



ΣΧΟΛΗ: Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

<<ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ>>

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΠΕΛΑΓΙΑ ΣΑΡΑΝΤΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:

Ε. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΛΙΣΤΑ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	3
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΜΕΡΟΣ 1	
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Η ποιότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.	10
1.1 Βασικοί στόχοι της Π.Φ.Υ.	12
1.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Π.Φ.Υ.	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα	16
2.1 Νομοθετικό Πλαίσιο Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Διεθνής Εμπειρία	21
3.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στην Αμερική	22
3.1.1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στον Καναδά	23
3.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Γαλλία	24
3.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ισπανία	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
Ο Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος	26

ΜΕΡΟΣ 2

ΠΦΥ ΚΑΙ Χρόνιες Παθήσεις.....	29
-------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Πως προλαμβάνει η ΠΦΥ στη χρόνια νόσο.....	36
--	----

1.2 Πώς βοηθάει η ΠΦΥ την χρόνια νόσο	38
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων	41
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Προτάσεις- Συμπεράσματα	46
-------------------------------	----

3.1 Κόστος Π.Φ.Υ.	46
------------------------	----

3.2 Προτάσεις Π.Φ.Υ.	48
---------------------------	----

ΜΕΡΟΣ 3

ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	52
-------------------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	77
------------------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ.....	81
----------------------------	----

ΛΙΣΤΑ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Σχεδιάγραμμα 1: Η Π.Φ.Υ. στο Επίκεντρο των Υπηρεσιών Υγείας.....	09
--	----

Σχεδιάγραμμα 2: Άτομα και οικογένειες.....	14
--	----

Σχεδιάγραμμα 3: Πληθυσμός και κοινότητα.....	17
--	----

Σχεδιάγραμμα 4: Οι κυριότερες αιτίες θανάτου ως ποσοστό των συνολικών θανάτων στην Ε.Ε. το 2009	30
---	----

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

NHS	National Health System (UK)
Γ/Ο	Γενικός / Οικογενειακός (ιατρός)
E.I.	Εξωτερικά Ιατρεία
E.O.Π.Υ.Υ.	Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
E.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας (GR)
I.K.A.	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
K.A.Π.Η.	Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
K.Υ.	Κέντρα Υγείας
O.A.E.E.	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
Π.Ι.	Περιφερειακά τους Ιατρεία
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΦΥΠ	Φάκελος Υγείας του Πολίτη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αυτή έχει τίτλο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τα χρόνια νοσήματα. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Δίνεται ο ορισμός της και περιγράφεται η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει. Αναλύονται οι βασικοί στόχοι της Π.Φ.Υ. και ο ρόλος του νοσηλευτή στη Π.Φ.Υ. Επίσης, αναλύεται το νομοθετικό πλαίσιο της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες χώρες όπως είναι η Αμερική, ο Καναδάς, η Γαλλία και η Ισπανία. Έπειτα, περιγράφεται η έννοια της Ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και αναλύονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της. Τέλος, περιγράφεται ο Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε σχέση με τα χρόνια νοσήματα. Γίνεται μία ανάλυση της βιβλιογραφίας έτσι ώστε να

διαπιστωθεί το πώς παρεμβαίνει, το πώς προλαμβάνει και το πώς βοηθάει η Π.Φ.Υ. τα χρόνια νοσήματα.

Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων και το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τις προτάσεις και τα συμπεράσματα της Π.Φ.Υ.

Λέξεις-κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Χρόνια Νοσήματα, Στόχοι της Π.Φ.Υ., Πρόληψη στην Π.Φ.Υ., Αντιμετώπιση και Π.Φ.Υ.

ASBTRACT

This thesis is titled The Primary Health Care (PHC) and chronic diseases. The first chapter is analysed the concept of Primary Health Care. It is also described the definition of PHC and it is described the quality of provided services. In the thesis are analysed the main goals of PHC and the role of the nurse in primary care. Also it is analysed the legislative framework of PHC in Greece and in other countries such as America, Canada, France and Spain. Moreover, it is described the concept of e-prescribing and are analysed the advantages and disadvantages of it. Finally, is described the Electronic Medical Record.

The second chapter includes Primary Health Care in relation to chronic diseases. It is a literature review, in order to determine how involves, how it prevents and how it helps the PHC the chronic diseases.

Keywords: Primary Health Care, Chronic Diseases, Targets of P.C., Prevention to Primary Care, Treatment and Primary Health Care

Το πιο συχνό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους είναι η υγεία. Η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου καθώς χωρίς αυτήν δεν μπορεί να κάνει. Η υγεία κάθε ανθρώπου είναι απαραίτητη ώστε να μπορέσει να δώσει σημασία και να ασχοληθεί και με άλλες δραστηριότητες. Η υγεία δίνει την δυνατότητα στον άνθρωπο να συμμετέχει στο κοινωνικό περιβάλλον και να ασχολείται με πράγματα που θα προσφέρουν σε αυτόν και στην οικογένειά του ένα καλύτερο μέλλον. Πριν γίνει η ανάλυση του συγκεκριμένου θέματος, είναι σημαντικό να δοθούν κάποιοι ορισμοί της έννοιας υγείας και της υπηρεσίας της υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός της Υγείας το 1946 έδωσε ένα ορισμό της υγείας. Σύμφωνα με αυτόν, η υγεία είναι μία κατάσταση που περιλαμβάνει σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και ταυτόχρονα η απουσία κάποιας ασθένειας και αναπηρίας από τον άνθρωπο (Π.Ο.Υ., 1946).

Όταν ένας άνθρωπος αρρωσταίνει βιώνει μία βιολογική κατάσταση. Παρόλα αυτά η αρρώστια έχει και κοινωνική βάση. Η υγεία κάθε ανθρώπου βασίζεται σε διάφορους προσωπικούς παράγοντες όπως το φύλο, η κληρονομικότητα, η προσωπικότητα και από διάφορους κοινωνικούς παράγοντες όπως το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο και η οικονομία (Οικονομόπουλου, 2012).

Η υγεία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία. Επηρεάζεται από παράγοντες όπως ο τρόπος διαβίωσης, η διατροφή του, η εργασία κάθε ανθρώπου, η κατοικία του, η ρύπανση του περιβάλλοντος, το κάπνισμα καθώς και η χρήση διαφόρων ουσιών.

Κύριο μέλημα φυσικά του κάθε ανθρώπου είναι η φροντίδα της υγείας του, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες υπηρεσίες υγείας, όπως είναι οι επισκέψεις σε ιατρικά κέντρα, σε κλινικές, σε διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία αλλά και τη χρήση διάφορων φαρμάκων. Οι υπηρεσίες αυτές υπάρχουν καθώς υπάρχει η ανάγκη του κάθε ανθρώπου να διατηρεί την υγεία του σε ικανοποιητικό επίπεδο. Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν την ιατρική περίθαλψη αλλά και τις διάφορες φροντίδες υγείας. Επιπλέον, περιλαμβάνουν και διάφορες δομές με τις οποίες ρυθμίζονται η παραγωγή και διανομή των ιατρικών φροντίδων για να καλυφθούν οι ιατρικές ανάγκες.

Ως έννοια η υγεία υπερβαίνει τον αρχικό αρνητικό προσδιορισμό της ως απουσία νόσου ή ως εκρίζωση της ασθένειας και ορίζεται ως η συνισταμένη των πολιτισμικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων (Λιαρόπουλος, 2007).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κοινωνίες και οι ανάγκες των πολιτών αλλάζουν συνεχώς. Από την μία ο αυξανόμενος αριθμός ασθενειών και από την άλλη η αδυναμία του κράτους να ανταποκριθεί στις δαπάνες υγείας, οδήγησε στην ανάγκη να γίνουν αλλαγές στο σύστημα υγείας διεθνώς.

Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) εμφανίστηκε το 1978 στο Διεθνές Συνέδριο του Π.Ο.Υ και της UNICEF στο Καζακστάν. Στο συνέδριο αυτό συμμετείχαν 134 κράτη και έθεσαν σαν στόχο <<Υγεία για όλους έως το 2000>>. Συμφώνησαν ότι το κλειδί για να τεθεί σε ισχύ αυτός ο στόχος είναι η Π.Φ.Υ.. Στην ουσία η Π.Φ.Υ. είναι η παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας στα άτομα και γενικά σε όλη την κοινωνία.

Το σύστημα υγείας δεν στοχεύει μόνο στη περίθαλψη αλλά και στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και στην αναβάθμιση του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας των πολιτών γι αυτό και η Π.Φ.Υ. αποτελεί σημαντικό κομμάτι του συστήματος υγείας. Κάποιες από τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. είναι η διάγνωση, η θεραπεία, η παροχή φροντίδας στα παιδιά, η μαιευτική φροντίδα καθώς και η παροχή συμβουλών και η παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες υγείας (Taylor, et al., 2002). Η Π.Φ.Υ. συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και του βιοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού (Παπαμίχος και συν, 2011).

Η Π.Φ.Υ. μέσα σε μία κοινωνία αποτελεί ενιαίο μέρος της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και εκτός από τον τομέα της υγείας ενεργοποιεί και τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης (Σωτηριάδου και συν, 2016).

Σκοπός της Π.Φ.Υ. είναι να παρέχει φροντίδα στο σύνολο του πληθυσμού, να εφαρμόζει προγράμματα αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, να παρακολουθεί τους ασθενείς προκειμένου να αναρρώσουν ακόμα και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, να παρέχει πρώτες βοήθειες και άλλα είδους νοσήλεια μέχρι ο ασθενής να φτάσει στο νοσοκομείο να ασκεί προληπτική ιατρική, να ερευνά θέματα ιατρικά και επιδημιολογικά, να παρέχει υπηρεσίες υγείας στα σχολεία, να ενημερώνει μέσα από διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, να εκπαιδεύει

τους ιατρούς και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό, να παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, να παρέχει φάρμακα σε δικαιούχους και να συνεργάζεται με την τοπική αυτοδιοίκηση και με τους ελεύθερους ιατρούς υγείας της περιοχής για μια πιο αποδοτική προσφορά υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και πρόληψης.

Οι δαπάνες στον τομέα της υγείας αυξάνονται συνεχώς και οι κρατικοί προϋπολογισμοί αδυνατούν να ανταποκριθούν και να καλύψουν τις ανάγκες του θεραπευτικού και νοσοκομειακού τομέα. Η Π.Φ.Υ. συμβάλει πολύ στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Συμβάλει στην μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών με χαμηλές δαπάνες υγείας και γενικά σε ένα καλύτερο επίπεδο υγείας με χαμηλότερη χρήση φαρμάκων. Σκοπός των ιατρών είναι η βελτίωση του επιπέδου υγείας με μείωση της χρήσης ιατρικών υπηρεσιών από τον πληθυσμό έτσι ώστε να εξοικονομηθούν πόροι χωρίς όμως να χαθεί η ποιότητα (Κυριακόπουλος και συν, 2003).

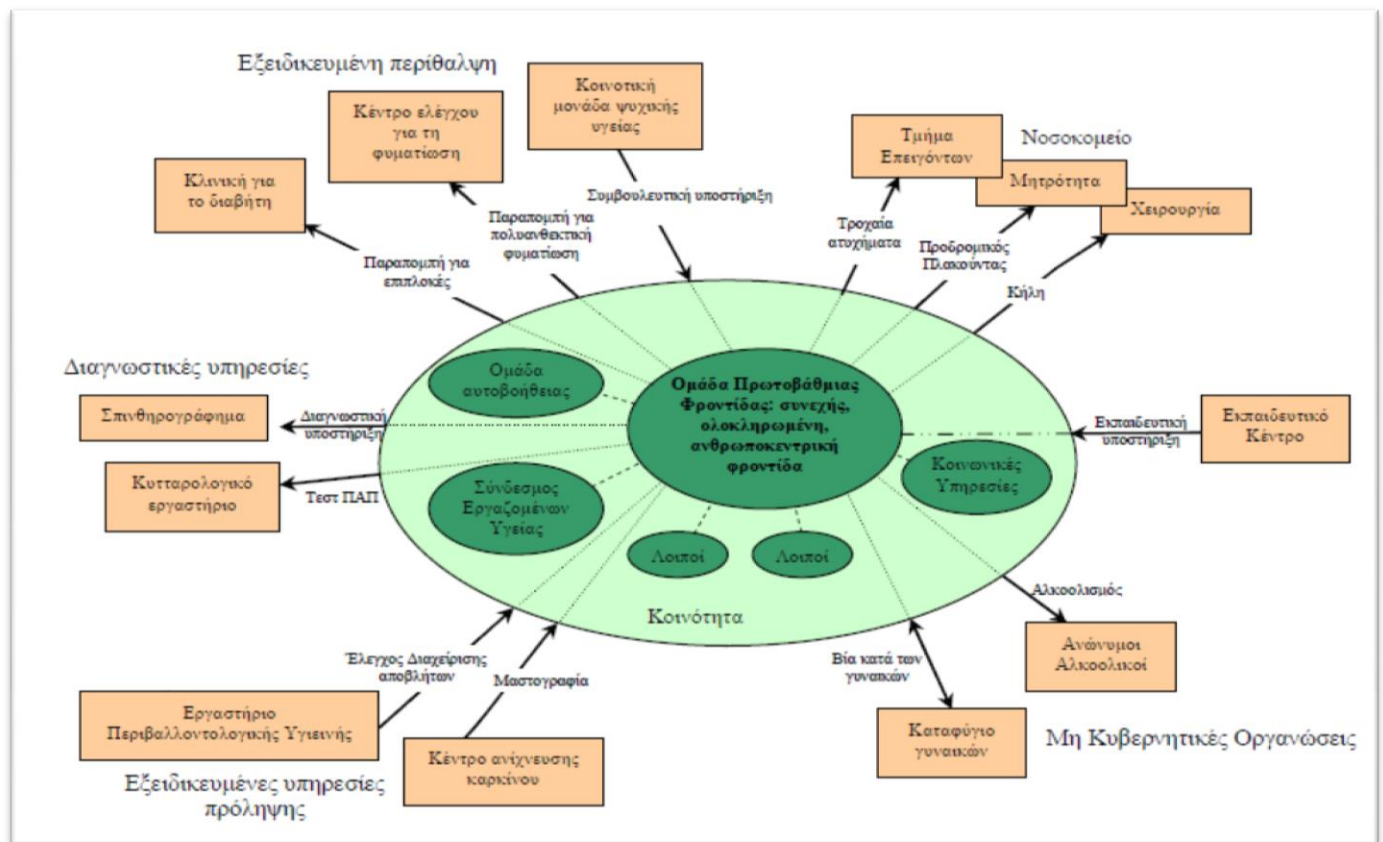
Η Π.Φ.Υ. στο σύστημα υγείας μπορεί να προσφέρει μεγάλη ικανοποίηση στον πληθυσμό από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, καλύτερο επίπεδο υγείας και ταυτόχρονα χαμηλές δαπάνες και χαμηλότερη χρήση φαρμάκων (Σουλιώτης και συν, 2013). Είναι λογικό οι σύγχρονες κοινωνίες για αναζητούν υψηλής ποιότητας ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης (Υφαντόπουλος, 2003).

Η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας Π.Φ.Υ. στους προϋπολογισμούς των χωρών γενικά έχει αρκετές θετικές συνέπειες. Αρχικά αυξάνονται οι πηγές χρηματοδότησης διαφέροντας από τα κονδύλια της κεντρικής κυβέρνησης. Έπειτα, εισάγονται νέα και αποτελεσματικά κριτήρια διαχείρισης των οικονομικών πόρων με αποτέλεσμα να εξισορροπούνται οι δαπάνες υγείας με τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Επίσης, αναπτύσσεται η κουλτούρα με αίσθημα μεγαλύτερης ευθύνης στα οικονομικά γεγονότα της περιφέρειας σε αντίθεση με την εξάρτηση από τον κεντρικό μηχανισμό χρηματοδότησης. Τέλος, το ανθρώπινο δυναμικό αναπτύσσει δεξιότητες σε επίπεδο τοπικής κοινότητας και γίνεται καλύτερη χρήση των πόρων είτε είναι οικονομικοί είτε όχι (Σουλιώτης και συν, 2013).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2008), η αναγέννηση του συστήματος υγείας μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την αναγέννηση της Π.Φ.Υ. και με τις εξής παρεμβάσεις:

- Καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού
- Ανθρωποκεντρική οργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας
- Δημόσιες πολιτικές που προάγουν την υγεία
- Συμμετοχική ηγεσία που απαιτείται για την υλοποίηση τους με την Π.Φ.Υ. στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας

Σχεδιάγραμμα 1: Η Π.Φ.Υ. στο Επίκεντρο των Υπηρεσιών Υγείας



Πηγή: WHO, 2008

Η Π.Φ.Υ. έχει τέσσερα κύρια χαρακτηριστικά και τρία ακόμα που συνδέονται με τα αρχικά. Τα αρχικά χαρακτηριστικά είναι η παροχή υπηρεσιών «πρώτης επαφής», η συνεχιζόμενη

φροντίδα, η συντονισμένη φροντίδα και η ολοκληρωμένη φροντίδα. Τα επόμενα τρία χαρακτηριστικά είναι η προσανατολισμένη στην οικογένεια φροντίδα, η προσανατολισμένη στην κοινότητα φροντίδα και η φροντίδα που είναι πολιτισμικά επαρκής (Shi, et al., 2012).

Για την επίτευξη των χαρακτηριστικών αυτών είναι απαραίτητη η μορφή Π.Φ.Υ. που παρέχεται από ειδικότητες όπως τη γενική ή οικογενειακή ιατρική, τη παθολογία, την παιδιατρική και τη μαιευτική- γυναικολογία.

ΜΕΡΟΣ Α΄

1.Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει την έννοια της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της προσβασιμότητας, της ασφάλειας και της τεχνικής προκειμένου να παρέχει στον ασθενή την κατάλληλη φροντίδα. Είναι λογικό ότι η παροχή των καλύτερων διαθέσιμων υπηρεσιών για τον ασθενή πρέπει να παρέχονται στο κατάλληλο μέρος, την κατάλληλη χρονική στιγμή και με τον κατάλληλο τρόπο (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Η έννοια της ποιότητας της υγείας έχει διαφορετική σημασία ανάμεσα στους ασθενείς και στους επαγγελματίες υγείας. Για τους ασθενείς, ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει η άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες που επιθυμούν και που είναι οι κατάλληλες. Για τους επαγγελματίες, ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ότι πρέπει να έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση και τις κατάλληλες γνώσεις για να παρέχουν στους ασθενείς τις υπηρεσίες που χρειάζονται. Από την πλευρά της διοίκησης από την άλλη ποιότητα σημαίνει αποτελεσματική παροχή φροντίδας αλλά με κάποιο οικονομικό όφελος (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Η Αντωνιάδου και οι συνεργάτες της (2015) αναφέρουν ότι πολλές φορές η Παροχή Πρωτοβάθμιας Υγείας, η οποία παρέχεται από τον οικογενειακό γιατρό (γενικό γιατρό, παθολόγο, παιδίατρο) συγχέεται με την Περιπατητική Φροντίδα η οποία περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από γιατρούς άλλως ειδικοτήτων. Σύμφωνα με αυτόν τον τρόπο, ο ασθενής ή ο άνθρωπος που θέλει να επισκεφτεί έναν γιατρό είναι ελεύθερος να επιλέξει ανάμεσα στους:

- συμβασιούχους με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων
- ανάμεσα στις μονάδες ΠΕΔΥ
- και ανάμεσα στην δευτεροβάθμια, δηλαδή τα εξωτερικά ιατρεία και τα ΤΕΠ

Όσον αφορά τις δύο πρώτες περιπτώσεις, οι οικογενειακοί γιατροί είναι ελάχιστοι και τα περιστατικά που δέχονται πολύ λίγα. Στην τρίτη περίπτωση, τα περιστατικά που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στην πρώτη βαθμίδα, καταλήγουν στην δεύτερη.

Και καταλήγουν στο σημείο ότι η πολιτική αυτή έχει ορισμένα αποτελέσματα:

- αύξηση της προκλητής ζήτησης
- ανταγωνισμό των ιδιωτών γιατρών στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όχι πάντα προς όφελος της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας
- πλεονάζουσες συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς ειδικοτήτων
- κατασπατάληση των δημόσιων πόρων, μέσα από επισκέψεις και εξετάσεις, που κάποιες φορές δεν είναι απαραίτητες
- ασυνέπεια και ασυνέχεια στην φροντίδα
- μη ολοκληρωμένη και αποσπασματική παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- μειωμένη ασφάλεια του ασθενούς
- δημιουργία κουλτούρας καταναλωτισμού στον χώρο της υγείας
- δημιουργία ενός κλίματος, που είναι το πλέον ακατάλληλο για την ανάπτυξη μίας δημόσιας, ενιαίας, ολοκληρωμένης και υπό κοινωνικό έλεγχο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που να στηρίζεται στον οικογενειακό γιατρό και την Ομάδα.

1.1Βασικοί στόχοι της Π.Φ.Υ.

Η Π.Φ.Υ. είναι ένα τμήμα του συστήματος υγείας και είναι η πρώτη επαφή των ατόμων με το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελώντας το πρωταρχικό στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996). Στόχος της Π.Φ.Υ. είναι να μειωθούν οι ανισότητες της υγείας και να βελτιωθούν οι μέθοδοι επικοινωνίας προκειμένου τα άτομα να συμμετέχουν στην προαγωγή της υγείας, η οποία στηρίζεται σε τρεις αρχές (Πιερράκος, 2008):

- Ισότητα στην κατανομή των υπηρεσιών υγείας και όλων των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία.
- Συμμετοχή της κοινότητας και των ατόμων σε αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία.
- Ο προγραμματισμός της υγείας να επικεντρώνεται στην πρόληψη για την προαγωγή της υγείας του συνόλου των ατόμων

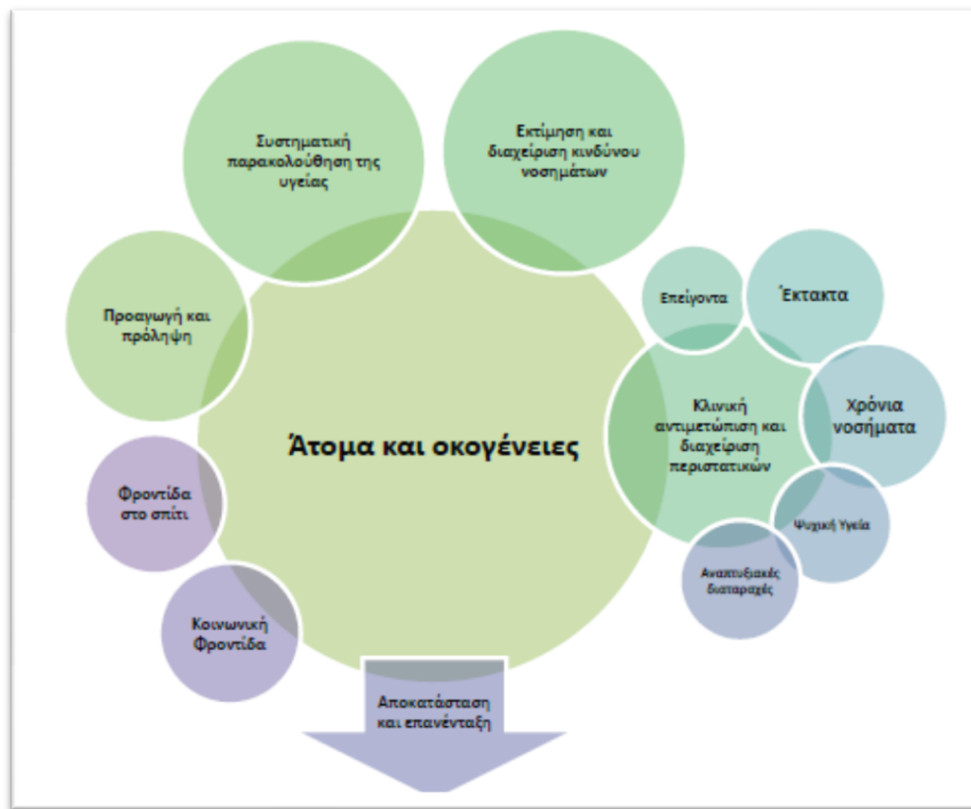
Οι υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. αφορούν άτομα και οικογένειες, τον πληθυσμό και την κοινότητα και το φυσικό και δομημένο περιβάλλον. Έτσι, έχουμε:

Άτομα και οικογένειες

- Συστηματική παρακολούθηση της υγείας
- Κλινική αντιμετώπιση – διαχείριση περιστατικών (επειγόντων, εκτάκτων, χρόνιων προβλημάτων υγείας, ψυχικής υγείας σε διασύνδεση με τις αντίστοιχες δομές, αναπτυξιακών διαταραχών)
- Κοινωνική φροντίδα
- Φροντίδα κατ' οίκον
- Εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού επιπολασμού

- Φυσική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη
- Αγωγή υγείας

Σχεδιάγραμμα 2: Άτομα και Οικογένειες



Πληθυσμός και κοινότητα

- Εκτίμηση των αναγκών υγείας της κοινότητας
- Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων (πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής της υγείας)

Σχεδιάγραμμα: Πληθυσμός και Κοινότητα



Φυσικό και δομημένο περιβάλλον

- Εκτίμηση και παρέμβαση σχετικά με τις συνθήκες υγιεινής διαβίωσης στο σπίτι, τη γειτονιά, την εργασία, το σχολείο

Για να αναπτυχθούν σωστά όλα τα παραπάνω απαιτείται σωστή ανάπτυξη του υγειονομικού χάρτη και σωστή λειτουργία του ηλεκτρονικού φακέλου προκειμένου να υπάρχει ένα ενιαίο σύστημα υγείας. Οι στόχοι της Π.Φ.Υ. πρέπει να είναι μετρήσιμοι και να καθορίζονται με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Επίσης, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι τοπικές, πολιτιστικές, περιβαλλοντικές και γεωγραφικές ιδιαιτερότητες του πληθυσμού (Αντωνιάδου και συν, 2015).

1.2Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Π.Φ.Υ.

Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει τρία απαραίτητα στοιχεία, γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες για να ενισχύσει τον ρόλο του στην ομάδα της Π.Φ.Υ. Η νοσηλευτική επιστήμη εμπεριέχει την ολιστική προσέγγιση και την εξατομικευμένη προσέγγιση του ανθρώπου. Η ολιστική προσέγγιση περιλαμβάνει την αναγνώριση και την ικανοποίηση των αναγκών που αφορούν κάθε διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης και η εξατομικευμένη προσέγγιση περιλαμβάνει την αναγνώριση της μοναδικότητας του κάθε ατόμου σχετικά με την ασθένειά του (Πανεπιστήμιο Πειραιώς, 2014). Η οργάνωση της Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει την ανθρωποκεντρική φροντίδα, με βάση την οποία το άτομο αποτελεί το επίκεντρο της φροντίδας και ταυτόχρονα λαμβάνει ολιστική φροντίδα με σεβαστό στη μοναδικότητά του (Bartz, 2010).

Τα χαρακτηριστικά, οι ευθύνες και οι δεξιότητες άσκησης της νοσηλευτικής είναι τα εξής (Αδαμακίδου, 2015):

- ενθάρρυνση συμμετοχής της κοινότητας,
- συνεργασία με άτομα, οικογένειες και την κοινότητα,
- ενδυνάμωση των ατόμων, των οικογενειών και της κοινότητας,
- καθοδήγηση και υποστήριξη άλλων εργαζομένων στην ΠΦΥ
- συντονισμός των δραστηριοτήτων για την ανάπτυξη της κοινότητας (π.χ. συνεργασία για την ανάπτυξη προγραμμάτων).

Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην ομάδα της Π.Φ.Υ. ο οποίος περιλαμβάνει το μοντέλο φροντίδας που παρέχεται με τη συνεργασία μεταξύ νοσηλευτή και ιατρού. Στο πρώτο μοντέλο συγκρίνεται η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας όταν συνεργάζονται ο νοσηλευτής και ο γιατρός με την αποτελεσματικότητα της παροχής φροντίδας του γιατρού. Το δεύτερο μοντέλο περιλαμβάνει κατάλληλα εκπαιδευμένους νοσηλευτές, οι οποίοι μπορούν να παρέχουν Π.Φ.Υ., να εισάγουν τους ασθενείς, να κάνουν διάγνωση και να συνταγογραφούν. Σε

αυτό το μοντέλο ο ρόλος του γιατρού είναι συμβουλευτικός (HealthQualityOntario, 2013).

2.Η Π.Φ.Υ. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρία συστατικά. Το δημόσιο σύστημα υγείας (NHS) που ευθύνεται για τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Το ασφαλιστικό σύστημα που καταβάλλονται τα ασφάλιστρα από τους εργαζομένους και τους εργοδότες. Πλέον υπάρχει το Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που καλύπτει όλα τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και καλύπτει πάνω από το 90% του πληθυσμού. Και το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα που περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς, ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα, τα περισσότερα από τα οποία έχουν συμβάσεις με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Σισσούρας, 2012).

Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα παρέχεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), από τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τον Ιδιωτικό Τομέα και τις μη κερδοσκοπικές, μη κυβερνητικές οργανώσεις.

Πιο συγκεκριμένα, η Π.Φ.Υ. μπορεί να παρέχεται μέσα από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. όπως τα εξωτερικά ιατρεία (Ε.Ι.) των νοσοκομείων, τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) και τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.). Επίσης μέσα από δομές κοινωνικής ασφάλισης όπως είναι το δίκτυο των μονάδων υγείας του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων και οι συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί και εργαστήρια. Από τον δημόσιο τομέα όπως είναι οι στρατιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και οι άλλες υπηρεσίες πρόνοιας όπως τα ΚΑΠΗ και οι μη κερδοσκοπικές, μη κυβερνητικές οργανώσεις μέσα από τα πολυϊατρεία τους. Τέλος, στον ιδιωτικό τομέα περιλαμβάνει τους ιατρούς ιδιώτες, τα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, τα εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών, τα κέντρα αποκατάστασης και κάποιες άλλες εξειδικευμένες μονάδες (Τούντας, 2008).

Στην Ελλάδα, η Π.Φ.Υ. παρουσιάζει πολλά προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Δεν υπάρχει σχεδιασμός και συντονισμός στην ανάπτυξη, την παραγωγή και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Επίσης, στο προσωπικό υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό. Οι ιατροί δεν έχουν κίνητρα για να κινήσουν πιο γρήγορα την παραγωγική διαδικασία λόγω των χαμηλών μισθών που λαμβάνουν. Ένα άλλο πρόβλημα είναι η έλλειψη της μηχανογράφησης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας καθώς και η απουσία ιατρικού φακέλου του κάθε ασθενή που θα βοηθούσε το έργο των ιατρών. Επιπλέον, υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή και γι' αυτό περιορίζονται οι προσφερόμενες υπηρεσίες. Επιπλέον, υπάρχει ανισοκατανομή του ιατρικού προσωπικού και απουσία αυτών σε μερικές περιοχές. Τέλος, ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα είναι η έλλειψη συνταγογράφησης που δυσχεραίνει το έργο όλων των υπαλλήλων της Π.Φ.Υ. (Σωτηριάδου και συν, 2016).

Έτσι, θα μπορούσαμε να πούμε ότι μερικά από τα βασικά αρνητικά χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στην Ελλάδα, συνοψίζονται στα εξής:

- Αποκλειστική απασχόληση των γενικών/οικογενειακών γιατρών και των γιατρών Π.Φ.Υ. στην περίθαλψη
- Μη χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από τους Γ/Ο ιατρούς
- Απορρόφησή τους στη συνταγογράφηση
- Μικρή συμμετοχή στην παροχή φροντίδας στο σπίτι
- Μη εμπλοκή σε παρεμβάσεις, για την πρόληψη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων, με σκοπό την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας
- Αδυναμία διάγνωσης ψυχικών διαταραχών και άλλων μη αναγνωρισμένων νοσημάτων (Σουλιώτης & Λιονής, 2013).

Ειδικά στα αστικά κέντρα η κάλυψη των αναγκών των πολιτών γίνεται με δυσκολία αφού δεν υπάρχει ένα ενιαίο, οργανωμένο σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα είναι

εξειδικευμένη η άμεση πρόσβαση στην φροντίδα, δεν υπάρχει ολιστική προσέγγιση για τους ασθενείς και συνέχεια στην φροντίδα υγείας των αρρώστων, δεν υπάρχει συντονισμός για την παροχή υγείας και προσανατολισμός στον ασθενή και υπάρχει μεγάλη ανισότητα στον τομέα της υγείας.

Τα σημαντικότερα προβλήματα στη Π.Φ.Υ. εντοπίζονται σε κάποιους τομείς. Καταρχήν, στη διακυβέρνηση γιατί η υγειονομική περίθαλψη είναι κατακερματισμένη και στην χρηματοδότηση και στην παροχή. Στο ύψος των ιδιωτικών δαπανών, στα φαινόμενα υπερβολικής κατανάλωσης των φαρμάκων και των διαγνωστικών διαδικασιών, στην ανισοκατανομή του υγειονομικού δυναμικού που υπάρχουν πολλοί ειδικοί ιατροί και λίγοι οικογενειακοί. Τέλος, στην ισχυρή παραδοσιακή νοσοκομειακή και εξειδικευμένη περίθαλψη και στην έλλειψη και εφαρμογή των πολιτικών αποφάσεων (Σουλιώτης και συν, 2013). Είναι επιστημονικά καταγεγραμμένο ότι το ελληνικό σύστημα υγείας αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών του για ιατρική επίσκεψη σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Σουλιώτης & Λιονής, 2013).

2.1 Νομοθετικό Πλαίσιο Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

Το 1934 με το Ν.6298/1934 εμφανίζεται η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και γίνεται μια προσπάθεια οργάνωσης της με τη δημιουργία πολυϊατρείων του Ι.Κ.Α. σε αστικές περιοχές. Με το Ν.2592/1953 δημιουργήθηκε ένα αποκεντρωμένο σύστημα υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Έπειτα, ιδρύονται Κέντρα Υγείας με το Ν.1397/83. Ο Ν.2071/1992 αφορά τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας με υπηρεσίες όπως κατ' οίκον νοσηλεία, οικογενειακούς ιατρούς, την συμμετοχή του ιδιώτη ιατρού στην Π.Φ.Υ. κ.λπ. Ο Ν.3235/2004, 2004 αποτελεί μια αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση της Π.Φ.Υ. Σύμφωνα με αυτόν, Π.Φ.Υ. είναι το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα υγείας και περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας, την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών για πρόληψη και προαγωγή της υγείας, τον οικογενειακό προγραμματισμό, τις

απαραίτητες υποδομές για όλες τις υπηρεσίες υγείας, την οδοντιατρική φροντίδα, τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας, την παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων και τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Για να είναι ικανοποιητικό ένα σύστημα Π.Φ.Υ. πρέπει να έχει κάποια χαρακτηριστικά:

- Να έχει ίσες υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας
- Να έχει ίση φροντίδα για την εξυπηρέτηση των ασθενών με χρόνιες παθήσεις από τον ίδιο ιατρό για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Να έχει ολοκληρωμένη φροντίδα για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων
- Το σύστημα υγείας να προσανατολίζεται στον άνθρωπο και στην οικογένεια του
- Να υπάρχει δυνατότητα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. σε άτομα που δεν έχουν ασφάλιση
- Να μεταφέρονται άμεσα όλες οι πληροφορίες σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας
- Να υπάρχει η ελεύθερη επιλογή του προσωπικού και οικογενειακού ιατρού
- Να αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας και να εξασφαλίζει την σωστή παροχή υπηρεσιών φροντίδας στον ασθενή
- Να παρέχει στον ασθενή ένα σύνολο από υπηρεσίες φροντίδας που χρειάζεται όπως είναι η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση καθώς και υπηρεσίες φροντίδας για χρόνια νοσήματα και για νοσήματα που αφορούν την ψυχική υγεία(N.3235/2004, 2004).

Τέλος, ο Ν.3918/2011 με τίτλο «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» προβλέπει ένα Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Το Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σε αυτό μεταφέρθηκαν όλοι οι κλάδοι υγείας όπως το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, το ΟΓΑ και το ΟΑΕΕ με σκοπό να εξυπηρετούνται όλοι οι ασφαλιζόμενοι από το Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με ενιαίες παροχές για όλους. Την επίβλεψη των δαπανών για αποφυγή ανεξέλεγκτων σπαταλών έχει η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης.

Ο τελευταίος νόμος είχε σαν σκοπό να αυξηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αφού πλέον έχει αυξηθεί ο ανταγωνισμός και να μειώσει την τιμή των παρεχόμενων υπηρεσιών που αφορούν τα ασφαλιστικά ταμεία, γιατί οι υπηρεσίες θα «αγοράζονται» όλες μαζί και για τέσσερα ταμεία. Με αυτόν τον τρόπο θα εξοικονομηθούν οι δαπάνες στον τομέα της υγείας που η Ελλάδα αντιμετωπίζει πρόβλημα εξ' αιτίας της οικονομικής κρίσης. Τα οφέλη των ασθενών είναι πολλά. Αυτοί έχουν την δυνατότητα ελεύθερης επιλογής ιατρού από τους συμβεβλημένους, είναι πιο εύκολη η πρόσβασή τους στις μονάδες υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο χρόνος αναμονής μειώνεται και αυξάνεται το εύρος των μονάδων παροχής υπηρεσιών. Επιπλέον, με αυτόν τον τρόπο γίνεται σωστότερη κατανομή και αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού ώστε να αποφεύγονται προβλήματα έλλειψης κατάλληλου προσωπικού σε ορισμένες περιοχές. Σημαντικό στοιχείο του νόμου αυτού είναι η μείωση των ανισοτήτων των ασφαλισμένων. Δεν υπάρχουν πλέον διαφορές σε ασφαλιστικά ταμεία και όλοι οι ασφαλιζόμενοι απολαβαίνουν τις ίδιες παροχές υγείας.

3.ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται χώρες ανάλογα με τον βαθμό της Π.Φ.Υ.

Χώρα	πρώτο σημείο επαφής	συνεργασία με νοσηλεύτη	αρχείο ιατρικών δεδομένων ασθενών	ιατρικός εξοπλισμός	οικογενειακός προγραμματισμός	ψυχολογικά, κοινωνικά προβλήματα
Αυστρία	2	3	2	2	2	2
Βέλγιο	2	4	2	2	1	1
Γαλλία	2	2	2	2	2	1
Γερμανία	3	2	1	1	2	2
Δανία	1	4	1	1	1	1
Ελβετία	2	2	1	1	1	2
Ελλάδα	3	4	4	3	3	3
Ιρλανδία	1	3	1	2	1	1
Ισλανδία	2	1	1	1	1	2
Ισπανία	1	4	3	3	3	2
Ιταλία	2	4	3	4	3	2
Λουξεμβούργο	3	3	1	2	2	3
Μεγάλη Βρετανία	1	1	1	2	1	1
Νορβηγία	1	3	1	1	1	2
Ολλανδία	1	3	1	1	1	1
Ουγγαρία	3	2	2	3	1	2
Πολωνία	3	1	2	4	4	3
Πορτογαλία	1	1	1	3	1	1
Σλοβακία	4	3	1	3	4	3
Σουηδία	3	1	2	1	3	2
Τουρκία	4	4	3	3	3	4
Τσεχία	3	3	1	4	4	3
Φιλανδία	2	1	1	1	2	3
Ταξινόμηση των χωρών. 1 = χώρα με υψηλό βαθμό, 4 = χώρα με χαμηλό βαθμό, 2 και 3 = ενδιάμεσοι βαθμοί						

Πηγή (Σουλιώτης και συν, 2013)

3.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στην Αμερική

Το σύστημα υγείας στην Αμερική δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην ιδιωτική ασφάλιση και όχι στην κοινωνική ασφάλιση. Το 65% περίπου του πληθυσμού της έχουν ιδιωτική ασφάλιση. Κοινωνική ασφάλιση έχουν μόνο οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού όπως είναι οι ηλικιωμένοι και οι ανάπηροι. Η κοινωνική ασφάλιση περιλαμβάνει δύο προγράμματα το Medicare και το Medicaid. Στην Αμερική επίσης υπάρχουν πολλά άτομα που είναι ανασφάλιστα, περίπου δύο στα 10 άτομα δεν έχουν καθόλου ασφάλεια (NationalAssociationofCommunityHealthCenters, 2012).

Η Αμερική έχει πολύ μεγάλες δαπάνες υγείας, οι οποίες καλύπτονται κατά 45% από το κράτος και κατά 55% από τις ιδιωτικές ασφάλειες. Διαθέτει επίσης, προγράμματα οργανωμένης ή κατευθυνόμενης φροντίδας υγείας, τα οποία παρέχουν στους πολίτες πλήρη νοσοκομειακή κάλυψη ή πρωτοβάθμια φροντίδα έναντι κάποιας μηνιαίας ή ετήσιας συνδρομής. Τα προγράμματα αυτά μπορούν να προσαρμόζονται ανάλογα με τις απαιτήσεις των πολιτών αυξομειώνοντας το ποσό πληρωμής (Bates, 2010).

Τα περισσότερα νοσοκομεία στην Αμερική είναι πολυτελή και έχουν αυστηρά κριτήρια ποιότητας και υψηλή τεχνολογία. Το 70% όμως των νοσοκομείων είναι κοινωφελή μη κερδοσκοπικά ιδρύματα.

Στην Αμερική η πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς. Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να γίνεται μια προσπάθεια δημιουργίας κέντρων υγείας, κλινικών και κέντρων οικογενειακού προσανατολισμού. Επίσης, πραγματοποιούνται προσπάθειες για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.

Τα τελευταία χρόνια το αμερικάνικο σύστημα υγείας έδωσε τη δυνατότητα σε πολλούς πολίτες να εγγραφούν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Με αυτόν τον τρόπο οι πολίτες μπόρεσαν να αποκτήσουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δαπανώντας πιο λίγα χρήματα (Philips&Bazemore, 2010).

3.1.1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στον Καναδά

Το σύστημα υγείας του Καναδά αποτελείται από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας είτε είναι γενικοί γιατροί είτε οικογενειακοί γιατροί. Οι γιατροί αυτοί αποτελούν το 60% του ιατρικού προσωπικού, είναι ιδιώτες και εργάζονται μόνοι του ή σε group practice. Οι γιατροί αυτοί έρχονται αρχικά σε επαφή με τους ασθενείς και κρίνουν αν οι ασθενείς πρέπει να περάσουν στα επόμενα στάδια φροντίδας ή να έρθουν σε επαφή με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Συμβάλλονται με την κοινωνική ασφάλεια και αμείβονται από το σύστημα ανάλογα με τα περιστατικά. Οι γιατροί μπορούν να εργάζονται σε κέντρα υγείας ή να ανήκουν σε group που συνεργάζονται με νοσοκομεία (Strumpf, etal, 2012).

Όλοι οι πολίτες του Καναδά διαθέτουν μία κάρτα υγείας και όταν επισκέπτονται τον φορέα που επιθυμούν απλά την επιδεικνύουν. Με αυτόν τον τρόπο οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι δωρεάν και όπου χρειάζεται συμμετοχή καθορίζεται με βάση τα εισοδηματικά κριτήρια.

Το σύστημα υγείας του αποτελείται από δώδεκα συνδεδεμένους οργανισμούς υγείας και περιλαμβάνει δύο φορείς, έναν για την νοσοκομειακή ασφάλιση και έναν για την ιατρική φροντίδα. Τους οργανισμούς αυτούς τους ελέγχουν οι κυβερνήσεις μέσω ενός Υπουργείου Υγείας και έχουν την ευθύνη της οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών υγείας στα άτομα που ανήκουν στην περιφέρειά τους.

Στον Καναδά υπάρχει το τμήμα Πρόληψης της Ενδοοικογενειακής Βίας, το οποίο προσπαθεί να περιορίσει και να αντιμετωπίσει φαινόμενα οικογενειακής βίας. Υπάρχει επίσης και το ζήτημα της προστασίας της υγείας απέναντι στους κινδύνους του περιβάλλοντος που είναι ευθύνη του κλάδου της προστασίας της υγείας.

Οι αρχές κάθε επαρχίας είναι υπεύθυνες για την εκτέλεση προγραμμάτων που σχετίζονται με την υγεία των πολιτών καθώς και με τα μέτρα πρόληψης της υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται και χρηματοδοτούνται από τοπικές υγειονομικές μονάδες και όχι από το εθνικό σύστημα υγείας. Επίσης, παρέχουν υπηρεσίες σχετικές με την κοινωνική φροντίδα όπως είναι οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι είτε με κατ' οίκον

νοσηλεία είτε με τη βοήθεια οίκων ευγηρίας ή ιδρυμάτων ανάλογα με τις παθήσεις του ασθενή.

Κάθε μέρα, χιλιάδες Καναδοί έχουν υγειονομική περίθαλψη από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συνήθως μέσω ενός επαγγελματία νοσηλευτή, ιατρού ή οικογενειακού γιατρού. Όλες οι επαρχίες και τα εδάφη του Καναδά εφαρμόζουν τα σχέδιά τους για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με χρηματοδοτική στήριξη που ρυθμίζεται από το ομοσπονδιακό υπουργείο υγείας. Κάθε επαρχία έχει αναλάβει τη δική της προσέγγιση, αλλά έχουν προκύψει μερικά κοινά σημεία:

- Η δημιουργία ομάδων πρώτων βοηθειών και οργανισμών που είναι υπεύθυνοι για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών στους πελάτες τους.
- Η δημιουργία ή η ενίσχυση των τηλεφωνικών γραμμών για να παρέχει υπηρεσίες υγείας όλο το 24ωρο.
- Βελτιώσεις στη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων που αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο μέρος του κόστους του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.
- Μεγαλύτερη έμφαση στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών / τραυματισμού
- Εθελοντική συμμετοχή των παρόχων όσο και των ασθενών
- Ανάπτυξη ικανοτήτων στην αξιολόγηση, έτσι ώστε η απόδοση του συστήματος μπορεί να παρακολουθείται
- Ρητή εστίαση σε δραστηριότητες διαχείρισης της αλλαγής για την υποστήριξη όλων των παραπάνω.

3.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Γαλλία

Η Γαλλία παρέχει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από δύο διαφορετικούς φορείς και βασίζεται στην ελεύθερη αγορά των ιατρικών υπηρεσιών. Παρέχει Π.Φ.Υ. από τα κέντρα Π.Φ.Υ. και τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας και από τους ιδιώτες γιατρούς όλων των ειδικοτήτων (Κυλούδης και συν, 2012). Οι ασθενείς στην Γαλλία απευθύνονται σε όποιον γιατρό επιθυμούν, τον πληρώνουν για την επίσκεψη και παίρνουν το αντίτιμο που

έχουν πληρώσει από τον ασφαλιστικό τους φορέα. Στις μονάδες Π.Φ.Υ. μπορεί να εξυπηρετηθεί οποιοσδήποτε πολίτης της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας εφόσον έχει ανάγκη ιατρικής περίθαλψης.

Οι ιατρικές υπηρεσίες στις αγροτικές περιοχές της χώρας παρέχονται με τον ίδιο τρόπο αλλά επειδή υπάρχει έλλειψη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού οι ασθενείς δεν λαμβάνουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας.

3.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ισπανία

Το Ισπανικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρία συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το αμοιβαίο ασφαλιστικό σύστημα και το ιδιωτικό σύστημα. Το πιο μεγάλο μέρος του πληθυσμού εξυπηρετείται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο περιλαμβάνει γενικό ή οικογενειακό γιατρό, παιδίατρο και νοσηλευτικό προσωπικό. Η εξέταση είναι δωρεάν και ο γιατρός μπορεί να παραπέμψει τον ασθενή σε κάποιον ειδικό γιατρό ή στο νοσοκομείο εφόσον το κρίνει απαραίτητο. Το αμοιβαίο κοινωνικό σύστημα παρέχει υπηρεσίες υγείας έναντι μιας ετήσιας ή μηνιαίας συνδρομής, ενώ τα άτομα αυτά μπορεί να διαθέτουν και κοινωνική ασφάλιση. Το ιδιωτικό σύστημα περιέχει πιο λίγους ασθενείς, οι οποίοι πληρώνουν απευθείας τον γιατρό (Σωτηριάδου και συν, 2011).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ισπανία παρέχεται από το δημόσιο ολοκληρωμένο σύστημα που έχει τις εγκαταστάσεις του και προσλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας με διαδικασίες εξετάσεων και από ιδιωτικούς γιατρούς που έχουν ιατρεία και λειτουργούν κάποιες ώρες την ημέρα και πληρώνονται ανάλογα με τους εγγεγραμμένους στη λίστα τους.

4.Ο ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίδεται από το preStandard ENV 13606 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Τυποποίησης (CEN) «Ο Ιατρικός Φάκελος είναι η "αποθήκη" όλων των πληροφοριών που αφορούν στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς. Αποτελεί επομένως τη βάση της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς αλλά και τη βάση επιδημιολογικών ερευνών. Επιπλέον, παρέχει πληροφορίες διοικητικής, οικονομικής και στατιστικής φύσεως, καθώς και ποιοτικού ελέγχου».

Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος του ασθενή, αποτελεί έναν ψηφιακό φάκελο, ο οποίος είναι αμιγώς συνδεδεμένος με την Η/Σ. Ο σκοπός του, είναι παροχή φροντίδας στο άτομο εφ' όρου ζωής, αλλά παράλληλα και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, καθώς με τον τρόπο αυτό, έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες τις οποίες μπορούν να διαμοιραστούν μεταξύ τους. Το περιβάλλον του εν λόγω φακέλου, είναι εύχρηστο και φιλικό, καταπραΰνοντας έτσι τις οποίες ενστάσεις είχαν οι ιατροί και οι υπόλοιποι φορείς που κάνουν χρήση του, στο παρελθόν. Ένας μεγάλος αριθμός ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων, αναπτύχθηκε μέσα από σύστημα όπως τα COSTAR, ELIAS, RMIS, TMR και STOP (Μπότσης & Χαλκιώτης, 2005).

Ο ιατρικός φάκελος αποτελεί ένα μέσω συγκέντρωσης των πληροφοριών που σχετίζονται με τον ασθενή, δηλαδή αποτελεί το κεντρικό σημείο του δικτύου επικοινωνίας που αναπτύσσεται στις υπηρεσίες υγείας (Γούλα, 2007).

Σχετικά με τους σκοπούς του ιατρικού ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή, θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι οι ακόλουθοι:

- Προβολή όλου του ιστορικού του ασθενή ανά πάσα στιγμή (παρούσα νόσος, φάρμακα, αλλεργίες, προηγούμενες νοσηλείες, επεμβάσεις, εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις)
- Οδηγίες, διαγνώσεις, παραπεμπτικά, οδηγίες και άλλα, μπορούν να διανεμηθούν άμεσα ανάμεσα στο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό.
- Καταγραφής της πορείας νόσου του ασθενούς και των διατύπωση απόψεων σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπευτική στρατηγική, την παρακολούθηση και τη συμπληρωματική θεραπεία.

- Φύλαξη όλων των κλινικών δεδομένων για μελλοντική χρήση. Διευκόλυνση πρόσβασης σε αυτόν στο μέλλον, από οποιοδήποτε γιατρό, που θα ασχοληθεί με τον ασθενή.
- Μεγαλύτερη ευκολία στη διεξαγωγή κλινικών και επιδημιολογικών μελετών, και εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών, από τις διοικητικές αρχές.
- Νομικός έλεγχος των διαδικασιών που ακολουθήθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας του ασθενή.

Ο ηλεκτρονικός φάκελος, χρησιμοποιείται τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα ασθενών. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έχει διαπιστωθεί ότι χρησιμοποιείται εντατικά από τους Γ/Ο ιατρούς, καθώς όπως είναι φανερό από το παράδειγμα της Ολλανδίας, τον χρησιμοποιεί το 90% των Γ/Ο ιατρών. Οι ειδικοί γιατροί από την άλλη, φαίνεται να χρησιμοποιούν λιγότερο τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο και ιδίως, εκεί όπου εργάζονται σε μεγαλύτερες ομάδες ιατρών. Είναι γεγονός όμως, ότι ένα από τα αρνητικά στοιχεία του φακέλου, είναι το γεγονός ότι αδυνατεί να εξυπηρετήσει πλήρως όλες τις ειδικότητες, κάθε μία από τις οποίες έχει και διαφορετικές απαιτήσεις (Μπότσης & Χαλκιώτης, 2005).

Οι ηλεκτρονικοί ιατρικοί φάκελοι, περιέχουν το κατάλληλο υλικό, λογισμικό, και τα δεδομένα που απαιτούνται για την ορθή λειτουργία τους. Συγκεκριμένα, το υλικό που χρειάζονται οι ιατρικοί φάκελοι, μπορεί να είναι CD-ROMs, σκληροί δίσκοι, servers και δίκτυο για την επικοινωνία των συστημάτων μεταξύ τους. Το λογισμικό, αποτελείται από ένα λογισμικό διεπαφής, το οποίο μετατρέπει σε φιλικό το περιβάλλον του φακέλου για τον χρήστη. Τέλος, τα δεδομένα που απαιτούνται για τη λειτουργία του, είναι εκείνα που εισάγονται σε έναν ιατρικό φάκελο, δηλαδή τα στοιχεία του ασθενούς, αποτελέσματα εξετάσεων, οδηγίες, φαρμακευτική αγωγή καθώς και εξετάσεις όπως ακτινογραφίες ή αξονικές. Ακόμη, θα πρέπει να αναφερθεί ότι για την ορθή του λειτουργία, ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, απαιτεί την ύπαρξη ενός ανθρώπινου δυναμικού ιατρικού, παραϊατρικού, διοικητικού και γραμματειακού, που θα υλοποιούν τις ανωτέρω ενέργειες. Οι τεχνικοί, προγραμματιστές, αναλυτές και υπεύθυνοι του συστήματος, αποτελούν επίσης

απαραίτητο προσωπικό για τη σύσταση και λειτουργία του συστήματος (Μπότσης & Χαλκιώτης, 2005).

Παρ' όλα αυτά, οι ηλεκτρονικοί ιατρικοί φάκελοι, όπως είναι σαφές, διακρίνονται και από μειονεκτήματα πέρα από τα θετικά στοιχεία τους διέπουν. Αναλυτικότερα, τα μειονεκτήματα αυτά, εμπεριέχουν σημαντικούς κινδύνους κατά τη χρήση, οι οποίοι είναι εξής (Μαντάς, 2007) :

- Εξωτερικές παρεμβάσεις για την ανάγνωση, την κλοπή ή την παραποίηση των δεδομένων
- Διαρροή στοιχείων
- Χάσμα στα δεδομένων ραγδαία και απότομα (φυσικός κίνδυνος)
- Συλλογή δεδομένων για ερευνητικούς λόγους χωρίς εξουσιοδότηση
- Χάνεται η διαπροσωπική σχέση με τον ασθενή

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι για την Ευρώπη ισχύει η έννοια «Citizen Health Record» δηλαδή, «Φάκελος Υγείας του Πολίτη (ΦΥΠ)», όποιος έχει ασφαλώς υιοθετηθεί και από τη χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Ο όρος ασθενής, αντικαταστάθηκε από τον όρο «πολίτης», προκειμένου να αναδειχθεί το σύγχρονο όραμα του παγκόσμιου πολίτη, για τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας του.

ΜΕΡΟΣ Β΄

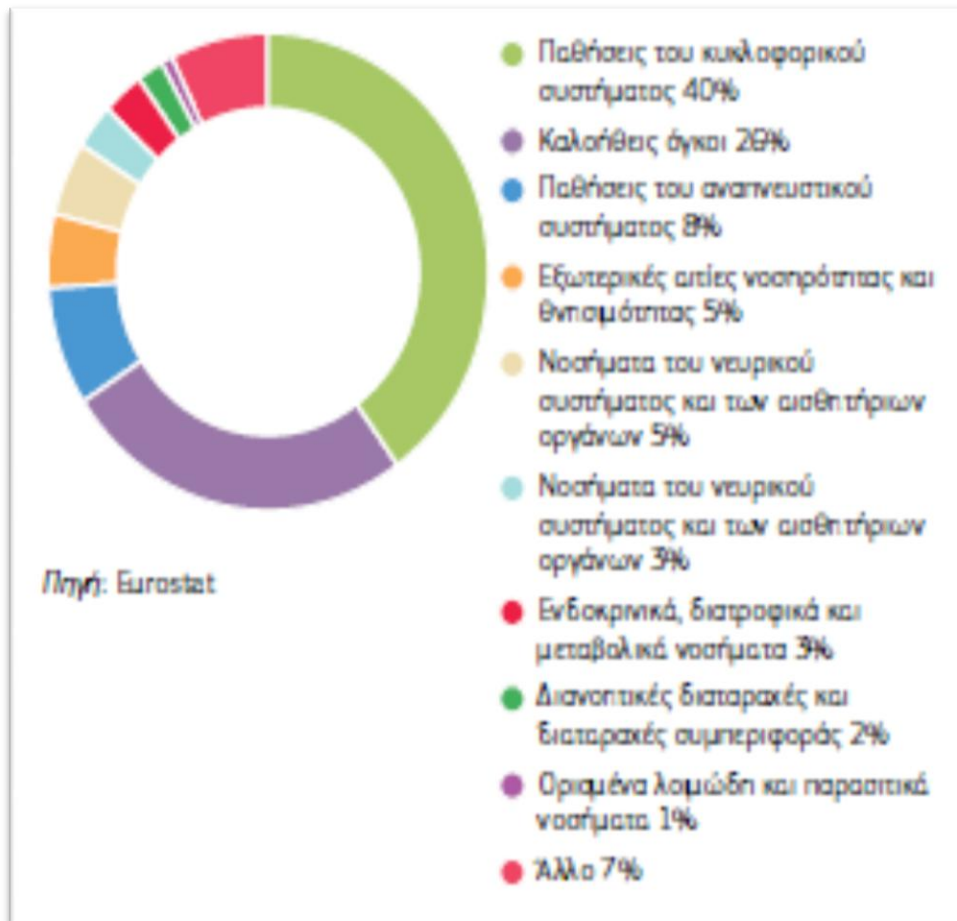
1. ΠΦΥ & ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι χρόνιες παθήσεις – ασθένειες είναι περίπλοκες και γι’ αυτό είναι δύσκολο να δημιουργηθεί ένας ορισμός για αυτές. Η Εθνική Επιτροπή Χρόνιων Νοσημάτων των ΗΠΑ ορίζει την χρόνια νόσο ως κάποια επιδείνωση ή απόκλιση από τη φυσιολογική κατάσταση. Η νόσος αυτή μπορεί να είναι μόνιμη, μπορεί να αφήσει κάποια ανικανότητα ή μπορεί να αφήσει μη αναστρέψιμες παθολογικές μεταβολές οι οποίες μπορεί να απαιτούν παρακολούθηση ή φροντίδα (Γιαβασόπουλος & Γούρνη, 2008).

Η χρόνια πάθηση μπορεί να προκύψει είτε από ατύχημα είτε από ασθένεια, ενώ απαιτεί μακροχρόνια παρακολούθηση, ιατρικές επισκέψεις και εξετάσεις. Η χρόνια πάθηση διαρκεί επ’ άπειρον, υπάρχει περίπτωση να υποτροπιάσει, είναι μόνιμη και ο ασθενείς χρειάζεται ειδική εκπαίδευση για να μπορέσει να την αντιμετωπίσει.

Οι χρόνιες παθήσεις αυξάνονται όλο και περισσότερο στην Ευρώπη για πολλούς λόγους αλλά κυρίως εξαιτίας του τρόπου ζωής των ανθρώπων. Αντιπροσωπεύουν το σημαντικότερο μέρος του άγχους των ασθενειών και ευθύνονται για το 86% όλων των θανάτων. Οι υπουργοί υγείας της ΕΕ το 2010 άρχισαν μία προσπάθεια για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων. Το 2012/13 η Επιτροπή διαβουλευτήκε με τις χώρες της ΕΕ και τους κύριους ενδιαφερόμενους (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014).

Σχεδιάγραμμα 1: Οι κυριότερες αιτίες θανάτου ως ποσοστό των συνολικών θανάτων στην Ε.Ε. το 2009



Το 2014 πραγματοποιήθηκε η πρώτη διάσκεψη για τις χρόνιες ασθένειες. Το επόμενο πρόγραμμα της Ε.Ε. (2008-2013) είχε στόχο την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση των χρόνιων ασθενειών. Χρόνιες ασθένειες όπως είναι ο διαβήτης μπορεί να προκαλέσουν κι άλλα προβλήματα όπως είναι η καρδιοπάθεια, η νευρική βλάβη, προβλήματα στα πόδια, εγκεφαλικά επεισόδια, προβλήματα όρασης κ.ά. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014).

Στις χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται:

- αιματολογικές παθήσεις
- παθήσεις αναπνευστικού συστήματος
- παθήσεις κυκλοφορικού συστήματος
- δερματολογικά νοσήματα
- ψυχικές διαταραχές
- νεφρολογικές
- ογκολογικές παθήσεις

Για πρώτη φορά στην Ελλάδα στα πλαίσια του προγράμματος «Διοικητική μεταρρύθμιση 2007-2013» έχουν συσταθεί κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση των πιο συχνών χρόνιων νοσημάτων. Το έργο που έχει δημιουργηθεί είναι μεγάλο και έχει τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Οι οδηγίες αυτές συστάθηκαν μετά από μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε απέναντι στα χρόνια νοσήματα και μετά από πολλές συζητήσεις με επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην Π.Φ.Υ. Οι γενικές αυτές οδηγίες είναι αποτέλεσμα της συστηματικής αναζήτησης πληροφοριών αλλά και των απόψεων των ιατρών, των νοσηλευτών αλλά και των ασθενών.

Οι οδηγίες αυτές αφορούν ένα χρόνιο νόσημα τη φορά. Τα χρόνια νοσήματα που έχουν μελετηθεί είναι η οστεοπορωση, η καρδιακή ανεπάρκεια, η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, το άσθμα, η οσφυαλγία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η κατάθλιψη, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η δυσπεψία. Κάθε ένα από τα χρόνια αυτά νοσήματα έχει αναλάβει να μελετήσει διαφορετική ομάδα. Οι μελέτες αυτές περιλαμβάνουν για κάθε μία από τις παραπάνω ασθένειες μία εισαγωγή, τον ορισμό και τα βασικά στοιχεία κάθε ασθένειας, τα κλινικά ερωτήματα της έρευνας που σχετίζονται με τον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου, την τρόπο αντιμετώπισης καθώς και τις τελικές συστάσεις για την χρόνια νόσο. Όλες οι πληροφορίες που παρέχονται σε αυτές τις οδηγίες είναι τεκμηριωμένες και προέρχονται μετά από προσεκτική έρευνα των συγγραφέων.

Μία από τις χρόνιες ασθένειες που μελετήθηκε είναι η οστεοπόρωση. Η Π.Φ.Υ. έχει αποδειχτεί ότι συμβάλει αποτελεσματικά στη μείωση των επιπτώσεων της οστεοπόρωσης αλλά και στην αποτελεσματική διαχείριση του οστεοπορωτικού ασθενούς. Γι' αυτό το λόγο διατυπώθηκαν οδηγίες για την αποτελεσματική διαχείριση της οστεοπόρωσης από τους γενικούς ιατρούς και από άλλους ιατρούς της Π.Φ.Υ., έτσι ώστε να συμβάλλουν στην έγκυρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της οστεοπόρωσης (Συμεωνίδης, 2013). «Η οστεοπόρωση είναι μία μεταβολική ασθένεια των οστών στην οποία η ποσότητα της οστικής μάζας μειώνεται και παράλληλα εξασθενεί η δομική ακεραιότητα του συμπαγούς οστού. Το οστό γίνεται πιο πορώδες και λεπτό και έτσι καθίσταται αδύναμο και πιθανότερο να υποστεί ρήξη, δηλαδή κάταγμα» (Ξανθής, 2004).

Στο συγκεκριμένο έγγραφο υπάρχουν οδηγίες για την διάγνωση της οστεοπόρωσης από οποιονδήποτε γιατρό της Π.Φ.Υ. με διάφορους τρόπους όπως είναι ο ακτινολογικός έλεγχος και ο έλεγχος μέσω εξετάσεων αίματος. Επίσης, περιγράφονται όλες οι εξετάσεις που πρέπει να γίνουν από τους γιατρούς της Π.Φ.Υ. στους ασθενείς που πάσχουν από οστεοπόρωση. Έπειτα περιγράφονται όλες οι πιθανές φαρμακευτικές επιλογές (ασβέστιο, φαρμακα κ.λπ.) ανάλογα με τη διάγνωση που έχει ήδη γίνει στον ασθενή. Η μελέτη αυτή είναι πολύ χρήσιμη για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας της οστεοπόρωσης στη χώρα μας και είναι η πρώτη που πραγματοποιείται (Συμεωνίδης, 2013).

Μία ακόμα χρόνια ασθένεια που μελετήθηκε ήταν ο σακχαρώδης διαβήτης. Έχουν συσταθεί οδηγίες πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας του σακχαρώδη διαβήτη από τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η διάγνωση του ασθενή στην Π.Φ.Υ. γίνεται με την εξέταση της τιμής της γλυκόζης σε διάφορες χρονικές στιγμές. Ο διαβήτης οφείλεται είτε στο γεγονός ότι το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη

είτε στο γεγονός ότι τα κύτταρα του σώματος δεν ανταποκρίνονται σωστά στην ινσουλίνη που παράγεται (Gardner, 2011).

Η πρόληψη και η θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη περιλαμβάνουν την υγιεινή διατροφή, τη σωματική άσκηση, την αποφυγή καπνίσματος και είναι ένα κανονικό βάρος σώματος. Η αρτηριακή πίεση ελέγχου και η σωστή φροντίδα των ποδιών είναι επίσης σημαντικά για τους ανθρώπους με την ασθένεια του σακχαρώδη διαβήτη. Η ινσουλίνη και ορισμένα από του στόματος φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν χαμηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα (Irwin&James, 2010). Ο ασθενής που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά για να διαπιστωθεί η πορεία του. Συνστήνεται στους ιατρούς της Π.Φ.Υ. να ελέγχουν τον ασθενή για αρτηριακή πίεση σε κάθε επίσκεψή του. Σχετικά με την πρόληψη του σακχαρώδη διαβήτη έχουν δοθεί αναλυτικές οδηγίες σχετικά με το ποιες ομάδες ατόμων πρέπει να εξετάζονται προληπτικά έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν τυχόν σημάδια του σακχαρώδη διαβήτη (Μπατίκας, 2013).

Άλλη μία χρόνια ασθένεια που είναι πάρα πολύ συχνή ειδικά στην Ελλάδα είναι η παχυσαρκία. Η παχυσαρκία είναι μία χρόνια ασθένεια που όσο περνάει ο καιρός εμφανίζεται όλο και πιο συχνά ακόμη και στα μικρά παιδιά. Γενικότερα, παχυσαρκία καλείται η παθολογικά τεράστια ποσότητα λίπους η οποία εναποτίθεται στο ανθρώπινο σώμα. Καλείται νοσογόνα καθώς προκαλεί σοβαρές διαταραχές αλλά και λοιπές ασθένειες στον οργανισμό μας όπως για παράδειγμα καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη, υπέρταση, κρίσεις άπνοιας κατά τη διάρκεια του ύπνου, αρθροπάθειες αλλά και μερικές μορφές καρκίνου κλπ (Μαχμουντ , 2012).

Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει σχέδιο δράσης από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία και αυτό ισχύει πολύ περισσότερο στην παχυσαρκία παρά σε οποιαδήποτε άλλη χρόνια νόσο. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα πρέπει να έχει οργανωμένο σχέδιο δράσης προκειμένου να καταπολεμήσει την παχυσαρκία και θα πρέπει να παρέχει συμβουλές για να προληφθεί. Είναι πολύ

σημαντικό να υπάρχουν ψυχολόγοι διαθέσιμοι από την Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας που να μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς αυτούς και κυρίως τα παιδιά.

Μία σημαντική ακόμη ασθένεια είναι η αρθρίτιδα, η οποία προσβάλλει κυρίως άτομα σε μεγάλη ηλικία. Η αρθρίτιδα περιλαμβάνει πάρα πολλές ρευματικές παθήσεις. Οι πιο γνωστές μορφές της αρθρίτιδας είναι η ρευματική αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα, ο λύκος κ.ά. Η αρθρίτιδα είναι πολύ κοινή σε μεγάλα άτομα πάνω από 65 ετών αλλά μπορεί να προσβάλλει και άλλα άτομα μικρότερης ηλικίας. Η ασθένεια αυτή προσβάλλει πιο συχνά τις γυναίκες. Η αρθρίτιδα μπορεί να οφείλεται στην ηλικία, σε κακή διατροφή, στην παχυσαρκία, στο επάγγελμα του κάθε ανθρώπου και σε κληρονομικά στοιχεία. Τα πιο κοινά συμπτώματα είναι ο πόνος, η δυσκαμψία, η ευαισθησία κ.ά (Παπαχρήστου, 2006).

Η αρθρίτιδα μπορεί να διαγνωστεί από τους ιατρούς και από τους νοσηλευτές της Π.Φ.Υ. και επειδή προσβάλλει συνήθως ηλικιωμένα άτομα χρειάζεται προσεκτικός χειρισμός. Πολλές φορές οι ασθενείς δεν μένουν ικανοποιημένοι από την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχεται στη χώρα μας και γι' αυτό το λόγο στρέφονται σε εξωτερικούς γιατρούς. Οι ασθενείς αυτής της ομάδας λόγω της ασθένειάς τους συνήθως δεν μπορούν να μετακινούνται πολύ, ούτε να περιμένουν όρθιοι σε ουρές προκειμένου να λάβουν τη θεραπεία τους. Θα πρέπει να γίνει κάτι έτσι ώστε να μπορούν οι ασθενείς αυτοί να λαμβάνουν μια αποτελεσματική θεραπεία.

Μία ακόμη σημαντική χρόνια ασθένεια είναι η υπέρταση. Η υπέρταση είναι ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι και είναι υπεύθυνη για το αγγειακό επεισόδιο (ισχαιμικού και αιμορραγικού), για το έμφραγμα του μυοκαρδίου, και για τη διαλείπουσα χωλότητα (περιφερική αγγειοπάθεια) (Hypertens, 2003). Έχουν δοθεί κατευθυντήριες οδηγίες και για την υπέρταση από την ΠΦΥ. Για να αντιμετωπιστεί η υπέρταση θα πρέπει πρώτα να διαγνωστεί. Οι γιατροί

στην ΠΦΥ θεωρούν ότι υπέρταση έχουν όλα τα άτομα που έχουν τιμές συστολικής αρτηριακής πίεσης από 140 mmHg και άνω και τιμές διαστολικής αρτηριακής πίεσης από 90mmHg και άνω. Οι μετρήσεις αυτές πρέπει να είναι πάνω από δύο σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Αφού οι γιατροί της ΠΦΥ διαπιστώσουν την

υπέρταση σε έναν ασθενή θα πρέπει να ακολουθήσει η ιατρική τους παρέμβαση, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει διακοπή του καπνίσματος, μείωση του σωματικού βάρους, άσκηση, συγκεκριμένη διατροφή. Η θεραπεία βέβαια της υπέρτασης μπορεί να γίνει και με φαρμακευτική αγωγή (Καρότσης, 2013).

Ένα πολύ σημαντικό ερώτημα που αφορά της πρόληψης της θεραπείας είναι να διαπιστωθούν με ποια κριτήρια θα ελέγχονται οι ασθενείς για πιθανή διάγνωση της υπέρτασης. Επίσης, είναι απαραίτητο να γνωρίζουν με ποιο τρόπο γίνεται η διάγνωση της και αφού διαγνωστεί τι φαρμακευτική αγωγή θα ακολουθήσει ο ασθενής και ποια κριτήρια θα καθορίσουν τη στρατηγική τη φαρμακοθεραπείας (Καρότσης και συν, 2013).

Έρευνες έχουν δείξει ότι μία ολοκληρωμένη προσέγγιση περιποίησης των ασθενών από τα προγράμματα που ασχολούνται με τις χρόνιες ασθένειες μπορεί να έχει ενεργητικά αποτελέσματα στους ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και ιδιαίτερα από διαβήτη, υπέρταση και άγχος (Isherwood&Kalucy, 2009).

Το πρόγραμμα αποκατάστασης υγείας σε τμήμα του νοσοκομείου στη Βικτώρια, το οποίο κράτησε τέσσερα χρόνια έδειξε ότι τα οφέλη από ένα διεπιστημονικό μοντέλο φροντίδας για ασθενείς με χρόνιες πνευμονικές διαταραχές, καρδιακή ανεπάρκεια και διαβήτη παρέχει ένα αποτελεσματικό μοντέλο πολλαπλών ασθενειών για το πρόγραμμα αποκατάστασης της υγείας με βελτιωμένες εκβάσεις των ασθενών. Αυτό οφείλεται στις καλές σχέσεις μεταξύ των νοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών υγείας, στα αποτελεσματικά συστήματα πληροφορικής, στο εξειδικευμένο προσωπικό με εμπειρία στις συγκεκριμένες ασθένειες και στην ικανοποίηση των αναγκών μιας τοπικής κοινωνίας, η οποία αποτελείται από γλωσσικά ποικιλόμορφο πληθυσμό (Howardetal, 2008).

Οι ανάγκες των ατόμων με χρόνιες ασθένειες οι οποίοι ζουν σε αγροτικές και σε απομακρυσμένες περιοχές απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή, καθώς η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας μπορεί να είναι περιορισμένη. Μια εθνική αξιολόγηση σε χρόνια προγράμματα διαχείρισης της καρδιακής ανεπάρκειας σε όλη την Αυστραλία, διαπίστωσε ότι τα επιτυχημένα προγράμματα που χρησιμοποιούν μια διεπιστημονική

προσέγγιση και εστιάζουν σε στρατηγικές διαχείρισης ασθενών της εκπαίδευσης και της αυτο-φροντίδας θα μπορούσαν να έχουν θετικό αντίκτυπο στην έκβαση των ασθενών. Τα προγράμματα αυτά, όμως, ήταν διαθέσιμα μόνο στην πρωτεύουσα ή σε μεγάλες περιφερειακές πόλεις (Clark&Driscoll, 2009).

Η τεχνολογία μπορεί μερικές φορές να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των γεωγραφικών ορίων στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Αρχικές εκτιμήσεις δείχνουν ότι η υγειονομική περίθαλψη μέσω της τεχνολογίας είναι μια προσέγγιση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα σε απομακρυσμένες και αγροτικές κοινότητες (Clarketal, 2007).

Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διασφαλιστεί ότι οι πρωτοβουλίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και οι κλινικοί γιατροί και οι οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης θα υλοποιούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι αποτελεσματική και βιώσιμη η αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών. Η επαρκής χρηματοδότηση είναι απαραίτητη για τη διαμόρφωση και για την τελική αξιολόγηση όλων των πρωτοβουλιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

1.1 Πως προλαμβάνει η ΠΦΥ στη χρόνια νόσο

Η αύξηση του αριθμού των ασθενών με χρόνιες ασθένειες αποτελεί μια πρόκληση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Το μοντέλο χρόνιας φροντίδας προτείνει άμεση αναδιαμόρφωση των υπηρεσιών της χρόνιας νόσου για τη βελτίωση της υγείας των ασθενών. Για να ανταποκριθεί στις σύνθετες και στις διαρκείς ανάγκες των ασθενών, η χρόνια πρόληψη των ασθενειών και η διαχείριση της έχει ενταχτεί ως βασικό χαρακτηριστικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας προκειμένου να έχουν καλύτερα αποτελέσματα, μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες σε σύγκριση με άλλους τομείς. Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσει την προσαρμογή και την εφαρμογή μιας παρέμβασης που συνεπάγεται η ένταξη της χρόνιας πρόληψη των ασθενειών και η διαχείριση των υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Για να υλοποιηθεί η παρέμβαση αυτή αξιολογήθηκαν οι ποιοτικότερες μεθόδους συλλογής δεδομένων από διάφορους φορείς (φορείς λήψης αποφάσεων, επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και ασθενείς), πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εφαρμογή. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων βασίζεται σε ένα συνδυασμό των πειραματικών σχεδίων. Η αξιολόγηση αυτή περιλάμβανε ερωτηματολόγια μέτρησης της αποτελεσματικότητας, της ενδυνάμωσης, της νοσηρότητας, της συμπεριφοράς της υγείας, της λειτουργική κατάσταση της υγείας, της ποιότητας ζωής, της ψυχολογικής ευεξίας, των χαρακτηριστικών των ασθενών και τις συν-παρεμβάσεις. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε οχτώ πρακτικές της πρωτοβάθμιας φροντίδας για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων στο Καναδά.

Η έρευνα έδειξε ότι με την πρόληψη των χρόνιων ασθενειών από τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας οι ασθενείς βελτιώθηκαν, ενδυναμώθηκαν και μπορούσαν πολύ πιο εύκολα να βοηθήσουν τον εαυτό τους. Σε συνδυασμό με τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους και με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα οδηγούνται σε βάθος χρόνου στην μείωση των παραγόντων των κινδύνων που υπάρχουν για την υγεία τους. Τα αποτελέσματα είναι θετικά και σε επίπεδο οργάνωσης των κέντρων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Υπάρχει καλύτερη και πιο συντονισμένη παροχή υπηρεσιών, υπάρχουν καλύτεροι τρόποι και μηχανισμοί παρακολούθησης των ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και πιο ενισχυμένη διεπαγγελματική συνεργασία (Fortinet al, 2013).

Το CentersforDiseaseControlandPrevention (CDC) μέσα στην ιστοσελίδα του, παρουσιάζει τον αριθμό των θανάτων κάθε έτους από χρόνια νοσήματα με σκοπό να ευαισθητοποιήσει, να αναδείξει την σοβαρότητα της κατάστασης και να πείσει τους πολίτες αλλά και τους γιατρούς να συμμετέχουν στην πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων. Είναι πολύ σημαντικό να γίνεται σωστή διαχείριση των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα έτσι ώστε να περιοριστούν οι αρνητικές συνέπειες.

Οι περισσότεροι ασθενείς επισκέπτονται τον γιατρό τους μόνο εφόσον έχουν κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα. Και οι περισσότεροι γιατροί αρκούνται στο να διεκπεραιώσουν με επιτυχία το εκάστοτε πρόβλημα. Ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπος πρόληψης είναι η οργάνωση και ο σχεδιασμός των

επισκέψεων στο γιατρό ανά τακτά χρονικά διαστήματα, έτσι ώστε να μπορεί να ελέγχει την πορεία της κατάστασης υγείας του ασθενή και να προλαμβάνει τυχόν νοσήματα (Bodenheimeretal, 2002).

1.2 Πώς βοηθάει η ΠΦΥ την χρόνια νόσο

Το χρόνια νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 75% του πληθυσμού έχει κάποια χρόνια παθολογική κατάσταση και μάλιστα το 2002 τέσσερα από τα πιο σημαντικά χρόνια νοσήματα (καρδιαγγειακά, σακχαρώδης διαβήτης, καρκίνος, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια) προκάλεσαν 30 εκατομμύρια θανάτους παγκόσμια. Τα περισσότερα συστήματα υγείας είναι σχεδιασμένα για να αντιμετωπίζουν και να θεραπεύουν επείγοντα περιστατικά. Όμως, τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ, το 78% των οικονομικών της πόρων δαπανούνται για την φροντίδα ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα (Λιονής, 2006).

Στη Μεγάλη Βρετανία σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία το 80% των ιατρικών επισκέψεων αφορούν χρόνια νοσήματα. Οι ασθενείς που έχουν κάποιο χρόνια νόσημα καλύπτουν το 60% των νοσοκομειακών κλινών κάθε χρόνο. Επίσης, έρευνες έχουν δείξει ότι το κόστος νοσηλείας για ασθενείς που έχουν πάνω από ένα χρόνια νόσημα είναι εξαπλάσιο από ότι στους ασθενείς που έχουν μόνο ένα.

Τα περισσότερα χρόνια νοσήματα οφείλονται σε κάποιους καθοριστικούς παράγοντες όπως είναι η κακή διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ, η κακή φυσική κατάσταση κ.ά. Φαίνεται λοιπόν, ότι η ανάπτυξη της τεχνολογίας και της οικονομίας καταπολέμησε τα λοιμώδη νοσήματα αλλά ευνόησε την ανάπτυξη των χρόνιων νοσημάτων που οφείλονται κυρίως στον τρόπο σύγχρονο ζωής. Ο αριθμός των χρόνιων νοσημάτων αυξάνεται ανησυχητικά και ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου δεν υπάρχουν ούτε οι πόροι, ούτε η εμπειρία για να αντιμετωπιστούν. Τις επόμενες δύο δεκαετίες τα χρόνια νοσήματα εκτιμάται ότι θα έχουν αύξηση 120-140% (Berwick, 2002).

Ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα συνεχώς αυξάνεται αλλά ακόμα δεν έχει βρεθεί λύση για αυτό το παγκόσμιο φαινόμενο. Διάφοροι οργανισμοί που εμπλέκονται, οι κυβερνήσεις, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, οι κυβερνητικές οργανώσεις αλλά και ο ιδιωτικός τομέας δεν έχουν καταφέρει να δημιουργήσουν ολοκληρωμένα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας των χρόνιων ασθενειών. Ο δημόσιος τομέας δεν μπορεί να διαχειριστεί σωστά τους ασθενείς που έχουν χρόνια νοσήματα και μόνο ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να απορροφήσει ένα ποσοστό αυτών των ασθενών αλλά και πάλι το κόστος της νοσηλείας δεν επιτρέπει σε πολλούς ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα να λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία. Το σύστημα υγείας θα πρέπει να μετασχηματιστεί έτσι ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει την μεγάλη αυτή πρόκληση για την αποτελεσματική πρόληψη και θεραπεία των χρόνιων ασθενειών (Wolffetal, 2002).

Η ΠΦΥ καθώς και οι γιατροί που εργάζονται σε αυτή έχουν την μεγαλύτερη ευθύνη για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, καθώς αυτοί είναι οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα. Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ έχουν το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης για την αποτελεσματική προσέγγιση των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Ένα σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια νοσήματα από την ΠΦΥ περιλαμβάνει την πρόληψη, την σωστή αντιμετώπιση των ασθενών, την βελτίωση του τρόπου ζωής των ανθρώπων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, καθώς επίσης και τη μείωση του κόστους νοσηλείας τους (Fleck, 2004).

Μία στρατηγική για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων είναι η στρατηγική πρωτογενούς πρόληψης, που έχει σκοπό την πρόληψη της εμφάνισης κάποιας χρόνιας νόσου. Μέσα στα πλαίσια της πρόληψης είναι η υιοθέτηση υγιεινότερων συνηθειών. Τα χρόνια νοσήματα τις περισσότερες φορές συνδέονται και επιδεινώνονται από τον τρόπο ζωής των ανθρώπων. Μία άλλη στρατηγική είναι αυτή της δευτερογενούς πρόληψης που αφορά την μετρίαση του αντίκτυπού τους και την μείωση της βαρύτητας και των αριθμών των επιπλοκών τους. Πρέπει να γίνεται τακτικός έλεγχος των ασθενών που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα και επιπλέον πρέπει ο ασθενής

να λαμβάνει την κατάλληλη θεραπεία έτσι ώστε να θέσουν την ασθένειά τους υπό έλεγχο.

Επίσης, ένας άλλος τρόπος για να διαχειριστούν οι γιατροί της ΠΦΥ τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα είναι ο διαχωρισμός των ασθενών σε ομάδες. Κάθε ομάδα ανθρώπων έχει διαφορετικές ανάγκες και έτσι χρήζει διαφορετικής αντιμετώπισης από τους γιατρούς. Το δύσκολο κομμάτι στην διαχείριση των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα δεν είναι η φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθήσουν. Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να λάβουν μία διαφορετική φροντίδα που να αφορά την ενδυνάμωση και την υποστήριξη τους από τους γιατρούς της ΠΦΥ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να παρέχεται οργανωμένα και όχι ευκαιριακά και θα πρέπει να υπάρχουν διάφορα προγράμματα πρόληψης των επιπλοκών των πιο σημαντικών χρόνιων νοσημάτων. Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται και να συμμετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την αντιμετώπιση της νόσου γιατί έτσι ενδυναμώνεται ο ασθενής (Hawkes, 2002).

Υπάρχουν πολλά εμπόδια που δυσχεραίνουν την αποτελεσματική αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων από τη ΠΦΥ. Κάποια από αυτά είναι η μικρή ανάπτυξη του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας έτσι ώστε να μπορεί ο γιατρός να βλέπει ανά πάσα στιγμή όλο το ιστορικό του ασθενή. Ακόμα και σε περιπτώσεις που υπάρχει ο ηλεκτρονικός φάκελος, οι ασθενείς δεν τον χρησιμοποιούν αρκετά. Υπάρχει φόβος για να μην διαρρεύσουν τα προσωπικά δεδομένα. Επίσης, δεν υπάρχουν συστήματα που να βοηθούν στην λήψη κλινικών αποφάσεων. Οι γιατροί πολλές φορές είναι επιφυλακτικοί με τις νέες αλλαγές και προβάλλουν αντιστάσεις. Πολλές φορές η ΠΦΥ έχει μεγάλες ελλείψεις σε προσωπικό και οι νοσηλευτές δεν ενσωματώνονται πλήρως σε μία ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας εξ' αιτίας της κουλτούρας των γιατρών. Οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ δεν μπορούν να συνεργαστούν σωστά και πολλές φορές φτάνουν σε συγκρούσεις. Η καθημερινή παροχή φροντίδας της ΠΦΥ βασίζεται στο ιατροκεντρικό μοντέλο (Mariolisetal, 2004).

Ο γιατρός στην σημερινή εποχή δίνει μεγάλη σημασία στις εξελίξεις της ιατρικής και πολλές φορές δεν ασχολείται με τις αλλαγές των δομών και των υπηρεσιών. Έτσι, δημιουργείται ένα κενό, το οποίο λόγω έλλειψης χρόνου δεν μπορεί να διορθωθεί.

Επίσης, ο χρόνος που αφιερώνει ο γιατρός σε κάθε ασθενή είναι πάρα πολύ μικρός και υπολογίζεται περίπου στα 10 λεπτά. Η νοοτροπία του συστήματος υγείας επειδή θέλει να μειώσει τον χρόνο αναμονής των ασθενών επιβραβεύει τους γιατρούς που διαχειρίζονται γρήγορα τα περιστατικά. Αυτό μπορεί να είναι καλό για τις επείγουσες καταστάσεις αλλά σίγουρα δεν είναι καλό για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα (Leederetal, 2004).

Οι γιατροί στην ΠΦΥ δεν είναι εκπαιδευμένοι κατάλληλα για να διαχειρίζονται τις βάσεις δεδομένων των ασθενών με χρόνια νοσήματα με αποτέλεσμα οι ασθενείς που πάσχουν από κάποια χρόνια νόσο να υποφέρουν από πράγματα τα οποία μπορεί να είχαν προβλεφθεί και εξαλειφθεί.

Στην περίπτωση των χρόνιων νοσημάτων ο ασθενής έχει την πλήρη εικόνα της κατάστασής του και τελικά αυτός είναι που θα λάβει τις σοβαρές αποφάσεις για την υγεία του. Ο γιατρός ενημερώνει και καθοδηγεί τον ασθενή σαν ένας πιο έμπειρος γνώστης του θέματος (Stewart&Kleihaus, 2003).

2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Ο Σουλιώτης (2014) ασχολείται με την εξέλιξη της έννοιας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τις αρχές της, τις προτεραιότητες της και την οργανωτική δομή της στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας από το 1978 με την τρέχουσα στροφή στην πρωτοβάθμια διεύρυνση φροντίδας ώστε να περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών σε όλους τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης. Αξιολογεί τα ειδικά χαρακτηριστικά της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως είναι η αποκέντρωση της παροχής υπηρεσιών, υπογραμμίζοντας τα οφέλη της όσον αφορά την επίτευξη ισορροπίας και τη διαχείριση των δαπανών για την υγεία με τους διαθέσιμους πόρους για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Το άρθρο εξετάζει επίσης τη βασική στοιχειώδη οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης και τις λειτουργίες της καθώς και τις σύγχρονες τάσεις, όπως η αποζημίωση για τις υπηρεσίες με βάση την επίτευξη αποτελεσμάτων. Επικεντρώνεται στις χρόνιες παθήσεις, λόγω της αύξησης του επιπολασμού και την αύξηση του κόστους. Συνολικά, χτίζει μια υπόθεση για τη

διεύρυνση της πρωτοβάθμιας ατζέντα της υγειονομικής περίθαλψης για την κάλυψη των ψυχικών διαταραχών χρήσης ουσιών και για την υγεία (Souliotis, 2014).

Σύμφωνα με την Σταύρου (2014) η αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών αποτελεί παγκόσμια πρόκληση και υπάρχουν έντονες ανησυχίες στις αναπτυσσόμενες και στις αναπτυγμένες κοινωνίες κυρίως εξ' αιτίας της γήρανσης του πληθυσμού. Για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις υπάρχουν διάφορα προγράμματα διαχείρισης της νόσου και προγράμματα εκπαίδευσης του ασθενή προκειμένου να μπορέσει να διαχειριστεί τη νόσο από την οποία πάσχει. Στο άρθρο της έχει σκοπό να παρουσιάσει βασικές έννοιες της αυτοδιαχείρισης της νόσου, να γνωρίσει την τρέχουσα κατάσταση και να συζητήσει και να υποστηρίξει τον νοσηλευτικό ρόλο στην εκπαίδευση του ασθενούς στην αυτοδιαχείριση της νόσου. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα είναι ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός γιατί βοηθάει στην απόκτηση δεξιοτήτων αυτοφροντίδας του ασθενούς. Ολοκληρωμένα προγράμματα αυτοδιαχείρισης της νόσου με συμμετοχή των νοσηλευτών στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, θα προσφέρουν σημαντικό όφελος στον ασθενή, όσο και επαγγελματικό όφελος στους νοσηλευτές (Σταύρου, 2014).

Οι περισσότερες από τις σύγχρονες ασθένειες που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι σήμερα είναι χρόνιες και επειδή δεν θεραπεύονται άμεσα θα πρέπει ο ασθενής να είναι σε θέση να τις ελέγξει. Παρόλο που πολλοί άνθρωποι πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια μπορούν με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή να ζήσουν μια σχεδόν «φυσιολογική» ζωή. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικογένειές τους αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα. Έτσι, το άρθρο αυτό έχει σκοπό να διερευνήσει όλους τους παράγοντες που αλληλεπιδρούν στην ψυχολογία του ατόμου κατά την εκδήλωση ενός χρόνιου νοσήματος, να αναφέρει όλους τους τρόπους προσαρμογής στη νέα κατάσταση, και να επισημάνει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που συμβάλλουν θετικά στην αποδοχή της χρόνιας νόσου. Τονίζει ότι η εκπαίδευση των ασθενών με χρόνιες ασθένειες είναι πολύ σημαντική έτσι ώστε να αποδεχτούν τις αλλαγές που απαιτούνται στον τρόπο ζωής τους (Γιαβασοπουλος & Γουρνη, 2008).

Η σημασία της συμβουλευτικής στη συμμόρφωσή τους με το θεραπευτικό σχήμα» έχει σκοπό να διερευνήσει το ρόλο της παροχής συμβουλών για την ενίσχυση της συμμόρφωσης των ηλικιωμένων με τα φάρμακά τους. Ένα υψηλό ποσοστό του ηλικιωμένου πληθυσμού με χρόνια προβλήματα υγείας, δυσκολεύονται να συμμορφωθούν με την απαιτούμενη φαρμακευτική αγωγή ή τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, παρά το γεγονός ότι βελτιώνεται η κατάσταση της υγείας τους. Στα αποτελέσματα αποφάνθηκε ότι η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής από τους ηλικιωμένους σχετίζεται με την εκπαίδευση, την πληροφόρηση, τη σχέση μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών υγείας, καθώς και με την ανατροφοδότηση και την αυτοδιαχείριση. Η συμβουλευτική σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ηλικιωμένου βελτιώνει τη συμμόρφωση με φαρμακευτική αγωγή. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων για την παροχή συμβουλών είναι πολύ μεγάλες. Έτσι, οι ηλικιωμένοι έχουν θετικά συναισθήματα για το νοσηλευτικό προσωπικό όταν αυτό τους προσφέρει επαρκή ενημέρωση και σωστή κατεύθυνση της φαρμακευτικής αγωγής τους (Φασόη-Μπαρκά & Κελέση -. Σταυροπούλου, 2015).

Συνεχίζοντας ο Τζούνης Ε., η Κερενίδη Θ., η Χατζόγλου Χ., η Δανιήλ Ζ. και η Κοτρώτσιου Ε. διεξήγαγαν μία ποιοτική έρευνα με σκοπό να διερευνήσουν τις αντιλήψεις των Ελλήνων φροντιστών των ασθενών με ΧΑΠ σε σχέση με την πνευματικότητα, την επιρροή της στη ζωή τους, καθώς και την αξιολόγηση των εμπειριών τους σε σχέση με τις πνευματικές ανάγκες τους σε όλη την παροχή φροντίδας. Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου για χιλιάδες ενήλικες. Συμμετείχαν στην έρευνα συνολικά 46 ασθενείς και τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσα από δομημένες συνεντεύξεις. Οι 10 (21,7%) από τους 46 συμμετέχοντες ήταν άνδρες και οι 36 (78,3%) από αυτούς ήταν γυναίκες. Οι 44 συμμετέχοντες ήταν συγγενείς πρώτου βαθμού με τους ασθενείς. Αυτή η έρευνα δείχνει ότι εκτός από κάθε είδους συναισθηματικές ανάγκες, υπάρχουν βαθιά πνευματικές ανάγκες, δεδομένου ότι οι φροντιστές δίνουν «μάχη» με την πίστη τους και την ικανότητά τους να πιστεύουν στο Θεό ή ένα υπέρτατο ον. Παρά τη θετική πλευρά της άτυπης διάταξης, επίσημη έρευνα που ευθυγραμμίζεται με τη φυσιολογία της νόσου και δείχνει τη σημαντική επίδραση της πνευματικότητας και

θησκευτικότητας για τους φροντιστές των ασθενών με ΧΑΠ δεν έχει διεξαχθεί στην Ελλάδα μέχρι τώρα (Τζούνης και συν, 2016).

Σύμφωνα με τους Κουλούρη Α., Γρηγορίου Γ., Ρούπα Ζ., Χατζόγλου Χ. και Γουργουλιάνης Κ. περιγράφεται η εισαγωγή ευφών συστημάτων τηλεμετρίας στην από απόσταση διαχείριση της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας και της αποδοχής των συστημάτων αυτών από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας που καλούνται να τα χρησιμοποιήσουν. Η εισαγωγή ιατρικών πληροφορικών συστημάτων και επικοινωνιών παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στον τομέα της υγείας και της περίθαλψης. Η τηλεϊατρική μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να υποστηρίξει υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας καθώς και υπηρεσίες διαχείρισης δεδομένων. Η τεχνολογία μπορεί να βοηθήσει στην αυτοδιαχείριση των ασθενειών. Τα αποτελέσματα της τεχνολογίας είναι θετικά τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας. Η παρακολούθηση χρόνιων πασχόντων από απόσταση, αποτελεί πρόκληση για τον τομέα της υγείας. Η εισαγωγή συστημάτων τηλεμετρίας πρέπει να στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και να επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να προσαρμόσουν τις μεθόδους εργασίας τους στο νέο τρόπο παροχής φροντίδας (Κουλούρη και συν, 2012).

Ο Bodenheimer T., η Lorig K. και η Holman H. κάνουν λόγο για την αυτοδιαχείριση των ασθενών με χρόνιες παθήσεις στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σύμφωνα με αυτό ο ασθενής που έχει μία χρόνια ασθένεια πρέπει να συνεργάζεται με τους γιατρούς και να συμμετέχει στη συνεργατική φροντίδα. Ο ασθενής πρέπει να εκπαιδεύεται έτσι ώστε να μπορεί να λαμβάνει την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή για να μπορεί να ζήσει την καλύτερη ποιοτική ζωή με την χρόνια πάθηση που έχει. Η παραδοσιακή εκπαίδευση του ασθενούς προσφέρει πληροφορίες και τεχνικές δεξιότητες και εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης και διδάσκει επίσης δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Μια κεντρική ιδέα στην αυτοδιαχείριση είναι αυτό-αποτελεσματικότητα και η εμπιστοσύνη για να πραγματοποιήσει μια συμπεριφορά και να επιτύχει έναν στόχο. Σύμφωνα με την έρευνα τα προγράμματα διδασκαλίας των δεξιοτήτων στην αυτό-διαχείριση είναι πιο αποτελεσματικά από ότι οι πληροφορίες μόνο για την εκπαίδευση των ασθενών και για τη βελτίωση των κλινικών

αποτελεσμάτων. Σε ορισμένες περιπτώσεις την εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης βελτιώνουν τα αποτελέσματα. Τέλος, ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης φέρνοντας μαζί τους ασθενείς με μια ποικιλία από χρόνιες παθήσεις μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα και τη μείωση του κόστους. Η Αυτο-διαχείριση της εκπαίδευσης για τις χρόνιες ασθένειες μπορεί σύντομα να γίνει αναπόσπαστο μέρος της υψηλής ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Bodenheimer, Lorig, & Holman, 2002).

Ο Bodenheimer T., η Wagner E. και η Grumbach K. εξετάζουν τα ερευνητικά στοιχεία που δείχνουν σε ποιο βαθμό το μοντέλο της χρόνιας φροντίδας μπορεί να βελτιώσει τη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων (χρησιμοποιώντας τον διαβήτη ως παράδειγμα) και να μειώσει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Διαπιστώθηκε ότι οι παρεμβάσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας βελτίωσαν τουλάχιστον μία διαδικασία ή ένα μέτρο έκβασης για τους διαβητικούς ασθενείς. Όσον αφορά το αν η χρόνια φροντίδα μπορεί να μειώσει το κόστος της περίθαλψης, τρία παραδείγματα χρόνιων παθήσεων (συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, το άσθμα και ο διαβήτης) έδειξαν μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης ή χαμηλότερη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ακόμα κι αν το μοντέλο της χρόνιας φροντίδας έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει τη φροντίδα και τη μείωση του κόστους πολλά εμπόδια εμποδίζουν την ευρεία υιοθέτηση της (Bodenheimer, et al, 2002).

Ο αυξανόμενος αριθμός των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια για να αντιμετωπίσουν την κατάστασή τους. Τα σημαντικότερα εμπόδια είναι ότι η ιατρική φροντίδα συχνά δεν καλύπτει τις ανάγκες τους και ότι οι πληροφορίες που λαμβάνουν σχετικά με την ασθένειά τους είναι ελλιπή. Στην έρευνα αυτή περιγράφεται η χρόνια παροχή φροντίδας προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη (Wagner, et al, 2001).

3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

3.1 Κόστος Π.Φ.Υ.

Η Π.Φ.Υ είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και πρέπει να βασίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε μεθόδους και τεχνολογία που είναι κοινωνικά αποδεκτές. Η φροντίδα υγείας πρέπει να παρέχεται σε όλους τους πολίτες μιας χώρας και στις οικογένειες τους σε κόστος που μπορεί να ανταποκριθεί στις οικονομικές τους δυνατότητες, σύμφωνα με το πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης (Καλοκαιρινού & Θεοδούλα, 2008).

Λόγω της δύσκολης οικονομικής κατάστασης που βιώνει η χώρα μας αυτή τη στιγμή, το ιδανικότερο είναι το κράτος να προσφέρει στους πολίτες του ένα σύνολο ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας. Είναι πολύ σημαντικό να έχουν όλοι οι πολίτες δικαίωμα στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση.

Ένα σύστημα υγείας πρέπει να διαφυλάσσει και να βελτιώνει το γενικό επίπεδο υγείας των ανθρώπων του με σκοπό να βελτιωθεί το επίπεδο ευημερίας και η ποιότητας ζωής του πληθυσμού του. Η Π.Φ.Υ. παρέχεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας μέσα από τα 201 Κέντρα Υγείας των 1478 Περιφερειακών τους Ιατρείων και των πρωινών και απογευματινών Εξωτερικών Ιατρείων 132 νοσοκομείων και από τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία. Στις υπηρεσίες που προσφέρονται από τα παραπάνω έχουν πρόσβαση όλοι οι ασφαλισμένοι και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών (Ζηλίδης, 2005).

Το κόστος των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. είναι σημαντικό και γι' αυτό το λόγο έχουν γίνει πολλές έρευνες με βάση αυτό. Μια έρευνα αφορά την οικονομική αποτίμηση δύο αντιαιμοπεταλικών αγωγών, της ασπιρίνης (325mg) και της κλοπιδογρέλης (75 mg) για την προληπτική αντιμετώπιση της αθηροθρομβωτικής νόσου. Η προληπτική χορήγηση κλοπιδογρέλης σε άτομα που πάσχουν από αθηροθρομβωτική μορφής νόσημα είναι πιο αποδοτική από άποψη κόστους- αποτελέσματος. Αυτό γιατί οι επιπρόσθετοι πόροι που διαθέτουν μειώνουν τις πιθανότητες να εκδηλωθεί δυσμενώς

η νόσος και έτσι αυξάνονται τα χρόνια ζωής για την κοινωνία (Γείτονας και συν, 2000).

Μια άλλη έρευνα έγινε για να υπολογιστεί το κόστος νόσησης από την ηπατίτιδα Α σε σχέση με το κόστος εμβολιασμού. Το αποτέλεσμα δείχνει ότι ο επιλεκτικός εμβολιασμός των ομάδων υψηλού κινδύνου είναι προτιμότερος από άποψη κόστους και αποτελεσματικότητας από την νόσηση των ατόμων.

Μια ακόμα έρευνα αφορά τα αντιυπερτασικά φάρμακα, τα οποία είναι η χλωροθαλιδόνη, η προπανολόλη, η αμλοδιπίνη, η εναλαπρίλη και η λοσαρτάνη. Το αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε ότι τα παλιά αλλά και τα νεότερα φάρμακα παρέχουν την ίδια προστασία απέναντι στα σοβαρά καρδιαγγειακά επεισόδια σε ασθενείς με ήπια ή μέτρια υπέρταση (Μεχίλι και συν, 2012).

Όσον αφορά την κατάθλιψη σαν κόστος στην Π.Φ.Υ. σε έρευνα φαίνεται το οικονομικό κόστος που αφορά τη χρήση υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων της κατάθλιψης είναι μεγάλο αλλά και το κόστος που έχει να κάνει με την ζωή του ατόμου όπως η απουσία από τη δουλειά και η μειωμένη παραγωγικότητα είναι και αυτό εξαιρετικά μεγάλο. Η έρευνα αυτή διαπιστώνει επίσης ότι είναι καλύτερη η αντιμετώπιση της κατάθλιψης από τους γιατρούς της Π.Φ.Υ παρά από τους ψυχιάτρους γιατί αυτοί είναι σε θέση να γνωρίζουν την συνολική κατάσταση των ασθενών. Επίσης, οι περισσότερες περιπτώσεις κατάθλιψης αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά από την Π.Φ.Υ. με καλύτερο αποτέλεσμα για τον ασθενή αλλά και με μειωμένο κόστος για την Π.Φ.Υ. (Περιτόγιαννης, 2010).

Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα ιδιαίτερα για τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. χαρακτηρίζεται από την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Τα νοικοκυριά της χώρας μας δαπανούν ετησίως για υπηρεσίες Π.Φ.Υ. 2,45 εκατομμύρια ευρώ είτε συμπληρωματικά είτε πέρα από την ασφαλιστική κάλυψη και μεταφράζεται σε 28% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας (Σουλιώτης, 2002). Η χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης τα τελευταία χρόνια είναι ανεπαρκής ως προς την πλήρη κάλυψη των αναγκών των πολιτών.

3.2 Προτάσεις Π.Φ.Υ.

Πρέπει να δημιουργηθεί ένα σύγχρονο σύστημα Π.Φ.Υ. που να καλύπτει πλήρως τις ανάγκες του Έλληνα πολίτη, παρέχοντας υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας που θα είναι προσβάσιμες σε όλους.

Το κράτος πρέπει να προσφέρει υπηρεσίες υγείας στους πολίτες του, οι οποίες πρέπει να είναι επαρκής και να υπάρχουν όποια στιγμή χρειαστούν. Για να γίνει αυτό πρέπει να ενιαιοποιηθούν οι υγειονομικές υπηρεσίες γεγονός που παρουσιάζει προβλήματα ισότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας. Το σύστημα της Ελλάδας για να είναι αποτελεσματικό πρέπει να παραπέμπει στο πρότυπο των οργανισμών διατήρησης της υγείας στις ΗΠΑ. Θα πρέπει να έχει κάποια στοιχεία:

- Θα πρέπει να υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα και ειδικά όσον αφορά τα χρόνια προβλήματα υγείας τα οποία θα πρέπει να παρακολουθούνται από την ίδιο τον γιατρό ή ομάδα υγείας κατά τη διάρκεια του χρόνου.
- Θα πρέπει να υπάρχει ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας δηλαδή τα συχνά νοσήματα και τα προβλήματα υγείας πρέπει να αντιμετωπίζονται με βάση το κοινωνικό, πολιτιστικό και ψυχολογικό περιβάλλον του ασθενούς.
- Θα πρέπει να προσανατολίζεται στον ασθενή και στην οικογένειά του μέσα από ένα σύστημα ελεγχόμενης κίνησης ασθενών μέσα στο σύστημα (Λιονής, 2002).

Σύμφωνα με τον Λιονή το σύστημα υγεία θα πρέπει να προσφέρει στους πολίτες του ένα σύνολο υπηρεσιών με σχεδόν μηδενικό κόστος. Ο ιατρός πρέπει να προσφέρει ένα σύνολο από υπηρεσίες σε κάθε πολίτη όπως:

- Να διαχειρίζεται τα πιο συχνά νοσήματα και προβλήματα υγείας που υπάρχουν στη Π.Φ.Υ.
- Να διαχειρίζεται μείζονες παράγοντες κινδύνου όπως είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία κ.λπ.
- Να πραγματοποιεί εμβόλια σε παιδιά και ενήλικες
- Να κάνει διάγνωση έγκαιρα για διάφορα προβλήματα όπως είναι ο καρκίνος σε διάφορα σημεία

- Να εκτιμά την κατάσταση υγείας του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη και την ηλικία του και κάποια αναπηρία ή χρόνιο νόσημα που έχει.
- Να παρακολουθεί τις εγκύους καθώς και τα παιδιά και τα βρέφη
- Να παρέχει πρώτες βοήθειες, να φροντίζει μικροτραυματισμούς και να διενεργεί χειρουργεία
- Να πραγματοποιεί έναν ελάχιστο αριθμό διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων στο ιατρείο
- Να πραγματοποιεί έναν ελάχιστο αριθμό διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων στο σπίτι (Λιονής, 2002).

Σε αυτό το σύστημα υγείας που περιγράφεται πρέπει να υπάρχει η έννοια του προσωπικού ιατρού, οποίος πρέπει να γνωρίζει τις υποχρεώσεις του και τα καθήκοντά του απέναντι στους πολίτες που χρειάζονται παροχή φροντίδας. Βέβαια ο ρόλος του προσωπικού ιατρού διαφοροποιείται ανάλογα με το χώρο και τη δομή δραστηριοποίησης. Προτείνεται κυρίως σε αγροτικές περιοχές να παρέχεται οικονομικό κίνητρο για εκείνους τους ιατρούς που αναλαμβάνουν μεγαλύτερο αριθμό ατόμων από το προβλεπόμενο και θα πρέπει να ελέγχουν τους ιατρούς που δεν ξεετάζουν τον προβλεπόμενο αριθμό ατόμων. Για τις αστικές περιοχές προτείνεται να υπάρχει δέσμευση του προσωπικού ιατρού, τον οποίο θα διαχειρίζονται τα ασφαλιστικά ταμεία είτε με συμβάσεις είτε με ανάπτυξη ίδιων υποδομών. Ο προσωπικός ιατρός θα πρέπει επίσης να αναλάβει και την ευθύνη παραπομπής του ασθενή σε άλλους ειδικευμένους ιατρούς ή σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Ο ασθενής σε αυτήν την περίπτωση προτείνεται να μην έχει επιπλέον κόστος (Σουλιώτης & Λιονής, Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας : Μια πρόταση για την άρση αδιεξόδου, 2003).

Σημαντικό είναι και το θέμα εκπαίδευσης του ιατρού και της αλλαγής των αντιλήψεων του ώστε να μην υπηρετεί το δημόσιο τομέα αλλά το κοινωνικό σύνολο. Γι' αυτό το λόγο ο ιατρός θα πρέπει να ελέγχεται για να διαπιστωθεί αν μπορεί να χειριστεί ένα πακέτο από υπηρεσίες όπως την εκτίμηση της υγείας του ασθενή και τη διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου (Σουλιώτης & Λιονής, 2003).

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική είναι η ύπαρξη ενός συστήματος που να υποστηρίζει την υπάρχουσα γνώση και να καθοδηγεί την πρακτική των προσωπικών ιατρών. Το σύστημα αυτό πρέπει να περιέχει πληροφορίες που να συμβάλουν στην αποτελεσματική και αποδοτικότερη χρήση των πόρων. Στο πλαίσιο αυτό πρέπει να αναπτυχθεί και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση καθώς και οδηγίες που κατευθύνουν την διάγνωση και τη θεραπεία (Σουλιώτης & Λιονής, 2003).

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Ελλάδα παρόλο που εφαρμόζεται έχει λάθη και ελλείψεις. Μερικές λύσεις για να γίνει πιο αποδοτική είναι:

- Καταρχήν πρέπει τα συστήματα να ξανά σχεδιαστούν και να δημιουργηθούν πρωτόκολλα ασφαλείας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων των ασφαλισμένων. Έτσι όπως ισχύει μέχρι σήμερα η συνταγογράφηση μπορεί εύκολα όποιος έχει πρόσβαση να ανασύρει δεδομένα και στοιχεία καθώς και να συνταγογραφεί φάρμακα και εξετάσεις χωρίς να το γνωρίζει ο ενδιαφερόμενος.
- Τα ηλεκτρονικά μέσα παρέχουν τη δυνατότητα να εκτελούν μια συνταγογράφηση με ηλεκτρονική υπογραφή αντί για εκτύπωση. Με την εκτύπωση χάρτινων συνταγών φαρμάκων δημιουργείται σύγχυση και δεν είναι τόσο ασφαλής τρόπος για τις συνταγές των φαρμάκων.
- Θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμο αν το σύστημα είχε τη δυνατότητα να διατηρεί φάκελο ασθενούς κατά τα διεθνή πρότυπα. Ο φάκελος αυτός εκτός από συνταγογραφήσεις θα περιέχει γνωματεύσεις ειδικών, με ημερομηνία κ.λπ., αποτελέσματα παρακλινικών εξετάσεων και τυχόν νοσηλείες ασθενών. Όλα τα παραπάνω θα υπάρχουν απλά και μόνο με το ΑΜΚΑ του ασθενή.
- Πρέπει επίσης να επανασχεδιαστεί η λίστα των παρακλινικών εξετάσεων, ώστε να μην είναι μια κοπιαστική και χρονοβόρα διαδικασία. Στις περιπτώσεις βέβαια που χρειάζεται επανάληψη παρακλινικών εξετάσεων σε τακτά χρονικά διαστήματα πρέπει ο ιατρός να μπορεί να γράφει τις εξετάσεις με μελλοντική ημερομηνία εκτέλεσης ώστε να αποφεύγεται η ταλαιπωρία των ασθενών.

- Πρέπει το πρόγραμμα να διατηρεί ένα ιστορικό του κάθε ασθενή ώστε να γνωρίζει ο γιατρός όλα τα στοιχεία που αφορούν την υγεία του ασθενή.
- Πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα επανάληψης κάποιας συνταγής με ένα κλικ.
- Επίσης, θα πρέπει να καταργηθεί ο κανόνας των τριών φαρμακευτικών σκευασμάτων ανά συνταγή γιατί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση δεν έχει το νόημα που είχε στην χειρόγραφη.
- Σε συνδυασμό με τη βάση δεδομένων των ταμείων προτείνεται ο αυτόματος έλεγχος των βιβλιαρίων ώστε να μην ταλαιπωρούνται οι ασθενείς με την θεώρηση των βιβλιαρίων και οι γιατροί με την γραφειοκρατία.
- Πρέπει να περιοριστεί η λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων και παραγγελλόμενων παρακλινικών εξετάσεων ανά ειδικότητα.
- Βελτίωση των πεδίων που αφορούν την δοσολογία των φαρμακευτικών σκευασμάτων και του μηχανισμού αναζήτησης φαρμακευτικών σκευασμάτων.
- Ενσωμάτωση των φαρμάκων που διατίθενται από το ΙΦΕΤ και αναλώσιμων υλικών στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση.
- Να λυθεί το πρόβλημα της απώλειας λειτουργίας του προγράμματος ειδικά σε ώρες αιχμής.
- Να μην αποσυνδέεται το πρόγραμμα μέσα σε δέκα λεπτά γιατί είναι πολύ μικρό το χρονικό διάστημα δεδομένου ότι ο ασθενής πρέπει να εξετασθεί.
- Δημόσια διάθεση των APIs που διέπουν την επικοινωνία με την εφαρμογή της ΗΔΙΚΑ
- Να γίνονται συχνά και σωστά upgrades στο σύστημα για να ενσωματώνουν όλες τις απαραίτητες αλλαγές.
- Τέλος, είναι σημαντικό να ισχύει το ιατρικό απόρρητο(Κίνημα Νέων Γιατρών, 2013).

Με όλες τις παραπάνω προτάσεις αναμένεται να προκύψει ορθολογική χρήση των πόρων άρα και βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος. Σημαντικό επίσης είναι να διασφαλιστεί η ισότητα των πολιτών σε ότι έχει να κάνει με την φροντίδα υγείας καθώς και οι υποδομές και οι συνθήκες παροχής φροντίδας υγείας. Μπορεί να μειωθεί ο χρόνος αναμονής των πολιτών με την οργάνωση των ειδικοτήτων των ιατρών. Η αύξηση του μισθού των ιατρών ανάλογα με την ποσότητα εξυπηρέτησης των πολιτών μπορεί να αποτελέσει ισχυρό κίνητρο για αύξηση της αποδοτικότητας.

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Για την ανασκόπηση νέων ερευνητικών δεδομένων, διεξήχθη αναζήτηση στο Pumbed, χρησιμοποιώντας ως κεντρική θεματική ενότητα την “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & Διαβήτη” (PrimaryHealthCare&Diabetes) με λέξεις-κλειδιά “Primaryhealthcare, diabetesmellitus, type 1&2, the role” και θέτοντας τους εξής περιορισμούς freetext, publicationdate 10 years.

Complementary alternative medicine use among patients with type 2 diabetes mellitus in the primary care setting: a cross-sectional study in Malaysia

ABSTRACT

Background: Limited study on the use of complementary alternative medicine (CAM) among patients with diabetes mellitus (DM), particularly in primary -care settings. This study seeks to understand the prevalence, types, expenditures, attitudes, beliefs, and perceptions of CAM use among patients with DM visiting outpatient primary care clinics.

Methods: This is a descriptive, cross-sectional study of 240 diabetic patients. CAM is defined as a group of diverse medical and healthcare systems, practices, and products that are not generally considered part of conventional Western medicine. Data analysis was done using SPSS v. 19 and multiple logistic regressions were used to identify predictors of CAM use.

Results: The prevalence of CAM use was 62.5 percent. Female were 1.8 times more likely than male in using CAM. Malays (75%) were the most frequent users, followed Indians (18%) and Chinese (6%). Biological therapy (50.0%) were the most widely used, followed by manipulative-body based systems (9.2%), energy system (8.8%), alternative medicine systems (4.6%) and mind-body system (1.7%). In biological therapy, a total of 30.4 percent, 24.2 percent, 13.3 percent, and 7.9 percent of diabetic patients consumed bitter gourd (*Momordica Charantia*), followed by Misai Kucing (*Orthosiphon Stamineus Benth*), garlic (*Allium Sativum*), and Sabah snake grass (*Clinacanthus Nutans Lindau*) respectively. The mean of the expenditure on CAM usage was RM 52.8 $\pm$ 101.9 (US \$16.9 $\pm$ 32.5) per month. According to multiple logistic regression analyses, being Muslim (OR 5.258, 95 percent CI 2.952-9.368) had significant positive association with CAM use.

Conclusions: The prevalence of CAM use was high among diabetics. Islam faith is predictor for CAM use among Type 2 DM patients. The most-common herbs used were bitter gourd (*Momordica Charantia*) and Misai Kucing (*Orthosiphon Stamineus, Benth*). Further studies on the anti-glycemic activity of the isolated compound may be needed in the future.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Έχει αποδειχθεί ότι η μελέτη για τη χρήση συμπληρωματικής εναλλακτικής ιατρικής (CAM) μεταξύ των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (DM) είναι περιορισμένη ιδιαίτερα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Η παρούσα μελέτη προσπαθεί να κατανοήσει

τον επιπολασμό, τους τύπους, τις δαπάνες, τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις της χρήσης CAM μεταξύ των ασθενών με ΣΔ οι οποίοι επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία κλινικών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Μέθοδοι: Αυτή είναι μια περιγραφική σύγχρονη μελέτη 240 ασθενών με διαβήτη. CAM ορίζεται ως μια ομάδα διαφόρων ιατρικών και υγειονομικών συστημάτων περίθαλψης, πρακτικών και προϊόντων που γενικά δεν θεωρούνται μέρος της συμβατικής δυτικής ιατρικής. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του SPSS v. 19, ενώ χρησιμοποιήθηκαν πολλαπλές λογιστικές παλινδρομήσεις για να προσδιοριστούν οι προγνωστικοί παράγοντες της χρήσης CAM.

Αποτελέσματα: Η επικράτηση της χρήσης CAM ήταν 62,5%. Οι γυναίκες είχαν 1,8 φορές περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες στη χρήση CAM. Μαλαισιανοί (75%) ήταν οι πιο συχνοί χρήστες, ακολουθούν οι Ινδοί (18%) και οι Κινέζοι (6%). Η βιολογική θεραπεία (50,0%) ήταν το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο, ακολουθεί το σύστημα χειραγώγησης σώματος με βάση (9,2%), το σύστημα ενέργειας (8,8%), τα συστήματα εναλλακτικής ιατρικής (4,6%) και το σύστημα νου-σώματος (1,7%). Στην βιολογική θεραπεία, ένα σύνολο 30,4%, 24,2%, 13,3%, και 7,9% των διαβητικών ασθενών που καταναλώνουν πικρή κολοκύθα (*Momordica charantia*), ακολουθούμενη από Misai Kucing (*Orthosiphon stamineus* Benth) σκόρδο (*Allium sativum*) και Sabah χόρτο φίδι (*Clinacanthus nutans* Lindau) αντίστοιχα. Ο μέσος όρος των δαπανών για τη χρήση CAM ήταν RM 52.8 ± 101,9 (US \$ 16,9 ± 32,5) ανά μήνα. Σύμφωνα με πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, αποδείχθηκε ότι ένας μουσουλμάνος είχε σημαντική θετική συσχέτιση με τη χρήση CAM.

Συμπεράσματα: Η επικράτηση της χρήσης CAM ήταν υψηλή μεταξύ των διαβητικών. Το Ισλάμ είναι καλός προγνωστικός δείκτης για χρήση CAM μεταξύ των διαβητικών ασθενών του τύπου 2. Τα πλέον κοινά βότανα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν πικρή κολοκύθα (*Momordica charantia*) και Misai Kucing (*Orthosiphon stamineus* Benth). Περαιτέρω μελέτες σχετικά με την αντι-γλυκαιμική δράση της απομονωμένης ένωσης μπορεί να χρειαστούν στο μέλλον.

Variation in the recording of diabetes diagnostic data in primary care computer systems: implications for the quality of care

ABSTRACT

Background Diabetes mellitus (DM) is a serious, chronic condition affecting 2.3 million people in the UK and consuming over 5% of the total National Health Service (NHS) budget. The World Health Organization (WHO) has produced a classification of diabetes which should help ensure consistent diagnosis and management of cases. However, recent quality based targets for diabetes in the UK only allow for people with Type 1 or Type 2 diabetes to be included in the disease register.

Objective To analyse the codes offered when recording a diagnosis of diabetes in an electronic patient record (EPR) system and to assess what proportion of existing codes would map to known diagnostic categories.

Method Code-sets (4-byte, 5-byte, CTv3 and SNOMED-CT) were sourced using the NHS Triset Browser and the SNOMED-CT website. We analysed the variation in child codes listed under ‘diabetes mellitus’. Picking lists were generated across four general practices, using eight search terms. We examined list length and the types of codes offered. An attempt was also made to map current codes to the WHO classification of diabetes, defining each as having a ‘direct mapping’, a ‘possible mapping’, or no ‘clear mapping’.

Results SNOMED-CT provided a more concise list of codes (115) than the more widely used 5- byte code-set (177). There was considerable variation in the codes offered in picking lists, with variation occurring between systems, rather than between individual GP practices. In considering the potential for mapping between current code-sets and the WHO classification, there was a general downward trend in the number that had ‘no clear mapping’ (5-byte Read codes – 46.3%, SNOMEDCT – 19.1%).

Conclusion There is considerable variation in the different diabetic coding hierarchies and in the choices offered at the point of coding in an EPR system. This is likely to

lead to inconsistent data recording. Migrating GP computer systems to SNOMED-CT or to another more limited coding system which would map to international disease classifications would enable primary care EPR systems to better support improved standards of care.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι μια σοβαρή, χρόνια πάθηση που επηρεάζει 2,3 εκατομμύρια ανθρώπους στο Ηνωμένο Βασίλειο και καταναλώνεται πάνω από το 5% του συνολικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) του προϋπολογισμού. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει δημιουργήσει μια ταξινόμηση του διαβήτη η οποία θα βοηθήσει να εξασφαλιστεί συνεπής διάγνωση και διαχείριση των υποθέσεων. Ωστόσο, στους πρόσφατους στόχους ποιότητας ζωής για τον διαβήτη στο Ηνωμένο Βασίλειο συμπεριλαμβάνονται στο μητρώο της νόσου μόνο τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2.

Στόχος Να αναλυθούν οι κωδικοί που προσφέρονται κατά την εγγραφή διάγνωσης του διαβήτη σε ένα ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής των ασθενών (EPR) και να εκτιμηθεί ποιο ποσοστό των υφιστάμενων κωδικών θα χαρτογραφηθεί με τις γνωστές διαγνωστικές κατηγορίες.

Μέθοδος Χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα περιήγησης NHS Triset και η ιστοσελίδα SNOMED-CT. Αναλύθηκε η διακύμανση των κωδικών ενός παιδιού που αναφέρονται υπό τον τίτλο «σακχαρώδη διαβήτη». Η επιλογή των καταλόγων έγινε με βάση τέσσερις γενικές πρακτικές, χρησιμοποιώντας οκτώ όρους αναζήτησης. Εξετάστηκε το μήκος της λίστας και τα είδη των κωδικών που προσφέρονται. Μια προσπάθεια έγινε επίσης να χαρτογραφηθούν οι κωδικοί για την ταξινόμηση του ΠΟΥ του διαβήτη, που καθορίζει το καθένα όπως έχοντας μια «άμεση χαρτογράφηση», μια «πιθανή χαρτογράφηση», ή και καθόλου «σαφής χαρτογράφηση».

Αποτελέσματα SNOMED-CT παρείχε μια πιο περιεκτική λίστα των κωδικών (115) από την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη 5 byte code-set (177). Υπήρξε σημαντική διακύμανση των κωδικών που προσφέρονται στην επιλογή καταλόγων, με διακυμάνσεις που συμβαίνουν μεταξύ των συστημάτων, και όχι μεταξύ των επιμέρους

πρακτικών GP. Κατά την εξέταση των δυνατοτήτων για την αντιστοίχιση μεταξύ του τρέχοντα κωδικού στα σύνολα και στην ταξινόμηση του ΠΟΥ, υπήρξε μια γενική πτωτική τάση του αριθμού που είχε «καμία σαφής χαρτογράφηση».

Συμπέρασμα Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις ιεραρχίες κωδικοποίησης των διαβητικών και στις επιλογές που προσφέρονται στο σημείο της κωδικοποίησης σε ένα EPR συστήματος. Αυτό είναι πιθανό να οδηγήσει σε καταγραφή ασυνεπή δεδομένων. Μετεγκατάσταση υπολογιστή συστήματα GP να SNOMED-CT ή ενός άλλου πιο περιορισμένου συστήματος κωδικοποίησης που θα χαρτογραφήσει σε διεθνείς ταξινομήσεις ασθενειών και θα επιτρέψει συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας EPR για την καλύτερη υποστήριξη βελτιωμένων προτύπων φροντίδας.

Serum folate predicts muscle strength: a pilot cross-sectional study of the association between serum vitamin levels and muscle strength and gait measures in patients >65 years old with diabetes mellitus in a primary care setting

Abstract

Background: Old age and diabetes mellitus are risk factors for vitamin deficiencies, weakness and falls. Deficiencies of vitamin D, and possibly vitamin B12 and folate (which are associated with hyperhomocysteinaemia), contribute to sarcopenia. Determination of the physical effects of vitamin deficiencies in specific groups of people can help to guide public health policy with regard to vitamin supplementation.

Methods: A pilot cross-sectional study was conducted to determine the association of levels of vitamin D, vitamin B12, folate and homocysteine with muscle strength, gait and fall history in 56 patients >65 years old with diabetes mellitus in primary care in Singapore. Hand-grip and leg-quadriceps strength measures were obtained and divided by body mass index (BMI). The timed up-and-go and Tinetti tests were used to measure gait. A history of “at least one fall in the preceding year” was obtained.

Results: Vitamin B12 deficiency (< 0.01) and gender ($B = 0.356$, $P < 0.001$) predicted average grip strength corrected for BMI ($F(2,53) = 17.74$, $P < 0.001$, $R^2 = 0.40$) Folate ($B = 0.011$, $P < 0.05$) and gender ($B = 0.367$, $P < 0.001$) also predicted average leg quadriceps strength corrected for BMI ($F(2,53) = 9.79$, $P < 0.001$, $R^2 = 0.27$). Average leg strength and average leg strength corrected for BMI were both negatively associated with the risk of having fallen in the preceding year (odds ratio (OR) = 0.89, 95 % CI 0.80–0.98, $P < 0.05$ and OR = 0.12, 95 % CI 0.02–0.92, $P < 0.05$, respectively).

Conclusions: The prevalence of vitamin deficiency was very high in our sample of patients >65 years old with diabetes mellitus. Folate levels were significantly correlated with grip and leg strength (with correction for BMI). Leg strength was positively correlated with gait measures and negatively correlated with a history of falls. The role of folate in muscle weakness and falls warrants further study.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μεγάλη ηλικία και ο σακχαρώδης διαβήτης είναι παράγοντες κινδύνου που μπορούν να οδηγήσουν σε έλλειψη βιταμινών, αδυναμία και πτώσεις. Ελλείψεις της βιταμίνης D, και, ενδεχομένως, της βιταμίνης B12 και φολικού οξέος (τα οποία συνδέονται με υπερομοκυστεϊναιμία), συμβάλλουν στην σαρκοπενία. Ο προσδιορισμός των φυσικών φαινομένων που μπορεί να οδηγήσουν σε έλλειψη βιταμίνης συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων μπορεί να ενισχύσει την υλοποίηση της πολιτικής της δημόσιας υγείας σε σχέση με τα συμπληρώματα βιταμίνης.

Μέθοδοι: Μια σύγχρονη μελέτη διεξήχθη ώστε προσδιοριστεί η συσχέτιση των επιπέδων της βιταμίνης D, της βιταμίνης B12, φυλλικού οξέος και ομοκυστεΐνης με τη μυϊκή δύναμη, το βάδισμα και τη πτώση σε δείγμα 56 ασθενών > 65 ετών με σακχαρώδη διαβήτη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Σιγκαπούρη. Ελήφθησαν ως μέτρα αξιολόγησης της δύναμης το πιάσιμο με το χέρι και το πόδι-τετρακέφαλο και διαιρέθηκαν με το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ). Η χρονομετρημένη up-and-go και δοκιμές Tinetti χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της βάδισης. Ελήφθη ως

στοιχείο του ιστορικού των ασθενών «τουλάχιστον μία πτώση κατά το προηγούμενο έτος».

Αποτελέσματα: Η έλλειψη βιταμίνης B12 ($<0,01$) και το φύλο ($B = 0,356$, $P < 0,001$) προβλεπόμενη μέση δύναμη της λαβής διορθωθεί ως προς το BMI ($F(2,53) = 17.74$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,40$) Φολικό ($B = 0,011$, $P < 0,05$) και το φύλο ($B = 0,367$, $P < 0,001$) προέβλεψε επίσης μέσο τετρακεφάλου δύναμη στα πόδια διορθώνονται ως προς το BMI ($F(2,53) = 9.79$, $P < 0,001$, $R^2 = 0,27$). Μέση δύναμη στα πόδια διορθώνονται ως προς το BMI ήταν τόσο αρνητικά που συνδέονται με τον κίνδυνο να πέσει σε αναλογία προηγούμενο έτος (πιθανοτήτων (OR) = 0.89, 95% CI 0.80-0.98, $P < 0.05$ και OR = 0.12, 95% CI 0.02 έως μηδέν. 92, $P < 0,05$, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός της ανεπάρκειας της βιταμίνης ήταν πολύ υψηλός σε δείγμα των ασθενών > 65 ετών με σακχαρώδη διαβήτη και τα επίπεδα φολικού οξέος συσχετίζονταν σημαντικά με την πρόσφυση και δύναμη ποδιών. Η δύναμη του ποδιού συσχετίστηκε θετικά με το βάδισμα και αρνητικά με το ιστορικό πτώσεων. Ο ρόλος του φολικού οξέος στη μυϊκή αδυναμία και στις πτώσεις χρήζει περαιτέρω μελέτη.

A pilot study of a Community Health Agent-led type 2 diabetes self-management program using Motivational Interviewing-based approaches in a public primary care center in São Paulo, Brazil

Abstract

Background: Rates of noncommunicable diseases (NCDs) such as type 2 diabetes are escalating in low and middle-income countries such as Brazil. Scalable primary care-based interventions are needed to improve self-management and clinical outcomes of adults with diabetes. This pilot study examines the feasibility, acceptability, and outcomes of training community health agents (CHAs) in Motivational Interviewing (MI)-based counseling for patients with poorly controlled diabetes in a primary care center in São Paulo, Brazil.

Methods: Nineteen salaried CHAs participated in 32 h of training in MI and behavioral action planning. With support from booster training sessions, they used these skills in their regular monthly home visits over a 6 month period with 57 diabetes patients with baseline HbA1cs > 7.0%. The primary outcome was patients' reports of the quality of diabetes care as measured by the Portuguese version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) scale. Secondary outcomes included changes in patients' reported diabetes self-management behaviors and in A1c, blood pressure, cholesterol and triglycerides. We also examined CHAs' fidelity to and experiences with the intervention.

Results: Patients reported improvements over the 6 month period in quality of diabetes care received (PACIC score improved 33 (+/-19) to 68 (+/-21) ($p < .001$)). They reported increases in physical activity ($p = .001$), consumption of fruits and vegetables ($p < .001$) and medication adherence ($p = .002$), but no decreases in consumption of high-fat foods ($p = .402$) or sweets ($p = .436$). Participants had mean 6-month A1c levels 0.34% points lower than at baseline ($p = .08$) and improved mean LDL (-16.1 mg/dL, $p = .005$) and triglyceride levels (-38.725 mg/dL, $p = .002$). Of the 16 CHAs observed in fidelity assessments, 13 were categorized as medium- or high-performing on MI skills, while 3 were low-performing. CHAs expressed enthusiasm about learning new skills, and many described a shift from advice-giving to encouraging patients to define their own goals.

Conclusion: In resource-scarce settings, it is essential to fully utilize existing primary care resources to stem the epidemic of diabetes and other NCDs. Our pilot results support the potential of training CHAs to incorporate effective diabetes self-management support into their routine patient encounters.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα ποσοστά των μη μεταδοτικών ασθενειών (NCDs), όπως είναι ο διαβήτης τύπου 2 εκτιμώνται σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, όπως η Βραζιλία. Οι κλιμακούμενες παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη χρειάζονται για τη βελτίωση της αυτοδιαχείρισης και κλινικών εκβάσεων των ενηλίκων με διαβήτη.

Αυτή η πιλοτική μελέτη εξετάζει τη σκοπιμότητα, την αποδοχή και τα αποτελέσματα της κοινότητας υγείας (CHAs) σε συνεντεύξεις κινήτρων (MI) -με βάση την παροχή συμβουλών για τους ασθενείς με ανεπαρκώς ελεγχόμενο διαβήτη σε ένα δημοτικό κέντρο φροντίδας στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας.

Μέθοδοι: Δεκαεννέα μισθωτοί CHAs συμμετείχαν σε 32 ώρες εκπαίδευσης για το προγραμματισμό συμπεριφοράς. Με την υποστήριξη μέσω των εκπαιδευτικών συνεδριάσεων, χρησιμοποίησαν αυτές τις δεξιότητες σε τακτικές μηνιαίες επισκέψεις στο σπίτι τους για μια περίοδο 6 μηνών με 57 ασθενείς με διαβήτη με αρχική $HbA_{1c} > 7,0\%$. Το κύριο αποτέλεσμα ήταν οι αναφορές για την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών με διαβήτη, όπως μετράται από την πορτογαλική έκδοση εκτίμησης χρόνιας φροντίδας των ασθενών Ασθένεια κλίμακας (PACIC). Δευτερογενή αποτελέσματα φανερώνουν αλλαγές τόσο στις συμπεριφορές αυτο-διαχείρισης των ασθενών όσο και στην αρτηριακή πίεση, τη χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια. Εξετάσαμε, επίσης, την πιστότητα CHAs και τις παρεμβάσεις.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς ανέφεραν βελτιώσεις κατά την περίοδο έξι μηνών στην ποιότητα του Diabetes Care που έλαβαν (βαθμολογία PACIC βελτιώθηκε 33 (+/- 19) έως 68 (+/- 21) ($p < 0,001$)). Έχουν αναφερθεί αυξήσεις της σωματικής δραστηριότητας ($p = 0,001$), της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών ($p < 0,001$) και τήρησης της φαρμακοθεραπείας ($p = 0,002$), αλλά χωρίς μειώσεις στην κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε λιπαρά ($p = 0,402$) ή γλυκά ($p = 0,436$). Οι συμμετέχοντες είχαν μέσο όρο επίπεδα της A1C 6 μηνών 0,34% μονάδες χαμηλότερα από ό, τι κατά την έναρξη ($p = 0,08$) και βελτιωμένη μέση LDL (-16,1 mg / dl, $p = 0,005$) και τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων (-38.725 mg / dL, $p = 0,002$). Από τις 16 CHAs παρατηρούνται στις αξιολογήσεις πιστότητας, 13 είχαν χαρακτηριστεί ως μεσοπρόθεσμη ή υψηλής απόδοσης για τις δεξιότητες MI, ενώ 3 ήταν χαμηλές επιδόσεις. CHAs εξέφρασε τον ενθουσιασμό για την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων, και πολλά περιγράφεται μια στροφή από τις συμβουλές-δίνοντας την ενθάρρυνση των ασθενών να καθορίσουν τους δικούς τους στόχους.

Συμπέρασμα: Στις ρυθμίσεις που λαμβάνονται για την ανεπάρκεια πόρων, είναι απαραίτητο για την πλήρη αξιοποίηση των υφιστάμενων πόρων πρωτοβάθμιας

φροντίδας να ανακοπεί η επιδημία του διαβήτη και άλλων μη μεταδιδόμενων νόσων. Τα αποτελέσματά μας υποστηρίζουν τη δυνατότητα της CHAs εκπαίδευσης να ενσωματώσει την αποτελεσματική αυτό-διαχείριση της νόσου στη ρουτίνα που συναντά ο ασθενής.

Assessing family history of chronic disease in primary care

Prevalence, documentation, and appropriate screening

Abstract

Objective: To assess the proportion of primary care patients who report a family history (FH) of type 2 diabetes, coronary artery disease, breast cancer, or colorectal cancer (CRC); assess concordance of FH information derived from the electronic medical record (EMR) compared with patient-completed health questionnaires; and assess whether appropriate screening was informed by risk based solely on FH.

Design: Data from the BETTER (Building on Existing Tools to Improve Chronic Disease Prevention and Screening in Primary Care) trial were used. Patients were mailed questionnaires. Baseline FH and screening data were obtained for enrolled patients from the EMR and health questionnaires.

Participants: Randomly selected patients from 8 family practices.

Main outcome measures Agreement on FH between the EMR and questionnaire was determined; logistic regression was used to assess significant predictors of screening.

Results: In total, 775 of 789 (98%) patients completed the health questionnaire. The mean age of participants was 52.5 years and 72% were female. A minimum of 12% of patients (range 12% to 36%) had a reported FH of 1 of 4 chronic diseases. Among patients with positive FH, the following proportions of patients had that FH recorded in the EMR compared with the questionnaire: diabetes, 24% in the EMR versus 36% on the questionnaire, $\kappa=0.466$; coronary artery disease, 35% in the EMR versus 22% on the questionnaire, $\kappa=0.225$; breast cancer, 21% in the EMR versus 22% on the

questionnaire, $\kappa=0.241$; and CRC, 12% in the EMR versus 14% on the questionnaire, $\kappa=0.510$. There was moderate agreement for diabetes and CRC. The presence of FH was a significant predictor of CRC screening (odds ratio 1.9, 95% CI 1.1 to 3.1).

Conclusion: A moderate prevalence of FH was found for 4 conditions for which screening recommendations vary with risk based on FH. Having patients self-complete an FH was thought to be feasible; however, questions about FH accuracy and completeness from both self-report and EMR remain. Work is needed to determine how to facilitate the adoption of FH tools into practice as well as strategies linking familial risk to appropriate screening.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος: Να εκτιμηθεί το ποσοστό των ασθενών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που αναφέρουν οικογενειακό ιστορικό (FH) του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, Της στεφανιαία νόσου, του καρκίνου του μαστού ή καρκίνου του παχέος εντέρου. Η αξιολόγηση του συσχετισμού FH πληροφοριών που προέρχονται από το ηλεκτρονικό ιατρικό αρχείο (EMR) σε σύγκριση με τα ερωτηματολόγια για την υγεία των ασθενών, ολοκληρώθηκε και θα εκτιμήσει κατά πόσον κατάλληλη εξέταση δόθηκε από τον κίνδυνο που βασίζεται αποκλειστικά στο FH.

Σχεδιασμός: Χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα BETTER (με βάση τα υπάρχοντα εργαλεία για τη βελτίωση Πρόληψης Χρόνιων Παθήσεων και διαλογής στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα). Οι ασθενείς έλαβαν ερωτηματολόγια και τα δεδομένα διαλογής λήφθηκαν για τους εγγεγραμμένους ασθενείς από τα ερωτηματολόγια EMR και τα ερωτηματολόγια για την υγεία.

Συμμετέχοντες: Η επιλογή των ασθενών έγινε τυχαία μέσα από 8 οικογένειες.

Μετρήσεις του κύριου αποτελέσματος: Έδειξε ότι υπήρχε συμφωνία μεταξύ των αρχείου της οικογένειας (FH) και του ηλεκτρονικού ιατρικού αρχείου (EMR) και το ερωτηματολόγιο ορίστηκε κατά την υπολογιστική παλινδρόμηση που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση σημαντικών προβλέψεων της εξέτασης.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 775 από 789 (98%) ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο υγείας. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 52,5 ετών και 72% ήταν γυναίκες. Τουλάχιστον 12% των ασθενών (εύρος 12% έως 36%) είχαν αναφέρει στο FH του 1 εκ των 4 χρόνιων ασθενειών. Μεταξύ των ασθενών με θετικό FH, τα ακόλουθα ποσοστά των ασθενών καταγράφονται στο EMR σε σύγκριση με το ερωτηματολόγιο: διαβήτη, 24% στην EMR έναντι 36% επί του ερωτηματολογίου, $\kappa = 0.466$ στεφανιαία νόσο, 35% στην EMR έναντι 22% επί του ερωτηματολογίου, $\kappa = 0.225$ καρκίνο του μαστού, το 21% στην EMR έναντι 22% επί του ερωτηματολογίου, $\kappa = 0.241$ και CRC, 12% στην EMR έναντι 14% επί του ερωτηματολογίου, $\kappa = 0.510$. Υπήρχε μέτρια συμφωνία για τον διαβήτη και την CRC. Η παρουσία της FH ήταν σημαντικός προγνωστικός δείκτης της CRC ελέγχου (λόγος πιθανοτήτων 1,9, 95% CI 01.01 - 03.01).

Συμπέρασμα: Μια μέτρια επικράτηση της FH βρέθηκε για 4 συνθήκες για τις οποίες οι συστάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου ποικίλουν ανάλογα με τον κίνδυνο με βάση FH. Έχοντας ασθενείς οι οποίοι συμπλήρωσαν μόνοι τους το οικογενειακό αρχείο (FH), αυτό θεωρήθηκε εφικτό. Ωστόσο, παραμένουν ερωτήματα σχετικά με την ακρίβεια και την πληρότητα του FH τόσο από την αυτοαναφορά των ασθενών και όσο και από τα στοιχεία του EMR. Οι εργασίες που απαιτούνται για να καθορίσουν τον τρόπο ώστε να διευκολυνθεί η υιοθέτηση των εργαλείων του FH στην πράξη, καθώς και οι στρατηγικές που συνδέουν την οικογενή κίνδυνο σε κατάλληλη εξέταση.

Health-Related Quality of Life in Primary Care: Which Aspects Matter in Multimorbid Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in a Community Setting?

Abstract

Background and Objective Knowledge about predictors of health-related quality of life for multimorbid patients with type 2 diabetes mellitus in primary care could help to improve quality and patient-centeredness of care in this specific group of patients. Thus, the aim of this study was to investigate the impact of several patient

characteristics on health-related quality of life of multimorbid patients with type 2 diabetes mellitus in a community setting.

Research Design and Methods A cross-sectional study with 32 primary care practice teams in Mannheim, Germany, and randomly selected multimorbid patients with type 2 diabetes mellitus (N = 495) was conducted. In order to analyze associations of various patient characteristics with health-related quality of life (EQ-5D index) a multilevel analysis was applied.

Results After excluding patients with missing data, the cohort consisted of 404 eligible patients. The final multilevel model highlighted six out of 14 explanatory patient variables which were significantly associated with health-related quality of life: female gender ($r = -0.0494$; $p = .0261$), school education of nine years or less ($r = -0.0609$; $p = .0006$), (physical) mobility restrictions ($r = -0.1074$; $p = .0003$), presence of chronic pain ($r = -0.0916$; $p = .0004$), diabetes-related distress ($r = -0.0133$; $p < .0001$), and BMI ($r = -0.0047$; $p = .0045$).

Conclusion The findings of this study suggest that increased diabetes-related distress, chronic pain, restrictions in (physical) mobility, female gender, as well as lower education and, increased BMI have a noteworthy impact on health-related quality of life in multimorbid patients with type 2 diabetes mellitus seen in primary care practices in a community setting. The highlighted aspects should gain much more attention when treating multimorbid patients with type 2 diabetes mellitus.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ιστορικό και Σκοπός: Η γνώση για την προβλεπόμενη ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, οι οποίοι επίσης πάσχουν κι από άλλα νοσήματα (multimorbid), στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα μπορούσε να βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Έτσι, ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η επίδραση των διαφόρων χαρακτηριστικών των ασθενών σε σχέση με την υγεία ποιότητα ζωής των multimorbid ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε μία κοινότητα.

Σχεδιασμός Έρευνας και Μεθοδολογία Μια σύγχρονη μελέτη διεξήχθη με 32 ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Μανχάιμ της Γερμανίας, και τυχαία επιλέχθηκαν multimorbid ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (N = 495). Προκειμένου να αναλυθούν οι ενώσεις των διαφόρων χαρακτηριστικών των ασθενών με την ποιότητα ζωής σχετιζόμενης με την υγεία (δείκτη EQ-5D) εφαρμόστηκε μια πολυεπίπεδη ανάλυση.

Αποτελέσματα Μετά την εξαίρεση των ασθενών με δεδομένα που λείπουν, η ομάδα αποτελούνταν από 404 επιλέξιμους ασθενείς. Στο τελικό πολυεπίπεδο μοντέλο επισημαίνονται 6 από τις 14 ερμηνευτικές μεταβλητές των ασθενών που συνδέονταν σημαντικά με την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία: το γυναικείο φύλο ($r = -0,0494$ $P = 0,0261$), η σχολική εκπαίδευση εννέα ετών ή λιγότερο ($r = -0,0609$ $p = 0,0006$), (περιορισμοί σωματική) κινητικότητα ($r = -0,1074$ $p = 0,0003$), παρουσία του χρόνιου πόνου ($r = -0,0916$ $p = 0,0004$), σχετίζονται με τον διαβήτη διατρέχουν κίνδυνο ($r = -0,0133$ $p < 0,0001$), και BMI ($r = -0,0047$ $p = 0,0045$).

Συμπέρασμα Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι η αυξημένη δυσφορία ο χρόνιος πόνος, οι περιορισμοί στην (σωματική) κινητικότητα, το γυναικείο φύλο, και η χαμηλή εκπαίδευση σχετίζονται με τον διαβήτη καθώς και ο αυξημένος ΔΜΣ έχουν αξιοσημείωτη επίδραση στην ποιότητα ζωής των multimorbid ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Τα δεδομένα αυτά παρατηρήθηκαν σε πρακτικές πρωτοβάθμιας φροντίδας σε μια κοινότητα. Ορισμένες από τις υπερέχουσες απόψεις θα πρέπει να αποκτήσουν πολύ μεγαλύτερη προσοχή κατά τη θεραπεία των multimorbid ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Nursing Workforce Characteristics and Control of Diabetes Mellitus in Primary Care: a Multilevel Analysis. Spain

ABSTRACT

Background: Nurse activity is determined by the characteristics of nursing staff. The objective was to determine the impact of Primary Health Care (PHC) nursing workforce characteristics on the control of Diabetes Mellitus (DM) in adults.

Method: Cross-sectional analytical study. Administrative and clinical registries and questionnaire PES-Nursing Work Index from PHC nurses. Participants 44.214 diabetic patients in two health zones within the Community of Madrid, North-West Zone (NWZ) with higher socioeconomic situation and South-West Zone (SWZ) with lower socioeconomic situation, and their 507 reference nurses. Analyses were performed to multivariate multilevel logistic regression models. Primary outcome measure: Poor DM control (figures $\geq 7\%$ HbA1c)

Results: The prevalence of poor DM control was 40.1% [CI95%: 38.2- 42.1]. There was a risk of 25% more of poor control if the patient changed centre and of 27% if changed of doctor-nurse pair. In the multilevel multivariate regression models: in SWZ increasing the ratio of patients over 65 years per nurse increased the poor control (OR=1.00008 [CI95%:1.00006-1.001]); and higher proportion of patients whose Hb1Ac was not measured at the centre contributed to poor DM control (OR=5.1 [CI95%:1.6-15.6]). In two models for health zone, the economic immigration condition increased poor control, in SWZ (OR=1.3 [CI95%:1.03-1.7]); and in NWZ (OR=1.29 [CI95%:1.03-1.6]).

Conclusions: Higher 65 years old patients ratio per nurse, economic immigration condition and a higher proportion of patients whose Hb1Ac was not measured contribute to worse DM control.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δραστηριότητα της νοσοκόμας έχει καθοριστεί από τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο στόχος ήταν να προσδιοριστεί η επίδραση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στο νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό για τον έλεγχο του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) σε ενήλικες.

Μέθοδος: Σύγχρονη και αναλυτική μελέτη. Ερευνήθηκαν διοικητικά και κλινικά αρχεία και ερωτηματολόγια στο PES-Νοσηλευτική Δείκτης Εργασίας από το PHC νοσηλευτές. Οι συμμετέχοντες ήταν 44.214 διαβητικοί ασθενείς, χωρίστηκαν σε δύο ζώνες εντός της κοινότητας της Μαδρίτης, με πρώτη την Βορειο-Δυτική-Ζώνη (NWZ) με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και δεύτερη τη Νότιο-Δυτική Ζώνη (SWZ) με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, και 507 νοσηλευτές αναφοράς τους. Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν σε πολυεπίπεδα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης. Πρωταρχική μέτρηση έκβασης: Κακή ελέγχου DM (εικόνες $\geq 7\%$ HbA1c).

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της ανεπαρκούς ελέγχου DM ήταν 40,1% [CI 95%: 38.2- 42.1]. Υπήρχε κίνδυνος κατά 25% περισσότερο από τον πλημμελή έλεγχο αν ο ασθενής αλλάξει άξονα και του 27% αν αλλάξει το ζεύγος γιατρός-νοσοκόμα. Στα πολυεπίπεδα μοντέλα πολυμεταβλητής παλινδρόμησης: σε SWZ αύξηση της αναλογίας των ασθενών άνω των 65 ετών, ανά νοσηλευτή αύξησε το φτωχό έλεγχο (OR = 1,00008 [CI 95%: 1,00006 έως 1,001]) και μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών των οποίων Hb1Ac δεν μετρήθηκε στο κέντρο συνέβαλε στον κακό έλεγχο DM (OR = 5,1 [CI 95%: 1,6 - 15,6]). Σε δύο μοντέλα για τη ζώνη υγείας, η κατάσταση της οικονομικής μετανάστευσης αύξησε τον ανεπαρκή έλεγχο σε SWZ (OR = 1,3 [CI 95%: 01/03 - 01/07]) και NWZ (OR = 1,29 [CI 95%: 01.03 - 01.06]).

Συμπεράσματα: Η υψηλότερη αναλογία ασθενών ηλικίας 65 ετών ανά νοσηλευτή, η κατάσταση της οικονομικής μετανάστευσης και ένα υψηλότερο ποσοστό των ασθενών των οποίων Hb1Ac δεν μετρήθηκε, συμβάλλουν στην επιδείνωση του ελέγχου DM.

Prediabetes Diagnosis and Treatment in Primary Care

Background: The increasing prevalence of diabetes is a major health problem. The detection and treatment of prediabetes can delay the onset of diabetes and presents an important diabetes prevention strategy.

Methods: Using data from the 2012 National Ambulatory Medical Care Survey, we studied visits by adults aged >45 years without diagnosed diabetes who had an HbA1c test within 90 days of the visit (n 518 unweighted visits; n 11,167,004 weighted visits). HbA1c results were categorized into normal, prediabetes, and diabetes, and we examined patient characteristics (age, sex, race, payer type, body mass index) and treatment of prediabetes.

Results: Among visiting adults, 54.6% had a normal HbA1c value, 33.6% had prediabetes, and 11.9% had diabetes. Of those patient visits with HbA1c consistent with prediabetes, the number of patients diagnosed with prediabetes was too low for a reliable population estimate. Indication of treatment in the medical record (lifestyle modification counseling and/or metformin) was present in 23.0% of those with diagnosed or undiagnosed prediabetes. The most common treatment was lifestyle modification counseling.

Conclusions: Our findings show that there are missed opportunities for diabetes prevention in primary care. Providers need to change their approach to prediabetes and play a more effective role in preventing diabetes.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αυξανόμενη συχνότητα του διαβήτη είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας. Η ανίχνευση και η θεραπεία του προδιαβήτη μπορεί να καθυστερήσει την εμφάνιση του διαβήτη και παρουσιάζει μια σημαντική στρατηγική πρόληψης του διαβήτη.

Μέθοδοι: Χρησιμοποιώντας δεδομένα από την Εθνική Έρευνα Φροντίδα Ιατρική Περιπατητική 2012 μελετήσαμε επισκέψεις από ενήλικες ηλικίας > 45 χρόνια χωρίς διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε δοκιμασία HbA1c εντός 90 ημερών από την επίσκεψη. Τα αποτελέσματα της HbA1c κατηγοριοποιούνται σε προδιαβήτη και διαβήτη καθώς επίσης εξετάστηκαν τα χαρακτηριστικά του ασθενούς (ηλικία, φύλο, φυλή, δείκτη μάζας σώματος) και η θεραπεία του προδιαβήτη.

Αποτελέσματα: Μεταξύ των επισκέψεων των ενηλίκων το 54,6% είχε μια κανονική τιμή της HbA1c, το 33,6% είχαν προδιαβήτη και το 11,9% είχε διαβήτη. Από αυτές τις

επισκέψεις των ασθενών με HbA1c συνεπής με προδιαβήτη, ο αριθμός των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με προδιαβήτη ήταν πολύ χαμηλός για μια αξιόπιστη εκτίμηση του πληθυσμού. Η ένδειξη της θεραπείας στον ιατρικό φάκελο (συμβουλευτική αλλαγή του τρόπου ζωής και / ή μετφορμίνη) ήταν παρούσα στο 23,0% των ατόμων με διάγνωση ή αδιάγνωστο προδιαβήτη. Η πιο κοινή θεραπεία ήταν συμβουλευτική τροποποίηση του τρόπου ζωής.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα μας δείχνουν ότι υπάρχουν χαμένες ευκαιρίες για την πρόληψη του διαβήτη στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι πάροχοι θα πρέπει να αλλάξουν την προσέγγισή τους για προδιαβήτη και να διαδραματίσουν έναν πιο αποτελεσματικό ρόλο στην πρόληψη του διαβήτη.

Transition from specialist to primary diabetes care: A qualitative study of perspectives of primary care physicians

Abstract

Background: The growing prevalence of diabetes and heightened awareness of the benefits of early and intensive disease management have increased service demands and expectations not only of primary care physicians but also of diabetes specialists. While research has addressed issues related to referral into specialist care, much less has been published about the transition from diabetes specialists back to primary care. Understanding the concerns of family physicians related to discharge of diabetes care from specialist centers can support the development of strategies that facilitate this transition and result in broader access to limited specialist services. This study was undertaken to explore primary care physician (PCP) perspectives and concerns related to reassuming responsibility for diabetes care after referral to a specialized diabetes center.

Methods: Qualitative data were collected through three focus groups. Sessions were audio-taped and transcribed verbatim. Data were coded and sorted with themes identified using a constant comparison method. The study was undertaken through the

regional academic referral center for adult diabetes care in Ottawa, Canada. Participants included 22 primary care physicians representing a variety of referral frequencies, practice types and settings.

Results: Participants described facilitators and barriers to successful transition of diabetes care at the provider, patient and systems level. Major facilitators included clear communication of a detailed, structured plan of care, ongoing access to specialist services for advice or re-referral, continuing education and mentoring for PCPs. Identified provider barriers were gaps in PCP knowledge and confidence related to diabetes treatment, excessive workload and competing time demands. Systems deterrents included reimbursement policies for health professionals and inadequate funding for diabetes medications and supplies. At the PCP-patient interface, insufficient patient confidence or trust in PCP's ability to manage diabetes, poor motivation and "noncompliance" emerged as potential patient barriers to transition. Incongruence between PCP attitudes and expectations related to diabetes self-management and those of patients who had attended a multidisciplinary specialist center was also observed.

Conclusion: This study underlines the breadth of PCP concerns related to transition of diabetes care and the importance of this topic to them. While tools that promote timely information flow and care planning are cornerstones to successful transition, and may be sufficient for some practitioners, appropriately resourced decision support and education strategies should also be available to enhance PCP capacity and readiness to resume diabetes care after referral to a specialist center. Characteristics of the patient-care provider relationship that impact discharge were identified and are worthy of further research.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αυξανόμενη συχνότητα του διαβήτη και αυξημένη ευαισθητοποίηση σχετικά με τα οφέλη και την έγκαιρη και εντατική διαχείριση της νόσου, έχουν αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών και προσδοκιών όχι μόνο των γιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά και των ειδικών του διαβήτη. Ενώ η έρευνα έχει ασχοληθεί με θέματα που

αφορούν την εξειδικευμένη φροντίδα, πολύ λιγότερο έχει γίνει λόγος σχετικά με τη μετάβαση πίσω στην πρωτοβάθμια φροντίδα από ειδικούς ιατρούς του διαβήτη. Κατανοώντας τις ανησυχίες της οικογένειάς τους που σχετίζονται με την απαλλαγή φροντίδας του διαβήτη από τα εξειδικευμένα κέντρα, μπορεί να στηρίξει την ανάπτυξη στρατηγικών που θα διευκολύνουν τη μετάβαση αυτή και να οδηγήσει σε ευρύτερη πρόσβαση σε περιορισμένο εξειδικευμένες υπηρεσίες. Η μελέτη αυτή έγινε για να εξερευνηθεί γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας (PCP) οι προοπτικές και οι ανησυχίες που σχετίζονται αποκαθιστώντας την ευθύνη για τη φροντίδα του διαβήτη μετά από παραπομπή σε εξειδικευμένο κέντρο διαβήτη.

Μέθοδοι: Τα ποιοτικά δεδομένα συλλέχθηκαν μέσα από τρεις ομάδες εστίασης. Οι συνεδρίες ήταν ηχογραφημένες και μεταγράφηκαν κατά λέξη. Τα δεδομένα κωδικοποιούνται και ταξινομούνται με θέματα που προσδιορίζονται χρησιμοποιώντας μια σταθερή μέθοδο σύγκρισης. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε περιφερειακό ακαδημαϊκό κέντρο παραπομπής για τη φροντίδα του διαβήτη σε ενήλικες στην Οτάβα του Καναδά. Μεταξύ των συμμετεχόντων ήταν 22 γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης που αντιπροσωπεύουν μια ποικιλία συχνοτήτων παραπομπής, τύπων πρακτικής και τις ρυθμίσεων.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες που περιγράφονται ως διαμεσολαβητές και τα εμπόδια για την επιτυχή μετάβαση της φροντίδας του διαβήτη σε επίπεδο παρόχου, των ασθενών και των συστημάτων. Σημαντικές διαμεσολαβητές περιλαμβάνονται σαφή επικοινωνία ενός λεπτομερούς, δομημένο σχέδιου φροντίδας, συνεχής πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για την παροχή συμβουλών ή την εκ νέου παραπομπή, συνεχή εκπαίδευση και καθοδήγηση για PCPs. Εντοπίστηκαν τα εμπόδια πάροχος ήταν κενά στη γνώση PCP και την εμπιστοσύνη που σχετίζονται με τη θεραπεία του διαβήτη, υπερβολικό φόρτο εργασίας και ανταγωνιστικές απαιτήσεις του χρόνου. Συστήματα αποτροπής περιλαμβάνονται πολιτικές επιστροφής για τους επαγγελματίες της υγείας και η ανεπαρκής χρηματοδότηση για φάρμακα διαβήτη και τις προμήθειες. Στο PCP-ασθενή διασύνδεση, ανεπαρκή εμπιστοσύνη των ασθενών ή την εμπιστοσύνη στην ικανότητά PCP να διαχειριστεί το διαβήτη, έλλειψη κινήτρων και «μη συμμόρφωσης» αναδείχθηκε ως πιθανά εμπόδια ασθενή σε μετάβαση.

Ασυμφωνία μεταξύ των στάσεων PCP και τις προσδοκίες που σχετίζονται με το διαβήτη αυτοδιαχείριση και εκείνων των ασθενών που είχαν παρακολουθήσει. Παρατηρήθηκε επίσης μια διεπιστημονική εξειδικευμένο κέντρο.

Συμπέρασμα: Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει το εύρος της PCP ανησυχίες που σχετίζονται με τη μετάβαση της φροντίδας του διαβήτη και τη σημασία αυτού του θέματος. Τα εργαλεία που προωθούν την έγκαιρη ροή των πληροφοριών και ο σχεδιασμός φροντίδας αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους για την επιτυχή μετάβαση και μπορεί να είναι επαρκής για ορισμένους επαγγελματίες που διαθέτουν επαρκείς πόρους υποστήριξης αποφάσεων και στρατηγικές εκπαίδευσης θα πρέπει επίσης να είναι διαθέσιμες για την ενίσχυση της ικανότητας PCP και την προθυμία της να επαναλάβει τη φροντίδα του διαβήτη μετά από παραπομπή σε ειδικό κέντρο. Χαρακτηριστικά της σχέσης φορέα παροχής περίθαλψης εξωτερικών ασθενών ότι η απαλλαγή των επιπτώσεων εντοπίστηκαν και χρήζουν περαιτέρω έρευνας.

No moment wasted: the primary-care visit for adults with diabetes and low socioeconomic status

Abstract

AIM: To better understand the type and range of health issues initiated by patients and providers in 'high-quality' primary-care for adults with diabetes and low socioeconomic status (SES).

BACKGROUND: Although quality of care guidelines are straightforward, diabetes visits in primary care are often more complex than adhering to guidelines, especially in adults with low SES who experience many financial and environmental barriers to good care.

METHODS: We conducted a qualitative study using direct observation of primary-care diabetes visits at an exemplar safety net practice in 2009-2010. Findings In a mainly African American (93%) low-income population with fair cardiovascular control (mean A1c 7.5%, BP 134/81 mmHg, and low-density lipoprotein cholesterol 100 mg/dL), visits addressed a variety of bio-

psychosocial health issues [median: 25 problems/visit (range 13-32)]. Physicians most frequently initiated discussions about chronic diseases, prevention, and health behavior. Patients most frequently initiated discussions about social environment and acute symptoms followed by prevention and health behavior.

CONCLUSIONS: Primary-care visits by diabetes patients with low SES address a surprising number and diversity of problems. Emerging new models of primary-care delivery and quality measurement should allow adequate time and resources to address the range of tasks necessary for integrating biomedical and psychosocial concerns to improve the health of socio-economically disadvantaged patients.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Για να κατανοήσουμε καλύτερα το είδος και το εύρος των θεμάτων υγείας που ξεκίνησε από τους ασθενείς και τους παρόχους σε «υψηλής ποιότητας» πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τους ενήλικες με διαβήτη και χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (SES).

Παρά το γεγονός ότι η ποιότητα των κατευθυντήριων γραμμών για την φροντίδα είναι απλή, οι επισκέψεις διαβητικών ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελούν συχνά ένα πιο περίπλοκο ζήτημα από ό, ακολουθώντας τις κατευθυντήριες γραμμές ειδικά σε ενήλικες με χαμηλό SES που αντιμετωπίζουν πολλά οικονομικά και περιβαλλοντικά εμπόδια για την καλή φροντίδα.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήσαμε μια ποιοτική μελέτη χρησιμοποιώντας την άμεση παρατήρηση των επισκέψεων των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα σε ένα υπόδειγμα πρακτικής κατά την περίοδο 2009-2010. Τα ευρήματα ενός καρδιαγγειακού ελέγχου μίας αφροαμερικάνικης κοινότητας (93%) με χαμηλό εισόδημα του πληθυσμού ήταν A1c 7,5% η ΑΠ 134/81 mmHg και της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης χοληστερόλη 100 mg / dL. Οι γιατροί εισήχθησαν πιο συχνά συζητήσεις για τις χρόνιες ασθένειες, την πρόληψη και τη συμπεριφορά υγείας. Ενώ, οι ασθενείς εισήχθησαν πιο συχνά συζητήσεις σχετικά με το κοινωνικό περιβάλλον και οξεία συμπτώματα που ακολουθούνται από την πρόληψη και τη συμπεριφορά υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι επισκέψεις των διαβητικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη με χαμηλό SES ανέδειξαν έναν εκπληκτικό αριθμό προβλημάτων. Αναδύθηκαν νέα μοντέλα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας και μέτρησης της ποιότητας, ωστόσο πρέπει να επιτραπεί επαρκής χρόνος και πόροι για να αντιμετωπίσουν το φάσμα των καθηκόντων που απαιτούνται για την ολοκλήρωση της βιοϊατρικής και των ψυχοκοινωνικών ανησυχιών για τη βελτίωση της υγείας των κοινωνικο-οικονομικά ασθενέστερων ασθενών.

The Effect of Regular Primary Care Utilization on Long-Term Glycemic and Blood Pressure Control in Adults With Diabetes

Abstract

Purpose: Complications of diabetes mellitus (DM) can be reduced with regular preventive care and guidance on self-management. We investigated whether regular primary care utilization could improve glycemic control and blood pressure control among American Indian/Alaska Native people with DM.

Methods: Patient characteristics, risk factors, and health outcomes were identified from electronic health records of a cohort of 2138 adults with DM who received care between 1995 and 2010 from Southcentral Foundation, a tribal provider. Bivariate probit regression models estimated the probability of glycemic control and blood pressure control as functions of regular primary care, risk factors, and access factors, while taking into account potential bias arising from voluntarily choosing to seek primary care services.

Results: Regular primary care was associated with an 89% increased likelihood of blood pressure control (95% confidence interval [CI], 59–118%) and 177% increased likelihood of glycemic control (95% CI, 123–222%). Increasing the distance by 10 miles to primary care services reduced the likelihood of regular primary care by 3.7% (95% CI, 2.9% to 4.6%).

Conclusions: Regular primary care utilization over 16 years was associated with higher rates of blood pressure control and glycemic control for adults with DM. People living closer to primary care services had a better chance of improved outcomes.

Περίληψη

Σκοπός: Ο επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) θα μπορούσαν να μειωθεί με την τακτική προληπτική φροντίδα και καθοδήγηση σχετικά με την αυτοδιαχείριση. Ερευνήσαμε αν η τακτική αξιοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα μπορούσε να βελτιώσει τον γλυκαιμικό έλεγχο και τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης σε διαβητικούς ασθενείς από Ινδία και Αλάσκα.

Μέθοδοι: Τα χαρακτηριστικά των ασθενών, οι παράγοντες κινδύνου και τα αποτελέσματα της υγείας εντοπίστηκαν από τα ηλεκτρονικά μητρώα υγείας μιας ομάδας αποτελούμενη από 2138 ενήλικες με ΣΔ που υποβλήθηκαν σε θεραπεία μεταξύ των ετών 1995 και 2010 από Southcentral Foundation. Διμεταβλητά μοντέλα παλινδρόμησης εκτίμησαν την πιθανότητα του γλυκαιμικού ελέγχου και του ελέγχου της αρτηριακής πίεσης, ως λειτουργίες της τακτικής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τους παράγοντες κινδύνου, καθώς και παράγοντες της πρόσβασης, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη την πιθανή προκατάληψη που προκύπτει από εκείνους που οικειοθελώς επιλέγουν να αναζητήσουν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Αποτελέσματα: Η τακτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας συσχετίστηκε με 89% αυξημένη πιθανότητα ελέγχου της πίεσης του αίματος (95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI] 59 -118%) και 177% αύξηση της πιθανότητας του γλυκαιμικού ελέγχου. Η αύξηση της απόστασης από 10 μίλια σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας μείωσε την πιθανότητα της τακτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά 3,7% (95% CI 2,9% σε 4,6%).

Συμπεράσματα: Η αξιοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας άνω των 16 ετών συσχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά ελέγχου πίεσης του αίματος και του γλυκαιμικού ελέγχου σε ενήλικες με ΣΔ. Συμπερασματικά, οι άνθρωποι που ζουν κοντά σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας είχαν μια καλύτερη ευκαιρία να βελτιώσουν τα αποτελέσματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Bartz, C.C., 2010. International Counsel of nurses and person-centered care. *International Journal of Integrated Care*.

Bates, D.W., 2010. Primary Care and the US Health Care System: What Needs to Change?. *Journal of General Internal Medicine*, 25(10), p. 998-999.

Berwick, D.M. 2002. A user's manual for the IOM's «Quality Chasm» report. *Health Affairs* 1:80-90

Duffy, R. L., Yiu. S.S.A., Molokhia, E., Walker, R. & Perkins, R.A., 2010. Effects of Electronic Prescribing on the Clinical Practice of a Family Medicine Residency. *Family Medicine*, 42(5), p. 358 - 363.

Fleck, 2004. Rich and poor to clash over sugar in WHO's healthy diet plan. *BMJ*. 328: 730

Fortin, M., Chouinard, M., Bouhali, T., Dubois, M., Gagnon, C., Bélanger, M. 2013. Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. *Health Services Research*

Health Quality Ontario, 2013. Specialized nursing practice for chronic disease management in the primarycare setting: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 10(13), p. 1-66.

Shi, L., Masis, D. P. & Guanais, F., 2012. Measurement of Primary Care: Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool. *Inter-American Development Bank*.

Lerberghe, W.V., Evans, T., Rasanathan, K. & Mechbal, A., 2008. *The World Health Report: Primary Health Care now more than ever*. [e-book] Switzerland: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

National Association of Community Health Centers, 2012. The State of Unmet Need for Primary Health Care in America. *Health Wanted*.

Taylor, C., Lillis, C. & LeMone, P., 2006. *Fundamentals of Nursing Practice: The Art & Science of Nursing*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από . Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Phillips, R. & Bazemore, A., 2010. Primary Care And Why It Matters For U.S. Health System Reform. *Health Affairs*, 29(5), p. 806-810.

Tamblyn, R., Huanq, A., Kawasumi, Y., Bartlett, G., Grad, R., Jacques, A., Dawes, M., Abrahamowicz, M., Perreault, R., Taylor, L., Winslade, N., Poissant, L. & Pinsonneault, A., 2006. The Development and Evaluation of an Integrated Electronic Prescribing and Drug Management System for Primary Care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(2), p. 148-159.

HRSA, 2012. *Health Resources and Services Administration*. Available at: <http://www.hrsa.gov/healthit/toolbox/HealthITAdoptiontoolbox/ElectronicPrescribing/epreswork.html>

MedRunner Inc., 2011. *MedRunner*. Available at: <http://www.medrunner.ca/learn-more/eprescribing>

Strumpf, E., Levesque, J., Coyle, N., Hutchbison, B., Barnes, M. & Wedel, R.J., 2012. Innovative and diverse strategies toward primary healthcare reform: lessons learned from the Canadian experience. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25, p.27-33.

Bodenheimer, T., Wagner, E. & Grumbach, K., 2002. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA*, 15(288).

Bodenheimer, T., Lorig, K. & Holman, H., 2002. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA*, 19(288).

Clark R, Yallop J, Piterman L, et al. 2007. Adherence, adaptation and acceptance of elderly chronic heart failure patients to receiving healthcare via telephone-monitoring. *Eur J Heart Fail*, 9(11), 1104-1111.

Clark R, Driscoll A. 2009. Access and quality of heart failure management programs in Aust. *Aust Crit Care*, 22(3), 111-116.

European Society of Hypertension-European Society of Cardiology, 2003. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology. *Hypertens*, pp. 1011-1053.

Gardner, D., 2011. *Greenspan's basic & clinical endocrinology*. New York: McGraw-Hill Medical.

Isherwood, L., Kalucy, L. 2009. Evolution of chronic disease management in primary health care. *Primary Health Care*. Issue 9.

Irwin, R. & James, M., 2010. *Manual of intensive care medicine*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Hawkes, 2002. Marketing activities of global soft and fast food companies in emerging markets: a review. In: *Globalization, Diets and Noncommunicable Disease*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Howard R, Sandars R, Lydall-Smith S. 2008. The implementation of Restoring Health—a chronic disease model of care. *Chron Respir Dis*, 5(3), 133-141.

Kyloudis, P., Tananaki, M., Rekleiti, M. 2012. The management of the mentally ill patients in Primary Care. *Interscientific Health Care*. Vol. 4 Issue 1, p.2-8.

Leeder, S., Raymond, S. Greenberg, H., Liu, H., Esson, K. 2004. *A race against time: The challenge of Cardiovascular Disease in Developing economies*. New York: Columbia University

Mariolis, A., Merkouris, B., Lionis, C., 2004. Introducing general practice in urban Greece: focus on morbidity profile. *Eur J Gen Pract*. 10 (3): 105-6

Sotiriadou, K., Malliarou, M., Sarafis, P. 2011. Primary Health Care in Greece -status and prospects. *Interscientific Health Care*. Issue 4

Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. & Bonomi, A., 2001. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, Issue 20, pp. 64-78..

Wolff, J., Starfield, B., Anderson, G., (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 162:2269-79.

Souliotis, K., 2014. Strengthening and Enlarging Primary Health Care as an evidence-based public health option under resource constraints: the case of opioid addiction.. *Archives of Hellenic Medicine / Arheia Ellenikes Iatrikes*, 1(31), pp. 7-12.

Kierkegaard, P., 2013. E-Prescription across Europe. *Health and Technology*, September, 3(3), pp. 205-219.

WHO, 2008. *Core Health Indicators: Netherland*, World Health Organization.

Ching, S. M., Zakaria, Z. A., Paimin, F. & Jalalian, M., 2013. Compelementary alternative medicine use among patients with type 2 diabetes mellitus in the primary care setting: a cross-sectional study in Malaysia. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13, p.148.

Rollason, W, Khunti, K. & Lusignan, S., 2009. Variation in the recording of diabetes diagnostic data in primary care computer systems: implications for the quality of care. *Informatics in Primary Care PHCSG*, 17, p.113-119.

Wee, A.K.H., 2016. Serum folate predicts muscle strength: a pilot cross-sectional study of the association between serum vitamin levels and muscle strength and gait measures in patients > 65 years old with diabetes mellitus in a primary care setting. *Nutrition Journal*, 15, p.89.

Do Valle Nascimento, T.M.R., Resnicow, K., Nery, M., Brehtani, A., Kaselitz, E., Agrawai, P., Mand, S. & Heisler, M. 2017. A Pilot Study of a Community Health Agent-Led type 2 diabetes self-management program using Motivational Interviewing- based approaches in a public primary care center in Sao Paulo, Brazil. *BMC Health Services Research*, 17, p.32.

Carroll, J.C., Campbell-Scherer, D., Permaul, J.A., Myers, J., Manca, D.P., Meaney, C., Moineddin, R. & Grunfeld, E., 2017. Assessing family history of chronic disease in primary care: prevalence, documentation and appropriate screening. *Canadian Family Physician*, 63.

Kamradt, M., Krisam, J., Kiel, M., Qrein, M., Besier, W., Szecsenyi, J. & Ose, D., 2017. Health-related Quality of Life in Primary Care: which Aspects Matter in Multimorbid Patients with types 2 Diabetes Mellitus in a Community Setting?. *PLOS ONE*, 10.

Moreno, A.P., Perez, I. S., Santos, V. A., Torres, J. L. A., Holgado, A. D., Grande, A. G., Asencio, J. M. M. & Gallardo, P. S., 2016. Nursing Workforce Characteristics and

Control of Diabetes Mellitus in Primary Care: a Multilevel Analysis Spain. *Rev. Esp Salud Publica*, 90.

Mainous, A.G., Tanner, R.J. & Baker, R., 2016. Prediabetes Diagnosis Treatment in Primary Care. *JABEM*, 92(2).

Brez, S., Rowan, M., Malcolm, J., Izzi, S., Maranger, J., Liddy, C., Keely, E. & Ooi, T. C., 2009. Transition from specialist to primary diabetes care: A qualitative study of perspectives of primary care of physicians. *BMC Family Practise*, 10.

Bolen, S.D., Sage, P., Perzynski, A.T. & Stange, K.C., 2016. No moment wasted: the primary-care visits for adults with diabetes and low socio-economics adults. *Primary Health Care Research & Development*, 17, p.18-32.

Smith, J.J., Berman, M.D., Hiratsuka, V. Y. & Frasier, R. R., 2015. The effect of Regular Primary Care Utilization on Long-Term Glykemic and Blood Pressure Control in Adults with Diabetes. *JABFM*, 28(1).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αγαπίδης, Ι. 2014. Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: το παράδειγμα του Δήμου Αιγάλεω. Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Πειραιώς

Αδαμακίδου, Θ., 2015. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στην Ι. Αγγελουπούλου, έκδοση. 2015. *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κάλλιπος. Σελ.1-25.

Αντωνιάδου, Ι., Κούτης, Α., Λιονής, Χ., Μυλωνέρος, Θ., Παναγιωτόπουλος, Τ. & Μπένος, Α., 2015. *Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. [e-βιβλίο]Αθήνα. Διαθέσιμο από: <http://isx.gr/sites/default/files.pdf>

Γείτονας, Μ., Κυριόπουλος, Γ., Παπαδημητρίου, Α., Νικολάου, Β. & Γείτονας, Χ., 2000. Φαρμακοοικονομική Ανάλυση δύο Αντιαιμοπεταλιακών Αγωγών. Χορήγηση

Ασπιδίνης η Κλοπιδογρέλης για την Προληπτική Αντιμετώπιση της Αθηροθρομβωτικής Νόσου. Ιατρική, 77(6), σελ. 548-555.

Γιαβασόπουλος, Κ.Ε. & Γούρνη, Π.Γ., 2008. Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση- Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στους Χρονίως Πάσχοντες Ασθενείς. Το Βήμα του Ασκληπιού, 7(1).

Γούλα, Α., 2007. *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου: Η Ελληνική Εμπειρία και Πρακτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση .

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014. Χρόνιες ασθένειες, Η υγειονομική πρόκληση της εποχής μας. Ευρωπαϊκή Ένωση.

Ελληνική εταιρεία μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS, 2000. Η σωστή ενημέρωση είναι ζωή μάθε για το AIDS. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Βήτα.

Ζηλίδης, Χ., 2005. Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας: η Μεταρρύθμιση 2000-2004. Αθήνα: Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας.

Καλοκαιρινού, Α. & Θεοδούλα, Α., 2008. Το Οργανωτικό Πλαίσιο της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, 47(3), σελ.320–333.

Καρότσης, Α., Χρανιώτη Ι., Καραγεώργου, Δ., 2013. Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Νόσημα: Αρτηριακή Υπέρταση. Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Κίνημα Νέων Γιατρών, 2013. Προτάσεις για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Pharma&HealthBusiness, Μάρτιος.

Κουλούρη, Α., Γρηγορίου, Γ., Ρούπα, Ζ., Χατζόγλου, Χ. & Γουργουλιάνης, Κ., 2012. Συστήματα Τηλεμετρίας και Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Αποδοχή από Επαγγελματίες Υγείας και Ασθενείς. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 4(4), σελ. 128-135.

Κυλούδης, Π., Τανανάκη, Μ., Ρεκλείτη, Μ., 2012. Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4(1), σελ. 1-8.

Κυριακόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ. & Τσάκος, Γ., 2003. *Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.

Λιαρόπουλος, Λ., 2007. *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α΄ Τόμος*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Λιονής, Χ. & Σουλιώτης, Κ., 2010. *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Επίκεντρο μιας Διαχρονικής Συζήτησης: Επιλεγμένα άρθρα πολιτικής και τεκμηρίωσης*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης .

Λιονής, Χ., 2002. Το Σχέδιο Νόμου στην Π.Φ.Υ.- Μια Πρόκληση στη Μεταρρύθμιση Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 14, σελ.11–12.

Μαντάς, Ι., 2007. *Πληροφορική της Υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

Μαχμουντ , Α., 2012. Νοσογόνος Παχυσαρκία : Η μάστιγα του σύγχρονου πολιτισμού. Χειρουργός.

Μεχίλι, Ε., Διομήδους, Μ., Γκουγκουμάτη, Κ. & Καλοκαιρινού, Α., 2012. Διερεύνηση Κόστους -Αποτελεσματικότητας στη Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*.

Μπότσης, Τ. & Χαλκιώτης, Σ., 2005. *Πληροφορική Υγείας. Η Εφαρμογή της Πληροφορικής στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Διάυλος.

Μπατίκας, Α., Καρότσης, Α., Μιχαλάκη, Ε. 2013. Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Νόσημα: Σακχαρώδης Διαβήτης*. Πανεπιστήμιο Κρήτης

N.3235/2004, 2004. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*.

Οικονομοπούλου, Χ., 2012. *Η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας*. Στέλεχος Υπηρεσιών Υγείας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς, 2011. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: Ο Ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: το Παράδειγμα του Δήμου Αιγάλεω. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς, 2014. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και η Αναγκαιότητα Ανασυγκρότησής της. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Π.Ο.Υ., 1946. *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας*.

Παπακωστίδη, Α. & Τσουκαλάς, Ν., 2012. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), pp. 480-488.

Παπαμίχος, Α., Οικονομόπουλος, Γ., Θηραίος, Ε. & Παπανικολάου, Ν., 2007. Προς ένα Καινοτόμο Μοντέλο Διαχείρισης της Π.Φ.Υ.: Εταιρική Σχέση Πολιτείας, Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Ιδιωτικού Τομέα. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 19(4).

Παπαχρήστου, Γ., 2006. Ορθοπαιδική και τραυματολογία. Ιατρικές εκδόσεις.

Πιερράκος, Γ., 2008. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τοπική κοινωνία*. Αθήνα: Παπαζήση.

Σισσούρας, Α., 2012. *Τα Μετέωρα Βήματα του ΕΣΥ*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Σουλιώτης, Κ., Θηραίος, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ. & Ψαλτοπούλου, Θ., 2013. *Βασικά Σημεία Πρότασης για τη Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα: Επιστημονική Επιτροπή για την Υποστήριξη της Μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Σουλιώτης, Κ. & Λιονής, Χ., 2003. Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας : Μια πρόταση για την άρση αδιεξόδου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), σελ. 466 - 476.

Σουλιώτης, Κ., 2002. Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές Διευκρινίσεις και Διαπιστώσεις για το Σύστημα Υγείας στο:

Κυριόπουλος Κ., Σουλιώτης Κ., Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για Πολιτικές Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Σταύρου, Β., 2014. Προσεγγίζοντας την έννοια της αυτοδιαχείρισης της νόσου στη χρόνια νόσο. Μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6, σελ. 71-77.

Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., 2011. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 3(4), σελ. 140-148.

Τατσιωνη, Α. 2015. Εισαγωγή στη γενική ιατρική. Ελληνική Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα.

Τζούνης, Ε., Κερενίδη, Θ., Χατζόγλου, Χ., Δανιήλ, Ζ., Κοτρώτσιου, Ε., Γουργουλιάνης, Κ., 2016. Η διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας σε φροντιστές ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Ποιοτική ανάλυση. *RostrumofAsclepius / VimatouAsklipiou*, 15(2), σελ. 166-189.

Τούντας, Γ., 2008. *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006*. Αθήνα : Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.

Υφαντόπουλος, Γ., 2003. Τα Οικονομικά της Υγείας. Αθήνα : Δαρδανός.

Φασόη-Μπαρκά, Γ. & Κελέση & Σταυροπούλου, Μ., 2015. Χρόνια προβλήματα υγείας στους ηλικιωμένους. Η σημασία της συμβουλευτικής στη συμμόρφωσή τους με το θεραπευτικό σχήμα. *RostrumofAsclepius / VimatouAsklipiou*, 1(14), σελ. 34-44.