

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Η διασύνδεση της Δημόσιας Υγείας με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Η διασύνδεση της Δημόσιας Υγείας (ΔΥ) με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) έχει αναδειχθεί ως σημαντικό παγκόσμιο θέμα στο πλαίσιο των συζητήσεων για τις πολιτικές υγείας στη σύγχρονη βιβλιογραφία. Στην ανάγκη αυτή εστίασε τις εργασίες της μια 50μελής ομάδα εμπειρογνομόνων που συντονίστηκε από μια Κεντρική Συντονιστική Επιτροπή, η οποία συγκροτήθηκε στο πλαίσιο του «Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία στον 21ο αιώνα», έργο που υποστηρίχθηκε από το Ίδρυμα Μποδοσάκη. Η παρούσα αναφορά αρχίζει με την αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης των υπηρεσιών ΠΦΥ και ΔΥ στην Ελλάδα, εστιάζοντας στην επισήμανση των προκλήσεων, των επιτεύξεων και των περιορισμών που εμποδίζουν τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η αναφορά καταλήγει σε έναν κατάλογο συστάσεων πολιτικής υγείας για κοινές δράσεις μεταξύ ΔΥ και ΠΦΥ, οι οποίες θα μπορούσαν να αποτελέσουν ουσιαστική αφετηρία για τη σύγχρονη συζήτηση σχετικά με τη μεταρρύθμιση υγείας στη χώρα μας.

Integrating public health
and primary health care

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Δημόσια Υγεία
Διασύνδεση
Ελλάδα
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2025, 42(Συμπλ 1):38–50
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2025, 42(Suppl 1):38–50

Χ. Λιονής,¹
Ε. Θηραίος,²
Μ. Αναστασάκη,^{3,4}
Α. Λάππα,⁵
Α.Δ. Μαριόλης,⁶
Μ. Παπαδακάκη,⁷
Ε. Πιτέλου,^{3,8}
Θ. Σεργεντάνης,⁹
Κ. Σουλιώτης,¹⁰
Α. Σωτήρχου,¹¹
Δ. Τοπάλη,¹²
Ι. Τσιλιγιάννη,¹³
Α. Φιλαλήθης[†],¹⁴
Ε. Φραγκούλης¹⁵

¹Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη

²Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής ΕΣΥ, Προϊστάμενος Γενικής Διεύθυνσης Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία ΑΕ (ΟΔΙΠΥ ΑΕ), Πρόεδρος Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, Αθήνα

³Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη

⁴Εργαστήριο «Κοινωνία και Υγεία», Ιατρική Σχολή και Κέντρο Ερευνών και Μελετών, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο, Κρήτη

⁵Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, 5η Υγειονομική Περιφέρεια

⁶Κέντρο Υγείας Αρεόπολης, Αρεόπολη και Ελληνική Ακαδημία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα

⁷Εργαστήριο Μελέτης Συμπεριφορών Υγείας και Οδικής Ασφάλειας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Ηράκλειο, Κρήτη

⁸Health Services Research, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, Ολλανδία

⁹Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

¹⁰Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Κοσμήτορας Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

¹¹Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Υπουργείο Υγείας, Αθήνα

¹²Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Κέντρο Υγείας Κατερίνης, Κατερίνη

¹³Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη

¹⁴Ομότιμος Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής - Προγραμματισμού Υγείας, Εργαστήριο Προγραμματισμού Υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο - Απεβίωσε το 2024

¹⁵Ελληνική Ακαδημία Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Υπόβαθρο

Η κρισιμότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) έχει αναγνωριστεί εδώ και δεκαετίες και η ενσωμάτωσή της αποτελεί κύριο στόχο των συστημάτων υγείας παγκοσμίως. Επιπρόσθετα, κατέχει εξέχουσα θέση στη διεθνή βιβλιογραφία για την πολιτική υγείας, με πληθώρα ερευνητικών δεδομένων που υποστηρίζουν συστηματικά την ανάπτυξή της. Τα υποδείγματα ανάπτυξης και λειτουργίας της ΠΦΥ μπορεί να διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Ωστόσο, ένας κοινός στόχος με την πάροδο του χρόνου είναι η ένταξη, η συνέχεια της φροντίδας, η εστίαση στον ασθενή και η σύνδεση με την κοινότητα.¹⁸

Η επίτευξη των παραπάνω στόχων καθίσταται ακόμη πιο επιτακτική, υπό την πίεση των προκλήσεων που προκαλούν οι οικονομικές συνθήκες, η αυξανόμενη ζήτηση για φροντίδα, οι νέες τεχνολογίες και το κόστος τους, καθώς και η δημογραφική γήρανση, η κλιματική αλλαγή, η μετανάστευση κ.λπ. Σε κάθε περίπτωση, η αναγκαία αναγέννηση των συστημάτων υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω μιας επαναπροσέγγισης της ΠΦΥ, στο πλαίσιο της οποίας κρίνονται απαραίτητες οι ακόλουθες παρεμβάσεις, με την ΠΦΥ στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας: (α) Καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, (β) ανθρωποκεντρική οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, (γ) δημόσιες πολιτικές οι οποίες προάγουν την υγεία, (δ) συμμετοχική ηγεσία που απαιτείται για την εφαρμογή τους.

Το ζήτημα της διασύνδεσης (ενσωμάτωση ή απαρτίωση) της Δημόσιας Υγείας (ΔΥ) με την ΠΦΥ αποτελεί πεδίο συζήτησης στην πολιτική υγείας σε όλον τον κόσμο και στη σύγχρονη βιβλιογραφία. Στο πλαίσιο του «Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία τον 21ο αιώνα» με την υποστήριξη του Ιδρύματος Μποδοσάκη και των εργασιών που συντόνισε η Κεντρική Συντονιστική Επιτροπή (ΚΣΕ) σε συνεργασία με 50μελή Επιστημονική Ομάδα συστάθηκε μια ομάδα εμπειρογνομόνων, με σκοπό την εξέταση της διασύνδεσης της ΔΥ με την ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Η ομάδα αυτή, υπό την καθοδήγηση των Χ. Λιονή και Ε. Θηραίου, συνέταξε και παρέδωσε στην ΚΣΕ ένα κείμενο το οποίο παρουσιάζεται στην εν λόγω δημοσίευση. Στο παρόν κείμενο χρησιμοποιείται ο όρος «διασύνδεση» για να εκφράσει τη σύζευξη ανάμεσα στις υπηρεσίες στην ΠΦΥ και ΔΥ και η φροντίδα που προκύπτει από αυτή τη διασύνδεση, αν και η ελληνική απόδοση του όρου “integration” και “integrated care” δεν έχει ακόμη συμφωνηθεί ευρέως, καθώς έχουν προταθεί αρκετοί εναλλακτικοί όροι, όπως ενσωμάτωση, απαρτίωση και ολοκλήρωση.

Σημαντικά κείμενα που θα πρέπει να κατευθύνουν τα συστήματα υγείας στη διαμόρφωση αναπτυξιακών στόχων για την υγεία μέσω πολιτικών για την ΠΦΥ και τη ΔΥ είναι η Διακήρυξη της Astana του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ)¹ και τα κείμενα που τη συνόδευσαν με τίτλο “*A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*”² και “*Operational Framework for primary health care*”.³ Τα δύο πρώτα κείμενα περιλαμβάνουν διαπιστώσεις, αλλά και τον σύγχρονο οραματισμό που συνοδεύει τις δεσμεύσεις του ΠΟΥ. Τα συγκεκριμένα κείμενα κάνουν ιδιαίτερη αναφορά στη φτώχεια και στα ευάλωτα πρόσωπα, υπογραμμίζοντας ότι είναι ηθικά, πολιτικά και οικονομικά απαράδεκτο να μην αποτελούν προτεραιότητα της πολιτικής υγείας, διαπιστώνοντας ότι οι ανισότητες στην υγεία και οι διακρίσεις στις υπηρεσίες υγείας παραμένουν. Στην κατεύθυνση του οραματισμού, η Διακήρυξη υπογραμμίζει τη σημασία της ΠΦΥ για την ενίσχυση τόσο της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας των ατόμων και υποστηρίζει ότι αυτά αποτελούν σημαντικά μέσα για την επίτευξη του στόχου της καθολικής υγειονομικής κάλυψης όσο και των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης που αφορούν στην υγεία. Επί πλέον, η Διακήρυξη οραματίζεται μέσω της ΠΦΥ να καταστήσει τις δραστηριότητες προαγωγής υγείας, πρόληψης, αποκατάστασης, ανακουφιστικής και υποστηρικτικής φροντίδας προσιτές σε όλους, υπογραμμίζοντας την αναγκαιότητα της εστίασης στη φτώχεια και στην ευαλωτότητα. Το τρίτο κείμενο (*Operational Framework*) προτείνει 14 άξονες για τη μετατροπή των παγκόσμιων δεσμεύσεων της Διακήρυξης της Astana σε δράσεις και παρεμβάσεις, οι οποίες με τη σειρά τους θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να επιταχύνουν την πρόοδο στην ενδυνάμωση των προσανατολισμένων στην ΠΦΥ συστημάτων υγείας, οδηγώντας, τελικά, σε ορατές βελτιώσεις στην κάλυψη των αναγκών και στις εκβάσεις υγείας. Σαφείς κατευθύνσεις όσον αφορά στη μετεγγραφή του οραματισμού της Διακήρυξης της Astana σε δράσεις προσφέρει και το άρθρο των Kluge et al.⁴

Στο παρόν κείμενο γίνεται αρχικά αναφορά στις έννοιες της ΠΦΥ και της ΔΥ, στην κατάσταση και στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν η ΠΦΥ και η ΔΥ στην Ελλάδα, ενώ στη συνέχεια εξετάζονται οι δυνατότητες και οι μηχανισμοί διασύνδεσής τους μαζί με τις προτάσεις για την αλλαγή της υφιστάμενης κατάστασης.

1.2. Οι έννοιες

Όπως αναφέρεται παραπάνω, ως ΠΦΥ νοείται η άμεση, συνεχής, περιεκτική, συντονισμένη (ολοκληρωμένη) φροντίδα, που αντιστοιχεί στις επιθυμίες, τις προσδοκίες, τις αξίες και τις ανάγκες των ληπτών και παρέχεται από εκ-

παιδευμένους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι λειτουργούν ως διεπιστημονική ομάδα υγείας.⁵

Κύριοι στόχοι της ομάδας υγείας που εργάζεται στο πλαίσιο της ΠΦΥ είναι η συνεχής βελτίωση της λειτουργικότητας του λήπτη, της αυτοφροντίδας και της ευδαιμονίας του. Η στόχευση αυτή επιτυγχάνεται μέσω της ενεργητικής (μετά από επαρκή πληροφόρηση) συμμετοχής του προσώπου στις αποφάσεις αναφορικά με την υγεία και τον τρόπο ζωής του, με τη χρήση από τον επαγγελματία υγείας δεξιοτήτων ενδυνάμωσης, κινητοποίησης, ενσυναίσθησης, συμβουλευτικής, καθώς και διαχείρισης των πλέον συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας στην κοινότητα.

Οι υπηρεσίες φροντίδας δεν περιορίζονται στο ιατρείο και στις δομές ΠΦΥ, αλλά εστιάζονται και στο περιβάλλον του ασθενούς, περιλαμβάνοντας άτομα που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους και έχουν ανάγκη από υπηρεσίες υποστήριξης κατ'οίκον, ανακούφισης του πόνου και παρηγορητικής φροντίδας, μακροχρόνια πάσχοντες από χρόνια νοσήματα, άτομα τα οποία αναζητούν υπηρεσίες αποκατάστασης μετά από μείζονες χειρουργικές παρεμβάσεις, καθώς και τα μέλη της οικογένειας όλων αυτών των προσώπων, τους φροντιστές τους και το ευρύτερο εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον, όπου ζουν και αλληλοεπιδρούν.

Η έννοια της ΔΥ χαρακτηρίζεται από τον διατομεακό και διεπιστημονικό της ρόλο και είναι στενά συνδεδεμένη με έννοιες, όπως:

1. Οι προσδιοριστές της υγείας (determinants of health), η ισότητα στην υγεία (health equity), οι παρεμβάσεις καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής (life course approach), οι θετικοί παράγοντες που προάγουν και προστατεύουν την υγεία, η υγεία σε όλες τις πολιτικές (Health in all Policies, HiAP), οι προσεγγίσεις με τη συμμετοχή της κυβέρνησης και όλη την κοινωνία [(Whole-of-Government, WGA και Whole-of-Society, WSA) approaches], οι παρεμβάσεις σε ολόκληρο τον πληθυσμό (population-based approaches), η εγγραμματοσύνη υγείας (ΕΥ) (health literacy), η ενδυνάμωση και η ανθεκτικότητα της κοινωνίας (community empowerment and resilience) με έμφαση στους 17 Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης και ειδικά στον υποστόχο 3.8 για την καθολική κάλυψη στην υγεία (universal health coverage)⁶
2. Η πρόληψη, η προστασία και η προαγωγή της υγείας, η αξιολόγηση των επιπτώσεων στην υγεία (health impact assessment, HIA), η διαχείριση του κινδύνου (risk management), η βελτίωση της ποιότητας (quality improvement), καθώς και οι προτεραιότητες της πολιτικής υγείας, ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

Στην κατεύθυνση αυτή κρίνεται αναγκαία η διασύνδεση και η απαρτίωση του συστήματος των υπηρεσιών ΠΦΥ μέσα στο σύνολο του συστήματος υγείας, με ιδιαίτερη αναφορά στη γεφύρωσή του με τις υπηρεσίες ΔΥ, τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κοινωνικής φροντίδας, τις υπηρεσίες που προσφέρονται από άλλους φορείς της κοινότητας, καθώς και τις υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από μη κυβερνητικούς οργανισμούς.

2. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι βασικές διαπιστώσεις και μια πρώτη ανάλυση της κατάστασης της ΠΦΥ στην Ελλάδα αποτυπώνονται στον πίνακα 1 και αντλούνται από την έκδοση της ΔιαΝΕΟσις με τίτλο «Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας».⁷

Στο κείμενο της ΔιαΝΕΟσις γίνεται αναφορά στα ελλείμματα στην πρόσβαση, στη συνέχεια στη φροντίδα, στον συντονισμό και στη διασύνδεση. Το μεγάλο έλλειμμα στη διασύνδεση και στη λειτουργική ολοκλήρωση καταγράφεται στη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα σε προχωρημένο στάδιο που αναζητούν υπηρεσίες υποστήριξης κατ'οίκον, ανακούφισης του πόνου και παρηγορητικής φροντίδας, καθώς και αποκατάστασης μετά από μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις. Στο κείμενο αυτό επίσης υπογραμμίζεται ότι απουσιάζουν οι δομές εξωνοσοκομειακής υποστήριξης και οι διεπιστημονικές ομάδες που θα συνέδεαν τις υπηρεσίες ΠΦΥ με εκείνες της νοσοκομειακής φροντίδας και θα

Πίνακας 1. Βασικές διαπιστώσεις.

- Έχει αναπτυχθεί στη βάση του πελάτη/επισκέπτη, με τον ιατρό/υγειονομικό να περιμένει την επίσκεψη του ασθενούς και να διαχειρίζεται την υγεία αποσπασματικά είτε αφορά στο ίδιο το άτομο ή στην οικογένειά του χωρίς την ουσιαστική εμπλοκή της ομάδας υγείας
- Απουσιάζει πλήρως η διαχείριση του κινδύνου και της συμπεριφοράς υγείας που σχετίζεται με τα χρόνια νοσήματα και την πολυφαρμακία και το έλλειμμα στη διεπιστημονική και στη διεπαγγελματική συνεργασία
- Οι όροι «πρόληψη» και «προαγωγή της υγείας» εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται ρητορικά
- Η οικογένεια ως έννοια απουσιάζει από την προσέγγιση, ακόμη και από τη συλλογή της πληροφορίας
- Τέλος, η επίσκεψη κατ'οίκον και η φροντίδα ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού που συχνά είναι περιορισμένα στο σπίτι, δεν αποτελεί συνήθη πρακτική
- Άτομα με προχωρημένα χρόνια νοσήματα, πολλαπλή νοσηρότητα, ευπάθεια και αναπηρίες, εξαρτημένα πλήρως από το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον, παραμένουν χωρίς συστηματική παρακολούθηση και υποστήριξη, ενώ απουσιάζει πλήρως η παρηγορητική ή η υποστηρικτική θεραπεία

Πηγή: Τούντας και συν⁷

στήριζαν τις οικογένειες και τους φροντιστές των χρονίως πασχόντων. Επί πλέον, απουσιάζει από τον όλο σχεδιασμό η διαμόρφωση του μονοπατιού πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα υγείας τόσο κατά την πρώτη επαφή όσο και σε επόμενα στάδια, καθώς και η ενσωμάτωση των προσδοκιών και των αναγκών τους στο σύστημα υγείας.⁸

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι βασικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες ΠΦΥ σήμερα.⁷ Επιπρόσθετα στα παραπάνω, μερικές ακόμη σύγχρονες προκλήσεις για τις υπηρεσίες ΠΦΥ είναι: (α) Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ, η οποία θα μπορούσε να εξασφαλίσει έναν βιώσιμο τρόπο διαχείρισης της αξιολόγησης, της διάγνωσης, της θεραπείας και της υποστήριξης των ατόμων με διαταραχές ψυχικής υγείας, με μείωση του στίγματος και σεβασμό στην αξιοπρέπειά τους. (β) Η συλλογή και η ανταλλαγή δεδομένων υγείας στην ΠΦΥ, η οποία είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση και τη σύγκριση της ποιότητας της φροντίδας, τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των ανισοτήτων, την αποτελεσματική κατανομή πόρων και την καλύτερη κάλυψη των αναγκών των τοπικών κοινωνιών σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Η χώρα μας έχει σήμερα μια μοναδική ευκαιρία για την αξιοποίηση ενός συστημικά παραγόμενου και ανεκμετάλλετου «πλούτου» δεδομένων υγείας, στη λογική αξιοποίησης των μεγάλων βάσεων ψηφιακών δεδομένων (Big Data) που συλλέγονται μέσα από διάφορα αποθετήρια δεδομένων, όπως η περίπου δεκαετής καθολική χρήση του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης. Η χρήση του Συστήματος αυτού θα μπορούσε να διευκολύνει την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού και των λειτουργιών του συστήματος υγείας, καθώς και να υποστηρίξει τον στρατηγικό σχεδιασμό και τον καθορισμό προτεραιοτήτων σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Απαραίτητες προϋποθέσεις για μια τέτοια λειτουργία αποτελούν ο προσδιορισμός των προτύπων και κατηγοριών ανοικτών ή υπό προϋποθέσεις ανοικτών

δεδομένων υγείας, η αναγκαιότητα της πληρότητας και της ποιότητας καταχώρησής τους με τη χρήση κωδικοποιήσεων και η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η συγκεκριμένη πληροφορία καθίσταται ουσιαστικά χρήσιμη, στο πλαίσιο ενός εθνικού πλαισίου διαλειτουργικότητας μεταξύ των πληροφοριακών συστημάτων όλων των φορέων και των υπηρεσιών υγείας (δημόσιων και ιδιωτικών), για ανταλλαγή πληροφοριών και δεδομένων υγείας. Τα παραπάνω συνιστούν μια κρίσιμη συνθήκη για την τεκμηριωμένη ανάπτυξη προτάσεων στρατηγικού σχεδιασμού (data-driven strategic planning), προγραμματισμού του απαιτούμενου ανθρώπινου δυναμικού (human resources planning) και άλλων πόρων του συστήματος, αλλά και για την τεκμηρίωση των πολιτικών υγείας σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. (γ) Η υποστήριξη των ψηφιακών αρχείων καταγραφής δεδομένων υγείας πολιτών/ασθενών και ο εμπλουτισμός τους με δεδομένα από πρόσφυγες και μετανάστες, αλλά και μετακινούμενους πληθυσμούς.

Εξ ίσου αναγκαίος κρίνεται και ο ψηφιακός μετασχηματισμός στην ΠΦΥ, με τις δυνατότητες που παρέχονται μέσω των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) για ολοκληρωμένη και διασυνδεδεμένη ηλεκτρονική υγεία (e-Health), περιλαμβανομένων υπηρεσιών Τηλεϊατρικής και Τηλεσυμβουλευτικής, δεδομένης της πρόκλησης που ανακύπτει σχετικά με την πρόσβαση στη νησιωτική και στην ηπειρωτική Ελλάδα, σε απομακρυσμένα ή δυσπρόσιτα μέρη και με γνώμονα τις τοπικές ανάγκες σε αστικό και αγροτικό περιβάλλον.

Σε ένα άρθρο του περιοδικού «*Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*» που δημοσιεύτηκε στις αρχές του 2020⁹ αναφέρεται ότι οι υπηρεσίες ΠΦΥ στη χώρα μας φαίνεται ότι δεν συναντούν όλες τις ομάδες ασθενών που περιλαμβάνονται στην περιοχή ευθύνης τους, παρά μόνο αποσπασματικά. Ανάμεσα στις ομάδες με αποσπασματική ή περιπτωσιακή πρόσβαση στις συχνά κατακερματισμένες υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνονται οι παρακάτω:

Πίνακας 2. Βασικές προκλήσεις.

- Ορισμός του οικογενειακού ιατρού και της ομάδας υγείας με όρους υποχρεώσεων και συμβολαίου που περιλαμβάνει την αποζημίωση και την κινητοποίησή του
- Η αναφορά στην οικογένεια και στη διαμόρφωση ενός τρόπου ζωής που μειώνει τον κίνδυνο για χρόνια νόσο και αναπηρία, καθώς και στην αλλαγή της συμπεριφοράς ως κύρια εστίαση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)
- Η ανάπτυξη ενός διασυνδεδεμένου και ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ, το οποίο υπό τη μορφή του δικτύου υπηρεσιών θα διασφαλίσει καθολική και ισότιμη κάλυψη αναγκών υγείας και φροντίδας
- Η επεξεργασία και η υιοθέτηση τεκμηριωμένης και συνεπούς πολιτικής υγείας, που θα στοχεύει στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη της ασθένειας σε πληθυσμιακό επίπεδο

Πηγή: Τούντας και συν⁷

- Πρόσωπα που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών και γενικά ψυχοδραστικών ουσιών
- Ασθενείς με μείζονες ψυχικές διαταραχές
- Ασθενείς με μείζονα βλάβη υγείας, η οποία απαιτήσει πολυήμερη νοσηλεία σε νοσοκομείο και απαιτεί φροντίδα αποκατάστασης και διεπιστημονικής συνεργασίας (όπως έμφραγμα μυοκαρδίου, μείζονες κακώσεις και κατάγματα, καρκίνος)
- Ασθενείς με μεταδοτικά νοσήματα (όπως HIV, HCV λοίμωξη)
- Ασθενείς με χρόνια νοσήματα και αναπηρίες που απαιτούν φροντίδα στο σπίτι

- Πρόσωπα τα οποία διαβιούν σε κλειστές δομές φροντίδας, όπως θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, γηροκομεία, σωφρονιστικά ιδρύματα.

Ειδικά για τα άτομα με εξαρτήσεις και ψυχικές διαταραχές, ο ρόλος της ΠΦΥ είναι καθοριστικός, καθώς έχει επιβεβαιωθεί ότι συμβάλλει τόσο στη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των πόρων και της ποιότητας ζωής των ατόμων όσο και στην αποτροπή του στίγματος που συχνά συνοδεύει τις διαταραχές αυτές.¹⁰

Σημαντική επίσης πληροφορία για τις δυνατότητες, αλλά και τις αδυναμίες των υπηρεσιών ΠΦΥ όσον αφορά στην κάλυψη των αναγκών σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας μπορούμε να λάβουμε από δημοσιευμένες εργασίες του Πανεπιστημίου Κρήτης σχετικές με την καρδιαγγειακή νόσο, τα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα, τον καρκίνο και τα νευροεκφυλιστικά νοσήματα.¹¹⁻¹⁷

Ένα από τα θέματα που δεν έχουν λάβει την προσοχή της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης αλλά και των υπηρεσιών υγείας είναι η λήψη της κλινικής απόφασης που γίνεται σε συνεργασία με τον ενημερωμένο ασθενή. Απουσιάζουν τόσο οι τεχνικές αναλύσεις όσο και οι επεξηγήσεις των θεραπευτικών επιλογών που θα πρέπει να συνδυαστούν με τις προτιμήσεις και την ανάγνωση της χρησιμότητας από πλευράς του ασθενούς, με τη χρήση τεχνικών ενθάρρυνσης και κινητοποίησης για αλλαγή της συμπεριφοράς.

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι ένα αποτελεσματικό σύστημα ΠΦΥ θα πρέπει να περιλαμβάνει έναν σαφώς προσδιορισμένο ρόλο του γενικού/οικογενειακού ιατρού με αναφορά στις υποχρεώσεις του, οι οποίες θα πρέπει να εξειδικεύονται σε ένα συμβόλαιο, που θα περιλαμβάνει μετρήσιμες δεσμεύσεις και θα παρέχει τη δυνατότητα αποζημίωσης των επιτεύξεών του στην κατεύθυνση εφαρμογής δράσεων ΔΥ.¹⁸ Αυτή η προσέγγιση θα μπορούσε να συμβάλει στην αντιμετώπιση του ελλείμματος στην ολοκληρωμένη φροντίδα για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων που έχει επισημανθεί στη χώρα μας από χρόνια.¹⁹

3. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με το αποκεντρωμένο σύστημα οργάνωσης της χώρας, την ευθύνη για τη ΔΥ σε τοπικό επίπεδο έχει η Δευτεροβάθμια Τοπική Αυτοδιοίκηση, δηλαδή οι Περιφέρειες (και οι Περιφερειακές Ενότητες), οι οποίες την ασκούν διά των (Γενικών) Διευθύνσεων ΔΥ. Όμως, είναι γνωστό ότι οι δραστηριότητες των Περιφερειών κατά τα τελευταία έτη περιορίζονται στα θέματα της προστασίας της υγείας, δηλαδή στην προφύλαξη από λοιμογόνους παράγοντες,

στη διενέργεια υγειονομικών ελέγχων και στην προστασία του περιβάλλοντος, π.χ. με την εκτέλεση απολυμάνσεων. Οι δράσεις των Περιφερειακών Διευθύνσεων ΔΥ στα θέματα πρόληψης της ασθένειας και προαγωγής της υγείας είναι περιορισμένες, καθ' ότι δεν διαθέτουν το προσωπικό και την υποδομή που είναι αναγκαία για την πραγματοποίησή τους. Παράλληλα, με τον Νόμο 4675/2020 δημιουργήθηκαν Διευθύνσεις ΔΥ στις διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠε), χωρίς να διευκρινιστεί ο τρόπος και τα αντικείμενα συνεργασίας των δύο φορέων σε τοπικό επίπεδο.

Το συγκεκριμένο θέμα είναι υπό συζήτηση σε άλλη θεματική ομάδα, όπου έχει προταθεί η λειτουργία Περιφερειακού Συμβουλίου ΔΥ στο οποίο θα συμμετέχουν εκπρόσωποι της Περιφέρειας, της Υγειονομικής Περιφέρειας, των Δήμων της περιοχής, καθώς και άλλων υπηρεσιών, όπως π.χ. των κτηνιατρικών υπηρεσιών. Το έργο των Περιφερειακών Συμβουλίων θα είναι η διασύνδεση και η συνεργασία των υπηρεσιών, το αντικείμενο των οποίων επηρεάζει την υγεία μέσω θεσμοθετημένων διαδικασιών και λειτουργιών. Για παράδειγμα, η Διεύθυνση ΔΥ της Περιφέρειας θα μπορεί να έχει την ευθύνη της εκπόνησης προγραμμαμάτων πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης για τον πληθυσμό, την υλοποίηση των οποίων να αναλαμβάνουν οι υπηρεσίες ΠΦΥ της περιοχής, δηλαδή τα Κέντρα Υγείας και οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ) του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), αλλά ακόμη και οι ιδιώτες ιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Με τον τρόπο αυτόν θα μπορούν να συνδυαστούν οι επιτελικές αρμοδιότητες των υπηρεσιών ΔΥ των Περιφερειών με τις επιχειρησιακές δυνατότητες των υπηρεσιών του ΕΣΥ, με σκοπό τη μεγιστοποίηση της υγείας των κατοίκων.

Το έλλειμμα στη διασυνδεδεμένη (ολοκληρωμένη/integrated) φροντίδα και στην απουσία διασύνδεσης των υπηρεσιών ΠΦΥ με εκείνες της ΔΥ (που σήμερα υπάγονται στην Περιφερειακή Αυτοδιοίκηση), της ψυχικής υγείας (η οποία προσφέρεται από αυτοδύναμες υπηρεσίες που λειτουργούν στην κοινότητα) και της κοινωνικής φροντίδας (η οποία σήμερα προσφέρεται από ιδιωτικές και δημόσιες δομές διάφορων τύπων και που επιβλέπονται σήμερα από το Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας) είναι φανερό στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Η ανάγκη συζήτησης μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης που θα καλύψει δράσεις ΔΥ, ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι επείγουσα προτεραιότητα στη νέα πολιτική υγείας και θα πρέπει να εξεταστεί, έστω και με όρους λειτουργικής διασύνδεσης. Ένα άρθρο που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *Public Health Panorama*²⁰ προσέγγισε τη διασύνδεση της ΔΥ με την ΠΦΥ, μέσα από την ερευνητική δραστηριότητα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής (ΚΚΟΙ)

της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Προτάσεις για τη λειτουργική διασύνδεση και την ολοκλήρωση των υπηρεσιών ΠΦΥ διατυπώνει μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *BMC Health Serv Res*,²¹ με ιδιαίτερη αναφορά στις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

Οι κύριες παράμετροι για την καθιέρωση της ολοκληρωμένης και εστιασμένης στο άτομο ΠΦΥ περιλαμβάνουν τους οικογενειακούς (προσωπικούς) ιατρούς, την τεχνολογία που σχετίζεται με την πληροφορία και την επικοινωνία, την πρόληψη και τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και των προσφύγων και των μεταναστών. Στη διασύνδεση αυτή, η ομάδα υγείας των δομών ΠΦΥ θα πρέπει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο, ενώ απαιτείται αρκετή συζήτηση για τους ρόλους, τη λειτουργία και την εκπαίδευση των μελών της. Το κείμενο του Agency of Healthcare Research and Quality με τίτλο *“Creating Patient-centered Team-based Primary Care”* συνεισφέρει με οδηγίες στο πώς θα υιοθετηθεί μια προσέγγιση και πώς θα προσφέρει υπηρεσίες στην ΠΦΥ με βάση την ομάδα υγείας.²² Το εγχειρίδιο των Καλοκαιρινού και συνεργατών που αναφέρθηκε παραπάνω θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στην εκπαίδευση των ομάδων υγείας στην ΠΦΥ με τον συντονισμό των ακαδημαϊκών μονάδων που προβλέπει ο Ν 4486/2017.²³ Στην εν λόγω κατεύθυνση θα πρέπει να εξεταστεί η διασύνδεση των δομών ΠΦΥ με δομές ψυχικής υγείας στην κοινότητα, δομές κοινωνικής φροντίδας (κλειστή φροντίδα για μακροχρόνια φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα ή ηλικιωμένων), καθώς και η ανάπτυξη υπηρεσιών κατ’ οίκον. Επί πλέον, απαιτείται ουσιαστική συζήτηση για τα καθήκοντα και τους ρόλους που θα αναλάβουν οι υπηρεσίες ΠΦΥ και, συγκεκριμένα, η ομάδα υγείας.

Η ΠΦΥ και οι βασικές λειτουργίες της ΔΥ, δηλαδή τα 3Π: Προστασία, Πρόληψη, Προαγωγή (Protection, Prevention, Promotion, 3Ps) αποτελούν τον πυρήνα των ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας. Οι υπηρεσίες οι οποίες απευθύνονται στον πληθυσμό και αυτές που είναι προσανατολισμένες στο άτομο είναι εγγενώς συμπληρωματικές, ενώ το αποτέλεσμά τους ενισχύεται μέσω της μεταξύ τους διασύνδεσης και του συντονισμού.

Οι λειτουργίες ΔΥ θα πρέπει να συντονίζονται και να είναι διασυνδεδεμένες μεταξύ τους και με την ΠΦΥ, έχοντας:

- Κοινό στόχο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού
- Ολοκληρωμένες πολιτικές
- Επαρκείς πόρους
- Συμμετοχή της κοινότητας στον καθορισμό και στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού
- Ευθυγραμμισμένη ηγεσία που:

- Γεφυρώνει κλάδους, προγράμματα και δικαιοδοσίες για μείωση του κατακερματισμού και ενίσχυση της συνέχειας
- Αποσαφηνίζει τους ρόλους και διασφαλίζει τη λογοδοσία
- Αναπτύσσει και υποστηρίζει κατάλληλα κίνητρα
- Έχει την ικανότητα να διαχειρίζεται την αλλαγή
- Βιωσιμότητα, κλειδί για την οποία είναι η δημιουργία μιας κοινής υποδομής
- Διαμοιρασμό και συνεργατική χρήση δεδομένων και αναλύσεων
- Αποτελεσματική επικοινωνία.

Συχνά διατυπώνεται η άποψη ότι οι υπηρεσίες μας δεν εστιάζονται στην πρόληψη της νόσου και στην προαγωγή της υγείας. Αυτό ενδεχομένως να είναι αλήθεια και, όπως φαίνεται σε πρόσφατη μελέτη, οι ιατροί στην ΠΦΥ, αν και αναγνωρίζουν τη σημασία της επιλεγμένης διαλογής για την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου, και μάλιστα τη θεωρούν μέρος των υποχρεώσεών τους, εν τούτοις, σε μεγάλο ποσοστό δεν την εφαρμόζουν.^{24,25} Ανάλογα είναι και τα ευρήματα από τη μελέτη των Bertsiadis et al^{15,16} σε σχέση με τη χρήση διαγνωστικών κλιμάκων για την εκτίμηση των γνωστικών (cognitive) διαταραχών στην ΠΦΥ.

Η συμμετοχή του επαγγελματία υγείας στον σχεδιασμό προγραμμάτων και υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας φαίνεται να είναι σημαντική, με τη χώρα μας όμως να μην έχει πολλά δημοσιευμένα αποτελέσματα στην αλλαγή της συμπεριφοράς με παρεμβάσεις από την ομάδα υγείας στην ΠΦΥ. Εκτός όμως από τους επαγγελματίες υγείας, δεν συζητάμε και τα παράδοξα στη συμπεριφορά υγείας του Έλληνα πολίτη και ιδιαίτερα τη στάση του απέναντι στον αντιλαμβανόμενο κίνδυνο (perceived risk), μια στάση όχι άγνοιας, αλλά απόρριψης και μη επίγνωσης, η οποία εκδηλώνεται ακόμη και στους υγειονομικούς που παρουσιάζουν π.χ. χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη και υψηλότερο ποσοστό καπνίσματος απ’ ό,τι οι Ευρωπαίοι συνάδελφοί τους, με ό,τι αυτό ενδεχομένως να συνεπάγεται για τη συμπεριφορά τους, την πληροφορία και την καθοδήγηση που παρέχουν οι ίδιοι σε πολίτες (ασθενείς και μη).

Η ανάγκη σχεδιασμού και εφαρμογής προγραμμάτων αλλαγής της συμπεριφοράς, με εστίαση στην έννοια του αντιλαμβανόμενου κινδύνου²⁴ και στους μείζονες παράγοντες κινδύνου, αλλά και η ανάγκη ανάπτυξης προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών ΠΦΥ είναι πρόδηλη και επιτακτική. Ένα πρόγραμμα για τη διακοπή του καπνίσματος που αναπτύχθηκε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης και περιλάμβανε την εκπαίδευση επαγγελματιών

ΠΦΥ, έδωσε ενθαρρυντικά αποτελέσματα^{27,28} και υπέδειξε τη σημασία της εκπαίδευσης των υγειονομικών μέσω τεχνικών ενθάρρυνσης και κινητοποίησης της αλλαγής συμπεριφοράς στους ασθενείς τους.²⁷ Επιλεγμένο εκπαιδευτικό υλικό από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διατίθεται στην ιστοσελίδα (http://titan.uoc.gr/index_en.html) και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ.

Τεχνικές, όπως αυτές της σύντομης συμβουλής (Very Brief Advice, VBA) έχουν επίσης εφαρμοστεί στην ΠΦΥ στην Κρήτη με αισιόδοξα δημοσιευμένα αποτελέσματα και θα μπορούσαν να αξιολογηθούν περαιτέρω και να ενσωματωθούν στις υπάρχουσες υπηρεσίες.^{30,31} Για παράδειγμα, στοχευμένες δράσεις για τον έλεγχο του παθητικού καπνίσματος και την εκπαίδευση των γενικών/οικογενειακών ιατρών στην ΠΦΥ σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος είναι σήμερα σε εξέλιξη στην Ιατρική Σχολή της Κρήτης, με τα πρώτα αποτελέσματα να έχουν ήδη δημοσιευτεί.³² Ένα e-learning πρόγραμμα επίσης για την εκπαίδευση των φαρμακοποιών στη συμβουλευτική για τους εμβολιασμούς αναπτύχθηκε από την ΚΚΟΙ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης και συνεχίζει την εφαρμογή του. Ακόμη, σημειώνεται το online εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη διαχείριση των αναγκών υγείας των μόλις αφιχθέντων προσφύγων στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού προγράμματος EUR-HUMAN, που υπάρχει διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://eur-human.uoc.gr/>.

Πληθυσμοί-στόχοι στους οποίους θα μπορούσε να εξεταστεί η συνέργεια της ΠΦΥ και της ΔΥ είναι αυτοί των ηλικιωμένων ατόμων, των προσφύγων/μεταναστών,³³⁻³⁶ των εγκύων γυναικών^{37,38} και γενικά των ευάλωτων ομάδων. Στο άρθρο των Lionis και Midlöv³⁹ παρουσιάζονται έξι περιοχές υψηλής προτεραιότητας για την ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής της υγείας για ηλικιωμένους, τις οποίες έχει προσδιορίσει η ΕΕ και που θα πρέπει να στοχεύουν οι υπηρεσίες ΠΦΥ και η ΔΥ.

Κρίσιμο επίσης παραμένει το θέμα της διαχείρισης της μικροβιακής αντοχής (anti-microbial resistance, AMR), η οποία συνιστά ίσως μια από τις μεγαλύτερες επιμέρους προκλήσεις για τα συστήματα υγείας και τη ΔΥ διεθνώς, καθώς θλιβερή είναι η «πρωτιά» της Ελλάδας σε κατανάλωση αντιβιοτικών στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα.

Υπάρχει ακόμη μεγάλη ανάγκη θεωρητικής συζήτησης για τη χαμηλή αντίληψη κινδύνου που φαίνεται να χαρακτηρίζει τον μέσο ενήλικα, αλλά και την εκπαίδευση των υγειονομικών στην επικοινωνία του κινδύνου (risk communication). Ο ΠΟΥ συζητά τα τελευταία έτη τον όρο «εγγραμματοσύνη υγείας» (health literacy), ο οποίος

αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των προσώπων και στις κοινωνικές πηγές που συμβάλλουν στην κατανόηση της πληροφορίας και στην αποτίμηση της σημασίας της, προκειμένου να λάβουν ενημερωμένες αποφάσεις (informed decisions) για την υγεία τους. Η συζήτηση για την ΕΥ στη χώρα μας έχει λάβει περιορισμένη σημασία, αν και οι πρώτες δημοσιεύσεις δείχνουν ότι η εκπαίδευση σχετίζεται θετικά, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, με την ΕΥ και ότι το μέσο ετήσιο εισόδημα επίσης σχετίζεται με υψηλότερο βαθμό ΕΥ.⁴⁰ Τα ζητήματα της ΕΥ και της αντίληψης του κινδύνου συζητήθηκαν αρκετά στην πανδημία COVID-19 και απαιτείται αρκετή συζήτηση όσον αφορά στην ανάπτυξη ενός στρατηγικού σχεδίου για την προσέγγιση των πολιτών στην προσπάθεια αλλαγής της συμπεριφοράς τους αναφορικά με τον εμβολιασμό.⁴¹ Η πανδημία αποτέλεσε επίσης μια αφορμή για τη συζήτηση του ρόλου της ΠΦΥ στην επιδημιολογική επιτήρηση αλλά και στην αλλαγή της συμπεριφοράς των πολιτών και τον εμβολιασμό τους. Τα πρώτα δημοσιευμένα αποτελέσματα από τις δυσχέρειες που αντιμετώπισαν οι υπηρεσίες ΠΦΥ στην πανδημία και τις ανάγκες μετασχηματισμού τους μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη σημερινή συζήτηση.⁴²⁻⁴⁴

Σημειώνεται ότι δεν είναι μόνο ο ασθενής αλλά και η οικογένειά του που δεν τυγχάνει συχνά της προσοχής η οποία απαιτείται, παρ' όλο που ο όρος «οικογενειακός ιατρός» παρουσιάζεται συχνά σε κείμενα και σε νομοθετικές διατάξεις. Η ιατρική εκπαίδευση, την περίοδο που διαμορφώνεται το εν λόγω κείμενο, δεν περιλαμβάνει μέχρι σήμερα στο πρόγραμμά της εκπαίδευση στις τεχνικές αλλαγής προσέγγισης της οικογένειας, στους κύκλους ανάπτυξης τους οποίους αυτή διέρχεται, στην οικογενειακή δυναμική, στις αλλαγές που υφίσταται, όταν μέλος της παρουσιάζει χρόνιο νόσημα ή όταν συμβεί θάνατος. Ακόμη, απουσιάζουν αναφορές σε οικογένειες με επιζώντα από καρκίνο ή με ασθενή με χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και ευπάθεια και στους φροντιστές του, καθώς τα σχετικά θέματα δεν έχουν αποτελέσει υψηλή προτεραιότητα στην ατζέντα της ΠΦΥ και της ΔΥ.

Συνοπτικά, πεδία υψηλής προτεραιότητας για τη διασύνδεση των υπηρεσιών ΔΥ και ΠΦΥ αποτελούν: (α) Τα χρόνια νοσήματα με σημαντική επίπτωση στη νοσηρότητα, στην αναπηρία και στη θνησιμότητα του πληθυσμού (καρδιαγγειακή νόσος, καρκίνος, χρόνια αναπνευστικά νοσήματα, μεταβολικά νοσήματα και νευροεκφυλιστικά νοσήματα). (β) Οι μείζονες παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, οινόπνευμα, παχυσαρκία, καθιστική ζωή). Πληθυσμούς-στόχους των σχετικών παρεμβάσεων θα πρέπει να αποτελούν οι ευάλωτες ομάδες (άτομα με πολλαπλή νοσηρότητα και ευπάθεια, ασθενείς με μείζονες ψυχικές διαταραχές, ηλικιωμένοι, έγκυες, παιδιά, μετανάστες, άτομα που διαβιούν σε απομο-

νωμένες περιοχές με χαμηλά εισοδήματα), ιδιαίτερα όπως αναδείχθηκε κατά την πρόσφατη πανδημία COVID-19.⁴⁵ (γ) Η ορθή χορήγηση αντιβιοτικών στην ΠΦΥ και ο έλεγχος της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών.⁴⁶⁻⁴⁹

4. Η ΝΕΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ

Στη χώρα μας βρισκόμαστε μπροστά σε μια συγκυρία με την ταυτόχρονη εκκίνηση μείζονων διαρθρωτικών αλλαγών στο σύστημα υγείας, στις οποίες περιλαμβάνονται η κατάρτιση Εθνικής Στρατηγικής ΔΥ και Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης, με την ανάπτυξη για πρώτη φορά ενός Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου, καθώς και ο σχεδιασμός για έναν μετασχηματισμό της ΠΦΥ, ο οποίος στοχεύει στην ταχύτερη δυνατή κάλυψη του πληθυσμού από υψηλής ποιότητας, ανθρωποκεντρικές υπηρεσίες ΠΦΥ, με κεντρικό τον ρόλο του γενικού/οικογενειακού ιατρού, σε συνεργασία με διεπιστημονικές ομάδες υγείας και με την ευρύτερη δυνατή χρήση ψηφιακών εργαλείων.

Στην κατεύθυνση αυτή προτείνονται:

- Η προώθηση ενός νέου λειτουργικού μοντέλου ΠΦΥ για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, το οποίο θα εστιάζει στην πρόληψη των αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας, στην προαγωγή της υγείας και στην ενημέρωση του πληθυσμού
- Η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ υπό τη μορφή ενός Δικτύου Υπηρεσιών, με διασυνδέσεις περισσότερο λειτουργικές παρά διοικητικές και στη βάση σχεδιασμένων συμβολαϊκών αγορών (διαπραγμάτευση συμβολαϊκών συνεργασιών και τιμών με τον ΕΟΠΥΥ), οι οποίες θα μπορούν να αναφέρονται σε γεωγραφικά όρια εντός της υγειονομικής περιφέρειάς τους. Το σύστημα αυτό θα υπηρετεί τις προσδιορισμένες ανάγκες υγείας και φροντίδας του πληθυσμού, με στόχο τη διασφάλιση καθολικής και ισότιμης κάλυψης αναγκών υγείας και φροντίδας. Στα εν λόγω Δίκτυα εντάσσονται όλες οι δομές του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, της τοπικής αυτοδιοίκησης, των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων κ.λπ. μέσα από ένα πλαίσιο κοινών κανόνων και προδιαγραφών ποιότητας. Ένα τέτοιο υπόδειγμα έχει προταθεί πριν από 20 έτη από τους Souliotis και Lionis¹⁸
- Ο καθορισμός δεικτών ποιότητας στην ΠΦΥ που θα πρέπει να πηγάζει από το αξιακό πλαίσιο ή τις κατευθυντήριες αρχές, οι οποίες διέπουν την οργάνωση και τη λειτουργία της και, κατά συνέπεια, από τους στόχους που έχουν τεθεί για τη βελτίωση τόσο της διαδικασίας παροχής φροντίδας όσο και των αποτελεσμάτων της

στην υγεία του πληθυσμού. Στο πλαίσιο αυτό απαιτείται αξιοποίηση των ψηφιακών εφαρμογών για την ανάπτυξη ενιαίων προτύπων και προδιαγραφών ποιότητας στην ΠΦΥ, αλλά και για τη μέτρηση της πρόσβασης πολιτών/ασθενών σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, στις διαστάσεις «προσβασιμότητα», «επάρκεια», «οικονομική προσιτότητα», «καταλληλότητα» και «διαθεσιμότητα».⁵⁰ Στη σχετική κατεύθυνση είναι απαραίτητη η ενσωμάτωση δεικτών για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ και ΔΥ, δεικτών των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους οικογενειακούς (προσωπικούς) ιατρούς, οι οποίοι θα λαμβάνονται υπ' όψη κατά την αποζημίωση αυτών στη βάση των σχετικών συμβολαίων (δείκτες audit για τη διαχείριση επιλεγμένων χρόνιων νοσημάτων, για την εκτίμηση και τη διαχείριση των μείζονων παραγόντων κινδύνου, για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, αλλά και υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας), καθώς και δεικτών εμπειρίας των πολιτών/ασθενών (PREMs & PROMs)

- Προγραμματικές συμβάσεις μεταξύ Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) και Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), με στόχο τη λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων ΠΦΥ με δομές υγείας και κοινωνικής φροντίδας της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, όπως Δημοτικά Ιατρεία, Κοινωνικές Υπηρεσίες, Κέντρα Φροντίδας Ηλικιωμένων, Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι, Ξενώνες Αστέγων, Ιατροκοινωνικά Κέντρα, Κέντρα Πρόληψης κ.ά., που λειτουργούν στην περιοχή, με στόχο την αποφυγή αλληλοεπικάλυψης και την πληρέστερη φροντίδα ατόμων και οικογενειών
- Εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας ανά φύλο και ηλικία, υπό την ασφαλιστική κάλυψη του ΕΟΠΥΥ μέσω του Ενιαίου Κανονισμού Παροχής Υγείας (ΕΚΠΥ), ενσωματωμένων στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Επίσης, εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης της ΕΥ και αλλαγής της συμπεριφοράς, με εστίαση στην έννοια του αντιλαμβανόμενου κινδύνου και στους μείζονες παράγοντες κινδύνου
- Η ανάπτυξη υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, σε όλες τις διαστάσεις της, περιλαμβανομένης της Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ) και της γενικής ανακουφιστικής φροντίδας, με την ενεργοποίηση του ρόλου του νοσηλευτή ΠΦΥ αλλά και άλλων επαγγελματιών υγείας
- Η επέκταση της εφαρμογής του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΑΗΦΥ), ο οποίος θα ακολουθεί τον ασθενή στην αναζήτηση φροντίδας, σ' ένα πλαίσιο διαλειτουργικότητας με διάφορα αποθετήρια δεδομένων, με αξιοποίηση των μητρώων δεδομένων ασθενών

(registries) που θα αποτελέσουν τη βάση τεκμηρίωσης των αποτελεσμάτων των Πολιτικών Υγείας

- Η μετακίνηση των πολιτών στην αναζήτηση φροντίδας στο επίπεδο της ΠΦΥ και ο προσανατολισμός τους στο σύστημα υγείας να γίνεται με ένα σύστημα παραπομπών από τον γενικό/οικογενειακό ιατρό, μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και του ΑΗΦΥ
- Η ανάπτυξη και η αξιοποίηση μιας προηγμένης πλατφόρμας ενός Εθνικού Χάρτη Υγείας για την καταγραφή και την ανάλυση των δεδομένων «ζήτησης» και «προσφοράς» των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας. Θα παρέχεται έτσι η δυνατότητα για τη συνδυασμένη αποτύπωση:
 - Των αναγκών υγείας του πληθυσμού και της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας (π.χ. διαπεριφερειακές ροές, στοιχεία νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς και αυτοαναφορές εκτίμησης της κατάστασης της υγείας και της νόσησης από διάφορες χρόνιες παθήσεις)
 - Της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας και των πόρων του συστήματος σε υπηρεσίες ΠΦΥ και ΔΥ
 - Των δεικτών ποιότητας (με όρους ασφάλειας και αποτελεσματικότητας) των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
 - Των προτιμήσεων των πολιτών σχετικά με την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ⁵¹
- Η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό, στη διεπιστημονική συνεργασία και στην εκπαίδευση με την αξιοποίηση όλων των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που έχουν αναπτυχθεί στη χώρα μας
- Για την αποκατάσταση μιας σύγχρονης και αποτελεσματικής ΔΥ, αναδιοργάνωση των υπηρεσιών της, με μία Διεύθυνση ανά Περιφέρεια, που διατηρεί την οργανική της ένταξη στην Περιφέρεια, αλλά ενισχύει την επιστημονική και λειτουργική της διασύνδεση με το Υπουργείο Υγείας και τις ΔΥΠΕ. Η ανασυγκρότηση της Διεύθυνσης ΔΥ της Περιφέρειας θα πρέπει να στοχεύει:
 - Στην παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού της Περιφέρειας και τη συλλογή και επεξεργασία στοιχείων, με σκοπό τη διενέργεια αναλύσεων, εκθέσεων και προβλέψεων για την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, τον προσδιορισμό των αναγκών ΔΥ και τον καθορισμό στόχων και
 - Στον συντονισμό των δραστηριοτήτων όλων των φορέων ΔΥ που λειτουργούν στην Περιφέρεια.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η πρόκληση της διασύνδεσης ΠΦΥ και ΔΥ με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας

και παρηγορητικής (υποστηρικτικής) φροντίδας,^{52,53} αλλά απαιτείται αρκετή θεωρητική και πρακτική συζήτηση στη χώρα μας για την υλοποίησή της.

Για την αλλαγή της κατάστασης στις υπηρεσίες ΠΦΥ, πάντα σε σχέση με τη διασύνδεσή τους με τις υπηρεσίες ΔΥ, για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας, αλλά και την επίτευξη των αναπτυξιακών στόχων του ΠΟΥ θα χρειαστούν: (α) Δράσεις (προγράμματα) επανεκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ, ιδιαίτερα σε θέματα πρόληψης της νόσου και προαγωγής της υγείας με εστίαση στην αλλαγή της συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής. Στην κατεύθυνση αυτή θα απαιτηθεί επικαιροποίηση των κατευθυντήριων οδηγιών που έχουν εκδοθεί από την ΚΚΟΙ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Τα εκπαιδευτικά επίσης online (e-learning) προγράμματα της εν λόγω Πανεπιστημιακής δομής που αφορούν στη διαχείριση των μείζονων προγραμμάτων υγείας και στην αλλαγή της συμπεριφοράς θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην κατεύθυνση αυτή. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών στην ΠΦΥ αποτελεί μια σημαντική προτεραιότητα για την αποτελεσματική ανάπτυξη των υπηρεσιών ΠΦΥ και ΔΥ, έχει δειχθεί ως υψηλής σημασίας και σε χώρες με ανάλογες εμπειρίες, όπως η Ελλάδα, και αναδεικνύεται ως επείγουσα ανάγκη για την επιτυχία της σημερινής μεταρρύθμισης που επιχειρείται στο σύστημα υγείας. Αρκετά εργαλεία που αναπτύχθηκαν από τα προγράμματα FRESH AIR, TITAN, RESTORE, EUWISE, SPIMEU, EUR-HUMAN, OTC-SOCIOMED της ΚΚΟΙ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης προσφέρουν σήμερα δυνατότητες στους επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ και στη ΔΥ.⁵⁴ Στην εν λόγω δημοσίευση παρουσιάζεται μια πλειάδα εργαλείων που θα μπορούσαν να συμβάλλουν τόσο στην εκπαίδευση των επαγγελματιών ΠΦΥ και ΔΥ όσο και στην έρευνα στην ΠΦΥ και στη ΔΥ. Αυτά κατατάχθηκαν εμπειρικά στις κατηγορίες της εκτίμησης καταστάσεων και προβλημάτων υγείας, εκτίμηση γνώσεων, δεξιοτήτων και πρακτικών, ερωτηματολόγια για την οικογένεια, τις υπηρεσίες υγείας και την ποιότητα ζωής. Ακόμη, τόσο οι βάσεις δεδομένων όσο και τα εκπαιδευτικά προγράμματα και τα εργαλεία που αναπτύχθηκαν από τα προγράμματα της ΚΚΟΙ, τα οποία συνοπτικά παρουσιάζονται στο παρόν κείμενο, αναμένεται να συνεισφέρουν στη συζήτηση για τη διασύνδεση της ΔΥ με την ΠΦΥ. (β) Δράσεις για την ανάπτυξη υποδομών και εργαλείων και χρήση τόσο από τους επαγγελματίες ΔΥ όσο και ΠΦΥ είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διασύνδεση των δύο τομέων. Το πληθυσμιακό αρχείο Καταγραφής Καρκίνου Κρήτης (ΚΚΚ) αποτελεί το μοναδικό εν λειτουργία αρχείο στη χώρα μας και έχει αναπτύξει εργαλεία και μεθοδολογίες τόσο για την επιδημιολογική ανάλυση και παρακολούθηση του φορτίου της νόσου όσο και για εκπαιδευτικούς αναπτυξιακούς σκοπούς. Έχει ένα ολοκληρωμένο

ψηφιακό σύστημα καταγραφής (βασισμένο στο CANREG5), το οποίο λειτουργεί διαδικτυακά εξ αποστάσεως, αλλά και τοπικά χωρίς σύνδεση στο διαδίκτυο (δυνατότητα χρήσης από ιατρούς, επαγγελματίες υγείας και εκπαιδευμένους καταγραφείς). Παράλληλα, έχει αναπτύξει έναν αλγόριθμο υπολογισμού του εξατομικευμένου κινδύνου ασθενούς ή άλλου επισκέπτη σε δομές υγείας (με δυνατότητα χρήσης από ογκολόγους, γενικούς ιατρούς). Υπό ανάπτυξη είναι σήμερα ένα δίκτυο παρακολούθησης (Sentinel) για την καρδιαγγειακή νόσο και το λιπώδες ήπαρ, που επίσης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην κατεύθυνση αυτή.

Για την υλοποίηση των παραπάνω, η υιοθέτηση των κατάλληλων πολιτικών υγείας και η αναγκαία χρηματοδότηση αποτελούν τους σημαντικότερους διαθέσιμους μοχλούς όσον αφορά στην ενθάρρυνση της διασύνδεσης της ΠΦΥ και της ΔΥ. Μέσω αυτών παρέχεται η ευκαιρία για συντονισμό και από κοινού διαχείριση των πόρων, με στόχο τη ζητούμενη απαρτίωση, ενώ προσφέρονται ευκαιρίες για συντονισμό των ροών χρηματοδότησης, εναρμονισμένη υποδομή πληροφοριών και επικοινωνίας και εφαρμογή μιας πληθυσμιακής προοπτικής στην κλινική πρακτική με μοντέλα αποζημίωσης και οικονομικά κίνητρα, πάντα με γνώμονα τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και

μετρήσεις με επίκεντρο τον ασθενή που αντικατοπτρίζουν την προαγωγή της υγείας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πολλές ευχαριστίες στον Πρόεδρο της Κεντρικής Συντονιστικής Ομάδας (ΚΣΟ) κ. Α.Δ. Τσουρό και στα μέλη της ΚΣΟ, καθώς και σε όλα τα πρόσωπα της Γραμματειακής Υποστήριξης του Σχεδίου Δράσης που διευκόλυναν τη λειτουργία και τις εργασίες αυτής της ομάδας εργασίας.

Σημειώσεις: (α) Το παρόν κείμενο βασίστηκε σε εκείνο το οποίο κατατέθηκε την περίοδο ολοκλήρωσης του Σχεδίου Δράσης μετά από προσαρμογές που πραγματοποιήθηκαν με βάση τις οδηγίες του Περιοδικού και επιλεγμένες παρεμβάσεις, οι οποίες έγιναν από τα πρόσωπα που το υπογράφουν. Είναι φυσικό να μην αναφέρεται σε νομοθετικές παρεμβάσεις στην ΠΦΥ και στη ΔΥ, αλλά και σε βιβλιογραφικές πηγές που αναπτύχθηκαν μετά τη σύνταξη του κειμένου. (β) Το παρόν κείμενο δεν έχει δημοσιευτεί, όπως υποβάλλεται, σε κανένα άλλο επιστημονικό περιοδικό. Επιλεγμένες παράγραφοι σχετικές με την αποτύπωση της κατάστασης στην ΠΦΥ έχουν συμπεριληφθεί σε κείμενο για την ΠΦΥ που έχει παρουσιαστεί στο ηλεκτρονικό περιοδικό HEALTH (<https://www.healthng.gr>).

ABSTRACT

Integrating public health and primary health care

C. LIONIS,¹ E. THIREOS,² M. ANASTASAKI,^{3,4} A. LAPPA,⁵ A.D. MARIOLIS,⁶ M. PAPADAKAKI,⁷ E. PETELOS,^{3,8} T. SERGENTANIS,⁹ K. SOULIOTIS,¹⁰ A. SOTIRCHOU,¹¹ D. TOPALI,¹² I. TSILIGIANNI,¹³ A. PHILALITHIS[†],¹⁴ E. FRANGOULIS¹⁵

¹School of Medicine, University of Crete, Heraklion, Crete, ²General Practitioner/Family Physician, Director of National Health System, Head of General Directorate, National Agency for Quality Assurance in Health SA, President of Athens Medical Society, Athens, ³Division of Social Medicine, School of Medicine, University of Crete, Heraklion, Crete, ⁴Laboratory "Society and Health", Medical School and Center for Research and Studies, University of Crete, Rethymno, Crete, ⁵Department of Public Health, Fifth Healthcare Region, ⁶Health Center of Areopolis, Areopolis, and Hellenic Academy of General Family Medicine and Primary Health Care, Athens, ⁷Laboratory of Health and Road Safety, Department of Social Work, School of Health Sciences, Hellenic Mediterranean University, Heraklion, Crete, ⁸Health Services Research, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands, ⁹Department of Public Health Policy, School of Public Health, University of West Attica, Athens, ¹⁰Professor of Health Policy, Dean of the School of Social and Political Sciences, University of Peloponnese, Corinth, ¹¹Directorate of Primary Health Care, Ministry of Health, Athens, ¹²Department of Social Medicine, Health Center of Katerini, Katerini, ¹³Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, Heraklion, Crete, ¹⁴Emeritus Professor of Social Medicine - Health Planning, School of Medicine, University of Crete, Heraklion, Crete, Died in 2024, ¹⁵Hellenic Academy of General Family Medicine and Primary Health Care, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2025, 42(Suppl 1):38–50

Integrating public health (PH) with primary health care (PHC) is increasingly recognized as crucial in global health policy discussions and contemporary scholarly debates. In Greece, the Working Group, formed under the guidance of a 50-member Central Coordinating Committee as part of the country's "Action Plan for Public Health in the 21st

Century” and supported by the Bodossaki Foundation, has dedicated its efforts to explore this integration. This opinion document evaluates the present state of PHC and PH services in Greece, spotlighting the challenges, accomplishments, and barriers impacting health service quality improvement. It culminates in proposing health policy recommendations for collaborative initiatives and joint actions between PH and PHC, offering a valuable contribution to the ongoing health reform discourse in Greece.

Key words: Greece, Integration, Primary health care, Public health

Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Declaration of Astana. WHO, Astana, 2018
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. WHO, Geneva, 2018
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Operational framework for primary health care: Transforming vision into action. WHO, Geneva, 2020
4. KLUGE H, KELLEY E, BIRTANOV Y, THEODORAKIS PN, BARKLEY S, AID-OSOV S ET AL. Implementing the renewed vision for Primary Health Care in the Declaration of Astana: The time is now. *Prim Health Care Res Dev* 2019, 20:e137
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. WHO, Geneva, 1978
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care: Closing the gap between public health and primary care through integration. Technical series on primary health care. WHO, Geneva, 2018
7. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ Μ, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ ΚΑΙ ΣΥΝ. Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. διαΝΕΟσις, Αθήνα, 2020
8. ΛΙΟΝΗΣ Χ. 11 προϋποθέσεις για μια αποτελεσματική ΠΦΥ. Healthview, Αθήνα, 2018. Διαθέσιμο στο: [https://www.healthview.gr/vima-deftero-11-proypothesis-gia-mia-apotelesmatiki-pfy-tou-christou-lioni/](https://www.healthview.gr/vima-deftero-11-proypothesis-gia-mia-apotelesmatiki-pfy/)
9. ΛΙΟΝΗΣ Χ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα κάτω από το φως της Διακήρυξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Astana: Ένα κείμενο θέσεων. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2020, 37:151–154
10. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΓΚΟΛΝΑ Χ, ΜΑΛΛΙΩΡΗ Μ, ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ Ξ, ΘΗΡΑΙΟΣ Ε, ΛΙΟΝΗΣ Χ. Διευρύνοντας την πρόσβαση σε υπηρεσίες θεραπείας της εξάρτησης μέσω της ενσωμάτωσης δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Από την επιταγή στην επιλογή. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31(Συμπλ 1):43–51
11. ANASTASAKI M, TRIGONI M, PANTOUVAKI A, TROULI M, MAVROGIANNI M, CHAVANES N ET AL. Establishing a pulmonary rehabilitation programme in primary care in Greece: A FRESH AIR implementation study. *Chron Respir Dis* 2019, 16:1479973119882939
12. ANASTASAKI M, PAPADAKIS S, LINARDAKIS E, ANYFANTAKIS D, SYMVOULAKIS EK, LIONIS C ET AL. Burden of metabolic syndrome among primary care patients in Crete, Greece: A descriptive study. *Eur J Gen Pract* 2020, 26:166–174
13. LIONIS C, ANASTASAKI M, BERTSIAS A, ANGELAKI A, CARLSSON AC, GUDJONSDOTTIR H ET AL. High variability in implementation of selective-prevention services for cardiometabolic diseases in five European primary care settings. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17:9080
14. SIFAKI-PISTOLLA D, LIONIS C, KOINIS F, GEORGOULIAS V, TZANAKIS N; CANCER REGISTRY OF CRETE (CRC). Lung cancer and annual mean exposure to outdoor air pollution in Crete, Greece. *Eur J Cancer Prev* 2017, 26:S208–S214
15. BERTSIAS A, SYMVOULAKIS E, TZIRAKI C, PANAGIOTAKIS S, MATHIOUDAKIS L, ZAGANAS I ET AL. Cognitive impairment and dementia in primary care: Current knowledge and future directions on findings from a large cross-sectional study in Crete, Greece. *Front Med (Lausanne)* 2020, 7:592924
16. BERTSIAS AK, TSILIGIANNI I, PAPADAKIS S, ZAGANAS S, DUIJKER G, SYMVOULAKIS EK ET AL. Cognitive impairment in a primary healthcare population: A cross-sectional study on the island of Crete, Greece. *BMJ Open* 2020, 10:e035551
17. MARIOLIS A, MIHAS C, ALEVIZOS A, MARIOLIS-SAPSAKOS T, SERGENTANIS TN, KALOGERAKOS N ET AL. Dissatisfaction with cardiovascular health and primary health care services: Southern Mani, isolated area in Europe. A case study. *Hellenic J Cardiol* 2008, 49:139–144
18. SOULIOTIS K, LIONIS C. Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective. *J Med Syst* 2005, 29:187–196
19. TSIACHRISTAS A, LIONIS C, YFANTOPOULOS J. Bridging knowledge to develop an action plan for integrated care for chronic diseases in Greece. *Int J Integr Care* 2015, 15:e040
20. LIONIS C, PETELOS E, PAPADAKIS S, TSILIGIANNI I, ANASTASAKI M, ANGELAKI A ET AL. Towards evidence-informed integration of public health and primary health care: Experiences from Crete. *Public Health Panorama* 2018, 4:699–714
21. SIFAKI-PISTOLLA D, CHATZEA VE, MARKAKI A, KRITIKOS K, PETELOS E, LIONIS C. Operational integration in primary health care: Patient encounters and workflows. *BMC Health Serv Res* 2017, 17:788
22. SCHOTTENFELD L, PETERSEN D, PEIKES D, RICCIARDI R, BURAK H, MCNELLIS R ET AL. Creating patient-centered team-based primary care. Publication no 16-0002-EF. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville, MD, 2016
23. ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ Α, ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ Θ, ΒΕΛΟΝΑΚΗ ΒΣ, ΒΙΒΙΛΑΚΗ Β, ΚΑΠΡΕΛΗ Ε, ΚΡΙΕΜΠΑΡΔΗΣ Α ΚΑΙ ΣΥΝ. Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας [εργαστηριακός

- οδηγός]. Κάλλιπος Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις, Αθήνα, 2015. Διαθέσιμο στο: <https://dx.doi.org/10.57713/kallipos-672>
24. DE WAARD AKM, HOLLANDER M, KOREVAAR JC, NIELEN MMJ, CARLSSON AC, LIONIS C ET AL. Selective prevention of cardiometabolic diseases: Activities and attitudes of general practitioners across Europe. *Eur J Public Health* 2019, 29:88–93
 25. DE WAARD AKM, WÄNDELL PE, HOLZMANN MJ, KOREVAAR JC, HOLLANDER M, GORNITZKI C ET AL. Barriers and facilitators to participation in a health check for cardiometabolic diseases in primary care: A systematic review. *Eur J Prev Cardiol* 2018, 25:1326–1340
 26. BROWN VJ. Risk perception: It's personal. *Environ Health Perspect* 2014, 122:A276–A279
 27. GIRVALAKI C, PAPADAKIS S, VARDAVAS C, PIPE AL, PETRIDOU E, TSILIGIANNI I ET AL. Training general practitioners in evidence-based tobacco treatment: An evaluation of the Tobacco Treatment Training Network in Crete (TITAN-Crete) intervention. *Health Educ Behav* 2018, 45:888–897
 28. GIRVALAKI C, PAPADAKIS S, VARDAVAS C, PETRIDOU E, PIPE A, LIONIS C ET AL. Smoking cessation delivery by general practitioners in Crete, Greece. *Eur J Public Health* 2018, 28:542–547
 29. MILLER WR, ROLLNICK S. *Motivational interviewing: Helping people change*. 3rd ed. The Guilford Press, New York, NY, 2012
 30. McEWEN A, POOLER J, LIONIS C, PAPADAKIS S, TSILIGIANNI I, ANASTASAKI M ET AL. Adapting Very Brief Advice (VBA) on smoking for use in low-resource settings: Experience from the FRESH AIR project. *J Smok Cessat* 2019, 14:190–194
 31. PAPADAKIS S, ANASTASAKI M, PAPADAKAKI M, ANTONOPOULOU M, CHLIVEROS C, DASKALAKI C ET AL. "Very brief advice" (VBA) on smoking in family practice: A qualitative evaluation of the tobacco user's perspective. *BMC Fam Pract* 2020, 21:121
 32. PAPADAKIS S, ANASTASAKI M, GERGIANAKI I, KOEK G, MENDIVE J, ANASTASIOU F ET AL. Development and implementation of a continuing medical education program on non-alcoholic fatty liver disease for primary care practitioners in Europe. *Front Med (Lausanne)* 2023, 10:1034626
 33. LIONIS C, PAPADAKAKI M, SARIDAKI A, DOWRICK C, O'DONNELL CA, MAIR FS ET AL. Engaging migrants and other stakeholders to improve communication in cross-cultural consultation in primary care: A theoretically informed participatory study. *BMJ Open* 2016, 6:e010822
 34. PAPADAKAKI M, LIONIS C, SARIDAKI A, DOWRICK C, DE BRÚN T, O'REILLY-DE BRÚN M ET AL. Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity: Perspectives of service providers. *Eur J Gen Pract* 2017, 23:128–134
 35. LIONIS C, PETELOS E, MECHILI EA, SIFAKI-PISTOLLA D, CHATZEA VE, ANGELAKI A ET AL. Assessing refugee healthcare needs in Europe and implementing educational interventions in primary care: A focus on methods. *BMC Int Health Hum Rights* 2018, 18:11
 36. MECHILI EA, ANGELAKI A, PETELOS E, SIFAKI-PISTOLLA D, CHATZEA VE, DOWRICK C ET AL. Compassionate care provision: An immense need during the refugee crisis: Lessons learned from a European capacity-building project. *J Compassionate Health Care* 2018, 5:2
 37. VIVILAKI VG, DAFERMOS V, KOGEVINAS M, BITSIOS P, LIONIS C. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Translation and validation for a Greek sample. *BMC Public Health* 2009, 9:329
 38. VIVILAKI VG, DAFERMOS V, DAGLAS M, ANTONIOU E, TSOPELAS ND, THEODORAKIS PN ET AL. Identifying intimate partner violence (IPV) during the postpartum period in a Greek sample. *Arch Womens Ment Health* 2010, 13:467–476
 39. LIONIS C, MIDLÖV P. Prevention in the elderly: A necessary priority for general practitioners. *Eur J Gen Pract* 2017, 23:202–207
 40. MICHOU M, PANAGIOTAKOS DB, LIONIS C, COSTARELLI V. Socioeconomic inequalities in relation to health and nutrition literacy in Greece. *Int J Food Sci Nutr* 2019, 70:1007–1013
 41. PRIESEMANN V, BALLING R, BAUER S, BEUTELS P, VALDEZ AC, CUSCHIERI S ET AL. Towards a European strategy to address COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021, 398:838–839
 42. WANAT M, HOSTE M, GOBAT N, ANASTASAKI M, BÖHMER F, CHLABICZ S ET AL. Supporting primary care professionals to stay in work during the COVID-19 pandemic: Views on personal risk and access to testing during the first wave of pandemic in Europe. *Front Med (Lausanne)* 2021, 8:726319
 43. WANAT M, HOSTE M, GOBAT N, ANASTASAKI M, BÖHMER F, CHLABICZ S ET AL. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: Experiences of healthcare professionals in eight European countries. *Br J Gen Pract* 2021, 71:e634–e642
 44. VAN DER VELDEN AW, BAX EA, BONGARD E, MUNCK AABENHUS R, ANASTASAKI M, ANTHIERENS S ET AL. Primary care for patients with respiratory tract infection before and early on in the COVID-19 pandemic: An observational study in 16 European countries. *BMJ Open* 2021, 11:e049257
 45. EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH. The organisation of resilient health and social care following the COVID-19 pandemic. European Union, Luxembourg, 2020. Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/026_health_socialcare_covid19_en.pdf
 46. TSANTOU V, SHEA S, MARTINEZ L, AGIUS D, BASAK D, FARESJÖ T ET AL. Eliciting general practitioners' salient beliefs towards prescribing: A qualitative study based on the Theory of Planned Behaviour in Greece. *J Clin Pharm Ther* 2013, 38:109–114
 47. TSANTOU V, MOSCHANDREAS J, BERTSIAS A, PAPADAKAKI M, SARIDAKI A, AGIUS D ET AL. General practitioners' intention to prescribe and prescribing patterns in selected European settings: The OTCSOCIOMED project. *Health Policy* 2015, 119:1265–1274
 48. LIONIS C, PETELOS E, SHEA S, BAGIARTAKI G, TSILIGIANNI IG, KAMEKIS A ET AL. Irrational prescribing of over the-counter (OTC) medicines in general practice: Testing the feasibility of an educational intervention among physicians in five European countries. *BMC Fam Pract* 2014, 15:34
 49. KAMEKIS A, BERTSIAS A, MOSCHANDREAS J, PETELOS E, PAPADAKAKI M, TSANTOU V ET AL. Patients' intention to consume prescribed and non-prescribed medicines: A study based on the theory of planned behaviour in selected European countries. *J Clin Pharm Ther* 2018, 43:26–35
 50. SOULIOTIS K, HASARDZHIEV S, AGAPIDAKI E. A conceptual framework of mapping access to health care across EU countries: The patient access initiative. *Public Health Genomics* 2016, 19:153–159
 51. SOULIOTIS K, TSIMTSIOU Z, GOLNA C, NIKOLAIDI S, LIONIS C. Citizen preferences for primary health care reform in Greece.

- Hippokratia* 2019, 23:111–117
52. LINDNER S, KUBITSCHKE L, LIONIS C, ANASTASAKI M, KIRCHMAYER U, GIACOMINI S ET AL. Can integrated care help in meeting the challenges posed on our health care systems by COVID-19? Some preliminary lessons learned from the European VIGOUR project. *Int J Integr Care* 2020, 20:4
53. TZIRAKI C, GRIMES C, VENTURA F, O'CAOIMH R, SANTANA S, ZAVAGLI V ET AL. Rethinking palliative care in a public health context: Addressing the needs of person with non-communicable chronic diseases – CORRIGENDUM. *Prim Health Care Res Dev* 2020, 21:e60
54. ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΑΓΓΕΛΑΚΗ Α, ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΗ Μ, ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Φ, ΑΝΤΩ-

ΝΟΠΟΥΛΟΥ, ΑΝΥΦΑΝΤΗΣ Δ ΚΑΙ ΣΥΝ. Μετεγγράφοντας τη γνώση και την εμπειρία από ερευνητικά και αναπτυξιακά προγράμματα σε εργαλεία και πράξη για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Ιατρική* 2019, 108:61–74

Corresponding author:

C. Lionis, Professor Emeritus of General Medicine and Primary Health Care, University of Crete, Voutes, 710 03 Heraklion, Crete, Greece
e-mail: lionis@uoc.gr