



JUNE 11-12 ATHENAEUM INTERCONTINENTAL HOTEL

17th ANNUAL CONFERENCE  
**HEALTHWORLD 2018**  
Health in the Post-Memorandum Era

Under the Auspices of

MINISTRY  
OF HEALTH

efpia

MedTech Europe  
from diagnosis to cure

ΣφΕΕ

SEIU

## Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις καινούριες προκλήσεις στην Ελλάδα: τι χρειάζεται η ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα;

Χρήστος Λιονής, MD PhD FRCGP(Hon) FWONCA FESC

Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Διευθυντής Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής

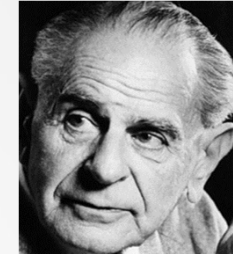
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης



## Ευχαριστίες:

- ✓ σε πολλούς ανώνυμους και επώνυμους που συνέβαλαν στην έμπνευση και στη δημιουργία όσων έχουν επιτευχθεί στην Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής
- ✓ σε όλους τους συνεργάτες μου που εξακολουθούν να συνεισφέρουν στο κοινό όραμα
- ✓ Στον αξέχαστο φίλο και συνάδελφο Α. Κούτη

# Περίγραμμα



Sir **Karl** Raimund Popper (28 July 1902 – 17 September 1994)

- ✓ Τι χρειάζεται η ΠΦΥ στη χώρα μας: ένας σχεδιασμός 11 βημάτων
- ✓ Μια συμφωνία στον ορισμό της ΠΦΥ
- ✓ Εστίαση στα μείζονα προβλήματα υγείας του Ελληνικού πληθυσμού
- ✓ αλλά και στους κύριους προσδιοριστές των χρόνιων νοσημάτων
- ✓ Εμφαση στην εκπαίδευση των υγειονομικών στην αλλαγή της συμπεριφοράς
- ✓ Συζήτηση για την τεχνολογία στην ΠΦΥ (παρακλίνιες δοκιμασίες)
- ✓ Προσεκτικός σχεδιασμός στα πρώτα βήματα για τις Τοπικές Μονάδες Υγείας
- ✓ Αξιολόγηση της διαδικασίας στην πρώτη φάση και έμφαση στην εκπαίδευση

## Αποφάσεις σε μια περίοδο υψηλής αβεβαιότητας

***Η ΠΦΥ - αποτελεί από μόνη της ένα πεδίο με υψηλή αβεβαιότητα***

Την αβεβαιότητα επιτείνουν:

- η υψηλή δημογραφική γήρανση
- οι περιορισμένοι πόροι και η ελλειψη μηχανισμών και τεχνογνωσίας για την αξιολόγηση υπηρεσιών, την ορθή κατανομή και, κατ' επέκτασ η, ανακατανομή τους
- οι υγειονομικές προτεραιότητες και η πολλαπλή νοσηρότητα
- οι γεωγραφικές ιδιαιτερότητες και η υψηλή αστικοποίηση
- οι ανισότητες στην πρόσβαση και στη θεραπεία
- η διαφυγή ιατρικού δυναμικού νέου σε ηλικία
- ο ιατρικός πατερναλισμός

## Τι χρειάζεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σήμερα -

### 11 βήματα για την αποτελεσματική εφαρμογή του καινούριου θεσμικού πλαισίου

1. Ένας ενιαίος και ομόφωνα αποδεκτός ορισμός της ΠΦΥ, αλλά και της υγείας και της γενικότερης θεώρησης και προσέγγισης της σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, που να κατευθύνουν την πρακτική και τις υπηρεσίες.
2. Προσδιορισμός των δομικών και λειτουργικών χαρακτηριστικών του συστήματος της ΠΦΥ και ιδιαίτερα εκείνου της ποιότητας, που θα πρέπει να χαρακτηρίζει τις υπηρεσίες υγείας και να διέπει κάθε μορφή φροντίδας.
3. Η διασύνδεση και η απαρτίωση του συστήματος των υπηρεσιών ΠΦΥ μέσα στο σύνολο του συστήματος υγείας, με ιδιαίτερη αναφορά στη γεφύρωση του με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.
4. Το ανθρώπινο δυναμικό που θα συνθέσει την ομάδα υγείας, τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του που απαιτούνται για την πρόσληψη του, η εκπαίδευση και οι λειτουργίες του.
5. Το φάσμα των υπηρεσιών που θα πρέπει να προσφέρει η ομάδα υγείας στη μονάδα, στο σπίτι και στην κοινότητα.
6. Το συμβόλαιο με τον οικογενειακό γιατρό, που θα περιλαμβάνει υποχρεώσεις και υπηρεσίες με μετρήσιμο τρόπο και το οποίο θα συμβάλλει στην αξιολόγηση του αλλά και στην εκτίμηση και ενίσχυση της απόδοσης του.
  7. Οι υποδομές αλλά και η τεχνολογία τόσο διαγνωστική όσο και θεραπευτική που θα πρέπει να συνοδεύουν τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εστίαση και εκπαίδευση σε νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους.
  8. Οι κατευθυντήριες οδηγίες και τα κλινικά πρωτόκολλα προσαρμοσμένα στην ΠΦΥ μετά από συμφωνία, αλλά και με τη συμμετοχή των ασθενών.
  9. Η συνεχής και συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών ΠΦΥ και η υποστήριξη της απόφασης και της κλινικής πρακτικής της ομάδας υγείας στις δομές και μονάδες υγείας.
  10. Η αξιολόγηση της απόδοσης και της ποιότητας των επαγγελματιών υγείας και της ομάδας υγείας με τη συμμετοχή και των ασθενών και προσώπων που υπηρετούνται στις δομές και στις μονάδες υγείας.
  11. Το σύστημα αποζημίωσης των επαγγελματιών υγείας που θα συμπεριλαμβάνει κίνητρα για τη βελτίωση της απόδοσης.

# Αναγκαιότητα ανάπτυξης σχεδίου δράσης ολοκληρωμένης φροντίδα υγείας για τα χρόνια νοσήματα στην Ελλάδα

## International Journal of Integrated Care

Volume 15, 22 October 2015  
Publisher: Uopen Journals  
URL: <http://www.ijc.org>  
Cite this as: Int J Integr Care 2015; Oct-Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-117185  
Copyright: [CC BY]  
Submitted: 27 August 2015, revised 5 October 2015, accepted 7 October 2015

Policy paper

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

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

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

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

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

#### Abstract

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

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

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

#### Keywords

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

© 2015



## Integrated Primary and Behavioral Care

Role in Medical Homes and Chronic Disease Management

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

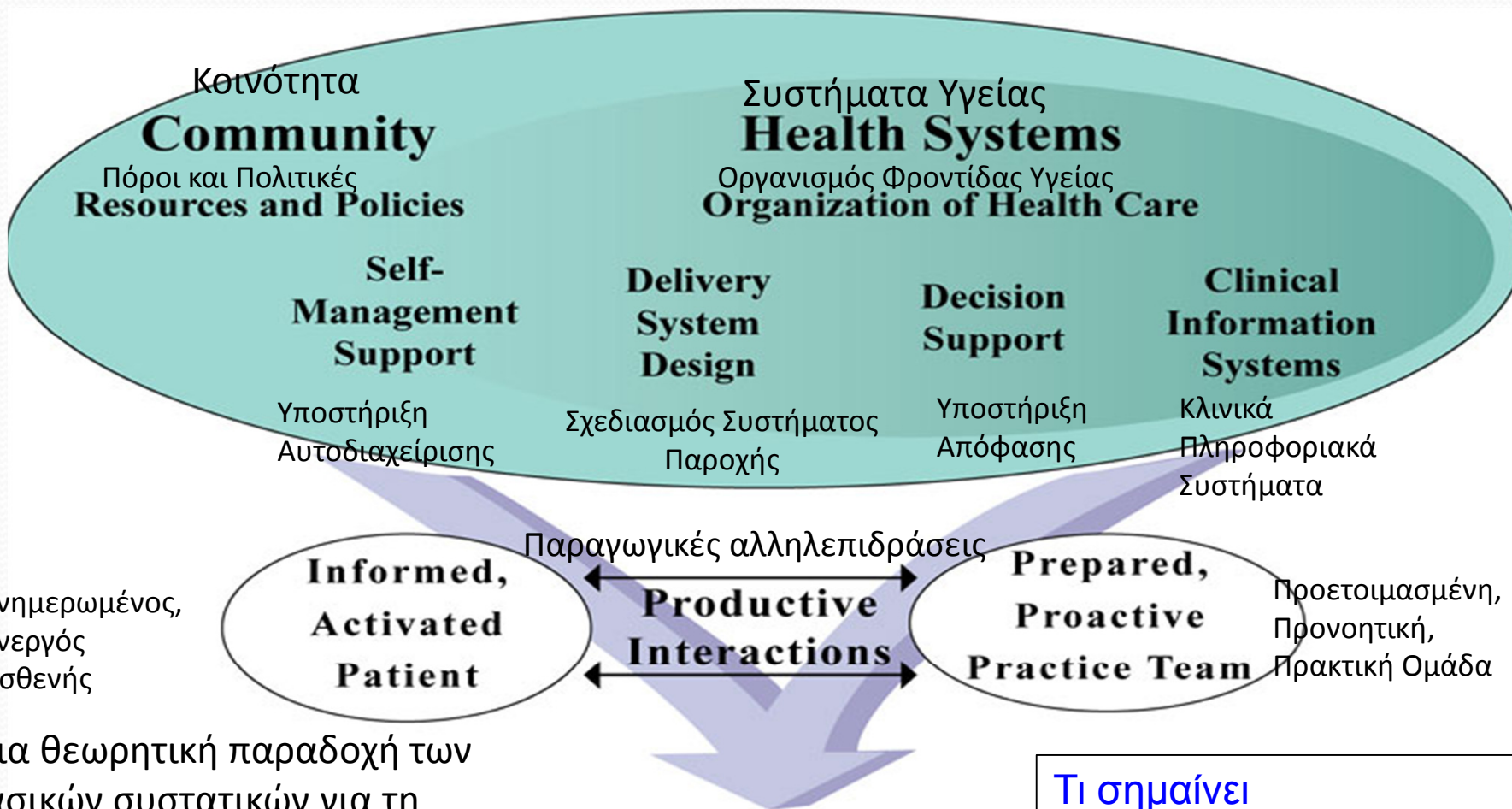
- Υποστήριξη ενός υποδείγματος και να διαχείριση πολιτικού περιβάλλοντος
- Ανάπτυξη ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας
- Ευθυγράμμιση τομεακών πολιτικών για την υγεία
- Αποτελεσματικότερη διοίκηση προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης
- Εστίαση φροντίδας στον ασθενή και στην οικογένεια
- Έμφαση στην πρόληψη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

# Ένας προσαρμοσμένος για την Ελλάδα ορισμός της ΠΦΥ

Η άμεση (σε σχέση με την πρόσβαση), συνεχής (σε σχέση με τα πρόσωπα και τις υπηρεσίες φροντίδας), περιεκτική (επαρκής), αντίστοιχη με τις επιθυμίες, προσδοκίες, αξίες και ανάγκες των προσώπων (ασθενών) και συντονισμένη (ολοκληρωμένη) φροντίδα από εκπαιδευμένους (στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην κοινότητα) επαγγελματίες υγείας που λειτουργούν ως διεπαγγελματική (συνλειτουργία με ένα αριθμό επαγγελματιών υγείας και άλλων λειτουργών σχετικών με τις υπηρεσίες υγείας) ομάδα υγείας και έχουν ως κύριο στόχο τη διατήρηση της λειτουργικότητας (καθημερινές δραστηριότητες) του προσώπου και της αυτοδυναμίας (αυτοφροντίδας) του, καθώς και εμμέσως της ευτυχίας και της ευδαιμονίας (ψυχικής και σωματικής αταραξίας) του, με σύγχρονη διατήρηση και βελτίωση των δυναμικών (σχέση επικοινωνίας, κατανομή εργασίας και ευθυνών) με την οικογένεια και το κοινωνικό δίκτυο του. Η στόχευση γίνεται μέσω της ενεργητικής (μετά από επαρκή πληροφόρηση) συμμετοχής του προσώπου στη λήψη της απόφασης για την αλλαγή της συμπεριφοράς του σε εκβάσεις (πρακτικές υγείας-τρόπος ζωής) που έχουν τεκμηριωθεί από την έρευνα με τη χρήση από τον επαγγελματία υγείας δεξιοτήτων ενδυνάμωσης, κινητοποίησης και ενσυναίσθησης (και συμπόνιας), συμβουλευτικής, καθώς και διαχείρισης των πιο συχνών και κοινών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας στην κοινότητα. Οι υπηρεσίες αυτές δεν περιορίζονται στα πρόσωπα αλλά αφορούν τα μέλη της οικογένειας τους, τους φροντιστές που τυχόν εμπλεκονται στη φροντίδα προσώπων με χρόνια νοσήματα, καθώς και το ευρύτερο εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον (κοινότητα) στο πλαίσιο του οποίου τα πρόσωπα ζουν και αλληλεπιδρούν. Για το σκοπό αυτό συνεργάζονται με επαγγελματίες υγείας από τη δημόσια υγεία και τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας στο σχεδιασμό παρεμβάσεων στον πληθυσμό με κύρια εστίαση τη μείωση των ανισοτήτων.

*Το κείμενο αυτό συντάχθηκε από τον Καθηγητή κ. Χρήστο Λιονή σε συνεργασία με τους μεταπτυχιακούς φοιτητές (σε αλφαβητική σειρά με βάση το επίθετο) κ. Δήμο Δημοσθένους, κ. Ζήνωνα Ζήνωνος, κ. Στέλλα Κακούρη και κ. Αγγελική Κωνσταντίνου.*

# The Chronic Care Model



Μια θεωρητική παραδοχή των βασικών συστατικών για τη βελτίωση της φροντίδας στα συστήματα υγείας –Πηγή: [Improving chronic illness care](#)

Τι σημαίνει προετοιμασμένη και προνοητική ομάδα;

# Μείζον θέμα υγείας - καρδιομεταβολικά νοσήματα

➤ **Seven Countries Study<sup>1</sup>**: Μελέτη – ορόσημο που ανέδειξε τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής και κατέταξε τον πληθυσμό της Κρήτης ως «χαμηλού κινδύνου» για καρδιομεταβολικά.

## ΟΜΩΣ:

➤ **Αλλαγή διατροφής και τρόπου ζωής** τα τελευταία χρόνια **αύξησε** τους παράγοντες κινδύνου.<sup>2</sup>

➤ **Πρόσφατη μελέτη σε επισκέπτες ΠΦΥ στην Κρήτη**: Υψηλος επιπολασμός μεταβολικού συνδρόμου και σημαντικά ποσοστά ατόμων στις υψηλότερες κατηγορίες καρδιαγγειακού κινδύνου.

Επιπολασμός Μεταβολικού Συνδρόμου σε 815 επισκέπτες ΠΦΥ άνω των 40 ετών

Mets risk factors <sup>a</sup>	Total	Males	Females	P-value <sup>b</sup>
	n (%)			
None	34 (4.2)	7 (1.9)	27 (5.9)	0.028
1	72 (8.8)	29 (8.0)	43 (9.5)	
2	109 (13.4)	52 (14.4)	57 (12.6)	
3+ or MetS	600 (73.6)	273 (75.6)	327 (72.0)	

<sup>a</sup> According to the National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III – revision 2005) guidelines for metabolic syndrome (MetS).

10-ετής καρδιαγγειακός 815 επισκεπτών ΠΦΥ άνω των 40 ετών βάσει του SCORE της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας

	n	10-year Cardiovascular Risk – SCORE <sup>a</sup>			p-value <sup>c</sup>	
		Low-to-moderate risk persons (<5%)	High-risk persons (5-9%)	Very high-risk persons (>10%)		
		n (%)				
<b>Total</b>	803 <sup>b</sup>	313 (39.0)	382 (47.6)	108 (13.4)	<0.001	
<b>Gender</b>	<i>males</i>	355	89 (25.1)	167 (47.0)	99 (27.9)	<0.001
	<i>females</i>	448	224 (50.0)	215 (48.0)	9 (2.0)	
<b>Age, years</b>	40-59	266	239 (89.8)	24 (9.0)	3 (1.1)	<0.001
	60-79	452	69 (15.3)	296 (65.5)	87 (19.2)	
	80+	85	5 (5.9)	62 (72.9)	18 (21.2)	

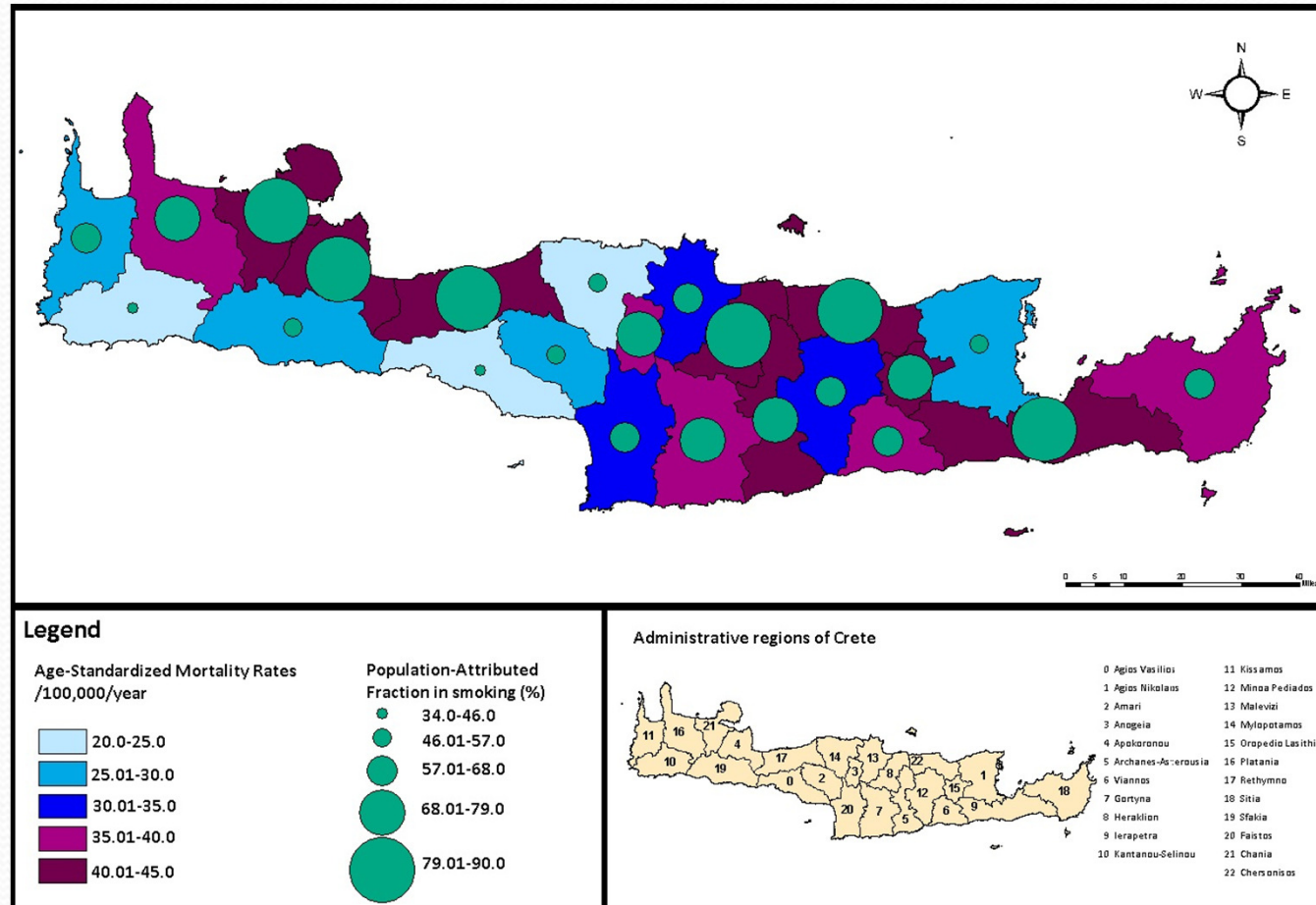
The overall mean 10-year cardiovascular risk score was 5.7 (stand. dev.±3.6; median=5.0).

<sup>a</sup> SCORE: European Society's 10-year Systematic Coronary Risk Estimation.

<sup>b</sup> Analysis based on patients with or without any cardiovascular disease.

1. Keys A, et al. Coronary heart disease in seven countries. Circulation. 1970
2. Vassilaki M, et al. Burden of heart disease in Greece: time to act. Public Health. Elsevier; 2014

# Μείζον θέμα υγείας-Καρκίνος του πνεύμονα (I)



**Εικόνα:** Γεωγραφική κατανομή θνησιμότητας (Age-Standardized Mortality Rates/100,000/year) και ποσοστού αποδιδόμενων στο κάπνισμα θανάτων από ΚΝ πνεύμονα (PAFs, %)

➤ Οι καπνιστές είχαν υψηλότερη επίπτωση και θνησιμότητα σε σύγκριση με τους πρώην καπνιστές ( $p = 0,02$ ) και τους μη καπνιστές ( $p < 0,001$ )

➤ Το ποσοστό των θανάτων από ΚΝ πνεύμονα (Population Attributable Fraction, PAF%) που ήταν αποδοτέο στο κάπνισμα ήταν 86% και για τα δύο φύλα (άνδρες: 89%, γυναίκες: 78%)

➤ Οι Δήμοι με την ισχυρότερη συσχέτιση καπνίσματος και θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα ήταν οι: Ηρακλείου, Χερσονήσου, Ιεράπετρας, Ρεθύμνου, Χανίων και Αποκορώνου

# Ο ρόλος των υπηρεσιών ΠΦΥ στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου πνεύμονα και βρόγχων αλλά και στην ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών και αυτών που επιβίωσαν

## Προσωπικός γιατρός και ομάδα υγείας στην ΠΦΥ (*ενημέρωση, εκτίμηση κινδύνου, συστάσεις/ατομικός προσυμπτωματικός έλεγχος*):

✓Καθιέρωση καταγραφής βασικής πληροφορίας υγείας περιλαμβάνοντας και το γενόγραμμα και τους προσδιοριστές του καρκίνου ιδιαίτερα του καπνίσματος σε όλες πρόσωπα του εξυπηρετούνται από τις υπηρεσίες ΠΦΥ και εκτίμηση του κινδύνου.

✓Συμμετοχή στην παρακολούθηση (follow-up) των ασθενών με καρκίνο του καρκίνου στο πλαίσιο της καθημερινής πρακτικής στις δομές ΠΦΥ, σε συνεργασία με την ογκολογική ομάδα.

✓Υποστήριξη των προσώπων που επέζησαν του καρκίνου

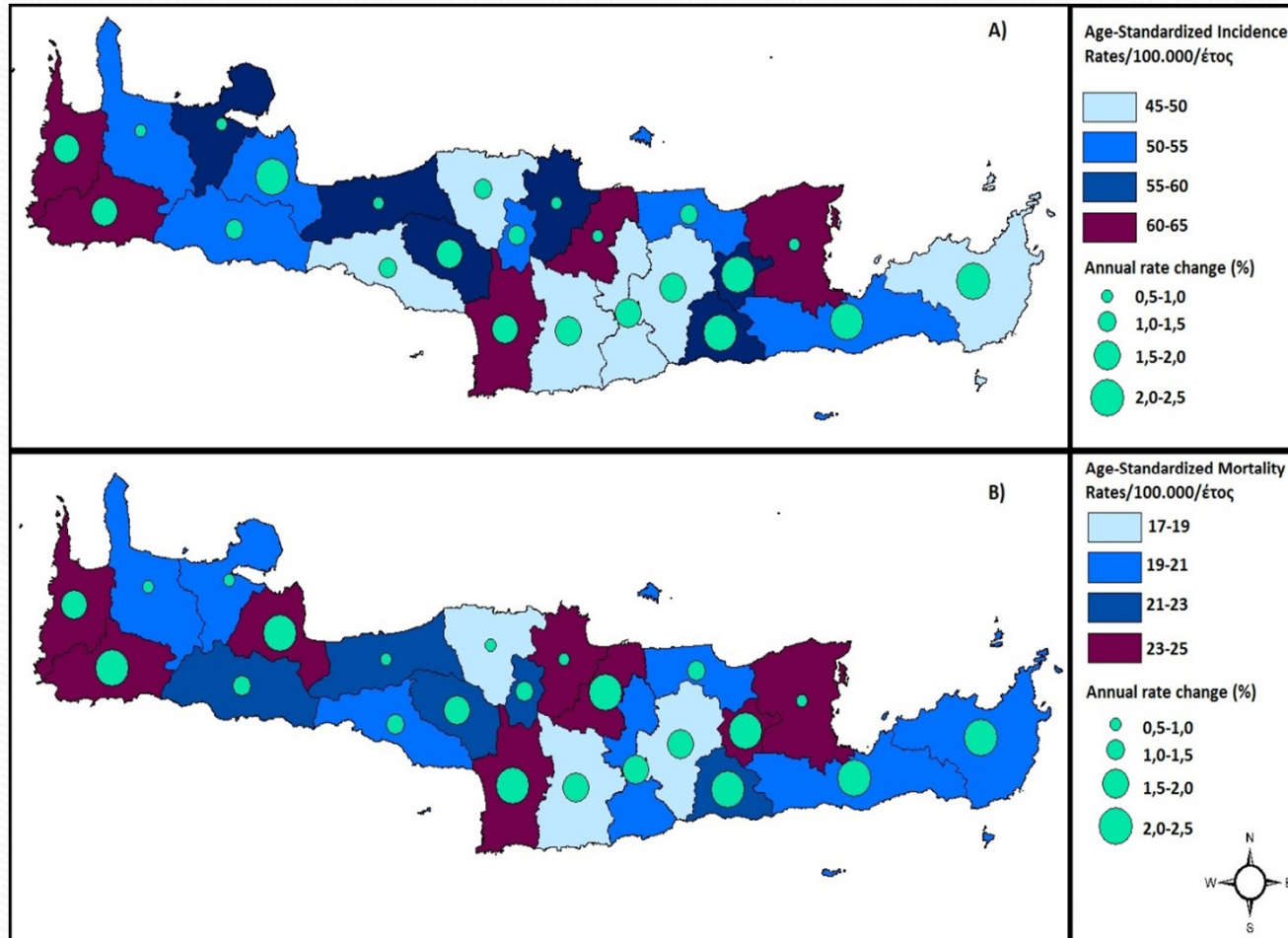
✓Διενέργεια ημερίδων ενημέρωσης του πληθυσμού αλλά και προσωπικής ενημέρωσης πριν την εξέταση, με έμφαση στις ομάδες υψηλού κινδύνου του πληθυσμού και στόχευση στην αλλαγής συμπεριφοράς του πληθυσμού της Κρήτης

✓Διενέργεια ημερίδων ενημέρωσης του πληθυσμού αλλά και προσωπικής ενημέρωσης πριν την εξέταση, με έμφαση στις ομάδες υψηλού κινδύνου του πληθυσμού και στόχευση στην αλλαγής συμπεριφοράς του πληθυσμού της Κρήτης για το κάπνισμα.

## Μονάδες και υπηρεσίες, υπηρεσίες δημόσιας υγείας, φορείς κοινότητας, περιφερειακές διοικήσεις:

Οργάνωση και διενέργεια προγραμμάτων ενημέρωσης για τον καρκίνο του και τη δυνατότητα συμμετοχής σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος με το συντονισμό και της στήριξη της 7<sup>η</sup> ΥΠΕ και του Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου

# Μείζον θέμα υγείας Καρκίνος του μαστού (II)



**Εικόνα :** Γεωγραφική κατανομή νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού στη Κρήτη (1992 – 2013)

A) Οι δήμοι Κισσάμου, Καντάνου – Σέλινου, Φαιστού, Ηρακλείου και Αγ. Νικολάου εμφάνισαν την υψηλότερη επίπτωση για την περίοδο 1992-2013 (ASIR= 60-65/100.000/έτος)

B) Αντίστοιχα, τους υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας (Εικόνα 5B) παρατηρούμε στους Δήμους Κισσάμου, Καντάνου–Σέλινου, Αποκορώνου, Μαλεβιζίου, Ηρακλείου, Φαιστού, Οροπεδίου και Αγ. Νικολάου (ASMR=23-25/100.000/έτος)

□ Οι δήμοι Αποκορώνου, Οροπεδίου, Βιάννου, Ιεράπετρας και Σητείας παρουσίασαν το μεγαλύτερο ετήσιο ρυθμό μεταβολής της επίπτωσης (APC=2,0-2,5%) για την περίοδο 1992-2013

## Ο ρόλος των υπηρεσιών ΠΦΥ στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού και αλλά και στην ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών και αυτών που επιβίωσαν

### **Προσωπικός γιατρός και ομάδα υγείας στις Μονάδες ΠΦΥ (ενημέρωση, εκτίμηση κινδύνου, συστάσεις/ ατομικός προσυμπτωματικός έλεγχος):**

- ✓ Καθιέρωση καταγραφής βασικής πληροφορίας υγείας περιλαμβάνοντας και το γενόγραμμα και τους προσδιοριστές του καρκίνου σε όλες τις γυναίκες, εκτίμηση του κινδύνου και συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο.
- ✓ Συμμετοχή στην παρακολούθηση (follow-up) των ασθενών με καρκίνο του μαστού στο πλαίσιο της καθημερινής πρακτικής στις δομές ΠΦΥ
- ✓ Υποστήριξη των προσώπων που επέζησαν του καρκίνου
- ✓ Συμμετοχή στην ολοκληρωμένη φροντίδα (από τη Μονάδα στο Νοσοκομείο και στη Μονάδα Ανακούφισης και στο σπίτι)
- ✓ Διενέργεια ημερίδων ενημέρωσης του πληθυσμού αλλά και προσωπικής ενημέρωσης πριν την εξέταση, με έμφαση στις πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου και στόχευση στην αλλαγής της συμπεριφοράς.

### **Μονάδες και υπηρεσίες, υπηρεσίες δημόσιας υγείας, φορείς κοινότητας, περιφερειακές διοικήσεις (οργάνωση και επίβλεψη ενός προγράμματος ομαδικού προσυμπτωματικού ελέγχου):**

Οργάνωση και διενέργεια ολοκληρωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου με τη συμμετοχή μονάδων ΠΦΥ, νοσοκομείων και ενός Κέντρου Αναφοράς στην Κρήτη, καθώς και αξιοποίηση της κινητής μονάδας μαστογραφίας της Περιφέρειας Κρήτης με το συντονισμό και της στήριξη της 7<sup>η</sup> ΥΠΕ και του Κέντρου Καταγραφής Καρκίνου

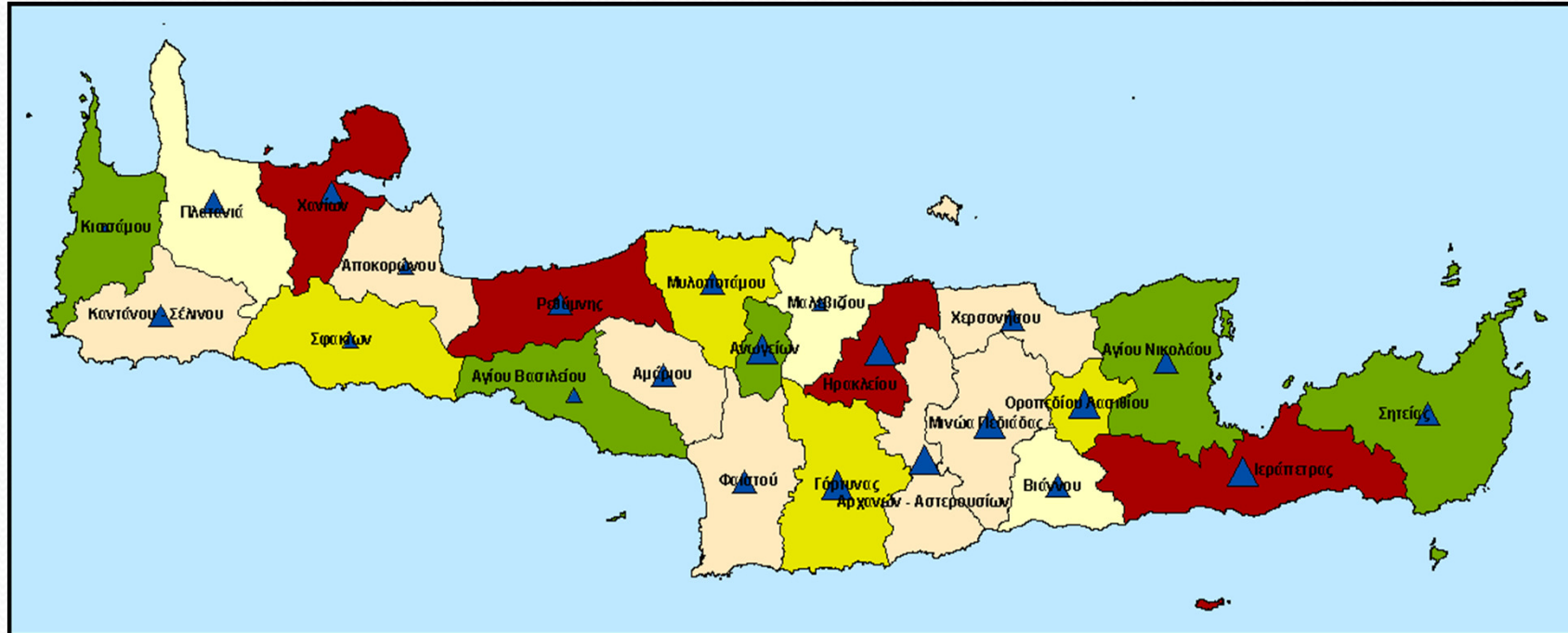
-Buckland, D. (2016). Role of primary care in the management of cancer patients. *Prescriber*, 27(4), 45-49.

-Nekhlyudov, L., Aziz, N. M., Lerro, C., & Virgo, K. S. (2013). Oncologists' and primary care physicians' awareness of late and long-term effects of chemotherapy: implications for care of the growing population of survivors. *Journal of oncology practice*, 10(2), e29-e36.

-Brown, Shannon Lynn MSN, APN; Kartz, Connie PhD, APN, Breast Cancer Risk Assessment in Primary Care.

[Article] *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*. 39(5):313-318, September/October 2014.

# Μείζον θέμα υγείας Καρκίνος του παχέος εντέρου (III)



## ΥΠΟΜΝΗΜΑ

Εκτιμώμενος αριθμός νέων περιπτώσεων απο κακοήθεις νεοπλασίες του παχέος εντέρου (2014-2023), ανά Δήμο

predicted Age-Adjusted Incidence (AAI), ανά 100.000 πληθυσμός/έτος

Εκτιμώμενη αύξηση AAI

23-24

25-26

▲ 0,3-0,5

▲ 1-1,5

24-25

26-27

▲ 0,5-1

▲ 1,5-2

27-29,5

\* Η πρόβλεψη πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια των μοντέλων interpolation prediction models με διάστημα εμπιστοσύνης 95%

## Ο ρόλος των υπηρεσιών ΠΦΥ στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου παχέος εντέρου αλλά και στην ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών και αυτών που επιβίωσαν

### Προσωπικός γιατρός και ομάδα υγείας στην ΠΦΥ (*ενημέρωση, εκτίμηση κινδύνου, συστάσεις/ατομικός προσυμπτωματικός έλεγχος*):

- ✓Καθιέρωση καταγραφής βασικής πληροφορίας υγείας περιλαμβάνοντας και το γενόγραμμα και τους προσδιοριστές του καρκίνου σε όλες πρόσωπα του εξυπηρετούνται από τις υπηρεσίες ΠΦΥ, εκτίμηση του κινδύνου και συστάσεις για προσυμπτωματικό έλεγχο με G-fecal occult blood test/FOBT, fecal immunochemical test/FIT kit (εάν είναι δυνατόν και διενέργεια του) ή/και κολonosκόπηση.
- ✓ Συμμετοχή στην παρακολούθηση (follow-up) των ασθενών με καρκίνο του καρκίνου στο πλαίσιο της καθημερινής πρακτικής στις δομές ΠΦΥ, σε συνεργασία με την ογκολογική ομάδα.
- ✓Υποστήριξη των προσώπων που επέζησαν του καρκίνου
- ✓Συμμετοχή στην ολοκληρωμένη φροντίδα (από τη Μονάδα στο Νοσοκομείο και στη Μονάδα Ανακούφισης και στο σπίτι)
- ✓Διενέργεια ημερίδων ενημέρωσης του πληθυσμού αλλά και προσωπικής ενημέρωσης πριν την εξέταση, με έμφαση στις ομάδες υψηλού κινδύνου του πληθυσμού και στόχευση στην αλλαγής συμπεριφοράς του πληθυσμού της Κρήτης

### Μονάδες και υπηρεσίες, υπηρεσίες δημόσιας υγείας, φορείς κοινότητας, περιφερειακές διοικήσεις (*οργάνωση και επίβλεψη ενός προγράμματος ομαδικού προσυμπτωματικού ελέγχου*):

Οργάνωση και διενέργεια ολοκληρωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου με τη συμμετοχή μονάδων ΠΦΥ, νοσοκομείων και ενός κέντρου αναφοράς στην Κρήτη με το συντονισμό και της στήριξη της 7<sup>η</sup> ΥΠΕ και του Κέντρου Καταγραφής Καρκίνου.

-Buckland, D. (2016). Role of primary care in the management of cancer patients. Prescriber, 27(4), 45-49.

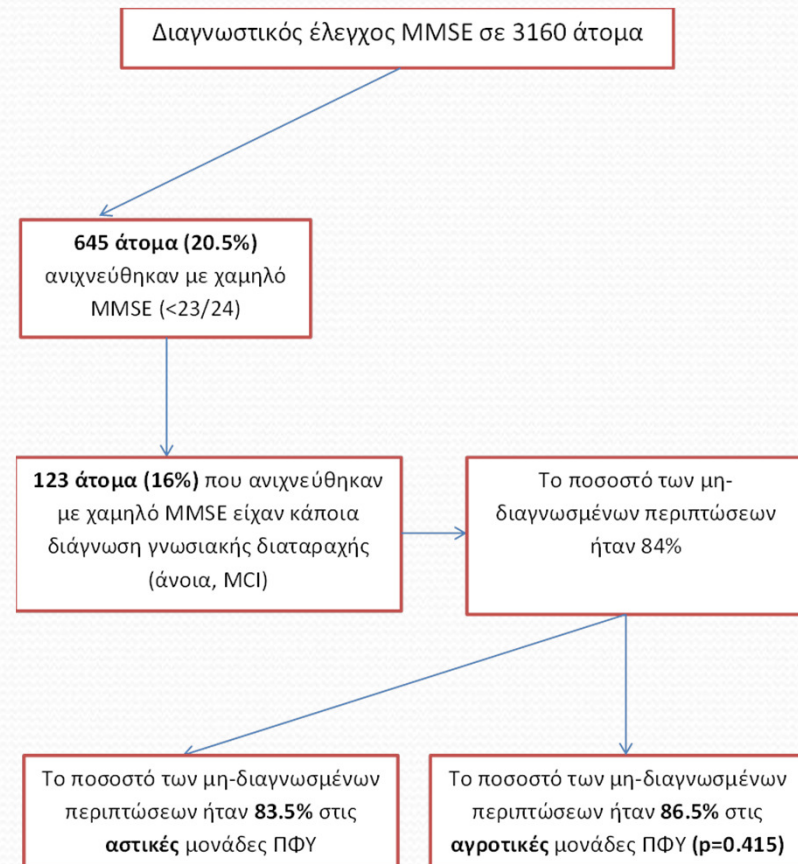
-The changing face of UK primary cancer care. The Lancet Oncology, 2 (11) , 649

-Triantafyllidis, et al (2016). Screening for colorectal cancer: the role of the primary care physician. Eur J Gastroenterol Hepatol 29:e1-e7.

# Μείζον θέμα υγείας - τα νευροεκφυλιστικά νοσήματα και η άνοια

- Διαγνωστικός έλεγχος **MMSE** σε **3160** άτομα
- **645 (20.5%)** άτομα ανιχνεύθηκαν με χαμηλό MMSE (<23/24)
- Το ποσοστό χαμηλής βαθμολογίας MMSE ήταν διπλάσιο στις γυναίκες (26%) σε σχέση με τους άντρες (13%)
- Από τους συμμετέχοντες με χαμηλό MMSE 123 (16%) είχαν ήδη κάποια διάγνωση γνωσιακής διαταραχής (άνοια, MCI) από υπηρεσίες υγείας

- Το ποσοστό των μη-διαγνωσμένων περιπτώσεων με πιθανή γνωσιακή διαταραχή ήταν συνολικά **84%**
- **83.5%** στις αστικές μονάδες ΠΦΥ και **86.5%** στις αγροτικές ( $p=0.415$ )



## Μείζον θέμα υγείας - ευάλωτα άτομα και frailty

Παράμετροι	Στάδια ευπάθειας/ευαλωτότητας N (%)		OR (95%CI)	Pvalue
	Μη-ευαλωτότητα	Ευαλωτότητα		
Ηλικία	43.4 (11.5)	59.8 (13.4)	1.1 (1-1.1)	0.01
Οικογενειακή κατάσταση				<0.001
Άγαμος	51 (18)	6 (20)	1	
Έγγαμος	141 (49.6)	9 (30)	0.5 (0.2-0.8)	
Διαζευγμένοι	79 (27.8)	10 (33)	1.2 (1-1.5)	
Χήρος	13 (4.6)	5 (16.7)	3.2 (2.1-4.9)	
Τρόπος διαβίωσης				0.01
Ζώντες με σύζυγο/σύντροφο	152 (53.5)	9 (30)	1	
Ζώντες μόνοι	132 (46.5)	21 (70)	2.6 (1.1-6)	
Διαμονή παιδιών				<0.001
Στο ίδιο σπίτι	207 (72.9)	12 (40)	1	
Στο ίδιο κτίριο	1 (0.4)	1 (3.3)	0.5 (0.1-0.7)	
Στην ίδια/κοντινή περιοχή	10 (3.5)	2 (6.7)	0.8 (0.6-0.9)	
Μακριά από τον/την συνεντευξιαζόμενο/η	23 (8.1)	9 (30)	1.1 (1-1.2)	
Δεν έχει παιδιά	43 (15.1)	6 (20)	1.1 (1-1.3)	
Εισόδημα				<0.001
>3.000	42 (14.8)	10 (33.4)	1	
500-3.000	34 (12)	4 (13.3)	1.1 (1-1.1)	
0-500	208 (73.2)	16 (53.3)	1.3 (1.1-1.7)	
Έτη καπνίσματος *	13.4 (13.8)	17.42 (19.6)	1.4 (1.1-1.9)	0.03
Κατανάλωση αλκοόλ ανά εβδομάδα *	1.9 (6.6)	4.5 (21.8)	1.4 (1-1.7)	0.02
Άθληση (ώρες ανά εβδομάδα) *	0.8 (1.1)	0.08 (0.3)	0.2 (0-0.4)	0.01
Αριθμός νοσημάτων *	0.6 (0.9)	2.5 (2)	2.5 (1.8-3.5)	<0.001

### Προσδιοριστές frailty:

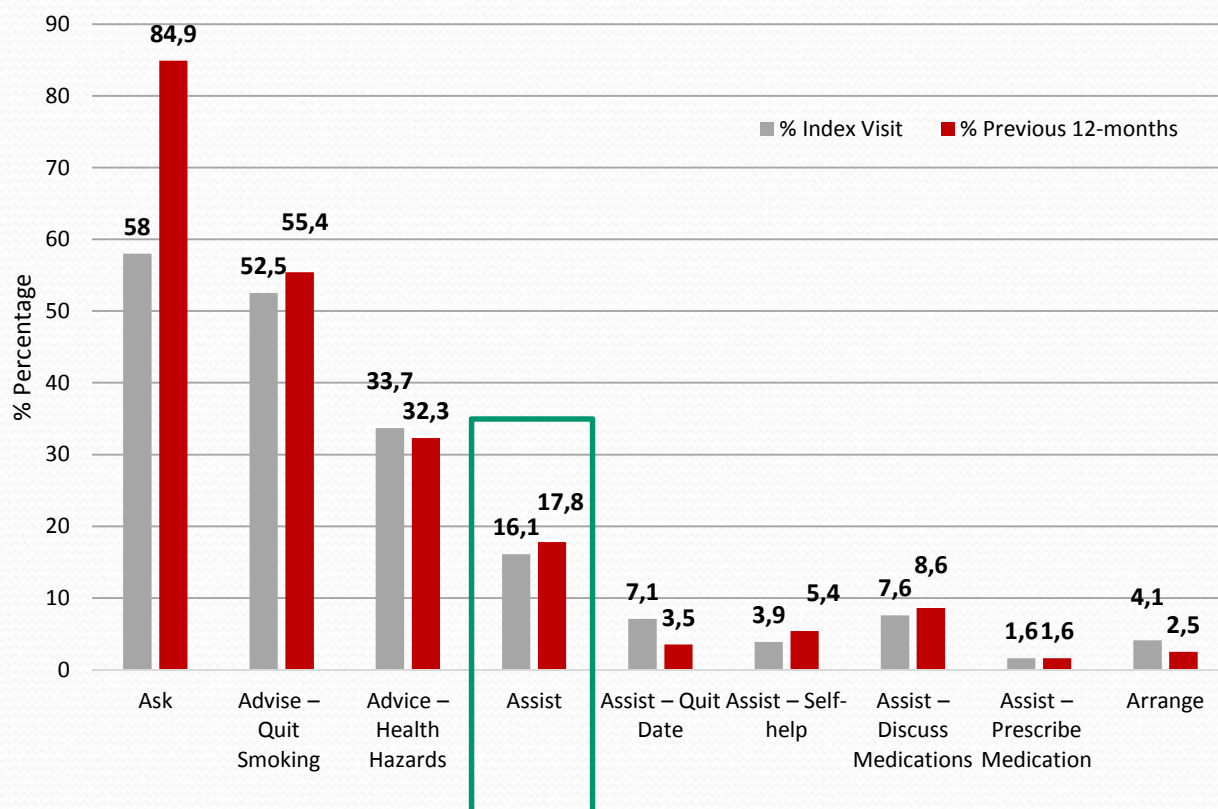
Ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τρόπος διαβίωσης, διαμονή των παιδιών (διαμονή των παιδιών μακριά από τους ερωτηθέντες όσο και τους συμμετέχοντες που δεν έχουν παιδιά), χαμηλό εισόδημα, έτη καπνίσματος, αλκοόλ, αριθμός νοσημάτων

### Προστατευτικοί παράγοντες:

άθληση & διαμονή των παιδιών κοντά ή στο ίδιο σπίτι.

# Εστίαση στις συνήθειες υγείας και στη συμπεριφορά υγείας - Κάπνισμα

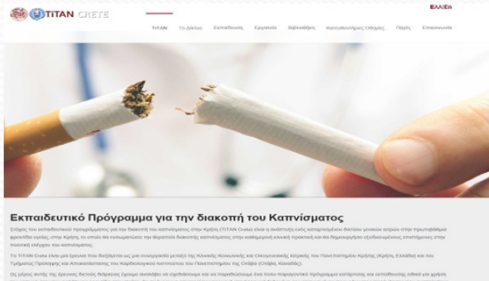
## 5As (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) tobacco treatment delivery in primary care settings in Greece



Η αλλαγή της συμπεριφοράς ως εκτιμητής της απόδοσης στις υπηρεσίες υγείας και η συμπεριφορά υγείας ως έκβαση υγείας

Το χαμηλό ποσοστό εμπλοκής των ιατρών ΠΦΥ στην υποστήριξη διακοπής του καπνίσματος

# Διδάσκοντας την κινητοποίηση συνέντευξη στη διακοπή του καπνίσματος



[http://titan.uoc.gr/index\\_en.html](http://titan.uoc.gr/index_en.html)

## Training General Practitioners in Evidence-Based Tobacco Treatment: An Evaluation of the Tobacco Treatment Training Network in Crete (TiTAN-Crete) Intervention

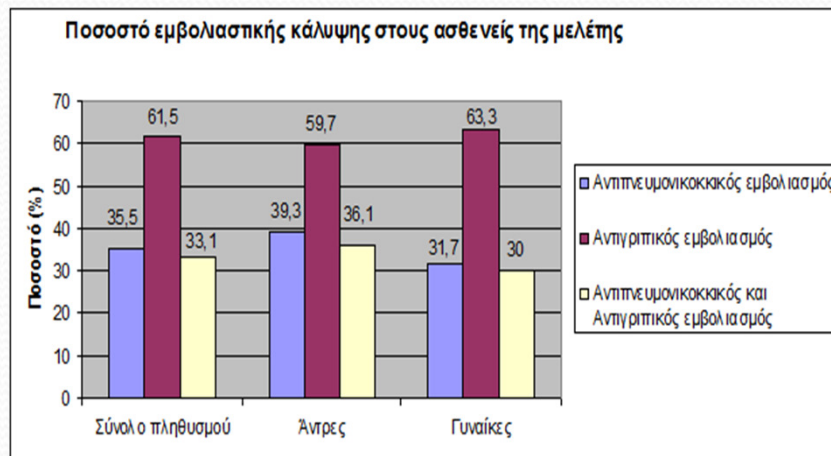
Charis Girvalaki, MPH<sup>1</sup>, Sophia Papadakis, PHD, MHA<sup>1,2,3</sup>, Constantine Vardavas, MD, PhD<sup>1</sup>, Andrew L. Pipe, MD, PhD<sup>2,3</sup>, Eleni Petridou, MD, PhD<sup>4</sup>, Ioanna Tsiligianni, MD, PhD<sup>1</sup>, and Christos Lionis, MD, PhD, FRCGP<sup>1</sup>, on behalf of the TiTAN Crete Partners



Table 4. General Practitioners' Performance in 4As Delivery Following Exposure to the TiTAN Intervention Compared With That of the Control Group.

Parameter	Control (n = 317), n (%)	TiTAN (n = 460), n (%)	TiTAN vs. control	
			AOR [95% CI] <sup>a</sup>	p <sup>a</sup>
Ask	166 (52.5)	381 (82.8)	4.12 [1.31, 13.0]	.0158
Advise: Quit smoking	149 (47.2)	375 (81.5)	5.03 [1.87, 13.6]	.0014
Advise: Health hazards	94 (29.8)	306 (66.8)	5.43 [2.94, 10.0]	<.001
Assist: General <sup>c</sup>	13 (4.1)	298 (64.8)	45.45 [18.24, 113.3]	<.001
Assist: Set quit date <sup>c</sup>	2 (0.6)	57 (12.6)	19.13 [3.57, 102.5]	.0006
Assist: Self-help materials <sup>c</sup>	3 (0.9)	120 (26.1)	37.51 [9.27, 151.8]	<.0001
Assist: Discuss medications	7 (2.2)	152 (33.0)	23.40 [10.08, 54.4]	<.0001
Assist: Prescribe medications <sup>d</sup>	0 (0.0)	7 (1.6)	—	—
Arrange <sup>e</sup>	3 (1.0)	70 (15.2)	15.07 [3.49, 65.1]	.0003

# Εστίαση στους εμβολιασμούς και στα λοιμώδη νοσήματα



- ❑ Εμβολιαστική κάλυψη ως δείκτης έκβασης υγείας και ως δείκτης απόδοσης
- ❑ Ομοίως η συχνότητα της πνευμονίας της κοινότητας και της παραπομπής στο νοσοκομείο

npj | Primary Care Respiratory Medicine

www.nature.com/npjpcrm  
All rights reserved 2055-1010/14

ARTICLE OPEN

Studying the burden of community-acquired pneumonia in adults aged  $\geq 50$  years in primary health care: an observational study in rural Crete, Greece

Antonios Bertsis<sup>1</sup>, Ioanna G Tsiligianni<sup>1</sup>, George Duijker<sup>1</sup>, Nikolaos Sifakas<sup>2</sup> and Christos Lionis<sup>1</sup> on behalf of the Cretan CAP Research Group

- Σε ένα έτος **124** νέες περιπτώσεις Πνευμονίας Κοινότητας στις αγροτικές περιοχές του Ν. Ηρακλείου
- Ο προτυποποιημένος δείκτης επίπτωσης πνευμονίας της κοινότητας: **236.7** νέες περιπτώσεις/ έτος σε 100.000 πληθυσμού 50 ετών και άνω
- **32%** των περιπτώσεων νοσηλεύτηκαν

# Εστίαση στους εμβολιασμούς και στα λοιμώδη νοσήματα

## Ο ρόλος του γιατρού Γενικής Ιατρικής και της ΠΦΥ στην HCV λοίμωξη – I

- Ενημέρωση των ασθενών που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ αλλά και του γενικού πληθυσμού.
- Εντοπισμός, καταγραφή των ασθενών με υψηλό κίνδυνο για HCV λοίμωξη αλλά και ασθενών ήδη διαγνωσθέντων που έλαβαν θεραπεία με ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη.
- Συμμετοχή στον έλεγχο των ασθενών και την επιβεβαίωση της HCV λοίμωξης.
- Συμμετοχή στην λήψη της απόφασης για τον περαιτέρω έλεγχο και την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.
- Συμμετοχή στην διασύνδεση με την γαστρεντερολογική/ ηπατολογική ομάδα.

European Journal of Internal Medicine 24 (2013) 839–845

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Internal Medicine

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ejim](http://www.elsevier.com/locate/ejim)

Original article

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

I. Drositis<sup>a,\*</sup>, A. Bertsiaris<sup>b</sup>, C. Lionis<sup>b</sup>, E. Kouroumalis<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Anafalochori Health Centre-Hemiarthro General Hospital of Heraklion, Crete, Greece  
<sup>b</sup> Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, Voutes, 71110 Heraklion, Crete, Greece  
<sup>c</sup> Department of Gastroenterology and Liver Research Laboratory, University Hospital and Medical School of Crete, Voutes, 71110 Heraklion, Crete, Greece

ARTICLE INFO

ABSTRACT

**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

**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 876 subjects (437 males, 439 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.  
**Results:** 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%). Seropositivities 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.

Πηγή: Drositis, et al, 2013

## Ο ρόλος του γιατρού Γενικής Ιατρικής και της ΠΦΥ στην HCV λοίμωξη – II

- Συμμετοχή στην σταδιοποίηση της νόσου και με μη επεμβατικά μέσα ιδιαίτερα σε απομονωμένες, νησιωτικές η ορεινές περιοχές.
- Συμμετοχή στην παρακολούθηση των ασθενών και τον έλεγχο της συμμόρφωσης των στην δοθείσα θεραπεία.
- Συμμετοχή στον περιοδικό έλεγχο για την πορεία και εξέλιξη της νόσου και ιδιαίτερα για την εμφάνιση ηπατοκυτταρικού καρκίνου.
- Συμμετοχή στην διαχείριση της συνοσηρότητας με HCV λοίμωξη (καρδιομεταβολικό σύνδρομο, σακχαρώδης διαβήτης, λιπώδες ήπαρ).
- Συμμετοχή στην ενημέρωση και υποστήριξη της οικογένειας.



# Η κινητοποίησης συνέντευξη (Motivational Interviewing)

- Σχεδιάστηκε αρχικά από τον William R. Miller, που σχεδίασε και την τεχνική για άτομα με προβλήματα με το αλκοόλ το 1983.
- Εστιασμένη στον ασθενή προσέγγιση ως βοήθεια στην αλλαγή συμπεριφοράς αυξάνοντας την εσωτερική κινητοποίηση
- Βασικά Στοιχεία- (FRAMES)
  - **F**eedback – Εκτίμηση της παρούσας κατάστασης του ασθενούς
  - **R**esponsibility – Ανάθεση προσωπικής ευθύνης του ασθενούς για αλλαγή
  - **A**dvice – Σαφής συμβουλή για την αναγκαιότητα της αλλαγής
  - **M**enu – Παροχή εναλλακτικών στρατηγικών
  - **E**mpathy – Κατανόηση της εμπειρίας και των αναγκών του ασθενούς
  - **S**upporting Self Efficacy – Παρακίνηση του ασθενούς

*Motivational Interviewing (resources for clinicians, researchers, and trainers)*

<http://www.motivationalinterview.org/>

## The founders of MI since 1989



William Miller



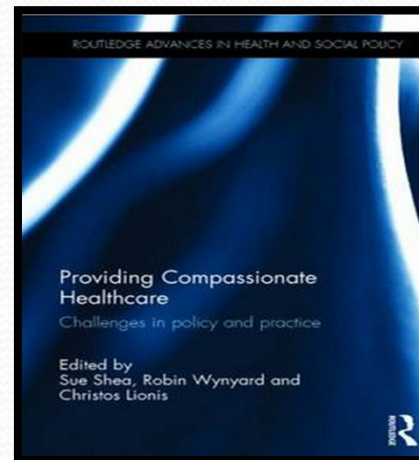
Stephen Rollnick

### Ένας ορισμός:

“Motivational interviewing is a collaborative conversation style for strengthening a person’s own motivation and commitment to change”

*Miller and Rollnick, 2013*

# Εστίαση στις δεξιότητες επικοινωνίας, συμπονετικής φροντίδας και διεπαγγελματικής συνεργασίας



## 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 Magraith<sup>2</sup> 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

*Lionis, et al, 2011*

# Εστίαση σε δεξιότητες επικοινωνίας και συμβουλευτικής – Ο ρόλος της αυτοφροντίδας



**Self-care Support For People With Long Term  
Conditions  
Diabetes & Heart Disease**

**Website:** <http://eu-wise.com/>

**Χρονική διάρκεια:** 01-01-2012 έως

31/12/2015

**Συνεργάστηκαν:** 7 Ευρωπαϊκές χώρες και 8  
οργανισμούς.

UNIVERSITY OF  
**Southampton**



UNIVERSIDAD DE NAVARRA  
**Universidad  
de Navarra**



UMC **St Radboud**

FUNDACIÓN  
EDUCACIÓN, SALUD  
**SOCIEDAD**



**Pintail**

## EU-WISE

Self-care Support for  
People with Long Term  
Conditions, Diabetes &  
Heart Disease:  
A Whole System  
Approach.



## This Edition

Introduction to the  
EU-WISE Project

Project Aims and  
Objectives

Project Workplan  
and Research  
Themes

The Project  
Partners

Project Progress

News & Events



Welcome to the first  
Project newsletter for  
EU-WISE!

Our newsletter is designed  
to ensure that parties with an  
interest in self-management of  
chronic illness are kept fully  
informed about EU-WISE and  
our innovative work.



For further information on the project and its  
partners (including biographies and contact  
details) please see the Project website  
[www.eu-wise.com](http://www.eu-wise.com)

You can also follow us on Twitter  
[twitter.com/EUWISE](https://twitter.com/EUWISE)



EU-WISE has received funding from the European Union Seventh  
Framework Programme (FP7) Health under grant agreement n° 279081



# Συζήτηση για την τεχνολογία στην ΠΦΥ (Παρακλίνιες δοκιμασίες)

Family Practice, 2016, Vol. 33, No. 4, 388-394  
doi:10.1093/fampra/fmv018  
Advance Access publication 5 April 2016



Health Service Research

## Point-of-care testing in UK primary care: a survey to establish clinical needs

Philip J Turner<sup>a,\*</sup>, Ann Van den Bruel<sup>a</sup>, Caroline H D Jones<sup>a</sup>,  
Annette Plüddemann<sup>a</sup>, Carl Heneghan<sup>a</sup>, Matthew J Thompson<sup>b</sup>,  
Christopher P Price<sup>a</sup> and Jeremy Howick<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, Oxford, UK and  
<sup>b</sup>Department of Family Medicine, University of Washington, Seattle, WA, USA.

\*Correspondence to: Philip J Turner, Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, Radcliffe  
Observatory Quarter, Woodstock Road, Oxford OX2 6GG, UK; E-mail: philip.turner@phc.ox.ac.uk

### Abstract

**Background.** A number of point-of-care diagnostic tests are commercially available in the UK, however, not much is known regarding GPs' desire for these tests or the clinical areas of interest. **Objective.** We sought to establish for which conditions point-of-care tests (POCTs) would be most helpful to UK GPs for diagnosis, reduction of referrals, and monitoring of chronic conditions. **Methods.** A total of 1635 regionally representative GPs were invited to complete an online cross-sectional survey between 31 September and 16 October 2012. **Results.** A total of 1109 (68%) GPs responded to the survey. The most frequently cited conditions were urinary tract infections for diagnosis (47% of respondents), pulmonary embolism/deep vein thrombosis for referral reduction (47%) and international normalized ratio/anticoagulation for monitoring (49%). **Conclusions.** This survey has identified the conditions for which UK GPs would find POCTs most helpful. Comments by respondents suggest that quite radical system-level adjustments will be required to allow primary care clinicians to capitalize on the potential benefits of POCTs.

**Key words.** Cross-sectional studies, diagnostic tests, general practitioners, point-of-care, primary health care, surveys and questionnaires.

### Introduction

The last decade has seen an increasing focus on delivering health care closer to home and a more integrated approach to care delivery (1,2). Supporting care closer to home improves patient satisfaction, improves access and has been shown to be safe and clinically effective, although cost effectiveness has not yet been proven (3). This trend has been complemented by a call for newer models of care (4), driven by the need for more patient-centred care, reduction of unplanned admissions, better care for patients with long-term conditions and cost containment. One way of achieving care closer to home is implementing point-of-care tests (POCTs) during a single practice visit in the assumption that this might reduce the need for additional testing elsewhere, repeat visits or referrals caused by

diagnostic uncertainty; however, practice-based diagnostic services are not commonly available to GPs in the UK (5).

This trend is being accompanied by a move in commissioning of services from activity to outcome based (6). Consequently, work should focus on how test results improve clinical decision-making, patient management, referrals (urgent and non-urgent) and care process efficiency. A recent systematic review showed that although clinicians considered that POCTs could aid decision-making and management of conditions, there were concerns associated with test accuracy, clinicians becoming overly reliant on tests, cost and limited utility (7). Further studies have also highlighted concerns about access to tests in primary care, the choice of tests and the interpretation of results (8-10).

© The Author 2016. Published by Oxford University Press.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted reuse, distribution, and reproduction in any medium,

provided the original work is properly cited. For all articles in this journal, please see the journal website for more information.

Turner, et al, Family Practice, 2016

## Καταστάσεις που οι παρακλίνιες δοκιμασίες συμβάλλουν στη μείωση των παραπομπών

- Πνευμονική εμβολή/εν τω βάθει φλεβοθρόμωση
- Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια
- Διαβήτης
- ΧΑΠ/Ασθμα
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- INR/έλεγχος αντιπηκτικότητας
- Λοίμωξη αναπνευστικού
- Καρκίνος
- Οξεία και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
- Αναπνευστικές λοιμώξεις

## Καταστάσεις που οι παρακλίνιες δοκιμασίες συμβάλλουν στην παρακολούθηση ή στη διαχείριση προβλημάτων υγείας του ασθενούς:

- INR/έλεγχος αντιπηκτικότητας
- Διαβήτης
- Οξεία και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
- ΧΑΠ/Ασθμα
- Διαταραχές λιπιδίων
- Υπερ/Υποθυροειδισμός
- Αναιμία
- Μυοσκελετική φλεγμονή
- Πνευμονική εμβολή/εν τω βάθει φλεβοθρόμωση
- Καρκίνος

## Εμπόδια

- Υποδομές στις δημόσιες δομές
- Ανάγκη για έλεγχο ποιότητας, ρύθμιση και συντήρηση
- Νομικά θέματα
- Επιβάρυνση του προϋπολογισμού της μονάδας
- Κόστος σε μικρές μονάδες σε αγροτικές περιοχές
- Χρόνος και κόστος σχετιζόμενος με τον έλεγχο της ποιότητας
- Επιπρόσθετη εκπαίδευση του προσωπικού.

# Επιλεγμένα παραδείγματα από την εφαρμογή παρακλίνιων διαγνωστικών δοκιμασιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

- 17 γενικοί ιατροί μέλη του δικτύου έρευνας της Κρήτης 17)
- Η Hb μετρήθηκε με τη χρήση μιας φορητής συσκευής (HemoCue 201)
- Η αναιμία ορίστηκε με τη χρήση της συσκευής αυτής ως ένα επίπεδο Hb < 13 g/dl στους άνδρες και < 12 g/dl στις γυναίκες
- Το τριχοειδικό δείγμα υπέδειξε 113 (20.9%) άτομα από το σύνολο των 541 συμμετεχόντων με πιθανή αναιμία. 45 of αυτά ήσαν άνδρες (39.8%), and 68 γυναίκες (60.2%).
- 45 άτομα (45/99, 45.5%) (Α/Γ 1:2) επιβεβαιώθηκε η διάγνωση της αναιμίας
- Θετική διαγνωστική αξία του HemoCue test 45.6%

## RESEARCH

## Open Access

### Reporting new cases of anaemia in primary care settings in Crete, Greece: a rural practice study

Christos Lionis<sup>1,2\*</sup>, Emmanouil K Symvoulakis<sup>1,2†</sup>, George Duijker<sup>1†</sup>, Foteini Anastasiou<sup>2</sup>, Stilianos Dimitrakopoulos<sup>2</sup>, Christina Kladou<sup>3</sup>, Evaggelia Ladoukaki<sup>2</sup>, Kornilia Makri<sup>2</sup>, Chrisoula Petraki<sup>2</sup>, Nektarios Sivaropoulos<sup>3</sup>, Spiridon Sasarolis<sup>3</sup>, Anastasia Stefanaki<sup>4</sup>, Aggeliki Vasilaki<sup>2</sup> and Theodoros Vasilopoulos<sup>2</sup>

#### Abstract

**Background:** Early diagnosis of anaemia represents an important task within primary care settings. This study reports on the frequency of new cases of anaemia among patients attending rural primary care settings in Crete (Greece) and to offer an estimate of iron deficiency anaemia (IDA) frequency in this study group.

**Methods:** All patients attending the rural primary health care units of twelve general practitioners (GPs) on the island of Crete for ten consecutive working days were eligible to participate in this study. Hemoglobin (Hb) levels were measured by portable analyzers. Laboratory tests to confirm new cases of anaemia were performed at the University General Hospital of Heraklion.

**Results:** One hundred and thirteen out of 541 recruited patients had a low value of Hb according to the initial measurement obtained by the use of the portable analyzer. Forty five (45.5%) of the 99 subjects who underwent laboratory testing had confirmed anaemia. The mean value of the Hb levels in the group with confirmed anaemia, as detected by the portable analyzer was 11.1 g/dl (95% Confidence Interval (CI) from 10.9 to 11.4) and the respective mean value of the Hb levels obtained from the full blood count was 11.4 g/dl (95% CI from 11.2 to 11.7) ( $P = 0.01$ ). Sixteen out of those 45 patients with anaemia (35.6%) had IDA, with ferritin levels lower than 30 ng/ml.

**Conclusion:** Keeping in mind that this paper does not deal with specificity or sensitivity figures, it is suggested that in rural and remote settings anaemia is still invisible and point of care testing may have a place to identify it.

#### Background

Anaemia is a common haematologic disorder which increasingly occurs in older age groups and its onset is usually insidious and slow [1]. As anaemia worsens and due to insufficient circulatory adaptive mechanisms in the elderly, discomfort and functional impairment may be progressively installed [1]. Approximately, 11.0% of men and 10.2% of women  $\geq 65$  years are anaemic. One third of the elderly patients with anaemia present nutrient deficiencies, conditions which should be readily treated and cautiously linked with possible underlying disorders [2].

Symptoms reported in general practice/family medicine (GP/FM) play an important role in diagnosing anaemia. Fatigue, palpitations, dyspnoea on exertion, and poor concentration are some of the general symptoms related to anaemia, however they can be similarly linked with cancer, thyroid disorders, angina pectoris, and depression respectively [3-5]. Clinical signs like cheilitis, hair loss, fragility of nails and even cognitive impairment in many cases have been commonly associated with anaemia [1,6-8]. Unexplained weight loss, insistent bony pain and other atypical signs deserve to be assessed so as to rule out malignancy or inflamma-

Lionis et al. *Asia Pacific Family Medicine* 2012



# Παρακλίνιες διαγνωστικές δοκιμασίες (εστίαση στην αυτολήψη και στον ασθενή)

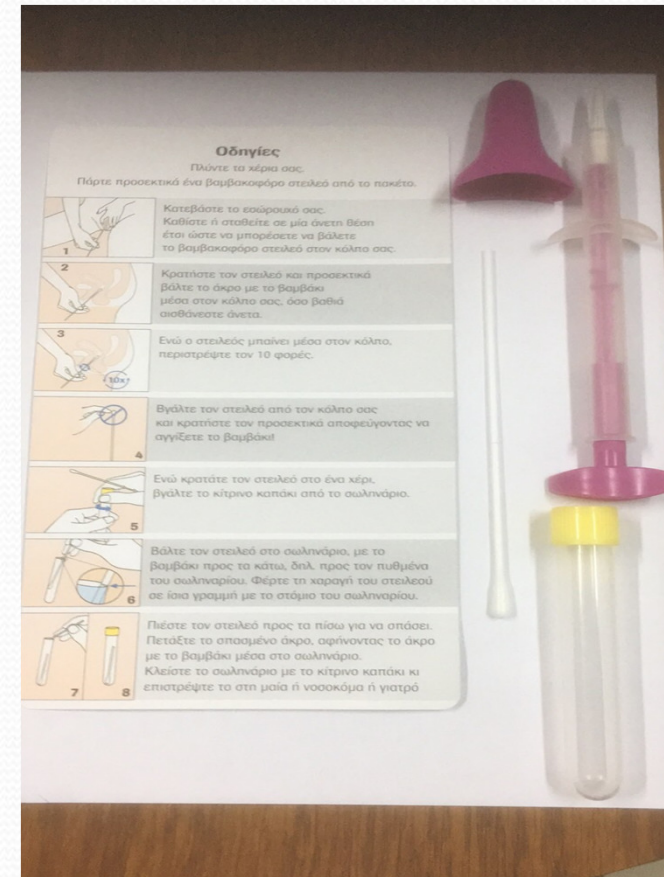
## Self-Sampling at Home

Rovers Medical Devices initiated the development of the self-sampling for hrHPV. This was ten years ago, as it became evident that in order to increase the number of women that take part in cervical screening, an easy to use self-sampler was required. This led to the development of the **Viba-Brush®** and the **Evalyn® Brush**.

### Testing for HPV contributes to the prevention of cancer

It is known that persistent infection with the Human Papillomavirus (HPV) may ultimately lead to cervical cancer. Testing for HPV helps to identify the women who are at risk of developing cervical cancer even before it has a chance to develop. Self-collection for HPV testing using our devices, can be done at home and is quick, simple, painless and reliable.

See sidebar for metastudies and general studies concerning self-sampling for hrHPV testing.



Εργαλεία ευγενικώς παραχωρηθέντα από τον Καθ. κ. Αγοραστό

## 8 πρακτικά βήματα για την έναρξη λειτουργίας των Τοπικών Μονάδων ΠΦΥ

1. Να ξεκινήσουμε από ένα γενικό και προσαρμοσμένο στη χώρα μας ορισμό της ΠΦΥ και να δούμε μέσα από αυτόν το εύρος των υπηρεσιών που απαιτούνται
2. Να συνεχίσουμε τη μελέτη (ανάλυση) των αναγκών υγείας του πληθυσμού ευθύνης της Μονάδας (*μετεγγραφή σε δείκτες υγείας*)
3. Να θέσουμε στόχους που θα οδηγήσουν σε δράσεις και να διακρίνουμε αυτές σε δράσεις διαδικασίας και εκβάσεων (αποτελεσμάτων)
4. Να μη ξεχάσουμε στους στόχους και την ισότητα στις υπηρεσίες υγείας και να τους ιεραρχήσουμε
5. Να διατάξουμε το ανθρώπινο δυναμικό αντίστοιχα με τους στόχους/ δράσεις και να του αναθέσουμε σε συγκεκριμένη ομάδα υγείας και να εξετάσουμε τις απαιτούμενες διασυνδέσεις και παραπομπές σε άλλες υπηρεσίες και δομές
6. Να εξετάσουμε τι εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού και τι μέσα χρειαζόμαστε για την επίτευξη των στόχων
7. Να συζητήσουμε τα βήματα (ενέργειες) που θα απαιτηθούν για την εφαρμογή του πρώτου σχεδίου παρέμβασης και το χρονοδιάγραμμα του
8. Να εξετάσουμε το χρόνο και τις μεθόδους αξιολόγησης (αποτελεσματικότητας) των δράσεων που σχεδιάστηκαν και υλοποιήθηκαν

## Επιλεγμένοι δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας υπηρεσιών Μονάδων ΠΦΥ στην έναρξη του θεσμού

- Εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου (CVD score) μια φορά τουλάχιστον μέσα στο χρόνο.
- Σύσταση για έλεγχο της παρουσίας αίματος στα κόπρανα (FIT) (μια φορά το χρόνο) σε άτομα πάνω από 50 χρονών.
- Σύσταση για μαστογραφία σε ετήσια βάση σε γυναίκες >45 ετών.
- Σύσταση για έλεγχο HPV DNA Testing σε γυναίκες > 30 ετών και απόφαση για κυτταρολογική εξέταση πάνω στα αποτελέσματα.
- Σύσταση για διακοπή καπνίσματος σε σταθερούς ή περιστασιακούς καπνιστές
- Εκτίμηση της συνήθειας κατανάλωσης οινοπνεύματος (CAGE) μια φορά το χρόνο.
- Εκτίμηση της ολοκλήρωσης των εμβολιασμών σε ενήλικες (μια φορά το χρόνο)
- Μέτρηση της περιμέτρου μέσης και σύσταση για τον έλεγχο του βάρους (μια φορά το χρόνο)
- Εκτίμηση της φυσικής ικανότητας ανόδου σκάλας ή και βαδίσματος γύρω από το τετράγωνο της γειτονιάς (Frailty simple) σε ηλικιωμένα και απομονωμένα άτομα (άπαξ)
- Εκτίμηση της ψυχικής υγείας (μια φορά το χρόνο, PHQ-9)
- Έλεγχος για συμμόρφωση στη δοθείσα φαρμακευτική αγωγή (μια φορά το χρόνο)

## Παραδείγματα δράσεων στις Τοπικές Μονάδες Υγείας με απήχηση στην κλινική έρευνα και στην ποιότητα των υπηρεσιών

- Καταγραφή/ παρέμβαση στα πρόσωπα με πολλαπλή νοσηρότητα που καπνίζουν και αρνούνται να το διακόψουν
- Καταγραφή/παρέμβαση στα πρόσωπα που αρνούνται παρά τις συστάσεις εμβολιασμό
- Καταγραφή προσώπων (και της ενημέρωσης του) για τον προσυμπτωματικό έλεγχο επιλεγμένων μορφών καρκίνου και της συμμόρφωσης τους μετά από σύσταση

# Ο ρόλος της Ακαδημαϊκής Μονάδας

## Τρία επίπεδα

- Συντονισμός, παρακολούθηση και αξιολόγηση του κλινικού έργου (εκτίμηση αναγκών υγείας του εξυπηρετούμενου πληθυσμού, αρχικός σχεδιασμός και υιοθέτηση προτεραιοτήτων, αξιολόγηση)
- Συντονισμός και υποστήριξη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης της ομάδας υγείας και όλου του προσωπικού σε συνεργασία με τις Σχολές Επιστημών Υγείας (Πανεπιστήμια και ΑΤΕΙ)
- Συντονισμός και υποστήριξη έρευνας αντίστοιχης με τις ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας

# Ένα εγχειρίδιο οδηγός για τα πρώτα βήματα από την έναρξη λειτουργίας

- **Ποιοι είμαστε.**

Ο ρόλος της ΤΟΜΥ. Η θέση της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας.

Από ποιους αποτελείται/στελεχώνεται η Ομάδα Υγείας.

Λόγος ύπαρξης της Διεπιστημονικής Ομάδας.

- **Σε ποιους απευθυνόμαστε.**

Εγγεγραμμένος και ωφελούμενος πληθυσμός.

υποχρεώσεις-δικαιώματα- λογοδοσία στην κοινότητα.4

Πώς εκτιμούμε τις ανάγκες υγείας, τις προσδοκίες και τις επιθυμίες του πληθυσμού.

### **Ποιες οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματά μας.**

Δέσμη παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τι υπηρεσίες φροντίδας ή δράσεις πρέπει να σχεδιάσουμε αντίστοιχες με τις ανάγκες του πληθυσμού.

Ποιες είναι οι βασικές διοικητικές υποχρεώσεις της Ομάδας Υγείας (βασική διοικητική λειτουργία & πλαίσιο συγχρηματοδοτούμενων προγραμμάτων - ΕΣΠΑ).

### **Πώς λειτουργούμε ως Ομάδα Υγείας.**

Στόχοι και προτεραιότητες. Βασικές αρχές λειτουργίας Ομάδας.

Συνεργασία και συνδιαμόρφωση αποφάσεων.

Ρόλοι, δυναμικές και διαχείριση συγκρούσεων.

- Πώς επικοινωνούμε με τους λήπτες υπηρεσιών υγείας και το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Υποδοχή, προσέγγιση και ενημέρωση.

Συμμετοχή στην λήψη της απόφασης

Αλλαγή συμπεριφοράς.

### **Ποιες άλλες υπηρεσίες ή Δομές λειτουργούν στην περιοχή μας και πως διασυνδεόμαστε με αυτές.**

Επίπεδα Συστήματος Υγείας.

Ψυχική Υγεία και εξαρτήσεις.

Υπηρεσίες ΟΤΑ.

Κοινωνία των Πολιτών.

Υπηρεσίες Πρόνοιας.

Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.

Ιδιωτικός τομέας (φαρμακεία, συμβεβλημένοι με ΕΟΠΠΥ και μη).

### **Πώς αξιολογούμε τις υπηρεσίες μας στην πρώτη περίοδο λειτουργίας.**

Αποτύπωση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Γενική αναφορά σε καθιερωμένες πρακτικές.

Επιλεγμένα εργαλεία για την ποσοτική τους μέτρηση.

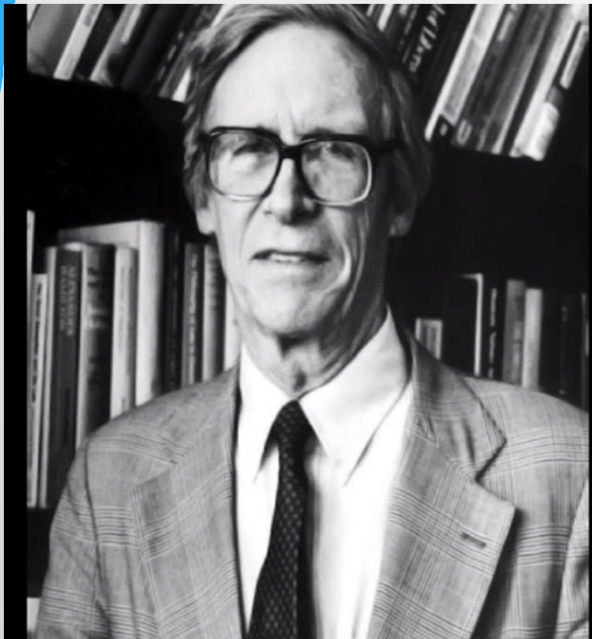
Εκτίμηση αλλαγής κουλτούρας.

### **Ποια είναι τα αντικείμενα που πρέπει άμεσα να εκπαιδευτούμε.**

Κατευθυντήριες οδηγίες, εγχειρίδια και βασική βιβλιογραφία.

Εκπαιδευτικοί κύκλοι όπως έχουν σχεδιαστεί.

# Η έννοια της δικαιοσύνης ως «δικαιοπραξία»



John Rawls (Feb. 21, 1921-Nov. 24, 2002)

## The Theory of Justice

- Υπερασπίστηκε την έννοια της δικαιοσύνης (justice) ως «δικαιοπραξία» (fairness)
- Στήριξε τη θεωρία της δικαιοσύνης σε δυο αρχές, της Ελευθερίας και της Διαφοράς όσον αφορά την ισότητα
- Επανεισήγαγε το θεσμό του κοινωνικού συμβολαίου
- Αρχές που καλύπτουν τις βασικές ελευθερίες και αρχές που καλύπτουν τις κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες  
(Ο πολιτικός φιλελευθερισμός, Εκδόσεις Μεταίχμιο, Οκτώβριος 2017)

# Επίλογος

- Η σημασία της ανάλυσης της κατάστασης
- Η έμφαση στο εφικτό σχέδιο και στις τοπικές προτεραιότητες
- Η αναγκαιότητα συνεχούς εκπαίδευσης
- Η ανάγκη περιοδικής αξιολόγησης

**Πολλές ευχαριστίες για την προσοχή σας**

