

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Χρήστος Λιονής, MD PhD FRCGP(Hon) FWONCA FESC

Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Διευθυντής Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης



Ευχαριστίες

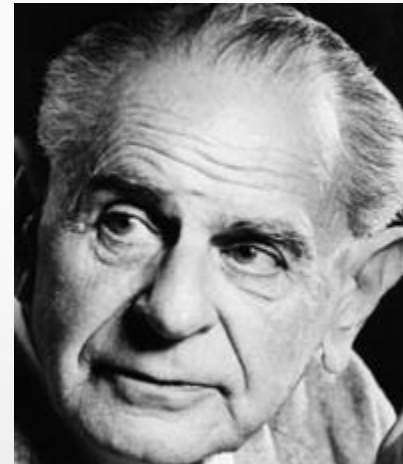
Σε πολλούς δασκάλους, ερευνητές, συνεργάτες και φίλους στην Ελλάδα και στο εξωτερικό που με δίδαξαν στο μακρύ οδοιπορικό της ζωής μου.



Στο φίλο και συνάδελφο μου Γιάννη Κυριόπουλο που μου γνώρισε τη σκέψη του [Archie Cochrane](#) και των στοχαστών της Σχολής της Βιέννης

Σκοπός της ομιλίας

- ✓ Δεν έχει σκοπό να εξετάσει τη συμβολή ή την αναγκαιότητα της τεκμηριωμένης ιατρικής.
- ✓ Αυτή άλλωστε έχει παρουσιαστεί και συζητηθεί σε πολλές συναντήσεις
- ✓ Έχει ως στόχο να εντοπίζει επιπρόσθετες αδυναμίες και να συμβάλλει έτσι στη μείωση της αβεβαιότητας που η ίδια στοχεύει



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

Περίγραμμα της παρουσίασης

- **Εισαγωγή σε ορισμούς και βασικές έννοιες**
- Η κριτική στην τεκμηριωμένη ιατρική
- Η γλώσσα και τα νοήματα πίσω από τις λέξεις-προτασιακός λογισμός και τεκμηριωμένη ιατρική
- Το παράδειγμα του ορισμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και της Γενικής Ιατρικής
- Η δυσκολία στην επιλογή και συμφωνία για την έκβαση
- Το παράδειγμα των προσδοκιών και επιθυμιών του ασθενούς
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση αλλά και αναγνώριση των κοινωνικών προσδιοριστών και μηχανισμών ερμηνείας των προβλημάτων υγείας
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση όρων πολιτικής υγείας όπως δικαιοσύνη (fairness) και ισότητα
- Σύνοψη (της κριτικής στην τεκμηριωμένη ιατρική)

Για ποια έννοια μιλάμε;



NYU SCHOOL OF MEDICINE
FREDERICK L. EHRMAN MEDICAL LIBRARY

Evidence-Based Medicine Definitions

Following are some basic definitions of important Evidence-Based Medicine (EBM) concepts that will help you develop your understanding of the language and methodology of EBM.

What is Evidence-Based Medicine?

Evidence-Based Medicine

Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. (From *BMJ* 1996;312:71-72)

Evidence-based medicine asks questions, finds and appraises the relevant data, and harnesses that information for everyday clinical practice. Evidence-based medicine follows four steps:

- formulate a clear clinical question from a patient's problem
- search the literature for relevant clinical articles
- evaluate (critically appraise) the evidence for its validity and usefulness
- implement useful findings in clinical practice

The term "evidence based medicine" (no hyphen) was coined at McMaster Medical School in Canada in the 1980's to label this clinical learning strategy, which people at the school had been developing for over a decade. (From *BMJ* 1995;310:1122)

Λέξεις κλειδιά για την έννοια:

- ☐ Ατομική κλινική εμπειρία
- ☐ Καλύτερη κλινική τεκμηρίωση
- ☐ Διαθέσιμη από τη συστηματική έρευνα

Λέξεις κλειδιά για την κατανόηση της διαδικασίας

- ☐ Κλινική ερώτηση σε σχέση με το πρόβλημα ασθενή
- ☐ Αναζήτηση της βιβλιογραφίας
- ☐ Κριτική αποτίμηση της τεκμηρίωσης
- ☐ Εφαρμογή στην κλινική πρακτική

Περίγραμμα της παρουσίασης

- Εισαγωγή σε ορισμούς και βασικές έννοιες
- **Η κριτική στην τεκμηριωμένη ιατρική**
- Η γλώσσα και τα νοήματα πίσω από τις λέξεις-προτασιακός λογισμός και τεκμηριωμένη ιατρική
- Το παράδειγμα του ορισμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και της Γενικής Ιατρικής
- Η δυσκολία στην επιλογή και συμφωνία για την έκβαση
- Το παράδειγμα των προσδοκιών και επιθυμιών του ασθενούς
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση αλλά και αναγνώριση των κοινωνικών προσδιοριστών και μηχανισμών ερμηνείας των προβλημάτων υγείας
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση όρων πολιτικής υγείας όπως δικαιοσύνη (fairness) και ισότητα
- Σύνοψη (της κριτικής στην τεκμηριωμένη ιατρική)

Η κριτική στην τεκμηριωμένη ιατρική-Ι



GUEST EDITORIAL

Criticisms of Evidence-Based Medicine

More than twenty years after its conception, 'evidence-based medicine' (EBM) continues to invoke polarised debate. There are several areas of disagreement between EBM supporters and detractors as well as unanswered questions about the role of EBM in modern healthcare. Proponents suggest that the goal of EBM is to rescue medicine from many of its major ills, including wide variations in clinical practice, use of unproven interventions, and failure to apply consistent practice guidelines. Opponents disagree that EBM adequately addresses these issues, and dismiss EBM on the grounds of philosophical and practical flaws. This editorial briefly summarises the criticisms of EBM under five main themes, to provide a starting point for more focused discussion.

The first type of criticism involves the philosophical underpinnings of EBM, which is based on empiricism. In its rawest form, EBM elevates experimental evidence to primary importance over pathophysiological and other forms of knowledge, and implicitly assumes that scientific observations can be made independent of the theories and biases of the observer. However, since the late 19th century, philosophers and scientists have been aware that making theory-free, objective observation is impossible. All observations are affected by the world view of the observer.¹ In fact, the preferred situation is for "clinical trials to provide evidence in support of theory".² Clearer observations allow for theory to be challenged and eventually replaced by better theory. Better theory allows for more specific, more detailed, and ultimately more useful observations. EBM ignores this essential interplay between observation and theory, disregarding the history and philosophy of science.³

The second theme is that the definition of evidence within EBM is narrow and excludes information important to clinicians.^{4,5} EBM grades evidence according to the methods used to collect it. Certain types of studies, such as randomised

trials, are thought to be less vulnerable to bias and therefore 'better' evidence.^{3,4} However, randomised trials and meta-analysis have not been found to be more reliable than other research methods.^{3,7,8} The EBM definition of high quality evidence excludes information necessary to address many kinds of medically relevant questions.⁹ In addition, EBM does not provide a means to integrate other, non statistical, forms of medical information, such as professional experience and patient specific factors.^{3,4,10}

Third, EBM is not 'evidence-based' because it does not meet its own empirical tests for efficacy.^{3,11,12} Considering that EBM proposes that patient care can be improved by basing clinical decision-making on information from statistically valid clinical trials, it is somewhat ironic to find there is no evidence (as defined by EBM) that this is actually the case.³

Fourth, the usefulness of applying EBM to individual patients is limited. Because individual circumstances and values vary, and because there are so many uncommon diseases and variants, for "an increasing number of subgroups of patients we will never have higher levels of evidence".³ Clinicians must balance general rules, empirical data, theory, principles, and patient values and apply them to individual people.^{3,5} This requires a great deal of clinical judgment.¹³

Lastly, EBM has been criticised for reducing the autonomy of the doctor-patient relationship by limiting the patient's right to choose what is best in their individual circumstances. EBM could be used as a cost-cutting tool to deny treatment where interventions are not 'proven' effective. On the other hand, EBM could also increase costs by 'proving' the efficacy of some expensive interventions. Currently, the net effect of EBM is unknown.^{3, 14-16}

None of the critics of EBM suggest that high-quality evidence obtained by clinical epidemiological methods should be ignored in the context of

Evidence-based
CARDIOVASCULAR
MEDICINE

www.elsevier.com/locate/ebm

Πέντε βασικές κριτικές εστιασμένες πάνω στα παρακάτω:

- ✓ Το φιλοσοφικό υπόβαθρο της EBM που βασίζεται στον εμπειρισμό
- ✓ Ο ορισμός είναι στενός και αποκλείει σημαντική πληροφορία για τους κλινικούς
- ✓ Δεν είναι βασισμένη στην τεκμηρίωση μια και δεν ικανοποιεί τα δικά της εμπειρικά κριτήρια για την απόδοση
- ✓ Η χρησιμότητα της εφαρμογής της στους ασθενείς είναι περιορισμένη
- ✓ Περιορίζει την αυτονομία στη σχέση γιατρού-ασθενή

Το άρθρο καταλήγει ότι καμμία από τις παραπάνω κριτικές δεν προτείνει η υψηλής ποιότητας τεκμηρίωση να αγνοείται στη φροντίδα του ασθενή. Αλλά τονίζει ότι αυτός είναι ένας μόνο παράγοντας σε ένα περίπλοκο πλαίσιο.

Η κριτική στο ιεραρχικό μοντέλο της EBM

Context

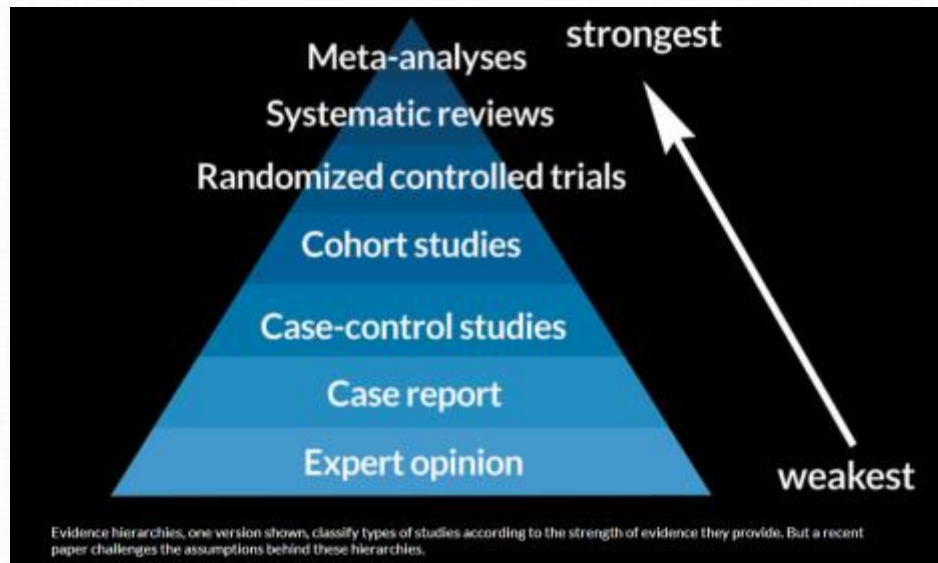
SCIENCE PAST AND PRESENT
TOM SIEGFRIED



CONTEXT SCIENCE & SOCIETY, CLINICAL TRIALS, BIOMEDICINE

Philosophical critique exposes flaws in medical evidence hierarchies

Rankings of research reliability are logically untenable, an in-depth analysis concludes
BY TOM SIEGFRIED 2:30PM, NOVEMBER 13, 2017



T. TIBBETTS

Αναφορά στην κριτική του Christofer Blunt που δημοσιεύτηκε στη δ.δ. το 2015 πάνω στα ιεραρχικά μοντέλα της EBM.

- Εισάγει την αμφισβήτηση σε ποιο βαθμό οι «καλύτερες» ιεραρχικά μέθοδοι προσφέρουν ανώτερη τεκμηρίωση
- Εστιάζεται στο βαθμό που η υψηλότερη από πλευράς τεκμηρίωση είναι συναφής με τον πληθυσμό που χρειάζεται τη θεραπεία αλλά και στην τυχαίοποίηση όλων μεταβλητών που τυχόν επιδρούν στο αποτέλεσμα αλλά και σε θέματα που αφορούν την εγκυρότητα της τεκμηρίωσης

«There is convincing evidence for the claim that hierarchical appraisal improves practice»

CHRIS J BLUNT

HIERARCHIES OF EVIDENCE

Hierarchies of Evidence are a tool employed by many advocates of Evidence-Based Medicine. They are used to appraise evidence from a range of sources, as well as to teach medical students about evidence and evidence appraisal. My PhD thesis concerns the variation in hierarchies defended, and the range of philosophical interpretations of those hierarchies. In order to complete this project, it is necessary to create and maintain a database of hierarchies of evidence. This database is available here for the benefit of other researchers interested in Evidence-Based Medicine



<https://www.sciencenews.org/blog/context/critique-medical-evidence-hierarchies?tgt=nr>

Περίγραμμα της παρουσίασης

- Εισαγωγή σε ορισμούς και βασικές έννοιες
- Η κριτική στην τεκμηριωμένη ιατρική
- **Η γλώσσα και τα νοήματα πίσω από τις λέξεις-προτασιακός λογισμός και τεκμηριωμένη ιατρική**
- Το παράδειγμα του ορισμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και της Γενικής Ιατρικής
- Η δυσκολία στην επιλογή και συμφωνία για την έκβαση
- Το παράδειγμα των προσδοκιών και επιθυμιών του ασθενούς
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση αλλά και αναγνώριση των κοινωνικών προσδιοριστών και μηχανισμών ερμηνείας των προβλημάτων υγείας
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση όρων πολιτικής υγείας όπως δικαιοσύνη (fairness) και ισότητα
- Σύνοψη (της κριτικής στην τεκμηριωμένη ιατρική)

Η απάντηση στο θεμελιώδες ερώτημα της διάστασης του όντος και της γνώσης



Gottfried Wilhelm Leibniz (1 July 1646 [[O.S.](#) 21 June] – 14 November 1716)

Διαχωρισμός των προτάσεων σε:

- ✓ Αναλυτικές (οι αρνήσεις τους ήταν αντιφατικές)
- ✓ Μη αναλυτικές



Immanouel Kant (22 April 1724 – 12 February 1804)

Οι αληθείς προτάσεις μπορούν να ταξινομηθούν:

- Στις αναλυτικές (a priori) προτάσεις
- Στις συνθετικές (μη αναλυτικές) (a posteriori)
- Στις συνθετικές (a priori) (δεν εξαρτώνται από την αισθητηριακή αντίληψη, άχρονα αληθείς)

A handwritten signature of Immanuel Kant in cursive script.

Γλώσσα και νοήματα πίσω από τις λέξεις- Τεκμηριωμένη ιατρική και προτασιακός λογισμός (η σύνδεση με τη μαθηματική πρακτική)



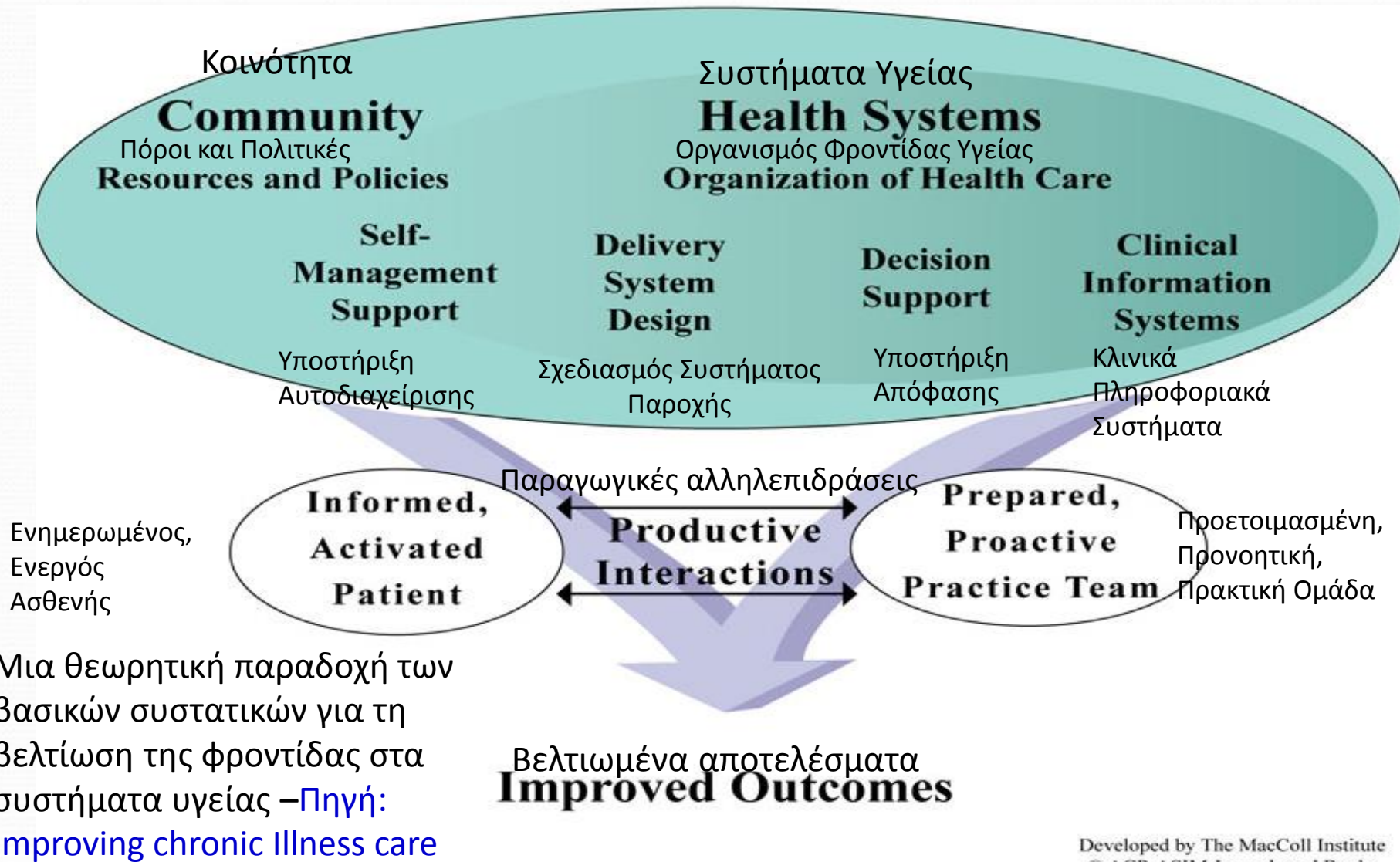
David Hilbert (23 January 1862 – 14 February 1943)



Haskell Brooks Curry (September 12, 1900 – September 1, 1982)

- ✓ Η ανθρώπινη γλώσσα (συντακτική και ερμηνευτική διάσταση)
- ✓ Η ερμηνεία: απλή απόδοση του νοήματος των λέξεων και ο χαρακτηρισμός των προτάσεων σε αληθείς και ψευδείς
- ✓ Μια ξεχωριστή κατηγορία γλώσσας για την έκφραση της μαθηματικής πρακτικής είναι οι συμβολικές ή τυπικές γλώσσες
- ✓ Μια από αυτές η γλώσσα του προτασιακού λογισμού
- ✓ Τυπική αξιωματική θεωρία, απόδειξη, θεώρημα
- ✓ Ο Hilbert οικοδομεί πάνω τη φιλοσοφική του άποψη πάνω στη διαφορά ανάμεσα στο πεπερασμένο και στο άπειρο
- ✓ Ο Curry διατύπωσε μια θεωρία αλήθειας διατυπώνοντας ότι οι αληθείς στοιχειώδεις προτάσεις του τυπικού συστήματος είναι τα στοιχειώδη θεωρήματα του

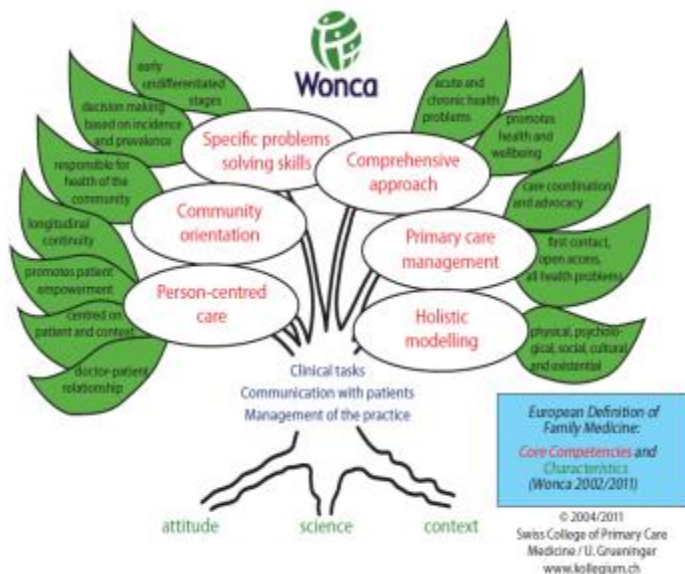
Το έλλειμα σε καθολικά αποδεκτές θεωρητικές προσεγγίσεις και της αδυναμίας μετεγγραφής τους σε προτασιακό λογισμό



Περίγραμμα της παρουσίασης

- Εισαγωγή σε ορισμούς και βασικές έννοιες
- Η κριτική στην τεκμηριωμένη ιατρική
- Η γλώσσα και τα νοήματα πίσω από τις λέξεις-προτασιακός λογισμός και τεκμηριωμένη ιατρική
- **Το παράδειγμα του ορισμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και της Γενικής Ιατρικής**
- Η δυσκολία στην επιλογή και συμφωνία για την έκβαση
- Το παράδειγμα των προσδοκιών και επιθυμιών του ασθενούς
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση αλλά και αναγνώριση των κοινωνικών προσδιοριστών και μηχανισμών ερμηνείας των προβλημάτων υγείας
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση όρων πολιτικής υγείας όπως δικαιοσύνη (fairness) και ισότητα
- Σύνοψη (της κριτικής στην τεκμηριωμένη ιατρική)

Ο ορισμός της γενικής ιατρικής και η τεκμηρίωση του



The European Journal of General Practice



ISSN: 1381-4788 (Print) 1751-1402 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/egen20>

Series: The research agenda for general practice/ family medicine and primary health care in Europe. Part 2. Results: Primary care management and community orientation¹

Eva Hummers-Pradier, Martin Beyer, Patrick Chevallier, Sophia Eliat-Tsanani, Christos Lionis, Lieve Peremans, Davorina Petek, Imre Rurik, Jean Karl Soler, Henri Ejh Stoffers, Pinar Topsever, Mehmet Ungan & Paul van Royen

To cite this article: Eva Hummers-Pradier, Martin Beyer, Patrick Chevallier, Sophia Eliat-Tsanani, Christos Lionis, Lieve Peremans, Davorina Petek, Imre Rurik, Jean Karl Soler, Henri Ejh Stoffers, Pinar Topsever, Mehmet Ungan & Paul van Royen (2010) Series: The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 2. Results: Primary care management and community orientation¹, The European Journal of General Practice, 16:1, 42-50, DOI: [10.3109/13814780903563725](https://doi.org/10.3109/13814780903563725)

To link to this article: <https://doi.org/10.3109/13814780903563725>

Many studies focus on care for specific diseases, the primary/secondary care interface, or the implications of electronic patient records. Cost efficiency or process indicators of quality are current outcomes. Current literature on community orientation is mainly descriptive, and focuses on either care for specific diseases, or specific patient populations, or on the uptake of preventive services. Most papers correspond poorly to the WONCA concept. For both core competencies, there is a lack of research with a longitudinal perspective and/or relevant health or quality of life outcomes as well as research on patients' preferences and education for organizational aspects of GP/FM.

Ένας προσαρμοσμένος για την Ελλάδα ορισμός της ΠΦΥ

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

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

Η νέα προσέγγιση στον ορισμό της υγείας

16

η κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας»

WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948

Μεγαλύτερη έμφαση στην ικανότητα προσαρμογής και αυτο-διαχείρισης στο πλαίσιο αντιμετώπισης κοινωνικών, σωματικών και συναισθηματικών προκλήσεων. Η έννοια της απόλυτης 'ευεξίας' δίνει στον ορισμό της υγείας μια ουτοπική, μη ρεαλιστική διάσταση, μειώνοντας τις πιθανότητες για κάποιον να είναι υγιής.

Huber M., Green L., H.van der Horst, Jadad AR., Lorig K., Loureiro MI., van der Meer JWM, Schnabel P., Smith R., van Weel C., Smid H. How should we define health? BMJ 2011;343:d4163

Περίγραμμα της παρουσίασης

- Εισαγωγή σε ορισμούς και βασικές έννοιες
- Η κριτική στην τεκμηριωμένη ιατρική
- Η γλώσσα και τα νοήματα πίσω από τις λέξεις-προτασιακός λογισμός και τεκμηριωμένη ιατρική
- Το παράδειγμα του ορισμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και της Γενικής Ιατρικής
- **Η δυσκολία στην επιλογή και συμφωνία για την έκβαση**
- Το παράδειγμα των προσδοκιών και επιθυμιών του ασθενούς
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση αλλά και αναγνώριση των κοινωνικών προσδιοριστών και μηχανισμών ερμηνείας των προβλημάτων υγείας
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση όρων πολιτικής υγείας όπως δικαιοσύνη (fairness) και ισότητα
- Σύνοψη (της κριτικής στην τεκμηριωμένη ιατρική)

Ο ορισμός των στόχων και εκβάσεων στην αξιολόγηση της απόδοσης στις υπηρεσίες γενικής ιατρικής

Editorial

The NHS: failing to deliver on Beveridge's promise?

Just over 75 years have passed since Sir William Beveridge published his report outlining the parameters for a social welfare state for the UK, which crucially included "comprehensive health and rehabilitation services for prevention and care of disease". Beveridge's report inspired Labour Minister of Health Aneurin Bevan to establish the National Health Service (NHS). Although the vision of Beveridge and Bevan—to provide free, adequate, and equally accessible health care for all—remains in high regard today, the execution and delivery of their goal is currently falling short. In the UK, in danger of losing the NHS because the Government is uninterested in or incapable of the effort needed to save it?

2017 was a year of great difficulty for the NHS. Waiting time targets continued to be missed, including the target time between general practitioner referral and first cancer treatment, in England, Scotland, and Wales. Moreover, and worryingly, in December, 2017, cancer wait diagnostic services came under national review by the Care Quality Commission, after the discovery that between April 1, 2016, and March 31, 2017, more than 20 000 waity images had not been reviewed by a radiologist or properly trained clinician. Indeed, a study from the General Medical Council has shown that, due to chronic staff shortages, inexperienced doctors without sufficient training or competence are being left in charge of hospital departments. It is thus hardly surprising that nearly 1000 patients have received cancer misdiagnosis settlements totalling £75.7 million in the past 10 years and that the cost of the NHS clinical negligence scheme has increased from £400 million in 2006–07 to £1.6 billion in 2016–17.

Such issues are regrettably reminiscent of NHS difficulties that we highlighted in a previous Editorial in October, 2015. Long-term underfunding, which in turn has led to deficiencies prevalent for decades in staffing, training, and infrastructure, has been at least partly responsible for this deficit of care. Perhaps in recognition of this pressing need, the 2018–19 Government budget plans to allocate an extra £1.6 billion to the NHS. However, analyses indicate that real-term spending on the NHS is decreasing or remaining stagnant, while demand is increasing by up to 7% per year, fuelled by a growing and ageing population with a rising incidence of chronic comorbidities. Indeed, as high as this

budgetary addition might seem, it will barely cover the cost of the clinical negligence scheme alone and will not get to the root of the problem or provide a net benefit to the system. As service needs rise and resources remain the same, services will exceed capacity and become potentially unsafe.

In the late 1940s, with a World War in recent memory, British society was in favour of a social welfare state and there was near cross-party governmental support to provide services such as the NHS. By contrast, it is hard to see the same commitment and enthusiasm for the success of the NHS from the UK Government today. In response to the provision in the 2017 autumn budget, NHS England issued a damning statement: we would have to ignore waiting time limits, stop prescribing some over the counter medications, and would not be able to guarantee to act on any new NICE guidance, all of which would breach the NHS constitution. In response, Health Secretary Jeremy Hunt insisted that the NHS adhere to waiting time limits. This response is unethical, and does not address the broader picture of ongoing system-wide failures.

In terms of oncology recommendations, Hunt did promise to hire 500 more cancer experts, but this addition barely covers current critical shortfalls in staffing, and does not address infrastructure or treatment requirements. On Dec 11, 2017, King's College Hospital NHS Foundation Trust chairman Lord Robert Kinnaird resigned, telling the BBC that he believes "the government and regulator are unrealistic about the scale of the challenge facing the NHS". Yet NHS governance is not blameless—further funding is of no use if smart and judicious decisions are not made to ensure the service is optimised around efficiency, safety, and patients.

It is unavailing to consider whether the NHS, designed 70 years ago, is still fit for the purposes of our modern society. Health care is both more complex and more costly than it was in the mid-20th century, and care expectations higher. It is a paradox that at a time when more and more countries aspire to universal health care that the country that spearheaded the model is moving further from it. To survive, the NHS needs more than just money and talk. As in 1948, it needs political motivation to ensure its success and, in turn, the health of its citizens.

■ The Lancet Oncology



- ✓ Οι στόχοι για τους χρόνους αναμονής εξακολουθούν να μην προσεγγίζονται
- ✓ Συμπεριλαμβάνεται και ο χρόνος από την παραπομπή από το γενικό γιατρό μέχρι την πρώτη θεραπεία για καρκίνο
- ✓ Σ'ένα έτος πάνω από 20,000 ακτινογραφίες δε διαβάστηκαν από ακτινολόγο ή κατάλληλα εκπαιδευμένο γιατρό
- ✓ Περίπου 1,000 ασθενείς έλαβαν κακή διάγνωση για καρκίνο

Το θέμα των στόχων και εκβάσεων στην τεκμηριωμένη πολιτική υγείας-I

Quality and Outcomes Framework: what have we learnt?

BMJ 2016 ; 354 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i4060> (Published 04 August 2016)

Cite this as: BMJ 2016;354:i4060

Martin Roland, professor of health services research¹, Bruce Guthrie, professor of primary care medicine²

¹Institute of Public Health, Cambridge CB2 0SR, UK

²Population Health Sciences, University of Dundee, Dundee, UK

Correspondence to: M Roland mr108@cam.ac.uk

Examples of indicators that went wrong

Indicator	Problem
Patient survey reports of whether patients could get appointments	Insufficient survey numbers and a poorly constructed formula linking survey scores to payment resulted in substantial random variation in payments (introduced in 2008, dropped in 2011)
Using a validated instrument (PHQ-9) to assess the severity of depression within 28 days of a new diagnosis, repeating the assessment 2-12 weeks following diagnosis	Poor alignment with professional beliefs prompted substantial criticism about lack of supporting evidence (although other indicators with similar levels of evidence that GPs did believe in were not criticised in the same way). It was also easily "gamed" by GPs using free text description of the patient's problem rather than coding "depression" in electronic records (introduced in 2006, dropped in 2013)
Practices should develop a register of patients with obesity	Practices could effectively claim payments by including a register with one obese patient. The indicator does not encourage regular weighing to create a more comprehensive obesity register or any strategy for tackling the problems of obesity (introduced in 2006, still current)
Opportunistic screening of elderly and at-risk patients for dementia (technically an "enhanced service" rather than part of QOF)	Little professional support, substantial concern about harms resulting from false positive results, lack of services for specialist diagnosis and management (introduced in 2014, dropped in 2015)

The authors support:

- «The Quality and Outcomes Framework επιτάχυνε προηγούμενες χρήσεις των ηλεκτρονικών εγγράφων και της διεπαγγελματικής διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων»
- «Γενικά είχε περιορισμένη επιπρόσθετη βελτίωση της ποιότητας αλλά μείωσε τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην παροχή της φροντίδας»
- «Διάφοροι δείκτες αποσύρθηκαν αφού δεν έτυχαν επαγγελματικής υποστήριξης ή παρουσίασαν προβλήματα στην εφαρμογή»

Το θέμα των δεικτών και εκβάσεων στην τεκμηριωμένη πολιτική υγείας

BMJ 2015;350:h904 doi: 10.1136/bmj.h904 (Published 2 March 2015)

Page 1 of 19



RESEARCH

Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial whole-population study

OPEN ACCESS

Evangelos Kontopantelis *senior research fellow*^{1,2}, David A Springate *research fellow*^{2,3}, Mark Ashworth *senior lecturer*⁴, Roger T Webb *reader*⁵, Iain E Buchan *professor*⁵, Tim Doran *professor*⁶

¹Centre for Health Informatics, Institute of Population Health, University of Manchester, Manchester, UK; ²NH&R School for Primary Care Research, Centre for Primary Care, Institute of Population Health, University of Manchester; ³Centre for Biostatistics, Institute of Population Health, University of Manchester; ⁴Primary Care and Public Health Sciences, King's College London, London, UK; ⁵Centre for Mental Health and Risk, University of Manchester; ⁶Department of Health Sciences, University of York, York, UK

Abstract

Objectives To quantify the relationship between a national primary care pay-for-performance programme, the UK's Quality and Outcomes Framework (QOF), and all-cause and cause-specific premature mortality linked closely with conditions included in the framework.

Design Longitudinal spatial study, at the level of the "lower layer super output area" (LSOA).

Setting 32489 LSOAs (neighbourhoods of 1500 people on average), covering the whole population of England (approximately 53.5 million), from 2007 to 2012.

Participants 6647 English general practices participating in the QOF for at least one year of the study period, including over 99% of patients registered with primary care.

Intervention National pay-for-performance programme incentivising performance on over 100 quality-of-care indicators.

Main outcome measures All-cause and cause-specific mortality rates for six chronic conditions: diabetes, heart failure, hypertension, ischaemic heart disease, stroke, and chronic kidney disease. We used multiple linear regressions to investigate the relationship between spatially estimated recorded quality of care and mortality.

Results All-cause and cause-specific mortality rates declined over the study period. Higher mortality was associated with greater area deprivation, urban location, and higher proportion of a non-white population. In general, there was no significant relationship between practice performance (on quality indicators included in the QOF) and all-cause or cause-specific mortality rates in the practice locality.

Conclusions Higher reported achievement of activities incentivised under a major, nationwide pay-for-performance programme did not seem to result in reduced incidence of premature death in the population.

Introduction

Primary care has enormous potential to improve population health outcomes—including mortality from common chronic conditions—through early intervention in the disease process¹ and coordinated provision of care. Effective primary care is associated with reduced morbidity, increased longevity, and more equitable health outcomes,²⁻⁴ but quality of primary care varies widely between providers.⁵⁻⁸ Traditional physician payment systems have facilitated this variation, with fee-for-service systems potentially incentivising over-investigation and over-treatment, and capitation systems potentially incentivising under-utilisation. Neither approach directly rewards high quality care or investment in quality improvement.⁹

In order to improve patient outcomes, policymakers worldwide have attempted to link remuneration for providers to quality of care through pay-for-performance programmes. Multiple programmes have been implemented across a range of settings, but clear evidence for improved patient outcomes is yet to emerge.¹⁰⁻¹² In the United Kingdom a national primary care incentive scheme was introduced in 2004. The Quality and Outcomes Framework (QOF), one of largest pay-for-performance programmes in the world, links up to 25% of family practitioners' income to performance on over 100

- ✓ Η συνολική ποιότητα της φροντίδας που δόθηκε από τα ιατρεία, όπως μετρήθηκε από τους δείκτες ποιότητας δε συσχετίστηκε με τους ρυθμούς θνησιμότητας στις ζώνες ευθύνης τους για τα νοσήματα στόχους
- ✓ Διάφορες εξηγήσεις όπως η ταχύτητα μεταβολής τα δυο πρώτα χρόνια
- ✓ Αρκετές συνέπειες; η επανεξέταση των δεικτών κάτω από το φως της καινούργιας τεκμηρίωσης και το φαινόμενο της U-shaped συσχέτισης μεταβλητών ρύθμισης με την έκβαση
- ✓ Μελέτη παραγόντων όπως η κοινωνική απομόνωση και αγροτικές vs αστικές περιοχές φαίνεται να επηρεάζουν περισσότερο από ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες ΠΦΥ
- ✓ Ο ρόλος των παραγόντων εκτός υπηρεσιών ΠΦΥ

Περίγραμμα της παρουσίασης

- Εισαγωγή σε ορισμούς και βασικές έννοιες
- Η κριτική στην τεκμηριωμένη ιατρική
- Η έννοια και ο ορισμός της ως αξίωμα
- Το παράδειγμα του ορισμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και της Γενικής Ιατρικής
- Η δυσκολία στην επιλογή και συμφωνία για την έκβαση
- **Το παράδειγμα των προσδοκιών και επιθυμιών του ασθενούς**
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση αλλά και αναγνώριση των κοινωνικών προσδιοριστών και μηχανισμών ερμηνείας των προβλημάτων υγείας
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση όρων πολιτικής υγείας όπως δικαιοσύνη (fairness) και ισότητα
- Σύνοψη (της κριτικής στην τεκμηριωμένη ιατρική)

Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα- σε ποιο βαθμό εξετάζεται στην EBM (ιεραρχικά μοντέλα);

Ορισμός

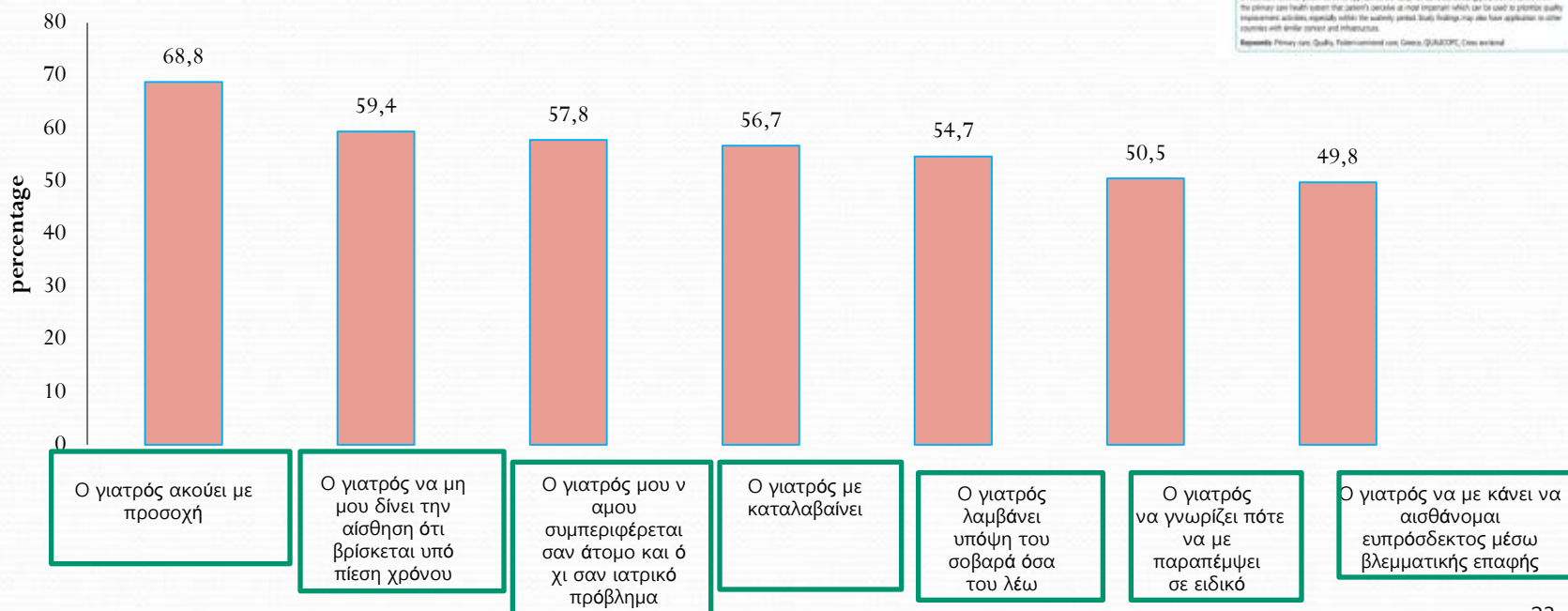
«Παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις προσωπικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες του ασθενούς, διασφαλίζοντας την καθοδήγηση και λήψη της κλινικής απόφασης με βάση αυτές»

- Συγκαταλέγεται στα έξι χαρακτηριστικά της υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας (ασφάλεια, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, ισότητα, εγκυρότητα, εστίαση στον ασθενή)
- *Αλλά πως μετράμε τις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις αξίες σε ασθενείς σε πληθυσμούς με διαφορετική καταγωγή, πνευματικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά;*

Προσδοκίες ασθενών- Η μελέτη QUALICOPC



Παράγοντες εκτιμούμενοι ως πολύ σημαντικοί από τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στον ιατρό



Είναι οι προτάσεις αυτές a priori αληθείς;



Το έλλειμμα εστίασης στα συμπτώματα

- Πόνος
- Ορισμός: "μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με την πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών, ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης" (*IASP, 1994*)
- Συχνότητα: 9 στους 10 Αμερικανούς (έρευνα Gallup, 1999) και ο συχνότερος λόγος για την αναζήτηση φροντίδας (*Fox, et al, 2000*)
- Συχνές αιτίες: Ο χρόνιος πόνος μπορεί να είναι μη νοητικός, νευροπαθητικός ή και τα δύο, από τραυματισμούς όπως χειρουργική επέμβαση ή τραύμα, κακοήθειες καταστάσεις (πόνος στον καρκίνο) ή μια ποικιλία άλλων καταστάσεων (όπως αρθρίτιδα, ινομυαλγία)
- Κούραση
- Ορισμός: έλλειψη ενέργειας και κίνητρο (σωματικά ή / και διανοητικά) ή "σωματική ή ψυχική εξάντληση λόγω άσκησης" (*Collins dictionary 1991*)
- Συχνότητα: Επιπολασμός κόπωσης 25% σε ιρλανδική μελέτη (*Cullen, et al, 2002*). Στο πλαίσιο της αυστραλιανής γενικής πρακτικής, η κόπωση παρουσιάζεται με ρυθμό 1,4 ανά 100 συναντήσεις. (*Britt, et al, 2012*)
- Συχνές αιτίες: Οι διαγνώσεις πιθανότητας περιλαμβάνουν διαταραχές άγχους και ψυχικής υγείας (άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου), λοιμώξεις (ηπατίτιδα C, μόλυνση με ιό ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), ιογενή / μετα-ϊική μόλυνση, MCV και CMV), κακοήθεια, καρδιαγγειακή νόσο καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιακή αρρυθμία, καρδιομυοπάθεια), αναιμία, εγκυμοσύνη, νεφρική ανεπάρκεια, μεταβολικές διαταραχές (σακχαρώδης διαβήτης, διαταραχές του θυρεοειδούς). και οι ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή είναι ένα άλλο βασικό ζήτημα (*Morgan, et al, 2014*)

Η εστίαση στη συμπονετική φροντίδα, στη λειτουργικότητα και, στη ποιότητα ζωής καθώς και στο τέλος της ζωής

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

Hoisington, 2007

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

‘sensitivity to the pain or suffering of another, coupled with a deep desire to alleviate that suffering’

Goetz, Keltner & Simon-Thomas, 2010

DEBATE ARTICLE

Open Access

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

Enklein-Aggelos Mechili¹, Agapi Angelaki², Elena Petelos³, Dimitra Sfakiotou⁴, Vasiliki-Efrosi Charazi⁵, Christopher Downick⁶, Kathryn Hoffman⁷, Bena Javinsky⁸, Danica Rotar Pavlic⁹, Michel Dückers⁹, Inne Runk⁹, Maria van den Muijsenbergh⁹, Tessa van Loenen⁹, Dean Ajdukovic⁹, Helena Batic⁹ and Christos Lionis^{10*}

Pharmacologic Management of Pain at the End of Life

HUNTER GRONINGER, MD, Clinical Center, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland
JAYA VIJAYAN, MD, Holy Cross Hospital, Silver Spring, Maryland

Although many patients experience debilitating pain at the end of life, there are many options to improve analgesia and quality of life. Pain assessment using a validated tool, with attention to patient function and specific goals, helps tailor individual treatment plans. The World Health Organization pain ladder offers a stepwise guideline for approaching pain management. However, for many patients with terminal illness, strong opioids are necessary for efficient and effective analgesia. Equianalgesic dosing tables and expert guidelines aid in initiating, monitoring, and adjusting doses of oral and parenteral opioids. Clinicians should feel comfortable administering a repeat dose after the time to peak analgesic effect if the patient is still in pain. In patients with constant pain, using scheduled long-acting opioids may significantly improve pain control. Among pain subtypes, visceral pain management usually requires multiple drugs. Neuropathic pain responds well to adjuvant pharmacotherapies, such as anticonvulsants or antidepressants, in addition to opioids. Opioid-induced hyperalgesia can occur with any dose of an opioid, but is more common with higher doses of parenteral morphine and hydromorphone. With appropriate counseling, most patients with a history of substance abuse will comply with a pain treatment plan. (*Am Fam Physician.* 2004;69(1):26–32. Copyright © 2004 American Academy of Family Physicians.)

NOTE This clinical content conforms to AAFP criteria for continuing medical education (CME). See CME Quiz Questions on page 16.

Author disclosure: No relevant financial affiliations.

► See related editorial on page 28.
► Patient information: A handout on this topic, written by the authors of this article, is available at <http://www.aafp.org/afp/2004/0206/p26-e1.html>.

Many persons experience significant pain in the final months of life.^{1,2} In addition to wanting to preserve as much quality of life as possible, most patients express a preference to die outside of institutional settings.³ A key element to achieving these goals is adequate pain control. Despite advances in understanding pain physiology and available pharmacotherapies, many patients with terminal illnesses, such as cancer, report untreated or undertreated pain.⁴

Pain Assessment

Assessment of pain should include location, intensity, quality, onset, duration, and factors that exacerbate or alleviate it. It is helpful to ascertain the patient's best, worst, and average pain intensities during the previous 24 hours. Physical signs of pain, such as facial grimace, tachycardia, tachypnea, or restlessness, can be helpful, although they have poor sensitivity and specificity. Patient or caregiver logs of analgesic use and pain intensity can provide essential information about the effectiveness of current interventions.

Pain should be assessed regularly. There are several pain scales and inventories to

improve assessment, although none has proved better than others.⁵ A Likert-type scale (e.g., rating pain from 0 to 10, with 0 representing no pain and 10 representing the worst imaginable pain), the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale, and a visual analog scale are commonly used (Figures 1A, 1B,⁶ and 1C). Consistent use of a chosen scale allows easier assessment of the patient's pain and the effectiveness of therapies.

Pain must be assessed regularly in patients with cognitive impairment (from disease processes or pharmacotherapy) who are otherwise at risk of being undertreated for pain.⁷ Clinicians should first attempt direct communication because some patients with advanced dementia may be able to accurately describe pain.⁸ When patients cannot communicate effectively, caregivers may be interviewed. Some validated scales, such as Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD; Figure 1D⁹), use objective measures to assess pain intensity and response to intervention.¹⁰ In older adults, uncontrolled pain may present as delirium.

For all patients, it is necessary to determine the connections between physical pain and function, sleep, and social relationships.

les sufficient and
only, and attention
regard the dignity

(b) project was to
in all ages and all
newly arriving
refugees consists
these settings.

Several thematic
with assessment,

input received
ations. Additionally,
rationate attitudes
compassion,
regional supportive

strategy to tackle
senior-based
facilitate the design
in programmes for

ces, Primary health

is institution 400
minutes, and
also, provide a Web 2.0
non-Confederate website
unless otherwise stated.

Περίγραμμα της παρουσίασης

- Εισαγωγή σε ορισμούς και βασικές έννοιες
- Η κριτική στην τεκμηριωμένη ιατρική
- Η γλώσσα και τα νοήματα πίσω από τις λέξεις-προτασιακός λογισμός και τεκμηριωμένη ιατρική
- Το παράδειγμα του ορισμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και της Γενικής Ιατρικής
- Η δυσκολία στην επιλογή και συμφωνία για την έκβαση
- Το παράδειγμα των προσδοκιών και επιθυμιών του ασθενούς
- **Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση αλλά και αναγνώριση των κοινωνικών προσδιοριστών και μηχανισμών ερμηνείας των προβλημάτων υγείας**
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση όρων πολιτικής υγείας όπως δικαιοσύνη (fairness) και ισότητα
- Σύνοψη (της κριτικής στην τεκμηριωμένη ιατρική)

Το βιοψυχοκοινωνικό υπόδειγμα

Am J Psychiatry. 1980 May;137(5):535-44.

The clinical application of the biopsychosocial model.

Engel GL.

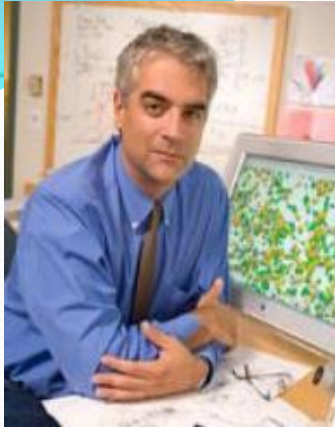
Abstract

How physicians approach patients and the problems they present is much influenced by the conceptual models around which their knowledge is organized. In this paper the implications of the biopsychosocial model for the study and care of a patient with an acute myocardial infarction are presented and contrasted with approaches used by adherents of the more traditional biomedical model. A medical rather than psychiatric patient was selected to emphasize the unity of medicine and to help define the place of psychiatrists in the education of physicians of the future.

PMID: 7369396 DOI: [10.1176/ajp.137.5.535](https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535)

- **biopsychosocial framework:** an approach to describing and explaining how *biological*, *psychological* and *social* factors combine and interact to influence physical and mental health





Η εστίαση στο κοινωνικό δίκτυο

SOCIAL NETWORKS AND HAPPINESS

by **Nicholas A. Christakis, James Fowler** [12.4.08]

We found that social networks have clusters of happy and unhappy people within them that reach out to three degrees of separation. A person's happiness is related to the happiness of their friends, their friends' friends, and their friends' friends' friends—that is, to people well beyond their social horizon. We found that happy people tend to be located in the center of their social networks and to be located in large clusters of other happy people. And we found that each additional happy friend increases a person's probability of being happy by about 9%.

RESEARCH ARTICLE

Social Support and Health in Diabetes Patients: An Observational Study in Six European Countries in an Era of Austerity

Jan Koetsenruijter^{1*}, Jan van Lieshout¹, Christos Lionis², Maria Carmen Portillo³, Ivo Vassilev⁴, Elka Todorova⁵, Christina Foss⁶, Manuel Serrano Gil⁷, Ingrid Ruud Knutsen⁸, Agapi Angelaki², Agurtzane Mujika³, Poli Roukova⁶, Anne Kennedy⁴, Anne Rogers⁴, Michel Wensing¹

Η συμμετοχή σε κοινοτικές οργανώσεις βρέθηκε η πιο σταθερή συσχέτιση με καλύτερο επίπεδο υγείας

Ο ρόλος του stress

Alcohol Research: Current Reviews

- Stress ένας ορισμός:

«Οιαδήποτε διέγερση που διαταράσσει την εσωτερική ισορροπία του σώματος (φυσιολογική ομοιόσταση)»

«Το σώμα απαντά στο stress με ένα αυτορυθμιστικό μηχανισμό (διαδικασία αλλόστασης) που στοχεύει στην επιστροφή των κριτικών συστημάτων μέσα από ένα στενό φάσμα λειτουργίας που επιβεβαιώνει την επιβίωση»

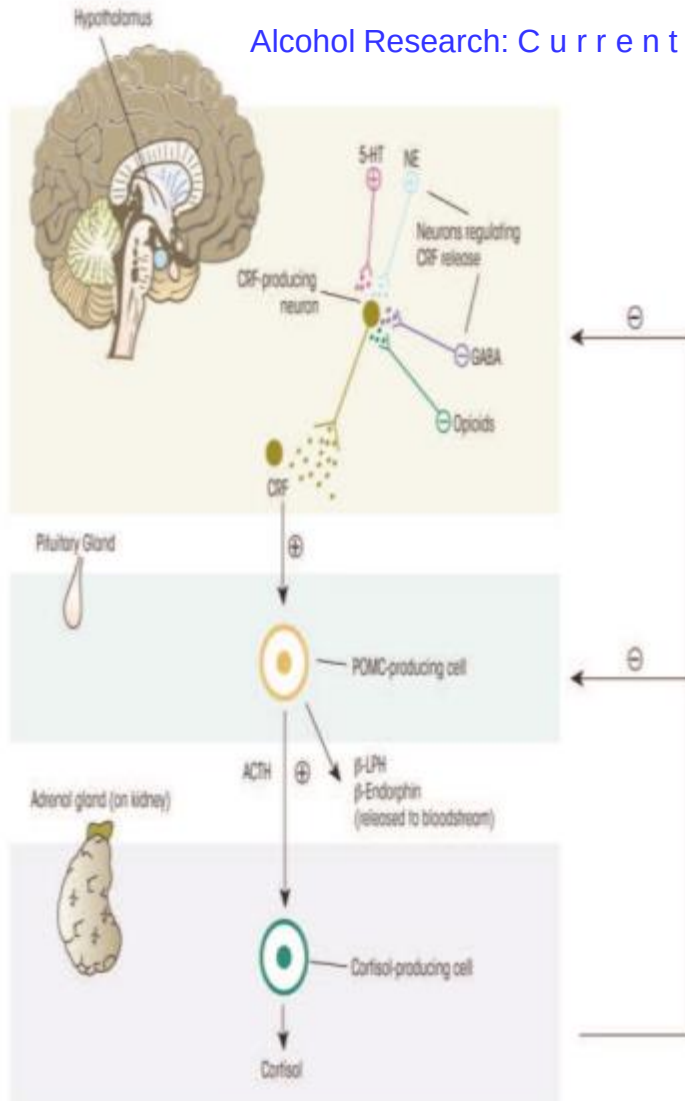
«Η λειτουργία του άξονα Υποθαλάμου-Υπόφυσης-Επινεφριδίων φαίνεται να υπηρετεί τον ρόλο του προβλεπτή για την εξάρτηση στους πότες»

Stephens and Wand, 2015



“Όταν όμως δεν επαναφέρεται η αρχική ισορροπία, μία κατάσταση που ορίζουμε ως «κακόσταση», μπορεί να υπάρξουν καταστροφικές επιδράσεις. Παραδόξως, οι κύριες επωφελείς ορμόνες που ονομάζονται «διαμεσολαβητές του στρες» είναι υπεύθυνες σε ένα σημαντικό βαθμό για τη βλάβη που υφίσταται ο οργανισμός όταν τελεί υπό κακόσταση. Όταν δεν εκκρίνονται σωστά και για μεγάλο χρονικό διάστημα κατά το **χρόνιο στρες**, επιταχύνουν τη **γήρανση**, προκαλούν **ψυχοσωματικά προβλήματα** και αυξάνουν την πιθανότητα **λοίμωξης** και **καρκινογένεσης** στον οργανισμό.”

<http://www.athens-science-festival.gr/videos/georgios-chrousos-stres-ke-kathimerinotita/>, 15 Δεκεμβρίου 2016



Mary Ann c. Stephens, Ph.D., and Gary Wand, M.D

Figure 1 The major components of the stress response mediated by the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. Both alcohol and stress can induce nerve cells in one brain region (i.e., the hypothalamus) to produce and release corticotropin-releasing factor (CRF). Within the hypothalamus, CRF stimulates the release of a hormone that produces morphine-like effects (i.e., β -endorphin). CRF also is transported

«Τα πιο πολλά προβλήματα στη ζωή είναι θέμα λογισμού»

Τα πιο πολλά προβλήματα στη ζωή είναι θέμα λογισμού (Γέροντας Παΐσιος)

Συγγραφέας: **kantonopou** στις Νοεμβρίου 5, 2013

...Κάποιος τόν είχε επισκεφθῇ στήν Παναγούδα, καλοκαίρι ἦταν, καί μεταξύ τῶν ἄλλων, εἶπε: «Γέροντα, ἐκεῖ πού μένω δέν ἀντέχω τούς θορύβους, τήν φασαρία. Πάω νά παλαβώσω. Ἔχουν σπάσει τά νεῦρα μου».

Καί ὁ π. Παῖσιος τοῦ λέει, χαριτολογώντας ἀλλά καί στενοχωρημένος:

«Κοίτα, τί νά σοῦ πῶ, κι ἐμεῖς ἐδῶ δέν λέγεται τό τί ὑποφέρωμε ἀπό τά τζιτζίκια!»

Καί μετᾷ, τοῦ λέει, σέ σοβαρό πλέον τόνο:

«Ἄς ὑποθέσωμε, εὐλογημένη ψυχῇ, ὅτι γινόταν πόλεμος ἢ κάποια ἐμπλοκή ἔξω ἀπό τό σπιτικό σου. Ὅτι ἔπεφταν σφαῖρες, πού ἔκαναν θόρυβο, κλπ. Καί μέσα στό σπίτι σου ἦσουν σίγουρα ἀσφαλῆς, μέχρι νά τελειώσουν αὐτά τά πυροβολητά καί οἱ ἐμπλοκές. Πῶς θά αἰσθανόσουν μέσα στό σπίτι σου; Τί θά ἔλεγες; Δέν θά ἔλεγες »δόξα τῷ Θεῷ«, πού τήν ὥρα πού ἔπεφτε ἔξω τό πιστολίδι ἐσύ ἦσουν μέσα καί εἶχες ἀσφάλεια; Τότε, τοῦ εἶπε, θά ἔδινες σημασία σέ ὅλα τά ἄλλα ἐκτός ἀπό τόν θόρυβο». Καί μέ ἀφορμή ἐκεῖνο τό περιστατικό ἔλεγε, ὅτι τά πιο πολλά προβλήματα στήν ζωή εἶναι θέμα λογισμοῦ.

Απόσπασμα ἀπό τήν Ραδιοφωνική συνέντευξη τοῦ Ἀρχ. Ἀρσενίου Κατερέλου γιά τόν Γ. Παῖσιο & τόν Γ. Ἰσαάκ Λιβανέζο



<http://agioritikesmnimes.blogspot.gr>

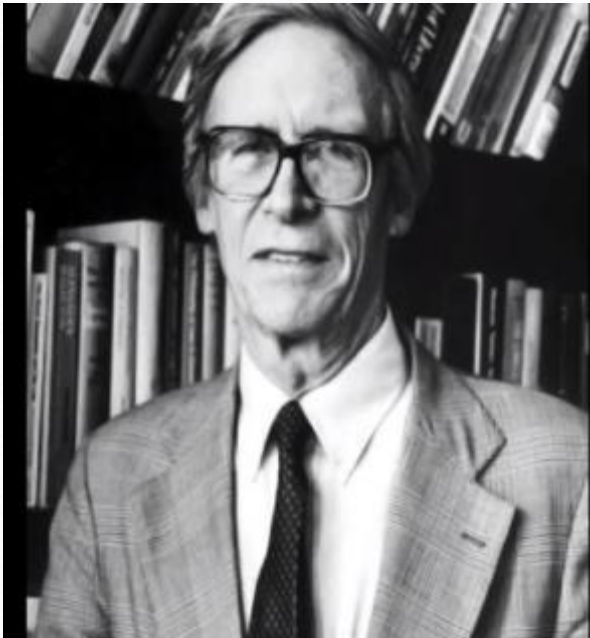
Ελλειμα σε μια καθολικά αποδεκτή θεωρία ερμηνείας του νοσήματος ή της διαταραχής

- Ορισμός της εξάρτησης (addiction): «...μια χρόνια κατάσταση του κινητοποιού (motivational) συστήματος στο οποίο υπάρχει μια ανώμαλη και καταστροφική υψηλή προτεραιότητα για μια συγκεκριμένη δραστηριότητα»
- «*Τρεις τύποι παθολογικού υποβάθρου:*
 - (α) Ανωμαλίες του συστήματος που δεν προκαλείται απευθείας από την εξαρτησιογόνο δραστηριότητα
 - (β) Ανωμαλίες στο σύστημα που προκαλούνται από την εξαρτησιογόνο δραστηριότητα που δρα στις ευαισθητοποιές περιοχές του συστήματος
 - (γ) Παθολογικά περιβάλλοντα που δρουν πάνω σε ουσιώδη μέρη του κινητοποιού συστήματος που δεν είναι επαρκώς εξοπλισμένα να αντιδράσουν με αυτά)»

Περίγραμμα της παρουσίασης

- Εισαγωγή σε ορισμούς και βασικές έννοιες
- Η κριτική στην τεκμηριωμένη ιατρική
- Η γλώσσα και τα νοήματα πίσω από τις λέξεις-προτασιακός λογισμός και τεκμηριωμένη ιατρική
- Το παράδειγμα του ορισμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και της Γενικής Ιατρικής
- Η δυσκολία στην επιλογή και συμφωνία για την έκβαση
- Το παράδειγμα των προσδοκιών και επιθυμιών του ασθενούς
- Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση αλλά και αναγνώριση των κοινωνικών προσδιοριστών και μηχανισμών ερμηνείας των προβλημάτων υγείας
- **Η δυσκολία στην ενιαία ανάγνωση όρων πολιτικής υγείας όπως δικαιοσύνη (fairness) και ισότητα**
- Σύνοψη (της κριτικής στην τεκμηριωμένη ιατρική)

Η έννοια της δικαιοσύνης ως «δικαιοπραξία»



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

The Theory of Justice

- Υπερασπίστηκε την έννοια της δικαιοσύνης (justice) ως «δικαιοπραξία» (fairness)
- Στήριξε τη θεωρία της δικαιοσύνης σε δυο αρχές, της Ελευθερίας και της Διαφοράς όσον αφορά την ισότητα
- Επανεισήγαγε το θεσμό του κοινωνικού συμβολαίου

Η κριτική στην τεκμηριωμένη ιατρική-II

*Επιπρόσθετα στα σχόλια του άρθρου των Cohen and Hersh (2004)
προβλήματα στην εφαρμογή της τεκμηριωμένης ιατρικής στην πολιτική υγείας:*

- ❑ Το έλλειμα σε καθολικά αποδεκτούς ορισμούς σε θεμελιώδεις έννοιες
- ❑ Το πρόβλημα στη γλώσσα και το έλλειμα μετεγγραφής θεωριών (θεωρητικών προσεγγίσεων) σε προτασιακό λογισμό και μαθηματική σύνταξη
- ❑ Το έλλειμα στη συνάφεια με τα προβλήματα του ασθενούς όπως αυτά βιώνονται ως συμπτώματα και ως διαταραχές
- ❑ Το πρόβλημα μετεγγραφής της τεκμηρίωσης σε στόχους και εκβάσεις για μια αποτελεσματική πολιτική υγείας που θα οδηγήσει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας
- ❑ Η δυσκολία στην αναγνώριση όλως των προσδιοριστών της νόσου με ιδιαίτερη αναφορά στους κοινωνικούς προσδιοριστές
- ❑ Η δυσκολία μιας ενιαίας «συνθετικής» θεωρίας για την ερμηνεία των προβλημάτων υγείας

Τι χρειάζεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σήμερα - 11 βήματα για μια αποτελεσματική εφαρμογή του πλαισίου

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

Πόσο τεκμηριωμένη είναι αυτή η πρόταση;

**Πολλές ευχαριστίες για την προσοχή σας αλλά
και για τη δυνατότητα να παρέμβω μέσω
τηλεδιάσκεψης**

