αεραγωγών. Συνήθως ρυθμίζεται από 5 σε πιο απλά περιστατικά έως 8 cmH₂O σε περιστατικά με υποξυγοναιμία.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΑΛΛΑΓΗ ΑΕΡΙΩΝ:

ΥΠΟΞΥΓΟΝΑΙΜΙΑ, ΥΠΕΡΚΑΠΝΙΑ

A) Υποξυγοναιμία

- Αυξήστε το FiO₂ και τη μέση πίεση αεραγωγών (MAP). Απαιτείται εξισορρόπηση ανάλογα με την κλινική κατάσταση.
- Αυξήστε τον αναπνεόμενο όγκο (σε mode περιορισμού όγκου), το PEEP ή/και τον χρόνο εισπνοής.
- Αυξήστε την PIP, την PEEP ή/και τον χρόνο εισπνοής (σε mode περιορισμού πίεσης).
- Εάν η οξυγόνωση επιδεινώνεται, πραγματοποιήστε ακτινογραφία θώρακος για έλεγχο διαφυγής αέρα.

-Εάν η αύξηση της PEEP μειώνει τους κορεσμούς, υποψιαστείτε χαμηλή καρδιακή παροχή λόγω φαινομένου επιπωματισμού από την PEEP (αντιμετώπιση με υγρά και ινότροπα) ή πνευμοθώρακα.

Άλλα μέτρα:

- Ομαλοποίηση της καρδιακής παροχής (με υγρά και ινότροπα)
- Διατήρηση φυσιολογικής αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη (ιδιαίτερα στα νεογνά)
- Νορμοθερμία
- Εμβάθυνση της καταστολής / εξέταση χορήγησης νευρομυϊκού αποκλεισμού.

B) Υπερκαπνία (Hypercarbia)

Συχνές αιτίες περιλαμβάνουν:

- Υποαερισμός
- Αερισμός νεκρού χώρου (υπερβολικά υψηλό PEEP, μειωμένη καρδιακή παροχή (CO))
- Αυξημένη παραγωγή CO₂
- Υπερθερμία
- Διατροφή υψηλή σε υδατάνθρακες
- Ρίγος
- Ανεπαρκής παροχή αναπνεόμενου όγκου (υποαερισμός) μπορεί να συμβεί λόγω απόφραξης του ενδοτραχειακού σωλήνα, κακή θέση τραχειοσωλήνα
- **Σε mode περιορισμού όγκου (volume limited):** αυξήστε τον αναπνεόμενο όγκο (tidal volume) ή τη συχνότητα. Σε άσθμα, αυξήστε τον χρόνο εκπνοής σε > 1:3.
- **Σε mode περιορισμού πίεσης (pressure limited):** αυξήστε την PIP, μειώστε το PEEP (θετική τελοεκπνευστική πίεση), αυξήστε τη συχνότητα.
- **Μειώστε τον νεκρό χώρο:** αυξήστε την καρδιακή παροχή, μειώστε το PEEP, χορηγήστε αγγειοδιασταλτικά, κοντύνετε τον ενδοτραχειακό σωλήνα.
- **Μειώστε την παραγωγή CO₂:** αντιμετωπίστε την υπερθερμία (ψύξη), αυξήστε την καταστολή, μειώστε το φορτίο υδατανθράκων στη διατροφή.
- Αλλάξτε τον ενδοτραχειακό σωλήνα εάν είναι αποφραγμένος (μπορεί να αποκατασταθεί και με αναρρόφηση), ενώ εάν είναι κεκαμμένος, κακώς τοποθετημένος ή εκτός θέσης· ελέγξτε τη σωστή τοποθέτηση.
- Διορθώστε διαρροές στο κύκλωμα, στο cuff του ενδοτραχειακού σωλήνα και στον υγραντήρα.

Η αύξηση των παραμέτρων του αναπνευστήρα μπορεί να μην είναι αποδεκτή σε καταστάσεις όπως:

i. Δυσχρονία ασθενούς-αναπνευστήρα (patient-ventilator dyssynchrony) – συχνές αιτίες περιλαμβάνουν:

- Υποαερισμό
- Υποξαιμία
- Απόφραξη/κάμψη/κακή θέση ενδοτραχειακού σωλήνα
- Βρογχόσπασμος
- Πνευμοθώρακας
- Σιωπηλή εισρόφηση
- Αυξημένες ανάγκες σε οξυγόνο / αυξημένη παραγωγή CO₂ (π.χ. σε σήψη)
- Ανεπαρκή καταστολή

ii. Επιτρεπτική υπερκαπνία (Permissive Hypercapnia):

Υψηλότερες τιμές PaCO₂ είναι αποδεκτές προκειμένου να διατηρηθούν χαμηλές μέγιστες πιέσεις αεραγωγών, εφόσον το pH > 7,25. Σε αντίθετη περίπτωση, να συζητείται με τον Υπεύθυνο Ιατρό.

iii. Επιτρεπτική υποξαιμία (Permissive Hypoxemia):

PaO₂ 55–65 mmHg και SaO₂ 88–90% είναι αποδεκτές τιμές με αντάλλαγμα τον περιορισμό



του $\text{FiO}_2 < 60\%$, εφόσον δεν υπάρχει μεταβολική οξέωση.

Επαρκές περιεχόμενο οξυγόνου μπορεί να διατηρηθεί με αιματοκρίτη (Hct) $> 30\%$.

Να συζητείται με τον Υπεύθυνο Ιατρό.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ (TROUBLESHOOTING)

Εάν ο ασθενής «μάχεται» τον αναπνευστήρα και παρουσιάζει αποκορεσμό, τα άμεσα μέτρα περιλαμβάνουν τον έλεγχο **DOPEs**:

D – Displacement (Μετατόπιση):

Ελέγξτε τη θέση του ενδοτραχειακού σωλήνα. Σε περίπτωση αμφιβολίας, αφαιρέστε τον ενδοτραχειακό σωλήνα και ξεκινήστε χειροκίνητο αερισμό με $100\% \text{O}_2$ χρησιμοποιώντας ασκό και μάσκα.

O – Obstruction (Απόφραξη):

Ανυψώνεται ο θώρακας; Υπάρχουν αναπνευστικοί ήχοι και είναι συμμετρικοί; Υπάρχουν αλλαγές στην κλινική εξέταση;

Σκεφτείτε ατελεκτασία. Αντιμετωπίστε βρογχόσπασμο / απόφραξη ή κακή θέση σωλήνα / πνευμοθώρακα (εξετάστε το ενδεχόμενο βελονοθωρακοκέντησης).

Εκτιμήστε την κυκλοφορία: Σημεία καταπληξίας; Σήψη;

P – Pneumothorax (Πνευμοθώρακας):

Ελέγξτε αέρια αίματος (ABG), κορεσμό και ακτινογραφία θώρακος (CXR) για πνευμοθώρακα ή επιδείνωση της πνευμονικής κατάστασης.

E – Equipment failure (Βλάβη εξοπλισμού):

Ελέγξτε τον αναπνευστήρα, το κύκλωμα του αναπνευστήρα / τον υγραντήρα / την παροχή αερίων.

S-Stomach (δεν επιτεύχθει σωστή διασωλήνωση. Είσαι στον οισοφάγο)

Εάν δεν εντοπίζεται άλλη αιτία υποξαιμίας:

- Αυξήστε την καταστολή / μυοχάλαση
- Επανασυνδέστε τον ασθενή στον αναπνευστήρα.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

- **Mode (μοντέλο):** PCV or SIMV-PC (Pressure Control/SIMV) ή aVCV ή PSV
- **Tidal Volume V_t (αναπνεόμενος όγκος):** 6–8 mL/kg (ιδανικού βάρους σώματος) / 4.5–6 mL/kg σε νεογνά
- **PEEP(positive end expiratory pressure-θετική τελοεκπνευστική πίεση):** 5–8 cmH₂O (υψηλότερες ρυθμίσεις σε σοβαρό ARDS)
- **RR (respiratory rate-αριθμός αναπνοών):**
 - βρέφη: 20–30 αναπνοές/ λεπτό
 - παιδιά: 15–25 αναπνοές/ λεπτό
 - έφηβοι: 12-15 αναπνοές/ λεπτό

- **Inspiratory Time (iT-χρόνος εισπνοής):** 0.4–0.7 seconds για βρέφη 0.5–1.0 seconds για μεγαλύτερα παιδιά
- **FiO₂:** Αρχικά 1.0 (100%), μετά τιτλοποιώ ώστε να έχω κορεσμό >94%
- **Επιτρεπτή υπερκαπνία:** επιτρεπόμενο υψηλό PCO₂ εάν το pH > 7.20–7.25.
- **PIP(Peak Inspiratory Pressure-μέγιστη πίεση αεραγωγών στην εισπνοή) :** Συνήθως 16–25 cmH₂O, ώστε να πετυχαίνουμε τον σωστό Vt

Ενδεικτική βιβλιογραφία

- American Thoracic Society. (2016). *Home mechanical ventilation: Official ATS clinical practice guideline*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 194 (9), 1203–1219.
- Barach, A. L., & Beck, G. J. (2019). *Principles and practice of mechanical ventilation in children*. Philadelphia: Elsevier.
- Chatwin, M., Tan, H. L., Bush, A., & Polkey, M. I. (2021). *Long-term mechanical ventilation in children at home: Indications, management and outcomes*. *European Respiratory Review*, 30 (161), 210079.
- Fauroux, B., & Khirani, S. (2020). *Non-invasive ventilation in children*. *Paediatric Respiratory Reviews*, 33, 33–41.
<https://doi.org/10.1016/j.prrv.2019.09.001>
- <https://doi.org/10.1164/rccm.201610-2076ST>
- Chawla J, Edwards EA, Griffiths AL, Nixon GM, Suresh S, Twiss J, et al. *Ventilatory support at home for children: A joint position paper from the Thoracic Society of Australia and New Zealand/Australasian Sleep Association*. *Respirology*. 2021;26:920–37. <https://doi.org/10.1111/resp.14121>
- <https://www.openpediatrics.org>
- *Using a Home Ventilator with a child. Patient education/information series*. Am J Respir Cri Care Med vol 194, p21-p22, 2016
- Paul E. Moore, Debra Boyer, Michael G. O'Connor, Christopher D. Baker. *Pediatric Chronic Home Invasive Ventilation*. Ann Am Thorac Soc vol 13, No 7, pp 1170-1172, Jul 2016
- Pediatric Ventilation Guidelines (Fiji), National Health Executive Committee, MOH, Paediatrics Network Ventilation Guidelines PICU 2010
- Update on ventilation management in the Pediatric Intensive Care Unit, Chinyere Egbuta; Ronald Blaine Easley; Britta von Ungern-Sternberg, Pediatric Anesthesia, 2022-02 DOI: : 10.1111/pan.14374
- Pediatric/Neonatal Mechanical Ventilation (NETS/NSW Govt), GUIDELINES
- Ventilated Neonate: Nursing Care of, Neonatal Coordinating, Government of Western Australian Child and Adolescent Health Service, 26 August 2025
- Pediatric Home Ventilation Guidelines (Canadian Thoracic Society), Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine, ISSN: 2474-5332 (Print) 2474-5340 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/ucts20>, 6 April 2017
- Recommendations for mechanical ventilation of critically ill children from the Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference (PEMVECC), PMID: 28936698, PMCID: PMC5717127 DOI: 10.1007/s00134-017-4920-z



- ERC 2025, DOI: 10.1016/j.resuscitation.2025.110770 External Link



ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΣΚΟΠΟΣ

Το παρόν κεφάλαιο έχει ως σκοπό να παρέχει βασικές αρχές και πρακτικές γνώσεις για την εφαρμογή του μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού στα παιδιά. Αφορά κυρίως την εφαρμογή του μακροχρόνιου μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού καθώς πλαισιώνει το πρόγραμμα Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) και φιλοδοξεί να αποτελέσει έναν πρακτικό οδηγό για τους εμπλεκόμενους ιατρούς καθώς και για τους φροντιστές των παιδιών.

Ο Μη Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός (ΜΕΜΑ) σε μακροχρόνια βάση αποτελεί μία από τις πιο προηγμένες και σύνθετες μακροχρόνιες θεραπείες που προσφέρονται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείου. Παρακάτω θα αναφερθούν:

1. Ενδείξεις και αντενδείξεις εφαρμογής ΜΕΜΑ στο σπίτι.
2. Μοντέλα/ τύποι αερισμού στον μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό στο σπίτι
3. Συνήθεις ρυθμίσεις κατά την έναρξη του ΜΕΜΑ
4. Απαραίτητος εξοπλισμός
5. Παρακολούθηση παιδιών που υποστηρίζονται με ΜΕΜΑ
6. Αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων σε παιδιά που υποστηρίζονται με ΜΕΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΟΡΙΣΜΟΙ

Ο Μη Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός (ΜΕΜΑ) είναι ο αερισμός των πνευμόνων με την βοήθεια ενός μηχανήματος (αναπνευστήρα) χωρίς την χρήση τεχνητού αεραγωγού (δηλαδή ενδοτραχειακού σωλήνα ή τραχειοστομίας). Ο αερισμός επιτυγχάνεται μέσω μίας μάσκας (προσωπίδας) που εφαρμόζει στο στόμα και την μύτη (στοματορινική μάσκα), μόνο στην μύτη (ρινική μάσκα) ή μέσω ενός επιστομίου (για περιπτώσεις κατ' επίκληση αερισμού σε μεγαλύτερα παιδιά).

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ενδείξεις έναρξης μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού

Υποστήριξη του αναπνευστικού συστήματος με μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό θα χρειαστούν τα παιδιά που αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες τους σε οξυγόνωση και αερισμό. Αυτή η ανεπάρκεια του αναπνευστικού συστήματος συνήθως οφείλεται είτε σε αυξημένο αναπνευστικό φορτίο (απόφραξη ανώτερου αεραγωγού, αποφρακτική βρογχιολίτιδα, αποφρακτική υπνική άπνοια κ.λ.π.) ή σε αδυναμία των αναπνευστικών μυών ή του αναπνευστικού κέντρου (ανεπάρκεια αναπνευστικής αντλίας) να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του οργανισμού.

Στον Πίνακα 1. αναγράφονται αναλυτικότερα οι ενδείξεις χορήγησης μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού στα παιδιά ανάλογα με την αιτία της αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Πίνακας 6. Νοσήματα που είναι πιθανό να οφεληθούν από την χρήση μη επεμβατικού αερισμού στο σπίτι i, ii

ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΕΡΓΟ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

**Ανατομικές ανωμαλίες- δυσπλασίες ανώτερου αναπνευστικού**

- Αποφρακτική Υπνικής Άπνοια
- Σύνδρομο: **Teacher Collins, Pierre Robin, Beckwith-Wiedemann, Down**, κρανιοσυνοστεώσεις
- Αχονδροπλασία
- Τραχειομαλάκυνση, Λαρυγγομαλάκυνση
- Παράλυση φωνητικών χορδών
- Αθροιστικά νοσήματα
- Χωροκατακτητικές εξεργασίες τραχήλου

Απόφραξη κατώτερων αεραγωγών

- Κυστική Ίνωση
- Βρογχοπνευμονική Δυσπλασία
- Αποφρακτική Βρογχιολίτιδα

ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΜΥΩΝ

- Νωτιαία Μυική Ατροφία
- Κάκωση Νωτιάιου Μυελού
- Μυοπάθειες και Δυστροφίες
- Μυασθένεια

ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

- Σύνδρομο συγγενούς κεντρικού υποαερισμού
- Λοιμώξεις ή χωροκατακτητικές εξεργασίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος
- Δυσλειτουργία του εγκεφαλικού στελέχους (π.χ. Arnold- Chiari δυσπλασία)

Τα **κριτήρια έναρξης** της αναπνευστικής υποστήριξης με ΜΕΜΑ δεν είναι πάντα σαφή αλλά μπορούν να συνοψιστούν στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 7.).

Πίνακας 7. Κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την έναρξη ΜΕΜΑⁱⁱⁱ**Κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την έναρξη CPAP ή BiPAP**

Ελάχιστο SpO₂ <90%

Μέγιστο PtcCO₂ > 50 mmHg

≥2% του καταγεγραμμένου χρόνου SpO₂ <90%

≥2% του καταγεγραμμένου χρόνου PtcCO₂ > 50 mmHg

3% δείκτης αποκορεσμών (ODI) >1,4 επεισόδια /ώρα

Δείκτης απνοιών- υποπνοιών (AHI) >10 επεισόδια/ώρα

SrO₂: κορεσμός της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο καταγεγραμμένος με παλμική οξυμετρία, PtcCO₂: διαδερμική μερική πίεση του διοξειδίου του άνθρακα

Στα παιδιά με σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο (ΣΑΑΥ), η εφαρμογή συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών (CPAP) ενδείκνυται κυρίως σε περιπτώσεις σοβαρής αποφρακτικής άπνοιας ύπνου (OSA) που επιμένει παρά την εφαρμογή των αρχικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως η αδενοειδεκτομή και/ή αμυγδαλεκτομή, ή άλλες κατάλληλες χειρουργικές παρεμβάσεις στον ανώτερο αεραγωγό όταν αυτές ενδείκνυνται.

Ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός (NIV) δύναται να εφαρμοσθεί σε παιδιά με OSA που:

- απαιτούν υψηλές θεραπευτικές πιέσεις CPAP
- δεν ανέχονται τη θεραπεία με CPAP
- εμφανίζουν επίμονη υπερκαπνία παρά τη βέλτιστη ρύθμιση και συμμόρφωση στη θεραπεία με CPAP.

Αντενδείξεις MEMA

Η χορήγηση μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού αντενδείκνυται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- αιμοδυναμική αστάθεια ή/και επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης (GCS<10)
- παιδιά που δεν μπορούν να προστατέψουν τον αεραγωγό τους λόγω απουσίας ή σοβαρής μείωσης των προστατευτικών ανατακλαστικών.
- παρουσία δερματικών ελκών ή τραυματισμών στην περιοχή εφαρμογής της μάσκας
- αδυναμία χρήσης της μάσκας λόγω κρανιοπροσωπικών δυσμορφιών ^{iv}

Μοντέλα/ τύποι αερισμού στον μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό στο σπίτι

Μοντέλα αερισμού

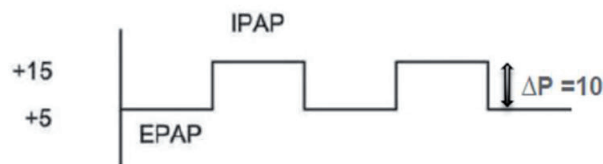
Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι αναπνευστικής υποστήριξης που χρησιμοποιούνται για τον μακροχρόνιο μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό στο σπίτι στα παιδιά:

Η χορήγηση συνεχούς θετικής πίεσης: **CPAP**, Continuous Positive Airway Pressure.

- Σχετικά απλή μηχανική
- Παρέχει μία σταθερή πίεση σε όλες τις φάσεις του αναπνευστικού κύκλου
- Διατηρεί την βατότητα των αεραγωγών καθ'όλη την διάρκεια του αναπνευστικού κύκλου
- Δρά σαν «αερονάρθηκας» στο ανώτερο αναπνευστικό, διατηρώντας ανοικτή την αεροφόρο οδό σε περιπτώσεις αποφρακτικής υπνικής άπνοιας
- Διατηρεί ανοικτές τις κυψελίδες κατά την διάρκεια της εκπνοής, με την διατήρηση τελοεκπνευστικής πίεσης (PEEP), βελτιώνοντας την οξυγόνωση

Η χορήγηση πιέσεων σε δύο επίπεδα: **BiPAP**, Bilevel Positive Airway Pressure.

- Σκοπός αυτού του μοντέλου αερισμού είναι να υποστηρίξει την αυθόρμητη αναπνοή (υποβοηθητικό μοντέλο) χορηγώντας επιπρόσθετη θετική πίεση σε κάθε εισπνοή. Ο αερισμός επιτυγχάνεται με δύο επίπεδα εναλλασσόμενης θετικής πίεσης
 - IPAP (Inspiratory Positive Airway Pressure)
 - EPAP (Expiratory Positive Airway Pressure) = PEEP
 - Η διαφορά μεταξύ των δύο πιέσεων ονομάζεται κλίση πίεσης και συμβολίζεται ως ΔP (Pressure Gradient) = IPAP - EPAP. Αντιστοιχεί στην πίεση υποστήριξης (PS, Pressure Support)
- Το BiPAP μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε προβλήματα οξυγόνωσης αλλά και αερισμού.



Μοντέλα αερισμού στο BiPAP:

➤ Spontaneous (S):

- Κάθε αναπνοή είναι αυτόματη
- Ρυθμίζουμε τις IPAP και EPAP
- Παράδειγμα: IPAP 12mmHg/ EPAP 6 mmHg >> $\Delta P = 6$ mmHg

➤ Spontaneous/ Timed (S):

- Κάθε αναπνοή είναι αυτόματη όσο ο ασθενής αναπνέει με ρυθμό μεγαλύτερο από τον ρυθμό ασφαλείας (back up rate)
- Ρυθμίζουμε: IPAP, EPAP και RR

➤ Timed (T):

- Ο αναπνευστήρας χορηγεί μία σταθερή αναπνευστική συχνότητα και ένα σταθερό χρόνο εισπνοής/εκπνοής ανεξάρτητα από την προσπάθεια του ασθενούς.
- Ρυθμίζουμε: IPAP, EPAP, RR, Ti

➤ PAC: μοντέλο ελεγχόμενης αναπνοής με υποβοήθηση πίεσης

- Στη λειτουργία αυτή ο χρόνος κάθε εισπνοής είναι προκαθορισμένος. Η εισπνοή μπορεί να ενεργοποιηθεί από τον ασθενή όταν η αυθόρμητη αναπνευστική συχνότητα είναι μεγαλύτερη από την προκαθορισμένη αναπνευστική συχνότητα.

➤ iVAPS: μοντέλο πίεσης διασφαλισμένου όγκου

- Μικτό μοντέλο πίεσης- όγκου. Χορηγεί προκαθορισμένη πίεση υποστήριξης αλλά προσπαθεί να καλύψει λειτουργία αυτή η αναπνευστική υποβοήθηση (υποστήριξη πίεσης) στοχεύει στην αυτόματη προσαρμογή στις αλλαγές της κατάστασης του ασθενούς με την πάροδο του χρόνου προκειμένου να διατηρήσει μία τιμή-στόχο αναπνεόμενου όγκου (και του κυψελιδικού αερισμού).

Οι βασικές ρυθμίσεις των αναπνευστικών συσκευών

Παράμετροι ρύθμισης στον αναπνευστήρα:

- **IPAP (Inspiratory Positive Airway Pressure):** Η θετική πίεση που ο αναπνευστήρας δίνει στον ασθενή κατά την διάρκεια της εισπνοής
- **EPAP/ PEEP (Expiratory Positive Airway Pressure/ Positive End Expiratory Pressure):** Η θετική πίεση που ο αναπνευστήρας δίνει στον ασθενή κατά τη διάρκεια της εκπνοής
- **PS (Pressure Support) :** IPAP – EPAP, πίεση υποστήριξης
- **Breath rate/ Back up rate:** Ο ελάχιστος αριθμός των αναπνοών ανά λεπτό που χορηγούνται από τον αναπνευστήρα. Αυτή η ρύθμιση δεν υπάρχει στο CPAP ή σε κάποια μοντέλα του BiPAP
- **Inspiratory Time (Ti):** Ο χρόνος της εισπνευστικής φάσης μίας υποχρεωτικής ή υποβοηθούμενης αναπνοής
- **Rise Time:** Ο χρόνος αύξησης της πίεσης από το επίπεδο της EPAP στην IPAP
- **Ramp:** Κατά την έναρξη του αερισμού και για λόγους συμμόρφωσης και άνεσης των ασθενών υπάρχει η δυνατότητα σταδιακής αύξησης των πιέσεων έως τις επιθυμητές παραμέτρους. Χρησιμοποιείται σε ασθενείς που δεν είναι εξαρτημένοι από τον αναπνευστήρα τους.
- **Trigger:** Η ευαισθησία με την οποία ανιχνεύει το μηχάνημα την αναπνευστική προσπάθεια του ασθενούς ώστε να χορηγήσει πίεση υποβοήθησης. Καθορίζεται από τον θεράποντα ιατρό στο κέντρο παρακολούθησης του ασθενούς.

Παράμετροι που υπολογίζονται από τον αναπνευστήρα κατά τον αερισμό του ασθενούς και χρησιμοποιούνται για την ρύθμιση του αερισμού του:

- **Vt (Tidal Volume):** Ο όγκος που εισέρχεται στους πνεύμονες σε μία εισπνοή (αναπνεόμενος όγκος). Στόχος αναπνεόμενου όγκου 5-10ml/Kg ανάλογα με την υποκείμενη παθολογία
- **MV (Minute Ventilation):** Ο όγκος που εισέρχεται (ή εξέρχεται) από τον πνεύμονα κατά την διάρκεια ενός λεπτού (κατά λεπτόν αερισμός). Υπολογίζεται από τον τύπο: $MV = RR \times Vt / 1000$ (lt) όπου RR είναι το σύνολο των αναπνοών του ασθενούς
- **Leak:** Είναι οι απώλειες του αέρα από το κύκλωμα. Υπάρχουν οι επιθυμητές απώλειες που αφορούν την εκπνοή από την βαλβίδα εκπνοής στα μονά κυκλώματα και οι ανεπιθύμητες απώλειες που οφείλονται σε μη καλή εγαρμογή της μάσκας
- **RR (Respiratory Rate):** Το σύνολο των αναπνοών του ασθενούς ανά λεπτό. Υπολογίζεται από τον αναπνευστήρα



- **PIP (Peak Inspiratory Pressure):** Η μέγιστη πίεση που επιτυγχάνεται στους αεραγωγούς κατά την εισπνοή. Είναι ανάλογη με την IPAP
- **PIF (Peak Inspiratory Flow):** Η μέγιστη ροή που καταγράφεται κατά την εισπνοή
- **I:E :** Ο λόγος την εισπνευστικής προς την εκπνευστική φάση της αναπνοής

Συνήθειες ρυθμίσεις κατά την έναρξη του MEMA

Κάθε ασθενής σε μη επεμβατικό αερισμό έχει προκαθορισμένες ρυθμίσεις της αναπνευστικής συσκευής του από το κέντρο που παρακολουθείται βάσει των αναπνευστικών αναγκών του και της υποκείμενης παθολογίας του.

Οι συνήθειες βασικές ρυθμίσεις που ακολουθούνται αρχικά και προσαρμόζονται στη συνέχεια βάσει των εξατομικευμένων αναγκών του κάθε ασθενούς αναγράφονται στον Πίνακα 8.

Στόχος της αναπνευστικής υποστήριξης είναι η επίτευξη φυσιολογικής ανταλλαγής αερίων των ασθενών και ταυτόχρονη μείωση του έργου αναπνοής.

Πίνακας 8. Αρχικές ρυθμίσεις σε μη επεμβατικό αερισμό στα παιδιά ν

Αρχικές ρυθμίσεις	BiPAP	CPAP (ο ασθενής έχει δική του αναπνοή)
IPAP	8 -20 cmH2O	
EPAP	4 -6 cmH2O	4 -8 cmH2O
PS	4 – 20 cmH2O	
Προτεινόμενες μέγιστες πιέσεις	IPAP 8-20 cmH2O (< 12 ετών) IPAP 8-30 cmH2O (>12 ετών) EPAP 4-8 cmH2O	8 -15 cmH2O
FiO2	Σταδιακή αύξηση	έως SpO2 >94%
Vt	6 -10 ml/Kg	
Σχόλια	Επανεκτιμούμε την θεραπεία μετά από 1-2 ώρες	Προσοχή. Δεν μειώνει το PCO2 σε απνοϊκούς ασθενείς. Προϋποθέτει αναπνευστική προσπάθεια
	Η διαρροή μπορεί να αυξηθεί με την αύξηση της πίεσης	
	Μην αυξάνεται γρήγορα τις πιέσεις για να αυξήσετε την συνεργασία του ασθενούς	



Η Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρία συστήνει για την μακρόχρονη υποστήριξη παιδιών με ΜΕΜΑ θεραπευτικές πιέσεις IPAP μεταξύ 10-14 cmH₂O και EPAP μεταξύ 4-6 cmH₂O. Συνήθως γίνεται έναρξη της θεραπείας με IPAP 8 cmH₂O και EPAP 4 cmH₂O αλλά αυτό εξατομικεύεται ανάλογα με το υποκείμενο νόσημα. Ο στόχος αερισμού είναι αναπνεόμενος όγκος (Vt) σε επίπεδα 6-10 ml/Kg ιδανικού βάρους σώματος. Εάν χρειάζεται χορηγείται μέσω του αναπνευστήρα επιπλέον οξυγόνο για να επιτευχθεί επαρκής οξυγόνωση στην περίπτωση που αυτή είναι επηρεασμένη. Υψηλότερη EPAP θα χρειαστεί σε περιπτώσεις σοβαρής αποφρακτικής υπνικής άπνοιας ή απόφραξης των αεραγωγών (π.χ. τραχειομαλάκυνση). Η χρήση ασφαλούς ρυθμού αναπνοών (Back up Rate) χρησιμοποιείται συνήθως και υπολογίζεται 2-3 αναπνοές λιγότερο από τον συνήθη αυθόρμητο αναπνευστικό ρυθμό του παιδιού κατά την νύχτα. Είναι εξαιρετικά σημαντικό ο Back up Rate να είναι επαρκής σε παιδιά που έχουν επηρεασμένο αναπνευστικό κέντρο κατά την διάρκεια του ύπνου (π.χ. σύνδρομο συγγενούς κεντρικού υποαερισμού, εγκεφαλική παράλυση κ.α.) ή αδυναμία αναπνευστικών μυών (π.χ. νωτιαία μυική ατροφία).

Στον Πίνακα 9. αναγράφονται οι προτεινόμενες ρυθμίσεις των αναπνευστικών παραμέτρων ανά νόσημα βάση των οδηγιών της Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρίας.³

Πίνακας 9. Προτεινόμενες θεραπευτικές ρυθμίσεις ανά νόσημα

	Αποφρακτική Υπνική Άπνοια	Αποφρακτικά νοσήματα πνευμόνων	Περιοριστικά/Νευρομυϊκά Νοσήματα	Επηρεασμένο αναπνευστικό έναυσμα
IPAP (cmH ₂ O)	12-20 (PS 4-6)	14-20	12-20	12-20
EPAP (cmH ₂ O)	8-12	4-6	4	4
RR (αν/λεπτό)	2-3 αναπνοές κάτω από τον αυθόρμητο αναπνευστικό ρυθμό κατά τον ύπνο			
Trigger ευαισθησία	Υψηλή- μέτρια	Υψηλή- μέτρια	Χαμηλή έως πολύ χαμηλή	Μέτρια
Ti	Κοντά στο φυσιολογικό	Σύντομο Ti	Κοντά στο φυσιολογικό	Κοντά στο φυσιολογικό
Rise time (msec)	150-200	Ελάχιστο - 150	200-300	150-200
VT (ml/Kg)		6-8	8-10	8-10

Απαραίτητος εξοπλισμός

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΕΣ

Οι βασικοί τύποι αναπνευστικών συσκευών που χρησιμοποιούνται για την εφαρμογή μακροχρόνιου μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού στο σπίτι είναι:

- **Συσκευή CPAP:** χορηγεί συνεχή θετική πίεση σε ένα επίπεδο.
 - ο Ρυθμίζουμε μόνο EPAP (PEEP).
- **Συσκευή BiPAP:** χορηγεί θετικές πιέσεις σε δύο επίπεδα.
 - ο Modes: S, S/T, T, PAC, iVAPS, AVAPS κ.α.
 - ο Ρυθμίζουμε: EPAP, IPAP, RR, Ti και τιτλοποιούμε ανάλογα με το επιθυμητό επίπεδο αερισμού (ανάλογα με τον αναπνεόμενο όγκο, TV).



ΜΑΣΚΕΣ - ΒΑΛΒΙΔΕΣ

Για την μακροχρόνια εφαρμογή CPAP ή BiBAP στο σπίτι στους παιδιατρικούς ασθενείς οι βασικοί τύποι μάσκας είναι:

- η ρινική 
- τα ρινικά μαξιλάρια 
- η στοματορρινική 
- η ολοπροσωπική 

Σε περίπτωση μονού κυκλώματος στον αναπνευστήρα είναι σημαντικό να βεβαιωθούμε ότι η μάσκα φέρει βαλβίδα εκπνοής. Υπάρχουν δύο τύποι μάσκας:

- Μάσκες με ενσωματωμένη την βαλβίδα εκπνοής 
- Μάσκες που δεν έχουν βαλβίδα εκπνοής και η βαλβίδα εκπνοής τοποθετείτε μεταξύ

της μάσκας και του κυκλώματος. 

Η επιλογή του κατάλληλου τύπου και μεγέθους της μάσκας έχει άμεση σχέση με την συμμόρφωση του ασθενούς και την επιτυχία της θεραπείας. Η μάσκα στηρίζεται με ιμάντες στην κεφαλή. Η επιλογή σωστού μεγέθους των ιμάντων είναι επίσης μεγάλης σημασίας. Η ρινική μάσκα αποτελεί την πρώτη επιλογή στα παιδιά.

ΛΟΙΠΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

- **Κύκλωμα** ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Συνήθως μονό κύκλωμα. Τρία μεγέθη:



νεογνικό, παιδιατρικό και ενηλίκων

- **Αντιμικροβιακά φίλτρα:** τοποθετούνται στο άκρο του κυκλώματος που συνδέεται με



τον αναπνευστήρα για προστασία της συσκευής

- **Εναλλάκτες υγρασίας – θερμότητας (φίλτρα):** φίλτρα που τοποθετούνται στο άκρο του κυκλώματος που συνδέεται με την μάσκα του παιδιού στην περίπτωση που δεν έχουμε συνδέσει υγραντήρα



- **Υγραντήρας:** Συνήθως παρέχεται μαζί με την αναπνευστική συσκευή και είναι συνδεδεμένος με αυτήν. Υπάρχει και εξωτερικός υγραντήρας που συνδέεται στο



κύκλωμα.

- **Επιθέματα** για προστασία της μύτης από την πίεση που δημιουργεί η συνεχής χρήση της μάσκας
- **Συμπυκνωτής ή φιάλη οξυγόνου** στην περίπτωση που χρειάζεται επιπρόσθετα οξυγονοθεραπεία.
- Στις συσκευές που δεν έχουν ενσωματωμένη **βαλβίδα για σύνδεση οξυγόνου** μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αντιβακτηριακά φίλτρα με θέση σύνδεσης



οξυγόνου

ή εναλλακτικά ειδικό συνδετικό στο κύκλωμα για σύνδεση



οξυγόνου

Παρακολούθηση παιδιών που υποστηρίζονται με MEMA

Τα παιδιά που βρίσκονται σε υποστήριξη με MEMA ανήκουν σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με τη βαρύτητα της εξάρτησης τους από τον αναπνευστήρα.

Επίπεδο 1: ήπιο επίπεδο εξάρτησης

- Μπορεί να αναπνέει ικανοποιητικά χωρίς υποστήριξη κατά την διάρκεια της ημέρας αλλά χρειάζεται αναπνευστική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της νύχτας. Το παιδί μπορεί να παραμείνει εκτός αναπνευστήρα για περισσότερες από 24 ώρες χωρίς να επηρεαστεί σημαντικά η κατάσταση του.
 - ο Παράδειγμα: παιδί με νευρομυϊκό νόσημα, π.χ. νωτιαία μυϊκή ατροφία, που χρειάζεται υποστήριξη με BiPAP κατά την διάρκεια της νύχτας λόγω νυκτερινού υποαερισμού.

Επίπεδο 2: Σοβαρό επίπεδο εξάρτησης από τον αναπνευστήρα



- Χρειάζεται αναπνευστική υποστήριξη την νύχτα λόγω ανεπαρκούς αναπνευστικής προσπάθειας. Έχει αυτόματη αναπνοή και θα μπορούσε να επιβιώσει από ατυχηματική αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα αλλά σε αυτή την περίπτωση θα ήταν σοβαρά επηρεασμένο και ίσως χρειαζόταν νοσοκομειακή υποστήριξη.
 - ο Παράδειγμα: παιδί με σοβαρή βρογχοπνευμονική δυσπλασία και πνευμονική υπέρταση που υποστηρίζεται με BiPAP και οξυγόνο κατά την νύχτα και μόνο με οξυγόνο κατά την ημέρα.

Επίπεδο 3: πολύ σοβαρή ή απόλυτη εξάρτηση από τον αναπνευστήρα

- Αδυναμία ανεξάρτητης αναπνοής και χρήση μόνιμης αναπνευστικής υποστήριξης ή παιδί που δεν έχει αυτόματη αναπνοή κατά τον ύπνο και εξαρτάται πλήρως από τον αναπνευστήρα. Η ατυχηματική αποσύνδεση μπορεί να είναι θανατηφόρος.
 - ο Παράδειγμα: Παιδί με Σύνδρομο Συγγενούς Κεντρικού Υποαερισμού (CCHS, Central Congenital Hypoventilation Syndrome) που υποστηρίζεται με μη επεμβατικό αερισμό μετά την σύγκλειση της τραχειοστομίας. Έχει φυσιολογική αναπνοή κατά την εγρήγορση.

Σε όλα τα παιδιά είναι απαραίτητη η παρακολούθηση με **συνεχή παλμική οξυμετρία κατά την νύχτα ή τον ύπνο** αλλά στα παιδιά που ανήκουν στα επίπεδα 2 και 3 είναι αναγκαία η ύπαρξη **συναγερμών** που να ανιχνεύουν την υποξαιμία. Τα παιδιά που ανήκουν στο επίπεδο 3 είναι απαραίτητο να παρακολουθούνται επιπλέον με καπνογράφο καθώς και να υποστηρίζονται με αναπνευστικές συσκευές που διαθέτουν πολλαπλό σύστημα συναγερμών που να ανιχνεύει τις άπνοιες, τον χαμηλό κατά λεπτόν αερισμό, την αναπνευστική συχνότητα κ.α.

Αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων σε παιδιά που υποστηρίζονται με MEMA

Η σύνθετη παθολογία ενός παιδιού που υποστηρίζεται αναπνευστικά με MEMA δεν πρέπει να μας αποσπά από την συνήθη συστηματική προσέγγιση βάσει ABCDE για την αναγνώριση οποιασδήποτε παθολογίας.

Συνήθως κατά την διάρκεια κάποιας οξείας λοίμωξης του αναπνευστικού ή οποιασδήποτε άλλης κατάστασης που αυξάνει τις απαιτήσεις του αναπνευστικού συστήματος χρειάζεται αύξηση των παραμέτρων του αναπνευστήρα. Σε αυτή την περίπτωση, εάν ο αναπνευστήρας έχει προκαθορισμένες ρυθμίσεις για αυτές τις περιπτώσεις, χρησιμοποιούνται αυτές (π.χ. πρόγραμμα 2).

Στην περίπτωση που δεν υπάρχει προκαθορισμένο δεύτερο πρόγραμμα για λοίμωξη, πρέπει να αυξήσουμε τις ρυθμίσεις ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού. Ο στόχος είναι πάντα η καλή οξυγόνωση και αερισμός (φυσιολογικά αέρια αίματος). Οι μέγιστες πιέσεις που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε είναι EPAP έως 8 cmH₂O και IPAP έως 20 cmH₂O για παιδιά < 12 ετών και έως 30 cmH₂O για παιδιά > 12 ετών. Είναι συνήθης πρακτική η σταδιακή αύξηση της EPAP (PEEP) κατά μία μονάδα πίεσης και της IPAP κατά δύο έως ότου φτάσουμε τον στόχο αερισμού που είναι ο Vt 6-10 ml/Kg. Στην περίπτωση που ο στόχος του αναπνεόμενου όγκου δεν επιτυγχάνεται μπορούμε να αυξήσουμε τον αριθμό των αναπνοών έτσι ώστε να αυξήσουμε τον κατά λεπτόν αερισμό ($MV = RR \times Vt$).

Συνδέουμε την παροχή του οξυγόνου στην ειδική θέση του αναπνευστήρα και τιτλοποιούμε την χορήγηση ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού, βάσει της τιμής του SpO₂ έτσι ώστε > 94-96%.



Πάντα ενημερώνουμε αναισθησιολόγο ή εντατικολόγο παιδιών.

Ακολουθεί μία συστηματική προσέγγιση με επίκεντρο το αναπνευστικό σύστημα:

A (Airway):

Ερωτήσεις:

- Υπάρχει αλλαγή στην ποσότητα, την ποιότητα και το χρώμα των βρογχικών εκκρίσεων;
- Διαπιστώθηκε κάποιος επιπρόσθετος ήχος κατά την εισπνευστική ή την εκπνευστική φάση της αναπνοής;

Προσέγγιση:

- Έλεγε την βατότητα του αεραγωγού:
 - ο Έλεγχος θέσης και ακεραιότητας της μάσκας
 - ο Έλεγχος για απώλειες ή αποφράξεις κατά μήκος του κυκλώματος ή της μύτης
- Σκέψου την
 - ο χορήγηση οξυγόνου
 - ο αναρρόφηση
 - ο νεφελοποίηση με φυσιολογικό ορό ή υπέρτονο διάλυμα
 - ο φυσικοθεραπεία αναπνευστικού

B (Breathing):

Ερωτήσεις:

- Είναι ο αναπνευστικός ρυθμός, ο τύπος και το έργο της αναπνοής συγκρίσιμα με την σταθερή κατάσταση του ασθενούς;
- Έχουν αυξηθεί οι ανάγκες του ασθενή σε οξυγόνο;
- Υπάρχουν σημεία αύξησης του έργου της αναπνοής; Προσοχή στους ασθενείς με νευρομυϊκά νοσήματα που αδυνατούν να αυξήσουν το αναπνευστικό έργο σε καταστάσεις αυξημένων αναγκών
- Χρειάζεται ο ασθενής επιπρόσθετη αναπνευστική φυσικοθεραπεία;
- Είναι επαρκής ο αερισμός με τις ήδη υπάρχουσες παραμέτρους του αναπνευστήρα;
- Έχει ενημερωθεί το κέντρο παρακολούθησης του ασθενούς για την ανάγκη αύξησης των παραμέτρων του αναπνευστήρα;
- Είναι η μάσκα του ασθενούς επαρκής για την αντιμετώπισης της παρούσας κατάστασης;

Προσέγγιση:

- Χορήγηση οξυγόνου
- Έλεγχος PCO₂, αναπνευστικού ρυθμού, έργου αναπνοής
- Ακρόαση
- Καταγραφή αναπνευστικής υποστήριξης : τύπος αναπνευστήρα, τύπος αερισμού, οξυγονοθεραπεία, τύπος μάσκας, κύκλωμα
- Υγραντήρας;



Σκέψου:

- Χορήγηση οξυγόνου
- Αναρρόφηση
- Αέρια αίματος
- Νεφελοποίηση
- Υγροποίηση κυκλώματος
- Φυσικοθεραπεία
- Ακτινογραφία θώρακος
- Έναρξη αντιβίωσης
- Διακοπή σίτισης
- Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα και αναρρόφηση γαστρικού περιεχομένου
- Κλιμάκωση της αναπνευστικής υποστήριξης και ενημέρωση του κέντρου που παρακολουθεί το παιδί, την αναισθησιολογική ομάδα ή την ΜΕΘ Παίδων

C (Circulation):

Ερωτήσεις:

- Υπάρχει διαφοροποίηση από τον συνήθη καρδιακό ρυθμό ή τη συνήθη αρτηριακή πίεση;
- Αναγνωρίζονται σημεία σήψης ή καρδιακής ανεπάρκειας;
- Έχει ο ασθενής υποκείμενη καρδιακή νόσο;

Προσέγγιση:

- Έλεγχος καρδιακού ρυθμού και αρτηριακής πίεσης, ΧΤΕ
- Ακρόαση καρδιάς– ΗΚΓ
- Έλεγχος αιμοδυναμικής σταθερότητας

Σκέψου:

- Αέρια αίματος
- Χορήγηση υγρών 10 ml/Kg
- Ακτινογραφία θώρακος
- Υπερηχογράφημα καρδιάς

D (Disability):

Ερωτήσεις:

- Υπάρχει διαφοροποίηση από την συνήθη νευρολογική κατάσταση/ επίπεδο συνείδησης του παιδιού;
- Αν υπάρχει διαφοροποίηση, έχει επηρεαστεί η αναπνευστική λειτουργία;
- Αν υπάρχει νευρολογική επιδείνωση, μπορεί να οφείλεται σε επεισόδιο σπασμών ή σε παρενέργειες ή αυξημένη δόση αντι-επιληπτικών φαρμάκων;
- Οφείλεται η επιδείνωση της νευρολογικής εικόνας σε αναπνευστική επιδείνωση (υποξία ή υπερκαπνία);

Προσέγγιση:



- Έλεγχος νευρολογικής κατάστασης με κλίμακες AVPU και GCS
- Έλεγχος επιληπτικής δραστηριότητας/σπασμών

Σκέψου:

- Απεικόνιση ΚΝΣ
- Αέρια αίματος
- Ενημέρωση της ομάδας ανάνηψης ή αναισθησιολογικής ομάδας και του κέντρου που παρακολουθεί τον ασθενή

E (Exposure):

Ερωτήσεις:

- Έχει ο ασθενής πυρετό;
- Έχει ο ασθενής εξάνθημα ή σημεία ηπατικής ή καρδιακής ανεπάρκειας;
- Έχει ο ασθενής διάταση κοιλίας που επηρεάζει την αναπνευστική λειτουργία;

Προσέγγιση:

- Μέτρηση θερμοκρασίας
- Έλεγχος εξοπλισμού
- Έλεγχος διάτασης κοιλίας

Σκέψου:

- Αντιβιοτικά
- Ρινογαστρικό καθετήρα / παροχέτευση στομάχου
- Διακοπή σίτισης

Ενδεικτική Βιβλιογραφία:

- ¹ Amaddeo A, Frapin A, Fauroux B. Long-term non-invasive ventilation in children. Lancet Respir Med. 2016 Dec;4(12):999-1008. doi: 10.1016/S2213-2600(16)30151-5. Epub 2016 Jul 13. PMID: 27423917.
- ¹ Praud J-P (2020) Long-Term Non-invasive Ventilation in Children: Current Use, Indications, and Contraindications. Front. Pediatr. 8:584334. doi: 10.3389/fped.2020.584334
- ¹ Fauroux B, Abel F, Amaddeo A, Bignamini E, Chan E, Corel L, Cutrera R, Ersu R, Installé S, Khirani S, Krivec U, Narayan O, MacLean J, Perez De Sa V, Pons-Odena M, Stehling F, Ferreira RT, Verhulst S. ERS statement on paediatric long-term noninvasive respiratory support. Eur Respir J. 2022 Jun 2;59(6):2101404. doi: 10.1183/13993003.01404-2021. PMID: 34916265.
- ¹ Fedor KL. Noninvasive Respiratory Support in Infants and Children. Respir Care. 2017 Jun;62(6):699-717. doi: 10.4187/respcare.05244. PMID: 28546373.

- ¹Sequera-Ramos L, Garcia-Marcinkiewicz A, Riva T, Fuchs A. Noninvasive ventilation in children: A review for the pediatric anesthesiologist. Paediatr Anaesth. 2022 Feb;32(2):262- 272. doi: 10.1111/pan.14364. Epub 2021 Dec 14. PMID: 34877751.

ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Σκοπός

Το παρόν κείμενο αποτελεί ένα πρακτικό βοήθημα για όλους τους εμπλεκόμενους στη φροντίδα παιδιών που χρήζουν μακροχρόνιας Οξυγονοθεραπείας στο σπίτι στο πλαίσιο του Προγράμματος Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ). Με γλώσσα προσιτή, ώστε να λειτουργεί ως σημείο αναφοράς για τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τους φροντιστές των παιδιών, ο οδηγός αυτός επιδιώκει να τυποποιήσει και να υποστηρίξει την κλινική πράξη σε συγκεκριμένα βασικά στάδια:

- 1) τον καθορισμό σαφών ενδείξεων για την ανάγκη κατ' οίκον οξυγονοθεραπείας,
- 2) τον αναγκαίο εξοπλισμό, και την εξατομικευμένη ρύθμιση (τιτλοποίηση) της ροής οξυγόνου βάσει των εκάστοτε αναγκών,
- 3) την εφαρμογή σταδιακής μείωσης και διακοπής της οξυγονοθεραπείας, όταν αυτή κρίνεται πλέον μη αναγκαία (αποδέσμευση), και
- 4) οδηγίες για την αντιμετώπιση επείγοντος περιστατικού.

Πρακτικές Οδηγίες για κατ' οίκον οξυγονοθεραπεία στα παιδιά

Η κατ' οίκον οξυγονοθεραπεία (Home Oxygen Therapy, HOT) αποτελεί βασική θεραπευτική παρέμβαση για παιδιά με χρόνια ή παρατεταμένη υποξυγοναιμία, με στόχο τη βελτίωση της οξυγόνωσης, της ανάπτυξης, της νευρογνωσιακής εξέλιξης και της ποιότητας ζωής, καθώς και τη μείωση των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο. Η εφαρμογή της απαιτεί σαφείς ενδείξεις, κατάλληλο εξοπλισμό και συστηματική παρακολούθηση, καθώς πρόκειται για ευάλωτο παιδιατρικό πληθυσμό με ιδιαίτερες ανάγκες.

1. Ενδείξεις

Η έναρξη οξυγονοθεραπείας συνιστάται όταν ο διαδερμικός κορεσμός οξυγόνου (SpO₂) παραμένει <92–93% με σταθερές συνθήκες, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία,

το υποκείμενο νόσημα και την κλινική εικόνα. Οι συνηθέστερες ενδείξεις για χορήγηση μακροχρόνιας κατ' οίκον οξυγονοθεραπείας σε παιδιά είναι:

- Βρογχοπνευμονική δυσπλασία
- Κυστική ίνωση με σοβαρή υποξυγοναιμία
- Συγγενείς καρδιοπάθειες με συνοδό υποξυγοναιμία
- Χρόνια ή διάμεση πνευμονοπάθεια, και γενικότερα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος που συνοδεύονται από χρόνια υποξυγοναιμία
- Νευρομυϊκά νοσήματα με αναπνευστική ανεπάρκεια
- Σύνδρομο υποαερισμού (στον ύπνο, και άλλες καταστάσεις)
- Καταστάσεις εξάρτησης από μη επεμβατικό ή επεμβατικό αερισμό (+τραχειοστομία)
- Μόνιμη τραχειοστομία (±επεμβατικός μηχανικός αερισμός)

2. Αναγκαίος εξοπλισμός

Προσαρμογή εξοπλισμού στην ηλικία και τις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού

2.1 Παρακολούθηση (monitoring)

- Χρήση παλμικού οξύμετρου στο σπίτι για παρακολούθηση (με ή χωρίς κυματομορφή και συναγερμούς)
- Απαραίτητη παρακολούθηση : κατά τον ύπνο, περιστασιακά μέσα στην ημέρα
- Επιθυμητή: κατά τη σίτιση
- Η παρακολούθηση πρέπει να είναι τακτική και να καταγράφεται (ηλεκτρονικά, ή σε φυσικό αρχείο) για επανεκτίμηση της ανάγκης για τιτλοποίηση της ροής βάση αναγκών.

2.2 Μέσο χορήγησης οξυγόνου

- Συνεχής θεραπεία : Συμπυκνωτής Οξυγόνου
- Μετακίνηση εκτός οικίας: εφεδρική παροχή - κύλινδρος
- Επείγουσα κατάσταση: εφεδρική παροχή – κύλινδρος (διακοπή ρεύματος, σοβαρή μη αναστρέψιμη υποξυγοναιμία κ.α.

2.3 Σύστημα χορήγησης

- Ρινικός καθετήρας (ή ρινική κάνουλα) : αποτελεί τη συχνότερη μέθοδο, είναι απλή, καλά ανεκτή και επιτρέπει σίτιση και κινητικότητα
- Σύνδεση με οικιακό αναπνευστήρα (Home Ventilator): σε παιδιά με χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια ή νευρομυϊκά νοσήματα, το οξυγόνο μπορεί να χορηγείται μέσω του κυκλώματος μη επεμβατικού ή επεμβατικού αερισμού (σύνδεση με τραχειοστόμια) ή μέσω του αναπνευστήρα
- Σύνδεση με μόνιμη τραχειοστομία: αφορά παιδιά με μόνιμη τραχειοστομία, στα οποία το οξυγόνο παρέχεται απευθείας μέσω ειδικών συστημάτων (φίλτρο τραχειοστομίας).

2.4. Εκπαίδευση φροντιστών

- Συχνή παρακολούθηση διαδερμικού κορεσμού SpO₂ (παλμική οξυμετρία) από τους φροντιστές
- Τακτική παρακολούθηση και επανέλεγχος από ιατρό
- Ρύθμιση της ροής στον συμπυκνωτή οξυγόνου <6-8 lt/min, και ανάλογα με το μέγεθος του παιδιού – σαφείς και εξατομικευμένες οδηγίες από τον ιατρό.



- Αναγνώριση σημείων επιδείνωσης
- Βασικές οδηγίες αντιμετώπισης επειγόντων καταστάσεων
- Προσωπικές εξατομικευμένες οδηγίες παιδιού
 - Στόχος SpO₂:
 - Ροή οξυγόνου στον συμπτωκνωτή:

2.5 Ασφάλεια στο Σπίτι

- Μέτρα πυρασφάλειας: αποφυγή οποιουδήποτε μέσου που μπορεί να δημιουργήσει ανάφλεξη (πχ φωτιά, τζάκι, σόμπα, σπινθήρες, κάπνισμα)
- Σωστός χειρισμός και συντήρηση του εξοπλισμού

2.6 Σημεία προσοχής

- Οι στόχοι κορεσμού πρέπει πάντα να εξατομικεύονται με βάση το υποκείμενο νόσημα
- Στα νευρομυϊκά νοσήματα και στα σύνδρομα υποαερισμού, το οξυγόνο δεν υποκαθιστά τον αερισμό.
- Η παρακολούθηση κατά τον ύπνο είναι συχνά πιο αποκαλυπτική από τη μέτρηση σε ηρεμία.

3. Μειωμένη χρήση – Απόσυρση – Αποδέσμευση

- Η απόφαση για μειωμένη χρήση ή διακοπή γίνεται σταδιακά και μετά από ιατρικό έλεγχο για τεκμηριωμένη βελτίωση της οξυγόνωσης
- Θα πρέπει να υπάρχουν σαφείς εξατομικευμένες γραπτές ιατρικές οδηγίες σταδιακής μείωσης ή διακοπής
- Μετά από κάθε αλλαγή, συνιστάται επανέλεγχος σε συνθήκες ηρεμίας, ύπνου και δραστηριότητας
- Συνιστάται να διατηρείται η πρόσβαση στο οξυγόνο για μήνες μετά τη διακοπή σε περίπτωση υποτροπής

4. Επείγουσα αντιμετώπιση παιδιού σε κατ'οίκον οξυγονοθεραπεία

Βήμα 1. Αναγνώριση επειγόντος

- SpO₂ < 90% (ή < εξατομικευμένου στόχου) παρά τη χορήγηση O₂
- Έντονη αναπνευστική δυσχέρεια (ταχύπνοια, εισολκές, κυάνωση)
- Αλλαγή επιπέδου συνείδησης
- Απνοϊκά επεισόδια
- Αποσύνδεση / δυσλειτουργία εξοπλισμού

Εάν ναι σε κάποιο από τα παραπάνω, άμεση παρέμβαση (Βήμα 2)

Βήμα 2. Έλεγχος εξοπλισμού

- Έλεγχος ροής οξυγόνου (ανοιχτή παροχή; σωστή ρύθμιση;)
- Έλεγχος σωληνώσεων (κάμψη, αποσύνδεση, διαρροή)
- Έλεγχος πηγής O₂ (ρεύμα, συμπτωκνωτής, εφεδρικός κύλινδρος)
- Έλεγχος interface:
 - Ρινικός καθετήρας: θέση, απόφραξη
 - Tracheostomy: βατότητα, εκκρίσεις
 - Ventilator: alarms, κύκλωμα

Άμεση διόρθωση εάν διαπιστωθεί πρόβλημα - επανεκτίμηση SpO₂ μετά 1-2 λεπτά

**Βήμα 3. Παρέμβαση ανά τρόπο χορήγησης****Παιδί με ρινικό καθετήρα**

- ↑ ροής O_2 (σύμφωνα με οδηγίες ιατρού)
- Καθαρισμός ρινικών εκκρίσεων
- Θέση ημικαθιστή
- Επανελέγχος SpO_2 σε 1–2 λεπτά

Παιδί σε οικιακό αναπνευστήρα

- Έλεγχος σωστής λειτουργίας αναπνευστήρα
- Διασφάλιση επαρκούς αερισμού
- Μην αυξάνεις O_2 χωρίς επαρκή αερισμό (κίνδυνος υπερκαπνίας)*
- Αν επιμένει: χειροκίνητος αερισμός με ambu + O_2 + αναρρόφηση

**Στα παιδιά με νευρομυϊκά νοσήματα ή σύνδρομα υποαερισμού, η υποξαιμία αποτελεί συχνά ένδειξη ανεπαρκούς αερισμού και όχι απλής ανάγκης για αύξηση του οξυγόνου.*

Παιδί με τραχειοστομία

- Άμεση αναρρόφηση εκκρίσεων
- Έλεγχος βατότητας τραχειοστομίας
- Αν υποψία απόφραξης → αλλαγή τραχειοσωλήνα (εάν εκπαιδευμένοι)
- Χειροκίνητος αερισμός με Ambu + O_2 αν χρειαστεί

Βήμα 4. Επανεκτίμηση

- SpO_2 βελτιώνεται
- Η αναπνευστική δυσχέρεια βελτιώνεται
- Το παιδί είναι alert και ανταποκρίνεται
- Η αναπνοή του παιδιού είναι εξασφαλισμένη

Αν η απάντηση στα ανωτέρω είναι ΟΧΙ μέσα σε λίγα λεπτά κλήση ΕΚΑΒ (112, 166)

Βήμα 5. Κριτήρια άμεσης μεταφοράς σε ΤΕΠ – Κλήση ΕΚΑΒ

- Επίμονη υποξαιμία
- Επαναλαμβανόμενες απνοίες
- Υποψία λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού
- Αδυναμία διασφάλισης αερισμού
- Αποτυχία εξοπλισμού χωρίς εφεδρεία

Συνοπτικά

Η κατ' οίκον οξυγονοθεραπεία αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για παιδιά με χρόνια υποξυγοναιμία, όταν εφαρμόζεται βάσει σαφών ενδείξεων και διεθνών οδηγιών. Η εξατομίκευση της θεραπείας, η συστηματική παρακολούθηση και η εκπαίδευση της οικογένειας είναι καθοριστικής σημασίας για τη βέλτιστη έκβαση.

Πίνακας 10. Κατ' οίκον οξυγονοθεραπείας στα παιδιά: ενδείξεις, τρόποι χορήγησης και παρακολούθηση



Κατηγορία ασθενών / νόσημα	Κύριες ενδείξεις HOT	Τρόπος χορήγησης οξυγόνου	Στόχος SpO ₂	Παρακολούθηση στο σπίτι	Σχόλια / Ιδιαίτερα σημεία
Βρογχοπνευμο-νική δυσπλασία (BPD)	Χρόνια υποξυγοναιμία σε ηρεμία, ύπνο ή σίτιση	Ρινικός καθετήρας	92–95%	Παλμικό οξύμετρο, τακτικός επανέλεγχος	Προσοχή σε υποτροπή σε λοιμώξεις
Συγγενείς καρδιο-πάθειες	Υποξυγοναιμία λόγω καρδιοπνευμονικής αιτιολογίας	Ρινικός καθετήρας ή μέσω οικιακού αναπνευστήρα	Εξατομικευμένος	Κλινική εκτίμηση & SpO ₂	Στόχοι καθορίζονται από καρδιολόγο
Διάμεσες / χρόνιες πνευμονο-πάθειες	Μόνιμη ή διαλείπουσα υποξυγοναιμία	Ρινικός καθετήρας	≥ 93%	SpO ₂ σε ηρεμία & ύπνο	Συχνή ανάγκη μακροχρόνιας HOT
Νευρομυϊκά νοσήματα	Υποαερισμός, νυχτερινή υποξαιμία	Μέσω οικιακού αναπνευστήρα	≥ 92%	Οξύμετρο ± καπνογραφία	Οξυγόνο πάντα σε συνδυασμό με υποστήριξη αερισμού
Σύνδρομο υποαερισμού	Χρόνια υπερκαπνία/ υποξυγοναιμία	Οικιακός αναπνευστήρας	≥ 92%	Πολυκαταγραφική παρακολούθηση	Αποφυγή μονοθεραπείας με O ₂
Παιδιά με τραχειοστομία	Υποξυγοναιμία ± μηχανικός αερισμός	Απευθείας μέσω τραχειοστομίας	92–95%	SpO ₂ , εκκρίσεις, βατότητα	Αυξημένες ανάγκες εκπαίδευσης φροντιστών

HOT, home oxygen therapy

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

1. Hayes D Jr, Wilson KC, Krivchenia K, et al. Home Oxygen Therapy for Children. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2019 Feb 1;199(3):e5–e23. doi: 10.1164/rccm.201812-2276ST.
2. Balfour-Lynn IM, Field DJ, Gringras P, et. al; Paediatric Section of the Home Oxygen Guideline Development Group of the BTS Standards of Care Committee. BTS guidelines for home oxygen in children. Thorax. 2009 Aug;64 Suppl 2:ii1–26. doi: 10.1136/thx.2009.116020.

**ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ (BRPD)****ΠΛΑΙΣΙΟ:**

Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

ΣΤΟΧΟΙ:

Ασφάλεια αναπνευστικής υποστήριξης, πρόληψη παροξύνσεων/επανεισαγωγών, υποστήριξη ανάπτυξης και ποιότητας ζωής, έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών, ορθολογική θεραπεία, πολυεπιστημονική συνέχεια φροντίδας.

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ:

Παιδιά με διεγνωσμένη βρογχοπνευμονική δυσπλασία μετά την έξοδο από τη ΜΕΝΝ.

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΝΟΣΠΙ:

- Προσαρμογή της αναπνευστικής υποστήριξης, της φαρμακευτικής αγωγής, της διατροφής και άλλων παρεμβάσεων – Τροποποίηση των θεραπειών με βάση την κλινική εικόνα και την ανταπόκριση του ασθενούς
- Διαρκής έλεγχος της ανάγκης για ιατρικό εξοπλισμό – Τακτική εκτίμηση και τεκμηρίωση της αναγκαιότητας χρήσης εξοπλισμού, όπως αναπνευστήρες, συσκευές οξυγονοθεραπείας, σωλήνες σίτισης κ.ά.
- Επανεκτίμηση του απαιτούμενου επιπέδου φροντίδας και της συχνότητας των ιατρικών εξετάσεων – Καθορισμός του κατάλληλου πλαισίου φροντίδας (π.χ. κατ' οίκον νοσηλεία, μονάδα αποκατάστασης, νοσοκομείο).
- Παραπομπή για εξειδικευμένες υπηρεσίες και ιατρική συμβουλευτική – Συντονισμός με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και επαγγελματίες υγείας όταν απαιτείται εξειδικευμένη αξιολόγηση ή θεραπεία.
- Λήψη αποφάσεων σχετικά με πιθανή επανεισαγωγή στο νοσοκομείο – Εκτίμηση της επιδείνωσης ή επιπλοκών και καθορισμός της ανάγκης για νοσηλεία.

ΒΗΜΑ 1 — ΑΡΧΙΚΗ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ**1Α. Αναπνευστική λειτουργία- κλινική εικόνα**

Καταγραφή: ταχύπνοια/εισολκές, συριγμός, βήχας, ανοχή δραστηριότητας/σίτισης, συχνότητα λοιμώξεων/επανεισαγωγών, επεισόδια κυάνωσης. Τα συμπτώματα και η πορεία μπορούν να επηρεάζονται από συνοδά αίτια (π.χ. εισρόφηση/ΓΟΠ, ανώτερη απόφραξη).

1Β. Οξυγόνωση (SpO₂)

Μετρήσεις SpO₂ σε ηρεμία, ύπνο, σίτιση/δραστηριότητα και διαφορετικές θέσεις. Οξυμετρία ως κύριο μέσο, με επιπρόσθετο έλεγχο CO₂ όταν υπάρχει υποψία επιδείνωσης. Στόχος είναι επίπεδα SpO₂ ≥90%, ενώ σε συνύπαρξη πνευμονικής υπέρτασης θα πρέπει να επιτυγχάνεται SpO₂ 92-95%.

Η συχνότερη και ευρέως διαδεδομένη μέθοδος χορήγησης οξυγόνου είναι η ρινική κάνουλα καθώς εύκολη στη χρήση, ασφαλής και καλά ανεκτή. Άλλοι μέθοδοι συνιστούν οι συσκευές χορήγησης οξυγόνου υψηλής ροής, τα head hoods, η συσκευή επεμβατικού ή μη

επεμβατικού αερισμού καθώς και οι μάσκες τραχειοστομίας οξυγόνου σε τραχειοτομημένους ασθενείς.

1Γ. Καρδιολογικός έλεγχος / PH screening

Η συνύπαρξη πνευμονικής υπέρτασης ορίζει το στόχο του SpO₂ στο 92-95%.

1Δ. Θρέψη/Ανάπτυξη/Γαστρεντερικό

Καταγραφή βάρους/μήκους/ρυθμού αύξησης. Τα παιδιά με BPD παρουσιάζουν αυξημένες ενεργειακές ανάγκες, κόπωση στη σίτιση και πιθανή ΓΟΠ μπορεί να επιβαρύνει την αναπνευστική λειτουργία (εισρόφηση/βρογχόσπασμος). Σημαντική είναι η αναγνώριση διαταραχών κατάποσης, καθώς σε αυτή την περίπτωση είναι πιθανό να υπάρχει αναγκαιότητα ύπαρξης συσκευής αναρρόφησης στο σπίτι.

Εάν παρουσιαστεί διαταραχή στη λήψη βάρους χωρίς εμφανή αναπνευστική επιδείνωση θα πρέπει να γίνεται έλεγχος ενεργειακής πρόσληψης/κόπωσης στη σίτιση, διερεύνηση ΓΟΠ, έλεγχος αναιμίας/λοιμώξεων και προσαρμογή πλάνου (διαιτολογική υποστήριξη).

ΒΗΜΑ 2 — ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Υψηλού κινδύνου: συνεχής/υψηλή ανάγκη O₂, υποξαιμία στον ύπνο, συνύπαρξη PH, ≥ 2 παροξύνσεις/επανεισαγωγές το τελευταίο 6μηνο, αδυναμία πρόσληψης βάρους, αναγκαιότητα επεμβατικού και μη επεμβατικού αερισμού

Μέσου κινδύνου: διαλείπουσα υποξαιμία/συμπτώματα, περιοδικές παροξύνσεις.

Χαμηλού κινδύνου: σταθερό SpO₂, καλή ανάπτυξη, χωρίς πρόσφατες παροξύνσεις.

ΒΗΜΑ 3 — ΠΛΑΝΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ (Monitoring Plan)

Σε κάθε επίσκεψη ασθενούς με BPD πρέπει να ελέγχονται τα παρακάτω σημεία:

4Α. Οξυγονοθεραπεία στο σπίτι

Αν το SpO₂ είναι κάτω από όριο ασφάλειας (ιδίως σε ύπνο/σίτιση) → αξιολόγηση ορθότητας μέτρησης, ρύθμιση οξυγονοθεραπείας.

Αν το SpO₂ είναι φυσιολογικό κατά την ημέρα αλλά εμφανίζονται νυχτερινοί αποκορεσμοί: Αξιολόγηση ύπνου (καταγραφή/μελέτη ύπνου όπου είναι διαθέσιμη) και αναπροσαρμογή νυχτερινού O₂.

Σε περίπτωση υποξυγοναιμίας απαιτείται πάντα έλεγχος για τυχόν προβλήματα στα συστήματα χορήγησης οξυγόνου (π.χ. άδεια φιάλη οξυγόνου, μπλοκάρισμα βαλβίδων, αποκόλληση κάνουλας από την παροχή)

Ασθενείς που είναι δυνητικά ασταθείς θα πρέπει να διαθέτουν μόνιτορ παρακολούθησης.

Εάν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται καλά στη χορήγηση οξυγόνου, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα ακόλουθα:

- Διαφορετική ή ύπαρξη συμπληρωματικής ιατρικής διάγνωσης
- Μη λήψη οξυγόνου — μη συμμόρφωση
- Έχει εξαντληθεί η προμήθεια οξυγόνου
- Φραγμένος σωλήνας ή βαλβίδα
- μετατόπιση της κάνουλας χορήγησης οξυγόνου
- Επιδείνωση της γενικής κατάστασης — συχνά μετά από αναπνευστική λοίμωξη

- Πνευμονική υπέρταση με shunt από δεξιά προς αριστερά

4B. Weaning (Απογαλακτισμός)

Θα πρέπει να δοκιμάζεται σε σταθερούς ασθενείς χωρίς ενδείξεις αποφρακτικής άπνοιας στο ύπνο, εφόσον επιτυγχάνονται υψηλά επίπεδα οξυγόνωσης σε ξύπνια κατάσταση (άνω του 97%). Συνιστάται να γίνεται σταδιακός απογαλακτισμός με ώρες διακοπής προς το τέλος της διαδικασίας, καθώς η οξυγόνωση δύναται να επιδεινωθεί μετά από ώρες ή και μέρες. Οι οικογένειες πρέπει να ενημερωθούν ότι οι αναπνευστικές λοιμώξεις συχνά έχουν ως αποτέλεσμα την εκ νέου χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου στο βρέφος.

Σε περίπτωση καθυστέρησης του απογαλακτισμού ή επίμονης πνευμονικής υπέρτασης θα πρέπει να ελέγχεται η συμμόρφωση με την οξυγονοθεραπεία στον ύπνο και να γίνεται διερεύνηση συνοδών νοσημάτων (ΓΟΠ, απόφραξη ανώτερων αεραγωγών, συγγενής καρδιοπάθεια).

4Γ. Φαρμακευτική αγωγή

- **Βρογχοδιασταλτικά (δοκιμαστική αγωγή μόνο με τεκμηρίωση)**

Σε συριγμό ή βρογχόσπασμο ή τεκμηριωμένη αναστρεψιμότητα → trial εισπνεόμενου βρογχοδιασταλτικού 2–8 εβδομάδων + επανεκτίμηση (κλινική + οξυμετρία ± PFT όπου διαθέσιμο).

Σε υποψία τραχειοβρογχομαλακίας το βρογχοδιασταλτικό μπορεί να επιδεινώσει απόφραξη

- **Κορτικοστεροειδή (εισπνεόμενα και μη)**

Δεν είναι αγωγή ρουτίνας στη BPD. Σε σοβαρό φαινότυπο με συχνές παροξύνσεις παρά τη βελτιστοποίηση O_2 /βρογχοδιασταλτικών και αποκλεισμό λοιμώξεων/εισρόφησης → εξατομικευμένη απόφαση από ειδικό (παιδοπνευμονολόγο) με σαφή στόχο/ διάρκεια/ παρακολούθηση ανεπιθύμητων ενεργειών.

- **Διουρητικά**

Σε ασθενείς που λαμβάνουν διουρητικά κατά την έξοδο από τη MENN συνιστάται η σταδιακή φυσική απομείωση με την αύξηση του βάρους. Διαφορετικά δεν χορηγούνται παρά μόνο εκτός εάν υπάρχουν κλινικά σημεία κατακράτησης υγρών

BHMA 4 — FOLLOW-UP

Υψηλού κινδύνου: επανεκτίμηση ανά 2–6 εβδομάδες αρχικά, μετά ανά 1–3 μήνες.

Μέσος: ανά 3–6 μήνες.

Χαμηλός: ανά 6–12 μήνες

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

- Allen J, Zwerdling R, Ehrenkranz R, Gaultier C, Geggel R, Greenough A, Kleinman R, Klijanowicz A, Martinez F, Ozdemir A, Panitch HB, Nickerson B, Stein MT, Tomezsko J, Van Der Anker J; American Thoracic Society. Statement on the care of the child with chronic lung disease of infancy and childhood. Am J Respir Crit Care Med. 2003 Aug 1;168(3):356-96. doi: 10.1164/rccm.168.3.356. PMID: 12888611.
- Duijts L, van Meel ER, Moschino L, Baraldi E, Barnhoorn M, Bramer WM, Bolton CE, Boyd J, Buchvald F, Del Cerro MJ, Colin AA, Ersu R, Greenough A, Gremmen C, Halvorsen T, Kamphuis J, Kotecha S, Rooney-Otero K, Schulzke S, Wilson A, Rigau D, Morgan RL, Tonia T, Roehr CC, Pijnenburg MW. European Respiratory Society guideline



on long-term management of children with bronchopulmonary dysplasia. Eur Respir J. 2020 Jan 2;55(1):1900788. doi: 10.1183/13993003.00788-2019. PMID: 31558663.

**ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ****1ο Βήμα: Ελέγχω αν ο σωλήνας είναι ανοιχτός****Κάνω αναρρόφηση**

- ✓ Αν βγουν βλέννες και το παιδί βελτιωθεί → πιθανή απόφραξη από εκκρίσεις
- ✓ Αν δεν περνά ο καθετήρας → πιθανή απόφραξη σωλήνα

- Αν δεν περνά ο καθετήρας ή δεν βελτιώνεται:

Αλλάζω άμεσα τον σωλήνα τραχειοστομίας (αρχικά με τραχειόστομα ίδιου μεγέθους, αν όμως δυσκολεύομαι χρησιμοποιώ μικρότερο μέγεθος)

2ο Βήμα: Αν ο σωλήνας είναι καθαρός αλλά το παιδί συνεχίζει να δυσκολεύεται

Ελέγχω για:

Πιθανή λοίμωξη

Σημάδια:

- Πυρετός
- Περισσότερες ή πιο παχιές εκκρίσεις
- Αλλαγή χρώματος
- Ανάγκη για περισσότερο οξυγόνο
-

Επικοινωνία με γιατρό**Καλλιέργεια ΜΟΝΟ αν το παιδί είναι πραγματικά άρρωστο**

Δεν δίνουμε αντιβιοτικό μόνο επειδή η καλλιέργεια είναι θετική σε κάποιο μικρόβιο.

Πιθανός βρογχόσπασμος

Σημάδια:

- Σφύριγμα
- Δυσκολία στην εκπνοή
- Ταχύπνοια

Χορήγηση βρογχοδιασταλτικού (αν έχει δοθεί οδηγία από ιατρό)**Πιθανό πρόβλημα στον αεραγωγό (κοκκιώματα, στένωση)**

Σημάδια:

- Δυσκολία στην αλλαγή σωλήνα
- Αιματηρές εκκρίσεις
- Ξαφνική αλλαγή στη φωνή ή στη ροή αέρα

Μπορεί να χρειαστεί βρογχοσκόπηση (σε 2ο χρόνο)**3ο Βήμα: Εάν το παιδί είναι σε μηχανικό αερισμό**



Ελέγχω:

- Συνδέσεις σωληνώσεων-κυκλωμάτων
- Ρεύμα / μπαταρία
- Alarm
- Διαρροή

Αν δεν λύνεται το πρόβλημα → αποσυνδέω από τον φορητό αναπνευστήρα και δίνω αερισμό με Ambu (να έχει εκπαιδευτεί η οικογένεια) και καλώ βοήθεια.

Πότε καλώ ΕΚΑΒ / 166-112 ΚΑΙ ΑΜΕΣΑ ΚΑΡΠΑ

- Το παιδί γίνεται μπλε (κυάνωση)
- Δεν αναπνέει
- Δεν μπορώ να περάσω καθετήρα
- Δεν μπορώ να αλλάξω σωλήνα
- Έχει έντονη αιμορραγία
- Χάνει τις αισθήσεις του

Πώς προλαμβάνουμε τα αναπνευστικά προβλήματα

- ✓ Τακτικές αναρροφήσεις
- ✓ Καλή ενυδάτωση
- ✓ Υγραντήρας όταν χρειάζεται
- ✓ Σωστή εκπαίδευση αλλαγής σωλήνα
- ✓ Τακτική παρακολούθηση από ιατρό
- ✓ Έλεγχος αεραγωγού πριν από αποδιασωλήνωση

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

- Care of Infants and Children with Tracheostomies. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guidelines. May 2025
- Respiratory distress in Tracheostomy Patient, Chris Nickson, Jul 2, 2024
- National Tracheostomy Safety Project. www.tracheostomy.org.uk



ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΝΟΗ

|



ΕΛΕΓΧΩ ΑΝ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΑΝΑΠΝΕΕΙ

|

|— **✗ ΟΧΙ** / ΚΥΑΝΩΤΙΚΟ / ΧΑΝΕΙ ΑΙΣΘΗΣΕΙΣ

|

→ ΚΑΛΩ 166/112

|

→ ΕΛΕΓΧΩ ΣΩΛΗΝΑ

|

→ ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΛΗΝΑ ΑΜΕΣΑ

|

|— **✓ ΝΑΙ** αλλά δυσκολεύεται

|



1 ☐ ΚΑΝΩ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ (SUCTION)

|

|— **✓ ΒΕΛΤΙΩΝΕΤΑΙ**

|

→ Πιθανή απόφραξη από βλέννες

|

→ Παρακολούθηση

|

|— **✗ ΔΕΝ ΒΕΛΤΙΩΝΕΤΑΙ**

|



ΠΕΡΝΑ Ο ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ;

|

|— **✗ ΟΧΙ**

|

→ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΣΩΛΗΝΑ

|

→ ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΛΗΝΑ

|

|— **✓ ΝΑΙ**

|

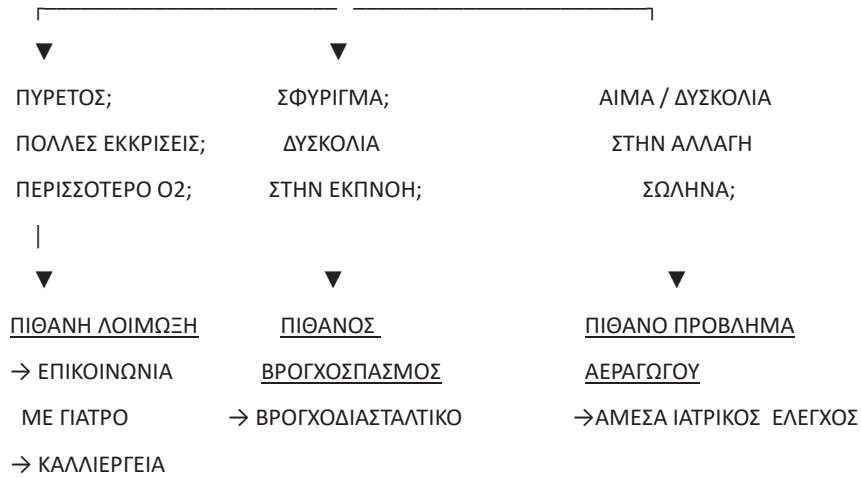


2 ☐ ΕΛΕΓΧΩ ΑΛΛΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

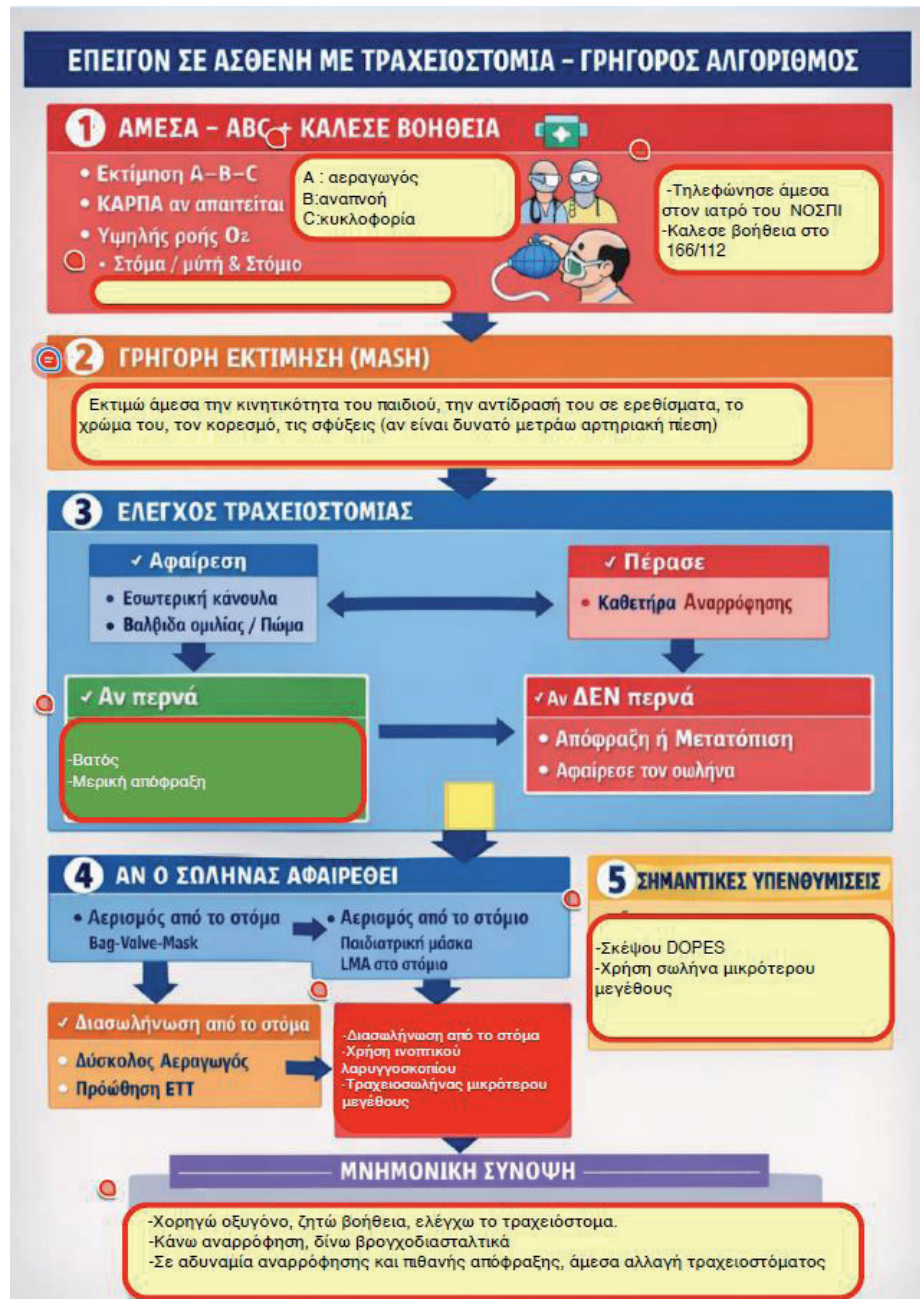
|



ΞΕΚΙΝΩ ΚΑΡΠΑ



Χοχλιούρου Ελπίς, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Εντατικής Θεραπείας, ΑΠΘ.
ΒΑΣΙΣΜΕΝΟ ΣΤΟ: *Care of Infants and Children with Tracheostomies. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guidelines. 2025*



ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Amin R, Sayal A, Syed F, Daniels C, Hoffman A, Moraes TJ, Cox P. How long does it take to initiate a child on long-term invasive ventilation? Results from a Canadian pediatric home ventilation program. *Can Respir J* 2015; 22:103-108.
2. Chatwin M, Tan HL, Bush A, Rosenthal M, Simonds AK. Long term non-invasive ventilation in children: impact on survival and transition to adult care. *PLoS One* 2015; 10:e0125839.
3. Chau SK, Yung AW, Lee SL. Long-Term management for ventilator-assisted children in Hong Kong: 2 Decades' Experience. *Respir Care* 2017; 62:54-64.
4. Chrysochoou EA, Hatziagorou E, Kirvassilis F, Tsanakas J. Telephone monitoring and home visits significantly improved the quality of life, treatment adherence and lung function in children with cystic fibrosis. *Acta Paediatrica* 2017; 106:1882.
5. King G, Williams L, Hahn Goldberg S. Family-oriented services in pediatric rehabilitation: a scoping review and framework to promote parent and family wellness. *Child Care Health Dev* 2017; 43:334-347.
6. Nageswaran S, Golden SL. Improving the quality of home health care for children with medical complexity. *Acad Pediatr* 2017; 17:665-671.
7. Ten Haken I, Ben Allouch S, van Harten WH. The use of advanced medical technologies at home: a systematic review of the literature. *BMC Public Health* 2018; 18:284.
8. Βλαχιώτη Ε, Λιανού Α, Μουγκού Κ, Ντέλη Χ, Περδικάρης Π. Εισαγωγή και φροντίδα των κεντρικών φλεβικών καθετήρων σε παιδιά και ενήλικες. Αθήνα: Τεχνόγραμμα; 2015.
9. Nishigaki K., et al. Changes in Mother's Psychosocial Perceptions of Technology-dependent Children and Adolescents at Home in Japan: Acknowledgment of Children's Autonomy. *Asian Nursing Research* 10. 2016; 100- 105.
10. Evans R, Catapano MA, Brooks D, Goldstein RS, Avendano M. Family caregiver perspectives on caring for ventilator- assisted individuals at home. *Can Respir J* 19: 373-379.
11. Meier D.J., Valentine K. J., Hagedorn C., et al. Emergency department use among children with tracheostomies: Avoidable visits. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach* .2015;8: 105- 111.
12. Vitacca M, et al. How will telemedicine change clinical practice in chronic obstructive pulmonary disease. *Ther Adv Respir Dis*. 2018; Vol 12: 1- 19.
13. Levine S., Steinman B., Attaway K., et al. Home Care Program for patients at high risk of hospitalization. *Am J Manag Care*. 2018; 18 (8): e269- e276.
14. Breneol S., Gildberg L., Watson J. Caring for children who are technology- dependent and their families. *Advances in Nursing Science*. 2018; vol.00:1-11.
15. King G, Williams L, Hahn Goldberg S. Family-oriented services in pediatric rehabilitation: a scoping review and framework to promote parent and family wellness. *Child Care Health Dev* 2017; 43:334-347.



16. Nageswaran S, Golden SL. Improving the quality of home health care for children with medical complexity. *Acad Pediatr* 2017; 17:665-671.
17. Ten Haken I, Ben Allouch S, van Harten WH. The use of advanced medical technologies at home: a systematic review of the literature. *BMC Public Health* 2018; 18:284.
18. WHO Regional Office for Europe. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery, 2016
19. Lewis R, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where next for integrated care organizations in the English NHS? London: The King's Fund; 2010
20. WHO Regional Office for Europe, Integrated care models: an overview, 2016
21. Lerner CF, Klitzner TS. The Medical Home at 50: Are Children With Medical Complexity the Key to Proving Its Value? *Acad Pediatr*. 2017 Aug;17(6):581-588.
22. Avritscher EBC, Mosquera RA, Tyson JE, Pedroza C, Samuels CL, Harris TS, Gomez-Rubio A, Navarro FA, Moody SB, Beyda RM. Post-Trial Sustainability and Scalability of the Benefits of a Medical Home for High-Risk Children with Medical Complexity. *J Pediatr*. 2019 Mar;206:232-239.e3.
23. Murphy N et Clark E. Children with Complex Medical Conditions: an Under-Recognized Driver of the Pediatric Cost Crisis, *Curr Treat Options Peds* (2016) 2:289–295
24. Simon TD, Berry J, Feudtner C, Stone BL, Sheng X, Bratton SL, Dean JM, Srivastava R. Children with complex chronic conditions in inpatient hospital settings in the United States. *Pediatrics*. 2010 Oct;126(4):647-55
25. Bethell CD, Read D, Stein RE, Blumberg SJ, Wells N, Newacheck PW. Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument. *Ambul Pediatr*. 2002 Jan-Feb;2(1):38-48.
26. Simon TD, Chathon ML, Popalisky J, et al. Pediatric medical complexity algorithm 156(6): 1006-1010
27. Palfrey JS, Sofis LA, Davidson EJ, et al. Pediatric Alliance for Coordinated Care: evaluation of a medical home model. *Pediatrics*. 2004; 113 (5 Suppl): 1507-1516.
28. Cohen E, Jovcevska V, Kuo DZ, Mahant S. Hospital-based comprehensive care programs for children with special health care needs: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011 Jun;165(6):554-61.
29. Coller RJ, Klitzner TS, Saenz AA, Lerner CF, Nelson BB, Chung PJ. The Medical Home and Hospital Readmissions. *Pediatrics*. 2015 Dec;136(6):e1550-60.
30. CHOP Compass Care Program | Children's Hospital of Philadelphia
31. Sterni LM, Collaco JM, Baker CD, Carroll JL, Sharma GD, Brozek JL, Finder JD, Ackerman VL, Arens R, Boroughs DS, Carter J, Daigle KL, Dougherty J, Gozal D, Kevill K, Kravitz RM, Kriseman T, MacLusky I, Rivera-Spoljaric K, Tori AJ, Ferkol T, Halbower AC; ATS Pediatric Chronic Home Ventilation Workgroup. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: Pediatric Chronic Home Invasive Ventilation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016 Apr 15;193(8):e16-35.



32. Gordon JB, Colby HH, Bartelt T, Jablonski D, Krauthoefer ML, Havens P. A tertiary care-primary care partnership model for medically complex and fragile children and youth with special health care needs. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Oct;161(10):937-44.
33. Cohen E, Lacombe-Duncan A, Spalding K, MacInnis J, Nicholas D, Narayanan UG, Gordon M, Margolis I, Friedman JN. Integrated complex care coordination for children with medical complexity: a mixed-methods evaluation of tertiary care-community collaboration. *BMC Health Serv Res*. 2012 Oct 23;12:366.
34. Cohen E, Bruce-Barrett C, Kingsnorth S, Keilty K, Cooper A, Daub S. Integrated complex care model: lessons learned from inter-organizational partnership. *Healthc Q*. 2011;14 Spec No 3:64-70.
35. Department of Health, Partnerships for Children, Families and Maternity. *NHS at Home: Community Children's Nursing Services*, 2011
36. Department of Health and Social Care, *National Framework for Children and Young People's Continuing Care*, 2016
37. Department of Health and Social Care, *National Framework for Children and Young People's Continuing Care – Decision Support Tool*, 2016
38. <https://www.rbht.nhs.uk/our-services/paediatrics/childrens-long-term-ventilation-service>
39. <https://www.england.nhs.uk/publication/paediatric-long-term-ventilation-reporting-specification-technical-detail-specific-data-requirements/>
40. <https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2015/01/e07-spec-paedi-long-ventilation.pdf>
41. Amaddeo A, Frapin A, Fauroux B. Long-term non-invasive ventilation in children. *Lancet Respir Med*. 2016 Dec;4(12):999-1008. doi: 10.1016/S2213-2600(16)30151-5. Epub 2016 Jul 13. PMID: 27423917.
42. Praud J-P (2020) Long-Term Non-invasive Ventilation in Children: Current Use, Indications, and Contraindications. *Front. Pediatr*. 8:584334. doi: 10.3389/fped.2020.584334
43. Fedor KL. Noninvasive Respiratory Support in Infants and Children. *Respir Care*. 2017, Jun;62(6):699-717. doi: 10.4187/respcare.05244. PMID: 28546373.
44. Sequera-Ramos L, Garcia-Marcinkiewicz A, Riva T, Fuchs A. Noninvasive ventilation in children: A review for the pediatric anesthesiologist. *Paediatr Anaesth*. 2022 Feb;32(2):262- 272. doi: 10.1111/pan.14364. Epub 2021 Dec 14. PMID: 34877751.
45. Fauroux B, Abel F, Amaddeo A, Bignamini E, Chan E, Corel L, Cutrera R, Ersu R, Installe S, Khirani S, Krivec U, Narayan O, MacLean J, Perez De Sa V, Pons-Odena M, Stehling F, Ferreira RT, Verhulst S. ERS statement on paediatric long-term noninvasive respiratory support. *Eur Respir J*. 2022 Jun 2;59(6):2101404. doi: 10.1183/13993003.01404-2021. PMID: 34916265.
46. Fedor KL. Noninvasive Respiratory Support in Infants and Children. *Respir Care*. 2017 Jun;62(6):699-717. doi: 10.4187/respcare.05244. PMID: 28546373.



i

ii

iii

iv

v



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΝΟΣΠΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

**Περιεχόμενα**

Περιεχόμενα	
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ – ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ – ΒΑΣΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΝΟΣΠΙ	
1.1 Εισαγωγή	
1.2 Σκοπός	
1.2.1 Κλινικοί στόχοι	
1.2.2 Λειτουργικοί στόχοι	
1.2.3 Στόχοι ποιότητας ζωής	
1.2.4 Στόχοι συστήματος υγείας	
1.3 Πεδίο Εφαρμογής	
1.3.1 Πληθυσμός ασθενών	
1.3.2 Κλινικές καταστάσεις	
1.3.3 Επίπεδο φροντίδας	
1.4 Θεμελιώδεις Αρχές Λειτουργίας ΝΟΣΠΙ	
1.4.1 Ασφάλεια	
1.4.2 Συνέχεια φροντίδας	
1.4.3 Εξατομίκευση	
1.4.4 Διεπιστημονική προσέγγιση	
1.4.5 Ενεργός συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή	
1.5 Βασικά Μοντέλα Λειτουργίας ΝΟΣΠΙ	
1.5.1 Εσωτερικό Μοντέλο (Hospital-based model)	



1.5.2	Εξωτερικό Μοντέλο (Community-based model).....
1.5.3	Υβριδικό Μοντέλο.....
1.6	Ρόλος της Τηλεϊατρικής.....
1.7	Συμπεράσματα.....
2.	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ – ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ (ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ)
2.1	Εισαγωγή.....
2.2	Θεμελιώδεις Αρχές Επιλεξιμότητας.....
2.2.1	Αρχή της Κλινικής Σταθερότητας.....
2.2.2	Αρχή της Ασφαλούς Διαχείρισης ΝΟΣΠΙ.....
2.2.3	Αρχή της Συνέχειας Φροντίδας.....
2.2.4	Αρχή της Συμμετοχής Ασθενούς και Φροντιστή.....
2.3	Γενικά Κριτήρια Ένταξης.....
2.3.1	Κλινικά Κριτήρια.....
2.3.2	Λειτουργικά Κριτήρια.....
2.3.3	Οργανωτικά Κριτήρια.....
2.3.4	Κοινωνικά Κριτήρια.....
2.4	Ειδικά Κριτήρια Ένταξης σε Ογκολογικούς Ασθενείς.....
2.4.1	Ανάγκη Υποστηρικτικής Θεραπείας.....
2.4.2	Διαχείριση Συσκευών.....
2.4.3	Διαχείριση Συμπτωμάτων.....
2.4.4	Μετα-νοσηλευτική Φροντίδα.....



2.5	Κριτήρια Αποκλεισμού	
2.5.1	Απόλυτα Κριτήρια	
2.5.2	Σχετικά Κριτήρια	
2.5.3	Περιβαλλοντικά Κριτήρια	
2.6	Κριτήρια Υψηλού Κινδύνου (Red Flags για Μη Ένταξη)	
2.7	Δυναμική Επανεκτίμηση Επιλεξιμότητας	
2.8	Ιδιαίτερες Καταστάσεις	
2.8.1	Ογκολογικοί ασθενείς με λοιμώξεις	
2.8.2	Ασθενείς σε ανακουφιστική φροντίδα	
2.8.3	Ασθενείς με πολλαπλές συννοσηρότητες	
2.9	Ηθικές και Νομικές Παράμετροι	
2.10	Συμπεράσματα	
3.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΕ ΝΟΣΠΙ – ΔΟΜΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	
3.1	Εισαγωγή	
3.2	Στόχοι της Αξιολόγησης	
3.3	Δομημένη Κλινική Αξιολόγηση	
3.3.1	Κλινική Κατάσταση	
3.3.2	Ογκολογική Κατάσταση	
3.3.3	Λειτουργική Κατάσταση	
3.3.4	Συννοσηρότητες	
3.3.5	Συμπτωματολογία	



3.4	Structured Assessment Tools (Core Section )	.....
3.4.1	ECOG Performance Status	.....
3.4.2	Frailty Assessment (Ευράθεια)	.....
3.4.3	Symptom Assessment Scores	.....
3.4.4	Pain Assessment	.....
3.4.5	Early Warning Scores	.....
3.5	Αξιολόγηση Οικιακού Περιβάλλοντος	.....
3.6	Αξιολόγηση Φροντιστή	.....
3.7	Risk Stratification	.....
3.8	Checklist Ένταξης (Clinical Tool)	.....
3.9	Διεπιστημονική Απόφαση	.....
3.10	Συμπεράσματα	.....
4.	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΕΝΤΡΟΥ ΝΟΣΠΙ	.....
4.1	Ομάδα ΝΟΣΠΙ	.....
4.1.1	Επιστημονικά Υπεύθυνος του Κέντρου ΝΟΣΠΙ	.....
4.1.2	Ιατρός ΝΟΣΠΙ	.....
4.1.3	Νοσηλεύτης ΝΟΣΠΙ	.....
4.1.4	Φυσικοθεραπευτής ΝΟΣΠΙ	.....
4.1.5	Γραμματεία ΝΟΣΠΙ/Διοικητικός Υπάλληλος	.....
4.2	Διεπιστημονική Ομάδα ΝΟΣΠΙ (ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ)	.....
4.2.1	Ψυχολόγος ΝΟΣΠΙ	.....



4.2.2 Κοινωνικός λειτουργός ΝΟΣΠΙ.....	
Νοσοκομειακός Φαρμακοποιός.....	
Διατολόγος/Κλινικός Διατροφολόγος.....	
5. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΔΟΦ.....	
5.1 Απαιτήσεις εκπαίδευσης και εξειδίκευσης.....	
5.2 Κοινές δεξιότητες για όλα τα μέλη της ΔΟΦ.....	
Κλινικές δεξιότητες.....	
Δεξιότητες επικοινωνίας.....	
Οργανωτικές και ψηφιακές δεξιότητες.....	
Δεξιότητες ασφάλειας και ποιότητας.....	
5.3 Συνεχιζόμενη κατάρτιση και αξιολόγηση επάρκειας.....	
5.4 Εκπαιδευτικές απαιτήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού.....	
6. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ.....	
6.1 Ορισμός.....	
6.2 Εκπαιδευτικοί στόχοι.....	
6.3 Βασικά σημεία της εκπαιδευτικής διαδικασίας.....	
6.4 Επάρκεια εκπαιδευτών.....	
6.5 Εκπαιδευτικές μέθοδοι και υλικά.....	
6.6 Περιεχόμενο εκπαίδευσης.....	
6.6.1 Γενικός προσανατολισμός στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ.....	
6.6.2 Αναγνώριση σημείων επιδείνωσης.....	



6.6.3	Διαχείριση συμπτωμάτων στο σπίτι.....
6.6.4	Ασφαλής διαχείριση φαρμάκων
6.6.5	Εξοπλισμός και αγγειακές γραμμές.....
6.6.6	Διατροφή, ενυδάτωση, κινητοποίηση και πρόληψη πτώσεων
6.6.7	Επικοινωνία με την ομάδα ΝΟΣΠΙ
6.6.8	Επανεκτίμηση και επανεκπαίδευση
6.6.9	Στόχοι φροντίδας και προτιμήσεις
7.	Διαδικασία εφαρμογής.....
7.1	Αρχική αξιολόγηση
7.2	Αρχική εκπαίδευση φροντιστή
7.3	Επανεκπαίδευση φροντιστή
7.4	Τεκμηρίωση.....
7.5	Επανεκτίμηση
7.6	Κριτήρια αποτελεσματικής εκπαίδευσης.....
8.	ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑ ΟΙΚΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ
8.1	Βασικές Απαιτήσεις Διαμόρφωσης Οικιακού Περιβάλλοντος (ΝΟΣΠΙ):
8.2	Διαδικασία Αξιολόγησης.....
8.3	Βασικές Προϋποθέσεις Καταλληλότητας Σπιτιού
9.	ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΤΑΚΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ (ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗ-ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΟΣΠΙ / ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ)
9.1	Ψηφιακά Εργαλεία – Προϋποθέσεις εφαρμογής και οφέλη
10.	ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ - ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ (ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥ)



10.1	Πόνος	
10.1.1	Εισαγωγή/Ορισμός	
10.1.2	Ταξινόμηση Πόνου	
10.1.3	Ανάλυση των αναλγητικών φαρμακευτικών παραγόντων	
10.1.4	Αξιολόγηση Πόνου	
10.1.5	Έναρξη φαρμακευτικής αναλγητικής αγωγής με βάση την κλίμακα WHO και την αριθμητική κλίμακα πόνου	
10.1.6	Καθορισμός πλάνου επανεκτίμησης του ασθενούς	
10.1.7	RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο	
10.2	Ναυτία – Εμετός	
10.2.1	Ορισμοί.....	
10.2.2	Αίτια.....	
10.2.3	Αξιολόγηση του ασθενούς.....	
10.2.4	Μέτρα Κατ’ οίκον αντιμετώπισης.....	
10.2.5	RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο	
10.3	Κόπωση – Καχεξία	
10.3.1	Εισαγωγή – Ορισμοί.....	
10.3.2	Αίτια.....	
10.3.3	Αξιολόγηση ασθενούς.....	
10.3.4	Μέτρα Κατ’ οίκον αντιμετώπισης.....	
10.3.5	RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο	
10.4	Δερματικές Τοξικότητες – Τοξικότητες Βλενογόννων.....	

10.4.1	Εισαγωγή – Ορισμοί.....	
10.4.2	Αξιολόγηση ασθενούς.....	
10.4.3	Μέτρα Κατ' οίκον αντιμετώπισης.....	
10.4.4	RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο	
10.5	Βλεννογονίτιδα/Στοματίτιδα/Οισοφαγίτιδα	
10.5.1	Εισαγωγή – Ορισμοί – Κλινική εκδήλωση	
10.5.2	Αξιολόγηση ασθενούς.....	
10.5.3	Μέτρα Κατ' οίκον αντιμετώπισης.....	
10.5.4	RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο	
10.6	Νευροπάθεια.....	
10.6.1	Εισαγωγή – Ορισμοί – Κλινική εκδήλωση	
10.6.2	Αξιολόγηση ασθενούς.....	
10.6.3	Μέτρα Κατ' οίκον αντιμετώπισης.....	
10.6.4	RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο	
10.7	Δύσπνοια	
10.7.1	Εισαγωγή – Ορισμοί.....	
10.7.2	Αξιολόγηση ασθενούς.....	
10.7.3	Μέτρα Κατ' οίκον αντιμετώπισης.....	
10.7.4	RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο	
10.8	Διαχείριση Επιδείνωσης και Επείγουσα Παραπομπή στο Νοσοκομείο	
10.8.1	Εισαγωγή/Ορισμοί.....	



10.8.2	Αναγνώριση επιδείνωσης της κλινικής κατάστασης.....	
10.8.3	Κόκκινες σημειώσεις «άμεσης διακομίδης».....	
10.8.4	Άμεση επιχειρησιακή αντίδραση όταν αναγνωρίζεται επιδείνωση.....	
10.8.5	Προορισμός διακομίδης.....	
10.8.6	Διαβίβαση πληροφοριών κατά τη διακομίδα.....	
10.8.7	Παρακολούθηση όσο αναμένεται η διακομίδα.....	
11.	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (ΝΟΣΠΙ) ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	
11.1	Σκοπός/Ορισμοί.....	
11.2	Βασικές αρχές.....	
11.3	Χρόνος και συχνότητα αξιολόγησης.....	
11.4	Εργαλεία αρχικής αξιολόγησης ασθενών.....	
11.5	Ελάχιστο περιεχόμενο ψυχοκοινωνικής αξιολόγησης.....	
11.6	Παρεμβάσεις πρώτου επιπέδου από την ομάδα ΝΟΣΠΙ.....	
11.7	Παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες.....	
11.8	Υποστήριξη φροντιστή / οικογένειας.....	
11.9	Τεκμηρίωση.....	
11.10	Κριτήρια κλιμάκωσης / επείγουσας εκτίμησης από ιατρό ΝΟΣΠΙ - άμεσης παραπομπής / επείγουσας μεταφοράς στο νοσοκομείο.....	
11.11	Ηθικά ζητήματα στη ΝΟΣΠΙ ογκολογικών ασθενών.....	
11.11.1	Σκοπός.....	
11.11.2	Βασικές ηθικές αρχές.....	



11.11.3	Κριτήρια ηθικής καταλληλότητας για ένταξη στη ΝΟΣΠ.....
11.11.4	Ενημέρωση και συναίνεση
11.11.5	Ικανότητα λήψης αποφάσεων
11.11.6	Σεβασμός του οικιακού χώρου
11.11.7	Προστασία προσωπικών δεδομένων και ιατρικού απορρήτου
11.11.8	Ρόλος οικογένειας και άτυπων φροντιστών
11.11.9	Πρόληψη κακοποίησης, παραμέλησης και εκμετάλλευσης
11.11.10	Δικαιούνη και ισότιμη πρόσβαση
11.11.11	Ηθική διαχείριση κλινικής επιδείνωσης
11.11.12	Στόχοι φροντίδας και αποφάσεις τελικού σταδίου
11.11.13	Όρια επαγγελματικής ευθύνης
12.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
12.1	Στόχοι αξιολόγησης
12.2	Δείκτες ποιότητας
12.3	Μέθοδοι αξιολόγησης
12.4	Διαδικασία ελέγχου ποιότητας
13.	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΩΚΟΛΛΑ
13.1	Διαδικασία ένταξης ασθενούς
13.2	Διαδικασία παρακολούθησης
13.3	Νοσηλευτικά πρωτόκολλα
13.4	Διαδικασία διαχείρισης επειγόντων



13.5	Διαδικασία τεκμηρίωσης.....
13.6	Διαδικασία εξέδου από το πρόγραμμα.....
13.7	Συμμόρφωση με κατευθυντήριες οδηγίες.....
14.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....
15.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ – ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ – ΒΑΣΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΝΟΣΠΙ

1.1 Εισαγωγή

Η Νοσηλεία στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) αποτελεί σύγχρονο μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας, το οποίο εντάσσεται στο πλαίσιο της μετάβασης από το νοσοκομειοκεντρικό στο ασθενοκεντρικό σύστημα φροντίδας. Η εφαρμογή της ΝΟΣΠΙ αποσκοπεί στην παροχή νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας στο οικιακό περιβάλλον του ασθενούς, διασφαλίζοντας την ασφάλεια, τη συνέχεια και την ποιότητα της περίθαλψης.

Στην ογκολογία, η ανάγκη για ανάπτυξη δομών ΝΟΣΠΙ είναι ιδιαίτερα έντονη λόγω:

- της χρονιότητας της νόσου,
- της πολυπλοκότητας των θεραπευτικών σχημάτων,
- της συχνής εμφάνισης επιπλοκών,
- της ανάγκης υποστηρικτικής και ανακουφιστικής φροντίδας.

Η πρόσδος των αντικαρκινικών θεραπειών έχει μετατρέψει πολλές μορφές καρκίνου σε χρόνιες παθήσεις, αυξάνοντας τον αριθμό των ασθενών που απαιτούν μακροχρόνια, πολυεπίπεδη φροντίδα. Παράλληλα, η πίεση στα νοσοκομειακά συστήματα καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών νοσηλείας.

Η ΝΟΣΠΙ έρχεται να καλύψει αυτό το κενό, επιτρέποντας:

- την αποφυγή άσκοπων νοσηλείων,
- τη μείωση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων,
- τη βελτίωση της εμπειρίας του ασθενούς,
- τη διατήρηση της λειτουργικότητας και αυτονομίας.

1.2 Σκοπός



Ο βασικός σκοπός της ΝΟΣΠΙ ενηλίκων καρκινοπαθών είναι η παροχή ολοκληρωμένης, ασφαλούς και εξατομικευμένης φροντίδας κατ' οίκον, η οποία να ανταποκρίνεται στις ανάγκες ασθενών με νεοπλασματική νόσο. Ειδικότερα, το πρόγραμμα στοχεύει:

1.2.1 Κλινικοί στόχοι

- έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση επιπλοκών,
- διαχείριση συμπτωμάτων (πόνος, δύσπνοια, ναυτία),
- παρακολούθηση τοξικότητας θεραπειών,
- πρόληψη επιδείνωσης της κατάστασης.

1.2.2 Λειτουργικοί στόχοι

- μείωση διάρκειας και συχνότητας νοσηλείων,
- αποσυμφόρηση ογκολογικών κλινικών,
- βελτίωση ροής ασθενών,
- ενίσχυση της συνέχειας φροντίδας.

1.2.3 Στόχοι ποιότητας ζωής

- παραμονή στο οικείο περιβάλλον,
- ενίσχυση ψυχολογικής ευεξίας,
- υποστήριξη οικογένειας και φροντιστών,
- αξιοπρεπής διαχείριση προχωρημένης νόσου.

1.2.4 Στόχοι συστήματος υγείας

- ορθολογική χρήση πόρων,
- μείωση κόστους νοσηλείας,
- ενσωμάτωση τηλεϊατρικής,
- ανάπτυξη μητρώων και δεικτών ποιότητας.

1.3 Πεδίο Εφαρμογής

Το παρόν πρότυπο εφαρμόζεται σε:

1.3.1 Πληθυσμός ασθενών

- ενήλικες ασθενείς (>18 ετών),
- ασθενείς με συμπτωμαείς όγκους,
- ασθενείς σε ενεργό θεραπεία ή παρακολούθηση,
- ασθενείς σε ανακουφιστική φροντίδα.

1.3.2 Κλινικές καταστάσεις

Η ΝΟΣΠΙ μπορεί να εφαρμοστεί σε:

- ασθενείς με ανάγκη ενδοφλέβιας αγωγής,
- ασθενείς με υποστηρικτική θεραπεία,
- ασθενείς με χρόνια συμπτώματα,
- ασθενείς μετά από νοσηλεία,



- ασθενείς με λειτουργική έκπτωση.

1.3.3 Επίπεδο φροντίδας

Η ΝΟΣΠΙ παρέχει:

- δευτεροβάθμιο έως τριτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας,
- ιατρική παρακολούθηση,
- εξειδικευμένες νοσηλευτικές πράξεις,
- διεπιστημονική υποστήριξη.

1.4 Θεμελιώδεις Αρχές Λειτουργίας ΝΟΣΠΙ

Η λειτουργία της ΝΟΣΠΙ βασίζεται στις ακόλουθες αρχές:

1.4.1 Ασφάλεια

Η φροντίδα πρέπει να είναι ισοδύναμη με αυτή του νοσοκομείου, με σαφή πρωτόκολλα και δυνατότητα άμεσης παρέμβασης.

1.4.2 Συνέχεια φροντίδας

Διασφαλίζεται η ομαλή μετάβαση μεταξύ:

- νοσοκομείου,
- κατ' οίκον φροντίδας,
- επανεισαγωγής.

1.4.3 Εξατομίκευση

Το θεραπευτικό πλάνο προσαρμόζεται:

- στη νόσο,
- στο στάδιο,
- στις ανάγκες ασθενούς και οικογένειας.

1.4.4 Διεπιστημονική προσέγγιση

Η φροντίδα παρέχεται από ομάδα επαγγελματιών υγείας.

1.4.5 Ενεργός συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή

Ο ασθενής και ο φροντιστής αποτελούν ενεργά μέλη της θεραπευτικής διαδικασίας.

1.5 Βασικά Μοντέλα Λειτουργίας ΝΟΣΠΙ

Η ΝΟΣΠΙ μπορεί να οργανωθεί σε διαφορετικά μοντέλα, ανάλογα με τη δομή του συστήματος υγείας.

1.5.1 Εσωτερικό Μοντέλο (Hospital-based model)

Στο μοντέλο αυτό:

- η ΝΟΣΠΙ λειτουργεί εντός νοσοκομείου,
- υπάγεται σε συγκεκριμένη κλινική (π.χ. Ογκολογική),
- υπάρχει άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες.

Πλεονεκτήματα:

- υψηλό επίπεδο ασφάλειας,
- εύκολη επανεισαγωγή,



- καλύτερη διασύνδεση με ειδικότητες.

Μειονεκτήματα:

- αυξημένο κόστος,
- ανάγκη ανθρώπινων πόρων,
- περιορισμένη γεωγραφική κάλυψη.

1.5.2 Εξωτερικό Μοντέλο (Community-based model)

Σε αυτό το μοντέλο:

- η ΝΟΣΠΙ λειτουργεί μέσω δικτύου εκτός νοσοκομείου,
- συνεργάζεται με πρωτοβάθμια φροντίδα,
- υπάρχει μεγαλύτερη αυτονομία ομάδων.

Πλεονεκτήματα:

- ευρεία κάλυψη,
- ευελιξία,
- χαμηλότερο κόστος.

Μειονεκτήματα:

- μικρότερη άμεση πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες,
- ανάγκη ισχυρού συντονισμού.

1.5.3 Υβριδικό Μοντέλο

Συνδυάζει:

- νοσοκομειακή υποστήριξη,
 - κατ' οίκον υπηρεσίες.
- Αποτελεί το πλέον ενδεδειγμένο μοντέλο για την ογκολογία, καθώς:
- εξασφαλίζει ασφάλεια,
 - επιτρέπει ευελιξία,
 - υποστηρίζει πολύπλοκους ασθενείς.

1.6 Ρόλος της Τηλεϊατρικής

Η τηλεϊατρική αποτελεί βασικό εργαλείο της ΝΟΣΠΙ και επιτρέπει:

- απομακρυσμένη παρακολούθηση,
- έγκαιρη ανίχνευση επιδείνωσης,
- μείωση επισκέψεων,
- καλύτερη επικοινωνία.

1.7 Συμπεράσματα

Η ΝΟΣΠΙ ενηλίκων καρκινοπαθών αποτελεί κρίσιμο στοιχείο της σύγχρονης ογκολογικής φροντίδας. Η εφαρμογή της:

- βελτιώνει την ποιότητα ζωής,
- μειώνει την επιβάρυνση των νοσοκομείων,
- ενισχύει την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

Η επιτυχία της εξαρτάται από:

- σαφή πρωτόκολλα,

- επαρκή εκπαίδευση,
- διεπιστημονική συνεργασία,
- οργανωμένη δομή.

2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ – ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ (ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ)

2.1 Εισαγωγή

Η ορθή επιλογή ασθενών αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα επιτυχίας της Νοσηλείας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ). Η επιλεξιμότητα δεν βασίζεται αποκλειστικά στη διάγνωση της νεοπλασματικής νόσου, αλλά σε ένα πολυπαραγοντικό σύστημα αξιολόγησης που περιλαμβάνει:

- τη βαρύτητα της νόσου,
- τη σταθερότητα της κλινικής κατάστασης,
- το επίπεδο απαιτούμενης φροντίδας,
- τις δυνατότητες του οικιακού περιβάλλοντος,
- τη διαθεσιμότητα φροντιστή,
- τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε νοσοκομειακή υποστήριξη.

Η λανθασμένη επιλογή ασθενούς ενέχει σημαντικούς κινδύνους:

- καθυστέρηση αντιμετώπισης επιπλοκών,
- αυξημένες επανεισγωγές,
- επιδείνωση πρόγνωσης,
- επιβάρυνση φροντιστών.

2.2 Θεμελιώδεις Αρχές Επιλεξιμότητας

Η ένταξη στη ΝΟΣΠ βασίζεται στις ακόλουθες αρχές:

2.2.1 Αρχή της Κλινικής Σταθερότητας

Ο ασθενής πρέπει να είναι:

- αιμοδυναμικά σταθερός,
- χωρίς ανάγκη συνεχούς monitoring,
- χωρίς άμεση απειλή ζωής.

2.2.2 Αρχή της Ασφαλούς Διαχείρισης ΝΟΣΠ

Η παρεχόμενη φροντίδα πρέπει να μπορεί να εφαρμοστεί με ασφάλεια στο σπίτι, χωρίς να απαιτείται εξειδικευμένος εξοπλισμός υψηλής έντασης (π.χ. ΜΕΘ).

2.2.3 Αρχή της Συνέχειας Φροντίδας

Πρέπει να διασφαλίζεται:

- σαφές θεραπευτικό πλάνο,
- τακτική παρακολούθηση,
- άμεση πρόσβαση σε επανεισγωγή.

2.2.4 Αρχή της Συμμετοχής Ασθενούς και Φροντιστή

Η επιτυχία της ΝΟΣΠ εξαρτάται από:

- κατανόηση οδηγίων,



- συμμόρφωση,
- ενεργή συμμετοχή.

2.3 Γενικά Κριτήρια Ένταξης

Οι ασθενείς πρέπει να πληρούν όλα τα παρακάτω:

2.3.1 Κλινικά Κριτήρια

- σταθερή αιμοδυναμική κατάσταση,
- ελεγχόμενα συμπτώματα,
- απουσία οξείας βαριάς επιπλοκής,
- σαφής διάγνωση και θεραπευτικό πλάνο.

2.3.2 Λειτουργικά Κριτήρια

- επαρκής λειτουργική κατάσταση (ECOG 0–3 συνήθως),
- δυνατότητα βασικής επικοινωνίας,
- δυνατότητα συνεργασίας.

2.3.3 Οργανωτικά Κριτήρια

- εγγύτητα σε νοσοκομείο αναφοράς,
- δυνατότητα ταχείας μεταφοράς,
- πρόσβαση σε τηλεφωνική επικοινωνία.

2.3.4 Κοινωνικά Κριτήρια

- ύπαρξη φροντιστή,
- επάρκεια φροντιστή,
- αποδοχή συμμετοχής.

2.4 Ειδικά Κριτήρια Ένταξης σε Ογκολογικούς Ασθενείς

Οι ογκολογικοί ασθενείς μπορούν να ενταχθούν όταν ιπάρχει:

2.4.1 Ανάγκη Υποστηρικτικής Θεραπείας

- ενδοφλέβια ενυδάτωση,
- ηλεκτρολυτική αποκατάσταση,
- αντιβιοτική αγωγή (επιλεγμένες περιπτώσεις),
- μεταγγίσεις (σε ειδικά προγράμματα).

2.4.2 Διαχείριση Συσκευών

- κεντρικές φλεβικές γραμμές,
- αντλίες έγχυσης,
- καθετήρες,
- στομίες

2.4.3 Διαχείριση Συμπτωμάτων

- καρκινικός πόνος,
- δύσπνοια,



- ναυτία/έμετοι,
- καχεξία.

2.4.4 Μετα-νοσηλευτική Φροντίδα

- μετά από παρατεταμένη νοσηλεία,
- μετά από λοιμώξεις,
- μετά από επιτυλικές θεραπείας.

2.5 Κριτήρια Αποκλεισμού

2.5.1 Απόλυτα Κριτήρια

- αιμοδυναμική αστάθεια,
- ανάγκη συνεχούς monitoring,
- οξεία απειλητική για τη ζωή κατάσταση,
- ανεξέλεγκτη αιμορραγία,
- σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια.

2.5.2 Σχετικά Κριτήρια

- σοβαρή γνωστική διαταραχή χωρίς υποστήριξη,
- μη συμμόρφωση,
- ψυχιατρική αστάθεια,
- έλλειψη φροντιστή.

2.5.3 Περιβαλλοντικά Κριτήρια

- ακατάλληλο σπίτι,
- έλλειψη υγιεινής,
- απουσία βασικών υποδομών.

2.6 Κριτήρια Υψηλού Κινδύνου (Red Flags για Μη Ένταξη)

- εμπύρετη ουδετεροπενία υψηλού κινδύνου
- σηψαιμία
- ανεξέλεγκτος πόνος
- οξεία νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια
- ενεργός αιμορραγία
- σοβαρή υποξαιμία

2.7 Δυναμική Επανεκτίμηση Επιλεξιμότητας

Η επιλεξιμότητα δεν είναι στατική. Απαιτείται:

- καθημερινή επανεκτίμηση,
- δυνατότητα εξόδου από ΝΟΣΠ,
- επανένταξη εφόσον βελτιωθεί η κατάσταση.

2.8 Ιδιαίτερες Καταστάσεις

2.8.1 Ογκολογικοί ασθενείς με λοιμώξεις



- χαμηλού κινδύνου: ΝΑΙ
- υψηλού κινδύνου: ΟΧΙ

2.8.2 Ασθενείς σε ανακουφιστική φροντίδα

- ισχυρή ένδειξη ΝΟΣΠΙ
- απαιτεί εξειδικευμένη ομάδα

2.8.3 Ασθενείς με πολλαπλές συννοσηρότητες

- εξατομικευμένη αξιολόγηση

2.9 Ηθικές και Νομικές Παράμετροι

- ενημερωμένη συγκατάθεση
- σεβασμός αυτονομίας
- προστασία δεδομένων
- τεκμηριωμένη απόφαση ένταξης

2.10 Συμπεράσματα

Η σωστή επιλογή ασθενών:

- αυξάνει την ασφάλεια,
- μειώνει τις επιπλοκές,
- βελτιώνει τα αποτελέσματα,
- διασφαλίζει βιωσιμότητα του προγράμματος.

Η ΝΟΣΠΙ δεν αποτελεί λύση για όλους τους ασθενείς, αλλά για εκείνους που μπορούν να ωφεληθούν με ασφάλεια.

3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΕ ΝΟΣΠΙ – ΔΟΜΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

3.1 Εισαγωγή

Η αξιολόγηση του ασθενούς πριν την ένταξη στη ΝΟΣΠΙ αποτελεί κρίσιμο στάδιο, το οποίο καθορίζει:

- την ασφάλεια της κατ' οίκον νοσηλείας,
- την καταλληλότητα του ασθενούς,
- το επίπεδο φροντίδας που απαιτείται,
- την πρόγνωση και την πιθανότητα επιπλοκών.

Η διαδικασία αυτή πρέπει να είναι **δομημένη, αναπαραγώγιμη και τεκμηριωμένη**, και να βασίζεται σε:

- αντικειμενικά εργαλεία,
- κλινική εκτίμηση,
- διεπιστημονική προσέγγιση.

3.2 Στόχοι της Αξιολόγησης

Η προ-ένταξη αξιολόγηση στοχεύει:

1. Στην εκτίμηση της κλινικής σταθερότητας
2. Στην εκτίμηση λειτουργικής κατάστασης
3. Στην αναγνώριση παραγόντων κινδύνου
4. Στην εκτίμηση υποστηρικτικού περιβάλλοντος



5. Στην επιλογή κατάλληλου επιπέδου ΝΟΣΠΙ

3.3 Δομημένη Κλινική Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση πρέπει να περιλαμβάνει 5 πυλώνες:

3.3.1 Κλινική Κατάσταση

- ζωτικά σημεία
- επίπεδο συνείδησης
- παρουσία οξείας επιπλοκής
- ανάγκη για επείγουσα παρέμβαση

-Red flags (έμεσος αποκλεισμός):

- σηπτική εικόνα
- σοβαρή υποξαιμία
- αιμοδυναμική αστάθεια

3.3.2 Ογκολογική Κατάσταση

- τύπος κακοήθειας
- στάδιο νόσου
- ενεργή θεραπεία ή όχι
- πρόγνωση

Σημαντικό:

-Ασθενείς με ταχεία επιδείνωση απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή

3.3.3 Λειτουργική Κατάσταση

ECOG Performance Status

- ECOG 0-2 → κατάλληλοι
- ECOG 3 → επιλεγμένοι
- ECOG 4 → συνήθως μη κατάλληλοι

3.3.4 Συννοσηρότητες

- καρδιολογικά
- αναπνευστικά
- νεφρική/ηπατική ανεπάρκεια
- σακχαρώδης διαβήτης

-χρησιμοποιείται συχνά:

- **Charlson Comorbidity Index**

3.3.5 Συμπτωματολογία

- πόνος
- δύσπνοια
- κόπωση
- ναυτία

-απαιτείται ποσοτικοποίηση (όχι μόνο περιγραφή)



3.4 Structured Assessment Tools (Core Section)

3.4.1 ECOG Performance Status

Χρησιμοποιείται για:

- εκτίμηση λειτουργικότητας
- πρόγνωση
- επιλογή ασθενών

ECOG Περιγραφή

0	πλήρως ενεργός
1	ήπιος περιορισμός
2	αυτοεξυπηρετούμενος αλλά όχι ενεργός
3	περιορισμένος στο κρεβάτι >50%
4	πλήρης κατάκλιση

3.4.2 Frailty Assessment (Ευπάθεια)

Ιδιαίτερα σημαντική σε:

- ηλικιωμένους
- πολυνοσηρούς

Χρησιμοποιούνται:

- Clinical Frailty Scale (CFS)
- Geriatric Assessment

-υψηλό frailty = αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών

3.4.3 Symptom Assessment Scores

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Αξιολογεί:

- πόνος
- δύσπνοια
- κόπωση
- κατάθλιψη
- άγχος

-score 0–10 για κάθε σύμπτωμα

3.4.4 Pain Assessment

- Numeric Rating Scale (0–10)
- αξιολόγηση τύπου πόνου

3.4.5 Early Warning Scores

NEWS2

Χρησιμοποιείται για:

- έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης



-υψηλό score = μη κατάλληλος για ΝΟΣΠΙ

3.5 Αξιολόγηση Οικιακού Περιβάλλοντος

Περιλαμβάνει:

- ασφάλεια χώρου
- υγιεινή
- πρόσβαση σε νερό/ρεύμα
- δυνατότητα εξοπλισμού
- απόσταση από νοσοκομείο

3.6 Αξιολόγηση Φροντιστή

Κρίσιμος παράγοντας επιτυχίας.

Εξετάζονται:

- διαθεσιμότητα
- κατανόηση οδηγιών
- ψυχολογική κατάσταση
- δυνατότητα εκπαίδευσης

3.7 Risk Stratification

Οι ασθενείς κατηγοριοποιούνται:

Χαμηλού κινδύνου

ECOG 0-1	χαμηλό symptom burden
	σταθερή νόσος
Μέσου κινδύνου	
ECOG 2	ελεγχόμενα συμπτώματα
Υψηλού κινδύνου	
ECOG ≥3	υψηλό symptom burden
	πολλαπλές συννοσηρότητες
	-υψηλού κινδύνου → περιορισμένη ένταξη
3.8 Checklist Ένταξης (Clinical Tool)	
✓	Κλινικά σταθερός
✓	ECOG ≤2-3
✓	NEWS χαμηλό
✓	Ελεγχόμενα συμπτώματα
✓	Υπάρχει φροντιστής
✓	Κατάλληλο σπίτι
✓	Πρόσβαση σε νοσοκομείο

3.9 Διεπιστημονική Απόφαση

Η ένταξη αποφασίζεται από:

- ιατρό
- νοσηλεύτη
- ομάδα ΝΟΣΠΙ

3.10 Συμπεράσματα

Η δομημένη αξιολόγηση:

- μειώνει λάθη επλογής
- αυξάνει ασφάλεια
- βελτιώνει outcomes

-Είναι το πιο κρίσιμο στάδιο της ΝΟΣΠΙ.

4. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΕΝΤΡΟΥ ΝΟΣΠΙ

Το Κέντρο ΝΟΣΠΙ στελεχώνεται από το προσωπικό ΕΣΥ ή ΔΕΠ του Τμήματος/ Κλινικής που λειτουργεί το Κέντρο ΝΟΣΠΙ, καθώς και προσωπικού που προσλαμβάνεται για τις ανάγκες της υλοποίησης του ΝΟΣΠΙ. Το προσωπικό του ΝΟΣΠΙ θα πρέπει να είναι ικανό να παρέχει την απαραίτητη και ικανή φροντίδα σε ογκολογικούς ασθενείς και τις οικογένειές τους σε όλα τα στάδια της ογκολογικής νόσου. Οπότε το ΝΟΣΠΙ θα πρέπει να διαχειρίζεται από πολύ εξειδικευμένη ομάδα παρόχων υγείας που συντονίζεται από έμπειρους ογκολόγους και να εργάζεται σε συνεργασία με σχετιζόμενα αντικαρκινικά κέντρα και άλλους παρόχους υγείας ώστε να εγγραφεί μια επαρκή και συντονισμένη συνέχεια στη φροντίδα και μια συνεχή σχέση μεταξύ ογκολογικών ασθενών και θεραπόντων παθολόγων-ογκολόγων.

4.1 Ομάδα ΝΟΣΠΙ

Κάθε Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. λειτουργεί από Ομάδα ΝΟ.ΣΠΙ., η οποία συγκροτείται κατ'ελάχιστο από:

4.1.1 Επιστημονικά Υπεύθυνος του Κέντρου ΝΟΣΠΙ

Είναι ιατρός Παθολόγος-Ογκολόγος, με οργανική θέση στο Νοσοκομείο και έχει την συνολική ευθύνη της διαχείρισης των ασθενών του Κέντρου ΝΟΣΠΙ. Συνεπικουρείται από το προσωπικό ΝΟΣΠΙ και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων που διατίθεται από το Νοσοκομείο Αναφοράς. Είναι υπεύθυνος για την καταγραφή και την ποιότητα των δεδομένων στον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή και δίνει αναφορά στον Διευθυντή της Κλινικής όπου υπάγεται το ΝΟΣΠΙ. Τέλος είναι υπεύθυνος για την επαρκή εκπαίδευση και την έγγραφη συγκατάθεση των φροντιστών, αναφορικά με την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα όπως και για την πιστοποίηση της εκπαίδευσής των στη διαχείριση του ασθενούς στο σπίτι. Σε Κέντρο ΝΟΣΠΙ ο Διοικητής του Νοσοκομείου Αναφοράς δύναται, εφόσον τούτο ενδείκνυται για τη διασφάλιση της παροχής αποτελεσματικών υπηρεσιών ΝΟ.ΣΠΙ., όπως ενδεικτικώς στην περίπτωση που οι ασθενείς ΝΟ.ΣΠΙ. συγκεκριμένου Κέντρου ΝΟ.ΣΠΙ. υπερβαίνουν τους εκατό, να ορίζει δεύτερο επιστημονικά υπεύθυνο/η ιατρό της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. ή να διαθέτει επιτροπέτους ιατρούς ΝΟΣΠΙ.

4.1.2 Ιατρός ΝΟΣΠΙ

Ορίζεται εφόσον τούτο ενδύκνεται κατά τα ανωτέρω και έχει εμπειρία σε διαχείριση ασθενών με σύνθετα προβλήματα τους οποίους παρακολουθεί με επισκέψεις στο σπίτι αλλά και στο Νοσοκομείο, σε συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Κέντρου ΝΟΣΠΙ. Σε συνεργασία με τον επιστημονικά υπεύθυνο και τους νοσηλευτές ΝΟΣΠΙ, οργανώνει το καθημερινό πρόγραμμα των επισκέψεων στο σπίτι, το πρόγραμμα των διεπιστημονικών συναντήσεων για την εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών, συμμετέχει στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των φροντιστών, και φροντίζει για την κάλυψη των φαρμακευτικών αναγκών των ασθενών (συνταγογράφηση). Ελέγχει επίσης την καταγραφή του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενούς.

4.1.3 Νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ

Διαθέτει εμπειρία και έχει την επίβλεψη ασθενών ΝΟΣΠΙ στο σπίτι. Πραγματοποιεί τακτικές επισκέψεις, αξιολογεί την κατάσταση του ασθενή, κάνει παρεμβάσεις σύμφωνα με τις θεσμοθετημένες αρμοδιότητές του, εκτιμά την επάρκεια υποστήριξης και γνώσεων των φροντιστών και καταγράφει τα ευρήματα στον ηλεκτρονικό φάκελο. Επίσης μεταφέρει στην ιατρική ομάδα, τα δεδομένα τηλεφωνικών επικοινωνιών που έχει με τους φροντιστές του ασθενή κατά τακτά χρονικά διαστήματα. Έχει επί πλέον την δυνατότητα χρήσης τηλεϊατρικής, για την αποστολή δεδομένων (πχ. Ηλεκτροκαρδιογράφημα, μελέτη ύπνου, νυκτερινή οξυμετρία κλπ) στον ιατρό του Κέντρου ΝΟΣΠΙ.

4.1.4 Φυσικοθεραπευτής ΝΟΣΠΙ

Διαθέτει εμπειρία στη διαχείριση ασθενών με σύνθετα προβλήματα, έχει την επίβλεψη ασθενών. Παίρνει οδηγίες από τον επιστημονικά υπεύθυνο ιατρό της Μονάδας (μετά από σύσκεψη της ΔΙΕΟ) για το είδος της προτεινόμενης φυσικοθεραπείας, που θα εφαρμοστεί ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Χρησιμοποιεί την τηλε- φυσικοθεραπεία για τους απομακρυσμένους ασθενείς, και για τον έλεγχο της ορθής τεχνικής στην αυτοθεραπεία.

4.1.5 Γραμματεία ΝΟΣΠΙ/Διοικητικός Υπάλληλος

Διατηρεί το αρχείο των ασθενών ΝΟΣΠΙ, διαχειρίζεται τους ιατρικούς ηλεκτρονικούς φακέλους, διοργανώνει τις συναντήσεις των μελών της ομάδας ΝΟΣΠΙ και συνεννιάζεται με τους ιατρούς για την συνταγογράφηση των φαρμάκων και συσκευών. Επίσης είναι ο σύνδεσμος επικοινωνίας των ασθενών με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της ομάδας, κατά τις εργάσιμες ώρες. Τέλος, σε συνεννόηση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, εκδίδει το εβδομαδιαίο πρόγραμμα επισκέψεων των ασθενών.

4.2 Διεπιστημονική Ομάδα ΝΟΣΠΙ (ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ)

Στα μοντέλα ΝΟΣΠΙ για ογκολογικούς ασθενείς, η Ομάδα ΝΟΣΠΙ υποστηρίζεται από διεπιστημονική ομάδα με ορισμένες και αλληλοσυμπληρούμενες ευθύνες. Η Διεπιστημονική Ομάδα ΝΟΣΠΙ (ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ) διασφαλίζει τη συστηματική, εξατομικευμένη και ολιστική παρακολούθηση του ασθενή, με κάλυψη τόσο των κλινικών όσο και των ψυχοκοινωνικών αναγκών. Η ασφαλής διαχείριση του ασθενούς βασίζεται στη συνυπευθυνότητα των μελών της ομάδας, στην έγκαιρη ανταλλαγή πληροφοριών και στην τεκμηρίωση όλων των παρεμβάσεων στον φάκελο. Η Διεπιστημονική Ομάδα Φροντίδας για ΝΟΣΠΙ

ογκολογικών ενηλίκων ασθενών αποτελεί τον βασικό μηχανισμό ασφαλούς, ποιοτικής και συνεχούς φροντίδας στο σπίτι. Η ΔΙΕ.Ο ΝΟΣΠΙ αποτελείται από τον ιατρό ΝΟΣΠΙ (παθολόγο/ογκολόγο), τον νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ και το φυσικοθεραπευτή, και συμπληρώνεται από ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό.

Η ομάδα οφείλει να λειτουργεί σε συνεχή σύνδεση με το νοσοκομείο αναφοράς, να πραγματοποιεί τακτικές διεπιστημονικές συναντήσεις και να εφαρμόζει σαφή πρωτόκολλα επικοινωνίας και κλιμάκωσης.

Η ΔΙΕ.Ο. ΝΟ.ΣΠΙ., πέραν του ιατρικού προσωπικού, του/της υπεύθυνου/ης νοσηλεύτη/τριας και του/της φυσικοθεραπευτή/τριας της Ομάδας ΝΟ.ΣΠΙ. απαρτίζεται από το εξής προσωπικό:

4.2.1 Ψυχολόγος ΝΟΣΠΙ

Επισκεπτεται τον ασθενή και τους φροντιστές στο νοσοκομείο αρχικά και στο σπίτι αργότερα, ελέγχει την ψυχική επάρκεια των φροντιστών και την βούληση τους για την διαχείριση του ασθενή και προβαίνει σε εκτίμηση της ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες του προγράμματος ΝΟΣΠΙ. Συμπληρώνει τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς και ενημερώνει τον ψυχίατρο συνεργάτη ΝΟΣΠΙ και την ΔΙΕΟ για πιθανές βελτιωτικές παρεμβάσεις.

4.2.2 Κοινωνικός λειτουργός ΝΟΣΠΙ

Ελέγχει την οικογενειακή κατάσταση και την καταλληλότητα του οικιακού περιβάλλοντος, στο οποίο πρόκειται να μεταφερθεί ο ασθενής. Επίσης φροντίζει για τις οικονομικές παροχές, που θα στηρίζουν την οικονομία, και την προμήθεια του αναγκαίου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού καθώς και των αναλωσίμων που θα χρειασθούν για τον ασθενή. Τέλος φροντίζει για τρόπους ένταξης του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον.

Η διεπιστημονική ομάδα οφείλει να πραγματοποιεί τακτικές συναντήσεις για την αξιολόγηση της πορείας των ασθενών, την επικαιροποίηση του θεραπευτικού πλάνου και τη λήψη κοινών αποφάσεων. Η συχνότητα αυτών των συναντήσεων προσαρμόζεται στην πολυπλοκότητα των περιστατικών, αλλά η αρχή της συστηματικής επανεκτίμησης είναι θεμελιώδης. Η επικοινωνία μεταξύ των μελών πρέπει να είναι συνεχής, έγκαιρη και τεκμηριωμένη. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ταχεία μεταφορά κλινικών πληροφοριών από τον νοσηλευτή προς την ιατρική ομάδα, η κοινή πρόσβαση σε επικαιροποιημένο φάκελο και η ύπαρξη σαφούς γραμμής επικοινωνίας με τον ασθενή και τον φροντιστή. Η συνυπευθυνότητα των μελών της ομάδας δεν αναιρεί τις ατομικές επαγγελματικές αρμοδιότητες, αλλά ενισχύει τη συνοχή και την ασφάλεια της φροντίδας.



Το Κέντρο ΝΟ.ΣΠΙ. δύναται να υποστηρίζεται, εφόσον απαιτείται από προσωπικό, που διατίθεται από το Νοσοκομείο Αναφοράς και περιλαμβάνει ανάλογα με τις ανάγκες:

Εξειδικευμένος Νοσηλευτής Ογκολογίας

Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής αξιολογεί την κλινική κατάσταση σε κάθε επίσκεψη, εφαρμόζει τις ιατρικές οδηγίες και το εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο, χορηγεί ή υποστηρίζει τη χορήγηση θεραπείας, εκτελεί εξειδικευμένες νοσηλευτικές πράξεις, ελέγχει φλεβικές προσπελάσεις και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και παρακολουθεί για έγκαιρη αναγνώριση τοξικοτήτων ή επιπλοκών. Είναι επίσης υπεύθυνος για την εκπαίδευση του ασθενούς και των φροντιστών, για την τεκμηρίωση των ευρημάτων στον φάκελο, για τη συνεχή ενημέρωση της ομάδας και για τη διασφάλιση της συνέχειας της νοσοκομειακής φροντίδας εκτός νοσοκομείου.

Νοσοκομειακός Φαρμακοποιός

Ο φαρμακοποιός με εμπειρία στην ογκολογία είναι υπεύθυνος για τον έλεγχο της συνταγογράφησης, την επαλήθευση δοσολογιών και αλληλεπιδράσεων, την ασφαλή παρασκευή ή διάθεση των αντικαρκινικών και υποστηρικτικών φαρμάκων, καθώς και για τη διασφάλιση των συνθηκών αποθήκευσης και μεταφοράς. Συμβάλλει στη φαρμακευτική ασφάλεια, στην πρόληψη σφαλμάτων, στη διαχείριση επιστροφών και αποβλήτων και στην ενημέρωση της ομάδας για ζητήματα συμβατότητας και σωστής χρήσης των φαρμάκων στο οικιακό περιβάλλον.

Διατολόγος/Κλινικός Διατροφολόγος

Συμμετέχει όταν υπάρχουν ζητήματα απώλειας βάρους, ανορεξίας, δυσθρεψίας, δυσφαγίας, καχεξίας ή ανάγκης για εξειδικευμένο διατροφικό πλάνο, οδηγίες σίτισης ή εντερικής/παρεντερικής υποστήριξης.

Ομάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας

Η ομάδα ανακουφιστικής φροντίδας ενεργοποιείται όταν ο ασθενής έχει υψηλό φορτίο συμπτωμάτων ή ανάγκη για εξειδικευμένο έλεγχο πόνου, δύσπνοιας, ναυτίας, κόπωσης, άγχους και άλλων πολυπαραγοντικών συμπτωμάτων. Συμβάλλει επίσης στη λήψη δύσκολων αποφάσεων, φροντίδα τέλους ζωής, στην υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας και στη διατήρηση της ποιότητας ζωής κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλεία

5. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΔΟΦ

5.1 Απαιτήσεις εκπαίδευσης και εξειδίκευσης

Η διεπιστημονική ομάδα ΝΟΣΠΙ για ογκολογικούς ενήλικες ασθενείς απαιτεί στελέχωση με επαγγελματίες που διαθέτουν κατάλληλη βασική εκπαίδευση, κλινική εμπειρία, εξειδικευμένη ογκολογική κατάρτιση, τεκμηριωμένες δεξιότητες κλινικής αξιολόγησης και ασφαλούς διαχείρισης της φροντίδας στο σπίτι. Η εξειδίκευση της ομάδας πρέπει να περιλαμβάνει συνδυασμό ογκολογικής γνώσης, κλινικής αξιολόγησης στο σπίτι, διαχείρισης συμπτωμάτων και επιπλοκών, ανακουφιστικής/ υποστηρικτικής φροντίδας, ψηφιακής επάρκειας και συντονισμού μεταξύ νοσοκομείου, κοινότητας και οικογένειας.

5.2 Κοινές δεξιότητες για όλα τα μέλη της ΔΟΦ

Κλινικές δεξιότητες

- ολοκληρωμένη κατ' οίκον αξιολόγηση ασθενούς και οικιακού περιβάλλοντος
- ασφαλής φαρμακευτική χορήγηση
- αναγνώριση red flags και ογκολογικών επειγόντων
- επείγουσα αντιμετώπιση μέχρι τη διακομδή
- διαχείριση συμπτωμάτων



Δεξιότητες επικοινωνίας

- επικοινωνία με ευάλωτους ασθενείς και οικογένειες στο περιβάλλον τους
- shared decision-making και σεβασμός των προτιμήσεων φροντίδας
- συζήτηση δύσκολων θεμάτων, όπως πρόγνωση
- σαφής διατύπωση οδηγιών προς ασθενή και φροντιστή
- δεξιότητες διαπολιτισμικής επικοινωνίας

Οργανωτικές και ψηφιακές δεξιότητες

- συντονισμός υπηρεσιών μεταξύ ΝΟΣΠ, ογκολογικής κλινικής, ΤΕΠ, πρωτοβάθμιας φροντίδας, ανακουφιστικής ομάδας και διακομιδής
 - χρήση τηλεϊατρικής, remote παρακολούθησης και ηλεκτρονικού φακέλου
 - βασικές αρχές τεκμηρίωσης
- Δεξιότητες ασφάλειας και ποιότητας
- πρόληψη και έλεγχος λοιμώξεων
 - τήρηση πρωτοκόλλων
 - ασφαλής χορήγηση αγωγής

5.3 Συνεχιζόμενη κατάρτιση και αξιολόγηση επάρκειας

Όλα τα μέλη της ΔΟΦ οφείλουν να συμμετέχουν σε συνεχιζόμενη εκπαίδευση και σε προγράμματα κλινικής και επικοινωνιακής ενδυνάμωσης, με τακτική ανανέωση γνώσεων σε θέματα ογκολογίας, ανακουφιστικής φροντίδας, ασφάλειας φαρμάκων, λοιμώξεων και τηλεϊατρικής.

5.4 Εκπαιδευτικές απαιτήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού

Ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται στην εκπαίδευση των νοσηλευτών, δεδομένου ότι αποτελούν κεντρικό άξονα του μοντέλου ΝΟΣΠΙ. Η εκπαίδευσή τους οφείλει να περιλαμβάνει ασφαλή χορήγηση αγωγής, αναγνώριση ανεπιθύμητων ενεργειών, πρόληψη λαθών, διαχείριση φλεβικών προσπελάσεων (PICC/Port/CVC), χρήση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, έλεγχο του οικιακού περιβάλλοντος, εκπαίδευση ασθενών και φροντιστών και χρήση ψηφιακών εργαλείων παρακολούθησης.

6. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, σημαντικό μέρος της παρακολούθησης και της καθημερινής διαχείρισης μεταφέρεται από το νοσοκομείο στο σπίτι, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη συστηματική εκπαίδευση στην αναγνώριση σημείων επιδείνωσης, στη διαχείριση συμπτωμάτων, στην ασφαλή χρήση φαρμάκων και στην έγκαιρη επικοινωνία με την ομάδα. Η τυποποιημένη εκπαίδευση ασθενούς και φροντιστή ενισχύει την ασφάλεια, τη συνέχεια της φροντίδας και την αποτελεσματικότητα του μοντέλου ΝΟΣΠΙ. Η εκπαίδευση δεν πρέπει να θεωρείται συμπληρωματική πράξη, αλλά ουσίωδης κλινική παρέμβαση και αναπόσπαστο στοιχείο της φροντίδας

6.1 Ορισμός

Η θεραπευτική εκπαίδευση ασθενούς αποτελεί δομημένη, ανθρωποκεντρική και συνεχή διαδικασία μάθησης, η οποία υποστηρίζει τους ασθενείς να αποκτήσουν γνώσεις, δεξιότητες και αυτοπεποίθηση σχετικές με την αυτοδιαχείριση της κατάστασής τους και παρέχεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας.

6.2 Εκπαιδευτικοί στόχοι

- να αναγνωρίζουν έγκαιρα red flags και να επικοινωνούν έγκαιρα με το κατάλληλο μέλος της ομάδας ή την αρμόδια υπηρεσία
- να εφαρμόζουν σωστά τις οδηγίες λήψης φαρμάκων και ασφαλούς αποθήκευσης/χειρισμού
- να συμμετέχουν στη βασική διαχείριση συχνών συμπτωμάτων στο σπίτι

- να χρησιμοποιούν με ασφάλεια γραμμές, αντλίες, οξυγόνο ή άλλο εξοπλισμό όπου υπάρχει
- να κατανοούν το ημερήσιο πλάνο παρακολούθησης, τα όρια της ΝΟΣΠΙ και τα κριτήρια επανεκτίμησης/διακομίδης
- να μειώνεται η επιβάρυνση του φροντιστή

6.3 Βασικά σημεία της εκπαιδευτικής διαδικασίας

- Η εκπαίδευση περιλαμβάνει τον ασθενή, τον φροντιστή και, όπου απαιτείται, άλλα υποστηρικτικά πρόσωπα, ανάλογα με την ικανότητα του ασθενούς να αναλαμβάνει την αυτοδιαχείριση της φροντίδας.
- Η εκπαιδευτική διαδικασία ξεκινά πριν ή κατά την ένταξη στο ΝΟΣΠΙ και επαναλαμβάνεται σε κάθε κλινική μεταβολή, καθώς και όποτε μεταβάλλονται οι εκπαιδευτικές ανάγκες.
- Έμφαση δίνεται σε πρακτικές οδηγίες και δεξιότητες καθημερινής διαχείρισης και όχι μόνο σε γενική θεωρητική ενημέρωση.
- Η εκπαίδευση είναι εξατομικευμένη, επαναλαμβανόμενη, κατανοητή και προσαρμόζεται:
 - στη διάγνωση
 - στο θεραπευτικό σχήμα
 - στη βαρύτητα της νόσου
 - στο φορτίο συμπτωμάτων
 - στις γνωστικές και λειτουργικές ικανότητες
 - στις γλωσσικές και πολιτισμικές ανάγκες
 - στις συνθήκες του οικιακού περιβάλλοντος
- Η εκπαίδευση σχεδιάζεται με βάση:
 - τις μαθησιακές ανάγκες του ασθενούς,
 - τις δυνατότητές του,

- τις προτιμήσεις του,
- και την ετοιμότητά του να μάθει.
- Η κατανόηση του ασθενούς και του φροντιστή επιβεβαιώνεται συστηματικά και τεκμηριώνεται στον φάκελο φροντίδας.
- Η ευθύνη της εκπαίδευσης είναι διεπιστημονική, με ορισμένο κύριο συντονιστή της εκπαιδευτικής διαδικασίας.

6.4 Επάρκεια εκπαιδευτών

Ο επαγγελματίας υγείας που εκπαιδεύει ασθενείς και φροντιστές πρέπει να είναι εκπαιδευμένος και να διαθέτει:

- γνώση της πάθησης
- δεξιότητες επικοινωνίας, εκπαίδευσης ενηλίκων και σχετικών μοντέλων
- ικανότητα αναγνώρισης αναγκών αυτοδιαχείρισης
- ικανότητα εξατομίκευσης του περιεχομένου
- ικανότητα ενδυνάμωσης ασθενούς και φροντιστή
- γνώση αλλαγής συμπεριφοράς
- οργανωτικές ικανότητες
- γνώση των ρόλων των άλλων επαγγελματιών
- ικανότητα συνεργασίας με άλλα μέλη της ομάδας
- ικανότητα διατήρησης αποτελεσματικών διαεπαγγελματικών σχέσεων .
- ικανότητα τεκμηρίωσης, παρακολούθησης και επαναξιολόγησης της εκπαιδευτικής διαδικασίας

6.5 Εκπαιδευτικές μέθοδοι και υλικά

Η εκπαίδευση παρέχεται με συνδυασμό μεθόδων, όπως:

- προφορικές οδηγίες σε απλή γλώσσα
- γραπτό εκπαιδευτικό υλικό ανά ασθενή/θεραπεία
- επίδειξη και επανεπίδειξη σε εξοπλισμό και τεχνικές
- μέθοδος teach-back για επιβεβαίωση κατανόησης
- τηλεφωνική ή τηλεϊατρική επανεκπαίδευση
- ημερολόγιο συμπτωμάτων και λήψης φαρμάκων
- σύντομη κάρτα red flags και τηλεφώνων επικοινωνίας

6.6 Περιεχόμενο εκπαίδευσης

6.6.1 Γενικός προσανατολισμός στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ

- Ο ασθενής και ο φροντιστής ενημερώνονται για τον σκοπό της υπηρεσίας, τις διαδικασίες επικοινωνίας με την υπηρεσία, τον ρόλο κάθε μέλους της ομάδας, τα όρια του προγράμματος και το σχέδιο επανεισαγωγής όταν απαιτείται.

6.6.2 Αναγνώριση σημείων επιδείνωσης

- Ασθενής και φροντιστής ενημερώνονται για τα επείγοντα ή ανησυχητικά συμπτώματα, τα βασικά red flags.
- Αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς
- Στόχος είναι η έγκαιρη επικοινωνία με την ομάδα ή επείγουσα παραπομπή.

6.6.3 Διαχείριση συμπτωμάτων στο σπίτι

- Η εκπαίδευση καλύπτει οδηγίες για διαχείριση συμπτωμάτων
- διευκρινίζεται τότε οι συνθήκες παρεμβάσεις δεν επαρκούν

- σαφής διάκριση μεταξύ συνήθων παρεμβάσεων και ενδείξεων άμεσης επικοινωνίας με την ομάδα

6.6.4 Ασφαλής διαχείριση φαρμάκων

Η εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει:

- ονομασία φαρμάκου
- σκοπό χορήγησης
- δοσολογία και ωράριο
- πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες
- ενέργειες σε περίπτωση παράλειψης δόσης
- ασφαλή αποθήκευση
- δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε συμμόρφωση, προφυλάξεις χειρισμού και αναφορά τοξικοτήτων.

6.6.5 Εξοπλισμός και αγγειακές γραμμές

Σε ασθενείς με PICC/Port/CVC, αντλίες έγχυσης, οξυγονοθεραπεία, στομίες ή άλλα βοηθήματα, παρέχεται πρακτική εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής, ασφαλή χειρισμό, πρόληψη επιπλοκών και αναγνώριση δυσλειτουργίας.

6.6.6 Διατροφή, ενυδάτωση, κινητοποίηση και πρόληψη πτώσεων

Παρέχονται εξατομικευμένες οδηγίες για πρόσληψη υγρών, γευμάτων, στίση, πρόληψη δυσκολότητας, ασφαλή κινητοποίηση, μείωση κινδύνου πτώσης, προσωπική φροντίδα.

6.6.7 Επικοινωνία με την ομάδα ΝΟΣΠΙ

Ο ασθενής και ο φροντιστής χρειάζονται σαφείς οδηγίες:

πότε επικοινωνούν

πώς επικοινωνούν

με ποιον επικοινωνούν

ποια συμπτώματα ή στοιχεία αναφέρουν

Πρέπει να είναι σαφές πότε απαιτείται άμεση επικοινωνία με την ομάδα ΝΟΣΠΙ. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε μοντέλα με τηλεπαρακολούθηση ή τηλεφωνικό triage.

6.6.8 Επανεκτίμηση και επανεκπαίδευση

Σε κάθε επίσκεψη κατ' οίκον, ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ επαναξιολογεί:

την επάρκεια των δεξιοτήτων του ασθενή και του φροντιστή

την ετοιμότητά του να ανταποκριθεί σε επείγουσα κατάσταση

και τυχόν νέα εκπαιδευτικά κενά.

Η διαδικασία εκπαίδευσης επαναλαμβάνεται κάθε φορά που μεταβάλλεται η κλινική κατάσταση του ασθενούς ή όταν προκύπτει νέα ανάγκη φροντίδας.

6.6.9 Στόχοι φροντίδας και προτιμήσεις

Όταν είναι κλινικά σκόπιμο, η εκπαίδευση εντάσσεται σε ευρύτερη συζήτηση για στόχους φροντίδας, προτιμήσεις, προστιμήςεις, πρότυπα φροντίδας και advance care planning.

7. Διαδικασία εφαρμογής

7.1 Αρχική αξιολόγηση

Κατά την ένταξη στο πρόγραμμα, ο επισημημονικός υπεύθυνος/ιατρός ΝΟΣΠ αξιολογεί , την ύπαρξη φροντιστή, την επιβάρυνση του φροντιστή, την καταλληλότητα του οικιακού περιβάλλοντος και την πιθανότητα ύπαρξης κενών στην κατανόηση και εφαρμογή των οδηγιών.

7.2 Αρχική εκπαίδευση φροντιστή

Η αρχική εκπαίδευση ολοκληρώνεται πριν από την πρώτη σημαντική θεραπευτική παρέμβαση στο σπίτι. Χρησιμοποιούνται απλή γλώσσα, επίδειξη, γραπτό υλικό και teach-back.

7.3 Επανεκπαίδευση φροντιστή

Επανεκπαίδευση γίνεται σε κάθε αλλαγή θεραπείας, νέο σύμπτωμα, εμφάνιση παρενέργειας, αλλαγή φροντιστή, επανεισαγωγή ή κατά την επάνοδο στο σπίτι μετά 0, από νοσηλεία.

7.4 Τεκμηρίωση

Κάθε εκπαιδευτική παρέμβαση τεκμηριώνεται σε ειδικό πεδίο του φακέλου με ημερομηνία, θεματολογία, εκπαιδευτή, αποδέκτη, βαθμό κατανόησης και τυχόν ανάγκη επανάληψης.

7.5 Επανεκτίμηση

Όταν από την επανεκτίμηση προκύπτει ότι ο ασθενής ή ο φροντιστής αδυνατούν να διαχειριστούν με ασφάλεια το θεραπευτικό σχέδιο, η ομάδα επανεξετάζει τη σκοπιμότητα παραμονής στο ΝΟΣΠ και ενεργοποιεί σχέδιο επανεκτίμησης ή διακομίδης.

7.6 Κριτήρια αποτελεσματικής εκπαίδευσης

- ο ασθενής ή/και ο φροντιστής μπορούν να περιγράψουν τα κύρια red flags
- μπορούν να αναφέρουν σωστά το βασικό πλάνο φαρμάκων και οδηγίες ασφαλούς πρακτικής

- γνωρίζουν πότε και πώς επικοινωνούν με την υπηρεσία
- μπορούν να επιδείξουν ασφαλή χειρισμό εξοπλισμού
- η ομάδα έχει τεκμηριώσει επαρκή κατανόηση ή έχει ορίσει σχέδιο επανεκπαίδευσης

8. ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑ ΟΙΚΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Πριν την εγκατάσταση του ασθενούς στο σπίτι, γίνεται λεπτομερής έλεγχος του χώρου στον οποίο θα εγκατασταθεί ο ασθενής. Ο έλεγχος γίνεται αρχικά, από την κοινωνική λειτουργό και επιβεβαιώνεται από τον ιατρό (παθολόγο-ογκολόγο) και τον νοσηλευτή ΝΟΣΠ κατά την πρώτη επίσκεψη.

Η καταλληλότητα του οικιακού περιβάλλοντος αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ένταξη ασθενών στο πρόγραμμα **ΝΟΣΠ (Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι)**. Η αξιολόγηση του χώρου γίνεται από εξειδικευμένο προσωπικό (ιατρούς/νοσηλευτές) πριν την έναρξη της φροντίδας, ώστε να διασφαλιστεί η ασφάλεια του ασθενή.

8.1 Βασικές Απαιτήσεις Διαμόρφωσης Οικιακού Περιβάλλοντος (ΝΟΣΠ) :

- **Ασφαλής Χώρος Νοσηλείας:** Το σπίτι πρέπει να διαθέτει κατάλληλο δωμάτιο για τον ασθενή, που επιτρέπει την πρόσβαση και κίνηση της ομάδας υγείας.
- **Υποδομές Εξοπλισμού:** Πρέπει να υπάρχει επάρκεια χώρου για την εγκατάσταση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού που απαιτείται για τη θεραπεία.
- **Υγιεινή και Ασφάλεια:** Το περιβάλλον πρέπει να πληροί συνθήκες καθαριότητας, επαρκούς φωτισμού και θέρμανσης/κλιματισμού.
- **Δίκτυο Υποστήριξης:** Απαραίτητη είναι η παρουσία φροντιστή (οικογένεια) που θα εκπαιδευτεί από την ομάδα του ΝΟΣΠ.

8.2 Διαδικασία Αξιολόγησης

Η Διεπιστημονική Ομάδα ΝΟΣΠ αξιολογεί αν η οικία είναι κατάλληλη, εξασφαλίζοντας ότι η μεταφορά φαρμακευτικών θεραπειών και η παροχή νοσηλείας γίνονται με ασφάλεια.

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε ασθενείς με χρόνια ή σοβαρά νοσήματα (καρκίνος, αναπνευστικά κ.ά.) που χρήζουν νοσοκομειακής φροντίδας αλλά μπορούν να τη λάβουν στο σπίτι.

Η καταλληλότητα του οικιακού περιβάλλοντος για το πρόγραμμα **Νοσηλείας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)** στην Ελλάδα καθορίζεται από συγκεκριμένα κριτήρια που διασφαλίζουν ότι ο ασθενής μπορεί να λάβει νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδα με ασφάλεια. Η αξιολόγηση γίνεται από τη ΔΙΕΟ ΝΟΣΠΙ.

8.3 Βασικές Προϋποθέσεις Καταλληλότητας Σπιτιού

- **Υποδομές & Προσβασιμότητα:**
 - **Χώρος Νοσηλείας:** Ύπαρξη κατάλληλου, καθαρού και άνετου δωματίου για τον ασθενή.
 - **Πρόσβαση:** Εύκολη πρόσβαση στο σπίτι για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και δυνατότητα μεταφοράς ιατρικού εξοπλισμού.
 - **Ασφάλεια Χώρου:** Απουσία κινδύνων για πτώσεις (π.χ. χαλαρά χαλιά, κακός φωτισμός).
 - **Υγιεινή:** Λειτουργική τουαλέτα και μπάνιο, ιδανικά με δυνατότητα πρόσβασης για άτομα με μειωμένη κινητικότητα.
- **Ασφαλές Περιβάλλον (Safety Check):**
 - **Ηλεκτρολογική Ασφάλεια:** Ασφαλείς πρίζες και επάρκεια ρεύματος για συσκευές (π.χ. αντλίες, οξυγόνο).
 - **Θέρμανση/Αερισμός:** Δυνατότητα διατήρησης κατάλληλης θερμοκρασίας και επαρκούς αερισμού του χώρου.
 - **Πυρασφάλεια:** Ύπαρξη πυροσβεστήρα ή μέτρων πρόληψης πυρκαϊάς.
- **Υποστηρικτικό Περιβάλλον (Κοινωνικά Κριτήρια):**
 - **Φροντιστής:** Ύπαρξη υπεύθυνου φροντιστή (οικογένεια ή βοηθός) που θα βρίσκεται στο σπίτι και θα εκπαιδεύει από την ομάδα ΝΟΣΠΙ.
 - **Επικοινωνία:** Ύπαρξη τηλεφώνου για άμεση επικοινωνία με την ομάδα υγείας.

Τι δεν καθιστά το σπίτι κατάλληλο:

- Έλλειψη βασικών υποδομών (νερό, ρεύμα, θέρμανση).

- Περιβάλλον που κρίνεται ανθυγιεινό ή μη ασφαλές για τον ασθενή.
- Η τελική έγκριση δίνεται αφού η ομάδα ΝΟΣΠΙ επισκεφθεί το σπίτι και διαπιστώσει ότι πληρούνται οι συνθήκες ασφαλούς νοσηλείας, ανάλογες με αυτές του νοσοκομείου.

Απαραίτητες προϋποθέσεις:

- Εύκολη πρόσβαση στο δωμάτιο του ασθενή
- Άνεση χώρου γύρω από την κλίνη του ασθενή
- Ύπαρξη κεντρικής παροχής ηλεκτρικού ρεύματος και νερού στο σπίτι
- Τηλεφωνική σύνδεση στο χώρο

Επίσης, ανάλογα με τις ανάγκες, διασφαλίζεται η ασφαλής εγκατάσταση συσκευών οξυγονοθεραπείας – μακριά από εστίες θερμότητας.

9. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΤΑΚΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ (ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗ-ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΟΣΠΙ / ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ)

Πριν την πανδημία του COVID-19 οι έννοιες της ψηφιακής υγείας και της τηλευγείας ήταν σπάνιες στην παγκόσμια ογκολογική καθημερινή πρακτική. Εντός της κλινικής έρευνας, έχει περάσει μια δεκαετία όπου το ενδιαφέρον για τη χρήση της τεχνολογίας για την αύξηση της πρόσβασης στη φροντίδα, την επεκτασιμότητα και την μείωση του κόστους. Με την παρέμβαση μέσω διαδικτύου (βιντεοκλήσεις, εφαρμογές μέσω κινητών τηλεφώνων, ιστοσελίδες) και τηλεφώνων μπορεί να μειώσει τις καθυστερήσεις στην ογκολογική φροντίδα και την επέκταση της πρόσβασης σε παρεμβάσεις προς την κατεύθυνση της πρόληψης και ελέγχου του καρκίνου, παρακολούθηση, υποστηρικτική αγωγή και λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας και των επικοινωνιών και ως αποτέλεσμα νέες τεχνολογικές εφαρμογές έχουν εισβάλλει σε όλους τους τομείς των επιστημών, όπως και στον τομέα της υγείας. Έννοιες όπως η τηλειατρική, η τηλεφροντίδα και τηλευγεία και άλλες με πρόθεμα «τηλε-» που εκφράζει εν γένει τη δυνατότητα παροχής υπηρεσιών «από απόσταση» έχουν μπει σε καθημερινή διαβούλευση. Η αντιμετώπιση



των σύνθετων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς ΝΟΣΠ, επιβάλλει τη δυνατότητα έγκαιρης και τεκμηριωμένης εκπαίδευσης και ενημέρωσης των φροντιστών ώστε να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της φροντίδας του ογκολογικού ασθενούς με επιτυχία.

Εφαρμογές τηλειατρικής και τηλεφροντίδας στη χώρα μας έχουμε από τη δεκαετία του 1980 αλλά με περιορισμένες δυνατότητες. Σήμερα βρίσκεται σε εξέλιξη η πιο εξελιγμένη μορφή τηλεφροντίδας (τρίτη γενιά), η οποία βασίζεται σε ψηφιακή τεχνολογία μορφής με τη δυνατότητα να αναπτύσσονται εφαρμογές που να μπορούν δυνητικά να εντοπίζουν πιθανά προβλήματα του χρήστη, πριν ακόμη αυτά εκδηλωθούν, ώστε να γίνεται προληπτική παρέμβαση.

Μέσω της τηλεφροντίδας, οι επαγγελματίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν εξ' αποστάσεως νοσηλευτική φροντίδα, με τη συλλογή δεδομένων, την παρακολούθηση, την εκπαίδευση, αλλά και κάποιες παρεμβάσεις, όπως ενδεικτικά την παρακολούθηση συμμόρφωσης στην αγωγή, την αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου, την υποστήριξη της οικογένειας και τη διεπιστημονική παροχή φροντίδας με έναν καινοτόμο τρόπο. Οι εφαρμογές της τηλειατρικής ανοίγουν τον δρόμο για νέες μεθόδους στην παροχή φροντίδας των ογκολογικών ασθενών, αξιοποιώντας τα υπάρχοντα τεχνολογικά εργαλεία. Πλέον η τηλενοσηλευτική έχει αρχίσει να εφαρμόζεται σε πολλές χώρες και ιδίως στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, είναι πολύ ανεπτυγμένη και χρησιμοποιείται σε διάφορες μορφές παροχής φροντίδας.

Παραδείγματα αποτελεσματικής εφαρμογής των υπηρεσιών αυτών περιλαμβάνουν το απομακρυσμένο monitoring (με εμφυτεύσιμες ή φορητές ψηφιακές συσκευές καταγραφής), την εκπαίδευση (διαμέσου πληροφοριακής βάσης), τον έλεγχο βαθμού συμμόρφωσης (π.χ. με mobile apps ή ψηφιακές συσκευές καταγραφής της χρήσης), τις εφαρμογές προγραμματισμού ραντεβού και υπενθύμισης για τον τακτικό έλεγχο και την αμφίδρομη χρήση της πληροφορίας για εφαρμογή θεραπειών τόσο στα κέντρα αναφοράς αλλά και στις απομακρυσμένες περιοχές.

Ως ηλεκτρονική υγεία (e-Health) εννοούμε την παροχή υπηρεσιών υγείας, υποβοηθούμενη από ηλεκτρονικά μέσα. Περιλαμβάνει δίκτυα πληροφοριών για την υγεία, ηλεκτρονικά μητρώα υγείας, υπηρεσία τηλειατρικής, συστήματα διαχείρισης χρόνιων πασχόντων και συστήματα τηλε-φροντίδας για την παρακολούθηση και στήριξη ασθενών/ατόμων σε ανάγκη και των οικείων τους.



Συχνά χρησιμοποιείται και ο όρος τηλε-υγεία (Tele-Health) που είναι η χρήση ψηφιακών τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνιών, όπως υπολογιστές, έξυπνες κινητές συσκευές (m-Health), κινητά τηλέφωνα (smartphones) και tablets, προσωπικοί ψηφιακοί βοηθοί (PDAs) και άλλες ασύρματες συσκευές, για την εξ' αποστάσεως πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Αυτές μπορεί να είναι τεχνολογίες που μπορεί να χρησιμοποιεί ο ασθενής από το σπίτι ή που χρησιμοποιεί ο ιατρός, ο νοσηλευτής ή ο φυσιοθεραπευτής.

ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗ (TELEMEDICINE):

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τηλεϊατρική είναι «η παροχή ιατρικής περίθαλψης -σε περιπτώσεις που η απόσταση είναι κρίσιμος παράγοντας -από όλους τους επαγγελματίες του χώρου της Υγείας χρησιμοποιώντας τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών για την ανταλλαγή έγκυρης πληροφορίας για τη διάγνωση, αγωγή και πρόληψη ασθενειών, την έρευνα και εκτίμηση, όπως και τη συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και για όλα αυτά που βρίσκονται στο πεδίο ενδιαφέροντος για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας της κοινωνίας».

ΤΕΛΕΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ:

Με τον όρο τηλε-συμβουλευτική ορίζεται η δυνατότητα παροχής μιας ιατρικής επίσκεψης εξ' αποστάσεως μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας με τη χρήση ασφαλών τεχνικών μέσων και τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών, έχοντας πρόσβαση σε αναγκαίες πληροφορίες (ιατρικό ιστορικό, βιομετρικοί παράμετροι).

ΤΗΛΕΦΡΟΝΤΙΔΑ (Telecare):

Η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών και άλλων τεχνολογιών τηλεπικοινωνιών, μαζί με συσκευές μέτρησης και παρακολούθησης στο σπίτι, για την αξιολόγηση συγκεκριμένων παραμέτρων υγείας των εξωτερικών ασθενών και για την παρακολούθηση της δραστηριότητά τους, τη διαβούλευση με ασθενείς (παροχή συμβουλών ή ανατροφοδότησης για την κατάσταση τους) και κλινικούς συναδέλφους για την παροχή υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας στους ασθενείς στο σπίτι τους. Οι πάροχοι τηλεφροντίδας είναι κυρίως νοσηλευτές αλλά και άλλοι επαγγελματίες υγείας που προσφέρουν φροντίδα στο σπίτι στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής ομάδας.

ΤΗΛΕΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ (Telenursing):

Η χρήση τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών για την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών μέσω υπολογιστών και κινητών συσκευών. Η νοσηλευτική φροντίδα παύει να περιορίζεται στο κλινικό περιβάλλον, οι ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση στους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα πρωτοβάθμιας υγείας, από οποιαδήποτε τοποθεσία. Η τηλε-νοσηλευτική επιτρέπει στους ασθενείς να συνδέονται και να επικοινωνούν με τους νοσηλευτές μέσω κινητών τηλεφώνων, υπολογιστών, εφαρμογών για κινητά, τεχνολογίας βίντεο και απομακρυσμένης παρακολούθησης ασθενών. Οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν μια ποικιλία εργαλείων κατά την παροχή τηλεφροντίδας, να ελέγχουν και να αξιολογούν τακτικά συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών μέσω εξ' αποστάσεως παρακολούθησης, στα πλαίσια ενός δομημένου σχεδίου φροντίδας ή ενός κλινικού αλγορίθμου.

Οι δυνητικές εφαρμογές της τηλειατρικής και τηλεφροντίδας στους ογκολογικούς ασθενείς:

1. Εφαρμογή στην επilogή-διαχωρισμό των ογκολογικών ασθενών (triage) στην πρωτοβάθμια φροντίδα
2. Η εφαρμογή ενός διαδικτυακού προγράμματος εκπαίδευσης των φροντιστών των ογκολογικών ασθενών
3. Δοκιμή ηλεκτρονικής εφαρμογής για την εκτίμηση και παρακολούθηση των αναγκών των ογκολογικών ασθενών
4. Ηλεκτρονική εφαρμογή ενημέρωσης και εκπαίδευσης των φροντιστών-οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενών με καρκίνο για τη διαχείριση της φροντίδας στο σπίτι
5. Εφαρμογή μιας καινοτόμου μεθόδου τηλε-νοσηλευτικής για το συντονισμό της φροντίδας ογκολογικών ασθενών
6. Εξέταση ενός μοντέλου τηλε-υγείας εφαρμοσμένο από ογκολογικούς νοσηλευτές για το συντονισμό της φροντίδας ογκολογικών ασθενών με σύνθετα προβλήματα

9.1 Ψηφιακά Εργαλεία – Προϋποθέσεις εφαρμογής και οφέλη

Ως «Ψηφιακά Εργαλεία» ορίζονται οι διάφορες συσκευές που χρησιμοποιούνται στη συλλογή πληροφοριών σχετικών με την υγεία του ασθενή. Παραδείγματα τέτοιων είναι: ηλεκτρονικές συσκευές διασύνδεσης (laptops, tablets) ,smart watches (για την καταγραφή ΗΚΓ,HR, οξύμετρία, φυσικής δραστηριότητας), φορητά σπιρόμετρα για παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας), εμφυτεύσιμες συσκευές (απινιδωτές, υποδερμικές κάψουλες καταγραφής, βηματοδότες, παλμικά οξύμετρα), συσκευές συνεχούς έγχυσης (π.χ. συσκευές έγχυσης ινοτρόπων που δίνουν πληροφορίες για τη ροή , το

ρυθμό έγχυσης, την ΑΠ του ασθενούς κλπ) και τέλος ψηφιακές συσκευές εξέτασης (ψηφιακά στηθοσκόπια, υπέρηχοι, ΗΚΓγράφοι που παρέχουν ψηφιακά τα δεδομένα σε πραγματικό χρόνο.

Προϋποθέσεις για την ανάπτυξη και λειτουργία των ψηφιακών εργαλείων:

- Η ανάπτυξη σχεδίων μοιρασμένης φροντίδας από διάφορους επαγγελματίες υγείας για υπηρεσίες υγείας για υπηρεσίες ΝΟΣΠΙ (τόσο για την υποστήριξη των ασθενών, όσο και για τη διαχείριση της πορείας των ασθενών με εργαλεία εκτίμησης /αξιολόγησης αναγκών, παράμετροι monitoring και παρακολούθησης κλπ).
- Η ανάπτυξη Εθνικού Μητρώου ΝΟΣΠΙ, το οποίο θα λειτουργεί με υφιστάμενα μητρώα ασθενών σχετικών με τις υπηρεσίες ΝΟΣΠΙ ογκολογικών νοσημάτων. Στο Μητρώο ΝΟΣΠΙ θα καταγράφεται το σύνολο των παραμέτρων που θα πρέπει διαχρονικά και ολοκληρωμένα να παρακολουθούνται για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΝΟΣΠΙ, ακόμα και μέσω ψηφιακών εργαλείων παρακολούθησης και monitoring, 24ωρης καταγραφής, με alarms, με στοιχεία ποιότητας διαχείρισης κλπ.
- Ο προσδιορισμός ενός βασικού σετ παραμέτρων (βιοδεικτών) για την παροχή των υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ (όπως η ΑΠ, η οξύμετρία, οι βασικές απαγωγές ηλεκτροκαρδιογραφήματος, ο αναπνευστικός ρυθμός και στοιχεία του αναπνευστήρα κ.α.)
- Η ανάπτυξη διεπιστημονικών πρωτοκόλλων τηλεσυμβουλευτικής.
- Η ανάπτυξη δεικτών audit για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ και την εφαρμογή των πρωτοκόλλων τηλεσυμβουλευτικής και των σχεδίων φροντίδας
- Η διερεύνηση της δυνατότητας 24ωρης online consultation η οποία είναι εκ των ων ουκ άνευ για το εγχείρημα του ΝΟΣΠΙ. Απαιτείται ο σχεδιασμός αυτής της υπηρεσίας όσον αφορά τόσο την τεχνολογική-ψηφιακή υποστήριξη όσο και στην πρόβλεψη αποζημίωσης των ιατρών που θα συμμετέχουν
- Η διαμόρφωση προδιαγραφών για την πιστοποίηση ψηφιακών εργαλείων και εφαρμογών που θα υποστηρίζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες
- Η παραμετροποίηση της υφιστάμενης πλατφόρμας τηλεσυμβουλευτικής για την παροχή υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ

- Η ανάπτυξη του αναγκαίου θεσμικού πλαισίου για την παροχή υπηρεσιών ΝΟΣΠ
- Η διασφάλιση της αποζημίωσης των επαγγελματιών υγείας από τον ΕΟΠΥΥ των παρεχόμενων υπηρεσιών για τους ογκολογικούς ασθενείς
- Η ανάπτυξη εργαλείων εξ αποστάσεως εκπαίδευσης των συμμετεχόντων στις υπηρεσίες ΝΟΣΠ (εκπαίδευση ογκολογικών ασθενών στην αυτοφροντίδα, εκπαίδευση φροντιστών και επαγγελματιών υγείας, webinars, infographic-animated οδηγών)

Τα οφέλη από την εφαρμογή των υπηρεσιών τηλειατρικής-τηλεφροντίδας στη ΝΟΣΠ είναι πολλαπλά, όπως:

- Ελάττωση του κόστους
- Εξοικονόμηση χρόνου
- Συστηματικότερος έλεγχος της κατάστασης του ογκολογικού ασθενούς και εντόπιση πιθανών προβλημάτων ή επιδείνωσης της υγείας του.
- Αύξηση της εμπιστοσύνης μεταξύ επαγγελματιών υγείας, ογκολογικού ασθενούς και φροντιστών-οικογένειας

10. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ - ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ (ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥ)

10.1 Πόνος

10.1.1 Εισαγωγή/Ορισμός

Ο πόνος εμφανίζεται στο 55% των ασθενών που λαμβάνουν αντικαρκινική θεραπεία και στο 66% όσων έχουν προχωρημένη, μεταστατική ή τελικού σταδίου νόσο. Ο πόνος στον καρκίνο μπορεί να οφείλεται σε διαφορετικούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς και ορίζεται ως μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή ιστική βλάβη. Στόχος της αντιμετώπισής του είναι η ανακούφιση σε βαθμό που να διατηρείται μια αποδεκτή ποιότητα ζωής.

10.1.2 Ταξινόμηση Πόνου

Οξύς Πόνος



Χρόνιος Πόνος

Αλγαισθητικός Πόνος

Σωματικός

Σπλαχνικός

Νευροπαθητικός Πόνος

Ψυχογενής Πόνος

Μεικτός Πόνος

10.1.3 Ανάλυση των αναλγητικών φαρμακευτικών παραγόντων

Μη οπιοειδή (Παρακεταμόλη, Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη)

Οπιοειδή

Ασθενή

Ισχυρά

Άλλοι επικουρικοί παράγοντες (Adjuvant)

Στεροειδή

Αντικαταθλιπτικά

Αντιεπιληπτικά

Διφωσφωνικά

10.1.4 Αξιολόγηση Πόνου

Αναλγητική Κλίμακα Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Καταγραφή Έντασης Πόνου (Αριθμητική Κλίμακα 0-10)

0: απουσία πόνου

1-3: ήπιος πόνος

4-6: μέτριος πόνος

7-10: Σοβαρός πόνος

Καταγραφή των Σημείων του Σώματος όπου α ασθενής αναφέρει πόνο σε φόρμα (σειριακά κατά την 1η εκτίμηση και έπειτα την έναρξη αναλγητικής αγωγής)

10.1.5 Έναρξη φαρμακευτικής αναλγητικής αγωγής με βάση την κλίμακα WHO και την αριθμητική κλίμακα πόνου

ήπιος πόνος à Αναλγησία χωρίς οπιοειδή

μέτριος πόνος à Αναλγησία με ασθενή οπιοειδή

Σοβαρός πόνος à Αναλγησία με ισχυρά οπιοειδή

10.1.6 Καθορισμός πλάνου επανεκτίμησης του ασθενούς

- Καταγραφή και αναφορά
- Τακτική αξιολόγηση και άμεση επανεκτίμηση όταν ο ασθενής αναφέρει νέο, αυξημένο ή ξαφνικό πόνο
- Συνεχής υποστήριξη, με επισκέψεις από εξειδικευμένο νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ φυσικοθεραπευτή ΝΟΣΠΙ και ιατρό στο σπίτι ανάλογα με τις ανάγκες.
- Δυνατότητα τηλειατρικής παρακολούθησης, όπου απαιτείται.
- Δυνατότητα άμεσης πρόσβασης – εισαγωγής στο Νοσοκομείο , σε περίπτωση επιδείνωσης της κατάστασης.

Οι φροντιστές θα πρέπει να έχουν πλήρη ικανότητα για τη διαχείριση των καθημερινών αναγκών του ασθενή, αλλά και την διαχείριση του επείγοντος, σε περίπτωση οξείας επιδείνωσης της κατάστασής του. Επίσης πρέπει να έχουν δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ΝΟΣΠΙ

σε 24ωρη βάση και για 365 μέρες το χρόνο. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι επίσης η δυνατότητα άμεσης εισαγωγής και νοσηλείας του ασθενή, στο Κέντρο ΝΟΣΠ από το οποίο προέρχεται ή σε ανάλογο νοσηλευτικό ίδρυμα με την καθοδήγηση του Κέντρου αναφοράς, μέχρι την διακομιδή του σε αυτό.

10.1.7 RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο

Κλινική Υποψία συμπίεσης Νωτιαίου Μυελού
Κλινική Υποψία κατάγματος σπονδυλικής στήλης
Οξύς θωρακικός πόνος
Οξύς κοιλιακός πόνος
Οξεία κεφαλαλγία (με έτερη νευρολογική σημειολογία)
Πόνος άκρου με οίδημα
Οξύς πόνος με πυρετό.

10.2 Ναυτία – Εμετός

10.2.1 Ορισμοί

Ναυτία: υποκειμενική, δυσάρεστη αίσθηση «αναγούλας» ή επικείμενου εμέτου, δηλαδή το αίσθημα ότι ο ασθενής θέλει να κάνει εμετό, χωρίς να είναι απαραίτητο ότι θα ακολουθήσει αποβολή γαστρικού περιεχομένου.

Έμετος (emesis): η αντανάκλαστική ή/και βίαιη αποβολή του περιεχομένου του στομάχου μέσω του στόματος

10.2.2 Αίτια

Σχετιζόμενος με Χημειοθεραπεία/Ακτινοθεραπεία

Οξεία φάση (acute):
Καθυστερημένη φάση (Delayed)
Προσδοκώμενη (anticipated):
Διαφυγής (Breakthrough):
Ανθεκτική (refractory):
Σχετιζόμενος με τη νεοπλασματική νόσο (Αυξημένη ενδοκράνια πίεση, εντερική απόφραξη, απόφραξη της ναστρικής εξέδου, διάταση της ηπατικής κάψας, περιτονιϊκή νόσος, συμμετοχή του αιθουσαίου συστήματος, παρaneoπλασματική υπερασβεστιαμία και έντονος πόνος)
Άλλα αίτια

10.2.3 Αξιολόγηση του ασθενούς

Έκταση νεοπλασίας (γνωστές εγκεφαλικές/περιτοναϊκές μεταστάσεις?)
Τελευταία χορήγηση χημειοθεραπείας - Ακτινοθεραπείας
Αξιολόγηση δυνατότητας σίτισης – Συχνότητα εμέτων
Αξιολόγηση των κενώσεων (συνυπάρχουσα δυσκοιλιότητα ή διάρροια, Ενδείξεις εντερικής απόφραξης, γαστρίτιδας;)
Αξιολόγηση σημείων αφυδάτωσης (μειωμένη διούρηση, πυρετός, δίψα, ξηροί βλεννογόνοι κ.λπ.)
Υπάρχουν νευρολογικά συμπτώματα; π.χ. κεφαλαλγία, διαταραχές όρασης, ζάλη;
Αξιολόγηση ζωτικών σημείων του ασθενούς – Αιματολογικός έλεγχος

10.2.4 Μέτρα Κατ' οίκον αντιμετώπισης

Ενδοφλέβια ενυδάτωση

Χορήγηση αντι-εμετικής αγωγής (από το στόμα, ενδοφλέβια)
Λήψη εργαστηριακού ελεγχου
Διατροφικές συστάσεις.

10.2.5 RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο

Ανεπαρκής ή μηδενική πρόσληψη θερμίδων και/ή υγρών από το στόμα

>5 επεισόδια εμέτου τις τελευταίες 24ώρες

Μη βελτίωση με τα μέτρα κατ' οίκον αντιμετώπισης

Παθολογικά ζωτικά/κλινικά σημεία

10.3 Κόπωση – Καχεξία

10.3.1 Εισαγωγή – Ορισμοί

Η κόπωση σχετιζόμενη με τον καρκίνο (cancer fatigue) ορίζεται ως ενοχλητική, επίμονη, υποκειμενική αίσθηση σωματικής και/ή γνωστικής εξάντλησης ή κόπωσης, που σχετίζεται με τον καρκίνο ή τη θεραπεία του, δεν είναι ανάλογη της πρόσφατης δραστηριότητας και παρεμβαίνει στη συνήθη λειτουργικότητα του ασθενούς.

Η καρκινική καχεξία (cancer cachexia) ορίζεται ως πολυπαραγοντικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από συνεχιζόμενη απώλεια σκελετικής μυϊκής μάζας, με ή χωρίς απώλεια λιπώδους μάζας, η οποία δεν αναστρέφεται πλήρως με συμβατική διατροφική υποστήριξη και οδηγεί σε προοδευτική λειτουργική έκπτωση.

10.3.2 Αίτια

Η ίδια η νεοπλασματική νόσος

Η αντικαρκινική θεραπεία

Αναμμία

Καχεξία/ανορεξία, υποθρεψία, μειωμένη πρόσληψη τροφής, αφυδάτωση

Ενδοκρινικές ή μεταβολικές διαταραχές

Πόνος, λοίμωξη, συνοδά νοσήματα

Διαταραχές ύπνου και φυσική αποconditioning / αδράνεια

Ψυχολογικοί παράγοντες

Φάρμακα

10.3.3 Αξιολόγηση ασθενούς

Αριθμητική κλίμακα (0-10)

Brief Fatigue Inventory

Έκταση νεοπλασίας, ιστορικό χειρουργείων, τελευταία χορήγηση χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας

Χαρακτήρες κόπωσης (Έναρξη, διάρκεια, Παράγοντες που ανακουφίζουν ή επιδεινώνουν, Βαθμός επίδρασης στις δραστηριότητες)

Άλλα σωματικά συμπτώματα – Διαταραχές ύπνου, διατροφής, ούρησης

Συναισθηματική αξιολόγηση

Αξιολόγηση συννοσηροτήτων

Ζωτικά σημεία – Εργαστηριακός έλεγχος

10.3.4 Μέτρα Κατ' οίκον αντιμετώπισης

Ενημέρωση/Προτροπή για άσκηση
ψυχοκοινωνική υποστήριξη (ασθενού, φροντιστών)
Φαρμακευτική αγωγή (χορήγηση κορτικοστεροειδών, αντικαταθλιπτικών)
Αναγνώριση και αντιμετώπιση αντιστρεπτών αιτίων

10.3.5 RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο

Νεοεμφανιζόμενη/Ταχέως επιδεινούμενη κόπωση/καχεξία
Κόπωση/Καχεξία που δεν εξηγείται/αναμένεται από την έκταση της νεοπλασίας, ή/και την τοξικότητα των ογκολογικών χειρισμών που λαμβάνει ο ασθενής
Παρουσία έτερων (νεοεμφανισθέντων) συμπτωμάτων (πυρετός, δύσπνοια, υπόταση, αφυδάτωση, έντονη δυσκαλιότητα/διάρροια)

10.4 Δερματικές Τοξικότητες – Τοξικότητες Βλενογόννων

10.4.1 Εισαγωγή – Ορισμοί

Ακνειακό εξάνθημα (Acneiform/Papulopustular rash)
Δερματικό σύνδρομο παλαμών – πελμάτων (Hand and foot syndrome)
Διάχυτο κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα επαγόμενο από ανοσοθεραπεία.
Διαταραχές ονύχων (Παρωνυχία, Ονυχόλυση)
Φαρμακοεπαγόμενος κνησμός
Εξάνθημα/Έγκαυμα από ακτινοθεραπεία

10.4.2 Αξιολόγηση ασθενούς

Εκταση/Είδος νεοπλασίας, ιστορικό χειρουργείων, τελευταία χορήγηση χημειοθεραπείας, αντινοθεραπείας, τύπος χημειοθεραπείας
Κλινική εκτίμηση ασθενούς – Σημεία λοίμωξης (οίδημα, πόνος, πύο, πυρετός)
Καταγραφή εξανθήματος (φωτογραφική, BSA charts)
Αξιολόγηση συννοσηροτήτων

10.4.3 Μέτρα Κατ οίκον αντιμετώπισης

Γενικές οδηγίες δερματολογικής φροντίδας και υγείας
Κρέμες/Λοιφές κορτικοστεροειδών ή/και αντιβιοτικών
Έναρξη από το στόμα κορτικοστεροειδών ή/και αντιβιοτικών
Ειδικές φαρμακευτικές συστάσεις (ανάλογως το είδος εξανθήματος – χημειοθεραπείας)

10.4.4 RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο

Ταχέως επεκτεινόμενο εξάνθημα.
Προσβολή βλεννογόνων (στόμα, μάτια, γεννητικά όργανα).
Πυρετός ή γριπώδης συνδρομή μαζί με δερματική τοξικότητα.
Υποψία σοβαρής δερματικής ανεπιθύμητης αντίδρασης (SCAR), όπως SJS/TEN, DRESS ή AGEP.
Έντονος δερματικός πόνος, διαβρώσεις, έλκη ή νέκρωση.
Σημεία λοίμωξης / επιμόλυνσης της βλάβης ή εικόνα κυτταρίτιδας.
Οίδημα προσώπου ή βλεννογόνων, ή δύσπνοια, που εγείρουν ανησυχία για σοβαρή συστηματική αντίδραση.

Αδυναμία λήψης υγρών, τροφής ή φαρμάκων λόγω επώδυνων στοματικών/βλεννογονικών βλαβών.

Σοβαρή δερματική τοξικότητα που περιορίζει την αυτοεξυπηρέτηση ή απαιτεί νοσηλεία / IV παρέμβαση

10.5 Βλεννογονίτιδα/Στοματίτιδα/Οισοφαγίτιδα

10.5.1 Εισαγωγή – Ορισμοί – Κλινική εκδήλωση

Στους ογκολογικούς ασθενείς, η βλεννογονίτιδα (φλεγμονή των βλεννογόνων), η στοματίτιδα (φλεγμονή των ιστών της στοματικής κοιλότητας) και η οισοφαγίτιδα (φλεγμονή του οισοφάγου) αποτελούν συχνές τοξικές της αντικαρκινικής θεραπείας, ιδίως της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας. Οι βλάβες αυτές εκδηλώνονται με άλγος, ερύθημα, διαβρώσεις, έλκη και δυσκαταποσία. Κλινικά, έχουν ιδιαίτερη σημασία, επειδή μπορούν να περιορίσουν τη σίτιση και την πρόσληψη υγρών, να δυσχεράνουν τη λήψη φαρμάκων από το στόμα και να οδηγήσουν σε αφυδάτωση και υποθρεψία.

10.5.2 Αξιολόγηση ασθενούς

Έκταση/Είδος νεοπλασίας, ιστορικό χειρουργείων, τελευταία χορήγηση χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας, τύπος χημειοθεραπείας
Κλινική εκτίμηση ασθενούς – Σημεία λοίμωξης στους βλεννογόνους – Αιμορραγία βλεννογόνων – Αξιολόγηση δυνατότητας κατάποσης (υγρά/στερεά) – Αξιολόγηση πόνου – Αξιολόγηση ζωτικών σημείων, διούρησης
Καταγραφή βλεννογονίτιδας (φωτογραφική,)
Αξιολόγηση σοβαρότητας (κλίμακα WHO, RTOG)
Λήψη εργαστηριακού ελέγχου

10.5.3 Μέτρα Κατ' οίκον αντιμετώπισης

Oral hygiene education

Χορήγηση τοπικών σκευασμάτων με λιδοκανίνη, κορτικοστεροειδή, αντιμυκητιασικά

Ενδοφλέβια ενυδάτωση, αναλγησία, αντιμικροβιακή αγωγή

10.5.4 RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο

Πυρετός / υποψία λοίμωξης

Σοβαρός πόνος που επηρεάζει την από του στόματος λήψη τροφής/ενυδάτωσης

Κλινική αφυδάτωση

Δυσφαγία / οδυνοφαγία με κίνδυνο εισρόφησης ή απόφραξης

Αιμορραγία από βλεννογόνους

Αναπνευστική επιβάρυνση

Ανάγκη εντερικής ή παρεντερικής υποστήριξης

10.6 Νευροπάθεια

10.6.1 Εισαγωγή – Ορισμοί – Κλινική εκδήλωση

Η νευροπάθεια ορίζεται ως βλάβη ή δυσλειτουργία των περιφερικών νευρών, η οποία μπορεί να εκδηλώνεται με άλγος, αιμωδίες, παραισθησίες, υπαισθησία ή μυϊκή αδυναμία, συνήθως με έναρξη στα άκρα και συχνά προοδευτική επιδείνωση. Η νευροπάθεια αποτελεί συχνή νευρολογική επιπλοκή στους ογκολογικούς ασθενείς και μπορεί να σχετίζεται είτε με την ίδια τη νεοπλασματική νόσο είτε, συχνότερα, με την αντικαρκινική θεραπεία.

Η νευροτοξικότητα από αντικαρκινική θεραπεία διακρίνεται καταρχάς σε:

- Κεντρική νευροτοξικότητα

- Περιφερική νευροπάθεια

Η κεντρική νευροτοξικότητα στους ογκολογικούς ασθενείς αφορά βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος, συνήθως θεραπευτικά σχετιζόμενες, και εκδηλώνεται με σύγχυση, εγκεφαλοπάθεια, κεφαλαλγία, σπασμούς, αταξία, οπτικές διαταραχές ή/και εστιακά νευρολογικά σημεία

Η περιφερική νευροπάθεια μπορεί να είναι αισθητική, κινητική, αυτόνομη ή μικτή, με συχνότερη την αισθητική μορφή. Η αισθητική νευροπάθεια εκδηλώνεται συνήθως με αιμωδίες, παραισθησίες, αίσθημα καύσου, μούδιασμα, νευροπαθητικό πόνο και διαταραχή της αντίληψης αφής, θερμοκρασίας ή δόνησης, συχνά με συμμετρική, άπω κατανομή τύπου “γάντι-κάλτα”. Η κινητική νευροπάθεια μπορεί να προκαλέσει μυϊκή αδυναμία, δυσχέρεια στις λεπτές κινήσεις, δυσκολία στο βάδισμα, αστάθεια και αυξημένο κίνδυνο πτώσεων. Η αυτόνομη νευροπάθεια μπορεί να εκδηλωθεί με δυσκολιότητα, ορθοστατική υπόταση, διαταραχές ούρησης, σεξουαλική δυσλειτουργία ή άλλες διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος

10.6.2 Αξιολόγηση ασθενούς

Κλινική αξιολόγηση – Κινητικότητα/Μυϊκή αδυναμία άκρων, Αισθητικότητα άκρων, Παρουσία οιδήματος στο άκρο?

Ταξινόμηση Νευροπάθειας σε κλίμακα (NCI-CTCAE)

10.6.3 Μέτρα Κατ’ οίκον αντιμετώπισης

Ενημέρωση/Προτροπή για άσκηση

Ψυχοκοινωνική υποστήριξη (ασθενούς, φροντιστών)

Φαρμακευτική αγωγή (χορήγηση αντικαταθλιπτικών, αντιεπιληπτικών)

10.6.4 RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο

Νεοεμφανιζόμενη ή ταχέως επιδεινούμενη κινητική αδυναμία / πτώσεις / αδυναμία βάδισης

Υποψία μεταστατικής συμπίεσης νωτιαίου μυελού ή συνδρόμου υποουρίδας

Βολβική συμμετοχή ή αναπνευστική επιβάρυνση

Οξύ κεντρικό νευρολογικό σύνδρομο

Σοβαρή αυτόνομη νευροπάθεια

Μη ελεγχόμενος σοβαρός νευροπαθητικός πόνος

Νευροτοξικότητα βαθμού ≥ 3 κατά CTCAE

Ταχεία επιδείνωση ακόμη και μετά το τέλος της θεραπείας

10.7 Δύσπνοια

10.7.1 Εισαγωγή – Ορισμοί

Η δύσπνοια ορίζεται ως η υποκειμενική εμπειρία αναπνευστικής δυσφορίας, η οποία αποτελείται από ποιοτικά διακριτές αισθήσεις με μεταβαλλόμενη ένταση. Η δύσπνοια αποτελεί συχνό και ιδιαίτερα επιβαρυντικό σύμπτωμα στους ογκολογικούς ασθενείς, ιδίως σε προχωρημένη νόσο, και εμφανίζεται συχνότερα σε κακοήθειες με ενδοθωρακική εντόπιση, όπως ο καρκίνος του πνεύμονα ή σε παρουσία πνευμονικών μεταστάσεων. Είναι συνήθως πολυπαραγοντική, καθώς μπορεί να σχετίζεται με άμεση επίδραση του όγκου, έμμεσες επιπλοκές της νόσου ή ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας.

Η δύσπνοια στους ογκολογικούς ασθενείς εκδηλώνεται συνήθως ως αίσθημα έλλειψης αέρα, αίσθημα πνιγμονής, σφίξιμο στο στήθος ή αυξημένη προσπάθεια για αναπνοή. Η κλινική εικόνα μπορεί να συνοδεύεται από άλλα συμπτώματα, όπως βήχα, θωρακική δυσφορία ή άλγος, ορθόπνοια, καθώς και από σημαντική ανησυχία, άγχος ή λειτουργικό περιορισμό.

10.7.2 Αξιολόγηση ασθενούς

Κλινική εξέταση -Αξιολόγηση ζωτικών σημείων

Χρόνος έναρξης δύσπνοιας – Συνοδά συμπτώματα (στηθάγχη, πυρετός, οίδημα κάτω άκρων-κεφαλής) – Χρήση οξυγονοθεραπείας/βρογχοδιασταλτικών
Αξιολόγηση συννοσηροτήτων ασθενούς (ΧΑΠ, καρδιαγγειακά νοσήματα, άσθμα...?)

10.7.3 Μέτρα Κατ'οίκον αντιμετώπισης

Οξυγονοθεραπεία – Βρογχοδιασταλτικά

Χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής

Χορήγηση οπιοειδών (νεοπλασία τελικού σταδίου)

10.7.4 RED FLAGS – Ευρήματα στα οποία θα πρέπει να αξιολογηθεί (άμεση) μεταφορά ασθενούς στο νοσοκομείο

Νεοεμφανιζόμενη ή ταχέως επιδεινούμενη δύσπνοια

Υποξαιμία / χαμηλός κορεσμός οξυγόνου

Θωρακικό άλγος / ταχυκαρδία / προσυγκοπή ή συγκοπή

Πυρετός ή υποψία λοίμωξης μαζί με δύσπνοια

Υποψία πνευμονικής εμβολής

Υποψία θεραπευτικά επαγόμενης πνευμονίτιδας

Υποψία απόφραξης κεντρικού αεραγωγού / stridor

Αιμόπτυση

Οίδημα προσώπου / τραχήλου / άνω άκρων – υποψία συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας
Υποψία μεγάλης πνευμονικής ή περικαρδιακής συλλογής

10.8 Διαχείριση Επιδείνωσης και Επείγουσα Παραπομπή στο Νοσοκομείο

10.8.1 Εισαγωγή/Ορισμοί

Κλινική επιδείνωση: οξεία ή υποξεία μεταβολή ζωτικών σημείων/συνείδησης/ αναπνοής/αιμοδυναμικής/νευρολογικής κατάστασης ή νέα σοβαρά συμπτώματα (red flags)

«Red flags» (γενική αρχή): οποιοδήποτε εύρημα που υποδηλώνει άμεση απειλή ζωής/οργάνου ή ανάγκη νοσοκομειακής διάγνωσης/θεραπείας που δεν μπορεί να παρασχεθεί με ασφάλεια στο σπίτι

10.8.2 Αναγνώριση επιδείνωσης της κλινικής κατάστασης

Η αναγνώριση της επιδείνωσης του ασθενούς γίνεται είτε από τους φροντιστές, είτε από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κατά την επίσκεψη στο σπίτι.

Πίνακας 2. Προειδοποιητικά κλινικά σημεία επιδείνωσης της κλινικής κατάστασης.

Κατηγορία	Σημεία επιδείνωσης (Red Flags)	Ενέργεια
Αναπνευστικό	Δύσπνοια, ταχύπνοια, SpO ₂ <92%	Άμεση ενημέρωση ιατρού
Κυκλοφορικό	Ταχυκαρδία >120/min ή βραδυκαρδία <50/min, υπόταση	Επείγουσα αξιολόγηση
Θερμοκρασία	Πυρετός >38°C	Ενημέρωση ομάδας
Νευρολογικό	Σύγχυση, υπνηλία, αλλαγή επιπέδου συνείδησης	Άμεση εκτίμηση
Γενική κατάσταση	Απότομη επιδείνωση, ανορεξία	Επανεκτίμηση
Συσκευές	Δυσλειτουργία (αναπνευστήρας, αντλία)	Άμεση παρέμβαση
Καθετήρες	Ερυθρότητα, εκροή, πόνος	Έλεγχος για λοίμωξη
Φάρμακα	Ανεπιθύμητες ενέργειες	Ενημέρωση ιατρικής ομάδας

10.8.3 Κόκκινες σημαίες «άμεσης διακομίδης»

Απειλή/Απόφραξη αεραγωγού, Σοβαρό οίδημα προσώπου ή λάρυγγα.

Σοβαρή αναπνευστική δυσχέρεια, ταχέως επιδεινούμενη δύσπνοια, αδυναμία ομιλίας σε πλήρεις προτάσεις ή οξεία υποξυγοναιμία

Αιμοδυναμική αστάθεια.

Οξεία διαταραχή νοητικού επιπέδου: (σύγχυση, μειωμένο επίπεδο συνείδησης, διέγερση, επιληπτικοί σπασμοί, εστιακό νευρολογικό έλλειμμα.)

Υποψία εμπυρέτου ουδετεροπενίας

Οξύ θωρακικό άλγος

Νέα σοβαρή αρρυθμία.

Μεγάλη αιμορραγία ή ταχέως εξελισσόμενη αιμορραγία.

Αναφυλαξία ή σοβαρή φαρμακευτική / εγχυτική αντίδραση.

Υποψία συμπίεσης νωτιαίου μυελού.

Υποψία συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας με αναπνευστική ή νευρολογική επιβάρυνση.

Μη ελεγχόμενα συμπτώματα που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με ασφάλεια στο σπίτι (επίμονοι έμετοι, σοβαρή αφυδάτωση, ειλεός / απόφραξη, ανεξέλεγκτος πόνος, παραλήρημα, αδυναμία λήψης βασικών φαρμάκων ή υγρών)

10.8.4 Άμεση επιχειρησιακή αντίδραση όταν αναγνωρίζεται επιδείνωση

Διακόπτεται αμέσως οποιαδήποτε κατ' οίκον θεραπεία ή έγχυση που ενδέχεται να σχετίζεται με την επιδείνωση.

Γίνεται άμεση επανεκτίμηση ABCDE και πλήρης καταγραφή ζωτικών σημείων.

Εφαρμόζονται τα άμεσα υποστηρικτικά μέτρα που είναι διαθέσιμα στο σπίτι

- σωστή θέση αεραγωγού
- χορήγηση οξυγόνου όπου ενδείκνυται



- εξασφάλιση φλεβικής οδού
- χορήγηση υγρών (όταν ενδείκνυται)

Επικοινωνία χωρίς καθυστέρηση με:

- τον ιατρό / νοσηλεύτη της ομάδας Νοσηλείας κατ' Οίκον
- τον θεράποντα ογκολόγο ή / και την ομάδα οξείας ογκολογίας
- το ΕΚΑΒ, όταν πληρούνται κριτήρια επείγουσας διακομιδής

Δεν αναμένεται εργαστηριακή επιβεβαίωση όταν ο ασθενής είναι κλινικά ασταθής.

10.8.5 Προορισμός διακομιδής

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, όταν απαιτείται άμεση ανάνηψη, απεικόνιση, στενή παρακολούθηση ή πολυεπιστημονική εκτίμηση.

Άμεση εισαγωγή / μονάδα οξείας ογκολογίας / προκαθορισμένη ογκολογική κλινική, όταν υπάρχει σχετική δυνατότητα και ο ασθενής είναι αρκετά σταθερός ώστε να παρακαμφθεί το γενικό ΤΕΠ

Ο προορισμός πρέπει να είναι **προκαθορισμένος στο τοπικό δίκτυο** συνεργασίας.

10.8.6 Διαβίβαση πληροφοριών κατά τη διακομιδή

Διάγνωση και στάδιο νόσου

Τρέχουσα αντικαρκινική θεραπεία και ημερομηνία τελευταίου κύκλου

Λόγος ένταξης στη νοσηλεία κατ' οίκον

Βασική λειτουργική κατάσταση

Περιγραφή της επιδείνωσης και ώρα έναρξης

Τελευταία ζωτικά σημεία

Αλλεργίες

Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή, ιδίως οπιοειδή, κορτικοστεροειδή, αντισπασμωδικά, αντιβιοτικά

Τύπος φλεβικής γραμμής / κεντρικού καθετήρα

Κατάσταση αναζωογόνησης / όρια θεραπευτικής παρέμβασης Στοιχεία επικοινωνίας της ομάδας κατ' οίκον και του θεράποντος ογκολόγου

10.8.7 Παρακολούθηση όσο αναμένεται η διακομιδή

Ο ασθενής ποτέ δεν μένει χωρίς παρακολούθηση.

Επαναλαμβάνονται ζωτικά σημεία με συχνότητα ανάλογη της βαρύτητας.

Γίνεται επανεκτίμηση ζωτικών μετρήσεων μετά από κάθε παρέμβαση.

Ενημερώνεται η οικογένεια / ο φροντιστής για:

- τη φύση της επιδείνωσης
- το σχέδιο διακομιδής
- τον πιθανό προσρισμό

Καταγράφονται:

- ο χρόνος αναγνώρισης της επιδείνωσης
- ο χρόνος ειδοποίησης ιατρού / ομάδας
- ο χρόνος κλήσης ΕΚΑΒ
- ο χρόνος αναχώρησης
- η κατάσταση του ασθενούς κατά την αποχώρηση



11. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (ΝΟΣΠΙ) ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

11.1 Σκοπός/Όρισμοί

Έγκαιρη ανανέωση και αντιμετώπιση ψυχικής δυσφορίας, άγχους, καταθλιπτικών συμπτωμάτων, κοινωνικών δυσκολιών και αναγκών ασθενούς και φροντιστή, με στόχο τη διατήρηση της ασφάλειας, της προσκόλλησης στη θεραπεία και της ποιότητας ζωής του ασθενούς στο οικείο περιβάλλον

Distress:

Ασθενείς υψηλού κινδύνου:

11.2 Βασικές αρχές

Ολιστική αξιολόγηση ασθενούς και φροντιστή (περιλαμβάνει ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές, πρακτικές και περιβαλλοντικές ανάγκες, καθώς και εκτίμηση κινδύνων στο σπίτι)

Ασθενοκεντρική (patient centered) φροντίδα (ενεργός συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή στη λήψη αποφάσεων).

Να υπάρχει συνέχεια φροντίδας μεταξύ νοσοκομείου, ΝΟΣΠΙ, ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού, θεράποντος ογκολόγου, ιατρού πόνου/παρηγορικής φροντίδας και, όπου χρειάζεται, υπηρεσιών ψυχικής υγείας

11.3 Χρόνος και συχνότητα αξιολόγησης

Ψυχοκοινωνική αξιολόγηση κατά την ένταξη στο ΝΟΣΠΙ.

Σύμφωνα με το ελληνικό πλαίσιο ΚΟΝ, την πρώτη εβδομάδα προβλέπονται καθημερινές επισκέψεις μετά την εγκατάσταση στο σπίτι, με μεταγενέστερη προσαρμογή της συχνότητας ανάλογα με τις ανάγκες· στο ΝΟΣΠΙ αυτό μπορεί να αξιοποιηθεί και για εντατικότερη ψυχοκοινωνική επανεκτίμηση στην

αρχική φάση. Επανεκτίμηση σε κάθε ουσιώδη αλλαγή της πορείας της νόσου ή της θεραπείας, όπως: νέα διάγνωση, έναρξη/αλλαγή θεραπείας, τοξικότητα, υποτροπή/πρόοδος νόσου, μετάβαση σε παρηγορική φροντίδα, επιδείνωση λειτουργικότητας ή αυξημένο φορτίο φροντιστή.

Επανεξιολόγηση σε κάθε κατ' οίκον επίσκεψη ή τηλεπαρακολούθηση όταν υπάρχουν ενεργά συμπτώματα δυσφορίας ή προηγούμενο ιστορικό άγχους/κατάθλιψης.

11.4 Εργαλεία αρχικής αξιολόγησης ασθενών

NCCN Distress Thermometer (αριθμητική αξιολόγηση από 0–10)

Λίστα προβλημάτων NCCN (καλύπτει τουλάχιστον: συναισθηματικά, πρακτικά, κοινωνικά/οικογενειακά, σωματικά και πνευματικά/υπαρξιακά ζητήματα – θα επισυναφθεί σε appendix)

Βαθμολογία $\geq 4/10$ να ενεργοποιεί υποχρεωτικά συζήτηση με την ογκολογική ομάδα και απόφαση για στοχευμένη παρέμβαση ή/και παραπομπή

11.5 Ελάχιστο περιεχόμενο ψυχοκοινωνικής αξιολόγησης

Τρέχον επίπεδο άγχους, φόβου, θλίψης, απελπισίας, ευερεθιστότητας, αϋπνίας, ανησυχίας για υποτροπή/επιδείνωση και αίσθησης απώλειας ελέγχου.

Προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, προηγούμενη ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή ψυχικής υγείας, χρήση αλκοόλ/ουσιών, ιστορικό τραύματος.

Γνωστική κατάσταση, προσοχή, προσανατολισμός, δυνατότητα κατανόησης οδηγιών, πιθανή σύγχυση ή παραλήρημα.

Πνευματικές/υπαρξιακές ανησυχίες, ανάγκη νοήματος, φόβος θανάτου, ανησυχίες για αξιοπρέπεια και τέλος ζωής.

Πρακτικά/κοινωνικά προβλήματα: οικονομικά, μεταφορές, ασφαλιστικά, εργασία, φροντίδα εξαρτώμενων μελών, στέγαση, πρόσβαση σε παροχές και δικαιώματα.

Δίκτυο υποστήριξης, ποιότητα οικογενειακών σχέσεων, διαθεσιμότητα φροντιστή και βαθμός επιβάρυνσής του.

Παράγοντες αυξημένου κινδύνου για ψυχολογική επιβάρυνση, όπως έντονα σωματικά συμπτώματα, προχωρημένη νόσος, λειτουργικοί περιορισμοί και έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης

11.6 Παρεμβάσεις πρώτου επιπέδου από την ομάδα ΝΟΣΠΙ

Ενεργητική ακρόαση, ενσυναίσθηση, σαφής και επαναλαμβανόμενη ενημέρωση, αποσαφήνιση στόχων φροντίδας και ενίσχυση της αίσθησης ελέγχου του ασθενούς.

Σύντομη ψυχοεκπαίδευση για φυσιολογικές και παθολογικές αντιδράσεις στο cancer-related distress.

Βασικές μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις: τεχνικές χαλάρωσης, αναπνοές, καθοδηγήσει ύπνου, δομημένη καθημερινότητα, ενίσχυση κοινωνικής επαφής, problem-solving και υποστήριξη προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης.

Άμεση αντιμετώπιση αναστρέψιμων οργανικών αιτίων που επιδεινώνουν την ψυχική κατάσταση, όπως πόνος, αϋπνία, ναυτία, δύσπνοια, αφυδάτωση, δυσκολιότητα ή φαρμακευτική τοξικότητα.

Παροχή πληροφοριών για διαθέσιμες κοινωνικές παροχές, πιστοποίηση αναπηρίας, δικαιώματα και συνδέσεις με συλλόγους ασθενών/κοινωνικές δομές

11.7 Παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες

Παραπομπή σε ψυχολόγο/psycho-oncology όταν η δυσφορία είναι επίμονη, επηρεάζει τη λειτουργικότητα, τη συμμόρφωση ή τις σχέσεις, ή όταν το screening παραμένει θετικό σε επανεκτίμηση.

Παραπομπή σε κοινωνικό λειτουργό για οικονομικά, ασφαλιστικά, κοινωνικά, οικογενειακά ή πρακτικά εμπόδια στη φροντίδα στο σπίτι.

Παραπομπή σε παρηγορική φροντίδα / ιατρείο πόνου όταν η ψυχική δυσφορία συνδέεται με υψηλό συμπτωματικό φορτίο, προχωρημένη νόσο ή ανάγκη συζήτησης στόχων φροντίδας και advance care planning.

Παραπομπή σε ψυχίατρο όταν απαιτείται διαγνωστική αποσαφήνιση, φαρμακευτική αντιμετώπιση ή υπάρχει υποψία σοβαρής ψυχικής διαταραχής.

11.8 Υποστήριξη φροντιστή / οικογένειας

Ο φροντιστής να αναγνωρίζεται ως ισότιμος εταίρος στη φροντίδα, αλλά να αξιολογείται ξεχωριστά ως προς κόπωση, άγχος, πρακτική επιβάρυνση και ανάγκη ανάπαυλας/respite.

Να παρέχονται γραπτές και προφορικές οδηγίες για το ποιον καλούν, πότε, και τι θεωρείται επιδείνωση – τόσο σωματική όσο και ψυχική.

Να υπάρχει σαφής συζήτηση για το τι μπορεί και τι δεν μπορεί να αναλάβει ο φροντιστής, χωρίς σιωπηρή μεταφορά δυσανάλογου βάρους φροντίδας στο σπίτι.

Να προσφέρεται ενημέρωση για ομάδες υποστήριξης, συλλόγους ασθενών και διαθέσιμες τηλεσυνεδρίες.

11.9 Τεκμηρίωση

Σε κάθε επαφή να καταγράφονται: βαθμολογία distress, βασικά ψυχικά/κοινωνικά προβλήματα, εκτίμηση κινδύνου, παρεμβάσεις που έγιναν, παραπομπές, σχέδιο επανεκτίμησης και πρόσωπο επικοινωνίας.

Να καταγράφεται εάν έχει γίνει συζήτηση για στόχους φροντίδας, προτιμήσεις ασθενούς και σχέδιο αντιμετώπισης επιδείνωσης

11.10 Κριτήρια κλιμάκωσης / επείγουσας εκτίμησης από ιατρό ΝΟΣΠΙ - άμεσας παραπομπής / επείγουσας μεταφοράς στο νοσοκομείο

Απότομη επιδείνωση άγχους ή πανικού, έντονη αϋπνία, έντονη ανησυχία, σύγχυση, διαταραχή συμπεριφοράς ή σημαντική έκπτωση συνεργασίας με τη φροντίδα στο σπίτι.

Έντονη ψυχική δυσφορία που συνυπάρχει με ανεξέλεγκτο πόνο, δύσπνοια, ναυτία/έμετο, αδυναμία λήψης αγωγής ή υποψία τοξικότητας θεραπείας.

Νέα νευρολογικά ή νοητικά συμπτώματα που μπορεί να υποκρύπτουν οργανικό αίτιο (delirium, λοίμωξη, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ΚΝΣ εμπλοκή, φαρμακευτική τοξικότητα).

Κίνδυνος βλάβης στον εαυτό ή σε άλλους, ενεργός αυτοκτονικός ιδεασμός, σοβαρή αυτοπαρεμέλωση, ψυχωσικά συμπτώματα ή κατάσταση που απαιτεί επείγουσα αξιολόγηση από επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Οξύ παραλήρημα, σοβαρή σύγχυση ή ταχεία μεταβολή επιπέδου συνείδησης

11.11 Ηθικά ζητήματα στη ΝΟΣΠΙ ογκολογικών ασθενών

11.11.1 Σκοπός

Διασφάλιση ότι η νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι παρέχεται με σεβασμό στην αυτονομία, την αξιοπρέπεια, την ασφάλεια, την ιδιωτικότητα και τα δικαιώματα του ογκολογικού ασθενούς.

11.11.2 Βασικές ηθικές αρχές

Σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς.

Αρχή της ευεργεσίας: επιλογή της κατ' οίκον φροντίδας μόνο όταν αναμένεται πραγματικό κλινικό και ψυχοκοινωνικό όφελος.

Αρχή της μη βλάβης: αποφυγή ανάθεσης φροντίδας στο σπίτι όταν αυτό αυξάνει ουσιαδώς τον κίνδυνο καθυστέρησης αναγνώρισης επιδείνωσης ή καθυστέρησης διακομίδης.

Αρχή της δικαιοσύνης: ισότιμη πρόσβαση χωρίς διακρίσεις λόγω ηλικίας, αναπηρίας, τόπου κατοικίας, οικονομικής κατάστασης, οικογενειακού υποστηρικτικού δικτύου ή ψηφιακού αναλφαριθμητισμού.

Σεβασμός της αξιοπρέπειας, της ιδιωτικής ζωής και των προσωπικών αξιών του ασθενούς.
Η ΝΟΣΠ στον ογκολογικό ασθενή αποτελεί συνειδητή επιλογή του ασθενούς, είναι κλινικά ασφαλή, οργανωτικά επαρκής, δεν μεταφέρει αδικαιολόγητο βάρος στην οικογένεια, προστατεύει την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπεια και διαθέτει σαφές, άμεσα εφαρμόσιμο σχέδιο κλιμάκωσης και επείγουσας διακομίδης.

11.11.3 Κριτήρια ηθικής καταλληλότητας για ένταξη στη ΝΟΣΠ

Η ΝΟΣΠ να προτείνεται μόνο όταν είναι κλινικά ασφαλή και οργανωτικά εφικτή.

Η οικία μπορεί να υποστηρίξει την απαιτούμενη φροντίδα, τον αναγκαίο εξοπλισμό, την επικοινωνία με την ομάδα και την ταχεία πρόσβαση σε επείγουσα βοήθεια.

Να αξιολογείται αν η κατ' οίκον φροντίδα προστατεύει ή επιβαρύνει τον ασθενή και την οικογένεια.

Να μην εντάσσεται ασθενής σε ΝΟΣΠ αποκλειστικά για αποσυμφόρηση κλινικών ή οργανωτική διευκόλυνση του συστήματος.

Η επιλογή να βασιζέται ταυτόχρονα σε κλινική καταλληλότητα, επιθυμία του ασθενούς, ασφαλές σχέδιο παρακολούθησης και σαφή οδό κλιμάκωσης/διακομίδης.

11.11.4 Ενημέρωση και συναίνεση

Πριν από την ένταξη, ο ασθενής να λαμβάνει σαφή, κατανοητή και ελκρινή ενημέρωση για:

- τον σκοπό και τα όρια της ΝΟΣΠ,
- τι μπορεί και τι δεν μπορεί να παρέχεται στο σπίτι,
- τα αναμενόμενα οφέλη,
- τους δυνητικούς κινδύνους,
- τις εναλλακτικές επιλογές, συμπεριλαμβανομένης της νοσοκομειακής νοσηλείας,



- τα κριτήρια επανεκτίμησης, κλιμάκωσης και επείγουσας διακομίδης.
- Η συνείδηση να είναι ελεύθερη, τεκμηριωμένη, ειδική και ανακλητή οποτεδήποτε.
- Η αποδοχή της ΝΟΣΠ να μην θεωρείται τεκμήριο αποδοχής κάθε επιμέρους πράξης· για επεμβατικές πράξεις, μεταγγίσεις, τροποποίηση θεραπευτικού στόχου ή αποφάσεις τελικού σταδίου να υπάρχει ειδική τεκμηρίωση.
- Ο ασθενής να ενημερώνεται ότι μπορεί να ζητήσει επιστροφή σε ενδοσκοπομειακή φροντίδα όταν αυτό είναι κλινικά εφικτό.
- Η συζήτηση να τεκμηριώνεται στον φάκελο.

11.11.5 Ικανότητα λήψης αποφάσεων

Πριν από κρίσιμες αποφάσεις να εκτιμάται η ικανότητα του ασθενούς να κατανοεί, να σταθμίζει, να συγκρατεί πληροφορίες και να εκφράζει επιλογή.

Ως αρχή, ο ασθενής τεκμαίρεται ικανός μέχρι αποδείξεως του αντιθέτου.

Σε αμφιβολία να γίνεται δομημένη εκτίμηση ικανότητας και να τεκμηριώνεται.

Η συμμετοχή των οικείων να γίνεται μόνο με τη συνείδηση του ασθενούς, εκτός αν υπάρχει αδυναμία λήψης απόφασης ή νομική υποχρέωση.

Όταν ο ασθενής στερείται ικανότητας, οι αποφάσεις να λαμβάνονται με γνώμονα το βέλτιστο συμφέρον του, λαμβάνοντας υπόψη τις προηγούμενες επιθυμίες, αξίες και προτιμήσεις του, καθώς και τη γνώμη του νομίμου εκπροσώπου/οικείων όπου προβλέπεται.

Να ενθαρρύνεται εκ των προτέρων καταγραφή προτιμήσεων για μελλοντική επιδείνωση, διακομίδα, ανάνηψη και στόχους φροντίδας.

11.11.6 Σεβασμός του οικιακού χώρου

Το σπίτι να αντιμετωπίζεται ως προσωπικός και όχι ως θεσμικός χώρος.

Οι επανγελματίες υγείας να σέβονται την ιδιωτικότητα, τις πολιτισμικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις οικογενειακές δυναμικές και τις συνθήκες διαβίωσης.

Κάθε επίσκεψη, κλινική πράξη ή τηλεπαρακολούθηση να διενεργείται με ελάχιστη δυνατή παρεμβατικότητα.

Να αποφεύγεται η «ιατρικοποίηση» της οικίας πέρα από το αναγκαίο μέτρο.

11.11.7 Προστασία προσωπικών δεδομένων και ιατρικού απορρήτου

Τα δεδομένα υγείας του ασθενούς να αντιμετωπίζονται ως δεδομένα ειδικής κατηγορίας με αυξημένη προστασία.

Να τηρείται η αρχή της ελαχιστοποίησης: συλλογή και διαβίβαση μόνο των απολύτως αναγκαίων πληροφοριών.

Να παρέχεται στον ασθενή σαφής ενημέρωση για:

- ποια δεδομένα συλλέγονται,
 - ποιος έχει πρόσβαση,
 - για ποιο σκοπό χρησιμοποιούνται,
 - πώς αποθηκεύονται,
 - αν χρησιμοποιούνται συσκευές τηλεπαρακολούθησης ή ψηφιακές πλατφόρμες.
- Η πρόσβαση στον φάκελο να περιορίζεται στα μέλη της ομάδας που εμπλέκονται άμεσα στη φροντίδα.
- Τηλεφωνικές/ηλεκτρονικές επικοινωνίες να γίνονται με ασφαλείς διαύλους και με επιβεβαίωση ταυτότητας.
- Να αποφεύγεται η συζήτηση ευαίσθητων πληροφοριών παρουσία τρίτων χωρίς συναίνεση του ασθενούς.

11.11.8 Ρόλος οικογένειας και άτυπων φροντιστών

Η συμμετοχή της οικογένειας/φροντιστή να ζητείται αλλά να μην προϋποτίθεται ως «αυτονόητη».

Να αποσαφηνίζονται γραπτώς τα καθήκοντα που μπορεί ρεαλιστικά να αναλάβει ο φροντιστής και όσα παραμένουν ευθύνη της επαγγελματικής ομάδας.

Να αποφεύγεται η μετακύλιση δυσανάλογου φορτίου φροντίδας στην οικογένεια.

Να αξιολογείται συστηματικά η σωματική, ψυχική και πρακτική επιβάρυνση του φροντιστή.

Να παρέχεται εκπαίδευση, γραπτό υλικό, τηλεφωνική υποστήριξη και σαφείς οδηγίες για επείγουσα επικοινωνία.



Άρνηση ή αδυναμία της οικογένειας να αναλάβει φροντίδα να μην στιγματίζεται· να οδηγεί σε ανασχεδιασμό του πλάνου ή μη ένταξη στη ΝΟΣΠΙ.

11.11.9 Πρόληψη κακοποίησης, παραμέλησης και εκμετάλλευσης

Η ομάδα ΝΟΣΠΙ να επαγρυπνεί για ενδείξεις παραμέλησης, κακοποίησης, οικονομικής εκμετάλλευσης, εξαναγκασμού ή οργανωτικής απουχίας φροντίδας.

Να υπάρχουν σαφείς διαδικασίες αναγνώρισης, καταγραφής, αναφοράς και διαχείρισης περιστατικών προστασίας εύάλωτων ενηλίκων.

Οι επαγγελματίες να εκπαιδεύονται στην αναγνώριση προεידωποιητικών σημείων και στην ασφαλή κλιμάκωση.

Οι ενέργειες να καθοδηγούνται, στο μέτρο του δυνατού, από τις επιθυμίες και τα συμφέροντα του ασθενούς.

11.11.10 Δικαιοσύνη και ισότιμη πρόσβαση

Η ΝΟΣΠΙ να μην αποκλείει ασθενείς λόγω απομακρυσμένης γεωγραφικής θέσης χωρίς τεκμηριωμένη εναλλακτική πρόβλεψη ασφαλείας.

Να λαμβάνονται μέτρα για ασθενείς με γλωσσικά εμπόδια, χαμηλό επίπεδο υγείας, αναπηρία, γνωστική δυσλειτουργία ή περιορισμένη ψηφιακή ικανότητα.

Να μην απαιτείται ιδιωτικός εξοπλισμός ή ιδιωτική δαπάνη από τον ασθενή για να καταστεί η ΝΟΣΠΙ ασφαλής.

Η επιλογή ασθενών να βασίζεται σε διαφανή και δημοσιοποιημένα κριτήρια.

11.11.11 Ηθική διαχείριση κλινικής επιδείνωσης

Από την ένταξη κιόλας να υπάρχει εξοτιμικευμένο, γραπτό σχέδιο διαχείρισης επιδείνωσης.

Η ηθική αρχή είναι ότι η παραμονή στο σπίτι παύει να είναι αποδεκτή όταν δεν διασφαλίζεται πλέον ισοδύναμη ασφάλεια, έγκαιρη αντιμετώπιση ή αξιοπρεπής φροντίδα.

Να συζητείται προκαταβολικά με τον ασθενή εάν, σε περίπτωση επιδείνωσης, προτιμά πλήρη ενεργητική νοσοκομειακή κλιμάκωση, περιορισμένη κλιμάκωση ή αμηνώς ανακουφιστική προσέγγιση, στο μέτρο που αυτό είναι κλινικά και νομικά τεκμηριωμένο.

11.11.12 Στόχοι φροντίδας και αποφάσεις τελικού σταδίου

Να αποφεύγεται τόσο η αδικαιολόγητη θεραπευτική επιθετικότητα όσο και η πρόωρη εγκατάλειψη ενεργητικής φροντίδας.

Να αποσαφηνίζεται αν ο στόχος είναι:

- υποστηρικτική/ενεργητική αντικαρκινική φροντίδα στο σπίτι,
- παρηγορική φροντίδα,
- φροντίδα τελευταίων ημερών ζωής.

Να τεκμηριώνονται αποφάσεις για μη κλιμάκωση, μη διακομίδη ή αποκλειστική αντιμετώπιση, μετά από κατάλληλη ενημέρωση και κοινή λήψη απόφασης.

Η ανακούφιση του σοβαρού σωματικού, ψυχικού, κοινωνικού και πνευματικού φορτίου να αναγνωρίζεται ως ηθική υποχρέωση.

11.11.13 Όρια επαγγελματικής ευθύνης

Να ορίζεται σαφώς ποιος ιατρός έχει την τελική κλινική ευθύνη ανά επεισόδιο φροντίδας.

Να αποσαφηνίζεται ποια μέλη της ομάδας μπορούν να δίνουν οδηγίες, να τροποποιούν αγωγή και να ενεργοποιούν διακομίδη.

Να υπάρχουν σαφή όρια μεταξύ ιατρικών/νοσηλευτικών πράξεων, και αρμοδιοτήτων φροντιστών.

Η κατ' οίκον φροντίδα να παρέχεται μόνο εντός του πλαισίου δεοντολογικής και νομικής επάρκειας κάθε επαγγελματία.

12. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) αποτελεί βασικό στοιχείο για τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της συνεχούς βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

12.1 Στόχοι αξιολόγησης

- Διασφάλιση υψηλού επιπέδου φροντίδας



- Βελτίωση κλινικών αποτελεσμάτων
- Ενίσχυση ασφάλειας ασθενών
- Αξιολόγηση ικανοποίησης ασθενών και φροντιστών
- Βελτιστοποίηση χρήσης πόρων

12.2 Δείκτες ποιότητας

Η αξιολόγηση βασίζεται σε ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες:

Κλινικοί δείκτες

- Έλεγχος πόνου (μείωση NRS)
- Συχνότητα επιπλοκών (λοιμώξεις, κατακλίσεις)
- Ποσοστό επανεισαγωγών στο νοσοκομείο
- Διαχείριση συμπτωμάτων (δύσπνοια, ναυτία, επιπλοκές από τη θεραπεία και τη νόσο)

Δείκτες ασφάλειας

- Ανεπιθύμητα συμβάντα (adverse events)
- Λάθη στη χορήγηση φαρμάκων
- Πτώσεις ασθενών
- Κατακλίσεις
- Επιπλοκές από τη θεραπεία

Δείκτες λειτουργικότητας

- Χρόνος αναπόκρισης της ομάδας ΝΟΣΠΙ
- Συχνότητα επισκέψεων

- Συμμόρφωση με πρωτόκολλα

Δείκτες εμπειρίας ασθενούς

- Ικανοποίηση ασθενούς
- Ικανοποίηση φροντιστών
- Αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής (QoL)

12.3 Μέθοδοι αξιολόγησης

- Συμπλήρωση ερωτηματολογίων ικανοποίησης
- Κλινική αξιολόγηση μέσω καταγραφών
- Τακτικοί εσωτερικοί έλεγχοι (audit)
- Ανασκόπηση περιστατικών (case review)
- Δείκτες απόδοσης (KPIs)

12.4 Διαδικασία ελέγχου ποιότητας

- Μηνιαία αξιολόγηση δεικτών
- Τριμηνιαία αναφορά- απότίμηση
- Ανασκόπηση από υπεύθυνο ιατρό και ομάδα
- Καταγραφή τυχόν αποκλίσεων από τα πρωτόκολλα
- Σχέδια διορθωτικών ενεργειών

Συνεχής βελτίωση

Η υπηρεσία ΝΟΣΠ εφαρμόζει:

- εκπαίδευση προσωπικού
- επικαιροποίηση πρωτοκόλλων
- ενσωμάτωση νέων κατευθυντήριων οδηγιών
- ανατροφοδότηση από ασθενείς και προσωπικό

13. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΩΚΟΛΛΑ

Οι διαδικασίες και τα πρωτόκολλα της ΝΟΣΠΙ καθορίζουν το πλαίσιο λειτουργίας της υπηρεσίας και διασφαλίζουν την ομοιομορφία, την ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

13.1 Διαδικασία ένταξης ασθενούς

1. Παραπομπή από νοσοκομειακό ιατρό
2. Αξιολόγηση κριτηρίων ένταξης
3. Λήψη συγκατάθεσης ασθενούς/οικογένειας
4. Αρχική εκτίμηση στο σπίτι
5. Κατάρτιση εξατομικευμένου πλάνου φροντίδας

13.2 Διαδικασία παρακολούθησης

- Καθορισμός συχνότητας επισκέψεων
- Τακτική αξιολόγηση:
 - ο ζωτικών σημείων

- ο συμπτωμάτων
- ο λειτουργικής κατάστασης
- Αναπροσαρμογή θεραπευτικού πλάνου

13.3 Νοσηλευτικά πρωτόκολλα

Η υπηρεσία εφαρμόζει τυποποιημένα πρωτόκολλα για:

- Διαχείριση πόνου
- Διαχείριση δύσπνοιας
- Διαχείριση ναυτίας και εμέτου
- Διαχείριση λοιμώξεων-εμπύρετου
- Φροντίδα τραυμάτων
- Πρόληψη κατακλίσεων
- Διαχείριση φλεβικών γραμμών
- Χορήγηση ενδοφλέβιας αγωγής
- Χορήγηση παρεντερικής διατροφής
- Μετάγγιση αίματος και παραγώγων στο σπίτι
- Παροχέτευση ασθητικού / πλευριτικού υγρού
- Βρογχοαναρρόφηση
- Πρόληψη ελκούς

13.4 Διαδικασία διαχείρισης επειγόντων



1. Αναγνώριση συμπτωμάτων από ασθενή ή φροντιστή
2. Άμεση επικοινωνία με την ομάδα ΝΟΣΠΙ
3. Τηλεφωνική αξιολόγηση
4. Επίσκεψη κατ' οίκον (εφόσον απαιτείται)
5. Απόφαση για παραμονή στο σπίτι ή εισαγωγή στο νοσοκομείο

13.5 Διαδικασία τεκμηρίωσης

- Καταγραφή κάθε επίσκεψης
- Καταγραφή φαρμακευτικής αγωγής
- Καταγραφή επιπλοκών
- Ηλεκτρονικός ή έντυπος φάκελος ασθενούς

13.6 Διαδικασία εξόδου από το πρόγραμμα

Η έξοδος πραγματοποιείται όταν:

- σταθεροποιηθεί η κατάσταση
- δεν απαιτείται πλέον νοσοκομειακή φροντίδα
- μεταφερθεί σε άλλη δομή
- επέλθει θάνατος

13.7 Συμμόρφωση με κατευθυντήριες οδηγίες

Η ΝΟΣΠΙ λειτουργεί σύμφωνα με:

- εθνικά πρωτόκολλα

- διεθνείς οδηγίες (ανακαμφιστική φροντίδα, ογκολογία)
- κανόνες ασφάλειας ασθενών

14. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παράγραφος 1: Ιστορική αναδρομή του προτύπου ΝΟΣΠ, από την πρώτη εμφάνιση του στο εξωτερικό, μέχρι τη σύγχρονη θεσμοθέτηση του στην Ελλάδα (συμπεριλαμβανομένων ηθικών – νομικών ζητημάτων)

Παράγραφος 2: Σύνοψη αναφορά στον σκοπό – πεδίο εφαρμογής του ΝΟΣΠ, στις ανάγκες που καλύπτει, στα οφέλη που παρέχει στον ασθενή, στους φροντιστές του και στο σύστημα υγείας γενικότερα.

Παράγραφος 3: Σύνοψη αναφορά στις προυποθέσεις εφαρμογής ΝΟΣΠ (εκπαιδευση ομάδας, φροντιστή, κατάλληλο περιβάλλον, αναγκαιότητα πρωτοκόλλων κλινικής επιδείνωσης κτλ)

Παράγραφος 4: Σύνοψη αναφορά στα μέλη της ομάδας ΝΟΣΠ, στις υπηρεσίες που θα παρέχονται στο σπίτι, στη διαχείριση συμπτωμάτων – ψυχοκοινωνικής υποστήριξης του ασθενούς.

Παράγραφος 5: Σύνοψη αναφορά στη συνεχή αξιολόγηση του μοντέλου με μετρήσιμους δείκτες (δείκτες ποιότητας – αξιολόγησης)

Παράγραφος 6: Επίλογος (τελική διαπίστωση – σύνοψη)

15. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **World Health Organization (WHO).**
Home-based long-term care: Report of a WHO Study Group.
<https://www.who.int/publications/i/item/home-based-long-term-care>
2. **Shepherd S, et al.**
Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Database Syst Rev.*
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009231.pub2/full>
3. **Levine DM, et al.**
Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults. *Ann Intern Med.* 2020.
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M19-0600>
4. **Leff B, et al.**
Hospital at Home: Feasibility and Outcomes. *Ann Intern Med.* 2005.
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-143-11-200512060-00008>
5. **American Society of Clinical Oncology (ASCO)**
Oncology Medical Home Standards
<https://www.asco.org/practice-patients/cancer-care-standards/oncology-medical-home-standards>
6. **ASCO Daily News**
Hospital at Home model in oncology
<https://dailynews.ascopubs.org/doi/using-hospital-home-model-oncology-care-delivery-model-address-acute-supportive-care>
7. **Villegas E, et al.**
National expert consensus on home-administered oncologic therapies. *Front Oncol.* 2024.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2024.1335344/full>
8. **Haute Autorité de Santé (HAS)**
Guidelines for at-home chemotherapy
https://www.has-sante.fr/jcms/c_456777/en/at-home-chemotherapy-guidelines
9. **Hospital at Home Society (UK)**
Research and guidelines repository
<https://www.hospitalathome.org.uk/research>

10. **NHS England**
Virtual Wards Operational Framework
<https://www.england.nhs.uk/publication/virtual-wards-operational-framework/>
11. **OECD Health Policy Studies**
Health at a Glance – Long-term care & home care
<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
12. **Levine DM, et al.**
Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults.
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M19-0600>
13. **Shepperd S, et al.**
Hospital at home: Cochrane Review
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009231.pub2/full>
14. **ASCO**
Oncology Medical Home Standards
<https://www.asco.org/practice-patients/cancer-care-standards>
15. **NCCN Guidelines**
Cancer-Related Infections
<https://www.nccn.org/guidelines>
16. **IDSA Guidelines**
Febrile Neutropenia
<https://academic.oup.com/cid/article/52/4/e56/382256>
17. **ESMO Clinical Practice Guidelines**
Supportive care in cancer
<https://www.esmo.org/guidelines/supportive-and-palliative-care>
18. **NHS England**
Virtual Ward Criteria
<https://www.england.nhs.uk/publication/virtual-wards-operational-framework/>
19. **OECD Health Policy**
Home care systems
<https://www.oecd.org/health>



20. **HAS France**
Home hospitalization criteria
<https://www.has-sante.fr>
21. **Oken MM, et al.**
Toxicity and response criteria of ECOG.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7165009/>
22. **Rockwood K, et al.**
Clinical Frailty Scale.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4470072/>
23. **Bruera E, et al.**
Edmonton Symptom Assessment System.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17145021/>
24. **Royal College of Physicians**
NEWS2 Score
<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>
25. **Charlson ME, et al.**
Charlson Comorbidity Index
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3558716/>
26. **NCCN Guidelines**
Supportive Care
<https://www.nccn.org>
27. **ESMO Guidelines**
Supportive and Palliative Care
<https://www.esmo.org/guidelines>
28. **ASCO Guidelines**
Patient assessment in oncology
<https://www.asco.org>
29. Administration (Infusion and Injection) of Antineoplastic Therapies in the Home: Approved by ONS Board of Directors 2020, 2024.
30. Barroso et al., Management of infusion-related reactions in cancer therapy: strategies and challenges, ESMO Open. 2024; 6;9(3):102922.
31. Bruguera et al., Hospital at home for oncologic patients: SEOM-SEHAD consensus on clinical practice, Clin Transl Oncol.,2025.

32. Handley et Bekelman, The Oncology Hospital at Home, *Journal of Clinical Oncology*, 2019; 37,6.
33. ORAL ANTICANCER medication toolkit, *Oncology Nursing Society*, 2022
34. Resuscitation Council UK. Emergency treatment of anaphylaxis (May 2021).
35. Siegel et al., Antineoplastic Therapy Administration Safety Standards for Adult and Pediatric Oncology: ASCO-ONS Standards, *Oncology Nursing Forum*, 2024; 51(3), 1-24
36. Villegas et al., National expert consensus on home-administered oncologic therapies in Spain, *Front Oncol*, 2024; 14:1335344
37. Aslakson et al., Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2017 Assessment Tools for Palliative Care. Technical Brief, No. 30.
38. Baugh et al., Acute home-based care for patients with cancer to avoid, substitute, and follow emergency department visits: a conceptual framework using Porter's Five Forces Emerg Cancer Care, 2022; 1(1):8.
39. Bruguera et al., Hospital at home for oncologic patients: SEOM-SEHAD consensus on clinical practice, *Clin Transl Oncol*, 2025, doi: 10.1007/s12094-025-03875-4.
40. Canadian Association of Nurses in Oncology/Association canadienne des infirmières en oncologie (CANO/ACIO). Standards and competencies for oncology nursing practice in systemic therapy [Internet]. Ottawa (ON): CANO/ACIO; 2022, <https://www.cano-acio.ca/resource/resmgr/>
41. Corbett et al, The delivery of chemotherapy at home: an evidence synthesis, *Health Services and Delivery Research*, 2015; 3(14):1-182
42. Handley et Bekelman, The Oncology Hospital at Home, *Journal of Clinical Oncology*, 2019; 37,6.
43. Jang et al., "It's a part of the patient": The experiences of patients with cancer undergoing home-based chemotherapy from patients' and nurses' perspectives, *Asia Pac J Oncol Nurs*, 2022; 9(8):100072
44. Kwok et al., Nurse-led telehealth interventions for symptom management in patients with cancer receiving systemic or radiation therapy: a systematic review and meta-analysis, *Support Care Cancer*, 2022; 30(9):7119-7132.
45. Luu TT. Cancer patient management: role of multidisciplinary teams. *BMJ Support Palliat Care*. 2022; 12(2):201-206. doi:10.1136/bmjspcare-2021-003039.
46. Mooney et al., Evaluation of Oncology Hospital at Home: Unplanned Health Care Utilization and Costs in the Huntsman at Home Real-World Trial, *J Clin Oncol*. 2021; 39(23):2586-2593.
47. Nipp et al., Supportive oncology care at home interventions: protocols for clinical trials to shift the paradigm of care for patients with cancer, *BMC Cancer*. 2022; 22:383.
48. Pandit et al, The hospital at home in the USA: current status and future prospects, *npj Digital Medicine*, 2024; 7, 48
49. Pousette et Hofmarcher, IHE-The Swedish Institute for Health Economics, 2024.
50. Siegel RD, Lefebvre KB, Temin S, Evers A, Barbarotta L, Bowman RM, et al. Antineoplastic therapy administration safety standards for adult and pediatric oncology: ASCO-ONS standards. *JCO Oncol Pract*. 2024.
51. Tan et al., Experiences of healthcare professionals providing palliative care in home settings - a scoping review, *BMC Palliative Care*. 2025; 24, 11728



52. Toni et Ayatollahi, An insight into the use of telemedicine technology for cancer patients during the Covid-19 pandemic: a scoping review, BMC Med Inform Decis Mak., 2024;24:104
53. Villegas Bruguera EB, Molina Mata K, de la Haba Rodríguez J, Carrascosa Bermejo S, Calvo Gómez M, Falgás Ravry M, et al. Hospital at home for oncologic patients: SEOM-SEHAD consensus on clinical practice. Clin Transl Oncol. 2025;27(10):3860-3866. doi:10.1007/s12094-025-03875-4.
54. Villegas E, Arruñada M, Casado MA, González S, Moreno-Martínez ME, Peñuelas MA, et al. National expert consensus on home-administered oncologic therapies in Spain. Front Oncol. 2024;14:1335344. doi:10.3389/fonc.2024.1335344.
55. Webb, M. et al., The Supportive Care Needs of Cancer Patients: a Systematic Review J Cancer Educ., 2021; 36(5): 899–908.
56. Webber et al., Home Se-Cure: A Home Care Service for Cancer Patients during the COVID-19 Pandemic, Int J Environ Res Public Health. 2021;18(20):10913.
57. World Health Organization Regional Office for Europe. (2023). Therapeutic patient education: An introductory guide. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
58. Xiangyun Ye et al., Systematic analysis of chemotherapy agents for home-based administration., Journal of Clinical Oncology, 2020; 38,15.
59. Young et Kerr, Home delivery: chemotherapy and pizza?, BMJ 2001; 7;322(7290):809–810.
60. Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος, Πλαίσιο Εκπαίδευσης στην Ογκολογική Νοσηλευτική της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Νοσηλευτικής Ογκολογίας (EONS)
61. Υπουργείο Υγείας, Εθνική Επιτροπή για την Ανάπτυξη και την Υλοποίηση της Στρατηγικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα. Μελέτη σκοπιμότητας για την ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας; 2019.
62. IDCS/ASCO Guidelines. Outpatient Management of Fever and Neutropenia in Adults Treated for Malignancy Algorithm, American Society of Clinical Oncology 2018, <https://ascopubs.org/action/downloadSupplement?doi=10.1200%2FJCO.2017.77.6211&file=2018-outpatient-mgmt-FN-algorithms.pdf>
63. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΝΟΣΠΙ:ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΝΟΣΠΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ
64. Hospital at home for oncologic patients: SEOM–SEHAD consensus clinical practice
65. Eulalia B. Villegas Bruguera · Kevin Molina Mata, Magdalena Fernandez Martínez de Mandojana Iosune Guillén Blanco · Manuel Sánchez Cánovas
66. The effectiveness of hospital at home compared with in-patient hospital care:a systematic review. Sasha Shepperd and Steve Iliffe
67. Creating and Validating a Predictive Model for Suitability of Hospital at Home for Patients With Solid-Tumor Malignancies Kevin Chen , Keval Desai , Soundari Sureshanand , Kerin Adelson , Jeremy I Schwartz , Cary P Gross , Sarwat I Chaudhry
68. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΝΟΣΠΙ:ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΝΟΣΠΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ
69. Villegas Bruguera EB, Mata KM, de Mandojana MFM, Blanco IG, Cánovas MS. Hospital at home for oncologic patients: SEOM-SEHAD consensus on clinical practice. Clin Transl Oncol. 2025 Oct;27(10):3860-3866. doi: 10.1007/s12094-025-03875-4. Epub 2025 Apr 23. PMID: 40266493; PMCID: PMC12460374.3

70. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (ΝΟΣΠΙ) ΚΑΙ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ (ΚΟΝ)
71. ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΠΙ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ
72. Tralongo P, Ferrau F, Borsellino N, Verderame F, Caruso M, Giuffrida D, Butera A, Gebbia V. Cancer patient-centered home care: a new model for health care in oncology. *Ther Clin Risk Manag*. 2011;7:387-92. doi: 10.2147/TCRM.S22119. Epub 2011 Sep 9. PMID: 21941445; PMCID: PMC3176172.
73. Shepperd S, Iliffe S. The effectiveness of hospital at home compared with in-patient hospital care: a systematic review. *J Public Health Med*. 1998 Sep;20(3):344-50. doi: 10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024778. PMID: 9793901
74. Chen K, Desai K, Sureshanand S, Adelson K, Schwartz JJ, Gross CP, Chaudhry SI. Creating and Validating a Predictive Model for Suitability of Hospital at Home for Patients With Solid-Tumor Malignancies. *JCO Oncol Pract*. 2021 Apr;17(4):e556-e563. doi: 10.1200/OP.20.00663. Epub 2021 Jan 8. PMID: 33417488; PMCID: PMC8257922.
75. Virtual Health Care in Hospital-at-Home Models for Patients With Acute Infections: A Scoping Review. Larsen MN, Dreisig TS, Rasmussen MK, Schultz ANØ, Nielsen TL, Fischer TK. *Virtual Health Care in Hospital-at-Home Models for Patients With Acute Infections: A Scoping Review*. *Mayo Clin Proc Digit Health*. 2025 Jul 7;3(3):100250. doi: 10.1016/j.mcpdig.2025.100250. PMID: 40791831; PMCID: PMC12337863.
76. Doshi SD, Bange EM, Daly B, Kuperman G, Panageas KS, Morris MJ. Telemedicine and Cancer Care: Barriers and Strategies to Optimize Delivery. *Cancer J*. 2024 Jan-Feb 01;30(1):8-15. doi: 10.1097/PPO.0000000000000691. PMID: 38265920; PMCID: PMC10832391.
77. Shaffer KM, Turner KL, Siwik C, Gonzalez BD, Upasani R, Glazer JV, Ferguson RJ, Joshua C, Low CA. Digital health and telehealth in cancer care: a scoping review of reviews. *Lancet Digit Health*. 2023 May;5(5):e316-e327. doi: 10.1016/S2589-7500(23)00049-3. PMID: 37100545; PMCID: PMC10124999.
78. WHO – palliative care / person-centred care.
79. NHS England – virtual wards operational framework και condition-specific virtual ward guidance.
80. Ελλάδα – ΝΟΣΠΙ (Ελλάδα 2.0), δικαιώματα ασθενών, GDPR/δεδομένα υγείας
81. UKONS Acute Oncology Initial Management Guidelines (Version 4, 2023)
82. Recognition and management of patients who are deteriorating. NSW Health
83. National Early Warning Score (NEWS) 2 Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS, 2017
84. Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines†. *ESMO Open*. 2020 Dec;5(6):e001038
85. Johnston KN, Young M, Kay D, Williams MT. Translating a Home-Based Breathlessness Service: A Pilot Study of Feasibility, Person-Reported, and Hospital Use Outcomes. *J Clin Med*. 2025 Jun 1;14(11):3894. doi: 10.3390/jcm14113894. PMID: 40507656; PMCID: PMC12156291.
86. Hui D, Bohlke K, Bao T, Campbell TC, Coyne PJ, Currow DC, Gupta A, Leiser AL, Mori M, Nava S, Reinke LF, Roeland EJ, Seigel C, Walsh D, Campbell ML. Management of Dyspnea in Advanced Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol*. 2021 Apr 20;39(12):1389-1411. doi: 10.1200/JCO.20.03465. Epub 2021 Feb 22. PMID: 33617290.



87. Loprinzi CL, Lacchetti C, Bleeker J, Cavaletti G, Chauhan C, Hertz DL, Kelley MR, Lavino A, Lustberg MB, Paice JA, Schneider BP, Lavoie Smith EM, Smith ML, Smith TJ, Wagner-Johnston N, Hershman DL. Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2020 Oct 1;38(28):3325-3348. doi: 10.1200/JCO.20.01399. Epub 2020 Jul 14. PMID: 32663120.
88. Jordan, A. Margulies, F. Cardoso, G. Cavaletti, H.S. Haugnes, P. Jahn, E. Le Rhun, M. Preusser, F. Scotté, M.J.B. Taphoorn, K. Jordan. Systemic anticancer therapy-induced peripheral and central neurotoxicity: ESMO-EONS-EANO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, prevention, treatment and follow-up, *Annals of Oncology*, Volume 31, Issue 10, 2020, Pages 1306-1319, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.07.003>.
89. Xia J, Tao X, Hu Q, Luo W, Tong X, Zhou G, Zhou H, Hua H, Tang G, Wu T, Chen Q, Fan Y, Guan X, Liu H, Hu C, Zhou Y, Shen X, Wu L, Zeng X, Liu Q, Tao R, He Y, Cai Y, Wang W, Zhang Y, Wu Y, Nie M, Jin X, Wei X, Nie X, Yuan C, Cheng B. Expert consensus on the prevention and treatment of radiochemotherapy-induced oral mucositis. *Int J Oral Sci.* 2025 Jul 15;17(1):54. doi: 10.1038/s41368-025-00382-8. PMID: 40664676; PMCID: PMC12264017.
90. Elad S, Cheng KKF, Lalla RV, Yarom N, Hong C, Logan RM, Bowen J, Gibson R, Saunders DP, Zadik Y, Ariyawardana A, Correa ME, Ranna V, Bossi P; Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer.* 2020 Oct 1;126(19):4423-4431. doi: 10.1002/cncr.33100. Epub 2020 Jul 28. Erratum in: *Cancer.* 2021 Oct 1;127(19):3700. doi: 10.1002/cncr.33549. PMID: 32786044; PMCID: PMC7540329.
91. Lacouture ME, Sibaud V, Gerber PA, van den Hurk C, Fernández-Peñas P, Santini D, Jahn F, Jordan K; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Prevention and management of dermatological toxicities related to anticancer agents: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2021 Feb;32(2):157-170. doi: 10.1016/j.annonc.2020.11.005. Epub 2020 Nov 25. PMID: 33248228.
92. Ladwa R, Fogarty G, Chen P, Grewal G, McCormack C, Mar V, Kerob D, Khosrotehrani K. Management of Skin Toxicities in Cancer Treatment: An Australian/New Zealand Perspective. *Cancers (Basel).* 2024 Jul 12;16(14):2526. doi: 10.3390/cancers16142526. PMID: 39061166; PMCID: PMC11274446.
93. Fabi A, Bhargava R, Fatigoni S, Guglielmo M, Horneber M, Roila F, Weis J, Jordan K, Ripamonti CI; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Cancer-related fatigue: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment. *Ann Oncol.* 2020 Jun;31(6):713-723. doi: 10.1016/j.annonc.2020.02.016. Epub 2020 Mar 12. PMID: 32173483.
94. Management of Fatigue in Patients with Advanced Cancer. *Curr Treat Options Oncol.* 2023 Feb;24(2):93-107
95. 2020 ASCO, 2023 NCCN, 2023 MASCC/ESMO, and 2019 CCO: a comparison of antiemetic guidelines for the treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting in cancer patients. *Support Care Cancer.* 2024 Apr 10;32(5):280.
96. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. *Clin Interv Aging.* 2011;6:243-59
97. The Prevention and Treatment of Nausea and Vomiting During Tumor Therapy. *Dtsch Arztebl Int.* 2022 May 27;119(21):382-392



98. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018
99. Adult Cancer Pain, Version 2.2025, NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2025 Jul;23(7):e250032
100. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2018 Oct 1;29(Suppl 4):iv166-iv191



**Παράρτημα IV: Νοσηλευτικά
Πρωτόκολλα ΝΟΣΠΙ Παιδιατρικών,
Ενηλικίων και Ογκολογικών ασθενών**

**Περιεχόμενα**

ΜΕΡΟΣ Ι: Πλαίσιο Νοσηλευτικής Φροντίδας στο ΝΟΣΠ	
1. Εισαγωγή.....	
2. Νοσηλευτική αξιολόγηση ασθενούς στο σπίτι.....	
3. Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας.....	
4. Διαχείριση Επιδείνωσης και Επείγουσα Παραπομπή στο Νοσοκομείο.....	
5. Ασφάλεια ασθενούς και προσωπικού στο οικιακό περιβάλλον	
ΜΕΡΟΣ ΙΙ: Γενικά Νοσηλευτικά Πρωτόκολλα	
1. Πρόληψη και έλεγχος λοιμώξεων.....	
2. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.....	
ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: Εξειδικευμένα Νοσηλευτικά Πρωτόκολλα	
ΜΕΡΟΣ ΙV - Ποιότητα και αξιολόγηση φροντίδας	
Βιβλιογραφία	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4. Κλίμακα Εκτίμησης Κινδύνου Πτώσης Morse	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5. Παιδιατρική Κλίμακα Εκτίμησης Κινδύνου Πτώσης.....	
Παράρτημα 7. Κλίμακα Εκτίμησης του σημείου εισαγωγής περιφερικού φλεβικού καθετήρα.....	
Παράρτημα 8. Κλίμακα Εκτίμησης κινδύνου Braden Scale.....	



ΜΕΡΟΣ Ι: Πλαίσιο Νοσηλευτικής Φροντίδας στο ΝΟΣΠΙ

1. Εισαγωγή

Σκοπός των νοσηλευτικών πρωτοκόλλων

Τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα έχουν ως κύριο σκοπό τη διαμόρφωση του πλαισίου οργάνωσης και εφαρμογής της νοσηλευτικής φροντίδας στο πρόγραμμα Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ). Στόχος του είναι η συστηματική περιγραφή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται στο οικιακό περιβάλλον, η διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας και η ομοιόμορφη εφαρμογή τεκμηριωμένων πρακτικών από τους νοσηλευτές ΝΟΣΠΙ που συμμετέχουν στο πρόγραμμα.

Η ανάπτυξη τυποποιημένων νοσηλευτικών πρωτοκόλλων αποτελεί βασικό στοιχείο της λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ, καθώς η παροχή νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας στο σπίτι προϋποθέτει σαφώς καθορισμένες διαδικασίες και σαφή κατανομή ρόλων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η χρήση πρωτοκόλλων επιτρέπει την εφαρμογή ενιαίων κλινικών πρακτικών, τη μείωση της μεταβλητότητας στην παρεχόμενη φροντίδα και την αποτελεσματική συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας.

Παράλληλα, το παρόν λειτουργεί ως εργαλείο υποστήριξης των νοσηλευτών ΝΟΣΠΙ, παρέχοντας σαφείς οδηγίες για την εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων, την παρακολούθηση της κατάστασης των ασθενών και την εκπαίδευση των φροντιστών στο σπίτι.

Ρόλος νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ αποτελεί βασικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας κατέχοντας κεντρικό ρόλο στην παροχή φροντίδας στον ασθενή στο οικιακό περιβάλλον. Ο ρόλος του είναι πολυπαραμετρικός και περιλαμβάνει την αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς, την εφαρμογή του εξατομικευμένου θεραπευτικού πλάνου, την παρακολούθηση της πορείας της νόσου, την εκπαίδευση των φροντιστών για την ασφαλή συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι και τη συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα και το νοσοκομείο.

Στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του, ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ:



- αξιολογεί την κλινική κατάσταση του ασθενούς κατά την επίσκεψη στο σπίτι,
- εφαρμόζει τις συνταγογραφημένες ιατρικές οδηγίες και το εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο,
- εκτελεί εξειδικευμένες νοσηλευτικές πράξεις, όπως διαχείριση καθετήρων, φροντίδα τραχειοστομίας, αναρρόφηση εκκρίσεων και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής,
- παρακολουθεί τη λειτουργία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού που χρησιμοποιείται στο σπίτι, όπως οι αναπνευστήρες και οι συσκευές αναρρόφησης,
- καταγράφει συστηματικά τα κλινικά ευρήματα και ενημερώνει τη διεπιστημονική ομάδα για τυχόν μεταβολές στην κατάσταση του ασθενούς,
- εκπαιδεύει τους γονείς ή φροντιστές στις βασικές δεξιότητες φροντίδας και αξιολογεί την επάρκεια εφαρμογής τους.

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ βρίσκεται σε διαρκή και στενή συνεργασία με το κέντρο αναφοράς του ασθενούς και την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα φροντίδας, ώστε να διασφαλίζεται η συνέχεια της νοσοκομειακής φροντίδας εκτός του νοσοκομείου.

Σύνδεση νοσηλευτικών πρωτοκόλλων με τα ιατρικά θεραπευτικά πρωτόκολλα

Τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα αποτελούν λειτουργική προέκταση των ιατρικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων που εφαρμόζονται στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ. Ενώ τα ιατρικά πρωτόκολλα καθορίζουν τη διάγνωση, τη θεραπευτική στρατηγική και τις ενδείξεις για την εφαρμογή συγκεκριμένων παρεμβάσεων, τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα εξειδικεύουν τον τρόπο εφαρμογής των παρεμβάσεων αυτών στη φροντίδα που παρέχεται στο περιβάλλον στο σπίτι.

Στο πλαίσιο αυτό, τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα:

- καθορίζουν τις διαδικασίες εκτέλεσης των νοσηλευτικών πράξεων,
- περιγράφουν τα απαιτούμενα υλικά και τον εξοπλισμό,
- ορίζουν τα βήματα παρακολούθησης του ασθενούς κατά τη διάρκεια και μετά την παρέμβαση,
- προσδιορίζουν τα σημεία που απαιτούν ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας ή/και παραπομπή του ασθενούς.

Η σαφής διασύνδεση των νοσηλευτικών με τα ιατρικά πρωτόκολλα συμβάλλει στη διατήρηση της συνέχειας της φροντίδας μεταξύ νοσοκομείου και κατ' οίκον



περιβάλλοντος, καθώς και στην ασφαλή διαχείριση ασθενών με σύνθετες ή χρόνιες παθήσεις που παρακολουθούνται μέσω του προγράμματος ΝΟΣΠΙ.

Αρχές νοσηλευτικής φροντίδας ΝΟΣΠΙ

Η παροχή νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι βασίζεται σε συγκεκριμένες αρχές που διασφαλίζουν την ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας. Βασική προϋπόθεση αποτελεί η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών στο σπίτι, οι οποίες προσεγγίζουν το επίπεδο της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, με παράλληλη διασύνδεση του ασθενούς με το κέντρο ΝΟΣΠΙ.

Οι βασικές αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας ΝΟΣΠΙ περιλαμβάνουν:

- συνέχεια της φροντίδας, μέσω της στενής συνεργασίας μεταξύ νοσοκομείου και παρακολούθησης ΝΟΣΠΙ,
- διεπιστημονική προσέγγιση, με συμμετοχή διαφορετικών επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς,
- ενεργό συμμετοχή της οικογένειας και των φροντιστών, οι οποίοι εκπαιδεύονται για τη διαχείριση της καθημερινής φροντίδας,
- συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς, με προγραμματισμένες επισκέψεις και δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ,
- δυνατότητα άμεσης επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, σε περίπτωση επιδείνωσης της κλινικής κατάστασης.

Η εφαρμογή των αρχών αυτών διασφαλίζει ότι η φροντίδα στο σπίτι δεν αποτελεί απλή υποκατάσταση της νοσηλείας στο νοσοκομείο, αλλά οργανωμένη και ασφαλή συνέχεια της θεραπευτικής διαδικασίας.

2. Νοσηλευτική αξιολόγηση ασθενούς στο σπίτι

Η νοσηλευτική αξιολόγηση αποτελεί βασικό στάδιο της παροχής φροντίδας στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ και συνιστά θεμελιώδες εργαλείο για την παρακολούθηση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς στο οικιακό περιβάλλον. Μέσω της συστηματικής αξιολόγησης ο νοσηλευτής συλλέγει πληροφορίες σχετικά με τη γενική κατάσταση υγείας, τη λειτουργικότητα και τις ανάγκες φροντίδας του ασθενούς, συμβάλλοντας στην έγκαιρη αναγνώριση μεταβολών που ενδέχεται να απαιτούν τροποποίηση της θεραπευτικής προσέγγισης.



Στο πλαίσιο του ΝΟΣΠΙ, η νοσηλευτική αξιολόγηση πραγματοποιείται ήδη από τη μετάβαση του ασθενούς από το νοσοκομείο στο σπίτι, κατά την αρχική επίσκεψη στο σπίτι και επαναλαμβάνεται σε κάθε προγραμματισμένη ή έκτακτη επίσκεψη. Η συστηματική καταγραφή των ευρημάτων αποτελεί βασική υποχρέωση του νοσηλευτή και επιτρέπει την ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας φροντίδας, διασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας μεταξύ νοσοκομείου και παρακολούθησης στο σπίτι.

Η διαδικασία αξιολόγησης πραγματοποιείται με τη χρήση τυποποιημένων εντύπων καταγραφής, τα οποία περιλαμβάνουν κλινικές παραμέτρους, στοιχεία παρακολούθησης της θεραπείας και εκτίμηση του οικιακού περιβάλλοντος (**Παράρτημα 1**). Η χρήση ενιαίων εργαλείων αξιολόγησης συμβάλλει στην ομοιόμορφη εφαρμογή των νοσηλευτικών πρακτικών και στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Μετάβαση από το νοσοκομείο στο σπίτι

Η μετάβαση του ασθενούς από το νοσοκομείο στο σπίτι αποτελεί κρίσιμο στάδιο στη λειτουργία στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ. Η διαδικασία αυτή απαιτεί συντονισμό μεταξύ του κέντρου ΝΟΣΠΙ, της διεπιστημονικής ομάδας φροντίδας και των φροντιστών του ασθενούς, ώστε να διασφαλιστεί η ασφαλής συνέχιση της θεραπείας στο σπίτι.

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία προετοιμασίας της μετάβασης, συμβάλλοντας στην αξιολόγηση των αναγκών φροντίδας του ασθενούς και στην εκπαίδευση των φροντιστών. Στο πλαίσιο αυτό:

- συνεργάζεται με τη διεπιστημονική ομάδα για την προετοιμασία του σχεδίου φροντίδας στο σπίτι,
- συμβάλλει στην αξιολόγηση της καταλληλότητας του οικιακού περιβάλλοντος,
- ελέγχει τη διαθεσιμότητα και τη σωστή εγκατάσταση του απαραίτητου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού,
- συμμετέχει στην εκπαίδευση των γονέων ή/και φροντιστών στη χρήση του εξοπλισμού και στις βασικές διαδικασίες φροντίδας,



- παρέχει οδηγίες σχετικά με την αναγνώριση πιθανών επιπλοκών και τη διαδικασία επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ.

Η προετοιμασία αυτή αποσκοπεί στη διασφάλιση ότι οι φροντιστές διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για τη διαχείριση της φροντίδας του ασθενούς στο σπίτι και γνωρίζει πως και με πότε πρέπει να επικοινωνήσει με το κέντρο ΝΟΣΠΙ.

Νοσηλευτική εκτίμηση κατά τη μετάβαση και την πρώτη επίσκεψη στο σπίτι

Η νοσηλευτική φροντίδα στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ δεν αποτελεί ανεξάρτητη υπηρεσία από τη νοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά οργανωμένη συνέχεια της νοσηλείας του ασθενούς μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Για τον λόγο αυτό, η διαδικασία αξιολόγησης του ασθενούς ξεκινά ήδη κατά τη φάση προετοιμασίας της μετάβασης από το νοσοκομείο στο σπίτι και συνεχίζεται κατά την πρώτη επίσκεψη του νοσηλευτή στο σπίτι.

Η πρώτη επίσκεψη στο σπίτι δεν αποσκοπεί στην εκ νέου εκτίμηση της διάγνωσης ή της θεραπευτικής στρατηγικής, αλλά στην επιβεβαίωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς, στην αξιολόγηση των συνθηκών φροντίδας στο σπίτι και στην εφαρμογή του εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας που έχει ήδη καθοριστεί από την ομάδα του κέντρου ΝΟΣΠΙ (**Πίνακας 1**).

Κατά την πρώτη επίσκεψη ο νοσηλευτής σε συνεργασία με τον ιατρό ΝΟΣΠΙ επαληθεύει και επικαιροποιεί τα βασικά στοιχεία του θεραπευτικού πλάνου, συλλέγοντας πληροφορίες σχετικά με:

- τη βασική διάγνωση και το ιστορικό νόσου
- τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής
- τη χρήση και λειτουργία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (αναπνευστήρες, συσκευές οξυγονοθεραπείας)
- τις ανάγκες εκπαίδευσης των φροντιστών
- τη λειτουργική κατάσταση και το επίπεδο αυτονομίας του ασθενούς

Η διαδικασία αυτή πραγματοποιείται σε συνεργασία με την ιατρική ομάδα του κέντρου ΝΟΣΠΙ και αποσκοπεί στην ασφαλή εφαρμογή του θεραπευτικού πλάνου στο οικιακό περιβάλλον.



Τα ευρήματα καταγράφονται στο έντυπο στο έντυπο νοσηλευτικής αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ (**Παράρτημα 1**) και τη Λίστα Ελέγχου Μετάβασης στο Σπίτι (**Παράρτημα 2**).

Πίνακας 1. Στόχοι της πρώτης επίσκεψης στο σπίτι.

Στόχος	Περιγραφή
Επιβεβαίωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς	Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ αξιολογεί τη γενική κατάσταση του ασθενούς και επιβεβαιώνει ότι η κλινική εικόνα είναι συμβατή με το θεραπευτικό πλάνο που έχει καθοριστεί από την ομάδα του κέντρου ΝΟΣΠΙ.
Έλεγχος εφαρμογής του θεραπευτικού πλάνου	Επιβεβαιώνεται ότι η φαρμακευτική αγωγή, η οξυγονοθεραπεία ή άλλες παρεμβάσεις εφαρμόζονται σύμφωνα με τις οδηγίες της διεπιστημονικής ομάδας.
Έλεγχος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού	Ελέγχεται η σωστή εγκατάσταση και λειτουργία εξοπλισμού που χρησιμοποιείται στο σπίτι, όπως αναπνευστήρας, συσκευή οξυγονοθεραπείας, συσκευή αναρρόφησης, αντλίες έγχυσης.
Αξιολόγηση του οικιακού περιβάλλοντος	Ελέγχεται η καταλληλότητα του χώρου για την παροχή φροντίδας, η ασφάλεια του περιβάλλοντος και η δυνατότητα χρήσης του απαραίτητου εξοπλισμού.
Αξιολόγηση γονέων / φροντιστών	Εκτιμάται η επάρκεια των γονέων ή φροντιστών στη διαχείριση της καθημερινής φροντίδας και στον χειρισμό του εξοπλισμού.
Εκπαίδευση φροντιστών	Παρέχονται οδηγίες σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, τη χρήση εξοπλισμού, την υγιεινή φροντίδα και την αναγνώριση συμπτωμάτων επιδείνωσης.
Καταγραφή και τεκμηρίωση	Τα ευρήματα της επίσκεψης καταγράφονται στο έντυπο Νοσηλευτικής Αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ (Παράρτημα 1) και τη Λίστα Ελέγχου Μετάβασης στο Σπίτι (Παράρτημα 2).
Επικοινωνία με τη διεπιστημονική ομάδα	Σε περίπτωση μεταβολής της κατάστασης του ασθενούς, ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ ενημερώνει άμεσα την ομάδα ΝΟΣΠΙ για περαιτέρω οδηγίες.

Εκτίμηση ζωτικών σημείων

Η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων αποτελεί βασική νοσηλευτική διαδικασία για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς και την έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης της υγείας του. Σε κάθε επίσκεψη στο σπίτι του ασθενούς, ο νοσηλευτής καταγράφει συστηματικά:

- θερμοκρασία σώματος
- αρτηριακή πίεση
- καρδιακή συχνότητα
- αναπνευστική συχνότητα
- κορεσμός οξυγόνου

Η συστηματική καταγραφή των παραμέτρων αυτών επιτρέπει τη σύγκριση των τιμών με προηγούμενες μετρήσεις και τη διαπίστωση πιθανών αποκλίσεων από τη συνήθη κλινική εικόνα του ασθενούς.

Τα ευρήματα καταγράφονται στο έντυπο Νοσηλευτικής Αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ (**Παράρτημα 1**).

Εκτίμηση του πόνου

Η αξιολόγηση του πόνου αποτελεί βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας, ιδιαίτερα σε ασθενείς με σύνθετα ιατρονοσηλευτικά προβλήματα. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί κατάλληλες κλίμακες αξιολόγησης πόνου, προσαρμοσμένες στην ηλικία και την κλινική κατάσταση του ασθενούς.

Η εκτίμηση του πόνου περιλαμβάνει:

- την ένταση του πόνου
- τη διάρκεια και τη συχνότητα εμφάνισης
- τους παράγοντες που επιδεινώνουν ή ανακουφίζουν τον πόνο
- την ανταπόκριση στην αναλγητική αγωγή

Η συστηματική αξιολόγηση συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείριση του πόνου και στην έγκαιρη ενημέρωση της ιατρικής ομάδας όταν απαιτείται αναπροσαρμογή της θεραπείας.



Τα ευρήματα καταγράφονται στο έντυπο Νοσηλευτικής Αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ (Παράρτημα 1).

Εκτίμηση λειτουργικής κατάστασης

Η εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης αφορά την ικανότητα του ασθενούς να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες και να συμμετέχει στη διαδικασία αυτοφροντίδας. Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ αξιολογεί:

- το επίπεδο κινητικότητας
- την ικανότητα σίτισης
- τη δυνατότητα επικοινωνίας
- την ανάγκη υποστήριξης από φροντιστή

Η αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον σχεδιασμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και τον καθορισμό του βαθμού συμμετοχής της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενούς.

Τα ευρήματα καταγράφονται στο έντυπο Νοσηλευτικής Αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ (Παράρτημα 1).

Εκτίμηση κινδύνου επιπλοκών

Στο οικιακό περιβάλλον ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ πρέπει να ελέγξει και να αναγνωρίσει πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με την κατάσταση του ασθενούς ή με τη χρήση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Η εκτίμηση αυτή περιλαμβάνει:

- κίνδυνο λοιμώξεων
- κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων
- επιπλοκές από φλεβικούς καθετήρες
- επιπλοκές από τραχειοστομία ή αναπνευστική υποστήριξη
- ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμακευτικής αγωγής

Η έγκαιρη αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου επιτρέπει την εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων και τη μείωση των επιπλοκών.

Τα ευρήματα καταγράφονται στο έντυπο Νοσηλευτικής Αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ (Παράρτημα 1).

**Εκτίμηση οικιακού περιβάλλοντος**

Η καταλληλότητα του οικιακού περιβάλλοντος αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ασφαλή εφαρμογή της φροντίδας ΝΟΣΠΙ. Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ αξιολογεί:

- τη διαθεσιμότητα κατάλληλου χώρου για την παροχή φροντίδας
- την ασφαλή εγκατάσταση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού
- τις συνθήκες υγιεινής του χώρου
- την προσβασιμότητα σε περίπτωση επείγουσας μεταφοράς του ασθενούς

Η αξιολόγηση αυτή πραγματοποιείται κατά την αρχική επίσκεψη και επαναξιολογείται σε όλες τις επισκέψεις.

Τα ευρήματα καταγράφονται στο έντυπο Νοσηλευτικής Αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ (**Παράρτημα 1**).

Εκτίμηση επάρκειας γονέα / φροντιστή

Σημαντικό στοιχείο της νοσηλευτικής αξιολόγησης αποτελεί η εκτίμηση της ικανότητας του γονέα / φροντιστή να συμμετέχει στη φροντίδα του ασθενούς. Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ αξιολογεί:

- τη γνώση των βασικών διαδικασιών φροντίδας
- την ικανότητα χειρισμού εξοπλισμού
- τη συμμόρφωση με τις οδηγίες της ομάδας ΝΟΣΠΙ

Η αξιολόγηση αυτή συμβάλλει στον σχεδιασμό της εκπαίδευσης των γονέων / φροντιστών και στη διασφάλιση της ασφαλούς συνέχισης της φροντίδας στο σπίτι.

Η καταγραφή πραγματοποιείται στο έντυπο εκπαίδευσης και αξιολόγησης γονέων φροντιστών (**Παράρτημα 3**).

3. Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας

Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ αποτελεί δυναμική και συνεχώς εξελισσόμενη διαδικασία, η οποία βασίζεται στη νοσηλευτική αξιολόγηση του ασθενούς και στην εφαρμογή του εξατομικευμένου θεραπευτικού πλάνου, που έχει καθοριστεί από τη διεπιστημονική ομάδα του κέντρου ΝΟΣΠΙ.

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ δεν διαμορφώνει ανεξάρτητα θεραπευτικές αποφάσεις, αλλά συμμετέχει ενεργά στην εφαρμογή, παρακολούθηση και προσαρμογή του σχεδίου φροντίδας, με στόχο τη διασφάλιση της συνέχειας και της ασφάλειας της φροντίδας στο οικιακό περιβάλλον.

Η νοσηλευτική φροντίδα στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ αποτελεί δυναμική και κυκλική διαδικασία, η οποία βασίζεται στη συνεχή αξιολόγηση και αναπροσαρμογή των παρεμβάσεων σύμφωνα με την πορεία του ασθενούς (**Εικόνα 1**).



Εικόνα 1. Κύκλος νοσηλευτικής φροντίδας ΝΟΣΠΙ.

Κατάρτιση εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας

Το εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας βασίζεται:

- στη διάγνωση και το θεραπευτικό πλάνο που έχει καθοριστεί από την διεπιστημονική ομάδα
- στα ευρήματα της νοσηλευτικής αξιολόγησης
- στις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας
- στις συνθήκες του οικιακού περιβάλλοντος.

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ συμβάλλει στην εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας μέσω:

- της οργάνωσης των ιατρονοσηλευτικών παρεμβάσεων
- της προσαρμογής της φροντίδας στις καθημερινές ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας



- της διασφάλισης της σωστής χρήσης του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Το σχέδιο φροντίδας αποτυπώνεται στον φάκελο παρακολούθησης του ασθενούς, επικοινωνείται με τη διεπιστημονική ομάδα και επικαιροποιείται σε κάθε επίσκεψη.

Καθορισμός στόχων νοσηλευτικής παρέμβασης

Οι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας καθορίζονται με βάση την κλινική κατάσταση του ασθενούς και το θεραπευτικό πλάνο και αφορούν:

- τη σταθεροποίηση της κλινικής κατάστασης
- την πρόληψη επιπλοκών
- τη διατήρηση ή βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης
- την ανακούφιση από συμπτώματα
- την υποστήριξη γονέων / φροντιστών.

Οι στόχοι πρέπει να είναι σαφώς καθορισμένοι, ρεαλιστικοί και μετρήσιμοι, όπου είναι εφικτό. Η επίτευξη τους αξιολογείται σε κάθε επίσκεψη και οδηγεί, εφόσον απαιτείται, σε αναπροσαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα

Η παροχή φροντίδας στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ βασίζεται στη στενή συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, η οποία περιλαμβάνει ιατρούς, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ:

- συμμετέχει στην εφαρμογή του θεραπευτικού πλάνου
- μεταφέρει πληροφορίες σχετικά με την κλινική κατάσταση του ασθενούς
- συμβάλλει στην αναγνώριση προβλημάτων ή επιπλοκών
- συμμετέχει στην επανεκτίμηση της φροντίδας.

Η συνεργασία αυτή διασφαλίζει την ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς και την προσαρμογή της φροντίδας στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του.

Ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας



Η έγκαιρη και συστηματική ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας αποτελεί βασική ευθύνη του νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ και κρίσιμο στοιχείο για την ασφαλή παρακολούθηση του ασθενούς στο οικιακό περιβάλλον.

Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ομάδα:

- μετά από κάθε επίσκεψη στο σπίτι, μέσω καταγραφής στον φάκελο του ασθενούς και με τη συμμετοχή του στις προγραμματισμένες συναντήσεις της διεπιστημονικής ομάδας
- σε περιπτώσεις μεταβολής της κλινικής κατάστασης
- όταν παρατηρούνται αποκλίσεις από το θεραπευτικό πλάνο
- σε περίπτωση εμφάνισης επιπλοκών ή ανεπιθύμητων ενεργειών
- όταν απαιτείται επανεκτίμηση ή τροποποίηση της φροντίδας.

Η επικοινωνία πραγματοποιείται μέσω των καθορισμένων καναλιών του προγράμματος που περιλαμβάνουν τηλεφωνική επικοινωνία, ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς, πλατφόρμα τηλεπαρακολούθησης ΝΟΣΠΙ.

Η σαφής και τεκμηριωμένη ενημέρωση συμβάλλει στη λήψη έγκαιρων αποφάσεων και στη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας.

Προγραμματισμός επισκέψεων στο σπίτι

Ο προγραμματισμός των επισκέψεων στο σπίτι καθορίζεται από:

- τη βαρύτητα της κλινικής κατάστασης του ασθενούς
- το είδος των παρεμβάσεων που απαιτούνται
- την ανάγκη παρακολούθησης ζωτικών παραμέτρων
- τις ανάγκες των γονέων / φροντιστών.

Οι επισκέψεις μπορεί να είναι προγραμματισμένες (τακτική παρακολούθηση) ή έκτακτες (σε περίπτωση επιδείνωσης ή ανάγκης επανεκτίμησης). Ο νοσηλευτής συμβάλλει στον προγραμματισμό των επισκέψεων, διασφαλίζοντας ότι η συχνότητα και η διάρκεια τους ανταποκρίνονται στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς.



4. Διαχείριση Επιδείνωσης και Επείγουσα Παραπομπή στο Νοσοκομείο

Η παρακολούθηση ασθενών στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ προϋποθέτει τη δυνατότητα έγκαιρης αναγνώρισης επιδείνωσης της κλινικής τους κατάστασης και την άμεση ενεργοποίηση των κατάλληλων διαδικασιών για την ασφαλή διαχείρισή τους. Η φροντίδα ΝΟΣΠΙ, παρότι αποτελεί συνέχεια της νοσοκομειακής νοσηλείας, ενέχει αυξημένες απαιτήσεις όσον αφορά την έγκαιρη αναγνώριση κινδύνων, καθώς ο ασθενής δεν βρίσκεται σε περιβάλλον συνεχούς ιατρικής παρακολούθησης.

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ αποτελεί τον βασικό συνδετικό κρίκο του ασθενούς και της οικογένειάς του με το σύστημα υγείας στο οικιακό περιβάλλον και έχει καθοριστικό ρόλο στην αναγνώριση σημείων επιδείνωσης, την τεκμηρίωση των ευρημάτων και την άμεση ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας.

Αναγνώριση επιδείνωσης της κλινικής κατάστασης

Η επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς μπορεί να εκδηλωθεί με μεταβολές στα ζωτικά σημεία, επιδείνωση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας, εμφάνιση νέων συμπτωμάτων ή επιδείνωση προϋπαρχόντων, καθώς και με αλλαγές στο επίπεδο συνείδησης ή στη λειτουργικότητα του ασθενούς. Παράλληλα, ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε περιπτώσεις δυσλειτουργίας του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, ο οποίος αποτελεί κρίσιμο στοιχείο της φροντίδας στο σπίτι.

Ο νοσηλευτής αξιολογεί συστηματικά τα ευρήματα της κλινικής εκτίμησης και τα συγκρίνει με τις φυσιολογικές τιμές για την ηλικία, αλλά και προηγούμενες καταγραφές, ώστε να εντοπίζονται έγκαιρα τάσεις επιδείνωσης. Τα κυριότερα προειδοποιητικά σημεία επιδείνωσης παρουσιάζονται στον σχετικό **Πίνακα 2**.

Πίνακας 2. Προειδοποιητικά κλινικά σημεία επιδείνωσης της κλινικής κατάστασης.

Κατηγορία	Σημεία επιδείνωσης (Red Flags)	Ενέργεια
Αναπνευστικό	Δύσπνοια, ταχύπνοια, SpO ₂ <92%	Άμεση ενημέρωση ιατρού
Κυκλοφορικό	Ταχυκαρδία >120/min ή βραδυκαρδία <50/min, υπόταση	Επείγουσα αξιολόγηση
Θερμοκρασία	Πυρετός >38°C	Ενημέρωση ομάδας



Νευρολογικό	Σύγχυση, υπνηλία, αλλαγή επιπέδου συνείδησης	Άμεση εκτίμηση
Γενική κατάσταση	Απότομη επιδείνωση, ανορεξία	Επανεκτίμηση
Συσκευές	Δυσλειτουργία (αναπνευστήρας, αντλία)	Εξοπλισμού Άμεση παρέμβαση
Καθετήρες	Ερυθρότητα, εκροή, πόνος	Έλεγχος για λοίμωξη
Φάρμακα	Ανεπιθύμητες ενέργειες	Ενημέρωση ιατρικής ομάδας

Ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας

Η έγκαιρη και τεκμηριωμένη ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας αποτελεί βασική ευθύνη του νοσηλευτή και κρίσιμο στοιχείο για την ασφαλή παρακολούθηση του ασθενούς στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ.

Η ενημέρωση πραγματοποιείται μετά από κάθε επίσκεψη στο σπίτι, μέσω της καταγραφής στον φάκελο του ασθενούς, αλλά και άμεσα σε περιπτώσεις μεταβολής της κλινικής κατάστασης, εμφάνισης επιπλοκών ή αποκλίσεων από το θεραπευτικό πλάνο. Η επικοινωνία περιλαμβάνει σαφή περιγραφή των ευρημάτων, των παραμέτρων που έχουν μεταβληθεί και των παρεμβάσεων που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί.

Η χρήση δομημένης και τεκμηριωμένης επικοινωνίας συμβάλλει στη λήψη έγκαιρων αποφάσεων και στη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας.

Κριτήρια επείγουσας παραπομπής στο νοσοκομείο

Η απόφαση για επείγουσα παραπομπή του ασθενούς στο νοσοκομείο λαμβάνεται από την διεπιστημονική ομάδα. Ωστόσο, ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ οφείλει να αναγνωρίζει τις καταστάσεις που ενδέχεται να απαιτούν άμεση ενεργοποίηση της διαδικασίας.

Η ανάγκη επείγουσας παραπομπής σχετίζεται κυρίως με την εμφάνιση σοβαρής αναπνευστικής δυσχέρειας, σημαντικής πτώσης του κορεσμού οξυγόνου, αιμοδυναμικής αστάθειας, οξείας μεταβολής του επιπέδου συνείδησης ή ανεξέλεγκτου πόνου. Επιπλέον, σοβαρές λοιμώξεις, ενδείξεις σήψης ή δυσλειτουργία κρίσιμου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού αποτελούν ενδείξεις για επείγουσα επανεκτίμηση και πιθανή μεταφορά στο νοσοκομείο.



Τα ανωτέρω κριτήρια λειτουργούν ως οδηγός για την έγκαιρη αναγνώριση επικίνδυνων καταστάσεων και πρέπει να αξιολογούνται σε συνδυασμό με τη συνολική κλινική εικόνα του ασθενούς και σε επικοινωνία με τον ιατρό ΝΟΣΠΙ.

Διαδικασία επείγουσας εισαγωγής

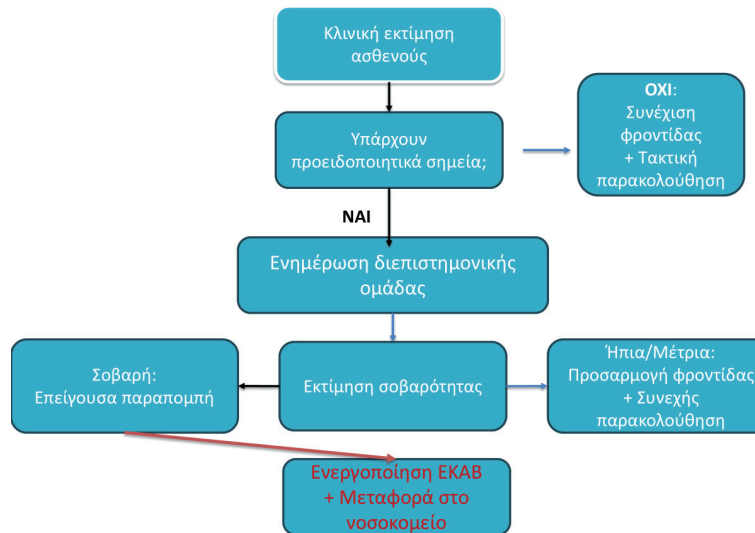
Σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητη η μεταφορά του ασθενούς στο νοσοκομείο, ενεργοποιείται η προβλεπόμενη διαδικασία επείγουσας εισαγωγής. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει την άμεση επικοινωνία με την ιατρική ομάδα και την ενεργοποίηση των υπηρεσιών επείγουσας μεταφοράς (ΕΚΑΒ), όπου απαιτείται.

Παράλληλα, ο νοσηλευτής μεριμνά για την προετοιμασία του ασθενούς, διασφαλίζοντας ότι συνοδεύεται από τα απαραίτητα στοιχεία του φακέλου του, τις πληροφορίες σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή και, εφόσον απαιτείται, τον χρησιμοποιούμενο εξοπλισμό. Η διαδικασία πραγματοποιείται με στόχο τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας και την αποφυγή καθυστερήσεων στην αντιμετώπιση του ασθενούς.

Τεκμηρίωση και καταγραφή συμβάντος

Η τεκμηρίωση της επιδείνωσης και της διαδικασίας παραπομπής αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής πρακτικής στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ. Ο νοσηλευτής καταγράφει με ακρίβεια τα κλινικά ευρήματα που οδήγησαν στην απόφαση, τον χρόνο και τον τρόπο επικοινωνίας με τη διεπιστημονική ομάδα, καθώς και τις ενέργειες που πραγματοποιήθηκαν μέχρι τη μεταφορά του ασθενούς.

Η πλήρης και σαφής καταγραφή συμβάλλει τόσο στη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας όσο και στη δυνατότητα ανασκόπησης και αξιολόγησης των περιστατικών.



Εικόνα 2. Αλγόριθμος επιδείνωσης ασθενούς στο ΝΟΣΠΙ.

5. Ασφάλεια ασθενούς και προσωπικού στο οικιακό περιβάλλον

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στο οικιακό περιβάλλον απαιτεί συστηματική προσέγγιση στην αναγνώριση και διαχείριση των κινδύνων, καθώς το σπίτι δεν αποτελεί ελεγχόμενο χώρο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Η ασφάλεια του ασθενούς και του νοσηλευτή βασίζεται στην ορθή εκτίμηση των συνθηκών, στην τήρηση των διαδικασιών και στην ενεργό συμμετοχή των γονέων φροντιστών.

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ έχει καθοριστικό ρόλο στη διασφάλιση της ασφαλούς φροντίδας, μέσω της αξιολόγησης του περιβάλλοντος, της εκπαίδευσης των φροντιστών και της εφαρμογής μέτρων πρόληψης, σύμφωνα με τις οδηγίες του προγράμματος και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο.

Ταυτοποίηση ασθενούς

Η ορθή ταυτοποίηση του ασθενούς αποτελεί βασική αρχή ασφάλειας και προϋπόθεση για την αποφυγή λαθών κατά την παροχή φροντίδας.



Η ταυτοποίηση πραγματοποιείται πριν από κάθε νοσηλευτική πράξη και βασίζεται σε τουλάχιστον δύο αναγνωριστικά στοιχεία. Σε περιβάλλον φροντίδας στο σπίτι, όπου ενδέχεται να απουσιάζουν τυποποιημένα μέσα αναγνώρισης, ο νοσηλευτής επιβεβαιώνει την ταυτότητα του ασθενούς μέσω άμεσης επικοινωνίας με τον φροντιστή.

Σε παιδιατρικούς ασθενείς, η ταυτοποίηση πραγματοποιείται σε συνεργασία με τον γονέα ή τον νόμιμο κηδεμόνα, ενώ ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε περιπτώσεις φροντίδας περισσότερων του ενός παιδιών στον ίδιο χώρο.

Διαχείριση κινδύνων στο οικιακό περιβάλλον

Το οικιακό περιβάλλον μπορεί να περιλαμβάνει ποικίλους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι επηρεάζουν τόσο την ασφάλεια του ασθενούς όσο και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας. Σε αντίθεση με το νοσοκομείο, οι συνθήκες στο σπίτι δεν είναι τυποποιημένες και ενδέχεται να μεταβάλλονται.

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ αξιολογεί συστηματικά τον χώρο και εντοπίζει πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με:

- τη διάταξη και την προσβασιμότητα του χώρου
- την ύπαρξη εμποδίων ή κινδύνων πτώσης
- τις συνθήκες υγιεινής
- την επάρκεια φωτισμού και αερισμού
- τη σωστή εγκατάσταση και χρήση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Η αξιολόγηση αυτή πραγματοποιείται κατά την πρώτη επίσκεψη και επαναλαμβάνεται σε κάθε επίσκεψη, καθώς οι συνθήκες μπορεί να μεταβάλλονται.

Τα ευρήματα καταγράφονται στη λίστα Ελέγχου Εκτίμησης Κινδύνων (**Παράρτημα 3**).

Ασφάλεια κατά την επίσκεψη στο σπίτι

Η ασφάλεια των μελών της διεπιστημονικής ομάδας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την απρόσκοπτη λειτουργία του προγράμματος ΝΟΣΠΙ. Η φροντίδα στο σπίτι πραγματοποιείται σε περιβάλλοντα που δεν ελέγχονται πλήρως, γεγονός που μπορεί να ενέχει κινδύνους.



Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ προετοιμάζεται κατάλληλα πριν από κάθε επίσκεψη, λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες του χώρου, το ιστορικό του ασθενούς και τυχόν προηγούμενα περιστατικά. Παράλληλα, είναι σημαντική η ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας για το πρόγραμμα επισκέψεων και η διατήρηση επικοινωνίας με το κέντρο ΝΟΣΠΙ κατά τη διάρκεια της επίσκεψης.

Σε περιπτώσεις όπου διαπιστώνεται μη ασφαλές περιβάλλον, η παροχή φροντίδας επανεκτιμάται σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα.

Πρόληψη ατυχημάτων

Η πρόληψη ατυχημάτων στο οικιακό περιβάλλον αποτελεί βασικό στοιχείο σε ασθενείς με σύνθετα ιατρονοσηλευτικά προβλήματα και αυξημένο βαθμό εξάρτησης από γονείς / φροντιστές και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.

Σε αντίθεση με τον γενικό πληθυσμό, όπου ο κύριος κίνδυνος αφορά τις πτώσεις, στο πλαίσιο της φροντίδας ΝΟΣΠΙ οι κίνδυνοι σχετίζονται κυρίως με τη διαδικασία φροντίδας, τη χρήση εξοπλισμού και τη συμμετοχή των γονέων / φροντιστών.

Οι συχνότερες κατηγορίες ατυχημάτων περιλαμβάνουν συμβάματα κατά τη μετακίνηση του ασθενούς, δυσλειτουργία ή λανθασμένη χρήση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, επιπλοκές από καθετήρες και λάθη στη φαρμακευτική αγωγή.

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ αξιολογεί τον συνολικό κίνδυνο ατυχημάτων συνδυάζοντας την κλινική εικόνα του ασθενούς, το επίπεδο λειτουργικότητας, τις συνθήκες του οικιακού περιβάλλοντος και την επάρκεια των γονέων / φροντιστών.

Σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής παρουσιάζει κινητικότητα, μπορεί να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά εργαλεία εκτίμησης κινδύνου πτώσης, όπως η κλίμακα *Morse Fall Scale* για ενήλικες ασθενείς και η κλίμακα *Humpty Dumpty Scale* για τους παιδιατρικούς ασθενείς (**Παράρτημα 4 και 5**), χωρίς όμως να αποτελούν το κύριο εργαλείο αξιολόγησης στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ.

Η πρόληψη των ατυχημάτων βασίζεται κυρίως:

- στην εκπαίδευση των φροντιστών
- στη σωστή χρήση του εξοπλισμού
- στην ασφαλή μετακίνηση και τοποθέτηση του ασθενούς



- στη συστηματική επανεκτίμηση του οικιακού περιβάλλοντος.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στους παιδιατρικούς ασθενείς, όπου η ασφάλεια εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συνεχή επιτήρηση και την ικανότητα των γονέων να εφαρμόζουν τις οδηγίες φροντίδας.

Τα ευρήματα καταγράφονται στη λίστα Ελέγχου Εκτίμησης Κινδύνων (**Παράρτημα 3**).



ΜΕΡΟΣ II: Γενικά Νοσηλευτικά Πρωτόκολλα

1. Πρόληψη και έλεγχος λοιμώξεων

Υγιεινή των χεριών

Σκοπός

Η υγιεινή χεριών αποτελεί το βασικότερο μέτρο πρόληψης της διασταυρούμενης μετάδοσης μικροοργανισμών κατά τη νοσηλευτική φροντίδα ΝΟΣΠΙ. Εφαρμόζεται πριν και μετά από κάθε επαφή με τον ασθενή, πριν από κάθε καθαρή ή άσηπτη πράξη, μετά από έκθεση ή πιθανή έκθεση σε βιολογικά υγρά και μετά από επαφή με το άμεσο περιβάλλον ή τον εξοπλισμό του ασθενούς.

Πεδίο εφαρμογής

Το πρωτόκολλο εφαρμόζεται από τον νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ σε κάθε κατ' οίκον επίσκεψη, καθώς και από τον γονέα / φροντιστή όταν εμπλέκεται σε πράξεις όπως χορήγηση αγωγής, χειρισμός καθετήρων, τραχειοστομίας, γαστροστομίας, αναπνευστικού εξοπλισμού ή περιποίηση τραύματος.

Προϋποθέσεις πριν από την εφαρμογή

Πριν από την υγιεινή χεριών, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει ελεύθερους τους πέλχεις, να μην φορά κοσμήματα στα χέρια και στους καρπούς, να διατηρεί τα νύχια κοντά και καθαρά και να καλύπτει τυχόν αμυχές με αδιάβροχο επίθεμα.

Επιλογή μεθόδου

Η επιλογή της μεθόδου γίνεται ανάλογα με την κατάσταση των χεριών και τη φύση της πράξης. Όταν τα χέρια είναι εμφανώς λερωμένα, όταν υπάρχει επαφή με εμέτους ή διάρροια, ή όταν υπάρχει υποψία/επιβεβαίωση γαστρεντερικής λοίμωξης, προτιμάται πλύσιμο με σαπούνι και νερό. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις ρουτίνας μπορεί να χρησιμοποιείται αλκοολούχο αντισηπτικό σε εμφανώς καθαρά χέρια.

**Διαδικασία εφαρμογής****A. Πλύσιμο χεριών με σαπούνι και νερό (Εικόνα 3)**

Ενδείκνυται: όταν τα χέρια είναι εμφανώς λερωμένα ή όταν υπάρχει έκθεση σε βιολογικά υγρά/γαστρεντερικά περιστατικά.

Βήμα Ενέργεια	Σημείο προσοχής
1 Βρέχουμε τα χέρια με τρεχούμενο νερό	Να βραχούν πλήρως οι επιφάνειες των χεριών
2 Εφαρμόζουμε επαρκή ποσότητα υγρού σαπουνιού	Να καλυφθούν όλες οι επιφάνειες
3 Τρίβουμε παλάμη με παλάμη	Έναρξη μηχανικού καθαρισμού
4 Τρίβουμε τη δεξιά παλάμη πάνω στη ραχιαία επιφάνεια της αριστερής και αντίστροφα	Καθαρίζονται ραχιαίες επιφάνειες και μεσοδακτύλια
5 Τρίβουμε παλάμη με παλάμη με τα δάκτυλα συμπλεγμένα	Καθαρισμός μεσοδακτύλιων
6 Τρίβουμε τις ραχιαίες επιφάνειες των δακτύλων στην αντίθετη παλάμη	Συχνά παραλείπεται περιοχή
7 Τρίβουμε κάθε αντίχειρα με περιστροφικές κινήσεις μέσα στην αντίθετη παλάμη	Οι αντίχειρες είναι συχνά “χαμένη” περιοχή
8 Τρίβουμε τις άκρες των δακτύλων και τα νύχια στην αντίθετη παλάμη	Καθαρισμός ακροδακτύλων/περιονυχίων
9 Ξεπλένουμε καλά με νερό	Απομάκρυνση σαπουνιού και ρύπων
10 Στεγνώνουμε καλά με χειροπετσέτα μίας χρήσης	Τα υγρά χέρια μεταδίδουν ευκολότερα μικρόβια
11 Κλείνουμε τη βρύση με χειροπετσέτα, όπου χρειάζεται	Αποφυγή επαναμόλυνσης

B. Υγιεινή χεριών με αλκοολούχο αντισηπτικό

Ενδείκνυται: για ρουτίνα, όταν τα χέρια δεν είναι εμφανώς λερωμένα.

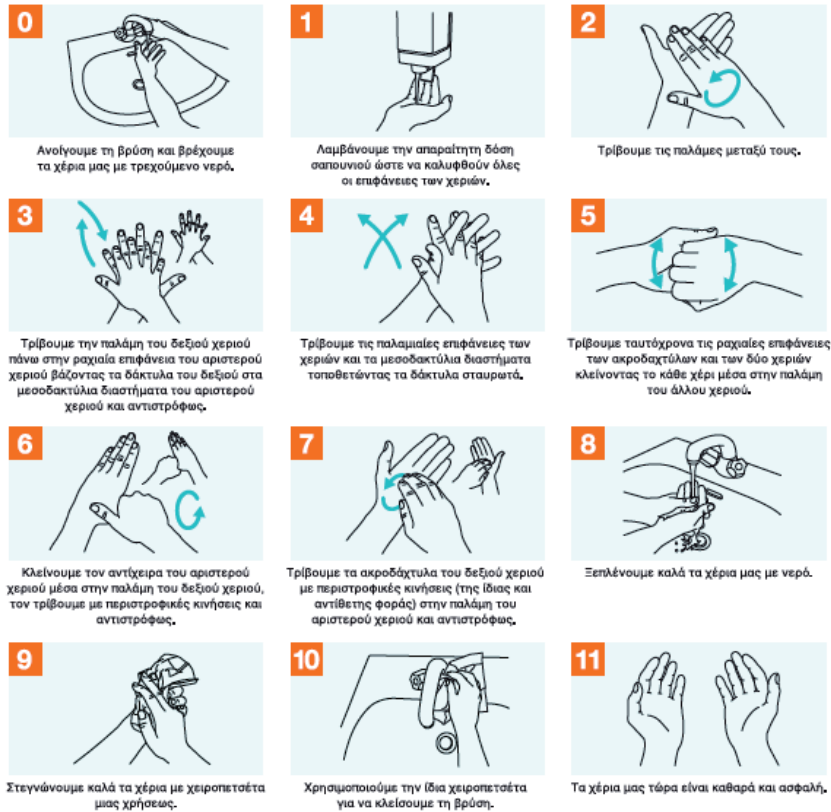
Βήμα Ενέργεια	Σημείο προσοχής
1 Εφαρμόζουμε την προτεινόμενη ποσότητα αντισηπτικού στην παλάμη	Να επαρκεί για πλήρη κάλυψη
2 Τρίβουμε παλάμη με παλάμη	Ομοιόμορφη κατανομή
3 Τρίβουμε παλάμη με ραχιαία επιφάνεια αντίθετου χεριού	Κάλυψη ραχιαίων επιφανειών
4 Τρίβουμε μεσοδακτύλια	Να μην παραλειφθούν
5 Τρίβουμε ραχιαίες επιφάνειες δακτύλων	Συχνά παραλείπονται
6 Τρίβουμε αντίχειρες	Περιοχή υψηλής παράλειψης

- 7 Τρίβουμε άκρες δακτύλων και νύχια Κάλυψη ακροδακτύλων
8 Συνεχίζουμε μέχρι να στεγνώσουν πλήρως τα χέρια Δεν σκουπίζουμε με χαρτί

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΩΣΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΥΣΙΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ;

Πλύνετε τα χέρια με σαπούνι και νερό μόνο όταν αυτά είναι εμφανώς λερωμένα! Αλλιώς εφαρμόστε αλκοολούχο αντισηπτικό!

Διάρκεια της συνολικής διαδικασίας: 40-60 δευτερόλεπτα



Εικόνα 3. Κατευθυντήριες οδηγίες για την υγιεινή των χεριών.



Χρήση Μέσων Ατομικής Προστασίας

Σκοπός

Η ορθή χρήση των Μέσων Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ) αποσκοπεί στη διακοπή της αλυσίδας μετάδοσης λοιμώξεων και στην προστασία του ασθενούς, των γονέων / φροντιστών και των επαγγελματιών υγείας ΝΟΣΠΙ.

Στο οικιακό περιβάλλον, η επιλογή ΡΡΕ βασίζεται στην εκτίμηση κινδύνου πριν από κάθε επαφή.

Εκτίμηση κινδύνου πριν τη χρήση ΜΑΠ

Τα κριτήρια για την χρήση των κατάλληλων ΜΑΠ περιλαμβάνουν την πιθανή επαφή με σωματικά υγρά, την ύπαρξη λοίμωξης ή ύποπτων συμπτωμάτων, τον τύπο παρέμβασης και το περιβάλλον.

Διαδικασία εφαρμογής ΜΑΠ

ΒΗΜΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΚΡΙΣΙΜΑ ΣΗΜΕΙΑ / ΛΑΘΗ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΓΟΝΤΑΙ
1 Υγιεινή χεριών	Πριν από οποιαδήποτε επαφή με ΜΑΠ
2 Εφαρμογή ποδιάς/ρόμπας	Καλύπτει πλήρως τον κορμό
3 Τοποθέτηση μάσκας ή Ν95	Καλή εφαρμογή – χωρίς κενά
4 Προστασία οφθαλμών	Γυαλιά ή προσωπίδα (όχι απλά γυαλιά οράσεως)
5 Τοποθέτηση γαντιών	Καλύπτουν τους καρπούς

Αφαίρεση ΜΑΠ

ΒΗΜΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΚΡΙΣΙΜΑ ΣΗΜΕΙΑ
1 Αφαίρεση γαντιών	Πιο μολυσμένο στοιχείο
2 Αφαίρεση ποδιάς	Αποφυγή επαφής με εξωτερική επιφάνεια
3 Υγιεινή χεριών	Υποχρεωτικά
4 Αφαίρεση προστασίας ματιών	Από την οπίσθια μεριά της μάσκας
5 Αφαίρεση μάσκας	Χωρίς επαφή με το μπροστινό μέρος
6 Υγιεινή χεριών	Τελικό βήμα

**Επιλογή ΜΑΠ ανά πράξη****Πίνακας κλινικής απόφασης**

Κατάσταση	Απαιτούμενο PPE
Επαφή με άθικτο δέρμα	Δεν απαιτούνται γάντια
Επαφή με υγρά/εκκρίσεις	Γάντια
Κίνδυνος πιτσιλίσματος	Μάσκα + γυαλιά + γάντια + ποδιά
Λοίμωξη αναπνευστικού	Μάσκα + προστασία οφθαλμών
Αερογενής μετάδοση	N95

Κρίσιμες αρχές

Η χρήση ΜΑΠ πρέπει να είναι:

- στοχευμένη
 - άμεση πριν την πράξη
 - αφαίρεση αμέσως μετά
 - χωρίς επαναχρησιμοποίηση
- ✓ Τα γάντια **ΔΕΝ αντικαθιστούν την υγιεινή χειρών**
 - ✓ Τα ΜΑΠ πρέπει να αφαιρούνται πριν μετακινηθεί ο επαγγελματίας σε άλλο χώρο
 - ✓ Δεν χρησιμοποιούνται προϊόντα του ασθενούς (π.χ. σαπούνι, εξοπλισμός)
 - ✓ Τα ΜΑΠ πρέπει να μεταφέρεται από τον επαγγελματία
 - ✓ Απόρριψη σύμφωνα με διαδικασία διαχείρισης αποβλήτων
 - ✓ Περιορισμός εξοπλισμού που εισάγεται στο σπίτι



Καθαριότητα και απολύμανση εξοπλισμού

Σκοπός

Η σωστή διαχείριση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού στο οικιακό περιβάλλον αποσκοπεί στην πρόληψη της μετάδοσης μικροοργανισμών και στη διασφάλιση της ασφάλειας του ασθενούς, των γονέων / φροντιστών και των επαγγελματιών υγείας ΝΟΣΠΙ.

Κάθε εξοπλισμός θεωρείται δυνητικά μολυσμένος και απαιτείται καθαρισμός ή απολύμανση μετά από κάθε χρήση.

Κατηγοριοποίηση εξοπλισμού

Κατηγορία	Παράδειγμα	Απαιτούμενη επεξεργασία
Μη κρίσιμος (Non-critical)	πιεσόμετρο, στηθοσκόπιο	θερμόμετρο, καθαρισμός ή χαμηλού επιπέδου απολύμανση
Ημικρίσιμος (Semi-critical)	συσκευές αναπνευστικής υποστήριξης, μάσκες οξυγόνου	Υψηλού επιπέδου απολύμανση
Κρίσιμος (Critical)	ενδοφλέβιες γραμμές, καθετήρες	Χρήση αποστειρωμένων υλικών

Διαδικασία καθαρισμού και απολύμανσης

ΒΗΜΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΣΗΜΕΙΟ ΠΡΟΣΟΧΗΣ
1 Υγιεινή χεριών	Πριν από επαφή με εξοπλισμό
2 Χρήση ΜΑΠ	Αν υπάρχει κίνδυνος έκθεσης
3 Απομάκρυνση εμφανών ρύπων	ΠΑΝΤΑ πριν από απολύμανση
4 Καθαρισμός με απορρυπαντικό	Μηχανική απομάκρυνση μικροβίων
5 Απολύμανση	Σύμφωνα με κατηγορία εξοπλισμού
6 Στέγνωμα	Αποφυγή ανάπτυξης μικροβίων
7 Αποθήκευση σε καθαρό χώρο	Όχι επαφή με μολυσμένες επιφάνειες
8 Υγιεινή χεριών	Μετά το τέλος

Καθαρισμός ανά τύπο εξοπλισμού

Εξοπλισμός	Διαδικασία
Πιεσόμετρο	Καθαρισμός + απολύμανση μετά από κάθε ασθενή
Θερμόμετρο	Απολύμανση πριν/μετά από χρήση
Στηθοσκόπιο	Απολύμανση με αλκοόλη
Αναπνευστικός εξοπλισμός	Απολύμανση σύμφωνα με οδηγίες κατασκευαστή

**Εξοπλισμός**

Αντλίες έγχυσης

Διαδικασία

Καθαρισμός εξωτερικής επιφάνειας

Ο εξοπλισμός θεωρείται υψηλού κινδύνου όταν:

- υπάρχει επαφή με αίμα ή υγρά
- χρησιμοποιείται σε ανοσοκατεσταλμένο ασθενή
- δεν έχει καθαριστεί μεταξύ χρήσεων
- υπάρχουν εμφανείς ρύποι.

Λίστα Ελέγχου Καθαρισμού Εξοπλισμού (για κάθε ημικρίσιμο και κρίσιμο εξοπλισμό)

**Λίστα Ελέγχου Καθαρισμού Εξοπλισμού (ΝΟΣΠΙ)**

Συμπληρώνεται ξεχωριστά για κάθε εξοπλισμό / συσκευή

Ημερομηνία: ____ / ____ / ____	Όνομα ασθενούς: _____	Εξοπλισμός / συσκευή: _____	Κωδικός / Serial No: _____
Τμήμα / Μονάδα ΝΟΣΠΙ: _____	Κατοικία / Διεύθυνση επίσκεψης: _____	Έλεγχος από: _____	Υπογραφή: _____

✓ Σημείο ελέγχου	Ναι	Όχι / ΔΕ	Παρατηρήσεις
☐ Έγινε υγιεινή χεριών πριν από τον χειρισμό του εξοπλισμού	☐	☐	
☐ Χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα ΜΑΠ, όπου απαιτούνταν	☐	☐	
☐ Αφαιρέθηκαν εμφανείς ρύποι πριν από την απολύμανση	☐	☐	
☐ Χρησιμοποιήθηκε κατάλληλο καθαριστικό / απολυμαντικό σύμφωνα με τις οδηγίες	☐	☐	
☐ Τηρήθηκε ο απαιτούμενος χρόνος επαφής του απολυμαντικού	☐	☐	
☐ Καθαρίστηκαν όλες οι επιφάνειες του εξοπλισμού, συμπεριλαμβανομένων σημείων συχνής επαφής	☐	☐	
☐ Ο εξοπλισμός ελέγχθηκε για φθορές, ρωγμές ή δυσλειτουργία μετά τον καθαρισμό	☐	☐	
☐ Ο εξοπλισμός στέγνωσε πλήρως πριν από την επαναχρησιμοποίηση ή αποθήκευση	☐	☐	
☐ Ο εξοπλισμός αποθηκεύτηκε σε καθαρό και ασφαλές περιβάλλον	☐	☐	
☐ Έγινε υγιεινή χεριών μετά το τέλος της διαδικασίας	☐	☐	

Σημείωση: Το παρόν έντυπο συμπληρώνεται για κάθε εξοπλισμό ξεχωριστά και αρχειοθετείται στον φάκελο του ασθενούς ή/και στον φάκελο της επίσκεψης.

**Διαχείριση μολυσματικών αποβλήτων****Σκοπός**

Η διαχείριση των αποβλήτων που παράγονται κατά την νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι αποσκοπεί στην προστασία του ασθενούς, των γονέων / φροντιστών, των επαγγελματιών υγείας και της δημόσιας υγείας, μέσω της ορθής διαλογής, συλλογής, προσωρινής αποθήκευσης και τελικής διάθεσης των αποβλήτων. Στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ η διαδικασία αυτή πρέπει να είναι σαφής και εφαρμόσιμη στο σπίτι, χωρίς να αναπαράγει άκριτα νοσοκομειακές διαδικασίες που δεν μπορούν να υλοποιηθούν εκτός δομής.

Πεδίο εφαρμογής

Το πρωτόκολλο εφαρμόζεται από τους νοσηλευτές του προγράμματος ΝΟΣΠΙ κατά την παροχή φροντίδας σε ενήλικες, παιδιατρικούς και ογκολογικούς ασθενείς στο οικιακό περιβάλλον, σε κάθε περίπτωση όπου παράγονται απόβλητα που σχετίζονται με νοσηλευτικές πράξεις, χειρισμό εξοπλισμού, χρήση αναλωσίμων ή φαρμακευτική αγωγή.

Βασική αρχή διαχείρισης

Η διαχείριση των αποβλήτων στο ΝΟΣΠΙ βασίζεται στη διαλογή στην πηγή, δηλαδή στο σημείο όπου το απόβλητο παράγεται. Ο διαχωρισμός μολυσματικών και μη αποβλήτων υλοποιείται κατά το στάδιο παραγωγής και διαλογής του αποβλήτου, με βάση το ισχύον θεσμικό πλαίσιο και την κρίση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

**Κατηγοριοποίηση αποβλήτων**

Για τις ανάγκες του ΝΟΣΠΙ, η πρακτική κατηγοριοποίηση μπορεί να αποδοθεί συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα.

Κατηγορία αποβλήτου	Ενδεικτικά παραδείγματα	Βασική διαχείριση
Μολυσματικά απόβλητα	γάζες, επιθέματα, υλικά με ορατό αίμα ή βιολογικά υγρά	χωριστή συλλογή, ειδική διαχείριση
Αιχμηρά απόβλητα	βελόνες, σκαρφιστήρες, σπασμένα φιαλίδια	λάμες, απόρριψη σε αδιάτρητο δοχείο αιχμηρών
Άλλα επικίνδυνα απόβλητα	υλικά με κυτταροτοξικά/κυτταροστατικά	ειδική διαχείριση σύμφωνα με το θεραπευτικό υλικό
Μη επικίνδυνα απόβλητα	υλικά χωρίς επιμόλυνση, συσκευασίες, μη μολυσμένα αναλώσιμα	διάθεση μαζί με τα αστικά στερεά απόβλητα

Σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας [Αρ. πρωτ. Δ1ε/Γ.Π. 99738/18], γάντια, ποδιές μίας χρήσης, μάσκες, γάζες, ουροσυλλέκτες αφού κενωθούν, σερβιέτες, πάνες και παρόμοια υλικά δεν θεωρούνται μολυσματικά όταν δεν προέρχονται από περιβάλλον απομόνωσης, δεν έχουν επιμολυνθεί με ορατό αίμα ή συγκεκριμένα βιολογικά υγρά και δεν συνδέονται με ασθενή με γνωστό μεταδιδόμενο νόσημα.

Διαχείριση αιχμηρών

Τα αιχμηρά απόβλητα αποτελούν ξεχωριστή κατηγορία και δεν πρέπει να ενσωματώνονται γενικά στα μολυσματικά απόβλητα. Όλα τα αιχμηρά απορρίπτονται σε ειδικά αδιάτρητα δοχεία απόρριψης αιχμηρών, σε κάθε περίπτωση και ανεξάρτητα από την πιθανή επιμόλυνσή τους. Στο ΝΟΣΠΙ αυτό σημαίνει ότι ο νοσηλευτής οφείλει να διαθέτει μαζί του κατάλληλο δοχείο αιχμηρών κατά την επίσκεψη, να απορρίπτει άμεσα το αιχμηρό μετά τη χρήση και να μην αφήνει ποτέ βελόνες ή σκαρφιστήρες προσωρινά σε δίσκους, τραπέζια ή σακούλες απορριμμάτων.

Στο πλαίσιο του προγράμματος ΝΟΣΠΙ, τα γεμάτα δοχεία αιχμηρών δεν απορρίπτονται στο οικιακό περιβάλλον. Συλλέγονται και επιστρέφονται στο Κέντρο ΝΟΣΠΙ, όπου εντάσσονται στη διαδικασία διαχείρισης αποβλήτων της υγειονομικής μονάδας, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία για τα Απόβλητα Υγειονομικών Μονάδων.

- Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για:



- την ασφαλή μεταφορά του δοχείου,
- την ενημέρωση της ομάδας για την απομάκρυνσή του,
- και την τεκμηρίωση της διαδικασίας.

Απόβλητα ογκολογικών ασθενών

Τα μικτά επικίνδυνα απόβλητα διαχωρίζονται από τα άλλα επικίνδυνα απόβλητα, επισημαίνοντας ότι υλικά μίας χρήσης επιμολυσμένα με κυτταροτοξικά ή κυτταροστατικά, καθώς και αντίστοιχα φαρμακευτικά κατάλοιπα, δεν διαχειρίζονται όπως τα κοινά μολυσματικά. Για τους ογκολογικούς ασθενείς, όταν στο σπίτι χρησιμοποιούνται ή απορρίπτονται υλικά που σχετίζονται με κυτταροστατική αγωγή, προβλέπεται χωριστή συλλογή, σαφή επισήμανση και απομάκρυνση μέσω της διαδικασίας του Κέντρου ΝΟΣΠΙ.

Διαδικασία εφαρμογής

Ο νοσηλευτής, πριν από την πράξη, εκτιμά το είδος των αποβλήτων που αναμένεται να παραχθούν και προετοιμάζει τον κατάλληλο περιέκτη. Κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής παρέμβασης, τα απόβλητα διαχωρίζονται άμεσα στο σημείο παραγωγής τους. Τα μολυσματικά υλικά συλλέγονται σε κατάλληλο περιέκτη ή σακούλα, τα αιχμηρά απορρίπτονται αμέσως στο ειδικό δοχείο, ενώ τα μη επικίνδυνα απορρίπτονται χωριστά. Μετά την ολοκλήρωση της πράξης, ο νοσηλευτής ελέγχει ότι ο περιέκτης έχει κλείσει σωστά, ότι δεν έχει υπάρξει υπερπλήρωση και ότι ο προσωρινός χώρος φύλαξης στο σπίτι είναι ασφαλής και εκτός πρόσβασης παιδιών ή τρίτων.

Βήμα Ενέργεια

Σημείο προσοχής

1	Εκτίμηση αποβλήτων πριν από την πράξη	Προετοιμασία σωστού περιέκτη
2	Διαλογή στην πηγή	Ο διαχωρισμός γίνεται τη στιγμή παραγωγής
3	Άμεση απόρριψη αιχμηρών	Ποτέ σε κοινή σακούλα
4	Συλλογή μολυσματικών υλικών	Αποφυγή υπερδιαλογής
5	Κλείσιμο και ασφαλής φύλαξη	Μακριά από παιδιά/τρόφιμα μέχρι τη μεταφορά στο Κέντρο ΝΟΣΠΙ
6	Καταγραφή και ενημέρωση	Τεκμηρίωση στον φάκελο ΝΟΣΠΙ

Στη διαχείριση αποβλήτων υγειονομικών μονάδων χρησιμοποιούνται χρωματικοί κώδικες για τη διευκόλυνση της ασφαλούς διαλογής.

**Κατηγορία αποβλήτων Συνήθης χρωματική σήμανση Παρατήρηση**

Μολυσματικά απόβλητα	Κόκκινο	Ειδική διαχείριση
Αιχμηρά	Κίτρινο ή κόκκινο δοχείο	Αδιάτρητο δοχείο
Μικτά επικίνδυνα	Κίτρινο	Υψηλός κίνδυνος
Μη επικίνδυνα	Μαύρο ή πράσινο	Οικιακά απορρίμματα

Προσωρινή αποθήκευση στο σπίτι

Η προσωρινή αποθήκευση των αποβλήτων στο σπίτι πρέπει να γίνεται σε προκαθορισμένο, ασφαλή και κλειστό σημείο, μακριά από χώρους παρασκευής τροφίμων, μικρά παιδιά και κατοικίδια. Εφόσον απαιτείται συλλογή από αδειοδοτημένο φορέα μέσω του κέντρου ΝΟΣΠΙ, ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνει σαφώς τον φροντιστή τι παραμένει στο σπίτι, για πόσο διάστημα και με ποιον τρόπο θα απομακρυνθεί.

Ρόλος γονέα / φροντιστή

Ο γονέας / φροντιστής δεν αναλαμβάνει κλινική ταξινόμηση αποβλήτων, αλλά ακολουθεί γραπτές και προφορικές οδηγίες του νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ, ο οποίος υποδεικνύει ποια υλικά τοποθετούνται σε ποιον περιέκτη, ποια υλικά θεωρούνται κοινά απορρίμματα και ποια δεν πρέπει να μετακινούνται ή να αδειάζονται.

Κριτήρια κλιμάκωσης

Απαιτείται άμεση ενημέρωση της ομάδας όταν υπάρξει τραυματισμός από αιχμηρό, διαρροή μολυσματικού υλικού, απόρριψη αιχμηρών σε ακατάλληλο μέσο, αδυναμία ασφαλούς αποθήκευσης στο σπίτι ή αδυναμία συμμόρφωσης του φροντιστή με τις οδηγίες.

Τεκμηρίωση

Στο έντυπο της Λίστας Ελέγχου Διαχείρισης Αποβλήτων ΝΟΣΠΙ πρέπει να αποτυπώνεται ότι έγινε ορθή διαλογή αποβλήτων, ότι απορρίφθηκαν σωστά τα αιχμηρά, ότι δόθηκαν οδηγίες στον φροντιστή και ότι δεν καταγράφηκαν συμβάντα ή, αν καταγράφηκαν, ποιες ενέργειες ακολούθησαν.

**ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ
ΝΟΣΠΙ**

Ημερομηνία: _____

Ασθενής: _____

Νοσηλεύτης: _____

Σημείο ελέγχου	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Παρατηρήσεις
Έγινε διαλογή αποβλήτων στο σημείο παραγωγής	☐	☐	
Χρησιμοποιήθηκαν οι κατάλληλοι περιέκτες ανά κατηγορία	☐	☐	
Τα αιχμηρά απορρίφθηκαν σε αδιάτρητο δοχείο	☐	☐	
Δεν έγινε ανάμιξη αποβλήτων	☐	☐	
Οι περιέκτες δεν υπερπληρώθηκαν	☐	☐	
Οι σακούλες/δοχεία έσλεισαν σωστά	☐	☐	
Τα απόβλητα αποθηκεύτηκαν σε ασφαλείς σημείο στο σπίτι	☐	☐	
Δόθηκαν σαφείς οδηγίες στον φροντιστή	☐	☐	
Το δοχείο αιχμηρών μεταφέρθηκε/παραδόθηκε στο Κέντρο Αναφοράς	☐	☐	
Καταγράφηκε η διαδικασία στον φάκελο ασθενούς	☐	☐	

Υπογραφή νοσηλεύτη: _____



2. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής

Χορήγηση φαρμάκων

Σκοπός

Σκοπός του παρόντος πρωτοκόλλου είναι η διασφάλιση της ασφαλούς, ακριβούς και τεκμηριωμένης χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής στο οικιακό περιβάλλον, σύμφωνα με το θεραπευτικό πλάνο του ασθενούς. Η εφαρμογή του πρωτοκόλλου αποσκοπεί στην πρόληψη φαρμακευτικών σφαλμάτων, στην έγκαιρη αναγνώριση ανεπιθύμητων ενεργειών και στη διατήρηση της συνέχειας της φροντίδας μεταξύ νοσοκομείου και παρακολούθησης ΝΟΣΠΙ.

Πεδίο εφαρμογής

Το πρωτόκολλο εφαρμόζεται από τους νοσηλευτές του προγράμματος ΝΟΣΠΙ σε ενήλικες, παιδιατρικούς και ογκολογικούς ασθενείς στο οικιακό περιβάλλον, για τη χορήγηση φαρμάκων από το στόμα, υποδορίως, ενδομυϊκώς και ενδοφλεβίως, όπως αυτό προβλέπεται από το εγκεκριμένο θεραπευτικό πλάνο και τις ιατρικές οδηγίες.

Βασικές αρχές ασφαλούς χορήγησης

Η χορήγηση φαρμάκων βασίζεται στις αρχές της ορθής φαρμακευτικής πρακτικής και προϋποθέτει την επιβεβαίωση της ταυτότητας του ασθενούς, του φαρμάκου, της δόσης, της οδού και του χρόνου χορήγησης. Ιδιαίτερη σημασία στο οικιακό περιβάλλον έχει η εκτίμηση των συνθηκών χορήγησης, καθώς και η διασφάλιση ότι ο διαθέσιμος εξοπλισμός και ο χώρος επιτρέπουν την ασφαλή εφαρμογή της πράξης.

Τα «πέντε σωστά σημεία» στη Χορήγηση Φαρμακευτικής Αγωγής

1. Σωστό φάρμακο

- Επαληθεύετε το όνομα του ασθενούς ελέγχοντας την κάρτα νοσηλείας και τις συνταγογραφούμενες οδηγίες χορήγησης του φαρμάκου
- Να γνωρίζετε τον τρόπο δράσης του φαρμάκου
- Διαβάστε τις οδηγίες του φαρμάκου αν δεν γνωρίζετε ακριβώς τα χαρακτηριστικά του

2. Σωστός ασθενής

- Επαληθεύετε το όνομα και την ημερομηνία γέννησης στην κάρτα νοσηλείας.

3. Σωστός χρόνος

- Όταν το φάρμακο πρέπει να δοθεί σε συγκεκριμένη ώρα η χορήγηση του πρέπει να γίνεται μέσα σε 20-30 λεπτά από την καθορισμένη ώρα



- Για PRN (κατ' επείκηση) φάρμακα, ελέγξτε πότε δόθηκε η τελευταία δόση ώστε να προγραμματίσετε την επόμενη δόση
4. Σωστή οδός χορήγησης
- Χρησιμοποιείτε πάντα την συνταγογραφούμενη οδό χορήγησης ενός φαρμάκου. Αν απαιτείτε αλλαγή (όπως αλλαγή της χορήγησης από το στόμα όταν ο ασθενής κάνει εμέτους) έρθετε σε επικοινωνία με την ιατρική ομάδα ΝΟΣΠΙ
5. Σωστή δόση
- Επαληθεύστε τη δόση σύμφωνα με την οδηγία
- Για τους παιδιατρικούς ασθενείς, υπολογίστε τη συνταγογραφούμενη δόση σύμφωνα με το βάρος σε χιλιόγραμμα

Προετοιμασία πριν τη χορήγηση

Η προετοιμασία περιλαμβάνει την επαλήθευση του θεραπευτικού σχήματος, την ενημέρωση του γονέα / φροντιστή και την οργάνωση των υλικών. Η υγιεινή των χεριών αποτελεί υποχρεωτικό βήμα πριν από κάθε χειρισμό.

Σε περιπτώσεις παρεντερικής χορήγησης, απαιτείται επιπλέον έλεγχος της καταλληλότητας του αγγειακής προσπέλασης, καθώς και εκτίμηση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς.

Διαδικασία χορήγησης φαρμάκων

Βήμα	Περιγραφή	Σημείο ασφάλειας
Επιβεβαίωση	Έλεγχος ταυτότητας ασθενούς και ιατρικής οδηγίας	Καμία χορήγηση χωρίς επιβεβαίωση
Προετοιμασία	Προετοιμασία φαρμάκου και υλικών	Αποφυγή διακοπών
Χορήγηση	Εφαρμογή κατάλληλης οδού	Τήρηση τεχνικής
Παρακολούθηση	Έλεγχος άμεσης αντίδρασης	Εντοπισμός επιπλοκών
Τεκμηρίωση	Καταγραφή	Άμεση καταγραφή

Χορήγηση ανά οδό

Στοματική χορήγηση

Η στοματική χορήγηση αποτελεί την προτιμώμενη οδό, εφόσον η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει. Ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται σε κατάλληλη θέση, ώστε να μειώνεται ο κίνδυνος εισρόφησης. Σε περιπτώσεις δυσφαγίας ή εμέτου, η χορήγηση αναβάλλεται και ενημερώνεται η ιατρική ομάδα ΝΟΣΠΙ.

Υποδόρια χορήγηση



Η υποδόρια χορήγηση απαιτεί σωστή επιλογή σημείου, κατάλληλη τεχνική και εναλλαγή θέσεων. Μετά τη χορήγηση αξιολογείται η περιοχή για τοπικές αντιδράσεις.

Ενδομυϊκή χορήγηση

Η ενδομυϊκή χορήγηση πραγματοποιείται μόνο όταν υπάρχει σαφής ένδειξη. Δίνεται έμφαση στη σωστή επιλογή ανατομικής θέσης και στην αποφυγή τραυματισμού νεύρων ή αγγείων.

Ενδοφλέβια χορήγηση

Η ενδοφλέβια χορήγηση στο οικιακό περιβάλλον γίνεται από τον νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ. Απαιτείται:

- ελέγχου της βατότητας και της σωστής λειτουργίας της φλεβικής γραμμής,
- αναγνώρισης επιπλοκών (π.χ. εξαγγείωση, φλεβίτιδα, απόφραξη),
- ρύθμισης του ρυθμού χορήγησης,
- και άμεσης αντιμετώπισης ανεπιθύμητων αντιδράσεων ή επιπλοκών.

Η ενδοφλέβια χορήγηση δεν πραγματοποιείται όταν δεν διασφαλίζονται οι παραπάνω προϋποθέσεις και πραγματοποιείται σύμφωνα με τις οδηγίες αντίστοιχης μεθόδου αγγειακής προσπέλασης (βλ. σχετική ενότητα).

Νοσηλευτική παρακολούθηση μετά τη χορήγηση

Μετά τη χορήγηση αξιολογείται η ανταπόκριση του ασθενούς, η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών και η τοπική κατάσταση στα σημεία ένεσης ή φλεβικής πρόσβασης. Η παρακολούθηση πρέπει να είναι συστηματική και επαναλαμβανόμενη.

Κριτήρια ειδοποίησης και κλιμάκωσης

Κατάσταση	Ενέργεια
Αλλεργική αντίδραση	Διακοπή και άμεση ενημέρωση
Αμφιβολία για δόση	Μη χορήγηση
Επιπλοκή γραμμής	Άμεση αξιολόγηση
Μη αναμενόμενη αντίδραση	Επικοινωνία με ιατρό ΝΟΣΠΙ

**Παιδιατρικοί ασθενείς – ιδιαιτερότητες**

Η χορήγηση φαρμάκων σε παιδιατρικούς ασθενείς απαιτεί αυξημένη ακρίβεια και ιδιαίτερη προσοχή στη δοσολογία. Η δόση καθορίζεται κυρίως βάσει σωματικού βάρους και πρέπει να επιβεβαιώνεται πριν από κάθε χορήγηση.

Ο υπολογισμός βασίζεται στη σχέση:

$$\text{Δόση} = \text{mg/kg} \times \text{σωματικό βάρος}$$

Η χορήγηση σε παιδιά απαιτεί χρήση κατάλληλων δοσομετρικών μέσων, αποφυγή αυθαίρετης τροποποίησης φαρμακευτικών μορφών και στενή συνεργασία με τους γονείς / φροντιστές.

Μονάδες μέτρησης μάζας - Kg, g, mg, mcg

1 kg= 1.000 gr

1 gr= 1.000 mgr

1 mgr= 1.000 mcg ή γ

Μονάδες μέτρησης όγκου - Lt, ml

1Lt = 1000 ml ή 1ml= 0.001 Lt

Τεκμηρίωση

Μετά από κάθε χορήγηση καταγράφονται το φάρμακο, η δόση, η οδός, ο χρόνος χορήγησης και η ανταπόκριση του ασθενούς.

Η καταγραφή πραγματοποιείται στην Κάρτα Νοσηλείας του ασθενούς (**Παράρτημα 6**), σύμφωνα με το πρότυπο έντυπο τεκμηρίωσης του ΟΔΙΠΥ, στο οποίο καταγράφεται η φαρμακευτική αγωγή βάσει των ιατρικών οδηγιών και επιβεβαιώνεται η εκτέλεσή της με υπογραφή του νοσηλευτή.

Η τεκμηρίωση αποτελεί βασικό στοιχείο διασφάλισης της ποιότητας, της ιχνηλασιμότητας και της συνέχειας της φροντίδας στο πλαίσιο του προγράμματος ΝΟΣΠΙ.



Διαχείριση περιφερικής φλεβικής γραμμής

Σκοπός

Σκοπός του παρόντος πρωτοκόλλου είναι η ασφαλής διαχείριση της περιφερικής φλεβικής γραμμής στο οικιακό περιβάλλον, ώστε να διασφαλίζεται η ορθή χορήγηση της ενδοφλέβιας θεραπείας, η διατήρηση της βατότητας του καθετήρα και η έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών. Η εφαρμογή του πρωτοκόλλου αποσκοπεί επίσης στη μείωση του κινδύνου φλεβίτιδας, εξαγγείωσης, απόφραξης και λοίμωξης.

Πεδίο εφαρμογής

Το πρωτόκολλο εφαρμόζεται από τον νοσηλευτή ΝΟΣΠΙ σε ασθενείς με περιφερική φλεβική γραμμή, παιδιατρικούς ή ενήλικες, όταν η ενδοφλέβια θεραπεία προβλέπεται από το θεραπευτικό πλάνο και μπορεί να υποστηριχθεί με ασφάλεια στο σπίτι.

Ορισμός

Η περιφερική φλεβική γραμμή είναι σύντομη αγγειακή προσπέλαση που τοποθετείται σε περιφερική φλέβα για τη χορήγηση υγρών, φαρμάκων ή άλλων ενδοφλέβιων θεραπειών. Η νοσηλευτική της διαχείριση περιλαμβάνει την επιτήρηση του σημείου εισόδου, τη διατήρηση της βατότητας, την ασφαλή πρόσβαση στη γραμμή και την αφαίρεσή της όταν δεν είναι πλέον αναγκαία ή όταν εμφανίζονται επιπλοκές.

Κλινικές ενδείξεις

Η περιφερική φλεβική γραμμή χρησιμοποιείται για χορήγηση ενδοφλέβιας αγωγής, ενυδάτωση, αντιβιοτική θεραπεία ή άλλη βραχυχρόνια φλεβική υποστήριξη. Η παραμονή της εξαρτάται από τη θεραπευτική ανάγκη και από την καλή κατάσταση του σημείου εισόδου, χωρίς ενδείξεις επιπλοκών.

Στους παιδιατρικούς ασθενείς δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη διατήρηση της γραμμής όσο παραμένει λειτουργική και ασφαλής, ώστε να αποφεύγονται επαναλαμβανόμενες φλεβοκεντήσεις.

Αντενδείξεις – περιορισμοί – προϋποθέσεις ασφάλειας

Η χρήση ή η διατήρηση περιφερικής φλεβικής γραμμής δεν είναι κατάλληλη όταν στο σημείο υπάρχουν ενδείξεις φλεγμονής, λοίμωξης, εξαγγείωσης, θρόμβωσης ή τραυματισμού του ιστού. Επίσης, δεν θεωρείται ασφαλής όταν η γραμμή δεν είναι βατή, όταν το επίθεμα δεν είναι ακέραιο και στεγνό ή όταν δεν μπορούν να διασφαλιστούν άσηπτοι χειρισμοί στο οικιακό περιβάλλον. Πρέπει να αποφεύγονται σημεία με οίδημα, τραύμα, έγκαυμα, κυτταρίτιδα ή προηγούμενη φλεβική βλάβη.

Απαιτούμενη επάρκεια προσωπικού



Η διαχείριση της περιφερικής φλεβικής γραμμής στο ΝΟΣΠΙ πραγματοποιείται από νοσηλεύτη με εκπαίδευση στην άσηπτη τεχνική, στον χειρισμό περιφερικών φλεβικών καθετήρων, στην έκπλυση και στη χορήγηση ενδοφλέβιας αγωγής, καθώς και στην αναγνώριση επιπλοκών όπως φλεβίτιδα, εξαγγείωση και απόφραξη. Η πράξη εκτελείται σύμφωνα με τις ισχύουσες αρμοδιότητες του νοσηλεύτη και τις οδηγίες της ομάδας ΝΟΣΠΙ.

Απαιτούμενα υλικά και εξοπλισμός

Απαιτούνται κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας, αντισηπτικό διαλύμα, αποστειρωμένες γάζες, σύριγγες έκπλυσης, διάλυμα NaCl 0,9%, κατάλληλο επίθεμα, υλικά σύνδεσης και, όπου προβλέπεται, εξοπλισμός για ενδοφλέβια έγχυση. Προτιμώνται διαφανή ημιδιαπερατά επιθέματα, ώστε να είναι δυνατή η οπτική επιτήρηση του σημείου εισόδου.

Η επιλογή του σωστού μεγέθους φλεβοκαθετήρα γίνεται σύμφωνα με την ηλικία του ασθενούς και τα σωματομετρικά του χαρακτηριστικά, και τις ανάγκες ροής των υγρών και των φαρμάκων.

	24G ¾"	22G1"	20G11/4"	18G11/3	18G11/4"	16G2"	14G2"
Mm	0,7x19	0,9x25	1,1x32	1,3x45	1,3x32	1,7x50	2,2x50
ml/min	22	35	60	100	105	210	345

Προετοιμασία πριν την παρέμβαση

Πριν από κάθε χειρισμό της φλεβικής γραμμής γίνεται ταυτοποίηση του ασθενούς, επιβεβαίωση της ιατρικής οδηγίας και εκτίμηση του σημείου εισόδου. Ελέγχεται εάν το επίθεμα είναι ακέραιο και στεγνό, εάν η γραμμή είναι σταθεροποιημένη και εάν υπάρχουν πόνοι, ερυθρότητα, οίδημα ή διαρροή. Προηγείται πάντα υγιεινή χεριών και ακολουθείται άσηπτη τεχνική. Τα σημεία πρόσβασης καθαρίζονται πριν και μετά από κάθε χρήση με κατάλληλο αντισηπτικό, κατά προτίμηση χλωρεξιδίνη σε αλκοολική βάση, όπου αυτό είναι συμβατό με τις οδηγίες.

Βήματα νοσηλευτικής παρέμβασης

Βήμα Περιγραφή

1 Ταυτοποίηση ασθενούς
επιβεβαίωση ιατρικής οδηγίας

Κρίσιμο σημείο ασφάλειας

και
Καμία πρόσβαση χωρίς επιβεβαίωση



Βήμα Περιγραφή	Κρίσιμο σημείο ασφάλειας
2 Υγιεινή χεριών και προετοιμασία υλικών	Υποχρεωτική πριν από κάθε χειρισμό
3 Έλεγχος σημείου εισόδου και επιθέματος	Αναζήτηση πόνου, ερυθρότητας, οιδήματος, διαρροής
4 Αντισηψία σημείων πρόσβασης	Άσηπτη τεχνική χωρίς επαφή σε κρίσιμα σημεία
5 Έλεγχος βατότητας της γραμμής	Πριν από χορήγηση φαρμάκου ή υγρών
6 Έκπλυση με κατάλληλο διάλυμα, όπου ενδείκνυται	Αποφυγή απόφραξης και ασυμβατότητας φαρμάκων
7 Χορήγηση θεραπείας σύμφωνα με το πλάνο	Συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς
8 Επανεκτίμηση σημείου σταθεροποίηση γραμμής	και Άμεση αναγνώριση επιπλοκών
9 Τεκμηρίωση στο έντυπο νοσηλείας	Καταγραφή αμέσως μετά τον χειρισμό

Νοσηλευτική παρακολούθηση μετά την παρέμβαση

Μετά από κάθε χρήση της γραμμής, ο νοσηλευτής παρακολουθεί το σημείο εισόδου και τη λειτουργικότητά της. Η εκτίμηση περιλαμβάνει έλεγχο για πόνο, ερύθημα, οίδημα, σκληρία, τοπική αύξηση θερμοκρασίας, εξαγγείωση και δυσχέρεια στην έγχυση. Για την τυποποίηση της παρακολούθησης χρησιμοποιείται η κλίμακα VIP (**Παράρτημα 7**), η οποία βοηθά στην έγκαιρη αναγνώριση φλεβίτιδας και στην απόφαση για διατήρηση ή αφαίρεση του καθετήρα.

Τοποθέτηση περιφερικής φλεβικής γραμμής στο οικιακό περιβάλλον

Η τοποθέτηση περιφερικής φλεβικής γραμμής αποτελεί επεμβατική νοσηλευτική πράξη, η οποία πραγματοποιείται από κατάλληλα εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας ΝΟΣΠΙ, με εφαρμογή άσηπτης τεχνικής και σύμφωνα με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες.

Στο πλαίσιο του ΝΟΣΠΙ, η τοποθέτηση περιφερικού φλεβικού καθετήρα πραγματοποιείται μόνο όταν πληρούνται συγκεκριμένες προϋποθέσεις ασφάλειας, όπως:

- διασφάλιση άσηπτων συνθηκών
- σαφής ιατρική ένδειξη

- εκτίμηση ότι η πράξη μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια εκτός νοσοκομείου.

Σε διαφορετική περίπτωση, η τοποθέτηση πραγματοποιείται σε νοσοκομειακό περιβάλλον και η ομάδα ΝΟΣΠΙ αναλαμβάνει τη συνέχιση και παρακολούθηση της φλεβικής γραμμής.

Κριτήρια ειδοποίησης ιατρού ΝΟΣΠΙ / κλιμάκωσης / αφαίρεσης

Απαιτείται άμεση ενημέρωση της ιατρικής ομάδας όταν εμφανιστούν σημεία φλεβίτιδας, εξαγγείωσης, συστηματικής αντίδρασης, πυρετού ή λοίμωξης, καθώς και όταν η γραμμή δεν είναι πλέον βατή ή δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια. Η αφαίρεση της περιφερικής φλεβικής γραμμής πραγματοποιείται όταν δεν είναι πλέον θεραπευτικά απαραίτητη ή όταν παρουσιάζονται επιπλοκές.

Σε υποψία εξαγγείωσης ή άλλης τοπικής επιπλοκής, η χορήγηση διακόπτεται άμεσα και ακολουθεί κλινική εκτίμηση του σημείου. Σε επιβεβαιωμένη εξαγγείωση απαιτείται αξιολόγηση της έκτασης της βλάβης, του φαρμάκου που χορηγήθηκε και της ανάγκης περαιτέρω ιατρικής παρέμβασης.

Τεκμηρίωση

Η διαχείριση της περιφερικής φλεβικής γραμμής καταγράφεται συστηματικά στο Νοσηλευτικό έντυπο παρακολούθησης ΝΟΣΠΙ (**Παράρτημα 1**). Καταγράφονται η ημερομηνία τοποθέτησης, το μέγεθος καθετήρα, το σημείο εισόδου, η κατάσταση του επιθέματος, και η βαθμολογία της κλίμακα VIP.

Διαχείριση κεντρικών φλεβικών καθετήρων

Σκοπός

Η σωστή φροντίδα του σημείου εξόδου του κεντρικού φλεβικού καθετήρα αποσκοπεί στην πρόληψη τοπικών λοιμώξεων και μικροβιαμίας (CLABSI), οι οποίες σχετίζονται άμεσα με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Η διαδικασία αποτελεί μία από τις πιο κρίσιμες νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη διαχείριση των κεντρικών φλεβικών καθετήρων και πρέπει να εφαρμόζεται με αυστηρή άσηπτη τεχνική.

Ορισμός

Ο κεντρικός φλεβικός καθετήρας (ΚΦΚ) αφορά αγγειακή προσπέλαση της οποίας το άκρο καταλήγει σε κεντρική φλέβα, επιτρέποντας τη χορήγηση φαρμάκων, υγρών, παρεντερικής διατροφής και τη λήψη αιμοληψιών για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι



ΚΦΚ χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με αυξημένες θεραπευτικές ανάγκες, ιδιαίτερα σε ογκολογικούς, παιδιατρικούς και ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

Πίνακας: Τύποι Κεντρικών Φλεβικών Καθετήρων

Τύπος καθετήρα	Χαρακτηριστικά	Χρήση
ΚΦΚ tunneled (Hickman – μονός Υποδόρια πορεία (tunneled), αυλός)	cuff για σταθεροποίηση	Μακροχρόνια χρήση
ΚΦΚ tunneled (Hickman – Δύο αυλοί για ταυτόχρονη διπλός αυλός)	χορήγηση θεραπειών	Πολυθεραπεία
ΚΦΚ non-tunneled	Άμεση είσοδος στη φλέβα, χωρίς υποδόρια πορεία	Βραχυχρόνια χρήση
PICC (περιφερικά εισερχόμενος κεντρικός καθετήρας) ανοικτού άκρου	Τοποθέτηση από περιφερική φλέβα, καταλήγει κεντρικά	Μεσο-μακροχρόνια
PICC με βαλβίδα (Groshong)	Βαλβίδα που αποτρέπει παλινδρόμηση αίματος	Μειωμένη ανάγκη ηπαρίνης
Πλήρως εμφυτεύσιμος Υποδόρια θύρα, δεν είναι καθετήρας (Port-a-cath)	εξωτερικά ορατός	Μακροχρόνια (ογκολογικοί κυρίως)
Port-a-cath χαμηλού προφίλ	Μικρότερη παιδιατρική χρήση	Παιδιατρικοί ασθενείς

Η επιλογή τύπου κεντρικού φλεβικού καθετήρα καθορίζεται από τη διάρκεια της θεραπείας, το είδος της αγωγής, την κατάσταση του ασθενούς και τη διαθεσιμότητα κατάλληλου περιβάλλοντος φροντίδας.

Βασικές αρχές

Η αλλαγή επιθέματος πραγματοποιείται:

- σε τακτά χρονικά διαστήματα (ανάλογα με το είδος επιθέματος)
- άμεσα όταν το επίθεμα είναι υγρό, χαλαρό ή ρυπαρό
- μετά από κάθε ένδειξη επιπλοκής στο σημείο εξόδου

Η χρήση διαλύματος χλωρεξιδίνης με αλκοόλη αποτελεί τη βασική πρακτική αντισηψίας, εκτός αν αντενδείκνυται.

**Πίνακας: Διαδικασία αλλαγής επιθέματος ΚΦΚ (βήμα-βήμα)**

Βήμα	Νοσηλευτική ενέργεια	Κρίσιμο σημείο ασφάλειας
1	Υγιεινή χεριών	Πριν από κάθε επαφή με τον καθετήρα
2	Χρήση μάσκας από νοσηλευτή και ασθενή (όπου απαιτείται)	Μείωση σταγονιδιακής επιμόλυνσης
3	Αφαίρεση παλαιού επιθέματος με καθαρά ή μη αποστειρωμένα γάντια	Αποφυγή τραυματισμού δέρματος
4	Οπτική εκτίμηση σημείου εξόδου	Ερυθρότητα, οίδημα, εκροή, πόνος
5	Λήψη καλλιέργειας (εάν υπάρχει εκροή)	Σε υποψία λοίμωξης
6	Εφαρμογή άσηπτης τεχνικής και χρήση αποστειρωμένων γαντιών	Μετά την αφαίρεση επιθέματος
7	Αντισηψία με χλωρεξιδίνη 2% σε αλκοόλη 70%	Σπειροειδείς κινήσεις από μέσα προς τα έξω
8	Επανάληψη καθαρισμού (2–3 φορές με νέα γάζα)	Αποφυγή επαναμόλυνσης
9	Αναμονή για πλήρη ξήρανση (2–3 λεπτά)	Κρίσιμο για αποτελεσματικότητα αντισηψίας
10	Τοποθέτηση νέου αποστειρωμένου επιθέματος	Διαφανές ή γάζα ανά περίπτωση
11	Σταθεροποίηση καθετήρα	Πρόληψη μετακίνησης
12	Καταγραφή διαδικασίας	Ημερομηνία, ώρα, ευρήματα

Νοσηλευτική εκτίμηση σημείου εισόδου

Η συστηματική εκτίμηση του σημείου εξόδου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας και περιλαμβάνει:

- έλεγχο για σημεία φλεγμονής (ερυθρότητα, οίδημα, πόνος)
- παρουσία εκκρίσεων
- τοπική θερμότητα
- σταθερότητα καθετήρα

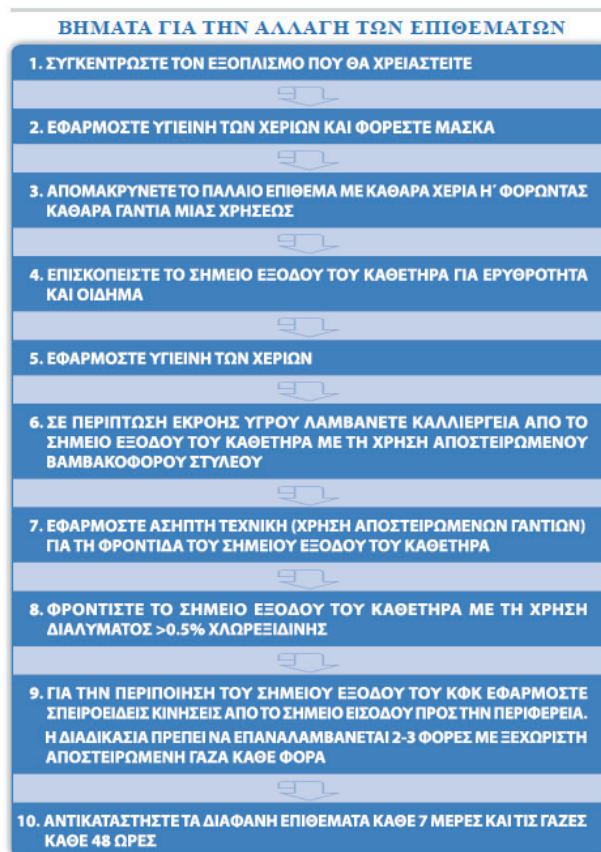
Διαχείριση απόφραξης ΚΦΚ

Η απόφραξη του καθετήρα εκδηλώνεται με αντίσταση κατά την έγχυση ή αδυναμία χρήσης του. Σε τέτοια περίπτωση, ο νοσηλευτής διακόπτει τη διαδικασία και αποφεύγει την άσκηση πίεσης. Ακολουθεί έλεγχος για μηχανικά αίτια και ήπια επαναξιολόγηση της βατότητας μόνο εφόσον δεν υπάρχει αντίσταση. Εάν το πρόβλημα επιμένει, η διαδικασία διακόπτεται και ενημερώνεται άμεσα η ιατρική ομάδα του Κέντρου ΝΟΣΠΙ.

Σε περιπτώσεις που συνοδεύονται από πόνο, οίδημα, πυρετό ή σημεία λοίμωξης, απαιτείται άμεση παραπομπή για νοσοκομειακή εκτίμηση. Στο οικιακό περιβάλλον δεν πραγματοποιούνται επεμβατικοί ή φαρμακευτικοί χειρισμοί αποκατάστασης της βατότητας.

Τεκμηρίωση

Η διαχείριση της ΚΦΚ καταγράφεται συστηματικά στο Νοσηλευτικό έντυπο παρακολούθησης ΝΟΣΠΙ (**Παράρτημα 1**).



Εικόνα: Βήματα αλλαγής επιθεμάτων. [Πηγή: CLEO]



Οξυγονοθεραπεία στο σπίτι

Σκοπός

Η οξυγονοθεραπεία στο οικιακό περιβάλλον αποσκοπεί στη διατήρηση επαρκούς οξυγόνωσης σε ασθενείς με σύνθετες ιατρονοσηλευτικές ανάγκες, οι οποίοι συχνά υποστηρίζονται με μηχανικό αερισμό. Η παρέμβαση στοχεύει στην πρόληψη υποξαιμίας, στη σταθεροποίηση της αναπνευστικής λειτουργίας και στη μείωση επιπλοκών, με ασφαλή και ελεγχόμενο τρόπο.

Πεδίο εφαρμογής

Το πρωτόκολλο αφορά ασθενείς παιδιατρικούς και ενήλικες που λαμβάνουν κατ' οίκον οξυγονοθεραπεία, είτε αυτόνομα είτε σε συνδυασμό με επεμβατικό ή μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό (tracheostomy, CPAP, BiPAP, home ventilator).

Κλινική ταξινόμηση οξυγονοθεραπείας στο ΝΟΣΠΙ

Η οξυγονοθεραπεία εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο αναπνευστικής υποστήριξης και διακρίνεται ως εξής:

Κατηγορία	Κλινική εφαρμογή
Μακροχρόνια οξυγονοθεραπεία	Συνεχής χορήγηση σε χρόνια υποξαιμία
Οξυγονοθεραπεία σε μηχανικό αερισμό	Ενσωμάτωση στο κύκλωμα ventilator
Διαλείπουσα υποστήριξη	Σε επεισόδια αποκορεσμού
Οξυγονοθεραπεία κατ' ανάγκη	Οξείες καταστάσεις
Περιπατητική οξυγονοθεραπεία	Κατά τη μετακίνηση

Στους ασθενείς του ΝΟΣΠΙ, η οξυγονοθεραπεία αποτελεί συχνά μέρος σύνθετης αναπνευστικής υποστήριξης και όχι μεμονωμένη παρέμβαση.

Μέθοδοι χορήγησης

Μέθοδος	Περιγραφή
Ρινικοί καθετήρες	Χορήγηση χαμηλών ροών οξυγόνου μέσω ρινικής κάνουλας. Παρέχει άνεση και επιτρέπει σίτιση και ομιλία.
Απλή μάσκα οξυγόνου	Χορήγηση μέτριων συγκεντρώσεων οξυγόνου μέσω μάσκας προσώπου. Κατάλληλη για ασθενείς με αυξημένες ανάγκες σε O ₂ .
Μάσκα Venturi	Παρέχει ακριβώς ελεγχόμενη συγκέντρωση οξυγόνου (FiO ₂), ανεξάρτητα από το αναπνευστικό πρότυπο.



Μάσκα με δεξαμενή	Χορήγηση υψηλών συγκεντρώσεων οξυγόνου μέσω ασκού αποθήκευσης. Χρησιμοποιείται σε σοβαρή υποξαιμία.
Συστήματα υψηλής ροής (High Flow)	Παροχή θερμαινόμενου και υγραμένου οξυγόνου σε υψηλές ροές, με καλύτερη ανοχή και βελτιωμένη οξυγόνωση.
CPAP / BiPAP με O ₂	Συνδυασμένη χορήγηση οξυγόνου με θετική πίεση αεραγωγών για υποστήριξη αναπνοής και βελτίωση ανταλλαγής αερίων.
Μηχανικός αερισμός	Μηχανική υποστήριξη της αναπνοής.

Χορήγηση οξυγόνου στο σπίτι

Η χορήγηση πραγματοποιείται αποκλειστικά βάσει ιατρικής οδηγίας, η οποία καθορίζει ροή ή FiO₂, τρόπο χορήγησης και στόχους κορεσμού.

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ ελέγχει πριν από κάθε χρήση τη σωστή σύνδεση του συστήματος, τη λειτουργία της συσκευής οξυγονοθεραπείας, τη σταθερότητα των παραμέτρων και την επάρκεια παροχής οξυγόνου.

Οποιαδήποτε τροποποίηση των ρυθμίσεων γίνεται σε συνεργασία με τον ιατρό ΝΟΣΠΙ και κατόπιν ιατρικής οδηγίας.

Παρακολούθηση κορεσμού και αναπνευστικής λειτουργίας

Η παρακολούθηση στους ασθενείς του ΝΟΣΠΙ είναι συστηματική και περιλαμβάνει καταγραφή SpO₂, αναπνευστικού ρυθμού, προσπάθειας αναπνοής και τύπο και παραμέτρους οξυγονοθεραπείας.

Ο στόχος είναι η διατήρηση κορεσμού >93%, με εξατομίκευση ανά νόσημα. Αποκλίσεις από τα επιθυμητά όρια απαιτούν άμεση αξιολόγηση.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η εκτίμηση σε διαφορετικές καταστάσεις, όπως ύπνος, σίτιση και δραστηριότητα, καθώς οι αποκορεσμοί μπορεί να είναι παροδικοί αλλά κλινικά σημαντικοί και καταγράφονται.

Διαχείριση αποκορεσμού

Σε περίπτωση πτώσης του κορεσμού, ο νοσηλευτής προχωρά σε άμεση εκτίμηση της βατότητας αεραγωγού, της θέσης του ασθενούς, της λειτουργίας του αναπνευστήρα και της επάρκειας οξυγόνου. Ελέγχεται το κύκλωμα για αποσυνδέσεις, κάμψεις ή απόφραξη.

Εάν ο αποκορεσμός επιμένει, γίνεται εφαρμογή των προκαθορισμένων οδηγιών, όπως αύξηση FiO₂ εφόσον προβλέπεται και ενημερώνεται άμεσα η ιατρική ομάδα. Σε σοβαρή επιδείνωση απαιτείται επείγουσα αντιμετώπιση και διακομιδή.

**Φροντίδα και ασφάλεια εξοπλισμού**

Ο εξοπλισμός πρέπει να λειτουργεί σε καλά αεριζόμενο χώρο και να τοποθετείται μακριά από πηγές θερμότητας.

Το οξυγόνο ενισχύει την καύση υλικών και η παρουσία του σε αυξημένες συγκεντρώσεις αποτελεί σημαντικό κίνδυνο πυρκαγιάς. Απαγορεύεται αυστηρά το κάπνισμα, η χρήση ελαίων και η επαφή με εύφλεκτα υλικά.

Οι συσκευές οξυγονοθεραπείας και οι συνδέσεις ελέγχονται τακτικά, ενώ η σωστή τοποθέτηση φίλτρων και υγραντήρων είναι απαραίτητη για την ασφαλή λειτουργία.

Τεκμηρίωση

Η οξυγονοθεραπεία καταγράφεται συστηματικά στο Νοσηλευτικό έντυπο παρακολούθησης ΝΟΣΠΙ (**Παράρτημα 1**). Καταγράφονται οι παράμετροι της μεθόδου οξυγονοπεραπείας, η ροή ή FiO_2 , οι τιμές SpO_2 , τα επεισόδια αποκορεσμού, οι παρεμβάσεις και τυχόν επιπλοκές.



ΜΕΡΟΣ III: Εξειδικευμένα Νοσηλευτικά Πρωτόκολλα

Βρογχοαναρρόφηση

Σκοπός

Η βρογχοαναρρόφηση αποσκοπεί στη διατήρηση της βατότητας των αεραγωγών μέσω απομάκρυνσης των τραχειοβρογχικών εκκρίσεων, στη βελτίωση της οξυγόνωσης και της αναπνευστικής λειτουργίας, στην πρόληψη επιπλοκών όπως υποξαιμία, ατελεκτασία και λοιμώξεις, καθώς και στη διευκόλυνση της ανταλλαγής αερίων.

Ενδείξεις

Η αναρρόφηση εφαρμόζεται κατόπιν κλινικής εκτίμησης. Ενδείκνυται σε παρουσία ορατών εκκρίσεων, ακρόαση παθολογικών αναπνευστικών ήχων, αύξηση των αναγκών σε οξυγόνο, πτώση του κορεσμού οξυγόνου, αυξημένο έργο αναπνοής ή αναποτελεσματικό βήχα. Σε ασθενείς με αναπνευστήρα, ενδείξεις αποτελούν επίσης οι μεταβολές στις πιέσεις του κυκλώματος ή η μείωση του αναπνεόμενου όγκου.

Αντενδείξεις

Η αναρρόφηση δεν έχει απόλυτες αντενδείξεις, ωστόσο απαιτείται προσοχή σε ασθενείς με σοβαρή αιμοδυναμική αστάθεια, αυξημένη ενδοκράνια πίεση ή έντονη υποξαιμία, όπου η διαδικασία μπορεί να επιδεινώσει την κλινική κατάσταση.

Μέθοδοι αναρρόφησης

Η αναρρόφηση διακρίνεται σε ανοικτό και κλειστό σύστημα. Το ανοικτό σύστημα απαιτεί αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα και σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο υποξίας. Το κλειστό σύστημα πραγματοποιείται μέσω ενσωματωμένου καθετήρα στο κύκλωμα του αναπνευστήρα και επιτρέπει τη συνεχή οξυγόνωση, γεγονός που το καθιστά προτιμητέο στους ασθενείς ΝΟΣΠΙ με μηχανικό αερισμό.

Η διάρκεια της αναρρόφησης πρέπει να περιορίζεται σε λιγότερο από 15 δευτερόλεπτα. Η επιλογή κατάλληλου μεγέθους καθετήρα και η χρήση της ελάχιστης αποτελεσματικής αρνητικής πίεσης μειώνουν τον κίνδυνο τραυματισμού και ατελεκτασίας.

**Διαδικασία εφαρμογής**

Ενέργεια	Διαδικασία & Αιτιολόγηση
Ταυτοποίηση ασθενούς	Επιβεβαιώνεται η ένδειξη για αναρρόφηση και τα στοιχεία του ασθενούς.
Ενημέρωση	Η ενημέρωση μειώνει το άγχος και ενισχύει τη συνεργασία ασθενούς και οικογένειας.
Υγιεινή χεριών	Απαραίτητη για την πρόληψη λοιμώξεων.
Προετοιμασία εξοπλισμού	Έλεγχος λειτουργίας συσκευής αναρρόφησης, οξυγόνου και, όπου υπάρχει, αναπνευστήρα.
Κλινική αξιολόγηση	Εκτίμηση SpO_2 , αναπνευστικού ρυθμού και παρουσίας εκκρίσεων πριν την έναρξη.
Επιλογή καθετήρα	Επιλέγεται κατάλληλο μέγεθος ώστε να μην αποφράσσει τον αεραγωγό
Ρύθμιση πίεσης	Η αρνητική πίεση ρυθμίζεται στο ελάχιστο αποτελεσματικό επίπεδο.
Προοξυγόνωση	Αυξάνεται το FiO_2 πριν τη διαδικασία για πρόληψη υποξίας.
Εισαγωγή καθετήρα	Ο καθετήρας εισάγεται χωρίς αναρρόφηση μέχρι το κατάλληλο βάθος.
Εφαρμογή αναρρόφησης	Η αναρρόφηση γίνεται κατά την απόσυρση του καθετήρα.
Διάρκεια	Δεν υπερβαίνει τα 10–15 δευτερόλεπτα για αποφυγή υποξίας.
Μεσοδιάστημα	Παρέχεται χρόνος επανοξυγόνωσης μεταξύ προσπαθειών.
Ολοκλήρωση	Επαναφορά ασθενούς σε σταθερή κατάσταση και σύνδεση με τον αναπνευστήρα όπου απαιτείται.
Καταγραφή	Καταγράφονται εκκρίσεις και ανταπόκριση ασθενούς.

Διαχείριση επιπλοκών

Κατά τη διάρκεια της αναρρόφησης μπορεί να εμφανιστούν υποξαιμία, βραδυκαρδία, αρρυθμίες, βρογχόσπασμος και τραυματισμός του βλεννογόνου. Η πρόληψη βασίζεται στην κατάλληλη προοξυγόνωση, στη σύντομη διάρκεια της διαδικασίας και στη σωστή επιλογή πίεσης. Σε περίπτωση πτώσης του κορεσμού, η διαδικασία διακόπτεται άμεσα, χορηγείται οξυγόνο και επανεκτιμάται ο ασθενής.



Εφόσον τα συμπτώματα επιμένουν, απαιτείται άμεση επικοινωνία με την ιατρική ομάδα ΝΟΣΠΙ.

Παιδιατρικοί ασθενείς - Ιδιαιτερότητες

Στα παιδιά, η αναρρόφηση απαιτεί ιδιαίτερη προσαρμογή λόγω αυξημένης ευαισθησίας στην υποξία και μικρότερης διαμέτρου αεραγωγών. Η αρνητική πίεση είναι χαμηλότερη και η διάρκεια της αναρρόφησης μικρότερη. Η επιλογή καθετήρα γίνεται αυστηρά βάσει ηλικίας και μεγέθους τραχειοσωλήνα, ώστε να αποφεύγεται απόφραξη του αεραγωγού. Η προσυγόνωση είναι κρίσιμη, καθώς τα παιδιά αποκορεσθούν ταχύτερα. Η παρουσία και ενημέρωση των γονέων συμβάλλει στη μείωση του άγχους και στη βελτίωση της συνεργασίας.

Επιλογή μεγέθους καθετήρα αναρρόφησης

Ηλικία	Βάρος Kg	Ενδοτραχειακός σωλήνας (mm)	Σύσταση εκκρίσεων		
			Υδαρείς	Μέτριες	Παχύρρευστες
Νεογνό	< 1	2.0	5	5	5
Νεογνό	1	2.5	5	5	6
Νεογνό	2	3.0	5	6	6
Νεογνό	3.5	3.5	5	6	7
3 μηνών	6	3.5	5	6	7
1 έτους	10	4.0	6	7	7
2 ετών	12	4.5	6	7	8
3 ετών	14	4.5	6	7	8
4 ετών	16	5.0	7	8	8
6 ετών	20	6.5	7	8	8
8 ετών	24	6.0	8	10	10
10 ετών	30	6.5	8	10	12
12 ετών	>30	7.0	8	10	12

Τεκμηρίωση

Η διενέργεια βρογχοαναρροφήσεων καταγράφεται συστηματικά στο Νοσηλευτικό έντυπο παρακολούθησης ΝΟΣΠΙ (**Παράρτημα 1**).



Πρόληψη και αντιμετώπιση κατακλίσεων

Σκοπός

Η πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων στοχεύει στη διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος, στη μείωση της νοσηρότητας και στην αποφυγή επιπλοκών όπως λοιμώξεις, πόνος και παρατεταμένη νοσηλεία.

Ενδείξεις / Πληθυσμός υψηλού κινδύνου

Αυξημένος κίνδυνος εμφανίζεται σε ασθενείς με:

- μειωμένη κινητικότητα ή κατάκλιση
- νευρολογικές διαταραχές
- ακράτεια ούρων ή κοπράνων
- κακή θρέψη ή αφυδάτωση
- μειωμένη αισθητικότητα
- ηλικιωμένους ή παιδιατρικούς ασθενείς με χρόνια νοσήματα

Η συνεχής πίεση σε περιοχές όπως ιερό, πτέρνες και ισχία οδηγεί σε ισχαιμία και τελικά σε βλάβη ιστών.

Εκτίμηση κινδύνου

Η εκτίμηση γίνεται με την Braden Scale, η οποία αξιολογεί 6 παραμέτρους. Κάθε παράμετρος βαθμολογείται και το συνολικό σκορ καθορίζει τον κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων (**Παράρτημα 8**).

Η εκτίμηση:

- πραγματοποιείται κατά την εισαγωγή στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ
- επαναλαμβάνεται σε κάθε επίσκεψη ΝΟΣΠΙ
- επαναξιολογείται μετά από κάθε αλλαγή στην κινητικότητα ή τη γενική κατάσταση

Το αποτέλεσμα της κλίμακας καθοδηγεί άμεσα τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις (συχνότητα αλλαγών θέσης, χρήση ειδικών στρωμάτων, εντατική φροντίδα δέρματος).

**Αλλαγές θέσης****Ενέργεια****Διαδικασία & Αιτιολόγηση**

Συχνότητα

Αλλαγή θέσης κάθε 2 ώρες σε κατακεκλιμένους ασθενείς

Θέσεις

Ύπτια, πλάγια, ημι-Fowler

Αποφόρτιση πιέσεων Χρήση μαξιλαριών σε οστικές προεξοχές

Πτέρνες

Ανύψωση για αποφυγή επαφής με το στρώμα

Καθιστή θέση

Επανατοποθέτηση κάθε 1 ώρα

Η συχνή αλλαγή θέσης μειώνει τη διάρκεια πίεσης και αποτρέπει την ισχαιμία των ιστών.

Φροντίδα δέρματος**Ενέργεια****Διαδικασία & Αιτιολόγηση**

Καθαρισμός

Καθημερινός καθαρισμός με ήπια προϊόντα

Στέγνωμα

Προσεκτικό χωρίς τριβή

Ενυδάτωση

Χρήση ενυδατικών για διατήρηση ελαστικότητας

Διαχείριση υγρασίας Άμεση αλλαγή σε ακράτεια

Προστασία δέρματος Χρήση κρεμών προστατευτικού φραγμού δέρματος

Διαχείριση κατακλίσεων

Η διαχείριση των κατακλίσεων πραγματοποιείται σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού ΝΟΣΠΙ και τα πρωτόκολλα του Κέντρου ΝΟΣΠΙ, σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις προσαρμόζονται στο στάδιο του έλκους, τη γενική κατάσταση του ασθενούς και τους επιβαρυντικούς παράγοντες (κινητικότητα, θρέψη, συννοσηρότητες).

Η έγκαιρη αναγνώριση, ωστόσο, και η κατάλληλη παρέμβαση είναι καθοριστικής σημασίας για την πρόληψη εξέλιξης των βλαβών και την αποφυγή επιπλοκών. Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΟ αξιολογεί σε κάθε επίσκεψη το επίπεδο των βλαβών, καταγράφει και ενημερώνει την ιατρική ομάδα ΝΟΣΠΙ.

**Στάδιο Παρέμβαση**

Στάδιο Ι Αποφόρτιση πίεσης και παρακολούθηση

Στάδιο ΙΙ Καθαρισμός και προστατευτικά επιθέματα

Στάδιο ΙΙΙ–ΙV Εξειδικευμένη φροντίδα τραύματος και ιατρική παρέμβαση

Παιδιατρικοί ασθενείς - Ιδιαιτερότητες

Στα παιδιά:

- το δέρμα είναι πιο λεπτό και ευαίσθητο
- ο κίνδυνος αυξάνεται σε ΜΕΘ και χρόνια νοσήματα
- απαιτείται συχνότερη αλλαγή θέσης
- χρησιμοποιούνται ειδικά παιδιατρικά στρώματα
- απαιτείται εκπαίδευση γονέων

Διαχείριση επιπλοκών

Οι κατακλίσεις μπορεί να οδηγήσουν σε λοίμωξη (κυτταρίτιδα, σηψαιμία), χρόνιο πόνο και καθυστέρηση επούλωσης. Αντιμετωπίζονται με άμεση αποφόρτιση πίεσης, καθαρισμό τραύματος και χρήση κατάλληλων επιθεμάτων σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες, ιατρική εκτίμηση επί επιδείνωσης.

Τεκμηρίωση

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ καταγράφει συστηματικά στο Νοσηλευτικό έντυπο παρακολούθησης ΝΟΣΠΙ (**Παράρτημα 1**) την κατάσταση του δέρματος και των τυχόν κατακλίσεων, συμπεριλαμβανομένης της εντόπισης, της σταδιοποίησης και των βασικών χαρακτηριστικών τους, καθώς και τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται (αλλαγές θέσης, φροντίδα τραύματος, χρήση επιθεμάτων). Παράλληλα, τεκμηριώνεται η εξέλιξη της βλάβης, η ανταπόκριση του ασθενούς στη φροντίδα και κάθε επικοινωνία ή οδηγία από τη διεπιστημονική ομάδα.

Φροντίδα στομών**Σκοπός**

Η φροντίδα στομών αποσκοπεί στη διατήρηση της λειτουργικότητας της στομίας, στην πρόληψη λοιμώξεων και δερματικών επιπλοκών, καθώς και στη διασφάλιση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.



Πεδίο εφαρμογής

Το πρωτόκολλο αφορά ασθενείς με:

- γαστροστομία
- ουροστομία
- κολοστομία

και εφαρμόζεται από νοσηλευτές ΝΟΣΠΙ κατά την επίσκεψη ΝΟΣΠΙ.

Ορισμοί

Η στομία αποτελεί χειρουργικά δημιουργημένο στόμιο που επιτρέπει την επικοινωνία ενός εσωτερικού οργάνου με το εξωτερικό περιβάλλον, με σκοπό την αποχέτευση περιεχομένου (π.χ. τροφής, κοπράνων, ούρων) όταν η φυσιολογική οδός δεν είναι λειτουργική ή δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί.

Οι στομίες διακρίνονται ανάλογα με το όργανο προέλευσης και τη λειτουργία τους:

- **Γαστροστομία:** Στόμιο που συνδέει το στομάχι με το κοιλιακό τοίχωμα και χρησιμοποιείται κυρίως για εντερική σίτιση.
- **Ειλεοστομία:** Στόμιο που δημιουργείται από το λεπτό έντερο (ειλεός) και αποβάλλει υδαρή ή ημιστερεά κόπρανα.
- **Κολοστομία:** Στόμιο που προέρχεται από το παχύ έντερο και επιτρέπει την αποβολή κοπράνων και αερίων. Η σύσταση των κοπράνων εξαρτάται από τη θέση της στομίας στο έντερο.
- **Ουροστομία:** Στόμιο που αποχετεύει τα ούρα μέσω εκτροπής του ουροποιητικού συστήματος προς το κοιλιακό τοίχωμα

Ενδείξεις

Η νοσηλευτική φροντίδα πραγματοποιείται μόνο όταν:

- η στομία είναι σταθερή και χωρίς επιπλοκές που απαιτούν ιατρική παρέμβαση
- υπάρχει διαθέσιμος κατάλληλος εξοπλισμός

Σε περίπτωση σοβαρών επιπλοκών απαιτείται άμεση επικοινωνία με τον ιατρό και τη διεπιστημονική ομάδα ΝΟΣΠΙ.

Απαιτούμενος εξοπλισμός



Απαιτείται κατάλληλος εξοπλισμός φροντίδας στομίας (συστήματα συλλογής, καθαριστικά υλικά, προστατευτικά προϊόντα δέρματος), καθώς και μέσα ατομικής προστασίας.

Προετοιμασία

Πριν την παρέμβαση πραγματοποιείται ταυτοποίηση του ασθενούς, αξιολόγηση της στομίας και του περιβάλλοντος δέρματος, καθώς και προετοιμασία του απαραίτητου εξοπλισμού. Η διαδικασία γίνεται με σεβασμό στην ιδιωτικότητα και την άνεση του ασθενούς.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Βήμα	Περιγραφή
Εκτίμηση στομίας	Έλεγχος χροιάς, μεγέθους, υγρασίας και λειτουργίας
Καθαρισμός	Ήπιος καθαρισμός με νερό ή κατάλληλο διάλυμα
Στέγνωμα	Προσεκτικό χωρίς τριβή
Προστασία δέρματος	Εφαρμογή προϊόντων προστατευτικού φραγμού
Εφαρμογή συστήματος	Τοποθέτηση κατάλληλου σάκου ή επιθέματος
Έλεγχος εφαρμογής	Διασφάλιση καλής στεγανότητας
Απόρριψη υλικών	Σύμφωνα με πρωτόκολλο διαχείρισης αποβλήτων

Ιδιαίτερα στοιχεία ανά τύπο στομίας

Η φροντίδα διαφοροποιείται ανάλογα με τον τύπο της στομίας. Στη γαστροστομία δίνεται έμφαση στον έλεγχο του σημείου εισόδου και στη σωστή σίτιση, στην ουροστομία στη συνεχή ροή και πρόληψη λοιμώξεων, ενώ στην κολοστομία στην παρακολούθηση της λειτουργίας του εντέρου και στη διαχείριση του σάκου.

Διαχείριση επιπλοκών

Πιθανές επιπλοκές περιλαμβάνουν:

- ερεθισμό ή δερματίτιδα
- διαρροές
- λοίμωξη



- αιμορραγία
- απόφραξη

Σε περίπτωση επιπλοκών, εφαρμόζονται άμεσα βασικές παρεμβάσεις φροντίδας και ενημερώνεται η διεπιστημονική ομάδα ΝΟΣΠΙ. Σε σοβαρή επιδείνωση απαιτείται ιατρική εκτίμηση και παραπομπή στο Κέντρο ΝΟΣΠΙ.

Ειδικό πεδίο: Παιδιατρικοί ασθενείς

Στους παιδιατρικούς ασθενείς απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή λόγω ευαισθησίας του δέρματος και αυξημένου κινδύνου διαρροών. Η επιλογή υλικών πρέπει να είναι κατάλληλη για την ηλικία, ενώ η εκπαίδευση των γονέων αποτελεί βασικό στοιχείο της φροντίδας.

Τεκμηρίωση

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ καταγράφει συστηματικά στο Νοσηλευτικό έντυπο παρακολούθησης ΝΟΣΠΙ (**Παράρτημα 1**) την κατάσταση της στομίας και του περιβάλλοντος δέρματος, συμπεριλαμβανομένων του χρώματος, της μορφολογίας, της υγρασίας, της λειτουργίας και της παρουσίας τυχόν επιπλοκών, όπως ερεθισμός, διαρροές, αιμορραγία, σημεία λοίμωξης. Παράλληλα, τεκμηριώνεται ο τύπος και η κατάσταση του συστήματος συλλογής, η συχνότητα αλλαγής του, καθώς και οι παρεμβάσεις που εφαρμόζονται: καθαρισμός, προστασία δέρματος, αλλαγή επιθέματος/συστήματος.

Διατροφική υποστήριξη

Σκοπός

Η εξασφάλιση ασφαλούς, επαρκούς και εξατομικευμένης διατροφικής υποστήριξης σε ασθενείς με σύνθετες ιατρονοσηλευτικές ανάγκες στο οικιακό περιβάλλον, με στόχο την πρόληψη υποθρεψίας, τη διατήρηση της λειτουργικότητας και τη μείωση επιπλοκών.

Πεδίο εφαρμογής

Το πρωτόκολλο εφαρμόζεται σε ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς του προγράμματος ΝΟΣΠΙ που λαμβάνουν:

- εντερική σίτιση (ρινογαστρικός καθετήρας, γαστροστομία)
- παρεντερική διατροφή σε οργανωμένο και ελεγχόμενο πλαίσιο

**Ορισμοί – βασικές έννοιες**

Η διατροφική υποστήριξη περιλαμβάνει τη χορήγηση θρεπτικών συστατικών όταν η φυσιολογική σίτιση δεν επαρκεί. Η εντερική σίτιση αποτελεί τη μέθοδο πρώτης επιλογής όταν το γαστρεντερικό σύστημα λειτουργεί, ενώ η παρεντερική διατροφή εφαρμόζεται όταν υπάρχει εντερική ανεπάρκεια ή αδυναμία απορρόφησης.

Απαιτούμενα υλικά και εξοπλισμός

Περιλαμβάνονται συστήματα σίτισης, αντλίες, καθετήρες, σύριγγες, αποστειρωμένα υλικά και κατάλληλα διατροφικά σκευάσματα.

Προετοιμασία πριν την παρέμβαση

Περιλαμβάνει επιβεβαίωση ιατρικών οδηγιών, αξιολόγηση ασθενούς (θρέψη, ενυδάτωση, ζωτικά σημεία), έλεγχο σωστής θέσης καθετήρα και λειτουργίας εξοπλισμού.

Νοσηλευτική παρέμβαση**Στάδιο Παρέμβαση**

Έλεγχος Επιβεβαίωση θέσης καθετήρα

Έναρξη Σταδιακή χορήγηση σύμφωνα με οδηγίες

Παρακολούθηση Έλεγχος συμπτωμάτων και ανοχής

Ολοκλήρωση Έκπλυση καθετήρα και καθαρισμός

Η σίτιση πραγματοποιείται με ελεγχόμενο ρυθμό, αποφεύγεται η υπερφόρτωση και διασφαλίζεται η σωστή υγιεινή του συστήματος.

Παρακολούθηση ανεκτικότητας σίτισης

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει την παρακολούθηση γαστρεντερικών συμπτωμάτων, όπως ναυτία, έμετοι και διάρροια, την εκτίμηση για παρουσία κοιλιακής διάτασης, τον έλεγχο του υπολειπόμενου γαστρικού περιεχομένου, καθώς και την παρακολούθηση μεταβολικών παραμέτρων, όπως η γλυκόζη και οι ηλεκτρολύτες. Η συστηματική και συνεχής παρακολούθηση είναι απαραίτητη για την έγκαιρη αναγνώριση και την αποφυγή επιπλοκών.

**Παρεντερική διατροφή**

Η παρεντερική διατροφή αποτελεί σύνθετη θεραπευτική παρέμβαση που περιλαμβάνει χορήγηση μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών συστατικών ενδοφλεβίως.

Χρησιμοποιείται όταν το πεπτικό σύστημα δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του ασθενούς και απαιτεί αυστηρή παρακολούθηση λόγω κινδύνου επιπλοκών.

Απαραίτητη είναι η χρήση κατάλληλης φλεβικής προσπέλασης και η άμεση επικοινωνία με τη διεπιστημονική ομάδα ΝΟΣΠΙ.

Ιδιαιτερότητες παιδιατρικών ασθενών

Τα παιδιά έχουν αυξημένες ενεργειακές και θρεπτικές ανάγκες λόγω ανάπτυξης. Απαιτείται συστηματική παρακολούθηση βάρους, ύψους και ανάπτυξης, καθώς και προσαρμογή της διατροφής ανά ηλικία και στάδιο ανάπτυξης .

Η συμμετοχή και εκπαίδευση των γονέων αποτελεί βασικό στοιχείο της φροντίδας.

Ιδιαιτερότητες ογκολογικών ασθενών

Οι ογκολογικοί ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο υποθρεψίας λόγω καχεξίας, μειωμένης πρόσληψης τροφής και θεραπευτικών παρενεργειών (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία).

Η παρεντερική διατροφή μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις εντερικής ανεπάρκειας ή σοβαρής αδυναμίας σίτισης και συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ενεργειακής ισορροπίας .

Η εφαρμογή είναι εξατομικευμένη και βασίζεται στην πρόγνωση και τους θεραπευτικούς στόχους.

Κριτήρια ειδοποίησης ομάδας ΝΟΣΠΙ

Ο νοσηλευτής επικοινωνεί άμεσα σε περίπτωση:

- έντονης δυσανεξίας στη σίτιση
- σημείων αφυδάτωσης ή υποθρεψίας
- μεταβολικών διαταραχών
- επιπλοκών καθετήρα

**Διαχείριση επιπλοκών**

Οι επιπλοκές μπορεί να είναι:

- μηχανικές (απόφραξη καθετήρα)
- λοιμώξεις
- μεταβολικές (υπεργλυκαιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές)

Απαιτείται άμεση αξιολόγηση, διακοπή σίτισης και επικοινωνία με τη διεπιστημονική ομάδα ΝΟΣΠΙ.

Τεκμηρίωση

Ο νοσηλευτής ΝΟΣΠΙ καταγράφει στο έντυπο παρακολούθησης τη μέθοδο σίτισης, τον τύπο και την ποσότητα διατροφής, τον ρυθμό χορήγησης, την ανεκτικότητα, καθώς και τυχόν επιπλοκές ή παρεμβάσεις.

ΜΕΡΟΣ IV - Ποιότητα και αξιολόγηση φροντίδας**Δείκτες ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας**

Η συστηματική αξιολόγηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας στο πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ αποτελεί βασικό στοιχείο διασφάλισης της ασφάλειας των ασθενών, της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας.

Η παρακολούθηση δεικτών ποιότητας επιτρέπει την έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών, την αξιολόγηση της συμμόρφωσης στα πρωτόκολλα και τη βελτιστοποίηση της οργάνωσης της φροντίδας στο σπίτι. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε συμβάντα που σχετίζονται με την ασφάλεια του ασθενούς, όπως λοιμώξεις, επανεισαγωγές και επιπλοκές που μπορούν να προληφθούν μέσω κατάλληλης νοσηλευτικής πρακτικής.

Οι δείκτες καταγράφονται σε τακτική βάση και αξιολογούνται από τη διεπιστημονική ομάδα, με στόχο την ανατροφοδότηση του συστήματος και την ενίσχυση της ποιότητας των υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ.

Πίνακας 3. Καταγραφή δεικτών ποιότητας.

Δείκτης	Ορισμός	Τρόπος μέτρησης	Συχνότητα καταγραφής	Παρατηρήσεις
Επιπλοκές	Καταγραφή κλινικών επιπλοκών σχετιζόμενων με τη φροντίδα (Ενδεικτικά: κατακλίσεις, δυσανεξία σίτισης, απόφραξη καθετήρα)	Αριθμός περιστατικών ανά ασθενή ή ανά μήνα	Μηνιαία	Καταγράφεται τύπος και βαρύτητα
Επανεισαγωγές	Εισαγωγές σε νοσοκομείο μετά από φροντίδα Ποσοστό επανεισαγωγών ΝΟΣΠΙ	Ποσοστό ανά σύνολο ασθενών	Μηνιαία / Τριμηνιαία	Αναφέρεται αιτία
Λοιμώξεις σχετιζόμενες με καθετήρες	Λοιμώξεις που σχετίζονται με φλεβικούς καθετήρες ή συσκευές	Ποσοστό λοιμώξεων ανά 1000 ημέρες καθετήρα	Μηνιαία	Σημαντικός δείκτης ασφάλειας
Ικανοποίηση γονέων / φροντιστών	Αντίληψη γονέων / φροντιστών για την ποιότητα φροντίδας	Ερωτηματολόγια αξιολόγησης	Τριμηνιαία / Ετήσια	Περιλαμβάνει εμπειρία φροντίδας
Συμμόρφωση στα πρωτόκολλα	Τήρηση νοσηλευτικών διαδικασιών	Ποσοστό συμμόρφωσης βάσει audit	Τριμηνιαία	Μέσω εσωτερικού ελέγχου



Βιβλιογραφία

American Cancer Society. (2025). *Living with an ostomy*. Διαθέσιμο στο <https://www.cancer.org>

Blakeman, T. C., Scott, J. B., Yoder, M. A., Capellari, E., & Strickland, S. L. (2022). AARC Clinical Practice Guidelines: Artificial Airway Suctioning. *Respiratory care*, 67(2), 258–271. <https://doi.org/10.4187/respcare.09548>

BOC Healthcare. (n.d.). *Paediatric Home Oxygen Handbook*. NHS. Διαθέσιμο στο: <https://share.google/w88ssQiAkkQP89cYw>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2019). *Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities*. Διαθέσιμο στο: <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/disinfection-sterilization/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2023) *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Atlanta: CDC. Διαθέσιμο σε: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). *Medication safety: About medication safety*. Διαθέσιμο στο: <https://www.cdc.gov/medication-safety/about/index.html>

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), 2019. Διαθέσιμο στο: <https://share.google/e7Plmlz9hvLOyX75T>

Harrogate and District NHS Foundation Trust. *Community IPC Policy for Care Home settings: CH 09 Hand hygiene*. Version 4.00, May 2025.

Hill-Rodriguez, D., Messmer, P.R., Williams, P.D., Zeller, R.A., Williams, A.R., Wood, M., & Henry, M. (2009). The Humpty Dumpty Falls Scale: A case-control study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(1), 22–32.

Loveday, H. P., Wilson, J. A., Pratt, R. J., Golsorkhi, M., Tingle, A., Bak, A., Browne, J., Prieto, J., Wilcox, M., & UK Department of Health (2014). epic3: national evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in

England. *The Journal of hospital infection*, 86 Suppl 1, S1–S70.
[https://doi.org/10.1016/S0195-6701\(13\)60012-2](https://doi.org/10.1016/S0195-6701(13)60012-2)

Loveday, H.P., Wilson, J.A., Pratt, R.J., Golsorkhi, M., Tingle, A., Bak, A., Browne, J., Prieto, J. and Wilcox, M. (2014) 'Epic3: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England', *Journal of Hospital Infection*, 86(S1), pp. S1–S70.

Mercer-Smith, G. W., Kirk, C., Gemmell, L., Mountford, C., Nightingale, J., & Thompson, N. (2021). British Intestinal Failure Alliance (BIFA) guidance - haematological and biochemical monitoring of adult patients receiving home parenteral nutrition. *Frontline gastroenterology*, 12(7), 656–663.
<https://doi.org/10.1136/flgastro-2020-101758>

Morse, J.M. (1997). *Preventing patient falls: Establishing a fall intervention program*. New York: Springer Publishing Company.

National Pressure Ulcer Advisory Panel and Alliance , (2014). Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical Practice guideline. Haesler E. (ed.). : Cambridge Media.

NHS England. (2018). *Safeguarding adults protocol: Pressure ulcers and the interface with a safeguarding enquiry*. Διαθέσιμο στο: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/safeguarding-adults-protocol-pressure-ulcers.pdf>

O'Driscoll, B. R., Howard, L. S., Earis, J., & Mak, V. (2017). British Thoracic Society Guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *BMJ open respiratory research*, 4(1), e000170. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2016-000170>

O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A. G., Rupp, M. E., Saint, S., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 52(9), e162–e193. <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>

Pironi, L., Boeykens, K., Bozzetti, F., Joly, F., Klek, S., Lal, S., Lichota, M., Mühlebach, S., Van Gossum, A., Wanten, G., Wheatley, C., & Bischoff, S. C. (2023). ESPEN practical



guideline: Home parenteral nutrition. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 42(3), 411–430. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.12.003>

Public Health Ontario. (2025). Ontario Agency for Health Protection and Promotion. *Infection Prevention and Control for Home and Community Care*. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2025.

Rivet E. B. (2019). Ostomy Management: A Model of Interdisciplinary Care. *The Surgical clinics of North America*, 99(5), 885–898. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.06.007>

Tariq, R. A., et al. (2024). *Medication dispensing errors and prevention*. In StatPearls. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519065/>

Tzolos, E., & Salawu, A. (2014). Improving the frequency of visual infusion phlebitis (VIP) scoring on an oncology ward. *BMJ Quality Improvement Reports*, 3(1)

World Health Organization (WHO) (2016), *Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities*. Διαθέσιμο στο: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250232>

World Health Organization. (2016). *Oxygen therapy for children*. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549554>

Υπουργείο Υγείας. (2019). *Οδηγίες για τη διαχείριση αποβλήτων υγειονομικών μονάδων*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. Λίστα Ελέγχου Μετάβασης στο Σπίτι



Λίστα Ελέγχου Μετάβασης στο Σπίτι

Α. ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
☐	Επιβεβαίωση στοιχείων ασθενούς
☐	Έλεγχος θεραπευτικού πλάνου
☐	Ανασκόπηση τελευταίων καταγραφών
☐	Προετοιμασία υλικών/εξοπλισμού

Β. ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

☐	Γενική κατάσταση
☐	Επίπεδο συνείδησης
☐	Καταγραφή ζωτικών σημείων
☐	Εκτίμηση πόνου
☐	Αναπνευστική λειτουργία

Γ. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

☐	Οξυγονοθεραπεία - σωστή χρήση
☐	Αναπνευστήρας / NIV
☐	Συσκευή αναρρόφησης
☐	Αντλία έγχυσης
☐	Γαστροστομία / σίτιση
☐	Έλεγχος καθαριότητας εξοπλισμού
☐	Έλεγχος σωστής λειτουργίας

Δ. ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ

☐	Κατανόηση φαρμακευτικής αγωγής
☐	Σωστή χρήση εξοπλισμού
☐	Αναγνώριση επιπλοκών
☐	Συμμόρφωση στις οδηγίες
☐	Δυνατότητα επικοινωνίας με ομάδα

Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

☐	Χορήγηση φαρμάκων
☐	Περιποίηση τραύματος
☐	Φροντίδα καθετήρων
☐	Τραχειοστομία
☐	Αναρρόφηση
☐	Διατροφή

ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

ΝΟΣΠΙ

ΣΤ. ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ

☐	Καταγραφή
☐	Ενημέρωση φακέλου

☐	Επικοινωνία ομάδας
☐	Προγραμματισμός επόμενης επίσκεψης

Όνομα Νοσηλεύτη: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

ΝΟΣΠΙ



Λίστα Ελέγχου Εκτίμησης Κινδύνων ΝΟΣΠ

Α. ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ / ΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

☒	Σημείο Ελέγχου	Παρατηρήσεις
☐	Κίνδυνος πτώσης από κρεβάτι	
☐	Ασφαλής μεταφορά ασθενούς	
☐	Σωστή τοποθέτηση στο κρεβάτι	
☐	Χρήση βοηθημάτων (π.χ. ανυψωτικά)	

Β. ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

☒	Σημείο Ελέγχου	Παρατηρήσεις
☐	Σωστή λειτουργία εξοπλισμού	
☐	Σωστή χρήση από φροντιστή	
☐	Έλεγχος συνδέσεων (οξυγόνο, αντλίες)	
☐	Καθαριότητα εξοπλισμού	

Γ. ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ / ΓΡΑΜΜΕΣ

☒	Σημείο Ελέγχου	Παρατηρήσεις
☐	Σταθερότητα καθετήρων	
☐	Σημεία λοίμωξης	
☐	Κίνδυνος απόσπασης	
☐	Σωστή φροντίδα σημείου εισόδου	

Δ. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

☒	Σημείο Ελέγχου	Παρατηρήσεις
☐	Σωστή δοσολογία	
☐	Σωστός χρόνος χορήγησης	
☐	Κατανόηση από φροντιστή	

ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΝΟΣΠ

1

☐	Παρακολούθηση ανεπιθύμητων ενεργειών	

Ε. ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ

☒	Σημείο Ελέγχου	Παρατηρήσεις
☐	Κατανόηση οδηγιών	
☐	Ικανότητα χειρισμού εξοπλισμού	
☐	Συμμόρφωση	
☐	Κόπωση / stress φροντιστή	

ΣΤ. ΟΙΚΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

☒	Σημείο Ελέγχου	Παρατηρήσεις
☐	Ασφαλής χώρος	
☐	Απουσία εμποδίων	
☐	Επαρκής φωτισμός	
☐	Προσβασιμότητα για επείγον	

Όνομα Νοσηλεύτη: _____

Ή/πογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΝΟΣΠ

2

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4. Κλίμακα Εκτίμησης Κινδύνου Πτώσης Morse**

(Morse Fall Scale) (Morse, 1997).

Παράμετρος	Κριτήριο	Βαθμολογία
Ιστορικό πτώσης	Όχι	0
	Ναι (τελευταίο 3μηνο)	25
Δευτερεύουσα διάγνωση	Όχι	0
	Ναι	15
Βοηθήματα βάδισης	Κανένα / κατάκλιση	0
	Βακτηρία / περιπατητήρας	15
	Έπιπλα	30
Ενδοφλέβια αγωγή / εξοπλισμός	Όχι	0
	Ναι	20
Βάδιση	Φυσιολογική / ακινησία	0
	Ασταθής	10
	Πολύ ασταθής	20
Νοητική κατάσταση	Κατανοεί περιορισμούς	0
	Υπερεκτιμά δυνατότητες	15

Συνολικό σκορ Επίπεδο κινδύνου Ενέργεια

0–24	Χαμηλός	Βασική παρακολούθηση
25–44	Μέτριος	Πρόληψη + εκπαίδευση
≥45	Υψηλός	Αυξημένη επιτήρηση / παρεμβάσεις

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΜΑ 5. Παιδιατρική Κλίμακα Εκτίμησης Κινδύνου Πτώσης**

Humpty Dumpty Fall Scale (HDFS) (Hill-Rodriguez et al., 2009)

Παράμετρος	Κριτήριο	Βαθμολογία
Ηλικία	<3 ετών	4
	3–7 ετών	3
	7–13 ετών	2
	>13 ετών	1
Φύλο	Άρρεν	2
	Θήλυ	1
Διάγνωση	Νευρολογική	4
	Αναπνευστική	3
	Άλλη	2
Γνωστική κατάσταση	Μη επίγνωση περιορισμών	3
	Επίγνωση	2
Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Πολλαπλοί κίνδυνοι	4
	Ένας κίνδυνος	3
	Κανένας	1
Φαρμακευτική αγωγή	Κατασταλτικά / πολλαπλά φάρμακα	3
	Άλλα	2
	Καμία	1
Ανταπόκριση σε χειρουργείο / αναισθησία	<24 ώρες	3
	>24 ώρες	2
	Καμία	1

Συνολικό σκορ Επίπεδο κινδύνου

≤11	Χαμηλός
≥12	Υψηλός



Παράρτημα 7. Κλίμακα Εκτίμησης του σημείου εισαγωγής περιφερικού φλεβικού καθετήρα. Visual Infusion Phlebitis Score VIP (Tzolos & Salawu, 2014).

Εκτίμηση	VIP Score	Παρέμβαση
Καμία ένδειξη φλεγμονής	0	Επιτήρηση του σημείου εισόδου
Ένα από τα ακόλουθα: • Ελαφρύς πόνος στο σημείο εισόδου • Ερύθημα ή ερυθρότητα	1 (Πιθανή πρώιμη ένδειξη φλεβίτιδας)	Συστηματική επιτήρηση του σημείου εισόδου
Δύο από τα ακόλουθα: • Πόνος • Ερυθρότητα • Οίδημα	2 (Αρχικό στάδιο φλεβίτιδας)	Αντικατάσταση του περιφερικού καθετήρα
Όλα από τα ακόλουθα: • Πόνος • Ερυθρότητα • Οίδημα	3 (Μεσαίο στάδιο φλεβίτιδας)	Αντικατάσταση του καθετήρα και εκτίμηση για πιθανή αντιβιοτική αγωγή
Όλα από τα ακόλουθα και εκτεταμένα: • Πόνος • Ερυθρότητα • Οίδημα • Ψηλαφητή σκληρία κατά μήκος της φλέβας	4 (Προχωρημένη φλεβίτιδα ή αρχόμενη θρομβοφλεβίτιδα)	Αντικατάσταση του καθετήρα και ιατρική εκτίμηση για αντιβιοτική αγωγή
Όλα από τα ακόλουθα και εκτεταμένα: • Πόνος • Ερυθρότητα • Οίδημα	5 (Προχωρημένη θρομβοφλεβίτιδα)	Άμεση ιατρική παρέμβαση, χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής και αντικατάσταση καθετήρα



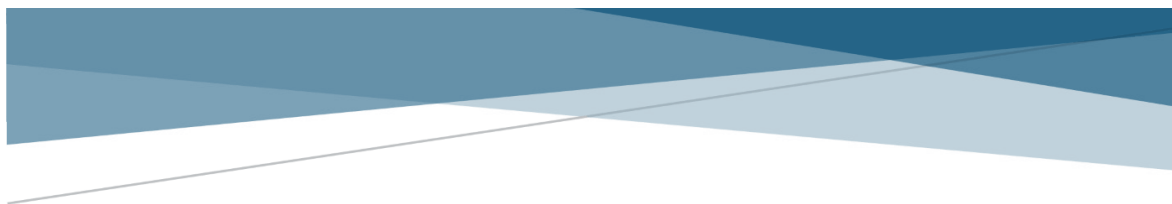
• Ψηλαφητή σκληρία κατά μήκος της φλέβας • Πυρετός		

**Παράρτημα 8. Κλίμακα Εκτίμησης κινδύνου Braden Scale.****Κλίμακα Braden**

Παράμετρος	1 (Υψηλός κίνδυνος)	2	3	4 (Χαμηλός κίνδυνος)
Αισθητικότητα	Καμία αντίδραση	Πολύ περιορισμένη	Ελαφρώς περιορισμένη	Φυσιολογική
Υγρασία δέρματος	Συνεχής υγρασία	Πολύ συχνή	Περιστασιακή	Σπάνια
Δραστηριότητα	Κατάκλιση	Καθλωμένος σε καρέκλα	Περιορισμένη	Συχνή κινητικότητα
Κινητικότητα	Πλήρως ακίνητος	Πολύ περιορισμένη	Ελαφρώς περιορισμένη	Καμία δυσκολία
Διατροφή	Πολύ ανεπαρκής	Ανεπαρκής	Επαρκής	Καλή
Τριβή διάτμηση	& Σοβαρό πρόβλημα	Μέτριο πρόβλημα	Ελάχιστο πρόβλημα	—

Ερμηνεία βαθμολογίας**Συνολικό σκορ Επίπεδο κινδύνου**

≤ 9	Πολύ υψηλός
10–12	Υψηλός
13–14	Μέτριος
15–18	Χαμηλός
>18	Χωρίς κίνδυνο



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Περιεχόμενα

Ομάδα Εργασίας των Πρωτοκόλλων Αξιοποίησης Εργαλείων και Εφαρμογών Ψηφιακής
Φροντίδας



1	Εισαγωγή	
1.1	Σκοπός του Εγγράφου	
1.2	Ορισμοί.....	
2	Κριτήρια Επιλεξιμότητας και Ψηφιακή Αξιολόγηση	
2.1	Επιλέξιμοι Ασθενείς.....	
2.1.1	Ενήλικες – ΝΟΣΠΙ	
2.1.2	Παιδιατρικοί Ασθενείς – ΝΟΣΠΙ.....	
2.2	Κριτήρια Ένταξης (Ενήλικες & Παιδιατρικοί)	
2.3	Κριτήρια Επιλεξιμότητας για ΝΟΣΠΙ	
2.3.1	Ψηφιακά Κριτήρια	
2.3.2	Διαδικασία Ψηφιακής Αξιολόγησης	
2.4	Εξαιρέσεις για ΝΟΣΠΙ	
3	Ψηφιακές Συσκευές Τηλεϊατρικής και Πρωτόκολλα Χρήσης.....	
3.1	Κατηγορίες Συσκευών	
3.1.1	Συσκευές Καταγραφής Ζωτικών Σημείων.....	
3.1.2	Συσκευές Τηλεδιάσκεψης.....	
3.1.3	Εξειδικευμένες Συσκευές	
3.2	Πρωτόκολλο Εγκατάστασης και Ρύθμισης Εξοπλισμού	
3.3	Καθημερινά Πρωτόκολλα Χρήσης.....	
3.4	Συντήρηση και Τεχνική Υποστήριξη	
4	Πρωτόκολλα Τηλεδιάσκεψης και Τηλεσυμβουλευτικής	
4.1	Τύποι Τηλεσυνεδριών	
4.2	Πρωτόκολλο Διεξαγωγής Τηλεσυνεδρίας.....	
4.3	Ειδικά Πρωτόκολλα ανά Ειδικότητα	
5	Πρωτόκολλα Διαχείρισης Βιομετρικών Δεδομένων.....	
5.1	Αυτόματη Καταγραφή και Αποστολή Δεδομένων	
5.2	Σύστημα Ειδοποιήσεων (Alerts).....	
5.2.1	Κατώφλια Ειδοποιήσεων – Ενήλικες	
5.2.2	Κατώφλια Ειδοποιήσεων – Παιδιατρικοί	
5.2.3	Αλγόριθμος Κλιμάκωσης Αντίδρασης.....	
6	Ψηφιακή Διαχείριση Φαρμακευτικής Αγωγής και Ογκολογικών Θεραπειών.....	
6.1	Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και Παρακολούθηση Συμμόρφωσης	
6.2	Ειδικό Πρωτόκολλο Ογκολογικής Θεραπείας ΝΟΣΠΙ.....	
7	Εθνικό Μητρώο Ασθενών ΝΟΣΠΙ – Ψηφιακή Διασύνδεση	
7.1	Δεδομένα Υποχρεωτικής Καταχώρησης	
8	Εκπαίδευση και Ψηφιακός Γραμματισμός	
8.1	Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Επαγγελματιών Υγείας	
8.2	Ψηφιακός Γραμματισμός Ασθενών και Φροντιστών	



9	Δείκτες Απόδοσης και Διασφάλιση Ποιότητας	
9.1	Βασικοί Δείκτες KPI	
9.2	Αναθεώρηση Πρωτοκόλλων.....	
10	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
	Παράρτημα Α – Λίστα Ελέγχου Εγκατάστασης Εξοπλισμού	
	Παράρτημα Β – Πινακίδα Επείγοντος Γονέων (Παιδιατρικοί ΝΟΣΠ)	
	Παράρτημα Γ – Κωδικοί LOINC	
	Παράρτημα Δ. Γλωσσάρι Όρων	
	Παράρτημα Ε. Βιβλιογραφία	



1 Εισαγωγή

1.1 Σκοπός του Εγγράφου

Το παρόν εγχειρίδιο καθορίζει τις επιχειρησιακές διαδικασίες που διέπουν τη χρήση, διαχείριση και υποστήριξη των τεχνολογικών εργαλείων του προγράμματος ΝΟΣΠΙ. Στόχος είναι η τυποποίηση της καθημερινής λειτουργίας, η σαφής κατανομή ρόλων, η εξασφάλιση ιχνηλασιμότητας, η μείωση των επιχειρησιακών αστοχιών και η διασφάλιση ασφαλούς και αποτελεσματικής χρήσης της τεχνολογίας ώστε να παρέχονται στο οικιακό περιβάλλον υπηρεσίες υγείας ποιοτικά ισοδύναμες με αυτές της ενδονοσοκομειακής φροντίδας.

1.2 Ορισμοί

ΝΟΣΠΙ — Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι

Παροχή, από Νοσοκομειακές Μονάδες του ΕΣΥ, υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης στην οικία του ασθενούς. Παρέχεται φροντίδα σε συνθήκες ανάλογες της ενδονοσοκομειακής, με ιατρονοσηλευτική υποστήριξη, συνεχή παρακολούθηση και υποστήριξη από εκπαιδευμένους φροντιστές.

Πλατφόρμα Τηλεϊατρικής ΝΟΣΠΙ

Ολοκληρωμένη ψηφιακή υποδομή που υποστηρίζει την εξ αποστάσεως παρακολούθηση ασθενών για την υποστήριξη της φροντίδας στο σπίτι ασθενών.

2 Κριτήρια Επιλεξιμότητας και Ψηφιακή Αξιολόγηση

2.1 Επιλέξιμοι Ασθενείς

2.1.1 Ενήλικες – ΝΟΣΠΙ

Απαιτείται ανεπάρκεια ≥ 1 οργανικού συστήματος που χρειάζεται υποστήριξη:

- α) Χρήση ΜΕΑ (τραχειοστομία)
- β) ΜΜΑ $>16\text{h}/24\text{h}$
- γ) Μετά-ΜΕΘ με ανάγκη αποκατάστασης
- δ) Τραχειοστομία χωρίς μηχανική αναπνοή
- ε) ΣΑΑΥ / ΕΜΑ $\geq 16\text{h}/24\text{h}$
- ζ) ΧΟΘ (συνεχής ή διαλείπουσα)
- η) Διαταραχή σίτισης / παρεντερική διατροφή
- θ) Εντατική φυσιοθεραπεία / κινητική αποκατάσταση

2.1.2 Παιδιατρικοί Ασθενείς – ΝΟΣΠΙ

Επιλέξιμοι ασθενείς 0–17 ετών με:

- Οξυγονοεξάρτηση (ΧΟΘ ή μέσω αναπνευστήρα)
- Τραχειοστομία (με ή χωρίς ΜΕΑ)
- Μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό (ΜΕΜΑ – CPAP/BiPAP)
- Μηχανική υποστήριξη αναπνοής (ΜΕΑ)



- Παρεντερική διατροφή ή παρατεταμένη ΕΦ αγωγή
- Περιτοναϊκή κάθαρση
- Εντατική φυσιοθεραπεία / κινητική αποκατάσταση
- Ειδική εντερική σίτιση (γαστροστομία, ρινογαστρικός)
- Ασθενείς με BPD, SMA, Duchenne, CCHS, κυστική ίνωση

2.2 Κριτήρια Ένταξης (Ενήλικες & Παιδιατρικοί)

1	Συγκατάθεση	Ενήλικες: ασθενής + φροντιστής | Παιδιά: γονέας/κηδεμόνας + ψυχολόγος ΝΟΣΠΙ
2	Καταλληλότητα χώρου	Πιστοποιημένο οικιακό περιβάλλον, τηλεπικοινωνίες, ασφαλής εγκατάσταση εξοπλισμού

2.3 Κριτήρια Επιλεξιμότητας για ΝΟΣΠΙ

2.3.1 Ψηφιακά Κριτήρια

Η ψηφιακή αξιολόγηση εστιάζει στη βιωσιμότητα της τεχνολογικής υποστήριξης στο οικιακό περιβάλλον:

- Επαρκής τηλεπικοινωνιακή κάλυψη στην οικία (ελάχιστη σύνδεση 4G ή Wi-Fi, ≥ 10 Mbps upload/download)
- Εκπαιδευμένος φροντιστής με βασική ψηφιακή επάρκεια (χρήση tablet/smartphone)
- Δυνατότητα τροφοδοσίας και σταθερής λειτουργίας εξοπλισμού τηλεϊατρικής
- Εφεδρική τροφοδοσία (UPS) για κρίσιμες συσκευές
- Απουσία αντενδείξεων για τηλεπαρακολούθηση

2.3.2 Διαδικασία Ψηφιακής Αξιολόγησης

Η ψηφιακή αξιολόγηση διενεργείται σε τρία διακριτά στάδια πριν από τη μεταφορά ασθενούς:

1. Αξιολόγηση ψηφιακής υποδομής οικίας από Τεχνικό Υποστήριξης του Νοσοκομείου Αναφοράς που συνεργάζεται από το Κέντρο ΝΟΣΠΙ (τουλάχιστον 3 εργάσιμες ημέρες νωρίτερα)
2. Εκπαίδευση ασθενούς και φροντιστή σε βασικές λειτουργίες πλατφόρμας και συσκευών (διάρκεια ≥ 2 ωρών)
3. Περίοδος δοκιμαστικής λειτουργίας 2-3 ημερών εντός Κέντρου ΝΟΣΠΙ πριν από τη μετάβαση στο σπίτι

2.4 Εξαιρέσεις για ΝΟΣΠΙ

Εξαιρούνται της ένταξης: ασθενείς με ασταθή κλινική κατάσταση, ασθενείς σε οικία χωρίς δυνατότητα πιστοποίησης καταλληλότητας χώρου, ασθενείς χωρίς διαθέσιμο εκπαιδευμένο φροντιστή, και ασθενείς για τους οποίους δεν υπάρχει πιστοποιημένο Κέντρο ΝΟΣΠΙ στην οικεία υγειονομική περιφέρεια.



3 Ψηφιακές Συσκευές Τηλεϊατρικής και Πρωτόκολλα Χρήσης

3.1 Κατηγορίες Συσκευών

3.1.1 Συσκευές Καταγραφής Ζωτικών Σημείων

Παλμικό οξύμετρο (SpO₂, καρδιακός ρυθμός), ηλεκτρονικό πιεσόμετρο, ψηφιακό θερμόμετρο, ηλεκτρονικός ζυγός, γλυκόμετρο, σπιρόμετρο, αντλία έγχυσης και καπνογράφος. Η συχνότητα μετρήσεων είναι εντατική στο ΝΟΣΠΙ (π.χ. συνεχής παρακολούθηση SpO₂).

3.1.2 Συσκευές Τηλεδιάσκεψης

Tablet ≥ 10" με κάμερα ≥ 5MP (για ασθενή/φροντιστή)

3.1.3 Εξειδικευμένες Συσκευές

Ηλεκτρονική αντλία για ανοσοθεραπεία/χημειοθεραπεία, Holter 24ωρης καταγραφής ΗΚΓ, και φορητός AED σε επιλεγμένες υψηλού κινδύνου περιπτώσεις.

3.2 Πρωτόκολλο Εγκατάστασης και Ρύθμισης Εξοπλισμού

Η εγκατάσταση πραγματοποιείται σε εύλογο χρόνο πριν από τη μεταφορά ασθενούς στο σπίτι και ακολουθεί τα παρακάτω βήματα:

1. Αξιολόγηση οικιακού περιβάλλοντος και ηλεκτρολογικής επάρκειας (έλεγχος UPS για κρίσιμες συσκευές)
2. Εγκατάσταση και δοκιμή τηλεπικοινωνιακής σύνδεσης (ελάχιστο 10 Mbps upload/download)
 - Σύζευξη συσκευών με Bluetooth στην εφαρμογή ΝΟΣΠΙ και επιβεβαίωση μεταφοράς δεδομένων
 - Ρύθμιση ορίων alerts βάσει εξατομικευμένων κλινικών κατωφλίων που καθορίζει ο Ιατρός ΝΟΣΠΙ
3. Δοκιμαστική αποστολή δεδομένων και επαλήθευση παραλαβής/απεικόνισης στην Πλατφόρμα.
4. Εκπαίδευση φροντιστή/γονέα στην χρήση εξοπλισμού, την αναγνώριση συναγερμών, και αντιμετώπιση επείγοντος.
5. Καταχώρηση στο Μητρώο, συγκατάθεση, και ενεργοποίηση χρήστη στην Πλατφόρμα.

3.3 Καθημερινά Πρωτόκολλα Χρήσης

Ο ασθενής ακολουθεί τυποποιημένη πρωινή ρουτίνα μετρήσεων (07:00-09:00): βάρος, αρτηριακή πίεση, SpO₂, θερμοκρασία, αξιολόγηση υποκειμενικής κατάστασης μέσω εφαρμογής, καταγραφή χρήσης αναπνευστικής συσκευής και έλεγχος αντλίας έγχυσης. Αντίστοιχη απογευματινή/βραδινή ρουτίνα (17:00-20:00) επαναλαμβάνει τις βασικές μετρήσεις και περιλαμβάνει καταγραφή φαρμακευτικής συμμόρφωσης.

Ώρα	Μέτρηση	Ενήλικες ΝΟΣΠΙ	Παιδιατρικοί ΝΟΣΠΙ
07:00–09:00	Πρωινή Ρουτίνα	Βάρος, ΑΠ, SpO ₂ , θερμ., αξιολόγηση NRS 0–10, ώρες αναπνευστήρα, αντλία	Βάρος, SpO ₂ , θερμ., ΑΠ (αν ενδείκνυται), αξιολόγηση κλινικής εικόνας, ώρες αναπνευστήρα



Ώρα	Μέτρηση	Ενήλικες ΝΟΣΠΙ	Παιδιατρικοί ΝΟΣΠΙ
Μεσημέρι	Ενδιάμεσος έλεγχος	SpO ₂ (συνεχής καταγραφή), τροφοδοσία	SpO ₂ (συνεχής / ύπνος ημέρας), σίτιση, έλεγχος εκκρίσεων
17:00–20:00	Απογευματινή Ρουτίνα	ΑΠ, SpO ₂ , θερμ., ισοζύγιο υγρών, συμμόρφωση αγωγής	SpO ₂ , θερμ., έλεγχος τραχειοστομίας (εάν υπάρχει), αναπνευστικές ασκήσεις
Νύχτα	Νυχτερινή παρακολούθηση	Συνεχής SpO ₂ (αναπνευστήρας) | OHS: SpO ₂ 3x/εβδ.	ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ συνεχής νυχτερινή SpO ₂ για ΌΛΑ τα παιδιά | Καπνογράφος Επίπεδο 3

3.4 Συντήρηση και Τεχνική Υποστήριξη

Ο εξοπλισμός υποστηρίζεται μέσω μηνιαίας τεχνικής επίσκεψης για έλεγχο/βαθμονόμηση, εξαμηνιαίας αντικατάστασης αναλωσίμων. Λειτουργεί αδιάλειπτη γραμμή Helpdesk 24/7 με χρόνο απόκρισης ≤ 5 λεπτά για κρίσιμα προβλήματα (αναπνευστικός εξοπλισμός) και ≤ 2 ώρες για λοιπά.

4 Πρωτόκολλα Τηλεδιάσκεψης και Τηλεσυμβουλευτικής

4.1 Τύποι Τηλεσυνεδριών

Οι τηλεσυνεδρίες κατατάσσονται σε προγραμματισμένες και έκτακτες. Οι προγραμματισμένες καλύπτουν ιατρική αξιολόγηση (2x/εβδομάδα ΝΟΣΠΙ), νοσηλευτική επίσκεψη (καθημερινά ή ανά 2 ημέρες στο ΝΟΣΠΙ), φυσικοθεραπεία (3-5x/εβδομάδα), ψυχολογική υποστήριξη και μηνιαία διεπιστημονική συνεδρία ΔΙΕΟ. Οι έκτακτες ενεργοποιούνται από τον ασθενή ή αυτόματα από τη λήψη κρίσιμου alert.

4.2 Πρωτόκολλο Διεξαγωγής Τηλεσυνεδρίας

Κάθε τηλεσυνεδρία ακολουθεί αυστηρά τυποποιημένο πρωτόκολλο τριών φάσεων:

- Κατά την προετοιμασία (5 λεπτά πριν): ο επαγγελματίας υγείας ανασκοπεί τον ηλεκτρονικό φάκελο, τα τελευταία alerts και τα βιομετρικά δεδομένα. Ο ασθενής/φροντιστής εξασφαλίζει ήσυχο χώρο, επαρκή φωτισμό και φορτισμένη συσκευή.
- Κατά τη διεξαγωγή: ταυτοποίηση ασθενούς, εκτίμηση κατάστασης, ανασκόπηση βιομετρικών, εξ αποστάσεως κλινική εξέταση, τροποποίηση θεραπευτικού πλάνου αν ενδείκνυται, εκπαίδευση ασθενούς/φροντιστή και καθορισμός επόμενης επικοινωνίας.
- Μετά τη συνεδρία: καταχώρηση περίληψης στον ηλεκτρονικό φάκελο εντός 30 λεπτών, αποστολή γραπτής περίληψης στον ασθενή μέσω εφαρμογής, ενημέρωση λοιπών μελών ΔΙΕΟ αν υπάρχουν σημαντικές αλλαγές.

4.3 Ειδικά Πρωτόκολλα ανά Ειδικότητα

Κάθε ειδικότητα διαθέτει εξειδικευμένο πρωτόκολλο:



- Ιατρική τηλεσυνεδρία: αξιολόγηση ζωτικών σημείων, φαρμακευτική συμμόρφωση, ηλεκτρονική συνταγογράφηση μέσω Ε.Η.Φ.Υ., αξιολόγηση καταλληλότητας συνέχισης ΝΟΣΠΙ
- Νοσηλευτική τηλεσυνεδρία: οπτικός έλεγχος τραχειοστομής/στομών μέσω κάμερας, αξιολόγηση δέρματος, καταγραφή ισοζυγίου υγρών, εκπαίδευση φροντιστή
- Φυσικοθεραπευτική τηλεσυνεδρία: αξιολόγηση κινητικότητας, καθοδηγούμενη εκτέλεση ασκήσεων αναπνοής και κινητικής αποκατάστασης

5 Πρωτόκολλα Διαχείρισης Βιομετρικών Δεδομένων

5.1 Αυτόματη Καταγραφή και Αποστολή Δεδομένων

Τα βιομετρικά δεδομένα μεταδίδονται αυτόματα από τη συσκευή στην Πλατφόρμα μέσω Bluetooth LE και κρυπτογραφημένης σύνδεσης, αποθηκεύονται στον ηλεκτρονικό φάκελο ως FHIR Observation Resource, και επεξεργάζονται για εντοπισμό πιθανών ανωμαλιών (π.χ. ML-based alert generation). Σε περίπτωση απώλειας σύνδεσης, προβλέπεται χειροκίνητη καταγραφή backup σε έντυπο ημερολόγιο και τηλεφωνική αναφορά κρίσιμων τιμών εντός 30 λεπτών.

5.2 Σύστημα Ειδοποιήσεων (Alerts)

Λειτουργεί σύστημα ειδοποιήσεων τριών επιπέδων με σαφώς ορισμένα κλινικά κριτήρια και χρόνους απόκρισης για κάθε ηλικιακή ομάδα.

5.2.1 Κατώφλια Ειδοποιήσεων – Ενήλικες

Επίπεδο	Παράμετρος	Κατώφλι	Αντίδραση
 ΚΡΙΣΙΜΟ	SrO ₂ , ΑΠ, Θερμοκ., Γλυκόζη, Αναπν.	SrO ₂ <88% | ΑΠ<90 ή >180 | Θ>39.5°C | Γλ<50 ή >400 mg/dL | Παύση αναπνευστήρα	≤5' κλήση | Άμεση ιατρική ειδοποίηση | Ετοιμότητα ΕΚΑΒ 166
 ΕΠΕΙΓΟΝ	SrO ₂ , ΑΠ, Βάρος	SrO ₂ 88–92% | ΑΠ 90–100 ή 160–180 | Βάρος +2kg/εβδ.	Επαφή ≤30' | Τηλεδιάσκεψη ≤2h
 ΠΡΟΣΟΧΗ	Τάση επιδείνωσης	Οριακές τιμές, τάση επιδείνωσης, χαμένη μέτρηση	Νοσηλευτής ≤24h

5.2.2 Κατώφλια Ειδοποιήσεων – Παιδιατρικοί

Τα παιδιατρικά κατώφλια εξατομικεύονται ΠΑΝΤΟΤΕ βάσει ηλικίας, βάρους, υποκείμενης παθολογίας και επιπέδου εξάρτησης από αναπνευστήρα (Επίπεδο 1/2/3).

Επίπεδο	Παράμετρος	Παιδιατρικό Κατώφλι	Αντίδραση
 ΚΡΙΣΙΜΟ	SrO ₂ , Αναπνευστήρας, Θερμοκρ.	SrO ₂ <90% (ή <εξατομ. στόχου) | Παύση/αποσύνδεση αναπνευστήρα | Θ>39.5°C | Άπνοια | Κυάνωση	Άμεση παρέμβαση: έλεγχος εξοπλισμού → AMBU → 112/166 ΕΚΑΒ εάν SrO ₂ δεν βελτιωθεί ≤2'



Επίπεδο	Παράμετρος	Παιδιατρικό Κατώφλι	Αντίδραση
 ΑΝΑΠΝ. ΚΡΙΣΙΜΟ	Αποσύνδεση / Συναγερμοί	Συν. αποσύνδεσης (χαμηλή PIP) | Συν. υψηλής PIP (απόφραξη) | Συν. χαμηλού MV	Επαλήθευση θέσης κυκλώματος/τραχειοστόματος | Αναρρόφηση | AMBU αν αποτύχει | 166
 ΕΠΕΙΓΟΝ	SpO ₂ , βάρος, σίτιση	SpO ₂ 90–93% | Απώλεια βάρους >10% σε 2 εβδ. | Δυσκολία σίτισης | Αυξημένες εκκρίσεις	Επαφή ≤30' | Τηλεδιάσκεψη ≤2h | Αξιολόγηση ABCDE
 ΠΡΟΣΟΧΗ	Τάση, ανάπτυξη	Διαδοχικές οριακές μετρήσεις | Καθυστέρηση ανάπτυξης | Αλλαγή χρώματος εκκρίσεων	Νοσηλευτής ≤24h | Αναθεώρηση πλάνου

5.2.3 Αλγόριθμος Κλιμάκωσης Αντίδρασης

Κλιμάκωση: Εφημερεύων Νοσηλευτής (≤5') → Ιατρός ΝΟΣΠΙ (≤5') → Επιστ. Υπεύθυνος (≤10') → ΕΚΑΒ 166 /
Παιδιατρική κλιμάκωση: ΜΕΘ Παιδών αμέσως εάν SpO₂ δεν αποκαθίσταται.

6 Ψηφιακή Διαχείριση Φαρμακευτικής Αγωγής και Ογκολογικών Θεραπειών

6.1 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και Παρακολούθηση Συμμόρφωσης

Όλη η φαρμακευτική αγωγή ΝΟΣΠΙ συνταγογραφείται ηλεκτρονικά μέσω του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (ΣΗΣ), με το οποίο διαλειτουργεί η Πλατφόρμα. Η συνταγογράφηση εκτελείται χωρίς να απαιτείται φυσική παρουσία ασθενούς, με έλεγχο πιθανών αλλεργιών / αλληλεπιδράσεων φαρμάκων κατά τη διάρκειά της.

Η παρακολούθηση φαρμακευτικής συμμόρφωσης (adherence monitoring) περιλαμβάνει ψηφιακό ημερολόγιο φαρμάκων με υπενθυμίσεις, ηλεκτρονική καταγραφή λήψης/παράλειψης δόσεων, αυτόματη ειδοποίηση νοσηλευτή επί ≥ 2 συνεχόμενων παραλειπόμενων δόσεων, και εβδομαδιαία αναφορά adherence στο dashboard ιατρού.

6.2 Ειδικό Πρωτόκολλο Ογκολογικής Θεραπείας ΝΟΣΠΙ

Για τη χορήγηση χημειοθεραπείας, ανοσοθεραπείας ή βιολογικών παραγόντων κατ' οίκον, βάσει απόφασης Ογκολογικού Συμβουλίου, απαιτούνται:

- ▶ Βιντεοεπίβλεψη χορήγησης (real-time) από υπεύθυνο ογκολόγο κατά τους πρώτους 3 κύκλους
- ▶ Καταγραφή ανεπιθύμητων ενεργειών μέσω εφαρμογής
- ▶ Άμεση διαθεσιμότητα ογκολόγου για τηλεσυμβουλευτική κατά τη διάρκεια κάθε έγχυσης
- ▶ Ηλεκτρονική φόρμα αξιολόγησης τοξικότητας πριν από κάθε κύκλο
- ▶ Εβδομαδιαία τηλεσυνεδρία με ογκολόγο κατά τους πρώτους 3 κύκλους νοσηλείας στο σπίτι



7 Εθνικό Μητρώο Ασθενών ΝΟΣΠΙ — Ψηφιακή Διασύνδεση

Η Πλατφόρμα Τηλεϊατρικής ΝΟΣΠΙ αποτελεί τον κύριο τροφοδότη δεδομένων του Μητρώου.

7.1 Δεδομένα Υποχρεωτικής Καταχώρησης

Αποστέλλονται αυτόματα στο Μητρώο: δημογραφικά στοιχεία, διάγνωση/κύρια νόσος (ICD-10), τύπος αναπνευστικής υποστήριξης, τεχνικές παράμετροι συσκευής, βασικές αναπνευστικές παράμετροι (FEV1, FVC, SpO2 — κωδικοποίηση LOINC), επεισόδια επανεισαγωγής (εντός 48 ωρών) και έξοδος από ΝΟΣΠΙ (εντός 24 ωρών).

8 Εκπαίδευση και Ψηφιακός Γραμματισμός

8.1 Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Επαγγελματιών Υγείας

Για κάθε επαγγελματία υγείας που συμμετέχει στη ΝΟΣΠΙ δύναται να οργανώνονται προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης σε θέματα όπως

- Βασικές αρχές τηλεϊατρικής και τηλενοσηλευτικής Χρήση Πλατφόρμας ΝΟΣΠΙ
- Διαχείριση αναπνευστικού εξοπλισμού (ΜΕΑ/ΕΜΑ)
- Ψηφιακή διαχείριση δεδομένων και ΓΚΠΔ
- Ογκολογική φροντίδα κατ' οίκον
- Επικοινωνία εξ αποστάσεως
- Έκτακτα περιστατικά και κλιμάκωση

8.2 Ψηφιακός Γραμματισμός Ασθενών και Φροντιστών

Κατά την ένταξη αξιολογείται το επίπεδο ψηφιακής επάρκειας (Βασικό / Ενδιάμεσο / Προχωρημένο) και χορηγείται προσαρμοσμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Το εκπαιδευτικό υλικό περιλαμβάνει εικονογραφημένους οδηγούς σε απλή γλώσσα, βίντεο οδηγιών στην εφαρμογή ΝΟΣΠΙ-ΚΟΝ, και αφιερωμένη τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης χρηστών για μη κλινικά ερωτήματα.

9 Δείκτες Απόδοσης και Διασφάλιση Ποιότητας

9.1 Βασικοί Δείκτες KPI

Η απόδοση των ψηφιακών πρωτοκόλλων αξιολογείται βάσει μετρήσιμων δεικτών:

- Ποσοστό ασθενών με πλήρη ψηφιακή παρακολούθηση (adherence): $\geq 85\%$ (ΝΟΣΠΙ) — μηνιαία
- Χρόνος απόκρισης σε ΚΡΙΣΙΜΟ alert: ≤ 5 λεπτά — συνεχής παρακολούθηση
- Ποσοστό τηλεσυνεδριών στον προγραμματισμένο χρόνο: $\geq 90\%$ (ΝΟΣΠΙ) — εβδομαδιαία
- Ποσοστό αποφυγής επανεισαγωγής (30 ημερών): $\geq 70\%$ (ΝΟΣΠΙ) — μηνιαία
- Ικανοποίηση ασθενούς/φροντιστή: $\geq 8/10$ — τριμηνιαία
- Ποσοστό πληρότητας Εθνικού Μητρώου ΝΟΣΠΙ: $\geq 98\%$ — τριμηνιαία
- Διαθεσιμότητα πλατφόρμας (uptime): $\geq 99,9\%$ — συνεχής

9.2 Αναθεώρηση Πρωτοκόλλων

Τα πρωτόκολλα αναθεωρούνται εξαμηνιαία από την Επιστημονική Επιτροπή ΝΟΣΠΙ, ετησίως με εξωτερική αξιολόγηση από ΟΔΙΠΥ, και άμεσα σε περίπτωση σοβαρού ανεπιθύμητου συμβάντος.



Συλλέγονται σχόλια επαγγελματιών υγείας και ασθενών μέσω ψηφιακής πλατφόρμας. Η διαδικασία αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων ολοκληρώνεται εντός 2 ωρών για άμεση αναφορά και εντός 24 ωρών για πλήρη καταχώρηση.

10 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α – Λίστα Ελέγχου Εγκατάστασης Εξοπλισμού

#	Στοιχείο Ελέγχου	✓ / X / N/A
1	Δοκιμή σύνδεσης ≥ 10 Mbps (ενήλ.) / ≥ 5 Mbps (παιδ.)	
2	UPS εγκατεστημένο και δοκιμασμένο	
3	Σύζευξη Bluetooth LE όλων συσκευών	
4	Ρύθμιση κατωφλίων ειδοποίησης (εξατομικευμένα)	
5	Δοκιμαστική αποστολή δεδομένων → FHIR Observation	
6	Εκπαίδευση φροντιστή/γονέα (πιστοποιημένη για παιδιατρικούς)	
7	Καταχώρηση στο Μητρώο	
8	GDPR συγκατάθεση (ενήλικας/κηδεμόνας)	
9	Ενεργοποίηση χρήστη στην Πλατφόρμα	
10	Παιδιατρικοί: AMBU παρούσα & δοκιμασμένη	
11	Παιδιατρικοί: Εφεδρικό τραχειόστομα (ίδιο + 2 μικρότερα)	
12	Παιδιατρικοί: Έντυπο ΚΑΡΠΑ τοποθετημένο δίπλα στην κλίνη	
13	Παιδιατρικοί: Εφεδρική φιάλη O_2 στο σπίτι	

Παράρτημα Β – Πινακίδα Επείγοντος Γονέων (Παιδιατρικοί ΝΟΣΠΙ)

ΤΙ ΚΑΝΩ ΟΤΑΝ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΕΧΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ;

- ☐ SpO_2 χαμηλό / κυάνωση / δύσπνοια → ΕΛΕΓΞΕΞΕ εξοπλισμό → αύξηση O_2
- ☐ Αποσύνδεση αναπνευστήρα → επανασύνδεση → αν δεν λειτουργεί: AMBU + O_2
- ☐ Απόφραξη τραχειοστόματος → άμεση αναρρόφηση → αλλαγή τραχειοστόματος
- ☐ Δεν υπάρχει βελτίωση σε 1–2 λεπτά: ΚΑΛΕΣΤΕ 112 ή 166 ΕΚΑΒ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ:

Ιατρός ΝΟΣΠΙ (24/7): _____
Νοσηλεύτης ΝΟΣΠΙ (24/7): _____
Κέντρο ΝΟΣΠΙ: _____
ΕΚΑΒ: 166 | Έκτακτα: 112

Παράρτημα Γ – Κωδικοί LOINC

Παράμετρος	LOINC	Μονάδα
SpO_2 (κορεσμός οξυγόνου)	2708-6	%
Συστολική Αρτηριακή Πίεση (SAP)	8480-6	mmHg



Παράμετρος	LOINC	Μονάδα
Διαστολική Αρτηριακή Πίεση (DAP)	8462-4	mmHg
Θερμοκρασία σώματος	8310-5	°C
Καρδιακός Ρυθμός	8867-4	bpm
Βάρος σώματος	29463-7	kg
FEV ₁ (FEV1)	20150-9	L
FVC	19870-5	L
Γλυκόζη αίματος	2339-0	mg/dL
Αναπνευστικός Ρυθμός	9279-1	breaths/min
EtCO ₂	19941-4	mmHg

Παράρτημα Δ. Γλωσσάρι Όρων

Όρος	Ορισμός
ΝΟΣΠΙ	Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι – πρόγραμμα τριτοβάθμιου επιπέδου
Κέντρο ΝΟΣΠΙ	Κέντρο ΝΟΣΠΙ – τριτοβάθμιο νοσοκομείο με πιστοποιημένο τμήμα ΝΟΣΠΙ
ΔΙΕΟ	Διεπιστημονική Ομάδα – ιατρός, νοσηλεύτης, φυσιοθεραπευτής
ΜΕΑ	Μηχανική Επεμβατική Αναπνοή (invasive ventilation μέσω τραχειοστομίας)
ΕΜΑ	Εξωτερική Μηχανική Αναπνοή (μη επεμβατικός αερισμός – NIV/BiPAP/CPAP)
ΜΕΜΑ	Μη Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός – παιδιατρική ορολογία (CPAP/BiPAP)
ΜΜΑ	Μακροχρόνια Μηχανική Αναπνοή (≥16h/24h)
ΧΟΘ	Χορήγηση Οξυγόνου στο Θεραπευτικό ή Κατ' Οίκον περιβάλλον
ΣΑΑΥ	Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου
BPD	Βρογχοπνευμονική Δυσπλασία
ΣΜΑ	Νωτιαία Μυϊκή Ατροφία
Πλατφόρμα	Πληροφοριακό Σύστημα ΝΟΣΠΙ
FHIR R4	Fast Healthcare Interoperability Resources v4 – διεθνές πρότυπο ανταλλαγής ιατρικών δεδομένων
LOINC	Logical Observation Identifiers and Codes - κωδικοποίησης εξετάσεων / μετρήσεων
ΣΗΣ/Ε.Η.Φ.Υ.	Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης / Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
TLS 1.3	Transport Layer Security v1.3 – πρωτόκολλο κρυπτογράφησης δεδομένων σε μεταφορά

Παράρτημα Ε. Βιβλιογραφία



- [1] Bromley Healthcare, "Bromley Hospital at Home SOP V1.0," Bromley Healthcare, Bromley, U.K., 2023. [Online]. Available: <https://www.bromleyhealthcare.org.uk/wp-content/uploads/2023/06/Bromley-Hospital-at-Home-SOP-V1.0-APPROVED.pdf>
- [2] NHS England, "Virtual ward including Hospital at Home: Supporting guidance," NHS England, London, U.K., Dec. 2021. [Online]. Available: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/12/B1207-i-supporting-guidance-virtual-ward-including-hospital-at-home.pdf>
- [3] NHS England, "Virtual wards operational framework," NHS England, London, U.K., Aug. 2024. [Online]. Available: <https://www.england.nhs.uk/long-read/virtual-wards-operational-framework/>
- [4] NHS England, "Standard operating procedure: COVID virtual ward," NHS England, London, U.K., Jan. 2022. [Online]. Available: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/documents/standard-operating-procedure-covid-virtual-ward/>
- [5] GIRFT, "Making the most of virtual wards, including Hospital at Home," Getting It Right First Time, Sep. 2024. [Online]. Available: <https://gettingitrightfirsttime.co.uk/wp-content/uploads/2024/09/FINAL-Making-the-most-of-virtual-wards-September-2024-update.pdf>
- [6] Oxford University Hospitals, "Standard Operating Procedure Template," OUH NHS Foundation Trust, Oxford, U.K. [Online]. Available: <https://www.ouh.nhs.uk/media/wrmgvgb/template-creating-sops.doc>
- [7] Department of Health, "Victoria's Virtual Hospital Pilot," State Government of Victoria, Melbourne, Australia, Oct. 2025. [Online]. Available: <https://www.health.vic.gov.au/news/victorias-virtual-hospital-pilot>
- [8] A. B. Caplan et al., "Remote vs In-home Physician Visits for Hospital-Level Care at Home," *JAMA Netw. Open*, vol. 5, no. 8, Aug. 2022, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.27958.
- [9] Υπουργείο Υγείας, "Σχέδιο Νόμου Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) και Κατ' Οίκον Νοσηλεία (ΚΟΝ)," Athens, Greece, 2022.
- [10] HL7 International, "FHIR R4 Specification," HL7 FHIR Standard, 2023. [Online].
- [11] E.-A. Chrysochoou, E. Hatzigorou, F. Kirvassilis, and J. Tsanakas, "Telephone monitoring and home visits significantly improved the quality of life, treatment adherence and lung function in children with cystic fibrosis," *Acta Paediatr.*, vol. 106, no. 11, pp. 1882-1882, Nov. 2017, doi: 10.1111/apa.13996.
- [12] M. Vitacca, A. Montini, and L. Comini, "How will telemedicine change clinical practice in chronic obstructive pulmonary disease?," *Ther. Adv. Respir. Dis.*, vol. 12, pp. 1-19, 2018, doi: 10.1177/1753465818754778.
- [13] S. Levine, B. Steinman, K. Attaway, et al., "Home Care Program for patients at high risk of hospitalization," *Am. J. Manag. Care*, vol. 18, no. 8, pp. e269-e276, Aug. 2012.
- [14] K. Nishigaki and M. Kanamori, "Changes in Mother's Psychosocial Perceptions of Technology-Dependent Children and Adolescents at Home in Japan: Acknowledgment of Children's Autonomy," *Asian Nurs. Res.*, vol. 10, no. 2, pp. 100-105, Jun. 2016, doi: 10.1016/j.anr.2016.01.002.
- [15] R. Evans, M. A. Catapano, D. Brooks, R. S. Goldstein, and M. Avendano, "Family caregiver perspectives on caring for ventilator-assisted individuals at home," *Can. Respir. J.*, vol. 19, no. 6, pp. 373-379, Nov. 2012, doi: 10.1155/2012/452898.



- [16] J. D. Meier, K. J. Valentine, C. Hagedorn, *et al.*, "Emergency department use among children with tracheostomies: Avoidable visits," *J. Pediatr. Rehabil. Med.*, vol. 8, no. 2, pp. 105-111, 2015, doi: 10.3233/PRM-150324.



**Παράρτημα VI - Ανάπτυξη θεωρητικού και μεθοδολογικού πλαισίου για τη
διασφάλιση της ποιότητας και την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων
υπηρεσιών/ Ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών, πολιτικών-διαδικασιών για τη
διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών**



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1	Μεθοδολογικό πλαίσιο ποιότητας για τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι	
1.1	Βασική ορολογία και εννοιολογικοί ορισμοί του μεθοδολογικού πλαισίου».....	
1.2	Άξονες Ποιότητας και Λογική Ανάπτυξης του Συστήματος Δεικτών	
1.2.1	Κλινική αποτελεσματικότητα.....	
1.2.2	Δείκτες που θα αντιστοιχούν στον άξονα:	
1.2.3	Ασφάλεια Ασθενών στο Οικιακό Περιβάλλον.....	
1.2.4	Δείκτες που θα αντιστοιχούν στον άξονα:	
1.2.5	Ασθενοκεντρικότητα και συμμετοχή	
1.2.6	Συνέχεια και συντονισμός φροντίδας	
1.2.7	Τεχνολογική αξιοπιστία και ψηφιακή ιχνηλασιμότητα.....	
1.2.8	Ανθρώπινοι πόροι και ικανότητες διεπιστημονικής ομάδας	
1.2.9	Αποδοτικότητα και βιωσιμότητα πόρων	
1.2.10	Συνοπτικός πίνακας αξόνων ποιότητας και σύνδεση με παραδοτέα	
1.3	Απαιτήσεις Δεδομένων, Τεκμηρίωσης και Πληροφοριακών Συστημάτων για το ΝΟΣΠΙ	
1.3.1	Αρχές τεκμηρίωσης και διαχείρισης δεδομένων	
1.3.2	Κατηγορίες δεδομένων που απαιτούνται για τη λειτουργία του ΝΟΣΠΙ	
1.3.3	Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (Minimum Data Set - MDS)	
1.3.4	Απαιτήσεις για το Πληροφοριακό Σύστημα ΝΟΣΠΙ.....	
1.3.5	Επεξήγηση Ορολογίας Ενότητας	
2	Διακυβέρνηση Ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)	
2.1	Οργανωτική Διακυβέρνηση Ποιότητας	
2.1.1	Θεσμική εποπτεία και ρόλος της διοίκησης.....	
2.1.2	Ρόλος Επιστημονικού Υπευθύνου	
2.1.3	Ρόλος Συντονιστή ΝΟΣΠΙ	
2.1.4	Η Διεπιστημονική Ομάδα	
2.1.5	Ρόλος της Επιτροπής Ποιότητας και Ασφάλειας	
2.2	Κλινική Διακυβέρνηση Ποιότητας.....	
2.2.1	Επιστημονική τεκμηρίωση και κλινικά πρωτόκολλα	
2.2.2	Κλινικός Έλεγχος (Clinical Audit)	
2.2.3	Σύστημα Διαχείρισης Κινδύνου	
2.2.4	Αναφορά και διερεύνηση συμβάντων	



2.2.5	Κουλτούρα Ασφάλειας	
2.3	Ενοποιημένο Σύστημα Διακυβέρνησης	
2.4	Ρόλοι και Αρμοδιότητες	
2.5	Εθνικό Σύστημα Διακυβέρνησης Ποιότητας για τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι	
3	Σύστημα Διαχείρισης Κινδύνου (Risk Management Framework) στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι.....	
3.1	Συγκεντρωτική Αποτύπωση Συστήματος Διαχείρισης Κινδύνου ΝΟΣΠΙ	
3.2	Οργανόγραμμα Ροής Συστήματος Διαχείρισης Κινδύνου (Risk Management Framework – ΝΟΣΠΙ).....	
3.3	Πίνακας Ερμηνείας Ορολογίας (Risk Management – ΝΟΣΠΙ).....	
3.3.1	Διασύνδεση Συστήματος Διαχείρισης Κινδύνου	
4	Πληροφοριακό Σύστημα και Ψηφιακό Πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)	
4.1	Ηλεκτρονικός Φάκελος ΝΟΣΠΙ (ΗΦΑ) – Δομή και Λειτουργία	
4.2	Διαλειτουργικότητα και Ανταλλαγή Δεδομένων	
4.3	Σύστημα Τηλεπαρακολούθησης και Τηλεϊατρικής.....	
4.4	Ψηφιακή Ασφάλεια και GDPR	
4.5	Πλατφόρμα Δεικτών Ποιότητας (KPIs Dashboards).....	
4.6	Υποστήριξη Λήψης Κλινικών Αποφάσεων (Clinical Decision Support).....	
4.7	Ρόλοι και Ευθύνη στο Ψηφιακό Σύστημα.....	
4.8	Συγκεντρωτικός Πίνακας Κεφαλαίου 6	
5	Εκπαίδευση και Ικανότητες της Διεπιστημονικής Ομάδας Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι	
5.1	Εκπαίδευση για Ενήλικες Ασθενείς με Χρόνια Νοσήματα / Υποτροπές	
5.2	Εκπαίδευση για Ογκολογικούς και Αιματολογικούς Ασθενείς	
5.3	Εκπαίδευση στην Παιδιατρική Φροντίδα στο Σπίτι.....	
5.4	Εκπαίδευση στην Ψυχιατρική Κατ' Οίκον Φροντίδα	
5.5	Εκπαίδευση στην Παρηγορική και Ανακουφιστική Φροντίδα	
5.6	Εκπαίδευση στη Γηριατρική Φροντίδα.....	
5.7	Εκπαίδευση στη Χρήση Τηλεπαρακολούθησης, Τεχνολογικού Εξοπλισμού και Ασφάλειας Δεδομένων	
5.8	Εκπαίδευση στην Επικοινωνία και στη Συνεργασία με Φροντιστές.....	
5.9	Εκπαίδευση στη Διαχείριση Κινδύνου και Συμβάντων	
5.10	Ενοποιημένο Μητρώο Εκπαιδευτικών Απαιτήσεων ΝΟΣΠΙ ανά Ρόλο	
5.11	Ελάχιστα Εκπαιδευτικά Πρότυπα (Standards) ανά Κατηγορία Ασθενών (ΝΟΣΠΙ)	
5.12	Οργανόγραμμα Εκπαίδευσης ΝΟΣΠΙ.....	



5.13	Ορολογία.....	
6	Ελάχιστο Σύστημα Δεδομένων (Minimum Data Set – MDS) για τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι.....	
6.1	Σκοπός και σημασία του MDS.....	
6.2	Θεμελιώδεις αρχές λειτουργίας του MDS.....	
6.3	Αναλυτική περιγραφή των κατηγοριών δεδομένων.....	
6.4	Εξειδίκευση του MDS για παιδιατρικούς ασθενείς.....	
6.5	Εξειδίκευση του MDS για γηριατρικούς ασθενείς.....	
6.6	Εξειδίκευση του MDS για ψυχιατρικούς ασθενείς.....	
6.7	Συγκεντρωτικός Πίνακας MDS ΝΟΣΠΙ.....	
6.8	Ορολογία.....	
7	Κλινικό Μοντέλο Παροχής Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι – Διαδρομές Φροντίδας & Ολοκληρωμένα Πρωτόκολλα.....	
7.1	Βασικές Αρχές Κλινικού Μοντέλου.....	
7.2	Τυποποιημένη Κλινική Διαδρομή ΝΟΣΠΙ.....	
7.3	Εξειδικευμένες Κλινικές Διαδρομές.....	
7.3.1	Διαδρομή Ενηλίκων.....	
7.3.2	Διαδρομή Παιδιατρικών Ασθενών.....	
7.3.3	Διαδρομή Γηριατρικών Ασθενών.....	
7.3.4	Διαδρομή Ψυχιατρικών Ασθενών.....	
7.3.5	Διαδρομή Παρηγορικών Ασθενών.....	
7.4	Ενιαίο Πλαίσιο Δεικτών Ποιότητας – Συγκεντρωτικός Πίνακας.....	
7.4.1	Διάγραμμα ροής MASTER FLOWCHART.....	
7.4.2	Περιγραφική ανάλυση της τυποποιημένης κλινικής ροής ΝΟΣΠΙ.....	
7.5	Ορολογία και βασικοί ορισμοί.....	
8	Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (MDS) & Data Dictionary Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι.....	
8.1	Εισαγωγή – Ρόλος του MDS στο ΝΟΣΠΙ.....	
8.2	Βασικές Αρχές Σχεδιασμού MDS.....	
8.3	Δομή του MDS – Αναλυτικός Πίνακας Ανά Θεματικό Άξονα.....	
8.4	Data Dictionary – Αναλυτικός Ορισμός Πεδίου.....	
8.5	Πίνακας Διασύνδεση MDS → KPIs.....	
8.6	Έλεγχοι Ποιότητας & Πληρότητας Δεδομένων.....	
8.6.1	Πίνακας Διασύνδεσης MDS → KPIs (Εθνικός Πίνακας Ιχνηλασιμότητας).....	
8.6.2	Έλεγχος πληρότητας (Data completeness).....	
8.6.3	Έλεγχος ακρίβειας (Data accuracy).....	



8.6.4	Έλεγχος συνέπειας (Data consistency)	
8.6.5	Audit trail (Ιχνηλασιμότητα αλλαγών)	
8.7	Ορολογία παρόντος Κεφαλαίου	
	MASTER ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΔΕΣΗΣ	
9	Πολιτικές, Standard Operating Procedures (SOPs) και Ολοκληρωμένο Σύστημα Διαδικασιών ΝΟΣΠΙ	
9.1	Σκοπός και ρόλος του συστήματος διαδικασιών στο ΝΟΣΠΙ	
9.2	Αρχιτεκτονική του Συστήματος Πολιτικών και Διαδικασιών ΝΟΣΠΙ	
9.3	Επίσημη Αντιστοίχιση Διαδικασιών με Δείκτες	
9.4	Πρότυπο Δομής SOP (National SOP Template)	
9.4.1	Σκοπός του Προτύπου	
9.4.2	Υποχρεωτικά Στοιχεία Κάθε SOP	
9.5	Ορολογία & Βιβλιογραφία Κεφαλαίου	
10	Μεθοδολογικό Πλαίσιο Ανάπτυξης και Εφαρμογής Δεικτών Ποιότητας, Ασφάλειας και Κλινικής Αποτελεσματικότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι	
10.1	Σκοπός και Ρόλος του Συστήματος Δεικτών στο ΝΟΣΠΙ	
10.2	Θεμελιώδη Θεωρητικά Μοντέλα Μέτρησης Ποιότητας	
10.2.1	Μοντέλο Donabedian	
10.2.2	Πλαίσιο Institute of Medicine (IOM)	
10.2.3	OECD – Health Care Quality Indicators	
10.3	Λεξιλόγιο, Ορισμοί και Ερμηνευτικό Πλαίσιο του Συστήματος Δεικτών ΝΟΣΠΙ	
10.3.1	Έκβαση (Outcome)	
10.3.2	Δείκτης Διαδικασίας (Process Indicator)	
10.3.3	Δείκτης Έκβασης (Outcome Indicator)	
10.3.4	Σημείο Συναγερμού (Red Flag)	
10.3.5	Συγκριτική Αξιολόγηση (Benchmarking)	
10.3.6	Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (Minimum Data Set – MDS)	
10.3.7	Μηχανισμός Ενεργοποίησης (Trigger)	
10.3.8	Τηλεπαρακολούθηση (Telemonitoring)	
10.3.9	Δείκτες Εμπειρίας και Αποτελεσμάτων Υγείας (PREMs / PROMs)	
11	Αξιολόγηση Κινδύνων του Έργου ΝΟΣΠΙ (Μη Κλινικοί Κίνδυνοι)- Non-Clinical Risk Assessment	
11.1	Στόχος του Risk Assessment	
11.2	Μεθοδολογία Αξιολόγησης Κινδύνων	
11.3	Αναλυτικός Πίνακας Κινδύνων Έργου	
11.3.1	Α. Θεσμικοί και Κανονιστικοί Κίνδυνοι	



11.3.2	Β. Οργανωτικοί Κίνδυνοι.....
11.3.3	Γ. Τεχνικοί και Πληροφοριακοί Κίνδυνοι.....
11.3.4	Δ. Κίνδυνοι Ποιότητας & Δεδομένων.....
11.3.5	Ε. Χρονικοί και Διαχειριστικοί Κίνδυνοι.....
11.4	Συνολική Αξιολόγηση Σοβαρότητας.....
11.5	Μηχανισμός Συνεχούς Παρακολούθησης Κινδύνων.....
Παραρτήματα.....	
I.	Πρότυπο πολιτικής ΝΟΣΠΙ (Template).....
II.	Παράδειγμα «πολιτική ποιότητας και ασφάλειας ΝΟΣΠΙ».....
III.	Πρότυπο διαδικασίας (SOP).....
IV.	Παράδειγμα SOP : Διαδικασία Ένταξης Ασθενούς στη ΝΟΣΠΙ.....
V.	Πρότυπο οδηγίας (GUIDELINE).....
VI.	Παράδειγμα- Οδηγία Κλινικής Παρακολούθησης Ασθενών ΝΟΣΠΙ.....
VII.	Πρότυπο Ρόλων & Αρμοδιοτήτων – Περιγραφή Θέσεων Εργασίας.....
VIII.	Παράρτημα Παράδειγμα Ρόλων & Αρμοδιοτήτων ΝΟΣΠΙ.....



ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΣΧΗΜΑΤΩΝ - ΕΙΚΟΝΩΝ

Πίνακας 8: Συνοπτικός Πίνακας Μεθοδολογικού Πλαισίου Ποιότητας ΝΟΣΠΙ	
Πίνακας 9: Συνοπτικός Πίνακας Αξόνων Ποιότητας και Σύνδεση με Παραδοτέα.....	
Πίνακας 10: Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων	
Πίνακας 11: Ρόλοι, Περιεχόμενο Ευθύνης και Συνεισφορά στη Διακυβέρνηση ΝΟΣΠΙ	
Πίνακας 12: Οργανωτική Δομή και Ροή Λειτουργιών του ΝΟΣΠΙ	
Πίνακας 13: Κάθετη Δομή Διακυβέρνησης και Ροές Πληροφορίας.....	
Πίνακας 14: Συγκεντρωτική Αποτύπωση Συστήματος Διαχείρισης Κινδύνου ΝΟΣΠΙ	
Πίνακας 15: Ερμηνείας Ορολογίας (Risk Management – ΝΟΣΠΙ)	
Πίνακας 16: Λογική Input–Process–Output–Outcome του Συστήματος Διαχείρισης Κινδύνου ΝΟΣΠΙ	
Πίνακας 17: Συγκεντρωτικός Πίνακας Κεφαλαίου 6	
Πίνακας 18: Ερμηνεία Ορολογίας	
Πίνακας 19: Ενοποιημένο Μητρώο Εκπαιδευτικών Απαιτήσεων ΝΟΣΠΙ ανά Ρόλο	
Πίνακας 20: Ελάχιστα Εκπαιδευτικά Standards ανά Κατηγορία Ασθενών (ΝΟΣΠΙ).....	
Πίνακας 21: Συγκεντρωτικός Πίνακας MDS ΝΟΣΠΙ	
Πίνακας 22: Βασικές Αρχές Κλινικού Μοντέλου	
Πίνακας 23: Οριζόντια Κλινική Διαδρομή για Όλους τους Ασθενείς	
Πίνακας 24: Διαδρομή Ενηλίκων.....	
Πίνακας 25: Διαδρομή Παιδιατρικών Ασθενών	
Πίνακας 26: Διαδρομή Γηριατρικών Ασθενών	
Πίνακας 27: Διαδρομή Ψυχιατρικών Ασθενών	
Πίνακας 28: Διαδρομή Παρηγορικών Ασθενών	
Πίνακας 29: Εθνικό Πλαίσιο Δεικτών ΝΟΣΠΙ	
Πίνακας 30: Δημογραφικά & Βασικά Διοικητικά Δεδομένα	
Πίνακας 31: Κλινική Κατάσταση κατά την Ένταξη	
Πίνακας 32: Νοσηλευτικά Δεδομένα	
Πίνακας 33: Telemonitoring Δεδομένα	
Πίνακας 34: Συμβάντα, Near Miss & CAPA.....	
Πίνακας 35: Εκβάσεις & 30ήμερη Παρακολούθηση	
Πίνακας 36: Διασύνδεση MDS → KPIs	
Πίνακας 37: Διασύνδεση MDS → KPIs	
Πίνακας 38: Α. Ορολογία Κλινικών Δεδομένων	
Πίνακας 39: Β. Ορολογία Πληροφοριακών Συστημάτων	
Πίνακας 40: Γ. Ορολογία Τηλεπαρακολούθησης	
Πίνακας 41: Δ. Ορολογία Ποιότητας & KPIs	
Πίνακας 42: Ε. GDPR & Προστασία Δεδομένων.....	
Πίνακας 43: Ενοποιημένη Χαρτογράφηση MDS	
Πίνακας 44: Άξονας Α- Ασφάλεια Ασθενών (Patient Safety)	
Πίνακας 45: Άξονας Β – Λειτουργία και Συντονισμός (Operations & Coordination)	
Πίνακας 46: Άξονας Γ – Δεδομένα και Πληροφοριακά Συστήματα (Data & Digital).....	
Πίνακας 47: Άξονας Δ – Κλινικά Αποτελέσματα και Εμπειρία (Outcomes & Experience)	
Πίνακας 48: Άξονας Ε – Διακυβέρνηση, Προσωπικό και Βιωσιμότητα (Governance & Sustainability)	
Πίνακας 49: Παιδιατρικοί Δείκτες (Paediatric Indicators)	
Πίνακας 50: Γηριατρικοί Δείκτες (Geriatric Indicators)	
Πίνακας 51: Ογκολογικοί Δείκτες (Oncology Indicators).....	



Πίνακας 52: Παρηγορητικοί Δείκτες (Palliative Care Indicators).....	
Πίνακας 53: Δείκτες Επικοινωνίας (Communication Indicators).....	
Πίνακας 54: Δείκτες Φροντιστή (Caregiver Indicators)	
Πίνακας 55: Α. Πολιτικές (Governance / Policy Level).....	
Πίνακας 56: Β. Οριζόντιες Διαδικασίες (Core Processes).....	
Πίνακας 57: Γ. SOPs Κύκλου Φροντίδας (Operational SOPs)	
Πίνακας 58: Δ. Εξειδικευμένα SOPs Πληθυσμών.....	
Πίνακας 59: Ε. Εργαλεία & Υποστηρικτικά Συστήματα.....	
Πίνακας 60: Δείκτες Ποιότητας που Παράγει	
Πίνακας 61: Ορολογία Κεφαλαίου	



ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Πίνακας Συντομογραφιών

Α. Θεσμικές – Οργανωτικές – Διοικητικές

Συντομογραφία	Πλήρης όρος (ΕΛ)	Full term (EN)
ΝΟΣΠΙ	Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι	Hospital at Home
Π.1	Παραδοτέο 1	Deliverable 1
Π.2	Παραδοτέο 2	Deliverable 2
Π.3	Παραδοτέο 3	Deliverable 3
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Primary Health Care
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας	National Health System
ΔΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια	Regional Health Authority
ΚΥΑ	Κοινή Υπουργική Απόφαση	Joint Ministerial Decision
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως	Government Gazette
ΑΔΑ	Αριθμός Διαδικτυακής Ανάρτησης	Internet Posting Number
ΑΔΑΜ	Αριθμός Διαδικτυακής Ανάρτησης Μητρώου	e-Procurement Registry Number
ΟΔΙΠΥ	Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία	National Organization for Quality Assurance in Health
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης	OECD
WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας	World Health Organization

Β. Κλινικές – Υγειονομικές

Συντομογραφία	Πλήρης όρος (ΕΛ)	Full term (EN)
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	Emergency Department
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	Intensive Care Unit
ΙV	Ενδοφλέβια	Intravenous
ΧΑΠ	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
ADLs	Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής	Activities of Daily Living
MDT	Πολυεπιστημονική Ομάδα	Multidisciplinary Team

Γ. Ποιότητα – Ασφάλεια – Αξιολόγηση

Συντομογραφία	Πλήρης όρος (ΕΛ)	Full term (EN)
SOP	Τυποποιημένη Λειτουργική Διαδικασία	Standard Operating Procedure
SOPs	Τυποποιημένες Λειτουργικές Διαδικασίες	Standard Operating Procedures



Συντομογραφία	Πλήρης όρος (ΕΛ)	Full term (EN)
KPI	Βασικός Δείκτης Απόδοσης	Key Performance Indicator
KPIs	Βασικοί Δείκτες Απόδοσης	Key Performance Indicators
PROM	Μέτρο Έκβασης Αναφερόμενο από Ασθενή	Patient-Reported Outcome Measure
PROMs	Μέτρα Εκβάσεων Αναφερόμενα από Ασθενείς	Patient-Reported Outcome Measures
PREM	Μέτρο Εμπειρίας Αναφερόμενο από Ασθενή	Patient-Reported Experience Measure
PREMs	Μέτρα Εμπειρίας Αναφερόμενα από Ασθενείς	Patient-Reported Experience Measures

Δ. Ψηφιακή Υγεία – Δεδομένα – Πληροφορικά

Συντομογραφία	Πλήρης όρος (ΕΛ)	Full term (EN)
e Health	Ηλεκτρονική Υγεία	Electronic Health
m Health	Κινητή Υγεία	Mobile Health
IT	Τεχνολογία Πληροφορικής	Information Technology
IS	Πληροφοριακό Σύστημα	Information System
EHR	Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας	Electronic Health Record
GDPR	Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων	General Data Protection Regulation



ΟΡΟΛΟΓΙΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β**Θεσμικό & Τεχνικό Λεξιλόγιο Όρων****Αποδεκτό επίπεδο απόδοσης***Acceptable performance level*

Το ελάχιστο επίπεδο λειτουργικής ή κλινικής απόδοσης που θεωρείται επαρκές βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων.

Αποτελεσματικότητα*Effectiveness*

Ο βαθμός επίτευξης των επιθυμητών κλινικών εκβάσεων σε πραγματικές συνθήκες εφαρμογής της ΝΟΣΠΙ.

Αποδοτικότητα*Efficiency*

Η σχέση μεταξύ εκβάσεων και χρησιμοποιούμενων πόρων στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας.

Αποθεραπεία*Recovery / Rehabilitation*

Φάση φροντίδας που στοχεύει στη βελτίωση ή αποκατάσταση της λειτουργικής και κλινικής κατάστασης.

Ασθενής*Patient*

Φυσικό πρόσωπο που λαμβάνει κατ' οίκον νοσοκομειακή φροντίδα υπό την ευθύνη νοσοκομείου αναφοράς.

Ασφάλεια ασθενούς*Patient safety*

Σύνολο μέτρων πρόληψης βλάβης κατά την παροχή φροντίδας σε μη ελεγχόμενο περιβάλλον.

Ασφαλής διαχείριση φροντίδας*Safe care management*

Οργανωτική και κλινική πρακτική που διασφαλίζει την ασφάλεια του ασθενούς καθ' όλη τη διάρκεια του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ.

**Δείκτης***Indicator*

Ποσοτικό ή ποιοτικό μέγεθος που χρησιμοποιείται για την αποτίμηση απόδοσης, ποιότητας ή ασφάλειας.

Δείκτης επιδείνωσης*Deterioration indicator*

Δείκτης που αποτυπώνει πρώιμα σημεία κλινικής επιδείνωσης.

Διαδικασία*Procedure*

Τεκμηριωμένη αλληλουχία ενεργειών για την υλοποίηση συγκεκριμένης λειτουργίας.

Διακυβέρνηση*Governance*

Το σύνολο μηχανισμών λήψης αποφάσεων, εποπτείας και λογοδοσίας της ΝΟΣΠΙ.

Διάρκεια κατ'οίκον νοσηλείας*Care episode*

Το χρονικά οριοθετημένο σύνολο παρεμβάσεων κατ'οίκον νοσοκομειακής φροντίδας για συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας.

Διασφάλιση ποιότητας*Quality assurance*

Θεσμικό σύστημα πολιτικών και ελέγχων για τη διατήρηση αποδεκτών επιπέδων ποιότητας.

Έγκαιρη ανταπόκριση*Timeliness*

Ο βαθμός στον οποίο οι παρεμβάσεις, οι επισκέψεις και οι κλινικές αποφάσεις πραγματοποιούνται εντός προκαθορισμένων χρονικών ορίων.

Έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης*Early detection of deterioration*

Η ικανότητα εντοπισμού πρώιμων σημείων κλινικής επιδείνωσης μέσω παρακολούθησης, αξιολόγησης και κλινικής κρίσης.

Εκβάσεις*Outcomes*

Μετρήσιμα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας ως προς την υγεία, τη λειτουργικότητα και την εμπειρία του ασθενούς.

**Εκπαίδευση προσωπικού***Staff training*

Δομημένη διαδικασία ανάπτυξης γνώσεων και δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού που εμπλέκεται στη ΝΟΣΠΙ.

Εμπειρία ασθενούς*Patient experience*

Η συνολική αντίληψη του ασθενούς για την ποιότητα, την επικοινωνία και τη φροντίδα που έλαβε κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.

Ενδονοσοκομειακή φροντίδα*Inpatient hospital care*

Φροντίδα που παρέχεται εντός νοσοκομειακής δομής με φυσική παρουσία του ασθενούς.

Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις*Hospital-acquired infections*

Λοιμώξεις που σχετίζονται με παραμονή σε νοσοκομειακό περιβάλλον και τις οποίες η ΝΟΣΠΙ στοχεύει να μειώσει.

Επαναξιολόγηση*Reassessment*

Η προγραμματισμένη ή έκτακτη εκ νέου κλινική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.

Επανεισαγωγή*Readmission*

Η μη προγραμματισμένη εισαγωγή του ασθενούς σε νοσοκομείο μετά από έναρξη ή ολοκλήρωση επεισοδίου ΝΟΣΠΙ.

Επιδείνωση*Deterioration*

Αρνητική μεταβολή της κλινικής κατάστασης του ασθενούς που απαιτεί άμεση αξιολόγηση.

Επιλεξιμότητα*Eligibility*

Ο βαθμός πλήρωσης των προκαθορισμένων κριτηρίων για ένταξη στη ΝΟΣΠΙ.

Επιβάρυνση φροντιστή*Caregiver burden*

Σωματική, ψυχολογική ή κοινωνική επιβάρυνση του άτυπου φροντιστή.

Εξ αποστάσεως παρακολούθηση



Remote monitoring

Συστηματική παρακολούθηση κλινικών παραμέτρων μέσω ψηφιακών τεχνολογιών χωρίς φυσική παρουσία.

Εξιτήριο

Discharge

Η ολοκλήρωση της κατ'οίκον νοσηλείας και η μετάβαση του ασθενούς σε άλλο επίπεδο παρακολούθησης ή φροντίδας.

Ζωτικά σημεία

Vital signs

Βασικές φυσιολογικές παράμετροι, όπως αρτηριακή πίεση, καρδιακή συχνότητα, αναπνευστικός ρυθμός και θερμοκρασία.

Ηλεκτρονική τεκμηρίωση

Electronic documentation

Η ψηφιακή καταγραφή όλων των κλινικών και οργανωτικών ενεργειών της ΝΟΣΠΙ.

Θεραπευτικό πλάνο

Therapeutic plan

Συνολικό σχέδιο θεραπευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζεται κατά τη διάρκεια του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ.

Θεσμικό πλαίσιο

Institutional framework

Το σύνολο νόμων, κανονιστικών πράξεων και διοικητικών ρυθμίσεων που διέπουν τη λειτουργία της ΝΟΣΠΙ.

Ιατρική ευθύνη

Medical responsibility

Η ευθύνη λήψης και τεκμηρίωσης ιατρικών αποφάσεων για τον ασθενή.

Ιατρονοσηλευτική φροντίδα

Medical and nursing care

Συνδυασμός ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων νοσοκομειακού επιπέδου.

Ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός

Medical devices

Εξοπλισμός που χρησιμοποιείται για διάγνωση, παρακολούθηση ή θεραπεία στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ.

Καταλληλότητα οικίας

*Home suitability*

Η αξιολόγηση της οικίας ως κατάλληλου χώρου παροχής ασφαλούς νοσοκομειακής φροντίδας.

Κλινική απόφαση*Clinical decision*

Απόφαση που λαμβάνεται βάσει κλινικών δεδομένων, πρωτοκόλλων και επαγγελματικής κρίσης.

Κλινική διαδρομή*Clinical pathway*

Προκαθορισμένη αλληλουχία κλινικών ενεργειών για συγκεκριμένο τύπο περιστατικού.

Κλινική επιδείνωση*Clinical deterioration*

Επιδείνωση της κλινικής εικόνας που ενδέχεται να οδηγήσει σε κλιμάκωση φροντίδας.

Κλινική ευθύνη*Clinical responsibility*

Η συνολική ευθύνη για την ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Κλιμάκωση φροντίδας*Escalation of care*

Η μετάβαση από κατ' οίκον φροντίδα σε ενδονοσοκομειακή όταν αυτό απαιτείται.

Κοινωνική υποστήριξη*Social support*

Υποστήριξη από οικογένεια, κοινότητα ή κοινωνικές δομές που επηρεάζει την επιτυχία της ΝΟΣΠΙ.

Κριτήρια ένταξης*Inclusion criteria*

Σαφώς ορισμένες προϋποθέσεις που πρέπει να πληροί ο ασθενής για να ενταχθεί στη ΝΟΣΠΙ.

Κριτήρια εξόδου*Exit criteria*

Προκαθορισμένες συνθήκες υπό τις οποίες ολοκληρώνεται το επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.

Λογοδοσία*Accountability*

Η υποχρέωση τεκμηρίωσης, αιτιολόγησης και αναφοράς αποφάσεων, ενεργειών και αποτελεσμάτων της ΝΟΣΠΙ προς τους αρμόδιους φορείς.

**Λειτουργική ικανότητα***Functional capacity*

Ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής δύναται να εκτελεί βασικές και σύνθετες δραστηριότητες καθημερινής ζωής στο οικιακό περιβάλλον.

Λειτουργική επιδείνωση*Functional decline*

Η μείωση της λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς, ανεξάρτητα ή παράλληλα με την κλινική επιδείνωση.

Μακροχρόνια φροντίδα*Long-term care*

Φροντίδα που παρέχεται σε βάθος χρόνου για χρόνιες ή μόνιμες ανάγκες υγείας και δεν ταυτίζεται με τη ΝΟΣΠΙ.

Μη ελεγχόμενο περιβάλλον*Non-controlled environment*

Περιβάλλον παροχής φροντίδας εκτός νοσοκομείου, με περιορισμένο άμεσο έλεγχο υποδομών και συνθηκών.

Μηχανισμοί ασφάλειας*Safety mechanisms*

Δομές, διαδικασίες και εργαλεία που αποσκοπούν στην πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση κινδύνων.

Μηχανισμοί ελέγχου*Control mechanisms*

Διαδικασίες παρακολούθησης και επαλήθευσης της συμμόρφωσης με πρωτόκολλα και απαιτήσεις.

Νοσοκομείο αναφοράς*Reference hospital*

Η νοσοκομειακή μονάδα που φέρει την πλήρη κλινική, διοικητική και νομική ευθύνη για τη ΝΟΣΠΙ.

Νοσοκομειακό επίπεδο φροντίδας*Hospital-level care*

Επίπεδο φροντίδας που απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό, τεκμηριωμένα πρωτόκολλα και συνεχή κλινική ευθύνη.

**Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)***Hospital at Home*

Οργανωμένο σύστημα παροχής νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας στην οικία του ασθενούς, ως εναλλακτική της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας.

Ξενώνες και δομές φιλοξενίας*Residential care facilities*

Δομές φιλοξενίας που **δεν** αποτελούν πεδίο εφαρμογής της ΝΟΣΠΙ.

Οικία ασθενούς*Patient's home*

Ο χώρος παροχής κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας, ο οποίος αντιμετωπίζεται ως χώρος κλινικής ευθύνης.

Οργανωτικό μοντέλο*Organisational model*

Η δομή, οι ρόλοι και οι ροές που διέπουν τη λειτουργία της ΝΟΣΠΙ.

Ολοκλήρωση επεισοδίου*Episode completion*

Η επίσημη λήξη του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων εξόδου.

Όρια αποδεκτής απόδοσης*Acceptable performance thresholds*

Προκαθορισμένα όρια εντός των οποίων θεωρείται αποδεκτή η λειτουργική ή κλινική απόδοση.

Παρακολούθηση*Monitoring*

Η συστηματική συλλογή και αξιολόγηση δεδομένων για την εξέλιξη της κλινικής κατάστασης και της φροντίδας.

Παρακολούθηση δεικτών*Indicator monitoring*

Η συνεχής εποπτεία της απόδοσης μέσω προκαθορισμένων δεικτών.

Παρακολούθηση συμμόρφωσης*Compliance monitoring*

Η αξιολόγηση της τήρησης πρωτοκόλλων, διαδικασιών και οδηγιών.

Παρέμβαση*Intervention*

Κάθε κλινική, νοσηλευτική ή οργανωτική ενέργεια που υλοποιείται στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ.



Ποιότητα δεδομένων

Data quality

Ο βαθμός ακρίβειας, πληρότητας, συνέπειας και αξιοπιστίας των δεδομένων που συλλέγονται.

Ποιότητα ζωής

Quality of life

Η συνολική εκτίμηση της ευεξίας και λειτουργικότητας του ασθενούς.

Πρωτόκολλο

Protocol

Τεκμηριωμένο σύνολο οδηγιών για την εφαρμογή κλινικών και οργανωτικών πρακτικών.

Πρωτογενής φροντίδα υγείας

Primary health care

Το πρώτο επίπεδο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, διακριτό από τη ΝΟΣΠΙ αλλά συνεργαζόμενο με αυτή.

Ρόλοι και αρμοδιότητες

Roles and responsibilities

Ο σαφής καθορισμός καθηκόντων, δικαιωμάτων και ορίων ευθύνης των εμπλεκόμενων επαγγελματιών και δομών στη ΝΟΣΠΙ.

Ροή φροντίδας

Care flow

Η διαδοχή και αλληλουχία ενεργειών από την ένταξη έως την ολοκλήρωση του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ.

Ροή πληροφορίας

Information flow

Η οργανωμένη μεταφορά κλινικών και διοικητικών δεδομένων μεταξύ εμπλεκόμενων φορέων και συστημάτων.

Ρίσκο

Risk

Η πιθανότητα πρόκλησης ανεπιθύμητου συμβάντος ή αρνητικής έκβασης κατά την παροχή κατ' οίκον φροντίδας.

Σημεία συναγερμού

Red flags

Κλινικά ή λειτουργικά σημεία που υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο επιδείνωσης και απαιτούν άμεση παρέμβαση.

**Σταθεροποίηση***Stabilisation*

Η επίτευξη κλινικής κατάστασης που επιτρέπει την ασφαλή συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι.

Συνεχής βελτίωση*Continuous improvement*

Διαρκής διαδικασία αναβάθμισης της ποιότητας βάσει δεδομένων και ανατροφοδότησης.

Συνεχής παρακολούθηση*Continuous monitoring*

Αδιάλειπτη εποπτεία της κλινικής κατάστασης του ασθενούς μέσω φυσικής παρουσίας ή ψηφιακών μέσων.

Συνέχεια φροντίδας*Continuity of care*

Η απρόσκοπτη σύνδεση μεταξύ φάσεων, επαγγελματιών και επιπέδων φροντίδας.

Συμμόρφωση*Compliance*

Η τήρηση πρωτοκόλλων, διαδικασιών και θεραπευτικών οδηγιών από όλους τους εμπλεκόμενους.

Συμμόρφωση ασθενούς*Patient adherence*

Ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής ακολουθεί το θεραπευτικό πλάνο και τις οδηγίες.

Συμμόρφωση προσωπικού*Staff compliance*

Η τήρηση των SOPs και των προβλεπόμενων διαδικασιών από το προσωπικό ΝΟΣΠΙ.

Τεκμηρίωση*Documentation*

Η συστηματική καταγραφή όλων των κλινικών, οργανωτικών και διοικητικών ενεργειών.

Τεκμηρίωση της διάρκειάς κατ'οίκον νοσηλείας*Episode documentation*

Ο πλήρης φάκελος καταγραφής της διάρκειας κατ'οίκον νοσηλείας ΝΟΣΠΙ από την ένταξη έως την ολοκλήρωση.

Τηλεϊατρική*Telemedicine*

Η παροχή ιατρικών υπηρεσιών εξ αποστάσεως με χρήση τεχνολογίας.



Τηλεπαρακολούθηση

Telemonitoring

Η απομακρυσμένη συλλογή και αξιολόγηση κλινικών δεδομένων μέσω συσκευών και πλατφορμών.

Τυποποιημένη Λειτουργική Διαδικασία

Standard Operating Procedure (SOP)

Τεκμηριωμένη και εγκεκριμένη διαδικασία που καθορίζει τον τρόπο εκτέλεσης κρίσιμων λειτουργιών.

Τυποποίηση

Standardisation

Η εφαρμογή ενιαίων διαδικασιών και πρακτικών για τη διασφάλιση ποιότητας και ασφάλειας.

Υπολειμματική Αβεβαιότητα

Residual uncertainty

Η αβεβαιότητα που παραμένει εγγενώς στην κατ' οίκον νοσοκομειακή φροντίδα, ακόμη και μετά την εφαρμογή πρωτοκόλλων, μηχανισμών ελέγχου και τεχνολογικών υποστηρίξεων.

Υποστήριξη άτυπου φροντιστή

Informal caregiver support

Το σύνολο παρεμβάσεων που στοχεύουν στη μείωση της επιβάρυνσης και στην ενδυνάμωση του άτυπου φροντιστή κατά τη διάρκεια του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ.

Υποστήριξη λήψης αποφάσεων

Decision support

Κλινική ή τεχνολογική υποστήριξη που διευκολύνει τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων από τους επαγγελματίες υγείας.

Υπηρεσίες νοσοκομειακού επιπέδου

Hospital-level services

Υπηρεσίες που απαιτούν εξειδικευμένο προσωπικό, πρωτόκολλα και συνεχή κλινική ευθύνη, ισοδύναμες με τις ενδονοσοκομειακές.

Φάκελος ασθενούς

Patient record

Το σύνολο των κλινικών, οργανωτικών και διοικητικών πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ.

Φροντιστής

Caregiver

Άτομο που υποστηρίζει τον ασθενή στην οικία του, χωρίς να αποτελεί επαγγελματία υγείας.

**Φροντίδα κατ' οίκον***Home-based care*

Ευρύτερος όρος για υπηρεσίες υγείας στο σπίτι, διακριτός από τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι.

Ψηφιακή υποστήριξη*Digital support*

Η χρήση ψηφιακών εργαλείων και πλατφορμών για την ενίσχυση της ασφάλειας, της παρακολούθησης και της τεκμηρίωσης.

Ψηφιακή ωριμότητα*Digital maturity*

Ο βαθμός ενσωμάτωσης, αξιοποίησης και αποτελεσματικής χρήσης ψηφιακών τεχνολογιών στη ΝΟΣΠΙ.

Ωριμότητα υπηρεσίας*Service maturity*

Ο βαθμός οργανωτικής, κλινικής και τεχνολογικής ανάπτυξης της ΝΟΣΠΙ, όπως αποτυπώνεται μέσω διαδικασιών, δεικτών και αποτελεσμάτων.

Ωφέλεια ασθενούς*Patient benefit*

Η συνολική θετική επίδραση της ΝΟΣΠΙ στην υγεία, τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ασθενούς.



Το παρόν κείμενο αναπτύσσει το θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο για τη διασφάλιση και την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών παροχής νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι (ΝΟΣΠΙ).

Ειδικότερα, καλύπτει πλήρως την απαίτηση για **ανάπτυξη θεωρητικού και μεθοδολογικού πλαισίου που αφορά τόσο στη διασφάλιση όσο και την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι**, όπως αυτές παρέχονται σε κατ' οίκον περιβάλλον με ευθύνη και χαρακτηριστικά νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας.

Σκοπός του είναι η συγκρότηση ενός ενιαίου, συνεκτικού και επιστημονικά τεκμηριωμένου πλαισίου, το οποίο:

- ορίζει με σαφήνεια τις έννοιες της ποιότητας, της ασφάλειας και της κλινικής αποτελεσματικότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι,
- αναπτύσσει κατευθυντήριες γραμμές, πολιτικές και τυποποιημένες διαδικασίες για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- θεμελιώνει τη μεθοδολογία βάσει της οποίας είναι δυνατή η συστηματική, αντικειμενική και συγκρίσιμη αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Το παρόν κείμενο συγκροτεί **πλαίσιο διακυβέρνησης ποιότητας**, σχεδιασμένο ώστε να είναι λειτουργικά εφαρμόσιμο, οργανωτικά σαφές και κατάλληλο να υποστηρίξει την ασφαλή, ελεγχόμενη και τεκμηριωμένη παροχή υπηρεσιών Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι.

Εννοιολογική και λειτουργική οριοθέτηση της ΝΟΣΠΙ

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι αποτελεί ιδιαίτερο μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς συνδυάζει παροχή φροντίδας νοσοκομειακού επιπέδου, κατ' οίκον περιβάλλον με περιορισμένο άμεσο έλεγχο και αυξημένες απαιτήσεις κλινικής ασφάλειας, τεκμηρίωσης και συντονισμού.

Για τον λόγο αυτό, το παρόν οριοθετεί ρητά τη ΝΟΣΠΙ ως **νοσοκομειακή υπηρεσία πλήρους ευθύνης**, για την οποία απαιτείται οργανωμένο σύστημα ποιότητας και ασφάλειας ισοδύναμο με εκείνο της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες της κατ' οίκον παροχής.

Η οριοθέτηση αυτή αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη τόσο του θεωρητικού όσο και του μεθοδολογικού πλαισίου που ακολουθεί.

Κατευθυντήριες γραμμές, πολιτικές και διαδικασίες

Στο παρόν αναπτύσσεται ενιαίο πλαίσιο κατευθυντήριων γραμμών, πολιτικών και τυποποιημένων διαδικασιών που καλύπτει το σύνολο των κρίσιμων πτυχών της λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ.

Το πλαίσιο αυτό περιλαμβάνει: καθορισμό οργανωτικής δομής, ρόλων και αρμοδιοτήτων, ορισμό κλινικών διαδρομών φροντίδας, τυποποίηση διαδικασιών για την ένταξη, την παρακολούθηση, την κλιμάκωση, τη διαχείριση επιδείνωσης και την ολοκλήρωση της φροντίδας, ενσωμάτωση μηχανισμών διαχείρισης κινδύνου και αναφοράς συμβάντων, καθορισμό απαιτήσεων τεκμηρίωσης, ιχνηλασιμότητας και ελέγχου.



Οι πολιτικές και οι διαδικασίες αποτελούν **βασικό μηχανισμό διασφάλισης της ποιότητας**, μέσω του οποίου το θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο μεταφράζεται σε καθημερινή κλινική και οργανωτική πρακτική.

1 Μεθοδολογικό πλαίσιο ποιότητας για τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι

Το μεθοδολογικό πλαίσιο ποιότητας για τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι μεταφέρει τις διεθνείς θεωρητικές προσεγγίσεις και τα εθνικά δεδομένα σε ένα συνεκτικό, εφαρμόσιμο σύστημα αρχών, δομών και διαδικασιών, το οποίο θα χρησιμοποιηθεί ως βάση για την ανάπτυξη δεικτών, εργαλείων και μηχανισμών αξιολόγησης στα επόμενα παραδοτέα. Το πλαίσιο αυτό συνδέεται άμεσα με τις έξι διαστάσεις ποιότητας του Institute of Medicine, τις αρχές της ολοκληρωμένης, ανθρωποκεντρικής φροντίδας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα ερευνητικά δεδομένα του μοντέλου Hospital at Home και τα σχήματα δεικτών του προγράμματος HCQI του ΟΟΣΑ.

Κεντρική παραδοχή του πλαισίου αποτελεί η διάκριση μεταξύ δομής, διαδικασιών και αποτελεσμάτων, όπως περιγράφεται στο κλασικό μοντέλο του **Donabedian**. Η διάκριση αυτή επιτρέπει τον σαφή εντοπισμό των στοιχείων που πρέπει να οριστούν και να ελεγχθούν προκειμένου να τεκμηριωθεί ότι οι νοσοκομειακού επιπέδου υπηρεσίες στο σπίτι είναι ασφαλείς, αποτελεσματικές και ασθενοκεντρικές. Η δομή περιλαμβάνει τις οργανωτικές ρυθμίσεις, τις ανθρωπίνες και υλικοτεχνικές υποδομές, τα πληροφοριακά συστήματα και το κανονιστικό περιβάλλον. Οι διαδικασίες περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο η φροντίδα σχεδιάζεται, παρέχεται και τεκμηριώνεται, καθώς και τους μηχανισμούς συντονισμού, επικοινωνίας και διαχείρισης κινδύνου. Τα αποτελέσματα αποτυπώνουν την κλινική αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια, την εμπειρία των ασθενών και των φροντιστών, καθώς και την αποδοτικότητα του προγράμματος.

Στο πεδίο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι η ένταξη του μοντέλου **δομή-διαδικασία-αποτέλεσμα** αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η μετάβαση της φροντίδας εκτός νοσοκομειακού χώρου εισάγει νέους κινδύνους και απαιτεί διαφορετική οργάνωση. Η δομή περιλαμβάνει πλέον όχι μόνο την κλινική και διοικητική οργάνωση του νοσοκομείου, αλλά και τις συνθήκες της οικίας του ασθενούς, την επάρκεια του οικογενειακού περιβάλλοντος, τη διαθεσιμότητα και λειτουργικότητα φορητού εξοπλισμού, καθώς και τις ψηφιακές υποδομές για τηλεπαρακολούθηση και επικοινωνία. Οι διαδικασίες καλύπτουν την επιλογή και ένταξη ασθενών, την ενημερωμένη συναίνεση, τον σχεδιασμό και την εκτέλεση του πλάνου φροντίδας, την τεκμηρίωση πράξεων, τη διαχείριση επειγόντων περιστατικών στο σπίτι και τη διαδικασία επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα δεν περιορίζονται σε κλινικούς δείκτες αλλά περιλαμβάνουν δείκτες εμπειρίας, λειτουργικής κατάστασης, ποιότητας ζωής και ικανοποίησης των φροντιστών.

Το μεθοδολογικό πλαίσιο που αναπτύσσεται στο παρόν υιοθετεί την αρχή της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας. Ο κύκλος «σχεδιάζω – υλοποιώ – ελέγχω – βελτιώνω» εφαρμόζεται συστηματικά σε όλα τα επίπεδα του προγράμματος ΝΟΣΠΙ. Στο επίπεδο του σχεδιασμού, το πλαίσιο ορίζει τις ελάχιστες απαιτήσεις δομής και τις βασικές διαδικασίες που πρέπει να υιοθετήσει κάθε νοσοκομείο προκειμένου να λειτουργήσει νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι. Στο επίπεδο της υλοποίησης, περιγράφει τις λειτουργικές ροές, τους ρόλους και τις ευθύνες των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, καθώς και τις πρακτικές τεκμηρίωσης και επικοινωνίας. Στο επίπεδο του ελέγχου, καθορίζει τους δείκτες και τις διαδικασίες ελέγχου και ανασκόπησης που θα χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ποιότητας. Στο επίπεδο της βελτίωσης, προβλέπει μηχανισμούς ανατροφοδότησης προς τις ομάδες φροντίδας και τη διοίκηση, ώστε οι διαπιστωμένες αποκλίσεις να μεταφράζονται σε οργανωτικές ή κλινικές παρεμβάσεις.

Στο παρόν προσδιορίζονται οι αρχές σχεδιασμού αυτών των εργαλείων, οι διαστάσεις εμπειρίας και αποτελεσμάτων υγείας που θεωρούνται κρίσιμες για το ΝΟΣΠΙ και ο τρόπος με τον οποίο οι πληροφορίες από τους ασθενείς θα ενσωματώνονται στους κύκλους βελτίωσης ποιότητας.

Το μεθοδολογικό πλαίσιο ενσωματώνει επίσης τη διάσταση της αποδοτικότητας και της ορθολογικής χρήσης πόρων, σε συμφωνία με την προσέγγιση Triple Aim και Quadruple Aim. Η ποιότητα στο ΝΟΣΠΙ δεν αξιολογείται μόνο με όρους κλινικής ασφάλειας και εμπειρίας, αλλά και με βάση τον τρόπο που η κατ' οίκον νοσοκομειακή φροντίδα συμβάλλει στη μείωση μη αναγκαίων νοσηλείων, στην αποσυμφόρηση νοσοκομείων, στην ορθολογική χρήση ανθρώπινων πόρων και στη βιώσιμη αξιοποίηση της τεχνολογίας. Το παρόν καθορίζει τις βασικές αρχές για την ενσωμάτωση οικονομικών και λειτουργικών παραμέτρων στο σύστημα δεικτών, ενώ αργότερα αναπτύσσονται συγκεκριμένες μετρήσεις που θα επιτρέψουν την αντικειμενική αξιολόγηση της αποδοτικότητας.

Τέλος, το μεθοδολογικό πλαίσιο ποιότητας για το ΝΟΣΠΙ ορίζει σαφή σύνδεση μεταξύ κεντρικού σχεδιασμού και τοπικής εφαρμογής. Η ανάπτυξη συστήματος και δεικτών δεν επιδιώκει να επιβάλει άκαμπτα σχήματα, αλλά να καθορίσει ένα ελάχιστο κοινό επίπεδο απαιτήσεων, πάνω στο οποίο κάθε νοσοκομείο θα μπορεί να προσαρμόζει τις πρακτικές του ανάλογα με την κλινική του εξειδίκευση, τη γεωγραφική του θέση και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού που εξυπηρετεί. Συνοπτικός πίνακας μεθοδολογικού πλαισίου ποιότητας ΝΟΣΠΙ

Ο ακόλουθος πίνακας συνοψίζει τα βασικά θεωρητικά και κανονιστικά πλαίσια στα οποία στηρίζεται το μεθοδολογικό πλαίσιο ποιότητας του ΝΟΣΠΙ, τον μεθοδολογικό ρόλο τους και τη σύνδεσή τους με τα υπόλοιπα παραρτήματα.

Πίνακας 1: Συνοπτικός Πίνακας Μεθοδολογικού Πλαισίου Ποιότητας ΝΟΣΠΙ

Πλαίσιο / Μοντέλο	Μεθοδολογικός ρόλος	Σύνδεση με δείκτες
Μοντέλο Donabedian (Δομή – Διαδικασία – Αποτέλεσμα)	Παρέχει τη βασική λογική αρχιτεκτονική για το σύστημα ποιότητας του ΝΟΣΠΙ. Διαχωρίζει σαφώς τι θεωρείται «δομή» (οργάνωση, άνθρωποι πόροι, εξοπλισμός, πληροφοριακά συστήματα), τι είναι «διαδικασία» (ροές φροντίδας, κλινικά και οργανωτικά πρωτόκολλα) και τι είναι «αποτέλεσμα» (κλινικές εκβάσεις, εμπειρία, αποδοτικότητα).	Χρησιμοποιείται για την κατηγοριοποίηση δεικτών (δείκτες δομής, διαδικασίας, αποτελέσματος). Οργανώνει τους κλινικούς δείκτες
Institute of Medicine – Έξι διαστάσεις ποιότητας	Ορίζει τις θεμελιώδεις διαστάσεις ποιότητας (ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, ασθενοκεντρικότητα, έγκαιρη παροχή, αποδοτικότητα, ισότητα). Χρησιμοποιούνται ως βασικό «καμβάς» για τη διατύπωση των αρχών ποιότητας της ΝΟΣΠΙ.	Οι έξι διαστάσεις μεταφράζονται σε θεματικούς άξονες δεικτών.



Πλαίσιο / Μοντέλο	Μεθοδολογικός ρόλος	Σύνδεση με δείκτες
WHO – Integrated People-Centred Health Services (IPCHS)	Εισάγει την ανθρωποκεντρική, ολοκληρωμένη, διεπιστημονική προσέγγιση. Στο Θεμελιώνει την ανάγκη για συνέχεια φροντίδας, συμμετοχή οικογένειας, συντονισμό με πρωτοβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.	Οδηγεί σε δείκτες συντονισμού, συνέχειας φροντίδας και συμμετοχής ασθενών/φροντιστών
Μοντέλο Hospital at Home (Leff, Burton, κ.ά.)	Παρέχει την κλινική τεκμηρίωση ότι η νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι μπορεί να είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Χρησιμοποιείται για να οριστούν οι κλινικές προϋποθέσεις, τα κριτήρια επιλεξιμότητας, οι απαιτήσεις για 24ωρη εποπτεία και οι βασικές λειτουργικές αρχές του ΝΟΣΠΙ.	Προσφέρει κλινικούς δείκτες (επανεισαγωγές, επιπλοκές, διάρκεια κατ' οίκον νοσηλείας). Στηρίζει τον σχεδιασμό του πλαισίου κλινικής αποτελεσματικότητας και ασφάλειας.
OECD – Health Care Quality Indicators (HCQI)	Παρέχει διεθνώς αποδεκτό σχήμα για ανάπτυξη και κατηγοριοποίηση δεικτών ποιότητας. Χρησιμοποιείται για να δομηθεί το πλαίσιο δεικτών (κλινική ποιότητα, ασφάλεια, εμπειρία, αποδοτικότητα).	Υποστηρίζει την ανάπτυξη πλήρους εγχειριδίου KPIs που να είναι συγκρίσιμα με άλλες χώρες. Προσφέρει λογικές συγκρισιμότητας και παρακολούθησης στο χρόνο.
Institute for Healthcare Improvement – Triple / Quadruple Aim	Εισάγει την τριπλή και τετραπλή στοχοθεσία (αποτελέσματα υγείας, εμπειρία ασθενή, κόστος/αποδοτικότητα, ευημερία επαγγελματιών). Ορίζει την στρατηγική οπτική της ποιότητας για το ΝΟΣΠΙ.	Ενσωματώνεται σε δείκτες έκβασης, εμπειρίας, κόστους και ευημερίας προσωπικού.
PREMs και PROMs	Τεκμηριώνουν τη θέση του ασθενούς και του φροντιστή στο σύστημα ποιότητας. Ορίζονται ως θεμελιώδη εργαλεία αξιολόγησης ποιότητας.	Εντάσσονται ως δείκτες εμπειρίας και αποτελεσμάτων υγείας.
WHO – Ψηφιακή Υγεία και τηλεπαρακολούθηση	Προσφέρει τις αρχές για ασφαλή και αξιόπιστη χρήση ψηφιακών τεχνολογιών. Θεμελιώνει τις απαιτήσεις για τηλεπαρακολούθηση, διαχείριση δεδομένων και ψηφιακή ιχνηλασιμότητα.	Οδηγεί σε δείκτες αξιοπιστίας ψηφιακής παρακολούθησης, ανταπόκρισης σε alerts, πληρότητας δεδομένων.



1.1 Βασική ορολογία και εννοιολογικοί ορισμοί του μεθοδολογικού πλαισίου»

Μοντέλο Donabedian (Δομή – Διαδικασία – Αποτέλεσμα)

Αναλυτικό θεωρητικό σχήμα αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Η «δομή» περιλαμβάνει τα οργανωτικά και υλικοτεχνικά στοιχεία του συστήματος (προσωπικό, εξοπλισμός, οργάνωση, πληροφοριακά συστήματα). Οι «διαδικασίες» περιγράφουν το πώς παρέχεται η φροντίδα (κλινικά πρωτόκολλα, ροές ασθενών, τεκμηρίωση). Τα «αποτελέσματα» αποτυπώνουν την επίδραση της φροντίδας στους ασθενείς (κλινικές εκβάσεις, επιπλοκές, εμπειρία, ποιότητα ζωής, κόστος).

Έξι διαστάσεις ποιότητας (Institute of Medicine)

Περιλαμβάνουν την ασφάλεια (avoid harm), την αποτελεσματικότητα (evidence-based care), την ασθενοκεντρικότητα (σεβασμός σε ανάγκες/προτιμήσεις), την έγκαιρη παροχή (μείωση καθυστερήσεων), την αποδοτικότητα (βέλτιστη χρήση πόρων) και την ισότητα (δίκαιη πρόσβαση χωρίς διακρίσεις). Αποτελούν διεθνώς αποδεκτό πλαίσιο ορισμού της ποιότητας.

Integrated People-Centred Health Services (IPCHS)

Πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που προωθεί υπηρεσίες εστιασμένες στις ανάγκες και προτιμήσεις των ανθρώπων, με έμφαση στη συνέχεια φροντίδας, στον συντονισμό ανάμεσα σε επίπεδα φροντίδας και στη συμμετοχή ασθενών και οικογενειών στη λήψη αποφάσεων.

Hospital at Home

Οργανωμένο κλινικό μοντέλο κατά το οποίο ο ασθενής λαμβάνει νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδα στο σπίτι, για περιορισμένο χρονικό διάστημα, υπό την ευθύνη νοσοκομειακής ομάδας. Περιλαμβάνει σαφή κριτήρια ένταξης, κλινική εποπτεία, δυνατότητα άμεσης επανεισαγωγής και χρήση εξειδικευμένου εξοπλισμού και τηλεπαρακολούθησης.

HCQI (Health Care Quality Indicators)

Σύνολο δεικτών ποιότητας που έχει αναπτύξει ο ΟΟΣΑ για να επιτρέψει συγκρίσεις μεταξύ συστημάτων υγείας. Καλύπτει κλινικές εκβάσεις, ασφάλεια, εμπειρία ασθενών και αποδοτικότητα.

Triple Aim / Quadruple Aim

Στρατηγικά πλαίσια του Institute for Healthcare Improvement. Το Triple Aim στοχεύει ταυτόχρονα στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας του πληθυσμού, της εμπειρίας φροντίδας των ασθενών και στη μείωση/ορθολογική χρήση του κόστους. Το Quadruple Aim προσθέτει τέταρτη διάσταση, την ευημερία και επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας.

PREMs (Patient Reported Experience Measures)

Τυποποιημένα εργαλεία με τα οποία οι ασθενείς περιγράφουν την εμπειρία τους από τη φροντίδα που έλαβαν (επικοινωνία με το προσωπικό, σεβασμός, συντονισμός, προσβασιμότητα κ.λπ.). Χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ασθενοκεντρικότητας και της λειτουργικής ποιότητας υπηρεσιών.

PROMs (Patient Reported Outcome Measures)

Εργαλεία με τα οποία οι ασθενείς δηλώνουν οι ίδιοι την κατάσταση υγείας τους, τα συμπτώματα, τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής μετά από μια παρέμβαση ή σε χρονικό ορίζοντα. Χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση κλινικών αποτελεσμάτων από την οπτική του ασθενούς.

Κύκλος συνεχούς βελτίωσης (Plan–Do–Check–Act)

Συστηματική μεθοδολογία ποιότητας κατά την οποία οι οργανισμοί σχεδιάζουν μια παρέμβαση (Plan), την υλοποιούν (Do), ελέγχουν τα αποτελέσματα βάσει δεικτών (Check) και στη συνέχεια προσαρμόζουν διαδικασίες ή παρεμβάσεις (Act). Στο ΝΟΣΠΙ εφαρμόζεται τόσο στο επίπεδο της κλινικής πρακτικής όσο και στη διαχείριση του προγράμματος.

Τηλεπαρακολούθηση (telemonitoring)

Η χρήση τεχνολογικών μέσων για την εξ αποστάσεως παρακολούθηση κλινικών παραμέτρων (ζωτικά σημεία, συμπτώματα, εργαστηριακά δεδομένα) και την έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης. Προϋποθέτει ασφαλή διαβίβαση δεδομένων, σαφή πρωτόκολλα ανταπόκρισης σε «alerts» και ενσωμάτωση στις ροές φροντίδας.

1.2 Άξονες Ποιότητας και Λογική Ανάπτυξης του Συστήματος Δεικτών

Το σύστημα ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) βασίζεται στη διατύπωση σαφών, λειτουργικών και μετρήσιμων αξόνων ποιότητας, οι οποίοι αντανακλούν τις επιστημονικές αρχές, τις κλινικές απαιτήσεις και τις επιχειρησιακές ιδιαιτερότητες του μοντέλου κατ' οίκον νοσηλείας. Οι άξονες αυτοί αποτελούν τον συνδετικό μηχανισμό μεταξύ του θεωρητικού και κανονιστικού πλαισίου και της συστηματικής ανάπτυξης δεικτών, καθώς καθορίζουν τα βασικά πεδία μέτρησης, τη λογική ομαδοποίησης των δεικτών και τη συνοχή του συστήματος αξιολόγησης.

Η ανάπτυξη των αξόνων ποιότητας εδράζεται σε τέσσερις θεμελιώδεις πηγές:

- α) τις έξι διαστάσεις ποιότητας του Institute of Medicine,
- β) το πλαίσιο Integrated People-Centred Health Services (IPCHS) του Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας,
- γ) το διεθνές μοντέλο Hospital at Home, και
- δ) τα συστήματα δεικτών υγείας του Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης.

Ο συνδυασμός των παραπάνω πλαισίων συγκροτεί μια ολιστική δομή ποιότητας που καλύπτει την κλινική αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια, την εμπειρία και συμμετοχή ασθενών και φροντιστών, τον συντονισμό της φροντίδας, την τεχνολογική αξιοπιστία, τη διαχείριση ανθρώπινων πόρων και τη βιωσιμότητα του προγράμματος.

Στο πλαίσιο αυτό ορίζονται επτά κεντρικοί άξονες ποιότητας, επαρκείς για την αποτύπωση και παρακολούθηση ενός πλήρους προγράμματος Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Οι άξονες αυτοί είναι διακριτοί ως προς το αντικείμενό τους, αλλά λειτουργικά αλληλεξαρτώμενοι, καθώς η απόδοση κάθε άξονα επηρεάζει άμεσα τη συνολική ποιότητα και βιωσιμότητα του συστήματος.

1.2.1 Κλινική αποτελεσματικότητα

Η κλινική αποτελεσματικότητα αποτελεί θεμελιώδη πυλώνα του συστήματος ποιότητας του ΝΟΣΠΙ. Η αξιολόγηση επικεντρώνεται στο κατά πόσο οι παρεμβάσεις που υλοποιούνται στο οικιακό περιβάλλον επιτυγχάνουν κλινικά αποτελέσματα αντίστοιχα ή ανώτερα της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη τη διάρκεια κατ' οίκον νοσηλείας, την πορεία της νόσου και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας.

Η διεθνής εμπειρία από προγράμματα Hospital at Home τεκμηριώνει ότι η κατάλληλα σχεδιασμένη κατ' οίκον νοσηλεία μπορεί να μειώσει τον χρόνο αποκατάστασης, να περιορίσει

τις επιπλοκές, να βελτιώσει τη λειτουργική κατάσταση των ασθενών και να μειώσει την ανάγκη για μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές. Ο άξονας αυτός περιλαμβάνει δείκτες που αφορούν την πορεία της νόσου, τις ημέρες κατ' οίκον θεραπείας, την ολοκλήρωση θεραπευτικών σχημάτων, την ανταπόκριση στη θεραπεία και τις κλινικές και λειτουργικές εκβάσεις.

1.2.2 Δείκτες που θα αντιστοιχούν στον άξονα:

Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα (Clinical protocol compliance), Τήρηση θεραπευτικών στόχων (Achievement of therapeutic goals), Συνέχεια κλινικής παρακολούθησης (Continuity of clinical monitoring), Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές (Unplanned readmission rate), Γνωστική και λειτουργική κατάσταση (Cognitive and functional status), Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία (Perceived functional independence), Διαχείριση συμπτωμάτων (Oncology symptom management).

1.2.3 Ασφάλεια Ασθενών στο Οικιακό Περιβάλλον

Η παροχή νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας εκτός νοσοκομείου εισάγει ειδικούς κινδύνους που σχετίζονται με την κατ' οίκον νοσηλεία, όπως υποθεραπεία, καθυστέρηση αναγνώρισης κλινικής επιδείνωσης, περιορισμοί του οικιακού περιβάλλοντος, σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής και τεχνολογικές αστοχίες. Η ασφάλεια των ασθενών δεν αποτελεί συμπληρωματικό στοιχείο, αλλά κεντρικό άξονα του συστήματος ποιότητας.

Ο άξονας αυτός περιλαμβάνει τη συστηματική παρακολούθηση ανεπιθύμητων συμβάντων και παρολίγων συμβάντων, επιπλοκών, αποκλίσεων στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, την αποτελεσματικότητα της τηλεπαρακολούθησης, την αξιοπιστία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και την ταχύτητα απόκρισης της ομάδας φροντίδας. Ενσωματώνει διεθνή πρότυπα ασφάλειας και μηχανισμούς ενεργών ειδοποιήσεων της ψηφιακής υγείας.

1.2.4 Δείκτες που θα αντιστοιχούν στον άξονα:

Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων (*Rate of serious adverse events*), Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης (*Timely recognition and management of clinical deterioration*), Συμμόρφωση με κρίσιμα SOPs ασφάλειας (*Compliance with critical safety SOPs*), Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής (*Safe medication management*), Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων (*Rate of preventable adverse events*), Ασφαλής διαχείριση επειγόντων περιστατικών (*Emergency case management safety*), Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων (*Incident reporting compliance*), Ασφάλεια φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά (*Paediatric medication safety*), Πολυφαρμακία και αλληλεπιδράσεις (*Polypharmacy and drug interactions*), Κίνδυνος πτώσεων (*Risk of falls*)

1.2.5 Ασθενοκεντρικότητα και συμμετοχή

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι μετατοπίζει το κέντρο βάρους της φροντίδας στο περιβάλλον του ασθενούς, ενισχύοντας τη συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων και την ενεργό εμπλοκή της οικογένειας ή των φροντιστών. Ο άξονας αυτός εστιάζει στην ποιότητα της επικοινωνίας, στην ενδυνάμωση των ασθενών και στη συστηματική υποστήριξη των φροντιστών.

Στο παρόν καθορίζονται οι προϋποθέσεις συμμετοχής και τα πρότυπα επικοινωνίας.

Δείκτες που θα αντιστοιχούν στον άξονα: Ποιότητα επικοινωνίας (Quality of communication), Συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή (Patient and caregiver involvement), Συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ (Acceptance of Hospital at Home model), Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια από γονέα (Parent-reported safety perception), Ποιότητα ζωής ηλικιωμένου (Quality of life in older adults), Αντιλαμβανόμενη αξιοπρέπεια (Perceived dignity), Φόρτος συμπτωμάτων (Patient-reported symptom burden), Ποιότητα ζωής ογκολογικού ασθενούς (Oncology quality of life), Ποιότητα ζωής παρηγορητικής φροντίδας (Palliative care quality of life), Ικανοποίηση οικογένειας (Family satisfaction)

1.2.6 Συνέχεια και συντονισμός φροντίδας

Η κατ' οίκον νοσηλεία προϋποθέτει σαφείς μηχανισμούς συντονισμού μεταξύ ειδικοτήτων, υπηρεσιών και επιπέδων φροντίδας, ώστε να διασφαλίζεται η συνέχεια της θεραπείας καθ' όλη τη διάρκεια κατ' οίκον νοσηλείας. Ο άξονας αυτός εξετάζει την ομαλή μετάβαση από το νοσοκομείο στο σπίτι, την ύπαρξη θεραπευτικών διαδρομών και τη διαλειτουργικότητα των πληροφοριακών συστημάτων.

Δείκτες που θα αντιστοιχούν στον άξονα: Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων κατ' οίκον (Scheduled home visit compliance), Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας (Multidisciplinary team coordination), Τήρηση χρονοδιαγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας (Home hospitalization timeline compliance), Συνέχεια κλινικής παρακολούθησης (Continuity of clinical monitoring), Επάρκεια κατ' οίκον ογκολογικής υποστήριξης (Adequacy of home oncology care), Υποστήριξη οικογένειας (Family support)

1.2.7 Τεχνολογική αξιοπιστία και ψηφιακή ιχνηλασιμότητα

Ο άξονας αυτός αφορά την αξιοπιστία των ψηφιακών υποδομών που υποστηρίζουν το ΝΟΣΠΙ, την ασφάλεια και ποιότητα των δεδομένων και τη δυνατότητα πλήρους ψηφιακής ιχνηλασιμότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Δείκτες που θα αντιστοιχούν στον άξονα: Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ (Timely HaH team response), Χρήση τηλεπαρακολούθησης (Use of telemonitoring), Πληρότητα ελάχιστου συνόλου δεδομένων (MDS completeness), Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων (Data validity and consistency), Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων (Timeliness of data entry), Διαλειτουργικότητα πληροφοριακών συστημάτων (Systems interoperability), Ασφάλεια και προστασία Δεδομένων (Data security and protection), Αναφορά δεδομένων προς ΟΔΙΠΥ (Reporting to ODIPY), Αποδοχή τηλεπαρακολούθησης (Remote monitoring acceptance), Αντιλαμβανόμενη ακρίβεια δεδομένων (Perceived data accuracy)

1.2.8 Ανθρώπινοι πόροι και ικανότητες διεπιστημονικής ομάδας

Ο άξονας αυτός εστιάζει στη στελέχωση, την εκπαίδευση, τον φόρτο εργασίας και την ευημερία του προσωπικού που παρέχει κατ' οίκον νοσηλεία, σύμφωνα με τις αρχές του Quadruple Aim.

Δείκτες που θα αντιστοιχούν στον άξονα: Εκπαίδευση και επάρκεια προσωπικού (Staff training and competency), Φόρτος εργασίας ομάδας (Team workload), Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout prevention)

1.2.9 Αποδοτικότητα και βιωσιμότητα πόρων

Ο άξονας αυτός αξιολογεί τη συνολική αποδοτικότητα του προγράμματος ΝΟΣΠΙ και τη βιωσιμότητά του, λαμβάνοντας υπόψη τη βελτιστοποίηση χρήσης πόρων και τη μείωση μη αναγκαίων νοσηλείων.



Δείκτες που θα αντιστοιχούν στον άξονα: Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ (Overall HaH unit performance), Οικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα (Financial sustainability), Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές (Unplanned readmission rate), Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων κατ' οίκον (Scheduled home visit compliance).

1.2.10 Συνοπτικός πίνακας αξόνων ποιότητας και σύνδεση με παραδοτέα

Πίνακας 2: Συνοπτικός Πίνακας Αξόνων Ποιότητας και Σύνδεση με Παραδοτέα

Άξονας Ποιότητας	Τι μετρά (σύνοψη)	Αντίστοιχοι Δείκτες (Ελληνικά με Αγγλικά σε παρένθεση)
3.4.1 Κλινική αποτελεσματικότητα	Πορεία νόσου, λειτουργικότητα, επίτευξη στόχων, εκβάσεις, επίδραση στη διάρκεια κατ' οίκον νοσηλείας	Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα (Clinical protocol compliance) Τήρηση θεραπευτικών στόχων (Achievement of therapeutic goals) Συνέχεια κλινικής παρακολούθησης (Continuity of clinical monitoring) Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές (Unplanned readmission rate) Γνωστική και λειτουργική κατάσταση (Cognitive and functional status) Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία (Perceived functional independence) Διαχείριση συμπτωμάτων (Oncology symptom management)
3.4.2 Ασφάλεια ασθενή στο σπίτι	Συμβάντα, επιπλοκές, φάρμακα, επείγοντα, έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης, προληπτική ασφάλεια	Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων (Rate of serious adverse events) Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης (Timely recognition and management of clinical deterioration) Συμμόρφωση με κρίσιμα SOPs ασφάλειας (Compliance with critical safety SOPs)



Άξονας Ποιότητας	Τι μετρά (σύνοψη)	Αντίστοιχοι Δείκτες (Ελληνικά με Αγγλικά σε παρένθεση)
		Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής (Safe medication management) Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων (Rate of preventable adverse events) Ασφαλής διαχείριση επειγόντων περιστατικών (Emergency case management safety) Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων (Incident reporting compliance) Ασφάλεια φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά (Paediatric medication safety) Πολυφαρμακία και αλληλεπιδράσεις (Polypharmacy and drug interactions) Κίνδυνος πτώσεων (Risk of falls)
3.4.3 Ασθενοκεντρικότητα και συμμετοχή	Εμπειρία, επικοινωνία, συμμετοχή, ενημέρωση, σεβασμός προτιμήσεων, ποιότητα ζωής (PREMs/PROMs)	Ποιότητα επικοινωνίας (Quality of communication) Συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή (Patient and caregiver involvement) Συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ (Acceptance of Hospital at Home model) Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια από γονέα (Parent-reported safety perception) Ποιότητα ζωής ηλικιωμένου (Quality of life in older adults) Αντιλαμβανόμενη αξιοπρέπεια (Perceived dignity)



Άξονας Ποιότητας	Τι μετρά (σύνοψη)	Αντίστοιχοι Δείκτες (Ελληνικά με Αγγλικά σε παρένθεση)
		Φόρτος συμπτωμάτων (Patient-reported symptom burden) Ποιότητα ζωής ογκολογικού ασθενούς (Oncology quality of life) Ποιότητα ζωής παρηγορητικής φροντίδας (Palliative care quality of life) Ικανοποίηση οικογένειας (Family satisfaction)
3.4.4 Συνέχεια και συντονισμός φροντίδας	Ροές μετάβασης, MDT, προγραμματισμός, τήρηση χρονοδιαγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας, επάρκεια υποστήριξης	Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων κατ' οίκον (Scheduled home visit compliance) Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας (Multidisciplinary team coordination) Τήρηση χρονοδιαγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας (Home hospitalization timeline compliance) Συνέχεια κλινικής παρακολούθησης (Continuity of clinical monitoring) Επάρκεια κατ' οίκον ογκολογικής υποστήριξης (Adequacy of home oncology care) Υποστήριξη οικογένειας (Family support)
3.4.5 Τεχνολογική αξιοπιστία και ψηφιακή ιχνηλασιμότητα	Τηλεπαρακολούθηση, alerts, ποιότητα/ασφάλεια δεδομένων, διαλειτουργικότητα, ηλεκτρονικός φάκελος, reporting	Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ (Timely HaH team response) Χρήση τηλεπαρακολούθησης (Use of telemonitoring) Πληρότητα ελάχιστου συνόλου δεδομένων (MDS completeness)



Άξονας Ποιότητας	Τι μετρά (σύνοψη)	Αντίστοιχοι Δείκτες (Ελληνικά με Αγγλικά σε παρένθεση)
		Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων (Data validity and consistency) Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων (Timeliness of data entry) Διαλειτουργικότητα πληροφοριακών συστημάτων (Systems interoperability) Ασφάλεια και προστασία δεδομένων (Data security and protection) Αναφορά δεδομένων προς ΟΔΙΠΥ (Reporting to ODIPY) Αποδοχή τηλεπαρακολούθησης (Remote monitoring acceptance) Αντιλαμβανόμενη ακρίβεια δεδομένων (Perceived data accuracy)
3.4.6 Ανθρώπινοι πόροι και ικανότητες διεπιστημονικής ομάδας	Στελέχωση, εκπαίδευση, φόρτος, ευημερία προσωπικού, burnout	Εκπαίδευση και επάρκεια προσωπικού (Staff training and competency) Φόρτος εργασίας ομάδας (Team workload) Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout prevention)
3.4.7 Αποδοτικότητα και βιωσιμότητα πόρων	Κόστος, αποδοτικότητα, επίδοση, επίπτωση στο σύστημα, βιωσιμότητα	Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ (Overall HaH unit performance) Οικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα (Financial sustainability) Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές (Unplanned readmission rate) Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων κατ' οίκον



Άξονας Ποιότητας	Τι μετρά (σύνοψη)	Αντίστοιχοι Δείκτες (Ελληνικά με Αγγλικά σε παρένθεση)
		(Scheduled home visit compliance)

1.3 Απαιτήσεις Δεδομένων, Τεκμηρίωσης και Πληροφοριακών Συστημάτων για το ΝΟΣΠΙ

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι προϋποθέτει ένα ώριμο οικοσύστημα δεδομένων, τεκμηρίωσης και πληροφοριακών συστημάτων. Σε αντίθεση με την κλασική ενδονοσοκομειακή φροντίδα, όπου ο ασθενής και η ομάδα υγείας συνυπάρχουν στον ίδιο φυσικό χώρο, το ΝΟΣΠΙ στηρίζεται σε καταναεμμένες ροές πληροφορίας: ο ασθενής βρίσκεται στην οικία του, μέρος της κλινικής παρακολούθησης γίνεται εξ αποστάσεως, ενώ η λήψη αποφάσεων στηρίζεται σε ψηφιακά ίχνη, τηλεπαρακολούθηση και ψηφιοποιημένη τεκμηρίωση. Αυτό σημαίνει ότι η ποιότητα και η ασφάλεια της φροντίδας δεν μπορούν να διασφαλιστούν χωρίς ένα συνεκτικό πλαίσιο για το ποια δεδομένα συλλέγονται, πώς τεκμηριώνονται, πώς αποθηκεύονται και πώς αξιοποιούνται.

Το παρόν κεφάλαιο εξειδικεύει τις απαιτήσεις για τα δεδομένα του ΝΟΣΠΙ, τις αρχές τεκμηρίωσης, το ελάχιστο σύνολο δεδομένων (Minimum Data Set – MDS), καθώς και τις βασικές προδιαγραφές του Πληροφοριακού Συστήματος που θα υποστηρίξει τη λειτουργία και την αξιολόγηση του προγράμματος. Οι επιλογές που περιγράφονται εδώ αποτελούν την τεχνική και επιχειρησιακή βάση για την ανάπτυξη των δεικτών, των κλινικών αξόνων αξιολόγησης, των PREMS–PROMs και της συνεχούς/εκ των υστέρων αξιολόγησης.

1.3.1 Αρχές τεκμηρίωσης και διαχείρισης δεδομένων

Η τεκμηρίωση στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι δεν αποτελεί απλή διοικητική διαδικασία, αλλά κρίσιμο κλινικό εργαλείο. Λειτουργεί ταυτόχρονα ως (α) μέσο επικοινωνίας της διεπιστημονικής ομάδας, (β) βάση για τη λήψη κλινικών αποφάσεων, (γ) μηχανισμός λογοδοσίας και ασφάλειας ασθενή, και (δ) πρωτογενές υλικό για την ανάπτυξη και παρακολούθηση δεικτών ποιότητας.

Οι βασικές αρχές που οφείλει να ικανοποιεί το σύστημα τεκμηρίωσης είναι οι εξής:

Ακρίβεια και πληρότητα: Κάθε κλινικό γεγονός, από την απόφαση ένταξης στο πρόγραμμα μέχρι την ολοκλήρωση της διάρκειας κατ'οίκον νοσηλείας και την ενδεχόμενη επανεισαγωγή, πρέπει να αποτυπώνεται με τρόπο ακριβή, σαφή και πλήρη. Η ελλιπής καταγραφή αλλοιώνει την κλινική εικόνα, εμποδίζει την ασφαλή συνέχεια της φροντίδας και ακυρώνει την αξιοπιστία των δεικτών.

Συνέχεια τεκμηρίωσης: Η φροντίδα στο σπίτι εξελίσσεται μέσα στον χρόνο, με εναλλαγή επισκέψεων, τηλεπαρακολούθησεων, αλλαγών αγωγής και επανεκτιμήσεων. Για να μπορεί η ομάδα να παρακολουθεί την πορεία του ασθενούς, η τεκμηρίωση πρέπει να διαμορφώνει ένα χρονοδιάγραμμα φροντίδας (care timeline), στην οποία να απεικονίζονται όλα τα κρίσιμα γεγονότα με χρονοσήμανση, υπεύθυνο επαγγελματία και συσχέτιση με κλινικές αποφάσεις.

Ιχνηλασιμότητα: Η ιχνηλασιμότητα αφορά την ικανότητα του συστήματος να αναπαράγει, ανά πάσα στιγμή, ποιος έκανε τι, πότε, με ποια δεδομένα και με ποιο αποτέλεσμα. Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, αυτό δεν περιορίζεται στις κλινικές πράξεις. Περιλαμβάνει επίσης την κίνηση του εξοπλισμού στο σπίτι, τη χορήγηση φαρμάκων, την ενεργοποίηση και διαχείριση κλινικών

ειδοποιήσεων (alerts) της τηλεπαρακολούθησης, καθώς και την διαχείριση κρίσιμων συμβάντων. Χωρίς πλήρη ιχνηλασιμότητα, δεν μπορεί να υπάρξει ουσιαστική διαχείριση κινδύνου ούτε αξιόπιστη ανάλυση root cause.

Διαλειτουργικότητα: Το ΝΟΣΠΙ δεν αποτελεί κλειστό πληροφοριακό σύστημα. Χρειάζεται να «συνομιλεί» με τα πληροφοριακά συστήματα του νοσοκομείου (HIS), τα εργαστηριακά πληροφοριακά συστήματα (LIS), τα συστήματα απεικόνισης (RIS/PACS), τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας, καθώς και με τις πλατφόρμες τηλεπαρακολούθησης. Η διαλειτουργικότητα εξασφαλίζει ότι τα δεδομένα μεταφέρονται χωρίς απώλειες, ασυμβατότητες ή σφάλματα ερμηνείας και αποτελεί προϋπόθεση για τη συγκρισιμότητα και την κλιμάκωση του μοντέλου σε εθνικό επίπεδο.

Ασφάλεια δεδομένων και GDPR: Η κατ' οίκον νοσηλεία συνδέεται με εντατική χρήση ευαίσθητων δεδομένων υγείας εκτός νοσοκομείου. Η συλλογή βιοσημάτων, η χρήση φορητών συσκευών, η ανταλλαγή πληροφοριών μέσω ψηφιακών καναλιών (τηλεϊατρική, εφαρμογές, πλατφόρμες ασθενούς) δημιουργούν αυξημένο κίνδυνο παραβίασης. Η συμμόρφωση με τον GDPR και τον Ν. 4624/2019 δεν είναι τυπική υποχρέωση, αλλά δομικό στοιχείο ποιότητας: διασφαλίζει την εμπιστοσύνη, μειώνει τον κίνδυνο διαρροής δεδομένων και ενισχύει τη νομιμότητα και αποδοχή του προγράμματος από ασθενείς και επαγγελματίες.

1.3.2 Κατηγορίες δεδομένων που απαιτούνται για τη λειτουργία του ΝΟΣΠΙ

Τα δεδομένα του ΝΟΣΠΙ δεν είναι ομοιογενή. Διακρίνονται σε πολλαπλές κατηγορίες, κάθε μία από τις οποίες αντιστοιχεί σε διαφορετική διάσταση του συστήματος ποιότητας και σε διαφορετικές ανάγκες αξιολόγησης.

Δεδομένα επιλογής και ένταξης ασθενούς: Πρώτη κατηγορία είναι τα δεδομένα που τεκμηριώνουν την απόφαση ένταξης ενός ασθενούς στο πρόγραμμα. Περιλαμβάνουν δημογραφικά στοιχεία, κύρια και δευτερεύουσα διάγνωση, κλινική βαρύτητα, συν νοσηρότητες, λειτουργική κατάσταση, αξιολόγηση του οικιακού περιβάλλοντος (προσβασιμότητα, ασφάλεια, ύπαρξη βασικών υποδομών), καθώς και στοιχεία για την παρουσία και την ικανότητα του βασικού φροντιστή. Καταγράφονται επίσης ρητά τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού, ώστε να είναι δυνατή η αναδρομική αξιολόγηση της τήρησης των πρωτοκόλλων επιλογής. Η ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς ή/και του φροντιστή τεκμηριώνεται ως ξεχωριστό πεδίο, συνδεδεμένο με τις απαιτήσεις του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και του GDPR.

Κλινικά δεδομένα και παρακολούθηση: Δεύτερη κατηγορία αποτελούν τα κλινικά δεδομένα που συγκεντρώνονται καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας στο σπίτι: ζωτικά σημεία, εργαστηριακές τιμές, ευρήματα κλινικής εξέτασης, κλίμακες λειτουργικότητας ή συμπτωμάτων, περιγραφή των παρεμβάσεων, αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή, επιπλοκές, ανταπόκριση στη θεραπεία. Τα δεδομένα αυτά αποτελούν τη βάση για την κλινική αξιολόγηση, καθώς και για την ανάπτυξη δεικτών όπως η εξέλιξη της κλινικής κατάστασης, η συχνότητα επιπλοκών ή οι δείκτες ασφάλειας (π.χ. φαρμακευτικά σφάλματα).

Δεδομένα τηλεπαρακολούθησης: Τρίτη κατηγορία είναι τα δεδομένα που προκύπτουν από τις ψηφιακές τεχνολογίες: μετρήσεις βιοσημάτων (π.χ. πίεση, καρδιακή συχνότητα, οξυμετρία), τιμές γλυκόζης από συσκευές, καταγραφή αρρυθμιών, δεδομένα κινητικότητας κ.λπ. Στα δεδομένα αυτά περιλαμβάνονται επίσης οι αυτοματοποιημένες κλινικές ειδοποιήσεις (alerts) για παθολογικές τιμές, απώλεια σήματος ή τεχνικές αστοχίες. Η τεκμηρίωση οφείλει να καλύπτει όχι μόνο τις τιμές, αλλά και τον χρόνο παραγωγής, τον χρόνο ανάγνωσης από την ομάδα, καθώς και

τις κλινικές ενέργειες που πυροδότησε κάθε alert. Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να αναπτυχθούν δείκτες αξιοπιστίας τηλεπαρακολούθησης, χρόνου απόκρισης και κλινικής αποτελεσματικότητας των ψηφιακών παρεμβάσεων.

Δεδομένα εμπειρίας και αποτελεσμάτων υγείας από την οπτική του ασθενούς (PREMs–PROMs): Τέταρτη κατηγορία δεδομένων αφορά την ίδια τη φωνή του ασθενούς και των φροντιστών. Τα PREMs καταγράφουν την εμπειρία της φροντίδας: σεβασμός, επικοινωνία, συμμετοχή σε αποφάσεις, συντονισμός μεταξύ επαγγελματιών, αντιληπτή ασφάλεια στο σπίτι. Τα PROMs εστιάζουν στα αποτελέσματα υγείας, όπως η ποιότητα ζωής, η λειτουργικότητα, η ένταση συμπτωμάτων, η αυτοδιαχείριση της νόσου. Τα δεδομένα αυτά είναι κρίσιμα για τον άξονα «ασθενοκεντρικότητα» και για την αξιολόγηση της συνολικής αξίας του προγράμματος.

Δεδομένα φροντιστών: Ο φροντιστής αποτελεί κεντρικό παράγοντα επιτυχίας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι. Χωρίς την ενεργή συμμετοχή και την επαρκή υποστήριξή του, η συμμόρφωση και η ασφάλεια του ασθενούς τίθενται σε κίνδυνο. Τα δεδομένα αυτά περιλαμβάνουν το επίπεδο επιβάρυνσης του φροντιστή, την κατανόησή του για το πλάνο φροντίδας, την ικανότητά του να εκτελεί βασικές ενέργειες (π.χ. χορήγηση αγωγής, αναγνώριση κινδύνων), καθώς και τη δική του εμπειρία από το πρόγραμμα. Η αξιολόγηση αυτών των παραμέτρων είναι απαραίτητη τόσο για την κλινική πρακτική όσο και για την ανάπτυξη δεικτών αποδοτικότητας και βιωσιμότητας του μοντέλου.

Δεδομένα λειτουργίας και αποδοτικότητας της υπηρεσίας: Τέλος, σημαντικό ρόλο έχουν τα λειτουργικά δεδομένα: αριθμός επισκέψεων ανά ασθενή, μέση διάρκεια επεισοδίου κατ' οίκον νοσηλείας, χρόνος απόκρισης στις κλήσεις, κατανομή φόρτου εργασίας στους επαγγελματίες, χρήση μεταφορικών μέσων, κόστος εξοπλισμού, αναλώσιμων και προσωπικού, μέση απόσταση μετακίνησης ομάδων. Τα δεδομένα αυτά επιτρέπουν την ανάπτυξη δεικτών αποδοτικότητας, την οικονομική αποτίμηση του προγράμματος και τη σύγκριση με το κόστος της κλασικής νοσοκομειακής νοσηλείας.

1.3.3 Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (Minimum Data Set - MDS)

Για να είναι δυνατή η σύγκριση μεταξύ νοσοκομείων, η ανάπτυξη κοινών δεικτών και η αξιόπιστη αξιολόγηση, απαιτείται ένας σαφής ορισμός ενός Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων (MDS). Το MDS δεν περιορίζει τα νοσοκομεία από την συλλογή πρόσθετων στοιχείων, αλλά ορίζει τα υποχρεωτικά πεδία που πρέπει να καταγράφονται με ενιαίο τρόπο σε όλες τις δομές που υλοποιούν το ΝΟΣΠΙ.

Πίνακας 3: Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων

Κατηγορία	Ελάχιστα απαιτούμενα δεδομένα
Επιλογή ασθενούς (Προφίλ και ένταξη ασθενούς)	Ηλικία, φύλο, βασική διάγνωση, συν νοσηρότητες, λειτουργική κατάσταση, κριτήρια ένταξης/αποκλεισμού, στοιχεία κατοικίας, ύπαρξη φροντιστή, ημερομηνία έναρξης και λήξης περιστατικού
Κλινική παρακολούθηση	Ζωτικά σημεία, βασικές εργαστηριακές τιμές, περιγραφή κλινικών παρεμβάσεων, αλλαγές αγωγής, καταγραφή επιπλοκών και κλινικών συμβάντων



Τηλεπαρακολούθηση	Τύπος συσκευών, συχνότητα μετρήσεων, αριθμός και είδος alerts, χρόνος απόκρισης, τεχνικές αστοχίες
Συμβάντα/Ασφάλεια	Επιπλοκές, σφάλματα αγωγής, παρολίγον συμβάντα
Εκβάσεις	Διάρκεια κατ' οίκον νοσηλείας, επανεισαγωγές, ανάγκη μετάβασης σε ΜΕΘ, λειτουργική κατάσταση εξόδου, θνησιμότητα σχετιζόμενη με το περιστατικό
Εμπειρία ασθενών/φροντιστών	Βασικά PREMs (ικανοποίηση, επικοινωνία, συντονισμός) και PROMs (ποιότητα ζωής, αυτοφροντίδα), σε προκαθορισμένες χρονικές στιγμές
Λειτουργικά στοιχεία	Αριθμός επισκέψεων ανά ασθενή, χρόνος παραμονής ανά επίσκεψη, εμπλεκόμενες ειδικότητες, βασικές κατηγορίες κόστους

Η ανάπτυξη και υιοθέτηση του MDS είναι κρίσιμη, καθώς πάνω σε αυτό θα δομηθεί το σύστημα δεικτών και KPIs.

1.3.4 Απαιτήσεις για το Πληροφοριακό Σύστημα ΝΟΣΠΙ

Το Πληροφοριακό Σύστημα που θα υποστηρίξει το ΝΟΣΠΙ δεν είναι ένα απλό ηλεκτρονικό αρχείο. Αποτελεί κεντρικό εργαλείο κλινικής λειτουργίας, διαχείρισης πόρων και αξιολόγησης ποιότητας. Μπορούν να διακριθούν τρεις ομάδες απαιτήσεων: λειτουργικές, τεχνικές και οργανωτικές.

Λειτουργικές απαιτήσεις: Το σύστημα πρέπει να επιτρέπει την καταγραφή όλων των σταδίων φροντίδας: ένταξη, σχεδιασμό πλάνου, κλινικές επισκέψεις, τηλεπαρακολούθηση, επείγοντα συμβάντα, επανεισαγωγή, κλείσιμο επεισοδίου. Η καταγραφή οφείλει να γίνεται κατά προτίμηση σε πραγματικό χρόνο, με δυνατότητα χρήσης φορητών συσκευών (tablet, φορητοί υπολογιστές) στο σπίτι του ασθενούς. Πρέπει να υπάρχουν δομημένα πεδία για το MDS, συμπληρωματικά πεδία για ελεύθερη κλινική περιγραφή, λειτουργίες υπενθύμισης (reminders) για προγραμματισμένες επισκέψεις και προθεσμίες επανεκτίμησης, καθώς και δυνατότητα επισκόπησης της συνολικής πορείας του ασθενούς από την διεπιστημονική ομάδα.

Τεχνικές απαιτήσεις και δια λειτουργικότητα: Σε τεχνικό επίπεδο, το σύστημα οφείλει να υποστηρίζει ασφαλή διασύνδεση με τα νοσοκομειακά πληροφοριακά συστήματα, ώστε τα δεδομένα να μην διπλοκαταγράφονται. Ιδανικά, ο κλινικός φάκελος του ΝΟΣΠΙ αποτελεί επέκταση του υπάρχοντος ηλεκτρονικού φακέλου του νοσοκομείου. Η δια λειτουργικότητα με πλατφόρμες τηλεπαρακολούθησης πρέπει να επιτρέπει την αυτόματη εισαγωγή μετρήσεων και κλινικών ειδοποιήσεων (alerts), με κατάλληλη ταξινόμηση και φιλτράρισμα ώστε να αποφεύγεται ο υπερκορεσμός πληροφοριών.

Ασφάλεια, πρόσβαση και λογοδοσία: Το σύστημα πρέπει να εφαρμόζει αυστηρές πολιτικές ελέγχου πρόσβασης, με διακριτούς ρόλους (ιατρός, νοσηλεύτης, συντονιστής, διοικητική υποστήριξη, αναλυτής δεδομένων) και αντίστοιχα επίπεδα δικαιωμάτων. Η πρόσβαση στα δεδομένα πρέπει να καταγράφεται με αρχεία ελέγχου (audit logs), ώστε να είναι δυνατή η αναδρομική διερεύνηση σε περίπτωση περιστατικών ασφάλειας. Η κρυπτογράφηση δεδομένων σε μεταφορά και αποθήκευση, η ασφαλής πιστοποίηση χρηστών και η τήρηση πολιτικών δημιουργίας αντιγράφων ασφαλείας (backup) είναι προϋποθέσεις τόσο για τη συμμόρφωση με τον GDPR όσο και για την επιχειρησιακή συνέχεια, ιδίως σε περιβάλλον που στηρίζεται έντονα σε ψηφιακή παρακολούθηση.

Διακυβέρνηση δεδομένων (data governance): Πέραν της τεχνικής διάστασης, απαιτείται σαφώς ορισμένο πλαίσιο διακυβέρνησης δεδομένων, το οποίο καθορίζει με ακρίβεια τους ρόλους και τις αρμοδιότητες σε όλο τον κύκλο ζωής των δεδομένων: ποιος φέρει την ευθύνη για την πληρότητα και την ποιότητα των καταγραφών, ποιος έχει την αρμοδιότητα της τελικής έγκρισης και του κλεισίματος ενός περιστατικού, ποιοι και υπό ποιες προϋποθέσεις έχουν πρόσβαση σε εικονικά ή συνθετικά σύνολα δεδομένων για ερευνητικούς σκοπούς, καθώς και με ποιους μηχανισμούς διασφαλίζεται ότι οι δείκτες βασίζονται αποκλειστικά σε αξιόπιστες, επαληθευμένες και ιχνηλάσιμες πηγές δεδομένων. Η διακυβέρνηση δεδομένων συνδέεται άμεσα με τις πολιτικές ποιότητας που αναπτύσσονται στο παρόν και επηρεάζει τη δυνατότητα αξιοποίησης των ευρημάτων για θεσμικό εκσυγχρονισμό.

Καταγραφή σε πραγματικό χρόνο: Όλες οι παρεμβάσεις και μετρήσεις καταγράφονται την ώρα που πραγματοποιούνται.

Δομημένα πεδία δεδομένων: Οι καταγραφές πρέπει να γίνονται με τυποποιημένα πεδία, όχι με ελεύθερο κείμενο, ώστε να είναι συγκρίσιμες.

Δια λειτουργικότητα: Απαραίτητη η ανταλλαγή δεδομένων με HIS, LIS, RIS, ηλεκτρονικό φάκελο και πλατφόρμες τηλεπαρακολούθησης.

Ασφαλή διασύνδεση: Κρυπτογράφηση, έλεγχος πρόσβασης, αρχεία ελέγχου (audit logs).

Αυτόματες κλινικές ειδοποιήσεις (alerts) και ενσωμάτωση πρωτοκόλλων ανταπόκρισης: Το σύστημα πρέπει να επιτρέπει έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης και να ενεργοποιεί συγκεκριμένη διαδικασία.

Ψηφιακή ιχνηλασιμότητα: Καταγραφή κάθε ενέργειας, χρονοσήμανση, υπεύθυνος χρήστης.

Εξαγωγή δεδομένων για δείκτες: Απαραίτητη λειτουργία.

1.3.5 Επεξήγηση Ορολογίας Ενότητας

Ιχνηλασιμότητα (traceability)

Η δυνατότητα να ανασυγκροτηθεί πλήρως η πορεία ενός ασθενούς και ενός κλινικού περιστατικού, από την απόφαση ένταξης έως την ολοκλήρωση της φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των παρεμβάσεων, των μετρήσεων και των αποφάσεων. Η ιχνηλασιμότητα επιτρέπει τη διερεύνηση συμβάντων, την τεκμηρίωση λήψης αποφάσεων και την αξιολόγηση της ποιότητας.

Δια λειτουργικότητα (interoperability)

Η δυνατότητα διαφορετικών πληροφοριακών συστημάτων να ανταλλάσσουν δεδομένα και να τα ερμηνεύουν με τον ίδιο τρόπο. Στο ΝΟΣΠΙ αφορά την επικοινωνία μεταξύ πληροφοριακού συστήματος νοσοκομείου, τηλεϊατρικών πλατφορμών, ηλεκτρονικού φακέλου και εργαλείων ανάλυσης.

Minimum Data Set (MDS)

Το ελάχιστο σύνολο δεδομένων που πρέπει υποχρεωτικά να συλλέγεται με ενιαίο τρόπο από όλες τις μονάδες που εφαρμόζουν το ΝΟΣΠΙ, ώστε να είναι δυνατή η συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων και η ανάπτυξη εθνικών δεικτών ποιότητας, ασφάλειας, εμπειρίας και αποδοτικότητας.

Alerts



Κλινικές αυτόματες ειδοποιήσεις που παράγονται είτε από συσκευές τηλεπαρακολούθησης είτε από το πληροφοριακό σύστημα όταν συγκεκριμένα κριτήρια πληρούνται (π.χ. τιμή βιοσήματος εκτός ορίων, διακοπή σύνδεσης, καθυστέρηση προγραμματισμένης επίσκεψης). Η σωστή διαχείριση των alerts αποτελεί κρίσιμο δείκτη ασφάλειας και απαιτεί σαφώς ορισμένα πρωτόκολλα ανταπόκρισης.

PREMs (Patient Reported Experience Measures)

Τυποποιημένα εργαλεία με τα οποία ο ασθενής αξιολογεί την εμπειρία του από τη φροντίδα: επικοινωνία, σεβασμός, συντονισμός, συμμετοχή σε αποφάσεις, αντιληπτή ασφάλεια, υποστήριξη στο σπίτι.

PROMs (Patient Reported Outcome Measures)

Τυποποιημένα εργαλεία με τα οποία ο ασθενής αποτυπώνει ο ίδιος την κατάσταση της υγείας του και τα αποτελέσματα της θεραπείας: ένταση συμπτωμάτων, λειτουργική ικανότητα, ποιότητα ζωής, αυτονομία.

2 Διακυβέρνηση Ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι αποτελεί ένα σύνθετο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, το οποίο φέρει όλα τα χαρακτηριστικά της νοσοκομειακής περίθαλψης, αλλά υλοποιείται σε χώρο μη ελεγχόμενο, με ασθενείς που βρίσκονται εκτός άμεσης εποπτείας και με ομάδες υγείας που επιχειρούν σε διασκορπισμένο περιβάλλον. Το γεγονός αυτό καθιστά τη διακυβέρνηση ποιότητας όχι απλώς διοικητική απαίτηση αλλά συστατικό στοιχείο της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας του μοντέλου.

Η διακυβέρνηση ποιότητας στο ΝΟΣΠΙ συνδυάζει δύο πυλώνες.

Ο πρώτος είναι η **οργανωτική διακυβέρνηση**, η οποία θεσμοθετεί τους ρόλους, τις αρμοδιότητες, τις διαδικασίες, τους μηχανισμούς λογοδοσίας και τον τρόπο με τον οποίο το πρόγραμμα υλοποιείται σε καθημερινή βάση.

Ο δεύτερος είναι η **κλινική διακυβέρνηση**, η οποία διασφαλίζει την επιστημονική εγκυρότητα, την κλινική ορθότητα, την εφαρμογή τεκμηριωμένων πρακτικών και τη συστηματική παρακολούθηση των εκβάσεων και της ασφάλειας.

Η ενοποίηση αυτών των δύο διαστάσεων συγκροτεί ένα **λειτουργικό, αξιόπιστο και ασφαλές σύστημα**, το οποίο μπορεί να υποστηρίξει την ανάπτυξη ενός νέου μοντέλου κατ' οίκον νοσοκομειακής περίθαλψης σε εθνική κλίμακα.

2.1 Οργανωτική Διακυβέρνηση Ποιότητας

Η οργανωτική διακυβέρνηση συγκροτεί την αρχιτεκτονική πάνω στην οποία στηρίζεται η λειτουργία του ΝΟΣΠΙ. Εξασφαλίζει ότι οι ροές εργασίας, οι επαγγελματικές ευθύνες, η τεκμηρίωση, η χρήση των πόρων, η διαχείριση κινδύνου και οι διαδικασίες παρακολούθησης εκτελούνται με σταθερό, προβλέψιμο και ελεγχόμενο τρόπο.

2.1.1 Θεσμική εποπτεία και ρόλος της διοίκησης

Στην κορυφή της δομής βρίσκεται η διοίκηση του νοσοκομείου. Η διοίκηση φέρει την ανώτατη ευθύνη για την ίδρυση, τη λειτουργία και την εποπτεία του ΝΟΣΠΙ. Πρόκειται για διοικητικό ρόλο, ο οποίος όμως έχει ουσιαστική επίδραση στην κλινική λειτουργία. Η διοίκηση εγκρίνει το οργανωτικό σχήμα, διαθέτει τους απαραίτητους πόρους, εξασφαλίζει την ύπαρξη κατάλληλων επαγγελματιών, επιβλέπει τη συμμόρφωση με τις διαδικασίες και λαμβάνει τις τελικές αποφάσεις για τη διαχείριση κινδύνων και συμβάντων που μπορεί να έχουν νομικές ή επιχειρησιακές συνέπειες.

Ο Διοικητής, ως επικεφαλής, ορίζει την Επιτροπή Ποιότητας του ΝΟΣΠΙ, εγκρίνει τις πολιτικές, παρακολουθεί τους δείκτες και λαμβάνει διορθωτικά μέτρα σε περίπτωση αποκλίσεων. Αποτελεί τον θεματοφύλακα της λογοδοσίας.

2.1.2 Ρόλος Επιστημονικού Υπευθύνου

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος είναι ιατρός με εξειδίκευση σε τομείς σχετικούς με οξεία φροντίδα, χρόνια νοσήματα ή κατ' οίκον θεραπεία. Έχει την πλήρη κλινική ευθύνη του ΝΟΣΠΙ. Αυτός εγκρίνει την ένταξη των ασθενών στο πρόγραμμα, αξιολογεί την καταλληλότητα της φροντίδας στο σπίτι, εποπτεύει την εκτέλεση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, ελέγχει τις κλινικές αποφάσεις της ομάδας και παρεμβαίνει σε περιπτώσεις κλινικής αστάθειας.

Ο ρόλος του δεν είναι μόνο κλινικός. Λειτουργεί ως συνδεδετικός κρίκος μεταξύ νοσοκομείου και κατ' οίκον ομάδας. Επιβλέπει τη συλλογή δεδομένων, εγκρίνει τα κριτήρια επιλογής, αναλύει κλινικά συμβάντα και αξιολογεί τα αποτελέσματα θεραπειών. Αποτελεί τον βασικό υπεύθυνο για την τήρηση των κλινικών προδιαγραφών του παρόντος.

2.1.3 Ρόλος Συντονιστή ΝΟΣΠΙ

Ο Συντονιστής είναι συνήθως διοικητικός υπάλληλος υγείας, και λειτουργεί ως επιχειρησιακός μηχανισμός του προγράμματος. Είναι υπεύθυνος για τον καθημερινό προγραμματισμό επισκέψεων, τον χρονοπρογραμματισμό των επαγγελματιών, την οργάνωση της τεκμηρίωσης, την πρόνοια ότι τα δεδομένα εισάγονται εγκαίρως στο πληροφοριακό σύστημα και τη διατήρηση του MDS.

Αποτελεί επίσης το σημείο επαφής μεταξύ ασθενούς, οικογένειας, διεπιστημονικής ομάδας και νοσοκομείου. Ο συντονιστής εξασφαλίζει ότι οι πόροι (όργανα, αναλώσιμα, εξοπλισμός) φτάνουν στον ασθενή, ότι οι διαδικασίες εφαρμογής του προγράμματος τηρούνται και ότι όλα τα κλινικά συμβάντα αναφέρονται σύμφωνα με τους κανόνες της διακυβέρνησης.

2.1.4 Η Διεπιστημονική Ομάδα

Η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς. Η ομάδα έχει ως αποστολή την ασφαλή εκτέλεση των θεραπευτικών πλάνων στο σπίτι.

Η ομάδα τεκμηριώνει λεπτομερώς κάθε πράξη και παρατήρηση, ενημερώνει τον Επιστημονικό Υπεύθυνο για κάθε απόκλιση ή κίνδυνο, εφαρμόζει τα SOPs και αξιολογεί την συμμόρφωση του ασθενούς. Οι νοσηλευτές έχουν κεντρικό ρόλο, καθώς αποτελούν τον βασικό φορέα σύνδεσης μεταξύ του ασθενούς και του νοσοκομείου, ενώ οι ιατροί διατηρούν κλινική ευθύνη για όλες τις ιατρικές αποφάσεις.

2.1.5 Ρόλος της Επιτροπής Ποιότητας και Ασφάλειας

Η Επιτροπή Ποιότητας αποτελείται από ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς και ειδικούς στην ποιότητα και την ασφάλεια. Η επιτροπή έχει θεσμική αποστολή να αναλύει τους δείκτες ποιότητας, να διερευνά τα κλινικά συμβάντα, να διενεργεί εσωτερικούς ελέγχους, να επιβλέπει τη συμμόρφωση με τα SOPs και να εισηγείται βελτιωτικά μέτρα.

Αποτελεί τον μηχανισμό διορθωτικής δράσης του συστήματος.

2.2 Κλινική Διακυβέρνηση Ποιότητας

Η κλινική διακυβέρνηση δημιουργεί το περιβάλλον μέσα στο οποίο η φροντίδα στο σπίτι μπορεί να παρέχεται με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.

2.2.1 Επιστημονική τεκμηρίωση και κλινικά πρωτόκολλα

Βασικός πυλώνας της κλινικής διακυβέρνησης είναι η εφαρμογή τεκμηριωμένων κλινικών πρακτικών. Όλες οι παρεμβάσεις πρέπει να βασίζονται σε διεθνή επιστημονική τεκμηρίωση, σε μελέτες νοσηλείας στο σπίτι, σε οδηγίες οργανισμών όπως το WHO, το IHI, επαγγελματικές επιστημονικές εταιρείες και σε εξειδικευμένες μελέτες Hospital at Home.

Τα πρωτόκολλα καθορίζουν τη συχνότητα επισκέψεων, τις ενδείξεις, τα σημεία συναγερμού, τις μεθόδους παρακολούθησης, τα χρονικά παράθυρα για ιατρική παρέμβαση (time windows) και τα κριτήρια επανεισαγωγής στο νοσοκομείο.

2.2.2 Κλινικός Έλεγχος (Clinical Audit)

Ο κλινικός έλεγχος έχει ως στόχο τη συστηματική αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας. Αναλύονται κλινικοί φάκελοι, αξιολογείται η ποιότητα της τεκμηρίωσης, ελέγχεται η εφαρμογή των τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας (SOPs), διερευνάται αν ο χρόνος απόκρισης σε κρίσιμα συμβάντα ήταν επαρκής, και εξετάζεται κατά πόσο οι επαγγελματίες τηρούν τις προδιαγραφές.

2.2.3 Σύστημα Διαχείρισης Κινδύνου

Η φροντίδα στο σπίτι συνεπάγεται διαφορετικό και αυξημένο φάσμα κινδύνων σε σχέση με το νοσοκομείο. Το σύστημα διαχείρισης κινδύνου περιλαμβάνει εντοπισμό, καταγραφή, ταξινόμηση και ανάλυση των κινδύνων, ενώ παράλληλα καθορίζει προληπτικές ενέργειες, πρωτόκολλα κλιμάκωσης και συστήματα παρακολούθησης.

2.2.4 Αναφορά και διερεύνηση συμβάντων

Κανένα σύστημα ποιότητας δεν είναι πλήρες χωρίς δομημένο σύστημα αναφοράς συμβάντων. Όλα τα συμβάντα (ανεπιθύμητα, παρολίγον συμβάντα και αποκλίσεις) καταγράφονται και διερευνώνται με μεθοδολογίες όπως Ανάλυση Βασικών Αιτιών (Root Cause Analysis – RCA), ανασκόπηση διεργασιών και αναλύσεις ομαδικής συζήτησης.

Η έμφαση δεν βρίσκεται στην απόδοση ευθυνών αλλά στη δημιουργία γνώσης.

2.2.5 Κουλτούρα Ασφάλειας

Η κουλτούρα ασφάλειας αποτελεί το ψυχολογικό και επαγγελματικό υπόβαθρο της κλινικής διακυβέρνησης. Ορίζει το επίπεδο εμπιστοσύνης που επιτρέπει στους επαγγελματίες να αναφέρουν προβλήματα, να συζητούν ανοιχτά αδυναμίες, να συνεργάζονται και να επιδιώκουν τη βελτίωση. Σε ένα σύστημα κατ' οίκον φροντίδας, η κουλτούρα αυτή είναι κρίσιμη, καθώς αντικαθιστά την παραδοσιακή φυσική εποπτεία.

2.3 Ενοποιημένο Σύστημα Διακυβέρνησης

Η ενοποίηση της οργανωτικής και της κλινικής διακυβέρνησης δημιουργεί ένα ενιαίο, ολιστικό και βιώσιμο σύστημα ποιότητας. Η διοίκηση εξασφαλίζει πόρους και διαδικασίες, ενώ η κλινική διακυβέρνηση διασφαλίζει ότι η φροντίδα έχει επιστημονική βάση.

Η ενοποιημένη δομή διασφαλίζει επίσης τη συνοχή του πληροφοριακού συστήματος, την ποιότητα των δεδομένων και την αξιοπιστία της τηλεπαρακολούθησης, επιτρέποντας στο σύστημα να λειτουργεί με συνέπεια και προβλέψιμη αποτελεσματικότητα.

2.4 Ρόλοι και Αρμοδιότητες

Διοίκηση Νοσοκομείου (Διοικητής): Η διοίκηση του νοσοκομείου φέρει την ανώτατη ευθύνη για την ίδρυση, λειτουργία, πόρους και θεσμική κατοχύρωση του ΝΟΣΠΙ. Εξασφαλίζει την κατανομή προσωπικού, τον εξοπλισμό, τον προϋπολογισμό και τους μηχανισμούς λογοδοσίας, εγκρίνει τις διαδικασίες και λαμβάνει όλες τις αποφάσεις υψηλού κινδύνου που αφορούν τη συμμόρφωση, την ασφάλεια και την ποιότητα. Αποτελεί τον κορμό της οργανωτικής διακυβέρνησης.



Επιστημονικός Υπεύθυνος ΝΟΣΠΙ (Ιατρός): Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος, ιατρός με εμπειρία σε οξέα ή σύνθετα περιστατικά, έχει πλήρη κλινική εποπτεία. Ορίζει τα πρωτόκολλα, εγκρίνει την ένταξη ασθενών, εποπτεύει τις κλινικές πράξεις, καθοδηγεί τη διεπιστημονική ομάδα, αναλύει τα κλινικά αποτελέσματα και διασφαλίζει ότι η φροντίδα στο σπίτι ακολουθεί τις αρχές της τεκμηριωμένης ιατρικής. Αποτελεί τον πυρήνα της κλινικής διακυβέρνησης και συνδέει τη θεωρητική τεκμηρίωση με τους δείκτες και τα αποτελέσματα.

Συντονιστής ΝΟΣΠΙ (Διοικητικός): Ο Συντονιστής έχει την καθημερινή επιχειρησιακή ευθύνη, οργανώνοντας επισκέψεις, χρονοπρογραμματισμό, αρχεία, επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και ομάδας, καθώς και την πρόνοια για υποχρεωτική εισαγωγή δεδομένων στο πληροφοριακό σύστημα. Παρακολουθεί την πορεία των δεικτών, εξασφαλίζει τη ροή πληροφοριών και λειτουργεί ως κρίσιμος σύνδεσμος ανάμεσα στη διοίκηση και την κλινική ομάδα.

Διεπιστημονική Κλινική Ομάδα (Ιατροί, Νοσηλευτές, Φυσικοθεραπευτές, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί): Η ομάδα ευθύνεται για την καθημερινή παροχή νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας στο σπίτι. Οι ιατροί διατηρούν την κλινική ευθύνη κάθε απόφασης. Οι νοσηλευτές αποτελούν τον λειτουργικό άξονα της κατ' οίκον νοσηλείας, με συνεχή παρακολούθηση και τεκμηρίωση. Οι φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγοι και λοιποί επαγγελματίες συνεισφέρουν στην ολιστική αποκατάσταση, ενώ όλοι τεκμηριώνουν συστηματικά τις παρεμβάσεις τους για ανάλυση στο πλαίσιο της ποιότητας.

Επιτροπή Ποιότητας και Ασφάλειας: Η επιτροπή αναλύει τους δείκτες (KPIs), διερευνά συμβάντα, πραγματοποιεί audits, επιβλέπει τη συμμόρφωση με SOPs και εισηγείται διορθωτικές και προληπτικές ενέργειες. Λειτουργεί ως μηχανισμός βελτιωτικής δράσης.

Τμήμα Πληροφορικής: Το τμήμα έχει την ευθύνη της τεχνικής αξιοπιστίας. Διασφαλίζει τη διαλειτουργικότητα του συστήματος, την ακεραιότητα των δεδομένων, την ασφαλή μετάδοση πληροφοριών, την υποστήριξη της τηλεπαρακολούθησης και την απρόσκοπτη λειτουργία των ψηφιακών εργαλείων που απαιτούνται για το MDS και τις αναφορές των δεικτών.

Ασθενείς και Φροντιστές: Αποτελούν ενεργό τμήμα της διακυβέρνησης, καθώς η εμπειρία και τα αναφερόμενα αποτελέσματά τους μέσω PREMs και PROMs καθορίζουν κρίσιμες παραμέτρους ποιότητας. Η συμμετοχή τους συμβάλλει στη διαμόρφωση αξόνων ασθενοκεντρικής φροντίδας.

Πίνακας 4: Ρόλοι, Περιεχόμενο Ευθύνης και Συνεισφορά στη Διακυβέρνηση ΝΟΣΠΙ

Ρόλος	Περιεχόμενο Ευθύνης	Συνεισφορά στη Διακυβέρνηση Ποιότητας
Διοίκηση Νοσοκομείου (Διοικητής)	Έγκριση οργανωτικού σχήματος, διάθεση πόρων, εξασφάλιση στελέχωσης, έγκριση πολιτικών και διαδικασιών, λήψη αποφάσεων υψηλού διοικητικού και νομικού κινδύνου.	Εξασφάλιση θεσμικού πλαισίου λειτουργίας, εποπτεία συμμόρφωσης, έλεγχος λογοδοσίας και επιχειρησιακής συνέχειας.
Επιστημονικός Υπεύθυνος ΝΟΣΠΙ (Ιατρός)	Κλινική εποπτεία προγράμματος, έγκριση πρωτοκόλλων, αξιολόγηση και ένταξη ασθενών, παρακολούθηση	Διασφάλιση κλινικής ποιότητας, εφαρμογή τεκμηριωμένων πρακτικών, επίβλεψη κλινικών αποτελεσμάτων και δεικτών.



	κλινικής πορείας, επίβλεψη διεπιστημονικής ομάδας.	
Συντονιστής ΝΟΣΠΙ (Διοικητικός)	Επιχειρησιακός προγραμματισμός, διαχείριση ροής εργασιών, ενημέρωση πληροφοριακού συστήματος, επικοινωνία με ομάδα και ασθενείς, παρακολούθηση λειτουργικών δεικτών.	Εξασφάλιση λειτουργικής συνέχειας, αξιοπιστία τεκμηρίωσης, οργάνωση καθημερινών διαδικασιών και ροής δεδομένων.
Διεπιστημονική Ομάδα	Εκτέλεση κλινικών πράξεων στο σπίτι, συνεχής κλινική παρακολούθηση, τεκμηρίωση φροντίδας, παρεμβάσεις αποκατάστασης και υποστήριξης.	Παραγωγή κλινικών δεδομένων, εφαρμογή πρωτοκόλλων, συνεισφορά στην αξιολόγηση ασφάλειας και αποτελεσματικότητας.
Επιτροπή Ποιότητας και Ασφάλειας	Ανάλυση δεικτών, διερεύνηση συμβάντων, διενέργεια ελέγχων, αξιολόγηση συμμόρφωσης, εισήγηση διορθωτικών και προληπτικών μέτρων.	Κεντρικός μηχανισμός εσωτερικού ελέγχου, συστηματική βελτίωση ποιότητας, διαχείριση κινδύνου.
Τμήμα Πληροφορικής	Υποστήριξη πληροφοριακού συστήματος, διαλειτουργικότητα, ασφάλεια δεδομένων, λειτουργία τηλεπαρακολούθησης, τεχνική συντήρηση.	Διασφάλιση ακεραιότητας δεδομένων, τεχνική αξιοπιστία και υποστήριξη ψηφιακών λειτουργιών αξιολόγησης.
Ασθενείς και Φροντιστές	Παροχή δεδομένων εμπειρίας και αποτελεσμάτων μέσω PREMs και PROMs, ενεργός συμμετοχή στη φροντίδα.	Συμμετοχική αξιολόγηση ποιότητας, ενίσχυση ασθενοκεντρικότητας και τεκμηρίωση εμπειρικών αποτελεσμάτων.

Πίνακας 5: Οργανωτική Δομή και Ροή Λειτουργιών του ΝΟΣΠΙ

Επίπεδο Δομής	Θέση / Μονάδα	Λειτουργικός Ρόλος στη Δομή
Ανώτατο Επίπεδο	Διοίκηση Νοσοκομείου	Κεντρική διοικητική εποπτεία του ΝΟΣΠΙ. Έγκριση οργανωτικής διάρθρωσης, πόρων, διαδικασιών και στρατηγικών αποφάσεων.
Επιστημονική Ηγεσία	Επιστημονικός Υπεύθυνος ΝΟΣΠΙ (Ιατρός)	Κλινική ευθύνη και επιστημονική επίβλεψη. Έγκριση πρωτοκόλλων, εποπτεία διεπιστημονικής ομάδας, αξιολόγηση κλινικών εκβάσεων.
Επιχειρησιακό Κέντρο	Συντονιστής ΝΟΣΠΙ	Οργάνωση καθημερινής λειτουργίας. Διαχείριση ροών εργασίας, τεκμηρίωσης, επικοινωνίας και επιχειρησιακής υποστήριξης.



Κλινική Υλοποίηση	Διεπιστημονική Ομάδα (Ιατροί, Νοσηλευτές, Παραϊατρικοί)	Παροχή νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι. Εκτέλεση πράξεων, κλινική παρακολούθηση, τεκμηρίωση φροντίδας.
Εσωτερικός Έλεγχος	Επιτροπή Ποιότητας και Ασφάλειας	Ανάλυση δεικτών, διερεύνηση συμβάντων, εσωτερικοί έλεγχοι συμμόρφωσης και εισήγηση διορθωτικών μέτρων.
Τεχνική Υποστήριξη	Τμήμα Πληροφορικής	Λειτουργία πληροφοριακού συστήματος, δια λειτουργικότητα, τεχνική ασφάλεια, τηλεπαρακολούθηση.
Συμμετοχική Παρακολούθηση	Ασθενείς και Φροντιστές	Παροχή εμπειρικών δεδομένων (PREMs– PROMs). Συμμετοχή στην αξιολόγηση ποιότητας και στην ανατροφοδότηση διαδικασιών.

2.5 Εθνικό Σύστημα Διακυβέρνησης Ποιότητας για τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι

Η διακυβέρνηση ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι δεν περιορίζεται στο επίπεδο του νοσοκομείου. Αποτελεί ένα σύστημα κάθετης λογοδοσίας που εκτείνεται από τις δομές παροχής υπηρεσιών έως τους εθνικούς φορείς χάραξης πολιτικής. Η Πολυεπίπεδη διακυβέρνηση είναι απαραίτητη για την εθνική συνοχή, τη συγκρισιμότητα αποτελεσμάτων και την προσαρμογή του μοντέλου στα διεθνή πρότυπα ποιότητας.

Σε επιχειρησιακό επίπεδο, η ευθύνη για την παροχή της φροντίδας, την τεκμηρίωση, την αναφορά συμβάντων και τη συλλογή δεικτών βρίσκεται στο Νοσοκομείο Αναφοράς. Το νοσοκομείο λειτουργεί ως η βασική μονάδα παραγωγής κλινικών δεδομένων και υλοποίησης των διαδικασιών ποιότητας που προβλέπονται στο παρόν πλαίσιο. Η διοίκηση, ο Επιστημονικός Υπεύθυνος, ο Συντονιστής και η διεπιστημονική ομάδα συγκροτούν τον πρώτο πυλώνα διακυβέρνησης.

Σε εθνικό επίπεδο εποπτείας ποιότητας, ο Οργανισμός Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΙΠΥ) έχει ρόλο σύνθεσης, παρακολούθησης και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων όλων των μονάδων ΝΟΣΠΙ. Ο ΟΔΙΠΥ συγκεντρώνει τα δεδομένα από τα νοσοκομεία, αναλύει τους λειτουργικούς και κλινικούς δείκτες, αξιολογεί τη συμμόρφωση με τις προδιαγραφές και παρακολουθεί την εφαρμογή των διαδικασιών που αφορούν την ασφάλεια και την ποιότητα. Παράλληλα, αξιολογεί τα συμβάντα και εισηγείται διορθωτικά και προληπτικά μέτρα, εξασφαλίζοντας ενιαία προσέγγιση σε εθνική κλίμακα.

Σε στρατηγικό επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας αποτελεί τον ανώτατο φορέα πολιτικής και εποπτείας. Εγκρίνει τις εθνικές πολιτικές που αφορούν τη νοσηλεία στο σπίτι, αξιολογεί τις αναφορές και τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα του ΟΔΙΠΥ, καθορίζει την αναγκαία χρηματοδότηση, προωθεί νομοθετικές ρυθμίσεις και εξασφαλίζει τη θεσμική ενσωμάτωση των προτύπων ποιότητας.

Η ροή πληροφοριών και λογοδοσίας μεταξύ των τριών επιπέδων εξασφαλίζει ότι η λειτουργία του ΝΟΣΠΙ δεν παραμένει αποσπασματική, αλλά εντάσσεται σε ένα εθνικό σύστημα συνεχούς βελτίωσης ποιότητας, με σαφείς μηχανισμούς ευθύνης και εποπτείας.



Πίνακας 6: Κάθετη Δομή Διακυβέρνησης και Ροές Πληροφορίας

Επίπεδο	Φορέας	Κύριες Αρμοδιότητες	Ροές Πληροφορίας και Λογοδοσίας
Μακρο-Επίπεδο (Εθνική Πολιτική)	Υπουργείο Υγείας	Στρατηγικός σχεδιασμός, θεσμική ενσωμάτωση, χρηματοδότηση, καθορισμός πολιτικών ποιότητας.	Λαμβάνει εθνικές αναφορές ποιότητας από ΟΔΙΠΥ. Εκδίδει πολιτικές και κανονιστικές αποφάσεις που επιστρέφουν σε ΟΔΙΠΥ και νοσοκομεία.
Μέσο-Επίπεδο (Εθνική Εποπτεία Ποιότητας)	ΟΔΙΠΥ	Ενοποίηση δεικτών, αξιολόγηση συμμόρφωσης, έλεγχος ποιότητας, ανάλυση συμβάντων, εισηγήσεις βελτίωσης.	Λαμβάνει δεδομένα από τα νοσοκομεία. Αποστέλλει αξιολογήσεις, οδηγίες, διορθωτικά μέτρα και εθνικές αναφορές σε Υπουργείο και πάροχους.
Μικρο-Επίπεδο (Κλινική Υλοποίηση)	Νοσοκομείο Αναφοράς ΝΟΣΠΙ (Διοίκηση, Επιστημονικός Υπεύθυνος, Συντονιστής, Ομάδα)	Παροχή φροντίδας, τεκμηρίωση, αναφορά συμβάντων, συλλογή δεικτών, εφαρμογή SOPs(διαδικασίες).	Αποστέλλει στον ΟΔΙΠΥ δείκτες, συμβάντα και αναφορές. Λαμβάνει οδηγίες, διορθωτικά μέτρα και αξιολογήσεις.

3 Σύστημα Διαχείρισης Κινδύνου (Risk Management Framework) στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) αποτελεί σύνθετο μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας, όπου διαδικασίες νοσοκομειακού επιπέδου μεταφέρονται από το ελεγχόμενο περιβάλλον του νοσοκομείου στην οικία του ασθενούς. Η μεταφορά αυτή δημιουργεί διαφορετικό και συχνά αυξημένο φάσμα κινδύνων, τόσο κλινικών όσο και οργανωτικών, τεχνικών και περιβαλλοντικών.

Το Σύστημα Διαχείρισης Κινδύνου του ΝΟΣΠΙ έχει ως στόχο την έγκαιρη πρόβλεψη, αναγνώριση, αξιολόγηση και μείωση των κινδύνων, ώστε η φροντίδα να παραμένει ασφαλής, αξιόπιστη και συνεχής. Η δομή του συστήματος βασίζεται σε αναγνωρισμένα διεθνή πλαίσια διαχείρισης κινδύνου, όπως οι κατευθύνσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Institute for Healthcare Improvement, καθώς και σε γενικότερα πλαίσια διαχείρισης κινδύνου στον χώρο της υγείας.

Το σύστημα λειτουργεί σε τέσσερα βασικά επίπεδα: εντοπισμός κινδύνων, αξιολόγηση και διαβάθμιση, διαχείριση μέσω προληπτικών και διορθωτικών ενεργειών, παρακολούθηση, αναθεώρηση και συστηματική βελτίωση.

1. Εντοπισμός κινδύνων

Η διαδικασία ξεκινά με τον συστηματικό εντοπισμό των κινδύνων. Οι κίνδυνοι μπορεί να αφορούν την κλινική κατάσταση του ασθενούς, την αξιοπιστία και ασφαλή χρήση του εξοπλισμού, τις συνθήκες της κατοικίας, τη διαθεσιμότητα και οργάνωση της ομάδας υγείας, τη δομή των διαδικασιών, καθώς και τη λειτουργία του πληροφοριακού συστήματος.

Ο εντοπισμός γίνεται από όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και τον Συντονιστή του προγράμματος και καταγράφεται σε τυποποιημένο έντυπο ή ηλεκτρονική φόρμα αναφοράς κινδύνου.

2. Αξιολόγηση και διαβάθμιση κινδύνων

Κάθε κίνδυνος αξιολογείται με βάση την πιθανότητα εμφάνισης και τη σοβαρότητα των επιπτώσεων. Η αξιολόγηση γίνεται με σαφή κριτήρια, οδηγεί σε διαβάθμιση προτεραιοτήτων και επιτρέπει στο σύστημα να εστιάζει στους σημαντικότερους κινδύνους.

Οι κίνδυνοι υψηλού επιπέδου απαιτούν άμεση αντιμετώπιση από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο και τα αρμόδια στελέχη του νοσοκομείου, ενώ οι μέτριοι και χαμηλοί κίνδυνοι παρακολουθούνται συστηματικά και επανεκτιμώνται όταν μεταβάλλονται οι συνθήκες.

3. Διαχείριση κινδύνων

Η διαχείριση των κινδύνων περιλαμβάνει προληπτικές και διορθωτικές ενέργειες. Τα προληπτικά μέτρα εστιάζουν στην ασφαλή οργάνωση της φροντίδας, στη συνεπή εφαρμογή των κλινικών πρωτοκόλλων, στη σαφή και δομημένη επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και στην αξιοποίηση της τηλεπαρακολούθησης για έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης της κλινικής κατάστασης.

Τα διορθωτικά μέτρα εφαρμόζονται όταν παρουσιαστεί συμβάν ή απόκλιση. Περιλαμβάνουν προσαρμογή του θεραπευτικού πλάνου, άμεση κλινική παρέμβαση, πιθανή επανεισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, καθώς και ανασκόπηση των διαδικασιών που συνέβαλαν στην εκδήλωση του συμβάντος.



4. Καταγραφή και διερεύνηση συμβάντων

Κεντρικό στοιχείο του συστήματος αποτελεί η συστηματική καταγραφή και διερεύνηση των συμβάντων και των παρολίγον συμβάντων. Τα συμβάντα εισάγονται στο πληροφοριακό σύστημα και εξετάζονται από την Επιτροπή Ποιότητας και Ασφάλειας. Η διερεύνηση πραγματοποιείται με αναγνωρισμένες επιστημονικές μεθόδους, ώστε να εντοπίζονται οι πραγματικές αιτίες και να σχεδιάζονται μέτρα πρόληψης.

Ο στόχος δεν είναι η απόδοση ατομικής ευθύνης, αλλά η εδραίωση κουλτούρας μάθησης και συνεχούς βελτίωσης.

Το πληροφοριακό σύστημα υποστηρίζει καίρια τη διαχείριση κινδύνου. Η αξιοπιστία της τηλεπαρακολούθησης, η ασφάλεια και ακεραιότητα των δεδομένων, η ορθή τεκμηρίωση και η διαλειτουργικότητα των συστημάτων αποτελούν κρίσιμα στοιχεία λειτουργικής ασφάλειας. Η τεχνική εποπτεία από το Τμήμα Πληροφορικής συμβάλλει στην αποφυγή τεχνικών σφαλμάτων και στη διασφάλιση έγκαιρης απόκρισης του συστήματος.

Σε εθνικό επίπεδο, ο ΟΔΙΠΥ συγκεντρώνει τα δεδομένα κινδύνου από όλα τα νοσοκομεία που εφαρμόζουν ΝΟΣΠΙ και τα αξιοποιεί για εθνικές αναφορές, συγκριτικές αξιολογήσεις και ανάπτυξη προτύπων ασφάλειας. Το Υπουργείο Υγείας χρησιμοποιεί τις αναλύσεις αυτές για τη διαμόρφωση πολιτικών και κανονιστικών παρεμβάσεων. Με αυτόν τον τρόπο, η διαχείριση κινδύνου εντάσσεται σε ενιαίο εθνικό σύστημα παρακολούθησης, λογοδοσίας και συνεχούς βελτίωσης.



3.1 Συγκεντρωτική Αποτύπωση Συστήματος Διαχείρισης Κινδύνου ΝΟΣΠΙ

Πίνακας 7: Συγκεντρωτική Αποτύπωση Συστήματος Διαχείρισης Κινδύνου ΝΟΣΠΙ

Θεματικός Άξονας	Περιγραφή Περιεχομένου	Εμπλεκόμενοι Ρόλοι	Κρίσιμες Λειτουργίες	Παραγόμενα Αποτελέσματα / Έγγραφα	Σύνδεση Δείκτες (EL / EN)
Εντοπισμός Κινδύνων	Αναγνώριση κλινικών, οργανωτικών, τεχνικών και περιβαλλοντικών κινδύνων στην κατ' οίκον νοσηλεία.	Διεπιστημονική Ομάδα, Συντονιστής ΝΟΣΠΙ, Επιστημονικός Υπεύθυνος	Συλλογή δεδομένων πεδίου, παρατήρηση πρακτικών, αρχική καταγραφή κινδύνων	Έντυπα Αναφοράς Κινδύνου, Ημερήσιες Καταγραφές	Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων (Rate of serious adverse events) Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων (Incident reporting compliance)
Αξιολόγηση Κινδύνων	Εκτίμηση πιθανότητας και επίπτωσης κινδύνων με ταξινόμηση σοβαρότητας.	Επιστημονικός Υπεύθυνος, Επιτροπή Ποιότητας	Ποιοτική & ποσοτική αξιολόγηση, βαθμονόμηση κινδύνου	Μητρώο Κινδύνων (Risk Registry)	Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων (Rate of preventable adverse events) Οργανωσιακή μάθηση από συμβάντα (Organisational learning from incidents)
Διαχείριση Κινδύνων	Σχεδιασμός και εφαρμογή προληπτικών και διορθωτικών ενεργειών.	Επιστημονικός Υπεύθυνος, Διοίκηση, Συντονιστής, Ομάδα ΝΟΣΠΙ	Επιλογή μέτρων, υλοποίηση Διορθωτικών Ενεργειών /CAPA,	Σχέδια CAPA, επικαιροποιημένα SOPs	Συμμόρφωση με κρίσιμα SOPs ασφάλειας (Compliance with critical safety SOPs)

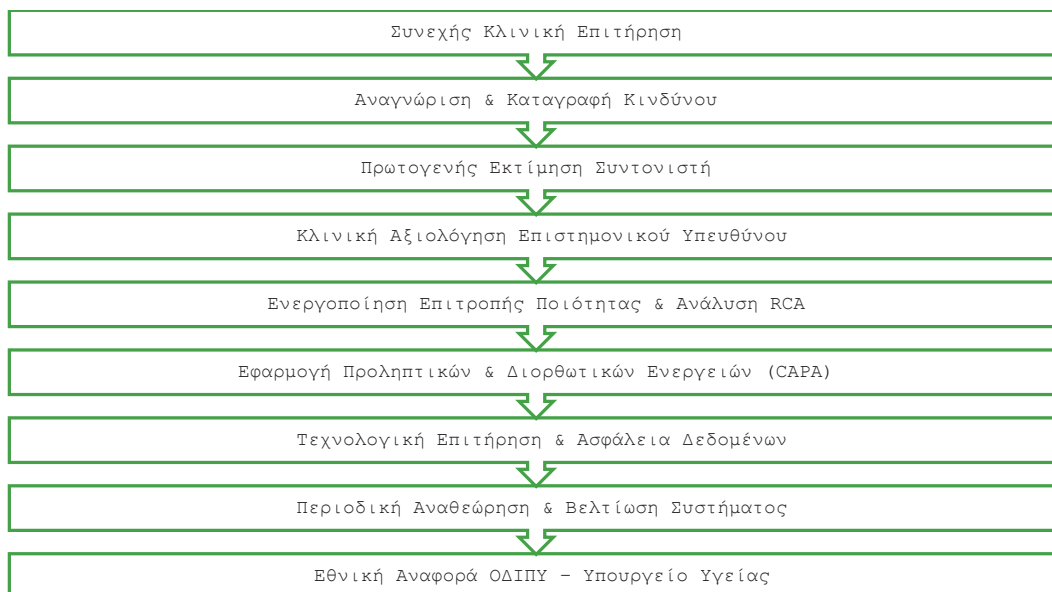


Θεματικός Άξονας	Περιγραφή Περιεχομένου	Εμπλεκόμενοι Ρόλοι	Κρίσιμες Λειτουργίες	Παραγόμενα Αποτελέσματα / Έγγραφα	Σύνδεση Δείκτες (EL / EN)
			αναθεώρηση διαδικασιών		Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής (Safe medication management)
Καταγραφή Συμβάντων & Near Misses	Συστηματική καταγραφή συμβάντων και παραλίγο συμβάντων.	Όλα τα μέλη Ομάδας ΝΟΣΠΙ, Επιτροπή Ποιότητας	Καταχώρηση στο ΠΣ, ανωνυμοποιημένη αναφορά	Αναφορές Συμβάντων, Βάση Δεδομένων Συμβάντων	Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων (Rate of serious adverse events) Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς (Incident reporting compliance)
Ανάλυση Βασικών Αιτιών (RCA)	Διερεύνηση βαθύτερων αιτιών για πρόληψη επανάληψης.	Επιτροπή Ποιότητας & Ασφάλειας	RCA, Fishbone (Ishikawa), 5 Whys	Εκθέσεις RCA, Συστάσεις Βελτίωσης	Οργανωσιακή μάθηση από συμβάντα (Organisational learning from incidents) Αποτρέψιμα συμβάντα (Preventable adverse events)
Παρακολούθηση & Αναθεώρηση	Συνεχής επανεκτίμηση κινδύνων και ενεργειών.	Διοίκηση, Επιστημονικός Υπεύθυνος, ΟΔΙΠΥ	Review KPIs, αναθεώρηση CAPA, feedback loop	Reports παρακολούθησης, επικαιροποιήσεις SOPs	Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ (HaH unit maturity) Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ (Overall unit performance)



Θεματικός Άξονας	Περιγραφή Περιεχομένου	Εμπλεκόμενοι Ρόλοι	Κρίσιμες Λειτουργίες	Παραγόμενα Αποτελέσματα / Έγγραφα	Σύνδεση Δείκτες (EL / EN)
Ψηφιακή Ασφάλεια & Τηλεπαρακολούθηση	Διασφάλιση αξιοπιστίας δεδομένων, τηλεϊατρικής και συμμόρφωσης με GDPR.	Τμήμα Πληροφορικής, Συντονιστής, Επιστημονικός Υπεύθυνος	Έλεγχος συστημάτων, διαχείριση alerts, τεχνικά incident response	Audit logs, reports αξιοπιστίας	Ασφάλεια & προστασία δεδομένων (Data security & protection) Έγκαιρη απάντηση ομάδας ΝΟΣΠΙ (Timely HaH team response) Αποδοχή τηλεπαρακολούθησης (Remote monitoring acceptance)
	Ενοποίηση και αξιοποίηση δεδομένων κινδύνου σε εθνικό επίπεδο.	ΟΔΙΠΥ, Διοικήσεις Νοσοκομείων, Υπουργείο Υγείας	Benchmarking, συγκριτικές αναλύσεις, οδηγίες πολιτικής	Εθνικές Αναφορές, Συστάσεις Πολιτικής	Αναφορά δεδομένων προς ΟΔΙΠΥ (Reporting to ODIPY) Συμμόρφωση με εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ (Compliance with national HaH framework)

3.2 Οργανόγραμμα Ροής Συστήματος Διαχείρισης Κινδύνου (Risk Management Framework – ΝΟΣΠΙ)



- 1. Συνεχής Κλινική Παρατήρηση & Επιτήρηση:** Η διαδικασία ξεκινά από την καθημερινή κλινική παρακολούθηση του ασθενούς στο σπίτι. Η διεπιστημονική ομάδα εντοπίζει αλλαγές, αποκλίσεις ή στοιχεία που ενδέχεται να αποτελέσουν πηγή κινδύνου. Οποιαδήποτε παρατήρηση μπορεί να ενεργοποιήσει τη διαδικασία αναφοράς. **Ρόλοι:** Γιατροί, Νοσηλευτές, Φυσικοθεραπευτές, Ψυχολόγοι, Συντονιστής ΝΟΣΠΙ, **Τύποι κινδύνων:** Κλινικοί, λειτουργικοί, τεχνικοί, φαρμακευτικοί, κοινωνικοί.
- 2. Αναγνώριση και Καταγραφή Κινδύνου (Risk Identification):** Ο επαγγελματίας που εντοπίζει τον κίνδυνο συμπληρώνει τυποποιημένη αναφορά κινδύνου. Η καταγραφή γίνεται άμεσα, μέσω του πληροφοριακού συστήματος ή ειδικού εντύπου. Περιεχόμενο αναφοράς: περιγραφή συμβάντος ή πιθανού κινδύνου, συνθήκες εμφάνισης, άτομα που εμπλέκονται, πιθανοί μηχανισμοί πρόκλησης, άμεσος αντίκτυπος στον ασθενή. **Ρόλοι:** Όλο το κλινικό προσωπικό, Συντονιστής.
- 3. Πρωτογενής Εκτίμηση από τον Συντονιστή ΝΟΣΠΙ:** Ο Συντονιστής συγκεντρώνει τις αναφορές και πραγματοποιεί προκαταρκτική εκτίμηση, ώστε να επιβεβαιώσει ότι πρόκειται για πραγματικό κίνδυνο, να ταξινομήσει το επίπεδο σοβαρότητας και ενημερώσει άμεσα τον Επιστημονικό Υπεύθυνο όταν ο κίνδυνος είναι υψηλής βαρύτητας. **Αποτελεί κρίσιμο φίλτρο πριν την πλήρη ανάλυση.**
- 4. Κλινική Εκτίμηση από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο (Risk Evaluation):** Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος αναλύει τη σοβαρότητα και πιθανότητα εμφάνισης, εκτιμά τον κίνδυνο σε σχέση με τη συνολική κατάσταση του ασθενούς, αποφασίζει εάν απαιτείται άμεση



παρέμβαση ,αλλαγή θεραπείας ή επανεισαγωγή στο νοσοκομείο και καταχωρεί τον κίνδυνο στο Μητρώο Κινδύνων (Risk Registry). **Το βήμα αυτό αποτελεί τον πυρήνα της κλινικής διακυβέρνησης του ΝΟΣΠΙ.**

5. **Ενεργοποίηση Επιτροπής Ποιότητας & Ασφάλειας:** Η Επιτροπή εξετάζει κάθε σοβαρό κίνδυνο ή επαναλαμβανόμενο μοτίβο κινδύνων. Πραγματοποιεί σε βάθος αξιολόγηση και εισηγείται μέτρα βελτίωσης. Εργαλεία που χρησιμοποιεί: Root Cause Analysis (RCA), Fishbone Analysis, 5 Whys, Bow-Tie Models, Audit tracing διαδικασιών. **Το αποτέλεσμα είναι μια τεκμηριωμένη έκθεση.**
6. **Λήψη και Εφαρμογή Προληπτικών & Διορθωτικών Ενεργειών (CAPA):** Με βάση τα πορίσματα της Επιτροπής, εφαρμόζονται αλλαγές σε SOPs με διαφοροποιήσεις κλινικής πρακτικής, επιπλέον εκπαίδευση προσωπικού, τεχνικές διορθώσεις σε εξοπλισμό και συστήματα, ενέργειες για ασθενοκεντρική υποστήριξη και μέτρα άμεσης βελτίωσης ασφάλειας. **Οι ενέργειες τεκμηριώνονται και παρακολουθούνται για την αποτελεσματικότητά τους.**
7. **Τεχνολογική Επιτήρηση και Διασφάλιση Δεδομένων:** Το Τμήμα Πληροφορικής και ο Συντονιστής ελέγχουν τη λειτουργικότητα τηλεπαρακολούθησης, διασφαλίζουν την ακεραιότητα και διαθεσιμότητα δεδομένων και επιλύουν τεχνικά incident που μπορούν να αποτελέσουν παράγοντα κινδύνου. **Η ψηφιακή αξιοπιστία αποτελεί δομικό στοιχείο ασφάλειας στο ΝΟΣΠΙ.**
8. **Συνεχής Αναθεώρηση & Επικαιροποίηση Συστήματος:** Το σύστημα διαχείρισης κινδύνου αναθεωρείται περιοδικά. Η Επιτροπή ελέγχει αν τα μέτρα ήταν αποτελεσματικά. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος επικαιροποιεί το Risk Registry. **Η Διοίκηση νοσοκομείου αξιολογεί τον συνολικό κλινικό κίνδυνο.**
9. **Εθνική Συγκέντρωση Δεδομένων και Αναφορά προς ΟΔΙΠΥ – Υπουργείο Υγείας:** Τα νοσοκομεία αποστέλλουν συγκεντρωτικά δεδομένα κινδύνου στον ΟΔΙΠΥ. Ο ΟΔΙΠΥ πραγματοποιεί συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking), παραγωγή εθνικών δεικτών ασφάλειας και εισηγήσεις πολιτικής προς Υπουργείο. **Αποτελεί το ανώτατο επίπεδο διακυβέρνησης του συστήματος.**

3.3 Πίνακας Ερμηνείας Ορολογίας (Risk Management – ΝΟΣΠΙ)

Πίνακας 8: Ερμηνείας Ορολογίας (Risk Management – ΝΟΣΠΙ)

Όρος	Ερμηνεία	Σημασία στο ΝΟΣΠΙ
Risk (Κίνδυνος)	Πιθανότητα εμφάνισης γεγονότος που μπορεί να	Ο πυρήνας του συστήματος ασφάλειας. Αφορά



Όρος	Ερμηνεία	Σημασία στο ΝΟΣΠΙ
	προκαλέσει βλάβη στον ασθενή, στο προσωπικό, στον εξοπλισμό ή στη λειτουργία του προγράμματος.	κλινικούς, λειτουργικούς, τεχνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.
Hazard (Απειλή / Παράγοντας Κινδύνου)	Συνθήκη ή κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε κίνδυνο.	Παραδείγματα: ασταθές περιβάλλον κατοικίας, μη αξιόπιστος εξοπλισμός, ανεπαρκής τεκμηρίωση.
Incident (Συμβάν)	Ανεπιθύμητο γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την ασφάλεια. Μπορεί να έχει προκαλέσει ή να μην έχει προκαλέσει βλάβη.	Είναι υποχρεωτικό να καταγράφεται και να διερευνάται. Αποτελεί βάση βελτίωσης.
Near Miss (Παραλίγο Συμβάν)	Γεγονός που θα μπορούσε να οδηγήσει σε βλάβη, αλλά αποφεύχθηκε εγκαίρως.	Έχει μεγάλη αξία για την πρόληψη. Αποκαλύπτει αδυναμίες σε διαδικασίες και συστήματα.
Risk Identification (Εντοπισμός Κινδύνου)	Συστηματική αναγνώριση κινδύνων από όλη την ομάδα.	Το πρώτο βήμα του κύκλου διαχείρισης κινδύνου.
Risk Evaluation (Αξιολόγηση Κινδύνου)	Εκτίμηση της πιθανότητας και σοβαρότητας ενός κινδύνου.	Καθορίζει το επίπεδο προτεραιότητας και τις απαιτούμενες ενέργειες.
Risk Registry (Μητρώο Κινδύνων)	Τυποποιημένη λίστα όπου καταγράφονται όλοι οι κίνδυνοι, η αξιολόγησή τους και οι ενέργειες αντιμετώπισης.	Αποτελεί επίσημο αρχείο διακυβέρνησης.
CAPA (Corrective and Preventive Actions)	Διορθωτικές και προληπτικές ενέργειες που εφαρμόζονται μετά από συμβάν ή αναγνωρισμένο κίνδυνο.	Αποτελούν δείκτη ωριμότητας του συστήματος ποιότητας.
RCA (Root Cause Analysis)	Αναγνώριση των βαθύτερων αιτιών ενός συμβάντος για αποφυγή επανάληψης.	Υποχρεωτική για σοβαρά ή επαναλαμβανόμενα συμβάντα.
Fishbone Analysis / Ishikawa	Ανάλυση αιτιών μέσω κατηγοριοποίησης σε ομάδες (άνθρωπος, μέθοδος, εξοπλισμός, περιβάλλον κ.λπ.).	Χρησιμοποιείται κυρίως για περίπλοκα συμβάντα.
5 Whys Method	Διαδοχική ερώτηση "Γιατί;" μέχρι να εντοπιστούν τα βαθύτερα αίτια.	Απλό και γρήγορο εργαλείο για καθημερινά περιστατικά.



Όρος	Ερμηνεία	Σημασία στο ΝΟΣΠΙ
Mitigation Measures (Μέτρα Μείωσης Κινδύνου)	Διαδικασίες ή δράσεις που μειώνουν τη σοβαρότητα ή πιθανότητα κινδύνου.	Ενσωματώνονται σε SOPs και πρωτόκολλα.
Telemonitoring Reliability (Αξιοπιστία Τηλεπαρακολούθησης)	Δείκτης που αποτυπώνει την τεχνική ακρίβεια και τη διαθεσιμότητα των συστημάτων τηλεπαρακολούθησης.	Κρίσιμο στο ΝΟΣΠΙ για έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης.
Safety Culture (Κουλτούρα Ασφάλειας)	Κοινές αξίες, αντιλήψεις και συμπεριφορές σχετικά με την ασφάλεια.	Θεμελιώδες συστατικό και βάση για όλους τους δείκτες.

3.3.1 Διασύνδεση Συστήματος Διαχείρισης Κινδύνου

Το Σύστημα Διαχείρισης Κινδύνου του ΝΟΣΠΙ δεν λειτουργεί ως αυτοτελής ή αποσπασματικός μηχανισμός, αλλά ως κεντρικός οριζόντιος πυλώνας διακυβέρνησης ποιότητας, ο οποίος τροφοδοτεί συστηματικά τα επόμενα πακέτα εργασίας και εξασφαλίζει τη συνοχή μεταξύ σχεδιασμού, εφαρμογής, αξιολόγησης και αποτίμησης του προγράμματος.

Ο κύκλος εντοπισμού, αξιολόγησης, διαχείρισης και παρακολούθησης κινδύνων παράγει δομημένα δεδομένα, αναλύσεις και τεκμηριωμένα συμπεράσματα. Το Σύστημα Διαχείρισης Κινδύνου αποτελεί τη **βασική μεθοδολογική και επιχειρησιακή πηγή** για τον σχεδιασμό, τον ορισμό και την ερμηνεία των δεικτών ποιότητας και ασφάλειας. Ειδικότερα οι **κατηγορίες κινδύνων** (κλινικοί, φαρμακευτικοί, οργανωτικοί, τεχνολογικοί, περιβαλλοντικοί) και η **διαβάθμιση σοβαρότητας** τροφοδοτούν άμεσα δείκτες ασφάλειας, όπως: *Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων, Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων, Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων.*

Τα δεδομένα από τις διαδικασίες **έγκαιρης αναγνώρισης και διαχείρισης κλινικής επιδείνωσης** συνδέονται με δείκτες χρονικότητας και απόκρισης, όπως *Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης και Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ.*

Οι τεχνολογικοί κίνδυνοι και τα περιστατικά ψηφιακών αστοχιών αξιοποιούνται για τη μέτρηση δεικτών όπως *Χρήση και αξιοπιστία τηλεπαρακολούθησης, Ασφάλεια και προστασία δεδομένων και Πληρότητα και εγκυρότητα δεδομένων.*

Η συστηματική ανάλυση συμβάντων και RCA τροφοδοτεί δείκτες **οργανωσιακής μάθησης και ωρίμανσης κουλτούρας ασφάλειας**, όπως την *Οργανωσιακή μάθηση από συμβάντα και την Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ.*

Με τον τρόπο αυτό, πραγματοποιείται **λειτουργική αποτύπωση του πραγματικού προφίλ κινδύνου** του ΝΟΣΠΙ.

Κλινικές Εκβάσεις και Ερμηνεία Αποτελεσμάτων

Τα δεδομένα του Συστήματος Διαχείρισης Κινδύνου λειτουργούν ως **ερμηνευτικό πλαίσιο των κλινικών εκβάσεων**. Συγκεκριμένα η παρουσία ή απουσία ανεπιθύμητων συμβάντων, η σοβαρότητά τους και η χρονική τους κατανομή συσχετίζονται με κλινικές εκβάσεις, όπως μη



προγραμματισμένες επανεισαγωγές, επιπλοκές κατά τη διάρκεια κατ' οίκον νοσηλείας και σταθερότητα ή επιδείνωση της κλινικής κατάστασης.

Η αποτελεσματικότητα των **διορθωτικών και προληπτικών ενεργειών (CAPA)** αξιολογείται σε συνάρτηση με τη βελτίωση της συμμόρφωσης σε κλινικά πρωτόκολλα, την επίτευξη θεραπευτικών στόχων, τη συνέχεια κλινικής παρακολούθησης στο σπίτι.

Η μεταβολή του συνολικού επιπέδου κινδύνου μιας μονάδας ΝΟΣΠΙ χρησιμοποιείται για να ερμηνεύσει διαφοροποιήσεις στις κλινικές εκβάσεις μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων ή χρονικών περιόδων.

Έτσι, η διαχείριση κινδύνου δεν αποτυπώνεται αποκομμένα, αλλά **συνδέεται αιτιωδώς με την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας.**

Συνολική Αξιολόγηση και Ωρίμανση Συστήματος

Το Σύστημα Διαχείρισης Κινδύνου αποτελεί **βασικό εργαλείο συνολικής και τελικής αποτίμησης** του ΝΟΣΠΙ. Τα συγκεντρωτικά δεδομένα από το Μητρώο Κινδύνων (Risk Registry), τις αναφορές συμβάντων και παρολίγον συμβάντων, τις αναλύσεις RCA, και τους δείκτες απόδοσης και ασφάλειας, αξιοποιούνται για την ανάλυση **τάσεων κινδύνου** και επαναλαμβανόμενων μοτίβων συμβάντων, την αξιολόγηση της **ανταπόκρισης του συστήματος** σε κρίσιμους κινδύνους, την αποτίμηση της **ωριμότητας της διακυβέρνησης ποιότητας** και την τεκμηρίωση της **συμμόρφωσης με το εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ**.

Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζουν τεκμηριωμένες προτάσεις βελτίωσης τόσο σε επίπεδο μονάδας και νοσοκομείου, όσο και σε επίπεδο εθνικού συστήματος υγείας, μέσω της διασύνδεσης με τον ΟΔΙΠΥ.

Με τον τρόπο αυτό, το Σύστημα Διαχείρισης Κινδύνου λειτουργεί ως **οριζόντιος μηχανισμός διακυβέρνησης**, που συνδέει την κλινική πρακτική στο πεδίο, τη συστηματική παραγωγή δεικτών, την αξιολόγηση κλινικών και λειτουργικών εκβάσεων και τη συνολική αποτίμηση του ΝΟΣΠΙ.

Πίνακας 9: Λογική Input–Process–Output–Outcome του Συστήματος Διαχείρισης Κινδύνου ΝΟΣΠΙ

Επίπεδο	Περιεχόμενο	Κύριες Δραστηριότητες	Ενδεικτικά Παραδείγματα
INPUT	Πλαίσιο, δεδομένα και γεγονότα που ενεργοποιούν τη διαχείριση κινδύνου	Κλινικά δεδομένα ασθενών κατ' οίκον νοσηλείας Παρατηρήσεις πεδίου Συμβάντα και near misses Τεχνολογικές αστοχίες Αναφορές φροντιστών	Αναφορές ανεπιθύμητων συμβάντων Καθυστερήσεις απόκρισης Αστοχίες τηλεπαρακολούθησης Αποκλίσεις SOPs
PROCESS	Κύκλος Διαχείρισης Κινδύνου (Risk)	Εντοπισμός κινδύνων Αξιολόγηση πιθανότητας/επίπτωσης Ιεράρχηση	Risk Registry RCA (Fishbone, 5 Whys) Σχέδια CAPA



Επίπεδο	Περιεχόμενο	Κύριες Δραστηριότητες	Ενδεικτικά Παραδείγματα
	Management Cycle)	Ανάλυση RCA Σχεδιασμός και εφαρμογή CAPA Παρακολούθηση	Αναθεώρηση SOPs
OUTPUT	Μετρήσιμα και τεκμηριωμένα αποτελέσματα του συστήματος κινδύνου	Ποσοτικοποιημένοι δείκτες Τάσεις κινδύνου Δείκτες συμμόρφωσης Δείκτες ωρίμανσης	Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων Έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης Αποτρέψιμα συμβάντα Συμμόρφωση αναφοράς συμβάντων Οργανωσιακή μάθηση Ωριμότητα μονάδας
OUTCOME	Επίδραση στη φροντίδα, στην απόδοση και στη διακυβέρνηση	Βελτίωση ασφάλειας Μείωση κινδύνου Σταθερότερες κλινικές εκβάσεις Ενίσχυση κουλτούρας ασφάλειας Βιωσιμότητα	Μείωση επανεισαγωγών Βελτίωση συμμόρφωσης σε πρωτόκολλα Καλύτερη συνέχεια παρακολούθησης Βελτίωση συνολικής απόδοσης

4 Πληροφοριακό Σύστημα και Ψηφιακό Πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

Η εφαρμογή της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι απαιτεί ένα πληροφοριακό σύστημα το οποίο να στηρίζει με αξιοπιστία το κλινικό έργο, την τεκμηρίωση, την τηλεπαρακολούθηση, την ανάλυση δεικτών και την εθνική εποπτεία. Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές νοσοκομειακές δομές, η φροντίδα στο σπίτι εξαρτάται πολύ περισσότερο από την ψηφιακή τεχνολογία, καθώς η ομάδα υγείας βρίσκεται εκτός νοσοκομείου και πρέπει να διατηρεί συνεχή εικόνα της κλινικής κατάστασης του ασθενούς.

Το πληροφοριακό σύστημα του ΝΟΣΠΙ πρέπει να εξασφαλίζει αδιάλειπτη τεκμηρίωση, άμεση διασύνδεση με τα νοσοκομεία, ασφαλή τηλεπαρακολούθηση, αξιόπιστη κωδικοποίηση δεδομένων, δυνατότητα παραγωγής δεικτών και συμμόρφωση με GDPR και αρχές κυβερνοασφάλειας. Η δομή που ακολουθεί εξηγεί διεξοδικά τις απαιτήσεις και λειτουργίες του συστήματος.

4.1 Ηλεκτρονικός Φάκελος ΝΟΣΠΙ (ΗΦΑ) – Δομή και Λειτουργία

Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος αποτελεί το κεντρικό ψηφιακό εργαλείο για την τεκμηρίωση και την παρακολούθηση των ασθενών που λαμβάνουν νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι. Δεν είναι γενικός ηλεκτρονικός φάκελος πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι εξειδικευμένος φάκελος που υποστηρίζει λειτουργίες νοσοκομειακού επιπέδου.

Κύρια χαρακτηριστικά του ΗΦΑ

Ενιαίο ψηφιακό αρχείο: Συγκεντρώνει όλες τις πληροφορίες (κλινικές, νοσηλευτικές, φαρμακευτικές, τηλεπαρακολούθησης), εξασφαλίζοντας ότι η ομάδα βλέπει πάντα το σύνολο της κλινικής εικόνας.

Πλήρης τεκμηρίωση από κάθε μέλος της ομάδας: Όλοι οι επαγγελματίες υγείας τεκμηριώνουν άμεσα τις παρεμβάσεις τους, ώστε η πληροφορία να είναι επικαιροποιημένη και διαθέσιμη σε πραγματικό χρόνο.

Ενσωμάτωση MDS (Minimum Data Set): Τα ελάχιστα υποχρεωτικά πεδία για το ΝΟΣΠΙ όπως κλινική κατάσταση, θεραπείες, ζωτικά σημεία, συμβάντα, είναι ήδη ενσωματωμένα ώστε τα δεδομένα να είναι συγκρίσιμα.

Ειδικό module τηλεπαρακολούθησης: Οι μετρήσεις από αισθητήρες και συσκευές καταγράφονται αυτόματα στον φάκελο.

4.2 Διαλειτουργικότητα και Ανταλλαγή Δεδομένων

Η διαλειτουργικότητα είναι θεμέλιος λίθος του ΝΟΣΠΙ, αφού ο ασθενής παραμένει σε συνεχή σχέση με το νοσοκομείο αναφοράς. Το σύστημα οφείλει να ανταλλάσσει δεδομένα με ασφάλεια και χωρίς χειροκίνητες διαδικασίες.

Κύρια στοιχεία διαλειτουργικότητας

Υποστήριξη προτύπων HL7 και FHIR: Τα διεθνή αυτά πρότυπα επιτρέπουν στα συστήματα των νοσοκομείων να επικοινωνούν με το σύστημα ΝΟΣΠΙ χωρίς κενά ή απώλειες δεδομένων.

Διασύνδεση με συστήματα νοσοκομείων: Το ιστορικό εισαγωγής, οι διαγνώσεις, οι εξετάσεις και τα φάρμακα περνούν αυτόματα στο σύστημα ΝΟΣΠΙ.



Ενσωμάτωση συστημάτων τηλεπαρακολούθησης: Οι συσκευές (οξύμετρία, πίεση, καρδιογράφοι, γλυκόζη) στέλνουν δεδομένα στον φάκελο χωρίς ανθρώπινη παρέμβαση.

Αυτόματη διαβίβαση δεικτών στον ΟΔΙΠΥ: Οι δείκτες ποιότητας πρέπει να μπορούν να συλλέγονται και να αποστέλλονται χωρίς χειροκίνητη επεξεργασία.

4.3 Σύστημα Τηλεπαρακολούθησης και Τηλεϊατρικής

Η τηλεπαρακολούθηση αποτελεί απαραίτητο τμήμα του μοντέλου, επειδή επιτρέπει στην ομάδα υγείας να αντιλαμβάνεται νωρίς οποιαδήποτε επιδείνωση.

Βασικές λειτουργίες τηλεπαρακολούθησης

Συνεχής καταγραφή ζωτικών σημείων: Η τηλεπαρακολούθηση λειτουργεί 24/7 και επιτρέπει την ανίχνευση προειδοποιητικών ενδείξεων.

Αυτόματες κλινικές ειδοποιήσεις (alerts): Το σύστημα ειδοποιεί αυτόματα νοσηλευτές και ιατρούς όταν οι τιμές ξεφεύγουν από ασφαλή όρια.

Βιντεοκλήσεις κατ' απαίτηση: Επιτρέπουν στον ιατρό να αξιολογεί τον ασθενή εξ αποστάσεως όταν η κατάσταση δεν απαιτεί άμεση επίσκεψη.

Καταγραφή και αποθήκευση τηλεϊατρικών επαφών: Κάθε τηλεϊατρική επικοινωνία τεκμηριώνεται στον ΗΦΑ.

Εξοπλισμός πιστοποιημένος για ιατρική χρήση: Ο εξοπλισμός (π.χ. πιεσόμετρα, οξύμετρα, αισθητήρες) πρέπει να έχει προδιαγραφές ιατροτεχνολογικού προϊόντος.

4.4 Ψηφιακή Ασφάλεια και GDPR

Η προστασία των δεδομένων είναι κρίσιμη, διότι τα δεδομένα υγείας είναι ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

Απαιτήσεις ασφαλείας

Κρυπτογράφηση δεδομένων σε μεταφορά και αποθήκευση: Προστατεύει τα δεδομένα από μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση.

Πολιτικές πρόσβασης βάσει ρόλων (RBAC): Ο κάθε επαγγελματίας έχει πρόσβαση μόνο στα δεδομένα που χρειάζεται για την εργασία του.

Audit logs: Το σύστημα καταγράφει ποιος άνοιξε ποιο αρχείο και τι αλλαγές έκανε.

Αξιολόγηση κινδύνου GDPR: Απαιτείται συστηματική επαναξιολόγηση της επεξεργασίας των δεδομένων.

Μηχανισμοί πρόληψης παραβίασης (intrusion detection): Το σύστημα πρέπει να ανιχνεύει απόπειρες μη εξουσιοδοτημένης πρόσβασης.

4.5 Πλατφόρμα Δεικτών Ποιότητας (KPIs Dashboards)

Η πλατφόρμα αυτή μετατρέπει τα δεδομένα του ΝΟΣΠΙ σε γνώση και επιτρέπει την εποπτεία των υπηρεσιών.

Λειτουργίες του dashboard



Προβολή όλων των δεικτών σε πραγματικό χρόνο: Οι δείκτες (ασφάλειας, ποιότητας, εμπειρίας) εμφανίζονται σε διαγράμματα και τάσεις.

Αυτόματη εξαγωγή αναφορών: Οι διοικήσεις και ο ΟΔΙΠΥ λαμβάνουν μηνιαίες, τριμηνιαίες και ετήσιες εκθέσεις.

Κλινικές ειδοποιήσεις ,Alerts για αποκλίσεις: Όταν ένας δείκτης ξεπεράσει το όριο, το σύστημα ενημερώνει τη διεπιστημονική ομάδα.

Benchmarking μεταξύ νοσοκομείων: Επιτρέπει συγκρίσεις ποιότητας σε εθνικό επίπεδο.

4.6 Υποστήριξη Λήψης Κλινικών Αποφάσεων (Clinical Decision Support)

Το σύστημα διαθέτει ενσωματωμένους αλγορίθμους που βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας.

Κύριες λειτουργίες: Έλεγχος αλληλεπιδράσεων φαρμάκων. Προστατεύει από λάθη φαρμακευτικής αγωγής.

Αυτόματη αναγνώριση κινδύνων: Με βάση τα δεδομένα του ασθενούς, το σύστημα επισημαίνει αυξημένο κίνδυνο επιδείνωσης.

Κλινικά μονοπάτια με παραμέτρους χρόνου: Καθοδηγεί την ομάδα σε κρίσιμες ενέργειες (π.χ. εντός πόσων ωρών πρέπει να γίνει επαναξιολόγηση).

4.7 Ρόλοι και Ευθύνη στο Ψηφιακό Σύστημα

Το πληροφοριακό σύστημα απαιτεί κατανομή αρμοδιοτήτων.

Ρόλοι

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Έχει την κλινική ευθύνη για τα δεδομένα. Εγκρίνει πρωτόκολλα, alerts και κλινικές ρυθμίσεις.

Συντονιστής ΝΟΣΠΙ: Διαχειρίζεται τις ροές πληροφορίας, την τεκμηρίωση και τη διαλειτουργικότητα.

Τμήμα Πληροφορικής: Διασφαλίζει τεχνική λειτουργία, ασφάλεια και συντήρηση.

Διεπιστημονική Ομάδα: Καταχωρεί καθημερινά κλινικά δεδομένα και ενημερώνει το σύστημα τηλεπαρακολούθησης.

4.8 Συγκεντρωτικός Πίνακας Κεφαλαίου 6

Πίνακας 10: Συγκεντρωτικός Πίνακας Κεφαλαίου 6

Άξονας	Αναλυτική Επεξήγηση	Ρόλοι	Παράγωγα
Ηλεκτρονικός Φάκελος	Ενιαίο ψηφιακό αρχείο με πλήρη τεκμηρίωση και MDS	Ιατροί, Νοσηλευτές	ΗΦΑ, ημερήσιες καταγραφές
Διαλειτουργικότητα	Πρότυπα HL7/FHIR, αυτοματοποιημένη ανταλλαγή δεδομένων	Πληροφορική, Συντονιστής	Reports διασύνδεσης



Τηλεπαρακολούθηση	Συνεχής παρακολούθηση ζωτικών σημείων, alerts	Ιατροί, Νοσηλευτές	Reports λειτουργίας
Ψηφιακή ασφάλεια	GDPR, RBAC, κρυπτογράφηση, audit logs	Πληροφορική	Πολιτικές ασφαλείας
Dashboards	Δείκτες, benchmarking, alerts	Ομάδα Ποιότητας	Τριμηνιαίες αναφορές
Decision Support	Αλγόριθμοι εκτίμησης κινδύνου και φαρμακευτικής ασφάλειας	Ιατροί	Κλινικές ειδοποιήσεις
Τεχνική Υποστήριξη	Συντήρηση, ενημερώσεις, monitoring συστημάτων	Πληροφορική	Uptime αναφορές

Πίνακας 11: Ερμηνεία Ορολογίας

Όρος	Εξήγηση
HL7 / FHIR	Πρότυπα για ανταλλαγή δεδομένων υγείας μεταξύ συστημάτων
Telemonitoring	Συνεχής παρακολούθηση ασθενούς μέσω ψηφιακού εξοπλισμού
MDS	Ελάχιστο σύνολο δεδομένων υποχρεωτικό για κάθε ασθενή
RBAC	Σύστημα πρόσβασης σε δεδομένα ανάλογα με τον επαγγελματικό ρόλο
Audit log	Καταγραφή ενεργειών χρηστών στο σύστημα
Clinical Decision Support	Αλγόριθμοι που βοηθούν στη λήψη ιατρικών αποφάσεων

5 Εκπαίδευση και Ικανότητες της Διεπιστημονικής Ομάδας Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι αποτελεί ένα ιδιαίτερα απαιτητικό και πολυδιάστατο μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας. Η μεταφορά νοσοκομειακών διαδικασιών σε μη ελεγχόμενο περιβάλλον δημιουργεί αυξημένες ανάγκες κλινικής κρίσης, ασφάλειας, τεκμηρίωσης και συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Για τον λόγο αυτό, η διεπιστημονική ομάδα του ΝΟΣΠΙ πρέπει να διαθέτει εξειδικευμένη εκπαίδευση η οποία προσαρμόζεται στις ανάγκες των διαφορετικών κατηγοριών ασθενών: ενήλικες, παιδιά, γηριατρικούς, ψυχιατρικούς και ασθενείς σε παρηγορική φροντίδα. Η δομή του παρόντος κεφαλαίου αντικατοπτρίζει αυτή την πολυπλοκότητα, αναλύοντας τις απαιτούμενες δεξιότητες για καθεμία από τις κατηγορίες που καλύπτονται από την ελληνική νομοθεσία και τα διεθνή πρότυπα Hospital at Home.

Η εκπαίδευση ορίζεται ως συνεχής διαδικασία ανάπτυξης γνώσεων, δεξιοτήτων και κλινικής κρίσης, με στόχο την ασφαλή και αποτελεσματική παροχή νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας στο σπίτι. Η εκπαίδευση συνδέεται άμεσα με την ποιότητα και την ασφάλεια του συστήματος, καθώς όλες οι διαδικασίες του ΝΟΣΠΙ στηρίζονται στις ικανότητες των επαγγελματιών που τις εφαρμόζουν.

5.1 Εκπαίδευση για Ενήλικες Ασθενείς με Χρόνια Νοσήματα / Υποτροπές

Η φροντίδα ενηλίκων στο πλαίσιο του ΝΟΣΠΙ καλύπτει περιστατικά με παθολογικές καταστάσεις, χρόνιες νόσους, υποτροπές και σύνθετες πολυοργανικές διαταραχές. Η εκπαίδευση της ομάδας επικεντρώνεται στη διαχείριση υποτροπών, στην παρακολούθηση ζωτικών παραμέτρων, στην πρόληψη επιπλοκών και στην τεκμηριωμένη εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

Οι επαγγελματίες οφείλουν να αναγνωρίζουν πρώιμα σημεία απορρύθμισης, να εφαρμόζουν θεραπευτικά πλάνα για καρδιακή και αναπνευστική ανεπάρκεια, να χειρίζονται εξοπλισμό όπως συσκευές οξυγονοθεραπείας και να τεκμηριώνουν λεπτομερώς κάθε κλινική μεταβολή. Η κατ' οίκον παρακολούθηση ενηλίκων απαιτεί υψηλή αυτονομία του νοσηλευτή και ταχεία επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό, καθώς οι κλινικές μεταβολές μπορεί να είναι αιφνίδιες.

5.2 Εκπαίδευση για Ογκολογικούς και Αιματολογικούς Ασθενείς

Η ογκολογική κατ' οίκον φροντίδα χαρακτηρίζεται από αυξημένους κινδύνους. Οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν ανοσοκαταστολή, σοβαρά συμπτώματα και υψηλή πιθανότητα επιπλοκών. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει τη διαχείριση ανακουφιστικών παρεμβάσεων, τη σωστή παρακολούθηση μετά από χημειοθεραπεία, την αναγνώριση ουδετεροπενικών συνδρόμων, τη φροντίδα καθετήρων και την τεκμηρίωση κάθε παρέμβασης.

Η επικοινωνία με την ογκολογική κλινική είναι κρίσιμη. Οι επαγγελματίες εκπαιδεύονται στα όρια της κατ' οίκον θεραπείας και στη σωστή απόφαση για άμεση επανεισαγωγή στο νοσοκομείο σε περίπτωση επιδείνωσης.

5.3 Εκπαίδευση στην Παιδιατρική Φροντίδα στο Σπίτι

Τα παιδιά αποτελούν ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών. Η εκπαίδευση πρέπει να καλύπτει παιδιατρική παθοφυσιολογία, δοσολογικούς υπολογισμούς, αναγνώριση κρίσιμων συμπτωμάτων, επικοινωνία με παιδιά και οικογένειες, καθώς και διαχείριση αναπτυξιακών διαφορών.

Οι παιδιατρικές ανάγκες περιλαμβάνουν αναπνευστικές λοιμώξεις, κρίσεις άσθματος, νευρολογικά επεισόδια, δυσκολίες σίτισης, φροντίδα νεογνών και υποστήριξη παιδιών με χρόνια παθολογία. Η ομάδα πρέπει να κατανοεί τη δυναμική του οικογενειακού περιβάλλοντος και να εκπαιδεύει τους γονείς ως βασικούς φροντιστές.

Η παρουσία παιδιατρικού νοσηλευτή και παιδοψυχολόγου αυξάνει σημαντικά την ασφάλεια της υπηρεσίας.

5.4 Εκπαίδευση στην Ψυχιατρική Κατ' Οίκον Φροντίδα

Η ψυχιατρική κατ' οίκον φροντίδα, η οποία έχει θεσμική βάση στην Ελλάδα, απαιτεί εξειδικευμένη γνώση στη διαχείριση κρίσεων, στην παρακολούθηση συμπεριφοράς και στην υποστήριξη οικογενειών. Η ομάδα εκπαιδεύεται σε αναγνώριση κινδύνου αυτοτραυματισμού, σε τεχνικές αποφόρτισης, στη διαχείριση επιθετικών συμπεριφορών και στη διασφάλιση της συνέχειας της φαρμακευτικής αγωγής.

Η συνεργασία με δομές ψυχικής υγείας και η σωστή τεκμηρίωση αποτελούν ουσιώδη συστατικά της ποιότητας.

5.5 Εκπαίδευση στην Παρηγορική και Ανακουφιστική Φροντίδα

Η παρηγορική φροντίδα στο σπίτι αφορά ασθενείς με προχωρημένες, μη ιάσιμες παθήσεις. Οι επαγγελματίες πρέπει να γνωρίζουν την αναλγητική κλίμακα, τις παρεμβάσεις για δύσπνοια, την αντιμετώπιση άγχους και φόβου, καθώς και τις αρχές επικοινωνίας για δύσκολες συζητήσεις ενώπιον του τέλους της ζωής.

Η εκπαίδευση περιλαμβάνει δεξιότητες αξιολόγησης αναγκών ποιότητας ζωής, υποστήριξη οικογένειας και διαχείριση ηθικών ζητημάτων που μπορεί να προκύψουν.

5.6 Εκπαίδευση στη Γηριατρική Φροντίδα

Η φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι αποτελεί έναν από τους πιο απαιτητικούς τομείς του ΝΟΣΠΙ. Η ευθραυστότητα, η πολυνοσηρότητα, οι γνωστικές διαταραχές και η αυξημένη πιθανότητα πτώσεων καθιστούν την εκπαίδευση στη γηριατρική ιδιαίτερα σημαντική.

Η ομάδα πρέπει να είναι σε θέση να διενεργεί ολοκληρωμένη γηριατρική εκτίμηση, να αναγνωρίζει υποθρεψία, γνωστική έκπτωση, λειτουργική μείωση και κινδύνους μέσα στο οικιακό περιβάλλον. Η πρόληψη πτώσεων, η ορθή διαχείριση πολυφαρμακίας και η υποστήριξη φροντιστών αποτελούν βασικές δεξιότητες.

5.7 Εκπαίδευση στη Χρήση Τηλεπαρακολούθησης, Τεχνολογικού Εξοπλισμού και Ασφάλειας Δεδομένων

Η τεχνολογία αποτελεί κρίσιμο εργαλείο του ΝΟΣΠΙ. Η ομάδα χρειάζεται εκπαίδευση στη λειτουργία συστημάτων τηλεπαρακολούθησης, στην ερμηνεία ψηφιακών μετρήσεων, στη διάγνωση τεχνικών δυσλειτουργιών και στη διασφάλιση της ακεραιότητας των δεδομένων.

Οι απαιτήσεις του GDPR και του Ν. 4624/2019 καθιστούν την ασφάλεια των πληροφοριών υποχρέωση υψηλής προτεραιότητας. Η σωστή διαχείριση των δεδομένων σχετίζεται άμεσα με την ασφάλεια των ασθενών.



5.8 Εκπαίδευση στην Επικοινωνία και στη Συνεργασία με Φροντιστές

Η κατ' οίκον φροντίδα απαιτεί ικανότητα επικοινωνίας και συνεργασίας με την οικογένεια. Η ομάδα εκπαιδεύεται στη διαχείριση προσδοκιών, στις τεχνικές υποστήριξης φροντιστών, στην αναγνώριση ψυχολογικών επιβαρύνσεων, και στην ενίσχυση της συμμόρφωσης. Σε παιδιατρικούς, ογκολογικούς, γηριατρικούς και παρηγορικούς ασθενείς, η εμπλοκή φροντιστών είναι καθοριστική.

5.9 Εκπαίδευση στη Διαχείριση Κινδύνου και Συμβάντων

Το προσωπικό εκπαιδεύεται στο σύστημα διαχείρισης κινδύνου του ΝΟΣΠΙ, το οποίο περιλαμβάνει εντοπισμό κινδύνων, καταγραφή συμβάντων και παραλίγο συμβάντων, αξιολόγηση σοβαρότητας, συμμετοχή σε αναλύσεις RCA, εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών και συνεχή αναθεώρηση του συστήματος. Η κατανόηση της διακυβέρνησης κινδύνου αποτελεί θεμέλιο της ποιότητας και της ασφάλειας.

5.10 Ενοποιημένο Μητρώο Εκπαιδευτικών Απαιτήσεων ΝΟΣΠΙ ανά Ρόλο

Ο πίνακας αυτός παρουσιάζει τις ελάχιστες δεξιότητες, γνώσεις και εκπαιδευτικές απαιτήσεις για κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, όπως ορίζονται από το κλινικό πεδίο εφαρμογής του ΝΟΣΠΙ, τα διεθνή πρότυπα Hospital at Home, την ελληνική νομοθεσία (ΚΥΑ 123/2017, Ν. 2716/1999, Ν. 5070/2023, ΠΦΥ κ.λπ.)



Πίνακας 12: Ενοποιημένο Μητρώο Εκπαιδευτικών Απαιτήσεων ΝΟΣΠΙ ανά Ρόλο

Ρόλος	Βασικές Γνώσεις & Δεξιότητες	Εξειδικευμένες Εκπαιδευτικές Απαιτήσεις (ΝΟΣΠΙ)	Σύνδεση με Δείκτες (EL / EN)
Ιατροί (Επιστημονικός Υπεύθυνος & Θεράποντες)	Κλινική εκτίμηση κατ' οίκον, λήψη αποφάσεων βάσει κινδύνου, επείγουσα αντιμετώπιση, συνταγογράφηση, τεκμηρίωση, απόφαση κλιμάκωσης ή επανεισαγωγής	Ογκολογικοί: ουδετεροπενικός πυρετός, επιπλοκές χημειοθεραπείας Παιδιατρικοί: δόσολογίες, σημεία σηψαιμίας Ψυχιατρικοί: κρίση, αυτοκτονικός ιδεασμός Γηριατρικοί: πολυφαρμακία Παρηγορικοί: αναλγησία, δύσπνοια	Έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης (Timely recognition of deterioration) Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές (Unplanned readmission rate) Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα (Clinical protocol compliance) Τήρηση θεραπευτικών στόχων (Achievement of therapeutic goals)
Νοσηλεύτές ΝΟΣΠΙ	Νοσηλευτική εκτίμηση, παρακολούθηση ζωτικών, φροντίδα καθετήρων, εφαρμογή SOPs, τεκμηρίωση, χρήση τηλεπαρακολούθησης, αναγνώριση κινδύνων	Παιδιατρικοί: παιδιατρικές κρίσεις, σίτιση Ογκολογικοί: διαχείριση κυτταροστατικών Γηριατρικοί: πρόληψη πτώσεων, κατακλίσεων Ψυχιατρικοί: διαχείριση συμπεριφοράς Παρηγορικοί: φροντίδα τέλους ζωής	Συμμόρφωση με κρίσιμα SOPs ασφάλειας (Compliance with critical safety SOPs) Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων (Incident reporting compliance) Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων (Timeliness of data entry)



Ρόλος	Βασικές Γνώσεις & Δεξιότητες	Εξειδικευμένες Εκπαιδευτικές Απαιτήσεις (ΝΟΣΠΙ)	Σύνδεση με Δείκτες (EL / EN)
Συντονιστής ΝΟΣΠΙ (Διοικητικός)	Προγραμματισμός επισκέψεων, λειτουργικός συντονισμός ομάδας, επικοινωνία με οικογένειες, παρακολούθηση δεικτών, τήρηση διαδικασιών	Εκπαίδευση σε Risk Registry Αναφορές προς ΟΔΙΠΥ Εποπτεία τηλεπαρακολούθησης Διαχείριση ροών πληροφορίας	Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων (Scheduled home visit compliance) Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ (Timely HaH team response) Πληρότητα ελάχιστου συνόλου δεδομένων (MDS completeness)
Παιδιάτροι & Παιδιατρικές ΥΠΟ ειδικότητες	Παιδιατρική φυσιολογία, αναπτυξιακή εκτίμηση, οικογενειοκεντρική φροντίδα, αναγνώριση κρίσιμων σημείων	Διαχείριση αναπνευστικής δυσχέρειας Λοιμώξεις Σίτιση νεογνών Αναπτυξιακές αποκλίσεις	Ασφάλεια φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά (Paediatric medication safety) Συμμόρφωση και επάρκεια γονέα (Parental compliance and competence) Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια από γονέα (Parent-reported safety perception)
Ψυχολόγοι	Αναγνώριση κρίσεων, διαχείριση κινδύνου, ψυχοεκπαίδευση, παρακολούθηση αγωγής	Αυτοκτονικός ιδεασμός Επιθετικότητα Οικογενειακή κρίση Ψυχοκοινωνική αποσταθεροποίηση	Συνέχεια κλινικής παρακολούθησης (Continuity of clinical monitoring) Έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών (Early detection of complications)



Ρόλος	Βασικές Γνώσεις & Δεξιότητες	Εξειδικευμένες Εκπαιδευτικές Απαιτήσεις (ΝΟΣΠΙ)	Σύνδεση με Δείκτες (EL / EN)
Φυσικοθεραπευτές – Επαγγελματίες Αποκατάστασης	Λειτουργική εκτίμηση, κινησιοθεραπεία, πρόληψη πτώσεων, εκπαίδευση φροντιστή	Νευρολογική αποκατάσταση Εργονομική προσαρμογή κατοικίας Πρόληψη κατακλίσεων	Γνωστική και λειτουργική κατάσταση (Cognitive and functional status) Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία (Perceived functional independence)
Κοινωνικοί Λειτουργοί	Ψυχοκοινωνική αξιολόγηση, εντοπισμός κοινωνικών κινδύνων, υποστήριξη φροντιστών, διασύνδεση υπηρεσιών	Παιδιατρικό οικογενειακό πλαίσιο Γηριατρική επιβάρυνση φροντιστή Ψυχιατρική κρίση	Υποστήριξη φροντιστή (Caregiver support) Ψυχική επιβάρυνση φροντιστή (Caregiver emotional burden) Κοινωνική απομόνωση (Social isolation)
Διαιτολόγοι – Κλινικοί Διατροφολόγοι	Εκτίμηση θρέψης, δυσφαγία, διατροφική υποστήριξη, σίτιση	Ογκολογική διατροφή Παιδιατρική σίτιση Γηριατρική καχεξία	Φόρτος συμπτωμάτων (Patient-reported symptom burden) Ποιότητα ζωής ηλικιωμένου (Quality of life in older adults)
Τμήμα Πληροφορικής	Ασφάλεια δεδομένων, λειτουργία συστημάτων, τηλεπαρακολούθηση, GDPR, audit logs	Διαχείριση τεχνικών συμβάντων Διαλειτουργικότητα Υποστήριξη MDS	Ασφάλεια και προστασία δεδομένων (Data security and protection) Αποδοχή τηλεπαρακολούθησης (Remote monitoring acceptance) Χρήση τηλεπαρακολούθησης (Use of telemonitoring)



Ρόλος	Βασικές Γνώσεις & Δεξιότητες	Εξειδικευμένες Εκπαιδευτικές Απαιτήσεις (ΝΟΣΠΙ)	Σύνδεση με Δείκτες (EL / EN)
Φροντιστές (Οικογένεια)	Βασική παρακολούθηση, αναγνώριση κινδύνων, χρήση εξοπλισμού, επικοινωνία με ομάδα	Παιδιατρικοί: σίτιση, κρίσεις Γηριατρικοί: πρόληψη πτώσεων Παρηγορικοί: ανακούφιση συμπτωμάτων	Συμμόρφωση και επάρκεια γονέα (Parental compliance and competence) Πρόσβαση φροντιστή σε ιατρό (Caregiver access to physician) Επάρκεια ενημέρωσης φροντιστή (Caregiver information adequacy)



5.11 Ελάχιστα Εκπαιδευτικά Πρότυπα (Standards) ανά Κατηγορία Ασθενών (ΝΟΣΠΙ)

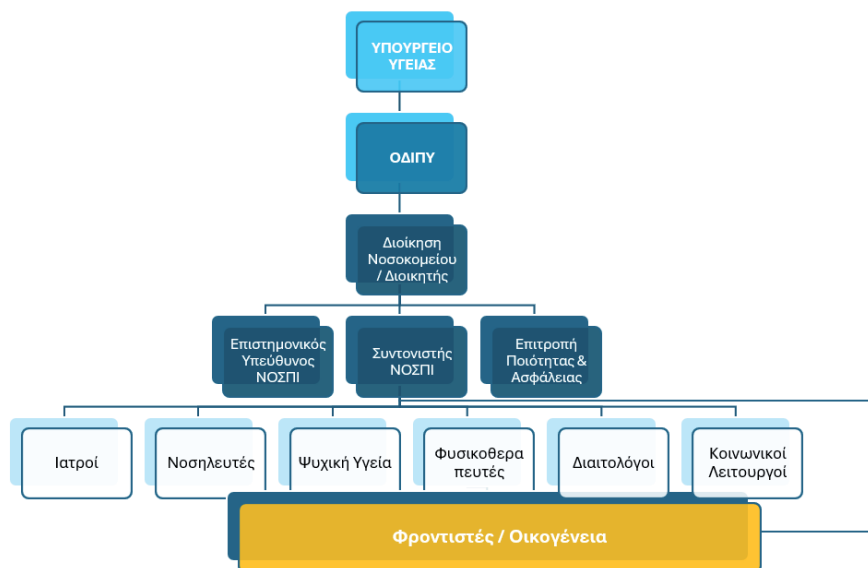
Πίνακας 13: Ελάχιστα Εκπαιδευτικά Standards ανά Κατηγορία Ασθενών (ΝΟΣΠΙ)

Κατηγορία Ασθενών	Απαραίτητες Κλινικές Γνώσεις	Εξειδικευμένες Δεξιότητες	Υποχρεωτική Εκπαίδευση	Σύνδεση με Δείκτες
Ογκολογικοί	Κλινικές επιπλοκές χημειοθεραπείας, ανοσοκαταστολή, σημεία σηψαιμίας.	Διαχείριση κυτταροστατικών, περιφερικών και κεντρικών γραμμών, αντιμετώπιση ουδετεροπενικού πυρετού.	Χημειοθεραπεία στο σπίτι, PPE, διαχείριση έκτακτων ογκολογικών επεισοδίων.	Επανεισαγωγές, επιπλοκές θεραπείας, ολοκλήρωση κύκλων.
Παιδιατρικοί	Παιδιατρική παθοφυσιολογία, ανάπτυξη, κλινικά σημεία κρίσιμων καταστάσεων.	Αντιμετώπιση πυρετικών σπασμών, παιδιατρική αεραγωγός, διαχείριση σίτισης νεογνών.	Πρωτόκολλα παιδιατρικής ασφάλειας, εκπαίδευση οικογένειας.	Δείκτες παιδιατρικής σταθερότητας, συμμόρφωση φροντιστών.
Ψυχιατρικοί	Κρίσεις άγχους, ψυχωτικά επεισόδια, διπολικότητα, αυτοκτονικός κίνδυνος.	Crisis intervention, de-escalation, διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής.	Εκπαίδευση σε ψυχιατρικό κίνδυνο, ασφάλεια περιβάλλοντος κατοικίας.	Συμβάντα ψυχικής υγείας, αποφυγή αναγκαστικής νοσηλείας.
Χρόνια Νοσήματα (Καρδιοαναπνευστικά)	Καρδιακή ανεπάρκεια, ΧΑΠ, ρυθμός – οξυγόνωση.	Διαχείριση οξυγονοθεραπείας, αναγνώριση επιδείνωσης.	Εκπαίδευση σε τηλεπαρακολούθηση, κλινικά thresholds.	Δείκτες αποσταθεροποίησης, alarms τηλεπαρακολούθησης.
Γηριατρικοί	Ευπάθεια (frailty), πολυφαρμακία, γνωσιακές διαταραχές.	Πρόληψη πτώσεων, εργονομική προσαρμογή σπιτιού, υποστήριξη ADLs.	Εκπαίδευση φροντιστών, διαχείριση delirium.	Λειτουργικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συμβάντα πτώσεων.



Κατηγορία Ασθενών	Απαραίτητες Κλινικές Γνώσεις	Εξειδικευμένες Δεξιότητες	Υποχρεωτική Εκπαίδευση	Σύνδεση με Δείκτες
Παρηγορικοί	Αναλγησία, δύσπνοια, θερματική φάση, ψυχοκοινωνικές ανάγκες οικογένειας.	Τίτλοποίηση οπιοειδών, υποστήριξη τέλους ζωής, διαχείριση συμπτωμάτων.	Παρηγορικό πρωτόκολλο, δεξιότητες επικοινωνίας.	Συμπτωματικός έλεγχος, εμπειρία φροντιστών.
Ασθενείς Με Τεχνολογία Κατ' Οίκον	Διαχείριση συσκευών: αντλίες, παροχετεύσεις, τραχειοστομίες.	Αντιμετώπιση τεχνικών βλαβών, καθαρισμός – αλλαγές.	Εκπαίδευση τεχνικού εξοπλισμού υψηλού κινδύνου.	Τεχνικά συμβάντα, λειτουργική αξιοπιστία εξοπλισμού.

5.12 Οργανόγραμμα Εκπαίδευσης ΝΟΣΠΙ



Το οργανόγραμμα εκπαίδευσης της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), όπως αποτυπώνεται στο ανωτέρω σχήμα, περιγράφει τη θεσμική, διοικητική και λειτουργική ιεραρχία μέσω της οποίας σχεδιάζονται, εγκρίνονται, υλοποιούνται και παρακολουθούνται οι εκπαιδευτικές δράσεις του προγράμματος, σε εθνικό και τοπικό επίπεδο.

Σε κεντρικό επίπεδο, το **Υπουργείο Υγείας** ασκεί τη θεσμική εποπτεία και καθορίζει το γενικό πλαίσιο πολιτικής, ενώ ο **Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΙΠΥ)** έχει τον ρόλο του καθορισμού των εθνικών εκπαιδευτικών προτύπων και ελάχιστων απαιτήσεων εκπαίδευσης για τη ΝΟΣΠΙ. Το πλαίσιο αυτό εξασφαλίζει ενιαία προσέγγιση, συγκρισιμότητα και ποιότητα στην εκπαίδευση των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας.

Σε επίπεδο παρόχου, η **Διοίκηση του Νοσοκομείου / ο Διοικητής** φέρει την ευθύνη έγκρισης της εκπαιδευτικής πολιτικής της ΝΟΣΠΙ, καθώς και της διάθεσης των αναγκαίων ανθρώπινων, οικονομικών και υλικοτεχνικών πόρων για την υλοποίησή της.

Ο **Επιστημονικός Υπεύθυνος ΝΟΣΠΙ** διασφαλίζει την επιστημονική εγκυρότητα και επικαιρότητα της εκπαίδευσης, με έμφαση στα κλινικά πρότυπα, τα πρωτόκολλα και τις κατευθυντήριες οδηγίες που διέπουν την κατ' οίκον νοσοκομειακή φροντίδα. Παράλληλα, η **Επιτροπή Ποιότητας και Ασφάλειας** συμβάλλει καθοριστικά στην εκπαίδευση που αφορά την ασφάλεια ασθενούς, τη διαχείριση ανεπιθύμητων συμβάντων, τις αναλύσεις αιτιών και την εφαρμογή διορθωτικών και προληπτικών ενεργειών (CAPA).

Κεντρικό επιχειρησιακό ρόλο έχει ο **Συντονιστής ΝΟΣΠΙ**, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την οργάνωση και τον προγραμματισμό των εκπαιδευτικών δράσεων, την τήρηση των εκπαιδευτικών μητρώων, τη διαχείριση των λειτουργικών ζητημάτων (logistics) και την παρακολούθηση της συμμετοχής και συμμόρφωσης του προσωπικού.

Η εκπαίδευση απευθύνεται στο σύνολο των επαγγελματιών που εμπλέκονται στη ΝΟΣΠΙ, συμπεριλαμβανομένων **ιατρών, νοσηλευτών, επαγγελματιών ψυχικής υγείας, φυσικοθεραπευτών, διαιτολόγων και κοινωνικών λειτουργών**, με περιεχόμενο προσαρμοσμένο στον ρόλο και τις αρμοδιότητές τους. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίδεται στην **εκπαίδευση των φροντιστών και της οικογένειας**, οι οποίοι εντάσσονται ρητά στο οργανόγραμμα ως αποδέκτες στοχευμένης εκπαίδευσης σε βασικές δεξιότητες φροντίδας, αναγνώρισης κινδύνων και ασφάλειας, ενισχύοντας τη συνέχεια και την αποτελεσματικότητα της κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας.

Το οργανόγραμμα αυτό αποτυπώνει μια δομημένη και πολυεπίπεδη προσέγγιση εκπαίδευσης, ευθυγραμμισμένη με τις αρχές της ποιότητας, της ασφάλειας και της διαρκούς βελτίωσης, και αποτελεί κρίσιμο στοιχείο για τη βιώσιμη και ασφαλή λειτουργία της ΝΟΣΠΙ.

5.13 Ορολογία

Εκπαιδευτικά Standards ΝΟΣΠΙ: Ορισμένα ως το ελάχιστο σύνολο γνώσεων, δεξιοτήτων και συμπεριφορών που απαιτούνται για την ασφαλή παροχή νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας στο σπίτι. Περιλαμβάνουν τεχνικές δεξιότητες, τήρηση SOPs, κατάρτιση σε διαχείριση κινδύνου, εκπαίδευση σε τηλεπαρακολούθηση και ενημέρωση σε θέματα GDPR.

ΜΕΑ – Μητρώο Εκπαιδευτικών Απαιτήσεων: Επίσημο αρχείο στο οποίο καταγράφονται οι εκπαιδευτικές ανάγκες κάθε ρόλου. Αποτελεί εθνικό εργαλείο διακυβέρνησης ποιότητας και συνδέεται με δείκτες.

Επικαιροποίηση Δεξιοτήτων (Competency Refresh): Η περιοδική επαλήθευση ότι ο επαγγελματίας υγείας διατηρεί την απαιτούμενη κλινική ικανότητα. Συνδέεται με δείκτες ασφάλειας και συμμόρφωσης.



Κλινικά Πρωτόκολλα (Clinical Protocols): Τυποποιημένες, τεκμηριωμένες οδηγίες που καθορίζουν τις ενέργειες της κλινικής ομάδας για συγκεκριμένες καταστάσεις. Καλύπτουν επιλογή ασθενών, διαχείριση επιπλοκών και διαδικασίες τηλεπαρακολούθησης.

Πρωτόκολλα Παιδιατρικής Ασφάλειας: Πλαίσιο οδηγιών που διασφαλίζει την ασφαλή παροχή κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας σε βρέφη, παιδιά και εφήβους. Περιλαμβάνει διαχείριση πυρετικών σπασμών, σίτιση νεογνών και παιδιατρική αναπνευστική υποστήριξη.

Παρηγορικό Πρωτόκολλο: Οδηγίες που καθορίζουν τη διαχείριση ασθενών τελικού σταδίου στο σπίτι. Περιλαμβάνουν αναλγησία, φροντίδα συμπτωμάτων και υποστήριξη οικογένειας.

De-escalation: Σύνολο τεχνικών που μειώνουν τον κίνδυνο κλιμάκωσης ψυχιατρικού επεισοδίου. Αποτελεί βασική δεξιότητα για ψυχιατρικούς ασθενείς στο ΝΟΣΠΙ.

Telemonitoring (Τηλεπαρακολούθηση): Ψηφιακό σύστημα συνεχούς παρακολούθησης βιοσημάτων και κλινικών τιμών από απόσταση. Αποτελεί δομικό στοιχείο του ΝΟΣΠΙ και συνδέεται με δείκτες τεχνικής αξιοπιστίας.

Caregiver Training (Εκπαίδευση Φροντιστή): Διαδικασία κατά την οποία οι φροντιστές μαθαίνουν κλινικές και πρακτικές δεξιότητες για να υποστηρίξουν με ασφάλεια τον ασθενή στο σπίτι. Είναι υποχρεωτικό για παιδιατρικούς, γηριατρικούς και παρηγορικούς ασθενείς.

Πολυφαρμακία (Polypharmacy): Χρήση πολλαπλών φαρμάκων από τον ίδιο ασθενή, ιδιαίτερα επιβαρυντική για γηριατρικούς ασθενείς. Απαιτεί ειδική εκπαίδευση στην αναγνώριση αλληλεπιδράσεων.

Frailty (Ευπάθεια): Κατάσταση μειωμένης φυσιολογικής εφεδρείας σε γηριατρικούς ασθενείς. Επηρεάζει ένταξη, κριτήρια ασφάλειας και θεραπευτικό πλάνο.

6 Ελάχιστο Σύστημα Δεδομένων (Minimum Data Set – MDS) για τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι απαιτεί ένα ενιαίο, τυποποιημένο και επιστημονικά τεκμηριωμένο σύστημα δεδομένων, το οποίο εξασφαλίζει τη συγκρισιμότητα, την ανάλυση, την ιχνηλασιμότητα και την αξιολόγηση των υπηρεσιών σε εθνικό επίπεδο. Το Ελάχιστο Σύστημα Δεδομένων (Minimum Data Set – MDS) αποτελεί τον θεμέλιο μηχανισμό συλλογής πληροφοριών για τη λειτουργία του προγράμματος, την ασφάλεια των ασθενών και την αποτίμηση κλινικών και μη κλινικών εκβάσεων.

Το MDS συνδέεται άμεσα με τους δείκτες ποιότητας, τις κλινικές εκβάσεις, τα PREMs–PROMs και την ongoing–ex post αξιολόγηση. Η σωστή διαχείριση του MDS αποτελεί κρίσιμο εργαλείο διακυβέρνησης ποιότητας, καθώς είναι ο μόνος τρόπος να διασφαλιστεί ότι τα δεδομένα είναι αξιόπιστα, επικαιροποιημένα και αξιοποιήσιμα για λήψη αποφάσεων.

Το MDS καθορίζει Τι συλλέγεται, Πότε συλλέγεται, Ποιος είναι υπεύθυνος για την καταχώριση, Πώς διασφαλίζεται η ποιότητα των δεδομένων και Πώς τα δεδομένα ενσωματώνονται στον εθνικό μηχανισμό του ΟΔΙΠΥ

6.1 Σκοπός και σημασία του MDS

Ο σκοπός του MDS είναι να διασφαλίσει ότι όλα τα εμπλεκόμενα νοσοκομεία χρησιμοποιούν ένα κοινό, εναρμονισμένο και τεκμηριωμένο πλαίσιο συλλογής δεδομένων. Η ύπαρξη ενός ενιαίου συστήματος επιτρέπει την ομοιογενή αποτύπωση της φροντίδας, τη συγκρισιμότητα μεταξύ μονάδων, τη συνεχή αξιολόγηση της ποιότητας, την έγκαιρη αναγνώριση κινδύνων και την παραγωγή εθνικών δεικτών. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιείται με τέτοιο τρόπο ώστε να υποστηρίζει την ασφαλή κλινική λήψη αποφάσεων, τον σχεδιασμό εξατομικευμένης θεραπευτικής στρατηγικής, την αποτύπωση και αξιολόγηση των εκβάσεων, τη μέτρηση εμπειρίας ασθενών και φροντιστών και τη συνολική αξιολόγηση απόδοσης και επιπτώσεων.

Το MDS είναι το σημείο σύνδεσης όλων των παραδοτέων. Αν η συλλογή δεδομένων είναι ελλιπής, η αξιολόγηση του έργου καθίσταται αδύνατη. Για τον λόγο αυτό, το MDS αποτελεί το βασικό εργαλείο διακυβέρνησης ποιότητας.

6.2 Θεμελιώδεις αρχές λειτουργίας του MDS

Το MDS στηρίζεται σε ορισμένες κρίσιμες αρχές που διασφαλίζουν τη διαχρονική αξιοπιστία του.

Πρώτον, στηρίζεται στην τυποποίηση. Όλα τα νοσοκομεία χρησιμοποιούν μια ενιαία, εθνικά συμφωνημένη δομή. Οι ορισμοί των πεδίων, η μεθοδολογία καταγραφής και τα χρονικά σημεία συλλογής είναι κοινοποιημένα, ώστε να μην υπάρχουν αποκλίσεις.

Δεύτερον, στηρίζεται στην ακρίβεια και την τεκμηριωμένη κλινική πληροφόρηση. Κάθε πληροφορία καταγράφεται σε πραγματικό χρόνο από τους επαγγελματίες που παρείχαν τη φροντίδα και όχι εκ των υστέρων.

Τρίτον, στηρίζεται σε αρχές ασφάλειας δεδομένων. Η συλλογή, η επεξεργασία και η διαβίβαση ευαίσθητων δεδομένων υγείας συμμορφώνεται με τον GDPR και τον Ν. 4624/2019, αξιοποιεί κρυπτογράφηση, ελεγχόμενη πρόσβαση και τεχνικές προστασίας δικτύων.

Τέταρτον, στηρίζεται στη δια λειτουργικότητα. Το MDS επικοινωνεί με τα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων, με τις πλατφόρμες τηλεπαρακολούθησης και με το κεντρικό σύστημα ΟΔΙΠΥ.

Πέμπτον, στηρίζεται στην ελαχιστοποίηση δεδομένων. Συλλέγονται μόνο οι πληροφορίες που χρειάζονται για επιστημονική, κλινική ή διοικητική αξιολόγηση. Το MDS δεν περιλαμβάνει περιττά στοιχεία, ώστε να μειώνεται ο φόρτος τεκμηρίωσης και να ενισχύεται η ποιότητα.

6.3 Αναλυτική περιγραφή των κατηγοριών δεδομένων

Το MDS οργανώνεται σε επτά βασικές κατηγορίες, καθεμία από τις οποίες αντιστοιχεί σε διαφορετική διάσταση της νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι.

Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Περιλαμβάνουν στοιχεία που επηρεάζουν τη δυνατότητα ένταξης και την πρόβλεψη συμμόρφωσης με το θεραπευτικό πλάνο. Καταγράφονται η ηλικία, το φύλο, η γεωγραφική περιοχή, τα στοιχεία του κύριου φροντιστή και η γενική εικόνα της κατοικίας. Η αξιολόγηση των κοινωνικών δεδομένων βοηθά στην κατάρτιση ενός ρεαλιστικού πλάνου φροντίδας και προσφέρει πληροφορίες για δείκτες ισότιμης πρόσβασης.

Κλινικά δεδομένα κατά την ένταξη

Η έναρξη της νοσηλείας απαιτεί πλήρη κλινική αποτύπωση. Καταγράφεται η κωδικοποιημένη διάγνωση, η βαρύτητα της νόσου, οι συννοσηρότητες, η λειτουργική κατάσταση και τα βασικά βιοσημάτα. Η ακριβής αποτύπωση των αρχικών δεδομένων επιτρέπει την αξιολόγηση της πορείας και των εκβάσεων.

Αξιολόγηση καταλληλότητας και κριτήρια ένταξης

Η επιλογή ασθενούς είναι κρίσιμη για την ασφάλεια. Το MDS καταγράφει αν πληρούνται όλοι οι παράγοντες: σταθερότητα, συνοδεία φροντιστή, επάρκεια κατοικίας, δυνατότητα τηλεπαρακολούθησης, ύπαρξη εναλλακτικής υποστήριξης και συναίνεση. Η πλήρης αποτύπωση στηρίζει δείκτες πρόληψης επιπλοκών.

Παρεμβάσεις και θεραπευτικό πλάνο

Καταγράφονται όλες οι κλινικές και νοσηλευτικές πράξεις, η φαρμακευτική αγωγή, οι παρεμβάσεις αποκατάστασης, η παρηγορική φροντίδα και οι ψυχοκοινωνικές ενέργειες. Η καθημερινή τεκμηρίωση δείχνει την πορεία της θεραπείας, επιτρέπει την αξιολόγηση ποιότητας και συμβάλλει στο να εντοπίζονται αποκλίσεις έγκαιρα.

Τηλεπαρακολούθηση και τεχνικά δεδομένα

Η νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι προϋποθέτει αξιόπιστη και συνεχώς διαθέσιμη τηλεπαρακολούθηση. Το MDS συμπεριλαμβάνει τιμές βιοσημάτων, alarms, διάρκεια συνδέσεων, απώλειες δεδομένων και χρόνο απόκρισης της ομάδας. Η καταγραφή αυτή επιτρέπει τον έλεγχο της τεχνικής ασφάλειας και συμβάλλει στην πρόληψη σοβαρών επιπλοκών.

Συμβάντα, παρολίγον συμβάντα και κίνδυνοι

Το MDS περιλαμβάνει πλήρη τεκμηρίωση συμβάντων, επεισοδίων επιδείνωσης, ανασφαλών καταστάσεων, καταστάσεων υψηλού κινδύνου και παρολίγον συμβάντων. Αυτή η κατηγορία συνδέεται με το Risk Registry και αποτελεί βασικό εργαλείο για την Επιτροπή Ποιότητας και Ασφάλειας.

Εκβάσεις, δείκτες ποιότητας και εμπειρία ασθενών

Οι τελικές κλινικές και λειτουργικές εκβάσεις, οι επανεισαγωγές 30 ημερών, η διάρκεια του επεισοδίου φροντίδας, τα PROMs και PREMs και οι επιπλοκές συγκροτούν την πιο κρίσιμη ενότητα δεδομένων. Η πλήρης καταγραφή τους επιτρέπει τη δημιουργία συγκρίσιμων δεικτών.

6.4 Εξειδίκευση του MDS για παιδιατρικούς ασθενείς

Η παιδιατρική φροντίδα έχει ξεχωριστό προφίλ δεδομένων, καθώς η ηλικία επηρεάζει την κλινική εικόνα, την πρόγνωση, τη λειτουργικότητα, την επικοινωνία και την ευαλωτότητα. Το MDS περιλαμβάνει πεδία για αναπτυξιακά στάδια, παιδιατρικές κλίμακες λειτουργικότητας (όπως το PEWS), ειδικά ζητήματα ασφάλειας στο σπίτι και καταγραφή δοσολογίας με υψηλή ακρίβεια. Επιπλέον, η εκπαίδευση των γονέων αποτελεί επιμέρους κατηγορία δεδομένων.

6.5 Εξειδίκευση του MDS για γηριατρικούς ασθενείς

Η γηριατρική φροντίδα απαιτεί δεδομένα που περιγράφουν την ευπάθεια, τον κίνδυνο πτώσεων, τη γνωστική λειτουργία, την πολυφαρμακία και την κοινωνική υποστήριξη. Η αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης είναι κεντρική στο MDS, διότι επηρεάζει τη θεραπευτική πορεία και προδιαθέτει σε επιπλοκές που σχετίζονται με το περιβάλλον του σπιτιού.

6.6 Εξειδίκευση του MDS για ψυχιατρικούς ασθενείς

Το MDS περιλαμβάνει δεδομένα για τη συμπτωματολογία, τη λειτουργικότητα, τους παράγοντες κινδύνου αυτοτραυματισμού, τη συμμόρφωση με θεραπεία και τη σταθερότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η χρήση εργαλείων αναγνώρισης κινδύνου, όπως το HoNOS ή το GAF, επιτρέπει τεκμηριωμένη αξιολόγηση και ενίσχυση της ασφάλειας στο σπίτι.

6.7 Συγκεντρωτικός Πίνακας MDS ΝΟΣΠΙ

Πίνακας 14: Συγκεντρωτικός Πίνακας MDS ΝΟΣΠΙ

Άξονας	Περιεχόμενο Δεδομένων	Σημασία για Ποιότητα & Ασφάλεια
Δημογραφικά & Κοινωνικά	Στοιχεία ασθενούς, φροντιστή, κατοικίας, κοινωνική στήριξη	Επηρεάζει συμμόρφωση, ισότητα πρόσβασης, σχεδιασμό φροντίδας
Κλινικά Δεδομένα	Διάγνωση, συννοσηρότητες, βιοσήματα, λειτουργικότητα	Επιτρέπει ακριβή παρακολούθηση εκβάσεων
Καταλληλότητα	Σταθερότητα, ασφάλεια κατοικίας, φροντιστής, τηλεπαρακολούθηση	Προστατεύει από επιπλοκές και λανθασμένη ένταξη
Θεραπευτικό Πλάνο	Πράξεις, φάρμακα, νοσηλευτική, αποκατάσταση, ψυχική υγεία	Επιτρέπει πλήρη ιχνηλασιμότητα



Τηλεπαρακολούθηση	Τιμές, alarms, χρόνος απόκρισης, τεχνικά δεδομένα	Επιτρέπει έγκαιρη παρέμβαση
Συμβάντα & Κίνδυνοι	Συμβάντα, near misses, παραβιάσεις διαδικασιών	Τροφοδοτεί το Risk Registry
Εκβάσεις	Επανεισαγωγές, ολοκλήρωση, PROMs, PREMs	Απαραίτητα

6.8 Ορολογία

Minimum Data Set (MDS): Το ελάχιστο απαιτούμενο σύνολο δεδομένων που καταγράφεται τυποποιημένα σε όλα τα επεισόδια φροντίδας.

Ιχνηλασιμότητα (Traceability): Η δυνατότητα παρακολούθησης κάθε πράξης και κλινικής απόφασης στον χρόνο.

Telemonitoring: Συνεχής ή περιοδική παρακολούθηση βιοσημάτων από απόσταση.

Εκβάσεις (Outcomes): Μετρήσιμα αποτελέσματα της φροντίδας, όπως επανεισαγωγές, επιπλοκές, ποιότητα ζωής.

Near Miss: Συμβάν που θα μπορούσε να προκαλέσει βλάβη αλλά αποφεύχθηκε.

PROMs – PREMs: Αποτελέσματα και εμπειρίες που αναφέρει ο ίδιος ο ασθενής.



7 Κλινικό Μοντέλο Παροχής Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι – Διαδρομές Φροντίδας & Ολοκληρωμένα Πρωτόκολλα

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) αποτελεί εξειδικευμένο μοντέλο παροχής φροντίδας, στο οποίο μεταφέρεται στο σπίτι του ασθενούς ένα σύνολο παρεμβάσεων, διαδικασιών και κλινικών αποφάσεων που μέχρι σήμερα αποτελούσαν αποκλειστικό πεδίο των νοσοκομειακών μονάδων. Η μετάβαση αυτή δεν είναι απλή μεταφορά νοσηλευτικών πράξεων, αλλά πλήρης πλαισίωση της κλινικής λειτουργίας, του μηχανισμού λήψης αποφάσεων και της διαχείρισης κινδύνου σε ένα περιβάλλον όπου οι συνθήκες δεν είναι ελεγχόμενες, όπως συμβαίνει εντός ενός οργανωμένου νοσοκομείου.

Το κλινικό μοντέλο της ΝΟΣΠΙ πρέπει να εξασφαλίζει ότι η φροντίδα που παρέχεται στο σπίτι είναι ισοδύναμη ασφάλειας, ποιότητας και αποτελεσματικότητας με εκείνη που θα λάμβανε ο ασθενής σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Για να επιτευχθεί αυτό, απαιτείται αναλυτική περιγραφή των διαδρομών φροντίδας (care pathways), των κριτηρίων ένταξης, των σημείων κλινικής λήψης αποφάσεων, των πρωτοκόλλων αντιμετώπισης επιδείνωσης και των διαδικασιών διασύνδεσης μεταξύ νοσοκομείου και κατ' οίκον ομάδας.

Το κλινικό μοντέλο που ακολουθεί καθορίζει τη λογική από την οποία προκύπτει η δομή των δεικτών, των κλινικών outcomes, των triggers επανεισαγωγής και των κριτηρίων ασφάλειας που θα εφαρμοστούν σε εθνικό επίπεδο.

7.1 Βασικές Αρχές Κλινικού Μοντέλου

Πίνακας 15: Βασικές Αρχές Κλινικού Μοντέλου

Θεμελιώδης Αρχή	Περιγραφή	Σημασία στο Κλινικό Μοντέλο ΝΟΣΠΙ
Νοσοκομειακή βαρύτητα φροντίδας (Hospital-level acuity of care)	Η κατ' οίκον φροντίδα παρέχεται σε επίπεδο αντίστοιχο της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, με πλήρη κλινική ευθύνη, εξοπλισμό και τεκμηρίωση.	Διασφαλίζει ότι το ΝΟΣΠΙ δεν υποκαθιστά απλή κατ' οίκον φροντίδα, αλλά παρέχει θεραπεία υψηλής κλινικής πολυπλοκότητας και ευθύνης.
Συνεχής κλινική εποπτεία (Continuous clinical oversight)	Διαρκής παρακολούθηση ασθενών μέσω συνδυασμού κατ' οίκον επισκέψεων και τηλεπαρακολούθησης με σαφή όρια κλιμάκωσης.	Επιτρέπει έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης και άμεση παρέμβαση, μειώνοντας επιπλοκές και επανεισαγωγές.
Διεπιστημονική φροντίδα (Multidisciplinary care)	Συντονισμένη παροχή ιατρικών, νοσηλευτικών και παραϊατρικών υπηρεσιών από ενιαία ομάδα φροντίδας.	Καλύπτει σύνθετες κλινικές, λειτουργικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες ασθενών με αυξημένο φορτίο νόσου.



Θεμελιώδης Αρχή	Περιγραφή	Σημασία στο Κλινικό Μοντέλο ΝΟΣΠΙ	
Ασθενοκεντρική προσέγγιση (Patient-centred approach)	Η φροντίδα προσαρμόζεται στο περιβάλλον, τις αξίες, τις προτιμήσεις και τις δυνατότητες του ασθενούς και της οικογένειας.	Ενισχύει τη συμμόρφωση, τη συμμετοχή και την αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ, βελτιώνοντας τα κλινικά αποτελέσματα.	
Τεκμηρίωση και ψηφιακή ιχνηλασιμότητα (Documentation and digital traceability)	Πλήρης και χρονοσημασμένη ηλεκτρονική τεκμηρίωση όλων των παρεχόμενων υπηρεσιών και παρεμβάσεων.	Επιτρέπει εσωτερικό και εξωτερικό έλεγχο, benchmarking, λογοδοσία και αξιόπιστη παραγωγή δεικτών.	
Ενιαία κλινικά και λειτουργικά πρωτόκολλα (Unified clinical and operational protocols)	Κοινά SOPs και κλινικά πρωτόκολλα για όλες τις μονάδες ΝΟΣΠΙ, ανεξαρτήτως νοσοκομείου.	Εξασφαλίζουν συνέπεια φροντίδας, μείωση μεταβλητότητας και υψηλό επίπεδο ασφάλειας σε εθνικό επίπεδο.	

Οι αρχές αυτές ορίζουν τι είναι Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι και πώς πρέπει να παρέχεται με τρόπο ασφαλή, τεκμηριωμένο και συγκρίσιμο σε εθνικό επίπεδο.

7.2 Τυποποιημένη Κλινική Διαδρομή ΝΟΣΠΙ

Πίνακας 16: Ορίζοντια Κλινική Διαδρομή για Όλους τους Ασθενείς

Στάδιο	Περιγραφή	Κρίσιμα Σημεία Ελέγχου	Ρόλοι	Απαιτούμενα Έντυπα / Δεδομένα	Αντιστοίχιση με Δείκτες
1. Παραπομπή και Προ-αξιολόγηση	Αρχική κλινική εκτίμηση και έλεγχος καταλληλότητας ασθενούς για ένταξη στο ΝΟΣΠΙ	Έλεγχος κλινικών σημείων συναγερμού (<i>red flags</i>), κριτήρια αποκλεισμού, βασική κλινική σταθερότητα	Θεράπων ιατρός, Συντονιστής ΝΟΣΠΙ	Έντυπο ένταξης, λίστα κριτηρίων επιλεξιμότητας	Τήρηση κριτηρίων ένταξης ασθενών Έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης
2. Ένταξη στο ΝΟΣΠΙ και σχεδιασμός φροντίδας	Οριστικοποίηση εξατομικευμένου πλάνου κατ' οίκον φροντίδας	Καθορισμός Θεραπευτικών στόχων, επάρκεια εξοπλισμού, ενημερωμένη συναινέση	Ιατρός, Νοσηλεύτης	Πλάνο φροντίδας (<i>Care Plan</i>), έντυπο συναινέσης	Τήρηση θεραπευτικών στόχων Συμμόρφωση με κρίσιμες διαδικασίες ασφάλειας
3. Εγκατάσταση και ενεργοποίηση τηλεπαρακολούθησης	Παράδοση, εγκατάσταση και έλεγχος εξοπλισμού κατ' οίκον παρακολούθησης	Έλεγχος ετοιμότητας τηλεπαρακολούθησης (<i>telemonitoring readiness</i>), αρχικές μετρήσεις	Νοσηλεύτης, Πληροφορική	Έντυπο εγκατάστασης, αρχική καταγραφή δεδομένων	Χρήση τηλεπαρακολούθησης όπου προβλέπεται Πληρότητα Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων
4. Ημερήσια παροχή φροντίδας στο σπίτι	Συνεχής κλινική παρακολούθηση, φαρμακευτική αγωγή, νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Απόκλιση ζωτικών σημείων, παράλειψη δόσης, σημεία λοίμωξης	Ιατροί, Νοσηλεύτες	Ημερήσιο δελτίο παρακολούθησης, ηλεκτρονικός φάκελος	Συνέχεια κλινικής παρακολούθησης Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής

Στάδιο	Περιγραφή	Κρίσιμα Σημεία Ελέγχου	Ρόλοι	Απαιτούμενα Έντυπα / Δεδομένα	Αντιστοίχιση με Δείκτες
5. Κλιμάκωση φροντίδας	Άμεση ενεργοποίηση ιατρικής παρέμβασης σε επιδείνωση	Κρίσιμα όρια ενεργοποίησης (<i>critical thresholds</i>)	Ιατρός	Αρχείο σημείων συναγερμού	Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ Ασφαλής διαχείριση επειγόντων περιστατικών
6. Ολοκλήρωση κατ' οίκον νοσηλείας και 30ήμερη επανεκτίμηση	Τελική κλινική αποτίμηση και αξιολόγηση εμπειρίας	Μη προγραμματισμένη επανεισαγωγή εντός 30 ημερών	Συντονιστής, Ιατρός	Τελική έκθεση, εξαγωγή MDS, PREMs και PROMs	Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές Συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ

Η παρακολούθηση του ασθενούς μετά την ολοκλήρωση της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) δεν συνιστά συνέχιση νοσοκομειακής φροντίδας ούτε μετατροπή της ΝΟΣΠΙ σε υπηρεσία μακροχρόνιας ή συνεχούς φροντίδας. Αποτελεί μηχανισμό ασφάλειας, επαναξιολόγησης και ομαλής μετάβασης του ασθενούς σε άλλο επίπεδο φροντίδας, με αποκλειστικό σκοπό την πρόληψη επιπλοκών και επανεισαγωγών, χωρίς αλλοίωση του χαρακτήρα του μοντέλου.

Το μοντέλο αυτό εφαρμόζεται ως «σκελετός» για τις ειδικές διαδρομές που ακολουθούν.



7.3 Εξειδικευμένες Κλινικές Διαδρομές

Παραδίδονται όλες οι κλινικές διαδρομές με ενιαία δομή: Στάδια, Περιεχόμενο, Ιδιαιτερότητες, Ρόλοι και δείκτες ποιότητας.

7.3.1 Διαδρομή Ενηλίκων

Πίνακας 17: Διαδρομή Ενηλίκων

Στάδιο	Κύριος Κίνδυνος	Δείκτης (Ελληνικά – Αγγλικά σε παρένθεση)
Ένταξη	Λανθασμένη επιλογή ασθενούς	Τήρηση κριτηρίων ένταξης (Patient eligibility compliance)
Εγκατάσταση	Τεχνική αστοχία	Χρήση τηλεπαρακολούθησης (Use of telemonitoring)
Θεραπεία	Λοίμωξη, παράλειψη αγωγής	Συνέχεια κλινικής παρακολούθησης (Continuity of monitoring)
Κλιμάκωση	Καθυστερήση απόκρισης	Έγκαιρη απόκριση ομάδας (Timely team response)
Ολοκλήρωση	Υποτροπή	Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές (Unplanned readmissions)

Η διαδρομή ενηλίκων είναι το βασικό πρότυπο λειτουργίας όλων των μονάδων ΝΟΣΠΙ.

7.3.2 Διαδρομή Παιδιατρικών Ασθενών

Πίνακας 18: Διαδρομή Παιδιατρικών Ασθενών

Στάδιο	Ιδιαιτερότητα	Δείκτης
Ένταξη	Ρόλος γονέα/κηδεμόνα	Συμμόρφωση και επάρκεια γονέα (Parental compliance and competence)
Εκπαίδευση	Ψυχολογική επιβάρυνση οικογένειας	Συμμόρφωση γονέα (Parental adherence)
Φροντίδα	Ταχεία κλινική μεταβολή	Έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης (Early detection of deterioration – paediatric)
Κλιμάκωση	Δυσκολία κλινικής εκτίμησης	Έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης
Ολοκλήρωση	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια από γονέα (Parent-reported safety)



7.3.3 Διαδρομή Γηριατρικών Ασθενών

Πίνακας 19: Διαδρομή Γηριατρικών Ασθενών

Στάδιο	Κύριος Κίνδυνος	Δείκτης
Αρχική αξιολόγηση	Ευαλωτότητα (<i>frailty</i>)	Γνωστική και λειτουργική κατάσταση (Cognitive and functional status)
Πλάνο φροντίδας	Εξάρτηση από φροντιστή	Υποστήριξη φροντιστή (Caregiver support)
Παρακολούθηση	Οξύ συγχυτικό επεισόδιο (<i>delirium</i>)	Μεταβολή λειτουργικότητας (Functional change)
Κλιμάκωση	Ταχεία επιδείνωση	Έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης
Ολοκλήρωση	Πτώσεις	Κίνδυνος πτώσεων (Risk of falls)

7.3.4 Διαδρομή Ψυχιατρικών Ασθενών

Πίνακας 20: Διαδρομή Ψυχιατρικών Ασθενών

Στάδιο	Κρίσιμος Κίνδυνος	Δείκτης
Ένταξη	Μη συμμόρφωση στη θεραπεία	Συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα (Treatment adherence)
Παρακολούθηση	Κρίσεις συμπεριφοράς	Συνέχεια φροντίδας (Continuity of care)
Οικογένεια	Εξουθένωση φροντιστή	Ψυχική επιβάρυνση φροντιστή (Caregiver emotional burden)
Κλιμάκωση	Αυξημένος αυτοκτονικός κίνδυνος	Ασφαλής διαχείριση επειγόντων
Ολοκλήρωση	Υποτροπή	Αποδοχή μοντέλου ΝΟΣΠΙ (Model acceptance)

7.3.5 Διαδρομή Παρηγορικών Ασθενών

Πίνακας 21: Διαδρομή Παρηγορικών Ασθενών

Στάδιο	Κρίσιμο Σημείο	Δείκτης
Αξιολόγηση	Έλεγχος πόνου	Έλεγχος πόνου (Pain control)
Πλάνο	Δύσπνοια και συμπτώματα	Ποιότητα ζωής (Quality of life)
Υποστήριξη	Οικογενειακή επιβάρυνση	Ικανοποίηση οικογένειας (Family satisfaction)
Κλιμάκωση	Τελικές κρίσεις	Χρόνος απόκρισης (Response time)



Ολοκλήρωση Αξιοπρέπεια τέλους ζωής **Αξιοπρέπεια και άνεση (Dignity and comfort)**

7.4 Ενιαίο Πλαίσιο Δεικτών Ποιότητας – Συγκεντρωτικός Πίνακας

Πίνακας 22: Εθνικό Πλαίσιο Δεικτών ΝΟΣΠΙ

Άξονας Ποιότητας	Δείκτης (Ελληνικά)	Δείκτης (Αγγλικά)	Τι μετρά
Ασφάλεια	Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων	Rate of serious adverse events	Κλινική ασφάλεια κατ' οίκον
	Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης	Timely recognition and management of deterioration	Μηχανισμούς έγκαιρης κλιμάκωσης
	Συμμόρφωση με κρίσιμες διαδικασίες ασφάλειας	Compliance with critical safety SOPs	Τήρηση SOPs
	Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής	Safe medication management	Φαρμακευτική ασφάλεια
	Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων	Preventable adverse events rate	Προληπτική ασφάλεια
	Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές	Unplanned readmissions	Αποτυχία κατ' οίκον φροντίδας
	Ασφαλής διαχείριση επειγόντων περιστατικών	Emergency management safety	Αντιμετώπιση κρίσεων
	Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων	Incident reporting compliance	Κουλτούρα ασφάλειας
Λειτουργία & Συντονισμός	Τήρηση κριτηρίων ένταξης ασθενών	Patient eligibility compliance	Ορθότητα επιλογής
	Πληρότητα και ποιότητα κλινικής τεκμηρίωσης	Documentation completeness and quality	Ποιότητα φακέλου
	Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων	Scheduled visit compliance	Λειτουργική αξιοπιστία
	Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ	Timely team response	Χρόνοι απόκρισης
	Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας	MDT coordination	Συνεργασία ομάδας



Άξονας Ποιότητας	Δείκτης (Ελληνικά)	Δείκτης (Αγγλικά)	Τι μετρά
Δεδομένα & ΠΣ	Χρήση τηλεπαρακολούθησης	Use of telemonitoring	Ψηφιακή εφαρμογή
	Τήρηση διάρκειας κατ' οίκον νοσηλείας	Care duration compliance	Ροή φροντίδας
	Πληρότητα Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων	MDS completeness	Επάρκεια δεδομένων
	Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων	Data validity and consistency	Αξιοπιστία
	Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων	Timeliness of data entry	Χρονική ακρίβεια
	Διαλειτουργικότητα συστημάτων	Systems interoperability	Συνδεσιμότητα
	Ασφάλεια και προστασία δεδομένων	Data security and protection	GDPR
	Χρήση δεδομένων για βελτίωση ποιότητας	Data-driven improvement	Κύκλος ποιότητας
Κλινικά αποτελέσματα & εμπειρία	Αναφορά δεδομένων προς ΟΔΙΠΥ	Reporting to ODIPY	Εθνική εποπτεία
	Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα	Clinical protocol compliance	Ποιότητα πράξης
	Τήρηση θεραπευτικών στόχων	Achievement of therapeutic goals	Κλινική αποτελεσματικότητα
	Ποιότητα επικοινωνίας	Quality of communication	Ασθενοκεντρικότητα
	Συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή	Patient and caregiver involvement	Συν-απόφαση
	Επιβάρυνση και υποστήριξη φροντιστή	Caregiver burden and support	Βιωσιμότητα
	Συνολική αποδοχή μοντέλου ΝΟΣΠΙ	Model acceptance	Κοινωνική αποδοχή
	Συνέχεια κλινικής παρακολούθησης	Continuity of monitoring	Συνέπεια φροντίδας
Διακυβέρνηση & βιωσιμότητα	Ισότιμη πρόσβαση στη ΝΟΣΠΙ	Equitable access	Δικαιοσύνη



Άξονας Ποιότητας	Δείκτης (Ελληνικά)	Δείκτης (Αγγλικά)	Τι μετρά
	Εκπαίδευση και επάρκεια προσωπικού	Staff competence	Ποιότητα ανθρώπινου δυναμικού
	Φόρτος εργασίας ομάδας	Team workload	Ανθεκτικότητα
	Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης	Burnout prevention	Quadruple Aim
	Οργανωσιακή μάθηση από συμβάντα	Organisational learning	Ωρίμανση συστήματος
	Συμμόρφωση με εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ	National compliance	Θεσμική επάρκεια
	Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ	HaH unit maturity	Εξέλιξη μονάδας
	Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ	Overall performance	Συγκριτική αξιολόγηση
	Οικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα	Financial sustainability	Ανθεκτικότητα συστήματος



Βήμα	Τίτλος Βήματος	Περιγραφή Βήματος/Επόμενο βήμα
01	Έναρξη	➡ (02) Παραπομπή από Κλινική Νοσοκομείου στον Συντονιστή ΝΟΣΠΙ
02	Παραπομπή από Κλινική Νοσοκομείου στον Συντονιστή ΝΟΣΠΙ	Παραλαβή πλήρους φακέλου Έλεγχος πληρότητας δεδομένων ➡ (03) Προ-Αξιολόγηση Καταλληλότητας (Medical & Home Screening)
03	Προ-Αξιολόγηση Καταλληλότητας (Medical & Home Screening)	Κριτήρια ένταξης / αποκλεισμού Έλεγχος περιβάλλοντος κατοικίας Αξιολόγηση φροντιστή ➡ (04) Έλεγχος Λειτουργικής Εφικτότητας (Operational Feasibility Check)
04	Έλεγχος Λειτουργικής Εφικτότητας (Operational Feasibility Check)	Διαθεσιμότητα προσωπικού Κάλυψη περιοχής Επάρκεια εξοπλισμού Ρυθμός περιστατικών ➡ (05) Είναι εφικτό?
05	Είναι εφικτό;	ΟΧΙ ➡ (06) Επιστροφή στην Κλινική ΝΑΙ ➡ (07) Κλινική Ένταξη (Medical Inclusion)
06	Επιστροφή στην Κλινική	➡ (08) Λήξη
07	Κλινική Ένταξη (Medical Inclusion)	Σταθερότητα ασθενούς Θεραπευτικό πλάνο Κλινικά σημεία ασθενούς (Red Flags) Λήψη συγκατάθεσης ➡ (09) Επικύρωση Σχεδίου Φροντίδας (Care Plan Validation)
08	Λήξη	
09	Επικύρωση Σχεδίου Φροντίδας (Care Plan Validation)	Έλεγχος πληρότητας σύμφωνα με το πρότυπο (template): – ιατρικό σκέλος – νοσηλευτικό σκέλος – παραϊατρικό – Τηλε-υγεία (telehealth)



Βήμα	Τίτλος Βήματος	Περιγραφή Βήματος/Επόμενο βήμα
		– φροντιστής ➡ (10) Εγκατάσταση Εξοπλισμού & Ρύθμιση Τηλεπαρακολούθησης (Telemonitoring Setup)
10	Εγκατάσταση Εξοπλισμού & Ρύθμιση Τηλεπαρακολούθησης (Telemonitoring Setup)	Παράδοση εξοπλισμού Εκπαίδευση φροντιστή Έλεγχος λειτουργίας συστημάτων ➡ (11) Ημερήσια Παροχή Φροντίδας (Daily Care Delivery)
11	Ημερήσια Παροχή Φροντίδας (Daily Care Delivery)	Κλινική παρακολούθηση Νοσηλευτικές πράξεις Συνεχής τεκμηρίωση στο Σύνολο Ελάχιστων Δεδομένων (MDS) ➡ (12) Τηλεπαρακολούθηση & Αυτοματοποιημένες Ειδοποιήσεις (Telemonitoring & Automated Alerts)
12	Τηλεπαρακολούθηση & Αυτοματοποιημένες Ειδοποιήσεις (Telemonitoring & Automated Alerts)	Αυτόματη ανίχνευση απόκλισης Μη καταγεγραμμένες μετρήσεις (missed measurements) Παθολογικές ζωτικές παράμετροι (abnormal vitals) Αδράνεια (inactivity) ➡ (13) Παρουσιάζεται Κλινική Επιδείνωση;
13	Παρουσιάζεται Κλινική Επιδείνωση;	ΝΑΙ ➡ (14) Διαδικασία Κλιμάκωσης (Escalation Procedure) ΟΧΙ ➡ (15) Συνέχεια παροχής φροντίδας
14	Διαδικασία Κλιμάκωσης (Escalation Procedure)	Επείγουσα επίσκεψη Τροποποίηση αγωγής Κλήση ιατρού Επανεισαγωγή όπου απαιτείται ➡ (16) Ανάλυση Βασικών Αιτιών & Αναφορά Συμβάντος Ποιότητας (RCA / Quality Reporting)
15	Συνέχεια παροχής φροντίδας	➡ (21) Λήξη



Βήμα	Τίτλος Βήματος	Περιγραφή Βήματος/Επόμενο βήμα
16	Ανάλυση Βασικών Αιτιών & Αναφορά Συμβάντος Ποιότητας (RCA / Quality Reporting)	Αν το συμβάν ισούται με επίπεδο 2 ή 3 near miss με υψηλό κίνδυνο, τότε ακολουθεί: Ειδοποίηση Επιτροπής Ποιότητας Έναρξη Ανάλυση Βασικών Αιτιών (RCA) Διορθωτικές και προληπτικές Ενέργειες (CAPA) ➡ (17) Έλεγχος Ποιότητας Δεδομένων (Data Quality Control)
17	Έλεγχος Ποιότητας Δεδομένων (Data Quality Control)	Ο Συντονιστής ελέγχει τα εξής: – πληρότητα Σύνολο Ελάχιστων Δεδομένων (MDS) – ορθότητα καταγραφών – απόκλιση από Τυποποιημένες Διαδικασίες Λειτουργίας (SOPs) ➡ (18) Ολοκλήρωση Επεισοδίου Φροντίδας
18	Ολοκλήρωση Επεισοδίου Φροντίδας	Κλινική τελική αξιολόγηση PREMs & PROMs Αποτίμηση Εκβάσεων (outcome assessment) ➡ (19) 30ήμερη Παρακολούθηση
19	30ήμερη Παρακολούθηση	Η παρακολούθηση αφορά σε: -επιπλοκές -επανεισαγωγές -ανάγκη νέου κύκλου φροντίδας ➡ (20) Εξαγωγή Δεδομένων προς τον ΟΔΙΠΥ
20	Εξαγωγή Δεδομένων προς τον ΟΔΙΠΥ	Εξαγωγή του Συνόλου Ελάχιστων Δεδομένων (MDS) Εξαγωγή Δεικτών Απόδοσης (KPIs) Στατιστικά Συμβάντων ➡ (21) Λήξη
21	Λήξη	

7.4.2 Περιγραφική ανάλυση της τυποποιημένης κλινικής ροής ΝΟΣΠΙ

Η τυποποιημένη κλινική ροή της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) αποτυπώνει το πλήρες και χρονικά οριοθετημένο διάστημα κατ' οίκον νοσηλείας, από την αρχική παραπομπή έως την ολοκλήρωση, τη μετά επεισοδιακή παρακολούθηση και την εθνική αναφορά δεδομένων. Η ροή έχει σχεδιαστεί ώστε να διασφαλίζει κλινική ασφάλεια, οργανωτική επάρκεια, σαφή σημεία λήψης αποφάσεων και πλήρη ιχνηλασιμότητα.

Η διαδικασία εκκινεί με την **παραπομπή από την κλινική νοσοκομείου προς τον Συντονιστή ΝΟΣΠΙ**, συνοδευόμενη από πλήρη φάκελο ασθενούς. Στο στάδιο αυτό διενεργείται έλεγχος πληρότητας των κλινικών και διοικητικών δεδομένων, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι η αξιολόγηση θα βασιστεί σε επαρκή και αξιόπιστη πληροφορία.

Ακολουθεί η **προ-αξιολόγηση καταλληλότητας**, η οποία περιλαμβάνει τόσο κλινικά όσο και λειτουργικά κριτήρια. Εξετάζονται οι ενδείξεις και αντενδείξεις ένταξης, η καταλληλότητα του οικιακού περιβάλλοντος και η επάρκεια του άτυπου φροντιστή. Το στάδιο αυτό λειτουργεί ως φίλτρο ασφάλειας, καθώς αποκλείει περιπτώσεις στις οποίες το οικιακό περιβάλλον δεν μπορεί να υποστηρίξει με ασφάλεια νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδα.

Στη συνέχεια πραγματοποιείται **έλεγχος λειτουργικής Εφικτότητας**, όπου αξιολογούνται η διαθεσιμότητα του ανθρώπινου δυναμικού, η γεωγραφική κάλυψη, η επάρκεια του εξοπλισμού και ο συνολικός φόρτος περιστατικών. Το σημείο αυτό αποτελεί κρίσιμο **decision point**, καθώς διαχωρίζει τις περιπτώσεις που μπορούν να υποστηριχθούν επιχειρησιακά από εκείνες που απαιτούν επιστροφή στη νοσοκομειακή κλινική.

Σε περίπτωση αρνητικής απόφασης, το περιστατικό επιστρέφει στην κλινική και το επεισόδιο λήγει. Σε θετική απόφαση, ακολουθεί η **κλινική ένταξη**, η οποία προϋποθέτει επιβεβαίωση της κλινικής σταθερότητας, οριστικοποίηση του θεραπευτικού πλάνου, αξιολόγηση σημείων συναγερμού (red flags) και τεκμηριωμένη συγκατάθεση του ασθενούς ή του νόμιμου εκπροσώπου του.

Το επόμενο στάδιο αφορά την **επικύρωση του Σχεδίου Φροντίδας**, βάσει προκαθορισμένου προτύπου, το οποίο καλύπτει το ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό σκέλος, τις απαιτήσεις Τηλεϊγείας και τον ρόλο του φροντιστή. Η επικύρωση αυτή διασφαλίζει ότι το επεισόδιο ξεκινά με πλήρη, εγκεκριμένη και δομημένη τεκμηρίωση.

Ακολουθεί η **εγκατάσταση του εξοπλισμού και η ρύθμιση της τηλεπαρακολούθησης**, με παράδοση συσκευών, εκπαίδευση φροντιστή και έλεγχο της λειτουργικότητας των συστημάτων. Από το σημείο αυτό ξεκινά η **ημερήσια παροχή φροντίδας**, η οποία περιλαμβάνει κλινική παρακολούθηση, νοσηλευτικές πράξεις και συνεχή τεκμηρίωση στο Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (MDS).

Η ροή ενσωματώνει **συνεχή τηλεπαρακολούθηση και αυτοματοποιημένες ειδοποιήσεις**, μέσω των οποίων ανιχνεύονται αποκλίσεις, όπως μη καταγεγραμμένες μετρήσεις, παθολογικές ζωτικές παράμετροι ή αδράνεια. Τα δεδομένα αυτά οδηγούν σε νέο **decision point** σχετικά με την ύπαρξη ή μη κλινικής επιδείνωσης.



Σε περίπτωση επιδείνωσης ενεργοποιείται η **διαδικασία κλιμάκωσης**, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει επείγουσα επίσκεψη, τροποποίηση αγωγής, κλήση ιατρού ή επανεισαγωγή στο νοσοκομείο. Η κλιμάκωση συνδέεται άμεσα με τη διαδικασία **ανάλυσης βασικών αιτιών και αναφοράς συμβάντος ποιότητας**, ιδίως όταν πρόκειται για συμβάντα αυξημένου κινδύνου ή near misses υψηλής σοβαρότητας.

Ακολουθεί **έλεγχος ποιότητας δεδομένων**, κατά τον οποίο ο Συντονιστής ΝΟΣΠΙ αξιολογεί την πληρότητα, την ορθότητα και τη συμμόρφωση των καταγραφών με τα προβλεπόμενα SOPs. Η διαδικασία αυτή διασφαλίζει ότι η ολοκλήρωση του επεισοδίου βασίζεται σε αξιόπιστα και ελεγχόμενα δεδομένα.

Η **ολοκλήρωση του επεισοδίου φροντίδας** περιλαμβάνει τελική κλινική αξιολόγηση, συλλογή PREMs και PROMs και αποτίμηση εκβάσεων. Το επεισόδιο δεν κλείνει άμεσα, αλλά ακολουθεί **30ήμερη παρακολούθηση**, με στόχο την ανίχνευση επιπλοκών, επανεισαγωγών ή ανάγκης νέου κύκλου φροντίδας.

Η ροή ολοκληρώνεται με την **εξαγωγή δεδομένων προς τον ΟΔΙΠΥ**, συμπεριλαμβανομένου του MDS, των δεικτών απόδοσης και των στατιστικών συμβάντων, διασφαλίζοντας τη σύνδεση της κλινικής πράξης με την εθνική εποπτεία, τη λογοδοσία και τη συνεχή βελτίωση του συστήματος.

7.5 Ορολογία και βασικοί ορισμοί

Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ): Οργανωμένο μοντέλο παροχής φροντίδας νοσοκομειακού επιπέδου στο σπίτι, με ιατρική εποπτεία, διεπιστημονική ομάδα, πρωτόκολλα, διαδικασίες, τηλεπαρακολούθηση και πλήρη τεκμηρίωση.

Κλινική Διαδρομή (Clinical Pathway): Τυποποιημένη ακολουθία σταδίων από την παραπομπή μέχρι την ολοκλήρωση της φροντίδας, με συγκεκριμένα βήματα, ρόλους, πρωτόκολλα και δείκτες.

Βασικά Στάδια Διαδρομής ΝΟΣΠΙ: Παραπομπή, Προ-Αξιολόγηση, Ένταξη, Εγκατάσταση, Καθημερινή Φροντίδα, Κλιμάκωση, Κλείσιμο Επεισοδίου, 30ήμερη Παρακολούθηση. Χρησιμοποιούνται σε όλα τα μοντέλα και στον Master Flowchart.

Κριτήρια Ένταξης (Inclusion Criteria): Όροι που πρέπει να πληροί ο ασθενής για να ενταχθεί με ασφάλεια στο ΝΟΣΠΙ. Σχετίζεται με δείκτη "Appropriate Admission %".

Κριτήρια Αποκλεισμού (Exclusion Criteria): Καταστάσεις που καθιστούν τη φροντίδα στο σπίτι μη ασφαλή. Βρίσκονται στην αρχή κάθε κλινικής διαδρομής.

Κλινικές "Κόκκινες Σημείες" (Red Flags): Κλινικά σημεία που υποδηλώνουν επείγουσα επιδείνωση (π.χ. SpO₂ ↓, πυρετός, αλλαγή συμπεριφοράς, delirium). Καθοριστικός μηχανισμός στην κλιμάκωση.

Πρωτόκολλο Κλιμάκωσης (Escalation Protocol): Τυποποιημένο πλάνο ενεργειών όταν εμφανιστεί red flag: επείγουσα επίσκεψη, τηλεϊατρική εκτίμηση, τροποποίηση αγωγής, επανεισαγωγή. Αποτελεί κρίσιμη δομή του Master Flowchart.

Τηλεπαρακολούθηση (Telemonitoring): Συνεχής ή περιοδική καταγραφή ζωτικών σημείων και ειδοποιήσεων από το σπίτι μέσω ψηφιακού εξοπλισμού. Υποχρεωτικό στοιχείο λειτουργίας του ΝΟΣΠΙ.

Αυτόματες Ειδοποιήσεις (Automated Alerts): Αλγόριθμοι που ενεργοποιούνται όταν μετρήσεις ξεπεράσουν ασφαλή όρια. Αποτελούν σημείο μετάβασης προς τη "Κλινική Κλιμάκωση".

Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων – MDS (Minimum Data Set): Τυποποιημένα δεδομένα που συλλέγονται για κάθε επεισόδιο φροντίδας: ζωτικά, παρεμβάσεις, συμβάντα, κόστη, δείκτες. Χρησιμοποιείται για KPIs, outcomes και ΟΔΙΠΥ reporting.

Clinical Stability: Κλινική σταθερότητα που απαιτείται πριν την ένταξη στο ΝΟΣΠΙ.

Καθορίζει καταλληλότητα ασθενούς.

Operational Feasibility: Έλεγχος εφικτότητας: διαθέσιμο προσωπικό, γεωγραφική κάλυψη, εξοπλισμός, χρόνος απόκρισης. Απαραίτητο βήμα στο Master Flowchart.

Care Plan: Εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας με ιατρικές, νοσηλευτικές και παραϊατρικές πράξεις, χρονοδιάγραμμα και απαιτήσεις monitoring. Υποχρεωτικό έγγραφο στην ένταξη.

Response Time: Χρόνος ανταπόκρισης της ομάδας μετά από red flag ή alert. Βασικός δείκτης ασφάλειας.

30-Day Readmission: Επανεισαγωγή εντός 30 ημερών από την ολοκλήρωση της φροντίδας. Χρησιμοποιείται διεθνώς σε Hospital at Home.

PREMs (Patient Reported Experience Measures): Μετρήσεις εμπειρίας ασθενούς με δομημένα ερωτηματολόγια. Αποτελούν μέρος του κλεισίματος επεισοδίου.



PROMs (Patient Reported Outcome Measures): Μετρήσεις κλινικών εκβάσεων που δηλώνονται από τον ασθενή (πόνος, λειτουργικότητα). Ενισχύουν την αξιολόγηση ποιότητας.

Frailty Index: Δείκτης ευαλωτότητας ηλικιωμένων ασθενών που προβλέπει πτώσεις, delirium και ανάγκη κλιμάκωσης. Κρίσιμο εργαλείο στη γηριατρική διαδρομή.

Delirium: Οξεία διαταραχή προσοχής και αντίληψης, συχνή στους γηριατρικούς ασθενείς. Κύριος δείκτης στην κλινική διαδρομή ηλικιωμένων.

Parental Readiness: Βαθμός ετοιμότητας γονιών να συμμετέχουν στη φροντίδα παιδιού στο σπίτι. Σημαντικό KPI στην παιδιατρική διαδρομή.

Crisis Preparedness: Ικανότητα οικογένειας ψυχιατρικού ασθενούς να διαχειρίζεται κρίσεις. Σημαντικός παράγοντας ασφαλείας στην ψυχιατρική διαδρομή.

Pain Control Score / Dyspnea Score: Δείκτες διαχείρισης συμπτωμάτων σε παρηγορικούς ασθενείς. Κριτήρια ποιότητας διεθνώς.

Caregiver Distress Index: Επίπεδο επιβάρυνσης του φροντιστή. Χρησιμοποιείται σε παιδιατρική, γηριατρική, ψυχιατρική, παρηγορική διαδρομή.

Root Cause Analysis (RCA): Αναλυτική διερεύνηση σοβαρών συμβάντων για εντοπισμό συστημικών αιτίων. Βήμα 11 του Master Flowchart.

Corrective and Preventive Actions (CAPA): Μέτρα που εφαρμόζονται μετά από RCA για αποφυγή επανάληψης. Συνδέονται με το Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας.

Telemonitoring Uptime: Ποσοστό χρόνου που το σύστημα τηλεπαρακολούθησης λειτουργεί σωστά. → Παράμετρος τεχνικής ποιότητας.

National Export to ΟΔΙΠΥ: Τυποποιημένη αποστολή δεδομένων (KPIs, MDS, incidents) προς τον Οργανισμό Διασφάλισης Ποιότητας. → Τελικό στάδιο στο Master Flowchart.

8 Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (MDS) & Data Dictionary Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι

8.1 Εισαγωγή – Ρόλος του MDS στο ΝΟΣΠΙ

Το Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (Minimum Data Set – MDS) αποτελεί το θεμέλιο της αξιόπιστης λειτουργίας, κλινικής ασφάλειας και εθνικής αξιολόγησης της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ). Το MDS ορίζεται ως το **υποχρεωτικό, τυποποιημένο και συγκρίσιμο** σύνολο κλινικών, λειτουργικών, διοικητικών και ψηφιακών δεδομένων που συλλέγεται με ενιαίο τρόπο από όλες τις Μονάδες ΝΟΣΠΙ.

Ο ρόλος του MDS είναι διπλός:

Κλινικός και λειτουργικός ρόλος (frontline role)

Υποστηρίζει την ασφαλή και συνεπή παροχή φροντίδας στο σπίτι, διασφαλίζοντας ότι η ομάδα ΝΟΣΠΙ διαθέτει κοινή εικόνα της κλινικής κατάστασης, τεκμηρίωση παρεμβάσεων και αποφάσεων, μηχανισμό έγκαιρης αναγνώρισης κλινικής επιδείνωσης (red flags / triggers), και ιχνηλασιμότητα ενεργειών.

Αξιολογικός και εποπτικός ρόλος (governance role)

Αποτελεί τη μοναδική αξιόπιστη βάση για υπολογισμό και τεκμηρίωση των δεικτών ποιότητας και ασφάλειας, συγκρίσιμη εθνική παρακολούθηση από τον ΟΔΙΠΥ, παραγωγή αναφορών, συγκριτικών αναλύσεων (benchmarking) και προτάσεων πολιτικής.

Στο παρόν, η ποιότητα στο ΝΟΣΠΙ ορίζεται ως σύστημα με άξονες (ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, ασθενοκεντρικότητα, συντονισμός, τεχνολογία, ανθρώπινοι πόροι, αποδοτικότητα). Για να παρακολουθηθούν αυτοί οι άξονες, απαιτείται **ομοιογενές και ελεγχόμενο πληροφοριακό υπόστρωμα**, δηλαδή το MDS.

Οι δείκτες (KPIs) δεν μπορούν να λειτουργήσουν χωρίς σταθερούς ορισμούς, κοινές πηγές δεδομένων και ενιαίες ροές. Το MDS είναι η **τυπική “δεξαμενή δεδομένων”** από την οποία τροφοδοτείται ο υπολογισμός των δεικτών.

Χωρίς ενιαίο εθνικό MDS καμία σύγκριση μεταξύ νοσοκομείων δεν είναι μεθοδολογικά έγκυρη, οι δείκτες δεν είναι αξιόπιστοι και δεν μπορούν να ερμηνευτούν επιχειρησιακά, η ασφάλεια ασθενούς δεν τεκμηριώνεται, και η επιστημονική αξιολόγηση του ΝΟΣΠΙ καθίσταται αδύνατη.

Το παρόν κεφάλαιο ορίζει τις αρχές σχεδιασμού του MDS, τη δομή του ανά θεματική ενότητα, το Data Dictionary ως δεσμευτικό λεξιλόγιο πεδίων, τους ελέγχους ποιότητας δεδομένων (data quality controls) και τον πίνακα διασύνδεσης MDS → KPIs, ώστε κάθε KPI να διαθέτει σαφή «πηγή».

8.2 Βασικές Αρχές Σχεδιασμού MDS

Το MDS του ΝΟΣΠΙ σχεδιάζεται και εφαρμόζεται με τις ακόλουθες αρχές, οι οποίες αποτελούν προϋπόθεση για την ορθή υλοποίηση των διαδικασιών του παρόντος και τον υπολογισμό των KPIs:

Τυποποίηση (Standardization)



Κάθε πεδίο ορίζεται με σαφή ονομασία (field name), τύπο/μορφή (data type/format), μονάδες μέτρησης (units), αποδεκτές τιμές ή κωδικοποίηση (value set) και κανόνες επικύρωσης (validation rules).

Καθολικότητα (Universality)

Το MDS εφαρμόζεται σε όλους τους ασθενείς και σε όλες τις Μονάδες ΝΟΣΠΙ, ώστε οι δείκτες να είναι συγκρίσιμοι σε εθνικό επίπεδο.

Κλινική συνάφεια (Clinical relevance)

Κάθε πεδίο είναι αναγκαίο για ασφάλεια, παρακολούθηση, τεκμηρίωση, συντονισμό και αξιολόγηση. Δεν καταγράφονται πεδία χωρίς καθορισμένο σκοπό ή χωρίς σύνδεση με δείκτες και κλινικές αποφάσεις.

Διαλειτουργικότητα (Interoperability)

Το MDS είναι συμβατό με Νοσοκομειακά Πληροφοριακά Συστήματα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (όπου απαιτείται), τηλεπαρακολούθηση / τηλεϊατρική και πρότυπα ανταλλαγής δεδομένων,

Εθνική εποπτεία και λογοδοσία (National oversight & accountability)

Το MDS υποστηρίζει τυποποιημένη εξαγωγή (export) προς τον ΟΔΙΠΥ για την παραγωγή συγκρίσιμων εθνικών αναφορών, δεικτών ποιότητας και ασφάλειας και και συστάσεων πολιτικής.

Συμμόρφωση GDPR και πληροφοριακή ασφάλεια (GDPR compliance & information security)

Εφαρμόζονται ελαχιστοποίηση δεδομένων (data minimization), πρόσβαση βάσει ρόλου (role-based access), καταγραφή ενεργειών (audit trails), διαχείριση συναίνεσης (consent management) και τεχνικά μέτρα προστασίας (κρυπτογράφηση, ασφάλεια διαβίβασης/αποθήκευσης).

8.3 Δομή του MDS – Αναλυτικός Πίνακας Ανά Θεματικό Άξονα

Πίνακας 23: Δημογραφικά & Βασικά Διοικητικά Δεδομένα

Πεδίο MDS	Περιγραφή	Μορφότυπος (Format)	Επικύρωση / Κανόνες (Validation / Rules)	Σκοπός	Σύνδεση με KPIs (ΕΛ – ΕΝ)
Patient_ID	Μοναδικός ψευδωνυμοποιημένος κωδικός ασθενούς (pseudonymised patient identifier)	Αλφαριθμητικός μορφότυπος (alphanumeric)	Μοναδικό και υποχρεωτικό (unique, required)	Ενιαία ταυτοποίηση χωρίς αποκάλυψη προσωπικών δεδομένων	Πληρότητα Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων (MDS completeness)



Πεδίο MDS	Περιγραφή	Μορφότυπος (Format)	Επικύρωσ η / Κανόνες (Validatio n / Rules)	Σκοπός	Σύνδεση με KPIs (ΕΛ – ΕΝ)
				(personal data)	
Ημερομην ία γέννησης	Καταγραφή ημερομηνίας γέννησης για υπολογισμό ηλικίας (date of birth)	Ημερομηνία (date)	Ηλικία ≥ 0 έτη (age ≥ 0 years)	Κατάταξη ασθενών, κλινικές διαδρομές και αναλύσεις υποομάδων (subgroup analyses)	Ισότιμη πρόσβαση (Equitable access – age group analysis)
Φύλο	Καταγραφή φύλου ασθενούς (sex/gender)	Κωδικοποιημέ νος μορφότυπος (coded)	Υποχρεωτι κό (required)	Ανάλυση κινδύνου και εκβάσεων ανά φύλο (sex/gender- based outcomes)	Ισότιμη πρόσβαση (Equitable access)
Νοσοκομ είο αναφορά ς	Κωδικός νοσοκομείου ή μονάδας ΝΟΣΠΙ (reference hospital / unit code)	Κωδικοποιημέ νος μορφότυπος (coded)	Υποχρεωτι κό (required)	Συγκριτική αξιολόγηση (benchmarki ng) και εθνική εποπτεία (national oversight)	Αναφορά δεδομένων προς ΟΔΙΠΥ (Reporting to ODiPY)
Περιοχή κατοικίας	Δήμος ή Περιφερειακή Ενότητα κατοικίας (municipality / regional unit)	Κωδικοποιημέ νος μορφότυπος (coded)	Υποχρεωτι κό (required)	Ανάλυση γεωγραφική ς κάλυψης και ισότητας πρόσβασης (geographica l coverage analysis)	Ισότιμη πρόσβαση (Equitable access)



Πίνακας 24: Κλινική Κατάσταση κατά την Ένταξη

Πεδίο MDS	Περιεχόμεν ο	Μορφότυπος (Format)	Επικύρω ση (Validatio n)	Κλινική σημασία	Σύνδεση με KPIs (ΕΛ – ΕΝ)
Κύρια διάγνωση	Κωδικοποίη ση κατά ICD- 10 (<i>International Classification of Diseases – 10th revision</i>)	Κωδικοποιημέ νος μορφότυπος ICD-10 (<i>coded format</i>)	Υποχρεωτι κό (<i>required</i>)	Κατηγοριοποίη ση περιστατικού και καθορισμός κλινικής διαδρομής	Τήρηση κριτηρίων ένταξης (<i>Eligibility compliance</i>)
Συνοσηρότη τες	Δείκτης Charlson ή Elixhauser (<i>Charlson / Elixhauser Comorbidity Index</i>)	Αριθμητικός δείκτης (<i>score</i>)	Υποχρεωτι κό (<i>required</i>)	Εκτίμηση κινδύνου και πολυνοσηρότη τας	Ποσοστό αποτρέψιμ ων ανεπιθύμητ ων συμβάντων (<i>Preventable adverse events – risk- adjusted interpretatio n</i>)
Βασικά ζωτικά σημεία (<i>baseline</i>)	Αρτηριακή πίεση, καρδιακή συχνότητα, αναπνευστικ ός ρυθμός, θερμοκρασί α, κορεσμός οξυγόνου (<i>BP, HR, RR, Temp, SpO₂</i>)	Αριθμητικό σύνολο τιμών (<i>numeric set</i>)	Κλινικά αποδεκτά όρια (<i>clinical ranges</i>)	Τεκμηρίωση κλινικής σταθερότητας και ασφάλειας ένταξης	Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης (<i>Timely recognition & managemen t of deterioratio n</i>)
Red Flags κατά την ένταξη	Παρουσία σημείων αποκλεισμο ύ ή υψηλού κινδύνου (<i>red flags</i>)	Λογική τιμή (Ναι/Όχι) με σχόλιο (<i>Boolean + note</i>)	Υποχρεωτι κό (<i>mandator y</i>)	Κριτήριο ένταξης ή ανάγκης κλιμάκωσης φροντίδας	Τήρηση κριτηρίων ένταξης (<i>Eligibility compliance</i>)



Δείκτης ευαλωτότητας (γηριατρικοί)	Frailty Index (frailty index)	Αριθμητικός μορφότυπος 0–1 (numeric 0–1)	Εντός ορίων 0–1 (range validation)	Καθορισμός έντασης και συχνότητας παρακολούθησης	Γνωστική και λειτουργική κατάσταση (Cognitive & functional status)

Πίνακας 25: Νοσηλευτικά Δεδομένα

Πεδίο MDS	Περιεχόμενο	Μορφότυπος (Format)	Επικύρωση (Validation)	Σύνδεση με διαδικασίες	Σύνδεση με KPIs (Κωδικός – ΕΛ – ΕΝ)
Κατάσταση τραύματος (Wound status)	Κωδικοποιημένη κλινική αξιολόγηση τραύματος (coded wound assessment)	Κωδικοποιημένος μορφότυπος (coded)	Επικύρωση απαιτούμενη όπου εφαρμόζεται (validation required when relevant)	SOP διαχείρισης τραυμάτων και λοιμώξεων (wound & infection SOPs)	Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα (Clinical protocol compliance)
Ενδοφλέβια αγωγή (IV therapy)	Τύπος, δόση και διάρκεια ενδοφλέβιας αγωγής (type, dose, duration)	Δομημένος μορφότυπος (structured)	Κανόνες συμφιλίωσης δεδομένων ή φαρμακευτικές αγωγής (reconciliation rules – clinical/medication context)	SOP φαρμάκου και χορήγησης (medication administration SOP)	Ασφαλής διαχείριση αγωγής (Safe medication management)
Καταγραφή χορήγησης φαρμάκου (Medication Administration Log)	Τεκμηρίωση χορηγήσεων φαρμάκου (medication administration record)	Δομημένος μορφότυπος (structured)	Ειδοποιήσεις παράλειψης δόσης (missed dose alerts)	Διαδικασία διαχείρισης φαρμάκου (medication management procedure)	Ασφαλής διαχείριση αγωγής (Safe medication management)
Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής – Barthel (ADLs – Barthel Index)	Εκτίμηση λειτουργικότητας ασθενούς (functional status)	Αριθμητικός δείκτης (score)	Υποχρεωτικό για τις σχετικές ομάδες (required for relevant groups)	Διαδικασία εκτίμησης λειτουργικότητας και καθορισμού στόχων (functional assessment & goal setting)	Τήρηση θεραπευτικών στόχων (Achievement of therapeutic goals)



Πίνακας 26: Telemonitoring Δεδομένα

Πεδίο MDS	Περιγραφή	Μορφότυπος (Format)	Επικύρωση (Validation)	KPIs (ΕΛ – ΕΝ)	Σχόλιο εφαρμογής
Διαθεσιμότητα συστήματος (Uptime)	Ποσοστό χρόνου λειτουργίας και μετάδοσης δεδομένων (system availability)	Ποσοστό % (percentage)	Στόχος ≥95% (target ≥95%)	Χρήση τηλεπαρακολούθησης (Use of telemonitoring) · Αποδοχή τηλεπαρακολούθησης (Remote monitoring acceptance)	Τεχνικός δείκτης αξιοπιστίας συστήματος
Συχνότητα μετάδοσης ζωτικών	Αριθμός μεταδόσεων ζωτικών σημείων ανά 24 ώρες (transmissions/24h)	Αριθμητικός μορφότυπος (numeric format)	Επικύρωση: χωρίς χρονικά κενά >24 ωρών (validation : no gaps >24h)	Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων (Timeliness of data entry)	Δείκτης ποιότητας και συνέχειας ροής δεδομένων
Αυτόματες ειδοποιήσεις (Automated alerts)	Μηχανισμοί ενεργοποίησης ειδοποιήσεων με χρονική σήμανση (triggers + timestamp)	Μορφότυπος λογικής τιμής (Ναι/Όχι) / χρονικός μορφότυπος (Boolean / Time)	Υποχρεωτική χρονική σήμανση (timestamp mandatory)	Έγκαιρη απόκριση ομάδας (Timely team response)	Άμεση σύνδεση με μηχανισμούς κλιμάκωσης φροντίδας (escalation)

Πίνακας 27: Συμβάντα, Near Miss & CAPA

Πεδίο MDS	Περιγραφή	Μορφότυπος (Format)	Επικύρωση (Validation)	Σύνδεση με KPIs (Κωδικός – ΕΛ – ΕΝ)
Τύπος συμβάντος	Κατηγοριοποίηση συμβάντος ως κλινικό, τεχνικό ή διοικητικό (clinical / technical / administrative)	Κωδικοποιημένος μορφότυπος (coded format)	Υποχρεωτική επικύρωση (validation mandatory)	Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων (Serious adverse events rate)



Βαθμός σοβαρότητας	Επίπεδο σοβαρότητας 1–3 (severity level 1–3)	Κωδικοποιημένος μορφότυπος (coded format)	Απαιτείται ανάλυση ριζικών αιτίων για επίπεδα 2–3 (RCA required for levels 2–3)	Οργανωσιακή μάθηση από συμβάντα (Organisational learning from incidents)
RCA	Ανάλυση ριζικών αιτίων (Root Cause Analysis)	Μορφότυπος κειμένου / δομημένος (Text / Structured)	Υποχρεωτικό για σοβαρά συμβάντα (required for severe incidents)	E11 – Οργανωσιακή μάθηση από ανεπιθύμητα συμβάντα (Organisational learning)
CAPA	Διορθωτικές και προληπτικές ενέργειες (Corrective and Preventive Actions)	Δομημένος μορφότυπος (structured format)	Υποχρεωτική παρακολούθηση (follow-up mandatory)	Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων (Preventable adverse events rate)

Πίνακας 28: Εκβάσεις & 30ήμερη Παρακολούθηση

Πεδίο MDS	Περιεχόμενο	Μορφότυπος (Format)	KPIs (ΕΛ – ΕΝ)	Κρίσιμη σημείωση
Ολοκλήρωση θεραπείας	Κατάσταση ολοκλήρωσης θεραπευτικού πλάνου (treatment completion status)	Μορφότυπος Boolean (Ναι/Όχι) (Boolean)	Τήρηση θεραπευτικών στόχων (Achievement of therapeutic goals)	Απαιτείται σαφής ορισμός της έννοιας «ολοκλήρωση» στο Λεξικό Δεδομένων (Data Dictionary)
Μη προγραμματισμένη επανεισαγωγή	Επανεισαγωγή ή μετά την έξοδο από ΝΟΣΠΙ (unplanned readmission)	Μορφότυπος Boolean (Ναι/Όχι) (Boolean)	Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές (Unplanned readmission rate)	Μετράται εντός προκαθορισμένου χρονικού παραθύρου (defined time window)
PREMs	Εμπειρία ασθενούς ή φροντιστή (Patient- Reported Experience Measures)	Κλίμακα / βαθμίδα (scale)	Συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ (Acceptance of Hospital at Home model) · Ποιότητα επικοινωνίας	Χρονισμός συλλογής: κατά την ολοκλήρωση του επεισοδίου (at episode completion)

Πεδίο MDS	Περιεχόμενο	Μορφότυπος (Format)	KPIs (ΕΛ – ΕΝ)	Κρίσιμη σημείωση
			<i>(Quality of communication)</i>	
PROMs	Εκβάσεις υγείας και ποιότητα ζωής (<i>Patient-Reported Outcome Measures</i>)	Κλίμακα / βαθμίδα (<i>scale</i>)	Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα (<i>Clinical protocol compliance – indirect interpretation</i>)	Απαιτείται χρήση τυποποιημένων και επικυρωμένων εργαλείων
Ειδικοί δείκτες	Εξειδικευμένοι δείκτες ανά πληθυσμιακή ομάδα ή κλινική διαδρομή (<i>population-or pathway-specific indicators</i>)	Σύμφωνα με το εργαλείο (<i>as per tool specification</i>)		Υποχρεωτική χρήση τυποποιημένου εργαλείου (<i>standardised instrument required</i>)

8.4 Data Dictionary – Αναλυτικός Ορισμός Πεδίου

Η συγκρότηση και ενσωμάτωση Data Dictionary στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) αποτελεί δομικό στοιχείο του συστήματος διασφάλισης ποιότητας και όχι απλώς τεχνική υποστήριξη της καταγραφής δεδομένων. Το Data Dictionary ορίζεται ως το ενιαίο, θεσμικά δεσμευτικό πλαίσιο ορισμών, κανόνων και εννοιών που διέπουν όλα τα πεδία δεδομένων τα οποία συλλέγονται, τεκμηριώνονται και αξιοποιούνται για την αξιολόγηση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ.

Η λειτουργία του Data Dictionary διασφαλίζει ότι κάθε καταγεγραμμένο στοιχείο έχει σαφές και κοινά αποδεκτό εννοιολογικό περιεχόμενο, ανεξάρτητα από τη Μονάδα ΝΟΣΠΙ, το επαγγελματικό προφίλ του χρήστη ή το πληροφοριακό σύστημα στο οποίο πραγματοποιείται η καταχώριση. Με τον τρόπο αυτό αποτρέπεται η εμφάνιση ετερογενών ερμηνειών, ασύμβατων καταγραφών και μη συγκρίσιμων αποτελεσμάτων, τα οποία θα υπονόμειαν τόσο την επιστημονική εγκυρότητα όσο και τη θεσμική αξιοπιστία του συνολικού πλαισίου.

Στο παρόν Παραδοτέο, το Data Dictionary καλύπτει το σύνολο των πεδίων που σχετίζονται με το Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων, τις διαδικασίες κλινικής και λειτουργικής τεκμηρίωσης, καθώς και τα δεδομένα εισόδου που τροφοδοτούν τους δείκτες ποιότητας και ασφάλειας. Κάθε πεδίο δεδομένων ορίζεται με τρόπο που προσδιορίζει με ακρίβεια το αντικείμενο καταγραφής, το είδος και τη μορφή του δεδομένου, τη χρονική στιγμή ή περίοδο συλλογής, καθώς και τη σύνδεσή του με συγκεκριμένες διαδικασίες και δείκτες του συστήματος ΝΟΣΠΙ. Η ενιαία αυτή προσέγγιση καθιστά δυνατή τη διαλειτουργικότητα μεταξύ διαφορετικών πληροφοριακών περιβαλλόντων και υποστηρίζει τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συστήματος.

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στη συμβολή του Data Dictionary στη διασφάλιση της ποιότητας των δεδομένων ήδη από το στάδιο του σχεδιασμού. Η σαφής τυποποίηση των ορισμών επιτρέπει

τον έλεγχο πληρότητας, εγκυρότητας και συνέπειας των καταγραφών, περιορίζοντας την ανάγκη διορθωτικών παρεμβάσεων εκ των υστέρων και ενισχύοντας την αξιοπιστία των παραγόμενων αποτελεσμάτων. Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με τις αρχές της προληπτικής διακυβέρνησης δεδομένων και της τεκμηριωμένης λήψης αποφάσεων στον χώρο της υγείας.

Παράλληλα, το Data Dictionary λειτουργεί ως κρίσιμο εργαλείο θεσμικής εποπτείας και ελέγχου. Επιτρέπει στον ΟΔΙΠΥ και στα αρμόδια όργανα του Υπουργείου Υγείας να αξιολογούν τη συμμόρφωση των Μονάδων ΝΟΣΠΙ με ενιαία κριτήρια, να συγκρίνουν αποτελέσματα σε εθνικό επίπεδο και να εξάγουν αξιόπιστα συμπεράσματα για την απόδοση του προγράμματος. Η ύπαρξη κοινού λεξικού δεδομένων αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την ανάπτυξη εθνικών αναφορών, τη σταδιακή εισαγωγή benchmarking και τη μελλοντική διασύνδεση με διεθνή πλαίσια αξιολόγησης.

Τέλος, το Data Dictionary προσδίδει στο σύστημα ΝΟΣΠΙ δυναμικό χαρακτήρα εξέλιξης, χωρίς να διακυβεύεται η συνοχή του. Η προσθήκη νέων πεδίων ή η αναθεώρηση υφιστάμενων ορισμών μπορεί να πραγματοποιείται με ελεγχόμενο και τεκμηριωμένο τρόπο, διασφαλίζοντας τη συνέχεια των μετρήσεων και τη θεσμική σταθερότητα του πλαισίου. Με τον τρόπο αυτό, το Data Dictionary αναδεικνύεται σε θεμέλιο λίθο της αξιοπιστίας, της διαφάνειας και της επιστημονικής εγκυρότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι.

Θεσμική και λειτουργική ενσωμάτωση του Data Dictionary

Το Data Dictionary, όπως αναπτύσσεται στο παρόν, ενσωματώνεται οργανικά στον συνολικό σχεδιασμό του πλαισίου διασφάλισης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Η λειτουργία του συνδέεται άμεσα με τις διαδικασίες τεκμηρίωσης, το Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων και τους μηχανισμούς διακυβέρνησης που περιγράφονται στα προηγούμενα κεφάλαια, λειτουργώντας ως εννοιολογικός και λειτουργικός συνδετικός κρίκος μεταξύ πολιτικών, διαδικασιών και μετρήσιμων αποτελεσμάτων.

Σε επίπεδο τεκμηρίωσης, το Data Dictionary διασφαλίζει ότι τα δεδομένα που παράγονται από τις κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες της ΝΟΣΠΙ καταγράφονται με ενιαίο τρόπο, σύμφωνα με προκαθορισμένους ορισμούς και κανόνες. Η τυποποίηση αυτή επιτρέπει τη μετατροπή της περιγραφικής τεκμηρίωσης σε δομημένη πληροφορία, ικανή να υποστηρίξει την αξιολόγηση συμμόρφωσης, την ανάλυση κινδύνου και την παρακολούθηση της απόδοσης των μονάδων.

Παράλληλα, το Data Dictionary αποτελεί θεμέλιο του Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων της ΝΟΣΠΙ, καθώς προσδιορίζει με σαφήνεια το περιεχόμενο, τη μορφή και τη χρήση κάθε πεδίου που περιλαμβάνεται στο MDS. Η σαφής αυτή οριοθέτηση εξασφαλίζει ότι το MDS δεν περιορίζεται σε μια λίστα υποχρεωτικών καταγραφών, αλλά λειτουργεί ως συνεκτικό και αξιόπιστο σύνολο δεδομένων, ικανό να υποστηρίξει τόσο την καθημερινή λειτουργία όσο και τη συστηματική αξιολόγηση της ποιότητας και της ασφάλειας. Η σύνδεση αυτή είναι κρίσιμη, διότι διασφαλίζει ότι οι δείκτες βασίζονται σε δεδομένα με κοινό εννοιολογικό υπόβαθρο και σταθερή ερμηνευτική βάση.

Σε επίπεδο διακυβέρνησης, το Data Dictionary ενισχύει τη θεσμική συνοχή του πλαισίου ΝΟΣΠΙ, παρέχοντας στον ΟΔΙΠΥ και στα αρμόδια όργανα εποπτείας ένα σαφές και διαφανές σημείο αναφοράς για τον έλεγχο της ποιότητας των δεδομένων και της ορθής εφαρμογής των διαδικασιών. Η ύπαρξη ενιαίων ορισμών επιτρέπει την αξιόπιστη σύγκριση μεταξύ μονάδων, τον εντοπισμό συστηματικών αποκλίσεων και τη στοχευμένη λήψη διορθωτικών ή βελτιωτικών μέτρων, χωρίς να δημιουργούνται αμφιβολίες ως προς την εγκυρότητα των ευρημάτων.



Τέλος, η ενσωμάτωση του Data Dictionary στο παρόνδιασφαλίζει τη διαχρονική ανθεκτικότητα του πλαισίου. Η δυνατότητα ελεγχόμενης αναθεώρησης ή επέκτασης των ορισμών, σε συνδυασμό με τη διατήρηση της βασικής εννοιολογικής δομής, επιτρέπει στο σύστημα ΝΟΣΠΙ να εξελίσσεται χωρίς να διαρρηγνύεται η συνέχεια των δεδομένων και των αξιολογήσεων. Με τον τρόπο αυτό, το Data Dictionary λειτουργεί ως σταθερός άξονας γύρω από τον οποίο μπορούν να αναπτυχθούν νέες πολιτικές, διαδικασίες και δείκτες, διατηρώντας τη συνοχή και την επιστημονική εγκυρότητα του εθνικού πλαισίου.

8.5 Πίνακας Διασύνδεση MDS → KPIs

Πίνακας 29: Διασύνδεση MDS → KPIs

MDS Πεδίο	KPI	Σκοπός
<i>Vital signs deviations</i>	Response Time KPI	Ασφάλεια
<i>Missed medication</i>	Adherence KPI	Ποιότητα φροντίδας
<i>30-day readmission</i>	Readmission KPI	Outcome
<i>Telemonitoring uptime</i>	Technical Quality KPI	Τεχνική αξιοπιστία
<i>PREMs</i>	PREM score KPI	Εμπειρία
<i>PROMs</i>	PROM score KPI	Αποτελέσματα υγείας

8.6 Έλεγχοι Ποιότητας & Πληρότητας Δεδομένων

Το Data Dictionary δεν παρατίθεται ως «ενδεικτικό». Είναι το δεσμευτικό λεξιλόγιο που ορίζει για κάθε πεδίο:

Field name (EN) / Ονομασία (EL)

Definition / Ορισμός

Data type / Τύπος

Value set / Επιτρεπτές τιμές

Units / Μονάδες

Mandatory level / Υποχρεωτικό

Source system / Πηγή (HIS, telemonitoring, manual entry)

Time of capture / Χρόνος καταγραφής

Responsible role / Υπεύθυνος ρόλος

Validation rules / Κανόνες επικύρωσης

Linked KPIs / Συνδεδεμένοι δείκτες (κωδικός – EL – EN)



8.6.1 Πίνακας Διασύνδεσης MDS → KPIs (Εθνικός Πίνακας Ιχνηλασιμότητας)

Ο παρακάτω πίνακας αποτυπώνει για κάθε κατηγορία δεδομένων τις ελάχιστες πεδία MDS που απαιτούνται ώστε ο KPI να μπορεί να υπολογιστεί με εγκυρότητα.

Πίνακας 30: Διασύνδεση MDS → KPIs

Κρίσιμο πεδίο MDS	KPI (EL – EN)	Σκοπός μέτρησης	Κρίσιμες προϋποθέσεις εγκυρότητας
Red Flags + baseline vitals	Έγκαιρη αναγνώριση/διαχείριση επιδείνωσης (Timely recognition & management of deterioration)	Ασφάλεια κλιμάκωσης	χρονοσήμανση, κοινά thresholds
Incident type + severity + RCA	Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων (Serious adverse events rate)	Ασφάλεια	κοινός ορισμός σοβαρότητας
Medication admin log	Ασφαλής διαχείριση αγωγής (Safe medication management)	Ασφάλεια φαρμάκου	reconciliation, missed dose rule
Telemonitoring alerts + response time	Έγκαιρη απόκριση ομάδας (Timely team response)	Timeliness	κοινός ορισμός “ανταπόκρισης”
PREMs επικοινωνίας	Ποιότητα επικοινωνίας (Quality of communication)	Ασθενοκεντρικότητα	standard ερωτηματολόγιο
Caregiver burden scale	Επιβάρυνση φροντιστή (Caregiver burden & support)	Βιωσιμότητα φροντίδας	standard εργαλείο, χρονισμός
Readmission flag	Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές (Unplanned readmission rate)	Κλινική αξία	ενιαίος ορισμός “μη προγραμματισμένης”

Έλεγχοι Ποιότητας, Πληρότητας και Επικύρωσης Δεδομένων

Για να θεωρηθούν οι δείκτες αξιόπιστοι, το MDS πρέπει να πληροί ελάχιστα κριτήρια ποιότητας δεδομένων. Οι έλεγχοι ενσωματώνονται σε επίπεδο πληροφοριακού συστήματος και διαδικασιών.

8.6.2 Έλεγχος πληρότητας (Data completeness)

Μηδενική ανοχή σε κενά για mandatory πεδία.



Αυτόματος έλεγχος πριν την εξαγωγή προς ΟΔΙΠΥ.

Συνδεδεμένοι KPIs πχ: Πληρότητα Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων (MDS completeness)

8.6.3 Έλεγχος ακρίβειας (Data accuracy)

Ανίχνευση εκτός εύρους τιμών (out-of-range).

Διασταύρωση μεταξύ χειροκίνητης καταγραφής και telemonitoring όπου συνυπάρχουν.

Συνδεδεμένοι KPIs πχ: Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων (Data validity & consistency)

8.6.4 Έλεγχος συνέπειας (Data consistency)

Χρονολογική ακολουθία (ένταξη πριν από ολοκλήρωση).

Λογικές σχέσεις (π.χ. alert χωρίς καταγεγραμμένη απόκριση επισημαίνεται ως μη αποδεκτό).

Συνδεδεμένοι KPIs πχ: Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων (Data validity & consistency),

Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων (Timeliness of data entry)

8.6.5 Audit trail (Ιχνηλασιμότητα αλλαγών)

Καταγραφή ποιος, τι, πότε τροποποίησε.

Υποχρεωτική αιτιολόγηση κρίσιμων διορθώσεων.

Συνδεδεμένοι KPIs πχ: Ασφάλεια και προστασία δεδομένων (Data security & protection)

8.7 Ορολογία παρόντος Κεφαλαίου

Πίνακας 31: Α. Ορολογία Κλινικών Δεδομένων

Όρος (EL)	Όρος (EN)	Ορισμός
Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων	Minimum Data Set (MDS)	Υποχρεωτικό σύνολο τυποποιημένων πεδίων που συλλέγονται για κάθε ασθενή ΝΟΣΠΙ.
Αρχική κλινική κατάσταση	Clinical baseline	Καταγραφή κλινικής εικόνας κατά την ένταξη.
Ζωτικά σημεία	Vital signs	Πίεση, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία, κορεσμός οξυγόνου.
Κριτήρια σταθερότητας ένταξης	Baseline stability criteria	Ελάχιστες προϋποθέσεις σταθερότητας για ασφαλή ένταξη.
Σημεία κινδύνου	Red flags	Κλινικά σημεία που απαιτούν αποκλεισμό ή άμεση κλιμάκωση.
Δείκτης πολυνοσηρότητας	Charlson Comorbidity Index	Βαθμολόγηση συ νοσηροτήτων με προγνωστική αξία.
Δείκτης ευαλωτότητας	Frailty Index	Εκτίμηση ευαλωτότητας ηλικιωμένων.
Δραστηριότητες καθημερινής ζωής	ADLs (Barthel Index)	Λειτουργική αυτονομία/εξάρτηση.



Όρος (EL)	Όρος (EN)	Ορισμός
Διάρκεια κατ' οίκον νοσηλείας	Duration of home hospitalization	Χρονικό διάστημα από ένταξη έως ολοκλήρωση/διακοπή.

Πίνακας 32: Β. Ορολογία Πληροφοριακών Συστημάτων

Όρος (EL)	Όρος (EN)	Ορισμός
Λεξικό δεδομένων	Data dictionary	Δεσμευτικός ορισμός κάθε πεδίου, τύπου, τιμών, κανόνων και KPIs.
Διαλειτουργικότητα	Interoperability	Ικανότητα ανταλλαγής και αξιοποίησης δεδομένων μεταξύ συστημάτων.
Δομημένα δεδομένα	Structured data	Κωδικοποιημένα πεδία με αποδεκτές τιμές.
Μη δομημένα δεδομένα	Unstructured data	Κείμενα/σημειώσεις χωρίς κωδικοποίηση.
Μεταδεδομένα	Metadata	Πληροφορίες για το δεδομένο (χρόνος, χρήστης, πηγή).
Ίχνος ελέγχου	Audit trail	Καταγραφή ενεργειών και τροποποιήσεων.
Κανόνες επικύρωσης	Validation rules	Έλεγχοι εγκυρότητας/συνέπειας τιμών.

Πίνακας 33: Γ. Ορολογία Τηλεπαρακολούθησης

Όρος (EL)	Όρος (EN)	Ορισμός
Διαθεσιμότητα τηλεπαρακολούθησης	Telemonitoring uptime	Ποσοστό χρόνου επιτυχούς λειτουργίας/μετάδοσης.
Κατώφλια ειδοποιήσεων	Alert thresholds	Όρια τιμών που ενεργοποιούν alerts.
Αυτόματες ειδοποιήσεις	Automated alerts	Ειδοποιήσεις από σύστημα με χρονική σήμανση.
Διάστημα μετάδοσης	Data transmission interval	Συχνότητα αποστολής δεδομένων.
Απώλεια σήματος	Signal loss	Διακοπή μετάδοσης.
Βαθμονόμηση συσκευών	Device calibration	Έλεγχος ακρίβειας μετρητικών συσκευών.

Πίνακας 34: Δ. Ορολογία Ποιότητας & KPIs

Όρος (EL)	Όρος (EN)	Ορισμός



Δείκτης	KPI (Key Performance Indicator)	Μετρήσιμο μέγεθος αξιολόγησης ποιότητας/ασφάλειας/απόδοσης.
Συμβάν	Incident	Γεγονός που επηρεάζει ή απειλεί την ασφάλεια.
Παραλίγο συμβάν	Near miss	Συμβάν χωρίς τελική βλάβη, με δυναμικό κινδύνου.
Ανάλυση βασικών αιτιών	Root Cause Analysis (RCA)	Μεθοδολογία εντοπισμού βαθύτερων αιτιών.
Διορθωτικές/Προληπτικές ενέργειες	Corrective & Preventive Actions (CAPA)	Ενέργειες εξάλειψης αιτίας και πρόληψης επανάληψης.
Μητρώο κινδύνων	Risk register	Κατάλογος κινδύνων και ενεργειών αντιμετώπισης.

Πίνακας 35: E. GDPR & Προστασία Δεδομένων

Όρος (EL)	Όρος (EN)	Ορισμός
Ελαχιστοποίηση δεδομένων	Data minimization	Συλλογή μόνο των απολύτως αναγκαίων δεδομένων.
Διαβαθμισμένη πρόσβαση	Role-based access	Πρόσβαση ανάλογα με ρόλο/αρμοδιότητα.
Ψευδώνυμο	Pseudonymization	Αφαίρεση ταυτοποιητικών στοιχείων, διατήρηση κωδικού.
Κρυπτογράφηση μεταφοράς/αποθήκευσης	Encryption in transit & at rest	Τεχνική προστασία δεδομένων κατά τη μεταφορά και αποθήκευση.



MASTER ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΔΕΣΗΣ

Από Πράξη → Δεδομένα → Δείκτες → Αξιολόγηση

Πίνακας 36: Ενοποιημένη Χαρτογράφηση MDS

Επίπεδο Πράξης	MDS Ενότητα	Δείκτες (Ελληνικά – Αγγλικά)	Τι αξιολογείται
Κλινική παρακολούθηση	Ζωτικά σημεία, συμπτώματα, αγωγή	Κλινική σταθερότητα (Clinical stability) Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές (Unplanned readmissions)	Κλινική αποτελεσματικότητα μονάδας
Ασφάλεια στο σπίτι	Συμβάντα, near misses, RCA	Σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα (Serious adverse events) Αποτρέψιμα συμβάντα (Preventable events)	Ωριμότητα κουλτούρας ασφάλειας
Φαρμακευτική αγωγή	Χορηγήσεις, missed doses	Ασφαλής φαρμακευτική αγωγή (Medication safety)	Ασφάλεια διαδικασιών
Συντονισμός ομάδας	Χρόνοι απόκρισης, επισκέψεις	Έγκαιρη απόκριση ομάδας (Timely team response)	Λειτουργική επάρκεια
Τεκμηρίωση	Πληρότητα φακέλου	Πληρότητα τεκμηρίωσης (Documentation completeness)	Διακυβέρνηση ποιότητας
Τηλεπαρακολούθηση	Alerts, uptime	Χρήση τηλεπαρακολούθησης (Telemonitoring use) Αποδοχή τηλεπαρακολούθησης (Remote monitoring acceptance)	Ψηφιακή αξιοπιστία
Εμπειρία ασθενούς	PREMs	Ποιότητα επικοινωνίας (Communication quality) D6 – Συνολική αποδοχή ΝΟΣΠΙ (Model acceptance)	Ασθenoκεντρικότητα
Εκβάσεις υγείας	PROMs	Λειτουργική βελτίωση (Functional improvement) Ποιότητα ζωής (Quality of life)	Κλινική αξία



Φροντιστές	PREMs/PROMs φροντιστή	Υποστήριξη φροντιστή (Caregiver support) Επάρκεια γονέα/φροντιστή (Caregiver competence)	Βιωσιμότητα μοντέλου
Ανθρώπινοι πόροι	Φόρτος, εκπαίδευση	Εκπαίδευση προσωπικού (Staff competency) Πρόληψη burnout (Burnout prevention)	Ανθεκτικότητα συστήματος
Οικονομικά	Κόστος, διάρκεια	Οικονομική αποδοτικότητα (Financial sustainability)	Στρατηγική βιωσιμότητα

Το Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (MDS) αποτελεί το θεμέλιο της αλυσίδας αξιολόγησης του ΝΟΣΠΙ. Κάθε δείκτης παράγεται αποκλειστικά από τυποποιημένα πεδία του MDS, σύμφωνα με σαφώς ορισμένο Data Dictionary. Οι δείκτες αυτοί δεν αξιολογούνται μεμονωμένα, αλλά συντίθενται ώστε να αποτυπώνεται η συνολική κλινική αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια, η ασθενοκεντρικότητα, η λειτουργική επάρκεια και η βιωσιμότητα του μοντέλου.

Με τον τρόπο αυτό, το ΝΟΣΠΙ λειτουργεί ως πλήρως τεκμηριωμένο σύστημα ποιότητας, στο οποίο η καθημερινή κλινική πράξη μεταφράζεται σε δεδομένα, τα δεδομένα σε δείκτες και οι δείκτες σε εθνική αξιολόγηση και πολιτικές υγείας.

Σύνδεση του MDS με τις Διαδικασίες του παρόντος και την Επιχειρησιακή Εφαρμογή των Δεικτών

Το MDS αποτελεί την τεχνική υλοποίηση βασικών διαδικασιών του παρόντος, ιδίως κλινική τεκμηρίωση, ενιαία πρωτόκολλα και SOPs, διαχείριση συμβάντων και μάθηση, μηχανισμούς κλιμάκωσης, διακυβέρνηση και reporting προς ΟΔΙΠΥ.

Αντίστοιχα, οι δείκτες προκύπτουν από συγκεκριμένα πεδία MDS. Για παράδειγμα:

- ο δείκτης **Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ (Timely HaH team response)** απαιτεί πεδία alerts και χρόνου τεκμηριωμένης ανταπόκρισης,
- ο δείκτης **Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής (Safe medication management)** απαιτεί πλήρη reconciliation και καταγραφή χορήγησης,
- ο δείκτης **Πληρότητα MDS (MDS completeness)** απαιτεί καθολική συμπλήρωση υποχρεωτικών πεδίων,
- οι δείκτες εμπειρίας **D3/D6** απαιτούν Standard PREMs/PROMs.

Με τον τρόπο αυτό το MDS λειτουργεί ως κοινός «μηχανισμός τεκμηρίωσης» που ενώνει την κλινική πράξη με το σύστημα αξιολόγησης και την εθνική εποπτεία.

Ελάχιστες Απαιτήσεις Εφαρμογής (Minimum Implementation Requirements)

Για να θεωρείται ότι μια Μονάδα ΝΟΣΠΙ εφαρμόζει επιχειρησιακά το MDS:

1. Ορίζει υπεύθυνους καταγραφής ανά ρόλο (ιατρός, νοσηλεύτης, συντονιστής, IT).



2. Διαθέτει διαδικασία επικύρωσης και διόρθωσης (data validation & correction).
3. Παράγει σε τακτή βάση export προς ΟΔΙΠΥ.
4. Εφαρμόζει πολιτικές πρόσβασης και audit trail.
5. Εφαρμόζει εκπαίδευση χρηστών για ορθή καταγραφή και ορισμούς.

9 Πολιτικές, Standard Operating Procedures (SOPs) και Ολοκληρωμένο Σύστημα Διαδικασιών ΝΟΣΠΙ

9.1 Σκοπός και ρόλος του συστήματος διαδικασιών στο ΝΟΣΠΙ

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) δεν είναι απλή κατ' οίκον φροντίδα, αλλά **υποκατάσταση νοσοκομειακής νοσηλείας** σε περιβάλλον που δεν ελέγχεται άμεσα από το νοσοκομείο. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν εργάζονται σε ενιαίο φυσικό χώρο, οι κίνδυνοι δεν είναι πάντα ορατοί, η επίβλεψη δεν είναι συνεχής και οι αποφάσεις λαμβάνονται συχνά εξ αποστάσεως.

Για να μπορέσει μια τέτοια υπηρεσία να λειτουργήσει **με την ίδια ασφάλεια, ποιότητα και αξιοπιστία όπως το νοσοκομείο**, απαιτείται ένα οργανωμένο **σύστημα πολιτικών και διαδικασιών**.

Τι σημαίνει «σύστημα πολιτικών και διαδικασιών»

Το σύστημα πολιτικών και διαδικασιών είναι το σύνολο των **κανόνων, οδηγιών και τυποποιημένων τρόπων εργασίας** που καθορίζουν: τι πρέπει να γίνεται, πότε πρέπει να γίνεται, από ποιον, με ποια τεκμηρίωση, και με ποιον τρόπο ελέγχεται ότι έγινε σωστά.

Δεν πρόκειται για θεωρητικά κείμενα, αλλά για τον **μηχανισμό με τον οποίο η ποιότητα γίνεται πράξη**.

Στο ΝΟΣΠΙ, το σύστημα αυτό εξασφαλίζει ότι: όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με **ίδιους κανόνες**, όλοι οι επαγγελματίες υγείας λειτουργούν με **κοινή λογική και γλώσσα**, τα λάθη και οι αποκλίσεις **εντοπίζονται και διορθώνονται**, και η απόδοση της υπηρεσίας **μπορεί να μετρηθεί αντικειμενικά**.

Πώς συνδέεται το σύστημα διαδικασιών με τους δείκτες

Οι δείκτες του **δεν είναι αυτόνομοι αριθμοί**. Κάθε δείκτης μετρά **την εφαρμογή μιας συγκεκριμένης διαδικασίας**.

Παράδειγμα:

- αν υπάρχει δείκτης για «έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης», τότε πρέπει να υπάρχει διαδικασία που να περιγράφει **πώς αναγνωρίζεται η επιδείνωση και τι γίνεται μετά**.
- αν υπάρχει δείκτης για «πληρότητα τεκμηρίωσης», τότε πρέπει να υπάρχει διαδικασία που να ορίζει **ποια δεδομένα είναι υποχρεωτικά και πότε καταγράφονται**.

9.2 Αρχιτεκτονική του Συστήματος Πολιτικών και Διαδικασιών ΝΟΣΠΙ

Το σύστημα τεκμηρίωσης του ΝΟΣΠΙ δομείται σε 3 επίπεδα:

- **Επίπεδο 1: Πολιτικές (Policies – Governance layer):** Ορίζουν αρχές, υποχρεώσεις, λογοδοσία (π.χ. ασφάλεια ασθενή, GDPR, risk management, telemonitoring).

Τι είναι πολιτική;



Μια πολιτική είναι ένα κείμενο που δηλώνει **τι θεωρεί σημαντικό το σύστημα και σε τι δεσμεύεται**. Οι πολιτικές: δεν περιγράφουν βήματα, δεν λένε «πώς», λένε **τι πρέπει να ισχύει πάντα**.

Παράδειγμα: Πολιτική Ασφάλειας Ασθενούς σημαίνει ότι το ΝΟΣΠΙ δεσμεύεται να αναγνωρίζει κινδύνους, καταγράφει συμβάντα, μαθαίνει από λάθη, και προστατεύει τον ασθενή.

Οι πολιτικές αποτελούν το **θεμέλιο όλων των διαδικασιών** και λειτουργούν ως το «σύνταγμα» του συστήματος ποιότητας.

- **Επίπεδο 2: Διαδικασίες/SOPs (Operational layer):** Ορίζουν βήματα, ρόλους, σημεία ελέγχου (control points), απαιτήσεις τεκμηρίωσης.

Μια διαδικασία ή SOP είναι η **αναλυτική περιγραφή του πώς γίνεται κάτι**, βήμα προς βήμα. Κάθε SOP απαντά στα ερωτήματα: ποιος κάνει τι, με ποια σειρά, ποια είναι τα σημεία ελέγχου, τι καταγράφεται, και τι γίνεται αν κάτι δεν πάει καλά.

Παράδειγμα: η Πολιτική Ασφάλειας Ασθενούς υλοποιείται μέσω SOP αναγνώρισης κλινικής επιδείνωσης, SOP κλιμάκωσης, SOP αναφοράς συμβάντων.

Οι SOPs είναι το **κεντρικό εργαλείο ελέγχου ποιότητας**, γιατί επιτρέπουν να ελεγχθεί αν το σύστημα λειτουργεί όπως σχεδιάστηκε.

- **Επίπεδο 3: Έντυπα/Εργαλεία (Execution layer):** MDS forms, checklists, logs, incident forms, CAPA templates, PREMs/PROMs κ.ά.

Είναι τα πρακτικά μέσα που χρησιμοποιούνται καθημερινά με φόρμες, checklists, ηλεκτρονικά πεδία, καταγραφές συμβάντων, ερωτηματολόγια εμπειρίας.

Χωρίς αυτά: οι διαδικασίες μένουν θεωρητικές, δεν παράγονται δεδομένα, δεν μπορούν να υπολογιστούν δείκτες.

Τα εργαλεία αυτά τροφοδοτούν το **Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (MDS)**, από το οποίο προκύπτουν οι δείκτες.

9.3 Επίσημη Αντιστοίχιση Διαδικασιών με Δείκτες

Πίνακας 37: Άξονας Α- Ασφάλεια Ασθενών (Patient Safety)

Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων	Rate of serious adverse events	Σύστημα αναφοράς και διερεύνησης ανεπιθύμητων συμβάντων	Incident reporting & investigation system
Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης	Timely recognition & management of clinical deterioration	Πρωτόκολλα κλινικής επιδείνωσης και κλιμάκωσης	Clinical deterioration & escalation protocols



Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Συμμόρφωση με κρίσιμα SOPs ασφάλειας (Τυποποιημένες Διαδικασίες Λειτουργίας)	Compliance with critical safety SOPs	Τυποποιημένες Διαδικασίες Λειτουργίας (SOPs)	Standard Operating Procedures
Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής	Safe medication management	Διαδικασία φαρμακευτικής αγωγής κατ' οίκον	Home medication management procedure
Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων	Rate of preventable adverse events	Διαχείριση κινδύνων και προληπτική ασφάλεια	Risk management & preventive safety
Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές	Unplanned readmission rate	Κριτήρια εξόδου και συνέχεια φροντίδας	Discharge criteria & continuity of care
Ασφαλής διαχείριση επειγόντων περιστατικών	Emergency case management safety	Διαδικασία επειγόντων και άμεσης κλιμάκωσης	Emergency & urgent escalation procedure
Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων	Incident reporting compliance	Αναφορά συμβάντων και μηχανισμός μάθησης	Incident reporting & learning system

Πίνακας 38: Άξονας Β – Λειτουργία και Συντονισμός (Operations & Coordination)

Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Τήρηση κριτηρίων ένταξης ασθενών	Compliance with patient eligibility criteria	Κριτήρια ένταξης στη ΝΟΣΠΙ	Patient eligibility criteria
Πληρότητα και ποιότητα κλινικής τεκμηρίωσης	Documentation completeness & quality	Κανόνες κλινικής τεκμηρίωσης	Clinical documentation standards
Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων κατ' οίκον	Scheduled home visit compliance	Προγραμματισμός και λειτουργικός συντονισμός	Operational planning & scheduling
Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ	Timely HaH team response	Πρότυπα χρόνων απόκρισης	Response time standards



Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας	Multidisciplinary team coordination	Διακυβέρνηση διεπιστημονικής ομάδας	MDT governance
Χρήση τηλεπαρακολούθησης όπου προβλέπεται	Use of telemonitoring	Πλαίσιο τηλεπαρακολούθησης	Remote monitoring framework
Τήρηση χρονοδιαγράμματος κύκλου φροντίδας	Episode timeline compliance	Κλινικές διαδρομές ΝΟΣΠΙ	Hospital at Home clinical pathways

Πίνακας 39: Άξονας Γ – Δεδομένα και Πληροφοριακά Συστήματα (Data & Digital)

Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Πληρότητα Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων (MDS – Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων)	MDS completeness	Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (MDS)	Minimum Data Set
Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων	Data validity & consistency	Διασφάλιση ποιότητας δεδομένων	Data quality assurance
Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων	Timeliness of data entry	Κανόνες έγκαιρης τεκμηρίωσης	Data timeliness rules
Διαλειτουργικότητα πληροφοριακών συστημάτων	Systems interoperability	Ψηφιακή αρχιτεκτονική	Digital architecture
Ασφάλεια και προστασία δεδομένων	Data security & protection	GDPR και πληροφοριακή ασφάλεια (Ασφάλεια Πληροφοριών)	GDPR & information security
Χρήση δεδομένων για βελτίωση ποιότητας	Use of data for quality improvement	Κύκλος συνεχούς βελτίωσης	Continuous quality improvement
Αναφορά δεδομένων προς ΟΔΙΠΥ	Reporting to ODIPY	Κεντρική εποπτεία και αναφορά (reporting)	Central reporting & oversight



Πίνακας 40: Άξονας Δ – Κλινικά Αποτελέσματα και Εμπειρία (Outcomes & Experience)

Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα	Clinical protocol compliance	Κλινικά πρωτόκολλα	Clinical protocols
Τήρηση θεραπευτικών στόχων	Achievement of therapeutic goals	Σχεδιασμός φροντίδας και στόχοι	Care planning & goals
Ποιότητα επικοινωνίας	Quality of communication	Πρότυπα επικοινωνίας	Communication standards
Συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή	Patient & caregiver involvement	Προσωποκεντρική φροντίδα	Person-centred care
Επιβάρυνση και υποστήριξη άτυπου φροντιστή	Caregiver burden & support	Πλαίσιο υποστήριξης φροντιστή	Caregiver support framework
Συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ	Acceptance of HaH model	Μηχανισμοί ανατροφοδότησης	Feedback mechanisms
Συνέχεια κλινικής παρακολούθησης	Continuity of clinical monitoring	Συνέχεια φροντίδας	Continuity of care

Πίνακας 41: Άξονας Ε – Διακυβέρνηση, Προσωπικό και Βιωσιμότητα (Governance & Sustainability)

Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Ισότιμη πρόσβαση στη ΝΟΣΠΙ	Equitable access to HaH services	Πολιτική ισότητας και πρόσβασης	Equity & access policy
Εκπαίδευση και επάρκεια προσωπικού	Staff training & competency	Εκπαίδευση προσωπικού	Workforce training
Φόρτος εργασίας ομάδας	Team workload	Σχεδιασμός ανθρώπινου δυναμικού	Workforce planning
Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης	Burnout prevention	Ευεξία προσωπικού	Workforce wellbeing
Οργανωσιακή μάθηση από συμβάντα	Organisational learning from incidents	Μηχανισμός μάθησης και συναντήσεις M&M (συναντήσεις νοσηρότητας-θνητότητας)	Incident learning system



Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Συμμόρφωση με εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ	Compliance with national HaH framework	Διακυβέρνηση και συμμόρφωση	Governance & compliance
Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ	HaH unit maturity	Μοντέλο ωριμότητας	Maturity model
Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ	Overall unit performance	Πλαίσιο αξιολόγησης απόδοσης	Performance framework
Οικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα	Financial sustainability	Κοστολόγηση και βιωσιμότητα	Costing & sustainability

Πίνακας 42: Παιδιατρικοί Δείκτες (Paediatric Indicators)

Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Ασφάλεια φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά	Paediatric medication safety	Παιδιατρική φαρμακευτική αγωγή	Paediatric medication management
Έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης (παιδιατρική)	Early detection of deterioration (paediatric)	Παιδιατρικά SOPs κλινικής κλιμάκωσης	Paediatric escalation SOPs
Συμμόρφωση και επάρκεια γονέα/κηδεμόνα	Parental compliance and competence	Εκπαίδευση και αξιολόγηση γονέα	Parent/caregiver training & assessment
Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια από γονέα	Parent-reported safety perception	PREMs παιδιατρικής φροντίδας (Δείκτες εμπειρίας – PROMs/PREMs)	Paediatric PREMs
Φόρτος και άγχος γονέα/κηδεμόνα	Parental stress and burden	Αξιολόγηση επιβάρυνσης φροντιστή	Caregiver burden assessment
Ψυχολογική ευεξία παιδιού	Child emotional wellbeing	Παιδιατρική ψυχοκοινωνική υποστήριξη	Paediatric psychosocial support
Σχολική και κοινωνική επανένταξη	School and social reintegration	Συνέχεια φροντίδας και κοινωνική επανένταξη	Social & school reintegration



Πίνακας 43: Γηριατρικοί Δείκτες (Geriatric Indicators)

Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Πολυφαρμακία και αλληλεπιδράσεις	Polypharmacy and drug interactions	Διαχείριση πολυφαρμακίας	Polypharmacy management
Κίνδυνος πτώσεων	Risk of falls	Πρόληψη πτώσεων κατ' οίκον	Home falls prevention
Γνωστική και λειτουργική κατάσταση	Cognitive and functional status	Γηριατρική συνολική αξιολόγηση	Comprehensive geriatric assessment
Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία	Perceived functional independence	Αξιολόγηση λειτουργικότητας	Functional status assessment
Ποιότητα ζωής ηλικιωμένου	Quality of life in older adults	PROMs γηριατρικής φροντίδας (Δείκτες αποτελεσμάτων ασθενούς)	Geriatric PROMs
Κοινωνική απομόνωση	Social isolation	Κοινωνική αξιολόγηση	Social assessment
Αντιλαμβανόμενη αξιοπρέπεια	Perceived dignity	Ανθρωποκεντρική και αξιοπρεπής φροντίδα	Dignity-centred care

Πίνακας 44: Ογκολογικοί Δείκτες (Oncology Indicators)

Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Διαχείριση συμπτωμάτων	Oncology symptom management	Ογκολογική κατ' οίκον φροντίδα	Home oncology care
Συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα	Adherence to oncology regimens	Ογκολογικά θεραπευτικά πρωτόκολλα	Oncology treatment protocols
Έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών	Early detection of complications	Ογκολογικά SOPs κλιμάκωσης	Oncology escalation SOPs
Φόρτος συμπτωμάτων (αναφερόμενος από τον ασθενή)	Patient-reported symptom burden	Ογκολογικά PROMs	Oncology PROMs
Ποιότητα ζωής ογκολογικού ασθενούς	Oncology quality of life	PROMs ογκολογίας (Ποιότητα ζωής)	Oncology QoL PROMs



Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Επάρκεια κατ' οίκον υποστήριξης	Adequacy of home oncology care	Υποστήριξη κατ' οίκον ογκολογικής φροντίδας	Home oncology support
Αντιλαμβανόμενη κόπωση	Cancer-related fatigue	Αξιολόγηση κόπωσης	Fatigue assessment
Οικονομική επιβάρυνση θεραπείας	Financial toxicity	Οικονομική αξιολόγηση ασθενούς	Financial toxicity assessment

Πίνακας 45: Παρηγορητικοί Δείκτες (Palliative Care Indicators)

Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Έλεγχος πόνου	Pain control	Παρηγορητική διαχείριση πόνου	Palliative pain management
Ποιότητα ζωής	Quality of life	PROMs παρηγορητικής φροντίδας	Palliative QoL PROMs
Υποστήριξη οικογένειας	Family support	Υποστήριξη οικογένειας	Family support
Αξιοπρέπεια και άνεση	Dignity and comfort	Αξιοπρεπής φροντίδα τέλους ζωής	Dignity & comfort care
Ικανοποίηση οικογένειας	Family satisfaction	PREMs οικογένειας	Family PREMs
Πνευματικές ανάγκες	Spiritual wellbeing	Πνευματική υποστήριξη	Spiritual care
Προετοιμασία τέλους ζωής	End-of-life preparedness	Προγραμματισμός φροντίδας εκ των προτέρων (Advance care planning)	Advance care planning

Πίνακας 46: Δείκτες Επικοινωνίας (Communication Indicators)

Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Πρόσβαση σε θεράποντα ιατρό	Access to treating physician	Πρότυπα πρόσβασης σε ιατρό	Physician access standards
Έγκαιρη απόκριση ιατρού	Timely physician response	Χρόνοι απόκρισης ιατρού	Physician response times



Σαφήνεια ιατρικών οδηγιών	Clarity of medical instructions	Πρότυπα ιατρικής επικοινωνίας	Medical communication standards
Συνέπεια πληροφόρησης	Information consistency	Συνέπεια πληροφόρησης	Information consistency
Εμπιστοσύνη στον ιατρό	Trust in physician	Κουλτούρα εμπιστοσύνης	Trust & safety culture
Επάρκεια υποστήριξης	Adequacy of support	Υποστηρικτικές δομές	Support structures
Ασφάλεια μέσω επικοινωνίας	Safety via communication	Επικοινωνία και ασφάλεια	Communication for safety
Μείωση άγχους μέσω επικοινωνίας	Anxiety reduction via communication	Ψυχοκοινωνική επικοινωνία	Psychosocial communication

Πίνακας 47: Δείκτες Φροντιστή (Caregiver Indicators)

Δείκτης (EL)	Δείκτης (EN)	Διαδικασία (EL)	Διαδικασία (EN)
Πρόσβαση φροντιστή σε ιατρό	Caregiver access to physician	Πρότυπα πρόσβασης φροντιστή	Caregiver access standards
Επάρκεια ενημέρωσης φροντιστή	Caregiver information adequacy	Εκπαίδευση και ενημέρωση φροντιστή	Caregiver education
Υποστήριξη φροντιστή	Caregiver support	Πλαίσιο υποστήριξης φροντιστή	Caregiver support framework
Ψυχική επιβάρυνση φροντιστή	Caregiver emotional burden	Ψυχολογική υποστήριξη φροντιστή	Caregiver psychological support
Ισορροπία ζωής-φροντίδας	Work-life balance	Υποστήριξη ισορροπίας φροντιστή	Caregiver work-life balance

Οι ανωτέρω πίνακες αποτελούν την επίσημη διαδικασιακή ιχνηλασιμότητα του συστήματος ΝΟΣΠΙ. Για κάθε δείκτη ορίζεται ρητά η αντίστοιχη διαδικασία του παρόντος, ώστε η μέτρηση να προκύπτει από τεκμηριωμένη και επαναλήψιμη λειτουργία και όχι από αποσπασματικές καταγραφές. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται ενιαία εφαρμογή των απαιτήσεων σε όλες τις μονάδες ΝΟΣΠΙ, συγκρισιμότητα μεταξύ νοσοκομείων και δυνατότητα εθνικής εποπτείας και benchmarking.

**MASTER ΠΙΝΑΚΑΣ****Πολιτικές – Διαδικασίες – SOPs Υποχρεωτικές για το ΝΟΣΠΙ***Πίνακας 48: Α. Πολιτικές (Governance / Policy Level)*

Κωδ.	Πολιτική (ΕΛ)	Policy (EN)	Ρόλος στο ΝΟΣΠΙ
POL-01	Πολιτική Ποιότητας ΝΟΣΠΙ	Quality Policy for Hospital at Home	Θέτει το συνολικό πλαίσιο ποιότητας και αξιολόγησης
POL-02	Πολιτική Ασφάλειας Ασθενούς	Patient Safety Policy	Θεμελιώνει κουλτούρα ασφάλειας και μη τιμωρητικής αναφοράς
POL-03	Πολιτική Κλινικής Διακυβέρνησης	Clinical Governance Policy	Ορίζει ρόλους, ευθύνες και λογοδοσία
POL-04	Πολιτική Διαχείρισης Κινδύνου	Risk Management Policy	Υποστηρίζει incident reporting, RCA, CAPA
POL-05	Πολιτική Τεκμηρίωσης & MDS	Documentation & MDS Policy	Καθορίζει υποχρεωτικά δεδομένα και πληρότητα
POL-06	Πολιτική Προστασίας Δεδομένων	Data Protection & GDPR Policy	Διασφαλίζει νόμιμη και ασφαλή επεξεργασία
POL-07	Πολιτική Τηλεπαρακολούθησης	Telemonitoring Policy	Ορίζει τεχνικά πρότυπα και alerts
POL-08	Πολιτική Ισότητας Πρόσβασης	Equity & Access Policy	Διασφαλίζει μη διακριτική πρόσβαση
POL-09	Πολιτική Εκπαίδευσης Προσωπικού	Workforce Training Policy	Καθορίζει επάρκεια και συνεχή εκπαίδευση
POL-10	Πολιτική Ευεξίας Προσωπικού	Workforce Wellbeing Policy	Πρόληψη burnout και διαχείριση φόρτου
POL-11	Πολιτική Οργανωσιακής Μάθησης	Organisational Learning Policy	Μετατρέπει συμβάντα σε βελτίωση
POL-12	Πολιτική Οικονομικής Βιωσιμότητας	Financial Sustainability Policy	Συνδέει κόστος με ποιότητα και απόδοση

Πίνακας 49: Β. Οριζόντιες Διαδικασίες (Core Processes)

Κωδ.	Διαδικασία (ΕΛ)	Process (EN)	Τι εξασφαλίζει
PROC-01	Σύστημα Αναφοράς Συμβάντων	Incident Reporting System	Καταγραφή adverse events & near misses
PROC-02	Διαχείριση Κλινικής Επιδείνωσης	Clinical Deterioration Management	Έγκαιρη αναγνώριση και κλιμάκωση



Κωδ.	Διαδικασία (ΕΛ)	Process (EN)	Τι εξασφαλίζει
PROC-03	Διαχείριση Φαρμακευτικής Αγωγής	Medication Management Process	Ασφαλή χορήγηση και συμμόρφωση
PROC-04	Συντονισμός Διεπιστημονικής Ομάδας	MDT Coordination Process	Ομαλή συνεργασία ειδικοτήτων
PROC-05	Συνέχεια Φροντίδας	Continuity of Care Process	Ομαλή μετάβαση και παρακολούθηση
PROC-06	Κλινική Τεκμηρίωση	Clinical Documentation Process	Πληρότητα και ποιότητα δεδομένων
PROC-07	Διαχείριση Δεδομένων & Ποιότητας	Data Quality Management	Εγκυρότητα, συνέπεια, αξιοποίηση
PROC-08	Χρήση Δεδομένων για Βελτίωση	Quality Improvement Cycle	Σύνδεση δεδομένων με δράσεις
PROC-09	Επικοινωνία με Ασθενή & Φροντιστή	Patient & Caregiver Communication	Σαφήνεια, εμπιστοσύνη, συμμετοχή
PROC-10	Υποστήριξη Φροντιστή	Caregiver Support Process	Μείωση επιβάρυνσης και άγχους
PROC-11	Κοινωνική & Ψυχοκοινωνική Αξιολόγηση	Social & Psychosocial Assessment	Κοινωνικούς κινδύνους και απομόνωση
PROC-12	Οικονομική Αξιολόγηση	Financial Assessment Process	Ανάλυση επιβάρυνσης και βιωσιμότητας

Πίνακας 50: Γ. SOPs Κύκλου Φροντίδας (Operational SOPs)

Κωδ.	SOP (ΕΛ)	SOP (EN)	Στάδιο
SOP-01	Παραπομπή & Προ-Αξιολόγηση	Referral & Pre-assessment	Ένταξη
SOP-02	Κριτήρια Ένταξης & Αποκλεισμού	Eligibility & Exclusion Criteria	Ένταξη
SOP-03	Ένταξη Ασθενούς στο ΝΟΣΠΙ	Patient Admission to HaH	Έναρξη
SOP-04	Σχεδιασμός Πλάνου Φροντίδας	Care Planning	Έναρξη
SOP-05	Εγκατάσταση Εξοπλισμού	Equipment Installation	Έναρξη
SOP-06	Τηλεπαρακολούθηση & Alerts	Telemonitoring & Alerts	Παρακολούθηση
SOP-07	Ημερήσια Κλινική Φροντίδα	Daily Clinical Care	Παρακολούθηση
SOP-08	Διαχείριση Επειγόντων	Emergency Management	Κρίση



Κωδ.	SOP (ΕΛ)	SOP (ΕΝ)	Στάδιο
SOP-09	Κλιμάκωση & Επανεισαγωγή	Escalation & Readmission	Κρίση
SOP-10	Καταγραφή Συμβάντων	Incident Recording	Οριζόντια
SOP-11	RCA & CAPA	Root Cause Analysis & CAPA	Βελτίωση
SOP-12	Λήξη Επεισοδίου Φροντίδας	Episode Closure	Ολοκλήρωση
SOP-13	30ήμερη Παρακολούθηση	30-day Follow-up	Εκβάσεις

Πίνακας 51: Δ. Εξειδικευμένα SOPs Πληθυσμών

Κωδ.	SOP (ΕΛ)	SOP (ΕΝ)
SOP-PED	Παιδιατρική Κατ' Οίκον Φροντίδα	Paediatric Hospital at Home
SOP-GER	Γηριατρική Κατ' Οίκον Φροντίδα	Geriatric Hospital at Home
SOP-ONC	Ογκολογική Κατ' Οίκον Φροντίδα	Oncology Hospital at Home
SOP-PAL	Παρηγορητική Κατ' Οίκον Φροντίδα	Palliative Hospital at Home
SOP-PSY	Ψυχιατρική Κατ' Οίκον Φροντίδα	Mental Health Hospital at Home

Πίνακας 52: Ε. Εργαλεία & Υποστηρικτικά Συστήματα

Κωδ.	Εργαλείο (ΕΛ)	Tool (ΕΝ)
TOOL-01	Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (MDS)	Minimum Data Set
TOOL-02	Data Dictionary ΝΟΣΠΙ	HaH Data Dictionary
TOOL-03	Μητρώο Κινδύνων	Risk Register
TOOL-04	Έντυπα Incident / Near Miss	Incident / Near Miss Forms
TOOL-05	PREMs – PROMs	Patient-Reported Measures
TOOL-06	Dashboards Δεικτών	KPI Dashboards
TOOL-07	Εκπαιδευτικό Υλικό Προσωπικού	Staff Training Materials

9.4 Πρότυπο Δομής SOP (National SOP Template)

9.4.1 Σκοπός του Προτύπου

Το παρόν πρότυπο καθορίζει την υποχρεωτική και ενιαία δομή όλων των Standard Operating Procedures (SOPs) της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ).

Η ύπαρξη ενιαίου προτύπου: διασφαλίζει ότι όλες οι διαδικασίες είναι συγκρίσιμες μεταξύ νοσοκομείων, επιτρέπει την αξιόπιστη εξαγωγή δεικτών, διευκολύνει τον έλεγχο εφαρμογής από ΟΔΙΠΥ, εξασφαλίζει ότι κάθε SOP παράγει τεκμηριωμένα δεδομένα (MDS). Κάθε SOP του ΝΟΣΠΙ οφείλει να ακολουθεί χωρίς παρεκκλίσεις τη δομή που ακολουθεί.



9.4.2 Υποχρεωτικά Στοιχεία Κάθε SOP

1. Τίτλος SOP

Τι είναι: Η μοναδική και σαφής ονομασία της διαδικασίας.

Περιλαμβάνει: Κωδικό SOP (π.χ. SOP-07), Πλήρη περιγραφή αντικειμένου.

Παράδειγμα:

SOP-07 – Διαχείριση Κλινικής Επιδείνωσης και Κλιμάκωση

2. Σκοπός (Purpose)

Τι απαντά: Γιατί υπάρχει αυτή η διαδικασία.

Ο σκοπός: εξηγεί **ποιο πρόβλημα καλύπτει**, συνδέει τη διαδικασία με **ασφάλεια, ποιότητα ή αποτελέσματα**, διευκρινίζει γιατί είναι κρίσιμη για το ΝΟΣΠΙ.

3. Πεδίο Εφαρμογής (Scope)

Τι απαντά: Πότε και σε ποιους εφαρμόζεται η διαδικασία.

Περιλαμβάνει: κατηγορίες ασθενών (ενήλικες, παιδιατρικοί, γηριατρικοί κ.ά.), επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται, φάση φροντίδας (ένταξη, παρακολούθηση, κλιμάκωση, λήξη).

4. Ορισμοί και Συντομογραφίες

Τι είναι: Επεξήγηση όρων που χρησιμοποιούνται στο SOP.

Στόχος: να μην υπάρχουν παρερμηνείες, να χρησιμοποιείται κοινή γλώσσα σε όλα τα νοσοκομεία.

5. Ρόλοι και Υπευθυνότητες

Τι απαντά: Ποιος κάνει τι και ποιος έχει την τελική ευθύνη.

Για κάθε ρόλο (π.χ. ιατρός, νοσηλεύτης, συντονιστής): περιγράφεται η ευθύνη, αποσαφηνίζεται η λογοδοσία.

Αυτό το τμήμα είναι κρίσιμο για: κλινική διακυβέρνηση, αποφυγή κενού ευθύνης.

6. Αναλυτικά Βήματα Διαδικασίας

Τι είναι: Η καρδιά του SOP.

Περιγράφει: τη σειρά ενεργειών, τα σημεία απόφασης, τις ενέργειες σε κανονικές και μη κανονικές συνθήκες.

Τα βήματα είναι: σαφώς αριθμημένα, εκτελέσιμα, χωρίς ασάφειες.

7. Σημεία Ελέγχου (Control Points)

Τι είναι: Κρίσιμα σημεία όπου: απαιτείται έλεγχος, λαμβάνεται απόφαση, ενεργοποιείται κλιμάκωση ή αναφορά.

Τα control points αποτελούν: τη βάση για τους **δείκτες ασφάλειας και ποιότητας**, τα σημεία όπου μπορεί να εντοπιστεί απόκλιση.

8. Δείκτες Ποιότητας που Παράγει (KPIs)

Τι απαντά: Ποιοι δείκτες βασίζονται στη συγκεκριμένη διαδικασία.



Για κάθε δείκτη αναφέρονται: Κωδικός (π.χ. A2), Ονομασία στα ελληνικά, Σύνομη περιγραφή τι μετρά.

9. Απαιτούμενη Τεκμηρίωση

Τι είναι: Όλα τα έντυπα, ηλεκτρονικά πεδία και καταγραφές που αποδεικνύουν ότι η διαδικασία εφαρμόστηκε.

Περιλαμβάνει: φόρμες, checklists, logs, ηλεκτρονικά πεδία MDS. Χωρίς τεκμηρίωση, το SOP θεωρείται **μη εφαρμοσμένο**.

10. Σύνδεση με MDS & Data Dictionary

Τι απαντά: Ποια δεδομένα της διαδικασίας: καταχωρούνται στο MDS, με ποια πεδία, με ποια validation rules.

Εξασφαλίζει ότι: τα δεδομένα είναι τυποποιημένα, οι δείκτες είναι συγκρίσιμοι.

11. Σύνδεση με Πολιτικές και Νομοθεσία

Τι περιλαμβάνει: πολιτικές ΝΟΣΠΙ που υλοποιεί το SOP, σχετική εθνική ή ευρωπαϊκή νομοθεσία, κανονιστικές απαιτήσεις. Αυτό το τμήμα τεκμηριώνει **θεσμική συμμόρφωση**.

12. Διαγράμματα Ροής (Flowchart)

Τι είναι: Οπτική απεικόνιση της διαδικασίας.

Χρησιμοποιούνται: για εκπαίδευση προσωπικού, για γρήγορη κατανόηση, για έλεγχο συμμόρφωσης.

Ρόλος του Προτύπου στο Σύστημα Ποιότητας

Το National SOP Template: μετατρέπει τις πολιτικές σε πράξη, εξασφαλίζει ότι **κάθε δείκτης έχει διαδικασιακή βάση**, επιτρέπει εθνικό benchmarking

Χωρίς ενιαίο πρότυπο SOP: οι δείκτες χάνουν την ερμηνεία τους, η ποιότητα δεν είναι συγκρίσιμη, η εθνική εποπτεία δεν είναι εφικτή.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

SOP-07

Διαχείριση Κλινικής Επιδείνωσης και Κλιμάκωση στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

SOP-07 – Clinical Deterioration Management and Escalation

1. Σκοπός (Purpose)

Ο σκοπός της παρούσας διαδικασίας είναι η **έγκαιρη αναγνώριση, αξιολόγηση και διαχείριση της κλινικής επιδείνωσης** ασθενών που λαμβάνουν Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), καθώς και η **ασφαλής και τεκμηριωμένη κλιμάκωση** της φροντίδας όταν αυτό απαιτείται.

Η διαδικασία διασφαλίζει ότι:

- η απουσία συνεχούς φυσικής παρουσίας σε νοσοκομειακό χώρο **δεν αυξάνει τον κλινικό κίνδυνο**,



- κάθε επιδείνωση αντιμετωπίζεται με **ίδια ταχύτητα και σοβαρότητα** όπως στο νοσοκομείο,
- μειώνονται οι **αποτρέψιμες επιπλοκές και επανεισαγωγές**.

2. Πεδίο Εφαρμογής (Scope)

Η διαδικασία εφαρμόζεται:

- σε **όλους τους ασθενείς** που είναι ενταγμένοι στο ΝΟΣΠΙ,
- σε όλες τις κατηγορίες (ενήλικες, παιδιατρικοί, γηριατρικοί, ψυχιατρικοί, παρηγορητικοί),
- σε όλη τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας.

Αφορά:

- ιατρούς,
- νοσηλευτές,
- συντονιστές ΝΟΣΠΙ,
- προσωπικό τηλεπαρακολούθησης,
- διοικητική υποστήριξη όπου απαιτείται.

3. Ορισμοί και Συντομογραφίες

Κλινική επιδείνωση (Clinical deterioration):

Μετρήσιμη ή παρατηρούμενη μεταβολή της κατάστασης υγείας που αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών ή ανάγκης επείγουσας παρέμβασης.

Red Flags:

Προκαθορισμένα κλινικά σημεία ή τιμές που απαιτούν άμεση αξιολόγηση.

Κλιμάκωση (Escalation):

Η διαδικασία ενεργοποίησης ανώτερου επιπέδου φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης επανεισαγωγής σε νοσοκομείο.

4. Ρόλοι και Υπευθυνότητες

Νοσηλεύτης ΝΟΣΠΙ: Αναγνωρίζει πρώιμα σημεία επιδείνωσης. Καταγράφει δεδομένα στο MDS. Ενεργοποιεί την κλιμάκωση σύμφωνα με το πρωτόκολλο.

Θεράπων Ιατρός: Αξιολογεί την κλινική εικόνα. Αποφασίζει για τροποποίηση θεραπείας ή επανεισαγωγή. Έχει την τελική κλινική ευθύνη.

Συντονιστής ΝΟΣΠΙ: Διασφαλίζει την τήρηση των χρόνων απόκρισης. Συντονίζει επικοινωνία και μεταφορές.

5. Αναλυτικά Βήματα Διαδικασίας

Βήμα 1: Ανίχνευση επιδείνωσης

Η επιδείνωση μπορεί να ανιχνευθεί μέσω: τηλεπαρακολούθησης, επίσκεψης στο σπίτι, αναφοράς ασθενούς ή φροντιστή.

Βήμα 2: Άμεση αξιολόγηση

Ο νοσηλευτής: ελέγχει ζωτικά σημεία, επιβεβαιώνει συμπτώματα, συγκρίνει με baseline.

Βήμα 3: Ενεργοποίηση Red Flags



Εφόσον πληρούνται κριτήρια: ενημερώνεται άμεσα ο ιατρός, καταγράφεται συμβάν στο MDS.

Βήμα 4: Απόφαση κλιμάκωσης

Ο ιατρός αποφασίζει: συνέχιση κατ' οίκον φροντίδας με τροποποίηση ή επείγουσα επανεισαγωγή.

Βήμα 5: Τεκμηρίωση και κλείσιμο

Όλες οι ενέργειες καταγράφονται πλήρως.

Βήμα 6. Σημεία Ελέγχου (Control Points)

- Απόκλιση ζωτικών σημείων από αποδεκτά όρια.
- Χρόνος από alert έως ιατρική αξιολόγηση.
- Ορθότητα τεκμηρίωσης.

Βήμα 7. Δείκτες Ποιότητας που Παράγει

Πίνακας 53: Δείκτες Ποιότητας που Παράγει

Δείκτης (EL)	Indicator (EN)
Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης	Timely recognition & management of clinical deterioration
Ασφαλής διαχείριση επειγόντων περιστατικών	Emergency case management safety
Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ	Timely HaH team response
Συνέχεια κλινικής παρακολούθησης	Continuity of clinical monitoring

Βήμα 8. Απαιτούμενη Τεκμηρίωση

- Καταγραφή ζωτικών σημείων (MDS)
- Red Flag log
- Escalation form
- Ιατρική απόφαση
- Telemonitoring logs

Βήμα 9. Σύνδεση με MDS & Data Dictionary

Καταχωρούνται: ημερομηνία/ώρα alert, είδος επιδείνωσης, χρόνος ανταπόκρισης, έκβαση (stay / readmission). Τα πεδία είναι **υποχρεωτικά** και ελέγχονται ως προς πληρότητα.

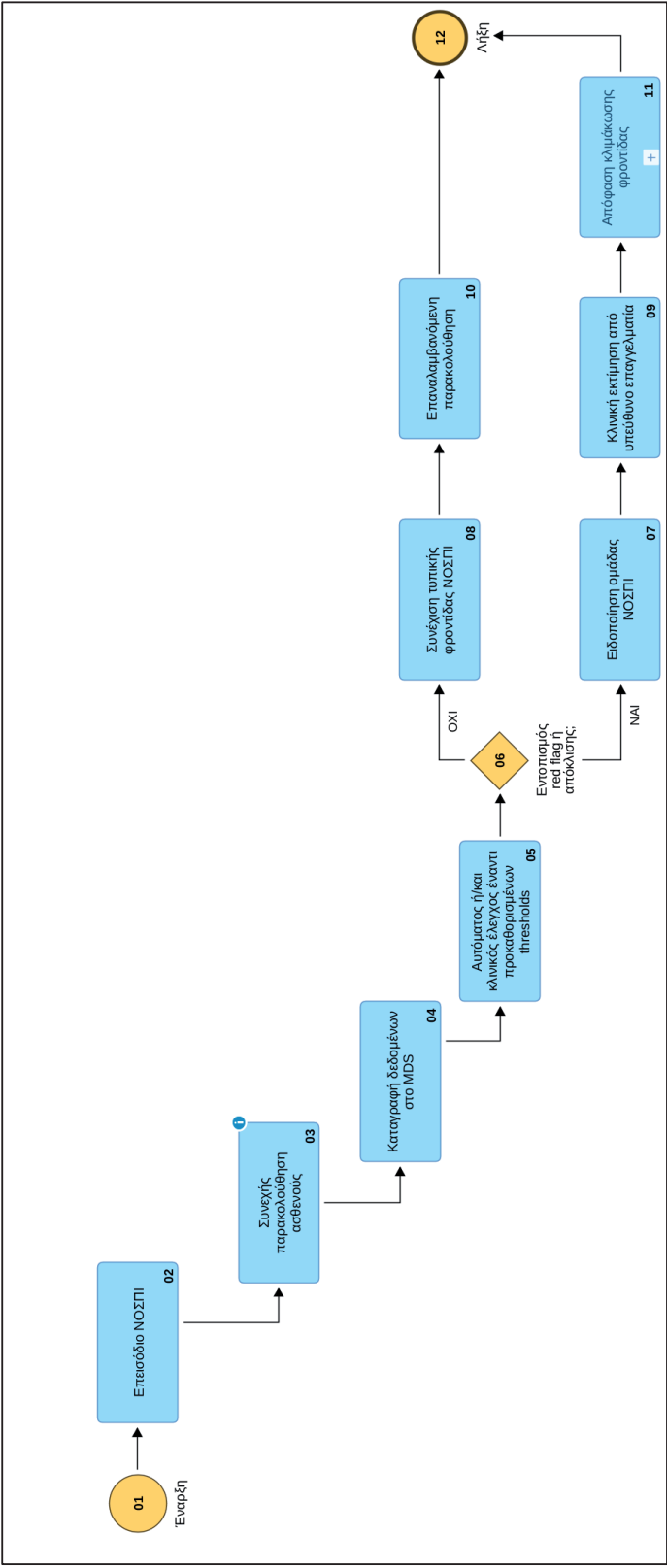
Βήμα 10. Σύνδεση με Πολιτικές και Νομοθεσία

- Πολιτική Ασφάλειας Ασθενούς ΝΟΣΠΙ
- Πολιτική Διαχείρισης Κινδύνου
- Πολιτική Τεκμηρίωσης & MDS
- Εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ

Βήμα 11. Διαγράμματα Ροής

- Flowchart ανίχνευσης επιδείνωσης
- Flowchart απόφασης κλιμάκωσης

Διάγραμμα Ροής Διαδικασίας «Ανίχνευση Κλινικής ή Λειτουργικής Επιδείνωσης»

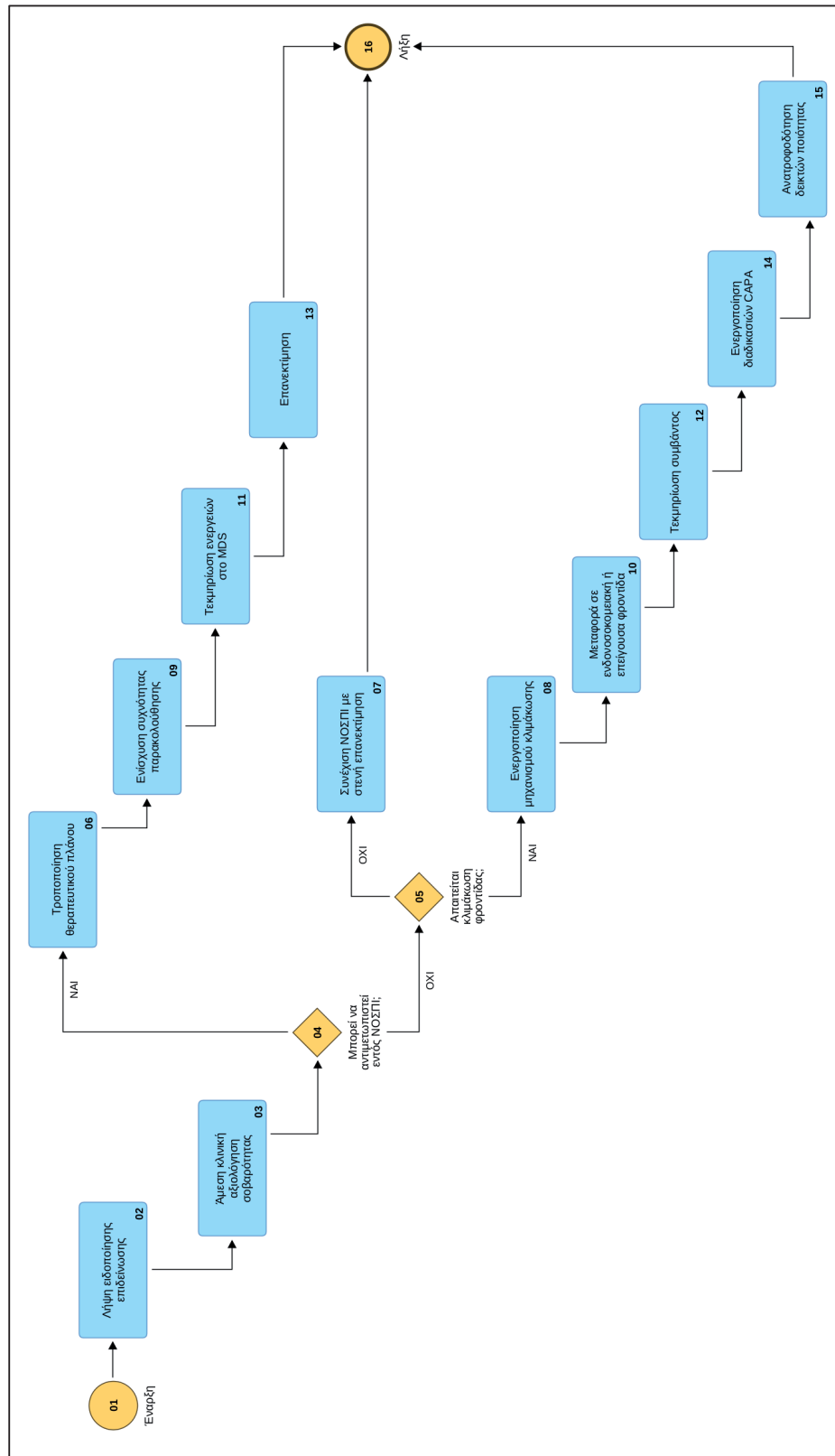


Αριθμός Βήματος	Τίτλος Βήματος	Περιγραφή Βήματος/Επόμενο βήμα
01	Έναρξη	➡ (02) Επισκόπιο ΝΟΣΠΙ
02	Επισκόπιο ΝΟΣΠΙ	➡ (03) Συνεχής παρακολούθηση ασθενούς



Αριθμός Βήματος	Τίτλος Βήματος	Περιγραφή Βήματος/Επόμενο βήμα
03	Συνεχής παρακολούθηση ασθενούς	Κλινικά δεδομένα Λειτουργική κατάσταση Τηλεπαρακολούθηση, όπου εφαρμόζεται ➡ (04) Καταγραφή δεδομένων στο MDS
04	Καταγραφή δεδομένων στο MDS	➡ (05) Αυτόματος ή/και κλινικός έλεγχος έναντι προκαθορισμένων thresholds
05	Αυτόματος ή/και κλινικός έλεγχος έναντι προκαθορισμένων thresholds	➡ (06) Εντοπισμός red flag ή απόκλισης;
06	Εντοπισμός red flag ή απόκλισης;	ΝΑΙ ➡ (07) Ειδοποίηση ομάδας ΝΟΣΠΙ ΟΧΙ ➡ (08) Συνέχιση τυπικής φροντίδας ΝΟΣΠΙ
07	Ειδοποίηση ομάδας ΝΟΣΠΙ	➡ (09) Κλινική εκτίμηση από υπεύθυνο επαγγελματία
08	Συνέχιση τυπικής φροντίδας ΝΟΣΠΙ	➡ (10) Επαναλαμβανόμενη παρακολούθηση
09	Κλινική εκτίμηση από υπεύθυνο επαγγελματία	➡ (11) Subprocess
10	Επαναλαμβανόμενη παρακολούθηση	➡ (12) Λήξη
11	Απόφαση κλιμάκωσης φροντίδας	➡ (12) Λήξη
12	Λήξη	

Διάγραμμα Ροής Διαδικασίας «Απόφαση Κλιμάκωσης Φροντίδας»





Αριθμός Βήματος	Τίτλος Βήματος	Περιγραφή Βήματος/Επόμενο βήμα
01	Έναρξη	➡ (02) Λήψη ειδοποίησης επιδείνωσης
02	Λήψη ειδοποίησης επιδείνωσης	➡ (03) Άμεση κλινική αξιολόγηση σοβαρότητας
03	Άμεση κλινική αξιολόγηση σοβαρότητας	➡ (04) Μπορεί να αντιμετωπιστεί εντός ΝΟΣΠΙ;
04	Μπορεί να αντιμετωπιστεί εντός ΝΟΣΠΙ;	ΟΧΙ ➡ (05) Απαιτείται κλιμάκωση φροντίδας. ΝΑΙ ➡ (06) Τροποποίηση θεραπευτικού πλάνου
05	Απαιτείται κλιμάκωση φροντίδας;	ΟΧΙ ➡ (07) Συνέχιση ΝΟΣΠΙ με στενή επανεκτίμηση ΝΑΙ ➡ (08) Ενεργοποίηση μηχανισμού Κλιμάκωσης
06	Τροποποίηση θεραπευτικού πλάνου	➡ (09) Ενίσχυση συχνότητας παρακολούθησης
07	Συνέχιση ΝΟΣΠΙ με στενή επανεκτίμηση	➡ (16) Λήξη
08	Ενεργοποίηση μηχανισμού κλιμάκωσης	➡ (10) Μεταφορά σε ενδονοσοκομειακή ή επείγουσα φροντίδα
09	Ενίσχυση συχνότητας παρακολούθησης	➡ (11) Τεκμηρίωση ενεργειών στο MDS
10	Μεταφορά σε ενδονοσοκομειακή ή επείγουσα φροντίδα	➡ (12) Τεκμηρίωση συμβάντος
11	Τεκμηρίωση ενεργειών στο MDS	➡ (13) Επανεκτίμηση
12	Τεκμηρίωση συμβάντος	➡ (14) Ενεργοποίηση διαδικασιών CAPA
13	Επανεκτίμηση	➡ (16) Λήξη
14	Ενεργοποίηση διαδικασιών CAPA	➡ (15) Ανατροφοδότηση δεικτών ποιότητας
15	Ανατροφοδότηση δεικτών ποιότητας	➡ (16) Λήξη



Αριθμός Βήματος	Τίτλος Βήματος	Περιγραφή Βήματος/Επόμενο βήμα
16	Λήξη	

Περιγραφική ανάλυση της διαδικασίας απόφασης κλιμάκωσης φροντίδας στη ΝΟΣΠΙ

Το Διάγραμμα Ροής της διαδικασίας «Απόφαση Κλιμάκωσης Φροντίδας» αποτυπώνει τη δομημένη και ιεραρχημένη λογική με την οποία η Μονάδα ΝΟΣΠΙ διαχειρίζεται περιστατικά κλινικής ή λειτουργικής επιδείνωσης, διασφαλίζοντας την έγκαιρη παρέμβαση, την ασφάλεια του ασθενούς και τη σαφή κατανομή ευθυνών.

Η διαδικασία εκκινεί με τη **λήψη ειδοποίησης επιδείνωσης**, η οποία μπορεί να προκύπτει από αυτοματοποιημένα συστήματα τηλεπαρακολούθησης, από κλινική παρατήρηση ή από αναφορά του φροντιστή. Η ειδοποίηση αυτή ενεργοποιεί άμεσα την επόμενη φάση της ροής, χωρίς ενδιάμεσες καθυστερήσεις.

Ακολουθεί η **άμεση κλινική αξιολόγηση της σοβαρότητας**, κατά την οποία ο υπεύθυνος επαγγελματίας υγείας αξιολογεί τη φύση, την ένταση και τη δυναμική της επιδείνωσης, λαμβάνοντας υπόψη προκαθορισμένα κλινικά κριτήρια, ιστορικά δεδομένα και τα καταγεγραμμένα thresholds του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ. Το στάδιο αυτό λειτουργεί ως το πρώτο κρίσιμο σημείο λήψης απόφασης.

Η αξιολόγηση οδηγεί στο ερώτημα εάν η κατάσταση **μπορεί να αντιμετωπιστεί εντός της ΝΟΣΠΙ**. Σε περιπτώσεις όπου η επιδείνωση κρίνεται διαχειρίσιμη στο οικιακό περιβάλλον, ενεργοποιείται η **τροποποίηση του θεραπευτικού πλάνου**, σύμφωνα με τις ισχύουσες κλινικές οδηγίες και την ιατρική κρίση. Η τροποποίηση αυτή συνοδεύεται από **ενίσχυση της συχνότητας παρακολούθησης**, ώστε να διασφαλιστεί η έγκαιρη ανίχνευση τυχόν περαιτέρω επιδείνωσης.

Σε περιπτώσεις όπου η κατάσταση **δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί εντός ΝΟΣΠΙ**, η διαδικασία μεταβαίνει στο δεύτερο κρίσιμο σημείο απόφασης, ήτοι στην αξιολόγηση του κατά πόσο **απαιτείται κλιμάκωση φροντίδας**. Εάν κριθεί ότι δεν απαιτείται άμεση κλιμάκωση, η φροντίδα συνεχίζεται στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ με στενή επανεκτίμηση και αυξημένη επιτήρηση. Εάν, αντιθέτως, κριθεί αναγκαία η κλιμάκωση, ενεργοποιείται ο προβλεπόμενος **μηχανισμός κλιμάκωσης φροντίδας**.

Η ενεργοποίηση της κλιμάκωσης οδηγεί στη **μεταφορά του ασθενούς σε ενδονοσοκομειακή ή επείγουσα φροντίδα**, σύμφωνα με τα ισχύοντα πρωτόκολλα και τις τοπικές επιχειρησιακές δυνατότητες. Το στάδιο αυτό συνοδεύεται από **τεκμηρίωση του συμβάντος**, ώστε να διασφαλιστεί πλήρης ιχνηλασιμότητα της απόφασης και των ενεργειών που προηγήθηκαν.

Παράλληλα, σε περιπτώσεις συμβάντων αυξημένου κινδύνου ή συστηματικής απόκλισης, ενεργοποιούνται οι **διαδικασίες διορθωτικών και προληπτικών ενεργειών (CAPA)**, οι οποίες εντάσσονται στο ευρύτερο Σύστημα Διαχείρισης Κινδύνου και Ποιότητας της ΝΟΣΠΙ. Η ενεργοποίηση των CAPA οδηγεί σε **ανατροφοδότηση των δεικτών ποιότητας**, επιτρέποντας την οργανωσιακή μάθηση και τη συνεχή βελτίωση.

Ανεξαρτήτως της διαδρομής που ακολουθείται, η διαδικασία ολοκληρώνεται με **επανεκτίμηση** της κατάστασης και τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων. Η λήξη της ροής σηματοδοτεί την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης απόφασης κλιμάκωσης, χωρίς να αποκλείεται η επανενεργοποίηση της διαδικασίας σε περίπτωση νέας επιδείνωσης.

Βήμα 12. Κρίσιμη Σημείωση Εφαρμογής

Η μη τήρηση της παρούσας διαδικασίας: θεωρείται **σοβαρή απόκλιση ποιότητας**, επηρεάζει άμεσα τους δείκτες, ενεργοποιεί μηχανισμούς CAPA.

Κλείσιμο Κεφαλαίου

Το παρόν κεφάλαιο καθορίζει με συστηματικό και δεσμευτικό τρόπο το πλαίσιο με το οποίο η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) λειτουργεί ως υπηρεσία ισοδύναμη νοσοκομειακής περίθαλψης, παρά το γεγονός ότι παρέχεται σε μη ελεγχόμενο περιβάλλον. Μέσω του ενιαίου συστήματος πολιτικών, διαδικασιών και τυποποιημένων πρωτοκόλλων λειτουργίας (SOPs), διασφαλίζεται ότι η παρεχόμενη φροντίδα δεν εξαρτάται από μεμονωμένες πρακτικές ή εμπειρικές αποφάσεις, αλλά υλοποιείται βάσει προκαθορισμένων, τεκμηριωμένων και ελέγχιμων κανόνων.

Η αρχιτεκτονική τριών επιπέδων που αναπτύχθηκε (πολιτικές – διαδικασίες/SOPs – έντυπα και εργαλεία εφαρμογής) συγκροτεί ένα πλήρες σύστημα ποιότητας, στο οποίο κάθε λειτουργία του ΝΟΣΠΙ διαθέτει σαφή κανονιστική βάση, συγκεκριμένη επιχειρησιακή υλοποίηση και μετρήσιμο αποτύπωμα. Οι πολιτικές θέτουν τις θεμελιώδεις αρχές διακυβέρνησης και λογοδοσίας, οι SOPs μεταφράζουν τις αρχές αυτές σε καθημερινή κλινική και οργανωσιακή πράξη, ενώ τα έντυπα και τα ψηφιακά εργαλεία εξασφαλίζουν την ομοιόμορφη εφαρμογή και την αξιόπιστη τεκμηρίωση.

Κεντρικό στοιχείο του κεφαλαίου αποτελεί η ρητή αντιστοίχιση κάθε δείκτη με συγκεκριμένη διαδικασία ή πολιτική. Με τον τρόπο αυτό αποτρέπεται η ύπαρξη «ορφανών» δεικτών, χωρίς λειτουργικό υπόβαθρο, και διασφαλίζεται ότι κάθε μετρούμενο αποτέλεσμα προκύπτει από ελεγχόμενη και επαναλήψιμη διαδικασία. Η προσέγγιση αυτή μετατρέπει το σύστημα δεικτών από εργαλείο απολογισμού σε εργαλείο ενεργής διακυβέρνησης και συνεχούς βελτίωσης.

Παράλληλα, η συστηματική διασύνδεση των SOPs με το Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (MDS) καθιστά τη συλλογή πληροφοριών αναπόσπαστο μέρος της κλινικής πράξης και όχι πρόσθετη διοικητική επιβάρυνση. Τα δεδομένα που παράγονται είναι συγκρίσιμα, αξιόπιστα και κατάλληλα για την εξαγωγή δεικτών, την αξιολόγηση κλινικών εκβάσεων, καθώς και για την εθνική εποπτεία και το benchmarking από τον ΟΔΙΠΥ.

Συνολικά, το σύστημα πολιτικών και διαδικασιών που παρουσιάζεται στο παρόν κεφάλαιο αποτελεί το λειτουργικό «σκελετό» του ΝΟΣΠΙ. Εξασφαλίζει συνοχή μεταξύ στρατηγικού σχεδιασμού, κλινικής εφαρμογής και αξιολόγησης αποτελεσμάτων, δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για ασφαλή, ποιοτική και βιώσιμη παροχή νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι σε εθνικό επίπεδο. Το κεφάλαιο αυτό λειτουργεί, επομένως, ως θεμέλιο πάνω στο οποίο εδράζονται τα επόμενα παραδοτέα και η συνολική ωρίμανση του συστήματος ΝΟΣΠΙ.



9.5 Ορολογία & Βιβλιογραφία Κεφαλαίου

Πίνακας 54: Ορολογία Κεφαλαίου

ΌΡΟΣ	ΟΡΙΣΜΟΣ
POLICY	Κανονιστικό κείμενο που ορίζει τις αρχές και δεσμεύσεις ενός οργανισμού.
SOP (STANDARD OPERATING PROCEDURE)	Τυποποιημένη διαδικασία με βήματα, Υπευθυνότητες και πρότυπα ποιότητας.
CONTROL POINT	Κρίσιμο σημείο διαδικασίας όπου απαιτείται έλεγχος ή επικύρωση.
CLINICAL GOVERNANCE	Πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας και ασφάλειας κλινικής φροντίδας.
RISK REGISTER	Μητρώο καταγραφής κινδύνων, αιτιών και ενεργειών διαχείρισης.
CAPA	Corrective and Preventive Actions – ενέργειες βελτίωσης διαδικασιών.
RCA (ROOT CAUSE ANALYSIS)	Μέθοδος διερεύνησης βαθύτερων αιτιών συμβάντος.
ESCALATION ALGORITHM	Καθορισμένα βήματα κλιμάκωσης σε περίπτωση επιδείνωσης.
TELEMONITORING UPTIME	Ποσοστό χρόνου που λειτουργεί αξιόπιστα το σύστημα τηλεπαρακολούθησης.
ADHERENCE	Συμμόρφωση ασθενούς ή φροντιστή σε θεραπευτικό πλάνο.
OUTCOME INDICATORS	Δείκτες αποτελέσματος (readmissions, complications).
PROCESS INDICATORS	Δείκτες διαδικασίας (χρόνος ανταπόκρισης, πληρότητα).

10 Μεθοδολογικό Πλαίσιο Ανάπτυξης και Εφαρμογής Δεικτών Ποιότητας, Ασφάλειας και Κλινικής Αποτελεσματικότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι

Η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος δεικτών ποιότητας, ασφάλειας και κλινικής αποτελεσματικότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη θεσμική, επιστημονική και επιχειρησιακή της συγκρότηση ως υπηρεσίας νοσοκομειακού επιπέδου. Οι δείκτες δεν αντιμετωπίζονται ως απλά στατιστικά μεγέθη ή απολογιστικά εργαλεία, αλλά ως κεντρικός μηχανισμός διακυβέρνησης, μέσω του οποίου η παρεχόμενη φροντίδα καθίσταται μετρήσιμη, ελέγξιμη, συγκρίσιμη και βελτιώσιμη.

Η μετάβαση της νοσοκομειακής φροντίδας από το προστατευμένο και ελεγχόμενο περιβάλλον του νοσοκομείου στο οικιακό περιβάλλον του ασθενούς μεταβάλλει ριζικά τις συνθήκες παροχής υπηρεσιών υγείας. Η απουσία συνεχούς φυσικής παρουσίας επαγγελματιών υγείας, η εξάρτηση από την τηλεπαρακολούθηση, καθώς και η ενεργός συμμετοχή φροντιστών και οικογένειας, δημιουργούν αυξημένες απαιτήσεις για τυποποίηση, τεκμηρίωση και συστηματική μέτρηση. Στο πλαίσιο αυτό, οι δείκτες αποτελούν το μοναδικό αξιόπιστο μέσο για να αποδειχθεί ότι η κατ' οίκον φροντίδα είναι πράγματι ισοδύναμη με τη νοσοκομειακή.

Το παρόν κεφάλαιο περιγράφει αναλυτικά το μεθοδολογικό πλαίσιο βάσει του οποίου θα αναπτυχθούν οι εθνικοί δείκτες ΝΟΣΠΙ, σε πλήρη συνέπεια με το κλινικό μοντέλο, το σύστημα πολιτικών και SOPs, το Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (MDS), καθώς και τους μηχανισμούς αξιολόγησης και εποπτείας.

10.1 Σκοπός και Ρόλος του Συστήματος Δεικτών στο ΝΟΣΠΙ

Ο ρόλος του συστήματος δεικτών στο ΝΟΣΠΙ είναι πολυδιάστατος και υπερβαίνει τη στενή έννοια της παρακολούθησης απόδοσης. Πρωτίστως, το σύστημα δεικτών λειτουργεί ως **μηχανισμός τεκμηρίωσης της ασφάλειας και της ποιότητας** της παρεχόμενης φροντίδας. Σε ένα περιβάλλον όπου οι κλινικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται εκτός νοσοκομείου, η ασφάλεια δεν μπορεί να βασίζεται στην εμπειρία ή στην καλή πρόθεση των επαγγελματιών υγείας. Πρέπει να αποδεικνύεται μέσω αντικειμενικών μετρήσεων, όπως ο χρόνος απόκρισης σε κλινική επιδείνωση, η συχνότητα ανεπιθύμητων συμβάντων ή η συμμόρφωση με κρίσιμα πρωτόκολλα ασφάλειας.

Δεύτερον, οι δείκτες επιτρέπουν τη **συγκρισιμότητα και την εθνική τυποποίηση** του μοντέλου ΝΟΣΠΙ. Χωρίς ενιαίους δείκτες, κάθε μονάδα θα λειτουργούσε με δικά της κριτήρια, καθιστώντας αδύνατη τη σύγκριση μεταξύ νοσοκομείων, γεωγραφικών περιοχών ή πληθυσμιακών ομάδων. Το σύστημα δεικτών δημιουργεί κοινό «λεξιλόγιο αξιολόγησης», επιτρέποντας την ανάπτυξη benchmarking και την άσκηση εθνικής εποπτείας από τον ΟΔΙΠΥ.

Τρίτον, οι δείκτες συγκροτούν **εργαλείο συνεχούς βελτίωσης και κλινικής διακυβέρνησης**. Τα αποτελέσματα των δεικτών δεν έχουν απλώς απολογιστικό χαρακτήρα. Τροφοδοτούν το σύστημα διαχείρισης κινδύνου, οδηγούν σε αναθεώρηση SOPs, υποστηρίζουν τις Επιτροπές Ποιότητας και συμβάλλουν στη λήψη τεκμηριωμένων διοικητικών και κλινικών αποφάσεων.

Με τον τρόπο αυτό, το σύστημα δεικτών ενσωματώνεται δυναμικά στη λειτουργία του ΝΟΣΠΙ.

10.2 Θεμελιώδη Θεωρητικά Μοντέλα Μέτρησης Ποιότητας

Το μεθοδολογικό πλαίσιο ανάπτυξης των δεικτών ΝΟΣΠΙ στηρίζεται σε διεθνώς αναγνωρισμένα θεωρητικά μοντέλα ποιότητας, τα οποία εξασφαλίζουν επιστημονική εγκυρότητα και διεθνή συγκρισιμότητα.

10.2.1 Μοντέλο Donabedian

Το μοντέλο Donabedian, που διακρίνει την ποιότητα σε δομή, διαδικασία και έκβαση, αποτελεί τον βασικό άξονα ταξινόμησης των δεικτών. Στο ΝΟΣΠΙ, οι δομικοί δείκτες αποτυπώνουν την επάρκεια των υποδομών, του εξοπλισμού, των ψηφιακών συστημάτων και του ανθρώπινου δυναμικού. Οι δείκτες διαδικασίας μετρούν τη συμμόρφωση με τα SOPs, τους χρόνους απόκρισης και την ποιότητα της τεκμηρίωσης. Οι δείκτες εκβάσεων αποτυπώνουν τα πραγματικά αποτελέσματα της φροντίδας, όπως οι επανεισαγωγές, η κλινική σταθερότητα και η ποιότητα ζωής.

Η εφαρμογή του μοντέλου Donabedian στο οικιακό περιβάλλον επιτυγχάνεται μέσω της ρητής σύνδεσης κάθε δείκτη με συγκεκριμένη διαδικασία και πεδία του MDS, διασφαλίζοντας ότι η μέτρηση δεν είναι αποκομμένη από την πράξη.

10.2.2 Πλαίσιο Institute of Medicine (IOM)

Οι έξι διαστάσεις ποιότητας του Institute of Medicine – ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, ασθενοκεντρικότητα, έγκαιρη φροντίδα, αποδοτικότητα και ισότητα – αποτελούν το αξιακό υπόβαθρο του συστήματος δεικτών. Κάθε δείκτης εντάσσεται σαφώς σε μία ή περισσότερες από αυτές τις διαστάσεις, διασφαλίζοντας ότι το σύστημα αξιολόγησης δεν περιορίζεται σε στενά κλινικά αποτελέσματα, αλλά καλύπτει και την εμπειρία του ασθενούς, την πρόσβαση και τη βιωσιμότητα.

10.2.3 OECD – Health Care Quality Indicators

Η ευθυγράμμιση με το πλαίσιο δεικτών του OECD επιτρέπει στο ΝΟΣΠΙ να τοποθετηθεί σε διεθνές πλαίσιο αξιολόγησης. Οι βασικοί δείκτες, όπως οι επανεισαγωγές, η ασφάλεια φαρμακευτικής αγωγής και η εμπειρία ασθενών, σχεδιάστηκαν ώστε να είναι συγκρίσιμοι με ευρωπαϊκές και διεθνείς πρακτικές, αποφεύγοντας την ανάπτυξη εθνικά απομονωμένων μετρήσεων.

Μεθοδολογία Ανάπτυξης Δεικτών Η ανάπτυξη των δεικτών θα ακολουθήσει δομημένη και επαναλήψιμη διαδικασία. Αφετηρία κάθε δείκτη θα αποτελέσει η αναγνώριση ενός πραγματικού κλινικού ή λειτουργικού φαινομένου, όπως η κλινική επιδείνωση, η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή ή η τεχνική αστοχία της τηλεπαρακολούθησης. Το φαινόμενο αυτό συνδέεται υποχρεωτικά με συγκεκριμένη διαδικασία ή πολιτική, ώστε κάθε δείκτης να διαθέτει σαφή διαδικασιακή «ρίζα».

Στη συνέχεια θα οριστεί με ακρίβεια το εννοιολογικό περιεχόμενο του δείκτη, δηλαδή τι ακριβώς μετρά και τι εξαιρεί. Θα ακολουθήσει η επιλογή κατάλληλου μαθηματικού τύπου και η σαφής περιγραφή της πηγής δεδομένων, είτε από το MDS, είτε από συστήματα τηλεπαρακολούθησης, είτε από εργαλεία PROMs και PREMs. Τέλος, θα καθοριστούν οι απαιτήσεις ποιότητας δεδομένων και ο τρόπος ενσωμάτωσης του δείκτη στον κύκλο αξιολόγησης και βελτίωσης.

10.3 Λεξιλόγιο, Ορισμοί και Ερμηνευτικό Πλαίσιο του Συστήματος Δεικτών ΝΟΣΠΙ

Το παρόν υποκεφάλαιο ορίζει το εννοιολογικό και ερμηνευτικό πλαίσιο των βασικών όρων που θα χρησιμοποιηθούν στο σύστημα δεικτών της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Η ενιαία και σαφής κατανόηση των όρων αυτών αποτελεί κρίσιμη προϋπόθεση για την ορθή ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση των δεικτών, καθώς και για τη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων σε εθνικό επίπεδο.

Η συμπερίληψη του λεξιλογίου δεν έχει εκπαιδευτικό χαρακτήρα, αλλά κανονιστικό και ερμηνευτικό: καθορίζει πώς νοούνται οι βασικές έννοιες στο πλαίσιο του ΝΟΣΠΙ και αποτρέπει αποκλίσεις ερμηνείας μεταξύ μονάδων, αξιολογητών και φορέων εποπτείας κατά τη μελλοντική εφαρμογή του συστήματος.

10.3.1 Έκβαση (Outcome)

Ως έκβαση θα νοείται κάθε μετρήσιμη μεταβολή στην κατάσταση υγείας, τη λειτουργικότητα ή την ποιότητα ζωής του ασθενούς, η οποία δύναται να αποδοθεί αιτιωδώς στη φροντίδα που θα παρέχεται στο πλαίσιο του ΝΟΣΠΙ. Στο σύστημα δεικτών, οι εκβάσεις δεν θα περιορίζονται αποκλειστικά σε σκληρά κλινικά αποτελέσματα, όπως οι επανεισαγωγές, αλλά θα περιλαμβάνουν και λειτουργικές, ψυχοκοινωνικές και υποκειμενικές διαστάσεις, όπως η κλινική σταθερότητα στο σπίτι ή η βελτίωση συμπτωμάτων. Ο ορισμός και το εννοιολογικό πλαίσιο των δεικτών εκβάσεων θεμελιώνονται στο παρόν.

10.3.2 Δείκτης Διαδικασίας (Process Indicator)

Ο δείκτης διαδικασίας θα μετρά τον βαθμό συμμόρφωσης με τις καθορισμένες πολιτικές, SOPs και κλινικές διαδρομές του ΝΟΣΠΙ. Δεν θα αποτυπώνει άμεσα την κλινική έκβαση, αλλά θα αξιολογεί κατά πόσο η φροντίδα θα παρέχεται με τον τρόπο που έχει σχεδιαστεί ως ασφαλής, προβλέψιμος και αποτελεσματικός. Στο ΝΟΣΠΙ, οι δείκτες διαδικασίας θα έχουν ιδιαίτερη σημασία, καθώς θα λειτουργούν ως πρώιμοι δείκτες κινδύνου και θα επιτρέπουν την έγκαιρη παρέμβαση πριν την εμφάνιση αρνητικών εκβάσεων.

10.3.3 Δείκτης Έκβασης (Outcome Indicator)

Ο δείκτης έκβασης θα αποτυπώνει το τελικό αποτέλεσμα της φροντίδας στον ασθενή ή στον φροντιστή. Δεδομένου ότι οι εκβάσεις επηρεάζονται από πολλαπλούς παράγοντες, όπως η βαρύτητα της νόσου και το κοινωνικό περιβάλλον, στο ΝΟΣΠΙ οι δείκτες εκβάσεων θα ερμηνεύονται συνδυαστικά με δείκτες διαδικασίας και δομής. Το πλαίσιο αυτό θα αποτρέπει απλουστευτικές ή εσφαλμένες αξιολογήσεις της ποιότητας των μονάδων.

10.3.4 Σημείο Συναγερμού (Red Flag)

Ως σημείο συναγερμού θα ορίζεται κάθε κλινική, λειτουργική ή τεχνική ένδειξη που υποδηλώνει αυξημένο κίνδυνο για τον ασθενή και απαιτεί άμεση αξιολόγηση ή παρέμβαση. Στο ΝΟΣΠΙ, τα red flags θα αποτελούν κεντρικό μηχανισμό σύνδεσης των δεικτών με το σύστημα διαχείρισης κινδύνου. Η ενεργοποίησή τους θα συνδέεται με προκαθορισμένα SOPs κλιμάκωσης και με δείκτες χρόνου απόκρισης, λειτουργώντας ως κρίσιμη γέφυρα μεταξύ μέτρησης και κλινικής πράξης.

10.3.5 Συγκριτική Αξιολόγηση (Benchmarking)

Η συγκριτική αξιολόγηση θα αναφέρεται στη συστηματική σύγκριση δεικτών μεταξύ μονάδων ΝΟΣΠΙ, νοσοκομείων ή γεωγραφικών περιοχών, με σκοπό την αναγνώριση αποκλίσεων, βέλτιστων πρακτικών και πεδίων βελτίωσης. Στο πλαίσιο του ΝΟΣΠΙ, το benchmarking θα

σχεδιαστεί ως εργαλείο μάθησης και ωρίμανσης του συστήματος, και όχι ως μηχανισμός τιμωρητικής αξιολόγησης, υπό την εποπτεία του ΟΔΙΠΥ.

10.3.6 Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (Minimum Data Set – MDS)

Το MDS θα αποτελεί το υποχρεωτικό και τυποποιημένο σύνολο δεδομένων που θα τροφοδοτεί το σύνολο των δεικτών. Κάθε δείκτης θα αντιστοιχίζεται ρητά σε συγκεκριμένα πεδία του MDS, ώστε να διασφαλίζεται η επαναληψιμότητα, η εγκυρότητα και η συγκρισιμότητα της μέτρησης. Η ύπαρξη ενιαίου MDS αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την εφαρμογή οποιουδήποτε συστήματος αξιολόγησης ποιότητας στο ΝΟΣΠΙ.

10.3.7 Μηχανισμός Ενεργοποίησης (Trigger)

Ως μηχανισμός ενεργοποίησης θα ορίζεται η προκαθορισμένη συνθήκη βάσει της οποίας θα ενεργοποιείται αυτόματα μια ενέργεια, όπως κλινική αξιολόγηση, κλιμάκωση ή καταγραφή συμβάντος. Στο ΝΟΣΠΙ, οι triggers θα αποτελούν κρίσιμο στοιχείο σύνδεσης των ψηφιακών συστημάτων με τις κλινικές διαδικασίες, ιδίως στο πλαίσιο της τηλεπαρακολούθησης.

10.3.8 Τηλεπαρακολούθηση (Telemonitoring)

Η τηλεπαρακολούθηση θα ορίζεται ως η συστηματική και δομημένη συλλογή κλινικών και λειτουργικών δεδομένων από τον ασθενή στο σπίτι, μέσω ψηφιακών συστημάτων. Στο σύστημα δεικτών ΝΟΣΠΙ, η τηλεπαρακολούθηση θα λειτουργεί ως εργαλείο παραγωγής αξιόπιστων δεδομένων για την έγκαιρη ανίχνευση κινδύνων, την τεκμηρίωση ασφάλειας και την αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας, και όχι ως αυτοτελής υπηρεσία.

10.3.9 Δείκτες Εμπειρίας και Αποτελεσμάτων Υγείας (PREMs / PROMs)

Οι δείκτες εμπειρίας (PREMs) και αποτελεσμάτων υγείας (PROMs) θα χρησιμοποιηθούν για την αποτύπωση της οπτικής του ασθενούς και του φροντιστή σχετικά με τη φροντίδα που θα λαμβάνουν στο πλαίσιο του ΝΟΣΠΙ. Οι δείκτες αυτοί θα θεωρούνται ισότιμοι με τους κλινικούς δείκτες, καθώς θα αντανακλούν κρίσιμες διαστάσεις της ασθενοκεντρικότητας, της αποδοχής του μοντέλου και της βιωσιμότητας της κατ' οίκον νοσηλείας.



11 Αξιολόγηση Κινδύνων του Έργου ΝΟΣΠΙ (Μη Κλινικοί Κίνδυνοι)- Non-Clinical Risk Assessment

Διαχειριστικοί – Τεχνικοί – Θεσμικοί – Οργανωτικοί Κίνδυνοι**

Η επιτυχής υλοποίηση της εθνικής δράσης Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) προϋποθέτει την αναγνώριση, αξιολόγηση και προληπτική διαχείριση των κινδύνων που αφορούν την οργάνωση, την υλοποίηση, τη δια λειτουργικότητα, την τεχνική αξιοπιστία, τη συλλογή δεδομένων, τη συνεργασία νοσοκομείων και τη διοικητική επάρκεια του έργου.

Το παρόν Risk Assessment δεν αφορά κλινικούς κινδύνους. Εστιάζει αποκλειστικά στο έργο ως εθνική παρέμβαση.

11.1 Στόχος του Risk Assessment

Το Risk Assessment έχει σκοπό:

Να αναγνωρίσει όλους τους κρίσιμους κινδύνους που μπορούν να επηρεάσουν την υλοποίηση του έργου.

Να εκτιμήσει πιθανότητα και επίπτωση για κάθε κίνδυνο.

Να ορίσει μέτρα πρόληψης (preventive actions) και αντιμετώπισης (mitigation actions).

Να προσδιορίσει υπευθύνους (risk owners).

Να διασφαλίσει ότι το έργο παραμένει εντός χρονοδιαγράμματος, προϋπολογισμού και θεσμικού πλαισίου.

Το Risk Assessment αποτελεί τμήμα του συστήματος Διακυβέρνησης Ποιότητας του έργου.

11.2 Μεθοδολογία Αξιολόγησης Κινδύνων

Χρησιμοποιείται τυποποιημένη μεθοδολογία risk scoring:

Πιθανότητα (P):

1 = χαμηλή, 2 = μέτρια, 3 = υψηλή

Επίπτωση (I):

1 = μικρή, 2 = σημαντική, 3 = κρίσιμη

Δείκτης Σοβαρότητας (R):

$R = P \times I \rightarrow 1-3$ χαμηλός, $4-6$ μέτριος, $7-9$ υψηλός

Οι πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζουν τους κύριους κινδύνους ανά κατηγορία.

11.3 Αναλυτικός Πίνακας Κινδύνων Έργου

11.3.1 Α. Θεσμικοί και Κανονιστικοί Κίνδυνοι

Κίνδυνος	Περιγραφή	P	I	R	Risk Owner	Mitigation



Μη ομοιογενής εφαρμογή ΝΟΣΠΙ στα νοσοκομεία	Διαφορετικές ικανότητες, ωριμότητα, πόροι	2	3	6	Υπουργείο – ΟΔΙΠΥ	Εθνικά πρότυπα, υποχρεωτικό MDS, κοινά SOPs
Καθυστερήσεις εγκρίσεων / κανονιστικών αποφάσεων	Επηρεάζει rollout & χρονοδιάγραμμα	2	3	6	Υπουργείο	Προ-συντονισμός, fast-track διαδικασίες
Νομικές ασάφειες για ευθύνη φροντίδας κατ' οίκον	Κίνδυνος για αποδοχή μοντέλου	1	3	3	Νομικός Σύμβουλος	Επικαιροποίηση ΚΥΑ, σαφείς ρόλοι

11.3.2 Β. Οργανωτικοί Κίνδυνοι

Κίνδυνος	Περιγραφή	P	I	R	Risk Owner	Mitigation
Μη επάρκεια ανθρώπινου δυναμικού	Έλλειψη νοσηλευτών, ιατρών, συντονιστών	3	3	9	Διοίκηση Νοσοκομείων	Εκπαίδευση, μετατόπιση καθηκόντων (task shifting), ενίσχυση ομάδων
Αστάθεια στη διοικητική υποστήριξη	Αλλαγές διοικήσεις	σε 2	2	4	ΔΥΠΕ	Υποχρεωτικό πλαίσιο εφαρμογής
Αντίσταση στη νέα υπηρεσία	Χαμηλή αποδοχή από προσωπικό	2	2	4	Δ/ντές Κλινικών	Επιμορφώσεις, κίνητρα (incentives), κλινική τεκμηρίωση

11.3.3 Γ. Τεχνικοί και Πληροφοριακοί Κίνδυνοι

Κίνδυνος	Περιγραφή	P	I	R	Risk Owner	Mitigation
Ασυμβατότητα HIS – ΝΟΣΠΙ	Μη διαλειτουργικότητα HL7/FHIR	2	3	6	IT	Προτυποποίηση Διεπαφών Προγραμματισμού Εφαρμογών (APIs), τεχνικές προδιαγραφές
Αστοχίες τηλεπαρακολούθησης	Uptime < 95%	2	3	6	IT Προμηθευτές	– Συντήρηση, εφεδρεία (redundancy), παρακολούθηση (monitoring)
Απώλεια δεδομένων MDS	Ελλιπής καταχώριση ή σφάλματα	2	3	6	Συντονιστής ΝΟΣΠΙ	κανόνες επικύρωσης (Validation rules), αρχεία καταγραφής



ελέγχου (audit logs)

11.3.4 Δ. Κίνδυνοι Ποιότητας & Δεδομένων

Κίνδυνος	Περιγραφή	P	I	R	Risk Owner	Mitigation
Μη πληρότητα MDS	Κενά σε υποχρεωτικά πεδία (mandatory fields)	3	3	9	Συντονιστές	Εκπαίδευση, αυτόματη επικύρωση (Auto-validation)
Λανθασμένη κωδικοποίηση ICD/παρεμβάσεων	Επηρεάζει KPIs & αξιολόγηση	2	2	4	Ιατροί, νοσηλευτές	κεντρικοί κατάλογοι (Master lists), έλεγχοι (audits)
Χαμηλή ποιότητα τηλεμετρήσεων	Εσφαλμένες ενδείξεις → λάθος KPIs	2	3	6	IT	διακρίβωση (Calibration), ειδοποιήσεις (alerts)

11.3.5 Ε. Χρονικοί και Διαχειριστικοί Κίνδυνοι

Κίνδυνος	Περιγραφή	P	I	R	Risk Owner	Mitigation
Καθυστέρηση παραγωγής	Επηρεάζει εφαρμογή σε νοσοκομεία	2	3	6	Κεντρική Ομάδα Έργου	ευέλικτες (Agile) αναπτύξεις, προ-δοκιμές
Καθυστέρηση στην εκπαίδευση	Μη έτοιμες ομάδες ΝΟΣΠΙ	3	2	6	ΟΔΙΠΥ – Νοσοκομεία	Πρότυπο Εκπαίδευσης και Ηλεκτρονικής Μάθησης (Training & e-Learning Standard)
Υπερφόρτωση ομάδων νοσοκομείων	Παράλληλα καθήκοντα	2	2	4	Διοίκηση	Σταδιακή εφαρμογή, ανακατανομή (redistribution)

11.4 Συνολική Αξιολόγηση Σοβαρότητας

Υψηλοί κίνδυνοι ($R \geq 7$): Έλλειψη ανθρώπινων πόρων, Μη πληρότητα δεδομένων MDS, Τεχνική αξιοπιστία τηλεπαρακολούθησης.

Μέτριοι κίνδυνοι (4–6): Διαλειτουργικότητα, Θεσμικές καθυστερήσεις, ποιότητα δεδομένων (Data quality), Εκπαίδευση προσωπικού

Χαμηλοί κίνδυνοι (1–3): Νομικές ασάφειες, Διοικητικές αλλαγές

11.5 Μηχανισμός Συνεχούς Παρακολούθησης Κινδύνων

Σύστημα διακυβέρνησης κινδύνων (risk governance system):



Προβλέπεται η πραγματοποίηση μηνιαίων συναντήσεων ανασκόπησης κινδύνων (monthly risk review meetings) με τον ΟΔΙΠΥ, η τριμηνιαία επικαιροποίηση του μητρώου κινδύνων (quarterly risk register update), καθώς και η διατμηματική συμμετοχή (cross-functional participation) εκπροσώπων από τον κλινικό (clinical), διοικητικό (administrative) και τεχνικό (technical) τομέα.

Με αυτόν τον μηχανισμό, το έργο εξασφαλίζει ότι η εφαρμογή είναι σταθερή, ασφαλής και ελεγχόμενη, ανεξαρτήτως εξωτερικών παραγόντων.



Παραρτήματα

Ι. Πρότυπο πολιτικής ΝΟΣΠΙ (Template)

Θεμελιώδης αρχή: Η Πολιτική απαντά στα ερωτήματα: *τι ισχύει, ποια είναι η δέσμευση, ποιος λογοδοτεί*. Δεν περιγράφει βήματα. Δεν περιγράφει καθημερινή λειτουργία.

1. Στοιχεία Εγγράφου (Document control)

Τι γράφουμε

Πίνακα με:

- Κωδικός πολιτικής
- Τίτλος
- Έκδοση
- Ημερομηνία ισχύος
- Ιδιοκτήτης πολιτικής
- Συντάκτης
- Εγκρίνων
- Αναθεώρηση

Γιατί το γράφουμε

- Αποδεικνύει ότι η πολιτική είναι **ελεγχόμενο κανονιστικό έγγραφο**
- Χωρίς αυτό, σε έλεγχο θεωρείται «δήλωση προθέσεων»

2. Τίτλος Πολιτικής

Τι γράφουμε

Σαφή, θεσμικό τίτλο που:

- περιλαμβάνει **ποιότητα, ασφάλεια, ΝΟΣΠΙ**
- δηλώνει ότι αφορά **πλαίσιο**, όχι πράξη

Τι αποφεύγουμε

- «Πολιτική Νοσηλείας»
- «Πολιτική Λειτουργίας»
(είναι ασαφή και επιχειρησιακά)

3. Σκοπός

Τι γράφουμε

Μία παράγραφο που:



- θεσπίζει πλαίσιο
- δηλώνει τι διασφαλίζει το σύστημα
- συνδέει ρητά τη ΝΟΣΠΙ με νοσοκομειακή ευθύνη

4. Πεδίο Εφαρμογής

Τι γράφουμε

- Σε ποιες μονάδες
- Σε ποιους επαγγελματίες
- Σε ποια φάση του επεισοδίου φροντίδας

Τι προσέχουμε

Να καλύπτει **όλο τον κύκλο**:

ένταξη → παρακολούθηση → επιδείνωση → ολοκλήρωση

5. Ορισμοί

Τι γράφουμε

Μόνο:

- όρους που χρησιμοποιούνται
- κρίσιμους για ερμηνεία (π.χ. επεισόδιο φροντίδας, κλινική επιδείνωση)

Τι αποφεύγουμε

- νέους όρους
- κλινικές λεπτομέρειες

6. Δήλωση Πολιτικής (Policy Statement)

Τι γράφουμε

Την κανονιστική δέσμευση του οργανισμού.

Γιατί είναι το πιο σημαντικό σημείο

Εδώ φαίνεται:

- αν υπάρχει κουλτούρα ποιότητας
- αν η ΝΟΣΠΙ αντιμετωπίζεται ως ισότιμη νοσοκομειακή υπηρεσία

7. Αρχές και Υποχρεώσεις

Τι γράφουμε



Όχι γενικότητες.

Γράφουμε **τι είναι υποχρεωτικό**, π.χ.:

- τεκμηρίωση
- διαχείριση κινδύνου
- χρήση δεδομένων
- συνεχής βελτίωση

Τι αποφεύγουμε

- περιγραφή «πώς γίνεται»
Αυτό είναι SOP.

8. Ρόλοι και Λογοδοσία

Τι γράφουμε

Σε υψηλό επίπεδο:

- ποιος εγκρίνει
- ποιος εποπτεύει
- ποιος εφαρμόζει

Γιατί

Αν δεν υπάρχει λογοδοσία, η πολιτική είναι ανίσχυρη.

9. Σχέση με Διαδικασίες και Δείκτες

Τι γράφουμε

Ότι η πολιτική:

- υλοποιείται μέσω SOPs
- αξιολογείται μέσω δεικτών

10. Αναθεώρηση και Ισχύς

Τι γράφουμε

- πότε αναθεωρείται
- πότε ενεργοποιείται



II. Παράδειγμα «πολιτική ποιότητας και ασφάλειας ΝΟΣΠΙ»

1. Στοιχεία Εγγράφου

Κωδικός: POL-NOSPI-01

Έκδοση: 1.0

Ημερομηνία Ισχύος: //____

Ιδιοκτήτης Πολιτικής: Διοίκηση Μονάδας ΝΟΣΠΙ

Εγκρίνων: _____

2. Τίτλος

Πολιτική Διασφάλισης Ποιότητας, Ασφάλειας και Κλινικής Αποτελεσματικότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

3. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας Πολιτικής είναι η θέσπιση ενιαίου πλαισίου αρχών, απαιτήσεων και μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας, ασφάλειας ασθενών και κλινικής αποτελεσματικότητας για την παροχή υπηρεσιών Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ). Η Πολιτική διασφαλίζει ότι η κατ' οίκον παροχή νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας πραγματοποιείται με ισοδύναμο επίπεδο ελέγχου, τεκμηρίωσης και ευθύνης με την ενδονοσοκομειακή φροντίδα.

4. Πεδίο Εφαρμογής

Η παρούσα Πολιτική εφαρμόζεται σε όλες τις μονάδες και υπηρεσίες ΝΟΣΠΙ, σε όλο το εμπλεκόμενο προσωπικό και σε όλα τα στάδια του επεισοδίου φροντίδας, από την ένταξη του ασθενούς έως την ολοκλήρωση και την παρακολούθηση μετά την έξοδο.

5. Ορισμοί

Διάρκεια φροντίδας ΝΟΣΠΙ: Το σύνολο των οργανωμένων κλινικών και υποστηρικτικών πράξεων που παρέχονται σε ασθενή στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ.

Κλινική επιδείνωση: Μεταβολή της κλινικής κατάστασης που απαιτεί επανεκτίμηση ή κλιμάκωση φροντίδας.

6. Δήλωση Πολιτικής

Η Μονάδα ΝΟΣΠΙ δεσμεύεται να παρέχει υπηρεσίες νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι με συστηματική εφαρμογή πολιτικών, διαδικασιών και μηχανισμών ελέγχου, διασφαλίζοντας την ασφάλεια των ασθενών, την τεκμηριωμένη κλινική λήψη αποφάσεων και τη συνεχή βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

7. Αρχές και Υποχρεώσεις



- Όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες τεκμηριώνονται.
- Υφίστανται μηχανισμοί αναγνώρισης και διαχείρισης κινδύνων.
- Τα δεδομένα χρησιμοποιούνται για αξιολόγηση ποιότητας και βελτίωση.

8. Ρόλοι και Λογοδοσία

Η Διοίκηση της Μονάδας ΝΟΣΠΙ είναι υπεύθυνη για την έγκριση και υποστήριξη της Πολιτικής.

Ο Υπεύθυνος Ποιότητας εποπτεύει την εφαρμογή της.

Η διεπιστημονική ομάδα εφαρμόζει τις προβλεπόμενες διαδικασίες.

9. Σχέση με Διαδικασίες και Δείκτες

Η παρούσα Πολιτική υλοποιείται μέσω εγκεκριμένων SOPs και αξιολογείται μέσω δεικτών ποιότητας.

10. Αναθεώρηση και Ισχύς

Η Πολιτική αναθεωρείται ετησίως ή νωρίτερα εφόσον απαιτηθεί λόγω θεσμικών ή λειτουργικών αλλαγών.



III. Πρότυπο διαδικασίας (SOP)

Θεμελιώδης αρχή

Η Διαδικασία απαντά στο ερώτημα: *πώς εκτελείται με ασφάλεια και ομοιομορφία μια συγκεκριμένη λειτουργία της ΝΟΣΠΙ*. Έχει αρχή, τέλος, βήματα, σημεία απόφασης και τεκμηρίωση.

1. Στοιχεία Εγγράφου (Document control)

Τι γράφουμε

Πίνακα με:

- Κωδικό SOP
- Τίτλο
- Έκδοση
- Ημερομηνία ισχύος
- Ιδιοκτήτη διαδικασίας
- Εγκρίνων
- Αναθεώρηση / Ιστορικό αλλαγών

Γιατί το γράφουμε

Αποδεικνύει ότι η διαδικασία είναι **ελεγχόμενη**, Χωρίς αυτό, δεν θεωρείται επίσημη

2. Τίτλος Διαδικασίας

Τι γράφουμε

Ακριβή περιγραφή του αντικειμένου.

Σωστό:

«Διαδικασία Ένταξης Ασθενούς στη ΝΟΣΠΙ»

Λάθος:

«Διαδικασία Νοσηλείας»

Γιατί

Ο τίτλος πρέπει να αντιστοιχεί σε **μία** λειτουργία.

3. Σκοπός

Τι γράφουμε

Μία παράγραφο που απαντά:

- τι εξασφαλίζει η διαδικασία,
- γιατί είναι κρίσιμη για την ποιότητα/ασφάλεια.

**Τι αποφεύγουμε**

- επανάληψη των βημάτων,
- γενικόλογους στόχους.

4. Πεδίο Εφαρμογής**Τι γράφουμε**

- πότε ενεργοποιείται,
- ποια φάση του επεισοδίου καλύπτει,
- ποιον αφορά.

Γιατί

Δείχνει σαφή αρχή και τέλος.

5. Σχετικά Έγγραφα**Τι γράφουμε**

- Πολιτικές
- Οδηγίες
- Άλλες SOPs
που συνδέονται.

Τι ελέγχεται

Συνοχή συστήματος.

6. Ορισμοί (αν απαιτούνται)**Τι γράφουμε**

Μόνο ό,τι χρειάζεται για να μην παρερμηνευθεί η διαδικασία.

7. Ρόλοι και Ευθύνες**Τι γράφουμε**

Ποιος κάνει τι μέσα στη διαδικασία.

Τι αποφεύγουμε

- γενικές περιγραφές ρόλων πολιτικής.

8. Περιγραφή Διαδικασίας – Βήματα**Πώς γράφονται τα βήματα**



Κάθε βήμα:

- ξεκινά με ρήμα,
- είναι εκτελέσιμο,
- οδηγεί στο επόμενο.

Τι ελέγχεται

- σαφή sequence,
- ύπαρξη decision points.

9. Σημεία Απόφασης (Decision points)

Τι γράφουμε

- πού λαμβάνεται απόφαση,
- ποιος αποφασίζει,
- τι συμβαίνει αν η απάντηση είναι ΟΧΙ.

Γιατί

Χωρίς αυτό, η SOP είναι γραμμική και επικίνδυνη.

10. Τεκμηρίωση και Αρχεία

Τι γράφουμε

- τι καταγράφεται,
- πού,
- από ποιον.

Γιατί

Δεν υπάρχει φροντίδα χωρίς τεκμηρίωση.

11. Σχέση με Δείκτες Ποιότητας

Τι γράφουμε

Ποια δεδομένα τροφοδοτούν δείκτες.

12. Εκπαίδευση και Αναθεώρηση

Τι γράφουμε

- πώς διασφαλίζεται σωστή εφαρμογή,
- πότε αλλάζει η SOP.



IV. Παράδειγμα SOP : Διαδικασία Ένταξης Ασθενούς στη ΝΟΣΠΙ

1. Στοιχεία Εγγράφου

Κωδικός: SOP-NOSPI-ENR-01

Έκδοση: 1.0

Ημερομηνία Ισχύος: //____

Ιδιοκτήτης Διαδικασίας: Συντονιστής ΝΟΣΠΙ

Εγκρίνων: _____

2. Τίτλος

Διαδικασία Ένταξης Ασθενούς στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

3. Σκοπός

Η παρούσα διαδικασία διασφαλίζει ότι η ένταξη ασθενούς στη ΝΟΣΠΙ πραγματοποιείται κατόπιν δομημένης κλινικής αξιολόγησης, τεκμηριωμένης απόφασης και επικύρωσης σχεδίου φροντίδας, ώστε η παρεχόμενη κατ' οίκον νοσοκομειακή φροντίδα να είναι ασφαλής και κατάλληλη.

4. Πεδίο Εφαρμογής

Η διαδικασία εφαρμόζεται σε κάθε ασθενή που αξιολογείται για ένταξη στη ΝΟΣΠΙ και καλύπτει τη φάση από την παραπομπή έως την τελική αποδοχή ή απόρριψη ένταξης.

5. Σχετικά Έγγραφα

- Πολιτική Ποιότητας και Ασφάλειας ΝΟΣΠΙ
- Οδηγία Κλινικής Αξιολόγησης
- SOP Διαχείρισης Κλινικής Επιδείνωσης
- Έντυπα MDS

6. Ρόλοι και Ευθύνες

- **Ιατρός ΝΟΣΠΙ:** κλινική αξιολόγηση και εισήγηση ένταξης.
- **Συντονιστής ΝΟΣΠΙ:** έλεγχος πληρότητας και συντονισμός ομάδας.
- **Νοσηλεύτης ΝΟΣΠΙ:** αρχική εκτίμηση αναγκών και ενημέρωση ασθενούς.

7. Περιγραφή Διαδικασίας

Βήμα 1 – Παραπομπή ασθενούς

Η διαδικασία εκκινεί με παραπομπή ασθενούς στη ΝΟΣΠΙ, συνοδευόμενη από βασικά κλινικά δεδομένα.

**Βήμα 2 – Αρχική κλινική αξιολόγηση**

Ο ιατρός ΝΟΣΠΙ αξιολογεί την κλινική κατάσταση και την καταλληλότητα για κατ' οίκον φροντίδα.

Βήμα 3 – Απόφαση καταλληλότητας (Decision point)

Εάν ο ασθενής δεν πληροί τα κριτήρια ασφάλειας, η διαδικασία τερματίζεται με τεκμηριωμένη απόφαση μη ένταξης.

Βήμα 4 – Κατάρτιση και επικύρωση σχεδίου φροντίδας

Καταρτίζεται και επικυρώνεται εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας.

Βήμα 5 – Ενημέρωση και συναίνεση

Ο ασθενής και ο φροντιστής ενημερώνονται και δηλώνουν αποδοχή.

Βήμα 6 – Τεκμηρίωση στο MDS

Όλες οι αποφάσεις και τα δεδομένα καταγράφονται.

Βήμα 7 – Ολοκλήρωση ένταξης

Ο ασθενής θεωρείται ενταγμένος στη ΝΟΣΠΙ.

8. Τεκμηρίωση και Αρχεία

- Έντυπο παραπομπής
- Έντυπα αξιολόγησης
- MDS

9. Σχέση με Δείκτες Ποιότητας

Τα δεδομένα της διαδικασίας τροφοδοτούν δείκτες ένταξης και καταλληλότητας.

10. Αναθεώρηση

Η διαδικασία αναθεωρείται ετησίως ή όταν απαιτείται.



V. Πρότυπο οδηγίας (GUIDELINE)

Θεμελιώδης αρχή

Η Οδηγία **δεν λέει τι κάνεις βήμα-βήμα.**

Λέει **πώς σκέφτεσαι, τι λαμβάνεις υπόψη, πότε χρειάζεται αυξημένη εγρήγορση.**

Αν γίνει εκτελεστική, ακυρώνει τις SOPs.

1. Στοιχεία Εγγράφου (Document control)

Τι γράφουμε

- Κωδικός Οδηγίας
- Τίτλος
- Έκδοση
- Ημερομηνία ισχύος
- Επιστημονικός/κλινικός υπεύθυνος
- Εγκρίνων
- Αναθεώρηση

Γιατί το γράφουμε

Η Οδηγία είναι **επίσημο τεκμήριο** του συστήματος ποιότητας

Δεν είναι «εσωτερική σημείωση»

2. Τίτλος Οδηγίας

Τι γράφουμε

Τίτλο που δείχνει:

- το γνωστικό αντικείμενο,
- όχι εκτέλεση πράξεων.

Σωστό:

«Οδηγία Κλινικής Παρακολούθησης Ασθενών ΝΟΣΠΙ»

Λάθος:

«Διαδικασία Κλινικής Παρακολούθησης»

3. Σκοπός

Τι γράφουμε

Μία παράγραφο που απαντά:

- γιατί χρειάζεται αυτή η οδηγία,
- ποιο κενό καλύπτει.



Τι πρέπει να φαίνεται

- ότι υποστηρίζει την **κλινική κρίση**,
- ότι λειτουργεί μέσα στο πλαίσιο ποιότητας.

4. Πεδίο Εφαρμογής

Τι γράφουμε

- πότε χρησιμοποιείται η οδηγία,
- από ποιους,
- σε ποιες φάσεις φροντίδας.

Τι αποφεύγουμε

Να φαίνεται ότι αντικαθιστά SOP.

5. Σχέση με το Πλαίσιο ΝΟΣΠΙ

Τι γράφουμε

Ρητή σύνδεση με:

- αρχές ποιότητας,
- ασφάλεια,
- διαχείριση κινδύνου.

6. Βασικές Αρχές Κλινικής Παρακολούθησης

Εδώ **δεν** αριθμούμε βήματα.

6.1 Αρχή της συνεχούς εγρήγορσης

Τι γράφουμε:

Ότι η παρακολούθηση είναι ενεργή διαδικασία, όχι απλή καταγραφή.

6.2 Αρχή της συνολικής εικόνας

Τι γράφουμε:

Ότι η εκτίμηση δεν βασίζεται μόνο σε ζωτικά σημεία, αλλά και:

- λειτουργικότητα,
- συμπεριφορά,
- επικοινωνία,
- περιβάλλον φροντίδας.

6.3 Αρχή της τεκμηριωμένης κρίσης

**Τι γράφουμε:**

Ότι κάθε κλινική εκτίμηση πρέπει να τεκμηριώνεται.

7. Ενδεικτικές Κατηγορίες Ενδείξεων (Red flags – καθοδηγητικά)**Τι γράφουμε**

Κατηγορίες, όχι thresholds.

Παράδειγμα:

- κλινικές μεταβολές,
- λειτουργικές μεταβολές,
- δυσκολίες συμμόρφωσης,
- τεχνολογικές ενδείξεις.

Τι αποφεύγουμε

- αριθμούς,
- όρια,
- αυτοματοποιημένες ενέργειες.

8. Σχέση με Διαδικασίες (πότε σταματά η Οδηγία)**Τι γράφουμε**

Πότε η κατάσταση:

- παύει να είναι θέμα κλινικής εκτίμησης,
- και ενεργοποιείται SOP.

Γιατί

Αυτό είναι σημείο ελέγχου ποιότητας.

9. Τεκμηρίωση χρήσης της Οδηγίας**Τι γράφουμε**

Ότι η εφαρμογή της οδηγίας:

- αφήνει ίχνος,
- χωρίς να ορίζουμε φόρμες.

10. Όρια της Οδηγίας**Τι γράφουμε**

Ρητή δήλωση ότι:



- δεν υποκαθιστά SOP,
- δεν υποκαθιστά κλινική ευθύνη.

11. Αναθεώρηση και Εκπαίδευση

Τι γράφουμε

- πώς ενσωματώνεται στην εκπαίδευση,
- πότε επικαιροποιείται.



VI. Παράδειγμα- Οδηγία Κλινικής Παρακολούθησης Ασθενών ΝΟΣΠΙ

1. Στοιχεία Εγγράφου

Κωδικός: GL-NOSPI-CL-01

Έκδοση: 1.0

Ημερομηνία Ισχύος: //____

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Ιατρικός Υπεύθυνος ΝΟΣΠΙ

Εγκρίνων: _____

2. Τίτλος

Οδηγία Κλινικής Παρακολούθησης και Αναγνώρισης Επιδείνωσης Ασθενών ΝΟΣΠΙ

3. Σκοπός

Η παρούσα Οδηγία αποσκοπεί στην υποστήριξη της κλινικής κρίσης της διεπιστημονικής ομάδας ΝΟΣΠΙ κατά την παρακολούθηση ασθενών στο κατ' οίκον περιβάλλον, παρέχοντας κοινές κατευθυντήριες αρχές για την έγκαιρη αναγνώριση μεταβολών της κλινικής κατάστασης και τη λήψη ασφαλών αποφάσεων.

4. Πεδίο Εφαρμογής

Η Οδηγία εφαρμόζεται από τη διεπιστημονική ομάδα ΝΟΣΠΙ κατά την καθημερινή παρακολούθηση ασθενών και αφορά καταστάσεις που απαιτούν κλινική εκτίμηση χωρίς άμεση ενεργοποίηση τυποποιημένης διαδικασίας.

5. Σχέση με το Πλαίσιο Ποιότητας ΝΟΣΠΙ

Η Οδηγία εντάσσεται στο σύστημα ποιότητας της ΝΟΣΠΙ και λειτουργεί συμπληρωματικά προς τις εγκεκριμένες πολιτικές και διαδικασίες, υποστηρίζοντας την ασφάλεια ασθενών και τη συνεχή βελτίωση.

6. Βασικές Αρχές

Η κλινική παρακολούθηση στη ΝΟΣΠΙ βασίζεται στη συνεχή εγρήγορση, στη συνολική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και στην τεκμηριωμένη κλινική κρίση, λαμβάνοντας υπόψη τόσο κλινικά όσο και λειτουργικά δεδομένα.

7. Ενδεικτικές Ενδείξεις Επιδείνωσης

Ενδείξεις που απαιτούν αυξημένη κλινική προσοχή περιλαμβάνουν μεταβολές στη συμπτωματολογία, στη λειτουργικότητα, στη συνεργασία ασθενούς ή φροντιστή και στα δεδομένα τηλεπαρακολούθησης.

8. Σχέση με Διαδικασίες



Σε περιπτώσεις όπου οι παρατηρούμενες ενδείξεις πληρούν τα κριτήρια ενεργοποίησης διαδικασίας, εφαρμόζονται οι αντίστοιχες εγκεκριμένες SOPs της ΝΟΣΠΙ.

9. Τεκμηρίωση

Οι κλινικές εκτιμήσεις που βασίζονται στην παρούσα Οδηγία τεκμηριώνονται συνοπτικά στο προβλεπόμενο σύστημα καταγραφής.

10. Όρια της Οδηγίας

Η παρούσα Οδηγία δεν υποκαθιστά τις εγκεκριμένες διαδικασίες ούτε την κλινική ευθύνη των επαγγελματιών υγείας.

11. Αναθεώρηση

Η Οδηγία αναθεωρείται περιοδικά βάσει εμπειρίας εφαρμογής και εξελίξεων στο πλαίσιο ΝΟΣΠΙ.



VII. Πρότυπο Ρόλων & Αρμοδιοτήτων – Περιγραφή Θέσεων Εργασίας

Θεμελιώδης αρχή

Οι Ρόλοι απαντούν στο ερώτημα: **ποιος φέρει ευθύνη και για τι**.
Δεν περιγράφουν καθημερινά βήματα και δεν αντικαθιστούν SOPs.

1. Στοιχεία Εγγράφου (Document control)

Τι γράφουμε

- Κωδικός εγγράφου
- Τίτλος
- Έκδοση
- Ημερομηνία ισχύος
- Ιδιοκτήτης εγγράφου
- Εγκρίνων
- Αναθεώρηση

Γιατί το γράφουμε

Οι ρόλοι είναι **κανονιστικό μέρος** του συστήματος ποιότητας

Επιτρέπουν έλεγχο, επικαιροποίηση και λογοδοσία

2. Σκοπός Παραρτήματος

Τι γράφουμε

Μία σύντομη παράγραφο που δηλώνει:

- γιατί περιγράφονται οι ρόλοι,
- τι διασφαλίζεται μέσω αυτών.

Τι πρέπει να φαίνεται

- οργανωτική σαφήνεια,
- ασφάλεια ασθενούς,
- αποφυγή επικάλυψης ευθυνών.

3. Πώς χρησιμοποιείται το Παράρτημα

Τι γράφουμε

Δήλωση ότι:

- οι ρόλοι λειτουργούν συμπληρωματικά,
- οι επιμέρους ενέργειες εξειδικεύονται σε SOPs.

Γιατί



Προλαμβάνει την ερώτηση:

«πού γράφεται τι κάνει ο καθένας καθημερινά;»

4. Δομή Περιγραφής Ρόλου

(ίδια για όλους τους ρόλους)

Κάθε ρόλος περιγράφεται με **ακριβώς την ίδια δομή**:

1. Τίτλος Ρόλου
2. Σκοπός Ρόλου
3. Κύριες Ευθύνες
4. Σημεία Λήψης Απόφασης
5. Σχέση με Διαδικασίες (SOPs)
6. Σχέση με Τεκμηρίωση & Δεδομένα
7. Απαιτούμενη Επάρκεια

Αυτό δείχνει **ωριμότητα συστήματος**.

5. Πώς γράφουμε κάθε ενότητα (αναλυτικά)

5.1 Τίτλος Ρόλου

Τι γράφουμε: σαφή ονομασία (π.χ. «Συντονιστής ΝΟΣΠΙ»).

Τι αποφεύγουμε: γενικούς ή άτυπους τίτλους.

5.2 Σκοπός Ρόλου

Τι γράφουμε: γιατί υπάρχει ο ρόλος στο σύστημα.

Δεν γράφουμε: καθημερινές ενέργειες.

5.3 Κύριες Ευθύνες

Τι γράφουμε: 5–7 ευθύνες, σε επίπεδο λογοδοσίας.

Ρήματα: διασφαλίζει, εποπτεύει, εισηγείται, συντονίζει.

5.4 Σημεία Λήψης Απόφασης

Τι γράφουμε: πού ο ρόλος έχει αποφασιστική αρμοδιότητα.

Αποσαφηνίζει «ποιος αποφασίζει».

5.5 Σχέση με Διαδικασίες

Τι γράφουμε: ποιες SOPs τον αφορούν.

Όχι: περιγραφή βημάτων.

**5.6 Σχέση με Τεκμηρίωση & Δεδομένα**

Τι γράφουμε: ποια δεδομένα εποπτεύει ή παράγει.

Όχι: πώς συμπληρώνονται.

5.7 Απαιτούμενη Επάρκεια

Τι γράφουμε: σε υψηλό επίπεδο (γνώσεις, εμπειρία).

Όχι: συγκεκριμένα πτυχία ή έτη, εκτός αν είναι θεσμικά ορισμένα.



VIII. Παράρτημα Παράδειγμα Ρόλων & Αρμοδιοτήτων ΝΟΣΠΙ

1. Στοιχεία Εγγράφου

Κωδικός: ROLE-NOSPI-01

Έκδοση: 1.0

Ημερομηνία Ισχύος: //____

Ιδιοκτήτης Εγγράφου: Διοίκηση Μονάδας ΝΟΣΠΙ

Εγκρίνων: _____

2. Σκοπός Παραρτήματος

Το παρόν Παράρτημα καθορίζει τους βασικούς ρόλους και τις αρμοδιότητές τους στο πλαίσιο λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ, με στόχο τη σαφή κατανομή ευθυνών, τη διασφάλιση οργανωτικής λογοδοσίας και την ασφαλή εφαρμογή των πολιτικών και διαδικασιών.

ΡΟΛΟΣ 1: Διοίκηση Μονάδας ΝΟΣΠΙ

Σκοπός Ρόλου

Η Διοίκηση της Μονάδας ΝΟΣΠΙ φέρει τη συνολική ευθύνη για τη λειτουργία, τη συμμόρφωση και τη βιωσιμότητα της υπηρεσίας.

Κύριες Ευθύνες

- Εγκρίνει τις πολιτικές και διαδικασίες της ΝΟΣΠΙ.
- Διασφαλίζει την επάρκεια πόρων.
- Παρακολουθεί τη συνολική απόδοση της μονάδας.

Σημεία Λήψης Απόφασης

- Έγκριση πολιτικών και στρατηγικών αλλαγών.

Σχέση με Διαδικασίες

Όλες οι βασικές SOPs.

Σχέση με Τεκμηρίωση & Δεδομένα

Ανασκοπεί συγκεντρωτικά δεδομένα ποιότητας και απόδοσης.

Απαιτούμενη Επάρκεια

Γνώση διοίκησης υπηρεσιών υγείας και πλαισίων ποιότητας.

**ΡΟΛΟΣ 2: Υπεύθυνος Ποιότητας ΝΟΣΠΙ****Σκοπός Ρόλου**

Εποπτεύει και συντηρεί το σύστημα ποιότητας της ΝΟΣΠΙ.

Κύριες Ευθύνες

- Παρακολουθεί τη συμμόρφωση με πολιτικές και SOPs.
- Συντονίζει εσωτερικούς ελέγχους.
- Υποστηρίζει τη συνεχή βελτίωση.

Σημεία Λήψης Απόφασης

- Εισήγηση διορθωτικών ενεργειών.

Σχέση με Διαδικασίες

SOP ελέγχων, διαχείρισης συμβάντων.

Σχέση με Τεκμηρίωση & Δεδομένα

Εποπτεύει MDS, δείκτες ποιότητας.

Απαιτούμενη Επάρκεια

Γνώση συστημάτων ποιότητας και ασφάλειας ασθενών.



ΡΟΛΟΣ 3: Συντονιστής ΝΟΣΠΙ

Σκοπός Ρόλου

Συντονίζει την επιχειρησιακή λειτουργία της ΝΟΣΠΙ.

Κύριες Ευθύνες

- Διασφαλίζει την εφαρμογή των SOPs.
- Υποστηρίζει τη διεπιστημονική ομάδα.
- Εποπτεύει τη διαχείριση επιδείνωσης.

Σημεία Λήψης Απόφασης

- Εισήγηση ένταξης ή κλιμάκωσης.

Σχέση με Διαδικασίες

SOP ένταξης, παρακολούθησης, επιδείνωσης.

Σχέση με Τεκμηρίωση & Δεδομένα

Ελέγχει πληρότητα τεκμηρίωσης.

Απαιτούμενη Επάρκεια

Κλινική εμπειρία και οργανωτικές δεξιότητες.

**ΡΟΛΟΣ 4: Ιατρός ΝΟΣΠΙ****Σκοπός Ρόλου**

Αναλαμβάνει την κλινική ευθύνη του ασθενούς.

Κύριες Ευθύνες

- Κλινική αξιολόγηση και αποφάσεις.
- Τροποποίηση θεραπευτικού πλάνου.

Σημεία Λήψης Απόφασης

- Κλινική κλιμάκωση φροντίδας.

Σχέση με Διαδικασίες

Κλινικές SOPs.

Σχέση με Τεκμηρίωση & Δεδομένα

Κλινικές καταγραφές στο MDS.

Απαιτούμενη Επάρκεια

Ιατρική κατάρτιση και γνώση ΝΟΣΠΙ.



Παράρτημα VII: Ανάπτυξη Λειτουργικών Δεικτών καθώς και Δεικτών Αξιολόγησης (KPIs) της Ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, πιλοτική εφαρμογή τους καθώς και επικύρωση/στάθμιση των δεικτών ποιότητας (συμπεριλαμβανομένου του ελέγχου ποιότητας και εγκυρότητας των δεδομένων)



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1	ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΪΣΙΟ	
1.1	Θέση στο συνολικό έργο ΝΟΣΠΙ και θεσμική διασύνδεση	
1.2	Αναγκαιότητα συστήματος δεικτών στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)	
1.2.1	Τεκμηρίωση της ασφάλειας των ασθενών σε περιβάλλον αυξημένης κλινικής αβεβαιότητας	
1.2.2	Τεκμηρίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας πέραν της αποσυμφόρησης των νοσοκομείων	
1.2.3	Ανάγκη εθνικής διακυβέρνησης, συγκρισιμότητας και θεσμικής εποπτείας	
1.2.4	Λογοδοσία, βιωσιμότητα και τεκμηρίωση της αποδοτικότητας	
1.2.5	Οι δείκτες ως εργαλείο εσωτερικής βελτίωσης και κουλτούρας ποιότητας	
1.3	Θεωρητικά Μοντέλα και Διεθνή Πρότυπα που στηρίζουν το Σύστημα Δεικτών της ΝΟΣΠΙ	
1.3.1	Το μοντέλο Δομής – Διαδικασίας – Έκβασης	
1.3.2	Το πλαίσιο ποιότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας	
1.3.3	Διεθνής εμπειρία Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι και Εικονικών Θαλάμων Νοσηλείας	
1.3.4	Ενσωμάτωση της εμπειρίας ασθενούς και φροντιστή ως ισότιμης διάστασης ποιότητας	
1.3.5	Συνοχή βασικών και πρόσθετων δεικτών στο ίδιο θεωρητικό πλαίσιο	
1.4	Παρουσίαση και λογική συγκρότησης των σαράντα τεσσάρων (44) βασικών δεικτών της ΝΟΣΠΙ	
1.4.1	Δείκτες ασφάλειας ασθενούς	
1.4.2	Δείκτες κλινικής αποτελεσματικότητας	
1.4.3	Δείκτες συμμόρφωσης σε κρίσιμες διαδικασίες και τυποποιημένες οδηγίες	
1.4.4	Δείκτες τεκμηρίωσης και ποιότητας δεδομένων	
1.4.5	Δείκτες ψηφιακής λειτουργικότητας και τηλεπαρακολούθησης	
1.4.6	Δείκτες εμπειρίας ασθενούς και άτυπου φροντιστή	
1.4.7	Ο ρόλος του συνόλου των 44 δεικτών ως ενιαίο σύστημα	
1.5	Πρόσθετοι και εξειδικευμένοι δείκτες στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)	
1.6	Τι εννοούμε με τον όρο «πρόσθετοι / εξειδικευμένοι δείκτες»	



1.7	Γιατί οι βασικοί δείκτες δεν επαρκούν σε όλες τις περιπτώσεις.....
1.8	Ενδεικτικές κατηγορίες εξειδικευμένων δεικτών και σκοπός τους
1.9	Θεσμικές δικλίδες και έλεγχος εφαρμογής
1.10	Συμβολή των εξειδικευμένων δεικτών στη μακροπρόθεσμη ωρίμανση της ΝΟΣΠΙ...
1.11	Συνολική αποτίμηση και κλείσιμο του θεωρητικού μέρους
2	ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (ΝΟΣΠΙ) -ΤΕΛΙΚΗ ΔΟΜΗ ΔΕΙΚΤΩΝ, ΔΕΛΤΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΔΕΙΚΤΩΝ ΚΡΙΣΙΜΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ (KEY PERFORMANCE INDICATORS FICHES) ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΧΡΗΣΗΣ
2.1	Γιατί απαιτείται πλήρες Δελτίο Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης (Key Performance Indicator Fiche) στη ΝΟΣΠΙ.....
2.2	Η έννοια του Δελτίου Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης ως εργαλείο διακυβέρνησης
2.3	Πρότυπο Δελτίου Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης (<i>Key Performance Indicator Fiche – KPI Fiche</i>).....
2.4	Αναλυτικός οδηγός συμπλήρωσης και κατανόησης των πεδίων του Δελτίου Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης (<i>Key Performance Indicator Fiche – Δελτίο Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης</i>)
2.4.1	Κωδικός και Τίτλος Δείκτη
2.4.2	Θεματικός Άξονας.....
2.4.3	Χαρακτηρισμός Δείκτη
2.4.4	Τύπος Δείκτη.....
2.4.5	Διαστάσεις Ποιότητας
2.4.6	Σκοπός Δείκτη
2.4.7	Αντικείμενο Αξιολόγησης
2.4.8	Κλινική και Λειτουργική Τεκμηρίωση
2.4.9	Ορισμοί.....
2.4.10	Μετρούμενο Μέγεθος
2.4.11	Αριθμητής (N) και Παρονομαστής (D).....
2.4.12	Μονάδα Έκφρασης και Μέθοδος Υπολογισμού
2.4.13	Περίοδος Αναφοράς.....
2.4.14	Κριτήρια Ένταξης και Εξαίρεσης.....
2.4.15	Διαστρωμάτωση και Προσαρμογή ως προς τον Κίνδυνο
2.4.16	Πηγές Δεδομένων και Κανόνες Ποιότητας Δεδομένων



2.4.17	Ερμηνεία Αποτελεσμάτων.....
2.4.18	Όρια Αποδεκτής και Κρίσιμης Απόδοσης
2.4.19	Ενέργειες σε Περίπτωση Απόκλισης
2.4.20	Χρήση από Μονάδα ΝΟΣΠΙ και Χρήση από ΟΔΙΠΥ.....
2.5	Συμπέρασμα Κεφαλαίου 2.....
3	ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ, ΘΕΜΑΤΙΚΟΪ ΑΞΟΝΕΣ ΚΑΙ ΔΟΜΉ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (ΝΟΣΠΙ)
3.1	Σκοπός και θεμελιώδεις αρχές του συστήματος δεικτών
3.2	Λογική διαχωρισμού αξόνων και κωδικοποίησης δεικτών (Α–Ε).....
3.3	Περιγραφή και εννοιολογικός ρόλος των θεματικών αξόνων
3.4	Οριστικοποιημένη λίστα βασικών δεικτών ΝΟΣΠΙ
3.5	Πρόσθετοι και εξειδικευμένοι δείκτες του Εθνικού Συστήματος ΝΟΣΠΙ
3.5.1	Σκοπός και θέση στο σύστημα δεικτών.....
3.5.2	Θεματική συγκρότηση και συνολικός αριθμός
3.5.3	Λογική κωδικοποίησης (PD, G, ON, P, C, CG, F)
3.5.4	Οριστικοποιημένη λίστα σαράντα επτά (47) πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών του Εθνικού Συστήματος ΝΟΣΠΙ
4	ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΘΪΕΡΩΣΗ, ΣΥΓΚΡΙΣΙΜΌΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΕΞΪΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (ΝΟΣΠΙ)
4.1	Διεθνής καθιέρωση πολυδιάστατων συστημάτων δεικτών στη νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι
4.2	Συγκρισιμότητα και διεθνές benchmarking του συνόλου των 91 δεικτών
4.3	Ολιστική κάλυψη του κύκλου φροντίδας μέσω βασικών και εξειδικευμένων δεικτών
4.4	Δυναμικός χαρακτήρας και μελλοντική εξέλιξη του συστήματος
4.5	Συνολική αποτίμηση
4.6	Πλήρης αντιστοίχιση των δεικτών ΝΟΣΠΙ με διεθνή συστήματα μέτρησης ποιότητας, ασφάλειας και εμπειρίας (44 βασικοί + 47 πρόσθετοι)
4.6.1	Διεθνή πλαίσια αναφοράς για την αντιστοίχιση των δεικτών ΝΟΣΠΙ.....
4.6.2	Αντιστοίχιση των σαράντα τεσσάρων (44) βασικών δεικτών ΝΟΣΠΙ με διεθνή συστήματα
4.6.3	Αντιστοίχιση των σαράντα επτά (47) πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών.....



4.6.4	Οριζόντια ενσωμάτωση δεικτών αναφερόμενων εκβάσεων και εμπειρίας (PROMs και PREMs)
4.6.5	Αποτίμηση της διεθνούς αντιστοίχισης
4.6.6	Πίνακας Αντιστοίχισης (Crosswalk) 91 Δεικτών.....
A.	Βασικοί δείκτες (44)
B.	Πρόσθετοι/Εξειδικευμένοι δείκτες (47)
5	ΤΙ ΔΕΝ ΜΕΤΡΑΤΑΙ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΠΙ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ
5.1	Παράμετροι που δεν μετρούνται λόγω απουσίας εθνικής τυποποίησης.....
5.2	Παράμετροι που δεν μετρούνται για την αποφυγή στρεβλωτικών κινήτρων
5.3	Παράμετροι που δεν μετρούνται λόγω περιορισμένης ερμηνευτικής αξίας
5.4	Παράμετροι που δεν μετρούνται για λόγους δεοντολογίας και προστασίας δεδομένων
5.5	Παράμετροι που δεν μετρούνται σε πρώιμο στάδιο ωρίμανσης του συστήματος ...
5.6	Σχέση με τον δυναμικό χαρακτήρα του συστήματος δεικτών.....
5.7	Συμπέρασμα.....
6	ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ (INDICATOR PROFILES / KPI FICHES) ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (ΝΟΣΠΙ).....
6.1	Δείκτης Α1 – Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων (A1 – Rate of serious adverse events)
6.1.1	Εισαγωγικό πλαίσιο και σκοπός δείκτη
6.1.2	Πίνακας Ταυτότητας Δείκτη.....
6.1.3	Παράδειγμα υπολογισμού
6.1.4	Benchmarking και διεθνής «στήριξη» του δείκτη (πώς στέκεται)
6.2	Δείκτης Α2 – Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης (A2 – Timely Recognition and Management of Clinical Deterioration)
6.2.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.2.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.2.3	Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη.....
6.3	Δείκτης Α3 – Συμμόρφωση με κρίσιμες Τυποποιημένες Διαδικασίες Ασφάλειας (A3 – Compliance with Critical Safety Standard Operating Procedures (SOPs))
6.3.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.3.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.3.3	Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη.....



6.4	Δείκτης Α4 – Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής (Α4 – Safe Medication Management).....
6.4.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.4.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.4.3	Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη.....
6.5	Δείκτης Α5 – Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων (Α5 – Rate of Preventable Adverse Events).....
6.5.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.5.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.5.3	Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη.....
6.6	Δείκτης Α6 – Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές (Α6 – Unplanned Readmission Rate)
6.6.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.6.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.6.3	Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη.....
6.7	Δείκτης Α7 – Ασφαλής διαχείριση επειγόντων περιστατικών (Α7 – Emergency Case Management Safety).....
6.7.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.7.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.7.3	Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη.....
6.8	Δείκτης Α8 – Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων (Α8 – Incident Reporting Compliance).....
6.8.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.8.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.8.3	Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη.....
6.9	Δείκτης Β1 – Τήρηση κριτηρίων ένταξης ασθενών στη ΝΟΣΠΙ (Β1 – Compliance with Patient Eligibility Criteria for Hospital at Home)
6.9.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.9.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.9.3	Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη.....
6.10	Δείκτης Β2 – Πληρότητα και ποιότητα κλινικής τεκμηρίωσης (Β2 – Completeness and Quality of Clinical Documentation)
6.10.1	Ταυτότητα Δείκτη



6.10.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.10.3	Benchmarking και σημεία διεθνούς αναφοράς.....
6.11	Δείκτης Β3 – Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων κατ' οίκον (Β3 – Compliance with Scheduled Home Visits)
6.11.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.11.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.11.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.12	Δείκτης Β4 – Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ (Β4 – Timely Response of the Hospital at Home Team)
6.12.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.12.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.12.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.13	Δείκτης Β5 – Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας ΝΟΣΠΙ (Β5 – Multidisciplinary Team Coordination in Hospital at Home)
6.13.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.13.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.13.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.14	Δείκτης Β6 – Χρήση τηλεπαρακολούθησης όπου προβλέπεται (Β6 – Appropriate Use of Telemonitoring in Hospital at Home)
6.14.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.14.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.14.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.15	Β7 – Τήρηση χρονοδιαγράμματος κλινικής φροντίδας στο πλαίσιο κατ' οίκον νοσοκομειακής νοσηλείας (Β7 – Adherence to Clinical Care Timeline in Hospital at Home).
6.15.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.15.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.15.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.16	Δείκτης C1 – Πληρότητα Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων (MDS) στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (C1 – Minimum Data Set (MDS) Completeness in Hospital at Home)
6.16.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.16.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.16.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς



6.17	Δείκτης C2 – Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (C2 – Data Validity and Consistency in Hospital at Home)
6.17.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.17.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.17.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.18	Δείκτης C3 – Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (C3 – Timely Data Entry in Hospital at Home)
6.18.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.18.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.18.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.19	Δείκτης C4 – Διαλειτουργικότητα πληροφοριακών συστημάτων στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (C4 – Systems Interoperability in Hospital at Home)
6.19.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.19.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.19.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.20	Δείκτης C5 – Ασφάλεια και προστασία δεδομένων στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (C5 – Data Security and Protection in Hospital at Home)
6.20.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.20.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.20.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.21	Δείκτης C6 – Χρήση δεδομένων για βελτίωση ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (C6 – Use of Data for Quality Improvement in Hospital at Home)
6.21.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.21.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.21.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.22	Δείκτης C7 – Πληρότητα και έγκαιρη αναφορά δεδομένων προς τον ΟΔΙΠΥ (C7 – Completeness and Timeliness of Reporting to the National Quality Authority (ODIPY))
6.22.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.22.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.22.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.23	Δείκτης D1 – Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα (D1 – Clinical Protocol Compliance)
6.23.1	Ταυτότητα Δείκτη



6.23.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.23.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.24	Δείκτης D2 – Τήρηση θεραπευτικών στόχων (Achievement of Therapeutic Goals) ..
6.24.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.24.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.24.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.25	Δείκτης D3 – Ποιότητα επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ (Quality of Communication with the Hospital at Home Team)
6.25.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.25.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.25.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.26	Δείκτης D4 – Συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή στη λήψη αποφάσεων (Patient and Caregiver Involvement in Decision-Making)
6.26.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.26.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.26.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.27	Δείκτης D5 – Επιβάρυνση και υποστήριξη άτυπου φροντιστή (Informal Caregiver Burden and Support)
6.27.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.27.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.27.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.28	Δείκτης D6 – Συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ (Overall Acceptance of the Hospital at Home Model)
6.28.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.28.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.28.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.29	Δείκτης D7 – Συνέπεια και συνέχεια κλινικής παρακολούθησης (Continuity and Consistency of Clinical Monitoring)
6.29.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.29.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.29.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.30	Δείκτης E1 – Ικανοποίηση ασθενούς (Patient Satisfaction)
6.30.1	Ταυτότητα Δείκτη



6.30.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.30.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.31	Δείκτης Ε2 – Ικανοποίηση φροντιστή (Caregiver Satisfaction)
6.31.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.31.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.31.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.32	Δείκτης Ε3 – Κατανόηση θεραπευτικού πλάνου (Understanding of the Care Plan) .
6.32.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.32.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.32.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.33	Δείκτης Ε4 – Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια κατ' οίκον φροντίδας (Perceived Safety of Home-Based Hospital Care)
6.33.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.33.2	Παράδειγμα υπολογισμού (βελτιωμένο)
6.33.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο)
6.34	Δείκτης Ε5 – Συνέχεια φροντίδας με το νοσοκομείο αναφοράς (Continuity of Care with the Referring Hospital)
6.34.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.34.2	Παράδειγμα υπολογισμού (ενισχυμένο)
6.34.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο)
6.35	Δείκτης Ε6 – Ισότιμη πρόσβαση στη ΝΟΣΠΙ (Equitable Access to Hospital at Home Services)
6.35.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.35.2	Παράδειγμα υπολογισμού (ενισχυμένο)
6.35.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο)
6.36	Δείκτης Ε7 – Διαχείριση παραπόνων και ανατροφοδότησης (Complaints and Feedback Management)
6.36.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.36.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.36.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
6.37	Δείκτης Ε8 – Εκπαίδευση και επάρκεια προσωπικού ΝΟΣΠΙ (Training and Competency of Hospital at Home Staff (Εκπαίδευση και επαγγελματική επάρκεια προσωπικού κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας))



6.37.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.37.2	Παράδειγμα υπολογισμού (ενισχυμένο)
6.37.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο).....
6.38	Δείκτης Ε9 – Φόρτος εργασίας ομάδας ΝΟΣΠΙ (Hospital at Home Team Workload)
6.38.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.38.2	Παράδειγμα υπολογισμού (ενισχυμένο)
6.38.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο).....
6.39	Δείκτης Ε10 – Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης προσωπικού (Burnout Prevention and Staff Resilience (Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης και ανθεκτικότητα προσωπικού)).....
6.39.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.39.2	Παράδειγμα υπολογισμού (ενισχυμένο)
6.39.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο).....
6.40	Δείκτης Ε11 – Οργανωσιακή μάθηση από ανεπιθύμητα συμβάντα (Organisational Learning from Incidents).....
6.40.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.40.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.40.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο).....
6.41	Δείκτης Ε12 – Συμμόρφωση με το εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ (Compliance with the National Hospital at Home Framework (Συμμόρφωση με το εθνικό πλαίσιο Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι))
6.41.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.41.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.41.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο).....
6.42	Δείκτης Ε13 – Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ (Hospital at Home Unit Maturity)
6.42.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.42.2	Πώς υπολογίζεται και τι σημαίνει ο δείκτης Ε13 – Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ :
6.42.3	Παράδειγμα.....
6.43	Δείκτης Ε14-Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ (Ε14 – Overall Performance of Hospital at Home Unit).....
6.44	Δείκτης Ε15 – Οικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα ΝΟΣΠΙ (Cost-effectiveness and Financial Sustainability of Hospital at Home).....



6.44.1	Ταυτότητα Δείκτη
6.44.2	Παράδειγμα υπολογισμού
6.44.3	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς
7	ΠΡΟΣΘΕΤΟΙ / ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ
7.1	Εισαγωγή και τεκμηρίωση σκοπιμότητας
7.2	Βασικές αρχές σχεδιασμού των πρόσθετων δεικτών
7.3	Κριτήρια ενεργοποίησης (activation logic)
7.4	Σχέση πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών με τους 44 βασικούς και με τη συνολική απόδοση
7.5	Ανάπτυξη Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών ΝΟΣΠΙ
7.5.1	Εισαγωγικό πλαίσιο πίνακα
7.5.2	Χρήση του Πίνακα Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών από τον ΟΔΙΠΥ
7.5.3	Πίνακας Πρόσθετων/Εξειδικευμένων Δεικτών
	ΟΜΑΔΑ ΔΕΙΚΤΩΝ:
	ΚΩΔΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗ:
	ΤΙΤΛΟΣ ΔΕΙΚΤΗ (ΕΛΛΗΝΙΚΑ/ΑΓΓΛΙΚΑ):
	ΤΥΠΟΣ ΔΕΙΚΤΗ:
	PROM/PREM – ΕΠΕΞΗΓΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΗ:
	ΕΡΓΑΛΕΙΟ/DOMAIN ΜΕΤΡΗΣΗΣ:
	ΔΙΕΘΝΗΣ ΠΗΓΗ/BENCHMARK:
7.5.4	Πόσοι είναι οι Πρόσθετοι / Εξειδικευμένοι Δείκτες
7.6	Αναλυτικές Ταυτότητες Δεικτών
7.6.1	Ταυτότητα Δείκτη PD1-Ασφάλεια φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά (Paediatric medication safety)
7.6.1.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.2	Ταυτότητα Δείκτη PD2 - Έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης σε παιδιατρικούς ασθενείς
7.6.2.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.3	Ταυτότητα Δείκτη PD3 – Συμμόρφωση και επάρκεια γονέα / κηδεμόνα (Parental Compliance and Competence)
7.6.3.1	Ταυτότητα Δείκτη
7.6.3.2	Επεξήγηση Εργαλείου Μέτρησης (υποχρεωτική για PD3)



7.6.3.3	Παράδειγμα υπολογισμού.....
7.6.3.4	Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς – PD3.....
7.6.4	Ταυτότητα Δείκτη PD4 - Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια κατ' οίκον φροντίδας από γονέα/κηδεμόνα (Parent-reported safety perception in paediatric Hospital at Home)
7.6.4.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.5	Ταυτότητα Δείκτη PD5 - Φόρτος και άγχος γονέα/κηδεμόνα (Parental stress and caregiver burden in paediatric Hospital at Home).....
7.6.5.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.6	Ταυτότητα Δείκτη PD6- Ψυχολογική ευεξία παιδιού (Child emotional and psychological wellbeing in paediatric Hospital at Home)
7.6.6.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.7	Ταυτότητα Δείκτη PD7- Σχολική και κοινωνική επανένταξη παιδιού (School and social reintegration after paediatric Hospital at Home)
7.6.7.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.8	Ταυτότητα Δείκτη G1- Πολυφαρμακία και αλληλεπιδράσεις φαρμάκων (Polypharmacy and drug interactions in geriatric Hospital at Home patients)
7.6.8.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.9	Ταυτότητα Δείκτη G2- Κίνδυνος πτώσεων σε γηριατρικούς ασθενείς (Risk of falls in geriatric Hospital at Home patients).....
7.6.9.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.10	Ταυτότητα Δείκτη G3- Γνωστική και λειτουργική κατάσταση ηλικιωμένου ασθενούς (Cognitive and functional status in geriatric Hospital at Home patients)
7.6.10.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.11	Ταυτότητα Δείκτη G4- Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία ηλικιωμένου ασθενούς (Perceived functional independence in geriatric Hospital at Home patients) ...
7.6.11.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.12	Ταυτότητα Δείκτη G5- Ποιότητα ζωής ηλικιωμένου ασθενούς (Quality of life in older adults receiving Hospital at Home care).....
7.6.12.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.13	Ταυτότητα Δείκτη G6-Κοινωνική απομόνωση (Social isolation)
7.6.14	Ταυτότητα Δείκτη G7- Αντιλαμβανόμενη αξιοπρέπεια ηλικιωμένου ασθενούς (Perceived dignity in geriatric Hospital at Home patients)
7.6.14.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking



- 7.6.15 Ταυτότητα Δείκτη ON1- Διαχείριση συμπτωμάτων ογκολογικού ασθενούς (Oncology symptom management in Hospital at Home)
- 7.6.15.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
- 7.6.16 Ταυτότητα Δείκτη ON2- Συμμόρφωση σε ογκολογικά θεραπευτικά σχήματα (Adherence to oncology treatment regimens in Hospital at Home)
- 7.6.16.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
- 7.6.17 Ταυτότητα Δείκτη ON3- Έγκαιρη αναγνώριση θεραπευτικών επιπλοκών (Early detection of treatment-related complications in Hospital at Home oncology care)
- 7.6.17.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
- 7.6.18 Ταυτότητα Δείκτη ON4- Φορτίο συμπτωμάτων ογκολογικού ασθενούς (Patient-reported symptom burden in Hospital at Home oncology care)
- 7.6.18.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
- 7.6.19 Ταυτότητα Δείκτη ON5- Ποιότητα ζωής ογκολογικού ασθενούς (Oncology quality of life in Hospital at Home)
- 7.6.19.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
- 7.6.20 Ταυτότητα Δείκτη ON6- Επάρκεια κατ' οίκον υποστήριξης ογκολογικού ασθενούς (Adequacy of home oncology care in Hospital at Home)
- 7.6.20.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
- 7.6.21 Ταυτότητα Δείκτη ON7- Αντιλαμβανόμενη κόπωση ογκολογικού ασθενούς (Cancer-related fatigue in Hospital at Home)
- 7.6.21.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
- 7.6.22 Ταυτότητα Δείκτη ON8- Οικονομική εξουθένωση ογκολογικής θεραπείας (Financial toxicity in Hospital at Home oncology care)
- 7.6.22.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
- 7.6.23 Ταυτότητα Δείκτη P1- Έλεγχος πόνου σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (Pain control in palliative Hospital at Home care)
- 7.6.23.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
- 7.6.24 Ταυτότητα Δείκτη P2- Ποιότητα ζωής σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (Quality of life in palliative Hospital at Home care)
- 7.6.24.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
- 7.6.25 Ταυτότητα Δείκτη P3- Υποστήριξη οικογένειας σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (Family support in palliative Hospital at Home care)
- 7.6.25.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking



7.6.26	Ταυτότητα Δείκτη P4- Αξιοπρέπεια και άνεση σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (Dignity and comfort in palliative Hospital at Home care)
7.6.26.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.27	Ταυτότητα Δείκτη P5- Ικανοποίηση οικογένειας σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (Family satisfaction in palliative Hospital at Home care).....
7.6.27.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.28	Ταυτότητα Δείκτη P6- Πνευματική ευεξία σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (Spiritual wellbeing in palliative Hospital at Home care).....
7.6.28.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.29	Ταυτότητα Δείκτη P7- Προετοιμασία τέλους ζωής σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (End-of-life preparedness in palliative Hospital at Home care).....
7.6.29.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.30	Ταυτότητα Δείκτη C1- Πρόσβαση σε θεράποντα ιατρό στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Access to treating physician in Hospital at Home care)
7.6.30.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.31	Ταυτότητα Δείκτη C2- Έγκαιρη απόκριση ιατρού στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Timely physician response in Hospital at Home care).....
7.6.31.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.32	Ταυτότητα Δείκτη C3- Σαφήνεια ιατρικών οδηγιών στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Clarity of medical instructions in Hospital at Home care).....
7.6.32.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.33	Ταυτότητα Δείκτη C4- Συνέπεια πληροφόρησης στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Information consistency in Hospital at Home care)
7.6.33.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.34	Ταυτότητα Δείκτη C5- Εμπιστοσύνη στον θεράποντα ιατρό στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Trust in physician in Hospital at Home care)
7.6.34.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.35	Ταυτότητα Δείκτη C6- Επάρκεια υποστήριξης στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Adequacy of support in Hospital at Home care).....
7.6.35.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking
7.6.36	Ταυτότητα Δείκτη C7- Ασφάλεια μέσω επικοινωνίας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Safety via communication in Hospital at Home care)
7.6.36.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking



7.6.37	Ταυτότητα Δείκτη C8- Μείωση άγχους μέσω επικοινωνίας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Anxiety reduction through communication in Hospital at Home care)	242
7.6.37.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking	
7.6.38	Ταυτότητα Δείκτη CG1- Πρόσβαση φροντιστή σε θεράποντα ιατρό στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Caregiver access to treating physician in Hospital at Home care)	
7.6.38.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking	
7.6.39	Ταυτότητα Δείκτη CG2- Επάρκεια ενημέρωσης φροντιστή στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Caregiver information adequacy in Hospital at Home care)	
7.6.39.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking	
7.6.40	Ταυτότητα Δείκτη CG3- Υποστήριξη φροντιστή στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Caregiver support in Hospital at Home care)	
7.6.40.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking	
7.6.41	Ταυτότητα Δείκτη CG4- Ψυχική επιβάρυνση άτυπου φροντιστή στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Caregiver emotional burden in Hospital at Home care)	
7.6.41.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking	
7.6.42	Ταυτότητα Δείκτη CG5- Ισορροπία ζωής–φροντίδας άτυπου φροντιστή στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Caregiver work–life balance in Hospital at Home care)	
7.6.42.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking	
7.6.43	Ταυτότητα Δείκτη F1- Αποδοχή τηλεπαρακολούθησης στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Acceptance of remote monitoring in Hospital at Home care).....	
7.6.43.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking	
7.6.44	Ταυτότητα Δείκτη F2- Ψηφιακή επάρκεια ασθενούς στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Patient digital literacy in Hospital at Home care)	
7.6.44.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking	
7.6.45	Ταυτότητα Δείκτη F3- Αντιλαμβανόμενη ακρίβεια ψηφιακών δεδομένων στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Perceived accuracy of digital health data in Hospital at Home care)	
7.6.45.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking	
7.6.46	Ταυτότητα Δείκτη F4- Κοινωνική υποστήριξη ασθενούς στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Social support in Hospital at Home care)	
7.6.46.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking	



7.6.47	Ταυτότητα Δείκτη F5- Κοινωνική απομόνωση ασθενούς στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Social isolation in Hospital at Home care)	
7.6.47.1	Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking	
8	ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ, ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΕΙΚΤΩΝ ΝΟΣΠΙ ..	
8.1	Σκοπός και θεσμικός ρόλος του Κεφαλαίου 8	
8.2	Βασικές αρχές σχεδιασμού της πιλοτικής εφαρμογής	
8.2.1	Πιστότητα ορισμών και ενιαία εφαρμογή	
8.2.2	Ενσωμάτωση στη λειτουργία της ΝΟΣΠΙ.....	
8.2.3	Ποιότητα δεδομένων εξ αρχής (data quality by design)	
8.2.4	Λειτουργική χρήση και απόκριση	
8.3	Αντικείμενο πιλοτικής εφαρμογής	
8.4	Ενιαίο χρονοδιάγραμμα υλοποίησης	
8.4.1	Εκκίνηση και έλεγχος ετοιμότητας	
8.4.2	Σταθεροποίηση εφαρμογής και έλεγχος δεδομένων.....	
8.4.3	Ερμηνεία και προκαταρκτική στάθμιση	
8.4.4	Τεκμηρίωση, επικύρωση και κλείδωμα πλαισίου	
8.5	Διακυβέρνηση πιλοτικής εφαρμογής	
8.6	Έλεγχος ποιότητας και εγκυρότητας δεδομένων εντός τετραμήνου	
8.7	Καταληκτική θέση Κεφαλαίου 8	
9	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΗ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΝΟΣΠΙ -ΠΛΑΪΣΙΟ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗΣ.....	
9.1	Σκοπός και εννοιολογικό πλαίσιο επικύρωσης.....	
9.2	Επιστημονική επικύρωση (Scientific validation).....	
9.2.1	Εγκυρότητα περιεχομένου (Content validity).....	
9.2.2	Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (Construct validity)	
9.2.3	Εγκυρότητα εργαλείων μέτρησης (Instrument validity).....	
9.3	Λειτουργική επικύρωση (Operational validation).....	
9.3.1	Εφαρμοσιμότητα δεικτών σε πραγματικές συνθήκες.....	
9.3.2	Αναπαραγωγικότητα και συνέπεια εφαρμογής.....	
9.3.3	Σχέση δείκτη – ενέργειας απόκρισης	
9.4	Θεσμική επικύρωση (Institutional validation)	
9.4.1	Χρησιμότητα για τον ΟΔΙΠΥ.....	



9.4.2	Συμβατότητα με εθνικό και ευρωπαϊκό πλαίσιο	
9.5	Τεκμηρίωση επικύρωσης	
9.6	Καταληκτική θέση Κεφαλαίου 9	
10	ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΙΕΡΆΡΧΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΟΙΌΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΆΛΕΙΑΣ ΝΟΣΠΙ -ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΆΙΣΙΟ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΠΌΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΠΟΦΆΣΕΩΝ	
11	ΠΟΙΌΤΗΤΑ, ΕΓΚΥΡΌΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΔΕΔΟΜΈΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΠΙ-ΘΕΣΜΙΚΌ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΌ ΠΛΆΙΣΙΟ ΑΞΙΟΠΙΣΤΊΑΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΕΙΚΤΩΝ	
12	ΔΙΑΧΕΊΡΙΣΗ ΑΠΟΚΛΊΣΕΩΝ, ΑΝΕΠΙΘΎΜΗΤΩΝ ΣΥΜΒΆΝΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΆΛΥΣΗ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΙΤΊΑΣ (RCA)	
12.1	Ρόλος της RCA	
12.2	Πότε ενεργοποιείται η διαδικασία Ανάλυσης Βασικής Αιτίας (RCA)	
12.3	Περιγραφή της διαδικασίας RCA	
12.4	Σχέση της RCA με τη συνεχή βελτίωση του ΝΟΣΠΙ	
12.5	ΒΗΜΑ-ΒΗΜΑ: ΤΙ ΚΑΝΟΥΜΕ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ.....	
12.6	Πρότυπα Έγγραφα Ανάλυσης Βασικής Αιτίας (RCA)	
12.6.1	Προτεινόμενα πεδία Πρότυπης Φόρμας Καταγραφής Απόκλισης ή Συμβάντος	
12.6.2	Προτεινόμενα πεδία Πρότυπης Φόρμας Απόφασης Ενεργοποίησης RCA.....	
12.6.3	Προτεινόμενα πεδία Πρότυπου Φόρμας Φύλλου Ανάλυσης Βασικής Αιτίας ..	
12.6.4	Προτεινόμενα πεδία Πρότυπης Φόρμας Σχεδίου Διορθωτικών και Προληπτικών Ενεργειών 274	
12.6.5	Προτεινόμενα πεδία Πρότυπης Φόρμας Παρακολούθησης Αποτελεσματικότητας.....	
12.6.6	Παράδειγμα Σύνδεσης Δείκτη με Διαδικασία RCA	
13	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΠΟΤΊΜΗΣΗ, ΟΛΟΚΛΉΡΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΗ ΑΞΊΑ ΤΟΥ ΠΑΡΌΝΤΟΣ	
13.1	Τι παραδόθηκε συνολικά στο παρόν και ποια είναι η δομή του.....	
13.2	Γιατί το παρόν αποτελεί «εθνικό σύστημα» και όχι τεχνικό κατάλογο.....	
13.3	Θεσμική διασύνδεση μέσω επίσημης αντιστοίχισης δεικτών-διαδικασιών	
13.4	Αντιστοίχιση Δεικτών Με Διαδικασίες.....	
13.5	Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών	
13.6	Πώς εξασφαλίζεται επιστημονική τεκμηρίωση και δυνατότητα διεθνούς συγκρισιμότητας	
13.7	Πώς καλύπτεται η απαίτηση υλοποίησης του έργου εντός τετραμήνου	



13.8	Ποια είναι η θεσμική αξία του παρόντος για τον ΟΔΙΠΥ και το Υπουργείο Υγείας...
13.9	Πώς το παρόν επιτρέπει εξέλιξη χωρίς να αλλοιώνεται ο πυρήνας.....
13.10	Τελικό συμπέρασμα.....
14	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....
14.1	Δείκτες που υπολογίζονται με συγκεκριμένα Ερωτηματολόγια
14.2	Πίνακας: Ερωτηματολόγιο – Πηγή – Άδεια Χρήσης – Ελληνική Έκδοση – Χρήση.....
15	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....
15.1	Γενική Βιβλιογραφία
15.2	Βιβλιογραφία ενότητας 5.....

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1:	Δομή Πρότυπου Δελτίου Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης.....
Πίνακας 2:	Οριστικοποιημένη λίστα βασικών δεικτών ΝΟΣΠΙ (44 δείκτες)
Πίνακας 3:	Οριστικοποιημένη λίστα 47 πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών του Εθνικού Συστήματος ΝΟΣΠΙ
Πίνακας 4:	Αντιστοίχιση (Crosswalk) 44 Δεικτών
Πίνακας 5:	Αντιστοίχιση (Crosswalk) 47 Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών
Πίνακας 6:	Λίστα Πρόσθετων/Εξειδικευμένων Δεικτών
Πίνακας 7:	Αντιστοίχιση Δεικτών με Διαδικασίες / Άξονας Α – Ασφάλεια Ασθενών / Patient Safety
Πίνακας 8:	Αντιστοίχιση Δεικτών Με Διαδικασίες / Άξονας Β – Λειτουργία & Συντονισμός / Operations & Coordination
Πίνακας 9:	Αντιστοίχιση Δεικτών Με Διαδικασίες / Άξονας Γ – Δεδομένα & Πληροφοριακά Συστήματα / Data & Digital
Πίνακας 10:	Αντιστοίχιση Δεικτών Με Διαδικασίες / Άξονας Δ – Κλινικά Αποτελέσματα & Εμπειρία / Outcomes & Experience
Πίνακας 11:	Αντιστοίχιση Δεικτών Με Διαδικασίες / Άξονας Ε – Διακυβέρνηση, Προσωπικό & Βιωσιμότητα / Governance & Sustainability
Πίνακας 12:	Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Παιδιατρικοί Δείκτες / Paediatric Indicators
Πίνακας 13:	Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Γηριατρικοί Δείκτες / Geriatric Indicators
Πίνακας 14:	Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Ογκολογικοί Δείκτες / Oncology Indicators.....



Πίνακας 15: Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Παρηγορητικοί Δείκτες / Palliative Care Indicators	
Πίνακας 16: Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Δείκτες Επικοινωνίας / Communication Indicators	
Πίνακας 17: Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Δείκτες Φροντιστή / Caregiver Indicators	
Πίνακας 18: Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Ψηφιακοί & Κοινωνικοί Δείκτες / Digital & Social Indicators.....	



ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Επεξήγηση συντομογραφιών και εργαλείων – Πίνακες Αντιστοίχισης Ενότητας 5

Διεθνείς οργανισμοί

WHO: World Health Organization, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development, Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

PaRIS (OECD): Patient-Reported Indicator Surveys, Διεθνής πρωτοβουλία δεικτών με βάση αναφορές ασθενών

NHS England: National Health Service (England), Εθνικό Σύστημα Υγείας Αγγλίας

ASCO: American Society of Clinical Oncology, Αμερικανική Εταιρεία Κλινικής Ογκολογίας

ESMO: European Society for Medical Oncology, Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ιατρικής Ογκολογίας

EORTC: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Ευρωπαϊκός Οργανισμός Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου

Cancer Care Ontario: οργανισμός/φορέας κατευθύνσεων ογκολογικής φροντίδας (Οντάριο, Καναδάς)

PROMs / PREMs

PROM (Patient-Reported Outcome Measure): Μέτρο έκβασης που αναφέρεται από τον ασθενή (π.χ. κόπωση, άγχος, ποιότητα ζωής).

PREM (Patient-Reported Experience Measure): Μέτρο εμπειρίας φροντίδας που αναφέρεται από τον ασθενή/φροντιστή (π.χ. επικοινωνία, πρόσβαση, εμπιστοσύνη).

Εργαλεία/κλίμακες που εμφανίζονται στους πρόσθετους δείκτες

PEWS (Paediatric Early Warning Score): Παιδιατρική κλίμακα έγκαιρης προειδοποίησης κλινικής επιδείνωσης (παρακολούθηση ζωτικών/κλινικών σημείων με βαθμολόγηση).

PROMIS (NIH): Patient-Reported Outcomes Measurement Information System, Σύστημα NIH για PROMs (παιδιατρικές και ενήλικες ερωτήσεις).

ESAS / ESAS-r: Edmonton Symptom Assessment System (Revised), Κλίμακα εκτίμησης συμπτωμάτων (ιδίως στην ογκολογία/παρηγορητική).

EORTC QLQ-C30: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής για ογκολογικούς ασθενείς (30 ερωτήματα).

COST: Comprehensive Score for Financial Toxicity, Ερωτηματολόγιο "οικονομικής εξουθένωσης" θεραπείας.

STOPP/START: Κριτήρια για δυνητικά ακατάλληλη συνταγογράφηση (STOPP) και για ενδεδειγμένη έναρξη αγωγών (START) σε ηλικιωμένους.

Morse Fall Scale / STRATIFY: Κλίμακες εκτίμησης κινδύνου πτώσης.

MoCA: Montreal Cognitive Assessment, Σύντομη δοκιμασία γνωστικής ανίχνευσης.

Barthel Index: Δείκτης λειτουργικής ικανότητας στις βασικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής (ADL).



EQ-5D (EuroQol): Γενικό εργαλείο ποιότητας ζωής/υγείας (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση κ.λπ.

WHOQOL-OLD: Ενότητα WHOQOL για ηλικιωμένους.

PDI (Patient Dignity Inventory): Δείκτης/απογραφή αξιοπρέπειας ασθενούς (ιδίως σε βαριά νόσο/τέλος ζωής).

Zarit Burden Interview (Short Form): Σύντομη κλίμακα επιβάρυνσης φροντιστή.

Caregiver Strain Index (CSI): Δείκτης καταπόνησης φροντιστή.

FAMCARE: Κλίμακα ικανοποίησης οικογένειας από παρηγορητική φροντίδα.

FACIT-Sp: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being, Κλίμακα πνευματικής ευεξίας.

VOICES: Ερωτηματολόγιο εμπειρίας φροντίδας τέλους ζωής από συγγενείς/πενθούντες (UK).

eHEALS: eHealth Literacy Scale, Κλίμακα ψηφιακού γραμματισμού υγείας.

MOS Social Support Survey: Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (Medical Outcomes Study).

UCLA Loneliness Scale: Κλίμακα μοναξιάς UCLA.

1 Εννοιολογικό και θεσμικό πλαίσιο

Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου *clinical episode* στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ

Στα διεθνή συστήματα **Hospital at Home**, **Acute Care at Home** και ευρύτερα στα μοντέλα **episode-based care**, ο όρος *clinical episode* χρησιμοποιείται συστηματικά για να περιγράψει ένα **συνεχές, χρονικά προσδιορισμένο και λειτουργικά ενοποιημένο σύνολο παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας**, το οποίο εκτείνεται από την ένταξη του ασθενούς σε οργανωμένο πρόγραμμα φροντίδας έως την ολοκλήρωση, την έξοδο ή τη μετάβαση σε άλλο επίπεδο περίθαλψης. Ο όρος αυτός απαντάται στα προγράμματα **Hospital at Home του NHS**, στο πλαίσιο **Acute Hospital Care at Home των CMS**, καθώς και στη διεθνή βιβλιογραφία και στους μηχανισμούς αξιολόγησης του **OECD** και του **WHO**, όπου η μέτρηση ποιότητας, ασφάλειας και εκβάσεων οργανώνεται σε επίπεδο *episode* και όχι μεμονωμένων πράξεων ή συμβάντων.

Στο ελληνικό γλωσσικό και κανονιστικό πλαίσιο, η απόδοση του όρου *clinical episode* ως «κλινικό επεισόδιο» ή «συμβάν» κρίνεται αδόκιμη και εννοιολογικά παραπλανητική. Οι όροι αυτοί παραπέμπουν είτε σε αποσπασματικά, οξέα περιστατικά ενδονοσοκομειακής φροντίδας είτε στη διαχείριση ανεπιθύμητων συμβάντων και ζητημάτων ασφάλειας ασθενών, και δεν αποτυπώνουν τη φύση της **συνεχούς, οργανωμένης και πολυπαραγοντικής νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι**.

Για τον λόγο αυτό, στο σύνολο του παρόντος υιοθετείται ο όρος «**διάστημα κατ' οίκον νοσηλείας**», ο οποίος αποδίδει με εννοιολογική ακρίβεια τη διεθνή έννοια του *clinical episode* στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ. Ο όρος περιγράφει το πλήρες, χρονικά και λειτουργικά οριοθετημένο πλαίσιο παροχής νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι, από τη στιγμή της ένταξης του ασθενούς στη ΝΟΣΠΙ έως την ολοκλήρωση της φροντίδας, την έξοδο ή τη μετάβαση σε άλλη μορφή περίθαλψης.

Η επιλογή αυτή αποτελεί **εννοιολογική και μεθοδολογική απόφαση**, η οποία διασφαλίζει σαφή διάκριση μεταξύ:

1. της συνεχούς πορείας φροντίδας,
2. των μεμονωμένων κλινικών πράξεων,
3. και των ανεπιθύμητων συμβάντων ασφάλειας.

Με τον τρόπο αυτό, το σύστημα δεικτών δομείται με σαφή και συνεπή αναφορά σε πλήρη **διαστήματα κατ' οίκον νοσηλείας**, επιτρέποντας αξιόπιστη μέτρηση, συγκρισιμότητα και θεσμική εποπτεία της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι σε εθνικό επίπεδο.

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, ως μορφή νοσοκομειακής περίθαλψης **υψηλής κλινικής ευθύνης** που παρέχεται εκτός των φυσικών δομών του νοσοκομείου, δεν μπορεί να στηριχθεί σε τεκμήρια πρόθεσης, εμπειρικής επάρκειας ή αποσπασματικής συμμόρφωσης με διαδικασίες. Σε αντίθεση με το ενδονοσοκομειακό περιβάλλον, όπου η ποιότητα και η ασφάλεια υποστηρίζονται από συνεχή φυσική παρουσία προσωπικού, άμεση πρόσβαση σε υποδομές και πολλαπλά επίπεδα ελέγχου, στη ΝΟΣΠΙ η ποιότητα **δεν είναι αυτονόητη**. Οφείλει να **αποδεικνύεται συστηματικά, τεκμηριωμένα και συγκρίσιμα**, τόσο σε επίπεδο μεμονωμένου διαστήματος κατ' οίκον νοσηλείας όσο και σε εθνική κλίμακα.

Το παρόν κείμενο καλύπτει ακριβώς αυτή την ανάγκη, απαντώντας, στο **πώς οργανώνεται και λειτουργεί** η υπηρεσία. Το παρόν κείμενο απαντά στο **πώς αποδεικνύεται ότι η υπηρεσία**

λειτουργεί σωστά, με ποια αποτελέσματα, με ποιο επίπεδο ασφάλειας και με ποια αξιοπιστία δεδομένων. Με τον τρόπο αυτό, το βάρος μετατοπίζεται από την τυπική συμμόρφωση στη μετρήσιμη απόδοση και στη θεσμική λογοδοσία βάσει δεδομένων.

Ο βασικός κορμός του συνίσταται στην ανάπτυξη ενός ενιαίου, εθνικά θεσμοθετημένου συστήματος **σαράντα τεσσάρων (44) βασικών και υποχρεωτικών δεικτών**, οι οποίοι εφαρμόζονται **υποχρεωτικά σε όλες τις μονάδες ΝΟΣΠΙ** και συγκροτούν το **ελάχιστο κοινό και δεσμευτικό πλαίσιο αξιολόγησης**. Οι δείκτες αυτοί έχουν σχεδιαστεί ώστε να καλύπτουν, με συνεκτικό και ισόρροπο τρόπο, το σύνολο των κρίσιμων διαστάσεων της παρεχόμενης φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της **ασφάλειας των ασθενών**, της **κλινικής αποτελεσματικότητας**, της **συμμόρφωσης με κρίσιμες διαδικασίες και SOPs**, της **ποιότητας και αξιοπιστίας της τεκμηρίωσης και των δεδομένων**, καθώς και της **εμπειρίας και συμμετοχής του ασθενούς και του φροντιστή**, σε κάθε διάστημα κατ' οίκον νοσηλείας.

Παράλληλα, το παρόν κείμενο αναπτύσσει ένα δεύτερο, σαφώς οριοθετημένο επίπεδο εξειδίκευσης, αποτελούμενο από **σαράντα επτά (47) πρόσθετους και εξειδικευμένους δείκτες**. Οι δείκτες αυτοί **δεν είναι καθολικά υποχρεωτικοί**, αλλά ενεργοποιούνται επιλεκτικά, ανάλογα με το **προφίλ του εξυπηρετούμενου πληθυσμού**, τον **βαθμό κλινικής πολυπλοκότητας** και τις **ανάγκες θεματικής ή πληθυσμιακής εμβάθυνσης**. Μέσω αυτών καθίσταται δυνατή η εις βάθος αποτύπωση διαστάσεων που δεν μπορούν να καλυφθούν επαρκώς από τον βασικό κορμό, όπως **εξειδικευμένες κλινικές εκβάσεις, λειτουργική κατάσταση, ποιότητα ζωής, ψυχοκοινωνικές παράμετροι**, καθώς και η **εμπειρία και επιβάρυνση του φροντιστή**.

Συνολικά, αναπτύσσει και τεκμηριώνει **ενενήντα έναν (91) δείκτες**, οι οποίοι συγκροτούν ένα **συνεκτικό, ιεραρχημένο και θεσμικά ελεγχόμενο εθνικό σύστημα αξιολόγησης**. Οι δείκτες αυτοί δεν αντιμετωπίζονται ως στατικές μετρήσεις, αλλά ως **δυναμικά εργαλεία διακυβέρνησης**, τα οποία δοκιμάζονται μέσω **πilotικής εφαρμογής σε πραγματικές συνθήκες λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ**, επικυρώνονται ως προς την καταλληλότητα και τη λειτουργική τους αξία, σταθμίζονται ως προς τη σχετική τους κρισιμότητα και υποστηρίζονται από μηχανισμούς **διασφάλισης της ποιότητας, της πληρότητας και της εγκυρότητας των δεδομένων**.

Με τον τρόπο αυτό, αποτελεί ένα **πλήρες, ώριμο και θεσμικά ανθεκτικό εθνικό σύστημα αξιολόγησης**, το οποίο καλύπτει εξαρχής το σύνολο των απαιτήσεων για την **ασφαλή, αποτελεσματική, συγκρίσιμη και βιώσιμη λειτουργία** της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι.

Το παρόν κείμενο δεν αποσκοπεί στην αποτίμηση της επίδοσης των μονάδων ΝΟΣΠΙ, ούτε στη συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ δομών ή γεωγραφικών περιοχών. Δεν παράγει δείκτες benchmarking, ούτε τεκμηριώνει κλινικά ή οικονομικά αποτελέσματα σε επίπεδο συστήματος. Ο ρόλος του περιορίζεται ρητά στη θεμελίωση, την πιλοτική εφαρμογή και τη θεσμική επικύρωση ενός ενιαίου συστήματος δεικτών, το οποίο καθιστά δυνατή τη μελλοντική αξιολόγηση της ΝΟΣΠΙ με ενιαία, αξιόπιστα και συγκρίσιμα δεδομένα.

1.1 Θέση στο συνολικό έργο ΝΟΣΠΙ και θεσμική διασύνδεση

Το παρόν κείμενο κατέχει **δομική και καθοριστική θέση** στο συνολικό έργο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, καθώς λειτουργεί ως ο κατεξοχήν μηχανισμός διασύνδεσης μεταξύ του στρατηγικού και οργανωτικού σχεδιασμού της υπηρεσίας και της πραγματικής, επιχειρησιακής και θεσμικά ελέγξιμη εφαρμογής της σε εθνικό επίπεδο.

Στην αρχιτεκτονική του έργου, το παρόν κείμενο τοποθετείται λειτουργικά πριν από τη φάση πλήρους επιχειρησιακής ωρίμανσης και αποτίμησης μακροπρόθεσμων εκβάσεων.

Εισάγει τον μηχανισμό μέσω του οποίου το σύστημα ΝΟΣΠΙ καθίσταται **μετρήσιμο, συγκρίσιμο και εποπτεύσιμο**. Πέραν της μέτρησης, λειτουργεί ως **μηχανισμός ενεργοποίησης της κλινικής και οργανωσιακής διακυβέρνησης**. Επιτρέπει τον έγκαιρο εντοπισμό αποκλίσεων, τη συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ μονάδων και γεωγραφικών περιοχών και τη στήριξη τεκμηριωμένων διορθωτικών παρεμβάσεων.

Σε θεσμικό επίπεδο, συνδέεται άμεσα με τον ρόλο του Οργανισμού Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΙΠΥ), καθώς οι δείκτες του προορίζονται για συστηματική συλλογή, ανάλυση και αξιολόγηση σε κεντρικό επίπεδο. Με τον τρόπο αυτό, ο ΟΔΙΠΥ αποκτά αντικειμενικό εργαλείο εποπτείας, βασισμένο σε ενιαία δεδομένα και κοινά αποδεκτές μεθοδολογίες.

Όλοι οι δείκτες αντλούν δεδομένα αποκλειστικά από θεσμοθετημένες ροές, χωρίς εισαγωγή παράλληλων ή άτυπων μηχανισμών, διασφαλίζοντας ότι το σύστημα αξιολόγησης δεν δημιουργεί πρόσθετο διοικητικό ή κλινικό βάρος.

Συνολικά, αποτελεί τον **θεσμικό και επιχειρησιακό μηχανισμό** μέσω του οποίου η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι καθίσταται ελέγχιμη, συγκρίσιμη και βιώσιμη ως εθνική υπηρεσία υγείας.

Υπό το πρίσμα αυτό, λειτουργεί ως ο θεσμικός μηχανισμός μέσω του οποίου το σύστημα ΝΟΣΠΙ αποκτά μετρήσιμη υπόσταση και επιχειρησιακή ωριμότητα. Η θέση του στο συνολικό έργο είναι καθοριστική, καθώς συγκεντρώνει και ενεργοποιεί το σύνολο των εργαλείων αξιολόγησης που απαιτούνται για την πιλοτική εφαρμογή, την επικύρωση και τη σταδιακή θεσμική παγίωση του μοντέλου.

Με τον τρόπο αυτό, αποτελεί τον συνδυαστικό κρίκο μεταξύ του κανονιστικού σχεδιασμού και της τεκμηριωμένης αποτίμησης της λειτουργίας και της επίπτωσης της ΝΟΣΠΙ σε εθνική κλίμακα. Χωρίς αυτό, δεν είναι δυνατή ούτε η συστηματική εποπτεία, ούτε η συγκρίσιμη αξιολόγηση, ούτε η θεσμική λογοδοσία του συστήματος έναντι των εθνικών και ευρωπαϊκών μηχανισμών χρηματοδότησης και ελέγχου.

1.2 Αναγκαιότητα συστήματος δεικτών στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

Η αναγκαιότητα ανάπτυξης συστήματος δεικτών στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι δεν απορρέει από εξωτερικές απαιτήσεις συμμόρφωσης ή από τεχνικές ανάγκες παρακολούθησης. Απορρέει από τη φύση της ίδιας της υπηρεσίας και από την επιλογή να αναπτυχθεί η ΝΟΣΠΙ ως εθνικό, θεσμικά ελεγχόμενο και χρηματοδοτούμενο σύστημα υγείας, το οποίο οφείλει να λειτουργεί με όρους τεκμηρίωσης, συγκρισιμότητας και λογοδοσίας.

Η ανάπτυξη ενός ενιαίου, θεσμικά κατοχυρωμένου και επιχειρησιακά εφαρμόσιμου συστήματος δεικτών για τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) δεν συνιστά τεχνική επιλογή ούτε δευτερεύον συμπλήρωμα της υπηρεσίας. Αποτελεί **αναγκαία προϋπόθεση για τη νομιμοποίηση, την ασφάλεια, τη διακυβέρνηση και τη βιωσιμότητα** του ίδιου του μοντέλου ως ισοδύναμης μορφής νοσοκομειακής περίθαλψης.

Η ΝΟΣΠΙ εισάγει μια θεμελιώδη μεταβολή στον τρόπο παροχής νοσοκομειακής φροντίδας, καθώς μεταφέρει πράξεις υψηλής κλινικής ευθύνης εκτός του ελεγχόμενου φυσικού και οργανωτικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου. Η μεταβολή αυτή δεν αφορά αποκλειστικά τον χώρο παροχής της φροντίδας, αλλά μετασχηματίζει ουσιαστικά το προφίλ κινδύνου, τις ροές κλινικής και οργανωτικής ευθύνης, τις δυνατότητες άμεσης απόκρισης και τη φύση της συνεχούς κλινικής εποπτείας.

Σε αυτό το πλαίσιο, κάθε **διάστημα κατ' οίκον νοσηλείας** συνιστά μια σύνθετη και δυναμική κλινική διεργασία, η οποία δεν μπορεί να θεωρείται ασφαλής ή ποιοτική χωρίς **συστηματική, αντικειμενική και επαναλήψιμη μέτρηση**. Η απουσία δομημένου συστήματος δεικτών δημιουργεί σοβαρά κενά τόσο στην ασφάλεια των ασθενών όσο και στη θεσμική αξιοπιστία της υπηρεσίας.

Σε αντίθεση με την ενδονοσοκομειακή φροντίδα, όπου η ποιότητα και η ασφάλεια υποστηρίζονται από τη συνεχή φυσική παρουσία εξειδικευμένου προσωπικού, την άμεση πρόσβαση σε υποδομές και τα πολλαπλά επίπεδα ελέγχου, στη ΝΟΣΠΙ η ποιότητα δεν μπορεί να θεωρείται αυτονόητη. Οφείλει να **αποδεικνύεται μέσω δεδομένων**. Οι δείκτες αποτελούν τον μοναδικό μηχανισμό μέσω του οποίου μπορεί να τεκμηριωθεί ότι η φροντίδα που παρέχεται στο σπίτι πληροί ισοδύναμες απαιτήσεις ασφάλειας, αποτελεσματικότητας και λογοδοσίας με τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Η αναγκαιότητα συστήματος δεικτών στη ΝΟΣΠΙ προκύπτει από διακριτές αλλά αλληλένδετες θεμελιώδεις ανάγκες, οι οποίες καθορίζουν και τη δομή του βασικού πυρήνα των σαράντα τεσσάρων (44) υποχρεωτικών δεικτών, καθώς και του συμπληρωματικού πλαισίου πρόσθετων και εξειδικευμένων δεικτών.

Συνεπώς, το σύστημα δεικτών δεν αποτελεί απλώς εργαλείο μέτρησης, αλλά βασικό μηχανισμό λειτουργίας, εποπτείας και εξέλιξης της ΝΟΣΠΙ. Μέσω της πιλοτικής εφαρμογής, της επικύρωσης, της στάθμισης και του ελέγχου της ποιότητας των δεδομένων, διασφαλίζεται ότι η αξιολόγηση της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι δεν είναι περιστασιακή ή αποσπασματική, αλλά ενσωματωμένη, συνεχής και θεσμικά αξιόπιστη. Με τον τρόπο αυτό, ολοκληρώνεται η μετάβαση της ΝΟΣΠΙ από οργανωτική καινοτομία σε ώριμη και βιώσιμη εθνική υπηρεσία υγείας.

1.2.1 Τεκμηρίωση της ασφάλειας των ασθενών σε περιβάλλον αυξημένης κλινικής αβεβαιότητας

Η κατ' οίκον νοσηλεία περιλαμβάνει παρεμβάσεις αυξημένης κλινικής επικινδυνότητας, όπως ενδοφλέβιες θεραπείες, διαχείριση φαρμακευτικών ουσιών υψηλού κινδύνου, παρακολούθηση κλινικά ευάλωτων ασθενών και έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης. Το οικιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από μεταβλητότητα, περιορισμένες δυνατότητες άμεσης υποστήριξης και αυξημένη εξάρτηση από την ακρίβεια της αρχικής κλινικής επιλογής, την πληρότητα της τεκμηρίωσης και τη λειτουργική επάρκεια των συστημάτων τηλεπαρακολούθησης.

Χωρίς δομημένο σύστημα δεικτών ασφάλειας, δεν είναι δυνατή η συστηματική καταγραφή και ανάλυση ανεπιθύμητων συμβάντων, παρολίγον συμβάντων, αποτυχιών θεραπευτικών πλάνων ή καθυστερήσεων στην κλινική απόκριση. Η ασφάλεια μετατρέπεται έτσι σε ζήτημα ατομικής εμπειρίας και καλής πρόθεσης, και όχι σε **ελέγξιμη ιδιότητα του συστήματος**.

Οι δείκτες ασφάλειας μετατρέπουν την εγγενή κλινική αβεβαιότητα της ΝΟΣΠΙ σε πεδίο **διαρκούς, συστηματικής και προληπτικής παρακολούθησης**, επιτρέποντας την έγκαιρη ανίχνευση κινδύνων και την ενεργοποίηση διορθωτικών παρεμβάσεων πριν από την εκδήλωση σοβαρών επιπλοκών.

1.2.2 Τεκμηρίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας πέραν της αποσυμφόρησης των νοσοκομείων

Η επιτυχία της ΝΟΣΠΙ δεν μπορεί να αποτιμηθεί αποκλειστικά με λειτουργικούς δείκτες, όπως η αποσυμφόρηση των κλινικών ή η μείωση της διάρκειας ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Παρότι οι

παράμετροι αυτές είναι σημαντικές, δεν επαρκούν για να τεκμηριώσουν ότι η κατ' οίκον νοσηλεία παρέχει πραγματικά ισοδύναμη και ποιοτική φροντίδα.

Η κλινική αποτελεσματικότητα της ΝΟΣΠΙ απαιτεί συστηματική αξιολόγηση εκβάσεων, όπως η επίτευξη θεραπευτικών στόχων, η σταθεροποίηση ή βελτίωση της κλινικής κατάστασης, οι επανεισαγωγές, η πρόωρη διακοπή θεραπείας και η λειτουργική πορεία του ασθενούς κατά τη διάρκεια και μετά το διάστημα κατ' οίκον νοσηλείας.

Χωρίς δείκτες αποτελεσματικότητας, δεν είναι δυνατή η διάκριση μεταξύ απλής μεταφοράς της φροντίδας στο σπίτι και παροχής νοσοκομειακής υπηρεσίας υψηλής ποιότητας. Οι δείκτες επιτρέπουν την αντικειμενική αποτίμηση της κλινικής απόδοσης της ΝΟΣΠΙ και τη σύγκρισή της με τα αναμενόμενα αποτελέσματα της ενδονοσοκομειακής φροντίδας.

1.2.3 Ανάγκη εθνικής διακυβέρνησης, συγκρισιμότητας και θεσμικής εποπτείας

Η ΝΟΣΠΙ αναπτύσσεται ως εθνικό πρόγραμμα με πολλαπλές μονάδες, γεωγραφική διασπορά και ετερογενή προφίλ ασθενών. Χωρίς ενιαίο σύστημα δεικτών, η κεντρική εποπτεία περιορίζεται σε αποσπασματικές αναφορές, ποιοτικές περιγραφές ή μη συγκρίσιμα τοπικά δεδομένα.

Οι δείκτες συγκροτούν το κοινό πλαίσιο συγκρισιμότητας που επιτρέπει στον Οργανισμό Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία και στο Υπουργείο Υγείας να παρακολουθούν την απόδοση των μονάδων με ενιαία κριτήρια, να εντοπίζουν αποκλίσεις και ανισότητες, να αξιολογούν την εφαρμογή των εθνικών προτύπων και να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις πολιτικής υγείας. Χωρίς δείκτες, η ΝΟΣΠΙ δεν μπορεί να εποπτευθεί ως ενιαία εθνική υπηρεσία, αλλά παραμένει σύνολο μεμονωμένων πρακτικών.

1.2.4 Λογοδοσία, βιωσιμότητα και τεκμηρίωση της αποδοτικότητας

Η ύπαρξη μετρήσιμων και αξιόπιστων δεικτών αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη λογοδοσία της ΝΟΣΠΙ απέναντι στο σύστημα υγείας, τους ασθενείς και τους χρηματοδοτικούς φορείς. Η βιωσιμότητα της υπηρεσίας δεν μπορεί να διασφαλιστεί χωρίς τεκμηρίωση της αποδοτικότητας των παρεμβάσεων, της ορθής χρήσης των πόρων και της σχέσης κόστους–αποτελέσματος.

Οι δείκτες δημιουργούν το αναγκαίο υπόβαθρο για τεκμηριωμένες αποφάσεις χρηματοδότησης, επέκτασης ή αναπροσαρμογής του μοντέλου, ευθυγραμμίζοντας τη λειτουργία της ΝΟΣΠΙ με τις αρχές διαφάνειας και λογοδοσίας.

1.2.5 Οι δείκτες ως εργαλείο εσωτερικής βελτίωσης και κουλτούρας ποιότητας

Πέραν του εποπτικού και θεσμικού τους ρόλου, οι δείκτες λειτουργούν ως εργαλείο εσωτερικής μάθησης και βελτίωσης για τις μονάδες ΝΟΣΠΙ. Όταν διαθέτουν σαφή ορισμό, αξιόπιστες πηγές δεδομένων και ξεκάθαρο σκοπό χρήσης, επιτρέπουν την αναγνώριση αδυναμιών, την αξιολόγηση διορθωτικών ενεργειών και την ανάπτυξη κουλτούρας ποιότητας βασισμένης σε δεδομένα.

Στο πλαίσιο αυτό, αντιμετωπίζει τους δείκτες ως **δομημένο σύστημα αξιολόγησης**, ενσωματωμένο οργανικά στη λειτουργία της ΝΟΣΠΙ. Η αναγκαιότητα του συστήματος δεικτών δεν επιβάλλεται εξωτερικά, αλλά απορρέει από την ίδια τη φύση της υπηρεσίας. Χωρίς αυτό, η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι δεν μπορεί να θεωρηθεί ούτε ασφαλής, ούτε ισοδύναμη με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ούτε ικανή να λειτουργήσει βιώσιμα σε εθνική κλίμακα.

1.3 Θεωρητικά Μοντέλα και Διεθνή Πρότυπα που στηρίζουν το Σύστημα Δεικτών της ΝΟΣΠΙ

Η ανάπτυξη του συστήματος δεικτών της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) δεν μπορεί να βασίζεται σε μεμονωμένες μετρήσεις ή σε εμπειρικές επιλογές. Πρόκειται για μορφή νοσοκομειακής περίθαλψης υψηλής κλινικής ευθύνης, η οποία παρέχεται εκτός του φυσικού και οργανωτικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου. Το χαρακτηριστικό αυτό μεταβάλλει ουσιωδώς το προφίλ κινδύνου, τον τρόπο εποπτείας, τις συνθήκες απόκρισης και τις απαιτήσεις τεκμηρίωσης. Συνεπώς, η ποιότητα, η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της υπηρεσίας δεν αρκεί να δηλώνονται. Οφείλουν να αποδεικνύονται με τρόπο **σαφή, αντικειμενικό, συγκρίσιμο και αναπαραγώγιμο** σε εθνική κλίμακα.

Στο πλαίσιο αυτό, το σύστημα δεικτών έχει σχεδιαστεί ώστε να εδράζεται σε διεθνώς αναγνωρισμένα θεωρητικά μοντέλα και πρότυπα αξιολόγησης. Τα πλαίσια αυτά δεν υιοθετούνται για λόγους «θεωρητικής πληρότητας», αλλά για να διασφαλίσουν ότι:

- οι δείκτες αντανακλούν πραγματικές διαστάσεις ποιότητας και ασφάλειας,
- οι ορισμοί είναι τυποποιημένοι ώστε να αποφεύγονται αποκλίσεις ερμηνείας μεταξύ μονάδων,
- τα αποτελέσματα μπορούν να υποστηρίξουν θεσμική εποπτεία, συγκρίσεις και βελτιώσεις,
- το σύστημα παραμένει ανοικτό σε μελλοντική εξέλιξη χωρίς να αλλοιώνεται ο πυρήνας του.

Το παρόν κείμενο συγκροτεί έναν **υποχρεωτικό πυρήνα σαράντα τεσσάρων (44) βασικών δεικτών**, ο οποίος εξασφαλίζει ενιαία εποπτεία και συγκρισιμότητα για όλες τις μονάδες ΝΟΣΠΙ, και παράλληλα προβλέπει ένα **θεσμικά ελεγχόμενο επίπεδο πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών**, οι οποίοι ενεργοποιούνται κατά περίπτωση (π.χ. παιδιατρικοί, γηριατρικοί, ογκολογικοί, παρηγορητικοί, δείκτες επικοινωνίας, φροντιστή, ψηφιακής διάστασης). Οι πρόσθετοι δείκτες δεν αποτελούν «δεύτερο παράλληλο σύστημα», αλλά λειτουργούν ως εμπάθυνση του ίδιου θεωρητικού πλαισίου, όταν το προφίλ του πληθυσμού ή η κλινική πολυπλοκότητα το απαιτούν.

1.3.1 Το μοντέλο Δομής – Διαδικασίας – Έκβασης

Η θεμελιώδης αρχιτεκτονική του συστήματος δεικτών στη ΝΟΣΠΙ βασίζεται στη διάκριση της ποιότητας σε **Δομή, Διαδικασία** και **Έκβαση**. Η λογική του μοντέλου είναι απλή αλλά κρίσιμη: τα αποτελέσματα δεν ερμηνεύονται ορθά αν δεν γνωρίζουμε αν υπήρχαν οι κατάλληλες προϋποθέσεις λειτουργίας (δομή) και αν η φροντίδα παρασχέθηκε με τον σωστό τρόπο (διαδικασία).

Δομή

Η δομή απαντά στο ερώτημα: *είναι το σύστημα οργανωμένο και εξοπλισμένο ώστε να μπορεί να παρέχει ασφαλή νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι;*

Στη ΝΟΣΠΙ, δομή σημαίνει, ενδεικτικά, ότι υπάρχουν σαφής ρόλος και στελέχωση διεπιστημονικής ομάδας, τεκμηριωμένες διαδικασίες λειτουργίας και ασφάλειας, επαρκής εκπαίδευση και πιστοποιημένη επάρκεια προσωπικού, ψηφιακά εργαλεία και υποδομές

τηλεπαρακολούθησης και τυποποιημένη καταγραφή στοιχείων στο Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων.

Οι δομικοί δείκτες δεν «μετρούν» το αποτέλεσμα στον ασθενή. Μετρούν την ικανότητα του συστήματος να παράγει σταθερά ασφαλή και ποιοτική φροντίδα, πριν ακόμη εκδηλωθεί κλινικό συμβάν ή επιπλοκή.

Διαδικασία

Η διαδικασία απαντά στο ερώτημα: *παρέχεται η φροντίδα όπως έχει σχεδιαστεί ώστε να είναι ασφαλής και αποτελεσματική;*

Στη ΝΟΣΠΙ, η διαδικασία έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, διότι:

- δεν υπάρχει συνεχής φυσική επιτήρηση,
- η απόκριση σε κλινική μεταβολή εξαρτάται από σαφή όρια, πρωτόκολλα και μηχανισμούς κλιμάκωσης,
- η τήρηση χρονοδιαγραμμάτων και κρίσιμων βημάτων είναι καθοριστική.

Οι δείκτες διαδικασίας εντοπίζουν πού «σπάει» η αλυσίδα της φροντίδας (π.χ. καθυστερήσεις, μη τήρηση διαδικασιών/SOP, ελλιπής επικοινωνία/παράδοση-παραλαβή πληροφορίας), πριν αυτό μετατραπεί σε σοβαρή κλινική επιβάρυνση.

Έκβαση

Η έκβαση απαντά στο ερώτημα: *τι τελικά συνέβη στον ασθενή και στον φροντιστή;* Εδώ περιλαμβάνονται ανεπιθύμητα συμβάντα και σοβαρές επιπλοκές, επανεισαγωγές, επίτευξη θεραπευτικών στόχων, λειτουργική βελτίωση ή διατήρηση κλινικής σταθερότητας, εμπειρία ασθενούς και φροντιστή.

Σημαντικό στοιχείο της ΝΟΣΠΙ είναι ότι, πέρα από τις γενικές εκβάσεις, υπάρχουν ειδικοί πληθυσμοί όπου η έννοια της «καλής έκβασης» διαφοροποιείται. Για αυτό ακριβώς, προβλέπονται πρόσθετοι δείκτες έκβασης (π.χ. παιδιατρική ψυχολογική ευεξία, γηριατρική λειτουργικότητα, ογκολογικό φορτίο συμπτωμάτων, παρηγορητική ποιότητα ζωής), ώστε η αξιολόγηση να παραμένει κλινικά ουσιαστική και όχι τυπική.

1.3.2 Το πλαίσιο ποιότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Το σύστημα δεικτών της ΝΟΣΠΙ ευθυγραμμίζεται με το διεθνές πλαίσιο ποιότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το οποίο περιγράφει έξι βασικές διαστάσεις που ορίζουν τι σημαίνει «ποιοτική υπηρεσία υγείας». Οι διαστάσεις αυτές λειτουργούν ως «οριζόντιος χάρτης» ταξινόμησης και ερμηνείας των δεικτών, τόσο των βασικών όσο και των πρόσθετων.

Ασφάλεια: η φροντίδα στο σπίτι δεν πρέπει να αυξάνει τον κίνδυνο για τον ασθενή.

Αποτελεσματικότητα: οι παρεμβάσεις πρέπει να επιτυγχάνουν τον θεραπευτικό στόχο τους.

Χρονικά κατάλληλη απόκριση του συστήματος: το σύστημα οφείλει να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει εγκαίρως κλινικές μεταβολές.

Ανθρωποκεντρική φροντίδα: ο ασθενής και ο φροντιστής συμμετέχουν, κατανοούν και συν διαμορφώνουν τη φροντίδα.

Ισότητα: η ποιότητα δεν διαφοροποιείται λόγω γεωγραφίας ή οργανωτικής μεταβλητότητας.

Αποδοτική χρήση πόρων: οι πόροι αξιοποιούνται ορθολογικά με τεκμηρίωση αξίας.

Οι πρόσθετοι δείκτες «κουμπώνουν» στις ίδιες διαστάσεις και επιτρέπουν εμβάθυνση σε πεδία όπου η εμπειρία, η λειτουργικότητα ή η επιβάρυνση δεν αποτυπώνονται επαρκώς από τον βασικό πυρήνα, χωρίς να διαταράσσεται η συνοχή του συστήματος.

1.3.3 Διεθνής εμπειρία Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι και Εικονικών Θαλάμων Νοσηλείας

Η ΝΟΣΠΙ δεν αποτελεί ελληνική ιδιαιτερότητα. Διεθνώς έχουν εφαρμοστεί μοντέλα Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι και Εικονικών Θαλάμων Νοσηλείας (Virtual Wards), τα οποία επιβεβαιώνουν ορισμένες κρίσιμες αρχές αξιολόγησης:

- Η ασφάλεια σε κατ' οίκον πλαίσιο εξαρτάται από σαφείς μηχανισμούς απόκρισης, όχι μόνο από τον αριθμό επισκέψεων.
- Η επανεισαγωγή, όταν γίνεται με κριτήρια και όρια, δεν είναι «αποτυχία» αλλά οργανικό στοιχείο ασφάλειας.
- Η συγκρισιμότητα μεταξύ μονάδων απαιτεί έναν μικρό, σαφώς ορισμένο και υποχρεωτικό πυρήνα δεικτών, με παράλληλη δυνατότητα εξειδίκευσης για ειδικούς πληθυσμούς.

Αυτή ακριβώς η λογική αποτυπώνεται: οι **44 βασικοί δείκτες** εξασφαλίζουν σταθερότητα και κοινή γλώσσα εποπτείας, ενώ οι **πρόσθετοι δείκτες** αποτελούν θεσμικά ελεγχόμενη επέκταση για περιπτώσεις όπου

- ο πληθυσμός έχει ειδικά χαρακτηριστικά κινδύνου ή ανάγκης,
- απαιτείται λεπτομερέστερη αποτύπωση εμπειρίας και εκβάσεων,
- ο ΟΔΙΠΥ ενεργοποιεί θεματική παρακολούθηση ή πιλοτικές αναλύσεις.

1.3.4 Ενσωμάτωση της εμπειρίας ασθενούς και φροντιστή ως ισότιμης διάστασης ποιότητας

Διεθνώς αναγνωρίζεται ότι στην κατ' οίκον νοσηλεία ο ασθενής και ο άτυπος φροντιστής δεν είναι «παθητικοί αποδέκτες». Αποτελούν λειτουργικό μέρος της φροντίδας. Εάν η επικοινωνία, η κατανόηση οδηγιών, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων ή η επιβάρυνση του φροντιστή δεν αποτυπώνονται, τότε το σύστημα αξιολόγησης παραμένει ελλιπές, ακόμη και αν οι κλινικές τιμές φαίνονται «καλές».

Για τον λόγο αυτό, το παρόν ενσωματώνει δείκτες εμπειρίας και εκβάσεων σχετικών με:

- επικοινωνία και σαφήνεια οδηγιών,
- συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων,
- αποδοχή του μοντέλου,
- υποστήριξη και επιβάρυνση φροντιστή.

Η πρόβλεψη πρόσθετων δεικτών εμπειρίας και εκβάσεων (ανά πληθυσμό ή θεματικό πεδίο) διασφαλίζει ότι η αξιολόγηση μπορεί να γίνει πιο «κλινικά ουσιαστική» όπου απαιτείται, χωρίς να επιβαρύνεται οριζόντια όλο το σύστημα.

1.3.5 Συνοχή βασικών και πρόσθετων δεικτών στο ίδιο θεωρητικό πλαίσιο

Το σύστημα δεικτών της ΝΟΣΠΙ έχει σχεδιαστεί ως ενιαία «πυραμίδα αξιολόγησης»:

- στη βάση της βρίσκεται ο υποχρεωτικός και συγκρίσιμος κορμός των 44 δεικτών,
- και πάνω από αυτόν ένα οργανωμένο επίπεδο πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών, το οποίο ενεργοποιείται στοχευμένα.

Το κρίσιμο στοιχείο είναι ότι οι πρόσθετοι δείκτες δεν εισάγουν διαφορετική φιλοσοφία. Αντίθετα:

1. ακολουθούν την ίδια διάκριση Δομή–Διαδικασία–Έκβαση,
2. ερμηνεύονται μέσα από τις ίδιες διαστάσεις ποιότητας,
3. και διαμορφώνονται έτσι ώστε να παραμένουν συμβατοί με την εθνική εποπτεία και τη δυνατότητα συγκρίσεων.

Με τον τρόπο αυτό, θεμελιώνεται ένα σύστημα δεικτών που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο, λειτουργικά εφαρμόσιμο και θεσμικά αξιοποιήσιμο, ενώ παραμένει ανοικτό στη μελλοντική ωρίμανση της υπηρεσίας μέσω ελεγχόμενης εξειδίκευσης.

1.4 Παρουσίαση και λογική συγκρότησης των σαράντα τεσσάρων (44) βασικών δεικτών της ΝΟΣΠΙ

Το σύστημα των σαράντα τεσσάρων (44) βασικών δεικτών της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) δεν αποτελεί απλή συγκέντρωση μετρήσεων ούτε κατάλογο αποσπασματικών ποσοτικών στοιχείων. Αποτελεί δομημένο, συνεκτικό και ιεραρχημένο σύστημα αξιολόγησης, το οποίο έχει σχεδιαστεί ώστε να αποτυπώνει με ολοκληρωμένο τρόπο τη λειτουργία, την ασφάλεια, την ποιότητα και την κλινική αποτελεσματικότητα της ΝΟΣΠΙ σε εθνικό επίπεδο.

Οι δείκτες αυτοί χαρακτηρίζονται ως βασικοί, διότι συγκροτούν το ελάχιστο κοινό και δεσμευτικό πλαίσιο που απαιτείται προκειμένου η ΝΟΣΠΙ να υπόκειται σε θεσμική και συστηματική εποπτεία, να είναι συγκρίσιμη μεταξύ διαφορετικών μονάδων και γεωγραφικών περιοχών, να τεκμηριώνει με αντικειμενικό τρόπο την ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και να υποστηρίζει τεκμηριωμένες αποφάσεις βελτίωσης, ρύθμισης και πολιτικής υγείας.

Η επιλογή του αριθμού των 44 δεικτών δεν είναι αυθαίρετη. Προκύπτει από συστηματική ανάλυση των κρίσιμων σημείων κινδύνου, των βασικών λειτουργικών ροών και των ουσιαστικών κλινικών και οργανωσιακών εκβάσεων της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Ένα μικρότερο σύνολο δεικτών δεν θα επαρκούσε για να καλύψει όλες τις κρίσιμες διαστάσεις της υπηρεσίας. Αντιθέτως, ένα υπερβολικά εκτεταμένο σύνολο θα καθιστούσε το σύστημα δυσανάλογα σύνθετο και δυσχερώς διαχειρίσιμο σε επιχειρησιακό επίπεδο.

Οι 44 βασικοί δείκτες οργανώνονται σε διακριτές θεματικές ομάδες, οι οποίες αντανakλούν τις βασικές διαστάσεις ποιότητας, ασφάλειας και λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ. Κάθε ομάδα εξυπηρετεί συγκεκριμένο σκοπό και απαντά σε σαφή ερωτήματα εποπτείας και διακυβέρνησης.

1.4.1 Δείκτες ασφάλειας ασθενούς

Πώς τεκμηριώνεται ότι η ΝΟΣΠΙ δεν αυξάνει τον κίνδυνο

Η πρώτη και θεμελιώδης ομάδα δεικτών αφορά την ασφάλεια των ασθενών. Η ύπαρξη αυτής της ομάδας είναι απολύτως κρίσιμη, καθώς η ΝΟΣΠΙ παρέχει νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδα σε περιβάλλον εκτός νοσοκομείου, όπου οι δυνατότητες άμεσης υποστήριξης είναι περιορισμένες και η κλινική ευθύνη παραμένει υψηλή.

Οι δείκτες ασφάλειας δεν αποσκοπούν αποκλειστικά στην καταγραφή σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων. Αντιθέτως, έχουν σχεδιαστεί ώστε να ανιχνεύουν έγκαιρα μοτίβα αυξημένου κινδύνου, να παρακολουθούν την εμφάνιση επιπλοκών, να αποτυπώνουν αν η κλινική επιδείνωση αναγνωρίζεται και αντιμετωπίζεται με χρονικά κατάλληλη απόκριση του συστήματος.

Μέσω αυτών των δεικτών καθίσταται δυνατή η απάντηση σε ένα κρίσιμο ερώτημα θεσμικής νομιμοποίησης της υπηρεσίας «είναι η κατ' οίκον νοσηλεία εξίσου ασφαλής με τη νοσοκομειακή φροντίδα»; Χωρίς αυτή την ομάδα δεικτών, η ασφάλεια θα βασιζόταν σε μεμονωμένες αναφορές ή σε υποκειμενικές εκτιμήσεις και όχι σε συστηματικά παρακολουθούμενα δεδομένα.

1.4.2 Δείκτες κλινικής αποτελεσματικότητας

Αν η φροντίδα στο σπίτι επιτυγχάνει πραγματικό κλινικό όφελος

Η δεύτερη ομάδα δεικτών αφορά την κλινική αποτελεσματικότητα της ΝΟΣΠΙ. Οι δείκτες αυτοί απαντούν στο ερώτημα αν οι παρεχόμενες παρεμβάσεις επιτυγχάνουν τους προκαθορισμένους θεραπευτικούς στόχους και αν η διαλειμματική νοσηλεία στο σπίτι οδηγεί σε ουσιαστικό κλινικό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

Η κλινική αποτελεσματικότητα δεν περιορίζεται στη μη επανεισαγωγή. Περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων την ολοκλήρωση του θεραπευτικού πλάνου, τη διατήρηση ή βελτίωση της κλινικής κατάστασης, τη λειτουργική αποκατάσταση και την αποφυγή επιπλοκών που θα απαιτούσαν ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Οι δείκτες αυτοί επιτρέπουν τη σαφή διάκριση μεταξύ επιτυχούς κατ' οίκον νοσηλείας και απλής μεταφοράς της φροντίδας εκτός νοσοκομείου χωρίς ουσιαστική προστιθέμενη αξία.

1.4.3 Δείκτες συμμόρφωσης σε κρίσιμες διαδικασίες και τυποποιημένες οδηγίες

Αν το σύστημα λειτουργεί όπως έχει σχεδιαστεί

Η τρίτη ομάδα δεικτών αφορά τη συμμόρφωση στις θεσμοθετημένες διαδικασίες και στις τυποποιημένες οδηγίες λειτουργίας. Στη ΝΟΣΠΙ, η ποιότητα και η ασφάλεια εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ακριβή και συνεπή εφαρμογή κρίσιμων βημάτων, όπως η ορθή επιλογή ασθενούς, η τήρηση των πλάνων παρακολούθησης, η ασφαλής διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και η ενεργοποίηση μηχανισμών κλιμάκωσης όταν απαιτείται.

Οι δείκτες αυτοί επιτρέπουν να διαπιστωθεί αν οι αποκλίσεις στα αποτελέσματα οφείλονται σε εγγενείς περιορισμούς του μοντέλου ή σε μη ορθή εφαρμογή των διαδικασιών. Χωρίς αυτή την ομάδα, δεν θα ήταν δυνατός ο διαχωρισμός μεταξύ συστημικού και οργανωσιακού προβλήματος.

1.4.4 Δείκτες τεκμηρίωσης και ποιότητας δεδομένων

Γιατί χωρίς αξιόπιστα δεδομένα δεν υπάρχει αξιόπιστη αξιολόγηση

Η τέταρτη ομάδα δεικτών αφορά την ποιότητα της τεκμηρίωσης και των δεδομένων. Η ΝΟΣΠΙ βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ψηφιακή καταγραφή, στη συλλογή δεδομένων και στην

τηλεπαρακολούθηση. Αν τα δεδομένα είναι ελλιπή, ασυνεπή ή ανακριβή, η κλινική παρακολούθηση και η εποπτεία καθίστανται επισφαλείς.

Οι δείκτες αυτής της ομάδας αξιολογούν την ικανότητα του συστήματος να παράγει αξιόπιστη πληροφορία και όχι την κατάσταση του ασθενούς. Με τον τρόπο αυτό, διασφαλίζεται ότι οι αποφάσεις βασίζονται σε δεδομένα επαρκούς ποιότητας.

1.4.5 Δείκτες ψηφιακής λειτουργικότητας και τηλεπαρακολούθησης

Αν η τεχνολογία υποστηρίζει ουσιαστικά τη φροντίδα

Η πέμπτη ομάδα δεικτών αφορά τη λειτουργικότητα των ψηφιακών υποδομών και της τηλεπαρακολούθησης. Στη ΝΟΣΠΙ, η τεχνολογία δεν αποτελεί απλό υποστηρικτικό εργαλείο, αλλά βασικό παράγοντα ασφάλειας και συνέχειας της φροντίδας.

Οι δείκτες αυτοί εξετάζουν αν τα συστήματα λειτουργούν με σταθερότητα, τα δεδομένα διαβιβάζονται χωρίς καθυστερήσεις και τα τεχνικά προβλήματα επηρεάζουν ή όχι την κλινική απόκριση.

Με τον τρόπο αυτό αποτυπώνεται αν η ΝΟΣΠΙ στηρίζεται σε ώριμη και αξιόπιστη επιχειρησιακή υποδομή.

1.4.6 Δείκτες εμπειρίας ασθενούς και άτυπου φροντιστή

Γιατί η αποδοχή του μοντέλου επηρεάζει άμεσα την ασφάλεια και τη συνέχεια της φροντίδας

Η τελευταία ομάδα δεικτών αφορά την εμπειρία του ασθενούς και του άτυπου φροντιστή. Στη ΝΟΣΠΙ, ο φροντιστής συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα και επηρεάζει άμεσα την έκβαση της κλινικής περιόδου νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι.

Η μη κατανόηση του ρόλου, η έλλειψη εμπιστοσύνης ή το αίσθημα ανασφάλειας αυξάνουν τον κίνδυνο λαθών, μη συμμόρφωσης και πρόωρης διακοπής της θεραπείας. Οι δείκτες εμπειρίας δεν έχουν δευτερεύοντα ή «ήπιο» χαρακτήρα, αλλά λειτουργούν ως έμμεσοι δείκτες ασφάλειας, ποιότητας και βιωσιμότητας του μοντέλου.

1.4.7 Ο ρόλος του συνόλου των 44 δεικτών ως ενιαίο σύστημα

Κανένας από τους σαράντα τέσσερις (44) βασικούς δείκτες δεν λειτουργεί αυτόνομα ούτε έχει νόημα να ερμηνεύεται αποκομμένος από το συνολικό πλαίσιο. Η πραγματική αξία του συστήματος προκύπτει από τη **συνδυαστική και συστηματική ανάγνωσή τους**, η οποία επιτρέπει τη μετάβαση από τη μεμονωμένη μέτρηση στην ουσιαστική κατανόηση της λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ.

Ως ενιαίο σύστημα, οι δείκτες επιτρέπουν:

- **την ολοκληρωμένη παρακολούθηση της λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ**, καθώς καλύπτουν όλο το φάσμα από τη δομή και τις διαδικασίες έως τις κλινικές εκβάσεις, την τεκμηρίωση και την εμπειρία ασθενούς και φροντιστή,
- **την έγκαιρη ανίχνευση κινδύνων**, όχι μόνο μέσω της καταγραφής αρνητικών εκβάσεων, αλλά και μέσω πρώιμων ενδείξεων αποκλίσεων στη διαδικασία, στην απόκριση του συστήματος ή στην ποιότητα των δεδομένων,
- **τη στοχευμένη και τεκμηριωμένη παρέμβαση**, καθώς οι δείκτες επιτρέπουν να εντοπιστεί με ακρίβεια σε ποιο σημείο της αλυσίδας φροντίδας εμφανίζεται το πρόβλημα,

- **τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας**, μέσω της συστηματικής παρακολούθησης τάσεων, της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας διορθωτικών ενεργειών και της ενίσχυσης της οργανωτικής μάθησης.

Η ενιαία λειτουργία των δεικτών διασφαλίζει ότι η αξιολόγηση της ΝΟΣΠΙ δεν περιορίζεται σε αποσπασματικές διαπιστώσεις ή σε απομονωμένες αποκλίσεις. Αντιθέτως, επιτρέπει τη **σύνθεση πολλαπλών πληροφοριών** που φωτίζουν τις σχέσεις αιτίου-αποτελέσματος μεταξύ δομής, διαδικασίας και έκβασης. Για παράδειγμα, μια αύξηση στις επανεισαγωγές αποκτά πραγματική ερμηνευτική αξία μόνο όταν εξεταστεί παράλληλα με δείκτες συμμόρφωσης σε διαδικασίες, έγκαιρης αναγνώρισης κλινικής επιδείνωσης, ποιότητας τεκμηρίωσης και εμπειρίας ασθενούς.

Με αυτόν τον τρόπο, το σύστημα των 44 δεικτών λειτουργεί ως **μηχανισμός κλινικής και διοικητικής διακυβέρνησης**, και όχι ως απλό εργαλείο αναφοράς αριθμών. Οι δείκτες δεν αποσκοπούν στην τιμωρητική αξιολόγηση μονάδων ή επαγγελματιών, αλλά στη δημιουργία ενός κοινού πλαισίου κατανόησης της λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ, βασισμένου σε δεδομένα και όχι σε υποκειμενικές εκτιμήσεις.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι το ενιαίο σύστημα των 44 βασικών δεικτών λειτουργεί ως **σταθερός πυρήνας** πάνω στον οποίο μπορούν να προστεθούν, όπου απαιτείται, οι πρόσθετοι και εξειδικευμένοι δείκτες. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται ότι η εθνική συγκρισιμότητα και η θεσμική συνοχή δεν διαταράσσονται, ενώ ταυτόχρονα επιτρέπεται η εμβάθυνση σε ειδικούς πληθυσμούς ή σε αυξημένη κλινική πολυπλοκότητα.

Συνολικά, η λειτουργία των 44 δεικτών ως ενιαίο σύστημα μετατρέπει τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι από ένα σύνολο καλών πρακτικών σε **ώριμη, μετρήσιμη και θεσμικά ελέγξιμη υπηρεσία υγείας**, ικανή να λειτουργεί με διαφάνεια, ασφάλεια και συνεχή βελτίωση σε εθνικό επίπεδο.

1.5 Πρόσθετοι και εξειδικευμένοι δείκτες στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

Λογική, σκοπός και θεσμικές δικλίδες εφαρμογής

Το σύστημα των σαράντα τεσσάρων (44) βασικών δεικτών που αναπτύσσεται έχει σχεδιαστεί ώστε να καλύπτει το σύνολο των κοινών, κρίσιμων και οριζόντιων λειτουργιών της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Οι δείκτες αυτοί συγκροτούν τον υποχρεωτικό εθνικό πυρήνα αξιολόγησης, ο οποίος εφαρμόζεται ενιαία σε όλες τις μονάδες ΝΟΣΠΙ, ανεξαρτήτως μεγέθους, γεωγραφικής περιοχής ή πληθυσμού αναφοράς.

Η ίδια όμως η φύση της ΝΟΣΠΙ επιβάλλει μια βασική και αναπόφευκτη παραδοχή: η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι δεν αποτελεί ομοιογενή ή μονοδιάστατη υπηρεσία. Παρέχεται σε ασθενείς με διαφορετικά κλινικά χαρακτηριστικά, διαφορετικούς θεραπευτικούς στόχους, διαφορετικό βαθμό κλινικής επιβάρυνσης και διαφορετική εμπλοκή του οικογενειακού ή άτυπου φροντιστή.

Η αποκλειστική χρήση ενός απολύτως ενιαίου συνόλου δεικτών, χωρίς δυνατότητα εξειδίκευσης, θα οδηγούσε είτε σε **υπέρμετρη απλοποίηση της αξιολόγησης**, είτε σε αδυναμία ουσιαστικής αποτύπωσης κρίσιμων παραμέτρων ποιότητας και ασφάλειας σε ειδικά κλινικά περιβάλλοντα.

Για τον λόγο αυτό, το παρόν προβλέπει ρητά τη δυνατότητα ανάπτυξης και χρήσης πρόσθετων ή εξειδικευμένων δεικτών, οι οποίοι λειτουργούν αποκλειστικά συμπληρωματικά προς τους 44 βασικούς δείκτες και υπόκεινται σε σαφείς και ελεγχόμενες θεσμικές δικλείδες.

1.6 Τι εννοούμε με τον όρο «πρόσθετοι / εξειδικευμένοι δείκτες»

Οι πρόσθετοι ή εξειδικευμένοι δείκτες είναι δείκτες που δεν αφορούν το σύνολο των μονάδων ΝΟΣΠΙ, ενεργοποιούνται μόνο όταν παρέχεται φροντίδα σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών και αποτυπώνουν παραμέτρους ποιότητας, ασφάλειας ή έκβασης που δεν είναι κοινές σε όλες τις μορφές κατ' οίκον νοσηλείας.

Αποτελούν εργαλεία εμβάθυνσης της αξιολόγησης εκεί όπου ο εθνικός πυρήνας των βασικών δεικτών, εκ της φύσεως του, δεν μπορεί να καλύψει εξειδικευμένες κλινικές ανάγκες χωρίς να αλλοιωθεί ο οριζόντιος και συγκρίσιμος χαρακτήρας του.

Είναι κρίσιμο να αποσαφηνιστεί ότι οι εξειδικευμένοι δείκτες:

1. **δεν αντικαθιστούν** τους 44 βασικούς δείκτες,
2. **δεν μειώνουν** τη θεσμική βαρύτητα του εθνικού πυρήνα,
3. **δεν εισάγονται** κατά διακριτική ευχέρεια μεμονωμένων μονάδων,
4. **δεν χρησιμοποιούνται** για εθνική συγκριτική αξιολόγηση ή κατάταξη.

Οι βασικοί δείκτες παραμένουν υποχρεωτικοί και αδιαπραγμάτευτοι. Οι εξειδικευμένοι δείκτες λειτουργούν αποκλειστικά ως συμπληρωματικό επίπεδο πληροφόρησης.

1.7 Γιατί οι βασικοί δείκτες δεν επαρκούν σε όλες τις περιπτώσεις

Οι βασικοί δείκτες έχουν σχεδιαστεί ώστε να απαντούν σε ερωτήματα που είναι κοινά για όλες τις μονάδες ΝΟΣΠΙ, όπως αν η φροντίδα παρέχεται με αποδεκτό επίπεδο ασφάλειας, αν οι θεσμοθετημένες διαδικασίες εφαρμόζονται ορθά, αν επιτυγχάνονται οι γενικοί θεραπευτικοί στόχοι, αν η τεκμηρίωση και η τηλεπαρακολούθηση λειτουργούν επαρκώς.

Ωστόσο, σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών, τα κρίσιμα ερωτήματα ποιότητας διαφοροποιούνται. Ενδεικτικά:

- σε παιδιατρικούς ασθενείς, η δοσολογία και η έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης έχουν διαφορετικό προφίλ κινδύνου,
- σε ηλικιωμένους ασθενείς με συνύπαρξη πολλαπλών νοσημάτων, η πτώση, η σύγχυση ή η απώλεια λειτουργικής αυτονομίας μπορεί να είναι καθοριστικότερες από τη βασική διάγνωση,
- σε παρηγορητική φροντίδα, ο στόχος δεν είναι η ίαση, αλλά η ανακούφιση, η άνεση και η διατήρηση της αξιοπρέπειας.

Η ενσωμάτωση όλων αυτών των παραμέτρων στους βασικούς δείκτες θα καθιστούσε το σύστημα δυσανάλογα σύνθετο, δύσκολα διαχειρίσιμο και μη συγκρίσιμο σε εθνικό επίπεδο.

1.8 Ενδεικτικές κατηγορίες εξειδικευμένων δεικτών και σκοπός τους

Παιδιατρικοί εξειδικευμένοι δείκτες

Εστιάζουν στην ασφάλεια της φαρμακευτικής αγωγής, στην επάρκεια ενημέρωσης και συνεργασίας των γονέων ή κηδεμόνων και στην έγκαιρη αναγνώριση κλινικών μεταβολών.

Γηριατρικοί εξειδικευμένοι δείκτες

Αποτυπώνουν ζητήματα που σχετίζονται με τη συνύπαρξη πολλαπλών νοσημάτων, τον κίνδυνο πτώσεων, τη γνωστική κατάσταση και τη διατήρηση της λειτουργικής αυτονομίας.

Ογκολογικοί εξειδικευμένοι δείκτες

Εστιάζουν στη διαχείριση συμπτωμάτων, στην τήρηση θεραπευτικών σχημάτων και στην έγκαιρη αναγνώριση ανεπιθύμητων ενεργειών.

Παρηγορητικοί εξειδικευμένοι δείκτες

Αποτυπώνουν τον έλεγχο πόνου και συμπτωμάτων, τη στήριξη της οικογένειας και τη συνολική εμπειρία και αξιοπρέπεια του ασθενούς.

1.9 Θεσμικές δικλίδες και έλεγχος εφαρμογής

Η χρήση εξειδικευμένων δεικτών διέπεται από σαφείς θεσμικούς περιορισμούς:

- δεν αντικαθιστούν τους βασικούς δείκτες,
- δεν χρησιμοποιούνται για εθνική κατάταξη ή σύγκριση,
- ενεργοποιούνται μόνο όταν υφίσταται αντίστοιχο αντικείμενο φροντίδας,
- τελούν υπό τον συντονισμό και την έγκριση του ΟΔΙΠΥ.

Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται ότι το σύστημα παραμένει ενιαίο, αξιόπιστο και θεσμικά ελεγχόμενο.

1.10 Συμβολή των εξειδικευμένων δεικτών στη μακροπρόθεσμη ωρίμανση της ΝΟΣΠΙ

Η ύπαρξη εξειδικευμένων δεικτών αποτελεί ένδειξη συστήματος που αναγνωρίζει την κλινική πολυπλοκότητα της κατ' οίκον φροντίδας, αποφεύγει την επιβολή ενιαίων κριτηρίων όπου αυτά δεν είναι κατάλληλα, εξελίσσεται με ελεγχόμενο και θεσμικά ασφαλή τρόπο.

Οι εξειδικευμένοι δείκτες δεν αποδυναμώνουν το παρόν. Το ενισχύουν, προσδίδοντας βάθος, προσαρμοστικότητα και επιστημονική ωριμότητα, χωρίς να διακυβεύεται η συγκρισιμότητα και η εθνική εποπτεία.

1.11 Συνολική αποτίμηση και κλείσιμο του θεωρητικού μέρους

Το παρόν κεφάλαιο ολοκληρώνει το θεωρητικό και εννοιολογικό σκέλος αυτού και λειτουργεί ως μεταβατική ενότητα προς το εφαρμοσμένο και επιχειρησιακό μέρος που ακολουθεί. Σκοπός του είναι να αποτυπώσει με συνολικό και συνεκτικό τρόπο **τι ακριβώς συγκροτήθηκε, με ποια λογική και για ποιον θεσμικό και λειτουργικό σκοπό**, πριν την παρουσίαση των αναλυτικών πινάκων και των ταυτοτήτων των δεικτών.

Μέχρι το σημείο αυτό, το παρόν έχει θεμελιώσει πλήρως το **αναγκαίο πλαίσιο** εντός του οποίου μπορεί να υπάρξει αξιόπιστη, ελέγξιμη και συγκρίσιμη αξιολόγηση της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) σε εθνικό επίπεδο. Η ανάλυση δεν περιορίστηκε σε γενικές αρχές ποιότητας, αλλά ανέπτυξε συστηματικά τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες η κατ' οίκον παροχή νοσοκομειακής φροντίδας μπορεί να θεωρηθεί **ισοδύναμη, ασφαλής και θεσμικά νομιμοποιημένη** σε σχέση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Στο πλαίσιο αυτό, το παρόν:

- τεκμηρίωσε **την αναγκαιότητα ύπαρξης συστήματος δεικτών** ως προϋπόθεση ασφάλειας, διακυβέρνησης και βιωσιμότητας της ΝΟΣΠΙ,

- ανέδειξε **τους ειδικούς κινδύνους και τις ιδιαιτερότητες** της παροχής φροντίδας εκτός νοσοκομειακού περιβάλλοντος,
- συνέδεσε τη ΝΟΣΠΙ με **διεθνώς αναγνωρισμένα θεωρητικά μοντέλα ποιότητας**, όπως το μοντέλο Δομής–Διαδικασίας–Έκβασης και τα πολυδιάστατα πλαίσια ποιότητας διεθνών οργανισμών,
- αποσαφήνισε ότι η ποιότητα στη ΝΟΣΠΙ δεν μπορεί να αποδειχθεί αποσπασματικά, αλλά μόνο μέσω **συνεκτικού και ενιαίου συστήματος μετρήσεων**.

Κεντρικό αποτέλεσμα της θεωρητικής αυτής θεμελίωσης είναι η συγκρότηση ενός **εθνικού πυρήνα σαράντα τεσσάρων (44) βασικών δεικτών**, οι οποίοι:

- αποτελούν το **ελάχιστο κοινό και υποχρεωτικό σύνολο αξιολόγησης** για όλες τις μονάδες ΝΟΣΠΙ,
- καλύπτουν συστηματικά τις διαστάσεις της ασφάλειας, της κλινικής αποτελεσματικότητας, της συμμόρφωσης σε κρίσιμες διαδικασίες, της ποιότητας τεκμηρίωσης, της ψηφιακής λειτουργίας και της εμπειρίας ασθενούς και φροντιστή,
- έχουν σχεδιαστεί ώστε να είναι ταυτόχρονα **επαρκείς επιστημονικά και λειτουργικά εφαρμόσιμοι** στο ελληνικό σύστημα υγείας,
- επιτρέπουν τη θεσμική εποπτεία, τη συγκρισιμότητα και τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων σε εθνικό επίπεδο.

Παράλληλα, ανέπτυξε και τεκμηρίωσε τη λογική ύπαρξης **πρόσθετων και εξειδικευμένων δεικτών**, οι οποίοι λειτουργούν **συμπληρωματικά** προς τον εθνικό πυρήνα των 44 βασικών δεικτών. Οι δείκτες αυτοί:

- δεν αποτελούν καθολική υποχρέωση,
- ενεργοποιούνται μόνο σε συγκεκριμένα πλαίσια φροντίδας και για συγκεκριμένες ομάδες ασθενών,
- αποσκοπούν στην εις βάθος αποτύπωση κρίσιμων παραμέτρων ποιότητας σε πληθυσμούς με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Έχουν προσδιοριστεί και αναπτυχθεί **σαράντα επτά (47) πρόσθετοι / εξειδικευμένοι δείκτες**, οι οποίοι λειτουργούν συμπληρωματικά προς τον εθνικό πυρήνα των σαράντα τεσσάρων (44) βασικών δεικτών. Οι δείκτες αυτοί έχουν οργανωθεί θεματικά, ώστε να αποτυπώνουν με επάρκεια κρίσιμες διαστάσεις ποιότητας σε ειδικά πλαίσια παροχής Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι.

Οι σαράντα επτά (47) εξειδικευμένοι δείκτες κατανέμονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- παιδιατρικοί δείκτες,
- γηριατρικοί δείκτες,
- ογκολογικοί δείκτες,
- παρηγορητικοί δείκτες,
- δείκτες επικοινωνίας και σχέσης με τον θεράποντα ιατρό,
- δείκτες εμπειρίας και επιβάρυνσης άτυπου φροντιστή,
- δείκτες ψηφιακής λειτουργίας, κοινωνικής υποστήριξης και κοινωνικής απομόνωσης.

Οι δείκτες αυτοί:

- **δεν αντικαθιστούν** τους σαράντα τέσσερις (44) βασικούς δείκτες του εθνικού πλαισίου,
- **δεν χρησιμοποιούνται** για εθνική κατάταξη ή γενικευμένη συγκριτική αξιολόγηση των μονάδων ΝΟΣΠΙ,
- **ενεργοποιούνται επιλεκτικά**, μόνο όταν παρέχεται φροντίδα σε αντίστοιχες ομάδες ασθενών ή σε ειδικά κλινικά και οργανωτικά πλαίσια,



- **τελούν υπό θεσμικό έλεγχο και έγκριση**, με συντονιστικό και εποπτικό ρόλο του ΟΔΙΠΥ,
- επιτρέπουν στο σύστημα ΝΟΣΠΙ να προσαρμόζεται στην **πραγματική κλινική πολυπλοκότητα** της κατ' οίκον φροντίδας, χωρίς να διακυβεύεται η ενιαία εθνική εποπτεία και η συγκρισιμότητα που διασφαλίζει ο βασικός πυρήνας δεικτών.

Με τη δομή αυτή, καλύπτει **στο σύνολό του** το αντικείμενο που του ανατίθεται, καθώς τεκμηριώνει με ενιαίο και συνεκτικό τρόπο:

- την ανάπτυξη λειτουργικών δεικτών της ΝΟΣΠΙ,
- την ανάπτυξη δεικτών αξιολόγησης ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- τη θεμελίωση της πιλοτικής εφαρμογής τους σε ελεγχόμενο χρονικό και οργανωτικό πλαίσιο,
- την επιστημονική και θεσμική επικύρωση των δεικτών,
- τη μελλοντική στάθμιση, ιεράρχηση και αξιοποίησή τους στη λήψη αποφάσεων,
- καθώς και τον έλεγχο της ποιότητας, της πληρότητας και της εγκυρότητας των δεδομένων που τους τροφοδοτούν.

Το θεωρητικό μέρος του καταλήγει, συνεπώς, σε ένα σαφές και αδιαμφισβήτητο συμπέρασμα:

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι δεν μπορεί να λειτουργήσει ως εθνική υπηρεσία υγείας χωρίς **δομημένο, πολυεπίπεδο και θεσμικά ελεγχόμενο σύστημα δεικτών**. Εισάγεται ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο κλινικής και διοικητικής λογοδοσίας, ικανό να υποστηρίξει την ασφάλεια, την ποιότητα και τη βιωσιμότητα της ΝΟΣΠΙ σε εθνική κλίμακα.

Στα επόμενα κεφάλαια, το παρόν εισέρχεται στη **λειτουργική και εφαρμοσμένη του φάση**. Η ανάλυση μετατοπίζεται από το «γιατί» και το «πώς συγκροτείται το σύστημα» στο «πώς αποτυπώνεται επιχειρησιακά», με την αναλυτική παρουσίαση των πινάκων δεικτών και των ταυτοτήτων τους, όπου κάθε δείκτης εξειδικεύεται πλήρως ως προς τον ορισμό, τον σκοπό, την πηγή δεδομένων και τη χρήση του στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ.

2 Εθνικό Σύστημα Δεικτών Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) - Τελική Δομή Δεικτών, Δελτία Ταυτότητας Δεικτών Κρίσιμης Απόδοσης (Key Performance Indicators Fiches) και Αναλυτικός Οδηγός Χρήσης

Το παρόν Κεφάλαιο συνιστά τον **πυρήνα επιχειρησιακής εφαρμογής**. Σε αυτό το στάδιο, η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι παύει να παρουσιάζεται ως θεσμικό, οργανωτικό ή θεωρητικό πλαίσιο και αποκτά **συγκεκριμένο, μετρήσιμο, επαληθεύσιμο και θεσμικά ελέγξιμο περιεχόμενο**.

Το Κεφάλαιο 2 είναι εκείνο που μετασχηματίζει το παρόν σε **λειτουργικό εργαλείο καθημερινής εφαρμογής, εθνικής εποπτείας και κλινικής και διοικητικής λογοδοσίας**. Μέσω της τελικής δομής των δεικτών και της αναλυτικής τους τεκμηρίωσης, το σύστημα ΝΟΣΠΙ καθίσταται ικανό να παρακολουθείται, να συγκρίνεται και να βελτιώνεται με ενιαίο τρόπο σε εθνικό επίπεδο.

Η επιλογή της παρουσίασης των δεικτών μέσω αναλυτικών δελτίων ταυτότητας *Key Performance Indicator Fiche* (Δελτίο Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης) δεν αποτελεί τεχνική λεπτομέρεια. Αποτελεί **συνειδητή θεσμική επιλογή διακυβέρνησης**. Η διεθνής εμπειρία έχει καταδείξει ότι τα συστήματα δεικτών αποτυγχάνουν όταν οι δείκτες ορίζονται ελλιπώς, ερμηνεύονται διαφορετικά ανά φορέα ή εφαρμόζονται χωρίς σαφή κανόνες χρήσης και αντίδρασης.

Αντιμετωπίζει αυτόν τον κίνδυνο μέσω πλήρους, τυποποιημένης και δεσμευτικής περιγραφής κάθε δείκτη.

2.1 Γιατί απαιτείται πλήρες Δελτίο Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης (Key Performance Indicator Fiche) στη ΝΟΣΠΙ

Στο κλασικό ενδονοσοκομειακό περιβάλλον, η ποιότητα και η ασφάλεια υποστηρίζονται από συνεχή φυσική παρουσία επαγγελματιών υγείας, άμεση οργανωτική και ιεραρχική εποπτεία, σταθερή πρόσβαση σε υποδομές και υπηρεσίες υποστήριξης.

Αντιθέτως, στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, η φροντίδα παρέχεται σε **κατανεμημένο περιβάλλον παροχής υπηρεσιών**, εκτός των φυσικών δομών του νοσοκομείου, με περιορισμένη άμεση εποπτεία, αυξημένη εξάρτηση από την ποιότητα της τεκμηρίωσης και κρίσιμο ρόλο των ψηφιακών συστημάτων και της τηλεπαρακολούθησης.

Υπό αυτές τις συνθήκες, ένας *Key Performance Indicator* (Δείκτης Κρίσιμης Απόδοσης) δεν μπορεί να περιορίζεται σε έναν τίτλο ή σε έναν μαθηματικό τύπο. Οφείλει να ορίζει με απόλυτη σαφήνεια τι ακριβώς μετρά, ποιον πληθυσμό αφορά, με ποια μεθοδολογία υπολογίζεται, πώς ερμηνεύεται το αποτέλεσμα και ποιες ενέργειες ενεργοποιούνται όταν το αποτέλεσμα αποκλίνει από τα αποδεκτά όρια.

Το Δελτίο Ταυτότητας Δείκτη διασφαλίζει ότι κάθε δείκτης εφαρμόζεται με **ενιαίο και ομοιόμορφο τρόπο** από όλες τις μονάδες ΝΟΣΠΙ, δεν αλλοιώνεται από τοπικές πρακτικές ή υποκειμενικές ερμηνείες και υποστηρίζει ταυτόχρονα την **εσωτερική βελτίωση** και την **εθνική εποπτεία**.

2.2 Η έννοια του Δελτίου Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης ως εργαλείο διακυβέρνησης

Κάθε *Δελτίο Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης* (*Key Performance Indicator Fiche*) λειτουργεί ως **θεσμικό πλαίσιο κοινής κατανόησης και δεσμευτικής εφαρμογής** μεταξύ:



1. των Μονάδων ΝΟΣΠΙ που συλλέγουν και καταχωρούν τα δεδομένα,
2. του Οργανισμού Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΙΠΥ) που τα επεξεργάζεται και τα αξιολογεί,
3. και των θεσμικών οργάνων που λαμβάνουν αποφάσεις πολιτικής υγείας.

Δεν πρόκειται για απλό τεχνικό έγγραφο, αλλά για **μηχανισμό διακυβέρνησης**, καθώς καθορίζει ποια δεδομένα θεωρούνται έγκυρα, ποια αποτελέσματα είναι αποδεκτά, ποιες αποκλίσεις συνιστούν ένδειξη αυξημένου κινδύνου και τότε απαιτείται διορθωτική ή προληπτική παρέμβαση.

Με αυτόν τον τρόπο, οι δείκτες παύουν να είναι παθητικές μετρήσεις και μετατρέπονται σε **ενεργά εργαλεία διαχείρισης ποιότητας και ασφάλειας**.

2.3 Πρότυπο Δελτίου Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης (*Key Performance Indicator Fiche – KPI Fiche*)

Κάθε ένας από τους σαράντα τέσσερις (44) βασικούς δείκτες της ΝΟΣΠΙ αποτυπώνεται σε Δελτίο Ταυτότητας με **ενιαία, δεσμευτική και υποχρεωτική δομή**, η οποία εφαρμόζεται σε όλο το εθνικό σύστημα.

Η δομή του Δελτίου περιλαμβάνει τα ακόλουθα πεδία:

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός και Τίτλος	Μοναδικός κωδικός και πλήρης ονομασία του δείκτη
Θεματικός Άξονας	Ενότητα στην οποία εντάσσεται
Χαρακτηρισμός Δείκτη	Βασικός (εθνικού πυρήνα) ή εξειδικευμένος
Τύπος Δείκτη	Δείκτης Δομής, Διαδικασίας ή Έκβασης
Διαστάσεις Ποιότητας	Αντιστοίχιση με τις διαστάσεις ποιότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας
Σκοπός Δείκτη	Ο λόγος ύπαρξης και η αναγκαιότητά του
Αντικείμενο Αξιολόγησης	Τι ακριβώς αξιολογείται
Κλινική και Λειτουργική Τεκμηρίωση	Γιατί ο δείκτης είναι κρίσιμος
Ορισμοί Όρων	Εννοιολογική αποσαφήνιση βασικών όρων
Μετρούμενο Μέγεθος	Το αποτέλεσμα που παράγει ο δείκτης
Αριθμητής (N)	Το σύνολο των συμβάντων που καταγράφονται
Παρονομαστής (D)	Ο πληθυσμός αναφοράς
Μονάδα Έκφρασης	Τρόπος παρουσίασης αποτελέσματος
Μέθοδος Υπολογισμού	Μαθηματικός ή λογιστικός τύπος
Περίοδος Αναφοράς	Χρονικό διάστημα μέτρησης
Κριτήρια Ένταξης	Ποιοι περιλαμβάνονται
Κριτήρια Εξαίρεσης	Ποιοι εξαιρούνται

Διαστρωμάτωση Δεδομένων	Ανάλυση σε υποομάδες
Προσαρμογή ως προς τον Κίνδυνο	Στάθμιση βάσει κλινικού προφίλ
Πηγές Δεδομένων	Συστήματα και αρχεία προέλευσης
Κανόνες Ποιότητας Δεδομένων	Προϋποθέσεις πληρότητας και εγκυρότητας
Ερμηνεία Αποτελεσμάτων	Πώς αξιολογείται το αποτέλεσμα
Όρια Αποδεκτής και Κρίσιμης Απόδοσης	Πότε το αποτέλεσμα είναι αποδεκτό ή προβληματικό
Ενέργειες σε Περίπτωση Απόκλισης	Διορθωτικές ή προληπτικές ενέργειες
Χρήση από Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Εσωτερική διαχείριση και βελτίωση
Χρήση από ΟΔΙΠΥ	Εθνική εποπτεία και πολιτική ποιότητας

Πίνακας 1: Δομή Πρότυπου Δελτίου Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης

Η ενιαία αυτή δομή διασφαλίζει ότι το Εθνικό Σύστημα Δεικτών της ΝΟΣΠΙ είναι **σαφές, συγκρίσιμο, επιχειρησιακά εφαρμόσιμο και θεσμικά αξιόπιστο**, χωρίς περιθώρια ασάφειας ή αυθαίρετης εφαρμογής.

2.4 Αναλυτικός οδηγός συμπλήρωσης και κατανόησης των πεδίων του Δελτίου Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης (Key Performance Indicator Fiche – Δελτίο Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης)

Η ύπαρξη ενός πλήρως δομημένου Δελτίου Ταυτότητας Δείκτη Κρίσιμης Απόδοσης δεν επαρκεί από μόνη της για τη σωστή εφαρμογή του συστήματος δεικτών. Απαιτείται παράλληλα **σαφές, ενιαίο και κατανοητό ερμηνεία κάθε πεδίου**, ώστε όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς, ανεξαρτήτως βαθμού εξειδίκευσης, να μπορούν να συμπληρώνουν, να διαβάζουν και να αξιοποιούν τους δείκτες με τον ίδιο τρόπο.

Ο παρών αναλυτικός οδηγός έχει τριπλό σκοπό να εξασφαλίσει **ομοιόμορφη συμπλήρωση** των δελτίων από όλες τις Μονάδες ΝΟΣΠΙ, να αποτρέψει **παρερμηνείες ή αυθαίρετες ερμηνείες** των δεικτών και να καταστήσει τα αποτελέσματα **λειτουργικά αξιοποιήσιμα** τόσο σε επίπεδο μονάδας όσο και σε επίπεδο εθνικής εποπτείας.

2.4.1 Κωδικός και Τίτλος Δείκτη

Ο κωδικός αποτελεί το **μοναδικό αναγνωριστικό** του δείκτη στο εθνικό σύστημα ΝΟΣΠΙ. Ο τίτλος πρέπει να αποδίδει με σαφήνεια το αντικείμενο μέτρησης και το επίπεδο στο οποίο αναφέρεται (ασφάλεια, διαδικασία, έκβαση).

Ο κωδικός χρησιμοποιείται σε όλα τα πληροφοριακά συστήματα, στις αναφορές και στην επικοινωνία με τον ΟΔΙΠΥ. Δεν τροποποιείται και δεν αντικαθίσταται με εσωτερικές ονομασίες.

2.4.2 Θεματικός Άξονας

Ο θεματικός άξονας δηλώνει **σε ποια βασική διάσταση της ΝΟΣΠΙ εντάσσεται ο δείκτης**, όπως:

1. ασφάλεια ασθενούς,

2. κλινική αποτελεσματικότητα,
3. συμμόρφωση σε διαδικασίες,
4. ποιότητα τεκμηρίωσης,
5. ψηφιακή λειτουργία,
6. εμπειρία ασθενούς και φροντιστή.

Η κατανόηση του άξονα βοηθά τη μονάδα να αντιληφθεί **τι είδους πρόβλημα ή πλεονέκτημα** αναδεικνύει ο δείκτης και σε ποιο πεδίο πρέπει να αναζητηθούν διορθωτικές ενέργειες.

2.4.3 Χαρακτηρισμός Δείκτη

Ο χαρακτηρισμός δηλώνει αν ο δείκτης είναι:

1. **βασικός δείκτης εθνικού πυρήνα**, υποχρεωτικός για όλες τις μονάδες,
2. ή **εξειδικευμένος δείκτης**, που ενεργοποιείται μόνο σε συγκεκριμένες κατηγορίες φροντίδας.

Το πεδίο αυτό προστατεύει το σύστημα από την εσφαλμένη γενίκευση εξειδικευμένων μετρήσεων και διασφαλίζει την εθνική συγκρισιμότητα.

2.4.4 Τύπος Δείκτη

Ο τύπος δείκτη εξηγεί **σε ποιο επίπεδο ποιότητας αναφέρεται**:

1. Δείκτης Δομής: μετρά αν υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις.
2. Δείκτης Διαδικασίας: μετρά αν η φροντίδα παρέχεται όπως έχει σχεδιαστεί.
3. Δείκτης Έκβασης: μετρά τι τελικά συνέβη στον ασθενή ή στο σύστημα.

Η διάκριση αυτή είναι κρίσιμη, διότι διαφορετικός τύπος δείκτη απαιτεί **διαφορετική ερμηνεία και διαφορετικές παρεμβάσεις**.

2.4.5 Διαστάσεις Ποιότητας

Το πεδίο αυτό συνδέει τον δείκτη με τις διεθνώς αναγνωρισμένες διαστάσεις ποιότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπως:

- ασφάλεια,
- αποτελεσματικότητα,
- έγκαιρη και κατάλληλη απόκριση,
- ανθρωποκεντρική φροντίδα,
- ισότητα,
- αποδοτική χρήση πόρων.

Με αυτόν τον τρόπο, κάθε δείκτης εντάσσεται σε **συνολικό πλαίσιο ποιότητας** και δεν αντιμετωπίζεται ως μεμονωμένο ποσοστό.

2.4.6 Σκοπός Δείκτη

Ο σκοπός απαντά στο ερώτημα: **γιατί υπάρχει αυτός ο δείκτης;**

Εξηγεί ποιο πρόβλημα προλαμβάνει, ποια αδυναμία ανιχνεύει ή ποια πτυχή ποιότητας τεκμηριώνει.

Χωρίς σαφή σκοπό, ο δείκτης κινδυνεύει να αντιμετωπιστεί ως τυπική υποχρέωση και όχι ως εργαλείο βελτίωσης.

2.4.7 Αντικείμενο Αξιολόγησης

Εδώ περιγράφεται με απλό και σαφή τρόπο **τι ακριβώς αξιολογείται**. Το πεδίο αυτό βοηθά ιδιαίτερα τους μη ειδικούς να κατανοήσουν αν ο δείκτης αφορά τον ασθενή, τον φροντιστή, τη λειτουργία της ομάδας ή την ποιότητα των δεδομένων.

2.4.8 Κλινική και Λειτουργική Τεκμηρίωση

Στο πεδίο αυτό εξηγείται **γιατί ο δείκτης είναι κρίσιμος** από κλινική ή λειτουργική σκοπιά. Αναδεικνύεται η σχέση του δείκτη με την πρόληψη κινδύνων, τη βελτίωση της φροντίδας ή τη διασφάλιση της συνέχειας της νοσηλείας στο σπίτι.

2.4.9 Ορισμοί

Εδώ αποσαφηνίζονται όροι που ενδέχεται να ερμηνευθούν διαφορετικά. Η ύπαρξη ορισμών διασφαλίζει **ενιαία κατανόηση** και αποτρέπει αποκλίσεις στην καταγραφή.

2.4.10 Μετρούμενο Μέγεθος

Το πεδίο αυτό περιγράφει **τι παράγει τελικά ο δείκτης**, π.χ. ποσοστό, συχνότητα ή μέση τιμή κτλ. Διευκολύνει την κατανόηση του αποτελέσματος χωρίς ανάγκη τεχνικών γνώσεων.

2.4.11 Αριθμητής (N) και Παρονομαστής (D)

Ο αριθμητής περιγράφει **ποια γεγονότα μετρούνται**, ενώ ο παρονομαστής **ποιος είναι ο πληθυσμός αναφοράς**.

Η σαφής κατανόηση αυτών των δύο πεδίων είναι απαραίτητη για να αποφευχθούν υπερεκτιμήσεις, υποεκτιμήσεις ή λανθασμένες συγκρίσεις.

2.4.12 Μονάδα Έκφρασης και Μέθοδος Υπολογισμού

Η μονάδα έκφρασης δείχνει πώς παρουσιάζεται το αποτέλεσμα, ενώ η μέθοδος υπολογισμού εξηγεί **πώς προκύπτει**.

Δεν απαιτείται μαθηματική εξειδίκευση, αλλά βασική κατανόηση της λογικής υπολογισμού.

2.4.13 Περίοδος Αναφοράς

Καθορίζει **το χρονικό διάστημα** στο οποίο αναφέρεται ο δείκτης. Η σωστή κατανόηση αποτρέπει τη σύγκριση ανόμοιων περιόδων.

2.4.14 Κριτήρια Ένταξης και Εξαίρεσης

Τα πεδία αυτά ορίζουν **ποιοι περιλαμβάνονται και ποιοι όχι**. Είναι κρίσιμα για τη διασφάλιση της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων.

2.4.15 Διαστρωμάτωση και Προσαρμογή ως προς τον Κίνδυνο

Η διαστρωμάτωση επιτρέπει ανάλυση σε υποομάδες, ενώ η προσαρμογή ως προς τον κίνδυνο λαμβάνει υπόψη τη διαφορετική βαρύτητα των περιστατικών. Τα πεδία αυτά αποτρέπουν παραπλανητικές συγκρίσεις.

2.4.16 Πηγές Δεδομένων και Κανόνες Ποιότητας Δεδομένων

Εδώ δηλώνεται **από πού προέρχονται τα δεδομένα** και ποιες προϋποθέσεις πρέπει να πληρούν για να θεωρηθούν αξιόπιστα. Χωρίς αυτό το πεδίο, η αξιολόγηση χάνει τη βάση της.

2.4.17 Ερμηνεία Αποτελεσμάτων

Το πεδίο αυτό βοηθά να κατανοηθεί **τι σημαίνει πρακτικά** το αποτέλεσμα του δείκτη και πότε πρέπει να προκαλεί ανησυχία.

2.4.18 Όρια Αποδεκτής και Κρίσιμης Απόδοσης

Αντί για αφηρημένες έννοιες, ορίζονται σαφή όρια που διακρίνουν την αποδεκτή λειτουργία από την επίδοση που απαιτεί διερεύνηση ή παρέμβαση.

2.4.19 Ενέργειες σε Περίπτωση Απόκλισης

Το πεδίο αυτό συνδέει τη μέτρηση με την πράξη. Καθορίζει **τι πρέπει να γίνει** όταν ο δείκτης δείξει πρόβλημα.

2.4.20 Χρήση από Μονάδα ΝΟΣΠΙ και Χρήση από ΟΔΙΠΥ

Τέλος, διευκρινίζεται πώς αξιοποιείται ο δείκτης εσωτερικά από τη μονάδα για βελτίωση και κεντρικά από τον ΟΔΙΠΥ για εποπτεία και πολιτική ποιότητας.

2.5 Συμπέρασμα Κεφαλαίου 2

Το Κεφάλαιο 2 ολοκληρώνει τη μετάβαση από το επίπεδο της θεωρητικής συγκρότησης στο επίπεδο της πλήρους επιχειρησιακής εφαρμογής. Μέσα από τη διαμόρφωση της τελικής δομής του Εθνικού Συστήματος Δεικτών της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι και την αναλυτική ανάπτυξη των Δελτίων Ταυτότητας Δεικτών Κρίσιμης Απόδοσης (Key Performance Indicator Fiches – Δελτία Ταυτότητας Δεικτών Κρίσιμης Απόδοσης), καθίσταται σαφές ότι το παρόν δεν περιορίζεται στην καταγραφή μετρήσεων, αλλά εγκαθιστά έναν συνεκτικό μηχανισμό κλινικής και διοικητικής διακυβέρνησης.

Η επιλογή της ενιαίας και δεσμευτικής μορφής των δελτίων ταυτότητας διασφαλίζει ότι κάθε δείκτης ορίζεται με ακρίβεια και χωρίς περιθώρια παρερμηνείας, εφαρμόζεται με τον ίδιο τρόπο από όλες τις Μονάδες ΝΟΣΠΙ, παράγει αποτελέσματα συγκρίσιμα και θεσμικά αξιοποιήσιμα και συνδέεται άμεσα με συγκεκριμένες ενέργειες βελτίωσης και εποπτείας.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι το Κεφάλαιο 2 καθιστά ρητό πως οι δείκτες της ΝΟΣΠΙ δεν λειτουργούν ως αποσπασμένα αριθμητικά μεγέθη. Αντιθέτως, αποτελούν τμήματα ενός ενιαίου συστήματος, στο οποίο η ασφάλεια, η κλινική αποτελεσματικότητα, η συμμόρφωση στις διαδικασίες, η ποιότητα των δεδομένων, η ψηφιακή λειτουργία και η εμπειρία ασθενούς και φροντιστή αλληλοσυμπληρώνονται και συν διαμορφώνουν τη συνολική εικόνα της παρεχόμενης φροντίδας.

Μέσω της αναλυτικής επεξήγησης κάθε πεδίου των δελτίων ταυτότητας, το Κεφάλαιο 2 διασφαλίζει ότι το σύστημα δεικτών μπορεί να χρησιμοποιηθεί όχι μόνο από εξειδικευμένους αναλυτές ποιότητας, αλλά και από επαγγελματίες υγείας και διοικητικά στελέχη που εμπλέκονται άμεσα στη λειτουργία της ΝΟΣΠΙ. Με τον τρόπο αυτό, οι δείκτες παύουν να αποτελούν εξωτερική υποχρέωση συμμόρφωσης και μετατρέπονται σε καθημερινά εργαλεία κατανόησης, πρόληψης κινδύνων και στοχευμένης βελτίωσης.



Το Κεφάλαιο 2 θέτει, συνεπώς, τις αναγκαίες βάσεις για τα επόμενα στάδια του παρόντος. Παρέχει το κοινό λεξιλόγιο, τη μεθοδολογική σαφήνεια και τη λειτουργική ωριμότητα που απαιτούνται ώστε να καταστεί εφικτή η πιλοτική εφαρμογή των δεικτών σε πραγματικές συνθήκες, η επιστημονική και θεσμική επικύρωσή τους, η μελλοντική στάθμιση και ιεράρχησή τους και ο έλεγχος της ποιότητας και της εγκυρότητας των δεδομένων που τους τροφοδοτούν.

Με την ολοκλήρωσή του, το Κεφάλαιο 2 επιβεβαιώνει ότι η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι μπορεί να λειτουργήσει ως ισοδύναμη μορφή νοσοκομειακής περίθαλψης μόνο όταν υποστηρίζεται από σαφώς ορισμένους, ενιαία εφαρμοζόμενους και θεσμικά ελεγχόμενους δείκτες. Μέσω του παρόντος κεφαλαίου, αποδεικνύεται ότι διατίθενται όλα τα απαραίτητα εργαλεία για να καταστήσει αυτή τη μετάβαση εφικτή, αξιόπιστη και βιώσιμη σε εθνική κλίμακα.

3 Αρχιτεκτονική, Θεματικοί Άξονες και Δομή Εθνικού Συστήματος Δεικτών Νοσοκομειακής Φροντίδας Στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

3.1 Σκοπός και θεμελιώδεις αρχές του συστήματος δεικτών

Το Εθνικό Σύστημα Δεικτών της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) έχει σχεδιαστεί ώστε να αποτυπώνει με **συστηματικό, συγκρίσιμο και επιστημονικά τεκμηριωμένο τρόπο** την ποιότητα, την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και τη θεσμική ωριμότητα της παρεχόμενης κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας.

Το σύστημα δεν συνιστά απλή απαρίθμηση μεμονωμένων μετρήσεων, αλλά συγκροτεί **ενιαίο και δομημένο πλαίσιο κλινικής και διοικητικής διακυβέρνησης**, το οποίο επιτρέπει τη συνεχή εσωτερική παρακολούθηση και βελτίωση των μονάδων ΝΟΣΠΙ, την εθνική εποπτεία και τη συγκριτική αξιολόγηση από τον Οργανισμό Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΙΠΥ) και τη στήριξη τεκμηριωμένης λήψης αποφάσεων πολιτικής υγείας, βασισμένης σε αξιόπιστα και ομοιόμορφα δεδομένα.

Οι δείκτες έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε να καλύπτουν **όλο το φάσμα της λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ**, από την ασφάλεια και την κλινική πρακτική έως την εμπειρία ασθενούς, τη διακυβέρνηση και τη βιωσιμότητα του μοντέλου.

3.2 Λογική διαχωρισμού αξόνων και κωδικοποίησης δεικτών (Α–Ε)

Οι σαράντα τέσσερις (44) βασικοί δείκτες του Εθνικού Συστήματος ΝΟΣΠΙ οργανώνονται σε **πέντε (5) θεματικούς άξονες**, οι οποίοι κωδικοποιούνται με λατινικά γράμματα από το Α έως το Ε.

Η επιλογή λατινικών χαρακτήρων είναι **σκοπίμη και λειτουργική**, καθώς εξυπηρετεί:

1. τη διεθνή αναγνωσιμότητα και τεχνική σαφήνεια των παραδοτέων,
2. τη διαλειτουργικότητα με πληροφοριακά συστήματα, dashboards και εργαλεία ανάλυσης,
3. τη συμβατότητα με διεθνή πλαίσια ποιότητας και αξιολόγησης (όπως WHO, OECD, NHS),
4. την αποφυγή ασάφειας σε δίγλωσσα ή τεχνικά κείμενα.

Κάθε δείκτης φέρει **μοναδικό σύνθετο κωδικό**, ο οποίος αποτελείται από:

1. το γράμμα του θεματικού άξονα και
2. έναν αύξοντα αριθμό εντός του άξονα (π.χ. Α3, C5, E14).

Η κωδικοποίηση αυτή διασφαλίζει σταθερότητα, σαφή αναφορά και δυνατότητα μελλοντικής επέκτασης χωρίς αναδιάρθρωση του συστήματος.

3.3 Περιγραφή και εννοιολογικός ρόλος των θεματικών αξόνων

Άξονας Α – Ασφάλεια ασθενών (Patient Safety)

Ο Άξονας Α περιλαμβάνει δείκτες που αφορούν την πρόληψη βλάβης, τη διαχείριση κλινικών κινδύνων και τη τεκμηρίωση της ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας στο οικιακό περιβάλλον. Αποτελεί τον **θεμελιώδη πυλώνα του συστήματος**, καθώς η ΝΟΣΠΙ ορίζεται θεσμικά ως μορφή νοσοκομειακής φροντίδας και οφείλει να διασφαλίζει επίπεδο ασφάλειας ισοδύναμο με εκείνο της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.

Οι δείκτες του άξονα αυτού επιτρέπουν την έγκαιρη αναγνώριση κινδύνων, την παρακολούθηση ανεπιθύμητων συμβάντων και τη συστηματική βελτίωση της ασφάλειας.

Άξονας Β – Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες (Care Delivery & Operations)

Ο Άξονας Β αποτυπώνει την **ορθή και συνεπή εφαρμογή της ΝΟΣΠΙ στην καθημερινή λειτουργία**. Εστιάζει στη συμμόρφωση με θεσμοθετημένες διαδικασίες, στον συντονισμό της διεπιστημονικής ομάδας και στη λειτουργική συνοχή του μοντέλου.

Οι δείκτες του άξονα αυτού αξιολογούν το **πώς παρέχεται η φροντίδα**, ελέγχοντας αν η υπηρεσία λειτουργεί σύμφωνα με τον σχεδιασμό, τα πρωτόκολλα και τα προβλεπόμενα χρονοδιαγράμματα.

Άξονας C – Δεδομένα, τεκμηρίωση και ψηφιακή ωριμότητα

Ο Άξονας C αφορά την **ποιότητα, πληρότητα, εγκυρότητα και ασφάλεια των δεδομένων** που παράγονται στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ. Ο διακριτός διαχωρισμός του άξονα αυτού είναι κρίσιμος, καθώς τα δεδομένα αποτελούν **οριζόντια προϋπόθεση** για τη λειτουργία όλων των υπόλοιπων δεικτών.

Χωρίς αξιόπιστο Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (Minimum Data Set – MDS) και χωρίς συνεπή τεκμηρίωση, οι δείκτες ασφάλειας, ποιότητας και εμπειρίας δεν μπορούν να είναι ούτε συγκρίσιμοι ούτε αξιοποιήσιμοι σε εθνικό επίπεδο.

Άξονας D – Κλινική εμπειρία και συμμετοχή (Clinical Experience & Outcomes)

Ο Άξονας D αποτυπώνει τη **βιωματική και συμμετοχική διάσταση της φροντίδας**, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή και τον άτυπο φροντιστή. Περιλαμβάνει δείκτες που σχετίζονται με την επικοινωνία, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και τη συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ.

Λειτουργεί ως **γέφυρα μεταξύ κλινικών διαδικασιών και αντιλαμβανόμενων εκβάσεων**, αναδεικνύοντας τη σημασία της εμπειρίας ως κρίσιμου παράγοντα ασφάλειας και συνέχειας της φροντίδας.

Άξονας E – Διακυβέρνηση, ωριμότητα και βιωσιμότητα

Ο Άξονας E αποτελεί τον **στρατηγικό άξονα** του συστήματος δεικτών. Οι δείκτες του αποτυπώνουν τη θεσμική ενσωμάτωση της ΝΟΣΠΙ, την οργανωτική ωριμότητα, τη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, τη βιωσιμότητα και τη συνολική απόδοση των μονάδων.

Ο άξονας αυτός επιτρέπει την **εθνική συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking)** και υποστηρίζει τον μακροπρόθεσμο στρατηγικό σχεδιασμό της υπηρεσίας.

3.4 Οριστικοποιημένη λίστα βασικών δεικτών ΝΟΣΠΙ

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζεται η **οριστική και δεσμευτική λίστα των σαράντα τεσσάρων (44) βασικών δεικτών** του Εθνικού Συστήματος ΝΟΣΠΙ, με ενιαία ελληνική και αγγλική ορολογία,



όπως αυτοί έχουν εγκριθεί και θα χρησιμοποιηθούν στο σύνολο του παρόντος και των επόμενων κεφαλαίων.

A/A	Άξονας	Κωδικός	Ελληνικός τίτλος	Αγγλικός τίτλος
1	A	A1	Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων	Rate of serious adverse events
2	A	A2	Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης	Timely recognition and management of clinical deterioration
3	A	A3	Συμμόρφωση με κρίσιμα SOPs ασφάλειας	Compliance with critical safety SOPs
4	A	A4	Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής	Safe medication management
5	A	A5	Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων	Rate of preventable adverse events
6	A	A6	Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές	Unplanned readmission rate
7	A	A7	Ασφαλής διαχείριση επειγόντων περιστατικών	Emergency case management safety
8	A	A8	Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων	Incident reporting compliance
9	B	B1	Τήρηση κριτηρίων ένταξης ασθενών στη ΝΟΣΠΙ	Compliance with patient eligibility criteria
10	B	B2	Πληρότητα και ποιότητα κλινικής τεκμηρίωσης	Clinical documentation completeness and quality
11	B	B3	Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων κατ' οίκον	Scheduled home visit compliance
12	B	B4	Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ	Timely response of Hospital at Home team
13	B	B5	Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας	Multidisciplinary team coordination
14	B	B6	Χρήση τηλεπαρακολούθησης όπου προβλέπεται	Use of telemonitoring where applicable
15	B	B7	Τήρηση χρονοδιαγραμμάτων κλινικής φροντίδας	Care pathway timeline compliance
16	C	C1	Πληρότητα Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων (MDS)	Minimum Data Set completeness
17	C	C2	Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων	Data validity and consistency



18	C	C3	Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων	Timeliness of data entry
19	C	C4	Διαλειτουργικότητα πληροφοριακών συστημάτων	Systems interoperability
20	C	C5	Ασφάλεια και προστασία δεδομένων	Data security and protection
21	C	C6	Χρήση δεδομένων για βελτίωση ποιότητας	Use of data for quality improvement
22	C	C7	Πληρότητα και έγκαιρη αναφορά δεδομένων προς ΟΔΙΠΥ	Completeness and timeliness of reporting to ODIPY
23	D	D1	Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα	Clinical protocol compliance
24	D	D2	Τήρηση θεραπευτικών στόχων	Achievement of therapeutic goals
25	D	D3	Ποιότητα επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ	Quality of communication with the Hospital at Home team
26	D	D4	Συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή στη λήψη αποφάσεων	Patient and caregiver involvement in decision-making
27	D	D5	Επιβάρυνση και υποστήριξη άτυπου φροντιστή	Informal caregiver burden and support
28	D	D6	Συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ	Overall acceptance of the Hospital at Home model
29	D	D7	Συνέπεια και συνέχεια κλινικής παρακολούθησης	Continuity and consistency of clinical monitoring
30	E	E1	Ικανοποίηση ασθενούς	Patient satisfaction
31	E	E2	Ικανοποίηση φροντιστή	Caregiver satisfaction
32	E	E3	Κατανόηση θεραπευτικού πλάνου	Understanding of the care plan
33	E	E4	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια κατ' οίκον φροντίδας	Perceived safety of home-based hospital care
34	E	E5	Συνέχεια φροντίδας με το νοσοκομείο αναφοράς	Continuity of care with the referring hospital
35	E	E6	Ισότιμη πρόσβαση στη ΝΟΣΠΙ	Equitable access to Hospital at Home services
36	E	E7	Διαχείριση παραπόνων και ανατροφοδότησης	Complaints and feedback management



37	E	E8	Εκπαίδευση και επάρκεια προσωπικού ΝΟΣΠΙ	Training and competency of Hospital at Home staff
38	E	E9	Φόρτος εργασίας ομάδας ΝΟΣΠΙ	Hospital at Home team workload
39	E	E10	Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης προσωπικού	Burnout prevention and staff resilience
40	E	E11	Οργανωσιακή μάθηση από ανεπιθύμητα συμβάντα	Organisational learning from incidents
41	E	E12	Συμμόρφωση με το εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ	Compliance with the national Hospital at Home framework
42	E	E13	Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ	Hospital at Home unit maturity
43	E	E14	Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ	Overall performance of Hospital at Home unit
44	E	E15	Οικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα ΝΟΣΠΙ	Cost-effectiveness and financial sustainability

Πίνακας 2: Οριστικοποιημένη λίστα βασικών δεικτών ΝΟΣΠΙ (44 δείκτες)

3.5 Πρόσθετοι και εξειδικευμένοι δείκτες του Εθνικού Συστήματος ΝΟΣΠΙ

3.5.1 Σκοπός και θέση στο σύστημα δεικτών

Πέραν των σαράντα τεσσάρων (44) βασικών και υποχρεωτικών δεικτών (Άξονες Α–Ε), το παρόν περιλαμβάνει ένα σαφώς οριοθετημένο και θεσμικά ελεγχόμενο σύνολο **πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών**, το οποίο ενεργοποιείται επιλεκτικά ανάλογα με το κλινικό προφίλ του πληθυσμού, τις ανάγκες εποπτείας και το επίπεδο ωριμότητας της Μονάδας ΝΟΣΠΙ.

Οι δείκτες αυτοί έχουν συμπληρωματικό ρόλο, **δεν αντικαθιστούν** τους 44 βασικούς δείκτες, **δεν χρησιμοποιούνται** για γενικευμένη εθνική κατάταξη, εφαρμόζονται **μόνο όπου υπάρχει αντίστοιχο αντικείμενο φροντίδας** και όπου μπορούν να υποστηριχθούν με αξιόπιστη συλλογή δεδομένων και τελούν υπό **συντονισμό, κανόνες εφαρμογής και έγκριση** του ΟΔΙΠΥ.

3.5.2 Θεματική συγκρότηση και συνολικός αριθμός

Έχουν οριστικοποιηθεί **σαράντα επτά (47)** πρόσθετοι / εξειδικευμένοι δείκτες, οργανωμένοι στις εξής ομάδες:

- Παιδιατρικοί (PD): 7 Δείκτες
- Γηριατρικοί (G): 7 Δείκτες
- Ογκολογικοί (ON): 8 Δείκτες
- Παρηγορητικοί (P): 7 Δείκτες
- Επικοινωνία (C): 8 Δείκτες
- Φροντιστής (CG): 5 Δείκτες
- Ψηφιακή λειτουργία και κοινωνική διάσταση (F): 5 δείκτες



3.5.3 Λογική κωδικοποίησης (PD, G, ON, P, C, CG, F)

Η κωδικοποίηση των πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών βασίζεται σε πρόθεμα ομάδας και αύξοντα αριθμό:

- **PD** (Paediatric): Παιδιατρικοί
- **G** (Geriatric): Γηριατρικοί
- **ON** (Oncology): Ογκολογικοί
- **P** (Palliative): Παρηγορητικοί
- **C** (Communication): Επικοινωνία
- **CG** (Caregiver): Φροντιστής
- **F** (Digital/Functional/Social): Ψηφιακή λειτουργία και κοινωνική διάσταση

Η διάκριση αυτή είναι απαραίτητη ώστε να παραμένει αδιαμφισβήτητος ο εθνικός πυρήνας Α–Ε, ενώ το σύστημα διατηρεί δυνατότητα εμβάθυνσης χωρίς σύγχυση ή ασάφεια.

3.5.4 Οριστικοποιημένη λίστα σαράντα επτά (47) πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών του Εθνικού Συστήματος ΝΟΣΠΙ

A/A	Άξονας / Ομάδα	Κωδικός	Ελληνική ονομασία πρόσθετου/ εξειδικευμένου Δείκτη	Αγγλική ονομασία πρόσθετου/ εξειδικευμένου Δείκτη
1	Παιδιατρικοί	PD1	Ασφάλεια φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά	Paediatric medication safety
2	Παιδιατρικοί	PD2	Έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης	Early detection of deterioration (paediatric)
3	Παιδιατρικοί	PD3	Συμμόρφωση και επάρκεια γονέα / κηδεμόνα	Parental compliance and competence
4	Παιδιατρικοί	PD4	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια από γονέα	Parent-reported safety perception
5	Παιδιατρικοί	PD5	Φόρτος και άγχος γονέα / κηδεμόνα	Parental stress and burden
6	Παιδιατρικοί	PD6	Ψυχολογική ευεξία παιδιού	Child emotional wellbeing
7	Παιδιατρικοί	PD7	Σχολική και κοινωνική επανένταξη	School and social reintegration
8	Γηριατρικοί	G1	Πολυφαρμακία και αλληλεπιδράσεις	Polypharmacy and drug interactions
9	Γηριατρικοί	G2	Κίνδυνος πτώσεων	Risk of falls
10	Γηριατρικοί	G3	Γνωστική και λειτουργική κατάσταση	Cognitive and functional status



A/A	Άξονας / Ομάδα	Κωδικός	Ελληνική ονομασία πρόσθετου/ εξειδικευμένου Δείκτη	Αγγλική ονομασία πρόσθετου/ εξειδικευμένου Δείκτη
11	Γηριατρικοί	G4	Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία	Perceived functional independence
12	Γηριατρικοί	G5	Ποιότητα ζωής ηλικιωμένου	Quality of life in older adults
13	Γηριατρικοί	G6	Κοινωνική απομόνωση	Social isolation
14	Γηριατρικοί	G7	Αντιλαμβανόμενη αξιοπρέπεια	Perceived dignity
15	Ογκολογικοί	ON1	Διαχείριση συμπτωμάτων	Oncology symptom management
16	Ογκολογικοί	ON2	Συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα	Adherence to oncology regimens
17	Ογκολογικοί	ON3	Έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών	Early detection of complications
18	Ογκολογικοί	ON4	Φόρτος συμπτωμάτων	Patient-reported symptom burden
19	Ογκολογικοί	ON5	Ποιότητα ζωής ογκολογικού ασθενούς	Oncology quality of life
20	Ογκολογικοί	ON6	Επάρκεια κατ' οίκον υποστήριξης	Adequacy of home oncology care
21	Ογκολογικοί	ON7	Αντιλαμβανόμενη κόπωση	Cancer-related fatigue
22	Ογκολογικοί	ON8	Οικονομική επιβάρυνση θεραπείας	Financial toxicity
23	Παρηγορητικοί	P1	Έλεγχος πόνου	Pain control
24	Παρηγορητικοί	P2	Ποιότητα ζωής	Quality of life
25	Παρηγορητικοί	P3	Υποστήριξη οικογένειας	Family support
26	Παρηγορητικοί	P4	Αξιοπρέπεια και άνεση	Dignity and comfort
27	Παρηγορητικοί	P5	Ικανοποίηση οικογένειας	Family satisfaction
28	Παρηγορητικοί	P6	Πνευματικές ανάγκες	Spiritual wellbeing
29	Παρηγορητικοί	P7	Προετοιμασία τέλους ζωής	End-of-life preparedness
30	Επικοινωνία	C1	Πρόσβαση σε θεράποντα ιατρό	Access to treating physician
31	Επικοινωνία	C2	Έγκαιρη απόκριση ιατρού	Timely physician response



A/A	Άξονας / Ομάδα	Κωδικός	Ελληνική ονομασία πρόσθετου/ εξειδικευμένου Δείκτη	Αγγλική ονομασία πρόσθετου/ εξειδικευμένου Δείκτη
32	Επικοινωνία	C3	Σαφήνεια ιατρικών οδηγιών	Clarity of medical instructions
33	Επικοινωνία	C4	Συνέπεια πληροφόρησης	Information consistency
34	Επικοινωνία	C5	Εμπιστοσύνη στον ιατρό	Trust in physician
35	Επικοινωνία	C6	Επάρκεια υποστήριξης	Adequacy of support
36	Επικοινωνία	C7	Ασφάλεια μέσω επικοινωνίας	Safety via communication
37	Επικοινωνία	C8	Μείωση άγχους μέσω επικοινωνίας	Anxiety reduction
38	Φροντιστής	CG1	Πρόσβαση φροντιστή σε ιατρό	Caregiver access
39	Φροντιστής	CG2	Επάρκεια ενημέρωσης φροντιστή	Caregiver information adequacy
40	Φροντιστής	CG3	Υποστήριξη φροντιστή	Caregiver support
41	Φροντιστής	CG4	Ψυχική επιβάρυνση φροντιστή	Emotional burden
42	Φροντιστής	CG5	Ισορροπία ζωής-φροντίδας	Work-life balance
43	Ψηφιακή	F1	Αποδοχή τηλεπαρακολούθησης	Remote monitoring acceptance
44	Ψηφιακή	F2	Ψηφιακός γραμματισμός	Digital literacy
45	Ψηφιακή	F3	Αντιλαμβανόμενη ακρίβεια δεδομένων	Perceived data accuracy
46	Κοινωνική διάσταση	F4	Κοινωνική υποστήριξη	Social support
47	Κοινωνική διάσταση	F5	Κοινωνική απομόνωση	Social isolation

Πίνακας 3: Οριστικοποιημένη λίστα 47 πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών του Εθνικού Συστήματος ΝΟΣΠΙ

4 Διεθνής καθιέρωση, συγκρισιμότητα και δυναμική εξέλιξη του Συστήματος Δεικτών της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

Το σύστημα δεικτών που αναπτύσσεται στο παρόν για τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) συγκροτεί ένα **ενιαίο, πολυεπίπεδο και επιστημονικά θεμελιωμένο πλαίσιο αξιολόγησης**, το οποίο ενσωματώνει σύγχρονες διεθνείς προσεγγίσεις μέτρησης ποιότητας, ασφάλειας, κλινικής αποτελεσματικότητας και εμπειρίας φροντίδας.

Το παρόν περιλαμβάνει συνολικά **ενενήντα έναν (91) δείκτες**, οι οποίοι δεν λειτουργούν ως ανεξάρτητες μετρήσεις αλλά ως **συνεκτικό σύστημα**:

- **σαράντα τέσσερις (44) βασικοί δείκτες**, που αποτελούν τον υποχρεωτικό εθνικό πυρήνα αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ,
- **σαράντα επτά (47) πρόσθετοι / εξειδικευμένοι δείκτες**, οι οποίοι ενεργοποιούνται συμπληρωματικά, με σαφείς θεσμικές δικλίδες.

Κρίσιμο στοιχείο του σχεδιασμού είναι ότι οι έννοιες των **αναφερόμενων εκβάσεων από τους ασθενείς (Patient-Reported Outcome Measures – PROMs)** και της **αναφερόμενης εμπειρίας των ασθενών (Patient-Reported Experience Measures – PREMs)** δεν περιορίζονται στους πρόσθετους / εξειδικευμένους δείκτες, **αλλά διατρέχουν οριζόντια το σύνολο του συστήματος**, τόσο στους βασικούς όσο και στους εξειδικευμένους δείκτες, με διαφορετικό βαθμό και ρόλο ανάλογα με τον άξονα.

4.1 Διεθνής καθιέρωση πολυδιάστατων συστημάτων δεικτών στη νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι

Σε ώριμα συστήματα υγείας, η νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι αντιμετωπίζεται ως **πλήρης μορφή νοσοκομειακής περίθαλψης**, με αντίστοιχες απαιτήσεις τεκμηρίωσης ποιότητας και ασφάλειας. Η διεθνής πρακτική έχει πλέον εγκαταλείψει τα μονοδιάστατα συστήματα δεικτών που εστιάζουν αποκλειστικά σε κλινικές εκβάσεις ή λειτουργικές ροές.

Αντίθετα, διεθνείς οργανισμοί και εθνικά συστήματα υγείας υιοθετούν **μικτά συστήματα δεικτών**, τα οποία συνδυάζουν αντικειμενικούς κλινικούς και λειτουργικούς δείκτες, δείκτες διαδικασιών και συμμόρφωσης, δείκτες ποιότητας δεδομένων, δείκτες εμπειρίας και αντιλαμβανόμενης ασφάλειας και δείκτες εκβάσεων αναφερόμενων από ασθενείς και φροντιστές.

Το σύστημα της ΝΟΣΠΙ ενσωματώνει πλήρως αυτή τη διεθνή κατεύθυνση. Οι **44 βασικοί δείκτες** δεν είναι «σκληροί» μόνο τεχνικοί δείκτες. Περιλαμβάνουν ήδη:

- δείκτες εμπειρίας ασθενούς και φροντιστή,
- δείκτες επικοινωνίας,
- δείκτες αντιλαμβανόμενης ασφάλειας,
- δείκτες συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων,

δηλαδή **πυρήνα PREMs και PROMs**, θεσμοθετημένο σε εθνικό επίπεδο.

Οι **47 πρόσθετοι δείκτες** δεν εισάγουν τη φιλοσοφία PROMs/PREMs· την **εμβαθύνουν και την εξειδικεύουν** σε συγκεκριμένα κλινικά και πληθυσμιακά πεδία.

4.2 Συγκρισιμότητα και διεθνές benchmarking του συνόλου των 91 δεικτών

Η διεθνής συγκρισιμότητα στην υγεία δεν επιτυγχάνεται μέσω απλής αντιπαραβολής ποσοστών, αλλά μέσω της χρήσης **συγκρίσιμων εννοιολογικών πλαισίων**. Το σύστημα δεικτών της ΝΟΣΠΙ έχει σχεδιαστεί ώστε το σύνολο των 91 δεικτών να είναι **δομικά συγκρίσιμο** με αντίστοιχα διεθνή συστήματα.

Οι **44 βασικοί δείκτες** επιτρέπουν:

- σύγκριση επιπέδων ασφάλειας,
- αξιολόγηση κλινικής απόδοσης,
- αποτίμηση ποιότητας τεκμηρίωσης,
- σύγκριση εμπειρίας φροντίδας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Παράλληλα, οι δείκτες εμπειρίας και συμμετοχής που περιλαμβάνονται στους βασικούς άξονες (ιδίως στους Άξονες D και E) συνιστούν **εθνικά τυποποιημένα PREMs και PROMs**, πλήρως εναρμονισμένα με διεθνή πεδία αναφοράς.

Οι **47 πρόσθετοι / εξειδικευμένοι δείκτες** επιτρέπουν:

- διεθνή σύγκριση σε ειδικούς πληθυσμούς (παιδιατρικούς, γηριατρικούς, ογκολογικούς, παρηγορητικούς),
- συγκρισιμότητα σε επίπεδο εμπειρίας, συμπτωμάτων, ποιότητας ζωής και επιβάρυνσης φροντιστή,
- ευθυγράμμιση με διεθνείς βάσεις δεδομένων και μελέτες (π.χ. PaRIS – Patient-Reported Indicators Surveys, πρόγραμμα του OECD για δείκτες εμπειρίας και εκβάσεων ασθενών, PROMIS – Patient-Reported Outcomes Measurement Information System, σύστημα του NIH για τυποποιημένη μέτρηση αναφερόμενων εκβάσεων υγείας, EORTC – European Organisation for Research and Treatment of Cancer, ευρωπαϊκός οργανισμός με διεθνώς καθιερωμένα εργαλεία ποιότητας ζωής και εκβάσεων ασθενών).

Με τον τρόπο αυτό, η ΝΟΣΠΙ δεν συγκρίνεται μόνο ως σύστημα παροχής υπηρεσιών, αλλά και ως **σύστημα που παράγει αξία για τον ασθενή και τον φροντιστή**.

4.3 Ολιστική κάλυψη του κύκλου φροντίδας μέσω βασικών και εξειδικευμένων δεικτών

Η συνύπαρξη **44 βασικών και 47 εξειδικευμένων δεικτών** δεν αποτελεί ποσοτική υπερβολή, αλλά **αναγκαιότητα που απορρέει από τη φύση της υπηρεσίας**.

Οι **βασικοί δείκτες** καλύπτουν: **την ασφάλεια, τις διαδικασίες, τα δεδομένα, την εμπειρία, τη διακυβέρνηση**.

Οι **πρόσθετοι / εξειδικευμένοι δείκτες** καλύπτουν: **τη διαφοροποίηση κινδύνων και αναγκών, την κλινική πολυπλοκότητα, την ένταση εμπειρίας και επιβάρυνσης, την ποιότητα ζωής σε ειδικά πλαίσια φροντίδας**.

Σημαντικό είναι ότι **PROMs και PREMs δεν εμφανίζονται αποσπασματικά**. Αποτελούν **συνεκτικό άξονα μέτρησης**, ο οποίος: ξεκινά από τους βασικούς δείκτες, εξειδικεύεται στους πρόσθετους, και επιτρέπει ενιαία ανάλυση εμπειρίας και εκβάσεων σε όλα τα επίπεδα.

4.4 Δυναμικός χαρακτήρας και μελλοντική εξέλιξη του συστήματος

Το παρόν παραδίδει **δομή και μεθοδολογία**. Η ύπαρξη τυποποιημένων ταυτοτήτων δείκτη (Key Performance Indicator fiche – Δελτίο Ταυτότητας Δείκτη) επιτρέπει:

- επικαιροποίηση δεικτών,
- αναθεώρηση PROM/PREM εργαλείων,
- προσαρμογή σε νέες διεθνείς κατευθύνσεις.

Η ενσωμάτωση δεικτών αναφερόμενων εκβάσεων από τους ασθενείς (Patient-Reported Outcome Measures – PROMs) και δεικτών αναφερόμενης εμπειρίας των ασθενών (Patient-Reported Experience Measures – PREMs) ήδη από τον βασικό πυρήνα του συστήματος διασφαλίζει τη συμβατότητά του με τη σύγχρονη διεθνή στροφή προς την υγειονομική φροντίδα με βάση την αξία (value-based healthcare, δηλαδή μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας που εστιάζει στα κλινικά αποτελέσματα και στην εμπειρία του ασθενούς σε σχέση με τους χρησιμοποιούμενους πόρους), χωρίς να απαιτείται εκ των υστέρων αναδόμηση ή ανασχεδιασμός του πλαισίου.

4.5 Συνολική αποτίμηση

Θεμελιώνεται **ενιαίο εθνικό σύστημα 91 δεικτών** με βασικό πυρήνα και ελεγχόμενη εξειδίκευση, με οριζόντια ενσωμάτωση PROMs και PREMs, με διεθνή συγκρισιμότητα και με δυνατότητα διαχρονικής εξέλιξης.

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι δεν αξιολογείται μόνο ως κλινική υπηρεσία, αλλά ως **ολιστικό σύστημα φροντίδας**, ισοδύναμο με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, θεσμικά ελέγξιμο και πιστοποιημένο τεκμηριωμένο.

4.6 Πλήρης αντιστοίχιση των δεικτών ΝΟΣΠΙ με διεθνή συστήματα μέτρησης ποιότητας, ασφάλειας και εμπειρίας (44 βασικοί + 47 πρόσθετοι)

Το σύστημα δεικτών της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) περιλαμβάνει **ενενήντα έναν (91) δείκτες συνολικά**, εκ των οποίων:

- **44 βασικοί δείκτες**, κοινοί και υποχρεωτικοί για όλες τις μονάδες ΝΟΣΠΙ, και
- **47 πρόσθετοι / εξειδικευμένοι δείκτες**, οι οποίοι ενεργοποιούνται ανάλογα με το είδος της παρεχόμενης φροντίδας και τον πληθυσμό αναφοράς.

Η αντιστοίχιση των δεικτών αυτών με διεθνή συστήματα δεν γίνεται σε επίπεδο αριθμητικών τιμών, αλλά σε επίπεδο:

- **εννοιολογικής κατηγορίας δείκτη**,
- **τύπου μέτρησης (δομή – διαδικασία – έκβαση)**,
- **διεθνώς καθιερωμένων εργαλείων ή διεθνή πεδία μέτρησης**,
- **πλαισίων διακυβέρνησης ποιότητας**.

Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται ότι το σύστημα ΝΟΣΠΙ είναι **διεθνώς συγκρίσιμο**, οι δείκτες του είναι **αναγνωρίσιμοι από διεθνείς οργανισμούς** και η αξιολόγηση της ΝΟΣΠΙ δεν αποτελεί εθνική ιδιομορφία, αλλά εντάσσεται σε **παγκόσμια γλώσσα ποιότητας υγείας**.

4.6.1 Διεθνή πλαίσια αναφοράς για την αντιστοίχιση των δεικτών ΝΟΣΠΙ

Η πλήρης αντιστοίχιση των ενενήντα ενός (91) δεικτών της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) βασίζεται σε διεθνώς καθιερωμένα πλαίσια ποιότητας, ασφάλειας και εμπειρίας ασθενών, τα οποία χρησιμοποιούνται συστηματικά από εθνικά συστήματα υγείας, εθνικούς οργανισμούς και ακαδημαϊκά δίκτυα αξιολόγησης.

Τα βασικά διεθνή πλαίσια αναφοράς που αξιοποιούνται είναι τα εξής:

- **Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization – WHO):** Πλαίσια ασφάλειας ασθενών (Patient Safety), ανθρωποκεντρικής φροντίδας (People-centred care), υγιούς γήρανσης (Healthy Ageing), φαρμακευτικής ασφάλειας (Medication Safety) και παρηγορητικής φροντίδας (Palliative Care).
- **Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD):** Δείκτες ποιότητας συστημάτων υγείας, δείκτες γήρανσης και φροντιστών, καθώς και το πρόγραμμα **PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys)** για δείκτες αναφερόμενης εμπειρίας και εκβάσεων ασθενών και φροντιστών.
- **Εθνικό Σύστημα Υγείας Ηνωμένου Βασιλείου (National Health Service – NHS):** Πλαίσια Hospital at Home και Virtual Wards (εικονικές κλινικές), δείκτες εμπειρίας ασθενών (Patient-Reported Experience Measures – PREMs), δείκτες ασφάλειας και επιχειρησιακής λειτουργίας.
- **Σύστημα PROMIS (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System – Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας ΗΠΑ):** Τυποποιημένα εργαλεία αναφερόμενων εκβάσεων ασθενών (Patient-Reported Outcome Measures – PROMs) για κόπωση, άγχος, ψυχική ευεξία, λειτουργική κατάσταση και ποιότητα ζωής.
- **Διεθνείς ογκολογικοί οργανισμοί:** Ευρωπαϊκός Οργανισμός Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου (European Organisation for Research and Treatment of Cancer – EORTC), Αμερικανική Εταιρεία Κλινικής Ογκολογίας (American Society of Clinical Oncology – ASCO), Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ιατρικής Ογκολογίας (European Society for Medical Oncology – ESMO).
- **Σύστημα EuroQol (EQ-5D):** Διεθνές εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής και λειτουργικής αυτονομίας.

Η χρήση των παραπάνω πλαισίων διασφαλίζει ότι κάθε δείκτης του ΝΟΣΠΙ αντιστοιχεί σε **διεθνώς αναγνωρισμένο εννοιολογικό πεδίο μέτρησης** και όχι σε εθνικά απομονωμένη προσέγγιση.

4.6.2 Αντιστοίχιση των σαράντα τεσσάρων (44) βασικών δεικτών ΝΟΣΠΙ με διεθνή συστήματα

Οι σαράντα τέσσερις (44) βασικοί δείκτες της ΝΟΣΠΙ συγκροτούν τον **υποχρεωτικό εθνικό πυρήνα αξιολόγησης** και αντιστοιχίζονται άμεσα με διεθνείς κατηγορίες δεικτών που χρησιμοποιούνται σε προγράμματα κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας (Hospital at Home) και εικονικών κλινικών (Virtual Wards).

Ειδικότερα:

Οι δείκτες του **Άξονα Α – Ασφάλεια ασθενών (Patient Safety)** αντιστοιχούν σε:

- Πλαίσια ασφάλειας ασθενών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO Patient Safety Frameworks),



- Δείκτες ασφάλειας προγραμμάτων Hospital at Home του NHS,
- Δείκτες αποτρέψιμης βλάβης του ΟΟΣΑ (OECD preventable harm indicators).

Οι δείκτες του **Άξονα Β – Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες (Care Delivery & Operations)** αντιστοιχούν σε:

- Διεθνείς δείκτες ποιότητας παροχής φροντίδας (Service Delivery Quality Indicators),
- Πλαίσια λειτουργικής συνέπειας και τήρησης διαδικασιών του NHS.

Οι δείκτες του **Άξονα C – Δεδομένα, τεκμηρίωση και ψηφιακή ωριμότητα (Data, Documentation & Digital Maturity)** αντιστοιχούν σε:

- Δείκτες ψηφιακής υγείας του ΟΟΣΑ (OECD Digital Health Indicators),
- Πρότυπα ποιότητας και διακυβέρνησης δεδομένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Οι δείκτες του **Άξονα D – Κλινική εμπειρία και συμμετοχή (Clinical Experience & Outcomes)** αντιστοιχούν σε:

- Δείκτες εμπειρίας ασθενών (PREMs) και εκβάσεων (PROMs) του προγράμματος OECD PaRIS,
- Πλαίσια εμπειρίας ασθενών του NHS (Patient Experience Framework).

Οι δείκτες του **Άξονα Ε – Διακυβέρνηση, ωριμότητα και βιωσιμότητα (Governance, Maturity & Sustainability)** αντιστοιχούν σε:

- Δείκτες απόδοσης και βιωσιμότητας συστημάτων υγείας του ΟΟΣΑ,
- Πλαίσια θεσμικής διακυβέρνησης και εποπτείας του WHO.

Με την αντιστοίχιση αυτή, οι βασικοί δείκτες της ΝΟΣΠΙ εντάσσονται πλήρως στη διεθνή γλώσσα ποιότητας και ασφάλειας υπηρεσιών υγείας.

4.6.3 Αντιστοίχιση των σαράντα επτά (47) πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών

Οι σαράντα επτά (47) πρόσθετοι / εξειδικευμένοι δείκτες της ΝΟΣΠΙ αντιστοιχίζονται σε διεθνή εργαλεία και εξειδικευμένα πεδία μέτρησης, ανά κατηγορία πληθυσμού ή τύπο φροντίδας.

Παιδιατρικοί δείκτες (7)

Αντιστοίχιση με:

- Συστήματα έγκαιρης προειδοποίησης παιδιατρικών ασθενών (Paediatric Early Warning Systems – PEWS),
- Πλαίσια παιδιατρικής ασφάλειας του WHO,
- Παιδιατρικά εργαλεία PROMIS (PROMIS Pediatric).

Γηριατρικοί δείκτες (7)



Αντιστοίχιση με:

- Πλαίσια υγιούς γήρανσης του ΟΟΣΑ και του WHO,
- Εργαλεία ποιότητας ζωής και λειτουργικής αυτονομίας (WHOQOL-OLD, EQ-5D),
- Δείκτες γνωστικής και λειτουργικής κατάστασης.

Ογκολογικοί δείκτες (8)

Αντιστοίχιση με:

- Δείκτες ποιότητας ογκολογικής φροντίδας (ASCO, ESMO),
- Εργαλεία ποιότητας ζωής καρκινοπαθών (EORTC QLQ-C30),
- Κλίμακες εκτίμησης συμπτωμάτων (Edmonton Symptom Assessment System – ESAS).

Παρηγορητικοί δείκτες (7)

Αντιστοίχιση με:

- Πλαίσια ποιότητας παρηγορητικής φροντίδας του WHO,
- Δείκτες τέλους ζωής του NHS (End-of-Life Care),
- Εργαλεία αξιοπρέπειας και άνεσης (Patient Dignity Inventory).

Δείκτες επικοινωνίας (8)

Αντιστοίχιση με:

- Δείκτες πρόσβασης, επικοινωνίας και εμπιστοσύνης του OECD PaRIS,
- Πλαίσια ανθρωποκεντρικής φροντίδας του WHO,
- Δείκτες εμπειρίας επικοινωνίας του NHS.

Δείκτες φροντιστή (5)

Αντιστοίχιση με:

- Δείκτες επιβάρυνσης και υποστήριξης φροντιστών του ΟΟΣΑ,
- Εργαλεία αξιολόγησης επιβάρυνσης (Zarit Burden Interview, CarerQoL).

Ψηφιακοί και κοινωνικοί δείκτες (5)



Αντιστοίχιση με:

- Πλαίσια ψηφιακής υγείας του WHO και του OECD,
- Δείκτες κοινωνικής υποστήριξης και κοινωνικής απομόνωσης (MOS Social Support Survey, UCLA Loneliness Scale).

4.6.4 Οριζόντια ενσωμάτωση δεικτών αναφερόμενων εκβάσεων και εμπειρίας (PROMs και PREMs)

Στο σύστημα των ενενήντα ενός (91) δεικτών της ΝΟΣΠΙ, οι δείκτες:

- **Αναφερόμενων Εκβάσεων από τον Ασθενή (Patient-Reported Outcome Measures – PROMs)** και
- **Αναφερόμενης Εμπειρίας από τον Ασθενή ή τον Φροντιστή (Patient-Reported Experience Measures – PREMs)**

δεν περιορίζονται στους πρόσθετους δείκτες, αλλά **διατρέχουν οριζόντια και τους βασικούς δείκτες**.

Οι δείκτες αυτοί αποτελούν βασικό στοιχείο διεθνούς συγκρισιμότητας, αξιολόγησης αξίας (value-based αξιολόγηση), και σύγχρονων μοντέλων Hospital at Home.

4.6.5 Αποτίμηση της διεθνούς αντιστοίχισης

Η πλήρης αντιστοίχιση των ενενήντα ενός (91) δεικτών της ΝΟΣΠΙ αποδεικνύει ότι το παρόν:

- βασίζεται αποκλειστικά σε διεθνώς καθιερωμένα εννοιολογικά πλαίσια,
- επιτρέπει ουσιαστική διεθνή συγκρισιμότητα και benchmarking,
- καλύπτει το σύνολο των διαστάσεων ποιότητας, ασφάλειας, εμπειρίας και διακυβέρνησης,
- και συγκροτεί ένα θεσμικά ώριμο και επιστημονικά τεκμηριωμένο σύστημα αξιολόγησης.

4.6.6 Πίνακας Αντιστοίχισης (Crosswalk) 91 Δεικτών

Α. Βασικοί δείκτες (44)

A/A	Άξονας	Κωδικός	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Ενδεικτικό διεθνές σύστημα/πλαίσιο αντιστοίχισης	Βιβλιογραφία – κωδικός)
1	A	A1	Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων	Rate of serious adverse events	WHO Patient Safety, incident learning	WHO-PS-IRLS
2	A	A2	Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης	Timely recognition and management of clinical deterioration	NHS acute deterioration / escalation	NHS-ESC



A/A	Άξονας	Κωδικός	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Ενδεικτικό διεθνές σύστημα/πλαίσιο αντιστοίχισης	Βιβλιογραφία – κωδικός)
3	A	A3	Συμμόρφωση με κρίσιμες Τυποποιημένες Διαδικασίες Λειτουργίας ασφάλειας (SOPs)	Compliance with critical safety Standard Operating Procedures (SOPs)	NHS clinical governance	NHS-CG
4	A	A4	Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής	Safe medication management	WHO Medication Safety	WHO-MED
5	A	A5	Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων	Rate of preventable adverse events	WHO Patient Safety frameworks	WHO-PS-FWK
6	A	A6	Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές	Unplanned readmission rate	Hospital at Home evaluation sets	NHS-HAH
7	A	A7	Ασφαλής διαχείριση επειγόντων περιστατικών	Emergency case management safety	NHS urgent escalation	NHS-ESC
8	A	A8	Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων	Incident reporting compliance	WHO IRLS, safety reporting	WHO-PS-IRLS
9	B	B1	Τήρηση κριτηρίων ένταξης ασθενών στη ΝΟΣΠΙ	Compliance with patient eligibility criteria	Hospital at Home governance	NHS-HAH
10	B	B2	Πληρότητα και ποιότητα κλινικής τεκμηρίωσης	Clinical documentation completeness and quality	WHO documentation / data quality	WHO-DQ
11	B	B3	Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων κατ' οίκον	Scheduled home visit compliance	Virtual wards operations	NHS-VW
12	B	B4	Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ	Timely response of Hospital at Home team	Virtual wards response times	NHS-VW
13	B	B5	Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας	Multidisciplinary team coordination	Integrated care / MDT	WHO-IC



A/A	Άξονας	Κωδικός	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Ενδεικτικό διεθνές σύστημα/πλαίσιο αντιστοίχισης	Βιβλιογραφία – κωδικός)
14	B	B6	Χρήση τηλεπαρακολούθησης όπου προβλέπεται	Use of telemonitoring where applicable	NHS Virtual Wards (remote monitoring)	NHS-VW
15	B	B7	Τήρηση χρονοδιαγράμματος κύκλου κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας	Clinical episode timeline compliance	Hospital at Home pathways	NHS-HAH
16	C	C1	Πληρότητα Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων (MDS)	Minimum Data Set (MDS) completeness	WHO data quality toolkits	WHO-DQ
17	C	C2	Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων	Data validity and consistency	WHO Data Quality Review	WHO-DQ
18	C	C3	Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων	Timeliness of data entry	WHO DQ dimensions	WHO-DQ
19	C	C4	Διαλειτουργικότητα πληροφοριακών συστημάτων	Systems interoperability	WHO digital health	WHO-DH
20	C	C5	Ασφάλεια και προστασία δεδομένων	Data security and protection	GDPR-aligned governance (EU)	EU-GDPR
21	C	C6	Χρήση δεδομένων για βελτίωση ποιότητας	Use of data for quality improvement	IHI Model for Improvement	IHI-QI
22	C	C7	Πληρότητα και έγκαιρη αναφορά δεδομένων προς ΟΔΙΠΥ	Completeness and timeliness of reporting to ODIPY	WHO DQ + national reporting	WHO-DQ
23	D	D1	Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα	Clinical protocol compliance	Clinical governance	NHS-CG
24	D	D2	Τήρηση θεραπευτικών στόχων	Achievement of therapeutic goals	Outcomes-based evaluation	OECD-OUT
25	D	D3	Ποιότητα επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ	Quality of communication with the HaH team	PREMs communication domains	OECD-PaRIS
26	D	D4	Συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή στη λήψη αποφάσεων	Patient and caregiver	Person-centred care	WHO-PCC



A/A	Άξονας	Κωδικός	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Ενδεικτικό διεθνές σύστημα/πλαίσιο αντιστοίχισης	Βιβλιογραφία – κωδικός)
				involvement in decision-making		
27	D	D5	Επιβάρυνση και υποστήριξη άτυπου φροντιστή	Informal caregiver burden and support	Caregiver domains	OECD-PaRIS
28	D	D6	Συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ	Overall acceptance of the Hospital at Home model	Experience measures	OECD-PaRIS
29	D	D7	Συνέπεια και συνέχεια κλινικής παρακολούθησης	Continuity and consistency of clinical monitoring	Virtual wards continuity	NHS-VW
30	E	E1	Ικανοποίηση ασθενούς	Patient satisfaction	PREMs / patient experience	OECD-PaRIS
31	E	E2	Ικανοποίηση φροντιστή	Caregiver satisfaction	Caregiver experience	OECD-PaRIS
32	E	E3	Κατανόηση θεραπευτικού πλάνου	Understanding of the care plan	Health literacy / PCC	WHO-PCC
33	E	E4	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας	Perceived safety of home-based hospital care	Safety experience items	NHS-EXP
34	E	E5	Συνέχεια φροντίδας με το νοσοκομείο αναφοράς	Continuity of care with the referring hospital	Integrated care transitions	WHO-IC
35	E	E6	Ισότιμη πρόσβαση στη ΝΟΣΠΙ	Equitable access to Hospital at Home services	Equity dimension	WHO-QoC
36	E	E7	Διαχείριση παραπόνων και ανατροφοδότησης	Complaints and feedback management	Patient experience governance	NHS-CG
37	E	E8	Εκπαίδευση και επάρκεια προσωπικού ΝΟΣΠΙ	Training and competency of Hospital at Home staff	Workforce capability	NHS-WF
38	E	E9	Φόρτος εργασίας ομάδας ΝΟΣΠΙ	Hospital at Home team workload	Workforce planning	NHS-WF



A/A	Άξονας	Κωδικός	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Ενδεικτικό διεθνές σύστημα/πλαίσιο αντιστοίχισης	Βιβλιογραφία – κωδικός)
39	E	E10	Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης προσωπικού	Burnout prevention and staff resilience	Workforce wellbeing	NHS-WF
40	E	E11	Οργανωσιακή μάθηση από ανεπιθύμητα συμβάντα	Organisational learning from incidents	WHO incident learning	WHO-PS-IRLS
41	E	E12	Συμμόρφωση με το εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ	Compliance with the national Hospital at Home framework	National governance	GR-NAT
42	E	E13	Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ	Hospital at Home unit maturity	Maturity models	NHS-CG
43	E	E14	Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ	Overall performance of Hospital at Home unit	Composite performance	OECD-OUT
44	E	E15	Οικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα ΝΟΣΠΙ	Cost-effectiveness and financial sustainability	OECD health system performance	OECD-HSP

Πίνακας 4: Αντιστοίχιση (Crosswalk) 44 Δεικτών

Β. Πρόσθετοι/Εξειδικευμένοι δείκτες (47)

A/A	Άξονας/ Ομάδα	Κωδικός	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Ενδεικτικό διεθνές σύστημα/ πλαίσιο αντιστοίχισης	Βιβλιογραφία (APA/Harvard – κωδικός)
1	Παιδιατρικοί	PD1	Ασφάλεια φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά	Paediatric medication safety	WHO Medication Safety	WHO-MED
2	Παιδιατρικοί	PD2	Έγκαιρη αναγνώριση	Early detection of	PEWS / NHS paediatrics	NHS-PEWS



A/A	Άξονας/ Ομάδα	Κωδικός	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Ενδεικτικό διεθνές σύστημα/ πλαίσιο αντιστοίχισης	Βιβλιογραφία (APA/Harvard – κωδικός)
			κλινικής επιδείνωσης (παιδιατρική)	deterioration (paediatric)		
3	Παιδιατρικοί	PD3	Συμμόρφωση και επάρκεια γονέα/κηδεμόνα	Parental compliance and competence	WHO person- centred care	WHO-PCC
4	Παιδιατρικοί	PD4	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια από γονέα	Parent- reported safety perception	NHS experience/PRE Ms	NHS-EXP
5	Παιδιατρικοί	PD5	Φόρτος και άγχος γονέα/κηδεμόνα	Parental stress and burden	Caregiver- reported outcomes	ZARIT / CSI
6	Παιδιατρικοί	PD6	Ψυχολογική ευεξία παιδιού	Child emotional wellbeing	PROMIS paediatric	PROMIS- PED
7	Παιδιατρικοί	PD7	Σχολική και κοινωνική επανάταξη	School and social reintegration	PROMIS paediatric domains	PROMIS- PED
8	Γηριατρικοί	G1	Πολυφαρμακία και αλληλεπιδράσεις	Polypharmacy and drug interactions	STOPP/START	STOPP- START
9	Γηριατρικοί	G2	Κίνδυνος πτώσεων	Risk of falls	Morse / STRATIFY	FALLS- MORSE
10	Γηριατρικοί	G3	Γνωστική και λειτουργική κατάσταση	Cognitive and functional status	MoCA + Barthel	MOCA / BARTHEL
11	Γηριατρικοί	G4	Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία	Perceived functional independence	EQ-5D	EQ-5D



A/A	Άξονας/ Ομάδα	Κωδικός	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Ενδεικτικό διεθνές σύστημα/ πλαίσιο αντιστοίχισης	Βιβλιογραφία (APA/Harvard – κωδικός)
12	Γηριατρικοί	G5	Ποιότητα ζωής ηλικιωμένου	Quality of life in older adults	WHOQOL-OLD	WHOQOL-OLD
13	Γηριατρικοί	G6	Κοινωνική απομόνωση	Social isolation	UCLA Loneliness	UCLA
14	Γηριατρικοί	G7	Αντιλαμβανόμενη αξιοπρέπεια	Perceived dignity	Patient Dignity Inventory	PDI
15	Ογκολογικοί	ON1	Διαχείριση συμπτωμάτων	Oncology symptom management	ESAS-r	ESAS-R
16	Ογκολογικοί	ON2	Συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα	Adherence to oncology regimens	ESMO quality indicators	ESMO-QI
17	Ογκολογικοί	ON3	Έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών	Early detection of complications	ASCO escalation pathways	ASCO-ESC
18	Ογκολογικοί	ON4	Φορτίο συμπτωμάτων	Patient- reported symptom burden	ESAS / CCO	ESAS-R
19	Ογκολογικοί	ON5	Ποιότητα ζωής ογκολογικού ασθενούς	Oncology quality of life	EORTC QLQ-C30	EORTC-C30
20	Ογκολογικοί	ON6	Επάρκεια κατ'οίκον υποστήριξης	Adequacy of home oncology care	NHS cancer experience	NHS-CAN-EXP
21	Ογκολογικοί	ON7	Αντιλαμβανόμενη ή κόπωση	Cancer- related fatigue	PROMIS Fatigue	PROMIS-FAT
22	Ογκολογικοί	ON8	Οικονομική τοξικότητα θεραπείας	Financial toxicity	COST	COST



A/A	Άξονας/ Ομάδα	Κωδικός	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Ενδεικτικό διεθνές σύστημα/ πλαίσιο αντιστοίχισης	Βιβλιογραφία (APA/Harvard – κωδικός)
23	Παρηγορητικό ί	P1	Έλεγχος πόνου	Pain control	NRS/BPI	BPI
24	Παρηγορητικό ί	P2	Ποιότητα ζωής	Quality of life	WHOQOL/McGi II QOL	WHO-QoL
25	Παρηγορητικό ί	P3	Υποστήριξη οικογένειας	Family support	OECD caregiver domains	OECD- PaRIS
26	Παρηγορητικό ί	P4	Αξιοπρέπεια και άνεση	Dignity and comfort	PDI	PDI
27	Παρηγορητικό ί	P5	Ικανοποίηση οικογένειας	Family satisfaction	FAMCARE	FAMCARE
28	Παρηγορητικό ί	P6	Πνευματικές ανάγκες	Spiritual wellbeing	FACIT-Sp	FACIT-SP
29	Παρηγορητικό ί	P7	Προετοιμασία τέλους ζωής	End-of-life preparednes s	VOICES	VOICES
30	Επικοινωνία	C1	Πρόσβαση σε θεράποντα ιατρό	Access to treating physician	OECD PaRIS access	OECD- PaRIS
31	Επικοινωνία	C2	Έγκαιρη απόκριση ιατρού	Timely physician response	NHS Virtual Wards PREMs	NHS-VW
32	Επικοινωνία	C3	Σαφήνεια ιατρικών οδηγιών	Clarity of medical instructions	NHS communication PREMs	NHS-EXP
33	Επικοινωνία	C4	Συνέπεια πληροφόρησης	Information consistency	WHO person- centred	WHO-PCC
34	Επικοινωνία	C5	Εμπιστοσύνη στον ιατρό	Trust in physician	OECD trust items	OECD- PaRIS
35	Επικοινωνία	C6	Επάρκεια υποστήριξης	Adequacy of support	OECD support domains	OECD- PaRIS
36	Επικοινωνία	C7	Ασφάλεια μέσω επικοινωνίας	Safety via communicat ion	NHS safety experience	NHS-EXP



A/A	Άξονας/ Ομάδα	Κωδικός	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Ενδεικτικό διεθνές σύστημα/ πλαίσιο αντιστοίχισης	Βιβλιογραφία (APA/Harvard – κωδικός)
37	Επικοινωνία	C8	Μείωση άγχους μέσω επικοινωνίας	Anxiety reduction	PROMIS Anxiety	PROMIS- ANX
38	Φροντιστής	CG1	Πρόσβαση φροντιστή σε ιατρό	Caregiver access	OECD caregiver access	OECD- PaRIS
39	Φροντιστής	CG2	Επάρκεια ενημέρωσης φροντιστή	Caregiver information adequacy	NHS carers domains	NHS-CAR
40	Φροντιστής	CG3	Υποστήριξη φροντιστή	Caregiver support	WHO integrated care	WHO-IC
41	Φροντιστής	CG4	Ψυχική επιβάρυνση φροντιστή	Emotional burden	Zarit	ZARIT
42	Φροντιστής	CG5	Ισορροπία ζωής– φροντίδας	Work–life balance	CarerQoL	CARERQO L
43	Ψηφιακή	F1	Αποδοχή τηλεπαρακολούθη- σης	Remote monitoring acceptance	NHS Virtual Wards PREMs	NHS-VW
44	Ψηφιακή	F2	Ψηφιακός γραμματισμός	Digital literacy	eHEALS	EHEALS
45	Ψηφιακή	F3	Αντιλαμβανόμεν- η ακρίβεια δεδομένων	Perceived data accuracy	OECD digital health items	OECD-DH
46	Κοινωνική διάσταση	F4	Κοινωνική υποστήριξη	Social support	MOS Social Support Survey	MOS-SSS
47	Κοινωνική διάσταση	F5	Κοινωνική απομόνωση	Social isolation	UCLA Loneliness Scale	UCLA

Πίνακας 5: Αντιστοίχιση (Crosswalk) 47 Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών

5 Τι δεν Μετράται Στο Σύστημα Δεικτών της ΝΟΣΠΙ και Γιατί

Η ανάπτυξη ενός εθνικού συστήματος δεικτών για τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) προϋποθέτει όχι μόνο τον σαφή ορισμό του τι μετράται, αλλά και τη συνειδητή, τεκμηριωμένη επιλογή του τι **δεν** μετράται. Η επιλογή αυτή δεν αποτελεί υστέρηση του συστήματος. Αντιθέτως, είναι στοιχείο επιστημονικής εγκυρότητας και θεσμικής ωριμότητας, διότι προστατεύει τη ΝΟΣΠΙ από μετρήσεις που οδηγούν σε στρεβλώσεις, παρερμηνείες ή μη αξιοποιήσιμα αποτελέσματα.

Υιοθετείται η διεθνώς αποδεκτή αρχή ότι ένα λειτουργικό σύστημα δεικτών οφείλει να είναι σαφές, εφαρμόσιμο στην πράξη, συγκρίσιμο και μεθοδολογικά **αναπαραγώγιμο** (δηλαδή να οδηγεί στο ίδιο αποτέλεσμα όταν εφαρμόζεται με τον ίδιο τρόπο). Για να επιτευχθεί αυτό, προσδιορίζονται ρητά κατηγορίες παραμέτρων που **δεν** εντάσσονται στο σύστημα, επειδή είτε δεν υφίσταται εθνική τυποποίηση, είτε δεν υπάρχει θεσμική ωριμότητα, είτε η μέτρησή τους δεν εξυπηρετεί τον σκοπό της εθνικής αξιολόγησης.

5.1 Παράμετροι που δεν μετρούνται λόγω απουσίας εθνικής τυποποίησης

Ορισμένες παράμετροι προϋποθέτουν ενιαίους, θεσμικά κατοχυρωμένους ορισμούς και κοινή μεθοδολογία σε εθνικό επίπεδο. Στην παρούσα φάση ανάπτυξης της ΝΟΣΠΙ, αυτή η τυποποίηση δεν υφίσταται ακόμη για όλες τις πιθανές διαστάσεις μέτρησης.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το **απόλυτο κόστος** ανά ασθενή ή ανά **περίοδο κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας**. Η μη ένταξή του στο σύστημα δεικτών αιτιολογείται διότι δεν έχει ακόμη οριστεί ενιαίο κοστολογικό μοντέλο για τη ΝΟΣΠΙ, οι δομές κόστους διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ μονάδων (π.χ. στελέχωση, γεωγραφική κάλυψη, τεχνολογική υποστήριξη, συμβάσεις προμηθειών), και η πρόωρη εισαγωγή ενός τέτοιου δείκτη θα παρήγαγε μη συγκρίσιμα και δυνητικά παραπλανητικά αποτελέσματα.

Αντί της άμεσης κοστολόγησης, η αποδοτικότητα αποτιμάται στην παρούσα φάση **έμμεσα** μέσω δεικτών που συσχετίζονται τεκμηριωμένα με κατανάλωση πόρων και ασφάλεια, όπως οι μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές, οι μεταφορές σε νοσοκομείο, η διάρκεια της περιόδου φροντίδας και η επίτευξη θεραπευτικών στόχων.

5.2 Παράμετροι που δεν μετρούνται για την αποφυγή στρεβλωτικών κινήτρων

Η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει ότι ορισμένοι δείκτες, όταν χρησιμοποιηθούν ως «δείκτες κατάταξης» (*ranking indicators*, δείκτες ιεράρχησης/κατάταξης), μπορούν να μεταβάλλουν ανεπιθύμητα τη συμπεριφορά των φορέων, να οδηγήσουν σε «βελτιστοποίηση του αριθμού» αντί της ποιότητας και να ενισχύσουν πρακτικές επιλογής ευκολότερων περιστατικών.

Για τον λόγο αυτό, δεν εντάσσονται δείκτες που αποσκοπούν σε δημόσια κατάταξη μονάδων ή επαγγελματιών, ούτε δομείται λογική «καλύτερος-χειρότερος». Η συγκριτική αξιολόγηση προδιαγράφεται να γίνεται με κλινικά υπεύθυνο τρόπο: μέσω ανάλυσης τάσεων στον χρόνο, εντοπισμού αποκλίσεων από αναμενόμενα πρότυπα και στοχευμένης υποστήριξης των μονάδων, όχι μέσω τιμωρητικής χρήσης των αποτελεσμάτων.

5.3 Παράμετροι που δεν μετρούνται λόγω περιορισμένης ερμηνευτικής αξίας

Το παρόν αποκλείει μετρήσεις που, αν και φαίνονται ελκυστικές ως «απόλυτοι αριθμοί», έχουν χαμηλή ερμηνευτική αξία όταν αποσπαστούν από το πλαίσιο κινδύνου, πληθυσμού και έκθεσης. Στη ΝΟΣΠΙ δεν αρκεί να αναφερθεί ότι «συνέβησαν Χ γεγονότα», αν δεν γνωρίζουμε τον πληθυσμό αναφοράς και το επίπεδο έκθεσης.

Συνεπώς, στο σύστημα δεικτών δεν αποτυπώνονται μεμονωμένα κλινικά γεγονότα ως «αριθμοί» χωρίς σύνδεση με παρονομαστή, δεν καταγράφονται απόλυτες συχνότητες χωρίς σαφές πλαίσιο αναλογίας, ρυθμού ή τάσης και δεν θεωρείται δείκτης οποιαδήποτε καταγραφή που δεν οδηγεί σε συγκρίσιμη ερμηνεία.

Με αυτόν τον τρόπο, η μέτρηση διατηρεί τον χαρακτήρα της ως εργαλείο βελτίωσης και όχι ως απλή περιγραφή δραστηριότητας.

5.4 Παράμετροι που δεν μετρούνται για λόγους δεοντολογίας και προστασίας δεδομένων

Το παρόν σχεδιάζει το σύστημα δεικτών με σεβασμό στις αρχές δεοντολογίας, προστασίας προσωπικών δεδομένων και αποφυγής έμμεσης διάκρισης ή στιγματισμού. Για τον λόγο αυτό δεν εντάσσονται δείκτες που απαιτούν συλλογή ή ανάλυση κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών σε ατομικό επίπεδο, ούτε δείκτες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε έμμεση ταυτοποίηση ή σε συσχετίσεις χωρίς κλινική αναγκαιότητα.

Η ισότιμη πρόσβαση και η δικαιοσύνη στη φροντίδα αποτιμώνται λειτουργικά και οργανωτικά, μέσω δεικτών κάλυψης, συνέχειας φροντίδας, γεωγραφικής διασποράς και συνέπειας εφαρμογής του εθνικού πλαισίου, χωρίς να απαιτείται «ευαίσθητη» ατομική ταξινόμηση.

5.5 Παράμετροι που δεν μετρούνται σε πρώιμο στάδιο ωρίμανσης του συστήματος

Η διεθνής πρακτική τεκμηριώνει ότι τα συστήματα δεικτών πρέπει να αναπτύσσονται σταδιακά, ώστε να αποφεύγεται η υπερφόρτωση με μετρήσεις που απαιτούν υψηλή στατιστική ωριμότητα ή πλήρως σταθεροποιημένες ροές δεδομένων.

Στο πλαίσιο αυτό, το παρόν δεν ενσωματώνει, στην παρούσα φάση σύνθετους δείκτες **προσαρμογής ως προς τον κίνδυνο** (*risk adjustment*, προσαρμογή για διαφορές βαρύτητας/κινδύνου) σε εθνική κλίμακα, πριν σταθεροποιηθούν οι κοινές μεταβλητές και η ποιότητα καταγραφής τους, **προγνωστικούς δείκτες** (*predictive indicators*, δείκτες πρόγνωσης/πρόβλεψης), οι οποίοι προϋποθέτουν μεγάλα ιστορικά σύνολα δεδομένων και ισχυρή υποδομή αναλυτικής επεξεργασίας και δείκτες που εξαρτώνται από ψηφιακές υποδομές που δεν είναι ακόμη ομοιόμορφα διαθέσιμες ή λειτουργικά ώριμες σε όλες τις μονάδες.

Η μη ένταξή τους δεν σημαίνει απόρριψη της αξίας τους. Σημαίνει θεσμική επιλογή χρονισμού: πρώτα σταθεροποιείται ο πυρήνας μέτρησης, μετά ενσωματώνονται πιο σύνθετες προσεγγίσεις.

5.6 Σχέση με τον δυναμικό χαρακτήρα του συστήματος δεικτών

Η ρητή περιγραφή του τι δεν μετράτε δεν αποτελεί «λίστα αποκλεισμών». Αποτελεί διατύπωση θεσμικής υπευθυνότητας, συμβατή με τον δυναμικό χαρακτήρα του συστήματος. Το παρόν θέτει θεμέλια λειτουργικής συγκρισιμότητας, προστατεύει τη ΝΟΣΠΙ από πρόωρες μετρήσεις που δεν μπορούν να ερμηνευθούν αξιόπιστα και δημιουργεί τη μεθοδολογική βάση ώστε, όταν ωριμάσουν οι προϋποθέσεις, να ενσωματωθούν νέοι δείκτες με ελεγχόμενο και επιστημονικά ασφαλή τρόπο.

5.7 Συμπέρασμα

Το κεφάλαιο «Τι δεν μετράται και γιατί» αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του παρόντος, διότι τεκμηριώνει ότι το σύστημα δεικτών της ΝΟΣΠΙ δεν επιδιώκει να μετρήσει τα πάντα, αλλά να μετρήσει **όσα έχουν πραγματική ερμηνευτική και διοικητική αξία**, με τρόπο επιστημονικά ορθό, θεσμικά ασφαλή και λειτουργικά εφαρμόσιμο.



Με αυτή την προσέγγιση, η ΝΟΣΠΙ αποκτά ένα σύστημα αξιολόγησης που οδηγεί σε ουσιαστικά συμπεράσματα, ενεργοποιεί βελτιώσεις και ενισχύει τη θεσμική αξιοπιστία της υπηρεσίας, χωρίς να επιβαρύνεται από μετρήσεις που δεν μπορούν ακόμη να στηριχθούν με ακρίβεια, ισοτιμία και συνέπεια.



6 Αναλυτική Ανάπτυξη Ταυτοτήτων Δεικτών (Indicator Profiles / KPI Fiches) του Εθνικού Συστήματος Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

6.1 Δείκτης A1 – Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων (A1 – Rate of serious adverse events)

6.1.1 Εισαγωγικό πλαίσιο και σκοπός δείκτη

Ο Δείκτης A1 μετρά πόσο συχνά συμβαίνουν σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα σε ασθενείς που λαμβάνουν Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ). Στην πράξη, απαντά στο ερώτημα: «Υπάρχουν περιστατικά που οδήγησαν σε σοβαρή βλάβη, απειλή ζωής ή ανάγκη επείγουσας κλιμάκωσης της φροντίδας, ενώ ο ασθενής ήταν σε κατ' οίκον νοσοκομειακή φροντίδα;» Επειδή στη ΝΟΣΠΙ το περιβάλλον δεν είναι νοσοκομειακό, η ασφάλεια πρέπει να αποδεικνύεται με τρόπο: ενιαίο και συγκρίσιμο, επιχειρησιακά εφαρμόσιμο, με σαφείς ορισμούς ώστε να αποφεύγονται διαφορετικές ερμηνείες. Ο δείκτης A1 δεν «τιμωρεί». Χρησιμοποιεί για να εντοπίζονται σοβαροί κίνδυνοι και να ενεργοποιείται διερεύνηση (root cause analysis / ανάλυση ριζικών αιτίων) και διορθωτικές ενέργειες.

6.1.2 Πίνακας Ταυτότητας Δείκτη

Ταυτότητα Δείκτη (Key Performance Indicator – KPI Fiche)

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	A1 – Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων
Αγγλικός τίτλος	Rate of Serious Adverse Events
Άξονας	A – Ασφάλεια ασθενών (Patient Safety)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Έκβασης / Ασφάλειας (Outcome / Safety)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Έγκαιρη απόκριση (ανταπόκριση χωρίς καθυστέρηση), Ανθρωποκεντρική φροντίδα
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται (επαγγελματική κλινική καταγραφή, όχι αυτοαναφορά ασθενούς/φροντιστή)
Σκοπός	Να αποτυπώνει τη συχνότητα σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων κατά την παροχή ΝΟΣΠΙ και να λειτουργεί ως «συναγερμός» για διερεύνηση και ενίσχυση δικλείδων ασφάλειας.
Τι αξιολογεί	Την έκθεση των ασθενών σε σοβαρή βλάβη ή άμεσο κίνδυνο που σχετίζεται με τη φροντίδα στη ΝΟΣΠΙ.
Κλινική/λειτουργική λογική	Στη ΝΟΣΠΙ η έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης, η ασφαλής φαρμακευτική διαχείριση και η κλιμάκωση φροντίδας είναι κρίσιμες. Τα σοβαρά συμβάντα αποτελούν “sentinel-type” σήμα αποτυχίας δικλείδων (barriers) ή/και αλληλουχίας διαδικασιών.



Πεδίο	Περιγραφή
Ορισμοί (λεξιλόγιο)	Ανεπιθύμητο συμβάν (adverse event): βλάβη που σχετίζεται με τη φροντίδα και όχι με τη φυσική εξέλιξη της νόσου. Σοβαρό ανεπιθύμητο συμβάν (serious adverse event): συμβάν που οδηγεί σε θάνατο, απειλή ζωής, μόνιμη/σοβαρή βλάβη, ανάγκη επείγουσας μεταφοράς ή σημαντική κλιμάκωση φροντίδας. Κλιμάκωση φροντίδας (escalation): ενεργοποίηση επιπέδου φροντίδας υψηλότερης έντασης (π.χ. επείγουσα διακομιδή, εισαγωγή, ενεργοποίηση ιατρού άμεσα).
Μετρούμενο μέγεθος	Ρυθμός σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων ανά μονάδα έκθεσης.
Αριθμητής (N)	Σύνολο σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων που συνέβησαν σε ασθενείς ΝΟΣΠΙ εντός περιόδου αναφοράς.
Παρονομαστής (D)	Ημέρες ΝΟΣΠΙ εντός περιόδου αναφοράς (σύνολο ημερών παρακολούθησης/φροντίδας όλων των ασθενών).
Μονάδα έκφρασης	Ανά 1.000 ημέρες ΝΟΣΠΙ
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 1.000$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία συλλογή, τριμηνιαία/ετήσια ανασκόπηση (για σταθερότητα τάσεων).
Κριτήρια ένταξης	Όλοι οι ασθενείς που βρίσκονται σε ενεργό κύκλο ΝΟΣΠΙ (ενεργή κατ' οίκον νοσοκομειακή φροντίδα) στην περίοδο αναφοράς.
Κριτήρια εξαίρεσης	Συμβάντα που τεκμηριώνεται ότι οφείλονται αποκλειστικά σε φυσική εξέλιξη νόσου και όχι στη φροντίδα (με αιτιολογημένη κλινική τεκμηρίωση)· συμβάντα εκτός περιόδου ένταξης.
Διαστρωμάτωση (stratification)	Ηλικιακή ομάδα, κλινική κατηγορία/διάγνωση, τύπος παρέμβασης (π.χ. ενδοφλέβια), γεωγραφική περιοχή, μονάδα ΝΟΣΠΙ, τύπος συμβάντος (φαρμακευτικό, πτώση, επιδείνωση, συσκευή κ.ά.).
Προσαρμογή κινδύνου (risk adjustment)	Σε αρχική φάση: όχι υποχρεωτική εθνική προσαρμογή. Προβλέπεται σε ώριμη φάση με μεταβλητές βαρύτητας/ευαιλωτότητας.
Πηγές δεδομένων	Μητρώο/σύστημα αναφοράς συμβάντων ΝΟΣΠΙ, κλινική τεκμηρίωση (σημειώματα/σχέδιο φροντίδας), αρχεία τηλεπαρακολούθησης, αρχεία διακομιδών/επανεισαγωγών.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	(1) Υποχρεωτική συμπλήρωση πεδίων: ημερομηνία-ώρα, τόπος, περιγραφή, κατηγορία, έκβαση, ενέργειες. (2) Μοναδικός αναγνωριστικός κωδικός συμβάντος. (3) Αποφυγή διπλοεγγραφών (deduplication rules). (4) Διασταύρωση με διακομιδές/εισαγωγές. (5) Χρονικό όριο καταχώρισης π.χ. εντός 24–72 ωρών από το συμβάν.



Πεδίο	Περιγραφή
Ερμηνεία αποτελέσματος	Υψηλότερη τιμή υποδηλώνει αυξημένο κίνδυνο ή/και βελτιωμένη καταγραφή. Ερμηνεία πάντα σε συνδυασμό με τάση, τύπους συμβάντων και ποιότητα αναφοράς.
Όρια αποδοχής και σημεία ενεργοποίησης (thresholds / triggers)	Δεν ορίζεται «μία καθολική τιμή» από την αρχή. Ορίζονται σημεία ενεργοποίησης : (α) κάθε μεμονωμένο συμβάν με θάνατο ή μόνιμη σοβαρή βλάβη ενεργοποιεί άμεση διερεύνηση, (β) αύξηση >X% σε σχέση με κυλιόμενο μέσο δμήνου ή (γ) συστάδες ίδιου τύπου (clusters) σε σύντομο διάστημα. Τα ακριβή X καθορίζονται μετά την πιλοτική φάση (baseline).
Ενέργειες σε απόκλιση	Άμεση αναφορά, κατηγοριοποίηση σοβαρότητας, αρχική κλινική ανασκόπηση εντός 48 ωρών, ανάλυση ριζικών αιτιών, σχέδιο διορθωτικών ενεργειών, επανέλεγχος εφαρμογής, διάχυση μαθημάτων (lessons learned).
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Εσωτερική παρακολούθηση ασφάλειας, προτεραιοποίηση παρεμβάσεων, εκπαίδευση, ενίσχυση SOPs, αξιολόγηση αποτελεσματικότητας διορθωτικών ενεργειών.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική εποπτεία ασφάλειας, ανίχνευση αποκλίσεων και συστημικών κινδύνων, ενεργοποίηση θεματικών ελέγχων/υποστήριξης, τεκμηρίωση προφίλ ασφάλειας της ΝΟΣΠΙ σε εθνικό επίπεδο.

6.1.3 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε έναν μήνα: Ημέρες ΝΟΣΠΙ (D): 1.200, Σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα (N): 3

$$A1 = (3 / 1.200) \times 1.000 = 2,5 \text{ ανά } 1.000 \text{ ημέρες ΝΟΣΠΙ}$$

Ερμηνεία: Η τιμή δεν «αρκεί» μόνη της. Ελέγχουμε: τι τύπου ήταν τα 3 συμβάντα, αν είναι συσσωρευμένα σε μία κατηγορία (π.χ. φαρμακευτικά), αν αυξήθηκαν έναντι προηγούμενων μηνών, αν συνδέονται με αποτυχία SOP ή καθυστέρηση κλιμάκωσης.

6.1.4 Benchmarking και διεθνής «στήριξη» του δείκτη (πώς στέκεται)

Διεθνώς, τα προγράμματα Hospital at Home χρησιμοποιούν δείκτες ασφάλειας που βασίζονται σε: σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα, μη προγραμματισμένες μεταφορές/διακομιδές, επανεισαγωγές, φαρμακευτικά συμβάντα.

Το συγκρίσιμο στοιχείο δεν είναι η «ίδια αριθμητική τιμή» σε όλες τις χώρες, αλλά: ενιαίος ορισμός σοβαρότητας, σταθερή μονάδα έκθεσης (π.χ. ανά 1.000 patient-days), και χρήση τάσεων (trend) μετά τον καθορισμό baseline μέσω πιλοτικής εφαρμογής. Στο παρόν ο δείκτης «στέκεται» διεθνώς επειδή: χρησιμοποιεί κλασική λογική rate per exposure, προβλέπει μηχανισμό triggers, και ενσωματώνει θεσμική χρήση από ΟΔΙΠΥ, όπως σε ώριμα συστήματα εποπτείας ποιότητας.

6.2 Δείκτης Α2 – Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης (Α2 – Timely Recognition and Management of Clinical Deterioration)

Ο Δείκτης Α2 αξιολογεί **αν και πόσο αποτελεσματικά η Μονάδα ΝΟΣΠΙ αναγνωρίζει εγκαίρως την επιδείνωση της κλινικής κατάστασης ενός ασθενούς και ενεργοποιεί την κατάλληλη απόκριση**. Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, ο ασθενής **δεν βρίσκεται σε περιβάλλον συνεχούς φυσικής παρακολούθησης**, όπως σε μια νοσοκομειακή κλινική. Αυτό σημαίνει ότι: τα πρώιμα σημεία επιδείνωσης μπορεί να είναι λιγότερο εμφανή, η καθυστέρηση στην αναγνώριση μπορεί να έχει δυσανάλογα σοβαρές συνέπειες, η ασφάλεια εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από **σαφή κριτήρια, δομημένη παρακολούθηση και προκαθορισμένα πρωτόκολλα κλιμάκωσης**.

Ο δείκτης Α2 δεν μετρά απλώς αν υπήρξε επιδείνωση. Μετρά: αν η επιδείνωση **αναγνωρίστηκε έγκαιρα**, και αν ακολούθησε **κατάλληλη και χρονικά ορθή κλινική απόκριση**. Αποτελεί έναν από τους πλέον κρίσιμους δείκτες ασφάλειας, διότι συνδέεται άμεσα με: αποφυγή σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων, πρόληψη μη προγραμματισμένων επανεισαγωγών, διατήρηση της ισοδυναμίας της ΝΟΣΠΙ με τη νοσοκομειακή φροντίδα.

6.2.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	A2 – Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης
Αγγλικός τίτλος	Timely Recognition and Management of Clinical Deterioration
Άξονας	A – Ασφάλεια ασθενών (Patient Safety)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας και Έκβασης (Process–Outcome / Safety)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Έγκαιρη απόκριση (timely response)
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται (κλινικός δείκτης διαδικασίας και απόκρισης)
Σκοπός	Να διαπιστώνεται αν η Μονάδα ΝΟΣΠΙ διαθέτει και εφαρμόζει λειτουργικούς μηχανισμούς έγκαιρης αναγνώρισης επιδείνωσης και άμεσης κλινικής απόκρισης.
Τι αξιολογεί	Την ικανότητα του συστήματος ΝΟΣΠΙ να εντοπίζει πρώιμα σημεία κλινικής επιδείνωσης και να ενεργοποιεί προκαθορισμένες ενέργειες κλιμάκωσης χωρίς καθυστέρηση.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η καθυστερημένη αναγνώριση επιδείνωσης αποτελεί διεθνώς κύρια αιτία σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων. Στη ΝΟΣΠΙ, η έγκαιρη αναγνώριση βασίζεται σε τυποποιημένη παρακολούθηση, σαφή triggers και λειτουργικά escalation pathways.
Ορισμοί (λεξιλόγιο)	Κλινική επιδείνωση (clinical deterioration): επιδείνωση ζωτικών σημείων, συμπτωμάτων ή λειτουργικής κατάστασης που απαιτεί άμεση επανεκτίμηση. Έγκαιρη αναγνώριση: αναγνώριση εντός του προκαθορισμένου χρονικού πλαισίου του πρωτοκόλλου ΝΟΣΠΙ.



	Κλιμάκωση (escalation): ενεργοποίηση ιατρού, ενίσχυση παρακολούθησης, επείγουσα διακομιδή ή εισαγωγή.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό επεισοδίων επιδείνωσης που αναγνωρίστηκαν και διαχειρίστηκαν έγκαιρα.
Αριθμητής (N)	Αριθμός επεισοδίων κλινικής επιδείνωσης στα οποία η αναγνώριση και η ενέργεια κλιμάκωσης πραγματοποιήθηκαν εντός του προβλεπόμενου χρόνου.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο επεισοδίων κλινικής επιδείνωσης που καταγράφηκαν στη ΝΟΣΠΙ κατά την περίοδο αναφοράς.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία συλλογή, τριμηνιαία ανάλυση τάσεων.
Κριτήρια ένταξης	Όλα τα καταγεγραμμένα επεισόδια κλινικής επιδείνωσης ασθενών σε ενεργό κύκλο ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Αναμενόμενη επιδείνωση τελικού σταδίου νόσου με τεκμηριωμένο παρηγορητικό στόχο, όταν δεν προβλέπεται κλιμάκωση.
Διαστρωμάτωση (stratification)	Κατηγορία ασθενούς, διάγνωση, τύπος επιδείνωσης, τρόπος ανίχνευσης (επίσκεψη, τηλεπαρακολούθηση, αναφορά φροντιστή), χρονικό διάστημα από ένταξη στη ΝΟΣΠΙ.
Προσαρμογή κινδύνου (risk adjustment)	Δεν εφαρμόζεται στην αρχική φάση. Δυνατότητα μελλοντικής προσαρμογής ανά κλινική βαρύτητα.
Πηγές δεδομένων	Κλινική τεκμηρίωση ΝΟΣΠΙ, δελτία παρακολούθησης, συστήματα τηλεπαρακολούθησης, καταγραφές κλιμάκωσης και διακομιδών.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Σαφής χρονική σήμανση (timestamp) αναγνώρισης και απόκρισης, τεκμηρίωση trigger, καταγραφή ενέργειας, αποφυγή αναδρομικής συμπλήρωσης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλή τιμή υποδηλώνει λειτουργικό σύστημα έγκαιρης αναγνώρισης. Χαμηλή τιμή υποδηλώνει καθυστερήσεις, ανεπαρκή monitoring ή ασάφεια ρόλων.
Όρια αποδοχής και σημεία ενεργοποίησης	Στόχος: υψηλό ποσοστό (>90%) μετά την πιλοτική φάση. Σημείο ενεργοποίησης: επαναλαμβανόμενες καθυστερήσεις ή συσχέτιση με σοβαρά συμβάντα.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανασκόπηση περιστατικών, έλεγχος εφαρμογής πρωτοκόλλων, επανεκπαίδευση προσωπικού, αναθεώρηση triggers και ρόλων απόκρισης.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση παρακολούθησης, ενίσχυση ασφάλειας, αναγνώριση λειτουργικών αδυναμιών.



Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική αποτύπωση ωριμότητας μηχανισμών ασφάλειας, εντοπισμός συστημικών κινδύνων, τεκμηρίωση ισοδυναμίας με νοσοκομειακή φροντίδα.

6.2.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε τρίμηνο: Επεισόδια κλινικής επιδείνωσης (D): 40, Έγκαιρα αναγνωρισμένα και διαχειρισμένα (N): 34

$$A2 = (34 / 40) \times 100 = 85\%$$

Ερμηνεία: Το ποσοστό υποδηλώνει ότι σε 6 περιπτώσεις υπήρξε καθυστέρηση ή μη τήρηση πρωτοκόλλου. Απαιτείται διερεύνηση των αιτιών (monitoring, επικοινωνία, staffing).

6.2.3 Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη

Η έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης αποτελεί **διεθνή δείκτη-κλειδί ασφάλειας** σε: Hospital at Home, Virtual Wards, Community acute care models. Διεθνώς χρησιμοποιούνται: τυποποιημένα **Early Warning Systems**, σαφή **time-to-response metrics**, και ανάλυση καθυστερήσεων ως δείκτης αστοχίας συστήματος, όχι ατόμου. Ο A2 «στέκεται» διεθνώς διότι: εστιάζει στη διαδικασία και όχι μόνο στην έκβαση, συνδέεται άμεσα με τον A1 (σοβαρά συμβάντα), και επιτρέπει συγκρίσιμη ανάλυση τάσεων ανεξαρτήτως χώρας.

6.3 Δείκτης A3 – Συμμόρφωση με κρίσιμες Τυποποιημένες Διαδικασίες Ασφάλειας (A3 – Compliance with Critical Safety Standard Operating Procedures (SOPs))

Ο Δείκτης A3 αξιολογεί **σε ποιο βαθμό οι Μονάδες ΝΟΣΠ εφαρμόζουν στην πράξη τις κρίσιμες τυποποιημένες διαδικασίες ασφάλειας**, όπως αυτές έχουν θεσμοθετηθεί στο πλαίσιο της λειτουργίας της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Στη ΝΟΣΠ, η ασφάλεια **δεν μπορεί να βασίζεται στην εμπειρία ή την καλή πρόθεση των επαγγελματιών υγείας**. Επειδή η φροντίδα παρέχεται εκτός του ελεγχόμενου περιβάλλοντος του νοσοκομείου: κάθε κρίσιμο βήμα πρέπει να είναι προκαθορισμένο, κάθε απόκλιση πρέπει να είναι ανιχνεύσιμη, κάθε διαδικασία πρέπει να εφαρμόζεται με τον ίδιο τρόπο από όλους. Οι Τυποποιημένες Διαδικασίες Λειτουργίας (Standard Operating Procedures – SOPs) αποτελούν **τον θεμέλιο λίθο της ασφάλειας**. Ο δείκτης A3 απαντά στο ερώτημα: Η ΝΟΣΠ λειτουργεί ως οργανωμένο σύστημα ή ως άθροισμα μεμονωμένων πρακτικών; Δεν αξιολογεί την ποιότητα του ίδιου του SOP, αλλά **την πραγματική συμμόρφωση στην εφαρμογή του**.

6.3.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	A3 – Συμμόρφωση με κρίσιμες Τυποποιημένες Διαδικασίες Ασφάλειας
Αγγλικός τίτλος	Compliance with Critical Safety Standard Operating Procedures (SOPs)
Άξονας	A – Ασφάλεια ασθενών (Patient Safety)



Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας (Process / Safety)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Συνέπεια φροντίδας
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται (δομικός δείκτης εφαρμογής διαδικασιών)
Σκοπός	Να διαπιστωθεί αν οι κρίσιμες διαδικασίες ασφάλειας εφαρμόζονται ομοιόμορφα και τεκμηριωμένα σε όλες τις Μονάδες ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό τήρησης των υποχρεωτικών SOPs ασφάλειας κατά την παροχή φροντίδας κατ' οίκον.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η μη τήρηση κρίσιμων SOPs αποτελεί διεθνώς βασικό παράγοντα κινδύνου για ανεπιθύμητα συμβάντα. Στη ΝΟΣΠΙ, οι SOPs λειτουργούν ως υποκατάστατο της φυσικής εποπτείας του νοσοκομείου.
Ορισμοί (λεξιλόγιο)	SOP (Standard Operating Procedure): εγκεκριμένη και υποχρεωτική διαδικασία. Κρίσιμα SOPs: διαδικασίες που σχετίζονται άμεσα με κίνδυνο βλάβης (π.χ. επιλογή ασθενούς, φαρμακευτική αγωγή, κλιμάκωση επιδείνωσης, ταυτοποίηση ασθενούς).
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό εφαρμογής κρίσιμων SOPs χωρίς τεκμηριωμένες αποκλίσεις.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ελέγχων/περιστατικών όπου όλα τα κρίσιμα SOPs εφαρμόστηκαν σύμφωνα με τις απαιτήσεις.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ελέγχων/περιστατικών στα οποία όφειλαν να εφαρμοστούν τα κρίσιμα SOPs.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία καταγραφή, τριμηνιαία και ετήσια ανασκόπηση.
Κριτήρια ένταξης	Περιστατικά ΝΟΣΠΙ που περιλαμβάνουν κρίσιμες παρεμβάσεις ή σημεία απόφασης (ένταξη, φαρμακευτική αγωγή, επιδείνωση, έξοδος).
Κριτήρια εξαίρεσης	Περιστατικά με τεκμηριωμένη κλινική απόφαση απόκλισης από SOP για λόγους ασφάλειας.
Διαστρωμάτωση (stratification)	Ανά τύπο SOP, επαγγελματική ομάδα, στάδιο φροντίδας, τύπο περιστατικού.
Προσαρμογή κινδύνου (risk adjustment)	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Κλινικοί φάκελοι ΝΟΣΠΙ, checklists SOPs, εσωτερικοί έλεγχοι, αναφορές ποιότητας.

Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Χρήση τυποποιημένων checklists, τεκμηρίωση αποκλίσεων, σαφής αιτιολόγηση.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλή συμμόρφωση υποδηλώνει ώριμο σύστημα. Χαμηλή συμμόρφωση υποδηλώνει συστημικό κίνδυνο, όχι ατομικό σφάλμα.
Όρια αποδοχής και σημεία ενεργοποίησης	Στόχος: $\geq 95\%$ μετά την πιλοτική φάση. Ενεργοποίηση όταν εμφανίζονται επαναλαμβανόμενες αποκλίσεις στο ίδιο SOP.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανάλυση αιτιών, αναθεώρηση SOP, στοχευμένη εκπαίδευση, ενίσχυση εποπτείας.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Εντοπισμός αδυναμιών εφαρμογής, ενίσχυση κουλτούρας ασφάλειας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Αξιολόγηση θεσμικής ωριμότητας και ομοιομορφίας εφαρμογής του εθνικού πλαισίου ΝΟΣΠΙ.

6.3.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε τριμηνιαίο έλεγχο: Έλεγχοι εφαρμογής κρίσιμων SOPs (D): 120, Πλήρης συμμόρφωση χωρίς αποκλίσεις (N): 108

$$A3 = (108 / 120) \times 100 = 90\%$$

Ερμηνεία: Το ποσοστό υποδηλώνει συστημικές αποκλίσεις. Απαιτείται στοχευμένη παρέμβαση στα SOPs με τις περισσότερες αστοχίες.

6.3.3 Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη

Η συμμόρφωση σε SOPs αποτελεί **βασικό δείκτη ασφάλειας διεθνώς** σε: Hospital at Home, Community acute care, Virtual Wards.

Διεθνώς: η μη συμμόρφωση θεωρείται **system failure**, οι αποκλίσεις χρησιμοποιούνται για **learning loops**, όχι τιμωρία, η υψηλή συμμόρφωση συνδέεται άμεσα με μείωση ανεπιθύμητων συμβάντων.

Ο A3: ευθυγραμμίζεται με διεθνή πρότυπα ποιότητας, λειτουργεί συμπληρωματικά με τους A1 και A2, τεκμηριώνει ότι η ΝΟΣΠΙ δεν είναι “χαλαρή” φροντίδα, αλλά **νοσοκομειακή φροντίδα με πειθαρχία**.

6.4 Δείκτης A4 – Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής (A4 – Safe Medication Management)

Ο Δείκτης **A4** αξιολογεί αν η φαρμακευτική αγωγή στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) **διαχειρίζεται με επίπεδο ασφάλειας ισοδύναμο του νοσοκομείου**. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, η ασφάλεια της φαρμακευτικής αγωγής διασφαλίζεται από: πολλαπλά επίπεδα ελέγχου, φυσική παρουσία φαρμακείου, άμεση επίβλεψη και υποστήριξη. Στη ΝΟΣΠΙ, όμως, η φαρμακευτική αγωγή: χορηγείται εκτός νοσοκομείου, συχνά με συμμετοχή του ασθενούς ή του άτυπου φροντιστή, σε περιβάλλον με αυξημένο κίνδυνο λαθών (δοσολογία, χρόνος, αλληλεπιδράσεις). Ο A4 απαντά στο κρίσιμο ερώτημα: *Η φαρμακευτική αγωγή στη ΝΟΣΠΙ είναι*



πραγματικά ασφαλής ή απλώς «μεταφερμένη» στο σπίτι; Ο δείκτης δεν αξιολογεί την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, αλλά την ασφάλεια της συνολικής διαδικασίας διαχείρισης.

6.4.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	A4 – Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής
Αγγλικός τίτλος	Safe Medication Management
Άξονας	A – Ασφάλεια ασθενών (Patient Safety)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας / Ασφάλειας (Process / Safety)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Συνέχεια φροντίδας
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται (ο δείκτης βασίζεται σε επαγγελματική τεκμηρίωση)
Σκοπός	Να διασφαλιστεί ότι η φαρμακευτική αγωγή στη ΝΟΣΠΙ συνταγογραφείται, χορηγείται και παρακολουθείται με ελεγχόμενο και ασφαλή τρόπο.
Τι αξιολογεί	Την ορθή εφαρμογή όλων των κρίσιμων βημάτων διαχείρισης φαρμάκου στη ΝΟΣΠΙ.
Κλινική / λειτουργική λογική	Τα φαρμακευτικά σφάλματα αποτελούν διεθνώς μία από τις συχνότερες αιτίες αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων σε κατ' οίκον φροντίδα.
Ορισμοί (λεξιλόγιο)	Ασφαλής διαχείριση φαρμάκου: σωστό φάρμακο, σωστή δόση, σωστός ασθενής, σωστός χρόνος, σωστή οδός, σωστή τεκμηρίωση.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό περιστατικών ΝΟΣΠΙ με πλήρη συμμόρφωση στα κρίσιμα βήματα διαχείρισης φαρμακευτικής αγωγής.
Αριθμητής (N)	Αριθμός περιστατικών με πλήρη και τεκμηριωμένη ασφαλή διαχείριση φαρμάκου.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο περιστατικών ΝΟΣΠΙ με φαρμακευτική αγωγή.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία καταγραφή, τριμηνιαία και ετήσια αξιολόγηση.
Κριτήρια ένταξης	Όλα τα περιστατικά ΝΟΣΠΙ με συνταγογραφούμενη ή χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή.



Κριτήρια εξαίρεσης	Περιστατικά με τεκμηριωμένη επείγουσα απόκλιση για λόγους ζωτικής ανάγκης.
Διαστρωμάτωση (stratification)	Ανά τύπο φαρμάκου (υψηλού κινδύνου), ηλικιακή ομάδα, τρόπο χορήγησης.
Προσαρμογή κινδύνου (risk adjustment)	Δεν εφαρμόζεται στο βασικό επίπεδο.
Πηγές δεδομένων	Κλινικός φάκελος ΝΟΣΠΙ, φαρμακευτικά φύλλα, SOPs φαρμάκων, αναφορές συμβάντων.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Υποχρεωτική καταγραφή δοσολογίας, χρόνου, χορηγού, επιβεβαίωσης ασθενούς.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο αποτρέψιμων σφαλμάτων.
Όρια αποδοχής και σημεία ενεργοποίησης	Στόχος: $\geq 97\%$ μετά την πιλοτική φάση. Κάθε σοβαρή απόκλιση ενεργοποιεί άμεση διερεύνηση.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανασκόπηση περιστατικού, εκπαίδευση προσωπικού, αναθεώρηση SOPs.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ενίσχυση ασφάλειας φαρμακευτικής αγωγής και πρόληψη λαθών.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική εικόνα φαρμακευτικής ασφάλειας στη ΝΟΣΠΙ.

6.4.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε έναν μήνα: Περιστατικά ΝΟΣΠΙ με φαρμακευτική αγωγή (D): 200, Πλήρης συμμόρφωση σε όλα τα βήματα ασφάλειας (N): 190

$$A4 = (190 / 200) \times 100 = 95\%$$

Ερμηνεία: Το αποτέλεσμα υποδηλώνει ανάγκη στοχευμένης παρέμβασης, ιδίως αν οι αποκλίσεις αφορούν φάρμακα υψηλού κινδύνου.

6.4.3 Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη

Η ασφαλής διαχείριση φαρμάκων αποτελεί **πυλώνα όλων των διεθνών στρατηγικών ασφάλειας**, όπως: *WHO Medication Without Harm*, προγράμματα Hospital at Home σε Ηνωμένο Βασίλειο και Αυστραλία, συστήματα ποιότητας OECD. Διεθνώς: στόχοι $>95\%$ θεωρούνται αποδεκτοί, η έμφαση δίνεται στην πρόληψη και όχι στην τιμωρία, τα δεδομένα χρησιμοποιούνται για συστημική βελτίωση. Ο δείκτης A4: ευθυγραμμίζει τη ΝΟΣΠΙ με τις διεθνείς απαιτήσεις ασφάλειας, αποδεικνύει ότι η κατ' οίκον νοσηλεία **δεν μειώνει το επίπεδο φαρμακευτικής προστασίας**, αποτελεί κρίσιμο συμπλήρωμα των A1–A3.



6.5 Δείκτης A5 – Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων (A5 – Rate of Preventable Adverse Events)

Ο Δείκτης **A5** εστιάζει σε ένα από τα πιο κρίσιμα ερωτήματα ασφάλειας στην υγειονομική φροντίδα: *Ποια από τα ανεπιθύμητα συμβάντα θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί;*

Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), τα ανεπιθύμητα συμβάντα δεν είναι από μόνα τους ένδειξη αποτυχίας. Αντιθέτως, η **αναγνώριση και καταγραφή τους** αποτελεί ένδειξη ωριμότητας του συστήματος.

Η ουσιαστική διάκριση, όμως, είναι αν το συμβάν: προέκυψε παρά την ορθή εφαρμογή των διαδικασιών ή **θα μπορούσε να είχε προληφθεί** με σωστό σχεδιασμό, επαγρύπνηση ή έγκαιρη παρέμβαση. Ο A5 **δεν μετρά τη συχνότητα των συμβάντων**, αλλά το **ποσοστό εκείνων που κρίνονται αποτρέψιμα**. Με τον τρόπο αυτό, μετατοπίζει τη συζήτηση: από την ατομική ευθύνη, στη συστημική βελτίωση.

6.5.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	A5 – Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων
Αγγλικός τίτλος	Rate of Preventable Adverse Events
Άξονας	A – Ασφάλεια ασθενών (Patient Safety)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Έκβασης / Ασφάλειας (Outcome / Safety)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Μάθηση συστήματος
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται (επαγγελματική κλινική αξιολόγηση)
Σκοπός	Να αποτιμηθεί η ικανότητα του συστήματος ΝΟΣΠΙ να προλαμβάνει ανεπιθύμητα συμβάντα μέσω σωστού σχεδιασμού και εφαρμογής διαδικασιών.
Τι αξιολογεί	Το ποσοστό των ανεπιθύμητων συμβάντων που, κατόπιν ανάλυσης, κρίνονται αποτρέψιμα.
Κλινική / λειτουργική λογική	Τα αποτρέψιμα συμβάντα αποτελούν δείκτη αδυναμίας του συστήματος και όχι ατομικού λάθους.
Ορισμοί (λεξιλόγιο)	Αποτρέψιμο ανεπιθύμητο συμβάν: συμβάν που θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί με ορθή εφαρμογή SOPs, έγκαιρη αναγνώριση ή επαρκή παρακολούθηση.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων επί του συνόλου των καταγεγραμμένων συμβάντων.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ανεπιθύμητων συμβάντων που χαρακτηρίστηκαν ως αποτρέψιμα μετά από δομημένη ανασκόπηση.



Παρονομαστής (D)	Σύνολο καταγεγραμμένων ανεπιθύμητων συμβάντων στη ΝΟΣΠΙ.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Τριμηνιαία και ετήσια ανάλυση.
Κριτήρια ένταξης	Όλα τα ανεπιθύμητα συμβάντα που καταγράφηκαν επίσημα στο σύστημα ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Συμβάντα αποδεδειγμένα μη προβλέψιμα ή μη αποτρέψιμα βάσει διεθνούς πρακτικής.
Διαστρωμάτωση (stratification)	Ανά τύπο συμβάντος, σοβαρότητα, φάση παροχής φροντίδας.
Προσαρμογή κινδύνου (risk adjustment)	Δεν εφαρμόζεται στο βασικό επίπεδο.
Πηγές δεδομένων	Σύστημα αναφοράς συμβάντων ΝΟΣΠΙ, αναλύσεις περιστατικών, πρακτικά ανασκόπησης.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Υποχρεωτική τεκμηρίωση αιτιών, μηχανισμών και συμπερασμάτων ανασκόπησης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλό ποσοστό υποδηλώνει συστημικά κενά πρόληψης και ανάγκη άμεσης παρέμβασης.
Όρια αποδοχής και σημεία ενεργοποίησης	Στόχος: σταδιακή μείωση ανά έτος. Δεν ορίζεται σταθερό «καλό» ποσοστό.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανάλυση αιτιών (root cause analysis), αναθεώρηση SOPs, εκπαίδευση.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Εντοπισμός αδυναμιών και στοχευμένη βελτίωση.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση ωριμότητας κουλτούρας ασφάλειας σε εθνικό επίπεδο.

6.5.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε ένα τρίμηνο: Καταγεγραμμένα ανεπιθύμητα συμβάντα (D): 40, Συμβάντα που κρίθηκαν αποτρέψιμα μετά από ανασκόπηση (N): 14

$$A5 = (14 / 40) \times 100 = 35\%$$

Ερμηνεία: Το αποτέλεσμα δεν αξιολογείται τιμωρητικά. Υποδηλώνει ότι το 35% των συμβάντων αποτελεί **δυνατό πεδίο συστημικής βελτίωσης**.

6.5.3 Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη

Διεθνώς: ο A5 **δεν χρησιμοποιείται για κατάταξη**, θεωρείται δείκτης **κουλτούρας ασφάλειας και μάθησης**. Σε ώριμα συστήματα Hospital at Home: η αρχική καταγραφή αποτρέψιμων συμβάντων είναι υψηλή, με την ωρίμανση του συστήματος παρατηρείται **σταδιακή μείωση**, η αξία του δείκτη έγκειται στην τάση και όχι στην απόλυτη τιμή. Ο A5: τεκμηριώνει ότι η ΝΟΣΠΙ



λειτουργεί με λογική **learning system**, ενισχύει τη διαφάνεια, αποδεικνύει συμμόρφωση με διεθνή πρότυπα ασφάλειας.

6.6 Δείκτης A6 – Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές (A6 – Unplanned Readmission Rate)

Ο Δείκτης **A6** απαντά σε ένα από τα πιο κρίσιμα ερωτήματα για τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ): *Πόσοι ασθενείς χρειάστηκε να επιστρέψουν απρογραμμάτιστα στο νοσοκομείο;* Η μη προγραμματισμένη επανεισαγωγή **δεν αποτελεί αυτομάτως αποτυχία** της ΝΟΣΠΙ. Αντιθέτως, σε πολλά διεθνή συστήματα θεωρείται: μηχανισμός ασφάλειας, δικλείδα προστασίας του ασθενούς, ένδειξη ότι το σύστημα αναγνωρίζει εγκαίρως τα όριά του. Η ουσιαστική αξία του δείκτη δεν βρίσκεται στην «εξάλειψη» των επανεισαγωγών, αλλά: στη **συχνότητά** τους, στο **χρονικό τους μοτίβο**, και στη **σχέση τους με την κλινική επιλογή, την παρακολούθηση και την απόκριση**. Ο A6 μετρά **μόνο τις μη προγραμματισμένες** επανεισαγωγές, δηλαδή εκείνες που: δεν αποτελούσαν μέρος του αρχικού θεραπευτικού σχεδιασμού, προέκυψαν λόγω κλινικής επιδείνωσης, επιπλοκής ή ανεπαρκούς ελέγχου στο σπίτι.

6.6.1 Ταυτότητα Δείκτη

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	A6 – Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές
Αγγλικός τίτλος	Unplanned Readmission Rate
Άξονας	A – Ασφάλεια ασθενών (Patient Safety)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Έκβασης / Ασφάλειας (Outcome / Safety)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Συνέχεια φροντίδας
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται (κλινικός δείκτης)
Σκοπός	Να αξιολογηθεί αν η κατ' όικον νοσοκομειακή φροντίδα παρέχεται με επαρκή ασφάλεια και σωστή κλινική επιλογή.
Τι αξιολογεί	Τη συχνότητα απρογραμμάτιστων επιστροφών στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της ΝΟΣΠΙ.
Κλινική / λειτουργική λογική	Υψηλές τιμές μπορεί να υποδηλώνουν ανεπαρκή επιλογή ασθενών, καθυστερημένη αναγνώριση επιδείνωσης ή ανεπαρκή παρακολούθηση.
Ορισμοί (λεξιλόγιο)	Μη προγραμματισμένη επανεισαγωγή: επιστροφή σε νοσοκομειακή μονάδα που δεν είχε προβλεφθεί στο αρχικό θεραπευτικό πλάνο της ΝΟΣΠΙ.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό μη προγραμματισμένων επανεισαγωγών.
Αριθμητής (N)	Αριθμός μη προγραμματισμένων επανεισαγωγών ασθενών ΝΟΣΠΙ.



Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών που εντάχθηκαν στη ΝΟΣΠΙ στην ίδια περίοδο.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία, τριμηνιαία και ετήσια ανάλυση.
Κριτήρια ένταξης	Όλοι οι ασθενείς που εντάχθηκαν στη ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Προγραμματισμένες επιστροφές για ελεγχόμενες πράξεις ή προγραμματισμένη μετάβαση φάσης φροντίδας.
Διαστρωμάτωση (stratification)	Ανά διάγνωση, ηλικιακή ομάδα, διάρκεια ΝΟΣΠΙ, χρονικό σημείο επανεισαγωγής.
Προσαρμογή κινδύνου (risk adjustment)	Δυνατή σε επόμενη φάση (π.χ. συν νοσηρότητα).
Πηγές δεδομένων	Κλινική τεκμηρίωση ΝΟΣΠΙ, πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείων.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Υποχρεωτική αιτιολόγηση κάθε επανεισαγωγής.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Η αύξηση απαιτεί ανάλυση αιτιών, όχι αυτόματη απόδοση ευθύνης.
Όρια αποδοχής και σημεία ενεργοποίησης	Παρακολούθηση τάσεων – όχι απόλυτο όριο.
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση κριτηρίων ένταξης, ενίσχυση παρακολούθησης, εκπαίδευση.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση επιλογής ασθενών και σχεδιασμού φροντίδας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική εικόνα ασφάλειας και συνέχειας φροντίδας.

6.6.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε ένα τρίμηνο: Ασθενείς ενταγμένοι στη ΝΟΣΠΙ (D): 120, Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές (N): 9

$$A6 = (9 / 120) \times 100 = 7,5\%$$

Ερμηνεία: Το ποσοστό αξιολογείται σε συνδυασμό με: τη βαρύτητα περιστατικών, τη χρονική στιγμή επανεισαγωγής, και τους δείκτες έγκαιρης αναγνώρισης επιδείνωσης (A2).

6.6.3 Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη

Διεθνώς: ο A6 αποτελεί **βασικό δείκτη Hospital at Home** σε NHS, OECD και ακαδημαϊκά δίκτυα, δεν στοχεύει στο μηδενισμό, ερμηνεύεται **σε συνδυασμό με ασφάλεια και επιλογή ασθενούς**.

Σε ώριμα συστήματα: χαμηλά αλλά μη μηδενικά ποσοστά θεωρούνται υγιή, αιφνίδιες αυξήσεις ενεργοποιούν ανασκόπηση διαδικασιών, η σύγκριση γίνεται **διαχρονικά**, όχι τιμωρητικά. Ο A6 τεκμηριώνει ότι η ΝΟΣΠΙ: λειτουργεί με προτεραιότητα την ασφάλεια, δεν καθυστερεί



αδικαιολόγητα την επιστροφή στο νοσοκομείο, ευθυγραμμίζεται πλήρως με διεθνή πρότυπα κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας.

6.7 Δείκτης A7 – Ασφαλής διαχείριση επειγόντων περιστατικών (A7 – Emergency Case Management Safety)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) λειτουργεί εκτός του φυσικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου. Αυτό σημαίνει ότι, σε περίπτωση αιφνίδιας κλινικής επιδείνωσης, **δεν υπάρχουν άμεσα διαθέσιμες όλες οι υποδομές** ενός τμήματος επειγόντων. Ο Δείκτης **A7** απαντά στο κρίσιμο ερώτημα: *Όταν προκύπτει επείγουσα κλινική κατάσταση στο σπίτι, το σύστημα αντιδρά με ασφάλεια, ταχύτητα και σαφήνεια;* Η «ασφαλής διαχείριση επειγόντων» στη ΝΟΣΠΙ **δεν σημαίνει αποφυγή επειγόντων**, αλλά: ύπαρξη ξεκάθαρων κριτηρίων αναγνώρισης, άμεση ενεργοποίηση προκαθορισμένων διαδικασιών, συντονισμένη μετάβαση σε υψηλότερο επίπεδο φροντίδας, όταν απαιτείται. Ο A7 δεν αξιολογεί το αποτέλεσμα ενός επείγοντος περιστατικού μεμονωμένα, αλλά **την ορθότητα της διαδικασίας διαχείρισης**, από τη στιγμή της αναγνώρισης έως την ολοκλήρωση της απόκρισης.

6.7.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	A7 – Ασφαλής διαχείριση επειγόντων περιστατικών
Αγγλικός τίτλος	Emergency Case Management Safety
Άξονας	A – Ασφάλεια ασθενών (Patient Safety)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας / Ασφάλειας (Process / Safety)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Έγκαιρη απόκριση, Αποτελεσματικότητα
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Να διασφαλιστεί ότι τα επείγοντα περιστατικά στη ΝΟΣΠΙ αντιμετωπίζονται με τυποποιημένο και ασφαλή τρόπο.
Τι αξιολογεί	Την τήρηση των προβλεπόμενων διαδικασιών σε επείγουσες κλινικές καταστάσεις κατ' οίκον.
Κλινική / λειτουργική λογική	Σε κατανεμημένο περιβάλλον φροντίδας, η σαφήνεια και η ταχύτητα διαδικασιών είναι κρίσιμες για την ασφάλεια.
Ορισμοί (λεξιλόγιο)	Επείγον περιστατικό: αιφνίδια κλινική κατάσταση που απαιτεί άμεση ιατρική απόκριση ή μεταφορά.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό επειγόντων περιστατικών που διαχειρίστηκαν σύμφωνα με τα προβλεπόμενα πρωτόκολλα.
Αριθμητής (N)	Αριθμός επειγόντων περιστατικών με πλήρη και ορθή εφαρμογή διαδικασίας.



Παρονομαστής (D)	Σύνολο επειγόντων περιστατικών στη ΝΟΣΠΙ την ίδια περίοδο.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Τριμηνιαία και ετήσια.
Κριτήρια ένταξης	Όλα τα περιστατικά που χαρακτηρίστηκαν ως επείγοντα στη ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Μη κλινικά επείγοντα (π.χ. διοικητικά αιτήματα).
Διαστρωμάτωση (stratification)	Ανά τύπο επείγοντος, ώρα συμβάντος, γεωγραφική περιοχή.
Προσαρμογή κινδύνου (risk adjustment)	Δεν εφαρμόζεται στην παρούσα φάση.
Πηγές δεδομένων	SOPs επειγόντων, κλινικά αρχεία, αναφορές περιστατικών.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τεκμηρίωση χρόνων απόκρισης και ενεργειών.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλή τιμή υποδηλώνει διαδικαστικό κενό και αυξημένο κίνδυνο.
Όρια αποδοχής και σημεία ενεργοποίησης	Στόχος πλήρους συμμόρφωσης. Απόκλιση ενεργοποιεί άμεση ανασκόπηση.
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση SOPs, εκπαίδευση προσωπικού, drills.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση ετοιμότητας και ασφάλειας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική παρακολούθηση κρίσιμων κινδύνων.

6.7.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε ένα εξάμηνο: Επείγοντα περιστατικά στη ΝΟΣΠΙ (D): 25, Περιστατικά με πλήρη εφαρμογή διαδικασίας (N): 22

$$A7 = (22 / 25) \times 100 = 88\%$$

Ερμηνεία: Η απόκλιση απαιτεί: ανάλυση ποια βήματα δεν τηρήθηκαν, συσχέτιση με χρόνο απόκρισης και έκβαση, στοχευμένες διορθωτικές ενέργειες.

6.7.3 Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη

Σε διεθνή μοντέλα Hospital at Home και Virtual Wards: η ύπαρξη και εφαρμογή **τυποποιημένων emergency pathways** θεωρείται προϋπόθεση λειτουργίας, ο δείκτης A7 αντιστοιχεί σε safety process indicators του NHS και της WHO, η μη συμμόρφωση θεωρείται **υψηλού κινδύνου εύρημα**, ανεξαρτήτως τελικής έκβασης. Ο A7 τεκμηριώνει ότι η ΝΟΣΠΙ: δεν βασίζεται σε αυτοσχεδιασμό, διαθέτει δομημένη ετοιμότητα, λειτουργεί με ισοδύναμα πρότυπα ασφάλειας με το νοσοκομείο.



6.8 Δείκτης A8 – Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων (A8 – Incident Reporting Compliance)

Καμία υπηρεσία υγείας δεν μπορεί να θεωρηθεί ασφαλής αν **δεν γνωρίζει τι πάει στραβά**. Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), όπου η φροντίδα παρέχεται εκτός νοσοκομείου, η έγκαιρη και συστηματική αναφορά συμβάντων είναι ακόμη πιο κρίσιμη, διότι: δεν υπάρχει συνεχής φυσική εποπτεία, μικρές αποκλίσεις μπορούν να εξελιχθούν σε σοβαρό κίνδυνο, η εμπειρία κάθε περιστατικού πρέπει να επιστρέφει στο σύστημα ως μάθηση. Ο δείκτης **A8** απαντά στο ερώτημα: *Οι μονάδες ΝΟΣΠΙ αναφέρουν με συνέπεια, πληρότητα και σύμφωνα με τα θεσμοθετημένα πρωτόκολλα όλα τα συμβάντα ασφάλειας;* Ο A8 **δεν μετρά πόσα συμβάντα συμβαίνουν, αλλά αν το σύστημα τα αναγνωρίζει και τα δηλώνει**. Ένα σύστημα με «μηδενικά συμβάντα» χωρίς αναφορές δεν είναι ασφαλές, είναι απλώς **τυφλό**.

6.8.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	A8 – Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων
Αγγλικός τίτλος	Incident Reporting Compliance
Άξονας	A – Ασφάλεια ασθενών (Patient Safety)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας / Ασφάλειας (Process / Safety)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Διαφάνεια, Οργανωτική μάθηση
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Να διασφαλιστεί ότι όλα τα συμβάντα ασφάλειας αναφέρονται σύμφωνα με τα θεσμοθετημένα πρωτόκολλα.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό τήρησης των διαδικασιών αναφοράς ανεπιθύμητων και σχεδόν συμβάντων.
Κλινική / λειτουργική λογική	Χωρίς συστηματική αναφορά, δεν υπάρχει μάθηση, πρόληψη ή βελτίωση ασφάλειας.
Ορισμοί (λεξιλόγιο)	Συμβάν ασφάλειας: κάθε γεγονός που προκάλεσε ή θα μπορούσε να προκαλέσει βλάβη. Σχεδόν συμβάν: γεγονός που αποφεύχθηκε πριν προκαλέσει βλάβη.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό συμβάντων που αναφέρθηκαν σύμφωνα με τη θεσμοθετημένη διαδικασία.
Αριθμητής (N)	Αριθμός συμβάντων που καταγράφηκαν ορθά και εγκαίρως στο σύστημα αναφοράς.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο συμβάντων που εντοπίστηκαν μέσω ελέγχων, audits ή δειγματοληψίας.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)



Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Τριμηνιαία και ετήσια.
Κριτήρια ένταξης	Όλα τα συμβάντα ασφάλειας που αφορούν ασθενείς ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Μη κλινικά ή διοικητικά περιστατικά χωρίς επίπτωση ασφάλειας.
Διαστρωμάτωση (stratification)	Ανά τύπο συμβάντος, σοβαρότητα, επαγγελματική κατηγορία.
Προσαρμογή κινδύνου (risk adjustment)	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Σύστημα αναφοράς συμβάντων, audits ΟΔΙΠΥ, εσωτερικοί έλεγχοι.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Πληρότητα πεδίων, χρονική εγγύτητα αναφοράς, ανωνυμία.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλή τιμή υποδηλώνει κουλτούρα μη αναφοράς ή φόβο.
Όρια αποδοχής και σημεία ενεργοποίησης	Στόχος υψηλή συμμόρφωση. Απόκλιση ενεργοποιεί έλεγχο κουλτούρας.
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση, ενίσχυση μη τιμωρητικής κουλτούρας, απλοποίηση διαδικασιών.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας και μάθησης.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική παρακολούθηση ωριμότητας ασφάλειας.

6.8.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε ετήσιο έλεγχο: Συμβάντα που εντοπίστηκαν μέσω audits-ελέγχων (D): 40, Συμβάντα που είχαν καταγραφεί στο σύστημα (N): 30

$$A8 = (30 / 40) \times 100 = 75\%$$

Ερμηνεία: Το 25% των συμβάντων **δεν αναφέρθηκε**. Αυτό αποτελεί ένδειξη: ελλιπούς κουλτούρας αναφοράς, φόβου ή άγνοιας διαδικασιών, αυξημένου λανθάνοντος κινδύνου.

6.8.3 Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη

Διεθνώς: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) θεωρεί τη **συστηματική αναφορά συμβάντων** ακρογωνιαίο λίθο ασφάλειας. Στα προγράμματα Hospital at Home του NHS, η χαμηλή αναφορά θεωρείται **αρνητικός δείκτης ωριμότητας**, όχι επιτυχία. Οι ώριμοι οργανισμοί εμφανίζουν **υψηλή συχνότητα αναφοράς**, ειδικά σχεδόν συμβάντων. Ο A8 τοποθετεί τη ΝΟΣΠΙ: σε κουλτούρα διαφάνειας, σε συνεχή μάθηση, σε ισοδυναμία με διεθνή συστήματα ασφάλειας.



6.9 Δείκτης B1 – Τήρηση κριτηρίων ένταξης ασθενών στη ΝΟΣΠΙ (B1 – Compliance with Patient Eligibility Criteria for Hospital at Home)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) **δεν είναι απλή κατ' οίκον φροντίδα**. Αποτελεί παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης εκτός του φυσικού χώρου του νοσοκομείου και, ως τέτοια, προϋποθέτει **αυστηρή επιλογή ασθενών**. Δεν είναι όλοι οι ασθενείς κατάλληλοι για ΝΟΣΠΙ.

Η λανθασμένη ένταξη ασθενούς: αυξάνει τον κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών, οδηγεί σε επανεισαγωγές, αποδυναμώνει την αξιοπιστία του μοντέλου. Ο δείκτης **B1** απαντά στο θεμελιώδες ερώτημα: *Εντάσσονται στη ΝΟΣΠΙ μόνο οι ασθενείς που πληρούν τα θεσμοθετημένα κλινικά και λειτουργικά κριτήρια; Ο B1 δεν αξιολογεί την έκβαση, αλλά την ποιότητα της αρχικής κλινικής απόφασης*, η οποία καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ασφάλεια και την επιτυχία ολόκληρης της πορείας φροντίδας.

6.9.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	B1 – Τήρηση κριτηρίων ένταξης ασθενών στη ΝΟΣΠΙ
Αγγλικός τίτλος	Compliance with Patient Eligibility Criteria for Hospital at Home
Άξονας	B – Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες (Care Delivery & Operations)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας (Process)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Καταλληλότητα φροντίδας
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Να διασφαλίζεται ότι η ΝΟΣΠΙ εφαρμόζεται μόνο σε ασθενείς για τους οποίους είναι κλινικά και λειτουργικά ασφαλής.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό συμμόρφωσης της μονάδας στα θεσμοθετημένα κριτήρια ένταξης.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η σωστή επιλογή ασθενούς αποτελεί το ισχυρότερο προληπτικό μέτρο ασφάλειας.
Ορισμοί (λεξιλόγιο)	Κριτήρια ένταξης: προκαθορισμένες κλινικές, λειτουργικές και κοινωνικές προϋποθέσεις για ασφαλή ΝΟΣΠΙ.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό ασθενών που πληρούσαν πλήρως τα κριτήρια κατά την ένταξη.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με πλήρη τεκμηρίωση συμμόρφωσης στα κριτήρια ένταξης.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών που εντάχθηκαν στη ΝΟΣΠΙ την περίοδο αναφοράς.



Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία, τριμηνιαία, ετήσια.
Κριτήρια ένταξης	Όλοι οι ασθενείς που ξεκίνησαν φροντίδα ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Επείγουσες μεταβατικές περιπτώσεις με τεκμηριωμένη αιτιολόγηση.
Διαστρωμάτωση (stratification)	Ανά διάγνωση, ηλικιακή ομάδα, επίπεδο φροντίδας.
Προσαρμογή κινδύνου (risk adjustment)	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Φάκελος ένταξης ασθενούς, κλινική αξιολόγηση, MDS, SOPs.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Πλήρης συμπλήρωση εντύπου ένταξης πριν την έναρξη φροντίδας.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλή τιμή υποδηλώνει πίεση συστήματος ή μη ορθή εφαρμογή κριτηρίων.
Όρια αποδοχής και σημεία ενεργοποίησης	Απόκλιση ενεργοποιεί επανεκπαίδευση και αναθεώρηση διαδικασιών ένταξης.
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση SOPs, ενίσχυση ιατρικής έγκρισης, audits αποφάσεων ένταξης.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση ασφάλειας και μείωση αποτυχιών φροντίδας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Έλεγχος θεσμικής συμμόρφωσης και ωριμότητας μονάδων.

6.9.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Κατά τρίμηνο: Ασθενείς που εντάχθηκαν στη ΝΟΣΠΙ (D): 120, Ασθενείς με πλήρη τεκμηρίωση συμμόρφωσης στα κριτήρια (N): 108

$$B1 = (108 / 120) \times 100 = 90\%$$

Ερμηνεία: Το 10% των ασθενών εντάχθηκε χωρίς πλήρη τεκμηρίωση καταλληλότητας, γεγονός που: αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών, προοιωνίζεται επανεισαγωγές, απαιτεί άμεση διερεύνηση της διαδικασίας ένταξης.

6.9.3 Benchmarking και διεθνής τοποθέτηση του δείκτη

Διεθνώς: Συστήματα Hospital at Home (NHS, ΗΠΑ, Αυστραλία) θεωρούν την **επιλογή ασθενούς τον ισχυρότερο δείκτη ασφάλειας**. Η μη τήρηση κριτηρίων συσχετίζεται άμεσα με αυξημένες επανεισαγωγές. Οι ώριμες μονάδες εμφανίζουν **πολύ υψηλή συμμόρφωση**, με αυστηρή τεκμηρίωση πριν την ένταξη. Ο δείκτης **B1**: ευθυγραμμίζει τη ΝΟΣΠΙ με διεθνή πρότυπα, προστατεύει τον ασθενή και το σύστημα, λειτουργεί ως φίλτρο ποιότητας για ολόκληρη τη διαδρομή φροντίδας.



6.10 Δείκτης B2 – Πληρότητα και ποιότητα κλινικής τεκμηρίωσης (B2 – Completeness and Quality of Clinical Documentation)

Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), η κλινική τεκμηρίωση **δεν είναι απλή γραφειοκρατική υποχρέωση**. Αποτελεί τον βασικό μηχανισμό μέσω του οποίου: διασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας, υποστηρίζεται η κλινική λήψη αποφάσεων, καθίσταται δυνατή η εποπτεία και η λογοδοσία, και τεκμηριώνεται ότι παρέχεται πραγματική νοσοκομειακή περίθαλψη εκτός νοσοκομείου. Σε αντίθεση με το ενδονοσοκομειακό περιβάλλον, όπου η φυσική παρουσία της ομάδας λειτουργεί ως πρόσθετη δικλείδα ασφάλειας, στη ΝΟΣΠΙ η **τεκμηρίωση αντικαθιστά τη φυσική εγγύτητα**. Ό,τι δεν είναι καταγεγραμμένο: δεν είναι ορατό, δεν είναι ελέγξιμο, και πρακτικά δεν μπορεί να αξιολογηθεί. Ο δείκτης **B2** απαντά στο κρίσιμο ερώτημα: *Τεκμηριώνεται η κλινική φροντίδα με τρόπο πλήρη, συνεπή και επαρκή ώστε να υποστηρίζει ασφάλεια, συνέχεια και εποπτεία;*

6.10.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	B2 – Πληρότητα και ποιότητα κλινικής τεκμηρίωσης
Αγγλικός τίτλος	Completeness and Quality of Clinical Documentation
Άξονας	B – Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες (Care Delivery & Operations)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας (Process indicator)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Συνέχεια φροντίδας
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Να διασφαλίζεται ότι η κλινική φροντίδα που παρέχεται στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ τεκμηριώνεται πλήρως, με συνέπεια και επαρκή κλινική πληροφορία.
Τι αξιολογεί	Την πληρότητα και την ποιότητα των κλινικών καταγραφών που αφορούν κάθε κλινική περίοδο νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι.
Κλινική / λειτουργική λογική	Στη ΝΟΣΠΙ, η τεκμηρίωση αποτελεί το βασικό υποκατάστατο της φυσικής παρουσίας και της άμεσης εποπτείας.
Ορισμοί	Κλινική τεκμηρίωση: δομημένη καταγραφή αξιολόγησης, παρεμβάσεων, αποφάσεων και παρακολούθησης κατά την κλινική περίοδο φροντίδας.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό κλινικών περιόδων φροντίδας με πλήρη και ορθή τεκμηρίωση.
Αριθμητής (N)	Κλινικές περίοδοι νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι με πλήρη συμπλήρωση όλων των υποχρεωτικών πεδίων τεκμηρίωσης.



Παρονομαστής (D)	Σύνολο κλινικών περιόδων νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι κατά την περίοδο αναφοράς.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία, τριμηνιαία ή ετήσια
Κριτήρια ένταξης	Όλες οι κλινικές περίοδοι νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι που έχουν ενεργοποιηθεί ή ολοκληρωθεί.
Κριτήρια εξαίρεσης	Περιπτώσεις τεκμηριωμένης τεχνικής αδυναμίας καταγραφής.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά επαγγελματική ειδικότητα, τύπο φροντίδας, διάρκεια κλινικής περιόδου.
Προσαρμογή κινδύνου (Risk adjustment)	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Ηλεκτρονικός φάκελος ΝΟΣΠΙ, Minimum Data Set (MDS), δομημένες φόρμες καταγραφής.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Υποχρεωτικά πεδία, χρονική σήμανση, ταυτοποίηση επαγγελματία υγείας.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλή τιμή υποδηλώνει λειτουργικό και οργανωτικό κίνδυνο για την ασφάλεια και τη συνέχεια φροντίδας.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Τιμές κάτω από προκαθορισμένο όριο ενεργοποιούν εσωτερικό έλεγχο ποιότητας τεκμηρίωσης.
Ενέργειες σε απόκλιση	Στοχευμένη εκπαίδευση, απλοποίηση εργαλείων, ανασχεδιασμός ροών εργασίας.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση ασφάλειας, συνέχειας και ποιότητας φροντίδας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Έλεγχος ωριμότητας, αξιοπιστίας δεδομένων και συγκρισιμότητας.

6.10.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Κατά τρίμηνη περίοδο αναφοράς: Σύνολο κλινικών περιόδων νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι (D): **160**, Κλινικές περίοδοι με πλήρη και ορθή τεκμηρίωση (N): **140**

$$B2 = (140 / 160) \times 100 = 87,5\%$$

Ερμηνεία: Το 12,5% των κλινικών περιόδων παρουσιάζει ελλείψεις στην τεκμηρίωση, γεγονός που: αυξάνει τον κίνδυνο ασυνέχειας φροντίδας, περιορίζει την αξιοπιστία των δεικτών έκβασης, απαιτεί διορθωτικές οργανωτικές παρεμβάσεις.

6.10.3 Benchmarking και σημεία διεθνούς αναφοράς

Σε διεθνές επίπεδο: Η πληρότητα κλινικής τεκμηρίωσης αποτελεί **βασικό δείκτη ωριμότητας** σε: Hospital at Home (Ηνωμένο Βασίλειο), Virtual Wards (NHS), Home Hospitalisation (Αυστραλία,



Καναδάς). Διεθνείς οργανισμοί (WHO, OECD) θεωρούν ότι: ανεπαρκής τεκμηρίωση ισοδυναμεί με **λανθάνουσα απειλή ασφάλειας**, υπονομεύει τη συγκρισιμότητα και τη λογοδοσία.

Ο δείκτης **B2**: λειτουργεί ως **προαπαιτούμενος** για την εγκυρότητα όλων των υπόλοιπων δεικτών, διασφαλίζει ότι η ΝΟΣΠΙ τεκμηριώνεται ως πραγματική νοσοκομειακή φροντίδα, εδράζει τη θεσμική εποπτεία σε αξιόπιστα δεδομένα.

6.11 Δείκτης B3 – Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων κατ' οίκον (B3 – Compliance with Scheduled Home Visits)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι βασίζεται σε **προγραμματισμένες κατ' οίκον επισκέψεις** επαγγελματιών υγείας, οι οποίες αντικαθιστούν τη φυσική παρουσία του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Η τήρηση αυτών των επισκέψεων **δεν είναι οργανωτική λεπτομέρεια**, αλλά βασικός μηχανισμός ασφάλειας, συνέχειας και κλινικής αποτελεσματικότητας. Σε αντίθεση με το νοσοκομείο, όπου ο ασθενής βρίσκεται συνεχώς υπό επίβλεψη, στη ΝΟΣΠΙ: κάθε επίσκεψη έχει **σαφή κλινικό σκοπό**, κάθε καθυστέρηση ή ακύρωση δημιουργεί **κενό φροντίδας**, η μη τήρηση του προγράμματος αυξάνει τον κίνδυνο μη έγκαιρης αναγνώρισης επιδείνωσης.

Ο δείκτης B3 έχει σχεδιαστεί για να απαντά με αντικειμενικό τρόπο στο ερώτημα: **παρέχεται η νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι με την προβλεπόμενη συχνότητα και συνέπεια;**

6.11.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	B3 – Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων κατ' οίκον
Αγγλικός τίτλος	Compliance with Scheduled Home Visits
Άξονας	B – Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες (Care Delivery & Operations)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας (Process Indicator)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Συνέχεια φροντίδας, Αποτελεσματικότητα
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Να διασφαλίζεται ότι οι προβλεπόμενες κατ' οίκον επισκέψεις πραγματοποιούνται σύμφωνα με το εγκεκριμένο θεραπευτικό πλάνο.
Τι αξιολογεί	Τη συνέπεια της Μονάδας ΝΟΣΠΙ στην υλοποίηση των προγραμματισμένων επισκέψεων ανά κλινική περίοδο νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι.
Κλινική / λειτουργική λογική	Οι επισκέψεις αποτελούν βασικό μηχανισμό παρακολούθησης, παρέμβασης και πρόληψης επιπλοκών στη ΝΟΣΠΙ.



Ορισμοί	Προγραμματισμένη επίσκεψη: επίσκεψη επαγγελματία υγείας που έχει εγκριθεί στο θεραπευτικό πλάνο και καταχωριστεί εκ των προτέρων.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό προγραμματισμένων επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν εντός του προβλεπόμενου χρονικού πλαισίου.
Αριθμητής (N)	Αριθμός προγραμματισμένων επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν όπως είχαν οριστεί.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο προγραμματισμένων επισκέψεων κατά την περίοδο αναφοράς.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία ή τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Όλες οι επισκέψεις που προβλέπονται στο εγκεκριμένο πλάνο φροντίδας.
Κριτήρια εξαίρεσης	Τεκμηριωμένες ακυρώσεις για λόγους ανωτέρας βίας ή κλινικής αναπροσαρμογής.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά ειδικότητα, τύπο φροντίδας, γεωγραφική περιοχή.
Προσαρμογή κινδύνου (Risk adjustment)	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Ηλεκτρονικό πρόγραμμα επισκέψεων, φάκελος ΝΟΣΠΙ, σύστημα καταγραφής παρουσιών.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Χρονική σήμανση, ταυτοποίηση επαγγελματία, αιτιολόγηση αποκλίσεων.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν λειτουργική αστάθεια και αυξημένο κλινικό κίνδυνο.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Τιμές κάτω από το αποδεκτό όριο ενεργοποιούν ανάλυση αιτιών και διορθωτικές ενέργειες.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανασχεδιασμός προγράμματος, ενίσχυση στελέχωσης
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Έλεγχος αξιοπιστίας λειτουργίας και συνέχειας φροντίδας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Αξιολόγηση επιχειρησιακής επάρκειας και οργανωτικής ωριμότητας.

6.11.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Κατά μηνιαία περίοδο: Προγραμματισμένες επισκέψεις (D): **320**, Πραγματοποιήσιμες σύμφωνα με το πλάνο (N): **296**



$$B3 = (296 / 320) \times 100 = 92,5\%$$

Ερμηνεία: Το 7,5% των επισκέψεων δεν πραγματοποιήθηκε όπως είχε προβλεφθεί. Το εύρημα απαιτεί: έλεγχο αιτιών (στελέχωση, μετακινήσεις, φόρτος), εκτίμηση κλινικού κινδύνου, πιθανή αναπροσαρμογή προγραμματισμού.

6.11.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς: Η **τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων** αποτελεί βασικό KPI σε: NHS Virtual Wards, Hospital at Home (UK, Australia), Integrated Care Models (OECD). Χαμηλή συμμόρφωση συσχετίζεται με: αυξημένες μη προγραμματισμένες μεταφορές, μειωμένη εμπιστοσύνη ασθενών, υψηλότερο λειτουργικό κόστος. Ο δείκτης **B3**: τεκμηριώνει την **αξιοπιστία** της ΝΟΣΠΙ ως νοσοκομειακής υπηρεσίας, υποστηρίζει διεθνή συγκρισιμότητα, λειτουργεί ως πρόδρομος δείκτης ασφάλειας.

6.12 Δείκτης B4 – Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ (B4 – Timely Response of the Hospital at Home Team)

Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, η **έγκαιρη απόκριση της ομάδας υγείας** αποτελεί κρίσιμο παράγοντα ασφάλειας.

Ο ασθενής δεν βρίσκεται σε προστατευμένο νοσοκομειακό περιβάλλον και, συνεπώς, η δυνατότητα **άμεσης και τεκμηριωμένης αντίδρασης** σε μεταβολές της κλινικής του κατάστασης καθορίζει την έκβαση της φροντίδας. Η καθυστέρηση στην απόκριση μπορεί να οδηγήσει: σε μη έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης, σε ανάγκη επείγουσας μεταφοράς, σε απώλεια εμπιστοσύνης του ασθενούς και του φροντιστή. Ο δείκτης **B4** έχει σχεδιαστεί για να αποτυπώνει αν η Μονάδα ΝΟΣΠΙ **ανταποκρίνεται εντός προκαθορισμένων χρονικών ορίων** όταν: ο ασθενής ή ο φροντιστής ζητά βοήθεια, εντοπίζεται μεταβολή μέσω τηλεπαρακολούθησης, προκύπτει ανάγκη κλινικής επανεκτίμησης. Με απλά λόγια, ο δείκτης απαντά στο ερώτημα:

όταν χρειαστεί η ομάδα ΝΟΣΠΙ, ανταποκρίνεται έγκαιρα;

6.12.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	B4 – Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ
Αγγλικός τίτλος	Timely Response of the Hospital at Home Team
Άξονας	B – Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες (Care Delivery & Operations)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας (Process Indicator)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Συνέχεια φροντίδας, Αποτελεσματικότητα
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται (συμπληρώνεται από σχετικούς δείκτες εμπειρίας στον Άξονα D)



Σκοπός	Να διασφαλίζεται ότι η ομάδα ΝΟΣΠΙ ανταποκρίνεται εντός αποδεκτών χρονικών ορίων σε αιτήματα ή κλινικά σήματα.
Τι αξιολογεί	Τον χρόνο απόκρισης της ομάδας ΝΟΣΠΙ από τη στιγμή ειδοποίησης έως την παροχή κατάλληλης κλινικής ενέργειας.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η έγκαιρη απόκριση μειώνει την πιθανότητα επιπλοκών και μη προγραμματισμένων μεταφορών.
Ορισμοί	Αίτημα απόκρισης: τεκμηριωμένη ειδοποίηση (τηλεφωνική, ψηφιακή ή μέσω συστήματος).
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό αιτημάτων στα οποία η ομάδα ανταποκρίθηκε εντός του καθορισμένου χρόνου.
Αριθμητής (N)	Αριθμός αιτημάτων με απόκριση εντός του χρονικού ορίου.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο αιτημάτων απόκρισης κατά την περίοδο αναφοράς.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Όλα τα τεκμηριωμένα αιτήματα από ασθενή, φροντιστή ή σύστημα τηλεπαρακολούθησης.
Κριτήρια εξαίρεσης	Αιτήματα εκτός ωραρίου που έχουν διαφορετικά εγκεκριμένα όρια απόκρισης.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά τύπο αιτήματος, χρονική ζώνη, ειδικότητα.
Προσαρμογή κινδύνου (Risk adjustment)	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Σύστημα κλήσεων, ψηφιακή πλατφόρμα ΝΟΣΠΙ, ηλεκτρονικός φάκελος.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Ακριβής χρονική σήμανση ειδοποίησης και απόκρισης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο λειτουργικό και κλινικό κίνδυνο.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Τιμές κάτω από το αποδεκτό όριο ενεργοποιούν έλεγχο επάρκειας στελέχωσης.
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση ροών, ενίσχυση εφημερίας, ανακατανομή φόρτου.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Έλεγχος επιχειρησιακής ετοιμότητας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Αξιολόγηση λειτουργικής αξιοπιστίας και ασφάλειας.



6.12.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε μηνιαία περίοδο: Συνολικά αιτήματα απόκρισης (D): **180**, Έγκαιρες αποκρίσεις εντός ορίου (N): **162**

$$B4 = (162 / 180) \times 100 = 90\%$$

Ερμηνεία: Το 10% των αιτημάτων δεν εξυπηρετήθηκε έγκαιρα. Απαιτείται: ανάλυση χρονικών ζωνών, αξιολόγηση φόρτου ομάδας, συσχέτιση με επανεισαγωγές ή μεταφορές.

6.12.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς: Ο χρόνος απόκρισης αποτελεί **βασικό δείκτη ασφάλειας** σε: NHS Virtual Wards, Hospital at Home (UK, Canada), Integrated Community Care Models (OECD). Τιμές χαμηλής έγκαιρης απόκρισης συσχετίζονται με: αυξημένο άγχος ασθενών, μειωμένη αποδοχή του μοντέλου, αυξημένες επείγουσες μεταφορές. Ο δείκτης **B4**: λειτουργεί ως **δείκτης επιδείνωσης**, ενισχύει τη διεθνή συγκρισιμότητα, τεκμηριώνει ότι η ΝΟΣΠΙ λειτουργεί με πραγματικούς χρόνους νοσοκομειακής ετοιμότητας.

6.13 Δείκτης B5 – Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας ΝΟΣΠΙ (B5 – Multidisciplinary Team Coordination in Hospital at Home)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι δεν είναι έργο ενός επαγγελματία. Αποτελεί **συνδυασμένη κλινική πράξη** που βασίζεται στη συνεργασία ιατρών, νοσηλευτών, λοιπών επαγγελματιών υγείας και, σε ορισμένες περιπτώσεις, κοινωνικών υπηρεσιών.

Σε αντίθεση με το νοσοκομείο: η ομάδα δεν βρίσκεται στον ίδιο φυσικό χώρο, η επικοινωνία βασίζεται στην τεκμηρίωση και στα ψηφιακά εργαλεία, ο κακός συντονισμός δεν «φαίνεται» άμεσα, αλλά αποτυπώνεται έμμεσα μέσω λαθών, καθυστερήσεων ή αντικρουόμενων οδηγιών. Ο δείκτης **B5** έχει στόχο να αποτυπώσει **αν η διεπιστημονική ομάδα λειτουργεί ως ενιαίο κλινικό σύνολο** και όχι ως άθροισμα μεμονωμένων παρεμβάσεων. Με απλά λόγια, ο δείκτης απαντά στο ερώτημα:

οι επαγγελματίες που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενούς λειτουργούν συντονισμένα, με κοινό πλάνο και σαφή ρόλο; Ο συντονισμός αποτελεί **προϋπόθεση ασφάλειας**, καθώς μειώνει τον κίνδυνο αντικρουόμενων οδηγιών, διασφαλίζει συνέχεια της φροντίδας, υποστηρίζει τη λήψη έγκαιρων και τεκμηριωμένων αποφάσεων.

6.13.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	B5 – Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας ΝΟΣΠΙ
Αγγλικός τίτλος	Multidisciplinary Team Coordination in Hospital at Home
Άξονας	B – Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες (Care Delivery & Operations)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας (Process indicator)



Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Συνέχεια φροντίδας, Ανθρωποκεντρική φροντίδα
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται άμεσα (συσχετίζεται με PREMs επικοινωνίας και εμπιστοσύνης)
Σκοπός	Να διασφαλίζεται ότι η φροντίδα παρέχεται βάσει ενιαίου και τεκμηριωμένου πλάνου από όλα τα μέλη της ομάδας.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό λειτουργικού και τεκμηριωμένου συντονισμού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.
Κλινική / λειτουργική λογική	Ο κακός συντονισμός αποτελεί συχνή αιτία έμμεσων σφαλμάτων στη φροντίδα κατ' οίκον.
Ορισμοί	Συντονισμός: κοινό πλάνο φροντίδας, σαφείς ρόλοι, τεκμηριωμένη επικοινωνία.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό περιπτώσεων με πλήρως τεκμηριωμένο και κοινά αποδεκτό πλάνο φροντίδας.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με τεκμηριωμένο διεπιστημονικό πλάνο και καταγεγραμμένη συνεργασία.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών που λαμβάνουν φροντίδα από περισσότερους του ενός επαγγελματίες.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς με εμπλοκή ≥ 2 επαγγελματιών υγείας.
Κριτήρια εξαίρεσης	Περιπτώσεις μονοεπαγγελματικής φροντίδας.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά ειδικότητα, πολυπλοκότητα φροντίδας.
Προσαρμογή κινδύνου (Risk adjustment)	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Ηλεκτρονικός φάκελος, πλάνο φροντίδας, πρακτικά ομάδας.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τεκμηρίωση επικαιροποιημένου πλάνου και καταγεγραμμένης επικοινωνίας.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν κίνδυνο αποσπασματικής φροντίδας.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Τιμές κάτω από το αποδεκτό όριο ενεργοποιούν έλεγχο ομαδικής λειτουργίας.
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση ρόλων, ενίσχυση MDT συναντήσεων, βελτίωση τεκμηρίωσης.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση ομαδικής συνεργασίας.

**Χρήση σε ΟΔΙΠΥ**

Αξιολόγηση ωριμότητας διεπιστημονικής λειτουργίας.

6.13.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Κατά τρίμηνο: Ασθενείς με εμπλοκή ≥ 2 επαγγελματιών (D): **120**, Ασθενείς με πλήρες και κοινά τεκμηριωμένο πλάνο (N): **102**

$$B5 = (102 / 120) \times 100 = 85\%$$

Ερμηνεία: Το 15% των περιπτώσεων παρουσιάζει ανεπαρκή τεκμηρίωση ή συντονισμό.

Απαιτείται: ανασκόπηση ροών επικοινωνίας, έλεγχος λειτουργίας διεπιστημονικών συναντήσεων, εκπαίδευση στην ομαδική τεκμηρίωση.

6.13.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς: Ο συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας αποτελεί **δομικό δείκτη ποιότητας** σε: Hospital at Home (UK, Australia), Integrated Care Models (WHO), Community-based Acute Care (OECD). Υψηλές επιδόσεις στον δείκτη συνδέονται με: μειωμένα ανεπιθύμητα συμβάντα, καλύτερη εμπειρία ασθενούς, χαμηλότερη ανάγκη κλιμάκωσης φροντίδας. Ο δείκτης **B5**: τεκμηριώνει οργανωτική ωριμότητα, αποδεικνύει ότι η ΝΟΣΠΙ λειτουργεί ως **νοσοκομειακή ομάδα και όχι ως κατ' οίκον υπηρεσία επισκέψεων**, αποτελεί κρίσιμο στοιχείο διεθνούς συγκρισιμότητας.

6.14 Δείκτης B6 – Χρήση τηλεπαρακολούθησης όπου προβλέπεται (B6 – Appropriate Use of Telemonitoring in Hospital at Home)

Η τηλεπαρακολούθηση στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι δεν αποτελεί τεχνολογική πολυτέλεια ούτε προαιρετικό εργαλείο. Αποτελεί **κρίσιμο μηχανισμό κλινικής ασφάλειας**, ιδίως σε περιβάλλον όπου ο ασθενής δεν βρίσκεται υπό συνεχή φυσική επίβλεψη. Σε ένα κλασικό νοσοκομειακό περιβάλλον: οι ζωτικές παράμετροι παρακολουθούνται συνεχώς ή περιοδικά, η κλινική επιδείνωση γίνεται άμεσα αντιληπτή, η απόκριση είναι άμεση. Στο σπίτι, οι συνθήκες είναι ριζικά διαφορετικές. Η έγκαιρη αναγνώριση μεταβολών στη ζωτική κατάσταση του ασθενούς βασίζεται: είτε στην ενεργή παρατήρηση από τον φροντιστή, είτε στη συστηματική χρήση τηλεπαρακολούθησης (τηλεμετρία, απομακρυσμένη καταγραφή ζωτικών παραμέτρων). Ο δείκτης **B6** δεν αξιολογεί αν υπάρχει τεχνολογία, αλλά: **αν η τηλεπαρακολούθηση χρησιμοποιείται εκεί όπου έχει προβλεφθεί και απαιτείται κλινικά**. Με απλά λόγια, απαντά στο ερώτημα:

όταν το κλινικό πρωτόκολλο προβλέπει τηλεπαρακολούθηση, εφαρμόζεται πράγματι; Η μη χρήση τηλεπαρακολούθησης: αυξάνει τον κίνδυνο καθυστερημένης αναγνώρισης επιδείνωσης, υπονομεύει την ισοδυναμία της κατ' οίκον φροντίδας με τη νοσοκομειακή, μετατρέπει τη ΝΟΣΠΙ σε "φροντίδα χαμηλής επιτήρησης", κάτι θεσμικά μη αποδεκτό.

6.14.1 Ταυτότητα Δείκτη**Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche**

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	B6 – Χρήση τηλεπαρακολούθησης όπου προβλέπεται
Αγγλικός τίτλος	Appropriate Use of Telemonitoring in Hospital at Home



Άξονας	B – Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες (Care Delivery & Operations)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας (Process indicator)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Συνέχεια φροντίδας, Αποτελεσματικότητα
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται άμεσα (συσχετίζεται με PREMs ασφάλειας και εμπιστοσύνης)
Σκοπός	Να διασφαλίζεται ότι η τηλεπαρακολούθηση εφαρμόζεται σύμφωνα με τα κλινικά πρωτόκολλα.
Τι αξιολογεί	Τη συμμόρφωση της μονάδας ΝΟΣΠΙ με τις προβλέψεις τηλεπαρακολούθησης.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η απουσία τηλεπαρακολούθησης όπου απαιτείται αυξάνει τον κίνδυνο καθυστερημένης παρέμβασης.
Ορισμοί	Τηλεπαρακολούθηση: απομακρυσμένη, συστηματική καταγραφή και μετάδοση κλινικών παραμέτρων.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό ασθενών που λαμβάνουν τηλεπαρακολούθηση όπου προβλέπεται.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με ενεργή τηλεπαρακολούθηση σύμφωνα με το πρωτόκολλο.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών για τους οποίους προβλέπεται τηλεπαρακολούθηση.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία ή τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς με κλινικά πρωτόκολλα που απαιτούν τηλεπαρακολούθηση.
Κριτήρια εξαίρεσης	Τεκμηριωμένη τεχνική ή κλινική αδυναμία εφαρμογής.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά τύπο νόσου, επίπεδο κινδύνου, είδος παραμέτρων.
Προσαρμογή κινδύνου (Risk adjustment)	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Πλατφόρμες τηλεπαρακολούθησης, ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Καταγεγραμμένη ενεργοποίηση, λειτουργικότητα και συνέχεια δεδομένων.



Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν οργανωτική ή τεχνολογική ανεπάρκεια.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Τιμές κάτω από το αποδεκτό όριο ενεργοποιούν έλεγχο υποδομών.
Ενέργειες σε απόκλιση	Έλεγχος εξοπλισμού, εκπαίδευση προσωπικού, αναθεώρηση SOPs.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Διασφάλιση κλινικής επιτήρησης υψηλού κινδύνου ασθενών.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Αξιολόγηση ψηφιακής και επιχειρησιακής επάρκειας μονάδων.

6.14.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Κατά τρίμηνο: Ασθενείς για τους οποίους προβλέπεται τηλεπαρακολούθηση (D): **80**, Ασθενείς με ενεργή και τεκμηριωμένη τηλεπαρακολούθηση (N): **68**

$$B6 = (68 / 80) \times 100 = 85\%$$

Ερμηνεία: Το 15% των περιπτώσεων αποτελεί δυνητικό κίνδυνο ασφάλειας. Απαιτείται: έλεγχος τεχνολογικής διαθεσιμότητας, αξιολόγηση συμμόρφωσης προσωπικού, ενίσχυση διαδικασιών ενεργοποίησης τηλεπαρακολούθησης.

6.14.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Σε διεθνή προγράμματα: NHS Virtual Wards, Hospital at Home (Ηνωμένο Βασίλειο, Καναδάς, Αυστραλία), OECD Digital Health Frameworks, η χρήση τηλεπαρακολούθησης: θεωρείται **βασικό προαπαιτούμενο ασφάλειας**, συνδέεται με μειωμένες επανεισαγωγές, αποτελεί δείκτη ψηφιακής ωριμότητας.

Ο δείκτης **B6**: αποδεικνύει ότι η ΝΟΣΠΙ λειτουργεί με **σύγχρονες κλινικές προδιαγραφές**, επιτρέπει διεθνή συγκρισιμότητα, αποτελεί προϋπόθεση για value-based και digitally-enabled care models.

6.15 B7 – Τήρηση χρονοδιαγράμματος κλινικής φροντίδας στο πλαίσιο κατ' οίκον νοσοκομειακής νοσηλείας (B7 – Adherence to Clinical Care Timeline in Hospital at Home)

Η κατ' οίκον νοσοκομειακή νοσηλεία δεν αποτελεί άτυπη ή ευέλικτη φροντίδα χωρίς χρονικές δεσμεύσεις. Αντιθέτως, προϋποθέτει **σαφώς ορισμένο χρονοδιάγραμμα κλινικής φροντίδας**, ισοδύναμο με εκείνο της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Στο νοσοκομείο: οι ιατρικές πράξεις, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι επανεκτιμήσεις, οι εργαστηριακοί ή κλινικοί έλεγχοι, εκτελούνται σε **καθορισμένα χρονικά σημεία**, τα οποία αποτελούν μέρος του θεραπευτικού σχεδιασμού. Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, το χρονοδιάγραμμα δεν είναι λιγότερο σημαντικό. Αντιθέτως: η μη τήρηση χρονικών ορίων αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών, υπονομεύει τη συνέχεια της φροντίδας, αλλοιώνει την κλινική ισοδυναμία με το νοσοκομείο. Ο δείκτης **B7** δεν αξιολογεί το αποτέλεσμα της φροντίδας, αλλά **την πειθαρχία του συστήματος στον χρονικό σχεδιασμό που το ίδιο έχει ορίσει**. Απαντά στο κρίσιμο ερώτημα: **παρέχεται η κλινική φροντίδα στον προβλεπόμενο χρόνο ή καθυστερεί συστηματικά; Η**



συστηματική απόκλιση από τα χρονοδιαγράμματα: αποτελεί δείκτη οργανωτικής δυσλειτουργίας, αυξάνει τον κίνδυνο κλινικής επιδείνωσης, συνδέεται διεθνώς με αυξημένες επανεισαγωγές.

6.15.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	B7 – Τήρηση χρονοδιαγράμματος κλινικής φροντίδας
Αγγλικός τίτλος	Adherence to Clinical Care Timeline in Hospital at Home
Άξονας	B – Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες (Care Delivery & Operations)
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας (Process indicator)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Συνέχεια φροντίδας, Αποτελεσματικότητα
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται άμεσα (έμμεση επίδραση σε PREMs εμπιστοσύνης και ασφάλειας)
Σκοπός	Να διασφαλίζεται ότι η φροντίδα παρέχεται εντός των χρονικών ορίων που έχουν τεθεί.
Τι αξιολογεί	Τη συμμόρφωση της μονάδας ΝΟΣΠΙ με το εγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα φροντίδας.
Κλινική / λειτουργική λογική	Οι καθυστερήσεις αλλοιώνουν την κλινική ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα.
Ορισμοί	Χρονοδιάγραμμα φροντίδας: προκαθορισμένα χρονικά σημεία παρεμβάσεων και επανεκτιμήσεων.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό παρεμβάσεων που πραγματοποιούνται εντός προβλεπόμενου χρόνου.
Αριθμητής (N)	Παρεμβάσεις που υλοποιήθηκαν εντός χρονικού πλαισίου.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο προγραμματισμένων παρεμβάσεων.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία ή τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Όλες οι προγραμματισμένες κλινικές πράξεις της ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Τεκμηριωμένες ανωτέρα βία ή έκτακτες κλινικές ανάγκες.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά είδος πράξης, επίπεδο κινδύνου, γεωγραφική περιοχή.



Προσαρμογή κινδύνου (Risk adjustment)	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς, ημερολόγια επισκέψεων.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Χρονικές σφραγίδες (timestamps) και τεκμηρίωση αλλαγών.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν οργανωτική ανεπάρκεια ή φόρτο.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Απόκλιση πέραν αποδεκτού ποσοστού ενεργοποιεί έλεγχο.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανασχεδιασμός ροών, ενίσχυση προσωπικού, προσαρμογή προγραμμάτων.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτιστοποίηση προγραμματισμού και ασφάλειας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Αξιολόγηση επιχειρησιακής ωριμότητας μονάδων.

6.15.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε έναν μήνα: Προγραμματισμένες παρεμβάσεις (D): **240**, Παρεμβάσεις εντός προβλεπόμενου χρόνου (N): **210**

$$B7 = (210 / 240) \times 100 = 87,5\%$$

Ερμηνεία: Το 12,5% των παρεμβάσεων καθυστέρησε. Απαιτείται: ανάλυση αιτιών (φόρτος, μετακινήσεις, στελέχωση), αναπροσαρμογή προγραμματισμού, ενίσχυση συντονισμού ομάδας.

6.15.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Σε διεθνή συστήματα: NHS Hospital at Home, Integrated Care Systems, OECD Care Continuity indicators, η τήρηση χρονοδιαγραμμάτων: θεωρείται δείκτης **λειτουργικής αξιοπιστίας**, συνδέεται με μειωμένα ανεπιθύμητα συμβάντα, αποτελεί προϋπόθεση για κλινική ισοδυναμία με το νοσοκομείο. Ο δείκτης **B7**: αποδεικνύει ότι η ΝΟΣΠΙ λειτουργεί με **πειθαρχία νοσοκομειακού επιπέδου**, υποστηρίζει τη διεθνή συγκρισιμότητα, ενισχύει τη θεσμική αξιοπιστία του μοντέλου.

6.16 Δείκτης C1 – Πληρότητα Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων (MDS) στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (C1 – Minimum Data Set (MDS) Completeness in Hospital at Home)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι δεν μπορεί να λειτουργήσει ως εθνική, εποπτεύσιμη και συγκρίσιμη υπηρεσία χωρίς **τυποποιημένη και πλήρη κλινική τεκμηρίωση**. Σε αντίθεση με το νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου η φυσική παρουσία προσωπικού λειτουργεί εν μέρει ως «σιωπηρή γνώση», στη ΝΟΣΠΙ **ό,τι δεν καταγράφεται, πρακτικά δεν υφίσταται**. Το **Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (Minimum Data Set – MDS)** αποτελεί το υποχρεωτικό σύνολο πεδίων που: τεκμηριώνει την κλινική κατάσταση, υποστηρίζει τη συνέχεια της φροντίδας, επιτρέπει την εποπτεία ποιότητας και ασφάλειας, τροφοδοτεί όλους τους υπόλοιπους δείκτες του συστήματος. Ο δείκτης **C1** δεν αξιολογεί την ποιότητα της φροντίδας καθαυτής, αλλά την



ικανότητα του συστήματος να παράγει αξιόπιστη πληροφορία. Χωρίς πλήρες MDS: οι δείκτες ασφάλειας δεν είναι ερμηνεύσιμοι, τα αποτελέσματα δεν είναι συγκρίσιμα, η εθνική εποπτεία καθίσταται προσχηματική.

Ο δείκτης απαντά στο θεμελιώδες ερώτημα: **έχουν καταγραφεί όλα τα υποχρεωτικά δεδομένα που απαιτούνται για να θεωρηθεί η κατ' οίκον νοσηλεία ισοδύναμη με τη νοσοκομειακή;**

6.16.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	C1 – Πληρότητα Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων (MDS)
Αγγλικός τίτλος	Minimum Data Set (MDS) Completeness in Hospital at Home
Άξονας	C – Δεδομένα, τεκμηρίωση και ψηφιακή ωριμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Δομής – Διαδικασίας (Structure–Process indicator)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Διακυβέρνηση
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται άμεσα (δομικός δείκτης συστήματος)
Σκοπός	Να διασφαλίζεται ότι όλα τα υποχρεωτικά πεδία MDS συμπληρώνονται πλήρως.
Τι αξιολογεί	Την πληρότητα της κλινικής και λειτουργικής τεκμηρίωσης.
Κλινική / λειτουργική λογική	Χωρίς πλήρη δεδομένα δεν υφίσταται ασφαλής εποπτεία.
Ορισμοί	MDS: Τυποποιημένο σύνολο υποχρεωτικών δεδομένων ΝΟΣΠΙ.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό πλήρως συμπληρωμένων MDS.
Αριθμητής (N)	Περιπτώσεις με πλήρως συμπληρωμένο MDS.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο περιπτώσεων ΝΟΣΠΙ που απαιτούν MDS.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Όλες οι ενεργές κατ' οίκον νοσηλείες.
Κριτήρια εξαίρεσης	Τεκμηριωμένα τεχνικά σφάλματα συστήματος.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα, τύπο ασθενούς, γεωγραφική περιοχή.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς ΝΟΣΠΙ.



Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Υποχρεωτικά πεδία, έλεγχοι πληρότητας.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλή πληρότητα ακυρώνει αξιοπιστία δεικτών.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Κάτω από αποδεκτό όριο ενεργοποιεί έλεγχο.
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση, τεχνικές διορθώσεις, SOPs.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση τεκμηρίωσης και ασφάλειας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Έλεγχος ετοιμότητας και αξιοπιστίας μονάδων.

6.16.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε έναν μήνα: Περιπτώσεις ΝΟΣΠΙ που απαιτούν MDS (D): **120**, Πλήρως συμπληρωμένα MDS (N): **102**

$$C1 = (102 / 120) \times 100 = 85\%$$

Ερμηνεία: Το 15% των περιπτώσεων δεν διαθέτει πλήρη τεκμηρίωση. Αυτό σημαίνει: αυξημένο κίνδυνο αστοχιών, μειωμένη αξιοπιστία όλων των δεικτών, ανάγκη άμεσης διορθωτικής παρέμβασης.

6.16.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς: OECD Health Data, NHS Digital (Hospital at Home datasets), CMS Home Health Quality Reporting, η πληρότητα MDS θεωρείται **προαπαιτούμενο ποιότητας**, όχι απλός διοικητικός δείκτης. Συστήματα με: πληρότητα <90% θεωρούνται **μη ώριμα**, υψηλή πληρότητα συσχετίζονται με: χαμηλότερα ανεπιθύμητα συμβάντα, καλύτερη συνέχεια φροντίδας, αξιόπιστο benchmarking.

Ο δείκτης **C1** αποτελεί: θεμέλιο όλων των υπολοίπων δεικτών, βασικό κριτήριο θεσμικής αξιοπιστίας της ΝΟΣΠΙ, αδιαπραγμάτευτο στοιχείο εθνικής εποπτείας.

6.17 Δείκτης C2 – Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (C2 – Data Validity and Consistency in Hospital at Home)

Η πληρότητα των δεδομένων (Δείκτης C1) αποτελεί αναγκαία αλλά όχι επαρκή συνθήκη για την αξιοπιστία ενός συστήματος δεικτών. Ένα πλήρως συμπληρωμένο σύνολο δεδομένων μπορεί να είναι **εσωτερικά ασυνεπές, λογικά ασύμβατο ή κλινικά μη έγκυρο**. Για τον λόγο αυτό, το παρόν εισάγει τον δείκτη **C2**, ο οποίος ελέγχει την **εγκυρότητα (validity)** και τη **συνέπεια (consistency)** των καταγεγραμμένων δεδομένων. Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, η ανάγκη για έλεγχο εγκυρότητας είναι αυξημένη, διότι: η τεκμηρίωση γίνεται από διαφορετικούς επαγγελματίες, οι πράξεις λαμβάνουν χώρα εκτός ενιαίου φυσικού χώρου, τα δεδομένα χρησιμοποιούνται τόσο κλινικά όσο και εποπτικά. Ο δείκτης C2 απαντά στο κρίσιμο ερώτημα: **είναι τα δεδομένα που καταγράφονται εσωτερικά συνεπή, κλινικά λογικά και κατάλληλα για χρήση σε δείκτες ποιότητας και ασφάλειας;** Χωρίς τον δείκτη αυτό: οι υπολογισμοί δεικτών μπορεί να είναι μαθηματικά σωστοί αλλά ουσιαστικά εσφαλμένοι, η εθνική συγκρισιμότητα καθίσταται επισφαλής, η λήψη αποφάσεων βασίζεται σε δεδομένα μειωμένης αξιοπιστίας.



6.17.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	C2 – Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων
Αγγλικός τίτλος	Data Validity and Consistency in Hospital at Home
Άξονας	C – Δεδομένα, τεκμηρίωση και ψηφιακή ωριμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Δομής – Διαδικασίας (Structure–Process indicator)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Διακυβέρνηση
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται άμεσα (δείκτης ποιότητας δεδομένων)
Σκοπός	Να διασφαλίζεται ότι τα δεδομένα είναι έγκυρα και συνεπή.
Τι αξιολογεί	Λογική και χρονική συνέπεια καταγεγραμμένων δεδομένων.
Κλινική / λειτουργική λογική	Μη έγκυρα δεδομένα οδηγούν σε λανθασμένα συμπεράσματα.
Ορισμοί	Εγκυρότητα: συμφωνία με κλινική πραγματικότητα. Συνέπεια: απουσία εσωτερικών αντιφάσεων.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό εγγράφων χωρίς σφάλματα εγκυρότητας.
Αριθμητής (N)	Εγγραφές χωρίς ασυνέπειες ή λογικά σφάλματα.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ελεγμένων εγγράφων ΝΟΣΠΙ.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Όλες οι περιπτώσεις με ολοκληρωμένο MDS.
Κριτήρια εξαίρεσης	Τεκμηριωμένα τεχνικά σφάλματα καταγραφής.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα, επαγγελματική ομάδα, τύπο ασθενούς.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς ΝΟΣΠΙ.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Λογικοί έλεγχοι, χρονικές ακολουθίες, εύρη τιμών.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλή τιμή υπονομεύει αξιοπιστία όλων των δεικτών.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Τιμές κάτω από αποδεκτό όριο απαιτούν άμεση παρέμβαση.



Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση, ενίσχυση ελέγχων, αναθεώρηση SOPs.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση ακρίβειας τεκμηρίωσης.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Έλεγχος αξιοπιστίας δεδομένων εθνικής εποπτείας.

6.17.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε μηνιαίο έλεγχο: Σύνολο ελεγμένων εγγραφών (D): **200**, Εγγραφές χωρίς ασυνέπειες (N): **182**

$$C2 = (182 / 200) \times 100 = 91\%$$

Ερμηνεία: Το 9% των εγγραφών παρουσιάζει: λογικές αντιφάσεις (π.χ. χρονολογική ασυνέπεια), κλινικά μη αποδεκτές τιμές, ασυμφωνία μεταξύ πεδίων. Το αποτέλεσμα ενεργοποιεί: στοχευμένο έλεγχο ποιότητας δεδομένων, εκπαίδευση συγκεκριμένων ομάδων, τεχνικές βελτιώσεις συστήματος.

6.17.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς, δείκτες εγκυρότητας δεδομένων χρησιμοποιούνται από: **OECD Health Statistics, NHS Digital Quality Assurance Frameworks, CMS Data Validation Programs**. Σε ώριμα συστήματα: ποσοστά <90% θεωρούνται **υψηλού κινδύνου**, υψηλή εγκυρότητα συσχετίζεται με: αξιόπιστη συγκριτική αξιολόγηση, ασφαλέστερη κλινική λήψη αποφάσεων, δυνατότητα value-based πολιτικών υγείας. Ο δείκτης **C2** λειτουργεί ως: φίλτρο ποιότητας πριν από κάθε ανάλυση, προϋπόθεση θεσμικής εμπιστοσύνης, βασικός μηχανισμός προστασίας του συστήματος ΝΟΣΠΙ από ψευδή συμπεράσματα.

6.18 Δείκτης C3 – Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (C3 – Timely Data Entry in Hospital at Home)

Η ποιότητα των δεδομένων δεν εξαρτάται μόνο από την πληρότητα (C1) και την εγκυρότητα (C2), αλλά και από τον **χρόνο** καταχώρισής τους. Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, όπου η κλινική παρακολούθηση είναι κατανεμημένη και συχνά εξ αποστάσεως, η **καθυστέρηση στην καταγραφή** ισοδυναμεί με απώλεια κλινικής πληροφορίας και αυξημένο κίνδυνο λανθασμένων αποφάσεων. Ο δείκτης **C3** αξιολογεί κατά πόσο τα δεδομένα της ΝΟΣΠΙ καταχωρίζονται **εντός προκαθορισμένου, θεσμικά αποδεκτού χρονικού πλαισίου** από τη στιγμή της παροχής φροντίδας ή της κλινικής παρατήρησης. Ο δείκτης απαντά στο ερώτημα: **είναι τα δεδομένα διαθέσιμα τη στιγμή που πρέπει να χρησιμοποιηθούν κλινικά και εποπτικά**; Καθυστερημένη καταχώριση: ακυρώνει τη χρησιμότητα της τηλεπαρακολούθησης, δυσχεραίνει την έγκαιρη ανagnώριση επιδείνωσης, υπονομεύει τη δυνατότητα προληπτικής εποπτείας από τον ΟΔΙΠΥ. Για τον λόγο αυτό, η έγκαιρη καταχώριση δεν αντιμετωπίζεται ως διοικητική λεπτομέρεια, αλλά ως **παράγοντας ασφάλειας και κλινικής ποιότητας**.

6.18.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	C3 – Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων



Αγγλικός τίτλος	Timely Data Entry in Hospital at Home
Άξονας	C – Δεδομένα, τεκμηρίωση και ψηφιακή ωριμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας (Process indicator)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Συνέχεια φροντίδας
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται άμεσα
Σκοπός	Διασφάλιση έγκαιρης διαθεσιμότητας κλινικών δεδομένων.
Τι αξιολογεί	Χρονική απόσταση μεταξύ πράξης και καταγραφής.
Κλινική / λειτουργική λογική	Καθυστερημένα δεδομένα αυξάνουν τον κίνδυνο σφαλμάτων.
Ορισμοί	Έγκαιρη καταχώριση: εντός προκαθορισμένου χρονικού ορίου (π.χ. 24 ώρες).
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό εγγραφών εντός χρονικού ορίου.
Αριθμητής (N)	Εγγραφές καταχωρισμένες εντός ορίου.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο απαιτούμενων εγγραφών.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Όλες οι πράξεις/παρατηρήσεις που απαιτούν καταγραφή.
Κριτήρια εξαίρεσης	Τεκμηριωμένες τεχνικές αστοχίες συστήματος.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα, επαγγελματική ειδικότητα, τύπο δεδομένου.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Χρονικές σφραγίδες πληροφοριακών συστημάτων ΝΟΣΠΙ.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Έλεγχος χρονικής ακολουθίας (timestamp validation).
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν λειτουργική δυσλειτουργία.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Τιμές κάτω από αποδεκτό όριο απαιτούν διορθωτικά μέτρα.
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση, ανακατανομή φόρτου, τεχνικές βελτιώσεις.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση κλινικής ροής και ασφάλειας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Αξιολόγηση επιχειρησιακής ωριμότητας μονάδων.



6.18.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε έναν μήνα: Σύνολο απαιτούμενων εγγραφών (D): **320**, Εγγραφές εντός χρονικού ορίου (N): **256**

$$C3 = (256 / 320) \times 100 = 80\%$$

Ερμηνεία: Το 20% των δεδομένων καταχωρίστηκε καθυστερημένα, γεγονός που: αυξάνει τον κίνδυνο μη έγκαιρης κλινικής απόκρισης, μειώνει την αξιοπιστία δεικτών ασφάλειας, υποδηλώνει επιχειρησιακό φόρτο ή τεχνικά εμπόδια.

6.18.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς: Το **NHS Digital** και τα προγράμματα **Virtual Wards** απαιτούν καταχώριση εντός 24 ωρών. Το **OECD Health Data Governance** συνδέει την έγκαιρη καταχώριση με: χαμηλότερα ποσοστά ανεπιθύμητων συμβάντων, καλύτερη συνέχεια φροντίδας, αυξημένη εμπιστοσύνη εποπτικών φορέων. Σε ώριμα συστήματα: τιμές <85% θεωρούνται **λειτουργικά προβληματικές**, τιμές >95% χαρακτηρίζουν μονάδες υψηλής ψηφιακής ωριμότητας. Ο δείκτης **C3** λειτουργεί ως: έγκαιρος ανιχνευτής λειτουργικής συμφόρησης, δείκτης πραγματικής χρήσης των πληροφοριακών συστημάτων, προϋπόθεση για αξιόπιστη κλινική και θεσμική απόκριση.

6.19 Δείκτης C4 – Διαλειτουργικότητα πληροφοριακών συστημάτων στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (C4 – Systems Interoperability in Hospital at Home)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι βασίζεται σε **κατανεμημένα πληροφοριακά συστήματα**: νοσοκομειακά συστήματα αναφοράς, εφαρμογές τηλεπαρακολούθησης, φορητές συσκευές, αρχεία κατ' οίκον επισκέψεων και κεντρικά συστήματα εποπτείας. Η κλινική ασφάλεια και η θεσμική εποπτεία προϋποθέτουν ότι τα συστήματα αυτά **επικοινωνούν μεταξύ τους με δομημένο, ασφαλή και αξιόπιστο τρόπο**. Ο δείκτης **C4** αξιολογεί τον βαθμό στον οποίο τα πληροφοριακά συστήματα που υποστηρίζουν τη ΝΟΣΠΙ: ανταλλάσσουν δεδομένα χωρίς χειροκίνητη επανεισαγωγή, χρησιμοποιούν κοινά ή συμβατά πρότυπα, επιτρέπουν τη συνεχή ροή πληροφορίας από την κλινική πράξη έως την εθνική εποπτεία. Ο δείκτης απαντά στο κρίσιμο ερώτημα:

είναι η πληροφορία ενιαία, συνεκτική και διαθέσιμη σε όλα τα επίπεδα του συστήματος; Η απουσία διαλειτουργικότητας: αυξάνει τα σφάλματα τεκμηρίωσης, δημιουργεί καθυστερήσεις στην κλινική απόκριση, καθιστά την εθνική εποπτεία αποσπασματική. Για τον λόγο αυτό, η διαλειτουργικότητα δεν αντιμετωπίζεται ως τεχνική πολυτέλεια, αλλά ως **δομική προϋπόθεση ασφάλειας, ποιότητας και διακυβέρνησης**.

6.19.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	C4 – Διαλειτουργικότητα πληροφοριακών συστημάτων
Αγγλικός τίτλος	Systems Interoperability in Hospital at Home
Άξονας	C – Δεδομένα, τεκμηρίωση και ψηφιακή ωριμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης



Τύπος δείκτη	Δομής / Διαδικασίας (Structure / Process indicator)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Συνέχεια φροντίδας
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Διασφάλιση ενιαίας και αξιόπιστης ροής δεδομένων.
Τι αξιολογεί	Τεχνική και λειτουργική διασύνδεση συστημάτων.
Κλινική / λειτουργική λογική	Μη δια λειτουργικά συστήματα αυξάνουν τον κίνδυνο σφαλμάτων.
Ορισμοί	Διαλειτουργικότητα: αυτόματη, ασφαλής ανταλλαγή δομημένων δεδομένων.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό λειτουργικών διασυνδέσεων.
Αριθμητής (N)	Διασυνδέσεις που λειτουργούν σύμφωνα με τις προδιαγραφές.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο απαιτούμενων διασυνδέσεων.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Όλα τα συστήματα που παράγουν δεδομένα ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Νέα συστήματα σε πιλοτική φάση.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα, τύπο συστήματος, επίπεδο διασύνδεσης.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Τεχνικές αναφορές, logs διασύνδεσης, audits πληροφορικής.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Έλεγχος πληρότητας και ακεραιότητας ανταλλαγής.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ψηφιακή ανωριμότητα.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Τιμές κάτω από αποδεκτό όριο απαιτούν τεχνικές παρεμβάσεις.
Ενέργειες σε απόκλιση	Τυποποίηση, τεχνικές αναβαθμίσεις, συμβατότητα προτύπων.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση ροής πληροφορίας και κλινικής ασφάλειας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Αξιολόγηση ψηφιακής ωριμότητας σε εθνικό επίπεδο.

6.19.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε μία μονάδα ΝΟΣΠΙ: Απαιτούμενες διασυνδέσεις (D): **10**, Λειτουργικές και ελεγμένες διασυνδέσεις (N): **7**

$$C4 = (7 / 10) \times 100 = 70\%$$

Ερμηνεία: Το 30% των κρίσιμων ροών δεδομένων βασίζεται σε χειροκίνητες ή αποσπασματικές διαδικασίες, γεγονός που: αυξάνει τον διοικητικό φόρτο, δημιουργεί κίνδυνο ασυνέπειας δεδομένων, περιορίζει τη δυνατότητα εθνικής εποπτείας.

6.19.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς: Το **NHS England** και τα **Virtual Words** απαιτούν διαλειτουργικότητα βάσει προτύπων (π.χ. HL7 FHIR). Ο **OECD Digital Health Framework** θεωρεί τη διαλειτουργικότητα προϋπόθεση για αξιόπιστους δείκτες ποιότητας. Ο **Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO)** εντάσσει τη διαλειτουργικότητα στους βασικούς δείκτες ψηφιακής ωριμότητας συστημάτων υγείας. Σε ώριμα συστήματα: τιμές <80% χαρακτηρίζονται **υψηλού κινδύνου**, τιμές >90% υποδηλώνουν λειτουργική και θεσμική ετοιμότητα. Ο δείκτης **C4** λειτουργεί ως: δομικός δείκτης ψηφιακής ασφάλειας, προϋπόθεση αξιόπιστης χρήσης όλων των υπολοίπων δεικτών, εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού ψηφιακών επενδύσεων.

6.20 Δείκτης C5 – Ασφάλεια και προστασία δεδομένων στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (C5 – Data Security and Protection in Hospital at Home)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι παράγει και διακινεί **ευαίσθητα δεδομένα υγείας εκτός του ελεγχόμενου νοσοκομειακού περιβάλλοντος**. Τα δεδομένα αυτά αφορούν κλινικές παραμέτρους, φαρμακευτική αγωγή, κλινικές αποφάσεις, επικοινωνία με φροντιστές και αποτελέσματα τηλεπαρακολούθησης. Η έκθεσή τους σε αυξημένο ψηφιακό και οργανωτικό κίνδυνο καθιστά την ασφάλεια και την προστασία δεδομένων **κρίσιμο πυλώνα ποιότητας και ασφάλειας**. Ο δείκτης **C5** αξιολογεί αν τα πληροφοριακά συστήματα και οι διαδικασίες της ΝΟΣΠΙ: προστατεύουν τα δεδομένα από μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση, διασφαλίζουν την ακεραιότητα και τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών, συμμορφώνονται με το ισχύον θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο προστασίας δεδομένων. Ο δείκτης απαντά στο θεμελιώδες ερώτημα:

είναι τα δεδομένα της ΝΟΣΠΙ ασφαλή, αξιόπιστα και θεσμικά προστατευμένα σε όλο τον κύκλο ζωής τους; Η απουσία επαρκών μηχανισμών ασφάλειας: υπονομεύει την εμπιστοσύνη ασθενών και φροντιστών, εκθέτει το σύστημα σε νομικούς και δεοντολογικούς κινδύνους, καθιστά μη αξιοποιήσιμα τα δεδομένα για εθνική εποπτεία. Για τον λόγο αυτό, η ασφάλεια δεδομένων αντιμετωπίζεται ως **δομική προϋπόθεση λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ** και όχι ως απλή υποχρέωση συμμόρφωσης.

6.20.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	C5 – Ασφάλεια και προστασία δεδομένων
Αγγλικός τίτλος	Data Security and Protection in Hospital at Home
Άξονας	C – Δεδομένα, τεκμηρίωση και ψηφιακή ωριμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Δομής / Διαδικασίας (Structure / Process indicator)



Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Ανθρωποκεντρική φροντίδα
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Διασφάλιση προστασίας προσωπικών δεδομένων υγείας.
Τι αξιολογεί	Τεχνικά και οργανωτικά μέτρα ασφάλειας δεδομένων.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η απώλεια ή παραβίαση δεδομένων πλήττει την ασφάλεια και τη θεσμική αξιοπιστία.
Ορισμοί	Ασφάλεια δεδομένων: προστασία εμπιστευτικότητας, ακεραιότητας και διαθεσιμότητας.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό συμμόρφωσης με απαιτήσεις ασφάλειας.
Αριθμητής (N)	Απαιτήσεις ασφάλειας που πληρούνται πλήρως.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο εφαρμοστέων απαιτήσεων ασφάλειας.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Ετήσια ή μετά από σημαντικό συμβάν.
Κριτήρια ένταξης	Όλα τα συστήματα και οι ροές δεδομένων ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Συστήματα χωρίς επεξεργασία δεδομένων υγείας.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα, τύπο συστήματος, είδος δεδομένων.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Έλεγχοι ασφάλειας, πολιτικές GDPR, reports παραβιάσεων.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τεκμηρίωση μέτρων, ίχνη πρόσβασης (audit trails).
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο θεσμικό κίνδυνο.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Τιμές κάτω από αποδεκτό όριο απαιτούν άμεση παρέμβαση.
Ενέργειες σε απόκλιση	Τεχνικά μέτρα, εκπαίδευση προσωπικού, αναθεώρηση πολιτικών.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Προστασία ασθενών, προσωπικού και οργανισμού.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική εποπτεία συμμόρφωσης και διαχείριση κινδύνων.

6.20.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε μία μονάδα ΝΟΣΠΙ έχουν οριστεί: Εφαρμόσιμες απαιτήσεις ασφάλειας (D): **20**, Πλήρως καλυπτόμενες απαιτήσεις (N): **16**, **$CS = (16 / 20) \times 100 = 80\%$**

Ερμηνεία:

Η μονάδα παρουσιάζει αποδεκτό επίπεδο βασικής συμμόρφωσης, αλλά: 4 απαιτήσεις



ασφάλειας δεν καλύπτονται πλήρως, υφίσταται αυξημένος κίνδυνος σε περίπτωση κυβερνοεπίθεσης ή διαρροής δεδομένων. Απαιτείται στοχευμένο σχέδιο ενίσχυσης των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων.

6.20.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς: Ο **WHO Digital Health Strategy** θέτει την ασφάλεια δεδομένων ως προϋπόθεση ψηφιακής υγείας. Το **NHS Digital** απαιτεί πλήρη συμμόρφωση με πρότυπα ασφάλειας και κυβερνοανθεκτικότητας. Ο **OECD** εντάσσει την προστασία δεδομένων στους δείκτες εμπιστοσύνης και ποιότητας. Σε ώριμα συστήματα: τιμές <85% θεωρούνται **υψηλού θεσμικού κινδύνου**, τιμές ≥95% υποδηλώνουν **ψηφιακή και θεσμική ωριμότητα**. Ο δείκτης **C5**: προστατεύει τη θεσμική αξιοπιστία της ΝΟΣΠΙ, λειτουργεί ως φίλτρο αξιοπιστίας όλων των υπολοίπων δεικτών, αποτελεί προϋπόθεση διεθνούς συγκρισιμότητας.

6.21 Δείκτης C6 – Χρήση δεδομένων για βελτίωση ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (C6 – Use of Data for Quality Improvement in Hospital at Home)

Η συλλογή δεδομένων στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι δεν έχει αξία από μόνη της. Η πραγματική ποιότητα και ωριμότητα ενός συστήματος υγείας αποδεικνύεται **όχι από το αν καταγράφει δεδομένα, αλλά από το αν τα αξιοποιεί συστηματικά για βελτίωση**. Ο δείκτης **C6** εξετάζει αν τα δεδομένα που παράγονται από τη ΝΟΣΠΙ: αναλύονται με δομημένο τρόπο, μετατρέπονται σε τεκμηριωμένα συμπεράσματα, οδηγούν σε διορθωτικές και προληπτικές παρεμβάσεις, επανελέγχονται μετά την εφαρμογή των παρεμβάσεων. Ο δείκτης δεν αξιολογεί **το αποτέλεσμα της φροντίδας, αλλά τη λειτουργική ικανότητα του συστήματος να μαθαίνει από τον εαυτό του**. Αποτελεί, επομένως, δείκτη οργανωτικής μάθησης και ποιότητας διακυβέρνησης. Σε περιβάλλον κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας: οι κίνδυνοι δεν είναι πάντα άμεσα ορατοί, τα σήματα αστοχίας είναι συχνά έμμεσα, η συνεχής βελτίωση εξαρτάται από την ανάλυση τάσεων και όχι μεμονωμένων περιστατικών. Χωρίς ενεργή χρήση δεδομένων: η εποπτεία χάνει ουσία, το σύστημα δεν ωριμάζει. Ο δείκτης **C6** απαντά στο κρίσιμο ερώτημα: **λειτουργεί η ΝΟΣΠΙ ως σύστημα μάθησης ή ως σύστημα απλής καταγραφής;**

6.21.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	C6 – Χρήση δεδομένων για βελτίωση ποιότητας
Αγγλικός τίτλος	Use of Data for Quality Improvement in Hospital at Home
Άξονας	C – Δεδομένα, τεκμηρίωση και ψηφιακή ωριμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας / Δομής (Process / Structure indicator)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Αποτελεσματικότητα, Ασφάλεια
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται άμεσα
Σκοπός	Αξιολόγηση συστηματικής αξιοποίησης δεδομένων για βελτίωση.



Τι αξιολογεί	Ανάλυση δεδομένων, ανάδραση και διορθωτικές ενέργειες.
Κλινική / λειτουργική λογική	Χωρίς αξιοποίηση δεδομένων, δεν υπάρχει πραγματική ποιότητα.
Ορισμοί	Βελτίωση ποιότητας: οργανωμένος κύκλος ανάλυσης–παρέμβασης–επανελέγχου.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό δεικτών με τεκμηριωμένη χρήση για βελτίωση.
Αριθμητής (N)	Δείκτες με τεκμηριωμένες ενέργειες βελτίωσης.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο δεικτών που παρακολουθούνται.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Εξαμηνιαία ή ετήσια.
Κριτήρια ένταξης	Όλοι οι ενεργοί δείκτες ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Δείκτες σε φάση αρχικής πιλοτικής εφαρμογής.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά άξονα, μονάδα, κατηγορία δείκτη.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Πρακτικά ομάδων ποιότητας, σχέδια δράσης, reports.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τεκμηρίωση ανάλυσης και αποφάσεων.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές δηλώνουν τυπική χρήση δεικτών.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Τιμές κάτω από αποδεκτό επίπεδο απαιτούν οργανωτική παρέμβαση.
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση, ενίσχυση Governance, κύκλοι ποιότητας.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Εσωτερική μάθηση και στοχευμένη βελτίωση.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Αξιολόγηση ωριμότητας και ποιότητας διακυβέρνησης.

6.21.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Μονάδα ΝΟΣΠΙ παρακολουθεί: Σύνολο ενεργών δεικτών (D): **44**, Δείκτες με τεκμηριωμένες παρεμβάσεις βελτίωσης (N): **28**

$$C6 = (28 / 44) \times 100 = 63,6\%$$

Ερμηνεία: Η μονάδα: συλλέγει δεδομένα, αλλά αξιοποιεί συστηματικά λιγότερους από τους μισούς δείκτες. Απαιτείται: θεσμοθέτηση κύκλων βελτίωσης, σαφής ανάθεση ευθυνών, ενίσχυση κουλτούρας ποιότητας.



6.21.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς: Ο **WHO** θεωρεί τη χρήση δεδομένων βασικό στοιχείο safety Culture. Το **NHS Quality Improvement Framework** απαιτεί τεκμηριωμένους κύκλους PDSA. Ο **OECD** συνδέει τη χρήση δεδομένων με οργανωτική απόδοση. Σε ώριμα συστήματα: <60% → **χαμηλή οργανωτική ωριμότητα**, 60–80% → **μερική ενσωμάτωση ποιότητας**, ≥85% → **σύστημα συνεχούς βελτίωσης**. Ο δείκτης **C6**: μετατρέπει τους δείκτες από υποχρέωση σε εργαλείο, αποτελεί προϋπόθεση για value-based προσέγγιση, διαχωρίζει τη «μέτρηση» από την **πραγματική ποιότητα**.

6.22 Δείκτης C7 – Πληρότητα και έγκαιρη αναφορά δεδομένων προς τον ΟΔΙΠΥ (C7 – Completeness and Timeliness of Reporting to the National Quality Authority (ODIPY))

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) λειτουργεί ως **εθνική υπηρεσία υγείας** και όχι ως άθροισμα μεμονωμένων μονάδων. Η εθνική εποπτεία, η συγκρισιμότητα και η διακυβέρνηση της ποιότητας προϋποθέτουν ότι τα δεδομένα: διαβιβάζονται **πλήρη**, διαβιβάζονται **έγκαιρα**, διαβιβάζονται με **ενιαίο και αξιόπιστο τρόπο**. Ο δείκτης **C7** αξιολογεί τη θεσμική λειτουργία της ΝΟΣΠΙ σε εθνικό επίπεδο και απαντά στο ερώτημα: **μπορεί ο ΟΔΙΠΥ να ασκήσει ουσιαστική εποπτεία βάσει των δεδομένων που λαμβάνει**; Η πληρότητα χωρίς έγκαιρη αποστολή είναι ανεπαρκής. Αντίστοιχα, η έγκαιρη αποστολή ελλιπών δεδομένων δημιουργεί ψευδή εικόνα ποιότητας. Ο δείκτης C7 συνδυάζει **και τις δύο διαστάσεις**, διότι μόνο έτσι διασφαλίζεται: εθνική συγκρισιμότητα, αξιοπιστία αναφορών, δυνατότητα έγκαιρης παρέμβασης. Σε συστήματα Hospital at Home διεθνώς, η έγκαιρη αναφορά δεδομένων θεωρείται **δομικό στοιχείο ασφάλειας** και όχι γραφειοκρατική υποχρέωση. Η καθυστέρηση ή η αποσπασματική αναφορά: αποδυναμώνει τη λογοδοσία, καθιστά αδύνατη την ανάλυση τάσεων, υπονομεύει τη θεσμική αξιοπιστία του συστήματος. Ο δείκτης **C7** αποτυπώνει, συνεπώς, **το επίπεδο θεσμικής συμμόρφωσης και διοικητικής ωριμότητας** των μονάδων ΝΟΣΠΙ.

6.22.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	C7 – Πληρότητα και έγκαιρη αναφορά δεδομένων προς ΟΔΙΠΥ
Αγγλικός τίτλος	Completeness and Timeliness of Reporting to the National Quality Authority (ODIPY)
Άξονας	C – Δεδομένα, τεκμηρίωση και ψηφιακή ωριμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας / Διακυβέρνησης (Process / Governance indicator)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, Λογοδοσία, Αποτελεσματικότητα
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Διασφάλιση αξιόπιστης εθνικής εποπτείας της ΝΟΣΠΙ.



Τι αξιολογεί	Πληρότητα και χρονική συνέπεια αναφορών προς ΟΔΙΠΥ.
Κλινική / λειτουργική λογική	Χωρίς έγκαιρα και πλήρη δεδομένα, δεν υφίσταται εποπτεία.
Ορισμοί	Πληρότητα: υποβολή όλων των υποχρεωτικών πεδίων. Έγκαιρη αναφορά: εντός προκαθορισμένων προθεσμιών.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό πλήρων και έγκαιρων αναφορών.
Αριθμητής (N)	Αναφορές πλήρεις και εντός προθεσμίας.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο υποχρεωτικών αναφορών.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / τριμηνιαία.
Κριτήρια ένταξης	Όλες οι μονάδες ΝΟΣΠΙ με υποχρέωση αναφοράς.
Κριτήρια εξαίρεσης	Περίοδοι ανωτέρας βίας τεκμηριωμένες.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα, γεωγραφική περιοχή, τύπο δείκτη.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Κεντρικό πληροφοριακό σύστημα ΝΟΣΠΙ, logs υποβολών.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Αυτοματοποιημένοι έλεγχοι πληρότητας και χρόνου.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν διοικητική αστοχία.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Τιμές κάτω από αποδεκτό επίπεδο ενεργοποιούν θεσμική παρέμβαση.
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση, τεχνική υποστήριξη, διοικητική αναδιοργάνωση.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση διοικητικών ροών και συμμόρφωσης.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική εποπτεία, συγκρισιμότητα, έγκαιρη παρέμβαση.

6.22.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε τρίμηνη περίοδο: Υποχρεωτικές αναφορές (D): **120**, Πλήρεις και έγκαιρες αναφορές (N): **102**

$$C7 = (102 / 120) \times 100 = 85\%$$

Ερμηνεία: Η μονάδα παρουσιάζει καλή θεσμική συμμόρφωση, αλλά: το 15% καθυστερήσεων ή ελλείψεων, μειώνει την αξιοπιστία της εθνικής εικόνας. Απαιτείται: ενίσχυση διοικητικής υποστήριξης, αυτοματοποίηση ροών, σαφής κατανομή ευθυνών.

6.22.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς: Το **NHS** απαιτεί >90% έγκαιρη αναφορά για Virtual Wards. Ο **OECD** συνδέει τη χρονική συνέπεια με Governance Maturity. Ενδεικτικά επίπεδα: <75% → **υψηλός θεσμικός κίνδυνος**, 75–



89% → μερική συμμόρφωση, ≥90% → ώριμη εθνική λειτουργία. Ο δείκτης C7: διασφαλίζει τη θεσμική συνοχή της ΝΟΣΠΙ, αποτελεί προϋπόθεση εθνικού benchmarking, συνδέει τη λειτουργία των μονάδων με την εθνική πολιτική ποιότητας.

6.23 Δείκτης D1 – Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα (D1 – Clinical Protocol Compliance)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) βασίζεται στην παροχή νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας εκτός του ελεγχόμενου περιβάλλοντος του νοσοκομείου. Στο πλαίσιο αυτό, η τήρηση των εγκεκριμένων κλινικών πρωτοκόλλων δεν αποτελεί τυπική κανονιστική απαίτηση, αλλά βασικό μηχανισμό ασφάλειας, μείωσης κλινικής μεταβλητότητας και διασφάλισης ισοδύναμης ποιότητας φροντίδας. Ο δείκτης D1 αξιολογεί το κατά πόσο οι Μονάδες ΝΟΣΠΙ εφαρμόζουν συστηματικά τα εγκεκριμένα κλινικά πρωτόκολλα και τις τυποποιημένες κλινικές οδηγίες που έχουν οριστεί. Η υψηλή συμμόρφωση αποτελεί προϋπόθεση για την αξιόπιστη ερμηνεία των κλινικών εκβάσεων, τη συγκρισιμότητα μεταξύ μονάδων και την ουσιαστική κλινική διακυβέρνηση σε εθνικό επίπεδο.

6.23.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Key Performance Indicator) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	D1 – Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα
Αγγλικός τίτλος	Clinical Protocol Compliance
Άξονας	D – Ποιότητα κλινικής πρακτικής και ασφάλεια ασθενούς
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας / Κλινικής Διακυβέρνησης
Διαστάσεις ποιότητας	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Λογοδοσία
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Διασφάλιση εφαρμογής τεκμηριωμένης και ομοιόμορφης κλινικής πρακτικής στο ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό συμμόρφωσης των κλινικών παρεμβάσεων με εγκεκριμένα πρωτόκολλα και SOPs.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η συμμόρφωση στα πρωτόκολλα μειώνει τον κλινικό κίνδυνο και διασφαλίζει συγκρίσιμα αποτελέσματα.
Ορισμοί	Συμμόρφωση: τεκμηριωμένη εφαρμογή πρωτοκόλλου ή αιτιολογημένη απόκλιση.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό παρεμβάσεων με πλήρη συμμόρφωση σε πρωτόκολλα.
Αριθμητής (N)	Παρεμβάσεις με τεκμηριωμένη συμμόρφωση.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο παρεμβάσεων που απαιτούν πρωτόκολλο.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)



Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Όλες οι κατ'οίκον νοσηλίες ΝΟΣΠΙ με εφαρμογή πρωτοκόλλων.
Κριτήρια εξαίρεσης	Τεκμηριωμένες κλινικές αποκλίσεις.
Διαστρωμάτωση	Ανά μονάδα, διαδρομή φροντίδας, τύπο πρωτοκόλλου.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται
Πηγές δεδομένων	MDS, κλινικά φύλλα, σύστημα SOPs.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Έλεγχοι πληρότητας και συνέπειας τεκμηρίωσης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο κλινικό κίνδυνο.
Όρια αποδοχής / ενεργοποίηση	<80% υψηλός κίνδυνος · 80–94% μερική συμμόρφωση · ≥95% ώριμη λειτουργία
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση, αναθεώρηση SOPs, κλινική εποπτεία.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση ποιότητας και ασφάλειας φροντίδας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική εποπτεία και συγκρισιμότητα.

6.23.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε μηνιαία περίοδο: Σύνολο παρεμβάσεων με απαίτηση πρωτοκόλλου (D): 200
Πλήρως συμμορφούμενες παρεμβάσεις (N): 186

$$D1 = (186 / 200) \times 100 = 93\%$$

Ερμηνεία: Υψηλό επίπεδο συμμόρφωσης, με περιθώριο στοχευμένων βελτιώσεων.

6.23.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Σε διεθνή προγράμματα Hospital at Home και Virtual Wards, επίπεδα συμμόρφωσης ≥95% θεωρούνται ένδειξη ώριμης κλινικής διακυβέρνησης. Τιμές κάτω του 90% συνδέονται με αυξημένη κλινική μεταβλητότητα και υψηλότερο κίνδυνο ανεπιθύμητων συμβάντων.

6.24 Δείκτης D2 – Τήρηση θεραπευτικών στόχων (Achievement of Therapeutic Goals)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) δεν αξιολογείται μόνο από το αν οι διαδικασίες τηρούνται σωστά, αλλά κυρίως από το αν η παρεχόμενη φροντίδα επιτυγχάνει τους προκαθορισμένους θεραπευτικούς στόχους για τον ασθενή. Οι στόχοι αυτοί ορίζονται εξ αρχής στο θεραπευτικό πλάνο και είναι προσαρμοσμένοι στην κλινική κατάσταση, τη λειτουργικότητα και τις ανάγκες του κάθε περιστατικού. Ο δείκτης D2 αξιολογεί τον βαθμό στον οποίο οι θεραπευτικοί στόχοι που έχουν τεθεί στο πλαίσιο του ΝΟΣΠΙ επιτυγχάνονται εντός του προβλεπόμενου χρονικού πλαισίου. Αποτελεί κρίσιμο δείκτη κλινικής αποτελεσματικότητας και



συνδέει άμεσα τη συμμόρφωση στις διαδικασίες με το πραγματικό κλινικό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

6.24.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	D2 – Τήρηση θεραπευτικών στόχων
Αγγλικός τίτλος	Achievement of Therapeutic Goals
Άξονας	D – Ποιότητα κλινικής πρακτικής και κλινική αποτελεσματικότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Κλινικής αποτελεσματικότητας / Έκβασης (Outcome indicator)
Διαστάσεις ποιότητας	Αποτελεσματικότητα, Ασθενοκεντρικότητα, Ασφάλεια
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται άμεσα (έμμεση συσχέτιση με PROMs)
Σκοπός	Αξιολόγηση της επίτευξης των προκαθορισμένων θεραπευτικών στόχων στο ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό επίτευξης των θεραπευτικών στόχων που έχουν τεθεί στο θεραπευτικό πλάνο.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η επίτευξη θεραπευτικών στόχων αποτυπώνει την πραγματική κλινική αξία της φροντίδας.
Ορισμοί	Θεραπευτικός στόχος: σαφώς ορισμένο, μετρήσιμο κλινικό αποτέλεσμα (π.χ. σταθεροποίηση ζωτικών, έλεγχος συμπτωμάτων, λειτουργική βελτίωση).
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό επεισοδίων φροντίδας με επίτευξη των θεραπευτικών στόχων.
Αριθμητής (N)	Επεισόδια ΝΟΣΠΙ όπου οι θεραπευτικοί στόχοι επιτεύχθηκαν εντός του προβλεπόμενου χρόνου.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο επεισοδίων ΝΟΣΠΙ με ορισμένους θεραπευτικούς στόχους.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Όλα τα επεισόδια ΝΟΣΠΙ με τεκμηριωμένους θεραπευτικούς στόχους.
Κριτήρια εξαίρεσης	Επεισόδια με τεκμηριωμένη αλλαγή στόχων λόγω κλινικής επιδείνωσης ή νέων δεδομένων.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα ΝΟΣΠΙ, κλινική διαδρομή, τύπο στόχου.



Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται (οι στόχοι είναι εξατομικευμένοι).
Πηγές δεδομένων	MDS, θεραπευτικά πλάνα, κλινικές καταγραφές προόδου.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Υποχρεωτική καταγραφή στόχων και αξιολόγησης επίτευξης στο MDS.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανεπαρκή κλινική αποτελεσματικότητα ή μη ρεαλιστικό καθορισμό στόχων.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<70% χαμηλή αποτελεσματικότητα · 70–84% μερική επίτευξη · ≥85% ικανοποιητική κλινική έκβαση
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση θεραπευτικών στόχων, βελτίωση care plan, ενίσχυση κλινικής παρακολούθησης.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Αξιολόγηση κλινικής απόδοσης και ποιότητας φροντίδας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση κλινικής αποτελεσματικότητας σε εθνικό επίπεδο.

6.24.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε τριμηνιαία περίοδο: Σύνολο επεισοδίων με θεραπευτικούς στόχους (D): 160
Επεισόδια με επίτευξη στόχων (N): 136

$$D2 = (136 / 160) \times 100 = 85\%$$

Ερμηνεία: Ικανοποιητικό επίπεδο κλινικής αποτελεσματικότητας, με περιθώριο βελτίωσης σε συγκεκριμένες διαδρομές.

6.24.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Σε διεθνή προγράμματα Hospital at Home και Integrated Care Models, ποσοστά επίτευξης θεραπευτικών στόχων ≥85% θεωρούνται αποδεκτά για σύνθετους πληθυσμούς. Τιμές κάτω του 75% συνδέονται με ανεπαρκή σχεδιασμό care plan ή ανεπαρκή συνέχεια φροντίδας.

6.25 Δείκτης D3 – Ποιότητα επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ (Quality of Communication with the Hospital at Home Team)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) προϋποθέτει συνεχή, σαφή και αξιόπιστη επικοινωνία μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας, του ασθενούς και του φροντιστή. Σε περιβάλλον κατ' οίκον φροντίδας, η επικοινωνία δεν αποτελεί υποστηρικτική λειτουργία αλλά κρίσιμο μηχανισμό ασφάλειας, συνέχειας φροντίδας και αποτελεσματικής λήψης αποφάσεων. Ο δείκτης D3 αποτυπώνει την ποιότητα της επικοινωνίας της ομάδας ΝΟΣΠΙ όπως αυτή βιώνεται και αξιολογείται από τον ασθενή και τον φροντιστή, αλλά και όπως τεκμηριώνεται λειτουργικά (σαφήνεια οδηγιών, διαθεσιμότητα, συνέπεια πληροφόρησης). Αποτελεί δείκτη που γεφυρώνει την κλινική πρακτική με την εμπειρία φροντίδας και επηρεάζει άμεσα τη συμμόρφωση, την ασφάλεια και τα κλινικά αποτελέσματα.



6.25.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	D3 – Ποιότητα επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ
Αγγλικός τίτλος	Quality of Communication with the Hospital at Home Team
Άξονας	D – Ποιότητα κλινικής πρακτικής και εμπειρία φροντίδας
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας / διεργασίας (Experience / Process indicator)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασθενοκεντρικότητα, Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα
PROM / PREM	PREM
Σκοπός	Αξιολόγηση της σαφήνειας, συνέπειας και αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας της ομάδας ΝΟΣΠΙ με ασθενή και φροντιστή.
Τι αξιολογεί	Κατανόηση οδηγιών, δυνατότητα ερωτήσεων, σεβασμό και σαφήνεια πληροφόρησης κατά τη διάρκεια της φροντίδας.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η ποιοτική επικοινωνία μειώνει σφάλματα, ενισχύει τη συμμόρφωση και βελτιώνει την ασφάλεια σε κατ' οίκον φροντίδα.
Ορισμοί	Ποιότητα επικοινωνίας: βαθμός στον οποίο ο ασθενής/φροντιστής δηλώνει ότι η ομάδα εξηγεί κατανοητά, ακούει, απαντά και παρέχει συνεπείς οδηγίες.
Μετρούμενο μέγεθος	Βαθμολογία επικοινωνίας από τυποποιημένο ερωτηματολόγιο εμπειρίας.
Αριθμητής (N)	Άθροισμα βαθμολογιών του HCAHPS Communication composite (ή εναλλακτικά tor-box counts, αν εφαρμοστεί tor-box scoring).
Παρονομαστής (D)	Σύνολο έγκυρων συμπληρωμένων ερωτηματολογίων.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία (0–100) ή ποσοστό tor-box (%), ανά τον εθνικό κανόνα βαθμολόγησης που θα υιοθετηθεί.
Τύπος υπολογισμού	N / D (για μέση βαθμολογία) ή $(\text{Tor-box απαντήσεις} / \text{Σύνολο απαντήσεων}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς (και όπου εφαρμόζεται φροντιστές) με ολοκληρωμένο επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Μη έγκυρες ή ελλιπείς απαντήσεις, αδυναμία συμμετοχής (τεκμηριωμένη).
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα ΝΟΣΠΙ, κλινική διαδρομή, τύπο περιστατικού, τρόπο επικοινωνίας (τηλέφωνο/τηλεϊατρική/επίσκεψη).
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.

Πηγές δεδομένων	CAHPS Home Health Care Survey (HHCAHPS) – Communication composite.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Πληρότητα απαντήσεων, μοναδικότητα συμμετοχής ανά επεισόδιο, χρονική εγγύτητα με ολοκλήρωση επεισοδίου.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο λειτουργικό και κλινικό κίνδυνο και ανάγκη βελτίωσης επικοινωνιακών ροών.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<75/100: χαμηλή ποιότητα · 75–84/100: ικανοποιητική · ≥85/100: υψηλή ποιότητα (εναλλακτικά για top-box: <75%, 75–89%, ≥90%).
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση επικοινωνίας, πρότυπα scripts οδηγίων, έλεγχος handover, ανασχεδιασμός ενημερωτικών υλικών.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Μείωση αστοχιών επικοινωνίας, ενίσχυση συμμόρφωσης και εμπιστοσύνης ασθενούς/φροντιστή.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική παρακολούθηση ασθενοκεντρικότητας και συγκρισιμότητα ποιότητας επικοινωνίας μεταξύ μονάδων.

6.25.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Κλίμακα 0–100.

Έγκυρα ερωτηματολόγια (D): 120

Άθροισμα βαθμολογιών Communication composite (N): 10.440

$$D3 = 10.440 / 120 = \mathbf{87/100}$$

Ερμηνεία: Υψηλή ποιότητα επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ.

6.25.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς, τα εργαλεία τύπου CAHPS χρησιμοποιούνται ως τυποποιημένη βάση αξιολόγησης εμπειρίας σε υπηρεσίες υγείας και κατ' οίκον φροντίδα. Σε επίπεδο εθνικών/περιφερειακών προγραμμάτων, τιμές **≥85/100** ή **top-box ≥90%** θεωρούνται ενδεικτικές ώριμης, ασθενοκεντρικής επικοινωνίας. Τιμές κάτω από τα αποδεκτά όρια συνδέονται συχνά με αυξημένες αστοχίες οδηγίων, χαμηλότερη συμμόρφωση και περισσότερες ανεπιθύμητες κλιμακώσεις.

6.26 Δείκτης D4 – Συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή στη λήψη αποφάσεων (Patient and Caregiver Involvement in Decision-Making)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) υλοποιείται σε περιβάλλον όπου ο ασθενής και ο άτυπος φροντιστής αποτελούν ενεργά μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Η λήψη αποφάσεων δεν μπορεί να είναι μονομερής ή αποκομμένη από τις αξίες, τις προτιμήσεις και τις δυνατότητες του ασθενούς και του φροντιστή. Η ουσιαστική συμμετοχή τους αποτελεί θεμελιώδη αρχή ασθενοκεντρικής φροντίδας και προϋπόθεση ασφάλειας, συμμόρφωσης και βιωσιμότητας του μοντέλου.



Ο δείκτης D4 αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο ο ασθενής και ο φροντιστής συμμετέχουν ουσιαστικά στη λήψη κλινικών και οργανωτικών αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα στο σπίτι, όπως επιλογές θεραπείας, προσαρμογές πλάνου, στόχοι φροντίδας και κρίσιμες αποφάσεις κλιμάκωσης ή ολοκλήρωσης του επεισοδίου.

6.26.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	D4 – Συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή στη λήψη αποφάσεων
Αγγλικός τίτλος	Patient and Caregiver Involvement in Decision-Making
Άξονας	D – Ποιότητα κλινικής πρακτικής και εμπειρία φροντίδας
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας / ασθενοκεντρικής φροντίδας
Διαστάσεις ποιότητας	Ασθενοκεντρικότητα, Ασφάλεια, Ισοτιμία
PROM / PREM	PREM
Σκοπός	Αξιολόγηση της ουσιαστικής συμμετοχής ασθενούς και φροντιστή στη λήψη αποφάσεων.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό στον οποίο ο ασθενής/φροντιστής δηλώνει ότι συμμετείχε ενεργά στις αποφάσεις.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η shared decision-making αποτελεί θεμέλιο ασθενοκεντρικής και ασφαλούς φροντίδας.
Ορισμοί	Συμμετοχή: ενεργή εμπλοκή του ασθενούς/φροντιστή στη συζήτηση επιλογών και αποφάσεων.
Μετρούμενο μέγεθος	Μέση βαθμολογία συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων.
Αριθμητής (N)	Άθροισμα βαθμολογιών SDM-Q-9.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο έγκυρων συμπληρωμένων ερωτηματολογίων SDM-Q-9.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία (κλίμακα 0–100 ή 1–6, ανά προσαρμογή).
Τύπος υπολογισμού	N / D
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς και φροντιστές με ολοκληρωμένο επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς χωρίς δυνατότητα συμμετοχής (τεκμηριωμένο).
Διαστρωμάτωση	Ανά μονάδα ΝΟΣΠΙ, κλινική διαδρομή, κατηγορία ασθενούς.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	SDM-Q-9 (Shared Decision-Making Questionnaire).



Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Πληρότητα απαντήσεων, χρονική εγγύτητα με ολοκλήρωση επεισοδίου.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανεπαρκή εφαρμογή shared decision-making.
Όρια αποδοχής / ενεργοποίησης	<60% χαμηλή συμμετοχή · 60–79% μερική · ≥80% ουσιαστική συμμετοχή
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση ομάδας σε shared decision-making, ανασχεδιασμός επικοινωνίας.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ενίσχυση συμμόρφωσης και αποδοχής θεραπευτικού πλάνου.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση ασθενοκεντρικότητας σε εθνικό επίπεδο.

6.26.2 Παράδειγμα υπολογισμού

SDM-Q-9, κλίμακα 0–100

Σύνολο ερωτηματολογίων (D): 80

Μέση βαθμολογία (N/D): **82/100**

Ερμηνεία: Ουσιαστική συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή στη λήψη αποφάσεων.

6.26.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς, σε συστήματα integrated care και Hospital at Home, τιμές SDM-Q-9 ≥80% θεωρούνται δείκτης ώριμης ασθενοκεντρικής φροντίδας. Τιμές <65% συνδέονται με χαμηλή συμμόρφωση και αυξημένες συγκρούσεις στη φροντίδα.

6.27 Δείκτης D5 – Επιβάρυνση και υποστήριξη άτυπου φροντιστή (Informal Caregiver Burden and Support)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) μεταφέρει σημαντικό μέρος της καθημερινής φροντίδας στον άτυπο φροντιστή, ο οποίος συχνά αναλαμβάνει ρόλους χωρίς επαγγελματική εκπαίδευση και με περιορισμένη υποστήριξη. Η επιβάρυνση του φροντιστή επηρεάζει άμεσα την ασφάλεια του ασθενούς, τη συνέχεια της φροντίδας, τη συμμόρφωση στο θεραπευτικό πλάνο και τη βιωσιμότητα του μοντέλου.

Ο δείκτης D5 αποτυπώνει το επίπεδο επιβάρυνσης του άτυπου φροντιστή και λειτουργεί ως **δείκτης έγκαιρης προειδοποίησης** για κίνδυνο εξουθένωσης, εγκατάλειψης φροντίδας ή μη ασφαλών πρακτικών στο σπίτι. Η μέτρηση βασίζεται σε **διεθνώς επικυρωμένο εργαλείο**, ευρέως χρησιμοποιούμενο σε community care και Hospital at Home.

6.27.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	D5 – Επιβάρυνση και υποστήριξη άτυπου φροντιστή
Αγγλικός τίτλος	Informal Caregiver Burden and Support



Άξονας	D – Ποιότητα φροντίδας και βιωσιμότητα κατ' οίκον νοσηλείας
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Εμπειρίας / Κοινωνικής διάστασης φροντίδας
Διαστάσεις ποιότητας	Ασθενοκεντρικότητα, Ασφάλεια, Ισοτιμία
PROM / PREM	PREM (Caregiver-reported)
Σκοπός	Έγκαιρος εντοπισμός αυξημένης επιβάρυνσης άτυπου φροντιστή και ανάγκης υποστήριξης.
Τι αξιολογεί	Το επίπεδο σωματικής, ψυχικής και λειτουργικής επιβάρυνσης του άτυπου φροντιστή.
Κλινική / λειτουργική λογική	Υψηλή επιβάρυνση φροντιστή αυξάνει τον κίνδυνο μη ασφαλούς φροντίδας και αποτυχίας του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ.
Ορισμοί	Άτυπος φροντιστής: μη αμειβόμενο άτομο που παρέχει καθημερινή φροντίδα στον ασθενή.
Μετρούμενο μέγεθος	Μέση βαθμολογία επιβάρυνσης φροντιστή.
Αριθμητής (N)	Άθροισμα βαθμολογιών Zarit Burden Interview – ZBI-12 .
Παρονομαστής (D)	Σύνολο έγκυρων συμπληρωμένων ερωτηματολογίων ZBI-12.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία (κλίμακα 0–48).
Τύπος υπολογισμού	N / D
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Άτυποι φροντιστές ασθενών ενταγμένων σε επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Έλλειψη άτυπου φροντιστή ή αδυναμία συμμετοχής (τεκμηριωμένη).
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα ΝΟΣΠΙ, κλινική διαδρομή, διάρκεια φροντίδας.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Zarit Burden Interview (ZBI-12) .
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Πληρότητα απαντήσεων, μοναδικότητα ανά φροντιστή, χρονική εγγύτητα με ενεργό επεισόδιο.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο εξουθένωσης και ανάγκη παρέμβασης.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	≤16 χαμηλή επιβάρυνση · 17–23 μέτρια · ≥24 υψηλή επιβάρυνση
Ενέργειες σε απόκλιση	Ενίσχυση υποστήριξης φροντιστή, εκπαίδευση, κοινωνική διασύνδεση, αναθεώρηση πλάνου φροντίδας.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Πρόληψη εξουθένωσης φροντιστή και αποτυχίας φροντίδας στο σπίτι.



Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση κοινωνικής βιωσιμότητας του μοντέλου ΝΟΣΠΙ.

6.27.2 Παράδειγμα υπολογισμού

ZBI-12 (κλίμακα 0–48), Έγκυρα ερωτηματολόγια (D): 60, Άθροισμα βαθμολογιών (N): 1.440

$$D5 = 1.440 / 60 = 24$$

Ερμηνεία: Υψηλή επιβάρυνση άτυπων φροντιστών. Απαιτείται άμεση ενίσχυση υποστήριξης.

6.27.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς, το **Zarit Burden Interview** χρησιμοποιείται ως βασικό εργαλείο αξιολόγησης φροντιστή σε chronic care και Hospital at Home. Μέσες τιμές ≥ 24 (ZBI-12) συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εξουθένωσης, εγκατάλειψης φροντίδας και μη ασφαλών πρακτικών στο σπίτι. Εθνικά προγράμματα integrated care χρησιμοποιούν τον δείκτη ως trigger κοινωνικών και οργανωτικών παρεμβάσεων.

6.28 Δείκτης D6 – Συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ (Overall Acceptance of the Hospital at Home Model)

Η βιωσιμότητα της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) δεν εξαρτάται μόνο από την κλινική αποτελεσματικότητα ή την τήρηση διαδικασιών, αλλά και από τον βαθμό συνολικής αποδοχής του μοντέλου από τους άμεσους χρήστες του. Η συνολική αποδοχή αντανακλά τη συνισταμένη εμπειρίας, ασφάλειας, επικοινωνίας, συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και αντιλαμβανόμενης αξίας της φροντίδας.

Ο δείκτης D6 αποτυπώνει τη συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ από τον ασθενή και, όπου εφαρμόζεται, τον φροντιστή, μέσω **διεθνώς αναγνωρισμένου εργαλείου εμπειρίας κατ' οίκον φροντίδας**, επιτρέποντας εθνική συγκρισιμότητα και παρακολούθηση κοινωνικής αποδοχής του θεσμού.

6.28.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	D6 – Συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ
Αγγλικός τίτλος	Overall Acceptance of the Hospital at Home Model
Άξονας	D – Ποιότητα φροντίδας και αποδοχή υπηρεσιών
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Εμπειρίας / Συνολικής αξιολόγησης (Experience / Outcome indicator)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασθενοκεντρικότητα, Αποτελεσματικότητα, Λογοδοσία
PROM / PREM	PREM



Σκοπός	Αξιολόγηση της συνολικής αποδοχής και ικανοποίησης από το μοντέλο ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τη συνολική εμπειρία, την προθυμία αποδοχής και τη σύσταση του μοντέλου ΝΟΣΠΙ.
Κλινική / λειτουργική λογική	Υψηλή συνολική αποδοχή συνδέεται με αυξημένη συμμόρφωση, συνέχεια φροντίδας και κοινωνική βιωσιμότητα.
Ορισμοί	Συνολική αποδοχή: συνολική αξιολόγηση της εμπειρίας φροντίδας και προθυμία σύστασης του μοντέλου.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία αποδοχής του μοντέλου.
Αριθμητής (N)	Άθροισμα βαθμολογιών HHCAHPS Overall Rating / Recommendation items .
Παρονομαστής (D)	Σύνολο έγκυρων συμπληρωμένων ερωτηματολογίων.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία (0–100) ή ποσοστό top-box (%).
Τύπος υπολογισμού	N / D ή $(\text{Top-box απαντήσεις} / \text{Σύνολο απαντήσεων}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς (και όπου εφαρμόζεται φροντιστές) με ολοκληρωμένο επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Μη έγκυρες απαντήσεις ή αδυναμία συμμετοχής (τεκμηριωμένη).
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα ΝΟΣΠΙ, κλινική διαδρομή, διάρκεια επεισοδίου.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	CAHPS Home Health Care Survey (HHCAHPS) – Overall Rating / Willingness to Recommend .
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Πληρότητα απαντήσεων, μοναδικότητα ανά επεισόδιο, χρονική εγγύτητα με ολοκλήρωση φροντίδας.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν μειωμένη κοινωνική αποδοχή και κίνδυνο βιωσιμότητας.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<80/100 χαμηλή αποδοχή · 80–89/100 ικανοποιητική · ≥90/100 υψηλή αποδοχή
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανάλυση αιτιών εμπειρίας, βελτίωση επικοινωνίας, ανασχεδιασμός ροών φροντίδας.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση συνολικής εμπειρίας και αποδοχής υπηρεσιών.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση κοινωνικής αποδοχής και υποστήριξη πολιτικής επέκτασης του μοντέλου.



6.28.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Top-box scoring (0–100). Έγκυρα ερωτηματολόγια (D): 150

Top-box απαντήσεις (N): 138

$$D6 = (138 / 150) \times 100 = 92\%$$

Ερμηνεία: Υψηλή συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ.

6.28.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς, σε προγράμματα Hospital at Home και Virtual Wards, ποσοστά συνολικής αποδοχής $\geq 90\%$ (CAHPS Overall Rating / Recommendation) θεωρούνται ενδεικτικά ώριμης και κοινωνικά αποδεκτής υπηρεσίας. Τιμές $< 85\%$ συνδέονται με μειωμένη συμμόρφωση και αυξημένο κίνδυνο απόρριψης του μοντέλου σε πληθυσμιακό επίπεδο.

6.29 Δείκτης D7 – Συνέπεια και συνέχεια κλινικής παρακολούθησης (Continuity and Consistency of Clinical Monitoring)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) βασίζεται στη συστηματική και αξιόπιστη κλινική παρακολούθηση του ασθενούς εκτός νοσοκομείου. Η απουσία συνέχειας ή η ασυνέπεια στην εφαρμογή του πλάνου παρακολούθησης (επισκέψεις, τηλεπαρακολούθηση, καταγραφές) αυξάνει τον κίνδυνο καθυστερημένης αναγνώρισης επιδείνωσης, ανεπιθύμητων συμβάντων και μη αναγκαίων κλιμακώσεων.

Ο δείκτης D7 αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο η προβλεπόμενη κλινική παρακολούθηση υλοποιείται **όπως έχει σχεδιαστεί**, με συνέπεια στον χρόνο και συνέχεια στη φροντίδα, λειτουργώντας ως κρίσιμος δείκτης ασφάλειας και αξιοπιστίας του μοντέλου ΝΟΣΠΙ.

6.29.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	D7 – Συνέπεια και συνέχεια κλινικής παρακολούθησης
Αγγλικός τίτλος	Continuity and Consistency of Clinical Monitoring
Άξονας	D – Ποιότητα κλινικής πρακτικής και ασφάλεια ασθενούς
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας / Ασφάλειας (Process / Safety indicator)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα, Συνέχεια φροντίδας
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Διασφάλιση ότι η κλινική παρακολούθηση υλοποιείται με συνέπεια και χωρίς κενά.
Τι αξιολογεί	Την τήρηση του προβλεπόμενου πλάνου κλινικής παρακολούθησης (επισκέψεις, μετρήσεις, επαφές).



Κλινική / λειτουργική λογική	Η ασυνέπεια στην παρακολούθηση αυξάνει τον κίνδυνο καθυστερημένης ανίχνευσης επιδείνωσης.
Ορισμοί	Συνέχεια: απουσία μη αιτιολογημένων κενών. Συνέπεια: τήρηση συχνότητας και χρονισμού παρακολούθησης.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό προβλεπόμενων ενεργειών παρακολούθησης που υλοποιήθηκαν εγκαίρως.
Αριθμητής (N)	Ενέργειες κλινικής παρακολούθησης που πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα με το πλάνο.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ενεργειών παρακολούθησης που είχαν προγραμματιστεί.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / ανά επεισόδιο
Κριτήρια ένταξης	Επεισόδια ΝΟΣΠΙ με ορισμένο πλάνο παρακολούθησης.
Κριτήρια εξαίρεσης	Τεκμηριωμένες ακυρώσεις λόγω ανωτέρας βίας ή κλινικής αναπροσαρμογής.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα ΝΟΣΠΙ, κλινική διαδρομή, τύπο παρακολούθησης.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	MDS, πλάνο φροντίδας, ημερολόγια επισκέψεων, telemonitoring logs.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Χρονική σήμανση ενεργειών, έλεγχος πληρότητας και συνέπειας καταγραφών.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο κλινικό κίνδυνο και λειτουργική αστοχία.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<85% υψηλός κίνδυνος · 85–94% μερική συνέπεια · ≥95% αξιόπιστη παρακολούθηση
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανασχεδιασμός πλάνου, ενίσχυση στελέχωσης, αυτοματοποίηση υπενθυμίσεων.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Πρόληψη κενών παρακολούθησης και έγκαιρη ανίχνευση επιδείνωσης.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση ασφάλειας και αξιοπιστίας κλινικής παρακολούθησης σε εθνικό επίπεδο.

6.29.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Σε μηνιαία περίοδο: Προγραμματισμένες ενέργειες παρακολούθησης (D): 320
Ενέργειες που υλοποιήθηκαν σύμφωνα με το πλάνο (N): 300



$$D7 = (300 / 320) \times 100 = 93,8\%$$

Ερμηνεία: Ικανοποιητική συνέχεια παρακολούθησης με περιθώριο βελτίωσης.

6.29.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Σε διεθνή προγράμματα Hospital at Home και Virtual Wards, επίπεδα $\geq 95\%$ συνέπειας στην κλινική παρακολούθηση θεωρούνται προϋπόθεση ασφάλειας. Τιμές $< 90\%$ συνδέονται με αυξημένες καθυστερήσεις αναγνώρισης επιδείνωσης και μη αναγκαίες επανεισαγωγές.

6.30 Δείκτης E1 – Ικανοποίηση ασθενούς (Patient Satisfaction)

Η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί βασικό δείκτη ποιότητας υπηρεσιών υγείας και αποτυπώνει τη συνολική εμπειρία φροντίδας όπως αυτή βιώνεται από τον ίδιο τον ασθενή. Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την αντίληψη ασφάλειας, τον σεβασμό, την ποιότητα αλληλεπίδρασης με την ομάδα και την ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενούς στο οικείο του περιβάλλον.

Ο δείκτης E1 αποτυπώνει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τη συνολική παρεχόμενη φροντίδα ΝΟΣΠΙ, χρησιμοποιώντας **διεθνώς αναγνωρισμένο ερωτηματολόγιο εμπειρίας κατ' οίκον φροντίδας**, επιτρέποντας αξιόπιστη συγκρισιμότητα και παρακολούθηση της ποιότητας σε εθνικό επίπεδο.

6.30.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E1 – Ικανοποίηση ασθενούς
Αγγλικός τίτλος	Patient Satisfaction
Άξονας	E – Εμπειρία ασθενούς και φροντιστή
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Εμπειρίας / Συνολικής αξιολόγησης (Experience indicator)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασθενοκεντρικότητα, Αποτελεσματικότητα, Σεβασμός
PROM / PREM	PREM
Σκοπός	Αξιολόγηση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τη συνολική εμπειρία φροντίδας, όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η ικανοποίηση αντανακλά τη συνολική ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας και επηρεάζει τη συμμόρφωση και την εμπιστοσύνη στο σύστημα.
Ορισμοί	Ικανοποίηση ασθενούς: συνολική αξιολόγηση της εμπειρίας φροντίδας, πέραν μεμονωμένων επιμέρους διαστάσεων.



Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία ικανοποίησης ασθενούς.
Αριθμητής (N)	Άθροισμα βαθμολογιών HCAHPS – Global Rating of Care .
Παρονομαστής (D)	Σύνολο έγκυρων συμπληρωμένων ερωτηματολογίων.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία (0–100) ή ποσοστό top-box (%).
Τύπος υπολογισμού	N / D ή (Top-box απαντήσεις / Σύνολο απαντήσεων) $\times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς με ολοκληρωμένο επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Μη έγκυρες απαντήσεις ή αδυναμία συμμετοχής (τεκμηριωμένη).
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα ΝΟΣΠΙ, κλινική διαδρομή, διάρκεια φροντίδας.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	CAHPS Home Health Care Survey (HCAHPS) – Global Rating of Care .
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Πληρότητα απαντήσεων, μοναδικότητα ανά επεισόδιο, χρονική εγγύτητα με ολοκλήρωση φροντίδας.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν μειωμένη ποιότητα εμπειρίας και ανάγκη βελτίωσης υπηρεσιών.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<80/100 χαμηλή ικανοποίηση · 80–89/100 ικανοποιητική · $\geq 90/100$ υψηλή ικανοποίηση
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανάλυση αιτιών δυσαρέσκειας, βελτίωση επικοινωνίας και οργάνωσης φροντίδας.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Στοχευμένες παρεμβάσεις βελτίωσης εμπειρίας ασθενούς.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική παρακολούθηση ποιότητας εμπειρίας και συγκρισιμότητα μονάδων.

6.30.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Top-box scoring (0–100). Έγκυρα ερωτηματολόγια (D): 180, Top-box απαντήσεις (N): 160

$$E1 = (160 / 180) \times 100 = 88,9\%$$

Ερμηνεία: Ικανοποιητικό επίπεδο ικανοποίησης ασθενών, με περιθώριο στοχευμένων βελτιώσεων.

6.30.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Σε διεθνή προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας και Hospital at Home, δείκτες ικανοποίησης ασθενών $\geq 90\%$ (CAHPS Global Rating) θεωρούνται ενδεικτικοί υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Τιμές <85% συσχετίζονται με αυξημένα παράπονα και μειωμένη εμπιστοσύνη στο σύστημα.



6.31 Δείκτης E2 – Ικανοποίηση φροντιστή (Caregiver Satisfaction)

Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), ο άτυπος φροντιστής αποτελεί κρίσιμο συντελεστή της φροντίδας και βασικό φορέα συνέχειας στο σπίτι. Η ικανοποίηση του φροντιστή από την παρεχόμενη υποστήριξη, την καθοδήγηση και τη συνεργασία με την ομάδα ΝΟΣΠΙ επηρεάζει άμεσα τη συμμόρφωση, τη βιωσιμότητα του επεισοδίου φροντίδας και τη συνολική ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο δείκτης E2 αποτυπώνει τη συνολική ικανοποίηση του άτυπου φροντιστή από το μοντέλο ΝΟΣΠΙ, **διακριτά από την επιβάρυνση**, χρησιμοποιώντας **διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο αξιολόγησης ποιότητας ζωής και ικανοποίησης φροντιστών**, επιτρέποντας συγκρίσιμη και αξιόπιστη αποτίμηση σε εθνικό επίπεδο.

6.31.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E2 – Ικανοποίηση φροντιστή
Αγγλικός τίτλος	Caregiver Satisfaction
Άξονας	E – Εμπειρία ασθενούς και φροντιστή
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Εμπειρίας / Κοινωνικής διάστασης (Experience indicator)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασθενοκεντρικότητα, Ισοτιμία, Βιωσιμότητα
PROM / PREM	PREM (Caregiver-reported)
Σκοπός	Αξιολόγηση της συνολικής ικανοποίησης του άτυπου φροντιστή από τη φροντίδα ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τη συνολική εμπειρία, την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη και τη συνεργασία με την ομάδα ΝΟΣΠΙ.
Κλινική / λειτουργική λογική	Υψηλή ικανοποίηση φροντιστή συνδέεται με αυξημένη συμμόρφωση και βιωσιμότητα της φροντίδας στο σπίτι.
Ορισμοί	Ικανοποίηση φροντιστή: συνολική θετική αξιολόγηση της εμπειρίας φροντίδας και υποστήριξης.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία ικανοποίησης φροντιστή.
Αριθμητής (N)	Άθροισμα βαθμολογιών CarerQoL-VAS .
Παρονομαστής (D)	Σύνολο έγκυρων συμπληρωμένων ερωτηματολογίων.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία (κλίμακα 0–10).
Τύπος υπολογισμού	N / D
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / τριμηνιαία



Κριτήρια ένταξης	Άτυποι φροντιστές ασθενών με ολοκληρωμένο επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Έλλειψη άτυπου φροντιστή ή αδυναμία συμμετοχής (τεκμηριωμένη).
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα ΝΟΣΠΙ, κλινική διαδρομή, διάρκεια φροντίδας.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	CarerQoL – Care-related Quality of Life instrument (VAS).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Πληρότητα απαντήσεων, μοναδικότητα ανά φροντιστή, χρονική εγγύτητα με ολοκλήρωση επεισοδίου.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανεπαρκή υποστήριξη φροντιστή και κίνδυνο αποτυχίας φροντίδας.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<6 χαμηλή ικανοποίηση · 6–7,9 μέτρια · ≥8 υψηλή ικανοποίηση
Ενέργειες σε απόκλιση	Ενίσχυση υποστήριξης φροντιστή, εκπαίδευση, κοινωνική διασύνδεση.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση παρεχόμενης υποστήριξης και συνεργασίας με φροντιστές.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση εμπειρίας φροντιστών και κοινωνικής βιωσιμότητας του μοντέλου.

6.31.2 Παράδειγμα υπολογισμού

CarerQoL-VAS (0–10), Έγκυρα ερωτηματολόγια (D): 70

Άθροισμα βαθμολογιών (N): 574

$$E2 = 574 / 70 = 8,2 / 10$$

Ερμηνεία: Υψηλό επίπεδο ικανοποίησης φροντιστών από τη φροντίδα ΝΟΣΠΙ.

6.31.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Σε διεθνή προγράμματα integrated care και κατ' οίκον φροντίδας, μέσες τιμές **CarerQoL-VAS ≥8/10** θεωρούνται ενδεικτικές επαρκούς υποστήριξης και βιώσιμης συμμετοχής φροντιστών. Τιμές <7/10 συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εγκατάλειψης φροντίδας και αυξημένη επιβάρυνση.

6.32 Δείκτης Ε3 – Κατανόηση θεραπευτικού πλάνου (Understanding of the Care Plan)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) προϋποθέτει ότι ο ασθενής και, όπου απαιτείται, ο φροντιστής κατανοούν επαρκώς το θεραπευτικό πλάνο, τις οδηγίες φροντίδας, τη φαρμακευτική αγωγή και τα σημεία που απαιτούν επικοινωνία με την ομάδα. Η κατανόηση του πλάνου αποτελεί κρίσιμο παράγοντα ασφάλειας και αυτοδιαχείρισης, ιδιαίτερα σε περιβάλλον κατ' οίκον φροντίδας.



Ο δείκτης E3 αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο ο ασθενής δηλώνει ότι **κατανοεί τι πρέπει να κάνει**, τι να παρακολουθεί και πώς να διαχειριστεί τη φροντίδα του στο σπίτι, χρησιμοποιώντας διεθνώς επικυρωμένο εργαλείο μετάβασης και κατανόησης φροντίδας.

6.32.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E3 – Κατανόηση θεραπευτικού πλάνου
Αγγλικός τίτλος	Understanding of the Care Plan
Άξονας	E – Εμπειρία ασθενούς και φροντιστή
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Εμπειρίας / Ασφάλειας (Experience / Safety indicator)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασφάλεια, Ασθενοκεντρικότητα, Αποτελεσματικότητα
PROM / PREM	PREM
Σκοπός	Αξιολόγηση της κατανόησης του θεραπευτικού πλάνου από τον ασθενή.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό κατανόησης οδηγιών, φαρμακευτικής αγωγής και αυτοδιαχείρισης.
Κλινική / λειτουργική λογική	Ελλιπής κατανόηση αυξάνει τον κίνδυνο λαθών, μη συμμόρφωσης και επιδείνωσης.
Ορισμοί	Κατανόηση: δηλωμένη ικανότητα του ασθενούς να περιγράψει τι πρέπει να κάνει μετά.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία κατανόησης θεραπευτικού πλάνου.
Αριθμητής (N)	Άθροισμα βαθμολογιών CTM-3 .
Παρονομαστής (D)	Σύνολο έγκυρων συμπληρωμένων ερωτηματολογίων CTM-3.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία (κλίμακα 0–100).
Τύπος υπολογισμού	N / D
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς με ολοκληρωμένο ή ενεργό επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Σοβαρή γνωστική αδυναμία (τεκμηριωμένη).
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα ΝΟΣΠΙ, κλινική διαδρομή, ηλικιακή ομάδα.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Care Transitions Measure – CTM-3 .



Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Πληρότητα απαντήσεων, χρονική εγγύτητα με παροχή οδηγιών.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο μη συμμόρφωσης και σφαλμάτων.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<70/100 χαμηλή κατανόηση · 70–84/100 μέτρια · ≥85/100 καλή κατανόηση
Ενέργειες σε απόκλιση	Απλοποίηση οδηγιών, επαναληπτική εκπαίδευση, χρήση γραπτών/οπτικών μέσων.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση ασφάλειας και αυτοδιαχείρισης ασθενούς.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση ασφάλειας μετάβασης και ποιότητας κατανόησης φροντίδας.

6.32.2 Παράδειγμα υπολογισμού

CTM-3 (0–100), Έγκυρα ερωτηματολόγια (D): 120

Άθροισμα βαθμολογιών (N): 10.560

$$E3 = 10.560 / 120 = \mathbf{88/100}$$

Ερμηνεία: Καλή κατανόηση θεραπευτικού πλάνου από τους ασθενείς.

6.32.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς, τιμές **CTM ≥85/100** θεωρούνται ενδεικτικές ασφαλούς μετάβασης και επαρκούς κατανόησης φροντίδας. Τιμές <75/100 συνδέονται με αυξημένα σφάλματα αυτοδιαχείρισης και επανεισαγωγές.

6.33 Δείκτης E4 – Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια κατ' οίκον φροντίδας (Perceived Safety of Home-Based Hospital Care)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) μεταφέρει κλινικές πράξεις υψηλής ευθύνης εκτός του προστατευμένου περιβάλλοντος του νοσοκομείου. Πέρα από τους αντικειμενικούς δείκτες ασφάλειας, η **αντιλαμβανόμενη ασφάλεια** από τον ασθενή αποτελεί κρίσιμη διάσταση ποιότητας, καθώς επηρεάζει τη συμμόρφωση, την έγκαιρη αναφορά προβλημάτων και τη συνολική εμπιστοσύνη στο σύστημα.

Ο δείκτης E4 αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο ο ασθενής αισθάνεται ασφαλής κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας, χρησιμοποιώντας **διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο μέτρησης perceived safety**, εναρμονισμένο με σύγχρονα πλαίσια value-based healthcare και national quality monitoring.

6.33.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E4 – Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια κατ' οίκον φροντίδας



Αγγλικός τίτλος	Perceived Safety of Home-Based Hospital Care
Άξονας	Ε – Εμπειρία ασθενούς και φροντιστή
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Εμπειρίας / Ασφάλειας (Experience / Safety indicator)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασφάλεια, Ασθενοκεντρικότητα, Εμπιστοσύνη
PROM / PREM	PREM
Σκοπός	Αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο ο ασθενής αισθάνεται ασφαλής κατά τη φροντίδα στο σπίτι.
Τι αξιολογεί	Την αντιλαμβανόμενη ασφάλεια, την εμπιστοσύνη στην ομάδα και την αίσθηση προστασίας από κινδύνους.
Κλινική / λειτουργική λογική	Χαμηλή αντιλαμβανόμενη ασφάλεια οδηγεί σε μειωμένη συμμόρφωση και καθυστερημένη αναφορά προβλημάτων.
Ορισμοί	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια: η υποκειμενική αίσθηση του ασθενούς ότι η φροντίδα παρέχεται με ασφάλεια και έλεγχο κινδύνων.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία αντιλαμβανόμενης ασφάλειας.
Αριθμητής (N)	Άθροισμα βαθμολογιών OECD PaRIS – Perceived Safety items .
Παρονομαστής (D)	Σύνολο έγκυρων συμπληρωμένων ερωτηματολογίων.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία (κλίμακα 0–100).
Τύπος υπολογισμού	N / D
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς με ενεργό ή ολοκληρωμένο επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Αδυναμία απάντησης (τεκμηριωμένη γνωστική ανεπάρκεια).
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα ΝΟΣΠΙ, κλινική διαδρομή, επίπεδο φροντίδας.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	OECD PaRIS – Patient-reported Perceived Safety items .
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Πληρότητα απαντήσεων, χρονική εγγύτητα με την παροχή φροντίδας.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν έλλειμμα εμπιστοσύνης και αυξημένο λειτουργικό κίνδυνο.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<75/100 χαμηλή ασφάλεια · 75–84/100 μέτρια · ≥85/100 υψηλή αντιλαμβανόμενη ασφάλεια
Ενέργειες σε απόκλιση	Ενίσχυση ενημέρωσης ασθενών, βελτίωση επικοινωνίας κινδύνου, στοχευμένες παρεμβάσεις ασφάλειας.



Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ενίσχυση εμπιστοσύνης και πρόληψη μη συμμόρφωσης.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση αντιλαμβανόμενης ασφάλειας και κοινωνικής αποδοχής του μοντέλου.

6.33.2 Παράδειγμα υπολογισμού (βελτιωμένο)

OECD PaRIS – κλίμακα 0–100, Έγκυρα ερωτηματολόγια (D): 140

Άθροισμα βαθμολογιών perceived safety (N): 11.480

$$E4 = 11.480 / 140 = 82,0 / 100$$

Ερμηνεία:

Οι ασθενείς δηλώνουν γενικά αίσθημα ασφάλειας, ωστόσο η τιμή <85 υποδεικνύει ανάγκη ενίσχυσης: σαφήνειας οδηγιών για επείγουσες καταστάσεις, ορατότητας της ομάδας ΝΟΣΠΙ, επικοινωνίας σχετικά με τη διαχείριση κινδύνων στο σπίτι.

6.33.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο)

Στο πλαίσιο του **OECD PaRIS**, η αντιλαμβανόμενη ασφάλεια αποτελεί βασική διάσταση αξιολόγησης χρόνιων και κατ' οίκον υπηρεσιών. Διεθνώς παρατηρείται ότι: **≥85/100** συνδέεται με υψηλή εμπιστοσύνη, έγκαιρη αναφορά προβλημάτων και μειωμένες μη αναγκαίες επανεισαγωγές. **75–84/100** υποδηλώνει λειτουργικά επαρκές σύστημα με ελλείμματα επικοινωνίας ασφάλειας. **<75/100** συσχετίζεται με αποφυγή επικοινωνίας, χαμηλή συμμόρφωση και αυξημένο perceived risk, ακόμη και όταν οι αντικειμενικοί δείκτες ασφάλειας είναι ικανοποιητικοί. Ο δείκτης **E4 λειτουργεί συμπληρωματικά** προς τους αντικειμενικούς δείκτες ασφάλειας (Α-άξονας) και επιτρέπει στον ΟΔΙΠΥ να εντοπίζει **χάσματα εμπιστοσύνης** που δεν ανιχνεύονται από κλινικά δεδομένα.

6.34 Δείκτης E5 – Συνέχεια φροντίδας με το νοσοκομείο αναφοράς (Continuity of Care with the Referring Hospital)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) αποτελεί επέκταση της νοσοκομειακής φροντίδας και όχι αυτόνομη, αποκομμένη υπηρεσία. Η ποιότητα και η ασφάλεια του μοντέλου εξαρτώνται καθοριστικά από τη συνέχεια φροντίδας με το νοσοκομείο αναφοράς, ιδίως κατά τη φάση μετάβασης, την ανταλλαγή πληροφοριών, τη σαφήνεια ευθυνών και την έγκαιρη επανασύνδεση όταν απαιτείται.

Ο δείκτης E5 αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι η φροντίδα του στο σπίτι είναι **συνέχεια** της νοσοκομειακής φροντίδας και όχι αποσπασματική υπηρεσία, χρησιμοποιώντας **διεθνώς επικυρωμένο εργαλείο αξιολόγησης continuity of care**.

6.34.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E5 – Συνέχεια φροντίδας με το νοσοκομείο αναφοράς
Αγγλικός τίτλος	Continuity of Care with the Referring Hospital



Άξονας	Ε – Εμπειρία ασθενούς και φροντιστή
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Εμπειρίας / Συνέχειας φροντίδας (Experience / Continuity indicator)
Διαστάσεις ποιότητας	Συνέχεια φροντίδας, Ασφάλεια, Αποτελεσματικότητα
PROM / PREM	PREM
Σκοπός	Αξιολόγηση της συνέχειας και της διασύνδεσης μεταξύ νοσοκομείου αναφοράς και ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τη σαφήνεια μετάβασης, τον συντονισμό και τη συνέχεια πληροφόρησης μεταξύ επιπέδων φροντίδας.
Κλινική / λειτουργική λογική	Ανεπαρκής συνέχεια αυξάνει τον κίνδυνο σφαλμάτων, επανεισαγωγών και απώλειας πληροφοριών.
Ορισμοί	Συνέχεια φροντίδας: αδιάλειπτη, συντονισμένη και κατανοητή παροχή φροντίδας μεταξύ νοσοκομείου και ΝΟΣΠΙ.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία συνέχειας φροντίδας.
Αριθμητής (N)	Άθροισμα βαθμολογιών Care Transitions Measure – CTM-15 .
Παρονομαστής (D)	Σύνολο έγκυρων συμπληρωμένων ερωτηματολογίων CTM-15.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία (κλίμακα 0–100).
Τύπος υπολογισμού	N / D
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς που εντάχθηκαν στο ΝΟΣΠΙ κατόπιν παραπομπής από νοσοκομείο αναφοράς.
Κριτήρια εξαίρεσης	Απευθείας ένταξη χωρίς νοσοκομειακή νοσηλεία.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά νοσοκομείο αναφοράς, μονάδα ΝΟΣΠΙ, κλινική διαδρομή.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Care Transitions Measure – CTM-15 .
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Πληρότητα απαντήσεων, χρονική εγγύτητα με την ένταξη στο ΝΟΣΠΙ.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αστοχία στη μετάβαση και κίνδυνο επανεισαγωγών.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<70/100 χαμηλή συνέχεια · 70–84/100 μέτρια · ≥85/100 καλή συνέχεια
Ενέργειες σε απόκλιση	Βελτίωση handover, τυποποίηση discharge summaries, ενίσχυση επικοινωνίας με νοσοκομείο.



Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση διασύνδεσης με νοσοκομείο και ασφάλειας μετάβασης.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση συνέχειας φροντίδας και ποιότητας διασύνδεσης συστήματος.

6.34.2 Παράδειγμα υπολογισμού (ενισχυμένο)

CTM-15 (κλίμακα 0–100), Έγκυρα ερωτηματολόγια (D): 110, Άθροισμα βαθμολογιών (N): 9.020

$$E5 = 9.020 / 110 = 82,0 / 100$$

Ερμηνεία: Η συνέχεια φροντίδας αξιολογείται ως μέτρια προς καλή. Η τιμή <85 υποδεικνύει ανάγκη βελτίωσης: της ποιότητας discharge information, της σαφήνειας ρόλων μεταξύ νοσοκομείου και ΝΟΣΠΙ, της ταχύτητας ανατροφοδότησης προς το νοσοκομείο αναφοράς.

6.34.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο)

Σύμφωνα με διεθνή δεδομένα **CTM-15: $\geq 85/100$** συνδέεται με ασφαλείς μεταβάσεις, χαμηλότερες επανεισαγωγές και αυξημένη εμπιστοσύνη ασθενών. **70–84/100** χαρακτηρίζει λειτουργικά επαρκή αλλά μη πλήρως ολοκληρωμένα συστήματα. **<70/100** συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο λαθών μετάβασης και αποσπασματική φροντίδα. Ο δείκτης **E5** επιτρέπει στον ΟΔΙΠΥ να εντοπίζει **συστημικά κενά στη διασύνδεση νοσοκομείου–ΝΟΣΠΙ** και να παρεμβαίνει σε επίπεδο διαδικασιών και πολιτικής ποιότητας.

6.35 Δείκτης E6 – Ισότητα πρόσβαση στη ΝΟΣΠΙ (Equitable Access to Hospital at Home Services)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) οφείλει να παρέχεται με όρους ισοτιμίας και δικαιοσύνης, ανεξαρτήτως γεωγραφικής θέσης, κοινωνικοοικονομικού προφίλ, φύλου, ηλικίας ή λειτουργικών περιορισμών. Η ισότητα πρόσβαση αποτελεί θεμελιώδη αρχή δημόσιας πολιτικής υγείας και βασική προϋπόθεση νομιμοποίησης και βιωσιμότητας του μοντέλου σε εθνικό επίπεδο.

Ο δείκτης E6 αποτυπώνει κατά πόσο η πρόσβαση στη ΝΟΣΠΙ κατανέμεται δίκαια στον πληθυσμό αναφοράς, μέσω **ανάλυσης διοικητικών δεδομένων και διαστρωμάτωσης ισότητας**, επιτρέποντας στον ΟΔΙΠΥ να εντοπίζει ανισότητες και να σχεδιάζει στοχευμένες παρεμβάσεις.

6.35.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E6 – Ισότητα πρόσβαση στη ΝΟΣΠΙ
Αγγλικός τίτλος	Equitable Access to Hospital at Home Services
Άξονας	E – Εμπειρία και ισότητα πρόσβασης
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Πρόσβασης / Ισότητας (Access / Equity indicator)



Διαστάσεις ποιότητας	Ισοτιμία, Προσβασιμότητα, Δικαιοσύνη
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Εντοπισμός και παρακολούθηση ανισοτήτων στην πρόσβαση στη ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τη διακύμανση της πρόσβασης στη ΝΟΣΠΙ μεταξύ πληθυσμιακών ομάδων.
Κλινική / λειτουργική λογική	Ανισότητες πρόσβασης οδηγούν σε άνιση ποιότητα και αποτελέσματα φροντίδας.
Ορισμοί	Ισότιμη πρόσβαση: πρόσβαση βασισμένη σε ανάγκη και όχι σε κοινωνικά ή γεωγραφικά χαρακτηριστικά.
Μετρούμενο μέγεθος	Λόγος ή διακύμανση πρόσβασης μεταξύ ομάδων.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών που εντάχθηκαν στη ΝΟΣΠΙ ανά ομάδα πληθυσμού.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο δυνητικά επιλέξιμων ασθενών ανά ομάδα πληθυσμού.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ή δείκτης λόγου (rate ratio).
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$ ή λόγος μεταξύ ομάδων
Περίοδος αναφοράς	Τριμηνιαία / ετήσια
Κριτήρια ένταξης	Όλοι οι ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια ένταξης στη ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Μη επιλέξιμα κλινικά περιστατικά.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Φύλο, ηλικία, γεωγραφική περιοχή, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, αναπηρία (PROGRESS-Plus).
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται (δείκτης πρόσβασης).
Πηγές δεδομένων	Διοικητικά δεδομένα ΝΟΣΠΙ, μητρώα ασθενών, πληθυσμιακά δεδομένα ΕΛΣΤΑΤ.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Πληρότητα δημογραφικών στοιχείων, συνέπεια κριτηρίων επιλεξιμότητας.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Μεγάλες αποκλίσεις υποδηλώνουν ανισότητες πρόσβασης.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	Διακύμανση >20% μεταξύ ομάδων ενεργοποιεί διερεύνηση ισότητας.
Ενέργειες σε απόκλιση	Στοχευμένες πολιτικές πρόσβασης, ανακατανομή πόρων, ενημέρωση πληθυσμού.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση τοπικής κάλυψης και προσβασιμότητας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση ισότητας και σχεδιασμός εθνικών παρεμβάσεων.



6.35.2 Παράδειγμα υπολογισμού (ενισχυμένο)

Τριμηνιαία ανάλυση πρόσβασης: Αγροτικές περιοχές: 120 εντάξεις / 400 επιλέξιμοι → **30%**,
Αστικές περιοχές: 380 εντάξεις / 800 επιλέξιμοι → **47,5%**

Διακύμανση πρόσβασης: 17,5 ποσοστιαίες μονάδες.

Ερμηνεία: Σημαντική, αλλά όχι κρίσιμη ανισότητα. Απαιτείται: ενίσχυση γεωγραφικής κάλυψης, κινητές ομάδες.

6.35.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο)

Σύμφωνα με **OECD και WHO**, αποδεκτά επίπεδα ισότητας χαρακτηρίζονται από: **διακύμανση <15–20%** μεταξύ βασικών κοινωνικών/γεωγραφικών ομάδων. Διακυμάνσεις >20–25% θεωρούνται **συστημικές ανισότητες** και απαιτούν πολιτική παρέμβαση. Συστήματα Hospital at Home με υψηλή ωριμότητα ενσωματώνουν δείκτες ισότητας ως **core governance metrics**, συνδέοντάς τους με χρηματοδότηση και χωροταξικό σχεδιασμό.

6.36 Δείκτης E7 – Διαχείριση παραπόνων και ανατροφοδότησης (Complaints and Feedback Management)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) οφείλει να διαθέτει σαφείς, προσβάσιμους και αποτελεσματικούς μηχανισμούς διαχείρισης παραπόνων και ανατροφοδότησης από ασθενείς και φροντιστές. Τα παράπονα και οι παρατηρήσεις δεν αποτελούν ένδειξη αποτυχίας, αλλά κρίσιμη πηγή πληροφόρησης για κινδύνους, αστοχίες διεργασιών και ανάγκες βελτίωσης.

Ο δείκτης E7 αποτυπώνει την ωριμότητα του συστήματος ΝΟΣΠΙ ως προς τη **συστηματική καταγραφή, έγκαιρη διαχείριση και αξιοποίηση παραπόνων και ανατροφοδότησης**, υποστηρίζοντας τη διαφάνεια, τη λογοδοσία και τη συνεχή βελτίωση σε εθνικό επίπεδο.

6.36.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E7 – Διαχείριση παραπόνων και ανατροφοδότησης
Αγγλικός τίτλος	Complaints and Feedback Management
Άξονας	E – Εμπειρία ασθενούς και φροντιστή
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διακυβέρνησης / Ασφάλειας (Governance / Safety indicator)
Διαστάσεις ποιότητας	Λογοδοσία, Ασφάλεια, Ασθενοκεντρικότητα
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται (διοικητικός δείκτης)
Σκοπός	Διασφάλιση αποτελεσματικής, έγκαιρης και διαφανούς διαχείρισης παραπόνων και ανατροφοδότησης.
Τι αξιολογεί	Την ύπαρξη, τη χρήση και την αποτελεσματικότητα των μηχανισμών complaints & feedback.



Κλινική / λειτουργική λογική	Η μη διαχείριση παραπόνων αποκρύπτει κινδύνους και υπονομεύει τη μάθηση του συστήματος.
Ορισμοί	Παράπονο: επίσημη έκφραση δυσαρέσκειας. Ανατροφοδότηση: παρατήρηση ή πρόταση βελτίωσης.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό παραπόνων/ανατροφοδότησης που διαχειρίστηκαν εντός προκαθορισμένου χρόνου.
Αριθμητής (N)	Παράπονα/ανατροφοδοτήσεις που καταγράφηκαν, διερευνήθηκαν και απαντήθηκαν εντός προθεσμίας.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο καταγεγραμμένων παραπόνων/ανατροφοδοτήσεων.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία / τριμηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Όλα τα επίσημα καταγεγραμμένα παράπονα και σχόλια ασθενών/φροντιστών.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ανώνυμες αναφορές χωρίς δυνατότητα διερεύνησης (καταγράφονται χωριστά).
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά μονάδα ΝΟΣΠΙ, κατηγορία θέματος, σοβαρότητα.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Σύστημα complaints & feedback ΝΟΣΠΙ, μητρώο παραπόνων, logs ενεργειών.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Υποχρεωτική καταγραφή ημερομηνιών, κατηγορίας και ενεργειών απόκρισης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αδυναμία λογοδοσίας και αυξημένο λειτουργικό κίνδυνο.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<85% ανεπαρκής διαχείριση · 85–94% ικανοποιητική · ≥95% ώριμη λειτουργία
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανασχεδιασμός ροών, εκπαίδευση προσωπικού, σαφή SLA απόκρισης.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση ποιότητας, πρόληψη επαναλαμβανόμενων προβλημάτων.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση διαφάνειας, ασφάλειας και ωριμότητας διακυβέρνησης.

6.36.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Τριμηνιαία περίοδος: Σύνολο παραπόνων/ανατροφοδότησης (D): 48

Διαχειρισμένα εντός προθεσμίας (N): 43



$$E7 = (43 / 48) \times 100 = 89,6\%$$

Ερμηνεία: Ικανοποιητική λειτουργία, αλλά απαιτείται: μείωση χρόνου απόκρισης, καλύτερη κατηγοριοποίηση σοβαρών παραπόνων, τεκμηριωμένο κλείσιμο κύκλου (feedback to patient).

6.36.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνώς, συστήματα υγείας με ώριμη διακυβέρνηση: επιτυγχάνουν **≥95% έγκαιρη διαχείριση** παραπόνων, χρησιμοποιούν τα παράπονα ως **leading indicators ασφάλειας**, συνδέουν τα ευρήματα με risk management και βελτίωση διεργασιών. Τιμές <90% συνδέονται με χαμηλή εμπιστοσύνη, αυξημένη πιθανότητα επανάληψης συμβάντων και αδυναμία οργανωτικής μάθησης.

6.37 Δείκτης Ε8 – Εκπαίδευση και επάρκεια προσωπικού ΝΟΣΠΙ (Training and Competency of Hospital at Home Staff (Εκπαίδευση και επαγγελματική επάρκεια προσωπικού κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας))

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) απαιτεί προσωπικό με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, κλινικής επάρκειας και ικανότητας αυτόνομης λήψης αποφάσεων σε περιβάλλον εκτός νοσοκομείου. Η επάρκεια του προσωπικού δεν αφορά μόνο την αρχική εκπαίδευση, αλλά τη συνεχή διατήρηση και επικαιροποίηση γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων ασφάλειας.

Ο δείκτης Ε8 αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο το προσωπικό ΝΟΣΠΙ διαθέτει την απαιτούμενη εκπαίδευση και τεκμηριωμένη επάρκεια (competency – επαγγελματική ικανότητα) για την ασφαλή και αποτελεσματική παροχή κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας, σύμφωνα με τις απαιτήσεις κλινικής διακυβέρνησης (clinical governance – κλινική διακυβέρνηση).

6.37.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Βασικός Δείκτης Απόδοσης) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	Ε8 – Εκπαίδευση και επάρκεια προσωπικού ΝΟΣΠΙ
Αγγλικός τίτλος	Training and Competency of Hospital at Home Staff (Εκπαίδευση και επαγγελματική επάρκεια προσωπικού)
Άξονας	Ε – Εμπειρία, ασφάλεια και οργανωτική ωριμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core – κεντρικός) δείκτης
Τύπος δείκτη	Δομής / Διακυβέρνησης (Structure / Governance – δομής και διακυβέρνησης)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασφάλεια (Safety), Αποτελεσματικότητα (Effectiveness), Λογοδοσία (Accountability)
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Διασφάλιση ότι το προσωπικό ΝΟΣΠΙ διαθέτει επαρκή και επικαιροποιημένη εκπαίδευση και επαγγελματική επάρκεια.



Τι αξιολογεί	Την κάλυψη εκπαιδευτικών απαιτήσεων και την τεκμηριωμένη επάρκεια του προσωπικού.
Κλινική / λειτουργική λογική	Ανεπαρκής εκπαίδευση αυξάνει τον κλινικό κίνδυνο σε περιβάλλον χωρίς άμεση νοσοκομειακή υποστήριξη.
Ορισμοί	Επάρκεια (Competency): αποδεδειγμένη ικανότητα εφαρμογής γνώσεων και δεξιοτήτων στην πράξη.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό προσωπικού με πλήρη κάλυψη απαιτούμενης εκπαίδευσης και πιστοποιημένης επάρκειας.
Αριθμητής (N)	Αριθμός επαγγελματιών ΝΟΣΠΙ με ολοκληρωμένη εκπαίδευση και επικαιροποιημένη αξιολόγηση επάρκειας.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο επαγγελματιών που υπηρετούν στη Μονάδα ΝΟΣΠΙ.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Εξαμηνιαία / ετήσια
Κριτήρια ένταξης	Όλο το κλινικό και υποστηρικτικό προσωπικό ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Νεοπροσληθέντες εντός περιόδου προσαρμογής (τεκμηριωμένη).
Διαστρωμάτωση (Stratification – ανάλυση υποομάδων)	Ανά επαγγελματική ειδικότητα, ρόλο και μονάδα ΝΟΣΠΙ.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Μητρώο εκπαίδευσης προσωπικού, αρχεία αξιολόγησης επάρκειας, HR systems (συστήματα ανθρώπινου δυναμικού).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Υποχρεωτική τεκμηρίωση εκπαίδευσης, ημερομηνίες και αποτελέσματα αξιολόγησης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο οργανωτικό και κλινικό κίνδυνο.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<85% ανεπαρκής επάρκεια · 85–94% αποδεκτή · ≥95% ώριμη οργανωτική λειτουργία
Ενέργειες σε απόκλιση	Στοχευμένη εκπαίδευση, επαναξιολόγηση δεξιοτήτων, αναθεώρηση πλάνου ανάπτυξης προσωπικού.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση ασφάλειας, ποιότητας και επαγγελματικής ετοιμότητας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση οργανωτικής ωριμότητας και ασφάλειας ανθρώπινου δυναμικού.



6.37.2 Παράδειγμα υπολογισμού (ενισχυμένο)

Ετήσια αξιολόγηση: Σύνολο προσωπικού ΝΟΣΠΙ (D): 92, Προσωπικό με πλήρη εκπαίδευση και πιστοποιημένη επάρκεια (N): 86

$$E8 = (86 / 92) \times 100 = 93,5\%$$

Ερμηνεία: Αποδεκτό επίπεδο επάρκειας, με ανάγκη στοχευμένης ενίσχυσης σε νέες δεξιότητες (π.χ. τηλεπαρακολούθηση, διαχείριση επιδείνωσης).

6.37.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο)

Διεθνώς, σε συστήματα **Hospital at Home (Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι)** και **Virtual Wards (Εικονικές Κλινικές)**: επίπεδα $\geq 95\%$ προσωπικού με επικαιροποιημένη επάρκεια θεωρούνται δείκτης ώριμης κλινικής διακυβέρνησης, τιμές **85–94%** χαρακτηρίζουν λειτουργικά επαρκή αλλά ευάλωτα συστήματα, τιμές **<85%** συνδέονται με αυξημένα συμβάντα ασφάλειας και ανάγκη άμεσης οργανωτικής παρέμβασης. Ο δείκτης **E8** χρησιμοποιείται διεθνώς ως **leading indicator (ηγετικός δείκτης)** ασφάλειας και ποιότητας και συνδέεται με προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής ανάπτυξης (*Continuous Professional Development – Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη*).

6.38 Δείκτης E9 – Φόρτος εργασίας ομάδας ΝΟΣΠΙ (Hospital at Home Team Workload)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) βασίζεται σε πολύ επιστημονικές ομάδες που λειτουργούν σε συνθήκες αυξημένης αυτονομίας, γεωγραφικής διασποράς και χρονικής πίεσης. Ο υπερβολικός ή μη ισορροπημένος φόρτος εργασίας επηρεάζει άμεσα την ασφάλεια, την ποιότητα αποφάσεων, τη συνέπεια παρακολούθησης και τη βιωσιμότητα του μοντέλου.

Ο δείκτης E9 αποτυπώνει τον πραγματικό λειτουργικό φόρτο της ομάδας ΝΟΣΠΙ σε σχέση με την προβλεπόμενη στελέχωση και τον αριθμό ενεργών επεισοδίων, λειτουργώντας ως **πρόδρομος δείκτης (leading indicator – πρόδρομος δείκτης)** κινδύνου για σφάλματα, καθυστερήσεις και επαγγελματική εξουθένωση (*burnout – επαγγελματική εξουθένωση*).

6.38.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Βασικός Δείκτης Απόδοσης) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E9 – Φόρτος εργασίας ομάδας ΝΟΣΠΙ
Αγγλικός τίτλος	Hospital at Home Team Workload (<i>Φόρτος εργασίας ομάδας κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας</i>)
Άξονας	E – Εμπειρία, ασφάλεια και οργανωτική βιωσιμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core – κεντρικός) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας / Δομής (Process / Structure – λειτουργικός και δομικός)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασφάλεια (Safety), Αποτελεσματικότητα (Effectiveness), Βιωσιμότητα (Sustainability)
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται



Σκοπός	Έγκαιρος εντοπισμός υπερφόρτωσης ή ανισοκατανομής εργασίας στις ομάδες ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τη σχέση ενεργών επεισοδίων και απαιτήσεων φροντίδας ανά επαγγελματία.
Κλινική / λειτουργική λογική	Υπερφόρτωση ομάδας αυξάνει τον κίνδυνο καθυστερήσεων, παραλείψεων και σφαλμάτων.
Ορισμοί	Φόρτος εργασίας (Workload): ο λόγος απαιτήσεων φροντίδας προς διαθέσιμους ανθρώπινους πόρους.
Μετρούμενο μέγεθος	Μέσος αριθμός ενεργών επεισοδίων ανά πλήρους απασχόλησης επαγγελματία (<i>Full-Time Equivalent – Ισοδύναμο Πλήρους Απασχόλησης</i>).
Αριθμητής (N)	Σύνολο ενεργών επεισοδίων ΝΟΣΠΙ σε συγκεκριμένη περίοδο.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο FTE προσωπικού (<i>Full-Time Equivalent – Ισοδύναμο Πλήρους Απασχόλησης</i>) της ομάδας.
Μονάδα έκφρασης	Λόγος (episodes per FTE – επεισόδια ανά FTE).
Τύπος υπολογισμού	N / D
Περίοδος αναφοράς	Μηνιαία
Κριτήρια ένταξης	Όλες οι ενεργές ομάδες και επαγγελματίες ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Περίοδοι έκτακτης αναδιοργάνωσης (τεκμηριωμένες).
Διαστρωμάτωση (Stratification – ανάλυση υποομάδων)	Ανά ειδικότητα, ρόλο, μονάδα ΝΟΣΠΙ, γεωγραφική περιοχή.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Πληροφοριακό σύστημα ΝΟΣΠΙ, HR systems (<i>συστήματα ανθρώπινου δυναμικού</i>).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Επικαιροποιημένα στοιχεία FTE και σαφής ορισμός ενεργού επεισοδίου.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο λειτουργικό και κλινικό κίνδυνο.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	>12 επεισόδια/FTE υψηλός κίνδυνος · 9–12 οριακό φορτίο · ≤8 βιώσιμος φόρτος
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανακατανομή περιστατικών, ενίσχυση στελέχωσης, ανασχεδιασμός ροών.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Διαχείριση φόρτου, πρόληψη λαθών και εξουθένωσης.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση βιωσιμότητας και ασφάλειας ανθρώπινων πόρων.

6.38.2 Παράδειγμα υπολογισμού (ενισχυμένο)

Μηνιαία περίοδος: Ενεργές κατ' οίκον νοσηλείες ΝΟΣΠΙ (N): 184, Συνολικά FTE προσωπικού (D): 18

$$E9 = 184 / 18 = 10,2 \text{ επεισόδια ανά FTE}$$

Ερμηνεία: Ο φόρτος εργασίας βρίσκεται σε οριακό επίπεδο. Απαιτείται: εξισορρόπηση κατανομής περιστατικών, ενίσχυση στελέχωσης σε περιόδους αιχμής, παρακολούθηση τάσεων για πρόληψη συμβάντων ασφάλειας.

6.38.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο)

Σε διεθνή προγράμματα **Hospital at Home (Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι)** και **Virtual Wards (Εικονικές Κλινικές)**: φόρτος **≤8 επεισόδια ανά FTE** συνδέεται με ασφαλή και βιώσιμη λειτουργία, **9–12 επεισόδια/FTE** χαρακτηρίζουν συστήματα υπό πίεση με αυξημένο κίνδυνο καθυστερήσεων, **>12 επεισόδια/FTE** συσχετίζονται με αυξημένα σφάλματα, χαμηλότερη ποιότητα και επαγγελματική εξουθένωση (*burnout – επαγγελματική εξουθένωση*). Ο δείκτης **E9** χρησιμοποιείται διεθνώς ως **ηγετικός δείκτης (leading indicator)** για παρεμβάσεις στελέχωσης και ανασχεδιασμού υπηρεσιών.

6.39 Δείκτης E10 – Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης προσωπικού (Burnout Prevention and Staff Resilience (Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης και ανθεκτικότητα προσωπικού))

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) ασκεί αυξημένες ψυχοσωματικές απαιτήσεις στο προσωπικό, λόγω της αυτονομίας, της ευθύνης λήψης αποφάσεων στο πεδίο, της συναισθηματικής εμπλοκής και της γεωγραφικής διασποράς της φροντίδας. Η επαγγελματική εξουθένωση (*burnout – επαγγελματική εξουθένωση*) αποτελεί τεκμηριωμένο παράγοντα κινδύνου για σφάλματα, μειωμένη ποιότητα φροντίδας και αποχώρηση προσωπικού.

Ο δείκτης E10 αποτυπώνει το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης και την ανθεκτικότητα (*resilience – ψυχική και επαγγελματική ανθεκτικότητα*) του προσωπικού ΝΟΣΠΙ, λειτουργώντας ως **πρόδρομος δείκτης ασφάλειας (leading indicator – πρόδρομος δείκτης)** και οργανωσιακής βιωσιμότητας.

6.39.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Βασικός Δείκτης Απόδοσης) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E10 – Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης προσωπικού
Αγγλικός τίτλος	Burnout Prevention and Staff Resilience (<i>Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης και ανθεκτικότητα προσωπικού</i>)
Άξονας	E – Εμπειρία, ασφάλεια και οργανωτική βιωσιμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core – κεντρικός) δείκτης



Τύπος δείκτη	Εμπειρίας προσωπικού / Ασφάλειας (Staff Experience / Safety indicator – εμπειρίας προσωπικού και ασφάλειας)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασφάλεια (Safety), Βιωσιμότητα (Sustainability), Λογοδοσία (Accountability)
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Έγκαιρος εντοπισμός επαγγελματικής εξουθένωσης και ενίσχυση ανθεκτικότητας προσωπικού ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Το επίπεδο εξουθένωσης και ψυχολογικής επιβάρυνσης του προσωπικού.
Κλινική / λειτουργική λογική	Υψηλά επίπεδα εξουθένωσης αυξάνουν τον κίνδυνο σφαλμάτων και μειώνουν την ποιότητα φροντίδας.
Ορισμοί	Επαγγελματική εξουθένωση (Burnout): παρατεταμένη ψυχοσωματική κόπωση που σχετίζεται με την εργασία.
Μετρούμενο μέγεθος	Μέση βαθμολογία επαγγελματικής εξουθένωσης προσωπικού.
Αριθμητής (N)	Άθροισμα βαθμολογιών Copenhagen Burnout Inventory – CBI (Δείκτης Επαγγελματικής Εξουθένωσης Κοπεγχάγης) .
Παρονομαστής (D)	Σύνολο έγκυρων συμπληρωμένων ερωτηματολογίων CBI.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία (κλίμακα 0–100).
Τύπος υπολογισμού	N / D
Περίοδος αναφοράς	Εξαμηνιαία / ετήσια
Κριτήρια ένταξης	Όλο το προσωπικό ΝΟΣΠΙ (κλινικό και υποστηρικτικό).
Κριτήρια εξαίρεσης	Προσωπικό σε άδεια μακράς διάρκειας (τεκμηριωμένη).
Διαστρωμάτωση (Stratification – ανάλυση υποομάδων)	Ανά ειδικότητα, ρόλο, μονάδα ΝΟΣΠΙ.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Copenhagen Burnout Inventory – CBI (Δείκτης Επαγγελματικής Εξουθένωσης Κοπεγχάγης) .
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Ανωνυμία, πληρότητα απαντήσεων, επαναληψιμότηταςμέτρησης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο οργανωσιακό και κλινικό κίνδυνο.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<40 χαμηλός κίνδυνος · 40–59 μέτριος · ≥60 υψηλός κίνδυνος εξουθένωσης
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανασχεδιασμός φόρτου, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, ενίσχυση ομάδων.



Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Πρόληψη εξουθένωσης και διατήρηση ποιότητας φροντίδας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση ανθεκτικότητας ανθρώπινου δυναμικού και βιωσιμότητας συστήματος.

6.39.2 Παράδειγμα υπολογισμού (ενισχυμένο)

Copenhagen Burnout Inventory – κλίμακα 0–100

Έγκυρα ερωτηματολόγια (D): 78, Άθροισμα βαθμολογιών (N): 3.900

$$E10 = 3.900 / 78 = 50,0 / 100$$

Ερμηνεία: Μέτριο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης. Απαιτείται: στοχευμένη μείωση φόρτου εργασίας, ενίσχυση εποπτείας και υποστήριξης ομάδων, παρεμβάσεις ανθεκτικότητας (*resilience interventions*).

6.39.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο)

Σύμφωνα με ευρωπαϊκές μελέτες που χρησιμοποιούν το **Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**: **<40/100** αντιστοιχεί σε υγιές και ανθεκτικό εργασιακό περιβάλλον, **40–59/100** υποδηλώνει συστηματική κόπωση με αυξημένο λειτουργικό κίνδυνο, **≥60/100** συνδέεται με αυξημένα σφάλματα, απουσίες και αποχώρηση προσωπικού. Σε ώριμα συστήματα **Hospital at Home (Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι)**, ο δείκτης burnout παρακολουθείται συνδυαστικά με τον **φόρτο εργασίας (Workload)** και χρησιμοποιείται ως **στρατηγικός δείκτης βιωσιμότητας ανθρώπινου δυναμικού**.

6.40 Δείκτης E11 – Οργανωσιακή μάθηση από ανεπιθύμητα συμβάντα (Organisational Learning from Incidents)

Η αποτελεσματική διαχείριση ανεπιθύμητων συμβάντων δεν ολοκληρώνεται με την απλή καταγραφή ή διερεύνησή τους. Κρίσιμη διάσταση ποιότητας αποτελεί η **οργανωσιακή μάθηση**, δηλαδή η ικανότητα του συστήματος να μετατρέπει τα συμβάντα σε γνώση, διορθωτικές παρεμβάσεις και πρόληψη επανάληψης.

Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), όπου η φροντίδα παρέχεται εκτός ελεγχόμενου νοσοκομειακού περιβάλλοντος, η οργανωσιακή μάθηση από ανεπιθύμητα συμβάντα (*Incidents*) αποτελεί θεμελιώδη μηχανισμό ασφάλειας και ωριμότητας του συστήματος. Ο δείκτης E11 αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο τα ανεπιθύμητα συμβάντα: αναλύονται συστηματικά, οδηγούν σε τεκμηριωμένα διορθωτικά μέτρα, ενσωματώνονται στη λειτουργία του συστήματος ως γνώση.

6.40.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Βασικός Δείκτης Απόδοσης) Fiche



Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E11 – Οργανωσιακή μάθηση από ανεπιθύμητα συμβάντα
Αγγλικός τίτλος	Organisational Learning from Incidents (<i>Οργανωσιακή μάθηση από ανεπιθύμητα συμβάντα</i>)
Άξονας	Ε – Εμπειρία, ασφάλεια και οργανωσιακή ωριμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core – κεντρικός) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διακυβέρνησης / Μάθησης (Governance / Learning indicator – διακυβέρνησης και μάθησης)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασφάλεια (Safety), Λογοδοσία (Accountability), Συνεχής βελτίωση (Continuous improvement – συνεχής βελτίωση)
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Διασφάλιση ότι τα ανεπιθύμητα συμβάντα οδηγούν σε πραγματική οργανωσιακή μάθηση.
Τι αξιολογεί	Τη μετατροπή των συμβάντων σε διορθωτικές και προληπτικές παρεμβάσεις.
Κλινική / λειτουργική λογική	Χωρίς οργανωσιακή μάθηση, τα συμβάντα επαναλαμβάνονται και ο κίνδυνος παραμένει.
Ορισμοί	Οργανωσιακή μάθηση: συστηματική ενσωμάτωση εμπειρίας και λαθών στη λειτουργία του οργανισμού.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό ανεπιθύμητων συμβάντων που οδήγησαν σε τεκμηριωμένες βελτιωτικές ενέργειες.
Αριθμητής (N)	Ανεπιθύμητα συμβάντα με ολοκληρωμένη ανάλυση και τεκμηριωμένα lessons learned (<i>μαθήματα που αντλήθηκαν</i>).
Παρονομαστής (D)	Σύνολο καταγεγραμμένων ανεπιθύμητων συμβάντων.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Τριμηνιαία / ετήσια
Κριτήρια ένταξης	Όλα τα ανεπιθύμητα συμβάντα ΝΟΣΠΙ ανεξαρτήτως σοβαρότητας.
Κριτήρια εξαίρεσης	Μη επαρκώς τεκμηριωμένα συμβάντα (καταγράφονται αλλά δεν υπολογίζονται).
Διαστρωμάτωση (Stratification – ανάλυση υποομάδων)	Ανά μονάδα ΝΟΣΠΙ, τύπο συμβάντος, σοβαρότητα.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.



Πηγές δεδομένων	Σύστημα αναφοράς συμβάντων, πρακτικά M&M meetings (συναντήσεις θνησιμότητας–νοσηρότητας), risk registry (μητρώο κινδύνων).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τεκμηρίωση ανάλυσης αιτίων (root cause analysis – ανάλυση βασικών αιτίων) και διορθωτικών ενεργειών.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν τιμωρητική κουλτούρα ή έλλειψη μηχανισμών μάθησης.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<60% χαμηλή μάθηση · 60–79% μερική · ≥80% ώριμη οργανωσιακή μάθηση
Ενέργειες σε απόκλιση	Ενίσχυση just culture (κουλτούρα δικαιοσύνης), εκπαίδευση σε ανάλυση συμβάντων, θεσμική ανατροφοδότηση.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Πρόληψη επανάληψης συμβάντων και βελτίωση ασφάλειας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση κουλτούρας ασφάλειας και ωριμότητας συστήματος.

6.40.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Ετήσια περίοδος: Καταγεγραμμένα ανεπιθύμητα συμβάντα (D): 65

Συμβάντα με ανάλυση και τεκμηριωμένα lessons learned (N): 52

$$E11 = (52 / 65) \times 100 = 80\%$$

Ερμηνεία: Όριμο επίπεδο οργανωσιακής μάθησης, με ανάγκη περαιτέρω ενίσχυσης της διάχυσης γνώσης μεταξύ μονάδων.

6.40.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο)

Σύμφωνα με WHO και OECD: **≥80%** θεωρείται δείκτης ώριμης κουλτούρας ασφάλειας και μάθησης, **60–79%** χαρακτηρίζει συστήματα σε μεταβατικό στάδιο, **<60%** υποδηλώνει τιμωρητική ή ανώριμη προσέγγιση διαχείρισης συμβάντων. Συστήματα **Hospital at Home (Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι)** με υψηλή οργανωσιακή μάθηση εμφανίζουν χαμηλότερη επανάληψη συμβάντων και υψηλότερη εμπιστοσύνη προσωπικού και ασθενών.

6.41 Δείκτης E12 – Συμμόρφωση με το εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ (Compliance with the National Hospital at Home Framework (Συμμόρφωση με το εθνικό πλαίσιο Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι))

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) αποτελεί εθνική πολιτική υγείας με σαφές κανονιστικό, λειτουργικό και ποιοτικό πλαίσιο. Η συμμόρφωση των μονάδων ΝΟΣΠΙ με το εθνικό πλαίσιο δεν αφορά μόνο τη νομική αλλά τη θεσμική συνοχή, τη συγκρισιμότητα και τη δυνατότητα εθνικής εποπτείας και βελτίωσης.

Ο δείκτης E12 αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο οι μονάδες ΝΟΣΠΙ εφαρμόζουν στην πράξη τις απαιτήσεις του εθνικού πλαισίου, όπως αυτές αποτυπώνονται σε κανονιστικές διατάξεις,



επιχειρησιακές οδηγίες, πρότυπα λειτουργίας και δείκτες ποιότητας. Αποτελεί **θεμελιώδη δείκτη διακυβέρνησης (Governance)** και προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα και την αξιοπιστία του συστήματος.

6.41.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Βασικός Δείκτης Απόδοσης) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E12 – Συμμόρφωση με το εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ
Αγγλικός τίτλος	Compliance with the National Hospital at Home Framework (Συμμόρφωση με το εθνικό πλαίσιο Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι)
Άξονας	Ε – Διακυβέρνηση, ποιότητα και θεσμική ωριμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core – κεντρικός) δείκτης
Τύπος δείκτη	Διακυβέρνησης / Συμμόρφωσης (Governance / Compliance – διακυβέρνησης και συμμόρφωσης)
Διαστάσεις ποιότητας	Λογοδοσία (Accountability), Ασφάλεια (Safety), Αποτελεσματικότητα (Effectiveness)
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Διασφάλιση ενιαίας και συνεπούς εφαρμογής του εθνικού πλαισίου ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό συμμόρφωσης των μονάδων ΝΟΣΠΙ με τις εθνικές απαιτήσεις.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η μη συμμόρφωση υπονομεύει τη συγκρισιμότητα, την ασφάλεια και την εθνική εποπτεία.
Ορισμοί	Εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ: σύνολο νομοθετικών, κανονιστικών και επιχειρησιακών απαιτήσεων για τη λειτουργία ΝΟΣΠΙ.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό κάλυψης απαιτήσεων του εθνικού πλαισίου.
Αριθμητής (N)	Αριθμός απαιτήσεων του εθνικού πλαισίου που καλύπτονται πλήρως από τη μονάδα.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο εφαρμοστέων απαιτήσεων του εθνικού πλαισίου.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Εξαμηνιαία / ετήσια
Κριτήρια ένταξης	Όλες οι μονάδες ΝΟΣΠΙ που λειτουργούν στο πλαίσιο της εθνικής δράσης.
Κριτήρια εξαίρεσης	Μη εφαρμοστέες απαιτήσεις (τεκμηριωμένες).



Διαστρωμάτωση (Stratification – ανάλυση υποομάδων)	Ανά μονάδα ΝΟΣΠΙ, περιφέρεια, κατηγορία απαίτησης.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Εκθέσεις αυτοαξιολόγησης, audits (έλεγχοι) ΟΔΙΠΥ, τεκμηρίωση μονάδων.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τεκμηριωμένη αντιστοίχιση απαίτησης–απόδειξης (evidence – τεκμήριο).
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν θεσμικό και λειτουργικό κίνδυνο.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<80% μη αποδεκτή συμμόρφωση · 80–94% μερική · ≥95% πλήρης συμμόρφωση
Ενέργειες σε απόκλιση	Στοχευμένο πλάνο συμμόρφωσης, τεχνική υποστήριξη, επανέλεγχος.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ευθυγράμμιση λειτουργίας με εθνικές απαιτήσεις.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική εποπτεία, συγκρισιμότητα και θεσμική διακυβέρνηση.

6.41.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Ετήσια αξιολόγηση συμμόρφωσης: Εφαρμοστέες απαιτήσεις εθνικού πλαισίου (D): 92,
Απαιτήσεις πλήρως καλυπτόμενες (N): 86

$$E12 = (86 / 92) \times 100 = 93,5\%$$

Ερμηνεία: Μερική προς υψηλή συμμόρφωση. Απαιτείται: στοχευμένη κάλυψη υπολειπόμενων απαιτήσεων, ενίσχυση τεκμηρίωσης, επανέλεγχος σε επόμενη περίοδο.

6.41.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς (ενισχυμένο)

Σε εθνικά προγράμματα **Hospital at Home (Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι)**: επίπεδα **≥95%** συμμόρφωσης θεωρούνται προϋπόθεση πλήρους θεσμικής ωριμότητας, επίπεδα **80–94%** χαρακτηρίζουν συστήματα σε φάση σταθεροποίησης, επίπεδα **<80%** συνδέονται με αυξημένο θεσμικό κίνδυνο και ανάγκη άμεσης παρέμβασης. Ο δείκτης **E12** λειτουργεί ως **ομπρέλα συμμόρφωσης (umbrella compliance indicator)**, συνδέοντας όλους τους επιμέρους δείκτες του ΝΟΣΠΙ με το εθνικό κανονιστικό και ποιοτικό πλαίσιο.

6.42 Δείκτης E13 – Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ (Hospital at Home Unit Maturity)

Η ωριμότητα μιας μονάδας Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) αποτυπώνει τη συνολική της ικανότητα να λειτουργεί με συνέπεια, ασφάλεια, προβλεψιμότητα και δυνατότητα συνεχούς βελτίωσης. Δεν αφορά μεμονωμένες επιδόσεις, αλλά τη **συστημική ετοιμότητα** της μονάδας σε επίπεδο διακυβέρνησης, διαδικασιών, ανθρώπινου δυναμικού, δεδομένων και κουλτούρας ασφάλειας.



Ο δείκτης E13 λειτουργεί ως **σύνθετος δείκτης ωριμότητας (maturity composite indicator)**, ενοποιώντας κρίσιμες διαστάσεις του ΝΟΣΠΙ και επιτρέποντας την κατάταξη μονάδων σε επίπεδα ωριμότητας, με άμεση χρησιμότητα για εθνική εποπτεία, στοχευμένη υποστήριξη και στρατηγικό σχεδιασμό.

6.42.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Βασικός Δείκτης Απόδοσης) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E13 – Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ
Αγγλικός τίτλος	Hospital at Home Unit Maturity (<i>Ωριμότητα μονάδας Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι</i>)
Άξονας	E – Διακυβέρνηση, ποιότητα και οργανωσιακή ωριμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core – κεντρικός) δείκτης
Τύπος δείκτη	Συνθετικός / Διακυβέρνησης (Composite / Governance – σύνθετος και διακυβέρνησης)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασφάλεια (Safety), Αποτελεσματικότητα (Effectiveness), Λογοδοσία (Accountability), Βιωσιμότητα (Sustainability)
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Συνολική αποτίμηση της θεσμικής και λειτουργικής ωριμότητας μονάδων ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό ωριμότητας σε κρίσιμες διαστάσεις λειτουργίας και διακυβέρνησης.
Κλινική / λειτουργική λογική	Υψηλή ωριμότητα συνδέεται με σταθερή ποιότητα, ασφάλεια και ανθεκτικότητα του συστήματος.
Ορισμοί	Ωριμότητα: ικανότητα σταθερής, προβλέψιμης και βελτιούμενης λειτουργίας βάσει δεδομένων.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία ωριμότητας μονάδας ΝΟΣΠΙ.
Αριθμητής (N)	Άθροισμα σταθμισμένων βαθμολογιών επιμέρους δεικτών ωριμότητας.
Παρονομαστής (D)	Μέγιστη δυνατή συνολική βαθμολογία ωριμότητας.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ή δείκτης επιπέδου (Level).
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Ετήσια
Κριτήρια ένταξης	Όλες οι λειτουργούσες μονάδες ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Νεοσύστατες μονάδες (<6 μήνες λειτουργίας).
Διαστρωμάτωση (Stratification – ανάλυση υποομάδων)	Ανά περιφέρεια, μέγεθος μονάδας, έτος λειτουργίας.



Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.
Πηγές δεδομένων	Αποτελέσματα δεικτών Α–Ε, audits (έλεγχοι) ΟΔΙΠΥ, αυτοαξιολόγηση μονάδων.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τεκμηριωμένη βαθμολόγηση, συνέπεια στάθμισης, επαναληψιμότητα.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλές τιμές υποδηλώνουν ώριμη, σταθερή και αξιόπιστη λειτουργία.
Όρια αποδοχής / επίπεδα ωριμότητας	<60% Επίπεδο 1 – αρχικό · 60–74% Επίπεδο 2 – αναπτυσσόμενο · 75–89% Επίπεδο 3 – ώριμο · ≥90% Επίπεδο 4 – προηγμένο
Ενέργειες σε απόκλιση	Στοχευμένα πλάνα ωρίμανσης, τεχνική υποστήριξη.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Καθοδήγηση προτεραιοτήτων βελτίωσης και ανάπτυξης.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Κατάταξη μονάδων, στρατηγικός σχεδιασμός και κατανομή πόρων.

6.42.2 Πώς υπολογίζεται και τι σημαίνει ο δείκτης E13 – Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ

1. Τι μετρά στην πράξη ο E13

Ο E13 δεν είναι μεμονωμένος δείκτης επίδοσης. Είναι συνθετικός δείκτης ωριμότητας, που απαντά στο ερώτημα: «Σε ποιο επίπεδο θεσμικής, λειτουργικής και ποιοτικής ωριμότητας βρίσκεται μια μονάδα ΝΟΣΠΙ συνολικά;»

Μετρά την ικανότητα της μονάδας να λειτουργεί σταθερά, με προβλεψιμότητα, ασφάλεια και δυνατότητα βελτίωσης, και όχι απλώς αν “πιάνει στόχους”.

2. Ποιο εργαλείο χρησιμοποιείται

Ο E13 υπολογίζεται μέσω του: **NOSPI Unit Maturity Assessment Tool (Εργαλείο Αξιολόγησης Ωριμότητας Μονάδας ΝΟΣΠΙ)**

Το εργαλείο αυτό βασίζεται στη λογική μοντέλων ωριμότητας (*maturity models* – μοντέλα ωριμότητας), ευθυγραμμίζεται με **CAF (Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης)** και **ISO 9001 / ISO 15224**, δεν εισάγει νέο ερωτηματολόγιο και χρησιμοποιεί αποκλειστικά υφιστάμενα δεδομένα και δείκτες του ΝΟΣΠΙ.

3. Από τι αποτελείται το εργαλείο (τι αξιολογεί)

Η ωριμότητα αξιολογείται σε πέντε τομείς (*maturity domains* – τομείς ωριμότητας):

- **Διακυβέρνηση και συμμόρφωση**
(π.χ. συμμόρφωση με εθνικό πλαίσιο, διαχείριση παραπόνων, εποπτεία)
- **Κλινική ποιότητα και ασφάλεια**
(π.χ. κλινικά πρωτόκολλα, παρακολούθηση, ανεπιθύμητα συμβάντα)
- **Εμπειρία ασθενούς και φροντιστή**
(π.χ. ικανοποίηση, κατανόηση πλάνου, συνέχεια φροντίδας)
- **Ανθρώπινο δυναμικό και ανθεκτικότητα**
(π.χ. εκπαίδευση, φόρτος εργασίας, πρόληψη εξουθένωσης)



- **Δεδομένα, μάθηση και βελτίωση**
(π.χ. ποιότητα δεδομένων, οργανωσιακή μάθηση, χρήση KPIs)

Κάθε τομέας **αντλεί τεκμήρια** από συγκεκριμένους δείκτες των αξόνων Α–Ε.

4. Πώς βαθμολογείται κάθε τομέας

Κάθε τομέας βαθμολογείται σε **κλίμακα 0–4**, με σαφή ερμηνεία:

Επίπεδο	Ερμηνεία
0	Ανύπαρκτο – δεν υφίσταται συστηματική εφαρμογή
1	Αρχικό – αποσπασματικές πρακτικές
2	Αναπτυσσόμενο – βασικές δομές σε εξέλιξη
3	Ώριμο – σταθερή, προβλέψιμη λειτουργία
4	Προηγμένο – συστηματική βελτίωση και βέλτιστες πρακτικές

Η βαθμολόγηση γίνεται **βάσει τεκμηρίων**: αποτελέσματα KPIs, ευρήματα audits, ύπαρξη και εφαρμογή διαδικασιών, αποδείξεις βελτίωσης.

5. Μαθηματικός υπολογισμός του E13

Η μέγιστη βαθμολογία είναι: **5 τομείς × 4 = 20**

Ο τύπος είναι:

$$E13 = \frac{\text{Συνολική βαθμολογία τομέων}}{20} \times 100$$

6.42.3 Παράδειγμα

Αν μια μονάδα λάβει: Διακυβέρνηση: 3, Κλινική ποιότητα: 3, Εμπειρία: 2, Ανθρώπινο δυναμικό: 3, Δεδομένα & μάθηση: 3, Σύνολο = 14

$$E13 = (14/20) \times 100 = 70\%$$

6. Πώς ερμηνεύεται το αποτέλεσμα

Ο δείκτης οδηγεί σε **επίπεδο ωριμότητας**:

Ποσοστό E13	Επίπεδο ωριμότητας
<60%	Επίπεδο 1 – Αρχικό
60–74%	Επίπεδο 2 – Αναπτυσσόμενο
75–89%	Επίπεδο 3 – Ώριμο
≥90%	Επίπεδο 4 – Προηγμένο

Η ερμηνεία **δεν είναι τιμωρητική** αλλά: καθοδηγεί πλάνα ωρίμανσης, επιτρέπει στοχευμένη υποστήριξη, υποστηρίζει εθνικό σχεδιασμό.

7. Γιατί ο E13 είναι κρίσιμος δείκτης

Ο E13: συνοψίζει **όλο το σύστημα ΝΟΣΠΙ** σε έναν δείκτη, επιτρέπει **σύγκριση μονάδων με διαφορετικό προφίλ**, λειτουργεί ως **στρατηγικό εργαλείο διακυβέρνησης**, όχι απλώς μέτρησης. Είναι ο δείκτης που απαντά: «Πόσο έτοιμη είναι αυτή η μονάδα να σταθεί, να εξελιχθεί και να κλιμακωθεί;»

8. Επεξήγηση Υπολογισμού Δείκτη E13 – Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ

Ο δείκτης **E13 – Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ** αποτελεί **συνθετικό δείκτη αξιολόγησης ωριμότητας** και αποσκοπεί στην αποτύπωση της συνολικής θεσμικής, λειτουργικής και ποιοτικής ετοιμότητας μιας μονάδας Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Σε αντίθεση με επιμέρους δείκτες επίδοσης, ο E13 δεν αξιολογεί μεμονωμένα αποτελέσματα, αλλά τη **συστημική ικανότητα** της μονάδας να λειτουργεί με συνέπεια, ασφάλεια, προβλεψιμότητα και δυνατότητα συνεχούς βελτίωσης.

Ο υπολογισμός του δείκτη E13 πραγματοποιείται μέσω του **Εργαλείου Αξιολόγησης Ωριμότητας Μονάδας ΝΟΣΠΙ (NOSPI Unit Maturity Assessment Tool)**, το οποίο βασίζεται στη λογική διεθνώς αναγνωρισμένων μοντέλων ωριμότητας και ευθυγραμμίζεται με το **Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (CAF)**, καθώς και με αρχές των προτύπων **ISO 9001** και **ISO 15224**. Το εργαλείο δεν εισάγει νέο ερωτηματολόγιο, αλλά αξιοποιεί αποκλειστικά υφιστάμενα δεδομένα, δείκτες και τεκμήρια του συστήματος ΝΟΣΠΙ.

Η αξιολόγηση της ωριμότητας πραγματοποιείται σε πέντε βασικούς τομείς:

- **Διακυβέρνηση και συμμόρφωση**, που περιλαμβάνει την ευθυγράμμιση με το εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ, τη θεσμική εποπτεία και τη διαχείριση λογοδοσίας.
- **Κλινική ποιότητα και ασφάλεια**, που αφορά την εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων, την παρακολούθηση ασθενών και τη διαχείριση ανεπιθύμητων συμβάντων.
- **Εμπειρία ασθενούς και φροντιστή**, που αποτυπώνει τη συνολική ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας όπως βιώνεται από τους αποδέκτες της.
- **Ανθρώπινο δυναμικό και ανθεκτικότητα**, που περιλαμβάνει την εκπαίδευση, την επάρκεια, τον φόρτο εργασίας και την πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης.
- **Δεδομένα, οργανωσιακή μάθηση και βελτίωση**, που αξιολογεί την ποιότητα δεδομένων, τη χρήση δεικτών και τη μετατροπή της εμπειρίας σε γνώση και βελτιωτικές παρεμβάσεις.

Κάθε τομέας βαθμολογείται σε κλίμακα **0 έως 4**, με βάση τεκμηριωμένα στοιχεία (αποτελέσματα δεικτών, εκθέσεις ελέγχου, τεκμηρίωση διαδικασιών και αποδείξεις εφαρμογής):

- **0:** ανύπαρκτη ή μη τεκμηριωμένη εφαρμογή
- **1:** αρχική, αποσπασματική εφαρμογή
- **2:** αναπτυσσόμενη εφαρμογή με βασικές δομές
- **3:** ώριμη, σταθερή και προβλέψιμη λειτουργία
- **4:** προηγμένη λειτουργία με συστηματική βελτίωση και βέλτιστες πρακτικές

Η μέγιστη δυνατή συνολική βαθμολογία είναι **20 μονάδες** (5 τομείς × 4). Ο δείκτης E13 υπολογίζεται ως ποσοστό, σύμφωνα με τον ακόλουθο τύπο:

$$E13 = (\text{Συνολική βαθμολογία τομέων} / 20) \times 100$$

Το αποτέλεσμα του δείκτη αντιστοιχίζεται σε επίπεδα ωριμότητας της μονάδας ΝΟΣΠΙ ως εξής:



- <60%: Επίπεδο 1 – Αρχικό
- 60–74%: Επίπεδο 2 – Αναπτυσσόμενο
- 75–89%: Επίπεδο 3 – Ώριμο
- ≥90%: Επίπεδο 4 – Προηγμένο

Η ερμηνεία του δείκτη E13 δεν έχει τιμωρητικό χαρακτήρα. Αντιθέτως, λειτουργεί ως εργαλείο στρατηγικής καθοδήγησης, επιτρέποντας την ιεράρχηση αναγκών ωρίμανσης, τη στοχευμένη τεχνική υποστήριξη μονάδων και τον σχεδιασμό εθνικών παρεμβάσεων βελτίωσης. Ο δείκτης παρέχει στον ΟΔΙΠΥ μια συνολική, συγκρίσιμη και τεκμηριωμένη εικόνα της ετοιμότητας και της βιωσιμότητας των μονάδων ΝΟΣΠΙ.

6.43 Δείκτης E14-Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ (E14 – Overall Performance of Hospital at Home Unit)

Ο δείκτης E14 – **Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ** αποτελεί **συνθετικό δείκτη στρατηγικού επιπέδου**, ο οποίος δεν μετρά ένα μεμονωμένο κλινικό ή λειτουργικό συμβάν, αλλά **αποτυπώνει τη συνολική λειτουργική και ποιοτική εικόνα μιας μονάδας Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι**, σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Σε ένα σύνθετο μοντέλο παροχής φροντίδας όπως η ΝΟΣΠΙ, η ποιότητα δεν μπορεί να αποτιμηθεί επαρκώς μέσα από έναν μόνο δείκτη. Η συνολική απόδοση μιας μονάδας προκύπτει από τον **συνδυασμό της ασφάλειας, της κλινικής αποτελεσματικότητας, της συμμόρφωσης στις διαδικασίες, της ποιότητας δεδομένων, της εμπειρίας ασθενούς και φροντιστή και της οργανωσιακής ωριμότητας.**

Ο δείκτης E14 λειτουργεί ως **δείκτης-ομπρέλα**, ο οποίος: δεν αντικαθιστά τους επιμέρους δείκτες, δεν συγκαλύπτει αποκλίσεις, αλλά επιτρέπει **συνολτική, συγκρίσιμη και στρατηγική αποτίμηση** της απόδοσης μιας μονάδας ΝΟΣΠΙ.

Αποτελεί κρίσιμο εργαλείο: για την εθνική εποπτεία από τον ΟΔΙΠΥ, για τη διοίκηση των μονάδων, για τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων πολιτικής υγείας.

Key Performance Indicator (KPI – Βασικός Δείκτης Απόδοσης) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E14 – Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ
Αγγλικός τίτλος	Overall Performance of Hospital at Home Unit
Άξονας	Ε – Διακυβέρνηση, ωριμότητα και βιωσιμότητα
Χαρακτηρισμός δείκτη	Βασικός (Core indicator)
Τύπος δείκτη	Συνθετικός δείκτης (Composite indicator)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποδοτικότητα, ισότητα
Σκοπός	Συνολική αποτίμηση της λειτουργικής και ποιοτικής απόδοσης της μονάδας ΝΟΣΠΙ
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό επίτευξης αποδεκτών επιπέδων απόδοσης σε όλους τους κρίσιμους άξονες



Κλινική / λειτουργική λογική	Η ποιότητα της ΝΟΣΠΙ είναι πολυπαραγοντική και απαιτεί συνδυαστική αξιολόγηση
Ορισμοί	«Συνολική απόδοση»: συγκεντρωτική αποτίμηση επιλεγμένων βασικών δεικτών
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό ή σύνθετη βαθμολογία επίτευξης στόχων
Αριθμητής (N)	Αριθμός βασικών δεικτών που πληρούν τα αποδεκτά όρια
Παρονομαστής (D)	Σύνολο επιλεγμένων βασικών δεικτών που περιλαμβάνονται στον υπολογισμό
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ή σύνθετος δείκτης βαθμολογίας
Τύπος υπολογισμού	Σταθμισμένος ή μη σταθμισμένος λόγος
Περίοδος αναφοράς	Τριμηνιαία ή ετήσια
Κριτήρια ένταξης	Μονάδες ΝΟΣΠΙ με πλήρη υποβολή δεδομένων
Κριτήρια εξαίρεσης	Μονάδες με ελλιπή ή μη έγκυρα δεδομένα
Ανάλυση σε υποομάδες (stratification)	Ανά τύπο μονάδας, γεωγραφική περιοχή
Προσαρμογή κινδύνου (risk adjustment)	Όχι (χρησιμοποιείται σε επιμέρους δείκτες)
Πηγές δεδομένων	Σύστημα δεικτών, MDS, αναφορές ΟΔΙΠΥ
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Πληρότητα, συνέπεια, επικαιρότητα
Ερμηνεία αποτελέσματος	Υψηλή τιμή = συνολικά αποδεκτή ή υψηλή απόδοση
Επιθυμητό επίπεδο (στόχος)	≥ προκαθορισμένου εθνικού ορίου
Ενέργειες σε απόκλιση	Στοχευμένη διερεύνηση επιμέρους δεικτών
Χρήση από μονάδα ΝΟΣΠΙ	Εσωτερική αξιολόγηση και στρατηγικός σχεδιασμός
Χρήση από ΟΔΙΠΥ	Εθνική εποπτεία, συγκριτική αξιολόγηση
PROM / PREM	Όχι (συνθετικός δείκτης)

Παράδειγμα υπολογισμού

Σε μια μονάδα ΝΟΣΠΙ επιλέγονται **20 κρίσιμοι βασικοί δείκτες** για τον υπολογισμό της συνολικής απόδοσης. Δείκτες εντός αποδεκτών ορίων: 16, Σύνολο επιλεγμένων δεικτών: 20

Υπολογισμός:

$$16 \div 20 \times 100 = 80\% \text{ συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ}$$

Το αποτέλεσμα δεν υποκαθιστά την ανάλυση των επιμέρους δεικτών, αλλά λειτουργεί ως **σήμα συνολικής εικόνας**.

*****Αναλυτικό παράδειγμα υπολογισμού του δείκτη E14 – Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ**



Ο δείκτης E14 **δεν υπολογίζεται αυθαίρετα** και δεν βασίζεται στο σύνολο των 44 δεικτών. Υπολογίζεται βάσει **προκαθορισμένου υποσυνόλου “κρίσιμων δεικτών”**, οι οποίοι θεωρούνται αντιπροσωπευτικοί της συνολικής λειτουργίας μιας μονάδας ΝΟΣΠΙ.

Βήμα 1 – Καθορισμός του υποσυνόλου δεικτών που συμμετέχουν

Για σκοπούς εθνικής εποπτείας, στον υπολογισμό του E14 συμμετέχουν, ενδεικτικά, οι ακόλουθες κατηγορίες δεικτών:

Α. Δείκτες ασφάλειας (Άξονας Α) – 6 δείκτες

- A1 Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων
- A2 Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης
- A3 Συμμόρφωση με κρίσιμα SOPs ασφάλειας
- A4 Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής
- A6 Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές
- A8 Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων

Β. Δείκτες λειτουργικής εφαρμογής (Άξονας Β) – 5 δείκτες

- B1 Τήρηση κριτηρίων ένταξης ασθενών
- B3 Τήρηση προγραμματισμένων κατ' οίκον επισκέψεων
- B4 Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ
- B5 Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας
- B7 Τήρηση χρονοδιαγραμμάτων παροχής φροντίδας

Γ. Δείκτες δεδομένων και τεκμηρίωσης (Άξονας Γ) – 4 δείκτες

- C1 Πληρότητα Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων (Minimum Data Set – MDS)
- C2 Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων
- C3 Χρονική επάρκεια καταχώρισης δεδομένων
- C7 Πληρότητα και έγκαιρη αναφορά δεδομένων προς ΟΔΙΠΥ

Δ. Δείκτες εμπειρίας και αποδοχής (Άξονας Δ) – 3 δείκτες

- D3 Ποιότητα επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ (PREM)
- D4 Συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή στη λήψη αποφάσεων (PREM)
- D6 Συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ (PREM)

Ε. Δείκτες διακυβέρνησης και ωριμότητας (Άξονας Ε) – 2 δείκτες

- E12 Συμμόρφωση με το εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ
- E13 Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ

Σύνολο δεικτών που συμμετέχουν στον E14: 20 δείκτες



Βήμα 2 – Έλεγχος επίτευξης αποδεκτών ορίων

Για κάθε έναν από τους 20 δείκτες:

έχει οριστεί **αποδεκτό εθνικό όριο ή στόχος**,

ο δείκτης χαρακτηρίζεται ως: *εντός αποδεκτών ορίων* ή *εκτός αποδεκτών ορίων*.

Παράδειγμα αποτελεσμάτων για μία μονάδα ΝΟΣΠΙ:

- 16 δείκτες εντός αποδεκτών ορίων
- 4 δείκτες εκτός αποδεκτών ορίων

Βήμα 3 – Υπολογισμός συνολικής απόδοσης

Τύπος υπολογισμού:

Αριθμός δεικτών εντός αποδεκτών ορίων

÷

Σύνολο δεικτών που συμμετέχουν στον υπολογισμό

Υπολογισμός:

$16 / 20 \times 100 = 80\%$

Βήμα 4 – Ερμηνεία αποτελέσματος

Η τιμή **80% συνολική απόδοση** σημαίνει ότι: η μονάδα ΝΟΣΠΙ λειτουργεί **σε γενικά αποδεκτό επίπεδο, δεν υποκαθιστά** την ανάλυση των 4 δεικτών που εμφανίζουν απόκλιση, ενεργοποιεί: στοχευμένη διερεύνηση των συγκεκριμένων δεικτών, όχι οριζόντια ή τιμωρητική παρέμβαση.

Ο δείκτης E14 λειτουργεί ως: **στρατηγικός δείκτης εικόνας** (dashboard indicator), **εργαλείο ιεράρχησης κινδύνων, μέσο συγκριτικής εποπτείας** μεταξύ μονάδων με όμοια χαρακτηριστικά.

Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Ο δείκτης E14 αντιστοιχεί σε διεθνώς χρησιμοποιούμενους **aggregate / composite performance indicators**, οι οποίοι εφαρμόζονται σε ώριμα συστήματα κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας. Διεθνείς πρακτικές: **NHS England – Virtual Wards**: συνολικοί δείκτες απόδοσης μονάδων, **OECD**: composite indicators για υπηρεσίες φροντίδας, **WHO Quality of Care Framework**: συνολική αποτίμηση πολλαπλών διαστάσεων ποιότητας, **ISQua / Accreditation Canada**: οργανωσιακή συνολική απόδοση

Η χρήση συνθετικών δεικτών: δεν υποκαθιστά την κλινική ανάλυση, αλλά επιτρέπει **στρατηγική εποπτεία, συγκρισιμότητα και ωρίμανση του συστήματος**.



6.44 Δείκτης E15 – Οικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα ΝΟΣΠΙ (Cost-effectiveness and Financial Sustainability of Hospital at Home)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) αποτελεί μεταρρύθμιση με ισχυρή οικονομική διάσταση, καθώς στοχεύει στη βελτιστοποίηση της χρήσης πόρων, στη μείωση αποτρεψίμων νοσηλείων και στη μετατόπιση της φροντίδας σε περιβάλλον χαμηλότερου κόστους χωρίς απώλεια ποιότητας ή ασφάλειας. Η οικονομική αποδοτικότητα και η βιωσιμότητα του μοντέλου δεν εξαντλούνται στη μείωση δαπανών, αλλά αφορούν τη **σχέση κόστους–αποτελέσματος** και τη **μακροχρόνια δυνατότητα χρηματοδότησης και λειτουργίας** σε εθνικό επίπεδο.

Ο δείκτης E15 αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο το ΝΟΣΠΙ παράγει ισοδύναμα ή καλύτερα κλινικά και λειτουργικά αποτελέσματα με χαμηλότερο ή βιώσιμο κόστος σε σύγκριση με την ενδονοσοκομειακή φροντίδα, υποστηρίζοντας τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων πολιτικής υγείας και κατανομής πόρων.

6.44.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Βασικός Δείκτης Απόδοσης) Fiche

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	E15 – Οικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα ΝΟΣΠΙ
Αγγλικός τίτλος	Cost-effectiveness and Financial Sustainability of Hospital at Home (Οικονομική αποδοτικότητα και χρηματοοικονομική βιωσιμότητα)
Άξονας	E – Διακυβέρνηση, βιωσιμότητα και στρατηγική αξία
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core – κεντρικός) δείκτης
Τύπος δείκτη	Οικονομικός / Στρατηγικός (Economic / Strategic indicator – οικονομικός και στρατηγικός)
Διαστάσεις ποιότητας	Αποτελεσματικότητα (Effectiveness), Αποδοτικότητα (Efficiency), Βιωσιμότητα (Sustainability)
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Αξιολόγηση της σχέσης κόστους–αποτελέσματος και της χρηματοοικονομικής βιωσιμότητας του ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Το κόστος παρεχόμενης φροντίδας σε σχέση με τα παραγόμενα κλινικά και λειτουργικά αποτελέσματα.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η οικονομικά μη βιώσιμη φροντίδα δεν μπορεί να κλιμακωθεί ή να διατηρηθεί σε εθνικό επίπεδο.
Ορισμοί	Οικονομική αποδοτικότητα (Cost-effectiveness): σύγκριση κόστους ανά ισοδύναμο αποτέλεσμα φροντίδας. Βιωσιμότητα: δυνατότητα μακροχρόνιας χρηματοδότησης χωρίς υποβάθμιση ποιότητας.
Μετρούμενο μέγεθος	Σχέση κόστους ΝΟΣΠΙ προς κόστος ενδονοσοκομειακής φροντίδας.



Αριθμητής (N)	Μέσο κόστος κατ οίκον νοσηλείας ΝΟΣΠΙ.
Παρονομαστής (D)	Μέσο κόστος ισοδύναμου νοσοκομειακού επεισοδίου αναφοράς.
Μονάδα έκφρασης	Λόγος κόστους (Cost ratio – λόγος κόστους).
Τύπος υπολογισμού	N / D
Περίοδος αναφοράς	Εξαμηνιαία / ετήσια
Κριτήρια ένταξης	Επεισόδια ΝΟΣΠΙ με αντίστοιχο DRG ή κλινική κατηγορία αναφοράς.
Κριτήρια εξαίρεσης	Εξαιρετικά πολύπλοκα περιστατικά χωρίς συγκρίσιμο νοσοκομειακό ισοδύναμο.
Διαστρωμάτωση (Stratification – ανάλυση υποομάδων)	Ανά κλινική κατηγορία, διάρκεια φροντίδας, μονάδα ΝΟΣΠΙ.
Προσαρμογή κινδύνου	Κλινική κατηγοριοποίηση (case-mix adjustment – προσαρμογή μίγματος περιστατικών).
Πηγές δεδομένων	Οικονομικά στοιχεία μονάδων, κοστολογικά δεδομένα νοσοκομείων, DRGs (Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Συγκρίσιμη κοστολόγηση, ενιαίοι κανόνες κατανομής έμμεσων δαπανών.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Τιμές <1 υποδηλώνουν οικονομική αποδοτικότητα υπέρ του ΝΟΣΠΙ.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	≤0,85 υψηλή αποδοτικότητα · 0,86–1,00 οριακή · >1,00 μη αποδοτική
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση κοστολόγησης, ανασχεδιασμός πακέτων φροντίδας, βελτιστοποίηση ροών.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Έλεγχος κόστους και τεκμηρίωση αξίας παρεχόμενων υπηρεσιών.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Υποστήριξη εθνικής πολιτικής χρηματοδότησης και κλιμάκωσης ΝΟΣΠΙ.

6.44.2 Παράδειγμα υπολογισμού

Μέσο κόστος κατ' οίκον νοσηλείας ΝΟΣΠΙ (N): **€1.450**

Μέσο κόστος αντίστοιχης νοσοκομειακής νοσηλείας (D): **€2.100**

$$E15 = 1.450 / 2.100 = 0,69$$

Ερμηνεία: Το ΝΟΣΠΙ παρουσιάζει υψηλή οικονομική αποδοτικότητα, με εξοικονόμηση περίπου **31%** ανά επεισόδιο, χωρίς υποβάθμιση ποιότητας ή ασφάλειας.



6.44.3 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Διεθνείς αξιολογήσεις προγραμμάτων **Hospital at Home (Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι)** δείχνουν: εξοικονόμηση **20–40%** ανά επεισόδιο σε σύγκριση με ενδονοσοκομειακή φροντίδα, ισοδύναμα ή βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα, αυξημένη ικανότητα αποσυμφόρησης νοσοκομείων.

Συστήματα με λόγο κόστους **≤0,85** θεωρούνται οικονομικά ώριμα και βιώσιμα. Τιμές κοντά ή άνω της μονάδας (**>1,00**) υποδηλώνουν ανάγκη άμεσης επανεξέτασης του μοντέλου κόστους και της κλινικής στόχευσης.

Ο δείκτης **E15** λειτουργεί ως **στρατηγικός δείκτης αξίας (value indicator – δείκτης αξίας)**, συνδέοντας την ποιότητα, την ασφάλεια και την οικονομική βιωσιμότητα του ΝΟΣΠΙ σε εθνικό επίπεδο.

7 Πρόσθετοι / Εξειδικευμένοι Δείκτες

(ενεργοποιούνται ανάλογα με τον πληθυσμό, το κλινικό αντικείμενο και το επίπεδο ωριμότητας της μονάδας)

7.1 Εισαγωγή και τεκμηρίωση σκοπιμότητας

Η ύπαρξη πρόσθετων ή εξειδικευμένων δεικτών στο σύστημα ΝΟΣΠΙ δεν αποτελεί «προαιρετική επέκταση» χωρίς δομή, αλλά **θεσμικά αναγκαίο συστατικό** ενός ώριμου εθνικού συστήματος μέτρησης ποιότητας. Ο βασικός πυρήνας των **44 υποχρεωτικών δεικτών** έχει σχεδιαστεί ως το ελάχιστο κοινό και δεσμευτικό σύνολο που διασφαλίζει εθνική συγκρισιμότητα, καθολική εφαρμογή και σταθερή ροή αξιόπιστων δεδομένων. Ωστόσο, ένα σύστημα Hospital at Home, λόγω της εγγενούς ετερογένειας των πληθυσμών, δεν μπορεί να αποτιμηθεί πλήρως μόνο με έναν ενιαίο πυρήνα δεικτών, χωρίς να προβλεφθεί μηχανισμός **στοχευμένης εμβάθυνσης** ανά πληθυσμό, κλινικό προφίλ και επίπεδο κινδύνου.

Στη διεθνή πρακτική, αυτή η αρχιτεκτονική «πυρήνας και επεκτάσεις» αποτελεί καθιερωμένο μοντέλο σχεδιασμού:

- Ο **OECD**, μέσω της πρωτοβουλίας **PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys)**, έχει θεμελιώσει την ανάγκη ανάπτυξης και τυποποίησης **patient-reported δεικτών** (PROMs και PREMs) ως κρίσιμων δεικτών απόδοσης συστημάτων υγείας, αναγνωρίζοντας ότι οι δείκτες αυτοί απαιτούν κατάλληλη ωριμότητα δεδομένων και σταδιακή εφαρμογή.
- Το **NHS** (Αγγλία), μέσα από τη θεσμοθετημένη συλλογή **PROMs** και μέσα από οδηγίες για **Virtual Wards**, επιβεβαιώνει ότι η συστηματική καταγραφή PROMs/PREMs αποτελεί στοιχείο ωριμότητας και αξιολόγησης, αλλά πρακτικά υλοποιείται με σαφή ορισμό «core» και «optional» απαιτήσεων ώστε να μην επιβαρύνονται δυσανάλογα οι υπηρεσίες.
- Η επιστημονική βιβλιογραφία για **Hospital at Home** και συναφή μοντέλα δείχνει ότι, πέρα από κλασικές εκβάσεις (επανεισαγωγές, θνητότητα, διάρκεια επείσοδου), αξιολογούνται συστηματικά και **patient/caregiver outcomes**, που συχνά διαφοροποιούνται σημαντικά ανά πληθυσμό (παιδιατρικός, γηριατρικός, ογκολογικός, παρηγορητικούς).

Στο πλαίσιο αυτό, οι πρόσθετοι/εξειδικευμένοι δείκτες της ΝΟΣΠΙ υπηρετούν τέσσερις σαφείς λειτουργίες εθνικής διακυβέρνησης:

- **Κλινική εξειδίκευση ανά πληθυσμό υψηλής ιδιαιτερότητας.** Παιδιατρικοί, γηριατρικοί, ογκολογικοί και παρηγορικοί ασθενείς φέρουν ιδιαίτερα προφίλ κινδύνου, διαφορετικές κρίσιμες εκβάσεις και διαφοροποιημένες απαιτήσεις υποστήριξης φροντιστή. Η χρήση εξειδικευμένων δεικτών επιτρέπει μέτρηση σε πεδία που δεν είναι ορθό να επιβληθούν ως υποχρεωτικά για όλες τις μονάδες, αλλά είναι κρίσιμα όταν ο πληθυσμός αυτός εξυπηρετείται.
- **Συστηματική ενίσχυση PROMs και PREMs χωρίς υπερφόρτωση του πυρήνα.** Το παρόν περιλαμβάνει ήδη περιορισμένο αριθμό PROMs/PREMs στους 44 βασικούς δείκτες, ως «ελάχιστη υποχρεωτική βάση». Η διεθνής εμπειρία υποδεικνύει ότι η ουσιαστική εμβάθυνση σε PROMs/PREMs γίνεται μέσω πρόσθετων δεικτών, με σαφείς προϋποθέσεις εφαρμογής, ώστε να διατηρείται υψηλή ποιότητα δεδομένων και αποδοχή από τις μονάδες.
- **Δυνατότητα benchmarking σε διεθνείς άξονες.** Η δομημένη ανάπτυξη εξειδικευμένων δεικτών, με σαφείς ορισμούς

(numerator/denominator, κριτήρια ένταξης/εξαίρεσης, stratification, κανόνες ποιότητας δεδομένων), επιτρέπει συγκρισιμότητα με διεθνείς προσεγγίσεις και δημοσιεύσεις. Αυτό είναι ιδιαίτερα κρίσιμο σε πεδία όπως η παρηγορική φροντίδα στο σπίτι, όπου τα διεθνή συστήματα αξιολόγησης στηρίζονται σε δείκτες πόνου, ποιότητας ζωής και αναγκών υποστήριξης.

- **Μηχανισμός εξέλιξης του εθνικού πλαισίου χωρίς αποσταθεροποίηση των 44 βασικών δεικτών.** Ο πυρήνας των 44 παραμένει σταθερός για να διασφαλίζει εθνική συνέπεια και δυνατότητα παρακολούθησης τάσεων στον χρόνο. Οι πρόσθετοι δείκτες λειτουργούν ως «επίπεδο επέκτασης» (extension layer): μπορούν να ενεργοποιούνται, να αποσύρονται ή να τροποποιούνται τεχνικά, χωρίς να αλλοιώνουν την εθνική γραμμή βάσης.

7.2 Βασικές αρχές σχεδιασμού των πρόσθετων δεικτών

Οι πρόσθετοι/εξειδικευμένοι δείκτες ακολουθούν τις ίδιες αρχές με τους βασικούς δείκτες, ώστε να είναι τεχνικά ώριμοι και θεσμικά συγκρίσιμοι:

Τυποποίηση: σαφείς ορισμοί, αποφυγή τοπικών ερμηνειών, κοινά πεδία ταυτότητας δείκτη.

Ενεργοποίηση βάσει κριτηρίων: ενεργοποιούνται μόνο όταν υπάρχει επαρκής αριθμός περιστατικών ή όταν το κλινικό αντικείμενο το απαιτεί.

Διασύνδεση με MDS/SOPs: οι πηγές δεδομένων παραμένουν κατά κανόνα εντός των θεσμοθετημένων δομών, με χρήση πρόσθετων εργαλείων μόνο όπου απαιτείται (ιδίως για PROMs/PREMs).

Ελαχιστοποίηση διοικητικού φορτίου: επιλογή μικρού αριθμού ερωτήσεων/κλιμάκων όπου εισάγονται PROMs/PREMs, με προτίμηση σε σύντομα, δοκιμασμένα εργαλεία, όπως συμβαίνει διεθνώς σε NHS και άλλες χώρες.

7.3 Κριτήρια ενεργοποίησης (activation logic)

Για να προστατευθεί η συγκρισιμότητα και να αποτραπεί η μη ομοιόμορφη εφαρμογή, ορίζεται ότι οι πρόσθετοι δείκτες ενεργοποιούνται όταν συντρέχει ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- **Πληθυσμιακό κριτήριο:** η μονάδα εξυπηρετεί συγκεκριμένο πληθυσμό (π.χ. παιδιατρικούς, γηριατρικούς, ογκολογικούς, παρηγορικούς).
- **Κλινικό κριτήριο:** εφαρμόζονται κλινικές παρεμβάσεις με ειδικούς κινδύνους (π.χ. ογκολογικά σχήματα, παρηγορική διαχείριση συμπτωμάτων).
- **Κριτήριο όγκου:** υπάρχει επαρκής αριθμός επεισοδίων ώστε ο δείκτης να είναι στατιστικά ερμηνεύσιμος (αποφυγή “θορύβου” λόγω μικρών αριθμών).
- **Κριτήριο ωριμότητας:** μονάδες με υψηλή ωριμότητα δεδομένων μπορούν να υιοθετήσουν προηγμένους PROMs/PREMs για περαιτέρω βελτίωση και benchmarking.

Με αυτή τη λογική, οι πρόσθετοι δείκτες δεν αποτελούν υποχρέωση για όλους, αλλά **μηχανισμό στοχευμένης ενίσχυσης** εκεί όπου έχει πραγματικό κλινικό και θεσμικό νόημα.

7.4 Σχέση πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών με τους 44 βασικούς και με τη συνολική απόδοση

Οι πρόσθετοι δείκτες:

- **Δεν αντικαθιστούν** τους 44 βασικούς δείκτες.
- **Δεν τροποποιούν** τον εθνικό πυρήνα συγκρισιμότητας.

Χρησιμοποιούνται για κλινική εξειδίκευση, βαθύτερη αποτύπωση PROMs/PREMs, και ανάπτυξη τεκμηριωμένων πολιτικών ποιότητας ανά πληθυσμό. Μπορούν να αξιοποιούνται σε **θεματικά dashboards** και σε στοχευμένες εθνικές αναφορές, ενώ ο βασικός κορμός παραμένει η κοινή βάση εθνικής εποπτείας.

7.5 Ανάπτυξη Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών ΝΟΣΠΙ

7.5.1 Εισαγωγικό πλαίσιο πίνακα

Πέραν των σαράντα τεσσάρων (44) βασικών και υποχρεωτικών δεικτών που συγκροτούν τον εθνικό πυρήνα αξιολόγησης της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), το παρόν προβλέπει ένα συμπληρωματικό, θεσμικά ελεγχόμενο σύνολο **πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών**, με στόχο την εις βάθος αποτύπωση κρίσιμων διαστάσεων ποιότητας, ασφάλειας, εμπειρίας και εκβάσεων σε ειδικούς πληθυσμούς και σύνθετα περιβάλλοντα κατ' οίκον νοσηλείας.

Οι πρόσθετοι αυτοί δείκτες **δεν συνιστούν καθολική υποχρέωση εφαρμογής** για όλες τις μονάδες ΝΟΣΠΙ. Αντιθέτως, συγκροτούν ένα **δεύτερο επίπεδο ωριμότητας και εξειδίκευσης**, το οποίο δύναται να ενεργοποιείται επιλεκτικά, ανάλογα με:

- το προφίλ του εξυπηρετούμενου πληθυσμού (παιδιατρικό, γηριατρικό, ογκολογικό, παρηγορικό),
- τον βαθμό κλινικής και ψυχοκοινωνικής πολυπλοκότητας,
- το επίπεδο οργανωτικής και ψηφιακής ωριμότητας της μονάδας,
- καθώς και τις ανάγκες εθνικής εποπτείας, θεματικής αξιολόγησης ή πιλοτικής ανάπτυξης πολιτικών ποιότητας.

Το σύνολο των πρόσθετων δεικτών έχει σχεδιαστεί **σε πλήρη ευθυγράμμιση με διεθνώς αναγνωρισμένα πλαίσια και επικυρωμένα εργαλεία μέτρησης**, όπως ενδεικτικά **OECD PaRIS** (Patient-Reported Indicators Surveys), **WHO Quality & People-Centred Care Frameworks**, **NHS Virtual Wards & Patient Experience frameworks**, **ESMO / ASCO Oncology Quality Indicators**, **PROMIS**, **EORTC**, **EQ-5D**, **WHOQOL**, **UCLA**, **ZBI**.

Η επιλογή και τεκμηρίωση των δεικτών αυτών διασφαλίζει ότι το παρόν παραμένει **επιστημονικά έγκυρο**, είναι **διεθνώς συγκρίσιμο** και παραμένει **ανοικτό σε μελλοντικό benchmarking και εξέλιξη**, χωρίς να αλλοιώνεται ο εθνικός πυρήνας των βασικών δεικτών.

Ο Πίνακας Α που ακολουθεί παρουσιάζει **το σύνολο των πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών**, οργανωμένων θεματικά, με ρητή αναφορά στον τύπο δείκτη, στη διάκριση PROM / PREM όπου εφαρμόζεται, στο συγκεκριμένο εργαλείο ή domain μέτρησης και στη διεθνή πηγή ή πρακτική που τεκμηριώνει τη χρήση τους.

Οι δείκτες αυτοί έχουν αναπτυχθεί αναλυτικά σε επίπεδο **ταυτότητας δείκτη** στο παρόν, με σαφείς ορισμούς, πηγές δεδομένων και μεθοδολογική τεκμηρίωση.



7.5.2 Χρήση του Πίνακα Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών από τον ΟΔΙΠΥ

Ο πίνακας πρόσθετων / εξειδικευμένων δεικτών του παρόντος αποτελεί **εργαλείο θεσμικής ευελιξίας και στρατηγικής εμβάθυνσης** για τον ΟΔΙΠΥ και **δεν εισάγει αυτόματες ή καθολικές υποχρεώσεις εφαρμογής** για όλες τις μονάδες ΝΟΣΠΙ.

Η αξιοποίησή του εντάσσεται στο πλαίσιο της εθνικής εποπτείας ποιότητας και ενεργοποιείται με **τεκμηριωμένη απόφαση του Οργανισμού**, λαμβάνοντας υπόψη το προφίλ των εξυπηρετούμενων πληθυσμών, τα επιδημιολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά και το επίπεδο ωριμότητας των μονάδων.

Ειδικότερα, ο ΟΔΙΠΥ δύναται να χρησιμοποιεί τον πίνακα για:

- την **επιλεκτική ενεργοποίηση δεικτών** σε μονάδες που εξυπηρετούν ειδικούς πληθυσμούς ή εμφανίζουν αυξημένη πολυπλοκότητα,
- τη **στοχευμένη αξιολόγηση διαστάσεων ποιότητας και εμπειρίας** που δεν αποτυπώνονται επαρκώς από τον βασικό πυρήνα των 44 δεικτών,
- την υποστήριξη **θεματικών αναλύσεων** (π.χ. ογκολογική ή παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα, επικοινωνία και συνέχεια φροντίδας),
- καθώς και την προετοιμασία **πilotικών εφαρμογών, εθνικών μελετών ή δράσεων benchmarking**, σε ευθυγράμμιση με OECD, WHO και NHS.

Η ύπαρξη των πρόσθετων δεικτών ποιότητας επιτρέπει στον ΟΔΙΠΥ να ασκεί εποπτεία που υπερβαίνει την απλή συμμόρφωση και εστιάζει στη **διαφοροποιημένη ποιότητα φροντίδας**, χωρίς να διαταράσσεται η εθνική συγκρισιμότητα που διασφαλίζεται από τους βασικούς δείκτες του παρόντος. Παράλληλα, δημιουργεί ένα σαφές και ελεγχόμενο πλαίσιο **μελλοντικής εξέλιξης του συστήματος δεικτών**, με θεσμική συνέχεια και επιστημονική εγκυρότητα.

7.5.3 Πίνακας Πρόσθετων/Εξειδικευμένων Δεικτών

Ομάδα	Κωδικός	Τίτλος Δείκτη (ΕΛ)	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Τύπος Δείκτη	PROM / PREM	Εργαλείο / Domain μέτρησης	Διεθνής Πηγή
Παιδιατρικοί	PD1	Ασφάλεια φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά	Paediatric medication safety	Outcome / Safety	–	– (επαγγελματική καταγραφή συμβάντων)	WHO Medication Without Harm
	PD2	Έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης	Early detection of deterioration (paediatric)	Process– Outcome / Safety	–	PEWS (Paediatric Early Warning Score)	NHS, Royal College of Paediatrics



	PD3	Συμμόρφωση και επάρκεια γονέα/κηδεμόνα	Parental compliance and competence	Processes / Functional capacity	–	Structured caregiver competence assessment (SOP-based)	WHO people-centred care
	PD4	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια από γονέα	Parent-reported safety perception	Experience	PREM	NHS Parent Experience PREM domains	NHS PREMs
	PD5	Φόρτος και άγχος γονέα/κηδεμόνα	Parental stress and burden	Outcome (caregiver)	PROM	Zarit Burden Interview (short form) / Caregiver Strain Index	OECD PaRIS
	PD6	Ψυχολογική ευεξία παιδιού	Child emotional wellbeing	Outcome	PROM	PROMIS Pediatric Emotional Distress	PROMIS (NIH)
	PD7	Σχολική και κοινωνική επανένταξη	School and social reintegration	Outcome	PROM	PROMIS Pediatric Peer Relationships / School functioning	WHO Child Wellbeing
Γηριατρικοί	G1	Πολυφαρμακία και αλληλεπιδράσεις	Polypharmacy and drug interactions	Outcome / Safety	–	STOPP/START criteria	WHO, OECD Ageing
	G2	Κίνδυνος πτώσεων	Risk of falls	Outcome / Safety	–	Morse Fall Scale / STRATIFY	WHO Falls Prevention
	G3	Γνωστική και λειτουργική κατάσταση	Cognitive and functional status	Outcome	PROM	Barthel Index / MoCA (patient-reported components)	OECD PaRIS



	G4	Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία	Perceived functional independence	Outcome	PROM	EQ-5D (mobility, self-care domains)	EuroQol
	G5	Ποιότητα ζωής ηλικιωμένου	Quality of life in older adults	Outcome	PROM	WHOQOL-OLD	WHO
	G6	Κοινωνική απομόνωση	Social isolation	Outcome	PROM	UCLA Loneliness Scale	OECD Ageing
	G7	Αντιλαμβανόμενη αξιοπρέπεια	Perceived dignity	Outcome	PROM	Patient Dignity Inventory (PDI)	WHO Healthy Ageing
Ογκολογικοί	ON1	Διαχείριση συμπτωμάτων	Oncology symptom management	Outcome	PROM	ESAS-r	ASCO, ESMO
	ON2	Συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα	Adherence to oncology regimens	Processes	–	Medication adherence checklist	ESMO QIs
	ON3	Έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών	Early detection of complications	Processes – Outcome / Safety	–	Clinical escalation protocols	ASCO
	ON4	Φορτίο συμπτωμάτων	Patient-reported symptom burden	Outcome	PROM	ESAS	Cancer Care Ontario
	ON5	Ποιότητα ζωής ογκολογικού ασθενούς	Oncology quality of life	Outcome	PROM	EORTC QLQ-C30	EORTC
	ON6	Επάρκεια κατ' οίκον υποστήριξης	Adequacy of home oncology care	Experience	PREM	NHS Cancer Patient Experience domains	NHS



	ON7	Αντιλαμβανόμενη κόπωση	Cancer-related fatigue	Outcome	PROM	PROMIS Fatigue	PROMIS
	ON8	Οικονομική τοξικότητα θεραπειάς	Financial toxicity	Outcome	PROM	COST questionnaire	ASCO
Παρηγορικοί	P1	Έλεγχος πόνου	Pain control	Outcome	PROM	Numeric Rating Scale / BPI	WHO
	P2	Ποιότητα ζωής	Quality of life	Outcome	PROM	McGill QOL / WHOQOL	WHO
	P3	Υποστήριξη οικογένειας	Family support	Experience	PREM	OECD PaRIS caregiver domains	OECD
	P4	Αξιοπρέπεια και άνεση	Dignity and comfort	Outcome	PROM	Patient Dignity Inventory	WHO
	P5	Ικανοποίηση οικογένειας	Family satisfaction	Experience	PREM	FAMCARE Scale	NHS EoL
	P6	Πνευματικές ανάγκες	Spiritual wellbeing	Outcome	PROM	FACIT-Sp	WHO
	P7	Προετοιμασία τέλους ζωής	End-of-life preparedness	Experience	PREM	VOICES / NHS EoL domains	NHS
Επικοινωνία	C1	Πρόσβαση σε θεράποντα ιατρό	Access to treating physician	Experience	PREM	OECD PaRIS access domains	OECD
	C2	Έγκαιρη απόκριση ιατρού	Timely physician response	Experience	PREM	NHS Virtual Wards PREMs	NHS
	C3	Σαφήνεια ιατρικών οδηγιών	Clarity of medical instructions	Experience	PREM	NHS Communication PREMs	NHS
	C4	Συνέπεια πληροφόρησης	Information consistency	Experience	PREM	WHO people-centred care domains	WHO



	C5	Εμπιστοσύνη στον ιατρό	Trust in physician	Experience	PREM	OECD PaRIS trust items	OECD
	C6	Επάρκεια υποστήριξης	Adequacy of support	Experience	PREM	OECD PaRIS support domains	OECD
	C7	Ασφάλεια μέσω επικοινωνίας	Safety via communication	Experience	PREM	NHS safety experience items	NHS
	C8	Μείωση άγχους μέσω επικοινωνίας	Anxiety reduction	Outcome	PROM	PROMIS Anxiety	PROMIS
Φροντιστής	CG1	Πρόσβαση φροντιστή σε ιατρό	Caregiver access	Experience	PREM	OECD PaRIS caregiver access	OECD
	CG2	Επάρκεια ενημέρωσης φροντιστή	Caregiver information adequacy	Experience	PREM	NHS Carers PREMs	NHS
	CG3	Υποστήριξη φροντιστή	Caregiver support	Experience	PREM	WHO Integrated Care	WHO
	CG4	Ψυχική επιβάρυνση φροντιστή	Emotional burden	Outcome	PROM	Zarit Burden Interview	OECD
	CG5	Ισορροπία ζωής-φροντίδας	Work-life balance	Outcome	PROM	CarerQoL	OECD
Ψηφιακή	F1	Αποδοχή τηλεπαρακολούθησης	Remote monitoring acceptance	Experience	PREM	NHS Virtual Wards PREMs	NHS
	F2	Ψηφιακός γραμματισμός	Digital literacy	Structure	–	eHEALS	WHO Digital Health
	F3	Αντιλαμβανόμενη ακρίβεια δεδομένων	Perceived data accuracy	Outcome	PROM	OECD Digital Health survey items	OECD
	F4	Κοινωνική υποστήριξη	Social support	Outcome	PROM	MOS Social Support Survey	WHO



	F5	Κοινωνική απομόνωση	Social isolation	Outcome	PROM	UCLA Loneliness Scale	OECD

Πίνακας 6: Λίστα Πρόσθετων/Εξειδικευμένων Δεικτών

Ομάδα Δεικτών: Η στήλη «Ομάδα» ταξινομεί τους δείκτες σε θεματικές και πληθυσμιακές ενότητες (π.χ. Παιδιατρικοί, Γηριατρικοί, Ογκολογικοί, Παρηγορητικοί, Επικοινωνία, Φροντιστής, Ψηφιακή διάσταση), προκειμένου να διευκολύνεται η επιλεκτική ενεργοποίησή τους, η θεματική ανάλυση, και η στοχευμένη εποπτεία από τον ΟΔΙΠΥ.

Κωδικός Δείκτη: Ο «Κωδικός» αποτελεί τη μοναδική και σταθερή ταυτότητα του δείκτη. Η κωδικοποίηση επιτρέπει: τη διαχρονική παρακολούθηση, τη συγκρισιμότητα, και την ασφαλή αναφορά σε αναλύσεις και εκθέσεις.

Τίτλος Δείκτη (Ελληνικά/Αγγλικά): Οι τίτλοι αποδίδονται :στα Ελληνικά, για εθνική εφαρμογή και θεσμική χρήση, και στα Αγγλικά, για διεθνή αντιστοίχιση, benchmarking και τεκμηρίωση.

Τύπος Δείκτη: Η στήλη «Τύπος Δείκτη» προσδιορίζει τη μεθοδολογική φύση του δείκτη, σύμφωνα με το μοντέλο Donabedian: Structure: οργανωτικές ή υποδομικές προϋποθέσεις, Process: διαδικασίες παροχής φροντίδας, Outcome: κλινικές, λειτουργικές ή ψυχοκοινωνικές εκβάσεις, Safety: ειδική κατηγορία εκβάσεων ή διεργασιών που σχετίζονται με ασφάλεια. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιείται σύνθετος χαρακτηρισμός (π.χ. Process–Outcome / Safety), όταν ο δείκτης γεφυρώνει περισσότερες από μία διαστάσεις.

PROM/PREM – Επεξηγηματική Διευκρίνιση: Η στήλη «PROM / PREM» αποτυπώνει μόνο τις περιπτώσεις όπου ο δείκτης βασίζεται σε δομημένη αυτοαναφορά. **PROM (Patient-Reported Outcome Measure)** δείκτης έκβασης που αποτυπώνει την κατάσταση υγείας, τη λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής ή την ψυχοκοινωνική ευεξία, όπως αναφέρεται άμεσα από τον ασθενή ή, όπου απαιτείται, από τον φροντιστή. **PREM (Patient-Reported Experience Measure)** δείκτης εμπειρίας που αποτυπώνει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής ή ο φροντιστής βιώνει την παρεχόμενη φροντίδα (επικοινωνία, πρόσβαση, υποστήριξη, ασφάλεια). Κενή ένδειξη (–) Δηλώνει ότι ο δείκτης δεν είναι PROM ούτε PREM, αλλά βασίζεται σε: επαγγελματική κλινική καταγραφή, δομημένη αξιολόγηση μέσω SOPs, ή αντικειμενικά δεδομένα συστήματος. Σημειώνεται ότι δεν χαρακτηρίζονται αυθαίρετα δείκτες ως PROM ή PREM. Η ταξινόμηση γίνεται αποκλειστικά όταν υπάρχει σαφές και διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο ή domain αυτοαναφοράς.

Εργαλείο/Domain Μέτρησης: Η στήλη αυτή προσδιορίζει ρητά: το συγκεκριμένο επικυρωμένο εργαλείο (π.χ. PROMIS, EQ-5D, ESAS, ZBI, UCLA), ή το θεσμικό domain μέτρησης (π.χ. NHS PREMs, OECD PaRIS domains), ή, όπου εφαρμόζεται, τη δομημένη επαγγελματική αξιολόγηση βάσει SOPs. Η ύπαρξη της στήλης αυτής διασφαλίζει: επιστημονική εγκυρότητα, μεθοδολογική σαφήνεια, και αποφυγή αυθαίρετης ερμηνείας.

Διεθνής Πηγή/Benchmark: Η τελευταία στήλη τεκμηριώνει τη διεθνή αντιστοίχιση κάθε δείκτη με: οργανισμούς (OECD, WHO), εθνικά συστήματα υγείας (NHS), επιστημονικούς φορείς (ASCO, ESMO, EORTC), ή διεθνή ερευνητικά προγράμματα (PROMIS). Η αναφορά αυτή δεν δηλώνει υποχρεωτική ταύτιση, αλλά επιβεβαιώνει ότι: η έννοια του δείκτη υφίσταται διεθνώς, η μέτρηση βασίζεται σε καθιερωμένες πρακτικές, και το σύστημα ΝΟΣΠΙ είναι συγκρίσιμο σε επίπεδο αρχών και μεθοδολογίας.



7.5.4 Πόσοι είναι οι Πρόσθετοι / Εξειδικευμένοι Δείκτες

Με βάση τον επικυρωμένο πίνακα που παρατέθηκε, οι πρόσθετοι / εξειδικευμένοι δείκτες είναι:

- Παιδιατρικοί: 7
- Γηριατρικοί: 7
- Ογκολογικοί: 8
- Παρηγορητικοί: 7
- Επικοινωνία & συνέχεια φροντίδας: 8
- Φροντιστή: 5
- Ψηφιακή διάσταση: 5

ΣΥΝΟΛΟ: 47 πρόσθετοι / εξειδικευμένοι δείκτες

7.6 Αναλυτικές Ταυτότητες Δεικτών

7.6.1 Ταυτότητα Δείκτη PD1-Ασφάλεια φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά (Paediatric medication safety)

Η φαρμακευτική αγωγή σε παιδιατρικούς ασθενείς αποτελεί μία από τις πλέον ευαίσθητες πτυχές της κατ' οίκον νοσηλείας, καθώς οι αποκλίσεις δοσολογίας, οδού ή χρονισμού μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Στο περιβάλλον της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, η ασφάλεια της φαρμακευτικής αγωγής εξαρτάται όχι μόνο από την ιατρική συνταγογράφηση, αλλά και από την κατανόηση, συμμόρφωση και επάρκεια του γονέα ή κηδεμόνα. Ο δείκτης PD1 εισάγεται για να αποτυπώσει με αντικειμενικό τρόπο το επίπεδο ασφάλειας της φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιατρικούς ασθενείς που εντάσσονται στο ΝΟΣΠΙ.

Πεδίο	Αναλυτική περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	PD1 – Ασφάλεια φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά. Ο κωδικός είναι μοναδικός και παραμένει αμετάβλητος.
Αγγλικός τίτλος	Paediatric medication safety
Άξονας	Ασφάλεια ασθενούς και κλινική ποιότητα στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης, ενεργοποιούμενος αποκλειστικά για παιδιατρικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator), σύμφωνα με το μοντέλο Donabedian, καθώς αποτυπώνει το τελικό αποτέλεσμα της εφαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής.
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Ο δείκτης συνδέεται άμεσα με την πρόληψη βλαβών από τη φροντίδα.



Σκοπός	Η συστηματική και συγκρίσιμη παρακολούθηση της ασφάλειας της φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά που νοσηλεύονται κατ' οίκον μέσω ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Αξιολογεί κατά πόσο η φαρμακευτική αγωγή χορηγείται χωρίς φαρμακευτικά σφάλματα ή ανεπιθύμητα φαρμακευτικά συμβάντα καθ' όλη τη διάρκεια του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ.
Κλινική / λειτουργική λογική	Στην κατ' οίκον φροντίδα, η φαρμακευτική ασφάλεια εξαρτάται από σαφείς οδηγίες, επαρκή εκπαίδευση φροντιστών και μηχανισμούς έγκαιρης αναγνώρισης σφαλμάτων. Η παρακολούθηση του δείκτη επιτρέπει τον εντοπισμό συστημικών αδυναμιών πριν εκδηλωθούν σοβαρές επιπλοκές.
Ορισμοί	Φαρμακευτικό σφάλμα: κάθε απόκλιση από τη συνταγογραφημένη αγωγή (λάθος φάρμακο, λάθος δόση, λάθος χρόνος, λάθος οδός χορήγησης). Ανεπιθύμητο φαρμακευτικό συμβάν: κάθε βλαπτική αντίδραση που σχετίζεται με τη φαρμακευτική αγωγή, ανεξαρτήτως σφάλματος.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό παιδιατρικών επεισοδίων ΝΟΣΠΙ στα οποία δεν καταγράφηκε φαρμακευτικό σφάλμα ή ανεπιθύμητο φαρμακευτικό συμβάν.
Αριθμητής (N)	Αριθμός παιδιατρικών επεισοδίων ΝΟΣΠΙ στα οποία, κατά τη διάρκεια όλου του επεισοδίου, δεν καταγράφηκε κανένα φαρμακευτικό σφάλμα ούτε ανεπιθύμητο φαρμακευτικό συμβάν.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο παιδιατρικών επεισοδίων ΝΟΣΠΙ στα οποία χορηγήθηκε τουλάχιστον ένα φαρμακευτικό σκεύασμα στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$\left(\frac{\text{Αριθμός επεισοδίων χωρίς φαρμακευτικό συμβάν}}{\text{Σύνολο παιδιατρικών επεισοδίων με φαρμακευτική αγωγή}} \right) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Τριμηνιαία ή ανά κύκλο αξιολόγησης, με δυνατότητα ετήσιας συγκεντρωτικής ανάλυσης.
Κριτήρια ένταξης	Παιδιατρικοί ασθενείς ηλικίας 0–18 ετών ενταγμένοι σε ΝΟΣΠΙ με συστηματική φαρμακευτική αγωγή.
Κριτήρια εξαίρεσης	Επεισόδια χωρίς φαρμακευτική αγωγή ή με αποκλειστικά μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις.
Stratification	Ανάλυση ανά ηλικιακή ομάδα, κατηγορία φαρμάκου, οδό χορήγησης και διάρκεια επεισοδίου.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται στο παρόν στάδιο λόγω μικρού όγκου ανά υποομάδα· επανεξετάζεται σε φάση ωρίμανσης.
Πηγές δεδομένων	Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (MDS), φύλλα φαρμακευτικής αγωγής, αναφορές συμβάντων, SOPs φαρμάκων.



Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Υποχρεωτική καταγραφή κάθε φαρμακευτικής παρέμβασης, σαφής χρονική σήμανση, διασταύρωση με αναφορές συμβάντων.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο και ανάγκη αναθεώρησης διαδικασιών, εκπαίδευσης ή υποστήριξης φροντιστών.
Κατώφλια / Στόχοι	Επιθυμητός στόχος $\geq 98\%$. Τιμές $<95\%$ θεωρούνται κρίσιμες και απαιτούν άμεση διερεύνηση.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανάλυση αιτιών (RCA), επικαιροποίηση οδηγιών, επανεκπαίδευση γονέων/κηδεμόνων, ενίσχυση τηλεϋποστήριξης.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Εσωτερική βελτίωση ασφάλειας, εντοπισμός αναγκών εκπαίδευσης.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Θεματική εποπτεία παιδιατρικής ασφάλειας, συγκριτική αξιολόγηση μονάδων, εθνικές αναφορές.

7.6.1.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης ευθυγραμμίζεται με διεθνώς καθιερωμένους δείκτες παιδιατρικής φαρμακευτικής ασφάλειας, όπως αυτοί περιγράφονται στο πρόγραμμα **WHO “Medication Without Harm”**, στις **NHS Paediatric Safety Indicators** και στη σχετική βιβλιογραφία για Hospital at Home σε παιδιατρικούς πληθυσμούς.

7.6.2 Ταυτότητα Δείκτη PD2 - Έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης σε παιδιατρικούς ασθενείς

Η έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης αποτελεί έναν από τους πιο κρίσιμους μηχανισμούς ασφάλειας στην παιδιατρική φροντίδα. Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, όπου απουσιάζει η συνεχής φυσική επιτήρηση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, η δυνατότητα έγκαιρης ανίχνευσης μεταβολών της κλινικής κατάστασης καθίσταται θεμελιώδης προϋπόθεση για την ασφαλή εφαρμογή του μοντέλου. Ο δείκτης PD2 αποτυπώνει τη λειτουργική επάρκεια του συστήματος ΝΟΣΠΙ να αναγνωρίζει εγκαίρως σημεία επιδείνωσης σε παιδιατρικούς ασθενείς και να ενεργοποιεί τεκμηριωμένες διαδικασίες κλινικής απόκρισης ή κλιμάκωσης φροντίδας.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	PD2 – Έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης σε παιδιατρικούς ασθενείς. Ο κωδικός είναι μοναδικός και παραμένει αμετάβλητος.
Αγγλικός τίτλος	Early detection of clinical deterioration in paediatric Hospital at Home patients
Αξονας	Ασφάλεια ασθενούς και κλινική αποτελεσματικότητα στην παιδιατρική ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης, ενεργοποιούμενος αποκλειστικά για παιδιατρικούς ασθενείς.
Τύπος δείκτη	Δείκτης διαδικασίας με στοιχεία έκβασης (Process–Outcome indicator) σύμφωνα με το μοντέλο Donabedian.



PROM / PREM	– (δεν εφαρμόζεται). Ο δείκτης δεν βασίζεται σε αυτοαναφορά αλλά σε επαγγελματική κλινική αξιολόγηση.
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, εγκαιρότητα, αποτελεσματικότητα.
Σκοπός	Η συστηματική αξιολόγηση της ικανότητας της μονάδας ΝΟΣΠΙ να αναγνωρίζει έγκαιρα κλινική επιδείνωση σε παιδιατρικούς ασθενείς και να ενεργοποιεί κατάλληλη κλινική απόκριση.
Τι αξιολογεί	Αξιολογεί αν τα επεισόδια κλινικής επιδείνωσης εντοπίζονται εντός προκαθορισμένου χρονικού πλαισίου και αν ακολουθεί τεκμηριωμένη κλινική ενέργεια.
Κλινική / λειτουργική λογική	Στα παιδιά, η κλινική επιδείνωση μπορεί να εξελιχθεί ταχέως και με μη ειδικά συμπτώματα. Η ύπαρξη τυποποιημένων εργαλείων και σαφών ορίων ενεργοποίησης μειώνει τον κίνδυνο καθυστερημένης παρέμβασης και σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων.
Ορισμοί	Κλινική επιδείνωση: μεταβολή ζωτικών σημείων, συμπεριφοράς ή κλινικής εικόνας που υπερβαίνει προκαθορισμένα όρια. Έγκαιρη αναγνώριση: τεκμηριωμένη αναγνώριση εντός προκαθορισμένου χρονικού ορίου από την εμφάνιση σημείων.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό επεισοδίων κλινικής επιδείνωσης που αναγνωρίστηκαν έγκαιρα και οδήγησαν σε ενεργοποίηση κλινικής απόκρισης.
Αριθμητής (N)	Αριθμός επεισοδίων παιδιατρικής ΝΟΣΠΙ στα οποία η κλινική επιδείνωση αναγνωρίστηκε εντός του ορισμένου χρονικού ορίου και ακολούθησε τεκμηριωμένη κλινική ενέργεια (π.χ. επικοινωνία με ιατρό, επίσκεψη, διακομιδή).
Παρονομαστής (D)	Σύνολο επεισοδίων παιδιατρικής ΝΟΣΠΙ στα οποία καταγράφηκε τουλάχιστον ένα επεισόδιο κλινικής επιδείνωσης.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Αριθμός έγκαιρα αναγνωρισμένων επεισοδίων επιδείνωσης} / \text{Σύνολο επεισοδίων επιδείνωσης}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Τριμηνιαία, με δυνατότητα ad hoc ανάλυσης σοβαρών συμβάντων.
Κριτήρια ένταξης	Παιδιατρικοί ασθενείς ηλικίας 0–18 ετών ενταγμένοι σε ΝΟΣΠΙ με καταγεγραμμένη παρακολούθηση ζωτικών σημείων ή κλινικής κατάστασης.
Κριτήρια εξαίρεσης	Επεισόδια χωρίς διαθέσιμα δεδομένα παρακολούθησης ή χωρίς σαφή ορισμό επιδείνωσης.
Stratification	Ηλικιακή ομάδα, υποκείμενη πάθηση, τρόπος παρακολούθησης (διά ζώσης / τηλεπαρακολούθηση), σοβαρότητα επιδείνωσης.



Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται στο παρόν στάδιο· δύναται να εξεταστεί σε ώριμη φάση εφαρμογής.
Πηγές δεδομένων	MDS ΝΟΣΠΙ, καταγραφές ζωτικών σημείων, συστήματα τηλεπαρακολούθησης, SOPs κλιμάκωσης, αναφορές συμβάντων.
Εργαλείο / Κριτήρια μέτρησης	Paediatric Early Warning Score (PEWS) ή ισοδύναμο σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης, προσαρμοσμένο στο πλαίσιο ΝΟΣΠΙ.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Υποχρεωτική χρονική σήμανση παρατηρήσεων, σαφής καταγραφή ώρας αναγνώρισης και ώρας απόκρισης, διασταύρωση πηγών.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανεπαρκείς μηχανισμούς έγκαιρης προειδοποίησης ή καθυστερήσεις απόκρισης.
Κατώφλια / Στόχοι	Στόχος $\geq 95\%$ έγκαιρης αναγνώρισης. Τιμές $< 90\%$ θεωρούνται κρίσιμες.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανασκόπηση περιστατικών, επικαιροποίηση SOPs, ενίσχυση τηλεπαρακολούθησης, εκπαίδευση προσωπικού και φροντιστών.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση μηχανισμών έγκαιρης απόκρισης και παιδιατρικής ασφάλειας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Θεματική εποπτεία παιδιατρικής ασφάλειας, συγκριτική αξιολόγηση μονάδων, στοχευμένες παρεμβάσεις.

7.6.2.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **PD2** αντιστοιχεί διεθνώς σε δείκτες έγκαιρης αναγνώρισης επιδείνωσης που χρησιμοποιούνται σε παιδιατρικά Hospital at Home, **NHS Virtual Wards**, και συστήματα **Paediatric Early Warning Scores (PEWS)**, τα οποία αναγνωρίζονται ως κρίσιμα εργαλεία ασφάλειας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τα εθνικά συστήματα υγείας.

7.6.3 Ταυτότητα Δείκτη PD3 – Συμμόρφωση και επάρκεια γονέα / κηδεμόνα (Parental Compliance and Competence)

Στην παιδιατρική Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), ο γονέας ή κηδεμόνας δεν αποτελεί απλώς υποστηρικτικό πρόσωπο, αλλά ενεργό συντελεστή της φροντίδας. Η ασφαλής εφαρμογή του θεραπευτικού πλάνου στο σπίτι προϋποθέτει ότι ο γονέας διαθέτει τεκμηριωμένη επάρκεια, δηλαδή γνώση, δεξιότητες και ικανότητα έγκαιρης αναγνώρισης κινδύνου.

Ο δείκτης PD3 αξιολογεί αντικειμενικά και επαγγελματικά τη συμμόρφωση και την επάρκεια του γονέα/κηδεμόνα, μέσω δομημένης κλινικής αξιολόγησης από την ομάδα ΝΟΣΠΙ, και όχι μέσω αυτοαναφερόμενου ερωτηματολογίου. Αποτελεί κρίσιμο παιδιατρικό δείκτη ασφάλειας, καθώς ανεπαρκής γονεϊκή επάρκεια συνδέεται άμεσα με αυξημένο κίνδυνο σφαλμάτων, επιδείνωσης και επανεισαγωγών.

7.6.3.1 Ταυτότητα Δείκτη

Key Performance Indicator (KPI – Βασικός Δείκτης Απόδοσης) Fiche



Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	PD3 – Συμμόρφωση και επάρκεια γονέα / κηδεμόνα
Αγγλικός τίτλος	Parental Compliance and Competence (Συμμόρφωση και επάρκεια γονέα/κηδεμόνα)
Αξονας	Παιδιατρικοί Δείκτες – Ασφάλεια και οικογενειοκεντρική φροντίδα
Χαρακτηρισμός	Βασικός (core – κεντρικός) παιδιατρικός δείκτης
Τύπος δείκτη	Διαδικασίας / Ασφάλειας (Process / Safety – διαδικασίας και ασφάλειας)
Διαστάσεις ποιότητας	Ασφάλεια (Safety), Αποτελεσματικότητα (Effectiveness), Οικογενειοκεντρική φροντίδα (<i>family-centred care – οικογενειοκεντρική φροντίδα</i>)
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Σκοπός	Διασφάλιση ασφαλούς παιδιατρικής φροντίδας μέσω τεκμηριωμένης γονεϊκής επάρκειας.
Τι αξιολογεί	Τη συμμόρφωση και τη λειτουργική επάρκεια του γονέα/κηδεμόνα στην κατ' οίκον φροντίδα του παιδιού.
Κλινική / λειτουργική λογική	Στην παιδιατρική ΝΟΣΠΙ, η επάρκεια του γονέα αποτελεί κρίσιμο παράγοντα ασφάλειας πρώτης γραμμής.
Ορισμοί	Συμμόρφωση: τήρηση θεραπευτικών οδηγιών. Επάρκεια: ικανότητα σωστής εφαρμογής και έγκαιρης αναγνώρισης επιδείνωσης.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό γονέων/κηδεμόνων που κρίνονται επαρκείς βάσει δομημένης αξιολόγησης.
Αριθμητής (N)	Αριθμός γονέων/κηδεμόνων που πληρούν τα κριτήρια επάρκειας.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο γονέων/κηδεμόνων παιδιατρικών ασθενών ΝΟΣΠΙ.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(N / D) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Ανά επεισόδιο / επαναξιολόγηση μετά από εκπαίδευση
Κριτήρια ένταξης	Παιδιατρικοί ασθενείς ΝΟΣΠΙ με ενεργή συμμετοχή γονέα/κηδεμόνα στη φροντίδα.
Κριτήρια εξαίρεσης	Περιπτώσεις αποκλειστικής επαγγελματικής φροντίδας στο σπίτι.
Διαστρωμάτωση (Stratification)	Ανά ηλικιακή ομάδα παιδιού, τύπο φροντίδας, διάρκεια επεισοδίου.
Προσαρμογή κινδύνου	Δεν εφαρμόζεται.

Εργαλείο μέτρησης	Structured Pediatric Caregiver Competence Checklist (Δομημένη λίστα αξιολόγησης επάρκειας γονέα/κηδεμόνα)
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένο checklist από την ομάδα ΝΟΣΠΙ, αρχεία εκπαίδευσης γονέα.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Αξιολόγηση από επαγγελματίες υγείας, τεκμηρίωση παρατήρησης και επανεκτίμηση μετά από εκπαίδευση.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο παιδιατρικό κίνδυνο στο σπίτι.
Όρια αποδοχής / σημεία ενεργοποίησης	<75% ανεπαρκής επάρκεια · 75–89% μερική · ≥90% επαρκής και ασφαλής
Ενέργειες σε απόκλιση	Επανεκπαίδευση γονέα, απλοποίηση οδηγιών, αυξημένη παρακολούθηση.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Μείωση παιδιατρικών σφαλμάτων και ενίσχυση ασφάλειας στο σπίτι.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση παιδιατρικού κινδύνου και ποιότητας οικογενειοκεντρικής φροντίδας.

7.6.3.2 Επεξήγηση Εργαλείου Μέτρησης (υποχρεωτική για PD3)

Ο δείκτης PD3 **δεν βασίζεται σε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς**. Η μέτρηση πραγματοποιείται μέσω **δομημένου εργαλείου επαγγελματικής αξιολόγησης**, το οποίο συμπληρώνεται από την ομάδα ΝΟΣΠΙ.

Το **Structured Pediatric Caregiver Competence Checklist** περιλαμβάνει ενδεικτικά: ορθή εφαρμογή θεραπευτικών οδηγιών, σωστή χορήγηση αγωγής όπου απαιτείται, αναγνώριση σημείων επιδείνωσης, γνώση διαδικασίας επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ. Η αξιολόγηση βασίζεται σε: παρατήρηση, πρακτική επίδειξη, επαλήθευση κατανόησης. Η επάρκεια τεκμηριώνεται ως: επαρκής, ή επαρκής μετά από εκπαίδευση.

7.6.3.3 Παράδειγμα υπολογισμού

Παιδιατρικά επεισόδια με ενεργό γονέα (D): 50, Γονείς με τεκμηριωμένη επάρκεια (N): 44

$$PD3 = (44 / 50) \times 100 = 88\%$$

Ερμηνεία: Μερική προς υψηλή επάρκεια. Απαιτείται στοχευμένη επανεκπαίδευση σε συγκεκριμένες δεξιότητες.

7.6.3.4 Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς – PD3

Σε διεθνή προγράμματα **Pediatric Hospital at Home (Παιδιατρική Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι)** και **complex pediatric home care (σύνθετη παιδιατρική κατ' οίκον φροντίδα)**, η επάρκεια γονέα ή κηδεμόνα αναγνωρίζεται ως **κρίσιμος δείκτης ασφάλειας πρώτης γραμμής** και αξιολογείται μέσω **επαγγελματικής παρατήρησης και checklists**, όχι μέσω αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων.

Η διεθνής πρακτική συγκλίνει στα εξής σημεία: Η **τεκμηριωμένη επάρκεια γονέα ≥90%** θεωρείται προϋπόθεση για την ασφαλή παροχή παιδιατρικής κατ' οίκον νοσοκομειακής

φροντίδας. Επίπεδα **75–89%** υποδηλώνουν λειτουργικά αποδεκτή αλλά ευάλωτη κατάσταση, που απαιτεί ενισχυμένη εκπαίδευση και στενότερη παρακολούθηση. Επίπεδα **<75%** συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα: σφαλμάτων χορήγησης αγωγής, καθυστερημένης αναγνώρισης επιδείνωσης, μη προγραμματισμένων επανεισαγωγών. Σε ώριμα παιδιατρικά προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας: η αξιολόγηση επάρκειας γονέα πραγματοποιείται **κατά την ένταξη**, επαναλαμβάνεται **μετά από κάθε σημαντική αλλαγή θεραπευτικού πλάνου**, και τεκμηριώνεται ως προϋπόθεση συνέχισης της φροντίδας στο σπίτι. Ο δείκτης **PD3** χρησιμοποιείται διεθνώς ως: **leading indicator (ηγετικός δείκτης)** παιδιατρικού κινδύνου, συμπληρωματικός δείκτης των κλινικών αποτελεσμάτων, εργαλείο πρόληψης ανεπιθύμητων συμβάντων σε κατ' οίκον περιβάλλον. Η ενσωμάτωση του PD3 στο σύστημα δεικτών ΝΟΣΠΙ: ευθυγραμμίζει την παιδιατρική φροντίδα με διεθνείς αρχές **family-centred care (οικογενιοκεντρικής φροντίδας)**, ενισχύει τη συγκρισιμότητα μονάδων, και υποστηρίζει τεκμηριωμένες αποφάσεις για εκπαίδευση, υποστήριξη και ασφάλεια παιδιατρικών ασθενών.

7.6.4 Ταυτότητα Δείκτη PD4 - Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια κατ' οίκον φροντίδας από γονέα/κηδεμόνα (Parent-reported safety perception in paediatric Hospital at Home)

Στην παιδιατρική Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, η ασφάλεια δεν αφορά μόνο την απουσία ανεπιθύμητων συμβάντων, αλλά και τον βαθμό εμπιστοσύνης του γονέα/κηδεμόνα ότι η παρεχόμενη φροντίδα είναι ελεγχόμενη, αξιόπιστη και ισοδύναμη με τη νοσοκομειακή. Η αντιλαμβανόμενη ασφάλεια επηρεάζει άμεσα τη συμμόρφωση, τη συνεργασία με την ομάδα ΝΟΣΠΙ, την έγκαιρη αναφορά συμπτωμάτων και τη συνολική αποδοχή του μοντέλου. Ο δείκτης PD4 αποτυπώνει συστηματικά αυτή τη διάσταση εμπειρίας, λειτουργώντας συμπληρωματικά προς τους αντικειμενικούς δείκτες ασφάλειας (PD1, PD2).

Πεδίο

Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη

Κωδικός & Τίτλος	PD4 – Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια κατ' οίκον φροντίδας από γονέα/κηδεμόνα. Μοναδικός κωδικός, αμετάβλητος.
Αγγλικός τίτλος	Parent-reported safety perception in paediatric Hospital at Home
Άξονας	Εμπειρία φροντίδας και ασφάλεια ασθενούς στην παιδιατρική ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για παιδιατρικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PREM (Parent-Reported Experience Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποδοχή υπηρεσιών.
Σκοπός	Η συστηματική καταγραφή της εμπειρίας ασφάλειας της κατ' οίκον νοσηλείας όπως βιώνεται από τον γονέα/κηδεμόνα.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό στον οποίο ο γονέας/κηδεμόνας αισθάνεται ότι το παιδί του λαμβάνει ασφαλή, ελεγχόμενη και επαρκώς υποστηριζόμενη φροντίδα στο σπίτι.



Κλινική / λειτουργική λογική	Χαμηλή αντιλαμβανόμενη ασφάλεια συσχετίζεται με αυξημένο άγχος, μειωμένη συμμόρφωση και πρόωρη διακοπή της ΝΟΣΠΙ. Ο δείκτης επιτρέπει έγκαιρη παρέμβαση στην επικοινωνία και υποστήριξη.
Ορισμοί	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια: υποκειμενική εκτίμηση του γονέα για την ασφάλεια της φροντίδας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη αντικειμενικών συμβάντων.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό θετικών απαντήσεων ή μέση τιμή σε ερωτήματα ασφάλειας.
Αριθμητής (N)	Αριθμός γονέων/κηδεμόνων που δηλώνουν υψηλή αντιλαμβανόμενη ασφάλεια (π.χ. ≥ 4 σε κλίμακα Likert 1–5).
Παρονομαστής (D)	Σύνολο γονέων/κηδεμόνων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο PREM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ή μέση τιμή κλίμακας.
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Θετικές απαντήσεις} / \text{Σύνολο απαντήσεων}) \times 100$ ή υπολογισμός μέσου όρου.
Περίοδος αναφοράς	Στο τέλος κάθε επεισοδίου ΝΟΣΠΙ ή τριμηνιαία συγκεντρωτικά.
Κριτήρια ένταξης	Γονείς/κηδεμόνες παιδιατρικών ασθενών με επεισόδιο ΝΟΣΠΙ διάρκειας ≥ 48 ωρών.
Κριτήρια εξαίρεσης	Επεισόδια < 48 ωρών ή χωρίς ενεργή συμμετοχή γονέα/κηδεμόνα.
Stratification	Ηλικία παιδιού, διάρκεια επεισοδίου, είδος παρεμβάσεων (φαρμακευτικές/νοσηλευτικές).
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται (εμπειρικός δείκτης).
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια PREM παιδιατρικής ΝΟΣΠΙ.
Εργαλείο μέτρησης	NHS Paediatric PREM – Safety & Confidence domains (κλίμακα Likert).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Ανωνυμία, τυποποιημένη διατύπωση, ελάχιστο ποσοστό ανταπόκρισης, αποφυγή καθοδήγησης απαντήσεων.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανάγκη ενίσχυσης επικοινωνίας, εκπαίδευσης και υποστήριξης γονέα.
Στόχοι	Στόχος $\geq 85\%$ θετικών απαντήσεων.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανασκόπηση εμπειρίας, στοχευμένη επικοινωνία, αναθεώρηση εκπαιδευτικού υλικού.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση εμπιστοσύνης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική παρακολούθηση αποδοχής και αντιλαμβανόμενης ασφάλειας της παιδιατρικής ΝΟΣΠΙ.



7.6.4.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **PD4** ευθυγραμμίζεται με **NHS Paediatric Patient Experience PREMs** και τα **OECD Paris experience domains**, όπου η αντιλαμβανόμενη ασφάλεια αναγνωρίζεται ως κρίσιμος παράγοντας αποδοχής και βιωσιμότητας των υπηρεσιών Hospital at Home.

7.6.5 Ταυτότητα Δείκτη PD5 - Φόρτος και άγχος γονέα/κηδεμόνα (Parental stress and caregiver burden in paediatric Hospital at Home)

Στην παιδιατρική Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, ο γονέας ή κηδεμόνας αναλαμβάνει έναν σύνθετο και απαιτητικό ρόλο, ο οποίος συνδυάζει στοιχεία φροντίδας, παρακολούθησης, λήψης αποφάσεων και συναισθηματικής υποστήριξης του παιδιού. Ο αυξημένος φόρτος ευθύνης, σε συνδυασμό με το άγχος που σχετίζεται με την υγεία του παιδιού και την απομάκρυνση από το προστατευμένο νοσοκομειακό περιβάλλον, μπορεί να οδηγήσει σε ψυχική επιβάρυνση του φροντιστή. Η επιβάρυνση αυτή επηρεάζει άμεσα την ασφάλεια της φροντίδας, τη συμμόρφωση στο θεραπευτικό πλάνο και τη βιωσιμότητα της κατ' οίκον νοσηλείας. Ο δείκτης PD5 εισάγεται για να αποτυπώσει συστηματικά τον βαθμό άγχους και φόρτου του γονέα/κηδεμόνα, ως κρίσιμη έκβαση της παιδιατρικής ΝΟΣΠΙ.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	PD5 – Φόρτος και άγχος γονέα/κηδεμόνα. Ο κωδικός είναι μοναδικός και παραμένει σταθερός.
Αγγλικός τίτλος	Parental stress and caregiver burden in paediatric Hospital at Home
Άξονας	Εκβάσεις φροντίδας και ανθρωποκεντρική διάσταση της παιδιατρικής ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης, ενεργοποιούμενος για παιδιατρικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) σύμφωνα με Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Caregiver-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, ασφάλεια, αποδοχή υπηρεσιών.
Σκοπός	Η συστηματική μέτρηση του επιπέδου άγχους και φόρτου που βιώνει ο γονέας/κηδεμόνας κατά τη διάρκεια της παιδιατρικής κατ' οίκον νοσηλείας.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό ψυχικής επιβάρυνσης, άγχους και αντιλαμβανόμενου φόρτου φροντίδας του γονέα/κηδεμόνα.
Κλινική / λειτουργική λογική	Υψηλός φόρτος φροντιστή συνδέεται διεθνώς με αυξημένο κίνδυνο σφαλμάτων, μειωμένη συμμόρφωση και πρόωρη διακοπή της ΝΟΣΠΙ. Η μέτρηση επιτρέπει έγκαιρη υποστήριξη πριν επηρεαστεί η ασφάλεια του παιδιού.



Ορισμοί	Φόρτος φροντιστή: το σύνολο των ψυχολογικών, συναισθηματικών και λειτουργικών επιβαρύνσεων που βιώνει ο γονέας λόγω του ρόλου φροντίδας.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία άγχους/φόρτου βάσει τυποποιημένης κλίμακας.
Αριθμητής (N)	Αριθμός γονέων/κηδεμόνων με βαθμολογία που υπερβαίνει προκαθορισμένο όριο φόρτου/άγχους.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο γονέων/κηδεμόνων που συμπλήρωσαν το εργαλείο PROM.
Μονάδα έκφρασης	Μέση τιμή βαθμολογίας ή ποσοστό (%) υψηλού φόρτου.
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Γονείς με υψηλό φόρτο} / \text{Σύνολο συμπληρωμένων εργαλείων}) \times 100$ ή υπολογισμός μέσης τιμής.
Περίοδος αναφοράς	Στο μέσο και στο τέλος του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ ή τριμηνιαία συγκεντρωτικά.
Κριτήρια ένταξης	Γονείς/κηδεμόνες παιδιατρικών ασθενών σε ΝΟΣΠΙ διάρκειας ≥ 72 ωρών.
Κριτήρια εξαίρεσης	Βραχεία επεισόδια ή περιπτώσεις όπου η φροντίδα παρέχεται αποκλειστικά από επαγγελματίες.
Stratification	Ηλικία παιδιού, διάρκεια επεισοδίου, πολυπλοκότητα φροντίδας.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται στο παρόν στάδιο.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια PROM από γονείς/κηδεμόνες.
Εργαλείο μέτρησης	Zarit Burden Interview – Short Form (ZBI-12) ή Caregiver Strain Index (CSI) , προσαρμοσμένα στον παιδιατρικό πληθυσμό.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Ανωνυμία, τυποποιημένη χορήγηση, πλήρης συμπλήρωση, επαναληψιμότητα μέτρησης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλές βαθμολογίες υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο κόπωσης φροντιστή και ανάγκη υποστήριξης.
Στόχοι	Στόχος: $\leq 20\%$ γονέων με υψηλό φόρτο/άγχος.
Ενέργειες σε απόκλιση	Παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ανακατανομή φροντίδας, επανεκτίμηση καταλληλότητας ΝΟΣΠΙ.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Έγκαιρη αναγνώριση εξουθένωσης φροντιστή και πρόληψη κινδύνων.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση βιωσιμότητας παιδιατρικής ΝΟΣΠΙ και αναγκών υποστήριξης φροντιστών σε εθνικό επίπεδο.

7.6.5.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **PD5** αντιστοιχεί διεθνώς σε **caregiver burden outcome measures**, όπως χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο **OECD PaRIS**, στη βιβλιογραφία για **Hospital at Home paediatric**



care, καθώς και σε εθνικά συστήματα παρακολούθησης φροντιστών (NHS, WHO Integrated Care).

7.6.6 Ταυτότητα Δείκτη PD6- Ψυχολογική ευεξία παιδιού (Child emotional and psychological wellbeing in paediatric Hospital at Home)

Η ψυχολογική ευεξία του παιδιού αποτελεί κρίσιμη έκβαση της παιδιατρικής Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι και δεν μπορεί να συναχθεί έμμεσα από κλινικούς ή λειτουργικούς δείκτες. Η απομάκρυνση από το νοσοκομειακό περιβάλλον μπορεί να μειώνει το στρες, αλλά ταυτόχρονα εισάγει νέες πηγές άγχους, όπως η αβεβαιότητα, η αλλαγή ρουτίνας, η αυξημένη εξάρτηση από τον γονέα και ο φόβος επιδείνωσης. Η συστηματική μέτρηση της ψυχολογικής κατάστασης του παιδιού μέσω τυποποιημένου εργαλείου αυτοαναφοράς (όπου είναι ηλικιακά εφικτό) ή αναφοράς μέσω γονέα αποτελεί διεθνή πρακτική σε σύγχρονα μοντέλα παιδιατρικής κατ' οίκον φροντίδας. Ο δείκτης PD6 αποτυπώνει αυτή την έκβαση με επιστημονικά τεκμηριωμένο και συγκρίσιμο τρόπο.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	PD6 – Ψυχολογική ευεξία παιδιού. Μοναδικός κωδικός, σταθερός.
Αγγλικός τίτλος	Child emotional and psychological wellbeing in paediatric Hospital at Home
Άξονας	Κλινικές εκβάσεις και ανθρωποκεντρική ποιότητα παιδιατρικής ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης, ενεργοποιούμενος για παιδιατρικούς ασθενείς.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure) ή proxy-PROM μέσω γονέα, ανάλογα με την ηλικία.
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποτελεσματικότητα, ασφάλεια.
Σκοπός	Η αντικειμενική αποτύπωση της ψυχολογικής ευεξίας του παιδιού κατά τη διάρκεια ή στο τέλος του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Συναισθηματική κατάσταση, επίπεδα άγχους, θλίψης, φόβου και γενικής ψυχολογικής προσαρμογής στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η μειωμένη ψυχολογική ευεξία συνδέεται με χαμηλότερη συνεργασία, αυξημένες σωματοποιήσεις και δυσμενείς εκβάσεις. Η έγκαιρη αναγνώριση επιτρέπει υποστηρικτικές παρεμβάσεις χωρίς κλιμάκωση φροντίδας.
Ορισμοί	Ψυχολογική ευεξία: πολυδιάστατη κατάσταση που περιλαμβάνει θετικά και αρνητικά συναισθήματα, αίσθηση ασφάλειας και προσαρμογή στην ασθένεια.



Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία ψυχολογικής ευεξίας βάσει τυποποιημένου εργαλείου PROM.
Αριθμητής (N)	Αριθμός παιδιών με βαθμολογία εντός φυσιολογικού ή αποδεκτού εύρους ψυχολογικής ευεξίας.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο παιδιών (ή γονέων ως proxy) που συμπλήρωσαν το εργαλείο PROMIS Pediatric.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία T-score ή ποσοστό (%) παιδιών εντός φυσιολογικών ορίων.
Τύπος υπολογισμού	(Παιδιά με φυσιολογική βαθμολογία / Σύνολο συμπληρωμένων εργαλείων) × 100 ή μέση τιμή T-score.
Περίοδος αναφοράς	Στο τέλος του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ ή σε επεισόδια διάρκειας ≥7 ημερών, και ενδιάμεσα.
Κριτήρια ένταξης	Παιδιατρικοί ασθενείς ηλικίας ≥5 ετών (self-report) ή <5 ετών με proxy-report από γονέα.
Κριτήρια εξαίρεσης	Παιδιά με σοβαρή γνωστική ανεπάρκεια που δεν επιτρέπει αξιόπιστη αξιολόγηση.
Stratification	Ηλικιακή ομάδα, διάρκεια επεισοδίου, τύπος νόσου, επίπεδο παρέμβασης.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· τα αποτελέσματα ερμηνεύονται συγκριτικά και διαχρονικά.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια PROMIS Pediatric (child ή parent proxy).
Εργαλείο μέτρησης	PROMIS Pediatric Emotional Distress Scales (Anxiety, Depression, Psychological Stress).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τυποποιημένη χορήγηση, γλωσσική επάρκεια, ηλικιακή προσαρμογή, επαναληψιμότητα.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλά επίπεδα άγχους ή χαμηλή ευεξία υποδηλώνουν ανάγκη ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.
Στόχοι	Στόχος: ≥80% παιδιών εντός φυσιολογικών T-scores.
Ενέργειες σε απόκλιση	Παραπομπή σε ψυχολόγο, ενίσχυση υποστήριξης οικογένειας, επαναξιολόγηση ΝΟΣΠΙ.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ολιστική παρακολούθηση παιδιατρικών εκβάσεων πέραν της κλινικής σταθερότητας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική αξιολόγηση ανθρωποκεντρικής ποιότητας παιδιατρικής ΝΟΣΠΙ και benchmarking.



7.6.6.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **PD6** ευθυγραμμίζεται πλήρως με τα **PROMIS Pediatric Outcome Measures**, τα οποία χρησιμοποιούνται διεθνώς σε παιδιατρικά προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας, σε **Hospital at Home**, **Virtual Wards** και σε πλαίσια αξιολόγησης ανθρωποκεντρικών εκβάσεων (OECD PaRIS, WHO child wellbeing frameworks).

7.6.7 Ταυτότητα Δείκτη PD7- Σχολική και κοινωνική επανένταξη παιδιού (School and social reintegration after paediatric Hospital at Home)

Η σχολική και κοινωνική επανένταξη αποτελεί κρίσιμη διάσταση της αποκατάστασης στην παιδιατρική φροντίδα και συνιστά βασική έκβαση πέραν της κλινικής σταθερότητας. Η παρατεταμένη απομάκρυνση από το σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη γνωστική ανάπτυξη, την ψυχοκοινωνική ισορροπία και τη μακροπρόθεσμη ευεξία του παιδιού. Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, η έγκαιρη και ομαλή επιστροφή στη σχολική ρουτίνα και στις κοινωνικές δραστηριότητες αποτελεί βασικό δείκτη επιτυχίας του μοντέλου. Ο δείκτης PD7 αποτυπώνει συστηματικά την έκβαση αυτή από την οπτική του ίδιου του παιδιού ή, όπου απαιτείται, μέσω αναφοράς γονέα.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	PD7 – Σχολική και κοινωνική επανένταξη παιδιού. Ο κωδικός είναι μοναδικός και αμετάβλητος.
Αγγλικός τίτλος	School and social reintegration after paediatric Hospital at Home
Άξονας	Κλινικές και κοινωνικές εκβάσεις παιδιατρικής ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για παιδιατρικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure) ή proxy-PROM μέσω γονέα, αναλόγως ηλικίας.
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Αποτελεσματικότητα, ανθρωποκεντρική φροντίδα, ισότητα.
Σκοπός	Η αποτύπωση της ικανότητας του παιδιού να επανενταχθεί στο σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον μετά ή κατά τη διάρκεια της ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό επιστροφής στη σχολική φοίτηση, στις κοινωνικές επαφές και στις ηλικιακά αναμενόμενες δραστηριότητες.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η επιτυχής σχολική και κοινωνική επανένταξη αντανακλά επαρκή κλινική αποκατάσταση, ψυχολογική ευεξία και αποτελεσματική υποστήριξη της οικογένειας.
Ορισμοί	Σχολική επανένταξη: επανέναρξη τακτικής φοίτησης ή ισοδύναμης εκπαιδευτικής δραστηριότητας. Κοινωνική επανένταξη: συμμετοχή σε συνομήλικες δραστηριότητες και κοινωνικές επαφές.



Μετρούμενο μέγεθος	Βαθμολογία λειτουργικής επανένταξης ή ποσοστό παιδιών με επιτυχή επανένταξη.
Αριθμητής (N)	Αριθμός παιδιών που αναφέρουν πλήρη ή επαρκή σχολική και κοινωνική επανένταξη βάσει εργαλείου PROM.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο παιδιών (ή γονέων ως proxy) που συμπλήρωσαν το εργαλείο.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ή μέση βαθμολογία κλίμακας.
Τύπος υπολογισμού	(Παιδιά με επιτυχή επανένταξη / Σύνολο συμπληρωμένων εργαλείων) × 100 ή μέση τιμή βαθμολογίας.
Περίοδος αναφοράς	2–4 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια ένταξης	Παιδιατρικοί ασθενείς σχολικής ηλικίας με ολοκληρωμένο επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Παιδιά προσχολικής ηλικίας ή με μόνιμη αδυναμία σχολικής φοίτησης.
Stratification	Ηλικία, διάρκεια ΝΟΣΠΙ, είδος νόσου, εκπαιδευτικό επίπεδο.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· ερμηνεία διαχρονική και συγκριτική.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια PROM από παιδί ή γονέα.
Εργαλείο μέτρησης	PROMIS Pediatric Peer Relationships & School Participation items ή ισοδύναμες κλίμακες κοινωνικής λειτουργικότητας.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τυποποιημένη χορήγηση, ηλικιακή προσαρμογή, σαφής χρονικός ορίζοντας αναφοράς.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλή επανένταξη υποδηλώνει ανάγκη εκπαιδευτικής ή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.
Στόχοι	Στόχος: ≥75% παιδιών με επιτυχή σχολική και κοινωνική επανένταξη.
Ενέργειες σε απόκλιση	Συνεργασία με σχολικές δομές, κοινωνική υποστήριξη, επανεκτίμηση σχεδίου φροντίδας.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Αξιολόγηση μακροπρόθεσμης αποτελεσματικότητας παιδιατρικής φροντίδας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση κοινωνικών εκβάσεων και ισότητας πρόσβασης σε παιδιατρική ΝΟΣΠΙ.

7.6.7.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **PD7** αντιστοιχεί διεθνώς σε δείκτες κοινωνικής και εκπαιδευτικής λειτουργικότητας που χρησιμοποιούνται σε παιδιατρικά προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας και πλαίσια παιδικής ευεξίας του World Health Organization. Η χρήση εργαλείων **PROMIS Pediatric** είναι καθιερωμένη σε προγράμματα Hospital at Home και σε συγκριτικές αναλύσεις του Organisation for Economic Co-operation and Development, ενισχύοντας τη διεθνή συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων.



7.6.8 Ταυτότητα Δείκτη G1- Πολυφαρμακία και αλληλεπιδράσεις φαρμάκων (Polypharmacy and drug interactions in geriatric Hospital at Home patients)

Η πολυφαρμακία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για ανεπιθύμητα συμβάντα στους ηλικιωμένους ασθενείς, ιδιαίτερα σε περιβάλλον κατ' οίκον νοσηλείας όπου η άμεση κλινική επιτήρηση είναι περιορισμένη. Οι φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, η ακατάλληλη δοσολογία και η μη αναγκαία συνέχιση φαρμάκων αυξάνουν τον κίνδυνο πτώσεων, συγχυτικών επεισοδίων, επανεισαγωγών και θνησιμότητας. Ο δείκτης G1 αποτυπώνει τη συστηματική ικανότητα της μονάδας ΝΟΣΠΙ να αναγνωρίζει, να αξιολογεί και να διαχειρίζεται την πολυφαρμακία και τις δυνητικά επικίνδυνες αλληλεπιδράσεις σε γηριατρικούς ασθενείς.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	G1 – Πολυφαρμακία και αλληλεπιδράσεις φαρμάκων. Μοναδικός και σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Polypharmacy and drug interactions in geriatric Hospital at Home patients
Άξονας	Ασφάλεια ασθενούς και κλινική διαχείριση στη γηριατρική ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για γηριατρικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης διαδικασίας και ασφάλειας (Process / Safety indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	– (δεν εφαρμόζεται). Ο δείκτης βασίζεται σε κλινική αξιολόγηση και φαρμακευτικό έλεγχο.
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα.
Σκοπός	Η συστηματική αναγνώριση και διαχείριση της πολυφαρμακίας και των δυνητικά επικίνδυνων φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων σε ηλικιωμένους ασθενείς ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Αν η φαρμακευτική αγωγή επανεκτιμάται συστηματικά και αν εντοπίζονται έγκαιρα αλληλεπιδράσεις ή ακατάλληλα φάρμακα.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η πολυφαρμακία είναι βασικός προβλέπτης ανεπιθύμητων συμβάντων στους ηλικιωμένους. Η δομημένη επανεκτίμηση μειώνει πτώσεις, συγχύσεις και επανεισαγωγές.
Ορισμοί	Πολυφαρμακία: ταυτόχρονη λήψη ≥5 φαρμακευτικών σκευασμάτων. Κλινικά σημαντική αλληλεπίδραση: αλληλεπίδραση με δυνητικό κίνδυνο βλάβης.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό γηριατρικών ασθενών με πολυφαρμακία που έχουν υποβληθεί σε τεκμηριωμένο φαρμακευτικό έλεγχο.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών ≥65 ετών με πολυφαρμακία στους οποίους πραγματοποιήθηκε τεκμηριωμένη αξιολόγηση φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων.



Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών ≥ 65 ετών με πολυφαρμακία ενταγμένων στη ΝΟΣΠΙ.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	(Ασθενείς με φαρμακευτικό έλεγχο / Σύνολο ασθενών με πολυφαρμακία) $\times 100$
Περίοδος αναφοράς	Κατά την ένταξη στη ΝΟΣΠΙ και επανεκτίμηση ανά 30 ημέρες.
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ηλικίας ≥ 65 ετών με ενεργό επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς με μονοθεραπεία ή παρηγορική φροντίδα τελικού σταδίου.
Stratification	Ηλικιακές ομάδες, αριθμός φαρμάκων, κατηγορία νοσήματος.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται στο παρόν στάδιο.
Πηγές δεδομένων	MDS ΝΟΣΠΙ, φαρμακευτικός φάκελος, SOP φαρμακευτικής διαχείρισης.
Εργαλείο / Κριτήρια μέτρησης	STOPP/START criteria, Beers Criteria , φαρμακευτικά interaction checkers.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Επικαιροποιημένη λίστα φαρμάκων, τεκμηρίωση ημερομηνίας ελέγχου, σαφής καταγραφή αλλαγών.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων συμβάντων και ανάγκη παρέμβασης.
Στόχοι	Στόχος $\geq 90\%$ ασθενών με πολυφαρμακία να έχουν ελεγχθεί.
Ενέργειες σε απόκλιση	Φαρμακευτική ανασκόπηση, αναθεώρηση αγωγής, εκπαίδευση ομάδας.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Μείωση κινδύνων και βελτίωση ασφάλειας γηριατρικών ασθενών.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική παρακολούθηση φαρμακευτικής ασφάλειας στη γηριατρική ΝΟΣΠΙ.

7.6.8.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **G1** αντιστοιχεί σε διεθνείς δείκτες διαχείρισης πολυφαρμακίας που χρησιμοποιούνται σε γηριατρικά **Hospital at Home** και **Integrated Care** προγράμματα του World Health Organization και του Organisation for Economic Co-operation and Development, με καθιερωμένα εργαλεία τα **STOPP/START** και **Beers Criteria**.

7.6.9 Ταυτότητα Δείκτη G2- Κίνδυνος πτώσεων σε γηριατρικούς ασθενείς (Risk of falls in geriatric Hospital at Home patients)

Οι πτώσεις αποτελούν μία από τις συχνότερες και σοβαρότερες αιτίες τραυματισμού, απώλειας αυτονομίας και επανεισαγωγής στο νοσοκομείο στους ηλικιωμένους ασθενείς. Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, ο κίνδυνος πτώσεων ενισχύεται από την απουσία ελεγχόμενου νοσοκομειακού περιβάλλοντος, τις ιδιαιτερότητες της οικίας, την πολυφαρμακία,



τις διαταραχές κινητικότητας και τη γνωστική έκπτωση. Ο δείκτης G2 αποσκοπεί στη συστηματική αξιολόγηση και διαχείριση του κινδύνου πτώσεων ως βασικού δείκτη ασφάλειας και ποιότητας της γηριατρικής ΝΟΣΠΙ.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	G2 – Κίνδυνος πτώσεων. Ο κωδικός είναι μοναδικός και παραμένει αμετάβλητος.
Αγγλικός τίτλος	Risk of falls in geriatric Hospital at Home patients
Άξονας	Ασφάλεια ασθενούς και πρόληψη ανεπιθύμητων συμβάντων στη γηριατρική ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για γηριατρικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης δομής και διαδικασίας με στοιχεία έκβασης (Structure–Process / Safety indicator).
PROM / PREM	– (δεν εφαρμόζεται). Πρόκειται για κλινικό δείκτη ασφάλειας.
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, ανθρωποκεντρική φροντίδα.
Σκοπός	Η πρόληψη πτώσεων μέσω συστηματικής αναγνώρισης και διαχείρισης του κινδύνου σε γηριατρικούς ασθενείς ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Αν οι ασθενείς αξιολογούνται έγκαιρα ως προς τον κίνδυνο πτώσεων και αν εφαρμόζονται προληπτικά μέτρα.
Κλινική / λειτουργική λογική	Οι πτώσεις αποτελούν προβλέψιμο και σε μεγάλο βαθμό προλήψιμο ανεπιθύμητο συμβάν. Η τυποποιημένη εκτίμηση κινδύνου μειώνει τραυματισμούς και επανεισαγωγές.
Ορισμοί	Πτώση: ακούσια μετακίνηση του σώματος στο έδαφος ή σε χαμηλότερο επίπεδο. Υψηλός κίνδυνος: βαθμολογία άνω προκαθορισμένου ορίου σε έγκυρο εργαλείο.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό γηριατρικών ασθενών με τεκμηριωμένη εκτίμηση κινδύνου πτώσεων.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών ≥ 65 ετών στους οποίους πραγματοποιήθηκε τεκμηριωμένη εκτίμηση κινδύνου πτώσεων κατά την ένταξη ή επανεκτίμηση.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών ≥ 65 ετών ενταγμένων στη ΝΟΣΠΙ.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Ασθενείς με εκτίμηση κινδύνου} / \text{Σύνολο γηριατρικών ασθενών}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Κατά την ένταξη στη ΝΟΣΠΙ και επανεκτίμηση ανά 30 ημέρες ή μετά από πτώση.
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ηλικίας ≥ 65 ετών με ενεργό επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.



Κριτήρια εξαίρεσης	Καθηλωμένοι ασθενείς χωρίς δυνατότητα βάδισης.
Stratification	Ηλικιακή ομάδα, φύλο, κινητικότητα, πολυφαρμακία, γνωστική κατάσταση.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται στο παρόν στάδιο· ερμηνεία συγκριτική και διαχρονική.
Πηγές δεδομένων	MDS ΝΟΣΠΙ, κλινικές αξιολογήσεις, SOP πρόληψης πτώσεων.
Εργαλείο / Κριτήρια μέτρησης	Morse Fall Scale, Timed Up and Go (TUG), STRATIFY.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τεκμηρίωση ημερομηνίας αξιολόγησης, χρήση εγκεκριμένου εργαλείου, επαναληψιμότητα.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλή κάλυψη αξιολόγησης υποδηλώνει αυξημένο κίνδυνο τραυματισμών και ανεπιθύμητων εκβάσεων.
Στόχοι	Στόχος $\geq 95\%$ ασθενών με εκτίμηση κινδύνου πτώσεων.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανασκόπηση περιπτώσεων, παρεμβάσεις οικιακού περιβάλλοντος, φυσικοθεραπεία, αναθεώρηση αγωγής.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Πρόληψη πτώσεων και μείωση τραυματισμών ηλικιωμένων.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική εποπτεία δεικτών ασφάλειας και συγκριτική αξιολόγηση μονάδων.

7.6.9.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **G2** αντιστοιχεί σε καθιερωμένους διεθνείς δείκτες πρόληψης πτώσεων που εφαρμόζονται σε γηριατρικά **Hospital at Home** και **Integrated Care** προγράμματα του World Health Organization και του Organisation for Economic Co-operation and Development. Η χρήση εργαλείων όπως το **Morse Fall Scale** και το **Timed Up and Go** αποτελεί διεθνή πρακτική σε περιβάλλοντα κατ' οίκον φροντίδας.

7.6.10 Ταυτότητα Δείκτη G3- Γνωστική και λειτουργική κατάσταση ηλικιωμένου ασθενούς (Cognitive and functional status in geriatric Hospital at Home patients)

Η γνωστική και λειτουργική κατάσταση αποτελεί θεμελιώδη προσδιοριστικό παράγοντα της ασφάλειας, της αυτονομίας και της καταλληλότητας ένταξης ηλικιωμένων ασθενών σε καθεστώς Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Η γνωστική έκπτωση επηρεάζει άμεσα την ικανότητα κατανόησης οδηγιών, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και την αναγνώριση συμπτωμάτων, ενώ η λειτουργική έκπτωση καθορίζει το επίπεδο υποστήριξης που απαιτείται από το περιβάλλον και τον φροντιστή. Ο δείκτης G3 εισάγεται για να αποτυπώσει συστηματικά αυτές τις κρίσιμες εκβάσεις με τυποποιημένα, διεθνώς αποδεκτά εργαλεία, επιτρέποντας ασφαλή παρακολούθηση, συγκρισιμότητα και έγκαιρη παρέμβαση.



Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	G3 – Γνωστική και λειτουργική κατάσταση ηλικιωμένου ασθενούς. Μοναδικός και σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Cognitive and functional status in geriatric Hospital at Home patients
Άξονας	Κλινικές εκβάσεις, ασφάλεια και καταλληλότητα φροντίδας στη γηριατρική ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για γηριατρικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure) , με κλινική συμπλήρωση όπου απαιτείται.
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Αποτελεσματικότητα, ασφάλεια, ανθρωποκεντρική φροντίδα.
Σκοπός	Η συστηματική αποτύπωση της γνωστικής και λειτουργικής κατάστασης ηλικιωμένων ασθενών κατά τη διάρκεια ή μετά το επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό γνωστικής επάρκειας και λειτουργικής αυτονομίας στις βασικές και σύνθετες δραστηριότητες καθημερινής ζωής.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η επιδείνωση γνωστικών ή λειτουργικών δεξιοτήτων συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο πτώσεων, σφαλμάτων και επανεισαγωγών. Η έγκαιρη αναγνώριση επιτρέπει προσαρμογή του πλάνου φροντίδας.
Ορισμοί	<i>Γνωστική κατάσταση:</i> επίπεδο μνήμης, προσοχής και εκτελεστικών λειτουργιών. <i>Λειτουργική κατάσταση:</i> ικανότητα εκτέλεσης ADL/IADL χωρίς βοήθεια.
Μετρούμενο μέγεθος	Βαθμολογία γνωστικής λειτουργίας και επίπεδο λειτουργικής αυτονομίας.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με σταθερή ή βελτιωμένη γνωστική και λειτουργική κατάσταση σε επαναληπτική μέτρηση.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο γηριατρικών ασθενών που υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία ή ποσοστό (%) ασθενών εντός αποδεκτών ορίων.
Τύπος υπολογισμού	(Ασθενείς με σταθερή/βελτιωμένη κατάσταση / Σύνολο αξιολογημένων ασθενών) × 100 ή μεταβολή μέσης βαθμολογίας.
Περίοδος αναφοράς	Κατά την ένταξη στη ΝΟΣΠΙ και στο τέλος του επεισοδίου.
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ηλικίας ≥65 ετών με ενεργό επεισόδιο ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς σε τελικό στάδιο νόσου με παρηγορικό στόχο.
Stratification	Ηλικία, φύλο, διάγνωση, επίπεδο φροντίδας, παρουσία φροντιστή.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· ερμηνεία βασισμένη σε διαχρονική μεταβολή.



Πηγές δεδομένων	MDS ΝΟΣΠΙ, κλινικά αρχεία, συμπληρωμένα εργαλεία αξιολόγησης.
Εργαλείο μέτρησης	MMSE ή MoCA για γνωστική λειτουργία και ADL / IADL (Katz, Lawton) για λειτουργική αυτονομία.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Χρήση πιστοποιημένων εκδόσεων, τυποποιημένη χορήγηση, καταγραφή ημερομηνίας και βαθμολογίας.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Μείωση βαθμολογίας υποδηλώνει ανάγκη ενίσχυσης υποστήριξης ή αναθεώρησης ΝΟΣΠΙ.
Κατώφλια / Στόχοι	Στόχος $\geq 80\%$ ασθενών με σταθερή ή βελτιωμένη λειτουργική κατάσταση.
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση πλάνου φροντίδας, φυσικοθεραπεία, ενίσχυση φροντιστή.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Τεκμηρίωση καταλληλότητας και ασφάλειας γηριατρικής φροντίδας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Συγκριτική αξιολόγηση εκβάσεων και ωριμότητας μονάδων ΝΟΣΠΙ.

7.6.10.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **G3** αντιστοιχεί σε διεθνώς καθιερωμένους δείκτες γνωστικής και λειτουργικής έκβασης που χρησιμοποιούνται σε γηριατρικά **Hospital at Home** και **Integrated Care** προγράμματα του World Health Organization και του Organisation for Economic Co-operation and Development. Τα εργαλεία **MMSE/MoCA** και **ADL/IADL** αποτελούν πρότυπα αξιολόγησης σε διεθνή benchmarking πλαίσια.

7.6.11 Ταυτότητα Δείκτη G4- Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία ηλικιωμένου ασθενούς (Perceived functional independence in geriatric Hospital at Home patients)

Η λειτουργική αυτονομία δεν ταυτίζεται πλήρως με την αντικειμενικά μετρήσιμη ικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής. Στους ηλικιωμένους ασθενείς, και ιδιαίτερα στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, η **αντιλαμβανόμενη** αυτονομία επηρεάζει άμεσα τη συμμόρφωση στη θεραπεία, τη διάθεση για ενεργό συμμετοχή στη φροντίδα και τη συνολική αποδοχή του μοντέλου. Ο δείκτης G4 αποτυπώνει την υποκειμενική εκτίμηση του ίδιου του ασθενούς για το επίπεδο λειτουργικής του ανεξαρτησίας, συμπληρώνοντας τους αντικειμενικούς δείκτες λειτουργικότητας (G3) και παρέχοντας ολοκληρωμένη εικόνα της γηριατρικής έκβασης.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	G4 – Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία ηλικιωμένου ασθενούς. Σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Perceived functional independence in geriatric Hospital at Home patients



Άξονας	Εκβάσεις φροντίδας και ανθρωποκεντρική ποιότητα στη γηριατρική ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για γηριατρικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποτελεσματικότητα, ισότητα.
Σκοπός	Η αποτύπωση της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας του ηλικιωμένου να λειτουργεί αυτόνομα στην καθημερινότητά του κατά τη ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Την υποκειμενική εκτίμηση του ασθενούς για κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση και συνήθεις δραστηριότητες.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η χαμηλή αντιλαμβανόμενη αυτονομία συνδέεται με αυξημένη εξάρτηση, άγχος και μειωμένη συμμόρφωση. Η μέτρηση επιτρέπει έγκαιρη υποστηρικτική παρέμβαση.
Ορισμοί	Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία: η προσωπική εκτίμηση του ασθενούς για την ικανότητά του να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες χωρίς βοήθεια.
Μετρούμενο μέγεθος	Βαθμολογία ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία, εστιασμένη στη λειτουργικότητα.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με βαθμολογία EQ-5D εντός αποδεκτού εύρους λειτουργικής αυτονομίας.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο γηριατρικών ασθενών που συμπλήρωσαν το εργαλείο EQ-5D.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία δείκτη EQ-5D ή ποσοστό (%) ασθενών άνω κατωφλίου.
Τύπος υπολογισμού	(Ασθενείς με αποδεκτή αυτονομία / Σύνολο συμπληρωμένων EQ-5D) × 100 ή μέση τιμή δείκτη.
Περίοδος αναφοράς	Κατά την ένταξη στη ΝΟΣΠΙ και στο τέλος του επεισοδίου.
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ηλικίας ≥65 ετών με γνωστική ικανότητα συμπλήρωσης PROM.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς με σοβαρή άνοια χωρίς δυνατότητα αξιόπιστης αυτοαναφοράς.
Stratification	Ηλικία, φύλο, διάγνωση, διάρκεια ΝΟΣΠΙ, παρουσία φροντιστή.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· ανάλυση διαχρονικής μεταβολής.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια EQ-5D (3L ή 5L).
Εργαλείο μέτρησης	EQ-5D (EuroQol) – διαστάσεις κινητικότητας, αυτοεξυπηρέτησης, συνήθων δραστηριοτήτων.



Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Χρήση εγκεκριμένης μετάφρασης, πλήρης συμπλήρωση, σταθερός χρόνος χορήγησης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές βαθμολογίες υποδηλώνουν ανάγκη ενίσχυσης λειτουργικής υποστήριξης.
Στόχοι	Στόχος: ≥70% ασθενών με διατήρηση ή βελτίωση λειτουργικής αυτονομίας.
Ενέργειες σε απόκριση	Φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, προσαρμογές οικιακού περιβάλλοντος.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Παρακολούθηση ανθρωποκεντρικών εκβάσεων και ποιότητας ζωής.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Συγκριτική αξιολόγηση λειτουργικών εκβάσεων και ισότητας φροντίδας.

7.6.11.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **G4** ευθυγραμμίζεται με τη χρήση του **EQ-5D** σε προγράμματα **Hospital at Home**, γηριατρικής φροντίδας και πλαίσια αξιολόγησης ποιότητας ζωής του World Health Organization και του Organisation for Economic Co-operation and Development. Το EQ-5D αποτελεί βασικό εργαλείο διεθνούς benchmarking για λειτουργική αυτονομία και ποιότητα ζωής.

7.6.12 Ταυτότητα Δείκτη G5- Ποιότητα ζωής ηλικιωμένου ασθενούς (Quality of life in older adults receiving Hospital at Home care)

Η ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους ασθενείς αποτελεί σύνθετη, πολυδιάστατη έκβαση που υπερβαίνει την κλινική σταθερότητα και τη λειτουργική ικανότητα. Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από παράγοντες όπως η αίσθηση ασφάλειας, η αυτονομία, η κοινωνική συμμετοχή, η αξιοπρέπεια και η προσαρμογή στις αλλαγές υγείας. Ο δείκτης G5 αποτυπώνει συστηματικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων μέσω ειδικού, ηλικιακά προσαρμοσμένου εργαλείου, επιτρέποντας τεκμηριωμένη αξιολόγηση της πραγματικής επίπτωσης της ΝΟΣΠΙ στην καθημερινή ζωή του ασθενούς.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	G5 – Ποιότητα ζωής ηλικιωμένου ασθενούς. Σταθερός και μοναδικός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Quality of life in older adults receiving Hospital at Home care
Αξονας	Εκβάσεις φροντίδας και ανθρωποκεντρική ποιότητα στη γηριατρική ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για γηριατρικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)



Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποτελεσματικότητα, ισότητα.
Σκοπός	Η συστηματική αποτύπωση της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων ασθενών που λαμβάνουν Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι.
Τι αξιολογεί	Υποκειμενική εκτίμηση ευεξίας σε τομείς όπως αυτονομία, κοινωνικές σχέσεις, αισθητηριακές λειτουργίες, δραστηριότητες και στάση απέναντι στο γήρας.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η διατήρηση ή βελτίωση της ποιότητας ζωής αποτελεί βασικό κριτήριο επιτυχίας της ΝΟΣΠΙ στους ηλικιωμένους και συνδέεται με μειωμένες επιπλοκές και καλύτερη συμμόρφωση.
Ορισμοί	Ποιότητα ζωής: η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο της υγείας και των αξιών του.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής βάσει πολυδιάστατου εργαλείου.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με συνολική βαθμολογία WHOQOL-OLD εντός ή άνω προκαθορισμένου εύρους ποιότητας ζωής.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο γηριατρικών ασθενών που συμπλήρωσαν το εργαλείο WHOQOL-OLD.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία κλίμακας ή ποσοστό (%) ασθενών άνω κατωφλίου.
Τύπος υπολογισμού	$\left(\frac{\text{Ασθενείς με αποδεκτή/υψηλή ποιότητα ζωής}}{\text{Σύνολο συμπληρωμένων εργαλείων}} \times 100 \right)$ ή μέση τιμή βαθμολογίας.
Περίοδος αναφοράς	Κατά την ένταξη στη ΝΟΣΠΙ και στο τέλος του επεισοδίου.
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ηλικίας ≥ 65 ετών με ικανότητα συμπλήρωσης PROM.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς με σοβαρή γνωστική έκπτωση χωρίς δυνατότητα αξιόπιστης αυτοαναφοράς.
Stratification	Ηλικία, φύλο, διάγνωση, διάρκεια ΝΟΣΠΙ, κοινωνική υποστήριξη.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· ερμηνεία διαχρονική και συγκριτική.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια WHOQOL-OLD.
Εργαλείο μέτρησης	WHOQOL-OLD (αισθητηριακές λειτουργίες, αυτονομία, παρελθόν–παρόν–μέλλον, κοινωνική συμμετοχή, θάνατος και θνήσκον, οικειότητα).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Χρήση εγκεκριμένης μετάφρασης, πλήρης συμπλήρωση, σταθερός χρόνος χορήγησης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές βαθμολογίες υποδηλώνουν ανάγκη κοινωνικής, ψυχολογικής ή λειτουργικής υποστήριξης.
Στόχοι	Στόχος: $\geq 75\%$ ασθενών με διατήρηση ή βελτίωση ποιότητας ζωής.
Ενέργειες σε απόκλιση	Παρεμβάσεις κοινωνικής υποστήριξης, προσαρμογή πλάνου φροντίδας, ενίσχυση αυτονομίας.



Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Αξιολόγηση πραγματικής επίπτωσης της φροντίδας στην καθημερινή ζωή.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Συγκριτική αξιολόγηση ανθρωποκεντρικών εκβάσεων και στρατηγικός σχεδιασμός.

7.6.12.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **G5** βασίζεται στο εργαλείο **WHOQOL-OLD**, το οποίο έχει αναπτυχθεί από τον World Health Organization και χρησιμοποιείται διεθνώς για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων σε πλαίσια κατ' οίκον φροντίδας και ολοκληρωμένης φροντίδας. Η χρήση του υποστηρίζει συγκρισιμότητα αποτελεσμάτων σε επίπεδο χωρών, όπως προτείνεται και από τον Organisation for Economic Co-operation and Development στο πλαίσιο ανθρωποκεντρικών εκβάσεων.

7.6.13 Ταυτότητα Δείκτη G6-Κοινωνική απομόνωση (Social isolation)

Η κοινωνική απομόνωση (social isolation) στους ηλικιωμένους ασθενείς αποτελεί **αυτόνομο και τεκμηριωμένο παράγοντα κινδύνου** για δυσμενείς κλινικές και λειτουργικές εκβάσεις. Δεν ταυτίζεται με τη μοναξιά ως υποκειμενικό συναίσθημα, αλλά αναφέρεται στην **αντικειμενική έλλειψη κοινωνικών επαφών, υποστήριξης και συμμετοχής**.

Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), ο κίνδυνος κοινωνικής απομόνωσης: **εντείνεται** λόγω περιορισμένης κινητικότητας, μπορεί να **αποκρυφτεί** πίσω από την κλινική σταθερότητα, και επηρεάζει άμεσα: τη συμμόρφωση στη φροντίδα, την ψυχική κατάσταση, τη λειτουργική αυτονομία, την ανάγκη μελλοντικής ιδρυματικής φροντίδας.

Ο δείκτης G6 εισάγεται για να διασφαλίσει ότι η ΝΟΣΠΙ **δεν αξιολογείται μόνο ως κλινική υπηρεσία**, αλλά και ως **παρέμβαση που οφείλει να διατηρεί ή να ενισχύει την κοινωνική λειτουργικότητα του ηλικιωμένου**.

Πεδίο	Περιγραφή
Κωδικός & Τίτλος	G6 – Κοινωνική απομόνωση
Αγγλικός τίτλος	Social isolation
Άξονας	Γηριατρικοί εξειδικευμένοι δείκτες
Χαρακτηρισμός	Εξειδικευμένος δείκτης
Τύπος δείκτη	Έκβασης (Outcome)
Φύση μέτρησης	PROM (Patient-Reported Outcome Measure – Μέτρο Εκβάσεων που αναφέρονται από τον ασθενή)
Τι αξιολογεί	Τον βαθμό κοινωνικής απομόνωσης του ηλικιωμένου κατά τη διάρκεια της ΝΟΣΠΙ
Κλινική και λειτουργική λογική	Η κοινωνική απομόνωση σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα, κατάθλιψη, πτώσεις, γνωστική επιδείνωση και αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας



Εργαλείο μέτρησης	UCLA Loneliness Scale (short form)
Διεθνής τεκμηρίωση	OECD Ageing, WHO Healthy Ageing
Πληθυσμός αναφοράς	Ηλικιωμένοι ασθενείς που λαμβάνουν φροντίδα ΝΟΣΠΙ
Χρόνος μέτρησης	Κατά την ένταξη και επαναληπτικά σε προκαθορισμένα χρονικά σημεία
Πηγές δεδομένων	Δομημένο ερωτηματολόγιο PROM
Ρόλος ΟΔΙΠΥ	Καθορισμός ορίων, παρακολούθηση τάσεων, αξιολόγηση κινδύνου κοινωνικής ευαλωτότητας
Χρήση δείκτη	Κλινική εγρήγορση, κοινωνική διασύνδεση, σχεδιασμός υποστηρικτικών παρεμβάσεων
Σχέση με άλλους δείκτες	Συνδέεται με G4 (αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία), G5 (ποιότητα ζωής), CG δείκτες φροντιστή

Παράδειγμα υπολογισμού

Σε μία μονάδα ΝΟΣΠΙ παρακολουθούνται **40 ηλικιωμένοι ασθενείς**.

Με χρήση της **UCLA Loneliness Scale (short form)**, ορίζεται ως: **κλινικά σημαντική κοινωνική απομόνωση**: βαθμολογία $\geq$ προκαθορισμένου ορίου.

Αποτελέσματα: 12 ασθενείς εμφανίζουν βαθμολογία που υποδηλώνει κοινωνική απομόνωση, 28 ασθενείς δεν εμφανίζουν κοινωνική απομόνωση

Υπολογισμός δείκτη:

Αριθμός ασθενών με κοινωνική απομόνωση

÷

Σύνολο ηλικιωμένων ασθενών ΝΟΣΠΙ

$$12 / 40 \times 100 = 30\%$$

Ερμηνεία αποτελέσματος

Τιμή **30%** σημαίνει ότι: σχεδόν **1 στους 3 ηλικιωμένους** βιώνει κοινωνική απομόνωση, απαιτείται: ενεργοποίηση κοινωνικών υπηρεσιών, ενίσχυση ρόλου φροντιστή, διασύνδεση με κοινοτικές δομές, επανεκτίμηση της καταλληλότητας του κατ' οίκον πλαισίου.

Ο δείκτης **δεν χρησιμοποιείται τιμωρητικά**, αλλά: ως **σήμα έγκαιρης προειδοποίησης**, ως εργαλείο ολιστικής αξιολόγησης.

Benchmarking και διεθνή σημεία αναφοράς

Σε διεθνή προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας: ποσοστά κοινωνικής απομόνωσης **>25–30%** θεωρούνται αυξημένου κινδύνου, ο δείκτης χρησιμοποιείται: από τον **OECD** σε ageing indicators, από τον **WHO** στο πλαίσιο Healthy Ageing, σε προγράμματα integrated care και community-based services.



Η ενσωμάτωση του G6 στο παρόν: ευθυγραμμίζει τη ΝΟΣΠΙ με **διεθνή πρότυπα γηριατρικής αξιολόγησης**, τεκμηριώνει ότι η φροντίδα στο σπίτι **δεν απομονώνει κοινωνικά τον ασθενή**, υποστηρίζει **value-based logic**, καθώς η κοινωνική ένταξη μειώνει μελλοντικές δαπάνες υγείας.

7.6.14 Ταυτότητα Δείκτη G7- Αντιλαμβανόμενη αξιοπρέπεια ηλικιωμένου ασθενούς (Perceived dignity in geriatric Hospital at Home patients)

Η αξιοπρέπεια αποτελεί κεντρική αρχή της γηριατρικής φροντίδας και κρίσιμη διάσταση ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι. Για τους ηλικιωμένους, η εμπειρία ασθένειας και εξάρτησης μπορεί να απειλήσει την αυτοεκτίμηση, την αίσθηση ελέγχου, την ιδιωτικότητα και τον σεβασμό της προσωπικότητας. Η κατ' οίκον φροντίδα έχει τη δυνατότητα να ενισχύσει την αξιοπρέπεια, εφόσον οργανώνεται με ανθρωποκεντρική προσέγγιση, σαφή επικοινωνία και σεβασμό στις αξίες του ασθενούς. Ο δείκτης G7 αποτυπώνει συστηματικά την **υποκειμενική εμπειρία αξιοπρέπειας** ως βασική έκβαση ποιότητας στη γηριατρική ΝΟΣΠΙ.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	G7 – Αντιλαμβανόμενη αξιοπρέπεια ηλικιωμένου ασθενούς. Μοναδικός και σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Perceived dignity in geriatric Hospital at Home patients
Άξονας	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, εκβάσεις ποιότητας και ηθικές διαστάσεις γηριατρικής ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για γηριατρικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, ισότητα, αποτελεσματικότητα.
Σκοπός	Η συστηματική αποτύπωση του βαθμού στον οποίο οι ηλικιωμένοι ασθενείς βιώνουν τη φροντίδα τους ως αξιοπρεπή, σεβαστική και ενισχυτική της προσωπικής τους αξίας.
Τι αξιολογεί	Αίσθηση σεβασμού, αυτονομίας, ιδιωτικότητας, ελέγχου, κοινωνικής αξίας και νοήματος.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η μειωμένη αξιοπρέπεια συσχετίζεται με κατάθλιψη, απόσυρση και μειωμένη αποδοχή της φροντίδας. Η μέτρηση επιτρέπει έγκαιρες ανθρωποκεντρικές παρεμβάσεις.
Ορισμοί	Αντιλαμβανόμενη αξιοπρέπεια: η υποκειμενική εμπειρία σεβασμού, αυτονομίας και νοήματος που αποδίδει ο ασθενής στη φροντίδα που λαμβάνει.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία αξιοπρέπειας βάσει πολυδιάστατου εργαλείου.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με βαθμολογία PDI εντός αποδεκτού εύρους χαμηλής απειλής αξιοπρέπειας.



Παρονομαστής (D)	Σύνολο γηριατρικών ασθενών που συμπλήρωσαν το εργαλείο PDI.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία PDI ή ποσοστό (%) ασθενών άνω/κάτω κατωφλίου.
Τύπος υπολογισμού	(Ασθενείς με αποδεκτή αξιοπρέπεια / Σύνολο συμπληρωμένων εργαλείων) × 100 ή μέση τιμή βαθμολογίας.
Περίοδος αναφοράς	Στο τέλος του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ ή σε επεισόδια διάρκειας ≥14 ημερών.
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ηλικίας ≥65 ετών με δυνατότητα αξιόπιστης αυτοαναφοράς.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς με σοβαρή γνωστική έκπτωση χωρίς δυνατότητα proxy αναφοράς.
Stratification	Ηλικία, φύλο, επίπεδο λειτουργικότητας, κοινωνική υποστήριξη, διάρκεια ΝΟΣΠΙ.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· ερμηνεία διαχρονική και συγκριτική.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια Patient Dignity Inventory.
Εργαλείο μέτρησης	Patient Dignity Inventory (PDI) – διαστάσεις αξιοπρέπειας, αυτονομίας, ψυχοκοινωνικής ευεξίας.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Χρήση εγκεκριμένης μετάφρασης, ανωνυμία, πλήρης συμπλήρωση, σταθερός χρόνος χορήγησης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλές βαθμολογίες απειλής αξιοπρέπειας υποδηλώνουν ανάγκη άμεσης ανθρωποκεντρικής παρέμβασης.
Στόχοι	Στόχος: ≥80% ασθενών με χαμηλή απειλή αξιοπρέπειας.
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση προσωπικού σε dignity-conserving care, αναθεώρηση επικοινωνίας και διαδικασιών.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ενίσχυση ανθρωποκεντρικής φροντίδας και σεβασμού της προσωπικότητας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση ηθικής ποιότητας και ωριμότητας γηριατρικών μονάδων ΝΟΣΠΙ.

7.6.14.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **G7** βασίζεται στο **Patient Dignity Inventory (PDI)**, εργαλείο διεθνώς αναγνωρισμένο για τη μέτρηση της αξιοπρέπειας σε ηλικιωμένους και ευάλωτους πληθυσμούς. Η ένταξή του ευθυγραμμίζεται με το πλαίσιο **Healthy Ageing** του World Health Organization και με διεθνείς πρακτικές ανθρωποκεντρικής φροντίδας που προωθούνται από τον Organisation for Economic Co-operation and Development.



7.6.15 Ταυτότητα Δείκτη ON1- Διαχείριση συμπτωμάτων ογκολογικού ασθενούς (Oncology symptom management in Hospital at Home)

Η αποτελεσματική διαχείριση συμπτωμάτων αποτελεί κεντρική έκβαση της ογκολογικής φροντίδας και κρίσιμο κριτήριο ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι. Ογκολογικοί ασθενείς συχνά βιώνουν σύνθετα και μεταβαλλόμενα συμπτώματα, όπως πόνο, κόπωση, ναυτία, δύσπνοια, άγχος και καταθλιπτική διάθεση, τα οποία επηρεάζουν άμεσα τη λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής και τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Στο κατ' οίκον περιβάλλον, η συστηματική και τυποποιημένη καταγραφή συμπτωμάτων μέσω PROM αποτελεί βασικό μηχανισμό έγκαιρης παρέμβασης και αποτροπής επιπλοκών. Ο δείκτης ON1 αποτυπώνει την ικανότητα της ΝΟΣΠΙ να αναγνωρίζει, να παρακολουθεί και να διαχειρίζεται αποτελεσματικά το φορτίο συμπτωμάτων των ογκολογικών ασθενών.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	ON1 – Διαχείριση συμπτωμάτων ογκολογικού ασθενούς. Μοναδικός και σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Oncology symptom management in Hospital at Home
Άξονας	Κλινικές εκβάσεις και ανθρωποκεντρική ποιότητα στην ογκολογική ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για ογκολογικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Αποτελεσματικότητα, ασφάλεια, ανθρωποκεντρική φροντίδα.
Σκοπός	Η συστηματική αποτύπωση και παρακολούθηση της έντασης και εξέλιξης των βασικών συμπτωμάτων ογκολογικών ασθενών στη ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Τον συνολικό φόρτο συμπτωμάτων και την ανταπόκριση της φροντίδας στη μείωση ή σταθεροποίησή τους.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η ανεπαρκής διαχείριση συμπτωμάτων οδηγεί σε επείγουσες εισαγωγές, διακοπές θεραπείας και επιδείνωση ποιότητας ζωής. Η συστηματική αυτοαναφορά επιτρέπει έγκαιρη προσαρμογή παρεμβάσεων.
Ορισμοί	Διαχείριση συμπτωμάτων: η αναγνώριση, παρακολούθηση και κλινική αντιμετώπιση σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων που αναφέρει ο ασθενής.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία και επιμέρους βαθμολογίες συμπτωμάτων.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με βελτίωση ή σταθεροποίηση του συνολικού φορτίου συμπτωμάτων βάσει επαναληπτικής μέτρησης.



Παρονομαστής (D)	Σύνολο ογκολογικών ασθενών που συμπλήρωσαν το εργαλείο ESAS-r τουλάχιστον δύο φορές.
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία συμπτωμάτων ή ποσοστό (%) ασθενών με κλινικά σημαντική βελτίωση.
Τύπος υπολογισμού	(Ασθενείς με βελτίωση/σταθερότητα / Σύνολο αξιολογημένων ασθενών) × 100 ή μεταβολή μέσης βαθμολογίας.
Περίοδος αναφοράς	Κατά την ένταξη στη ΝΟΣΠΙ και εβδομαδιαία ή στο τέλος επεισοδίου.
Κριτήρια ένταξης	Ογκολογικοί ασθενείς ενταγμένοι σε ΝΟΣΠΙ ανεξαρτήτως σταδίου νόσου.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς που αδυνατούν να συμπληρώσουν PROM χωρίς proxy δυνατότητα.
Stratification	Τύπος καρκίνου, στάδιο νόσου, θεραπευτικό σχήμα, διάρκεια ΝΟΣΠΙ.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· ερμηνεία βασισμένη σε διαχρονική μεταβολή.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια ESAS-r, MDS ΝΟΣΠΙ.
Εργαλείο μέτρησης	Edmonton Symptom Assessment System – revised (ESAS-r).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τυποποιημένη χορήγηση, σαφής χρονικός ορίζοντας αναφοράς, πλήρης συμπλήρωση.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλό ή επιδεινούμενο φορτίο συμπτωμάτων υποδηλώνει ανάγκη άμεσης κλινικής παρέμβασης.
Στόχοι	Στόχος: ≥70% ασθενών με σταθεροποίηση ή μείωση συνολικής βαθμολογίας ESAS-r.
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση φαρμακευτικής αγωγής, υποστηρικτικές παρεμβάσεις, κλιμάκωση φροντίδας.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση καθημερινής διαχείρισης συμπτωμάτων και πρόληψη επιπλοκών.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση ποιότητας ογκολογικής ΝΟΣΠΙ και συγκριτική αξιολόγηση εκβάσεων.

7.6.15.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **ON1** βασίζεται στο **ESAS-r**, εργαλείο διεθνώς καθιερωμένο για τη μέτρηση συμπτωμάτων σε ογκολογικούς ασθενείς και συνιστώμενο από την American Society of Clinical Oncology και την European Society for Medical Oncology. Η χρήση του ESAS-r σε κατ' οίκον και εξωνοσοκομειακά ογκολογικά προγράμματα αποτελεί βέλτιστη πρακτική διεθνούς benchmarking.

7.6.16 Ταυτότητα Δείκτη ON2- Συμμόρφωση σε ογκολογικά θεραπευτικά σχήματα (Adherence to oncology treatment regimens in Hospital at Home)

Η συμμόρφωση στα ογκολογικά θεραπευτικά σχήματα αποτελεί κρίσιμο παράγοντα κλινικής αποτελεσματικότητας, ασφάλειας και συνολικής έκβασης της ογκολογικής φροντίδας. Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, όπου σημαντικό μέρος της θεραπείας (φαρμακευτική αγωγή, υποστηρικτικά σχήματα, από του στόματος αντικαρκινικά) υλοποιείται εκτός ελεγχόμενου νοσοκομειακού περιβάλλοντος, η συστηματική παρακολούθηση της συμμόρφωσης αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα. Η μη συμμόρφωση μπορεί να οδηγήσει σε υποθεραπεία, τοξικότητα, ανθεκτικότητα και ψευδή εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της ΝΟΣΠΙ. Ο δείκτης ON2 αποτυπώνει τη λειτουργική ικανότητα της μονάδας να διασφαλίζει ότι τα θεραπευτικά σχήματα εφαρμόζονται όπως έχουν σχεδιαστεί.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	ON2 – Συμμόρφωση σε ογκολογικά θεραπευτικά σχήματα. Σταθερός και μοναδικός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Adherence to oncology treatment regimens in Hospital at Home
Άξονας	Κλινικές διαδικασίες και αποτελεσματικότητα ογκολογικής ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για ογκολογικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης διαδικασίας (Process indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται (δεν αποτελεί μέτρο αυτοαναφοράς).
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Αποτελεσματικότητα, ασφάλεια, εγκαιρότητα.
Σκοπός	Η αξιολόγηση του βαθμού εφαρμογής των προβλεπόμενων ογκολογικών θεραπευτικών σχημάτων σύμφωνα με το εγκεκριμένο πλάνο φροντίδας.
Τι αξιολογεί	Τη συνέπεια στη λήψη, χορήγηση και παρακολούθηση των ογκολογικών θεραπειών.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η συμμόρφωση αποτελεί προϋπόθεση για την αξιολόγηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και την πρόληψη ανεπιθύμητων εκβάσεων.
Ορισμοί	Συμμόρφωση: ο βαθμός στον οποίο η χορήγηση και λήψη της θεραπείας ακολουθεί το εγκεκριμένο θεραπευτικό σχήμα.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό επεισοδίων ΝΟΣΠΙ με πλήρη ή αποδεκτή συμμόρφωση.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ογκολογικών επεισοδίων ΝΟΣΠΙ στα οποία το θεραπευτικό σχήμα εφαρμόστηκε πλήρως ή με τεκμηριωμένες αποκλίσεις.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ογκολογικών επεισοδίων ΝΟΣΠΙ με ενεργό θεραπευτικό σχήμα.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) συμμόρφωσης.
Τύπος υπολογισμού	$\left(\frac{\text{Επεισόδια με συμμόρφωση}}{\text{Σύνολο επιλέξιμων επεισοδίων}} \right) \times 100$



Περίοδος αναφοράς	Ανά επεισόδιο ΝΟΣΠΙ και σε μηνιαία συγκεντρωτική βάση.
Κριτήρια ένταξης	Ογκολογικοί ασθενείς με ενεργό θεραπευτικό σχήμα στο πλαίσιο ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαιρέσεως	Ασθενείς σε καθαρά παρηγορική φάση χωρίς ενεργό θεραπευτικό πλάνο.
Stratification	Τύπος θεραπείας (IV, από του στόματος), στάδιο νόσου, ηλικιακή ομάδα.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· ερμηνεία διαδικαστική και συγκριτική.
Πηγές δεδομένων	MDS ΝΟΣΠΙ, φαρμακευτικά αρχεία, SOPs χορήγησης, checklist συμμόρφωσης.
Εργαλείο μέτρησης	Medication Adherence Checklist προσαρμοσμένο σε ογκολογικά σχήματα.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τεκμηρίωση κάθε απόκλισης, διασταύρωση με φαρμακευτικά αρχεία, χρονική συνέπεια.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλή συμμόρφωση υποδηλώνει αυξημένο κίνδυνο θεραπευτικής αποτυχίας ή τοξικότητας.
Στόχοι	Στόχος: ≥90% συμμόρφωση σε εγκεκριμένα θεραπευτικά σχήματα.
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση SOP, εκπαίδευση ασθενών/φροντιστών, κλινική επανεκτίμηση.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Διασφάλιση ορθής εφαρμογής θεραπείας και πρόληψη επιπλοκών.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση ποιότητας διαδικασιών και συμμόρφωσης σε εθνικό επίπεδο.

7.6.16.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **ON2** ευθυγραμμίζεται με τους **Quality Indicators της European Society for Medical Oncology (ESMO)** για τη συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα και με διεθνείς πρακτικές ογκολογικής φροντίδας κατ' οίκον. Η συστηματική χρήση checklists συμμόρφωσης αποτελεί καθιερωμένο μηχανισμό ποιοτικού ελέγχου σε εξωνοσοκομειακά και Hospital at Home προγράμματα.

7.6.17 Ταυτότητα Δείκτη ON3- Έγκαιρη αναγνώριση θεραπευτικών επιπλοκών (Early detection of treatment-related complications in Hospital at Home oncology care)

Η έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών αποτελεί έναν από τους πλέον κρίσιμους δείκτες ασφάλειας στην ογκολογική φροντίδα και αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, όπου απουσιάζει η συνεχής φυσική επιτήρηση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Οι ογκολογικές θεραπείες συνδέονται με δυνητικά σοβαρές επιπλοκές, όπως λοιμώξεις, αιματολογική τοξικότητα, γαστρεντερικές διαταραχές, θρομβοεμβολικά επεισόδια και οξείες αντιδράσεις. Η αποτελεσματικότητα της ΝΟΣΠΙ εξαρτάται από την ικανότητά της να αναγνωρίζει



έγκαιρα τα πρώιμα σημεία επιδείνωσης και να ενεργοποιεί άμεσα μηχανισμούς κλιμάκωσης φροντίδας. Ο δείκτης ON3 αποτυπώνει ακριβώς αυτή τη λειτουργική και κλινική ετοιμότητα.

Πεδίο**Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη**

Κωδικός & Τίτλος	ON3 – Έγκαιρη αναγνώριση θεραπευτικών επιπλοκών. Σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Early detection of treatment-related complications in Hospital at Home
Άξονας	Ασφάλεια ασθενών και κλινική επαγρύπνηση στην ογκολογική ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για ογκολογικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Υβριδικός δείκτης Διαδικασίας–Έκβασης / Ασφάλειας (Process–Outcome / Safety).
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται (κλινικός δείκτης ασφάλειας).
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, εγκαιρότητα, αποτελεσματικότητα.
Σκοπός	Η αξιολόγηση της ικανότητας της ΝΟΣΠΙ να ανιχνεύει έγκαιρα θεραπευτικές επιπλοκές και να ενεργοποιεί έγκαιρα κατάλληλη κλιμάκωση φροντίδας.
Τι αξιολογεί	Την έγκαιρη αναγνώριση, τεκμηρίωση και κλινική ανταπόκριση σε επιπλοκές ογκολογικής θεραπείας.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η καθυστέρηση αναγνώρισης επιπλοκών αυξάνει τον κίνδυνο επείγουσας εισαγωγής, σοβαρής νοσηρότητας ή θνησιμότητας.
Ορισμοί	Θεραπευτική επιπλοκή: κάθε ανεπιθύμητο κλινικό συμβάν σχετιζόμενο με ογκολογική θεραπεία που απαιτεί αξιολόγηση ή παρέμβαση.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό επιπλοκών που αναγνωρίστηκαν εντός προκαθορισμένου χρονικού ορίου.
Αριθμητής (N)	Αριθμός επιπλοκών που αναγνωρίστηκαν και τεκμηριώθηκαν εντός του προβλεπόμενου χρόνου από την έναρξη συμπτωμάτων.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο καταγεγραμμένων θεραπευτικών επιπλοκών σε ογκολογικούς ασθενείς ΝΟΣΠΙ.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) έγκαιρης αναγνώρισης.
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Έγκαιρα αναγνωρισμένες επιπλοκές} / \text{Σύνολο επιπλοκών}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Συνεχής καταγραφή, με μηνιαία ή τριμηνιαία συγκεντρωτική ανάλυση.
Κριτήρια ένταξης	Ογκολογικοί ασθενείς ΝΟΣΠΙ με ενεργή θεραπεία και καταγεγραμμένες επιπλοκές.



Κριτήρια εξαίρεσης	Προγραμματισμένες και αναμενόμενες ήπιες ανεπιθύμητες ενέργειες χωρίς κλινική επίπτωση.
Stratification	Τύπος θεραπείας, είδος επιπλοκής, στάδιο νόσου, τρόπος παρακολούθησης (τηλεϊατρική/επίσκεψη).
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· δείκτης ασφάλειας με απόλυτη ερμηνεία.
Πηγές δεδομένων	MDS ΝΟΣΠΙ, κλινικά αρχεία, τηλεπαρακολούθηση, incident reports.
Εργαλείο / Μηχανισμός	Clinical escalation protocols & early warning criteria για ογκολογικούς ασθενείς.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Σαφής χρονοσήμανση, πλήρης τεκμηρίωση συμβάντος, συσχέτιση με απόκριση.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλό ποσοστό υποδηλώνει ανεπαρκή επιτήρηση ή καθυστέρηση απόκρισης.
Στόχοι	Στόχος: $\geq 90\%$ των επιπλοκών να αναγνωρίζονται εντός καθορισμένου χρόνου.
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση escalation protocols, εκπαίδευση προσωπικού, βελτίωση τηλεπαρακολούθησης.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ενίσχυση κλινικής επαγρύπνησης και πρόληψη σοβαρών ανεπιθύμητων εκβάσεων.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση ασφάλειας ογκολογικής ΝΟΣΠΙ και στοχευμένες παρεμβάσεις ποιότητας.

7.6.17.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **ON3** ευθυγραμμίζεται με τις κατευθυντήριες οδηγίες της American Society of Clinical Oncology (ASCO) για την έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση θεραπευτικών επιπλοκών, καθώς και με διεθνή μοντέλα κλινικής κλιμάκωσης φροντίδας σε εξωνοσοκομειακά και Hospital at Home προγράμματα.

7.6.18 Ταυτότητα Δείκτη ON4- Φορτίο συμπτωμάτων ογκολογικού ασθενούς (Patient-reported symptom burden in Hospital at Home oncology care)

Το συνολικό φορτίο συμπτωμάτων αποτελεί βασική έκβαση ποιότητας στην ογκολογική φροντίδα και κεντρικό σημείο διαφοροποίησης της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι από την απλή μεταφορά υπηρεσιών εκτός νοσοκομείου. Ογκολογικοί ασθενείς συχνά βιώνουν πολλαπλά, ταυτόχρονα συμπτώματα με αθροιστική επίδραση στη λειτουργικότητα, στην ψυχική υγεία και στη συμμόρφωση στη θεραπεία. Η μέτρηση του φορτίου συμπτωμάτων μέσω PROM επιτρέπει την ολιστική αξιολόγηση της εμπειρίας του ασθενούς και τη στοχευμένη προσαρμογή της φροντίδας. Ο δείκτης ON4 αποτυπώνει το βαθμό στον οποίο η ΝΟΣΠΙ καταφέρνει να περιορίζει ή να σταθεροποιεί το συνολικό φορτίο συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.

Πεδίο

Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη



Κωδικός & Τίτλος	ON4 – Φορτίο συμπτωμάτων ογκολογικού ασθενούς. Σταθερός και μοναδικός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Patient-reported symptom burden in Hospital at Home oncology care
Άξονας	Κλινικές εκβάσεις και ανθρωποκεντρική ποιότητα ογκολογικής ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για ογκολογικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Αποτελεσματικότητα, ανθρωποκεντρική φροντίδα, ασφάλεια.
Σκοπός	Η συστηματική αποτύπωση της συνολικής έντασης και επιβάρυνσης συμπτωμάτων όπως τη βιώνει ο ίδιος ο ασθενής.
Τι αξιολογεί	Το αθροιστικό φορτίο σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της ΝΟΣΠΙ.
Κλινική / λειτουργική λογική	Το υψηλό φορτίο συμπτωμάτων σχετίζεται με αυξημένες εισαγωγές, διακοπή θεραπείας και χαμηλή ποιότητα ζωής.
Ορισμοί	Φορτίο συμπτωμάτων: το συνολικό επίπεδο έντασης πολλαπλών συμπτωμάτων όπως αυτοαναφέρεται από τον ασθενή.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία φορτίου συμπτωμάτων βάσει ESAS.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με μείωση ή μη επιδείνωση της συνολικής βαθμολογίας ESAS σε επαναληπτική μέτρηση.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ογκολογικών ασθενών ΝΟΣΠΙ που συμπλήρωσαν το ESAS τουλάχιστον δύο φορές.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ασθενών ή μέση μεταβολή βαθμολογίας ESAS.
Τύπος υπολογισμού	(Ασθενείς με σταθερό ή μειωμένο φορτίο / Σύνολο αξιολογημένων ασθενών) × 100
Περίοδος αναφοράς	Κατά την ένταξη και σε τακτά διαστήματα (π.χ. εβδομαδιαία) ή στο τέλος επεισοδίου.
Κριτήρια ένταξης	Ογκολογικοί ασθενείς ΝΟΣΠΙ με δυνατότητα αυτοαναφοράς.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς χωρίς δυνατότητα συμπλήρωσης PROM και χωρίς proxy.
Stratification	Τύπος καρκίνου, στάδιο νόσου, θεραπευτικό σχήμα, διάρκεια ΝΟΣΠΙ.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· έμφαση στη διαχρονική μεταβολή εντός μονάδας.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια ESAS, MDS ΝΟΣΠΙ.
Εργαλείο μέτρησης	Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).



Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τυποποιημένη χορήγηση, σταθερό χρονικό σημείο, πλήρης συμπλήρωση όλων των πεδίων.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Αύξηση φορτίου υποδηλώνει ανεπαρκή έλεγχο συμπτωμάτων ή ανάγκη αναθεώρησης πλάνου.
Στόχοι	Στόχος: ≥70% ασθενών με σταθερό ή μειωμένο φορτίο συμπτωμάτων.
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναπροσαρμογή αγωγής, ενίσχυση υποστηρικτικής φροντίδας, κλιμάκωση παρακολούθησης.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Καθοδήγηση καθημερινών κλινικών παρεμβάσεων και εξατομίκευση φροντίδας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Συγκριτική αξιολόγηση εκβάσεων και ποιότητας ογκολογικής ΝΟΣΠΙ.

7.6.18.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **ON4** βασίζεται στο **ESAS**, εργαλείο που χρησιμοποιείται εκτενώς σε κατ' οίκον και εξωνοσοκομειακά ογκολογικά προγράμματα και έχει υιοθετηθεί σε συστήματα ποιότητας όπως το **Cancer Care Ontario** (Cancer Care Ontario). Η μέτρηση του συνολικού φορτίου συμπτωμάτων αποτελεί διεθνή πρακτική benchmarking για την αξιολόγηση ανθρωποκεντρικών εκβάσεων στην ογκολογία.

7.6.19 Ταυτότητα Δείκτη ON5- Ποιότητα ζωής ογκολογικού ασθενούς (Oncology quality of life in Hospital at Home)

Η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν από τους πλέον καθιερωμένους και διεθνώς αποδεκτούς δείκτες έκβασης στην ογκολογική φροντίδα. Σε αντίθεση με καθαρά κλινικούς δείκτες, η ποιότητα ζωής αποτυπώνει ολιστικά την επίδραση της νόσου και της θεραπείας στη σωματική λειτουργία, τη συναισθηματική κατάσταση, την κοινωνική ζωή και τον καθημερινό ρόλο του ασθενούς. Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, η μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι κρίσιμη για την τεκμηρίωση ότι η παρεχόμενη κατ' οίκον ογκολογική φροντίδα δεν είναι απλώς λειτουργικά εφικτή, αλλά ουσιαστικά ωφέλιμη για τον ασθενή. Ο δείκτης ON5 αποτυπώνει την καθαρή προστιθέμενη αξία του μοντέλου ΝΟΣΠΙ στην καθημερινή ζωή των ογκολογικών ασθενών.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	ON5 – Ποιότητα ζωής ογκολογικού ασθενούς. Σταθερός και μοναδικός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Oncology quality of life in Hospital at Home
Άξονας	Κλινικές εκβάσεις και ανθρωποκεντρική ποιότητα ογκολογικής ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για ογκολογικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.



PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποτελεσματικότητα, ισότητα.
Σκοπός	Η συστηματική αποτύπωση της συνολικής ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών κατά τη διάρκεια της ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Σωματική, συναισθηματική, κοινωνική και λειτουργική διάσταση της ζωής του ασθενούς.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η βελτίωση ή διατήρηση της ποιότητας ζωής αποτελεί βασικό στόχο της σύγχρονης ογκολογίας και κριτήριο επιτυχίας της κατ' οίκον φροντίδας.
Ορισμοί	Ποιότητα ζωής: η υποκειμενική αξιολόγηση της ευεξίας και λειτουργικότητας του ασθενούς σε πολλαπλούς τομείς.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική και επιμέρους βαθμολογίες ποιότητας ζωής.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με σταθερή ή βελτιωμένη συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής σε επαναληπτική μέτρηση.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ογκολογικών ασθενών ΝΟΣΠΙ που συμπλήρωσαν το εργαλείο τουλάχιστον δύο φορές.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ή μεταβολή μέσης βαθμολογίας.
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Ασθενείς με σταθερή/βελτιωμένη QoL} / \text{Σύνολο αξιολογημένων ασθενών}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Στην ένταξη στη ΝΟΣΠΙ και στο τέλος επεισοδίου ή ανά 4 εβδομάδες.
Κριτήρια ένταξης	Ογκολογικοί ασθενείς ΝΟΣΠΙ με δυνατότητα αξιόπιστης αυτοαναφοράς.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς χωρίς δυνατότητα συμπλήρωσης PROM και χωρίς proxy.
Stratification	Τύπος καρκίνου, στάδιο νόσου, θεραπευτικό σχήμα, διάρκεια ΝΟΣΠΙ.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· έμφαση στη διαχρονική μεταβολή.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια EORTC QLQ-C30, MDS ΝΟΣΠΙ.
Εργαλείο μέτρησης	EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire – Core 30).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Χρήση επίσημης μετάφρασης, πλήρης συμπλήρωση, σταθερός χρόνος χορήγησης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Μείωση βαθμολογίας υποδηλώνει επιδείνωση συνολικής ευεξίας και ανάγκη αναθεώρησης φροντίδας.
Στόχοι	Στόχος: ≥ 65 –70% ασθενών με σταθερή ή βελτιωμένη συνολική QoL.
Ενέργειες σε απόκλιση	Πολυεπιστημονική επανεκτίμηση, ενίσχυση υποστηρικτικών παρεμβάσεων.



Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Τεκμηρίωση ανθρωποκεντρικής αξίας και προσαρμογή παρεχόμενης φροντίδας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Συγκριτική αξιολόγηση ποιότητας ζωής ογκολογικών ασθενών σε εθνικό επίπεδο.

7.6.19.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **ON5** βασίζεται στο **EORTC QLQ-C30**, το πλέον διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής στην ογκολογία, αναπτυγμένο και συντηρούμενο από την European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Η χρήση του αποτελεί διεθνές σημείο αναφοράς για benchmarking εκβάσεων σε κλινικές μελέτες, εθνικά προγράμματα και Hospital at Home υπηρεσίες.

7.6.20 Ταυτότητα Δείκτη ON6- Επάρκεια κατ' οίκον υποστήριξης ογκολογικού ασθενούς (Adequacy of home oncology care in Hospital at Home)

Η επάρκεια κατ' οίκον υποστήριξης αποτελεί καθοριστικό παράγοντα επιτυχίας της ογκολογικής Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Η ογκολογική φροντίδα εκτός νοσοκομείου απαιτεί συντονισμό, διαθεσιμότητα επαγγελματιών, σαφή επικοινωνία, επαρκή υποστήριξη συμπτωμάτων και έγκαιρη πρόσβαση σε βοήθεια όταν προκύπτουν ανάγκες. Ο δείκτης ON6 αποτυπώνει την εμπειρία του ασθενούς σχετικά με το αν η κατ' οίκον ογκολογική φροντίδα που λαμβάνει είναι επαρκής, ασφαλής και ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Ως PREM, εστιάζει στην ποιότητα της παρεχόμενης υποστήριξης όπως τη βιώνει ο ίδιος ο ασθενής.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	ON6 – Επάρκεια κατ' οίκον υποστήριξης ογκολογικού ασθενούς. Σταθερός και μοναδικός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Adequacy of home oncology care in Hospital at Home
Άξονας	Εμπειρία ασθενούς και ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας στην ογκολογική ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για ογκολογικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PREM (Patient-Reported Experience Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, ασφάλεια, αποτελεσματικότητα.
Σκοπός	Η αποτύπωση της αντίληψης των ασθενών για την επάρκεια, διαθεσιμότητα και ανταπόκριση της κατ' οίκον ογκολογικής φροντίδας.
Τι αξιολογεί	Την ποιότητα υποστήριξης, την πρόσβαση σε βοήθεια, τη συνέχεια φροντίδας και τη συντονισμένη ανταπόκριση της ομάδας.



Κλινική / λειτουργική λογική	Ανεπαρκής υποστήριξη αυξάνει τον κίνδυνο επείγουσας εισαγωγής, άγχους και μειωμένης συμμόρφωσης.
Ορισμοί	Επάρκεια κατ' οίκον υποστήριξης: ο βαθμός στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες καλύπτουν τις ανάγκες του ασθενούς έγκαιρα και αποτελεσματικά.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό ασθενών που αξιολογούν θετικά την επάρκεια της φροντίδας.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών που δηλώνουν ότι η κατ' οίκον υποστήριξη ήταν επαρκής ή πολύ επαρκής.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ογκολογικών ασθενών ΝΟΣΠΙ που συμπλήρωσαν το PREM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) θετικών απαντήσεων.
Τύπος υπολογισμού	(Θετικές απαντήσεις / Σύνολο συμπληρωμένων PREMs) × 100
Περίοδος αναφοράς	Στο τέλος της κάτοικόν νοσηλείας ΝΟΣΠΙ ή ανά 4–6 εβδομάδες.
Κριτήρια ένταξης	Ογκολογικοί ασθενείς ΝΟΣΠΙ με ολοκληρωμένο επεισόδιο φροντίδας.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς χωρίς δυνατότητα συμπλήρωσης PREM και χωρίς proxy.
Stratification	Τύπος καρκίνου, διάρκεια ΝΟΣΠΙ, τρόπος παρακολούθησης (επίσκεψη/τηλεϊατρική).
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· δείκτης εμπειρίας.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια εμπειρίας ασθενούς, MDS ΝΟΣΠΙ.
Εργαλείο μέτρησης	NHS Cancer Patient Experience domains (πρόσβαση, υποστήριξη, συνέχεια, ανταπόκριση).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Ανωνυμία, τυποποιημένη διατύπωση ερωτήσεων, σταθερός χρόνος συλλογής.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ελλείμματα υποστήριξης ή συντονισμού.
Στόχοι	Στόχος: ≥80% θετικές αξιολογήσεις επάρκειας φροντίδας.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ενίσχυση διαθεσιμότητας ομάδας, βελτίωση επικοινωνίας, αναθεώρηση ροών.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση ποιότητας υποστήριξης και εμπειρίας ογκολογικών ασθενών.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Συγκριτική αξιολόγηση εμπειρίας ασθενούς και ωριμότητας μονάδων ΝΟΣΠΙ.

7.6.20.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **ON6** βασίζεται στα **Cancer Patient Experience domains** του **National Health Service (NHS)**, τα οποία χρησιμοποιούνται συστηματικά για την αξιολόγηση της επάρκειας και της



ποιότητας ογκολογικής φροντίδας σε κατ' οίκον και εξωνοσοκομειακά μοντέλα. Η χρήση PREMs για την αποτύπωση της εμπειρίας υποστήριξης αποτελεί διεθνή πρακτική benchmarking και ευθυγραμμίζεται με τις αρχές ανθρωποκεντρικής φροντίδας.

7.6.21 Ταυτότητα Δείκτη ON7- Αντιλαμβανόμενη κόπωση ογκολογικού ασθενούς (Cancer-related fatigue in Hospital at Home)

Η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο αποτελεί ένα από τα συχνότερα, εντονότερα και περισσότερο υποτιμημένα συμπτώματα στην ογκολογική φροντίδα. Σε αντίθεση με τη φυσιολογική κόπωση, η καρκινική κόπωση είναι επίμονη, δυσανάλογη της δραστηριότητας και δεν υποχωρεί επαρκώς με την ανάπαυση. Επηρεάζει καθοριστικά τη λειτουργικότητα, τη συμμόρφωση στη θεραπεία, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής. Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, η συστηματική μέτρηση της αντιλαμβανόμενης κόπωσης μέσω PROM επιτρέπει την έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης και την προσαρμογή της φροντίδας. Ο δείκτης ON7 αποτυπώνει την ικανότητα της ΝΟΣΠΙ να παρακολουθεί και να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά ένα καίριο, υποκειμενικό σύμπτωμα με υψηλή κλινική σημασία.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	ON7 – Αντιλαμβανόμενη κόπωση ογκολογικού ασθενούς. Σταθερός και μοναδικός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Cancer-related fatigue in Hospital at Home
Άξονας	Κλινικές εκβάσεις και ανθρωποκεντρική ποιότητα ογκολογικής ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για ογκολογικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποτελεσματικότητα, ασφάλεια.
Σκοπός	Η συστηματική αποτύπωση της έντασης της καρκινικής κόπωσης όπως τη βιώνει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Την υποκειμενική εμπειρία κόπωσης και την επίδρασή της στην καθημερινή λειτουργικότητα.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η ανεξέλεγκτη κόπωση συνδέεται με μειωμένη συμμόρφωση, αυξημένες εισαγωγές και επιδείνωση ποιότητας ζωής.
Ορισμοί	Καρκινική κόπωση: επίμονη, υποκειμενική αίσθηση εξάντλησης που σχετίζεται με τη νόσο ή/και τη θεραπεία.
Μετρούμενο μέγεθος	Βαθμολογία κόπωσης βάσει τυποποιημένου PROM.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με σταθερή ή μειωμένη βαθμολογία κόπωσης σε επαναληπτική μέτρηση.



Παρονομαστής (D)	Σύνολο ογκολογικών ασθενών ΝΟΣΠΙ που συμπλήρωσαν το PROMIS Fatigue τουλάχιστον δύο φορές.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ασθενών ή μεταβολή μέσης βαθμολογίας (T-score).
Τύπος υπολογισμού	(Ασθενείς με σταθερή/βελτιωμένη κόπωση / Σύνολο αξιολογημένων ασθενών) × 100
Περίοδος αναφοράς	Στην ένταξη και ανά 2–4 εβδομάδες ή στο τέλος επεισοδίου ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια ένταξης	Ογκολογικοί ασθενείς ΝΟΣΠΙ με δυνατότητα αξιόπιστης αυτοαναφοράς.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς χωρίς δυνατότητα συμπλήρωσης PROM και χωρίς proxy.
Stratification	Στάδιο νόσου, τύπος θεραπείας, ηλικιακή ομάδα, διάρκεια ΝΟΣΠΙ.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· έμφαση στη διαχρονική μεταβολή.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια PROMIS Fatigue, MDS ΝΟΣΠΙ.
Εργαλείο μέτρησης	PROMIS Fatigue (short form ή CAT).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Χρήση επίσημης έκδοσης PROMIS, πλήρης συμπλήρωση, σταθερός χρόνος χορήγησης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλές ή επιδεινούμενες τιμές υποδηλώνουν ανάγκη αναθεώρησης υποστηρικτικής φροντίδας.
Στόχοι	Στόχος: ≥70% ασθενών με σταθερή ή μειωμένη κόπωση.
Ενέργειες σε απόκλιση	Υποστηρικτικές παρεμβάσεις, αναπροσαρμογή θεραπείας, πολυεπιστημονική εκτίμηση.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Καθοδήγηση εξατομικευμένων παρεμβάσεων για διαχείριση κόπωσης.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Συγκριτική αξιολόγηση ανθρωποκεντρικών εκβάσεων στην ογκολογική ΝΟΣΠΙ.

7.6.21.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **ON7** βασίζεται στο **PROMIS Fatigue**, εργαλείο διεθνώς καθιερωμένο για τη μέτρηση της καρκινικής κόπωσης και αναπτυγμένο στο πλαίσιο του **Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)**. Η χρήση του σε ογκολογικά και Hospital at Home προγράμματα αποτελεί διεθνή πρακτική benchmarking για την αξιολόγηση ανθρωποκεντρικών εκβάσεων.

7.6.22 Ταυτότητα Δείκτη ON8- Οικονομική εξουθένωση ογκολογικής θεραπείας (Financial toxicity in Hospital at Home oncology care)

Η οικονομική εξουθένωση αποτελεί αναγνωρισμένη και μετρήσιμη διάσταση της ογκολογικής φροντίδας, με άμεσες επιπτώσεις στη συμμόρφωση, στην ψυχική υγεία και στα κλινικά αποτελέσματα. Το κόστος θεραπείας, οι έμμεσες απώλειες εισοδήματος, οι δαπάνες μετακίνησης



και φροντίδας, συνθέτουν ένα φορτίο που μπορεί να υπονομεύσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, η οικονομική εξουθένωση αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς το μοντέλο φιλοδοξεί να μειώσει επιβαρύνσεις χωρίς να μετακυλήσει κόστος στον ασθενή. Ο δείκτης ON8 αποτυπώνει συστηματικά την οικονομική επιβάρυνση όπως τη βιώνει ο ίδιος ο ασθενής.

Πεδίο**Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη**

Κωδικός & Τίτλος	ON8 – Οικονομική εξουθένωση θεραπείας. Σταθερός και μοναδικός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Financial toxicity in Hospital at Home oncology care
Άξονας	Εκβάσεις ποιότητας και βιωσιμότητα ογκολογικής ΝΟΣΠΙ.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για ογκολογικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ισότητα, αποτελεσματικότητα, ανθρωποκεντρική φροντίδα.
Σκοπός	Η συστηματική αποτύπωση της οικονομικής επιβάρυνσης της ογκολογικής θεραπείας όπως βιώνεται από τον ασθενή.
Τι αξιολογεί	Το οικονομικό άγχος, τη δυσκολία κάλυψης εξόδων και την επίδραση του κόστους στη ζωή και στη θεραπεία.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η υψηλή οικονομική εξουθένωση συσχετίζεται με μειωμένη συμμόρφωση, διακοπή θεραπείας και χειρότερες εκβάσεις.
Ορισμοί	Οικονομική εξουθένωση: το σύνολο των αρνητικών οικονομικών συνεπειών της θεραπείας στον ασθενή και την οικογένεια.
Μετρούμενο μέγεθος	Βαθμολογία οικονομικής εξουθένωσης βάσει PROM.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με χαμηλή ή βελτιωμένη βαθμολογία οικονομικής εξουθένωσης σε επαναληπτική μέτρηση.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ογκολογικών ασθενών ΝΟΣΠΙ που συμπλήρωσαν το εργαλείο COST τουλάχιστον δύο φορές.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ασθενών ή μεταβολή μέσης βαθμολογίας.
Τύπος υπολογισμού	$\left(\frac{\text{Ασθενείς με αποδεκτή/βελτιωμένη οικονομική επιβάρυνση}}{\text{Σύνολο αξιολογημένων ασθενών}} \right) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Στην ένταξη στη ΝΟΣΠΙ και στο τέλος της κάτοικόν νοσηλείας ή ανά 4–8 εβδομάδες.
Κριτήρια ένταξης	Ογκολογικοί ασθενείς ΝΟΣΠΙ με δυνατότητα αξιόπιστης αυτοαναφοράς.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς χωρίς δυνατότητα συμπλήρωσης PROM και χωρίς proxy.



Stratification	Είδος θεραπείας, ασφαλιστική κάλυψη, ηλικία, εργασιακή κατάσταση.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· έμφαση στη διαχρονική μεταβολή.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια COST, MDS NOΣΠΙ.
Εργαλείο μέτρησης	COST questionnaire (Comprehensive Score for Financial Toxicity).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Χρήση επίσημης μετάφρασης, ανωνυμία, πλήρης συμπλήρωση, σταθερός χρόνος χορήγησης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλή οικονομική εξουθένωση υποδηλώνει κίνδυνο διακοπής ή μη συμμόρφωσης στη θεραπεία.
Στόχοι	Στόχος: ≥70% ασθενών με αποδεκτό ή μειωμένο επίπεδο οικονομικής τοξικότητας.
Ενέργειες σε απόκλιση	Κοινωνική υποστήριξη, ενημέρωση για παροχές, αναθεώρηση πλάνου φροντίδας.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Εντοπισμός οικονομικών κινδύνων και στοχευμένες παρεμβάσεις υποστήριξης.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Αξιολόγηση ισότητας και βιωσιμότητας της ογκολογικής ΝΟΣΠΙ σε εθνικό επίπεδο.

7.6.22.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **ON8** βασίζεται στο **COST questionnaire**, εργαλείο που έχει αναγνωριστεί και προωθηθεί από την American Society of Clinical Oncology (ASCO) ως το βασικό μέσο μέτρησης της οικονομικής εξουθένωσης στην ογκολογία. Η ένταξή του στο παρόν ευθυγραμμίζει τη ΝΟΣΠΙ με διεθνείς πρακτικές benchmarking που αντιμετωπίζουν την οικονομική επιβάρυνση ως κρίσιμη έκβαση ποιότητας.

7.6.23 Ταυτότητα Δείκτη P1- Έλεγχος πόνου σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (Pain control in palliative Hospital at Home care)

Ο έλεγχος του πόνου αποτελεί τον θεμελιώδη στόχο της παρηγορικής φροντίδας και βασικό κριτήριο ποιότητας και ηθικής επάρκειας κάθε συστήματος κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας. Ο πόνος, ιδιαίτερα σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο, επηρεάζει άμεσα τη λειτουργικότητα, την ψυχική ισορροπία, την αξιοπρέπεια και την ποιότητα ζωής. Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, η συστηματική, τυποποιημένη και επαναλαμβανόμενη μέτρηση του πόνου μέσω PROM αποτελεί τον βασικό μηχανισμό για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρηγορικής παρέμβασης. Ο δείκτης P1 αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο η ΝΟΣΠΙ επιτυγχάνει ουσιαστικό και διατηρήσιμο έλεγχο του πόνου, όπως αυτός βιώνεται από τον ίδιο τον ασθενή.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	P1 – Έλεγχος πόνου. Σταθερός και μοναδικός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Pain control in palliative Hospital at Home care



Άξονας	Παρηγορική φροντίδα – κλινικές εκβάσεις και αξιοπρέπεια ασθενούς.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για παρηγορικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποτελεσματικότητα, ασφάλεια.
Σκοπός	Η συστηματική αξιολόγηση της έντασης του πόνου και της αποτελεσματικότητας των παρηγορικών παρεμβάσεων.
Τι αξιολογεί	Την ένταση, τη διάρκεια και την επίδραση του πόνου στη λειτουργικότητα και την καθημερινή ζωή.
Κλινική / λειτουργική λογική	Ο ανεπαρκής έλεγχος πόνου αποτελεί σοβαρή αποτυχία παρηγορικής φροντίδας και υπονομεύει την ποιότητα ζωής και την αξιοπρέπεια.
Ορισμοί	Πόνος: υποκειμενική αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη.
Μετρούμενο μέγεθος	Ένταση πόνου και λειτουργική επίδραση βάσει αυτοαναφοράς.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με κλινικά αποδεκτό επίπεδο πόνου ή μείωση της έντασης σε επαναληπτική μέτρηση.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο παρηγορικών ασθενών ΝΟΣΠΙ που συμπλήρωσαν το εργαλείο μέτρησης πόνου.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ασθενών ή μέση βαθμολογία πόνου.
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Ασθενείς με NRS} \leq 3 \text{ ή κλινικά σημαντική μείωση} / \text{Σύνολο αξιολογημένων ασθενών}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Κατά την ένταξη και σε τακτά χρονικά διαστήματα (π.χ. εβδομαδιαία) ή στο τέλος επεισοδίου.
Κριτήρια ένταξης	Παρηγορικοί ασθενείς ΝΟΣΠΙ με δυνατότητα αυτοαναφοράς ή proxy.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς σε βαθιά καταστολή χωρίς δυνατότητα αξιολόγησης.
Stratification	Διάγνωση, στάδιο νόσου, τύπος πόνου (σωματικός, νευροπαθητικός), θεραπευτικό σχήμα.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· ερμηνεία βασισμένη στη διαχρονική ανταπόκριση.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα PROMs πόνου, MDS ΝΟΣΠΙ, κλινικά αρχεία.
Εργαλείο μέτρησης	Numeric Rating Scale (NRS) και Brief Pain Inventory (BPI) .
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Σταθερός χρόνος αναφοράς, χρήση ίδιου εργαλείου, τεκμηρίωση παρεμβάσεων.



Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλές τιμές πόνου υποδηλώνουν ανεπαρκή αναλγησία ή ανάγκη κλιμάκωσης.
Στόχοι	Στόχος: ≥80% ασθενών με επαρκή έλεγχο πόνου (NRS ≤3).
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση αναλγητικού σχήματος, εξειδικευμένη παρηγορική εκτίμηση.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Συνεχής βελτίωση ανακούφισης πόνου και ποιότητας ζωής.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση ποιότητας παρηγορικής φροντίδας σε εθνικό επίπεδο.

7.6.23.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **P1** ευθυγραμμίζεται πλήρως με τις κατευθυντήριες αρχές παρηγορικής φροντίδας του World Health Organization, οι οποίες αναγνωρίζουν τον έλεγχο του πόνου ως βασικό δικαίωμα του ασθενούς. Η χρήση των **NRS** και **BPI** αποτελεί διεθνές σημείο αναφοράς για benchmarking παρηγορικών υπηρεσιών, τόσο σε νοσοκομειακά όσο και σε κατ' οίκον μοντέλα.

7.6.24 Ταυτότητα Δείκτη P2- Ποιότητα ζωής σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (Quality of life in palliative Hospital at Home care)

Η ποιότητα ζωής αποτελεί τον κατεξοχήν δείκτη έκβασης στην παρηγορική φροντίδα, καθώς το θεραπευτικό επίκεντρο μετατοπίζεται από την ίαση στη βέλτιστη δυνατή καθημερινή εμπειρία του ασθενούς. Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από τη σωματική άνεση, την ψυχολογική ισορροπία, τις κοινωνικές σχέσεις, την πνευματική διάσταση και την αίσθηση αξιοπρέπειας. Η συστηματική μέτρηση της ποιότητας ζωής μέσω ειδικών PROMs επιτρέπει την ολιστική αξιολόγηση της παρηγορικής παρέμβασης και τεκμηριώνει αν το μοντέλο ΝΟΣΠΙ επιτυγχάνει τον βασικό του σκοπό: τη διατήρηση νοήματος και ευεξίας μέχρι το τέλος της ζωής.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	P2 – Ποιότητα ζωής. Σταθερός και μοναδικός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Quality of life in palliative Hospital at Home care
Άξονας	Παρηγορική φροντίδα – ολιστικές εκβάσεις και αξιοπρέπεια.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για παρηγορικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποτελεσματικότητα, ισότητα.
Σκοπός	Η ολιστική αποτύπωση της ποιότητας ζωής παρηγορικών ασθενών στη ΝΟΣΠΙ, πέραν των αμιγώς σωματικών συμπτωμάτων.



Τι αξιολογεί	Σωματική άνεση, ψυχολογική κατάσταση, κοινωνική υποστήριξη, πνευματική ευεξία και συνολικό νόημα ζωής.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η ποιότητα ζωής αποτελεί τον κύριο δείκτη επιτυχίας παρηγορικής φροντίδας και οδηγό προσαρμογής παρεμβάσεων.
Ορισμοί	Ποιότητα ζωής: η υποκειμενική αξιολόγηση της ευεξίας σε πολλαπλές διαστάσεις της ζωής.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική και επιμέρους βαθμολογίες ποιότητας ζωής.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με σταθερή ή βελτιωμένη συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής σε επαναληπτική μέτρηση.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο παρηγορικών ασθενών ΝΟΣΠΙ που συμπλήρωσαν το PROM τουλάχιστον δύο φορές.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ασθενών ή μεταβολή μέσης βαθμολογίας.
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Ασθενείς με σταθερή/βελτιωμένη QoL} / \text{Σύνολο αξιολογημένων ασθενών}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Στην ένταξη στη ΝΟΣΠΙ και ανά 2–4 εβδομάδες ή στο τέλος της κατ' οίκον νοσηλείας.
Κριτήρια ένταξης	Παρηγορικοί ασθενείς ΝΟΣΠΙ με δυνατότητα αυτοαναφοράς ή proxy.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς σε τελικό στάδιο χωρίς δυνατότητα αξιόπιστης αξιολόγησης.
Stratification	Διάγνωση, στάδιο νόσου, τόπος φροντίδας, διάρκεια ΝΟΣΠΙ.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· έμφαση στη διαχρονική μεταβολή.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής, MDS ΝΟΣΠΙ.
Εργαλείο μέτρησης	McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) και WHOQOL .
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Χρήση επίσημων μεταφράσεων, τυποποιημένη χορήγηση, πλήρης συμπλήρωση.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Μείωση βαθμολογίας υποδηλώνει ανάγκη ενίσχυσης παρηγορικών παρεμβάσεων.
Στόχοι	Στόχος: ≥ 65 –70% ασθενών με σταθερή ή βελτιωμένη ποιότητα ζωής.
Ενέργειες σε απόκλιση	Πολυεπιστημονική επανεκτίμηση, ψυχοκοινωνική και πνευματική υποστήριξη.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ολιστική καθοδήγηση παρηγορικής φροντίδας και εξατομικευση παρεμβάσεων.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Τεκμηρίωση ποιότητας παρηγορικής ΝΟΣΠΙ και συγκριτική αξιολόγηση.



7.6.24.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **P2** ευθυγραμμίζεται με τις κατευθυντήριες αρχές παρηγορικής φροντίδας του World Health Organization, οι οποίες αναγνωρίζουν την ποιότητα ζωής ως τον κεντρικό στόχο της παρηγορικής προσέγγισης. Η χρήση των **MQOL** και **WHOQOL** αποτελεί διεθνή πρακτική benchmarking για την αξιολόγηση παρηγορικών υπηρεσιών σε νοσοκομειακά και κατ' οίκον μοντέλα.

7.6.25 Ταυτότητα Δείκτη P3- Υποστήριξη οικογένειας σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (Family support in palliative Hospital at Home care)

Η οικογένεια αποτελεί τον βασικό πυλώνα υποστήριξης στην παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα. Στη ΝΟΣΠΙ, οι οικογενειακοί φροντιστές αναλαμβάνουν σημαντικό συναισθηματικό, πρακτικό και οργανωτικό ρόλο, συχνά υπό συνθήκες υψηλής ψυχολογικής φόρτισης. Η ποιότητα της παρεχόμενης υποστήριξης προς την οικογένεια επηρεάζει άμεσα την ασφάλεια, τη συνέχεια φροντίδας και τη βιωσιμότητα του μοντέλου. Ο δείκτης P3 αποτυπώνει την εμπειρία της οικογένειας ως αποδέκτη φροντίδας, εστιάζοντας στην επάρκεια ενημέρωσης, τη διαθεσιμότητα υποστήριξης και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	P3 – Υποστήριξη οικογένειας. Σταθερός και μοναδικός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Family support in palliative Hospital at Home care
Άξονας	Παρηγορική φροντίδα – εμπειρία φροντιστών και κοινωνική υποστήριξη.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για παρηγορικό πληθυσμό.
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PREM (Patient/Family-Reported Experience Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, ισότητα, αποτελεσματικότητα.
Σκοπός	Η αποτύπωση της εμπειρίας της οικογένειας ως προς την υποστήριξη που λαμβάνει στο πλαίσιο της παρηγορικής ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Ενημέρωση, διαθεσιμότητα επαγγελματιών, συναισθηματική υποστήριξη και συμμετοχή στη φροντίδα.
Κλινική / λειτουργική λογική	Ανεπαρκής οικογενειακή υποστήριξη αυξάνει τον κίνδυνο εξουθένωσης φροντιστών και αποτυχίας κατ' οίκον φροντίδας.
Ορισμοί	Υποστήριξη οικογένειας: ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια αισθάνεται επαρκώς ενημερωμένη, υποστηριζόμενη και ενταγμένη στη φροντίδα.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό οικογενειών που αξιολογούν θετικά την παρεχόμενη υποστήριξη.



Αριθμητής (N)	Αριθμός οικογενειακών φροντιστών με θετική αξιολόγηση υποστήριξης.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο οικογενειακών φροντιστών που συμπλήρωσαν το PREM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) θετικών απαντήσεων.
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Θετικές αξιολογήσεις} / \text{Σύνολο συμπληρωμένων PREMs}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Στο τέλος της κατ' οίκον νοσηλείας ΝΟΣΠΙ ή ανά 4–6 εβδομάδες.
Κριτήρια ένταξης	Οικογενειακοί φροντιστές παρηγορικών ασθενών ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Απουσία ενεργού οικογενειακού φροντιστή.
Stratification	Σχέση με ασθενή, διάρκεια φροντίδας, επίπεδο υποστήριξης.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· δείκτης εμπειρίας.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα PREMs οικογενειακής εμπειρίας, MDS ΝΟΣΠΙ.
Εργαλείο μέτρησης	OECD PaRIS – Caregiver experience domains.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Ανωνυμία, τυποποιημένη διατύπωση, σταθερός χρόνος συλλογής.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ελλείμματα ενημέρωσης ή συναισθηματικής στήριξης.
Στόχοι	Στόχος: $\geq 80\%$ θετικές αξιολογήσεις οικογενειακής υποστήριξης.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ενίσχυση εκπαίδευσης φροντιστών, βελτίωση επικοινωνίας, πρόσβαση σε υποστήριξη.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Σχεδιασμός παρεμβάσεων στήριξης φροντιστών και πρόληψη εξουθένωσης.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Συγκριτική αξιολόγηση εμπειρίας οικογένειας και ανθρωποκεντρικής ποιότητας.

7.6.25.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **P3** ευθυγραμμίζεται με τα **caregiver experience domains** του προγράμματος **PaRIS** του Organisation for Economic Co-operation and Development, το οποίο καθιερώνει διεθνή πρότυπα για τη μέτρηση της εμπειρίας φροντιστών σε μακροχρόνια και κατ' οίκον φροντίδα. Η ένταξη του δείκτη στο παρόν επιτρέπει συγκρισιμότητα και τεκμηρίωση ανθρωποκεντρικής ποιότητας σε εθνικό επίπεδο.

7.6.26 Ταυτότητα Δείκτη P4- Αξιοπρέπεια και άνεση σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (Dignity and comfort in palliative Hospital at Home care)

Η διατήρηση της αξιοπρέπειας και της αίσθησης άνεσης αποτελεί θεμελιώδη αρχή της παρηγορικής φροντίδας και κεντρικό ηθικό και κλινικό ζητούμενο στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι. Σε περιβάλλον κατ' οίκον νοσηλείας, όπου ο ασθενής βιώνει τη φροντίδα εκτός του προστατευμένου πλαισίου του νοσοκομείου, η εμπειρία αξιοπρέπειας επηρεάζεται από τον



σεβασμό στην αυτονομία, τον έλεγχο συμπτωμάτων, την ιδιωτικότητα, τον τρόπο επικοινωνίας και την αίσθηση ότι ο ασθενής παραμένει πρόσωπο και όχι «περιστατικό». Ο δείκτης P4 αποτυπώνει αυτή την πολυδιάστατη εμπειρία μέσω αυτοαναφερόμενης μέτρησης, επιτρέποντας την έγκαιρη αναγνώριση παρεμβάσεων που απειλούν την αξιοπρέπεια ή μειώνουν την άνεση.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	P4 – Αξιοπρέπεια και άνεση. Σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Dignity and comfort in palliative Hospital at Home care
Άξονας	Παρηγορική φροντίδα – ηθική ποιότητα και ανθρωποκεντρική εμπειρία.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης για παρηγορικούς ασθενείς.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, ισότητα, ασφάλεια.
Σκοπός	Η συστηματική αποτύπωση της εμπειρίας αξιοπρέπειας και άνεσης του παρηγορικού ασθενούς στη ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Σεβασμό, ιδιωτικότητα, αυτονομία, ψυχοσωματική άνεση, αίσθηση ελέγχου.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η απώλεια αξιοπρέπειας συνδέεται με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία και μειωμένη αποδοχή φροντίδας.
Ορισμοί	Αξιοπρέπεια: η υποκειμενική αίσθηση αξίας, σεβασμού και αυτονομίας. Άνεση: σωματική και ψυχική ανακούφιση.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική και επιμέρους βαθμολογία αξιοπρέπειας.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με αποδεκτή ή βελτιωμένη βαθμολογία αξιοπρέπειας.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο παρηγορικών ασθενών που συμπλήρωσαν το PROM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ή μεταβολή μέσης βαθμολογίας.
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Ασθενείς με αποδεκτή/βελτιωμένη αξιοπρέπεια} / \text{Σύνολο αξιολογημένων}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Στην ένταξη και ανά 2–4 εβδομάδες ή στο τέλος της κατ' οίκον νοσηλείας.
Κριτήρια ένταξης	Παρηγορικοί ασθενείς ΝΟΣΠΙ με δυνατότητα αυτοαναφοράς ή proxy.
Κριτήρια εξαίρεσης	Βαριά γνωστική έκπτωση χωρίς αξιόπιστο proxy.
Stratification	Τόπος φροντίδας, διάγνωση, επίπεδο λειτουργικότητας.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· αξιολόγηση ενδοατομικής μεταβολής.



Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια PDI, MDS ΝΟΣΠΙ.
Εργαλείο μέτρησης	Patient Dignity Inventory (PDI) – διεθνώς επικυρωμένο εργαλείο.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Χρήση επίσημης μετάφρασης, σταθερές συνθήκες συμπλήρωσης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλές βαθμολογίες δυσφορίας υποδηλώνουν απειλή αξιοπρέπειας.
Στόχοι	Στόχος: ≥75% ασθενών με αποδεκτό επίπεδο αξιοπρέπειας.
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση τρόπου φροντίδας, ενίσχυση επικοινωνίας και ιδιωτικότητας.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Καθοδήγηση παρηγορικών παρεμβάσεων με επίκεντρο το πρόσωπο.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Τεκμηρίωση ανθρωποκεντρικής ποιότητας και ηθικής επάρκειας ΝΟΣΠΙ.

7.6.26.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **P4** βασίζεται στο **Patient Dignity Inventory (PDI)**, διεθνώς χρησιμοποιούμενο εργαλείο στην παρηγορική φροντίδα και ευθυγραμμίζεται πλήρως με τις αρχές παρηγορικής φροντίδας του World Health Organization, όπου η αξιοπρέπεια αναγνωρίζεται ως θεμελιώδης διάσταση ποιότητας ανεξαρτήτως τύπου παροχής φροντίδας.

7.6.27 Ταυτότητα Δείκτη P5- Ικανοποίηση οικογένειας σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (Family satisfaction in palliative Hospital at Home care)

Η ικανοποίηση της οικογένειας αποτελεί κρίσιμη διάσταση ποιότητας στην παρηγορική φροντίδα, καθώς η οικογένεια δεν είναι απλώς συνοδός αλλά συν-δέκτης της φροντίδας. Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, οι οικογενειακοί φροντιστές αξιολογούν καθημερινά την επάρκεια της υποστήριξης, την επικοινωνία με την ομάδα, την ανταπόκριση σε ανάγκες και τον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζονται δύσκολες αποφάσεις και το τέλος ζωής. Ο δείκτης P5 αποτυπώνει συστηματικά αυτή την εμπειρία, λειτουργώντας ως δείκτης ποιότητας, εμπιστοσύνης και κοινωνικής αποδοχής του μοντέλου ΝΟΣΠΙ.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	P5 – Ικανοποίηση οικογένειας. Σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Family satisfaction in palliative Hospital at Home care
Άξονας	Παρηγορική φροντίδα – εμπειρία οικογένειας και κοινωνική αποδοχή.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης παρηγορικού πληθυσμού.
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PREM (Family-Reported Experience Measure)



Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, ισότητα, αποτελεσματικότητα.
Σκοπός	Η αποτύπωση της συνολικής ικανοποίησης της οικογένειας από την παρηγορική ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Επικοινωνία, διαθεσιμότητα προσωπικού, συναισθηματική υποστήριξη, λήψη αποφάσεων.
Κλινική / λειτουργική λογική	Χαμηλή οικογενειακή ικανοποίηση συνδέεται με συγκρούσεις, διακοπές φροντίδας και μειωμένη εμπιστοσύνη.
Ορισμοί	Ικανοποίηση οικογένειας: η συνολική θετική αξιολόγηση της εμπειρίας φροντίδας από συγγενείς/φροντιστές.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία ικανοποίησης οικογένειας.
Αριθμητής (N)	Αριθμός οικογενειών με υψηλή ή αποδεκτή βαθμολογία ικανοποίησης.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο οικογενειών που συμπλήρωσαν το PREM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ή μέση βαθμολογία κλίμακας.
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Θετικές/αποδεκτές αξιολογήσεις} / \text{Σύνολο συμπληρωμένων PREMs}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Στο τέλος του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ ή μετά τον θάνατο (bereavement period).
Κριτήρια ένταξης	Οικογενειακοί φροντιστές παρηγορικών ασθενών ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Απουσία οικογενειακού φροντιστή ή άρνηση συμμετοχής.
Stratification	Σχέση με ασθενή, διάρκεια φροντίδας, τόπος παροχής.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· δείκτης εμπειρίας.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια οικογενειακής εμπειρίας.
Εργαλείο μέτρησης	FAMCARE Scale (Family Satisfaction with Advanced Cancer Care).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Ανωνυμία, τυποποιημένος χρόνος συλλογής, επίσημη μετάφραση.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανάγκη βελτίωσης επικοινωνίας και υποστήριξης.
Στόχοι	Στόχος: $\geq 80\%$ οικογενειών με υψηλή ικανοποίηση.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανασχεδιασμός επικοινωνίας, εκπαίδευση προσωπικού, ενίσχυση υποστήριξης.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση σχέσης με οικογένεια και πρόληψη συγκρούσεων.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική παρακολούθηση εμπειρίας οικογένειας σε παρηγορική ΝΟΣΠΙ.



7.6.27.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **P5** βασίζεται στη **FAMCARE Scale**, διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο αξιολόγησης οικογενειακής ικανοποίησης στην παρηγορική φροντίδα και ευθυγραμμίζεται με τα πλαίσια **End of Life Care** του NHS, όπου η εμπειρία της οικογένειας αποτελεί βασικό κριτήριο ποιότητας και λογοδοσίας.

7.6.28 Ταυτότητα Δείκτη P6- Πνευματική ευεξία σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (Spiritual wellbeing in palliative Hospital at Home care)

Η πνευματική ευεξία αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της παρηγορικής φροντίδας, ανεξάρτητα από θρησκευτικές πεποιθήσεις. Στη ΝΟΣΠΙ, οι παρηγορικοί ασθενείς συχνά αντιμετωπίζουν υπαρξιακά ερωτήματα που σχετίζονται με το νόημα, την ελπίδα, τη συμφιλίωση και τον φόβο του θανάτου. Η μη αναγνώριση ή μη συστηματική αξιολόγηση των πνευματικών αναγκών μπορεί να επιβαρύνει την ψυχολογική κατάσταση και να μειώσει την αποδοχή της φροντίδας. Ο δείκτης P6 αποτυπώνει τη βιωμένη πνευματική ευεξία μέσω αυτοαναφερόμενης μέτρησης, επιτρέποντας στο κλινικό σχήμα να ενσωματώνει κατάλληλες υποστηρικτικές παρεμβάσεις.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	P6- Πνευματική ευεξία. Σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Spiritual wellbeing in palliative Hospital at Home care
Άξονας	Παρηγορική φροντίδα – ολιστικές και υπαρξιακές εκβάσεις.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης παρηγορικού πληθυσμού.
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποτελεσματικότητα, ισότητα.
Σκοπός	Η συστηματική αποτύπωση της πνευματικής ευεξίας και των υπαρξιακών αναγκών παρηγορικών ασθενών στη ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Νόημα ζωής, ελπίδα, εσωτερική γαλήνη, συμφιλίωση, αποδοχή.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η πνευματική δυσφορία συσχετίζεται με αυξημένο άγχος, κατάθλιψη και μειωμένη ποιότητα ζωής.
Ορισμοί	Πνευματική ευεξία: η υποκειμενική αίσθηση νοήματος, σκοπού και εσωτερικής ισορροπίας.
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική και επιμέρους βαθμολογία πνευματικής ευεξίας.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών με αποδεκτή ή βελτιωμένη βαθμολογία πνευματικής ευεξίας.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο παρηγορικών ασθενών που συμπλήρωσαν το PROM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ή μεταβολή μέσης βαθμολογίας.



Τύπος υπολογισμού	(Ασθενείς με αποδεκτή/βελτιωμένη πνευματική ευεξία / Σύνολο αξιολογημένων) × 100
Περίοδος αναφοράς	Στην ένταξη και ανά 4 εβδομάδες ή στο τέλος επεισοδίου.
Κριτήρια ένταξης	Παρηγορικοί ασθενείς ΝΟΣΠΙ με δυνατότητα αυτοαναφοράς ή proxy.
Κριτήρια εξαίρεσης	Βαριά γνωστική έκπτωση χωρίς αξιόπιστο proxy.
Stratification	Διάγνωση, στάδιο νόσου, κοινωνική υποστήριξη.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· έμφαση στη διαχρονική μεταβολή.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια FACIT-Sp, MDS ΝΟΣΠΙ.
Εργαλείο μέτρησης	FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Επίσημη μετάφραση, ιδιωτικότητα, τυποποιημένος χρόνος συμπλήρωσης.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές βαθμολογίες υποδηλώνουν ανάγκη πνευματικής/ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.
Στόχοι	Στόχος: ≥70–75% ασθενών με αποδεκτή ή βελτιωμένη πνευματική ευεξία.
Ενέργειες σε απόκλιση	Παραπομπή σε ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό ή πνευματικό σύμβουλο.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ολιστικός σχεδιασμός παρηγορικής φροντίδας προσαρμοσμένος στις αξίες του ασθενούς.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Τεκμηρίωση ολιστικής ποιότητας παρηγορικής ΝΟΣΠΙ και διεθνής συγκρισιμότητα.

7.6.28.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **P6** βασίζεται στο **FACIT-Sp**, διεθνώς επικυρωμένο PROM για την πνευματική ευεξία σε χρόνιες και παρηγορικές καταστάσεις. Ευθυγραμμίζεται με τις κατευθυντήριες αρχές του ΠΟΥ, όπου η πνευματική διάσταση αναγνωρίζεται ως βασικό στοιχείο ποιότητας παρηγορικής φροντίδας σε όλα τα περιβάλλοντα παροχής.

7.6.29 Ταυτότητα Δείκτη P7- Προετοιμασία τέλους ζωής σε παρηγορική κατ' οίκον φροντίδα (End-of-life preparedness in palliative Hospital at Home care)

Η προετοιμασία για το τέλος της ζωής αποτελεί κρίσιμη διάσταση ποιότητας στην παρηγορική φροντίδα και αφορά όχι μόνο τον ασθενή αλλά και την οικογένεια. Στη ΝΟΣΠΙ, η έγκαιρη και κατάλληλη προετοιμασία περιλαμβάνει σαφή επικοινωνία για την πρόγνωση, καταγραφή προτιμήσεων φροντίδας, κατανόηση των διαθέσιμων επιλογών, καθώς και συναισθηματική υποστήριξη. Η απουσία προετοιμασίας συνδέεται διεθνώς με αυξημένο άγχος, μη επιθυμητές παρεμβάσεις και αρνητική εμπειρία πένθους. Ο δείκτης P7 αποτυπώνει την εμπειρία της



οικογένειας ως προς το κατά πόσο η ΝΟΣΠΙ υποστήριξε επαρκώς την προετοιμασία για το τέλος ζωής.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	P7 – Προετοιμασία τέλους ζωής. Σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	End-of-life preparedness in palliative Hospital at Home care
Άξονας	Παρηγορική φροντίδα – επικοινωνία, λήψη αποφάσεων και εμπειρία οικογένειας.
Χαρακτηρισμός	Πρόσθετος / εξειδικευμένος δείκτης παρηγορικού πληθυσμού.
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PREM (Family-Reported Experience Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποτελεσματικότητα, ισότητα.
Σκοπός	Η αποτύπωση του βαθμού στον οποίο ασθενής και οικογένεια αισθάνονται επαρκώς προετοιμασμένοι για το τέλος ζωής.
Τι αξιολογεί	Κατανόηση πρόγνωσης, σαφήνεια πληροφόρησης, σεβασμό προτιμήσεων, συναισθηματική υποστήριξη.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η έγκαιρη προετοιμασία μειώνει μη επιθυμητές παρεμβάσεις και βελτιώνει την εμπειρία πένθους.
Ορισμοί	<i>Προετοιμασία τέλους ζωής:</i> η αίσθηση ότι οι ανάγκες ενημέρωσης, αποφάσεων και υποστήριξης έχουν καλυφθεί.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό οικογενειών που δηλώνουν επαρκή προετοιμασία.
Αριθμητής (N)	Αριθμός οικογενειών με θετική αξιολόγηση προετοιμασίας τέλους ζωής.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο οικογενειών που συμπλήρωσαν το PREM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) θετικών απαντήσεων.
Τύπος υπολογισμού	(Θετικές αξιολογήσεις / Σύνολο συμπληρωμένων PREMs) × 100
Περίοδος αναφοράς	Μετά το πέρας της κατ' οίκον σσηλείας ή στη φάση πένθους (bereavement).
Κριτήρια ένταξης	Οικογένειες παρηγορικών ασθενών ΝΟΣΠΙ.
Κριτήρια εξαίρεσης	Απουσία οικογένειας ή μη δυνατότητα επικοινωνίας.
Stratification	Τόπος θανάτου, διάρκεια παρηγορικής φροντίδας, διάγνωση.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· δείκτης εμπειρίας.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα PREMs οικογενειακής εμπειρίας.
Εργαλείο μέτρησης	VOICES Survey και NHS End of Life Care domains .



Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Ανωνυμία, ευαίσθητη διατύπωση, κατάλληλος χρόνος συλλογής.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανάγκη βελτίωσης επικοινωνίας και advance care planning.
Στόχοι	Στόχος: ≥75–80% οικογενειών να δηλώνουν επαρκή προετοιμασία.
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση προσωπικού σε δύσκολες συζητήσεις, ενίσχυση ACP.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση επικοινωνίας και υποστήριξης σε τελικά στάδια ζωής.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική αποτίμηση ποιότητας παρηγορικής ΝΟΣΠΙ και εμπειρίας οικογένειας.

7.6.29.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **P7** αντιστοιχεί διεθνώς σε δείκτες **end-of-life preparedness** που χρησιμοποιούνται στο **VOICES Survey** και στα **End of Life Care domains** του National Health Service. Τα εργαλεία αυτά αξιοποιούνται ευρέως για τη συγκριτική αξιολόγηση παρηγορικών υπηρεσιών και την τεκμηρίωση ανθρωποκεντρικής ποιότητας.

7.6.30 Ταυτότητα Δείκτη C1- Πρόσβαση σε θεράποντα ιατρό στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Access to treating physician in Hospital at Home care)

Η δυνατότητα έγκαιρης και ουσιαστικής πρόσβασης στον θεράποντα ιατρό αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση ασφάλειας, εμπιστοσύνης και αποδοχής της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Σε περιβάλλον κατ' οίκον νοσηλείας, όπου ο ασθενής και η οικογένεια δεν έχουν φυσική παρουσία στο νοσοκομείο, η αντιλαμβανόμενη διαθεσιμότητα του θεράποντα ιατρού λειτουργεί ως υποκατάστατο της φυσικής εγγύτητας και ως κρίσιμος μηχανισμός μείωσης αβεβαιότητας και άγχους. Ο δείκτης C1 αποτυπώνει την εμπειρία του ασθενούς ή/και του φροντιστή ως προς το κατά πόσο η πρόσβαση στον θεράποντα είναι σαφής, εφικτή και επαρκής όταν προκύπτει ανάγκη.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	C1 – Πρόσβαση σε θεράποντα ιατρό. Σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Access to treating physician in Hospital at Home care
Άξονας	Επικοινωνία και συνέχεια φροντίδας.
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης εμπειρίας επικοινωνίας στη ΝΟΣΠΙ.
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PREM (Patient/Caregiver-Reported Experience Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, εγκαιρότητα, ισότητα.



Σκοπός	Η αποτύπωση της εμπειρίας ασθενούς/φροντιστή ως προς τη δυνατότητα επικοινωνίας και πρόσβασης στον θεράποντα ιατρό.
Τι αξιολογεί	Σαφήνεια τρόπων επικοινωνίας, διαθεσιμότητα ιατρού, αίσθηση προσβασιμότητας σε ανάγκη.
Κλινική / λειτουργική λογική	Περιορισμένη πρόσβαση αυξάνει το άγχος, τις άσκοπες επανεισαγωγές και την αίσθηση ανασφάλειας.
Ορισμοί	Πρόσβαση: η αντιλαμβανόμενη δυνατότητα άμεσης ή έγκαιρης επικοινωνίας με τον θεράποντα ιατρό.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό θετικών αξιολογήσεων πρόσβασης σε ιατρό.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών/φροντιστών που δηλώνουν επαρκή πρόσβαση στον θεράποντα.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών/φροντιστών που συμπλήρωσαν το PREM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) θετικών απαντήσεων.
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Θετικές αξιολογήσεις πρόσβασης} / \text{Σύνολο συμπληρωμένων PREMs}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Ανά επεισόδιο ΝΟΣΠΙ ή τριμηνιαία.
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ΝΟΣΠΙ ή κύριοι φροντιστές με εμπειρία επικοινωνίας.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς χωρίς ανάγκη επικοινωνίας κατά το διάστημα αναφοράς.
Stratification	Τρόπος επικοινωνίας, γεωγραφική περιοχή, τύπος μονάδας ΝΟΣΠΙ.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· δείκτης εμπειρίας.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα PREMs εμπειρίας επικοινωνίας.
Εργαλείο μέτρησης	OECD PaRIS – Access to care domains.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Ανωνυμία, τυποποιημένες ερωτήσεις, σταθερός χρόνος συλλογής.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανάγκη βελτίωσης διαθεσιμότητας ή οδών επικοινωνίας.
Στόχοι	Στόχος: $\geq 80\%$ θετικές αξιολογήσεις πρόσβασης.
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση ωραρίων, σαφέστερα κανάλια επικοινωνίας, ενίσχυση on-call κάλυψης.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση επικοινωνιακής επάρκειας και εμπιστοσύνης ασθενούς.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική συγκριτική αξιολόγηση εμπειρίας πρόσβασης σε ιατρό.

7.6.30.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **C1** αντιστοιχεί στα **access to care domains** του προγράμματος **PaRIS** του Organisation for Economic Co-operation and Development, τα οποία χρησιμοποιούνται διεθνώς για τη



μέτρηση της εμπειρίας πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, ιδίως σε κατ' οίκον και μακροχρόνια φροντίδα.

7.6.31 Ταυτότητα Δείκτη C2-Έγκαιρη απόκριση ιατρού στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Timely physician response in Hospital at Home care)

Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, η έγκαιρη απόκριση του θεράποντα ιατρού σε ερωτήματα, συμπτώματα ή ανησυχίες του ασθενούς και του φροντιστή αποτελεί κρίσιμο υποκατάστατο της φυσικής παρουσίας. Η καθυστέρηση στην απόκριση δεν επηρεάζει μόνο την κλινική ασφάλεια αλλά και την αντιλαμβανόμενη αξιοπιστία του συστήματος, αυξάνοντας το άγχος, τις άσκοπες επισκέψεις σε ΤΕΠ και τις μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές. Ο δείκτης C2 αποτυπώνει την εμπειρία των χρηστών ως προς το αν και πόσο γρήγορα λαμβάνουν ιατρική ανταπόκριση όταν τη χρειάζονται.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	C2 – Έγκαιρη απόκριση ιατρού. Σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Timely physician response in Hospital at Home care
Άξονας	Επικοινωνία και συνέχεια φροντίδας.
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης εμπειρίας επικοινωνίας στη ΝΟΣΠΙ.
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PREM (Patient/Caregiver-Reported Experience Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Εγκαιρότητα, ασφάλεια, ανθρωποκεντρική φροντίδα.
Σκοπός	Η αποτύπωση της εμπειρίας ασθενούς/φροντιστή ως προς την ταχύτητα ιατρικής απόκρισης όταν προκύπτει ανάγκη.
Τι αξιολογεί	Χρόνος ανταπόκρισης, αίσθηση άμεσης διαθεσιμότητας, αποτελεσματικότητα επικοινωνίας.
Κλινική / λειτουργική λογική	Καθυστερήσεις απόκρισης αυξάνουν τον κίνδυνο επιδείνωσης και μειώνουν την εμπιστοσύνη στο μοντέλο.
Ορισμοί	Έγκαιρη απόκριση: η αντιλαμβανόμενη επάρκεια χρόνου μεταξύ αιτήματος και ιατρικής ανταπόκρισης.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό θετικών αξιολογήσεων έγκαιρης απόκρισης.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών/φροντιστών που δηλώνουν έγκαιρη ιατρική απόκριση.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών/φροντιστών που υπέβαλαν αίτημα και συμπλήρωσαν PREM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) θετικών απαντήσεων.
Τύπος υπολογισμού	(Θετικές αξιολογήσεις έγκαιρης απόκρισης / Σύνολο συμπληρωμένων PREMs) × 100



Περίοδος αναφοράς	Ανά επεισόδιο ΝΟΣΠΙ ή τριμηνιαία.
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ή φροντιστές που επικοινωνήσαν με ιατρό κατά το διάστημα αναφοράς.
Κριτήρια εξαίρεσης	Περιστατικά χωρίς ανάγκη επικοινωνίας.
Stratification	Τύπος αιτήματος, ώρα επικοινωνίας, τρόπος επικοινωνίας.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· δείκτης εμπειρίας.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα PREMs εμπειρίας επικοινωνίας.
Εργαλείο μέτρησης	NHS Virtual Wards PREMs – response time items.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τυποποιημένες ερωτήσεις, σαφής αναφορά χρονικού πλαισίου.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανεπαρκή κάλυψη ή δυσλειτουργικά κανάλια επικοινωνίας.
Στόχοι	Στόχος: ≥85% θετικές αξιολογήσεις έγκαιρης απόκρισης.
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση on-call μοντέλου, ενίσχυση ψηφιακών καναλιών.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση επιχειρησιακής ανταπόκρισης και αίσθησης ασφάλειας.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Συγκριτική αξιολόγηση επικοινωνιακής επάρκειας μονάδων ΝΟΣΠΙ.

7.6.31.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **C2** αντιστοιχεί σε δείκτες **timely clinical response** που χρησιμοποιούνται στα **Virtual Wards** του National Health Service, όπου η έγκαιρη ιατρική απόκριση αποτελεί βασικό κριτήριο ασφάλειας και αποδοχής των κατ' οίκον μοντέλων.

7.6.32 Ταυτότητα Δείκτη C3- Σαφήνεια ιατρικών οδηγιών στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Clarity of medical instructions in Hospital at Home care)

Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, οι ιατρικές οδηγίες μεταφέρονται σε περιβάλλον χωρίς συνεχή φυσική επίβλεψη από επαγγελματίες υγείας. Η σαφήνεια, η κατανοητότητα και η πρακτική εφαρμόσιμότητα των οδηγιών αποτελούν κρίσιμους παράγοντες ασφάλειας και επιτυχίας της φροντίδας. Ασαφείς ή αντιφατικές οδηγίες αυξάνουν τον κίνδυνο λαθών στη φαρμακευτική αγωγή, καθυστερημένης αναγνώρισης επιδείνωσης και απώλειας εμπιστοσύνης στο σύστημα. Ο δείκτης C3 αποτυπώνει την εμπειρία ασθενούς και φροντιστή ως προς το κατά πόσο οι ιατρικές οδηγίες που λαμβάνουν είναι σαφείς, πλήρεις και κατανοητές.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	C3 – Σαφήνεια ιατρικών οδηγιών. Σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Clarity of medical instructions in Hospital at Home care
Αξονας	Επικοινωνία και συνέχεια φροντίδας.



Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης εμπειρίας επικοινωνίας και ασφάλειας.
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PREM (Patient/Caregiver-Reported Experience Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποτελεσματικότητα.
Σκοπός	Η συστηματική αξιολόγηση του βαθμού κατανόησης των ιατρικών οδηγιών από ασθενείς και φροντιστές.
Τι αξιολογεί	Κατανοητότητα οδηγιών, σαφήνεια δοσολογίας, σαφήνεια ενεργειών σε επιδείνωση, απουσία αντιφάσεων.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η σαφής οδηγία μειώνει σφάλματα, αυξάνει συμμόρφωση και ενισχύει την ασφάλεια κατ' οίκον.
Ορισμοί	Σαφήνεια οδηγιών: ο βαθμός στον οποίο οι οδηγίες γίνονται άμεσα κατανοητές χωρίς ανάγκη διευκρινίσεων.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό θετικών αξιολογήσεων σαφήνειας ιατρικών οδηγιών.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών/φροντιστών που δηλώνουν ότι οι οδηγίες ήταν σαφείς και κατανοητές.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών/φροντιστών που έλαβαν ιατρικές οδηγίες και συμπλήρωσαν PREM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) θετικών απαντήσεων.
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Θετικές αξιολογήσεις σαφήνειας} / \text{Σύνολο συμπληρωμένων PREMs}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Ανά επεισόδιο ΝΟΣΠΙ ή περιοδικά (π.χ. μηνιαία).
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ΝΟΣΠΙ ή φροντιστές που έλαβαν ιατρικές οδηγίες.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς χωρίς ανάγκη ενεργών οδηγιών στο διάστημα αναφοράς.
Stratification	Τρόπος παροχής οδηγιών (προφορικές/γραφτές), επίπεδο υγείας ασθενούς.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· δείκτης εμπειρίας.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα PREMs εμπειρίας επικοινωνίας.
Εργαλείο μέτρησης	NHS Communication PREMs – clarity and understanding items.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Σαφής διατύπωση ερωτήσεων, κοινό χρονικό σημείο συλλογής, ανωνυμία.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανάγκη απλοποίησης γλώσσας και δομής οδηγιών.
Στόχοι	Στόχος: $\geq 85\%$ θετικές αξιολογήσεις σαφήνειας οδηγιών.



Ενέργειες σε απόκριση	Ανασχεδιασμός εντύπων, χρήση plain language, επανεκπαίδευση προσωπικού.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση επικοινωνίας, μείωση λαθών και άσκοπων επικοινωνιών.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική συγκριτική αξιολόγηση ποιότητας ιατρικής επικοινωνίας.

7.6.32.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **C3** αντιστοιχεί σε δείκτες **clarity and understanding of instructions** που χρησιμοποιούνται στα **Communication PREMs** του National Health Service. Η σαφήνεια οδηγιών θεωρείται διεθνώς βασικός παράγοντας ασφάλειας στα κατ' οίκον και virtual care μοντέλα.

7.6.33 Ταυτότητα Δείκτη C4- Συνέπεια πληροφόρησης στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Information consistency in Hospital at Home care)

Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, η φροντίδα παρέχεται από διεπιστημονική ομάδα και συχνά σε διαφορετικά χρονικά σημεία και κανάλια επικοινωνίας. Η συνέπεια της πληροφόρησης αποτελεί κρίσιμο παράγοντα ασφάλειας και εμπιστοσύνης: αντικρουόμενες οδηγίες, διαφοροποιήσεις μεταξύ επαγγελματιών ή ασάφειες ως προς το θεραπευτικό πλάνο δημιουργούν σύγχυση στον ασθενή και τον φροντιστή, αυξάνουν τον κίνδυνο λαθών και υπονομεύουν την ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Ο δείκτης C4 αποτυπώνει την εμπειρία του χρήστη ως προς το κατά πόσο η πληροφόρηση που λαμβάνει είναι συνεπής, ευθυγραμμισμένη και ενιαία ανεξαρτήτως προσώπου ή χρόνου.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	C4 – Συνέπεια πληροφόρησης. Σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Information consistency in Hospital at Home care
Άξονας	Επικοινωνία, συνέχεια και ασφάλεια φροντίδας.
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης εμπειρίας επικοινωνίας και διακυβέρνησης πληροφορίας.
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PREM (Patient/Caregiver-Reported Experience Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, ασφάλεια, αποτελεσματικότητα.
Σκοπός	Η αποτύπωση της εμπειρίας ασθενούς/φροντιστή ως προς την ενιαία και μη αντιφατική πληροφόρηση από την ομάδα ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Ευθυγράμμιση πληροφοριών μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών, απουσία αντιφατικών οδηγιών.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η ασυνέπεια πληροφόρησης αυξάνει τον κίνδυνο λαθών και μειώνει την εμπιστοσύνη στο σύστημα.



Ορισμοί	Συνέπεια πληροφόρησης: ο βαθμός στον οποίο οι παρεχόμενες πληροφορίες είναι ομοιογενείς, συντονισμένες και σταθερές.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό θετικών αξιολογήσεων συνέπειας πληροφόρησης.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών/φροντιστών που δηλώνουν ότι οι πληροφορίες ήταν συνεπείς και μη αντιφατικές.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών/φροντιστών που συμπλήρωσαν το PREM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) θετικών απαντήσεων.
Τύπος υπολογισμού	(Θετικές αξιολογήσεις συνέπειας / Σύνολο συμπληρωμένων PREMs) × 100
Περίοδος αναφοράς	Ανά ΝΟΣΠΙ ή περιοδικά (π.χ. τριμηνιαία).
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ΝΟΣΠΙ ή φροντιστές που έλαβαν πληροφορίες από >1 μέλη της ομάδας.
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς με μία μόνο επαφή ή χωρίς ενεργή επικοινωνία.
Stratification	Μέγεθος ομάδας, αριθμός επαφών, τρόπος επικοινωνίας.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· δείκτης εμπειρίας.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα PREMs εμπειρίας επικοινωνίας.
Εργαλείο μέτρησης	WHO People-centred Care – information continuity & coordination domains.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τυποποιημένες ερωτήσεις, σαφής αναφορά χρονικού πλαισίου, ανωνυμία.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανάγκη βελτίωσης συντονισμού και handover.
Στόχοι	Στόχος: ≥85% θετικές αξιολογήσεις συνέπειας πληροφόρησης.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ενίσχυση δομών handover, κοινά templates πληροφόρησης, εκπαίδευση ομάδας.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση εσωτερικού συντονισμού και μείωση σύγχυσης ασθενών.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Αξιολόγηση ωριμότητας επικοινωνίας και ομαδικής λειτουργίας μονάδων.

7.6.33.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **C4** ευθυγραμμίζεται με τα **people-centred care domains** του World Health Organization, όπου η συνέπεια και η συνέχεια της πληροφόρησης αναγνωρίζονται ως βασικά στοιχεία ασφαλούς και ανθρωποκεντρικής φροντίδας, ιδίως σε κατανεμημένα και κατ' οίκον μοντέλα.



7.6.34 Ταυτότητα Δείκτη C5- Εμπιστοσύνη στον θεράποντα ιατρό στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Trust in physician in Hospital at Home care)

Η εμπιστοσύνη στον θεράποντα ιατρό αποτελεί θεμελιώδη συνθήκη για την αποδοχή, τη συμμόρφωση και τη βιωσιμότητα της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Σε κατ' οίκον περιβάλλον, όπου ο ασθενής και ο φροντιστής καλούνται να ακολουθούν οδηγίες χωρίς συνεχή φυσική παρουσία επαγγελματιών υγείας, η εμπιστοσύνη λειτουργεί ως μηχανισμός μείωσης αβεβαιότητας και κινδύνου. Ο δείκτης C5 αποτυπώνει την εμπειρία του ασθενούς και του φροντιστή ως προς το αν αισθάνονται ότι ο ιατρός είναι αξιόπιστος, επαρκής, ειλικρινής και προσανατολισμένος στο συμφέρον τους.

Πεδίο

Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη

Κωδικός & Τίτλος	C5 – Εμπιστοσύνη στον ιατρό. Σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Trust in physician in Hospital at Home care
Άξονας	Επικοινωνία, σχέση ιατρού–ασθενούς και συνέχεια φροντίδας.
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης εμπειρίας και κοινωνικής αποδοχής του μοντέλου ΝΟΣΠΙ.
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PREM (Patient/Caregiver-Reported Experience Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, ασφάλεια, αποτελεσματικότητα.
Σκοπός	Η συστηματική αποτύπωση του βαθμού εμπιστοσύνης προς τον θεράποντα ιατρό στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Αντιλαμβανόμενη επάρκεια, ειλικρίνεια, ενδιαφέρον, αξιοπιστία και συνέπεια του ιατρού.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η εμπιστοσύνη συσχετίζεται με αυξημένη συμμόρφωση, λιγότερες συγκρούσεις και καλύτερα αποτελέσματα.
Ορισμοί	Εμπιστοσύνη: η πεποίθηση ότι ο ιατρός ενεργεί με επάρκεια και προς όφελος του ασθενούς.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό θετικών αξιολογήσεων εμπιστοσύνης στον ιατρό.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών/φροντιστών που δηλώνουν υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών/φροντιστών που συμπλήρωσαν το PREM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) θετικών απαντήσεων.
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Θετικές αξιολογήσεις εμπιστοσύνης} / \text{Σύνολο συμπληρωμένων PREMs}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Ανά επεισόδιο ΝΟΣΠΙ ή περιοδικά (π.χ. τριμηνιαία).
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ΝΟΣΠΙ ή φροντιστές με επαφή με θεράποντα ιατρό.
Κριτήρια εξαίρεσης	Περιπτώσεις χωρίς ενεργή ιατρική επικοινωνία.



Stratification	Διάρκεια σχέσης, συχνότητα επικοινωνίας, τύπος περιστατικού.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· δείκτης εμπειρίας.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα PREMs εμπειρίας σχέσης με ιατρό.
Εργαλείο μέτρησης	OECD PaRIS – trust in provider items.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Ανωνυμία, σταθερή κλίμακα απαντήσεων, ενιαίο χρονικό πλαίσιο.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν προβλήματα επικοινωνίας ή αξιοπιστίας.
Στόχοι	Στόχος: ≥85% θετικές αξιολογήσεις εμπιστοσύνης.
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση ιατρών σε επικοινωνία, continuity of care, ανατροφοδότηση.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ενίσχυση σχέσης ιατρού–ασθενούς και βελτίωση συμμόρφωσης.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική συγκριτική αποτίμηση κοινωνικής εμπιστοσύνης στη ΝΟΣΠΙ.

7.6.34.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **C5** αντιστοιχεί στα **trust items** του προγράμματος **PaRIS** του Organisation for Economic Co-operation and Development, τα οποία χρησιμοποιούνται διεθνώς για τη μέτρηση εμπιστοσύνης των πολιτών προς επαγγελματίες υγείας, ιδίως σε μακροχρόνια και κατ' οίκον φροντίδα.

7.6.35 Ταυτότητα Δείκτη C6- Επάρκεια υποστήριξης στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Adequacy of support in Hospital at Home care)

Η επάρκεια της υποστήριξης που λαμβάνουν ασθενείς και φροντιστές στη ΝΟΣΠΙ υπερβαίνει την απλή πρόσβαση ή την ταχύτητα απόκρισης. Αφορά τη συνολική αίσθηση ότι, όταν προκύπτει ανάγκη, υπάρχει διαθέσιμη, κατάλληλη και αποτελεσματική βοήθεια, κλινική και οργανωτική. Σε κατ' οίκον μοντέλα, η αντιλαμβανόμενη ανεπάρκεια υποστήριξης συνδέεται με αυξημένο άγχος, μη αναγκαίες επισκέψεις σε ΤΕΠ και χαμηλότερη αποδοχή του μοντέλου. Ο δείκτης C6 αποτυπώνει την εμπειρία των χρηστών ως προς το αν η υποστήριξη που λαμβάνουν είναι επαρκής σε ένταση, ποιότητα και χρονισμό.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	C6 – Επάρκεια υποστήριξης. Σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Adequacy of support in Hospital at Home care
Άξονας	Επικοινωνία, υποστήριξη και συνέχεια φροντίδας.
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης εμπειρίας υποστήριξης στη ΝΟΣΠΙ.
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator) κατά Donabedian.



PROM / PREM	PREM (Patient/Caregiver-Reported Experience Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποτελεσματικότητα, ασφάλεια.
Σκοπός	Η αποτύπωση του βαθμού στον οποίο οι χρήστες θεωρούν ότι λαμβάνουν επαρκή υποστήριξη όταν τη χρειάζονται.
Τι αξιολογεί	Διαθεσιμότητα βοήθειας, καταλληλότητα παρεμβάσεων, αίσθηση “δεν είμαι μόνος/η”.
Κλινική / λειτουργική λογική	Ανεπαρκής υποστήριξη αυξάνει τον κίνδυνο επιδείνωσης, ανασφάλειας και αποτυχίας κατ’ οίκον φροντίδας.
Ορισμοί	Επάρκεια υποστήριξης: ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη βοήθεια καλύπτει τις πραγματικές ανάγκες.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό θετικών αξιολογήσεων επάρκειας υποστήριξης.
Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών/φροντιστών που δηλώνουν ότι η υποστήριξη ήταν επαρκής.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών/φροντιστών που συμπλήρωσαν το PREM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) θετικών απαντήσεων.
Τύπος υπολογισμού	(Θετικές αξιολογήσεις επάρκειας / Σύνολο συμπληρωμένων PREMs) × 100
Περίοδος αναφοράς	Ανά επεισόδιο ΝΟΣΠΙ ή περιοδικά (π.χ. τριμηνιαία).
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ΝΟΣΠΙ ή φροντιστές με ανάγκη υποστήριξης.
Κριτήρια εξαίρεσης	Περιστατικά χωρίς ενεργοποίηση υποστήριξης στο διάστημα αναφοράς.
Stratification	Τύπος υποστήριξης (ιατρική/νοσηλευτική), γεωγραφική περιοχή.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· δείκτης εμπειρίας.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα PREMs εμπειρίας υποστήριξης.
Εργαλείο μέτρησης	OECD PaRIS – support and help domains.
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Ανωνυμία, σαφής χρονική αναφορά, ενιαία κλίμακα απαντήσεων.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν κενά σε πόρους ή οργάνωση υποστήριξης.
Κατώφλια / Στόχοι	Στόχος: ≥85% θετικές αξιολογήσεις επάρκειας υποστήριξης.
Ενέργειες σε απόκλιση	Ανακατανομή πόρων, βελτίωση on-call δομών, σαφέστερες ροές υποστήριξης.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ενίσχυση της αίσθησης ασφάλειας και στήριξης ασθενούς/φροντιστή.

**Χρήση σε ΟΔΙΠΥ**

Συγκριτική αξιολόγηση επάρκειας υποστήριξης και λειτουργικής ωριμότητας.

7.6.35.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **C6** ευθυγραμμίζεται με τα **support domains** του προγράμματος **PaRIS** του Organisation for Economic Co-operation and Development, τα οποία χρησιμοποιούνται διεθνώς για την αποτύπωση της εμπειρίας υποστήριξης σε κατ' οίκον και μακροχρόνια φροντίδα.

7.6.36 Ταυτότητα Δείκτη C7- Ασφάλεια μέσω επικοινωνίας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Safety via communication in Hospital at Home care)

Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, η ασφάλεια δεν διασφαλίζεται μόνο μέσω κλινικών πρωτοκόλλων και τεχνολογικών υποδομών, αλλά σε μεγάλο βαθμό μέσω της ποιότητας της επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς, φροντιστή και ομάδας υγείας. Η έγκαιρη, σαφής και συνεπής επικοινωνία λειτουργεί ως βασικός μηχανισμός πρόληψης λαθών, έγκαιρης αναγνώρισης επιδείνωσης και ενίσχυσης της εμπιστοσύνης. Ο δείκτης C7 αποτυπώνει την **αντιλαμβανόμενη ασφάλεια που προκύπτει από την επικοινωνία**, δηλαδή το κατά πόσο οι χρήστες αισθάνονται ασφαλείς επειδή μπορούν να επικοινωνούν, να ρωτούν, να κατανοούν και να λαμβάνουν καθοδήγηση όταν τη χρειάζονται.

Πεδίο**Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη**

Κωδικός & Τίτλος	C7 – Ασφάλεια μέσω επικοινωνίας. Σταθερός κωδικός.
Αγγλικός τίτλος	Safety via communication in Hospital at Home care
Άξονας	Επικοινωνία, ασφάλεια και εμπειρία φροντίδας.
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης εμπειρίας ασφάλειας στη ΝΟΣΠΙ.
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator) κατά Donabedian.
PROM / PREM	PREM (Patient/Caregiver-Reported Experience Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ασφάλεια, ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποτελεσματικότητα.
Σκοπός	Η αποτύπωση της εμπειρίας ασφάλειας όπως αυτή βιώνεται μέσω της επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ.
Τι αξιολογεί	Αίσθηση ασφάλειας, δυνατότητα ερωτήσεων, έγκαιρη καθοδήγηση, αποφυγή σύγχυσης.
Κλινική / λειτουργική λογική	Η καλή επικοινωνία μειώνει σφάλματα, καθυστερήσεις και ανασφάλεια σε κατ' οίκον φροντίδα.
Ορισμοί	Ασφάλεια μέσω επικοινωνίας: η υποκειμενική αίσθηση προστασίας που προκύπτει από επαρκή επικοινωνία.
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό θετικών αξιολογήσεων αντιλαμβανόμενης ασφάλειας μέσω επικοινωνίας.



Αριθμητής (N)	Αριθμός ασθενών/φροντιστών που δηλώνουν ότι η επικοινωνία τους έκανε να αισθάνονται ασφαλείς.
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών/φροντιστών που συμπλήρωσαν το PREM.
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) θετικών απαντήσεων.
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Θετικές αξιολογήσεις ασφάλειας} / \text{Σύνολο συμπληρωμένων PREMs}) \times 100$
Περίοδος αναφοράς	Ανά κατ' οίκον νοσηλεία ΝΟΣΠΙ ή περιοδικά (π.χ. τριμηνιαία).
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ΝΟΣΠΙ ή φροντιστές με εμπειρία επικοινωνίας με την ομάδα.
Κριτήρια εξαίρεσης	Περιπτώσεις χωρίς ενεργή επικοινωνία στο διάστημα αναφοράς.
Stratification	Τρόπος επικοινωνίας, συχνότητα επαφών, γεωγραφική περιοχή.
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται· δείκτης εμπειρίας.
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα PREMs εμπειρίας ασφάλειας και επικοινωνίας.
Εργαλείο μέτρησης	NHS Safety Experience items (communication-related safety perception).
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Σαφής διατύπωση, κοινό χρονικό πλαίσιο, ανωνυμία απαντήσεων.
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανάγκη βελτίωσης επικοινωνίας και καθοδήγησης.
Στόχοι	Στόχος: $\geq 85\%$ θετικές αξιολογήσεις ασφάλειας μέσω επικοινωνίας.
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση προσωπικού, σαφέστερα κανάλια επικοινωνίας, ενίσχυση handover.
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση εμπειρίας ασφάλειας και πρόληψη ανεπιθύμητων συμβάντων.
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική αποτίμηση εμπειρίας ασφάλειας και ανθρωποκεντρικής ποιότητας.

7.6.36.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **C7** αντιστοιχεί στα **safety experience items** που χρησιμοποιούνται από το **Virtual Wards** και τα **patient safety experience frameworks** του **NHS**, όπου η αντιλαμβανόμενη ασφάλεια μέσω επικοινωνίας αναγνωρίζεται ως κρίσιμος παράγοντας ποιότητας σε κατ' οίκον και ψηφιακά μοντέλα φροντίδας.



7.6.37 Ταυτότητα Δείκτη C8- Μείωση άγχους μέσω επικοινωνίας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Anxiety reduction through communication in Hospital at Home care)

Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, η επικοινωνία δεν επηρεάζει μόνο την εμπειρία φροντίδας, αλλά και **μετρήσιμες ψυχολογικές εκβάσεις** του ασθενούς. Η έλλειψη σαφών οδηγιών, η δυσκολία πρόσβασης σε επαγγελματία υγείας και η αβεβαιότητα σχετικά με την πορεία της νόσου αποτελούν τεκμηριωμένους παράγοντες αύξησης του άγχους. Ο δείκτης C8 αποτυπώνει κατά πόσο η οργανωμένη, έγκαιρη και επαρκής επικοινωνία της ομάδας ΝΟΣΠΙ συμβάλλει στη **μείωση του άγχους του ασθενούς**, ως πραγματική έκβαση υγείας και όχι απλώς ως εμπειρία.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	C8 – Μείωση άγχους μέσω επικοινωνίας
Αγγλικός τίτλος	Anxiety reduction through communication
Άξονας	Επικοινωνία, ψυχολογικές εκβάσεις και ποιότητα φροντίδας
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης έκβασης ψυχικής υγείας στη ΝΟΣΠΙ
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator)
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Αποτελεσματικότητα, ανθρωποκεντρική φροντίδα, ασφάλεια
Σκοπός	Να μετρήσει τη μεταβολή του άγχους του ασθενούς που σχετίζεται με την επικοινωνία με την ομάδα ΝΟΣΠΙ
Τι αξιολογεί	Επίπεδα άγχους πριν και μετά την παροχή οργανωμένης επικοινωνίας
Κλινική / λειτουργική λογική	Η επαρκής επικοινωνία μειώνει αβεβαιότητα, φόβο και ψυχολογική επιβάρυνση
Ορισμοί	Άγχος: υποκειμενική ψυχολογική κατάσταση έντασης, ανησυχίας ή φόβου
Μετρούμενο μέγεθος	Μεταβολή βαθμολογίας άγχους (score change)
Αριθμητής (N)	Ασθενείς με μείωση κλινικά σημαντικής βαθμολογίας άγχους
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών που συμπλήρωσαν PROMIS Anxiety σε δύο χρονικά σημεία
Μονάδα έκφρασης	Μέση μεταβολή score ή ποσοστό ασθενών με βελτίωση
Τύπος υπολογισμού	(Score εισόδου – Score εξόδου) ή % ασθενών με μείωση $\geq$ MCID
Περίοδος αναφοράς	Από ένταξη στη ΝΟΣΠΙ έως προκαθορισμένο σημείο (π.χ. 7–14 ημέρες)
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ικανοί να συμπληρώσουν PROMIS Anxiety
Κριτήρια εξαίρεσης	Σοβαρή γνωστική διαταραχή, αδυναμία αυτοαναφοράς



Stratification	Ηλικία, διάγνωση, ένταση επικοινωνίας, τρόπος επαφής
Risk adjustment	Βασικό επίπεδο άγχους, σοβαρότητα νόσου
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια PROMIS Anxiety
Εργαλείο μέτρησης	PROMIS Anxiety (Short Form ή CAT)
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τήρηση χρονικών σημείων, σταθερή μορφή εργαλείου
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Μείωση score υποδηλώνει αποτελεσματική επικοινωνιακή υποστήριξη
Στόχοι	Στόχος: ≥60–70% ασθενών με κλινικά σημαντική βελτίωση
Ενέργειες σε απόκλιση	Ενίσχυση επικοινωνίας, ψυχοκοινωνική υποστήριξη
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση επικοινωνιακών πρακτικών με επίδραση στην ψυχική υγεία
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική αποτίμηση ψυχολογικών εκβάσεων της ΝΟΣΠΙ

7.6.37.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **C8** βασίζεται στο **PROMIS Anxiety**, ένα διεθνώς επικυρωμένο εργαλείο που χρησιμοποιείται σε κατ' οίκον φροντίδα, ψηφιακή υγεία και Hospital at Home μοντέλα για τη μέτρηση ψυχολογικών εκβάσεων. Αντιστοιχεί σε διεθνείς **mental health outcome indicators** που χρησιμοποιούνται σε PROMIS frameworks και σε προγράμματα integrated care.

7.6.38 Ταυτότητα Δείκτη CG1- Πρόσβαση φροντιστή σε θεράποντα ιατρό στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Caregiver access to treating physician in Hospital at Home care)

Στο μοντέλο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, ο άτυπος φροντιστής αναλαμβάνει κρίσιμο ρόλο στη συνέχεια και την ασφάλεια της φροντίδας. Η δυνατότητά του να επικοινωνεί έγκαιρα και αποτελεσματικά με τον θεράποντα ιατρό αποτελεί βασική προϋπόθεση για την πρόληψη επιπλοκών, τη σωστή εφαρμογή του θεραπευτικού πλάνου και τη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης. Ο δείκτης CG1 αποτυπώνει την **εμπειρία πρόσβασης του φροντιστή στον ιατρό**, ως θεμελιώδη διάσταση ανθρωποκεντρικής και ολοκληρωμένης φροντίδας.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	CG1 – Πρόσβαση φροντιστή σε ιατρό
Αγγλικός τίτλος	Caregiver access to treating physician
Άξονας	Φροντιστής, επικοινωνία και υποστηρικτική φροντίδα
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης εμπειρίας φροντιστή στη ΝΟΣΠΙ
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator)
PROM / PREM	PREM (Caregiver-Reported Experience Measure)



Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, ασφάλεια, αποτελεσματικότητα
Σκοπός	Να αξιολογήσει κατά πόσο ο φροντιστής έχει επαρκή και έγκαιρη πρόσβαση στον θεράποντα ιατρό
Τι αξιολογεί	Διαθεσιμότητα ιατρού, ευκολία επικοινωνίας, σαφή κανάλια πρόσβασης
Κλινική / λειτουργική λογική	Η έγκαιρη επικοινωνία φροντιστή-ιατρού μειώνει σφάλματα και καθυστερήσεις
Ορισμοί	Πρόσβαση: δυνατότητα άμεσης ή έγκαιρης επικοινωνίας με τον υπεύθυνο ιατρό
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό φροντιστών με θετική εμπειρία πρόσβασης
Αριθμητής (N)	Φροντιστές που δηλώνουν ικανοποιητική ή πολύ καλή πρόσβαση
Παρονομαστής (D)	Σύνολο φροντιστών που απάντησαν στο PREM
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	(Θετικές αξιολογήσεις / Σύνολο απαντήσεων) × 100
Περίοδος αναφοράς	Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ
Κριτήρια ένταξης	Άτυποι φροντιστές ενεργών ασθενών ΝΟΣΠΙ
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς χωρίς αναγνωρισμένο φροντιστή
Stratification	Τρόπος επικοινωνίας, γεωγραφική περιοχή, είδος περιστατικού
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται
Πηγές δεδομένων	Ερωτηματολόγια εμπειρίας φροντιστή
Εργαλείο μέτρησης	OECD PaRIS – caregiver access items
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Ανωνυμία, σταθερή διατύπωση, κοινή χρονική αναφορά
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές δείχνουν οργανωτικά ή επικοινωνιακά κενά
Κατώφλια / Στόχοι	Στόχος: ≥85% θετική εμπειρία πρόσβασης
Ενέργειες σε απόκλιση	Ενίσχυση καναλιών επικοινωνίας, σαφείς οδηγίες επικοινωνίας
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση υποστήριξης φροντιστών και ασφάλειας φροντίδας
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική αξιολόγηση εμπειρίας φροντιστή και ανθρωποκεντρικής ποιότητας

7.6.38.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **CG1** αντιστοιχεί άμεσα στα **caregiver access domains** του **OECD PaRIS**, τα οποία χρησιμοποιούνται διεθνώς για την αξιολόγηση της εμπειρίας άτυπων φροντιστών σε χρόνιες και



κατ' οίκον μορφές φροντίδας. Η πρόσβαση φροντιστή σε επαγγελματία υγείας αναγνωρίζεται ως κρίσιμος παράγοντας ποιότητας και ασφάλειας.

7.6.39 Ταυτότητα Δείκτη CG2- Επάρκεια ενημέρωσης φροντιστή στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Caregiver information adequacy in Hospital at Home care)

Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, η ποιότητα της φροντίδας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κατά πόσο ο άτυπος φροντιστής έχει λάβει **επαρκή, σαφή και κατανοητή πληροφόρηση** για τον ρόλο του, το θεραπευτικό πλάνο, τα σημεία κινδύνου και τις ενέργειες που πρέπει να ακολουθήσει. Η ανεπαρκής ενημέρωση αποτελεί τεκμηριωμένο παράγοντα αυξημένου κινδύνου λαθών, άγχους και επιπλοκών. Ο δείκτης CG2 αποτυπώνει την **αναφερόμενη εμπειρία επάρκειας ενημέρωσης του φροντιστή**, ως κρίσιμη διάσταση ασφάλειας και ανθρωποκεντρικής φροντίδας.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	CG2 – Επάρκεια ενημέρωσης φροντιστή
Αγγλικός τίτλος	Caregiver information adequacy
Άξονας	Φροντιστής, ενημέρωση και ασφάλεια φροντίδας
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης εμπειρίας φροντιστή στη ΝΟΣΠΙ
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator)
PROM / PREM	PREM (Caregiver-Reported Experience Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, ασφάλεια, αποτελεσματικότητα
Σκοπός	Να αξιολογήσει αν ο φροντιστής έχει λάβει επαρκή και κατανοητή πληροφόρηση για τη φροντίδα
Τι αξιολογεί	Πληρότητα οδηγιών, σαφήνεια, καταλληλότητα πληροφορίας
Κλινική / λειτουργική λογική	Η επαρκής ενημέρωση μειώνει λάθη, άγχος και ανεπιθύμητα συμβάντα
Ορισμοί	Επάρκεια ενημέρωσης: βαθμός κάλυψης των αναγκών πληροφόρησης του φροντιστή
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό φροντιστών που δηλώνουν επαρκή ενημέρωση
Αριθμητής (N)	Φροντιστές με θετική αξιολόγηση επάρκειας ενημέρωσης
Παρονομαστής (D)	Σύνολο φροντιστών που απάντησαν στο PREM
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	(Θετικές απαντήσεις / Σύνολο απαντήσεων) × 100
Περίοδος αναφοράς	Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ
Κριτήρια ένταξης	Άτυποι φροντιστές ενεργών ασθενών ΝΟΣΠΙ
Κριτήρια εξαίρεσης	Περιπτώσεις χωρίς φροντιστή ή χωρίς παροχή ενημέρωσης



Stratification	Τρόπος ενημέρωσης, είδος περιστατικού, ηλικία ασθενούς
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται
Πηγές δεδομένων	Ερωτηματολόγια εμπειρίας φροντιστή
Εργαλείο μέτρησης	NHS Carers PREMs – information adequacy items
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Σταθερή διατύπωση, χρονική αναφορά, ανωνυμία
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν κενά ενημέρωσης και ανάγκη βελτίωσης
Στόχοι	Στόχος: ≥80–85% επαρκής ενημέρωση
Ενέργειες σε απόκλιση	Αναθεώρηση υλικού, ενίσχυση εκπαίδευσης φροντιστών
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση ασφάλειας και ενδυνάμωσης φροντιστών
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική αποτίμηση ποιότητας ενημέρωσης φροντιστών

7.6.39.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **CG2** αντιστοιχεί σε **caregiver information and involvement items** που χρησιμοποιούνται στα **NHS Carers PREMs**, καθώς και σε διεθνή πλαίσια αξιολόγησης εμπειρίας φροντιστών. Η επάρκεια ενημέρωσης αναγνωρίζεται ως κρίσιμος παράγοντας ποιότητας και ασφάλειας σε κατ' οίκον μοντέλα φροντίδας.

7.6.40 Ταυτότητα Δείκτη CG3- Υποστήριξη φροντιστή στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Caregiver support in Hospital at Home care)

Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, ο άτυπος φροντιστής δεν αποτελεί παθητικό παρατηρητή αλλά **ενεργό συντελεστή της φροντίδας**. Η συστηματική, οργανωμένη και συνεχής υποστήριξή του από την ομάδα υγείας αποτελεί κρίσιμη προϋπόθεση για την ασφάλεια του ασθενούς, τη σωστή εφαρμογή του θεραπευτικού πλάνου και τη βιωσιμότητα του ίδιου του μοντέλου ΝΟΣΠΙ. Ο δείκτης CG3 αποτυπώνει την **εμπειρία του φροντιστή ως προς την παρεχόμενη υποστήριξη**, σε συμφωνία με τα διεθνή πρότυπα ολοκληρωμένης φροντίδας.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	CG3 – Υποστήριξη φροντιστή
Αγγλικός τίτλος	Caregiver support
Άξονας	Φροντιστής, ολοκληρωμένη φροντίδα και υποστήριξη
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης εμπειρίας φροντιστή στη ΝΟΣΠΙ
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator)
PROM / PREM	PREM (Caregiver-Reported Experience Measure)



Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, ασφάλεια, αποτελεσματικότητα
Σκοπός	Να αξιολογήσει κατά πόσο ο φροντιστής λαμβάνει επαρκή, συνεχή και χρήσιμη υποστήριξη από την ομάδα ΝΟΣΠΙ
Τι αξιολογεί	Διαθεσιμότητα υποστήριξης, καθοδήγηση, ανταπόκριση σε ανάγκες φροντιστή
Κλινική / λειτουργική λογική	Η υποστήριξη φροντιστή μειώνει λάθη, εξουθένωση και κινδύνους για τον ασθενή
Ορισμοί	Υποστήριξη: επαγγελματική καθοδήγηση, συναισθηματική και οργανωτική βοήθεια προς τον φροντιστή
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό φροντιστών με θετική εμπειρία υποστήριξης
Αριθμητής (N)	Φροντιστές που δηλώνουν ότι έλαβαν επαρκή υποστήριξη
Παρονομαστής (D)	Σύνολο φροντιστών που απάντησαν στο PREM
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	(Θετικές αξιολογήσεις υποστήριξης / Σύνολο απαντήσεων) × 100
Περίοδος αναφοράς	Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ
Κριτήρια ένταξης	Άτυποι φροντιστές ασθενών ενταγμένων στη ΝΟΣΠΙ
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς χωρίς αναγνωρισμένο φροντιστή
Stratification	Είδος υποστήριξης, συχνότητα επαφών, τύπος περιστατικού
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται
Πηγές δεδομένων	Ερωτηματολόγια εμπειρίας φροντιστή
Εργαλείο μέτρησης	WHO Integrated Care – caregiver support domains
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Ανωνυμία, σταθερή διατύπωση, κοινό χρονικό πλαίσιο
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές δείχνουν κίνδυνο εξουθένωσης και αστοχιών φροντίδας
Στόχοι	Στόχος: ≥80–85% θετική εμπειρία υποστήριξης
Ενέργειες σε απόκλιση	Ενίσχυση υποστηρικτικών δομών, σαφής ρόλος ομάδας
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ενδυνάμωση φροντιστών και βελτίωση ασφάλειας
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική αποτίμηση ολοκληρωμένης φροντίδας και υποστήριξης

7.6.40.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **CG3** εδράζεται στις αρχές του **WHO Integrated People-Centred Health Services**, όπου η υποστήριξη του άτυπου φροντιστή αναγνωρίζεται ως βασικό στοιχείο ολοκληρωμένης και ασφαλούς φροντίδας σε κατ' οίκον και κοινοτικά μοντέλα.



7.6.41 Ταυτότητα Δείκτη CG4- Ψυχική επιβάρυνση άτυπου φροντιστή στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Caregiver emotional burden in Hospital at Home care)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι μεταφέρει σημαντικό μέρος της καθημερινής φροντίδας εκτός νοσοκομειακού περιβάλλοντος, γεγονός που επιβαρύνει ψυχικά, συναισθηματικά και κοινωνικά τον άτυπο φροντιστή. Η ψυχική επιβάρυνση του φροντιστή δεν αποτελεί απλώς ζήτημα εμπειρίας, αλλά **πραγματική έκβαση υγείας**, με τεκμηριωμένες επιπτώσεις στην ποιότητα φροντίδας, στην ασφάλεια του ασθενούς και στη βιωσιμότητα του μοντέλου. Ο δείκτης CG4 αποτυπώνει συστηματικά την **ψυχική και συναισθηματική επιβάρυνση του φροντιστή**, ως κρίσιμη παράμετρο έκβασης.

Πεδίο

Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη

Κωδικός & Τίτλος	CG4 – Ψυχική επιβάρυνση φροντιστή
Αγγλικός τίτλος	Caregiver emotional burden
Άξονας	Φροντιστής, ψυχική υγεία και βιωσιμότητα φροντίδας
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης έκβασης που αφορά τον φροντιστή
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator)
PROM / PREM	PROM (Caregiver-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Αποτελεσματικότητα, ασφάλεια, ανθρωποκεντρική φροντίδα
Σκοπός	Να μετρήσει το επίπεδο ψυχικής και συναισθηματικής επιβάρυνσης του φροντιστή
Τι αξιολογεί	Άγχος, κόπωση, συναισθηματική πίεση, αίσθηση υπερφόρτωσης
Κλινική / λειτουργική λογική	Η υψηλή επιβάρυνση φροντιστή αυξάνει τον κίνδυνο λαθών και εξουθένωσης
Ορισμοί	Ψυχική επιβάρυνση: το σύνολο των συναισθηματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων της φροντίδας
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία επιβάρυνσης φροντιστή
Αριθμητής (N)	Φροντιστές με μέτρια ή υψηλή βαθμολογία επιβάρυνσης
Παρονομαστής (D)	Σύνολο φροντιστών που συμπλήρωσαν το εργαλείο
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία ή ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	Ποσοστό φροντιστών με ZBI score $\geq$ προκαθορισμένου ορίου
Περίοδος αναφοράς	Ανά επεισόδιο ΝΟΣΠΙ ή περιοδικά (π.χ. μηνιαία)
Κριτήρια ένταξης	Άτυποι φροντιστές ασθενών σε ενεργή ΝΟΣΠΙ
Κριτήρια εξαίρεσης	Φροντιστές με <2 εβδομάδες εμπλοκής στη φροντίδα



Stratification	Σχέση με ασθενή, ένταση φροντίδας, διάρκεια επεισοδίου
Risk adjustment	Βαρύτητα νόσου, διάρκεια φροντίδας
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια φροντιστών
Εργαλείο μέτρησης	Zarit Burden Interview (ZBI – short ή full version)
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τυποποιημένη έκδοση, ανωνυμία, σταθερά χρονικά σημεία
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλές τιμές υποδηλώνουν κίνδυνο εξουθένωσης φροντιστή
Στόχοι	Στόχος: ≤30% φροντιστών με υψηλή επιβάρυνση
Ενέργειες σε απόκλιση	Ψυχοκοινωνική υποστήριξη, respite care, ανακατανομή ρόλων
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Πρόληψη εξουθένωσης και διασφάλιση ποιότητας φροντίδας
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση βιωσιμότητας του μοντέλου ΝΟΣΠΙ

7.6.41.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **CG4** βασίζεται στο **Zarit Burden Interview**, ένα από τα πιο διαδεδομένα και διεθνώς επικυρωμένα εργαλεία μέτρησης επιβάρυνσης φροντιστή, το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως σε προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας και αναφέρεται σε πλαίσια **OECD PaRIS** ως κρίσιμος δείκτης έκβασης για φροντιστές.

7.6.42 Ταυτότητα Δείκτη CG5- Ισορροπία ζωής–φροντίδας άτυπου φροντιστή στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Caregiver work–life balance in Hospital at Home care)

Η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, αν και μειώνει τη νοσοκομειακή επιβάρυνση, συχνά μεταφέρει σημαντικό λειτουργικό και χρονικό βάρος στον άτυπο φροντιστή. Η αδυναμία ισορροπίας μεταξύ φροντίδας, εργασίας, οικογενειακής και προσωπικής ζωής αποτελεί τεκμηριωμένο παράγοντα ψυχολογικής εξουθένωσης, κοινωνικού αποκλεισμού και μειωμένης ποιότητας φροντίδας. Ο δείκτης CG5 αποτυπώνει την **αντιλαμβανόμενη ισορροπία ζωής–φροντίδας**, ως ουσιαστική έκβαση υγείας και ευεξίας του φροντιστή.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	CG5 – Ισορροπία ζωής–φροντίδας
Αγγλικός τίτλος	Caregiver work–life balance
Άξονας	Φροντιστής, ευεξία και βιωσιμότητα φροντίδας
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης έκβασης που αφορά την καθημερινή λειτουργικότητα του φροντιστή
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator)



PROM / PREM	PROM (Caregiver-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Αποτελεσματικότητα, ανθρωποκεντρική φροντίδα, ισότητα
Σκοπός	Να μετρήσει κατά πόσο η φροντίδα στο πλαίσιο ΝΟΣΠΙ επιτρέπει στον φροντιστή να διατηρεί ισορροπία ζωής
Τι αξιολογεί	Επίδραση φροντίδας στην εργασία, προσωπικό χρόνο, κοινωνική ζωή
Κλινική / λειτουργική λογική	Η καλή ισορροπία ζωής-φροντίδας μειώνει εξουθένωση και βελτιώνει την ποιότητα φροντίδας
Ορισμοί	Ισορροπία ζωής-φροντίδας: βαθμός στον οποίο οι απαιτήσεις φροντίδας δεν διαταράσσουν υπέρμετρα την καθημερινότητα
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία ισορροπίας ζωής-φροντίδας
Αριθμητής (N)	Φροντιστές με χαμηλή έως μέτρια αρνητική επίδραση στη ζωή τους
Παρονομαστής (D)	Σύνολο φροντιστών που συμπλήρωσαν το εργαλείο
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία ή ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	Ποσοστό φροντιστών με CarerQoL score $\geq$ προκαθορισμένου ορίου
Περίοδος αναφοράς	Ανά επεισόδιο ΝΟΣΠΙ ή περιοδικά (π.χ. ανά 3 μήνες)
Κριτήρια ένταξης	Άτυποι φροντιστές ενεργών ασθενών ΝΟΣΠΙ
Κριτήρια εξαίρεσης	Φροντιστές με ελάχιστη εμπλοκή (<1 εβδομάδα)
Stratification	Εργασιακή κατάσταση, ώρες φροντίδας, συγγενική σχέση
Risk adjustment	Ένταση φροντίδας, διάρκεια επεισοδίου
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα ερωτηματολόγια φροντιστών
Εργαλείο μέτρησης	CarerQoL (Care-related Quality of Life instrument)
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Σταθερή έκδοση εργαλείου, ανωνυμία, κοινά χρονικά σημεία
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές δείχνουν σοβαρή διατάραξη ζωής-φροντίδας
Στόχοι	Στόχος: $\geq 70\%$ φροντιστών με αποδεκτή ισορροπία
Ενέργειες σε απόκλιση	Παροχή respite care, ανακατανομή φροντίδας, κοινωνική υποστήριξη
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Σχεδιασμός υποστηρικτικών παρεμβάσεων για φροντιστές
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική αξιολόγηση βιωσιμότητας κατ' οίκον φροντίδας



7.6.42.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **CG5** βασίζεται στο **CarerQoL**, ένα διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο που χρησιμοποιείται σε πλαίσια **OECD PaRIS** για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής και της ισορροπίας ζωής-φροντίδας των άτυπων φροντιστών σε κατ' οίκον και κοινοτικά μοντέλα φροντίδας.

7.6.43 Ταυτότητα Δείκτη F1- Αποδοχή τηλεπαρακολούθησης στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Acceptance of remote monitoring in Hospital at Home care)

Η τηλεπαρακολούθηση αποτελεί θεμελιώδες συστατικό της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, καθώς επιτρέπει τη συνεχή κλινική επιτήρηση, την έγκαιρη ανίχνευση επιδείνωσης και τη μείωση της ανάγκης φυσικής παρουσίας στο νοσοκομείο. Ωστόσο, η τεχνολογική επάρκεια από μόνη της δεν διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα του μοντέλου. Η **αποδοχή της τηλεπαρακολούθησης από τον ασθενή και τον φροντιστή** αποτελεί κρίσιμο παράγοντα επιτυχίας, επηρεάζοντας άμεσα τη συμμόρφωση, την ποιότητα δεδομένων και την αίσθηση ασφάλειας. Ο δείκτης F1 αποτυπώνει την **εμπειρία και στάση των χρηστών απέναντι στην τηλεπαρακολούθηση**, ως προϋπόθεση λειτουργικής και κλινικής ωριμότητας του ΝΟΣΠΙ.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	F1 – Αποδοχή τηλεπαρακολούθησης
Αγγλικός τίτλος	Remote monitoring acceptance
Αξονας	Ψηφιακή υγεία, εμπειρία χρήστη και λειτουργική ωριμότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης εμπειρίας ψηφιακής φροντίδας στη ΝΟΣΠΙ
Τύπος δείκτη	Δείκτης εμπειρίας (Experience indicator)
PROM / PREM	PREM (Patient/Caregiver-Reported Experience Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, αποτελεσματικότητα, ασφάλεια
Σκοπός	Να αξιολογήσει τον βαθμό αποδοχής και άνεσης των χρηστών με την τηλεπαρακολούθηση
Τι αξιολογεί	Ευκολία χρήσης, εμπιστοσύνη, αίσθηση χρησιμότητας
Κλινική / λειτουργική λογική	Η αποδοχή τηλεπαρακολούθησης επηρεάζει συμμόρφωση και ποιότητα δεδομένων
Ορισμοί	Αποδοχή: θετική στάση και willingness χρήσης τηλεπαρακολούθησης
Μετρούμενο μέγεθος	Ποσοστό χρηστών με θετική εμπειρία τηλεπαρακολούθησης
Αριθμητής (N)	Ασθενείς/φροντιστές που δηλώνουν αποδοχή τηλεπαρακολούθησης
Παρονομαστής (D)	Σύνολο χρηστών που απάντησαν στο PREM
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	$(\text{Θετικές αξιολογήσεις} / \text{Σύνολο απαντήσεων}) \times 100$



Περίοδος αναφοράς	Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς/φροντιστές με ενεργή τηλεπαρακολούθηση
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς χωρίς χρήση ψηφιακών εργαλείων
Stratification	Ηλικία, ψηφιακή εμπειρία, τύπος συσκευής
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται
Πηγές δεδομένων	Ερωτηματολόγια εμπειρίας ψηφιακής φροντίδας
Εργαλείο μέτρησης	NHS Virtual Wards PREMs – remote monitoring items
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Σαφή ερωτήματα, ενιαίο χρονικό πλαίσιο
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλή αποδοχή υποδηλώνει ανάγκη εκπαίδευσης ή απλοποίησης
Κατώφλια / Στόχοι	Στόχος: ≥80% θετική αποδοχή
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση χρηστών, βελτίωση UX, τεχνική υποστήριξη
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Βελτίωση συμμόρφωσης και ποιότητας τηλεπαρακολούθησης
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Εθνική αποτίμηση ψηφιακής ωριμότητας ΝΟΣΠΙ

7.6.43.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **F1** ευθυγραμμίζεται με τα **NHS Virtual Wards PREMs**, όπου η αποδοχή τηλεπαρακολούθησης χρησιμοποιείται συστηματικά για την αξιολόγηση της εμπειρίας χρήστη και της λειτουργικής επιτυχίας των ψηφιακών μοντέλων κατ' οίκον φροντίδας.

7.6.44 Ταυτότητα Δείκτη F2- Ψηφιακή επάρκεια ασθενούς στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Patient digital literacy in Hospital at Home care)

Η επιτυχία της τηλεπαρακολούθησης και γενικότερα της ψηφιακά υποστηριζόμενης Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι προϋποθέτει ένα ελάχιστο επίπεδο **ψηφιακής επάρκειας** από τον ασθενή ή/και τον φροντιστή. Η ψηφιακή επάρκεια δεν αποτελεί έκβαση υγείας ούτε εμπειρία παροχής υπηρεσίας, αλλά **δομική προϋπόθεση** για την ασφαλή, αποτελεσματική και ισότιμη χρήση των ψηφιακών εργαλείων της ΝΟΣΠΙ. Ο δείκτης F2 αποτυπώνει τη βασική ικανότητα κατανόησης, χρήσης και εμπιστοσύνης σε ψηφιακές πληροφορίες υγείας.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	F2 – Ψηφιακή επάρκεια ασθενούς
Αγγλικός τίτλος	Digital literacy
Άξονας	Ψηφιακή υγεία, ισότιμη πρόσβαση και λειτουργική ετοιμότητα
Χαρακτηρισμός	Δομικός δείκτης προϋπόθεσης ψηφιακής φροντίδας



Τύπος δείκτη	Δείκτης δομής (Structure indicator)
PROM / PREM	Δεν εφαρμόζεται
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ισότητα, αποτελεσματικότητα, ασφάλεια
Σκοπός	Να αποτυπώσει την ικανότητα του ασθενούς να χρησιμοποιεί ψηφιακές πληροφορίες και εργαλεία υγείας
Τι αξιολογεί	Κατανόηση ψηφιακών πληροφοριών, αυτοπεποίθηση στη χρήση ψηφιακών εργαλείων
Κλινική / λειτουργική λογική	Χαμηλός ψηφιακή επάρκεια αυξάνει τον κίνδυνο λαθών και αποκλεισμού
Ορισμοί	Ψηφιακός γραμματισμός: ικανότητα αναζήτησης, κατανόησης και χρήσης ψηφιακής πληροφορίας υγείας
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία ψηφιακής επάρκειας
Αριθμητής (N)	Ασθενείς με επαρκή ψηφιακή επάρκεια
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών που αξιολογήθηκαν
Μονάδα έκφρασης	Ποσοστό (%) ή μέση βαθμολογία
Τύπος υπολογισμού	Ποσοστό ασθενών με eHEALS score $\geq$ προκαθορισμένου ορίου
Περίοδος αναφοράς	Κατά την ένταξη στη ΝΟΣΠΙ
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς που πρόκειται να χρησιμοποιήσουν ψηφιακά εργαλεία
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς χωρίς καμία ψηφιακή συνιστώσα στη φροντίδα
Stratification	Ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, γεωγραφική περιοχή
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται
Πηγές δεδομένων	Απαντήσεις ασθενούς σε δομημένο εργαλείο
Εργαλείο μέτρησης	eHEALS (eHealth Literacy Scale)
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τυποποιημένη έκδοση, συμπλήρωση πριν την έναρξη
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανάγκη εκπαίδευσης ή υποστήριξης
Στόχοι	Στόχος: ≥ 75 –80% ασθενών με επαρκή ψηφιακή επάρκεια
Ενέργειες σε απόκλιση	Εκπαίδευση, εμπλοκή φροντιστή, απλούστερα εργαλεία
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Προσαρμογή ψηφιακής στρατηγικής και υποστήριξης
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Αξιολόγηση ψηφιακής ετοιμότητας και ισότητας πρόσβασης



7.6.44.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **F2** βασίζεται στο **eHEALS**, ένα διεθνώς επικυρωμένο εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως στα πλαίσια **WHO Digital Health**, **OECD digital inclusion** και σε προγράμματα κατ' οίκον και τηλεϊατρικής φροντίδας για την αποτίμηση της ψηφιακής ετοιμότητας των χρηστών.

7.6.45 Ταυτότητα Δείκτη F3- Αντιλαμβανόμενη ακρίβεια ψηφιακών δεδομένων στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Perceived accuracy of digital health data in Hospital at Home care)

Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, τα ψηφιακά δεδομένα (μετρήσεις ζωτικών σημείων, συμπτώματα, ειδοποιήσεις, καταγραφές τηλεπαρακολούθησης) αποτελούν βασικό υπόβαθρο για τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Πέραν της τεχνικής εγκυρότητας των συστημάτων, κρίσιμος παράγοντας επιτυχίας είναι η **αντιλαμβανόμενη ακρίβεια των δεδομένων από τον ασθενή**, δηλαδή ο βαθμός εμπιστοσύνης ότι τα δεδομένα που συλλέγονται και προβάλλονται είναι σωστά, αξιόπιστα και αντιπροσωπευτικά της πραγματικής του κατάστασης. Ο δείκτης F3 αποτυπώνει αυτή τη διάσταση ως **ψυχολογική και γνωστική έκβαση**, η οποία επηρεάζει άμεσα τη συμμόρφωση, την αποδοχή της τεχνολογίας και την ποιότητα της φροντίδας.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	F3 – Αντιλαμβανόμενη ακρίβεια δεδομένων
Αγγλικός τίτλος	Perceived data accuracy
Άξονας	Ψηφιακή υγεία, εμπιστοσύνη και ποιότητα δεδομένων
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης έκβασης ψηφιακής φροντίδας
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator)
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Αποτελεσματικότητα, ασφάλεια, ανθρωποκεντρική φροντίδα
Σκοπός	Να μετρήσει τον βαθμό εμπιστοσύνης του ασθενούς στην ακρίβεια των ψηφιακών δεδομένων υγείας
Τι αξιολογεί	Πιστότητα μετρήσεων, αξιοπιστία ειδοποιήσεων, εμπιστοσύνη στα δεδομένα
Κλινική / λειτουργική λογική	Η χαμηλή αντιλαμβανόμενη ακρίβεια οδηγεί σε μη συμμόρφωση και λάθη
Ορισμοί	Αντιλαμβανόμενη ακρίβεια: η υποκειμενική αξιολόγηση της ορθότητας των δεδομένων
Μετρούμενο μέγεθος	Βαθμός συμφωνίας/εμπιστοσύνης στην ακρίβεια των δεδομένων
Αριθμητής (N)	Ασθενείς με υψηλή βαθμολογία εμπιστοσύνης στην ακρίβεια
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών που απάντησαν στο εργαλείο
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία ή ποσοστό (%)



Τύπος υπολογισμού	Ποσοστό ασθενών με θετική αξιολόγηση ακρίβειας
Περίοδος αναφοράς	Κατά τη διάρκεια ενεργής τηλεπαρακολούθησης
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς με χρήση ψηφιακών συστημάτων παρακολούθησης
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς χωρίς έκθεση σε ψηφιακά δεδομένα
Stratification	Τύπος συσκευής, συχνότητα μετρήσεων, ψηφιακός γραμματισμός
Risk adjustment	Δεν εφαρμόζεται
Πηγές δεδομένων	Ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς ασθενών
Εργαλείο μέτρησης	OECD Digital Health survey items – data trust/accuracy
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Σταθερή διατύπωση, σαφές χρονικό πλαίσιο
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανάγκη τεχνικού ελέγχου ή εκπαίδευσης
Στόχοι	Στόχος: ≥80% υψηλή αντιλαμβανόμενη ακρίβεια
Ενέργειες σε απόκλιση	Τεχνικός έλεγχος, επανεκπαίδευση ασθενών, βελτίωση feedback
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Ενίσχυση εμπιστοσύνης και συμμόρφωσης
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση ψηφιακής αξιοπιστίας του συστήματος

7.6.45.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **F3** αντιστοιχεί σε **trust and data accuracy items** που χρησιμοποιούνται στις **OECD Digital Health surveys** για την αποτίμηση της εμπιστοσύνης των χρηστών στα ψηφιακά δεδομένα υγείας. Η αντιλαμβανόμενη ακρίβεια θεωρείται κρίσιμος δείκτης αποδοχής και αποτελεσματικότητας ψηφιακών υπηρεσιών υγείας.

7.6.46 Ταυτότητα Δείκτη F4- Κοινωνική υποστήριξη ασθενούς στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Social support in Hospital at Home care)

Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί καθοριστικό παράγοντα υγείας και ανθεκτικότητας, ιδιαίτερα σε μοντέλα κατ' οίκον νοσηλείας όπου ο ασθενής απομακρύνεται από το προστατευμένο περιβάλλον του νοσοκομείου. Η επάρκεια κοινωνικής υποστήριξης επηρεάζει άμεσα την ψυχολογική κατάσταση, τη συμμόρφωση στη θεραπεία, την ικανότητα αυτοφροντίδας και τον κίνδυνο επιπλοκών. Ο δείκτης F4 αποτυπώνει τη **βιούμενη κοινωνική υποστήριξη του ασθενούς** ως ουσιαστική έκβαση υγείας, ανεξάρτητη από την οργανωτική απόδοση του συστήματος.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	F4 – Κοινωνική υποστήριξη
Αγγλικός τίτλος	Social support
Άξονας	Κοινωνική διάσταση υγείας και ολοκληρωμένη φροντίδα



Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης έκβασης κοινωνικής υποστήριξης
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator)
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, ισότητα, αποτελεσματικότητα
Σκοπός	Να μετρήσει το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης που βιώνει ο ασθενής
Τι αξιολογεί	Συναισθηματική, πρακτική και πληροφοριακή υποστήριξη
Κλινική / λειτουργική λογική	Χαμηλή κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με κακές εκβάσεις
Ορισμοί	Κοινωνική υποστήριξη: αντιλαμβανόμενη διαθεσιμότητα βοήθειας και φροντίδας
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία κοινωνικής υποστήριξης
Αριθμητής (N)	Ασθενείς με επαρκή βαθμολογία κοινωνικής υποστήριξης
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών που συμπλήρωσαν το εργαλείο
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία ή ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	Ποσοστό ασθενών με MOS score $\geq$ προκαθορισμένου ορίου
Περίοδος αναφοράς	Κατά τη διάρκεια της κατ'οίκον νοσηλείας ΝΟΣΠΙ
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς ενταγμένοι στη ΝΟΣΠΙ με δυνατότητα αυτοαναφοράς
Κριτήρια εξαίρεσης	Ασθενείς με σοβαρή γνωστική ανεπάρκεια
Stratification	Οικογενειακή κατάσταση, παρουσία φροντιστή, κοινωνικό δίκτυο
Risk adjustment	Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, βαρύτητα νόσου
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα PROM ερωτηματολόγια
Εργαλείο μέτρησης	MOS Social Support Survey (MOS-SSS)
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τυποποιημένη έκδοση, σαφή χρονικά σημεία
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Χαμηλές τιμές υποδηλώνουν ανάγκη κοινωνικής παρέμβασης
Στόχοι	Στόχος: ≥ 75 –80% επαρκής κοινωνική υποστήριξη
Ενέργειες σε απόκλιση	Διασύνδεση με κοινωνικές υπηρεσίες, ενίσχυση φροντιστή
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Στοχευμένες κοινωνικές παρεμβάσεις
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Αποτίμηση κοινωνικών ανισοτήτων και αναγκών υποστήριξης



7.6.46.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **F4** βασίζεται στο **MOS Social Support Survey**, ένα διεθνώς επικυρωμένο εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως σε χρόνιες παθήσεις, κατ' οίκον φροντίδα και προγράμματα ολοκληρωμένης φροντίδας, και αναγνωρίζεται από τον **WHO** ως βασικός δείκτης κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας.

7.6.47 Ταυτότητα Δείκτη F5- Κοινωνική απομόνωση ασθενούς στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (Social isolation in Hospital at Home care)

Η κοινωνική απομόνωση αποτελεί κρίσιμο κοινωνικό και ψυχοκοινωνικό παράγοντα κινδύνου για την υγεία, ιδίως σε ασθενείς που λαμβάνουν νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι. Η απουσία επαρκούς κοινωνικής επαφής και υποστήριξης έχει συσχετιστεί διεθνώς με αυξημένη νοσηρότητα, επιδείνωση ψυχικής υγείας, μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία και αυξημένες επανεισαγωγές. Ο δείκτης F5 αποτυπώνει την **υποκειμενικά βιούμενη κοινωνική απομόνωση**, ως μετρήσιμη έκβαση υγείας που υπερβαίνει την οργανωτική απόδοση του συστήματος.

Πεδίο	Πλήρης και επεξηγηματική ανάπτυξη
Κωδικός & Τίτλος	F5 – Κοινωνική απομόνωση
Αγγλικός τίτλος	Social isolation
Άξονας	Κοινωνική διάσταση υγείας και ευαλωτότητα
Χαρακτηρισμός	Βασικός δείκτης έκβασης κοινωνικής απομόνωσης
Τύπος δείκτη	Δείκτης έκβασης (Outcome indicator)
PROM / PREM	PROM (Patient-Reported Outcome Measure)
Διαστάσεις ποιότητας (WHO)	Ανθρωποκεντρική φροντίδα, ισότητα, αποτελεσματικότητα
Σκοπός	Να μετρήσει το επίπεδο κοινωνικής απομόνωσης που βιώνει ο ασθενής
Τι αξιολογεί	Αίσθημα μοναξιάς, κοινωνικής αποσύνδεσης και έλλειψης επαφής
Κλινική / λειτουργική λογική	Υψηλή κοινωνική απομόνωση επιδεινώνει εκβάσεις και ποιότητα ζωής
Ορισμοί	Κοινωνική απομόνωση: υποκειμενική αίσθηση έλλειψης κοινωνικών σχέσεων
Μετρούμενο μέγεθος	Συνολική βαθμολογία κοινωνικής απομόνωσης
Αριθμητής (N)	Ασθενείς με υψηλή βαθμολογία κοινωνικής απομόνωσης
Παρονομαστής (D)	Σύνολο ασθενών που συμπλήρωσαν το εργαλείο
Μονάδα έκφρασης	Μέση βαθμολογία ή ποσοστό (%)
Τύπος υπολογισμού	Ποσοστό ασθενών με UCLA score $\geq$ προκαθορισμένου ορίου



Περίοδος αναφοράς	Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ
Κριτήρια ένταξης	Ασθενείς με ικανότητα αυτοαναφοράς
Κριτήρια εξαίρεσης	Σοβαρή γνωστική διαταραχή
Stratification	Ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, κοινωνικό δίκτυο
Risk adjustment	Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες
Πηγές δεδομένων	Συμπληρωμένα PROM ερωτηματολόγια
Εργαλείο μέτρησης	UCLA Loneliness Scale (short ή full version)
Κανόνες ποιότητας δεδομένων	Τυποποιημένη έκδοση, σταθερό χρονικό σημείο
Ερμηνεία αποτελεσμάτων	Υψηλές τιμές υποδηλώνουν αυξημένο κοινωνικό κίνδυνο
Στόχοι	Στόχος: ≤25–30% ασθενών με υψηλή απομόνωση
Ενέργειες σε απόκλιση	Διασύνδεση με κοινωνικές δομές, ενίσχυση υποστήριξης
Χρήση σε Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Στοχευμένες κοινωνικές παρεμβάσεις
Χρήση σε ΟΔΙΠΥ	Παρακολούθηση κοινωνικών ανισοτήτων και ευαλωτότητας

7.6.47.1 Διεθνής τεκμηρίωση – Benchmarking

Ο δείκτης **F5** βασίζεται στην **UCLA Loneliness Scale**, ένα από τα πλέον διαδεδομένα και διεθνώς επικυρωμένα εργαλεία μέτρησης κοινωνικής απομόνωσης, το οποίο χρησιμοποιείται σε έρευνες και προγράμματα υγείας του **OECD** για την αποτίμηση κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας και της ευαλωτότητας σε χρόνιες και κατ' οίκον μορφές φροντίδας.

8 Πιλοτική εφαρμογή, επικύρωση και στάθμιση του συστήματος δεικτών ΝΟΣΠΙ

8.1 Σκοπός και θεσμικός ρόλος του Κεφαλαίου 8

Η πιλοτική εφαρμογή των δεικτών έχει λειτουργικό και θεσμικό χαρακτήρα και δεν αποσκοπεί στην αποτίμηση κλινικής αποτελεσματικότητας ή επίδοσης των μονάδων ΝΟΣΠΙ. Στόχος της είναι να τεκμηριωθεί εάν είναι εφικτός ο υπολογισμός των δεικτών, η σαφήνεια των ορισμών τους, η διαθεσιμότητα και ποιότητα των πηγών δεδομένων, καθώς και η δυνατότητα ενιαίας εφαρμογής τους σε πραγματικές συνθήκες λειτουργίας. Η πιλοτική φάση λειτουργεί ως μηχανισμός ελέγχου και βελτίωσης του συστήματος μέτρησης, και όχι ως διαδικασία αξιολόγησης αποτελεσμάτων.

Το παρόν κεφάλαιο περιγράφει τη **μεθοδολογία με την οποία υλοποιούνται**, όλες οι απαιτήσεις του παρόντος που αφορούν την **πιλοτική εφαρμογή** των λειτουργικών και αξιολογικών δεικτών (KRIs), την **επιστημονική και θεσμική επικύρωση** των δεικτών ποιότητας και ασφάλειας, τη **στάθμιση και ιεράρχηση** των δεικτών για σκοπούς εποπτείας και λήψης αποφάσεων καθώς και τον **έλεγχο ποιότητας και εγκυρότητας των δεδομένων**.

Το Κεφάλαιο 9 δεν παρουσιάζει αποτελέσματα επίδοσης μονάδων, ούτε συγκριτικές κατατάξεις. Αντιθέτως, τεκμηριώνει **πώς το σύστημα μέτρησης λειτουργεί στην πράξη**, με ποιον τρόπο παράγονται αξιόπιστα δεδομένα και πώς οι δείκτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν θεσμικά από τον ΟΔΙΠΥ.

Η πιλοτική εφαρμογή στο παρόν αντιμετωπίζεται ως **οριζόντια διαδικασία**, η οποία υποστηρίζει ταυτόχρονα την επικύρωση, τη στάθμιση και τη διακυβέρνηση δεδομένων, χωρίς να προϋποθέτει μακροχρόνια ιστορικά δεδομένα ή στατιστική ωρίμανση.

8.2 Βασικές αρχές σχεδιασμού της πιλοτικής εφαρμογής

Η μεθοδολογία πιλοτικής εφαρμογής βασίζεται σε τέσσερις θεμελιώδεις αρχές, οι οποίες διασφαλίζουν ότι το σύστημα μπορεί να λειτουργήσει εντός τετραμήνου.

8.2.1 Πιστότητα ορισμών και ενιαία εφαρμογή

Όλοι οι δείκτες εφαρμόζονται **ακριβώς σύμφωνα με τις ταυτότητες που έχουν αναπτυχθεί στο παρόν**, χωρίς τροποποιήσεις ή ερμηνείες. Η πιλοτική εφαρμογή ελέγχει εάν οι ορισμοί είναι: σαφείς, εφαρμόσιμοι, και κατανοητοί από τις μονάδες ΝΟΣΠΙ. Η αρχή αυτή είναι προϋπόθεση για τη συγκρισιμότητα και τη μελλοντική εθνική εφαρμογή.

8.2.2 Ενσωμάτωση στη λειτουργία της ΝΟΣΠΙ

Η μέτρηση των δεικτών δεν λειτουργεί ως εξωτερικός μηχανισμός ελέγχου, αλλά **ενσωματώνεται στις υφιστάμενες ροές εργασίας**. Η πιλοτική εφαρμογή τεκμηριώνει ότι: τα δεδομένα παράγονται φυσικά από τη λειτουργία, δεν απαιτούνται παράλληλα ανεπίσημα αρχεία, και η μέτρηση δεν δημιουργεί δυσανάλογο διοικητικό βάρος.

8.2.3 Ποιότητα δεδομένων εξ αρχής (data quality by design)

Ο έλεγχος ποιότητας και εγκυρότητας των δεδομένων **δεν έπεται** της εφαρμογής, αλλά αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της. Κατά την πιλοτική εφαρμογή ελέγχονται συστηματικά: η πληρότητα, η εγκυρότητα, η συνέπεια, η χρονικότητα, και η ιχνηλασιμότητα των δεδομένων.

8.2.4 Λειτουργική χρήση και απόκριση

Οι δείκτες δεν συλλέγονται για λόγους τεκμηρίωσης μόνο. Η πιλοτική εφαρμογή ελέγχει εάν οι δείκτες μπορούν να: ερμηνευθούν με ενιαίο τρόπο, ενεργοποιήσουν προκαθορισμένες ενέργειες απόκρισης, και υποστηρίξουν αποφάσεις εποπτείας.

8.3 Αντικείμενο πιλοτικής εφαρμογής

Η πιλοτική εφαρμογή περιλαμβάνει:

Δειγματοληπτική εφαρμογή από τους 44 βασικούς δείκτες του εθνικού πλαισίου ΝΟΣΠΙ, οι οποίοι αποτελούν το ελάχιστο και υποχρεωτικό σύνολο αξιολόγησης ποιότητας και ασφάλειας.

Επιλεγμένους πρόσθετους / εξειδικευμένους δείκτες, οι οποίοι ενεργοποιούνται επιλεκτικά, εφόσον: υφίσταται το κατάλληλο πληθυσμιακό προφίλ, υπάρχουν διαθέσιμα τα επικυρωμένα εργαλεία μέτρησης, και οι μονάδες διαθέτουν το απαιτούμενο επίπεδο οργανωτικής και ψηφιακής ωριμότητας.

Η επιλογή των πρόσθετων δεικτών κατά την πιλοτική εφαρμογή έχει **μεθοδολογικό χαρακτήρα** και αποσκοπεί στη δοκιμή της modular λογικής του συστήματος.

8.4 Ενιαίο χρονοδιάγραμμα υλοποίησης

8.4.1 Εκκίνηση και έλεγχος ετοιμότητας

Κατά τον πρώτο μήνα πραγματοποιούνται: οριστικοποίηση του συνόλου δεικτών που θα εφαρμοστούν, διανομή και εφαρμογή του ενιαίου πακέτου πιλοτικής εφαρμογής, χαρτογράφηση πηγών δεδομένων ανά δείκτη, επιβεβαίωση λειτουργικότητας των εργαλείων PROM/PREM, στοχευμένη εκπαίδευση των εμπλεκόμενων ρόλων. Στόχος του πρώτου μήνα είναι να διασφαλιστεί ότι **όλες οι μονάδες ξεκινούν με κοινό σημείο αναφοράς**.

8.4.2 Σταθεροποίηση εφαρμογής και έλεγχος δεδομένων

Κατά τον δεύτερο μήνα: οι δείκτες εφαρμόζονται συστηματικά σε πραγματικά περιστατικά ΝΟΣΠΙ, διενεργούνται οι πρώτοι οργανωμένοι έλεγχοι ποιότητας δεδομένων, καταγράφονται αποκλίσεις ορισμών, ροών ή συστημάτων, παρέχεται άμεση ανατροφοδότηση στις μονάδες. Η φάση αυτή τεκμηριώνει τη **λειτουργική επικύρωση** του συστήματος.

8.4.3 Ερμηνεία και προκαταρκτική στάθμιση

Οι δείκτες διαβάζονται συνδυαστικά και όχι αποσπασματικά, δοκιμάζεται η ιεράρχηση δεικτών με βάση: τον κίνδυνο για την ασφάλεια, τη σημασία για την ποιότητα φροντίδας, τη χρησιμότητα για την εποπτεία, αξιολογείται η δυνατότητα χρήσης των δεικτών σε σενάρια απόφασης. Η στάθμιση που εφαρμόζεται στο στάδιο αυτό είναι **λειτουργική και θεσμική**, όχι στατιστική.

8.4.4 Τεκμηρίωση, επικύρωση και κλείδωμα πλαισίου

Τεκμηριώνεται συνολικά η εφαρμοσιμότητα των δεικτών, οριστικοποιούνται οι κανόνες ποιότητας και εγκυρότητας δεδομένων, αποτυπώνεται το τελικό πλαίσιο στάθμισης, προετοιμάζεται το σύστημα για εθνική κλιμάκωση.



8.5 Διακυβέρνηση πιλοτικής εφαρμογής

Η πιλοτική εφαρμογή υλοποιείται με σαφή κατανομή ρόλων: **ΟΔΙΠΥ**: κεντρικός συντονισμός, έγκριση μεθοδολογίας, συγκεντρωτική εποπτεία. **Μονάδες ΝΟΣΠΙ**: επιχειρησιακή εφαρμογή, τεκμηρίωση δεδομένων. **Ρόλοι ποιότητας και δεδομένων**: έλεγχος ορθότητας, ποιότητας και συνέπειας. Η διακυβέρνηση αυτή εξασφαλίζει ότι τα συμπεράσματα αφορούν **το σύστημα** και όχι μεμονωμένες πρακτικές.

8.6 Έλεγχος ποιότητας και εγκυρότητας δεδομένων εντός τετραμήνου

Καθ' όλη τη διάρκεια της πιλοτικής εφαρμογής εφαρμόζονται ενιαίοι έλεγχοι: πληρότητας (completeness), εγκυρότητας (validity), συνέπειας (consistency), χρονικότητας (timeliness), ιχνηλασιμότητας (traceability). Οι έλεγχοι αυτοί τεκμηριώνουν ότι τα δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια για εποπτεία.

8.7 Καταληκτική θέση Κεφαλαίου 8

Η πιλοτική εφαρμογή τεσσάρων μηνών αποδεικνύει ότι το σύστημα δεικτών του παρόντος είναι λειτουργικά εφαρμόσιμο, επιστημονικά τεκμηριωμένο και θεσμικά αξιοποιήσιμο. Αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία εδράζονται η επικύρωση, η στάθμιση και η διακυβέρνηση δεδομένων που ακολουθούν στα επόμενα κεφάλαια.

9 Επιστημονική και θεσμική επικύρωση των δεικτών ποιότητας και ασφάλειας ΝΟΣΠΙ -Πλαίσιο επικύρωσης

9.1 Σκοπός και εννοιολογικό πλαίσιο επικύρωσης

Η επικύρωση των δεικτών στο πλαίσιο του παρόντος δεν αποσκοπεί σε μακροχρόνια στατιστική επικύρωση ή σε εξαγωγή επιδημιολογικών συμπερασμάτων. Αντιθέτως, στοχεύει στη **διασφάλιση ότι οι δείκτες που αναπτύχθηκαν**: μετρούν πράγματι τις διαστάσεις ποιότητας και ασφάλειας που ορίζουν, μπορούν να εφαρμοστούν με ενιαίο και αναπαραγώγιμο τρόπο, και είναι θεσμικά αξιοποιήσιμοι για εποπτεία, λήψη αποφάσεων και πολιτική υγείας. Η επικύρωση είναι **πολυεπίπεδη** και περιλαμβάνει: επιστημονική, λειτουργική, και θεσμική διάσταση.

Οι τρεις αυτές διαστάσεις **τρέχουν παράλληλα** κατά τη διάρκεια της πιλοτικής εφαρμογής του Κεφαλαίου 9 και ολοκληρώνονται εντός του ίδιου τετραμήνου.

9.2 Επιστημονική επικύρωση (Scientific validation)

9.2.1 Εγκυρότητα περιεχομένου (Content validity)

Η εγκυρότητα περιεχομένου διασφαλίζεται μέσω: της συστηματικής αντιστοίχισης των δεικτών με διεθνή πλαίσια ποιότητας (WHO, OECD, NHS), της χρήσης επικυρωμένων εργαλείων μέτρησης για PROMs και PREMs, και της ευθυγράμμισης με το μοντέλο Donabedian (δομή – διαδικασία – έκβαση). Κατά την πιλοτική εφαρμογή τεκμηριώνεται ότι κάθε δείκτης: αντιστοιχεί σε σαφώς ορισμένη διάσταση ποιότητας ή ασφάλειας, δεν επικαλύπτει ασαφώς άλλους δείκτες, και δεν μετρά έμμεσα ή συγκεχυμένα φαινόμενα.

9.2.2 Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (Construct validity)

Η εννοιολογική εγκυρότητα των δεικτών αξιολογείται με βάση: τη λογική σύνδεση μεταξύ του δείκτη και της αναμενόμενης κλινικής, λειτουργικής ή εμπειρικής διάστασης, τη συνέπεια του δείκτη με τη διεθνή βιβλιογραφία και πρακτική, και τη δυνατότητα ερμηνείας των τιμών του με τρόπο συνεπή και μη αντιφατικό.

Στο πλαίσιο του παρόντος, η construct validity **δεν ελέγχεται στατιστικά, αλλά λογικά και τεκμηριωμένα**, με βάση: τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, το είδος της παρεχόμενης φροντίδας, και τις αναμενόμενες τάσεις.

9.2.3 Εγκυρότητα εργαλείων μέτρησης (Instrument validity)

Για όλους τους δείκτες PROM και PREM: χρησιμοποιούνται **διεθνώς αναγνωρισμένα και επικυρωμένα εργαλεία**, αποφεύγεται η δημιουργία ad hoc ερωτηματολογίων, και διασφαλίζεται η πιστή εφαρμογή των domains και των κλιμάκων.

Η πιλοτική εφαρμογή τεκμηριώνει ότι: τα εργαλεία είναι κατανοητά από τους χρήστες, μπορούν να συμπληρωθούν εντός της ροής φροντίδας, και δεν παρουσιάζουν συστηματικές αστοχίες.

9.3 Λειτουργική επικύρωση (Operational validation)

9.3.1 Εφαρμοσιμότητα δεικτών σε πραγματικές συνθήκες

Η λειτουργική επικύρωση αποδεικνύει ότι οι δείκτες: μπορούν να εφαρμοστούν σε πραγματικά επεισόδια ΝΟΣΠΙ, υπολογίζονται με τα διαθέσιμα δεδομένα, και δεν απαιτούν μη ρεαλιστικές προσαρμογές της λειτουργίας.



Κατά την πιλοτική εφαρμογή ελέγχεται εάν: οι αριθμητές και παρονομαστές είναι σαφείς, οι χρονικές περίοδοι είναι εφαρμόσιμες, και οι πηγές δεδομένων είναι προσβάσιμες.

9.3.2 Αναπαραγωγιμότητα και συνέπεια εφαρμογής

Η λειτουργική επικύρωση εξετάζει εάν: διαφορετικές μονάδες ΝΟΣΠΙ εφαρμόζουν τον ίδιο δείκτη με τον ίδιο τρόπο, οι αποκλίσεις εντοπίζονται και τεκμηριώνονται, και οι κανόνες ερμηνείας είναι κοινοί.

Η πιλοτική εφαρμογή λειτουργεί ως **δοκιμαστικό περιβάλλον εναρμόνισης**, πριν από την εθνική κλιμάκωση.

9.3.3 Σχέση δείκτη – ενέργειας απόκρισης

Ένας δείκτης θεωρείται λειτουργικά επικυρωμένος όταν: η απόκλισή του μπορεί να ερμηνευθεί, ενεργοποιεί προκαθορισμένες ενέργειες (π.χ. ανασκόπηση SOP, εκπαίδευση), και δεν οδηγεί σε ασαφή ή αντιφατικά συμπεράσματα.

9.4 Θεσμική επικύρωση (Institutional validation)

9.4.1 Χρησιμότητα για τον ΟΔΙΠΥ

Η θεσμική επικύρωση τεκμηριώνει ότι οι δείκτες: είναι συμβατοί με τον ρόλο εποπτείας του ΟΔΙΠΥ, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για θεματικές αναλύσεις, υποστηρίζουν τεκμηριωμένες παρεμβάσεις πολιτικής.

Οι δείκτες αξιολογούνται ως προς: τη σαφήνεια ανάγνωσης, την ιεραρχική τους σημασία, και τη δυνατότητα σύγκρισης σε επίπεδο συστήματος.

9.4.2 Συμβατότητα με εθνικό και ευρωπαϊκό πλαίσιο

Η επικύρωση περιλαμβάνει την επιβεβαίωση ότι το σύστημα δεικτών: ευθυγραμμίζεται με τις αρχές ποιότητας της ΕΕ, δεν αντιβαίνει σε υφιστάμενες κανονιστικές απαιτήσεις, και μπορεί να υποστηρίξει μελλοντική ευρωπαϊκή αναφορά ή benchmarking.

9.5 Τεκμηρίωση επικύρωσης

Η επικύρωση αποτυπώνεται μέσω: τεχνικής αναφοράς επιστημονικής τεκμηρίωσης, αναφοράς λειτουργικής εφαρμοσιμότητας, μητρώου αποκλίσεων και διορθωτικών ενεργειών, και τελικής θεσμικής αποδοχής του πλαισίου. Δεν παράγονται δείκτες επίδοσης, ούτε βαθμολογήσεις μονάδων.

9.6 Καταληκτική θέση Κεφαλαίου 9

Η διαδικασία επικύρωσης του παρόντος αποδεικνύει ότι το σύστημα δεικτών ΝΟΣΠΙ είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο, λειτουργικά εφαρμόσιμο και θεσμικά αξιοποιήσιμο εντός τετραμήνου. Αποτελεί τη γέφυρα μεταξύ πιλοτικής εφαρμογής και στοχευμένης στάθμισης για σκοπούς εποπτείας.

10 Στάθμιση και ιεράρχηση δεικτών ποιότητας και ασφάλειας ΝΟΣΠΙ - Θεσμικό πλαίσιο προτεραιοποίησης και υποστήριξης αποφάσεων

Η ανάπτυξη ενός εκτεταμένου και πολυδιάστατου συστήματος δεικτών, όπως αυτό που περιλαμβάνεται στο παρόν, δημιουργεί εκ των πραγμάτων την ανάγκη ιεράρχησης και στάθμισης των μετρούμενων μεγεθών. Η στάθμιση στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι δεν αποσκοπεί στην ποσοτική βαθμολόγηση μονάδων ούτε στη δημιουργία πινάκων κατάταξης. Αντιθέτως, αποτελεί μηχανισμό **θεσμικής προτεραιοποίησης**, μέσω του οποίου καθίσταται σαφές ποιοι δείκτες είναι κρίσιμοι για την ασφάλεια, ποιοι καθοριστικοί για την ποιότητα της φροντίδας και ποιοι λειτουργούν ως δείκτες ωριμότητας και οργανωσιακής ενίσχυσης.

Η ανάγκη αυτή είναι ιδιαίτερα έντονη στο ΝΟΣΠΙ, καθώς πρόκειται για παροχή νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας σε περιβάλλον εκτός του φυσικού πλαισίου του νοσοκομείου. Σε ένα τέτοιο κατανεμημένο και ψηφιακά υποστηριζόμενο μοντέλο, δεν έχουν όλοι οι δείκτες την ίδια βαρύτητα ως προς τον κίνδυνο, τις συνέπειες απόκλισης και την αναγκαιότητα άμεσης απόκρισης.

Η στάθμιση που εισάγει το παρόν βασίζεται σε θεμελιώδεις αρχές κλινικής διακυβέρνησης. Πρώτη και κυρίαρχη είναι η αρχή της ασφάλειας του ασθενούς. Οι δείκτες που σχετίζονται άμεσα με την έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης, με ανεπιθύμητα συμβάντα ή με κρίσιμες αποκλίσεις από θεραπευτικά πρωτόκολλα αποκτούν αυξημένη θεσμική βαρύτητα, διότι η απόκλισή τους ενδέχεται να οδηγήσει σε σοβαρή βλάβη ή σε απώλεια ζωής. Δεύτερη αρχή είναι η αρχή της κλινικής ισοδυναμίας με την ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Το ΝΟΣΠΙ δεν αξιολογείται ως «ελαφρύτερη» ή λιγότερο απαιτητική μορφή φροντίδας, αλλά ως ισοδύναμη νοσοκομειακή υπηρεσία, γεγονός που επιβάλλει αυστηρότερη αντιμετώπιση συγκεκριμένων δεικτών.

Παράλληλα, εφαρμόζεται η αρχή της αναλογικότητας. Δεν είναι όλες οι αποκλίσεις ίσης σημασίας. Η στάθμιση επιτρέπει να διακριθούν οι δείκτες των οποίων η απόκλιση απαιτεί άμεση διερεύνηση και θεσμική παρέμβαση από εκείνους που υποδεικνύουν ανάγκες βελτίωσης, εκπαίδευσης ή οργανωσιακής ενίσχυσης σε μεσοπρόθεσμο ορίζοντα. Η αρχή αυτή είναι κρίσιμη ώστε το σύστημα δεικτών να μην καταστεί τιμωρητικό ή δυσλειτουργικό, αλλά να λειτουργεί ως εργαλείο υποστήριξης της ποιότητας.

Με βάση τα ανωτέρω, το παρόν εισάγει μια λειτουργική ιεράρχηση των δεικτών σε επίπεδα κρισιμότητας. Στο ανώτερο επίπεδο εντάσσονται οι δείκτες που θεωρούνται κρίσιμοι για την ασφάλεια. Πρόκειται για δείκτες των οποίων η απόκλιση δεν μπορεί να εξισορροπηθεί από καλή επίδοση σε άλλες διαστάσεις και ενεργοποιεί υποχρεωτικά διαδικασίες διερεύνησης, ανασκόπησης και διορθωτικής παρέμβασης. Στο επόμενο επίπεδο εντάσσονται οι δείκτες ποιότητας και αποτελεσματικότητας, οι οποίοι αποτυπώνουν τη συνολική κλινική και λειτουργική επίδοση της μονάδας ΝΟΣΠΙ και παρακολουθούνται διαχρονικά, με στόχο τη συνεχή βελτίωση. Στο τρίτο επίπεδο εντάσσονται οι δείκτες ωριμότητας, διακυβέρνησης και υποστήριξης, οι οποίοι δεν ενεργοποιούν άμεσες παρεμβάσεις, αλλά καθοδηγούν τον στρατηγικό σχεδιασμό και την ανάπτυξη του συστήματος.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι η στάθμιση στο παρόν **δεν υλοποιείται μέσω μαθηματικών συντελεστών ή σύνθετων αλγορίθμων**. Η επιλογή αυτή είναι συνειδητή και τεκμηριωμένη. Στο χρονικό πλαίσιο των τεσσάρων μηνών, η χρήση πολύπλοκων ποσοτικών μοντέλων δεν θα ήταν ούτε επιστημονικά ασφαλής ούτε θεσμικά αξιόπιστη. Αντί αυτού, η στάθμιση υλοποιείται μέσω κανόνων ερμηνείας και απόκρισης, οι οποίοι συνδέουν άμεσα κάθε



δείκτη με συγκεκριμένες ενέργειες διακυβέρνησης. Με τον τρόπο αυτό, η πληροφορία μετατρέπεται σε πράξη και η μέτρηση αποκτά πραγματικό νόημα.

Για τον ΟΔΙΠΥ, η στάθμιση των δεικτών αποτελεί κρίσιμο εργαλείο άσκησης εποπτείας. Επιτρέπει τη στοχευμένη εστίαση σε κρίσιμες διαστάσεις, την επιλογή θεματικών ελέγχων, την ενεργοποίηση εξειδικευμένων δεικτών όπου απαιτείται και τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που βασίζονται σε τεκμηριωμένες ανάγκες και όχι σε αποσπασματικές εντυπώσεις. Παράλληλα, προστατεύει το σύστημα από την αδιάκριτη χρήση όλων των δεικτών με τον ίδιο τρόπο, κάτι που θα οδηγούσε σε υπερφόρτωση και απώλεια στρατηγικού προσανατολισμού.

Η διαδικασία στάθμισης ολοκληρώνεται εντός του τετραμήνου της πιλοτικής εφαρμογής, μέσω της συνδυαστικής αξιολόγησης της λειτουργικής συμπεριφοράς των δεικτών, της θεσμικής τους χρησιμότητας και της ερμηνευσιμότητας των αποτελεσμάτων τους. Το αποτέλεσμα δεν είναι ένας στατικός πίνακας βαρών, αλλά ένα ζωντανό πλαίσιο προτεραιοτήτων, το οποίο μπορεί να επικαιροποιείται με την ωρίμανση του ΝΟΣΠΙ και την ενσωμάτωση νέων δεδομένων.

Με τον τρόπο αυτό, το Κεφάλαιο 11 θεμελιώνει τη μετάβαση από τη μέτρηση στη διακυβέρνηση. Οι δείκτες του παρόντος δεν αντιμετωπίζονται ως ισοδύναμα αριθμητικά μεγέθη, αλλά ως εργαλεία διαφορετικής βαρύτητας και σκοπού, τα οποία υποστηρίζουν την ασφάλεια, την ποιότητα και τη βιωσιμότητα της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι σε εθνικό επίπεδο.

11 Ποιότητα, εγκυρότητα και διακυβέρνηση δεδομένων στο ΝΟΣΠΙ-Θεσμικό και λειτουργικό πλαίσιο αξιοπιστίας του συστήματος δεικτών

Η ανάπτυξη και εφαρμογή ενός εθνικού συστήματος δεικτών ποιότητας και ασφάλειας για τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι προϋποθέτει ένα σαφές, συνεκτικό και θεσμικά κατοχυρωμένο πλαίσιο διαχείρισης των δεδομένων. Στο παρόν, η ποιότητα και η εγκυρότητα των δεδομένων δεν αντιμετωπίζονται ως τεχνική λεπτομέρεια, αλλά ως θεμελιώδης προϋπόθεση ώστε οι δείκτες να είναι αξιόπιστοι, ερμηνεύσιμοι και αξιοποιήσιμοι για σκοπούς εποπτείας και λήψης αποφάσεων.

Η ιδιαιτερότητα του ΝΟΣΠΙ έγκειται στο γεγονός ότι τα δεδομένα παράγονται σε κατανεμημένο περιβάλλον, εκτός του φυσικού χώρου του νοσοκομείου, με συνδυασμό ψηφιακής καταγραφής, τηλεπαρακολούθησης, κλινικής τεκμηρίωσης και αναφορών εμπειρίας ασθενών και φροντιστών. Υπό αυτές τις συνθήκες, η ποιότητα των δεδομένων δεν μπορεί να θεωρείται δεδομένη. Απαιτείται ρητό πλαίσιο κανόνων, ρόλων και μηχανισμών ελέγχου, ώστε το σύστημα δεικτών του παρόντος να μην καταλήξει σε τυπική άσκηση αναφορών χωρίς ουσιαστικό περιεχόμενο.

Το παρόν εισάγει ένα λειτουργικό πλαίσιο ποιότητας δεδομένων, το οποίο ευθυγραμμίζεται με διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα διακυβέρνησης δεδομένων στον τομέα της υγείας, όπως τα αντίστοιχα πλαίσια του OECD και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Το πλαίσιο αυτό προσαρμόζεται ρητά στις δυνατότητες και στους χρονικούς περιορισμούς της πιλοτικής εφαρμογής, ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί και να τεκμηριωθεί πλήρως εντός τεσσάρων μηνών.

Η ποιότητα των δεδομένων στο ΝΟΣΠΙ ορίζεται μέσα από πέντε βασικές διαστάσεις: πληρότητα, εγκυρότητα, συνέπεια, χρονικότητα και ιχνηλασιμότητα. Η πληρότητα αφορά το κατά πόσο όλα τα απαιτούμενα πεδία του Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων και των εργαλείων PROMs και PREMs συμπληρώνονται συστηματικά και χωρίς σημαντικά κενά. Η εγκυρότητα αφορά τη συμφωνία των καταγεγραμμένων τιμών με τους ορισμούς των δεικτών και τα αντίστοιχα εργαλεία μέτρησης. Η συνέπεια αφορά τη σταθερότητα της καταγραφής στον χρόνο και μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών ή μονάδων. Η χρονικότητα αφορά την έγκαιρη καταγραφή και διαθεσιμότητα των δεδομένων, στοιχείο κρίσιμο για την ασφάλεια και την εποπτεία. Τέλος, η ιχνηλασιμότητα αφορά τη δυνατότητα αναδρομικού ελέγχου της προέλευσης, της τροποποίησης και της χρήσης των δεδομένων.

Στο πλαίσιο της πιλοτικής εφαρμογής, η διασφάλιση των ανωτέρω διαστάσεων δεν επιδιώκεται μέσω εκτεταμένων τεχνικών ελέγχων ή αυτοματοποιημένων αλγορίθμων, αλλά μέσω σαφών λειτουργικών κανόνων. Κάθε δείκτης του παρόντος συνοδεύεται από προσδιορισμένες πηγές δεδομένων, σαφείς ορισμούς αριθμητή και παρονομαστή και κανόνες ένταξης και εξαίρεσης, ώστε να περιορίζεται η υποκειμενική ερμηνεία και να ενισχύεται η συγκρισιμότητα. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στους δείκτες PROM και PREM, όπου η εγκυρότητα εξαρτάται άμεσα από την ορθή χρήση των εργαλείων και τη σαφή κατανόηση των ερωτημάτων από τους ασθενείς και τους φροντιστές.

Η διακυβέρνηση των δεδομένων στο ΝΟΣΠΙ οργανώνεται σε δύο διακριτά αλλά αλληλοσυμπληρούμενα επίπεδα. Σε επίπεδο μονάδας ΝΟΣΠΙ, η ευθύνη εστιάζει στη σωστή και έγκαιρη καταγραφή, στην τήρηση των ορισμών και στη βασική αυτοαξιολόγηση της ποιότητας των δεδομένων. Η μονάδα δεν αξιολογείται μόνο για τις τιμές των δεικτών, αλλά και για τη συνέπεια και αξιοπιστία της καταγραφής της. Σε κεντρικό επίπεδο, ο ΟΔΙΠΥ αναλαμβάνει τον ρόλο του θεσμικού εγγυητή της ποιότητας των δεδομένων, μέσω δειγματοληπτικών ελέγχων, θεματικών ανασκοπήσεων και συγκεντρωτικών αναλύσεων.



Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι το παρόν δεν αντιμετωπίζει τα ζητήματα ποιότητας δεδομένων ως λόγο αποκλεισμού ή κύρωσης στο πιλοτικό στάδιο. Αντιθέτως, η ανίχνευση προβλημάτων πληρότητας ή εγκυρότητας αντιμετωπίζεται ως εργαλείο μάθησης και βελτίωσης. Η προσέγγιση αυτή είναι κρίσιμη ώστε να δημιουργηθεί κουλτούρα αξιόπιστης καταγραφής και όχι κουλτούρα τυπικής συμμόρφωσης. Η ποιότητα των δεδομένων συνδέεται άμεσα με την ωριμότητα του συστήματος και όχι με την τιμωρητική αξιολόγηση.

Εντός του τετραμήνου, η τεκμηρίωση της ποιότητας και της εγκυρότητας των δεδομένων αποτυπώνεται μέσω συνοδευτικών αναφορών, στις οποίες περιγράφονται τα συχνότερα προβλήματα καταγραφής, οι αποκλίσεις από τους ορισμούς και οι διορθωτικές ενέργειες που υιοθετήθηκαν. Οι αναφορές αυτές δεν στοχεύουν στη σύγκριση μονάδων, αλλά στη θεσμική κατανόηση των προϋποθέσεων που απαιτούνται για την αξιόπιστη εθνική κλιμάκωση του συστήματος δεικτών.

Με την ολοκλήρωση του Κεφαλαίου 12, το παρόν ολοκληρώνει τη θεμελίωση ενός πλήρους και συνεκτικού πλαισίου μέτρησης, εφαρμογής, επικύρωσης και διακυβέρνησης δεικτών ποιότητας και ασφάλειας για τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι. Το σύστημα που περιγράφεται δεν είναι θεωρητικό ούτε αποσπασματικό. Είναι σχεδιασμένο ώστε να μπορεί να λειτουργήσει άμεσα, να ελεγχθεί θεσμικά και να εξελιχθεί σταδιακά, στηριζόμενο σε αξιόπιστα δεδομένα και σε σαφείς κανόνες διακυβέρνησης.

Για κάθε δείκτη του παρόντος έχει προσδιοριστεί ρητά τουλάχιστον μία θεσμοθετημένη πηγή δεδομένων, όπως το Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων, τα πληροφοριακά συστήματα τηλεπαρακολούθησης, τα αρχεία εφαρμογής τυποποιημένων διαδικασιών, τα μητρώα συμβάντων ή τα δομημένα ερωτηματολόγια. Δεν υφίστανται δείκτες χωρίς τεκμηριωμένη πηγή δεδομένων, διασφαλίζοντας την πληρότητα, την Εφαρμοσιμότητα και την αξιοπιστία του συστήματος μέτρησης.

12 Διαχείριση Αποκλίσεων, Ανεπιθύμητων Συμβάντων και Ανάλυση Βασικής Αιτίας (RCA)

Το παρόν κεφάλαιο περιγράφει τον μηχανισμό με τον οποίο το σύστημα δεικτών του παρόντος δεν λειτουργεί αποκλειστικά ως εργαλείο παρακολούθησης, αλλά ως **ενεργό σύστημα διασφάλισης ποιότητας και ασφάλειας**, ικανό να εντοπίζει αποκλίσεις, να διερευνά τα αίτια τους, και οδηγεί σε τεκμηριωμένες διορθωτικές και προληπτικές παρεμβάσεις.

Κεντρικό εργαλείο του μηχανισμού αυτού αποτελεί η **Ανάλυση Βασικής Αιτίας (Root Cause Analysis – RCA)**.

12.1 Ρόλος της RCA

Η RCA ενσωματώνεται στο παρόν ως ο **τυποποιημένος μηχανισμός ερμηνείας και διαχείρισης αποκλίσεων** που προκύπτουν από δείκτες ποιότητας και ασφάλειας, ανεπιθύμητα ή παρ' ολίγον συμβάντα, κρίσιμα περιστατικά που σχετίζονται με τη λειτουργία του ΝΟΣΠΙ. Με τον τρόπο αυτό, το παρόν δεν περιορίζεται στην καταγραφή αποτελεσμάτων, αλλά τεκμηριώνει **πώς το σύστημα αντιδρά όταν τα αποτελέσματα αποκλίνουν από το αποδεκτό επίπεδο**.

12.2 Πότε ενεργοποιείται η διαδικασία Ανάλυσης Βασικής Αιτίας (RCA)

Η διαδικασία Ανάλυσης Βασικής Αιτίας ενεργοποιείται στο πλαίσιο του παρόντος όταν, κατά τη συστηματική παρακολούθηση της απόδοσης και της ασφάλειας των υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ, προκύπτουν ενδείξεις ότι η παρεχόμενη φροντίδα αποκλίνει από τα αποδεκτά επίπεδα ποιότητας ή ενέχει αυξημένο κίνδυνο για τον ασθενή. Τέτοιες ενδείξεις μπορεί να αφορούν είτε ποσοτικές αποκλίσεις δεικτών, όπως η υπέρβαση προκαθορισμένων ορίων ή η εμφάνιση αρνητικής και επιδεινούμενης τάσης, είτε ποιοτικά δεδομένα, όπως η καταγραφή ανεπιθύμητων ή παρ' ολίγον συμβάντων.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται σε συμβάντα που έχουν ήδη προκαλέσει ή θα μπορούσαν δυνητικά να προκαλέσουν σοβαρές επιπτώσεις στην ασφάλεια του ασθενή, καθώς και σε περιστατικά που σχετίζονται με κρίσιμες λειτουργίες του ΝΟΣΠΙ, όπως η τηλεπαρακολούθηση, η φαρμακευτική αγωγή, η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών ή η διαδικασία κλιμάκωσης της φροντίδας. Η ενεργοποίηση της RCA δεν γίνεται αυτοματοποιημένα για κάθε μικρή ή μεμονωμένη απόκλιση, αλλά βασίζεται σε τεκμηριωμένη αξιολόγηση της σοβαρότητας, της πιθανότητας επανάληψης και της συστημικής επίπτωσης του εκάστοτε γεγονότος.

12.3 Περιγραφή της διαδικασίας RCA

Η διαδικασία RCA ακολουθεί διακριτά και αλληλοσυνδεόμενα στάδια, τα οποία διασφαλίζουν ότι η διερεύνηση είναι δομημένη, αντικειμενική και προσανατολισμένη στη βελτίωση του συστήματος.

- Στο πρώτο στάδιο, πραγματοποιείται η αναγνώριση και η καταγραφή της απόκλισης ή του συμβάντος. Κάθε απόκλιση δείκτη ή ανεπιθύμητο γεγονός καταγράφεται με τυποποιημένο τρόπο, ώστε να αποτυπώνεται με σαφήνεια τι συνέβη, πότε και πού εκδηλώθηκε, καθώς και ποια ήταν η άμεση επίπτωση στον ασθενή ή στη λειτουργία της υπηρεσίας. Η καταγραφή περιορίζεται αυστηρά σε αντικειμενικά δεδομένα και γεγονότα, χωρίς αξιολογικές κρίσεις ή αποδόσεις ευθύνης, με στόχο τη δημιουργία αξιόπιστης βάσης για τη μετέπειτα διερεύνηση.
- Στο δεύτερο στάδιο, η ομάδα ποιότητας του ΝΟΣΠΙ αξιολογεί εάν το καταγεγραμμένο γεγονός απαιτεί την ενεργοποίηση πλήρους διαδικασίας RCA. Η αξιολόγηση αυτή λαμβάνει υπόψη τη σοβαρότητα της επίπτωσης, την πιθανότητα επανάληψης του συμβάντος και τον βαθμό στον οποίο το γεγονός αντανακλά συστημική αδυναμία και όχι μεμονωμένο περιστατικό. Εφόσον διαπιστωθεί ότι το γεγονός έχει ουσιαστική σημασία

για την ποιότητα ή την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας, αποφασίζεται η διενέργεια πλήρους RCA.

- Στο τρίτο στάδιο συγκροτείται η ομάδα διερεύνησης, η οποία αποτελείται από μικρό αριθμό μελών με διαφορετικούς αλλά συναφείς ρόλους, ανάλογα με τη φύση του εξεταζόμενου συμβάντος. Η διεπιστημονική σύνθεση της ομάδας διασφαλίζει ότι η ανάλυση θα λάβει υπόψη τόσο κλινικές όσο και οργανωτικές, τεχνολογικές ή λειτουργικές παραμέτρους. Η ομάδα λειτουργεί με σαφή δέσμευση στην αρχή της μη επίρριψης ευθύνης, εστιάζοντας αποκλειστικά στη διερεύνηση διαδικασιών και συστημικών παραγόντων.
- Στο τέταρτο στάδιο, η ομάδα επιδιώκει την πλήρη κατανόηση των γεγονότων. Καταγράφεται αναλυτικά η χρονική αλληλουχία των ενεργειών και των αποφάσεων που προηγήθηκαν του συμβάντος, καθώς και όλα τα διαθέσιμα δεδομένα, όπως κλινικές πληροφορίες, στοιχεία τηλεπαρακολούθησης και τεκμηρίωση επικοινωνίας. Το στάδιο αυτό έχει ως αποκλειστικό στόχο τη συμφωνία όλων των εμπλεκόμενων ως προς το τι ακριβώς συνέβη, χωρίς ακόμη να εξετάζονται τα αίτια.
- Στο πέμπτο στάδιο πραγματοποιείται η σύγκριση μεταξύ της προβλεπόμενης διαδικασίας του ΝΟΣΠΙ και της πραγματικής εφαρμογής της στην πράξη. Μέσα από αυτή τη σύγκριση αναδεικνύονται σημεία απόκλισης, ασάφειας ή δυσλειτουργίας, τα οποία ενδέχεται να συνέβαλαν στο συμβάν. Η ανάλυση αυτή επιτρέπει τον εντοπισμό δομικών αδυναμιών στο σύστημα παροχής φροντίδας.
- Στο έκτο στάδιο, η ομάδα προχωρά στον εντοπισμό των βασικών αιτιών. Για κάθε σημείο απόκλισης διερευνώνται τα υποκείμενα αίτια, με έμφαση σε παράγοντες που μπορούν να ελεγχθούν ή να τροποποιηθούν σε επίπεδο συστήματος. Βασική αιτία θεωρείται εκείνη η αιτία της οποίας η αντιμετώπιση μπορεί να μειώσει ουσιαστικά την πιθανότητα επανάληψης του συμβάντος και να βελτιώσει τη συνολική λειτουργία του ΝΟΣΠΙ.
- Στο έβδομο στάδιο, με βάση τις βασικές αιτίες που έχουν εντοπιστεί, καθορίζονται συγκεκριμένες διορθωτικές και προληπτικές ενέργειες. Οι ενέργειες αυτές σχεδιάζονται με τρόπο ώστε να επιφέρουν ουσιαστικές αλλαγές σε διαδικασίες, ρόλους ή υποστηρικτικά εργαλεία, και συνοδεύονται από σαφή ορισμό υπευθυνότητας και χρονοδιαγράμματος υλοποίησης.
- Στο όγδοο και τελευταίο στάδιο, η αποτελεσματικότητα των εφαρμοσμένων ενεργειών παρακολουθείται μέσω των σχετικών δεικτών του παρόντος και της ανάλυσης των τάσεων στον χρόνο. Η παρακολούθηση αυτή επιτρέπει την αξιολόγηση του κατά πόσο οι παρεμβάσεις πέτυχαν τον στόχο τους και εάν τα αποτελέσματα της βελτίωσης διατηρούνται.

12.4 Σχέση της RCA με τη συνεχή βελτίωση του ΝΟΣΠΙ

Τα αποτελέσματα των διαδικασιών RCA αξιοποιούνται συστηματικά για τη βελτίωση των διαδικασιών του ΝΟΣΠΙ, τη διάχυση της οργανωσιακής μάθησης και την ενίσχυση της ωριμότητας του συστήματος. Μέσω της επαναλαμβανόμενης εφαρμογής της RCA, το ΝΟΣΠΙ μεταβαίνει από μια παθητική παρακολούθηση δεικτών σε ένα ενεργό και εξελισσόμενο σύστημα διασφάλισης ποιότητας και ασφάλειας.

12.5 ΒΗΜΑ–ΒΗΜΑ: ΤΙ ΚΑΝΟΥΜΕ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

ΒΗΜΑ 1: Καταγραφή ότι συνέβη κάτι ασυνήθιστο/(Incident identification)



Κάθε φορά που συμβαίνει:

- ανεπιθύμητο συμβάν (π.χ. επιδείνωση που δεν αναγνωρίστηκε έγκαιρα),
- παρ' ολίγον συμβάν (π.χ. λάθος φάρμακο που εντοπίστηκε πριν δοθεί),
- σοβαρό παράπονο ασφάλειας,

αυτό **καταγράφεται άμεσα** σε απλή φόρμα.

Σε αυτό το στάδιο **δεν αναλύουμε**, απλώς γράφουμε:

- τι έγινε,
- πότε,
- πού,
- ποια ήταν η άμεση επίπτωση στον ασθενή.

Σκοπός: να μη χαθεί το γεγονός και να υπάρχει κοινή βάση δεδομένων.

ΒΗΜΑ 2: Απόφαση αν χρειάζεται RCA/(Screening – Απόφαση διερεύνησης)

Δεν απαιτείται πλήρης RCA για κάθε μικρό πρόβλημα.

Η ομάδα ποιότητας απαντά σε απλές ερωτήσεις:

- Υπήρξε σοβαρή ή δυνητικά σοβαρή βλάβη;
- Μπορεί να ξανα συμβεί;
- Αφορά περισσότερους από έναν ασθενείς;
- Συνδέεται με διαδικασία, τεχνολογία ή οργάνωση;

Αν η απάντηση είναι «ναι» σε κρίσιμα σημεία, **ενεργοποιείται RCA**.

ΒΗΜΑ 3: Συγκρότηση μικρής ομάδας RCA/(RCA team)

Η διερεύνηση **δεν γίνεται από ένα άτομο**.

Συγκροτείται μικρή ομάδα, π.χ.:

- κλινικός,



- νοσηλευτής,
- άτομο ποιότητας,
- τεχνολογία/τηλεπαρακολούθηση (αν εμπλέκεται),
- διοικητική υποστήριξη.

Η ομάδα:

- δεν κρίνει πρόσωπα,
- εξετάζει διαδικασίες,
- λειτουργεί με αρχή μη επίρριψης ευθύνης.

ΒΗΜΑ 4: Κατανόηση του τι ακριβώς συνέβη/(What happened)

Η ομάδα:

- φτιάχνει τη χρονική σειρά των γεγονότων,
- καταγράφει τι έγινε βήμα-βήμα,
- εξετάζει δεδομένα (κλινικά, τηλεμετρικά, επικοινωνία).

Εδώ **δεν** εξηγούμε **ακόμη** το **γιατί**.

Πρώτα συμφωνούμε όλοι **τι έγινε**.

ΒΗΜΑ 5: Σύγκριση «πώς έπρεπε να γίνει» με «πώς έγινε»/(Process analysis)

Η ομάδα απαντά:

- Ποια ήταν η προβλεπόμενη διαδικασία;
- Σε ποιο σημείο αποκλίναμε;
- Πού χάθηκε ο έλεγχος;

Αυτό αποκαλύπτει **δομικά κενά** και όχι μεμονωμένα λάθη.

ΒΗΜΑ 6: Εντοπισμός των πραγματικών αιτίων/(Why it happened – root causes)

Για κάθε πρόβλημα η ομάδα ρωτά:

«Γιατί συνέβη αυτό;»

Όχι μία φορά, αλλά όσες χρειάζεται, μέχρι να φτάσει:



- σε αιτία που **ελέγχεται από το σύστημα**,
- και όχι σε προσωπικό χαρακτηρισμό.

Παραδείγματα αιτιών:

- ασάφεια διαδικασίας,
- ανεπαρκής εκπαίδευση,
- λάθος ρύθμιση τηλεπαρακολούθησης,
- ελλιπής επικοινωνία,
- μη ρεαλιστικές οδηγίες για το σπίτι.

ΒΗΜΑ 7: Απόφαση τι αλλάζουμε /(Corrective and preventive actions)

Για κάθε βασική αιτία αποφασίζεται:

- τι αλλάζει στη διαδικασία,
- ποιος ρόλος είναι υπεύθυνος,
- μέχρι πότε.

Οι δράσεις **πρέπει να αλλάζουν το σύστημα**, όχι να «προσέχουν περισσότερο οι άνθρωποι».

ΒΗΜΑ 8: Έλεγχος αν η αλλαγή έπιασε /(Measures of success)

Μετά την εφαρμογή:

- παρακολουθούνται δείκτες,
- ελέγχεται αν μειώθηκαν τα αντίστοιχα συμβάντα,
- επιβεβαιώνεται ότι η βελτίωση διατηρείται στον χρόνο.

Αν όχι, η διαδικασία επανεξετάζεται.

12.6 Πρότυπα Έγγραφα Ανάλυσης Βασικής Αιτίας (RCA)

12.6.1 Προτεινόμενα πεδία Πρότυπης Φόρμας Καταγραφής Απόκλισης ή Συμβάντος

Τα προτεινόμενα πεδία της πρότυπης φόρμας είναι:

- Κωδικός
- Ημερομηνία / Ώρα
- Περιγραφή γεγονότος
- Άμεση επίπτωση στον ασθενή
- Άμεσα μέτρα αντιμετώπισης



12.6.2 Προτεινόμενα πεδία Πρότυπης Φόρμας Απόφασης Ενεργοποίησης RCA

Τα προτεινόμενα πεδία της πρότυπης φόρμας είναι:

- Σοβαρότητα
- Πιθανότητα επανάληψης
- Συστημική επίπτωση
- Απόφαση: πλήρης RCA / μη ενεργοποίηση

12.6.3 Προτεινόμενα πεδία Πρότυπου Φόρμας Φύλλου Ανάλυσης Βασικής Αιτίας

Τα προτεινόμενα πεδία της πρότυπης φόρμας είναι:

- Περιγραφή γεγονότων
- Σημεία απόκλισης
- Παράγοντες και αιτίες
- Προσδιορισμός βασικών αιτιών

12.6.4 Προτεινόμενα πεδία Πρότυπης Φόρμας Σχεδίου Διορθωτικών και Προληπτικών Ενεργειών

Τα προτεινόμενα πεδία της πρότυπης φόρμας είναι:

- Βασική αιτία
- Περιγραφή ενέργειας
- Υπεύθυνος ρόλος
- Χρονοδιάγραμμα
- Κατάσταση υλοποίησης

12.6.5 Προτεινόμενα πεδία Πρότυπης Φόρμας Παρακολούθησης Αποτελεσματικότητας

Τα προτεινόμενα πεδία της πρότυπης φόρμας είναι:

- Σχετικός δείκτης
- Τιμή βάσης
- Στόχος
- Περίοδος παρακολούθησης
- Αξιολόγηση αποτελέσματος

12.6.6 Παράδειγμα Σύνδεσης Δείκτη με Διαδικασία RCA

Δείκτης: Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές ασθενών ΝΟΣΠΙ

Ταυτότητα Δείκτη

Κωδικός δείκτη: Ε2

Ονομασία (ΕΙ): Ποσοστό μη προγραμματισμένων επανεισαγωγών



Ονομασία (EN): Unplanned readmission rate

Ορισμός: Ποσοστό ασθενών ΝΟΣΠΙ που επανεισάγονται σε νοσοκομείο εντός προκαθορισμένου χρονικού διαστήματος από την έναρξη ή την ολοκλήρωση της κατ' οίκον νοσηλείας.

Πηγή δεδομένων: MDS ΝΟΣΠΙ, αρχεία εισαγωγών νοσοκομείου

Όριο αποδεκτής απόδοσης: $\leq X\%$

Σύνδεση δείκτη με ενεργοποίηση RCA

Βήμα 1: Εντοπισμός απόκλισης δείκτη: Κατά την περιοδική παρακολούθηση των δεικτών του παρόντος, διαπιστώνεται ότι ο δείκτης **μη προγραμματισμένων επανεισαγωγών: υπερβαίνει το αποδεκτό όριο ή παρουσιάζει επαναλαμβανόμενη αυξητική τάση.**

Η απόκλιση καταγράφεται ως **σήμα κινδύνου ποιότητας και ασφάλειας.**

Βήμα 2: Απόφαση ενεργοποίησης RCA: Η ομάδα ποιότητας αξιολογεί την απόκλιση του δείκτη και διαπιστώνει ότι: αφορά κλινική ασφάλεια, επηρεάζει πολλαπλούς ασθενείς και σχετίζεται με κρίσιμες διαδικασίες του ΝΟΣΠΙ.

Κατόπιν αυτής της αξιολόγησης, αποφασίζεται η **ενεργοποίηση πλήρους Ανάλυσης Βασικής Αιτίας (RCA).**

Βήμα 3: Ορισμός πεδίου RCA: Η ομάδα RCA ορίζει ότι η διερεύνηση θα επικεντρωθεί: στους ασθενείς που επανεισλήχθησαν, στις διαδικασίες κλινικής παρακολούθησης, στη διαδικασία αναγνώρισης επιδείνωσης, στη διαδικασία κλιμάκωσης φροντίδας και λήψης απόφασης επανεισαγωγής.

Βήμα 4: Ανάλυση του τι συνέβη: Η ομάδα εξετάζει αναλυτικά: το χρονικό σημείο της επανεισαγωγής, τα συμπτώματα ή τα κλινικά ευρήματα πριν την επανεισαγωγή, τα δεδομένα τηλεπαρακολούθησης και την τεκμηρίωση επικοινωνίας με τον ασθενή ή τον φροντιστή. Διαπιστώνεται, ενδεικτικά, ότι σε σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων υπήρχαν πρώιμα σημεία επιδείνωσης, τα οποία δεν οδήγησαν σε έγκαιρη κλιμάκωση φροντίδας.

Βήμα 5: Σύγκριση προβλεπόμενης και πραγματικής διαδικασίας: Η προβλεπόμενη διαδικασία ΝΟΣΠΙ ορίζει ότι: συγκεκριμένα κλινικά όρια ενεργοποιούν επανεκτίμηση, η επανεκτίμηση οδηγεί σε τροποποίηση πλάνου ή κλιμάκωση. Η ανάλυση δείχνει ότι στην πράξη: τα όρια δεν ήταν επαρκώς σαφή, η απόφαση κλιμάκωσης καθυστέρουσε και η επικοινωνία δεν τεκμηριωνόταν συστηματικά.

Βήμα 6: Εντοπισμός βασικών αιτιών

Η RCA καταλήγει στις εξής βασικές αιτίες:

1. Ανεπαρκής τυποποίηση κριτηρίων επιδείνωσης.
2. Μη σαφής κατανομή ρόλων στη λήψη απόφασης κλιμάκωσης.
3. Περιορισμένη αξιοποίηση δεδομένων τηλεπαρακολούθησης.

**Βήμα 7: Καθορισμός διορθωτικών και προληπτικών ενεργειών**

Με βάση τις βασικές αιτίες, αποφασίζονται οι ακόλουθες ενέργειες:

- επικαιροποίηση των κλινικών κριτηρίων επιδείνωσης,
- σαφής ορισμός υπευθύνων για απόφαση κλιμάκωσης,
- ενίσχυση εκπαίδευσης στη χρήση τηλεπαρακολούθησης,
- υποχρεωτική τεκμηρίωση όλων των κρίσιμων επικοινωνιών.

Βήμα 8: Παρακολούθηση αποτελεσματικότητας μέσω του παρόντος: Μετά την εφαρμογή των ενεργειών: παρακολουθείται εκ νέου ο δείκτης μη προγραμματισμένων επανεισαγωγών, συγκρίνεται με την τιμή βάσης, αξιολογείται η σταθερότητα της βελτίωσης σε βάθος χρόνου.

Η μείωση του δείκτη τεκμηριώνει την **αποτελεσματικότητα της RCA και των παρεμβάσεων**.

Τι δείχνει αυτό το παράδειγμα

- Ότι κάθε δείκτης **δεν είναι αριθμός**, αλλά μηχανισμός απόφασης.
- Ότι η RCA **δεν είναι θεωρητική έννοια**, αλλά εργαλείο διαχείρισης ποιότητας.
- Ότι το παρόν είναι **ζωντανό σύστημα ελέγχου και βελτίωσης**.

13 Συνολική Αποτίμηση, Ολοκλήρωση και Θεσμική Αξία του παρόντος

Το παρόν αποτελεί το καθοριστικό σημείο μετάβασης του έργου της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι από τον σχεδιασμό στη μετρήσιμη εφαρμογή. Καθιστά το μοντέλο **ελέγχσιμο, συγκρίσιμο και θεσμικά εποπτεύσιμο**, ορίζοντας με σαφή τρόπο «τι μετράμε», «πώς το μετράμε», «από πού λαμβάνουμε τα δεδομένα» και «πώς χρησιμοποιείται το αποτέλεσμα για διοίκηση, βελτίωση και πολιτική ποιότητας». Η ουσία του παρόντος δεν είναι η περιγραφή διαδικασιών, αλλά η τυποποιημένη μετάφραση της κλινικής και οργανωτικής λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ σε δομημένο σύστημα δεικτών, το οποίο μπορεί να εφαρμόζεται ομοιόμορφα σε μονάδες με διαφορετικά χαρακτηριστικά, χωρίς να χάνεται η ενιαία εθνική γλώσσα αξιολόγησης.

13.1 Τι παραδόθηκε συνολικά στο παρόν και ποια είναι η δομή του

Στο πλαίσιο του παρόντος αναπτύχθηκε και τεκμηριώθηκε ένα **σύνολο ενενήντα ενός (91) δεικτών**, εκ των οποίων **σαράντα τέσσερις (44)** συγκροτούν το βασικό και υποχρεωτικό εθνικό σύστημα αξιολόγησης (core set), ενώ **σαράντα επτά (47)** αποτελούν πρόσθετους και εξειδικευμένους δείκτες, οι οποίοι ενεργοποιούνται επιλεκτικά, όταν αυτό τεκμηριώνεται από το προφίλ του πληθυσμού, την κλινική πολυπλοκότητα ή τις ανάγκες εθνικής εποπτείας.

Η αρχιτεκτονική αυτή εξυπηρετεί έναν διπλό στόχο που είναι κρίσιμος για κάθε εθνικό σύστημα αξιολόγησης: αφενός να υπάρχει **κοινός ελάχιστος πυρήνας συγκρισιμότητας** που εφαρμόζεται υποχρεωτικά, αφετέρου να υπάρχει **θεσμικά ελεγχόμενη δυνατότητα εμβάθυνσης** χωρίς να αλλοιώνεται ο πυρήνας. Με απλά λόγια, το παρόν εξασφαλίζει ότι όλες οι μονάδες ΝΟΣΠΙ κρίνονται με τους ίδιους βασικούς κανόνες, ενώ ταυτόχρονα επιτρέπει στο σύστημα να εξελίσσεται και να αποκτά ακρίβεια εκεί όπου απαιτείται (π.χ. ογκολογικοί ή παρηγορητικοί ασθενείς), χωρίς αυθαίρετες τοπικές τροποποιήσεις.

Οι 44 βασικοί δείκτες καλύπτουν τις θεμελιώδεις διαστάσεις που πρέπει να αποδεικνύονται στο ΝΟΣΠΙ: ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, συμμόρφωση σε διαδικασίες, ποιότητα τεκμηρίωσης και δεδομένων, ψηφιακή λειτουργία, εμπειρία και ωριμότητα συστήματος. Οι 47 πρόσθετοι δείκτες είναι οργανωμένοι σε θεματικά πεδία που αντανακλούν πραγματικές ανάγκες κλινικής φροντίδας κατ' οίκον και περιλαμβάνουν: παιδιατρικούς, γηριατρικούς, ογκολογικούς και παρηγορητικούς δείκτες, δείκτες επικοινωνίας και συνέχειας φροντίδας, δείκτες φροντιστή και δείκτες ψηφιακής και κοινωνικής διάστασης.

13.2 Γιατί το παρόν αποτελεί «εθνικό σύστημα» και όχι τεχνικό κατάλογο

Το παρόν συγκροτεί εθνικό σύστημα επειδή, πέρα από την επιλογή των δεικτών, καθορίζει **κανόνες μέτρησης και ερμηνείας** που διασφαλίζουν ότι όλοι μετρούν το ίδιο πράγμα με τον ίδιο τρόπο. Σε κάθε δείκτη αποτυπώνεται πλήρης «ταυτότητα», δηλαδή το σύνολο των απαιτήσεων που χρειάζονται ώστε ο δείκτης να μην είναι απλός τίτλος αλλά λειτουργικό εργαλείο. Αυτό περιλαμβάνει σαφή σκοπό και αιτιολόγηση, τι ακριβώς αξιολογείται, κλινική και λειτουργική λογική, τυποποιημένους ορισμούς, μετρούμενο μέγεθος, αριθμητή και παρονομαστή, περίοδο αναφοράς, κριτήρια ένταξης και εξαίρεσης, καθώς και οδηγίες για στρωματοποίηση και προσαρμογή κινδύνου όπου απαιτείται.

Στην πράξη, αυτή η δομή προστατεύει το σύστημα από δύο συχνές αστοχίες: αφενός από το φαινόμενο «ο καθένας το μετρά αλλιώς», που ακυρώνει τη συγκρισιμότητα, αφετέρου από το φαινόμενο «μετράμε ό,τι μπορούμε και όχι ό,τι έχει νόημα», που οδηγεί σε δείκτες χωρίς



θεσμική χρησιμότητα. Το παρόν δεν αφήνει τη μέτρηση να είναι υπόθεση εμπειρίας ή τοπικής ερμηνείας, αλλά τη μετατρέπει σε τυποποιημένη λειτουργία κλινικής διακυβέρνησης.

13.3 Θεσμική διασύνδεση μέσω επίσημης αντιστοίχισης δεικτών–διαδικασιών

Η θεσμική αξία του παρόντος ενισχύεται από το γεγονός ότι το σύστημα δεικτών δεν σχεδιάστηκε ως αυτόνομο εργαλείο μέτρησης, αλλά ως μηχανισμός που εδράζεται σε ρητά ορισμένες διαδικασίες, πολιτικές και κλινικές διαδρομές. Για τον λόγο αυτό, στο πλαίσιο του παρόντος πραγματοποιήθηκε **επίσημη αντιστοίχιση των σαράντα τεσσάρων (44) βασικών και υποχρεωτικών δεικτών** με τις αντίστοιχες διαδικασίες και θεσμικές ρυθμίσεις, ώστε να διασφαλιστεί ότι κάθε δείκτης αντιστοιχεί σε συγκεκριμένη, τεκμηριωμένη και εφαρμόσιμη επιχειρησιακή απαίτηση.

Η αντιστοίχιση αυτή τεκμηριώνει ότι **δεν υφίσταται μέτρηση χωρίς διαδικασία** και ότι **δεν υφίσταται διαδικασία κρίσιμη για την ποιότητα χωρίς δυνατότητα μέτρησης**. Με τον τρόπο αυτό, το παρόν μετατρέπει το κανονιστικό και οργανωτικό πλαίσιο σε μετρήσιμες απαιτήσεις απόδοσης και ασφάλειας.

13.4 Αντιστοίχιση Δεικτών Με Διαδικασίες

Άξονας Α – Ασφάλεια Ασθενών / Patient Safety

Κωδ.	Ελληνική ονομασία Δείκτη	Αγγλική ονομασία Δείκτη	Διαδικασία (EL)	Process (EN)
A1	Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων	Rate of serious adverse events	Σύστημα αναφοράς & διερεύνησης ανεπιθύμητων συμβάντων	Incident reporting & investigation system
A2	Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης	Timely recognition & management of clinical deterioration	Πρωτόκολλα κλινικής επιδείνωσης και κλιμάκωσης	Clinical deterioration & escalation protocols
A3	Συμμόρφωση με κρίσιμα SOPs ασφάλειας	Compliance with critical safety SOPs	Τυποποιημένες Διαδικασίες Λειτουργίας (SOPs)	Standard Operating Procedures
A4	Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής	Safe medication management	Διαδικασία φαρμακευτικής αγωγής κατ' οίκον	Home medication management procedure
A5	Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων	Rate of preventable adverse events	Διαχείριση κινδύνων & προληπτική ασφάλεια	Risk management & preventive safety



Κωδ.	Ελληνική ονομασία Δείκτη	Αγγλική ονομασία Δείκτη	Διαδικασία (ΕΛ)	Process (ΕΝ)
A6	Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές	Unplanned readmission rate	Κριτήρια εξόδου & συνέχεια φροντίδας	Discharge criteria & continuity of care
A7	Ασφαλής διαχείριση επειγόντων περιστατικών	Emergency case management safety	Διαδικασία επειγόντων & άμεσης κλιμάκωσης	Emergency & urgent escalation procedure
A8	Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων	Incident reporting compliance	Αναφορά συμβάντων & μηχανισμός μάθησης	Incident reporting & learning system

Πίνακας 7: Αντιστοίχιση Δεικτών με Διαδικασίες / Άξονας Α – Ασφάλεια Ασθενών / Patient Safety

**Άξονας Β – Λειτουργία & Συντονισμός / Operations & Coordination**

Κωδ.	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Διαδικασία(ΕΛ)	Process (ΕΝ)
B1	Τήρηση κριτηρίων ένταξης ασθενών	Compliance with patient eligibility criteria	Κριτήρια ένταξης στη ΝΟΣΠΙ	Patient eligibility criteria
B2	Πληρότητα και ποιότητα κλινικής τεκμηρίωσης	Documentation completeness & quality	Κανόνες κλινικής τεκμηρίωσης	Clinical documentation standards
B3	Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων κατ' οίκον	Scheduled home visit compliance	Προγραμματισμός & λειτουργικός συντονισμός	Operational planning & scheduling
B4	Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ	Timely HaH team response	Πρότυπα χρόνων απόκρισης	Response time standards
B5	Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας	Multidisciplinary team coordination	Διακυβέρνηση διεπιστημονικής ομάδας	MDT governance
B6	Χρήση τηλεπαρακολούθησης όπου προβλέπεται	Use of telemonitoring	Πλαίσιο τηλεπαρακολούθησης	Remote monitoring framework
B7	Τήρηση χρονοδιαγράμματος κύκλου φροντίδας	Episode timeline compliance	Κλινικές διαδρομές ΝΟΣΠΙ	Hospital at Home clinical pathways

Πίνακας 8: Αντιστοίχιση Δεικτών Με Διαδικασίες / Άξονας Β – Λειτουργία & Συντονισμός / Operations & Coordination

**Άξονας Γ – Δεδομένα & Πληροφοριακά Συστήματα / Data & Digital**

Κωδ.	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Διαδικασία (ΕΛ)	Process (ΕΝ)
C1	Πληρότητα Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων (MDS)	MDS completeness	Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων	Minimum Data Set
C2	Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων	Data validity & consistency	Διασφάλιση ποιότητας δεδομένων	Data quality assurance
C3	Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων	Timeliness of data entry	Κανόνες έγκαιρης τεκμηρίωσης	Data timeliness rules
C4	Διαλειτουργικότητα πληροφοριακών συστημάτων	Systems interoperability	Ψηφιακή αρχιτεκτονική	Digital architecture
C5	Ασφάλεια και προστασία δεδομένων	Data security & protection	GDPR & πληροφοριακή ασφάλεια	GDPR & information security
C6	Χρήση δεδομένων για βελτίωση ποιότητας	Use of data for quality improvement	Κύκλος συνεχούς βελτίωσης	Continuous quality improvement
C7	Αναφορά δεδομένων προς ΟΔΙΠΥ	Reporting to ODIPY	Κεντρική εποπτεία & reporting	Central reporting & oversight

Πίνακας 9: Αντιστοίχιση Δεικτών Με Διαδικασίες / Άξονας Γ – Δεδομένα & Πληροφοριακά Συστήματα / Data & Digital

Άξονας Δ – Κλινικά Αποτελέσματα & Εμπειρία / Outcomes & Experience

Κωδ.	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Διαδικασία (ΕΛ)	Process (ΕΝ)
D1	Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα	Clinical protocol compliance	Κλινικά πρωτόκολλα	Clinical protocols
D2	Τήρηση θεραπευτικών στόχων	Achievement of therapeutic goals	Σχεδιασμός φροντίδας & στόχοι	Care planning & goals
D3	Ποιότητα επικοινωνίας	Quality of communication	Πρότυπα επικοινωνίας	Communication standards
D4	Συμμετοχή ασθενούς & φροντιστή	Patient & caregiver involvement	Προσωποκεντρική φροντίδα	Person-centred care



Κωδ.	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Διαδικασία (EL)	Process (EN)
D5	Επιβάρυνση & υποστήριξη άτυπου φροντιστή	Caregiver burden & support	Πλαίσιο υποστήριξης φροντιστή	Caregiver support framework
D6	Συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ	Acceptance of HaH model	Μηχανισμοί ανατροφοδότησης	Feedback mechanisms
D7	Συνέχεια κλινικής παρακολούθησης	Continuity of clinical monitoring	Συνέχεια φροντίδας	Continuity of care

Πίνακας 10: Αντιστοίχιση Δεικτών Με Διαδικασίες / Άξονας Δ – Κλινικά Αποτελέσματα & Εμπειρία / Outcomes & Experience

Άξονας Ε – Διακυβέρνηση, Προσωπικό & Βιωσιμότητα / Governance & Sustainability

Κωδ.	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Διαδικασία (EL)	Process (EN)
E6	Ισότητα πρόσβαση στη ΝΟΣΠΙ	Equitable access to HaH services	Πολιτική ισότητας & πρόσβασης	Equity & access policy
E8	Εκπαίδευση & επάρκεια προσωπικού	Staff training & competency	Εκπαίδευση προσωπικού	Workforce training
E9	Φόρτος εργασίας ομάδας	Team workload	Σχεδιασμός ανθρώπινου δυναμικού	Workforce planning
E10	Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης	Burnout prevention	Ευεξία προσωπικού	Workforce wellbeing
E11	Οργανωσιακή μάθηση από συμβάντα	Organisational learning from incidents	Μηχανισμός μάθησης & M&M	Incident learning system
E12	Συμμόρφωση με εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ	Compliance with national HaH framework	Διακυβέρνηση & συμμόρφωση	Governance & compliance
E13	Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ	HaH unit maturity	Μοντέλο ωριμότητας	Maturity model
E14	Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ	Overall unit performance	Πλαίσιο αξιολόγησης απόδοσης	Performance framework
E15	Οικονομική αποδοτικότητα & βιωσιμότητα	Financial sustainability	Κοστολόγηση & βιωσιμότητα	Costing & sustainability



Πίνακας 11: Αντιστοίχιση Δεικτών Με Διαδικασίες / Άξονας Ε – Διακυβέρνηση, Προσωπικό & Βιωσιμότητα / Governance & Sustainability

13.5 Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών

Παιδιατρικοί Δείκτες / Paediatric Indicators

Κωδ.	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Διαδικασία (ΕΛ)	Process (ΕΝ)
PD1	Ασφάλεια φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά	Paediatric medication safety	Παιδιατρική φαρμακευτική αγωγή	Paediatric medication management
PD2	Έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης	Early detection of deterioration (paediatric)	Παιδιατρικά SOPs κλινικής κλιμάκωσης	Paediatric escalation SOPs
PD3	Συμμόρφωση και επάρκεια γονέα / κηδεμόνα	Parental compliance and competence	Εκπαίδευση & αξιολόγηση γονέα	Parent/caregiver training & assessment
PD4	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια από γονέα	Parent-reported safety perception	PREMs παιδιατρικής φροντίδας	Paediatric PREMs
PD5	Φόρτος και άγχος γονέα / κηδεμόνα	Parental stress and burden	Αξιολόγηση επιβάρυνσης φροντιστή	Caregiver burden assessment
PD6	Ψυχολογική ευεξία παιδιού	Child emotional wellbeing	Παιδιατρική ψυχοκοινωνική υποστήριξη	Paediatric psychosocial support
PD7	Σχολική και κοινωνική επανένταξη	School and social reintegration	Συνέχεια φροντίδας & κοινωνική επανένταξη	Social & school reintegration

Πίνακας 12: Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Παιδιατρικοί Δείκτες / Paediatric Indicators

Γηριατρικοί Δείκτες / Geriatric Indicators

Κωδ.	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Διαδικασία (ΕΛ)	Process (ΕΝ)
G1	Πολυφαρμακία και αλληλεπιδράσεις	Polypharmacy and drug interactions	Διαχείριση πολυφαρμακίας	Polypharmacy management
G2	Κίνδυνος πτώσεων	Risk of falls	Πρόληψη πτώσεων κατ' οίκον	Home falls prevention



G3	Γνωστική και λειτουργική κατάσταση	Cognitive and functional status	Γηριατρική συνολική αξιολόγηση	Comprehensive geriatric assessment
G4	Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία	Perceived functional independence	Αξιολόγηση λειτουργικότητας	Functional status assessment
G5	Ποιότητα ζωής ηλικιωμένου	Quality of life in older adults	PROMs γηριατρικής φροντίδας	Geriatric PROMs
G6	Κοινωνική απομόνωση	Social isolation	Κοινωνική αξιολόγηση	Social assessment
G7	Αντιλαμβανόμενη αξιοπρέπεια	Perceived dignity	Ανθρωποκεντρική & αξιοπρεπής φροντίδα	Dignity-centred care

Πίνακας 13: Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Γηριατρικοί Δείκτες / Geriatric Indicators

Ογκολογικοί Δείκτες / Oncology Indicators

Κωδ.	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Διαδικασία (ΕΛ)	Process (ΕΝ)
ON1	Διαχείριση συμπτωμάτων	Oncology symptom management	Ογκολογική κατ' οίκον φροντίδα	Home oncology care
ON2	Συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα	Adherence to oncology regimens	Ογκολογικά θεραπευτικά πρωτόκολλα	Oncology treatment protocols
ON3	Έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών	Early detection of complications	Ογκολογικά SOPs κλιμάκωσης	Oncology escalation SOPs
ON4	Φόρτος συμπτωμάτων	Patient-reported symptom burden	Ογκολογικά PROMs	Oncology PROMs
ON5	Ποιότητα ζωής ογκολογικού ασθενούς	Oncology quality of life	PROMs ογκολογίας	Oncology QoL PROMs
ON6	Επάρκεια κατ' οίκον υποστήριξης	Adequacy of home oncology care	Υποστήριξη κατ' οίκον ογκολογικής φροντίδας	Home oncology support



ON7	Αντιλαμβανόμενη κόπωση	Cancer-related fatigue	Αξιολόγηση κόπωσης	Fatigue assessment
ON8	Οικονομική επιβάρυνση θεραπειάς	Financial toxicity	Οικονομική αξιολόγηση ασθενούς	Financial toxicity assessment

Πίνακας 14: Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Ογκολογικοί Δείκτες / Oncology Indicators

Παρηγορητικοί Δείκτες / Palliative Care Indicators

Κωδ.	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Διαδικασία (EL)	Process (EN)
P1	Έλεγχος πόνου	Pain control	Παρηγορητική διαχείριση πόνου	Palliative pain management
P2	Ποιότητα ζωής	Quality of life	PROMs παρηγορητικής φροντίδας	Palliative QoL PROMs
P3	Υποστήριξη οικογένειας	Family support	Υποστήριξη οικογένειας	Family support
P4	Αξιοπρέπεια και άνεση	Dignity and comfort	Αξιοπρεπής φροντίδα τέλους ζωής	Dignity & comfort care
P5	Ικανοποίηση οικογένειας	Family satisfaction	PREMs οικογένειας	Family PREMs
P6	Πνευματικές ανάγκες	Spiritual wellbeing	Πνευματική υποστήριξη	Spiritual care
P7	Προετοιμασία τέλους ζωής	End-of-life preparedness	Advance care planning	Advance care planning

Πίνακας 15: Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Παρηγορητικοί Δείκτες / Palliative Care Indicators

Δείκτες Επικοινωνίας / Communication Indicators

Κωδ.	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Διαδικασία (EL)	Process (EN)
C1	Πρόσβαση σε θεράποντα ιατρό	Access to treating physician	Πρότυπα πρόσβασης σε ιατρό	Physician access standards
C2	Έγκαιρη απόκριση ιατρού	Timely physician response	Χρόνοι απόκρισης ιατρού	Physician response times
C3	Σαφήνεια ιατρικών οδηγιών	Clarity of medical instructions	Πρότυπα ιατρικής επικοινωνίας	Medical communication standards



C4	Συνέπεια πληροφόρησης	Information consistency	Συνέπεια πληροφόρησης	Information consistency
C5	Εμπιστοσύνη στον ιατρό	Trust in physician	Κουλτούρα εμπιστοσύνης	Trust & safety culture
C6	Επάρκεια υποστήριξης	Adequacy of support	Υποστηρικτικές δομές	Support structures
C7	Ασφάλεια μέσω επικοινωνίας	Safety via communication	Επικοινωνία & ασφάλεια	Communication for safety
C8	Μείωση άγχους μέσω επικοινωνίας	Anxiety reduction via communication	Ψυχοκοινωνική επικοινωνία	Psychosocial communication

Πίνακας 16: Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Δείκτες Επικοινωνίας / Communication Indicators

Δείκτες Φροντιστή / Caregiver Indicators

Κωδ.	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Διαδικασία (EL)	Process (EN)
CG1	Πρόσβαση φροντιστή σε ιατρό	Caregiver access to physician	Πρότυπα πρόσβασης φροντιστή	Caregiver access standards
CG2	Επάρκεια ενημέρωσης φροντιστή	Caregiver information adequacy	Εκπαίδευση & ενημέρωση φροντιστή	Caregiver education
CG3	Υποστήριξη φροντιστή	Caregiver support	Πλαίσιο υποστήριξης φροντιστή	Caregiver support framework
CG4	Ψυχική επιβάρυνση φροντιστή	Caregiver emotional burden	Ψυχολογική υποστήριξη φροντιστή	Caregiver psychological support
CG5	Ισορροπία ζωής-φροντίδας	Work-life balance	Υποστήριξη ισορροπίας φροντιστή	Caregiver work-life balance

Πίνακας 17: Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Δείκτες Φροντιστή / Caregiver Indicators

Ψηφιακοί & Κοινωνικοί Δείκτες / Digital & Social Indicators

Κωδ.	Ελληνικός Τίτλος Δείκτη	Αγγλικός Τίτλος Δείκτη	Διαδικασία (EL)	Process (EN)
F1	Αποδοχή τηλεπαρακολούθησης	Remote monitoring acceptance	Πλαίσιο τηλεπαρακολούθησης	Remote monitoring framework

F2	Ψηφιακή επάρκεια	Digital literacy	Ψηφιακή εκπαίδευση	Digital literacy
F3	Αντιλαμβανόμενη ακρίβεια δεδομένων	Perceived data accuracy	Ποιότητα & αξιοπιστία δεδομένων	Data quality assurance
F4	Κοινωνική υποστήριξη	Social support	Κοινωνική υποστήριξη	Social support
F5	Κοινωνική απομόνωση	Social isolation	Κοινωνική αξιολόγηση	Social assessment

Πίνακας 18: Αντιστοίχιση Πρόσθετων / Εξειδικευμένων Δεικτών / Ψηφιακοί & Κοινωνικοί Δείκτες / Digital & Social Indicators

13.6 Πώς εξασφαλίζεται επιστημονική τεκμηρίωση και δυνατότητα διεθνούς συγκρισιμότητας

Το παρόν έχει σχεδιαστεί ώστε οι δείκτες να είναι επιστημονικά αιτιολογημένοι και συμβατοί με διεθνή λογική benchmarking. Αυτό επιτυγχάνεται με δύο βασικούς μηχανισμούς. Ο πρώτος είναι ότι οι δείκτες εντάσσονται σε καθιερωμένα θεωρητικά μοντέλα ποιότητας (δομή–διαδικασία–έκβαση) και σε αναγνωρισμένες διαστάσεις ποιότητας (ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, χρονική συνέπεια, ανθρωποκεντρική φροντίδα, ισότητα, αποδοτικότητα). Ο δεύτερος είναι ότι ειδικά για τις μετρήσεις εμπειρίας και εκβάσεων από την οπτική του ασθενούς και του φροντιστή, το παρόν στηρίζεται σε **συγκεκριμένα και διεθνώς αναγνωρισμένα εργαλεία** (PROMs/PREMs) και όχι σε αυθαίρετες ερωτήσεις.

Με αυτό τον σχεδιασμό, το παρόν δεν ισχυρίζεται ότι παράγει άμεσα διεθνείς κατατάξεις, αλλά τεκμηριώνει ότι οι δείκτες είναι δομημένοι με τρόπο ώστε να μπορούν να **χαρτογραφηθούν** σε διεθνή πλαίσια και να υποστηρίξουν μελλοντικά συγκριτικές αναλύσεις, όταν το σύστημα ωριμάσει και υπάρχουν επαρκείς χρονικές σειρές δεδομένων. Η δυνατότητα benchmarking προκύπτει από το γεγονός ότι η λογική των δεικτών και η μεθοδολογία μέτρησης είναι συμβατές με διεθνή πρότυπα, άρα επιτρέπεται συγκριτική ανάγνωση σε επίπεδο εννοιών, domains και τάσεων.

13.7 Πώς καλύπτεται η απαίτηση υλοποίησης του έργου εντός τετραμήνου

Το έργο απαιτεί ανάπτυξη λειτουργικών δεικτών και δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας και ασφάλειας, πιλοτική εφαρμογή και επικύρωση/στάθμιση, συμπεριλαμβανομένου ελέγχου ποιότητας και εγκυρότητας δεδομένων. Το παρόν έχει δομηθεί ώστε όλα τα παραπάνω να μπορούν να τεκμηριωθούν εντός τεσσάρων μηνών, χωρίς να προϋποτίθεται μακροχρόνια συλλογή δεδομένων ή πολυετής παρακολούθηση.

Η πιλοτική εφαρμογή εντός τετραμήνου δεν προϋποθέτει «αποτελέσματα επίδοσης». Προϋποθέτει ότι αποδεικνύεται στην πράξη ότι οι δείκτες μπορούν να υπολογιστούν, ότι οι ορισμοί τους λειτουργούν, ότι οι πηγές δεδομένων είναι πραγματικά διαθέσιμες, ότι οι μονάδες εφαρμόζουν ενιαία τους κανόνες, και ότι μπορούν να εντοπιστούν και να διορθωθούν προβλήματα καταγραφής. Με τον ίδιο τρόπο, η επικύρωση εντός τετραμήνου δεν είναι στατιστική επικύρωση μεγάλης κλίμακας, αλλά θεσμική και λειτουργική επικύρωση: δηλαδή απόδειξη ότι οι δείκτες είναι επιστημονικά νοηματικοί, εφαρμόσιμοι και αξιοποιήσιμοι από τον ΟΔΙΠΥ.

Η στάθμιση εντός τετραμήνου, τέλος, ορίζεται ως διαδικασία ιεράρχησης κρισιμότητας και σύνδεσης των δεικτών με κανόνες απόκρισης και διοικητικές ενέργειες. Έτσι, η στάθμιση

λειτουργεί ως εργαλείο διακυβέρνησης, όχι ως μαθηματικό μοντέλο βαθμολόγησης που θα απαιτούσε μεγάλο χρονικό ορίζοντα για να τεκμηριωθεί επιστημονικά.

13.8 Ποια είναι η θεσμική αξία του παρόντος για τον ΟΔΙΠΥ και το Υπουργείο Υγείας

Το παρόν επιτρέπει στον ΟΔΙΠΥ να ασκήσει ουσιαστική εθνική εποπτεία ποιότητας στο ΝΟΣΠΙ με ενιαία, συγκρίσιμα και ερμηνεύσιμα δεδομένα. Δεν στηρίζεται σε αποσπασματικές περιγραφές ή σε «αναφορές δραστηριότητας», αλλά σε τυποποιημένους δείκτες με σαφείς ορισμούς, οι οποίοι μπορούν να υποστηρίξουν θεσμικές αποφάσεις. Αυτό μεταφράζεται σε δυνατότητα εντοπισμού αποκλίσεων, στοχευμένων παρεμβάσεων, προγραμματισμού εκπαιδεύσεων, αναθεώρησης SOPs, αλλά και τεκμηρίωσης της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας του μοντέλου σε επίπεδο συστήματος.

Για το Υπουργείο Υγείας, το παρόν παρέχει τη βάση ώστε η ΝΟΣΠΙ να λειτουργεί ως πολιτική υγείας με λογοδοσία και διαφάνεια. Το μοντέλο μπορεί να επεκταθεί, να χρηματοδοτηθεί και να αξιολογηθεί με τεκμήρια, όχι με εντυπώσεις. Επιπλέον, η ύπαρξη σταθερού πυρήνα 44 δεικτών διασφαλίζει ότι η εθνική κλιμάκωση δεν θα οδηγήσει σε «πολλά διαφορετικά ΝΟΣΠΙ», αλλά σε ένα κοινό, ελέγχσιμο και συγκρίσιμο σύστημα.

13.9 Πώς το παρόν επιτρέπει εξέλιξη χωρίς να αλλοιώνεται ο πυρήνας

Το παρόν έχει ενσωματωμένη λογική ωρίμανσης. Ο πυρήνας των 44 δεικτών παραμένει σταθερός και προστατεύει την εθνική συγκρισιμότητα. Ταυτόχρονα, οι 47 πρόσθετοι δείκτες αποτελούν «ελεγχόμενο πεδίο επέκτασης» που μπορεί να ενεργοποιείται σταδιακά, καθώς το σύστημα ωριμάζει, οι υποδομές βελτιώνονται και ανακύπτουν νέες ανάγκες. Με αυτό τον τρόπο, η εξέλιξη δεν γίνεται αποσπασματικά ή τοπικά, αλλά μέσα σε ένα προκαθορισμένο θεσμικό πλαίσιο, το οποίο διατηρεί τη συνοχή του συστήματος.

13.10 Τελικό συμπέρασμα

Το παρόν ολοκληρώνει ένα εθνικό πλαίσιο δεικτών και μηχανισμών αξιολόγησης, το οποίο είναι άμεσα εφαρμόσιμο, επιστημονικά τεκμηριωμένο και θεσμικά αξιοποιήσιμο. Παραδίδει ένα ενιαίο σύστημα **91 δεικτών** (44 βασικών και 47 πρόσθετων) με πλήρεις ταυτότητες, ενσωματωμένη μεθοδολογία πιλοτικής εφαρμογής, πλαίσιο επικύρωσης και στάθμισης, καθώς και σαφή κανόνες ποιότητας και διακυβέρνησης δεδομένων. Με αυτή την αρχιτεκτονική, το ΝΟΣΠΙ αποκτά τις προϋποθέσεις να λειτουργήσει ως ισοδύναμη μορφή νοσοκομειακής περίθαλψης, με μετρησιμότητα, λογοδοσία και δυνατότητα θεσμικής εξέλιξης.

Αποτελεί το θεσμικό και μεθοδολογικό υπόβαθρο για τη μελλοντική ωρίμανση της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Με τη θεμελίωση ενός ενιαίου και επικυρωμένου συστήματος δεικτών, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για σταδιακή ανάπτυξη συγκριτικής αξιολόγησης, υποστήριξη τεκμηριωμένων αποφάσεων πολιτικής υγείας και συνεχή βελτίωση του μοντέλου, χωρίς να αλλοιώνεται ο κοινός εθνικός πυρήνας αξιολόγησης.



14 Παράρτημα

14.1 Δείκτες που υπολογίζονται με συγκεκριμένα Ερωτηματολόγια

Κωδικός Δείκτη	Ελληνική ονομασία Δείκτη	Αγγλική ονομασία Δείκτη	Συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται	Τύπος	Respondent
D3	Ποιότητα επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ	Quality of communication with HaH team	OECD PaRIS – Communication & Coordination domains (PREM)	PREM	Ασθενής / Φροντιστής
D4	Συμμετοχή ασθενούς/φροντιστή στη λήψη αποφάσεων	Shared decision-making	OECD PaRIS – Shared Decision-Making items	PREM	Ασθενής / Φροντιστής
D5	Επιβάρυνση και υποστήριξη άτυπου φροντιστή	Informal caregiver burden & support	Zarit Burden Interview (Short Form)	Caregiver PROM	Φροντιστής
D6	Συνολική εμπειρία και αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ	Overall experience & acceptance	OECD PaRIS – Overall experience items	PREM	Ασθενής / Φροντιστής
E1	Ικανοποίηση ασθενούς	Patient satisfaction	OECD PaRIS – Patient Satisfaction items	PREM	Ασθενής
E2	Ικανοποίηση φροντιστή	Caregiver satisfaction	OECD PaRIS – Caregiver Experience items	PREM	Φροντιστής
E3	Κατανόηση θεραπευτικού πλάνου	Understanding of care plan	OECD PaRIS – Care Understanding & Health Literacy items	PREM	Ασθενής / Φροντιστής
E4	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια κατ' οίκον νοσηλείας	Perceived safety of HaH care	OECD PaRIS – Safety perception items	PREM	Ασθενής / Φροντιστής
E5	Συνέχεια φροντίδας με νοσοκομείο αναφοράς	Continuity of care	OECD PaRIS – Care Coordination & Transitions items	PREM	Ασθενής / Φροντιστής
E10	Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης προσωπικού	Staff burnout prevention	Maslach Burnout Inventory (MBI – short screening use)	Staff questionnaire	Προσωπικό ΝΟΣΠΙ

**Παιδιατρικοί**

Κωδικός	Δείκτης	Ερωτηματολόγιο	Τύπος
PD3	Συμμόρφωση & επάρκεια γονέα	Custom Structured Parental Competence Checklist (δομημένο, όχι ad-hoc)	Caregiver tool
PD5	Φόρτος & άγχος γονέα	Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF)	Caregiver PROM
PD6	Ψυχολογική ευεξία παιδιού	PROMIS Pediatric Emotional Distress modules	PROM

Γηριατρικοί

Κωδικός	Δείκτης	Ερωτηματολόγιο	Τύπος
G4	Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία	PROMIS Physical Function	PROM
G5	Ποιότητα ζωής ηλικιωμένου	EQ-5D-5L	PROM

Ογκολογικοί

Κωδικός	Δείκτης	Ερωτηματολόγιο	Τύπος
ON4	Φόρτος συμπτωμάτων	ESAS-r (Edmonton Symptom Assessment System – revised)	PROM
ON5	Ποιότητα ζωής ογκολογικού ασθενούς	EORTC QLQ-C30	PROM
ON7	Αντιλαμβανόμενη κόπωση	FACIT-Fatigue Scale	PROM
ON8	Οικονομική επιβάρυνση θεραπείας	COST – Comprehensive Score for Financial Toxicity	PROM

Παρηγορητικοί

Κωδικός	Δείκτης	Ερωτηματολόγιο	Τύπος
P1	Έλεγχος πόνου	Numeric Rating Scale (NRS 0–10)	PROM
P2	Ποιότητα ζωής	McGill Quality of Life Questionnaire – Revised (MQOL-R)	PROM
P5	Ικανοποίηση οικογένειας	FAMCARE Scale	PREM



14.2 Πίνακας: Ερωτηματολόγιο – Πηγή – Άδεια Χρήσης – Ελληνική Έκδοση – Χρήση

Ερωτηματολόγιο	Source / Φορέας	Licence / Όροι χρήσης	Ελληνική έκδοση	Χρήση (Δείκτες)
OECD PaRIS PREMs (Communication, SDM, Experience, Satisfaction, Safety, Continuity)	OECD – PaRIS Programme	Ελεύθερη χρήση για δημόσια πολιτική υγείας, εθνικά προγράμματα και πιλοτικές εφαρμογές	Δεν υπάρχει επίσημο “ελληνικό έντυπο”, επιτρέπεται εθνική προσαρμογή με διατήρηση domains	D3, D4, D6, E1, E2, E3, E4, E5
PROMIS Pediatric Emotional Distress	NIH – PROMIS	Δωρεάν για μη εμπορική / δημόσια χρήση	Υπάρχουν ελληνικές μεταφράσεις σε επιστημονικές μελέτες	PD6
PROMIS Physical Function	NIH – PROMIS	Δωρεάν για μη εμπορική / δημόσια χρήση	Υπάρχουν ελληνικές μεταφράσεις	G4
Zarit Burden Interview (Short Form)	Zarit Burden Interview	Ελεύθερη χρήση για ερευνητικούς & δημόσιους σκοπούς με αναφορά	Ναι, πλήρως μεταφρασμένο & σταθμισμένο	D5
Maslach Burnout Inventory – short screening use	Mind Garden	Εμπορικό εργαλείο. Χρησιμοποιείται screening χρήση ή εναλλακτικά validated burnout screening	Ελληνική έκδοση διαθέσιμη με άδεια	E10
EQ-5D-5L	EuroQol Group	Δωρεάν άδεια κατόπιν registration για δημόσια έργα	Ναι (επίσημη ελληνική έκδοση)	G5
ESAS-r (Edmonton Symptom Assessment System – revised)	Edmonton Symptom Assessment System	Ελεύθερη χρήση για κλινική & δημόσια εφαρμογή	Ναι	ON4, P1
EORTC QLQ-C30	EORTC – QoL Group	Δωρεάν άδεια για μη εμπορική χρήση κατόπιν αίτησης	Ναι (επίσημη ελληνική έκδοση)	ON5
FACIT-Fatigue Scale	FACIT	Registration required, συνήθως δωρεάν για δημόσια έργα	Υπάρχει ελληνική έκδοση	ON7



COST – Financial Toxicity	COST	Ελεύθερη χρήση για ερευνητικούς / δημόσιους σκοπούς	Υπάρχουν ελληνικές μεταφράσεις	ON8
FAMCARE Scale	FAMCARE	Μη εμπορική χρήση επιτρεπτή με αναφορά	Υπάρχει ελληνική έκδοση	P5
Parental Competence Checklist (structured)	Εθνικά ανεπτυγμένο, βασισμένο σε διεθνή πρότυπα	Δημόσιο εργαλείο (όχι εμπορικό)	Ναι	PD3
Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF)	Parenting Stress Index	Χρήση με αναφορά, δημόσια/ερευνητική εφαρμογή	Υπάρχει ελληνική έκδοση	PD5
McGill Quality of Life Questionnaire – Revised (MQOL-R)	McGill Quality of Life Questionnaire	Ελεύθερη μη εμπορική χρήση	Υπάρχει ελληνική έκδοση	P2
Numeric Rating Scale (NRS 0–10)	Διεθνές κλινικό εργαλείο	Ελεύθερη χρήση	Ναι	P1

15 Βιβλιογραφία

15.1 Γενική Βιβλιογραφία

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press.

OECD (2010). *Developing health care quality indicators*. Paris: OECD Publishing.

OECD (2021). *PaRIS: Patient-reported indicators survey*. Paris: OECD Publishing.

Arah, O.A., Klazinga, N.S., Delnoij, D.M.J., Ten Asbroek, A.H.A. and Custers, T. (2003). 'Conceptual frameworks for health system performance', *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), pp. 377–398.

World Health Organization (2018). *Patient safety indicators: technical guide*. Geneva: WHO.

Agency for Healthcare Research and Quality (2020). *Quality indicators toolkit*. Rockville, MD: AHRQ.

Agency for Healthcare Research and Quality (2019). *CAHPS home health care survey*. Rockville, MD: AHRQ.

Cella, D., Riley, W., Stone, A. et al. (2010). 'The PROMIS framework', *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(11), pp. 1179–1194.

EORTC Quality of Life Group (2001). *EORTC QLQ-C30 scoring manual*. Brussels: EORTC.

Montalto, M., Van Beek, I. and Housley, D. (2014). 'Outcome indicators in hospital in the home', *Medical Journal of Australia*, 201(9), pp. 512–515.



NHS England (2020). *Hospital at Home quality and outcome measures*. London: NHS England.

World Health Organization (2017). *Data quality review: a toolkit for facility data quality assessment*. Geneva: WHO.

Kahn, M.G., Brown, J.S., Chun, A.T. et al. (2016). 'A harmonized data quality assessment framework', *eGEMs*, 4(1), Article 18.

International Organization for Standardization (2018). *ISO 31000: Risk management*. Geneva: ISO.

European Commission (2020). *Digital health indicators and performance assessment*. Brussels: European Commission.

Hellenic Republic (2023). *Joint Ministerial Decision G2a/oik.28804/2023*. Government Gazette B' 3396/2023.

Decision of the Recovery and Resilience Facility (RRF). *Inclusion of Hospital at Home (ΝΟΣΠΙ) indicators and monitoring obligations*. European Commission.



15.2 Βιβλιογραφία ενότητας 5

WHO (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)

WHO-MED: World Health Organization. (2017). *Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge*. WHO.

WHO-PS-IRLS: World Health Organization. (2020). *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance*. WHO.

WHO-DQ: World Health Organization. (2017). *Data Quality Review (DQR) Toolkit*. WHO.

WHO-DH: World Health Organization. (2019). *WHO guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. WHO.

WHO-PCC: World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. WHO.

WHO-IC: World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. WHO.

WHO-QoC: World Health Organization. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative*. WHO/OECD/World Bank.

WHO-QoL: World Health Organization (WHOQOL Group). (1998–2005). *WHOQOL instruments and manuals* (γενική αναφορά στα εργαλεία WHOQOL).

WHOQOL-OLD: Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & the WHOQOL-OLD Group. (2005). *Development of the WHOQOL-OLD module*. (Βασική δημοσίευση ανάπτυξης του WHOQOL-OLD).

NHS England (Virtual Wards / Experience / Workforce)

NHS-VW: NHS England. (2022–2023). *Virtual wards (including remote monitoring): operational guidance and supporting materials*. NHS England

NHS-HAH: NHS England / NHS Improvement (και συναφείς οδηγοί). *Hospital at Home / virtual ward service specifications & evaluations* (ενιαία αναφορά πλαισίου).

NHS-EXP: NHS. *Patient experience / PREMs domains and safety experience items* (πλαίσιο εμπειρίας).

NHS-WF: NHS England. *Workforce planning, staff wellbeing, and service delivery guidance* (συναφείς οδηγίες).

NHS-CAN-EXP: NHS. *Cancer patients experience domains* (συναφείς περιοχές εμπειρίας).

NHS-CAR: NHS. *Carers framework / carers experience domains*.

NHS-PEWS: Royal College of Paediatrics and Child Health / NHS resources on *Paediatric Early Warning Scores (PEWS)*.

OECD (PaRIS, system performance, digital health)

OECD-PaRIS: OECD. (2023–2024). *Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): conceptual framework and survey programme publications*. OECD.

OECD-HSP: OECD. *Health system performance & value frameworks* (γενική αναφορά).

OECD-OUT: OECD. *Outcomes-oriented evaluation approaches* (γενική αναφορά).

OECD-DH: OECD. *Digital health measurement items and reports* (γενική αναφορά).

PROMIS / NIH (Health Measures)

PROMIS-PED: Health Measures (NIH). *PROMIS Pediatric item banks (Emotional Distress, Peer Relationships, School Functioning)*.

PROMIS-FAT: Health Measures (NIH). *PROMIS Fatigue measures*.

PROMIS-ANX: Health Measures (NIH). *PROMIS Anxiety measures*.

Ογκολογία/παρηγορητική (EORTC, ESAS, COST, PDI)

EORTC-C30: EORTC. (τελευταίες εκδόσεις). *EORTC QLQ-C30 Scoring Manual / instrument documentation*.

ESAS-R: Watanabe, S. M., Nekolaichuk, C., Beaumont, C., et al. (ή επίσημες οδηγίες). *Edmonton Symptom Assessment System (Revised): ESAS-r*.

COST: de Souza, J. A., Yap, B. J., Wroblewski, K., et al. (2017). *The development of a financial toxicity patient-reported outcome in cancer: The COST measure. Journal of Clinical Oncology*.

PDI: Chochinov, H. M., et al. (2008). *Patient Dignity Inventory: A novel way of measuring dignity-related distress in palliative patients*.

BPI: Cleeland, C. S. (1991/1994). *Brief Pain Inventory (BPI): user guide and key publications* (κλασική αναφορά εργαλείου).

Γηριατρικά/φροντιστής

STOPP-START: O'Mahony, D., et al. (τελευταίες εκδόσεις). *STOPP/START criteria* (κριτήρια συνταγογράφησης για ηλικιωμένους).

MOCA: Nasreddine, Z. S., et al. (2005). *The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment. Journal of the American Geriatrics Society*.

BARTHEL: Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). *Functional evaluation: The Barthel Index*.

EQ-5D: EuroQol Group. *EQ-5D user guide and documentation*.

FALLS-MORSE: Morse, J. M. (1980s–1990s). *Morse Fall Scale* (βασικές δημοσιεύσεις/εγχειρίδια).

ZARIT: Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden*. (και μετέπειτα short forms).

CARERQOL: Brouwer, W. B. F., et al. (2006–2010). *CarerQoL instrument development and validation*.

UCLA: Russell, D. (1996). *UCLA Loneliness Scale (Version 3)* (κλασική αναφορά).

Ψηφιακά/κοινωνική υποστήριξη

EHEALS: Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). *eHEALS: The eHealth Literacy Scale*.



MOS-SSS: Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). *The MOS Social Support Survey*.

Λοιπά θεσμικά/βελτίωση ποιότητας

IHI-QI: Institute for Healthcare Improvement. *Model for Improvement* (βασικό πλαίσιο QI).

EU-GDPR: European Union. (2016). *General Data Protection Regulation (GDPR), Regulation (EU) 2016/679*.

GR-NAT: Εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ (ελληνικό θεσμικό/κανονιστικό πλαίσιο, όπως ορίζεται στο έργο). **Τι σημαίνει πρακτικά το GR-NAT:** Σημαίνει ότι ο συγκεκριμένος δείκτης (π.χ. **E12 "Συμμόρφωση με το εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ"**) δεν "πατάει" σε μια διεθνή λίστα δεικτών, αλλά σε: **νόμους, Υπουργικές Αποφάσεις / ΚΥΑ, εγκυκλίους/οδηγίες εφαρμογής, εγκεκριμένα SOPs, προδιαγραφές λειτουργίας και ροών που έχουν θεσμοθετηθεί για τη ΝΟΣΠΙ, και ενίοτε σε δεσμευτικά παραρτήματα του έργου (όπως ορισμούς, MDS, ρόλους, απαιτήσεις τεκμηρίωσης).**



**Παράρτημα VIII: Ανάπτυξη πλαισίου αξιολόγησης για την κλινική
αποτελεσματικότητα του προγράμματος, την ασφάλεια και γενικότερα την
ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών**



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

0	Κεφάλαιο 1: Κλινική Αποτελεσματικότητα στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)	
0.1	Ορισμός και εννοιολογική θεμελίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)	
0.2	Διαφοροποίηση κλινικής αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και ποιότητας στη ΝΟΣΠΙ	
0.2.1	Κλινική αποτελεσματικότητα: η επίτευξη του κλινικού σκοπού για τον κατάλληλο πληθυσμό	
0.2.2	Ποιότητα: πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και συνέπεια παροχής φροντίδας	
0.2.3	Αποδοτικότητα: χρήση πόρων ανά μονάδα αποτελέσματος, υπό προϋπόθεση αποδεκτής αποτελεσματικότητας και ασφάλειας	
0.2.4	Γιατί η διαφοροποίηση είναι κρίσιμη στην αξιολόγηση: κίνδυνοι εσφαλμένης ερμηνείας	
0.2.5	Λειτουργική σύνδεση: από τις έννοιες στους δείκτες και στην αποτίμηση ..	
0.2.6	Συμπέρασμα της ενότητας	
0.3	Εφαρμογή του μοντέλου δομής–διαδικασίας–έκβασης στην αξιολόγηση της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι	
0.3.1	Η διάσταση της δομής: θεωρητική έννοια και πρακτική σημασία στη ΝΟΣΠΙ ..	
0.3.2	Η διάσταση της διαδικασίας: από τη θεωρία της τυποποίησης στη διαχείριση κινδύνου	
0.3.3	Η διάσταση της έκβασης: κλινικό αποτέλεσμα και όρια ερμηνείας	
0.3.4	Η συνθετική λογική του μοντέλου στη ΝΟΣΠΙ	
0.3.5	Αποκλίσεις σε μία διάσταση δεν οδηγούν αυτομάτως σε απόρριψη του μοντέλου, αλλά ενεργοποιούν ερμηνευτική ανάλυση και στοχευμένη βελτίωση. Ρόλος του μοντέλου ως γέφυρα προς τη μεθοδολογία αξιολόγησης	
0.4	Κλινικές εκβάσεις στη ΝΟΣΠΙ έναντι της ενδονοσοκομειακής φροντίδας	
0.4.1	Θεωρητικό υπόβαθρο: γιατί η σύγκριση εκβάσεων δεν είναι ουδέτερη	
0.4.2	Διαφοροποίηση πληθυσμού ασθενών και επίδραση στις εκβάσεις	
0.4.3	Περιβάλλον φροντίδας και μηχανισμοί ελέγχου κινδύνου	
0.4.4	Χρονικοί ορίζοντες εκβάσεων και διαφορά ερμηνείας	
0.4.5	Πρακτικοί κανόνες αξιολόγησης	
0.4.6	Συμπέρασμα	
0.5	Περιορισμοί και ιδιαιτερότητες αξιολόγησης σε κατ' οίκον περιβάλλον	
0.5.1	Το κατ' οίκον περιβάλλον ως μη ελεγχόμενο κλινικό πλαίσιο	



- 0.5.2 Η μετατόπιση του ρόλου του ασθενούς και του φροντιστή ως παράγοντας αξιολόγησης
- 0.5.3 Περιορισμοί στην άμεση κλινική παρατήρηση και στην πληρότητα δεδομένων
- 0.5.4 Πολυπαραγοντικότητα και περιορισμοί αιτιώδους απόδοσης
- 0.5.5 Επιστημονικές επιπτώσεις στη μεθοδολογία αξιολόγησης.....
- 0.5.6 Συμπέρασμα
- 1 Κεφάλαιο 2: Πλαίσιο Αξιολόγησης της Κλινικής Αποτελεσματικότητας του Προγράμματος ΝΟΣΠΙ
- 1.1 Κατηγοριοποίηση δεικτών κλινικής αποτελεσματικότητας.....
- 1.1.1 Δείκτες ασφαλούς ολοκλήρωσης της διάρκειας κατ'οίκον νοσηλείας
- 1.1.2 Δείκτες μη προγραμματισμένης κλινικής επιδείνωσης και επανεισαγωγής
- 1.1.3 Δείκτες έγκαιρης αναγνώρισης και διαχείρισης κινδύνου
- 1.1.4 Δείκτες ανεπιθύμητων συμβάντων και ασφάλειας ασθενούς
- 1.1.5 Αποτίμηση της κατηγοριοποίησης
- 1.2 Σύνδεση δεικτών με κλινικές διαδρομές και πληθυσμούς ασθενών
- 1.2.1 Οι κλινικές διαδρομές ως βασική μονάδα αξιολόγησης.....
- 1.2.2 Πληθυσμιακή ετερογένεια στη ΝΟΣΠΙ και επιπτώσεις στην αξιολόγηση
- 1.2.3 Λειτουργική ενεργοποίηση δεικτών ανά κλινική διαδρομή
- 1.2.4 Αναλυτική αντιστοίχιση δεικτών με κλινικές διαδρομές και πληθυσμούς
- 1.2.5 Διαφορετική ερμηνευτική βαρύτητα ίδιου δείκτη
- 1.2.6 Σύνδεση με δείκτες διαδικασίας, ασφάλειας και δομής
- 1.2.7 Συμπέρασμα ενότητας
- 1.3 Χρονικοί ορίζοντες αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας.....
- 1.3.1 Αξιολόγηση της κατ'οίκον νοσηλείας (αξιολόγηση λειτουργίας του συστήματος κατά τη διάρκεια της φροντίδας).....
- 1.3.2 30ήμερη αξιολόγηση (βραχυπρόθεσμη κλινική έκβαση του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ).....
- 1.3.3 Μεταγενέστερη αξιολόγηση (μεσαία και μακροπρόθεσμη επίδραση της ΝΟΣΠΙ).....
- 1.3.4 Συνθετική ανάγνωση χρονικών οριζόντων.....
- 1.3.5 Τελικό συμπέρασμα της ενότητας.....
- 1.4 Ερμηνεία αποτελεσμάτων και κλινική σημασία.....
- 1.5 Όρια αποδεκτής απόδοσης και έννοιες συγκριτικής αναφοράς (benchmark).
- 2 Κεφάλαιο 3: Ασφάλεια στην κατ'οίκον νοσηλεία
- 2.1 Έννοια της ασφάλειας ασθενούς στο περιβάλλον της κατ'οίκον νοσηλείας...
- 2.1.1 Θεωρητική θεμελίωση της ασφάλειας στην κατ'οίκον νοσηλεία
- 2.1.2 Λειτουργικός ορισμός της ασφάλειας στην κατ'οίκον νοσηλεία



- 2.1.3 Η κατ' οίκον νοσηλεία ως δυναμικό σύστημα κινδύνου
- 2.1.4 Πολυδιάστατη φύση της ασφάλειας στην κατ' οίκον νοσηλεία.....
- 2.1.5 Ρόλος ασθενούς και άτυπου φροντιστή στην ασφάλεια της κατ' οίκον νοσηλείας
- 2.1.6 Μη τιμωρητική προσέγγιση στην ασφάλεια της κατ' οίκον νοσηλείας.....
- 2.1.7 Σχέση ασφάλειας κατ' οίκον νοσηλείας και κλινικής αποτελεσματικότητας.
- 2.1.8 Συμπέρασμα ενότητας
- 2.2 Μεταφορά κινδύνου από το νοσοκομείο στο σπίτι στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας
- 2.2.1 Η κατ' οίκον νοσηλεία ως σύστημα υψηλής μεταβλητότητας κινδύνου
- 2.2.2 Μετασχηματισμός του τρόπου ανίχνευσης κινδύνου
- 2.2.3 Μεταφορά της πρώτης γραμμής ασφάλειας
- 2.2.4 Ανακατανομή ευθύνης και απόκρισης στο σύστημα
- 2.2.5 *Η αποτυχία της κατ' οίκον νοσηλείας δεν έγκειται στο ότι «δεν ειδοποίησε ο φροντιστής», αλλά στο ότι **το σύστημα δεν τον έκανε ικανό να ειδοποιήσει έγκαιρα***. Δυναμική μεταβολή κινδύνου κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας.
- 2.2.6 Επιπτώσεις στον σχεδιασμό του Πλαισίου Αξιολόγησης.....
- 2.2.7 Συμπέρασμα
- 2.3 Ανεπιθύμητα συμβάντα, παρολίγον συμβάντα (near misses) και ενδείξεις αυξημένου κινδύνου (red flags) στην κατ' οίκον νοσηλεία
- 2.3.1 Ανεπιθύμητα συμβάντα στην κατ' οίκον νοσηλεία.....
- 2.3.2 Διάκριση ανεπιθύμητων συμβάντων από αναμενόμενη κλινική εξέλιξη
- 2.3.3 Παρ' ολίγον Συμβάντα (Near misses) ως δείκτες ανθεκτικότητας του συστήματος
- 2.3.4 Ενδείξεις αυξημένου κινδύνου (Red flags) ως πρώιμοι δείκτες αποσταθεροποίησης της κατ' οίκον νοσηλείας
- 2.3.5 Συνεχές διαχείρισης κινδύνου: από τις ενδείξεις αυξημένου κινδύνου στα συμβάντα.....
- 2.3.6 Μη τιμωρητική καταγραφή και οργανωσιακή μάθηση
- 2.3.7 Σημείωση
- 2.3.8 Ερμηνευτική χαρτογράφηση δεικτών ασφάλειας
- 2.3.8.1 Θεμελιώδης αρχή ερμηνείας.....
- 2.4 Σύνδεση δεικτών ασφάλειας με SOPs και σύστημα συμβάντων.....
- 2.4.1 SOPs ως φραγμοί ασφάλειας.....
- 2.4.2 Ροή: Red flag → SOP → Δείκτης → Συμβάν
- 2.4.3 Σύστημα συμβάντων ως μηχανισμός μάθησης.....
- 2.5 Αξιολόγηση ετοιμότητας και ανταπόκρισης σε κλινική επιδείνωση.....
- 2.5.1 Ορισμοί και εννοιολογική διάκριση: Readiness, Response, Escalation.....
- 2.5.2 Κλινική επιδείνωση ως “σενάριο σχεδιασμού” στην κατ' οίκον νοσηλεία....



- 2.5.3 Πολυεπίπεδο μοντέλο αξιολόγησης: από σήμα κινδύνου έως έκβαση.....
- 2.5.4 Αξιολόγηση ετοιμότητας: Δομές, πόροι και προϋποθέσεις ασφαλούς απόκρισης.....
- 2.5.5 Αξιολόγηση ανταπόκρισης: χρόνος, ποιότητα και συμμόρφωση.....
 - 2.5.5.1 Χρονική διάσταση (timeliness).....
 - 2.5.5.2 Ποιοτική διάσταση (appropriateness).....
- 2.5.6 Αξιολόγηση κλιμάκωσης: ασφαλής μετάβαση ως δείκτης ωριμότητας.....
- 2.5.7 Ερμηνεία αποτελεσμάτων: παρολίγον συμβάντος έναντι ανεπιθύμητου συμβάντος.....
- 2.5.8 Σύνδεση με σύστημα συμβάντων και οργανωσιακή μάθηση.....
- 2.5.9 Συμπέρασμα.....
- 2.6 Ρόλος της τηλεπαρακολούθησης στη διασφάλιση της ασφάλειας της κατ' οίκον νοσηλείας.....
 - 2.6.1 Εννοιολογική τοποθέτηση της τηλεπαρακολούθησης στη ΝΟΣΠΙ.....
 - 2.6.2 Τηλεπαρακολούθηση ως μηχανισμός έγκαιρης ανίχνευσης κινδύνου.....
 - 2.6.3 Σχέση τηλεπαρακολούθησης και red flags.....
 - 2.6.4 Τηλεπαρακολούθηση και αξιολόγηση ετοιμότητας του συστήματος.....
 - 2.6.5 Κίνδυνοι και περιορισμοί της τηλεπαρακολούθησης.....
 - 2.6.6 Τηλεπαρακολούθηση, near misses και οργανωσιακή μάθηση.....
 - 2.6.7 Ενσωμάτωση της τηλεπαρακολούθησης στο Πλαίσιο Αξιολόγησης.....
 - 2.6.8 Συμπέρασμα.....
- 3 Κεφάλαιο 4: Πλαίσιο Συνολικής Αξιολόγησης Ποιότητας Υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ.....
 - 3.1 Έννοια της συνολικής ποιότητας στη ΝΟΣΠΙ.....
 - 3.1.1 Θεωρητική θεμελίωση της έννοιας της ποιότητας.....
 - 3.1.2 Ιδιαιτερότητα της συνολικής ποιότητας στη ΝΟΣΠΙ.....
 - 3.1.3 Η κατ' οίκον νοσηλεία ως βασική μονάδα συνολικής ποιότητας.....
 - 3.1.4 Συνολική ποιότητα ως συνθετικός δείκτης και όχι απλή συγκέντρωση μετρήσεων.....
 - 3.1.5 Συνολική ποιότητα, διακυβέρνηση και λογοδοσία.....
 - 3.2 Σύνθεση δεικτών διαδικασίας, έκβασης και εμπειρίας.....
 - 3.3 Αξιολόγηση ποιότητας σε επίπεδο μονάδας ΝΟΣΠΙ.....
 - 3.4 Εθνική συγκρισιμότητα και διαστρωμάτωση/κατηγοριοποίηση αποτελεσμάτων.....
- 4 Κεφάλαιο 5: Σύνθετοι δείκτες, προφίλ απόδοσης και κανόνες ερμηνείας αποτελεσμάτων στη ΝΟΣΠΙ.....
 - 4.1 Λογική σύνθετων δεικτών και προφίλ απόδοσης.....
 - 4.2 Στάθμιση δεικτών ανά άξονα αξιολόγησης.....
 - 4.2.1 Θεμελιώδεις αρχές στάθμισης.....



4.2.2	Άξονες αξιολόγησης και σύνδεση με τους δείκτες
4.2.3	Κρίσιμοι δείκτες και εσωτερική στάθμιση εντός άξονα
4.2.4	Κανόνες ερμηνείας βάσει στάθμισης
4.2.5	Ρόλος της στάθμισης στη συνολική μεθοδολογία.....
4.3	Διαχείριση ετερογένειας πληθυσμών και μονάδων
4.3.1	Ετερογένεια πληθυσμών κατ' οίκον νοσηλείας
4.3.2	Ετερογένεια μονάδων ΝΟΣΠΙ
4.3.3	Μεθοδολογικά εργαλεία διαχείρισης ετερογένειας
4.3.4	Σχέση ετερογένειας, στάθμισης και προφίλ απόδοσης
4.3.5	Όρια της διαχείρισης ετερογένειας και σύνδεση με τα επόμενα στάδια
4.4	Ανάλυση τάσεων και διαχρονική αξιολόγηση.....
4.4.1	Έννοια και σκοπός της διαχρονικής αξιολόγησης
4.4.2	Χρονικοί ορίζοντες παρακολούθησης
4.4.3	Επίπεδα εφαρμογής της ανάλυσης τάσεων.....
4.4.4	Σχέση διαχρονικής αξιολόγησης με στάθμιση και ετερογένεια
4.4.5	Ερμηνεία τάσεων και σήματα έγκαιρης προειδοποίησης
4.4.6	Όρια διαχρονικής αξιολόγησης και σύνδεση
4.5	Όρια ερμηνείας και αποφυγή λανθασμένων συμπερασμάτων.....
4.5.1	Όρια των δεικτών και της ποσοτικής αποτύπωσης
4.5.2	Όρια συγκρισιμότητας και γενίκευσης.....
4.5.3	Κίνδυνοι παρερμηνείας και μη ενδεδειγμένες χρήσεις
4.5.4	Ερμηνεία σε συνδυασμό με ποιοτικά δεδομένα
4.5.5	Ρόλος των ορίων ερμηνείας στη συνολική μεθοδολογία
Με τον τρόπο αυτό, το Κεφάλαιο 5 ολοκληρώνεται ως ενιαίο, συνεκτικό και θεσμικά ώριμο μεθοδολογικό σύνολο, το οποίο υποστηρίζει την αξιόπιστη αποτίμηση της ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι και θέτει σταθερές βάσεις για τη χρήση των αποτελεσμάτων σε επίπεδο μονάδας και συστήματος.....	
5	Κεφάλαιο 6: Χρήση των Αποτελεσμάτων Αξιολόγησης στη Διακυβέρνηση της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ).....
5.1	Αξιολόγηση ως μηχανισμός τεκμηριωμένης λήψης αποφάσεων
5.2	Ενσωμάτωση των αποτελεσμάτων στη λειτουργική αρχιτεκτονική της ΝΟΣΠΙ86
5.3	Αξιολόγηση και διαχείριση κινδύνου στο πλαίσιο διακυβέρνησης
5.4	Ρόλος της αξιολόγησης στη συνεχή βελτίωση και οργανωσιακή μάθηση
5.5	Αξιολόγηση, εποπτεία και λογοδοσία στο σύστημα ΝΟΣΠΙ
6	Κεφάλαιο 7: Διασφάλιση Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας της Αξιολόγησης
6.1	Ποιότητα δεδομένων ως προϋπόθεση αξιολόγησης.....
6.1.1	Έννοια της ποιότητας δεδομένων στη ΝΟΣΠΙ
6.1.2	Σχέση ποιότητας δεδομένων και αξιοπιστίας αποτελεσμάτων



6.1.3	Ποιότητα δεδομένων και εγκυρότητα της αξιολόγησης	
6.1.4	Θεσμική προσέγγιση της ποιότητας δεδομένων στο Πλαίσιο ΝΟΣΠΙ.....	
6.2	Διαχείριση αβεβαιότητας και ελλιπών δεδομένων.....	
6.2.1	Έννοια της αβεβαιότητας στη ΝΟΣΠΙ.....	
6.2.2	Μορφές ελλιπών δεδομένων και επιπτώσεις στην αξιολόγηση.....	
6.2.3	Αρχές διαχείρισης αβεβαιότητας και ελλείψεων	
6.2.4	Μεθοδολογική αντιμετώπιση ελλιπών δεδομένων	
6.2.5	Σύνδεση με αξιοπιστία, εγκυρότητα και διακυβέρνηση	
6.3	Έλεγχοι συνέπειας, πληρότητας και ακρίβειας των δεδομένων αξιολόγησης..	
6.3.1	Ρόλος των ελέγχων ποιότητας δεδομένων στο Πλαίσιο Αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ	
6.3.2	Έλεγχοι πληρότητας: διασφάλιση επάρκειας πληροφορίας	
6.3.3	Έλεγχοι συνέπειας: διασφάλιση λογικής και χρονικής συνοχής	
6.3.4	Έλεγχοι ακρίβειας: αξιολόγηση πιστότητας της καταγραφής.....	
6.3.5	Συνδυαστική εφαρμογή ελέγχων και ερμηνευτικές επιπτώσεις	
6.3.6	Σύνδεση των ελέγχων με αξιολόγηση, διακυβέρνηση και λογοδοσία	
6.4	Ρόλος εσωτερικών και εξωτερικών ελέγχων στη διασφάλιση αξιοπιστίας και εγκυρότητας της αξιολόγησης.....	
6.4.1	Θεσμική και μεθοδολογική διάκριση εσωτερικών και εξωτερικών ελέγχων .	
6.4.2	Εσωτερικοί έλεγχοι: λειτουργικός ρόλος, όρια και προστιθέμενη αξία	
6.4.3	Εξωτερικοί έλεγχοι: ανεξαρτησία, συγκρισιμότητα και θεσμική επικύρωση .	
6.4.4	Συνδυαστική αρχιτεκτονική ελέγχων και ροή αξιοπιστίας.....	
6.4.5	Παράδειγμα εφαρμογής (illustrative case).....	
6.4.6	Ρόλος των ελέγχων στη διακυβέρνηση και τη λογοδοσία.....	
6.5	Διαφάνεια και τεκμηρίωση αποτελεσμάτων	
6.5.1	Αρχές διαφάνειας στην αξιολόγηση της ΝΟΣΠΙ.....	
6.5.2	Ελάχιστο υποχρεωτικό σύνολο τεκμηρίωσης ανά αποτέλεσμα	
6.5.3	Διαδρομή Ελέγχου και διαχείριση αλλαγών	
6.5.4	Πρότυπα αναφοράς αποτελεσμάτων και κανόνες παρουσίασης.....	
6.5.5	Διαβάθμιση πρόσβασης και προστασία από καταχρηστική χρήση	
6.5.6	Συμπέρασμα	
7	Στρατηγική, Βιωσιμότητα και Θεσμική Εδραίωση της ΝΟΣΠΙ μέσω του Πλαισίου Αξιολόγησης.....	
7.1	Σύνδεση αξιολόγησης με στρατηγικό σχεδιασμό	
7.1.1	Η αξιολόγηση ως στρατηγική είσοδος (Strategic Input)	
7.1.2	Από την αποτίμηση στην πρόβλεψη και τον στρατηγικό προσανατολισμό	
7.1.3	Στρατηγική ευθυγράμμιση ποιότητας, ασφάλειας και βιωσιμότητας	



7.1.4	Πολυεπίπεδη ενσωμάτωση στον στρατηγικό σχεδιασμό
7.1.5	Στρατηγικοί χρονικοί ορίζοντες και ρόλος του παρόντος
7.2	Τεκμηρίωση αποτελεσματικότητας έναντι χρηματοδότησης
7.2.1	Μετατόπιση από τη χρηματοδότηση εισροών στη χρηματοδότηση τεκμηριωμένης αξίας.....
7.2.2	Τι ακριβώς τεκμηριώνει το παρόν έναντι της χρηματοδότησης
7.2.3	Διαφοροποίηση χρηματοδότησης βάσει απόδοσης και ωριμότητας
7.2.4	Δικλίδες προστασίας από στρεβλώσεις χρηματοδότησης.....
7.2.5	Στρατηγική συμβολή του παρόντος τη βιωσιμότητα της ΝΟΣΠΙ.....
7.2.6	Συμπέρασμα
7.3	Υποστήριξη επεκτασιμότητας του μοντέλου ΝΟΣΠΙ
7.3.1	Η επεκτασιμότητα ως ποιοτικό και θεσμικό ζητούμενο.....
7.3.2	Ο ρόλος της αξιολόγησης στη μεταφορά του μοντέλου σε νέα περιβάλλοντα
7.3.3	Αξιολόγηση ετοιμότητας και αποφυγή πρόωρης επέκτασης
7.3.4	Σταδιακή και τεκμηριωμένη στρατηγική επέκτασης.....
7.3.5	Εθνική συνοχή και δίκαιη ανάπτυξη του μοντέλου
7.3.6	Η επεκτασιμότητα ως διαχειρίσιμος συστημικός κίνδυνος
7.3.7	Από την πιλοτική επιτυχία στη συστημική αναπαραγωγικότητα
7.4	Μακροπρόθεσμη θεσμική αξία του πλαισίου αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ
7.4.1	Από το έργο στη θεσμική λειτουργία
7.4.2	Δημιουργία μόνιμης υποδομής γνώσης και τεκμηρίωσης
7.4.3	Ενσωμάτωση στη διακυβέρνηση και στους μηχανισμούς εποπτείας
7.4.4	Ανθεκτικότητα του μοντέλου σε μεταβολές και κρίσεις
7.4.5	Μακροπρόθεσμη αξία για το σύστημα υγείας
7.5	Τελικό Συμπέρασμα και Θεσμική Ενσωμάτωση του Πλαισίου Αξιολόγησης..
7.5.1	Θεσμική ενσωμάτωση και ανεξαρτησία από το πλαίσιο του έργου
7.5.2	Λειτουργική αυτονομία και διαχρονική εφαρμογή
7.5.3	Ενοποίηση στρατηγικής, ποιότητας και λογοδοσίας
7.5.4	Μετάβαση από την πιλοτική εφαρμογή στη μόνιμη πολιτική υγείας
7.5.5	Τελική θεσμική αποτίμηση.....
8	Θεσμική Μετάβαση, Εφαρμογή και Κύκλος Αξιολόγησης του Συστήματος Ποιότητας ΝΟΣΠΙ από τον ΟΔΙΠΥ
8.1	Σκοπός και αντικείμενο του κεφαλαίου
8.2	Θεσμική φύση της αξιολόγησης από τον ΟΔΙΠΥ
8.3	Τετραετής κύκλος αξιολόγησης (4-year Audit Cycle).....
8.4	Φάση προετοιμασίας εφαρμογής πριν την αρχική αξιολόγηση



8.5	Αρχική αξιολόγηση – Initial / Baseline Audit (Έτος 1)
8.6	Ετήσιες επιτηρήσεις – Annual Surveillance Audits (Έτη 2 και 3).....
8.7	Τελική επαναξιολόγηση – Re-assessment Audit (Έτος 4).....
8.8	Τι “παράγει” ο τετραετής κύκλος αξιολόγησης
8.9	Διεθνής συγκρισιμότητα και benchmarking.....
9	Συμπεράσματα – Συνθετικός Ρόλος του παρόντος
9.1	Ολοκλήρωση του συστήματος ποιότητας ΝΟΣΠΙ
9.2	Από τη μέτρηση στην αποτίμηση
9.3	Εργαλείο εθνικής πολιτικής υγείας
10	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ
10.1	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι
10.2	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ
10.3	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ
10.4	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV
10.5	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V
10.6	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI
11	Βιβλιογραφία

**ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ**

Πίνακας 1: Ενδεικτική αντιστοίχιση δεικτών έκβασης με την έννοια της κλινικής αποτελεσματικότητας.....	
Πίνακας 2: Δείκτες ασφαλούς ολοκλήρωσης επεισοδίου.....	
Πίνακας 3: Δείκτες επιδείνωσης και επανεισαγωγής.....	
Πίνακας 4: Δείκτες πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης.....	
Πίνακας 5: Δείκτες ανεπιθύμητων συμβάντων.....	
Πίνακας 6: Λειτουργική αντιστοίχιση δεικτών κλινικής αποτελεσματικότητας.....	
Πίνακας 7: Αξιολόγηση λειτουργίας του συστήματος κατ' οίκον νοσηλείας κατά τη διάρκεια της φροντίδας Στοιχείο.....	
Πίνακας 8: 30ήμερη αξιολόγηση κλινικής αποτελεσματικότητας.....	
Πίνακας 9: Μεταγενέστερη αξιολόγηση και στρατηγική χρήση δεικτών.....	
Πίνακας 10: Πλαίσιο ερμηνείας κλινικών αποτελεσμάτων στη ΝΟΣΠΙ.....	
Πίνακας 11: Σύνδεση κλινικής ερμηνείας με χρονικούς ορίζοντες αξιολόγησης.....	
Πίνακας 12: Ερμηνευτικές ζώνες απόδοσης στο παρόν.....	
Πίνακας 13: Τύποι συγκριτικής ανάλυσης «benchmark» που αξιοποιούνται στο παρόν.....	
Πίνακας 14: Απόκλιση και ενδεικτική διοικητική διαχείριση.....	
Πίνακας 15: Διαστάσεις ασφάλειας της κατ' οίκον νοσηλείας.....	
Πίνακας 16: Πίνακας αντιστοίχισης.....	
Πίνακας 17: Α. Δείκτες κλινικής επιδείνωσης & απόκρισης.....	
Πίνακας 18: Β. Δείκτες συμμόρφωσης σε SOPs ασφάλειας.....	
Πίνακας 19: Γ. Δείκτες τηλεπαρακολούθησης & alerts.....	
Πίνακας 20: Δ. Δείκτες φροντιστή & επικοινωνίας.....	
Πίνακας 21: Ε. Δείκτες συμβάντων.....	
Πίνακας 22: Αλυσίδα ασφάλειας σε κλινική επιδείνωση στην κατ' οίκον νοσηλεία.....	
Πίνακας 23: Ρόλος κατηγοριών δεικτών στη συνολική ποιότητα ΝΟΣΠΙ.....	
Πίνακας 24: Ροή σύνθεσης δεικτών στη ΝΟΣΠΙ.....	
Πίνακας 25: Η μετάβαση από το επίπεδο της κατ' οίκον νοσηλείας στο επίπεδο μονάδας.....	
Πίνακας 26: Ευρήματα της αξιολόγησης με το επίπεδο ωριμότητας της μονάδας.....	
Πίνακας 27: Άξονες διαστρωμάτωσης μονάδων ΝΟΣΠΙ για σκοπούς εθνικής συγκρισιμότητας.....	
Πίνακας 28: Ερμηνεία συγκριτικών προτύπων ποιότητας.....	
Πίνακας 29: Επίπεδα δεικτών στο Πλαίσιο Αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ.....	
Πίνακας 30: Διάκριση σύνθετων δεικτών και προφίλ απόδοσης.....	
Πίνακας 31: Αντιστοίχιση αξόνων αξιολόγησης με δείκτες και ρόλο στη στάθμιση.....	
Πίνακας 32: Κατηγοριοποίηση δεικτών για σκοπούς στάθμισης.....	
Πίνακας 33: Ενδεικτικοί κανόνες ερμηνείας προφίλ απόδοσης.....	
Πίνακας 34: Παράγοντες ετερογένειας πληθυσμών και ρόλος τους στην ερμηνεία.....	
Πίνακας 35: Παράγοντες ετερογένειας μονάδων ΝΟΣΠΙ.....	
Πίνακας 36: Εργαλεία διαχείρισης ετερογένειας στο Πλαίσιο ΝΟΣΠΙ.....	
Πίνακας 37: Χρονικοί ορίζοντες διαχρονικής αξιολόγησης.....	
Πίνακας 38: Επίπεδα διαχρονικής ανάλυσης.....	
Πίνακας 39: Παραδείγματα σημάτων έγκαιρης προειδοποίησης.....	
Πίνακας 40: Ενδεδειγμένες και μη ενδεδειγμένες χρήσεις των αποτελεσμάτων.....	
Πίνακας 41: Διαστάσεις ποιότητας δεδομένων στη ΝΟΣΠΙ.....	
Πίνακας 42: Μορφές ελλιπών δεδομένων στη ΝΟΣΠΙ.....	
Πίνακας 43: Επιλογές διαχείρισης ελλιπών δεδομένων.....	
Πίνακας 44: Αρχιτεκτονική ελέγχων στη ΝΟΣΠΙ.....	
Πίνακας 45: Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεσμάτων αξιολόγησης.....	



Πίνακας 46: Ελάχιστα στοιχεία audit trail (διαδρομή ελέγχου).....	
Πίνακας 47: Υποχρεωτικές ενδείξεις σε κάθε αναφορά αποτελεσμάτων	
Πίνακας 48: Διαβάθμιση πρόσβασης σε αποτελέσματα αξιολόγησης	
Πίνακας 49: Ρόλος του ανά στρατηγικό χρονικό ορίζοντα	
Πίνακας 50: Ρόλος παρόν στην τεκμηρίωση χρηματοδότησης.....	
Πίνακας 51: Ενδεικτική σύνδεση αξιολόγησης και χρηματοδότησης	
Πίνακας 52: Τετραετής κύκλος αξιολόγησης Συστήματος Ποιότητας ΝΟΣΠΙ αποδιδόμενη αξία.....	
Πίνακας 53: Σύνοψη τετραετούς κύκλου αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ.....	

**ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

Συντομογραφία	Πλήρης όρος	Ερμηνεία
ΝΟΣΠΙ	Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι	Οργανωμένο μοντέλο παροχής νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας στην οικία του ασθενούς
ΟΔΙΠΥ	Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία	Θεσμικός φορέας εφαρμογής και εποπτείας του συστήματος αξιολόγησης
KPI	Key Performance Indicator	Δείκτης μέτρησης συγκεκριμένης διάστασης ποιότητας ή απόδοσης
MDS	Minimum Data Set	Ελάχιστο υποχρεωτικό σύνολο δεδομένων για τη λειτουργία του συστήματος
PREMs	Patient-Reported Experience Measures	Δείκτες εμπειρίας φροντίδας, αναφερόμενοι από ασθενή ή φροντιστή
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures	Δείκτες εκβάσεων υγείας, αναφερόμενοι από τον ασθενή
SOP	Standard Operating Procedure	Τυποποιημένη διαδικασία εφαρμογής
RCA	Root Cause Analysis	Ανάλυση βασικών αιτίων ανεπιθύμητων συμβάντων ή αποκλίσεων
CAPA	Corrective and Preventive Actions	Διορθωτικές και προληπτικές ενέργειες
WHO	World Health Organization	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	Οργανισμός διεθνών πολιτικών και δεικτών
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research	Πλαίσιο ανάλυσης εφαρμογής σύνθετων παρεμβάσεων

ΟΡΟΛΟΓΙΕΣ

— Θεμελιώδης Ορολογία Αξιολόγησης

Μέτρηση (Measurement)



Η καταγραφή δεδομένων και δεικτών χωρίς ερμηνεία ή κρίση.

Αξιολόγηση (Evaluation)

Η ερμηνεία των μετρήσεων στο πλαίσιο προκαθορισμένων αρχών, ορίων και παραδοχών.

Απόφαση (Decision-making)

Η θεσμική ή πολιτική χρήση των αποτελεσμάτων αξιολόγησης.

Διαχωρισμός μέτρησης–αξιολόγησης–απόφασης

Θεμελιώδης αρχή για αποφυγή σύγχυσης ρόλων και καταχρηστικών χρήσεων.

— Ορολογία Ελέγχου Συστήματος Ποιότητας

Συστήματος Ποιότητας (System-based audit)

Θεσμικός έλεγχος που εξετάζει τη λειτουργία του συστήματος συνολικά και όχι **Έλεγχος** μεμονωμένες επιδόσεις.

Αρχικός έλεγχος αναφοράς (Baseline audit)

Έλεγχος αποτύπωσης σημείου εκκίνησης του συστήματος.

Έλεγχοι επιτήρησης (Surveillance audits)

Περιοδικοί έλεγχοι παρακολούθησης εφαρμογής και ωρίμανσης.

Τελική επανααξιολόγηση (Reassessment)

Αθροιστική αποτίμηση στο τέλος του πολυετούς κύκλου.

Μη πιστοποιητικός χαρακτήρας

Η αξιολόγηση δεν οδηγεί σε πιστοποίηση, βαθμολόγηση ή κύρωση.

— Ορολογία Ωρίμανσης και Ερμηνείας

Ωρίμανση συστήματος (System maturity)



Η σταδιακή μετάβαση από τυπική συμμόρφωση σε σταθερή και ενσωματωμένη λειτουργία.

Τάση (Trend)

Η διαχρονική εξέλιξη δείκτη ή ομάδας δεικτών.

Συστημική αδυναμία

Επαναλαμβανόμενο μοτίβο αποκλίσεων που δεν εξηγείται από μεμονωμένα γεγονότα.

Υπολειμματική αβεβαιότητα

Αναπόφευκτο επίπεδο αβεβαιότητας που παραμένει ακόμη και με πλήρη εφαρμογή του συστήματος.

— Ορολογία Διαχείρισης Κινδύνου

Κίνδυνος (Risk)

Πιθανότητα και σοβαρότητα βλάβης.

Απειλή / Παράγοντας κινδύνου (Hazard)

Συνθήκη που δύναται να οδηγήσει σε κίνδυνο.

Συμβάν (Incident)

Ανεπιθύμητο γεγονός με ή χωρίς βλάβη.

Παραλίγο συμβάν (Near miss)

Συμβάν χωρίς βλάβη που αποκαλύπτει συστημικό κενό.

— Ορολογία Διακυβέρνησης και Πολιτικής

Θεσμική διακυβέρνηση ποιότητας

Η συστηματική χρήση της αξιολόγησης για στρατηγικό σχεδιασμό και πολιτική υγείας.

Δημόσια αξία

Το συλλογικό όφελος από ασφαλή, αποτελεσματική και βιώσιμη φροντίδα.

Μη τιμωρητικός χαρακτήρας

Αρχή σύμφωνα με την οποία η αξιολόγηση υπηρετεί τη βελτίωση και όχι την πειθαρχία.

Σκοπός και αντικείμενο του παρόντος

Το παρόν έχει ως σκοπό την ανάπτυξη ενός **ολοκληρωμένου, συστηματικού και θεσμικά τεκμηριωμένου πλαισίου αξιολόγησης** της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), με έμφαση στην **κλινική αποτελεσματικότητα**, την **ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας** και τη **συνολική ποιότητα των υπηρεσιών**. Αποτελεί το στάδιο στο οποίο το σύστημα ΝΟΣΠΙ περνά από τη φάση της θεωρητικής θεμελίωσης και της λειτουργικής μέτρησης στη φάση της **ουσιαστικής αποτίμησης και ερμηνείας των αποτελεσμάτων**.

Το αντικείμενο του παρόντος είναι η **αξιολόγηση του παραγόμενου αποτελέσματος**: κατά πόσο το σύνολο των παρεμβάσεων που συνθέτουν τη ΝΟΣΠΙ επιτυγχάνει τον κλινικό, λειτουργικό και ποιοτικό του σκοπό, όπως αυτός έχει οριστεί στο θεσμικό και μεθοδολογικό πλαίσιο του έργου.

Ο σκοπός του είναι τριπλός.

- **Πρώτον**, να καθορίσει **με σαφήνεια και ενιαίο τρόπο** πώς ερμηνεύονται οι δείκτες, ώστε να μην αποτελούν μεμονωμένες μετρήσεις αλλά στοιχεία ενός συνεκτικού συστήματος αξιολόγησης. Η ύπαρξη αριθμητικών τιμών ή ποσοστών δεν επαρκεί από μόνη της για να τεκμηριώσει την επιτυχία ή την αποτυχία ενός προγράμματος. Απαιτείται μεθοδολογία που να απαντά στο ερώτημα τι σημαίνουν τα αποτελέσματα αυτά σε κλινικούς, οργανωτικούς και διοικητικούς όρους. **Δεύτερον**, να προσδιορίσει **πώς αξιολογείται η κλινική αποτελεσματικότητα** της φροντίδας στο σπίτι σε ένα περιβάλλον που διαφοροποιείται ουσιαστικά από το νοσοκομείο. Η ΝΟΣΠΙ δεν αποτελεί απλή μεταφορά νοσηλευτικών πράξεων εκτός νοσοκομείου, αλλά ολοκληρωμένο μοντέλο παροχής νοσοκομειακής φροντίδας σε αποκεντρωμένο, μη ελεγχόμενο περιβάλλον. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, επομένως, δεν μπορεί να βασίζεται αποκλειστικά σε παραδοσιακά ενδονοσοκομειακά κριτήρια, αλλά απαιτεί προσαρμοσμένο πλαίσιο που λαμβάνει υπόψη τις ιδιαιτερότητες της κατ' οίκον φροντίδας, τους χρονικούς ορίζοντες παρακολούθησης και τις συνθήκες εφαρμογής των κλινικών παρεμβάσεων.
- **Τρίτον**, να διαμορφώσει ένα **λειτουργικό εργαλείο αξιολόγησης ποιότητας και ασφάλειας**, το οποίο να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικά επίπεδα: σε επίπεδο ασθενούς και επεισοδίου φροντίδας, σε επίπεδο μονάδας ΝΟΣΠΙ και σε επίπεδο εθνικού συστήματος. **Το παρόν αποσκοπεί στη δημιουργία ενός πλαισίου που επιτρέπει τη συγκρισιμότητα**, τη διαχρονική παρακολούθηση και τη θεσμική εποπτεία της ΝΟΣΠΙ.

Το αντικείμενό του παρόντος είναι η **σύνθεση, στάθμιση και αποτίμηση** των ήδη ορισμένων μετρήσεων, με τρόπο που να υποστηρίζει τεκμηριωμένες αποφάσεις. Η αξιολόγηση που περιγράφεται είναι αναλυτική και κανονιστική: καθορίζει τι θεωρείται αποδεκτό επίπεδο απόδοσης, πώς εντοπίζονται αποκλίσεις και πώς τα αποτελέσματα εντάσσονται σε μηχανισμούς βελτίωσης και εποπτείας.

Τέλος, το παρόν αποτελεί εργαλείο τεκμηρίωσης της συμμόρφωσης του προγράμματος ΝΟΣΠΙ με τις απαιτήσεις του εθνικού πλαισίου και τις δεσμεύσεις που απορρέουν από τη χρηματοδότηση. Παράλληλα, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για τη μακροπρόθεσμη ενσωμάτωση της αξιολόγησης στην καθημερινή λειτουργία των μονάδων, ώστε η

ποιότητα, η ασφάλεια και η κλινική αποτελεσματικότητα να παρακολουθούνται όχι αποσπασματικά, αλλά ως ενιαίο και δυναμικό σύστημα. **Η θέση του παρόντος στη λογική ΝΟΣΠΙ**

Η αρχιτεκτονική του έργου ΝΟΣΠΙ έχει σχεδιαστεί εξ αρχής ως **διαδοχικό και απολύτως συνεκτικό σύστημα παραδοτέων**, στο οποίο κάθε στάδιο προϋποθέτει και αξιοποιεί το προηγούμενο. Το παρόν εντάσσεται σε αυτή τη λογική ως **λειτουργική ολοκλήρωση** του συνολικού πλαισίου ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι.

Αρχικά θεμελιώθηκε το σύστημα. Καθόρισε τις βασικές έννοιες, τους ορισμούς και τις αρχές που διέπουν τη ΝΟΣΠΙ, ανέλυσε το θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο και διαμόρφωσε το κλινικό και οργανωτικό μοντέλο λειτουργίας. Σε αυτό το στάδιο απαντήθηκε το ερώτημα *τι είναι η ΝΟΣΠΙ, πώς πρέπει να λειτουργεί και ποια χαρακτηριστικά ποιότητας και ασφάλειας οφείλει να ενσωματώνει*. Αρχικά ορίστηκαν οι κλινικές διαδρομές, οι πολιτικές και οι τυποποιημένες διαδικασίες, καθώς και οι αρχές πάνω στις οποίες μπορεί να στηριχθεί ένα σύστημα αξιολόγησης, χωρίς όμως να εισέρχεται στη μέτρηση ή στην αποτίμηση αποτελεσμάτων.

Βασιζόμενο αποκλειστικά στο παραπάνω πλαίσιο, μεταφράστηκαν οι αρχές, οι διαδικασίες και οι απαιτήσεις σε **συγκεκριμένους, μετρήσιμους δείκτες** ποιότητας, ασφάλειας και κλινικής αποτελεσματικότητας. Έπειτα, απαντήθηκε το ερώτημα *πώς μετράμε αν η ΝΟΣΠΙ λειτουργεί όπως έχει σχεδιαστεί*. Ορίστηκαν δείκτες δομής, διαδικασίας και έκβασης, καθορίστηκαν τύποι υπολογισμού, πηγές δεδομένων, σύνδεση με το Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων (MDS) και τα SOPs, καθώς και μηχανισμοί πιλοτικής εφαρμογής και ελέγχου εγκυρότητας. Ωστόσο, περιορίστηκε συνειδητά στη μέτρηση και δεν προχώρησε στην ερμηνεία ή στην αποτίμηση των αποτελεσμάτων.

Το παρόν έρχεται να καλύψει αυτό ακριβώς το κενό. Η θέση του είναι να απαντήσει στο ερώτημα *τι σημαίνουν τα αποτελέσματα των δεικτών και τι αποδεικνύουν για τη λειτουργία του προγράμματος*. Εδώ η μέτρηση μετασχηματίζεται σε αξιολόγηση. Οι δείκτες δεν αντιμετωπίζονται πλέον ως αυτόνομες τιμές, αλλά ως στοιχεία ενός ευρύτερου πλαισίου αποτίμησης της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών.

Η λογική συνέχεια των παραδοτέων μπορεί να συνοψιστεί ως εξής:

- Αρχικά καθορίστηκε **τι πρέπει να είναι και να κάνει** η ΝΟΣΠΙ.
- Έπειτα καθορίστηκε **πώς μετράμε αν αυτό γίνεται**.
- Το παρόν καθορίζει **πώς αξιολογούμε αν αυτό που γίνεται είναι επαρκές, ασφαλές και αποτελεσματικό**.

Σε αυτό το πλαίσιο, το παρόν δεν θα μπορούσε να προηγηθεί χρονικά ούτε να αναπτυχθεί ανεξάρτητα. Η ύπαρξή του προϋποθέτει ότι έχουν ήδη συμφωνηθεί οι έννοιες ποιότητας, έχουν ήδη καθορισθεί οι δείκτες και έχουν ήδη διασφαλισθεί οι βασικές προϋποθέσεις αξιοπιστίας των δεδομένων. Για τον λόγο αυτό, το παρόν δεν επαναλαμβάνει αναλύσεις ούτε τεχνικές περιγραφές, αλλά τις αξιοποιεί ως δεδομένο υπόβαθρο.

Παράλληλα, λειτουργεί ως **γέφυρα** μεταξύ του συστήματος μέτρησης και της διοικητικής και θεσμικής χρήσης των αποτελεσμάτων. Απευθύνεται σε επίπεδο διοίκησης, εποπτείας

και χάραξης πολιτικής. Μετατρέπει τα αποτελέσματα των δεικτών σε πληροφορία κατάλληλη για λήψη αποφάσεων, ιεράρχηση προτεραιοτήτων και τεκμηρίωση της απόδοσης του προγράμματος.

Τέλος, η θέση του παρόντος στο συνολικό έργο είναι καθοριστική για τη βιωσιμότητα του συστήματος. Χωρίς ένα σαφές και τεκμηριωμένο πλαίσιο αξιολόγησης, οι δείκτες θα παρέμεναν ένα στατικό εργαλείο παρακολούθησης. Με το παρόν, το σύστημα ΝΟΣΠΙ αποκτά μηχανισμό αυτοαξιολόγησης, ελέγχου και βελτίωσης, ο οποίος μπορεί να λειτουργεί διαχρονικά και να προσαρμόζεται στις ανάγκες του συστήματος υγείας.

Διαχωρισμός μέτρησης, αξιολόγησης και απόφασης

Κρίσιμη προϋπόθεση για την ορθή κατανόηση και εφαρμογή του παρόντος είναι ο σαφής **εννοιολογικός και λειτουργικός διαχωρισμός** μεταξύ των εννοιών της μέτρησης, της αξιολόγησης και της λήψης απόφασης. Η διάκριση αυτή αποτελεί βασική αρχή διακυβέρνησης ποιότητας και αποτρέπει τη σύγχυση ρόλων, ευθυνών και συμπερασμάτων κατά τη λειτουργία του συστήματος ΝΟΣΠΙ.

Στο πλαίσιο του έργου, η **μέτρηση** αντιστοιχεί στο επίπεδο των δεικτών. Αφορά τη συλλογή δεδομένων και τον υπολογισμό συγκεκριμένων δεικτών βάσει προκαθορισμένων τύπων, πηγών και κανόνων ποιότητας δεδομένων. Η μέτρηση απαντά σε ερωτήματα του τύπου: πόσες επανεισαγωγές καταγράφηκαν, ποιος ήταν ο μέσος χρόνος απόκρισης, πόσα ανεπιθύμητα συμβάντα αναφέρθηκαν. Η μέτρηση είναι κατ' αρχήν ουδέτερη, παράγει αριθμητικά αποτελέσματα χωρίς να τα ερμηνεύει. Η ακρίβεια, η πληρότητα και η συνέπεια των δεδομένων αποτελούν προϋπόθεση, αλλά δεν επαρκούν για να εξαχθούν συμπεράσματα ως προς την ποιότητα ή την αποτελεσματικότητα της φροντίδας.

Η **αξιολόγηση** είναι το αντικείμενο του παρόντος. Σε αυτό το επίπεδο, τα αποτελέσματα της μέτρησης εντάσσονται σε ένα πλαίσιο ερμηνείας και αποτίμησης. Η αξιολόγηση απαντά σε ερωτήματα του τύπου: είναι αποδεκτό το επίπεδο επανεισαγωγών για τον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών, ο χρόνος απόκρισης υποδηλώνει επαρκή κλινική ετοιμότητα, τα καταγεγραμμένα συμβάντα συνιστούν συστημικό πρόβλημα ή μεμονωμένες αποκλίσεις. Η αξιολόγηση δεν περιορίζεται στη σύγκριση τιμών, αλλά λαμβάνει υπόψη το κλινικό πλαίσιο, τις ιδιαιτερότητες της ΝΟΣΠΙ, τις διαδρομές φροντίδας και τις συνθήκες εφαρμογής των υπηρεσιών.

Στο επίπεδο της αξιολόγησης, οι δείκτες παύουν να λειτουργούν ως αυτόνομα μεγέθη και αποκτούν **σχέση μεταξύ τους**. Ένα αποδεκτό αποτέλεσμα σε έναν δείκτη μπορεί να αποκτά διαφορετική σημασία όταν εξετάζεται σε συνδυασμό με άλλους δείκτες ή με διαφορετικό χρονικό ορίζοντα. Το παρόν καθορίζει αυτή τη λογική σύνθεσης, ώστε η αξιολόγηση να μην οδηγεί σε αποσπασματικά ή παραπλανητικά συμπεράσματα.

Η **λήψη απόφασης** αποτελεί διακριτό και επόμενο επίπεδο, το οποίο δεν ταυτίζεται ούτε με τη μέτρηση ούτε με την αξιολόγηση. Οι αποφάσεις μπορεί να είναι κλινικές, οργανωτικές ή διοικητικές και λαμβάνονται από αρμόδια όργανα, βάσει των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης. Το παρόν δεν υποκαθιστά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, ούτε καθορίζει συγκεκριμένες παρεμβάσεις. Παρέχει, όμως, το αναγκαίο και τεκμηριωμένο υπόβαθρο ώστε οι αποφάσεις αυτές να στηρίζονται σε αντικειμενικά και συγκρίσιμα δεδομένα.



Ο διαχωρισμός αυτός έχει ιδιαίτερη σημασία για τη ΝΟΣΠΙ, καθώς πρόκειται για πρόγραμμα που λειτουργεί σε αποκεντρωμένο περιβάλλον και εμπλέκει πολλαπλά επίπεδα ευθύνης. Η σύγκυση μεταξύ μέτρησης και αξιολόγησης μπορεί να οδηγήσει είτε σε αντίδραση σε μεμονωμένα αποτελέσματα είτε σε αδράνεια απέναντι σε συστημικά προβλήματα. Αντίστοιχα, η σύγκυση αξιολόγησης και απόφασης μπορεί να δημιουργήσει την εσφαλμένη εντύπωση ότι τα αποτελέσματα των δεικτών οδηγούν αυτομάτως σε συγκεκριμένες διοικητικές ενέργειες, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη πρόσθετοι παράγοντες.

Με τη σαφή αυτή διάκριση, το παρόν διασφαλίζει ότι το σύστημα ΝΟΣΠΙ λειτουργεί με **θεσμική ωριμότητα**. Η μέτρηση παρέχει αξιόπιστα δεδομένα, η αξιολόγηση αποδίδει νόημα και ερμηνεία στα δεδομένα αυτά και η λήψη αποφάσεων πραγματοποιείται με γνώση του πλαισίου, των περιορισμών και των συνεπειών. Έτσι, αποφεύγεται η εργαλειοποίηση των δεικτών και διασφαλίζεται ότι το σύστημα αξιολόγησης υπηρετεί τον πραγματικό του σκοπό: τη βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της ποιότητας των υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ.

Πεδίο εφαρμογής και επίπεδα αξιολόγησης του παρόντος (επίπεδο ασθενούς – επίπεδο μονάδας – επίπεδο συστήματος)

Το παρόν εφαρμόζεται σε ολόκληρο το εύρος λειτουργίας της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι και έχει σχεδιαστεί ώστε να επιτρέπει την αξιολόγηση της απόδοσης του προγράμματος σε **διακριτά αλλά αλληλοσυνδεδεμένα επίπεδα**. Ο σαφής προσδιορισμός του πεδίου εφαρμογής και των επιπέδων αξιολόγησης είναι κρίσιμη προϋπόθεση για να γίνει κατανοητό τι ακριβώς αξιολογείται, από ποια οπτική γωνία και με ποιον σκοπό.

Η ΝΟΣΠΙ δεν αποτελεί μία ενιαία, ομοιογενή παρέμβαση. Αντιθέτως, είναι ένα πολυεπίπεδο σύστημα που περιλαμβάνει μεμονωμένα περιστατικά κατ' οίκον νοσηλείας, οργανωμένες μονάδες παροχής υπηρεσιών και ένα εθνικό πλαίσιο λειτουργίας και εποπτείας. Το παρόν λαμβάνει υπόψη αυτή την πολυπλοκότητα και οργανώνει την αξιολόγηση σε τρία επίπεδα: το επίπεδο του ασθενούς, το επίπεδο της μονάδας ΝΟΣΠΙ και το επίπεδο του συστήματος.

Α. Επίπεδο ασθενούς και περιστατικού κατ' οίκον νοσηλείας

Στο πρώτο επίπεδο, η αξιολόγηση αφορά το **μεμονωμένο περιστατικό Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι**, μέσω των κλινικών διαδρομών και των κριτηρίων ένταξης. Το επίπεδο αυτό εστιάζει στο κατά πόσο η παρεχόμενη φροντίδα πέτυχε τον άμεσο κλινικό της στόχο για τον συγκεκριμένο ασθενή.

Η αξιολόγηση στο επίπεδο του ασθενούς εξετάζει, μεταξύ άλλων, αν η ένταξη στη ΝΟΣΠΙ πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τα κλινικά και λειτουργικά κριτήρια, αν η φροντίδα που παρασχέθηκε ήταν επαρκής για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της κλινικής κατάστασης, αν αντιμετωπίστηκαν έγκαιρα επεισόδια κλινικής επιδείνωσης, αν αποφεύχθηκαν μη αναγκαίες επανεισαγωγές ή αν διατηρήθηκε αποδεκτό επίπεδο ασφάλειας καθ' όλη τη διάρκεια του επεισοδίου.

Σε αυτό το επίπεδο, οι δείκτες λειτουργούν ως **μέσα αποτύπωσης της κλινικής πορείας** του ασθενούς. Το παρόν δεν αξιολογεί μεμονωμένα αριθμητικά



αποτελέσματα, αλλά εξετάζει αν το συνολικό προφίλ του περιστατικού φροντίδας συνάδει με τους στόχους της ΝΟΣΠΙ. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο γεγονός ότι η αξιολόγηση δεν περιορίζεται στη διάρκεια της ενεργούς φροντίδας, αλλά μπορεί να επεκτείνεται και σε προκαθορισμένο χρονικό διάστημα μετά την ολοκλήρωσή της.

Η ανάλυση σε επίπεδο ασθενούς επιτρέπει την κατανόηση της **πραγματικής κλινικής επίδρασης** της ΝΟΣΠΙ και αποτελεί τη βάση για κάθε ανώτερου επιπέδου αποτίμηση.

Β. Επίπεδο μονάδας ΝΟΣΠΙ

Το δεύτερο επίπεδο αξιολόγησης αφορά τη **μονάδα ΝΟΣΠΙ ως οργανωτική και λειτουργική οντότητα**. Σε αυτό το επίπεδο, η αξιολόγηση μετατοπίζεται από το μεμονωμένο περιστατικό φροντίδας στη συνολική απόδοση της μονάδας σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Η αξιολόγηση σε επίπεδο μονάδας εξετάζει κατά πόσο η μονάδα:

- εφαρμόζει με συνέπεια τις διαδικασίες και τα SOPs που έχουν καθοριστεί,
- επιτυγχάνει αποδεκτά επίπεδα ασφάλειας και κλινικής αποτελεσματικότητας για το σύνολο των περιστατικών,
- διαχειρίζεται επαρκώς τον κίνδυνο και τα ανεπιθύμητα συμβάντα,
- ανταποκρίνεται έγκαιρα σε κλινικές επιδεινώσεις,
- παρουσιάζει σταθερότητα ή βελτίωση των αποτελεσμάτων της με την πάροδο του χρόνου.

Στο επίπεδο αυτό, το παρόν αξιοποιεί τη συγκεντρωτική ανάλυση των δεικτών, όχι για να κατατάξει ή να τιμωρήσει μονάδες, αλλά για να αποτυπώσει **μοτίβα απόδοσης**. Η αξιολόγηση επιτρέπει την αναγνώριση δομικών αδυναμιών, οργανωτικών προβλημάτων ή συστημικών αποκλίσεων που δεν είναι ορατές στο επίπεδο του μεμονωμένου ασθενούς.

Η μονάδα ΝΟΣΠΙ αποτελεί το κρίσιμο ενδιάμεσο επίπεδο, καθώς σε αυτήν συνδέονται η κλινική πράξη, οι διαδικασίες, το προσωπικό και τα πληροφοριακά συστήματα. Το παρόν αποδίδει ιδιαίτερη σημασία στο επίπεδο αυτό, διότι αποτελεί τον βασικό μοχλό βελτίωσης της ποιότητας και της ασφάλειας στην πράξη.

Γ. Επίπεδο συστήματος και εθνικής εφαρμογής

Το τρίτο επίπεδο αξιολόγησης αφορά τη ΝΟΣΠΙ ως **εθνικό πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών υγείας**. Σε αυτό το επίπεδο, η αξιολόγηση υπερβαίνει τη μεμονωμένη μονάδα και αποσκοπεί στη συνολική αποτίμηση της λειτουργίας και της αποτελεσματικότητας του μοντέλου σε εθνική κλίμακα.

Η αξιολόγηση σε επίπεδο συστήματος εξετάζει, μεταξύ άλλων, αν:

- το μοντέλο της ΝΟΣΠΙ επιτυγχάνει τους στόχους για τους οποίους θεσπίστηκε,

- τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα μεταξύ διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών και μονάδων,
- εντοπίζονται ανισότητες ή αποκλίσεις στην ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας,
- το σύστημα παρουσιάζει συνολική βελτίωση ή σταθερότητα σε βάθος χρόνου,
- η ΝΟΣΠΙ μπορεί να υποστηριχθεί θεσμικά και λειτουργικά σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα.

Σε αυτό το επίπεδο, το παρόν λειτουργεί ως **εργαλείο στρατηγικής αποτίμησης και εποπτείας**. Δεν αποσκοπεί στη μικροδιαχείριση της κλινικής πράξης, αλλά στη δημιουργία τεκμηριωμένης εικόνας για την απόδοση του προγράμματος στο σύνολό του. Η ύπαρξη ενός ενιαίου πλαισίου αξιολόγησης επιτρέπει στο σύστημα υγείας να γνωρίζει όχι μόνο αν η ΝΟΣΠΙ λειτουργεί, αλλά και πώς και υπό ποιες προϋποθέσεις λειτουργεί αποτελεσματικά.

Συνολική θεώρηση των επιπέδων αξιολόγησης

Τα τρία επίπεδα αξιολόγησης δεν λειτουργούν ανεξάρτητα. Η αξιολόγηση σε επίπεδο ασθενούς τροφοδοτεί την αξιολόγηση της μονάδας, και η αξιολόγηση της μονάδας συνθέτει την εικόνα του συστήματος. Το παρόν έχει σχεδιαστεί ώστε να διασφαλίζει αυτή τη **κάθετη συνοχή**, αποφεύγοντας τόσο την υπεραπλούστευση όσο και την υπερβολική τεχνική λεπτομέρεια που θα καθιστούσε την αξιολόγηση δυσνόητη για μη επιχειρησιακούς αναγνώστες.

Με αυτόν τον τρόπο, το πεδίο εφαρμογής και τα επίπεδα αξιολόγησης του παρόν καθίστανται απολύτως σαφή: η αξιολόγηση αφορά ταυτόχρονα τον ασθενή, τη μονάδα και το σύστημα, με κοινή μεθοδολογική βάση και σαφή διάκριση ρόλων και σκοπών.

Ο ρόλος του παρόντος ως εργαλείο εποπτείας, διακυβέρνησης και λογοδοσίας

Το παρόν δεν έχει μόνο τεχνικό ή επιστημονικό χαρακτήρα. Έχει κατεξοχήν **θεσμικό και διοικητικό ρόλο**, καθώς συγκροτεί το πλαίσιο μέσα από το οποίο η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι μπορεί να εποπτεύεται, να αξιολογείται και να λογοδοτεί με ενιαίο και τεκμηριωμένο τρόπο. Η διάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για ένα πρόγραμμα που εφαρμόζεται σε εθνικό επίπεδο, χρηματοδοτείται από δημόσιους πόρους και εμπλέκει πολλαπλούς φορείς, επίπεδα ευθύνης και επαγγελματικές κατηγορίες.

Η εποπτεία στη ΝΟΣΠΙ δεν μπορεί να βασίζεται σε αποσπασματικές αναφορές, μεμονωμένα περιστατικά ή υποκειμενικές εκτιμήσεις. Απαιτεί ένα σύστημα που να παρέχει **συνεκτική, συγκρίσιμη και αξιόπιστη εικόνα** της λειτουργίας του προγράμματος. Το παρόν συγκροτεί ακριβώς αυτό το σύστημα, ορίζοντας πώς τα δεδομένα και οι δείκτες που παράγονται, μετατρέπονται σε πληροφορία κατάλληλη για εποπτικό έλεγχο.

Στο επίπεδο της εποπτείας, το παρόν επιτρέπει στους αρμόδιους φορείς να παρακολουθούν τη λειτουργία της ΝΟΣΠΙ χωρίς να παρεμβαίνουν στην καθημερινή κλινική πράξη. Μέσω της αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της συνολικής ποιότητας, καθίσταται εφικτός ο εντοπισμός περιοχών που



παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο, συστηματικές αποκλίσεις ή ασυνήθιστα πρότυπα απόδοσης. Η εποπτεία που περιγράφεται στο παρόν είναι προληπτική και συστημική, όχι κατασταλτική ή αποσπασματική.

Παράλληλα, το παρόν λειτουργεί ως βασικό εργαλείο **διακυβέρνησης** της ΝΟΣΠΙ. Η διακυβέρνηση, στο πλαίσιο του προγράμματος, αφορά τον τρόπο με τον οποίο καθορίζονται προτεραιότητες, κατανέμονται πόροι και λαμβάνονται αποφάσεις σε επίπεδο συστήματος. Χωρίς αξιόπιστη αξιολόγηση, οι αποφάσεις αυτές θα βασίζονταν σε περιορισμένη πληροφόρηση ή σε μη συγκρίσιμα στοιχεία. Το παρόν παρέχει τη μεθοδολογία μέσα από την οποία τα αποτελέσματα της λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ μπορούν να αποτιμηθούν συνολικά και να χρησιμοποιηθούν για τον στρατηγικό σχεδιασμό του προγράμματος.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι το παρόν δεν συνδέει μηχανικά τα αποτελέσματα της αξιολόγησης με συγκεκριμένες διοικητικές ενέργειες. Αντιθέτως, διαμορφώνει ένα **πλαίσιο τεκμηρίωσης**, μέσα στο οποίο οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα αρμόδια όργανα, με γνώση των δεδομένων, των περιορισμών και των συνεπειών. Με τον τρόπο αυτό, αποφεύγεται η χρήση των δεικτών ως εργαλείων τιμωρίας ή αυθαίρετης κατάταξης και ενισχύεται η κουλτούρα βελτίωσης και υπευθυνότητας.

Ο ρόλος της **λογοδοσίας** αποτελεί τον τρίτο κρίσιμο άξονα του παρόντος. Η ΝΟΣΠΙ, ως δημόσιο πρόγραμμα, οφείλει να μπορεί να αποδεικνύει ότι λειτουργεί με τρόπο αποτελεσματικό, ασφαλή και ποιοτικό. Η λογοδοσία δεν περιορίζεται στην εκπλήρωση τυπικών υποχρεώσεων αναφοράς, αλλά αφορά την ουσιαστική τεκμηρίωση της αξίας του προγράμματος για το σύστημα υγείας και τους ασθενείς. Το παρόντος καθορίζει πώς τα αποτελέσματα της αξιολόγησης μπορούν να παρουσιαστούν με σαφήνεια, διαφάνεια και επιστημονική επάρκεια σε ελεγκτικούς, χρηματοδοτικούς και θεσμικούς φορείς.

Η ύπαρξη ενός ενιαίου πλαισίου αξιολόγησης ενισχύει τη θεσμική αξιοπιστία της ΝΟΣΠΙ. Επιτρέπει τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών χρονικών περιόδων, τη διαπίστωση βελτιώσεων ή αποκλίσεων και τη σύνδεση των αποτελεσμάτων με τις αρχικές επιδιώξεις του προγράμματος. Με αυτόν τον τρόπο, η λογοδοσία δεν εξαντλείται σε απολογιστικές εκθέσεις, αλλά ενσωματώνεται στη συνεχή λειτουργία και εξέλιξη του συστήματος.

Τέλος, το παρόντος διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη **διασφάλιση της βιωσιμότητας** της ΝΟΣΠΙ. Ένα πρόγραμμα που δεν μπορεί να αξιολογήσει την απόδοσή του με αξιόπιστο τρόπο δεν μπορεί να υποστηριχθεί μακροπρόθεσμα, ούτε να προσαρμοστεί στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του συστήματος υγείας. Το παρόντος δημιουργεί τις προϋποθέσεις ώστε η αξιολόγηση να μην αποτελεί εφάπαξ διαδικασία, αλλά ενσωματωμένο στοιχείο της διακυβέρνησης της ΝΟΣΠΙ.

0 Κεφάλαιο 1: Κλινική Αποτελεσματικότητα στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

0.1 Ορισμός και εννοιολογική θεμελίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

Η κλινική αποτελεσματικότητα αποτελεί τον κεντρικό άξονα αξιολόγησης κάθε οργανωμένου μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας και, ταυτόχρονα, μία από τις πλέον σύνθετες έννοιες όταν το μοντέλο αυτό εφαρμόζεται εκτός του παραδοσιακού νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ), η κλινική αποτελεσματικότητα δεν μπορεί να οριστεί ούτε να αξιολογηθεί με τους ίδιους όρους που ισχύουν για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς διαφοροποιούνται ριζικά τόσο το περιβάλλον παροχής φροντίδας όσο και ο τρόπος οργάνωσης, παρακολούθησης και διαχείρισης του ασθενούς.

Στο παρόν Παραδοτέο, η κλινική αποτελεσματικότητα ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο το σύστημα ΝΟΣΠΙ, λειτουργώντας σύμφωνα με το κλινικό, οργανωτικό και μεθοδολογικό πλαίσιο, και αξιοποιώντας τους δείκτες που ορίστηκαν, **επιτυγχάνει τα προσδοκώμενα κλινικά αποτελέσματα για τον επιλεγμένο πληθυσμό ασθενών, εντός αποδεκτών ορίων κινδύνου, ασφάλειας και ποιότητας**. Ο ορισμός αυτός ενσωματώνει ρητά την αρχή ότι η αποτελεσματικότητα δεν αποτιμάται αποκομμένα από το πλαίσιο εφαρμογής, αλλά σε άμεση συνάρτηση με τις συνθήκες λειτουργίας και τις προϋποθέσεις ένταξης στη ΝΟΣΠΙ.

Η ΝΟΣΠΙ δεν αποτελεί καθολικό υποκατάστατο της νοσοκομειακής νοσηλείας. Αντιθέτως, βασίζεται σε σαφώς καθορισμένα κριτήρια ένταξης, τα οποία αφορούν την κλινική σταθερότητα του ασθενούς, την καταλληλότητα της κατ' οίκον φροντίδας για το συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα, τη δυνατότητα ασφαλούς παρακολούθησης και τη διαθεσιμότητα υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Συνεπώς, η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας δεν αποσκοπεί στη γενική σύγκριση της ΝΟΣΠΙ με την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά στην αποτίμηση του κατά πόσο **για τον συγκεκριμένο πληθυσμό και τις συγκεκριμένες κλινικές διαδρομές**, το μοντέλο επιτυγχάνει τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

Η κλινική αποτελεσματικότητα στη ΝΟΣΠΙ αφορά το **σύνολο του διαστήματος κατ' οίκον νοσηλείας** και όχι μεμονωμένες ιατρικές ή νοσηλευτικές πράξεις. Ένα διάστημα κατ' οίκον νοσηλείας ΝΟΣΠΙ περιλαμβάνει διακριτά αλλά αλληλένδετα στάδια: ένταξη, αρχική κλινική αξιολόγηση, εφαρμογή θεραπευτικού πλάνου, συνεχή κλινική και ψηφιακή παρακολούθηση, διαχείριση ενδεχόμενων επιδεινώσεων και ολοκλήρωση της φροντίδας. Η κλινική αποτελεσματικότητα αποτιμάται με βάση το αν αυτή η αλληλουχία λειτουργήσει με τρόπο που οδήγησε σε σταθεροποίηση ή βελτίωση της κλινικής κατάστασης, χωρίς την εμφάνιση μη αναμενόμενων εκβάσεων που θα υποδήλωναν αποτυχία του μοντέλου.

Το παρόν δεν επαναπροσδιορίζει αυτούς τους δείκτες, αλλά τους εντάσσει σε ένα ενιαίο εννοιολογικό πλαίσιο, εντός του οποίου οι επιμέρους εκβάσεις ερμηνεύονται συνδυαστικά. Έτσι, η κλινική αποτελεσματικότητα δεν ταυτίζεται με μία μόνο μεταβλητή, αλλά προκύπτει από το συνολικό προφίλ των εκβάσεων που καταγράφονται για ένα διάστημα κατ' οίκον νοσηλείας ή για ένα σύνολο.

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στο γεγονός ότι η κλινική αποτελεσματικότητα στη ΝΟΣΠΙ δεν ορίζεται ως απουσία επιπλοκών ή ανεπιθύμητων εξελίξεων. Η διαχείριση ασθενών με αυξημένες ανάγκες φροντίδας συνεπάγεται εγγενώς κλινικό κίνδυνο. Το κρίσιμο στοιχείο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας είναι **ο τρόπος με τον οποίο το σύστημα ΝΟΣΠΙ αναγνωρίζει, αξιολογεί και διαχειρίζεται τον κίνδυνο**. Υπό αυτή την έννοια, ένα επείσσοδιο επιδείνωσης κατ'οίκον νοσηλείας που αντιμετωπίζεται έγκαιρα και σύμφωνα με τις προβλεπόμενες διαδικασίες δεν συνιστά ένδειξη αναποτελεσματικότητας, αλλά μπορεί να αποτελεί ένδειξη λειτουργικής ωριμότητας του συστήματος.

Η χρονική διάσταση αποτελεί επίσης θεμελιώδες στοιχείο του ορισμού της κλινικής αποτελεσματικότητας. Οι δείκτες έκβασης δεν περιορίζονται στην περίοδο της ενεργούς κατ'οίκον φροντίδας, αλλά επεκτείνονται και σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα μετά την ολοκλήρωσή της. Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει ότι η πραγματική κλινική επίδραση της ΝΟΣΠΙ μπορεί να καταστεί εμφανής μόνο σε βάθος χρόνου, ιδίως ως προς την ανάγκη επανεισαγωγής, τη διατήρηση της κλινικής σταθερότητας και τη συνολική πορεία του ασθενούς.

Περαιτέρω, η κλινική αποτελεσματικότητα στη ΝΟΣΠΙ δεν αποσυνδέεται από τη λειτουργική και οργανωτική επάρκεια του συστήματος. Η επίτευξη των κλινικών στόχων προϋποθέτει τη συνεπή εφαρμογή των SOPs, την πληρότητα της τεκμηρίωσης, τη διαλειτουργικότητα των πληροφοριακών συστημάτων και τη συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας. Για τον λόγο αυτό, το παρόν αντιμετωπίζει την κλινική αποτελεσματικότητα ως **συστημικό αποτέλεσμα**, το οποίο δεν μπορεί να αποδοθεί αποκλειστικά σε ατομικές κλινικές αποφάσεις.

Τέλος, ο ορισμός της κλινικής αποτελεσματικότητας που υιοθετείται στο παρόν έχει σαφή κανονιστικό και αξιολογικό χαρακτήρα. Αποτελεί το εννοιολογικό σημείο αναφοράς πάνω στο οποίο θα βασιστεί η ερμηνεία των αποτελεσμάτων των δεικτών και η αποτίμηση της συνολικής απόδοσης του προγράμματος. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται ότι η αξιολόγηση της ΝΟΣΠΙ πραγματοποιείται με ενιαία κριτήρια, επιστημονική συνέπεια και πλήρη ευθυγράμμιση με το θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο.

0.2 Διαφοροποίηση κλινικής αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και ποιότητας στη ΝΟΣΠΙ

Η αξιολόγηση ενός προγράμματος υγείας προϋποθέτει ότι οι βασικές έννοιες με τις οποίες περιγράφεται η απόδοση είναι σαφώς οριοθετημένες και χρησιμοποιούνται με συνέπεια. Στην πράξη, οι όροι «αποτελεσματικότητα», «ποιότητα» και «αποδοτικότητα» τείνουν να συγχέονται, είτε επειδή χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα σε μη τεχνικά κείμενα, είτε επειδή διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες αποδίδουν σε αυτούς διαφορετικό περιεχόμενο. Στη ΝΟΣΠΙ, όπου συνυπάρχουν κλινικές διαδικασίες υψηλής ευθύνης, αποκεντρωμένη παροχή υπηρεσιών, ψηφιακή παρακολούθηση και οργανωτικές απαιτήσεις, η σύγχυση αυτή δεν είναι απλώς θεωρητικό ζήτημα. Μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες ερμηνείες αποτελεσμάτων, σε στρεβλή ιεράρχηση προτεραιοτήτων και τελικά σε αποφάσεις που υπονομεύουν τον σκοπό του προγράμματος.

Για τον λόγο αυτό, το παρόν καθιερώνει ρητά τρεις διακριτές έννοιες απόδοσης:

- **κλινική αποτελεσματικότητα** (clinical effectiveness),
- **ποιότητα** (quality of care),

— **αποδοτικότητα** (efficiency).

Οι έννοιες αυτές δεν είναι ισοδύναμες. Σχετίζονται ιεραρχικά και λειτουργικά, αλλά δεν ταυτίζονται. Η διαφοροποίηση που ακολουθεί είναι κρίσιμη, διότι καθορίζει πώς θα ερμηνεύονται οι δείκτες και πώς θα τεκμηριώνεται η συνολική αξιολόγηση του προγράμματος.

0.2.1 Κλινική αποτελεσματικότητα: η επίτευξη του κλινικού σκοπού για τον κατάλληλο πληθυσμό

Η κλινική αποτελεσματικότητα αναφέρεται στον βαθμό επίτευξης των επιδιωκόμενων κλινικών αποτελεσμάτων, για τον πληθυσμό ασθενών που έχει επιλεγεί ως κατάλληλος για τη ΝΟΣΠΙ βάσει κριτηρίων ένταξης. Είναι έννοια που αφορά πρωτίστως την **κλινική έκβαση** και απαντά στο θεμελιώδες ερώτημα:

Το μοντέλο ΝΟΣΠΙ, όπως υλοποιείται, παράγει κλινικά αποτελέσματα που ανταποκρίνονται στον στόχο της νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι;

Η κλινική αποτελεσματικότητα στη ΝΟΣΠΙ δεν μπορεί να οριστεί ως «γενική βελτίωση» ή «ικανοποίηση». Εδράζεται στις κλινικές διαδρομές, στα στάδια του διαστήματος κατ' οίκον νοσηλείας και στη λογική κλιμάκωσης. Επομένως, αξιολογείται σε συνάρτηση με: τη σταθεροποίηση ή βελτίωση κλινικών παραμέτρων, την ολοκλήρωση της κατ' οίκον νοσηλείας χωρίς κλινικά ανεπιθύμητες εξελίξεις, την αποφυγή μη αναμενόμενων επανεισαγωγών, την έγκαιρη αναγνώριση και ορθή διαχείριση επιδείνωσης, με ενεργοποίηση των προβλεπόμενων μηχανισμών.

Η κλινική αποτελεσματικότητα αποτυπώνεται κυρίως μέσω **δεικτών έκβασης (outcome indicators)**, οι οποίοι συνδέονται με συγκεκριμένες φάσεις της διαδρομής φροντίδας και με συγκεκριμένα πεδία του MDS (Minimum Data Set- Ελάχιστο Σύνολο Δεδομένων). Το παρόν δεν επαναπροσδιορίζει τους δείκτες, αλλά καθορίζει πώς αυτοί ερμηνεύονται ως «αποτελεσματικότητα» και όχι ως απλές τιμές.

Εδώ πρέπει να γίνει σαφές ένα κρίσιμο σημείο: ένα πρόγραμμα μπορεί να εκτελεί διαδικασίες με τυπική συμμόρφωση (process compliance) χωρίς να επιτυγχάνει τις επιθυμητές κλινικές εκβάσεις. Σε αυτή την περίπτωση, η κλινική αποτελεσματικότητα είναι ανεπαρκής, ανεξάρτητα από τη «σωστή διαδικασία». Αντίστροφα, οι εκβάσεις μπορεί να εμφανίζονται ικανοποιητικές σε μικρό δείγμα, αλλά χωρίς επαρκή τεκμηρίωση και έλεγχο κινδύνου. Τότε, το αποτέλεσμα δεν μπορεί να θεωρηθεί σταθερό.

0.2.2 Ποιότητα: πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και συνέπεια παροχής φροντίδας

Η ποιότητα αποτελεί ευρύτερη έννοια από την κλινική αποτελεσματικότητα. Περιγράφει το κατά πόσο η φροντίδα είναι: κλινικά ορθή και τεκμηριωμένη, ασφαλής, συνεπής, ασθενοκεντρική, έγκαιρη, ισότιμη, και οργανωτικά αξιόπιστη.

Το παρόν οφείλει να εξηγήσει το ακόλουθο: η ποιότητα δεν ισούται μόνο με «καλά αποτελέσματα», αλλά με **καλά αποτελέσματα που παράγονται με ασφαλή, αναπαραγώγιμο και θεσμικά ελεγχόμενο τρόπο.**

Ειδικά στη ΝΟΣΠΙ, η ποιότητα αποκτά πρόσθετο βάρος διότι το περιβάλλον είναι μη ελεγχόμενο. Η οικία δεν έχει τις ενσωματωμένες δικλείδες του νοσοκομείου. Συνεπώς, η ποιότητα προκύπτει από την ωριμότητα του συστήματος, δηλαδή από την ικανότητα:

- να προλαμβάνει και να ανιχνεύει έγκαιρα αποκλίσεις,
- να λειτουργεί με σταθερότητα και όχι κατά περίπτωση,
- να παράγει τεκμηρίωση ικανή να υποστηρίξει κλινική και διοικητική λογοδοσία και να ελέγχει την ακεραιότητα των δεδομένων (MDS, telemonitoring, logs).

Η κλινική αποτελεσματικότητα, συνεπώς, είναι **αναγκαίο** στοιχείο ποιότητας, αλλά δεν είναι **επαρκές**. Ένα πρόγραμμα μπορεί να «φαίνεται αποτελεσματικό» για κάποιο διάστημα, αλλά να έχει χαμηλή ποιότητα αν: δεν τεκμηριώνει σωστά τη φροντίδα, έχει ασυνέπεια στην εφαρμογή SOPs, έχει σημαντικά κενά στη διαχείριση συμβάντων και κινδύνου, εμφανίζει χαμηλή αξιοπιστία τηλεπαρακολούθησης ή καθυστερήσεις απόκρισης.

Υπάρχουν ήδη δείκτες διαδικασίας και ασφάλειας που ακριβώς αποτυπώνουν αυτά τα στοιχεία. Το παρόν πρέπει να συνθέσει δείκτες διαδικασίας και ασφάλειας και να εξηγήσει ότι η ποιότητα είναι «σύστημα παραγωγής κλινικού αποτελέσματος» και όχι μόνο το αποτέλεσμα.

0.2.3 Αποδοτικότητα: χρήση πόρων ανά μονάδα αποτελέσματος, υπό προϋπόθεση αποδεκτής αποτελεσματικότητας και ασφάλειας

Η αποδοτικότητα αφορά τη σχέση πόρων και παραγόμενων αποτελεσμάτων. Στη ΝΟΣΠΙ, οι πόροι περιλαμβάνουν: ανθρώπινο δυναμικό (διεπιστημονικές ομάδες, χρόνος επισκέψεων, χρόνος απόκρισης), υλικά και εξοπλισμό (telemonitoring devices, αναλώσιμα), μετακινήσεις και logistics, πληροφοριακά συστήματα, διοικητική υποστήριξη.

Η αποδοτικότητα απαντά σε ερώτημα διαφορετικής φύσης:

Με δεδομένο ότι επιτυγχάνουμε αποδεκτή κλινική αποτελεσματικότητα και ασφάλεια, πόσο ορθολογικά χρησιμοποιούμε τους διαθέσιμους πόρους;

Αυτός ο περιορισμός είναι κρίσιμος. Η αποδοτικότητα στη ΝΟΣΠΙ δεν μπορεί να προηγείται της ασφάλειας ή της αποτελεσματικότητας. Ένα πρόγραμμα που «κοστίζει λιγότερο» αλλά έχει αυξημένες επανεισαγωγές, αυξημένα συμβάντα ή καθυστερημένη αναγνώριση επιδείνωσης δεν είναι αποδοτικό με ουσιαστικούς όρους, διότι μεταφέρει κόστος και κίνδυνο σε άλλο σημείο του συστήματος υγείας.

Το παρόν αποσαφηνίζει ότι η αποδοτικότητα αξιολογείται **πάντα** μέσα σε πλαίσιο ποιότητας, όχι ως αυτόνομος στόχος.

0.2.4 Γιατί η διαφοροποίηση είναι κρίσιμη στην αξιολόγηση: κίνδυνοι εσφαλμένης ερμηνείας

Η πρακτική αξία της εννοιολογικής διαφοροποίησης φαίνεται στις συνέπειες της σύγχυσης:



- Αν συγχέεται η κλινική αποτελεσματικότητα με την ποιότητα, υπάρχει κίνδυνος να θεωρηθούν «καλές» μονάδες που έχουν προσωρινά καλά κλινικά αποτελέσματα αλλά λειτουργούν χωρίς διαδικασιακή συνέπεια, χωρίς επαρκή τεκμηρίωση ή με κενά ασφάλειας.
- Αν συγχέεται η αποδοτικότητα με την ποιότητα, υπάρχει κίνδυνος να δοθούν κίνητρα για μείωση πόρων σε κρίσιμα σημεία (π.χ. απόκριση σε alert), με αποτέλεσμα επιδείνωση εκβάσεων.
- Αν συγχέεται η αποτελεσματικότητα με την αποδοτικότητα, υπάρχει κίνδυνος να απορριφθεί ένα κλινικά αποτελεσματικό μοντέλο επειδή απαιτεί περισσότερους πόρους σε αρχική φάση ωρίμανσης, ενώ στην πραγματικότητα μπορεί να αποδίδει μακροπρόθεσμα.

Το παρόν ως πλαίσιο αξιολόγησης, οφείλει να προστατεύσει το σύστημα από τέτοιες στρεβλώσεις, διαμορφώνοντας σαφείς κανόνες ερμηνείας.

0.2.5 Λειτουργική σύνδεση: από τις έννοιες στους δείκτες και στην αποτίμηση

Αρχικά, ορίστηκαν τα δομικά και διαδικασιακά θεμέλια της ΝΟΣΠΙ (διαδρομές φροντίδας, SOPs, MDS, risk management, telemonitoring). Ύστερα, αυτά μετασχηματίστηκαν σε δείκτες δομής, διαδικασίας, ασφάλειας και έκβασης. Τέλος, αξιοποιείται η διάκριση των εννοιών για να καθοριστεί πώς κάθε «κατηγορία» δεικτών χρησιμοποιείται:

- Οι δείκτες έκβασης υπηρετούν πρωτίστως την αποτίμηση **κλινικής αποτελεσματικότητας**.
- Οι δείκτες ασφάλειας και συμμόρφωσης με SOPs υπηρετούν την αποτίμηση **ποιότητας** και **ασφάλειας** ως συστήματος.
- Οι δείκτες ροών, χρόνων και χρήσης πόρων υπηρετούν την αποτίμηση **αποδοτικότητας**, υπό την προϋπόθεση ότι τα επίπεδα αποτελεσματικότητας και ασφάλειας είναι αποδεκτά.

Με αυτόν τον τρόπο, η αξιολόγηση αποκτά εσωτερική λογική και αποφεύγει να μετατρέψει το σύστημα δεικτών σε «λίστα αριθμών» χωρίς πλαίσιο.

0.2.6 Συμπέρασμα της ενότητας

Η κλινική αποτελεσματικότητα, η ποιότητα και η αποδοτικότητα συνιστούν τρεις διακριτές αλλά αλληλεξαρτώμενες διαστάσεις αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ. Η κλινική αποτελεσματικότητα απαντά στο αν επιτυγχάνεται ο κλινικός σκοπός. Η ποιότητα απαντά στο αν ο σκοπός επιτυγχάνεται με ασφαλή, συνεπή και θεσμικά ελεγχόμενο τρόπο. Η αποδοτικότητα απαντά στο αν ο σκοπός επιτυγχάνεται με ορθολογική χρήση πόρων, χωρίς υποβάθμιση των δύο προηγούμενων διαστάσεων.

Η διάκριση αυτή αποτελεί προϋπόθεση για την επόμενη ενότητα, όπου το παρόν εφαρμόζει το πλαίσιο δομής–διαδικασίας–έκβασης, ώστε να οργανωθεί η αξιολόγηση των δεικτών σε ενιαίο σύστημα αποτίμησης.

0.3 Εφαρμογή του μοντέλου δομής–διαδικασίας–έκβασης στην αξιολόγηση της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι

Η αξιολόγηση της ποιότητας και της κλινικής αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας απαιτεί ένα εννοιολογικό πλαίσιο ικανό να συνδέει τις προϋποθέσεις παροχής φροντίδας, τον τρόπο με τον οποίο αυτή παρέχεται και τα αποτελέσματα που τελικά επιτυγχάνονται. Το μοντέλο δομής–διαδικασίας–έκβασης αποτελεί το πλέον εδραιωμένο επιστημονικό υπόβαθρο για αυτή τη σύνδεση και έχει υιοθετηθεί διεθνώς ως βασικό εργαλείο ανάλυσης και αξιολόγησης της ποιότητας στην υγεία.

Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, το μοντέλο αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η παροχή φροντίδας πραγματοποιείται εκτός του φυσικού χώρου του νοσοκομείου, σε περιβάλλον με αυξημένη αβεβαιότητα και διαφοροποίηση συνθηκών. Αρχικά, αξιοποιήθηκε το μοντέλο δομής–διαδικασίας–έκβασης για τον σχεδιασμό του συστήματος ΝΟΣΠΙ, ενώ ύστερα χρησιμοποιήθηκε ως βάση για την ανάπτυξη και ταξινόμηση των δεικτών. Το παρόν εφαρμόζει το ίδιο μοντέλο σε **τρίτο επίπεδο ωριμότητας**: όχι για να σχεδιάσει ή να μετρήσει, αλλά για να **αξιολογήσει και να ερμηνεύσει**.

Η βασική παραδοχή του παρόντος είναι ότι η κλινική αποτελεσματικότητα και η ποιότητα της ΝΟΣΠΙ δεν μπορούν να τεκμηριωθούν αξιόπιστα αν εξετάζονται μόνο οι τελικές εκβάσεις. Αντιθέτως, απαιτείται κατανόηση του πώς οι εκβάσεις αυτές προκύπτουν μέσα από συγκεκριμένες δομές και διαδικασίες. Η αξιολόγηση, επομένως, δεν είναι γραμμική αλλά **συνθετική και ερμηνευτική**.

0.3.1 Η διάσταση της δομής: θεωρητική έννοια και πρακτική σημασία στη ΝΟΣΠΙ

Η δομή αναφέρεται στο σύνολο των προϋποθέσεων που καθιστούν δυνατή την παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Θεωρητικά, η δομή περιλαμβάνει τους ανθρώπινους πόρους, τις οργανωτικές ρυθμίσεις, τα τεχνικά μέσα, το θεσμικό πλαίσιο και τα πληροφοριακά συστήματα που υποστηρίζουν τη φροντίδα.

Η διάσταση της δομής αναλύθηκε διεξοδικά και περιλάμβανε: τη συγκρότηση της μονάδας ΝΟΣΠΙ, τη διεπιστημονική σύνθεση της ομάδας, τον καθορισμό ρόλων και ευθυνών, την ύπαρξη εγκεκριμένων SOPs, την ενσωμάτωση μηχανισμών τηλεπαρακολούθησης, και τη θεσμική ένταξη της ΝΟΣΠΙ στο νοσοκομειακό σύστημα.

Στο παρόν, η δομή δεν αξιολογείται ως στατικό χαρακτηριστικό συμμόρφωσης, αλλά ως **λειτουργική προϋπόθεση** για την επίτευξη κλινικών αποτελεσμάτων. Η θεωρητική παραδοχή είναι ότι επαρκής δομή αυξάνει την πιθανότητα αποτελεσματικής και ασφαλούς φροντίδας, χωρίς όμως να την εγγυάται. Αντιστρόφως, δομικές ελλείψεις αυξάνουν συστηματικά τον κίνδυνο ανεπιθύμητων εκβάσεων.

Οι δείκτες δομής χρησιμοποιούνται στο παρόν όχι για να αποδώσουν «βαθμολογία συμμόρφωσης», αλλά για να λειτουργήσουν ως **ερμηνευτικό πλαίσιο** των αποτελεσμάτων. Για παράδειγμα, αυξημένες επανεισαγωγές σε μονάδα με ανεπαρκή δομή ερμηνεύονται διαφορετικά από αντίστοιχα αποτελέσματα σε μονάδα με ώριμη και πλήρη δομή.

0.3.2 Η διάσταση της διαδικασίας: από τη θεωρία της τυποποίησης στη διαχείριση κινδύνου

Η διαδικασία αφορά τον τρόπο με τον οποίο η φροντίδα παρέχεται στην πράξη. Θεωρητικά, η διαδικασία αποτελεί τον μηχανισμό μέσω του οποίου η δομή «ενεργοποιείται» και μετατρέπεται σε κλινική πράξη. Στη ΝΟΣΠΙ, η διαδικασία έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς αποτελεί τον κύριο μηχανισμό ελέγχου του κινδύνου σε αποκεντρωμένο περιβάλλον.

Αρχικά, η διαδικασία ορίστηκε μέσω: κλινικών διαδρομών, SOPs για κρίσιμα στάδια φροντίδας, μηχανισμών αναγνώρισης επιδείνωσης, διαδικασιών κλιμάκωσης και επανεισαγωγής, και υποχρεώσεων τεκμηρίωσης.

Ύστερα, η διαδικασία μεταφράστηκε σε δείκτες που αποτυπώνουν τον βαθμό συμμόρφωσης, τη συνέπεια εφαρμογής και την έγκαιρη απόκριση. Το παρόν αξιοποιεί αυτούς τους δείκτες για να αξιολογήσει **τη λειτουργική αξιοπιστία του συστήματος**. Η θεωρητική βάση είναι ότι η συνέπεια στη διαδικασία μειώνει τη μεταβλητότητα και, συνεπώς, τον κίνδυνο.

Η αξιολόγηση της διαδικασίας στο παρόν δεν έχει τιμωρητικό χαρακτήρα. Αντιθέτως, λειτουργεί ως εργαλείο εντοπισμού συστημικών αδυναμιών. Επαναλαμβανόμενες αποκλίσεις σε συγκεκριμένα σημεία της διαδικασίας υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο, ακόμη και αν οι εκβάσεις δεν έχουν ακόμη επιδεινωθεί. Με αυτόν τον τρόπο, η διαδικασία αποκτά **προγνώστική αξία** στην αξιολόγηση.

0.3.3 Η διάσταση της έκβασης: κλινικό αποτέλεσμα και όρια ερμηνείας

Η έκβαση αφορά τα κλινικά αποτελέσματα της φροντίδας και αποτελεί το πλέον άμεσα αντιληπτό στοιχείο της αξιολόγησης. Νωρίτερα, έχουν οριστεί δείκτες έκβασης που σχετίζονται με την κλινική πορεία, την ανάγκη επανεισαγωγής, την επιδείνωση και τη συνολική έκβαση της κατ' οίκον νοσηλείας.

Το παρόν υιοθετεί τη θεωρητική παραδοχή ότι οι εκβάσεις είναι αναγκαίες αλλά όχι επαρκείς για την αξιολόγηση της ποιότητας. Η ερμηνεία των εκβάσεων απαιτεί συσχέτιση με τη δομή και τη διαδικασία. Ένα αρνητικό αποτέλεσμα μπορεί να αποτελεί: έκφραση εγγενούς κλινικού κινδύνου, ένδειξη ανεπαρκούς δομής, ή συνέπεια αποκλίσεων στη διαδικασία.

Η αξιολόγηση στο παρόν δεν επιδιώκει να αποδώσει «ευθύνη» στην έκβαση, αλλά να κατανοήσει το **αιτιολογικό της υπόβαθρο**.

0.3.4 Η συνθετική λογική του μοντέλου στη ΝΟΣΠΙ

Το κρίσιμο στοιχείο του παρόντος είναι ότι το μοντέλο δομής–διαδικασίας–έκβασης δεν εφαρμόζεται γραμμικά αλλά συνθετικά. Η ΝΟΣΠΙ αξιολογείται ως σύστημα, στο οποίο οι τρεις διαστάσεις αλληλοεπιδρούν. Η κλινική αποτελεσματικότητα προκύπτει όταν: η δομή είναι επαρκής, η διαδικασία εφαρμόζεται με συνέπεια, και οι εκβάσεις είναι εντός αποδεκτών ορίων.

0.3.5 Αποκλίσεις σε μία διάσταση δεν οδηγούν αυτομάτως σε απόρριψη του μοντέλου, αλλά ενεργοποιούν ερμηνευτική ανάλυση και στοχευμένη βελτίωση. Ρόλος του μοντέλου ως γέφυρα προς τη μεθοδολογία αξιολόγησης

Το μοντέλο δομής–διαδικασίας–έκβασης αποτελεί τη θεωρητική και μεθοδολογική γέφυρα που επιτρέπει στο παρόν να μεταβεί από τη μέτρηση στην αξιολόγηση. Στα επόμενα κεφάλαια, το παρόν θα αξιοποιήσει τη διάκριση αυτή για να αναπτύξει: άξονες αξιολόγησης κλινικής αποτελεσματικότητας, άξονες αξιολόγησης ασφάλειας, και μηχανισμούς σύνθεσης και στάθμισης αποτελεσμάτων.

Με αυτόν τον τρόπο, το μοντέλο μετατρέπεται σε **λειτουργικό εργαλείο αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ**.

0.4 Κλινικές εκβάσεις στη ΝΟΣΠΙ έναντι της ενδονοσοκομειακής φροντίδας

Η αξιολόγηση των κλινικών εκβάσεων αποτελεί τον πυρήνα κάθε συστήματος αποτίμησης της κλινικής αποτελεσματικότητας. Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, η αξιολόγηση αυτή συνοδεύεται από μια πρόσθετη πρόκληση: την τάση να συγκρίνεται το νέο μοντέλο με την παραδοσιακή ενδονοσοκομειακή φροντίδα με όρους άμεσης αντιπαράβολής αποτελεσμάτων. Το παρόν αντιμετωπίζει τη σύγκριση αυτή όχι ως αυτονόητη πρακτική, αλλά ως **μεθοδολογικό ζήτημα που απαιτεί ρητή θεωρητική τεκμηρίωση και σαφή κανόνες ερμηνείας**.

Η βασική θέση του παρόντος είναι ότι η ΝΟΣΠΙ και η ενδονοσοκομειακή φροντίδα αποτελούν δύο διαφορετικά μοντέλα παροχής νοσοκομειακής φροντίδας, τα οποία λειτουργούν σε διαφορετικά περιβάλλοντα, εξυπηρετούν διαφορετικά υποσύνολα ασθενών και διαχειρίζονται τον κλινικό κίνδυνο με διαφορετικούς μηχανισμούς. Συνεπώς, οι κλινικές εκβάσεις που παράγονται από τα δύο μοντέλα δεν μπορούν να συγκριθούν χωρίς προσαρμογή, ούτε να ερμηνευθούν εκτός του πλαισίου μέσα στο οποίο προκύπτουν.

0.4.1 Θεωρητικό υπόβαθρο: γιατί η σύγκριση εκβάσεων δεν είναι ουδέτερη

Στη διεθνή βιβλιογραφία της αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας, η σύγκριση εκβάσεων μεταξύ διαφορετικών μοντέλων φροντίδας προϋποθέτει ισοδυναμία ως προς τρεις βασικές παραμέτρους: τον πληθυσμό, το πλαίσιο παροχής φροντίδας και τον μηχανισμό διαχείρισης κινδύνου. Όταν αυτές οι παράμετροι διαφοροποιούνται, οι εκβάσεις παύουν να είναι άμεσα συγκρίσιμες και απαιτείται προσαρμοσμένη μεθοδολογία αξιολόγησης.

Η ΝΟΣΠΙ σχεδιάστηκε εξ αρχής ως **επιλεκτικό μοντέλο**. Δεν αντικαθιστά τη νοσοκομειακή φροντίδα στο σύνολό της, αλλά απευθύνεται σε ασθενείς που πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια ένταξης και μπορούν να παρακολουθηθούν με ασφάλεια εκτός νοσοκομείου. Η ενδονοσοκομειακή φροντίδα, αντιθέτως, αποτελεί το προεπιλεγμένο μοντέλο «default», για ασθενείς με αυξημένη κλινική αστάθεια, ανάγκη συνεχούς επιτήρησης ή άμεσης πρόσβασης σε υποστηρικτικά μέσα.

Αυτή η θεμελιώδης διαφοροποίηση καθιστά προβληματική κάθε προσπάθεια άμεσης σύγκρισης ακατέργαστων δεικτών έκβασης, όπως τα ποσοστά επιπλοκών ή επανεισαγωγών, χωρίς προσαρμογή στο πλαίσιο εφαρμογής.

0.4.2 Διαφοροποίηση πληθυσμού ασθενών και επίδραση στις εκβάσεις

Αρχικά, καθορίστηκαν με σαφήνεια τα κριτήρια ένταξης στη ΝΟΣΠΙ, τα οποία λειτουργούν ως μηχανισμός αρχικής διαστρωμάτωσης/κατηγοριοποίησης κινδύνου. Οι ασθενείς που εντάσσονται στη ΝΟΣΠΙ έχουν, κατά κανόνα, χαμηλότερο επίπεδο οξείας κλινικής αστάθειας σε σύγκριση με τον γενικό νοσοκομειακό πληθυσμό, αλλά συχνά παρουσιάζουν αυξημένες ανάγκες παρακολούθησης, χρονιότητα ή λειτουργικούς περιορισμούς.

Η διαφοροποίηση αυτή επηρεάζει άμεσα τις κλινικές εκβάσεις. Για παράδειγμα, χαμηλότερα ποσοστά ενδονοσοκομειακών επιπλοκών στη ΝΟΣΠΙ δεν αποτελούν αυτομάτως ένδειξη υπεροχής του μοντέλου, αλλά ενδέχεται να αντανακλούν την αρχική επιλογή πληθυσμού. Αντίστροφα, η εμφάνιση επανεισαγωγών δεν μπορεί να ερμηνευθεί με τα ίδια κριτήρια που ισχύουν για τον ενδονοσοκομειακό πληθυσμό, καθώς στη ΝΟΣΠΙ η επανεισαγωγή αποτελεί **ενσωματωμένο μηχανισμό ασφάλειας** και όχι απαραίτητα αποτυχία της φροντίδας.

Το παρόν λαμβάνει υπόψη αυτή τη διαφοροποίηση και απορρίπτει την ερμηνεία των εκβάσεων εκτός του πλαισίου των κριτηρίων ένταξης που έχουν τεθεί νωρίτερα.

0.4.3 Περιβάλλον φροντίδας και μηχανισμοί ελέγχου κινδύνου

Το περιβάλλον παροχής φροντίδας αποτελεί κρίσιμο παράγοντα διαφοροποίησης των εκβάσεων. Στο νοσοκομείο, ο έλεγχος κινδύνου βασίζεται στη φυσική εγγύτητα προσωπικού, στην άμεση πρόσβαση σε υποστηρικτικά μέσα και σε ενσωματωμένες δομικές δικλείδες. Στη ΝΟΣΠΙ, ο έλεγχος κινδύνου επιτυγχάνεται μέσω διαφορετικών μηχανισμών, οι οποίοι έχουν αναλυθεί και περιλαμβάνουν: συνεχή ή περιοδική τηλεπαρακολούθηση, σαφώς ορισμένα thresholds επιδείνωσης (ορισμένα όρια επιδείνωσης), τυποποιημένες διαδικασίες κλιμάκωσης, άμεση διασύνδεση με το νοσοκομείο αναφοράς.

Ύστερα, οι μηχανισμοί μεταφράστηκαν σε δείκτες διαδικασίας και ασφάλειας. Το παρόν αξιοποιεί αυτούς τους δείκτες για να ερμηνεύσει τις εκβάσεις όχι ως απομονωμένα γεγονότα, αλλά ως αποτέλεσμα της λειτουργίας των μηχανισμών ελέγχου κινδύνου. Έτσι, μια επανεισαγωγή που ενεργοποιείται εντός των προβλεπόμενων χρονικών ορίων και βάσει καθορισμένων κριτηρίων μπορεί να θεωρηθεί ένδειξη **ορθής λειτουργίας του συστήματος**, ακόμη και αν αυξάνει τον απόλυτο αριθμό επανεισαγωγών.

0.4.4 Χρονικοί ορίζοντες εκβάσεων και διαφορά ερμηνείας

Η ενδονοσοκομειακή φροντίδα αξιολογείται συχνά με βάση εκβάσεις που καταγράφονται εντός της περιόδου νοσηλείας. Στη ΝΟΣΠΙ, όμως, η κλινική επίδραση της φροντίδας εκτείνεται πέραν του άμεσου χρονικού διαστήματος της κατ'οίκον νοσηλείας. Για τον λόγο αυτό, έχουν οριστεί δείκτες έκβασης με διαφορετικούς χρονικούς ορίζοντες, συμπεριλαμβανομένων μεταγενέστερων μετρήσεων.

Το παρόν ενσωματώνει αυτή τη χρονική διάσταση και απορρίπτει τη χρήση στιγμιαίων εκβάσεων ως μοναδικού κριτηρίου αξιολόγησης. Η κλινική αποτελεσματικότητα στη ΝΟΣΠΙ αποτιμάται ως **διαχρονική σταθερότητα και συνέχεια της φροντίδας**, και όχι ως στιγμιαίο αποτέλεσμα.

0.4.5 Πρακτικοί κανόνες αξιολόγησης

Με βάση τα παραπάνω, το παρόν καθορίζει συγκεκριμένους κανόνες ερμηνείας των εκβάσεων:

- Οι εκβάσεις της ΝΟΣΠΙ δεν συγκρίνονται άμεσα με ενδονοσοκομειακές εκβάσεις χωρίς προσαρμογή.
- Οι δείκτες έκβασης ερμηνεύονται πάντα σε συνδυασμό με δείκτες δομής και διαδικασίας.
- Η επανεισαγωγή αξιολογείται ως αρνητική έκβαση μόνο όταν συνδέεται με καθυστερημένη αναγνώριση επιδείνωσης ή απόκλιση από τις προβλεπόμενες διαδικασίες.
- Η διαχρονική βελτίωση αποτελεί σημαντικότερο κριτήριο από τη στιγμιαία σύγκριση.

Οι κανόνες αυτοί διασφαλίζουν ότι η αξιολόγηση της ΝΟΣΠΙ είναι επιστημονικά έγκυρη, θεσμικά και λειτουργικά χρήσιμη.

0.4.6 Συμπέρασμα

Η σύγκριση κλινικών εκβάσεων μεταξύ ΝΟΣΠΙ και ενδονοσοκομειακής φροντίδας δεν απορρίπτεται, αλλά **πλαισιώνεται με νέα δεδομένα**. Το παρόν υιοθετεί μια προσέγγιση που αναγνωρίζει τις θεμελιώδεις διαφοροποιήσεις των δύο μοντέλων και ενσωματώνει αυτές τις διαφοροποιήσεις στη μεθοδολογία αξιολόγησης. Με αυτόν τον τρόπο, οι εκβάσεις της ΝΟΣΠΙ αξιολογούνται με όρους που αντανάκλουν τον πραγματικό σκοπό και τις συνθήκες εφαρμογής του προγράμματος.

0.5 Περιορισμοί και ιδιαιτερότητες αξιολόγησης σε κατ' οίκον περιβάλλον

Η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην κατ' οίκον νοσηλεία (Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι) συνιστά διαφορετικό επιστημονικό εγχείρημα από την αντίστοιχη αξιολόγηση της ενδονοσοκομειακής φροντίδας. Η διαφορά αυτή δεν είναι ποσοτική αλλά ποιοτική, καθώς αφορά τη φύση του περιβάλλοντος παροχής φροντίδας, τον βαθμό ελέγχου των συνθηκών, τον ρόλο των μη επαγγελματιών υγείας και τη δυνατότητα άμεσης κλινικής παρατήρησης.

Το παρόν προσεγγίζει την αξιολόγηση της ΝΟΣΠΙ ως αξιολόγηση **σύνθετης υγειονομικής παρέμβασης σε ανοικτό σύστημα**, όπου η αιτιώδης σχέση μεταξύ παρεχόμενης φροντίδας και κλινικής έκβασης δεν είναι γραμμική, ούτε πλήρως ελέγξιμη. Η αναγνώριση αυτής της ιδιαιτερότητας αποτελεί θεμελιώδη επιστημονική παραδοχή και προϋπόθεση εγκυρότητας της αξιολόγησης.

0.5.1 Το κατ' οίκον περιβάλλον ως μη ελεγχόμενο κλινικό πλαίσιο

Σε θεωρητικό επίπεδο, το νοσοκομείο συνιστά κλειστό και υψηλού ελέγχου σύστημα, στο οποίο οι συνθήκες παροχής φροντίδας είναι τυποποιημένες, οι κίνδυνοι προβλέψιμοι και οι παρεμβάσεις άμεσα διαθέσιμες. Αντιθέτως, το κατ' οίκον περιβάλλον αποτελεί ανοικτό σύστημα, το οποίο δεν έχει σχεδιαστεί για την παροχή υγειονομικής φροντίδας και

παρουσιάζει σημαντική ετερογένεια ως προς: τις φυσικές συνθήκες, την υγιεινή και την ασφάλεια του χώρου, τη διαθεσιμότητα υποστηρικτικού εξοπλισμού, την παρουσία τρίτων προσώπων, και τις καθημερινές πρακτικές διαβίωσης.

Η ετερογένεια αυτή περιορίζει αντικειμενικά τη δυνατότητα πλήρους ελέγχου των παραγόντων που επηρεάζουν την κλινική πορεία του ασθενούς. Έχει ήδη αναγνωριστεί αυτός ο περιορισμός νωρίτερα και έχουν προβλεφθεί διαδικασίες αρχικής αξιολόγησης καταλληλότητας του οικιακού περιβάλλοντος. Ωστόσο, το παρόν επισημαίνει ότι ακόμη και μετά από αρχική αξιολόγηση, το περιβάλλον παραμένει δυναμικό και μεταβαλλόμενο, γεγονός που επηρεάζει άμεσα την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Η αξιολόγηση, συνεπώς, δεν μπορεί να βασίζεται στην παραδοχή πλήρους ελέγχου, αλλά οφείλει να ενσωματώνει την έννοια της **υπολειμματικής αβεβαιότητας** ως εγγενούς χαρακτηριστικού της ΝΟΣΠΙ.

Ως υπολειμματική αβεβαιότητα νοείται το επίπεδο αβεβαιότητας που παραμένει ακόμη και μετά την εφαρμογή όλων των προβλεπόμενων μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης, λόγω της εγγενούς μεταβλητότητας του περιβάλλοντος κατ' οίκον φροντίδας.

0.5.2 Η μετατόπιση του ρόλου του ασθενούς και του φροντιστή ως παράγοντας αξιολόγησης

Στη ΝΟΣΠΙ, ο ασθενής και ο άτυπος φροντιστής μετατρέπονται από παθητικούς αποδέκτες φροντίδας σε ενεργούς συντελεστές της κλινικής διαδικασίας. Η σωστή εφαρμογή οδηγιών, η χρήση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η αναγνώριση συμπτωμάτων και η έγκαιρη επικοινωνία με την ομάδα ΝΟΣΠΙ επηρεάζουν άμεσα την κλινική έκβαση.

Από επιστημονική σκοπιά, αυτό εισάγει έναν **συμπεριφορικό και κοινωνικό παράγοντα** στη διαδικασία αξιολόγησης, ο οποίος δεν μπορεί να ελεγχθεί με τον ίδιο τρόπο όπως οι κλινικές πράξεις εντός νοσοκομείου. Έχουν προβλεφθεί δείκτες συμμόρφωσης και επάρκειας φροντιστή, ωστόσο το παρόν διευκρινίζει ότι οι δείκτες αυτοί δεν λειτουργούν ως απόλυτοι ρυθμιστές της έκβασης, αλλά ως παράγοντες που αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα επιτυχούς εφαρμογής του μοντέλου.

Η αξιολόγηση στη ΝΟΣΠΙ, επομένως, δεν μπορεί να αποδώσει μονοσήμαντα την ευθύνη των αποτελεσμάτων στο σύστημα παροχής φροντίδας, αλλά οφείλει να αναγνωρίσει τη συν παραγωγή της φροντίδας από επαγγελματίες και μη επαγγελματίες υγείας.

0.5.3 Περιορισμοί στην άμεση κλινική παρατήρηση και στην πληρότητα δεδομένων

Η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας στηρίζεται παραδοσιακά στην άμεση παρατήρηση και στην πλήρη καταγραφή κλινικών παραμέτρων. Στη ΝΟΣΠΙ, η άμεση παρατήρηση αντικαθίσταται από συνδυασμό επιτόπιων επισκέψεων, τηλεπαρακολούθησης και αυτοαναφερόμενων δεδομένων. Παρότι έχουν καθοριστεί μηχανισμοί για την ενίσχυση της αξιοπιστίας των δεδομένων και έχουν ενσωματωθεί δείκτες πληρότητας και έγκαιρης ανταπόκρισης, παραμένει ένα εγγενές όριο στην ακρίβεια και στη συχνότητα της καταγραφής.

Από επιστημονική άποψη, αυτό συνεπάγεται ότι η αξιολόγηση δεν μπορεί να στηρίζεται σε μεμονωμένες μετρήσεις ή στιγμιαία δεδομένα. Αντιθέτως, απαιτείται συνθετική ανάλυση μοτίβων, τάσεων και επαναλαμβανόμενων συμβάντων. Το παρόν υιοθετεί αυτή την προσέγγιση και απορρίπτει τη χρήση αποσπασματικών δεδομένων ως βάση για συνολικά συμπεράσματα.

0.5.4 Πολυπαραγοντικότητα και περιορισμοί αιτιώδους απόδοσης

Η κλινική πορεία ασθενών σε κατ' οίκον περιβάλλον επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων πέραν της παρεχόμενης φροντίδας, όπως κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, οικογενειακή δυναμική, ψυχολογικοί παράγοντες και συνθήκες διαβίωσης. Η Πολυπαραγοντικότητα αυτή καθιστά την αιτιώδη απόδοση αποτελεσμάτων ιδιαίτερα σύνθετη.

Το παρόν αναγνωρίζει ότι η αξιολόγηση της ΝΟΣΠΙ δεν μπορεί να υιοθετήσει απλουστευτικά αιτιοκρατικά μοντέλα, όπου κάθε έκβαση αποδίδεται ευθέως στην ποιότητα της φροντίδας. Αντιθέτως, υιοθετεί μια προσέγγιση που εστιάζει στη **συμβολή του συστήματος** στη διαχείριση του κινδύνου και στη σταθεροποίηση της κλινικής πορείας, παρά στην απόλυτη απόδοση αιτιότητας.

0.5.5 Επιστημονικές επιπτώσεις στη μεθοδολογία αξιολόγησης

Οι περιορισμοί που περιγράφηκαν δεν αποδυναμώνουν την αξιολόγηση, αλλά καθορίζουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή μπορεί να είναι επιστημονικά έγκυρη. Το παρόν ενσωματώνει τους περιορισμούς αυτούς μέσω: της χρήσης πολλαπλών τύπων δεικτών (δομής, διαδικασίας, έκβασης), της έμφασης στη διαχρονική παρακολούθηση αντί της στιγμιαίας μέτρησης, της ερμηνείας των εκβάσεων σε συνάρτηση με το πλαίσιο εφαρμογής, και της αποφυγής απόλυτων συγκρίσεων χωρίς προσαρμογή.

Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με τη διεθνή πρακτική αξιολόγησης σύνθετων παρεμβάσεων και καθιστά το πλαίσιο του παρόντος θεσμικά ανθεκτικό και επιστημονικά υπερασπίσιμο.

0.5.6 Συμπέρασμα

Η αξιολόγηση της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι σε κατ' οίκον περιβάλλον χαρακτηρίζεται από εγγενείς περιορισμούς και ιδιαιτερότητες, οι οποίοι δεν μπορούν να εξαλειφθούν αλλά πρέπει να αναγνωριστούν και να ενσωματωθούν στη μεθοδολογία. Το παρόν υιοθετεί μια ρεαλιστική και επιστημονικά τεκμηριωμένη προσέγγιση, η οποία αποδέχεται τα όρια της μέτρησης, χωρίς να υποβαθμίζει την αξία της αξιολόγησης.

Με τον τρόπο αυτό, η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της ποιότητας στη ΝΟΣΠΙ αντανάκλα την πραγματική λειτουργία του προγράμματος και παρέχει αξιόπιστη βάση για τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων και συνεχή βελτίωση.



1 Κεφάλαιο 2: Πλαίσιο Αξιολόγησης της Κλινικής Αποτελεσματικότητας του Προγράμματος ΝΟΣΠΙ

Λογική επιλογής δεικτών έκβασης Η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι βασίζεται αποκλειστικά σε δείκτες που έχουν ήδη αναπτυχθεί, οριστεί και τεκμηριωθεί. Η επιλογή αυτή δεν είναι τυπική, αλλά αποτελεί συνειδητή μεθοδολογική και θεσμική απόφαση, η οποία διασφαλίζει τη συνέχεια, τη συνοχή και τη συγκρισιμότητα των παραδοτέων του έργου.

Το παρόν δεν εισάγει νέους δείκτες, ούτε τροποποιεί τη λογική μέτρησης που έχει καθοριστεί. Αντιθέτως, αξιοποιεί το υφιστάμενο σύστημα δεικτών ως **δεδομένο επιστημονικό και επιχειρησιακό υπόβαθρο**, πάνω στο οποίο αναπτύσσεται το πλαίσιο αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας.

Η λογική επιλογής των δεικτών έκβασης στηρίζεται σε **τέσσερις (4) βασικές αρχές**.

Αρχή θεσμικής συνέχειας και ωριμότητας του συστήματος

Νωρίτερα έχει αναπτυχθεί ένα ολοκληρωμένο και πολυδιάστατο σύστημα δεικτών, το οποίο καλύπτει δομή, διαδικασία, ασφάλεια και έκβαση. Η επιλογή δεικτών έκβασης για το παρόν γίνεται εντός αυτού του συστήματος, ώστε η αξιολόγηση να αποτελεί φυσική συνέχεια της μέτρησης και όχι ανεξάρτητο ή αποσπασματικό μηχανισμό.

Με τον τρόπο αυτό: αποφεύγεται η πολυδιάσπαση εργαλείων, διασφαλίζεται η κοινή γλώσσα μεταξύ παραδοτέων, και ενισχύεται η θεσμική αξιοπιστία του πλαισίου αξιολόγησης.

Εστίαση σε δείκτες που αποτυπώνουν πραγματική κλινική έκβαση

Από το σύνολο των δεικτών, επιλέγονται εκείνοι που αποτυπώνουν άμεσα ή έμμεσα την κλινική πορεία του ασθενούς και την έκβαση του περιστατικού της κατ' οίκον νοσηλείας. Ως δείκτες έκβασης νοούνται δείκτες που απαντούν σε ερωτήματα όπως: αν το περιστατικό ΝΟΣΠΙ ολοκληρώθηκε με ασφάλεια, αν υπήρξε κλινική επιδείνωση, αν απαιτήθηκε μη προγραμματισμένη επανεισαγωγή, αν η επιδείνωση αναγνωρίστηκε και αντιμετωπίστηκε έγκαιρα.

Η επιλογή αυτή είναι σύμφωνη με τον λειτουργικό ορισμό της κλινικής αποτελεσματικότητας που αναπτύχθηκε στο Κεφάλαιο 1 και συνδέεται άμεσα με τους στόχους του προγράμματος ΝΟΣΠΙ.

Αποφυγή ακατέργαστων και μη ερμηνεύσιμων μετρήσεων

Το παρόν απορρίπτει τη χρήση δεικτών έκβασης ως απομονωμένων αριθμητικών τιμών. Οι δείκτες που επιλέγονται διαθέτουν: σαφή ορισμό, συγκεκριμένο χρονικό ορίζοντα, και δυνατότητα συσχέτισης με δείκτες διαδικασίας και ασφάλειας.

Αυτό επιτρέπει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων εντός του πλαισίου λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ και όχι ως αφηρημένες μετρήσεις απόδοσης.

Δυνατότητα συνδυαστικής αξιολόγησης

Οι δείκτες έκβασης έχουν επιλεγεί ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά και όχι μεμονωμένα. Το παρόν αξιοποιεί αυτή τη δυνατότητα για να μεταβεί από τη μονοδιάστατη κρίση σε πολυπαραγοντική αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας.

Η συνδυαστική χρήση δεικτών επιτρέπει:

- τη διάκριση μεταξύ αναμενόμενων και μη αναμενόμενων εκβάσεων,
- την κατανόηση του ρόλου της διαδικασίας και της ασφάλειας, και
- τη διαμόρφωση τεκμηριωμένων συμπερασμάτων.

Ακολουθεί πίνακας με ενδεικτική αντιστοίχιση δεικτών έκβασης με την έννοια της κλινικής αποτελεσματικότητας.

Πίνακας 1: Ενδεικτική αντιστοίχιση δεικτών έκβασης με την έννοια της κλινικής αποτελεσματικότητας

Κατηγορία δείκτη	Κύριος δείκτης	Τι αποτυπώνει	Ρόλος στην αξιολόγηση
Έκβαση	Ποσοστό μη προγραμματισμένης επανεισαγωγής	Ασφαλή ή μη ολοκλήρωση επεισοδίου	Βασικός δείκτης κλινικής αποτελεσματικότητας
Έκβαση	Έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης	Λειτουργία μηχανισμών ασφάλειας	Ερμηνευτικός δείκτης
Ασφάλεια	Σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα	Κλινικός κίνδυνος	Όριο αποδεκτής απόδοσης

1.1 Κατηγοριοποίηση δεικτών κλινικής αποτελεσματικότητας

Η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας στην κατ' οίκον νοσηλεία δεν μπορεί να βασιστεί σε έναν μοναδικό δείκτη ή σε μία διάσταση της κλινικής πορείας. Αντιθέτως, απαιτείται συστηματική κατηγοριοποίηση των δεικτών έκβασης, ώστε να αποτυπώνονται διαφορετικές αλλά συμπληρωματικές όψεις της κλινικής αποτελεσματικότητας.

Το παρόν υιοθετεί μια **λειτουργική κατηγοριοποίηση** των δεικτών κλινικής αποτελεσματικότητας, η οποία δεν ακολουθεί απλώς τυπική ταξινόμηση, αλλά αντανακλά τον τρόπο με τον οποίο η ΝΟΣΠΙ επιτυγχάνει τον κλινικό της σκοπό στην πράξη.



Η κατηγοριοποίηση αυτή επιτρέπει: τη συνδυαστική ανάγνωση αποτελεσμάτων, τη διάκριση μεταξύ διαφορετικών τύπων κλινικού κινδύνου, και την αποφυγή μονοδιάστατων συμπερασμάτων.

1.1.1 Δείκτες ασφαλούς ολοκλήρωσης της διάρκειας κατ'οίκον νοσηλείας

Η πρώτη και βασικότερη κατηγορία δεικτών αφορά την **ασφαλή ολοκλήρωση της διάρκειας κατ'οίκον νοσηλείας (ΝΟΣΠΙ)**, δηλαδή την έκβαση κατά την οποία ο ασθενής ολοκληρώνει την κατ'οίκον νοσηλεία χωρίς μη αναμενόμενη κλινική επιδείνωση ή σοβαρό ανεπιθύμητο συμβάν.

Οι δείκτες αυτής της κατηγορίας αποτυπώνουν τον πυρήνα της κλινικής αποτελεσματικότητας: αν το μοντέλο ΝΟΣΠΙ μπορεί να υποκαταστήσει με ασφάλεια την ενδονοσοκομειακή φροντίδα για τον επιλεγμένο πληθυσμό.

Πίνακας 2: Δείκτες ασφαλούς ολοκλήρωσης επεισοδίου

Δείκτης	Τι μετρά	Κλινική διάσταση	Ρόλος
Ποσοστό ολοκλήρωσης επεισοδίου χωρίς επανεισαγωγή	Επιτυχής έκβαση της διάρκειας κατ'οίκον νοσηλείας ΝΟΣΠΙ	Κλινική σταθερότητα	Κύριος δείκτης κλινικής αποτελεσματικότητας
Ποσοστό ολοκλήρωσης χωρίς σοβαρό ανεπιθύμητο συμβάν	Ασφάλεια φροντίδας	Κλινικός κίνδυνος	Όριο αποδεκτής απόδοσης
Ποσοστό προγραμματισμένης εξόδου από ΝΟΣΠΙ	Ορθός σχεδιασμός φροντίδας	Συνέχεια φροντίδας	Ενισχυτικός δείκτης

Οι δείκτες αυτοί δεν ερμηνεύονται μεμονωμένα, αλλά σε συνδυασμό με τους δείκτες διαδικασίας, ώστε να διαπιστωθεί αν η ασφαλής ολοκλήρωση οφείλεται σε συστηματική λειτουργία ή σε συγκυριακούς παράγοντες.

1.1.2 Δείκτες μη προγραμματισμένης κλινικής επιδείνωσης και επανεισαγωγής

Η δεύτερη κατηγορία δεικτών αφορά την εμφάνιση κλινικής επιδείνωσης κατά τη διάρκεια της ΝΟΣΠΙ και την ανάγκη επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Σε αντίθεση με την κλασική ενδονοσοκομειακή λογική, το παρόν δεν αντιμετωπίζει την επανεισαγωγή αυτομάτως ως αποτυχία, αλλά τη διαφοροποιεί ανάλογα με το πλαίσιο και τον τρόπο ενεργοποίησής της.

Πίνακας 3: Δείκτες επιδείνωσης και επανεισαγωγής

Δείκτης	Τι μετρά	Κλινική διάσταση	Ρόλος
Ποσοστό μη προγραμματισμένης επανεισαγωγής	Κλινική αστάθεια	Βαρύτητα νόσου	Βασικός δείκτης ερμηνείας



Χρόνος από αναγνώριση επιδείνωσης έως παρέμβαση	Έγκαιρη απόκριση	Ασφάλεια	Κρίσιμος δείκτης μηχανισμών
Ποσοστό επανεισαγωγών βάσει πρωτοκόλλου	Ορθή εφαρμογή κλιμάκωσης	Διαδικασιακή επάρκεια	Διαχωρισμός «ασφαλούς» από «προβληματική» επανεισαγωγή

Η κατηγοριοποίηση αυτή επιτρέπει στο παρόν να διακρίνει: αναμενόμενες επανεισαγωγές (ένδειξη λειτουργικού συστήματος), από μη αναμενόμενες ή καθυστερημένες επανεισαγωγές (ένδειξη μειωμένης αποτελεσματικότητας).

1.1.3 Δείκτες έγκαιρης αναγνώρισης και διαχείρισης κινδύνου

Η τρίτη κατηγορία αφορά δείκτες που αποτυπώνουν τη **λειτουργία των μηχανισμών πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης**, οι οποίοι αποτελούν κρίσιμο στοιχείο της κλινικής αποτελεσματικότητας στη ΝΟΣΠΙ.

Πίνακας 4: Δείκτες πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης

Δείκτης	Τι μετρά	Κλινική διάσταση	Ρόλος
Ποσοστό έγκαιρης αναγνώρισης επιδείνωσης	Πρόληψη σοβαρών εκβάσεων	Κλινική εγρήγορηση	Προγνωστικός δείκτης
Συμμόρφωση σε κρίσιμα SOPs ασφάλειας	Διαχείριση κινδύνου	Διαδικασία	Ερμηνευτικός δείκτης
Ποσοστό ενεργοποίησης μηχανισμών Κλιμάκωσης	Λειτουργία συστήματος	Ασφάλεια	Δείκτης ωριμότητας

Οι δείκτες αυτοί επιτρέπουν την αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας **πριν** την εμφάνιση αρνητικής έκβασης, στοιχείο ιδιαίτερα κρίσιμο σε κατ' οίκον περιβάλλον.

1.1.4 Δείκτες ανεπιθύμητων συμβάντων και ασφάλειας ασθενούς

Η τέταρτη κατηγορία αφορά την εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων, τα οποία συνδέονται άμεσα με την ασφάλεια της φροντίδας. Στο παρόν οι δείκτες αυτοί λειτουργούν κυρίως ως βάση **αποδοχής** της κλινικής αποτελεσματικότητας.

Πίνακας 5: Δείκτες ανεπιθύμητων συμβάντων

Δείκτης	Τι μετρά	Κλινική διάσταση	Ρόλος
Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων	Ασφάλεια ασθενούς	Κλινικός κίνδυνος	Κόκκινη γραμμή
Ποσοστό αποτρέψιμων συμβάντων	Ποιότητα διαδικασιών	Πρόληψη	Στόχος βελτίωσης
Αναφορές συμβάντων ανά επεισόδιο	Κουλτούρα ασφάλειας	Οργανωσιακή ωριμότητα	Ερμηνευτικός δείκτης

1.1.5 Αποτίμηση της κατηγοριοποίησης

Η κατηγοριοποίηση των δεικτών κλινικής αποτελεσματικότητας επιτρέπει στο παρόν να μεταβεί από τη μεμονωμένη μέτρηση στη **συνθετική αξιολόγηση**. Κάθε κατηγορία καλύπτει διαφορετική όψη της κλινικής αποτελεσματικότητας και καμία δεν επαρκεί από μόνη της για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Η προσέγγιση αυτή: ευθυγραμμίζεται με το θεωρητικό πλαίσιο του Κεφαλαίου 1 αξιοποιεί πλήρως το σύστημα δεικτών και δημιουργεί τις βάσεις για τη σύνδεση των δεικτών με κλινικές διαδρομές και πληθυσμούς ασθενών, η οποία αναπτύσσεται στην επόμενη ενότητα.

1.2 Σύνδεση δεικτών με κλινικές διαδρομές και πληθυσμούς ασθενών

Η κλινική αποτελεσματικότητα της κατ' οίκον νοσηλείας δεν αποτελεί ενιαίο, ομοιογενές μέγεθος που μπορεί να αποτιμηθεί ανεξάρτητα από το είδος του ασθενούς, τη φύση του περιστατικού και τη συγκεκριμένη κλινική διαδρομή που ακολουθείται. Αντιθέτως, αποτελεί **αναδύομενη ιδιότητα** ενός σύνθετου συστήματος φροντίδας, το οποίο λειτουργεί διαφορετικά ανάλογα με τον πληθυσμό ασθενών που εξυπηρετεί.

Το παρόν υιοθετεί τη θεμελιώδη αρχή ότι η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας στη ΝΟΣΠΙ πρέπει να είναι **πληθυσμιακά προσαρμοσμένη**. Η αρχή αυτή εδράζεται τόσο στη διεθνή βιβλιογραφία αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας όσο και στον ίδιο τον σχεδιασμό του μοντέλου ΝΟΣΠΙ.

1.2.1 Οι κλινικές διαδρομές ως βασική μονάδα αξιολόγησης

Οι κλινικές διαδρομές δεν ορίστηκαν απλώς ως οργανωτικά εργαλεία, αλλά ως **δομημένες ακολουθίες κλινικών αποφάσεων και παρεμβάσεων**, οι οποίες ενσωματώνουν: κριτήρια ένταξης, προβλέψιμα σημεία κινδύνου, αναμενόμενες εκβάσεις, και προκαθορισμένους μηχανισμούς κλιμάκωσης.

Στο παρόν, οι κλινικές διαδρομές αποτελούν τη **θεμελιώδη μονάδα αξιολόγησης** της κλινικής αποτελεσματικότητας. Αυτό σημαίνει ότι οι δείκτες δεν αξιολογούνται σε επίπεδο «μονάδας ΝΟΣΠΙ» γενικά, αλλά: σε επίπεδο συγκεκριμένης διαδρομής, για συγκεκριμένο τύπο ασθενούς, και σε συγκεκριμένο στάδιο του επεισοδίου φροντίδας.

Η επιλογή αυτή είναι κρίσιμη, διότι αποτρέπει τη μεθοδολογικά εσφαλμένη εξαγωγή συμπερασμάτων από ετερογενή δεδομένα.

1.2.2 Πληθυσμιακή ετερογένεια στη ΝΟΣΠΙ και επιπτώσεις στην αξιολόγηση

Η ΝΟΣΠΙ εξυπηρετεί πληθυσμούς ασθενών με διαφορετικό: επίπεδο οξείας κλινικής βαρύτητας προφίλ συννοσηρότητας λειτουργική κατάσταση και κοινωνικό/οικογενειακό πλαίσιο.

Η ετερογένεια αυτή δεν αποτελεί παρενέργεια του μοντέλου, αλλά **συνειδητή επιλογή**, καθώς η ΝΟΣΠΙ σχεδιάστηκε για να καλύπτει διαφορετικά κλινικά σενάρια εκτός

νοσοκομείου. Ωστόσο, η ίδια ετερογένεια καθιστά ακατάλληλη κάθε απόπειρα οριζόντιας ή «μέσης» αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας.

Το παρόν, συνεπώς, δεν αναζητά μία ενιαία τιμή αποτελεσματικότητας, αλλά **πολλαπλές, προσαρμοσμένες αποτιμήσεις**, ανάλογα με τον πληθυσμό ασθενών.

1.2.3 Λειτουργική ενεργοποίηση δεικτών ανά κλινική διαδρομή

Οι δείκτες δεν έχουν όλοι την ίδια λειτουργική σημασία σε κάθε κλινική διαδρομή. Το παρόν εισάγει την έννοια της **λειτουργικής ενεργοποίησης δεικτών**, σύμφωνα με την οποία: ορισμένοι δείκτες αποτελούν **πρωτεύοντες δείκτες έκβασης** για συγκεκριμένες διαδρομές, άλλοι λειτουργούν ως **δευτερεύοντες ή ερμηνευτικοί δείκτες**, και κάποιοι παραμένουν υποστηρικτικοί ή πληροφοριακοί.

Η διάκριση αυτή αποτρέπει τη λανθασμένη εξίσωση της σημασίας όλων των δεικτών και επιτρέπει στο παρόν να αποδώσει κλινικό νόημα στα αποτελέσματα.

1.2.4 Αναλυτική αντιστοίχιση δεικτών με κλινικές διαδρομές και πληθυσμούς

Πίνακας 6: Λειτουργική αντιστοίχιση δεικτών κλινικής αποτελεσματικότητας

Πληθυσμός / Διαδρομή	Κύριος κλινικός στόχος	Πρωτεύοντες δείκτες	Δευτερεύοντες / ερμηνευτικοί δείκτες	Κλινική ερμηνεία αποτελεσματικότητας
Οξεία παθολογικά περιστατικά χαμηλής-μέτριας βαρύτητας	Κλινική σταθεροποίηση εκτός νοσοκομείου	Μη προγραμματισμένη επανεισαγωγή, ασφαλής ολοκλήρωση επεισοδίου	Χρόνος απόκρισης σε επιδείνωση, συμμόρφωση SOPs	Αποτελεσματικότητα = σταθεροποίηση χωρίς καθυστέρηση
Μετεγχειρητικοί ασθενείς	Πρόληψη επιπλοκών	Σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα, επανεισαγωγή	Τεκμηρίωση συμπτωμάτων, χρόνος παρέμβασης	Αποτελεσματικότητα = απουσία αποτρέψιμων επιπλοκών
Χρόνια νοσήματα σε αποσταθεροποίηση	Έγκαιρη διαχείριση επιδείνωσης	Συχνότητα επιδείνωσης, ενεργοποίηση κλιμάκωσης	Τήρηση τηλε-παρακολούθησης	Αποτελεσματικότητα = έγκαιρη παρέμβαση
Ηλικιωμένοι / ευάλωτοι	Πρόληψη λειτουργικής επιδείνωσης	Πτώσεις, σοβαρά συμβάντα	Συμμόρφωση φροντιστή, continuity of care	Αποτελεσματικότητα = διατήρηση ασφάλειας

Ο πίνακας αυτός δείχνει ότι: **η ίδια έκβαση μπορεί να έχει διαφορετική κλινική σημασία**, και ότι η αξιολόγηση είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη με το πλαίσιο εφαρμογής.

1.2.5 Διαφορετική ερμηνευτική βαρύτητα ίδιου δείκτη

Ένα κρίσιμο στοιχείο του παρόντος είναι η αναγνώριση ότι **ένας δείκτης δεν έχει απόλυτο νόημα εκτός πλαισίου**. Για παράδειγμα:

- η επανεισαγωγή σε μετεγχειρητικό ασθενή υποδηλώνει πιθανή αποτυχία πρόληψης επιπλοκών,
- ενώ σε ασθενή με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να αποτελεί επιτυχή ενεργοποίηση μηχανισμού ασφάλειας.

Το παρόν αποφεύγει τη δυαδική λογική «καλό–κακό αποτέλεσμα» και υιοθετεί **κλινικά ερμηνευτική αξιολόγηση**, σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική Hospital at Home.

1.2.6 Σύνδεση με δείκτες διαδικασίας, ασφάλειας και δομής

Η σύνδεση δεικτών με κλινικές διαδρομές επιτρέπει επίσης τη διασταύρωση των εκβάσεων με:

- δείκτες διαδικασίας (π.χ. συμμόρφωση SOPs),
- δείκτες ασφάλειας (π.χ. ανεπιθύμητα συμβάντα),
- δείκτες δομής (π.χ. επάρκεια ομάδας).

Με αυτόν τον τρόπο, το παρόν δεν περιορίζεται στην αποτίμηση του «τι συνέβη», αλλά επεκτείνεται στην ανάλυση του **πώς και γιατί συνέβη**, στοιχείο θεμελιώδες για την αξιολόγηση κλινικής αποτελεσματικότητας και τη συνεχή βελτίωση.

1.2.7 Συμπέρασμα ενότητας

Η σύνδεση των δεικτών με κλινικές διαδρομές και πληθυσμούς ασθενών αποτελεί βασικό πυλώνα του πλαισίου αξιολόγησης του παρόντος. Η προσέγγιση αυτή: αποτρέπει γενικεύσεις, ενισχύει την κλινική εγκυρότητα, και επιτρέπει την ουσιαστική ερμηνεία της κλινικής αποτελεσματικότητας στη ΝΟΣΠΙ.

Με την ολοκλήρωση της ενότητας αυτής, το παρόν είναι πλέον έτοιμο να εξετάσει **πότε και σε ποιον χρονικό ορίζοντα** αποτιμώνται οι εκβάσεις, στοιχείο που αναπτύσσεται στην επόμενη ενότητα.

1.3 Χρονικοί ορίζοντες αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας

Η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας δεν μπορεί να περιοριστεί σε μία χρονική στιγμή ή σε μία τελική έκβαση. Όπως έχει τεκμηριωθεί, το μοντέλο ΝΟΣΠΙ βασίζεται σε **συνεχή κλινική παρακολούθηση**, διακριτά στάδια φροντίδας και ενεργούς μηχανισμούς πρόληψης και κλιμάκωσης. Κατά συνέπεια, η αξιολόγηση οφείλει να ακολουθεί αυτή τη δομή.

Το παρόν υιοθετεί μια **πολυεπίπεδη χρονική προσέγγιση**, η οποία επιτρέπει: την αποτίμηση της λειτουργίας του συστήματος σε πραγματικό χρόνο, την αξιολόγηση της βραχυπρόθεσμης κλινικής έκβασης και την κατανόηση της συνολικής επίδρασης της ΝΟΣΠΙ στη συνέχεια της φροντίδας.



1.3.1 Αξιολόγηση της κατ'οίκον νοσηλείας (αξιολόγηση λειτουργίας του συστήματος κατά τη διάρκεια της φροντίδας)

Η ΝΟΣΠΙ περιγράφεται ως ένα μοντέλο που βασίζεται: στη συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς, στην έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης, και στην ενεργοποίηση προκαθορισμένων μηχανισμών απόκρισης.

Η αξιολόγηση της κατ'οίκον νοσηλείας αποτελεί **τον μόνο τρόπο** να ελεγχθεί αν αυτές οι προβλέψεις λειτουργούν στην πράξη. Δεν αφορά την τελική έκβαση, αλλά τη **λειτουργική επάρκεια του συστήματος ΝΟΣΠΙ**.

Σε αυτόν τον χρονικό ορίζοντα ενεργοποιούνται κυρίως δείκτες που αφορούν: διαδικασία, ασφάλεια, και έγκαιρη αναγνώριση κινδύνου.

Οι δείκτες αυτοί **δεν είναι δείκτες έκβασης**, αλλά αποτελούν προϋπόθεση για την επίτευξή της.

Πίνακας 7: Αξιολόγηση λειτουργίας του συστήματος κατ'οίκον νοσηλείας κατά τη διάρκεια της φροντίδας Στοιχείο

	Σχετικοί δείκτες	Τι αξιολογείται στο παρόν
Συνεχής παρακολούθηση	Έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης	Αν το σύστημα "βλέπει" τον κίνδυνο
Μηχανισμοί απόκρισης	Χρόνος απόκρισης σε επιδείνωση	Αν η ομάδα παρεμβαίνει έγκαιρα
Τυποποιημένες διαδικασίες	Συμμόρφωση σε κρίσιμα SOPs	Αν οι κλινικές διαδρομές εφαρμόζονται

Στην πράξη, ο φορέας αποκτά: τη δυνατότητα να εντοπίζει **λειτουργικές αδυναμίες πριν προκύψει βλάβη**, και να παρεμβαίνει διορθωτικά χωρίς να περιμένει αρνητική έκβαση.

Η αξιολόγηση λειτουργεί ως **σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης**, όχι ως εργαλείο καταλογισμού ευθύνης.

1.3.2 30ήμερη αξιολόγηση (βραχυπρόθεσμη κλινική έκβαση του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ)

Η ολοκλήρωση του επεισοδίου ΝΟΣΠΙ και η ασφαλής μετάβαση του ασθενούς σε επόμενο επίπεδο φροντίδας αποτελούν κεντρικό στόχο του προγράμματος. Η 30ήμερη περίοδος αποτυπώνει αν η κλινική σταθερότητα που επιτεύχθηκε στο σπίτι **διατηρείται** μετά τη λήξη της κατ'οίκον νοσηλείας.



Σε αυτόν τον χρονικό ορίζοντα ενεργοποιούνται οι **καθαροί δείκτες κλινικής έκβασης**, όπως: μη προγραμματισμένη επανεισαγωγή, σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα και ασφαλής ολοκλήρωση επεισοδίου.

Πίνακας 8: 30ήμερη αξιολόγηση κλινικής αποτελεσματικότητας

Δείκτης	Πώς ερμηνεύεται στο παρόν	Σύνδεση
Μη προγραμματισμένη επανεισαγωγή	Ένδειξη αστάθειας ή αποτυχίας διαχείρισης	Κριτήρια εξόδου και παρακολούθηση (follow-up)
Σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα	Παραβίαση ορίων ασφάλειας	Σχεδιασμός ασφάλειας
Ολοκλήρωση χωρίς επιπλοκές	Επιτυχής κλινική έκβαση	Στόχοι ΝΟΣΠΙ

Η 30ήμερη αξιολόγηση δίνει στον φορέα: ένα **σαφές και θεσμικά αναγνωρίσιμο σημείο κρίσης**, χωρίς να αποκόπτεται από το πώς λειτούργησε το σύστημα κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας.

Είναι το επίπεδο στο οποίο απαντάται το ερώτημα: «Η συγκεκριμένη κατ' οίκον νοσηλεία, ΝΟΣΠΙ πέτυχε ή όχι;»

1.3.3 Μεταγενέστερη αξιολόγηση (μεσαία και μακροπρόθεσμη επίδραση της ΝΟΣΠΙ)

Αρχικά, αναγνωρίστηκε ρητά ότι η ΝΟΣΠΙ δεν είναι απομονωμένη παρέμβαση, αλλά εντάσσεται στη **συνέχεια της φροντίδας**. Ιδίως για χρόνιους και ευάλωτους ασθενείς, η επιτυχία της ΝΟΣΠΙ δεν κρίνεται μόνο από ένα περιστατικό κατ' οίκον νοσηλείας, αλλά από τη συνολική πορεία.

Σε αυτό το επίπεδο, αξιοποιούνται: δείκτες επανένταξης, δείκτες λειτουργικής κατάστασης, και συμπληρωματικά PREMs / PROMs.

Πίνακας 9: Μεταγενέστερη αξιολόγηση και στρατηγική χρήση δεικτών

Δείκτης	Ρόλος στην αξιολόγηση	Τι δείχνει πρακτικά
Συχνότητα επανένταξης Λειτουργική επιδείνωση PREMs / PROMs	Διαχείριση χρόνου	Αν η ΝΟΣΠΙ μειώνει επιβαρύνσεις
	Ποιότητα ζωής	Αν διατηρείται η αυτονομία
	Υποκειμενική έκβαση	Αν η φροντίδα είναι αποδεκτή

Ο φορέας αποκτά: εικόνα **στρατηγικής αποτελεσματικότητας**, όχι μόνο κλινικής, αλλά και λειτουργικής και εμπειρικής.



1.3.4 Συνθετική ανάγνωση χρονικών οριζόντων

Το κρίσιμο στοιχείο του παρόντος είναι ότι **κανένας χρονικός ορίζοντας δεν λειτουργεί μόνος του**. Μια αρνητική 30ήμερη έκβαση: ερμηνεύεται με βάση τα δεδομένα της κατ' οίκον νοσηλείας, και αξιολογείται σε συνάρτηση με τις μεταγενέστερες τάσεις.

Έτσι, αποφεύγεται η τιμωρητική λογική, και ενισχύεται η τεκμηριωμένη διοικητική απόφαση.

1.3.5 Τελικό συμπέρασμα της ενότητας

Το παρόν, μέσω της πολυεπίπεδης χρονικής αξιολόγησης, μετατρέπει το σύστημα δεικτών σε **λειτουργικό εργαλείο κρίσης**. Αυτό είναι το σημείο όπου η θεωρία γίνεται πράξη.

1.4 Ερμηνεία αποτελεσμάτων και κλινική σημασία

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας αποτελεί το καίριο στάδιο στο οποίο τα δεδομένα που παράγονται μέσω του συστήματος δεικτών αποκτούν ουσιαστικό κλινικό και διοικητικό νόημα. Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, η ερμηνεία δεν μπορεί να βασίζεται σε μεμονωμένες τιμές ή αποσπασματικές παρατηρήσεις, αλλά απαιτεί συστηματική σύνθεση δεδομένων από διαφορετικούς χρονικούς ορίζοντες και κλινικές διαδρομές.

Το παρόν θεσπίζει ρητά ότι η κλινική σημασία των αποτελεσμάτων δεν εξαντλείται στη διαπίστωση της παρουσίας ή απουσίας ανεπιθύμητων εκβάσεων, αλλά αποτυπώνεται μέσα από την **ποιότητα της κλινικής διαχείρισης**, την **έγκαιρη λειτουργία των μηχανισμών ασφάλειας** και τη **συνολική σταθερότητα της κλινικής πορείας** του ασθενούς.

Πίνακας 10: Πλαίσιο ερμηνείας κλινικών αποτελεσμάτων στη ΝΟΣΠΙ

Κατηγορία ερμηνείας	Συνδυασμός δεικτών	Κλινική σημασία	Βασική ερμηνευτική αρχή
Κλινικά αποδεκτή έκβαση	Ασφαλής ολοκλήρωση επείσοδιου, έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης, απουσία σοβαρών συμβάντων	Ορθή λειτουργία κλινικής διαδρομής	Η σταθερότητα επιτεύχθηκε εντός προβλεπόμενων μηχανισμών
Οριακή έκβαση	Μικρές αποκλίσεις διαδικασίας χωρίς σοβαρά συμβάντα	Ανάγκη περαιτέρω ανάλυσης	Πιθανές λειτουργικές αδυναμίες χωρίς άμεσο κίνδυνο
Μη αποδεκτή έκβαση	Σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα, καθυστερημένη απόκριση, μη προβλεπόμενη επανεισαγωγή	Μειωμένη κλινική αποτελεσματικότητα	Παραβίαση κρίσιμων μηχανισμών ασφάλειας

**Συστηματικό
πρόβλημα**Επαναλαμβανόμενα
αρνητικά μοτίβα σε
πολλαπλά επεισόδιαΔομική
δυσλειτουργίαΑνάγκη
διορθωτικής ή
στρατηγικής
παρέμβασης

Ο ανωτέρω πίνακας λειτουργεί ως **κεντρικός οδηγός ερμηνείας** των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης και αντικαθιστά τη λογική της μεμονωμένης κρίσης με ένα συνεκτικό πλαίσιο κλινικής αποτίμησης.

Ερμηνευτική ανάπτυξη

Η **κλινικά αποδεκτή έκβαση**, όπως ορίζεται στο παρόν, δεν ταυτίζεται απαραίτητα με την απουσία κάθε επιπλοκής. Αντιθέτως, συνδέεται με τη **συνεπή εφαρμογή των κλινικών διαδρομών** και τη λειτουργία των μηχανισμών έγκαιρης αναγνώρισης και απόκρισης που έχουν αποτυπωθεί στους δείκτες. Σε περιπτώσεις όπου παρατηρείται επιδείνωση αλλά αυτή αναγνωρίζεται εγκαίρως και οδηγεί σε ελεγχόμενη επανεισαγωγή βάσει πρωτοκόλλου, η έκβαση μπορεί να θεωρηθεί κλινικά αποδεκτή, καθώς το σύστημα λειτούργησε όπως είχε σχεδιαστεί.

Οι **οριακές εκβάσεις** αποτελούν ιδιαίτερη κατηγορία ερμηνείας και δεν οδηγούν αυτομάτως σε αρνητική αξιολόγηση. Η ύπαρξη μικρών αποκλίσεων σε δείκτες διαδικασίας ή χρόνου απόκρισης, χωρίς συνοδό σοβαρό ανεπιθύμητο συμβάν, ενεργοποιεί μηχανισμούς περαιτέρω ανάλυσης και στοχευμένης βελτίωσης. Η προσέγγιση αυτή είναι απολύτως ευθυγραμμισμένη με τη φιλοσοφία περί συνεχούς βελτίωσης και οργανωσιακής μάθησης.

Αντιθέτως, οι **μη αποδεκτές κλινικές εκβάσεις** χαρακτηρίζονται από παραβίαση κρίσιμων ορίων ασφάλειας. Η εμφάνιση σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων ή καθυστερημένης αναγνώρισης κλινικής επιδείνωσης αποτελεί σαφή ένδειξη μειωμένης κλινικής αποτελεσματικότητας, ανεξάρτητα από άλλους θετικούς δείκτες. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η ερμηνεία στο παρόν είναι σαφής και δεν επιδέχεται αντιστάθμιση μέσω άλλων παραμέτρων.

Τέλος, η αναγνώριση **συστηματικού προβλήματος** προκύπτει όχι από μεμονωμένα περιστατικά, αλλά από **επαναλαμβανόμενα μοτίβα αποτελεσμάτων** σε συγκεκριμένες κλινικές διαδρομές ή πληθυσμούς ασθενών. Η κατηγορία αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία για τη διοίκηση, καθώς συνδέεται με την ανάγκη αναθεώρησης δομών, διαδικασιών ή ακόμη και κριτηρίων ένταξης στη ΝΟΣΠΙ.

Πίνακας 11: Σύνδεση κλινικής ερμηνείας με χρονικούς ορίζοντες αξιολόγησης

Χρονικός ορίζοντας	Κύριοι δείκτες	Ρόλος στην ερμηνεία
<i>Κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας</i>	Έγκαιρη αναγνώριση επιδείνωσης, χρόνος απόκρισης, συμμόρφωση SOPs	Αποτίμηση λειτουργίας του συστήματος
<i>30ήμερος</i>	Επανεισαγωγή, σοβαρά συμβάντα, ασφαλής ολοκλήρωση	Κεντρική κρίση κλινικής αποτελεσματικότητας

*Μεταγενέστερος*Επανάταξη, λειτουργική
κατάσταση, PREMs/PROMsΣτρατηγική και διαχρονική
αξιολόγηση

Η συνδυαστική ανάγνωση των χρονικών οριζόντων διασφαλίζει ότι η τελική ερμηνεία δεν βασίζεται σε στιγμιαία δεδομένα, αλλά σε ολοκληρωμένη εικόνα της κλινικής πορείας και της λειτουργίας του συστήματος ΝΟΣΠΙ.

Διοικητική αξιοποίηση των ερμηνευμένων αποτελεσμάτων

Το παρόν προβλέπει ρητά ότι τα ερμηνευμένα αποτελέσματα της αξιολόγησης δεν παραμένουν σε επίπεδο κλινικής ανάλυσης, αλλά μεταφράζονται σε **διοικητικές και οργανωσιακές αποφάσεις**. Ανάλογα με την κατηγορία ερμηνείας, η Διοίκηση δύναται να προχωρήσει σε: στοχευμένη αναθεώρηση διαδικασιών, ενίσχυση μηχανισμών παρακολούθησης, αναπροσαρμογή κριτηρίων ένταξης, ή στρατηγικό επανασχεδιασμό επιμέρους κλινικών διαδρομών.

Με τον τρόπο αυτό, η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας μετατρέπεται σε **εργαλείο διακυβέρνησης και βελτίωσης**.

1.5 Όρια αποδεκτής απόδοσης και έννοιες συγκριτικής αναφοράς (benchmark)

Η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας δεν στηρίζεται στη μόνο στην εφαρμογή προκαθορισμένων αριθμητικών ορίων ή στη σύγκριση επιδόσεων με εξωτερικούς στόχους. Το σύστημα δεικτών της ΝΟΣΠΙ υιοθετεί μια ώριμη και επιστημονικά τεκμηριωμένη προσέγγιση συγκριτικής αναφοράς, η οποία βασίζεται σε εύρη αναφοράς, πληθυσμιακή προσαρμογή και διαχρονική αξιολόγηση.

Το παρόν έρχεται σε **πλήρη συνέχεια** με το πλαίσιο αυτό και δεν εισάγει νέο ή αυτόνομο σύστημα συγκριτικής αναφοράς. Αντιθέτως, εξειδικεύει τον τρόπο με τον οποίο τα «benchmark» αξιοποιούνται **ερμηνευτικά και διοικητικά**, προκειμένου να υποστηριχθεί η τεκμηριωμένη κρίση σχετικά με την κλινική αποτελεσματικότητα του προγράμματος.

Διευκρίνιση θεσμικής συνέχειας

Τα όρια αποδεκτής απόδοσης και οι έννοιες συγκριτικής αναφοράς που χρησιμοποιούνται στο παρόν Παραδοτέο ερμηνεύονται σε πλήρη συνέχεια με το πλαίσιο «benchmark» και δεν το υποκαθιστούν, δεν το τροποποιούν και δεν εισάγουν νέες αριθμητικές απαιτήσεις ή κατώφλια αξιολόγησης.

Εννοιολογική προσέγγιση των ορίων αποδεκτής απόδοσης

Στο παρόν, τα όρια αποδεκτής απόδοσης δεν ορίζονται ως απόλυτες τιμές, αλλά ως **ερμηνευτικές ζώνες**, εντός των οποίων τα αποτελέσματα αξιολογούνται σε συνάρτηση με: την κλινική διαδρομή, τον πληθυσμό ασθενών, τον χρονικό ορίζοντα αξιολόγησης (3.4), και τη συμπεριφορά δεικτών διαδικασίας και ασφάλειας.

Η προσέγγιση αυτή αντανακλά τη διεθνή πρακτική αξιολόγησης σύνθετων παρεμβάσεων και διασφαλίζει ότι η αξιολόγηση της ΝΟΣΠΙ δεν αποσπάται από το πραγματικό πλαίσιο παροχής φροντίδας.



Πίνακας 12: Ερμηνευτικές ζώνες απόδοσης στο παρόν

Ερμηνευτική ζώνη	Χαρακτηριστικά αποτελεσμάτων	Ερμηνεία κλινικής αποτελεσματικότητας
Αποδεκτή απόδοση	Εκβάσεις εντός των αναμενόμενων ευρών, χωρίς σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα	Το σύστημα λειτουργεί σύμφωνα με τον σχεδιασμό του
Οριακή απόδοση	Μεμονωμένες ή ήπιες αποκλίσεις χωρίς παραβίαση κρίσιμων μηχανισμών ασφάλειας	Απαιτείται στοχευμένη διερεύνηση
Μη αποδεκτή απόδοση	Σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα ή επαναλαμβανόμενες αποκλίσεις	Ένδειξη μειωμένης κλινικής αποτελεσματικότητας
Συστηματική δυσλειτουργία	Διαχρονικά αρνητικά μοτίβα σε πολλαπλές διαδρομές	Ανάγκη δομικής ή στρατηγικής παρέμβασης

Οι ζώνες αυτές δεν αποτελούν βαθμολόγηση, αλλά **εργαλείο κοινής κατανόησης** της επίδοσης μεταξύ κλινικών, διοίκησης και εποπτικών οργάνων.

Λογική καθορισμού και χρήσης συγκριτικής ανάλυσης (benchmark)

Το παρόν υιοθετεί το «benchmark» ως **πλαίσιο αναφοράς και μάθησης**, όχι ως μηχανισμό κατάταξης. Η χρήση «benchmark» στο παρόν εξυπηρετεί τρεις διακριτούς σκοπούς:

Πρώτον, επιτρέπει τη διαχρονική παρακολούθηση της ίδιας μονάδας ΝΟΣΠΙ, αναδεικνύοντας τάσεις βελτίωσης ή επιδείνωσης χωρίς να επηρεάζεται από διαφορές πληθυσμού ή ωριμότητας.

Δεύτερον, υποστηρίζει τη συγκριτική ανάλυση μεταξύ διαφορετικών κλινικών διαδρομών ή πληθυσμών ασθενών, χωρίς να προϋποθέτει ισοδυναμία κινδύνου.

Τρίτον, παρέχει ένα ενδεικτικό πλαίσιο διεθνούς αναφοράς, το οποίο λειτουργεί συμπληρωματικά και όχι δεσμευτικά.

Πίνακας 13: Τύποι συγκριτικής ανάλυσης «benchmark» που αξιοποιούνται στο παρόν

Τύπος benchmark	Περιγραφή	Ρόλος στο παρόν
Διαχρονικό εσωτερικό	Σύγκριση ίδιας μονάδας στον χρόνο	Αξιολόγηση ωρίμανσης και βελτίωσης
Διαδρομικό	Σύγκριση μεταξύ κλινικών διαδρομών	Εντοπισμός σημείων υψηλού κινδύνου
Πληθυσμιακό	Σύγκριση ομάδων ασθενών	Προσαρμοσμένη ερμηνεία εκβάσεων
Διεθνές ενδεικτικό	Σύγκριση με διεθνή εύρη	Πλαίσιο επιστημονικής αναφοράς

Κλιμακωτή διοικητική απόκριση βάσει απόκλισης



Η αξιοποίηση των «benchmark» και των ορίων αποδεκτής απόδοσης στο παρόν συνδέεται με **αναλογική και κλιμακωτή διοικητική απόκριση**, απολύτως ευθυγραμμισμένη με τη φιλοσοφία μη τιμωρητικής αξιολόγησης.

Πίνακας 14: Απόκλιση και ενδεικτική διοικητική διαχείριση

Ερμηνευτική ζώνη	Ενδεικτική διοικητική ενέργεια
Αποδεκτή απόδοση	Συνέχιση λειτουργίας και παρακολούθηση
Οριακή απόδοση	Στοχευμένη ανάλυση και βελτίωση
Μη αποδεκτή απόδοση	Διορθωτικό σχέδιο δράσης
Συστηματική δυσλειτουργία	Ανασχεδιασμός διαδικασιών ή δομών

Η κλιμάκωση αυτή διασφαλίζει ότι η αξιολόγηση παραμένει **εργαλείο βελτίωσης και διακυβέρνησης**, όχι μηχανισμός κυρώσεων.

Συμπέρασμα ενότητας

Με την ενότητα 3.6, το παρόν ολοκληρώνει το πλαίσιο αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας της ΝΟΣΠΙ, ενσωματώνοντας πλήρως και χωρίς αποκλίσεις τη φιλοσοφία συγκριτικής ανάλυσης «benchmark». Τα όρια αποδεκτής απόδοσης λειτουργούν ως ερμηνευτικές ζώνες, ενώ τα «benchmark» αξιοποιούνται ως πλαίσιο μάθησης, σύγκρισης και στρατηγικής βελτίωσης.

Με τον τρόπο αυτό, το παρόν παραμένει επιστημονικά συνεπές, θεσμικά ανθεκτικό και λειτουργικά εφαρμόσιμο, ολοκληρώνοντας τον κύκλο από τον σχεδιασμό, τη μέτρηση έως την ερμηνεία και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων.



2 Κεφάλαιο 3: Ασφάλεια στην κατ' οίκον νοσηλεία

2.1 Έννοια της ασφάλειας ασθενούς στο περιβάλλον της κατ' οίκον νοσηλείας

Στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, η ασφάλεια ασθενούς δεν μπορεί να προσεγγιστεί αποσπασματικά ή ως σύνολο μεμονωμένων παρεμβάσεων. Η βασική μονάδα αναφοράς, αξιολόγησης και ανάλυσης στη ΝΟΣΠΙ είναι η **διάρκεια κατ' οίκον νοσηλείας**, η οποία αντιμετωπίζεται ως ολοκληρωμένο περιστατικό παροχής νοσοκομειακής φροντίδας εκτός νοσοκομείου.

Η ασφάλεια, συνεπώς, αξιολογείται σε σχέση με: τη συνολική πορεία της διάρκειας κατ' οίκον νοσηλείας, τις διαδοχικές φάσεις της, και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ασθενούς, άτυπου φροντιστή και ομάδας ΝΟΣΠΙ.

Η επιλογή αυτή δεν είναι τυχαία, αλλά αντανακλά τη φιλοσοφία, σύμφωνα με την οποία η ποιότητα και η ασφάλεια στη ΝΟΣΠΙ **δεν αποτιμώνται σε μεμονωμένες πράξεις**, αλλά στο επίπεδο της ολοκληρωμένης νοσηλείας στο σπίτι.

2.1.1 Θεωρητική θεμελίωση της ασφάλειας στην κατ' οίκον νοσηλεία

Η διεθνής θεωρία της ασφάλειας ασθενούς έχει αναπτυχθεί κυρίως στο πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, όπου η ασφάλεια συνδέεται με τον έλεγχο του περιβάλλοντος, τη συνεχή παρουσία επαγγελματιών υγείας και την αυστηρή τυποποίηση διαδικασιών. Ωστόσο, η κατ' οίκον νοσηλεία εισάγει ένα ριζικά διαφορετικό πλαίσιο, στο οποίο οι παραδοσιακοί μηχανισμοί ασφάλειας δεν μπορούν να εφαρμοστούν αυτούσιοι.

Στην κατ' οίκον νοσηλεία, ο χώρος παροχής φροντίδας δεν είναι σχεδιασμένος για κλινική χρήση, η φροντίδα κατανέμεται χρονικά και χωρικά, και κρίσιμες ενέργειες υλοποιούνται εκτός της άμεσης επίβλεψης επαγγελματιών υγείας.

Η ασφάλεια, επομένως, μετατοπίζεται από τον φυσικό έλεγχο του χώρου στην **ικανότητα του συστήματος κατ' οίκον νοσηλείας να προβλέπει, να ανιχνεύει και να διαχειρίζεται κινδύνους** καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας στο σπίτι.

2.1.2 Λειτουργικός ορισμός της ασφάλειας στην κατ' οίκον νοσηλεία

Για τις ανάγκες του παρόντος Παραδοτέου, η ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας στην κατ' οίκον νοσηλεία ορίζεται ως:

«η ικανότητα του συστήματος Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι να διασφαλίζει ότι η κατ' οίκον νοσηλεία εξελίσσεται χωρίς αποτρέψιμες βλάβες για τον ασθενή, μέσω της πρόληψης, της έγκαιρης αναγνώρισης και της συστηματικής διαχείρισης κινδύνων σε όλες τις φάσεις της».

Ο ορισμός αυτός: ευθυγραμμίζεται πλήρως με τον ορισμό της κατ' οίκον νοσηλείας, αντιμετωπίζει την ασφάλεια ως **ιδιότητα της κατ' οίκον νοσηλείας** και όχι μεμονωμένων πράξεων, και ενσωματώνει την έννοια της συνέχειας της φροντίδας.

2.1.3 Η κατ' οίκον νοσηλεία ως δυναμικό σύστημα κινδύνου

Η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί ένα δυναμικό σύστημα, στο οποίο το επίπεδο κινδύνου μεταβάλλεται: ανάλογα με την κλινική εξέλιξη του ασθενούς, τη φάση της νοσηλείας (έναρξη, σταθεροποίηση, ολοκλήρωση), τη διαθεσιμότητα υποστήριξης στο σπίτι, και την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ.

Η ασφάλεια, συνεπώς, δεν αξιολογείται σε μία χρονική στιγμή, αλλά **παρακολουθείται διαχρονικά καθ' όλη τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας**, στοιχείο που έχει ήδη αποτυπωθεί: στις κλινικές διαδρομές, και στους δείκτες έγκαιρης αναγνώρισης επιδείνωσης.

2.1.4 Πολυδιάστατη φύση της ασφάλειας στην κατ' οίκον νοσηλεία

Η ασφάλεια της κατ' οίκον νοσηλείας προκύπτει από τη συνδυαστική λειτουργία πολλαπλών διαστάσεων, οι οποίες πρέπει να αξιολογούνται ενιαία και όχι αποσπασματικά.

Πίνακας 15: Διαστάσεις ασφάλειας της κατ' οίκον νοσηλείας

Διάσταση ασφάλειας	Αντικείμενο αξιολόγησης	Σύνδεση με δείκτες
Κλινική ασφάλεια	Διαχείριση επιδείνωσης κατά τη νοσηλεία	Δείκτες επιδείνωσης
Περιβαλλοντική ασφάλεια	Καταλληλότητα οικιακού χώρου	Αρχική/επαναξιολόγηση
Φαρμακευτική ασφάλεια	Χορήγηση και συμμόρφωση	SOPs και δείκτες
Ασφάλεια διαδικασιών	Τήρηση πρωτοκόλλων	Δείκτες SOPs
Ασφάλεια επικοινωνίας	Πληροφοριακή συνέχεια	Δείκτες handover
Τεχνολογική ασφάλεια	Τηλεπαρακολούθηση	Δείκτες alerts

2.1.5 Ρόλος ασθενούς και άτυπου φροντιστή στην ασφάλεια της κατ' οίκον νοσηλείας

Στην κατ' οίκον νοσηλεία, ο ασθενής και ο άτυπος φροντιστής δεν αποτελούν παθητικούς αποδέκτες φροντίδας, αλλά **ενεργά στοιχεία του συστήματος ασφάλειας**. Η ασφάλεια της νοσηλείας εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από: την κατανόηση των οδηγιών, τη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή, την ικανότητα αναγνώρισης προειδοποιητικών σημείων, και την έγκαιρη επικοινωνία με την ομάδα ΝΟΣΠΙ.

Η διάσταση αυτή μέσω δεικτών που αφορούν την επάρκεια και τη συμμόρφωση φροντιστών, και αποτελεί κρίσιμο στοιχείο της αξιολόγησης ασφάλειας.

2.1.6 Μη τιμωρητική προσέγγιση στην ασφάλεια της κατ' οίκον νοσηλείας

Το Πλαίσιο Αξιολόγησης της Ασφάλειας υιοθετεί ρητά μη τιμωρητική προσέγγιση, αναγνωρίζοντας ότι τα ανεπιθύμητα συμβάντα και τα παρολίγον συμβάντα (near

misses) στην κατ' οίκον νοσηλεία προκύπτουν συχνά από: συστημικές αδυναμίες, ατελή σχεδιασμό διαδικασιών, ή ανεπαρκή υποστήριξη του κατ' οίκον περιβάλλοντος.

Η αξιολόγηση εστιάζει στον εντοπισμό δομικών και οργανωσιακών αιτιών και όχι στην απόδοση ευθυνών, σε πλήρη ευθυγράμμιση με το σύστημα συμβάντων.

2.1.7 Σχέση ασφάλειας κατ' οίκον νοσηλείας και κλινικής αποτελεσματικότητας

Η ασφάλεια της κατ' οίκον νοσηλείας αποτελεί προϋπόθεση της κλινικής αποτελεσματικότητας. Όπως έχει οριστεί στο παρόν, η υπέρβαση κρίσιμων δεικτών ασφάλειας συνιστά αδιαπραγμάτευτο όριο αποδοχής, ανεξαρτήτως κλινικών εκβάσεων.

Η αξιολόγηση της ασφάλειας, επομένως, λειτουργεί ως **φίλτρο εγκυρότητας** της κλινικής αποτελεσματικότητας.

2.1.8 Συμπέρασμα ενότητας

Η ασφάλεια στην κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί σύνθετη, δυναμική και πολυδιάστατη έννοια, η οποία αξιολογείται στο επίπεδο της ολοκληρωμένης κατ' οίκον νοσηλείας. Το πλαίσιο που αναπτύσσεται στο παρόν Κεφάλαιο εναρμονίζεται πλήρως με τον ορισμό και τη μεθοδολογία των δεικτών και προετοιμάζει το έδαφος για τη συστηματική ανάλυση των πηγών κινδύνου, των ανεπιθύμητων συμβάντων και των μηχανισμών απόκρισης που ακολουθούν στις επόμενες ενότητες.

2.2 Μεταφορά κινδύνου από το νοσοκομείο στο σπίτι στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας

Η κατ' οίκον νοσηλεία δεν αποτελεί «χαμηλότερου κινδύνου» εκδοχή της ενδονοσοκομειακής φροντίδας. Αντιθέτως, συνιστά **μετασχηματισμό του κινδύνου**, τόσο ως προς τη φύση του όσο και ως προς τον τρόπο ανίχνευσης, ελέγχου και απόκρισης. Η μετάβαση από το νοσοκομείο στο σπίτι δεν μειώνει την πολυπλοκότητα της φροντίδας, αλλά **μεταβάλλει ριζικά την αρχιτεκτονική ασφάλειας**.

Η κατ' οίκον νοσηλεία έχει οριστεί ως πλήρες περιστατικό νοσοκομειακής φροντίδας εκτός νοσοκομείου, με συγκεκριμένη αρχή, δυναμική εξέλιξη και σαφές τέλος. Σε συνέχεια αυτού του ορισμού, μετατοπίστηκε μέτρηση της ασφάλειας από την απλή καταγραφή εκβάσεων στη **συνεχή αποτύπωση της έκθεσης σε κίνδυνο** κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας.

Η ενότητα αυτή θεμελιώνει επιστημονικά γιατί η ασφάλεια στη ΝΟΣΠΙ **δεν μπορεί να αξιολογηθεί με στατικές ή νοσοκομειακού τύπου μεθοδολογίες**.

2.2.1 Η κατ' οίκον νοσηλεία ως σύστημα υψηλής μεταβλητότητας κινδύνου

Το νοσοκομείο αποτελεί περιβάλλον χαμηλής μεταβλητότητας και υψηλού ελέγχου. Η κατ' οίκον νοσηλεία, αντιθέτως, λειτουργεί σε περιβάλλον **υψηλής μεταβλητότητας**, όπου κρίσιμες παράμετροι δεν μπορούν να τυποποιηθούν πλήρως. Ο χώρος, οι συνθήκες διαβίωσης, η κοινωνική υποστήριξη και το επίπεδο κατανόησης οδηγιών διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ κατ' οίκον νοσηλείων.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η ασφάλεια να μην μπορεί να διασφαλιστεί μέσω: φυσικής επιτήρησης, συνεχούς άμεσης παρέμβασης, ή άκαμπτων πρωτοκόλλων.

Αντίθετα, η ασφάλεια στη ΝΟΣΠΙ επιτυγχάνεται μέσω **προσαρμοστικών μηχανισμών**, οι οποίοι απορροφούν τη μεταβλητότητα αντί να την αγνοούν. Η μεταφορά κινδύνου από το νοσοκομείο στο σπίτι ισοδυναμεί με μεταφορά από ένα **σύστημα ελέγχου** σε ένα **σύστημα ανθεκτικότητας**.

2.2.2 Μετασχηματισμός του τρόπου ανίχνευσης κινδύνου

Στο νοσοκομείο, η ανίχνευση κινδύνου βασίζεται σε: συνεχή φυσική παρατήρηση, άμεση πρόσβαση σε διαγνωστικά δεδομένα, και επαγγελματική ερμηνεία σημείων.

Στην κατ' οίκον νοσηλεία, η ανίχνευση κινδύνου μετασχηματίζεται σε **κατανεμημένη λειτουργία**, όπου: η πρώτη ένδειξη επιδείνωσης μπορεί να είναι υποκειμενική, τα δεδομένα είναι συχνά αποσπασματικά, και η απόσταση (χωρική ή χρονική) εισάγει καθυστέρηση.

Η μεταφορά αυτή του κινδύνου καθιστά την **έγκαιρη αναγνώριση** πιο κρίσιμη από την ίδια την παρέμβαση. Για τον λόγο αυτό, είχε δωθεί αυξημένο βάρος σε δείκτες που αποτυπώνουν: χρόνο από την εμφάνιση συμπτώματος έως την ειδοποίηση, χρόνο από την ειδοποίηση έως την κλινική απόκριση, και συχνότητα αναγνώρισης των ενδείξεων αυξημένου κινδύνου (red flags).

2.2.3 Μεταφορά της πρώτης γραμμής ασφάλειας

Η πλέον ριζική πτυχή της μεταφοράς κινδύνου αφορά τη **μετατόπιση της πρώτης γραμμής ασφάλειας**. Στην κατ' οίκον νοσηλεία, η πρώτη γραμμή δεν είναι η ιατρική ομάδα, αλλά: ο ασθενής, άτυπος φροντιστής, και το άμεσο περιβάλλον.

Αυτό δεν συνιστά αδυναμία του μοντέλου, αλλά **δομικό χαρακτηριστικό** του. Ωστόσο, μεταβάλλει θεμελιωδώς την έννοια της ασφάλειας: η ασφάλεια δεν εξαρτάται μόνο από το «τι γνωρίζει ο επαγγελματίας», αλλά από το «τι αναγνωρίζει και πότε» ο μη επαγγελματίας.

Για τον λόγο αυτό: η εκπαίδευση σε ενδείξεις αυξημένου κινδύνου (red flags), η σαφήνεια οδηγιών, και η απλότητα των μηχανισμών επικοινωνίας αποτελούν κρίσιμες παραμέτρους ασφάλειας και όχι βοηθητικές δράσεις.

Η ασφάλεια στην κατ' οίκον νοσηλεία δεν διασφαλίζεται μέσω ελέγχου του περιβάλλοντος, αλλά μέσω σχεδιασμένης ανθεκτικότητας του συστήματος.

Στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας, ο κίνδυνος δεν εξαλείφεται με τη μεταφορά της φροντίδας εκτός νοσοκομείου, αλλά **μετασχηματίζεται**. Η απουσία φυσικής επιτήρησης και άμεσης παρέμβασης καθιστά την ασφάλεια εξαρτώμενη από την ικανότητα του συστήματος να **ανιχνεύει έγκαιρα αποκλίσεις**, να **ενεργοποιεί σαφείς αλυσίδες απόκρισης** και να **απορροφά σφάλματα πριν αυτά εξελιχθούν σε βλάβη**.



Σε αντίθεση με το νοσοκομείο, όπου η ασφάλεια βασίζεται στη συνεχή παρουσία επαγγελματιών υγείας, στην κατ' οίκον νοσηλεία η πρώτη γραμμή ασφάλειας μετατοπίζεται προς τον ασθενή, τον άτυπο φροντιστή και τα συστήματα τηλεπαρακολούθησης. Η αποτελεσματικότητα της ασφάλειας δεν κρίνεται από τη μηδενική εμφάνιση συμβάντων, αλλά από τη **συχνότητα και την επιτυχία των παρεμβάσεων που απέτρεψαν την εξέλιξη του κινδύνου**.

Η προσέγγιση αυτή επιβάλλει Πλαίσιο Αξιολόγησης που: δίνει προτεραιότητα στην πρόληψη έναντι της εκ των υστέρων καταγραφής, αποδίδει αυξημένη αξία στα παρολίγον συμβάντα (near misses), και αντιμετωπίζει τα ανεπιθύμητα συμβάντα ως αποτυχία συστημικών φραγμών και όχι ατομικών πράξεων.

2.2.4 Ανακατανομή ευθύνης και απόκρισης στο σύστημα

Η μεταφορά κινδύνου συνοδεύεται από ανακατανομή ευθύνης. Στην κατ' οίκον νοσηλεία, η ευθύνη ασφάλειας: δεν «αποδίδεται» στον ασθενή, αλλά **κατανέμεται στο σύστημα**.

Το σύστημα οφείλει να είναι σχεδιασμένο έτσι ώστε: να μην απαιτεί κλινική κρίση από τον φροντιστή, αλλά μόνο αναγνώριση προκαθορισμένων σημείων, και ενεργοποίηση σαφούς αλυσίδας απόκρισης.

*2.2.5 Η αποτυχία της κατ' οίκον νοσηλείας δεν έγκειται στο ότι «δεν ειδοποίησε ο φροντιστής», αλλά στο ότι **το σύστημα δεν τον έκανε ικανό να ειδοποιήσει έγκαιρα**. Δυναμική μεταβολή κινδύνου κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας*

Ο κίνδυνος στην κατ' οίκον νοσηλεία δεν είναι γραμμικός. Παρουσιάζει: αιχμές στην έναρξη, σχετική σταθεροποίηση, και νέα αύξηση κατά τη μετάβαση/ολοκλήρωση.

Η κατανόηση αυτής της δυναμικής είναι κρίσιμη, διότι εξηγεί γιατί: η ασφάλεια δεν αξιολογείται σε μία χρονική στιγμή, αλλά καθ' όλη τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας.

Έχει ήδη ενσωματώσει αυτή τη δυναμική μέσω: χρονικά ευαίσθητων δεικτών, και δεικτών που συνδέονται με φάσεις και όχι μόνο με αποτελέσματα.

2.2.6 Επιπτώσεις στον σχεδιασμό του Πλαισίου Αξιολόγησης

Η μεταφορά κινδύνου από το νοσοκομείο στο σπίτι επιβάλλει την υιοθέτηση Πλαισίου Αξιολόγησης που: δίνει προτεραιότητα στην πρόληψη έναντι της καταγραφής, αποδίδει υψηλή αξία στα παρολίγον συμβάντα (near misses), και αντιμετωπίζει τα συμβάντα ως αποτυχία φραγμών και όχι ατομικών πράξεων.

Η ασφάλεια στην κατ' οίκον νοσηλεία αξιολογείται, επομένως, όχι από το αν «δεν συνέβη τίποτα», αλλά από το **πόσες φορές το σύστημα απέτρεψε κάτι να συμβεί**.

2.2.7 Συμπέρασμα

Η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί μορφή φροντίδας υψηλής πολυπλοκότητας και δυναμικού κινδύνου. Η μεταφορά κινδύνου από το νοσοκομείο στο σπίτι δεν μειώνει την ευθύνη του συστήματος, την καθιστά πιο απαιτητική. Η ασφάλεια στη ΝΟΣΠΙ δεν εδράζεται στον

έλεγχου του περιβάλλοντος, αλλά στη **σχεδιασμένη ανθεκτικότητα του συστήματος κατ' οίκον νοσηλείας**.

2.3 Ανεπιθύμητα συμβάντα, παρολίγον συμβάντα (near misses) και ενδείξεις αυξημένου κινδύνου (red flags) στην κατ' οίκον νοσηλεία

Η κατανόηση και η αξιολόγηση της ασφάλειας στην κατ' οίκον νοσηλεία δεν μπορεί να βασιστεί αποκλειστικά στην καταγραφή τελικών ανεπιθύμητων συμβάντων. Σε περιβάλλον υψηλής μεταβλητότητας και περιορισμένης άμεσης επιτήρησης, η πραγματική εικόνα της ασφάλειας αποτυπώνεται στο **σύνολο των αποκλίσεων από την αναμενόμενη πορεία**, ανεξάρτητα από το αν αυτές οδήγησαν τελικά σε βλάβη.

Το Πλαίσιο Αξιολόγησης της Ασφάλειας στη ΝΟΣΠΙ αντιμετωπίζει τα ανεπιθύμητα συμβάντα, τα παρολίγον συμβάντα (near misses) και τις ενδείξεις αυξημένου κινδύνου (red flags) ως **διαφορετικές εκφάνσεις του ίδιου φαινομένου**: της αλληλεπίδρασης μεταξύ κινδύνου και ανθεκτικότητας του συστήματος κατ' οίκον νοσηλείας.

Η ενότητα αυτή εξειδικεύει τον ρόλο κάθε έννοιας, τη μεταξύ τους σχέση και τον τρόπο με τον οποίο ενσωματώνονται λειτουργικά στο σύστημα δεικτών και αξιολόγησης.

2.3.1 Ανεπιθύμητα συμβάντα στην κατ' οίκον νοσηλεία

Στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας, ανεπιθύμητο συμβάν ορίζεται ως κάθε γεγονός που λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο σπίτι και έχει ως αποτέλεσμα ή θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα βλάβη στον ασθενή, η οποία δεν αποτελεί αναπόφευκτη συνέπεια της φυσικής εξέλιξης της νόσου.

Η ιδιαιτερότητα της κατ' οίκον νοσηλείας έγκειται στο γεγονός ότι τα ανεπιθύμητα συμβάντα σπάνια οφείλονται σε μία και μόνο αιτία. Αντιθέτως, προκύπτουν από **συσσώρευση μικρών αποκλίσεων**, όπως: καθυστέρηση αναγνώρισης επιδείνωσης, ατελή κατανόηση οδηγιών, ανεπαρκή επικοινωνία, ή περιορισμούς του κατ' οίκον περιβάλλοντος.

Η αξιολόγηση της ασφάλειας δεν επικεντρώνεται στο «αν συνέβη συμβάν», αλλά στο **πώς και γιατί το σύστημα δεν κατάφερε να το αποτρέψει**.

Στην κατ' οίκον νοσηλεία, τα ανεπιθύμητα συμβάντα δεν αποτελούν μεμονωμένες αποτυχίες, αλλά τελικά σημεία συστημικής κόπωσης.

Η εμφάνιση ανεπιθύμητου συμβάντος υποδηλώνει ότι πολλαπλοί φραγμοί ασφάλειας απέτυχαν διαδοχικά. Η ανάλυση επικεντρώνεται στη διαδρομή της αποτυχίας και όχι στο τελικό γεγονός.

2.3.2 Διάκριση ανεπιθύμητων συμβάντων από αναμενόμενη κλινική εξέλιξη

Κρίσιμο στοιχείο της αξιολόγησης στη ΝΟΣΠΙ είναι η σαφής διάκριση μεταξύ ανεπιθύμητου συμβάντος, και αναμενόμενης κλινικής επιδείνωσης.

Η κατ' οίκον νοσηλεία απευθύνεται συχνά σε ασθενείς με αυξημένο κλινικό κίνδυνο. Η επιδείνωση της κατάστασης δεν αποτελεί αυτομάτως ένδειξη έλλειψης ασφάλειας, εφόσον: αναγνωρίζεται έγκαιρα, ενεργοποιούνται τα προβλεπόμενα πρωτόκολλα, και η μετάβαση σε υψηλότερο επίπεδο φροντίδας γίνεται με ασφάλεια.

Η λογική αυτή προστατεύει τη ΝΟΣΠΙ από εσφαλμένη αξιολόγηση και έχει ενσωματωθεί ρητά μέσω δεικτών έγκαιρης αναγνώρισης και απόκρισης.

2.3.3 Παρ' ολίγον Συμβάντα (Near misses) ως δείκτες ανθεκτικότητας του συστήματος

Τα παρολίγον συμβάντα αποτελούν γεγονότα κατά τα οποία ένας δυνητικός κίνδυνος αναγνωρίστηκε και αναχαιτίστηκε πριν προκαλέσει βλάβη στον ασθενή. Στην κατ' οίκον νοσηλεία, τα παρολίγον συμβάντα έχουν **υψηλότερη αναλυτική αξία** από τα τελικά συμβάντα, καθώς αποτυπώνουν τη λειτουργικότητα των μηχανισμών πρόληψης.

Η συστηματική καταγραφή τους: αποκαλύπτει αδύναμα σημεία χωρίς κόστος βλάβης, επιτρέπει έγκαιρη βελτίωση διαδικασιών, και αποτελεί ένδειξη ώριμης κουλτούρας ασφάλειας.

Ένα σύστημα κατ' οίκον νοσηλείας με πολλά καταγεγραμμένα παρολίγον συμβάντα μπορεί να είναι ασφαλέστερο από ένα σύστημα με “μηδενικά συμβάντα”.

Η απουσία παρολίγον συμβάντων συχνά υποδηλώνει ΥΠΟ αναφορά και όχι πραγματική ασφάλεια.

2.3.4 Ενδείξεις αυξημένου κινδύνου (Red flags) ως πρώιμοι δείκτες αποσταθεροποίησης της κατ' οίκον νοσηλείας

Τα «red flags» δεν αποτελούν συμβάντα, αλλά **προειδοποιητικά σήματα** που υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο αποσταθεροποίησης της κατ' οίκον νοσηλείας. Ορίζονται ανά κλινική διαδρομή και ενσωματώνονται στα SOPs και στο εκπαιδευτικό υλικό ασθενών και φροντιστών.

Στην κατ' οίκον νοσηλεία, λειτουργούν ως κοινή γλώσσα επικοινωνίας, μειώνουν την ανάγκη κλινικής κρίσης από μη επαγγελματίες, και επιτρέπουν έγκαιρη ενεργοποίηση της ομάδας ΝΟΣΠΙ.

Η μη αναγνώριση ή η καθυστερημένη αναφορά τους αποτελεί βασική αιτία εξέλιξης κινδύνου σε ανεπιθύμητο συμβάν.

Τα «red flags» δεν υπάρχουν για να προβλέψουν τη βλάβη, αλλά για να αποτρέψουν την ανάγκη πρόβλεψης.

Όταν τα «red flags» λειτουργούν σωστά, η ασφάλεια βασίζεται σε έγκαιρη δράση και όχι σε εκ των υστέρων ανάλυση.



2.3.5 Συνεχές διαχείρισης κινδύνου: από τις ενδείξεις αυξημένου κινδύνου στα συμβάντα

Το Πλαίσιο Αξιολόγησης της Ασφάλειας αντιμετωπίζει τις ενδείξεις αυξημένου κινδύνου, τα παρολίγον συμβάντα και τα ανεπιθύμητα συμβάντα ως **συνεχές διαχείρισης κινδύνου** και όχι ως ανεξάρτητες κατηγορίες.

- Οι ενδείξεις αυξημένου κινδύνου αποτελούν το πρώιμο στάδιο.
- Τα παρολίγον συμβάντα αποτυπώνουν επιτυχή παρέμβαση.
- Τα ανεπιθύμητα συμβάντα υποδηλώνουν αποτυχία πολλαπλών φραγμών.

Η ανάλυση της αναλογίας μεταξύ αυτών των κατηγοριών αποτελεί βασικό εργαλείο αξιολόγησης της ωριμότητας και της ανθεκτικότητας του συστήματος κατ' οίκον νοσηλείας.

2.3.6 Μη τιμωρητική καταγραφή και οργανωσιακή μάθηση

Η αποτελεσματική διαχείριση συμβάντων στην κατ' οίκον νοσηλεία προϋποθέτει μη τιμωρητικό πλαίσιο καταγραφής. Η απόδοση ευθυνών σε άτομα: οδηγεί σε υπό αναφορά, στερεί το σύστημα από κρίσιμα δεδομένα, και δεν βελτιώνει την ασφάλεια.

Το σύστημα συμβάντων έχει σχεδιαστεί ώστε να υποστηρίζει: ανωνυμία όπου απαιτείται, έμφαση στη διαδικασία και όχι στο πρόσωπο, και συστηματική ανατροφοδότηση προς τις μονάδες ΝΟΣΠΙ.

2.3.7 Σημείωση

Οι δείκτες ασφάλειας δεν έχουν ταξινομηθεί ονομαστικά ως παρολίγον συμβάν "near miss" ή ενδείξεις αυξημένου κινδύνου "red flag", καθώς οι έννοιες αυτές δεν αποτελούν μεμονωμένες μετρικές αλλά λειτουργικές εκφάνσεις της διαχείρισης κινδύνου. Στο παρόν, οι δείκτες ερμηνεύονται αναλυτικά ως προς τον ρόλο τους στην ασφάλεια της κατ' οίκον νοσηλείας, επιτρέποντας την αναγνώριση γεγονότων χωρίς αλλοίωση της αρχικής δομής του συστήματος δεικτών.

2.3.8 Ερμηνευτική χαρτογράφηση δεικτών ασφάλειας

2.3.8.1 Θεμελιώδης αρχή ερμηνείας

ο σύνολο των δεικτών ασφάλειας (βασικοί και συμπληρωματικοί) έχει σχεδιαστεί ώστε να αποτυπώνει **τη λειτουργία των μηχανισμών πρόληψης, ανίχνευσης και απόκρισης** κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας.

Στο πλαίσιο του παρόντος, οι δείκτες αυτοί **ερμηνεύονται λειτουργικά** ως δείκτες:

- **έγκαιρης αναγνώρισης κινδύνου (red flags),**
- **επιτυχούς πρόληψης κινδύνου (near misses),**
- **ή αποτυχίας συστημικών φραγμών (ανεπιθύμητα συμβάντα), χωρίς να τροποποιείται η αρχική δομή ή ονομασία τους.**



Στη ΝΟΣΠΙ, οι δείκτες δεν “είναι” near misses ή red flags· “Αποκαλύπτουν” near misses και red flags ανάλογα με το αποτέλεσμα της κατ’ οίκον νοσηλείας.

Πίνακας 16: Πίνακας αντιστοίχισης

Κατηγορία δείκτη	Ενδεικτικοί δείκτες	Τι αποτυπώνουν στην πράξη	Ερμηνεία στο παρόν
Δείκτες έγκαιρης αναγνώρισης	Έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης, αναγνώριση κρίσιμων σημείων	Αν ο κίνδυνος έγινε αντιληπτός πριν τη βλάβη	Red flag (επιτυχής αναγνώριση)
Δείκτες χρόνου απόκρισης	Χρόνος από ειδοποίηση έως παρέμβαση	Αν ενεργοποιήθηκε εγκαίρως η ομάδα	Red flag → near miss
Δείκτες συμμόρφωσης σε SOPs	Συμμόρφωση με κρίσιμα SOPs ασφάλειας	Αν λειτούργησαν οι φραγμοί	Near miss (εφόσον δεν υπήρξε βλάβη)
Δείκτες τηλεπαρακολούθησης	Ενεργοποίηση alerts, διαχείριση ειδοποιήσεων	Αν το σύστημα ανίχνευσε εγκαίρως αποκλίσεις	Red flag / Near miss
Δείκτες ασφαλούς μετάβασης	Ασφαλής διακομιδή, μη προγραμματισμένη εισαγωγή	Αν η επιδείνωση διαχειρίστηκε σωστά	Near miss
Δείκτες σοβαρών συμβάντων	Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων	Εμφάνιση αποτρέψιμης βλάβης	Ανεπιθύμητο συμβάν
Δείκτες οργανωσιακής μάθησης	Ανάλυση συμβάντων, ανατροφοδότηση	Αν το σύστημα μαθαίνει	Δευτερογενής δείκτης ανθεκτικότητας
Συμπληρωματικοί δείκτες	Εκπαίδευση φροντιστών, επικοινωνία, τεκμηρίωση	Αν ενισχύεται η πρώτη γραμμή ασφάλειας	Προληπτικοί δείκτες (upstream safety)

Όλοι οι δείκτες, βασικοί και συμπληρωματικοί, εντάσσονται στο συνεχές ασφάλειας της κατ’ οίκον νοσηλείας, ακόμη και όταν δεν αφορούν άμεσα την εμφάνιση συμβάντος.

ΜΕΡΟΣ Α

Θεμελιώδης κανόνας ανάγνωσης

Κάθε δείκτης αποκτά διαφορετική σημασία ασφάλειας ανάλογα με το αποτέλεσμα της κατ’ οίκον νοσηλείας. Η ίδια μέτρηση μπορεί να τεκμηριώνει επιτυχή αναχαίτιση κινδύνου (near miss) ή αποτυχία συστημικών φραγμών (ανεπιθύμητο συμβάν).

**Πίνακας Α1 – Αναλυτική χαρτογράφηση δεικτών στο συνεχές ασφάλειας***Πίνακας 17: Α. Δείκτες κλινικής επιδείνωσης & απόκρισης*

Δείκτης	Τι μετρά	Αν δεν υπάρχει βλάβη	Αν υπάρχει βλάβη
Έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης	Αν η επιδείνωση αναγνωρίστηκε εγκαίρως	Near miss	Αποτυχία έγκαιρης απόκρισης
Χρόνος από αναγνώριση έως παρέμβαση	Ταχύτητα ενεργοποίησης	Near miss	Ανεπιθύμητο συμβάν
Ενεργοποίηση κλιμάκωσης φροντίδας	Αν λειτούργησε το escalation	Near miss	Συστημική αποτυχία
Μη προγραμματισμένη εισαγωγή	Αν απαιτήθηκε νοσοκομείο	Ελεγχόμενη επιδείνωση	Ανεπιθύμητο συμβάν

Πίνακας 18: Β. Δείκτες συμμόρφωσης σε SOPs ασφάλειας

Δείκτης	Ρόλος	Ερμηνεία
Συμμόρφωση με κρίσιμα SOPs	Λειτουργία φραγμών	Near miss (όταν δεν υπάρχει βλάβη)
Παράκαμψη SOP	Αδυναμία φραγμού	Red flag (αποτυχία)
Τεκμηρίωση εφαρμογής SOP	Ιχνηλασιμότητα	Προληπτικός δείκτης

Πίνακας 19: Γ. Δείκτες τηλεπαρακολούθησης & alerts

Δείκτης	Τι αποτυπώνει	Ερμηνεία
Ενεργοποίηση alerts	Ανιχνευσιμότητα κινδύνου	Red flag (επιτυχής)
Καθυστερημένη διαχείριση alert	Απόκριση συστήματος	Red flag (αποτυχία)
Αστοχία συστήματος	Τεχνολογικός κίνδυνος	Near miss / Συμβάν

Πίνακας 20: Δ. Δείκτες φροντιστή & επικοινωνίας

Δείκτης	Ρόλος	Ερμηνεία
Εκπαίδευση φροντιστή	Πρώτη γραμμή ασφάλειας	Upstream safety
Κατανόηση οδηγιών	Ικανότητα αναγνώρισης	Red flag readiness
Ποιότητα επικοινωνίας	Μεταφορά πληροφορίας	Προληπτικός δείκτης

Πίνακας 21: Ε. Δείκτες συμβάντων

Δείκτης	Ορισμός	Ερμηνεία
Σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα	Αποτρέψιμη βλάβη	Ανεπιθύμητο συμβάν
Αναφορά συμβάντων	Κουλτούρα ασφάλειας	Δείκτης ωριμότητας



Ανάλυση συμβάντων	Οργανωσιακή μάθηση	Ανθεκτικότητα συστήματος

ΜΕΡΟΣ Β

2.4 Σύνδεση δεικτών ασφάλειας με SOPs και σύστημα συμβάντων

Η ασφάλεια στην κατ' οίκον νοσηλεία δεν προκύπτει από την απλή παρακολούθηση δεικτών, αλλά από τη **λειτουργική διασύνδεση δεικτών, SOPs και μηχανισμών αναφοράς συμβάντων**. Το Πλαίσιο Αξιολόγησης της Ασφάλειας στη ΝΟΣΠΙ έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε κάθε δείκτης να αντιστοιχεί σε συγκεκριμένο επιχειρησιακό μηχανισμό πρόληψης ή απόκρισης.

2.4.1 SOPs ως φραγμοί ασφάλειας

Στη ΝΟΣΠΙ, τα SOPs δεν λειτουργούν ως γραφειοκρατικές οδηγίες, αλλά ως **φραγμοί μεταξύ κινδύνου και βλάβης**. Κάθε SOP: ενσωματώνει συγκεκριμένα red flags, ορίζει σαφή triggers, και προβλέπει αλυσίδα απόκρισης.

Η συμμόρφωση σε SOP **δεν αξιολογείται τυπικά**, αλλά ως: επιτυχής αναχαίτιση κινδύνου (near miss), ή αποτυχία φραγμού (συμβάν).

2.4.2 Ροή: Red flag → SOP → Δείκτης → Συμβάν

Η λειτουργική ροή ασφάλειας στη ΝΟΣΠΙ έχει ως εξής:

1. Εμφάνιση red flag
2. Ενεργοποίηση SOP
3. Καταγραφή μέσω δείκτη
4. Ανάλυση ως: near miss ή ανεπιθύμητο συμβάν

Η ροή αυτή: καθιστά το σύστημα **ιχνηλάσιμο**, και επιτρέπει **συγκρίσιμη αξιολόγηση** μεταξύ μονάδων.

2.4.3 Σύστημα συμβάντων ως μηχανισμός μάθησης

Το σύστημα συμβάντων: δεν στοχεύει στην καταγραφή λαθών, αλλά στη **συλλογή πληροφοριών για αποτυχία φραγμών**.

Τα δεδομένα: τροφοδοτούν αναθεώρηση SOPs, οδηγούν σε στοχευμένη εκπαίδευση, και επανατροφοδοτούν το σύστημα δεικτών.

Η σύνδεση δεικτών, SOPs και συστήματος συμβάντων μετατρέπει τη ΝΟΣΠΙ από παθητικό σύστημα παρακολούθησης σε **ενεργό σύστημα ασφάλειας**. Το Πλαίσιο Αξιολόγησης δεν καταγράφει απλώς τι συνέβη, αλλά **πώς το σύστημα απέτρεψε ή δεν απέτρεψε τη βλάβη**.

2.5 Αξιολόγηση ετοιμότητας και ανταπόκρισης σε κλινική επιδείνωση

Η αξιολόγηση ετοιμότητας και ανταπόκρισης σε κλινική επιδείνωση αποτελεί τον πυρήνα της ασφάλειας στην κατ' οίκον νοσηλεία. Ενώ στο νοσοκομείο η κλινική επιδείνωση μπορεί να αναγνωριστεί και να αντιμετωπιστεί εντός λεπτών μέσω συνεχούς επιτήρησης και άμεσης πρόσβασης σε πόρους, στην κατ' οίκον νοσηλεία η ασφάλεια εξαρτάται από ένα διαφορετικό «μοντέλο επιχειρησιακής λειτουργίας»: προληπτικό σχεδιασμό, δομημένα red flags, αξιόπιστους μηχανισμούς επικοινωνίας και κλιμακωτή απόκριση.

Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, η κλινική επιδείνωση δεν νοείται ως “αποτυχία” της κατ' οίκον νοσηλείας. Αντιθέτως, αντιμετωπίζεται ως **αναμενόμενος και διαχειρίσιμος κίνδυνος**. Το κριτήριο αξιολόγησης της ασφάλειας δεν είναι η «μη εμφάνιση» επιδείνωσης, αλλά η **ικανότητα του συστήματος** να την: αναγνωρίζει έγκαιρα, αξιολογεί σωστά, αντιμετωπίζει άμεσα, και κλιμακώνει με ασφάλεια όταν απαιτείται.

2.5.1 Ορισμοί και εννοιολογική διάκριση: Readiness, Response, Escalation

Για να είναι αξιολογήσιμη η ασφάλεια, απαιτείται πρώτα εννοιολογική τεκμηρίωση. Στο παρόν Παραδοτέο, υιοθετείται η ακόλουθη τριμερής διάκριση:

- **Ετοιμότητα (Readiness):** Η προ υπάρχουσα ικανότητα του συστήματος κατ' οίκον νοσηλείας να αναγνωρίσει έγκαιρα επιδείνωση και να ενεργοποιήσει κατάλληλη απόκριση. Περιλαμβάνει δομές, SOPs, εκπαίδευση, τεχνολογία, διαθεσιμότητα πόρων.
- **Ανταπόκριση (Response):** Η πραγματική εκτέλεση των ενεργειών μετά την αναγνώριση/ειδοποίηση. Υπολογίζεται σε χρόνο, ποιότητα, συμμόρφωση σε SOPs και αποτελεσματικότητα.
- **Κλιμάκωση (Escalation):** Η οργανωμένη μετάβαση σε υψηλότερο επίπεδο φροντίδας, όταν η επιδείνωση υπερβαίνει τις δυνατότητες ασφαλούς διαχείρισης στην κατ' οίκον νοσηλεία.

Η διάκριση αυτή επιτρέπει να αποφεύγονται δύο συχνά σφάλματα αξιολόγησης: να θεωρείται «ασφαλές» ένα σύστημα επειδή έχει πρωτόκολλα (readiness χωρίς response), ή να θεωρείται «ανεπαρκές» επειδή κλιμάκωσε (escalation ως αποτυχία, αντί ως ασφαλής λειτουργία).

Στην κατ' οίκον νοσηλεία, η ασφάλεια δεν αποδεικνύεται όταν “δεν συμβαίνει επιδείνωση”, αλλά όταν η επιδείνωση αντιμετωπίζεται έγκαιρα και κλιμακώνεται σωστά πριν υπάρξει βλάβη.

2.5.2 Κλινική επιδείνωση ως “σενάριο σχεδιασμού” στην κατ' οίκον νοσηλεία

Στη ΝΟΣΠΙ, ο σχεδιασμός της κατ' οίκον νοσηλείας πρέπει εξ αρχής να ενσωματώνει σενάρια κλινικής επιδείνωσης. Αυτό σημαίνει ότι η επιδείνωση αντιμετωπίζεται ως **προκαθορισμένο επιχειρησιακό σενάριο**, με: ορισμό red flags ανά κλινική διαδρομή, triggers ενεργοποίησης, καθορισμένες αρμοδιότητες (ποιος ειδοποιεί, ποιος αποφασίζει, ποιος εκτελεί), και σαφές μονοπάτι κλιμάκωσης (πότε κλιμακώνουμε, σε ποιον, με ποια τεκμηρίωση).



Η αξιολόγηση, συνεπώς, δεν εξετάζει μόνο το τι έγινε, αλλά αν η κατ' οίκον νοσηλεία είχε σχεδιαστεί με τρόπο που να «αντέχει» το σενάριο επιδείνωσης.

2.5.3 Πολυεπίπεδο μοντέλο αξιολόγησης: από σήμα κινδύνου έως έκβαση

Η αξιολόγηση ετοιμότητας και απόκρισης στην κατ' οίκον νοσηλεία προτείνεται να πραγματοποιείται σε αλληλουχία σταδίων, τα οποία είναι λειτουργικά συμβατά με τους δείκτες και με το σύστημα SOPs.

Πίνακας 22: Αλυσίδα ασφάλειας σε κλινική επιδείνωση στην κατ' οίκον νοσηλεία

Στάδιο	Περιγραφή	Τυπικά ερωτήματα αξιολόγησης	Ενδεικτικοί τύποι δεικτών
1. Ανίχνευση	Εντοπισμός αποκλίσεων / red flags	Αναγνωρίστηκε εγκαίρως; Από ποιον;	Έγκαιρη αναγνώριση, alerts
2. Ερμηνεία	Κατανόηση σοβαρότητας και επείγοντος	Εκτιμήθηκε σωστά ο κίνδυνος;	Συμμόρφωση σε κριτήρια
3. Ενεργοποίηση	Ειδοποίηση ομάδας ΝΟΣΠΙ / escalation trigger	Έγινε ειδοποίηση χωρίς καθυστέρηση;	Χρόνος ειδοποίησης
4. Ανταπόκριση	Κλινικές ενέργειες βάσει SOPs	Εφαρμόστηκαν SOPs; Ήταν κατάλληλες;	SOP compliance, response time
5. Κλιμάκωση	Απόφαση και υλοποίηση μετάβασης	Κλιμακώθηκε εγκαίρως; Ασφαλής μετάβαση;	Transfers, εισαγωγές
6. Έκβαση	Αποφυγή βλάβης ή συμβάν	Υπήρξε βλάβη; Ή near miss;	near miss

Η αλυσίδα αυτή είναι κομβική γιατί μετατρέπει το «κλινικό γεγονός» σε **αξιολογήσιμη διαδικασία**.

2.5.4 Αξιολόγηση ετοιμότητας: Δομές, πόροι και προϋποθέσεις ασφαλούς απόκρισης

Η ετοιμότητα στην κατ' οίκον νοσηλεία δεν ταυτίζεται με την ύπαρξη πρωτοκόλλων σε χαρτί. Αξιολογείται ως η πραγματική δυνατότητα εφαρμογής τους, και περιλαμβάνει:

(α) Κλινική ετοιμότητα: επικαιροποιημένα κριτήρια ένταξης/αποκλεισμού, σαφή red flags ανά διαδρομή, καθορισμένα όρια ασφαλούς διαχείρισης στο σπίτι (τότε η κατ' οίκον νοσηλεία παύει να είναι ασφαλής).

(β) Επιχειρησιακή ετοιμότητα: διαθεσιμότητα ομάδας (on-call / ωράρια / κάλυψη), προσδιορισμένη αλυσίδα επικοινωνίας, επάρκεια υλικοτεχνικών μέσων (π.χ. οξυγόνο, βασικός εξοπλισμός).

(γ) Ετοιμότητα ασθενούς/φροντιστή: εκπαίδευση σε red flags με «γλώσσα μη ειδικού», κατανόηση οδηγιών, πρακτική ικανότητα υλοποίησης (π.χ. μέτρηση ζωτικών σημείων αν απαιτείται).

(δ) Πληροφοριακή/τεχνολογική ετοιμότητα: δυνατότητα έγκαιρης επικοινωνίας, τηλεπαρακολούθηση όπου εφαρμόζεται, αξιοπιστία και συνέχεια δεδομένων.

Η ετοιμότητα είναι η “πραγματική δυνατότητα” εφαρμογής των SOPs, όχι η ύπαρξή τους. Ό,τι δεν μπορεί να εκτελεστεί υπό πραγματικές συνθήκες κατ’ οίκον νοσηλείας θεωρείται λειτουργικά ανύπαρκτο.

2.5.5 Αξιολόγηση ανταπόκρισης: χρόνος, ποιότητα και συμμόρφωση

Η ανταπόκριση σε κλινική επιδείνωση αξιολογείται σε δύο άξονες:

2.5.5.1 Χρονική διάσταση (timeliness)

Στην κατ’ οίκον νοσηλεία, ο χρόνος αποτελεί κρίσιμο παράγοντα ασφάλειας λόγω απουσίας συνεχούς επιτήρησης, και πιθανής καθυστέρησης στην κινητοποίηση πόρων.

Η αξιολόγηση εστιάζει σε χρονικά διαστήματα, όπως: από εμφάνιση συμπτώματος έως αναφορά, από αναφορά έως κλινική εκτίμηση, από εκτίμηση έως ενέργεια/κλιμάκωση.

2.5.5.2 Ποιοτική διάσταση (appropriateness)

Η ταχύτητα χωρίς ορθότητα δεν είναι ασφάλεια. Η ποιοτική αξιολόγηση περιλαμβάνει: αν εφαρμόστηκαν τα σωστά SOPs, αν η τεκμηρίωση ήταν πλήρης, αν η απόφαση ήταν κλινικά δικαιολογημένη, και αν αποφεύχθηκαν άσκοπες ή επιβλαβείς ενέργειες.

Το παρόν υποστηρίζει αυτή την αξιολόγηση μέσω δεικτών συμμόρφωσης σε SOPs και δεικτών τεκμηρίωσης.

2.5.6 Αξιολόγηση κλιμάκωσης: ασφαλής μετάβαση ως δείκτης ωριμότητας

Η κλιμάκωση αποτελεί μέρος της ασφαλούς λειτουργίας. Ένα ώριμο σύστημα κατ’ οίκον νοσηλείας: κλιμακώνει **νωρίς** όταν πρέπει, όχι αργά όταν ήδη έχει προκύψει βλάβη.

Η αξιολόγηση κλιμάκωσης περιλαμβάνει: κριτήρια απόφασης κλιμάκωσης, πληρότητα επικοινωνίας προς το νοσοκομείο, ασφάλεια μεταφοράς/διακομιδής, και ανατροφοδότηση μετά την έκβαση.

Η κλιμάκωση δεν είναι ένδειξη αποτυχίας της κατ’ οίκον νοσηλείας. Είναι ένδειξη ασφάλειας όταν ενεργοποιείται εγκαίρως και οργανωμένα.

2.5.7 Ερμηνεία αποτελεσμάτων: παρολίγον συμβάντος έναντι ανεπιθύμητου συμβάντος

Στο πλαίσιο του παρόντος, η ίδια κλινική επιδείνωση μπορεί να ταξινομηθεί ως: **near miss/παρολίγον συμβάν**, όταν αναγνωρίστηκε και αντιμετωπίστηκε έγκαιρα χωρίς βλάβη, ή **ανεπιθύμητο συμβάν**, όταν οδήγησε σε αποτρέψιμη βλάβη λόγω καθυστέρησης/αποτυχίας φραγμών.

Η διάκριση αυτή είναι κρίσιμη για να: μην υποτιμάται η αποτελεσματικότητα των μηχανισμών ασφάλειας, αλλά ούτε και να αποκρύπτονται συστημικές αδυναμίες.

2.5.8 Σύνδεση με σύστημα συμβάντων και οργανωσιακή μάθηση

Κάθε επεισόδιο κλινικής επιδείνωσης στην κατ' οίκον νοσηλεία, ανεξάρτητα από έκβαση, πρέπει να τροφοδοτεί: το σύστημα συμβάντων (ιδίως near misses), την αναθεώρηση SOPs, και στοχευμένη εκπαίδευση ασθενούς/φροντιστή.

Αυτό εξασφαλίζει ότι η αξιολόγηση δεν είναι στατική, αλλά δημιουργεί κύκλο βελτίωσης.

2.5.9 Συμπέρασμα

Η αξιολόγηση ετοιμότητας και ανταπόκρισης σε κλινική επιδείνωση στην κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί τον πλέον αξιόπιστο δείκτη ασφάλειας της ΝΟΣΠΙ. Το πλαίσιο αξιολόγησης πρέπει να αποτυπώνει όχι μόνο τις τελικές εκβάσεις, αλλά την πλήρη αλυσίδα ασφάλειας από την ανίχνευση έως την κλιμάκωση. Η κατ' οίκον νοσηλεία είναι ασφαλής όταν ο κίνδυνος μετατρέπεται σε έγκαιρη δράση και όταν οι μηχανισμοί του συστήματος αποτρέπουν τη βλάβη μέσω οργανωμένης, κλιμακωτής απόκρισης.

2.6 Ρόλος της τηλεπαρακολούθησης στη διασφάλιση της ασφάλειας της κατ' οίκον νοσηλείας

Η τηλεπαρακολούθηση στη ΝΟΣΠΙ δεν αντιμετωπίζεται ως απλό τεχνολογικό συμπλήρωμα της κατ' οίκον νοσηλείας, αλλά ως **δομικό στοιχείο της αρχιτεκτονικής ασφάλειας**. Σε περιβάλλον όπου απουσιάζει η συνεχής φυσική επιτήρηση, η τηλεπαρακολούθηση λειτουργεί ως μηχανισμός έγκαιρης ανίχνευσης, υποστήριξης κλινικής κρίσης και ενεργοποίησης απόκρισης, ενισχύοντας τη δυνατότητα του συστήματος να προλαμβάνει βλάβες πριν αυτές εκδηλωθούν.

Το παρόν υποκεφάλαιο αναλύει τον ρόλο της τηλεπαρακολούθησης ως **ενεργού φραγμού ασφάλειας** στην κατ' οίκον νοσηλεία, τη σύνδεσή της με τα SOPs και τους δείκτες, καθώς και τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες η τεχνολογία συμβάλλει ουσιαστικά στην ασφάλεια και δεν δημιουργεί νέους κινδύνους.

2.6.1 Εννοιολογική τοποθέτηση της τηλεπαρακολούθησης στη ΝΟΣΠΙ

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η τηλεπαρακολούθηση συχνά παρουσιάζεται ως μέσο βελτίωσης της αποδοτικότητας ή μείωσης των επανεισαγωγών. Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, όμως, η πρωταρχική της αξία έγκειται στη **διαχείριση κινδύνου** κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας.

Η τηλεπαρακολούθηση: δεν αντικαθιστά την κλινική εκτίμηση, δεν λειτουργεί αυτόνομα, και δεν αποτελεί εγγύηση ασφάλειας από μόνη της.

Αποτελεί, αντιθέτως, **μέρος ενός ευρύτερου συστήματος**, το οποίο περιλαμβάνει σαφώς ορισμένα red flags, SOPs απόκρισης και μηχανισμούς κλιμάκωσης. Η αποτελεσματικότητά της αξιολογείται μόνο σε συνάρτηση με αυτά τα στοιχεία.

Η τηλεπαρακολούθηση δεν “παράγει” ασφάλεια. Ενεργοποιεί την ασφάλεια μόνο όταν είναι ενσωματωμένη σε σαφείς διαδικασίες απόκρισης.

2.6.2 Τηλεπαρακολούθηση ως μηχανισμός έγκαιρης ανίχνευσης κινδύνου

Στην κατ’ οίκον νοσηλεία, η έγκαιρη ανίχνευση κλινικής επιδείνωσης αποτελεί κρίσιμο παράγοντα ασφάλειας. Η τηλεπαρακολούθηση ενισχύει τη δυνατότητα αυτή μέσω της: συστηματικής συλλογής δεδομένων, ανίχνευσης αποκλίσεων από προκαθορισμένα όρια, και δημιουργίας ειδοποιήσεων (alerts).

Η αξία της τηλεπαρακολούθησης δεν έγκειται στον όγκο των δεδομένων, αλλά στην **ικανότητα μετατροπής δεδομένων σε κλινικά αξιοποιήσιμα σήματα**. Για τον λόγο αυτό, οι δείκτες τηλεπαρακολούθησης συνδέονται με: την ενεργοποίηση alerts, τον χρόνο ανταπόκρισης, και τη συμμόρφωση στην προβλεπόμενη απόκριση.

Η μη αξιοποίηση ενός alert ή η καθυστερημένη αντίδραση συνιστά αποτυχία φραγμού ασφάλειας και αξιολογείται αναλόγως στο παρόν.

2.6.3 Σχέση τηλεπαρακολούθησης και red flags

Τα red flags στη ΝΟΣΠΙ μπορεί να είναι: κλινικά (π.χ. μεταβολές ζωτικών σημείων), λειτουργικά (π.χ. απουσία επικοινωνίας), ή τεχνολογικά (π.χ. διακοπή μετάδοσης δεδομένων).

Η τηλεπαρακολούθηση: **δεν αντικαθιστά** τα red flags, αλλά λειτουργεί ως **πολλαπλασιαστής της ικανότητας ανίχνευσής τους**.

Τα red flags δεν αποτυπώνονται ως αυτόνομοι δείκτες, αλλά ενσωματώνονται: στα κριτήρια ενεργοποίησης alerts, στα SOPs απόκρισης, και στους δείκτες χρόνου και ποιότητας απόκρισης.

Έτσι, η τηλεπαρακολούθηση εντάσσεται λειτουργικά στο συνεχές red flag → near miss → ανεπιθύμητο συμβάν.

Ένα alert που δεν οδηγεί σε ενέργεια είναι λειτουργικά ισοδύναμο με μη ανίχνευση κινδύνου.

2.6.4 Τηλεπαρακολούθηση και αξιολόγηση ετοιμότητας του συστήματος

Η ύπαρξη τεχνολογικής υποδομής δεν ισοδυναμεί με ετοιμότητα. Η αξιολόγηση της τηλεπαρακολούθησης ως μηχανισμού ασφάλειας περιλαμβάνει:

(α) Τεχνολογική ετοιμότητα: αξιοπιστία συσκευών και συνδεσιμότητας, σαφή όρια ειδοποίησης, και δυνατότητα συνεχούς λειτουργίας.

(β) Κλινική ετοιμότητα: σαφή σύνδεση alerts με SOPs, προκαθορισμένες ενέργειες ανά τύπο ειδοποίησης, και επάρκεια προσωπικού για απόκριση.

(γ) Ετοιμότητα χρήστη (ασθενής/φροντιστής): σωστή χρήση συσκευών, κατανόηση της σημασίας των ειδοποιήσεων, και ικανότητα επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ.

Οι σχετικοί δείκτες επιτρέπουν την αξιολόγηση της τηλεπαρακολούθησης όχι ως “τεχνικής δυνατότητας”, αλλά ως **λειτουργικής ικανότητας του συστήματος**.

2.6.5 Κίνδυνοι και περιορισμοί της τηλεπαρακολούθησης

Η τηλεπαρακολούθηση, όταν δεν ενσωματώνεται ορθά, μπορεί να εισαγάγει νέους κινδύνους, όπως: υπερφόρτωση ειδοποιήσεων (alert fatigue), ψευδή αίσθηση ασφάλειας, ή καθυστέρηση κλινικής εκτίμησης λόγω υπερβολικής εμπιστοσύνης στην τεχνολογία.

Το Πλαίσιο Αξιολόγησης της Ασφάλειας αναγνωρίζει ρητά τους περιορισμούς αυτούς και ενσωματώνει δείκτες που: αξιολογούν την ποιότητα και όχι τον αριθμό alerts, ελέγχουν τη συμμόρφωση στην απόκριση, και ανιχνεύουν αστοχίες τεχνολογικών φραγμών.

Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές οργανισμών όπως ο World Health Organization, οι οποίες τονίζουν ότι η ψηφιακή υγεία πρέπει να σχεδιάζεται με επίκεντρο την ασφάλεια και όχι μόνο την καινοτομία.

2.6.6 Τηλεπαρακολούθηση, near misses και οργανωσιακή μάθηση

Η τηλεπαρακολούθηση συμβάλλει ουσιαστικά στην ανάδειξη near misses, καθώς επιτρέπει την ανίχνευση αποκλίσεων που: αναγνωρίστηκαν έγκαιρα, αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς, και δεν εξελίχθηκαν σε βλάβη.

Η συστηματική ανάλυση των περιστατικών αυτών: αποκαλύπτει αδύναμα σημεία στα όρια ειδοποίησης, οδηγεί σε αναθεώρηση SOPs, και βελτιώνει τη στόχευση των red flags.

Η τηλεπαρακολούθηση, επομένως, λειτουργεί ως **πηγή δεδομένων οργανωσιακής μάθησης** και όχι απλώς ως εργαλείο επιτήρησης.

2.6.7 Ενσωμάτωση της τηλεπαρακολούθησης στο Πλαίσιο Αξιολόγησης

Στο Πλαίσιο Αξιολόγησης του παρόντος η τηλεπαρακολούθηση: δεν αξιολογείται αυτοτελώς, αλλά ενσωματώνεται στους δείκτες ετοιμότητας, απόκρισης και ασφάλειας.

Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει: συγκρίσιμη αξιολόγηση μεταξύ μονάδων ΝΟΣΠΙ, και την εστίαση στη λειτουργική συμβολή της τεχνολογίας στην ασφάλεια της κατ' οίκον νοσηλείας.

2.6.8 Συμπέρασμα

Η τηλεπαρακολούθηση αποτελεί κρίσιμο ενισχυτικό μηχανισμό ασφάλειας στην κατ' οίκον νοσηλεία, υπό την προϋπόθεση ότι ενσωματώνεται σε σαφές πλαίσιο διαδικασιών, δεικτών και απόκρισης. Η πραγματική της αξία δεν έγκειται στη συνεχή ροή δεδομένων, αλλά στη δυνατότητα του συστήματος να μετατρέπει τα δεδομένα αυτά σε έγκαιρη,



κατάλληλη και ασφαλή κλινική δράση. Στη ΝΟΣΠ, η τηλεπαρακολούθηση δεν αντικαθιστά την ανθρώπινη κρίση· τη θωρακίζει.

3 Κεφάλαιο 4: Πλαίσιο Συνολικής Αξιολόγησης Ποιότητας Υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ

Το παρόν κεφάλαιο αποτελεί το **συνθετικό και ενοποιητικό πυρήνα** του παρόντος Παραδοτέου Π.3 και, κατ' επέκταση, ολόκληρου του έργου. Εδώ δεν εισάγονται νέες έννοιες αποσπασματικά, αλλά **συντίθενται συστηματικά**: το θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο ποιότητας, το ολοκληρωμένο σύστημα δεικτών και εργαλείων του Π.2, και τα εξειδικευμένα πλαίσια αξιολόγησης αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του Π.3 παρόντος, σε ένα **ενιαίο, συγκρίσιμο και επιχειρησιακά αξιοποιήσιμο Πλαίσιο Συνολικής Αξιολόγησης Ποιότητας της ΝΟΣΠΙ**.

Η ανάγκη για ένα τέτοιο πλαίσιο είναι ιδιαίτερα έντονη στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι, καθώς πρόκειται για μοντέλο φροντίδας που δεν μπορεί να αξιολογηθεί επαρκώς ούτε με παραδοσιακά νοσοκομειακά εργαλεία, ούτε με απλοποιημένους δείκτες έκβασης.

3.1 Έννοια της συνολικής ποιότητας στη ΝΟΣΠΙ

3.1.1 Θεωρητική θεμελίωση της έννοιας της ποιότητας

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχει θεμελιωθεί διεθνώς ως πολυδιάστατη και συστημική. Κλασικά μοντέλα ποιότητας, όπως το τρίπτυχο **δομή – διαδικασία – έκβαση**, καθώς και σύγχρονες προσεγγίσεις που ενσωματώνουν την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα, την ασθενοκεντρικότητα και τη συνεχή βελτίωση, έχουν καταδείξει ότι η ποιότητα δεν μπορεί να αποδοθεί σε μία μόνο διάσταση.

Έχει ήδη υιοθετηθεί αυτή τη θεώρηση, ενσωματώνοντας διεθνή πλαίσια ποιότητας, αρχές φροντίδας προσανατολισμένης στην αξία (value-based healthcare), καθώς και σύγχρονες προσεγγίσεις αξιολόγησης υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας.

Το παρόν, και ειδικότερα το παρόν κεφάλαιο, δεν επαναδιατυπώνει αυτές τις αρχές, αλλά τις **μετατρέπει σε λειτουργικό σύστημα συνολικής αξιολόγησης**.

3.1.2 Ιδιαιτερότητα της συνολικής ποιότητας στη ΝΟΣΠΙ

Η συνολική ποιότητα στη ΝΟΣΠΙ διαφοροποιείται ουσιαστικά από τη συνολική ποιότητα της ενδονοσοκομειακής φροντίδας για τρεις λόγους:

1. **Η παροχή φροντίδας είναι κατανεμημένη** (χώρος, χρόνος, επαγγελματίες, φροντιστές).
2. **Η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί περιστατικό με δυναμική εξέλιξη**, όχι στατική πράξη.
3. **Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από μη επαγγελματίες** (ασθενή, άτυπο φροντιστή).

Κατά συνέπεια, η συνολική ποιότητα στη ΝΟΣΠΙ δεν μπορεί να οριστεί ως άθροισμα μεμονωμένων "καλών αποτελεσμάτων", αλλά ως:

η ικανότητα του συστήματος κατ' οίκον νοσηλείας να παρέχει κλινικά αποτελεσματική, ασφαλή, ασθενοκεντρική και συνεπή φροντίδα σε όλη τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας, διαχειριζόμενο ενεργά τον κίνδυνο και τις μεταβολές.

Αυτός ο ορισμός **δεν είναι θεωρητικός**. Αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία έχει δομηθεί το σύστημα δεικτών, και οι επιμέρους αναλύσεις αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του παρόντος.

3.1.3 Η κατ' οίκον νοσηλεία ως βασική μονάδα συνολικής ποιότητας

Η συνολική ποιότητα στη ΝΟΣΠΙ αξιολογείται στο επίπεδο της **κατ' οίκον νοσηλείας ως ολοκληρωμένου περιστατικού**. Η επιλογή αυτή είναι θεμελιώδης και διαφοροποιεί ριζικά το παρόν πλαίσιο από αποσπασματικές προσεγγίσεις.

Η συνολική ποιότητα, επομένως, αποτυπώνει: τη συνοχή των παρεμβάσεων, τη συνέχεια της φροντίδας, τη διαχείριση κλινικής επιδείνωσης, και την εμπειρία ασθενούς και φροντιστή, καθ' όλη τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας

3.1.4 Συνολική ποιότητα ως συνθετικός δείκτης και όχι απλή συγκέντρωση μετρήσεων

Το Πλαίσιο Συνολικής Αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ απορρίπτει ρητά την προσέγγιση της απλής συγκέντρωσης μεμονωμένων δεικτών. Αντιθέτως, υιοθετεί συνθετική λογική, σύμφωνα με την οποία: υψηλή κλινική αποτελεσματικότητα **χωρίς ασφάλεια** δεν συνιστά ποιότητα, θετική εμπειρία ασθενούς **χωρίς συνέπεια διαδικασιών** δεν συνιστά ποιότητα, χαμηλά συμβάντα **χωρίς αποδεικτική ετοιμότητα και ανθεκτικότητα** δεν συνιστούν ποιότητα.

Η συνολική ποιότητα προκύπτει μόνο όταν **όλες οι κρίσιμες διαστάσεις επιτυγχάνονται εντός αποδεκτών ορίων**.

Στη ΝΟΣΠΙ, η συνολική ποιότητα δεν είναι άθροισμα δεικτών· είναι αποτέλεσμα ισορροπίας μεταξύ ασφάλειας, αποτελεσματικότητας, εμπειρίας και συνέπειας σε όλη τη διάρκειας της κατ' οίκον νοσηλείας.

3.1.5 Συνολική ποιότητα, διακυβέρνηση και λογοδοσία

Το Πλαίσιο Συνολικής Αξιολόγησης της Ποιότητας στη ΝΟΣΠΙ δεν έχει μόνο επιστημονικό ή αξιολογικό χαρακτήρα. Αποτελεί εργαλείο **διακυβέρνησης του συστήματος**, καθώς επιτρέπει: τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων, στοχευμένη βελτίωση σε επίπεδο μονάδας, και εθνική συγκρισιμότητα αποτελεσμάτων.

3.2 Σύνθεση δεικτών διαδικασίας, έκβασης και εμπειρίας

Η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος δεικτών, αποτελεί κρίσιμη προϋπόθεση για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Ωστόσο, η ύπαρξη πολλαπλών και ετερογενών δεικτών δεν αρκεί από μόνη της για τη συνολική αποτίμηση της ποιότητας. Η αξιολόγηση σε επίπεδο ποιότητας προϋποθέτει τη **σύνθεση** των επιμέρους μετρήσεων σε ένα συνεκτικό σχήμα ερμηνείας, το οποίο να αποτυπώνει τόσο το αποτέλεσμα όσο και τον τρόπο με τον οποίο αυτό επιτεύχθηκε.

Η ανάγκη αυτή είναι ιδιαίτερα έντονη στη ΝΟΣΠΙ, καθώς στην κατ' οίκον νοσηλεία, αλληλοεπιδρούν κλινικοί, οργανωσιακοί και κοινωνικοί παράγοντες. Κατά συνέπεια, η συνολική ποιότητα δεν μπορεί να συναχθεί από μία μόνο κατηγορία δεικτών, αλλά προκύπτει από τη **συνδυαστική ανάλυση** δεικτών διαδικασίας, έκβασης και εμπειρίας.

Οι δείκτες **διαδικασίας** αποτυπώνουν τον βαθμό στον οποίο η κατ' οίκον νοσηλεία υλοποιείται σύμφωνα με τον σχεδιασμό της. Μέσω αυτών καταγράφεται η συμμόρφωση σε κρίσιμα SOPs, η έγκαιρη αναγνώριση κλινικών αποκλίσεων, η ποιότητα της τεκμηρίωσης και η αποτελεσματικότητα του συντονισμού μεταξύ των εμπλεκόμενων μελών της ομάδας ΝΟΣΠΙ. Οι δείκτες αυτοί λειτουργούν ως θεμέλιο της ποιότητας, καθώς συνδέονται άμεσα με την ασφάλεια και την αξιοπιστία του συστήματος..

Οι δείκτες **έκβασης** αποτυπώνουν το κλινικό αποτέλεσμα της κατ' οίκον νοσηλείας. Περιλαμβάνουν τη σταθεροποίηση ή βελτίωση της κλινικής κατάστασης, την εμφάνιση επιπλοκών, την ανάγκη κλιμάκωσης ή μη προγραμματισμένης εισαγωγής και τη συνολική έκβαση του επεισοδίου. Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, οι δείκτες αυτοί ερμηνεύονται πάντοτε σε συνάρτηση με τους δείκτες διαδικασίας, καθώς η έγκαιρη κλιμάκωση ή η προληπτική εισαγωγή μπορεί να αποτελεί ένδειξη ασφαλούς και ώριμης λειτουργίας του συστήματος και όχι αποτυχία.

Οι δείκτες **εμπειρίας**, τέλος, αποτυπώνουν την οπτική του ασθενούς και του άτυπου φροντιστή. Η εμπειρία φροντίδας στη ΝΟΣΠΙ δεν αφορά μόνο την υποκειμενική ικανοποίηση, αλλά επηρεάζει ουσιαστικά τη συμμόρφωση, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της κατ' οίκον νοσηλείας. Η κατανόηση οδηγιών, η ποιότητα επικοινωνίας και η αίσθηση ασφάλειας αποτελούν κρίσιμους παράγοντες λειτουργίας του μοντέλου.

Η σχέση των τριών κατηγοριών δεικτών και ο ρόλος τους στη συνολική ποιότητα αποτυπώνονται συνοπτικά στον παρακάτω Πίνακα.

Πίνακας 23: Ρόλος κατηγοριών δεικτών στη συνολική ποιότητα ΝΟΣΠΙ

Κατηγορία δεικτών	Τι αποτυπώνει	Ρόλος στη συνολική ποιότητα
<i>Διαδικασίας</i>	Τρόπος παροχής φροντίδας	Θεμελιώνει ασφάλεια και συνέπεια
<i>Έκβασης</i>	Κλινικό αποτέλεσμα	Επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα
<i>Εμπειρίας</i>	Βίωμα ασθενούς και φροντιστή	Ελέγχει ασθενοκεντρικότητα και αποδοχή

Η σύνθεση των δεικτών στη ΝΟΣΠΙ δεν υλοποιείται ως απλή αριθμητική άθροιση, αλλά ως **εννοιολογική και μεθοδολογική διαδικασία**. Κεντρική αρχή αποτελεί το γεγονός ότι η ποιότητα δεν μπορεί να θεωρηθεί υψηλή όταν θετικές εκβάσεις ή εμπειρίες επιτυγχάνονται σε περιβάλλον χαμηλής ασφάλειας ή ασυνεπούς εφαρμογής διαδικασιών.

Η σύνθεση πραγματοποιείται πρωτίστως σε επίπεδο κατ' οίκον νοσηλείας, η οποία αποτελεί τη βασική μονάδα αξιολόγησης. Για κάθε επεισόδιο κατ' οίκον νοσηλείας, τα δεδομένα διαδικασίας, έκβασης και εμπειρίας εξετάζονται συνδυαστικά, ώστε να παραχθεί



ένα συνεκτικό προφίλ ποιότητας που αντανακλά τόσο το αποτέλεσμα όσο και τη διαδρομή φροντίδας.

Σε μεθοδολογικό επίπεδο, η διαδικασία σύνθεσης περιλαμβάνει κανονικοποίηση των επιμέρους δεικτών, ερμηνευτική στάθμιση και αναδρομική ιχνηλασιμότητα προς τα πρωτογενή δεδομένα. Ο στόχος δεν είναι η αποκρυψη της πολυπλοκότητας, αλλά η οργανωμένη παρουσίασή της με τρόπο που να υποστηρίζει τη λήψη αποφάσεων και τη συγκριτική αξιολόγηση.

Η λογική της σύνθεσης και η ροή από τους επιμέρους δείκτες προς τη συνολική ποιότητα αποτυπώνονται σχηματικά στον παρακάτω Πίνακα.

Πίνακας 24: Ροή σύνθεσης δεικτών στη ΝΟΣΠΙ

Επίπεδο ανάλυσης	Περιεχόμενο	Αποτέλεσμα
Πρωτογενείς δείκτες	Δείκτες	Αναλυτική αποτύπωση λειτουργίας
Ερμηνευτική σύνθεση	Συνδυασμός διαδικασίας– έκβασης–εμπειρίας	Προφίλ ποιότητας επείσοδίου
Συνολική αποτίμηση	Σύνθεση επείσοδίων	Εικόνα ποιότητας μονάδας ΝΟΣΠΙ

Η σύνθεση των δεικτών μετατρέπει τα δεδομένα από εργαλείο παρακολούθησης σε εργαλείο στρατηγικής αξιολόγησης. Επιτρέπει τον εντοπισμό συστημικών αδυναμιών, τη διάκριση μεταξύ προβλημάτων διαδικασίας και προβλημάτων έκβασης, καθώς και την ιεράρχηση παρεμβάσεων βελτίωσης με βάση τεκμηριωμένα δεδομένα.

Με τον τρόπο αυτό, το παρόν υποκεφάλαιο λειτουργεί ως ο κρίσιμος συνδετικός κρίκος μεταξύ της αναλυτικής μέτρησης και της συνολικής αξιολόγησης ποιότητας, προετοιμάζοντας το έδαφος για την εφαρμογή του Πλαισίου σε επίπεδο μονάδας ΝΟΣΠΙ και για τη διασφάλιση συγκρισιμότητας αποτελεσμάτων σε εθνικό επίπεδο.

3.3 Αξιολόγηση ποιότητας σε επίπεδο μονάδας ΝΟΣΠΙ

Η αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας σε επίπεδο μονάδας ΝΟΣΠΙ αποτελεί το κρίσιμο σημείο μετάβασης από το θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο στην επιχειρησιακή εφαρμογή. Ενώ τα προηγούμενα κεφάλαια του παρόντος ανέπτυξαν τα επιμέρους πλαίσια αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της σύνθεσης δεικτών, το παρόν υποκεφάλαιο εστιάζει στο πώς τα αποτελέσματα αυτά συγκροτούν μια **συνεκτική, αξιοποιήσιμη και συγκρίσιμη εικόνα ποιότητας** σε επίπεδο οργανωμένης μονάδας κατ' οίκον νοσηλείας.

Η μονάδα ΝΟΣΠΙ αντιμετωπίζεται εδώ όχι ως απλό άθροισμα επείσοδίων κατ' οίκον νοσηλείας, αλλά ως **λειτουργικό σύστημα παροχής φροντίδας**, με συγκεκριμένο επίπεδο ωριμότητας, ικανότητα διαχείρισης κινδύνου και δυναμική βελτίωσης. Η αξιολόγηση ποιότητας σε αυτό το επίπεδο δεν αποσκοπεί στην αποσπασματική αποτύπωση επιδόσεων, αλλά στη συνολική αποτίμηση της ικανότητας της μονάδας να παρέχει σταθερά ασφαλή, αποτελεσματική και ασθενοκεντρική φροντίδα.



Η βάση της αξιολόγησης παραμένει η κατ' οίκον νοσηλεία ως επεισόδιο. Ωστόσο, σε επίπεδο μονάδας, η ανάλυση μετατοπίζεται από το μεμονωμένο περιστατικό στη **συσσώρευση, κατανομή και επαναληψιμότητα των αποτελεσμάτων**. Η ποιότητα της μονάδας δεν κρίνεται από μεμονωμένα "καλά" ή "κακά" περιστατικά, αλλά από το αν τα αποτελέσματα που παράγει είναι συνεπή, προβλέψιμα και εντός αποδεκτών ορίων.

Σε αυτό το πλαίσιο, η αξιολόγηση ποιότητας σε επίπεδο μονάδας ΝΟΣΠΙ βασίζεται στη συστηματική ανάλυση των συνθετικών προφίλ ποιότητας που παράγονται στο επίπεδο των περιστατικών. Τα προφίλ αυτά, τα οποία συνδυάζουν δείκτες διαδικασίας, έκβασης και εμπειρίας, συγκεντρώνονται και αναλύονται ώστε να αποτυπωθούν πρότυπα λειτουργίας, επαναλαμβανόμενες αδυναμίες και περιοχές υψηλής επίδοσης.

Η μετάβαση από το επίπεδο της κατ' οίκον νοσηλείας στο επίπεδο μονάδας αποτυπώνεται σχηματικά στον Πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 25: Η μετάβαση από το επίπεδο της κατ' οίκον νοσηλείας στο επίπεδο μονάδας

Επίπεδο αξιολόγησης	Αντικείμενο	Τι αποτυπώνεται
Κατ' οίκον νοσηλεία	Μεμονωμένο περιστατικό	Ποιότητα διαδρομής φροντίδας
Σύνολο περιστατικών κατ' οίκον νοσηλείας	Επαναληψιμότητα αποτελεσμάτων	Σταθερότητα και συνέπεια
Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Συστημική λειτουργία	Ωριμότητα και συνολική ποιότητα

Η αξιολόγηση ποιότητας σε επίπεδο μονάδας ενσωματώνει ταυτόχρονα **ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία**. Τα ποσοτικά στοιχεία προκύπτουν από τη συγκεντρωτική ανάλυση των συνθετικών δεικτών ποιότητας, ενώ τα ποιοτικά στοιχεία προκύπτουν από την ερμηνεία των near misses, των ανεπιθύμητων συμβάντων, των μοτίβων κλινικής επιδείνωσης και των δεδομένων εμπειρίας ασθενών και φροντιστών. Ο συνδυασμός αυτός επιτρέπει την κατανόηση όχι μόνο του "τι" συμβαίνει, αλλά και του "πώς" και "γιατί".

Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στη διάκριση μεταξύ **τυχαίας διακύμανσης** και **συστημικής απόκλισης**. Μια μονάδα ΝΟΣΠΙ μπορεί να εμφανίσει μεμονωμένα αρνητικά αποτελέσματα χωρίς αυτό να υποδηλώνει χαμηλή ποιότητα. Αντιθέτως, επαναλαμβανόμενες αποκλίσεις σε συγκεκριμένες διαστάσεις ποιότητας υποδηλώνουν δομικές ή οργανωσιακές αδυναμίες που απαιτούν παρέμβαση.

Η λογική αυτή αποτυπώνεται στον παρακάτω Πίνακα, ο οποίος συνδέει τα ευρήματα της αξιολόγησης με το επίπεδο ωριμότητας της μονάδας.

Πίνακας 26: Ευρήματα της αξιολόγησης με το επίπεδο ωριμότητας της μονάδας

Πρότυπο αποτελεσμάτων	Ερμηνεία	Επιπτώσεις στη μονάδα
Σταθερά εντός ορίων	Υψηλή λειτουργική ωριμότητα	Διατήρηση και βελτιστοποίηση
Μεμονωμένες αποκλίσεις	Τυχαία διακύμανση	Στοχευμένη διερεύνηση
Επαναλαμβανόμενες αποκλίσεις	Συστημική αδυναμία	Διορθωτικές παρεμβάσεις

Ασάθεια αποτελεσμάτων

Χαμηλή προβλεψιμότητα

Ανασχεδιασμός
διαδικασιών

Η αξιολόγηση ποιότητας σε επίπεδο μονάδας ΝΟΣΠΙ δεν έχει τιμωρητικό χαρακτήρα. Αντιθέτως, εντάσσεται στη λογική της **συνεχούς βελτίωσης και της οργανωσιακής μάθησης**. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης τροφοδοτούν την αναθεώρηση SOPs, τον επανασχεδιασμό κλινικών διαδρομών και τη στοχευμένη εκπαίδευση του προσωπικού και των φροντιστών.

Παράλληλα, η συγκεντρωτική αποτίμηση της ποιότητας σε επίπεδο μονάδας δημιουργεί τις προϋποθέσεις για **εξωτερική λογοδοσία και συγκρισιμότητα**, χωρίς να αποσυνδέεται από το εσωτερικό πλαίσιο βελτίωσης. Η μονάδα ΝΟΣΠΙ αποκτά έτσι σαφή εικόνα της θέσης της σε σχέση με αποδεκτά πρότυπα ποιότητας, αλλά και τη δυνατότητα να παρακολουθεί τη βελτίωσή της διαχρονικά.

3.4 Εθνική συγκρισιμότητα και διαστρωμάτωση/κατηγοριοποίηση αποτελεσμάτων

Η εθνική συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα του Πλαισίου Συνολικής Αξιολόγησης Ποιότητας και προϋπόθεση για τη θεσμική ωρίμανση, τη βιωσιμότητα και τη μελλοντική ενσωμάτωση του μοντέλου ΝΟΣΠΙ στο σύστημα υγείας. Η συγκρισιμότητα δεν αντιμετωπίζεται στο παρόν Παραδοτέο ως τεχνικό υποπροϊόν της συλλογής δεδομένων, αλλά ως **δομικό στοιχείο διακυβέρνησης της ποιότητας**, το οποίο επιτρέπει τη μετάβαση από την πιλοτική ή αποσπασματική εφαρμογή σε εθνικό, θεσμικά εδραιωμένο πρόγραμμα.

Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, η ανάγκη εθνικής συγκρισιμότητας προκύπτει από τη φύση του ίδιου του μοντέλου. Οι μονάδες ΝΟΣΠΙ λειτουργούν σε διαφορετικά γεωγραφικά, κοινωνικά και οργανωσιακά περιβάλλοντα, εξυπηρετούν πληθυσμούς με διαφορετικό βαθμό κλινικής πολυπλοκότητας και εφαρμόζουν διαφορετικό εύρος κλινικών διαδρομών. Υπό αυτές τις συνθήκες, η σύγκριση αποτελεσμάτων χωρίς προσαρμογή στο πλαίσιο λειτουργίας θα οδηγούσε σε στρεβλές ερμηνείες και θα υπονόμει την αξιοπιστία του συστήματος αξιολόγησης.

Για τον λόγο αυτό, το Πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ υιοθετεί την αρχή ότι η εθνική συγκρισιμότητα δεν αποσκοπεί στη δημιουργία κατατάξεων ή ανταγωνιστικών πινάκων επίδοσης, αλλά στη **συγκριτική κατανόηση της ποιότητας** με όρους βελτίωσης, μάθησης και υποστήριξης. Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με τις αρχές που προωθούν διεθνείς οργανισμοί όπως ο World Health Organization και ο Organisation for Economic Co-operation and Development, σύμφωνα με τις οποίες η συγκρισιμότητα στην υγεία πρέπει να υπηρετεί τη βελτίωση των συστημάτων και όχι τη στοχοποίηση των παρόχων.

Η εθνική συγκρισιμότητα στη ΝΟΣΠΙ βασίζεται σε τέσσερις αλληλένδετες αρχές.

- Πρώτον, στη **συγκρισιμότητα με προσαρμογή στο πλαίσιο**, η οποία διασφαλίζει ότι οι μονάδες συγκρίνονται μόνο εντός ομοιογενών ομάδων.
- Δεύτερον, στην **πολυδιάστατη αποτίμηση της ποιότητας**, η οποία απορρίπτει τη μονοσήμαντη αξιολόγηση μέσω μεμονωμένων δεικτών και στηρίζεται στη σύνθεση των διαστάσεων ασφάλειας, κλινικής αποτελεσματικότητας, εμπειρίας και οργανωσιακής ωριμότητας, όπως αυτές έχουν αναλυθεί στα Κεφάλαια 3 και 4.

- Τρίτον, στη **διαφάνεια και ιχνηλασιμότητα**, ώστε κάθε συγκριτικό συμπέρασμα να μπορεί να αναχθεί στους πρωτογενείς δείκτες.
- Τέταρτον, στη **μη τιμωρητική χρήση των αποτελεσμάτων**, με έμφαση στη βελτίωση και όχι στην επιβολή κυρώσεων.

Κεντρικό εργαλείο για την εφαρμογή των παραπάνω αρχών αποτελεί η **διαστρωμάτωση/κατηγοριοποίηση των μονάδων ΝΟΣΠΙ πριν από οποιαδήποτε συγκριτική ανάλυση**. Η διαστρωμάτωση λειτουργεί ως φίλτρο δικαιοσύνης και επιστημονικής εγκυρότητας, επιτρέποντας τη σύγκριση μονάδων με παρόμοια χαρακτηριστικά πληθυσμού, κλινικής πολυπλοκότητας και οργανωσιακής ωριμότητας. Τα κριτήρια διαστρωμάτωσης αντλούνται άμεσα από τα δεδομένα που συλλέγονται και περιλαμβάνουν το προφίλ των ασθενών, το είδος και το εύρος των εφαρμοζόμενων κλινικών διαδρομών, το γεωγραφικό πλαίσιο λειτουργίας, τον όγκο επεισοδίων κατ' οίκον νοσηλείας και το επίπεδο εφαρμογής SOPs και μηχανισμών ασφάλειας.

Πίνακας 27: Άξονες διαστρωμάτωσης μονάδων ΝΟΣΠΙ για σκοπούς εθνικής συγκρισιμότητας

Άξονας	Σκοπός
Πληθυσμός ασθενών	Προσαρμογή ως προς πολυνοσηρότητα και ευαλωτότητα
Κλινικές διαδρομές	Σύγκριση ομοειδούς κλινικής πολυπλοκότητας
Γεωγραφικό πλαίσιο	Αντιμετώπιση ανισοτήτων πρόσβασης
Μέγεθος μονάδας	Έλεγχος επίδρασης όγκου
Οργανωσιακή ωριμότητα	Δίκαιη αποτίμηση συστημικής ικανότητας

Μετά τη διαστρωμάτωση, η συγκρισιμότητα υλοποιείται μέσω **συνθετικών προφίλ ποιότητας**, τα οποία προκύπτουν από τη σύνθεση των δεικτών διαδικασίας, έκβασης και εμπειρίας, όπως αυτή έχει αναλυθεί στο Κεφάλαιο 5.2. Τα προφίλ αυτά δεν λειτουργούν ως βαθμολογίες κατάταξης, αλλά ως εργαλεία εντοπισμού προτύπων επίδοσης, αποκλίσεων και τάσεων. Η σύγκριση πραγματοποιείται εντός των στρωμάτων και εστιάζει στη διαχρονική εξέλιξη και στη σχετική θέση της μονάδας ως προς αποδεκτά όρια ποιότητας.

Η ερμηνεία των συγκριτικών αποτελεσμάτων δεν περιορίζεται σε ποσοτικές αποκλίσεις, αλλά συνοδεύεται από ποιοτική ανάλυση, ιδίως σε περιπτώσεις επαναλαμβανόμενων αποκλίσεων ή αστάθειας αποτελεσμάτων. Με τον τρόπο αυτό, το Πλαίσιο αποφεύγει την απλοϊκή ανάγνωση των δεδομένων και επιτρέπει τη διάκριση μεταξύ τυχαίας διακύμανσης και συστημικής αδυναμίας.

Πίνακας 28: Ερμηνεία συγκριτικών προτύπων ποιότητας

Πρότυπο αποτελεσμάτων	Ερμηνεία
Σταθερά εντός ορίων	Λειτουργική ωριμότητα και συνέπεια
Σταδιακή βελτίωση	Θετική δυναμική συστήματος
Επαναλαμβανόμενες αποκλίσεις	Συστημική αδυναμία
Υψηλή μεταβλητότητα	Χαμηλή προβλεψιμότητα



Ιδιαίτερης σημασίας για την πληρότητα του Πλαισίου είναι το γεγονός ότι η εθνική συγκρισιμότητα **δεν αποτελεί τελικό στάδιο**, αλλά ενεργοποιεί μηχανισμό ανατροφοδότησης προς το σύστημα δεικτών. Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα και τα συγκριτικά ευρήματα αξιοποιούνται για την αναθεώρηση ορίων, benchmarks και, όπου απαιτείται, της ίδιας της δομής των δεικτών. Με τον τρόπο αυτό, το σύστημα αξιολόγησης παραμένει δυναμικό και εξελισσόμενο, αντανακλώντας την ωρίμανση του προγράμματος ΝΟΣΠΙ.

Τέλος, το Πλαίσιο αναγνωρίζει ρητά ότι η εθνική συγκρισιμότητα προϋποθέτει ελάχιστο επίπεδο ποιότητας δεδομένων, ομοιογένεια εφαρμογής SOPs και βασική οργανωσιακή επάρκεια. Η αναγνώριση αυτών των προϋποθέσεων δεν αποδυναμώνει το σύστημα, αλλά ενισχύει την επιστημονική του εγκυρότητα, καθώς θέτει σαφή όρια ερμηνείας και αποτρέπει την υπεραπλούστευση σύνθετων φαινομένων.

Με την ενσωμάτωση της εθνικής συγκρισιμότητας και της διαστρωμάτωσης αποτελεσμάτων, το Πλαίσιο Συνολικής Αξιολόγησης Ποιότητας της ΝΟΣΠΙ ολοκληρώνεται ως συνεκτικό, δίκαιο και θεσμικά εφαρμόσιμο σύστημα. Η αξιολόγηση μετατρέπεται από περιγραφικό εργαλείο σε μηχανισμό διακυβέρνησης, επιτρέποντας τη συστηματική βελτίωση, τη διαφανή λογοδοσία και τη βιώσιμη ανάπτυξη της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι σε εθνικό επίπεδο.

4 Κεφάλαιο 5: Σύνθετοι δείκτες, προφίλ απόδοσης και κανόνες ερμηνείας αποτελεσμάτων στη ΝΟΣΠΙ

4.1 Λογική σύνθετων δεικτών και προφίλ απόδοσης

Η ανάπτυξη σύνθετων δεικτών και προφίλ απόδοσης στο πλαίσιο της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι αποτελεί αναγκαία μεθοδολογική επιλογή, η οποία απορρέει τόσο από την πολυδιάστατη φύση της ποιότητας όσο και από τη δομική πολυπλοκότητα της κατ' οίκον νοσηλείας. Η ποιότητα στη ΝΟΣΠΙ δεν συνίσταται σε ένα ενιαίο χαρακτηριστικό, αλλά συγκροτείται από πολλαπλές και αλληλεξαρτώμενες διαστάσεις, όπως η ασφάλεια, η κλινική αποτελεσματικότητα, η εμπειρία φροντίδας και η οργανωσιακή επάρκεια.

Οι **σύνθετοι δείκτες** (composite indicators – σύνθετοι δείκτες απόδοσης) εισάγονται στο παρόν Πλαίσιο ως μεθοδολογικό εργαλείο σύνθεσης και ερμηνείας, και όχι ως μηχανισμός απλοποίησης ή βαθμολόγησης. Με τον όρο σύνθετος δείκτης νοείται η οργανωμένη σύνθεση ομάδων πρωτογενών δεικτών που ανήκουν στον ίδιο εννοιολογικό άξονα αξιολόγησης, με στόχο την αποτύπωση της συνολικής επίδοσης του συστήματος σε μια συγκεκριμένη διάσταση ποιότητας.

Η λογική αυτή εδράζεται σε διεθνώς αναγνωρισμένες μεθοδολογικές προσεγγίσεις, όπως η **πολυκριτηριακή ανάλυση αποφάσεων** (Multicriteria Decision Analysis – MCDA), δηλαδή η αξιολόγηση συστημάτων βάσει πολλαπλών κριτηρίων, καθώς και η **αξιολόγηση απόδοσης συστημάτων υγείας** (Health System Performance Assessment), όπου η απόδοση αποτιμάται συνδυαστικά και όχι μονοδιάστατα. Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, οι προσεγγίσεις αυτές προσαρμόζονται στις ιδιαιτερότητες της κατ' οίκον νοσηλείας και ενσωματώνουν τις απαιτήσεις ασφάλειας και μη τιμωρητικής αξιολόγησης.

Κρίσιμη μεθοδολογική επιλογή του Πλαισίου είναι η ρητή **απόρριψη της λογικής του “scoring”** (βαθμολόγηση) και της παραγωγής ενός ενιαίου αριθμητικού δείκτη ποιότητας. Η βαθμολόγηση προϋποθέτει γραμμική εξίσωση ανόμοιων διαστάσεων και ενέχει τον κίνδυνο απόκρυψης σοβαρών αδυναμιών πίσω από θετικές συνολικές τιμές. Αντί αυτής, το Πλαίσιο υιοθετεί τη λογική των **προφίλ απόδοσης** (performance profiles – προφίλ επίδοσης).

Τα προφίλ απόδοσης αποτελούν πολυδιάστατα αποτυπώματα ποιότητας, τα οποία παρουσιάζουν ταυτόχρονα την επίδοση μιας κατ' οίκον νοσηλείας ή μιας μονάδας ΝΟΣΠΙ σε όλους τους βασικούς άξονες αξιολόγησης, χωρίς κατάταξη ή αριθμητική συμπίεση της πληροφορίας. Με τον τρόπο αυτό, αναδεικνύονται τόσο τα ισχυρά σημεία όσο και οι αδυναμίες του συστήματος, υποστηρίζοντας τη στοχευμένη βελτίωση και τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων.

Η διάκριση μεταξύ πρωτογενών δεικτών, σύνθετων δεικτών και προφίλ απόδοσης αποτελεί θεμελιώδη μεθοδολογική αρχή του Πλαισίου και αποτυπώνεται στον παρακάτω Πίνακα.

Πίνακας 29: Επίπεδα δεικτών στο Πλαίσιο Αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ

Επίπεδο αξιολόγησης	Ορισμός	Ρόλος

Πρωτογενείς δείκτες	Μεμονωμένες μετρήσεις	Αναλυτική καταγραφή επιμέρους πτυχών
Σύνθετοι δείκτες	Σύνθεση ομοειδών πρωτογενών δεικτών	Ερμηνεία επίδοσης ανά άξονα
Προφίλ απόδοσης	Συνδυασμός σύνθετων δεικτών	Πολυδιάστατη εικόνα ποιότητας

Οι πρωτογενείς δείκτες συλλέγονται και αναλύονται σε επίπεδο κατ' οίκον νοσηλείας, σύμφωνα με τους ορισμούς και τις διαδικασίες. Οι σύνθετοι δείκτες προκύπτουν από την ερμηνευτική σύνδεση αυτών των δεδομένων, χωρίς να αναιρείται η δυνατότητα αναδρομικής ανάλυσης στα επιμέρους στοιχεία. Τα προφίλ απόδοσης, τέλος, αποτελούν το ανώτερο επίπεδο αποτίμησης και χρησιμοποιούνται για τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας σε επίπεδο επεισοδίου και μονάδας.

Η λειτουργική διαφοροποίηση μεταξύ σύνθετου δείκτη και προφίλ απόδοσης συνοψίζεται στον Πίνακα 30.

Πίνακας 30: Διάκριση σύνθετων δεικτών και προφίλ απόδοσης

Χαρακτηριστικό	Σύνθετος δείκτης	Προφίλ απόδοσης
Επίπεδο εφαρμογής	Άξονας ποιότητας	Σύνολο αξόνων
Στόχος	Ερμηνεία επίδοσης	Ολιστική αποτύπωση
Αριθμητική συμπίεση	Περιορισμένη	Αποφεύγεται
Κατάταξη / scoring	Όχι	Όχι

Η χρήση προφίλ απόδοσης αναγνωρίζει ότι η ποιότητα στη ΝΟΣΠΙ αποτελεί **συστημική ιδιότητα** και όχι άθροισμα επιμέρους αποτελεσμάτων. Ένα σύστημα μπορεί να επιτυγχάνει θετικές κλινικές εκβάσεις, αλλά να εμφανίζει ελλείμματα στην ασφάλεια ή στην οργανωσιακή ετοιμότητα. Το προφίλ απόδοσης επιτρέπει την ταυτόχρονη ανάδειξη αυτών των ασυμμετριών, οι οποίες είναι κρίσιμες για τη λήψη αποφάσεων και τον σχεδιασμό παρεμβάσεων βελτίωσης.

Η εφαρμογή της λογικής των προφίλ απόδοσης καθιστά αναγκαία την εισαγωγή συμπληρωματικών μεθοδολογικών μηχανισμών, οι οποίοι αναπτύσσονται στα επόμενα υποκεφάλαια. Συγκεκριμένα, απαιτείται η **στάθμιση δεικτών** (weighting – στάθμιση), ώστε να αποτυπώνεται η σχετική σημασία των διαφορετικών αξόνων ποιότητας, η **διαχείριση της ετερογένειας** (heterogeneity – ετερογένεια) πληθυσμών και μονάδων, η **ανάλυση διαχρονικών τάσεων** (trend analysis – ανάλυση τάσεων) για την αποτύπωση της εξέλιξης της ποιότητας στον χρόνο και ο σαφής καθορισμός των **ορίων ερμηνείας** (interpretation limits – όρια ερμηνείας), προκειμένου να αποφεύγονται .

4.2 Στάθμιση δεικτών ανά άξονα αξιολόγησης

Η στάθμιση των δεικτών αποτελεί κεντρικό μεθοδολογικό μηχανισμό στο Πλαίσιο Αξιολόγησης της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι, καθώς καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο οι διαφορετικές διαστάσεις ποιότητας συνεισφέρουν στη συνολική αποτίμηση της απόδοσης. Σε αντίθεση με απλουστευτικές προσεγγίσεις που αντιμετωπίζουν όλους τους δείκτες ως ισοδύναμους, το παρόν Πλαίσιο αναγνωρίζει ότι η ποιότητα στη ΝΟΣΠΙ συγκροτείται από **ιεραρχημένες και μη ανταλλάξιμες (non-substitutable)** διαστάσεις.

Η λογική της στάθμισης εδράζεται άμεσα στο θεωρητικό πλαίσιο ποιότητας που αναπτύχθηκε, σύμφωνα με το οποίο η ασφάλεια και η κλινική επάρκεια αποτελούν δομικές προϋποθέσεις ποιότητας και όχι απλώς μία ακόμη διάσταση μεταξύ άλλων. Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με τη διεθνή βιβλιογραφία της αξιολόγησης συστημάτων υγείας, όπου η πρόληψη βλάβης και η ασφαλής κλινική διαχείριση θεωρούνται απαραίτητες συνθήκες για την αποδεκτή λειτουργία ενός συστήματος φροντίδας.

Με τον όρο **στάθμιση** (weighting – στάθμιση) νοείται η διαδικασία απόδοσης σχετικής σημασίας σε άξονες αξιολόγησης και σε επιμέρους δείκτες, με σκοπό τη δομημένη ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Στο Πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, η στάθμιση **δεν οδηγεί σε αριθμητικό σκορ** και **δεν χρησιμοποιείται για κατάταξη (ranking)**, αλλά λειτουργεί ως ερμηνευτικός κανόνας ανάγνωσης των προφίλ απόδοσης που αναπτύχθηκαν.

4.2.1 Θεμελιώδεις αρχές στάθμισης

Η μεθοδολογία στάθμισης στη ΝΟΣΠΙ διέπεται από τέσσερις θεμελιώδεις αρχές.

Πρώτον, η αρχή της **ιεράρχησης κρίσιμων αξόνων**. Ο άξονας της ασφάλειας της φροντίδας έχει πρωτεύουσα σημασία και προηγείται όλων των άλλων διαστάσεων ποιότητας. Η χαμηλή επίδοση σε κρίσιμους δείκτες ασφάλειας υπονομεύει τη συνολική ποιότητα, ανεξαρτήτως θετικών αποτελεσμάτων σε άλλους άξονες.

Δεύτερον, η αρχή της **μη αντιστάθμισης** (non-compensability – μη αντιστάθμιση). Σοβαρά ελλείμματα σε κρίσιμους δείκτες δεν μπορούν να αντισταθμιστούν από υψηλή επίδοση σε δείκτες εμπειρίας ή διαδικασίας. Η αρχή αυτή λειτουργεί ως βασική δικλείδα ασφάλειας του Πλαισίου.

Τρίτον, η αρχή της **συνάφειας με το κλινικό και οργανωσιακό πλαίσιο**. Η στάθμιση λαμβάνει υπόψη το είδος της κατ' οίκον νοσηλείας, την πολυπλοκότητα του πληθυσμού και το επίπεδο ωριμότητας της μονάδας ΝΟΣΠΙ.

Τέταρτον, η αρχή της **διαφάνειας και αναθεώρησης**. Οι κανόνες στάθμισης είναι ρητά δηλωμένοι, τεκμηριωμένοι και δύνανται να επικαιροποιούνται μέσω του μηχανισμού ανατροφοδότησης που περιεγράφηκε στο Κεφάλαιο .

4.2.2 Άξονες αξιολόγησης και σύνδεση με τους δείκτες

Η στάθμιση εφαρμόζεται πρωτίστως στο επίπεδο των αξόνων αξιολόγησης, όπως αυτοί έχουν οριστεί και εξειδικευθεί στο σύστημα δεικτών. Κάθε άξονας αντιστοιχεί σε συγκεκριμένες κατηγορίες δεικτών και επιτελεί διακριτό ρόλο στη συνολική ποιότητα.

Πίνακας 31: Αντιστοίχιση αξόνων αξιολόγησης με δείκτες και ρόλο στη στάθμιση

Άξονας ποιότητας	Κατηγορίες δεικτών	Ρόλος στη συνολική αποτίμηση
Ασφάλεια φροντίδας	Δείκτες ασφάλειας, συμβάντων, red flags	Μη αντισταθμιστικός
Κλινική αποτελεσματικότητα	Δείκτες έκβασης και κλινικής πορείας	Υψηλής βαρύτητας



Διαδικασίες οργάνωση Εμπειρία φροντίδας	και	Δείκτες SOPs, τεκμηρίωσης, απόκρισης	Υποστηρικτικός
		PREMs, PROMs, δείκτες συμμετοχής	Συμπληρωματικός

Η παραπάνω αντιστοίχιση καθιστά σαφές ότι η στάθμιση δεν αποτελεί αφηρημένη επιλογή, αλλά **ενσωματώνεται οργανικά στο σύστημα δεικτών**.

4.2.3 Κρίσιμοι δείκτες και εσωτερική στάθμιση εντός άξονα

Πέραν της στάθμισης σε επίπεδο αξόνων, το Πλαίσιο εισάγει τη διάκριση μεταξύ **κρίσιμων** και **υποστηρικτικών** δεικτών εντός κάθε άξονα. Ως **κρίσιμος δείκτης** (critical indicator – κρίσιμος δείκτης) ορίζεται κάθε δείκτης του οποίου η απόκλιση υποδηλώνει αυξημένο κίνδυνο για την ασφάλεια ή τη βασική κλινική επάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας.

Πίνακας 32: Κατηγοριοποίηση δεικτών για σκοπούς στάθμισης

Κατηγορία δείκτη	Χαρακτηριστικά	Μεθοδολογική συνέπεια
Κρίσιμος δείκτης	Άμεση σχέση με ασφάλεια/κίνδυνο	Υποχρεωτική διερεύνηση
Υποστηρικτικός δείκτης	Έμμεση συμβολή στην ποιότητα	Ερμηνευτική ενίσχυση

Η ύπαρξη αρνητικού αποτελέσματος σε κρίσιμο δείκτη ενεργοποιεί διαδικασίες περαιτέρω ανάλυσης, ανεξαρτήτως της συνολικής εικόνας των υπολοίπων δεικτών.

4.2.4 Κανόνες ερμηνείας βάσει στάθμισης

Η στάθμιση αποκτά πρακτική σημασία μέσω σαφών κανόνων ερμηνείας των προφίλ απόδοσης. Οι κανόνες αυτοί διασφαλίζουν ενιαία και συνεπή ανάγνωση των αποτελεσμάτων σε όλα τα επίπεδα αξιολόγησης.

Πίνακας 33: Ενδεικτικοί κανόνες ερμηνείας προφίλ απόδοσης

Συνδυασμός αποτελεσμάτων	Ερμηνεία ποιότητας
Χαμηλή επίδοση ασφάλειας, ανεξαρτήτως άλλων αξόνων	Μη αποδεκτή ποιότητα
Υψηλή ασφάλεια, μέτρια κλινική έκβαση	Αποδεκτή με παρακολούθηση
Σταθερά υψηλή επίδοση σε όλους τους άξονες	Καλή πρακτική
Υψηλή μεταβλητότητα μεταξύ αξόνων	Ανάγκη στοχευμένης παρέμβασης

Οι κανόνες αυτοί δεν αποτελούν αυτοματοποιημένο αλγόριθμο, αλλά **ερμηνευτικό πλαίσιο** που υποστηρίζει τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων.

4.2.5 Ρόλος της στάθμισης στη συνολική μεθοδολογία

Η στάθμιση λειτουργεί ως γέφυρα μεταξύ της σύνθεσης των δεικτών και της περαιτέρω ανάλυσης των αποτελεσμάτων. Η εφαρμογή της καθιστά αναγκαία τη συστηματική

διαχείριση της ετερογένειας πληθυσμών και μονάδων, καθώς και τη **διαχρονική ανάλυση** της επίδοσης, ενώ παράλληλα επιβάλλει σαφή **όρια ερμηνείας** για την αποφυγή λανθασμένων συμπερασμάτων.

4.3 Διαχείριση ετερογένειας πληθυσμών και μονάδων

Η διαχείριση της ετερογένειας (heterogeneity – ετερογένεια) αποτελεί θεμελιώδη μεθοδολογική πρόκληση για την αξιολόγηση της ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι. Η ετερογένεια αφορά τόσο τα χαρακτηριστικά των πληθυσμών που εντάσσονται σε κατ' οίκον νοσηλεία όσο και τις οργανωσιακές, λειτουργικές και τεχνολογικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των μονάδων ΝΟΣΠΙ. Το μοντέλο της κατ' οίκον νοσηλείας εφαρμόζεται σε περιβάλλοντα υψηλής μεταβλητότητας, γεγονός που καθιστά ανεπαρκή κάθε αξιολόγηση που βασίζεται σε ομογενοποιητικές παραδοχές.

Στο παρόν Πλαίσιο, η ετερογένεια δεν αντιμετωπίζεται ως στατιστικός «θόρυβος» που πρέπει να εξαλειφθεί, αλλά ως **δομικό χαρακτηριστικό** του συστήματος ΝΟΣΠΙ, το οποίο οφείλει να ενσωματωθεί ρητά στη μεθοδολογία αξιολόγησης. Η αγνόηση της ετερογένειας οδηγεί σε παραπλανητικές συγκρίσεις, άδικες κρίσεις και αποδυνάμωση της επιστημονικής εγκυρότητας των αποτελεσμάτων.

4.3.1 Ετερογένεια πληθυσμών κατ' οίκον νοσηλείας

Η ετερογένεια των πληθυσμών στη ΝΟΣΠΙ αφορά διαφοροποιήσεις ως προς την ηλικία, την πολυνοσηρότητα, τη λειτουργική κατάσταση, τον βαθμό ευαλωτότητας και το επίπεδο κοινωνικής και οικογενειακής υποστήριξης. Έχουν οριστεί δείκτες και μεταβλητές που αποτυπώνουν τις παραμέτρους αυτές όχι ως δείκτες ποιότητας, αλλά ως **παράγοντες πλαισίου** (contextual factors – παράγοντες πλαισίου), οι οποίοι επηρεάζουν καθοριστικά την ερμηνεία των εκβάσεων.

Η μεθοδολογία του Πλαισίου αναγνωρίζει ότι παρόμοια αποτελέσματα μπορεί να έχουν διαφορετική σημασία ανάλογα με το προφίλ του πληθυσμού. Για παράδειγμα, αυξημένη ανάγκη κλιμάκωσης ή υψηλότερα ποσοστά επιπλοκών σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου δεν συνιστούν αυτομάτως ένδειξη χαμηλής ποιότητας, αλλά πρέπει να ερμηνεύονται σε σχέση με τον **αναμενόμενο κίνδυνο** (expected risk – αναμενόμενος κίνδυνος).

Για τον λόγο αυτό, η αξιολόγηση στη ΝΟΣΠΙ εφαρμόζεται με:

κατηγοριοποίηση/διαστρωμάτωση πληθυσμών (stratification – διαστρωμάτωση), και, όπου είναι μεθοδολογικά εφικτό, με **προσαρμογή στον κίνδυνο** (risk adjustment – προσαρμογή κινδύνου).

Πίνακας 34: Παράγοντες ετερογένειας πληθυσμών και ρόλος τους στην ερμηνεία

Παράγοντας	Περιγραφή	Ρόλος στην αξιολόγηση
Ηλικία	Παιδιατρικοί, ενήλικες, γηριατρικοί	Διαφορετικά πρότυπα κινδύνου
Πολυνοσηρότητα	Συνύπαρξη χρόνιων παθήσεων	Επηρεάζει εκβάσεις
Λειτουργική κατάσταση	Βαθμός αυτονομίας	Κρίσιμη για ασφάλεια



Κοινωνική
υποστήριξη

Παρουσία φροντιστή

Επηρεάζει συμμόρφωση

4.3.2 Ετερογένεια μονάδων ΝΟΣΠΙ

Παράλληλα με τους πληθυσμούς, σημαντική ετερογένεια παρατηρείται και μεταξύ των μονάδων ΝΟΣΠΙ. Οι μονάδες διαφοροποιούνται ως προς το μέγεθος, τον όγκο περιστατικών, το επίπεδο οργανωσιακής ωριμότητας, την εμπειρία του προσωπικού και τη διαθεσιμότητα υποστηρικτικών τεχνολογιών. Οι διαφοροποιήσεις αυτές επηρεάζουν άμεσα τόσο τη λειτουργία όσο και τα παραγόμενα αποτελέσματα.

Το Πλαίσιο αντιμετωπίζει την ετερογένεια μονάδων μέσω: κατηγοριοποίησης πριν από κάθε συγκριτική ανάλυση, ερμηνείας των αποτελεσμάτων σε συνάρτηση με το επίπεδο ωριμότητας, και αποφυγής άμεσων συγκρίσεων μεταξύ μη ομοειδών μονάδων.

Πίνακας 35: Παράγοντες ετερογένειας μονάδων ΝΟΣΠΙ

Παράγοντας	Περιγραφή	Μεθοδολογική προσέγγιση
Μέγεθος μονάδας	Όγκος κατ' οίκον νοσηλείων	Σύγκριση εντός ομάδων
Οργανωσιακή ωριμότητα	SOPs, εμπειρία	Προσαρμοσμένη ερμηνεία
Γεωγραφικό πλαίσιο	Αστικό-απομακρυσμένο	Πλαίσιο λειτουργίας
Τεχνολογική υποστήριξη	Τηλεπαρακολούθηση	Συνθήκες παροχής

4.3.3 Μεθοδολογικά εργαλεία διαχείρισης ετερογένειας

- Για τη συστηματική και διαφανή διαχείριση της ετερογένειας, το Πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ εφαρμόζει συνδυασμό μεθοδολογικών εργαλείων:
- **Ομαδοποίηση** (stratification): ομαδοποίηση επεισοδίων ή μονάδων με κοινά χαρακτηριστικά.
- **Προσαρμογή κινδύνου** (risk adjustment): ερμηνεία εκβάσεων σε σχέση με το αναμενόμενο επίπεδο κινδύνου.
- **Σύγκριση εντός ομοειδών ομάδων** (within-group comparison –σύγκριση εντός της ομάδας).

Πίνακας 36: Εργαλεία διαχείρισης ετερογένειας στο Πλαίσιο ΝΟΣΠΙ

Εργαλείο	Στόχος	Επίπεδο εφαρμογής
Ομαδοποίηση	Δίκαιη σύγκριση	Πληθυσμοί / μονάδες
Προσαρμογή κινδύνου	Ορθή ερμηνεία εκβάσεων	Επεισόδιο
Ενδοομαδική σύγκριση	Αποφυγή μεροληψίας	Μονάδα / εθνικό

4.3.4 Σχέση ετερογένειας, στάθμισης και προφίλ απόδοσης

Η διαχείριση της ετερογένειας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη στάθμιση των αξόνων ποιότητας που αναπτύχθηκε και με τα προφίλ απόδοσης. Η στάθμιση χωρίς διαχείριση ετερογένειας οδηγεί σε παραπλανητική ιεράρχηση αποτελεσμάτων, ενώ η διαχείριση ετερογένειας χωρίς στάθμιση στερείται ερμηνευτικού βάθους.

Το Πλαίσιο διασφαλίζει ότι τα προφίλ απόδοσης: ερμηνεύονται πάντοτε εντός του πλαισίου πληθυσμού και μονάδας, συγκρίνονται μόνο εντός ομοειδών στρωμάτων, και αξιολογούνται με γνώμονα τον αναμενόμενο κίνδυνο.

4.3.5 Όρια της διαχείρισης ετερογένειας και σύνδεση με τα επόμενα στάδια

Η διαχείριση της ετερογένειας στο Πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ **δεν αποσκοπεί στην εξάλειψη ή εξομάλυνση των διαφορών** μεταξύ πληθυσμών και μονάδων, αλλά στη μεθοδολογικά ορθή ερμηνεία των αποτελεσμάτων εντός του πλαισίου στο οποίο αυτά παράγονται. Οι διαφορές αυτές παραμένουν ουσιώδες χαρακτηριστικό του συστήματος και αποτελούν αντικείμενο κατανόησης και όχι εξάλειψης.

Παράλληλα, η ύπαρξη ετερογένειας καθιστά αναγκαία τόσο τη **διαχρονική ανάλυση** της ποιότητας, ώστε να αποτυπώνεται η εξέλιξη και η ωρίμανση των μονάδων, όσο και τον σαφή καθορισμό **ορίων ερμηνείας** των αποτελεσμάτων, προκειμένου να αποφεύγονται υπεραπλουστεύσεις και λανθασμένα συμπεράσματα.

4.4 Ανάλυση τάσεων και διαχρονική αξιολόγηση

Η ανάλυση τάσεων και η διαχρονική αξιολόγηση (trend analysis και longitudinal evaluation – ανάλυση τάσεων και διαχρονική αξιολόγηση) αποτελούν κρίσιμα στοιχεία για την ουσιαστική αποτίμηση της ποιότητας στην κατ' οίκον νοσηλεία. Σε αντίθεση με στατικές ή στιγμιαίες μετρήσεις, η ποιότητα στη ΝΟΣΠΙ οφείλει να προσεγγίζεται ως **δυναμική και εξελισσόμενη ιδιότητα** του συστήματος, η οποία επηρεάζεται από τη μάθηση, την εμπειρία, τις παρεμβάσεις βελτίωσης και τις μεταβολές του πλαισίου λειτουργίας.

Τα σύγχρονα συστήματα αξιολόγησης ποιότητας δίνουν έμφαση στη συνεχή παρακολούθηση της απόδοσης και όχι στην αποσπασματική αποτίμηση. χει προβλεφθεί η συλλογή δεδομένων σε επαναλαμβανόμενα χρονικά σημεία, γεγονός που καθιστά εφικτή τη διαχρονική ανάλυση τόσο σε επίπεδο κατ' οίκον νοσηλείας όσο και σε επίπεδο μονάδας ΝΟΣΠΙ.

4.4.1 Έννοια και σκοπός της διαχρονικής αξιολόγησης

Με τον όρο **διαχρονική αξιολόγηση** νοείται η συστηματική παρακολούθηση της επίδοσης ενός συστήματος στον χρόνο, με στόχο την αναγνώριση τάσεων, μοτίβων και μεταβολών που δεν είναι ορατές μέσω μεμονωμένων μετρήσεων. Η διαχρονική αξιολόγηση επιτρέπει τη διάκριση μεταξύ: τυχαίων διακυμάνσεων, σταθερών αδυναμιών, και πραγματικής βελτίωσης ή επιδείνωσης της ποιότητας.

Στο Πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, η διαχρονική αξιολόγηση δεν αποσκοπεί στη δημιουργία ιστορικών συγκρίσεων για λόγους κατάταξης, αλλά στη **συνεχή μάθηση του συστήματος** και στη στοχευμένη υποστήριξη των μονάδων.

4.4.2 Χρονικοί ορίζοντες παρακολούθησης

Η ανάλυση τάσεων εφαρμόζεται σε πολλαπλούς χρονικούς ορίζοντες, ώστε να αποτυπώνονται τόσο βραχυπρόθεσμες όσο και μακροπρόθεσμες μεταβολές. Οι χρονικοί

αυτοί ορίζοντες έχουν ευθυγραμμιστεί με το σύστημα δεικτών και τις ανάγκες λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ.

Πίνακας 37: Χρονικοί ορίζοντες διαχρονικής αξιολόγησης

Χρονικός ορίζοντας	Περιγραφή	Στόχος
Βραχυπρόθεσμος	Ανά επεισόδιο / μήνα	Έγκαιρη ανίχνευση αποκλίσεων
Μεσοπρόθεσμος	Τρίμηνο / εξάμηνο	Αξιολόγηση παρεμβάσεων
Μακροπρόθεσμος	Ετήσια βάση	Ωριμότητα και σταθερότητα

Η χρήση πολλαπλών χρονικών οριζόντων αποτρέπει την ερμηνεία μεμονωμένων γεγονότων και επιτρέπει τη συσχέτιση των αποτελεσμάτων με οργανωσιακές αλλαγές ή παρεμβάσεις βελτίωσης.

4.4.3 Επίπεδα εφαρμογής της ανάλυσης τάσεων

Η διαχρονική ανάλυση στη ΝΟΣΠΙ εφαρμόζεται σε διακριτά επίπεδα, τα οποία αντανακλούν τη δομή του Πλαισίου.

Πίνακας 38: Επίπεδα διαχρονικής ανάλυσης

Επίπεδο	Αντικείμενο	Ρόλος
Περιστατικό κατ' οίκον νοσηλείας	Πορεία και έκβαση	Κλινική κατανόηση
Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Συγκεντρωτικά προφίλ απόδοσης	Λειτουργική ωριμότητα
Σύστημα	Συνολικές τάσεις	Σχεδιασμός πολιτικής

Η ανάλυση σε επίπεδο συγκεκριμένου περιστατικού κατ' οίκον νοσηλείας επιτρέπει την κατανόηση της κλινικής πορείας, ενώ η ανάλυση σε επίπεδο μονάδας και συστήματος υποστηρίζει τη στρατηγική λήψη αποφάσεων.

4.4.4 Σχέση διαχρονικής αξιολόγησης με στάθμιση και ετερογένεια

Η ανάλυση τάσεων δεν εφαρμόζεται αποκομμένα, αλλά ενσωματώνεται πλήρως στη μεθοδολογία στάθμισης και διαχείρισης ετερογένειας. Οι τάσεις ερμηνεύονται: εντός ομοειδών στρωμάτων πληθυσμών και μονάδων, με βάση τους κανόνες στάθμισης των αξόνων ποιότητας, και σε συνάρτηση με τον αναμενόμενο κίνδυνο.

Με τον τρόπο αυτό, αποφεύγεται η εξαγωγή συμπερασμάτων από μη συγκρίσιμα δεδομένα και ενισχύεται η επιστημονική εγκυρότητα της αξιολόγησης.

4.4.5 Ερμηνεία τάσεων και σήματα έγκαιρης προειδοποίησης

Η διαχρονική αξιολόγηση επιτρέπει την αναγνώριση **σημάτων έγκαιρης προειδοποίησης** (early warning signals – σήματα έγκαιρης προειδοποίησης), δηλαδή μοτίβων που υποδηλώνουν πιθανή επιδείνωση της ποιότητας πριν αυτή εκδηλωθεί με κρίσιμα συμβάντα. Τέτοια σήματα μπορεί να είναι: σταδιακή αύξηση παρολίων

συμβάντων (near misses), αυξανόμενη μεταβλητότητα σε κρίσιμους δείκτες, ή απόκλιση από τη συνήθη διαχρονική συμπεριφορά της μονάδας.

Η έγκαιρη αναγνώριση των σημάτων αυτών υποστηρίζει την προληπτική παρέμβαση και τη στοχευμένη υποστήριξη των μονάδων ΝΟΣΠΙ.

Πίνακας 39: Παραδείγματα σημάτων έγκαιρης προειδοποίησης

Παρατηρούμενη τάση	Ερμηνεία	Ενδεδειγμένη ενέργεια
Σταδιακή αύξηση near misses	Επιδείνωση διεργασιών	Εσωτερική ανασκόπηση
Υψηλή μεταβλητότητα	Αστάθεια συστήματος	Εστιασμένη διερεύνηση
Απότομη μεταβολή	Εξωγενής παράγοντας	Επανεκτίμηση πλαισίου

4.4.6 Όρια διαχρονικής αξιολόγησης και σύνδεση

Παρά τη μεθοδολογική της αξία, η διαχρονική αξιολόγηση έχει εγγενή όρια. Οι τάσεις επηρεάζονται από αλλαγές στο πλαίσιο λειτουργίας, στην καταγραφή δεδομένων και στη σύνθεση των πληθυσμών. Για τον λόγο αυτό, τα αποτελέσματα της ανάλυσης τάσεων δεν ερμηνεύονται αποκομμένα, αλλά εντάσσονται στο συνολικό πλαίσιο ερμηνείας που καθορίζεται στα παραπάνω υποκεφάλαια.

Η αναγνώριση αυτών των ορίων δεν αποδυναμώνει τη διαχρονική αξιολόγηση, αλλά ενισχύει την επιστημονική της εγκυρότητα και προστατεύει το Πλαίσιο από λανθασμένες αναγνώσεις.

4.5 Όρια ερμηνείας και αποφυγή λανθασμένων συμπερασμάτων

Η σαφής οριοθέτηση της ερμηνείας των αποτελεσμάτων αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο κάθε ώριμου πλαισίου αξιολόγησης ποιότητας, ιδίως σε σύνθετα και πολυπαραγοντικά συστήματα όπως η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι. Όπως έχει αναδειχθεί στα προηγούμενα υποκεφάλαια, η αξιολόγηση στη ΝΟΣΠΙ βασίζεται σε πολυδιάστατους δείκτες, στάθμιση αξόνων, διαχείριση ετερογένειας και διαχρονική ανάλυση. Η πολυπλοκότητα αυτή καθιστά αναγκαία τη ρητή διατύπωση των **ορίων ερμηνείας**, προκειμένου να αποφεύγονται υπεραπλουστεύσεις, εσφαλμένες συγκρίσεις και λανθασμένα συμπεράσματα.

Η αναγνώριση των ορίων δεν αποδυναμώνει το Πλαίσιο, αντιθέτως, ενισχύει την επιστημονική του εγκυρότητα και τη θεσμική του αξιοπιστία, καθώς αποτυπώνει επίγνωση των περιορισμών που ενυπάρχουν σε κάθε διαδικασία αξιολόγησης πραγματικών συστημάτων φροντίδας.

4.5.1 Όρια των δεικτών και της ποσοτικής αποτύπωσης

Οι δείκτες ποιότητας που αναπτύχθηκαν και αξιοποιούνται στο παρόν Πλαίσιο αποτελούν αναγκαία εργαλεία αποτύπωσης της απόδοσης, δεν συνιστούν όμως πλήρη αναπαράσταση της κλινικής και οργανωσιακής πραγματικότητας. Κάθε δείκτης απομονώνει συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας και, εκ φύσεως, αφήνει εκτός πεδίου άλλες ποιοτικές διαστάσεις που δεν είναι εύκολα μετρήσιμες.

Στο πλαίσιο αυτό, τα αποτελέσματα των δεικτών: δεν ερμηνεύονται αποκομμένα, δεν υποκαθιστούν την κλινική κρίση, και δεν αποτελούν αυτοτελή βάση λήψης αποφάσεων χωρίς συμπληρωματική ποιοτική αξιολόγηση.

Η ποσοτική αποτύπωση λειτουργεί ως **εργαλείο υποστήριξης της κατανόησης** και όχι ως αυτοσκοπός.

4.5.2 Όρια συγκρισιμότητας και γενίκευσης

Παρά την εφαρμογή στάθμισης, διαχείρισης ετερογένειας και διαχρονικής ανάλυσης, η συγκρισιμότητα μεταξύ επεισοδίων, μονάδων ή γεωγραφικών περιοχών παραμένει εγγενώς περιορισμένη. Οι διαφοροποιήσεις στο κλινικό προφίλ των ασθενών, στις κοινωνικές συνθήκες και στην οργανωσιακή ωριμότητα επηρεάζουν τα αποτελέσματα με τρόπους που δεν είναι πάντοτε πλήρως ποσοτικοποιήσιμοι.

Για τον λόγο αυτό: οι συγκρίσεις πραγματοποιούνται μόνο εντός ομοειδών στρωμάτων, η γενίκευση συμπερασμάτων σε εθνικό επίπεδο γίνεται με επιφύλαξη, και αποφεύγεται η χρήση των αποτελεσμάτων για απευθείας κατάταξη μονάδων.

Η προσέγγιση αυτή προστατεύει το Πλαίσιο από αδικαιολόγητες απλουστεύσεις και ενισχύει τη δίκαιη αποτίμηση της απόδοσης.

4.5.3 Κίνδυνοι παρερμηνείας και μη ενδεδειγμένες χρήσεις

Ένας από τους βασικούς κινδύνους σε σύνθετα συστήματα αξιολόγησης είναι η **παρερμηνεία** των αποτελεσμάτων ή η χρήση τους για σκοπούς που δεν συνάδουν με τον χαρακτήρα του Πλαισίου. Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, οι δείκτες και τα προφίλ απόδοσης: δεν προορίζονται για τιμωρητική αξιολόγηση, δεν χρησιμοποιούνται για ατομική αξιολόγηση επαγγελματιών, και δεν υποκαθιστούν τις διαδικασίες κλινικού ελέγχου ή διερεύνησης συμβάντων.

Η χρήση των αποτελεσμάτων περιορίζεται αυστηρά σε σκοπούς βελτίωσης της ποιότητας, οργανωσιακής μάθησης και τεκμηριωμένου σχεδιασμού παρεμβάσεων.

Πίνακας 40: Ενδεδειγμένες και μη ενδεδειγμένες χρήσεις των αποτελεσμάτων

Χρήση αποτελεσμάτων	Κατάσταση
Στοχευμένες παρεμβάσεις βελτίωσης	Ενδεδειγμένη
Οργανωσιακή μάθηση	Ενδεδειγμένη
Κατάταξη μονάδων	Μη ενδεδειγμένη
Τιμωρητική αξιολόγηση	Μη ενδεδειγμένη

4.5.4 Ερμηνεία σε συνδυασμό με ποιοτικά δεδομένα

Η ορθή ερμηνεία των αποτελεσμάτων της ΝΟΣΠΙ προϋποθέτει τον συνδυασμό ποσοτικών δεικτών με **ποιοτικά δεδομένα**, όπως ανασκοπήσεις συμβάντων και ευρήματα εσωτερικών αξιολογήσεων. Η σύνθεση αυτή επιτρέπει την κατανόηση του «γιατί» πίσω από τους αριθμούς και ενισχύει τη στοχευμένη παρέμβαση.



Η ανάγκη αυτή έχει ήδη αναδειχθεί ως βασικό στοιχείο κουλτούρας ποιότητας και ασφάλειας και ενσωματώνεται λειτουργικά στο παρόν Πλαίσιο.

4.5.5 Ρόλος των ορίων ερμηνείας στη συνολική μεθοδολογία

Τα όρια ερμηνείας λειτουργούν ως τελική δικλείδα προστασίας του Πλαισίου Αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ. Διασφαλίζουν ότι τα αποτελέσματα: διαβάζονται με επιστημονική σύνεση, εντάσσονται στο κατάλληλο οργανωσιακό και κλινικό πλαίσιο, και χρησιμοποιούνται με τρόπο που ενισχύει, και δεν υπονομεύει, την ποιότητα της φροντίδας.

Με τον τρόπο αυτό, το Κεφάλαιο 5 ολοκληρώνεται ως ενιαίο, συνεκτικό και θεσμικά ώριμο μεθοδολογικό σύνολο, το οποίο υποστηρίζει την αξιόπιστη αποτίμηση της ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι και θέτει σταθερές βάσεις για τη χρήση των αποτελεσμάτων σε επίπεδο μονάδας και συστήματος.

5 Κεφάλαιο 6: Χρήση των Αποτελεσμάτων Αξιολόγησης στη Διακυβέρνηση της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)

Η αξιολόγηση της ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι αποκτά ουσιαστικό νόημα μόνο στον βαθμό που τα παραγόμενα αποτελέσματα ενσωματώνονται ενεργά στη **διακυβέρνηση του συστήματος**. Η διακυβέρνηση στην υγεία δεν ταυτίζεται με την καθημερινή διοίκηση ούτε περιορίζεται σε μηχανισμούς ελέγχου, αλλά αφορά τη δομημένη άσκηση ευθύνης, τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων και τη διασφάλιση της ποιότητας και της λογοδοσίας σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας.

Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, τα αποτελέσματα αξιολόγησης που παράγονται μέσω του παρόντος λειτουργούν ως **θεσμικός μηχανισμός διακυβέρνησης**, γεφυρώνοντας: το επίπεδο του περιστατικού κατ' οίκον νοσηλείας, το επίπεδο της μονάδας ΝΟΣΠΙ, και το επίπεδο του συστήματος και της εποπτείας.

Το παρόν κεφάλαιο αποσαφηνίζει τον ρόλο των αποτελεσμάτων αξιολόγησης ως εργαλείου διακυβέρνησης, καθορίζοντας τις αρχές, τα επίπεδα χρήσης και τα όρια εφαρμογής τους.

5.1 Αξιολόγηση ως μηχανισμός τεκμηριωμένης λήψης αποφάσεων

Η αξιολόγηση στη ΝΟΣΠΙ δεν λειτουργεί ως περιγραφική αποτύπωση της απόδοσης, αλλά ως **δομημένο σύστημα παραγωγής τεκμηρίων** (evidence-informed mechanism) για τη λήψη αποφάσεων. Η διάκριση αυτή είναι κρίσιμη, καθώς διαφοροποιεί το Πλαίσιο από απλά συστήματα δεικτών ή αναφορών.

Σε κλινικό επίπεδο, τα αποτελέσματα αξιολόγησης: υποστηρίζουν την κατανόηση της κλινικής πορείας και των εκβάσεων, επιτρέπουν την έγκαιρη αναγνώριση αποκλίσεων, και ενισχύουν τη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την προσαρμογή της φροντίδας.

Σε διοικητικό και οργανωσιακό επίπεδο, τα ίδια αποτελέσματα: τεκμηριώνουν επιλογές κατανομής πόρων, υποστηρίζουν τον σχεδιασμό δυναμικότητας και στελέχωσης, και επιτρέπουν την αποτίμηση της λειτουργικής ωριμότητας των μονάδων.

Η αξιολόγηση, συνεπώς, δεν αντικαθιστά την κλινική ή διοικητική κρίση, αλλά **λειτουργεί συμπληρωματικά**, προσφέροντας κοινό πλαίσιο αναφοράς για τη λήψη αποφάσεων.

5.2 Ενσωμάτωση των αποτελεσμάτων στη λειτουργική αρχιτεκτονική της ΝΟΣΠΙ

Τα αποτελέσματα αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ ενσωματώνονται οργανικά στη λειτουργική αρχιτεκτονική του συστήματος. Η ενσωμάτωση αυτή αφορά κυρίως τρεις δομικές συνιστώσες: τις Τυποποιημένες Διαδικασίες Λειτουργίας (SOPs), τις κλινικές διαδρομές και τα σύνολα ελάχιστων δεδομένων (MDS).

Η αξιολόγηση λειτουργεί ως **μηχανισμός ανατροφοδότησης** που: αποκαλύπτει αποκλίσεις μεταξύ σχεδιασμού και εφαρμογής, αναδεικνύει σημεία τριβής ή αναποτελεσματικότητας, και τεκμηριώνει την ανάγκη επικαιροποίησης διαδικασιών.

Η ανατροφοδότηση αυτή δεν έχει αποσπασματικό χαρακτήρα, αλλά εντάσσεται σε δομημένο κύκλο επανεξέτασης, διασφαλίζοντας ότι οι SOPs και οι κλινικές διαδρομές εξελίσσονται με βάση πραγματικά δεδομένα και όχι αποκλειστικά θεωρητικές παραδοχές.

5.3 Αξιολόγηση και διαχείριση κινδύνου στο πλαίσιο διακυβέρνησης

Η αξιολόγηση διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη διαχείριση κινδύνου στη ΝΟΣΠΙ, καθώς επιτρέπει τον συστηματικό εντοπισμό περιοχών αυξημένου κινδύνου σε επίπεδο περιστατικού, μονάδας και συστήματος. Όπως έχει αναλυθεί στα προηγούμενα κεφάλαια, οι δείκτες ασφάλειας, τα near misses και τα red flags αποτελούν βασικά σήματα για την έγκαιρη αναγνώριση απειλών.

Στο πλαίσιο της διακυβέρνησης, τα αποτελέσματα αυτά: δεν οδηγούν αυτομάτως σε κυρώσεις, αλλά ενεργοποιούν μηχανισμούς διερεύνησης, και υποστηρίζουν την προτεραιοποίηση παρεμβάσεων με βάση τη σοβαρότητα και τη συχνότητα του κινδύνου.

Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται με τις αρχές μη τιμωρητικής κουλτούρας ασφάλειας και προστατεύει το σύστημα από αμυντικές συμπεριφορές και μη αναφορά συμβάντων.

5.4 Ρόλος της αξιολόγησης στη συνεχή βελτίωση και οργανωσιακή μάθηση

Η αξιολόγηση αποτελεί τον βασικό καταλύτη της **συνεχούς βελτίωσης και οργανωσιακής μάθησης** στη ΝΟΣΠΙ. Μέσω της επαναλαμβανόμενης συλλογής και ανάλυσης δεδομένων, το σύστημα αποκτά τη δυνατότητα να μαθαίνει από την ίδια του τη λειτουργία, να εντοπίζει μοτίβα και να προσαρμόζεται.

Τα αποτελέσματα αξιολόγησης: τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων, επιτρέπουν τη διάκριση μεταξύ προσωρινών και δομικών προβλημάτων, και υποστηρίζουν τη διάχυση καλών πρακτικών εντός του συστήματος.

Η συνεχής βελτίωση δεν αντιμετωπίζεται ως μεμονωμένη δράση, αλλά ως **διαρκής ιδιότητα της διακυβέρνησης**, ενσωματωμένη στον τρόπο λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ.

5.5 Αξιολόγηση, εποπτεία και λογοδοσία στο σύστημα ΝΟΣΠΙ

Η τελική διάσταση της χρήσης των αποτελεσμάτων αξιολόγησης αφορά τη σύνδεσή τους με μηχανισμούς εποπτείας και λογοδοσίας. Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, η λογοδοσία δεν ταυτίζεται με την επιβολή κυρώσεων, αλλά με τη διαφάνεια, τη θεσμική ευθύνη και την τεκμηριωμένη παρακολούθηση της ποιότητας.

Τα αποτελέσματα αξιολόγησης: παρέχουν κοινό πλαίσιο αναφοράς για την εποπτεία, υποστηρίζουν τη διαφάνεια έναντι των εμπλεκόμενων φορέων, και ενισχύουν τη θεσμική αξιοπιστία του συστήματος.



Η χρήση τους σε επίπεδο εποπτείας διέπεται από τα όρια ερμηνείας που έχουν καθοριστεί στο Κεφάλαιο 5, διασφαλίζοντας ότι τα δεδομένα δεν χρησιμοποιούνται αποσπασματικά ή εκτός πλαισίου.

6 Κεφάλαιο 7: Διασφάλιση Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας της Αξιολόγησης

Η αξιολόγηση της ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι μπορεί να θεωρηθεί έγκυρη και θεσμικά αξιόπιστη μόνο εφόσον στηρίζεται σε δεδομένα υψηλής ποιότητας και σε μεθοδολογίες που διασφαλίζουν τη συνέπεια, τη διαφάνεια και την επαναληψιμότητα των αποτελεσμάτων. Όπως έχει ήδη καταδειχθεί στα προηγούμενα κεφάλαια, η πολυπλοκότητα της ΝΟΣΠΙ καθιστά την αξιολόγηση ιδιαίτερα ευαίσθητη σε ζητήματα ποιότητας δεδομένων, ερμηνείας και μεθοδολογικών αποκλίσεων.

Το παρόν κεφάλαιο τεκμηριώνει τους μηχανισμούς με τους οποίους διασφαλίζεται ότι τα αποτελέσματα αξιολόγησης του παρόντος είναι **αξιόπιστα (reliable – αξιόπιστα)** και **έγκυρα (valid – έγκυρα)**, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια στη διακυβέρνηση, τη λήψη αποφάσεων και την εποπτεία της ΝΟΣΠΙ.

6.1 Ποιότητα δεδομένων ως προϋπόθεση αξιολόγησης

Η ποιότητα των δεδομένων αποτελεί τη θεμελιώδη προϋπόθεση για κάθε διαδικασία αξιολόγησης. Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, όπου η φροντίδα παρέχεται εκτός του ελεγχόμενου περιβάλλοντος του νοσοκομείου και βασίζεται σε κατανεμημένες πηγές πληροφορίας, η διασφάλιση της ποιότητας των δεδομένων αποκτά ιδιαίτερη σημασία.

Η αξιολόγηση δεν μπορεί να υπερβεί την ποιότητα των δεδομένων στα οποία στηρίζεται. Κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα του παρόντος ερμηνεύονται πάντοτε υπό το πρίσμα της ποιότητας των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί και τεκμηριωθεί.

6.1.1 Έννοια της ποιότητας δεδομένων στη ΝΟΣΠΙ

Με τον όρο **ποιότητα δεδομένων** (data quality – ποιότητα δεδομένων) νοείται ο βαθμός στον οποίο τα δεδομένα είναι κατάλληλα για τον σκοπό της αξιολόγησης. Στο Πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, η ποιότητα δεδομένων δεν περιορίζεται στην τεχνική ορθότητα της καταγραφής, αλλά περιλαμβάνει και τη λειτουργική και κλινική τους σημασία.

Η ποιότητα δεδομένων στη ΝΟΣΠΙ ορίζεται μέσω πέντε βασικών διαστάσεων:

- **Πληρότητα (completeness)**: ο βαθμός στον οποίο τα απαιτούμενα πεδία του MDS έχουν συμπληρωθεί.
- **Ακρίβεια (accuracy)**: η συμφωνία των καταγεγραμμένων δεδομένων με την πραγματική κλινική κατάσταση.
- **Συνέπεια (consistency)**: η απουσία αντιφάσεων μεταξύ διαφορετικών πηγών ή χρονικών σημείων.
- **Επικαιρότητα (timeliness)**: η έγκαιρη καταγραφή των δεδομένων σε σχέση με το κλινικό γεγονός.
- **Ιχνηλασιμότητα (traceability)**: η δυνατότητα αναδρομικής σύνδεσης των δεδομένων με την πηγή και το πλαίσιο καταγραφής.

Πίνακας 41: Διαστάσεις ποιότητας δεδομένων στη ΝΟΣΠΙ

Διάσταση	Ορισμός	Σημασία για την αξιολόγηση
Πληρότητα	Κάλυψη απαιτούμενων πεδίων	Αποφυγή μεροληψίας
Ακρίβεια	Ορθότητα καταγραφής	Κλινική εγκυρότητα
Συνέπεια	Συμφωνία δεδομένων	Αξιοπιστία αποτελεσμάτων
Επικαιρότητα	Χρονική εγγύτητα	Έγκαιρη ερμηνεία
Ιχνηλασιμότητα	Σύνδεση με πηγή	Διαφάνεια

6.1.2 Σχέση ποιότητας δεδομένων και αξιοπιστίας αποτελεσμάτων

Η **αξιοπιστία** (reliability – αξιοπιστία) των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης εξαρτάται άμεσα από τη σταθερότητα και τη συνέπεια των δεδομένων που συλλέγονται. Σε περιβάλλοντα όπως η ΝΟΣΠΙ, όπου εμπλέκονται πολλαπλοί επαγγελματίες, διαφορετικά μέσα καταγραφής και ετερογενείς συνθήκες παροχής φροντίδας, η διακύμανση στην ποιότητα δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές αποκλίσεις στην ερμηνεία.

Για τον λόγο αυτό, το Πλαίσιο: δεν αντιμετωπίζει τα δεδομένα ως ουδέτερα, αλλά τα εντάσσει σε σαφές μεθοδολογικό πλαίσιο ελέγχου ποιότητας, και αποφεύγει την άκριτη χρήση δεικτών όταν εντοπίζονται σοβαρά ελλείμματα ποιότητας.

6.1.3 Ποιότητα δεδομένων και εγκυρότητα της αξιολόγησης

Η **εγκυρότητα** (validity – εγκυρότητα) αφορά τον βαθμό στον οποίο η αξιολόγηση μετρά πράγματι αυτό που προτίθεται να μετρήσει. Στη ΝΟΣΠΙ, η εγκυρότητα δεν εξαρτάται μόνο από τον σχεδιασμό των δεικτών, αλλά και από την ποιότητα της εφαρμογής τους στην πράξη.

Δεδομένα χαμηλής ποιότητας μπορεί να οδηγήσουν: σε ψευδείς ενδείξεις βελτίωσης ή επιδείνωσης, σε υποεκτίμηση κινδύνων, ή σε λανθασμένη ιεράρχηση παρεμβάσεων.

Κατά συνέπεια, η διασφάλιση της ποιότητας δεδομένων αποτελεί **προϋπόθεση εγκυρότητας** και όχι απλώς τεχνικό ζήτημα υποστήριξης της αξιολόγησης.

6.1.4 Θεσμική προσέγγιση της ποιότητας δεδομένων στο Πλαίσιο ΝΟΣΠΙ

Στο Πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, η ποιότητα δεδομένων αντιμετωπίζεται ως **θεσμική ευθύνη** και όχι ως ατομική υποχρέωση των επαγγελματιών. Η προσέγγιση αυτή: μειώνει τον κίνδυνο αμυντικής ή προσχηματικής καταγραφής, ενισχύει την κουλτούρα ποιότητας και ασφάλειας, και ευθυγραμμίζεται με τις αρχές μη τιμωρητικής χρήσης των δεδομένων που έχουν αναπτυχθεί.

Η ποιότητα δεδομένων, συνεπώς, δεν ελέγχεται αποσπασματικά, αλλά ενσωματώνεται στη συνολική αρχιτεκτονική αξιολόγησης και διακυβέρνησης της ΝΟΣΠΙ.

6.2 Διαχείριση αβεβαιότητας και ελλιπών δεδομένων

Η διαχείριση της αβεβαιότητας και των ελλιπών δεδομένων αποτελεί αναπόσπαστο μέρος κάθε αξιόπιστου πλαισίου αξιολόγησης, ιδίως σε σύνθετα και καταναμημένα συστήματα φροντίδας όπως η Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι. Παρά τη συστηματική οργάνωση

της συλλογής δεδομένων μέσω του MDS και των δεικτών που έχουν οριστεί, η πλήρης και ομοιόμορφη καταγραφή δεν μπορεί να θεωρείται δεδομένη σε όλες τις περιπτώσεις κατ' οίκον νοσηλείας.

Η αναγνώριση της ύπαρξης αβεβαιότητας και ελλείψεων δεν συνιστά αδυναμία του Πλαισίου, αλλά **ένδειξη επιστημονικής ωριμότητας**. Το παρόν υποκεφάλαιο καθορίζει τις αρχές και τους μηχανισμούς με τους οποίους η ΝΟΣΠΙ διαχειρίζεται συστηματικά τα φαινόμενα αυτά, διασφαλίζοντας ότι η αξιολόγηση παραμένει αξιόπιστη και ερμηνεύσιμη.

6.2.1 Έννοια της αβεβαιότητας στη ΝΟΣΠΙ

Με τον όρο **αβεβαιότητα** (uncertainty – αβεβαιότητα) νοείται ο βαθμός αμφιβολίας που περιβάλλει την ακρίβεια ή την πληρότητα μιας πληροφορίας. Στη ΝΟΣΠΙ, η αβεβαιότητα μπορεί να προκύπτει από: την καταγραφή δεδομένων εκτός νοσοκομειακού περιβάλλοντος, τη χρονική υστέρηση μεταξύ κλινικού γεγονότος και καταγραφής, τη συμμετοχή πολλαπλών επαγγελματιών ή φροντιστών, ή την αντικειμενική δυσκολία ποσοτικοποίησης ορισμένων κλινικών παραμέτρων.

Η αβεβαιότητα διαφέρει εννοιολογικά από το σφάλμα. Ενώ το σφάλμα αφορά λανθασμένη καταγραφή, η αβεβαιότητα αφορά **περιορισμένη γνώση** ή ατελή αποτύπωση της πραγματικότητας.

6.2.2 Μορφές ελλιπών δεδομένων και επιπτώσεις στην αξιολόγηση

Τα ελλιπή δεδομένα (missing data – ελλιπή δεδομένα) στη ΝΟΣΠΙ δεν είναι ομοιογενή και δεν έχουν πάντοτε την ίδια ερμηνευτική βαρύτητα. Το Πλαίσιο διακρίνει μεταξύ διαφορετικών μορφών ελλείψεων, προκειμένου να αποφεύγεται η αδιάκριτη αντιμετώπισή τους.

Πίνακας 42: Μορφές ελλιπών δεδομένων στη ΝΟΣΠΙ

Μορφή έλλειψης	Περιγραφή	Ερμηνευτική επίπτωση
Μερική έλλειψη	Απουσία επιμέρους πεδίων	Περιορισμένη
Συστηματική έλλειψη	Επαναλαμβανόμενα κενά	Δυσνητική μεροληψία
Τυχαία έλλειψη	Μη προβλέψιμα κενά	Χαμηλότερος κίνδυνος
Δομική έλλειψη	Μη εφαρμογή δείκτη	Απαιτεί εξαίρεση

Η διάκριση αυτή είναι κρίσιμη για τη σωστή ερμηνεία των αποτελεσμάτων και για την αποφυγή λανθασμένων συμπερασμάτων.

6.2.3 Αρχές διαχείρισης αβεβαιότητας και ελλείψεων

Το Πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ υιοθετεί συγκεκριμένες αρχές για τη διαχείριση της αβεβαιότητας και των ελλιπών δεδομένων:

- Πρώτον, την αρχή της **ρητής αναγνώρισης**. Η αβεβαιότητα και τα ελλιπή δεδομένα δεν αποκρύπτονται ούτε «διορθώνονται» σιωπηρά, αλλά καταγράφονται και λαμβάνονται υπόψη στην ερμηνεία.

- Δεύτερον, την αρχή της **αναλογικότητας**. Η επίδραση των ελλείψεων στα αποτελέσματα αξιολόγησης εκτιμάται σε συνάρτηση με την έκτασή τους και τη σημασία του δείκτη.
- Τρίτον, την αρχή της **διατήρησης της ερμηνευσιμότητας**. Όταν η ποιότητα των δεδομένων υπονομεύει την αξιοπιστία ενός αποτελέσματος, το Πλαίσιο προκρίνει την επιφύλαξη στην ερμηνεία αντί της παραγωγής επισφαλών συμπερασμάτων.

6.2.4 Μεθοδολογική αντιμετώπιση ελλিপών δεδομένων

Η διαχείριση των ελλিপών δεδομένων στο Πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ βασίζεται σε σαφείς μεθοδολογικούς κανόνες και όχι σε αυτοματοποιημένες τεχνικές «διόρθωσης». Οι βασικές επιλογές περιλαμβάνουν:

- **Σήμανση δεδομένων με περιορισμένη αξιοπιστία**, ώστε να λαμβάνονται υπόψη στην ερμηνεία.
- **Εξαίρεση από σύνθετους δείκτες**, όταν η έλλειψη υπονομεύει τη συνοχή της σύνθεσης.
- **Ανάλυση ευαισθησίας** (sensitivity analysis – ανάλυση ευαισθησίας) σε περιπτώσεις συστηματικών ελλείψεων.

Πίνακας 43: Επιλογές διαχείρισης ελλিপών δεδομένων

Κατάσταση	Μεθοδολογική επιλογή
Περιορισμένες ελλείψεις	Ερμηνευτική επιφύλαξη
Εκτεταμένες ελλείψεις	Εξαίρεση δείκτη
Συστηματικές ελλείψεις	Στοχευμένη διερεύνηση

Η επιλογή της κατάλληλης προσέγγισης γίνεται με γνώμονα τη διατήρηση της επιστημονικής εγκυρότητας και όχι τη μεγιστοποίηση της «παραγωγής αποτελεσμάτων».

6.2.5 Σύνδεση με αξιοπιστία, εγκυρότητα και διακυβέρνηση

Η ορθή διαχείριση της αβεβαιότητας και των ελλিপών δεδομένων ενισχύει άμεσα τόσο την **αξιοπιστία** όσο και την **εγκυρότητα** της αξιολόγησης. Παράλληλα, διασφαλίζει ότι τα αποτελέσματα που χρησιμοποιούνται στη διακυβέρνηση της ΝΟΣΠΙ (Κεφάλαιο 6) βασίζονται σε τεκμηριωμένες και ερμηνεύσιμες πληροφορίες.

Η προσέγγιση αυτή προστατεύει το σύστημα από την παραγωγή ψευδούς βεβαιότητας και ενισχύει τη θεσμική αξιοπιστία της αξιολόγησης έναντι όλων των εμπλεκόμενων μερών.

6.3 Έλεγχοι συνέπειας, πληρότητας και ακρίβειας των δεδομένων αξιολόγησης

Η διασφάλιση της αξιοπιστίας της αξιολόγησης στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι προϋποθέτει την ύπαρξη συστηματικών και τεκμηριωμένων ελέγχων ποιότητας των δεδομένων που τροφοδοτούν το σύστημα δεικτών. Οι έλεγχοι συνέπειας, πληρότητας και ακρίβειας αποτελούν τον πυρήνα του μηχανισμού αυτού και λειτουργούν ως **ενδιάμεσο φίλτρο** μεταξύ της συλλογής δεδομένων και της παραγωγής αποτελεσμάτων αξιολόγησης.

Σε αντίθεση με απλές διαδικασίες επαλήθευσης, οι έλεγχοι που περιγράφονται στο παρόν υποκεφάλαιο δεν έχουν αποσπασματικό ή διορθωτικό χαρακτήρα, αλλά εντάσσονται σε **δομημένο πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας δεδομένων**, ευθυγραμμισμένο με τις αρχές αξιοπιστίας και εγκυρότητας που έχουν τεθεί.

6.3.1 Ρόλος των ελέγχων ποιότητας δεδομένων στο Πλαίσιο Αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ

Στο Πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, οι έλεγχοι ποιότητας δεδομένων δεν αντιμετωπίζονται ως τεχνικό υποσύστημα, αλλά ως **αναπόσπαστο στοιχείο της μεθοδολογίας αξιολόγησης**. Η λειτουργία τους αποσκοπεί στη διασφάλιση ότι τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται για την αποτίμηση της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της συνολικής ποιότητας είναι επαρκή, συνεκτικά και αξιόπιστα.

Οι έλεγχοι αυτοί: προηγούνται της σύνθεσης και στάθμισης δεικτών (Κεφάλαιο 6), επηρεάζουν άμεσα την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, και αποτελούν προϋπόθεση για τη θεσμική χρήση των ευρημάτων στη διακυβέρνηση (Κεφάλαιο 6).

Με τον τρόπο αυτό, η ποιότητα των δεδομένων καθίσταται **ενεργό στοιχείο της αξιολόγησης** και όχι απλώς παραδοχή.

6.3.2 Έλεγχοι πληρότητας: διασφάλιση επάρκειας πληροφορίας

Οι έλεγχοι πληρότητας αποσκοπούν στη διαπίστωση ότι τα δεδομένα που προβλέπονται στο Minimum Data Set (MDS), όπως αυτό έχει οριστεί, έχουν καταγραφεί στον βαθμό που επιτρέπει την αξιόπιστη εφαρμογή των αντίστοιχων δεικτών. Η έννοια της πληρότητας στη ΝΟΣΠΙ δεν είναι απόλυτη, αλλά **λειτουργική και κλινικά προσανατολισμένη**.

Στο πλαίσιο αυτό: η πληρότητα αξιολογείται σε σχέση με τη σημασία κάθε πεδίου για την ερμηνεία των δεικτών, λαμβάνονται υπόψη τεκμηριωμένες εξαιρέσεις που συνδέονται με το είδος του επεισοδίου κατ' οίκον νοσηλείας, και αποφεύγεται η μηχανιστική απόρριψη δεδομένων όταν οι ελλείψεις δεν επηρεάζουν ουσιαδώς την αξιολόγηση.

Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει τη διάκριση μεταξύ αποδεκτών και κρίσιμων ελλείψεων, σύμφωνα με τις αρχές διαχείρισης αβεβαιότητας.

6.3.3 Έλεγχοι συνέπειας: διασφάλιση λογικής και χρονικής συνοχής

Οι έλεγχοι συνέπειας αποσκοπούν στη διασφάλιση ότι τα καταγεγραμμένα δεδομένα παρουσιάζουν εσωτερική συνοχή και ευθυγράμμιση μεταξύ διαφορετικών πηγών και χρονικών σημείων. Στη ΝΟΣΠΙ, όπου η φροντίδα παρέχεται από πολυεπιστημονικές ομάδες και τεκμηριώνεται σε διακριτές φάσεις, η συνέπεια αποτελεί κρίσιμο δείκτη ποιότητας της πληροφορίας.

Οι έλεγχοι συνέπειας εστιάζουν ιδίως: στη λογική αντιστοίχιση κλινικών εκτιμήσεων, παρεμβάσεων και εκβάσεων, στη χρονική ακολουθία γεγονότων και καταγραφών, και στη συμφωνία μεταξύ δεδομένων που προέρχονται από διαφορετικούς ρόλους ή εργαλεία καταγραφής.

Η ανίχνευση ασυνεπειών δεν οδηγεί αυτομάτως σε ακύρωση των δεδομένων, αλλά λειτουργεί ως **μηχανισμός εντοπισμού πιθανών δομικών ή οργανωσιακών αδυναμιών**, όπως ανεπαρκείς οδηγίες καταγραφής ή ελλείψεις στην εκπαίδευση του προσωπικού.

6.3.4 Έλεγχος ακρίβειας: αξιολόγηση πιστότητας της καταγραφής

Η ακρίβεια των δεδομένων αφορά τον βαθμό στον οποίο οι καταγραφές αντανακλούν την πραγματική κλινική και λειτουργική κατάσταση της διάρκειας της κατ' οίκον νοσηλείας. Σε αντίθεση με την πληρότητα και τη συνέπεια, η ακρίβεια δεν μπορεί να διασφαλιστεί αποκλειστικά μέσω αυτοματοποιημένων ελέγχων, αλλά απαιτεί **συνδυασμό τεχνικών και επιστημονικών προσεγγίσεων**.

Στο Πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, οι έλεγχοι ακρίβειας: βασίζονται σε δειγματοληπτική επανεξέταση τεκμηρίωσης, αξιοποιούν συγκρίσεις μεταξύ καταγραφών και αντικειμενικών τεκμηρίων, και λαμβάνουν υπόψη το πλαίσιο και τις συνθήκες καταγραφής.

Η ακρίβεια συνδέεται άμεσα με την αξιοπιστία των δεικτών και αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη θεσμική αποδοχή των αποτελεσμάτων αξιολόγησης.

6.3.5 Συνδυαστική εφαρμογή ελέγχων και ερμηνευτικές επιπτώσεις

Οι έλεγχοι πληρότητας, συνέπειας και ακρίβειας εφαρμόζονται συνδυαστικά, ώστε να αποφεύγεται η αποσπασματική ερμηνεία της ποιότητας των δεδομένων. Η συνδυαστική προσέγγιση επιτρέπει: την ιεράρχηση των προβλημάτων ποιότητας δεδομένων, τη διάκριση μεμονωμένων αποκλίσεων από συστηματικά φαινόμενα, και τη στοχευμένη ανατροφοδότηση προς τις διαδικασίες και τα εργαλεία καταγραφής.

Τα αποτελέσματα των ελέγχων ποιότητας δεδομένων λαμβάνονται υπόψη κατά τη σύνθεση των δεικτών και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, σύμφωνα με τα όρια που έχουν τεθεί στο Κεφάλαιο 6.

6.3.6 Σύνδεση των ελέγχων με αξιολόγηση, διακυβέρνηση και λογοδοσία

Οι έλεγχοι ποιότητας δεδομένων αποτελούν κρίσιμη προϋπόθεση για την υπεύθυνη χρήση των αποτελεσμάτων αξιολόγησης στη διακυβέρνηση της ΝΟΣΠΙ. Μέσω αυτών: ενισχύεται η εμπιστοσύνη των εμπλεκόμενων φορέων στα αποτελέσματα, περιορίζεται ο κίνδυνος λανθασμένων αποφάσεων, και διασφαλίζεται η διαφάνεια και η λογοδοσία στη χρήση των δεδομένων.

Με τον τρόπο αυτό, οι έλεγχοι συνέπειας, πληρότητας και ακρίβειας δεν λειτουργούν ως τεχνικό φίλτρο, αλλά ως **θεσμικός μηχανισμός διασφάλισης της ποιότητας της αξιολόγησης** στο σύνολο της ΝΟΣΠΙ.

6.4 Ρόλος εσωτερικών και εξωτερικών ελέγχων στη διασφάλιση αξιοπιστίας και εγκυρότητας της αξιολόγησης

Η διασφάλιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της αξιολόγησης στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι απαιτεί τη λειτουργία ενός **πολυεπίπεδου και ιεραρχημένου**

συστήματος ελέγχων, το οποίο υπερβαίνει τον αυτοέλεγχο των μονάδων και ενσωματώνει μηχανισμούς ανεξάρτητης επαλήθευσης. Στο πλαίσιο του παρόντος, οι εσωτερικοί και εξωτερικοί έλεγχοι δεν αποτελούν συμπληρωματικές πρακτικές, αλλά **δομικά στοιχεία της μεθοδολογίας αξιολόγησης**, άρρηκτα συνδεδεμένα με τη χρήση των αποτελεσμάτων στη διακυβέρνηση της ΝΟΣΠΙ.

Η σαφής διάκριση, η θεσμική κατοχύρωση και η λειτουργική σύνδεση των δύο τύπων ελέγχων αποτελούν βασική προϋπόθεση ώστε τα αποτελέσματα της αξιολόγησης να είναι: επιστημονικά αξιόπιστα, συγκρίσιμα στον χρόνο και μεταξύ μονάδων, και θεσμικά αποδεκτά σε επίπεδο εποπτείας.

6.4.1 Θεσμική και μεθοδολογική διάκριση εσωτερικών και εξωτερικών ελέγχων

Οι **εσωτερικοί έλεγχοι** και οι **εξωτερικοί έλεγχοι** διαφοροποιούνται ως προς τον σκοπό, το επίπεδο εφαρμογής και τον βαθμό ανεξαρτησίας τους, ενώ λειτουργούν συμπληρωματικά στο πλαίσιο της συνολικής αρχιτεκτονικής αξιολόγησης.

Οι εσωτερικοί έλεγχοι εντάσσονται στο επίπεδο της μονάδας ΝΟΣΠΙ και εστιάζουν: στη διασφάλιση της ποιότητας των δεδομένων πριν από τη χρήση τους, στην ορθή εφαρμογή των SOPs και του MDS, και στην έγκαιρη αναγνώριση αποκλίσεων ή επαναλαμβανόμενων σφαλμάτων καταγραφής.

Οι εξωτερικοί έλεγχοι, αντιθέτως, εντάσσονται στο επίπεδο του συστήματος και της εποπτείας και έχουν ως κύριο στόχο: την ανεξάρτητη επαλήθευση της εφαρμογής του Πλαισίου, τη διασφάλιση συγκρισιμότητας, και τη θεσμική επικύρωση της αξιολόγησης.

Η διάκριση αυτή αποτρέπει τη σύγχυση μεταξύ **βελτίωσης** και **επικύρωσης**, δύο λειτουργιών που πρέπει να παραμένουν σαφώς διακριτές.

6.4.2 Εσωτερικοί έλεγχοι: λειτουργικός ρόλος, όρια και προστιθέμενη αξία

Οι εσωτερικοί έλεγχοι αποτελούν τον πρώτο και αναγκαίο μηχανισμό διασφάλισης ποιότητας στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ. Υλοποιούνται σε τακτική βάση και αφορούν πρωτίστως: την πληρότητα, ακρίβεια και συνέπεια της καταγραφής, τη συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του MDS, και την ορθή εφαρμογή των διαδικασιών τεκμηρίωσης.

Ο χαρακτήρας των εσωτερικών ελέγχων είναι **ανατροφοδοτικός και προληπτικός**. Στόχος τους δεν είναι η αποτίμηση της απόδοσης, αλλά η ενίσχυση της ποιότητας των δεδομένων πριν αυτά χρησιμοποιηθούν για σύνθετη αξιολόγηση ή συγκρίσεις.

Ωστόσο, οι εσωτερικοί έλεγχοι έχουν εγγενή όρια ανεξαρτησίας, καθώς πραγματοποιούνται εντός της ίδιας οργανωσιακής δομής. Για τον λόγο αυτό, τα αποτελέσματά τους: δεν επαρκούν από μόνα τους για θεσμική επικύρωση, αλλά αποτελούν προαπαιτούμενο για τη διενέργεια εξωτερικών ελέγχων.

6.4.3 Εξωτερικοί έλεγχοι: ανεξαρτησία, συγκρισιμότητα και θεσμική επικύρωση

Οι εξωτερικοί έλεγχοι εισάγουν το κρίσιμο στοιχείο της **ανεξαρτησίας** στη διαδικασία αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ. Διενεργούνται από φορείς ή μηχανισμούς που δεν εμπλέκονται

στην παροχή της φροντίδας και αποσκοπούν στη διασφάλιση ότι το Πλαίσιο εφαρμόζεται ομοιόμορφα και σύμφωνα με τις προβλέψεις του παρόντος.

Οι εξωτερικοί έλεγχοι εστιάζουν: στην επαλήθευση της ποιότητας και της αξιοπιστίας των δεδομένων, στη συνέπεια εφαρμογής των μεθοδολογικών κανόνων, και στη δυνατότητα σύγκρισης αποτελεσμάτων μεταξύ μονάδων και χρονικών περιόδων.

Η λειτουργία τους είναι καθοριστική για τη χρήση των αποτελεσμάτων σε επίπεδο εθνικής διακυβέρνησης και λογοδοσίας.

6.4.4 Συνδυαστική αρχιτεκτονική ελέγχων και ροή αξιοπιστίας

Οι εσωτερικοί και εξωτερικοί έλεγχοι συγκροτούν ένα **διαδοχικό σύστημα ελέγχων**, στο οποίο κάθε επίπεδο προϋποθέτει το προηγούμενο.

Πίνακας 44: Αρχιτεκτονική ελέγχων στη ΝΟΣΠΙ

Στάδιο	Τύπος ελέγχου	Σκοπός	Επίπτωση στην αξιολόγηση
1	Εσωτερικός	Βελτίωση ποιότητας καταγραφής	Προϋπόθεση αξιολόγησης
2	Εσωτερικός ενισχυμένος	Εντοπισμός συστηματικών αποκλίσεων	Ερμηνευτικές επιφυλάξεις
3	Εξωτερικός	Ανεξάρτητη επαλήθευση	Θεσμική επικύρωση
4	Συνδυαστικός	Διαχρονική αξιοπιστία	Συγκρισιμότητα

Η ροή αυτή διασφαλίζει ότι τα αποτελέσματα της αξιολόγησης δεν στηρίζονται σε ανεπαρκώς ελεγμένα δεδομένα.

6.4.5 Παράδειγμα εφαρμογής (illustrative case)

Ενδεικτικά, σε περίπτωση που εξωτερικός έλεγχος εντοπίσει συστηματική ασυνέπεια στη χρονική καταγραφή κλινικών παρεμβάσεων σε συγκεκριμένη μονάδα ΝΟΣΠΙ: τα αποτελέσματα της αξιολόγησης **δεν απορρίπτονται αυτομάτως**, επισημαίνεται ερμηνευτική επιφύλαξη, ενεργοποιείται στοχευμένος εσωτερικός έλεγχος και αναθεώρηση διαδικασιών, και η μονάδα επανεκτιμάται σε επόμενη χρονική περίοδο.

Το παράδειγμα αυτό καταδεικνύει ότι οι έλεγχοι λειτουργούν ως **μηχανισμοί διόρθωσης και μάθησης**, όχι ως εργαλεία τιμωρίας.

6.4.6 Ρόλος των ελέγχων στη διακυβέρνηση και τη λογοδοσία

Η ενσωμάτωση των εσωτερικών και εξωτερικών ελέγχων στο Πλαίσιο Αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ διασφαλίζει ότι η χρήση των αποτελεσμάτων στη διακυβέρνηση: βασίζεται σε ελεγμένη και τεκμηριωμένη πληροφορία, λαμβάνει υπόψη τα όρια αξιοπιστίας, και υποστηρίζει τη διαφάνεια και τη θεσμική λογοδοσία.

Με τον τρόπο αυτό, οι έλεγχοι αποτελούν **θεσμικό εγγυητή** της ποιότητας της αξιολόγησης και της υπεύθυνης χρήσης των αποτελεσμάτων.

6.5 Διαφάνεια και τεκμηρίωση αποτελεσμάτων

6.5.1 Αρχές διαφάνειας στην αξιολόγηση της ΝΟΣΠΙ

Η διαφάνεια στη ΝΟΣΠΙ θεμελιώνεται σε τέσσερις αρχές:

- **Ιχνηλασιμότητα (traceability – ιχνηλασιμότητα):** δυνατότητα αναδρομικής παρακολούθησης από το τελικό αποτέλεσμα προς τα πρωτογενή τεκμήρια και τις μετασχηματίσεις των δεδομένων.
- **Αναπαραγωγιμότητα (reproducibility – αναπαραγωγιμότητα):** σαφής περιγραφή κανόνων ώστε, υπό τα ίδια δεδομένα, να προκύπτει το ίδιο αποτέλεσμα.
- **Ερμηνευσιμότητα (interpretability – ερμηνευσιμότητα):** παρουσίαση αποτελεσμάτων με επεξηγήσεις, όρια και συμφραζόμενα.
- **Αναλογικότητα διαφάνειας:** δημοσιοποίηση/διάχυση στο κατάλληλο επίπεδο, χωρίς έκθεση ευαίσθητων δεδομένων ή μη δίκαιες συγκρίσεις.

6.5.2 Ελάχιστο υποχρεωτικό σύνολο τεκμηρίωσης ανά αποτέλεσμα

Κάθε αποτέλεσμα αξιολόγησης (σε επίπεδο κατ' οίκον νοσηλείας, μονάδας ή συστήματος) συνοδεύεται από τυποποιημένο σύνολο τεκμηρίωσης, το οποίο λειτουργεί ως «φάκελος αξιολόγησης» (evaluation dossier – φάκελος αξιολόγησης).

Πίνακας 45: Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεσμάτων αξιολόγησης

Συνιστώσα τεκμηρίωσης	Περιεχόμενο	Σκοπός
Ταυτότητα έκδοσης (versioning)	έκδοση, ημερομηνία, υπεύθυνος παραγωγής	Έλεγχος αλλαγών
Πεδίο εφαρμογής	πληθυσμός, περίοδος, μονάδες/στρώματα	Ορθή συγκρισιμότητα
Πηγές δεδομένων	MDS πεδία, πηγές, ημερομηνίες άντλησης	Ιχνηλασιμότητα
Κανόνες υπολογισμού	ορισμοί δεικτών, μετασχηματισμοί, κανόνες ένταξης/εξαίρεσης	Αναπαραγωγιμότητα
Ποιότητα δεδομένων	πληρότητα/συνέπεια/ακρίβεια, ευρήματα	Αξιοπιστία
Διαχείριση ελλείψεων	κανόνες, επιφυλάξεις	Ορθή ερμηνεία
Στάθμιση/σύνθεση	κανόνες Κεφ. 5	Θεσμική συνέπεια
Όρια ερμηνείας	περιορισμοί, κίνδυνοι παρερμηνείας	Πρόληψη
Περιορισμοί/παραδοχές	οργανωσιακές αλλαγές, αλλαγές ρών, κ.λπ.	Επιστημονική επάρκεια

Η ύπαρξη αυτού του ελάχιστου συνόλου τεκμηρίωσης καθιστά την αξιολόγηση **ελεγκτικά επαληθεύσιμη** και προστατεύει το σύστημα από αμφισβητήσεις.

6.5.3 Διαδρομή Ελέγχου και διαχείριση αλλαγών

Για να διασφαλιστεί η θεσμική ακεραιότητα, κάθε στάδιο παραγωγής αποτελεσμάτων τεκμηριώνεται μέσω «διαδρομής ελέγχου» (audit trail – διαδρομή ελέγχου): ποιος έκανε τι, πότε, με ποια δεδομένα και με ποια έκδοση κανόνων. Το audit trail δεν αποτελεί μόνο τεχνική απαίτηση, αλλά εργαλείο διακυβέρνησης, διότι: επιτρέπει την αναδρομική διερεύνηση διαφορών μεταξύ εκδόσεων, τεκμηριώνει διορθωτικές ενέργειες όταν εντοπιστούν σφάλματα, διασφαλίζει ότι οι αλλαγές σε δείκτες/κανόνες δεν αλλοιώνουν αδιαφανώς τη συγκρισιμότητα.

Πίνακας 46: Ελάχιστα στοιχεία audit trail (διαδρομή ελέγχου)

Στοιχείο	Περιγραφή
Χρονική σήμανση	ημερομηνία/ώρα παραγωγής
Έκδοση κανόνων	έκδοση MDS/δεικτών/βαρών
Πηγή δεδομένων	dataset / περίοδος
Μετασχηματισμοί	καθαρισμός, εξαιρέσεις, mapping
Έλεγχοι ποιότητας	αποτελέσματα
Υπεύθυνος	ρόλος/μονάδα παραγωγής

6.5.4 Πρότυπα αναφοράς αποτελεσμάτων και κανόνες παρουσίασης

Η διαφάνεια δεν επιτυγχάνεται μόνο με πλήρη τεκμηρίωση, αλλά και με **ορθή μορφοποίηση και παρουσίαση** των αποτελεσμάτων, ώστε να είναι ερμηνεύσιμα και συγκρίσιμα.

Κάθε αναφορά αποτελεσμάτων πρέπει να περιλαμβάνει, κατ' ελάχιστον:

- σαφή ορισμό μονάδας ανάλυσης (περιστατικό κατ' οίκον νοσηλείας, μονάδα, σύστημα),
- χρονική περίοδο,
- αναφορά διαστρωμάτωσης/ κατηγοριοποίησης (π.χ. πληθυσμιακή κατηγορία) όταν απαιτείται,
- ένδειξη ποιότητας δεδομένων (π.χ. "data quality flag" – σήμανση ποιότητας δεδομένων),
- σημείωση ερμηνευτικών επιφυλάξεων όταν υπάρχουν,
- αποφυγή παρουσίασης «γυμνών» ποσοστών χωρίς συμφραζόμενα.

Πίνακας 47: Υποχρεωτικές ενδείξεις σε κάθε αναφορά αποτελεσμάτων

Ένδειξη	Γιατί είναι απαραίτητη
Περίοδος και πεδίο	αποφυγή εσφαλμένων συγκρίσεων
Κατηγοριοποίηση / διαστρωμάτωση	δίκαιη συγκρισιμότητα
Data quality flag	αξιοπιστία συμπερασμάτων
Note on missingness	αποφυγή ψευδούς βεβαιότητας
Όρια/παραδοχές	πρόληψη παρερμηνείας

6.5.5 Διαβάθμιση πρόσβασης και προστασία από καταχρηστική χρήση

Η διαφάνεια στη ΝΟΣΠΙ συνδυάζεται με προστασία προσωπικών δεδομένων και αποφυγή στρεβλώσεων. Για τον σκοπό αυτό, προβλέπεται διαβάθμιση πρόσβασης και διάχυσης αποτελεσμάτων ανά επίπεδο ρόλου και ανάγκης:

- **Επίπεδο κλινικής ομάδας:** πρόσβαση σε λειτουργικά αποτελέσματα για βελτίωση φροντίδας.
- **Επίπεδο μονάδας ΝΟΣΠΙ:** συγκεντρωτικά προφίλ, τάσεις, σήματα κινδύνου.
- **Επίπεδο συστήματος/εποπτείας:** συγκρίσεις εντός ομοειδών στρωμάτων, με κανόνες.

Πίνακας 48: Διαβάθμιση πρόσβασης σε αποτελέσματα αξιολόγησης

Επίπεδο	Τύπος αποτελέσματος	Περιορισμοί
Κλινικό	επιχειρησιακά ευρήματα	ελάχιστη αναγκαία πληροφορία
Μονάδα	προφίλ απόδοσης	αποφυγή ατομικής στοχοποίησης
Σύστημα	συγκρισιμότητα/τάσεις	μόνο με όρια

Η διαβάθμιση αυτή διασφαλίζει ότι η διαφάνεια υπηρετεί την ποιότητα και όχι την πίεση ή την τιμωρητική χρήση.

6.5.6 Συμπέρασμα

Η διαφάνεια και η τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων συνιστούν το τελικό φίλτρο θεσμικής ωριμότητας του Πλαισίου Αξιολόγησης της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Μέσω της συστηματικής αποτύπωσης των μεθοδολογικών επιλογών, της ποιότητας των δεδομένων, των ερμηνευτικών παραδοχών και των ορίων χρήσης, η αξιολόγηση καθίσταται ελέγξιμη και προστατευμένη από αυθαίρετες ή καταχρηστικές ερμηνείες.

Το Πλαίσιο που αναπτύσσεται στο παρόν δεν περιορίζεται στην παραγωγή δεικτών και αριθμητικών αποτελεσμάτων, αλλά ενσωματώνει μηχανισμούς που διασφαλίζουν ότι κάθε αποτέλεσμα συνοδεύεται από επαρκή τεκμηρίωση και σαφές πλαίσιο χρήσης. Με τον τρόπο αυτό, τα αποτελέσματα αξιολόγησης μπορούν να αξιοποιηθούν με ασφάλεια στη διακυβέρνηση, τη λήψη αποφάσεων και τη λογοδοσία, όπως έχει αναλυθεί στα Κεφάλαια και 6.

Η ενσωμάτωση της διαφάνειας και της τεκμηρίωσης ως δομικών στοιχείων της αξιολόγησης ενισχύει την εμπιστοσύνη των εμπλεκόμενων μερών, υποστηρίζει τη συνεχή βελτίωση και διασφαλίζει τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συστήματος ΝΟΣΠΙ. Το Κεφάλαιο 7 ολοκληρώνεται έτσι ως ο θεσμικός εγγυητής της αξιοπιστίας του παρόντος, θέτοντας σταθερές βάσεις για τη συνεπή και υπεύθυνη εφαρμογή του Πλαισίου Αξιολόγησης στο πεδίο.

7 Στρατηγική, Βιωσιμότητα και Θεσμική Εδραίωση της ΝΟΣΠΙ μέσω του Πλαισίου Αξιολόγησης

7.1 Σύνδεση αξιολόγησης με στρατηγικό σχεδιασμό

Η αξιολόγηση, όπως συγκροτείται στο παρόν, αποτελεί θεμελιώδη μηχανισμό στρατηγικού σχεδιασμού και όχι απλώς εργαλείο αποτίμησης της υφιστάμενης λειτουργίας της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, ο στρατηγικός σχεδιασμός δεν μπορεί να βασίζεται σε αποσπασματικές ενδείξεις επιτυχίας, ούτε σε μεμονωμένα ποσοτικά αποτελέσματα. Απαιτεί συνεχή, δομημένη και αξιόπιστη αξιολόγηση, η οποία να μεταφράζει την επιχειρησιακή εμπειρία σε τεκμηριωμένες στρατηγικές επιλογές.

Το παρόν έχει σχεδιαστεί ακριβώς για να καλύψει αυτό το κενό, λειτουργώντας ως **δομική γέφυρα μεταξύ επιχειρησιακής εφαρμογής και στρατηγικής κατεύθυνσης** της ΝΟΣΠΙ. Η αξιολόγηση παύει να αποτελεί αναδρομική διαδικασία ελέγχου και εντάσσεται στον πυρήνα της στρατηγικής διακυβέρνησης του μοντέλου.

7.1.1 Η αξιολόγηση ως στρατηγική είσοδος (Strategic Input)

Στον στρατηγικό κύκλο της ΝΟΣΠΙ, η αξιολόγηση λειτουργεί ως πρωτογενής είσοδος τεκμηρίων για τη λήψη αποφάσεων. Τα αποτελέσματα του παρόντος αξιοποιούνται για τον καθορισμό στρατηγικών στόχων, την ιεράρχηση παρεμβάσεων και την ανακατανομή πόρων, πριν την υλοποίηση και όχι εκ των υστέρων.

Η ενσωμάτωση της αξιολόγησης ως στρατηγικής εισόδου διασφαλίζει ότι:

- οι στρατηγικές αποφάσεις βασίζονται σε τεκμηριωμένα δεδομένα και όχι σε εκτιμήσεις,
- οι παρεμβάσεις ευθυγραμμίζονται με πραγματικές ανάγκες πληθυσμών και μονάδων,
- και η ανάπτυξη της ΝΟΣΠΙ παραμένει προσαρμοστική και ανθεκτική.

Η αξιολόγηση, επομένως, δεν επιβεβαιώνει απλώς τον στρατηγικό σχεδιασμό, αλλά τον **συν διαμορφώνει**.

7.1.2 Από την αποτίμηση στην πρόβλεψη και τον στρατηγικό προσανατολισμό

Ένα κρίσιμο χαρακτηριστικό ωριμότητας του παρόντος είναι η δυνατότητα μετάβασης από την απλή αποτίμηση αποτελεσμάτων στη **στήριξη προβλεπόμενου και προσανατολισμένου στο μέλλον στρατηγικού σχεδιασμού**. Μέσω της διαχρονικής παρακολούθησης, της ομαδοποίησης πληθυσμών και της σύνθεσης δεικτών, η αξιολόγηση επιτρέπει: την αναγνώριση σταθερών μοτίβων επιτυχίας ή συστημικών αδυναμιών, την πρόβλεψη μελλοντικών αναγκών σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους, και την εκτίμηση του δυναμικού αντίκτυπου διαφορετικών στρατηγικών επιλογών.

Με τον τρόπο αυτό, το παρόν λειτουργεί ως εργαλείο **στρατηγικής πρόβλεψης** και όχι μόνο αναδρομικής τεκμηρίωσης.



7.1.3 Στρατηγική ευθυγράμμιση ποιότητας, ασφάλειας και βιωσιμότητας

Η αξιολόγηση που αναπτύσσεται στο παρόν επιτρέπει τη στρατηγική ευθυγράμμιση των βασικών αξόνων της ΝΟΣΠΙ: ποιότητα, ασφάλεια, κλινική αποτελεσματικότητα και βιωσιμότητα. Η ευθυγράμμιση αυτή αποτελεί κρίσιμο παράγοντα στρατηγικής ανάπτυξης, καθώς αποτρέπει την υιοθέτηση πολιτικών που ενισχύουν μία διάσταση εις βάρος των υπολοίπων.

Τα αποτελέσματα αξιολόγησης λειτουργούν ως μηχανισμός στρατηγικής εξισορρόπησης, επιτρέποντας: την έγκαιρη ανίχνευση ανεπιθύμητων συνεπειών στρατηγικών επιλογών, την αποφυγή μη βιώσιμων ή μη ασφαλών επεκτάσεων, και τη στήριξη επιλογών που παράγουν ταυτόχρονα κλινικό όφελος και συστημική αποδοτικότητα.

Η στρατηγική ανάπτυξη της ΝΟΣΠΙ βασίζεται, συνεπώς, σε συνολική και τεκμηριωμένη ανάγνωση των αποτελεσμάτων.

7.1.4 Πολυεπίπεδη ενσωμάτωση στον στρατηγικό σχεδιασμό

Το παρόν έχει σχεδιαστεί ώστε να τροφοδοτεί διαφορετικά επίπεδα στρατηγικού σχεδιασμού, από το επιχειρησιακό έως το εθνικό. Τα αποτελέσματα αξιολόγησης μπορούν να αξιοποιηθούν: στον σχεδιασμό και την αναπροσαρμογή των μονάδων ΝΟΣΠΙ, στον περιφερειακό σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας, και στη χάραξη εθνικής στρατηγικής για την κατ' οίκον νοσηλεία.

Η πολυεπίπεδη αυτή ενσωμάτωση ενισχύει τη συνοχή του συστήματος και καθιστά το παρόν δομικό στοιχείο στρατηγικής διακυβέρνησης.

7.1.5 Στρατηγικοί χρονικοί ορίζοντες και ρόλος του παρόντος

Η στρατηγική αξία του παρόντος αποτυπώνεται και στη δυνατότητά του να υποστηρίζει διαφορετικούς χρονικούς ορίζοντες σχεδιασμού, διασφαλίζοντας συνέχεια και συνέπεια στη λήψη αποφάσεων.

Πίνακας 49: Ρόλος του ανά στρατηγικό χρονικό ορίζοντα

Στρατηγικός ορίζοντας	Ρόλος παρόντος στη ΝΟΣΠΙ
Βραχυπρόθεσμος	Στοχευμένες διορθωτικές παρεμβάσεις και βελτιώσεις ποιότητας
Μεσοπρόθεσμος	Ανασχεδιασμός κλινικών διαδρομών και κατανομής πόρων
Μακροπρόθεσμος	Θεσμική ωρίμανση, βιωσιμότητα και εδραίωση του μοντέλου

Η σαφής αυτή διάκριση αποτρέπει τη βραχυπρόθεσμη λογική αποσπασματικών παρεμβάσεων και ενισχύει τη στρατηγική συνέχεια.

7.2 Τεκμηρίωση αποτελεσματικότητας έναντι χρηματοδότησης

Η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα της ΝΟΣΠΙ προϋποθέτει σαφή, συνεκτική και επιστημονικά τεκμηριωμένη σύνδεση μεταξύ των αποτελεσμάτων που παράγει το

μοντέλο και των πόρων που απαιτούνται για τη λειτουργία και την ανάπτυξή του. Στο πλαίσιο αυτό, το παρόν δεν λειτουργεί ως εργαλείο απλής παρακολούθησης, αλλά ως **μηχανισμός αιτιολόγησης χρηματοδοτικών επιλογών**, τόσο σε επίπεδο διατήρησης όσο και σε επίπεδο στρατηγικής επέκτασης της ΝΟΣΠΙ.

Η αξιολόγηση που αναπτύσσεται στο παρόν καθιστά δυνατή τη μετάβαση από τη γενική περιγραφή δραστηριοτήτων στη **συστηματική τεκμηρίωση της παραγόμενης αξίας**, επιτρέποντας την τεκμηριωμένη αντιστοίχιση αποτελεσματικότητας και χρηματοδότησης.

7.2.1 Μετατόπιση από τη χρηματοδότηση εισροών στη χρηματοδότηση τεκμηριωμένης αξίας

Τα παραδοσιακά χρηματοδοτικά μοντέλα εστιάζουν κυρίως σε εισροές, όπως αριθμός περιστατικών, προσωπικό ή υποδομές. Η ΝΟΣΠΙ, λόγω της πολυπλοκότητας και της κατανεμημένης φύσης της, απαιτεί προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη **τι παράγεται** και όχι μόνο **τι καταναλώνεται**.

Το παρόν υποστηρίζει αυτή τη μετατόπιση, παρέχοντας: τεκμηριωμένους δείκτες κλινικής έκβασης και ασφάλειας, δείκτες ποιότητας διεργασιών και εμπειρίας, και μηχανισμούς σύνθεσης που επιτρέπουν συνολική αποτίμηση απόδοσης.

Με τον τρόπο αυτό, η χρηματοδότηση μπορεί να συζητηθεί σε όρους **παραγόμενης αξίας και αποτελεσματικότητας**, και όχι αποκλειστικά σε όρους κόστους.

7.2.2 Τι ακριβώς τεκμηριώνει το παρόν έναντι της χρηματοδότησης

Το παρόν δεν αντικαθιστά οικονομικές αναλύσεις κόστους–αποτελεσματικότητας, αλλά παρέχει το κρίσιμο **κλινικό και ποιοτικό σκέλος τεκμηρίωσης**, χωρίς το οποίο καμία χρηματοδοτική απόφαση δεν μπορεί να θεωρηθεί ολοκληρωμένη.

Πίνακας 50: Ρόλος παρόν στην τεκμηρίωση χρηματοδότησης

Πεδίο τεκμηρίωσης	Συμβολή παρόντος
Κλινική αποτελεσματικότητα	Απόδειξη κλινικού οφέλους και ασφάλειας
Ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας	Τεκμηρίωση σταθερότητας και ωριμότητας
Αποδοτικότητα διεργασιών	Έμμεση τεκμηρίωση ορθολογικής χρήσης πόρων
Συγκρισιμότητα	Δίκαιη σύγκριση μεταξύ μονάδων/περιοδών
Θεσμική αξιοπιστία	Υποστήριξη χρηματοδοτικών αποφάσεων

Η τεκμηρίωση αυτή επιτρέπει στους χρηματοδοτικούς φορείς να συνδέσουν πόρους με **αποδεδειγμένα αποτελέσματα** και όχι με υποθέσεις.

7.2.3 Διαφοροποίηση χρηματοδότησης βάσει απόδοσης και ωριμότητας

Το παρόν επιτρέπει την υιοθέτηση **διαβαθμισμένων χρηματοδοτικών προσεγγίσεων**, χωρίς να εισάγει μηχανισμούς τιμωρίας ή απλουστευμένες λογικές ανταγωνισμού. Μέσω της αξιολόγησης καθίσταται δυνατή: η αναγνώριση μονάδων με σταθερή και ώριμη



απόδοση, ο εντοπισμός μονάδων που απαιτούν ενίσχυση και τεχνική υποστήριξη, και η τεκμηρίωση αναγκών για στοχευμένη επένδυση.

Πίνακας 51: Ενδεικτική σύνδεση αξιολόγησης και χρηματοδότησης

Προφίλ αξιολόγησης	Ερμηνεία	Χρηματοδοτική προσέγγιση
Υψηλή απόδοση – υψηλή ωριμότητα	Σταθερό μοντέλο	Διατήρηση / επέκταση
Μέση απόδοση – ανομοιογένεια	Δυνατότητα βελτίωσης	Στοχευμένη ενίσχυση
Χαμηλή απόδοση – χαμηλή ωριμότητα	Δομικές αδυναμίες	Υποστήριξη & ανασχεδιασμός

Η λογική αυτή ενισχύει τη βιωσιμότητα χωρίς να αλλοιώνει τον χαρακτήρα της αξιολόγησης.

7.2.4 Δικλίδες προστασίας από στρεβλώσεις χρηματοδότησης

Η σύνδεση αξιολόγησης και χρηματοδότησης ενέχει τον κίνδυνο στρεβλώσεων, εάν τα αποτελέσματα χρησιμοποιηθούν αποκομμένα από το πλαίσιο και τα όρια ερμηνείας τους. Το παρόν ενσωματώνει ρητές δικλίδες προστασίας, όπως: υποχρεωτική διαστροφάτωση/κατηγοριοποίηση πληθυσμών και μονάδων, σαφή όρια συγκρισιμότητας και ερμηνείας, τεκμηρίωση ποιότητας δεδομένων και ελέγχων, και αποφυγή μονοδιάστατης σύνδεσης με μεμονωμένους δείκτες.

Οι δικλίδες αυτές διασφαλίζουν ότι η χρηματοδότηση στηρίζεται σε **συνολική και δίκαιη αποτίμηση**, όχι σε αριθμητικές υπεραπλουστεύσεις.

7.2.5 Στρατηγική συμβολή του παρόντος τη βιωσιμότητα της ΝΟΣΠΙ

Η δυνατότητα τεκμηρίωσης αποτελεσματικότητας έναντι χρηματοδότησης αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα της ΝΟΣΠΙ. Το παρόν μετατρέπει την αξιολόγηση σε **στρατηγικό εργαλείο υπεράσπισης και ενίσχυσης του μοντέλου**, επιτρέποντας: την αιτιολόγηση της συνέχισης χρηματοδότησης, την υποστήριξη επενδύσεων επέκτασης, και τη διασφάλιση σταθερότητας σε μεταβαλλόμενα χρηματοδοτικά περιβάλλοντα.

Η αξιολόγηση, επομένως, δεν λειτουργεί ως τεχνική υποχρέωση, αλλά ως **στρατηγικός μοχλός βιωσιμότητας** της ΝΟΣΠΙ.

7.2.6 Συμπέρασμα

Το παρόν καθιστά εφικτή τη μετάβαση από τη χρηματοδότηση βάσει δραστηριοτήτων στη χρηματοδότηση βάσει τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας, χωρίς να εισάγει απλουστευτικές ή τιμωρητικές λογικές. Μέσω της συστηματικής αποτύπωσης κλινικών, ποιοτικών και οργανωσιακών αποτελεσμάτων, παρέχει το αναγκαίο τεκμηριωτικό υπόβαθρο για τη λήψη χρηματοδοτικών αποφάσεων με θεσμική ασφάλεια και στρατηγική συνέπεια.

Η σύνδεση αξιολόγησης και χρηματοδότησης, όπως δομείται στο παρόν, αποσκοπεί στη δίκαιη και τεκμηριωμένη στήριξη ενός μοντέλου φροντίδας που αποδεικνύει την αξία του στην πράξη. Με τον τρόπο αυτό, ενισχύεται η βιωσιμότητα της ΝΟΣΠΙ και δημιουργεί τις προϋποθέσεις για υπεύθυνη επέκταση και μακροπρόθεσμη θεσμική εδραίωση.

7.3 Υποστήριξη επεκτασιμότητας του μοντέλου ΝΟΣΠΙ

Η επεκτασιμότητα της ΝΟΠΣΙ συνιστά έναν από τους πλέον κρίσιμους στρατηγικούς στόχους του προγράμματος, καθώς από αυτήν εξαρτάται η μετάβαση από πιλοτικές ή τοπικές εφαρμογές σε ένα συνεκτικό, εθνικής εμβέλειας μοντέλο παροχής φροντίδας. Ωστόσο, η επέκταση ενός σύνθετου μοντέλου υγείας δεν αποτελεί γραμμική ή αυτονόητη διαδικασία. Αντιθέτως, απαιτεί συστηματική τεκμηρίωση, έλεγχο ποιότητας και θεσμική ωριμότητα, ώστε η αύξηση της κλίμακας να μην συνεπάγεται απώλεια κλινικής αξίας, ασφάλειας ή αποτελεσματικότητας.

Στο πλαίσιο αυτό, το παρόν αποτελεί τον βασικό μηχανισμό που καθιστά την επεκτασιμότητα της ΝΟΣΠΙ **εφικτή, ελεγχόμενη και στρατηγικά ασφαλή**, καθώς εισάγει ενιαίο και αξιόπιστο πλαίσιο αξιολόγησης, ικανό να υποστηρίξει την αναπαραγωγή του μοντέλου σε διαφορετικά περιβάλλοντα χωρίς αποδόμηση των θεμελιωδών του αρχών.

7.3.1 Η επεκτασιμότητα ως ποιοτικό και θεσμικό ζητούμενο

Η επεκτασιμότητα στη ΝΟΣΠΙ δεν ταυτίζεται με την ποσοτική αύξηση των εξυπηρετούμενων περιστατικών κατ' οίκον νοσηλείας ή με τη γεωγραφική διεύρυνση του προγράμματος. Αντιθέτως, αποτελεί πρωτίστως **ποιοτικό και θεσμικό ζητούμενο**, το οποίο αφορά τη δυνατότητα διατήρησης σταθερών επιπέδων κλινικής αποτελεσματικότητας, ασφάλειας και εμπειρίας ασθενούς καθώς το μοντέλο αναπτύσσεται.

Εισάγει αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης που επιτρέπουν την παρακολούθηση της ποιότητας ανεξαρτήτως κλίμακας, αποτρέποντας το φαινόμενο της «διάχυσης ποιότητας» που συχνά παρατηρείται σε ταχέως επεκτεινόμενα προγράμματα υγείας. Με τον τρόπο αυτό, η επεκτασιμότητα μετατρέπεται από απλό διοικητικό στόχο σε **ελεγχόμενη διαδικασία διατήρησης αξίας**.

7.3.2 Ο ρόλος της αξιολόγησης στη μεταφορά του μοντέλου σε νέα περιβάλλοντα

Η εφαρμογή της ΝΟΣΠΙ σε νέα οργανωσιακά ή γεωγραφικά περιβάλλοντα συνεπάγεται αναπόφευκτα διαφοροποιήσεις ως προς τις υποδομές, το ανθρώπινο δυναμικό, τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και το επίπεδο οργανωσιακής ωριμότητας. Η άκριτη αναπαραγωγή του μοντέλου χωρίς αξιολόγηση των τοπικών συνθηκών ενέχει σοβαρούς κινδύνους αποτυχίας.

Το παραδοτέο λειτουργεί ως μηχανισμός **τεκμηριωμένης μεταφοράς του μοντέλου**, καθώς επιτρέπει τη συστηματική αποτύπωση των διαφορών μεταξύ μονάδων, τη διαστρωμάτωση των αποτελεσμάτων και την προσαρμογή της εφαρμογής με βάση αντικειμενικά δεδομένα. Η αξιολόγηση δεν επιβάλλει ομοιομορφία, αλλά διασφαλίζει ότι οι προσαρμογές πραγματοποιούνται εντός σαφώς ορισμένων ορίων ποιότητας και ασφάλειας.



7.3.3 Αξιολόγηση ετοιμότητας και αποφυγή πρόωρης επέκτασης

Η πρόωρη ή ανεπαρκώς τεκμηριωμένη επέκταση αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες αποτυχίας καινοτόμων μοντέλων φροντίδας. Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, η επέκταση χωρίς επαρκή αξιολόγηση ετοιμότητας μπορεί να οδηγήσει σε υποβάθμιση της κλινικής ασφάλειας, αύξηση ανεπιθύμητων συμβάντων και απώλεια εμπιστοσύνης.

Το παραδοτέο εισάγει σαφείς δείκτες ωριμότητας και ετοιμότητας, οι οποίοι επιτρέπουν την αντικειμενική εκτίμηση της δυνατότητας μιας μονάδας ή περιοχής να υποστηρίξει την επέκταση του μοντέλου. Με τον τρόπο αυτό, η επέκταση συνδέεται με τεκμηριωμένα επίπεδα απόδοσης και όχι με συγκυριακές ή πολιτικές πιέσεις.

7.3.4 Σταδιακή και τεκμηριωμένη στρατηγική επέκτασης

Η επεκτασιμότητα της ΝΟΣΠΙ, όπως υποστηρίζεται από το παρόν, βασίζεται σε λογική **σταδιακής και φασικής ανάπτυξης**. Η επέκταση πραγματοποιείται σε διακριτά στάδια, τα οποία συνοδεύονται από ενδιάμεση αξιολόγηση και επαναπροσδιορισμό στρατηγικών επιλογών.

Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει τη συσσώρευση εμπειρίας, τη σταδιακή ενίσχυση των δομών και την έγκαιρη διόρθωση αποκλίσεων, διασφαλίζοντας ότι η ανάπτυξη του μοντέλου παραμένει ελεγχόμενη και βιώσιμη. Το παρόν παρέχει το αναγκαίο μεθοδολογικό υπόβαθρο για τη στήριξη αυτής της στρατηγικής, μετατρέποντας την επέκταση σε **διαδικασία συνεχούς μάθησης**.

7.3.5 Εθνική συνοχή και δίκαιη ανάπτυξη του μοντέλου

Σε εθνικό επίπεδο, η επεκτασιμότητα της ΝΟΣΠΙ δεν αφορά μόνο τον αριθμό των μονάδων, αλλά και τη διασφάλιση συνοχής και ισοτιμίας στην παροχή φροντίδας. Το παρόν επιτρέπει τη σύγκριση και την αξιολόγηση μονάδων εντός κοινών πλαισίων αναφοράς, αποτρέποντας την ανάπτυξη πολλαπλών, ασύμβατων εκδοχών του μοντέλου.

Η ενιαία αξιολόγηση συμβάλλει στη δίκαιη κατανομή πόρων, στην αναγνώριση περιοχών που απαιτούν πρόσθετη υποστήριξη και στη διαμόρφωση συνεκτικής εθνικής στρατηγικής για τη ΝΟΣΠΙ.

7.3.6 Η επεκτασιμότητα ως διαχειρίσιμος συστημικός κίνδυνος

Κάθε διαδικασία επέκτασης εισάγει νέους συστημικούς κινδύνους, οι οποίοι σχετίζονται με την αυξημένη πολυπλοκότητα, την επιβάρυνση των δομών και τη διαφοροποίηση των πληθυσμών. Το παρόν επιτρέπει την αναγνώριση και την παρακολούθηση αυτών των κινδύνων, ενσωματώνοντας την επεκτασιμότητα στο συνολικό πλαίσιο διαχείρισης κινδύνου της ΝΟΣΠΙ.

Η αξιολόγηση λειτουργεί, έτσι, ως μηχανισμός πρόληψης και όχι ως εργαλείο εκ των υστέρων διόρθωσης, διασφαλίζοντας ότι η επέκταση δεν υπονομεύει τη σταθερότητα του συστήματος.

7.3.7 Από την πιλοτική επιτυχία στη συστημική αναπαραγωγιμότητα

Το τελικό και πλέον κρίσιμο στοιχείο της επεκτασιμότητας είναι η δυνατότητα μετατροπής της πιλοτικής επιτυχίας σε **συστημική αναπαραγωγιμότητα**. Το παρόν δεν αξιολογεί μόνο την επίτευξη αποτελεσμάτων, αλλά και τις συνθήκες υπό τις οποίες αυτά επιτυγχάνονται, επιτρέποντας την αναγνώριση των κρίσιμων παραγόντων επιτυχίας.

Με τον τρόπο αυτό, η ΝΟΣΠΙ δεν επεκτείνεται μέσω απλής αντιγραφής, αλλά μέσω τεκμηριωμένης αναπαραγωγής ενός ώριμου και ελεγχόμενου μοντέλου φροντίδας, το οποίο μπορεί να προσαρμόζεται χωρίς να αλλοιώνεται. Το παρόν καθίσταται, έτσι, βασικός μοχλός για τη μετάβαση από το πιλοτικό στάδιο στη μακροπρόθεσμη, εθνική εδραίωση της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι.

7.4 Μακροπρόθεσμη θεσμική αξία του πλαισίου αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ

Η μακροπρόθεσμη θεσμική αξία του Πλαισίου Αξιολόγησης που αναπτύσσεται στο παρόν δεν περιορίζεται στη βραχυπρόθεσμη παρακολούθηση της εφαρμογής της κατ' οίκον νοσηλείας ούτε εξαντλείται στις απαιτήσεις λογοδοσίας συγκεκριμένων χρηματοδοτικών κύκλων. Αντιθέτως, το παρόν συγκροτεί τις βάσεις για τη **θεσμική εδραίωση, τη διαχρονική βιωσιμότητα και τη συστημική ωρίμανση** της ΝΟΣΠΙ ως μόνιμου πυλώνα του συστήματος υγείας.

Η αξία του πλαισίου αξιολόγησης έγκειται στο γεγονός ότι μετατρέπει τη ΝΟΣΠΙ από πρόγραμμα ή δράση περιορισμένης χρονικής διάρκειας σε **θεσμικά δομημένο μοντέλο παροχής φροντίδας**, με σαφείς κανόνες αποτίμησης, ελέγχου και ανατροφοδότησης.

7.4.1 Από το έργο στη θεσμική λειτουργία

Ένα από τα συχνότερα προβλήματα μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας είναι η αδυναμία μετάβασης από το στάδιο του έργου ή της πιλοτικής δράσης στη μόνιμη θεσμική λειτουργία. Το παρόν αντιμετωπίζει ρητά αυτή την πρόκληση, καθώς εισάγει ένα **σταθερό και επαναλήψιμο πλαίσιο αξιολόγησης**, ανεξάρτητο από συγκεκριμένες διοικητικές ή χρηματοδοτικές συγκυρίες.

Η ύπαρξη θεσμοθετημένου πλαισίου αξιολόγησης: επιτρέπει τη συνέχιση της ΝΟΣΠΙ ανεξαρτήτως αλλαγών πολιτικής ή διοικητικής ηγεσίας, διασφαλίζει τη διαχρονική συγκρισιμότητα αποτελεσμάτων, και καθιστά τη λειτουργία της ΝΟΣΠΙ προβλέψιμη και ελέγξιμη.

Με τον τρόπο αυτό, η αξιολόγηση λειτουργεί ως **θεσμικός μηχανισμός σταθερότητας**.

7.4.2 Δημιουργία μόνιμης υποδομής γνώσης και τεκμηρίωσης

Το Πλαίσιο Αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ δεν παράγει μόνο στιγμιαία αποτελέσματα, αλλά δημιουργεί μια **συσσωρευτική υποδομή γνώσης**, η οποία ενισχύεται διαχρονικά μέσω της συνεχούς συλλογής, ανάλυσης και ερμηνείας δεδομένων.

Η υποδομή αυτή: επιτρέπει τη χαρτογράφηση τάσεων και μοτίβων, υποστηρίζει τη μεταφορά γνώσης μεταξύ μονάδων και περιόδων, και συμβάλλει στη διαμόρφωση τεκμηριωμένων πολιτικών υγείας.

Η αξιολόγηση παύει έτσι να αποτελεί εργαλείο ελέγχου και μετατρέπεται σε **θεσμικό μηχανισμό μάθησης του συστήματος**.

7.4.3 Ενσωμάτωση στη διακυβέρνηση και στους μηχανισμούς εποπτείας

Η μακροπρόθεσμη αξία του παρόντος ενισχύεται από τη δυνατότητα ενσωμάτωσής του στους μηχανισμούς διακυβέρνησης και εποπτείας της ΝΟΣΠΙ. Το πλαίσιο αξιολόγησης μπορεί να λειτουργήσει ως κοινό σημείο αναφοράς για: τη χάραξη στρατηγικής, την παρακολούθηση της απόδοσης, και τη λογοδοσία σε επίπεδο συστήματος.

Η ενσωμάτωση αυτή διασφαλίζει ότι οι αποφάσεις λαμβάνονται βάσει τεκμηριωμένων δεδομένων και όχι αποσπασματικών ενδείξεων, ενισχύοντας τη θεσμική αξιοπιστία της ΝΟΣΠΙ.

7.4.4 Ανθεκτικότητα του μοντέλου σε μεταβολές και κρίσεις

Ένα ώριμο θεσμικό πλαίσιο αξιολόγησης προσδίδει ανθεκτικότητα στο μοντέλο της ΝΟΣΠΙ απέναντι σε μεταβολές του περιβάλλοντος, όπως αλλαγές στη ζήτηση, δημογραφικές εξελίξεις ή κρίσεις δημόσιας υγείας. Το παρόν επιτρέπει την έγκαιρη αναγνώριση αποκλίσεων και πιέσεων στο σύστημα, υποστηρίζοντας προσαρμοστικές παρεμβάσεις.

Η ύπαρξη αυτής της ικανότητας προσαρμογής καθιστά τη ΝΟΣΠΙ **θεσμικά ανθεκτική** και όχι εξαρτώμενη από συγκυριακές λύσεις.

7.4.5 Μακροπρόθεσμη αξία για το σύστημα υγείας

Σε τελική ανάλυση, η μακροπρόθεσμη θεσμική αξία του παρόντος έγκειται στο γεγονός ότι εισάγει κουλτούρα αξιολόγησης, ποιότητας και τεκμηρίωσης στον πυρήνα της ΝΟΣΠΙ. Το πλαίσιο δεν λειτουργεί ως πρόσθετο διοικητικό βάρος, αλλά ως **δομικό στοιχείο του συστήματος υγείας**, το οποίο υποστηρίζει τη συνεχή βελτίωση και τη στρατηγική βιωσιμότητα.

Η ΝΟΣΠΙ, μέσω του παρόντος, αποκτά τα χαρακτηριστικά ενός ώριμου, θεσμικά κατοχυρωμένου μοντέλου φροντίδας, ικανού να εξελίσσεται και να προσαρμόζεται χωρίς να χάνει τη συνοχή και την ποιότητά του.

7.5 Τελικό Συμπέρασμα και Θεσμική Ενσωμάτωση του Πλαισίου Αξιολόγησης

Το παρόν ολοκληρώνει τη συνολική αρχιτεκτονική της ΝΟΣΠΙ, όπως αυτή θεμελιώθηκε και εξειδικεύθηκε επιχειρησιακά, μετατρέποντας το σύνολο του έργου από μεθοδολογική άσκηση σε **λειτουργικό, θεσμικά εφαρμόσιμο και διαχρονικά βιώσιμο σύστημα αξιολόγησης**. Η συμβολή του παρόντος δεν περιορίζεται στην περιγραφή ή οργάνωση διαδικασιών, αλλά συνίσταται στη θεσμοθέτηση ενός ενιαίου τρόπου με τον οποίο η

ΝΟΣΠΙ μπορεί να αποτιμάται, να ελέγχεται και να εξελίσσεται με όρους ποιότητας, ασφάλειας και κλινικής αξίας.

Η αξιολόγηση, όπως αναπτύσσεται στο παρόν, δεν αποτελεί εξωτερικό ή συμπληρωματικό μηχανισμό, αλλά ενσωματώνεται οργανικά στον κύκλο ζωής της κατ' οίκον νοσηλείας. Με τον τρόπο αυτό, η ΝΟΣΠΙ αποκτά σαφές και κοινά αποδεκτό πλαίσιο αναφοράς για την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς της, τη διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών και τη συνολική αποτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

7.5.1 Θεσμική ενσωμάτωση και ανεξαρτησία από το πλαίσιο του έργου

Κεντρικό στοιχείο του παρόντος αποτελεί η δυνατότητα **πλήρους θεσμικής ενσωμάτωσής του**, χωρίς εξάρτηση από τη χρονική διάρκεια του έργου ή την ύπαρξη εξωτερικών αναδόχων. Το πλαίσιο αξιολόγησης έχει σχεδιαστεί ώστε να μπορεί να υιοθετηθεί από τους αρμόδιους φορείς εποπτείας και διακυβέρνησης της ΝΟΣΠΙ ως μόνιμος μηχανισμός λειτουργίας.

Η θεσμική ενσωμάτωση επιτυγχάνεται μέσω της τυποποίησης ορισμών, της σαφούς περιγραφής ρόλων και της πρόβλεψης διαδικασιών που καθιστούν την αξιολόγηση επαναλήψιμη, ελέγξιμη και διαφανή. Με τον τρόπο αυτό, το παρόν διασφαλίζει ότι η ΝΟΣΠΙ δεν εξαρτάται από προσωρινά σχήματα εφαρμογής, αλλά λειτουργεί βάσει σταθερών κανόνων και κοινά αποδεκτών κριτηρίων.

7.5.2 Λειτουργική αυτονόμηση και διαχρονική εφαρμογή

Η λειτουργική αυτονόμηση του παρόν συνιστά βασική προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα της ΝΟΣΠΙ. Το πλαίσιο αξιολόγησης έχει αναπτυχθεί με τρόπο που επιτρέπει την εφαρμογή, την παρακολούθηση και την επικαιροποίηση του από τις ίδιες τις δομές του συστήματος υγείας, χωρίς την ανάγκη εξειδικευμένης εξωτερικής υποστήριξης.

Η αξιολόγηση μετατρέπεται έτσι σε **εσωτερικό εργαλείο αυτορρύθμισης και βελτίωσης**, το οποίο μπορεί να εξελίσσεται σταδιακά, να προσαρμόζεται σε νέες ανάγκες και να διατηρεί τη συνοχή του ακόμη και σε συνθήκες μεταβολής του περιβάλλοντος παροχής φροντίδας.

7.5.3 Ενοποίηση στρατηγικής, ποιότητας και λογοδοσίας

Το παρόν επιτυγχάνει τη σύνδεση της αξιολόγησης με τη στρατηγική διακυβέρνηση της ΝΟΣΠΙ, ενοποιώντας την ποιότητα, την ασφάλεια και τη λογοδοσία σε ένα ενιαίο σύστημα αναφοράς. Η ύπαρξη κοινών δεικτών, σαφών κανόνων ερμηνείας και τεκμηριωμένων αποτελεσμάτων επιτρέπει τη λήψη αποφάσεων βάσει δεδομένων και όχι αποσπασματικών ενδείξεων.

Με τον τρόπο αυτό, η αξιολόγηση παύει να αποτελεί διαδικασία ελέγχου εκ των υστέρων και μετατρέπεται σε **εργαλείο ενεργού διακυβέρνησης**, το οποίο υποστηρίζει τη συνεχή βελτίωση και τη στρατηγική ωρίμανση του μοντέλου.



7.5.4 Μετάβαση από την πιλοτική εφαρμογή στη μόνιμη πολιτική υγείας

Το τελικό και πλέον ουσιαστικό αποτέλεσμα του παρόντος είναι η δυνατότητα μετάβασης της ΝΟΣΠΙ από πιλοτική ή έργου-κεντρική εφαρμογή σε **μόνιμη πολιτική υγείας**, με σαφή μηχανισμό αξιολόγησης και ελέγχου. Η ύπαρξη θεσμικά κατοχυρωμένου πλαισίου αξιολόγησης επιτρέπει τη μακροπρόθεσμη στήριξη του μοντέλου, την αιτιολόγηση της χρηματοδότησής του και την προσαρμογή του σε μελλοντικές προκλήσεις.

Η ΝΟΣΠΙ, μέσω του παρόντος, αποκτά τα χαρακτηριστικά ενός ώριμου συστημικού μοντέλου, ικανού να εξελίσσεται χωρίς να χάνει τη συνοχή, την ποιότητα και την αξιοπιστία του.

7.5.5 Τελική θεσμική αποτίμηση

Συνοψίζοντας, το παρόν ολοκληρώνει τη ΝΟΣΠΙ ως **αξιολογήσιμο, διαφανές και θεσμικά θωρακισμένο μοντέλο παροχής φροντίδας**. Η αξιολόγηση καθίσταται δομικό στοιχείο της λειτουργίας της ΝΟΣΠΙ και όχι παρεπόμενη διαδικασία, διασφαλίζοντας τη διαχρονική ποιότητα, την ασφάλεια των ασθενών και τη βιωσιμότητα του συστήματος.

Με το παρόν, το έργο δεν απλώς ολοκληρώνεται, αλλά **μετασχηματίζεται σε μόνιμο θεσμικό εργαλείο**, ικανό να υποστηρίξει τη ΝΟΣΠΙ ως σταθερό και αξιόπιστο πυλώνα του συστήματος υγείας.

8 Θεσμική Μετάβαση, Εφαρμογή και Κύκλος Αξιολόγησης του Συστήματος Ποιότητας ΝΟΣΠΙ από τον ΟΔΙΠΥ

8.1 Σκοπός και αντικείμενο του κεφαλαίου

Το παρόν κεφάλαιο καθορίζει το πλαίσιο θεσμικής εφαρμογής και αξιολόγησης του Συστήματος Ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ). Σκοπός του κεφαλαίου είναι να περιγράψει με σαφή, τεκμηριωμένο και θεσμικά συμβατό τρόπο τον μηχανισμό μέσω του οποίου το Σύστημα Ποιότητας ΝΟΣΠΙ υπόκειται σε συστηματική, επαναλαμβανόμενη και τεκμηριωμένη αξιολόγηση από τον ΟΔΙΠΥ.

Το κεφάλαιο εισάγεται για να καλύψει το κενό μεταξύ της ανάπτυξης ενός ολοκληρωμένου συστήματος ποιότητας και της διαχρονικής διασφάλισης της εφαρμογής, της συνέπειας και της ωρίμανσής του. Η ποιότητα στη ΝΟΣΠΙ δεν αντιμετωπίζεται ως στατική συμμόρφωση σε κανόνες, αλλά ως δυναμικό σύστημα το οποίο απαιτεί συνεχή παρακολούθηση, αξιολόγηση και ανατροφοδότηση.

8.2 Θεσμική φύση της αξιολόγησης από τον ΟΔΙΠΥ

Ο ΟΔΙΠΥ δεν λειτουργεί ως φορέας πιστοποίησης (certification body) ή φορέας διαπίστευσης (accreditation body) και η αξιολόγηση του Συστήματος Ποιότητας ΝΟΣΠΙ **δεν οδηγεί σε απονομή πιστοποιητικού.**

Η αξιολόγηση έχει χαρακτήρα θεσμικού Ελέγχου Συστήματος Ποιότητας (audit), αντίστοιχο με τα συστήματα εξωτερικής διασφάλισης ποιότητας (External Quality Assessment), κανονιστικής αξιολόγησης (Regulatory Assessment) και ελέγχου βασισμένου στο σύστημα (System-based Audit), όπως εφαρμόζονται διεθνώς σε εθνικά συστήματα υγείας. Ο στόχος της αξιολόγησης δεν είναι η τυπική πιστοποίηση, αλλά:

- η τεκμηριωμένη αποτίμηση της εφαρμογής του συστήματος,
- η παρακολούθηση της ωρίμανσης των μηχανισμών ποιότητας και ασφάλειας,
- η ανάδειξη συστημικών κινδύνων και αδυναμιών,
- η υποστήριξη της συνεχούς βελτίωσης και της χάραξης πολιτικής.

Επεξήγηση των συστημάτων αξιολόγησης

1. External Quality Assessment (EQA) – Εξωτερική Διασφάλιση Ποιότητας

Η **External Quality Assessment** αποτελεί μηχανισμό εξωτερικού ελέγχου της ποιότητας, ο οποίος εφαρμόζεται ευρέως σε εθνικά συστήματα υγείας, ιδίως σε εργαστήρια, κλινικές υπηρεσίες και οργανωμένα δίκτυα φροντίδας.

Χαρακτηριστικά: Διενεργείται από **ανεξάρτητο ή θεσμικά ορισμένο φορέα**. Δεν αποσκοπεί σε πιστοποίηση, αλλά σε επαλήθευση ορθής λειτουργίας, συγκριτική αποτίμηση, εντοπισμό αποκλίσεων και συστημικών αδυναμιών και παράγει **ανατροφοδότηση και συστάσεις βελτίωσης.**

Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ, ο χαρακτήρας EQA επιβεβαιώνει ότι η αξιολόγηση είναι **εξωτερική, θεσμική, συστηματική** και εστιάζει στη λειτουργία του συστήματος και όχι σε μεμονωμένους επαγγελματίες.

2. Regulatory Assessment – Κανονιστική / Θεσμική Αξιολόγηση

Η **Regulatory Assessment** αφορά αξιολόγηση που πραγματοποιείται στο πλαίσιο άσκησης θεσμικής αρμοδιότητας, με στόχο τη διασφάλιση ότι ένα σύστημα λειτουργεί σύμφωνα με το εγκεκριμένο κανονιστικό και πολιτικό πλαίσιο. Χαρακτηριστικά: Ασκεείται από **κρατικό ή εποπτικό φορέα**. Εστιάζει: στη συμμόρφωση με θεσμικά πρότυπα, στη συνεκτικότητα πολιτικών και πρακτικών, στη διακυβέρνηση και τη λογοδοσία. Δεν οδηγεί κατ' ανάγκη σε κυρώσεις, αλλά σε: θεσμικές παρεμβάσεις, επικαιροποίηση πολιτικών και ανασχεδιασμό πλαισίων.

Στη ΝΟΣΠΙ: η αξιολόγηση λειτουργεί ως **εργαλείο πολιτικής υγείας** και συνδέεται άμεσα με τον ρόλο του ΟΔΙΠΥ ως φορέα διακυβέρνησης ποιότητας.

3. System-based Audit – Έλεγχος βασισμένος στο σύστημα

Ο **System-based Audit** αποτελεί κεντρική αρχή των ISO, και σύγχρονων accreditation μοντέλων. Χαρακτηριστικά: Δεν ελέγχει μεμονωμένες πράξεις ή περιστατικά. Εξετάζει: αν υπάρχουν κατάλληλες πολιτικές και διαδικασίες, αν αυτές εφαρμόζονται συστηματικά, αν το σύστημα εντοπίζει, αναλύει και διορθώνει τα σφάλματά του. Η βασική ερώτηση δεν είναι «τι πήγε λάθος», αλλά: «πώς το σύστημα διασφαλίζει ότι μαθαίνει και βελτιώνεται».

Στο πλαίσιο της ΝΟΣΠΙ ο έλεγχος αφορά τη **ωριμότητα του Συστήματος Ποιότητας**, και ευθυγραμμίζεται πλήρως με ISO 9001 / ISO 15224 και WHO quality governance Frameworks.

8.3 Τετραετής κύκλος αξιολόγησης (4-year Audit Cycle)

Η αξιολόγηση του Συστήματος Ποιότητας ΝΟΣΠΙ οργανώνεται σε τετραετή κύκλο αξιολόγησης, σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική των συστημάτων διαπίστευσης (accreditation) και θεσμικής εποπτείας (regulatory oversight). Ο κύκλος περιλαμβάνει:

- **Αρχική αξιολόγηση (Initial / Baseline Audit)** στο 1ο έτος,
- **Ετήσιες επιτηρήσεις (Annual Surveillance Audits)** στο 2ο και 3ο έτος,
- **Τελική επαναξιολόγηση (Re-assessment Audit)** στο 4ο έτος.

Ο τετραετής κύκλος αποτελεί το βασικό θεσμικό πλαίσιο εντός του οποίου παρακολουθείται, αξιολογείται και εξελίσσεται η ποιότητα της ΝΟΣΠΙ σε εθνικό επίπεδο.

8.4 Φάση προετοιμασίας εφαρμογής πριν την αρχική αξιολόγηση

Πριν από την έναρξη του κύκλου αξιολόγησης, υλοποιείται διακριτή φάση προετοιμασίας εφαρμογής. Η φάση αυτή διασφαλίζει ότι το Σύστημα Ποιότητας ΝΟΣΠΙ λειτουργεί σε πραγματικές συνθήκες και με επαρκή βαθμό ωριμότητας ώστε να είναι αξιολογήσιμο.



Κατά τη φάση αυτή εφαρμόζονται στην πράξη οι πολιτικές και διαδικασίες, ενεργοποιούνται οι μηχανισμοί τεκμηρίωσης, αναφοράς συμβάντων και διαχείρισης κινδύνων και τίθενται σε λειτουργία τα συστήματα συλλογής δεδομένων και παραγωγής δεικτών.

Ο ΟΔΙΠΥ αναλαμβάνει ρόλο **θεσμικής καθοδήγησης και εκπαίδευσης εφαρμογής**, υποστηρίζοντας τις Μονάδες ΝΟΣΠΙ στην ορθή, ενιαία και συνεπή εφαρμογή του συστήματος. Η εκπαίδευση αφορά αποκλειστικά την εφαρμογή του Συστήματος Ποιότητας και **δεν συνιστά αξιολόγηση**.

8.5 Αρχική αξιολόγηση – Initial / Baseline Audit (Έτος 1)

Η αρχική αξιολόγηση αποτελεί το πρώτο επίσημο στάδιο του τετραετούς κύκλου και λειτουργεί ως **Αρχικός έλεγχος (baseline audit)**. Σκοπός της είναι η αποτύπωση της κατάστασης εκκίνησης του Συστήματος Ποιότητας ΝΟΣΠΙ.

Η αξιολόγηση εστιάζει στη συμμόρφωση με το κανονιστικό και λειτουργικό πλαίσιο, στη λειτουργικότητα των μηχανισμών ποιότητας και ασφάλειας και στη βασική αξιοπιστία των δεδομένων και των δεικτών.

Δεν αξιολογείται η κλινική επίδοση ούτε πραγματοποιείται συγκριτική κατάταξη. Η αρχική αξιολόγηση παράγει **σημείο αναφοράς (baseline)** για όλο τον κύκλο.

8.6 Ετήσιες επιτηρήσεις – Annual Surveillance Audits (Έτη 2 και 3)

Οι ετήσιες επιτηρήσεις αποτελούν τον πυρήνα του συστήματος αξιολόγησης. Έχουν χαρακτήρα **Έλεγχοι επιτήρησης (surveillance audits)** και αποσκοπούν στη διαχρονική παρακολούθηση της εφαρμογής και της ωρίμανσης του συστήματος.

Οι επιτηρήσεις βασίζονται στη διαχρονική ανάλυση δεικτών (trend analysis), εξετάζουν τη λειτουργία των μηχανισμών RCA και CAPA και αξιολογούν τη συνέπεια εφαρμογής των πολιτικών και διαδικασιών.

Οι επιτηρήσεις **δεν οδηγούν σε κυρώσεις** και δεν παράγουν πιστοποιητικά. Παράγουν τεκμηριωμένες συστάσεις βελτίωσης και ενισχύουν τη συστημική μάθηση.

8.7 Τελική επαναξιολόγηση – Re-assessment Audit (Έτος 4)

Η τελική επαναξιολόγηση αποτελεί την αθροιστική αποτίμηση του τετραετούς κύκλου. Συνθέτει τα ευρήματα της αρχικής αξιολόγησης και των επιτηρήσεων και αποτιμά συνολικά την ωριμότητα του Συστήματος Ποιότητας, τη σταθερότητα των μηχανισμών ασφάλειας και τη συστηματική αξιοποίηση δεδομένων και δεικτών.

Η επαναξιολόγηση **δεν απονέμει πιστοποίηση**, αλλά αποτελεί τη βάση για στρατηγικές αποφάσεις, επικαιροποίηση προτύπων και επανασχεδιασμό πολιτικών.

8.8 Τι “παράγει” ο τετραετής κύκλος αξιολόγησης

Ο τετραετής κύκλος αξιολόγησης παράγει:



- ✓ τεκμηριωμένη εικόνα ποιότητας και ασφάλειας,
- ✓ συγκρίσιμα δεδομένα σε βάθος χρόνου,
- ✓ συστημικά benchmarks σε εθνικό και διεθνές επίπεδο,
- ✓ τεκμηριωμένες εισηγήσεις πολιτικής προς το Υπουργείο Υγείας.

Η αξιολόγηση λειτουργεί ως **εργαλείο διακυβέρνησης και όχι ελέγχου**.

Με τον τρόπο αυτό, η αξιολόγηση ενσωματώνεται στη διακυβέρνηση της ΝΟΣΠΙ ως μηχανισμός θεσμικής μάθησης, συνεχούς βελτίωσης και διασφάλισης δημόσιας αξίας.

Πίνακας 52: Τετραετής κύκλος αξιολόγησης Συστήματος Ποιότητας ΝΟΣΠΙ και αποδιδόμενη αξία

Έτος	Τύπος ελέγχου	Ελληνικός όρος	Σκοπός	Τι αποδίδει σε επίπεδο πολιτικής
Έτος 1	Baseline audit	Αρχικός έλεγχος αναφοράς	Αποτύπωση σημείου εκκίνησης και λειτουργικής ετοιμότητας	Αξιόπιστη εικόνα εφαρμογής, θεσμικό σημείο αναφοράς
Έτος 2	Surveillance audit	Έλεγχος επιτήρησης	Παρακολούθηση συνέπειας εφαρμογής και τάσεων	Έγκαιρος εντοπισμός συστημικών αδυναμιών
Έτος 3	Surveillance audit	Έλεγχος επιτήρησης	Αξιολόγηση ωρίμανσης και αποτελεσματικότητας μηχανισμών	Τεκμηρίωση βελτίωσης, στήριξη αναθεώρησης πολιτικών
Έτος 4	Reassessment	Τελική επαναξιολόγηση	Αθροιστική αποτίμηση ποιότητας και ασφάλειας	Στρατηγική αξιολόγηση, βάση επόμενου κύκλου

8.9 Διεθνής συγκρισιμότητα και benchmarking

Οι δείκτες και η μεθοδολογία του Συστήματος Ποιότητας ΝΟΣΠΙ έχουν βασιστεί σε διεθνή πλαίσια (WHO, OECD, NHS). Ο τετραετής κύκλος αξιολόγησης επιτρέπει στον ΟΔΙΠΥ και στη ΝΟΣΠΙ να τοποθετούνται σταδιακά σε **ανώτερα επίπεδα ωριμότητας**, συγκρίσιμα με ώριμα συστήματα κατ' οίκον νοσηλείας διεθνώς.

Πίνακας 53: Σύνοψη τετραετούς κύκλου αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ

Έτος	Τύπος αξιολόγησης	Αγγλικός όρος	Στόχος



1	Αρχική αξιολόγηση	Initial / Baseline Audit	Σημείο αναφοράς
2	Επιτήρηση	Surveillance Audit	Παρακολούθηση & βελτίωση
3	Επιτήρηση	Surveillance Audit	Ωρίμανση συστήματος
4	Επαναξιολόγηση	Re-assessment Audit	Συνολική αποτίμηση & στρατηγική

Το Κεφάλαιο 8 ολοκληρώνει τη μετάβαση του Συστήματος Ποιότητας ΝΟΣΠΙ από το στάδιο του έργου στο στάδιο της θεσμικής, διαχρονικής εφαρμογής. Καθορίζει με σαφήνεια τη φύση της αξιολόγησης, τον ρόλο του ΟΔΙΠΥ και τη λογική του τετραετούς κύκλου ελέγχου, αποσαφηνίζοντας ότι η αξιολόγηση δεν αποτελεί πιστοποίηση, αλλά εργαλείο διακυβέρνησης ποιότητας.

Με την καθιέρωση ενός συστηματικού, επαναλαμβανόμενου και μη τιμωρητικού κύκλου ελέγχου συστήματος, η ΝΟΣΠΙ εντάσσεται σε ανώτερο επίπεδο θεσμικής ωριμότητας, συγκρίσιμο με διεθνή συστήματα υγείας. Το πλαίσιο που περιγράφεται στο παρόν κεφάλαιο διασφαλίζει δεν παραμένουν στατικά τεχνικά κείμενα, αλλά λειτουργούν ως ζωντανό σύστημα ποιότητας, με σαφή μηχανισμό αξιολόγησης, ανατροφοδότησης και διαρκούς βελτίωσης.

Έτσι, το Σύστημα Ποιότητας ΝΟΣΠΙ αποκτά θεσμική συνέχεια, ανθεκτικότητα στον χρόνο και στρατηγική αξία για την εθνική πολιτική υγείας.

9 Συμπεράσματα – Συνθετικός Ρόλος του παρόντος

Το παρόν κεφάλαιο συνθέτει τα κύρια συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάπτυξη και ανάλυση του παρόντος, αναδεικνύοντας τον συνολικό του ρόλο στη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου, συνεκτικού και θεσμικά ώριμου πλαισίου αξιολόγησης για τη ΝΟΣΠΙ. Σε συνέχεια του εννοιολογικού και κανονιστικού πλαισίου που αναπτύχθηκε και της επιχειρησιακής εξειδίκευσης μέσω δεικτών και εργαλείων, το παρόν λειτουργεί ως ο συνδεδετικός μηχανισμός που μετατρέπει τη θεωρητική περιγραφή και τη μεμονωμένη μέτρηση σε ουσιαστική αποτίμηση ποιότητας και αξίας.

Η συνεισφορά του παρόντος δεν περιορίζεται στην τεχνική οργάνωση της αξιολόγησης, αλλά επεκτείνεται στη θεμελίωση ενός κοινού πλαισίου κατανόησης για το τι συνιστά ποιότητα, ασφάλεια και αποτελεσματικότητα στο περιβάλλον της κατ' οίκον νοσηλείας. Μέσω της σύνθεσης κλινικών, οργανωσιακών και συστημικών διαστάσεων, το παρόντος επιτρέπει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων με τρόπο που είναι ταυτόχρονα επιστημονικά τεκμηριωμένος και λειτουργικά αξιοποιήσιμος από τους εμπλεκόμενους φορείς.

Το κεφάλαιο αυτό δεν επιδιώκει να επαναλάβει αναλυτικά τα επιμέρους στοιχεία των προηγούμενων ενότητων, αλλά να αναδείξει τον **συνθετικό χαρακτήρα** του παρόντος και τη συμβολή του στη μετάβαση της ΝΟΣΠΙ από ένα σύνολο επιμέρους παρεμβάσεων σε ένα ενιαίο σύστημα ποιότητας με σαφή μηχανισμό αξιολόγησης, ανατροφοδότησης και διαρκούς βελτίωσης. Υπό το πρίσμα αυτό, το παρόν προσεγγίζεται όχι ως απομονωμένο παραδοτέο, αλλά ως κρίσιμος πυλώνας για τη θεσμική εδραίωση και τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι.

Στις επιμέρους υπό ενότητες που ακολουθούν, αναλύεται αφενός ο τρόπος με τον οποίο το παρόν ολοκληρώνει το σύστημα ποιότητας της ΝΟΣΠΙ, αφετέρου η μετάβαση από τη μέτρηση στην ουσιαστική αποτίμηση, και τέλος ο ρόλος του παρόντος ως εργαλείου χάραξης και υποστήριξης εθνικής πολιτικής υγείας.

9.1 Ολοκλήρωση του συστήματος ποιότητας ΝΟΣΠΙ

Το παρόν ολοκληρώνει το σύστημα ποιότητας της ΝΟΣΠΙ, μετασχηματίζοντας τις θεμελιώδεις αρχές και τις δομικές επιλογές που τέθηκαν και την επιχειρησιακή εξειδίκευση δεικτών και εργαλείων σε ένα **ενιαίο, συνεκτικό και λειτουργικά εφαρμόσιμο πλαίσιο αποτίμησης**. Με το παρόν, η ποιότητα στη ΝΟΣΠΙ παύει να αποτελεί άθροισμα μεμονωμένων απαιτήσεων ή αποσπασματικών μετρήσεων και αποκτά σαφή αρχιτεκτονική, κοινή γλώσσα και θεσμική συνέχεια.

ρίστηκαν οι βασικές έννοιες, οι αρχές ποιότητας και το θεωρητικό υπόβαθρο της κατ' οίκον νοσηλείας ως διακριτού μοντέλου παροχής φροντίδας. Οι αρχές αυτές μεταφράστηκαν σε συγκεκριμένους άξονες αξιολόγησης, δείκτες, κριτήρια και εργαλεία εφαρμογής. Το παρόν συμπληρώνει τον κύκλο, εισάγοντας τη μεθοδολογία σύνθεσης, ερμηνείας και αξιοποίησης των αποτελεσμάτων, ώστε το σύστημα ποιότητας να λειτουργεί όχι μόνο περιγραφικά αλλά και **αποφασιστικά** για τη βελτίωση και τη διακυβέρνηση της ΝΟΣΠΙ.

Η ολοκλήρωση του συστήματος ποιότητας επιτυγχάνεται μέσω της ενοποίησης τριών διαστάσεων που στο παρόν συνυπάρχουν και αλληλοτροφοδοτούνται: της κλινικής διάστασης, που αφορά την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και τις εκβάσεις της

φροντίδας· της οργανωσιακής διάστασης, που αφορά τις διαδικασίες, την ετοιμότητα και την ωριμότητα των μονάδων ΝΟΣΠΙ· και της συστημικής διάστασης, που αφορά τη διακυβέρνηση, τη λογοδοσία και τη βιωσιμότητα του μοντέλου. Η συνθετική αντιμετώπιση των διαστάσεων αυτών επιτρέπει την αποτίμηση της ποιότητας ως ολοκληρωμένου χαρακτηριστικού του συστήματος και όχι ως απομονωμένης επίδοσης επιμέρους λειτουργιών.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι το παρόν μετατοπίζει το σύστημα ποιότητας από τη στατική συμμόρφωση στη **δυναμική αξιολόγηση και συνεχή βελτίωση**. Μέσω της διαχρονικής παρακολούθησης, της συγκρισιμότητας αποτελεσμάτων και της συστημικής ανατροφοδότησης προς τις κλινικές και οργανωσιακές διεργασίες, η ΝΟΣΠΙ αποκτά μηχανισμούς αυτορρύθμισης που της επιτρέπουν να εξελίσσεται με ελεγχόμενο και τεκμηριωμένο τρόπο. Η ποιότητα, έτσι, δεν αντιμετωπίζεται ως τελικός στόχος αλλά ως συνεχής διαδικασία μάθησης και προσαρμογής.

Συνολικά, το παρόν λειτουργεί ως ο **συνθετικός κρίκος** που καθιστά το σύστημα ποιότητας της ΝΟΣΠΙ πλήρες, λειτουργικό και θεσμικά ώριμο. Χωρίς το παρόν, το σύστημα θα παρέμενε ένα συνεπές αλλά κατακερματισμένο σύνολο αρχών και δεικτών. Με το παρόν, μετατρέπεται σε **ενιαίο πλαίσιο ποιότητας**, με σαφή μεθοδολογία αποτίμησης, ερμηνείας και αξιοποίησης αποτελεσμάτων, ικανό να υποστηρίξει τη ΝΟΣΠΙ ως σταθερό και αξιόπιστο μοντέλο παροχής φροντίδας.

9.2 Από τη μέτρηση στην αποτίμηση

Η ουσιαστική συμβολή του παρόντος αναδεικνύεται με καθαρό τρόπο στη μετάβαση από τη «μέτρηση» στην «αποτίμηση». Η μέτρηση αφορά την καταγραφή και τον υπολογισμό δεικτών, δηλαδή τη μετατροπή γεγονότων, ενεργειών και εκβάσεων σε ποσοτικά ή ποιοτικά μεγέθη. Η αποτίμηση, αντιθέτως, είναι εννοιολογικά και μεθοδολογικά ευρύτερη: προϋποθέτει ερμηνεία, συνεκτίμηση πλαισίου, αξιολόγηση κλινικής σημασίας και, κυρίως, μετατροπή της πληροφορίας σε τεκμηριωμένη κρίση που μπορεί να στηρίξει αποφάσεις διακυβέρνησης, βελτίωσης και πολιτικής υγείας.

Τέθηκαν οι δείκτες και οι άξονες αξιολόγησης που συγκροτούν τη «γλώσσα» της μέτρησης. Ωστόσο, κανένα σύστημα δεικτών, όσο πλήρες και αν είναι, δεν αρκεί από μόνο του για να υποστηρίξει την ποιότητα, αν δεν συνοδεύεται από μεθοδολογία που ορίζει πώς ερμηνεύονται τα αποτελέσματα, ποια είναι τα όρια συγκρισιμότητας, πώς αντιμετωπίζεται η ετερογένεια πληθυσμών και μονάδων και πώς αποφεύγονται οι συνήθεις στρεβλώσεις που προκύπτουν όταν οι δείκτες χρησιμοποιούνται ως αυτοσκοπός. Το παρόν καλύπτει ακριβώς αυτό το κρίσιμο κενό, εισάγοντας το πλαίσιο με το οποίο η μέτρηση αποκτά **νοηματική και θεσμική λειτουργία**.

Η αποτίμηση στη ΝΟΣΠΙ είναι ιδιαίτερα απαιτητική, διότι το περιβάλλον της κατ' οίκον νοσηλείας χαρακτηρίζεται από υψηλή μεταβλητότητα. Η κλινική κατάσταση του ασθενούς, η επάρκεια φροντιστή, η καταλληλότητα της οικίας, η δυνατότητα τηλεπαρακολούθησης και η πρόσβαση σε πόρους δεν είναι σταθερές παράμετροι, αλλά μεταβλητές που επηρεάζουν την έκβαση και τη διαδικασία παροχής φροντίδας. Επομένως, η ερμηνεία ενός δείκτη δεν μπορεί να είναι μονοσήμαντη. Η αποτίμηση απαιτεί συστηματική ενσωμάτωση παραγόντων πλαισίου, διαστρωμάτωση αποτελεσμάτων και σαφείς κανόνες για το πότε ένα αποτέλεσμα αντανakλά πραγματική βελτίωση, πότε αντανakλά μεταβολή πληθυσμού και πότε αντανakλά αδυναμία δεδομένων ή μεταβολή εφαρμογής.

Στο παρόν, η μετάβαση από τη μέτρηση στην αποτίμηση επιτυγχάνεται μέσω της οργάνωσης των αποτελεσμάτων σε συνεκτικές δομές ερμηνείας. Οι δείκτες δεν αντιμετωπίζονται ως απομονωμένες τιμές, αλλά ως στοιχεία που συγκροτούν προφίλ απόδοσης, τάσεις και σήματα κινδύνου. Η έννοια της σύνθεσης και στάθμισης που αναπτύσσεται στο παρόν επιτρέπει τη μετάβαση από «λίστες δεικτών» σε συνεκτική αποτύπωση ποιότητας, χωρίς να ακυρώνεται η αναλυτικότητα. Με αυτόν τον τρόπο, η ΝΟΣΠΙ αποκτά δυνατότητα συνολικής ανάγνωσης της απόδοσης μιας μονάδας, ενός πληθυσμού ή μιας χρονικής περιόδου, με τρόπο που παραμένει τεκμηριωμένος και ελέγξιμος.

Κρίσιμο στοιχείο της αποτίμησης αποτελεί επίσης η διάκριση μεταξύ στατιστικής μεταβολής και κλινικής σημασίας. Η ΝΟΣΠΙ, ως κλινικό μοντέλο, δεν αξιολογείται μόνο με βάση το «αν άλλαξε ένας αριθμός», αλλά με βάση το αν η αλλαγή αυτή είναι ουσιαστική ως προς την ασφάλεια, την κλινική έκβαση και τη λειτουργικότητα του ασθενούς. Το παρόν θεμελιώνει αυτή τη διάκριση, ενισχύοντας την αξιολόγηση με έννοιες ορίων αποδεκτής απόδοσης, συγκρισιμότητας και ερμηνευτικών περιορισμών, ώστε η αποτίμηση να μην οδηγεί σε παρερμηνεία ή εσφαλμένα συμπεράσματα.

Παράλληλα, το παρόν ενσωματώνει μηχανισμούς που προστατεύουν από τη γνωστή παθολογία των δεικτοκεντρικών συστημάτων, όπου η συμμόρφωση μετατρέπεται σε «κυνήγι αριθμών». Η αποτίμηση που προτείνεται δεν επιτρέπει τη μηχανιστική χρήση μεμονωμένων δεικτών ως κριτήριο επιτυχίας ή αποτυχίας, αλλά απαιτεί συνεκτίμηση δεδομένων ποιότητας, πλαισίου και πολλαπλών διαστάσεων απόδοσης. Έτσι, η αξιολόγηση παραμένει προσανατολισμένη στον σκοπό της, δηλαδή στη βελτίωση της φροντίδας και στην ενίσχυση της ασφάλειας.

Συνεπώς, το παρόν ολοκληρώνει τη ΝΟΣΠΙ όχι μόνο παρέχοντας δυνατότητα μέτρησης, αλλά εγκαθιδρύοντας δυνατότητα τεκμηριωμένης αποτίμησης. Η αποτίμηση αποτελεί το σημείο στο οποίο οι δείκτες, οι αρχές και οι μηχανισμοί αξιοπιστίας, σύνθεσης και ερμηνείας του παρόντος συνενώνονται σε ένα ενιαίο σύστημα που μπορεί να υποστηρίξει αποφάσεις, παρεμβάσεις και εθνική πολιτική. Με άλλα λόγια, η μετάβαση από τη μέτρηση στην αποτίμηση είναι η μετάβαση από «δεδομένα» σε «τεκμηριωμένη διακυβέρνηση».

9.3 Εργαλείο εθνικής πολιτικής υγείας

Το παρόν υπερβαίνει τον ρόλο ενός τεχνικού πλαισίου αξιολόγησης και αναδεικνύεται σε **εργαλείο εθνικής πολιτικής υγείας**, ικανό να στηρίξει τον στρατηγικό σχεδιασμό, τη διακυβέρνηση και τη θεσμική εδραίωση της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι. Η αξία του έγκειται στο ότι παρέχει κοινό, τεκμηριωμένο και επαναλήψιμο τρόπο με τον οποίο το κράτος μπορεί να κατανοεί, να συγκρίνει και να κατευθύνει την απόδοση ενός σύνθετου μοντέλου φροντίδας σε εθνική κλίμακα.

Σε αντίθεση με αποσπασματικές προσεγγίσεις αξιολόγησης που εξυπηρετούν μεμονωμένες διοικητικές ανάγκες, το παρόν συγκροτεί **ενιαίο πλαίσιο αναφοράς** για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς. Οι έννοιες της ποιότητας, της ασφάλειας και της κλινικής αποτελεσματικότητας αποκτούν σαφές περιεχόμενο και κοινή γλώσσα, γεγονός που επιτρέπει την ευθυγράμμιση πολιτικών, τη διαφάνεια στη λήψη αποφάσεων και τη θεσμική συνέπεια στον χρόνο. Με τον τρόπο αυτό, η αξιολόγηση παύει να λειτουργεί αντιδραστικά και ενσωματώνεται προληπτικά στον σχεδιασμό πολιτικής.

Κρίσιμη διάσταση της εθνικής πολιτικής υγείας είναι η ικανότητα ιεράρχησης προτεραιοτήτων με βάση τεκμηριωμένα δεδομένα. Το παρόν επιτρέπει στο κεντρικό σύστημα να εντοπίζει περιοχές αυξημένου κινδύνου, ανισότητες στην απόδοση και διαφοροποιήσεις που σχετίζονται με πληθυσμιακά ή γεωγραφικά χαρακτηριστικά. Η δυνατότητα αυτή υποστηρίζει στοχευμένες παρεμβάσεις, κατανομή πόρων με όρους δικαιοσύνης και σχεδιασμό πολιτικών που ανταποκρίνονται σε πραγματικές ανάγκες και όχι σε αποσπασματικές ενδείξεις.

Παράλληλα, το παρόν ενισχύει τη **λογοδοσία και τη θεσμική διαφάνεια**, δύο θεμελιώδεις αρχές της σύγχρονης πολιτικής υγείας. Η ύπαρξη σαφών κανόνων αξιολόγησης, τεκμηρίωσης και ερμηνείας αποτελεσμάτων επιτρέπει την αξιόπιστη επικοινωνία της απόδοσης της ΝΟΣΠΙ προς θεσμικούς φορείς, επαγγελματίες υγείας και κοινωνικούς εταίρους. Η πολιτική υγείας παύει έτσι να βασίζεται σε αφηρημένες διακηρύξεις και αποκτά αποδείξιμο περιεχόμενο, ενισχύοντας την εμπιστοσύνη και τη νομιμοποίησή της.

Το παρόν λειτουργεί επίσης ως **μηχανισμός θεσμικής μνήμης** για τη ΝΟΣΠΙ. Μέσω της συστηματικής συλλογής και αποτίμησης δεδομένων, διασφαλίζεται ότι η εμπειρία, τα αποτελέσματα και τα μαθήματα που παράγονται δεν χάνονται με την εναλλαγή διοικήσεων ή προγραμμάτων, αλλά ενσωματώνονται στη διαχρονική εξέλιξη της πολιτικής. Η ΝΟΣΠΙ αποκτά, έτσι, συνέχεια και ανθεκτικότητα, χαρακτηριστικά απαραίτητα για κάθε εθνικό μοντέλο φροντίδας.

Τέλος, η στρατηγική αξία του παρόντος έγκειται στο ότι επιτρέπει τη σύνδεση της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι με ευρύτερους στόχους του συστήματος υγείας, όπως η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, η βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών και η βιωσιμότητα των πόρων. Η αξιολόγηση δεν λειτουργεί ως αυτοσκοπός, αλλά ως **εργαλείο χάραξης και υποστήριξης πολιτικής**, ικανό να τεκμηριώσει επιλογές, να καθοδηγήσει μεταρρυθμίσεις και να στηρίξει τη μακροπρόθεσμη στρατηγική του συστήματος υγείας.

Με την ολοκλήρωση του Κεφαλαίου 9, καθίσταται σαφές ότι το παρόν συνιστά τον συνθετικό πυρήνα ολόκληρου του έργου. Συνδέει τις αρχές, τα εργαλεία και τους δείκτες και τη μεθοδολογία αξιολόγησης σε ένα ενιαίο, θεσμικά ώριμο πλαίσιο, το οποίο επιτρέπει στη Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι να λειτουργήσει όχι απλώς ως καινοτόμο πρόγραμμα, αλλά ως **σταθερό και στρατηγικά ενταγμένο στοιχείο της εθνικής πολιτικής υγείας**.



10 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

10.1 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Λειτουργικός Χάρτης Αξιολόγησης του Πλαισίου

Το παρόν Παράρτημα περιγράφει, με λειτουργικό και συνοπτικό τρόπο, τη λογική ακολουθία εφαρμογής του παρόντος, από τη διαθεσιμότητα των δεδομένων έως τη χρήση των αποτελεσμάτων αξιολόγησης. Στόχος του είναι να διευκολύνει την κατανόηση του πώς το παρόν εφαρμόζεται στην πράξη, χωρίς να απαιτείται πλήρης ανάγνωση του κυρίως σώματος του Παραδοτέου.

Ο Λειτουργικός Χάρτης αποτυπώνει τη μετάβαση: από τη μέτρηση των δεικτών, στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, και στη θεσμική αξιοποίηση των συμπερασμάτων.

Η αξιολόγηση στο πλαίσιο του παρόντος ακολουθεί τα παρακάτω διακριτά και αλληλοσυνδεόμενα στάδια:

Στάδιο 1 – Διαθεσιμότητα και ποιότητα δεδομένων

Η διαδικασία αξιολόγησης προϋποθέτει τη συλλογή αξιόπιστων και πλήρων δεδομένων μέσω του συστήματος δεικτών, σε συνδυασμό με την τεκμηριωμένη εφαρμογή των διαδικασιών και κλινικών διαδρομών. Η ποιότητα των δεδομένων αποτελεί απαραίτητη συνθήκη για την εγκυρότητα της αξιολόγησης.

Στάδιο 2 – Ομαδοποίηση και σύνθεση αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα των επιμέρους δεικτών οργανώνονται σε άξονες αξιολόγησης κλινικής αποτελεσματικότητας, ασφάλειας και συνολικής ποιότητας, σύμφωνα με τη δομή που αναπτύσσεται στα Κεφάλαια 2 έως 3 του παρόντος. Στο στάδιο αυτό, τα δεδομένα παύουν να αντιμετωπίζονται ως μεμονωμένες τιμές και αποκτούν συστημική σημασία.

Στάδιο 3 – Ερμηνεία και αποτίμηση

Η αξιολόγηση πραγματοποιείται με βάση το εννοιολογικό πλαίσιο του παρόντος, λαμβάνοντας υπόψη την κλινική διαδρομή, τον πληθυσμό ασθενών, τον χρονικό ορίζοντα αξιολόγησης και τις ιδιαιτερότητες του περιβάλλοντος κατ' οίκον φροντίδας. Τα αποτελέσματα ερμηνεύονται εντός ζωνών αποδεκτής απόδοσης και όχι ως απόλυτες κρίσεις.

Στάδιο 4 – Πολυεπίπεδη αξιολόγηση

Η αποτίμηση πραγματοποιείται σε τρία επίπεδα: επίπεδο ασθενούς και περιστατικού κατ' οίκον νοσηλείας, επίπεδο μονάδας ΝΟΣΠΙ, επίπεδο συστήματος.

Η πολυεπίπεδη αυτή προσέγγιση διασφαλίζει ότι η αξιολόγηση αντανακλά τόσο την κλινική πραγματικότητα όσο και τη συνολική λειτουργία του προγράμματος.



Στάδιο 5 – Θεσμική και διοικητική αξιοποίηση

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης χρησιμοποιούνται για σκοπούς εποπτείας, διακυβέρνησης, λογοδοσίας και συνεχιζόμενης βελτίωσης, σύμφωνα με τα Κεφάλαια 6 έως 8 του παρόντος. Το παρόν δεν υποκαθιστά τη λήψη αποφάσεων, αλλά παρέχει το τεκμηριωμένο υπόβαθρο για αυτές.ές.

Ο Λειτουργικός Χάρτης επιβεβαιώνει ότι το παρόν λειτουργεί ως γέφυρα μεταξύ του συστήματος μέτρησης και της θεσμικής αξιολόγησης της ΝΟΣΠΙ, διασφαλίζοντας συνοχή, διαφάνεια και αναπαραγωγιμότητα της διαδικασίας αξιολόγησης.

10.2 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Πλήρης Αντιστοίχιση Βασικών Δεικτών

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ.Α. ΑΞΟΝΑΣ Α. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Α/Α	Άξονας	Περιγραφή Άξονα	Κωδικός	Ελληνικός τίτλος δείκτη	Αγγλικός τίτλος δείκτη	Θεμελίωση	Ρόλος & αξιοποίηση στο παρόν
1	A	Ασφάλεια ασθενούς και διαχείριση κλινικού κινδύνου	A1	Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων	Rate of serious adverse events	Πλαίσιο ασφάλειας ασθενών, συστήματα αναφοράς, διαχείριση κινδύνων	Στο παρόν χρησιμοποιείται ως βασικός δείκτης έκβασης ασφάλειας για την αποτίμηση του συνολικού επιπέδου κινδύνου της κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας. Τροφοδοτεί την ερμηνευτική ανάλυση σοβαρών αποκλίσεων και ενεργοποιεί εις βάθος διερεύνηση αιτίων σε επίπεδο μονάδας και συστήματος. (Παρόν – Κεφ. 3, Κεφ.5)
2	A	Ασφάλεια ασθενούς και διαχείριση κλινικού κινδύνου	A2	Έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση κλινικής επιδείνωσης	Timely recognition and management of clinical deterioration	Κλινικές διαδρομές, μηχανισμοί έγκαιρης παρέμβασης, συνέχεια φροντίδας	Στο παρόν αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της κλινικής παρακολούθησης και την ικανότητα πρόληψης επιπλοκών και κλιμάκωσης φροντίδας. Χρησιμοποιείται για την ερμηνεία κλινικής αποτελεσματικότητας και τη συσχέτισή της με επανεισαγωγές. (Παρόν – Κεφ. 3, Κεφ. 5)
3	A	Ασφάλεια ασθενούς και διαχείριση κλινικού κινδύνου	A3	Συμμόρφωση με κριτήρια SOPs ασφάλειας	Compliance with critical safety SOPs	Τυποποίηση διαδικασιών, SOPs ασφάλειας και ποιότητας	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση της αξιοπιστίας εφαρμογής κρίσιμων διαδικασιών ασφάλειας και της οργανωσιακής πειθαρχίας. Συμβάλλει στη διάκριση συστημικών έναντι μεμονωμένων αποκλίσεων. (Παρόν – Κεφ. 3, Κεφ. 6)
4	A	Ασφάλεια ασθενούς και διαχείριση κλινικού κινδύνου	A4	Ασφαλής διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής	Safe medication management	Φαρμακευτική ασφάλεια, διαχείριση κινδύνων στο κατ' οίκον περιβάλλον	Στο παρόν αξιοποιείται για την αξιολόγηση του κινδύνου φαρμακευτικών σφαλμάτων στο κατ' οίκον περιβάλλον και τη συσχέτισή τους με ανεπιθύμητα συμβάντα και κλινικές επιπλοκές. (Παρόν – Κεφ. 3, Κεφ.)
5	A	Ασφάλεια ασθενούς και διαχείριση κλινικού κινδύνου	A5	Ποσοστό αποτρέψιμων ανεπιθύμητων συμβάντων	Rate of preventable adverse events	Ανάλυση ριζικών αιτίων, προληπτική διαχείριση κινδύνων	Στο παρόν λειτουργεί ως δείκτης προληπτικής ικανότητας του συστήματος ΝΟΣΠΙ και χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των



6	A	Ασφάλεια ασθενούς και διαχείριση κλινικού κινδύνου	A6	Μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές	Unplanned readmission rate	Συνέχεια φροντίδας, κριτήρια ένταξης και εξόδου	μηχανισμών πρόληψης και οργανωσιακής μάθησης. (παρόν – Κεφ. 6) Στο παρόν αποτελεί σύνθετο δείκτη ασφάλειας και κλινικής αποτελεσματικότητας, συνδεόμενος την ποιότητα της κατ' οίκον φροντίδας με τη συνολική πορεία του ασθενούς στο σύστημα υγείας. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5) Στο παρόν αξιολογεί την ετοιμότητα, την ταχύτητα και την επάρκεια ανταπόκρισης της ομάδας ΝΟΣΠΙ σε επείγουσες καταστάσεις και τη συμβολή τους στην πρόληψη σοβαρών εκβάσεων. (παρόν - Κεφ. 3, Κεφ. 5)
7	A	Ασφάλεια ασθενούς και διαχείριση κλινικού κινδύνου	A7	Ασφαλής διαχείριση επειγόντων περιστατικών	Emergency case management safety	Πρωτόκολλα επειγόντων, επιχειρησιακή ετοιμότητα	Στο παρόν χρησιμοποιείται ως δείκτης ωριμότητας κουλτούρας ασφάλειας και διαφάνειας. Τροφοδοτεί την αξιολόγηση οργανωσιακής μάθησης και βελτίωσης. (παρόν – Κεφ.4, Κεφ.6)
8	A	Ασφάλεια ασθενούς και διαχείριση κλινικού κινδύνου	A8	Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων	Incident reporting compliance	Κουλτούρα ασφάλειας, μη τιμωρητική αναφορά, οργανωσιακή μάθηση	

ΠΙΝΑΚΑΣ II.Β. ΑΞΟΝΑΣ Β. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Α/Α	Άξονας	Περιγραφή Άξονα	Κωδικός	Ελληνικός τίτλος δείκτη	Αγγλικός τίτλος δείκτη	Θεμελίωση	Ρόλος & αξιοποίηση στο παρόν
9	B	Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες παροχής φροντίδας	B1	Τήρηση κριτηρίων ένταξης ασθενών στη ΝΟΣΠΙ	Compliance with patient eligibility criteria	Καθορισμός πληθυσμού στόχου, κριτήρια καταλληλότητας και όρια εφαρμογής του μοντέλου ΝΟΣΠΙ	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση της ορθής εφαρμογής του μοντέλου ΝΟΣΠΙ και της εγκυρότητας των κλινικών αποτελεσμάτων. Διασφαλίζει ότι η αξιολόγηση αφορά κατάλληλο πληθυσμό και επιτρέπει συγκρίσιμη ερμηνεία αποτελεσμάτων μεταξύ μονάδων. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5)
10	B	Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες παροχής φροντίδας	B2	Πληρότητα και ποιότητα κλινικής τεκμηρίωσης	Clinical documentation completeness and quality	Πλαίσιο τεκμηρίωσης, ιατρικός φάκελος, απαιτήσεις δεδομένων και ιχνηλασιμότητας	Στο παρόν αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση εγκυρότητας της αξιολόγησης, καθώς επηρεάζει άμεσα την αξιοπιστία όλων των δεικτών διαδικασίας και έκβασης. Χρησιμοποιείται ως φίλτρο ποιότητας πριν από τη συνθετική αποτίμηση. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 7)
11	B	Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες παροχής φροντίδας	B3	Τήρηση προγραμματισμένων επισκέψεων κατ' οίκον	Scheduled home visit compliance	Σχεδιασμός παρεμβάσεων, επιχειρησιακός προγραμματισμός και κατανομή πόρων	Στο παρόν αξιοποιείται για την αποτίμηση συνέχειας και αξιοπιστίας της παρεχόμενης κατ' οίκον φροντίδας. Συνδέεται με την κλινική αποτελεσματικότητα και επηρεάζει την ερμηνεία εκβάσεων ασφάλειας και εμπειρίας. (παρόν Κεφ. 2, Κεφ. 5)
12	B	Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες παροχής φροντίδας	B4	Έγκαιρη απόκριση ομάδας ΝΟΣΠΙ	Timely response of Hospital at Home team	Ρόλοι ομάδας, χρόνοι απόκρισης και μηχανισμοί ειδοποίησης	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επιχειρησιακής ετοιμότητας και της λειτουργικής απόδοσης της ομάδας ΝΟΣΠΙ. Επηρεάζει την ερμηνεία δεικτών ασφάλειας και κλινικής επιδείνωσης. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5)
13	B	Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες	B5	Συντονισμός διεπιστημονικής ομάδας	Multidisciplinary team coordination	Διεπιστημονικό μοντέλο φροντίδας, σαφείς ρόλοι και διαλειτουργικότητα	Στο παρόν αξιολογεί τη λειτουργική συνοχή και τη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας. Συνδέεται με



	παροχής φροντίδας					την ποιότητα φροντίδας και τη συνολική οργανωσιακή απόδοση της μονάδας. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 6)
14 B	Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες παροχής φροντίδας	B6	Χρήση τηλεπαρακολούθησης όπου προβλέπεται	Use of telemonitoring where applicable	Ψηφιακή υγεία, τηλεπαρακολούθηση και τεχνολογική υποστήριξη κλινικής φροντίδας	Στο παρόν αξιοποιείται για την αποτίμηση της ενσωμάτωσης ψηφιακών εργαλείων στην κλινική παρακολούθηση και τη συσχέτιση τους με ασφάλεια, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 8)
15 B	Κλινικές και λειτουργικές διαδικασίες παροχής φροντίδας	B7	Τήρηση χρονοδιαγραμμάτων κλινικής φροντίδας	Care pathway timeline compliance	Κλινικές διαδρομές, χρονικά ορόσημα και διαχείριση ροής ασθενών	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της χρονικής πειθαρχίας και της αξιοπιστίας των κλινικών διαδρομών, επηρεάζοντας άμεσα τη συνολική αποτίμηση κλινικής αποτελεσματικότητας. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ. ΑΞΟΝΑΣ C. ΔΕΔΟΜΕΝΑ, ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ & ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ

A/A	Άξονας (δείκτες)	Περιγραφή Άξονα	Κωδικός	Ελληνικός τίτλος δείκτη	Αγγλικός τίτλος δείκτη	Θεμελίωση	Ρόλος & αξιοποίηση
16	C	Δεδομένα, πληροφοριακά συστήματα και τεκμηρίωση	C1	Πληρότητα Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων (MDS)	Minimum Data Set completeness	Ορισμός ελάχιστου συνόλου δεδομένων, απαιτήσεις τεκμηρίωσης και πληροφοριακής υποστήριξης	Στο παρόν λειτουργεί ως βασική προϋπόθεση εγκυρότητας της αξιολόγησης, καθώς διασφαλίζει ότι όλοι οι δείκτες υπολογίζονται σε πλήρη και συγκρίσιμη βάση δεδομένων. Χρησιμοποιείται ως φίλτρο ποιότητας πριν από κάθε συνθετική αποτίμηση και σύγκριση μονάδων. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 7)
17	C	Δεδομένα, πληροφοριακά συστήματα και τεκμηρίωση	C2	Εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων	Data validity and consistency	Πλαίσιο ποιότητας δεδομένων, κανόνες εγκυρότητας, διασταυρώσεις και έλεγχοι	Στο παρόν αξιοποιείται για τη διασφάλιση αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων και της συγκρισιμότητας μεταξύ μονάδων ΝΟΣΠΙ. Αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την ερμηνεία διαφορών απόδοσης και την αποφυγή λανθασμένων συμπερασμάτων. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 7)
18	C	Δεδομένα, πληροφοριακά συστήματα και τεκμηρίωση	C3	Έγκαιρη καταχώριση δεδομένων	Timeliness of data entry	Χρονικά όρια καταγραφής, επιχειρησιακές ροές πληροφορίας και ψηφιακές διαδικασίες	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση της δυνατότητας ongoing παρακολούθησης και έγκαιρης αξιολόγησης. Επηρεάζει άμεσα την αξιοπιστία διορθωτικών παρεμβάσεων και την έγκαιρη λήψη αποφάσεων. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 7)
19	C	Δεδομένα, πληροφοριακά συστήματα και τεκμηρίωση	C4	Διαλειτουργικότητα πληροφοριακών συστημάτων	Systems interoperability	Διαλειτουργικότητα, διασύνδεση συστημάτων και ενιαία ροή πληροφορίας	Στο παρόν αξιολογεί την ικανότητα ολοκληρωμένης κλινικής τεκμηρίωσης και αξιοπιστίας συλλογής δεδομένων από πολλαπλές πηγές. Υποστηρίζει τη συνολική εγκυρότητα του συστήματος αξιολόγησης. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 7)



20	C	Δεδομένα, πληροφοριακά συστήματα και τεκμηρίωση	C5	Ασφάλεια και προστασία δεδομένων	Data security and protection	Ασφάλεια πληροφοριών, προστασία προσωπικών δεδομένων και κανονιστική συμμόρφωση	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις προστασίας δεδομένων και για τη διασφάλιση εμπιστοσύνης στο σύστημα συλλογής και αξιολόγησης στοιχείων. (παρόν – Κεφ. 7)
21	C	Δεδομένα, πληροφοριακά συστήματα και τεκμηρίωση	C6	Χρήση δεδομένων για βελτίωση ποιότητας	Use of data for quality improvement	Κύκλος ποιότητας, χρήση δεδομένων για λήψη αποφάσεων και βελτίωση	Στο παρόν αξιοποιείται για την αξιολόγηση του βαθμού μετατροπής των δεδομένων σε στοχευμένες δράσεις βελτίωσης. Αποτελεί γέφυρα μεταξύ μέτρησης και οργανωσιακής μάθησης. (παρόν – Κεφ. 6, Κεφ. 8)
22	C	Δεδομένα, πληροφοριακά συστήματα και τεκμηρίωση	C7	Πληρότητα και έγκαιρη αναφορά δεδομένων προς ΟΔΙΠΥ	Completeness and timeliness of reporting to ODIPY	Θεσμικές υποχρεώσεις αναφοράς και διακυβέρνηση δεδομένων	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση συμμόρφωσης με το εθνικό πλαίσιο εποπτείας και τη διασφάλιση διαφάνειας και συγκρισιμότητας σε εθνικό επίπεδο. (παρόν – Κεφ. 7, Κεφ. 8)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΔ. ΑΞΟΝΑΣ D. ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΕΜΠΕΙΡΙΑ & ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

A/A	Άξονας δεικτών	Περιγραφή Άξονα	Κωδικός	Ελληνικός τίτλος δείκτη	Αγγλικός τίτλος δείκτη	Θεμελίωση	Ρόλος & αξιοποίηση στο παρόν
23	D	Κλινική αποτελεσματικότητα, εμπειρία συμμετοχή και	D1	Συμμόρφωση με κλινικά πρωτόκολλα	Clinical protocol compliance	Τεκμηριωμένη κλινική πρακτική, κατευθυντήριες οδηγίες	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση της επιστημονικής επάρκειας και της πιστότητας εφαρμογής τεκμηριωμένων πρακτικών. Υποστηρίζει την ερμηνεία διαφορών κλινικής επίδοσης μεταξύ μονάδων. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5)
24	D	Κλινική αποτελεσματικότητα, και εμπειρία συμμετοχή	D2	Τήρηση θεραπευτικών στόχων	Achievement of therapeutic goals	Ορισμός στόχων φροντίδας, εξατομικευμένα σχέδια	Στο παρόν αξιοποιείται για την αποτίμηση της κλινικής αποτελεσματικότητας σε επίπεδο ασθενούς και επείσοδου φροντίδας. Συνδέεται με την ερμηνεία εκβάσεων και τη συνθετική αξιολόγηση αποτελεσματικότητας. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5)
25	D	Κλινική αποτελεσματικότητα, και εμπειρία συμμετοχή	D3	Ποιότητα επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ	Quality of communication with the Hospital at Home team	Επικοινωνία, ενημέρωση ασθενούς, συμμετοχικότητα	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση της εμπειρίας φροντίδας και της σχέσης εμπιστοσύνης ασθενούς-ομάδας. Επηρεάζει την ερμηνεία συμμόρφωσης και κλινικών εκβάσεων. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
26	D	Κλινική αποτελεσματικότητα, και εμπειρία συμμετοχή	D4	Συμμετοχή ασθενούς και φροντιστή στη λήψη αποφάσεων	Patient and caregiver involvement in decision-making	Συν απόφαση, δικαιώματα ασθενών, εξατομικευμένη φροντίδα	Στο παρόν αξιολογεί τον βαθμό ενδυνάμωσης και συμμετοχής, συνδέοντας την εμπειρία φροντίδας με τη βιωσιμότητα του μοντέλου ΝΟΣΠΙ. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
27	D	Κλινική αποτελεσματικότητα, και εμπειρία συμμετοχή	D5	Επιβάρυνση και υποστήριξη άτυπου φροντιστή	Informal caregiver burden and support	Ρόλος άτυπου φροντιστή, ψυχοκοινωνική υποστήριξη	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση βιωσιμότητας της κατ' οίκον φροντίδας και τον εντοπισμό κινδύνων εξουθένωσης φροντιστών. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 8)
28	D	Κλινική αποτελεσματικότητα, και	D6	Συνολική αποδοχή του μοντέλου ΝΟΣΠΙ	Overall acceptance of the	Αποδοχή μοντέλου, κοινωνική	Στο παρόν αξιοποιείται ως συνθετικός δείκτης εμπειρίας και κοινωνικής αποδοχής.



	εμπειρία συμμετοχή	και			Hospital at Home model	νομιμοποίηση υπηρεσιών	υποστηρίζοντας στρατηγικά συμπεράσματα για τη βιωσιμότητα και κλιμάκωση του μοντέλου. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 8)
D	Κλινική αποτελεσματικότητα, εμπειρία συμμετοχή		D7	Συνέπεια και συνέχεια κλινικής παρακολούθησης	Continuity and consistency of clinical monitoring	Συνέχεια φροντίδας, κλινική παρακολούθηση	Στο παρόν αξιολογεί τη σταθερότητα και την επάρκεια της κλινικής παρακολούθησης στον χρόνο, επηρεάζοντας την ερμηνεία εκβάσεων και ασφάλειας. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5)



ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΕ. ΑΞΟΝΑΣ Ε. ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ, ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ & ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ

Α/Α	Άξονας (δείκτες)	Περιγραφή Άξονα	Κωδικός	Ελληνικός τίτλος δείκτη	Αγγλικός τίτλος δείκτη	Θεμελίωση	Ρόλος & αξιοποίηση στο παρόν
30	Ε	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E1	Ικανοποίηση ασθενούς	Patient satisfaction	Εμπειρία ασθενούς, ποιότητα υπηρεσιών, patient-centred care	Στο παρόν χρησιμοποιείται για τη συνθετική αποτίμηση εμπειρίας φροντίδας και την ερμηνεία αποδοχής των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συνδέεται με δείκτες αποτελεσματικότητας και βιωσιμότητας. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
31	Ε	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E2	Ικανοποίηση φροντιστή	Caregiver satisfaction	Ρόλος φροντιστή, υποστήριξη και βιωσιμότητα φροντίδας	Στο παρόν αξιοποιείται για την αποτίμηση της βιωσιμότητας του μοντέλου ΝΟΣΠΙ μέσω της εμπειρίας του άτυπου φροντιστή και της επίδρασης στη συνέχεια φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 8)
32	Ε	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E3	Κατανόηση θεραπευτικού πλάνου	Understanding of the care plan	Επικοινωνία, ενημέρωση, health literacy	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την ερμηνεία συμμόρφωσης και κλινικών εκβάσεων, καθώς η κατανόηση του πλάνου φροντίδας επηρεάζει άμεσα την αποτελεσματικότητα της κατ' οίκον νοσηλείας. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
33	Ε	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E4	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια κατ' οίκον φροντίδας	Perceived safety of home-based hospital care	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια, εμπιστοσύνη στο σύστημα	Στο παρόν αξιοποιείται για τη συσχέτιση υποκειμενικής ασφάλειας με αντικειμενικούς δείκτες ασφάλειας και εμπειρίας, ενισχύοντας την ερμηνεία αποδοχής του μοντέλου. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
34	Ε	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E5	Συνέχεια φροντίδας με το νοσοκομείο αναφοράς	Continuity of care with the referring hospital	Συνέχεια φροντίδας, διασύνδεση δομών	Στο παρόν αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της διασύνδεσης κατ' οίκον και ενδονοσοκομειακής φροντίδας, επηρεάζοντας εκβάσεις και επανεισαγωγές. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5)
35	Ε	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E6	Ισότητα πρόσβαση στη ΝΟΣΠΙ	Equitable access to Hospital at Home services	Ισότητα πρόσβασης, καθολικότητα υπηρεσιών	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση κοινωνικής δικαιοσύνης και καθολικότητας του μοντέλου



36	E	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E7	Διαχείριση παραπόνων και ανατροφοδότησης	Complaints and feedback management	Μηχανισμοί ανατροφοδότησης, βελτίωση ποιότητας	ΝΟΣΠΙ σε επίπεδο συστήματος. (παρόν – Κεφ. 8)
37	E	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E8	Εκπαίδευση και επάρκεια προσωπικού ΝΟΣΠΙ	Training and competency of Hospital at Home staff	Ανθρώπινο δυναμικό, εκπαίδευση και δεξιότητες	Στο παρόν αξιοποιείται για την αποτίμηση της λειτουργίας μηχανισμών ακρόασης χρηστών και της μετατροπής παραπόνων σε δράσεις βελτίωσης. (παρόν – Κεφ. 6, Κεφ. 8)
38	E	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E9	Φόρτος εργασίας ομάδας ΝΟΣΠΙ	NOSPI - Hospital at Home team workload	Στελέχωση, κατανομή φόρτου εργασίας	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση οργανωσιακής επάρκειας και της ικανότητας παροχής ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 6)
39	E	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E10	Πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης προσωπικού	Burnout prevention and staff resilience	Ευεξία προσωπικού, ανθεκτικότητα οργανισμού	Στο παρόν αξιοποιείται για την ερμηνεία απόδοσης, ποιότητας και κινδύνου εξουθένωσης, επηρεάζοντας τη βιωσιμότητα του μοντέλου. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 8)
40	E	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E11	Οργανωσιακή μάθηση από ανεπιθύμητα συμβάντα	Organisational learning from Incidents	Κουλτούρα μάθησης, κύκλος βελτίωσης	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση ανθεκτικότητας της μονάδας και τη διασφάλιση βιώσιμης παροχής υπηρεσιών. (παρόν – Κεφ. 6, Κεφ. 8)
41	E	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E12	Συμμόρφωση με το εθνικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ	Compliance with the national Hospital at Home framework	Θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο ΝΟΣΠΙ	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση θεσμικής συμμόρφωσης και ετοιμότητας εφαρμογής σε εθνικό επίπεδο. (παρόν – Κεφ. 6, Κεφ. 7)
42	E	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E13	Ωριμότητα μονάδας ΝΟΣΠΙ	Hospital at Home unit maturity	Οργανωσιακή ωριμότητα, δομές και διαδικασίες	Στο παρόν λειτουργεί ως συνθετικός δείκτης οργανωσιακής ικανότητας και επιχειρησιακής ετοιμότητας της μονάδας. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 6)
43	E	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E14	Συνολική απόδοση μονάδας ΝΟΣΠΙ	Overall performance of Hospital at Home unit	Σύνθεση δεικτών ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας	Στο παρόν αποτελεί κεντρικό συνθετικό δείκτη για συγκριτική αξιολόγηση, εποπτεία και στρατηγική λήψη αποφάσεων. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 6)



E	Διακυβέρνηση, οργανωσιακή ικανότητα και βιωσιμότητα	E15	Οικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα ΝΟΣΠΙ	Cost-effectiveness and financial sustainability	Οικονομική αξιολόγηση, βιωσιμότητα συστήματος	Στο παρόν χρησιμοποιείται για τη στρατηγική αποτίμηση κόστους-αποτελέσματος και τη θεμελίωση αποφάσεων κλιμάκωσης και μακροπρόθεσμης εφαρμογής του μοντέλου. (παρόν – Κεφ. 8, Κεφ. 10)



ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΡΔ. ΑΞΟΝΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΙ

Α/Α	Αξόνος / Ομάδα	Περιγραφή Άξονα	Κωδικός	Ελληνικός τίτλος δείκτη	Αγγλικός τίτλος δείκτη	Θεμελίωση	Ρόλος & αξιοποίηση στο παρόν
1	Παιδιατρικοί	Ασφάλεια και ψυχοκοινωνική προστασία παιδιατρικού ασθενούς	PD1	Ασφάλεια φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά	Paediatric medication safety	Παιδιατρική ασφάλεια, προσαρμοσμένα SOPs και φαρμακευτική διαχείριση	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση ειδικών κινδύνων φαρμακευτικής αγωγής στον παιδιατρικό πληθυσμό και τη συσχέτισή τους με ανεπιθύμητα συμβάντα. (παρόν – Κεφ. 3, Κεφ. 5)
2	Παιδιατρικοί	Ασφάλεια και ψυχοκοινωνική προστασία παιδιατρικού ασθενούς	PD2	Έγκαιρη αναγνώριση κλινικής επιδείνωσης	Early detection of deterioration (paediatric)	Παιδιατρικές κλινικές διαδρομές και μηχανισμοί έγκαιρης παρέμβασης	Στο παρόν αξιολογεί την επάρκεια παρακολούθησης και πρόληψης επιπλοκών σε παιδιατρικά περιστατικά. (παρόν – Κεφ. 3, Κεφ. 5)
3	Παιδιατρικοί	Ασφάλεια και ψυχοκοινωνική προστασία παιδιατρικού ασθενούς	PD3	Συμμόρφωση και επάρκεια γονέα / κηδεμόνα	Parental compliance and competence	Ρόλος φροντιστή, εκπαίδευση και υποστήριξη γονέα	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση ασφάλειας και συνέχειας φροντίδας μέσω του γονέα ως συν-παρόχου φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
4	Παιδιατρικοί	Ασφάλεια και ψυχοκοινωνική προστασία παιδιατρικού ασθενούς	PD4	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια από γονέα	Parent-reported safety perception	Αντιλαμβανόμενη ασφάλεια και εμπιστοσύνη οικογένειας	Στο παρόν συσχετίζεται με αντικειμενικούς δείκτες ασφάλειας και εμπειρίας για την εργασία αποδοχής του μοντέλου. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
5	Παιδιατρικοί	Ασφάλεια και ψυχοκοινωνική προστασία παιδιατρικού ασθενούς	PD5	Φόρτος και άγχος γονέα / κηδεμόνα	Parental stress and burden	Ψυχοκοινωνική επιβάρυνση φροντιστών	Στο παρόν αξιοποιείται για την αποτίμηση βιωσιμότητας παιδιατρικής κατ' οίκον φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 8)
6	Παιδιατρικοί	Ασφάλεια και ψυχοκοινωνική προστασία παιδιατρικού ασθενούς	PD6	Ψυχολογική ευεξία παιδιού	Child emotional wellbeing	Παιδοψυχολογική υποστήριξη και ολιστική φροντίδα	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση της μη κλινικής διάστασης αποτελεσματικότητας της φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 4)
7	Παιδιατρικοί	Ασφάλεια και ψυχοκοινωνική προστασία παιδιατρικού ασθενούς	PD7	Σχολική και κοινωνική επανένταξη	School and social reintegration	Κοινωνική επανένταξη και λειτουργικότητα	Στο παρόν αξιοποιείται για τη μακροπρόθεσμη αποτίμηση επιπτώσεων της παιδιατρικής ΝΟΣΠ. (παρόν – Κεφ. 8)



ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΓ. ΑΞΟΝΑΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟΙ

Α/Α	Άξονας / Ομάδα	Περιγραφή Άξονα	Κωδικός	Ελληνικός τίτλος δείκτη	Αγγλικός τίτλος δείκτη	Θεμελίωση	Ρόλος & αξιοποίηση στο παρόν
8	Γηριατρικοί	Κλινική ασφάλεια και λειτουργικότητα ηλικιωμένων	G1	Πολυφαρμακία και αλληλεπιδράσεις	Polypharmacy and drug interactions	Γηριατρική φροντίδα, φαρμακευτική ασφάλεια, αποσυνταγογράφηση	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση κινδύνων φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων και τη συσχέτισή τους με ανεπιθύμητα συμβάντα και λειτουργική έκπτωση. (παρόν – Κεφ. 3, Κεφ. 5)
9	Γηριατρικοί	Κλινική ασφάλεια και λειτουργικότητα ηλικιωμένων	G2	Κίνδυνος πτώσεων	Risk of falls	Εκτίμηση κινδύνου πτώσεων, προληπτικές παρεμβάσεις	Στο παρόν αξιολογεί την αποτελεσματικότητα πρόληψης πτώσεων στο κατ' οίκον περιβάλλον και τη συμβολή της στην ασφάλεια και λειτουργική διατήρηση. (παρόν – Κεφ. 3, Κεφ. 5)
10	Γηριατρικοί	Κλινική ασφάλεια και λειτουργικότητα ηλικιωμένων	G3	Γνωστική και λειτουργική κατάσταση	Cognitive and functional status	Γνωστική αξιολόγηση, λειτουργικές κλίμακες	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση εξέλιξης της λειτουργικής κατάστασης και τη συσχέτισή της με την αποτελεσματικότητα της φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5)
11	Γηριατρικοί	Κλινική ασφάλεια και λειτουργικότητα ηλικιωμένων	G4	Αντιλαμβανόμενη λειτουργική αυτονομία	Perceived functional independence	Αντιλαμβανόμενη λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής	Στο παρόν συσχετίζεται με αντικειμενικές κλίμακες λειτουργικότητας για την ερμηνεία ποιότητας ζωής και αποδοχής της φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
12	Γηριατρικοί	Κλινική ασφάλεια και λειτουργικότητα ηλικιωμένων	G5	Ποιότητα ζωής ηλικιωμένου	Quality of life in older adults	Ολιστική γηριατρική φροντίδα και ποιότητα ζωής	Στο παρόν αξιοποιείται ως βασικός δείκτης έκβασης που συνθέτει κλινικές, λειτουργικές και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
13	Γηριατρικοί	Κλινική ασφάλεια και λειτουργικότητα ηλικιωμένων	G6	Κοινωνική απομόνωση	Social isolation	Κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση κοινωνικών κινδύνων που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα και βιωσιμότητα της κατ' οίκον



14	Γηριατρικοί	Κλινική σφάλεια και λειτουργικότητα ηλικιωμένων	G7	Αντιλαμβανόμενη αξιοπρέπεια	Perceived dignity	Αξιοπρέπεια, δικαιώματα ηλικιωμένων	φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 8)
							Στο παρόν αξιολογεί την ηθική και ανθρωποκεντρική διάσταση της φροντίδας, ενισχύοντας την ερμηνεία ποιότητας ζωής. (παρόν – Κεφ. 4)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΟΝ. ΑΞΟΝΑΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

A/A	Αξονας / Ομάδα	Περιγραφή Άξονα	Κωδικός	Ελληνικός τίτλος δείκτη	Αγγλικός τίτλος δείκτη	Θεμελίωση	Ρόλος & αξιοποίηση στο παρόν
15	Ογκολογικοί	Κλινική αποτελεσματικότητα και ποιότητα ζωής ογκολογικών ασθενών	ON1	Διαχείριση συμπτωμάτων	Oncology symptom management	Υποστηρικτική ογκολογική φροντίδα	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση ελέγχου συμπτωμάτων και της συνολικής αποτελεσματικότητας κατ' οίκον ογκολογικής φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5)
16	Ογκολογικοί	Κλινική αποτελεσματικότητα και ποιότητα ζωής ογκολογικών ασθενών	ON2	Συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα	Adherence to oncology regimens	Θεραπευτική συμμόρφωση, ασφάλεια	Στο παρόν αξιολογεί τη σταθερότητα εφαρμογής θεραπευτικών σχημάτων και τη συσχέτισή της με εκβάσεις. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5)
17	Ογκολογικοί	Κλινική αποτελεσματικότητα και ποιότητα ζωής ογκολογικών ασθενών	ON3	Έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών	Early detection of complications	Παρακολούθηση επιπλοκών, έγκαιρη παρέμβαση	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την πρόληψη σοβαρών εκβάσεων και επανεισαγωγών. (παρόν – Κεφ. 3, Κεφ. 5)
18	Ογκολογικοί	Κλινική αποτελεσματικότητα και ποιότητα ζωής ογκολογικών ασθενών	ON4	Φόρτος συμπτωμάτων	Patient-reported symptom burden	PROMs ογκολογίας	Στο παρόν συμβάλλει στη συνθετική αποτίμηση ποιότητας ζωής και αποτελεσματικότητας. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
19	Ογκολογικοί	Κλινική αποτελεσματικότητα και ποιότητα ζωής ογκολογικών ασθενών	ON5	Ποιότητα ζωής ογκολογικού ασθενούς	Oncology quality of life	Ολιστική ογκολογική φροντίδα	Στο παρόν αποτελεί βασικό δείκτη έκβασης για στρατηγική αξιολόγηση. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
20	Ογκολογικοί	Κλινική αποτελεσματικότητα και ποιότητα ζωής ογκολογικών ασθενών	ON6	Επάρκεια κατ' οίκον υποστήριξης	Adequacy of home oncology care	Υποστηρικτικές δομές κατ' οίκον	Στο παρόν αξιολογεί τη λειτουργική επάρκεια κατ' οίκον φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 5)



Ογκολογικοί	Κλινική αποτελεσματικότητα και ποιότητα ζωής ογκολογικών ασθενών	ON7	Αντιλαμβανόμενη κόπωση	Cancer-related fatigue	PROMs κόπωσης	Στο παρόν συσχετίζεται με θεραπευτική επιβάρυνση και ποιότητα ζωής. (παρόν – Κεφ. 4)
Ογκολογικοί	Κλινική αποτελεσματικότητα και ποιότητα ζωής ογκολογικών ασθενών	ON8	Οικονομική επιβάρυνση θεραπείας	Financial toxicity	Οικονομικές επιπτώσεις υγείας	Στο παρόν χρησιμοποιείται για κοινωνικοοικονομική αποτίμηση και βιωσιμότητα. (παρόν – Κεφ. 8)

21

22



ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΡ. ΑΞΟΝΑΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

A/A	Άξονας / Ομάδα	Περιγραφή Άξονα	Κωδικός	Ελληνικός τίτλος δείκτη	Αγγλικός τίτλος δείκτη	Θεμελίωση	Ρόλος & αξιοποίηση στο παρόν
23	Παρηγορητικοί	Ποιότητα ζωής, ανακούφιση και αξιοπρέπεια στο τέλος ζωής	P1	Έλεγχος πόνου	Pain control	Παρηγορητική φροντίδα, διαχείριση πόνου και συμπτωμάτων	Στο παρόν χρησιμοποιείται ως βασικός δείκτης αποτελεσματικότητας παρηγορητικής φροντίδας και ανακούφισης του ασθενούς. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5)
24	Παρηγορητικοί	Ποιότητα ζωής, ανακούφιση και αξιοπρέπεια στο τέλος ζωής	P2	Ποιότητα ζωής	Quality of life	Ολιστική προσέγγιση παρηγορητικής φροντίδας	Στο παρόν αποτελεί συνθετικό δείκτη αξιολόγησης της συνολικής εμπειρίας και αποτελεσματικότητας της παρηγορητικής φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
25	Παρηγορητικοί	Ποιότητα ζωής, ανακούφιση και αξιοπρέπεια στο τέλος ζωής	P3	Υποστήριξη οικογένειας	Family support	Ρόλος οικογένειας και υποστήριξη φροντιστών	Στο παρόν αξιολογεί την επάρκεια υποστήριξης οικογένειας και τη βιωσιμότητα της κατ' οίκον παρηγορητικής φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 8)
26	Παρηγορητικοί	Ποιότητα ζωής, ανακούφιση και αξιοπρέπεια στο τέλος ζωής	P4	Αξιοπρέπεια και άνεση	Dignity and comfort	Αξιοπρέπεια, δικαιώματα και ανθρωποκεντρική φροντίδα	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αποτίμηση της ηθικής ποιότητας της φροντίδας στο τέλος ζωής. (παρόν – Κεφ. 4)
27	Παρηγορητικοί	Ποιότητα ζωής, ανακούφιση και αξιοπρέπεια στο τέλος ζωής	P5	Ικανοποίηση οικογένειας	Family satisfaction	Εμπειρία οικογένειας και αποδοχή φροντίδας	Στο παρόν συμβάλλει στη συνολική αποτίμηση ποιότητας και αποδοχής της παρηγορητικής φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 8)
28	Παρηγορητικοί	Ποιότητα ζωής, ανακούφιση και αξιοπρέπεια στο τέλος ζωής	P6	Πνευματικές ανάγκες	Spiritual wellbeing	Πνευματική και υπαρξιακή υποστήριξη	Στο παρόν αποτιμά μη κλινικές διαστάσεις ποιότητας ζωής στο τέλος ζωής. (παρόν – Κεφ. 4)
29	Παρηγορητικοί	Ποιότητα ζωής, ανακούφιση και αξιοπρέπεια στο τέλος ζωής	P7	Προετοιμασία τέλους ζωής	End-of-life preparedness	Προγραμματισμός φροντίδας και αποφάσεων	Στο παρόν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση επάρκειας προετοιμασίας και συνέχειας φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 8)

ΠΙΝΑΚΑΣ II.C. ΑΞΟΝΑΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

A/A	Άξονας / Ομάδα	Περιγραφή Άξονα	Κωδικός	Ελληνικός τίτλος δείκτη	Αγγλικός τίτλος δείκτη	Θεμελίωση	Ρόλος & αξιοποίηση στο παρόν
30	Επικοινωνία	Ποιότητα επικοινωνίας και ασφάλεια φροντίδας	C1	Πρόσβαση σε θεράποντα ιατρό	Access to treating physician	Πρόσβαση, συνέχεια και επικοινωνία	Στο παρόν αξιολογεί τη διαθεσιμότητα και τη συνέχεια ιατρικής υποστήριξης. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5)
31	Επικοινωνία	Ποιότητα επικοινωνίας και ασφάλεια φροντίδας	C2	Έγκαιρη απόκριση ιατρού	Timely physician response	Χρόνοι απόκρισης και ασφάλεια	Στο παρόν συνδέεται με δείκτες ασφάλειας και εμπειρίας. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 4)
32	Επικοινωνία	Ποιότητα επικοινωνίας και ασφάλεια φροντίδας	C3	Σαφήνεια ιατρικών οδηγιών	Clarity of medical instructions	Επικοινωνία και health literacy	Στο παρόν επηρεάζει συμμόρφωση και εκβάσεις. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
33	Επικοινωνία	Ποιότητα επικοινωνίας και ασφάλεια φροντίδας	C4	Συνέπεια πληροφόρησης	Information consistency	Συντονισμός και ενιαία πληροφόρηση	Στο παρόν αποτιμά οργανωσιακή συνοχή. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 6)
34	Επικοινωνία	Ποιότητα επικοινωνίας και ασφάλεια φροντίδας	C5	Εμπιστοσύνη στον ιατρό	Trust in physician	Σχέση εμπιστοσύνης	Στο παρόν επηρεάζει αποδοχή και συμμόρφωση. (παρόν – Κεφ. 4)
35	Επικοινωνία	Ποιότητα επικοινωνίας και ασφάλεια φροντίδας	C6	Επάρκεια υποστήριξης	Adequacy of support	Υποστηρικτικές δομές	Στο παρόν αποτιμά λειτουργική επάρκεια. (παρόν – Κεφ. 5)
36	Επικοινωνία	Ποιότητα επικοινωνίας και ασφάλεια φροντίδας	C7	Ασφάλεια μέσω επικοινωνίας	Safety via communication	Επικοινωνία ως παράγοντας ασφάλειας	Στο παρόν συνδέεται με πρόληψη συμβάντων. (παρόν – Κεφ. 3)
37	Επικοινωνία	Ποιότητα επικοινωνίας και ασφάλεια φροντίδας	C8	Μείωση άγχους μέσω επικοινωνίας	Anxiety reduction	Ψυχοκοινωνική υποστήριξη	Στο παρόν αξιολογεί επίδραση επικοινωνίας στην εμπειρία φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 4)



ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ. CG. ΑΞΟΝΑΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ

A/A	Άξονας / Ομάδα	Περιγραφή Άξονα	Κωδικός	Ελληνικός τίτλος δείκτη	Αγγλικός τίτλος δείκτη	Θεμελίωση	Ρόλος & αξιοποίηση στο παρόν
38	Φροντιστής	Ρόλος και βιωσιμότητα άτυπου φροντιστή	CG1	Πρόσβαση φροντιστή σε ιατρό	Caregiver access	Υποστήριξη φροντιστή	Στο παρόν αποτιμά συνέχεια και ασφάλεια φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 2, Κεφ. 5)
39	Φροντιστής	Ρόλος και βιωσιμότητα άτυπου φροντιστή	CG2	Επάρκεια ενημέρωσης φροντιστή	Caregiver information adequacy	Εκπαίδευση φροντιστών	Στο παρόν επηρεάζει συμμόρφωση και ασφάλεια. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 5)
40	Φροντιστής	Ρόλος και βιωσιμότητα άτυπου φροντιστή	CG3	Υποστήριξη φροντιστή	Caregiver support	Υποστηρικτικοί μηχανισμοί	Στο παρόν αξιολογεί βιωσιμότητα φροντίδας. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 8)
41	Φροντιστής	Ρόλος και βιωσιμότητα άτυπου φροντιστή	CG4	Ψυχική επιβάρυνση φροντιστή	Emotional burden	Ψυχική υγεία φροντιστών	Στο παρόν εντοπίζει κινδύνους εξουθένωσης. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 8)
42	Φροντιστής	Ρόλος και βιωσιμότητα άτυπου φροντιστή	CG5	Ισορροπία ζωής-φροντίδας	Work-life balance	Κοινωνικές επιπτώσεις φροντίδας	Στο παρόν συνδέεται με μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα. (παρόν – Κεφ. 8)



ΠΙΝΑΚΑΣ II.Γ. ΑΞΟΝΑΣ ΨΗΦΙΑΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

A/A	Άξονας / Ομάδα	Περιγραφή Άξονα	Κωδικός	Ελληνικός τίτλος δείκτη	Αγγλικός τίτλος δείκτη	Θεμελίωση	Ρόλος & αξιοποίηση στο παρόν
43	Ψηφιακή	Ψηφιακή αποδοχή ικανότητα και	F1	Αποδοχή τηλεπαρακολούθησης	Remote monitoring acceptance	Ψηφιακή υγεία και αποδοχή τεχνολογίας	Στο παρόν αξιολογεί βιωσιμότητα ψηφιακών παρεμβάσεων. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 8)
44	Ψηφιακή	Ψηφιακή αποδοχή ικανότητα και	F2	Ψηφιακός γραμματισμός	Digital literacy	Ψηφιακές δεξιότητες χρηστών	Στο παρόν επηρεάζει αξιοπιστία δεδομένων και ασφάλεια. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 7)
45	Ψηφιακή	Ψηφιακή αποδοχή ικανότητα και	F3	Αντιλαμβανόμενη ακρίβεια δεδομένων	Perceived data accuracy	Ποιότητα δεδομένων και εμπιστοσύνη	Στο παρόν υποστηρίζει ερμηνεία αποδοχής συστημάτων. (παρόν – Κεφ. 5, Κεφ. 7)
46	Κοινωνική διάσταση	Κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας	F4	Κοινωνική υποστήριξη	Social support	Κοινωνικοί προσδιοριστές	Στο παρόν επηρεάζει αποτελεσματικότητα και βιωσιμότητα. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 8)
47	Κοινωνική διάσταση	Κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας	F5	Κοινωνική απομόνωση	Social isolation	Κοινωνικός αποκλεισμός	Στο παρόν χρησιμοποιείται για στοχευμένες κοινωνικές παρεμβάσεις. (παρόν – Κεφ. 4, Κεφ. 8)

10.3 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Ερμηνευτικό Πλαίσιο Αποτελεσμάτων & Αρχές Αξιολόγησης του Προγράμματος ΝΟΣΠΙ

ΙΙΙ.1 Σκοπός και θέση του Ερμηνευτικού Πλαισίου στο παρόν

Το παρόν Παράρτημα αναπτύσσει το **Ερμηνευτικό Πλαίσιο Αποτελεσμάτων** του συστήματος αξιολόγησης του προγράμματος Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ).

Ο σκοπός του Ερμηνευτικού Πλαισίου είναι τριπλός:

1. **Να ορίσει με σαφήνεια τη μετάβαση από τη μέτρηση στην αξιολόγηση**, διακρίνοντας ρητά την απλή καταγραφή δεικτών από την ερμηνεία τους σε επίπεδο ποιότητας, ασφάλειας και κλινικής αποτελεσματικότητας.
2. **Να διασφαλίσει ενιαία, μη αυθαίρετη και μη τιμωρητική ανάγνωση των αποτελεσμάτων**, ανεξαρτήτως επιπέδου χρήσης (εθνικό, περιφερειακό, οργανωσιακό).
3. **Να μετατρέψει το σύστημα δεικτών σε εργαλείο τεκμηριωμένης λήψης αποφάσεων**, υποστηρίζοντας τη βελτίωση, τη στρατηγική εποπτεία και τη βιώσιμη ανάπτυξη του προγράμματος ΝΟΣΠΙ.

Το Ερμηνευτικό Πλαίσιο δεν εισάγει νέους δείκτες ούτε τροποποιεί το σύστημα μέτρησης που έχει ήδη αναπτυχθεί. Αντιθέτως, λειτουργεί ως **εννοιολογικό και μεθοδολογικό φίλτρο** μέσω του οποίου τα αποτελέσματα των δεικτών: αποκτούν συγκρίσιμο νόημα, εντάσσονται σε ευρύτερα πρότυπα ποιότητας, υποστηρίζουν συνεκτικές και τεκμηριωμένες αποφάσεις πολιτικής υγείας.

Με τον τρόπο αυτό, το Παράρτημα ΙΙΙ αποτελεί **αναπόσπαστο και θεμελιώδες τμήμα** του παρόντος, καθώς χωρίς αυτό η αξιολόγηση θα περιοριζόταν σε περιγραφική αποτύπωση αριθμητικών τιμών, χωρίς ουσιαστική κλινική, οργανωσιακή ή στρατηγική ερμηνεία.

ΙΙΙ.2 Διάκριση Measurement – Evaluation – Decision-making

Εννοιολογική, μεθοδολογική και επιχειρησιακή αποσαφήνιση

Η σαφής διάκριση μεταξύ **μέτρησης (measurement)**, **αξιολόγησης (evaluation)** και **λήψης αποφάσεων (decision-making)** αποτελεί θεμελιώδη αρχή κάθε ώριμου συστήματος αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας. Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι η σύγχυση των τριών αυτών επιπέδων οδηγεί σε εσφαλμένες ερμηνείες, ατεκμηρίωτες παρεμβάσεις και, συχνά, σε απώλεια εμπιστοσύνης από επαγγελματίες και πολίτες.

Στο πλαίσιο του παρόντος, η διάκριση αυτή δεν είναι θεωρητική, αλλά **δομική και λειτουργική**, καθώς καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο τα δεδομένα του προγράμματος ΝΟΣΠΙ μετατρέπονται σε γνώση και, εν τέλει, σε πολιτική υγείας.

ΙΙΙ.2.1 Measurement – Μέτρηση

Τι καταγράφεται

Η μέτρηση αφορά την **τυποποιημένη, συστηματική και αντικειμενική καταγραφή ποσοτικών ή ποιοτικών δεδομένων** μέσω προκαθορισμένων δεικτών.

Χαρακτηριστικά της μέτρησης: βασίζεται σε σαφείς ορισμούς και μεθοδολογία υπολογισμού, απαιτεί πληρότητα, εγκυρότητα και συνέπεια δεδομένων, είναι περιγραφική και **δεν εμπεριέχει κρίση ή ερμηνεία**.

Η μέτρηση απαντά αποκλειστικά στο ερώτημα: **«Τι συμβαίνει;»**

Παράδειγμα

Ο δείκτης *A1 – Ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων* αποδίδει έναν αριθμό ή ποσοστό για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Η μέτρηση καταγράφει το γεγονός ότι, για παράδειγμα, σε μια μονάδα ΝΟΣΠΙ καταγράφηκαν *X* σοβαρά συμβάντα ανά 1.000 επεισόδια φροντίδας.

Σε αυτό το στάδιο: δεν αξιολογείται αν το ποσοστό είναι «καλό» ή «κακό», δεν αποδίδονται ευθύνες, δεν λαμβάνονται αποφάσεις.

Η μέτρηση αποτελεί **αναγκαία αλλά όχι επαρκή συνθήκη** για την αξιολόγηση.

III.2.2 Evaluation – Αξιολόγηση

Τι σημαίνουν τα αποτελέσματα

Η αξιολόγηση συνιστά τη **συνθετική και ερμηνευτική επεξεργασία των μετρήσεων** εντός συγκεκριμένου πλαισίου ποιότητας, ασφάλειας και κλινικής αποτελεσματικότητας.

Η αξιολόγηση απαντά στο ερώτημα: **«Τι σημαίνουν τα δεδομένα στο συγκεκριμένο πλαίσιο;»**

Σε αντίθεση με τη μέτρηση, η αξιολόγηση: δεν εξετάζει δείκτες μεμονωμένα, λαμβάνει υπόψη συσχετίσεις, τάσεις και μοτίβα, ενσωματώνει το πλαίσιο εφαρμογής (τύπος ασθενών, ωριμότητα μονάδας, οργανωσιακές συνθήκες).

Παράδειγμα (συνδυαστικό)

Ένα αυξημένο ποσοστό σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων (*A1*) αξιολογείται σε συνδυασμό με:

- *A8 – Συμμόρφωση με διαδικασίες αναφοράς συμβάντων,*
- *E11 – Οργανωσιακή μάθηση από ανεπιθύμητα συμβάντα.*

Η αξιολόγηση μπορεί να δείξει ότι: η αύξηση των συμβάντων συνοδεύεται από υψηλή συμμόρφωση στην αναφορά, υπάρχει ενεργή ανάλυση αιτίων και διορθωτικές ενέργειες.

Στην περίπτωση αυτή, το αποτέλεσμα **δεν ερμηνεύεται ως υποβάθμιση ασφάλειας**, αλλά ως ένδειξη ώριμης κουλτούρας ασφάλειας και διαφάνειας.

Η αξιολόγηση, συνεπώς, **παράγει νόημα**, όχι απλώς αριθμούς.



III.2.3 Decision-making – Λήψη αποφάσεων

Τι κάνουμε με βάση την αξιολόγηση

Η λήψη αποφάσεων αφορά τη **σκόπιμη και τεκμηριωμένη χρήση των αξιολογημένων αποτελεσμάτων** για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή παρεμβάσεων.

Απαντά στο ερώτημα:

«Ποια ενέργεια είναι κατάλληλη, πότε και σε ποιο επίπεδο;»

Στο πλαίσιο του παρόντος, η λήψη αποφάσεων: δεν είναι αυτοματοποιημένη, δεν βασίζεται σε μεμονωμένους δείκτες, δεν οδηγεί μηχανιστικά σε κυρώσεις ή κατατάξεις.

Παράδειγμα (πολυεπίπεδο)

Η αξιολόγηση δείχνει ότι: υπάρχουν αποκλίσεις στη *συμμόρφωση με SOPs ασφάλειας* (A3), οι αποκλίσεις εντοπίζονται κυρίως σε νέες μονάδες χαμηλής ωριμότητας (E13).

Η τεκμηριωμένη απόφαση μπορεί να είναι: στοχευμένη εκπαίδευση προσωπικού, ενίσχυση mentoring, αναθεώρηση διαδικασιών εισαγωγής νέων μονάδων.

Δεν επιλέγεται: τιμωρητική παρέμβαση, αυθαίρετη σύγκριση με ώριμες μονάδες, δημοσιοποίηση χωρίς συμφραζόμενα.

Η λήψη αποφάσεων, έτσι, λειτουργεί ως **εργαλείο βελτίωσης και στρατηγικής καθοδήγησης**, όχι ως μηχανισμός ελέγχου.

III.2.4 Η ιεραρχική σχέση των τριών επιπέδων

Στο παρόν, τα τρία επίπεδα συνδέονται ιεραρχικά και όχι ισοδύναμα:

- **Η μέτρηση παρέχει δεδομένα**
- **Η αξιολόγηση παράγει γνώση**
- **Η λήψη αποφάσεων παράγει αλλαγή**

Η παράκαμψη οποιουδήποτε επιπέδου: ακυρώνει την επιστημονική εγκυρότητα του συστήματος, αυξάνει τον κίνδυνο αυθαιρεσίας, υπονομεύει την αποδοχή του πλαισίου από τους εμπλεκόμενους.

Για τον λόγο αυτό, το παρόν αντιμετωπίζει τη διάκριση *measurement – evaluation – decision-making* ως **δομικό πυλώνα του πλαισίου αξιολόγησης** και όχι ως απλή θεωρητική αναφορά.

III.3 Επίπεδα ερμηνείας αποτελεσμάτων: δείκτης, άξονας, σύστημα

Πολυεπίπεδη προσέγγιση αξιολόγησης και αποφυγή αποσπασματικών συμπερασμάτων

Η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της ποιότητας των υπηρεσιών ΝΟΣΠΙ δεν μπορεί να στηριχθεί σε **μονοεπίπεδη ανάγνωση** αποτελεσμάτων. Για τον λόγο αυτό, το παρόν Ερμηνευτικό Πλαίσιο θεσπίζει **τρία διακριτά αλλά αλληλένδετα επίπεδα ερμηνείας**, τα οποία εφαρμόζονται συνδυαστικά και ιεραρχικά.

Η πολυεπίπεδη αυτή προσέγγιση διασφαλίζει ότι: αποφεύγονται απλουστευτικές κρίσεις, οι αποκλίσεις ερμηνεύονται στο κατάλληλο πλαίσιο, η αξιολόγηση αντανάκλα τη σύνθετη φύση της κατ' οίκον νοσοκομειακής φροντίδας.

III.3.1 Επίπεδο δείκτη (Indicator-level interpretation)

Το πρώτο επίπεδο ερμηνείας αφορά **τον μεμονωμένο δείκτη**.

Σε αυτό το επίπεδο: εξετάζεται η **εσωτερική συμπεριφορά** του δείκτη, αναλύεται η **διαχρονική εξέλιξη** (τάση), αξιολογείται η **συνέπεια καταγραφής** και η ποιότητα των δεδομένων.

Η ερμηνεία σε επίπεδο δείκτη **δεν οδηγεί αυτοτελώς σε συμπεράσματα ποιότητας ή απόδοσης**, αλλά λειτουργεί ως πρώτο σήμα κατανόησης.

Ενδεικτικό παράδειγμα

Μια διαχρονική αύξηση στον δείκτη *D3 – Ποιότητα επικοινωνίας με την ομάδα ΝΟΣΠΙ* υποδηλώνει βελτίωση στην εμπειρία επικοινωνίας, χωρίς όμως να επιτρέπει συμπέρασμα για τη συνολική κλινική αποτελεσματικότητα του προγράμματος.

Σε αυτό το επίπεδο: δεν πραγματοποιούνται συγκρίσεις μεταξύ μονάδων διαφορετικής ωριμότητας, δεν εξαγονται τελικά συμπεράσματα πολιτικής.

III.3.2 Επίπεδο άξονα (Domain-level interpretation)

Το δεύτερο επίπεδο ερμηνείας αφορά **την ομαδοποιημένη ανάλυση δεικτών που ανήκουν στον ίδιο άξονα αξιολόγησης**.

Σε αυτό το επίπεδο: εξετάζεται η **συνοχή των αποτελεσμάτων** εντός του άξονα, αναγνωρίζονται **επαναλαμβανόμενα μοτίβα**, αξιολογείται η ισορροπία μεταξύ διαφορετικών διαστάσεων του ίδιου τομέα.

Ενδεικτικό παράδειγμα

Στον άξονα Ασφάλειας: αυξημένη αναφορά συμβάντων (A8), υψηλή οργανωσιακή μάθηση (E11), σταθερός έλεγχος φαρμακευτικής αγωγής (A4), συνθέτουν μια εικόνα λειτουργικής και ώριμης διαχείρισης ασφάλειας, ακόμη και αν ένας επιμέρους δείκτης παρουσιάζει επιβάρυνση.

Η ερμηνεία σε επίπεδο άξονα: επιτρέπει **στοχευμένες παρεμβάσεις**, αποτρέπει την υπερεκτίμηση μεμονωμένων αποκλίσεων, συνδέει τη μέτρηση με τη λειτουργική πραγματικότητα.

III.3.3 Επίπεδο συστήματος (System-level interpretation)

Το τρίτο και ανώτερο επίπεδο ερμηνείας αφορά **το σύνολο του προγράμματος ΝΟΣΠΙ ως σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας**.

Σε αυτό το επίπεδο: συντίθενται τα αποτελέσματα όλων των αξόνων, εξετάζεται η **συνολική ισορροπία** μεταξύ ασφάλειας, αποτελεσματικότητας, εμπειρίας και βιωσιμότητας, αξιολογείται η **στρατηγική επάρκεια** του προγράμματος.

Η ερμηνεία σε επίπεδο συστήματος: δεν εστιάζει σε επιμέρους επιδόσεις, δεν στοχοποιεί μονάδες, υποστηρίζει αποφάσεις πολιτικής υγείας, σχεδιασμού και κλιμάκωσης.

Ενδεικτικό παράδειγμα

Σταθερή ή βελτιωμένη συνολική απόδοση (E14), σε συνδυασμό με: θετικές τάσεις εμπειρίας ασθενών, διαχειρίσιμους κινδύνους ασφάλειας, αποδεκτή οικονομική βιωσιμότητα (E15),

υποδηλώνει ότι το πρόγραμμα ΝΟΣΠΙ λειτουργεί ως **συνεκτικό και αποδοτικό μοντέλο φροντίδας**, ακόμη και αν επιμέρους άξονες απαιτούν στοχευμένη ενίσχυση.

III.3.4 Λειτουργική σχέση των επιπέδων ερμηνείας

Τα τρία επίπεδα ερμηνείας: **δεν λειτουργούν ανεξάρτητα**, δεν εφαρμόζονται επιλεκτικά και δεν οδηγούν σε αντικρουόμενα συμπεράσματα.

Αντιθέτως, συγκροτούν μια **ιεραρχική αλυσίδα κατανόησης**: ο δείκτης προσφέρει το σήμα, ο άξονας δίνει το πλαίσιο και το σύστημα παρέχει το στρατηγικό νόημα.

Η παράλειψη οποιουδήποτε επιπέδου υποβαθμίζει την εγκυρότητα της αξιολόγησης και αυξάνει τον κίνδυνο εσφαλμένων παρεμβάσεων.

III.4 Αρχές ερμηνείας δεικτών ασφάλειας, κλινικής αποτελεσματικότητας και ποιότητας

Επιστημονικές αρχές, μεθοδολογικές δικλίδες και πρακτική εφαρμογή

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων του συστήματος δεικτών ΝΟΣΠΙ διέπεται από ένα σύνολο **σαφώς ορισμένων αρχών**, οι οποίες διασφαλίζουν ότι η αξιολόγηση είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη, λειτουργικά χρήσιμη και θεσμικά δίκαιη. Οι αρχές αυτές εφαρμόζονται οριζόντια σε όλους τους άξονες και εξειδικεύονται ανά κατηγορία δεικτών στο παρόν.

III.4.1 Αρχή της συνάφειας με το κλινικό και οργανωσιακό πλαίσιο

Κανένας δείκτης δεν ερμηνεύεται αποκομμένος από το **πλαίσιο εφαρμογής** του. Η ίδια αριθμητική τιμή μπορεί να έχει διαφορετική σημασία ανάλογα με: το προφίλ του εξυπηρετούμενου πληθυσμού, τη βαρύτητα των περιστατικών, το επίπεδο ωριμότητας της μονάδας, τη φάση ανάπτυξης ή κλιμάκωσης του προγράμματος.



Η αρχή αυτή είναι κρίσιμη ιδίως για δείκτες ασφάλειας και κλινικής αποτελεσματικότητας, όπου η απουσία συμφραζομένων οδηγεί συχνά σε εσφαλμένα συμπεράσματα.

Ενδεικτικό παράδειγμα

Μια νεοσύστατη μονάδα ΝΟΣΠΙ με αυξημένες αναφορές συμβάντων μπορεί να βρίσκεται σε φάση εντατικής εκμάθησης και ενίσχυσης κουλτούρας ασφάλειας, γεγονός που διαφοροποιεί ριζικά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων σε σχέση με μια ώριμη μονάδα.

III.4.2 Αρχή της συνδυαστικής ερμηνείας (no single-indicator logic)

Το πλαίσιο αξιολόγησης του ΝΟΣΠΙ αποκλείει ρητά την ερμηνεία μεμονωμένων δεικτών ως αυτόνομων κριτηρίων ποιότητας ή απόδοσης. Κάθε δείκτης: ερμηνεύεται σε συνδυασμό με συναφείς δείκτες, εντάσσεται στον αντίστοιχο άξονα αξιολόγησης και συσχετίζεται με δείκτες ωριμότητας και οργανωσιακής ικανότητας.

Η συνδυαστική ερμηνεία επιτρέπει: την κατανόηση αιτιωδών σχέσεων, τη διάκριση μεταξύ συστημικών και συγκυριακών αποκλίσεων, την αποφυγή υπεραπλουστευμένων αποτελεσμάτων

III.4.3 Αρχή της διαχρονικής ανάγνωσης (trend-based interpretation)

Η αξιολόγηση βασίζεται κατά προτεραιότητα σε **διαχρονική ανάλυση τάσεων** και όχι σε στιγμιαίες μετρήσεις. Η μεταβολή ενός δείκτη στον χρόνο παρέχει συχνά περισσότερη πληροφορία από την απόλυτη τιμή του σε μια χρονική στιγμή.

Η αρχή αυτή: ενισχύει την αξιοπιστία της αξιολόγησης, επιτρέπει την αποτίμηση της επίδρασης παρεμβάσεων, μειώνει την πιθανότητα λανθασμένων συμπερασμάτων λόγω τυχαίων διακυμάνσεων.

Ενδεικτικό παράδειγμα

Μια σταδιακή μείωση μη προγραμματισμένων επανεισαγωγών, ακόμη και αν τα επίπεδα παραμένουν υψηλότερα από τον μέσο όρο, αποτελεί ισχυρό σήμα βελτίωσης της κλινικής αποτελεσματικότητας.

III.4.4 Αρχή της μη τιμωρητικής χρήσης των αποτελεσμάτων

Το πλαίσιο αξιολόγησης του ΝΟΣΠΙ σχεδιάστηκε ρητά ώστε να **μην λειτουργεί ως μηχανισμός ελέγχου ή επιβολής κυρώσεων**. Οι δείκτες χρησιμοποιούνται πρωτίστως για: εντοπισμό αναγκών βελτίωσης, υποστήριξη επαγγελματιών και δομών, ενίσχυση οργανωσιακής μάθησης.

Η αρχή αυτή είναι καθοριστική για: τη διατήρηση υψηλών ποσοστών αναφοράς, την αποδοχή του συστήματος από τις μονάδες, τη βιωσιμότητα του προγράμματος σε βάθος χρόνου.

III.4.5 Αρχή της αναλογικότητας στην αξιολόγηση και τις παρεμβάσεις



Η ένταση και το είδος των παρεμβάσεων που προκύπτουν από την αξιολόγηση πρέπει να είναι **ανάλογα της φύσης, της έκτασης και της επαναληψιμότητας των ευρημάτων**.

Η αρχή της αναλογικότητας διασφαλίζει ότι: μικρές αποκλίσεις δεν οδηγούν σε δυσανάλογες αντιδράσεις, σοβαρά και επαναλαμβανόμενα μοτίβα αντιμετωπίζονται με συστηματικό τρόπο, οι παρεμβάσεις είναι στοχευμένες και αποδοτικές.

III.4.6 Αρχή της διάκρισης μεταξύ ποιότητας, αποτελεσματικότητας και βιωσιμότητας

Οι δείκτες του ΝΟΣΠΙ καλύπτουν διακριτές αλλά αλληλένδετες διαστάσεις: **ασφάλεια, κλινική αποτελεσματικότητα, εμπειρία και ποιότητα, οργανωσιακή και οικονομική βιωσιμότητα**.

Η ερμηνεία οφείλει να αποφεύγει τη σύγχυση μεταξύ αυτών των διαστάσεων. Υψηλή κλινική αποτελεσματικότητα δεν αναιρεί ενδεχόμενα ζητήματα βιωσιμότητας, ούτε η οικονομική αποδοτικότητα μπορεί να ερμηνευθεί ανεξάρτητα από την ποιότητα και την ασφάλεια.

III.4.7 Συνθετικός ρόλος των αρχών ερμηνείας

Οι παραπάνω αρχές: εφαρμόζονται ταυτόχρονα, λειτουργούν ως φίλτρο αξιολόγησης, διασφαλίζουν ενιαία και δίκαιη ανάγνωση των αποτελεσμάτων.

Με τον τρόπο αυτό, το παρόν δεν περιορίζεται στην αποτύπωση επιδόσεων, αλλά συγκροτεί ένα **ώριμο, ανθεκτικό και διεθνώς ευθυγραμμισμένο πλαίσιο αξιολόγησης**, ικανό να υποστηρίξει τεκμηριωμένες αποφάσεις πολιτικής υγείας.

«Οι ανωτέρω αρχές ερμηνείας συνοψίζονται στον Πίνακα III.4-A, ο οποίος λειτουργεί ως ενιαίο φίλτρο αξιολόγησης για όλους τους δείκτες του παρόντος.»

Πίνακας III.4-A

Σύνοψη Αρχών Ερμηνείας Δεικτών στο Πλαίσιο Αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ

A/A	Αρχή ερμηνείας	Περιγραφή αρχής	Τι αποτρέπει στην πράξη	Πώς αξιοποιείται
1	Συνάφεια με το κλινικό και οργανωσιακό πλαίσιο	Κάθε δείκτης ερμηνεύεται σε συνάρτηση με τον πληθυσμό, τη βαρύτητα περιστατικών και την ωριμότητα της μονάδας	Απλουστευτικές συγκρίσεις και άδικες κρίσεις	Καθοδηγεί τη διαφοροποιημένη ερμηνεία αποτελεσμάτων ανά τύπο μονάδας και φάση ανάπτυξης
2	Συνδυαστική ερμηνεία δεικτών	Οι δείκτες δεν ερμηνεύονται μεμονωμένα αλλά σε ομάδες και άξονες	Αυθαίρετα συμπεράσματα από έναν δείκτη	Υποστηρίζει πολυπαραγοντική αξιολόγηση ποιότητας και ασφάλειας
3	Διαχρονική ανάγνωση (trends)	Η έμφαση δίνεται στις τάσεις και όχι σε στιγμιαίες τιμές	Λανθασμένες κρίσεις λόγω	Επιτρέπει την αποτίμηση βελτίωσης ή



			τυχαίων διακυμάνσεων	επιδείνωσης στον χρόνο
4	Μη τιμωρητική χρήση αποτελεσμάτων	Οι δείκτες χρησιμοποιούνται για βελτίωση και μάθηση, όχι για κυρώσεις	Υποδήλωση συμβάντων και απώλεια εμπιστοσύνης	Ενισχύει την κουλτούρα ασφάλειας και τη διαφάνεια
5	Αναλογικότητα παρεμβάσεων	Οι παρεμβάσεις είναι ανάλογες της σοβαρότητας και της επαναληψιμότητας των ευρημάτων	Υπεραντιδράσεις ή αδράνεια	Καθοδηγεί στοχευμένες και αποδοτικές διορθωτικές ενέργειες
6	Διάκριση διαστάσεων αξιολόγησης	Διακριτή ανάγνωση ασφάλειας, αποτελεσματικότητας, εμπειρίας και βιωσιμότητας	Σύγχυση εννοιών και εσφαλμένες προτεραιότητες	Υποστηρίζει ισορροπημένη και ολοκληρωμένη αξιολόγηση
7	Συνθετική εφαρμογή αρχών	Οι αρχές εφαρμόζονται ταυτόχρονα ως ενιαίο φίλτρο	Αποσπασματική ή επιλεκτική ερμηνεία	Διασφαλίζει συνεκτική, δίκαιη και επαναλήψιμη αξιολόγηση

III.5 Από την αξιολόγηση στη βελτίωση

Μηχανισμοί ανατροφοδότησης, οργανωσιακής μάθησης και συνεχούς βελτίωσης

Το πλαίσιο αξιολόγησης του προγράμματος ΝΟΣΠΙ, όπως αναπτύσσεται στο παρόν, δεν αποσκοπεί στην παθητική παρακολούθηση επιδόσεων, αλλά στη **δυναμική ενεργοποίηση μηχανισμών βελτίωσης** σε επίπεδο μονάδας, δικτύου και συστήματος υγείας. Για τον λόγο αυτό, η αξιολόγηση συνδέεται ρητά με δομημένους μηχανισμούς ανατροφοδότησης και οργανωσιακής μάθησης.

Η ενότητα αυτή ορίζει πώς τα αποτελέσματα της αξιολόγησης μετατρέπονται σε **στοχευμένες παρεμβάσεις**, διασφαλίζοντας ότι το σύστημα λειτουργεί ως κύκλος συνεχούς βελτίωσης και όχι ως στατικό εργαλείο αποτύπωσης.

III.5.1 Κύκλος ανατροφοδότησης (feedback loop) στο πλαίσιο ΝΟΣΠΙ

Ο κύκλος ανατροφοδότησης του ΝΟΣΠΙ βασίζεται σε τέσσερα διακριτά και επαναλαμβανόμενα στάδια:

1. **Συλλογή και επεξεργασία αποτελεσμάτων:** Τα δεδομένα που προκύπτουν από τη μέτρηση και την αξιολόγηση των δεικτών συγκεντρώνονται, ελέγχονται ως προς την ποιότητα και αναλύονται σε κατάλληλο επίπεδο (δείκτης, άξονας, σύστημα).
2. **Ερμηνεία και εντοπισμός προτεραιοτήτων:** Μέσω του Ερμηνευτικού Πλαισίου (Παράρτημα III), τα αποτελέσματα μετατρέπονται σε τεκμηριωμένα συμπεράσματα, με έμφαση: στις επαναλαμβανόμενες αποκλίσεις, στα μοτίβα κινδύνου, στις ευκαιρίες βελτίωσης.
3. **Σχεδιασμός παρεμβάσεων βελτίωσης:** Οι παρεμβάσεις σχεδιάζονται με βάση την αρχή της αναλογικότητας και μπορεί να περιλαμβάνουν: εκπαιδευτικές



δράσεις, αναθεώρηση διαδικασιών, ενίσχυση υποστηρικτικών μηχανισμών, προσαρμογή οργανωσιακών πρακτικών.

4. **Επανεκτίμηση και μάθηση:** Τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων επανεκτιμώνται σε επόμενο κύκλο αξιολόγησης, κλείνοντας τον κύκλο μάθησης και επιτρέποντας τη συνεχή βελτίωση.

Ο κύκλος αυτός είναι **ενσωματωμένος στον σχεδιασμό του παρόντος** και δεν λειτουργεί αποσπασματικά ή ad hoc.

III.5.2 Οργανωσιακή μάθηση και χρήση ανεπιθύμητων συμβάντων

Η οργανωσιακή μάθηση αποτελεί κεντρικό πυλώνα του πλαισίου αξιολόγησης. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στη συστηματική αξιοποίηση: των αναφορών ανεπιθύμητων συμβάντων, των near-miss περιστατικών, των επαναλαμβανόμενων μοτίβων αποκλίσεων.

Η ανάλυση αυτών των δεδομένων: δεν στοχεύει στην απόδοση ευθυνών, εντάσσεται σε μη τιμωρητική κουλτούρα, τροφοδοτεί τη βελτίωση διαδικασιών και πρακτικών.

Η οργανωσιακή μάθηση στο ΝΟΣΠΙ: τεκμηριώνεται μέσω συγκεκριμένων δεικτών (π.χ. οργανωσιακή μάθηση από συμβάντα), συνδέεται με την ωριμότητα της μονάδας, αποτελεί βασικό στοιχείο βιωσιμότητας του προγράμματος.

III.5.3 Ανατροφοδότηση σε πολλαπλά επίπεδα διακυβέρνησης

Η ανατροφοδότηση από την αξιολόγηση ενεργοποιείται σε **διακριτά επίπεδα**, με διαφορετικό σκοπό και περιεχόμενο:

- **Επίπεδο μονάδας ΝΟΣΠΙ:** Χρήση αποτελεσμάτων για εσωτερική βελτίωση, υποστήριξη ομάδων και ενίσχυση ποιότητας φροντίδας.
- **Επίπεδο φορέα/δικτύου:** Ανάδειξη κοινών προκλήσεων, ανταλλαγή καλών πρακτικών και συντονισμός παρεμβάσεων.
- **Εθνικό επίπεδο:** Υποστήριξη στρατηγικών αποφάσεων πολιτικής υγείας, σχεδιασμός κλιμάκωσης του προγράμματος και προσαρμογή θεσμικού πλαισίου.

Η πολυεπίπεδη αυτή ανατροφοδότηση διασφαλίζει ότι τα αποτελέσματα της αξιολόγησης **δεν εγκλωβίζονται σε έναν οργανισμό**, αλλά αξιοποιούνται συστηματικά.

III.5.4 Τεκμηρίωση παρεμβάσεων και ιχνηλασιμότητα βελτίωσης

Κάθε παρέμβαση που προκύπτει από την αξιολόγηση:

- τεκμηριώνεται ως προς το σκεπτικό της,
- συνδέεται με συγκεκριμένα ευρήματα,
- παρακολουθείται ως προς την εφαρμογή και την επίδρασή της.

Η ιχνηλασιμότητα αυτή:

- ενισχύει τη διαφάνεια,



- επιτρέπει την αποτίμηση αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων,
- δημιουργεί συσσωρευμένη γνώση για μελλοντικό σχεδιασμό.

III.5.5 Συνθετικός ρόλος των μηχανισμών βελτίωσης στο παρόντος

Οι μηχανισμοί ανατροφοδότησης και μάθησης ολοκληρώνουν τον κύκλο του παρόντος, συνδέοντας: τη μέτρηση, την αξιολόγηση, τη λήψη αποφάσεων, και τη συνεχή βελτίωση.

Με τον τρόπο αυτό, το παρόντος λειτουργεί ως **ζωντανό πλαίσιο αξιολόγησης**, ικανό να προσαρμόζεται, να μαθαίνει και να εξελίσσεται, υποστηρίζοντας την ποιοτική, ασφαλή και βιώσιμη ανάπτυξη του προγράμματος ΝΟΣΠΙ.

III.6 Όρια, παραδοχές και ασφαλιστικές δικλίδες του πλαισίου αξιολόγησης

Θεσμική θωράκιση, επιστημονική εγκυρότητα και αποφυγή κατάχρησης αποτελεσμάτων

Το παρόν υποκεφάλαιο ορίζει ρητά τα **όρια εφαρμογής**, τις **βασικές παραδοχές** και τις **ασφαλιστικές δικλίδες** του πλαισίου αξιολόγησης που αναπτύσσεται στο παρόν. Η ρητή αποτύπωση των στοιχείων αυτών αποτελεί διεθνώς αποδεκτή πρακτική σε εθνικά συστήματα αξιολόγησης, καθώς διασφαλίζει τη θεσμική ορθότητα, την επιστημονική εγκυρότητα και τη βιώσιμη χρήση των αποτελεσμάτων.

III.6.1 Όρια ερμηνείας των αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης του ΝΟΣΠΙ: δεν συνιστούν απόλυτη αποτίμηση ποιότητας μεμονωμένων επαγγελματιών, δεν επιτρέπουν άμεση αιτιώδη συσχέτιση χωρίς συμπληρωματική ανάλυση, δεν υποκαθιστούν την κλινική κρίση ή τη διοικητική ευθύνη.

Η αξιολόγηση αποτυπώνει **συστημικές τάσεις και μοτίβα**, όχι μεμονωμένες πράξεις ή περιστατικά. Ως εκ τούτου, η χρήση των αποτελεσμάτων περιορίζεται στην υποστήριξη βελτιωτικών παρεμβάσεων και στρατηγικού σχεδιασμού.

III.6.2 Παραδοχές ποιότητας και πληρότητας δεδομένων

Το πλαίσιο αξιολόγησης βασίζεται σε συγκεκριμένες παραδοχές, οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων: επαρκής πληρότητα και εγκυρότητα του Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων, ομοιογενής εφαρμογή ορισμών και μεθοδολογιών υπολογισμού, συνέπεια στη χρονική καταγραφή και αναφορά δεδομένων.

Αποκλίσεις από τις παραδοχές αυτές: επηρεάζουν την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση, δεν οδηγούν αυτομάτως σε αρνητικά συμπεράσματα.

III.6.3 Περιορισμοί συγκρισιμότητας μεταξύ μονάδων

Η σύγκριση αποτελεσμάτων μεταξύ μονάδων ΝΟΣΠΙ: επιτρέπεται μόνο στο πλαίσιο ομοειδών χαρακτηριστικών, δεν εφαρμόζεται μηχανιστικά σε μονάδες διαφορετικής



ωριμότητας ή πληθυσμιακού φορτίου, λαμβάνει υπόψη γεωγραφικούς, οργανωσιακούς και πληθυσμιακούς παράγοντες.

Η μη συμμόρφωση με τις αρχές συγκρισιμότητας υποβαθμίζει την εγκυρότητα της αξιολόγησης και αντιβαίνει στον σκοπό του πλαισίου.

III.6.4 Ασφαλιστικές δικλίδες έναντι καταχρηστικής χρήσης

Για την αποφυγή καταχρηστικής ή αποσπασματικής χρήσης των αποτελεσμάτων, το πλαίσιο αξιολόγησης προβλέπει τις ακόλουθες ασφαλιστικές δικλίδες: αποκλεισμός αυτοματοποιημένων κυρώσεων βάσει δεικτών, απαγόρευση χρήσης μεμονωμένων δεικτών ως αποκλειστικών κριτηρίων απόδοσης, υποχρεωτική τεκμηρίωση κάθε απόφασης που βασίζεται σε αποτελέσματα αξιολόγησης.

Οι ασφαλιστικές δικλίδες διασφαλίζουν ότι το σύστημα παραμένει εργαλείο βελτίωσης και όχι μηχανισμός ελέγχου.

III.6.5 Διαδικασία επανεξέτασης και επικαιροποίησης του πλαισίου

Το πλαίσιο αξιολόγησης του ΝΟΣΠΙ δεν θεωρείται στατικό. Προβλέπεται διαδικασία περιοδικής επανεξέτασης και επικαιροποίησης, η οποία: λαμβάνει υπόψη την εμπειρία εφαρμογής, ενσωματώνει νέες επιστημονικές τεκμηριώσεις, προσαρμόζεται στις εξελισσόμενες ανάγκες του συστήματος υγείας.

Η διαδικασία αυτή διασφαλίζει τη διαχρονική εγκυρότητα και χρησιμότητα του Παραδοτέου 3.

III.6.6 Συμπέρασμα Παραρτήματος III

Με την αποτύπωση των ορίων, παραδοχών και ασφαλιστικών δικλίδων, το Παράρτημα III ολοκληρώνεται ως **πλήρες, θεσμικά θωρακισμένο και επιστημονικά ώριμο ερμηνευτικό πλαίσιο**. Το Παράρτημα III λειτουργεί ως ο εννοιολογικός πυρήνας του παρόντος, διασφαλίζοντας ότι η αξιολόγηση του προγράμματος ΝΟΣΠΙ είναι συνεπής, δίκαιη και προσανατολισμένη στη βελτίωση.



10.4 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Οδηγός Χρήσης του Συστήματος Αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ

Λειτουργική εφαρμογή, ρόλοι, διαδικασίες και κανόνες χρήσης

Πίνακας IV.1

Σκοπός και ρόλος του Οδηγού Χρήσης στο παρόν

Στοιχείο	Περιγραφή
Θέση στο έργο	Αναπόσπαστο τμήμα του παρόντος
Σκοπός	Μετατροπή του πλαισίου αξιολόγησης σε πρακτικό, εφαρμόσιμο και επαναλήψιμο εργαλείο
Τι δεν κάνει	Δεν εισάγει νέους δείκτες, δεν τροποποιεί μεθοδολογία ή ερμηνευτικό πλαίσιο
Τι κάνει	Καθορίζει τον τρόπο χρήσης του συστήματος αξιολόγησης στην πράξη
Διασφαλίζει	Ενιαία εφαρμογή, αποφυγή παρερμηνειών, θεσμική συνέπεια και διαφάνεια

Πίνακας IV.2

Βασικές αρχές χρήσης του συστήματος αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ

Αρχή	Περιεχόμενο	Λειτουργική σημασία
Ενιαία εφαρμογή	Κοινή χρήση δεικτών, διαδικασιών και ερμηνείας	Συγκρισιμότητα σε εθνικό επίπεδο
Σκοπός βελτίωσης	Χρήση για ποιότητα και ασφάλεια, όχι τιμωρία	Εμπιστοσύνη στο σύστημα
Αναλογικότητα & τεκμηρίωση	Κάθε ενέργεια είναι αιτιολογημένη	Αποφυγή αυθαιρεσίας
Διαφάνεια & ιχνηλασιμότητα	Καταγραφή και επαληθευσιμότητα χρήσης	Θεσμική λογοδοσία

Πίνακας IV.3

Ρόλοι και επίπεδα χρηστών του συστήματος αξιολόγησης

IV.3.1 Υπουργείο Υγείας

Χρήση αποτελεσμάτων	Δεν επιτρέπεται
Στρατηγικός σχεδιασμός πολιτικής	Διοικητικές κυρώσεις βάσει μεμονωμένων δεικτών
Αξιολόγηση συνολικής απόδοσης	Δημόσια κατάταξη μονάδων χωρίς ερμηνεία
Θεσμικές αποφάσεις	—



IV.3.2 ΟΔΙΠΥ

Ρόλος	Περιεχόμενο
Παρακολούθηση εφαρμογής	Έλεγχος συνέπειας και ποιότητας
Συντονισμός αξιολογήσεων	Ομοιογένεια μεθοδολογίας
Αναφορές ποιότητας	Συνθετική αποτύπωση αποτελεσμάτων

IV.3.3 Διοίκηση μονάδων ΝΟΣΠΙ

Χρήση αποτελεσμάτων	Δεν επιτρέπεται
Εσωτερική βελτίωση διαδικασιών	Ατομική στοχοποίηση
Εκπαιδευτικός σχεδιασμός	Αποσπασματική χρήση δεικτών
Ομαδική απόδοση	—

IV.3.4 Επαγγελματίες υγείας

Ρόλος	Περιγραφή
Ανατροφοδότηση πρακτικών	Βελτίωση ποιότητας φροντίδας
Ασφάλεια	Εντοπισμός κινδύνων
Μάθηση	Συμμετοχή σε κύκλους βελτίωσης

Πίνακας IV.4

Συχνότητα χρήσης και κύκλος αξιολόγησης

Στάδιο	Περιγραφή
Συλλογή δεδομένων	Περιοδική
Ερμηνεία	Με βάση Παράρτημα ΙΙΙ
Παρεμβάσεις	Στοχευμένες δράσεις
Επανεκτίμηση	Κλείσιμο κύκλου

Πίνακας IV.5

Επιτρεπόμενες και μη επιτρεπόμενες χρήσεις αποτελεσμάτων

Επιτρέπεται	Δεν επιτρέπεται
Βελτίωση ποιότητας	Πειθαρχικές διαδικασίες
Στοχευμένη υποστήριξη	Δημόσια κατάταξη μονάδων
Στρατηγικός σχεδιασμός	Αυτόματες αποφάσεις χωρίς ερμηνεία

Πίνακας IV.6

Τεκμηρίωση και αναφορά χρήσης αποτελεσμάτων

IV.6.1 Αρχές τεκμηρίωσης

Αρχή	Περιεχόμενο



Τεκμηρίωση	Σύνδεση αποτελέσματος – ερμηνείας – ενέργειας
Σκοπός	Όχι γραφειοκρατία, αλλά λογοδοσία

IV.6.2 Ελάχιστο περιεχόμενο τεκμηρίωσης

Στοιχείο	Περιγραφή
Δείκτες / άξονες	Αναφορά ευρημάτων
Ερμηνεία	Σύμφωνα με Παράρτημα III
Ενέργεια	Προτεινόμενη ή υλοποιούμενη
Επίπεδο	Μονάδα / φορέας / εθνικό
Χρονικός ορίζοντας	Προθεσμίες
Υπεύθυνοι	Ρόλοι

IV.6.3 Μορφές και επίπεδα αναφοράς

Επίπεδο	Σκοπός
Μονάδα ΝΟΣΠΙ	Εσωτερική βελτίωση
Φορέας / δίκτυο	Συνθετική εικόνα
Εθνικό	Συνολική αποτίμηση χωρίς στοχοποίηση

IV.6.4 Συχνότητα και ροή αναφοράς

Κριτήριο	Περιγραφή
Σκοπός	Ανάλογος της χρήσης
Ροή	Σαφής, χωρίς υπερφόρτωση
Χρονισμός	Έγκαιρη ενημέρωση

IV.6.5 Διασφάλιση ποιότητας τεκμηρίωσης

Μηχανισμός	Στόχος
Έλεγχοι πληρότητας	Αξιοπιστία
Τυποποιημένα πρότυπα	Ομοιογένεια
Περιοδική ανασκόπηση	Συνεχής βελτίωση

IV.6.6 Συνθετικός ρόλος τεκμηρίωσης στο παρόν

Ρόλος	Αποτέλεσμα
Θεσμική γέφυρα	Αξιολόγηση → εφαρμογή
Προστασία συστήματος	Αποτροπή καταχρήσεων
Στρατηγική αξία	Τεκμηριωμένες αποφάσεις

IV.7 Υποστήριξη εφαρμογής του πλαισίου αξιολόγησης και ρόλος της εκπαίδευσης

Πίνακας IV.7-A

Στόχοι υποστήριξης εφαρμογής του πλαισίου αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ



Στόχος υποστήριξης	Περιγραφή	Κίνδυνος που αντιμετωπίζεται	Συνεισφορά στο παρόν
Ομοιογενής εφαρμογή	Κοινή κατανόηση εννοιών, διαδικασιών και ρόλων	Ανομοιογένεια χρήσης και παρερμηνείες	Διασφαλίζει συγκρισιμότητα και αξιοπιστία
Ενίσχυση ικανοτήτων χρηστών	Ανάπτυξη γνώσεων αξιολόγησης και ερμηνείας	Τυπική ή μηχανιστική χρήση δεικτών	Ενδυναμώνει τη λειτουργική χρήση
Αποδοχή του πλαισίου	Εμπλοκή χρηστών και κατανόηση σκοπού	Αντίσταση ή υποδήλωση	Υποστηρίζει βιωσιμότητα
Διαχρονική λειτουργικότητα	Συνεχής ανανέωση γνώσης	Σταδιακή απαξίωση του συστήματος	Διασφαλίζει μακροπρόθεσμη εφαρμογή

Πίνακας IV.7-Β

Ομάδες στόχου εκπαίδευσης και αντικείμενο υποστήριξης

Επίπεδο χρήστη	Ομάδα	Κύριο αντικείμενο εκπαίδευσης	Εστίαση
Εθνικό	Υπουργείο Υγείας	Συνθετική ερμηνεία αποτελεσμάτων	Πολιτική υγείας και στρατηγικές αποφάσεις
Συντονιστικό	ΟΔΙΠΥ	Μεθοδολογία, ποιότητα αξιολόγησης	Ομοιογένεια και εποπτεία
Διοικητικό	Διοίκηση μονάδων ΝΟΣΠΙ	Χρήση αποτελεσμάτων για βελτίωση	Οργανωσιακή ανάπτυξη
Επιχειρησιακό	Ομάδες ΝΟΣΠΙ	Κατανόηση δεικτών και ανατροφοδότηση	Ασφάλεια και ποιότητα φροντίδας

Πίνακας IV.7-Γ

Μορφές υποστήριξης εφαρμογής

Μορφή υποστήριξης	Περιεχόμενο	Σκοπός	Σχέση με αξιολόγηση
Εκπαιδευτικό υλικό	Οδηγοί, παραδείγματα, ερμηνευτικά σενάρια	Κοινή βάση γνώσης	Σωστή ερμηνεία δεικτών



Εκπαιδευτικές συνεδρίες Τεχνική υποστήριξη	Δια ζώσης ή εξ αποστάσεως	Εμβάθυνση και εναρμόνιση	Αποφυγή παρερμηνειών
	Ερωτήματα εφαρμογής	Επίλυση πρακτικών ζητημάτων	Συνέπεια χρήσης
Ανταλλαγή πρακτικών	Κοινότητες μάθησης	Διάχυση εμπειρίας	Οργανωσιακή μάθηση

Πίνακας IV.7-Δ

Σχέση υποστήριξης εφαρμογής και βιωσιμότητας του πλαισίου

Παράγοντας	Ρόλος υποστήριξης	Αναμενόμενο αποτέλεσμα
Εμπιστοσύνη στο σύστημα	Διαφάνεια και κατανόηση	Υψηλή αποδοχή
Ποιότητα εφαρμογής	Συνεχής καθοδήγηση	Αξιόπιστα αποτελέσματα
Συμμετοχή χρηστών	Ενεργή εμπλοκή	Κουλτούρα ποιότητας
Μακροχρόνια λειτουργία	Επικαιροποίηση γνώσης	Βιωσιμότητα

IV.8 Λειτουργική ολοκλήρωση και θεσμική ενσωμάτωση του συστήματος αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ

Το Παράρτημα IV ολοκληρώνει το παρόν, μεταφράζοντας το θεωρητικό και ερμηνευτικό πλαίσιο αξιολόγησης σε **σαφές, εφαρμόσιμο και επαναλήψιμο σύστημα χρήσης**. Μέσω του Οδηγού Χρήσης, το σύστημα δεικτών και αξιολόγησης του ΝΟΣΠΙ καθίσταται λειτουργικό εργαλείο διακυβέρνησης, βελτίωσης και στρατηγικού σχεδιασμού.

Ο Οδηγός Χρήσης: καθορίζει με σαφήνεια **ποιοι χρησιμοποιούν το σύστημα, πώς και για ποιο σκοπό**, θεσπίζει κοινές αρχές και κανόνες εφαρμογής, διασφαλίζει ενιαία ερμηνεία και αποφυγή αυθαίρετων ή καταχρηστικών χρήσεων, ενσωματώνει μηχανισμούς τεκμηρίωσης, ανατροφοδότησης και υποστήριξης εφαρμογής.

Με τον τρόπο αυτό, το παρόν δεν περιορίζεται στη θεωρητική ανάπτυξη πλαισίου αξιολόγησης, αλλά συγκροτεί ένα **πλήρες οικοσύστημα αξιολόγησης**, το οποίο: υποστηρίζει τη συνεχή βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας, ενισχύει την ασφάλεια και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα διακυβέρνησης.

Η ύπαρξη του Οδηγού Χρήσης διασφαλίζει ότι το σύστημα αξιολόγησης: εφαρμόζεται με συνέπεια και διαφάνεια, γίνεται κατανοητό και αποδεκτό από τους εμπλεκόμενους φορείς, παραμένει λειτουργικό και βιώσιμο στον χρόνο.

Με την ολοκλήρωση του Παραρτήματος IV, το παρόν αποκτά **πλήρη επιχειρησιακή υπόσταση**, γεφυρώνοντας τη μέτρηση, την αξιολόγηση και τη λήψη αποφάσεων με την καθημερινή πρακτική και τη στρατηγική πολιτική υγείας.



10.5 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Ευθυγράμμιση του Πλαισίου Αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ με Διεθνή Πλαίσια και Αρχές Implementation Science**V.1 Σκοπός και θέση του Παραρτήματος V στο παρόν**

Το Παράρτημα V τεκμηριώνει τη **διεθνή επιστημονική και θεσμική ευθυγράμμιση** του πλαισίου αξιολόγησης που αναπτύχθηκε στο παρόν. Στόχος του είναι να αποδείξει ότι το σύστημα αξιολόγησης ΝΟΣΠΙ: βασίζεται σε διεθνώς αναγνωρισμένα πλαίσια ποιότητας και απόδοσης συστημάτων υγείας, ενσωματώνει σύγχρονες αρχές εφαρμογής πολιτικών υγείας (Implementation science), είναι συγκρίσιμο, επεκτάσιμο και βιώσιμο σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Το Παράρτημα V **δεν εισάγει νέα μεθοδολογία**, αλλά λειτουργεί ως τεκμηριωτικό επίπεδο διεθνούς εγκυρότητας του παρόντος.

V.2 Ευθυγράμμιση με διεθνή πλαίσια αξιολόγησης συστημάτων υγείας

Πίνακας V.2-A

Διεθνή πλαίσια και βασικές αρχές αξιολόγησης

Διεθνές πλαίσιο	Κύριος στόχος	Βασικές διαστάσεις	Συνάφεια με ΝΟΣΠΙ
WHO – Quality of Care Framework	Βελτίωση ποιότητας και ασφάλειας φροντίδας	Ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, εμπειρία, ισότητα	Καλύπτεται από άξονες Α–Ε και ειδικούς δείκτες
OECD – Health System Performance	Συστημική αποτίμηση απόδοσης	Αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, προσβασιμότητα	Ενσωματώνεται μέσω συνθετικών δεικτών και του παρόντος
OECD – PaRIS	Μέτρηση αποτελεσμάτων με επίκεντρο τον ασθενή	PROMs, PREMs	Αντικατοπτρίζεται στους άξονες D και E
Value-based Healthcare	Σύνδεση αποτελεσμάτων με αξία	Κλινικά αποτελέσματα, εμπειρία, κόστος	Υποστηρίζεται μέσω E14 και E15

Πίνακας V.2-B

Αντιστοίχιση διεθνών διαστάσεων με άξονες δεικτών και παρόντος



Διεθνής διάσταση	Περιγραφή	Άξονες ΝΟΣΠΙ	Τρόπος ενσωμάτωσης
Ασφάλεια	Πρόληψη βλάβης	Άξονας Α	Ερμηνευτικό πλαίσιο & μη τιμωρητική χρήση
Κλινική αποτελεσματικότητα	Επίτευξη θεραπευτικών στόχων	Άξονας D	Πολυεπίπεδη ερμηνεία αποτελεσμάτων
Εμπειρία ασθενή	Αντιλαμβανόμενη ποιότητα	Άξονας E	PROMs / PREMs και συνθετική ανάλυση
Ισότητα πρόσβασης	Μη διακριτική παροχή	E6, ειδικοί δείκτες	Συστημική ανάγνωση
Βιωσιμότητα	Οικονομική και οργανωσιακή αντοχή	E13–E15	Απόφαση πολιτικής

V.3 Ενσωμάτωση αρχών Implementation Science στο Πλαίσιο ΝΟΣΠΙ

Η Implementation science εστιάζει στη **μετάβαση από τον σχεδιασμό στην πράξη**. Το παρόν έχει σχεδιαστεί εξ αρχής ώστε να ενσωματώνει αυτές τις αρχές.

Πίνακας V.3-A

Βασικές αρχές Implementation science και εφαρμογή στο ΝΟΣΠΙ

Αρχή implementation science	Ερμηνεία	Πώς εφαρμόζεται στο παρόν
Fidelity	Πιστή εφαρμογή σχεδιασμού	Ενιαίοι ορισμοί, Οδηγός Χρήσης (Παράρτημα IV)
Adaptation	Προσαρμογή στο πλαίσιο	Διαφοροποίηση ανά ωριμότητα μονάδας
Scale-up	Κλιμάκωση πολιτικής	Συνθετικοί δείκτες συστήματος
Sustainability	Διαχρονική βιωσιμότητα	Κύκλοι ανατροφοδότησης & μάθησης

Πίνακας V.3-B

Σχέση αξιολόγησης – εφαρμογής – πολιτικής

Επίπεδο	Ρόλος αξιολόγησης	Αποτέλεσμα
Τοπικό (μονάδα)	Ανατροφοδότηση πρακτικών	Βελτίωση ποιότητας
Οργανωσιακό	Εντοπισμός μοτίβων	Στοχευμένες παρεμβάσεις
Εθνικό	Συνθετική αξιολόγηση	Πολιτική υγείας

V.4 Διεθνής συγκρισιμότητα πλαισίου

Πίνακας V.4-A

Στοιχεία που διασφαλίζουν διεθνή συγκρισιμότητα



Στοιχείο	Περιγραφή	Συνεισφορά
Τυποποιημένοι δείκτες	Σαφείς ορισμοί	Συγκρίσιμα δεδομένα
Πολυεπίπεδη ερμηνεία	Δείκτης-άξονας-σύστημα	Αποφυγή απλουστεύσεων
Οδηγός Χρήσης	Κανόνες εφαρμογής	Επαναληψιμότητα
Διεθνή Frameworks	WHO, OECD	Θεσμική εγκυρότητα



10.6 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

Συντομογραφίες, όροι και επιχειρησιακοί ορισμοί του παρόντος

Πίνακας VI.1 – Συντομογραφίες και ακρωνύμια

Συντομογραφία	Πλήρης όρος	Λειτουργική επεξήγηση στο παρόν
ΝΟΣΠΙ	Νοσοκομειακή Φροντίδα στο Σπίτι	Οργανωμένο μοντέλο παροχής νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας στην οικία
KPI	Key Performance Indicator	Δείκτης μέτρησης συγκεκριμένης διάστασης απόδοσης
MDS	Minimum Data Set	Ελάχιστο σύνολο απαιτούμενων δεδομένων
PREMs	Patient-Reported Experience Measures	Δείκτες εμπειρίας ασθενούς
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures	Δείκτες εκβάσεων αναφερόμενων από τον ασθενή
SOP	Standard Operating Procedure	Τυποποιημένη διαδικασία εφαρμογής
ΟΔΙΠΥ	Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία	Φορέας εποπτείας ποιότητας
WHO	World Health Organization	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	Οργανισμός διεθνών πολιτικών και δεικτών
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research	Πλαίσιο implementation science (χρησιμοποιείται εννοιολογικά)
PaRIS	Patient-Reported Indicator Surveys	Πρωτοβουλία OECD για PROMs/PREMs
ICT	Information and Communication Technologies	Ψηφιακές υποδομές υποστήριξης
EHR	Electronic Health Record	Ηλεκτρονικός φάκελος υγείας
QA	Quality Assurance	Διασφάλιση ποιότητας
QI	Quality Improvement	Βελτίωση ποιότητας

Πίνακας VI.2 – Όροι αξιολόγησης, ποιότητας και διακυβέρνησης

Όρος	Ορισμός στο πλαίσιο του παρόντος
Μέτρηση (Measurement)	Καταγραφή και υπολογισμός δεδομένων χωρίς ερμηνευτική κρίση
Αξιολόγηση (Evaluation)	Διαδικασία ερμηνείας και σύνθεσης αποτελεσμάτων μέτρησης
Αποτίμηση	Το τελικό συμπέρασμα αξιολόγησης που συνδυάζει δεδομένα, πλαίσιο και κρίση



Decision-making	Λήψη αποφάσεων βάσει τεκμηριωμένης αποτίμησης
Πλαίσιο αξιολόγησης	Σύνολο κανόνων που διέπουν μέτρηση, ερμηνεία και χρήση αποτελεσμάτων
Ερμηνευτικό πλαίσιο	Κανόνες ανάγνωσης και σύγκρισης αποτελεσμάτων
Συνθετική αποτίμηση	Ολοκληρωμένη αξιολόγηση πολλαπλών αξόνων
Δείκτης	Μετρήσιμο μέγεθος συγκεκριμένης διάστασης ποιότητας
Άξονας αξιολόγησης	Ομαδοποίηση δεικτών με κοινό εννοιολογικό σκοπό
Benchmark	Σημείο αναφοράς για συγκριτική αξιολόγηση
Τάση (trend)	Διαχρονική μεταβολή αποτελεσμάτων
Σήμα κινδύνου	Ένδειξη που απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση
Κλινική σημασία	Ουσιαστική επίδραση στην υγεία πέραν στατιστικής μεταβολής
Κλινική αποτελεσματικότητα	Βαθμός επίτευξης επιθυμητών κλινικών εκβάσεων
Ασφάλεια ασθενούς	Πρόληψη και ελαχιστοποίηση ανεπιθύμητων συμβάντων
Ανεπιθύμητο συμβάν	Μη επιθυμητό γεγονός κατά την παροχή φροντίδας
Αποτρέψιμο συμβάν	Συμβάν που θα μπορούσε να είχε προληφθεί
Μη τιμωρητική χρήση	Χρήση αποτελεσμάτων για μάθηση και βελτίωση
Οργανωσιακή ωριμότητα	Ικανότητα μονάδας να εφαρμόζει σταθερά το πλαίσιο
Οργανωσιακή μάθηση	Ενσωμάτωση εμπειρίας στη βελτίωση πρακτικών
Συστημική διάσταση	Επίπεδο διακυβέρνησης και βιωσιμότητας
Διακυβέρνηση	Θεσμικός έλεγχος, ρόλοι και λογοδοσία
Λογοδοσία	Τεκμηριωμένη αιτιολόγηση αποφάσεων
Ιχνηλασιμότητα	Σύνδεση αποτελέσματος–ερμηνείας–ενέργειας
Διαχρονική παρακολούθηση	Παρακολούθηση απόδοσης σε βάθος χρόνου
Λειτουργική αξιοποίηση	Μετατροπή αποτελεσμάτων σε παρεμβάσεις
Στρατηγικός σχεδιασμός	Μακροπρόθεσμη χάραξη πολιτικής
Εθνικό επίπεδο	Επίπεδο κεντρικής διακυβέρνησης
Επίπεδο μονάδας	Επιχειρησιακό επίπεδο εφαρμογής
Επίπεδο δικτύου	Ενδιάμεσο επίπεδο συντονισμού μονάδων
Εφαρμοσιμότητα	Δυνατότητα πρακτικής εφαρμογής πλαισίου
Βιωσιμότητα	Ικανότητα διατήρησης στον χρόνο
Αναλογικότητα	Αντιστοίχιση δράσης με μέγεθος ευρήματος
Τεκμηρίωση	Καταγραφή αιτιολόγησης αποφάσεων
Αναφορά (reporting)	Δομημένη επικοινωνία αποτελεσμάτων

11 Βιβλιογραφία

- Arah, O.A., Westert, G.P., Hurst, J. and Klazinga, N.S. (2006) 'A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project', *International Journal for Quality in Health Care*, 18(Suppl. 1), pp. 5–13.
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. and Lowery, J.C. (2009) 'Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science', *Implementation Science*, 4, Article 50.
- Donabedian, A. (1966) 'Evaluating the quality of medical care', *The Milbank Quarterly*, 44(3), pp. 166–206.
- European Commission (2021) *EU4Health Programme 2021–2027*. Brussels: European Union.
- Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M. and Wallace, F. (2005) *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida.
- OECD (2017) *Health System Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2019) *PaRIS – Patient-Reported Indicator Surveys: Measuring What Matters to Patients*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2021) *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2022) *Health at a Glance: Europe*. Paris: OECD Publishing.
- Peters, D.H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I.A. and Tran, N. (2013) 'Implementation research: what it is and how to do it', *BMJ*, 347, f6753.
- Porter, M.E. (2010) 'What is value in health care?', *New England Journal of Medicine*, 363(26), pp. 2477–2481.
- Porter, M.E. and Lee, T.H. (2013) 'The strategy that will fix health care', *Harvard Business Review*, 91(10), pp. 50–70.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R. and Hensley, M. (2011) 'Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges and research agenda', *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), pp. 65–76.
- Reason, J. (2000) 'Human error: models and management', *BMJ*, 320(7237), pp. 768–770.
- Smith, P.C., Mossialos, E., Papanicolas, I. and Leatherman, S. (2009) *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vincent, C. (2010) *Patient Safety*. 2nd edn. Oxford: Wiley-Blackwell.
- World Health Organization (2016) *Global Strategy on Integrated People-Centred Health Services*. Geneva: World Health Organization.



World Health Organization (2018) *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization, World Bank and OECD.

World Health Organization (2020) *Quality of Care in Fragile, Conflict-Affected and Vulnerable Settings*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2021) *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Geneva: World Health Organization.



Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 29 Απριλίου 2026

Ο Υπουργός

ΣΠΥΡΙΔΩΝ - ΑΔΩΝΙΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ

Ο Υφυπουργός

ΜΑΡΙΟΣ ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΕΟΥΣ

