

Ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας και η χρησιμότητα ηλεκτρονικών συστημάτων στη βελτίωση υπηρεσιών υγείας

Χριστίνα Γκίρτσου¹, Παντελής Στεργιάννης^{2,3}, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης¹, Γεώργιος Μαρτίνης¹

1. Αιμοδοσία, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

2. Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Αγ. Ανάργυροι»

3. Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συνέχεια στη φροντίδα υγείας των ασθενών, εμφανίζει σημαντικά κενά και παραλλαγές, λόγω της μειωμένης επικοινωνίας μεταξύ των δομών υγείας. Η μεταφορά πληροφοριών σε όλα τα στάδια των δομών υγείας, είναι συχνά ανεπαρκής με πολλές αποκλίσεις, ιδιαίτερα κατά το κρίσιμο στάδιο μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο, όπου συνήθως οι ασθενείς είναι περισσότερο ευάλωτοι. Το μείζων πρόβλημα της ελλιπούς διασύνδεσης μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, παρουσιάζεται κυρίως στους ηλικιωμένους, στους χρόνιους πάσχοντες και σε αυτούς που παίρνουν πολλά φάρμακα, με κυριότερες επιπτώσεις τις παρενέργειες φαρμάκων, την αλληλοεπικάλυψη της θεραπείας, τη χαμηλής ποιότητας φροντίδα υγείας και το οικονομικό κόστος στην υγειονομική περίθαλψη. Η ενίσχυση της επικοινωνίας, μέσα από την ηλεκτρονική διασύνδεση και τη χρήση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.), όπου θα περιλαμβάνονται τα ατομικά στοιχεία του κάθε ασθενή και πληροφορίες σχετικά με την κλινική του εξέλιξη, αποσκοπώντας στην επιλογή από τους φροντιστές υγείας, των βέλτιστων πρακτικών για την αποθεραπεία του ασθενή. Η διεξοδική ανασκόπηση σχετικής βιβλιογραφίας, η στρατηγική ανάλυση PESTEL και η διαδικασία ελέγχου, επισήμανε την ανάγκη της χρήσης του Α.Η.Φ.Υ., για την επίτευξη ουσιαστικών βελτιώσεων στην ποιότητα της φροντίδας υγείας του ασθενή. Με την πρακτική χρήση του Α.Η.Φ.Υ., η φροντίδα υγείας όλων των ασθενών θα είναι αδιαμφισβήτητη, ασφαλής, αποτελεσματική, με επίκεντρο τον ασθενή, έγκαιρη και δίκαιη.

Λέξεις Κλειδιά: Ασθενής, Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.), Υπηρεσίες Υγείας

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
e-mail: tkonsta@med.duth.gr

Ημερομηνία υποβολής: 21/07/2019
Ημερομηνία δημοσίευσης: Οκτώβριος 2020

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Γκίρτσου Χ., Στεργιάννης Π., Κωνσταντινίδης Θ. & Μαρτίνης Γ. (2020). Ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας και η χρησιμότητα ηλεκτρονικών συστημάτων στη βελτίωση υπηρεσιών υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 13(4): 19-25, <https://doi.org/10.24283/hjns.202042>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ασθενείς, κατά τη διάρκεια της ζωής τους έρχονται σε επαφή με διάφορα τμήματα και επίπεδα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Όταν ένας ασθενής μεταφέρεται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη δευτεροβάθμια ή και αντιστρόφως, είναι πολύ σημαντικό η φαρμακευτική αγωγή του να αναφερθεί έγκαιρα και με ακρίβεια, διασφαλίζοντας έτσι τη συνέχεια της φροντίδας υγείας του (Viktil et al 2012, Ose et al 2017). Η μακροπρόθεσμη συνέχεια της ιατρικής αποκατάστασης είναι ένα από τα βασικά στοιχεία της ιατρικής περίθαλψης, ωστόσο πολλές φορές η μεταφορά πληροφοριών παρουσιάζει σημαντικά κενά και αποκλίσεις από τα προτεινόμενα φαρμακευτικά μέτρα (Johnson et al 2015). Θεμελιώδους σημασίας για τη συνέχεια στη φροντίδα υγείας των ασθενών, είναι η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των δομών υγείας, καθώς έτσι μεταφέρονται κρίσιμες πληροφορίες, με ακρίβεια, ενισχύοντας την πληροφόρηση και την συνεχή παρακολούθηση του ασθενή (Johnson et al 2015, Murphy et al 2017).

Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού έρχεται αντιμέτωπο με τον κατακερματισμό της ιατρικής περίθαλψης και την μεταφορά ανεπαρκών πληροφοριών, σύμφωνα με τα δεδομένα που συλλέχτηκαν από τους Ellenbecker et al (2004) σε 12 νοσοκομεία και συνολικά σε 1467 ασθενείς, κατά τη μεταβατική φροντίδα των ασθενών προκαλώντας δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τους. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς και χρόνιοι πάσχοντες, διατρέχουν περισσότερο κίνδυνο και είναι πιο ευάλωτοι, σε ποσοστό που αγγίζει το 40%, δεδομένου ότι η αγωγή τους περιλαμβάνει πολλά φάρμακα, με μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν ανεπιθύμητες παρενέργειες από την πολυφαρμακία και να έχουν επανειλημμένες νοσηλίες στο ιατρικό ιστορικό τους, όπως αποδεικνύεται από παρόμοιες έρευνες (Coleman et al 2003, Midlöv et al 2008, LaMantia et al 2010, Salvi et al 2012, Skoog et al 2015, Tiihonen et al 2016, Caleres et al 2018). Οι Salvi et al (2012), στη μελέτη τους καταγράφουν την αύξηση του επιπολασμού των νοσημάτων, σε ποσοστό που αγγίζει το 31%, το οποίο σχετίζεται με ανεπιθύμητα συμβάντα των φαρμάκων, και συνδέεται σημαντικά με την ανεπαρκή παρακολούθηση των φαρμακολογικών θεραπειών και στα σφάλματα κατά την συνταγογράφηση με τη χρήση δυνητικά ακατάλληλων φαρμάκων.

Προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα σε όλους τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης και να ενισχυθεί η επικοινωνία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, καθιερώθηκε σύμφωνα με το άρθρο 21 του Ν. 4486/2017 (ΦΕΚ 115Α/2017), ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.), ο οποίος περιέχει δεδομένα και εκτιμήσεις σχετικά με την κλινική εξέλιξη του ασθενή, διασφαλίζοντας την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των δομών υγείας και επιδιώκοντας μεταξύ άλλων

την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης, μέσω της ηλεκτρονικής διασύνδεσης (ΦΕΚ 115Α/2017, Ose et al 2017).

Αρνητικοί παράγοντες και συνέπειες της έλλειψης διασύνδεσης των δομών υγείας, στην ποιότητα της μεταβατικής φροντίδας του ασθενή και ο χρήσιμος ρόλος του Α.Η.Φ.Υ.

Η καθυστερημένη ή ανακριβής επικοινωνία μεταξύ των δομών υγείας, σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να λαμβάνει ο ασθενής κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο, είναι κοινή σύμφωνα με μελέτη των Grimes et al (2008) σε 139 καρδιολογικούς ασθενείς στην Ιρλανδία, θέτοντας σε κίνδυνο την ποιότητα περίθαλψης και επηρεάζοντας δυσμενώς τη φροντίδα υγείας των ασθενών. Στην ίδια μελέτη, παρατηρήθηκε ότι η διαφορά στα φάρμακα από την αρχική προτεινόμενη θεραπεία άγγιζε το 65,5%, με την πιο συχνή να αφορά την παράλειψη φαρμάκων σε ποσοστό 20,9% (Grimes et al 2008). Η ολίσθηση της ανεπαρκούς ενημέρωσης για την αποθεραπεία του ασθενή και η αναποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των δομών υγείας, οφείλεται κυρίως στην καθυστέρηση, στην έλλειψη σημαντικών πληροφοριών, όπως τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων, καθώς και στην έλλειψη κατάρτισης από τον υπεύθυνο καταγραφής (Belleli et al 2013).

Η άμεση επικοινωνία μεταξύ του ιατρού του νοσοκομείου και του ιατρού της πρωτοβάθμιας υγείας συμβαίνει σπάνια, σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές, συμβάλλοντας στη χαμηλή ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης του ασθενή (Kripalani et al 2007). Σε έρευνα που έγινε στην Ελβετία σε 100 ασθενείς που μεταφέρθηκαν από το νοσοκομείο στο σπίτι, ηλικίας άνω των 64 ετών και με λήψη περισσότερων από τέσσερα φάρμακα, παρατηρήθηκε και αξιολογήθηκε μέσω ερωτηματολογίων ότι οι περισσότεροι ασθενείς λάμβαναν στην αγωγή τους πιθανώς ακατάλληλα φάρμακα με αντενδείξεις και αλληλοεπικαλύψεις που ευθύνονταν για μετέπειτα προβλήματα στην αποθεραπεία τους. Μόνο 5 στους 100 ασθενείς διέθεταν γραπτές οδηγίες και σε λιγότερους οι οδηγίες ήταν σαφείς και κατανοητές. Από το σύνολο των 984 συνταγών, το 16% θεωρήθηκε διφορούμενο, το 2,2% ήταν δυνητικά ακατάλληλο και 7 φάρμακα είχαν πλήρη αντένδειξη (Meyer-Masseti et al 2018).

Η πολυφαρμακία σε συνδυασμό με την ηλικία, είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου, που λόγω της έλλειψης διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας, μπορεί να οδηγήσουν σε δυσμενείς παρενέργειες από τα φάρμακα, με συνέπεια την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο επιβαρύνοντας ταυτόχρονα οικονομικά την υγειονομική περίθαλψη (Wagner et al 1996 Bates et al 1998). Σε μια συγκριτική μελέτη που έγινε στη Σουηδία, σε ασθενείς ηλικίας άνω των 80 ετών και σε μικρότερους ασθενείς

ηλικίας 65-79 ετών, παρατηρήθηκε ότι η ηλικία επηρέασε την ποιότητα της φαρμακευτικής θεραπείας στους ηλικιωμένους ασθενείς. Στην ίδια μελέτη, συσχετίστηκε ο μεγάλος αριθμός συνταγογραφούμενων φαρμάκων από έναν ιατρό, με χαμηλής ποιότητας φαρμακευτική αγωγή (Bergman et al 2007). Σε παρόμοια μελέτη των Bergman et al (2007) που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία, σε 7904 ασθενείς, με μέσο όρο ηλικίας τα 85 χρόνια, βρέθηκε ότι το 70% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, λάμβανε ακατάλληλη συνταγή και χαμηλής ποιότητας φαρμακευτική θεραπεία. Ο επιπολασμός δυνητικά ακατάλληλων φαρμάκων και η πολυφαρμακία, οφείλεται στην έλλειψη συνέχειας του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή και τον αυξημένο αριθμό ιατρών που εμπλέκονται στη φαρμακευτική αγωγή και κυμαίνεται στο 20,3% σύμφωνα με έρευνες (Tamblyn et al 1996, Meyer-Masseti et al 2012).

Σοβαρές επιπτώσεις στην ασφάλεια τους, λόγω της ελλιπούς επικοινωνίας μεταξύ των συστημάτων υγείας, διατρέχουν οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις (Wagner et al 1996). Για την κάλυψη των αναγκών τους, θα πρέπει να υπάρχει ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης καλά οργανωμένο, που να δίνει έμφαση στη συστηματική παρακολούθηση και συνεχή αξιολόγηση από μια επιστημονική ομάδα υγείας με ισχυρή βάση πληροφοριών, καλό συντονισμό και αποτελεσματική επικοινωνία από όλα τα μέλη της ομάδας, καθώς και βελτίωση της εκπαίδευσης των ασθενών και μεγαλύτερη διαθεσιμότητα πληροφοριών (Wagner et al 1996, Ose et al 2017, Brown et al 2018).

Η έλλειψη διασύνδεσης της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των δομών υγείας, οδηγεί στην κατακερματισμένη περίθαλψη, όπου χάνονται, παραλείπονται και αγνοούνται πληροφορίες σχετικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του ασθενή κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο, όπως προκύπτει από έρευνες που έγιναν σε νοσοκομεία της Αυστραλίας και της Ελβετίας, όπου το 12% των χειρόγραφων συνταγών, συνήθως με καρδιαγγειακά φάρμακα, περιείχε λάθη στη φαρμακευτική αγωγή με συνθετέστερο την παράλειψη της συνταγής (Callen et al 2010, Abdel-Qader et al 2011, Belleli et al 2013).

Πρωταρχικός στόχος όλων των υπεύθυνων για τη δημόσια υγεία, θα πρέπει να είναι η απαλοιφή των ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη. Οι κοινωνικοοικονομικές και φυλετικές ανισότητες στο επίπεδο πληθυσμού και η ελλιπής προσαρμογή των συστημάτων υγείας στη διαστρωματοποίηση, δημιουργούν σημαντικό πρόβλημα στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Fiscella et al 2000).

Η υποστήριξη στην ιατρική περίθαλψη, από συστήματα που είναι συνειδητά σχεδιασμένα να παρέχουν φροντίδα ασφαλή, αποτελεσματική, έγκαιρη, αποδοτική και επικεντρωμένη στον ασθενή, είναι επιβεβλημένη (Abdel-Qader et al 2011, ΦΕΚ 115Α/2017). Η τεχνολογία, έχει

τεράστιες δυνατότητες να βοηθήσει στην αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των δομών υγείας και να βελτιώσει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Coleman 2003). Η χρήση του Α.Η.Φ.Υ., διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην οργάνωση του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης, στοχεύοντας στη διαθεσιμότητα κλινικών πληροφοριών και την τεκμηρίωση των προβλημάτων του ασθενή, βοηθώντας έτσι στη λήψη κλινικών αποφάσεων από τους θεράποντες ιατρούς (ΦΕΚ 115Α/2017; Brown et al 2018). Τα στοιχεία που καταγράφονται στον Α.Η.Φ.Υ., μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως καθοδηγητικά αρχεία υγείας, όπου θα παρουσιάζονται με συντομία τα ουσιαστά στοιχεία από το σύνολο των ιατρικών παρεμβάσεων στον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, λειτουργώντας ευεργετικά στην κατανόηση και το χαρακτηρισμό της αποθεραπείας του (Belleli et al 2013, ΦΕΚ 115Α/2017).

Στρατηγική εφαρμογή της PESTEL Ανάλυσης, για τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των δομών υγείας, με τη χρήση του Α.Η.Φ.Υ.

Η συνεχόμενη παρακολούθηση του ασθενή μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο, είναι ζήτημα ασφάλειας και θα πρέπει να είναι κορυφαία προτεραιότητα από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Η άμεση διαθεσιμότητα των αποτελεσμάτων από τις εξετάσεις του ασθενή και άλλων κλινικών πληροφοριών, υπογραμμίζουν την υποστήριξη πρακτικών μέσω ενός ολοκληρωμένου και οργανωμένου συστήματος υγείας, οι οποίες θα στοχεύουν στη διατήρηση και στη συνέχεια της ιατρικής φροντίδας (Gandhi 2005, Chen et al 2010, Brown et al 2018).

Η χρήση του Α.Η.Φ.Υ., ο οποίος θα περιέχει όλες τις ιατρικές αποδείξεις από την περίθαλψη του ασθενή και τα κλινικά δεδομένα, θα βοηθήσει τους φροντιστές υγείας στη λήψη, τη διάγνωση και την αξιολόγηση των επιλογών θεραπείας και τον εντοπισμό βέλτιστων πρακτικών της συνέχειας στη φροντίδα υγείας (Burger 1997). Η κλινική εμπειρογνώμοσύνη που προσφέρει ο Α.Η.Φ.Υ., στοχεύει στη χρήση κλινικών δεξιοτήτων, χρησιμοποιώντας την εμπειρία από το παρελθόν, για τη γρήγορη αναγνώριση της κλινικής κατάστασης του κάθε ασθενή και των πιθανών παρεμβάσεων με στόχο την υψηλή ποιότητα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (ΦΕΚ 115Α/2017).

Η στρατηγική ανάλυση PESTEL, επεξεργάζεται τους εξής παράγοντες: πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό, τεχνολογικό, φυσικό περιβάλλον και νομικό πλαίσιο, που αφορούν το εξωτερικό περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, τονίζοντας τη χρησιμότητα του Α.Η.Φ.Υ. Ο επικείμενος στόχος της ανάλυσης, αποσκοπεί στη βελτιστοποίηση μέσω του Α.Η.Φ.Υ., της ασφάλειας και της ποιοτικής συνέχειας της φροντίδας υγείας των ασθενών.

Πολιτικό Περιβάλλον

Σύμφωνα με το Νόμο 4486 περί Μεταρρύθμιση της

Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ Α'115/07-08-2017) άρθρο 21, καθιερώθηκε ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.), για όλους τους κατόχους ΑΜΚΑ και ΑΥΠΑ, με απόφαση του Υπουργού Υγείας Ανδρέα Ξάνθο και λοιπούς Υπουργούς. Ο Α.Η.Φ.Υ., καταρτίζεται από τον αρμόδιο κατά περίπτωση ιατρό που είναι εξουσιοδοτημένος χρήστης του συστήματος συνταγογράφησης και υποχρεούται να καταχωρήσει όλες τις κλινικές πληροφορίες που προκύπτουν από την εξέταση και είναι αναγκαίες για τη μετέπειτα παρακολούθηση και θεραπεία του ασθενή.

Οικονομικό περιβάλλον

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, θα χρειαστεί μεγάλο κεφάλαιο για την αγορά και εγκατάσταση της νέας τεχνολογίας, καθώς και εξειδικευμένη κατάρτιση των χρηστών του συστήματος. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, έχει συμβάλει σε μια πιο επιφυλακτική προσέγγιση των οικονομικών επενδύσεων, που αποσκοπούν στη βελτίωση της διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας. Παρόλο που στις κλινικές συναλλαγές δεν υπάρχει έμμεση επίδραση στην κερδοφορία, το πλήθος των ερευνών που έχουν γίνει, σηματοδοτούν μια νέα εποχή όπου η χρήση των συστημάτων κλινικής πληροφόρησης μέσω του Α.Η.Φ.Υ., θα συνδράμει στη βελτίωση της ποιότητας στη συνέχεια της φροντίδας υγείας και θα υποστηρίξει την ιατρική πρακτική, ελαχιστοποιώντας το οικονομικό κόστος στην υγειονομική περίθαλψη (Tamblyn et al 1996, Wagner et al 1996, Bergman et al 2007).

Κοινωνικό περιβάλλον

Είναι χρήσιμο και αρκετά σημαντικό, να ενημερωθούν όλοι οι ενδιαφερόμενοι φορείς, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών, των επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης και των υπεύθυνων για τη χάραξη πολιτικής, για τις σημαντικές βελτιώσεις στην ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και έγκαιρη φροντίδα, που προσφέρει η χρήση του Α.Η.Φ.Υ. Η ισότητα στην παροχή και διαθεσιμότητα της φροντίδας, είναι ένα ακόμα πλεονέκτημα που διαθέτει ο Α.Η.Φ.Υ., η χρήση του βασίζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες των ατόμων και όχι στα προσωπικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η εθνικότητα και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Ayanian et al 1999, Fiscella et al 2000).

Τεχνολογικό περιβάλλον

Ο Α.Η.Φ.Υ., είναι μια πρωτοποριακή ιδέα στον τομέα της τεχνολογίας της υγείας, που διασφαλίζει τη βελτίωση της διασύνδεσης μεταξύ των δομών της υγειονομικής περίθαλψης. Η υιοθέτησή του, ως επιλογή επικοινωνίας των κλινικών πληροφοριών που αφορούν τους ασθενείς, θα βελτιώσει και θα αποτρέψει τα σφάλματα και τις

παραλείψεις στην επιλογή και τη χορήγηση φαρμάκων, ενώ ταυτόχρονα θα βοηθήσει στην αποκατάσταση της εμπιστοσύνης, λόγω της διαφάνειας που προσφέρει. Υψηλή προτεραιότητα θα πρέπει να είναι η επίτευξη συνεννόησης όλου του πληθυσμού σχετικά με τη χρήση και την ανταλλαγή κλινικών δεδομένων (Bates et al 1998, Vanmeerbeek 2004).

Φυσικό περιβάλλον

Η κλιματική αλλαγή εγκυμονεί πολλούς κινδύνους επηρεάζοντας ταυτόχρονα τη δημόσια υγεία σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. Η ευρεία χρήση της τεχνολογίας στη συλλογή των κλινικών πληροφοριών μέσω της ηλεκτρονικής διασύνδεσης, ελαχιστοποιεί τη χρήση του εκτυπωτή, μειώνοντας σημαντικά την κατανάλωση του χαρτιού.

Νομικό - νομοθετικό πλαίσιο

Τα δεδομένα που περιέχονται στον Α.Η.Φ.Υ. αποτελούν ιδιοκτησία του κάθε ατόμου και τηρούνται ασφαλώς σύμφωνα με το νόμο περί προστασίας προσωπικών δεδομένων (ΦΕΚ Α'115/07-08-2017). Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, θα πρέπει να διασφαλίσουν την εμπιστευτικότητα αυτών των δεδομένων, προστατεύοντας την ιδιωτική ζωή, του κάθε εμπλεκόμενου στο σύστημα, εκπαιδεύοντας τους στην ορθολογική του χρήση (Goldman 1998). Ωστόσο, ανώνυμα στοιχεία που δίνονται στο Υπουργείο Υγείας, έχουν σκοπό τη διενέργεια διάφορων στατιστικών για τη βελτίωση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο επιπολασμός δυνητικά ακατάλληλων φαρμάκων, η παράλειψη τους καθώς και η χαμηλής ποιότητας φαρμακευτική θεραπεία, είναι μερικά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς όταν έρχονται σε επαφή με την κατακερματισμένη ιατρική περίθαλψη και την έλλειψη συντονισμού μεταξύ των δομών υγείας. Η πολυφαρμακία, οι χρόνιοι πάσχοντες ασθενείς και οι ηλικιωμένοι, είναι αυτοί που επηρεάζονται περισσότερο από την αυναμία διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας.

Σε μια προσπάθεια για τον καθορισμό βέλτιστων πρακτικών, οι οποίες στοχεύουν στη διατήρηση και συνέχεια της ιατρικής φροντίδας των ασθενών, η χρήση του Α.Η.Φ.Υ. είναι μια πρωτοποριακή ιδέα για τη διασφάλιση της επικοινωνίας μεταξύ των δομών υγείας και θα πρέπει να αποτελεί κορυφαία προτεραιότητα. Η συγκέντρωση και η διαθεσιμότητα των κλινικών πληροφοριών που αφορούν τους ασθενείς σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, είναι μια καινοτομία για τους επαγγελματίες υγείας και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και αποτελεί ισχυρό κίνητρο για την εξέλιξη της ηλεκτρονικής διασύνδεσης.

Για την επίτευξη των στόχων, για την ορθή λειτουργία

των ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας θα πρέπει:

- Να επανασχεδιαστούν οι διαδικασίες χρήσης του Α.Η.Φ.Υ. με τις βέλτιστες πρακτικές.
- Όλοι οι εξουσιοδοτημένοι χρήστες του συστήματος να έχουν επαρκή κατάρτιση και τη μέγιστη υποστήριξη

από τους αρμόδιους της μηχανοργάνωσης, για την επίλυση οποιουδήποτε προβλήματος κατά τη χρήση και την καταγραφή των στοιχείων στον Α.Η.Φ.Υ. του κάθε ασθενή.

- Συντονισμός και ενσωμάτωση των μετρήσεων απόδοσης για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΦΕΚ Α'115/07-08-2017, Ν4486/2017. Taxheaven. URL <https://www.taxheaven.gr/laws/law/index/law/830> (accessed 4.22.19).
- Abdel-Qader D.H., Cantrill J.A. & Tully M.P. (2011). Validating reasons for medication discontinuation in electronic patient records at hospital discharge. *Journal of Evaluation of Clinical Practice* 17:1160–1166.
- Tremoulet P., Krishnan R., Karavite D., Muthu N., Harkness Regli S., Will A. & Michel J. (2018). A Heuristic Evaluation to Assess Use of After Visit Summaries for Supporting Continuity of Care. *Applied Clinical Informatics* 9(3):714–724.
- Ayanian J.Z., Weissman J.S., Chasan-Taber S. & Epstein A.M. (1999). Quality of care by race and gender for congestive heart failure and pneumonia. *Medical Care* 37:1260–1269.
- Bates D.W., Leape L.L., Cullen D.J., Laird N., Petersen L.A., Teich J.M., Burdick E., Hickey M., Kleefield S., Shea B., Vander Vliet M. & Seger D.L. (1998). Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *JAMA* 280:1311–1316.
- Belleli E., Naccarella L. & Pirota M. (2013). Communication at the interface between hospitals and primary care - a general practice audit of hospital discharge summaries. *Australian Family Physician* 42:886–890.
- Bergman A., Olsson J., Carlsten A., Waern M. & Fastbom J. (2007). Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Healthcare* 25: 9–14.
- Brown K.N., Leigh J.P., Kamran H., Bagshaw S.M., Fowler R.A., Dodek P.M., Turgeon A.F., Forster A.J., Lamontagne F., Soo A. & Stelfox H.T. (2018). Transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre textual analysis of physician progress notes. *Critical Care* 22:19.
- Burger C.S. (1997). The use of problem knowledge couplers in a primary care practice. *Healthcare Information Management* 11:13–26.
- Caleres G., Bondesson Å., Midlöv P. & Modig S. (2018). Elderly at risk in care transitions When discharge summaries are poorly transferred and used -a descriptive study. *BMC Health Service Research* 18:770.
- Callen J., McIntosh J. & Li, J. (2010). Accuracy of medication documentation in hospital discharge summaries: A retrospective analysis of medication transcription errors in manual and electronic discharge summaries. *International Journal Medical Informatics* 79:58–64.
- Chen Y., Brennan N. & Magrabi F. (2010). Is email an effective method for hospital discharge communication? A randomized controlled trial to examine delivery of computer-generated discharge summaries by email, fax, post and patient hand delivery. *International Journal Medical Informatics* 79: 167–172.
- Coleman E.A. (2003). Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal American of Geriatric Society* 51:549–555.
- Coleman E.A., Boulton C. for American Geriatrics Society Health Care Systems Committee (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of American Geriatric Society* 51:556–557.
- Ellenbecker C.H., Frazier S.C. & Verney S. (2004). Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatric Nursing N.Y.* 25:164–170.
- Fiscella K., Franks P., Gold M.R. & Clancy C.M. (2000). Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *JAMA* 283:2579–2584.
- Gandhi T.K. (2005). Fumbled handoffs: one dropped ball after another. *Annals of International Medicine* 142:352–358.
- Goldman J. (1998). Protecting privacy to improve health care. *Health Aff. Project Hope* 17:47–60.
- Grimes T., Delaney T., Duggan C., Kelly J.G. & Graham I.M. (2008). Survey of medication documentation at hospital discharge: implications for patient safety and continuity of care. *Irish Journal of Medical Science* 177:93–97.
- Johnson A., Guirguis E. & Grace Y. (2015). Preventing medication errors in transitions of care: A patient case approach. *Journal of American Pharmacology Association* 55:e264–274; quiz e275–276.
- Kripalani S., LeFevre F., Phillips C.O., Williams M.V., Basaviah P. & Baker D.W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 297:831–841.
- LaMantia M.A., Scheunemann L.P., Viera A.J., Busby-Whitehead J. & Hanson L.C. (2010). Interventions to Improve Transitional Care Between Nursing Homes and Hospitals: A Systematic Review. *Journal of American Geriatric Society* 58:777–782.
- Meyer-Massetti C., Hofstetter V., Hedinger-Grogg B., Meier C.R. & Guglielmo B.J. (2018). Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland. *International Journal Clinical Pharmacology* 40:1614–1620.
- Meyer-Massetti C., Kaiser E., Hedinger-Grogg B., Luterbacher S. & Hersberger K. (2012). [Medication safety in the home care setting: error-prone process steps]. *Pflege* 25:261–269.
- Midlöv P., Deierborg E., Holmdahl L., Höglund P. & Eriksson T. (2008). Clinical outcomes from the use of Medication Report when elderly patients are discharged from hospital. *Pharmacology World Science PWS* 30:840–845.
- Murphy S.F., Lenihan L., Orefuwa F., Colohan G., Hynes I. & Collins C.G. (2017). Electronic discharge summary and prescription: improving communication between hospital and primary care. *Ir. J. Med. Sci.* 186:455–459.
- Ose D., Baudendistel I., Pohlmann S., Winkler E.C., Kunz A. & Szecsenyi J. (2017). [Personal health records on the Internet. A narrative review of attitudes, expectations, utilization and effects on health outcomes]. *Z. Evidenz Fortbild. Qual. Im Gesundheitswesen* 122:9–21.
- Salvi F., Marchetti A., D'Angelo F., Boemi M., Lattanzio F. & Cherubini A. (2012). Adverse drug events as a cause of hospitalization in older adults. *Drug Saf.* 35 Suppl 1:29–45.

- Skoog J., Midlöv P., Beckman A., Sundquist J. & Halling A. (2015). Indication for pharmacological treatment is often lacking: a cross-sectional study on the quality of drug therapy among the elderly. *BMC Geriatry* 15:117.
- Tamblyn R.M., McLeod P.J., Abrahamowicz M. & Laprise R. (1996). Do too many cooks spoil the broth? Multiple physician involvement in medical management of elderly patients and potentially inappropriate drug combinations. *CMAJ Canadian Medical Association Journal* 154:1177–1184.
- Tiihonen M., Nykänen I., Ahonen R. & Hartikainen S. (2016). Discrepancies between in-home interviews and electronic medical records on regularly used drugs among home care clients. *Pharmacoepidemiology Drug Saf.* 25:100–105.
- Vanmeerbeek M. (2004). Exploitation of electronic medical records data in primary health care. Resistances and solutions. Study in eight Walloon health care centres. *Studies of Health Technology Informatics* 110:42–48.
- Viktil K.K., Blix H.S., Eek A.K., Davies M.N., Moger T.A. & Reikvam A. (2012). How are drug regimen changes during hospitalisation handled after discharge: a cohort study. *BMJ Open* 2.
- Wagner E.H., Austin B.T. & Von Korff M. (1996). Improving outcomes in chronic illness. *Management of Care Quality* 4:12–25.

The Personal Electronic Health Folder and the usefulness of electronic systems to improve health services

Christina Girtsou¹, Pantelis Stergiannis^{2,3}, Theoharis Konstantinidis¹, Georgios Martinis¹

1. Blood Donation Department, University General Hospital of Alexandroupolis

2. Kifisia's General Oncology Hospital "St. Anargyroi"

3. Hellenic Open University

ABSTRACT

Continuity in patient healthcare shows significant gaps and variations, due to reduced communication between healthcare services. The information transfer to all stages of health structures is often inadequate with many variations, especially at the critical stage after discharge from the hospital, in which patients are usually more vulnerable. The major problem of the lack of interconnection between healthcare services occurs mainly among the elderly, the chronically ill and those who take a lot medication. The main effects of this problem are medication side effects, treatment overlap, poor quality of healthcare and financial costs. Enhancing communication, through the electronic interface and the use of the Personal Electronic Health Folder (P.E.H.F.), which will include the individual details of each patient and information about his clinical status, is aiming at the use of best practices for patient recovery by healthcare providers. The thorough literature review, the strategic analysis PESTEL and the control process, pointed out the need to use the P.E.H.F., to achieve substantial improvements in the quality of patient healthcare. With the practical use of P.E.H.F., the healthcare of all patients will be unquestionably, safe, effective, patient-centered, immediate and fair.

Key-words: Healthcare Services, patient, Personal Electronic Health Folder (PEHF)

Corresponding author: Theoharis Konstantinidis
e-mail: tkonsta@med.duth.gr

Submission date: 21/07/2019
Publication date: October 2020

Citation as: Girtsou C., Stergiannis P., Konstantinidis T. & Martinis G. (2020). The Personal Electronic Health Folder and the usefulness of electronic systems to improve health services. *Hellenic Journal of Nursing Science* 13(4): 19-25, <https://doi.org/10.24283/hjns.202042>