

Η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα υγείας και η αλλαγή της συμπεριφοράς βασική προϋπόθεση και επιδίωξη για την αποτελεσματική φροντίδα

TiTAN Crete: Εκπαιδευτική παρέμβαση για την διακοπή του καπνίσματος στους Γενικούς Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κρήτη

Ηράκλειο, Τετάρτη 23 Σεπτεμβρίου 2015

Χρήστος Λιονής MD, PhD, FRCGP(Hon)
Καθηγητής Γενικής Ιατρικής
και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστήμιο Κρήτης



lionis@galinos.med.uoc.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

- Για ποια Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μιλάμε;
- Εστίαση στον ασθενή και στην εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα
- Είναι αυτό που λείπει ;
- Τι καινούριο από ΗΠΑ και Ευρώπη;
- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και αξιολόγηση της ποιότητάς της
 - ✓ Η μελέτη EU-PHAMEU
 - ✓ Η μελέτη Mental Health Integration-comparison among 30 European countries
 - ✓ Η μελέτη QUALICOPC
- Τρόποι επιτευξης εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας
- Στην κατεύθυνση μιας νέας προοπτικής στην περίοδο της οικονομικής κρίσης
- Προτάσεις

Για ποιά Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μιλάμε;

- Ποιες είναι οι αρχές και οι αξίες που αυτή υπηρετεί;
- Ποιες υπηρεσίες προσφέρει;
- Πώς οργανώνεται και λειτουργεί σε ένα καλά συντονισμένο σύστημα υγείας;
- Πώς αξιολογείται και σε ποιο βαθμό ο ασθενής συμμετέχει στην αξιολόγηση των υπηρεσιών της;

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Και Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

How experience has shifted the focus of the PHC movement

EARLY ATTEMPTS AT IMPLEMENTING PHC	CURRENT CONCERNS OF PHC REFORMS
Extended access to a basic package of health interventions and essential drugs for the rural poor	Transformation and regulation of existing health systems, aiming for universal access and social health protection
Concentration on mother and child health	Dealing with the health of everyone in the community
Focus on a small number of selected diseases, primarily infectious and acute	A comprehensive response to people's expectations and needs, spanning the range of risks and illnesses
Improvement of hygiene, water, sanitation and health education at village level	Promotion of healthier lifestyles and mitigation of the health effects of social and environmental hazards
Simple technology for volunteer, non-professional community health workers	Teams of health workers facilitating access to and appropriate use of technology and medicines
Participation as the mobilization of local resources and health-centre management through local health committees	Institutionalized participation of civil society in policy dialogue and accountability mechanisms
Government-funded and delivered services with a centralized top-down management	Pluralistic health systems operating in a globalized context
Management of growing scarcity and downsizing	Guiding the growth of resources for health towards universal coverage
Bilateral aid and technical assistance	Global solidarity and joint learning
Primary care as the antithesis of the hospital	Primary care as coordinator of a comprehensive response at all levels
PHC is cheap and requires only a modest investment	PHC is not cheap: it requires considerable investment, but it provides better value for money than its alternatives

The PHC reforms necessary to refocus health systems towards health for all



Source: WHO. Primary Health Care-Now more than ever. The World Health Report 2008

Εστίαση στον ασθενή- είναι αυτό που λείπει;

Ορισμός

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

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

Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα(I)

PERSPECTIVE

DEFINING "PATIENT-CENTERED MEDICINE"

Defining "Patient-Centered Medicine"

Charles L. Bards, M.D.

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

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

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

The British psychoanalyst End Balint appears to have coined the

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

Contemporary forces have bolstered this movement. The growing demands for quality and safety in health care have refocused attention on patient outcomes, even if efforts to ensure more consistently positive outcomes sometimes reduce the physician's prized autonomy. Grave concerns about the exorbitant price of medical care in the United States have led to considerations of whether shifting care from the subspecialist to the primary care

physician could reduce its cost. The patient-centered medical home would reinstate the primary care office as the main locus of health care, provided that it can offer such desiderata as longitudinal personal care, access on demand (by visit, telephone, and e-mail), coordination among subspecialists, home-based and social services, open medical records, pay for performance, and a functioning electronic infrastructure. Alas, these services, however admirable, are also expensive and would require that health care dollars be reapportioned from procedurally based subspecialists, whose incomes currently vastly exceed those of generalists.

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



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

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

Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα-ορισμοί

Table 3. Definitions of patient-centered care

Picker Institute (Undated; Gerteis et al., 1993)	Commonwealth Fund (Davis et al., 2005)	Institute for Family-Centered Care (Undated [a])
Respect for patients' values, preferences, and expressed needs • Information, communication, and education • Emotional support and alleviation of fear and anxiety • Involvement of family and friends • Continuity and transition • Physical comfort • Coordination and integration of care • Access to care	Superb access to care • Patient engagement in care • Information systems supporting high-quality care, practice-based learning, and quality improvement • Care coordination • Integrated, comprehensive care, and smooth information transfer across team of providers • Ongoing feedback to practice • Publicly available information on practices	Dignity and respect. Health care practitioners listen to and honor patient and family perspectives and choices. Patient and family knowledge, values, beliefs, and cultural backgrounds are incorporated into the planning and delivery of care. • Information sharing. Health care practitioners communicate and share complete and unbiased information with patients and families in ways that are affirming and useful. Patients and families receive timely, complete, and accurate information in order to participate effectively in care and decisionmaking. • Participation. Patients and families are encouraged and supported in participating in care and decisionmaking at the level they choose. • Collaboration. Patients, families, health care practitioners, and health care leaders collaborate in policy and program development, implementation, and evaluation; in facility design; and in professional education, as well as in the delivery of care.

Engaging Patients and Families in the Medical Home

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

Contract Number:
HHS.A2902009000191 TO2

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

Authors:
Sarah Hudson Schelle
Phyllis Torda
Deborah Peikes
Esther Han
Janice Genevro

AHRQ Publication No. 10-0083-EF
June 2010



HEALTHY PEOPLE 2020 PREVENTION, CARE, MANAGEMENT

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

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

Από κοινού λήψη απόφασης

Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems

Glyn Elwyn, MD, PhD¹

Christine Deblendorf, MD, MAS²

Ronald M. Epstein, MD³

Katy Marrin, MSc⁴

James White, PhD^{5,6,7}

Dominick L. Frosch, PhD^{5,6,7}

¹The Dartmouth Center for Health Care Delivery Science, Hanover, New Hampshire

²Departments of Family & Community Medicine, Obstetrics, Gynecology & Reproductive Sciences, and Epidemiology & Biostatistics, UCSF, San Francisco, California

³Department of Family Medicine, University of Rochester Medical Center, Rochester, New York

⁴Cochrane Institute of Primary Care and Public Health, Cardiff University, Heath Park, United Kingdom

⁵Gordon and Betty Moore Foundation, Palo Alto, California

⁶Department of Health Services Research, Palo Alto Medical Foundation Research Institute, Palo Alto, California

⁷Department of Medicine, University of California, Los Angeles, Los Angeles, California

Conflicts of interest: Drs Elwyn and Frosch have received grants and traveling and speaking honoraria from the Informed Medical Decisions Foundation, Boston. Dr Elwyn consults for Enmi Solutions, USA, a producer of patient decision support. Dr Epstein has received grants from the Informed Medical Decisions Foundation, Boston. Dr Rollnick provides workshops in motivational interviewing. Dr White is funded by DECIPHER, a UKCRC Public Health Research Centre of Excellence.

CORRESPONDING AUTHOR

Glyn Elwyn, PhD
The Dartmouth Center for Health Care Delivery Science
Dartmouth-Hitchcock Medical Center
One Medical Center Dr
Lebanon, NH 03756
glynelwyn@gmail.com

ABSTRACT

Patient-centered care requires different approaches depending on the clinical situation. Motivational interviewing and shared decision making provide practical and well-described methods to accomplish patient-centered care in the context of situations where medical evidence supports specific behavior changes and the most appropriate action is dependent on the patient's preferences. Many clinical consultations may require elements of both approaches, however. This article describes these 2 approaches—one to address ambivalence to medically indicated behavior change and the other to support patients in making health care decisions in cases where there is more than one reasonable option—and discusses how clinicians can draw on these approaches alone and in combination to achieve patient-centered care across the range of health care problems.

Ann Fam Med 2014;270-275. doi: 10.1370/afm.1615.

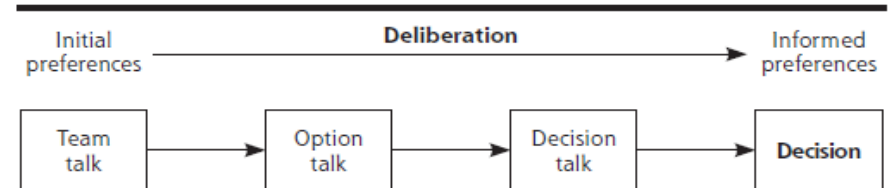
INTRODUCTION

During the past several decades, patients' values, preferences, and experiences have been given increasing emphasis in clinical interactions in an effort to promote patient-centered care.¹ Patient-centered care has been found to be associated with improved patient outcomes, including improved self-management, patient satisfaction, and medication adherence, and some studies have found evidence for improved clinical outcomes.^{2,3} Data from surveys and qualitative and observational research indicate that clinicians often do not take patients' perspectives into account; rather, clinicians often promote or recommend specific treatments rather than consider patients' preferences during the decision-making process.^{4,7}

Clinicians are commonly challenged by the diversity of situations that arise in practice when they attempt to implement patient-centered care. For example, providing patient-centered care for a patient at the end of life is very different from counseling a patient with a long-term health condition or providing advice about preventative care. Each situation has different psychosocial, cultural, and medical implications. A key factor is the degree to which a clinical situation has acceptable alternative courses of action, ie, situations of equipoise,⁸ or whether there is clear evidence for a preferred course of action. For the patient electing to have a mastectomy or lumpectomy in early breast cancer, equipoise exists about the long-term outcomes. Evidence for a preferred course of action is found for the overweight smoker with diabetes who is encouraged to consider quitting.

Clearly, different situations require different communication approaches, and patient-centered approaches for each of these situations have been delineated during the last few decades. We wish to focus this article on 2 specific methods, namely, shared decision making and motivational interviewing. As researchers and practitioners, we also wish to share our experience with both. In this article, we provide guidance for how to apply

Figure 1. Shared decision making.



Adapted, with permission, from Elwyn et al¹² and Mulley et al.¹³

Notes: team talk = explain need to consider options, ensure patient feels part of a team, ie, not abandoned to make decision on own. Option talk = describe options, pros and cons. Decision talk = explore what matters most and help patients form preferences.

- ✘ Οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν τις αποφάσεις σε συνεργασία με τον ασθενή χρησιμοποιώντας τις καλύτερες διαθέσιμες αποδείξεις, ενημερώνοντας τους ασθενείς, ενθαρρύνοντας την ανάπτυξη των προσωπικών προτιμήσεων και παρέχοντας εξειδικευμένη καθοδήγηση όποτε απαιτείται.
- ✘ Στενά συνδεδεμένη με την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα.
- ✘ Η από κοινού απόφαση συμπληρώνει την ισότητα και την ωριμότητα της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς με την τελική λήψη της κλινικής απόφασης.

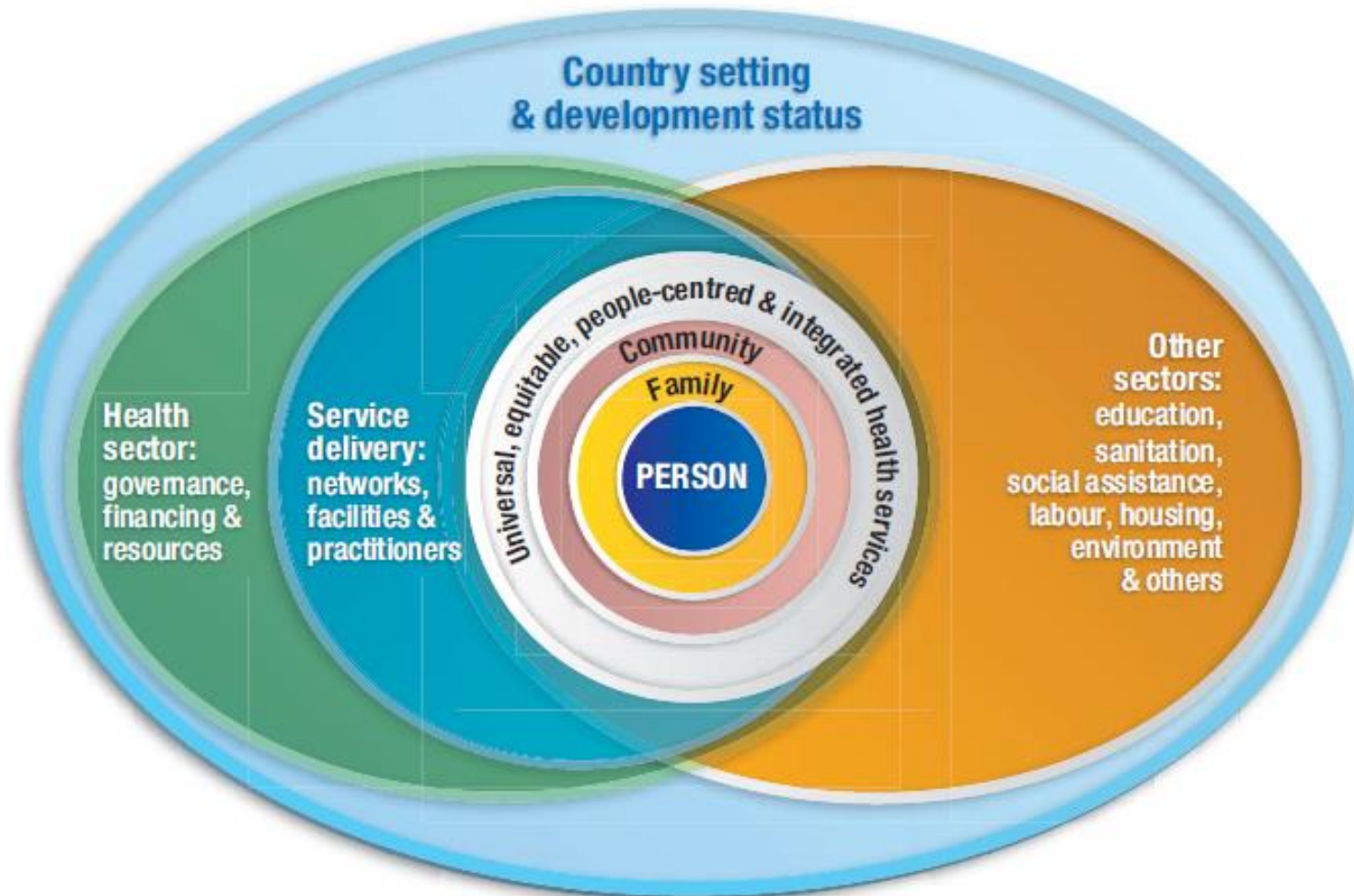
Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα – Τα νέα από την Αμερική

Patient centered medical home (PCMH)

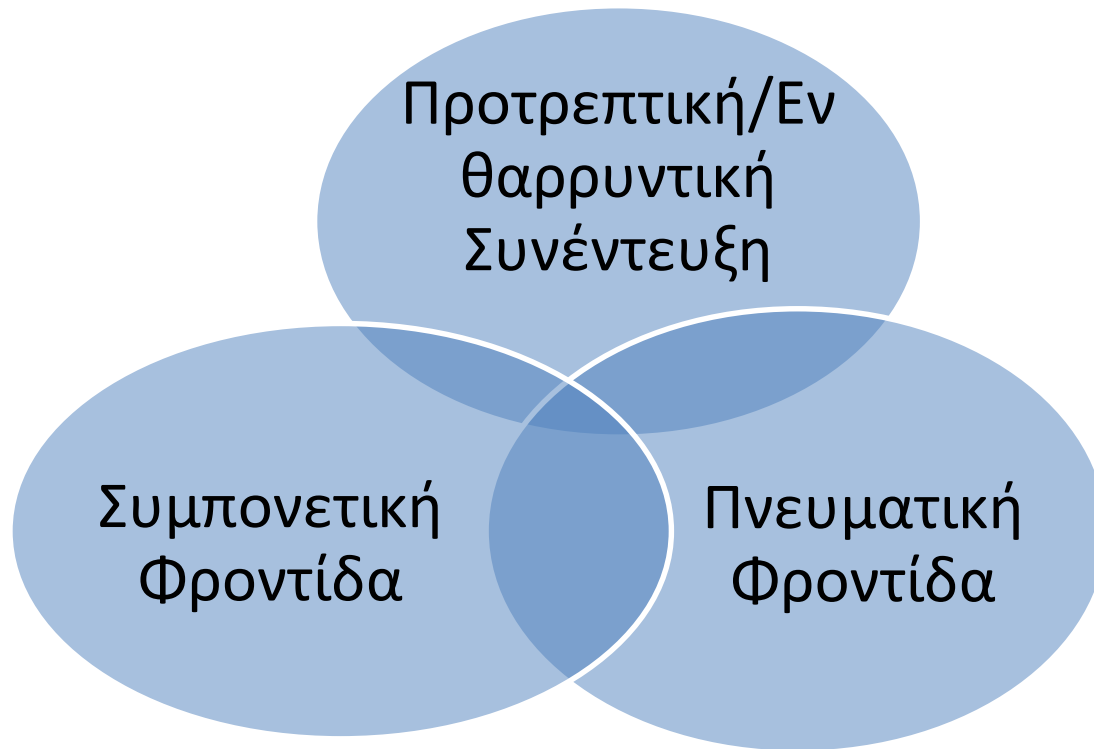
Βασικές αρχές:

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

Εννοιολογικό πλαίσιο για υπηρεσίες ολοκληρωμένης και εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας



Η τέχνη της Γενικής Ιατρικής (αυτό που μας λείπει)



**Εστιασμένη στον ασθενή
φροντίδα**

ΠΦΥ και επαγγελματίες υγείας: Τι γνωρίζουμε;

- Αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους γενικούς ιατρούς της Ελλάδας (μελέτη των 14 χωρών)
- Οι προσδοκίες και οι απόψεις των ιατρών για τη μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ
- Οι προσδοκίες και οι εκπαιδευτικές ανάγκες των νοσηλευτών στην ΠΦΥ
- Η επίδραση της οικονομικής κρίσης (απόψεις των ιατρών ΓΙ στην αγροτική Κρήτη)
- Η κουλτούρα του compassion στους επαγγελματίες ΠΦΥ

Source: Soler, et al. Fam Pract 2008

Sbarouni, et al. Rural Remote Health 2012

Markaki, et al. Int Nurs Rev 2006; Markaki, et al. App Nurs Res 2009

Tsiligianni, et al. Rural Remote Health 2013

Εμπόδια στην εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα

- Απουσία σαφούς ορισμού της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδα
- Ανεπαρκής έμφαση στην εκπαίδευση στην εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα
- Έλλειψη προσωπικού
- Απουσία καλών διδακτικών μοντέλων και προγραμμάτων στην εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα
- Κυριαρχία του βιοιατρικού μοντέλου στην φροντίδα υγείας
- Απουσία συντονισμού, συνεργασίας και συνέχειας στη φροντίδα

Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα – Τα νέα από την Ευρώπη

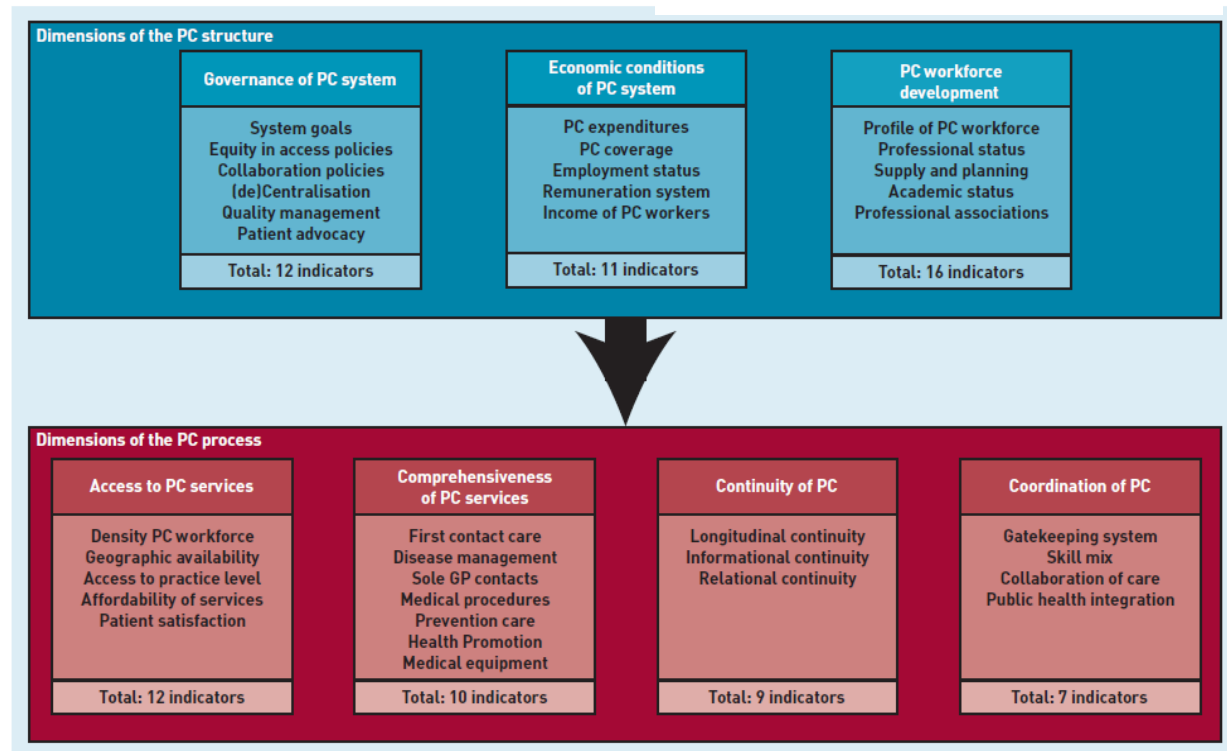
Research

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

The strength of primary care in Europe:

an international comparative study

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



Αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ-Το ΕΥ-ΡΗΑΜΕΥ Project

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

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

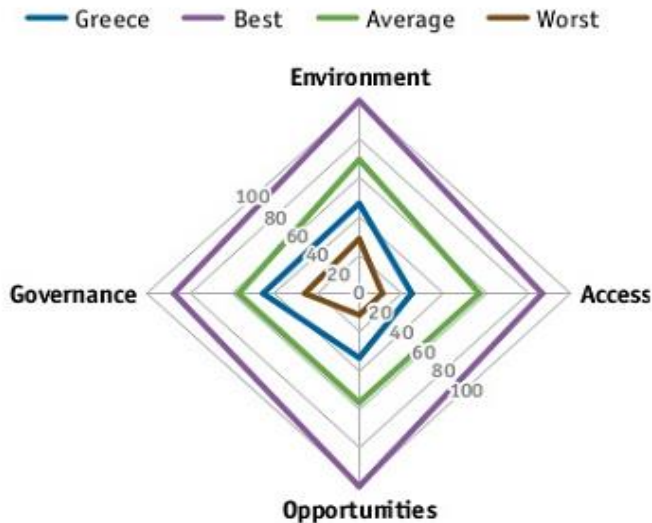
Source: Kringos D. et al. British Journal of General Practice, November 2013

Ελληνικά δεδομένα για mental health integration

Greece Country Report

Greece: Austerity hampers halting progress

Mental Health Integration Index: Results for Greece



Mental Health Integration Index Results

Overall:	38.0/100 (28th of 30 countries)
Environment :	46.7/100 (26th)
Opportunities:	33.3/100 (24th)
Access:	24.8/100 (27th)
Governance:	45.4/100 (25th)

Other Key Data

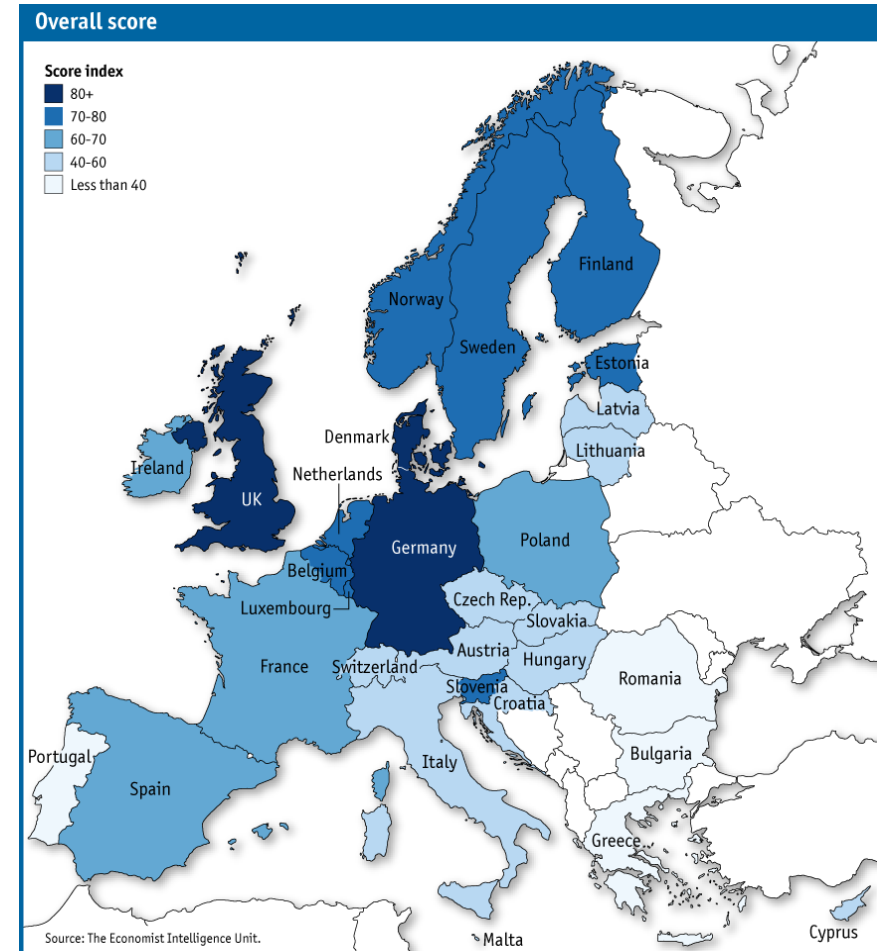
- Expenditure: Mental health budget as a proportion of government health budget (2011): 4.43%¹
- Burden: Disability-Adjusted Life Years (DALYs) resulting from mental and behavioural disorders as proportion of all DALYs (World Health Organisation—WHO—estimate for 2012): 11.4%²
- Stigma: Proportion of people who would find it difficult to talk to somebody with a serious mental health condition (Eurobarometer 2010): 32%³

Η Ελλάδα κατατάσσεται στην 28^η θέση ανάμεσα σε 30 Ευρωπαϊκές χώρες συγκρίνοντας 4 βασικά χαρακτηριστικά της Ολοκληρωμένης Ψυχικής Υγείας (Περιβάλλον, Πρόσβαση, Διακυβέρνηση, Ευκαιρίες)

Source: Mental Health and Integration-Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries. The Economist Intelligence Unit 2014

Mental health integration index – Δεδομένα από 30 Ευρωπαϊκές χώρες

OVERALL SCORE		
RANK	COUNTRY	SCORE
1	Germany	85.6
2	United Kingdom	84.1
3	Denmark	82.0
4	Norway	79.5
5	Luxembourg	76.6
6	Sweden	74.1
7	Netherlands	72.8
8	Estonia	71.4
9	Slovenia	71.1
10	Belgium	70.7
11	Finland	70.0
12	Spain	68.8
13	France	68.4
14	Ireland	68.0
15	Poland	64.1
16	Italy	59.9
17	Malta	59.7
18	Czech Republic	59.4
19	Austria	57.9
20	Lithuania	53.5
21	Latvia	51.9
22	Slovakia	46.8
23	Cyprus	46.6
24	Switzerland	45.7
25	Hungary	43.9
26	Croatia	40.1
27	Portugal	38.1
28	Greece	38.0
29	Romania	34.7
30	Bulgaria	25.0



Αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα

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

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

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



Policy

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

Keywords

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

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ευρώπη – Το QUALICOPC project

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

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

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

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

^b Only patients in England were surveyed.

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

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

QUALICORP – Οι συμμετέχοντες από Ελλάδα

- ✘ Η Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ) εκπροσώπησαν την Ελλάδα στο πρόγραμμα QUALICORP.
- ✘ Στη μελέτη συμμετείχαν επτά Γενικοί Ιατροί– συντονιστές, ο καθένας σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της Ελλάδας
- ✘ Στη συνέχεια, υπό την καθοδήγηση των συντονιστών, επιλέχθηκαν τυχαία 220 Γενικοί ιατροί από τις επτά Υγειονομικές Περιφέρειες
- ✘ Από αυτούς το 80% ήταν εργαζόμενοι στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και το 20% εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα
- ✘ Για κάθε συμμετέχοντα γενικό ιατρό διανεμήθηκε ένα ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο μαζί με ερωτήσεις για 10 από τους ασθενείς τους
 - + Εννέα ασθενείς συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τη διαχείριση των εμπειριών των ασθενών από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
 - + Ο δέκατος ασθενής συμπλήρωσε ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τις προσδοκίες του από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας





QUALICORP στην Ελλάδα– Σχεδιασμός και συμμετέχοντες



- ✘ Η Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ) εκπροσώπησαν την Ελλάδα στο πρόγραμμα QUALICORP.
- ✘ Στη μελέτη συμμετείχαν επτά Γενικοί Ιατροί– συντονιστές, ο καθένας σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της Ελλάδας



QUALICORP – Αποτελέσματα- Γενικοί ιατροί - Επισκέψεις

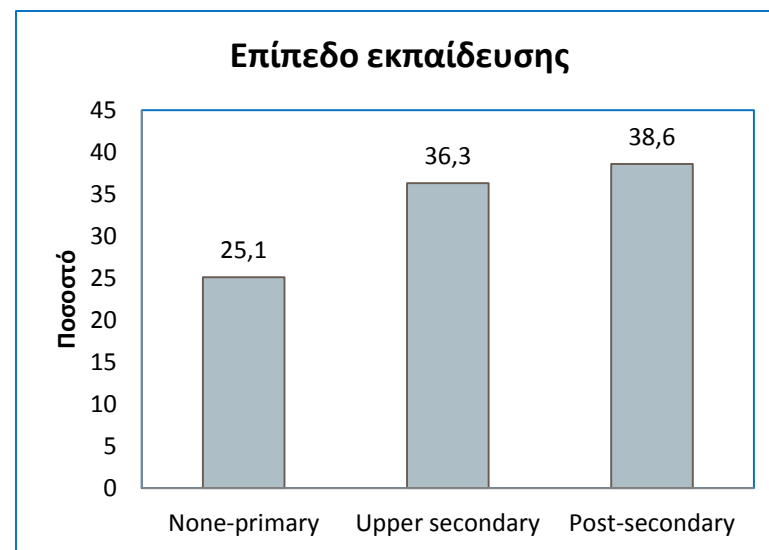
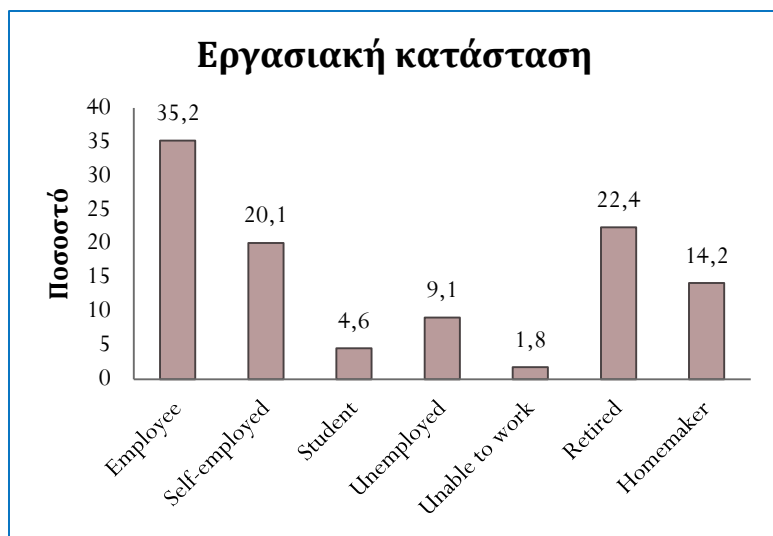
✕ Οι Γενικοί ιατροί δήλωσαν:

- ✚ Αφιέρωση κατά μέσο όρο 5 ώρες/εβδομάδα σε άμεση φροντίδα του ασθενούς (min 1, max 56)
- ✚ Κατα μέσο όρο 30 επαφές/ημέρα face-to-face με τον ασθενή (min 0, max 80)
- ✚ Εργασία κατά μέσο όρο 40 ώρες/εβδομάδα ως γενικοί ιατροί (άνδρες 40 ώρες/εβδομάδα, γυναίκες 35 ώρες/εβδομάδα, $p=0.309$)
- ✚ Καθόλου επαφή με τον ασθενή μέσω email (min 0, max 10)
- ✚ Συνηθισμένη διάρκεια τακτικής επίσκεψης ασθενούς -15 λεπτά (min 0, max 50)
- ✚ Το 10% των επισκέψεων των ασθενών πραγματοποιήθηκε κατόπιν ραντεβού (10% στους άνδρες, 5% στις γυναίκες γενικούς ιατρούς, $p=0.022$)
- ✚ Το 93% των γενικών ιατρών είχαν ώρα λειτουργίας (95% των ανδρών, 91% των γυναικών, $p=0.356$)
- ✚ Το 86% των γενικών ιατρών έβλεπαν τους ασθενείς σε άλλο χώρο (81% των ανδρών, 92% των γυναικών, $p=0.015$)



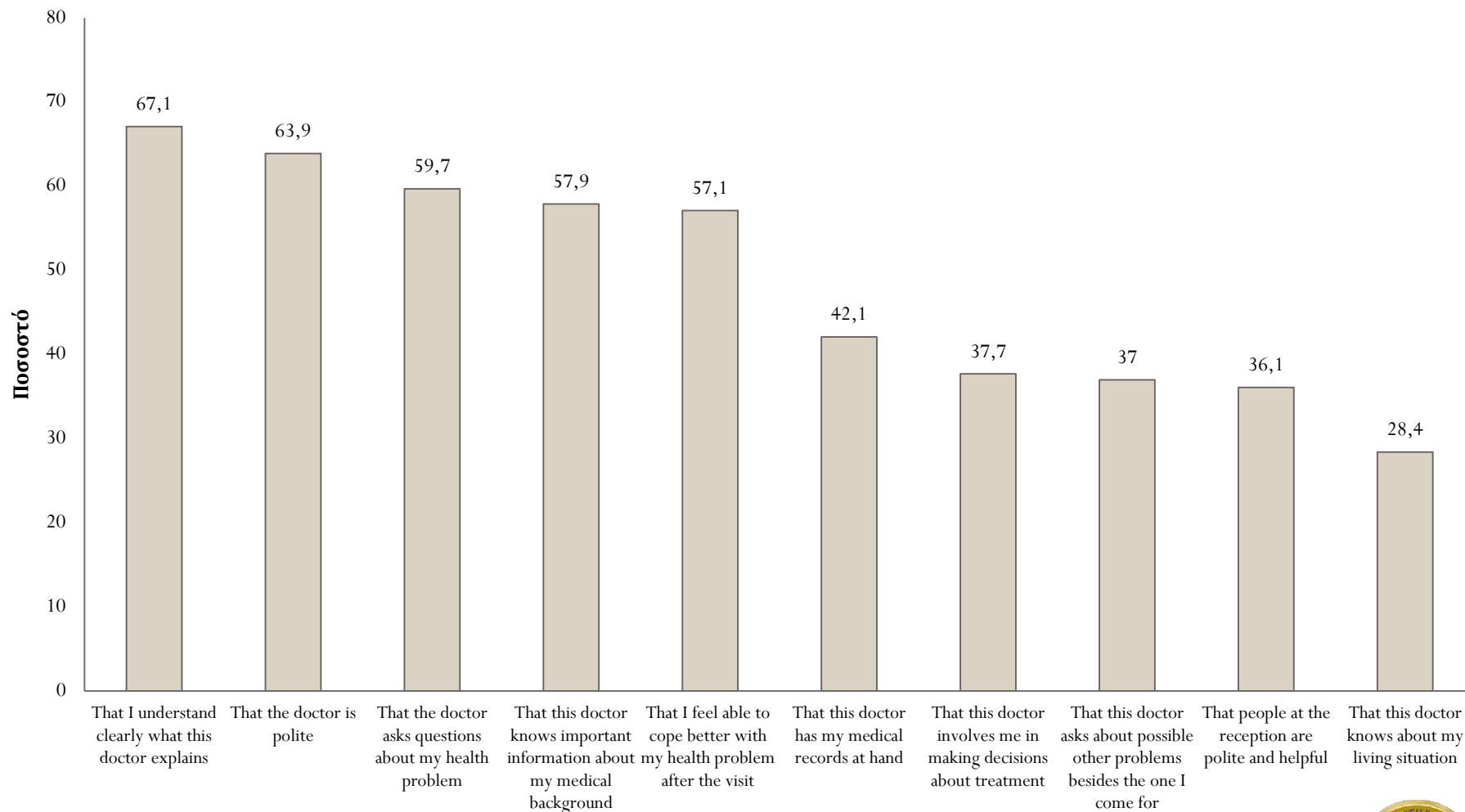
QUALICORP – Προσδοκίες ασθενών– δημογραφικά στοιχεία

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



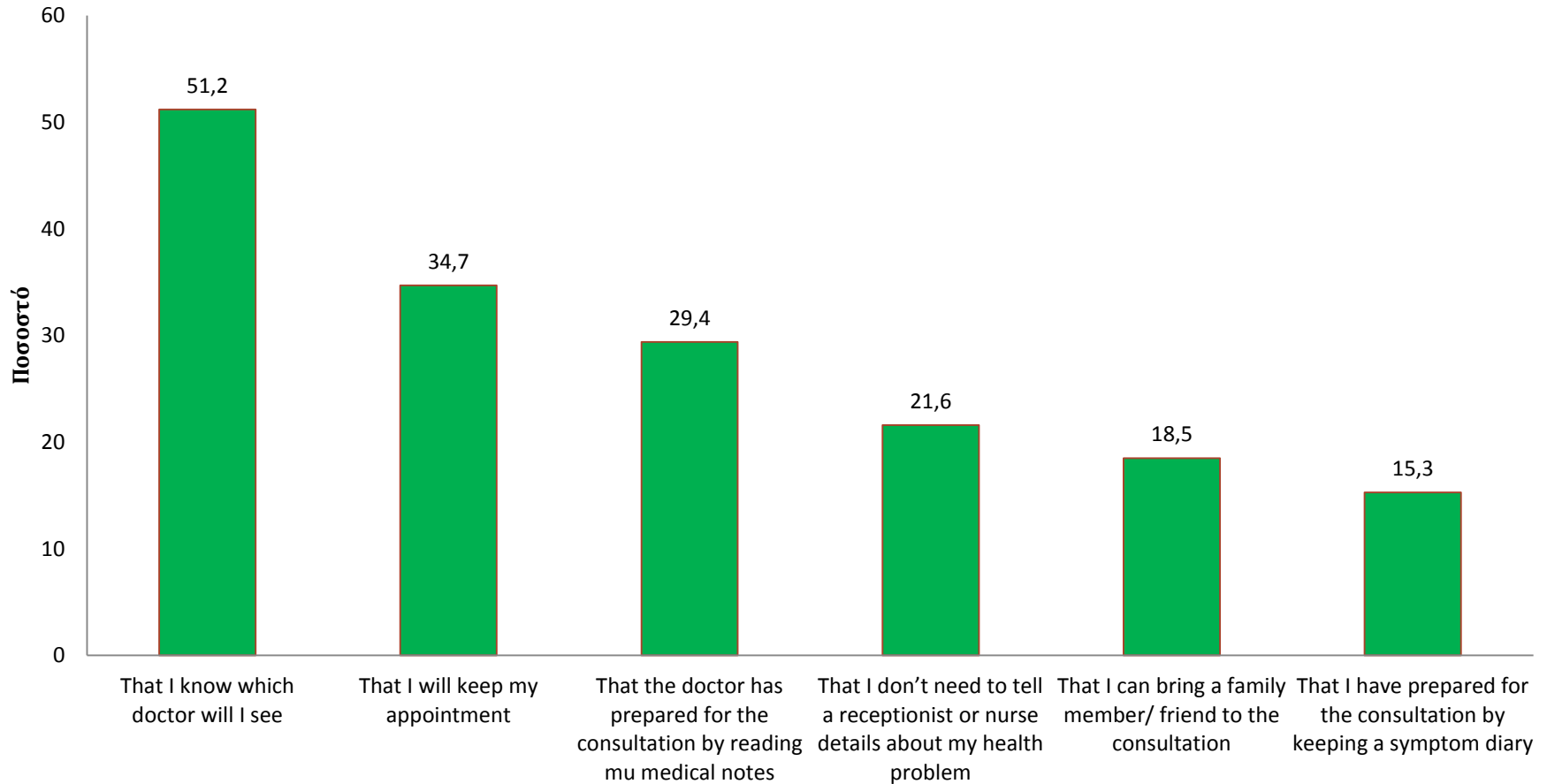
QUALICORP - Προσδοκίες ασθενών- Ι

Παράγοντες εκτιμούμενοι ως πολύ σημαντικοί από τους ασθενείς



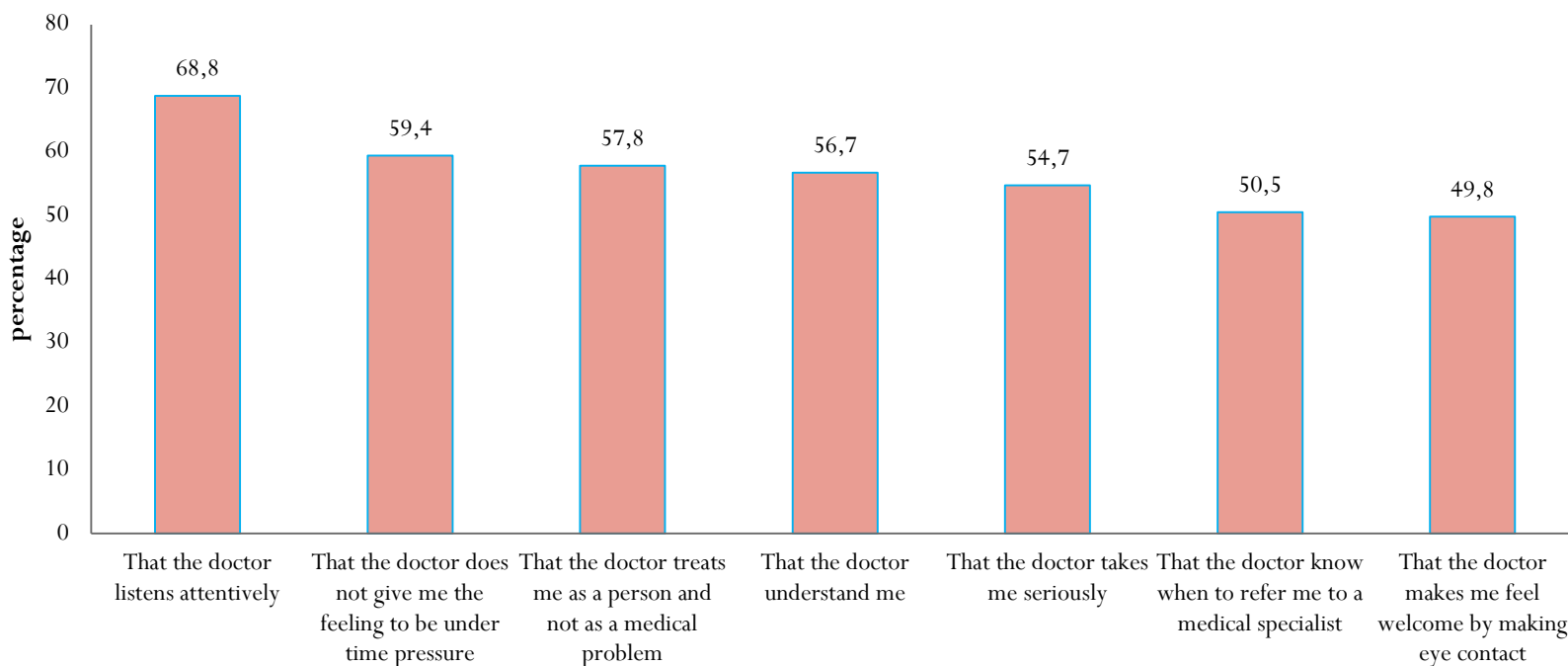
QUALICOPC - Προσδοκίες ασθενών– II

**Παράγοντες εκτιμώμενοι ως πολύ σημαντικοί από τους ασθενείς
πριν από την επίσκεψη στον ιατρό**



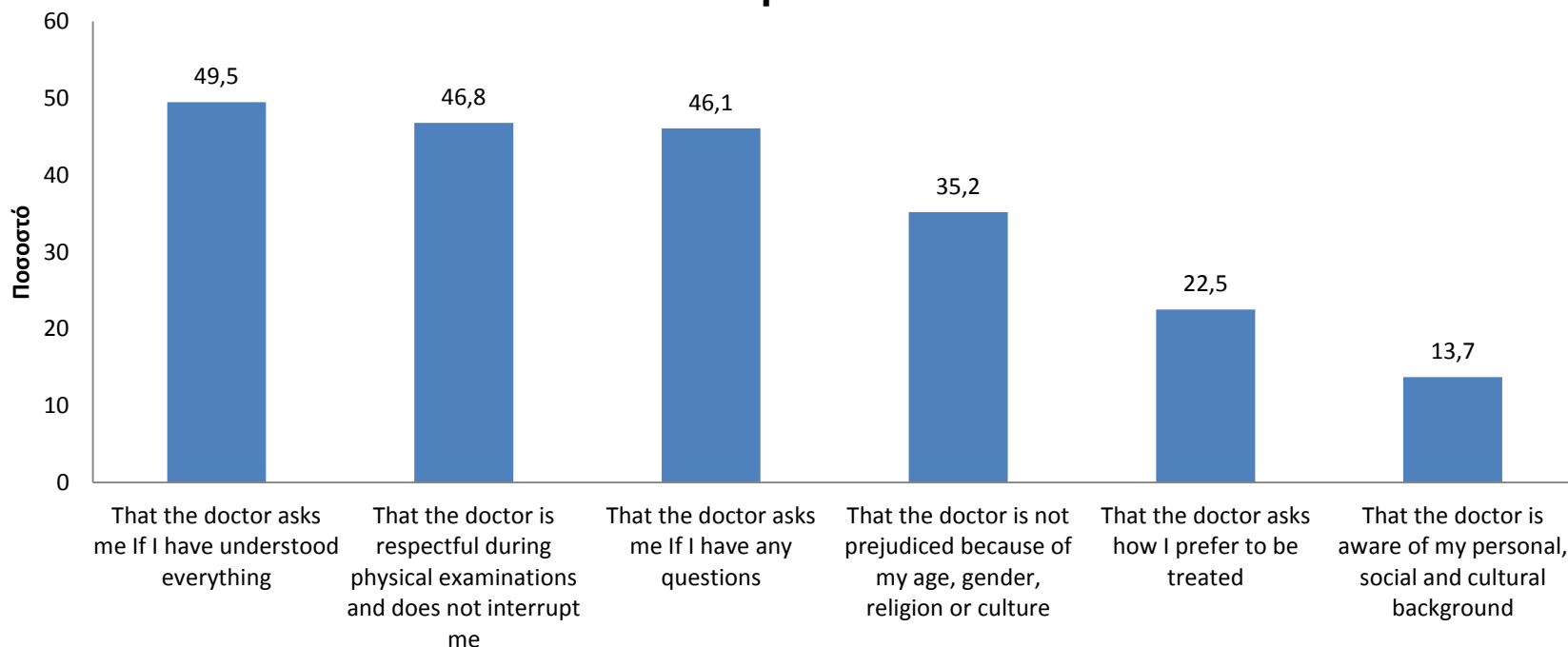
QUALICOPC - Προσδοκίες ασθενών– III

**Παράγοντες εκτιμούμενοι ως πολύ σημαντικοί από τους ασθενείς
που ο ιατρός πρέπει να κάνει κατά τη διάρκεια της επίσκεψης
στον ιατρό - I**



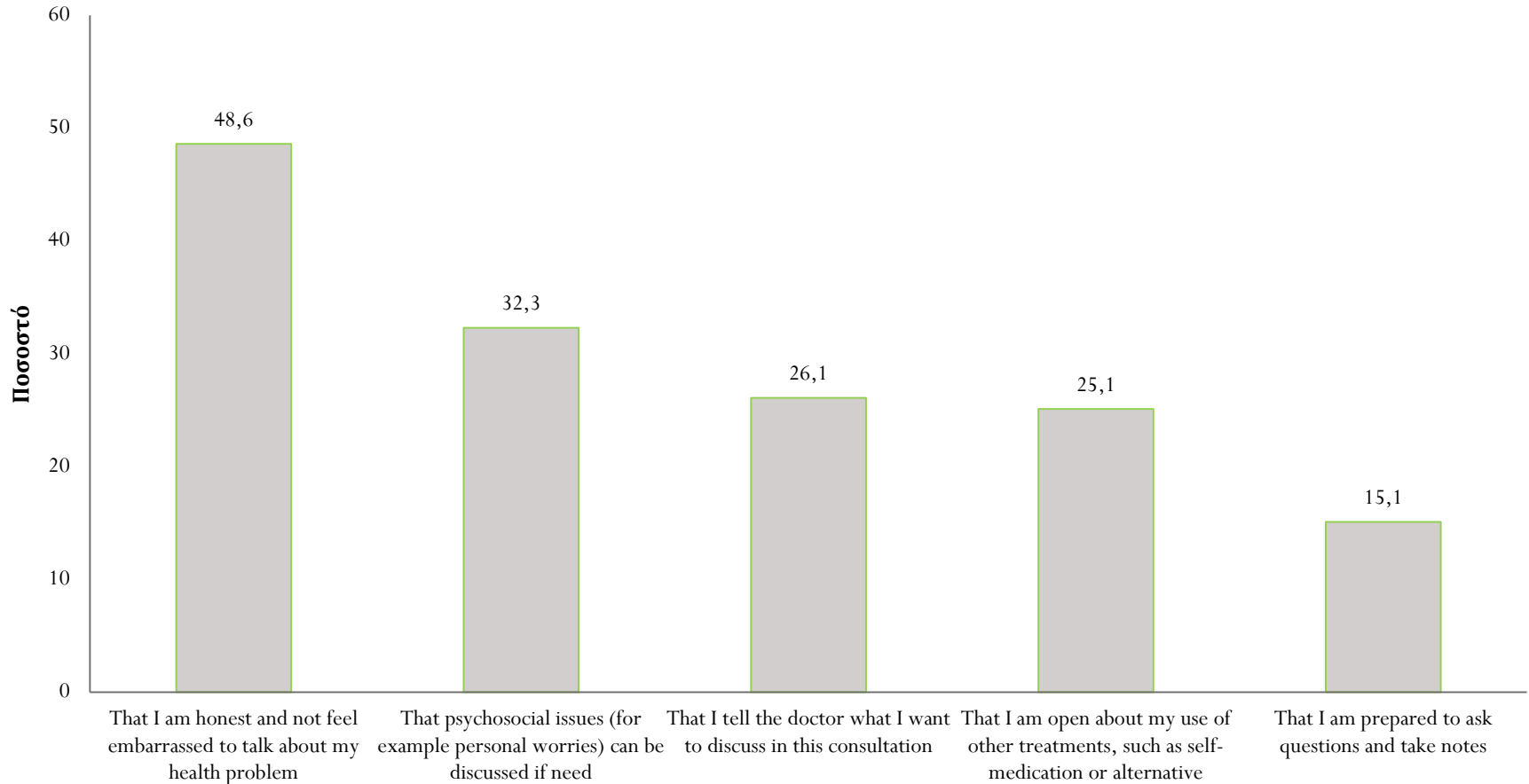
QUALICORP - Προσδοκίες ασθενών– IV

Παράγοντες εκτιμούμενοι ως πολύ σημαντικοί από τους ασθενείς που ο ιατρός πρέπει να κάνει κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στον ιατρό - II



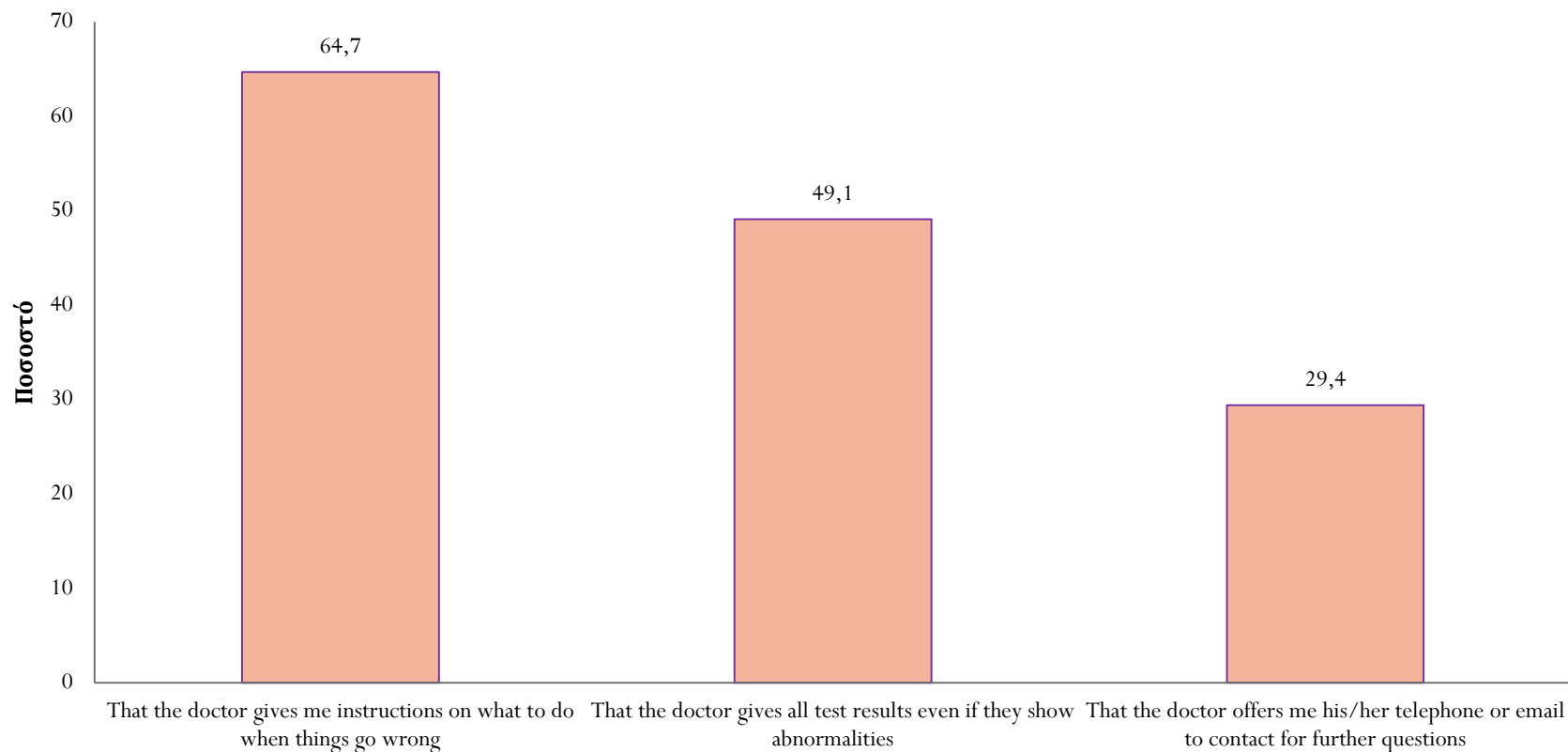
QUALICOPC - Προσδοκίες ασθενών– V

Παράγοντες εκτιμούμενοι ως πολύ σημαντικοί από τους ασθενείς που πρέπει να κάνουν κατά τη διάρκεια της επίσκεψης



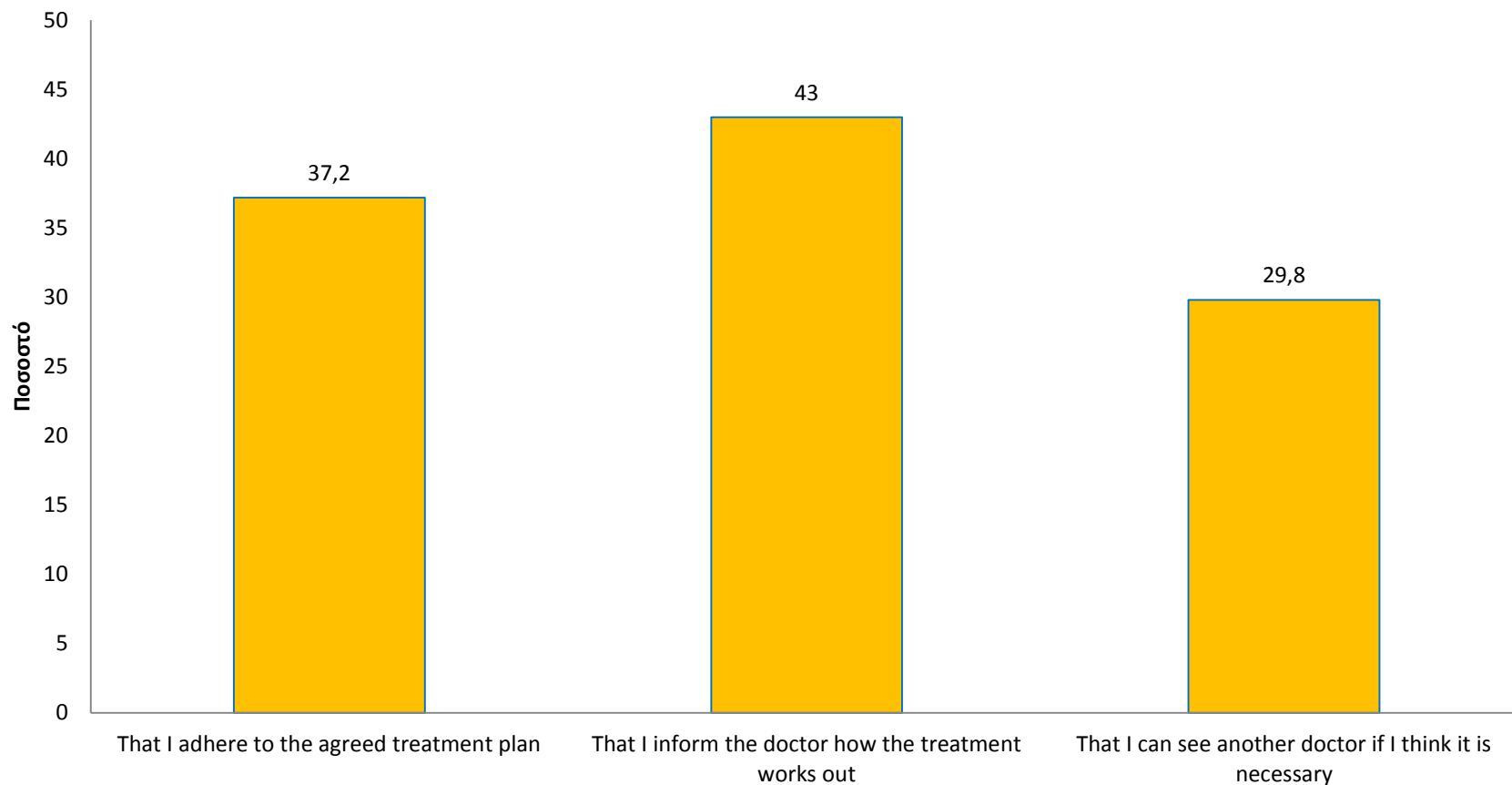
QUALICOPC - Προσδοκίες ασθενών– VI

Παράγοντες εκτιμούμενοι ως πολύ σημαντικοί που ο ιατρός κάνει μετά την επίσκεψη του ασθενή σε αυτόν/ή



QUALICOPC - Προσδοκίες ασθενών– VII

**Παράγοντες εκτιμούμενοι ως πολύ σημαντικοί από τους ασθενείς
μετά την επίσκεψη τους στον/ην ιατρό**



ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

QUALICORP - Προσδοκίες ασθενών – Κύρια μηνύματα

ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:

- Να γνωρίζουν ποιός ιατρός θα τους εξετάσει
- Το ραντεβού τους θα τηρηθεί

Απο τους ιατρούς τους:

- ✘ Ότι θα αφιερώσουν αρκετό χρόνο και δε θα τους κάνουν να αισθάνονται υπό την πίεση του χρόνου
- ✘ Ότι θα είναι ευγενικοί προς αυτούς
- ✘ Ότι θα τους σέβονται και θα τους ακούνε
- ✘ Ότι θα τους παρέχουν σαφείς οδηγίες
- ✘ Ότι θα τους συμπεριφερθούν ως πρόσωπα και όχι ως προβλήματα υγείας



QUALICORP : Βασικά θέματα που μάθαμε

- ✘ Ένα γενικό θέμα: Τώρα γνωρίζουμε το προφίλ των ασθενών που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα καθώς επίσης και μερικές από τις πρόσφατες εμπειρίες τους και τις βασικές δεξιότητες των γενικών ιατρών.
- ✘ Ένα θετικό θέμα: οι περισσότεροι ασθενείς δηλώνουν ότι οι ανάγκες υγείας τους ικανοποιούνται.
- ✘ Ένα αρνητικό θέμα: Τα προβλήματα των επαναλαμβανόμενων ιατρικών συνταγών και η απουσία ιατρικού συστήματος καταγραφής για τους ασθενείς παραμένουν ακόμη τα βασικά προβλήματα και εμπόδια για μια πιο ποιοτική προσέγγιση στην υγεία.



Εκπαιδύοντας τους επαγγελματίες υγείας στην παροχή εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας : μια κριτική ανασκόπηση

Στρατηγικές κατάρτισης για εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα

- Χρήση πραγματικών οι υποδυόμενων ασθενών
- Σεμινάρια εκμάθησης βασισμένα στο περιστατικό ή στο πρόβλημα που ολοκληρώνουν τις διαλέξεις, υπόδηση-ρόλων, ομαδική συζήτηση και συναντήσεις με τον ασθενή
- Συνεχιζόμενα κίνητρα εκπαίδευσης

➤ Η εκπαίδευση συχνά υπονομεύει την ανάπτυξη της εστίασης στον ασθενή, παρά την έμφαση στον επαγγελματισμό και την ηθική πρακτική με επίκεντρο τον ασθενή.

➤ Οι κυρίαρχες προσεγγίσεις στην αξιολόγηση της απόδοσης των φοιτητών ή των επαγγελματιών υγείας συχνά αποτυγχάνουν να ενισχύσουν ή να προωθήσουν την εστίαση στον ασθενή

Journal of Healthcare Leadership

Dovepress

opens access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

REVIEW

Advancing patient-centered care through transformative educational leadership: a critical review of health care professional preparation for patient-centered care

This article was published in the following Dove Press journal:
Journal of Healthcare Leadership
12 July 2013
Number of times this article has been viewed

Martine C Lévesque^{1,2}
Richard Bruce Hovey^{3,4}
Christophe Bedos^{5,4}

¹Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada;
²Division of Oral Health and Society, Faculty of Dentistry, McGill University, Montreal, QC, Canada; ³Faculty of Medicine, University of Calgary, Calgary, AB, Canada; ⁴Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

Abstract: Following a historical brief on the development of patient-centered care (PCC), we discuss PCC's value and role in counterbalancing the evidence-based movement in health care. We in turn make a case for a philosophical shift in thinking about the PCC concept, one based on a consideration for how knowledge is produced, used, and valued within care provision processes. A "shared epistemology" foundation is presented, defined, and promoted as essential to the authentic and ethical realization of "shared decision making" between patient and health care provider, and, more generally, of PCC. In accordance with these views, this article critically reviews the literature on health care professional education for the development of PCC. We uncover the disturbing ways in which education frequently undermines the development of patient centeredness, despite curricular emphasis on professionalism and ethical PCC. We also establish the need to raise awareness of how dominant approaches to evaluating student or practitioner performance often fail to reinforce or promote patient centeredness. Finally, we identify successful and inspiring cases of teaching and learning experiences that have achieved perspective transformation on PCC and on new ways of providing care. The pertinence of adopting the theoretical foundations of adult transformative learning is argued, and a call to action is proposed to the leadership of health professional educators across all disciplines.

Keywords: patient-centered care, health professional education, transformative learning

Introduction

Some PCC history

The intellectual pedigree of patient-centered care (PCC) may be traced back to the 1970s. Inspired by the human rights activism movement in the USA, health researchers of that era pioneered studies on patients' perceptions of their health and their satisfaction with care.¹ They also explored the knowledge and attitudes underpinning physicians' communication and listening skills.¹

In the early 1990s, the advent of the "evidence-based movement" (EBM) in medicine was equally associated with an increase in concern with patient involvement in their health care. Evidence-based clinical decision making, founded on increasingly higher levels of statistical abstraction, was considered to risk distancing the health professional from the subjective illness experience.² Given its consideration for the patient's unique history, needs, expectations, and context, PCC offered a promising counterbalance.^{3,4}

Correspondence: Martine C Lévesque
McGill Faculty of Dentistry, Oral Health and Society, 3550 University St., Montreal, QC, H3A 2A7, Canada
Tel +1 514 525 5176
Fax +1 514 398 7220
Email martine.levesque2@mail.mcgill.ca

submit your manuscript | www.dovepress.com

Journal of Healthcare Leadership 2013:5:35–46

35

Επιτυχημένες εκπαιδευτικές στρατηγικές για εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα

- Αύξηση αλληλεπίδρασης των φοιτητών με τους ασθενείς
- Μια στροφή προς τις προοπτικές στο άτομο συνολικά και την αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με το πώς οι σχέσεις με τους ασθενείς επηρεάζουν τις συμβουλές προς αυτούς
- Αίσθηση οικειότητας μέσω κατάρτισης βασισμένης στο νοσοκομείο σε περιβάλλον γενικής πρακτικής
- Ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης των φοιτητών μέσω λεπτομερούς feedback από τον εκπαιδευτή
- Νέοι τρόποι επικοινωνίας με τους ασθενείς και βελτιωμένη ικανότητα αντιμετώπισης της αβεβαιότητας στην λήψη αποφάσεων μέσω της διεπιστημονικής κατάρτισης
- Αυξημένη ευαισθητοποίηση και εκτίμησή της ολιστικής φροντίδας και σημασίας της επαγγελματικής ποικιλομορφίας και διεπαγγελματικός σεβασμός μέσα στην ομάδα, μέσω διεπιστημονικής κατάρτισης

Αποτελέσματα της εκπαιδευτικής κατάρτισης στην εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα

- Μάθηση μέσα από την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των φοιτητών, των ασθενών, των εκπαιδευτών και του προσωπικού
- Συνέχεια στις σχέσεις, συναισθηματική υποστήριξη και αίσθημα εκτίμησης
- Μια εξαιρετικά "κινητή", ευέλικτη και χαμηλής τεχνολογίας διδακτική προσέγγιση ενσωματωμένη στην εκπαίδευση ακριβώς όπως στο προπτυχιακό πρόγραμμα ή σε άλλα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης
- Συνέντευξη παρακίνησης σε κλινικές θέσεις για την οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης με τους ασθενείς και για την ενδυνάμωση των ασθενών ώστε να κατανοήσουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους ή να σχεδιάσουν το πλάνο της θεραπείας τους
- Κατανόηση της σημασίας της δυναμικής της οικογένειας και ο ρόλος του κοινωνικού περιβάλλοντος όσον αφορά την παροχή υποστήριξης στους ασθενείς

Source: M. Lévesque, R. B. Hovey, C. Bedos. Advancing patient-centered care through transformative educational leadership: a critical review of health care professional preparation for patient-centered care. *Journal of Healthcare Leadership* 2013;5 35–46
A. Gallentine, A. A. Salinas-Miranda, K. Bradley-Klug et al. “ Student perceptions of a patient- centered medical training curriculum “. *International Journal of Medical Education*. 2014;5:95-102

Γιατί η διδασκαλία της συμπονετικής φροντίδας είναι σημαντική;

3 βασικοί στόχοι:

- Ανάπτυξη καλής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς
 - Διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφοριών
 - Από κοινού λήψη αποφάσεων
-
- Έλεγχος συναισθημάτων των ασθενών
 - Διευκόλυνση της ολοκληρωμένης πληροφόρησης της απόφασης
 - Βοήθεια σε αναγνώριση των αναγκών των ασθενών
 - Συμβολή στη μείωση του πόνου άγχους και βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων

Fong Ha, et al 2010

Γιατί είναι σημαντική η συμπόνοια;

- Διεθνές ενδιαφέρον για την έννοια
- Ανάγκη εστίασης σε βασικές ανθρώπινες ανάγκες και να επιστροφή στον ανθρωπισμό
- Ανησυχητικές εκθέσεις της έλλειψης φροντίδας και της αξιοπρέπειας στα νοσοκομεία
- Η δυσaréσκεια στις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Η οικονομική κρίση και τα παγκόσμια γεγονότα προκαλούν αίσθηση της ανικανότητας και εγκατάλειψης

Στην κατεύθυνση αλλαγής της συμπεριφοράς των ασθενών σχετικά με τη φροντίδα τους: εστίαση στην αυτο-φροντίδα

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



STUDY PROTOCOL

Open Access

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

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

Abstract

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

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

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

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

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



Θεωρίες Αλλαγής Συμπεριφοράς

✖ **Κοινωνική Γνωστική Θεωρία**— οι άνθρωποι καθοδηγούνται από εξωτερικούς παράγοντες

✚ **Αυτεπάρκεια**— κρίση της ικανότητας του ατόμου να εκτελεί μια συμπεριφορά

✚ **Εξαγόμενες ποσδοκίες**— κρίση των πιθανών συνεπειών που προκαλεί μια συμπεριφορά

✚ **Αυτοέλεγχος**— ικανότητα του ατόμου να ελέγχει τη συμπεριφορά του

✚ **Ενισχύσεις**— κάτι που αυξάνει πιθανότητα να συνεχιστεί μια

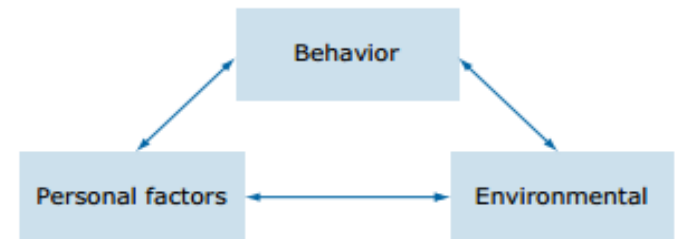


Figure 1. Social Cognitive Theory Model

Θεωρίες Αλλαγής Συμπεριφοράς– I

- **Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία** - ένα γνωστικό μοντέλο που δηλώνει ότι η συμπεριφορά προσδιορίζεται από έναν αριθμό πεποιθήσεων σχετικά με τις απειλές για την ευημερία ενός ατόμου και την αποτελεσματικότητα και τα αποτελέσματα συγκεκριμένων ενεργειών ή συμπεριφορών.
- Ένα καλό μοντέλο για : ερμηνεία ή πρόβλεψη προτύπων συμπεριφοράς

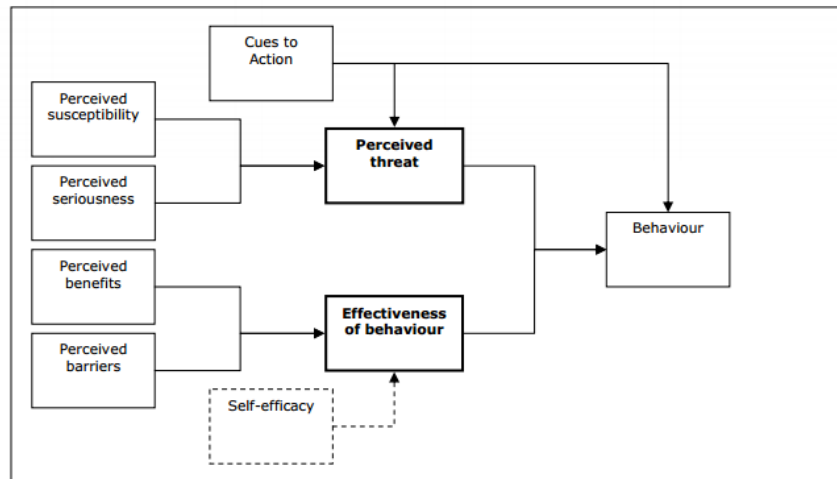


Figure 2. The Health Belief Model

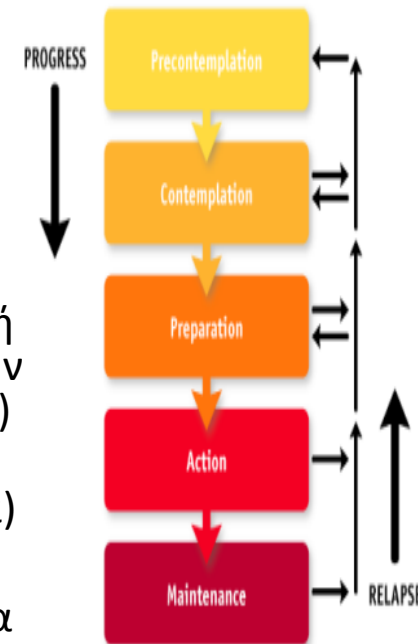
Source; Theories and models of behaviour and behaviour change. Forest Research.

[http://www.forestry.gov.uk/pdf/behaviour_review_theory.pdf/\\$FILE/behaviour_review_theory.pdf](http://www.forestry.gov.uk/pdf/behaviour_review_theory.pdf/$FILE/behaviour_review_theory.pdf)

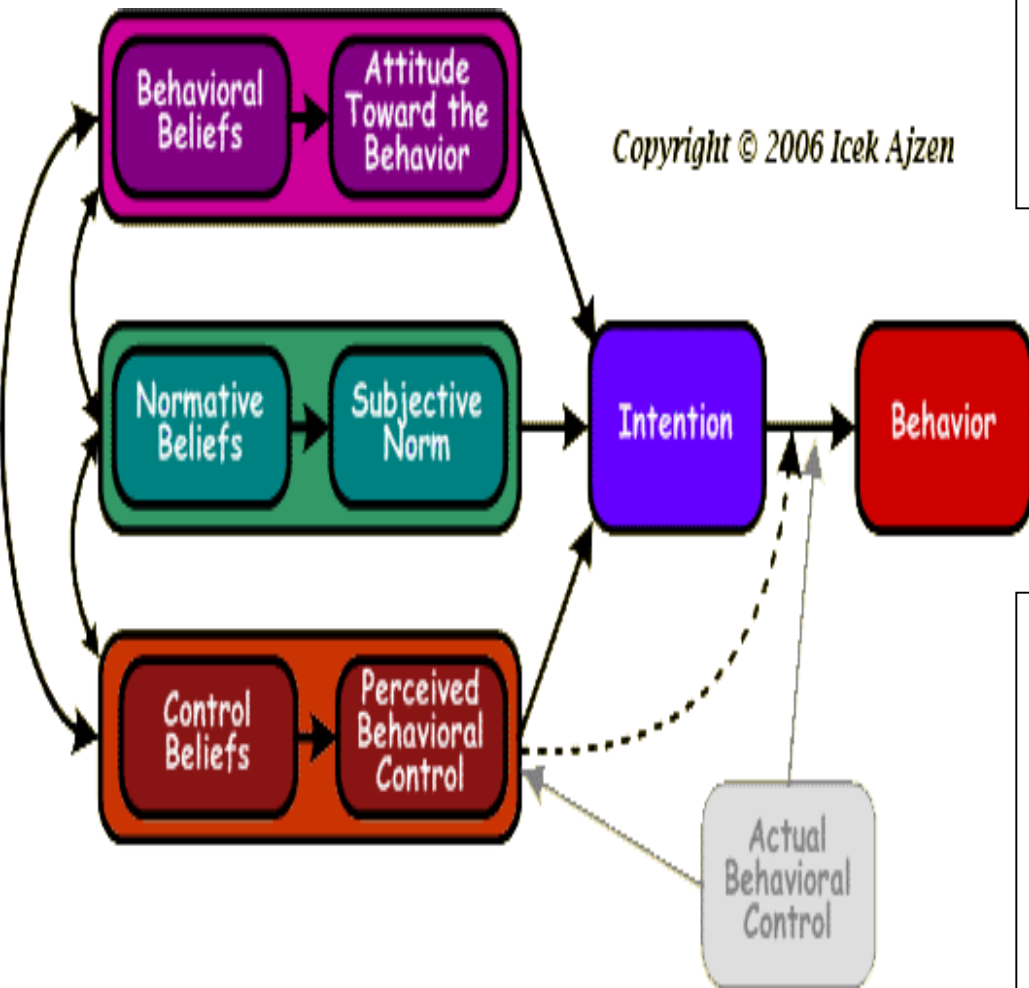
Θεωρίες Αλλαγής Συμπεριφοράς– II

- **Διαθεωρητικό (Στάδια Αλλαγής) Μοντέλο – προτείνει αλλαγή ως μια διαδικασία 6 σταδίων**

- **1. Πριν το διαλογισμό** – τα άτομα δεν έχουν την πρόθεση να κάνουν μια αλλαγή στο εγγύς μέλλον (εντός του επόμενου εξαμήνου)
- **2. Διαλογισμός** – τα άτομα έχουν την πρόθεση να κάνουν μια αλλαγή και γνωρίζουν τα πλεονεκτήματα της αλλαγής αλλά επίσης μπορούν να αναγνωρίσουν και τα μειονεκτήματα (εντός του επόμενου εξαμήνου)
- **3. Προετοιμασία**– τα άτομα έχουν σχέδιο δράσης και έχουν την πρόθεση να αναλάβουν δράση στο άμεσο μέλλον (μέσα σε ένα μήνα)
- **4. Δράση**– τα άτομα αλλάζουν τη συμπεριφορά τους
- **5. Διατήρηση**- αναπαριστά το στάδιο όπου τα άτομα προσπαθούν να μην υποτροπιάσουν
- **6. Τερματισμός**– τα άτομα έχουν 100% αποδοτικότητα και θα διατηρήσουν τη συμπεριφορά – δύσκολο να διατηρηθεί και τα περισσότερα άτομα παραμένουν στο στάδιο 5



Θεωρητικό πλαίσιο



Στάση προς τη συμπεριφορά

καθορίζεται από την αξιολόγηση του ατόμου των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με τη συμπεριφορά .

Υποκειμενικοί κανόνες αναφέρονται στο βαθμό στον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι σημαντικά άτομα ή ομάδες (π.χ. γονείς , σύζυγος, φίλος, συνάδελφοι, ο γιατρός ή ο λογιστής) θα εγκρίνουν ή θα αποδοκιμάσουν τη συμπεριφορά του.

Αντιλαμβανόμενος έλεγχος

συμπεριφοράς αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να ελέγξει τη συμπεριφορά του και αυτό περιλαμβάνει τις πεποιθήσεις σχετικά με τους παράγοντες που θα επηρεάσουν τη δυσκολία της συμπεριφοράς και την αντιλαμβανόμενη δύναμη αυτών των παραγόντων

Στην κατεύθυνση μιας εθνικής προοπτικής

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



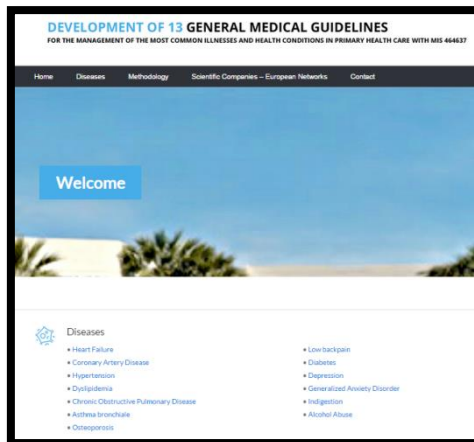
ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΚΚΟΙ



Δίκτυο Έρευνας στη Γενική
Ιατρική στην Κρήτη

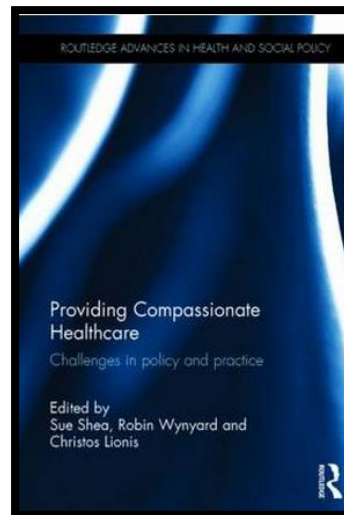


Διαγνωστικά Εργαλεία



Κατευθυντήριες Οδηγίες
στην ΠΦΥ

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



Providing
Compassionate
Healthcare



Δημοτικό Ιατρείο
Ηρακλείου



Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου
Κρήτης



Περιοδικά

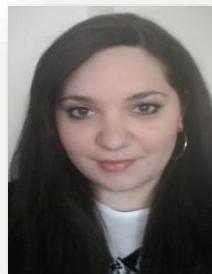
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ



Valeria
Chatzea



Agapi Angelaki



Dimitra Sifaki-
Pistolla



Myron Galenianos



Christina
Lamprinea



Eirini
Vasilaki



Ada Markaki



Antonis Koutis



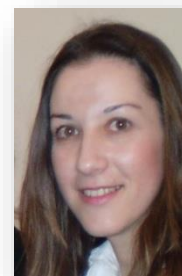
George Duijker



Aristeia Saridaki



Antonis Bertisias



Chrisanthi
Psaroudaki



Maria
Papadakaki

<http://www.fammed.uoc.gr/>



ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ!