

"Υγεία και τοπική αυτοδιοίκηση: Ο ρόλος της στη βελτίωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δημόσιας υγείας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης"

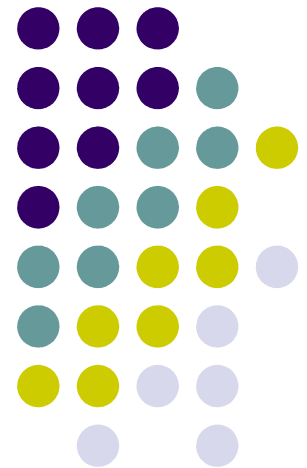
Χρήστος Λιονής

Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας

Τμήμα Ιατρικής

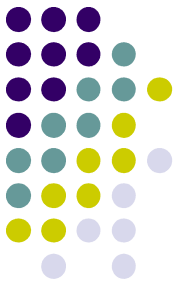
Πανεπιστήμιο Κρήτης

lionis@galinos.med.uoc.gr



Υπό την αιγίδα της Ιατρικής
Εταιρείας Χανίων και του
Δήμου Χανίων



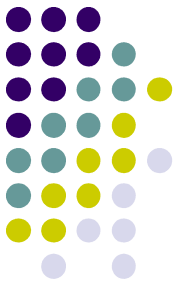


ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

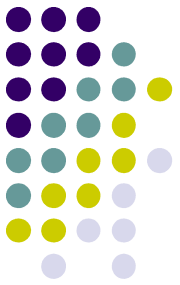
- ✓ Στον πατέρα μου
- ✓ Στη μητέρα μου
- ✓ Στη σύζυγο μου
- ✓ Στους δασκάλους και στους μέντορες μου
- ✓ Στην Ιατρική Σχολή της Κρήτης
- ✓ Σε όλους τους ΜΦ, τους συνεργάτες και φοιτητές μου

Που με ανάθρεψαν, με δίδαξαν και ανέχτηκαν

Περιεχόμενο της εισήγησης

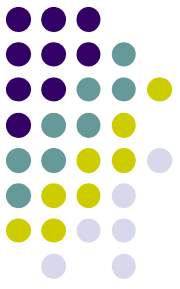


- Α΄ Τα μείζονα προβλήματα υγείας (αναφορά στα μείζονα νοσήματα)
- Β΄ Τα μείζονα προβλήματα στην υγεία (αναφορά στις υπηρεσίες υγείας)
- Γ΄ Στην κατεύθυνση ενός καινούριου υποδείγματος-Η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα
- Δ΄ Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης
- Ε΄ Επίλογος



Α' Τα μείζονα προβλήματα υγείας
(αναφορά στα μείζονα νοσήματα και
ελλείμματα στη φροντίδα υγείας)

Τα μείζονα θέματα υγείας του πληθυσμού (αναφορά στα μείζονα προβλήματα υγείας)



Η επισκόπηση του τοπίου

- Τα μη μεταδοτικά νοσήματα:
- τα καρδιομεταβολικά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, ο καρκίνος, τα νοσήματα μυοσκελετικού
- Ειδική αναφορά στις γνωσιακές διαταραχές (άνοια)
- Ειδική αναφορά στις ψυχικές διαταραχές
- ΤΑ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
- Λοιμώξεις HIV,
- Ηπατίτιδες
- Τροπικά νοσήματα και παρασιτώσεις
- Τα ελλείμματα στην κάλυψη των εμβολιασμών

Φορτίο καρδιομεταβολικών νοσημάτων-I

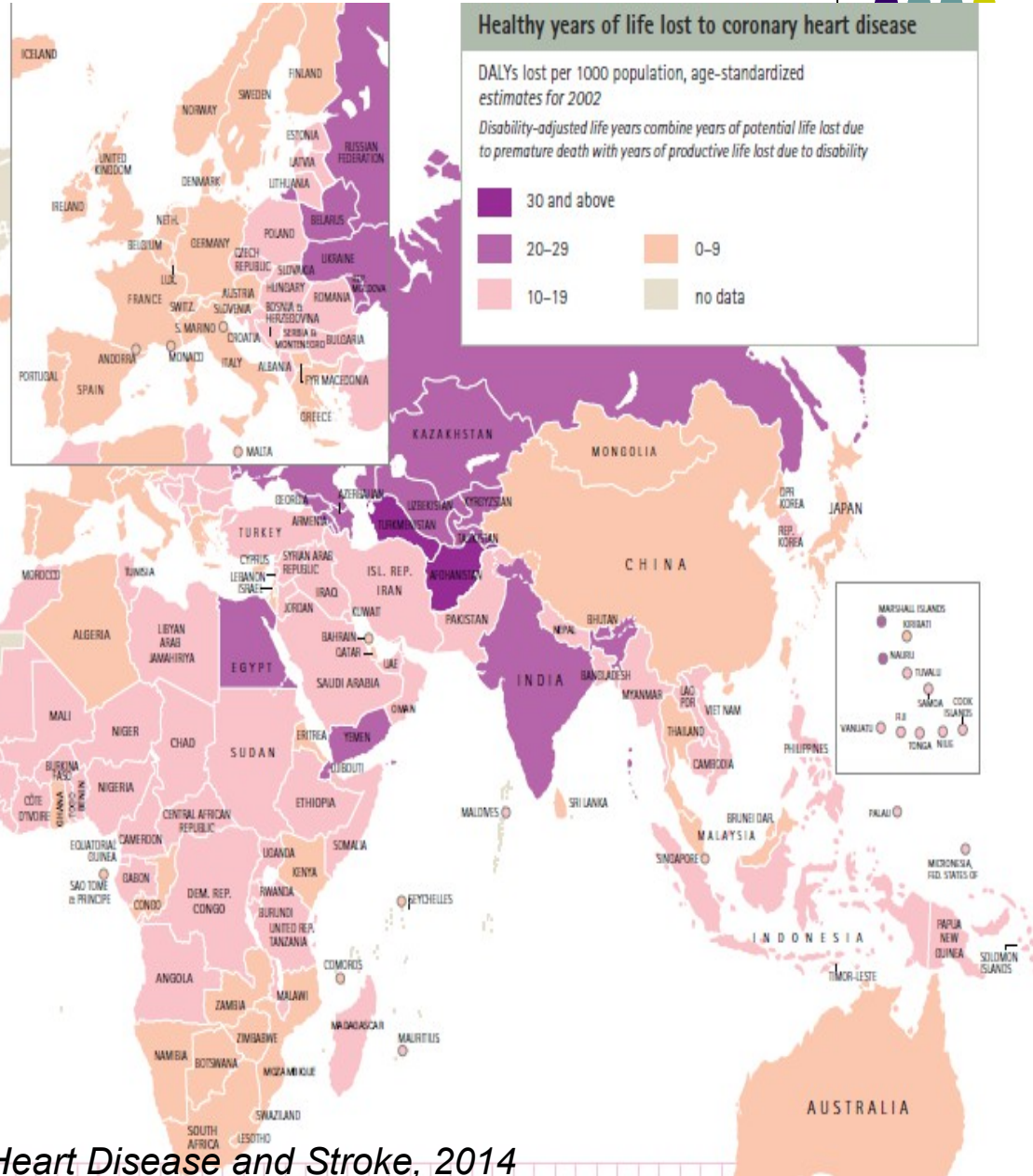


Global burden of coronary heart disease

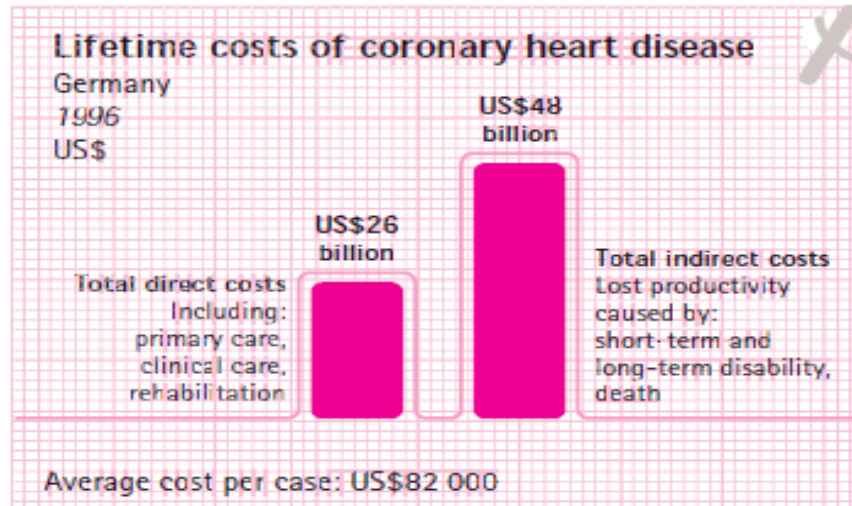
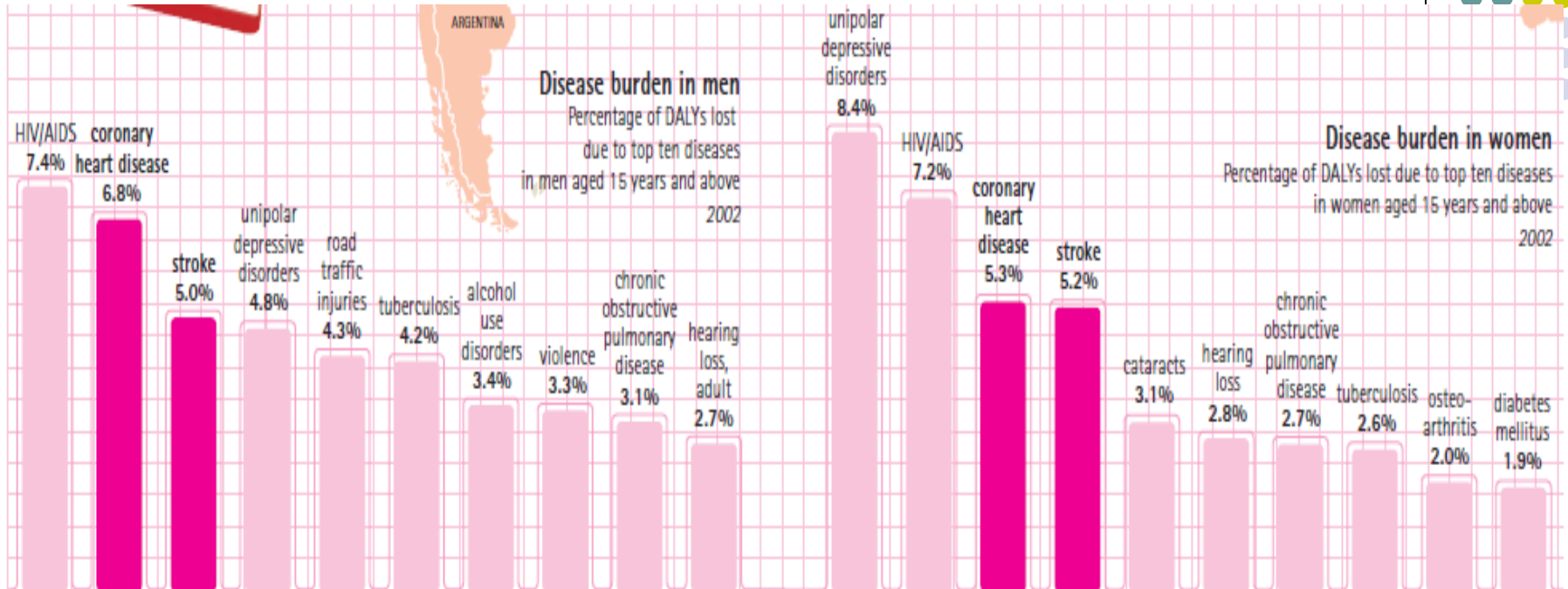


Coronary heart disease burden is projected to rise from around 47 million DALYs globally in 1990 to 82 million DALYs in 2020.

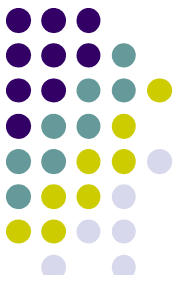
More than 60% of the global burden of coronary heart disease occurs in developing countries.



Φορτίο καρδιομεταβολικών νοσήματων-II



Σακχαρώδης διαβήτης-παράγοντας κινδύνου καρδιομεταβολικών νοσημάτων



- παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο και εγκεφαλικά επεισόδια
- Κρητική μελέτη στο Δήμο Αρχανών:
- 296/4282 (6.9%) συμμετέχοντες έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη
- Ο σακχαρώδης διαβήτης είχε μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης σε άτομα ηλικίας > 65 ετών.
- 173 άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ήταν υπέρβαρα (BMI >25 kg/m²).
- Σε 213 (72%) πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη διεγνώσθη υπέρταση και σε 65 (22%) ασθενείς διεγνώσθη καρδιαγγειακή νόσος, ενώ 53 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη είχαν ταυτόχρονα υπέρταση και καρδιαγγειακή νόσο.

Lionis C. et al. 2001 Diabetes UK. Diabetic Medicine, 18, 768±774

DM

Letters

A high prevalence of diabetes mellitus in a municipality of rural Crete, Greece

The population of Crete is of great interest because in previous epidemiological studies a very low coronary heart disease (CHD) prevalence, incidence and mortality rates have been reported [1]. Nevertheless, the morbidity and mortality rates for a rural population were assessed using data from the medical records-based information system [2] of the Cretan network of Primary Health Care (PHC) Centres. General practitioners working at the Archanes Regional Surgery have treated many people with diabetes mellitus (DM) and the initial observation on the standardized mortality rate from CHD was found to be higher in comparison with other PHC Centres within the Cretan Network. These findings prompted us to study the prevalence of DM in this well-defined population in order to examine its contribution to the increase in CHD. This letter seeks to establish the current prevalence of known diabetes in this rural area of Crete.

The study was conducted in the area of Archanes Municipality. The study population consisted of 4282 permanent inhabitants of whom 727 were aged ≥ 65 years. The diagnosis of diabetes was documented retrospectively by analysing all the computerized medical records of patients seen by doctors at the Regional Surgery since 1996. The records were reviewed in December 1999 and subjects with DM were identified. The 1985 WHO diagnostic criteria were used in the study [3], and the new criteria [4] are well known in this locality. Subjects with a verified history of diabetes were classified as known diabetic. Diabetes was also defined by the new diagnostic criteria. Only patients alive at the time of the collection of data were included. The medical records of patients with

DM were reviewed at a second stage and information concerning weight, height, hypertension and coronary artery disease was obtained. Hypertension was defined as systolic blood pressure ≥ 140 mmHg or diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg under basal conditions on three or more occasions. A diagnosis of coronary artery disease was considered when evidence from thallium scintiscan was available in the health chart of the patients with DM. Scintiscan is a standard practice for all people with symptoms and signs indicating CHD in the Archanes Regional Surgery. Body mass index (BMI) was calculated as the measured weight in kg divided by the height in metres squared (kg/m²).

Two hundred and ninety-six patients with DM were identified and represent a prevalence of 6.9%. One hundred and sixty-one were female. The differences between males and females in the different age categories were not statistically significant ($P > 0.05$). DM was more frequent in patients aged ≥ 65 years (215 subjects, prevalence 29.6%) (Table 1). Only two males and one female were found with IDDM. The prevalence of DM, after age and sex standardization with that for the European population, was estimated at 5.2%. Seventy-three (54.1%) of males and 100 (62.1%) of females with DM were overweight (BMI ≥ 25 kg/m²). The difference between males and females was statistically significant in all age groups ($P < 0.01$). In 213 patients with DM (72% of the total number), the diagnosis of hypertension was confirmed, 129 of them female ($P < 0.001$). A diagnosis of coronary artery disease was reported in 65 patients with DM (22%), 38 of them males ($P < 0.05$). Twenty-eight male patients with DM and 25 females were diagnosed as having both hypertension and coronary artery disease.

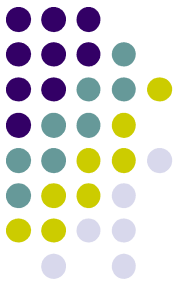
Table 1 Prevalence of diabetes mellitus per sex and age group in the studied population

Age group	Male		Female		Total	
	Number of diabetics	Prevalence %	Number of diabetics	Prevalence %	Number of diabetics	Prevalence %
0-14	0	0	2	0.4	2	0.2
15-39	2	0.3	1	0.2	3	0.2
40-64	36	5.3	40	6.1	76	5.7
65+	97	28.8	118	30.3	215	29.6
Total	135	6.3	161	7.5	296	6.9
CI*		6.25-6.34		7.45-7.54		6.87-6.92
Age-standard†		3.3		5.4		5.2
CI		2.26-3.33		5.36-5.43		5.17-5.22

*95% confidence interval.

†Age standardization to that for the European population.

Παχυσαρκία-παράγοντας κινδύνου καρδιομεταβολικών νοσημάτων



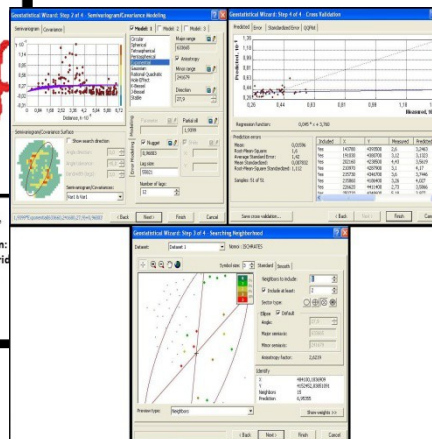
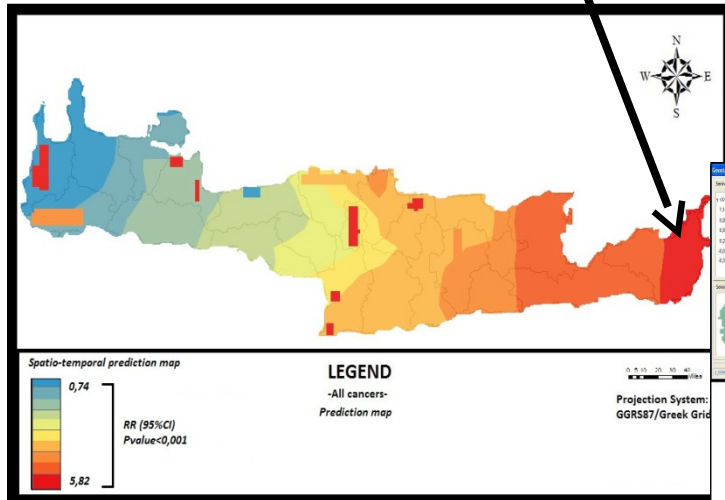
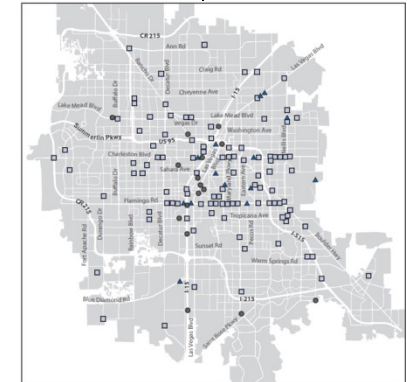
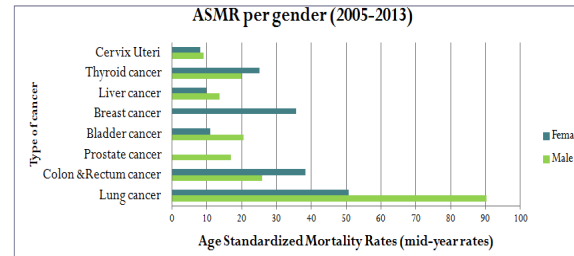
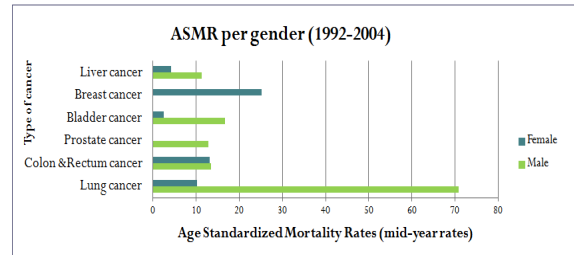
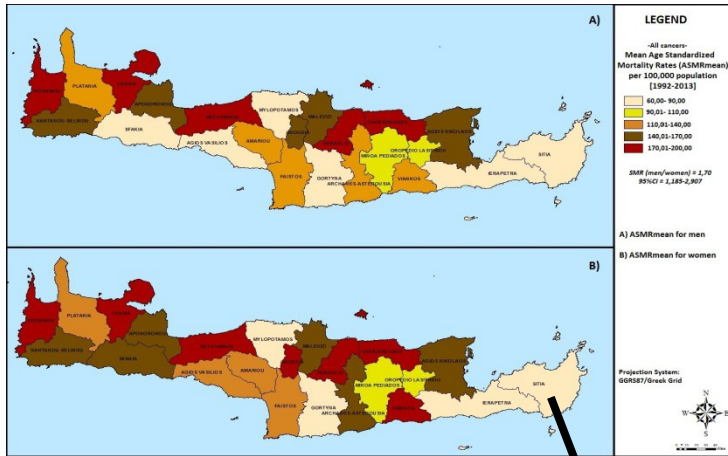
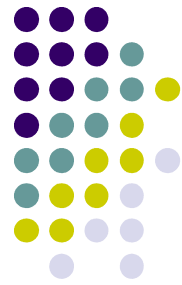
- 44,6 % των ανδρών και 61,9 % των γυναικών είχαν υπερχοληστερολαιμία ($p < 0,001$)
- Τα άτομα με υπερχοληστερολαιμία άτομα είχαν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας (43 % έναντι 25 %), υπέρτασης (76 % έναντι 57%) και διαβήτη (25 % έναντι 17 %) σε σύγκριση με τους υγιείς συμμετέχοντες ($p < 0,001$), καθώς και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ($p = 0,002$).
- Μετά την προσαρμογή για διάφορους συγχυτικούς παράγοντες, Το υψηλότερο σκορ στην κλίμακα και ο BMI συσχετίστηκαν με 13% (95 % CI 0,98 - 1,30) και 14% (95 % CI 0,99 - 1,31) υψηλότερη πιθανότητα να έχουν υπερχοληστερολαιμία

Table 1: Socio-demographic, clinical and lifestyle characteristics of the participants by cholesterol levels.

	Normal cholesterol levels (n = 536)	Hypercholesterolemia (n = 625)	p
Age (years)	74.6 ± 7.6	73.4 ± 6.2	0.004
Male gender (%)	56	39	< 0.001
Body Mass Index (kg/m ²)	27.6 ± 4.5	29.5 ± 4.9	< 0.001
Education level (yrs. of school)	6.02 ± 3.4	5.76 ± 3.0	0.183
Physical activity (%)	37.5	34.5	0.290
Current or former smoker (%)	19	10	< 0.001
MedDietScore (0–55)	33.6 ± 4.0	33.5 ± 4.0	0.812
Alcohol (> 6 gr ethanol/day,%)	46	33	< 0.001
Hypertension (%)	57	76	< 0.001
Obesity (%)	24.8	42.9	< 0.001
Diabetes (%)	17	25	< 0.001
Geriatric Depression Scale (0–15)	7.6 ± 4.4	8.7 ± 4.2	0.002
Triglycerides (mg/dL)	112.4 ± 41.2	141.7 ± 67.7	< 0.001
Fasting glucose (mg/dL)	115.8 ± 41.1	116.3 ± 41.5	0.884
Systolic blood pressure (mmHg)	139.1 ± 17.6	139.1 ± 17.1	0.979
Diastolic blood pressure (mmHg)	78.7 ± 9.4	79.9 ± 9.4	0.039

Tyrovolas et al. *Lipids in Health and Disease* 2009, 8:10

Τα πρώτα αποτελέσματα από το Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου



➤ **Πληθυσμιακές ομάδες κινδύνου:** (επιλεγμένα αποτελέσματα)

📄 **Αναλογίες:**

All cancers- 1992-2004: SMRs Άνδρες/ γυναίκες = 1,68

All cancers- 2005-2013: SMRs Άνδρες/ γυναίκες = 1,23

Καρκίνος Παχέος εντέρου- 1992-2004: SMRs Άνδρες/ γυναίκες = 1,31

Καρκίνος Παχέος εντέρου- 2004-2013: SMRs Άνδρες/ γυναίκες = 0,86 (γυν. 1,16)

📄 **RR (95%CI), pvalue<0,05:**

Αγρότες = 2, 28 (1,291-4,028)

Ενασχόληση με τουρισμό = 2,17 (1,095- 3,997)

Αγροτικές περιοχές = 2,35 (1,372-4,380)

Μυοσκελετικά νοσήματα



- Εύρος επιπολασμού μυοσκελετικών διαταραχών: 29% - 74.5% (Δεδομένα από Καναδά και Ολλανδία)

Badley EM, Webster GK, Rasooly I. *J Rheumatol* 1995; 22: 733–739.
Picavet HSJ, Schouten JSAG. *Pain* 2003; 102: 167–178.

- Ετήσιο ποσοστό ιατρικών επισκέψεων για μυοσκελετικές διαταραχές: 20%

Badley EM, Rasooly I, Webster GK. *J Rheumatol* 1994; 21: 505–514.

Αποτελέσματα μελέτης:

- 376/455 συμμετέχοντες (82.6%) αναφέρουν 1 ή περισσότερα συμπτώματα μυοσκελετικών διαταραχών το προηγούμενο έτος.
- Σημεία πόνου: χαμηλά στη μέση(56.9%), λαιμός(34.1%), ώμος(29.9%), γόνατο (27.9%). Στο 48.6% των περιπτώσεων ο πόνος συνοδεύεται από περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας.
- Στατιστικά σημαντική σχέση με την αύξηση της ηλικίας και το γυναικείο φύλο ($P < 0.05$).
- Κοινά χρόνια νοσήματα συσχετίζονται με συνοσηρότητα μυοσκελετικών διαταραχών.
- Το 1/3 των ατόμων που ανέφεραν συμπτώματα είχαν συμβουλευτεί το γιατρό τους κατά το προηγούμενο έτος

© The Author 2007. Published by Oxford University Press. All rights reserved. For permissions, please e-mail: journals.permissions@oxfordjournals.org.
doi:10.1093/fampra/cmm012 Family Practice Advance Access published on 15 May 2007

Patterns of pain and consulting behaviour in patients with musculoskeletal disorders in rural Crete, Greece

Maria Antonopoulou^{a,b}, N Antonakis^{a,c}, A Hadjipavlou^d and C Lionis^a

Antonopoulou M, Antonakis N, Hadjipavlou A and Lionis C. Patterns of pain and consulting behaviour in patients with musculoskeletal disorders in rural Crete, Greece. *Family Practice* 2007; 24: 209–216.

Background. Musculoskeletal disorders (MSDs) account as a reason for frequent consultations in primary care. However, the magnitude of the problem at the GP's clinic, the patterns of pain and the consulting behaviour has not been sufficiently explored.

Objectives. The aim of this study was to report on patterns of pain relevant to MSDs and explore the co-morbidities and consulting behaviour in rural primary care settings in Crete.

Methods. Three primary care centres (PCCs) of Crete were selected for a study period of 2 weeks. Every visitor, aged 20–75 years, regardless of the reason for visiting the facility was invited to participate. The Greek version of the general Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal disorders (NMQ) was used for data collection.

Results. A total of 455 subjects answered the NMQ. Three hundred and seventy-six (82.6%) of the study population reported having one or more symptoms during the previous year. Low back (56.9%), neck (34.1%), shoulder (29.9%) and knee (27.9%) were the commonest sites of pain. In almost half cases (48.6%), the complaints about pain were accompanied by activity restrictions. Multivariate statistical analysis showed significant correlations with increasing age and female gender ($P < 0.05$). Common chronic conditions were associated with co-morbidities from the musculoskeletal system. Only one-third of those who reported MSDs had consulted their GPs for the same problems within the previous year.

Conclusions. MSDs are highly prevalent among rural population in Crete but fewer patients seek care than those who report symptoms.

Keywords. Greece, musculoskeletal disorders, pain patterns, primary care, rural.

Introduction

Musculoskeletal disorders (MSDs) comprise a major health problem for the general population, affecting their quality of life, demanding increased health care and organization.¹ According to reports from Canada and the Netherlands,^{2,3} the prevalence of musculoskeletal problems range from 29% to 74.5%, respectively. However, the annual consultation rate by health care professionals of musculoskeletal problems is about 20%.⁴ MSDs often cause pain and significant disability, especially in the elderly population, signifying

a heavy community burden.⁵ Furthermore, working conditions correlate well with MSDs.⁶ In family practice settings, MSDs often co-exist with multiple medical conditions, addressing special care needs.⁷

In Greece, although MSDs have been considered as common reasons for patients' visits to GPs in rural areas,^{8,9} issues of pain patterns and consulting behaviour are still unexplored. This paper reports on the magnitude of musculoskeletal problems within the primary care setting with emphasis on co-morbidities and consulting behaviour and intends to discuss its implications for GPs in a southern European country.

Received 3 June 2006; Revised 3 February 2007; Accepted 18 March 2007.

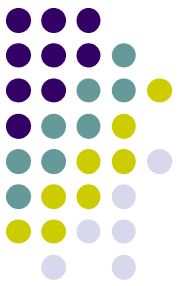
^aClinic of Social and Family Medicine, Department of Social Medicine, School of Medicine, University of Crete, Crete, Greece, ^bSpili Health Centre and ^cAnogia Health Centre, Regional Health and Welfare System of Crete, Crete, Greece and ^dDepartment of Orthopaedics and Traumatology, School of Medicine, University of Crete, Crete, Greece. Correspondence to: Maria Antonopoulou, Clinic of Social and Family Medicine, University of Crete, PO Box 2208, Heraklion 71003, Crete, Greece; Email: antonopm@uoc.gr

Παγκόσμια Έκθεση Alzheimer 2014

Μείζον ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα

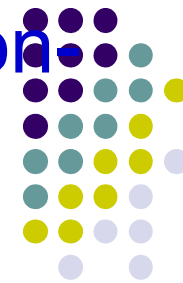
- 150.000 ασθενείς στην Ελλάδα
- 6 εκατομμύρια στην Ευρώπη
- 25 εκατομμύρια παγκοσμίως
- Ο ΣΔ αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας σε ποσοστό 50%.
- Ρύθμιση ΣΔ, υπέρτασης και διακοπή καπνίσματος συνδέονται στενά με μείωση κινδύνου εμφάνισης άνοιας.
- Άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης άνοιας σε μεγάλη ηλικία.
- Ως το 2050 εκτιμάται ότι το 71% ατόμων με άνοια θα ζουν σε χώρες μεσαίου κ' χαμηλού εισοδήματος...

Στο μέλλον, ο αριθμός και το κόστος της φροντίδας των ατόμων της μεγάλης αυτής πληθυσμιακής ομάδας που πάσχουν από άνοια θα αυξηθούν σημαντικά.



Αποτελέσματα Minimal Score Examination

Πρόγραμμα ΘΑΛΗΣ-I



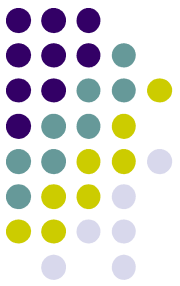
Μόνο-παραγοντική ανάλυση MMSE \leq 24 - I

Παράγοντας	MMSE \leq 24	P-value
Φύλο		<0.0001
Γυναίκα	31.9%	
Άντρας	16.7%	
Οικ. Κατάσταση		<0.0001
Ελεύθερος-η	24.4%	
Παντρεμένος-η	21.2%	
Διαζευγμένος-η	19.7%	
Χήρος-α	38.9%	
Διαμονή		<0.0001
Μένει μόνος-η	37.6%	
Με συγκατοικο-ους	22.0%	
Εκπαίδευση		<0.0001
\leq 6 έτη	29.4%	
> 6 έτη	7.6%	

Μόνο-παραγοντική ανάλυση MMSE \leq 24 - II

Παράγοντας	MMSE \leq 24	P-value
Αριθμός δωματίων		<0.0001
1-2	34.0%	
\geq 3	18.8%	
Αριθμός χρόνων παθήσεων		<0.0001
0-3	22.7%	
\geq 4	28.7%	
Δυσκολία να αποκοιμηθείτε		<0.0001
Ναι	30.6%	
Όχι	21.6%	
Δυσκολία για συνεχή ύπνο		<0.0001
Ναι	29.2%	
Όχι	21.1%	

Αποτελέσματα Minimental Score Examination- Πρόγραμμα ΘΑΛΗΣ-II



Λογιστική παλινδρόμηση πρόβλεψης κινδύνου ύπαρξης πιθανής γνωστικής διαταραχής (MMSE score ≤ 24)

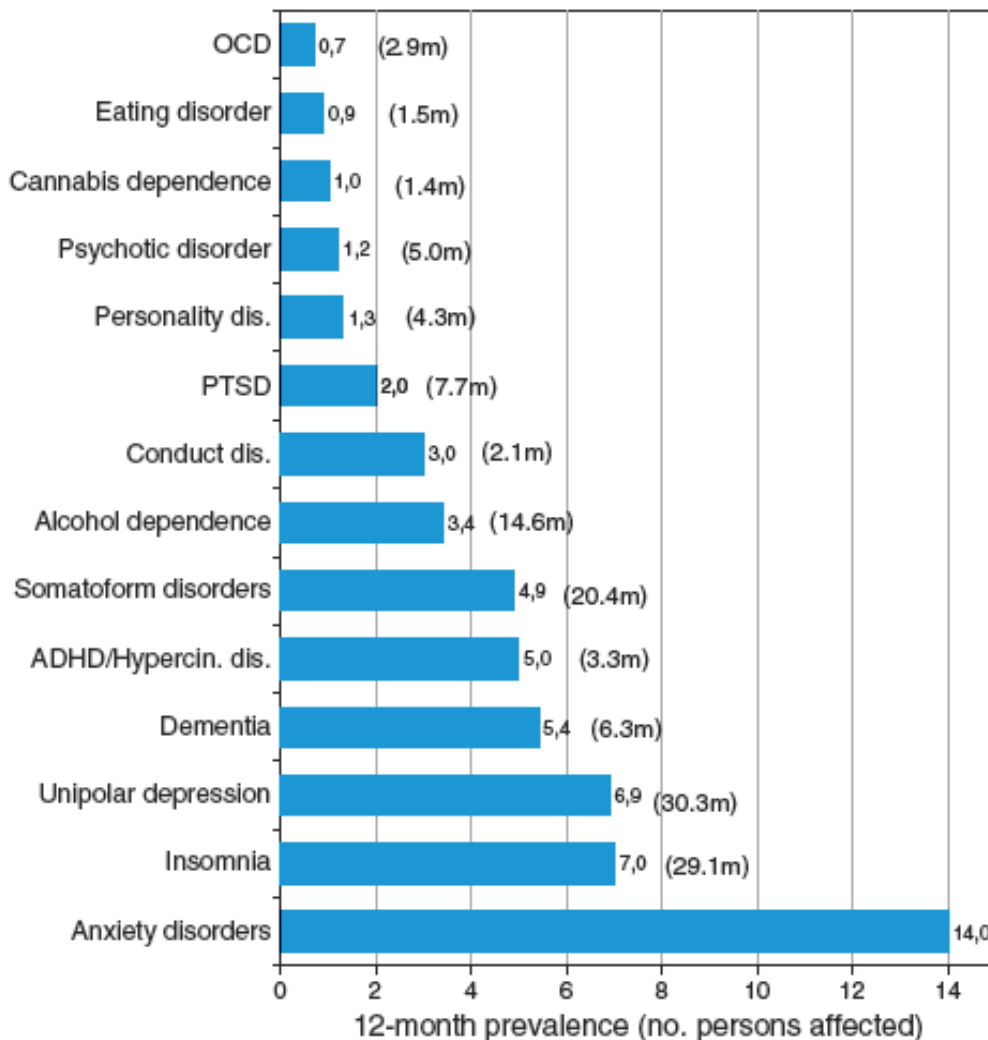
95% Confidence Interval

Παράγοντας	P-value	Odds ratio	Lower	Upper
Γυναίκα	<0.0001	2.34	1.69	3.24
Ηλικία (έτη)	<0.0001	1.10	1.08	1.12
Χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (≤ 6 έτη)	<0.0001	4.18	2.52	6.94
Καπνιστής	0.011	1.54	1.11	2.15
Καθημερινό περπάτημα >10 λεπτά	0.006	0.95	0.91	0.98
Σοβαρά προβλήματα ύπνου	0.011	1.42	1.09	1.86
Σπίτι με ≤ 2 δωμάτια	0.001	1.57	1.21	2.02
Υποκείμενος τύπου-II διαβήτη	0.025	1.39	1.04	1.85
Υποκείμενο πεπτικό έλκος-ΓΟΠ	0.008	1.72	1.15	2.57
Υποκείμενη στεφανιαία νόσος	0.042	1.43	1.01	2.02
Υποκείμενη ΧΛΠ	0.038	1.55	1.02	2.34

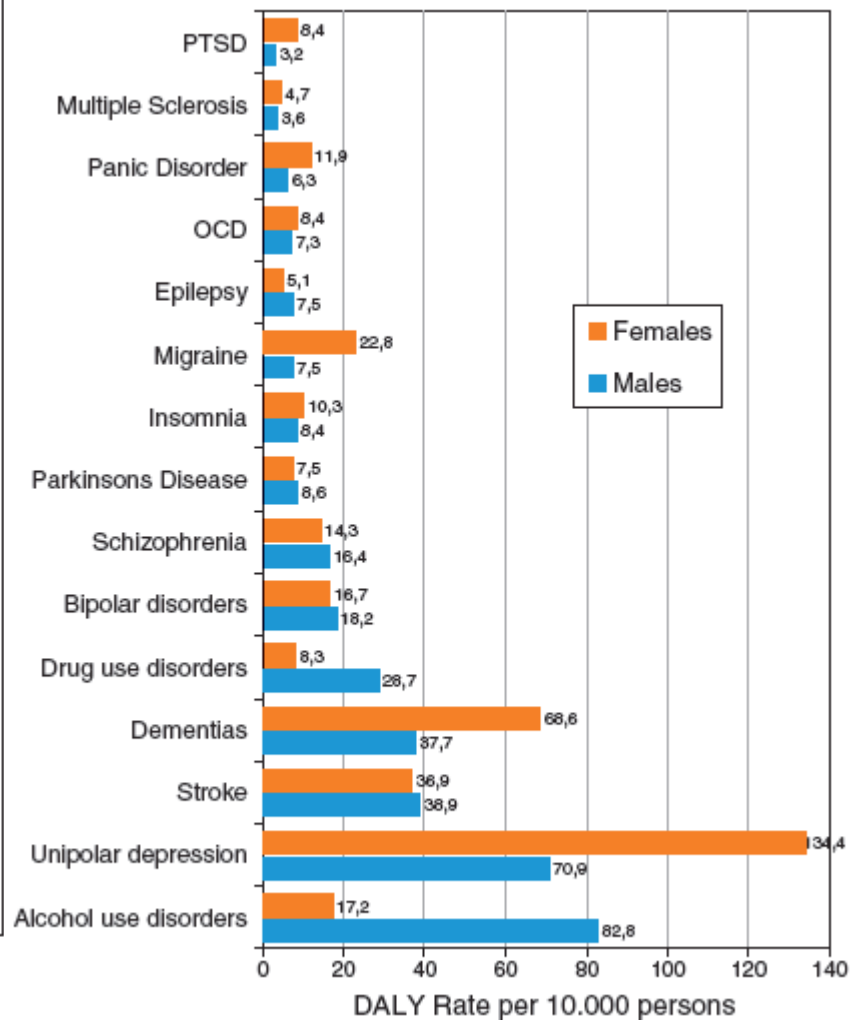
Φορτίο Ψυχικών ασθενειών



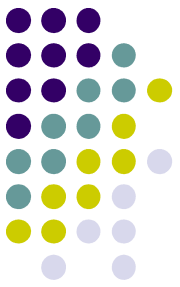
Mental Disorders by prevalence (and estimated number of persons affected in millions)



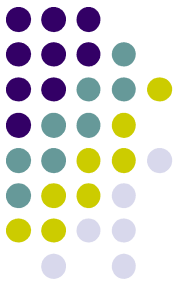
The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010



Το αυξημένο φορτίο εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες



- Ο Οργανισμός κατά των ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) από τον Οκτώβριο του 2011 μέχρι και το Δεκέμβριο του 2012 αύξησε των αριθμό των κέντρων παροχής θεραπείας αντικατάστασης με οπιοειδή κατά 132%, με το άνοιγμα 33 επιπλέον κέντρων.
- Ο αριθμός των ασθενών που λάμβαναν αυτή τη θεραπεία αυξήθηκε κατά 45%. Η λίστα αναμονής για θεραπεία μειώθηκε κατά 49% και οι χρόνοι αναμονής κατά 52% στην Αθήνα και κατά 99% στη Θεσσαλονίκη.
- Ταυτόχρονα σε συνεργασία με μη κυβερνητικούς οργανισμούς κλιμακώθηκαν τα προγράμματα χορήγησης βελόνων και σύριγγων κατά 180% αυξάνοντας το ετήσιο ποσοστό κάλυψης από 7 σύριγγες ανά άτομο το 2010 σε 45 το 2012.

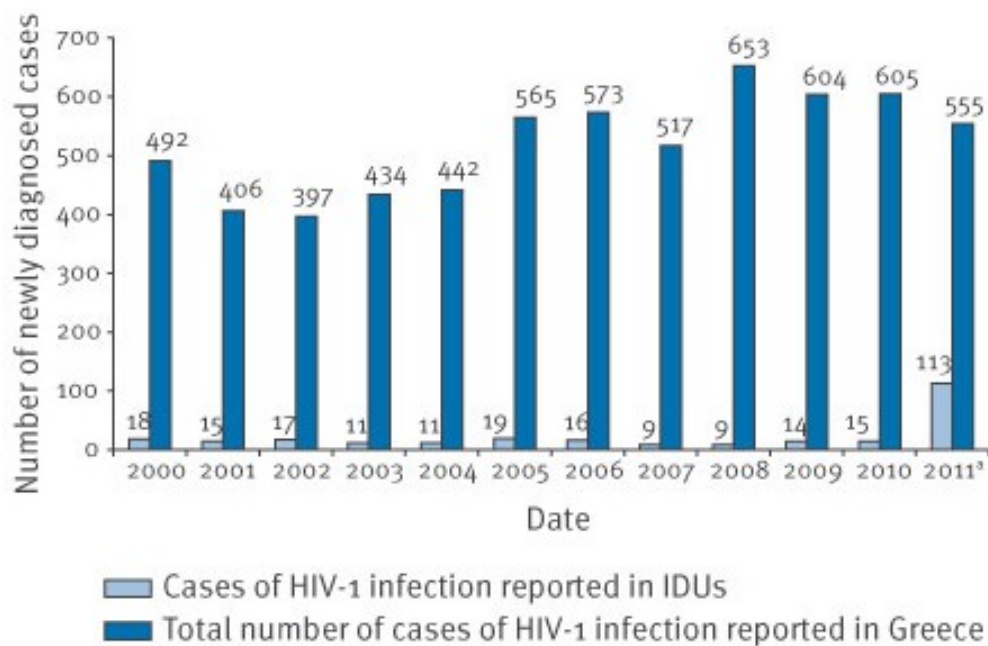


Τα μεταδοτικά νοσήματα:



FIGURE 1

Newly diagnosed cases of HIV-1 infection reported in Greece, 1 January 2000 – 31 July 2011



IDUs: injecting drug users.
^a 1 January – 31 July 2011.

RAPID COMMUNICATIONS

HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report

D Paraskevis¹, G Nikolopoulos², C Tsiara³, D Paraskeva⁴, A Antoniadou⁵, M Lazanas⁶, P Gargalianos⁶, M Psychogiou⁶, M Malliori⁷, J Kremastinou⁷, A Hatzakis (ahatzak@med.uoa.gr)⁷

1. National Retrovirus Reference Center, Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, Medical School, University of Athens, Athens, Greece
2. Hellenic Center for Diseases Control and Prevention, Athens, Greece
3. 4th Department of Internal Medicine, Athens University Medical School, Attikon Hospital, Athens, Greece
4. 3rd Department of Internal Medicine, Hellenic Red Cross Hospital, Athens, Greece
5. 1st Department of Internal Medicine, Athens General Hospital 'G. Genimatas', Athens, Greece
6. 1st Department of Medicine, Athens University Medical School, Laiko Hospital, Athens, Greece
7. Organization Against Drugs (OKANA), Athens, Greece

Citation style for this article:
 Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, Paraskeva D, Antoniadou A, Lazanas M, Gargalianos P, Psychogiou M, Malliori M, Kremastinou J, Hatzakis A. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. Euro Surveill. 2011;16(36):pii=19962. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19962>

Article published on 8 September 2011

A significant increase (more than 10-fold) in the number of newly diagnosed HIV-1 infections among injecting drug users (IDUs) was observed in Greece during the first seven months of 2011. Molecular epidemiology results revealed that a large proportion (96%) of HIV-1 sequences from IDUs sampled in 2011 fall within phylogenetic clusters suggesting high levels of transmission networking. Cases originated from diverse places outside Greece supporting the potential role of immigrant IDUs in the initiation of this outbreak.

During the first months of 2011, an unprecedented upward shift in the number of newly diagnosed cases of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection among injecting drug users (IDUs) in Greece was noticed. In order to verify the epicentre of the outbreak and to identify unusual patterns of viral transmission, enhanced surveillance and a molecular epidemiology study among IDUs were conducted. This is a brief overview of surveillance data up to 31 July 2011 and of the preliminary results of the molecular epidemiology analysis.

Epidemiological situation in Greece between 2000 and 2010

From 2000 to 2010, between 397 and 653 cases of HIV-1 infection were notified annually in Greece, with the majority of cases in men who have sex with men (MSM) (Figure 1) [1].

The newly reported cases among IDUs ranged from nine to 19 per year during 2000–2010 [2], which corresponded to approximately 1.5–4.5% of the total HIV-1 infections reported on an annual basis. A distinctive characteristic of HIV-1 transmission in Greece, compared with other southern European countries, was the unusually low number of HIV-1 infections among IDUs [2]. The low level of HIV-1 transmission in IDUs in

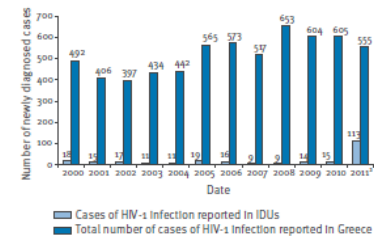
Greece was indeed unexpected given the documented sharing of needles and syringes, and the substantial prevalence of IDU-related hepatitis C infection [1].

Epidemiological situation in Greece during the first seven months of 2011

From 1 January until 31 July 2011, 555 new cases of HIV-1 infection were notified to the Hellenic Center for Diseases Control and Prevention, in the context of the mandatory HIV-1 / acquired immune deficiency syndrome (AIDS) reporting system (Figure 1).

As in the previous years, most of the cases identified this year were men (n=481; 86.7%) and homosexual contact was the predominant mode of HIV-1 transmission (n=174). Based on the total number of newly

FIGURE 1
 Newly diagnosed cases of HIV-1 infection reported in Greece, 1 January 2000 – 31 July 2011



IDUs: injecting drug users.
^a 1 January – 31 July 2011.

Ηπατίτιδα Α, Β, C



- 350 εκατομμύρια άτομα έχουν μολυνθεί από τον ιό της χρόνιας ηπατίτιδας Β (HBV)
- 125 εκατομμύρια άτομα έχουν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV),
- Ποσοστό επίπτωσης ηπατίτιδας Α στην Ελλάδα: 82%.

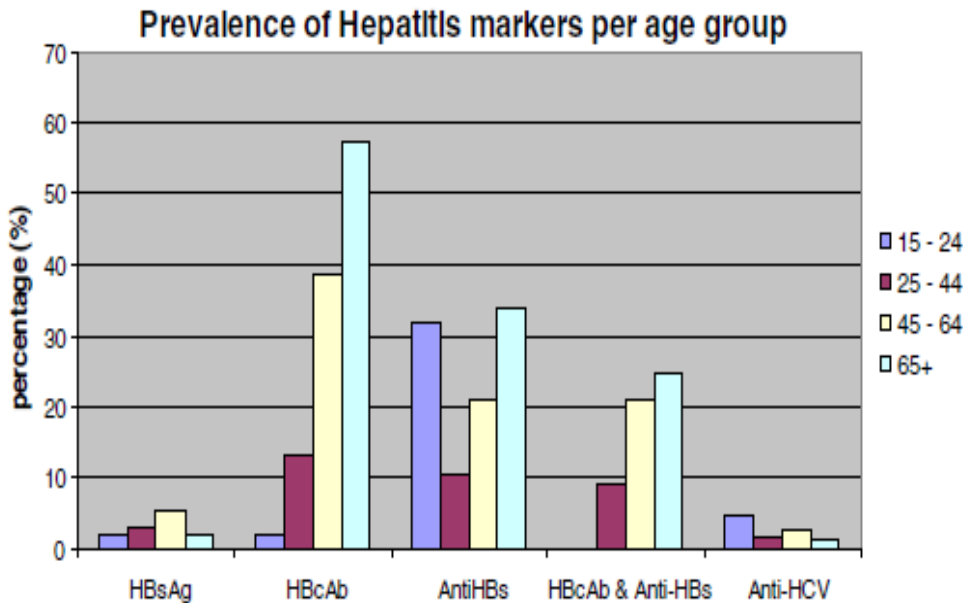


Fig. 2. Viral hepatitis' markers prevalence per age.

I. Drositis et al. / European Journal of Internal Medicine 24 (2013) 839–845



Original article
Epidemiology and molecular analysis of hepatitis A, B and C in a semi-urban and rural area of Crete

I. Drositis^{a,*}, A. Bertsiaris^b, C. Lionis^b, E. Kouroumalis^c

^a *Adjuvant of Health Centre - Metastasis General Hospital of Heraklion, Crete, Greece*
^b *Unit of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, Voutes, 711 00 Heraklion, Crete, Greece*
^c *Department of Gastroenterology and Liver Research Laboratory, University Hospital and Medical School of Crete, Voutes, 71 100 Heraklion, Crete, Greece*

ARTICLE INFO

Article history:
 Received 16 April 2013
 Received in revised form 10 June 2013
 Accepted 3 August 2013
 Available online 26 August 2013

Keywords:
 Crete
 Greece
 Viral hepatitis
 Markers
 Prevalence

ABSTRACT

Aim: An observational seroepidemiological study was carried out in a well-defined primary-care district on the island of Crete in order to determine the recent endemicity of viral hepatitis in Cretan population.
Setting and participants: The setting consisted of a semi-urban group and a remote & rural group. Serum samples were collected from 806 subjects (437 males, 49 females) aged 15 years or above. Subjects were randomly selected from the permanent population of the area that consisted of 5705 individuals. The aim was to measure the prevalence of selected viral hepatitis markers.
Result: Hepatitis B surface antigen (HBsAg) was found positive in twenty-nine individuals (3.3%). Antibodies to hepatitis B virus core antigen (HBcAb) were detected in 287 subjects (32.8%) and antibodies to hepatitis C virus (anti-HCV) were detected in nineteen subjects (2.2%). Seropositives for the semi-urban group were: 3.4%, 19.1%, 2.1% and 3.2%, 48.8%, 2.2% in remote & rural group respectively. Virtually, all subjects >45 years old were seropositive for antibodies to hepatitis A, whereas approximately 80% of those in the 15–44 age-group were found to be seropositive.
Conclusion: A threefold increase in the HBV exposure and carrier proportion was found in Cretan native-population and in rural areas compared to older studies carried out in other rural-populations of the island. It is still unknown whether the recent economic crisis or the demographic changes in Cretan-population contributed to these findings. HCV endemicity remains relatively constant, however an alteration of hepatitis C genotypes was observed. Exposure to HAV was found to be higher in remote and rural areas compared to semi-urban areas.

© 2013 European Federation of Internal Medicine. Published by Elsevier B.V. All rights reserved.

1. Introduction

Worldwide, about 350 million persons have chronic hepatitis B virus (HBV) infection, and about 125 million have been infected with hepatitis C virus (HCV), placing viral-hepatitis among the world's greatest infectious diseases [1–4]. Viral hepatitis can lead to liver cirrhosis and subsequently to liver failure and hepatocellular carcinoma. Such complications could be prevented in cases of timely diagnosis and adequate treatment provision. Therefore public health measures

aiming at prevention, early diagnosis and treatment are considered to be necessary.

In Greece a high prevalence of hepatitis A and C infection was reported certain years ago [1–4]. The prevalence of HBsAg chronic-carriers was found to be relatively high in mainland Greece compared to western European countries, while a seroepidemiological study reported Greece having the highest prevalence of hepatitis A (82%). Crete is a Greek administrative region where a relatively lower prevalence of both HBsAg chronic-carriers and hepatitis A antibodies was reported probably due to an overall improvement of sanitary conditions [1–3, 1.1, 2]. Contrary to these favorable findings, a high prevalence of hepatitis C antibodies in remote and rural populations of Crete has been published a couple of years ago [2]. An increase in the number of hospital discharges of patients suffering from liver diseases was reported in Crete over the last decades [14, 15]. A study on mortality proportion caused by malignant neoplasms reported liver cancer being the fifth most common type of cancer in Crete, being significantly higher from the national proportion [16, 17] and this finding still needs an answer. Cretan population became more heterogeneous over the last two decades mainly due to economic migration. Observations based on clinical medical records from primary-care and hospital services of the island have revealed a

Abbreviations: HAV, hepatitis A virus; anti-HAV, antibodies to hepatitis A virus antigen; HBsAg, hepatitis B surface antigen; HBcAb, antibodies to hepatitis B core-Ag; Anti-HBs, antibodies to hepatitis B surface antigen; Anti-HBc, antibodies to hepatitis B e-core antigen; HCV, hepatitis C virus; anti-HCV, antibodies to hepatitis C virus antigen; AHC, Akaloidon Health Centre.

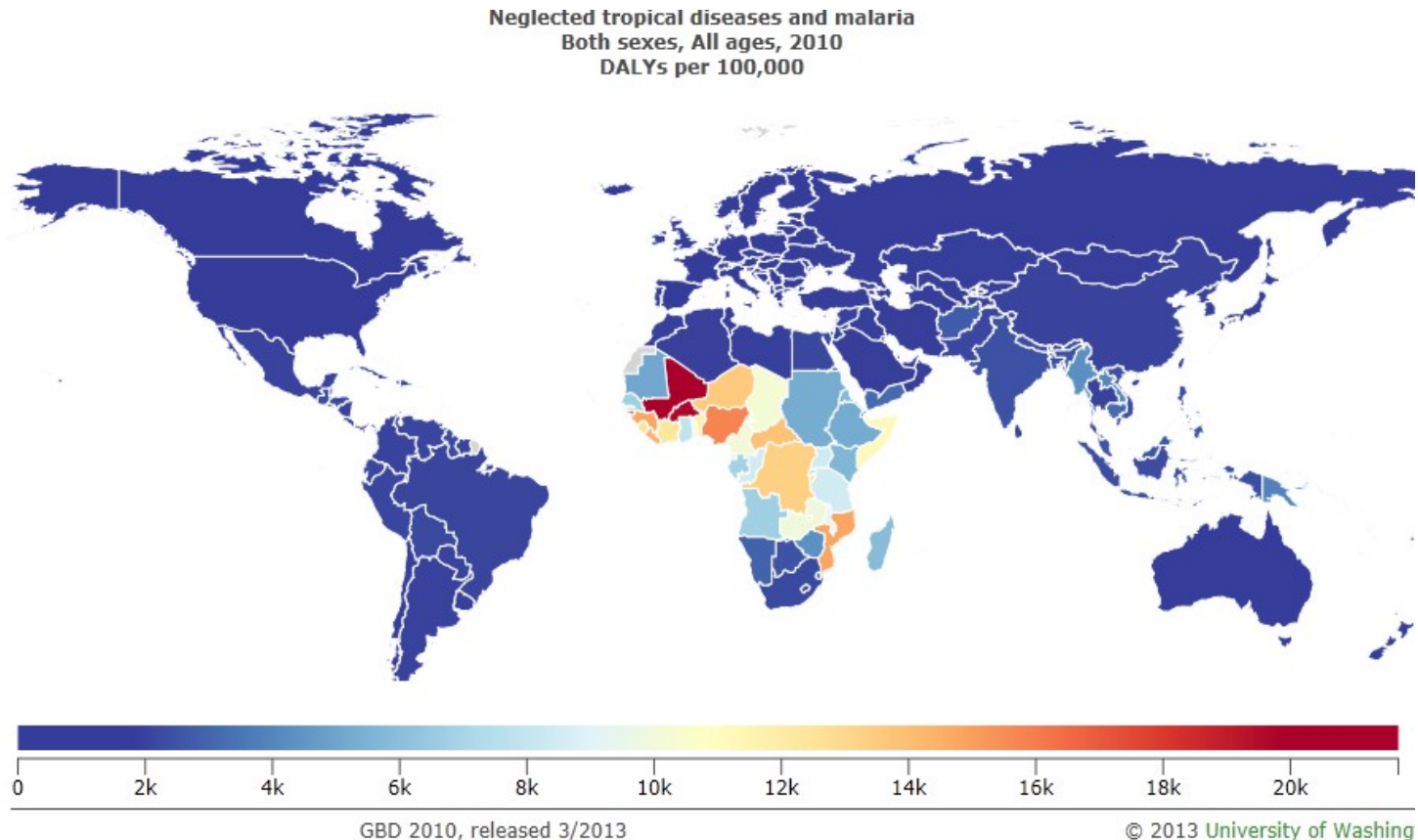
* Corresponding author at: Department of Medical Oncology, Venizelou General Hospital, Knoossos A, 71409 Heraklion-Crete, Greece. Tel.: +30 2813408158; fax: +30 2813408053.

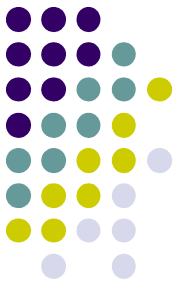
E-mail addresses: [drositis@hermail.com (I. Drositis), anonisbertsiaris@yahoo.gr (A. Bertsiaris), lionis@alios.med.uoi.gr (C. Lionis), kouroumalis@med.uoi.gr (E. Kouroumalis).

Τροπικά νοσήματα και παρασιτώσεις



- 17 ιογενείς, βακτηριακές και παρασιτικές ασθένειες που εμφανίζονται αποκλειστικά ή κυρίως σε τροπικές περιοχές. Πλήττουν κυρίως φτωχούς πληθυσμούς που ζουν σε αγροτικές περιοχές, αστικές παραγκουπόλεις και ζώνες συγκρούσεων.
- Το 50% του νοσολογικού φορτίου εντοπίζεται σε περιοχές της Αφρικής



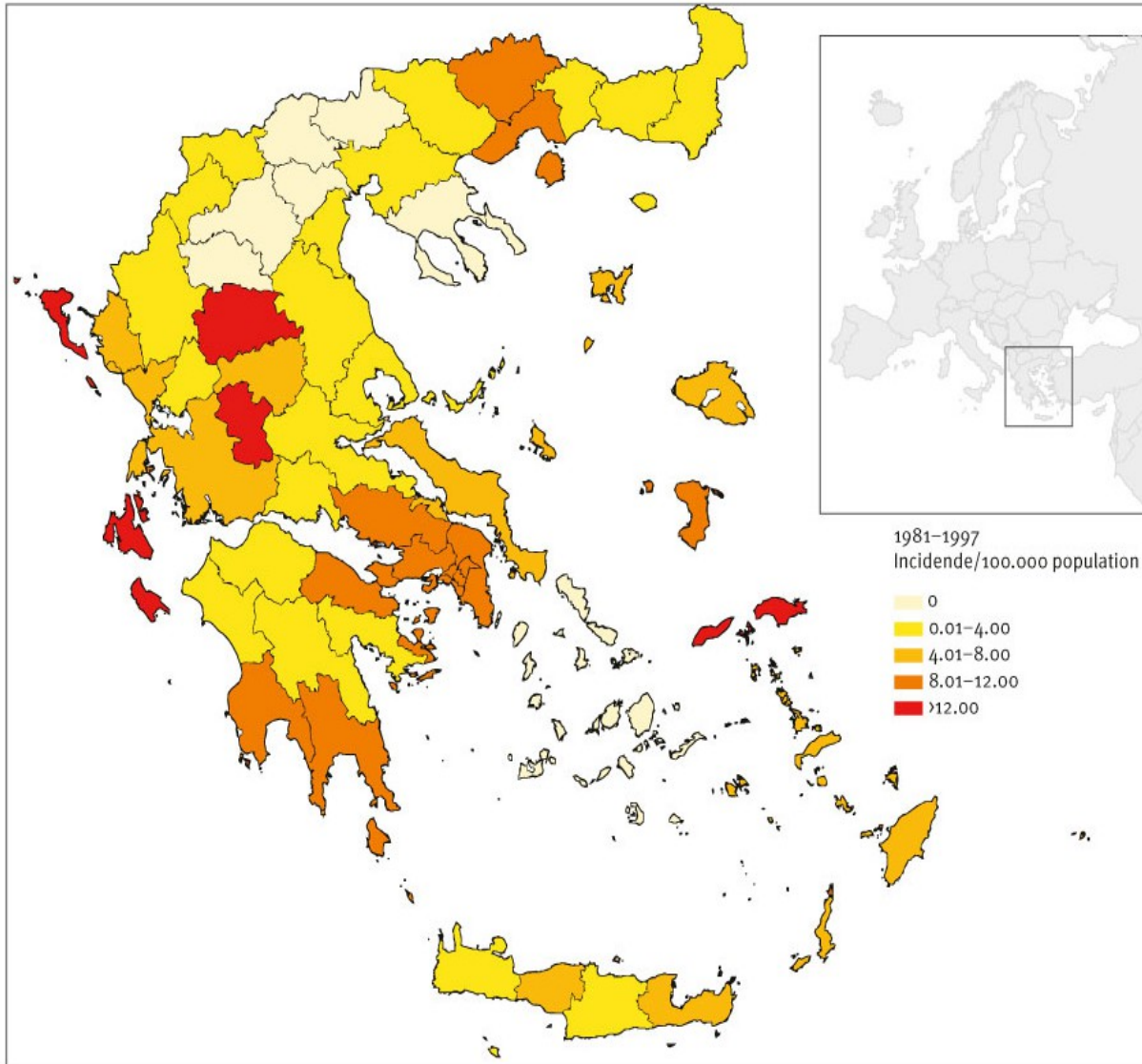


- Μείζονα προβλήματα στις υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα (αναφορά στην οργάνωση των υπηρεσιών)

Λείσμανίαση στην Ελλάδα

FIGURE 1

Laboratory-confirmed leishmaniasis cumulative incidence rate per 100,000 population by prefecture of cases' residence, Greece, 1981–1997 (n=688)



SURVEILLANCE AND OUTBREAK REPORTS

Epidemiology of human leishmaniasis in Greece, 1981–2011

K Gkolfinopoulou (gkolfinopoulou@keel.pno.gr)¹, N Bitsolas², S Patrinos¹, L Veneti¹, A Marka², G Dougas², D Pervanidou¹, M Detsis¹, E Triantafyllou¹, T Georgakopoulou¹, C Billinis³, J Kremastinou¹, C Hadjichristodoulou^{1*}

1. Department of Epidemiological Surveillance and Intervention, Hellenic Center for Disease Control and Prevention, Athens, Greece
2. Department of Hygiene and Epidemiology, Medical Faculty, University of Thessaly, Larissa, Greece
3. Department of Microbiology and Parasitology, Faculty of Veterinary Medicine, University of Thessaly, Karditsa, Greece

Citation style for this article:
Gkolfinopoulou K, Bitsolas N, Patrinos S, Veneti L, Marka A, Dougas G, Pervanidou D, Detsis M, Triantafyllou E, Georgakopoulou T, Billinis C, Kremastinou J, Hadjichristodoulou C. Epidemiology of human leishmaniasis in Greece, 1981–2011. Euro Surveill. 2013;18(7):pii=25332. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=25332>

Article submitted on 25 August 2012 / published on 18 July 2013

Leishmaniasis is endemic and mandatorily notifiable in Greece. Epidemiological surveillance data for leishmaniasis in Greece between 1981 and 2011 are presented. In 1998, the notification system began distinguishing between visceral and cutaneous leishmaniasis. The mean annual incidence of reported leishmaniasis cases between 1998 and 2011 was 0.36 per 100,000 population. Of a total 563 leishmaniasis cases reported after 1998, 523 (93%) were visceral leishmaniasis cases. Incidence of reported visceral leishmaniasis cases fluctuated during this period, generally decreasing after 2007, with a small re-increase in 2011. The mean annual incidence rate of reported visceral leishmaniasis cases was significantly higher in less than four year-olds ($p < 0.001$). Leishmaniasis cases occurred both in the country mainland and islands. Between 1998 and 2011, Attica concentrated almost half of the reported visceral leishmaniasis cases, with incidence rates in western Attica and western Athens above 12.00 per 100,000 population. Compared to visceral leishmaniasis, cutaneous leishmaniasis had a rather sporadic distribution, with many prefectures appearing free of cases. From 2004, the notification also included risk factors and of 287 cases with known immune status, 44 (15%) were immunocompromised. Moreover having a dog at home was reported by 209 of 312 leishmaniasis cases (67%), whereas 229 of 307 cases (75%) reported the presence of stray dogs near their residence. Linking clinical surveillance data with laboratory data and improving collaboration with the veterinary public health sector are some of the future challenges for leishmaniasis surveillance in Greece.

Introduction

Leishmaniasis is a vector-borne disease, caused by parasitic protozoans of the genus *Leishmania* and the disease is transmitted by phlebotomine sandflies [1]. Less common ways of infection include infected blood transfusion, congenital infection and parenteral transmission [2]. The most common forms of the disease in humans are the visceral and the cutaneous form.

Visceral leishmaniasis causes a systemic disease characterised by fever, hepatosplenomegaly, anaemia and lymph node enlargement, and may be fatal without appropriate treatment, while cutaneous leishmaniasis mainly causes skin ulcers and is considered a less severe form of the disease [3].

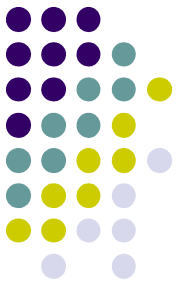
Greece is considered to be an endemic country for both forms of the disease, with visceral leishmaniasis being the predominant form, endemic in nearly all geographical areas of the country and cutaneous leishmaniasis occurring sporadically [4, 5]. *L. infantum* is the responsible species for the clinical manifestations of visceral leishmaniasis (and some cases of cutaneous leishmaniasis), while the vector species that transfer this type of parasite are *Phlebotomus neglectus*, *P. tobbi* and *P. perfiliewi* [6–9]. Anthroponotic cutaneous leishmaniasis is also present in Greece, caused by *L. tropica*, which is transmitted by *P. sergenti* [6]. Sporadic cases caused by *L. tropica* have been diagnosed both in the Greek mainland and in Greek islands [5, 10, 11].

The objective of this article is to present epidemiological surveillance data for human leishmaniasis in Greece, collected the last 30 years (1981–2011).

Methods

Leishmaniasis is a mandatory notifiable disease in Greece. The national mandatory notification system is operating since 1998 under the auspices of the Hellenic Center for Disease Control and Prevention, which is responsible for the collection, processing and analysis of epidemiological data on communicable diseases in the country. Prior to 1998, aggregated leishmaniasis data were notified directly to the Hellenic Ministry of Health via the prefectures' public health directorates of the country.

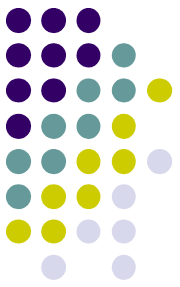
In 2003, the mandatory notification system was redesigned both in the context of harmonising the national surveillance system with the European Union (EU)



Β' Τα μείζονα προβλήματα υγείας (αναφορά στις υπηρεσίες υγείας)

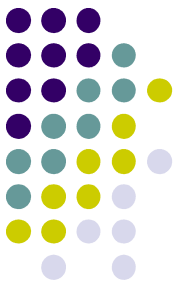
- στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας
- στο ανθρώπινο δυναμικό
- στη διασύνδεση
- στη συμμετοχή του ασθενούς

Μείζονα πρόβλημα στις υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα (αναφορά στην οργάνωση των υπηρεσιών)



- Απουσία οργανωμένων δομών υποστήριξης των υπηρεσιών ΠΦΥ και υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (ειδική αναφορά στις κοινοτικές δομές για ασθενείς με άνοια, μείζονες ψυχικές διαταραχές, καρκίνο σε τελικό στάδιο)
- Απουσία οργανωμένων υπηρεσιών στο σπίτι

Εναλλακτικές λύσεις εθελοντικού χαρακτήρα για κοινωνικά ευπαθείς ομάδες



Δίκτυα και δομές κοινωνικής αλληλεγγύης (κοινωνικά ιατρεία – φαρμακεία)

Μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών της τοπικής αυτοδιοίκησης (δημοτικά ιατρεία)

Μειονεκτήματα

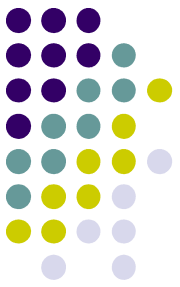
- Απουσία συστηματικής παρακολούθησης ασθενών
 - Περιορισμένες παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ
 - Ελλιπής ποιότητα και ασφάλεια
- Απουσία ολοκληρωμένων προγραμμάτων εμβολιασμών

Πηγές: Kyriopoulos II et al. Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. Int J Equity Health 2014; 13:54,

Υπουργείο Οικονομικών. Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016, Οκτώβριος 2012,

Χ. Οικονόμου. Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα- Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Μάρτιος 2012

Προβλήματα ασθενών με χρόνια νοσήματα: Μια σύνοψη των ευρημάτων

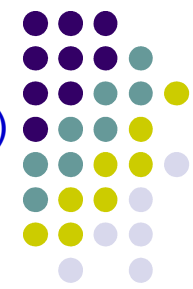


Μειώση κατά 30% των επισκέψεων σε υπηρεσίες ΠΦΥ

Μειώση κατά 50% των δαπανών για ΠΦΥ

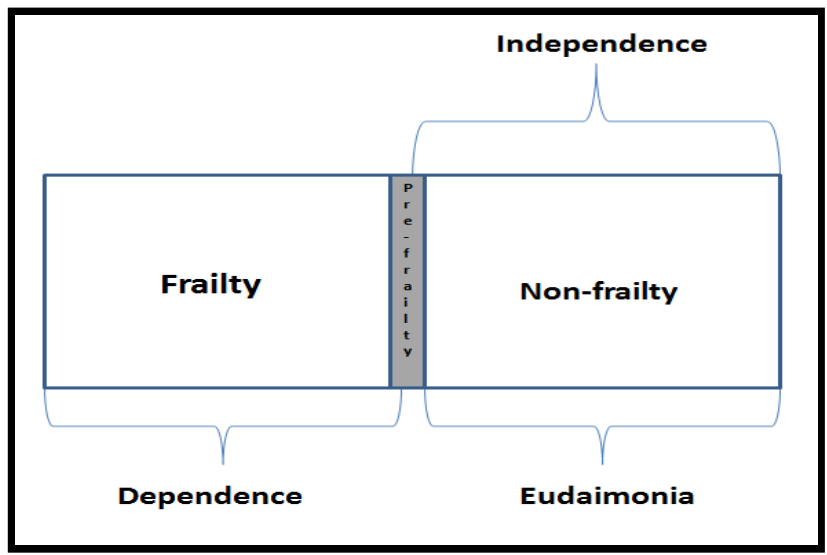
Μεγάλο ποσοστό (60%) αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες ή μεγάλες λίστες αναμονής στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας

Το 30% αξιολογούν αρνητικά τις δομές της ΠΦΥ και τις νοσοκομειακές δομές



Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης σε επιλεγμένες ομάδες «ΕΥΠΑΘΕΙΑ» (FRAILITY) Τι δεν έχουμε συζητήσει (I) **-Η ιδέα-**

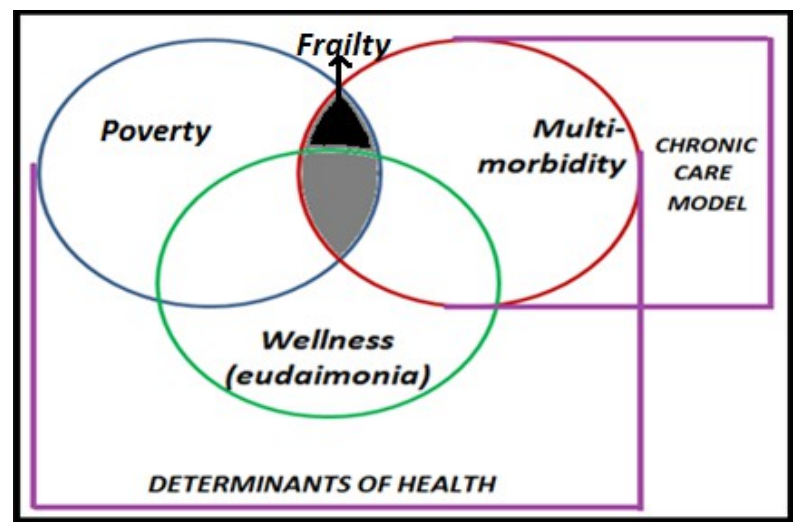
Figure 1: Συνδέοντας την Ευπάθεια με την Ευδαιμονία



Εννοιολογικός ορισμός της ΕΥΔΑΙΜΟΝΙΑΣΕ:

[Από τα μέλη της κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής κατόπιν ομόφωνης συνάντησης]

«Η δυναμική ικανότητα του ατόμου να εξελίσσεται και να προσαρμόζεται σε διαχρονικές αλλαγές και στο περιβάλλον διαβίωσης, διατηρώντας μια ισορροπία ανάμεσα στην πνευματική του ανεξαρτησία, υγεία και το εξωτερικό περιβάλλον, μέσω λογικής λήψης αποφάσεων και ερμηνείας των γεγονότων»



Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης σε επιλεγμένες ομάδες «ΕΥΠΑΘΕΙΑ» (FRAILTY) Τι δεν έχουμε συζητήσει (II)



Πίνακας 1: Περιγραφικά στοιχεία επιλεγμένων χαρακτηριστικών (ποσοτικές μεταβλητές)

Μεταβλητές	Άνδρες		Γυναίκες	
	Μέση Τιμή (Min-Max)	Τυπ. απόκλιση	Μέση Τιμή (Min-Max)	Τυπ. απόκλιση
Ηλικία	75.4 (68-83)	5.9	77.5 (67-88)	4.9
Αριθμός παιδιών	2.2 (0-3)	1.1	2.2 (0-6)	1.2
Αριθμός συνοσηροτήτων	3.7 (1-6)	1.2	77.5 (67-88)	4.9

Table 2: Ενδεικτικός πίνακας ανάλυσης παλινδρόμησης σε επιλεγμένες μεταβλητές

Διαδική παλινδρόμηση(μονοπαραγοντικό μοντέλο λόγω μικρού μεγέθους δείγματος)

Μεταβλητές	OR (95% CI)	P value
Φύλο		
Άνδρες	1	
Γυναίκες	2.2 (1.021-4.38)	0.04
Επίπεδο εκπαίδευσης*		
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	1	
Καθόλου εκπαίδευση	1.5 (1.006-3.271)	0.03
Οικογενειακή Κατάσταση		
Όχι	1	
Ελεύθερος/η	0.7 (0.302-0.927)	0.04
Διαζευγμένος/η	2.5 (1.284-4.829)	
Χήρος/α	1.5 (1.195-3.090)	

* **Parametric Bootstrapping: was applied in these variables due the interesting trends that were observed [sample = 100]**

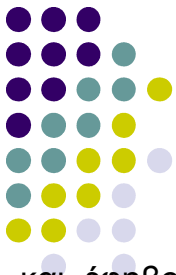
➤ Κατά τη διάρκεια των επόμενων 3 μηνών μια πιο λεπτομερής μελέτη θα ολοκληρωθεί:

✓ **Τίτλος:** Ευπάθεια, ποιότητα ζωής και ευεξία μεταξύ ατόμων χαμηλότερου εισοδήματος, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στο Δήμο Ηρακλείου

✓ **Τοποθεσία & Πληθυσμός:**
 📍 Ο Κοινωνικός χώρος στο Δ. Ηρακλείου
 📍 Περίπου 300 άτομα: 1 ενήλικας μέλος της κάθε οικογένειας που χρησιμοποιεί τις εγκαταστάσεις του Κοινωνικού χώρου (κοινωνική αγορά, κοινωνική κλινική, κοινά γεύματα κ.τ.λ)

✓ **Εργαλεία:**
 📖 Η κλίμακα ευπάθειας (frail scale)
 📖 EQ-5D 5L
 📖 WHO-5 πίνακας ευεξίας
 📖 Άλλοι παράγοντες: δημογραφικοί, κοινωνικο-οικονομικοί και παράγοντες τρόπου ζωής(ηλικία, φύλο, οικογενειακή/εκπαιδευτική/κατάσταση διαμονής, παιδιά, εισόδημα, ασφάλιση, δυσκολίες στον ύπνο, συνοσηροτήτες, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ)

- William J. Sieber, Erik J. Graessl, Kristin M. David, Theodore G. Ganiats, and Robert M. Kaplan (2008). Quality of Well-Being Self-Administered (QWB-SA) Scale. Health Services Research Center University of California, San Diego
 - http://www.dawnstudy.com/News_and_activities/Documents/WHO-5.pdf



Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην κάλυψη εμβολιασμών παιδιών ανασφάλιστων οικογενειών

Πίνακας 1: Ιστορικό κάλυψης εμβολιασμού κατά την 1η επίσκεψη παιδιών και εφήβων στην Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής
-Δεδομένα από πρόγραμμα προαγωγής υγείας (Ιανουάριος-Δεκέμβριος 2013)-

Type of Vaccinations	Vaccination coverage (Yes)							
	Doses	1st	2st	3st	4st	5st	6st	7st
	%							
DTaP	67.6	60.8	51.4	37.8	18.9	1.4	-	
Hepatitis A	16.2	6.8						
Hepatitis B	58.1	50.0	33.8	5.4				
Haemophilus influenza type B, Hib	44.6	36.5	27.0	20.3	1.4			
Meningococcal, MCC	37.8	14.9	10.8	45.9				
Varicella	21.6	2.7						
Measles-Mumps-Rubella, MMR	50.0	14.9						
Tuberculosis, BCG	27.0							
Pneumococcal, PCV	32.4	18.9	12.2	5.4	-			
HPV, Gardasil	2.4	2.4	2.4					

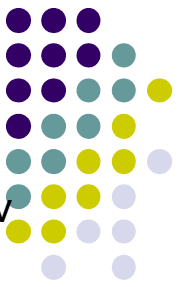
✓ **Αποτελέσματα:** 74 παιδιά και έφηβοι ανασφάλιστων Ελλήνων ή οικογενειών μεταναστών επισκέφθηκαν το δημοτικό ιατρείο ΠΦΥ του Ηρακλείου κατά τη διάρκεια της μελέτης [41 κορίτσια (55.4%), 12 βρέφη (16.2%), 24 παιδιά ηλικίας 6-11.9 years (32.4%) και 12 ηλικίας 12+ (16.2%)].

✓ Η κάλυψη εμβολιασμών ήταν ανεπαρκής και μη ολοκληρωμένη σε περισσότερα από 60% όλων των παιδιών βάσει των αναγκών τους ανά ηλικιακή ομάδα προκαλούν ανησυχία σχετικά με τον κίνδυνο μεταδοτικών νοσημάτων στον ελληνικό πληθυσμό κατά την περίοδο λιτότητας.

Κρίσιμης σημασίας η εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων προαγωγής υγείας για τις ανάγκες όλων των ανασφάλιστων οικογενειών.

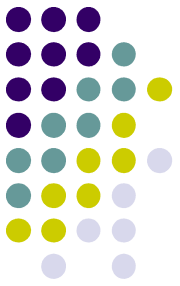
Πηγή: Papadaki E. et al. Reporting the impact of the economic crisis on vaccination coverage: experiences gained from the vaccination programme on children from families without health care coverage. 2013

Δομές για ασθενείς με άνοια



- Απουσία συστηματικής χαρτογράφησης του δικτύου των λίγων διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής μέριμνας για ασθενείς με άνοια
- Περίπου 20 ειδικά ιατρεία μνήμης λειτουργούν στα πλαίσια Νευρολογικών και Ψυχιατρικών τμημάτων Γενικών Νοσοκομείων κυρίως στην Αθήνα, στη Θεσσαλονίκη και σε λίγες μεγάλες πόλεις (Πάτρα, Αλεξανδρούπολη, Ιωάννινα).
- Ψυχογηριατρικές Κλινικές λειτουργούν σε Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων στην Αθήνα, στην Πέτρα Ολύμπου, στη Θεσσαλονίκη, στη Κέρκυρα και στην Τρίπολη
- Μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί- Εταιρείες για τη Νόσο Alzheimer
- 13 Κέντρα Ημέρας του προγράμματος Ψυχαργώς υπό την ευθύνη των Οργανώσεων Alzheimer της Ελλάδας
- Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων), Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η) καθώς και οι υπηρεσίες «Βοήθεια στο Σπίτι»
- Υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων παρέχονται από το Κράτος, από Οργανισμούς Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα και Ιδιωτικούς Οργανισμούς Κερδοσκοπικού χαρακτήρα

Δομές για ασθενείς με ψυχικές διαταραχές



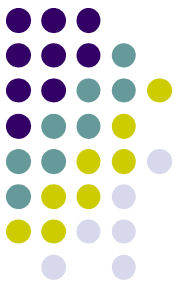
- Υψηλά επίπεδα αποϊδρυματοποίησης χωρίς υποστηρικτικές υπηρεσίες αντικατάστασης στο νοσοκομείο ή στην κοινότητα
- Απουσία κρατικών ενισχύσεων άτομα με ψυχικές διαταραχές
- Φτωχή ολοκληρωμένη κοινοτικής φροντίδας και κοινοτικές υποδομές
- Η έλλειψη υποδομών και προσωπικού (2,2 ψυχιατρικοί νοσηλευτές ανά 100.000 ασθενείς)
- Φτωχή διαθεσιμότητα ξενώνων
- Απουσία ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα
- Έλλειψη στη συνέχεια της περίθαλψης μεταξύ εισαγωγών στο νοσοκομείο και των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Δομές για ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου



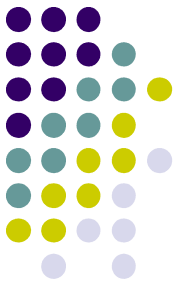
- Έλλειψη δικτύου υποστήριξης από ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς
- Απουσία ξενώνων νοσηλευτικής φροντίδας και ανακουφιστικής αγωγής ασθενών τελικού σταδίου εκτός νοσοκομείου
- Ιατρεία Πόνου που λειτουργούν σε εθελοντική βάση
- Στα περισσότερα κέντρα πόνου (λειτουργούν 45 σε νοσοκομεία της χώρας χωρίς να είναι θεσμοθετημένα), δεν υπάρχει η ομάδα των ειδικοτήτων (ψυχολόγος, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσικοθεραπευτές, ψυχίατροι) και αντιμετωπίζεται ένα μικρό μόνο μέρος των αναγκών των ασθενών
- Απουσία δικτύου υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας

Μείζονα προβλήματα στις υπηρεσίες υγείας (αναφορά στο ανθρώπινο δυναμικό)



- Αναφορά στον προσωπικό/οικογενειακό ιατρό και στην εκπαίδευση του
- Αναφορά στους επαγγελματίες υγείας
- Αναφορά στους φροντιστές και στα μέλη της οικογένειας στη φροντίδα των χρόνιων νοσημάτων
- Αναφορά στους ΜΚΟ και εθελοντικές οργανώσεις

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και της νοσηλεύτριας/ή



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

A nurse Pap test provider increases income for your practice via the introduction of MBS item numbers specific to nurses undertaking Pap tests.

Saved GP time

A nurse Pap test provider reduces the GP's workload, allowing GPs to see more patients.

Increased choice for women

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.

Increased reach

Nurse Pap test providers are more likely to see women who are underscreened, as well as more women over the age of 50, compared to other practitioners.



- Ο παραμελημένος ρόλος της νοσηλεύτριας /ή στην ΠΦΥ
- Η απουσία εξειδίκευσης της στην ΠΦΥ
- Τι λένε οι μελέτες του Πανεπιστημίου Κρήτης
- Μπορούμε να εξετάσουμε την εκπαίδευση και την εμπλοκή της στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας

ORIGINAL RESEARCH

Are health education meetings effective in recruiting women in cervical screening programmes? An innovative and inexpensive intervention from the island of Crete

V Vivilaki¹, A Romanidou¹, PN Theodorakis², C Lionis³

¹Spili Health Centre, Regional Health and Welfare System of Crete, Greece

²Department of Social Medicine, School of Medicine, University of Crete, Greece

³Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, Greece

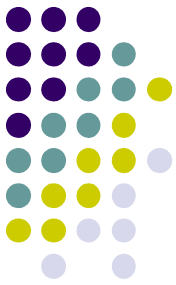
Methods: At a centre for the elderly, 16 women participated in an educational discussion meeting organised to promote cervical screening. The women who participated in the discussion meeting were invited to organise a group visit to a rural primary healthcare centre, in order to be screened as a team during the following 15 days. The theoretical model underpinning the development of this intervention was based on the 'social learning theory'. Emphasis was placed up individual and social responsibility regarding cervical cancer.

Results: A total number of 48 women (average age 62 years) including all those who participated in the educational discussion meeting, visited the Spili Health Center, Crete, 15 days after the discussion meeting. The main finding was the high compliance rate of the women who participated in the educational discussion meeting, resulting in recruiting all the initial participants. Moreover, the lay women who participated in the small group discussion meeting, in the capacity of key messengers convinced an additional 32 women to participate in a screening program for cervical cancer as members of a team, rather than individually. The majority (52.1%, n = 25 out of 48) of the women had not been previously screened for cervical cancer.

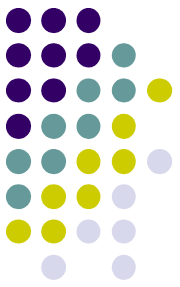
Conclusions: Health education is an important factor in the process of health promotion, and health professionals should consider the dynamics of a specific group in order to carry out their work effectively. Awareness of the special characteristics of an individual as a member of a defined group can contribute to increasing the motivation for participation in health programs as a member of that group. It is suggested that more educational programs take place in rural Crete in order to augment the compliance rate of women in cervical screening programs.

Key words: cervical cancer screening, community, discussion meeting, health education, women's health.

Η στρατολόγηση των γυναικών και ο ρόλος της Μαίας



Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας στην ολοκληρωμένη ΠΦΥ



Family Practice 2011; 28:589–591
doi:10.1093/fampra/cm110

© The Author 2011. Published by Oxford University Press. All rights reserved.
For permissions, please e-mail: journals.permissions@oup.com.

Early detection of colorectal cancer: barriers to screening in the primary care setting

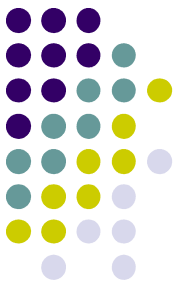
Christos Lionis* and Elena Petelos

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

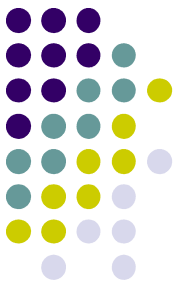
*Correspondence to Christos Lionis; E-mail: lionis@med.uoc.gr

- Μια άλλη ξεχασμένη δοκιμασία, ενώ ο καρκίνος είναι σε αυξητική πορεία.
- Δε φαίνεται να αποτελεί δραστηριότητα του ιατρού γενικής ιατρικής και ΠΦΥ και δεν έχει συζητηθεί η υποχρέωση μέσω συμβολαίου.
- Θα μπορούσε να εμπλακεί η νοσηλεύτρια;
- Έχει ρόλο η μαία στην περίπτωση του προγράμματος διαλογής για τον καρκίνο του τραχήλου;

Μείζονα στα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας (αναφορά στη διασύνδεση)



- Αναφορά στη λειτουργία της ομάδας υγείας και τη διασύνδεση της με τις υφιστάμενες κοινοτικές δομές (δήμος, εκκλησία, περιφέρεια, ιδιωτικοί φορείς)
- Αναφορά στη διασύνδεση των υπηρεσιών ΠΦΥ με τις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές)
- Αναφορά στη διασύνδεση με τις εξειδικευμένες δομές



Απεμπλοκή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από το Νοσοκομείο

Διοικητικές ρυθμίσεις

Νέο οργανωτικό πλαίσιο που βασίζεται στην ολοκληρωμένη ΠΦΥ

Τεχνολογία προσιτή, φτηνή και αξιόπιστη

Νέους κανόνες λειτουργίας που παραπέμπουν σε καινούργιες έννοιες και αποτελεσματικές πρακτικές

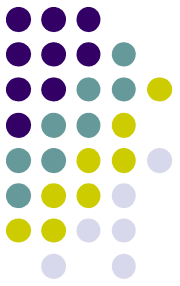
Εισαγωγή κανόνων ελέγχου και διαχείρισης της ποιότητας των υπηρεσιών

Νέο σύστημα αμοιβών των επαγγελματιών υγείας βασισμένο σε συμβόλαια

Καθιέρωση ενός συστήματος υποστήριξης της ανάλυσης και λήψης της κλινικής απόφασης

Συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού

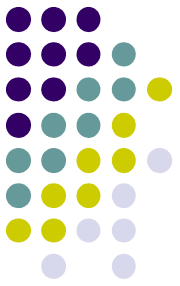
Μείζονα προβλήματα στις υπηρεσίες υγείας (αναφορά στη συμμετοχή του ασθενούς)



- Η συμμετοχή του ασθενούς
- Στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ και στην ανάπτυξη μέτρων ελέγχου της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας)
- Στην αξιολόγηση της απόδοσης των προσωπικών/οικογενειακών ιατρών
- Στην αξιολόγηση της εκπαίδευσης τους και στο σχεδιασμό της έρευνας και στην αξιολόγηση της.



Η συμμετοχή του ασθενούς και ο ρόλος της εκπαίδευσης του



Methods: Structured questionnaire-40 families in Asites in Crete.

Main findings 557 medications were stored total value of 8954 €
A household survey on the extent of home medication storage. A cross-sectional study from rural Crete, Greece

1540 € for OTC.
Mean quantity of medication, 8.5 (1.26) and 2.9 (2.0) were OTC. *Lionis EJGP (accepted)*

Cardiovascular medications: 56% of chronic use; analgesics: 24% and antibiotics 17% of the OTC.

Exchange of medicine was high: 95%

Beliefs: 1.the more expensive the medication is, the more effective it is: 60% and 2. over the counter medications were safe just because they were easily available were observed 87.5%.

Η επένδυση στην εκπαίδευση τους ασθενούς και στην αυτοφροντίδα

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

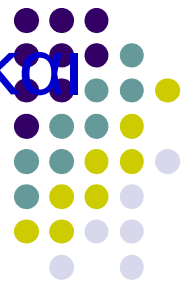
Background: Long-term conditions pose major challenges for healthcare systems. Optimizing self-management of people with long-term conditions is an important strategy to improve quality of life, health outcomes, patient experiences in healthcare, and the sustainability of healthcare systems. Much research 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.

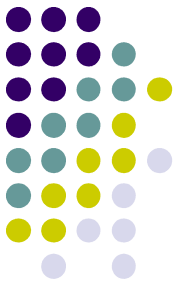
Discussion: This study will provide insight into determinants of self-management and quality of life in individuals with diabetes, focusing on the role of social networks and community organisations.

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

- Ο ρόλος της θεωρίας και της συστημικής προσέγγισης
- Η ένταξη του θέματος στην προπτυχιακή και επαγγελματική εκπαίδευση
- Τα δάνεια από τις επιστήμες της συμπεριφοράς και τις κοινωνικές επιστήμες



Πηγή: Koetsenruijter et al., Health Qual Life Outcomes 2014



Τα μείζονα θέματα και προβλήματα στις υπηρεσίες υγείας και στην ποιότητα τους

Υφιστάμενη εικόνα-Γενικά



Απουσία ολοκληρωμένων προτάσεων για την παροχή επαρκών υπηρεσιών προς τους μη ασφαλισμένους.

Απουσία σοβαρής εκτίμησης του φθηνού αλλά απαραίτητου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Απουσία πρωτοκόλλων και οδηγιών για τη φροντίδα των φτωχών και άστεγων.

Απουσία μαθημάτων και παρεμβάσεων, σε προπτυχιακό επίπεδο των Σχολών Επιστημών Υγείας, σχετικών με τη φροντίδα υγείας των φτωχών και τη συμπονετική φροντίδα.

Επικράτηση του φαινομένου της «αντίστροφης» υποκατάστασης (αυξημένη χρήση νοσοκομειακής περίθαλψης και συρρίκνωση των υπηρεσιών ΠΦΥ), με αποτέλεσμα μια μικρή σε όγκο και εύρος υπηρεσιών, χαμηλή σε ποιότητα και μη ανταγωνιστική ΠΦΥ.

Εφαρμογή της λογικής της «ελάχιστης εγγύησης» με στόχο τη δημιουργία ενός ιδιωτικού ασφαλιστικού συστήματος για την εξυπηρέτηση των μεσαίων κοινωνικών στρωμάτων.

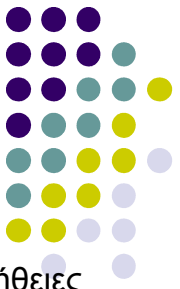
Παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ σε μεγάλο βαθμό από Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς.

Πηγές: Brenda J. Proffitt Workplace Violence: Prevention & Intervention Guidelines for Homeless Services Providers. Health Care for the homeless clinician's network, 2011,

Lionis C., Shea S., Markaki A. Introducing and implementing a compassionate care elective for medical students in Crete. Journal of holistic healthcare 2011; Volume 8 Issue,

http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/H%20ΠΦΥ%20ως%20πύλη%20εισόδου.pdf

Υφιστάμενη κατάσταση σχετικά με την ποιότητα φροντίδας των ασθενών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας



Δυσλειτουργική εφαρμογή ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και αυξανόμενες ελλείψεις σε φάρμακα και προμήθειες ιατρικού εξοπλισμού (**Επιπτώσεις στη διαθεσιμότητα χρόνου και πόρων**)

Αυξημένη χρήση ήδη επιβεβαρωμένων δημόσιων υπηρεσιών υγείας έναντι ιδιωτικών λόγω οικονομικής κρίσης (**Επιπτώσεις στη χρήση υπηρεσιών υγείας**)

Αύξηση διαταραχών ψυχικής υγείας και κλιμάκωση του κόστους διάγνωσης τους (**Επιπτώσεις στη νοσηρότητα**)

Τάση μη αναζήτησης υπηρεσιών προληπτικής φροντίδα, με αύξηση του κινδύνου νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας. (**Επιπτώσεις στη χρήση υπηρεσιών πρόληψης**)

Αυξημένος κίνδυνος μετάδοσης ασθενειών που συνδέονται με τη φτώχεια λόγω περιορισμένων διαθέσιμων πόρων για τη διαχείρισή τους. (**Επιπτώσεις στην υγεία ευάλωτων ομάδων πληθυσμού**)

Παρακολούθηση πολλαπλής νοσηρότητας με φθινό διαγνωστικό εξοπλισμό με βάση την ισορροπία μεταξύ κόστους και αποτελεσματικότητας. (**Επιπτώσεις στην χρήση φθηνής τεχνολογίας**)

Μείωση έρευνας λόγω περιορισμένων οικονομικών πόρων στην οικογενειακή πρακτική και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. (**Επιπτώσεις στην επιστημονική έρευνα**)

Προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ και ενδοοικογενειακής βίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη λόγω απώλειας εισοδήματος. (**Επιπτώσεις στην «Μικρο-κοινωνική» συνοχή**)

Συνέπειες Οικονομικής Κρίσης στη χώρα μας: Μια

σύνοψη των ευρημάτων

Διεύρυνση κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία με:

- δυσκολίες προσβασιμότητας και πρώτης επαφής

-



καθυστέρηση της διάγνωσης ή της

θεραπείας

Πηγή: Kyriopoulos II et al. Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. Int J Equity Health 2014; 13:54

Αύξηση κόστους στις υπηρεσίες υγείας λόγω περιστατικών πολλαπλής νοσηρότητας και ευάλωτης

Πηγή: F. Salem. Characterizing Health among homeless adults. University of California, Phd dissertation, 2013

Επιβάρυνση Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ιδιαίτερα των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)

Πηγή: Hahn, J. et al. Brief Report: the aging of the homeless population: fourteen-year trends in San Francisco. Journal of General Internal Medicine 2006; 21: 775-778.

Laura S Sadowski et al. Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial. JAMA 2009; 301: 1771-8.

Οικονομική επιβάρυνση νοικοκυριών λόγω αύξησης των ιδιωτικών δαπανών σε διαγνωστικές εξετάσεις και φάρμακα

Πηγές: <http://www.ygeianet.gr/box/cal/39001.pdf>,

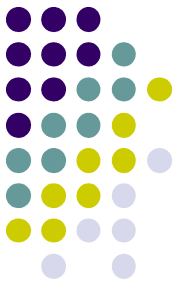
<http://www.ygeionomikoi.gr/menu-epikairota/menu-epik-ygeia/3376-kanoun-party-oi-idiwtes-me-tis-diagnwstikes-eksetaseis>,

OECD Health Statistics 2014 How does Greece compare? (

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GREECE-2014.pdf>),

Γ. Βογιατζής "Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί έτη 2008-2013", (προσωπική αλληλογραφία)

Αύξηση ανασφάλιστου πληθυσμού σε 3 εκατομμύρια σύμφωνα με εκτιμήσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.



Πώς αξιολογείται διεθνώς η ποιότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ στη χώρα μας;



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

Country	Percentage of indicators (including subquestions with available data, by dimension and country)								
	Primary care governance (n= 16)	Economic conditions of primary care (n= 10)	Primary care workforce development (n= 17)	Mean %	Access to primary care (n= 19)	Continuity of primary care (n= 12)	Coordination of primary care (n= 9)	Comprehensiveness of primary care (n= 10)	Mean %
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	—

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.

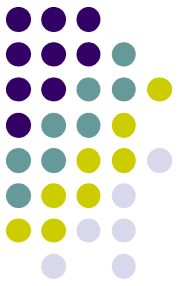
Note: Scores between 0.11–0.72 were considered as a low level of patient-perceived improvement potential. Scores between 0.73–1.34 were considered as a medium level of patient-perceived improvement potential. Scores between 1.35–1.95 were considered as a high level of patient-perceived improvement potential.

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

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ευρώπη – Το QUALICOPC 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**

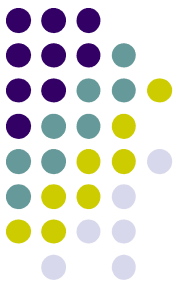
Εστίαση στον ασθενή- είναι αυτό που λείπει;



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.»

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

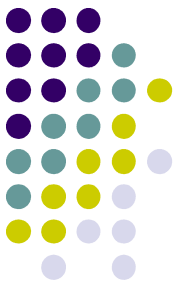


Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ:

- ✓ Το ανθρώπινο δυναμικό κύρια η εκπαίδευση του
- ✓ Τα εργαλεία στη διάγνωση και τη θεραπεία-ιδιαίτερη αναφορά στην τεχνολογία
- ✓ Η υποστήριξη εφαρμογής της υφιστάμενης γνώσης μέσω ανάπτυξης κλινικών πρωτοκόλλων
- ✓ Ο έλεγχος και η αξιολόγηση της ποιότητας των

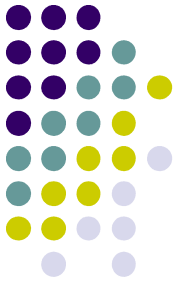
υπηρεσιών υγείας
Βελτίωση της ποιότητας στην ΠΦΥ

- ✓ Η ανάπτυξη εμπειρικής έρευνας και η ενσωμάτωση της στην καθημερινή πρακτική



Γ' Στην κατεύθυνση ενός καινούριου
υποδείγματος-
Η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα

Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα(I)



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 physiatrist, 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 department 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



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"; Cassell's transcriptions of clinical encounters, which provided an empirical basis for understanding the doctor-patient relationship²; 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

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-

- 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-ορισμοί

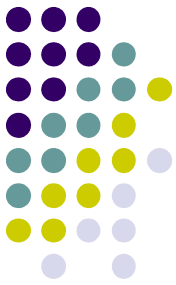


Table 3. Definitions of patient-centered care

Picker Institute (Undated; Gerteis et al., 1993)	Commonwealth Fund (Davis et al., 2005)	Institute for Family-Centered Care (Undated [a])
<p>Respect for patients' values, preferences, and expressed needs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information, communication, and education • Emotional support and alleviation of fear and anxiety • Involvement of family and friends • Continuity and transition • Physical comfort • Coordination and integration of care • Access to care 	<p>Superb access to care</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient engagement in care • Information systems supporting high-quality care, practice-based learning, and quality improvement • Care coordination • Integrated, comprehensive care, and smooth information transfer across team of providers • Ongoing feedback to practice • Publicly available information on practices 	<p>Dignity and respect. Health care practitioners listen to and honor patient and family perspectives and choices. Patient and family knowledge, values, beliefs, and cultural backgrounds are incorporated into the planning and delivery of care.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information sharing. Health care practitioners communicate and share complete and unbiased information with patients and families in ways that are affirming and useful. Patients and families receive timely, complete, and accurate information in order to participate effectively in care and decisionmaking. • Participation. Patients and families are encouraged and supported in participating in care and decisionmaking at the level they choose. • Collaboration. Patients, families, health care practitioners, and health care leaders collaborate in policy and program development, implementation, and evaluation; in facility design; and in professional education, as well as in the delivery of care.

Engaging Patients and Families in the Medical Home

Prepared for:
Agency for Healthcare Research and Quality
U.S. Department of Health and Human Services
540 Gauthier Road
Rockville, MD 20850
www.ahrq.gov

Contract Number:
HHS.A2902009000191 TO2

Submitted by:
Mathematica Policy Research
600 Maryland Avenue, SW
Suite 550
Washington, DC 20024-2512

Authors:
Sarah Hudson Scholle
Phyllis Terda
Deborah Peikes
Esther Han
Jaunce Genevro

AHRQ Publication No. 10-0083-EF
June 2010

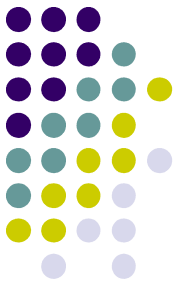


HEALTHY PEOPLE 2020 PREVENTION, CARE, MANAGEMENT

Source : M. Gerteis, S. Edgman-Levitan, J. Daley, T. Delbanco. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass; 1993

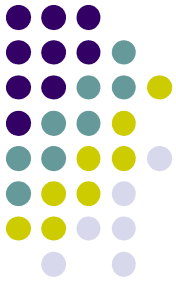
Davis K, Schoenbaum S, Audet A. A 2020 vision of patient-centred primary care. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 953-957

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 καθιέρωση του θεσμού του προσωπικού/οικογενειακού ιατρού μέσω συμβολαίων και η καθιέρωση μιας ελάχιστης δέσμης υπηρεσιών

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΑΡΓΕΚ

Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας Μια πρόταση για την άρση του αδιέξοδου

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο όλων των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία 20 χρόνια. Ενώ όμως όλο αυτό το διάστημα, σε επίπεδο επιστημονικού διαλόγου, διατυπώθηκαν σχέδια και προτάσεις που θα μπορούσαν να προσδώσουν στο σύστημα τα χαρακτηριστικά τα οποία θα επέτρεπαν την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών, σε επίπεδο πολιτικής πρακτικής παρατηρήθηκε ένας περιορισμός σε νομικά κείμενα, τα οποία έμειναν ανεργά. Στη χώρα μας συντελείται τα τελευταία χρόνια μια ριζική τομή στο σύστημα υγείας, με το πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να αποτελεί κεντρικό σημείο της πολιτικής και επιστημονικής συζήτησης. Το κείμενο αυτό αποτελεί μια πρόταση για τη λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία αντλεί επιχειρηματολογία από την υφιστάμενη πραγματικότητα και λαμβάνει υπόψη της διεθνείς καλές πρακτικές, με κεντρικό σημείο το θεσμό του προσωπικού γιατρού. Το προτεινόμενο σχέδιο επιχειρεί να προσδώσει έναν ηθουραλιστικό χαρακτήρα στη δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών και συνιστά μια ρεαλιστική προοπτική, η οποία μπορεί να αποτελέσει ένα πρώτο βήμα για τη διαμόρφωση ενός ενιαίου, τόσο οργανωτικά όσο και χρηματοδοτικά, συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2003, 28(5):466-476

Κ. Σουλιώτης,¹
Χ. Λιονής²

¹Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα
²ΠεΣΥΠ Κρήτης, Κρήτη

Functional reconstruction of
primary health care: A proposal for
the removal of obstacles

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

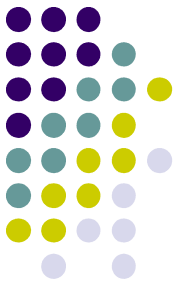
Πολιτική υγείας
Προσωπικός γιατρός
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Υποβλήθηκε 14.4.2003
Εγκρίθηκε 22.5.2003

Πίνακας Δέσμη υπηρεσιών που θα προσφέρει ο προσωπικός ιατρός σε κάθε συμβεβλημένο με το σύστημα.

- Διαχείριση των περισσότερο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας που συναντώνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με βάση και το τοπικό επιδημιολογικό πρότυπο, συμπεριλαμβανομένων της αρτηριακής υπέρτασης, του μη ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη, του βρογχικού άσθματος, της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, της καρδιακής ανεπάρκειας, της στεφανιαίας νόσου, των εκφυλιστικών παθήσεων των οστών, της οστεοπόρωσης, των κοινών λοιμώξεων της κοινότητας, της άνοιας και της μείζονος κατάρθλιψης
- Διαχείριση μείζονων παραγόντων κινδύνου, όπως κάπνισμα, διαταραχές των λιπιδίων, παχυσαρκία
- Διενέργεια εμβολιασμών παιδιών και ενηλίκων
- Έγκαιρη διάγνωση συγκεκριμένων μορφών καρκίνου, όπως ο καρκίνος του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του προστάτη και του πακέος εντέρου
- Εκτίμηση κατάστασης υγείας (συμπεριλαμβανομένων και των γνωστικών και συναισθηματικών διαταραχών) ηλικιωμένων και ατόμων με χρόνια νοσήματα και αναπηρίες
- Παρακολούθηση ανάπτυξης βρεφών και παιδιών, παρακολούθηση εγκύων
- Φροντίδα μικρών τραυμάτων και κακώσεων, εκτέλεση μικρών χειρουργικών πράξεων και παροχή πρώτων βοηθειών, συμπεριλαμβανομένης της βασικής καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης
- Εκτέλεση ενός ελάχιστου αριθμού διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων στο ιατρείο

Σουλιώτης και Λιονής, Αρχεία
Ελληνικής Ιατρικής 2003



- Στο σχεδιασμό και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας
- Στην υποστήριξη των δικαιωμάτων του ασθενούς και της συμμετοχής του πολίτη
- Στην εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού
- Στην ανάπτυξη υποδομών φροντίδας
- Στην ανάπτυξη υπηρεσιών για ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού
- Στην ανάπτυξη υπηρεσιών πρόληψης της νόσου και προαγωγής της υγείας
- Στην ανάπτυξη μιας άλλης κουλτούρας του πολίτη

Ευπάθεια και Ολοκληρωμένη Φροντίδα- ένα σχέδιο που αναζητείται η εμπλοκή/δέσμευση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης

**ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΥΠΑΘΕΙΑ
ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΗ
ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ**

Προσβάσιμες
υπηρεσίες

Ολοκληρωμένη
φροντίδα

Συντονισμένη
φροντίδα

Εστιασμένη
στον ασθενή
φροντίδα

Δέσμευση
στην
ασφάλεια του
ασθενούς και
την ποιότητα

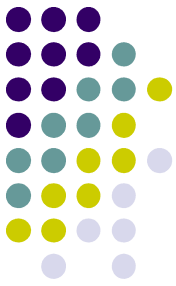
ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ
ΑΣΘΕΝΩΝ

PCMH

ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΣΤΙΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ





Στην κατεύθυνση ενός νέου ιατρικού προπτυχιακού προγράμματος-Εστίαση στην διεπαγγελματική σινεονασία

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

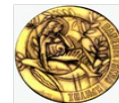
Across the globe, dissatisfaction with medical care services is increasing, and in particular dissatisfaction with the lack of humanity in healthcare. In a time of global economic crisis (during which Greece has been badly hit), when healthcare systems are bound to be affected, the morale of patients 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.

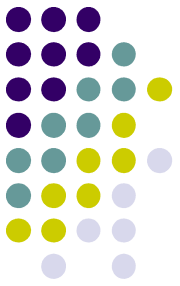
Greece is a country where a tradition of patient-centred medicine has rapidly transformed into more technologically-focused forms of practice. This change might be partially responsible for the high rate of burnout and job dissatisfaction

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





Στην κατεύθυνση της 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 Bagiaraki¹, Ioanna G Tsiligianni¹, Apostolos Kamekis¹, Vasiliki Tsiantou², Maria Papadakaki¹, Athina Tatsioni³, Joanna Moschandreas⁴, Aristoula Saridakis¹, 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.

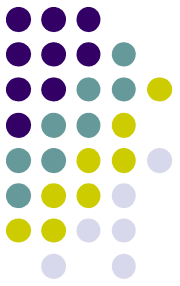
Methods: This feasibility study utilized an educational intervention was designed using the Theory of Planned Behaviour (TPB). It took place in geographically-defined primary care areas in Cyprus, France, Greece, Malta, and Turkey. General Practitioners (GPs) were recruited in each country and randomly 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



Στην κατεύθυνση μιας αποδοτικής διαχείρισης του φορτίου των χρόνιων νοσημάτων: εστίαση στην πολλαπλή νοσηρότητα και στην ευπάθεια



Downloaded from <http://bmjopen.bmj.com/> on June 21, 2014 - published by group.bmj.com

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

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



Η φτωχή επίδοση στην πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της υγείας – I



Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe

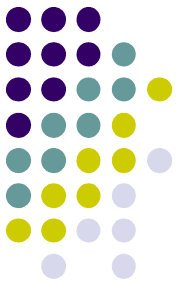
Carlos Brotons*, Celia Björkelund, Mateja Bulc, Ramon Ciurana, Maciek Godycki-Cwirko, Eva Jurgova, Pilar Kloppe, Christos Lionis, Artur Mierzecki, Rosa Piñeiro, Liivia Pullerits, Mario R. Sammut, Mary Sheehan, Revaz Tataradze, Eleftherios A. Thireos, Jasna Vuchak
on behalf of the EUROPREV network¹

Perception of general practitioners regarding the carrying out of prevention and health promotion activities by individual countries (Yes as %)

	Croatia	Estonia	Georgia	Greece	Ireland	Malta	Poland	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	ALL
Carrying-out prevention and health promotion activities is difficult	29.95	60.39	73.96	61.29	60.75	49.04	61.99	53.37	61.82	52.44	55.43	56.02
Minimally effective or ineffective in helping patients reduce tobacco use	63.82	76.92	66.67	41.38	48.38	49.36	50.33	55.49	41.82	56.00	30.07	53.14
Minimally effective or ineffective in helping patients reduce alcohol consumption	74.78	81.29	67.29	41.93	58.99	43.59	66.77	60.37	56.37	71.74	53.79	63.84
Minimally effective or ineffective in helping patients achieve or maintain normal weight	73.50	64.11	61.40	22.58	57.14	35.26	40.39	56.51	54.55	75.28	64.73	58.25
Minimally effective or ineffective in helping patients practice regular physical exercise	77.00	55.84	51.63	25.00	48.14	27.10	46.38	62.42	25.92	58.87	56.73	52.82

Source: Brotons, et al. Prev Med 2004

Η φτωχή επίδοση στην πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της υγείας – II



Συνδυάζοντας την πρόληψη με τη διαχείριση του χρόνιου νοσήματος και του κινδύνου



European Heart Journal (2007) 28, 2375-2414
doi:10.1093/eurheartj/ehm316

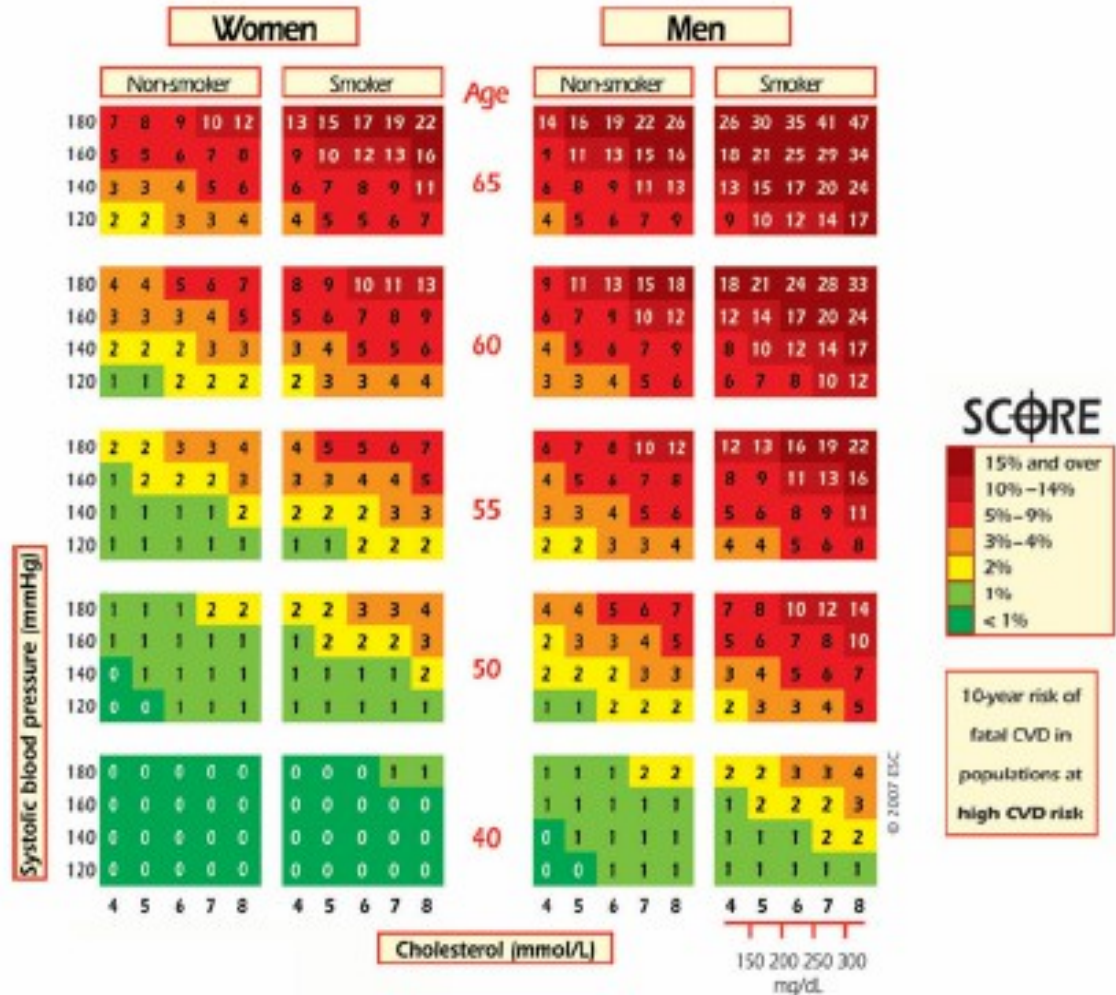
ESC Guidelines
Guidelines

European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary

Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts)

Online publish-ahead-of-print 28 August 2007

Authors/Task Force Members: Ian Graham^{1*}, Chairperson, Dan Atar¹, Oslo (Norway),



Ανάπτυξη υποδομών για ευάλωτες ομάδες πληθυσμού-εστίαση στους ανασφάλιστους



Τα πιο συχνά νοσήματα που διαγνώσθηκαν σε ανασφάλιστους:

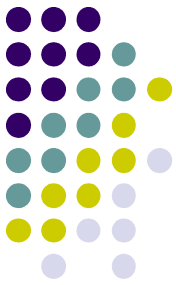
63

- 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%)
- Σχεδόν όλοι με κατάθλιψη

Σχεδόν κανένας εμβολιασμένος έναντι πνευμονιοκόκκου



Στην κατεύθυνση 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.

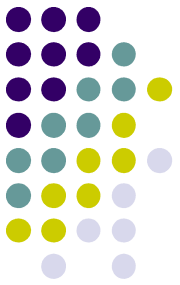
Discussion: This study will provide insight into determinants of self-management and quality of life in individuals with diabetes, focusing on the role of social networks and community organisations.

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

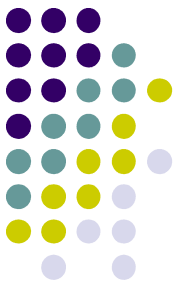
- Εστίαση σε συστήματα κοινωνικής μέριμνας
- Σύνδεση επιστημών φροντίδας υγείας με ψυχολογία και κοινωνιολογία
- Ο ασθενής στο κέντρο



Ε΄ Επίλογος



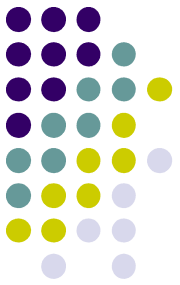
Στην κατεύθυνση μιας εθνικής προοπτικής



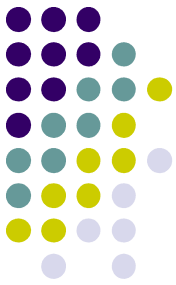
- Προς μια νέα κουλτούρα στην εκπαίδευση, στην έρευνα και στην κλινική άσκηση
- Προς ένα νέο διδακτικό μοντέλο και ιατρική διδακτέα ύλη
- Εστίαση στην αλλαγή της συμπεριφοράς και στην εστίαση στον ασθενή
- Προς την ανάπτυξη κλινικών εργαλείων και συστημάτων υποστήριξης απόφασης



Η τέχνη της Ιατρικής (αυτό που μας λείπει)



**Εστιασμένη στον ασθενή
φροντίδα**



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*



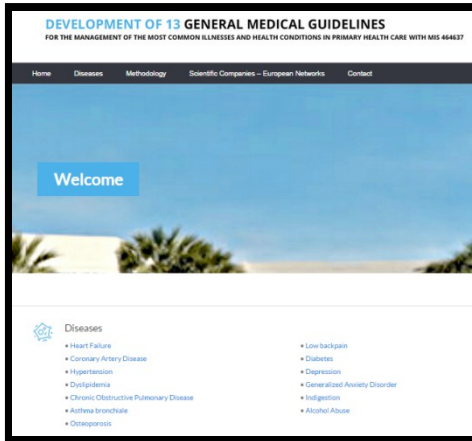
Cretan Practice-Based Research Network



Cancer Registry of Crete

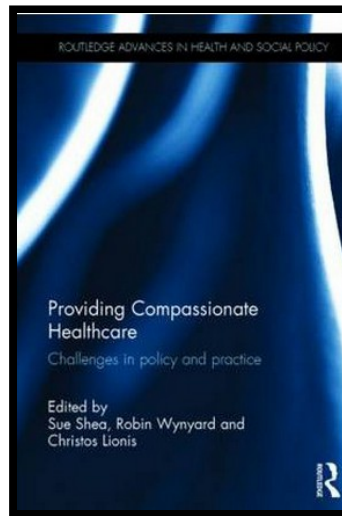


Municipality Clinic of Heraklion



PHC Guidelines

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



Providing Compassionate Healthcare

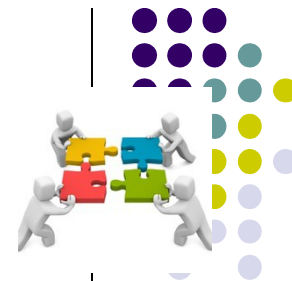


Diagnostic Tools

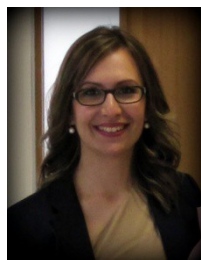


Journals

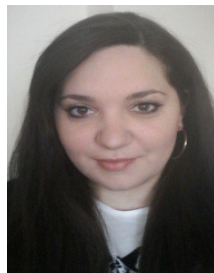
Ευχαριστίες



Valeria
Chatzea



Agapi Angelaki



Dimitra Sifaki-
Pistolla



Myron Galenianos



Christina
Lamprinea



Eirini
Vasilaki



Ada Markaki



Antonis Koutis



George Duijker



Aristeia Saridaki



Antonis Bertsiadis

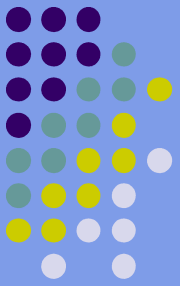


Chrisanthi
Psaroudaki



Maria
Papadakaki

www.fammed.uoc.gr



Σας ευχαριστώ πολύ!