

«Λειτουργική Διασύνδεση Φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
(ΠΦΥ) με τις Μονάδες Υγείας με τη Χρήση Ενιαίων Προτύπων
Ποιότητας – Διαδικασιών»

Πέμπτη 12 Νοεμβρίου 2015
ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ ΕΣΔΥ, Αθήνα

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα, οι πολιτικές εξελίξεις και η αναγκαιότητα της ολοκληρωμένης (επαρκούς/απαρτιωμένης) φροντίδας



Χρήστος Λιονής, MD, PhD, FRCGP (Hon)
Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας
Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστήμιο Κρήτης
lionis@galinos.med.uoc.gr



Περιγραμμά της διάλεξης

- **Θεμελιώδεις έννοιες και όροι σχετικές με τα ΧΝ**
- **Η θεωρία**
- **Το σύστημα**
- **Οι ασθενείς**
- **Οι υγειονομικοί**
- **Το νόσημα**
- **Το περιβάλλον και τα μέσα υποστήριξης**
- **Τα χρόνια νοσήματα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης**
- **Οι προτεραιότητες στην υγεία-προτάσεις**
- **Σύνοψη**

Ευχαριστίες

- ❑ Σε όλους που με ενέπνευσαν και εμπνέουν
- ❑ Στους δασκάλους μου
- ❑ Στη σύζυγο μου και στους γονείς μου
- ❑ Στους φοιτητές και ασθενείς μου
- ❑ Φυσικά και στο Forum

Περιγραφή της διάλεξης

- Θεμελιώδεις έννοιες και όροι σχετικές με τα ΧΝ
- Η θεωρία
- Το σύστημα-οι ασθενείς
- Οι υγειονομικοί
- Το νόσημα
- Το περιβάλλον και τα μέσα υποστήριξης
- Τα χρόνια νοσήματα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης
- Οι προτεραιότητες στην υγεία-προτάσεις
- Σύνοψη

Τα χρόνια νοσήματα στην ΠΦΥ (φάσμα νοσηρότητας σε αστική περιοχή)

Mariolis et al, 2004

Table 1. The most common diagnoses.

Diseases diagnosed	Code ICPC-2	Cases Male		Female		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Υπέρταση, χωρίς επιπλοκές	K86	123	(31.0)	140	(21.7)	263	(25.3)
Ισχαιμική καρδιοπάθεια χωρίς κυνάγχη	K76	59	(14.9)	105	(16.3)	164	(15.8)
Διαβήτης, μη ινσουλινοεξαρτώμενος	T90	31	(7.8)	54	(8.4)	85	(8.2)
Οστεοπόρωση	L95	1	(0.3)	71	(11.0)	72	(6.9)
Καρδιακή ανεπάρκεια	K77	28	(7.1)	31	(4.8)	59	(5.7)
Νόσος αγγειακού εγκεφαλικού	K91	27	(6.8)	25	(3.9)	52	(5.0)
Καταθλιπτική διαταραχή	P76	6	(1.5)	39	(6.1)	45	(4.3)
Διαταραχή των λιπιδίων	T93	14	(3.5)	29	(4.5)	43	(4.1)
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	R95	23	(5.8)	11	(1.7)	34	(3.3)
Κακοήθεια	A79	11	(2.8)	12	(1.9)	23	(2.2)
Άλλες ασθένειες		74	(18.6)	127	(19.7)	201	(19.3)
Σύνολο		397	(100)	644	(100)	1041	(100)

Τι μας λείπει από την αναγνωρισμένη
με βάση τις ιατρικές εγγραφές
νοσηρότητα;

Ορισμός συν-νοσηρότητας – Η αναγκαιότητα εστίασης σε θεμελιώδεις έννοιες

συν-νοσηρότητα: παρουσία περισσότερων διαταραχών αναφορικά με μια λίστα ασθενειών σε ένα άτομο.

Πολλαπλή νοσηρότητα: παρουσία πολλαπλών νοσημάτων σε ένα άτομο

Φορτίο νοσηρότητας: συνολική επίδραση των διαφόρων νοσημάτων στο άτομο λαμβάνοντας υπόψη τη σοβαρότητα

Πολυπλοκότητα ασθενών:... λαμβάνοντας υπόψη τη σοβαρότητα και άλλα χαρακτηριστικά της υγείας

Jose M. Valderas, MD, PhD, MPH¹

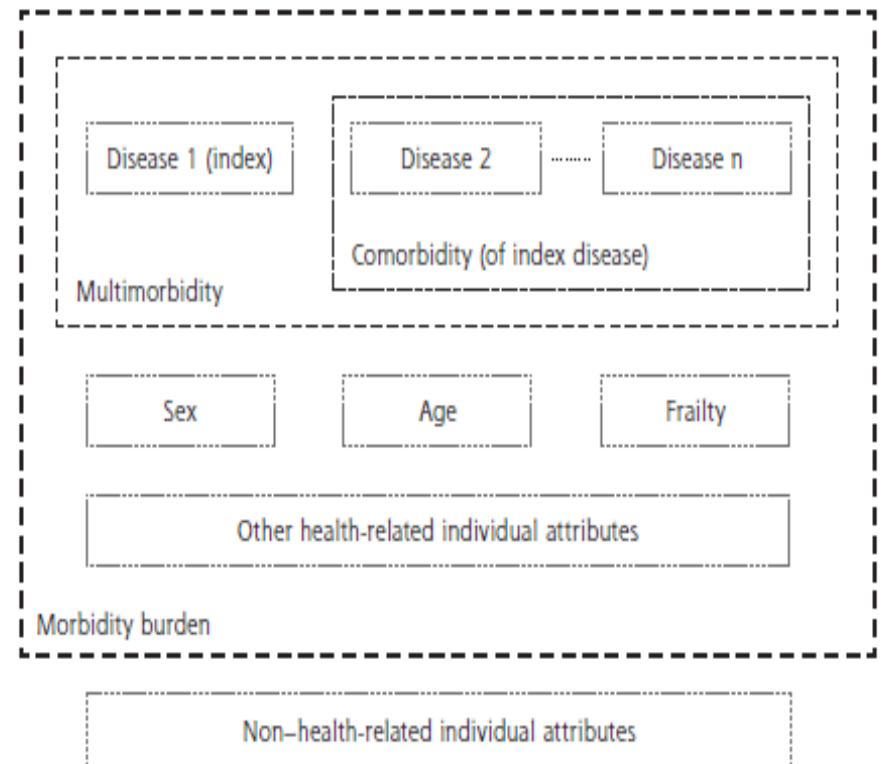
Barbara Starfield, MD, MPH²

Bonnie Sibbald, MSc, PhD³

Chris Salisbury, MB, CbB, MSc, FRCGP⁴

Martin Roland, CBE, DM, FRCGP, FRCP, FMedSci⁵

Figure 2. Comorbidity constructs.



Patient's complexity

Θεμελιώδεις έννοιες και όροι σχετικές με τα χρόνια νοσήματα που δεν έχουν τύχει της προσοχής που χρειάζονται στη χώρα μας

ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (Αρχές / αξίες)

- **Αξίες στο σύστημα υγείας** (*Values in health care system*)
- **Επαγγελματισμός** (*professionalism*)
- **Ισότητα** (*Equity*)

ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

- **Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας** (*quality performance*)
- **Ασφάλεια του ασθενούς** (*Patient safety*)
- **Δέσμευση της κοινότητας** (*community engagement*)

ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

- **Εστίαση της φροντίδας στον ασθενή** (*patient-centered care*)
- **Αμοιβαία λήψη της απόφασης** (*shared decision making*)

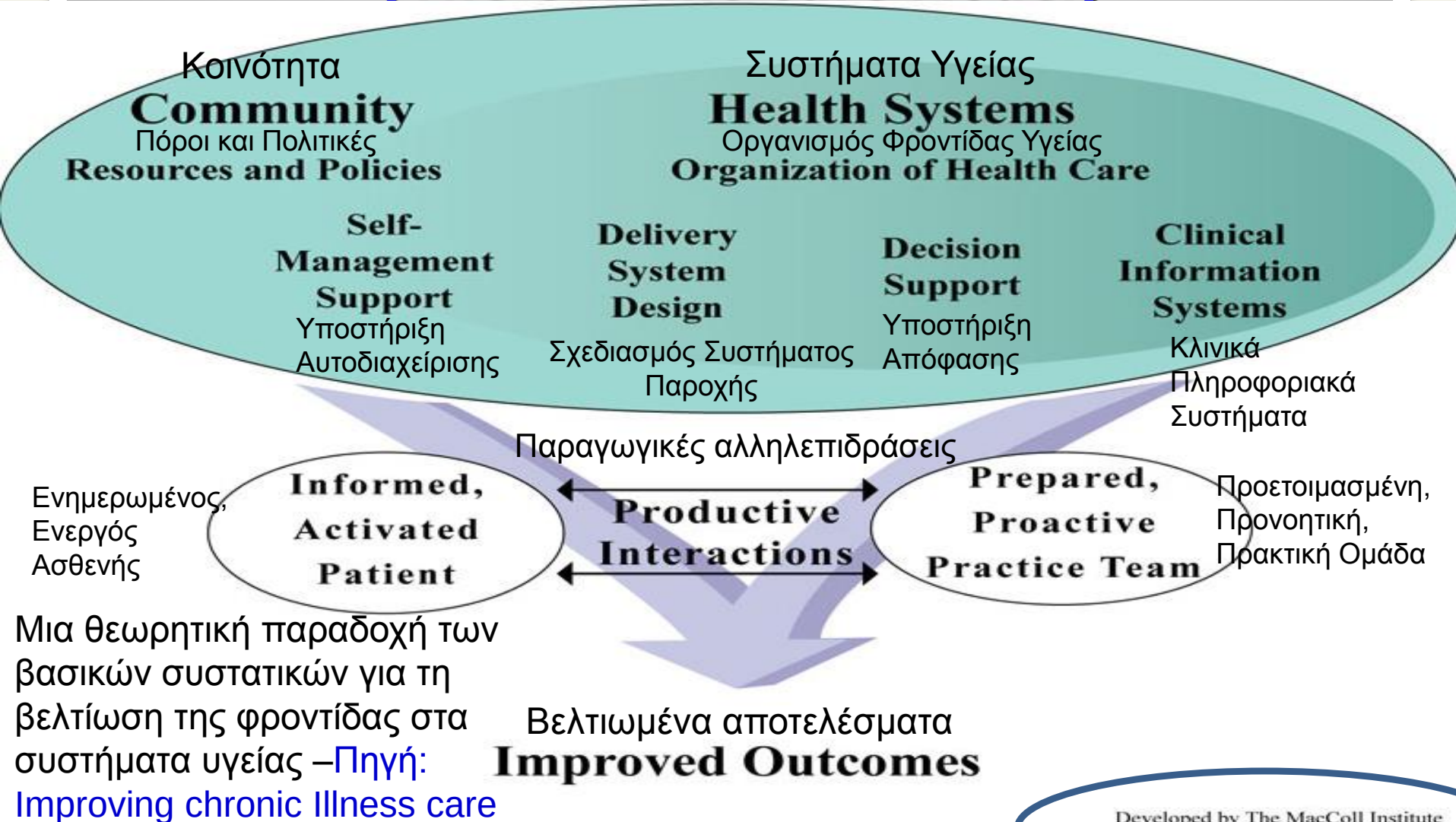
Τι δε συζητήσαμε σήμερα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

1. Τη σημασία της γενικής ιατρικής στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων
 - Η αξιολόγηση των συμπτωμάτων και των σημείων
 - Η αβεβαιότητα και η στοχαστική διαγνωστική προσέγγιση
 - Η ανάλυση και λήψη της κλινικής απόφασης
2. Τη συνέχεια στη φροντίδα
3. Την παροχή ολοκληρωμένης και συντονισμένης φροντίδας
4. Τη διεπιστημονική και διακλαδική συνεργασία στη φροντίδα υγείας
5. Την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Περιγραμμά της διάλεξης

- Θεμελιώδεις έννοιες και όροι σχετικές με τα ΧΝ
- Η θεωρία
- Το σύστημα-οι ασθενείς
- Οι υγειονομικοί
- Το νόσημα
- Το περιβάλλον και τα μέσα υποστήριξης
- Τα χρόνια νοσήματα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης
- Οι προτεραιότητες στην υγεία-προτάσεις
- Σύνοψη

Το έλλειμμα στη θεωρία για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων: ένα θεωρητικό υπόδειγμα (The Chronic Care Model)



Αλλαγή στα πρότυπα της φροντίδας σημαίνει αποδοχή συναφών με τις υπηρεσίες υγείας ορισμών: ο ορισμός της υγείας – (Το έλλειμμα στον ορισμό)

«η κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας»

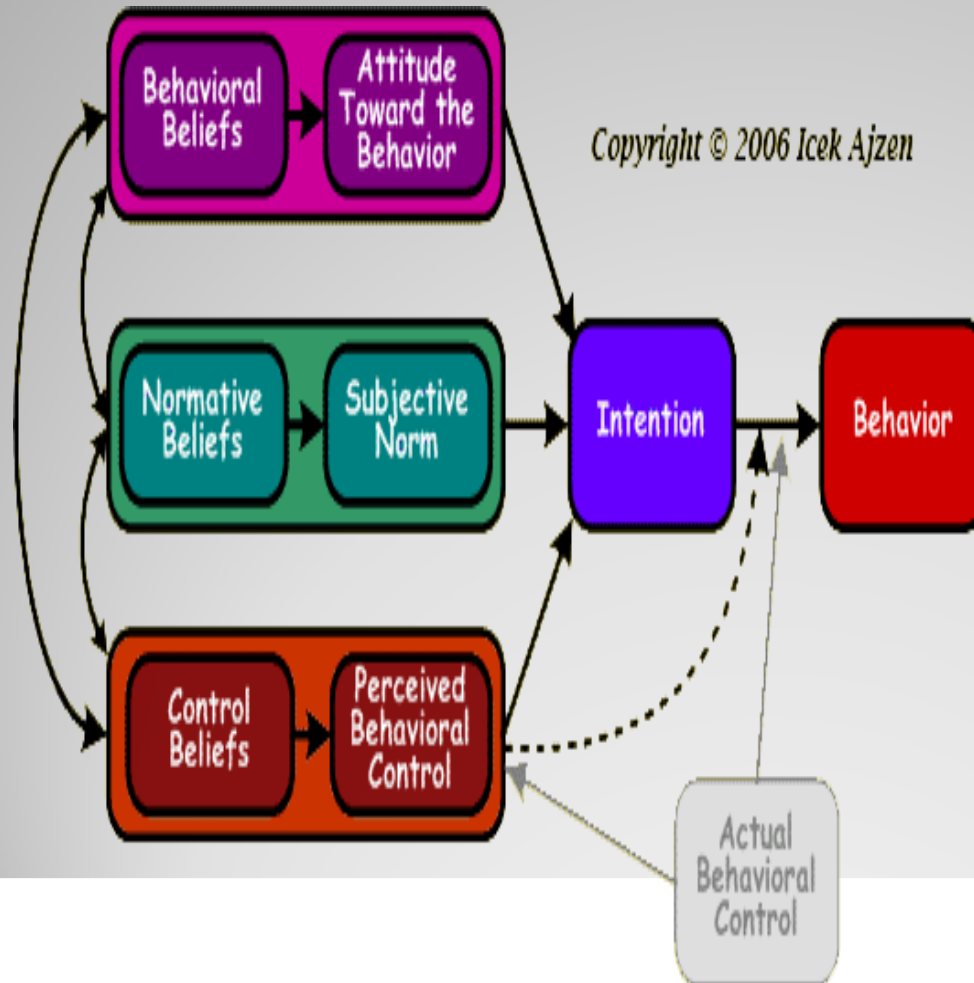
WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948

μεγαλύτερη έμφαση στην ικανότητα προσαρμογής και αυτο-διαχείρισης στο πλαίσιο αντιμετώπισης κοινωνικών, σωματικών και συναισθηματικών προκλήσεων. Η έννοια της 'απόλυτης ευεξίας' δίνει στον ορισμό της υγείας μια ουτοπική, μη ρεαλιστική διάσταση, μειώνοντας τις πιθανότητες για κάποιον να είναι υγιής.

Huber M., Green L., H.van der Horst, Jadad AR., Lorig K., Loureiro MI., van der Meer JWM, Schnabel P., Smith R., van Weel C., Smid H. How should we define health? BMJ 2011;343:d4163

Το έλλειμμα στη θεωρία για την αλλαγή της συμπεριφοράς

Θεωρία προσχεδιασμένης συμπεριφοράς



Στάση απέναντι στη συμπεριφορά-προσδιορίζεται από την αξιολόγηση ενός ατόμου των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με τη συμπεριφορά .

Υποκειμενικοί κανόνες-αναφέρονται στο βαθμό στον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι σημαντικά άτομα ή ομάδες (π.χ. γονείς , σύζυγος, στενός φίλος, συνάδελφοι, γιατρός ή λογιστής) εγκρίνουν ή όχι τη συμπεριφορά τους .

Αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς-αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να ελέγξει τη συμπεριφορά του και περιλαμβάνει πεπιοιθήσεις για παράγοντες που θα επηρεάσουν τη δυσκολία της συμπεριφοράς και την αντιλαμβανόμενη δύναμη αυτών των παραγόντων

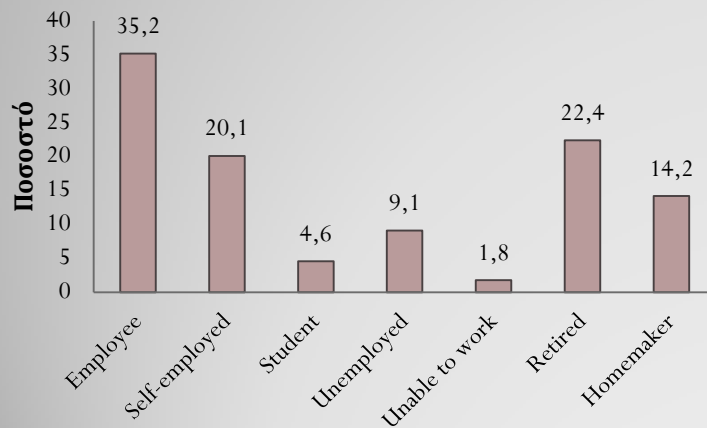
Περιγραμμά της διάλεξης

- Θεμελιώδεις έννοιες και όροι σχετικές με τα ΧΝ
- Η θεωρία
- Το σύστημα-οι ασθενείς
- Οι υγειονομικοί
- Το νόσημα
- Το περιβάλλον και τα μέσα υποστήριξης
- Τα χρόνια νοσήματα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης
- Οι προτεραιότητες στην υγεία-προτάσεις
- Σύνοψη

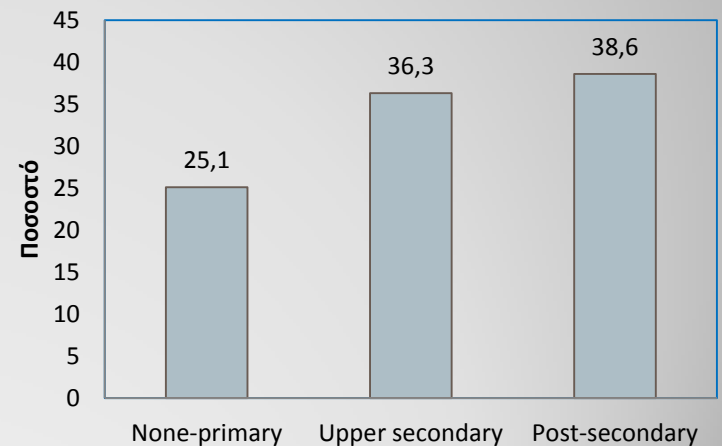
Η ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ- (Η μελέτη QUALICORP)

- 219 ασθενείς με πλήρη δεδομένα έκαναν εγγραφή
- Μέση ηλικία 52 έτη (95% Δ.Ε. Από 50.0 – 53.8 έτη)
- Το 97% γεννήθηκε στην Ελλάδα

Εργασιακή κατάσταση

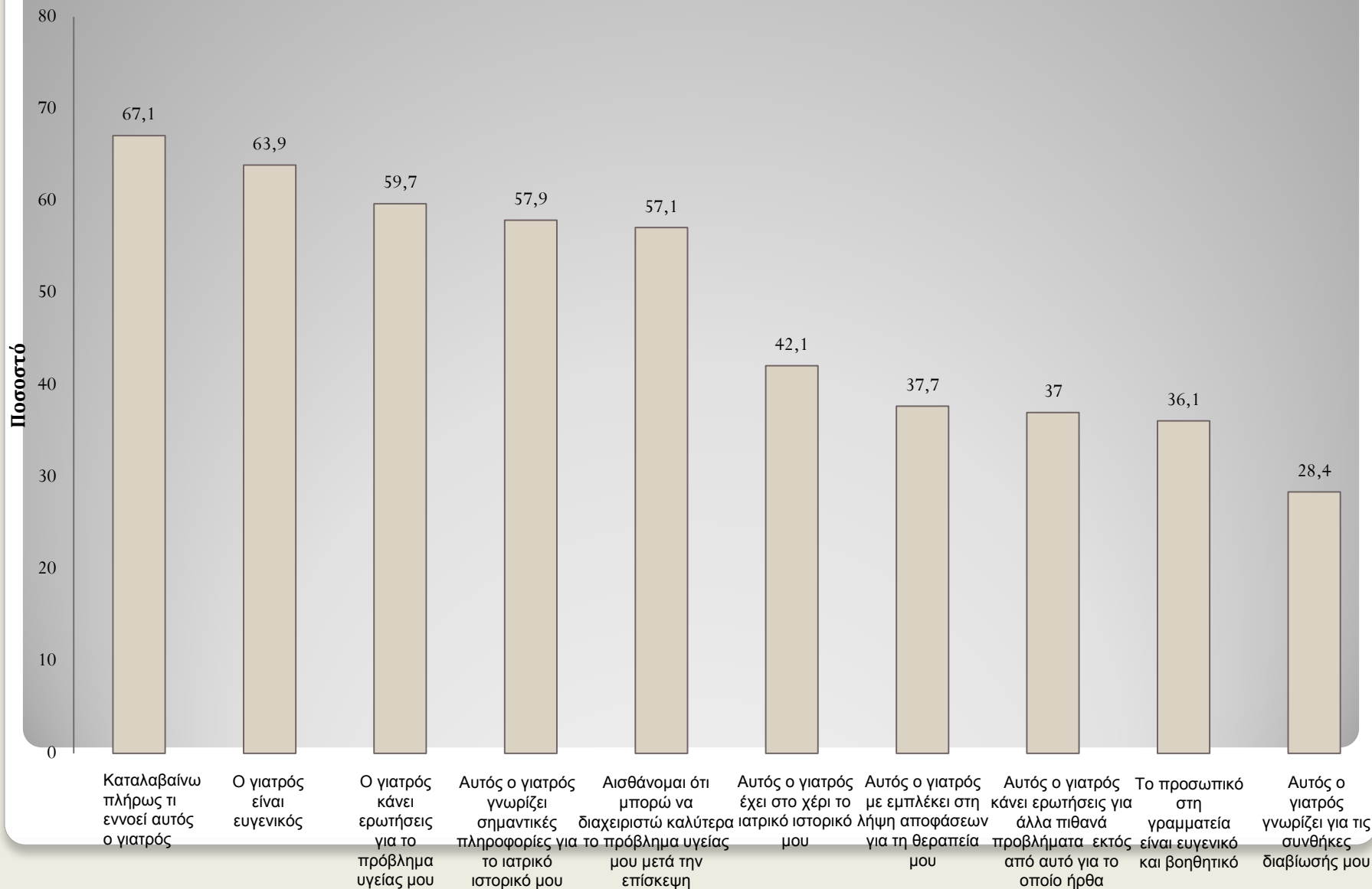


Επίπεδο εκπαίδευσης



Η ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ- (Η μελέτη QUALICORP)

Παράγοντες εκτιμούμενοι ως πολύ σημαντικοί από τους ασθενείς



Περιγραφή της διάλεξης

- Θεμελιώδεις έννοιες και όροι σχετικές με τα ΧΝ
- Η θεωρία
- Το σύστημα-οι ασθενείς
- Οι υγειονομικοί
- Το νόσημα
- Το περιβάλλον και τα μέσα υποστήριξης
- Τα χρόνια νοσήματα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης
- Οι προτεραιότητες στην υγεία-προτάσεις
- Σύνοψη

Το έλλειμμα του ιατρικού ελέγχου και της ποιότητας υπηρεσιών υγείας - Ι

7: 87-120.

6. Smith S, Buchan D. *Adult domestic violence. Health Trends* 1992; **24**: 97-99.

Atrial fibrillation in a primary health care district in rural Crete

Sir,

A review article entitled 'Use of warfarin in non-rheumatic atrial fibrillation: a commentary from general practice' was published in the March 95 *Journal*.¹ A similar audit and research project was carried out in Crete, providing brief information about the development of primary health care research in this area.

The prevalence of known chronic atrial fibrillation (CAF) was studied in the area that is the responsibility of the Spili

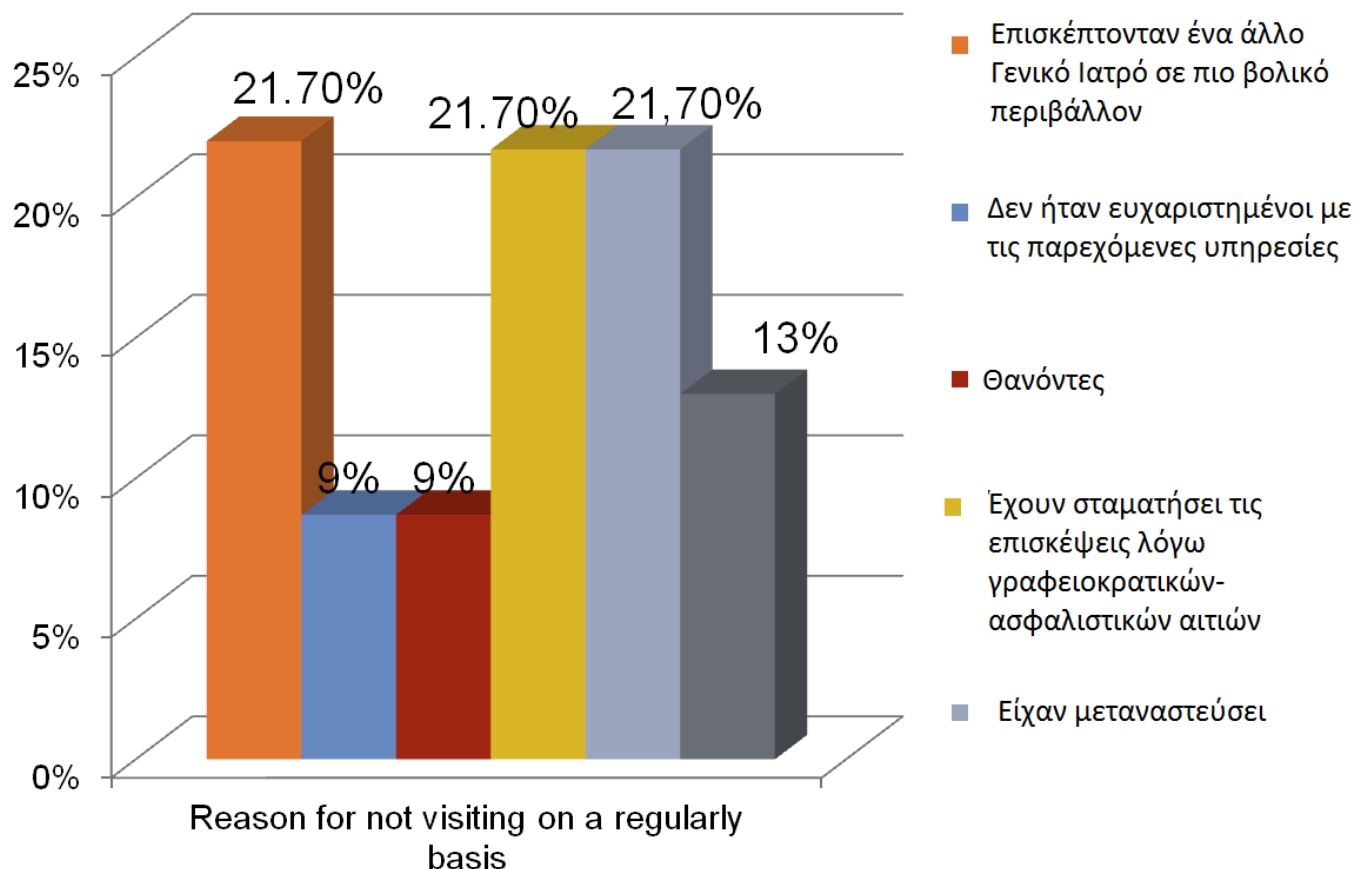
- 11 ασθενείς (10.09%) λάμβαναν βαρφαρίνη και 43 (39.45%) ακετυλοσαλικυλικό οξύ με ή χωρίς διπυριδαμόλη. 36 (33.03%) δεν λάμβαναν κάποια φαρμακευτική αγωγή και 30 (27.52%) δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή χωρίς καταγεγραμμένη αντένδειξη.
- Μια λίστα με ονόματα, διευθύνσεις, ιστορικό και τύπο θεραπείας των ασθενών έχουν διανεμηθεί στους κατά τόπους γενικούς ιατρούς. Η αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου και η επιλογή προφύλαξης αποτελεί βασικό μέλημα των ιατρών ανά περιοχή. Μια λίστα συστάσεων έχει δοθεί και τα αποτελέσματα των προσπαθειών αυτών θα εκτιμηθούν στο μέλλον

CHRISTOS LIONIS

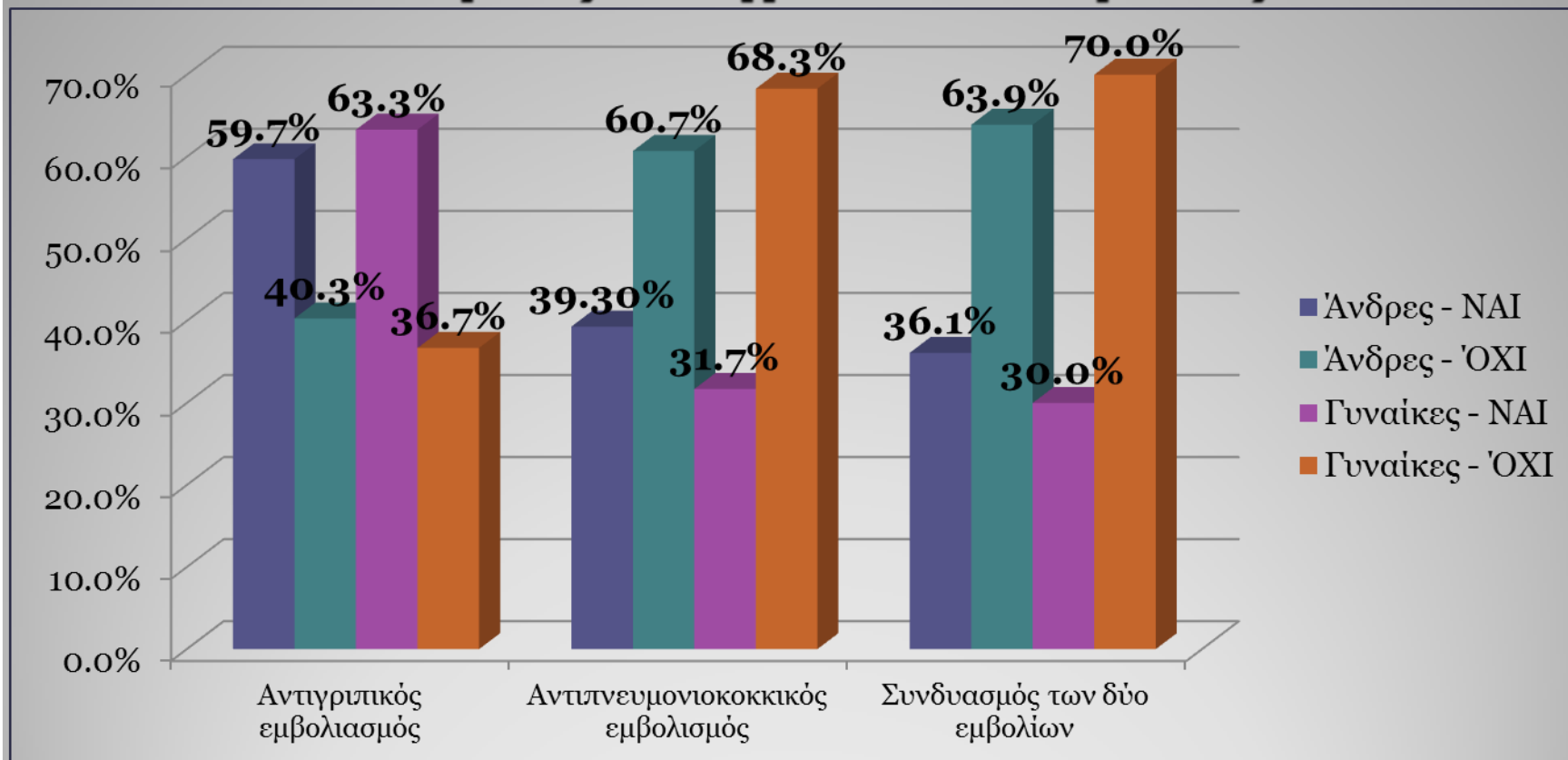
GIORGOS FRANTZESKAKIS

Το έλλειμμα του ιατρικού ελέγχου και της ποιότητας υπηρεσιών υγείας - ΙΙ

- Από τους 23 εναπομείναντες ασθενείς που δεν επισκέπτονταν συχνά το γιατρό:



Το έλλειμμα του ιατρικού ελέγχου και της ποιότητας υπηρεσιών υγείας - III



- Συνολικά 35.5% του πληθυσμού εμβολιάστηκαν έναντι του πνευμονιόκκοκου, με το ποσοστό να είναι αυξημένο στον αντρικό πληθυσμό (39.3%) σε σχέση με τον γυναικείο πληθυσμό (31.7%)
- Το ποσοστό κάλυψης του αντιγριπικού εμβολιασμού ανέρχεται στο 61.5% του συνολικού πληθυσμού. Το ποσοστό του αντιγριπικού εμβολιασμού ήταν ελαφρώς μεγαλύτερο στις γυναίκες (63.3%) σε σχέση με τους άντρες (59.7%)
- Το 33% του συνολικού πληθυσμού έχει πραγματοποιήσει ταυτόχρονο εμβολιασμό έναντι του πνευμονιόκκοκου και έναντι της γρίπης. Το ποσοστό εμφανίζεται ελαφρώς αυξημένο στους άντρες (36.1%) σε σχέση με τις γυναίκες (30%)

Source: Bertias et al. Studying the burden of community-acquired pneumonia in adults aged ≥ 50 years in primary health care: an observational study in rural Crete, Greece. npj Primary Care Respiratory Medicine (2014) 14017

Η απουσία της διεπιστημονικής και διεπαγγελματικής συνεργασίας



Πολυεπιστημονική ομάδα υγείας



Μία ομάδα στην οποία πολλοί διαφορετικοί επιστήμονες εργάζονται ανεξάρτητα, παράλληλα ή διαδοχικά πάνω σε διαφορετικές θεωρήσεις του ίδιου αντικείμενου και κάθε μέλος έχει διαφορετικούς στόχους, ανάλογα με το επιστημονικό του αντικείμενο και εντός των ορίων που αυτό προσδιορίζει. Αυτός είναι ο πιο συχνός μέχρι πρόσφατα τρόπος εργασίας των ομάδων στο παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο.

Source: Micken and Rogers, *Aust. Health Rev.* 2000;23(3):201-8.

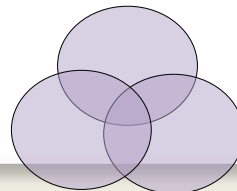
Διεπιστημονική ομάδα υγείας



Τα μέλη από διαφορετικές επιστήμες εργάζονται από κοινού για το ίδιο αντικείμενο, με κοινούς στόχους, κοινή διαδικασία λήψης αποφάσεων, καταθέτουν τις γνώσεις τους και την εμπειρογνωμοσύνη τους για την επίλυση σύνθετων προβλημάτων με ευέλικτο τρόπο και διευρυμένα και ευέλικτα όρια των επιστημονικών τους πεδίων για την ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη.

Source: Choi, B. & Pak, A. (2006). *Clinical & Investigative Medicine*, 29(6), pp. 351-364.

Ενδοεπιστημονική ομάδα υγείας



Η συνεργασία και οι σχέσεις σε μια ομάδα επιστημόνων του ίδιου επιστημονικού αντικείμενου για την επίτευξη ενός κοινού στόχου.

Source:
<http://ccnmtl.columbia.edu/projects/sl2/pdf/glossary.pdf>

Nurse Pap test providers
The benefits for general practice

Pap tests save 1200 Australian women from cervical cancer each year. Primary Care Sector is committed to increasing women's access to Pap tests.

The benefits of having a nurse Pap test provider in your practice include:

Increased income	Saved GP time	Increased choice for women	Increased reach
A nurse Pap test provider increases income for your practice via the introduction of MBS item numbers specific to nurses undertaking Pap tests.	A nurse Pap test provider reduces the GP's workload, allowing GPs to see more patients.	Many women prefer to see a female provider for various health concerns, including Pap tests. A nurse Pap test provider can provide this alternative within the practice.	Nurse Pap test providers are more likely to see women who are underserved, as well as more women over the age of 55, compared to other practitioners.



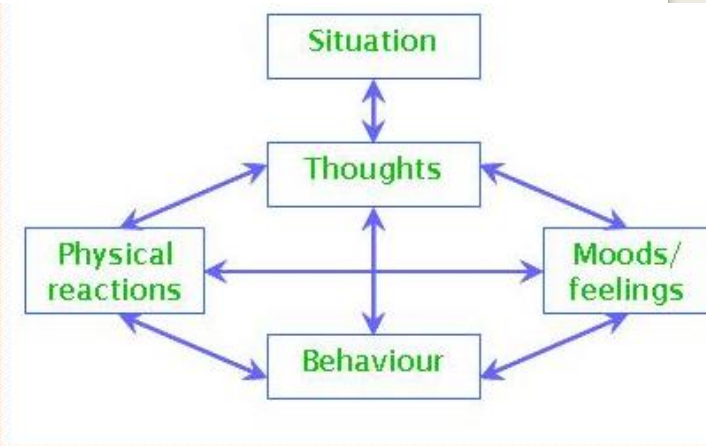
Source: <http://www.pgpn.org.au/pdf/>

Η απουσία αποτελεσματικών πρακτικών υγείας και η αναγκαιότητα επένδυσης στη διεπαγγελματική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας

Cognitive Behaviour Therapy (CBT)

Βασικές έννοιες:

- Βασίζεται στην πεποίθηση ότι ορισμένοι τρόποι σκέψης μπορούν να προκαλέσουν ορισμένα προβλήματα υγείας.
- Χρησιμοποιείται ένα μείγμα τόσο γνωστικών (σκέψεις, στάσεις, πεποιθήσεις) και συμπεριφορικών θεραπειών.
- Βραχυπρόθεσμη ψυχολογική θεραπεία.
- Κύρια ιδέα είναι να αμφισβητηθεί ο τρόπος που ο ασθενής αντιδρά σε μια κατάσταση.



Παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να βοηθήσει η CBT:

- Θυμός
- Άγχος, επιθέσεις πανικού
- Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης
- Κατάθλιψη
- προβλήματα ναρκωτικών ή αλκοόλ
- Διατροφικές διαταραχές
- Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Μετα-τραυματικό στρες
- Χρόνιος επίμονος πόνος
- Σχιζοφρένια
- Προβλήματα σεξουαλικών σχέσεων
- Φοβίες

Περιγραφή της διάλεξης

- Θεμελιώδεις έννοιες και όροι σχετικές με τα ΧΝ
- Η θεωρία
- Το σύστημα-οι ασθενείς
- Οι υγειονομικοί
- Το νόσημα
- Το περιβάλλον και τα μέσα υποστήριξης
- Τα χρόνια νοσήματα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης
- Οι προτεραιότητες στην υγεία-προτάσεις
- Σύνοψη

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα χρόνια νοσήματα-η σχέση με την πολλαπλή νοσηρότητα

Τα πιο συχνά νοσήματα που διαγνώσθηκαν σε ανασφάλιστους:

- Υπέρταση (19/39, 48.7%)
- Υπερλιπιδαιμία (15/39, 38.5%)
- Οστεοπόρωση (11/39, 28.2%)
- Σακχαρώδης διαβήτης (8/39, 20.5%)
- Στεφανιαία νόσος (7/39, 17.9%)
- Κατάθλιψη, σχεδόν όλοι



BMJ Helping doctors make better decisions

Research Education News Comment Mult

Search all BMJ comment articles From 1840 Jan

The BMJ iPad app brings you the best of print and online, including live links to the latest

ANALYSIS

Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity

BMJ 2012; 345 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e6341> (Published 4 October 2012)
Cite this as: BMJ 2012;345:e6341

Bruce Guthrie, *professor of primary care medicine*¹, Katherine Payne, *professor of health economics*², Phil Alderson, *associate director*³, Marion E T McMurdo, *professor of ageing and health*¹, Stewart W Mercer, *professor of primary care research*⁴

Περιγραμμά της διάλεξης

- Θεμελιώδεις έννοιες και όροι σχετικές με τα ΧΝ
- Η θεωρία
- Το σύστημα-οι ασθενείς
- Οι υγειονομικοί
- Το νόσημα
- Το περιβάλλον και τα μέσα υποστήριξης
- Τα χρόνια νοσήματα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης
- Οι προτεραιότητες στην υγεία-προτάσεις
- Σύνοψη

Η χρήση φθηνής και αξιόπιστης τεχνολογίας- αναφορά στα ερωτηματολόγια και βαθμολογημένες κλίμακες

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΕΤΕ.
ΓΙΑ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΤΕ ΕΝΑ Χ ΣΤΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ
ΤΕΤΡΑΓΩΝΑΚΙ ΕΑΝ ΔΕΝ ΕΙΣΤΕ ΣΙΓΟΥΡΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟ "ΟΧΙ"
Επιστρέψτε το ερωτηματολόγιο με τον φάκελο που επισκλείεται. Δεν απαιτείται γραμματόσημο.

Παρακαλώ συμπληρώστε τα στοιχεία σας:

Όνοματεπώνυμο : _____ ηλικία: _____ φύλο: Άρρεν ☐
Θήλυ ☐

Διεύθυνση: _____

Ταχ.Κωδ. _____ Αριθ. Τηλ. _____

Ποιο είναι/ήταν το επάγγελμά σας; _____

Ποια είναι η εκπαίδευσή σας; _____

Ποιο είναι/ήταν το επάγγελμά του συντρόφου σας; _____

Είστε εργαζόμενος/ή :

Πλήρους απασχόλησης; ☐ Νοικοκυρά; ☐ Ελεύθερος επαγγελματίας; ☐

Μερικής απασχόλησης; ☐ Συνταξιούχος; ☐ Υπάλληλος; ☐

Ανεργός η; ☐ Μαθήτης; Φοιτητής; ☐

**ΟΥΜΗΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΑΝ ΔΕΝ ΕΙΣΤΕ ΣΙΓΟΥΡΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ
ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΟΤΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟ "ΟΧΙ"**

Είχατε πόνο ή δυσφορία/ ενόχληση στις περιοχές που
υποδεικνύονται στην εικόνα (άνω κοιλία-στομάχι),
τους τελευταίους 12 μήνες;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν Ναι στην τελευταία ερώτηση τότε:

Είχατε αυτόν τον πόνο ή δυσφορία περισσότερο από
έξι φορές τους τελευταίους 12 μήνες;
Είδατε κάποιο γιατρό για το λόγο αυτό;



ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Είχατε ποτέ, ένα αίσθημα φουσκώματος ή πληρότητας
στις περιοχές που υποδεικνύονται στην εικόνα,
μετά τη λήψη τροφής ή ποτού, τους τελευταίους 12 μήνες;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν Ναι στην τελευταία ερώτηση τότε:

Είχατε αυτό το αίσθημα περισσότερο από έξι
φορές τους τελευταίους 12 μήνες;
Είδατε κάποιο γιατρό για το λόγο αυτό;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Οπισθοστερνικό καύσος είναι ένα αίσθημα κανίματος ή πόνου πίσω
από το στήθος, που δεν οφείλεται σε στηθάγχη
ή σε καρδιακή διαταραχή.

Είχατε οπισθοστερνικό καύσος τους τελευταίους 12 μήνες;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν Ναι στην τελευταία ερώτηση τότε:

Είχατε αυτό το αίσθημα περισσότερο από έξι
φορές τους τελευταίους 12 μήνες;
Είδατε κάποιο γιατρό για το λόγο αυτό;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Όταν ξαπλώνετε στο κρεβάτι είχατε ποτέ οπισθοστερνικό καύσος,
κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ☐

Αν Ναι τότε:

Συνέβη αυτό περισσότερο από έξι φορές τους τελευταίους 12 μήνες;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Είδατε κάποιο γιατρό για το λόγο αυτό;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Άλλα εργαλεία

- Το SCORE για την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου
- Το FRAX για την εκτίμηση του κινδύνου οστεοπορωτικού κατάγματος
- Το WHO-5D για την εκτίμηση της κατάθλιψης
- Το CHAD2VASC για την απόφαση χορήγησης αντιθρομβωτικής αγωγής

BMC Public Health



Research article

Open Access

Identifying dyspepsia in the Greek population: translation and validation of a questionnaire

Foteini Anastasiou^{*1}, Nikos Antonakis², Georgia Chairiti³,
Pavlos N Theodorakis¹ and Christos Lionis¹

Address: ¹Clinic of Social and Family Medicine, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Greece, P.O. Box 2208, 71003, Heraklion, Crete, Greece; ²Health Centre of Anogia, 74051 Anogia Crete, Greece and ³Health Centre of Agia Barbara, 70003, Agia Barbara, Crete, Greece

Συμβολή στην ανάπτυξη εργαλείων για επιδημιολογική έρευνα

RESEARCH LETTER

Translation and standardisation into Greek of the standardised general Nordic questionnaire for the musculoskeletal symptoms

Maria Antonopoulou, Charlotte Ekdahl, Markos Sgantzios, Nikos Antonakis, Christos Lionis

Musculoskeletal disorders represent a common reason for the general population to seek care from the health services.^{1,2} Standardised questionnaires are among the widely accepted methods for collection and analysis of relevant data. The standardised questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms (Nordic Musculoskeletal Questionnaires, NMQs),³ the general form and the specific low back and neck/shoulder questionnaires, have been extensively used as a screening instrument in epidemiological studies across Europe and all over the world.^{4,5} The lack of specific questionnaires that are validated in the Greek language was the main reason for this study of translation and validation of the general NMQ into Greek.

Apart from a few demographic questions and questions relevant to workload, the general NMQ comprises 27 items exploring the presence of musculoskeletal symptoms during the last year in the nine different parts into which the body is divided. Two more questions addressing the degree of debilitation during the last year and the presence of symptoms during the last week are included, grading the severity of the reported symptoms. NMQs are mostly used in primary care studies, especially applied to various occupational

groups,⁶ investigating associations between musculoskeletal disorders and working conditions.⁷

The translation procedure of NMQ into Greek followed the "Minimal translation criteria" introduced by the Trust's Scientific Advisory Committee in 1997, (SAC).⁸ First, permission for the translation of the source Swedish language was secured. Two bilingual Greek translators were engaged in the forward translation. Backward translation was achieved by using two Swedish bilinguals. The cultural adaptation was tested in a group of five Greek patients with musculoskeletal disorders. Four women and one man (mean age 40 years) filled in the questionnaire individually and completed a debriefing report. This report comprised several questions asking about the general impression when completing the NMQ and specific questions referring to each separated item of the NMQ. Moreover, they were asked to propose possible rewording for the unclear items.

Reproducibility (test-retest reliability) of the derived version was assessed by the administration of the questionnaire at baseline and again two weeks later in a group of 50 patients, aged 20 to 75 years, who were consecutive visitors and permanent inhabitants of the catchment area of one primary health centre. Participants provided their written consent prior to implementation of the study. Kappa measure of reliability⁹ was estimated as very good (Kappa >0.81, p>0.001) for almost all items, with the exception of the results from the test-retest of two questions addressing neck or elbow pain in the previous seven days, which were rather good (Kappa being 0.64, p>0.001) (table 1).

Criterion validity was measured by comparing the answers to the questionnaire with data obtained from the

Maria Antonopoulou MD
Charlotte Ekdahl RPT, CS, PhD, professor
Markos Sgantzios MD, PhD
Nikos Antonakis MD, PhD, associate professor
Christos Lionis MD, PhD, associate professor

Correspondence to: Maria Antonopoulou
PO Box 544, Rethymnon, Crete, Greece
E-mail: mdccmad@yahoo.com

Submitted: 11 December 2003. Accepted (in revised form): 27 February 2004.

European Journal of General Practice, Volume 10, March 2004

33

ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ		ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ 19__	1 ΑΝΔΡΑΣ 2 ΓΥΝΑΙΚΑ	ΑΥΞ. ΑΡΙΘΜΟΣ
--	--	--------------------	-----------------------	--------------

Αυτή η εικόνα δείχνει περίπου, τη θέση εκείνη των περιοχών του σώματος που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο. Θα πρέπει μόνος σας να αναφέρετε σε ποια περιοχή του σώματός σας εντοπίζονται τα πιθανά ενοχλήματά σας.

Επί πόσα χρόνια και μήνες έχετε τις τωρινές εργασιακές σας δραστηριότητες; Χρόνια + μήνες

1 2 3 4

Πόσο είναι το εβδομαδιαίο ωράριο σας κατά μέσο όρο; ώρες

5 6

Πόσο ζυγίζετε; kg

7 8 9

Τι ύψος έχετε; cm

10 11 12

13 Δεξιόχειρας 14 Αριστερόχειρας

Απαντούνται από όλους		Απαντούνται μόνο από τους έχοντες ενοχλήματα	
Είχατε ποτέ ενοχλήματα (πόνος τοπικός ή διάχυτος, δυσφορία) τους τελευταίους 12 μήνες στο/στα:		Είχατε κάποια φορά κατά τους τελευταίους 12 μήνες πρόβλημα να εκτελέσετε την καθημερινή εργασία σας (εντός ή εκτός σπιτιού) λόγω των ενοχλημάτων;	
14 ΑΥΧΕΝΑΣ		15	
1 Οχι 2 Ναι	36	1 Οχι 2 Ναι	36
17 ΩΜΟΠΛΑΤΕΙΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ/ΩΜΟΙ		18	
1 Οχι 2 Ναι, στη δεξιά ωμοπλατιαία περιοχή/ώμο 3 Ναι, στην αριστερή ωμοπλατιαία περιοχή/ώμο 4 Ναι, και στις δύο ωμοπλατιαίες περιοχές/ώμους	39	1 Οχι 2 Ναι	39
20 ΑΓΚΩΝΕΣ		21	
1 Οχι 2 Ναι, στο δεξιό αγκώνα 3 Ναι, στον αριστερό αγκώνα 4 Ναι, και στους δύο αγκώνες	22	1 Οχι 2 Ναι	22
23 ΚΑΡΠΟΙ/ΧΕΡΙΑ		24	
1 Οχι 2 Ναι, στο δεξιά καρπό/χέρι 3 Ναι, στο αριστερό καρπό/χέρι 4 Ναι, και στους δύο καρπούς/χέρια	25	1 Οχι 2 Ναι	25
26 ΑΝΩ ΜΕΡΟΣ ΡΑΧΗΣ (θωρακική περιοχή)		27	
1 Οχι 2 Ναι	28	1 Οχι 2 Ναι	28
29 ΚΑΤΩ ΜΕΡΟΣ ΡΑΧΗΣ (οσφυική/ισχί περιοχή)		30	
1 Οχι 2 Ναι	31	1 Οχι 2 Ναι	31
32 ΕΝΑ ΓΟΦΟ Ή ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΓΟΦΟΥΣ		33	
1 Οχι 2 Ναι	34	1 Οχι 2 Ναι	34
35 ΕΝΑ ΓΟΝΑΤΟ Ή ΚΑΙ ΣΤΑ ΔΥΟ ΓΟΝΑΤΑ		36	
1 Οχι 2 Ναι	37	1 Οχι 2 Ναι	37
38 ΕΝΑ ΑΣΤΡΑΓΑΛΟ/ΠΟΔΙ Ή ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΑΣΤΡΑΓΑΛΟΥΣ/ΠΟΔΙΑ		39	
1 Οχι 2 Ναι	40	1 Οχι 2 Ναι	40

Τεχνολογία φθηνή και αξιόπιστη

POCT: «Ορίζεται οι ιατρικές δοκιμασίες που διενεργούνται δίπλα στον ασθενή, επιτρέπουν την άμεση μετάδοση των αποτελεσμάτων στον ασθενή επιτρέποντας τη λήψη άμεσης απόφασης για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας»

Εδώ περιλαμβάνονται:

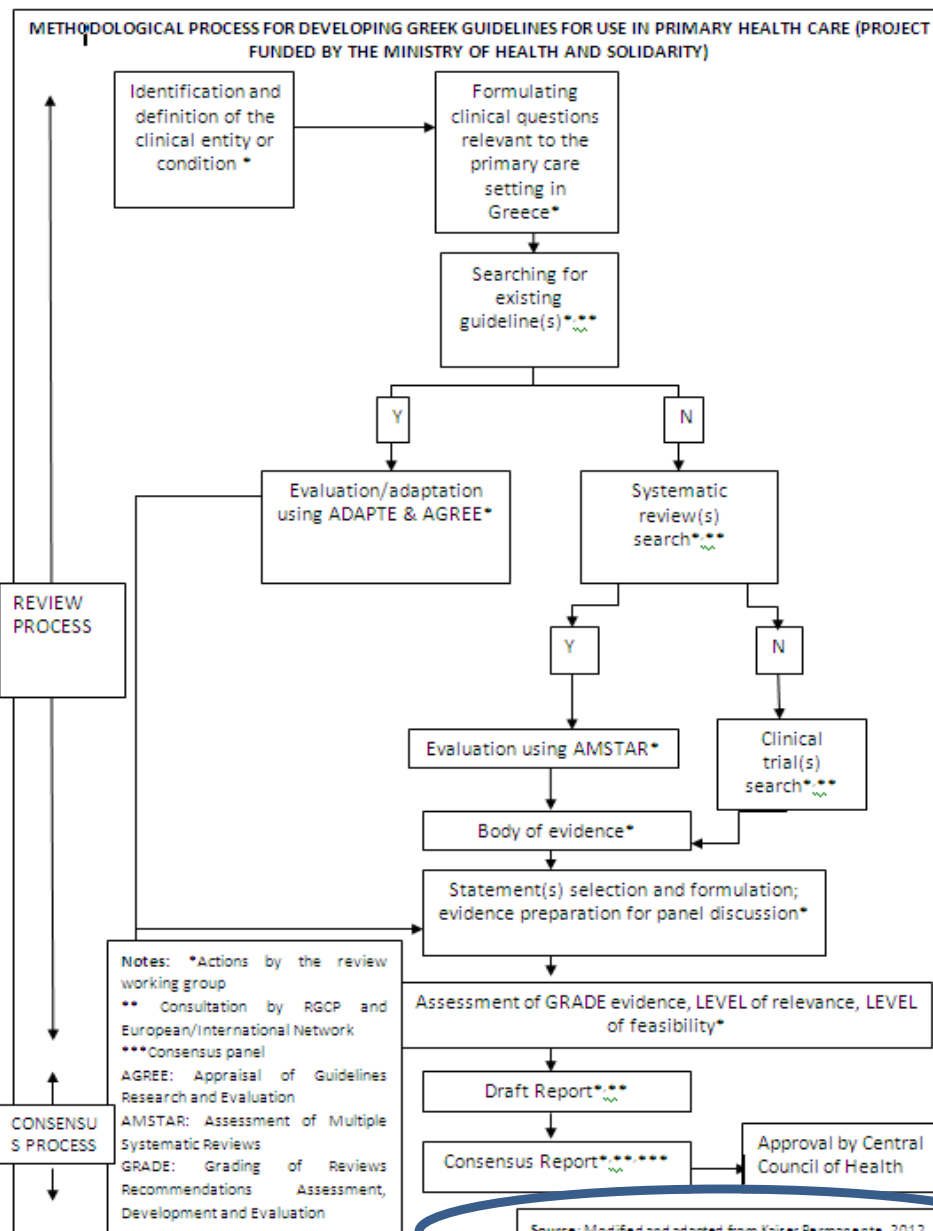
- Έλεγχος γλυκόζης
- Έλεγχος αερίων και ηλεκτρολυτών του αίματος
- Γρήγορης εκτίμησης της πήξης
- Γρήγορης εκτίμησης καρδιακών δεικτών,
- Ταινιών ελέγχου των ούρων,
- Δοκιμασίας εγκυμοσύνης,
- Ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα
- Μέτρησης της αιμοσφαιρίνης
- Δοκιμασίες ελέγχου λοιμωδών
- Διαλογής για χοληστερίνης

**Primary care diagnostic
technology update:**

point-of-care testing for glycosylated haemoglobin

Annette Plüddemann, Christopher P Price, Matthew Thompson, Jane Wolstenholme and Carl Heneghan

Wikipedia: http://en.wikipedia.org/wiki/Point-of-care_testing



Ανάπτυξη Κατευθυντηρίων Οδηγιών στην ΠΦΥ στη χώρα μας- Προταθείσα Μεθοδολογία

Στάδιο 1: Εντόπιση, επιλογή και αξιολόγηση υφισταμένων κατευθυντηρίων οδηγιών και βιβλιογραφικών πηγών.

Στάδιο 2: Διατύπωση και αξιολόγηση συστάσεων

«Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»,

Κωδικός MIS: 464637

Περιγραφή της διάλεξης

- Θεμελιώδεις έννοιες και όροι σχετικές με τα ΧΝ
- Η θεωρία
- Το σύστημα-οι ασθενείς
- Οι υγειονομικοί
- Το νόσημα
- Το περιβάλλον και τα μέσα υποστήριξης
- Τα χρόνια νοσήματα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης
- Οι προτεραιότητες στην υγεία-προτάσεις
- Σύνοψη

Η άποψη των ιατρών γενικής ιατρικής για την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ΠΦΥ

Greek rural GPs' opinions on how financial crisis influences health, quality of care and health equity

Author(s) : Tsiligianni I, Anastasiou F, Antonopoulou M, Chliveros K, Dimitrakopoulos S, Duijker G, Kounalakis D, Makri K, Petraki C, Prokopiadou D, Stefanaki I, Symvoulakis E, Tsakountakis N, Vasilopoulos T, Vittorakis C, Lionis C, on behalf of the Cretan Practice based Primary Care Research Network 'G. Lambrakis' and Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete .

- Η επίδραση στο χρόνο και πόρους που έχει ο υγειονομικός
- Η επίδραση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας
- Η επίδραση στις υπηρεσίες πρόληψης
- Η επίδραση στις ευάλωτες ομάδες
- Η επίδραση στην έρευνα
- Η επίδραση στην κοινωνική συνοχή



Συζήτηση και προτάσεις στο διεθνή τύπο για τη ΠΦΥ την περίοδο της κρίσης

- Τι μπορεί η Ελλάδα από της εμπειρίες της ΠΦΥ στο ΗΒ (εισαγωγή συμβολαίων με ΓΙ και υποχρέωση εγγραφής του πολιτών)
- Προσωπικοί προϋπολογισμοί φροντίδας υγείας
- Έλεγχος της ποιότητας
- Θέματα της ισότητας, της ποιότητας, του πλαισίου αξιών, του ιατρικού επαγγελματισμού, της τεχνολογίας στην πληροφορία, και της αποκέντρωσης συζητούνται σε Ελληνικές προτάσεις
- Ουσιαστική μετατόπιση της πολιτικής στην ΠΦΥ
- Εστίαση σε ουσιαστικές αλλαγές στην αποκέντρωση και στην εκπαίδευση

What Greece can learn from UK primary care experience and empirical research

Greece is in the midst of a devastating multifaceted crisis. Because of the drastic budget cuts to avoid putting at risk social and health services, the country is facing unprecedented challenges. In the current resource-limited environment, a shift to a fully operating primary care system is an essential component of any future, sustainable healthcare system.¹ In this context, Greece should explore lessons from other countries, such as the UK, to ensure that more than the most basic care is provided during the crisis. As well as full primary care coverage, service quality control, professional revalidation, and the linking of research with practice are priorities.

The UK experience provides the opportunity to look into the evolution of a general practice-driven system, build on its achievements and avoid possible weaknesses emerging after years of implementation. Relevant initiatives and time frames, already assessed in UK, can be taken into account to discuss viable reform efforts in a country which has no time to reinvent the wheel. Greece has to make a convincing attempt to move towards a tested health reform model, if the intent is to preserve the dignity of its social care.

In the UK, 99% of the population was registered with approximately 38 000 GPs in 1999.² Reports from Greece of 2009 suggested that there are 1930 registered GPs, only 2.8% of physicians of the country, reflecting an average rate of 0.2% primary healthcare physicians per 1000 inhabitants.³ The introduction of centrally-funded full-time GP contracts and mandatory registration of citizens with GPs, would not only offer national primary care coverage, but would also identify general practice as a realistic career option for the growing surfeit of new physicians.

Greece may benefit from designing flexible primary care groups and take advantage of recent legislative acts that passed power to regional administrative authorities, in order to create community-oriented healthcare services and networks. These networks may be launched, at least partly, with personal healthcare budgets to allow people who need continuing care to purchase services that better satisfy their real needs.⁴ The idea for a dynamic, personal or family health needs-oriented primary care could lead to a revalidation process which would help to guarantee the quality of clinical practice. Quality control, based on the principles of the UK Quality Framework, is a key point to be introduced into the healthcare reform agenda,⁵ to promote patient safety and avoid further waste of resources. Recent legislative and structural developments in Greece designed to manage and coordinate primary health care, like the unified fund (National Organization for Healthcare Provision, ΕΟΠΥΥ), could learn from the quality assurance mechanisms in the UK.

Above all, any system seeking a new pathway should be based on empirical research implemented locally and translated into everyday practice.⁶ Unfortunately, proposals for evidence-based innovations from the University of Crete and other institutions that have utilised experience gained from the UK and other European primary healthcare settings, have not yet been implemented.¹⁴ Nonetheless, Greece still conducts low-cost research which can lead to international academic collaborations and relevant research studies.

Within this framework, GPs should play a critical role in a sustainable, accessible, and community-oriented healthcare system. In the UK, general practice is generally well integrated into communities and social networks and can access lay resources. In 2012 Greece's social capital is almost in chaos. However, family coherence could be the catalyst for a fully operating general practice-family medical concept. Greece is currently preoccupied with its survival. All potential avenues should be explored.

"Greece should explore lessons from other countries, such as the UK, to ensure that more than the most basic care is provided during the crisis."

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Antonis A Kousoulis
131 Lemnoux Katsani Street, 10564 Athens, Greece.
E-mail: antonis.kousoulis@uni.gr

including critically evaluating examples from other settings. This approach may help to create proper primary care services in a country where life expectancy and quality of life are likely to be seriously challenged in the future. This is a good basis on which to vigorously and promptly face the future challenges in health policy.

Antonis A Kousoulis,
Researcher, Clinic of Social and Family Medicine,
Medical School, University of Crete, Heraklion,
Greece.

Emmanouil K Symvoulakis,
Researcher, Clinic of Social and Family Medicine,
Medical School, University of Crete, Heraklion,
Greece.

Christos Lionis,
Professor, Clinic of Social and Family Medicine,
Medical School, University of Crete, Heraklion,
Greece.

DOI: 10.3399/bjgp12/a54928

REFERENCES

1. De Maesseneer J, Mossa S, Pongsupap Y, Kaufman A. Primary health care in a changing world. *Br J Gen Pract* 2008; **58**(546): 806-809.
2. Campbell JL, Mendhe J, Trimmermans A. Primary care and general practice in Europe: West and South. In: Jones R, Britten N, Colpepper L, et al (eds). *Oxford handbook of primary medical care*. Oxford: Oxford University Press, 2005: 45-66.
3. Greece National Statistical Service. *Physicians by specialty and dentists, by geographic region and practice type*. 2009. http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESTAT/BA2K12/121213/01enA2103_5HE01_TB_J04_00_2009_01_en_B10a [accessed 22 Aug 2012].
4. Brinkman E, Groenouwen HP, Morice M. Personal healthcare budgets: who gets England learn from the Netherlands? *BMJ* 2012; **344**: e1363.
5. Lionis C, Symvoulakis EK, Vardavas C. Implementing family practice research in countries with limited resources: a stepwise model experienced in Crete, Greece. *Fam Pract* 2010; **28**(1): 48-54.
6. Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, et al. Integrated primary health care in Greece, a rising issue in the current health policy agenda: a systematic review. *Int J Integr Care* 2009; **9**: e88.

Πηγές: Kousoulis A, Symvoulakis E, Lionis C. Submitted manuscript BJGP, Exploring health care reform in a changing Europe: lessons from Greece. Submitted manuscript EJGP.

Background Paper

Exploring health care reform in a changing Europe: Lessons from Greece

Antonis A. Kousoulis^{1,2}, Konstantina-Eleni Angelopoulou³ & Christos Lionis⁴

¹Medical School, University of Athens, Athens, Greece, ²Society of Junior Doctors, Athens, Greece, ³School of Business Administration, University of Piraeus, Athens, Greece, and ⁴Clinic of Social and Family Medicine, Medical School, University of Crete, Heraklion, Greece

KEY MESSAGE:

- The economic crisis sets the timing to shift to a primary care system in Greece
- Apart from health care, Greece should focus on general changes, primarily decentralization and education
- In a changing Europe, approaches on health care reform via primary care in settings similar to Greece could be discussed and explored

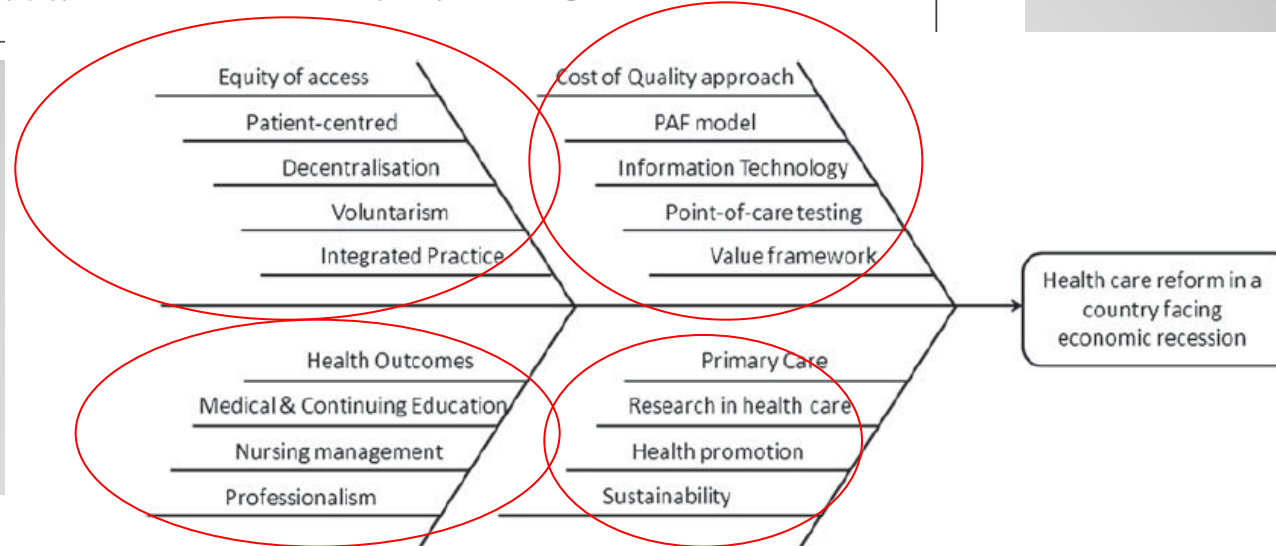


Figure 1. Fishbone diagram presenting the major suggestions for substantial changes in the health care system in Greece, a country facing economic crisis. PAF, prevention-appraisal-failure.

Εστίαση στον ασθενή- είναι αυτό που λείπει;

Ορισμός

«Παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις προσωπικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες του ασθενούς, διασφαλίζοντας την καθοδήγηση και λήψη της κλινικής απόφασης με βάση αυτές.»

- Συγκρατάλέγεται στα έξι χαρακτηριστικά της υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας (ασφάλεια, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, ισότητα, εγκυρότητα, εστίαση στον ασθενή)

Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα

PERSPECTIVE

DEFINING "PATIENT-CENTERED MEDICINE"

Defining "Patient-Centered Medicine"

Charles L. Bards, M.D.

A patient consults an orthopedist because of knee pain. The surgeon determines that no operation is indicated and refers her to a rheumatologist, who finds no systemic inflammatory disease and refers her to a psychiatrist, who sends her to a physical therapist, who administers the actual treatment. Each clinician has executed his or her craft with impeccable authority and skill, but the patient has become a shuttlecock. Probably a hassled, frustrated, and maybe bankrupt shuttlecock.

The themes are very old. The Hippocratic Oath itself enjoins physicians to maintain their deportment and privileges while keeping the patient's interests foremost. What is the proper relation between the doctor's and the patient's experiences of illness? Between a scientific understanding of disease, whatever the science of the day may be, and the subjective phenomenon of being sick? Between the subspecialist and the general physician? Between cure and care?

"Patient-centered medicine" is the newest salvo in these ancient debates. As a form of practice, it seeks to focus medical attention on the individual patient's needs and concerns, rather than the doctor's. As a rhetorical slogan, it stakes a position in contrast to which everything else is both doctor-centered and suspect on ethical, economic, organizational, and metaphoric grounds.

The British psychoanalyst Enid Balint appears to have coined the

term in 1969. She described a form of mini-psychotherapy that general practitioners could provide for persons who had illnesses that were partially or wholly psychosomatic.¹ Her concept contrasted with "illness-oriented care" and meshed well with other critiques of modern medicine's emphasis on pathophysiology to the exclusion of other means of knowing and treating the patient. Landmarks in this paradigm shift have included Engel's proposal

Contemporary forces have bolstered this movement. The growing demands for quality and safety in health care have refocused attention on patient outcomes, even if efforts to ensure more consistently positive outcomes sometimes reduce the physician's prized autonomy. Grave concerns about the exorbitant price of medical care in the United States have led to considerations of whether shifting care from the subspecialist to the primary care physician could reduce its cost. The patient-centered medical home would reinstate the primary care office as the main locus of health care, provided that it can offer such desiderata as longitudinal personal care, access on demand (by visit, telephone, and e-mail), coordination among subspecialists, home-based and social services, open medical records, pay for performance, and a functioning electronic infrastructure. Alas, these services, however admirable, are also expensive and would require that health care dollars be reapportioned from procedurally based subspecialists, whose incomes currently vastly exceed those of generalists.

Supporting these recent trends is a new concept of the patient as consumer. The individual — once the subject of a monarchy whose purpose was to obey, then the citizen of a state whose purpose was to participate in the polity and vote — has now become the consumer in a marketplace whose purpose is to purchase. If the pa-



for a biopsychosocial model that would "take into account the patient, the social context in which he lives, and the complementary system devised by society to deal with the disruptive effects of illness";² Cassell's transcriptions of clinical encounters, which provided an empirical basis for understanding the doctor-patient relationship;³ and Kleinman's definitions of "disease" and "illness" as contrasting the doctor's understanding of disordered biomechanics with the patient's subjective experience of feeling sick.⁴

- Υποδεικνύει μια αυθεντική, ειλικρινή και αμοιβαία σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς

Ο ιατρός δεν είναι το επίκεντρο της σχέσης και ο ασθενής διατηρεί μια δίκαιη και αποδοτική θέση στη σχέση με στόχο την παροχή φροντίδας που ανταποκρίνεται στις προσδοκίες, ανάγκες και προτιμήσεις του ασθενούς.

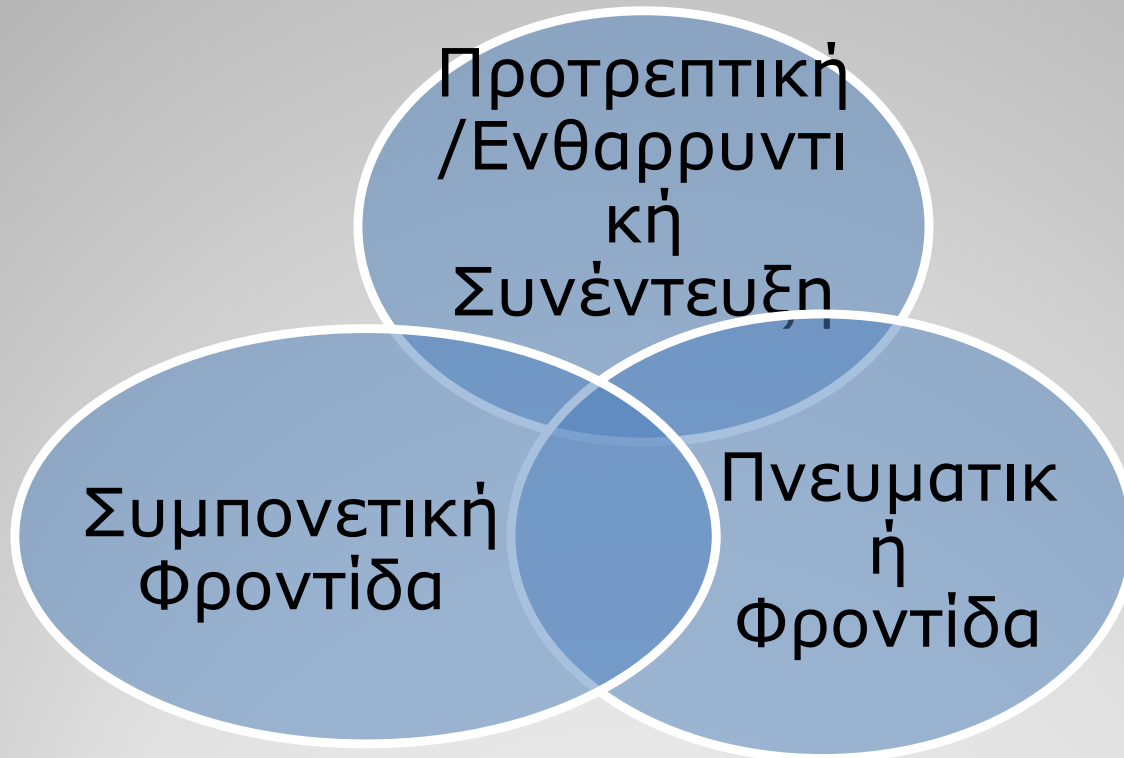
Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα – Τα νέα από την Αμερική

Patient centered medical home (PCMH)

Βασικές αρχές:

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

Η τέχνη της Γενικής Ιατρικής (αυτό που μας λείπει)



**Εστιασμένη στον
ασθενή φροντίδα**

Ολοκληρωμένη φροντίδα

Ορισμός

‘η διαχείριση και παροχή υπηρεσιών υγείας έτσι ώστε οι ασθενείς να λαμβάνουν ένα συνεχές προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, σύμφωνα με τις διαχρονικές ανάγκες τους και σε διάφορα επίπεδα του συστήματος υγείας’

Στόχοι

- Σύνδεση των τομέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Βελτίωση της πρόσβασης
- Βελτίωση της υγείας του πληθυσμού
- Βελτίωση διανομής εργατικού δυναμικού
- Καλύτερη επικοινωνία και διαχείριση πόρων

Αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα

- **Συνέχεια στη φροντίδα:** η ίδια ομάδα υγείας σε μακροχρόνια παρακολούθηση παραμένει ανεπίτευκτος στόχος
- Η ανάπτυξη ενός **ηλεκτρονικού δικτύου υγείας** στον χώρο της ΠΦΥ θεωρείται προτεραιότητα αλλά η εφαρμογή του χωρίς εκπαίδευση δεν επαρκεί να καλύψει το νομικό χάσμα και άλλες οργανωσιακές αδυναμίες
- Η καλύτερη **χρήση και κατανομή πόρων** στο πλαίσιο εθνικής στρατηγικής υγείας είναι βασικός στόχος
- **Συντονισμένη φροντίδα** στο περιβάλλον του ασθενούς θεωρείται ο ιδανικός τρόπος επίτευξης ισότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας
- **Κίνητρα** για τους επαγγελματίες υγείας για δια βίου εκπαίδευση, ανάπτυξη ικανότητας για έρευνα και εξειδίκευσης

Το χάσμα μεταξύ θεωρίας και πρακτικής, λόγω της περιορισμένης έρευνητικής ικανότητας στην ΠΦΥ και η έλλειψη τεκμηριωμένης γνώσης, επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα του Ελληνικού ΕΣΥ να παρέχει υπηρεσίες ΠΦΥ με συνέχεια, με αποτέλεσμα οι ολοκληρωμένη φροντίδα ΠΦΥ να παραμένει ένα παραμελημένο θέμα.

Source: Lionis C., Symvoulakis EK., Markaki A. et al. *International Journal of Integrated Care* – Vol. 9, 2009 ISSN 1568-4156

International Journal of Integrated Care – Vol. 9, 30 July 2009 – ISSN 1568-4156 – <http://www.ijic.org/>



Policy

Special series: Integrated primary health care **Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review**

Christos Lionis, MD, PhD, HonFRCP, Associate Professor, Head of the Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, 71003 Heraklion, Crete, Greece

Emmanouil K. Symvoulakis, MD, PhD, Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, 71003 Heraklion, Crete, Greece

Adelais Markaki, RN, PhD, Clinical Specialist Community Health Nursing, Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, 71003 Heraklion, Crete, Greece

Constantine Vardavas, RN, MPH, Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, 71003 Heraklion, Crete, Greece

Maria Papadokaki, Social Worker, MPH, Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, 71003 Heraklion, Crete, Greece

Natasa Danilidou, Scientific Collaborator, Health Economics Division, National School of Public Health, 196 Alexandras Avenue, 11521 Athens, Greece

Kyriakos Souliotis, Scientific Collaborator, Health Economics Division, National School of Public Health, 196 Alexandras Avenue, 11521 Athens, Greece

Ioannis Kyriopoulos, Professor of Health Economics, National School of Public Health, 196 Alexandras Avenue, 11521 Athens, Greece

Correspondence to: Christos Lionis, Head of the Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, 71003 Heraklion, Crete, Greece, Phone: +30-2810-394621, Fax: +30-2810-394606, E-mail: lionis@galinos.med.uoc.gr

Abstract

Background: Over the past years, Greece has undergone several endeavors aimed at modernizing and improving national health care services with a focus on PHC. However, the extent to which integrated primary health care has been achieved is still questioned.

Purpose: This paper explores the extent to which integrated primary health care (PHC) is an issue in the current agenda of policy makers in Greece, reporting constraints and opportunities and highlighting the need for a policy perspective in developing integrated PHC in this Southern European country.

Methods: A systematic review in PubMed/Medline and SCOPUS, along with a hand search in selected Greek biomedical journals was undertaken to identify key papers, reports, editorials or opinion letters relevant to integrated health care.

Results: Our systematic review identified 198 papers and 161 out of them were derived from electronic search. Fifty-three papers in total served the scope of this review and are shortly reported. A key finding is that the long-standing dominance of medical perspectives in Greek health policy has been paving the way towards vertical integration, pushing aside any discussions about horizontal or comprehensive integration of care.

Conclusion: Establishment of integrated PHC in Greece is still at its infancy, requiring major restructuring of the current national health system, as well as organizational culture changes. Moving towards a new policy-based model would bring this missing issue on the discussion table, facilitating further development.

Keywords

integrated care, continuity, primary health care, policy, Greece

Ανάπτυξη σχεδίου δράσης ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας για τα χρόνια νοσήματα στην Ελλάδα

International Journal of  Integrated Care

Volume 15, 22 October 2015

Publisher: Uopen Journals

URL: <http://www.ijic.org>

Cite this as: Int J Integr Care 2015; Oct-Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-117185

Copyright: 

Submitted: 27 August 2015, revised 5 October 2015, accepted 7 October 2015

Policy paper

Bridging knowledge to develop an action plan for integrated care for chronic diseases in Greece

Apostolos Tsiachristas, PhD, Senior Researcher, Health Economics Research Centre, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, UK

Christos Lionis, PhD, Professor, Clinic of Social and Family Medicine, Medical School, University of Crete, Greece

John Yfantopoulos, PhD, Professor, School of Economics and Political Science, University of Athens, Greece

Correspondence to: Apostolos Tsiachristas, Health Economics Research Centre, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Oxford OX3 7LF, UK; Tel: +44(0)1865 289272, E-mail: apostolos.tsiachristas@dpf.ox.ac.uk

Abstract

The health, social and economic impact of chronic diseases is well documented in Europe. However, chronic diseases threaten relatively more the 'memorandum and peripheral' Eurozone countries (i.e., Greece, Spain, Portugal and Ireland), which were under heavy recession after the economic crisis in 2009. Especially in Greece, where the crisis was the most severe across Europe, the austerity measures affected mainly people with chronic diseases. As a result, the urgency to tackle the threat of chronic diseases in Greece by promoting public health and providing effective chronic care while flattening the rising health care expenditure is eminent. In many European countries, integrated care is seen as a means to achieve this.

The aim of this paper was to support Greek health policy makers to develop an action plan from 2015 onwards, to integrate care by bridging local policy context and needs with knowledge and experience from other European countries. To achieve this aim, we adopted a conceptual framework developed by the World Health Organization on one hand to analyse the status of integrated care in Greece, and on the other to develop an action plan for reform. The action plan was based on an analysis of the Greek health care system regarding prerequisite conditions to integrate care, a clear understanding of its context and successful examples of integrated care from other European countries. This study showed that chronic diseases are poorly addressed in Greece and integrated care is in embryonic stage.

Greek policy makers have to realise that this is the opportunity to make substantial reforms in chronic care. Failing to reform towards integrated care would lead to the significant risk of collapse of the Greek health care system with all associated negative consequences. The action plan provided in this paper could support policy makers to make the first serious step to face this challenge. The details and specifications of the action plan can only be decided by Greek policy makers in close cooperation with other health and social care partners. This is the appropriate time for doing so.

Keywords

integrated care, policy reforms, chronic diseases, economic crisis, Greece

- Υποστήριξη ενός υποδείγματος και να διαχείριση πολιτικού περιβάλλοντος
- Ανάπτυξη ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας
- Ευθυγράμμιση τομεακών πολιτικών για την υγεία
- Αποτελεσματικότερη διοίκηση προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης
- Εστίαση φροντίδας στον ασθενή και στην οικογένεια
- Έμφαση στην πρόληψη
- Διασφάλιση επαρκούς και βιώσιμης οικονομικής στήριξης των καινοτόμων υπηρεσιών φροντίδας υγείας



Integrated Primary and Behavioral Care

Role in Medical Homes and Chronic Disease Management

Editors: O'Donohue, William, Maragakakis, Alexandros (Eds.)

Part I Introduction

- | | | |
|----------|--|----------|
| 1 | Patient-Centered Medical Homes: The Promise and the Research Agenda | 3 |
| | Alexandros Maragakakis and William O'Donohue | |

Part II An Overview of Integrated Health Care and the Patient-Centered Medical Home

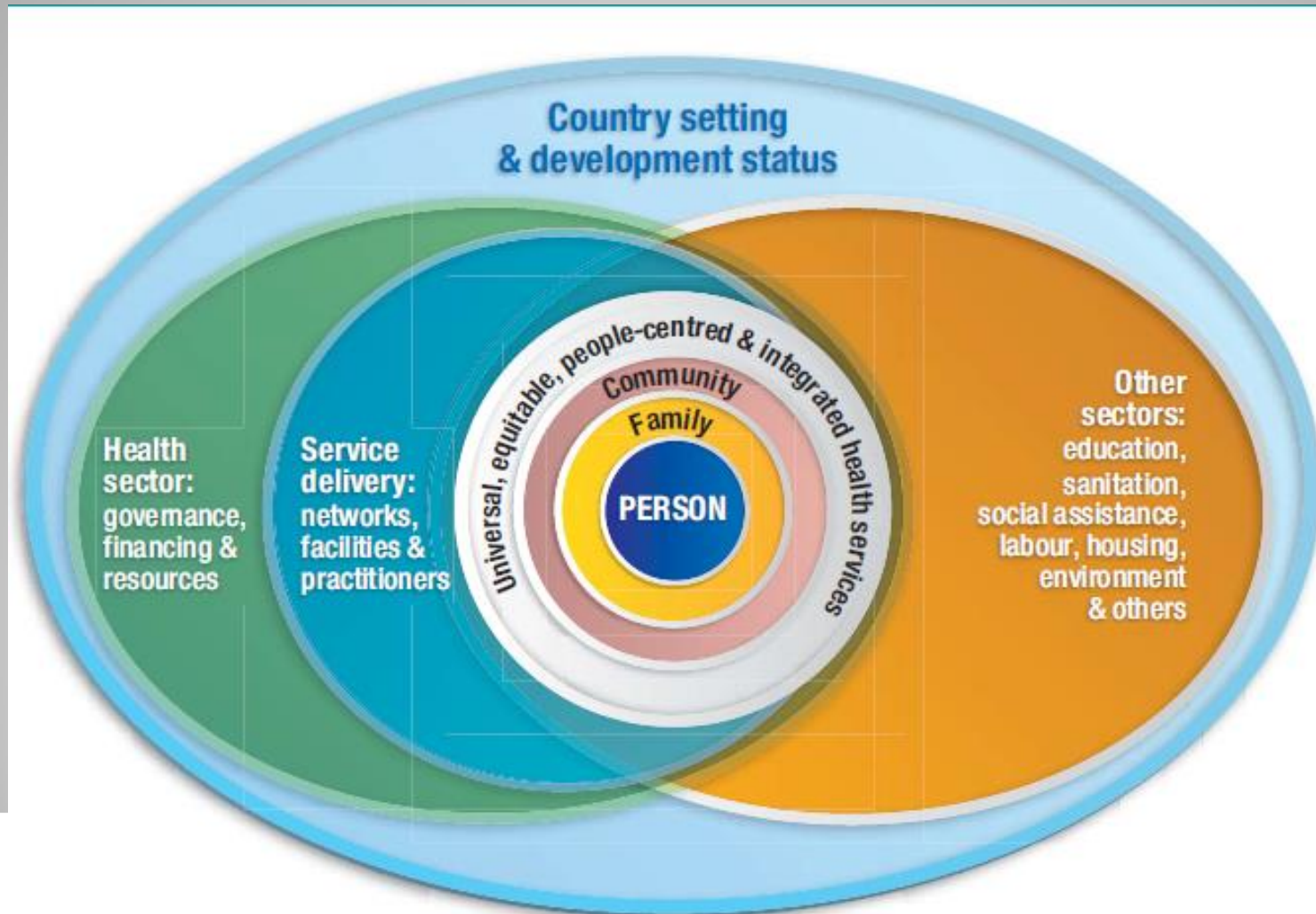
- | | | |
|----------|--|-----------|
| 2 | Integrated Care and Specialty Behavioral Health Care in the Patient-Centered Medical Home | 19 |
| | Robynne M. Lute and Lesley Manson | |
| 3 | Blending Behaviorists into the Patient-Centered Medical Home | 39 |
| | Joel Hornberger and Dennis Freeman | |
| 4 | Training the Behavioral Health Workforce for the Patient-Centered Medical Home | 61 |
| | William O'Donohue and Alexandros Maragakakis | |

- | | | |
|----------|--|-----------|
| 5 | The Patient-Centered Medical Home Model within an Integrated Primary Care System: Towards a European Model? | 75 |
| | Christos Lionis and Elena Petelos | |

- | | | |
|----------|--|-----------|
| 6 | The Importance of Stepped-Care Protocols for the Redesign of Behavioral Health Care in Patient-Centered Medical Homes | 97 |
| | Robert E. McGrath and William O'Donohue | |

- | | | |
|----------|--|------------|
| 7 | Planning a Cost-Effectiveness Study | 115 |
| | Gayle Hurd and Jeanne Wendel | |

Εννοιολογικό πλαίσιο για υπηρεσίες ολοκληρωμένης και εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας



Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη

- Η πρόσβαση στις υπηρεσίες
- Το απαρτιωμένο (πλήρες) φάσμα των υπηρεσιών
- Η συνέχεια στη φροντίδα
- Ο συντονισμός των υπηρεσιών στη φροντίδα

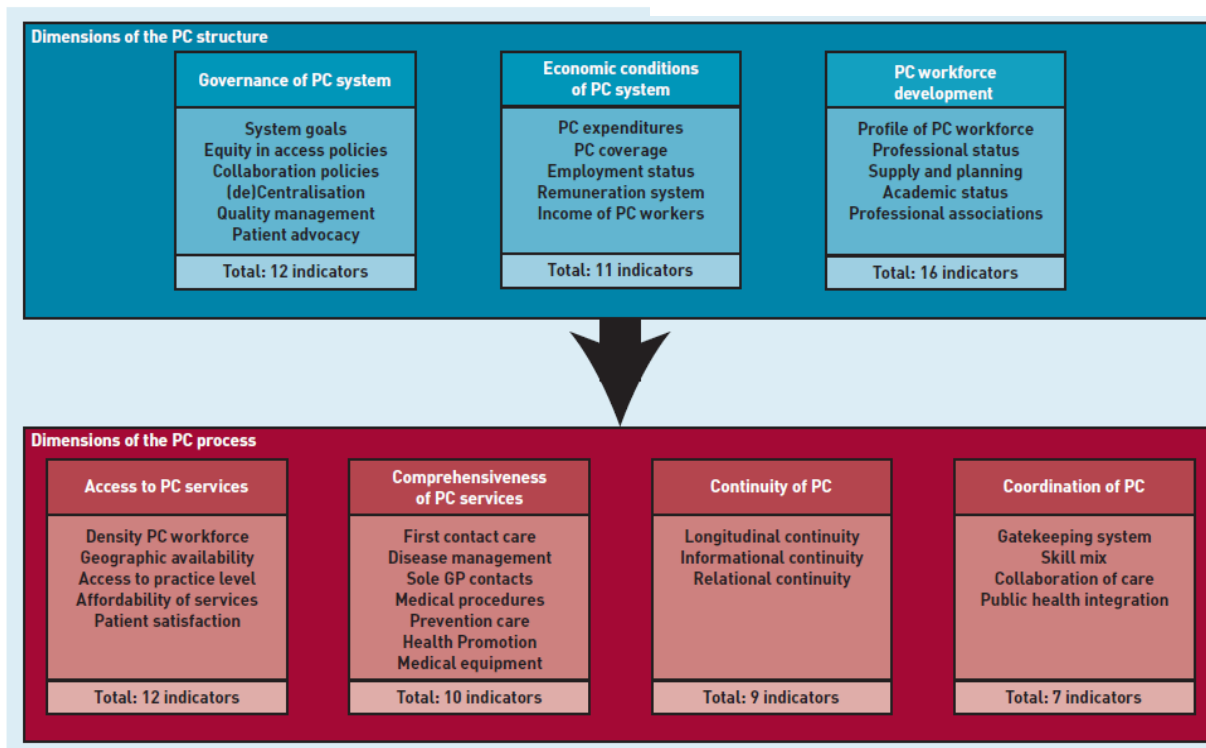
Research

Dionne Kringos, Wienke Boerma, Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Toni Dedeu, Toralf Hasvold, Allen Hutchinson, Margus Lember, Marek Oleszczyk, Danica Rotar Pavlic, Igor Svab, Paolo Tedeschi, Stefan Wilm, Andrew Wilson, Adam Windak, Jouke Van der Zee and Peter Groenewegen

The strength of primary care in Europe:

an international comparative study

Figure 1. Primary care structure and process dimensions. PC = primary care.



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

Αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ-Το EU-PHAMEU Project

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

Country	Percentage of indicators (including subquestions with available data, by dimension and country)								Mean %
	Primary care governance (n= 16)	Economic conditions of primary care (n= 10)	Primary care workforce development (n= 17)		Access to primary care (n= 19)	Continuity of primary care (n= 12)	Coordination of primary care (n= 9)	Comprehensiveness of primary care (n= 10)	
Austria	100	90	100	97	100	75	100	100	94
Belgium	100	100	100	100	100	100	100	90	98
Bulgaria	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Cyprus	94	80	71	81	95	50	100	70	79
Czech Republic	100	100	100	100	95	75	100	100	92
Denmark	100	89	100	96	100	92	100	100	98
Estonia	100	100	100	100	100	92	100	100	98
Finland	100	89	94	94	95	92	100	100	97
France	100	100	100	100	100	92	100	100	98
Germany	100	90	100	97	100	100	100	100	100
Greece	50	70	94	71	89	67	56	70	70
Hungary	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Iceland	75	80	100	85	84	75	78	100	84
Ireland	100	89	100	96	84	75	100	90	87
Italy	100	100	94	98	95	58	100	90	86
Latvia	100	100	100	100	95	100	100	100	99
Lithuania	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Luxembourg	100	90	94	95	89	67	89	90	84
Malta	94	60	59	71	68	67	100	60	74
Netherlands	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Norway	100	100	88	96	84	100	89	100	93
Poland	100	100	88	96	95	92	100	90	94
Portugal	100	89	100	96	100	100	100	100	100
Romania	100	80	100	93	95	100	89	80	91
Slovak Republic	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Slovenia	100	100	76	92	89	100	89	100	95
Spain	100	100	94	98	89	100	100	100	97
Sweden	100	80	82	87	95	67	100	90	88
Switzerland	100	100	100	100	63	67	100	100	82
Turkey	100	60	100	87	100	100	100	90	98
UK	100	100	100	100	100	100	100	90	98
Mean %	97	91	95	—	94	87	96	94	—

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ευρώπη – Το QUALICORP project

- ✘ Χαμηλή προοπτική βελτίωσης της **προσβασιμότητας** στις υπηρεσίες υγείας
- ✘ Μέτρια προοπτική βελτίωσης της **συνέχειας** στη φροντίδα
- ✘ Χαμηλή προοπτική βελτίωσης της **ολοκληρωμένης φροντίδας** υγείας
- ✘ Χαμηλή προοπτική βελτίωσης της **ενεργούς συμμετοχής** του ασθενούς
- ✘ Χαμηλή προοπτική βελτίωσης της **επικοινωνίας** ιατρού-ασθενούς

Table 2. Mean patient-perceived improvement scores for primary care in 34 countries, 2011–2013

Country	Improvement score ^a				
	Accessibility	Continuity	Comprehensiveness	Involvement	Communication
Australia	0.38	0.14	0.42	0.17	0.16
Austria	0.41	0.38	0.97	0.65	0.20
Belgium	0.34	0.26	0.57	0.26	0.22
Bulgaria	0.66	0.56	1.34	1.17	0.34
Canada	0.38	0.11	0.52	0.18	0.12
Cyprus	1.25	1.40	1.95	1.47	0.38
Czech Republic	0.44	0.26	1.00	0.79	0.18
Denmark	0.26	0.18	0.82	0.56	0.23
Estonia	0.40	0.22	0.87	0.80	0.22
Finland	0.46	0.36	0.81	0.55	0.21
Germany	0.33	0.27	0.81	0.50	0.20
Greece	0.72	1.08	0.70	0.77	0.24
Hungary	0.49	0.49	1.05	0.48	0.30
Iceland	0.53	0.24	1.14	0.46	0.24
Ireland	0.45	0.26	0.72	0.66	0.37
Italy	0.51	0.31	0.91	0.76	0.42
Latvia	0.51	0.26	0.67	0.70	0.40
Lithuania	0.52	0.38	0.62	0.84	0.24
Luxembourg	0.39	0.31	0.62	0.57	0.23
Malta	0.60	1.17	1.36	0.65	0.33
Netherlands	0.30	0.25	0.91	0.47	0.28
New Zealand	0.22	0.11	0.52	0.18	0.12
Norway	0.52	0.31	0.93	0.52	0.21
Poland	0.55	0.56	1.02	0.90	0.23
Portugal	0.73	0.19	0.50	0.73	0.27
Romania	0.55	0.30	1.04	0.65	0.29
Slovakia	0.74	0.53	1.12	0.63	0.28
Slovenia	0.53	0.32	1.16	0.78	0.23
Spain	0.90	0.29	1.16	0.57	0.36
Sweden	0.54	0.62	1.38	0.60	0.27
Switzerland	0.27	0.18	0.60	0.27	0.16
The former Yugoslav Republic of Macedonia	0.38	0.23	0.92	0.61	0.14
Turkey	0.77	0.84	1.06	0.38	0.36
United Kingdom ^b	0.42	0.30	0.77	0.47	0.21

^a The improvement score was calculated by multiplying the proportion of negative patient experiences with the mean importance score.

^b Only patients in England were surveyed.

Note: Scores between 0.11–0.72 were considered as a low level of patient-perceived improvement potential. Scores between 0.73–1.34 were considered as a medium level of patient-perceived improvement potential. Scores between 1.35–1.95 were considered as a high level of patient-perceived improvement potential.

Source: Schafer W. LA et al. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bull World Health Organ* 2015;93:161–168

Περιγραμματα της διάλεξης

- Θεμελιώδεις έννοιες και όροι σχετικές με τα ΧΝ
- Η θεωρία
- Το σύστημα-οι ασθενείς
- Οι υγειονομικοί
- Το νόσημα
- Το περιβάλλον και τα μέσα υποστήριξης
- Τα χρόνια νοσήματα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης
- Οι προτεραιότητες στην υγεία-προτάσεις
- Σύνοψη

Προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας στην ΠΦΥ-Ι

- Συμφωνία στους όρους και στις πολιτικές για την ανάπτυξη της ολοκληρωμένης ΠΦΥ.
- Συζήτηση και συμφωνία για την ανάπτυξη συμβολαίων για την αξιολόγηση της απόδοσης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας
- Συζήτηση και περιγραφή των νέων ρόλων σε νέους των υγειονομικών στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετά από εκπαίδευση σε δεσμευμένες εκ των προτέρων υπηρεσίες με έμφαση στις μη φαρμακευτικές θεραπευτικές.
- Υιοθέτηση διαδικασιών ελέγχου της κλινικής πρακτικής εντός των δομών ΠΦΥ και συμμετοχή του ασθενούς στην αξιολόγηση των υπηρεσιών φροντίδας.

Προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας στην ΠΦΥ-II

- Έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης με παρέμβαση στους προσδιοριστές της συνταγογραφικής πρακτικής και τον έλεγχο της ποιότητας.
- Συζήτηση και αποφάσεις για την τεχνολογία που απαιτείται στις υπηρεσίες ΠΦΥ.
- Αξιολόγηση της απόδοσης των υπηρεσιών ΠΦΥ από έμπειρους αξιολογητές και σύνδεση της αμοιβής με βάση την απόδοση.

Προτάσεις για τις Ιατρικές Σχολές-Ι (Η αλλαγή στο πρόγραμμα σπουδών)

Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools



The Consensus consists of ten strategic directions for medical schools to become **socially accountable**, highlighting required improvements to:

- Respond to current and future health needs and challenges in society
- Reorient their education, research and service priorities accordingly
- Strengthen governance and partnerships with other stakeholders
- Use evaluation and accreditation to assess performance and impact

Προτάσεις για τις Ιατρικές Σχολές-II (η αλλαγή στην εκπαίδευση δίπλα στον ασθενή με τη συμμετοχή της κοινότητας)

- Η μονάδα Π.Φ.Υ. του Πα.Γ.Ν.Η. ιδρύθηκε με την υποστήριξη της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, της Ιατρικής Σχολής και του Δήμου Ηρακλείου για:
 - Συστηματική αναβάθμιση των υπηρεσιών παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τους κατοίκους του Ηρακλείου με χαμηλό εισόδημα ή ανασφάλιστους
 - Προσδιορισμό των αναγκών υγείας τους
 - Την υποστήριξη της έρευνας και εκπαίδευσης στον τομέα της Γενικής Ιατρικής



Προτάσεις για τις Ιατρικές Σχολές-III (η αλλαγή στο περιεχόμενο της εκπαίδευσης)

- Η έμφαση στην εκπαίδευση και στην οικοδόμηση της συμπόνιας στη φροντίδα υγείας.

EDITORIAL

Restoring humanity in health care through the art of compassion: an issue for the teaching and research agenda in rural health care

S Shea^{1,2} and C Lionis²

¹*School of Health and Social Care, University of Greenwich, Greenwich, United Kingdom*

²*Clinic of Social and Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Greece*

Πηγή: Restoring humanity in health care through the art of compassion: an issue for the teaching and research agenda in rural health care. International Journal of Rural and Remote Health, editorial 2010.

Προτάσεις για την έρευνα στην υγεία-I

Lionis et al. BMC Research Notes 2010, 3:258
http://www.biomedcentral.com/1756-0500/3/258



HYPOTHESIS

Open Access

Bio-psychosocial determinants of cardiovascular disease in a rural population on Crete, Greece: formulating a hypothesis and designing the SPILI-III study

Christos Lionis^{1*}, Dimitrios Anyfantakis¹, Emmanouil K Symvoulakis¹, Sue Shea^{1,2}, Demosthenes Panagiotakos³, Elias Castanas⁴

Abstract

Background: In 1988, the SPILI project was established in order to evaluate the cardiovascular disease (CVD) risk profile of the inhabitants of Spili, in rural Crete, Greece. The first reports from this project revealed that against the unfavourable risk factors' profile observed, only a few men with a previous myocardial infarction were encountered. A follow-up study (SPILI II) was performed twelve years after the initial examination, and the unfavourable cardiovascular risk profile was re-confirmed.

Presentation of the Hypothesis: This paper presents a hypothesis formulated on the basis of previous research to investigate if dynamic psycho-social determinants, including social coherence of the local community, religiosity and spirituality, are protective against the development of coronary heart disease in a well-defined population.

Testing the Hypothesis: A follow-up examination of this Cretan cohort is currently being performed to assess the link between psychosocial factors and CVD. Psychosocial factors including sense of control, religiosity and spirituality are assessed in together with conventional CVD risk factors. Smoking and alcohol consumption, as well as dietary habits and activity levels are recorded. Oxidative stress and inflammatory markers, as well as ultrasound measurement of carotid intima media thickness, a preclinical marker of atherosclerosis, will also be measured.

Implications of the hypothesis tested: The issue of the cardio-protective effect of psycho-social factors would be revisited based on the results of this Cretan cohort; nevertheless, further research is needed across different sub-populations in order to establish a definite relationship. A comprehensive approach based on the aspects of bio-social life may result in more accurate CVD risk management.

Background

Cardiovascular disease (CVD) represents the leading cause of mortality in both the industrialised and developing world [1]. Major risk factors on the pathogenesis and precipitation of CVD include age, gender, hypertension, dyslipidaemia, smoking and diabetes [2]. However, particular emphasis has also been given to the role of psycho-social determinants, such as social isolation, chronic life stress, anxiety, hostility and depression [3].

It has been reported that the etiologic link between psycho-social determinants and atherosclerosis may lie through the maintenance of aggravating lifestyle behaviours and the discouragement of their modification, due to direct endothelium damaging [3]. Evidence suggests that low socio-economic status, social isolation, lack of social support, familial and occupational stress, negative emotions including depression and hostility may aggravate the prognosis and clinical course of patients with coronary heart disease (CHD) [4]. Data retrieved from human and animal studies link sympathetic nervous system hyperactivity, triggered by psychological stimuli, with accelerated development of carotid

Objectives: To explore cardio-protective effects of socio-cultural determinants in CVD morbidity patterns of a Cretan cohort.

Design: Cohort study, 20 year follow-up

Setting: Primary health care setting in a rural area of Crete

Participants: Inhabitants of the rural area of Spili, originally examined in 1988

Methods: Medical history and clinical examination; blood pressure assessment and electrocardiogram; somatometric measurements

Laboratory variables including: total cholesterol, LDL, HDL, triglycerides, oxidative stress markers (serum cortisol levels)

Ultrasound measurement of carotid intima media thickness

Cardiovascular risk stratification according to Hellenic SCORE Risk charts

Questionnaire based instruments of Sense of Coherence, Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs, and Beck's Depression Inventory-1

Use of targeted qualitative interviews

Recruitment of ex inhabitants of Spili in order to attempt further comparisons

Selection of a control group with patients that visit an urban primary care centre of Crete

Implications of the study: Explore possible links between biological and psycho-social health determinants of the Spili cohort such as religiosity, spirituality and sense of coherence of the local community

Future research efforts within primary care networks in order to collect information from different subpopulation groups

Shift from traditional pathways of disease perception to bio-psychosocial aspects of CHD in daily practice

Figure 1 Brief summary of the SPILI-III research protocol study.

* Correspondence: lionis@galinos.med.uoi.gr

¹Clinic of Social and Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Greece

Full list of author information is available at the end of the article

Προτάσεις για την έρευνα στην υγεία-II

Αποτελεσματικότητα εκχυλίσματος τριών αρωματικών βοτάνων της Κρήτης στις λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού

- Διπλά τυφλή τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή
- Διάρκεια: Οκτώβριος 2013-Φεβρουάριος 2014
- Χορήγηση εκχυλίσματος βοτάνων σε μαλακές κάψουλες των 0.5 mL, 2 φορές την ημέρα για 7 ημέρες
- Ομάδα ελέγχου (placebo)-51 ασθενείς
- Ομάδα παρέμβασης (active)-54 ασθενείς
- Κριτήρια συμμετοχής: Ασθενείς με συμπτώματα λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού εντός του προηγούμενου 24ώρου

Αποτελέσματα

- Μη στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάρκεια και σοβαρότητα των συμπτωμάτων ανάμεσα στις 2 ομάδες
- Ίικό στέλεχος ανιχνεύτηκε στο 51% των ασθενών.
- Στατιστικά σημαντική μεταβολή κατηγορίας CRP (υψηλό → χαμηλό) στους ασθενείς της ομάδας παρέμβασης με επιβεβαιωμένο ιικό στέλεχος.
- Ποσοστό ασθενών με διακοπή των συμπτωμάτων μετά από 6 ημέρες (για ασθενείς με λοίμωξη από ιό): 91% στην ομάδα και 70% στην ομάδα ελέγχου ($p=0.089$).
- Ποσοστό πλήρους ίασης των ασθενών έπειτα από επτά ημέρες: 72% στην ομάδα παρέμβασης (active) και 63% στην ομάδα ελέγχου (placebo).
- Διαφορά 23% στη δριμύτητα των συμπτωμάτων μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ελέγχου.

Author's Accepted Manuscript

Reporting effectiveness of an extract of three traditional cretan herbs on upper respiratory tract infection: Results from a double-blind randomized controlled trial

G. Duijker, A. Bertias, E.K. Symvoulakis, J. Moschandreas, N. Malliaraki, S.P. Derdas, G.K. Tsikalas, H.E. Katerinopoulos, S.A. Pirintzos, G. Sourvinos, E. Castanas, C. Lionis



Προτάσεις για την έρευνα στην υγεία-III

Table 5. Comparisons of SOC, BMI & biochemical indexes for males and females of the study according to low and high levels of the Royal Free Interview score.

		Royal Free Interview score		P-value
		<median ¹	≥median	
SOC, total score (range: 29-203)		124.5±18.6 (97)	157.8±18.6 (98)	<0.001
BMI, kg/m ²		29.0±3.5	27.3±3.5	0.001
Carotid artery IMT, mm	right	0.83±0.21	0.65±0.21	<0.001
	left	0.84±0.24	0.65±0.24	<0.001
Serum cortisol, mg/dl		16.8±4.7	12.8±4.7	<0.001
Plasma fibrinogen, mg/dl		314.6±71.2	302.9±71.2	0.284
Blood glucose, mg/dl		103.8±33.3	93.1±33.5	0.038
Total cholesterol, mg/dl		211.3±41.0	208.1±41.2	0.610
Triglycerides, mg/dl		117.4±64.6	116.4±65.1	0.918
HDL-C, mg/dl		55.0±22.3	54.5±22.4	0.900
LDL-C, mg/dl		135.1±36.8	131.3±37.3	0.503
Interleukin 1 beta	<5 pg/ml	97 (99.0)	93 (95.9)	0.212
Interleukin 6	<5.9pg/ml	95 (96.9)	95 (97.9)	0.999

¹ Age-gender specific categorization.

Data are presented as mean±s.d. (n) & n (%).

Chi-square/Fisher exact test & analysis of covariance were done. Heterogeneity was test by Levene test and as covariates were used gender, age, family status, smoking and body mass index (except of cases in SOC and body mass index where only the first three covariates were used).

Προτάσεις για το σχεδιασμό ολοκληρωμένης (integrated) φροντίδας

GOOD PRACTICES COVERAGE



Country	Organisation	Good practice	Topics	page
Frailty in general				
Greece	Practice Based Research Network on Rural Crete	Healthy and Active Ageing in Rural Areas (HAARA)	Frailty in general	20



Primary Care Based Research Network (PBRN) of rural Crete

PBRN objectives include:

1. the systematic amelioration of healthcare services provided by network members
2. development of disease prevention programs
3. focus on primary health care and rehabilitation

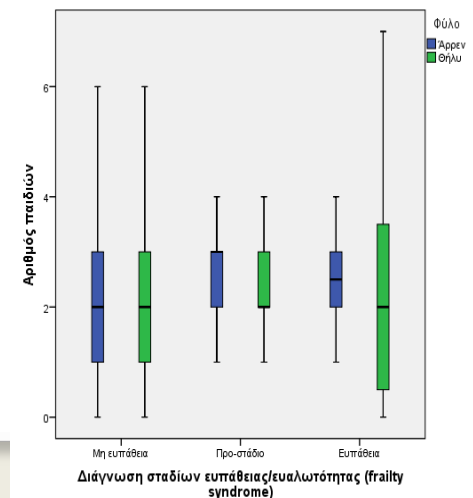
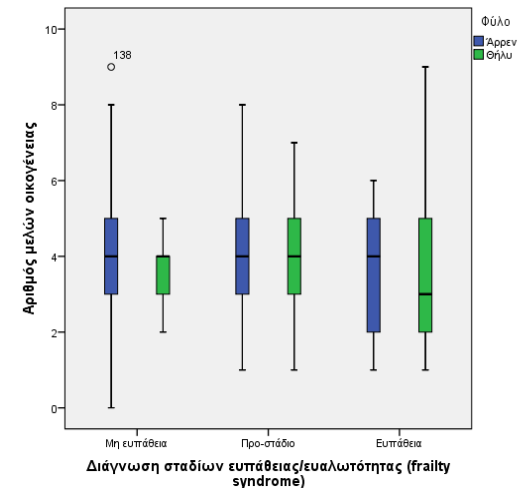
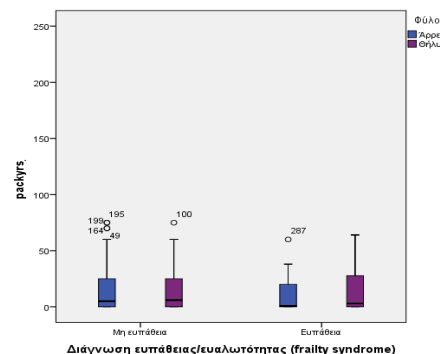
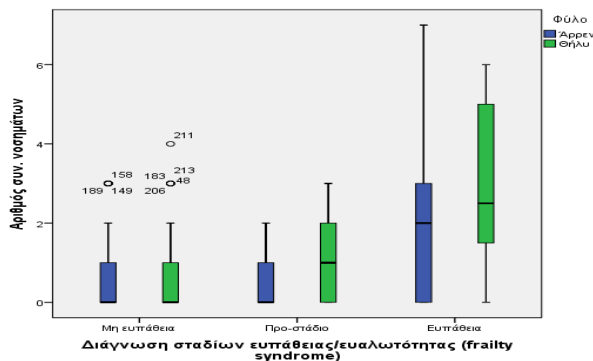
- The PBRN was endorsed by the 7th Health Region of Crete.
- Consists of **18 GPs** working in Primary Health Care (PHC) settings in rural areas. Of these practitioners, 15 work within the public healthcare system, two operate from private practices in Chania, and one is based at the primary care unit of Heraklion.



Η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας- Η περίπτωση του frailty- Αποτελέσματα

Πίνακας : Δημογραφικά και άλλα στοιχεία του υπό μελέτη πληθυσμού [Μ.τ (τυπική απόκλιση), *P*value].

Προφίλ ερωτηθέντων	Στάδια ευπάθειας/ευαλωτότητας Μ.τ (τυπική απόκλιση)			Σύνολο δείγματος Μ.τ (τυπική απόκλιση)	
	Μη- ευαλωτότητα	Προ-ευαλωτότητα	Ευαλωτότητα		<i>P</i> value
Ηλικία	42.6 (11.5)	46.6 (10.9)	59.8 (13.4)	45 (12.6)	<0.001
Αριθμός μελών οικογένειας	3.7 (1.5)	3.9 (1.7)	3.5 (2)	3.7 (1.5)	0.02
Αριθμός παιδιών	3 (1.4)	2.5 (1.5)	2.3 (1.7)	2.1 (1.4)	0.01
Συχνότητα επαφής με τα παιδιά	5.1 (2.9)	5.6 (2.7)	3.7 (3.3)	5.1 (3)	0.01
Έτη καπνίσματος	12.5 (13.8)	17 (13.5)	17.4 (19.6)	13.8(14.5)	0.01
Πακετοέση	16.6 (30.7)	16.8 (26.9)	13.5 (18.9)	16.4 (29.1)	0.04
Κατανάλωση αλκοόλ ανά εβδομάδα	2 (6.7)	1.6 (5.9)	4.5 (21.8)	2.2 (9.1)	0.03
Άθληση (ώρες ανά εβδομάδα)	0.9 (1.2)	0.6 (0.9)	0 (0.3)	0.7 (1.1)	<0.01
Πόσο συχνά συναναστρέφονται με φίλους, γνωστούς, άλλο κόσμο (ημέρες ανά εβδομάδα);	3.4 (2.6)	2.5 (2.7)	3.4 (3.1)	3.3 (2.7)	0.01
Κλίμακα Υγείας	65.9 (20.1)	48.6 (23.1)	30.8 (19.2)	59.3 (23.5)	0.02
Αριθμός νοσημάτων	0.5 (0.8)	1 (1)	2.3 (2)	0.8 (1.2)	0.01
Σκορ ευημερίας	54.8 (24.1)	34.4 (22.7)	21.4 (17.7)	47.9 (26)	<0.01



Το σύνδρομο ευαλωτότητας και η ποιότητα ζωής σε ένα επιλεγμένο οικονομικά-ασθενή πληθυσμό στην πόλη του Ηρακλείου
-Ο ρόλος των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων και του τρόπου ζωής-

Ηράκλειο, 17/06/2015

Σμαρώλη Αμαλία, Πολιτική Επιστήμων
ΠΜΣ: Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Κρήτης

Επιβλέποντες:
Διανέστη Χαρίλαος, καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Κρήτης

Γεωργία Νικολάου, αντισπρωτής καθηγήτρια Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Κρήτης

Συμβουλευτική Επιτροπή:
Σηφάκης-Παπαδόπουλος Δημήτρης, Επιδημιολόγος, κλινικός-Οδοντίατρος, ΔΕΠ4, υποπρόεδρος
Οδοντοπαι, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης



Η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής προσέγγισης: η εστίαση σε επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού-I

1. Η παράνομοι μετανάστες
 2. Οι νόμιμοι μετανάστες
 3. Οι ανασφάλιστοι
 4. Οι συνταξιούχοι (ΤΕΒΕ)
- Ο ρόλος της Περιφερειακής αυτοδιοίκησης
 - Ο ρόλος ενός αποδεκτού διεθνούς μη κυβερνητικού οργανισμού
 - Οι ελάχιστες υπηρεσίες



Η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής προσέγγισης: η εστίαση σε επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού-II

Κατευθυντήριες οδηγίες για μετανάστες

Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees

Kevin Pottie MD MCISc, Christina Greenaway MD MSc, John Feightner MD MSc, Vivian Welch MSc PhD, Helena Swinkels MD MHSc, Meb Rashid MD, Lavanya Narasiah MD MSc, Laurence J. Kirmayer MD, Erin Ueffing BHSc MHSc, Noni E. MacDonald MD MSc, Ghayda Hassan PhD, Mary McNally DDS MA, Kamran Khan MD MPH, Ralf Buhrmann MDCM PhD, Sheila Dunn MD MSc, Arunmozhi Dominic MD, Anne E. McCarthy MD MSc, Anita J. Gagnon MPH PhD, Cécile Rousseau MD, Peter Tugwell MD MSc; and coauthors of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health

Conditions covered in systematic reviews

(see Appendix 2, available at www.cma.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.090313/-/DC1 for summary of recommendations and clinical considerations)

Infectious diseases

- Measles, mumps, rubella
- Diphtheria, tetanus, polio, pertussis
- Varicella
- Hepatitis B
- Tuberculosis
- HIV
- Hepatitis C
- Intestinal parasites (*Strongyloides* and *Schistosoma*)
- Malaria

Mental health and maltreatment

- Depression
- Post-traumatic stress disorder
- Child maltreatment
- Intimate partner violence

Chronic and noncommunicable diseases

- Diabetes mellitus
- Iron-deficiency anemia
- Dental disease
- Vision health

Women's health

- Contraception
- Cervical cancer
- Pregnancy

CMAJ 2011. DOI:10.1503/cmaj.090313

Η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής προσέγγισης: η εστίαση σε επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού-III

Αξιοποίηση Ευρωπαϊκών ερευνητικών προγραμμάτων και εφαρμογή θεωρίας στην ΠΦΥ

Patient Educ Couns. 2015 Nov 2; pii: S0738-3991(15)30108-7. doi: 10.1016/j.pec.2015.10.029. [Epub ahead of print]

Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study.

Koetsenruijter J¹, van Eikelenboom N², van Lieshout J², Vassilev I³, Lionis C⁴, Todorova E⁵, Portillo MC³, Foss C⁶, Serrano Gil M⁷, Roukova P⁵, Angelaki A⁴, Mujika A⁸, Knutsen IR⁶, Rogers A³, Wensing M².

⊕ Author information

Abstract

OBJECTIVE: The objective of this study was to explore which aspects of social networks are related to self-management capabilities and if these networks have the potential to reduce the adverse health effects of deprivation.

METHODS: In a cross-sectional study we recruited type 2 diabetes patients in six European countries. Data on self-management capabilities was gathered through written questionnaires and data on social networks characteristics and social support through subsequent personal/telephone interviews. We used regression modelling to assess the effect of social support and education on self-management capabilities.

RESULTS: In total 1692 respondents completed the questionnaire and the interview. Extensive informational networks, emotional networks, and attendance of community organisations were linked to better self-management capabilities. The association of self-management capabilities with informational support was especially strong in the low education group, whereas the association with emotional support was stronger in the high education group.

CONCLUSION: Some of the social network characteristics showed a positive relation to self-management capabilities. The effect of informational support was strongest in low education populations and may therefore provide a possibility to reduce the adverse impact of low education on self-management capabilities.

PRACTICE IMPLICATIONS: Self-management support interventions that take informational support in patients' networks into account may be most effective, especially in deprived populations.

Κατεύθυνση Ι: στην ανάπτυξη ενός νέου ιατρικού προπτυχιακού προγράμματος-εστίαση στην διεπαγγελματική συνεργασία

TEACHING COMPASSION I

Introducing and implementing a compassionate care elective for medical students in Crete

Christos Lionis

Professor, Clinic of Social and Family Medicine, Medical Faculty, University of Crete

Sue Shea

Clinic of Social and Family Medicine, Medical Faculty, University of Crete; School of Health and Social Care, University of Greenwich

Adelais Markaki

Department of Social Medicine, Medical Faculty, University of Crete

I have been engaged in family practice research for many years and have recognised the need to teach compassionate care as an urgent issue. Together with Sue Shea we conceived the idea of introducing a compassionate care elective into the medical curriculum of the University of Crete. We have written this article to communicate and discuss the experiences gained on Crete at a time when compassion in health care in Greece and in many countries in Europe is needed more than ever.

Christos Lionis

My background is in psychology, working mainly in the field of diabetes care in both Greece and the UK. It was very pleasing to experience so many students attending this course, and an honour to share our experiences in this journal.

Sue Shea

As a community health nurse, I believe strongly in developing new academia/community partnerships and in the value of immersing medical students, as early as possible, in joint interdisciplinary teamwork experiences. As a medical anthropologist, I am intrigued by how compassion is interpreted and transformed in particular cultural or professional contexts, such as within the medical profession.

Adelais Markaki

Summary

Many reports have commented on the decreasing level of humanity in healthcare, and that medical training has an increasingly scientific basis. This paper reports on a six-week elective on compassionate care, delivered to first year medical students at the University of Crete Medical School. The course proved highly popular, and may represent a starting point for emphasising the importance of

Background

Across the globe, dissatisfaction with medical care services is increasing, and in particular dissatisfaction with the lack of humanity in healthcare. In a time of global economic crisis (during which Greece has been badly hit), when healthcare systems are bound to be affected, the morale of patients and healthcare professionals could also decline. In such times the benefits of compassionate care – towards patients and towards other members of the health care team – may prove even more crucial.

Greece is a country where a tradition of patient-centred medicine has rapidly transformed into more technologically-focused forms of practice. This change might be partially responsible for the high rate of burnout and job dissatisfaction

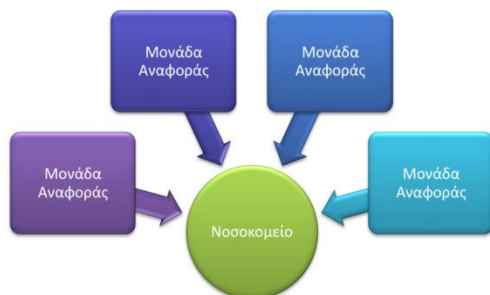
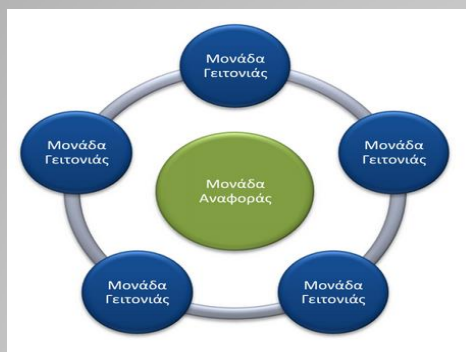
and Magraith² have reported, 'exposure to emotionally difficult situations puts GPs at risk for burnout and compassion fatigue'. Despite these facts, skills relating to communication and the doctor/patient relationship are still not routinely taught at medical schools in Greece, except at the University of Crete, and more recently the University of Thessaloniki.

The numerous distressing reports published in local and national newspapers, of poor performance by healthcare staff, are a cause for concern and anxiety. Sometimes even the most basic patient care, such as nutritional needs and hygiene appears to have been neglected. Against this background, in late 2009 the first two authors of this paper (CL and SS) began discussing how to raise

- ✖ Εκμάθηση βασισμένη στο πρόβλημα
- ✖ Κοινωνική ευθύνη και εμπλοκή κοινότητας
- ✖ Εστίαση στον ασθενή
- ✖ Από κοινού λήψη αποφάσεων στη φροντίδα
- ✖ Συμπονετική φροντίδα
- ✖ Εστιασμένη διεπιστημονική εκπαίδευση



Κατεύθυνση II: στην ανάπτυξη ενός νέου οργανωσιακού και λειτουργικού μοντέλου στην ΠΦΥ



ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ, ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Αντωνιάδου Ιωάννα
Κούτης Αντώνης
Λιονής Χρήστος
Μυλωνάκης Θάνας
Παναγιωτόπουλος Τάκης
Μπέκος Αλέξης, συντονιστής

Το συμβόλαιο με τον ιατρό γενικής ιατρικής που θα προσφέρει τις υπηρεσίες του στην ομάδα ΠΦΥ της γατονιάς θα πρέπει να περιλαμβάνει αναφορά:

1. Στις θεμελιώδεις αξίες και αρχές που η ομάδα υγείας θα υπηρετεί
2. Τις υπηρεσίες που θα προσφέρει ως παρακάτω:

(α) Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και ανάμεσα σε αυτά:

- Υπέρταση
- Σακχαρώδη διαβήτης
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Στεφανιαία ανεπάρκεια
- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Περιφερειακή νόσο των αγγείων
- Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
- Ασθμα
- Κατάθλιψη και γενικά ψυχικές διαταραχές
- Οστεοπόρωση
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα και μυοσκελετικές διαταραχές
- Καρκίνο
- Επύληνία
- Ανοια
- Διαταραχές ανάπτυξης (συμπεριλαμβάνονται οι διαταραχές μάθησης και οι συναισθηματικές διαταραχές)
- Ανακουφιστική και παρηγορητική θεραπεία

(β) Εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για επιλεγμένα χρόνια νοσήματα και υπηρεσίες προαγωγής της υγείας μέσω τροποποίησης της συμπεριφοράς, όπως:

- Καρδιαγγειακή νόσο
- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Κάταγμα από πτώση
- Αυτοκτονικό ιδεασμό
- Κάπνισμα
- Χρήση και κατάχρηση αλκοόλ
- Παχυσαρκία

(γ) Υπηρεσίες δημόσιας υγείας όπου συμπεριλαμβάνονται:

- Πρόγραμμα διαλογής για καρκίνο τραχήλου
- Πρόγραμμα διαλογής για καρκίνο μαστού
- Πρόγραμμα διαλογής για καρκίνο παχέος εντέρου
- Υπηρεσίες αντισύλληψης και οιογενειακού προγραμματισμού

(δ) Υπηρεσίες συμβουλευτικής και υποστήριξης, όπως

- Υποστήριξης οικογένειας σε κρίση (συμπεριλαμβάνεται και η παρουσία ασθενούς με χρόνια νόσημα)
- Συμβουλευτικής και υποστήριξη στη λήψη απόφασης ατόμου ή οικογένειας σε σχέση με την υγεία
- Προγεννητικού ελέγχου

Κατεύθυνση III: στην πορεία αλλαγής του τωρινού μοντέλου: εστίαση σε μια ορθολογική συνταγογράφηση

Lionis et al. *BMC Family Practice* 2014, 15:34
<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/34>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Irrational prescribing of over-the-counter (OTC) medicines in general practice: testing the feasibility of an educational intervention among physicians in five European countries

Christos Lionis^{1*}, Elena Petelos¹, Sue Shea¹, Georgia Baglartaki¹, Ioanna G Tsiligianni¹, Apostolos Kamekis¹, Vasiliki Tsiantou², Maria Papadakaki¹, Athina Tatsioni³, Joanna Moschandreass⁴, Aristoula Saridaki¹, Antonios Bertias^{1,4}, Tomas Faresjö⁵, Åshild Faresjö⁵, Luc Martinez^{6,12}, Dominic Agius⁷, Yesim Uncu⁸, George Samoutis⁹, Jiri Vlcek¹⁰, Abobakr Abasaeed¹⁰ and Bodossakis Merkouris¹¹

Abstract

Background: Irrational prescribing of over-the-counter (OTC) medicines in general practice is common in Southern Europe. Recent findings from a research project funded by the European Commission (FP7), the "OTC SOCIOMED", conducted in seven European countries, indicate that physicians in countries in the Mediterranean Europe region prescribe medicines to a higher degree in comparison to physicians in other participating European countries. In light of these findings, a feasibility study has been designed to explore the acceptance of a pilot educational intervention targeting physicians in general practice in various settings in the Mediterranean Europe region.

Methods: This feasibility study utilized an educational intervention was designed using the Theory of Planned Behaviour (TPB). It took place in geographically-defined primary care areas in Cyprus, France, Greece, Malta, and Turkey. General Practitioners (GPs) were recruited in each country and randomly assigned into two study groups in each of the participating countries. The intervention included a one-day intensive training programme, a poster presentation, and regular visits of trained professionals to the workplaces of participants. Reminder messages and email messages were, also, sent to participants over a 4-week period. A pre- and post-test evaluation study design with quantitative and qualitative data was employed. The primary outcome of this feasibility pilot intervention was to reduce GPs' intention to provide medicines following the educational intervention, and its secondary outcomes included a reduction of prescribed medicines following the intervention, as well as an assessment of its practicality and acceptance by the participating GPs.

Results: Median intention scores in the intervention groups were reduced, following the educational intervention, in comparison to the control group. Descriptive analysis of related questions indicated a high overall acceptance and perceived practicality of the intervention programme by GPs, with median scores above 5 on a 7-point

- ✗ Κατάλληλη χρήση των ερευνητικών ευρημάτων
- ✗ Καθιέρωση ενός ιατρικού συμβολαίου και αμοιβή της απόδοσης
- ✗ Ποιότητα της αξιολόγησης φροντίδας
- ✗ Ανάπτυξη εργαλείων και καθοδήγηση στην υποστήριξη της λήψης απόφασης



Κατεύθυνση IV: στο σχεδιασμό μιας αποδοτικής διαχείρισης του φορτίου των χρόνιων νοσημάτων: εστίαση στην πολλαπλή νοσηρότητα και στην ευπάθεια

Open Access

Research

BMJ
open

Chronic disease multimorbidity transitions across healthcare interfaces and associated costs: a clinical-linkage database study

Umesh T Kadam,¹ John Uttley,² Peter W Jones,¹ Zafar Iqbal³

To cite: Kadam UT, Uttley J, Jones PW, *et al*. Chronic disease multimorbidity transitions across healthcare interfaces and associated costs: a clinical-linkage database study. *BMJ Open* 2013;3:e003109. doi:10.1136/bmjopen-2013-003109

► Prepublication history and additional material for this paper is available online. To view these files please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003109>).

Received 23 April 2013
Revised 22 May 2013
Accepted 29 May 2013

This final article is available for use under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial 3.0 Licence; see <http://bmjopen.bmj.com>

ABSTRACT

Objective: To investigate multimorbidity transitions from general practice populations across healthcare interfaces and the associated healthcare costs.

Design: Clinical-linkage database study.

Setting: Population (N=60 660) aged 40 years and over registered with 53 general practices in Stoke-on-Trent.

Participants: Population with six specified multimorbidity pairs were identified based on hypertension, diabetes mellitus (DM), coronary heart disease (CHD), chronic obstructive pulmonary disease (COPD), congestive heart failure (CHF) and chronic kidney disease (CKD).

Main outcomes measures: Chronic disease registers were linked to accident and emergency (A&E) and hospital admissions for a 3-year time period (2007–2009), and associated costs measured by Healthcare Resource Groups. Associations between multimorbid groups and direct healthcare costs were compared with their respective single disease groups using linear regression methods, adjusting for age, gender and deprivation.

Results: In the study population, there were 9735 patients with hypertension and diabetes (16%), 3574 with diabetes and CHD (6%), 2894 with diabetes and CKD (5%), 1855 with COPD and CHD (3%), 754 with CHF and COPD (1%) and 1425 with CHF and CKD (1%). Transitions defined as at least one additional

ARTICLE SUMMARY

Article focus

- In the population, there are large numbers of people who suffer from two or multiple chronic diseases at the same time.
- Most of the current evidence has focused on the impact of multimorbidity on health status and very few have investigated the transitions across healthcare and the associated costs.
- While individual chronic diseases have been shown to be associated with high healthcare costs, whether specific multimorbid combinations have differential healthcare transitions and healthcare costs is unknown.

Key messages

- Specific multimorbid pairs are associated with different levels of healthcare transitions and costs relating to accident and emergency and hospital admissions.
- Chronic disease pairs indicate the population-level multimorbidity 'severity', as indicated by transitions and costs, with a range from diabetes and hypertension ('low severity'), diabetes and heart disease, diabetes and chronic kidney disease (CKD), chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and heart disease, heart failure

- ✗ εστίαση στην πολλαπλή νοσηρότητα και την ευπάθεια
- ✗ Περισσότερη έρευνα πάνω σε συνδυασμό ασθενειών και παθήσεων
- ✗ Προσοχή στους άστεγους και στα άτομα χωρίς ασφαλιστική ικανότητα
- ✗ Οι «αόρατες» ασθένειες



Κατεύθυνση V: στην πορεία αλλαγής της συμπεριφοράς των ασθενών σχετικά με τη φροντίδα τους: εστίαση στην αυτο-φροντίδα

Koetsenruijter et al. *Health and Quality of Life Outcomes* 2014, **12**:29
<http://www.hqlo.com/content/12/1/29>



STUDY PROTOCOL

Open Access

Social support systems as determinants of self-management and quality of life of people with diabetes across Europe: study protocol for an observational study

Jan Koetsenruijter^{1*}, Jan van Lieshout¹, Ivaylo Vassilev², Mari Carmen Portillo³, Manuel Serrano⁴, Ingrid Knutsen⁷, Poli Roukova⁶, Christos Lionis⁵, Elka Todorova⁶, Christina Foss⁷, Anne Rogers² and Michel Wensing¹

Abstract

Background: Long-term conditions pose major challenges for healthcare systems. Optimizing self-management of people with long-term conditions is an important strategy to improve quality of life, health outcomes, patient experiences in healthcare, and the sustainability of healthcare systems. Much research on self-management focuses on individual competencies, while the social systems of support that facilitate self-management are underexplored. The presented study aims to explore the role of social systems of support for self-management and quality of life, focusing on the social networks of people with diabetes and community organisations that serve them.

Methods: The protocol concerns a cross-sectional study in 18 geographic areas in six European countries, involving a total of 1800 individuals with diabetes and 900 representatives of community organisations. In each country, we include a deprived rural area, a deprived urban area, and an affluent urban area. Individuals are recruited through healthcare practices in the targeted areas. A patient questionnaire comprises measures for quality of life, self-management behaviours, social network and social support, as well as individual characteristics. A community organisations' survey maps out interconnections between community and voluntary organisations that support patients with chronic illness and documents the scope of work of the different types of organisations. We first explore the structure of social networks of individuals and of community organisations. Then linkages between these social networks, self-management and quality of life will be examined, taking deprivation and other factors into account.

Discussion: This study will provide insight into determinants of self-management and quality of life in individuals with diabetes, focusing on the role of social networks and community organisations.

Keywords: Quality of life, Self-management, Chronic illness, Diabetes type 2, Social networks, Community organisations, Deprivation

- Εστίαση σε συστήματα κοινωνικής μέριμνας
- Σύνδεση επιστημών φροντίδας υγείας με ψυχολογία και κοινωνιολογία
- Ο ασθενής στο κέντρο



Κατεύθυνση VI: στην ανάπτυξη μιας εθνικής προοπτικής

- Προς μια νέα κουλτούρα στην εκπαίδευση, στην έρευνα και στην κλινική άσκηση
- Προς ένα νέο διδακτικό μοντέλο και ιατρική διδακτέα ύλη
- Εστίαση στην αλλαγή της συμπεριφοράς και στην εστίαση στον ασθενή
- Προς την ανάπτυξη κλινικών εργαλείων και συστημάτων υποστήριξης απόφασης



Σύνοψη - I

- Χρειαζόμαστε μια περισσότερο συστημική προσέγγιση όταν συζητάμε για τα χρόνια νοσήματα και τη διαχώρισή τους.
- Η αλλαγή της συμπεριφοράς/πρακτικής του υγειονομικού και του ρόλου του ασθενούς στη λήψη της απόφασης είναι κρίσιμα σημεία στην αλλαγή της σημερινής κατάστασης.
- Τεχνικά το περιβάλλον και η υποστήριξη της κλινικής απόφασης και πρακτικής είναι εφικτή αλλά απαιτεί συνέργεια, καινοτομία και προσαρμογή της ξένης εμπειρίας.
- Ο ρόλος των Πανεπιστημίων και της έρευνας στην καλλιέργεια του ανθρώπινου δυναμικού είναι σημαντικός.

Σύνοψη-II

- Άσκηση πίεσης στους σχεδιαστές των υπηρεσιών υγείας και στους πολιτικούς για να θεωρήσουν την ισότητα στην υγεία ως απαραίτητο συστατικό της βιώσιμης ανάπτυξης.
- Διευκόλυνση της τοπικής και περιφερειακής αυτοδιοίκησης στην εφαρμογή των πολιτικών τους στη μείωση του φορτίου από την κρίση.
- Υποστήριξη περισσότερο ολοκληρωμένων δράσεων για την ενίσχυση της ΠΦΥ και τη διευκόλυνση οριζόντιων συνεργασιών.
- Ενίσχυση των πανεπιστημιακών στην ανάληψη πρωτοβουλιών για ένα νέο πρόγραμμα σπουδών που θεσπίζεται στη βάση του κοινωνικού υπόλογου και του προσανατολισμού στην κοινότητα.
- Σχεδιασμός κατάλληλων προγραμμάτων ειδίκευσης ιατρών και υγειονομικών που θα τους καθιστούν ικανούς να διαχειριστούν με ενσυναίσθηση την πολλαπλή νοσηρότητα σε πτωχούς.

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΙΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ ΜΟΥ:

 EDITORIAL

Editorials represent the opinions
of the authors and *JAMA* and
not those of the American Medical Association.

Improving the Health of Patients and Populations Requires Humility, Uncertainty, and Collaboration

Andrew D. Oxman, MD

1692 *JAMA*, October 24/31, 2012—Vol 308, No. 16