

# *Η σύνδεση της Δημόσιας Υγείας με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*

***E. Θηραίος MD, MSc in Public Health***

***Γενικός Ιατρός – Δ/ντής ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Βάρης  
Μέλος Εθνικού Συμβουλίου Διακυβέρνησης Ηλεκτρονικής Υγείας  
Γενικός Γραμματέας Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών***



Β' Περίοδος/ 20ή Συνάντηση

«Ο επαναπροσδιορισμός των προτεραιοτήτων  
στην πολιτική υγείας: Η σύγκλιση  
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Δημόσιας Υγείας»

Ξενοδοχείο Βυζαντινό, Άρτα  
27-29 Σεπτεμβρίου 2019



*Οι έννοιες ...*



## Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ...

- ▶ Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) νοείται η άμεση, συνεχής, περιεκτική, συντονισμένη και ολοκληρωμένη) φροντίδα, που αντιστοιχεί στις επιθυμίες, προσδοκίες, αξίες και ανάγκες των ληπτών και παρέχεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας που λειτουργούν ως διεπαγγελματική Ομάδα Υγείας.
- ▶ Κύριοι στόχοι της Ομάδας Υγείας είναι η συνεχής βελτίωση της λειτουργικότητας του λήπτη, της αυτοφροντίδας του, καθώς και της ευδαιμονίας του.

*Χ. Λιονής και συν., 2019*

# Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ...

- ▶ Η στόχευση αυτή επιτυγχάνεται μέσω της ενεργητικής (μετά από επαρκή πληροφόρηση) συμμετοχής του προσώπου στις αποφάσεις του αναφορικά με την υγεία και τον τρόπο ζωής του, με τη χρήση από τον επαγγελματία υγείας δεξιοτήτων ενδυνάμωσης, κινητοποίησης, ενσυναίσθησης, συμβουλευτικής, καθώς και διαχείρισης των πιο συχνών και κοινών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας στην κοινότητα.
- ▶ Οι υπηρεσίες αυτές δεν απευθύνονται μόνο στους λήπτες αλλά και στα μέλη της οικογένειάς τους, τους φροντιστές τους, καθώς και το ευρύτερο εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον, στο πλαίσιο του οποίου τα πρόσωπα ζουν και αλληλεπιδρούν.

*Χ. Λιονής και συν., 2019*

# Η δημόσια υγεία ...

- ▶ Ως ένας τομέας με διατομεακό και διεπιστημονικό χαρακτήρα, που εμπλέκεται σε θέματα διαχείρισης και ελέγχου των παραγόντων κινδύνου και που αποτελεί μια επένδυση στην υγεία του ατόμου και της οικογένειας.
- Στενά συνδεδεμένη με τις έννοιες της προαγωγής της υγείας (health promotion), της εκτίμησης της επίδρασης στην υγεία (health assessment impact), της διαχείρισης του κινδύνου (risk management), της ισότητας στην υγεία (health equity), της βελτίωσης της ποιότητας (quality improvement), καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία, του σχεδιασμού και της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.
- Αλλά και με την προσέγγιση θεμάτων που σχετίζονται με τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες (φτώχεια, ανεργία, δυσμενή μεταβολή κοινωνικοοικονομικών συνθηκών με την παρουσία των μεταναστών), αλλά και θεμάτων βιοηθικής και γενετικής.



## Four Key Features of Primary Care

- **It is person-rather than disease-focused.** This focus entails sustained relationships between patients and providers in primary care practices over time, often referred to as continuity.
- **It provides a point of first contact for whatever people might consider a health or health care problem.** In properly organized health care systems, primary care ensures access to needed services.
- **It is comprehensive.** By definition, it can encompass any problem. Many problems in primary care are ambiguous and defy precise diagnosis. Nonetheless, primary care meets a large majority of patient needs without referral.
- **It coordinates care.** Primary care adopts mechanisms that facilitate the transfer of information about health needs and health care over time. Highly personalized solutions to patients' problems can be implemented when sustained relationships permit deeper knowledge and understanding of individuals' habits, preferences, and goals.

SOURCE: Starfield and Horder, 2007.

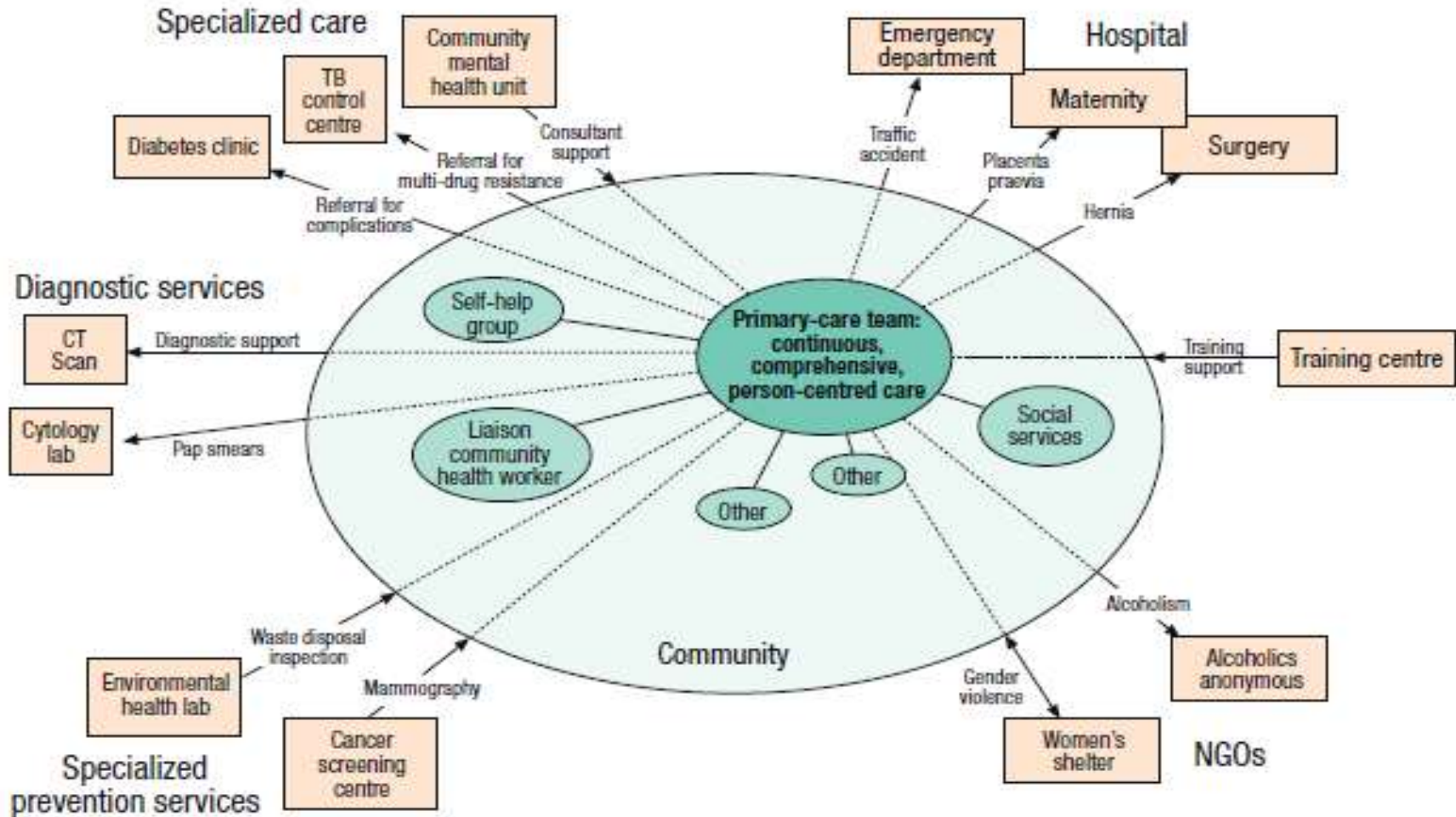
## Essential Public Health Services

- Monitor health status to identify community health problems.
- Diagnose and investigate health problems and health hazards in the community.
- Inform, educate, and empower people about health issues.
- Mobilize community partnerships to identify and solve health problems.
- Develop policies and plans that support individual and community health efforts.
- Enforce laws and regulations that protect health and ensure safety.
- Link people to needed personal health services, and assure the provision of health care when otherwise unavailable.
- Assure a competent public health and personal health care workforce.
- Evaluate effectiveness, accessibility, and quality of personal and populationbased health services.
- Research for new insights and innovative solutions to health problems.

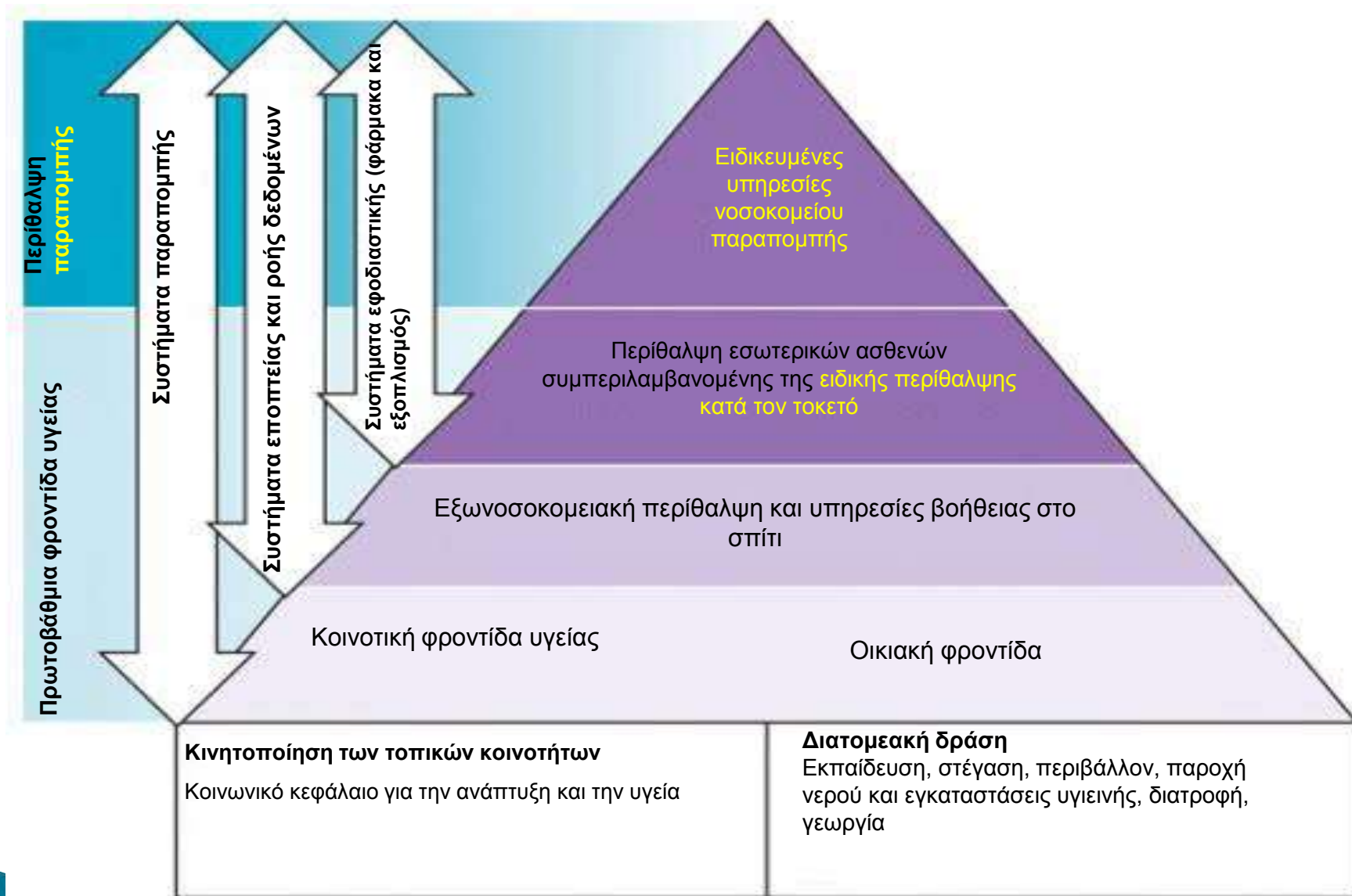
SOURCE: Public Health Functions Steering Committee, 1994.

# Η ΠΦΥ ΣΤΟ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

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



# Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Πλαίσιο Ευρύτερου Συστήματος Υγείας





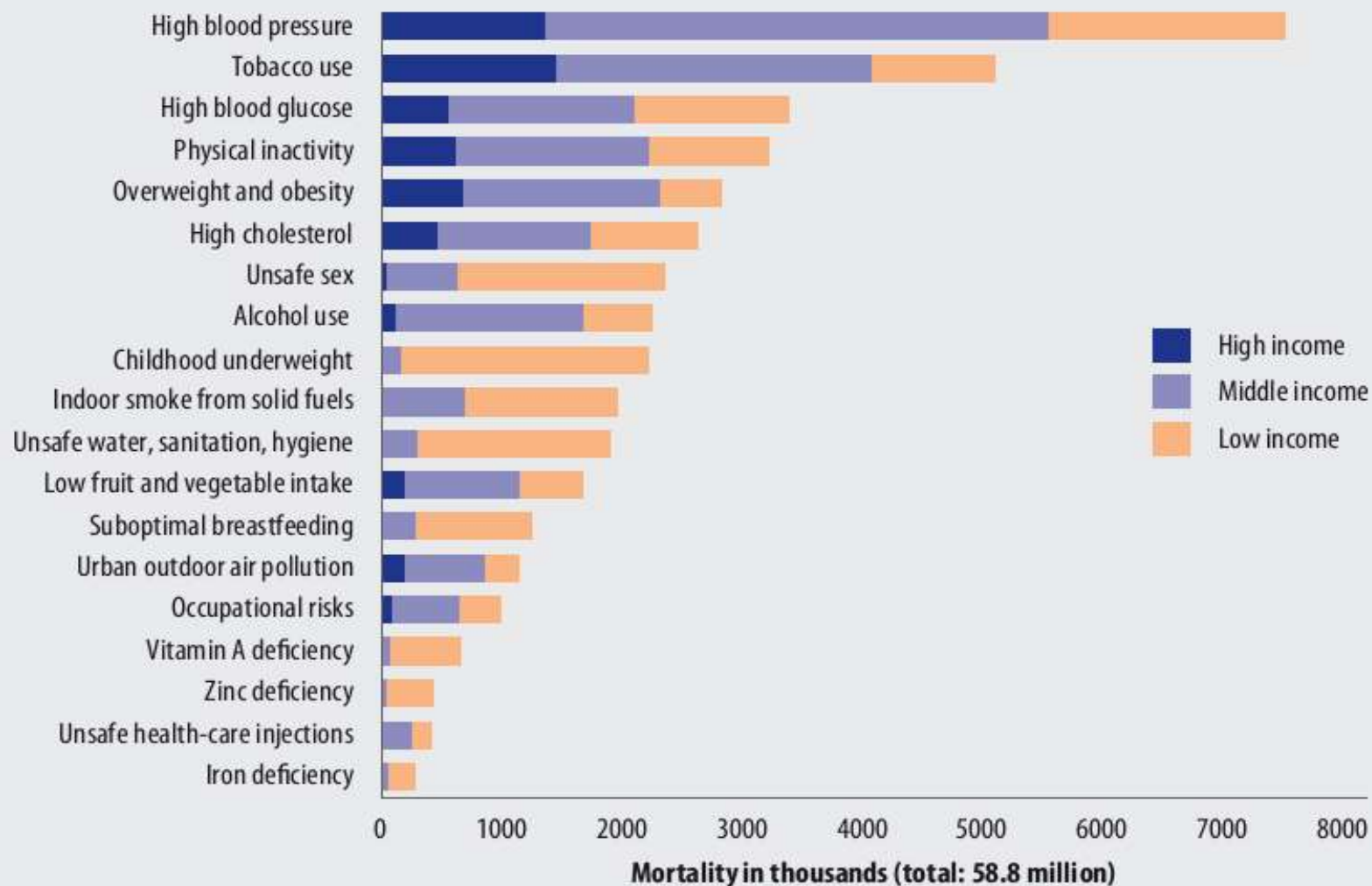
*Τα δεδομένα ...*



# Παγκόσμιο φορτίο ασθένειας

(που αποδίδεται στους 19 κορυφαίους παράγοντες κινδύνου)

Figure 6: Deaths attributed to 19 leading risk factors, by country income level, 2004.



# Risk factors and their consequences

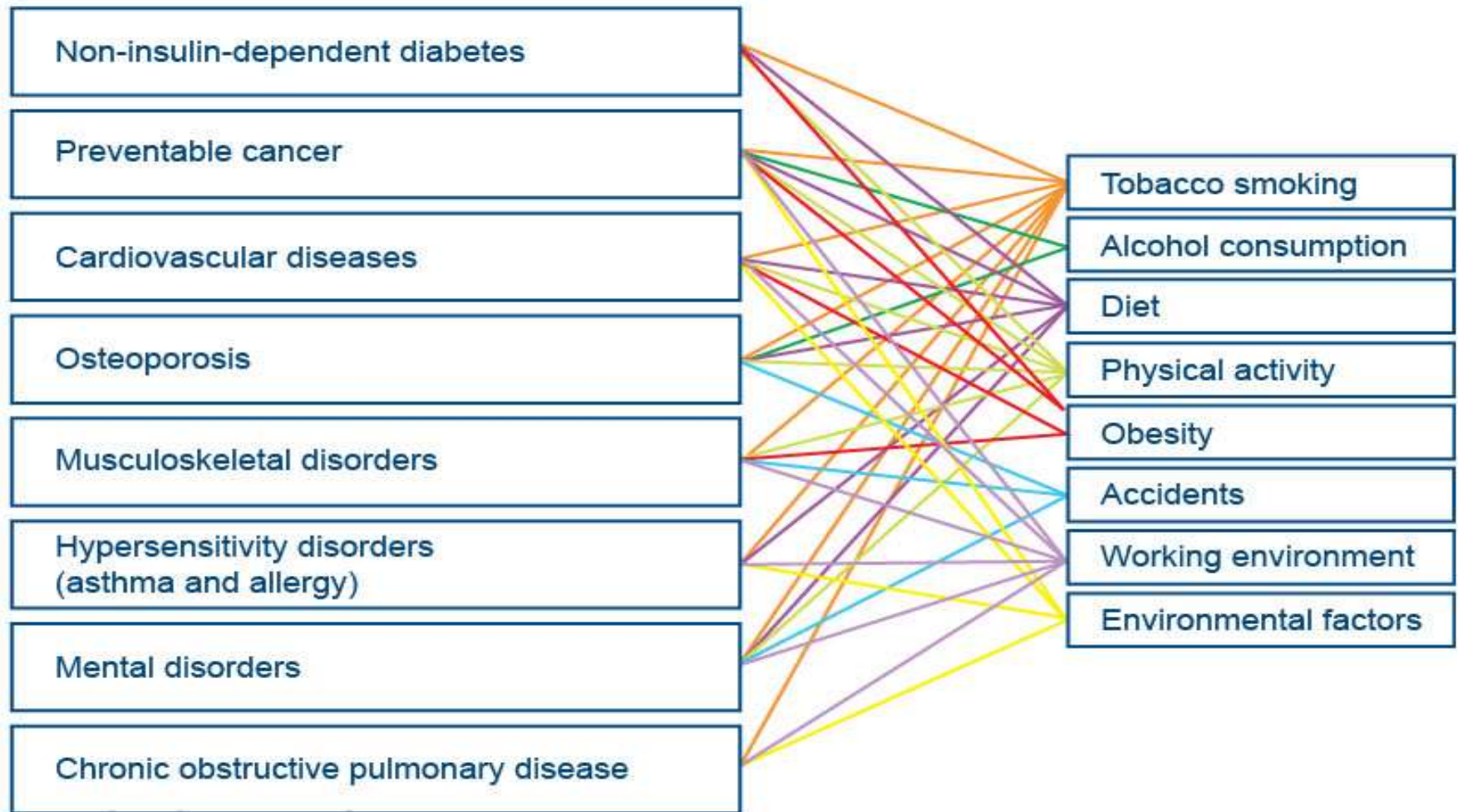
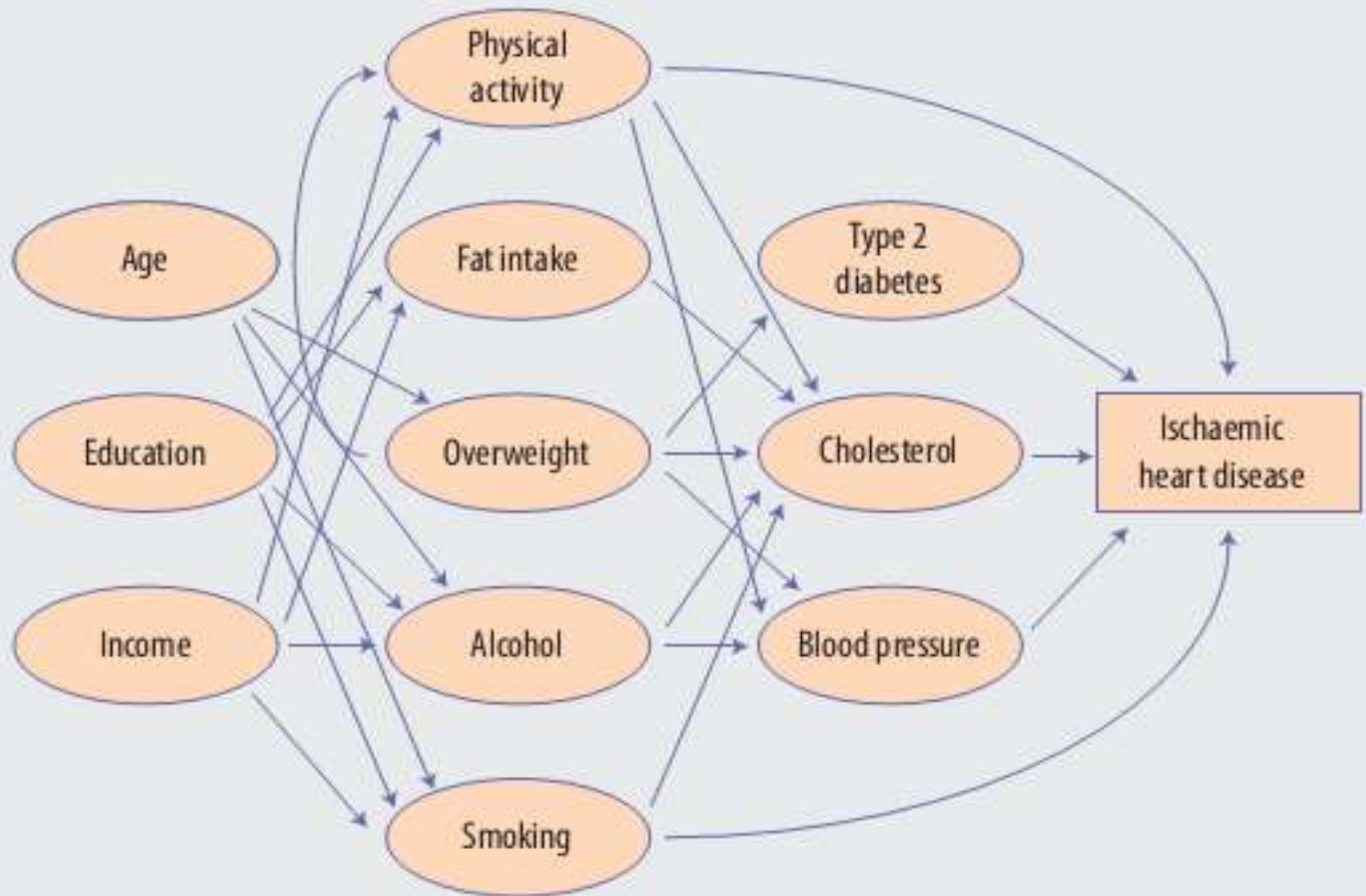


Figure 1: The causal chain. Major causes of ischaemic heart disease are shown. Arrows indicate some (but not all) of the pathways by which these causes interact.



# Το βάρος των χρόνιων νοσημάτων

- ▶ Αυξανόμενη συχνότητα διεθνώς
  - 20–40% του πληθυσμού της Ε.Ε άνω των 15 ετών θεωρείται ότι πάσχει από ένα ή περισσότερα χρόνια νοσήματα
- ▶ Τα χρόνια νοσήματα ευθύνονται σήμερα για το:
  - 80% των επισκέψεων στην ΠΦΥ
  - 60% των νοσοκομειακών εισαγωγών
  - 60% των θανάτων παγκοσμίως

People with Chronic Conditions Account for 78 Percent of All Health Care Spending

78%  
Health Care Spending  
for People with Chronic  
Conditions

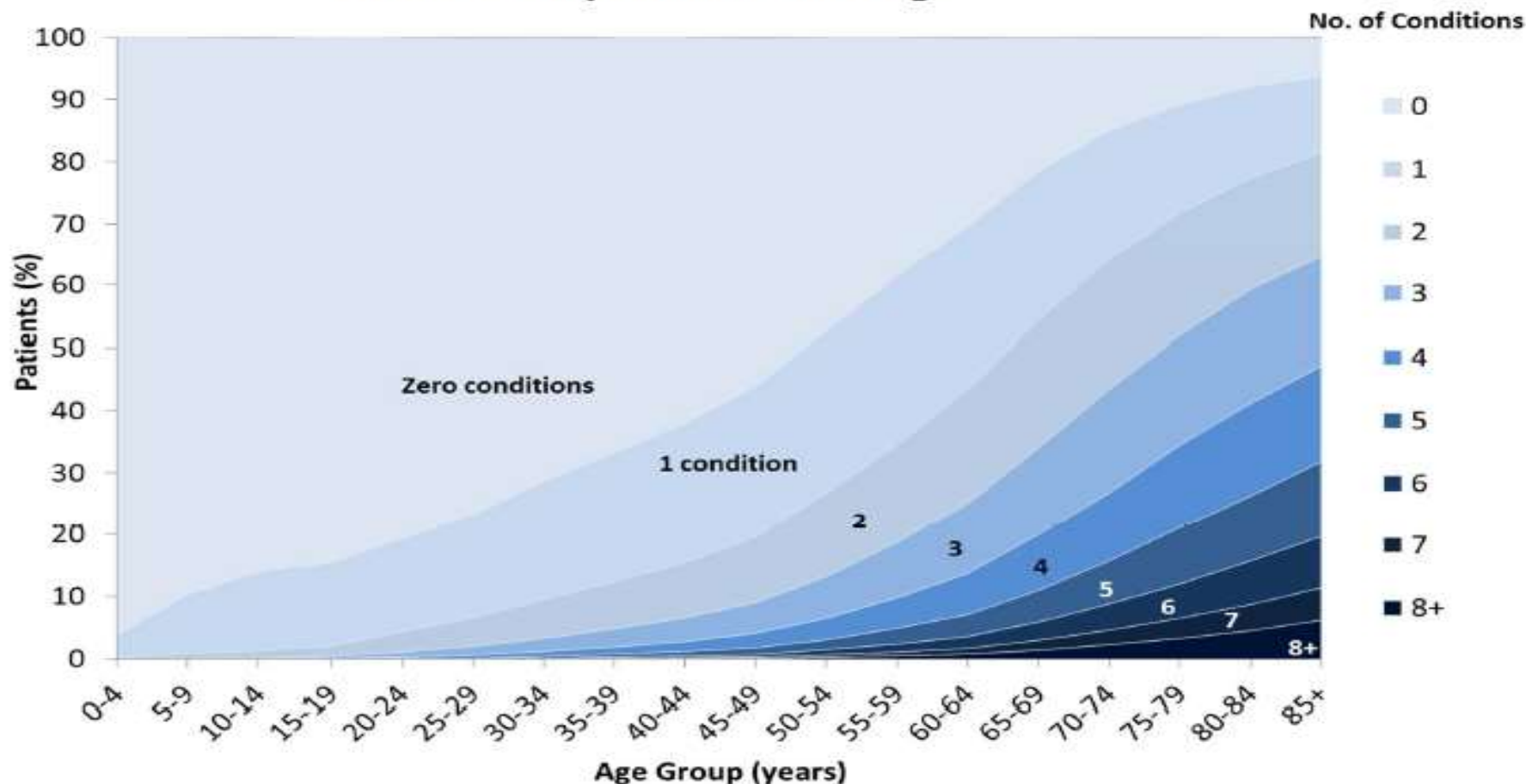
22%  
Health Care Spending  
for People without  
Chronic Conditions



Source: Medical Expenditure Panel Survey, 1998.



## Multimorbidity increases with age



Barnett K et al *Lancet* 2012

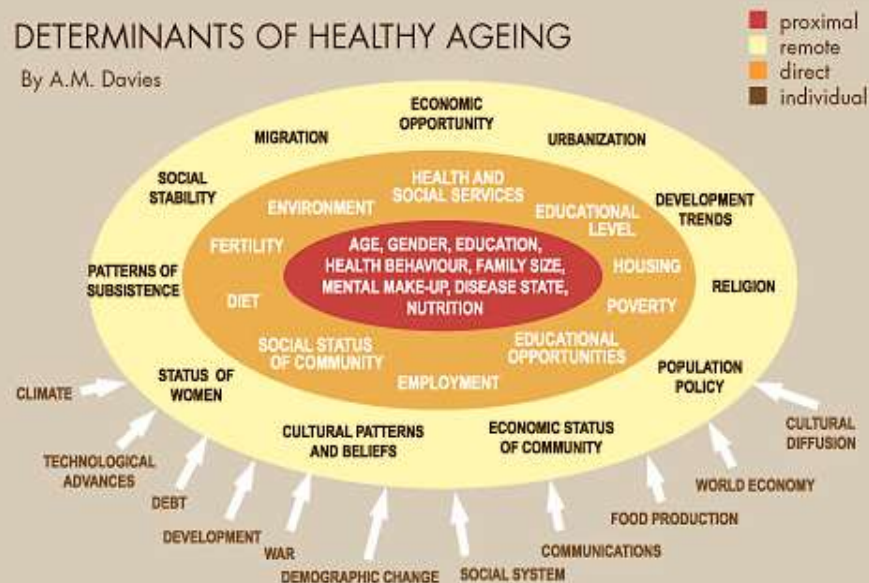
Ο WHO εκτιμά ότι, έως το έτος 2050, ο αριθμός των ανθρώπων ηλικίας >60 ετών θα αυξηθεί σε περίπου 2 δισ., σε σύγκριση με το έτος 2000, όπου στις αντίστοιχες ηλικίες αναλογούν 605 εκ. περίπου, ενώ την τελευταία δεκαετία άρχισε να χρησιμοποιείται ο όρος «*υγιής γήρανση*» με σκοπό να αναδείξει τη μεγάλη σημασία της πρόληψης.

# THEORETICAL BACKGROUND

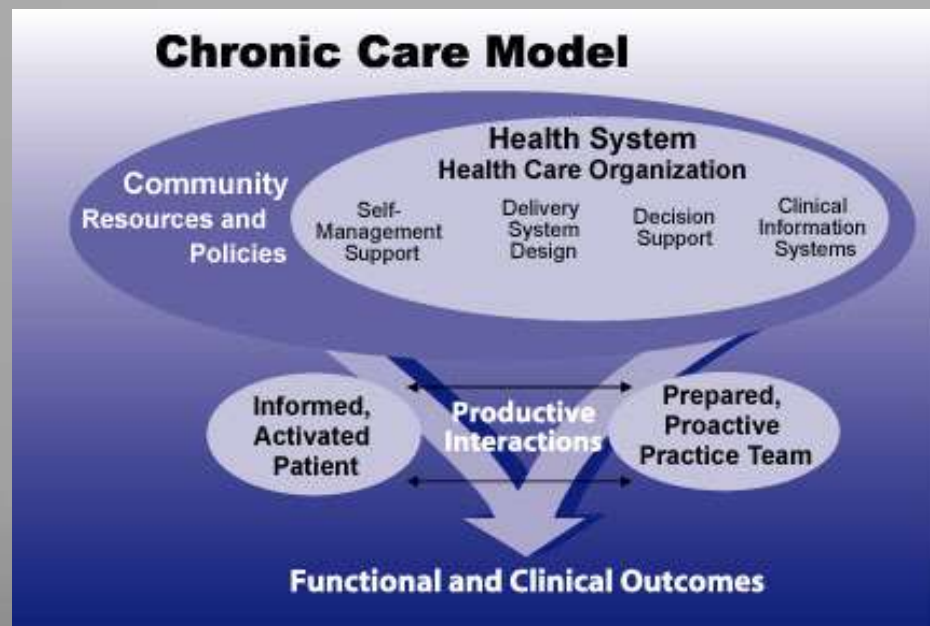
determinants of healthy ageing, health care system and productive interactions, determinants of health

## DETERMINANTS OF HEALTHY AGEING

By A.M. Davies



## Chronic Care Model





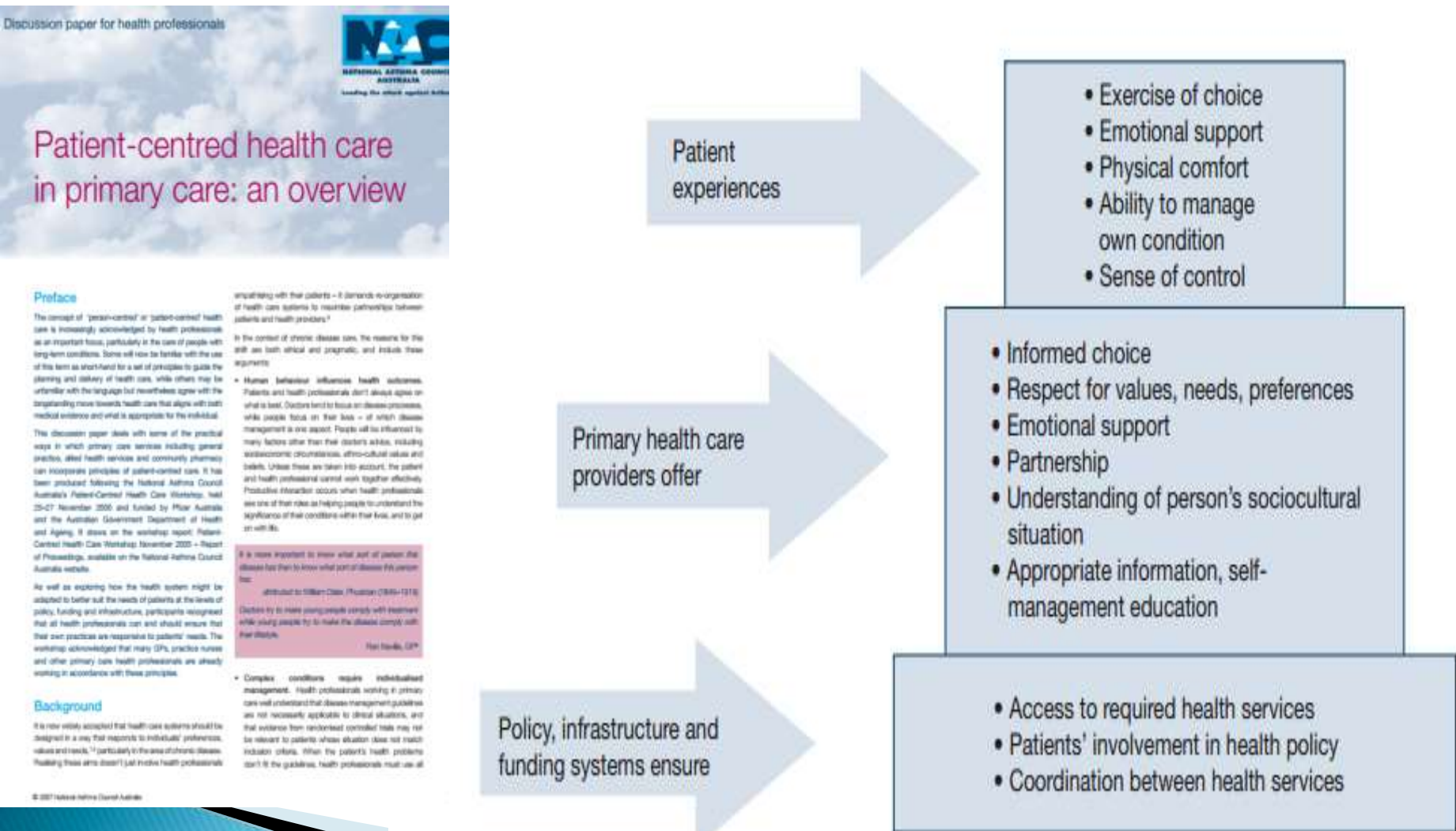
# Ο άνθρωπος στο επίκεντρο

ολοκληρωμένη ανταπόκριση του συστήματος υγείας, με εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό με κατάλληλες δεξιότητες, προσιτές τεχνολογίες, αξιόπιστη παροχή φαρμάκων, σύστημα παραπομπής και ενδυνάμωση των ανθρώπων για την αυτο-φροντίδα



# Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα στη ΠΦΥ

Figure 1. The foundations of person-centred health care in primary care



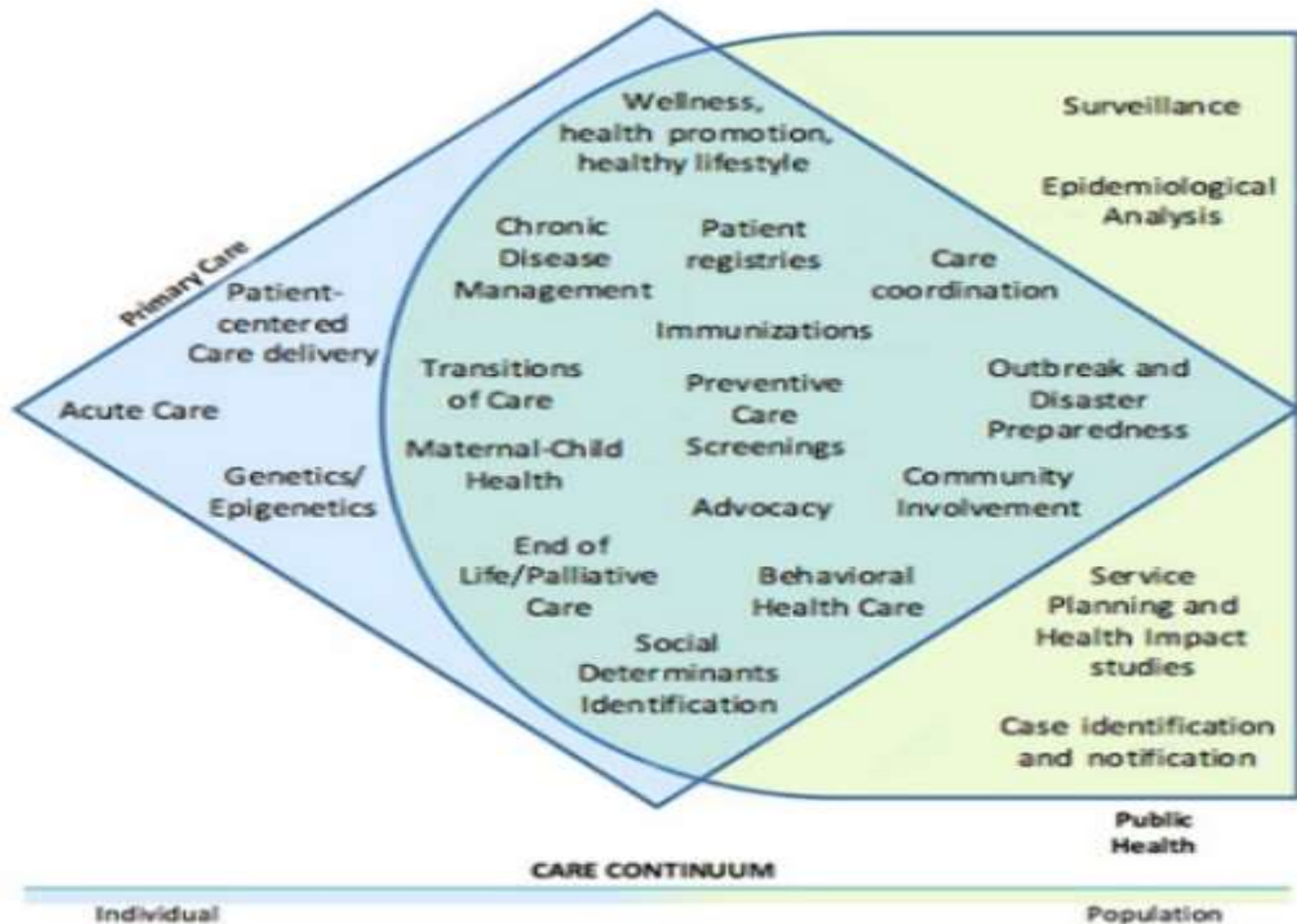
*Οι αναγκαίες συνέργειες ...*







| INTRAPERSONAL                                                                                                                                                                                                                                                            | INTERPERSONAL                                                                                                                                                                                                                    | ORGANIZATIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SYSTEMIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAL QUALITIES, KNOWLEDGE AND SKILLS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experience/knowledge in collaboration</li> <li>• Leadership skills in collaboration</li> <li>• Health professionals' and other individuals' personal characteristics</li> </ul> | <b>ROLE CLARITY</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Understanding/agreement of roles and mandates</li> <li>• Flexible roles/adaptability</li> </ul>                                                                     | <b>CLEAR MANDATES, VISION, AND GOALS FOR COLLABORATION</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clear mandate for collaboration</li> <li>• Congruent focus</li> <li>• Formal agreements</li> <li>• Organizational structures that enable collaboration</li> <li>• Role delineation</li> </ul>                             | <b>GOVERNMENTAL AND REGULATORY POLICIES AND MANDATES FOR COLLABORATION</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectation that partnerships are essential</li> <li>• Clear government policies, mandates for collaboration</li> <li>• Consistency of standards around collaboration for PC and PH</li> <li>• Expectations/accountability for reporting on collaborations using common quality indicators</li> </ul> |
| <b>PERSONAL VALUES, BELIEFS AND ATTITUDES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Willingness to collaborate</li> <li>• Responsiveness to patient and community needs</li> </ul>                                                                                    | <b>EFFECTIVE COMMUNICATION</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exchange of information</li> <li>• Facilitated, engaged dialogue</li> </ul>                                                                              | <b>STRATEGIC COORDINATION AND COMMUNICATION MECHANISMS BETWEEN PARTNERS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formalized communication processes</li> <li>• Strategic plan development by partners</li> <li>• Coordinated clinical/administrative services</li> <li>• Exchange of client/health information</li> </ul> | <b>HARMONIZED INFORMATION AND COMMUNICATION INFRASTRUCTURE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clear and effective information and communication infrastructures</li> <li>• Interoperable PC and PH communication systems and electronic record systems (Electronic Medical Record; Electronic Health Record)</li> </ul>                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>TRUSTING AND INCLUSIVE RELATIONSHIPS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive relationship development and maintenance</li> <li>• Collaborative working styles</li> <li>• Trust and respect of others</li> </ul> | <b>FORMAL ORGANIZATIONAL LEADERS AS COLLABORATION CHAMPIONS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ability to motivate towards common goal</li> <li>• Leadership buy-in to collaboration</li> <li>• Transformative leadership qualities and skills</li> </ul>                                                           | <b>FORMAL SYSTEMS LEADERS AS COLLABORATIVE CHAMPIONS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification and formalization of systems leader</li> <li>• Leadership for collaboration</li> <li>• Long-term strategy for collaboration</li> <li>• Leadership understanding of benefits of collaboration</li> </ul>                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>SHARED VALUES, BELIEFS, AND ATTITUDES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Openness and belief in collaboration</li> <li>• Values, attitudes, and philosophies related to change</li> </ul>                           | <b>COLLABORATIVE ORGANIZATIONAL CULTURE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valuing work of the other sector</li> <li>• Organizational readiness for collaboration</li> <li>• Avoiding turf protection</li> </ul>                                                                                                    | <b>EFFECTIVE DECISION-MAKING FRAMEWORK</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusive, transparent decision-making processes</li> <li>• Effective governance that defines the rules of engagement for collaboration</li> <li>• Optimal process for resource allocation</li> <li>• Effective mechanisms for resolving conflict between PH and PC</li> </ul>                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>EFFECTIVE CLINICAL DECISION PROCESSES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Practitioner problem solving</li> <li>• Practitioner decision making</li> </ul>                                                            | <b>OPTIMAL USE OF RESOURCES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investment of resources to initiate collaboration</li> <li>• Funding mechanisms</li> <li>• Geographic proximity of partners</li> <li>• Time for working on collaboration</li> </ul>                                                                  | <b>FUNDING MODELS AND FINANCIAL INCENTIVES SUPPORTING COLLABORATION</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Increased/ sufficient allocation of financial resources for collaboration</li> <li>• Alignment of funding models for PC and PH collaboration</li> <li>• Potential strategies of funding collaboration (e.g., secondments, fee codes)</li> </ul>                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                  | <b>OPTIMAL USE OF HUMAN RESOURCES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matched professional skills to needs</li> <li>• Professionals work to full scope of practice</li> <li>• Organizational mandates enable full scope of practice</li> <li>• Flexible, accommodating application of skill sets</li> </ul>          | <b>TARGETED PROFESSIONAL EDUCATION</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educating new professionals for collaboration between PC and PH</li> <li>• Continuous professional development for collaboration between PC and PH</li> <li>• Education accreditation standards that include collaboration</li> </ul>                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                  | <b>COLLABORATIVE APPROACHES TO PROGRAMS AND SERVICES DELIVERY</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Engaged community</li> <li>• Inter-professional teams</li> <li>• Client-centered approach</li> <li>• Integrated or coordinated programs and services between PC and PH</li> </ul>                                  | <b>HEALTH SERVICE STRUCTURES THAT PROMOTE COLLABORATION</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infrastructure to support collaboration (e.g. Information Technology, physical space)</li> <li>• Opportunities for PC and PH to transcend silos (e.g. inter-branch/ divisions/department committees)</li> <li>• Shared PC PH portfolios</li> </ul>                                                                   |



# Joint functions of primary care and public health to meet the current challenges

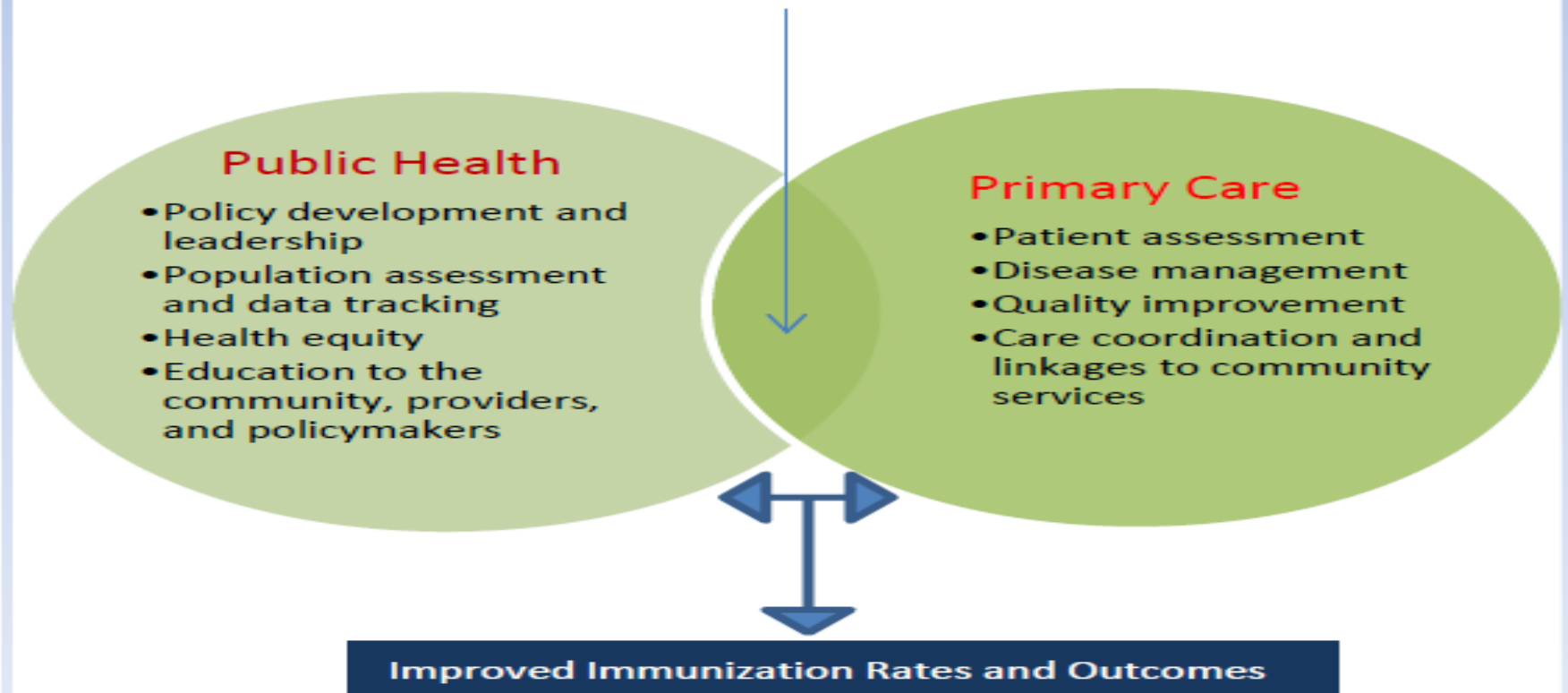
| Health Issue / Function                         | Population Health Needs      | Health Protection            | Health Surveillance          | Health Promotion             | Disease Prevention           | Disease Management           |
|-------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>Cardiovascular disease/ Chronic diseases</b> | Joint functions of PH and PC | Primary responsibility of PH | Primary responsibility of PH | Joint functions of PH and PC | Joint functions of PH and PC | Primary responsibility of PC |
| <b>Neurodegenerative diseases</b>               | Joint functions of PH and PC | Primary responsibility of PH | Primary responsibility of PH | Joint functions of PH and PC | Joint functions of PH and PC | Primary responsibility of PC |
| <b>Frailty</b>                                  | Joint functions of PH and PC | Primary responsibility of PH | Primary responsibility of PH | Joint functions of PH and PC | Joint functions of PH and PC | Primary responsibility of PC |
| <b>Infectious diseases</b>                      | Joint functions of PH and PC | Primary responsibility of PH | Primary responsibility of PH | Joint functions of PH and PC | Joint functions of PH and PC | Primary responsibility of PC |
| <b>Mental Health disorders</b>                  | Joint functions of PH and PC | Primary responsibility of PH | Primary responsibility of PH | Joint functions of PH and PC | Joint functions of PH and PC | Primary responsibility of PC |
| <b>Lifestyle Changes</b>                        | Joint functions of PH and PC | Primary responsibility of PH | Primary responsibility of PH | Joint functions of PH and PC | Joint functions of PH and PC | Joint functions of PH and PC |

This slide has been inspired and formulated on the published paper by Rowan et al, Health Care Policy 2007

# Primary Care and Public Health Partnerships

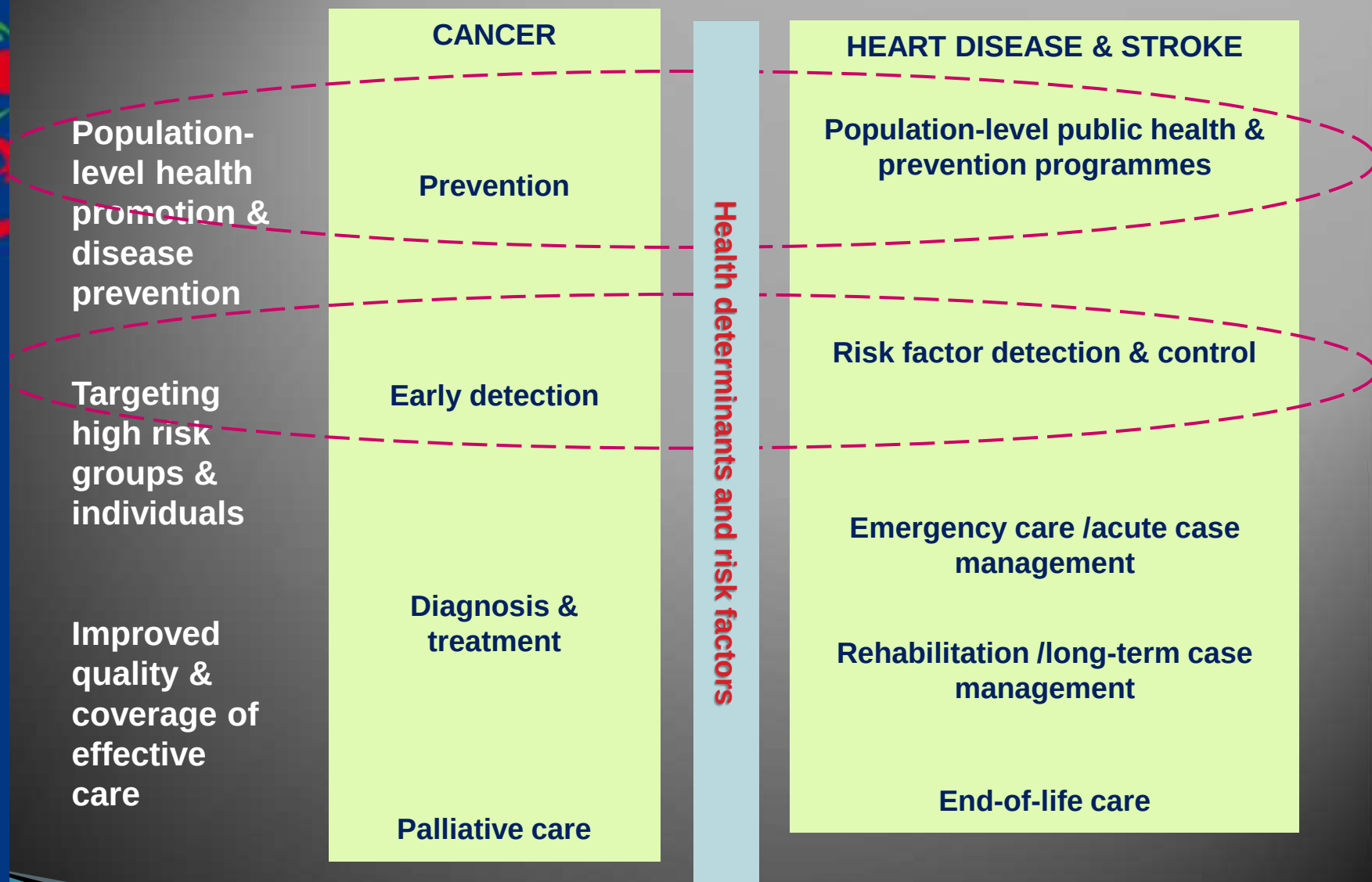
## Interventions at the Intersection of Public Health and Primary Care

- Assess Vaccine Effectiveness and Safety
- Ensure Quality of Immunization Services
- Coordinate Outbreak Response
- Disseminate Vaccine Communications
- Improve Access
- Ensure Evidence-Based Practice





# An integrated approach



Systematic reduction of inequalities in health

## ... και στην Ελλάδα του σήμερα

- ▶ Τα προγράμματα διεθνούς οικονομικού ελέγχου, τα οποία χαρακτηρίζονται από περιστολή της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, προκαλούν επιδείνωση του επιπέδου υγείας (αύξηση νοσηρότητας και θνησιμότητας, μείωση προσδόκιμου επιβίωσης), δυσχέρεια στην πρόσβαση και την αναγκαία χρήση υπηρεσιών υγείας και μείωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας.
- ▶ Οι κοινωνικές ομάδες που βρίσκονται σε κίνδυνο (άνεργοι, χρονίως πάσχοντες, ηλικιωμένοι, γυναίκες) και οι κύριοι παράγοντες κινδύνου (ανεργία, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, κακή διατροφή, άγχος), απαιτούν πολιτικές αντιμετώπισης της φτώχειας και των επιπτώσεων της στην υγεία.
- ▶ Οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και τα Δίκτυα ΠΦΥ συνιστούν την «αιχμή» των δράσεων, με πολιτικές ελέγχου των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία και με τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων.

# Κύρια προλαμβανόμενα χρόνια νοσήματα, παράγοντες κινδύνου και προσδιοριστές υγείας

## Χρόνια, προλαμβανόμενα

- Καρδιαγγειακά
- Εγκεφαλικό
- Διαβήτης τ2
- Νεφρική νόσος
- Χρόνια αναπνευστικά (άσθμα, ΧΑΠ)
- Ορισμένοι καρκίνοι
- Ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη)

## *Πιθανόν*

- Μυοσκελετικά
- Στοματική υγεία

# Κύρια προλαμβανόμενα χρόνια νοσήματα, παράγοντες κινδύνου και προσδιοριστές υγείας

## Χρόνια, προλαμβανόμενα

- Καρδιαγγειακά
- Εγκεφαλικό
- Διαβήτης τ2
- Νεφρική νόσος
- Χρόνια αναπνευστικά (άσθμα, ΧΑΠ)
- Ορισμένοι καρκίνοι
- Ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη)

## *Πιθανόν*

- Μυοσκελετικά
- Στοματική υγεία



# Οριοθέτηση πρόληψης

Πληθυσμός, κατά στάδια εξέλιξης της νόσου



| Υγιείς                                                                                                                                                             | Σε κίνδυνο                                                                                                                                                                              | Εγκατεστημένη νόσος                                                                                      | Ελεγχόμενη νόσος                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Πρωτογενής πρόληψη                                                                                                                                                 | Δευτερογενής πρόληψη                                                                                                                                                                    | Διαχείριση νόσου και Τριτογενής πρόληψη                                                                  |                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Προαγωγή υγιών συμπεριφορών και περιβάλλοντος (σε διάρκεια ζωής)</li><li>• Συνολικές και στοχευμένες παρεμβάσεις</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Screening</li><li>• Περιοδικός έλεγχος</li><li>• Έγκαιρη παρέμβαση</li><li>• Έλεγχος παραγόντων κινδύνου – συμπεριφορές &amp; φάρμακα</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Θεραπεία και οξεία φάση</li><li>• Διαχείριση επιπλοκών</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Συνεχής φροντίδα</li><li>• Συντήρηση</li><li>• Αποκατάσταση</li><li>• Αυτό-έλεγχος, αυτό-διαχείριση</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Δημόσια Υγεία</li><li>• <b>ΠΦΥ</b></li><li>• Άλλοι τομείς</li></ul>                                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ΠΦΥ</b></li><li>• Δημόσια Υγεία</li></ul>                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ειδικοί</li><li>• Νοσοκομείο</li><li>• <b>ΠΦΥ</b></li></ul>      | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ΠΦΥ</b></li><li>• Φροντίδα στην κοινότητα</li></ul>                                                        |
| Προαγωγή υγείας                                                                                                                                                    | Προαγωγή υγείας                                                                                                                                                                         | Προαγωγή υγείας                                                                                          | Προαγωγή υγείας                                                                                                                                       |



Πρόληψη μετακίνησης στην ομάδα «κινδύνου»

Πρόληψη μετακίνησης στην εγκατεστημένη νόσο και εισαγωγή σε νοσοκομείο

Πρόληψη/καθυστέρηση εξέλιξης σε επιπλοκές και επανεισαγωγές

# Αξιολόγηση των προγραμμάτων δημόσιας υγείας

Ιδιαίτερα αποτελεσματικά ως προς το κόστος  
( $< \$10.000/\text{DALY}$ )

Αποτελεσματικά ως προς το κόστος  
( $\$10,000 - \$50,000/\text{DALY}$ )

## Μεγάλη επίδραση στην υγεία

## Μέτρια επίδραση στην υγεία

## Μικρή επίδραση στην υγεία

- Φορολογία σινοπνεύματος, καπνού και «μη υγιεινών τροφών»
- Περιορισμός της ποσότητας αλατιού στα επεξεργασμένα τρόφιμα
- Πιο αποδοτική θεραπεία της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης με τη χρήση
  - Φθηνότερων φαρμάκων
  - Καλύτερη διαχείριση των ασθενών
- Δακτύλιος για την αντιμετώπιση της σοβαρής παχυσαρκίας (αλλά πολύ ακριβή επέμβαση)

- Δράσεις αγωγής και προαγωγής της φυσικής άσκησης
- Φαρμακευτικά σκευάσματα για τη διακοπή του καπνίσματος
- Προσυμπτωματικοί έλεγχοι ηλικιωμένων γυναικών για την οστεοπόρωση και την
- Προσυμπτωματικοί έλεγχοι διαβητικών για χρόνια νεφρική νόσο

- Φθορίωση πόσιμου νερού
- Εμβολιασμός κατά της Hep B

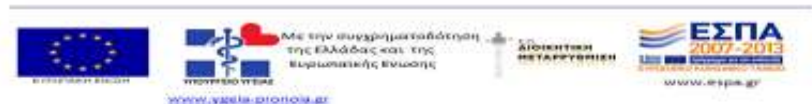
- Εμβολιασμός HPV και Pap test
- Προσυμπτωματικοί έλεγχοι για το διαβήτη σε συνδυασμό με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής
- Προσυμπτωματικοί έλεγχοι για χρόνια νεφρική νόσο σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή
- Δράσεις διαίτας και άσκησης για τα υπέρβαρα

## Δεν προτείνονται

- PSA τεστ για καρκίνο του προστάτη
- Φαρμακευτική αγωγή για απώλεια βάρους
- Δράσεις για την κατανάλωση περισσότερων φρούτων και λαχανικών
- Λήψη ασπιρίνης για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νόσων
- Δράσεις κατά των ναρκωτικών στα σχολεία

# Η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων

- ▶ Η στρατηγική διαχείρισης του κινδύνου στοχεύει στα άτομα εκείνα που κρίνονται ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν νόσημα και ως εκ τούτου και τα περισσότερα οφέλη από την παρέμβαση και εστιάζει:
  - στην περιοδική εξέταση υγείας, με μεσοδιαστήματα, που είναι προσαρμοσμένα ανάλογα με την ομάδα ηλικίας και τον ατομικό ή οικογενειακό κίνδυνο,
  - στο εστιασμένο προσυμπτωματικό ιστορικό και τη φυσική εξέταση που έχουν σχεδιαστεί για την ανίχνευση παραγόντων κινδύνου για τη νόσο,
- ▶ Η επιλογή εργαστηριακής εξέτασης καθοδηγείται από αρχές που έχουν σχεδιαστεί για την επιλογή των δοκιμασιών που είναι αξιόπιστες και έγκυρες και θεωρούνται ότι προσφέρουν μεγαλύτερο όφελος σε ομάδες ατόμων, με αποδεκτό κόστος
- ▶ Επιλογή ενός αριθμού χρόνιων νοσημάτων και παραγόντων κινδύνου (συμπεριφορικών και κλινικών), με κριτήρια την επίπτωση και τη σοβαρότητά τους, για τη διαμόρφωση κλινικών πρωτοκόλλων.



**ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

για σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα  
& καρκίνο του παχέος εντέρου, του μαστού και του τραχήλου της μήτρας

**ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

| ΝΟΣΗΜΑ                           | ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ                 | 40-49 ΕΤΩΝ                                                                                                             | 50-69 ΕΤΩΝ |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                  |                                     | ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ                                                                                                             |            |
| Σακχαρώδης διαβήτης              | Μέτρηση σακχάρου                    | Εάν φυσιολογική τιμή έλεγχος ανά 3ετία                                                                                 |            |
| Καρδιαγγειακά νοσήματα           | Μέτρηση σακχάρου                    | Εάν φυσιολογική τιμή έλεγχος ανά 3ετία                                                                                 |            |
|                                  | Μέτρηση αρτηριακής πίεσης           | Εάν φυσιολογική τιμή (<120/80 mmHg)<br>έλεγχος ανά 2ετία<br>Εάν οριακή τιμή (120-139 ή 80-90 mmHg)<br>έλεγχος ανά έτος |            |
|                                  | Μέτρηση λιπιδίων                    | ανά 5ετία                                                                                                              |            |
| Καρκίνος του μαστού              | Μαστογραφία                         | ανά 2ετία                                                                                                              |            |
| Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας | Τεστ Παπανικολάου                   | ανά έτος                                                                                                               |            |
| Καρκίνος του παχέος εντέρου      | Ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα | -                                                                                                                      | ανά έτος   |
|                                  | ή Κολονοσκόπηση                     | -                                                                                                                      | ανά 10ετία |
|                                  | ή Σιγμοειδοσκόπηση                  | -                                                                                                                      | ανά 5ετία  |

\*Όταν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για το αντίστοιχο νοσήματα ή προηγούμενο παθολογικό ιστορικό, συνιστάται πιο συχνός έλεγχος. Συμβουλευτείτε το γιατρό σας.



## ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

για σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα & καρκίνο του παχέος εντέρου

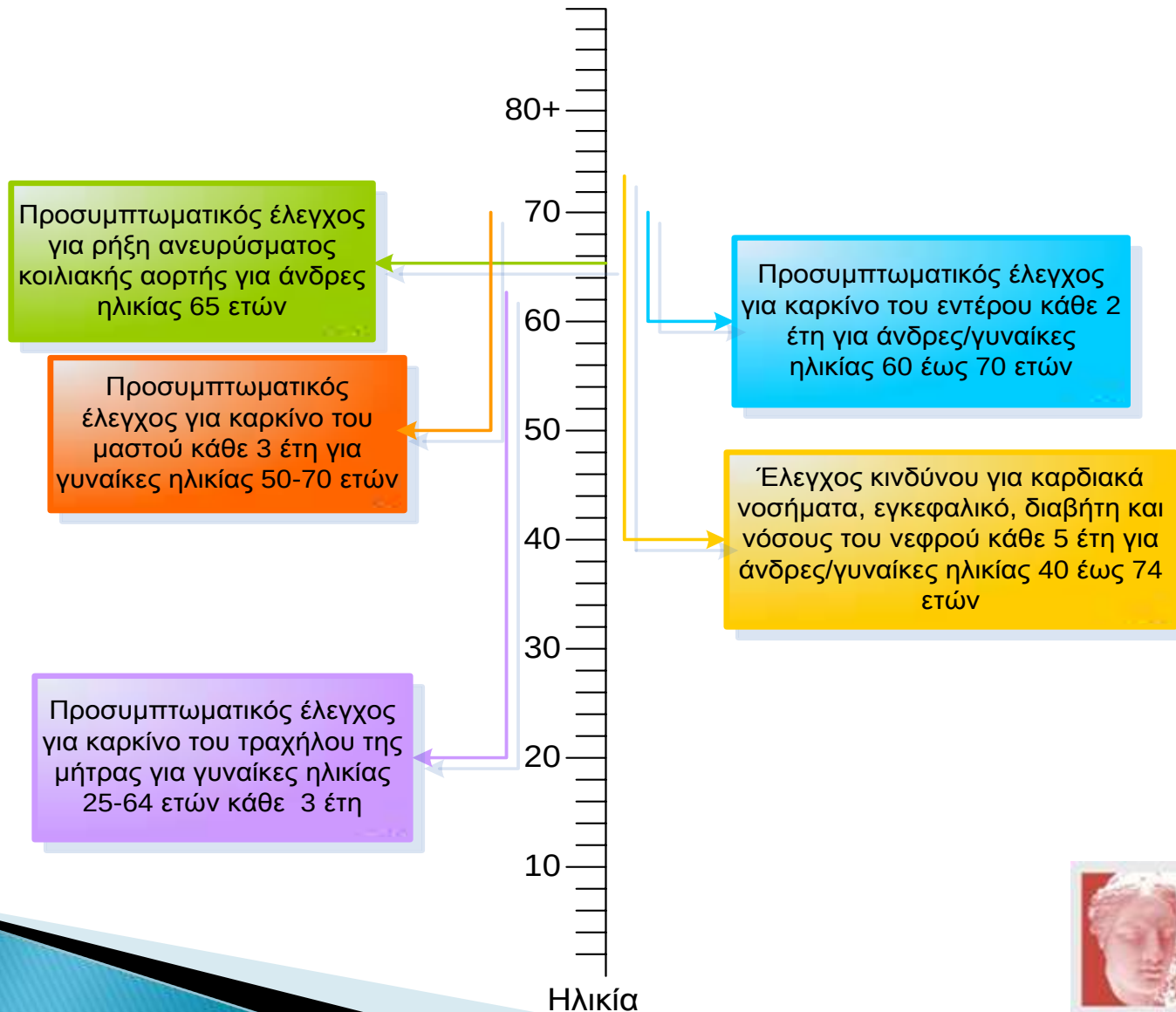
### ΑΝΔΡΕΣ

|                             |                                     | 40-49 ΕΤΩΝ                                                                                                              | 50-60 ΕΤΩΝ |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| ΝΟΣΗΜΑ                      | ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ                 | ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ                                                                                                              |            |
| Σακχαρώδης διαβήτης         | Μέτρηση σακχάρου                    | Εάν φυσιολογική τιμή ελεγχος ανά 3ετία                                                                                  |            |
| Καρδιαγγειακά νοσήματα      | Μέτρηση σακχάρου                    | Εάν φυσιολογική τιμή ελεγχος ανά 3ετία                                                                                  |            |
|                             | Μέτρηση αρτηριακής πίεσης           | Εάν φυσιολογική τιμή (< 120/80 mmHg)<br>ελεγχος ανά 2ετία<br>Εάν οριακή τιμή (120-139 ή 80-90 mmHg)<br>ελεγχος ανά έτος |            |
|                             | Μέτρηση λιπιδίων                    | ανά 5ετία                                                                                                               |            |
| Καρκίνος του παχέος εντέρου | Ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα | -                                                                                                                       | ανά έτος   |
|                             | ή Κολονοσκόπηση                     | -                                                                                                                       | ανά 10ετία |
|                             | ή Σιγμοειδοσκόπηση                  | -                                                                                                                       | ανά 5ετία  |

\*Όταν υπάρξει αυξημένος κίνδυνος για αιτιολογικά καθήκοντα ή πραγματοποιηθεί κληρονομικό σύνδρομο, συστάται πιο συχνός έλεγχος. Συμβουλευτείτε το γιατρό σας.



# Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου

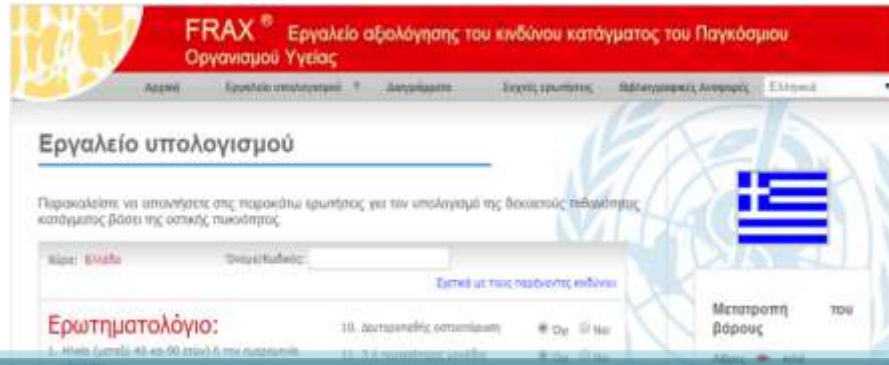


| Δοκιμασία                                                                              | Περιεχόμενο                                                                                                                                                        | Χρόνος εφαρμογής                                                                                           | Κόστος/σχόλια                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Εκτίμηση του 10ετούς κινδύνου για θανατηφόρο επεισόδιο από στεφανιαία νόσο             | Εκτίμηση της πιθανότητας με βάση την τιμή της χοληστερόλης, της συστολικής αρτηριακής πίεσης, του καπνίσματος και της ηλικίας                                      | Εφόσον είναι καταχωρημένες οι μεταβλητές που χρειάζεται η μέτρηση, περίπου 5 λεπτά μαζί με βασικές οδηγίες | Εφ' όσον έχει εκτιμηθεί η τιμή της χοληστερόλης δεν υπάρχει κόστος                                                  |
| Εκτίμηση του βαθμού της παχυσαρκίας και της πιθανότητας για ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη | Μέτρηση περιφέρειας της κοιλίας («δοκιμασία της μεζούρας») και μεταγευματικής τιμής σακχάρου σε άτομα με υψηλό κίνδυνο                                             | Λιγότερο από 5 λεπτά                                                                                       | Το κόστος μιας εξέτασης σακχάρου στο τριχοειδικό αίμα                                                               |
| Δοκιμασία κατά Παπανικολάου σε όλες τις γυναίκες πάνω από τα 20 έτη                    | Για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας                                                                                                      | Εξειδικευμένη εξέταση από 5-10 λεπτά                                                                       | Παρέχεται δωρεάν από την κοινωνική ασφάλιση                                                                         |
| Επιλεγμένοι εμβολιασμοί σε ενήλικες:                                                   | Κάποια εμβόλια σε επιλεγμένες ομάδες (αυξημένου κινδύνου)                                                                                                          | 5 λεπτά ο κάθε εμβολιασμός                                                                                 | Τα εμβόλια συνταγογραφούνται                                                                                        |
| Έλεγχος δερμοαντίδρασης Mantoux                                                        | Επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού                                                                                                                                       | 5 λεπτά                                                                                                    | Δεν έχει κόστος                                                                                                     |
| Μαστογραφία σε γυναίκες με υψηλό κίνδυνο                                               | Εκτίμηση του κινδύνου πάνω σε προτυπωμένο φύλο (κληρονομικό ιστορικό, βιολογικοί και κοινωνικοί προσδιοριστές)                                                     | Απαιτείται παραπομπή σε εργαστήριο                                                                         | Πρέπει να εκτιμηθεί το κόστος του επιλεγμένου με βάση το ατομικό screening, ως κόστος αναμονής και κόστος εξετάσεων |
| Έλεγχος της κατάθλιψης                                                                 | Άτομα σε υψηλό κίνδυνο<br>2 ερωτήσεις αντίστοιχες με αυτές που προτείνει το NICE σε άτομα υψηλού κινδύνου (ιστορικό κατάθλιψης, αναπηρία από χρόνιο νόσημα, άνοια) | 1 – 2 λεπτά                                                                                                | Δεν συνοδεύεται από κόστος                                                                                          |
| Έλεγχος της γνωστικής κατάστασης                                                       | Άτομα πάνω από 65 ετών<br>Με χρήση του MMSE ή βραχείας διάρκειας ερωτηματολόγια                                                                                    | 5 λεπτά                                                                                                    | Δεν συνοδεύεται από κόστος (Μειονέκτημα: υψηλό ποσοστό ομάδων θετικών αποτελεσμάτων)                                |
| Εκτίμηση βαθμού κατάχρησης κατανάλωσης οινοπνεύματος                                   | Χρήση 2 ερωτηματολογίων (CAGE και AUDIT)                                                                                                                           |                                                                                                            | Εκτίμηση βαθμού εξάρτησης και παροχή συμβουλευτικής                                                                 |

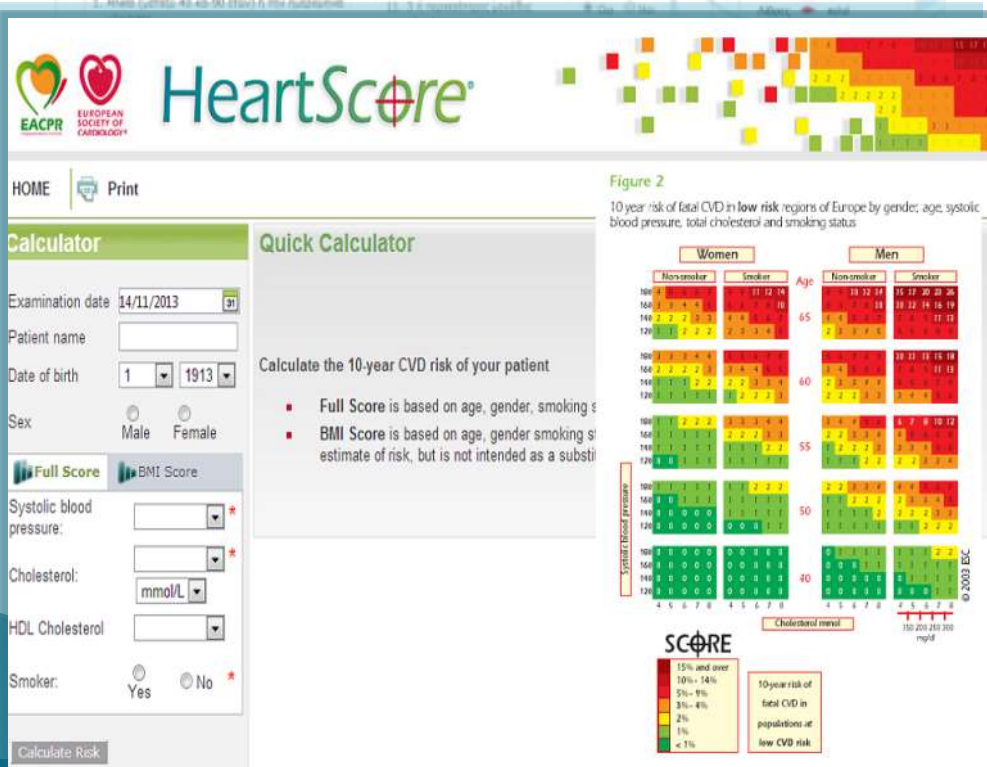
- ❖ Εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου (CVD score) μια φορά τουλάχιστον μέσα στο χρόνο.
- ❖ Σύσταση για έλεγχο της παρουσίας αίματος στα κόπρανα (FIT) (μια φορά το χρόνο) σε άτομα πάνω από 50 χρονών.
- ❖ Σύσταση για μαστογραφία σε ετήσια βάση σε γυναίκες >45 ετών.
- ❖ Σύσταση για έλεγχο HPV DNA Testing σε γυναίκες > 30 ετών και απόφαση για κυτταρολογική εξέταση πάνω στα αποτελέσματα.
- ❖ Σύσταση για διακοπή καπνίσματος σε σταθερούς ή περιστασιακούς καπνιστές
- ❖ Εκτίμηση της συνήθειας κατανάλωσης οινοπνεύματος (CAGE) μια φορά το χρόνο.

- ❖ Εκτίμηση της ολοκλήρωσης των εμβολιασμών σε ενήλικες (μια φορά το χρόνο)
- ❖ Μέτρηση της περιμέτρου μέσης και σύσταση για τον έλεγχο του βάρους (μια φορά το χρόνο)
- ❖ Εκτίμηση της φυσικής ικανότητας ανόδου σκάλας ή και βαδίσματος γύρω από το τετράγωνο της γειτονιάς (Frailty simple) σε ηλικιωμένα και απομονωμένα άτομα (άπαξ)
- ❖ Εκτίμηση της ψυχικής υγείας (μια φορά το χρόνο, PHQ-9)
- ❖ Έλεγχος για συμμόρφωση στη δοθείσα φαρμακευτική αγωγή (μια φορά το χρόνο)

# Η χρήση φθηνής και αξιόπιστης τεχνολογίας (αναφορά σε ερωτηματολόγια και βαθμολογημένες κλίμακες)



- Το SCORE για την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου
- Το FRAX για την εκτίμηση του κινδύνου οστεοπορωτικού κατάγματος
- Το WHO-5D για την εκτίμηση της κατάθλιψης
- Το MMSE για εκτίμηση της άνοιας
- Το CHAD2VASC για την απόφαση χορήγησης αντιθρομβωτικής αγωγής





# Διαγνωστική τεχνολογία στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων στην ΠΦΥ

**P**oint **O**f **C**are **T**esting «Οι ιατρικές δοκιμασίες που διενεργούνται δίπλα στον ασθενή, επιτρέπουν την άμεση μετάδοση των αποτελεσμάτων στον ασθενή, επιτρέποντας τη λήψη άμεσης απόφασης για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας»

Εδώ περιλαμβάνονται:

- Έλεγχος γλυκόζης
- Έλεγχος αερίων/ηλεκτρολυτών αίματος
- Γρήγορη εκτίμηση της πήξης
- Γρήγορη εκτίμηση καρδιακών δεικτών
- Ταινίες ελέγχου των ούρων
- Δοκιμασία εγκυμοσύνης
- Ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα
- Μέτρηση της αιμοσφαιρίνης
- Δοκιμασίες ελέγχου λοιμωδών
- Διαλογή για χοληστερίνης

Primary care diagnostic  
technology update:

point-of-care testing for glycosylated haemoglobin

Annette Plüddemann, Christopher P Price, Matthew Thompson, Jane Wolstenholme and Carl Heneghan



## REVIEW

### Towards evidence-informed integration of public health and primary health care: experiences from Crete

Christos Lionis<sup>1,2</sup>, Elena Petelos<sup>1</sup>, Sophia Papadakis<sup>1,2</sup>, Ioanna Tsiligianni<sup>1</sup>, Marilena Anastasaki<sup>1</sup>, Agapi Angelaki<sup>1</sup>, Antonis Bertsias<sup>3</sup>, Enkeleint Aggelos Mechili<sup>1</sup>, Maria Papadakaki<sup>1,4</sup>, Dimitra Sifaki-Pistolla<sup>1</sup>, Emmanouil Symvoulakis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, Crete, Greece

<sup>2</sup>Institute of Medicine and Health, Linköping University, Sweden

<sup>3</sup>Division of Prevention and Rehabilitation, University of Ottawa Heart Institute, Ottawa, Canada

<sup>4</sup>Technological Educational Institute of Crete, Crete, Greece

Corresponding author: Christos Lionis (email: lionis@galinos.med.uoc.gr)

## ABSTRACT

"Integrated health care" is a concept that is frequently discussed and has received significant attention internationally. In particular, the integration of public health into primary health care has received much attention over the past two decades. However, despite this, integrated health care, encompassing public health, primary health care and evidence-based practice, largely remains a neglected area in many European settings. Many aspects pertaining to the operationalization and implementation of these concepts remain unresolved, particularly in settings where primary health care is under development or where reform is underway. The aim of this article is to share the experiences of the Clinic of Social and Family Medicine (CSFM) at the University of Crete School of Medicine in this area over the

past decade, in terms of insights gained through research, capacity-building efforts and practice focused on addressing major public-health issues in primary-care settings. We provide a brief overview of how data about health-care delivery, collected from capacity-building and research initiatives, can facilitate effective planning and implementation of the primary-care reform that is currently unfolding in Greece. We believe this information shows how to best design and rapidly test evidence-based approaches for the operationalization and implementation of integrated health care, approaches that can serve to address public-health priorities, improve the health and well-being of the population and support evidence-informed policy-making, in Greece and in settings similar to Greece.

**Keywords:** INTEGRATED HEALTH CARE, PRIMARY HEALTH CARE, RESEARCH, GREECE, ALMA-ATA, ASTANA, DECLARATION

## Selected Examples

- Cardio-metabolic Disorders and in generally chronic diseases
- Neurodegenerative Diseases
- Frailty
- Mental Health Disorders
- Old and newly emerging infectious diseases
- Major Disease Risk Factors / Lifestyle changes (Tobacco Use/Dependence, Alcohol, Obesity)
- Low adults Vaccination Uptake- vaccination programs
- Cancer screening programs
- Quality of life

# Οι ανάγκες εκπαίδευσης σε θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας-1

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

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

598

C. Brotons et al. / Preventive Medicine 40 (2005) 595–601

Table 5  
Perception of general practitioners regarding the carrying out of prevention and health promotion activities by individual countries (Yes as %)

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

# Οι ανάγκες εκπαίδευσης σε θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας-2

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

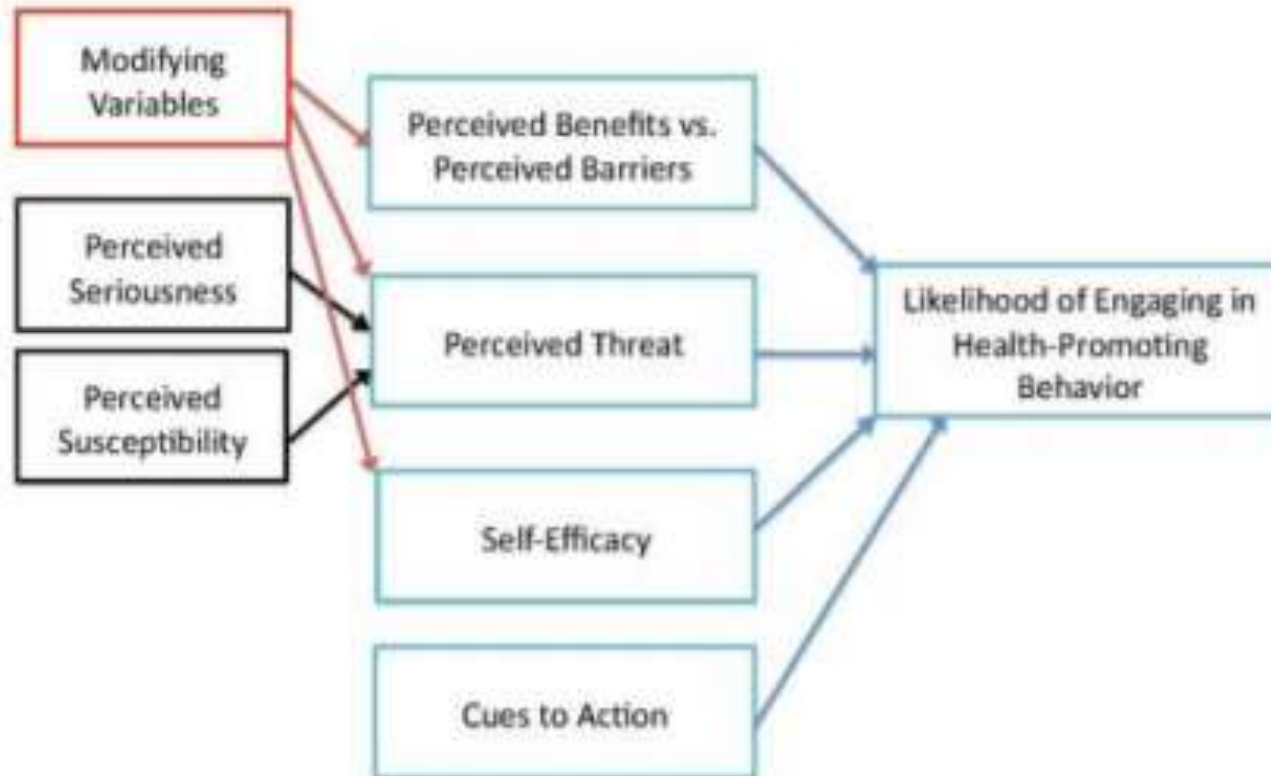
Carlos Brotons\*, Celia Björkelund, Mateja Bulc, Ramon Ciurana, Maciek Godycki-Cwirko,  
Eva Jurgova, Pilar Kloppe, Christos Lionis, Artur Mierzecki, Rosa Piñeiro,

Table 6

Barriers perceived by GPs to implementing health promotion and preventive activities (non-exclusive answers) by individual countries (Yes as %)

|                                                                      | Croatia | Estonia | Georgia | Greece | Ireland | Malta | Poland | Slovakia | Slovenia | Spain | Sweden |
|----------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|--------|---------|-------|--------|----------|----------|-------|--------|
| Heavy work load and lack of time                                     | 73.50   | 68.39   | 4.63    | 67.74  | 84.72   | 55.77 | 72.22  | 37.80    | 92.73    | 94.05 | 87.77  |
| No reimbursement                                                     | 64.00   | 48.39   | 65.74   | 12.90  | 55.56   | 22.58 | 52.94  | 31.29    | 34.55    | 7.43  | 21.86  |
| Patients' accessibility                                              | 50.50   | 17.31   | 65.28   | 64.52  | 28.24   | 39.10 | 36.72  | 8.54     | 20.00    | 17.10 | 14.34  |
| Lack of consensus (discrepancies in the recommendations)             | 19.50   | 29.49   | 9.26    | 19.35  | 31.48   | 20.51 | 29.97  | 45.12    | 20.00    | 32.09 | 25.81  |
| Patients' doubts about effectiveness                                 | 16.50   | 42.31   | 23.61   | 32.26  | 19.91   | 31.41 | 32.79  | 45.40    | 14.55    | 22.68 | 7.89   |
| Lack of clarity on which professional in primary care is responsible | 31.00   | 18.59   | 11.11   | 16.13  | 14.35   | 19.87 | 24.76  | 33.13    | 25.45    | 21.27 | 10.04  |
| Insufficient personal training in prevention and health promotion    | 18.00   | 23.72   | 17.13   | 29.03  | 17.59   | 23.72 | 16.61  | 40.85    | 10.91    | 15.61 | 12.19  |

# The Health Belief Model

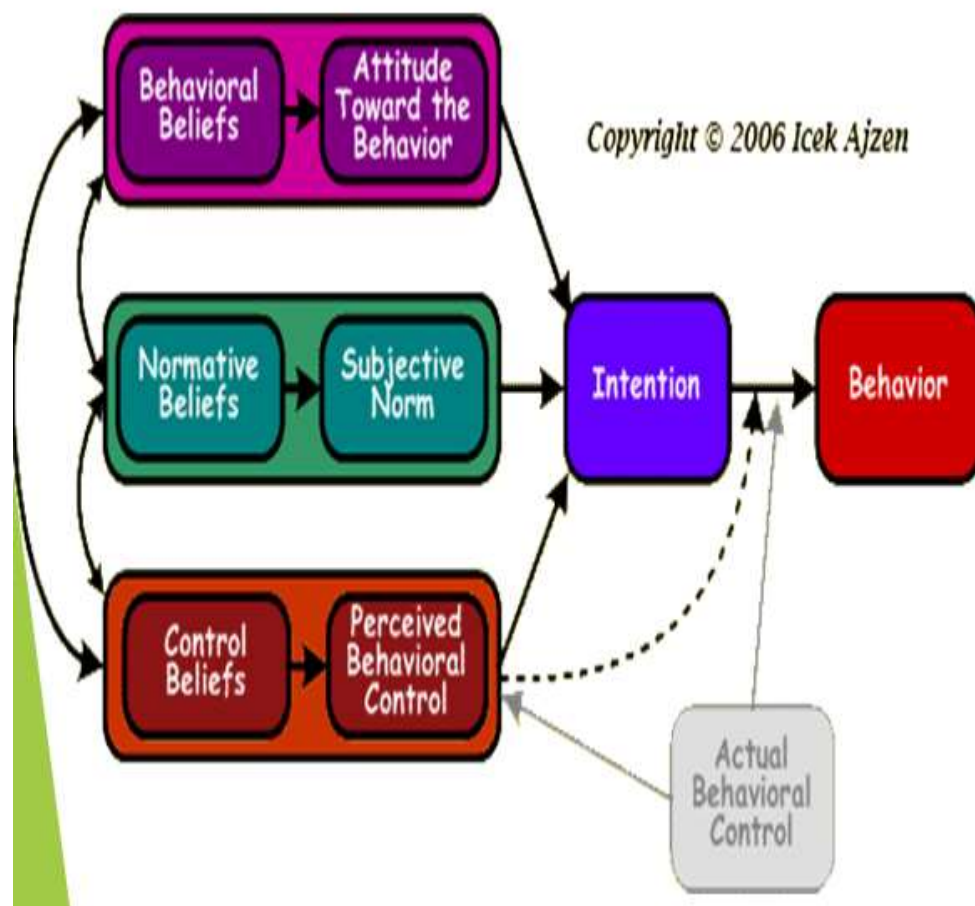




# Η προτρεπτική συνέντευξη (Motivational Interviewing)

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

## Το έλλειμμα σε δεξιότητες επικοινωνίας και αλλαγής της συμπεριφοράς



# ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

## Στρατηγικές κατάρτισης για εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα

- ▶ Χρήση πραγματικών ή υποδυόμενων ασθενών
- ▶ Σεμινάρια εκμάθησης βασισμένα στο περιστατικό ή στο πρόβλημα που ολοκληρώνουν τις διαλέξεις, υπόδυση 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

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<sup>1,2</sup>  
Richard Bruce Hovey<sup>3,4</sup>  
Christophe Bedos<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada; <sup>2</sup>Division of Oral Health and Society, Faculty of Dentistry, McGill University, Montréal, QC, Canada; <sup>3</sup>Faculty of Medicine, University of Calgary, Calgary, AB, Canada; <sup>4</sup>Département de médecine orale et pédiatrie, 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 shared 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 education 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.<sup>1</sup> They also explored the knowledge and attitudes underpinning physicians' communication and listening skills.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup> Given its consideration for the patient's unique history, needs, expectations, and context, PCC offered a promising counterbalance.<sup>3,4</sup>

Correspondence: Martine C. Lévesque  
McGill Faculty of Dentistry, Oral Health and Society, 3850 University Ave., Montréal, QC, H3A 2B7, Canada  
Tel +1 514 325 3176  
Fax +1 514 399 7120  
Email: martine.levesque@mcgill.ca

► *«Καλό είναι να φροντίζετε  
τους ασθενείς  
ώστε να ξαναβρίσκουν  
την υγεία τους,  
αλλά να βοηθάτε και τους υγιείς  
να τη διατηρούν,  
γιατί η φροντίδα τους  
είναι πράξη ευπρέπειας»*

Ιπποκράτης: «Παραγγελία»



*Σας ευχαριστώ πολύ*