

Επίπτωση και επιπολασμός των χρόνιων νοσημάτων και κλινική διαχείριση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ε. Θηραίος

*Γενικός Ιατρός – WHO NCD/PHC Consultant
Μέλος Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας
Γενικός Γραμματέας Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών*



Επιδημιολογικά δεδομένα χρόνιων νοσημάτων



Did you know?

35 000 000

**people died from
chronic diseases**

in 2005

60% of all deaths are due
to chronic diseases

Projected main causes of death, worldwide, all ages, 2005

Communicable diseases,
maternal and perinatal
conditions, and nutritional
deficiencies
30%

Cardiovascular
diseases
30%

TOTAL DEATHS 2005
58 million

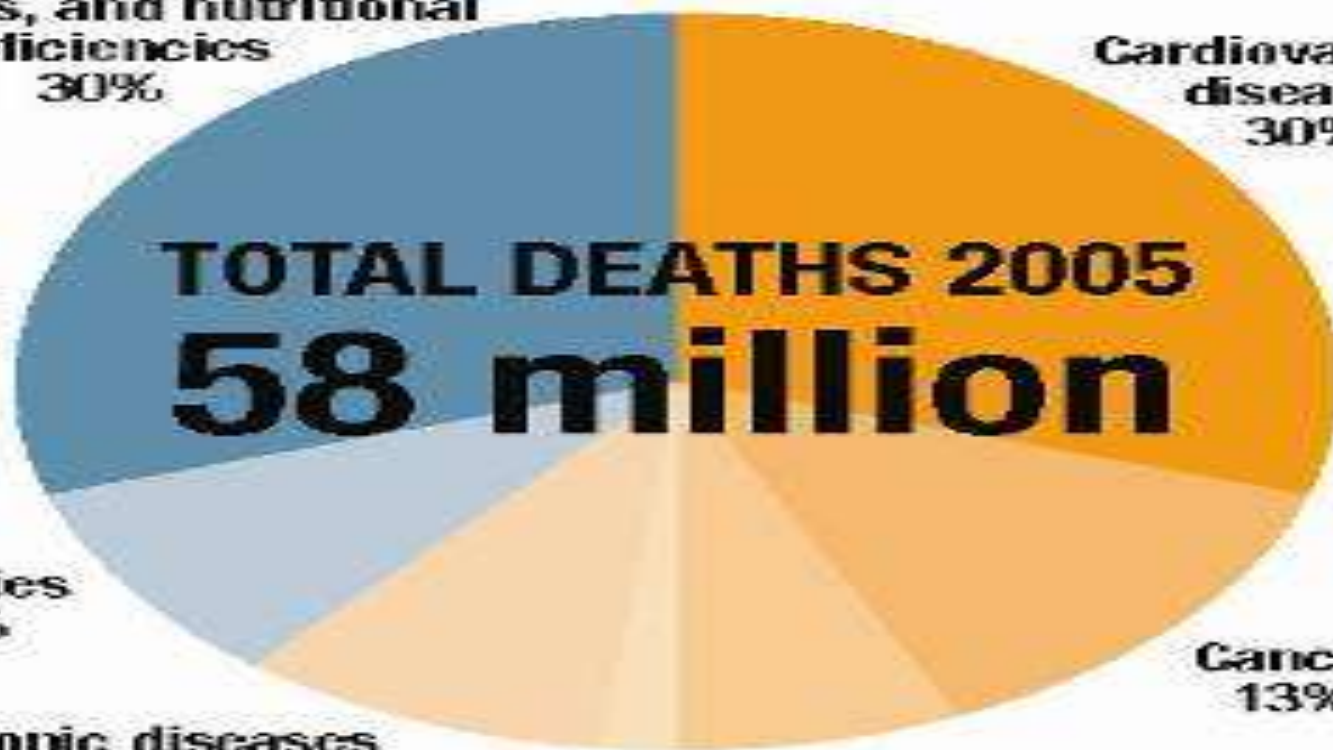
Injuries
9%

Cancer
13%

Other chronic diseases
9%

Diabetes
2%

Chronic
respiratory
diseases
7%



Causes of chronic diseases

UNDERLYING SOCIOECONOMIC, CULTURAL, POLITICAL AND ENVIRONMENTAL DETERMINANTS

Globalization

Urbanization

Population ageing

COMMON MODIFIABLE RISK FACTORS

Unhealthy diet

Physical inactivity

Tobacco use

NON-MODIFIABLE RISK FACTORS

Age

Heredity

INTERMEDIATE RISK FACTORS

Raised blood pressure

Raised blood glucose

Abnormal blood lipids

Overweight/obesity

MAIN CHRONIC DISEASES

Heart disease

Stroke

Cancer

Chronic respiratory diseases

Diabetes

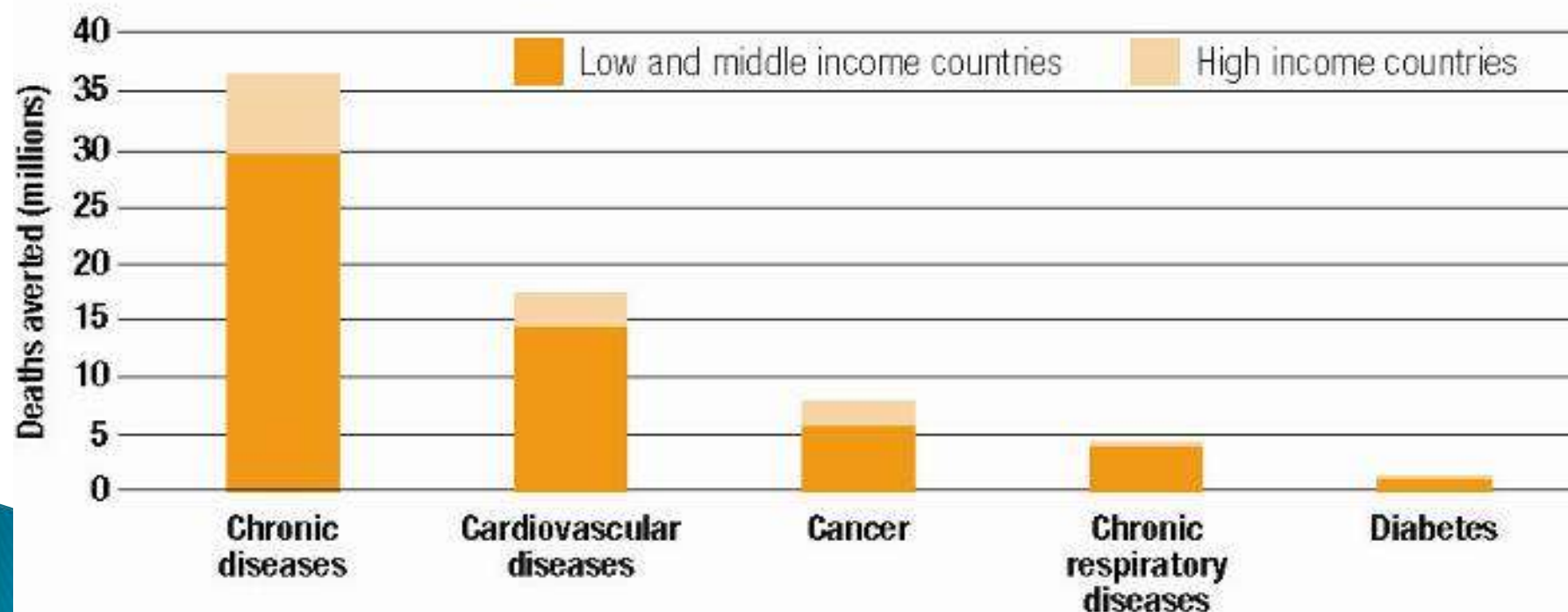
The global goal

- ▶ A 2% annual reduction in chronic disease death rates worldwide, per year, over the next 10 years.
- ▶ The scientific knowledge to achieve this goal already exists.

36 000 000 lives can be saved

9 out of 10 lives saved: low and middle income countries

Projected cumulative deaths averted by achieving the global goal, by World Bank income group, 2006–2015



Τι είναι χρόνια νόσος;

Γενικά ορίζεται ως η νόσος που **επιμένει**
ή **υποτροπιάζει**, συνήθως μετά από ένα
χρόνο



Χρόνια νόσος: ευρύτερος ορισμός

- ▶ Μη θεραπεύσιμη
- ▶ Σύνθετης αιτιολογίας
- ▶ Πολλαπλοί παράγοντες κινδύνου
- ▶ Μακρά λανθάνουσα περίοδος
- ▶ Παρατεταμένη πορεία
- ▶ Σχετίζεται με λειτουργική ανεπάρκεια ή αναπηρία

Χρόνια νόσος: επίδραση στους ασθενείς

- Επίμονα συμπτώματα
- Συναισθηματικό στρες
- Συνεχής χρήση φαρμάκων
- Μεταβολή συμπεριφοράς
- Αλλαγή εργασιακών και κοινωνικών συνθηκών
- Ευθύνη να ανιχνεύουν τα αποτελέσματα της νόσου και της θεραπείας
- Ευθύνη να συμμετέχουν στις αποφάσεις

Βάρος 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.
- ▶ Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η πιο συχνή αιτία αναπηρίας και θανάτου

Table 1. Burden of disease and deaths from NCD in the WHO European Region, by cause (2005 estimates)

Group of causes (selected leading NCD)	Disease burden (DALYs ^a) (000s)	Percent of all causes	Deaths (000s)	Percent of all causes
Cardiovascular diseases	34421	23%	5067	52%
Neuropsychiatric conditions	29370	20%	264	3%
Cancer (malignant neoplasms)	17025	11%	1855	19%
Digestive diseases	7117	5%	391	4%
Respiratory diseases	6835	5%	420	4%
Sense organ disorders	6339	4%	0	0%
Musculoskeletal diseases	5745	4%	26	0%
Diabetes mellitus	2319	2%	153	2%
Oral conditions	1018	1%	0	2%
All NCD	115339	77%	8210	86%
All causes	150322		9564	

^a DALYs: disability-adjusted life years.

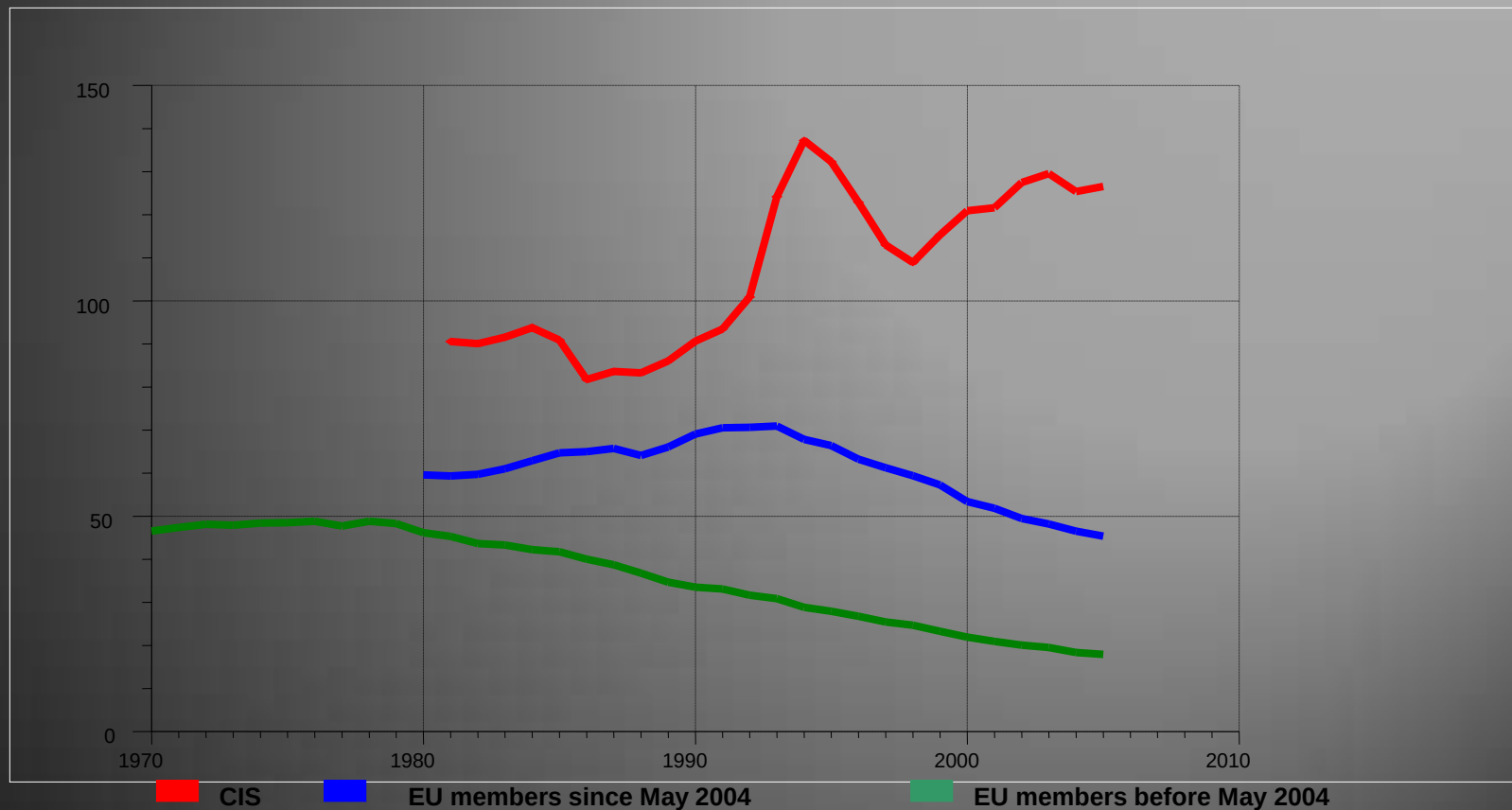
Source: Preventing chronic diseases: a vital investment (1).

Table 6 : Cancer incidence (thousands) by site, by WHO region, 2004

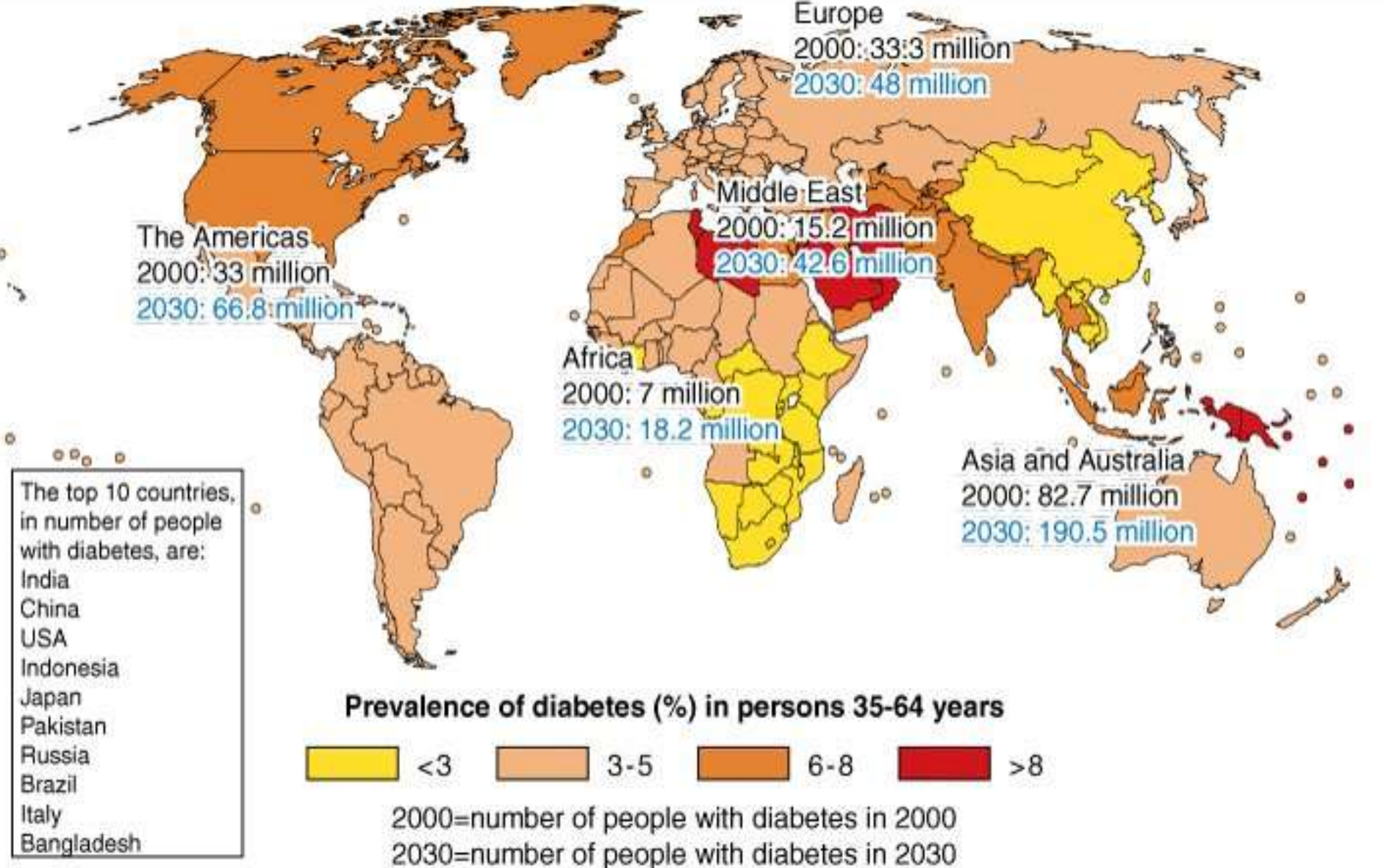
	World	Africa	The Americas	Eastern Mediterranean	Europe	South-East Asia	Western Pacific
Lung cancer	1 448	27	264	34	401	164	558
Stomach cancer	933	38	89	25	182	78	521
Colon and rectum cancers	1 080	32	217	23	409	106	293
Liver cancer	632	65	38	13	67	64	386
Cervix cancer	489	95	95	15	81	180	73
Breast cancer	1 100	72	310	54	326	154	184
Prostate cancer	605	77	236	13	180	45	54
Lymphomas and multiple myeloma	479	56	102	39	113	91	79
Leukaemia	375	20	68	28	86	72	101
Other cancers	5 187	234	874	226	1 214	773	919
All sites (excluding non-melanoma skin cancer)	11 474	716	2 294	470	3 058	1 726	3 166

Widening gaps between & within countries

Trends in premature mortality from cardiovascular disease
in the WHO European Region (SDR, <65 years per 100000)



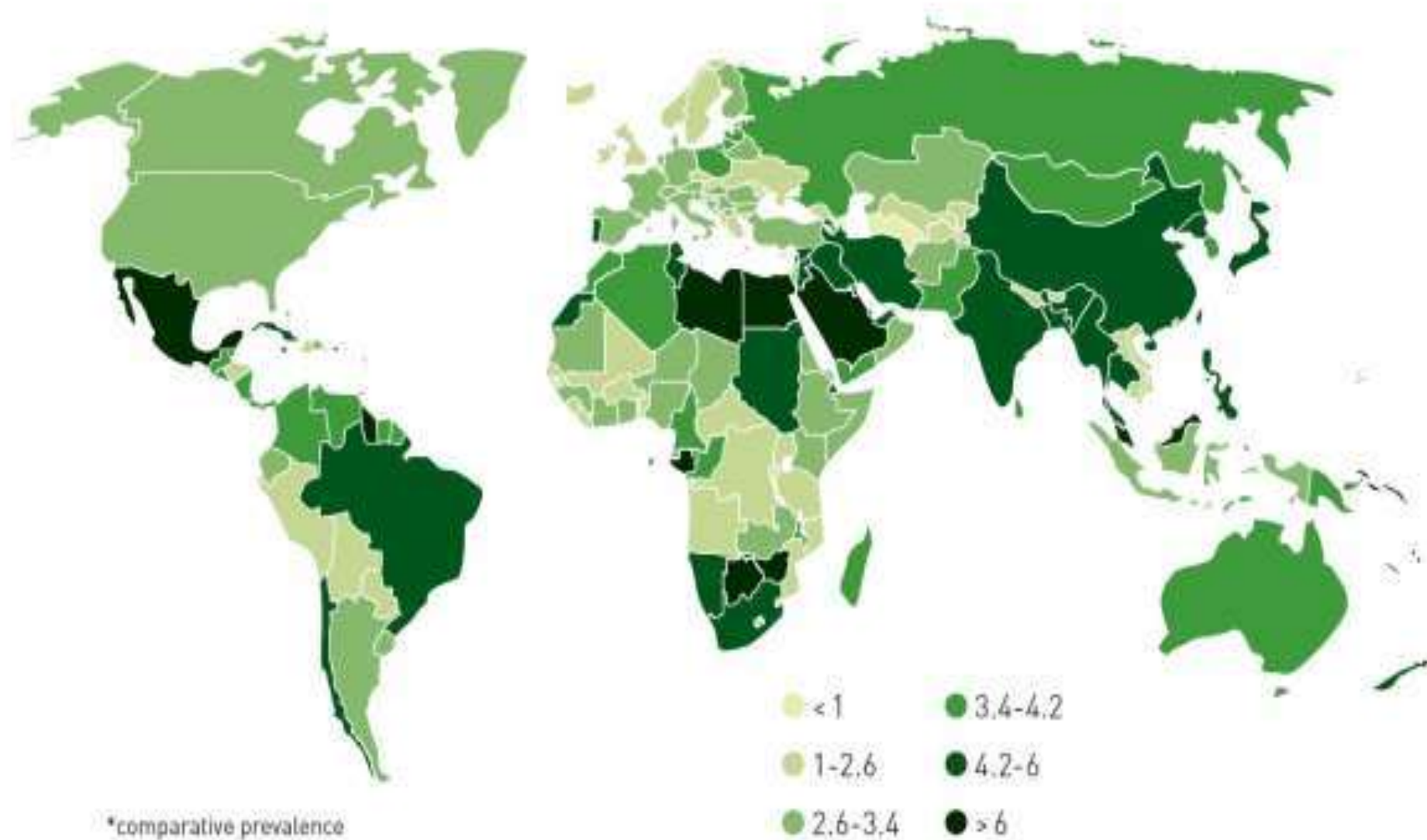
Source: WHO HFA database 2008, latest available data



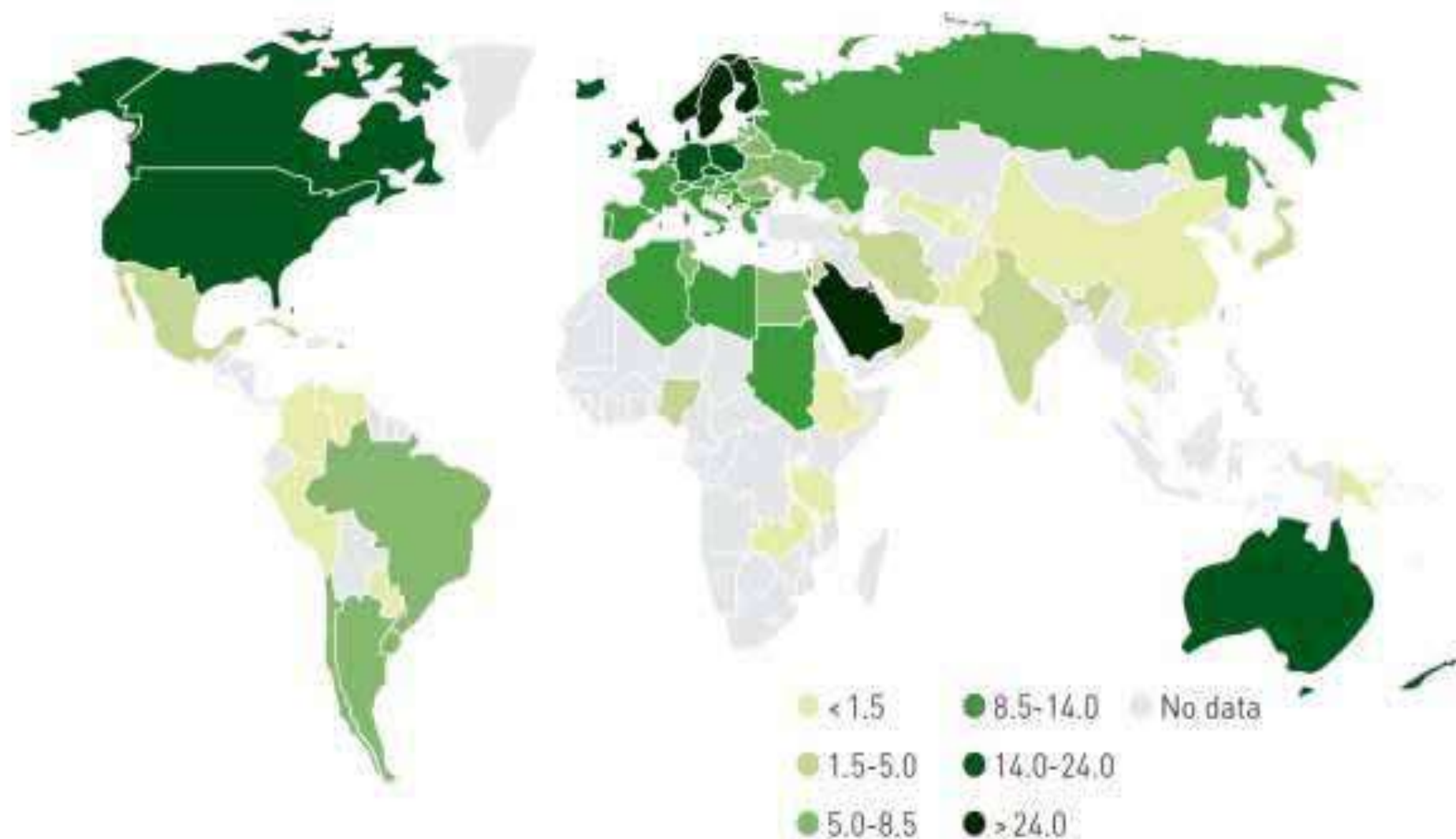
Source: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17th Edition: <http://www.accessmedicine.com>

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Map 2.4. Prevalence* (%) of undiagnosed diabetes (20-79 years), 2011



Map 2.5. New cases of type 1 diabetes (0-14 years per 100,000 children per year), 2011



Θνησιμότητα ενηλίκων (2004)

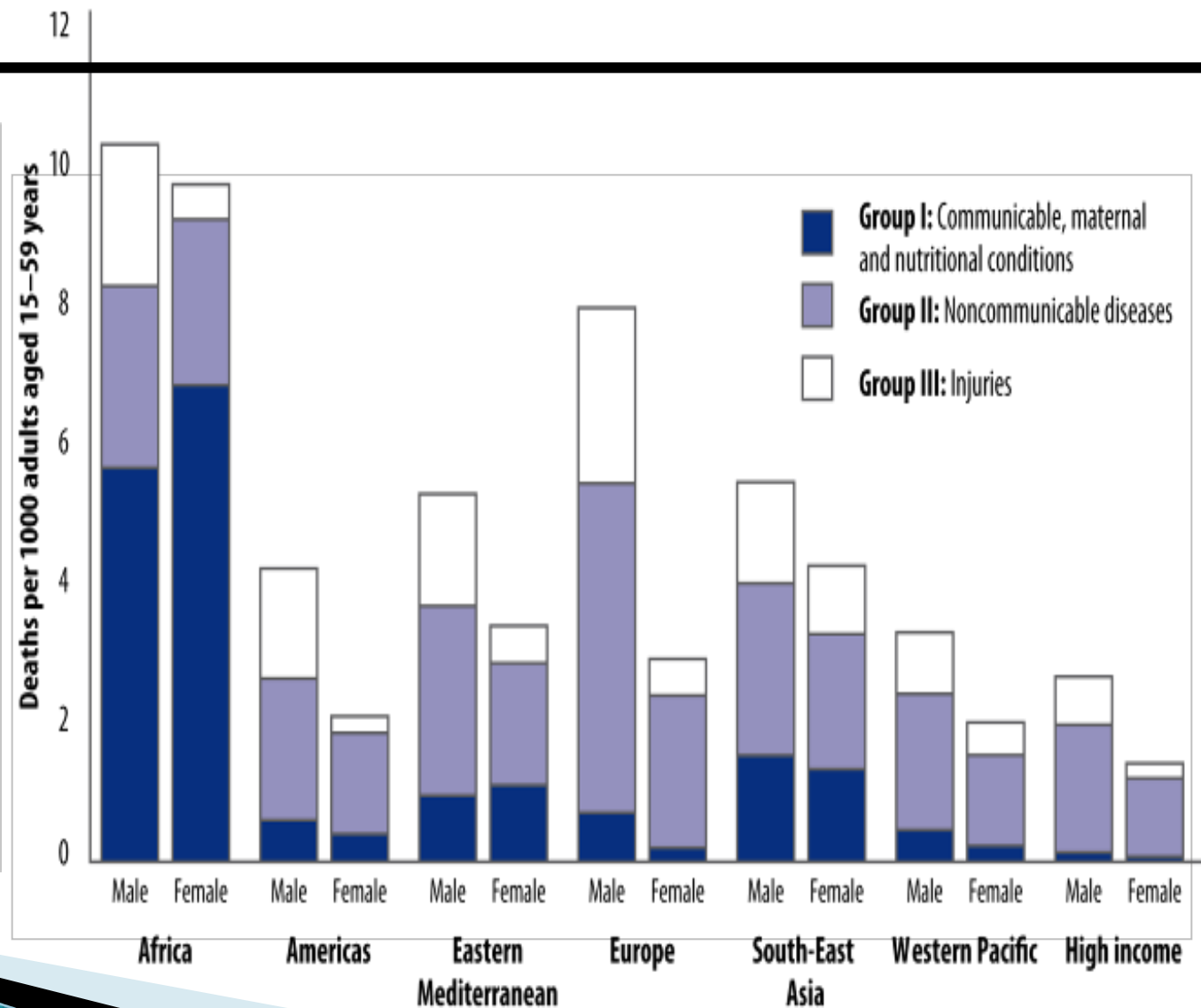
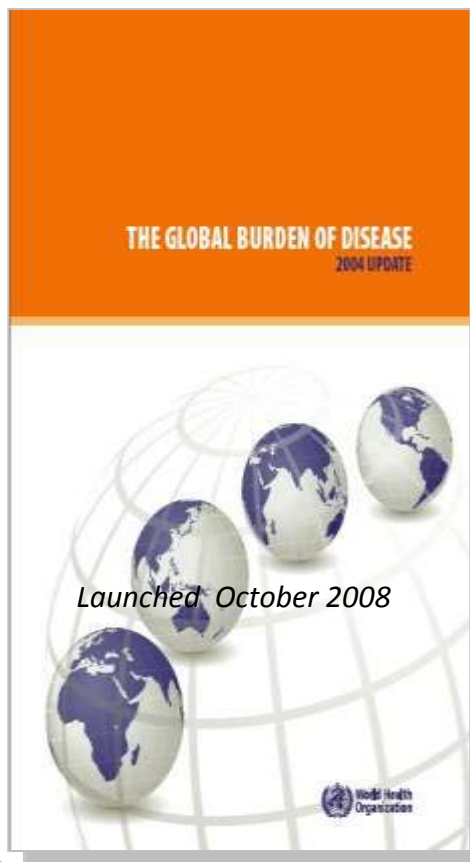


Figure 16: Projected global deaths for selected causes, 2004–2030

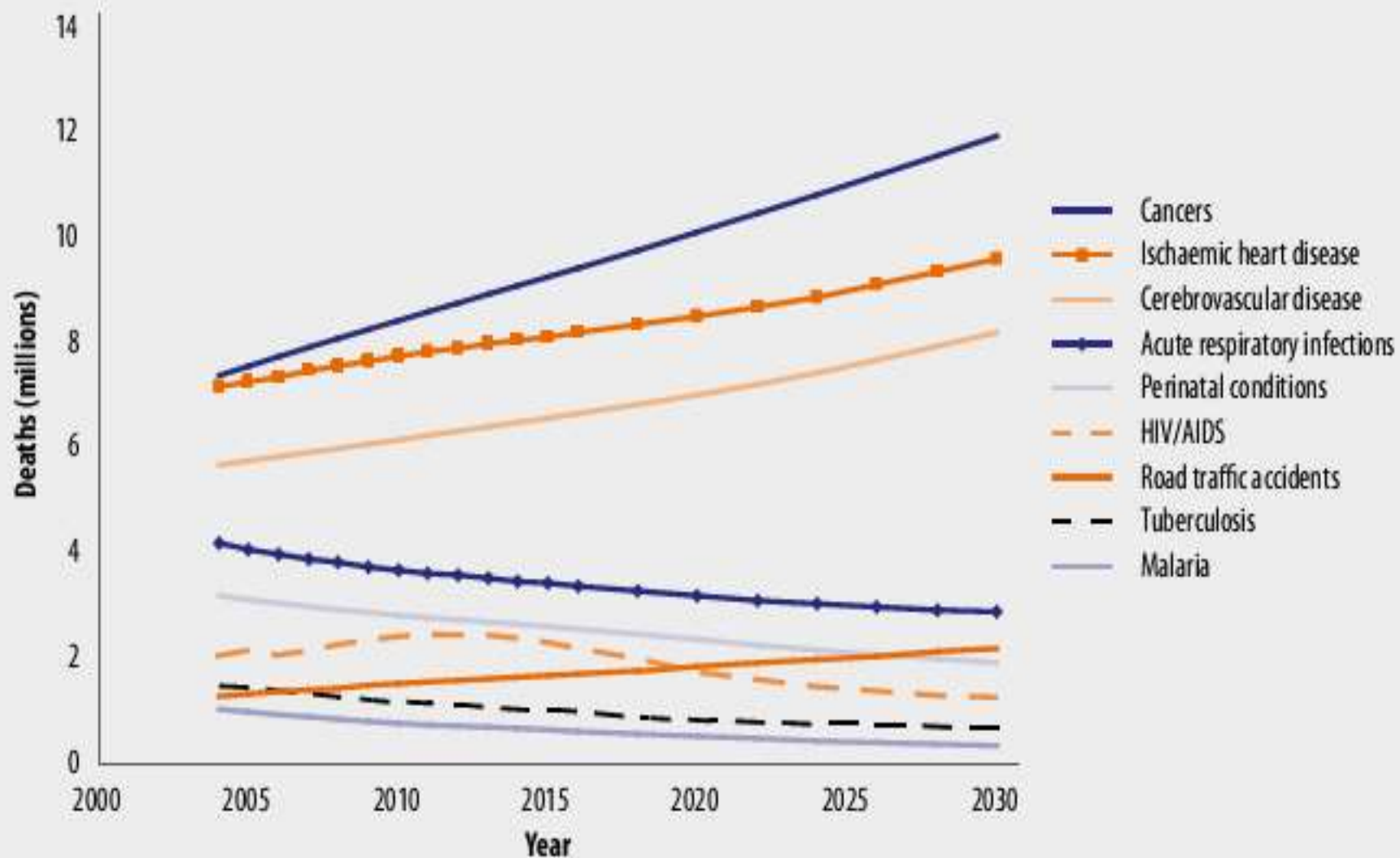
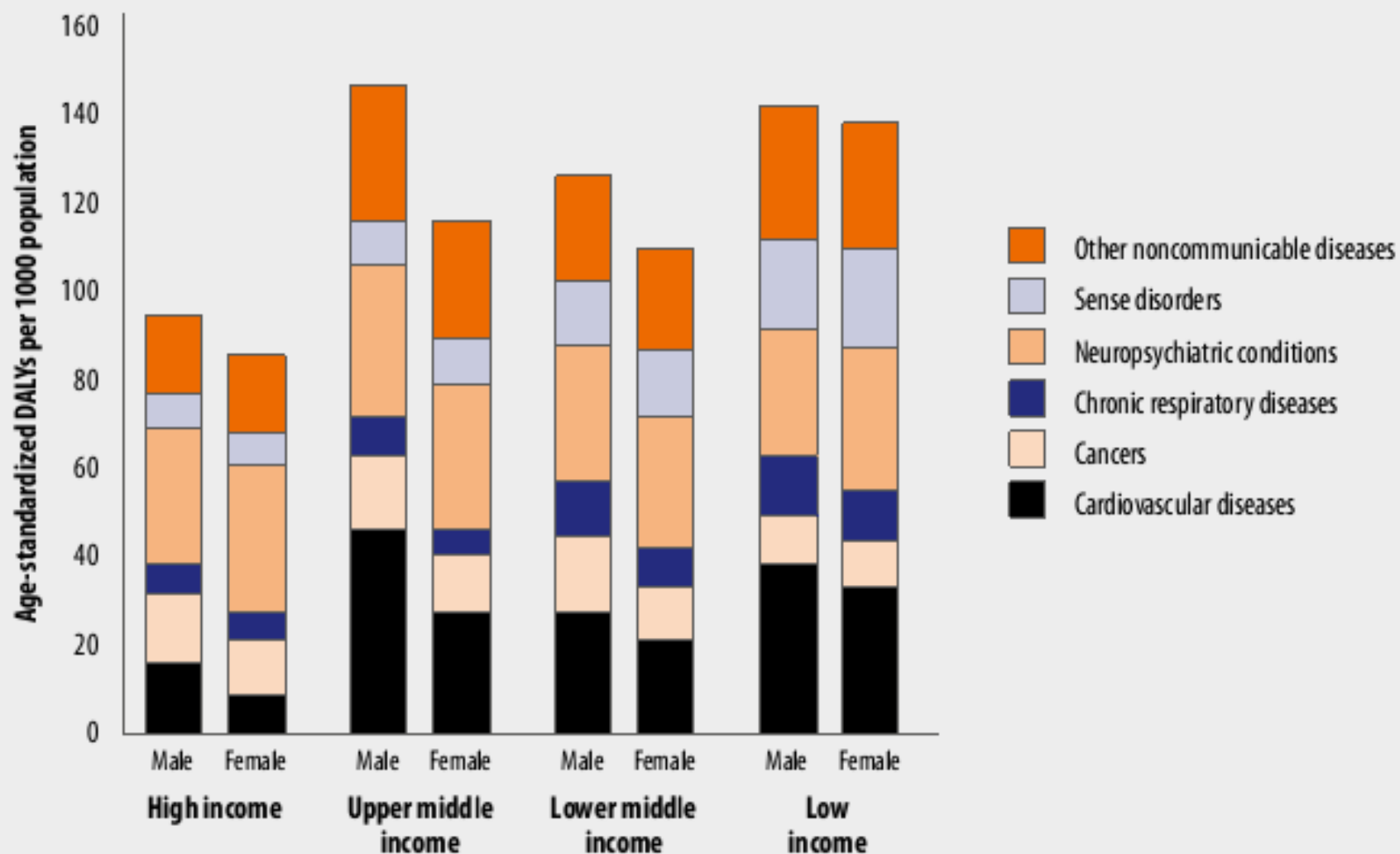


Figure 25: Age-standardized DALYs for noncommunicable diseases by major cause group, sex and country income group, 2004



Θνησιμότητα / ηλικιακή ομάδα

Figure 1: Distribution of age at death and numbers of deaths, world, 2004

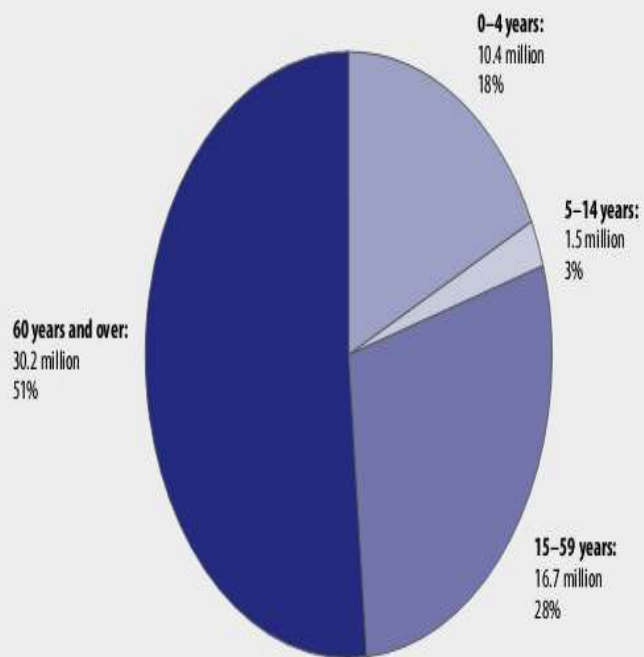


Figure 2: Per cent distribution of age at death by region, 2004

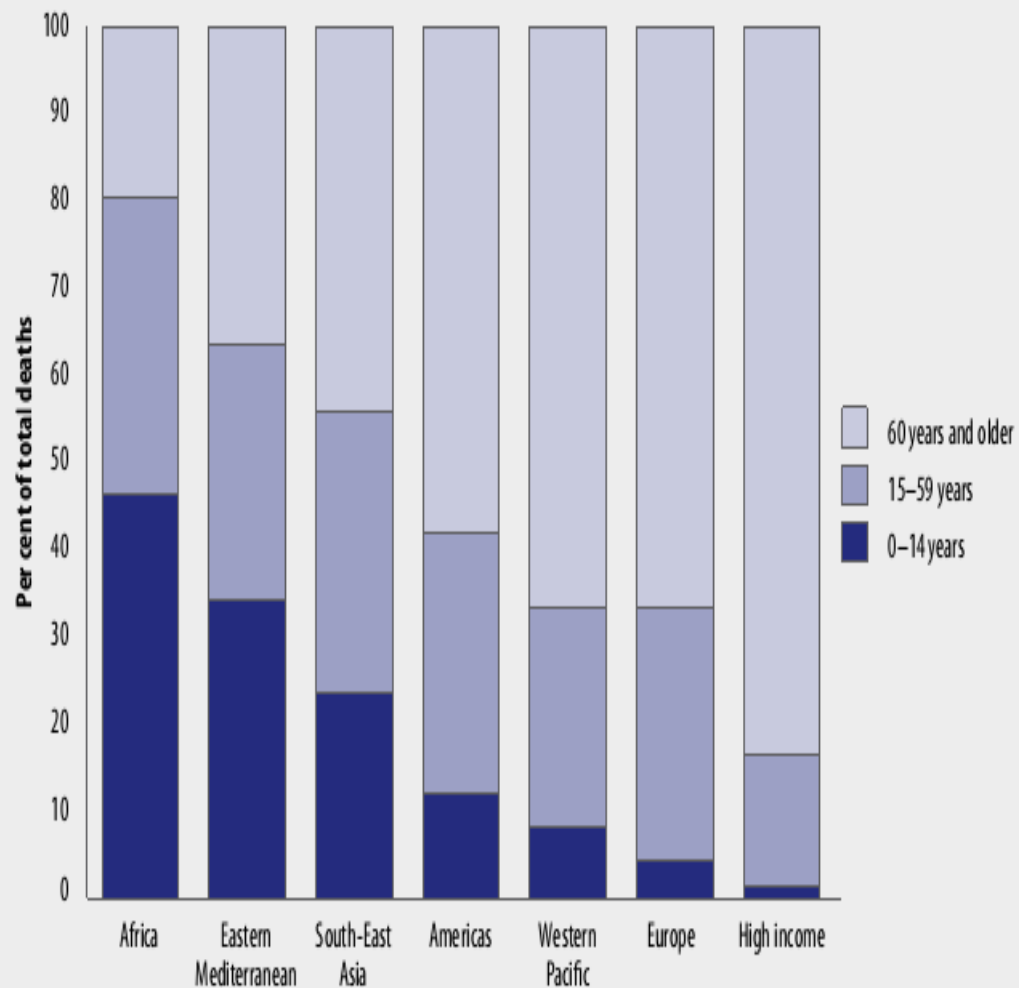
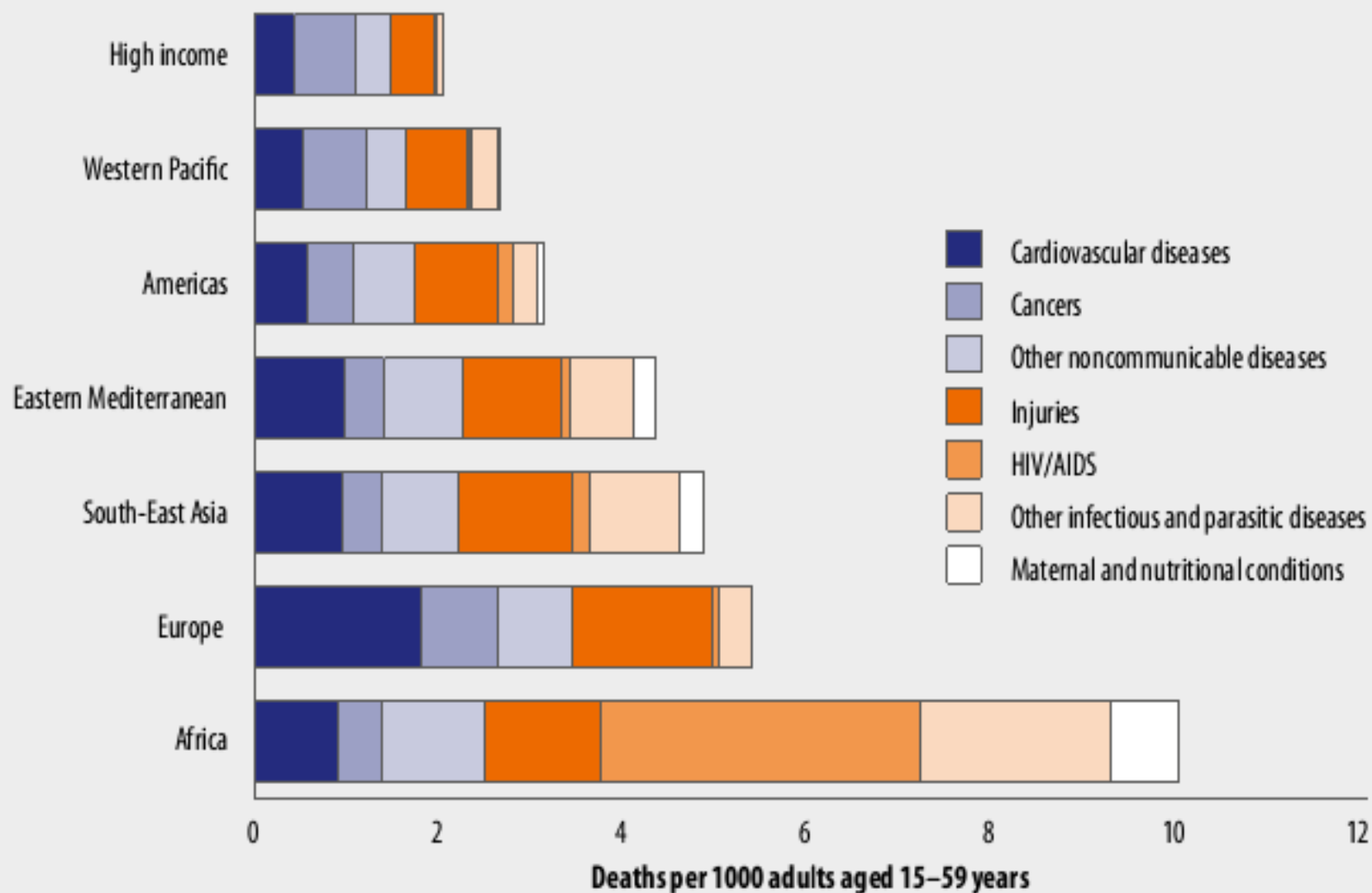


Figure 7: Adult mortality rates by major cause group and region, 2004



Θνησιμότητα / φύλο

Figure 3: Distribution of deaths in the world by sex, 2004

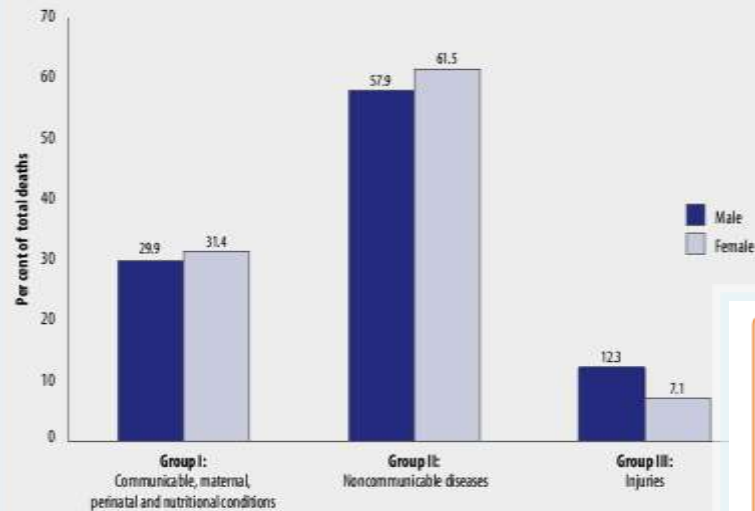
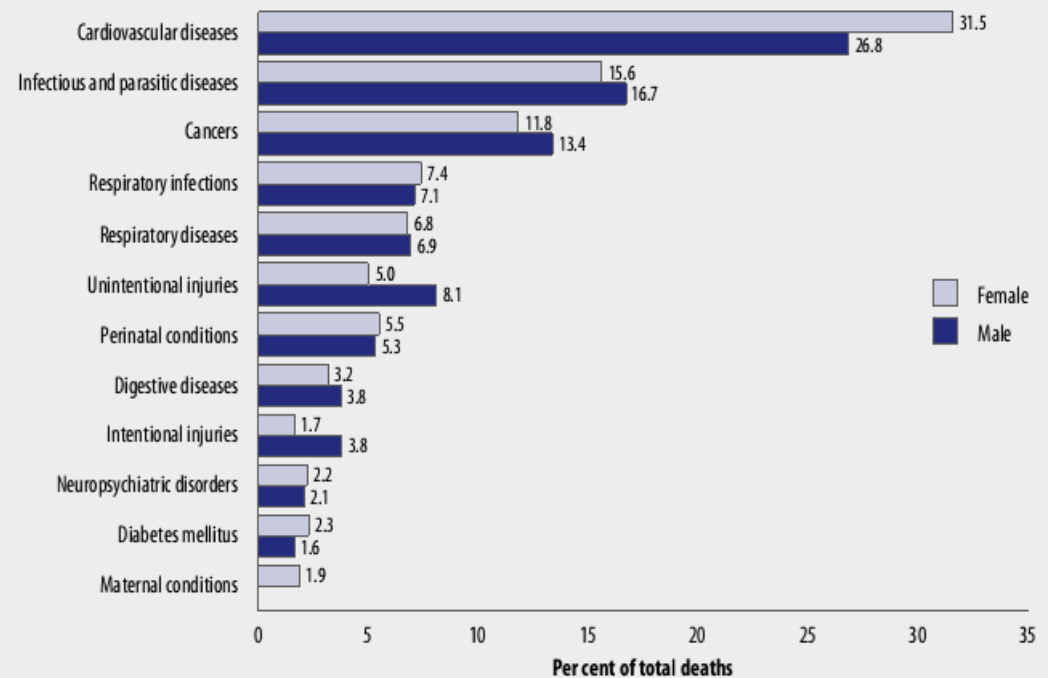


Figure 4: Distribution of deaths by leading cause groups, males and females, world, 2004



Θνησιμότητα / εισόδημα

World			Low-income countries ^a		
Disease or injury	Deaths (millions)	Per cent of total deaths	Disease or injury	Deaths (millions)	Per cent of total deaths
1 Ischaemic heart disease	7.2	12.2	1 Lower respiratory infections	2.9	11.2
2 Cerebrovascular disease	5.7	9.7	2 Ischaemic heart disease	2.5	9.4
3 Lower respiratory infections	4.2	7.1	3 Diarrhoeal diseases	1.8	6.9
4 COPD	3.0	5.1	4 HIV/AIDS	1.5	5.7
5 Diarrhoeal diseases	2.2	3.7	5 Cerebrovascular disease	1.5	5.6
6 HIV/AIDS	2.0	3.5	6 COPD	0.9	3.6
7 Tuberculosis	1.5	2.5	7 Tuberculosis	0.9	3.5
8 Trachea, bronchus, lung cancers	1.3	2.3	8 Neonatal infections ^b	0.9	3.4
9 Road traffic accidents	1.3	2.2	9 Malaria	0.9	3.3
10 Prematurity and low birth weight	1.2	2.0	10 Prematurity and low birth weight	0.8	3.2
Middle-income countries			High-income countries		
1 Cerebrovascular disease	3.5	14.2	1 Ischaemic heart disease	1.3	16.3
2 Ischaemic heart disease	3.4	13.9	2 Cerebrovascular disease	0.8	9.3
3 COPD	1.8	7.4	3 Trachea, bronchus, lung cancers	0.5	5.9
4 Lower respiratory infections	0.9	3.8	4 Lower respiratory infections	0.3	3.8
5 Trachea, bronchus, lung cancers	0.7	2.9	5 COPD	0.3	3.5
6 Road traffic accidents	0.7	2.8	6 Alzheimer and other dementias	0.3	3.4
7 Hypertensive heart disease	0.6	2.5	7 Colon and rectum cancers	0.3	3.3
8 Stomach cancer	0.5	2.2	8 Diabetes mellitus	0.2	2.8
9 Tuberculosis	0.5	2.2	9 Breast cancer	0.2	2.0
10 Diabetes mellitus	0.5	2.1	10 Stomach cancer	0.1	1.8

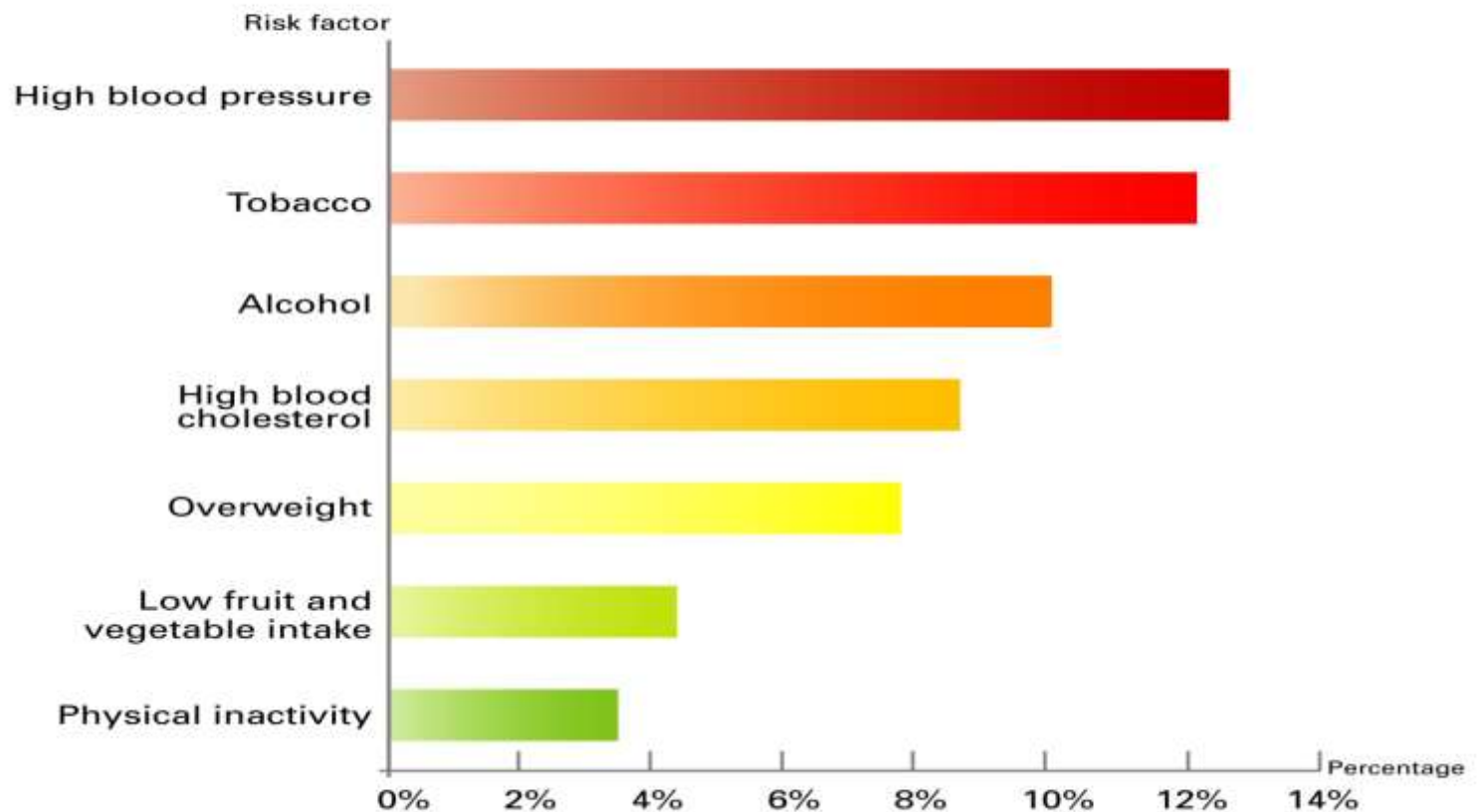
Θνησιμότητα / εισόδημα

Disease or injury		DALYs (millions)	Per cent of total DALYs	Disease or injury		DALYs (millions)	Per cent of total DALYs
World				Low-income countries^a			
1	Lower respiratory infections	94.5	6.2	1	Lower respiratory infections	76.9	9.3
2	Diarrhoeal diseases	72.8	4.8	2	Diarrhoeal diseases	59.2	7.2
3	Unipolar depressive disorders	65.5	4.3	3	HIV/AIDS	42.9	5.2
4	Ischaemic heart disease	62.6	4.1	4	Malaria	32.8	4.0
5	HIV/AIDS	58.5	3.8	5	Prematurity and low birth weight	32.1	3.9
6	Cerebrovascular disease	46.6	3.1	6	Neonatal infections and other ^b	31.4	3.8
7	Prematurity and low birth weight	44.3	2.9	7	Birth asphyxia and birth trauma	29.8	3.6
8	Birth asphyxia and birth trauma	41.7	2.7	8	Unipolar depressive disorders	26.5	3.2
9	Road traffic accidents	41.2	2.7	9	Ischaemic heart disease	26.0	3.1
10	Neonatal infections and other ^b	40.4	2.7	10	Tuberculosis	22.4	2.7
Middle-income countries				High-income countries			
1	Unipolar depressive disorders	29.0	5.1	1	Unipolar depressive disorders	10.0	8.2
2	Ischaemic heart disease	28.9	5.0	2	Ischaemic heart disease	7.7	6.3
3	Cerebrovascular disease	27.5	4.8	3	Cerebrovascular disease	4.8	3.9
4	Road traffic accidents	21.4	3.7	4	Alzheimer and other dementias	4.4	3.6
5	Lower respiratory infections	16.3	2.8	5	Alcohol use disorders	4.2	3.4
6	COPD	16.1	2.8	6	Hearing loss, adult onset	4.2	3.4
7	HIV/AIDS	15.0	2.6	7	COPD	3.7	3.0
8	Alcohol use disorders	14.9	2.6	8	Diabetes mellitus	3.6	3.0
9	Refractive errors	13.7	2.4	9	Trachea, bronchus, lung cancers	3.6	3.0
10	Diarrhoeal diseases	13.1	2.3	10	Road traffic accidents	3.1	2.6

The main causes are known

behavioural & biological risk factors

Proportion of total disease burden (DALYs) attributable to seven leading risk factors in the WHO European Region, 2000

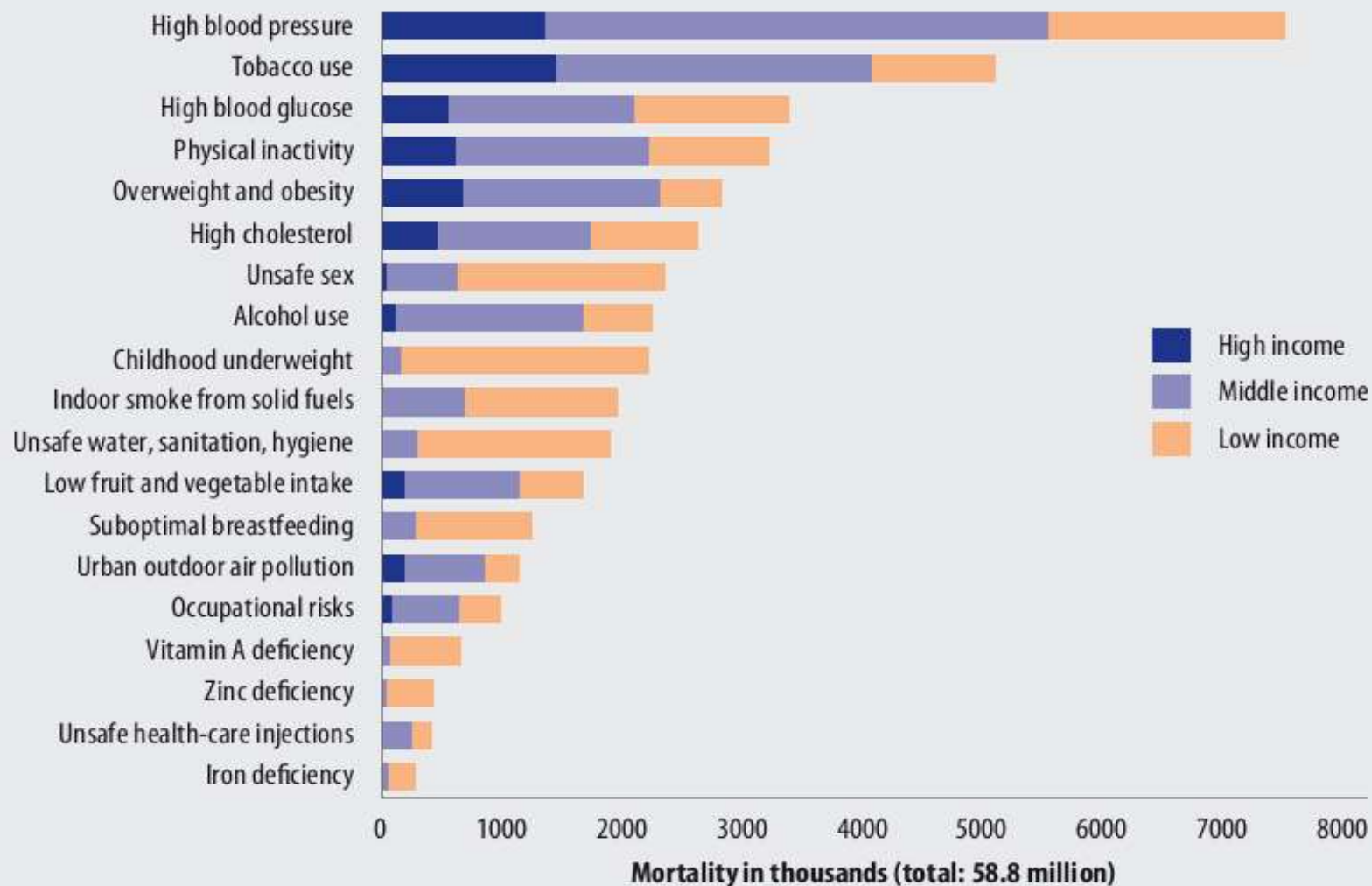


Source: *The world health report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life*

Παγκόσμιο φορτίο ασθένειας

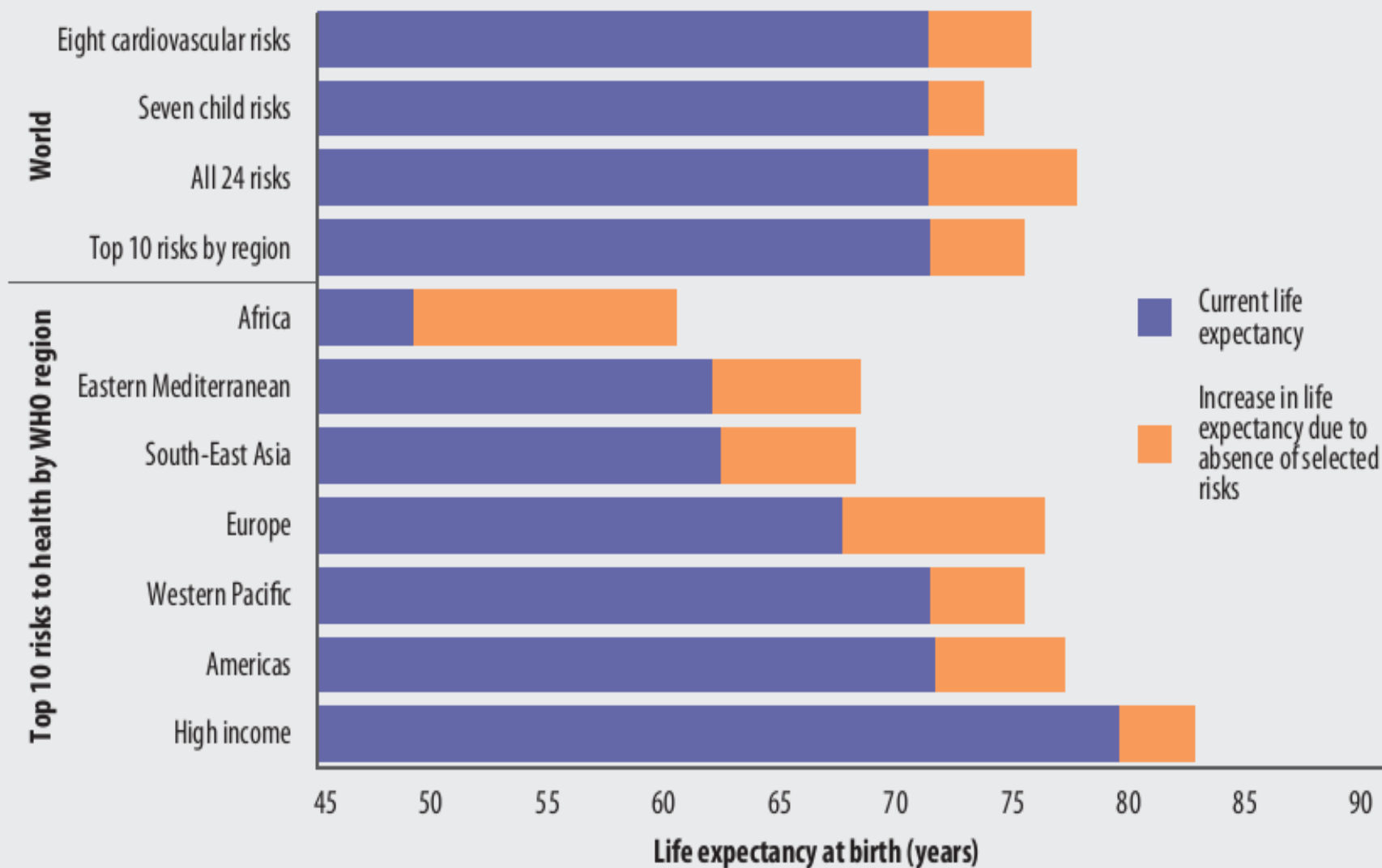
(που αποδίδεται στους 19 κορυφαίους παράγοντες κινδύνου)

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



Risk factor		Deaths (millions)	Percentage of total	Risk factor		Deaths (millions)	Percentage of total
World				Low-income countries^a			
1	High blood pressure	7.5	12.8	1	Childhood underweight	2.0	7.8
2	Tobacco use	5.1	8.7	2	High blood pressure	2.0	7.5
3	High blood glucose	3.4	5.8	3	Unsafe sex	1.7	6.6
4	Physical inactivity	3.2	5.5	4	Unsafe water, sanitation, hygiene	1.6	6.1
5	Overweight and obesity	2.8	4.8	5	High blood glucose	1.3	4.9
6	High cholesterol	2.6	4.5	6	Indoor smoke from solid fuels	1.3	4.8
7	Unsafe sex	2.4	4.0	7	Tobacco use	1.0	3.9
8	Alcohol use	2.3	3.8	8	Physical inactivity	1.0	3.8
9	Childhood underweight	2.2	3.8	9	Suboptimal breastfeeding	1.0	3.7
10	Indoor smoke from solid fuels	2.0	3.3	10	High cholesterol	0.9	3.4
Middle-income countries^a				High-income countries^a			
1	High blood pressure	4.2	17.2	1	Tobacco use	1.5	17.9
2	Tobacco use	2.6	10.8	2	High blood pressure	1.4	16.8
3	Overweight and obesity	1.6	6.7	3	Overweight and obesity	0.7	8.4
4	Physical inactivity	1.6	6.6	4	Physical inactivity	0.6	7.7
5	Alcohol use	1.6	6.4	5	High blood glucose	0.6	7.0
6	High blood glucose	1.5	6.3	6	High cholesterol	0.5	5.8
7	High cholesterol	1.3	5.2	7	Low fruit and vegetable intake	0.2	2.5
8	Low fruit and vegetable intake	0.9	3.9	8	Urban outdoor air pollution	0.2	2.5
9	Indoor smoke from solid fuels	0.7	2.8	9	Alcohol use	0.1	1.6
10	Urban outdoor air pollution	0.7	2.8	10	Occupational risks	0.1	1.1

Figure 13: Potential gain in life expectancy in the absence of selected risks to health, world, 2004.



Risk factors and their consequences

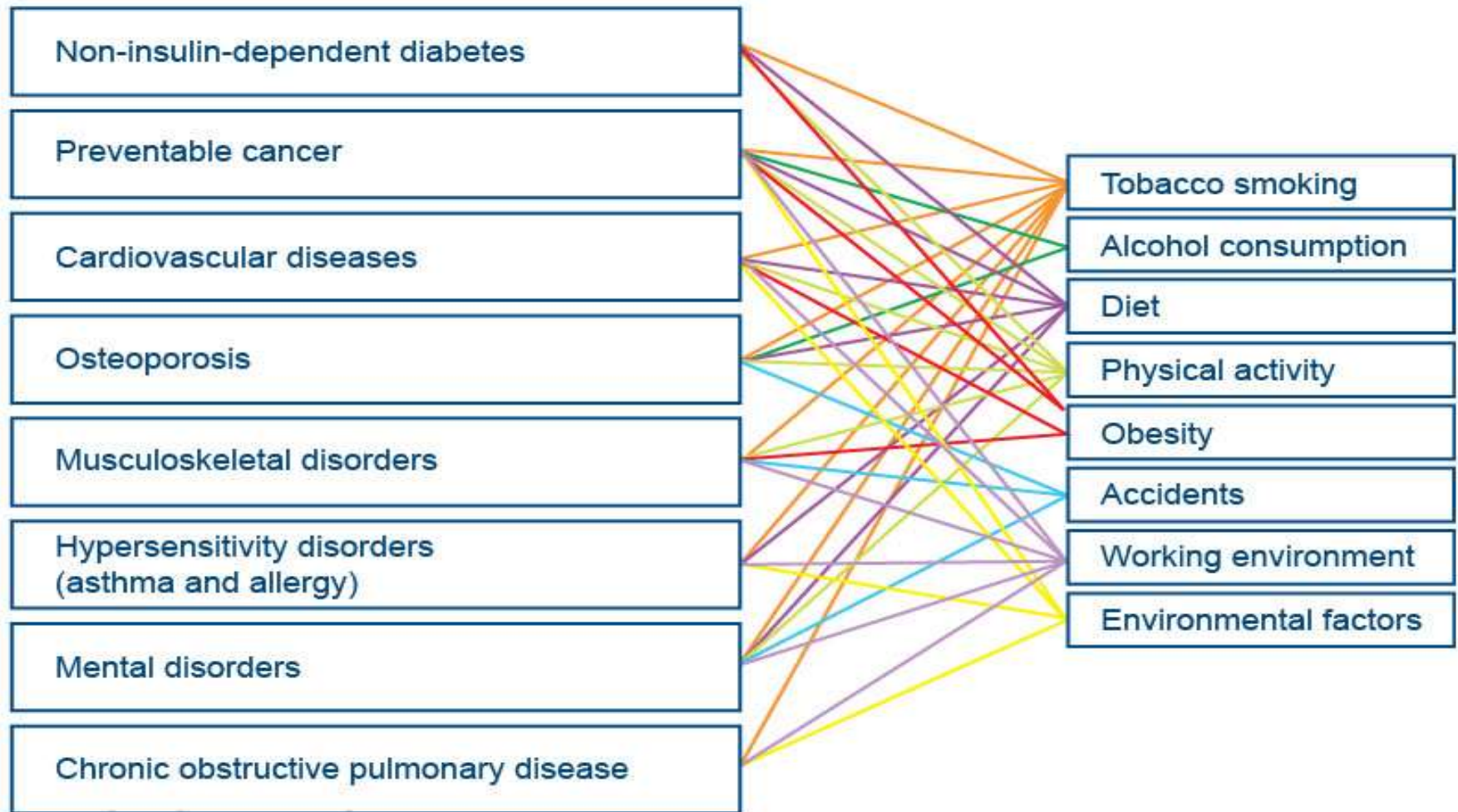


Figure 1: The causal chain. Major causes of ischaemic heart disease are shown. Arrows indicate some (but not all) of the pathways by which these causes interact.

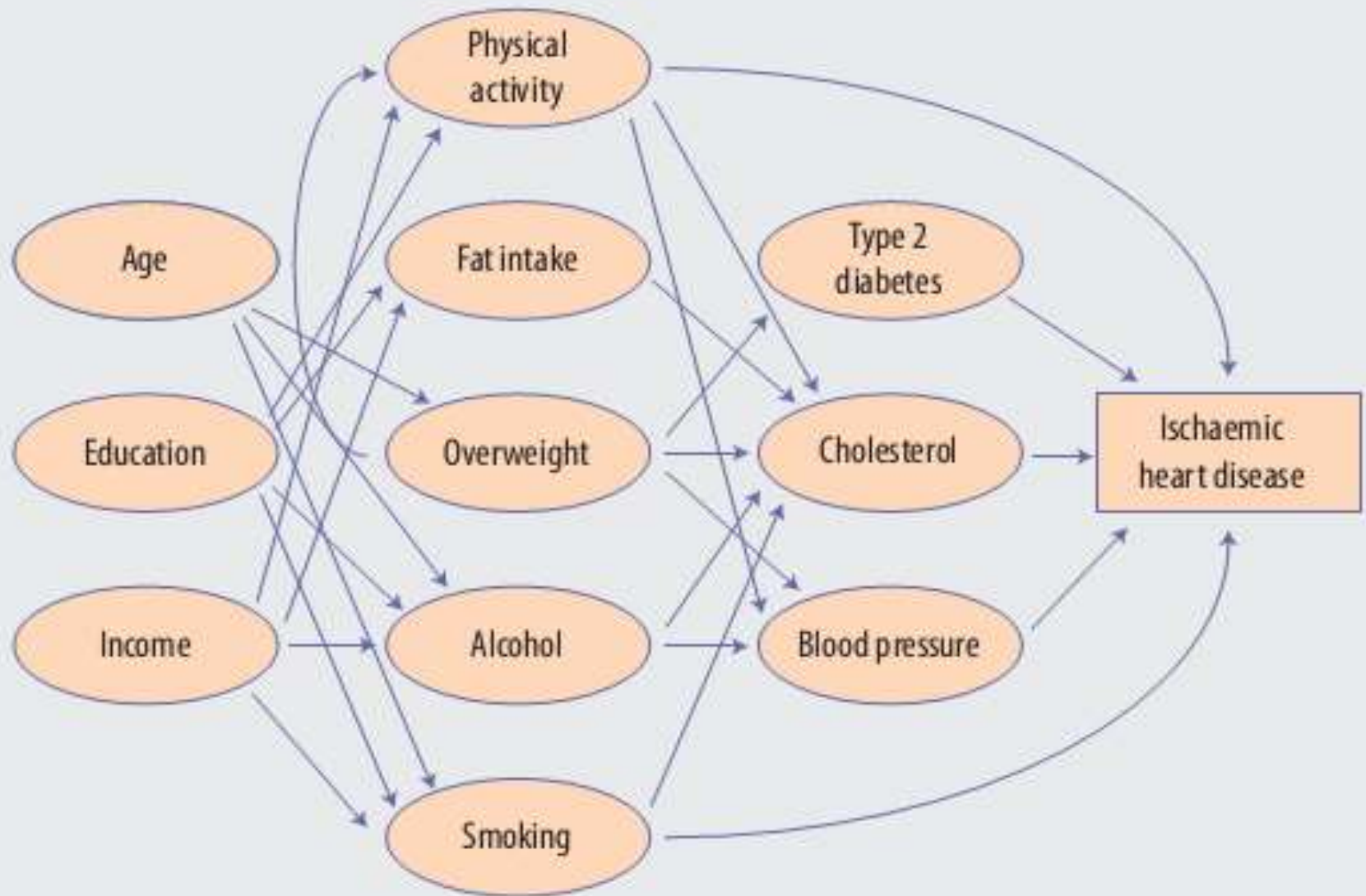
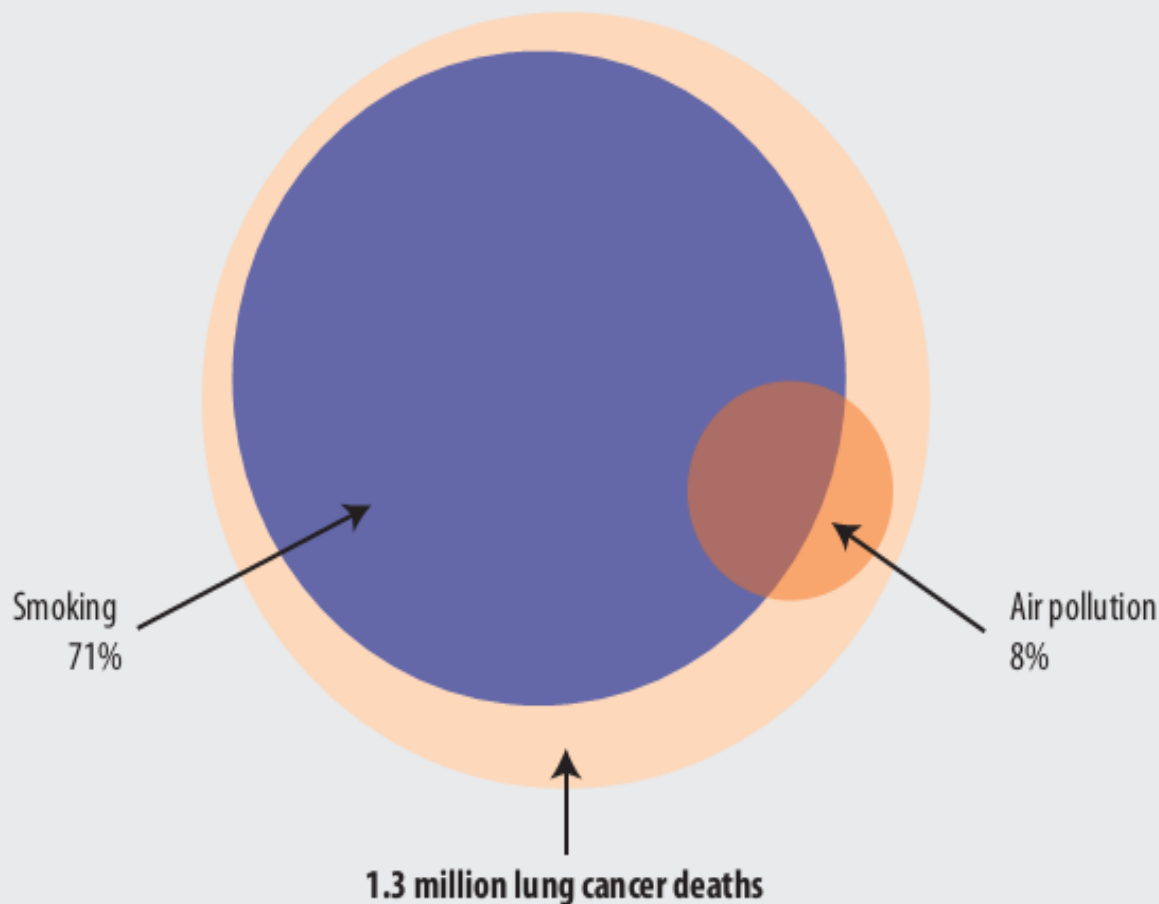


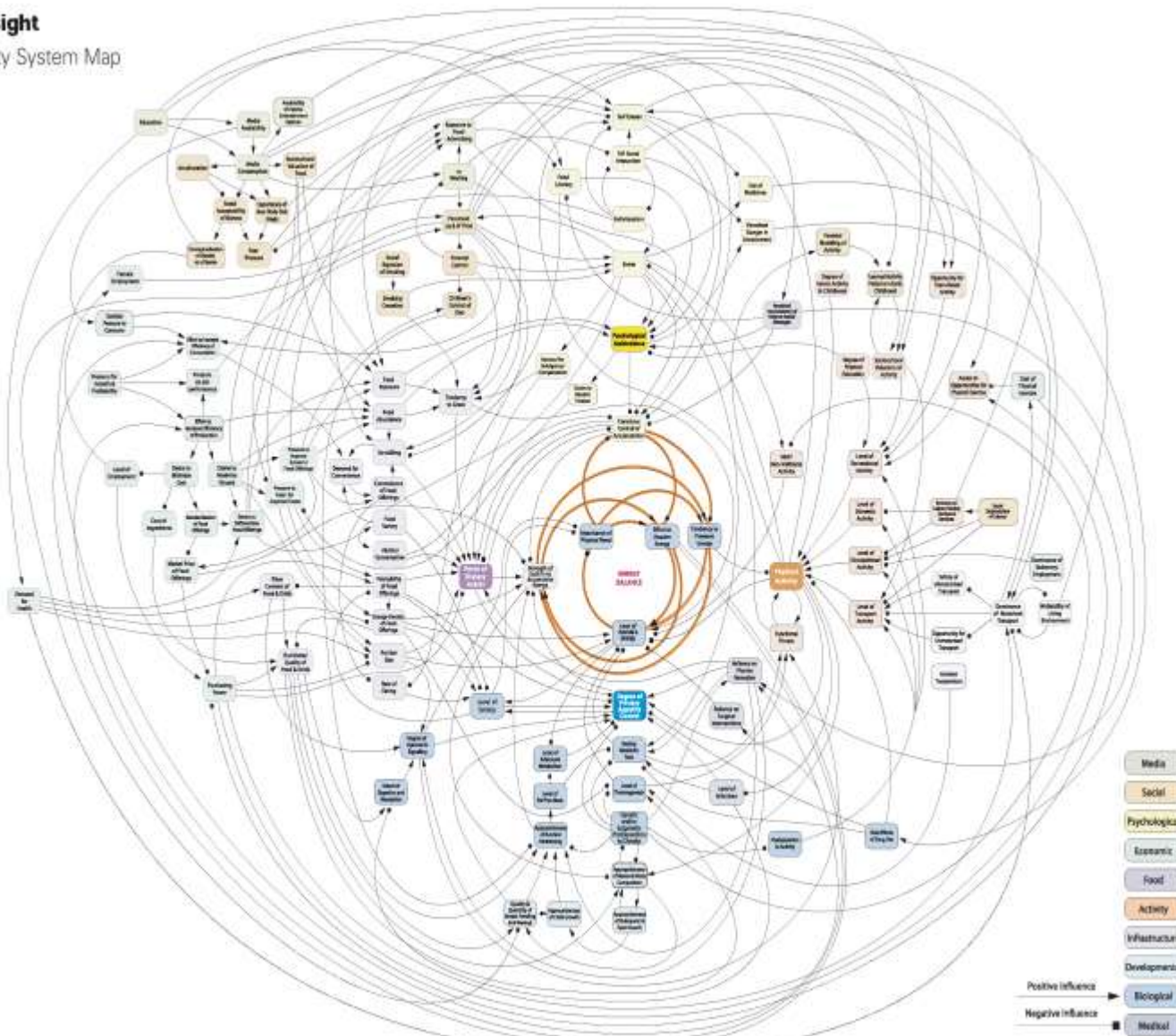
Figure 4: Counterfactual attribution. Lung cancer deaths in 2004 (outer circle) showing the proportion attributed to smoking and urban air pollution. Deaths that would have been prevented by removing either exposure are represented by the area where the inner circles overlap.



'Unhealthy' Lifestyles: a complex solution

Foresight

Obesity System Map



Media
Social
Psychological
Economic
Food
Activity
Infrastructure
Developmental
Biological

Effective interventions are known

- An estimated 80% of heart disease, stroke and type 2 diabetes, and 40% of cancer could be avoided if major risk factors were eliminated
- It has been predicted that CHD mortality could be halved by small changes in cardiovascular risk factors:
 - a 1% decrease in cholesterol in the population could lead to a 2–4% CHD mortality reduction;
 - a 1% reduction in smoking prevalence could lead to 2000 fewer CHD deaths per year;
 - a 1% reduction of diastolic blood pressure could prevent around 1500 CHD deaths each year.
- In individuals with impaired glucose tolerance, who are at high risk of developing diabetes, an intensive lifestyle modification programme can reduce the risk of diabetes by 58%, and pharmacological intervention can reduce the risk of diabetes by 31%.
- Only 3% of total health expenditure in OECD countries goes toward population-wide prevention and public health programmes

Βάρος χρόνιων νοσημάτων

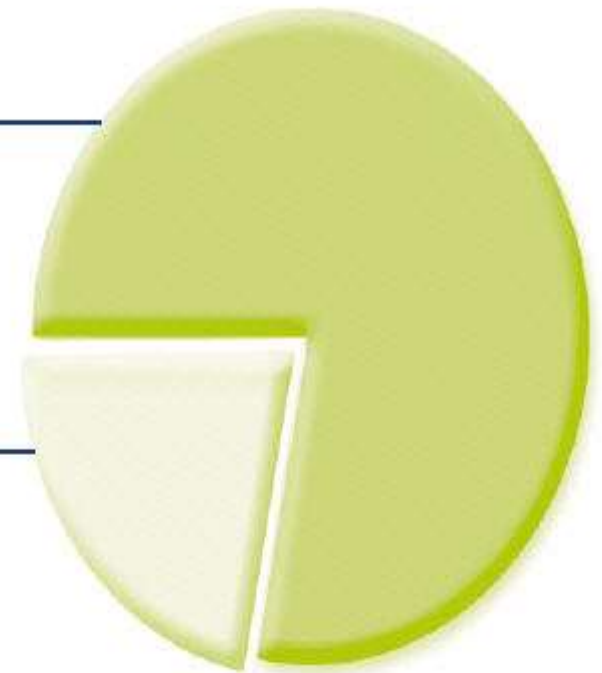
► Κόστος:

- Άμεσο (> 70% δαπανών υγείας στις ΗΠΑ)
- Έμμεσο (παραγωγικότητα, οικογένεια & φροντιστές)

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.

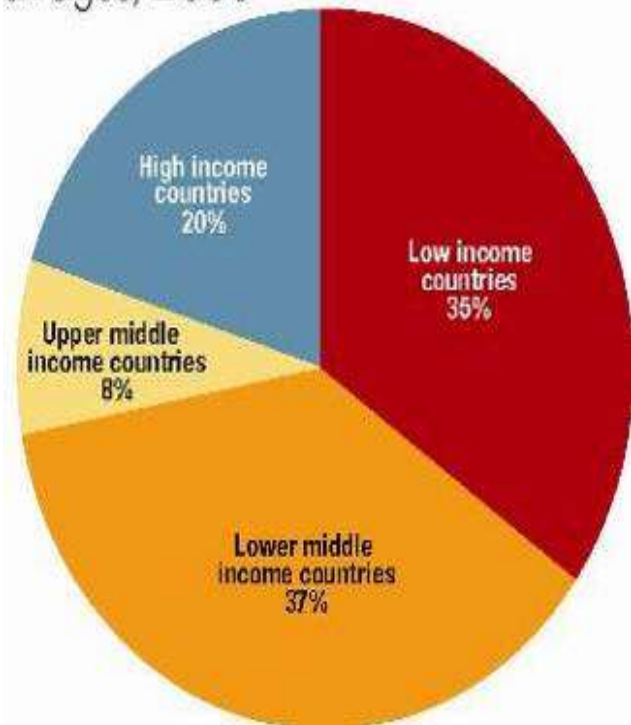
Reality: 80% of chronic disease deaths occur in low & middle income countries

10

MISUNDERSTANDING CHRONIC DISEASES MAINLY AFFECT HIGH INCOME COUNTRIES

Projected global distribution of chronic disease deaths

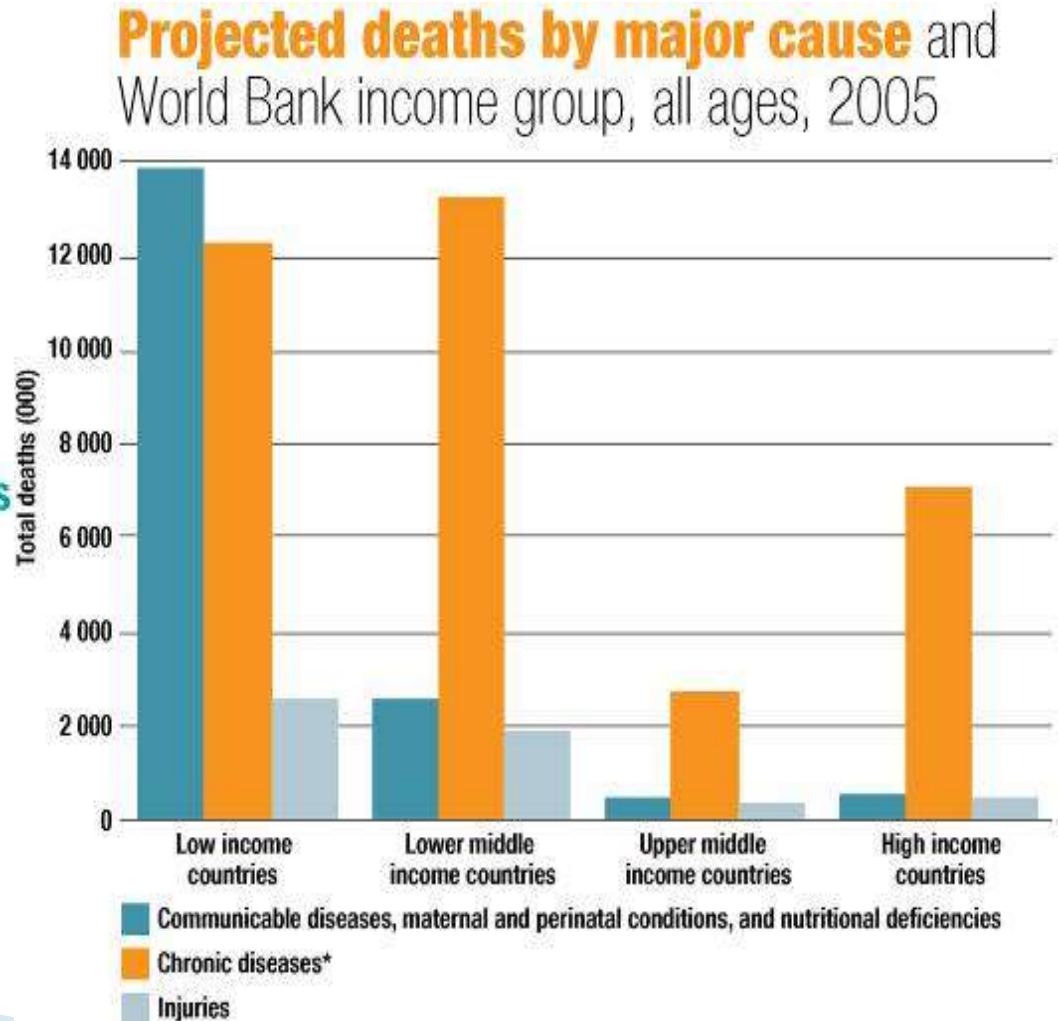
by World Bank income group, all ages, 2005



Reality: double burden = double response

9

MISUNDERSTANDING LOW AND MIDDLE INCOME
COUNTRIES SHOULD CONTROL INFECTIOUS DISEASES
BEFORE CHRONIC DISEASES



Reality: chronic diseases are concentrated among the poor

MISUNDERSTANDING

**CHRONIC DISEASES
MAINLY AFFECT
RICH PEOPLE**

8

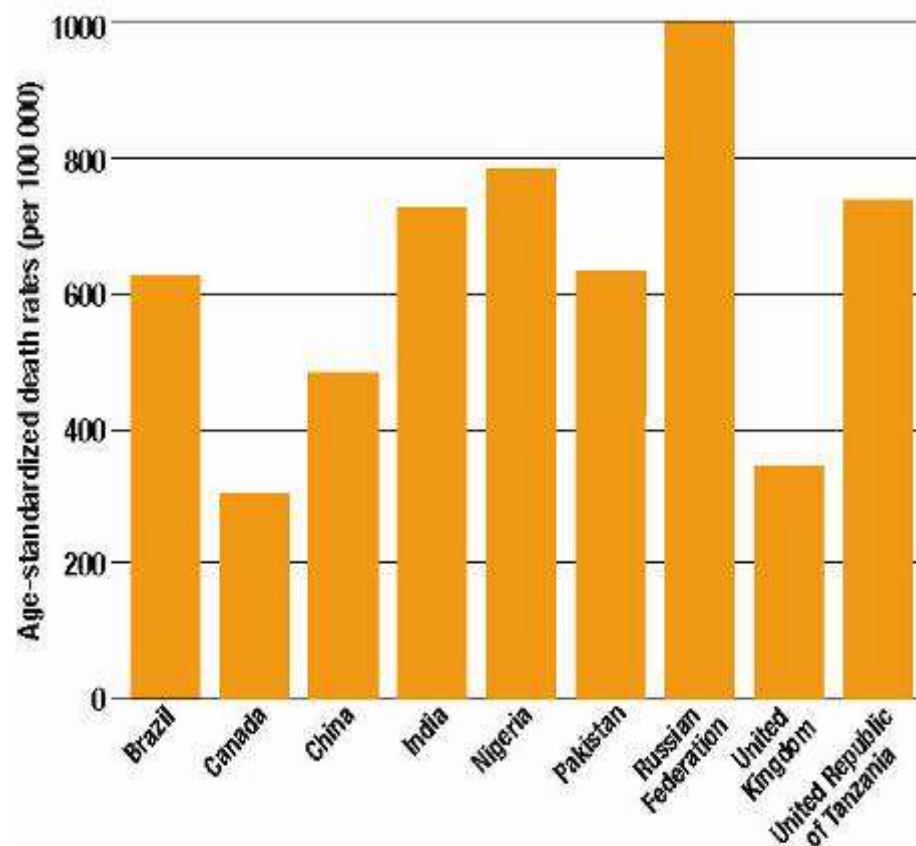
Reality: almost half in people under age 70 years

7

MISUNDERSTANDING

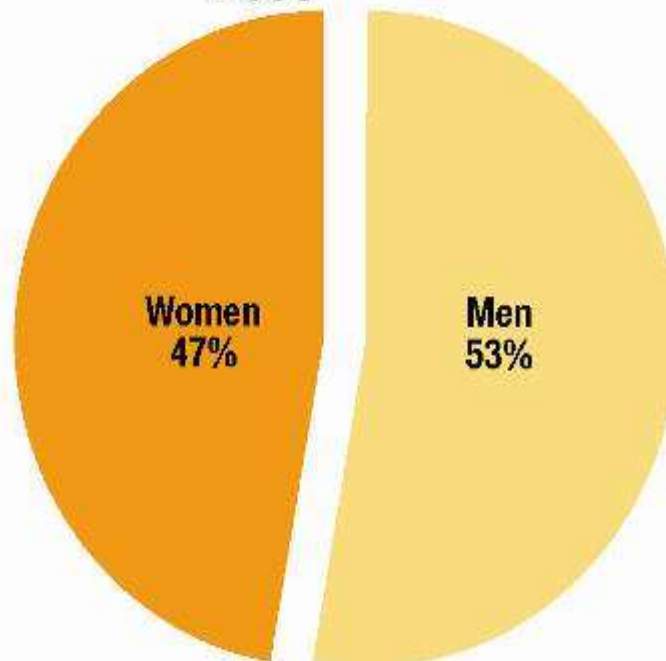
CHRONIC DISEASES MAINLY AFFECT OLD PEOPLE

Projected chronic disease death rates
for selected countries, aged 30–69 years, 2005



Reality: chronic diseases affect men and women almost equally

Projected global coronary heart disease deaths by sex, all ages, 2005



6

MISUNDERSTANDING

**CHRONIC
DISEASES AFFECT
PRIMARILY MEN**

Reality:
poor and children have limited choice

5

**MISUNDERSTANDING
CHRONIC DISEASES
ARE THE RESULT
OF UNHEALTHY
“LIFESTYLES”**

Reality: 80% of premature heart disease,
stroke and type 2 diabetes is preventable,
40% of cancer is preventable

4

MISUNDERSTANDING

**CHRONIC DISEASES
CAN'T BE PREVENTED**

Reality: inexpensive and
cost-effective interventions exist

3

MISUNDERSTANDING

**CHRONIC DISEASE
PREVENTION AND CONTROL
IS TOO EXPENSIVE**

Reality: these people are the rare
exceptions

HALF-TRUTH

2

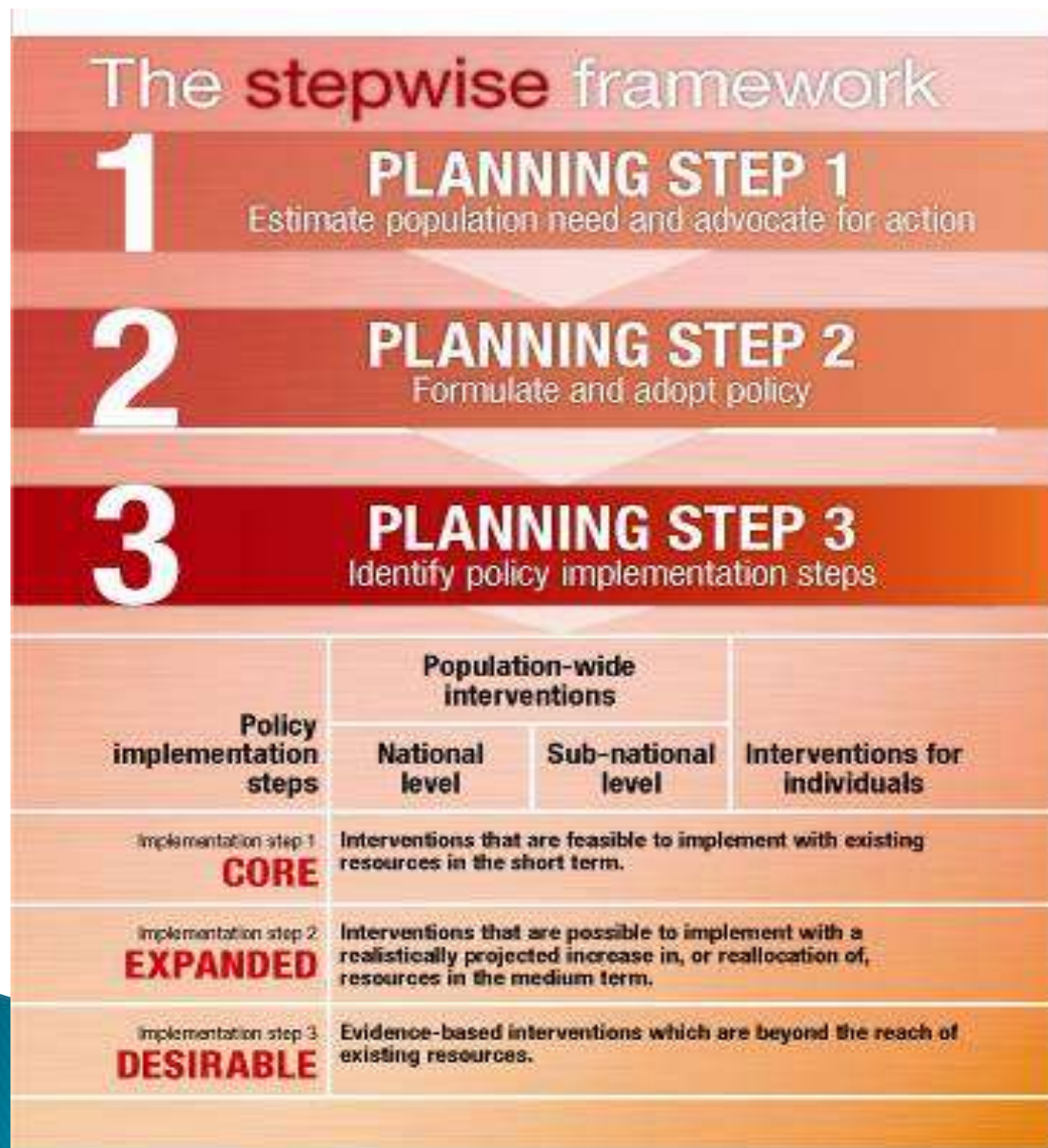
“My grandfather smoked and
was overweight –
and he lived to 96”

Reality: death is inevitable but
it does not need to be slow,
painful or premature

1 HALF-TRUTH Everyone
has to die of
something

What works?

Comprehensive and integrated action is the means to prevent and control chronic diseases



Η έννοια της συννοσηρότητας

Η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων βιολογικά μη σχετιζόμενων ασθενειών σε ένα άτομο

Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services

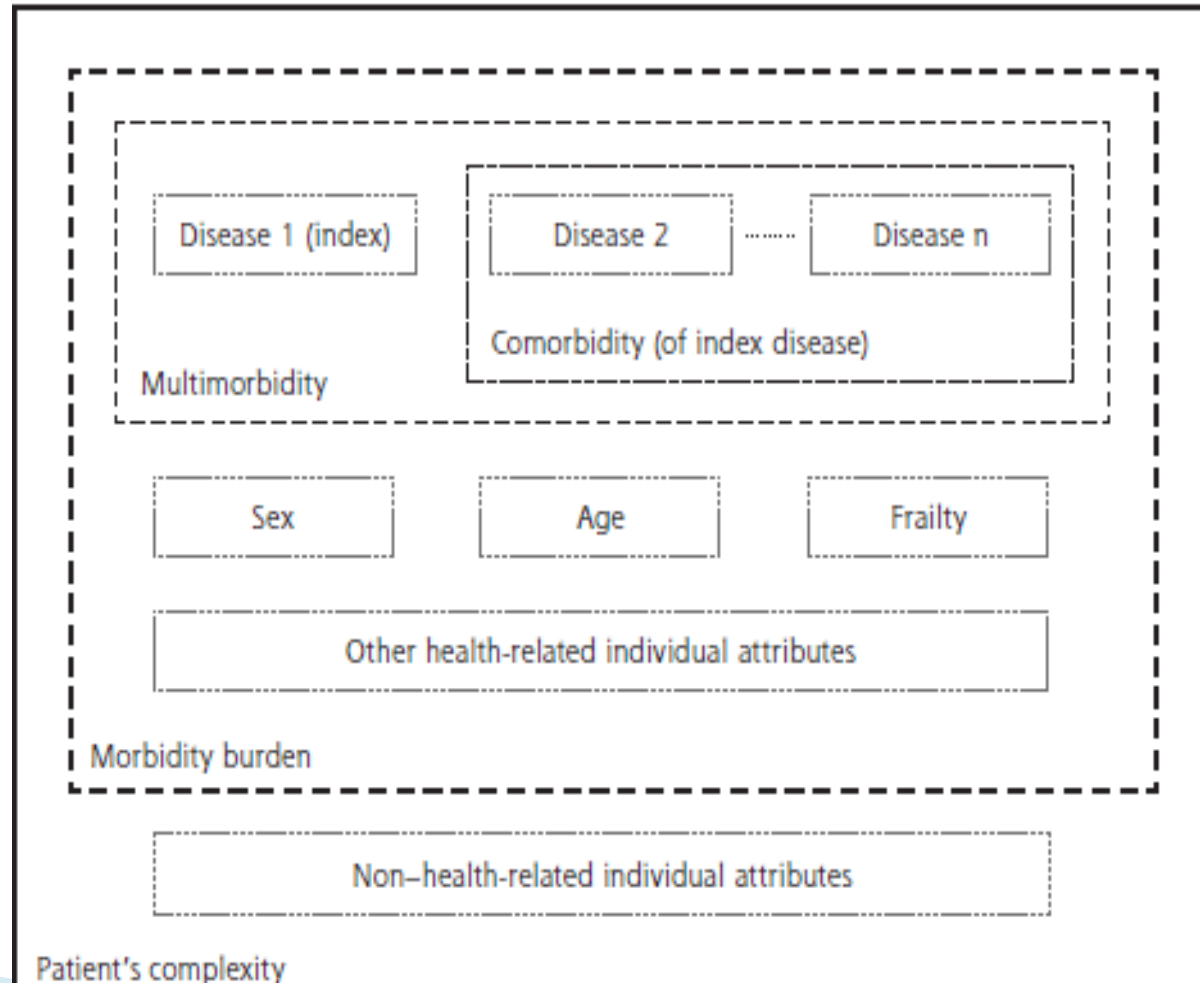
Figure 2. Comorbidity constructs.

Comorbidity: presence of additional disorders in relation to an index disease in one individual.

Multimorbidity: presence of multiple diseases in one individual

Morbidity burden: overall impact of the different diseases in an individual taking into account the severity

Patient's complexity:...into account the severity and other health related attributes



Jose M. Valderas, MD, PhD, MPH¹

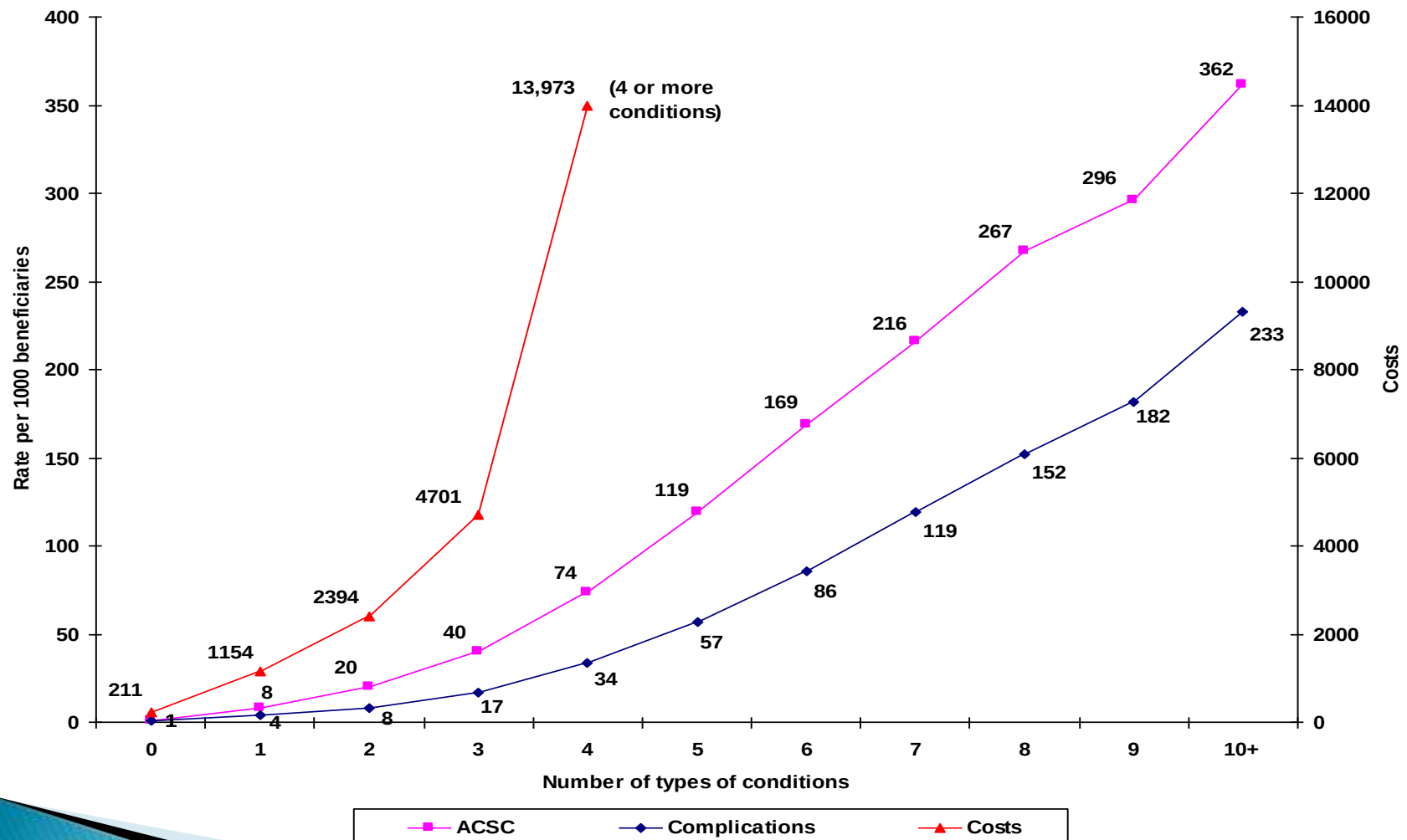
Barbara Starfield, MD, MPH²

Bonnie Sibbald, MSc, PhD¹

Chris Salisbury, MB, ChB, MSc,
FRCGP³

Martin Roland, CBE, DM, FRCGP,
FRCP, FMedSci¹

Συννοσηρότητα, Εισαγωγές, Επιπλοκές και Κόστη*



Η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων



Το νοσοκεντρικό μοντέλο στα Χ.Ν.

- ▶ Κυριάρχησε μέχρι τη δεκαετία του '90
 - ▶ Δίνει έμφαση στην ανάπτυξη της τεχνολογίας και της αγοράς
 - ▶ Βασίζεται στον 'ειδικό' ιατρό
 - ▶ Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως 'περιπτώσεις'
 - ▶ Οι ψυχολογικές, πολιτιστικές και κοινωνικές πτυχές της ασθένειας δεν θεωρούνται σημαντικές
 - ▶ Δεν δίνεται έμφαση στην ανθρωπιστική πλευρά της φροντίδας υγείας
- 

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

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



Δ. Διμήτρης
Κέντρο Υγείας Βίρωνα

Μειονεκτήματα νοσοκεντρικού μοντέλου

- Η κάθε νόσος δεν υπάρχει σε απομόνωση από άλλες νόσους και δεν αποτελεί ανεξάρτητη εκδήλωση κακής υγείας
 - Mangin et al, 2007, Murray et al, 2004, Tinetti& Fried, 2004, Walker et al, 2007
- Η υψηλή συχνότητα πολυνοσηρότητας κάνει συχνά αδύνατη την επικέντρωση σε λίγες διακριτές ασθένειες
 - Starfield 2008

Μοντέλα για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων

- ▶ **Χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος**
 - WHO Global strategy
 - Epping-Jordan et al, Strong et al, *Lancet* 2005
- ▶ **Χώρες υψηλού εισοδήματος**
 - Μοντέλα διαχείρισης χρόνιων ασθενειών
 - Μοντέλο χρόνιας φροντίδας (Chronic care model)
 - Αυτοφροντίδα (Self-management)

WHO GLOBAL STRATEGY

- NCDs: το μεγαλύτερο υγειονομικό φορτίο σε όλες σχεδόν τις χώρες
- Έμφαση σε 4 συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου που είναι σε σημαντικό βαθμό ελέγξιμοι μέσω ολοκληρωμένων προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης λογικού κόστους
 - Χρήση καπνού
 - Ανθυγιεινή διατροφή
 - Σωματική αδράνεια
 - Κατάχρηση αλκοόλ
- Προαγωγή συνεργασιών και συμμαχιών
- Παρακολούθηση διακριτών νοσημάτων (monitoring)
- Παγκόσμια προτεραιότητα αποτελεί η οργάνωση συστημάτων υγείας βασισμένων σε μια ισχυρή, ανθρωποκεντρική ΠΦΥ

There are six key messages to guide action

- **Prevention** throughout life is effective and must be regarded as an investment in health and development.
- Society should create **health-supporting environments**, thereby also making healthy choices easier
- Health and medical services should be **fit for purpose**, responding to the present disease burden and increasing opportunities for health promotion.
- People should be **empowered** to promote their own health, interact effectively with health services and be active partners in managing disease.
- **Universal access** to health promotion, disease prevention and health services is central to achieving equity in health.
- Governments at all levels have the **responsibility** to build healthy public policies and ensure action across all concerned sectors.

Four elements of action

**Political Commitment
Values and Vision**

**Systematic action to tackle
the determinants of health**

**Institutional processes to
support partnership-based
work and participative
governance**

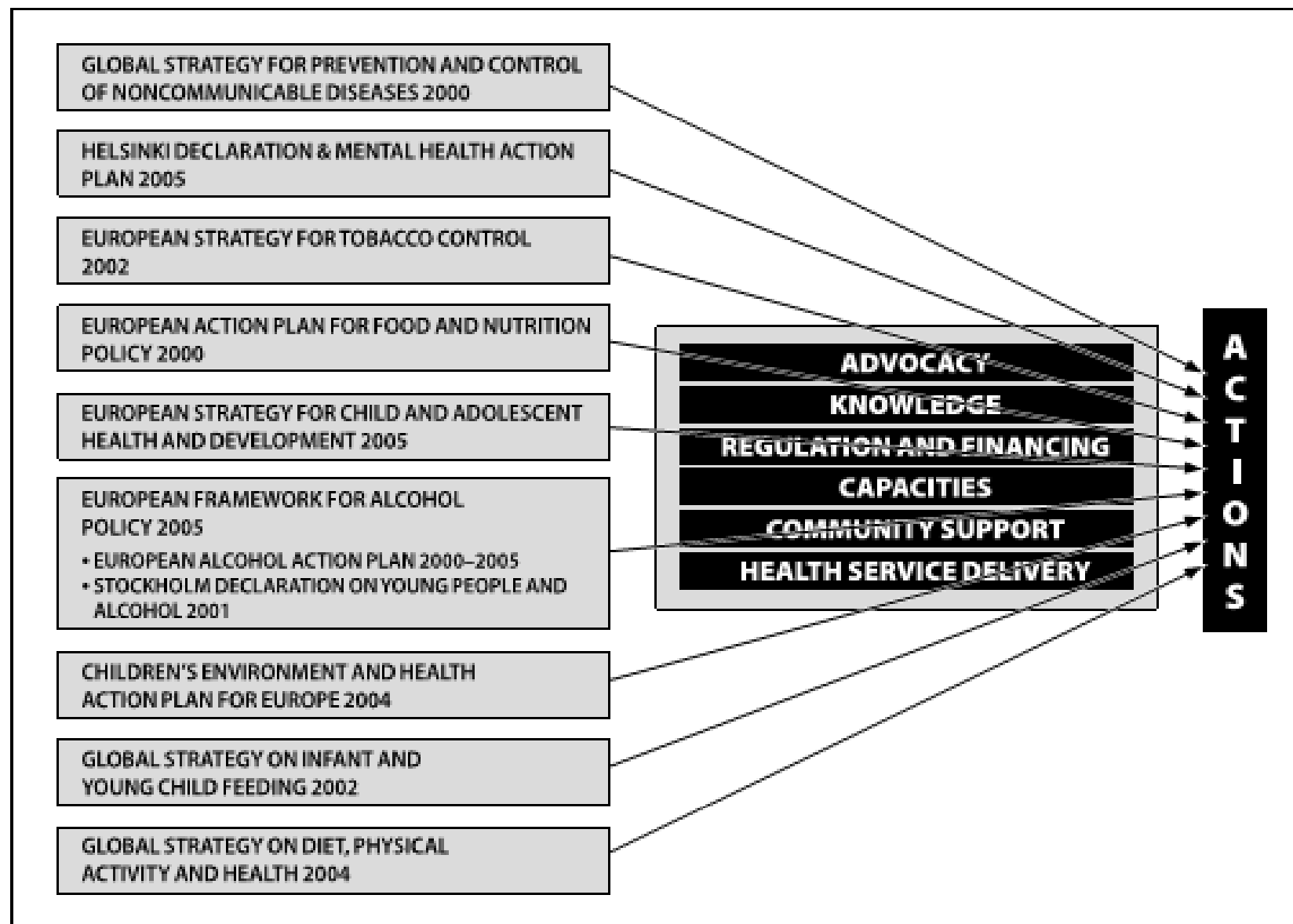
**Local, national and
international cooperation
and networking**

Table 2. Range of NCD-relevant policies, programmes and legislation in place in European countries

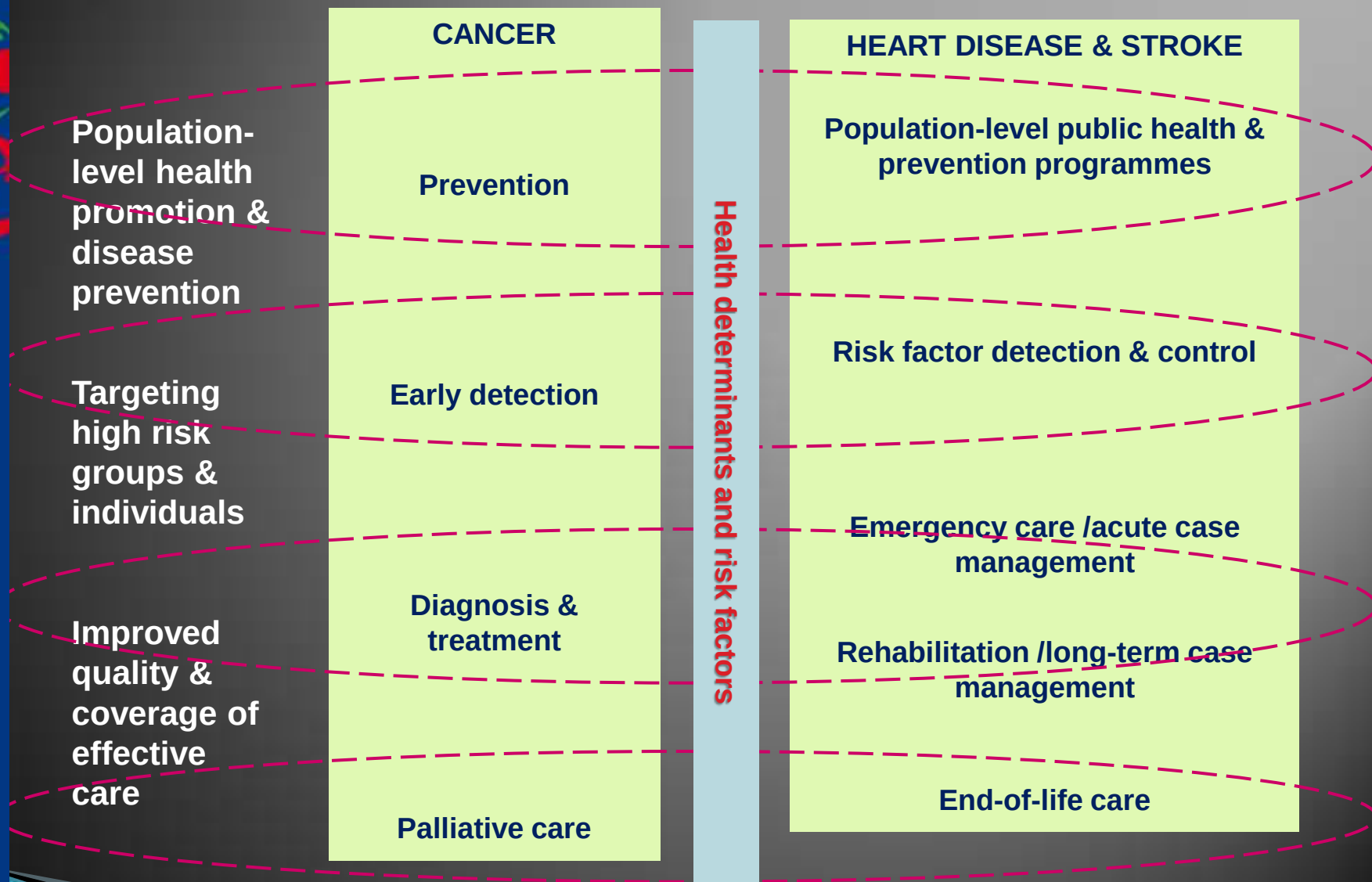
	National health policy	Specific national programme	Specific act, law, legislation, ministerial decree
NCD prevention and control	28	28	--
Tobacco control	28	25	37
Nutrition/diet	24	20	35
Physical activity	19	17	13
Alcohol control	19	17	28
Hypertension	15	16	--
Diabetes	20	29	--
Heart disease	20	20	--
Stroke	17	14	--
Cancer	23	23	--
Chronic respiratory disease	13	10	--
Other chronic disease	10	10	--

Source: WHO survey of NCD-relevant policies and capacities in Europe 2005-2006: 38 of 52 countries responding.

Fig. 2. A comprehensive, action-oriented approach



An integrated approach



Systematic reduction of inequalities in health

An Integrated Framework for Chronic NCD Prevention and Control

Pillars	Promote Health	Prevent NCD	Detect and manage NCD		
Comprehensive, multisectoral, integrated approaches and strategies	Population-based interventions Public Health				
	Intersectoral action on the social determinants of health	Integrated action on risk factors & conditions-behavioural, biological, environmental and occupational	Evidence-based chronic disease management		
	Individual-based interventions Health Care				
Key elements of NCD prevention and control	– Policy development and implementation – Facilitating the information base – Advocacy for action – Building health system capacity – Partnerships and network development – Knowledge development and exchange – Infrastructure development – Public Information and education – Creating supportive environment – Reorienting health services – Implementation research – Monitoring and evaluation				
Taking action	Policies	Plans of Action	Programmes		
Outcomes	Healthier populations	Reduced inequities	Enhanced Quality of life	Decreased burden of disease	Sustainable Health systems

Risk factor surveillance in Europe

Multiple instruments in operation – different coverage

- ▶ **Single risk factor** e.g. GYTS (Global Youth Tobacco Survey); Global Survey on Alcohol; GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire); Childhood Obesity Surveillance System
- ▶ **Multiple risk factors** e.g. CINDI Health Monitor; STEPS (STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance); BRFSS (Behavioural Risk Factor Surveillance System)
- ▶ **Different agencies** e.g. WHO; EC; UNICEF
- ▶ **Different levels:** International /national/subnational



Risk factor databases in WHO Europe

WHO Europe

- ▶ HFA database / HFA – MDB
- ▶ Alcohol control database
 - Prevalence; policy
- ▶ Tobacco control database
 - Prevalence; policy; legislation
- ▶ Nutrition database
 - Prevalence obesity; policy
- ▶ *Display e.g. Highlights on Health*



WHO Global

- ▶ Global NCD Infobase
- ▶ WHOSIS (WHO Statistical Information System)
- ▶ Technical Databases on alcohol, nutrition, tobacco, etc.



**Highlights on
health**

Μοντέλα διαχείρισης χρόνιων ασθενών

- Ενεργοποίηση του ασθενούς στη διαχείριση της νόσου του
- Εκπαίδευση του για τη νόσο του και τη θεραπεία της
- Ενδυνάμωση και ψυχολογική υποστήριξη του
- Εξατομικευμένη φροντίδα εστιασμένη στον ασθενή και όχι τη νόσο
- Ευαισθητοποίηση για τις ανάγκες και επιθυμίες του ασθενούς και συνεργασία μαζί του για τον καταρτισμό του θεραπευτικού πλάνου που θα ακολουθηθεί

The Chronic Care Model



Η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων στην ΠΦΥ

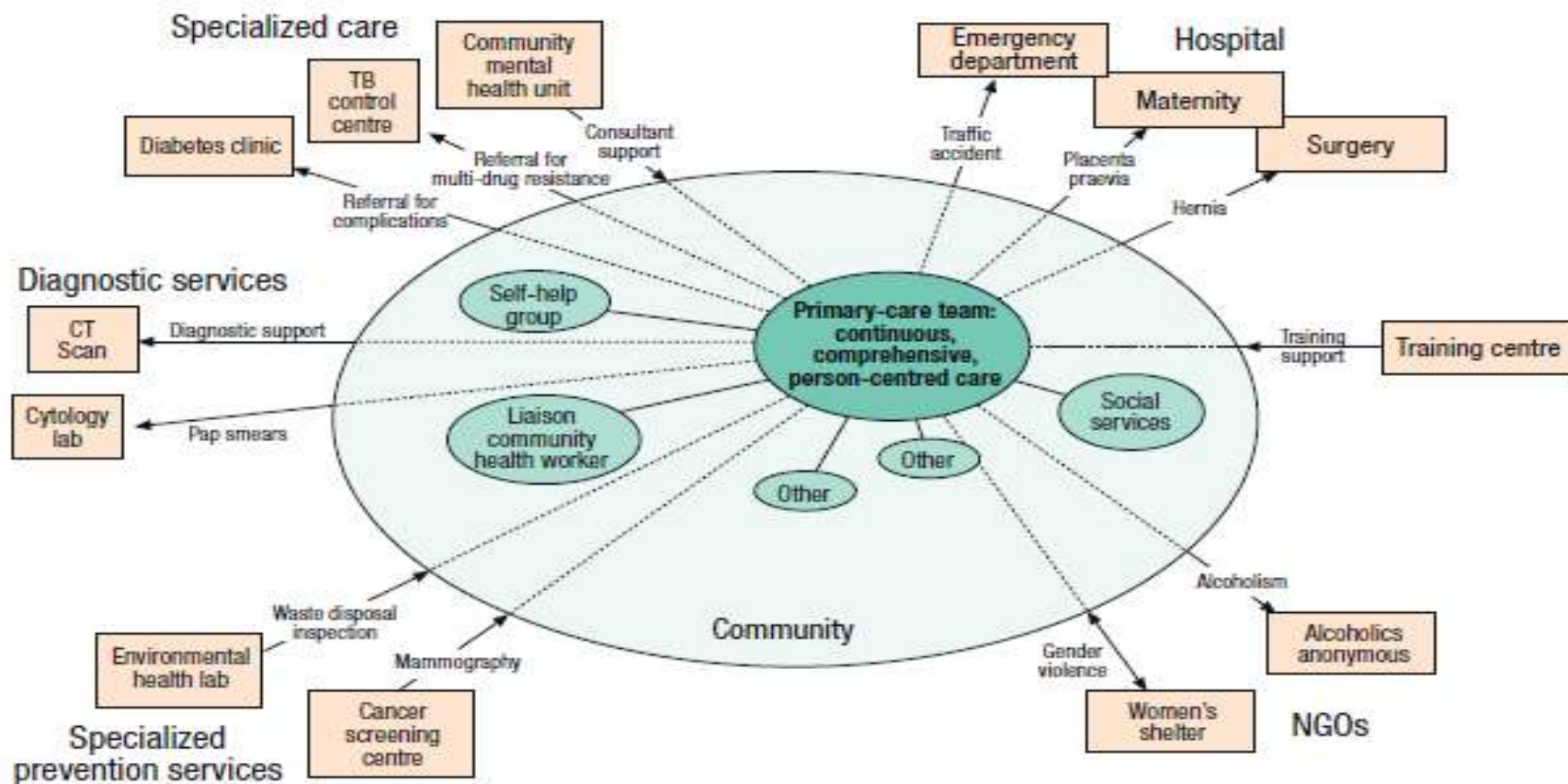


Μοντέλο χρόνιας φροντίδας

- ▶ Ομάδα Υγείας
 - ▶ Γενικός Ιατρός
 - ▶ Διασύνδεση με τη δευτεροβάθμια φροντίδα
 - ▶ Βασίζεται στα κοινά χαρακτηριστικά συνήθων παθήσεων
 - ▶ Δημιουργεί κοινό έδαφος για την πρόληψη και αντιμετώπιση τους
- 

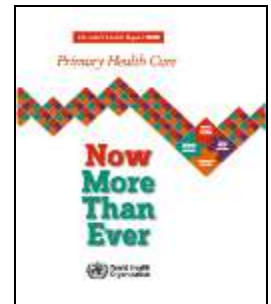
Η Π.Φ.Υ. στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας

Figure 3.5 Primary care as a hub of coordination: networking within the community served and with outside partners^{173,174}



Ο ρόλος της ΠΦΥ στα χρόνια νοσήματα

- ▶ Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναγνωρίστηκε τις τελευταίες δεκαετίες ως ένας σημαντικός τρόπος για την πρόληψη και θεραπεία των χρόνιων, μη μεταδοτικών (non-communicable) νοσημάτων.
- ▶ Αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας της τεράστιας πλειοψηφίας των ανθρώπων και επομένως διαδραματίζει ρόλο κλειδί στην παροχή παρεμβάσεων πρόληψης και αντιμετώπισης τους



Η ιδιαίτερη προσέγγιση της ΠΦΥ

- ▶ Διέπεται από ανθρωποκεντρική και όχι νοσοκεντρική φροντίδα
- ▶ Αντιμετωπίζει τα ταυτόχρονα προβλήματα (ανάγκες) υγείας των ασθενών, είτε αποτελούν ‘νόσο’ είτε όχι
- ▶ Δίνει έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή υγιών συμπεριφορών
- ▶ Παρέχεται στο ιδιαίτερο γεωγραφικό, κοινωνικό & πολιτιστικό περιβάλλον των ασθενών

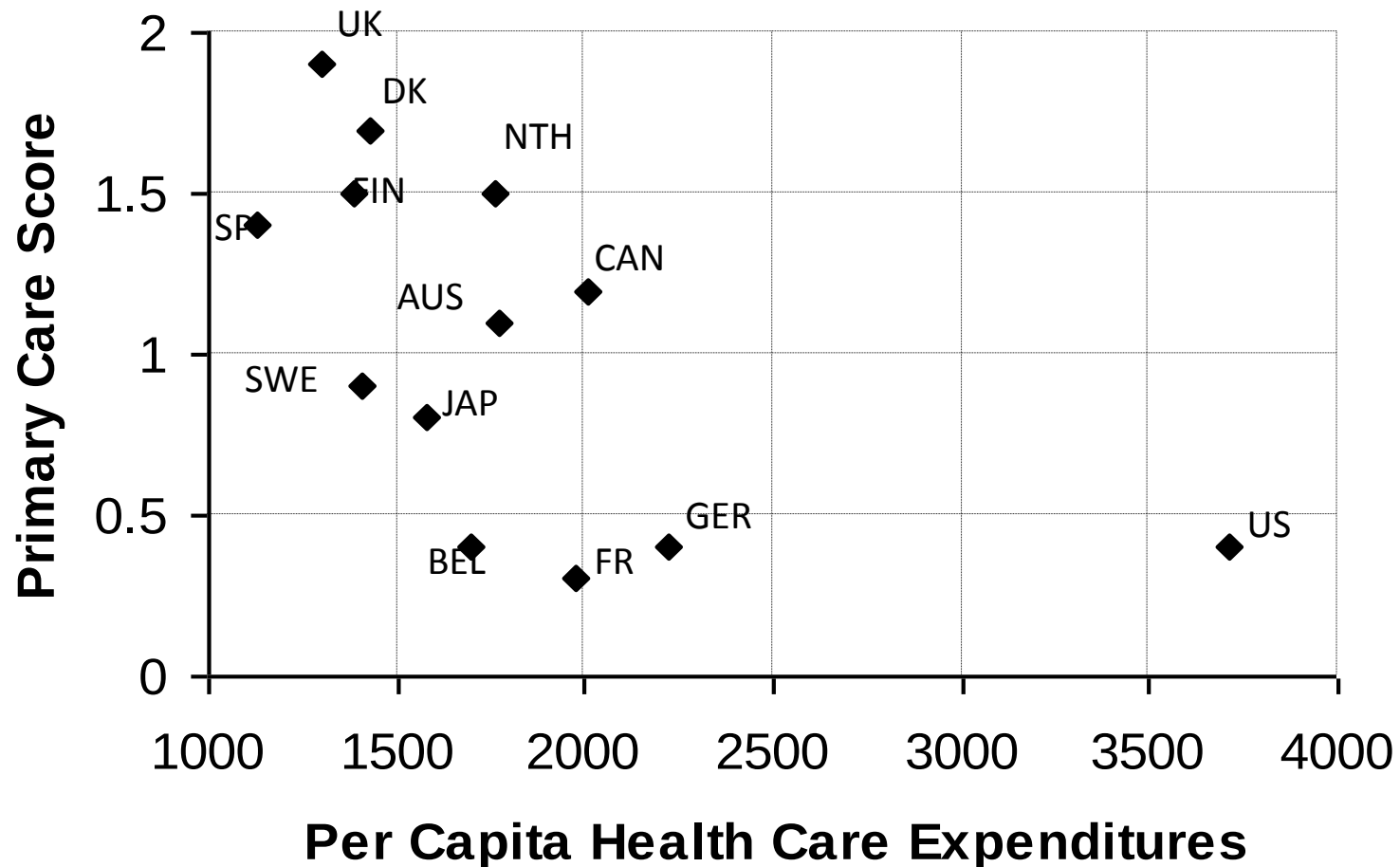
Τα ανθρωποκεντρικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ

Πρώτης επαφής	• Προσβάσιμη • Διαθέσιμη • Χρήση για κάθε νέο πρόβλημα
Συνεχής	• Στενή σχέση μεταξύ της υπηρεσίας και πληθυσμού • Σταθερή στο χρόνο
Πλήρης	• Ευρύ φάσμα υπηρεσιών • Φροντίδα που καλύπτει τις ψυχοσωματικές ανάγκες των ανθρώπων • Αναγνώριση των καταστάσεων που χρειάζονται υπηρεσίες
Συντονισμένη	• Μηχανισμοί για διασφάλιση διασύνδεσης • Αναγνώριση προβλημάτων που χρειάζονται παρακολούθηση

Αποτελέσματα ολοκληρωμένης ΠΦΥ

- ▶ Καλύτερα αποτελέσματα υγείας
- ▶ Λιγότερες παρενέργειες
- ▶ Μεγαλύτερη ικανοποίηση πληθυσμών
- ▶ Μικρότερα κόστη
- ▶ Μεγαλύτερη ισότητα στην υγεία
- ▶ Καλύτερη συνολική υγεία πληθυσμών

Δαπάνες Υγείας σε σχέση με ανάπτυξη ΠΦΥ



Based on data in Starfield & Shi, Health Policy 2002; 60:201-18.

Η διεθνής εμπειρία

- ▶ Υπάρχουν πολλές και διαφορετικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων. Οι προσεγγίσεις που έχουν υιοθετηθεί αντικατοπτρίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε συστήματος υγείας, από την άποψη της διακυβέρνησής του, των εμπλεκόμενων φορέων, της χρηματοδότησης και των παρεχομένων υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας.
- ▶ Σε χώρες όπου η ΠΦΥ βασίζεται στη διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας και με οικογενειακούς ιατρούς με χρεωμένη λίστα ασθενών, υπήρξε μια προοδευτική αύξηση του ρόλου των νοσηλευτών στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων.
 - **ΣΟΥΗΔΙΑ:** κέντρα διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων στις μονάδες ΠΦΥ, με νοσηλεύτρια υπεύθυνη για τη διαχείριση συνήθων νοσημάτων της κοινότητας (διαβήτης, υπέρταση, ΧΑΠ, καρδιακή ανεπάρκεια, ψυχιατρικές διαταραχές). Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '90, τα 2/3 των νοσοκομείων είχαν καθιερώσει κλινικές διαχείρισης της καρδιακής ανεπάρκειας, με υπεύθυνη νοσηλεύτρια και με την ευθύνη να αλλάζει και τη φαρμακευτική αγωγή με βάση υφιστάμενα πρωτόκολλα (Stromberg et al. 2001).
 - **ΑΓΓΛΙΑ:** διεπιστημονική συνεργασία και εξειδικευμένη νοσηλεύτρια της κοινότητας ("community matrons"). Από το 2004 "case management" σε όλα τα Primary Care Trusts, με τοποθέτηση 3.000 community matrons για 250.000 πάσχοντες από χρόνια νοσήματα (Department of Health 2004), με προσδοκώμενα οφέλη την βελτίωση της ποιότητας στην περίθαλψη, πρόληψη ή καθυστέρηση επιπλοκών, μείωση οξέων εξάρσεων και εισαγωγών στα νοσοκομεία, με ανταποδοτικά οφέλη στους Γ.Ι. και υψηλό επίπεδο μηχανοργάνωσης των υπηρεσιών.
 - **ΟΛΛΑΝΔΙΑ:** σημαντικός ο ρόλος των εξειδικευμένων νοσηλευτών για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων στην μετανοσοκομειακή φροντίδα ("transmural care") και στα μοντέλα "disease management" (Van der Linden, Spreeuwenberg & Schrijvers 2001, Vrijhoef et al. 2001).

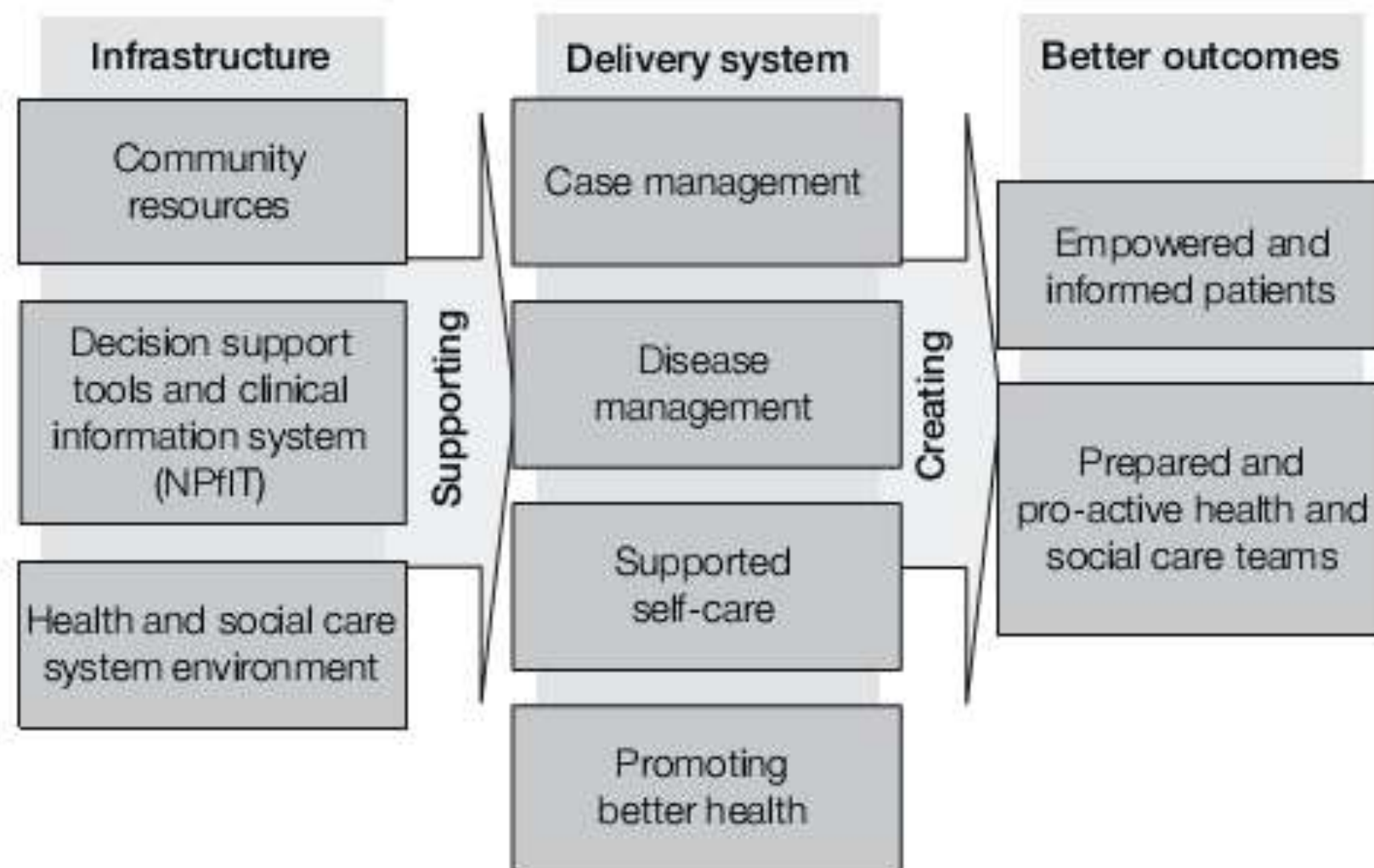
Η διεθνής εμπειρία (συνέχεια)

- ▶ Αντίθετα, στη **ΓΕΡΜΑΝΙΑ**, με τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής ιατρού ΠΦΥ ή ειδικού για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, εφαρμογή δομημένων προγραμμάτων διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων (disease management programmes / DMPs) για την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας χρονίως πασχόντων (Busse 2004), επιτρέποντας στους Φ.Κ.Α. να χρηματοδοτούν τέτοια συμβόλαια με μεμονωμένους παρόχους ή δίκτυα παρόχων, εξασφαλίζοντας ένα βασικό πακέτο υπηρεσιών (Busse and Riesberg 2004).
- ▶ Παρόμοια, στην **ΓΑΛΛΙΑ**, από την μεταρρύθμιση Juppé (1996) και τη σχετική νομοθετική πρωτοβουλία του 2002, έγινε εισαγωγή των «δικτύων υγείας» (Réseaux de Santé) υπό την μορφή μιας ομπρέλας για την ενίσχυση του συντονισμού, της συνέχειας και της διεπιστημονικής συνεργασίας στην παροχή υπηρεσιών περίθαλψης, με ιδιαίτερη έμφαση σε επιλεγμένες ομάδες ασθενών με χρόνιες παθήσεις (Frossard et al. 2002). Με το νόμο για τη δημόσια υγεία (2004) καθορίζονται μια σειρά από στόχους για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και επιλεγμένων παραγόντων κινδύνου (Ministère de la Santé et des Solidarités 2007). Επιπρόσθετα, με το νόμο για την ασφάλιση υγείας (2004), τροποποιείται σημαντικά η παραδοσιακή αντιμετώπιση των μακροχρόνιως πασχόντων (ALD, affections de longue durée), απαλλάσσοντας χρονίως πάσχοντες από συν-πληρωμές, εφόσον αυτοί ακολουθούν αγωγή με βάση την τεκμηριωμένη αγωγή/κατευθυντήριες οδηγίες.

Η διεθνής εμπειρία (συνέχεια)

- ▶ Στον **KANADA**, υπάρχουν μεμονωμένες καλές πρακτικές σε τοπικό επίπεδο (Ontario, Quebec, Alberta, British Columbia), σε μια αναζήτηση συντονισμένης φροντίδας, συνέχειας της φροντίδας και αύξησης της συνεργασίας μεταξύ των παρόχων υγείας. Στο Ontario π.χ. έχουν αναπτυχθεί χρηματοδοτούμενα τοπικά δίκτυα (Local Health Integration Networks / LHINs, 2005) επικεντρωμένα στην πρόληψη και διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων. Ενώ στο Quebec, έχουν αναπτυχθεί αντίστοιχα τοπικά δίκτυα και υπηρεσίες (health and social services centres, CSSS), με τη δυνατότητα ανάπτυξης και εταιρικών σχέσεων μεταξύ όλων των παρόχων υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας, με σκοπό την παροχή ολοκληρωμένης δέσμης υπηρεσιών που εκτείνεται από πρόληψη, μέχρι την φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής.
- ▶ Στην **ΔΑΝΙΑ**, το 2002 αναπτύχθηκε μια εθνική πολιτική για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων (Danish National Board of Health 2006), με επικέντρωση στην εμπλοκή των ασθενών στη διαχείριση των προβλημάτων υγείας τους (patient self-management and disease management) και τη λειτουργία δημοτικών Κ.Υ. (municipal health centres), για τη διαχείριση των προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων και των πασχόντων από χρόνιες παθήσεις.
- ▶ Στην **ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ**, από το 1999 αναπτύχθηκε ένα βελτιωμένο σύστημα ΠΦΥ (Enhanced Primary Care / EPC), ως μέσο για τη βελτίωση του συντονισμού της φροντίδας για τα άτομα με χρόνιες παθήσεις, στο πλαίσιο μιας διεπιστημονικής συνεργασίας, παράλληλα με ένα σύστημα παροχής οικονομικών κινήτρων στους Γ.Ι. (Service Incentive Payments / SIP and Practice Incentives Program / PIP), με έντονη κριτική όμως για την αποτελεσματικότητα αυτών των επιλογών (Oldroyd et al. 2003, Zwar et al. 2005).

Fig. 3.1 *The National Health Service and Social Care Long-Term Conditions Model*



Source: Department of Health 2005a.

Fig. 3.2 A patient journey in England

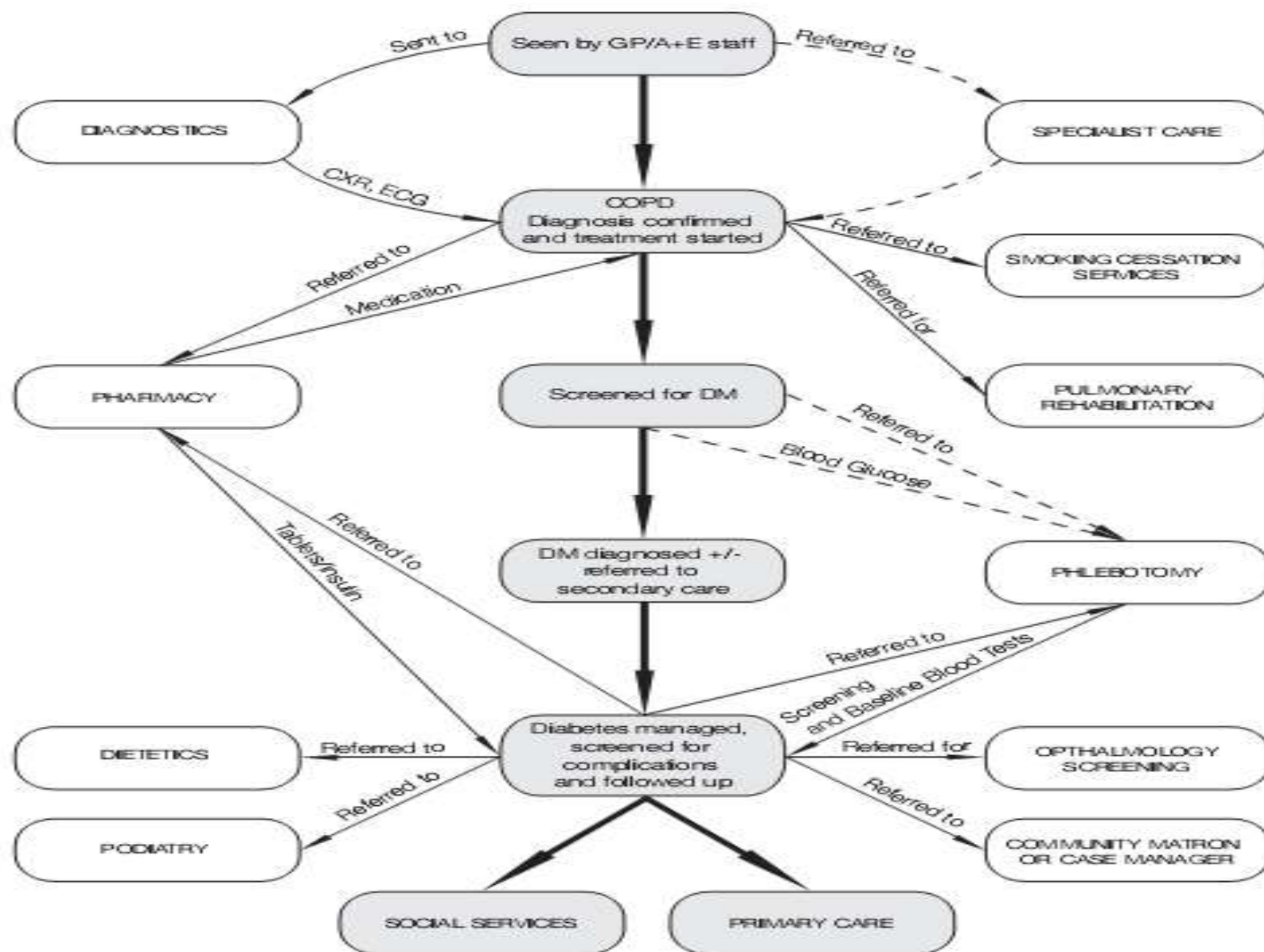
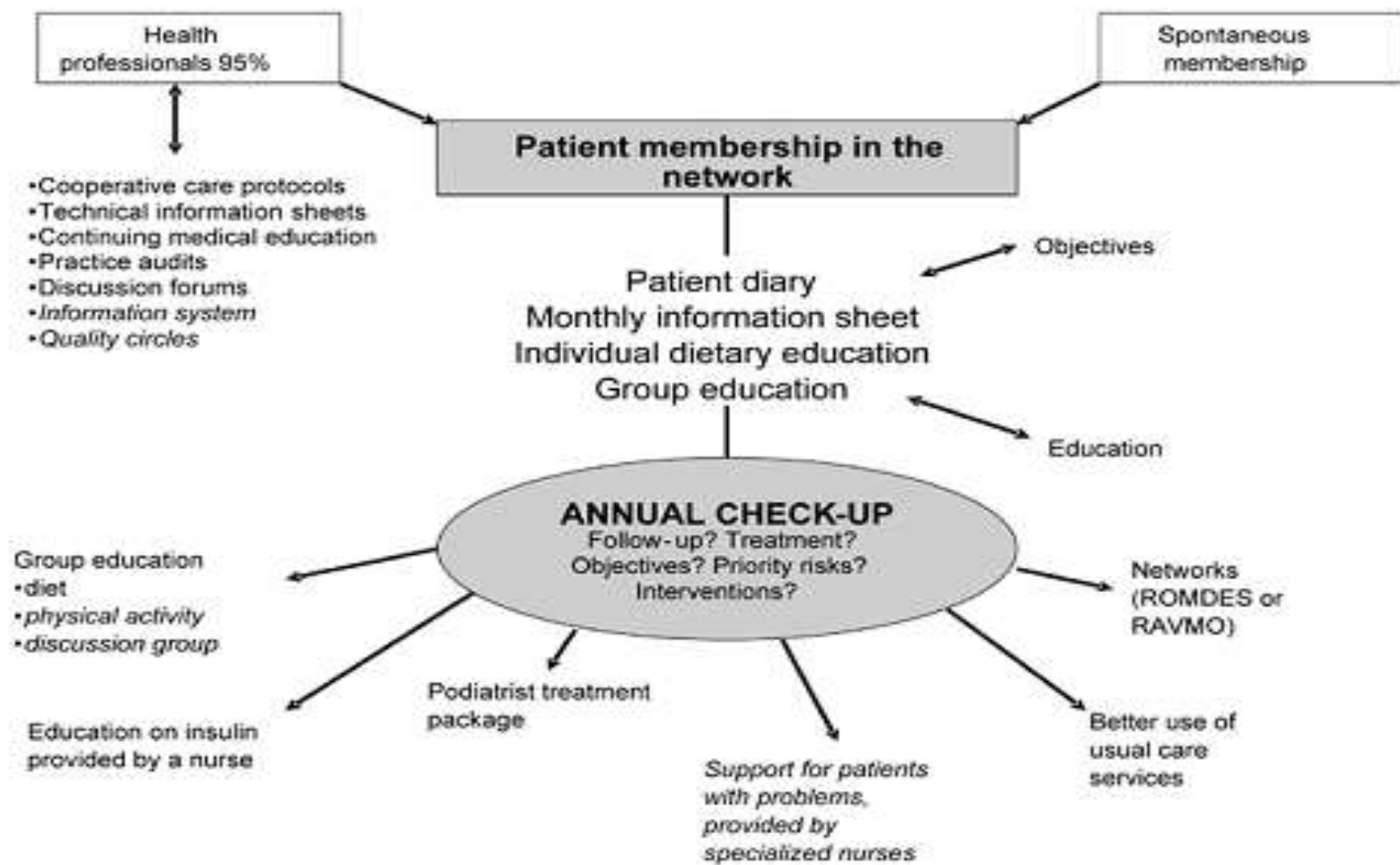


Table 3.1 *Critical success factors for chronic disease programmes in England*

Whole systems approaches	Training to support staff in new roles, including project management training
Shared boundaries and vision between health and social care	Increasing staff competencies
Empowering people to take responsibility, including service users	Organizational stability
Providing care based on levels of need (risk stratification)	High-quality information management and technology
Not running (competing) services in parallel	Involvement of all key stakeholders, including professional representative bodies
Changing professional attitudes and behaviours via organizational culture change	Creating the right incentives
Overcoming resistance to clinical and managerial change	Adequate investment in services
Strong clinical leadership	Adequate time frames in which to test services
	Focusing on realistic targets
	Not assuming that initiatives will reduce costs

Sources: Parker 2006, Singh 2006.

Fig. 4.2 Patient journey in a diabetes health network



Source: Adapted from REVEDIAB 2007.

Table 5.1 *Criteria for coordinating care levels in the diabetes disease management programme*

<i>Provider type</i>	<i>Tasks / Criteria for referral / admission</i>
Coordinating family physician	• agreement on an individual treatment goal between physician and patient • adherence to care contents as stipulated by the RSAV • coordination of treatment • information, advising and registration of the patient • adherence to the quality targets of the DMP agreement • patient education • referral to and/or involvement of other specialists and psychotherapists • if applicable, referral to a hospital • drawing up of initial and follow-up documentation
Specialist or specialized institution	Complications requiring a referral to a specialist/practice/institution specializing in diabetes: • annual ophthalmological check-up • patients with retinopathy and proteinuria • failure to achieve target blood pressure within a maximum period of six months • failure to achieve the individually agreed HbA1c target value after a maximum of six months • (planned) pregnancy
Institution specialized in the treatment of diabetic foot	Presence of diabetic foot disease or high risk of ulceration
Hospital	• in case of emergency • in case of threatened metabolic crises • in case of serious specific metabolic crises • in case of an infected diabetic foot or acute neuro-osteopathic foot complications

Source: Adapted from Bundesministerium der Justiz 2008.

Editorial Review

Engaging primary care in CKD initiatives: the UK experience

Table 2. Quality and outcomes framework CKD indicators, points available and practice underlying achievement 2008–2011^a

Indicators	Points available	Underlying achievement (all practices) (%)		
		2008/2009	2009/2010	2010/2011
CKD 1: the practice can produce a register of patients aged ≥18 years old with CKD (US National Kidney Foundation: Stages 3–5 CKD). (R)	6	National prevalence 4.1%	National prevalence 4.3%	National prevalence 4.3%
CKD 2: the percentage of patients on the CKD register whose notes have a record of BP in the previous 15 months. (P)	6	97.5	97.6	97.5
CKD 3: the percentage of patients on the CKD register in whom the last BP reading, measured in the previous 15 months, is 140/85 or less. (IO)	11	73.3	73.9	74.2
CKD 5: the percentage of patients on the CKD register with hypertension and proteinuria who are treated with an angiotensin-converting enzyme inhibitor or angiotensin-receptor blocker (unless a contraindication or side effects are recorded). (P-T-O)	9 ^b	87.3	91.8	90.5
CKD 6: the percentage of patients on the CKD register whose notes have a record of a urine ACR (or PCR) test in the previous 15 months. (P)	6 ^c	–	77.7	82.2

^aR, register; P, process; IO, intermediate outcome; P-T-O, process linked to outcome.

^bIncreased from four points to nine points in 2009.

^cIntroduced in 2009.

Pay-for-performance (P4P) in primary care: the quality and outcomes framework

- ▶ Το P4P εισήχθη την 1η Απριλίου 2004 για όλες τις Μονάδες ΠΦΥ στο Ηνωμένο Βασίλειο.
- ▶ Το P4P έχει τέσσερις κύριους τομείς. Κάθε τομέας αποτελείται από ένα σύνολο μέτρων για την επίτευξη (πάνω από 100 δείκτες/indicators), βάση των οποίων αποδίδονται πόντοι (με ανώτατο όριο τους 1000 πόντους). Κάθε πόντος για την περίοδο 2010/2011 ήταν αξίας £ 130,51.
- ▶ Ο μέσος αριθμός πόντων σε κάθε μία από τις 151 NHS Μονάδες ΠΦΥ κυμαίνονταν 891,9 έως 981,8 μονάδες (89,5 – 98,2%) της συνολικής βαθμολογίας και αντιπροσωπεύουν ένα πρόσθετο ετήσιο εισόδημα μεταξύ £ 116.415 και £ 128.160 ανά Μονάδα.
- ▶ Οι σχετικοί με ΧΝΝ δείκτες αξίζουν 38 πόντους, μεταξύ δε αυτών είναι η δημιουργία ενός μητρώου των ενηλίκων με ΧΝΝ σταδίου 3-5, η μέτρηση και καταγραφή αρτηριακής υπέρτασης, το ποσοστό των ατόμων με ΧΝΝ, υπέρταση και πρωτεϊνουρία σε θεραπεία με αναστολέα ΜΕΑ /ARB.
- ▶ Υπάρχουν και άλλοι δείκτες σχετικοί με διαβήτη (100 πόντους), αρτηριακή υπέρταση (81 πόντους), στεφανιαία νόσο (87 πόντους), κάπνισμα (60 πόντους), καρδιακή ανεπάρκεια (29 πόντους), εγκεφαλικό επεισόδιο και παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο (24 πόντους), τα καρδιαγγειακά νοσήματα πρωτογενούς πρόληψης (13 πόντους) και η παχυσαρκία (8 πόντοι).
- ▶ Το 93.7% των στόχων επιτεύχθηκαν την περίοδο 2010/2011.

... 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.
- ▶ Η Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και τα Δίκτυα ΠΦΥ συνιστά την «αιχμή» των δράσεων, μιας και με πολιτικές ελέγχου των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία και με τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων.

Ο έλεγχος των παραγόντων κινδύνου

- ▶ Σύμφωνα με το πρότυπο αντίστοιχων δράσεων σε αναπτυγμένα συστήματα υγείας, υψηλή προτεραιότητα συνιστά ο αναπροσανατολισμός της εθνικής υγειονομικής πολιτικής σε μέτρα δημόσιας υγείας και αλλαγής των στάσεων και συμπεριφορών απέναντι στους παράγοντες κινδύνου για την υγεία.
- ▶ Ο πληθυσμός της χώρας μας χαρακτηρίζεται από υψηλό επιπολασμό των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία:
 - επιπολασμός καπνίσματος 39.1%, με την υψηλότερη στην Ευρώπη κατά κεφαλή κατανάλωση τσιγάρων, με τις ετήσιες δαπάνες λόγω του καπνίσματος να υπερβαίνουν τα 3,3 δις € (Αθανασάκης, 2010)
 - 54% των ενηλίκων (και κυρίως εφήβων) υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (ο αντίστοιχος ευρωπαϊκός μέσος 46.7%)
 - Επιβαρυμένη εικόνα στην κατανάλωση οινοπνεύματος, φρούτων και λαχανικών (ΕΛ.ΣΤΑΤ.)
- ▶ Έμφαση πρέπει να δοθεί σε μέτρα περιορισμού του καπνίσματος, της χρήσης αλκοόλ και της κατανάλωσης λιπαρών τροφών και τροφών υψηλής περιεκτικότητας σε αλάτι, πιθανότατα μέσω θέσπισης ειδικής αναλογικής φορολογίας

- ▶ Αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων δημόσιας υγείας
 - Ιδιαίτερα αποτελεσματικά ως προς το κόστος (<\$10.000/DALY)
 - ΜΕΓΑΛΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ:
 - φορολογία οινοπνεύματος, καπνού και «μη υγιεινών τροφών»
 - περιορισμός της ποσότητας αλατιού στα επεξεργασμένα τρόφιμα
 - πιο αποδοτική θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης και της χοληστερόλης με τη χρήση φθηνότερων φαρμάκων και καλύτερη διαχείριση των ασθενών
 - δακτύλιος για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας (ακριβή επέμβαση)
 - Μ'ΕΤΡΙΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ:
 - δράσεις αγωγής και προαγωγής της φυσικής άσκησης
 - φαρμακευτικά σκευάσματα στη διακοπή του καπνίσματος
 - προσυμπτωματικοί έλεγχοι οστεοπόρωσης ηλικιωμένων γυναικών
 - προσυμπτωματικοί έλεγχοι διαβητικών για χρόνια νεφρική νόσο
 - ΜΙΚΡΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ:
 - φθορίωση πόσιμου νερού
 - εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας Β

- ▶ Αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων δημόσιας υγείας
 - **Αποτελεσματικά ως προς το κόστος (\$10.000–50.000/DALY)**
 - 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 άτομα
 - **Δεν προτείνονται**
 - PSA 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

(Κυριόπουλος και συν. Οικονομική κρίση και υγεία.
Εκδόσεις Καστανιώτη, 2012)

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος

- ▶ Εισαγωγή ενός εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου υπό πλήρη ασφαλιστική κάλυψη
 - Καρκίνος του μαστού: γυναίκες ηλικίας 50–70 ετών, κλινική εξέταση και μαστογραφία κάθε 3 χρόνια
 - Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας: γυναίκες ηλικίας 25–64 ετών, PAP-test κάθε 3 χρόνια, επί θετικού ή διφορούμενου αποτελέσματος HPV DNA test
 - Καρκίνος του παχέος εντέρου: άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50–69 ετών, δοκιμασία λανθάνουσας αιμορραγίας στα κόπρανα (FOBT) κάθε 2 έτη
 - Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής: όλοι οι άνδρες με την συμπλήρωση του 65^{ου} έτους να κάνουν άπαξ triplex
 - Πρόγραμμα αγγειακού ελέγχου: άνδρες και γυναίκες ηλικίας 40–74 ετών, με ελεύθερο ιστορικό νοσημάτων (και παραγόντων κινδύνου), μέτρηση Α.Π., ΔΜΣ, CHOL, Glu, Gr κάθε 5 χρόνια

(ΕΣΔΥ, Κυριόπουλος και συν., 2012)

Η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων

- ▶ Η επιδημιολογική μεταβολή της μετάβασης του νοσολογικού προτύπου από τα (οξέα) λοιμώδη νοσήματα στα (χρόνια) εκφυλιστικά νοσήματα, σε συνδυασμό με τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, καθιστά αυτού του τύπου τη νοσηρότητα ως μέγιστη απειλή για το επίπεδο υγείας των προηγμένων κοινωνιών, συνυπολογιζόμενης της επέκτασης της συννοσηρότητας, η οποία έχει σημαντικές κλινικές και οικονομικές επιπτώσεις.
- ▶ Τα χρόνια νοσήματα συνιστούν τον κύριο παράγοντα επιβάρυνσης των υγειονομικών υπηρεσιών, εξαιτίας της υψηλής ζήτησης και της δαπανηρής διαχείρισης.
- ▶ **Συνιστάται συνέχεια στην φροντίδα με στόχο την αναστολή της προόδου της νόσου και την αποφυγή μελλοντικών επεισοδίων, αντί της μεμονωμένης αντιμετώπισης των επεισοδίων ή των εξάρσεων.**
- ▶ Τα μείζονα χρόνια νοσήματα στη χώρα μας έχουν υψηλούς επιπολασμούς, με ταχύτατες ανοδικές τάσεις και σημαντική επιβάρυνση στα οικονομικά του συστήματος υγείας (Αθανασάκης, 2010 & 2011):
 - Αρτηριακή υπέρταση 40% (Psaltopoulou, 2004)
 - Σακχαρώδης διαβήτης 7% (Panagiotakos, 2009)
 - Οστεοπόρωση 5% (Minas, 2010)
 - Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια 3.5% (Minas, 2010)

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,

ενώ, η εργαστηριακή εξέταση 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.

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 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 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

Δείκτες ελέγχου (1)

- ▶ Αριθμός και ποσοστό ασθενών με:
 - Α.Π. < 140/90 mmHg
 - CHOL < 5.0 mmol/l (190mg/dl)
 - LDL-CHOL < 3.0 mmol/l (115 mg/dl)
- ▶ Αριθμός και ποσοστό ασθενών που λαμβάνουν καθημερινά ασπιρίνη
- ▶ Αριθμός και ποσοστό ασθενών στους οποίους έγινε παρέμβαση για διακοπή καπνίσματος

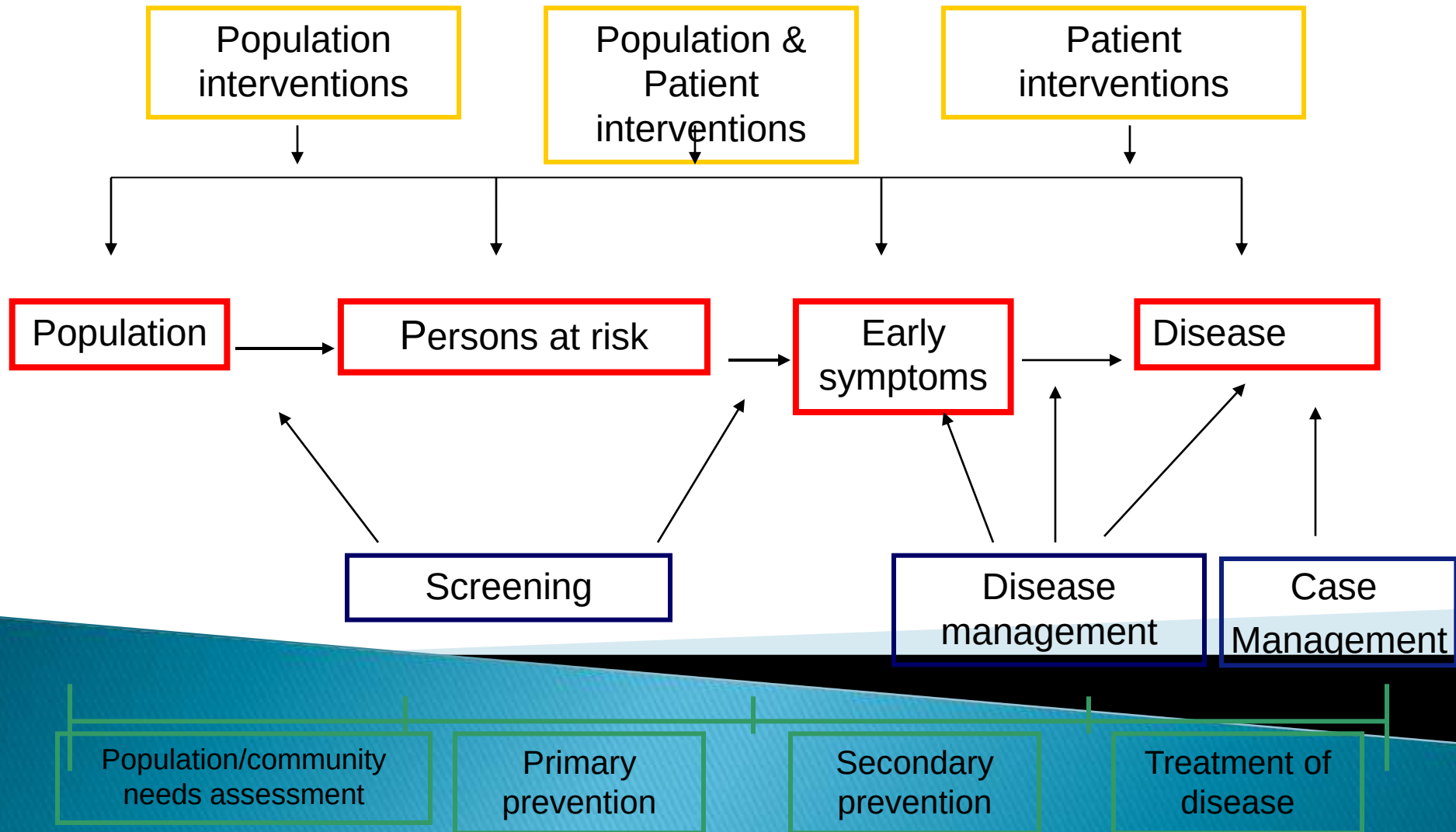
Δείκτες ελέγχου (2)

- ▶ Έλεγχος ασθενών με αρτηριακή υπέρταση:
 - Επίτευξη ΑΠ στόχου
 - Αριθμός και ποσοστό ασθενών που διερευνήθηκαν τους προηγούμενους 12 μήνες για παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, Σ.Δ., αυξημένη χοληστερόλη, οικογενειακό ιστορικό πρόωρης στεφανιαίας νόσου)
 - Αριθμός και ποσοστό ασθενών που υποβλήθηκαν σε βυθοσκόπηση (με μυδρίαση) και διερευνήθηκαν τους προηγούμενους 12 μήνες για υπερτροφία αριστερής κοιλίας, στηθάγχη, περιφερική αρτηριοπάθεια, νεφρική νόσο
 - Αριθμός και ποσοστό ασθενών με μια τουλάχιστον επίσκεψη επανεξέτασης τους προηγούμενους 6 μήνες

Δείκτες ελέγχου (3)

- ▶ Έλεγχος ασθενών με Σ.Δ. τύπου II:
 - Αριθμός και ποσοστό ασθενών με
 - $HbA1c < 7\%$
 - Α.Π. $< 135/80$ mmHg
 - LDL-χοληστερόλη < 2.6 mmol/l (100 mg/dl)
 - Δείκτες μείωσης καρδιαγγειακού κινδύνου
 - Δείκτες προαγωγής αυτοφροντίδας
 - Δείκτες πρόληψης επιπλοκών:
 - Αριθμός και ποσοστό ασθενών στους οποίους:
 - η $HbA1c$ μετράται τουλάχιστον κάθε 6 μήνες
 - γίνεται λιπιδαιμικός έλεγχος τουλάχιστον κάθε 12 μήνες
 - μετρήθηκε η μικροαλβουμίνη τους τελευταίους 12 μήνες
 - έγινε βυθοσκόπηση (με μυδρίαση) τους τελευταίους 12 μήνες
 - Έγινε εξέταση ποδιών τους τελευταίους 12 μήνες

Η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων



Στη διαμόρφωση ενός νέου πλαισίου παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ προτείνεται η λειτουργία ενός δικτύου οικογενειακών ιατρών για την παροχή μιας ελάχιστης δέσμης υπηρεσιών, με στόχο τη διαχείριση των επιπτώσεων των χρόνιων νοσημάτων στη νοσηρότητα και την αναπηρία,

με την υποχρέωση εκ μέρους των οικογενειακών ιατρών, υπό τη μορφή ενός «συμβολαίου», της παροχής μιας υποχρεωτικής και ελάχιστης δέσμης υπηρεσιών στους δικαιούχους περίθαλψης και ιδιαίτερα στους τομείς της πρόληψης (προσυμπτωματικός έλεγχος, εκτίμηση του κινδύνου) και διαχείρισης επιλεγμένων συνήθων νοσημάτων της κοινότητας (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης, ΧΑΠ, οστεοπόρωση κ.ά.), με τις ακόλουθες απαραίτητες προϋποθέσεις:

Επιλογή, προσαρμογή και εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων στην κοινότητα
Συστηματική καταγραφή και παρακολούθηση ασθενών
Εφαρμογή προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης ανά φύλο και ηλικία στο ιατρείο.

με αξιοποίηση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών, για την εφαρμογή ενός ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή, για το κλείσιμο των ραντεβού, αλλά και για την συνταγογράφηση και την παραγγελία εξετάσεων (<https://www.e-syntagografisi.gr/epre/Index.iface>)

με διασύνδεσή τους σε μια κοινή πληροφοριακή βάση του ενιαίου δικτύου υπηρεσιών ΠΦΥ.

(Απόφαση ΔΣ ΕΟΠΥΥ, 49/Συν.9/21-11-2011)

(αποφασίζει ομόφωνα και εγκρίνει (συμφωνούσης της Κυβ. Επιτροπής) - την πρόταση για λειτουργική διασύνδεση μονάδων ΠΦΥ ΕΣΥ & ΕΟΠΥΥ σύμφωνα με το πλαίσιο, όπως αναφέρεται στην με αρ. πρωτ. 361/21-11-2011 έγγραφη εισήγηση του Προέδρου ΕΟΠΥΥ)

Πίνακας 8: Δίκτυο Μονάδων Διαχείρισης Χρόνιων Νοσημάτων (πρόταση καθηγητή Διαποικιολογίας που θα ελεγχθεί από Γ.Γ. Δημόσιας Υγείας)

[illegible]

Πίνακας 8: Δίκτυο Μονάδων Διαχείρισης Χρόνιων Νοσημάτων (πρόταση καθηγητή Ανατοποπούλου που θα εξεταστεί από Γ.Γ. Δημόσιας Υγείας)

[illegible]

Πίνακας δ : Δίκτυο Μονάδων Διαχείρισης Χρόνιων Νοσημάτων (πρόταση καθηγητή Διατροφολόγου που θα εξειδικευτεί από Γ.Γ. Δημόσιας Υγείας)

		(ΑΕΕ)				ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ				ΔΙΑΒΗΤΗΣ (ΣΔ)		ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ		ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ				
		Εξειδικευμένα Κέντρα Αναφοράς	Νοσοκομεία α Δικτύου	Νοσοκομεία Διακοριδών	ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚ Α ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ	Εξειδικευμέν α Κέντρα Αναφοράς Α	Εξειδικευμέν α Κέντρα Αναφοράς Β	Νοσοκομεί α Δικτύου	Νοσοκομεία Διακοριδών	Εξειδικευμένα Κέντρα Αναφοράς	Νοσοκομεί α Δικτύου	Εξειδικευμένα Κέντρα Αναφοράς	Νοσοκομεί α Δικτύου	Ογκολογική Κέντρο	Ογκολογική Μονάδες III	Ογκολογική Μονάδες II	Ογκολογική Μονάδες I	Μονάδες Υποστηρίξης και Ανακοσμητικές Φροντίδας
Δ.Υ.Πε.	Νοσοκομεία																	
	Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»		X		X	X					X	X				X		
	Νοσοκομείο Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης																	
	Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτης»	X								X			X					
	Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένης»							X					X	X				
	Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Παύλος»		X					X			X		X					
	Γ.Ν. Κιλκίς			X				X			X		X				X	
	Γ.Ν. -Κ.Υ. Τορναριώνας			X					X									
	Γ.Ν. Χαλκίδας		X					X			X		X					
	Γ.Ν. Σερρών		X					X			X		X					
	Γ.Ν. Καβάλας	X						X		X		X					X	
	Γ.Ν. Δράμας		X					X			X		X				X	
	Γ.Ν. Ξάνθης		X					X			X		X				X	
	Γ.Ν. Κομοτηνής «Σωμανόβλετο»		X					X			X		X					
	Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης	X			X	X				X		X		X				
	Γ.Ν. Διδωτισίγιο		X					X			X		X					

Πίνακας 8 : Δίκτυο Μονάδων Διαχείρισης Χρόνιων Νοσημάτων (πρόταση καθηγητή Διατροφολόγου που θα ελεγχθεί από Γ.Γ. Δημόσιας Υγείας)

[illegible]

Πίνακας δ : Δίκτυο Μονάδων Διαχείρισης Χρονίων Νοσημάτων (πρόταση καθηγητή Διατροφολόγου που θα εξετασθεί από Γ.Γ. Δημόσιας Υγείας)

Δ.Υ.Πε.	Νοσοκομεία	(ΑΕΕ)			ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΑ Α ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ	ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ				ΔΙΑΒΗΤΗΣ (ΣΔ)		ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ		ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ				
		Εξειδικευμένα Κέντρα Αναφοράς	Νοσοκομεία α Δικτύου	Νοσοκομεία Διακοριδών		Εξειδικευμέν α Κέντρα Αναφοράς Α	Εξειδικευμέν α Κέντρα Αναφοράς Β	Νοσοκομεία α Δικτύου	Νοσοκομεία Διακοριδών	Εξειδικευμένα Κέντρα Αναφοράς	Νοσοκομεία α Δικτύου	Εξειδικευμένα Κέντρα Αναφοράς	Νοσοκομεία α Δικτύου	Ογκολογικό Κέντρο	Ογκολογικές Μονάδες III	Ογκολογικές Μονάδες II	Ογκολογικές Μονάδες I	Μονάδες Υποστηρίξης και Ανακοσμητικής Φροντίδας
	Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ιωαννίνων	X			X	X				X		X		X				
	Γ.Ν. Ιωαννίνων		X		X		X				X		X			X		
	Γ.Ν. - Κ.Υ. Φλώιδων			X				X										
	Γ.Ν. Άρτας		X					X			X		X				X	
	Γ.Ν. Πρέβεζας		X					X			X		X					
	Γ.Ν. Λευκάδας			X				X			X		X					
	Γ.Ν. Αγρινίου		X					X			X		X				X	
	Γ.Ν. Μαιολαγίου «Γ. Χατζηκρίστου»			X				X			X		X					
	Γ.Ν. Ζακύνθου			X				X			X		X					
	Γ.Ν. Καραλλινίας			X				X			X		X				X	
	Γ.Ν. Ληξοροίου			X				X			X		X					
	Γ.Ν. Κίρκωρας		X					X			X		X				X	
	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κίρκωρας																	
	Γ.Ν. Πόργου «Ανδρέας Παπανδρέου»		X					X			X	X					X	
	Γ.Ν. Αμαλιάδας			X				X			X		X					
6η	Γ.Ν. - Κ.Υ. Κρεσσένων			X				X			X		X					
	Γ.Ν. Τρίπολης	X			X		X			X			X			X		
	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης																	
	Γ.Ν. Άργους		X					X			X		X					
	Γ.Ν. Ναυπλίου										X		X					
	Γ.Ν. Καλαμάτας		X					X			X		X			X		
	Γ.Ν. - Κ.Υ. Κοπαρροσίας			X				X			X		X					
	Γ.Ν. Σπάρτης		X					X			X		X					
	Γ.Ν. - Κ.Υ. Μολαίων			X				X			X		X					
	Γ.Ν. Κορίνθου		X					X			X		X				X	
	Γ.Ν. Αργίου			X				X			X		X					
	Γ.Ν. - Κ.Υ. Καλαβρύτων			X				X			X		X					
	Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας»		X					X			X		X			X		
	Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Ν. Ελλάδος																	
	Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Πατρών «Η Βορέστια»	X			X	X				X		X		X				
	Γ.Ν. Παιδών Πατρών «Καραμανλίδειο»										X							

Πίνακας 8 : Δίκτυο Μονάδων Διαχείρισης Χρόνιων Νοσημάτων (πρόταση καθηγητή Λιαρόπουλου που θα εξετασθεί από Γ.Γ. Δημόσιας Υγείας)

[illegible]



Σας ευχαριστώ πολύ