

ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΥΓΕΙΑΣ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ (2023)

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

## Βασικές Αρχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

**ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ Δ. ΜΑΡΙΟΛΗΣ M.D., Ph.D**

Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Διευθυντής Κέντρου Υγείας Αρεόπολης Μάνης

Πρόεδρος Ελληνικής Ακαδημίας

Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΚΑΔΗΜΙΑ  
ΓΕΝΙΚΗΣ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
& ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ



## Περίγραμμα

- Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας
- Μια διαφορετική προσέγγιση
- Βασικός πυλώνας η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην πράξη
- Η εμπειρία μας
- Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός ως ραχοκοκαλιά της ΠΦΥ



ΜΟΝΙΜΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΕΣΥ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ



# Ατενίζοντας το μέλλον

Πάντα στην πρώτη γραμμή...



Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας  
όχι απλά ως πυλώνας ενός σύγχρονου συστήματος  
υγείας, αλλά ως ευρύ κοινωνικό όραμα

«γιατρέ μου»

Κοιτάζοντας καθημερινά  
μέσα από το παράθυρο  
του ασθενούς...

Οι προκλήσεις σήμερα

Κατ' οίκον φροντίδα υγείας

Μετα-νοσοκομειακή φροντίδα &  
αποκατάσταση

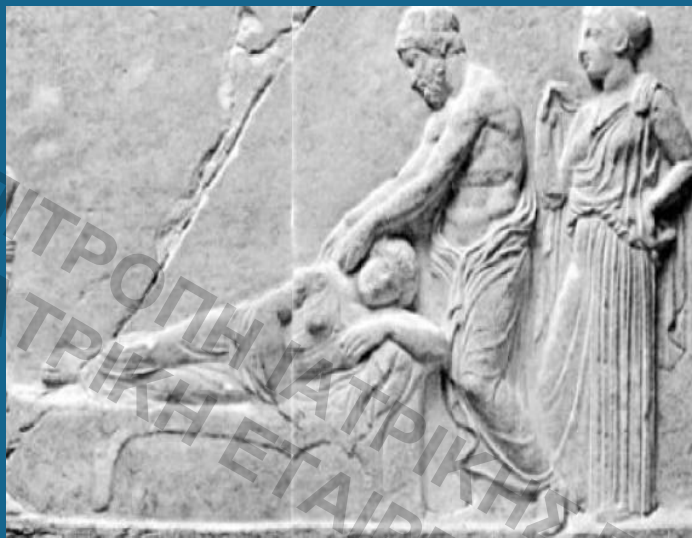
Ενσωμάτωση της τεχνολογίας (e-health)

Παροχή συμβουλευτικής - ενημέρωσης

Πρόσβαση ομάδων υψηλού κίνδυνου



# Άξονας χρόνου



Εδώ και **χιλιετίες**: άσκηση της  
ιατρικής στην **κοινότητα**  
**Εκπαίδευση** του ιατρού στην  
κοινότητα

*The apprenticeship model*

*Thistlethwaite et al, MJA, 2007*

Τα τελευταία  
100 χρόνια,  
κύρια  
εκπαίδευση  
του φοιτητή  
στο **νοσοκομείο**

# Συνδυασμός θεωρίας και πράξης



«Η μελέτη των φαινομένων της νόσου χωρίς βιβλία είναι σαν να ταξιδεύεις σε μια μη χαρτογραφημένη θάλασσα, ενώ η μελέτη των βιβλίων χωρίς ασθενείς είναι σαν να μην ταξιδεύεις καθόλου»

*Sir William Osler, 1849-1919*



# Η διακήρυξη για την Π.Φ.Υ.



«Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται η βασική φροντίδα της υγείας, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες, προσιτές από όλα τα άτομα της κοινότητας μέσω της ενεργού συμμετοχής τους και οικονομικά προσιτές από το Κράτος ή την Τοπική Κοινωνία μεθόδους και τεχνολογίες»



# Διακήρυξη Alma Ata, 1978

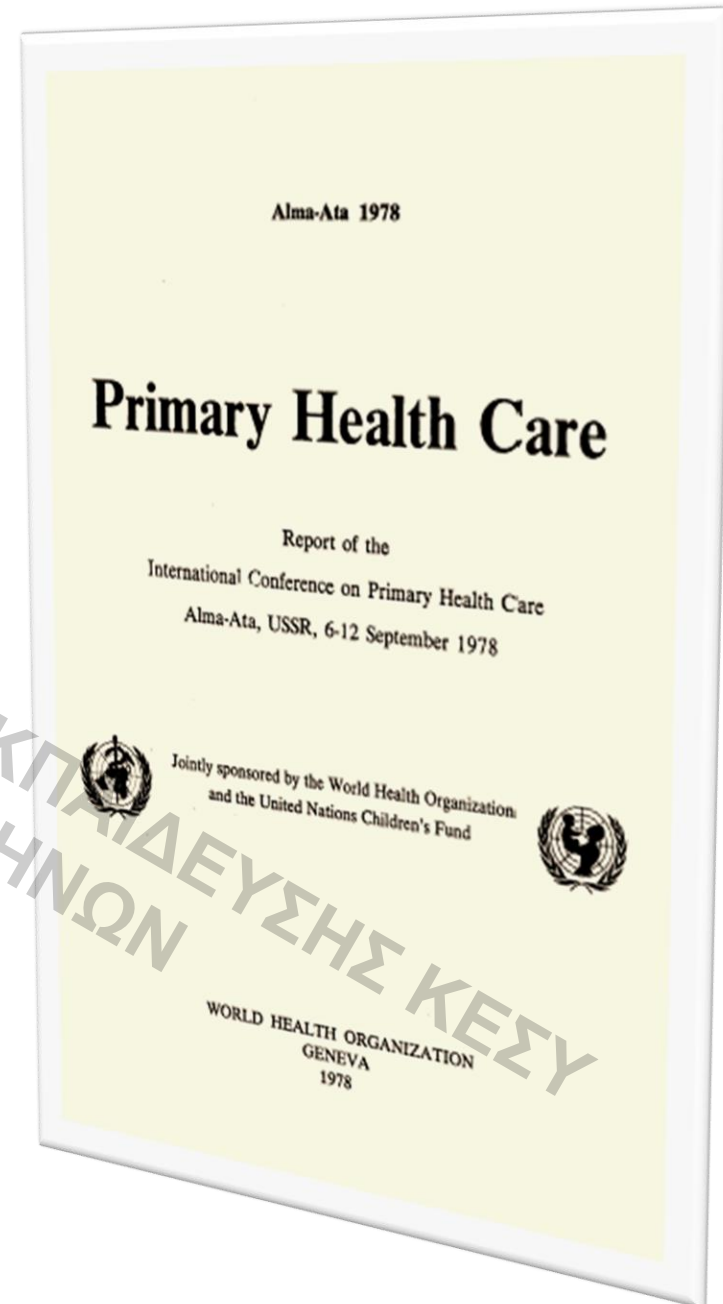
Η διεθνής συνάντηση της Άλμα-Άτα έβαλε την ΠΦΥ στο επίκεντρο και έθεσε 4 στόχους για όλα τα συστήματα υγείας στον κόσμο:

**Ισότητα**

**Ανθρωποκεντρικότητα**

**Ολοκληρωμένη φροντίδα**

**Συνέχεια φροντίδας**





## Χαρακτηριστικά παρεχόμενης φροντίδας



- a) **ελεύθερη και έγκαιρη φροντίδα πρώτης επαφής** (first contact care)
- b) **συνεχής φροντίδα** ώστε να παρέχεται διαχρονικά μόνιμη και ομαλή φροντίδα υγείας, ανεξαρτήτως της ύπαρξης ασθένειας (continuous care)
- c) **συντονισμένη φροντίδα** για την παροχή κατάλληλης φροντίδας για το σύνολο των αναγκών υγείας των ασθενών (coordinated care)
- d) **πλήρης και ολοκληρωμένη φροντίδα** μέσω μιας βασικής αλλά ευρείας δέσμης υπηρεσιών υγείας (comprehensive care)
- e) **φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια** (family-centered care)
- f) **φροντίδα προσανατολισμένη στην κοινότητα** (community orientation)

*Starfield B., and Shi L, 2001. Policy relevant determinants of health: An international perspective. Health Policy, 60:201-218. The John Hopkins primary care policy center. Primary care assessment tools .[http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca\\_tools.html](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html)*

# Η διακήρυξη για την ΠΦΥ



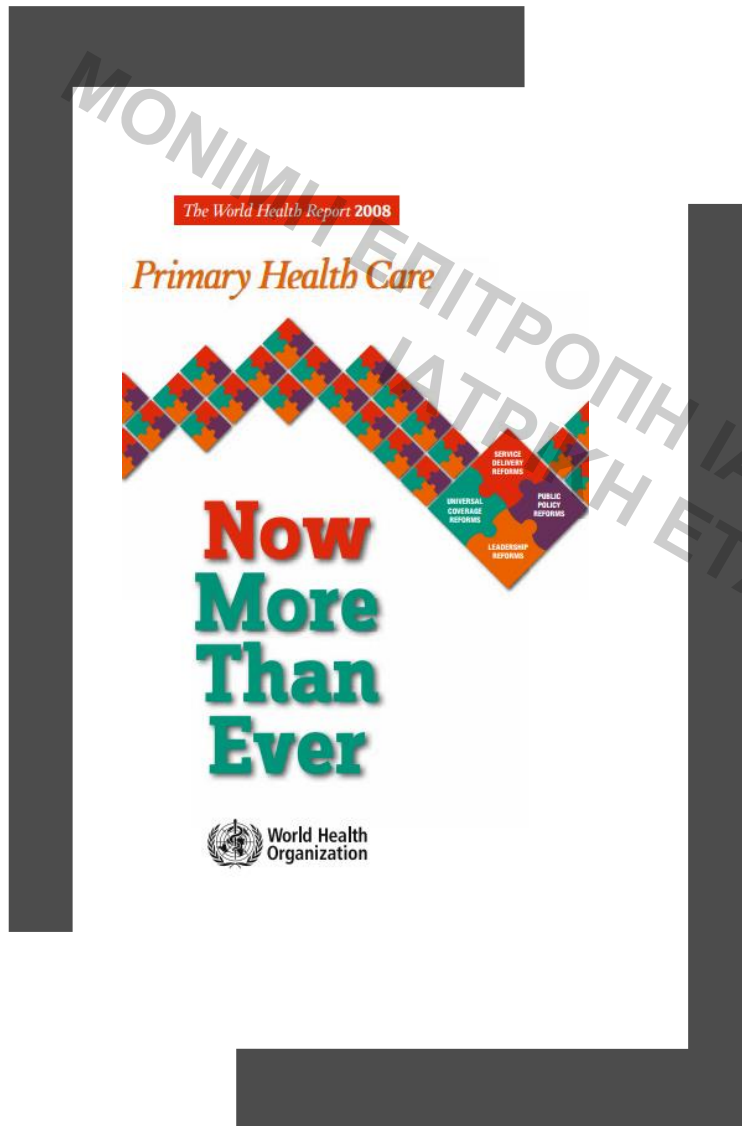
*Συνδιάσκεψη Π.Ο.Υ Astana 2018*

*(Primary Health Care-PHC)*

Οραματιζόμαστε Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας, ασφαείς, ολοκληρωμένες, προσβάσιμες, διαθέσιμες και οικονομικά προσιτές για όλους και παντού, που παρέχονται με συμπόνια, σεβασμό και αξιοπρέπεια από επαγγελματίες υγείας **καλά εκπαιδευμένους, με κίνητρα και αφοσίωση.**

Είμαστε πεπεισμένοι ότι η ενίσχυση της ΠΦΥ είναι η πιο περιεκτική, αποτελεσματική και αποδοτική προσέγγιση για την ενίσχυση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ανθρώπων, καθώς και της κοινωνικής ευημερίας, και ότι **η ΠΦΥ αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο ενός βιώσιμου συστήματος υγείας** για την καθολική υγειονομική κάλυψη (UHC) και τους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης που σχετίζονται με την υγεία.

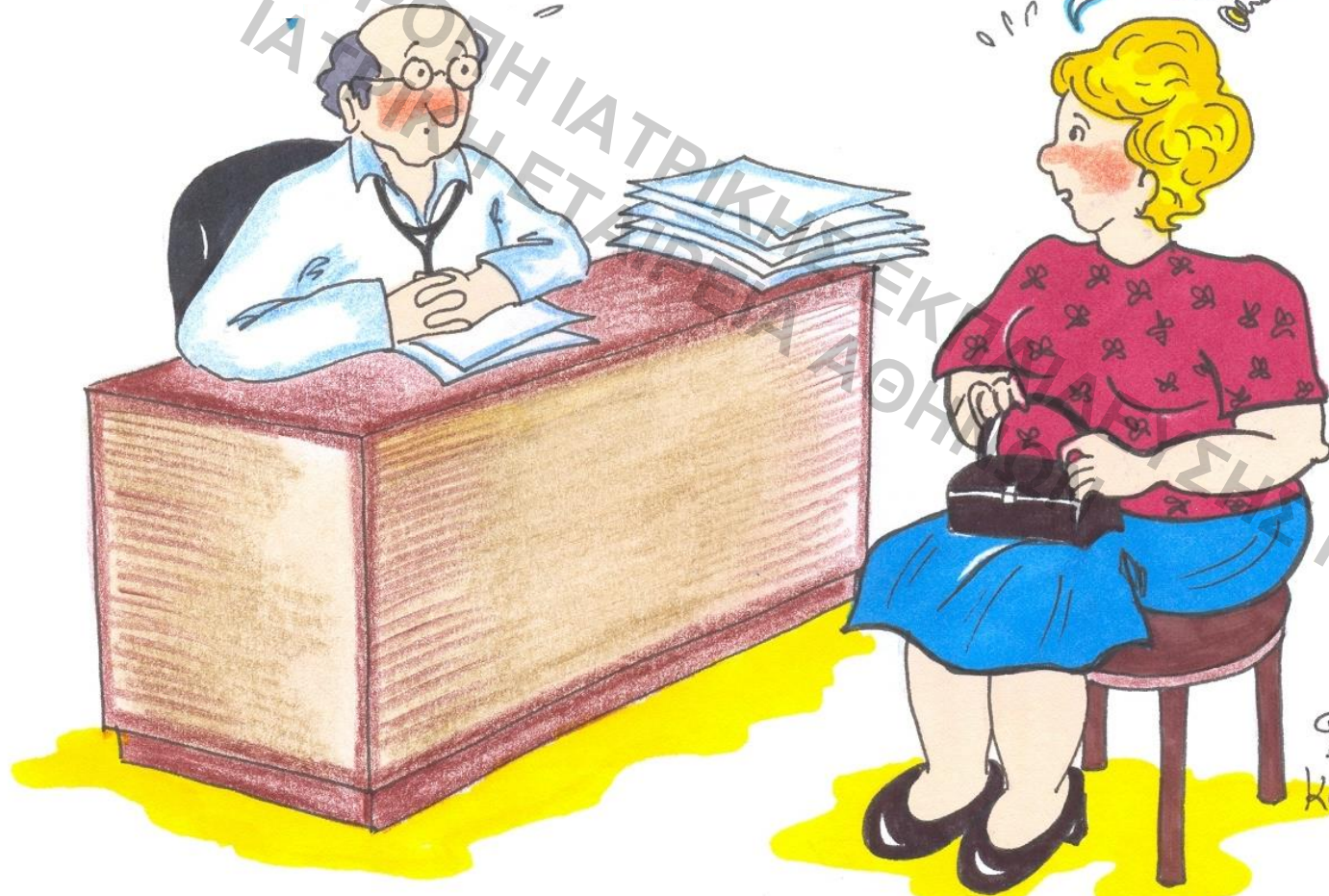
# ΠΦ- Πρωταρχική Φροντίδα



*“Η παροχή φροντίδας  
πρώτης επαφής,  
εστιασμένης στο άτομο και  
συνεχιζόμενης στο χρόνο,  
που αντιμετωπίζει όλες τις  
σχετιζόμενες με την υγεία ανάγκες  
των ανθρώπων,  
παραπέμποντας μόνο αυτούς με  
αρκετά ασυνήθιστες ανάγκες για να  
διατηρείται σε επίπεδο ΠΦΥ επάρκεια  
στην αντιμετώπιση τους,  
καθώς και ο συντονισμός της  
φροντίδας, όταν οι άνθρωποι δέχονται  
υπηρεσίες σε άλλα επίπεδα του  
συστήματος”*

ΣΗΜΕΡΑ ΓΙΑΤΙ ΗΡΘΑΤΕ;  
ΤΕΛΟΣ ΠΑΝΤΩΝ, ΚΛΕΙΣΤΕ ΡΑΝΤΕΒΟΥ  
ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟ, ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟ,  
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟ.....  
ΝΑ ΠΕΡΑΖΕΙ Ο ΕΠΟΜΕΝΟΣ !!!

ΓΙΑΤΡΕ... ΕΧΩ ΠΙΕΣΗ,  
ΣΑΚΧΑΡΟ, ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ,  
ΠΗΡΑ ΑΡΚΕΤΑ ΚΙΛΑ ΚΑΙ  
ΔΕΝ ΠΕΡΠΑΤΩ ΠΟΛΥ...  
Α! ΞΕΧΑΣΑ! ΕΧΩ ΚΑΙ  
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ



Γ. Δογμάρ  
Κέντρο Υγείας Βόρεια

Αναζητώντας  
την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας



## Ο ΠΡΩΤΟΣ ΣΑΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

Η κυρία Α.Β. επισκέπτεται το κέντρο υγείας για συνταγογράφηση της χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής της, καθώς και στο πλαίσιο τακτικής επίσκεψης στον ιατρό



# Ατομικό Αναμνηστικό



- Ηλικία: 65
- Α/α: ΣΔ II, ΑΥ, ΔΛΔ, ΟΑ
- Φ/α: μετφορμίνη, ροσουβαστατίνη, ολμεσαρτάνη/ υδροχλωροθειαζίδη, παρακεταμόλη
- Αλλεργίες: Δεν αναφέρει
- Κάπνισμα: Αναφέρει χρήση 5 τσιγάρων την μέρα από 30ετίας
- Χ/α: Σκωληκοειδεκτομή προ 50ετίας

Η κ. Α.Β. διαγνώσθηκε με Α.Υ. πριν από δώδεκα έτη, ενώ προ τριετίας ανακαλύφθηκε ότι είχε και αυξημένα επίπεδα γλυκόζης νηστείας, χωρίς να έχει συμπτώματα υπεργλυκαιμίας. Μέχρι στιγμής δεν έχει αναφέρει μικροαγγειακές ή μακροαγγειακές επιπλοκές.

Προ διαιτίας συνταγογραφήθηκε για πρώτη φορά μετφορμίνη και άρχισε να μετρά μόνη της τη γλυκόζη στο σπίτι. Προ διαιτίας εμφανίστηκε το άλγος στις αρθρώσεις των γονάτων, ενώ πρόσφατα ανακαλύφθηκε η δυσλιπιδαιμία. Έχει ήδη τροποποιήσει τη δίαιτα και τη φυσική της δραστηριότητα.

Η κυρία Α.Β. είναι συνταξιούχος, μένει μόνη της, σε ένα μεγάλο χωριό κοντά σε περιφερειακή πόλη, είναι ανεξάρτητη και αυτοεξυπηρετείται. Γενικά, δεν παρουσιάζει καλή συμμόρφωση και δεν ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για αλλαγές στην φαρμακευτική προσέγγιση.



## Πρόσφατος εργαστηριακός έλεγχος

- . CBC:κφ
- . Γλυκόζη νηστείας:150 mg/dl
- . HbA1c:8%
- . LDL:110 mg/dl
- . HDL:60 mg/dl
- . TGs:186 mg/dl
- . Total Chol:204 mg/dl
- . Cr=1.2 mg/dl/ Ur: 45mg/dl
- . Μικροαλβουμίνη ούρων: 50mg/24h





## Αδρή κλινική εξέταση

ΑΠ=145/85 mmHg, S<sub>po</sub>2=97%, HR=78bpm,  
T=36.6, ΑΨ ομότιμο άμφω, Καρδιά= S1S2 P/E  
χωρίς πρόσθετους ήχους, κοιλία ΜΕΑ, ΕΗ κφ,  
ΑΝΕ κφ. Ελαττωμένη αισθητικότητα στα  
πέλματα, κύφωση στη θωρακική μοίρα της  
σπονδυλικής στήλης. Νοητική λειτουργία κφ,  
απουσία καταθλιπτικού συναισθήματος.



## Ο ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

Η κυρία Γ.Δ. επισκέπτεται το κέντρο υγείας για συνταγογράφηση της χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής της, καθώς και στο πλαίσιο τακτικής επίσκεψης στον ιατρό



# Ατομικό Αναμνηστικό



- Ηλικία: 70
- Α/α: ΣΔ ΙΙ, ΑΥ, ΔΛΔ, ΟΠ
- Φ/α: ινσουλίνη,  
ατορβαστατίνη,  
αμλοδιπίνη,  
διφωσφονικά, Ασβέστιο
- Αλλεργίες: Δεν αναφέρει
- Χ/α: Χολοκυστεκτομή προ  
20ετίας
- Κάπνισμα: Δεν αναφέρει

Η κυρία Γ.Δ. είναι 70 ετών και βρέθηκε ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 προ 4ετίας. Για τον έλεγχο της υπεργλυκαιμίας, αρχικά υιοθέτησε μια δίαιτα ειδική για διαβητικούς ασθενείς και πέτυχε σημαντική απώλεια σωματικού βάρους. Αργότερα, εξέφρασε την επιθυμία έναρξης φαρμακευτικής αγωγής για τον έλεγχο της υπεργλυκαιμίας. Διαγνώσθηκε με ΑΥ, ΔΛΔ προ έτους, ενώ για την ΟΠ λαμβάνει αγωγή από δεκαετίας.

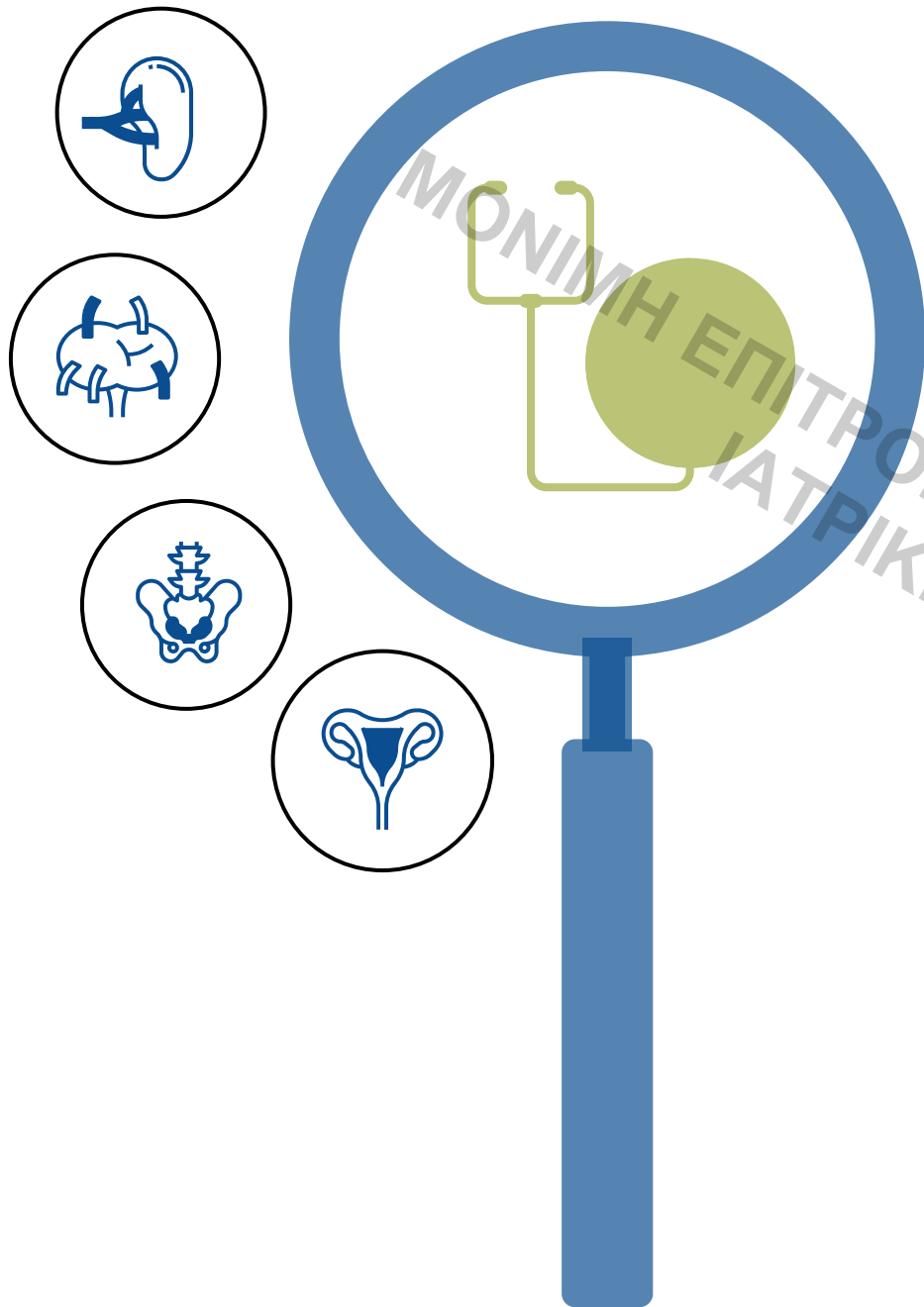
Είναι συνταξιούχος και διαμένει με τον σύζυγό της και την οικογένεια του υιού της σε ένα απομακρυσμένο χωριό. Περπατάει καθημερινά τρία χιλιόμετρα και διατηρεί τον δείκτη μάζας σώματος στο 25. Λαμβάνει με μεγάλη συμμόρφωση την φαρμακευτική της αγωγή.

Επιθυμεί να μεγιστοποιήσει το προσδόκιμο επιβίωσης και να είναι υγιής.



## Πρόσφατος εργαστηριακός έλεγχος

- CBC:κφ
- Γλυκόζη νηστείας:130 mg/dl
- HbA1c:7.8%
- LDL:80 mg/dl
- HDL:55 mg/dl
- TGs:120 mg/dl
- Total Chol:160 mg/dl
- Cr:1.0 mg/dl , Ur: 23 mg/dl
- Μικροαλβουμίνη ούρων: 180 mg/24h



## Αδρή κλινική εξέταση

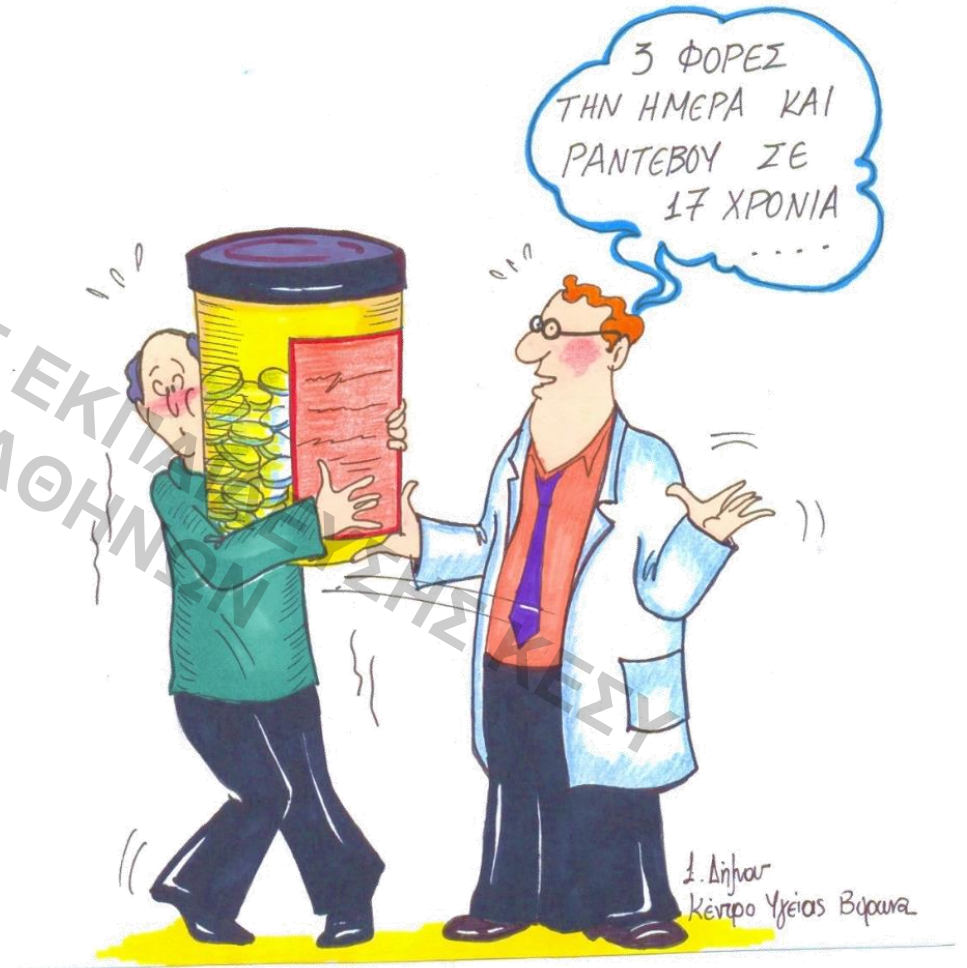
ΑΠ=130/75mmHg, SpO<sub>2</sub>=96%, HR=82bpm, T=36.6, , ΑΨ ομότιμο άμφω, Καρδιά= S1S2 P/E χωρίς πρόσθετους ήχους, κοιλία ΜΕΑ, ΕΗ κφ, ΑΝΕ κφ, ήπια έκπτωση αισθητικότητας κατά την εξέταση με χρήση οργάνου με μικροϊνίδια, φυσιολογικός βηματισμός, φυσιολογική ισορροπία, φυσιολογική νοητική λειτουργία, φυσιολογική διάθεση, απουσία καταθλιπτικού συναισθήματος.

Κατευθυντήριες οδηγίες



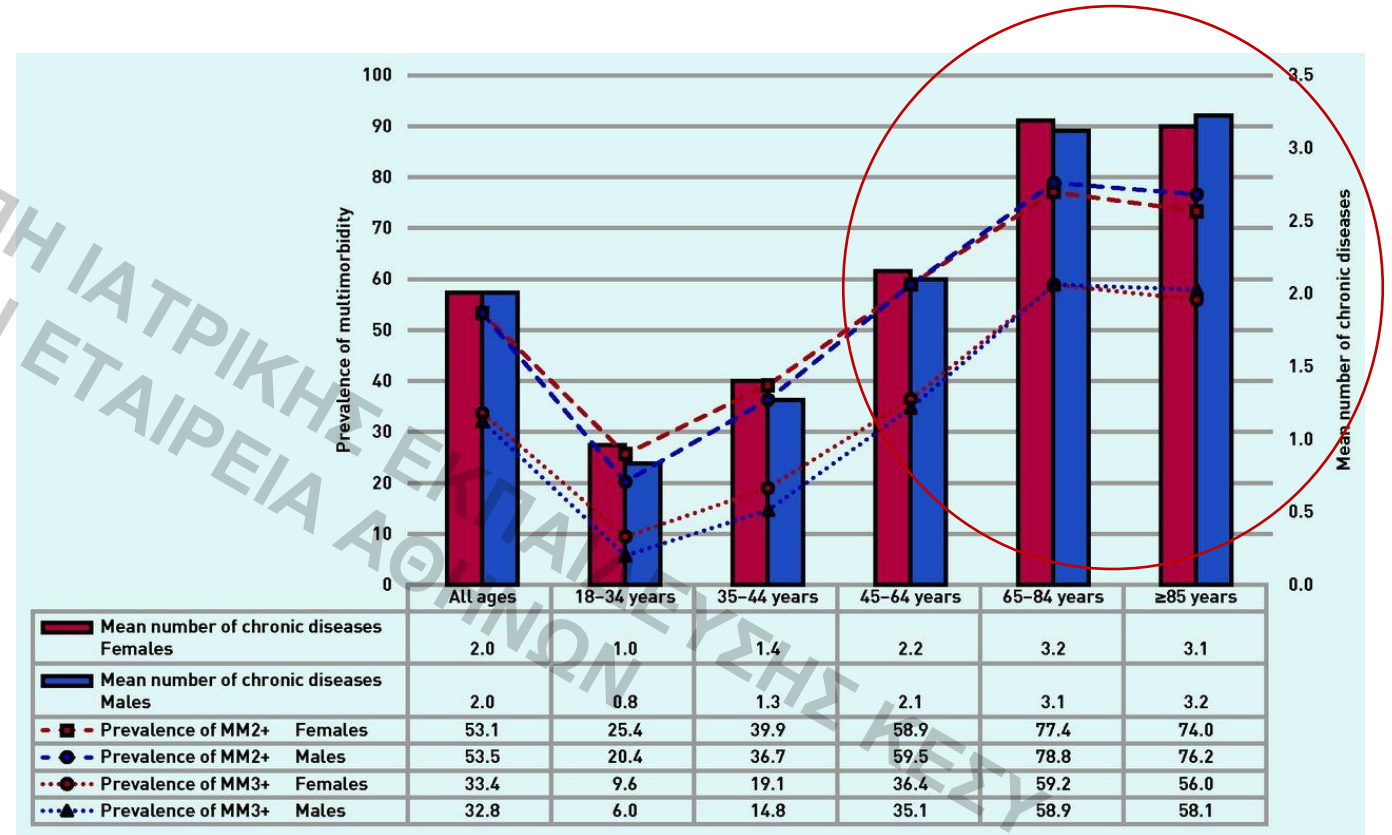
Εστιάζουν κυρίως σε ένα νόσημα σε πλαίσιο διάγνωσης-θεραπευτικής παρέμβασης

Τι γίνεται με τον ασθενή όμως?

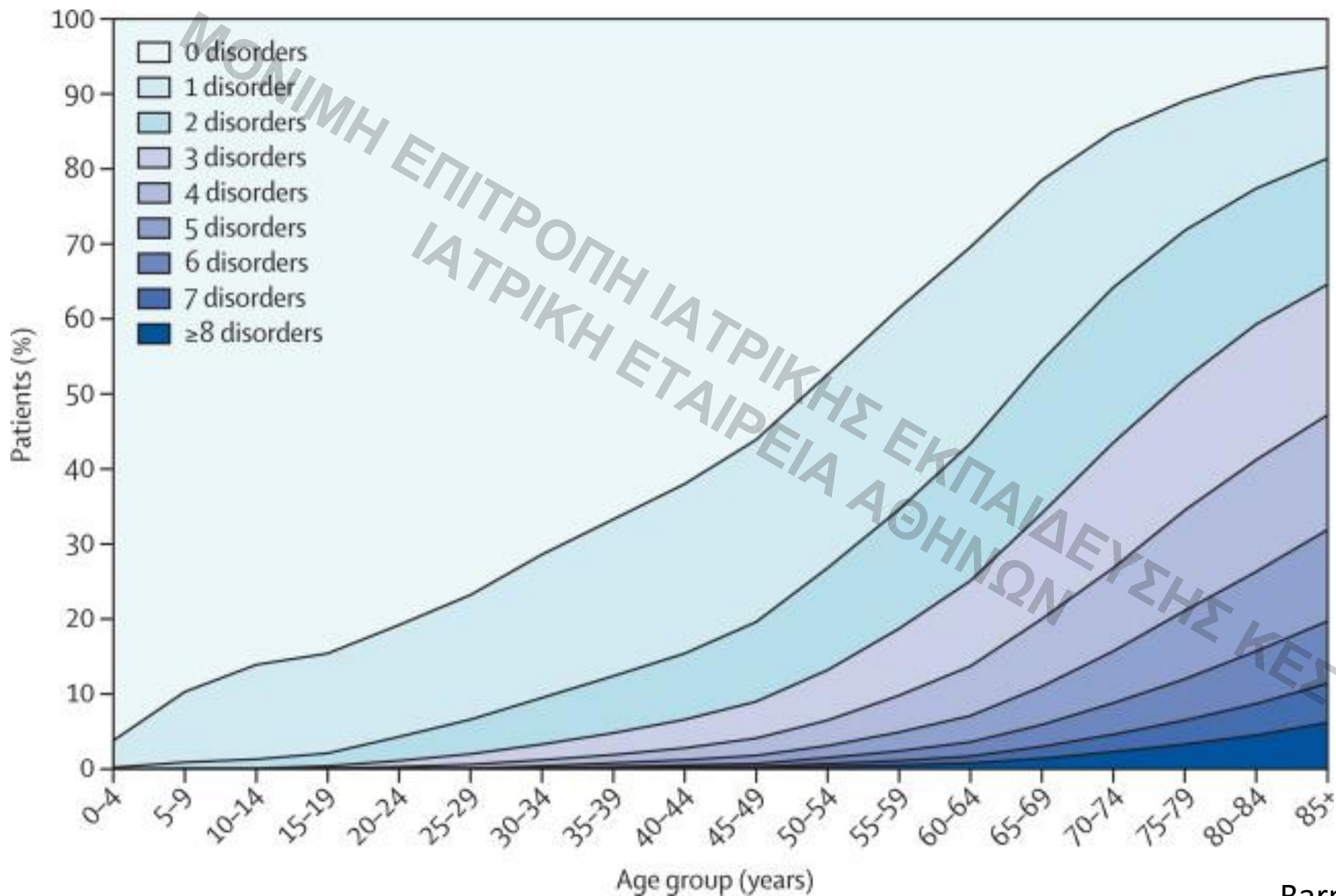


Και οι δύο ασθενείς φαίνεται να αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα υγείας

Το μόνο κοινό είναι η πολλαπλή νοσηρότητα



# Number of chronic disorders by age-group





Και οι δυο ασθενείς φαίνεται να αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα υγείας



Κάθε ασθενής είναι διαφορετικός

Έχει διαφορετικό φορτίο νοσηρότητας



Έχει διαφορετικές ανάγκες

Έχει διαφορετικές προσδοκίες

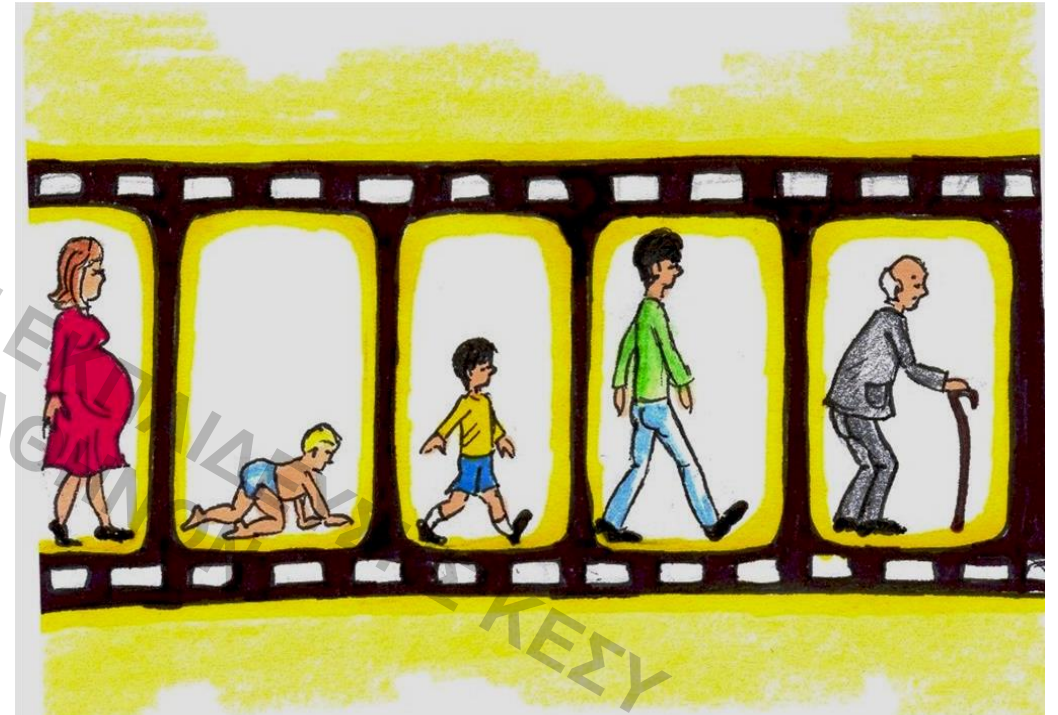
...Ο χρόνος περνά και  
η ολιστική προσέγγιση  
μετατρέπεται  
σε απρόσωπη ιατρική πράξη





# Ολοκληρωμένη προσέγγιση

- Θεραπείες και παρεμβάσεις για κάθε νόσημα
- Προληπτικές παρεμβάσεις
- Φροντίδα σε προχωρημένο στάδιο νοσημάτων
- Εκτίμηση σε στόχους και προτιμήσεις ασθενή
- Εκπαίδευση ασθενή για την αυτοδιαχείριση της πολλαπλής νοσηρότητας
- Εκτίμηση ποιότητας ζωής
- Εκτίμηση πρόγνωσης ασθενούς





# Ολοκληρωμένη προσέγγιση

Πλάνο διαχείρισης ασθενούς

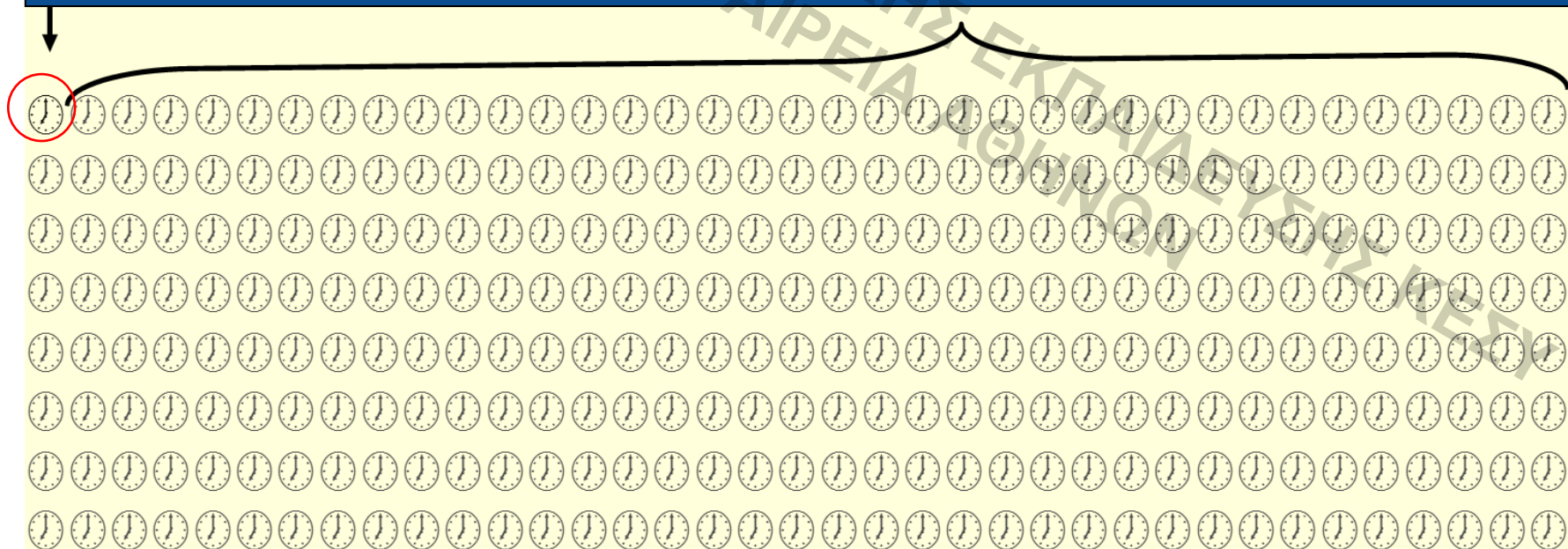
Πολλές ερωτήσεις?

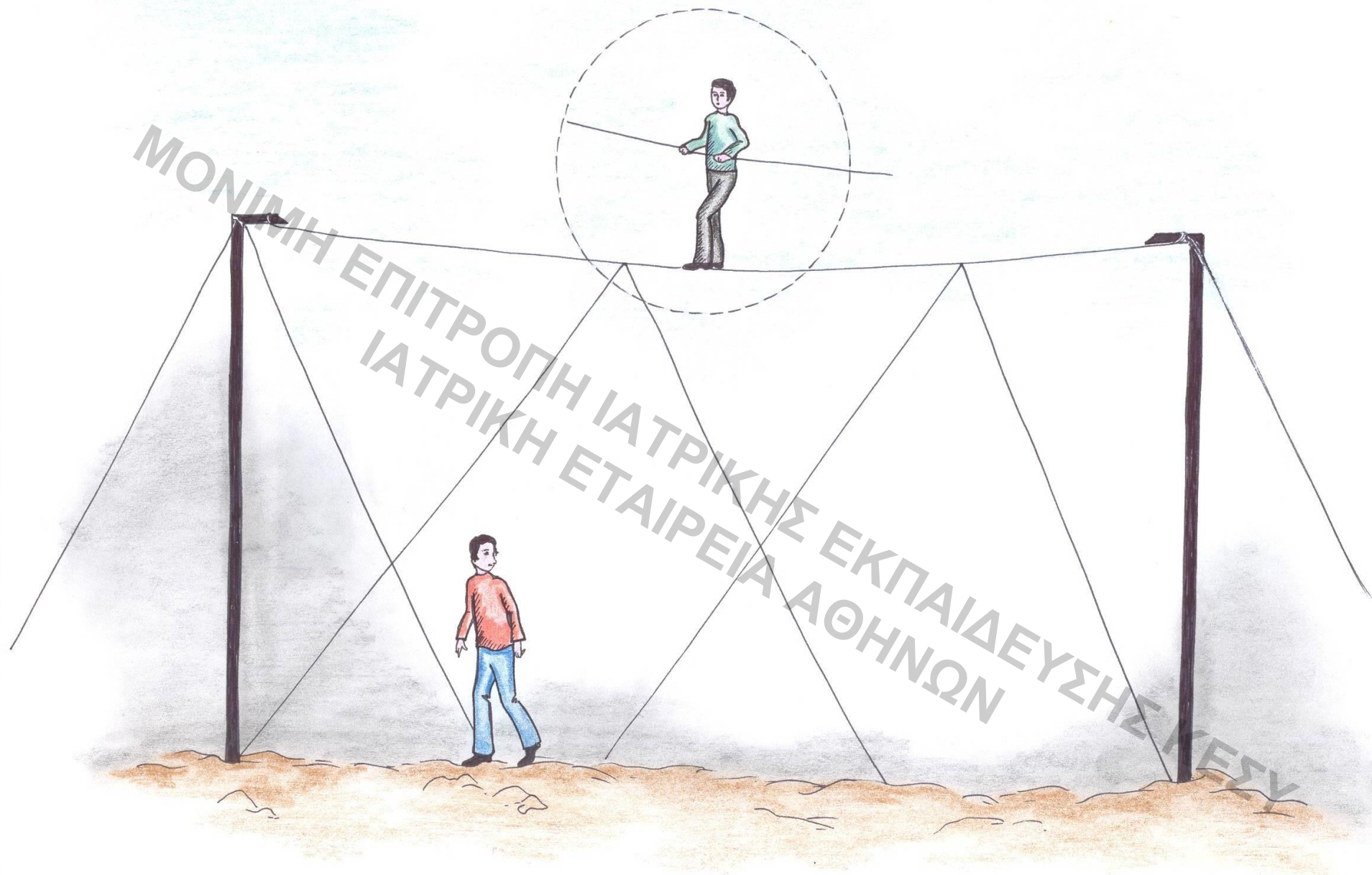
Ποια νοσήματα παρουσιάζει ο ασθενής; Ποιες κλινικές πληροφορίες είναι γνωστές; Ποια ενοχλήματα τον ταλαιπωρούν; Ποιο θεωρεί πως είναι το βασικό του πρόβλημα; Ποιος είναι ο στόχος υγείας που θέτει; Ποιες είναι οι προτεραιότητές του; Ποιες είναι οι προτιμήσεις του ασθενή; Ποιες είναι οι προτιμήσεις της οικογένειάς του; Σε τι προσδοκούν; Ποια είναι η πρόγνωση για τον ασθενή; Τι φάρμακα λαμβάνει; Ποιες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις ακολουθεί; Είναι ο ασθενής ικανοποιημένος με τον μέχρι τώρα τρόπο διαχείρισης; Ακολουθεί τη θεραπεία; Τι τεκμήρια υπάρχουν σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων; Υπάρχουν πιθανές αλληλεπιδράσεις με τα φάρμακα και τα νοσήματα του ασθενή; Υπερτερεί το όφελος από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των παρεμβάσεων;



Οι υπηρεσίες υγείας έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς με χρόνια νόσημα μόνο για μερικές ώρες το χρόνο...

**Τον υπόλοιπο χρόνο οι ασθενείς είναι αυτοί που φροντίζουν τον εαυτό τους...**





ΜΟΝΙΜΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ



# Ολιστική προσέγγιση

Η κυρία Α.Β. διαγνώσθηκε με Α.Υ. πριν από δώδεκα έτη, ενώ προ τριετίας ανακαλύφθηκε ότι είχε και αυξημένα επίπεδα γλυκόζης νηστείας, χωρίς να έχει συμπτώματα υπεργλυκαιμίας. Μέχρι στιγμής δεν έχει αναφέρει μικροαγγειακές ή μακροαγγειακές επιπλοκές.

Προ διετίας συνταγογραφήθηκε για πρώτη φορά μετφορμίνη και άρχισε να μετρά μόνη της τη γλυκόζη στο σπίτι. Προ διετίας εμφανίστηκε το άλγος στις αρθρώσεις των γονάτων, ενώ πρόσφατα ανακαλύφθηκε η δυσλιπιδαιμία. Έχει ήδη τροποποιήσει τη διαίτα και τη φυσική της δραστηριότητα.

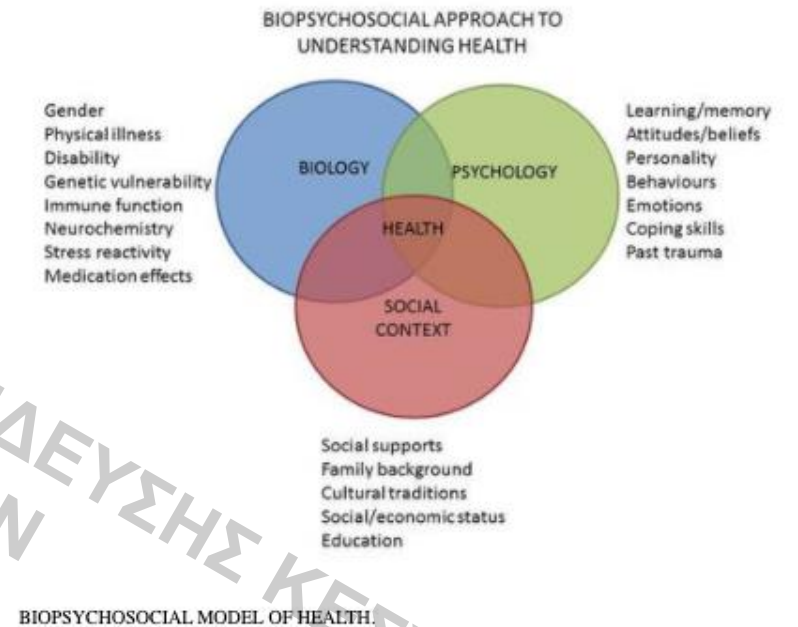
Είναι συνταξιούχος, μένει μόνη της, σε ένα μεγάλο χωριό κοντά σε περιφερειακή πόλη είναι ανεξάρτητη και αυτοεξυπηρετείται. Γενικά, δεν παρουσιάζει καλή συμμόρφωση και δεν ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για αλλαγές στην φαρμακευτική προσέγγιση.

Η κυρία Γ.Δ. είναι 70 ετών και βρέθηκε ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 προ 4ετίας. Για τον έλεγχο της υπεργλυκαιμίας, αρχικά υιοθέτησε μια διαίτα ειδική για διαβητικούς ασθενείς και πέτυχε σημαντική απώλεια σωματικού βάρους. Αργότερα, εξέφρασε την επιθυμία έναρξης φαρμακευτικής αγωγής για τον έλεγχο της υπεργλυκαιμίας. Διαγνώσθηκε με ΑΥ, ΔΛΔ προ έτους, ενώ για την ΟΠ λαμβάνει αγωγή από δεκαετίας. Είναι συνταξιούχος και διαμένει με τον σύζυγό της και την οικογένεια του υιού της σε ένα απομακρυσμένο χωριό. Περπατάει καθημερινά τρία χιλιόμετρα και διατηρεί τον δείκτη μάζας σώματος στο 25. Λαμβάνει με μεγάλη συμμόρφωση την φαρμακευτική της αγωγή. Επιθυμεί να μεγιστοποιήσει το προσδόκιμο επιβίωσης και να είναι υγιής



## Τι σημαίνει ολιστική προσέγγιση;

...να χρησιμοποιεί ένα βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο λαμβάνοντας υπόψη πολιτιστικές και υπαρξιακές διαστάσεις για να κατανοήσει το επίπεδο υγείας του πολίτη

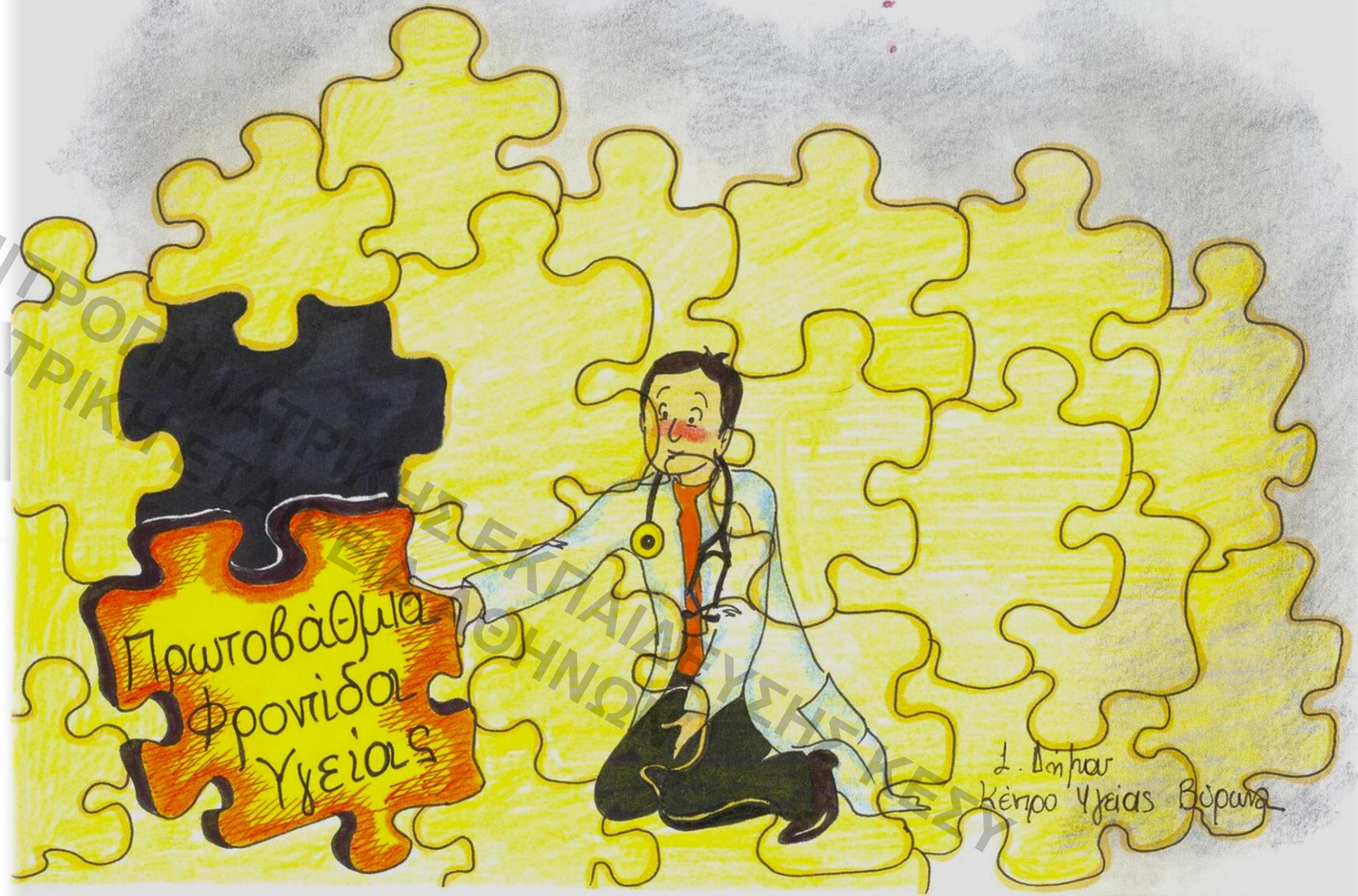




Η ολιστική προσέγγιση  
οδηγεί  
σε ένα σταυροδρόμι



Μόνη λύση...



Είναι μια κοινωνική αναγκαιότητα



# Evening Standard

21, NEWSPAPER BUILDING, 205, NEWSPAPER BUILDING, LONDON, W. 1. TELEGRAMS: "STANDARD" LONDON. TELEPHONE: 8912. PRICE: 6D.

**FINAL NIGHT EXTRA**

**GODFREY DAVIS**  
**SIBANE 0022**  
 LONG DRIVE, 2400  
 For advertising purposes  
 7, DORSET ST., WINDSOR, GLOUCESTERSHIRE

The National Health Bill is out. It will cost £152,000,000 a year

## STATE TAKE OVER DOCTORS, HOSPITALS AND DENTISTS

### 'Free for all'—1948 PRIVATE PRACTICE STAYS, BUT NEW DOCTORS DIRECTED

From WILLIAM BLOOM

From 1948 everybody's health will be looked after by the State without fee. That is Mr. Amey's new National Health Service, details of which are published to-day. It is estimated to cost £152,000,000 a year.

### Can they stay outside?

Evening Standard Medical  
Correspondent

Under the new scheme doctors plus a doctor who remains outside the scheme will continue to work for the State under the new scheme. The new scheme will have to take on a permanent number of private patients who wish for medical treatment outside the National Service.

It comes under three main heads: the general practitioner service, the facilities to be provided by hospitals which are taken over; and the new Health Centres.

Publication of the plan will begin a great Parliamentary controversy which follows months of discussion in the House of Commons. The big Parliamentary battles will be on the taking over of the voluntary hospitals, and the new conditions for the State doctors.

### What you get—

Free treatment by doctors, dentists, and you can choose your general doctor or dentist if he wishes, apart from the new Health Centres.

The relationship between the doctor and his patient as his personal physician will be retained in the ordinary relationship of doctor to patient as it is now known, except that the doctor's remuneration will come from public funds and not from the patient.

### FIGURES

As the new health service is introduced, the number of doctors will be reduced by 10 per cent. The new scheme will have to take on a permanent number of private patients who wish for medical treatment outside the National Service.

### HAMBURG WITHOUT BREAD

Hamburg without bread. The city is suffering from a severe shortage of foodstuffs. The government has ordered that all foodstuffs be rationed.

### PLANE DIVES ON SCHOOL

200 children at play: All safe

Evening Standard Correspondent, Twickenham, Twickenham

### Mr. Claude de Bernales

Mr. Claude de Bernales, the French ambassador in London, has been seen at the Embassy. He is expected to leave for Paris in the near future.

## 2 MILESTONES...

Συνδιάσκεψη Π.Ο.Υ. Astana 2018  
(Primary Health Care-PHC)

Συνδιάσκεψη Π.Ο.Υ. Alma Ata 1978  
(Primary Health Care-PHC)

ΜΟΝΙΜΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΕΣΥ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ

# Η διεθνής στροφή προς την Π.Φ.Υ. Διακήρυξη Άλμα - Άτα, 1978

- Πρόληψη
- Θεραπεία
- Αποκατάσταση



Health Care at the Lenin Convention Center in Al

# Διακήρυξη της Άλμα-Άτα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 1978

- Αντανακλά τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες
- Παρέχει υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης της ασθένειας, θεραπείας και αποκατάστασης.
- Περιέχει τουλάχιστον:
  - Αγωγή Υγείας
  - Διάθεση ασφαλούς νερού και αποχέτευση
  - Φροντίδα μητέρας και παιδιού
  - Εμβολιασμούς
  - Πρόληψη ενδημικών νόσων
  - Κατάλληλη φροντίδα κοινών νόσων
  - Παροχή ουσιωδών φαρμάκων
- Εμπλέκει όλους τους τομείς
- Απαιτεί και προάγει τη συμμετοχή της κοινότητας και των ατόμων
- Στηρίζεται από ολοκληρωμένα συστήματα παραπομπής
- Στηρίζεται στην ομάδα υγείας



# Διακήρυξη Astana, 2018

- Πρόληψη
- Θεραπεία
- Αποκατάσταση
- Προαγωγή υγείας
- Ανακουφιστική φροντίδα
- Προσδιορισμός Υγείας με κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς όρους



## A VISION FOR PRIMARY HEALTH CARE IN THE 21ST CENTURY, WHO 2021

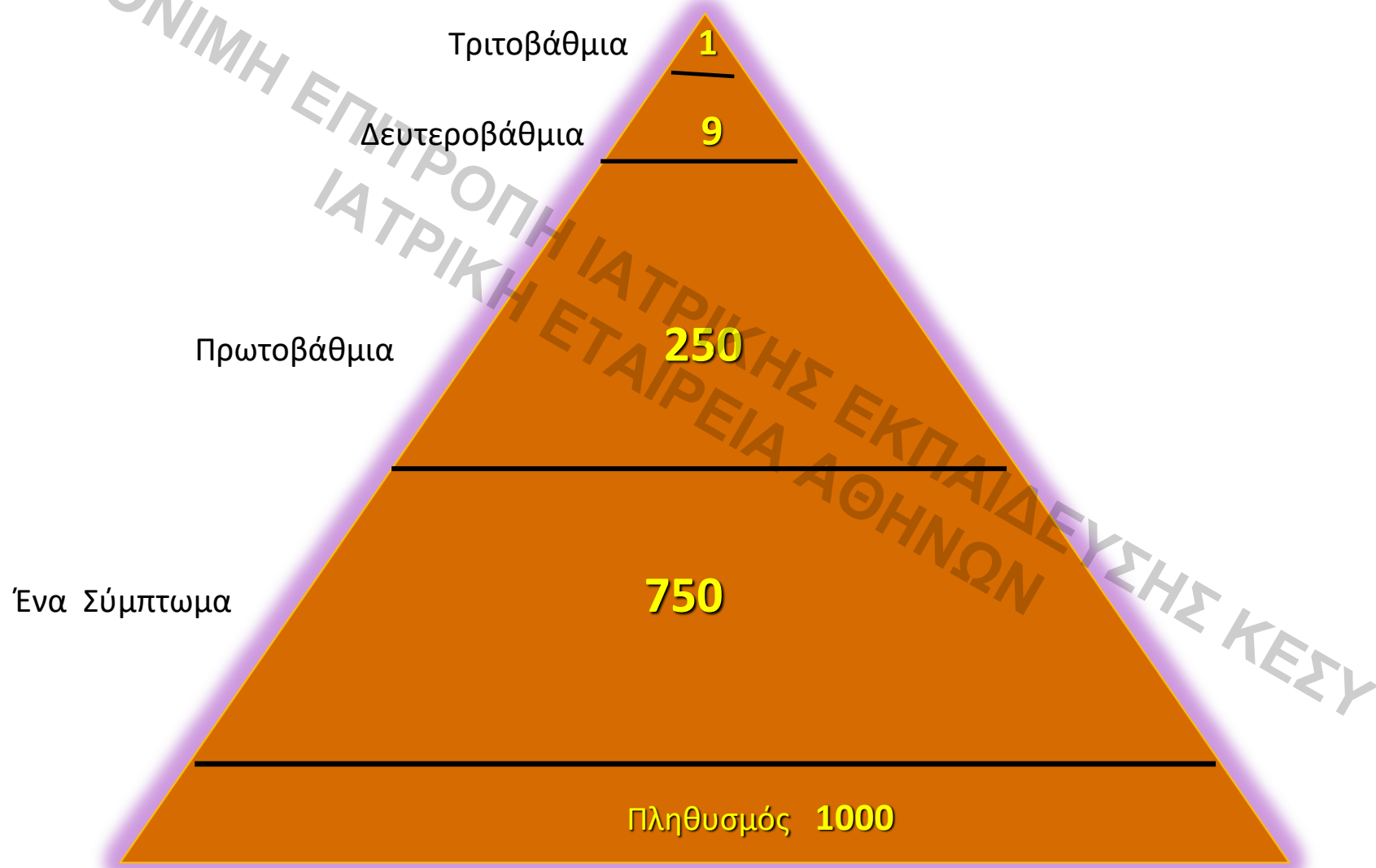


Η ΠΦΥ είναι μια ολιστική προσέγγιση της υγείας στο σύνολο της κοινωνίας που αποσκοπεί στην εξασφάλιση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας, ευημερίας και της δίκαιης κατανομής τους. Αυτό εξασφαλίζεται εστιάζοντας στις ανάγκες των ανθρώπων και στην εγκαιρότητα κατά την αλληλουχία από την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών έως τη θεραπεία, αποκατάσταση και την παρηγορητική φροντίδα, και όσο το δυνατόν πιο κοντά στο καθημερινό περιβάλλον των ανθρώπων.

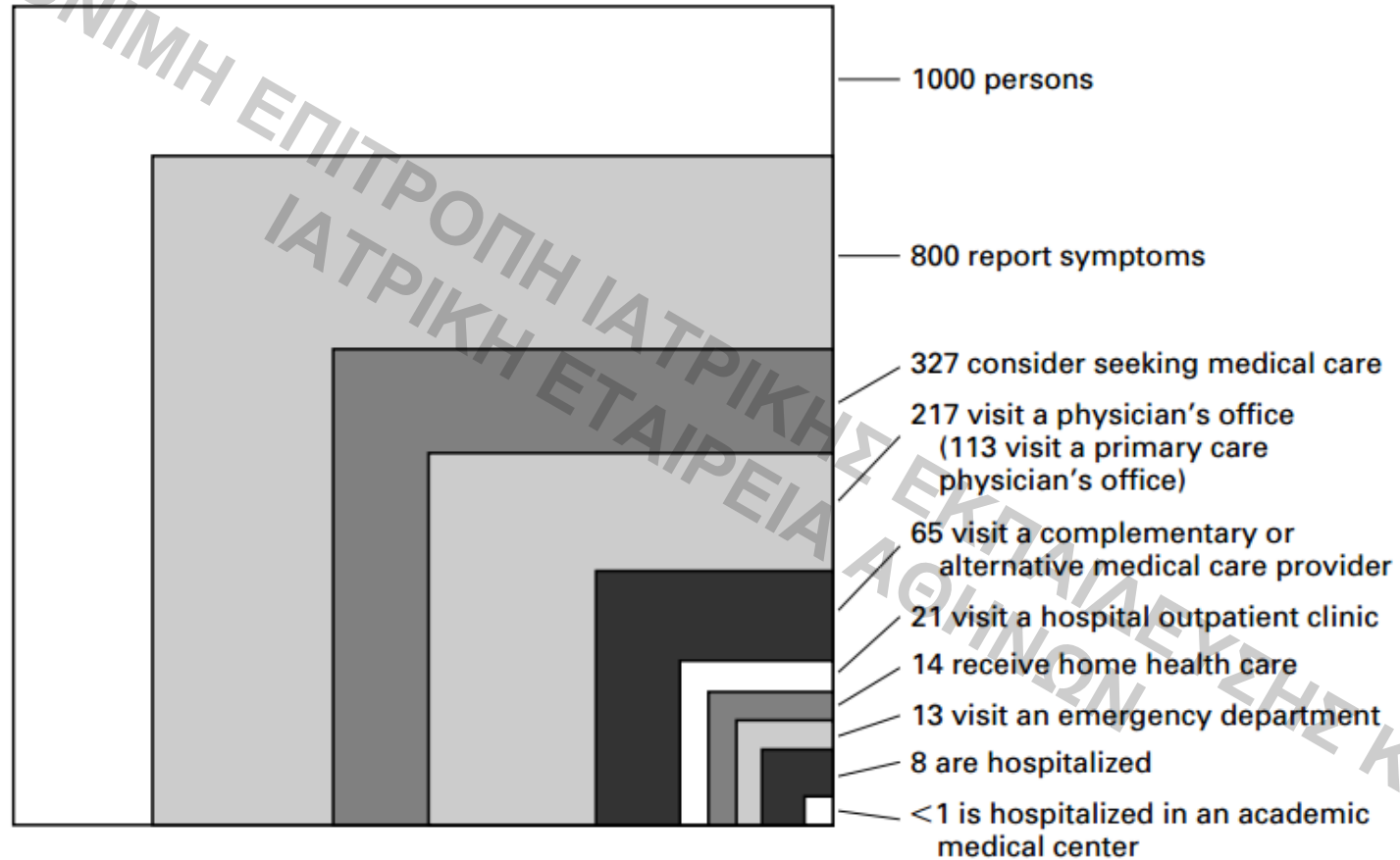




## Η πυραμίδα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, ΗΠΑ, 1961



# The ecology of medical care revisited



# Η πυραμίδα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, ΗΠΑ, 2001



1000 Άτομα

800	Σύμπτωμα
327	Ιατρική φροντίδα
217	Επίσκεψη σε ιατρό
65	Εναλλακτική φροντίδα
21	Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου
14	Κατ' οίκον νοσηλεία
13	Τμήμα επειγόντων περιστατικών
8	Εισαγωγή σε νοσοκομείο
1	Εισαγωγή σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο

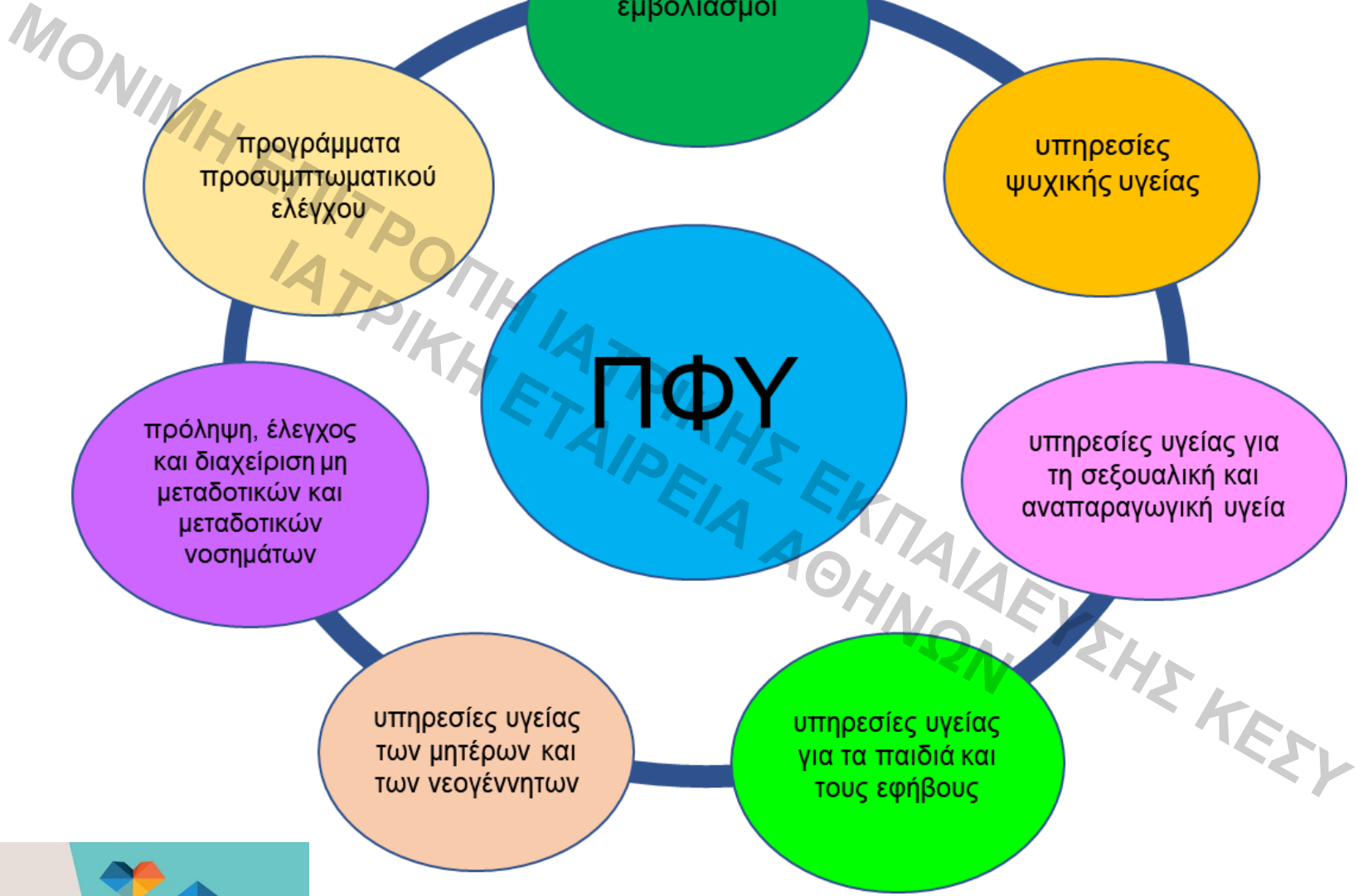


Π.Φ.Υ

Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM.  
The ecology of medical care revisited.

**N Engl J Med. 2001;344:2021-5.**







urges  
better  
Primary Care

identifies  
essential Public  
Health functions

emphasizes  
disease  
Prevention and  
Health  
Promotion

# Πρωταρχική Φροντίδα Υγείας

- 1 • Πρώτη Επαφή
- 2 • Εστιασμένη στον άνθρωπο και σε μάκρος χρόνου
- 3 • Ολοκληρωμένη
- 4 • Συντονισμός
- + • Εστιασμένη στην οικογένεια
- + • Προσανατολισμένη στην κοινότητα

# Leaving no one behind!

**HEALTH  
FOR ALL**

**12.12**

UNIVERSAL HEALTH  
COVERAGE DAY



**Together on the  
road to universal  
health coverage**  
**A CALL TO ACTION**

Universal health coverage is needed for people's health and sustainable development  
**ACTION:** All countries must make universal health coverage a political priority.

Universal health coverage is possible and affordable for all countries  
**ACTION:** Each country should use available evidence and tools to determine its own path towards universal health coverage.

Universal health coverage is people-centred and politically smart  
**ACTION:** Countries should ensure that universal health coverage meets the needs and aspiration of its people, with their participation.





# HEALTH IS A HUMAN RIGHT



FAMILY  
PLANNING



SKILLED BIRTH  
ATTENDANTS



ANTENATAL  
VISITS



VACCINES



ANTI-RETROVIRAL  
TREATMENT



TUBERCULOSIS  
TREATMENT



INSECTICIDE-  
TREATED BED NETS

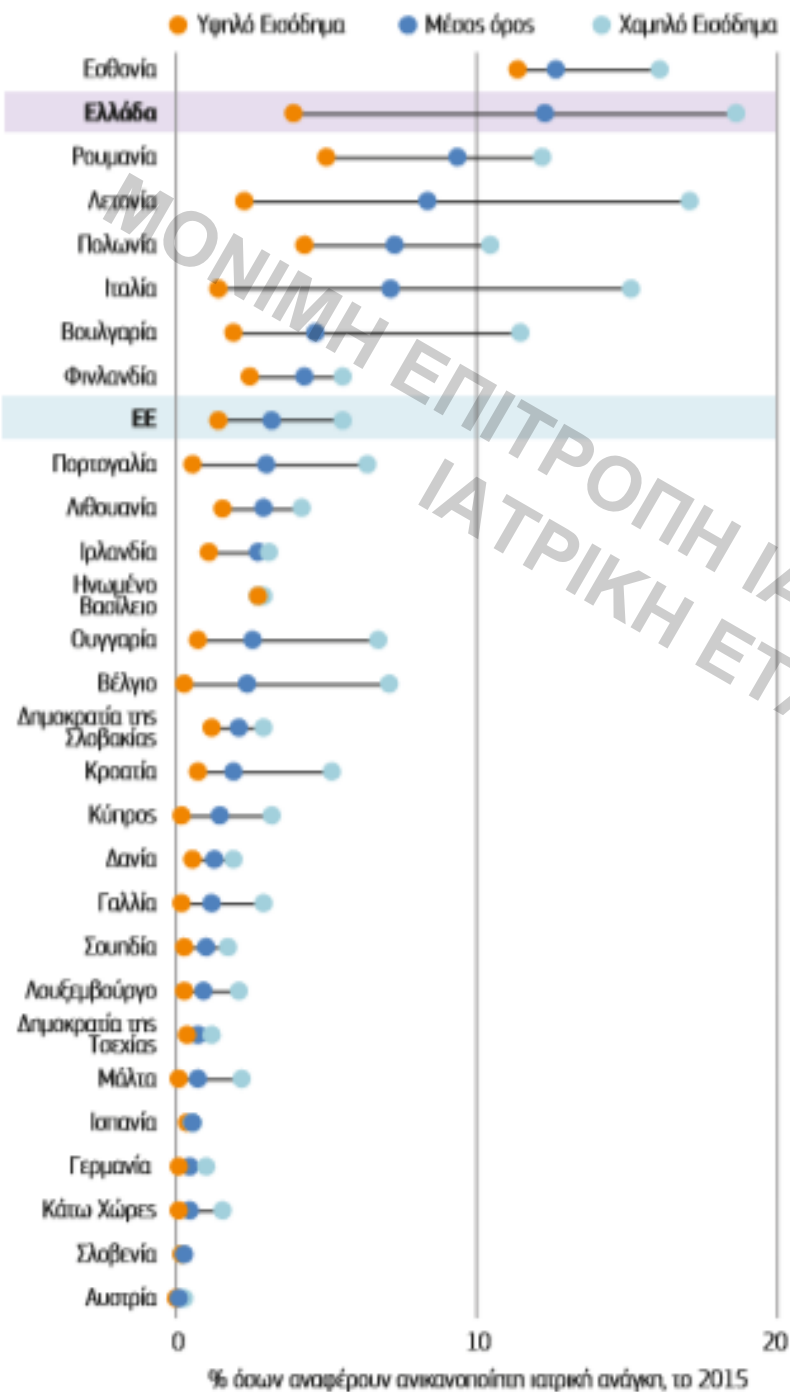
## THAT 400 MILLION ARE WAITING FOR

SOURCE: WORLD HEALTH ORGANIZATION / WORLD BANK GROUP (2015)

#HEALTHFORALL

UNIVERSAL HEALTH  
COVERAGE NOW

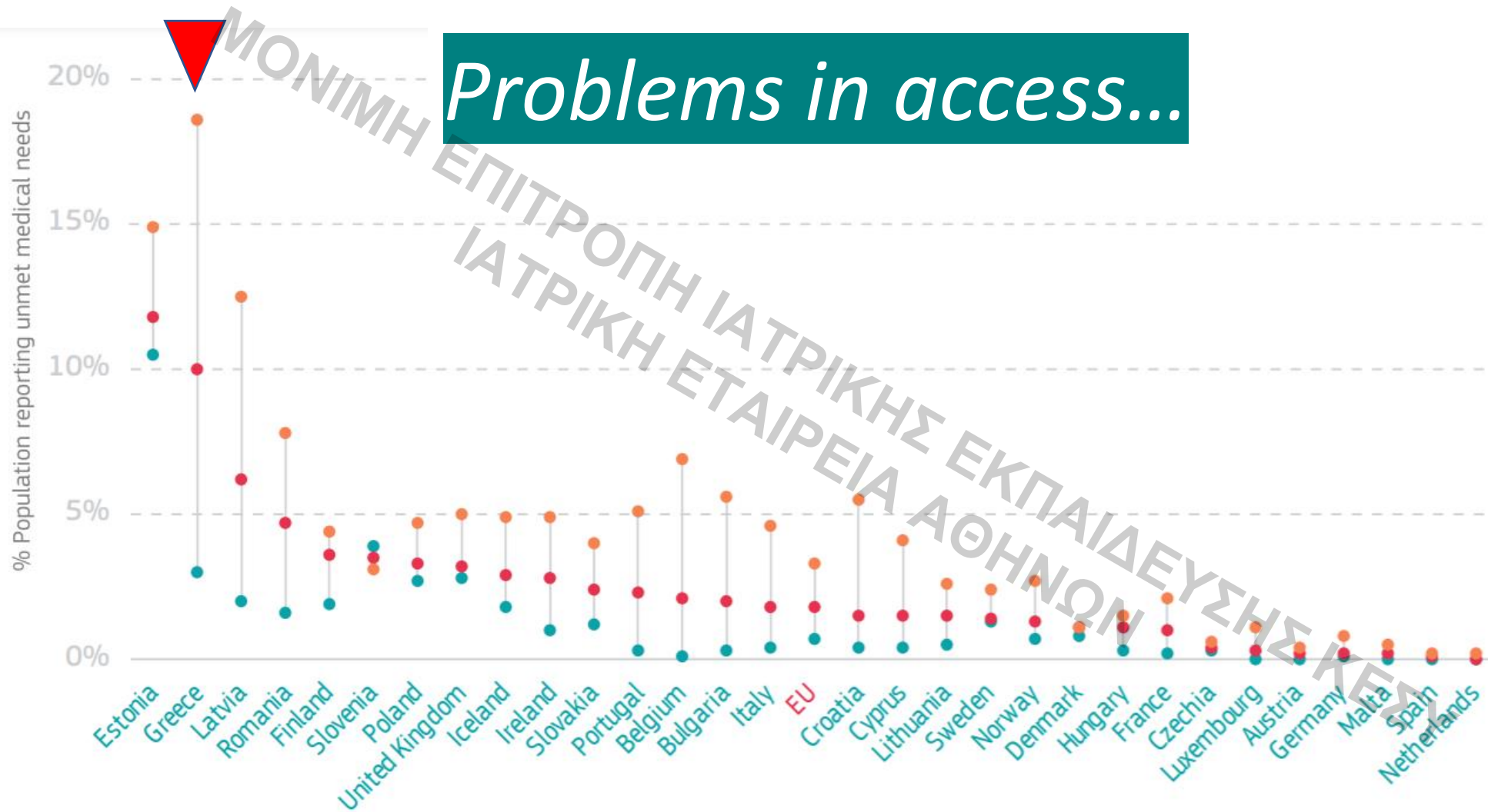
UHC DAY.ORG



Η μη ικανοποιούμενη  
 ανάγκη για  
 ιατρική περίθαλψη  
 είναι πολύ υψηλή,  
 ειδικά για τους  
 αδύναμους...



# High percentage of unmet needs especially for the vulnerable

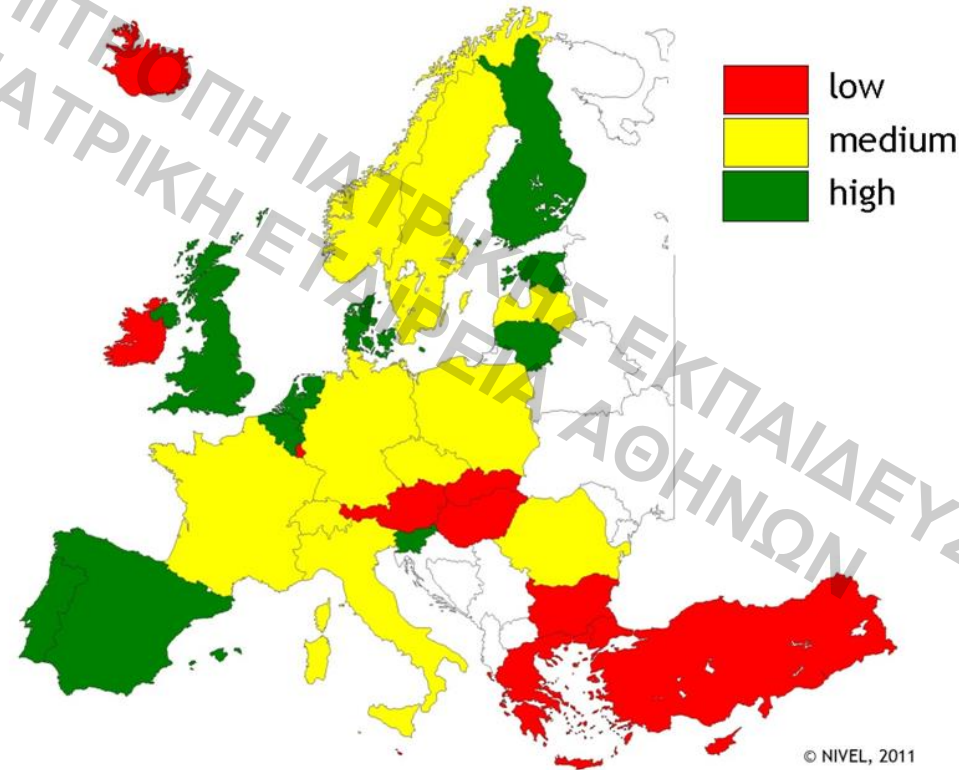


Source: Adapted from OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Country Health Profiles 2019, State of Health in the EU (data refer to 2017).



# Primary Care in Greece- **LOW** strength

## Strong primary care systems



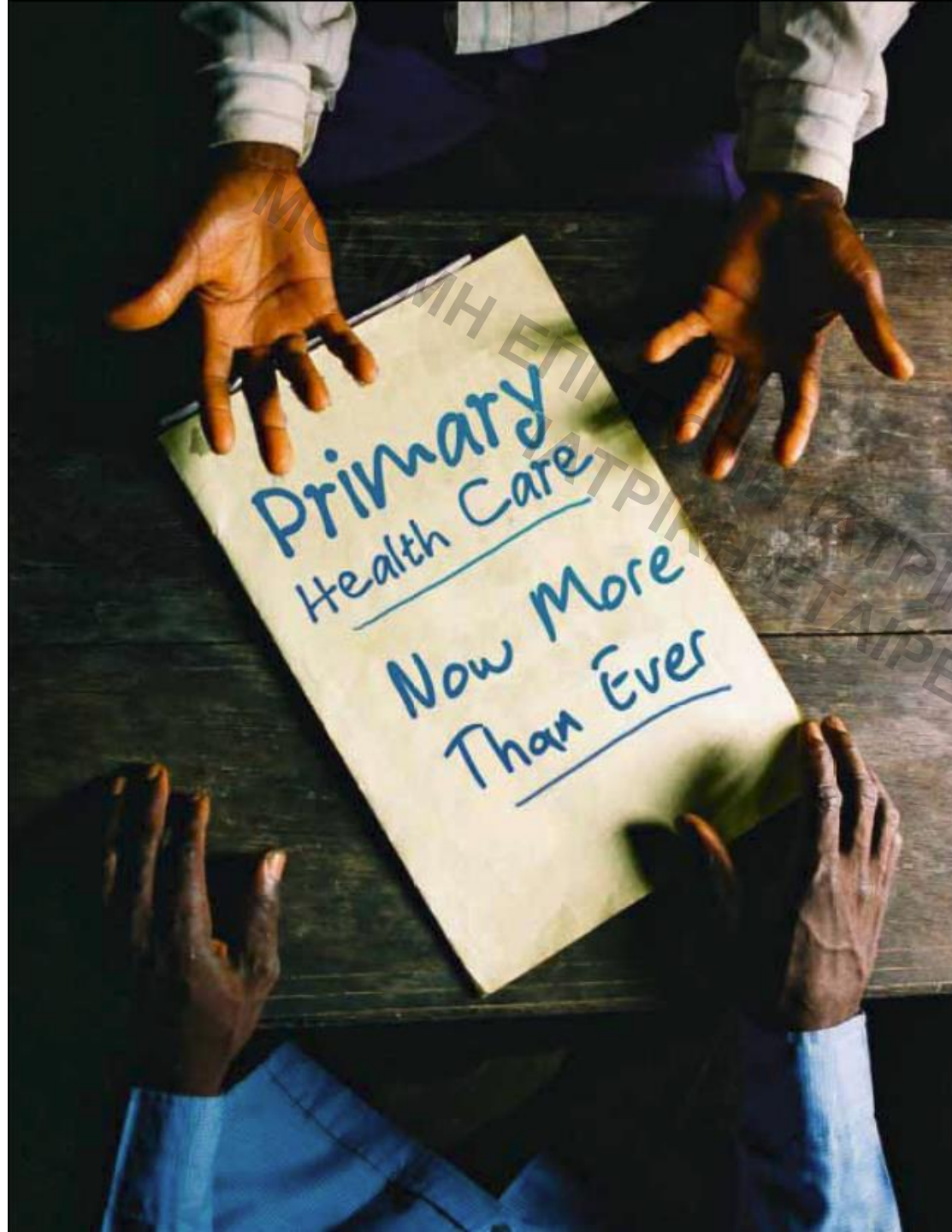
© NIVEL, 2011

Source: Kringos et al, 2012



Η αποτυχία είναι κατά κάποιον τρόπο η λεωφόρος για την επιτυχία, καθώς κάθε φορά που ανακαλύπτουμε το τι φταίει σπεύδουμε να αναζητήσουμε αυτό που είναι το σωστό

John Keats (1795-1821)



Η παροχή υπηρεσιών  
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
προς όλους είναι σήμερα  
**περισσότερο επιτακτική από ποτέ**

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΕΣΥ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ

«Ο ήλιος  
της προσφοράς και της φροντίδας  
απλώνει παντού τη ζεστασιά του»



I. Διήκου



## IT'S A FACT

**U.S. ADULTS WHO HAVE A PRIMARY CARE PHYSICIAN HAVE 33 PERCENT LOWER HEALTH CARE COSTS AND 19 PERCENT LOWER ODDS OF DYING THAN THOSE WHO SEE ONLY A SPECIALIST. AS A NATION, WE WOULD SAVE \$67 BILLION EACH YEAR IF EVERYBODY USED A PRIMARY CARE PROVIDER AS THEIR USUAL SOURCE OF CARE.**

Sources: B. Starfield, L. Shi, and J. Macinko, "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health," *Milbank Quarterly*, Sept. 2005 83(3):457–502; and S. J. Spann, "Report on Financing the New Model of Family Medicine," *Annals of Family Medicine*, Dec. 2004 2(2 Suppl. 3):S1–S21.





## Συντονισμός & Συνέχεια στη Φροντίδα

- 13% λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο
- 27% λιγότερες επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων

*Barker I, et al. BMJ. 2017;356:j84*

*Ionescu-Ittu R, et al. Can Med Assoc J. 2007;177:1362–8*



# Ισχυρή ΠΦΥ καλύτερα αποτελέσματα υγείας



Πολλές μελέτες τόσο σε αναπτυγμένες, όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες, δείχνουν πως:

- περιοχές με καλύτερη ΠΦΥ έχουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας συμπεριλαμβανομένων:
  - της ολικής θνησιμότητας
  - της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά
  - της βρεφικής θνησιμότητας
  - της πρωιμότερης διάγνωσης καρκίνων, όπως του παχέος εντέρου, του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του μελανώματος
- η υψηλότερη παροχή ειδικών σχετίζεται με φτωχότερα αποτελέσματα και αυξημένο κόστος

# Πώς η ΠΦΥ ενισχύει την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας;

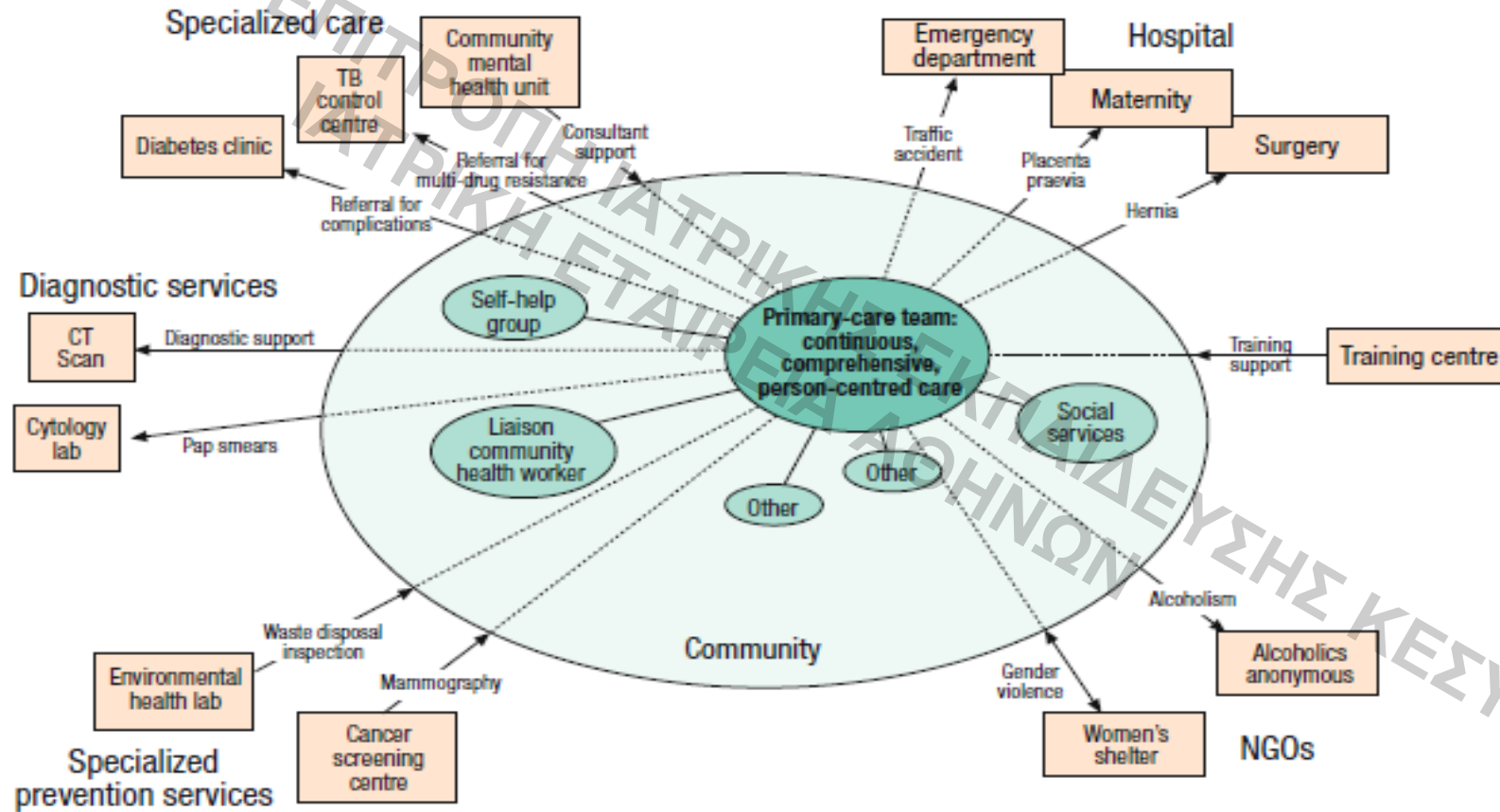


- ▶ Αυξημένη **προσβασιμότητα** - καθολική, ισότιμη πρόσβαση
- ▶ Καλύτερη, εστιασμένη στο άτομο, **πρόληψη**
- ▶ Καλύτερη, εστιασμένη στο άτομο, **ποιότητα κλινικής φροντίδας** (εστιασμένη στην επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων για την υγεία του ατόμου συνολικά παρά για τη διαχείριση συγκεκριμένων ασθενειών)
- ▶ **Πρωιμότερη διαχείριση** προβλημάτων (αποφυγή νοσηλειών)
- ▶ Συσσωρευμένα πλεονεκτήματα των κύριων στοιχείων της ΠΦΥ
- ▶ Ελάττωση της άσκοπης ή/ και ακατάλληλης φροντίδας από ειδικούς

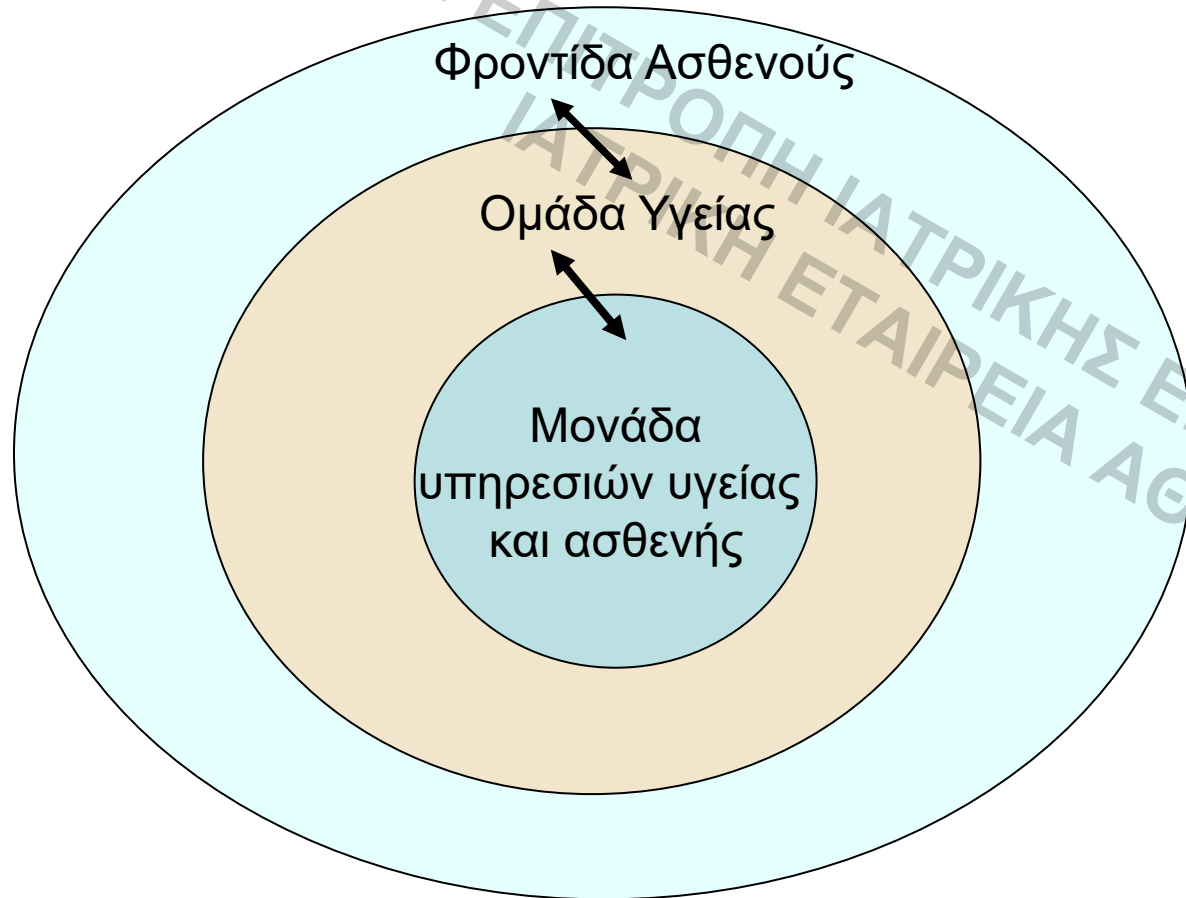


# Η Π.Φ.Υ. ως συντονιστής των παρεχόμενων στην κοινότητα υπηρεσιών υγείας

Figure 3.5 Primary care as a hub of coordination: networking within the community served and with outside partners<sup>173,174</sup>



# Συντονισμός & συνέχεια



Οι ομάδες παροχής υπηρεσιών υγείας απαρτίζονται από διάφορους επαγγελματίες υγείας που **επικοινωνούν** τακτικά μεταξύ τους για τη φροντίδα **καθορισμένης ομάδας** ασθενών και συμμετέχουν **συνεχώς** στη φροντίδα

*Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ 2000; 320: 569-572.*

# The Mrs Smith test...



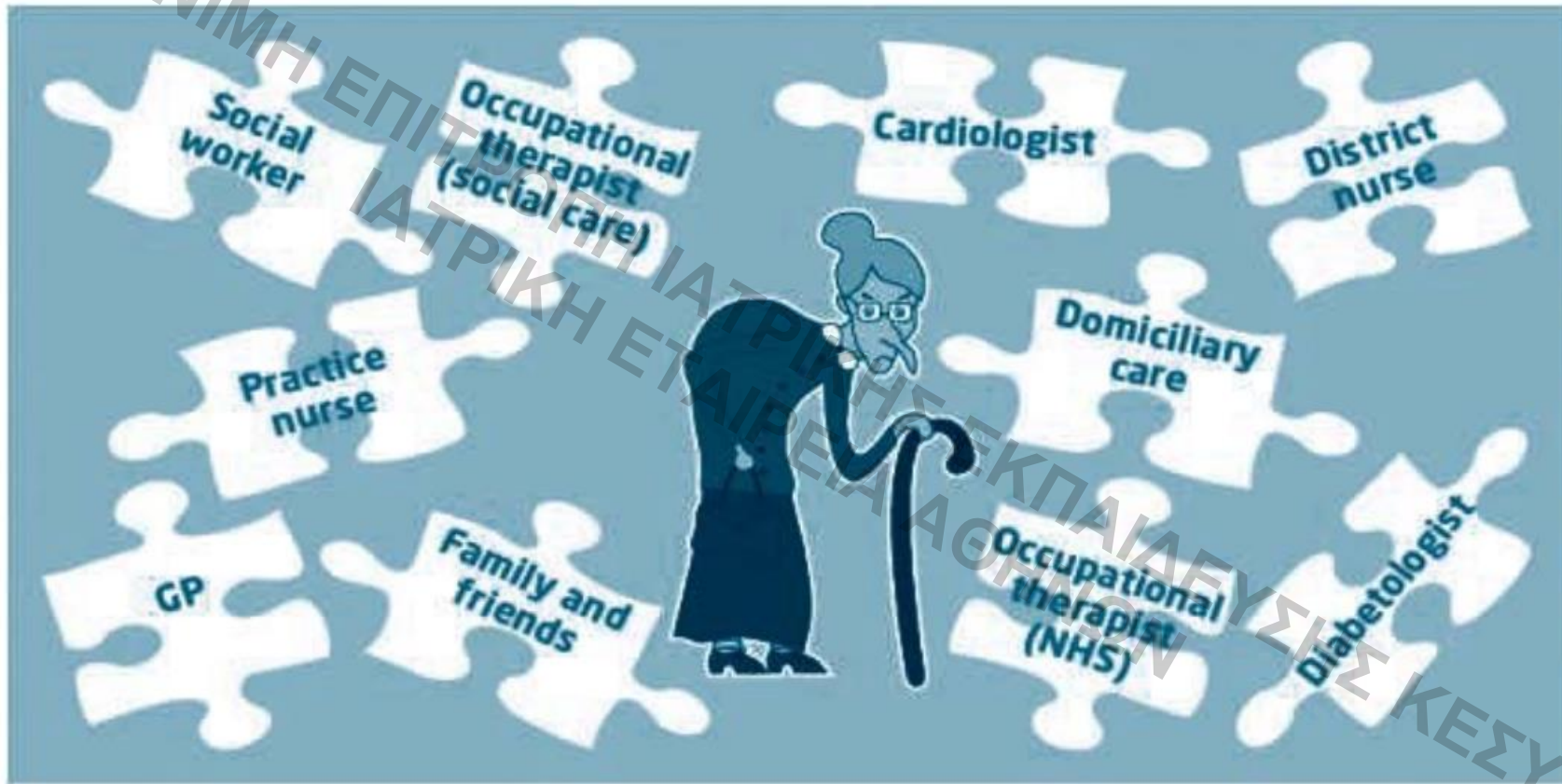
Many people with mental, physical and/or medical conditions are at risk of long hospital stays and/or commitment to long-term care in a nursing home.

Mrs Smith is a fictitious woman in her 80s with a range of long-term health and social care problems for which she needs care and support.

Mrs Smith encounters daily difficulties and frustrations in navigating the health and social care system.

Problems include her many separate assessments, having to repeat her story to many people, delays in care due to the poor transmission of information, and bewilderment at the sheer complexity of the system.

From a fragmented set of health and social care services ...



... to a co-ordinated service that meets her needs





# Οι «μη-ορατές» ομάδες του πληθυσμού στις υπηρεσίες ΠΦΥ στη χώρα μας

- α) Πρόσωπα με χρήση ενδοφλέβιων ουσιών και γενικά παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών
- β) Ασθενείς με μείζονες ψυχικές διαταραχές
- γ) Ασθενείς με μείζονα προβλήματα υγείας που απαιτήσαν πολυήμερη νοσηλεία σε νοσοκομείο και απαιτούν φροντίδα αποκατάστασης και διεπιστημονικής συνεργασίας (όπως έμφραγμα μυοκαρδίου, μείζονες κακώσεις και κατάγματα, καρκίνος)
- δ) Ασθενείς με μεταδοτικά νοσήματα (όπως HIV, HCV λοίμωξη)
- ε) Ασθενείς με χρόνια νοσήματα και αναπηρίες που απαιτούν φροντίδα στο σπίτι
- στ) Πρόσωπα που διαβιούν σε κλειστές δομές της κοινότητας, όπως θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, γηροκομεία, σωφρονιστικά ιδρύματα.

# Εστιάζοντας στη φωνή αυτού που επικοινωνεί και παρακινεί- η αναφορά στην ενσυναίσθηση και στη συμπόνια

• «Οι λέξεις συμπόνια (compassion) και ενσυναίσθηση (empathy) χρησιμοποιούνται εξίσου με τις λέξεις αγάπη και ευγένεια και παρά ταύτα εμείς, ως μια συλλογική κοινωνία, δεν έχουμε ομοφωνήσει ως προς το τι σημαίνουν αυτές οι λέξεις» (Hoisington, 2007)

• ..”η συμπόνια αντανακλά μια βαθιά ενσυνειδητοποίηση του τι υποφέρει ο άλλος συνοδευόμενη από την επιθυμία να την ανακουφίσει”

‘sensitivity to the pain or suffering of another, coupled with a deep desire to alleviate that suffering’ (Goetz, Keltner & Simon-Thomas, 2010),

## Key issues to be discussed

- ✓ Compassion as motivation
- ✓ Dispositional compassion
- ✓ How is Compassion Related to Empathy
- ✓ Distinguishing Compassion from Altruism

See further to *The Landscape of Compassion: Definitions and Scientific Approaches* by J. Goetz and E. Simon-Thomas. In the book: *The Oxford Handbook of Compassion Science*, 2017



## EDITORIAL Restoring humanity in health care through the art of compassion: an issue agenda ii

SS  
School of Health and Social Care  
Class of Social and Family M  
Submitted: 3 Dec

Restoring humanity in health care through the art of compassion: an issue agenda ii  
Rural and Remote Health  
Available 1

Historically, the value compassion spans thousands of years, particularly in a religious context. Despite the historical usage, interpretations of the term ‘compassion’, there is still discussion how to define it, particularly as it may encompass a range of values such as sympathy, empathy, and respect. Speaking at a event in the UK, Jocelyn Cornwell, Director of the Point of Program in the Kings Fund, suggested that compassion today differs from other values in that it goes beyond ‘feeling something for another person, and implies some action and effort as a result of the desire to ‘do’ something another. Along similar lines, perhaps a most widely used definition of compassion is that it reflects ‘a deep awareness of the sufferer’s condition, coupled with the wish to relieve it’.

In recent years attention has been drawn to the fact that compassion towards the patient seems to have decreased with events at a hospital in the UK, Greece and elsewhere showing a lack of humanity in the care offered. Although there is a growing body of evidence regarding the effects of compassionate care, it is

© Shea S. Lionis C. 2010. A licence to publish this material is

Journal of  
Compassionate Health Care

Journal of  
Compassionate Health Care

## Compassionate care provision: an immense need during the refugee crisis: lessons learned from a European capacity-building project

Irakliena Aggelou Iliachi<sup>1</sup>, Agneta Angrikova<sup>2</sup>, Elena Arvaniti<sup>3</sup>, Daniela Tabo-Preto<sup>4</sup>, Vanilia-Cristina Chiriac<sup>5</sup>, Christopher Dworkin<sup>6</sup>, Kathryn Hoffmann<sup>7</sup>, Elena Javak<sup>8</sup>, Daniela Rota-Pavlic<sup>9</sup>, Michal Dackert<sup>10</sup>, Inna Rudik<sup>11</sup>, Marie van den Nijpelt-Berghe<sup>12</sup>, Tessa van Loenen<sup>13</sup>, Dean Ajdukovic<sup>14</sup>, Helena Baku<sup>15</sup> and Christos Lianos<sup>16</sup>

**Abstract**  
Background: The refugee crisis has resulted in massive waves of migration towards Europe. Britain, sufficient and appropriate healthcare services, these vulnerable populations need kindness, respect, acceptance, empathy, and attention to basic needs. Healthcare professionals ought to have a respectful and compassionate approach to refugees and the dignity and interests of the people they care for.

**Aims:** The overall aim of the European Refugee Human Movement and Activity Network (EUH-HUMAN) project was to provide good and affordable, person-centred, integrated and compassionate care for all ages and all ailments, taking into account the transnational settings and the needs, wishes and expectations of the newly arriving refugees. This paper reports on findings to help establish what the nature of compassionate care for refugees consists of and implies and how its implementation could be promoted across European countries and healthcare settings.  
**Methods:** A working group (European Capacity-Building (ECB) task force) in order to reach consensus in different thematic areas including cultural issues in health care, continuity of care, information and health promotion, health assessment, mental health, mother and child care, infectious diseases, and vaccination coverage.

**Results:** Overall, all experts stressed the need to address mental health problems, traumas and impact received during the journey highlighted the urgent need for compassionate care for these vulnerable populations. Additionally, the needs reported by refugees and other migrants helped identify a serious gap in terms of compassionate attitudes exhibited by healthcare workers. Linguistic and cultural barriers exacerbate the effect of the lack of compassion, especially where healthcare information and psychological support are urgently needed but an appropriate supportive framework is missing.

**Conclusions:** This European collaborative capacity-building project attempts to develop a long-term strategy to tackle this issue, focusing in particular on the design and delivery of appropriate person-centred and compassionate-based primary healthcare (PHC) services. A list of recommendations developed by this consensus panel may facilitate the design and implementation of similar capacity-building efforts as well as the design of educational intervention programmes for a person-centred and compassionate PHC for vulnerable populations.

**Keywords:** refugee crisis, Compassionate care, Empathy, Cultural competence, healthcare services, Primary health care (PHC)

© Lionis et al. 2020. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

**Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Λιονής Χ., 2020



ΜΟΝΙΜΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

# Η πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να ανταποκριθεί σε:

- προσδοκίες για παροχή ιατρικής φροντίδας σε όλους
- γνώση των πρόσφατων ανακαλύψεων και θεραπειών
- οξυδέρκεια στη διάγνωση
- υπομονή στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων
- συμπάθεια και φροντίδα στο τέλος της ζωής
- ικανότητα αναγνώρισης συμπεριφορικών και κοινωνικών προβλημάτων
- επικοινωνιακές δεξιότητες των ιατρών ώστε να ενθαρρύνεται η αλλαγή της συμπεριφοράς των ασθενών



Showstack J., Rothman A.A., Hassmiller S.: Primary Care at a Crossroads. Future Of Primary Care. Ann Intern Med. 2003;138:242-243



## Κύρια κλινικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να ικανοποιούνται στην ΠΦΥ

- Δυνατότητα πρόσβασης και πρώτης επαφής με το σύστημα υγείας μέσω της ΠΦΥ
- Φροντίδα επικεντρωμένη στο πρόσωπο και όχι στη νόσο για έναν καθορισμένο πληθυσμό
- Απαρτιωμένες και έγκαιρες υπηρεσίες υγείας
- Συντονισμός της φροντίδας όταν ο ασθενής χρειάζεται υπηρεσίες εκτός της ΠΦΥ

# Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ σχετίζονται με οφέλη



- Καλύτερη αναγνώριση των προβλημάτων των ασθενών
- Περισσότερο ακριβής διάγνωση
- Καλύτερη διατήρηση των ραντεβού και συμμόρφωση με τη συμβουλή θεραπείας
- Λιγότερη χρήση του τμήματος επειγόντων περιστατικών
- Λιγότερες εισαγωγές σε νοσοκομείο, οι οποίες δεν ήταν αναγκαίες
- Καλύτερη πρόληψη γενικά
- Καλύτερη παρακολούθηση των διαταραχών
- Λιγότερη συνταγογράφηση φαρμάκων
- Λιγότερες ανάγκες που δεν ικανοποιούνται



*Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology.  
New York: Oxford University Press; 1998.*

## Current prevalence of hepatitis A, B and C in a well-defined area in rural Crete, Greece

C. Lionis,<sup>1</sup> M. Koulentaki,<sup>2</sup> E. Biziagos<sup>2</sup> and E. Kouroumalis<sup>2</sup> <sup>1</sup>Unit of Social and Family Medicine, University of Crete and <sup>2</sup>Liver Research Laboratory and Department of Gastroenterology, University Hospital and Medical School, Heraklion, Crete, Greece

Received 7 April 1996; accepted for publication 1 September 1996

**SUMMARY.** A seroepidemiological study was carried out in a geographically well-defined area in rural Crete in order to determine the prevalence of A, B and C hepatitis markers in the local population. Serum samples were obtained from 257 subjects (94 males, 163 females), aged 15 years and over, who visited the primary health care services of the Spili Health Centre between July 1993 and March 1994, and from 164 subjects (83 males, 81 females) randomly selected from households in three neighbouring villages of the study area. In samples obtained from the Spili Health Centre, antibodies to hepatitis A virus (anti-HAV) were detected in 234/244 (95.9%) subjects, antibodies to hepatitis B virus core antigen (HBcAb) were detected in 63/257 (24.5%) subjects and antibodies to hepatitis C virus (anti-HCV) were detected in 20/257 (10.9%) subjects. The corresponding figures for those randomly selected from the villages were 135/154 (87.7%), 16/164 (9.8%) and 5/164 (3%) respectively. Hepatitis B surface antigen (HBsAg) was positive in three (1.2%)

subjects from the first group, while none of those recruited from the villages were positive for HBsAg. Interestingly, hepatitis markers were closely associated with age. No subjects under the age of 15 years showed evidence of prior hepatitis A infection and approximately 20% of those between 15 and 44 years of age were also negative. By contrast, practically all subjects older than 44 years were anti-HAV positive. Similarly, the majority of all those who were anti-HCV positive were older subjects. Seroepidemiology of hepatitis in this well-defined population seems to be different from other parts of Greece, at least for hepatitis B and C viruses. There is a very low prevalence of HBsAg and a very high incidence of anti-HCV. Low exposure to HAV, as found in other parts of the country, was also found in the younger generation in this rural area of Crete.

*Keywords:* Crete, Greece, hepatitis A, B, C markers, prevalence.

### INTRODUCTION

Viral hepatitis is an old and widespread infectious disease of major importance. Although hepatitis A and B have been extensively studied in Greece and a number of studies have shown a high prevalence [1-3], data on hepatitis C virus (HCV) is still limited. Recent reports have

shown that HCV represents the major aetiological agent of parenterally transmitted acute non-A, non-B hepatitis in Greece [4, 5]. A decline of the age-prevalence of antibody to hepatitis A (anti-HAV) has also been reported in a number of European countries, including Greece, over the past few decades [6, 7], and this is attributed to improved standards of hygiene and housing conditions.

Crete is one of the regions of Greece which, over the last few years, has reported an increase in the number of hospital discharges of patients suffering from liver diseases [8-10]. A recent study of mortality rates caused by malignant neoplasms has shown that liver cancer is the fifth most common cancer in Crete, indicating a large difference compared with the national figure (Vlachonikolis et al. unpublished data).

**Abbreviations:** anti-HAV, antibodies to hepatitis A virus; anti-HCV, antibodies to hepatitis C virus; HBcAb, antibodies to hepatitis B-core antigen; HBsAg, hepatitis B surface antigen; HCV, hepatitis C virus; SHC, Spili Health Centre.

**Correspondence:** Dr Christos Lionis, Assistant Professor, Department of Social Medicine, Medical School, University of Crete, Greece PO Box 1393, Heraklion, Greece.

# Διαχείριση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

- Να διαχειρίζεται την πρώτη επαφή με ασθενείς, αντιμετωπίζοντας αυτούς με μη επιλεγμένα προβλήματα.
- Να λαμβάνει υπόψη στις διαδικασίες λήψης της απόφασης τον επιπολασμό και την επίπτωση της ασθένειας στην κοινότητα

*C Lionis, et al Eur J Epidemiol 1997*

- ▶ οι ιατροί που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι πρόθυμοι να ενσωματώσουν στις ευθύνες τους ένα πλήθος από ποικίλες λειτουργίες που δεν είναι 'ιατρικής φύσεως' με τη στενή έννοια του όρου, **βγαίνοντας έξω από το χώρο του ιατρείου.**
- ▶ Τα χαρακτηριστικά του σημείου πρώτης επαφής, της διαρκούς φροντίδας και της ολιστικής προσέγγισης καθιστούν την πρωτοβάθμια φροντίδα ιδανική πύλη εισόδου στις υπηρεσίες υγείας και της παρέχουν την ικανότητα του 'gatekeeping', αλλά και του συντονισμού της παρεχόμενης φροντίδας.
- ▶ **εξατομικευμένη παραπομπή σε άλλες ειδικότητες όταν κρίνεται αναγκαίο**





# Ολοκληρωμένη προσέγγιση

(*educational agenda, chapter 4*)

- ▶ Ταυτόχρονη διαχείριση των διαφόρων αιτιάσεων των ατόμων, είτε αυτά είναι οξέα είτε χρόνια
- ▶ Προάσπιση της υγείας και της ευημερίας
- ▶ Διαχείριση και συντονισμός της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης, της θεραπείας, της παρηγορητικής φροντίδας και της αποκατάστασης



RESEARCH ARTICLE

Open Access



# Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study)

Christos Lionis<sup>1\*</sup>, Sophia Papadakis<sup>1,2</sup>, Chrysanthi Tatsi<sup>1</sup>, Antonis Bertias<sup>1</sup>, George Duijker<sup>1</sup>, Prodromos-Bodosakis Mekouris<sup>3</sup>, Wienke Boerma<sup>4</sup>, Willemijn Schäfer<sup>4</sup> and on behalf of the Greek QUALICOPC team

Η άποψη  
των  
ασθενών

**Results:** The sample included 220 general practitioners from both public and private sector. A total of 1964 patients that completed the experience questionnaire and 219 patients that completed the patient values questionnaire were analyzed. Patients overall report a positive experiences with the general practice they visited. Several gaps were identified in particular in terms of wait times for appointments, general practitioner access to patient medical history, delivery of preventative services, patient involvement in decision-making. Patients with chronic disease report better experience than respondents without a chronic condition, however these patient groups report the same values in terms of qualities of the primary care system that are important to them.



# ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

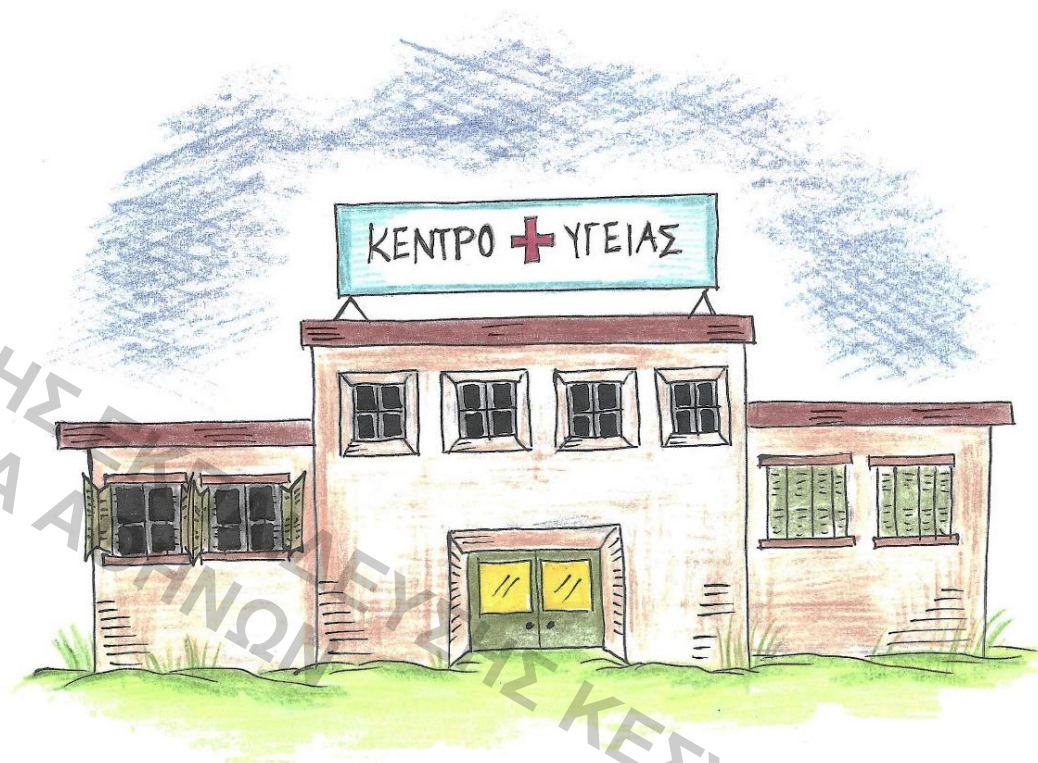
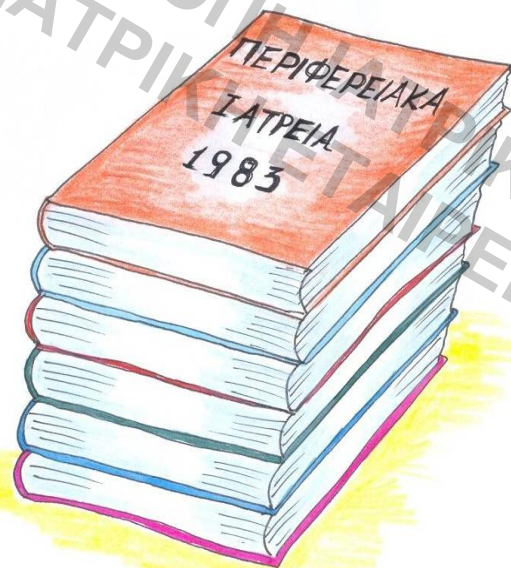
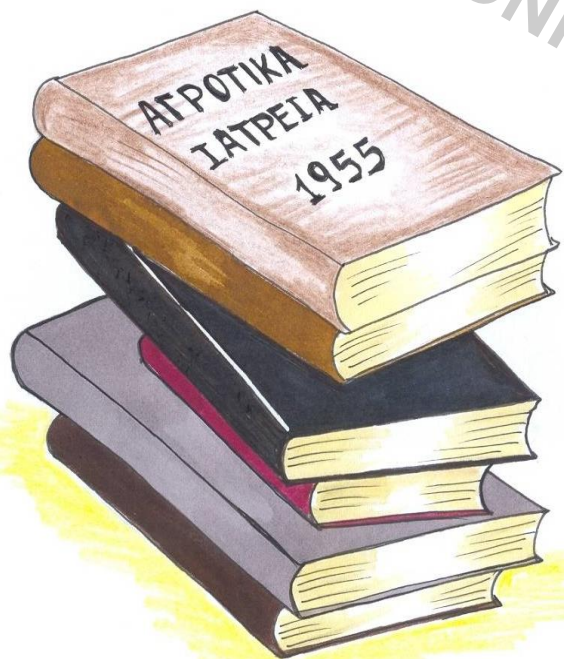




ΜΟΝΙΜΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ  
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΚΕΣΥ



# Ανατέλλει η ανάγκη για νέες ανθρώπινες αξίες



I. Διμήνου

# ΔΟΜΕΣ Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας



ΥΠε	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΙ	ΠΠΙ	ΕΠΙ	ΤΙ	ΤΟμΥ	ΑΔ
1 <sup>η</sup>	32	6	-	1	31	12	7
2 <sup>η</sup>	49	119	37	10	47	20	1
3 <sup>η</sup>	30	172	5	3	34	20	1
4 <sup>η</sup>	46	220	9	6	33	14	1
5 <sup>η</sup>	47	303	17	10	38	16	-
6 <sup>η</sup>	91	491	20	11	34	33	-
7 <sup>η</sup>	19	128	5	4	3	12	-
<b>Σύνολο</b>	<b>314</b>	<b>1.438</b>	<b>93</b>	<b>45</b>	<b>220</b>	<b>127</b>	<b>10</b>

ΥΠε: Υγειονομική Περιφέρεια, ΚΥ: Κέντρο Υγείας, ΠΙ: Περιφερειακό Ιατρείο, ΠΠΙ: Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο, ΕΠΙ: Ειδικό Περιφερειακό Ιατρείο, ΤΙ: Τοπικό Ιατρείο, ΤΟμΥ: Τοπική Ομάδα Υγείας, ΑΔ: Άλλη Δομή

Για ποιο λόγο επισκέπτεστε τις υπηρεσίες υγείας ή τον ιατρό σας



## Introducing general practice in urban Greece: focus on morbidity profile

Anargiros Mariolis, Bodossakis Merkouris, Christos Lionis

General practice has been recognised as an independent medical speciality in Greece since the 1990s; it requires four years of vocational training. Although there have been many attempts to establish primary healthcare (PHC) in Greece, primary care centres are only available in semi-urban and rural areas leaving ample scope for the development of PHC in urban areas.

In 2001, a healthcare reform was launched in Greece, which set the development of PHC in urban areas as an urgent priority. In August 2002, the first feasibility study for the development of the first urban health centre in Greece was submitted to Ippokratio General Hospital, Athens, and concerned the Municipality of Vyronas, which is included in the catchment area of this hospital. The aim of this research letter is to communicate the pre-

liminary results of this first attempt in Greece to introduce structured PHC and general practice within the urban setting, and particularly to report the morbidity profile recorded during the initial period in this first Urban health centre. The Urban Health Centre of Vyronas (UHCV) was inaugurated on 16th February 2004, and its staff comprised one qualified general practitioner and five trainees in general practice. Two community nurses joined the UHCV later on.

The data presented cover a period of two and a half months. In total, 1041 consultations were recorded. Of them 413 (39.7%) were made by males and 628 (60.3%) by females. Referral rate to other healthcare services, including hospital physicians or other specialists, amounted to 1.35% (14 cases). The most frequent diag-

Table 1. The most common diagnoses.

Diseases diagnosed	ICPC-2 code	Male		Female		Total	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Hypertension, uncomplicated	K86	123	(31.0)	140	(21.7)	263	(25.3)
Ischaemic heart disease without angina	K76	59	(14.9)	105	(16.3)	164	(15.8)
Diabetes, non-insulin dependent	T90	31	(7.8)	54	(8.4)	85	(8.2)
Osteoporosis	L95	1	(0.3)	71	(11.0)	72	(6.9)
Heart failure	K77	28	(7.1)	31	(4.8)	59	(5.7)
Cerebrovascular diseases	K91	27	(6.8)	25	(3.9)	52	(5.0)
Depressive disorder	P76	6	(1.5)	39	(6.1)	45	(4.3)
Lipid disorder	T93	14	(3.5)	29	(4.5)	43	(4.1)
Chronic obstructive pulmonary diseases	R95	23	(5.8)	11	(1.7)	34	(3.3)
Malignancy	A79	11	(2.8)	12	(1.9)	23	(2.2)
Other diseases		74	(18.6)	127	(19.7)	201	(19.3)
Total		397	(100.0)	644	(100.0)	1041	(100.0)

2004

ΙΔΡΥΣΗ 1<sup>ΟΥ</sup> ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ  
ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



Ικανότητα:

Να καλύπτει το πλήρες φάσμα  
των συνθηκών υγείας

Τεκμηριωμένη  
κλινική  
αποτελεσματικότητα  
σε αστικές περιοχές

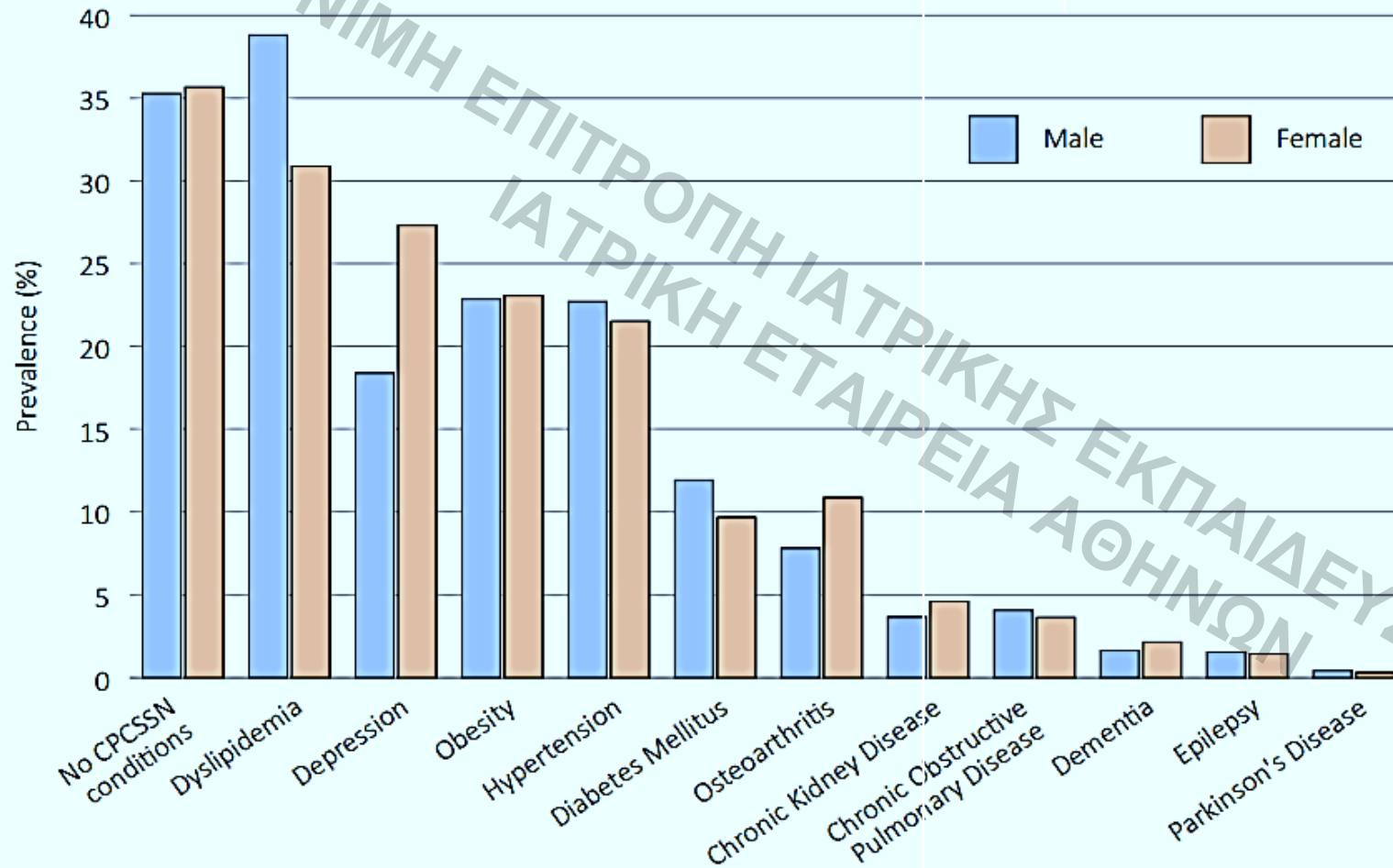


Table 1. The most common diagnoses.

Diseases diagnosed	Code ICPC-2	Cases Male		Female		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Hypertension, uncomplicated	K86	123	(31.0)	140	(21.7)	263	(25.3)
Ischaemic heart disease without angina	K76	59	(14.9)	105	(16.3)	164	(15.8)
Diabetes, non-insulin dependent	T90	31	(7.8)	54	(8.4)	85	(8.2)
Osteoporosis	L95	1	(0.3)	71	(11.0)	72	(6.9)
Heart failure	K77	28	(7.1)	31	(4.8)	59	(5.7)
Cerebrovascular diseases	K91	27	(6.8)	25	(3.9)	52	(5.0)
Depressive disorder	P76	6	(1.5)	39	(6.1)	45	(4.3)
Lipid disorder	T93	14	(3.5)	29	(4.5)	43	(4.1)
Chronic obstructive pulmonary diseases	R95	23	(5.8)	11	(1.7)	34	(3.3)
Malignancy	A79	11	(2.8)	12	(1.9)	23	(2.2)
Other diseases		74	(18.6)	127	(19.7)	201	(19.3)
Total		397	(100)	644	(100)	1041	(100)





# Πιο συχνά χρόνια νοσήματα στην ΠΦΥ

Figure 2: Sex-specific and age-standardized prevalence of CPCSSN validated chronic conditions in adults



Data source: CPCSSN Q4-2019. Patients with at least one clinical encounter between Jan 1, 2018 and Dec 31, 2019.  
Reference population: 2016 Canadian Census.

## Frequency and management of emergencies in primary care offices: A cross-sectional study in northwestern Germany

Max Melzel<sup>a</sup> , Falk Hoffmann<sup>b</sup> , Michael H. Freitag<sup>a</sup>  and Ove Spreckelsen<sup>a</sup> 

<sup>a</sup>Division of General Practice, Department of Health Services Research, Carl von Ossietzky University of Oldenburg, Oldenburg, Germany; <sup>b</sup>Division of Outpatient Care and Pharmacoepidemiology, Department of Health Services Research, Carl von Ossietzky University of Oldenburg, Oldenburg, Germany

Πιο συχνά  
επείγοντα  
περιστατικά  
στην ΠΦΥ

### Τα πιο συχνά επείγοντα:

- ΟΣΝ
- Αρρυθμίες
- Δύσπνοια
- ΑΕΕ
- Επείγουσα υπέρταση
- Οξύ κοιλιακό άλγος

Πιο συχνά τα επείγοντα σε δομές  
ΠΦΥ σε αγροτικές περιοχές



## RESEARCH

Open Access

# Reasons for acute referrals to hospital from general practitioners and out-of-hours doctors in Norway: a registry-based observational study

Jesper Blinkenberg<sup>1,2\*</sup>, Øystein Hetlevik<sup>2</sup>, Hogne Sandvik<sup>1</sup>, Valborg Baste<sup>1</sup> and Steinar Hunskaar<sup>1,2</sup>



Πιο συχνές διαγνώσεις από Ιατρούς ΠΦΥ, που οδηγούν σε παραπομπή σε νοσοκομεία



Referral diagnoses ICPC-2	All referrals (265,518)	
	N	%
<b>Total</b>	<b>265,518</b>	<b>100</b>
Abdominal pain/craps general (D01)	21,260	8
Chest pain NOS (A11)	14,077	5
Pneumonia (R81)	8793	3
Shortness of breath/dyspnoea (R02)	7806	3
Atrial fibrillation/flutter (K78)	6892	3
COPD (R95)	5643	2
Heart pain (K01)	5319	2
Vertigo/dizziness (N17)	5082	2
Fainting/ syncope (A06)	4353	2
Infectious disease other (A78)	4162	2
Stroke/cerebrovascular disease (K90)	4078	2

## RESEARCH

# Reasons for acute referrals to hospital from general practitioners and out-of-hours doctors in Norway: a registry-based observational study

Open Access



Jesper Blinkenberg<sup>1,2\*</sup>, Øystein Hetlevik<sup>2</sup>, Hogne Sandvik<sup>1</sup>, Valborg Baste<sup>1</sup> and Steinar Hunskaar<sup>1,2</sup>

Διαγνώσεις ασθενών που  
παραπέμφθηκαν με  
κοιλιακό άλγος

Discharge ICD-10 diagnoses	All	
	N	%
Abdominal and pelvic pain (R10)	7127	26
Acute appendicitis (K35)	3166	12
Cholelithiasis (K80)	1664	6
Diverticular disease (K57)	1483	5
Functional intestinal disorder (K59)	1141	4
Ileus (K56)	1031	4
Acute pancreatitis (K85)	814	3
Calculus of kidney and ureter (N20)	666	2



## RESEARCH

# Reasons for acute referrals to hospital from general practitioners and out-of-hours doctors in Norway: a registry-based observational study

Open Access



Jesper Blinkenberg<sup>1,2\*</sup>, Øystein Hetlevik<sup>2</sup>, Hogne Sandvik<sup>1</sup>, Valborg Baste<sup>1</sup> and Steinar Hunskaar<sup>1,2</sup>

Διαγνώσεις ασθενών που  
παραπέμφθηκαν με  
θωρακικό άλγος

Discharge ICD-10 diagnoses	All	
	N	%
Pain in throat and chest (R07)	6965	36
Acute myocardial infarction (I21)	2277	12
Angina pectoris (I20)	1873	10
Other soft tissue disorder incl. myalgia (M79)	992	5
Chronic ischaemic heart disease (I25)	758	4
Atrial fibrillation and flutter (I48)	573	3
Pneumonia (J12–18)	385	2



## RESEARCH

Open Access



# Reasons for acute referrals to hospital from general practitioners and out-of-hours doctors in Norway: a registry-based observational study

Jesper Blinkenberg<sup>1,2\*</sup>, Øystein Hetlevik<sup>2</sup>, Hogne Sandvik<sup>1</sup>, Valborg Baste<sup>1</sup> and Steinar Hunnskaar<sup>1,2</sup>

Διαγνώσεις ασθενών που παραπέμφθηκαν με δύσπνοια



Discharge ICD-10 diagnoses	All	
	N	%
Heart failure (I50)	991	12
Pneumonia (J12–18)	943	11
Chronic obstructive pulmonary disease (J44)	633	8
Abnormalities of breathing (R06)	529	6
Pulmonary embolism (I26)	371	4
Atrial fibrillation and flutter (I48)	298	4
Asthma (J45)	288	3
Pain in throat and chest (R07)	277	3
Acute bronchiolitis (J21) <sup>d</sup>	213	3
Other acute lower respiratory infection (J22)	175	2
Other	3653	44
All	8371	100



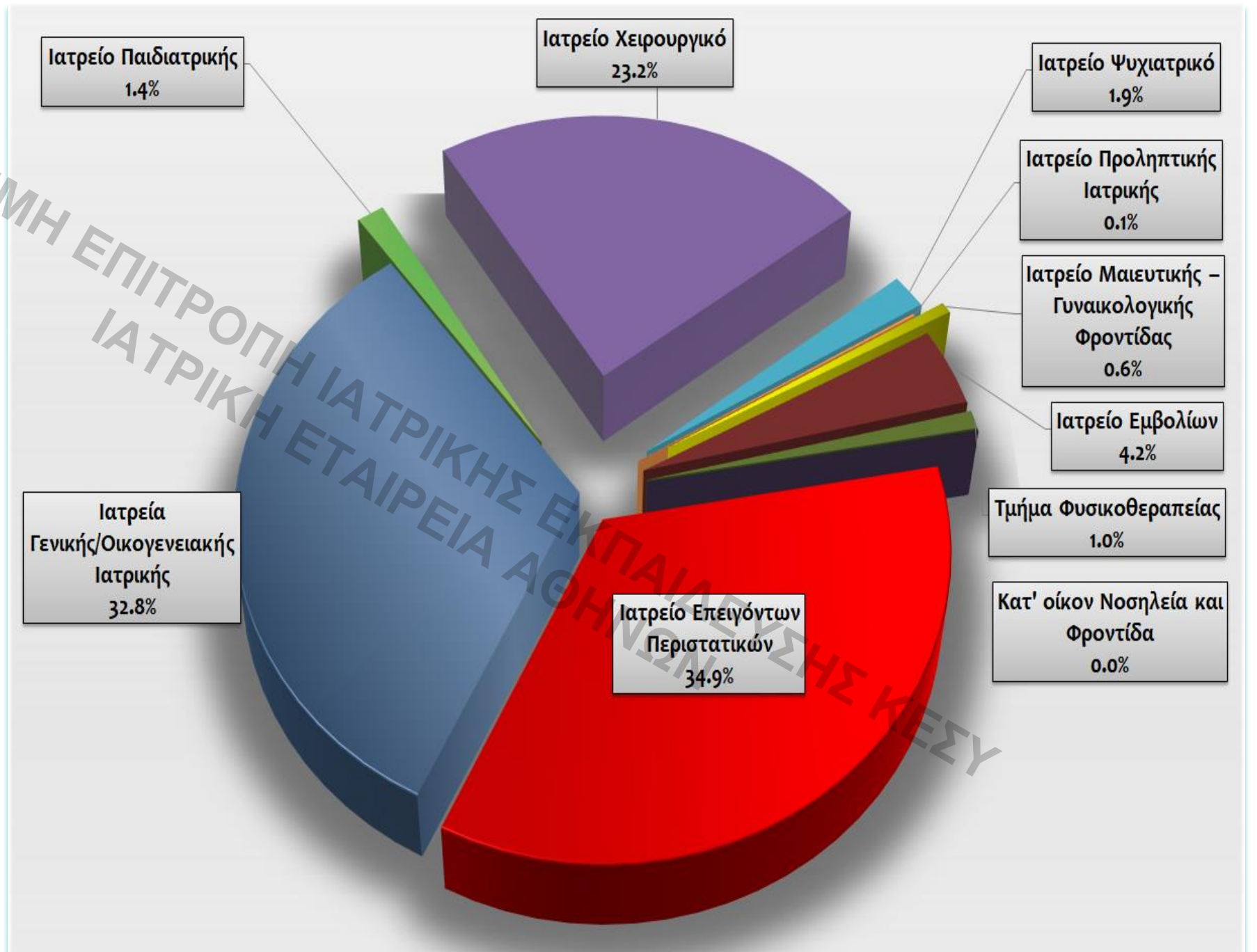
Κέντρο  
Υγείας  
Αρεόπολης







Κέντρο Υγείας  
Αρεόπολης



Ιατρείο Επειγόντων  
Περιστατικών -  
Διεκπεραίωση εντός  
Κ.Υ. Αρεόπολης

24753

99.3%

ΜΟΝΙΜΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΕΣΥ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ

Διακομιδές ασθενών

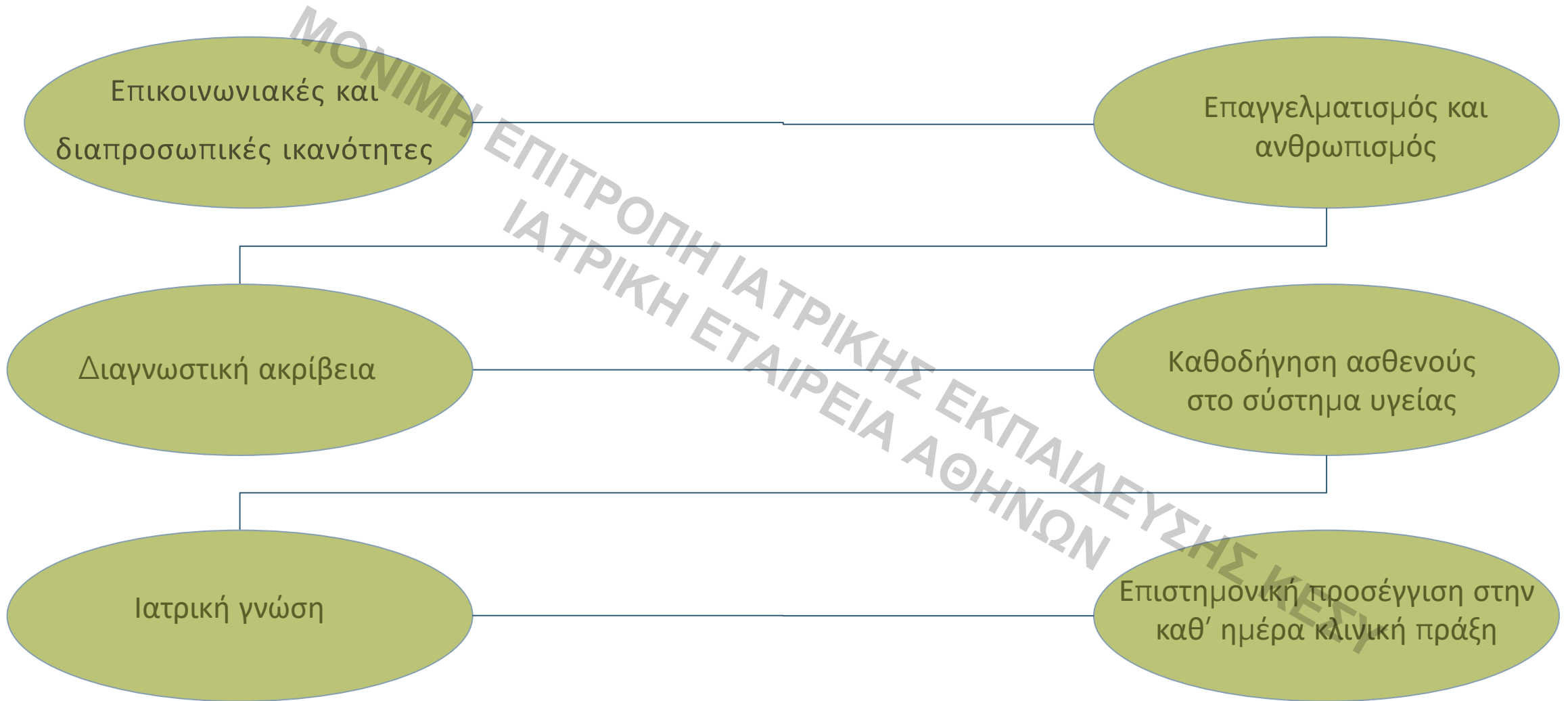
173

0.7%



Κέντρο Υγείας Αρεόπολης

# Απαραίτητες κλινικές δεξιότητες στην ΠΦΥ



Γενικός/Οικογενειακός  
Ιατρός ως  
ραχοκοκαλιά της ΠΦΥ

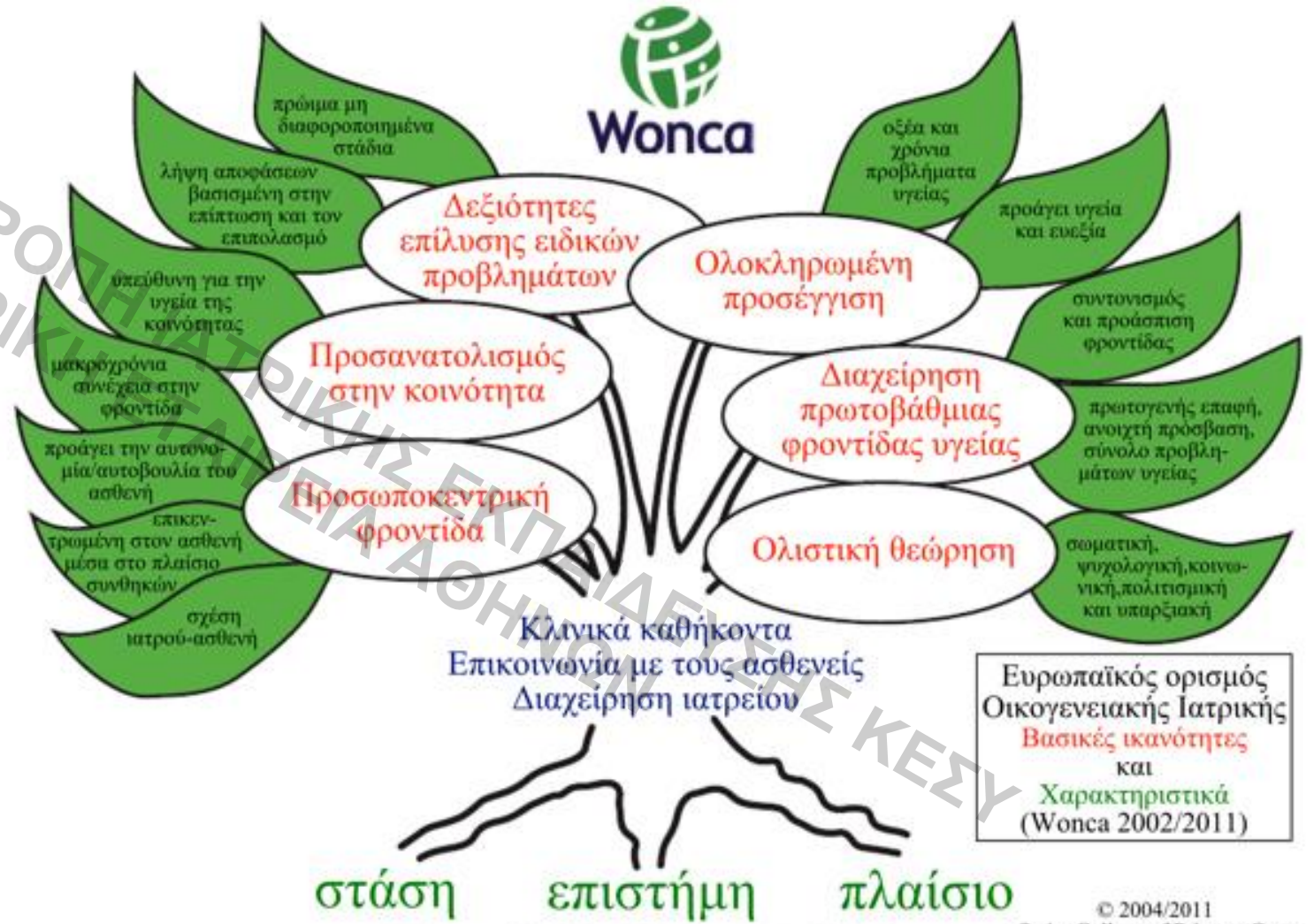
*Royal Australian  
College of General  
Practitioners*

“Γενική ιατρική είναι εκείνη η  
συνιστώσα του συστήματος  
φροντίδας υγείας που  
προσφέρει αρχική,  
συνεχιζόμενη, πλήρη και  
συντονισμένη ιατρική φροντίδα  
για όλα τα άτομα, τις οικογένειες  
και τις κοινότητες και που  
απαρτιώνει τις τρέχουσες  
βιοϊατρικές, ψυχολογικές και  
κοινωνικές αντιλήψεις για την  
υγεία.”



ΜΟΝΙΜΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΕΝΤΡΟ

# Ευρωπαϊκός ορισμός Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (WONCA Europe, 2002)



Ευρωπαϊκός ορισμός  
Οικογενειακής Ιατρικής  
**Βασικές ικανότητες**  
και  
**Χαρακτηριστικά**  
(Wonca 2002/2011)

© 2004/2011  
Swiss College of Primary Care  
Medicine / U.Grueninger  
www.kollegium.ch

Μετάφραση: Κλ.Πολίτης, Β.Κανούτας, Γ.Τζανής, Ι.Παύλου  
Επιστ. Επιμέλεια: Ε.Σμυρνάκης, Α.Συμμεωνίδης, Χ.Λιονής

# Ο Ευρωπαϊκός Ορισμός της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής



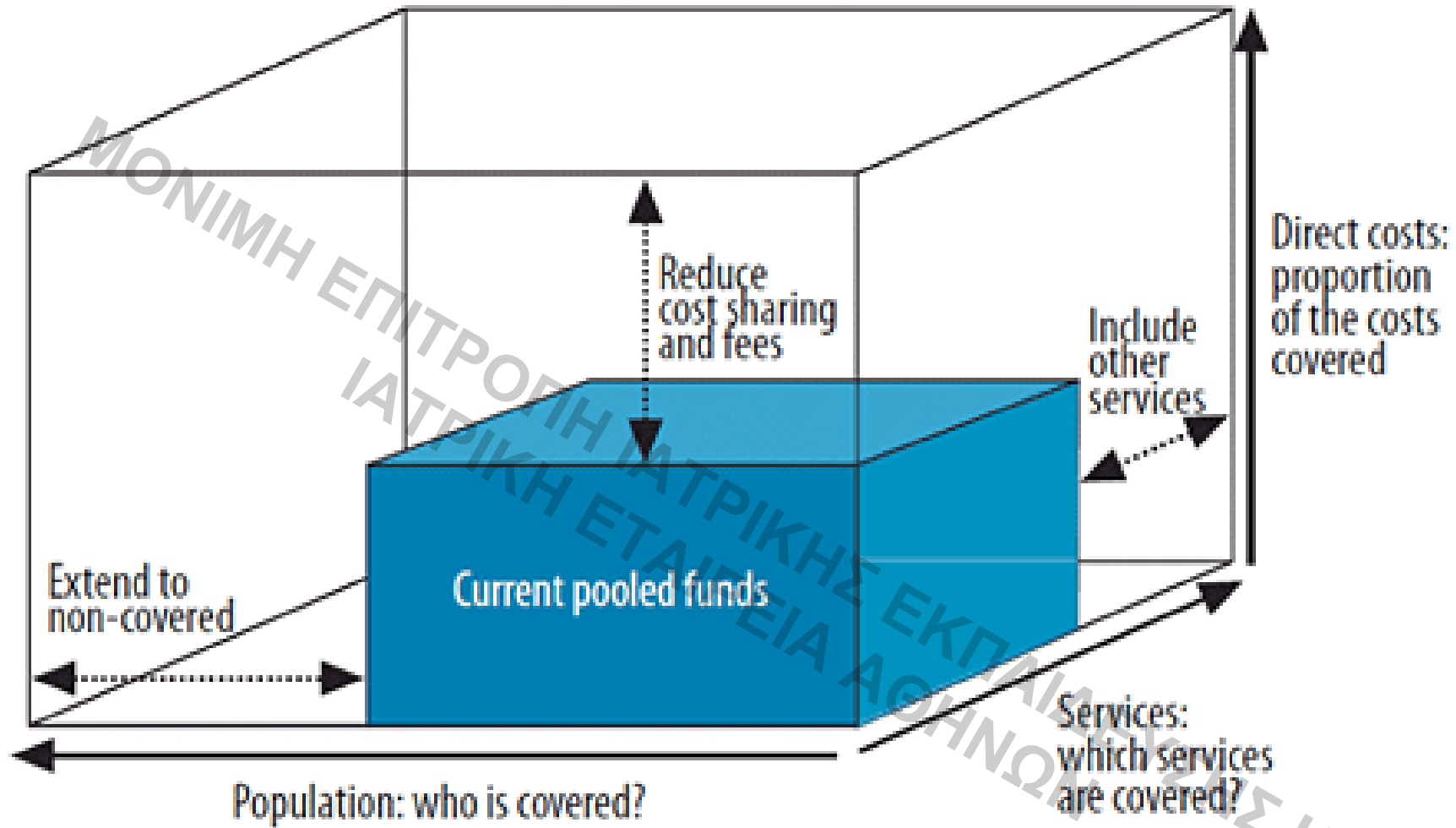
«Η γενική/οικογενειακή ιατρική είναι ένας ακαδημαϊκός και επιστημονικός κλάδος που έχει το δικό του εκπαιδευτικό περιεχόμενο, ερευνητική και κλινική βασισμένη στην τεκμηρίωση δραστηριότητα και μια κλινική ειδικότητα προσανατολισμένη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας»

WONCA Europe 2002

<http://www.woncaeurope.org>

ΜΟΝΙΜΟ ΕΠΙΤΡΟΠΕΙΟ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΚΕΣΥ





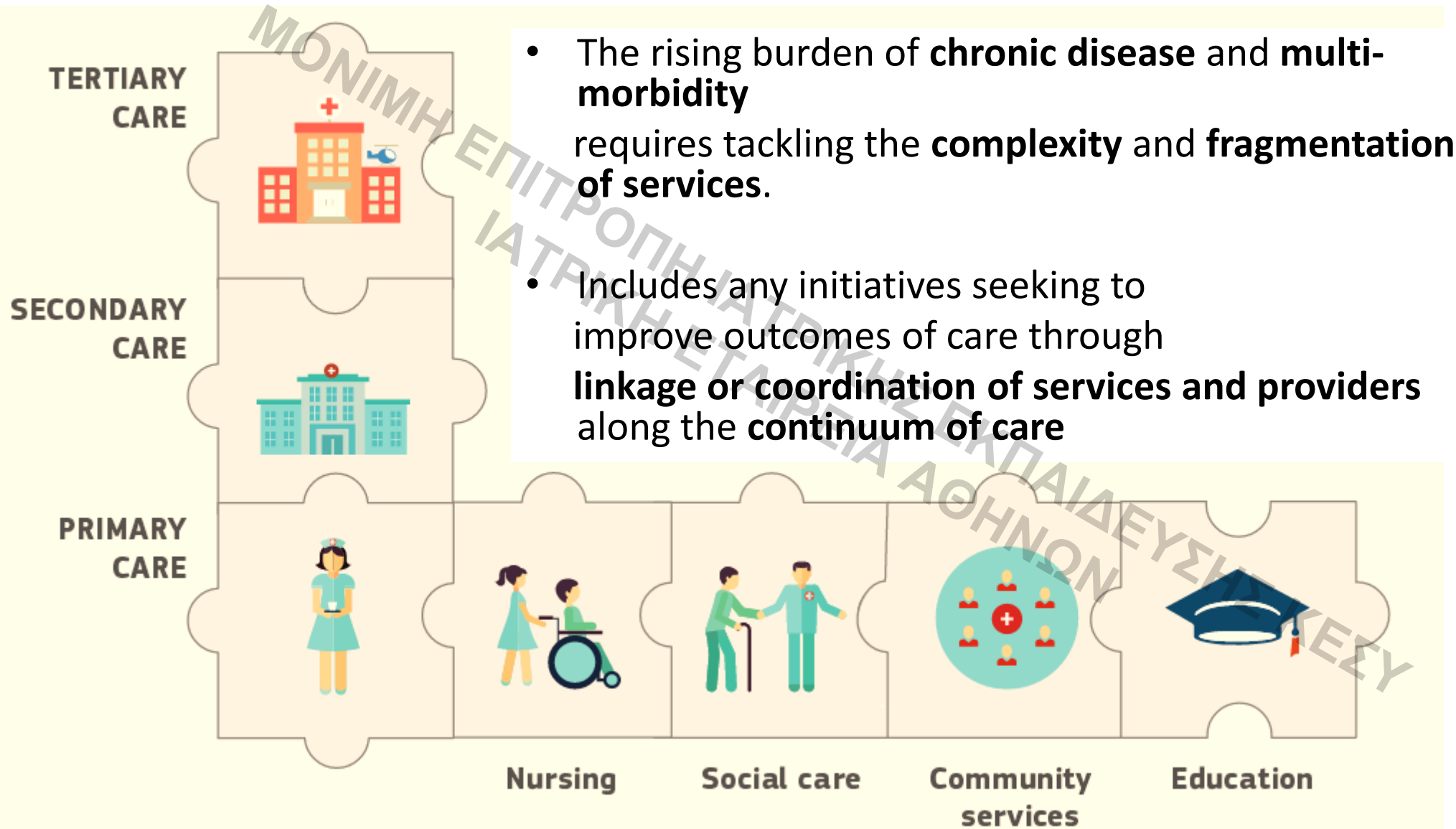
Three dimensions to consider when moving towards universal coverage

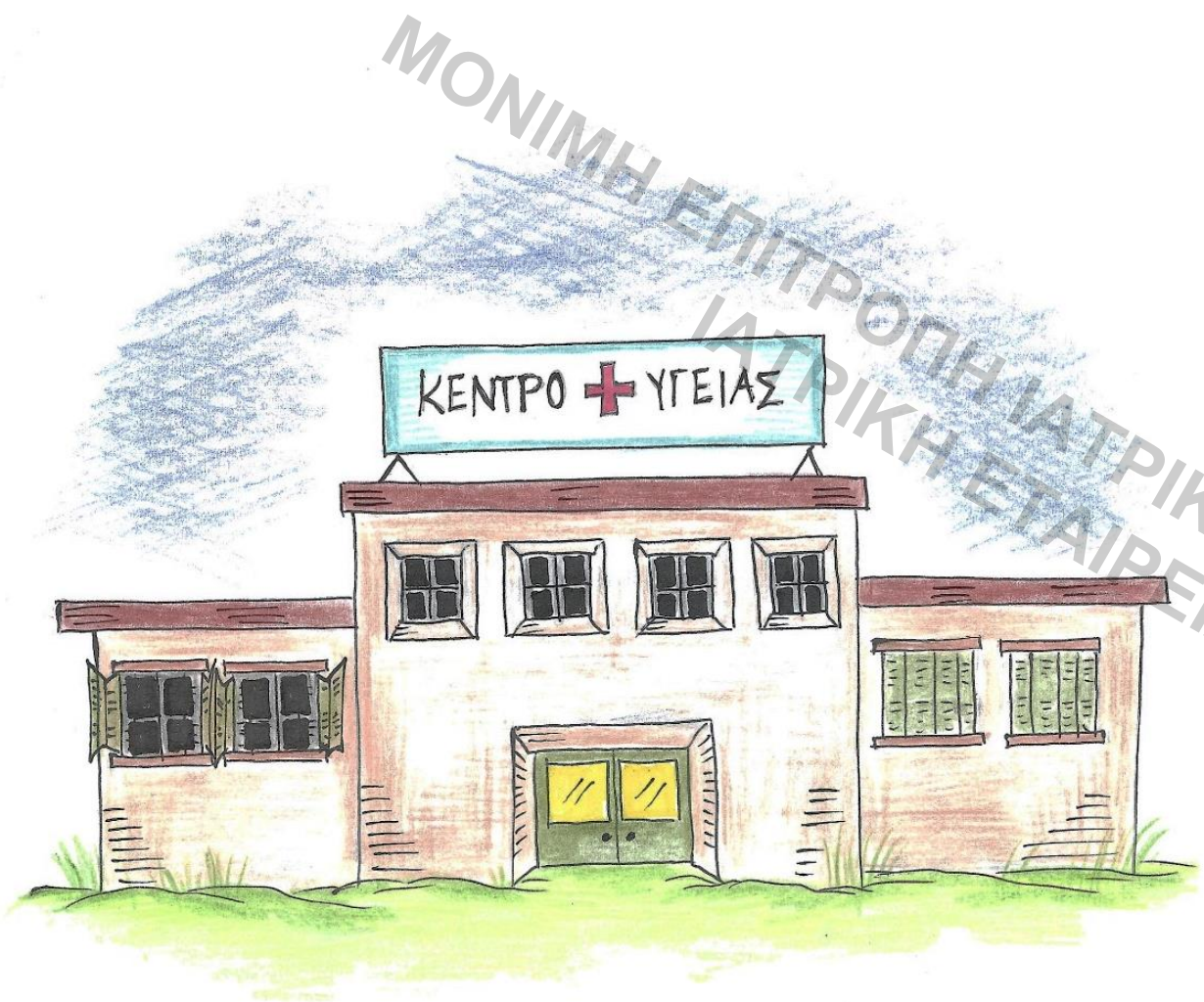
Κύβος καθολικής κάλυψης υγείας Π.Ο.Υ.  
(πληθυσμιακό επίπεδο)



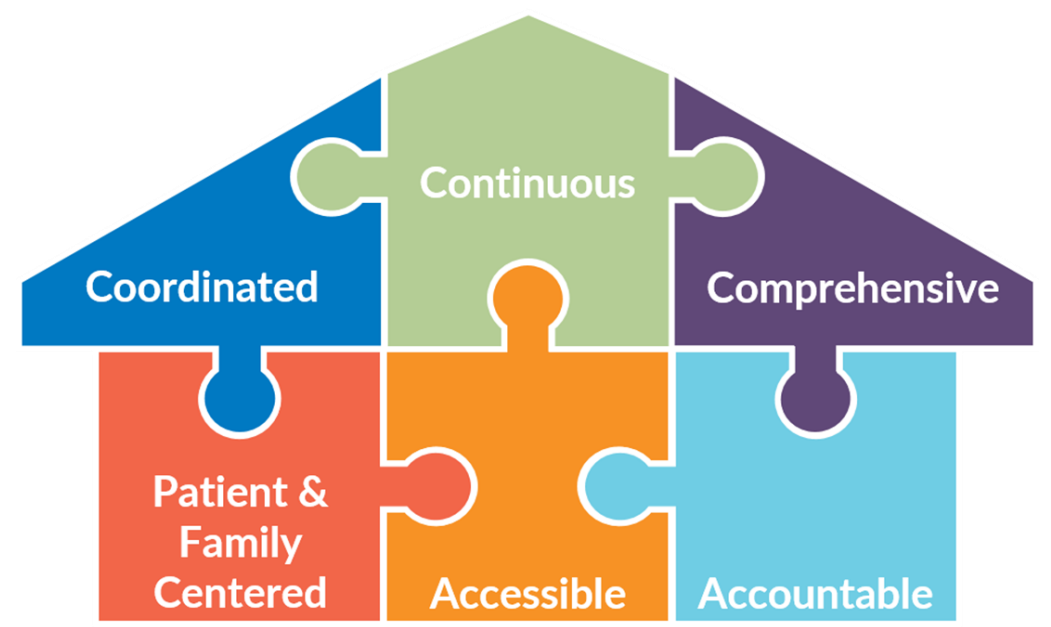


# Ολοκληρωμένη Φροντίδα





I. Dimitrov



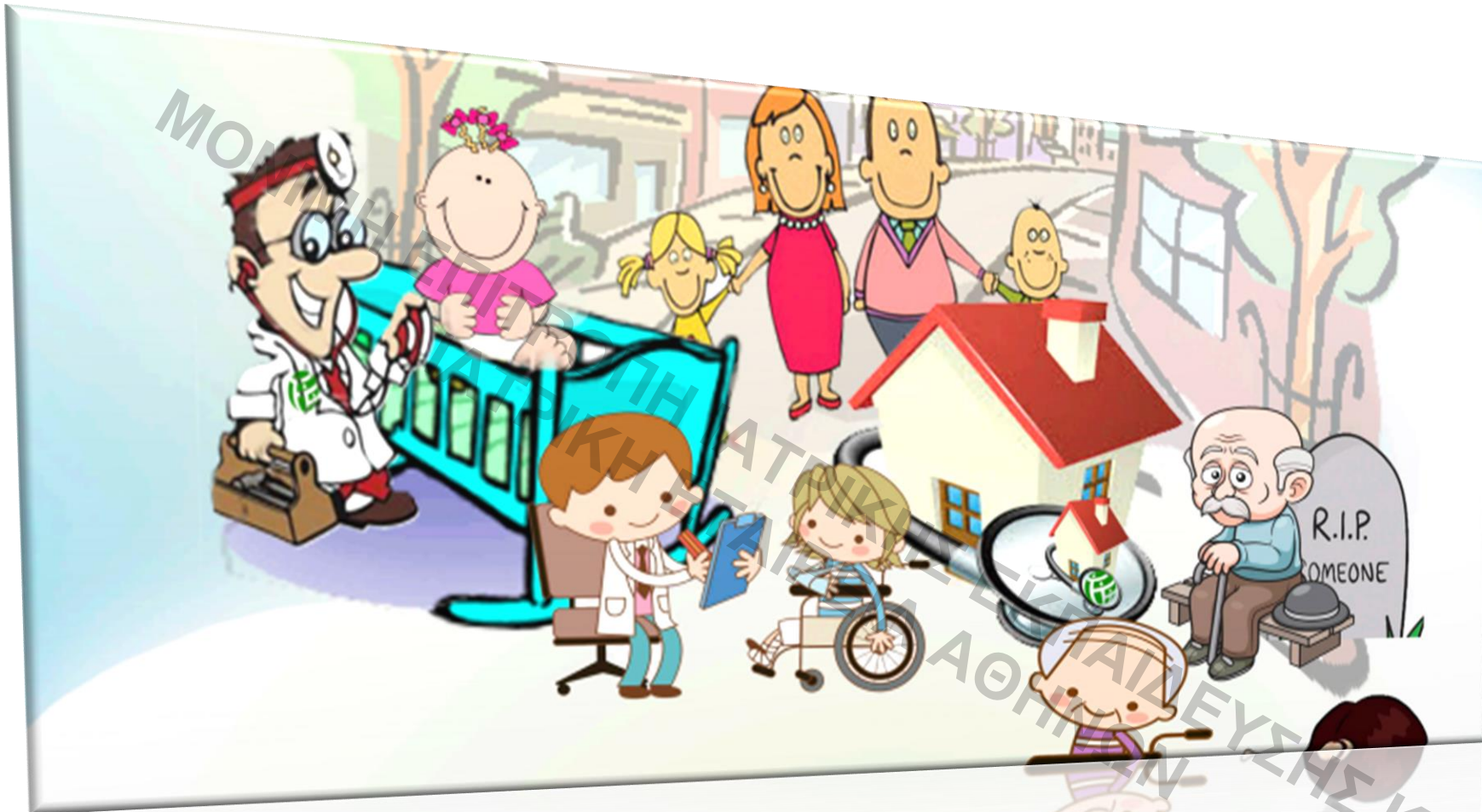
ΠΑΝΤΑ



ΕΚΕΙ



ΦΡΟΝΤΙΔΑ



life-long care to their patients  
*"from cradle to grave"*

## Συνέχεια στη φροντίδα

*GPs do not discharge their patients,  
but provide a lifetime of care”*





# Υγειονομικό Σύστημα



προσωπικός  
γιατρός

## Προσωπικός Γιατρός για όλους

- **Δωρεάν** παροχή προς όλους τους πολίτες.
- Οι πολίτες αποκτούν **προσωπικό σύμβουλο υγείας** για θέματα αγωγής υγείας, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και καθοδήγησης τους σε σοβαρά προβλήματα υγείας.
- Με τον νόμο Ν.4931/2022 (ΦΕΚ Ά 94) ο Προσωπικός Γιατρός αποτελεί την **πρώτη επαφή** του πολίτη με το σύστημα υγείας.
- Είναι υπεύθυνος για την πρόληψη, την εξέταση, την ενημέρωση του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, τη συνταγογράφηση φαρμάκων και την παραπομπή για εξετάσεις σε ειδικούς γιατρούς.



# Πληθυσμιακή κάλυψη

100%

16.8%

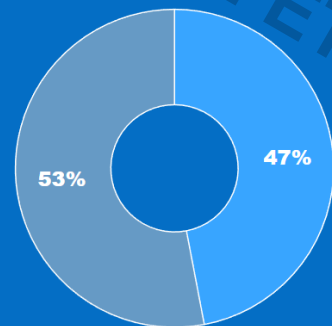


- Enrolled to a Family Doctor
- Not enrolled

53% (>16 ετών)

Ποσοστό Εγγεγραμμένων Δικαιούχων Πολιτών επί του συνόλου των δικαιούχων

● Μη εγγεγραμμένοι ● Εγγεγραμμένοι



Εγγραφές σε Προσωπικό Γιατρό

Σύνολο εγγεγραμμένων πολιτών

4.697.894

Διαθέσιμες Θέσεις για Εγγραφή σε Προσωπικό Γιατρό

1.535.310



προσωπικός γιατρός

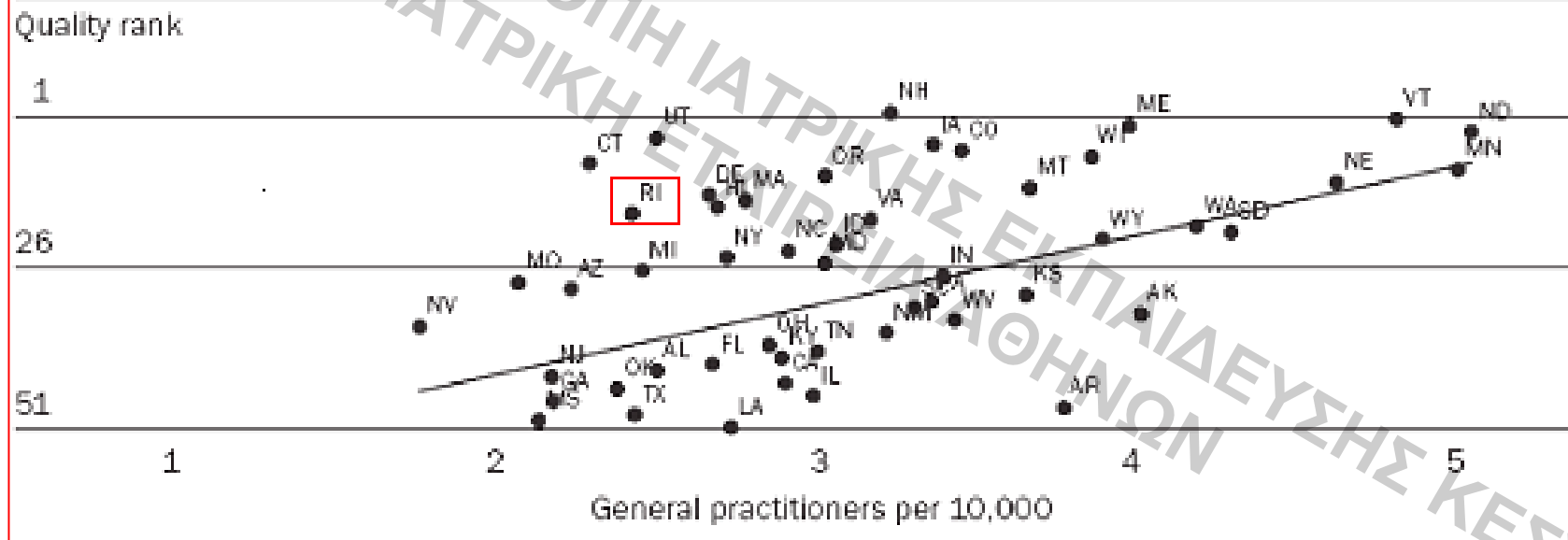


**LEAVE NO ONE'S HEALTH BEHIND:**  
Invest in Health Systems for All



# Περισσότεροι γενικοί/οικογενειακοί ιατροί ανά πληθυσμό σχετίζονται με καλύτερη ποιότητα στη φροντίδα υγείας

**Relationship Between Provider Workforce And Quality: General Practitioners Per 10,000 And Quality Rank In 2000**



**SOURCES:** Medicare claims data; and Area Resource File, 2003.

**NOTES:** For quality ranking, smaller values equal higher quality. Total physicians held constant.

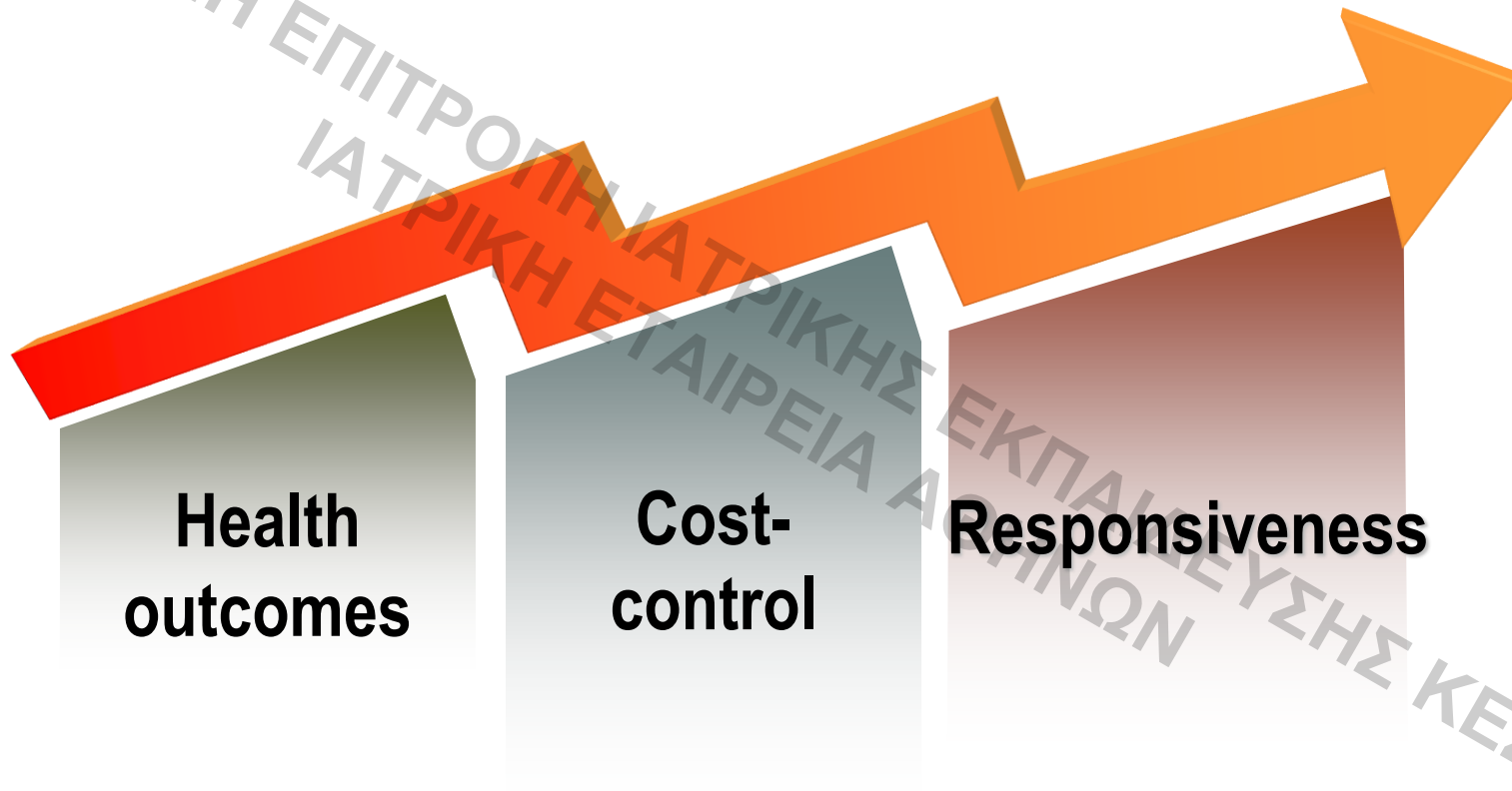




# Διεπιστημονική συνεργασία



# STRONGER Primary Care ...



*Starfield, 1994; Doescher, 1999; Delnoij, 2000; Shi, 2002; Macinko, 2003*



«...που μ' ένα ηλεκτροφάναρο κι ένα σύντροφο αγωγιάτη, διέτρεχε τους κατσικόδρομους του Μαλεβού και πρόσφερε με προθυμία, αγάπη και αλtruισμό την όση μπορούσε να παράσχη ιατρική βοήθεια, χωρίς να υπολογίση αν ο προς περίθαλψη ήταν πλούσιος ή πέννης, δίκαιος ή αμαρτωλός, βενιζελικός ή βασιλικός...»

Ας κοιτάξουμε λοιπόν με στοργή τον  
Άνθρωπο...

