



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική στην Κύπρο:
Ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης και σχεδιασμός μίας πιλοτικής
παρέμβασης σε αγροτικές και αστικές περιοχές στην ευρύτερη
περιοχή της Λευκωσίας**

Θεοδώρα Ζαχαριάδου

Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής
Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής
Τμήμα Ιατρικής

Ηράκλειο, Μάρτιος 2008

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική στην Κύπρο:
Ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης και σχεδιασμός μίας
πιλοτικής παρέμβασης σε αγροτικές και αστικές περιοχές στην
ευρύτερη περιοχή της Λευκωσίας**

Θεοδώρα Ζαχαριάδου

Γενική Ιατρός

Επιβλέπων:

- 1. Χρήστος Λιονής**, Αναπληρωτής Καθηγητής,
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
- 2. Αναστάσιος Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής
Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
- 3. Αντώνιος Καφάτος**, Καθηγητής,
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ηράκλειο, Μάρτιος 2008

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Χρήστος Λιονής, Αναπληρωτής Καθηγητής (επιβλέπων)
2. Αναστάσιος Φιλαλήθης, Αναπληρωτής Καθηγητής (συνεπιβλέπων)
3. Αντώνιος Καφάτος, Καθηγητής (συνεπιβλέπων)
4. Παναγιώτης Βάρδας, Καθηγητής
5. Δημήτριος Τσιφτσής, Καθηγητής
6. Νικόλαος Σιαφάκας, Καθηγητής
7. Εμμανουήλ Κογεβίνας, Καθηγητής

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT (ΑΓΓΛΙΚΑ, ΓΑΛΛΙΚΑ, ΙΤΑΛΙΚΑ, ΙΣΠΑΝΙΚΑ, ΓΕΡΜΑΝΙΚΑ, ΡΩΣΣΙΚΑ)

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- 1.1. Ιστορική αναδρομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ευρώπη
- 1.2. Ορισμός και χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- 1.3. Ορισμοί και χαρακτηριστικά της Γενικής Ιατρικής
- 1.4. Περιγραφή του ρόλου της γενικής ιατρικής σε διάφορα συστήματα υγείας στην Ευρώπη
- 1.5. Εφαρμογή μεθόδων για αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας στη Γενική Ιατρική
 - 1.5.1. Εφαρμογή πολυεπίπεδων παρεμβάσεων (multifaceted interventions) στη Γενική Ιατρική και την Π. Φ. Υ.
 - 1.5.2. Ο ρόλος της νέας τεχνολογίας της πληροφορικής και του Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενών στην Π. Φ. Υ.
 - 1.5.3. Εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Π. Φ. Υ
- 1.6. Περιγραφή της παρούσας κατάστασης στην Π. Φ. Υ. και στη Γενική Ιατρική στην Κύπρο
 - 1.6.1. Οργάνωση των υπηρεσιών παροχής Π. Φ. Υ. στην Κύπρο
 - 1.6.2. Προβλήματα στην οργάνωση και παροχή υπηρεσιών Π. Φ. Υ. και στη Γενική Ιατρική στην Κύπρο

1.7. Αναγκαιότητα της μελέτης

1.8. Σκοπός και στόχοι της μελέτης

2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ/ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3. ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

Εργασία 1

Εργασία 2

Εργασία 3

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1. Κύρια ευρήματα της μελέτης

4.2. Συζήτηση των κύριων ευρημάτων της μελέτης υπό το φως άλλων μελετών

4.3. Μεθοδολογικοί περιορισμοί της μελέτης

4.3.1. Σφάλματα επιλογής ατόμων (selection bias)

4.3.2. Σφάλματα στη συλλογή της πληροφορίας (information bias)

4.4.. Σχεδιασμός μίας πιλοτικής παρέμβασης στην Π. Φ. Υ. της Κύπρου

4.5. Συνέπειες της μελέτης στη γενική ιατρική, στη δημόσια υγεία και στην πολιτική υγείας της Κύπρου

4.6. Συμπεράσματα

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

6. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Στο δάσκαλο μου κ. Χρήστο Λιονή
για το υπέροχο ταξίδι στη γνώση...

Στο σύζυγο μου Ανδρέα...

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η διατριβή αυτή διεξάχθηκε στο πλαίσιο της σύμβασης συνεργασίας που υπογράφηκε από τον πρώην Υπουργό Υγείας κ. Φρίξο Σαββίδη και τους καθηγητές κ. Χρίστο Λιονή, Αναστάσιο Φιλαλήθη και τον Πρόεδρο της Ιατρικής Σχολής κ. Νικόλαο Γκουρτσογιάννη. Αποτελεί την πρώτη μελέτη που πραγματοποιείται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στη Γενική Ιατρική στην Κύπρο.

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα της διδακτορικής διατριβής Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Χρήστο Λιονή ο οποίος με εμπιστεύτηκε και γενναιόδωρα μου μεταλαμπάδευσε τη γνώση. Ο κ. Λιονής είχε κυρίαρχη συμμετοχή τόσο στη διαμόρφωση της ερευνητικής ιδέας όσο και στο σχεδιασμό, στη μεθοδολογία, στην ερμηνεία και στη συζήτηση των αποτελεσμάτων της μελέτης. Παράλληλα, συμμετείχε ενεργά στο σχεδιασμό και στη συγγραφή όλων των άρθρων που αποτέλεσαν υλικό δημοσίευσης καθώς και στην επιλογή των κατάλληλων ιατρικών περιοδικών. Επίσης ο κ. Λιονής συνέβαλε στη συγγραφή όλων των εργασιών που παρουσιάστηκαν σε πανευρωπαϊκά συνέδρια ή δημοσιεύτηκαν σε πρακτικά συνεδρίων χωρίς ποτέ να φείδεται χρόνου ή κόπου. Ο κ. Λιονής μέσα από τις εργασίες που ανακοινώθηκαν σε διεθνή συνέδρια και μέσα από τις δημοσιεύσεις που έγιναν σε σχέση με τη μελέτη, κατάφερε να αναδείξει και να προβάλλει τη γενική ιατρική της Κύπρου σε διεθνές επίπεδο. Τον ευχαριστώ για την

αδιάκοπη καθοδήγηση του και τη στήριξη που μου παρείχε σε ιδιαίτερα δύσκολες στιγμές αφού πάντοτε παρά το εξαντλητικό του πρόγραμμα του έβρισκε το χρόνο να με ακούσει και να μου δώσει λύσεις σε κάθε πρόβλημα. Ο κ. Λιονής με το ήθος, την αξιοπρέπεια και την ευγένεια ψυχής που τον χαρακτηρίζουν αποτελεί φωτεινό παράδειγμα για όλους τους νεότερους ιατρούς. Η προσφορά του είναι πραγματικά ανεκτίμητη του και του είμαι παντοτινά ευγνώμων.

Ευχαριστώ επίσης το συνεπιβλέποντα της διατριβής Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη ο οποίος συνέβαλε σημαντικά στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση της διατριβής. Τον ευχαριστώ για τις πολύτιμες συμβουλές του σε κρίσιμα στάδια της μελέτης και για τη συμβολή του στη συγγραφή των εργασιών της μελέτης. Ευχαριστώ ακόμα τον συνεπιβλέποντα της διατριβής κ. Αντώνιο Καφάτο για τη συνεργασία που είχαμε στα πλαίσια της διατριβής.

Ευχαριστώ τον πρώην Υπουργό Υγείας κ. Φρίξο Σαββίδη ο οποίος στα πλαίσια της υπογραφείσας συμφωνίας κατέστησε δυνατή τη διεξαγωγή της διατριβής. Ευχαριστώ ακόμα τον πρώην Διευθυντή Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας κ. Κωνσταντίνο Μαλλή ο οποίος παρείχε κάθε δυνατή υποστήριξη σε επίπεδο Υπουργείου Υγείας για την πραγματοποίηση της μελέτης. Θερμές ευχαριστίες οφείλω στη νυν Διευθύντρια Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας κ. Ανδρούλα Αγρότου η οποία υποστήριξε τη διεξαγωγή

της μελέτης στο μέγιστο δυνατό βαθμό τόσο από πλευράς διάθεσης τεχνικού εξοπλισμού όσο και από πλευράς ανθρώπινου δυναμικού και πάντοτε επίλυε αποτελεσματικά οποιαδήποτε προβλήματα παρουσιάζονταν στα διάφορα στάδια της μελέτης. Ευχαριστώ ακόμα την Πρώτη Ιατρική Λειτουργό κα. Σταυρούλα Δημητρίου και την Ανώτερη Ιατρική Λειτουργό κα. Ηρώ Ρωσσίδου οι οποίες μου παρείχαν όλες τις δυνατές διευκολύνσεις για την εργασία μου στα τέσσερα Κ. Υ. Ευχαριστώ ακόμα τη Διευθύντρια μου, Ανώτερη Ιατρική Λειτουργό, κα. Θεοδώρα Πέτα για την υποστήριξη και κατανόηση που έδειξε όλο το διάστημα της μελέτης αφού αρκετό από το χρόνο εργασίας μου τον δαπανούσα στα 4 Κέντρα Υγείας. Ευχαριστώ τους στατιστικολόγους της μελέτης κα. Λουκία Μακρή και κ. Κώστα Χριστοφή οι οποίοι είχαν την ευθύνη της ανάλυσης και επεξεργασίας των αποτελεσμάτων. Επίσης τους ευχαριστώ για τη συμβολή τους στην ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων στις δημοσιευμένες εργασίες και στις ανακοινώσεις σε συνέδρια.

Ευχαριστώ θερμά το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των τεσσάρων Κέντρων Υγείας (Κ. Υ.) για την υπομονή και το χρόνο που δαπάνησαν για να καταστεί δυνατή η διεξαγωγή αυτής της διατριβής παρά το φόρτο εργασίας που είχαν. Ειδικότερα, ευχαριστώ τις ιατρούς από το Κ. Υ. Αγλαντζιάς κυρίες Έλλη Αγγελίδου, Παναγιώτα Μαρούχου και Αρίστη Παπαχριστοφόρου και τους ιατρούς από το Κ. Υ. Καϊμακλίου κ. Κυριάκο Παπακυριακού, και τις κυρίες Ρεβέκκα

Πιτυρή και Σούλα Χρυσοστόμου. Ευχαριστώ επίσης το ιατρικό προσωπικό του Κ. Υ. Λατσιών, κυρίες Έρση Κύρκα και Στάλω Ηρακλέους και τις δύο ιατρούς από το Κ. Υ. Ιδαλίου, κυρίες Δήμητρα Φλωρίδου και Κυπρούλα Μουσικού. Ευχαριστώ ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό του Κ. Υ. Αγλαντζιάς, κυρίες Καλλισθένη Πέτρου, Στέλλα Κωνσταντινίδου και Μαρία Ζούμου που επέδειξαν αξιοθαύμαστο ζήλο για μάθηση και πάντοτε με προθυμία διεκπεραίωναν οτιδήποτε αναλάμβαναν σε σχέση με τη μελέτη. Επίσης εκφράζω τις ευχαριστίες μου στο διοικητικό προσωπικό του Κ. Υ. Αγλαντζιάς, στις κυρίες Στάλω Προκοπίου και Γιαννούλα Χαραλαμπίδου και στον κ. Δήμο Πανταζή. Η επίπονη διαδικασία της ανεύρεσης και φύλαξης των ιατρικών φακέλων εκατοντάδων ασθενών καθημερινά για τους σκοπούς διατριβής γινόταν πάντοτε με προθυμία και χωρίς να φείδονται κόπου ή χρόνου.

Ευχαριστώ ακόμα τους νοσηλευτές στο Κ. Υ. Καϊμακλίου κ. Ευγένιο Χριστοδούλου, κα. Ζωή Αντωνίου και κ. Χρυσόστομο Χρυσοστόμου, τις νοσηλεύτριες του Κ. Υ. Λατσιών, κυρίες Χαρούλα Θεοδοσίου και Νίκη Νεοφύτου και τις νοσηλεύτριες του Κ. Υ. Ιδαλίου κυρίες Έλλη Νικολάου και Μαρία Γιάγκου. Τέλος ευχαριστώ το διοικητικό προσωπικό του Κ. Υ. Καϊμακλίου κα. Ανδρούλα Ανδρέου, κ. Φώτη Φωτίου και κ. Ανδρέα Αριστοδήμου και τη γραφέα του Κ. Υ. Λατσιών κα. Εύη Χατζηχριστοδούλου.

Υπάρχουν αρκετά ακόμα άτομα τα οποία συνέβαλαν στην πραγματοποίηση αυτής της διατριβής στους οποίους οφείλω

ειλικρινείς ευχαριστίες. Ειδικότερα, ευχαριστώ θερμά τον πρώην Διευθυντή της βιβλιοθήκης του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας κ. Ανδρέα Σάββα για την εξασφάλιση άρθρων τόσο για τη διατριβή όσο και για τις εργασίες που έγιναν. Η βοήθεια του ήταν πολύ σημαντική ιδιαίτερα στα αρχικά δύσκολα στάδια της διατριβής. Ευχαριστώ επίσης τον νυν υπεύθυνο της βιβλιοθήκης του Γ. Ν. Λευκωσίας κ. Γεώργιο Χατζηγεωργίου, και τις κυρίες Φαίδρα Γεωργίου και Ρούλα Κυριακίδου που πάντοτε ακούραστα, έγκαιρα και με μεγάλη προθυμία μου εξασφάλιζαν όλα τα άρθρα που τους ζητούσα.

Θερμές ευχαριστίες εκφράζω στη Διευθύντρια του Τμήματος Υπηρεσιών Πληροφορικής (Τ. Υ. Π.) κα. Ξένια Ελευθερίου και ειδικότερα στον κ. Πέτρο Κωνσταντίνου για την τεράστια συμβολή του στη διεξαγωγή της διατριβής και για την άψογη συνεργασία που είχαμε και έχουμε ακόμα. Ευχαριστώ ακόμα τον υπεύθυνο του κρατικού τυπογραφείου κ. Παναγιώτη Μανή και τους συνεργάτες του που πάντοτε με προθυμία και αποτελεσματικότητα ανταποκρίνονταν στις ανάγκες της μελέτης.

Θερμές ευχαριστίες οφείλω στην αγαπητή μου κυρία Μαρία Λιονή, η οποία με τις πολύτιμες συμβουλές της και το μεγαλείο της ψυχής της αποτέλεσε πηγή δύναμης για μένα σε αρκετές δύσκολες περιόδους της διατριβής. Ευχαριστώ ακόμα τους δύο αγαπητούς μου φίλους και συναδέλφους κύριους Ελευθέριο Θηραίο και Δημήτρη Κουναλάκη οι οποίοι όλο αυτό το διάστημα ήταν δίπλα μου και με στήριξαν σε αρκετές δύσκολες στιγμές. Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον κ. Κουναλάκη για τις

ατελείωτες ώρες που αφιέρωσε στα Κ. Υ. χωρίς ποτέ να αρνηθεί να εξυπηρετήσει οποιονδήποτε ζητούσε τη βοήθεια του, για το χρόνο και την ενέργεια που δαπάνησε στην εκπαίδευση όλων μας και που ακόμα συνεχίζει ακούραστα να μας επιλύει διάφορα προβλήματα. Ευχαριστώ πολύ τον κ. Θηραίο ο οποίος πάντοτε μου αφιέρωνε χρόνο για συζήτηση και επίλυση οποιουδήποτε προβλήματος, για την άψογη συνεργασία που είχαμε όλα αυτά τα χρόνια και για την πολύτιμη φιλία του.

Τέλος, οφείλω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που με στήριξε όλο αυτό το διάστημα. Δεν υπάρχουν λόγια για να ευχαριστήσω αρκετά το σύζυγο μου πνευμονολόγο Ανδρέα Γεωργίου, ο οποίος με ανεξάντλητη υπομονή και κατανόηση στάθηκε δίπλα μου όλα τα χρόνια που διήρκεσε η διατριβή. Η επιμονή, η ψυχραιμία και η αισιοδοξία με τις οποίες αντιμετωπίζει την κάθε δυσκολία αποτελούν για μένα αστείρευτη πηγή δύναμης. Χωρίς τη δική του συμβολή, η οποία ήταν καταλυτική σε πολλές φάσεις της διατριβής, δεν θα ήταν δυνατή η διεξαγωγή και ολοκλήρωση της. Του χρωστώ αιώνια ευγνωμοσύνη. Ευχαριστώ ακόμα τους γονείς του συζύγου μου και τους γονείς μου για την απεριόριστη συμπαράσταση και υποστήριξη τους με κάθε τρόπο. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον πατέρα μου Γεώργιο Ζαχαριάδη, η συμβολή του οποίου ήταν ουσιαστική σε θέματα μεθοδολογίας, οργάνωσης και πραγματοποίησης της διατριβής. Τον ευχαριστώ για το χρόνο και κόπο που ακούραστα μου αφιέρωσε κυρίως στα αρχικά δύσκολα στάδια της μελέτης καθώς και για τις πολύτιμες συμβουλές του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ιδιαίτερη συζήτηση γίνεται στη βιβλιογραφία για το ρόλο και την αποτελεσματικότητα της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής στα διάφορα συστήματα υγείας. Στην Κύπρο θα εφαρμοστεί σύντομα ένα νέο σύστημα υγείας. Εν όψη της επικείμενης μεταρρύθμισης υπογράφηκε σύμβαση συνεργασίας ανάμεσα στο Υπουργείο Υγείας Κύπρου και στην Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, μέρος της οποίας, αποτέλεσε η παρούσα διδακτορική διατριβή.

Σκοπός: Ο σκοπός της διδακτορικής διατριβής είναι η περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π. Φ. Υ.) και στη Γενική Ιατρική στην Κύπρο και ο σχεδιασμός μίας πιλοτικής παρέμβασης σε δύο Κέντρα Υγείας (Κ. Υ.) στην επαρχία Λευκωσίας.

Οι στόχοι ήταν οι εξής:

- 1) Να προσδιοριστούν τα συχνότερα χρόνια νοσήματα και παράγοντες κινδύνου που διαχειρίζονται οι γενικοί ιατροί (Γ. Ι.) στην Π. Φ. Υ. στην Κύπρο.
- 2) Να εξεταστεί το επίπεδο ρύθμισης των ασθενών με επιλεγμένα χρόνια νοσήματα και παράγοντες κινδύνου σύμφωνα με Διεθνείς Κατευθυντήριες Οδηγίες.
- 3) Να εξεταστεί σε ποιο βαθμό η χρήση Ευρωπαϊκών εργαλείων (SCORE risk model) μπορεί να αναδείξει άτομα υψηλού κινδύνου στο επίπεδο της Π. Φ. Υ. στην Κύπρο.

4) Να περιγραφούν εκείνα τα συστατικά που θα πρέπει να περιλαμβάνει μία πιλοτική παρέμβαση που θα εφαρμοστεί στην Π. Φ. Υ. για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Πληθυσμός και μέθοδοι: Η διδακτορική διατριβή πραγματοποιήθηκε σε τέσσερα Κ. Υ. στην επαρχία Λευκωσίας (δύο αστικά και δύο αγροτικά) τα οποία επιλέχθηκαν με συγκεκριμένα κριτήρια. Αρχικά διεξάχθηκε μία πιλοτική μελέτη σε 2,754 ασθενείς για τον προσδιορισμό των πιο συχνών χρόνιων νοσημάτων που διαχειρίζονται οι Γ. Ι. στην Π. Φ. Υ. Η μελέτη αφορούσε τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου από τους Γ. Ι. για κάθε ασθενή που επισκεπτόταν τα 4 Κ. Υ. για οποιοδήποτε λόγο για χρονικό διάστημα έντεκα συνεχόμενων εργάσιμων ημερών. Από την ανάλυση των διαγνώσεων που καταγράφηκαν προέκυψαν τα τρία συχνότερα χρόνια νοσήματα. Ακολούθησε τυχαία επιλογή 1,140 ιατρικών φακέλων ασθενών με ένα ή περισσότερα από τα τρία συχνότερα νοσήματα από το σύνολο 4,633 που πληρούσαν προκαθορισμένα κριτήρια και έλεγχος της ρύθμισης των επιλεγμένων ασθενών σύμφωνα με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες κατά τη διάρκεια ενός έτους. Για τη συλλογή πληροφορίας που απουσίαζε από τους ιατρικούς φακέλους (καπνιστική συνήθεια) πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική έρευνα από το νοσηλευτικό προσωπικό των Κ. Υ. Για τον υπολογισμό του 10ετούς κινδύνου για μοιραίο καρδιαγγειακό σύμβαμα χρησιμοποιήθηκε το διάγραμμα SCORE. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις πιο πάνω μελέτες οδήγησαν στην ανάδειξη των συστατικών εκείνων που

θα πρέπει να περιλαμβάνει μία πιλοτική παρέμβαση που θα απευθύνεται στην Π. Φ. Υ.

Αποτελέσματα: Οι τρεις συχνότερες διαγνώσεις ήταν η αρτηριακή υπέρταση (40.6%), ο τύπου 2 σακχαρώδης διαβήτης (14.8%) και η υπερλιπιδαιμία (10.5%). Από την ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων ασθενών με ένα ή περισσότερα από τα πιο πάνω νοσήματα, 26.8% είχαν τύπου 2 σακχαρώδη διαβήτη (T2 Σ. Δ.), 79.5% είχαν ιστορικό υπέρτασης και 38.8% είχαν ιστορικό υπερλιπιδαιμίας.

Τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA_{1c}) $< 7\%$, επιτεύχθηκαν σε 38.7% των διαβητικών ασθενών ενώ οι στόχοι ολικής χοληστερόλης (TC) < 200 mg/dl και LDL χοληστερόλης < 100 mg/dl επιτεύχθηκαν σε ποσοστά 36.1% και 20.7% αντίστοιχα. Ποσοστό 28.6% των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο πέτυχαν το στόχο για LDL-C < 100 mg/dl. Ρύθμιση της Αρτηριακής Πίεσης (Α. Π. $< 130/80$ mmHg και $< 140/90$ mmHg) επιτεύχθηκε σε ποσοστό 7.5% για τους ασθενείς με T2 Σ. Δ. και 54% για τους μη διαβητικούς ασθενείς αντίστοιχα. Η χρήση του εργαλείου SCORE κατέδειξε υψηλό κίνδυνο σε ποσοστό 39.9% του συνολικού πληθυσμού (10-ετής κίνδυνος $\geq 5\%$ για μοιραίο καρδιαγγειακό σύμβαμα).

Οι ασθενείς με T2 Σ. Δ. είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη μέση τιμή TC και LDL-χοληστερόλης σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς ασθενείς (TC 214 vs 225 mg/dl, $p= 0.009$, LDL-C 127 vs 137 mg/dl, $p= 0.026$) ενώ η μέση τιμή της συστολικής Α. Π. και των τριγλυκεριδίων (TG) ήταν στατιστικά σημαντικά

υψηλότερες (ΣΑΠ 137 vs 134 mmHg, $p= 0.006$, TG 205 vs 173 mg/dl, $p= 0.003$).

Συζήτηση- συμπεράσματα: Η διδακτορική διατριβή ανέδειξε το φάσμα νοσηρότητας και συν-νοσηρότητας στην Π. Φ. Υ. στην Κύπρο καθώς και τη διαχείριση των ασθενών με χρόνια νοσήματα από τους Γ. Ι. Επίσης, η μελέτη κατέδειξε ότι η ρύθμιση ασθενών με παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα δεν επιτυγχάνεται στο βαθμό που καθορίζουν διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Η απουσία καταγραφής πληροφορίας σε σχέση με το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό των ασθενών καθώς και η ελλιπής καταχώρηση αποτελεσμάτων αναλύσεων αποτέλεσαν αξιοσημείωτα ευρήματα της μελέτης. Πριν την εισαγωγή του νέου συστήματος υγείας προτείνεται η εφαρμογή μίας πιλοτικής παρέμβασης σε αστικό και αγροτικό πληθυσμό, διάρκειας 18 μηνών που θα περιλαμβάνει τη χρήση κατευθυντήριων οδηγιών για τη διαχείριση ασθενών με επιλεγμένα χρόνια νοσήματα και την εφαρμογή Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενών.

Primary Health Care and General Practice in Cyprus: Describing the current situation and designing a pilot intervention in urban and rural areas in the district of Nicosia.

Abstract

Background: The role and effectiveness of General Practise/
Family Medicine has been under a lot of discussion in the
literature. In Cyprus, a new National Health System will soon
be introduced. In the context of this reform a collaboration
agreement was signed between the Ministry of Health of Cyprus
and the Clinic of Social and Family Medicine of the University
of Crete. This dissertation was part of the aforementioned
collaboration.

Aim: The aim of this thesis is to describe the current situation
in the primary healthcare of Cyprus and to design a pilot
intervention in rural and urban areas in the district of Nicosia.

The objectives were the following:

- 1) To determine the most common chronic conditions that
General Practitioners (GPs) manage in the primary health care
of Cyprus.
- 2) To examine whether the management of patients with
selected chronic conditions follows international guidelines.
- 3) To examine whether the use of European standardised tools
(SCORE risk model) can be implemented in the primary
healthcare of Cyprus in order to identify high risk patients.

4) To describe the contents of a pilot intervention that can be implemented in the primary healthcare setting of Cyprus in order to improve the quality of the delivered health services.

Subjects and methods: The thesis was performed in four Primary Care Health Centres (PCHCs), [two urban and two rural] in Nicosia area using specific selection criteria. At first, a pilot study was performed in 2,754 patients in order to determine the most common chronic conditions that GPs manage in the primary healthcare. The ten GPs filled in a questionnaire for every patient who visited the four PCHCs for eleven consecutive working days which included the demographic characteristics of the patients, the reason for encounter, diagnosis, and treatment. From a total of 4,633 of patients with one or more of from the three most common conditions identified in the pilot study, we randomly selected 1,140 medical files using specific selection criteria. We examined the management of those patients during one year according to international guidelines using the most recent values of Blood Pressure (BP) and lipids recorded in the medical files. In order to collect unregistered information in the medical records (smoking habits) a telephone survey was performed by the ten trained nurses in the four PCHCs. The SCORE risk function for high-risk regions was used to calculate 10-year risk of cardiovascular fatal event. The results of the above studies were used for the design of a pilot intervention in the primary healthcare setting of Cyprus.

Results: The three most common chronic conditions identified from the pilot study were: Hypertension (40.6%), Type 2 Diabetes Mellitus [DM2] (14.8%) and Hyperlipidemia (10.5%). Chart review of the selected patients identified 26.8% of the patients with DM2, 79.5% with hypertension and 38.8% with hyperlipidemia. The goal of glycated Hemoglobin (HbA_{1c}) < 7% was achieved in 38.7% of patients with DM2, whereas total cholesterol (TC) target < 200 mg/dl and LDL-C goal < 100 mg/dl were achieved in 36.1% and 20.7% of diabetic patients respectively. The target of LDL-C < 100 mg/dl was achieved in 28.6% of patients with cardiovascular disease. BP goal of < 130/80 mmHg and < 140/90 mmHg was reached in 7.5% and 54.0% of patients with DM2 and without diabetes respectively. The use of SCORE risk chart labelled overall 39.9% of the study population as high risk individuals (10 year risk \geq 5%) for fatal cardiovascular event.

Diabetic patients had statistically significant lower mean values of TC και LDL-C as compared to non diabetic patients (TC 214 vs 225 mg/dl, $p= 0.009$, LDL-C 127 vs 137 mg/dl, $p= 0.026$) whereas mean systolic blood pressure (SBP) and mean triglyceride (TG) values were significantly higher (SBP 137 vs 134 mmHg, $p= 0.006$, TG 205 vs 173 mg/dl, $p= 0.003$).

Conclusion: This thesis described morbidity and co morbidity patterns in the primary health care setting of Cyprus as well as the management of patients with chronic conditions by GPs. It also revealed failures in recording of clinical information in the medical files with regard to personal and family history as well

as documentation of blood tests results. Our study demonstrated suboptimal control and under-treatment of cardiovascular risk factors in the primary healthcare in Cyprus. Prior to the introduction of a new national health system we propose the implementation of a pilot intervention in an urban and rural population of 18 months duration including guideline use for the management of patients with selected chronic diseases and introduction of an electronic patient record system.

Soin Primaire de Santé et Médecine Générale à Chypre : Décrire de la situation actuelle et désigner une intervention pilote dans les structures de santé urbains et ruraux de la région de Nicosie.

Résumé

Introduction: Il y a beaucoup de discussion dans la littérature sur le rôle et l'efficacité de la médecine générale dans les différents systèmes de santé. Un nouveau système de santé sera mis en place prochainement à Chypre. Au milieu de cette réforme, un accord a été passé entre la Ministère de Santé Chypriote et le Département de Médecine Sociale et Familiale de l'Université de Crète. Cette thèse fait partie de ce projet.

But et objectifs: Le but de cette étude est de décrire l'état actuel de la Soins Primaire de Santé (SPS) et de Médecine Générale à Chypre et de désigner une intervention pilote à deux centres de santé (CS) de la région de Nicosie.

Les objectifs étaient les suivants :

- 1) Déterminer les maladies chroniques les plus fréquentes et les facteurs de risque cardiovasculaires auxquelles les médecins de première ligne confrontent dans leur pratique quotidienne.
- 2) Etudier le niveau du contrôle des patients qui souffrent aux maladies chroniques selon les directives internationales

- 3) Examiner si l'utilisation des instruments européens (SCORE model de risque) peut vérifier ces patients de haut risque au niveau de la SPS.
- 4) Décrire les éléments inclusives d'une intervention pilote qui sera appliquer au niveau de la SPS pour améliorer la qualité des services médicales.

Population et méthodes : Cette thèse a été réalisée dans quatre centres de santé (deux urbains et deux ruraux) selon des critères particuliers. Au début, une étude pilote a été réalisée sur 2,754 patients pour déterminer les maladies chroniques les plus fréquents dirigées par les médecins généralistes de première ligne. Les dix médecins généralistes remplissaient un questionnaire pour chaque patient qui se rendait dans les quatre CS quelle qu'en soit la raison quotidienne pendant onze jours consécutives de travail. Les analyses des diagnoses enregistrées aux questionnaires avaient identifié les trois plus communes maladies chroniques. Ensuite, parmi les 4,633 patients souffraient d'au moins une de ces maladies, on a choisi par hasard 1,140 patients. On a examiné le contrôle des ces patients pendant un an en utilisant les derniers chiffres de tension artérielle, de l'hémoglobine glycée (HbA_{1c}) et des lipides qui étaient enregistrés aux dossiers médicaux. Une enquête téléphonique a été réalisée dans les quatre CS par les infirmières pour collectionner de l'information qui n'était pas notée aux dossiers médicaux (p. e. tabagisme). Pour calculer le risque sur 10 ans pour un antécédent fatale cardiovasculaire on a utilisé le model du risque SCORE pour les régions de haut risque.

Résultats : Les trois maladies chroniques les plus souvent rencontrés étaient : l'hypertension artérielle (40.6%), le diabète de type 2 (14.8%) et la dyslipidémie (10.5%). La révision des dossiers médicaux des patients ayant une ou plusieurs de ces maladies a démontré que 26.8% sont étaient diabétiques de type 2, 79.5% avaient de l'hypertension et 38.8% avaient de la dyslipidémie.

Parmi la population diabétique 38.7% avaient un chiffre de $HbA_{1c} < 7\%$. L'évaluation de contrôle lipidique a montré que les objectifs de cholestérol totale (CT) < 200 mg/dl et de cholestérol LDL (LDL-C) < 100 mg/dl ont été atteints respectivement chez 36.1% et 20.7% des patients diabétiques. L'objectif de cholestérol LDL < 100 mg/dl a été atteint chez 28.6% des patients ayant les maladies cardiovasculaires. L'hypertension artérielle était bien contrôlée (T. A. $< 130/80$ mmHg et $< 140/90$ mmHg) chez 7.5% des patients diabétiques et 54% des patients non diabétiques. L'utilisation du diagramme de risque SCORE a démontré un risque élevé chez 39.9% de tout l'échantillon (risque sur 10 ans $\geq 5\%$ pour un antécédent cardiovasculaire fatal). Les valeurs moyennes de CT et de cholestérol LDL étaient significativement inférieures chez les patients diabétiques de type 2 que chez les patients non diabétiques (CT 214 vs 225 mg/dl, $p= 0.009$, LDL-C 127 vs 137 mg/dl, $p= 0.026$). En ce qui concerne la tension artérielle systolique (TAS), et les triglycérides (TG), leurs valeurs moyennes étaient significativement supérieures chez les patients

diabétiques que chez les patients non diabétiques (TAS 137 vs 134 mmHg, $p= 0.006$, TG 205 vs 173 mg/dl, $p= 0.003$).

Conclusions : Cette thèse a démontré la morbidité et comorbidité rencontrée chez les SPS de Chypre. Les résultats de cette étude montrent que la qualité de contrôle des patients avec des facteurs de risque cardiovasculaires est insuffisante selon les directives internationales. À noter aussi l'absence de la registration aux dossiers médicaux d'informations sur l'histoire familiale et personnelle, aussi que des résultats des analyses hématologiques. Avant l'introduction du nouveau système de santé on propose l'application d'une intervention pilote adressée aux populations urbaines et rurales. L'étude durait 18 mois et consisterait de l'utilisation des directives internationales par les médecins générales pour la management des patients qui souffrent avec des maladies chroniques ainsi de l'utilisation du dossier médical électronique.

Cura Sanitaria di Primo Livello e Medicina Generale a Cipro: Analisi della presente situazione e disegno di un pilotato intervento in zone agricole e urbane nella piu larga periferia di Nicosia.

Riassunto

Introduzione: Una grande discussione viene fatta nella bibliografia per il ruolo e la efficacia della medicina generale/ medicina nella famiglia, nei diversi sistemi sanitari. A Cipro e in corso l'introduzione di un nuovo sistema sanitario. In vista del' imminente riforma, e stato firmato un accordo di collaborazione tra il Ministero di Salute a Cipro e la Clinica di Medicina Sociale e di Famiglia del'Universita di Creta, parte della quale appartiene questa tesi di dottorato di ricerca.

Scopo: Lo scopo di questa tesi di dottorato e la descrizione della corrente situazione e della Cura Sanitaria di Primo Livello (CSPL) e della Medicina Generale a Cipro e il disegno di un pilotato intervento, in due Centri Sanitari (CS) nell'area di Nicosia.

Gli obiettivi erano i seguenti:

1. Determinare le piu comuni malattie croniche che amministrano i medici di medicina generale (MMG) nella CSPL a Cipro.
2. Esaminare il livello di controllo dei pazienti con malattie croniche in accordo con le direttive internazionali.

3. Esaminare in quale grado, l'uso dei Europei strumenti (SCORE modello di rischio) potrà emettere le persone di alto rischio sul livello della CSPL a Cipro.
4. Descrivere quali contenenti dovrà comprendere un pilotato intervento che si applicherá nella CSPL, per migliorare la qualita dei servizi sanitari.

Sogetti e metodi: La tesi di dottorato si é realizzata in quattro CS del'area di Nicosia (due urbane e due agricole) le quali sono selezionati con criteri presici. A l'innizio é stato esequito un pilotato studio in 2,754 pazienti per determinare le piu comuni malattie croniche che i MMG amministrano nella CSPL. Lo studio si trattava di compilare un questionario dagli MMG per ogni paziente che visitava i quattro CS per qualsiasi ragione per un tempo di undici consecutive giornate lavorative. Dal'analisi della diagnosi che sono descritte, sono state ritenute le tre piu comuni condizioni croniche.

SUCCESSIVAMENTE una scelta per caso di 1,140 buste mediche dei pazienti con uno o piu dei tre comuni condizioni, da un totale di 4,633 che esequivano i criteri definitivi e il controllo e regolazione dei pazienti selezionati, in accordo con le direttive internazionali nella durata di un anno. Per la collezione di informazioni mancanti (abitudine al fumo) e stata fatta un indagine telefonica dal personale sanitario della CS. Per calcolare il rischio decennio di sviluppare un evento cardiovascolare fatale e stato usato il diagramma SCORE. I risultati che avvennero dai piu sopra studi, sono usati per il disegno del'intervento pilotato che si dirige al CSPL.

Risultati: Le tre più comuni diagnosi erano: l'ipertensione arteriosa (40.6%), il diabete mellito tipo 2 (14.8%) e l'ipercolesterolemia (10.5%).

Dalla retrospettiva dalle buste mediche dei pazienti con uno o più delle malattie soprastanti, 26.8% avevano uno storico medico di diabete tipo 2, 79.5% avevano dell'ipertensione e 38.8% avevano dell'ipercolesterolemia. I valori dell'emoglobina glicosata (HbA_{1c}) < 7%, è stato riuscito in 38.7% dei pazienti diabetici, invece lo scopo è stato realizzato per colesterolemia totale (CT) < 200 mg/dl e colesterolemia LDL (LDL-C) < 100 mg/dl in 36.1% e 20.7%. 28.6% dei pazienti con malattie cardiovascolari hanno riuscito lo scopo per LDL-C < 100 mg/dl. Il controllo della pressione arteriosa (P. A. < 130/80 mm Hg e 140/90 mmHg) è stato riuscito in un valore di 7.5% per i pazienti con diabete e 54% per i pazienti non diabetici rispettivamente.

L'uso del strumento SCORE ha indicato un alto rischio della popolazione totale di un valore di 39.9% (rischio in 10-anni \geq 5% per l'evento cardiovascolare fatale).

I pazienti con diabete avevano significativamente minore valore medio TC e LDL-C rispetto pazienti non diabetici (TC 214 vs 225 mg/dl, $p= 0.009$, LDL-C 127 vs 137 mg/dl, $p= 0.0026$) invece il valore medio della pressione arteriosa sistolica (PAS) e dei trigliceridemia (TG) era significativamente elevato (PAS 137 vs 134 mmHg, $p= 0.006$. TG 205 vs 173 mg/dl, $p= 0.003$).

Discussione-Conclusioni: La tesi di dottorato di ricerca ha descritto morbidità e co-morbidità nel CSPL a Cipro come pure

l'amministrazione dei pazienti con malattie croniche dei MMG. Lo studio ha anche descritto che il controllo dei pazienti con fattori di rischio per malattie cardiovascolari non viene raggiunto nel valore che si accorda con le direttive internazionali. È stato ben notato in questo studio la mancanza di informazioni rispetto allo storico personale medico e familiare dei pazienti e la mancata registrazione dei risultati degli analisi ematologiche. Prima dell'introduzione del nuovo sistema nazionale di salute, si propone l'applicazione di un pilotato intervento nella popolazione urbana e agricola, di un duramento di 18 mesi e che includi l'uso di direttive per il maneggiamento dei pazienti con malattie croniche selettive e l'introduzione di un sistema di registrazione elettronica dei pazienti.

Atención Primaria de salud y Medicina General en Chipre: Descripción de la situación actual y diseño de una intervención piloto en zonas urbanas y rurales.

Introducción: Se ha discutido mucho sobre la función y la efectividad de la Medicina General / Familiar en los diferentes sistemas sanitarios. En Chipre se va a poner en práctica en breve un nuevo sistema sanitario. A la vista de la inminente reforma el Ministerio de Salud de Chipre y la Clínica de Medicina General y Familiar de la Universidad de Creta han firmado un acuerdo de cooperación, una parte del cual lo constituye la presente tesis doctoral.

Objetivo: El objetivo de la tesis doctoral es describir la situación actual en la Atención Primaria de salud y en la

Medicina General en Chipre, y planear una intervención piloto en dos Centros de Salud de la provincia de Nicosia.

Los objetivos fueron los siguientes:

- 1) Determinar las enfermedades crónicas más comunes y los factores de riesgo a los que se enfrentan los Médicos Generales en la atención primaria de salud en Chipre.
- 2) Examinar si la atención a pacientes con determinadas enfermedades crónicas y con factores de riesgo sigue las Directrices Internacionales.
- 3) Determinar en qué grado el uso de instrumentos europeos (modelo de riesgo SCORE) puede identificar a personas con un riesgo elevado a nivel de la atención primaria de salud en Chipre.
- 4) Describir los contenidos que deberá incluir la intervención piloto que se aplique a la atención primaria de salud para mejorar la calidad de los servicios prestados.

Sujetos y métodos: La tesis doctoral fue realizada en cuatro Centros de Salud de la provincia de Nicosia (dos urbanos y dos rurales), elegidos según determinados criterios. En primer lugar se realizó un estudio piloto entre 2,754 pacientes para determinar las enfermedades crónicas más comunes a las que se enfrentan los médicos de familia en la atención primaria de salud. El estudio consistía en que los médicos de familia rellenaran un cuestionario sobre cada paciente que visitaba los cuatro Centros de Salud por cualquier motivo y durante un periodo de tiempo de once días laborables seguidos. Del análisis de los datos que se registraron se obtuvieron las tres

enfermedades crónicas más comunes. A continuación se eligieron al azar 1,140 expedientes médicos de pacientes con una o más de las tres enfermedades más comunes, de un total de 4,633 que cumplían con los criterios predeterminados y durante un año se examinó la atención a dichos pacientes de acuerdo con las directrices internacionales utilizando los más recientes valores de presión sanguínea y de lípidos registrados en los archivos médicos. Para la recopilación de la información no incluida en los expedientes médicos (hábito de fumar) el personal sanitario de los Centros de Salud llevó a cabo una investigación telefónica. El diagrama SCORE fue utilizado para calcular el riesgo en 10 años de un fatal suceso cardiovascular. Los resultados obtenidos en los mencionados estudios llevaron a la elección de los componentes que debería incluir una intervención piloto dirigida a la atención primaria de salud en Chipre.

Resultados: Los tres diagnósticos más frecuentes fueron la hipertensión arterial (40.6%), la diabetes mellitas del tipo 2 (14.8%) y la hiperlipidemia (10,5%). Al revisar los expedientes médicos de los pacientes con una o más de una de las enfermedades anteriores, el 26.8% tenía diabetes mellitas del tipo 2, el 79,5% tenía un historial de hipertensión y el 38.8% tenía historial de hiperlipidemia.

El objetivo de una glucohemoglobina A_{1c} (HbA_{1c}) inferior al 7% se logró en un 38,7% de los pacientes diabéticos mientras que el objetivo de un colesterol total inferior a los 200 mg/dl y de un colesterol LDL inferior a los 100 mg/dl se alcanzó en un

porcentaje del 36.1 % y del 20.7% respectivamente. Un porcentaje del 28.6% de los pacientes con una enfermedad cardiovascular alcanzó el objetivo del colesterol LDL inferior a los 100 mg/dl. La regulación de la Presión Arterial (P. A. < 130/80 mmHg y < 140/90 mmHg) se logró en un porcentaje del 7,5% entre los enfermos con diabetes y en un 54% entre los enfermos no diabéticos, respectivamente. El uso de la herramienta SCORE mostró que un porcentaje del 39.9% de la población presentaban un riesgo elevado de un suceso cardiovascular fatal (riesgo de 10 años \geq 5%). Los enfermos de diabetes tenían un índice estadístico medio de colesterol total y de colesterol LDL considerablemente inferior en comparación con los enfermos no diabéticos (Colesterol total 214 frente a 225 mg/dl, $p= 0.009$, Colesterol LDL 127 frente a 137 mg/dl, $p= 0.026$) mientras que el índice estadístico medio de presión arterial sistólica (PAS) y de triglicéridos era considerablemente superior (PAS 137 frente a 134 mmHg, $p= 0.006$, Triglicéridos 205 frente a 173 mg/dl, $p= 0.003$).

Conclusiones: La tesis doctoral ha demostrado el espectro de morbilidad y de co-morbilidad en la atención primaria de salud de Chipre, así como la atención a los enfermos con enfermedades crónicas por parte de los médicos generales. El estudio también mostró que la atención a los enfermos con factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares no se adecua al nivel que las directrices internacionales determinan. La ausencia de información en relación con el historial personal y familiar de los pacientes así como la falta de registro de los

resultados de los análisis constituyeron descubrimientos destacables del estudio. Antes de la introducción del nuevo sistema de salud se ofrece la puesta en práctica de una intervención piloto en una población urbana y rural, de una duración de 18 meses que incluirá el uso de directrices para la atención a pacientes con determinadas enfermedades crónicas y la puesta en práctica de un sistema de registro electrónico de los pacientes.

Medizinische Grundversorgung und Allgemeinmedizin auf Zypern: Eine Analyse der jetzigen Situation und Planung einer Pilotintervention in urbane und rurale Gebiete im Grossraum Nikosia.

Zusammenfassung

Einleitung: Die Rolle und Bedeutung der Allgemeinmedizin im Gesundheitssystem ist heutzutage ein wichtiges Diskussionsthema der Literatur. Auf Zypern wird bald ein neues Gesundheitssystem eingeführt. Angesichts dieser baldigen Reform wurde eine Kooperation zwischen dem zypriotischen Gesundheitsministerium und der Sozialmedizinischen Klinik der Universität Kreta unterschrieben. Diese Dissertation stellt einen Teil dieser Kooperation dar.

Ziel: Ziel der Dissertation ist die Beschreibung der jetzigen Situation der medizinischen Grundversorgung bzw. der Allgemeinmedizin auf Zypern sowie die Planung einer Pilotintervention in zwei Gesundheitszentren im Grossraum Nikosia.

Die Ziele sind:

1. Erkennung und Definierung der häufigsten chronischen Erkrankungen sowie ihrer Risikofaktoren, die von Allgemeinmedizinern auf Zypern behandelt werden.
2. Untersuchung ob die Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen dem internationalen Standard entspricht.

3. Zu untersuchen ob die Verwendung von europaischen standardisierten systemen (SCORE risk model) im Rahmen der medizinischen Grundversorgung auf Zypern, anwendbar ist.
4. Um die Komponenten derjenige Pilotintervention zu beschreiben, die auf Zypern implementiert werden kann um die Qualitaet der medizinischen Grundversorgung zu verbessern.

Demographische Daten und Methoden: Die Dissertation wurde bei vier, nach definierten Kriterien ausgesuchten, Gesundheitszentren im Grossraum Nikosia (zwei urbane , zwei rurale) durchgefuehrt. Anfangs wurde eine Pilotstudie bei 2,754 patienten durchgefuehrt. Ziel war die Erkennung der haeufigsten chronischen Erkrankungen die von Allgemeinmedizinern behandelt werden. Ein Fragebogen wurde von zehn beteiligten Allgemeinmedizinern fuer jeden Patienten der das Zentrum innerhalb elf Tage besucht hat, ausgefuellt. Der Fragebogen inkludierte demographische Daten des Patienten sowie Grund des Besuchs, Diagnose und Therapie. Aus dieser Pilotstudie wurden die drei haeufigsten chronischen Erkrankungen identifiziert.

Danach wurden von 4,633 Patienten mit einer oder mehr der haeufigsten chronischen Erkrankungen 1,140 Patienten nach dem Zufallsprinzip selektioniert. Die Behandlung dieser Patienten wurde in einem Zeitraum von einem Jahr laut internationalen Richtlinien untersucht. Dabei wurden die rezenten Blutdruck und Lipidwerte verwendet. Die

Rauchgewohnheiten der Patienten, die nicht in den Patientendaten festgelegt war, wurde telefonisch evaluiert. Um das Risiko einer fatalen Herz-Kreislauf Episode in 10 Jahren zu ermitteln, wurde das SCORE Diagramm verwendet. Aus den Ergebnissen der oben genannten Untersuchungen wurden jene Komponenten definiert, die in einer Pilotintervention inkludiert werden müssen.

Ergebnisse: Die drei häufigsten Erkrankungen waren Hypertonie (40.6%), Typ II Diabetes Mellitus (14.8%) und Hyperlipidaemie (10.5%). Von der retrospektiven Analyse der Krankengeschichte Patienten mit einer oder mehr der oben genannten Erkrankungen 26.8% hatten Typ II Diabetes Mellitus (Typ II DM), 79.5% Hypertonie und 38.8% Hyperlipidaemie.

Ein $HbA_{1c} < 7\%$ wurde bei 38.7% der diabetischen Patienten erzielt, ein Gesamtcholesterin (TC) $< 200\text{mg/dl}$ und LDL $< 100\text{mg/dl}$ wurde in 36.1 % bzw. 20.7%, erreicht. Bei 28.6% der Patienten mit Herz-Kreislauf Erkrankungen wurde ein LDL $< 100\text{mg/dl}$ erreicht. Die Blutdruckeinstellung (BD $< 130/80$ und $< 140/90\text{ mmHg}$) wurde bei 7.5% der Patienten mit Typ II DM und bei 54% der nicht diabetischen Patienten erreicht. Das SCORE System hat ein hohes Risiko für 39.9% der Gesamtbevölkerung (10-Jahres Risiko $\geq 5\%$ für fatale Herz-Kreislauf Episode) ergeben.

Patienten mit Typ II DM hatten einen signifikant niedrigeren TC und LDL Mittelwert als nicht diabetische Patienten (TC 214 vs 225 mg/dl, $p= 0.009$, LDL 127 vs 137 mg/dl, $p= 0.026$). Der systolische Blutdruck und Triglycerid (TG) Mittelwert waren

signifikant hoeher (SBD 137 vs 134 mmHg, $p= 0.006$, TG 205 vs 173 mg/dl, $p= 0.003$).

Diskussion- Konklusion: Die Dissertation zeigte das Spektrum der Morbiditaet und Co-Morbiditaet im Rahmen der medizinischen grundversorgung auf Zypern sowie die Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen von Allgemeinmedizinern. Die Studie zeigte, dass die Einstellung der Patienten mit Risikofaktoren fuer Herz-Kreislauf Erkrankungen nicht dem Standard entspricht, der von den internationaln Richtlinien gegeben wird. Das Fehlen der Dokumentation von anamnestischen Daten sowie von Blutuntersuchungen ist eine bemerkenswerte Erkenntnis dieser Studie. Vor der Einfuehrung des neuen Gesundheitssystems wird eine 18-monatige Pilotintervention in urbane und rurale Bevoelkoerung vorgeschlagen. Diese soll die Einfuehrung von Richtlinien bei der Patientenbehandlung sowie die elektronische Form der Krankengeschichte inkludieren.

Первоначальная забота о здоровье и общая врачебная практика на Кипре: анализ сегодняшней ситуации и планирование опытного внедрения сельских и городских районов общей области Никосии.

Краткое изложение

Введение: В библиографии особенно обсуждается роль и эффективность общей/семейной медицины в различных системах здравоохранения. В ближайшем будущем на Кипре будет введена новая система здравоохранения. В связи с предстоящей реформой было подписано соглашение о сотрудничестве между Министерством Здравоохранения Кипра и Клиникой Социальной и Семейной Медицины Университета Крита, частью которого является данная докторская диссертация.

Цель: Целью данной докторской диссертации является описание существующей ситуации в службе первой помощи и общем медицинском обслуживании на Кипре, и разработка экспериментальной программы в двух центрах медицинского обслуживания в Никосии.

Ставились следующие цели:

- 1) Определить наиболее частые хронические заболевания, а также факторы, вызывающие заболевания, с которыми сталкиваются врачи терапевты в службе первой помощи на Кипре.

- 2) Изучить уровень выздоровления пациентов с отдельными хроническими заболеваниями, а также факторы, вызывающие заболевания, в соответствии с указаниями Международной Директивы.
- 3) Изучить до какой степени использование европейских инструментов (модель оценки риска SCORE) может помочь выявить пациентов, находящихся в группе повышенного риска, на уровне службы первой помощи на Кипре.
- 4) Описать необходимые составляющие, которые должны быть включены в разработку экспериментальной программы, которая будет применяться в службе первой помощи для улучшения предоставляемых услуг.

Статистика и методы: В данной докторской диссертации исследовались четыре центра медицинского обслуживания в округе Никосии (два городских и два сельских), которые были отобраны в соответствии с определенными критериями. В начале было проведено изучение 2,754 пациентов, которые были отобраны по критерию наиболее частых хронических заболеваний, с которыми сталкиваются врачи терапевты в службе первой помощи. Исследование заключалось в заполнении анкеты врачами терапевтами по каждому пациенту, которые обращались в 4 центра медицинского обслуживания по любому поводу за период 11 рабочих дней подряд. Из анализа зарегистрированных диагнозов были определены три наиболее часто встречающиеся хронические заболевания. Затем была проведена случайная выборка 1,140 медицинских карточек

пациентов с одним или более из трех наиболее частых заболеваний из общего числа 4,633, которые отвечали установленным критериям, а также проводился контроль за выздоровлением выбранных пациентов в соответствии с указаниями Международной Директивы в течение одного года. Для сбора информации, которая отсутствовала в медицинских карточках (курение), медицинским персоналом центров медицинского обслуживания был проведен опрос по телефону. Для определения 10-летнего риска смертельного исхода от сердечно-сосудистых заболеваний использовалась диаграмма SCORE. Результаты, полученные от указанных выше исследований, привели к определению элементов, которые должны быть включены в экспериментальную программу, которая будет внедрена в службе первой помощи.

Результаты: Три наиболее частыми диагнозами оказались высокое давление (40.6%), диабет II типа (14.8%) и высокий уровень холестерина (10.5%). Из обзора медицинских карточек пациентов с одним или более из вышеперечисленных заболеваний 26.8% были больны сахарным диабетом II типа, 79.5% имели высокое давление, и 38.8% имели высокий уровень холестерина.

Показатели $HbA_{1c} < 7\%$ были получены у 38.7% пациентов больных диабетом, в то время как показатели общего холестерина (TC) $< 200 \text{ mg/dl}$ и LDL холестерина $< 100 \text{ mg/dl}$ были получены у 36.1% и 20.7% соответственно. 28.6% пациентов с сердечно-сосудистым заболеванием

достигли показателя LDL-C < 100mg/dl. Контроль за Артериальным Давлением (А.Д. < 130/80 mmHg и < 140/90 mmHg) осуществлялся у 7.5% пациентов с сахарным диабетом II типа и 54% пациентов не болеющих диабетом, соответственно. Использование метода SCORE выявило высокий уровень риска у 39.9% всех пациентов (10-летний риск \geq 5% смертельных исходов при сердечно-сосудистой болезни).

Пациенты с сахарным диабетом II типа имели статистически значительно меньший средний показатель общего холестерина и LDL холестерина, по сравнению с пациентами не болеющих диабетом (ТС 214 и 225 mg/dl, $p=0.009$, LDL-C 127 и 137 mg/dl, $p=0.026$), в то время как средний показатель систолического артериального давления и триглицериды (TG) были статистически выше (систолическое артериальное давление 137 и 134 mmHg, $p=0.006$, TG 205 и 173 mg/dl, $p=0.003$).

Обсуждение-заключение: Данная докторская диссертация выявила спектр заболеваний и сопутствующих заболеваний в службе первой помощи на Кипре, а также лечение пациентов врачами терапевтами. Также данное исследование показало, что лечение пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний не достигло уровня, установленного указаниями Международной Директивы. Отсутствие информации относительно личной и наследственной истории пациентов, а также отсутствие записей о результатах анализов составляют важную часть

результатов данного исследования. До принятия новой системы здравоохранения, предлагается введение экспериментальной программы среди городского и сельского населения, продолжительностью 18 месяцев, которая будет включать использование указаний директивы относительно лечения пациентов с выбранными хроническими заболеваниями и применения Электронных Файлов Пациентов.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ιστορική αναδρομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ευρώπη

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970 η παρεχόμενη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π. Φ. Υ.) διέφερε ανάμεσα στις χώρες της Δυτικής από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. Στη μεν Δυτική Ευρώπη η παροχή της Π. Φ. Υ. γινόταν κυρίως σε ιδιωτικά ιατρεία με ένα Γενικό Ιατρό (Γ. Ι.) (solo practices). Στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, η παρεχόμενη φροντίδα ολοκληρωνόταν στην πρώτη επαφή, η οποία παρεχόταν κυρίως από ειδικούς ιατρούς σε ιατρεία τύπου πολυκλινικών. Σε αυτή τη μεταβατική εικόνα, η Π. Φ. Υ. βρισκόταν στην περιφέρεια ενός συστήματος υγείας του οποίου το κέντρο αποτελούσαν η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας¹.

Η πρώτη ευρεία συστηματική αλλαγή πραγματοποιήθηκε στη Φινλανδία με το ψήφισμα για την Π. Φ. Υ. το 1972. Σύμφωνα με αυτό, οι δημοτικές αρχές είχαν την υποχρέωση να παρέχουν στους κατοίκους τους υπηρεσίες Π. Φ. Υ που να περιλαμβάνουν πρόληψη και θεραπεία. Οι υπηρεσίες αυτές θα παρέχονταν σε κέντρα Π. Φ. Υ. τα οποία θα αποτελούνταν από ιατρούς Π. Φ. Υ., νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και εκπαιδευτές υγείας οι οποίοι θα συνιστούσαν μία ολοκληρωμένη ομάδα². Η Σουηδία³ ήταν η επόμενη χώρα που ακολούθησε παρόμοια στρατηγική βασισμένη στην ανάπτυξη κέντρων Π. Φ. Υ. Η πρωτοβουλία των χωρών αυτών ακολουθήθηκε σύντομα από την καθολική προσέγγιση της διακήρυξης της Alma Ata⁴ το

1978, η οποία έδωσε έμφαση στον κεντρικό ρόλο της Π. Φ. Υ. για τη λειτουργία αποτελεσματικών, αποδοτικών και ίσων υπηρεσιών υγείας ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η δεκαετία του 1980 ξεκίνησε με αρκετές πρωτοβουλίες για την παροχή υπηρεσιών Π. Φ. Υ μέσα από Κέντρα Υγείας (Κ. Υ.). Στα μέσα της δεκαετίας του 1980 η Σουηδία και η Φινλανδία αναδιάρθρωσαν το σύστημα Π. Φ. Υ. και ακολούθησαν χώρες όπως η Ελλάδα, η Ολλανδία, η Ισπανία και η Μ. Βρετανία με την ανάπτυξη Κ. Υ. Στο τέλος της δεκαετίας του 1980 και πριν τον εκδημοκρατισμό τους, στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, επικρατούσαν δύο τύποι παροχής Π. Φ. Υ. Ο ένας τύπος ήταν τα κέντρα Π. Φ. Υ. τα οποία αντιστοιχούσαν στα ιατρεία πολυειδικοτήτων (group practices) των χωρών της δυτικής Ευρώπης. Αυτά τα Κ. Υ. αποτελούνταν κυρίως από μια ομάδα επαγγελματιών Π. Φ. Υ. (Γ. Ι. και άλλους ειδικούς ιατρούς Π. Φ. Υ. όπως παιδίατρους, γυναικολόγους, παθολόγους, οφθαλμιάτρους, δερματολόγους). Ο δεύτερος τύπος αφορούσε τις χώρες της πρώην Γιουγκοσλαβίας όπου οι Γ. Ι. αναγνωρίζονταν ως οι βασικοί ιατροί Π. Φ. Υ. Οι περισσότεροι από αυτούς εργάζονταν μαζί με άλλους ειδικούς σε Κ. Υ. στα οποία λειτουργούσαν ως «ρυθμιστές-διακινητές». Οι γενικοί ιατροί είχαν την προσωπική τους λίστα ασθενών με τη διατήρηση ιατρικού αρχείου ασθενών και αναλάμβαναν διάφορα διοικητικά καθήκοντα¹.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 τα συστήματα φροντίδας υγείας στην Ευρώπη διακρίνονταν σε ένα από τρία υπάρχοντα μοντέλα: α) το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης υγείας

(Bismarck), β) το μοντέλο παροχής φροντίδας μέσω φορολογίας (Beveridge) και γ) το Σοβιετικό μοντέλο (Semashko). Στην πραγματικότητα κανένα Ευρωπαϊκό σύστημα υγείας δεν εντασσόταν απόλυτα σε κάποιο από τα μοντέλα αυτά, με την κάθε χώρα να τα προσαρμόζει στις δικές της ιδιαιτερότητες⁵. Οι συνταγματικές τροποποιήσεις που έγιναν στις χώρες που ακολουθούσαν τα μοντέλα Bismarck και Beveridge έγιναν με σκοπό να προάγουν τις δυνατότητες επιλογής, να ενθαρρύνουν τον ανταγωνισμό, να αυξήσουν τους πόρους για τη φροντίδα υγείας, να απαντήσουν στις επιθυμίες των καταναλωτών, να επεκτείνουν την κάλυψη του πληθυσμού ή ακόμα να περιορίσουν τα ψηλά κόστη της αγοράς εργασίας^{6, 7}. Προς το τέλος της δεκαετίας του 1990 στα πλαίσια των μεγάλων αλλαγών που έγιναν στη φροντίδα υγείας γενικότερα αλλά και στην Π. Φ. Υ. ειδικότερα, οι χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης καθώς και κάποιες από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης εγκατέλειψαν το μοντέλο του Semashko και οι περισσότερες από αυτές εφάρμοσαν μοντέλα βασισμένα σε κοινωνική ασφάλιση και στην αποκεντρωτικού τύπου διακυβέρνηση. Έτσι οι πολυκλινικές που ανήκαν στο κράτος αντικαταστάθηκαν από ιδιωτικά ιατρεία Γ. Ι. ενώ στα πλαίσια των αλλαγών που έγιναν αναπτύχθηκαν νέοι μέθοδοι χρηματοδότησης, ανεξάρτητα ιατρεία με καινούργιο εξοπλισμό, προγράμματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης⁸. Οι κινήσεις αυτές οδήγησαν σε διάλυση της υφιστάμενης δομής της Π. Φ. Υ. και έδωσαν στο Γ. Ι. κεντρικό ρόλο στην Π. Φ. Υ. με νέα επαγγελματική και ιατρική προοπτική. Στην πρώην

Ανατολική Γερμανία εφαρμόστηκε το μοντέλο της Δυτικής Γερμανίας με ανεξάρτητα ιατρεία με ένα Γ. Ι. ή με ομάδες Γ. Ι. Χώρες όπως η Εσθονία και η Λετονία εγκαθίδρυσαν εκπαιδευτικά προγράμματα Π. Φ. Υ. στις ιατρικές σχολές παρέχοντας εκπαίδευση διάρκειας έξι μηνών σε ειδικούς πριν εργαστούν στα ιατρεία τους ως Γ. Ι.

Από την αρχική πρωτοβουλία της Φινλανδίας για την καθιέρωση της Π. Φ. Υ. πριν από 30 χρόνια μέχρι σήμερα διανύθηκε μία περίοδος που χαρακτηρίστηκε από μία αξιοσημείωτη ανάπτυξη στην οργανωτική δομή, στη χρηματοδότηση και στη θεσμοθέτηση της Π. Φ. Υ. στην Ευρώπη. Ο τομέας της Π. Φ. Υ. ενώ ξεκίνησε στην περιφέρεια των Ευρωπαϊκών συστημάτων φροντίδας υγείας τώρα διεκδικεί κεντρική θέση στα συστήματα αυτά. Αυτή η στροφή οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι η γενική ιατρική σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες έχει ξεφύγει από τη σκιά του νοσοκομειακού επιπέδου φροντίδας και μέσα από μια μακρά και πολύπλοκη διαδικασία έχει καταφέρει να αποκτήσει ένα ισότιμο ρόλο εταίρου στους τομείς της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας¹.

1.2.Ορισμός και χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma Ata το 1978 που εκδόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) «η Π. Φ. Υ. είναι η βασική φροντίδα υγείας που στηρίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία και η οποία παρέχει καθολική πρόσβαση σε άτομα

και στις οικογένειες τους με κόστος το οποίο τόσο η κοινότητα όσο και η κάθε χώρα μπορεί να διαθέσει. Αποτελεί δε το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας και μαζί με το εθνικό σύστημα υγείας του οποίου αποτελεί τον κεντρικό άξονα, μεταφέρουν τη φροντίδα υγείας κοντά στο χώρο όπου τα άτομα ζουν και εργάζονται αποτελώντας το πρώτο στοιχείο στη διαδικασία παροχής συνεχούς φροντίδας υγείας⁴», (WHO, 1978).

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma Ata, η Π. Φ. Υ. έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

α) Προβάλλει και αντανakλά τις οικονομικές συνθήκες και τα κοινωνικοπολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και βασίζεται στην εφαρμογή των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από έρευνα στις κοινωνικές, βιοϊατρικές και υπηρεσίες υγείας και από την εμπειρία στη δημόσια υγεία.

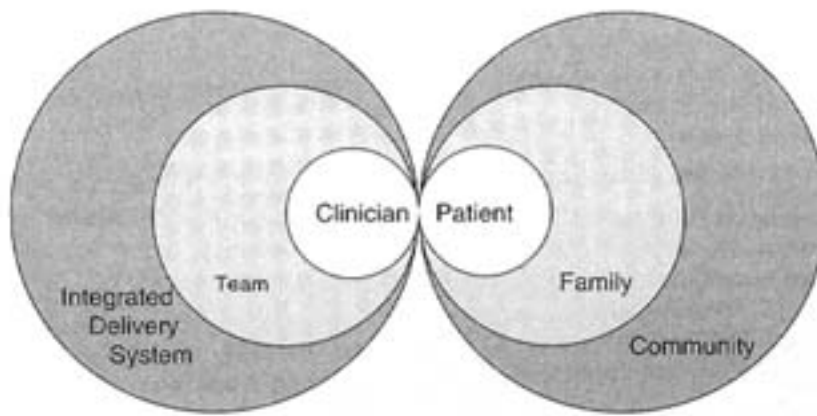
β) Απαντά στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

γ) Περιλαμβάνει τουλάχιστον τα εξής: εκπαίδευση στην πρόληψη και αντιμετώπιση των πιο κύριων προβλημάτων υγείας, εξασφάλιση της παροχής τροφής και προαγωγή της κατάλληλης διατροφής, παροχή επαρκούς ασφαλούς πόσιμου νερού και των βασικών συνθηκών υγιεινής, φροντίδας για την υγεία της μητέρας και του παιδιού συμπεριλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού, εμβολιασμό για τις κυριότερες μεταδοτικές ασθένειες, πρόληψη και έλεγχο των ασθενειών που ενδημούν σε τοπικό επίπεδο, κατάλληλη

θεραπεία των κοινών νοσημάτων και τραυματισμών και παροχή των απαραίτητων φαρμάκων.

δ) Βασίζεται σε λειτουργούς υγείας συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, μαιών, βοηθητικού προσωπικού και εργαζομένων στην κοινότητα που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι σε κοινωνικές και τεχνικές δεξιότητες για να λειτουργούν ως ομάδα υγείας και να ανταποκρίνονται στις εκφρασμένες ανάγκες υγείας της κοινότητας⁴.

Το 1996 το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute Of Medicine- IOM) των Η. Π. Α. μέσω της Επιτροπής για το Μέλλον της Π. Φ. Υ. εξέδωσε τον ακόλουθο ορισμό. «Η Π. Φ. Υ. είναι η παροχή ενσωματωμένων (ολοκληρωμένων, συντονισμένων, συνεχιζόμενων), προσβάσιμων υπηρεσιών φροντίδας υγείας από κλινικούς ιατρούς που είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση των πλείστων προσωπικών αναγκών φροντίδας υγείας των ασθενών, μέσα από την ανάπτυξη ενός διαρκούς συνεταιρισμού με τους ασθενείς και οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας»⁹. Στο διάγραμμα 1 απεικονίζεται η θέση της Επιτροπής για το Μέλλον της Π. Φ. Υ σύμφωνα με την οποία η αλληλεπίδραση ασθενούς- ιατρού συνιστά το κέντρο της Π. Φ. Υ.



Διάγραμμα 1. Αλληλεξάρτηση των συστατικών της Π. Φ. Υ.
Adapted from IOM⁹

Ο ιατρός Π. Φ. Υ. αλληλεπιδρά με τον ασθενή αλλά και με άλλα άτομα της κοινότητας καθώς και με το σύστημα παροχής φροντίδας υγείας. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα, στην πλευρά του ασθενούς βρίσκονται η οικογένεια και η κοινότητα οι οποίες συνιστούν το πλαίσιο στο οποίο υπάρχει κατανόηση και υποστήριξη προς τον ασθενή. Στην πλευρά της παροχής φροντίδας υγείας βρίσκονται η ομάδα και το σύστημα παροχής ενσωματωμένης φροντίδας που παρέχουν τα μέσα για παράταση και βελτίωση της παρεχόμενης Π. Φ. Υ.⁹ Η Π. Φ. Υ. είναι πολύτιμη για τα άτομα για τους ακόλουθους πέντε λόγους:

1. Αποτελεί το χώρο στον οποίο οι ασθενείς μπορούν να προσέλθουν με ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας για να λάβουν την κατάλληλη προσοχή και να αναμένουν ότι στις πλείστες περιπτώσεις τα προβλήματα τους θα λυθούν χωρίς να χρειάζεται να παραπεμφθούν.

2. Καθοδηγεί τους ασθενείς διαμέσου του συστήματος υγείας με κατάλληλες παραπομπές για υπηρεσίες από άλλους επαγγελματίες υγείας.

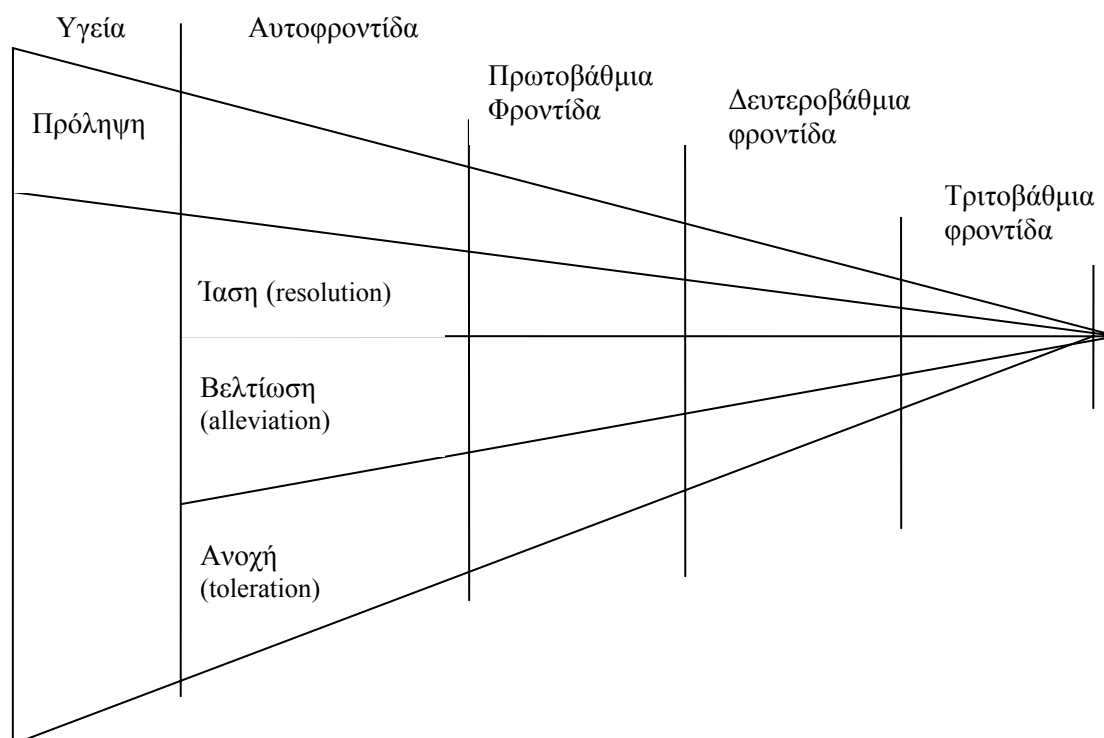
3. Διευκολύνει την ανάπτυξη μιας διαρκούς σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και στον ασθενή και ενθαρρύνει τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους και την προσωπική τους φροντίδα.

4. Παρέχει ευκαιρίες για την πρόληψη της νόσου και την προαγωγή υγείας καθώς και για την πρόιμη ανίχνευση των προβλημάτων.

5. Βοηθά στη διασύνδεση των υπηρεσιών προσωπικής φροντίδας υγείας, της οικογένειας του ασθενούς και της κοινότητας που μπορούν να υποστηρίξουν την ικανοποίηση των αναγκών υγείας του ασθενούς⁹.

Αν αποτυπωθούν τα τρία επίπεδα φροντίδας υγείας με τη μορφή πυραμίδας, η Π. Φ. Υ. αντιπροσωπεύει τη βάση της πυραμίδας (διάγραμμα 2). Το δεύτερο επίπεδο είναι η δευτεροβάθμια φροντίδα ενώ στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκεται η τριτοβάθμια φροντίδα. Η Π. Φ. Υ. είναι η απάντηση σε αδιαφοροποίητα και κοινά προβλήματα υγείας που αντιπροσωπεύουν την πλειονότητα των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Προβλήματα τα οποία για την αντιμετώπιση τους απαιτούν εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα αντιμετωπίζονται στη δευτεροβάθμια φροντίδα που εκφράζεται τόσο στο νοσοκομειακό επίπεδο όσο και σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων,

ενώ σπάνιες και σύνθετες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται στην τριτοβάθμια φροντίδα υγείας¹⁰.



Διάγραμμα 2. Η πυραμίδα της φροντίδας υγείας. Adapted from RCGP¹¹

Η Π. Φ. Υ. δεν αποτελεί ειδικότητα, αλλά παρέχεται από επαγγελματίες με εξειδίκευση στη Γενική/ Οικογενειακή Ιατρική. Στην Ευρώπη η Π. Φ. Υ. είναι συνυφασμένη με τη Γ. Ι., αλλά οι δύο έννοιες δεν είναι συνώνυμες και διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Σε μερικές χώρες όπου η Γ. Ι. είναι καλά αναπτυγμένη, οι λειτουργίες και τα χαρακτηριστικά της Π. Φ. Υ. αλληλεπικαλύπτονται με αυτά της Γ. Ι και η Γ. Ι. κατέχει κυρίαρχη θέση στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Σε άλλες χώρες η Π. Φ. Υ. παρέχεται και από άλλους ειδικούς όπως παιδίατρους, γυναικολόγους, ειδικούς παθολόγους και καρδιολόγους¹.

1.3 Ορισμοί και χαρακτηριστικά της Γενικής Ιατρικής

Το Βρετανικό Κολέγιο των Γενικών Ιατρών¹² εξέδωσε πριν από 35 χρόνια τον ακόλουθο ορισμό για το γενικό ιατρό: «Ο γενικός ιατρός είναι ο ιατρός που παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχή ιατρική φροντίδα σε άτομα και οικογένειες. Μπορεί να παρακολουθεί τους ασθενείς στο σπίτι τους, στο ιατρείο του, και κάποιες φορές στο νοσοκομείο. Αποδέχεται την ευθύνη λήψης της αρχικής απόφασης για κάθε πρόβλημα με το οποίο εμφανίζεται ο ασθενής προς αυτόν, ενώ όποτε το θεωρήσει αναγκαίο μπορεί να διαβουλευθεί με άλλους ειδικούς ιατρούς. Οι διαγνώσεις του θα λαμβάνουν υπόψη τη φυσική και ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς. Θα παρεμβαίνει εκπαιδευτικά, προληπτικά και θεραπευτικά για την προαγωγή της υγείας του ασθενούς».

Ακολούθησε η ομάδα του Leeuwenhorst η οποία αποτελείτο από ακαδημαϊκούς Γ. Ι. και όρισε ως γενικό ιατρό τον «πτυχιούχο ιατρικής που έχει άδεια να παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχιζόμενη ιατρική φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και πληθυσμό, ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο και ασθένεια. Θα φροντίζει τους ασθενείς του στο ιατρείο του, στα σπίτια τους και κάποτε σε κλινικές ή στο νοσοκομείο. Σκοπός του είναι να θέτει πρώιμα διαγνώσεις. Θα συμπεριλαμβάνει και θα ενσωματώνει στη μελέτη του για την υγεία και την ασθένεια σωματικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Αυτός θα λαμβάνει την αρχική απόφαση για κάθε πρόβλημα το οποίο θα

παρουσιάζεται σε αυτόν ως ιατρό. Θα αναλαμβάνει τη συνεχιζόμενη διαχείριση των ασθενών με χρόνια, υποτροπιάζοντα ή τελικού σταδίου νοσήματα. Θα εξασκεί την ιατρική σε συνεργασία με άλλους συναδέλφους ιατρούς και με μη ιατρούς. Θα γνωρίζει πώς και πότε θα παρεμβαίνει για να προάγει την υγεία των ασθενών του και των οικογενειών τους μέσω της αγωγής, πρόληψης και εκπαίδευσης. Επίσης, θα αναγνωρίζει ότι έχει επαγγελματική ευθύνη στην κοινότητα¹³».

Το 1998 ο ΠΟΥ εξέδωσε ένα κείμενο το οποίο περιελάμβανε επτά χαρακτηριστικά που αντιπροσωπεύουν τη Γ. Ι. τα οποία είναι τα εξής:

Η Γενική Ιατρική,

α) παρέχει γενικευμένη φροντίδα. Αυτό υποδηλώνει ότι αντιμετωπίζει όλο το εύρος των μη επιλεγμένων προβλημάτων υγείας και δεν αποκλείει κατηγορίες του πληθυσμού ως προς το φύλο, ηλικία, εθνικότητα, θρησκεία ή κοινωνική τάξη,

β) είναι συνεχής καθώς οι παρεμβάσεις που γίνονται δεν περιορίζονται σε ένα επεισόδιο φροντίδας αλλά καλύπτει τις ανάγκες του ασθενούς μακροχρόνια και είναι προσωποκεντρική,

γ) είναι ολοκληρωμένη αφού παρέχει υπηρεσίες που περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, τη θεραπευτική και υποστηρικτική φροντίδα και τη φροντίδα αποκατάστασης με γνώμονα τη σχέση ιατρού-ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη τους σωματικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες,

δ) είναι προσανατολισμένη στην οικογένεια με την έννοια ότι αντιμετωπίζει τα ατομικά προβλήματα του κάθε ασθενούς μέσα

στο κοινωνικό και πολιτισμικό του περιβάλλον και συνεκτιμά στην απόφαση για θεραπεία τις συνθήκες διαβίωσης στο σπίτι και στην εργασία,

ε) είναι προσανατολισμένη στην κοινότητα αφού αντιμετωπίζει τα ατομικά προβλήματα των ασθενών στα πλαίσια των αναγκών υγείας της κοινότητας,

στ) προάγει τη συνεργασία, αφού οι Γ. Ι. εργάζονται ομαδικά με άλλους επαγγελματίες πολλών ειδικοτήτων, αναθέτει την παροχή της φροντίδας υγείας σε άλλους όταν κριθεί απαραίτητο και ασκεί ηγετικό ρόλο,

ζ) είναι συντονίζουσα αφού παρέχει φροντίδα στην πρώτη επαφή, παραπέμπει ασθενείς σε άλλες ιατρικές ειδικότητες, παρέχει πληροφορίες στους ασθενείς για τις διαθέσιμες υπηρεσίες και συντονίζει την παρεχόμενη φροντίδα¹⁴.

Ακολούθησε ο ορισμός από τον Olesen¹⁵ το 2000, σύμφωνα με τον οποίο: « ο γενικός ιατρός είναι ο ειδικά εκπαιδευμένος στο να εργάζεται στην πρώτη γραμμή ενός συστήματος υγείας και να αναλαμβάνει τα αρχικά βήματα για τη φροντίδα υγείας οποιουδήποτε προβλήματος υγείας που οι ασθενείς μπορεί να έχουν. Ο Γ. Ι. φροντίζει τα άτομα σε μια κοινότητα ανεξάρτητα από τον τύπο της νόσου ή από άλλα προσωπικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά που έχουν και οργανώνει την παροχή των διαθέσιμων πόρων στο σύστημα φροντίδας υγείας προς το καλύτερο όφελος των ασθενών του. Ο Γ. Ι. απασχολείται με αυτόνομα άτομα στους τομείς της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, φροντίδας και ανακούφισης χρησιμοποιώντας και

ενσωματώνοντας τις επιστήμες της βιοϊατρικής, ιατρικής, ψυχολογίας και ιατρικής κοινωνιολογίας».

Ο πιο πρόσφατος ορισμός της γενικής ιατρικής εκδόθηκε το 2002 από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία της Γενικής Ιατρικής που εκπροσωπείται στην Παγκόσμια Οργάνωση των Γενικών Ιατρών (WONCA)¹⁶. Αυτό το κείμενο ομοφωνίας καθορίζει τα χαρακτηριστικά της ειδικότητας της γενικής ιατρικής και τα καθήκοντα των γενικών ιατρών ενσωματώνοντας τα στα συστήματα υγείας. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό η Γενική/ Οικογενειακή Ιατρική είναι ένας ακαδημαϊκός και επιστημονικός κλάδος που έχει το δικό του εκπαιδευτικό περιεχόμενο, τη δική του ερευνητική και κλινική δραστηριότητα βασισμένη στην τεκμηρίωση και αποτελεί κλινική ειδικότητα προσανατολισμένη στην Π. Φ. Υ.

Οι Γενικοί/ Οικογενειακοί Ιατροί είναι εξειδικευμένοι ιατροί εκπαιδευμένοι σύμφωνα με τις αρχές του επιστημονικού τους κλάδου. Είναι προσωπικοί ιατροί κύρια υπεύθυνοι για την παροχή ολοκληρωμένης και συνεχιζόμενης φροντίδας σε κάθε άτομο που αναζητά ιατρική φροντίδα ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και την ασθένεια. Φροντίζουν τα άτομα στο πλαίσιο της οικογένειας τους, της κοινότητας και της κουλτούρας τους σεβόμενοι πάντοτε την αυτονομία των ασθενών τους. Αναγνωρίζουν ότι έχουν επαγγελματική υπευθυνότητα απέναντι στην κοινότητα τους. Στη διαπραγμάτευση των σχεδίων διαχείρισης με τους ασθενείς τους ενσωματώνουν σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και υπαρξιακούς παράγοντες. Οι Γενικοί/

Οικογενειακοί ιατροί εξασκούν τον επαγγελματικό τους ρόλο προάγοντας την υγεία, προλαμβάνοντας τη νόσο και παρέχοντας θεραπεία, φροντίδα ή ανακούφιση. Αυτό επιτυγχάνεται είτε άμεσα είτε μέσω άλλων υπηρεσιών, ανάλογα με τις ανάγκες υγείας και τους διαθέσιμους πόρους μέσα στην κοινότητα που υπηρετούν, διευκολύνοντας έτσι τους ασθενείς στην πρόσβαση προς τις υπηρεσίες αυτές όποτε κρίνεται απαραίτητο. Πρέπει να αναλαμβάνουν την ευθύνη για την ανάπτυξη και διατήρηση των δεξιοτήτων τους, της προσωπικής τους ισορροπίας και των αρχών τους, στοιχεία τα οποία αποτελούν τη βάση για την αποτελεσματική και ασφαλή φροντίδα των ασθενών¹⁶.

1.4. Περιγραφή του ρόλου της γενικής ιατρικής σε διάφορα συστήματα υγείας στην Ευρώπη

Η κατανομή των Γ. Ι. στην Ευρώπη, παρουσιάζει αρκετές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων χωρών. Χώρες όπως η Αυστρία, Βέλγιο, Φινλανδία και Γαλλία έχουν τους περισσότερους Γ. Ι./1000 κατοίκους κατά το έτος 2002 (πίνακας 1), ενώ χώρες όπως η Λετονία, Πολωνία, Σλοβακία και Ελβετία, έχουν τη μικρότερη συγκέντρωση Γ. Ι.¹⁷

Πίνακας 1. Αριθμός Γ. Ι. ανά 1000 κατοίκους σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες κατά το 2002.

Χώρες	Γ. Ι./ 1000 κατοίκους
Αυστρία	1.4
Βέλγιο	2.1
Δανία	0.7
Φιλανδία	1.7
Γαλλία	1.6
Γερμανία	1.1
Ιρλανδία	0.6
Ιταλία	0.9
Λετονία	0.4
Ολλανδία	0.5
Πολωνία	0.2
Πορτογαλία	0.5
Σουηδία	0.5
Σλοβακία	0.4
Ελβετία	0.4
Τουρκία	0.7
Ηνωμένο Βασίλειο	0.6

Πηγή: OECD¹⁷ (2004)

Το 1994 πραγματοποιήθηκε μία Ευρωπαϊκή μελέτη με χρήση ερωτηματολογίου στην οποία συμμετείχαν 8,000 Γ. Ι. από 32

χώρες και περιελάμβανε ερωτήσεις για την οργάνωση και παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας¹⁸⁻²⁰. Η μελέτη αυτή εξέτασε ειδικότερα τους ακόλουθους τομείς: α) το ρόλο του Γ. Ι. ως ιατρού πρώτης επαφής για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας, β) το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόληψης και θεραπείας, γ) το διαθέσιμο ιατρικό εξοπλισμό για τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων, γ) τη συνεργασία με άλλους Γ. Ι. και με άλλους ειδικούς και δ) τη διασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής οδήγησαν στα ακόλουθα συμπεράσματα²¹:

Η οργάνωση ενός συστήματος φροντίδας υγείας είναι καθοριστικός παράγοντας για τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών Π. Φ. Υ. Στις χώρες όπου υπάρχει οργανωμένο σύστημα παραπομπών ή σύστημα «πύλης εισόδου», οι Γ. Ι. παρέχουν ένα πιο ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών. Σε χώρες όπου οι Γ. Ι. πληρώνονται σύμφωνα με τις υπηρεσίες που παρέχουν (fee for service), συμμετέχουν περισσότερο στην παρακολούθηση και θεραπευτική αντιμετώπιση των διαφόρων νοσημάτων και δαπανούν τον περισσότερο από το χρόνο εργασίας τους στην άμεση φροντίδα των ασθενών.

Σε χώρες όπως η Δανία, η Ολλανδία, η Ιρλανδία και η Μ. Βρετανία οι Γ. Ι. κατέχουν μία κεντρική θέση μέσα στο σύστημα φροντίδας υγείας και αυτό οφείλεται κυρίως στη λειτουργία τους ως «ρυθμιστές-διακινητές». Ο Γ. Ι. είναι συνήθως ο ιατρός πρώτης επαφής και είναι ο πρώτος που αποφασίζει για τις υπηρεσίες που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών. Στα συστήματα αυτά όπου οι Γ. Ι.

δρουν ως «ρυθμιστές-διακινητές», αυτοί διαχειρίζονται συστηματικά τους ασθενείς και μόνο όταν είναι πραγματικά αναγκαίο τους παραπέμπουν για εξειδικευμένη φροντίδα. Παράλληλα οι Γ. Ι. δρουν ως καθοδηγητές των ασθενών διαμέσου του συστήματος φροντίδας υγείας ώστε να διασφαλίσουν ότι λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα.

Οι χώρες στις οποίες οι Γ. Ι. παρέχουν υπηρεσίες ολοκληρωμένης φροντίδας είναι αυτές της Δυτικής και Βορειοδυτικής Ευρώπης και ειδικότερα: η Αυστρία, Δανία, Γαλλία, Δυτική Γερμανία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Νορβηγία, Ελβετία και Μ. Βρετανία. Αντίθετα σε χώρες όπως η Τσεχία, Πολωνία και Ρουμανία οι Γ. Ι. παρέχουν ένα μικρότερο φάσμα υπηρεσιών φροντίδας υγείας όπως και στην Ιταλία και Ισπανία παρότι σε αυτές τις χώρες, οι Γ. Ι. λειτουργούν ως «ρυθμιστές-διακινητές». Στις περισσότερες χώρες με κοινωνική ασφάλιση υγείας η γενική ιατρική παρέχεται κυρίως σε ιατρεία ενός ατόμου (solo practices).

Η διατήρηση ολοκληρωμένου αρχείου ιατρικών φακέλων ασθενών από τους Γ. Ι. ξεπερνά το 90% σε χώρες όπως η Φινλανδία, Γερμανία, Λουξεμβούργο και Ελβετία καθώς και στις χώρες όπου οι Γ. Ι. λειτουργούν ως «ρυθμιστές-διακινητές», ενώ η Βουλγαρία, Ελλάδα και Ρουμανία βρίσκονται στις πιο χαμηλές θέσεις (< 40%). Όταν εξετάστηκε η ικανοποίηση των Γ. Ι. από την εργασία τους, φάνηκε ότι σε χώρες όπου λειτουργούν ως «ρυθμιστές-διακινητές», οι Γ. Ι. παρουσιάζονται λιγότερο ικανοποιημένοι σε σύγκριση με συναδέλφους τους σε χώρες που δεν υπάρχει αυτό το σύστημα.

Σε χώρες όπως η Βουλγαρία, Φινλανδία, Ιταλία, Λιθουανία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Μ. Βρετανία, Πορτογαλία και Τουρκία παρατηρήθηκε μειωμένη ικανοποίηση των Γ. Γ¹⁸.

1.5. Εφαρμογή μεθόδων για την αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας στη Γενική Ιατρική

Η εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας της αποτελεί αναπτυσσόμενο πεδίο στη γενική ιατρική. Διάφορες προσεγγίσεις έχουν χρησιμοποιηθεί με διαφορετικό ποσοστό επιτυχίας όπως: διαλέξεις, εκπαίδευση σε μικρές ομάδες (small group education) εξωτερικές επισκέψεις (outreach visits), έλεγχος και ανατροφοδότηση (audit and feedback), συστήματα υπενθυμίσεων (reminder systems), ηλεκτρονικά συστήματα υποστήριξης αποφάσεων (computerised clinical decision support systems) και κατευθυνόμενες παρεμβάσεις προς ασθενείς (patient oriented interventions), όπως η εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών ή η εκπαίδευση των ασθενών για την ενεργό συμμετοχή τους κατά τη διάρκεια της διαβούλευσης²². Η επιλογή της κατάλληλης παρέμβασης θα πρέπει να καθοδηγείται από την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων στρατηγικών, την αναγνώριση των εξωτερικών εμποδίων στην αλλαγή²³ και την ετοιμότητα των κλινικών ιατρών για να δεχθούν την αλλαγή²⁴.

Στον ακόλουθο πίνακα καταγράφεται η αποτελεσματικότητα των διαφόρων παρεμβάσεων που προάγουν αλλαγή

συμπεριφοράς ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας²⁵. Οι πολυεπίπεδες παρεμβάσεις (συνδυασμός μεθόδων που περιλαμβάνουν δύο ή περισσότερες παρεμβάσεις) έχει αποδειχθεί ότι είναι πιο αποτελεσματικές από τις απλές παρεμβάσεις²⁶⁻²⁸.

Πίνακας 2. Αποτελεσματικότητα διαφόρων μορφών παρεμβάσεων στη Γενική Ιατρική

Αποτελεσματικές παρεμβάσεις	Παρεμβάσεις ποικίλης αποτελεσματικότητας	Παρεμβάσεις με ελάχιστη ή καθόλου αποτελεσματικότητα
Εξωτερικές επισκέψεις (outreach visits)	Έλεγχος και ανατροφοδότηση (audit and feedback)	Εκπαιδευτικό υλικό (διανομή συστάσεων για την κλινική φροντίδα συμπεριλαμβανομένων οπτικοακουστικού υλικού και ηλεκτρονικών δημοσιεύσεων)
Υπενθυμίσεις σε ηλεκτρονική ή χάρτινη μορφή (reminders)	Χρήση τοπικών ηγετών γνώμης (local opinion leaders) [ιατροί που ασκούν επιρροή στους συναδέλφους τους]	Διδακτικές εκπαιδευτικές συναντήσεις όπως οι διαλέξεις
Πολυεπίπεδες παρεμβάσεις (multifaceted interventions) [π.χ. συνδυασμός στρατηγικών ελέγχου και ανατροφοδότησης, διαδικασιών τοπικών συμφωνιών]	Παρεμβάσεις μέσω ασθενών (κάθε παρέμβαση που στοχεύει την αλλαγή στην απόδοση των επαγγελματιών υγείας για την οποία συγκεκριμένες πληροφορίες ζητήθηκαν ή δόθηκαν σε ασθενείς)	
Διαδραστικές εκπαιδευτικές συναντήσεις (interactive educational meetings) [συμμετοχή επαγγελματιών υγείας σε εργαστήρια που περιλαμβάνουν συζήτηση ή πρακτική εξάσκηση]		

1.5.1. Εφαρμογή πολυεπίπεδων παρεμβάσεων (*multifaceted interventions*) στη Γενική Ιατρική και την Π. Φ. Υ.

Σε μία πρόσφατη ανασκόπηση της Cochrane Collaboration από τον Renders et al²⁹ εξετάστηκαν 41 μελέτες που αφορούσαν παρεμβάσεις για τη βελτίωση του T2 Σ. Δ. στην Π. Φ. Υ. Λίγες μελέτες έχουν δείξει σημαντική βελτίωση στον έλεγχο της νόσου όπως στη μείωση των επιπέδων HbA_{1c}, της Α. Π. ή των λιπιδίων. Οι παρεμβάσεις που οδήγησαν στις μεγαλύτερες θετικές αλλαγές ήταν πολυεπίπεδες και περιελάμβαναν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα στοιχεία: α) δραστηριότητες που κατευθύνονταν στην αλλαγή της στάσης των κλινικών ιατρών (συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση ή ανατροφοδότηση των ιατρών), β) οργανωτικές αλλαγές στη λειτουργία των ιατρείων (διαχείριση των επισκέψεων και της παρακολούθησης των ασθενών), γ) εφαρμογή ηλεκτρονικών συστημάτων και δ) εφαρμογή εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών προγραμμάτων που απευθύνονται στους ασθενείς. Η μεγαλύτερη επιτυχία στη βελτίωση των δεικτών διαδικασίας, όπως η εξέταση ποδιών και οφθαλμών επιτεύχθηκε με την εφαρμογή συνδυασμού διαφορετικών μορφών εκπαίδευσης των ιατρών, με τη χρήση ηλεκτρονικών συστημάτων υπενθυμίσεων και οργανωμένων προσεγγίσεων για την παρακολούθηση των ασθενών. Οι μοναδικές παρεμβάσεις που πέτυχαν βελτίωση στις εκβάσεις των ασθενών, όπως στο γλυκαιμικό έλεγχο, ήταν αυτές που είχαν ένα ισχυρό στοιχείο προσωποκεντρικής φροντίδας. Καμία

παρέμβαση δεν οδήγησε σε μεγάλη βελτίωση στην ποιότητα της φροντίδας των χρόνιων νοσημάτων. Η ανασκόπηση αυτή έδειξε επίσης ότι πολυεπίπεδες παρεμβάσεις που είχαν ως στόχο μόνο την αλλαγή στη συμπεριφορά των ιατρών δεν προκαλούσαν αλλαγές στις εκβάσεις εκτός και εάν συνοδεύονταν από παρεμβάσεις που κατευθύνονταν στους ασθενείς. Οι παρεμβάσεις που αφορούν χρόνια νοσήματα και καταφέρνουν να επηρεάσουν θετικά την κατάσταση υγείας των ασθενών περιλαμβάνουν οπωσδήποτε συστηματικές προσπάθειες για την αύξηση των γνώσεων των ασθενών, των δεξιοτήτων τους και της αυτοπεποίθησης τους στη διαχείριση της νόσου τους³⁰. Οι Bero et al²⁸ σε μία συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από το 1966 μέχρι το 1995 στο Medline, Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group και Database of Abstracts of Research Effectiveness (DARE), για παρεμβάσεις που οδήγησαν σε βελτίωση της απόδοσης κατέγραψαν συνολικά 18 αναφορές. Αυτές κατηγοριοποιήθηκαν ως εξής: α) εφαρμογή ευρέων στρατηγικών (π. χ. διάχυση και εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών)^{31, 32} β) εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης²⁶, γ) εφαρμογή εξειδικευμένων στρατηγικών³³ (π. χ. έλεγχος και ανατροφοδότηση, ηλεκτρονικά συστήματα υποστήριξης των κλινικών αποφάσεων²⁵ ή πολυεπίπεδες παρεμβάσεις²⁷), δ) εφαρμογή παρεμβάσεων σε συγκεκριμένες ομάδες στόχους (π. χ. νοσηλεύτριες³⁴ ή ιατροί Π. Φ. Υ.³⁵) και ε) εφαρμογή παρεμβάσεων εστιασμένων σε συγκεκριμένα προβλήματα ή τύπους συμπεριφοράς

(διαγνωστικός έλεγχος³³, συνταγογραφία, ή άλλες μορφές φροντίδας πρόληψης^{36, 37}). Η παθητική διάχυση πληροφορίας ήταν αναποτελεσματική στην αλλαγή της απόδοσης, άσχετα με τη σημαντικότητα του θέματος ή την εγκυρότητα των μεθόδων^{26, 32}. Η εισαγωγή κατευθυντήριων οδηγιών έχει μόνο ελάχιστη επίδραση στην ποιότητα εκτός και αυτές ενσωματωθούν στην κλινική πρακτική εκπαιδεύοντας τους ιατρούς στη χρήση τους, χρησιμοποιώντας τις με τη μορφή υπενθυμίσεων, εμπλοκής ειδικών ή άλλων παρεμβάσεων υποστήριξης της κλινικής απόφασης³⁸.

Μία από μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη διανομή και εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών είναι οι εξωτερικές επισκέψεις στα ιατρεία Π. Φ. Υ. (outreach visits) από εκπαιδευμένα άτομα που παρέχουν πληροφορίες στο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό των Κ. Υ. Τα άτομα που αναλαμβάνουν το ρόλο του διευκολυντή (facilitator) είναι ενίοτε ιατροί που επισκέπτονται τους συναδέλφους τους εκπαιδεύοντας τους σε γνώσεις ή δεξιότητες, ενώ συχνότερα πρόκειται για νοσηλευτές. Οι επισκέψεις που πραγματοποιούνται από διευκολυντές στα πλαίσια της εφαρμογής πολυεπίπεδων παρεμβάσεων συνεισφέρουν στην πιο ομαλή εφαρμογή των παρεμβάσεων^{27, 39}, εστιάζοντας στην επίλυση τόσο των οργανωτικών όσο και των εκπαιδευτικών εμποδίων που παρουσιάζονται στα Κ. Υ. κατά την εφαρμογή της παρέμβασης. Η αποτελεσματικότητα του ρόλου του διευκολυντή αυξάνεται όταν προσαρμόζει (tailoring) την παρεχόμενη βοήθεια προς τις ανάγκες του προσωπικού του κάθε

Κ. Υ.^{40, 41} Οι παρεμβάσεις αυτές που προσαρμόζονται στις ανάγκες των Κ. Υ. (tailoring) είναι σημαντικές στην υποστήριξη των αλλαγών που εφαρμόζονται στα Κ. Υ. και στη διατήρηση πιο επιτυχημένων εκβάσεων σε σύγκριση με παρεμβάσεις που είναι προκαθορισμένες και υπολείπονται αυτής της ευελιξίας⁴².

1.5.2. Ο ρόλος της νέας τεχνολογίας της πληροφορικής και του Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενών στην Π. Φ. Υ.

Τα ηλεκτρονικά πληροφοριακά συστήματα έχουν τρεις σημαντικούς ρόλους: α) λειτουργούν ως συστήματα υπενθυμίσεων που υποβοηθούν τις ομάδες Π. Φ. Υ. στη συμμόρφωση τους με τις κατευθυντήριες οδηγίες, β) δρουν ως ανατροφοδότηση για τους ιατρούς αναδεικνύοντας την απόδοση τους σε παραμέτρους που αφορούν τα χρόνια νοσήματα όπως η HbA_{1c} και τα επίπεδα των λιπιδίων, και γ) αποτελούν αρχεία καταγραφής ασθενών για τον προγραμματισμό της φροντίδας τόσο για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά όσο και για το σύνολο του πληθυσμού. Τα συστήματα αυτά παρέχουν διάφορες μορφές υποστήριξης της απόφασης όπως, υπενθυμίσεις για εξετάσεις πρόληψης, συμβουλές σε θέματα συνταγογραφίας, προειδοποιήσεις για υψηλές τιμές διαφόρων δεικτών (alerts). Σε μία ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας βρέθηκαν 40 μελέτες που αφορούσαν την εφαρμογή συστημάτων υποστήριξης της κλινικής απόφασης για διάφορες καταστάσεις υγείας. Από τις 21 μελέτες που αφορούσαν την εφαρμογή υπενθυμίσεων για προληπτικό έλεγχο, εμβολιασμούς, αναλύσεις, χρήση φαρμάκων και ανίχνευση συμπεριφορών

υψηλού κινδύνου, οι 16 (76%) έδειξαν βελτίωση ως προς την απόδοση των ιατρών⁴³.

Σύμφωνα με τον Heard et al⁴⁴, ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενών (ΗΦΑ) αποτελεί απαραίτητο εργαλείο για την παροχή προσωποκεντρικής και συνεχούς ιατρικής φροντίδας με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων αποτελεί μια ιδιαίτερη πρόκληση καθώς ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος αποτελεί βασικό εργαλείο παροχής κατευθυντήριων οδηγιών στη διαχείριση της οξείας και χρόνιας νόσου.

Έχουν αναπτυχθεί διάφορα συστήματα κωδικοποίησης για την Π. Φ. Υ. σε διάφορες χώρες του κόσμου. Στη Μ. Βρετανία χρησιμοποιείται η κωδικοποίηση Read, ενώ η Σουηδία έχει αναπτύξει τη δική της κωδικοποίηση. Η δέκατη έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νοσημάτων⁴⁵, (ICD-10) χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες παρότι δεν αποτελεί το καταλληλότερο σύστημα για την Π. Φ. Υ. Αναγνωρίζοντας τις αδυναμίες του συστήματος ICD για τη χρήση του στην Π. Φ. Υ., η Επιτροπή Ταξινομήσεων της WONCA (Παγκόσμια Οργάνωση των Οικογενειακών Ιατρών) ανέπτυξε ένα τρισδιάστατο σύστημα κωδικοποιήσεων το οποίο καλείται Διεθνής Ταξινόμηση για την Π. Φ. Υ. (ICPC). Η δεύτερη έκδοση αυτού του συστήματος κωδικοποιήσεων ICPC-2 δημοσιεύτηκε το 1998 και βασίζεται στο επεισόδιο φροντίδας (episode of care) Η συγκεκριμένη κωδικοποίηση παρέχει τη δυνατότητα κωδικοποίησης των διαγνώσεων, των συμπτωμάτων

και των θεραπευτικών χειρισμών ενώ παρέχει τη δυνατότητα ενσωμάτωσης κωδικοποιημένης φαρμακευτική αγωγής.

Το λογισμικό πρόγραμμα Transhis που εφαρμόστηκε στην Ιαπωνία, Ολλανδία και Πολωνία κατάφερε να αναδείξει την ανωτερότητα της ταξινόμησης αυτής για χρήση της στην Π. Φ. Υ.⁴⁶ σε σχέση με άλλες ταξινομήσεις. Η κωδικοποίηση ICPC έχει γίνει αποδεκτή ως η πλέον κατάλληλη σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένου του Βελγίου, της Δανίας, Γαλλίας, Ολλανδίας, Νορβηγίας, Πορτογαλίας και μερικών περιοχών της Φινλανδίας και Ελλάδας.

1.5.3. Εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Π. Φ. Υ.

Οι μελέτες σε σχέση με τη γνώμη των ασθενών αποτελούν σημαντικό εργαλείο εκτίμησης της απόδοσης των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους γενικούς ιατρούς στο επίπεδο της Π. Φ. Υ. Ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο για χρήση στη Γ. Ι. αναπτύχθηκε από μία διεθνή ομάδα ερευνητών το οποίο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε 15 γλώσσες συμπεριλαμβανομένης και της Ελληνικής και καλείται EUROPEP⁴⁷. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει 23 αντικείμενα⁴⁸ και εστιάζεται στις προτεραιότητες των ασθενών απέναντι στη Γ. Ι. Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε 16 χώρες τα έτη 1999-2000 και συμμετείχαν περισσότεροι από 25000 ασθενείς, έδειξαν ότι οι ασθενείς είχαν γενικά θετική εκτίμηση για την παρεχόμενη φροντίδα στη Γ. Ι., αφού για τα

περισσότερα θέματα το 80% των ασθενών αξιολόγησε τη φροντίδα ως καλή ή άριστη.

1.6. Περιγραφή της παρούσας κατάστασης στην Π. Φ. Υ. και στη Γενική Ιατρική στην Κύπρο

Η Κύπρος αποτελεί το τρίτο μεγαλύτερο νησί της Ανατολικής Μεσογείου με πληθυσμό 715,100 κατοίκων κατά το έτος 2002, από τους οποίους ποσοστό 49% ήταν άνδρες και 51% γυναίκες. Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού, 65.5% έχουν ηλικία μεταξύ 0-44 ετών, 22.7% είναι 45-64 ετών ενώ 11.8% του πληθυσμού είναι 65 ετών και άνω. Η πρωτεύουσα της Κύπρου είναι η Λευκωσία με πληθυσμό 283,500 κατοίκων. Ο αστικός πληθυσμός της Λευκωσίας αντιπροσωπεύει το 73.7% του συνολικού πληθυσμού της, ενώ το ποσοστό πληθυσμού στις αγροτικές περιοχές της επαρχίας Λευκωσίας αποτελεί το 26.3%. Το επίπεδο υγείας στην Κύπρο είναι ικανοποιητικό αν συγκριθεί με αυτό άλλων αναπτυγμένων χωρών, όπως φαίνεται από τους διάφορους δείκτες, όπως η βρεφική θνησιμότητα, η οποία το 2002 ήταν 4.7 θάνατοι/1000 γεννήσεις, ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης ανέρχεται στα 77 έτη για τους άνδρες και για τις γυναίκες στα 81.4 έτη⁴⁹. Οι συνολικές δαπάνες υπηρεσιών υγείας για το έτος 2002 ανήλθαν στο 5.9% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (Α. Ε. Π.). Από το σύνολο των 1,296,980 επισκέψεων ασθενών που πραγματοποιήθηκαν σε εξωτερικά ιατρεία, Κ. Υ. (αστικά και αγροτικά) και τμήματα επειγόντων περιστατικών κατά το έτος 2002, οι επισκέψεις σε γενικούς

ιατρούς ανήλθαν σε 310,714 και ποσοστό 34.2%. Οι επισκέψεις εξωτερικών ασθενών που πραγματοποιήθηκαν από γυναίκες αφορούσε το 59.6% του συνόλου, ενώ ποσοστό 44% αφορούσε επισκέψεις που έγιναν από άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Σύμφωνα με τη στατιστική υπηρεσία, από τις επισκέψεις εξωτερικών ασθενών, ποσοστό 29.9% αφορούσαν επισκέψεις για νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, 11.5% για νοσήματα του αναπνευστικού, 10.6% των επισκέψεων αφορούσαν νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος και 10.3% αφορούσαν νοσήματα ενδοκρινών αδένων, θρέψης και μεταβολισμού⁵⁰.

1.6.1. Οργάνωση των υπηρεσιών παροχής Π. Φ. Υ. στην Κύπρο

Στην Κύπρο το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας στηρίζεται στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα. Εκτός όμως από αυτούς τους δύο τομείς οι οποίοι λειτουργούν παράλληλα, παρεμβάλλονται άλλα 35 ιατροφαρμακευτικά ταμεία εργοδοτών/ εργαζομένων συμπεριλαμβανομένων αυτών των διαφόρων συντεχνιών. Αυτά τα ταμεία λειτουργούν με εσωτερικούς κανονισμούς ενώ η συνεισφορά και τα ωφελήματα προς τους εργαζόμενους διαφέρουν από ταμείο σε ταμείο. Οι δικαιούχοι δωρεάν ιατρικής περίθαλψης στο δημόσιο τομέα αντιπροσωπεύουν ποσοστό 75% του πληθυσμού.

Ο συνολικός αριθμός ιατρών κατά το έτος 2002 ανήλθε σε 1864. Ο δημόσιος τομέας αριθμούσε 555 ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων ενώ ο ιδιωτικός τομέας 1309 ιατρούς⁵⁰ εκ των

οποίων 134 ήταν γενικοί ιατροί. Οι 35 από αυτούς απέκτησαν την ειδικότητα μετά από τριετή ή τετραετή εκπαίδευση και εξετάσεις, ενώ οι υπόλοιποι έλαβαν την ειδικότητα μετά από νομοθετική ρύθμιση με βάση τα έτη άσκησης καθηκόντων στην Π. Φ. Υ. και μετά τη συμπλήρωση διετούς εκπαιδευτικού προγράμματος σε συνεργασία με Αγγλικό Πανεπιστήμιο. Κατά το έτος 2002 οι υπηρεσίες Π. Φ. Υ. στο δημόσιο τομέα παρέχονταν από 104 γενικούς ιατρούς από τους οποίους 42 εργάζονταν στην επαρχία Λευκωσίας, 21 στην επαρχία Λεμεσού, 17 στην επαρχία Λάρνακας, 15 στην επαρχία Πάφου και 9 στην επαρχία Αμμοχώστου. Συνολικά λειτουργούν 35 κέντρα Π. Φ. Υ. στο νησί, επτά από τα οποία βρίσκονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων της κάθε πόλης, πέντε είναι αστικά Κ. Υ. και 23 αγροτικά Κ. Υ. Σε αγροτικές απομακρυσμένες περιοχές λειτουργούν 274 περιφερικά ιατρεία τα οποία καλούνται «υπόκεντρα» και υπάγονται σε αγροτικά Κ. Υ.⁵¹ Οι γενικοί ιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα τμήματα εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, σε αστικά ή αγροτικά Κ. Υ. ή σε τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων. Όσον αφορά το ωράριο εργασίας των γενικών ιατρών, αυτό ποικίλλει ανάλογα με τον τόπο εργασίας τους. Στην περίπτωση που υπηρετούν σε εξωτερικά ιατρεία, αστικά ή αγροτικά Κ. Υ. στα οποία δεν γίνονται εφημερίες, το ωράριο εργασίας είναι κοινό (38 ώρες/ εβδομάδα), ενώ όσοι εργάζονται σε αγροτικά Κ. Υ. που εκτελούνται εφημερίες το ωράριο τους διαφοροποιείται ανάλογα με τον αριθμό εφημεριών. Τέλος, όσον αφορά τους γενικούς ιατρούς που εργάζονται σε τμήματα

επειγόντων, οι ώρες εργασίας βασίζονται στο κυκλικό σύστημα εργασίας που καθορίζεται από το κάθε τμήμα και ανέρχεται συνήθως σε 38 ώρες/ εβδομάδα.

Η στελέχωση των Κ. Υ. γίνεται από ιατρούς, οδοντίατρους, φαρμακοποιούς, νοσηλευτές, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό και δεν είναι κοινή για όλα τα Κ. Υ. καθώς αυτά εξυπηρετούν διαφορετικό ποσοτικά και ποιοτικά πληθυσμό. Διαφορές υπάρχουν και στο ωράριο λειτουργίας των κέντρων αφού σε κάποια από τα αγροτικά Κ. Υ. εκτελούνται εφημερίες. Στα αστικά Κ. Υ. παρέχονται υπηρεσίες από ιατρούς ειδικοτήτων (ψυχιάτρους, παιδίατρους και οφθαλμιάτρους) σε καθορισμένες μέρες την εβδομάδα. Τόσο στα αστικά όσο και στα περισσότερα αγροτικά Κ. Υ. εκτελούνται αιμοληψίες από τους νοσηλευτές/ τριες των κέντρων και τα αίματα αποστέλλονται στα εργαστήρια των νοσοκομείων καθώς σε κανένα Κ. Υ. δεν υπάρχει αναλυτής για βιοχημικές ή αιματολογικές εξετάσεις. Επίσης τα Κ. Υ. δεν διαθέτουν ακτινολογικό μηχάνημα και ο απαιτούμενος ακτινολογικός έλεγχος γίνεται στα νοσοκομεία. Στα Κ. Υ. λειτουργούν κλινικές μητρότητας και παιδιού από τις επισκέπτριες υγείας οι οποίες διενεργούν εμβολιασμούς σε βρέφη και παιδιά και γίνεται τακτική παρακολούθηση της ανάπτυξης των βρεφών.

1.6.2. Προβλήματα στην οργάνωση και παροχή υπηρεσιών Π. Φ. Υ. και στη Γενική Ιατρική στην Κύπρο

Ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά του Κυπριακού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί η απουσία ενός δραστικού συστήματος Π. Φ. Υ. ανεξάρτητου από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα. Η διαχείριση των υπηρεσιών υγείας γίνεται κεντρικά από το Υπουργείο Υγείας το οποίο επικεντρώνεται στην εξυπηρέτηση των αναγκών της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας και λιγότερο στην ενίσχυση της Π. Φ. Υ. Οι ιατροί πρώτης γραμμής είναι μεν οι γενικοί ιατροί αλλά δεν αποτελούν δραστική «πύλη εισόδου» στο σύστημα υγείας σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, αφού για αρκετές ειδικότητες (δερματολογία, γυναικολογία, ωτορινολαρυγγολογία, οφθαλμολογία, χειρουργική, παιδιατρική) η πρόσβαση για τους ασθενείς είναι ελεύθερη χωρίς την ανάγκη παραπεμπτικού. Επιπλέον οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα επιλογής του γενικού ιατρού που τους παρακολουθεί, ενώ για το ίδιο πρόβλημα υγείας μπορούν να επισκεφθούν περισσότερους από ένα γενικό ιατρό καθώς και διαφορετικά Κ. Υ. Αυτό οδηγεί σε ασυνέχεια στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας, σε αδυναμία οικοδόμησης σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό, σε επανάληψη εξετάσεων και σε πολυφαρμακία που τελικά οδηγούν σε σπατάλη. Οι ιατρικοί φάκελοι ασθενών φυλάσσονται στα Κ. Υ. και στα τμήματα των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων αλλά αν οι ασθενείς μετακινούνται μεταξύ των Κ. Υ. κάθε φορά δημιουργούνται νέοι φάκελοι με αποτέλεσμα το ιστορικό τους να είναι κατακερματισμένο αφού

για ένα ασθενή μπορεί να υπάρχουν περισσότεροι από ένας ιατρικοί φάκελοι⁵².

Παρότι στην Κύπρο υπάρχει οργανωμένο σύστημα Π. Φ. Υ. εδώ και 40 χρόνια, η ειδικότητα της γενικής ιατρικής έχει αναγνωρισθεί βάση νόμου την τελευταία δεκαετία και σχεδόν στο σύνολο της παρέχεται σε νοσοκομεία και Κ. Υ. στην Κύπρο. Δεν υπάρχουν όμως διαδικασίες αξιολόγησης της εκπαίδευσης αυτής ενώ ο συντονιστής εκπαίδευσης είναι ο εκάστοτε Διευθυντής της Παθολογικής Κλινικής των νοσοκομείων και δεν υπάρχουν εκπαιδευμένοι εκπαιδευτές σε νοσοκομεία ή Κ. Υ. Οι τελικές εξετάσεις διεξάγονται στην Αθήνα αφού στην Κύπρο δεν υπάρχει ιατρική σχολή.

Η μη αναγνώριση του ρόλου και της αποτελεσματικότητας της ειδικότητας της γενικής ιατρικής έχει ως αποτέλεσμα την τοποθέτηση των γενικών ιατρών σε χαμηλότερη μισθολογική κλίμακα σε σχέση με τους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων ενώ οι ευκαιρίες για επαγγελματική ανέλιξη είναι περιορισμένες. Στα αγροτικά Κ. Υ. στα οποία οι γενικοί ιατροί απουσιάζουν τις περισσότερες μέρες λόγω των περιόδων που εκτελούν στα διάφορα υπόκεντρα παρατηρείται συνήθως συμφόρηση των ασθενών. Εκτός αυτού, η περιορισμένη δυνατότητα νοσηλείας στις αγροτικές περιοχές αλλά και η μειωμένη εκπροσώπηση του ιδιωτικού τομέα επιτείνουν το πρόβλημα με αποτέλεσμα πολύ συχνά οι ιατροί να δυσκολεύονται να εξυπηρετήσουν αποτελεσματικά τους ασθενείς αλλά και οι ασθενείς να αντιδρούν. Σε σύγκριση με τους γενικούς ιατρούς στη Μ.

Βρετανία των οποίων η λίστα ασθενών ανέρχεται σε 1,700-2,000 με μέσο όρο τέσσερις επισκέψεις κατ' έτος, στα αγροτικά Κ. Υ. στην Κύπρο παρατηρείται πολύ μεγαλύτερος αριθμός ασθενών/ ιατρό αφού το αντίστοιχο νούμερο ανέρχεται στους 5,317 ασθενείς/ ιατρό και ο μέσος όρος επισκέψεων 6-12/ έτος⁵².

Παράλληλα, παρατηρείται υπερβολική χρήση υπηρεσιών εξειδικευμένης φροντίδας αφού το 37% των επισκέψεων αφορούν ειδικούς ιατρούς. Αυτό οφείλεται στην απουσία δραστικού συστήματος παραπομπών από τους γενικούς ιατρούς αφού αυτοί δεν έχουν ρόλο «ρυθμιστή-διακινητή» στο σύστημα υγείας. Επιπλέον αρκετοί από τους ασθενείς που επισκέπτονται ιατρούς στον ιδιωτικό τομέα αλλά και ιατρούς ειδικοτήτων στα νοσοκομεία χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των γενικών ιατρών μόνο για τη συνταγογράφηση φαρμάκων.

Ήδη από το 1991 εμπειρογνώμονες από τις Η. Π. Α. και τη Μ. Βρετανία εξέτασαν το Σύστημα Υγείας της Κύπρου και κατέληξαν στις ακόλουθες επισημάνσεις⁵³:

α) Το σύστημα φροντίδας υγείας παρέχει κατακερματισμένη φροντίδα με ελάχιστη συνέχεια στη φροντίδα και πτωχή επικοινωνία μεταξύ των ιατρών του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα.

β) Δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα Π. Φ. Υ. και ελάχιστοι πόροι διατίθενται στον τομέα της πρόληψης της νόσου.

γ) Παρότι το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού δικαιούται δωρεάν ιατρική περίθαλψη στο δημόσιο τομέα εντούτοις επιλέγει τον ιδιωτικό τομέα.

δ) Τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα υπάρχει αναποτελεσματικότητα που χαρακτηρίζεται από μειωμένη χρήση των διευκολύνσεων και επανάληψη των διαφόρων υπηρεσιών.

ε) Η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα είναι επιφανειακή ενώ υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία διαθέσιμα για τις δαπάνες, τις δραστηριότητες και την παρακολούθηση των εκβάσεων υγείας.

στ) Δεν υπάρχει σύστημα κλινικού ελέγχου ή διασφάλισης της ποιότητας ούτε παρουσία στανταρτς.

ζ) Η εισαγωγή ενός εθνικού σχεδίου ασφάλισης υγείας είναι αναγκαία για να αντιμετωπίσει τα πιο πάνω προβλήματα. Ταυτόχρονα θα πρέπει να γίνουν μεταρρυθμίσεις στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, διαφορετικά τα προβλήματα θα αυξηθούν όπως και οι δαπάνες.

1.7. Αναγκαιότητα της μελέτης

Η επιτροπή εμπειρογνομώνων κατέθεσε μία σειρά από εισηγήσεις οι οποίες αποτέλεσαν τον κεντρικό άξονα πάνω στον οποίο στηρίχθηκε η κυβέρνηση για την ψήφιση νόμου για την εισαγωγή ενός νέου Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓΕ. Σ. Υ.) τον Απρίλιο του 2001. Τα κυριότερα σημεία της νομοθετικής αυτής μεταρρύθμισης συνοψίζονται στα ακόλουθα:

α) Ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου όπως και ξεχωριστό ταμείο στο οποίο θα συνεισφέρουν οι εργοδότες, οι εργαζόμενοι, οι εισοδηματίες, οι συνταξιούχοι και το κράτος (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας). Όλοι οι μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου είναι δικαιούχοι ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης εφόσον καταβάλουν μία ελάχιστη εισφορά από το μισθό τους που ανέρχεται στο 2% των ολικών αποδοχών για τους εργαζόμενους και στο 2% της σύνταξης κάθε συνταξιούχου.

β) Η παρεχόμενη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών γενικής ιατρικής από «προσωπικούς ιατρούς» και υπηρεσιών εξειδικευμένης φροντίδας από ιατρούς ειδικοτήτων τόσο σε εξωτερικούς ασθενείς όσο και σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσηλευτήρια. Επίσης περιλαμβάνει τις αναγκαίες διαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις, την οδοντιατρική φροντίδα, τη χορήγηση των αναγκαίων φαρμάκων, τη νοσηλεία σε νοσηλευτήρια συμβεβλημένα με τον οργανισμό, ιατρική αποκατάσταση και κατ' οίκον επισκέψεις από τους προσωπικούς ιατρούς.

γ) Η Π. Φ. Υ. αποτελεί κυρίαρχη θέση στο σύστημα υγείας και θα παρέχεται από Γ. Ι. οι οποίοι μπορούν να εργάζονται ιδιωτικά ή σε ομάδες και θα είναι συμβεβλημένοι με τον οργανισμό και στους οποίους θα εγγράφονται άτομα που δεν θα ξεπερνούν το όριο των 2500 ανά ιατρό. Το 75% του εισοδήματος των Γ. Ι. θα βασίζεται στο μέγεθος του καταλόγου και το υπόλοιπο θα αποτελεί πρόσθετη αμοιβή που θα βασίζεται στα έτη άσκησης ιατρικής, στα προσόντα και την απόδοση των ιατρών.

δ) Οι Γ. Ι. θα παρέχουν υπηρεσίες συνήθους φροντίδας υγείας σε παιδιά και ενήλικες, επείγουσας φροντίδας, υπηρεσίες πρόληψης και προ-συμπτωματικό έλεγχο νοσημάτων και υπηρεσίες προαγωγής της υγείας. Επίσης θα έχουν ρόλο «ρυθμιστή-διακινητή» προς τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας⁵⁴.

Η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των Γ. Ι. θα ελέγχεται με τους ακόλουθους τρόπους:

α) με έλεγχο του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενών για έλεγχο της επαρκούς συμπλήρωσης του ιατρικού ιστορικού των ασθενών, των χορηγούμενων συνταγών και των παραπομπών που θα γίνονται προς τα άλλα επίπεδα φροντίδας,

β) με έλεγχο της συμμόρφωσης των ασθενών στα κλινικά πρωτόκολλα που θα αναπτυχθούν και θα αφορούν προγράμματα προ-συμπτωματικού ελέγχου και διαχείριση συνήθων προβλημάτων υγείας,

γ) με έλεγχο του αριθμού των δικαιούχων που θα είναι εγγεγραμμένοι στον κατάλογο τους, την παρεχόμενη κάλυψη 365 μέρες/ έτος, τις ώρες εργασίας, το σύστημα ραντεβού και τη διατήρηση επαρκούς πληροφορίας των ασθενών, παραπόνων ή αποτελεσμάτων από μελέτες ικανοποίησης,

δ) με έλεγχο της ικανοποίησης των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και ιδιαίτερα για το χρόνο αναμονής και την πρόσβαση σε υπηρεσίες εκτός ωραρίου⁵⁵.

Έχει υπολογιστεί ότι για την κάλυψη των αναγκών της Π. Φ. Υ. απαιτούνται 400 Γ. Ι. Επειδή ο αριθμός αυτός δεν μπορεί να καλυφθεί με τους υπάρχοντες ιατρούς (150 Γ. Ι.) το σχέδιο υγείας εισηγείται την πρόσληψη ιατρών άλλων ειδικοτήτων (παιδίατροι, ειδικοί παθολόγοι, καρδιολόγοι) οι οποίοι μετά από ειδική εκπαίδευση στην παροχή Π. Φ. Υ. θα αναλάβουν την κάλυψη των απαιτούμενων αναγκών⁵⁴.

Ο τότε Υπουργός Υγείας της Κύπρου κ. Φρίξος Σαββίδης αξιοποιώντας την εμπειρία του Πανεπιστημίου Κρήτης και συγκεκριμένα του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, σε θέματα εκπαίδευσης στη γενική ιατρική, αλλά και οργάνωσης, λειτουργίας και αξιολόγησης των υπηρεσιών Π. Φ. Υ. προσκάλεσε στην Κύπρο τους καθηγητές κ. Χρήστο Λιονή και κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη για να καταθέσουν μία πρόταση συνεργασίας. Μετά από διαδοχικές επαφές που είχαν οι εκπρόσωποι του Πανεπιστημίου Κρήτης με διάφορους αξιωματούχους στο Υπουργείο Υγείας αλλά και στον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο, στο Ιατρικό Συμβούλιο Κύπρου (αρμόδιο όργανο για την αναγνώριση ειδικοτήτων) και με στελέχη από τις δύο επιστημονικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην Π. Φ. Υ. κατέθεσαν μία σειρά από προτάσεις για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στην Π. Φ. Υ. και της εξάσκησης στην ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής στην Κύπρο. Το τελικό αποτέλεσμα ήταν η υπογραφή στις 10 Οκτωβρίου 2001 σύμβασης συνεργασίας ανάμεσα στο Υπουργείο Υγείας της Κύπρου και στην Κλινική Κοινωνικής

και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης με την παρουσία του Προέδρου του Τμήματος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, κ. Νικόλαου Γκουρτσογιάννη.

Η σύμβαση συνεργασίας αφορούσε τους ακόλουθους τομείς:

α) Υποστήριξη της εκπαίδευσης της ειδικότητας της γενικής ιατρικής στην Κύπρο και ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης εκπαιδευτών γενικής ιατρικής καθώς και μετεκπαιδευτικών μαθημάτων στη γενική ιατρική και στην Π. Φ. Υ.

β) Σχεδιασμός, οργάνωση και λειτουργία δύο πιλοτικών Κ. Υ. στην Κύπρο (ενός αστικού και ενός αγροτικού) σύμφωνα με προτυποποιημένες διαδικασίες όσον αφορά την παροχή των υπηρεσιών τους με τη διαμόρφωση κλινικών πρωτοκόλλων και πρακτικών οδηγιών για τη διαχείριση κοινών νοσημάτων και μειζόνων παραγόντων κινδύνου καθώς και ανάπτυξη διαδικασιών ελέγχου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

γ) Εισαγωγή ηλεκτρονικού φακέλου ασθενών στα δύο πιλοτικά Κ. Υ. κατάλληλα διαμορφωμένου για τις ανάγκες της Π. Φ. Υ.

δ) Εφαρμογή εργαλείων αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα δύο πιλοτικά Κ. Υ.

ε) Σχεδιασμός και ανάπτυξη ερευνητικών προγραμμάτων και μελετών που αφορούν τη γενική ιατρική και την Π. Φ. Υ. και δημοσίευση των σχετικών ερευνητικών εργασιών σε διεθνή ιατρικά περιοδικά

στ) Διασύνδεση της γενικής ιατρικής της Κύπρου με τα υπάρχοντα Ευρωπαϊκά δίκτυα (EGPRN, EUROPREV, EURACT, ESPCG)

ζ) Εκπόνηση δύο διδακτορικών διατριβών σε συνεργασία με την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής.

Η διατριβή αυτή απετέλεσε την πρώτη από τις δύο διατριβές στο πλαίσιο της συνεργασίας ανάμεσα στο Υπουργείο Υγείας Κύπρου και στο Πανεπιστήμιο Κρήτης.

1.8. Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Ο σκοπός της διδακτορικής διατριβής είναι η περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης στην Π. Φ. Υ. και στη Γενική Ιατρική στην Κύπρο και ο σχεδιασμός μίας πιλοτικής παρέμβασης σε δύο Κ. Υ. στην επαρχία Λευκωσίας.

Ειδικότερα, η εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής έχει ως στόχο να παρέχει τεκμηριωμένες απαντήσεις στα ακόλουθα ερωτήματα:

- 1) Ποια είναι τα συχνότερα χρόνια νοσήματα και παράγοντες κινδύνου που διαχειρίζονται οι Γ. Ι. στην Π. Φ. Υ. στην Κύπρο;
- 2) Σε ποιο βαθμό επιτυγχάνεται η ρύθμιση των ασθενών με επιλεγμένα χρόνια νοσήματα και παράγοντες κινδύνου σύμφωνα με Διεθνείς Κατευθυντήριες Οδηγίες;
- 3) Σε ποιο βαθμό η χρήση Ευρωπαϊκών εργαλείων (SCORE risk model) μπορεί να αναδείξει άτομα υψηλού κινδύνου στο επίπεδο της Π. Φ. Υ. στην Κύπρο;
- 4) Ποια θα είναι εκείνα τα συστατικά μίας πιλοτικής παρέμβασης που θα πρέπει να σχεδιαστεί και να εφαρμοστεί

στην Π. Φ. Υ. για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;

Τα ερωτήματα 1, 2 και 3 στοχεύουν στην περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης σε επιλεγμένες δομές Π. Φ. Υ. στην Κύπρο σε σχέση με τα συχνότερα νοσήματα και τη διαχείριση τους (αντιστοιχία στο πρώτο μισό του τίτλου της διατριβής). Η ανάλυση της κατάστασης αυτής θα αναδείξει τους παράγοντες εκείνους που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για το σχεδιασμό μίας πιλοτικής παρέμβασης που θα οδηγήσει σε βελτίωση της κατάστασης στην Π. Φ. Υ. (αντιστοιχία στο δεύτερο μισό του τίτλου της διατριβής).

2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ/ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Την ενότητα αυτή συνθέτουν τρεις πρωτότυπες εργασίες (δύο δημοσιευμένες και μία υποβληθείσα προς κρίση) οι οποίες απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα της διατριβής και συγκεκριμένα:

Στο πρώτο ερώτημα απαντά η εργασία (1) με τίτλο: Diagnoses panorama in the primary healthcare setting in Cyprus: Data from a pilot study. Eur J Gen Pract 2004;10:102-103.

Στο δεύτερο ερώτημα απαντά η εργασία (2) με τίτλο: The need for quality management in primary healthcare in Cyprus: Results from a medical audit for patients with type 2 diabetes mellitus. Q manage Health Care 2006; 15:58-65.

Στο τρίτο ερώτημα απαντά η εργασία (3) με τίτλο: Implementing the European guidelines for cardiovascular disease prevention in the primary care setting in Cyprus: lessons learned from a health care services study. Submitted, BMC Health Services Research 2008.

Στο τέταρτο ερώτημα 4 απαντά η εργασία με τίτλο: Designing a multifaceted quality improvement intervention in primary care centers of Cyprus: A methodological approach. Submitted, BMC Health Services Research 2008. Η μελέτη αυτή συνιστά μέρος της δεύτερης διδακτορικής διατριβής που έχει κατατεθεί.

3. ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

ΕΡΓΑΣΙΑ 1

Diagnoses panorama in the primary healthcare setting in Cyprus: Data from a pilot study.

Δημοσίευση στο Eur J Gen Pract 2004;10:102-103.

ΕΡΓΑΣΙΑ 2

The need for quality management in primary healthcare in Cyprus: Results from a medical audit for patients with type 2 diabetes mellitus.

Δημοσίευση στο Q manage Health Care 2006; 15:58-65.

ΕΡΓΑΣΙΑ 3

Implementing the European guidelines for cardiovascular disease prevention in the primary care setting in Cyprus: lessons learned from a health care services study.

Submitted, BMC Health Services Research 2008.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1. Κύρια ευρήματα της μελέτης

Τα κύρια ευρήματα που προέκυψαν από την ανάλυση των 2,754 ερωτηματολογίων [παράρτημα I] του πρώτου μέρους της μελέτης συνοψίζονται στα ακόλουθα:

α) Η μέση ηλικία των ασθενών της μελέτης ήταν 65 έτη (SD 15.6), 57.5% των ασθενών ήταν 65 ετών και άνω, ενώ οι γυναίκες αποτελούσαν το 63.6% του συνόλου των ασθενών.

β) Οι τρεις συχνότερες διαγνώσεις στις ηλικίες μεταξύ 15-64 ετών τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες ήταν η Α. Υ., ο Τ2 Σ. Δ. και η Υπερλιπιδαιμία. Σε ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω και στα δύο φύλα οι δύο συχνότερες διαγνώσεις ήταν η Α. Υ. και ο Τ2 Σ. Δ. Η Υπερλιπιδαιμία ήταν η τρίτη συχνότερη διάγνωση στους άνδρες ενώ στην αντίστοιχη θέση ήταν η Οστεοαρθρίτιδα στις γυναίκες.

γ) Όσον αφορά την παρουσία συν-νοσηρότητας, ποσοστό 14.3% των ανδρών και 15.4% των γυναικών που έλαβαν μέρος στη μελέτη είχαν τουλάχιστον δύο χρόνια νοσήματα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω ήταν 20%, [Εργασία 1].

Τα κύρια ευρήματα που προέκυψαν από την ανάλυση 1,101 ιατρικών φακέλων ασθενών κατά τη διεξαγωγή του δεύτερου μέρους της μελέτης συνοψίζονται στα ακόλουθα:

Από το σύνολο των 1,101 ασθενών, 295 ασθενείς (26.8%) είχαν ιστορικό Τ2 Σ. Δ. Από τους υπόλοιπους 806 ασθενείς, οι 641

(79.5%) είχαν ιστορικό Α. Υ. και 313 (38.8%) είχαν ιστορικό Υπερλιπιδαιμίας.

Όσον αφορά τη ρύθμιση του διαβήτη, τιμές $HbA_{1c} < 7\%$, επιτεύχθηκαν μόνο σε 12 από τους 31 ασθενείς (38.7%) που είχαν καταχωρημένες τιμές HbA_{1c} στους ιατρικούς τους φακέλους. Από το σύνολο των 147 διαβητικών ασθενών που είχαν καταχωρημένες τιμές ολικής χοληστερόλης, 53 (36.1%) πέτυχαν το στόχο που καθορίζουν οι οδηγίες της ADA⁵⁶ και της NCEP ATPIII⁵⁷ < 200 mg/dl. Το αντίστοιχο ποσοστό ασθενών που πέτυχαν το στόχο για την LDL-C < 100 mg/dl ήταν 20.7%. Όσον αφορά την Α. Π., από το σύνολο των 241 ασθενών με διαθέσιμες τιμές Α. Π., ο στόχος $< 130/80$ mmHg επιτεύχθηκε σε 18 μόνο ασθενείς (7.5%). Οι ασθενείς με Τ2 Σ. Δ. που επισκέπτονταν τα αστικά Κ. Υ. είχαν στατιστικά σημαντικές μικρότερες μέσες τιμές της διαστολικής αρτηριακής πίεσης (80 vs 84 mmHg, $p= 0.000$) και των τριγλυκεριδίων (188 vs 253 mg/dl, $p= 0.002$) σε σύγκριση με αυτούς που επισκέπτονταν τα αγροτικά Κ. Υ. Επίσης, οι ασθενείς που προέρχονταν από τα δύο αστικά Κ. Υ. πραγματοποιούσαν περισσότερες επισκέψεις/έτος σε σύγκριση με αυτούς που προέρχονταν από τα αντίστοιχα δύο αγροτικά Κ. Υ. (9 [SD 3.8] vs 8 [SD 3.6], $p= 0.042$) [Εργασία 2].

Για όλους τους ασθενείς της μελέτης με διαθέσιμα δεδομένα στους ιατρικούς φακέλους υπολογίστηκε ο 10-ετής κίνδυνος για μοιραίο καρδιαγγειακό σύμβαμα σύμφωνα με το διάγραμμα SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) όπως

προτείνεται από τις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες για την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου⁵⁸ [παράρτημα IV]. Χρησιμοποιήθηκε το διάγραμμα για χώρες υψηλού κινδύνου αφού η Κύπρος, αν και χώρα της Μεσογείου περιλαμβάνεται στις χώρες εκείνες με υψηλή θνησιμότητα για καρδιαγγειακή νόσο. Από το σύνολο των 1,101 ασθενών, 439 (39.9%) ταξινομήθηκαν ως υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη μοιραίου καρδιαγγειακού συμβάματος (10-ετής κίνδυνος $\geq 5\%$). Όσον αφορά τη ρύθμιση της Α. Π. των ασθενών χωρίς διαβήτη⁵⁹, 54% είχαν τιμές $< 140/90$ mmHg, ενώ 28.6% των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο πέτυχαν το στόχο⁵⁸ για LDL-C < 100 mg/dl, [Εργασία 3].

Σύγκριση της μεταβολικής ρύθμισης της ομάδας των μη διαβητικών ασθενών της μελέτης, ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα στη μέση τιμή της ολικής χοληστερόλης (214 vs 231 mg/dl, $p= 0.000$), LDL-χοληστερόλης (131 vs 140 mg/dl, $p= 0.035$), HDL-χοληστερόλης (52 vs 59 mg/dl, $p= 0.004$), τριγλυκεριδίων (187 vs 167 mg/dl, $p= 0.048$). Οι γυναίκες είχαν υψηλότερες μέσες τιμές για όλες τις μεταβολικές παραμέτρους εκτός από τις τιμές των τριγλυκεριδίων. Για τους ασθενείς χωρίς διαβήτη που επισκέπτονταν τα αστικά Κ. Υ. τόσο η συστολική (132 vs 137 mmHg, $p= 0.000$) όσο και η διαστολική αρτηριακή πίεση (80 vs 84 mmHg, $p= 0.000$) παρουσίαζαν στατιστικά σημαντική μικρότερη μέση τιμή σε σύγκριση με τις τιμές αυτών που επισκέπτονταν τα αγροτικά κέντρα. Ακόμα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο αριθμό επισκέψεων

που έγιναν από τους μη διαβητικούς ασθενείς στα αστικά Κ. Υ. σε σύγκριση με αυτές που έγιναν σε αγροτικά Κ. Υ. (8 [SD 3.7] vs 7 [SD 4], $p= 0.0004$).

Τέλος, συγκρίνοντας τη ρύθμιση των ασθενών με T2 Σ. Δ. και αυτών χωρίς διαβήτη παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μέση τιμή της συστολικής αρτηριακής πίεσης (137 vs 134 mmHg, $p= 0.006$), ολικής χοληστερόλης (214 vs 225 mg/dl, $p= 0.009$), LDL-χοληστερόλης (127 vs 137 mg/dl, $p= 0,026$) και τριγλυκεριδίων (205 vs 173 mg/dl, $p= 0.003$). Οι ασθενείς με T2 Σ. Δ. είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη μέση τιμή ολικής χοληστερόλης και LDL- χοληστερόλης σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς ασθενείς.

4.2. Συζήτηση των κύριων ευρημάτων της μελέτης υπό το φως άλλων μελετών

Όσον αφορά το πρώτο μέρος της μελέτης, οι πέντε συχνότερες διαγνώσεις που καταγράφηκαν ήταν: η Α. Υ., ο T2 Σ. Δ., η Υπερλιπιδαιμία, η Οστεοαρθρίτιδα και η Καρδιακή ανεπάρκεια. Τα ευρήματα αυτά δεν διαφέρουν από αυτά άλλων μελετών αφού τα πιο πάνω νοσήματα συγκαταλέγονται στα πέντε πιο συχνά χρόνια νοσήματα και προβλήματα υγείας που διαχειρίζονται οι γενικοί ιατροί⁶⁰⁻⁶⁵. Η παρουσία χρόνιων νοσημάτων είναι συχνότερη σε άτομα 65 ετών και άνω, όπως καταδεικνύεται από ποικίλες μελέτες^{61, 66-68} και από τη δική μας, ενώ, ένα ή περισσότερα χρόνια νοσήματα εμφανίζονται στα άτομα της ηλικίας αυτής σε ποσοστά που κυμαίνονται από 23-70%⁶⁵⁻⁶⁷. Ασθενείς 65 ετών και άνω παρουσιάζουν αυξημένη

συν-νοσηρότητα με τη συνύπαρξη δύο ή περισσότερων χρόνιων νοσημάτων σε ποσοστά μεταξύ 15- 69.3%^{65, 66, 69} τα οποία δεν διαφέρουν με τα αντίστοιχα της μελέτης μας. Επίσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών^{66-68, 70} αλλά και της δικής μας, οι γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα συν-νοσηρότητα σε σύγκριση με τους άνδρες. Η «Έρευνα Υγείας» που διεξάγεται κάθε έτος από τη Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Στατιστικής Υπηρεσίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EUROSTAT) και περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τα συχνά νοσήματα και προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός, έδειξε ότι τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω είναι: η Α. Υ., ο Σ. Δ. η Οστεοαρθρίτιδα, Καρδιαγγειακά νοσήματα, Οστεοπόρωση και Υπερλιπιδαιμία⁷¹.

Όσον αφορά το δεύτερο μέρος της μελέτης, σε διάφορες μελέτες που εξέτασαν το γλυκαιμικό έλεγχο ασθενών με Τ2 Σ. Δ. τα ποσοστά ασθενών με άριστη ρύθμιση ($HbA_{1c} < 7\%$) κυμαίνονταν από 26.7- 46.6%⁷²⁻⁷⁶ ενώ πτωχή ρύθμιση με τιμές $HbA_{1c} \geq 8\%$ καταγράφηκε σε ποσοστό μεταξύ 31.8- 50%^{73, 75, 76}. Σε μία Ελληνική μελέτη⁷⁶ που περιελάμβανε 302 ασθενείς με Τ2 Σ. Δ. η μέση ηλικία ήταν 65 έτη, η μέση διάρκεια διαβήτη 8 έτη, και η μέση τιμή HbA_{1c} 8.1%. Η ρύθμιση της HbA_{1c} ήταν άριστη σε 30.5% των ασθενών και πτωχή σε ποσοστό 46.3%. Στη δική μας μελέτη η μέση ηλικία ήταν 68 έτη (SD 10), η μέση διάρκεια διαβήτη 13 έτη (SD 11), ενώ, άριστη ρύθμιση ($HbA_{1c} < 7\%$) επιτεύχθηκε σε ποσοστό 38.7% των ασθενών και πτωχή

ρύθμιση σε ποσοστό 19.4% ($HbA_{1c} \geq 8\%$). Η μέση τιμή HbA_{1c} ήταν 7.2% (SD 1.27). Ποικίλες μελέτες για τη ρύθμιση της υπερλιπιδαιμίας σε ασθενείς με Τ2 Σ. Δ. αναφέρουν ποσοστά ασθενών που πέτυχαν το στόχο $LDL-C < 100 \text{ mg/dl}$ να κυμαίνονται μεταξύ 15.4- 47%^{73, 74, 77-80}. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης NHANES III⁷⁸ μόνο 15% των ασθενών με Τ2 Σ. Δ. επιτυγχάνουν τιμές $LDL-C < 100 \text{ mg/dl}$. Τιμές $TC < 200 \text{ mg/dl}$ επιτεύχθηκαν σε ποσοστά μεταξύ 16-55%^{76, 80-82}. Στη δική μας μελέτη το ποσοστό ασθενών με $LDL-C < 100 \text{ mg/dl}$ ήταν 20.7% ενώ το αντίστοιχο για $TC < 200 \text{ mg/dl}$ ήταν 36.1%. Σύμφωνα με τη μελέτη SMART⁸⁴, 20% των ασθενών με Τ2 Σ. Δ. λάμβαναν υπολιπιδαιμική αγωγή, ενώ συγκρίνοντας τα ευρήματά μας με αυτά άλλων μελετών, τα αντίστοιχα ποσοστά κυμάνθηκαν από 20- 66.9%^{73, 78, 83-85}. Στη δική μας μελέτη ποσοστό 34.6% των διαβητικών ασθενών λάμβανε υπολιπιδαιμική αγωγή, 63.2% αυτών λάμβαναν στατίνες ενώ σύμφωνα με άλλη μελέτη το αντίστοιχο ποσοστό ανήλθε στο 85%⁸⁶.

Σε μία Ευρωπαϊκή μελέτη που διεξάχθηκε σε πέντε χώρες και εξέτασε μεταξύ άλλων τη φαρμακευτική αντιμετώπιση των διαβητικών ασθενών στη Γενική Ιατρική, βρέθηκε ότι από του στόματος αντιδιαβητικά λάμβανε ποσοστό 53.5% στην Ισπανία, 51.2% στη Μ. Βρετανία, 61.9% στο Βέλγιο, 53.3% στην Κροατία και 54.8% στην Ολλανδία⁸⁷. Συγκρίνοντας άλλες μελέτες, τα ποσοστά ασθενών με Τ2 Σ. Δ. που λάμβαναν από του στόματος αντιδιαβητικά κυμάνθηκαν από 35% μέχρι 85%⁷⁵,

^{76, 83-85}. Συνδυασμό ινσουλίνης με από του στόματος αντιδιαβητικά λάμβανε ποσοστό μεταξύ 3- 26.3%^{72, 75, 81, 85}. Στη δική μας μελέτη, 67.1% των ασθενών λάμβαναν από του στόματος αντιδιαβητικά ενώ, συνδυασμό ινσουλίνης με από του στόματος αντιδιαβητικά λάμβανε ποσοστό 4.1%. Σύμφωνα με τα ευρήματα διαφόρων μελετών, τα συχνότερα χορηγούμενα από του στόματος αντιδιαβητικά ήταν οι σουλφονουλουρίες με ποσοστά που κυμαίνονταν μεταξύ 40.5- 63.2%^{72, 74, 75}. Στη δική μας μελέτη, από τους ασθενείς που λάμβαναν αγωγή για το διαβήτη, οι σουλφονουλουρίες αποτελούσαν τα συχνότερα χορηγούμενα φάρμακα (26.6%).

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, ο στόχος της Α. Π. < 130/85 mmHg επιτεύχθηκε σε ποσοστά που κυμαίνονταν από 22- 37.9%^{72-74, 80, 88, 89} ενώ ο αυστηρότερος στόχος για Α. Π. < 130/80 mmHg επιτεύχθηκε σε ποσοστά μεταξύ 15-25.6%^{72, 74, 88}. Στη δική μας μελέτη τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 22% (Α. Π. < 130/85 mmHg) και 7.5% (Α. Π. < 130/80 mmHg). Σύμφωνα με αναφορές διαφόρων μελετών, τα ποσοστά των ασθενών με Τ2 Σ. Δ. που λάμβαναν αγωγή με αντιυπερτασικά φάρμακα κυμάνθηκαν από 52.7-77.4%^{72, 75, 84, 85, 89}. Τα συχνότερα χορηγούμενα φάρμακα ήταν: Α-ΜΕΑ (13.1- 65.2%)^{75, 80, 84, 85, 89-91}, ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου (8.5- 43.6%)^{75, 80, 85, 90, 91}, θειαζιδικά διουρητικά (10.6-58.5%)^{75, 84, 85, 90, 91}, β-αποκλειστές (9.3-39.3%)^{73, 75, 84, 91} και ΑΥΑ (13.1%)⁹⁰. Μόνο 13% των διαβητικών ασθενών λάμβαναν μονοθεραπεία ενώ 33% και 51% αντίστοιχα λάμβαναν 2 και 3 ή περισσότερα φάρμακα⁸⁸. Στη μελέτη μας 66.4% των ασθενών με Τ2 Σ. Δ..

είχαν ιστορικό υπέρτασης οι οποίοι σε ποσοστό 80.6% λάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή, ενώ τα συχνότερα χορηγούμενα αντιυπερτασικά φάρμακα ήταν οι A-MEA (56.6%) ακολουθούμενοι από ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου (32.1%) και β-αποκλειστές (28.6%), ευρήματα τα οποία δεν διαφέρουν από αυτά των πιο πάνω μελετών. Μονοθεραπεία λάμβανε ποσοστό 37.3% ενώ 57.1% των ασθενών λάμβαναν 2 ή περισσότερα αντιυπερτασικά φάρμακα.

Η εκτίμηση του 10-ετούς κινδύνου για μοιραίο καρδιαγγειακό σύμβαμα με τη χρήση του εργαλείου HeartScore ανέδειξε ποσοστό 81.6% των ασθενών με διαθέσιμα δεδομένα ως άτομα υψηλού κινδύνου (10-ετής κίνδυνος $\geq 5\%$). Τα ευρήματα αυτά δεν διαφέρουν από αυτά της μελέτης SMART⁸³ στην οποία 88% των ασθενών εκτιμήθηκαν ως υψηλού κινδύνου σύμφωνα με το διάγραμμα SCORE. Ποσοστό 57.8% των γυναικών της μελέτης ηλικίας 60 ετών ταξινομήθηκαν ως υψηλού κινδύνου ενώ σε μία παρόμοια μελέτη⁹², το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 57.3%. Από τους ασθενείς χωρίς διαβήτη που είχαν ιστορικό Α. Υ. και λάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή, 50.3% πέτυχαν το στόχο Α. Π. < 140/90 mmHg, ποσοστό που δεν διαφέρει από αντίστοιχα ποσοστά άλλων μελετών^{74, 93-95}. Από το σύνολο των ασθενών με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, 44.7% λάμβαναν υπολιπιδαιμική αγωγή και 28.6% πέτυχαν το στόχο LDL-C < 100 mg/dl. Σε αντίστοιχες μελέτες τα ποσοστά στόχου LDL-C < 100 mg/dl κυμαίνονταν από 30.9- 53%^{79, 96-98}.

Ένα από τα αξιοσημείωτα ευρήματα της μελέτης ήταν η ανεπαρκής καταγραφή ιατρικής πληροφορίας στους φακέλους των ασθενών. Η διαπίστωση της απουσίας καταγραφής της καπνιστικής συνήθειας και του βάρους/ ύψους των ασθενών (για υπολογισμό του ΔΜΣ) που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα αξίζουν ιδιαίτερης συζήτησης. Επιπλέον η μη καταγραφή της καπνιστικής συνήθειας οδήγησε σε αδυναμία υπολογισμού του 10-ετούς κινδύνου για μοιραίο καρδιαγγειακό σύμβαμα σε ποσοστό 51.1% των ασθενών χωρίς διαβήτη.

Μία ακόμα διαπίστωση αφορούσε την ελλιπή καταγραφή των αποτελεσμάτων των αναλύσεων. Για παράδειγμα, τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης βρέθηκαν καταχωρημένες σε 31 από τους συνολικά 295 ασθενείς με T2 Σ. Δ. (10.5%), ενώ 56.1% και 31.5% των ασθενών της μελέτης είχαν καταχωρημένες τιμές ολικής χοληστερόλης και LDL-C αντίστοιχα. Αντίθετα τιμές Α. Π. βρέθηκαν καταχωρημένες σε 935 ασθενείς (84.9%). Σύμφωνα με μία μελέτη, οι ασθενείς που δεν έχουν καταχωρημένες τιμές LDL-χοληστερόλης στους ιατρικούς τους φακέλους έχουν λιγότερες πιθανότητες να λάβουν υπολιπιδαιμική αγωγή και συμβουλές για δίαιτα. Αντίθετα η καταχώρηση των αποτελεσμάτων αυξάνει την πιθανότητα να παρέχει ο ιατρός τις απαραίτητες υπηρεσίες πρόληψης⁹⁹.

Όπως αναδεικνύεται από τα αποτελέσματα της μελέτης μας η ρύθμιση των ασθενών υψηλού κινδύνου (ασθενείς με T2 Σ. Δ., ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο) δεν επιτυγχάνεται σύμφωνα

με τις συστάσεις διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών. Οι διαβητικοί ασθενείς απείχαν σε μεγάλο ποσοστό από το στόχο της Α. Π. και των λιπιδίων (LDL-C, TC) ενώ το ίδιο παρατηρήθηκε και για τους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο ως προς τη ρύθμιση των λιπιδίων. Ένα ακόμα αξιοσημείωτο εύρημα της μελέτης ήταν το χαμηλό ποσοστό ασθενών που λάμβαναν ασπιρίνη τόσο για πρωτογενή όσο και για δευτερογενή πρόληψη. Οι ασθενείς με T2 Σ. Δ. και αυτοί με στεφανιαία νόσο λάμβαναν ασπιρίνη σε ποσοστά 15.9% και 48.5% αντίστοιχα. Σε σύγκριση με άλλες μελέτες το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνονταν από 20-46%^{73, 75, 80, 91, 100}, ενώ σύμφωνα με τη μελέτη SMART⁸³ το ποσοστό των ασθενών με διαβήτη που λάμβανε ασπιρίνη ήταν ιδιαίτερα χαμηλό (15%). Μπορούμε να πιθανολογήσουμε διάφορους παράγοντες που μπορεί να ευθύνονται για τα πιο πάνω ευρήματα: α) η ελλιπής ενημέρωση και εκπαίδευση των γενικών ιατρών στη χρήση κατευθυντήριων οδηγιών, β) ο αυξημένος φόρτος εργασίας λόγω του αυξημένου αριθμού ασθενών που διαχειρίζονται καθημερινά οι γενικοί ιατροί (35-40 ασθενείς/ μέρα) και της πίεσης χρόνου, γ) η άρνηση των ασθενών να συμμορφωθούν στη φαρμακευτική αγωγή ή στις αναγκαίες εξετάσεις (μέτρηση γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, λιπιδίων) και δ) η ανεπαρκής επικοινωνία ανάμεσα στους ιατρούς και στους ασθενείς.

Ένα ακόμα ενδιαφέρον εύρημα που ανέδειξε η μελέτη ήταν ότι τόσο οι διαβητικοί όσο και οι μη διαβητικοί ασθενείς της μελέτης που επισκέπτονταν τα αστικά Κ. Υ. είχαν πετύχει καλύτερη ρύθμιση της Α. Π. και των λιπιδίων σε σύγκριση με

αυτούς που επισκέπτονταν τα αγροτικά Κ. Υ. Σύμφωνα με τα ευρήματα διαφόρων μελετών οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών δεν έχουν πρόσβαση στην ποσότητα και ποιότητα των υπηρεσιών χρόνιας φροντίδας σε σχέση με τους κατοίκους αστικών κέντρων, όπως και σε υπηρεσίες εξειδικευμένης φροντίδας^{71, 101-103}. Οι ιατροί είναι λιγότεροι στις αγροτικές περιοχές ενώ και άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως διαιτολόγοι, νοσηλεύτριες και προσωπικό για την παροχή επείγουσας φροντίδας δεν επαρκούν για να καλύψουν τις απαιτούμενες ανάγκες^{71, 104}. Μία μελέτη που εξέτασε την εκτίμηση της παρεχόμενης φροντίδας σε ασθενείς με διαβήτη σε αγροτικές περιοχές έδειξε ότι οι ασθενείς αυτοί είναι λιγότερο πιθανόν να υποβληθούν σε ετήσια μέτρηση της HbA_{1c}, σε έλεγχο οφθαλμών για αποκλεισμό διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και σε έλεγχο χοληστερόλης και σακχάρου σε σύγκριση με τους αντίστοιχους ασθενείς σε αστικές περιοχές¹⁰⁵. Επίσης οι ασθενείς με διαβήτη σε αγροτικές περιοχές είναι λιγότερο πιθανόν να συμμετέχουν σε προγράμματα εκπαίδευσης για το διαβήτη¹⁰⁶.

4.3. Μεθοδολογικοί περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δύο αστικά και δύο αγροτικά Κ. Υ από το σύνολο των 15 Κ. Υ. (7 αστικών και 8 αγροτικών κέντρων) στην Κύπρο. Η επιλογή των κέντρων δεν έγινε τυχαία αλλά, μετά από εισήγηση του Υπουργείου Υγείας ορίστηκε το αστικό Κ. Υ. Αγλαντζιάς ως το πρώτο από τα 4 Κ. Υ. που θα συμμετείχαν, αφού ήταν ένα καινούργιο Κ. Υ. με

ολοκληρωμένες υπηρεσίες Π. Φ. Υ. Η επιλογή των υπολοίπων Κ. Υ. έγινε με συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία αφορούσαν: α) τον πληθυσμό ευθύνης και το σύστημα λειτουργίας των κέντρων, β) τον αριθμό των ιατρών και τις μεταπτυχιακές σπουδές τους (ιατροί χωρίς ειδικότητα γενικής ιατρικής, έτη άσκησης του επαγγέλματος) και γ) τον αριθμό και την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού και τον αριθμό του διοικητικού προσωπικού. Παρά το γεγονός ότι δεν ήταν τυχαία η επιλογή των κέντρων ήταν όμως σταθμισμένα ανά δυάδες (δύο αστικά και δύο αγροτικά Κ. Υ.) σε σχέση με τα προαναφερθέντα κριτήρια ώστε να είναι συγκρίσιμα. Επειδή η μελέτη πραγματοποιήθηκε μόνο σε 4 Κ. Υ. από μία και μόνο επαρχία (επαρχία Λευκωσίας) από το σύνολο των πέντε επαρχιών της Κύπρου οι γενικεύσεις είναι επισφαλείς για τους ασθενείς που επισκέπτονται τα υπόλοιπα Κ. Υ. στις άλλες επαρχίες του νησιού.

4.3.1. Σφάλματα επιλογής ατόμων (selection bias)

Σφάλματα επιλογής ατόμων μπορεί να έχουν επηρεάσει τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Όσον αφορά τη διεξαγωγή του πρώτου μέρους της διατριβής για τον προσδιορισμό των συχνών νοσημάτων που διαχειρίζονται οι γενικοί ιατροί στην Π. Φ. Υ. στην Κύπρο, αυτή πραγματοποιήθηκε για χρονικό διάστημα έντεκα εργάσιμων ημερών από τις 29/05/02-12/06/02. Η επιλογή του διαστήματος αυτού αν και έγινε τυχαία στα πλαίσια σχεδιασμού της μελέτης

πραγματοποιήθηκε στο τέλος της Άνοιξης και στις αρχές του Καλοκαιριού όπου στην Κύπρο υπάρχουν υψηλές θερμοκρασίες. Η μελέτη αν πραγματοποιείτο το Χειμώνα θα υπήρχε πιθανότητα διαφορά στο φάσμα των διαγνώσεων αφού τότε βρίσκονται σε έξαρση οι λοιμώξεις ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού. Παρά την απουσία εποχιακής διακύμανσης ο σκοπός της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός των πιο κοινών χρόνιων νοσημάτων και προβλημάτων υγείας που διαχειρίζονται οι γενικοί ιατροί στην καθημερινή τους πρακτική. Ο στόχος αυτός επιτεύχθηκε αφού τα χρόνια νοσήματα δεν επηρεάζονται από την εποχιακή διακύμανση. Ένας ακόμα περιορισμός της μελέτης ήταν ότι δεν χρησιμοποιήθηκαν διαγνωστικά κριτήρια για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των διαγνώσεων που κατέγραφαν οι γενικοί ιατροί στα ερωτηματολόγια που συμπλήρωναν για κάθε ασθενή. Αντίθετα, οι διαγνώσεις βασίστηκαν αποκλειστικά στην εμπειρία του κάθε ιατρού και κωδικοποιήθηκαν ακολούθως από τη συγγραφέα με βάση τη 10^η Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων⁴⁵ (ICD-10) η οποία είναι η επίσημη ταξινόμηση που χρησιμοποιεί η Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου.

Ένας ακόμα περιορισμός αφορά τον υπολογισμό του 10-ετούς κινδύνου για μοιραίο καρδιαγγειακό σύμβαμα ο οποίος δεν πραγματοποιήθηκε σε υγιή πληθυσμό αλλά σε άτομα με γνωστούς παράγοντες κινδύνου. Επομένως το υψηλό ποσοστό ασθενών με αυξημένο κίνδυνο $\geq 5\%$ για 10-ετή καρδιαγγειακό θάνατο πιθανόν να μην είναι αντιπροσωπευτικό για το γενικό

πληθυσμό του νησιού. Επίσης, η πλειονότητα των ασθενών λάμβανε αντιυπερτασική ή υπολιπιδαιμική αγωγή και ως εκ τούτου το επίπεδο κινδύνου πιθανόν να έχει τροποποιηθεί για αρκετούς από τους ασθενείς. Τέλος, η αδυναμία για υπολογισμό του κινδύνου σε περισσότερο από το ήμισυ των ασθενών της μελέτης αποτελεί έναν επιπλέον περιορισμό αφού το επίπεδο κινδύνου για τους ασθενείς αυτούς είναι άγνωστο. Αν υπήρχε η δυνατότητα εκτίμησης του κινδύνου για τα άτομα αυτά, τα αποτελέσματα της μελέτης πιθανόν να ήταν διαφορετικά.

4.3.2. Σφάλματα στη συλλογή της πληροφορίας (*information bias*)

Για τη διεξαγωγή του δεύτερου μέρους της μελέτης εκπαιδεύτηκαν από τη συγγραφέα δέκα φοιτητές νοσηλευτικής για την ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων των ασθενών από τα 4 Κ. Υ. Παρά την εκπαίδευση τους για την επιλογή των ιατρικών φακέλων ασθενών σύμφωνα με προκαθορισμένα κριτήρια [παράρτημα II] δεν μπορούν να αποκλειστούν πιθανές παραλείψεις. Για να περιοριστεί το σφάλμα αυτό (*interabstractor variability*) η συγγραφέας πραγματοποιούσε επισκέψεις στα 4 Κ. Υ. και επέλεγε τυχαίους φακέλους που είχαν προηγουμένως ελέγξει οι φοιτητές. Υπολογίστηκε ο συντελεστής kappa (*kappa coefficient*). Αποδεκτές τιμές kappa ορίστηκαν αυτές μεταξύ 0.40-1.00 που υποδηλώνουν καλή ως άριστη συμφωνία. Ο συντελεστής kappa ήταν αποδεκτός και

για τα τρία νοσήματα (0.85 για την Α. Υ., 0.83 για τον Τ2 Σ. Δ. και 0.67 για τη στεφανιαία νόσο).

Επίσης η μελέτη ήταν αναδρομική (retrospective) και βασίστηκε στην ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων των ασθενών. Ως εκ τούτου, δεν ήταν δυνατή η μακροχρόνια παρακολούθηση της ρύθμισης των επιλεγμένων ασθενών με διαβήτη, υπέρταση ή υπερλιπιδαιμία, όπως επίσης δεν ήταν δυνατή η παρακολούθηση της φαρμακευτικής αντιμετώπισης των ασθενών αυτών στα πλαίσια τροποποίησης ή προσθήκης φαρμάκων για διαχείριση των πιο πάνω καταστάσεων. Ζητήματα όπως, η εκπαίδευση των ασθενών στην αυτοδιαχείριση της νόσου τους (π. χ. αυτοέλεγχος σακχάρου, Α. Π.) όπως και θέματα συμμόρφωσης των ασθενών σε οδηγίες (άναλος ή υπολιπιδαιμική δίαιτα, επισκόπηση ποδιών) και στη φαρμακευτικά αγωγή δεν μπορούσαν να εξεταστούν λόγω της αναδρομικής φύσεως της μελέτης. Ένας από τους κύριους περιορισμούς της μελέτης ήταν η απουσία καταχωρημένης πληροφορίας για την καπνιστική συνήθεια των ασθενών (για την εκτίμηση του 10-ετούς κινδύνου για μοιραίο καρδιαγγειακό σύμβαμα) και για το βάρος και το ύψος (για υπολογισμό του Δείκτη Μάζας Σώματος) για την εκτίμηση παχυσαρκίας. Πληροφορίες όπως η διάρκεια του διαβήτη ή της υπέρτασης απουσίαζαν από τους ιατρικούς φακέλους. Για το λόγο αυτό κρίθηκε απαραίτητη η διενέργεια τηλεφωνικής συνέντευξης. Τέλος, διαπιστώθηκαν ελλείψεις στην καταχώρηση των αποτελεσμάτων των αναλύσεων των ασθενών κυρίως με Τ2 Σ.

Δ. (HbA_{1c}, λιπίδια, κρεατινίνη αίματος, μικροαλβουμίνη ούρων).

Πριν από τη διεξαγωγή της τηλεφωνικής συνέντευξης με τη χρήση ερωτηματολογίου [παράρτημα ΙΙΙ], για τη συλλογή της πληροφορίας που απουσίαζε από τους ιατρικούς φακέλους έγινε εκπαίδευση των νοσηλευτριών των 4 Κ. Υ. από τη συγγραφέα. Η συγγραφέας επισκεπτόταν όλα τα Κ. Υ. κατά την πραγματοποίηση της τηλεφωνικής έρευνας ώστε να διασφαλιστεί η ορθή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Στα αγροτικά Κ. Υ. υπήρχε μειωμένη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας και ανάληψης άλλων καθηκόντων (π.χ. καθήκοντα γραφέα) τα οποία δυσχέραιναν την πραγματοποίηση της μελέτης. Επίσης η τηλεφωνική συνέντευξη πραγματοποιείτο μόνο κατά τις πρωινές ώρες λειτουργίας των Κ. Υ. με αποτέλεσμα αρκετοί ασθενείς να μην συμμετάσχουν λόγω απουσίας στην εργασία τους.

4.4. Σχεδιασμός μίας πιλοτικής παρέμβασης στην Π. Φ. Υ. της Κύπρου

Από τα ευρήματα της μελέτης προκύπτει η ανάγκη για την εφαρμογή ενός προγράμματος παρέμβασης στην Π. Φ. Υ. στην Κύπρο η οποία θα στοχεύει στη βελτίωση των ελλείψεων και ανεπαρκειών που έχουν αναδειχθεί τόσο από πλευράς καταγραφής της κλινικής πληροφορίας όσο και από πλευράς συμμόρφωσης των γενικών ιατρών στη χρήση κατευθυντήριων οδηγιών για τη ρύθμιση ασθενών με χρόνια νοσήματα.

Τα συστατικά που θα πρέπει να περιλαμβάνει μία πολυεπίπεδη (multifaceted) παρέμβαση, προσαρμοσμένη (tailored) στις ανάγκες του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού των Κ. Υ. στα οποία θα εφαρμοστεί, περιγράφονται πιο κάτω και αποτελούν μέρος δημοσίευσης με τίτλο: «Designing a multifaceted quality improvement intervention in primary care centers of Cyprus: A methodological approach» που έγινε στα πλαίσια της δεύτερης διατριβής από την Κύπρο.

Η παρέμβαση θα διαρκέσει δεκαοχτώ μήνες και θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες στρατηγικές για τη βελτίωση της ποιότητας στη διαχείριση ασθενών με Τ2 Σ. Δ. και Α. Υ. σε δύο Κ. Υ. (ένα αστικό και ένα αγροτικό):

α) Διανομή κατευθυντήριων οδηγιών και εκπαίδευση των γενικών ιατρών και νοσηλευτριών στη χρήση τους για τη διαχείριση επιλεγμένων ασθενών με Τ2 Σ. Δ., Α. Υ. και Υπερλιπιδαιμία στα δύο Κ. Υ.

β) Εκπαίδευση των γενικών ιατρών, των νοσηλευτριών και του διοικητικού προσωπικού των δύο Κ. Υ. στη χρήση Η/Υ και εφαρμογή ΗΦΑ με ενσωματωμένη τη Διεθνή Ταξινόμηση για την Π. Φ. Υ. ICPC-2. Στον ΗΦΑ θα καταχωρείται κάθε επίσκεψη των ασθενών και θα περιλαμβάνει κωδικοποιημένη τη διάγνωση, τα αποτελέσματα συγκεκριμένων δεικτών (HbA_{1c}, TC, HDL-C, LDL-C, TG, FBG, SBP, DBP, πρωτεΐνη ούρων 24ώρου, έλεγχος διαβητικού ποδιού, έλεγχος οφθαλμών) και τη φαρμακευτική αγωγή κωδικοποιημένη σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση ATC (Anatomical Therapeutic Chemical system)¹⁰⁷. Επιπλέον, ο ηλεκτρονικός φάκελος θα διαθέτει ενσωματωμένες

υπενθυμίσεις (reminders) και επισημάνσεις (alerts) για εργαστηριακές ή άλλες εξετάσεις στο πλαίσιο υποστήριξης των γενικών ιατρών για συμμόρφωση τους στις κατευθυντήριες οδηγίες.

γ) Συμμετοχή δύο διευκολυντών οι οποίοι θα αναλάβουν ρόλο οργανωτικό, συμβουλευτικό και διοικητικό ώστε να διασφαλιστεί η εφαρμογή της παρέμβασης. Οι διευκολυντές θα διανέμουν κατευθυντήριες οδηγίες και θα εκπαιδεύσουν τους γενικούς ιατρούς και τις νοσηλεύτριες στη χρήση τους για τη διαχείριση των ασθενών με τα επιλεγμένα νοσήματα. Επίσης, θα πραγματοποιούν μία φορά το μήνα επισκέψεις στα δύο Κ. Υ. όπου θα συζητείται η πορεία της παρέμβασης, προβλήματα που θα ανακύπτουν και οι ανάγκες των ιατρών και του υπόλοιπου προσωπικού σε σχέση με την παρέμβαση. Στα πλαίσια ελέγχου και ανατροφοδότησης, θα πραγματοποιούν ελέγχους στους χάρτινους φακέλους και στον ηλεκτρονικό φάκελο των ασθενών για να καταγράφουν τα αποτελέσματα επιλεγμένων δεικτών και θα ενημερώνουν τους ιατρούς ώστε να εντείνουν τη ρύθμιση των ασθενών όπου θα απαιτείται. Επίσης θα πραγματοποιούν συνεντεύξεις τόσο με τους Γ. Ι. όσο και με τους ασθενείς για συζήτηση προβλημάτων και εκτίμηση της ικανοποίησης τους από την παρέμβαση.

δ) Τέλος, για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα δύο Κ. Υ. πριν και μετά το τέλος της παρέμβασης θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο EUROPEP⁴⁷ αφού σταθμιστεί πρώτα πολιτισμικά.

4.5. Συνέπειες της μελέτης στη γενική ιατρική, στη δημόσια υγεία και στην πολιτική υγείας της Κύπρου

Η μελέτη αυτή έχει προσδώσει γνώση τόσο για τη νοσηρότητα και συν-νοσηρότητα στην Π. Φ. Υ. όσο και για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων από τους γενικούς ιατρούς. Όπως προκύπτει από τα ευρήματα, η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων αποτελεί το κύριο αντικείμενο ενασχόλησης των γενικών ιατρών στην καθημερινή τους πρακτική. Η διαχείριση των ασθενών με χρόνια νοσήματα απαιτεί τη διασφάλιση συνεχούς, μακροχρόνιας φροντίδας η οποία απουσιάζει από το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου αφού οι ασθενείς μπορούν να επισκέπτονται διαφορετικούς γενικούς ιατρούς και διαφορετικά Κ. Υ. με αποτέλεσμα να παρέχεται κατακερματισμένη φροντίδα. Σύμφωνα με μία μελέτη η διατήρηση της συνέχειας στη φροντίδα είναι σημαντική για την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού-ασθενούς¹⁰⁸. Επίσης η διατήρηση της συνέχειας στη φροντίδα σχετίζεται με καλύτερες εκβάσεις στη φροντίδα του ασθενούς, με συμμόρφωση του ασθενούς στις οδηγίες του ιατρού, καλύτερη επικοινωνία ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή και καλύτερη γνώση από τον ιατρό του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς¹⁰⁹,¹¹⁰. Με την εισαγωγή του νέου Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓΕ. Σ. Υ.) οι γενικοί ιατροί θα αναλάβουν ρόλο οικογενειακού ιατρού και θα αποκτήσουν λίστα ασθενών ώστε να διασφαλιστεί η συνέχεια στη φροντίδα των ασθενών που πάσχουν κυρίως από χρόνια νοσήματα.

Σύμφωνα με μία ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας¹¹¹ η οποία περιελάμβανε 82 άρθρα για τα αίτια και τις επιπτώσεις της συν-νοσηρότητας, βρέθηκε ότι άτομα που παρουσιάζουν περισσότερο από ένα χρόνια νοσήματα έχουν μειωμένη λειτουργικότητα και παραγωγικότητα, χειρότερη ποιότητα ζωής και χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας. Ακόμα τα άτομα αυτά συχνά παρουσιάζουν αυξημένη εξάρτηση από τις κοινωνικές υπηρεσίες στήριξης, τις ιατρικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο σύνολο τους⁶⁶. Ιδιαίτερα τα ηλικιωμένα άτομα με αυξημένη συν-νοσηρότητα απαιτούν πιο σύνθετες θεραπείες, παρουσιάζουν δυσκολία στη συμμόρφωση για τη λήψη φαρμάκων και περισσότερες επιπλοκές τόσο από την συνύπαρξη νοσημάτων όσο και από τη συγχορήγηση ποικίλων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Παράλληλα απαιτούν περισσότερο χρόνο για φροντίδα τόσο από την οικογένεια όσο και από την ιατρική ομάδα. Τα ευρήματα αυτά θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από τους αξιωματούχους στο Υπουργείο που ασχολούνται στον τομέα της Δημόσιας υγείας όπως και τους ειδικούς για το σχεδιασμό πολιτικής υγείας στα πλαίσια εφαρμογής του νέου ΓΕ. Σ. Υ. Για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων κυρίως ατόμων οι οποίοι όπως αναδείχθηκε και από τη μελέτη μας κάνουν αυξημένη χρήση των υπηρεσιών Π. Φ. Υ. είναι σημαντική η συνεργασία και ο συντονισμός ανάμεσα στους γενικούς ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας, στα πλαίσια ανάπτυξης ομάδων με ειδικές γνώσεις και δεξιότητες (ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινοτικές νοσηλεύτριες)^{66, 68}.

Η μελέτη μας ανέδειξε επίσης την απουσία καταγραφής σημαντικών πληροφοριών σε σχέση με το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό των ασθενών. Αυτές οι διαπιστώσεις θα πρέπει να απασχολήσουν τους σχεδιαστές του νέου ΓΕ. Σ. Υ. καθώς είναι αναγκαία η εφαρμογή διαδικασιών ελέγχου των ιατρικών φακέλων και καθορισμού της ελάχιστης απαιτούμενης πληροφορίας που θα πρέπει να καταχωρείται στα πλαίσια προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας.

Επιπλέον όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα της μελέτης είναι αναγκαία η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης των γενικών ιατρών για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων στη διαχείριση των ασθενών με χρόνια νοσήματα σύμφωνα με τις συστάσεις κατευθυντήριων οδηγιών καθώς και στην εκπαίδευση των ασθενών για την αυτοδιαχείριση της νόσου. Η εισαγωγή ΗΦΑ με την ενσωμάτωση υπενθυμίσεων και επισημάνσεων αναμένεται να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για υποβοήθηση των ιατρών στη συμμόρφωση τους με τις κατευθυντήριες οδηγίες, ενώ μπορεί να δράσει ως ανατροφοδότηση για τους ιατρούς αναδεικνύοντας την απόδοση τους σε παραμέτρους που αφορούν τα χρόνια νοσήματα όπως η HbA_{1c} και τα επίπεδα των λιπιδίων.

4.6. Συμπεράσματα

Η μελέτη αυτή ήταν η πρώτη που πραγματοποιήθηκε στην Κύπρο στο επίπεδο της Π. Φ. Υ. Η μελέτη αφού περιέγραψε την παρούσα κατάσταση στην Π. Φ. Υ. στην Κύπρο, αφενός ανέδειξε τα συχνότερα χρόνια νοσήματα και καταστάσεις που διαχειρίζονται οι γενικοί ιατροί στην καθημερινή τους πρακτική και το φάσμα συν-νοσηρότητας. Επίσης, η μελέτη κατέδειξε ότι η ρύθμιση ασθενών με παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα δεν επιτυγχάνεται στο βαθμό που καθορίζουν διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Η ελλιπής καταγραφή στους ιατρικούς φακέλους ασθενών κλινικής πληροφορίας όπως η καπνιστική συνήθεια αποτελούν αξιοσημείωτα ευρήματα που απαιτούν βελτίωση. Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει η ανάγκη για την εφαρμογή μεθόδων βελτίωσης της διαχείρισης των ασθενών με συνήθη χρόνια νοσήματα στην Π. Φ. Υ. Στα πλαίσια της εφαρμογής του νέου ΓΕΣΥ στο οποίο ο ρόλος των γενικών ιατρών θα είναι ιδιαίτερα σημαντικός προτείνεται η εφαρμογή μίας πιλοτικής παρέμβασης σε δύο από τα Κ. Υ. η οποία θα χρησιμοποιήσει εργαλεία τα οποία ήδη έχουν σταθμιστεί και εφαρμοστεί στο περιβάλλον της Π. Φ. Υ. στην Ευρώπη ώστε να αποτελέσουν τη βάση πάνω στην οποία να αναπτυχθεί ο νέος σχεδιασμός των υπηρεσιών Π. Φ. Υ.

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Saltman RB. Drawing the strands together: primary care in perspective. In Saltman RB, Rico A, Boerma W (eds). Primary care in the driver's seat? Organisation reform in European primary care. World health Organisation 2006 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
2. Järvelin J. Health Care systems in transition: Finland. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2002.
3. Hjortsberg C. and Ghatnekar O. 2001. Health Care Systems in Transition: Sweden. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
4. Declaration of Alma – Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma- Ata, 6-12 September 1978. (http://www.who.int/hpr/MPH/docs/declaration_almaata.pdf. Accessed 23 November 2005).
5. Marrée J. and Groenewegen PP. Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition. Aldershot, 1997: Avebury.
6. Dixon A. and Mossialos E. 2001. Funding health care in Europe: recent experiences. In Harrison T and Appleby J. Health Care. UK. London: King's Fund.
7. Saltman RB. and Von Otter C. 1992. Planned markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems. Philadelphia: Open University Press.
8. Preker AS., Jakab M. and Schneider M. Health financing reforms in central and eastern Europe and the former Soviet

Union. In Mossialos E, Dixon A, Figueras J and Kutzin J (eds) Funding health care: Options for Europe. Buckingham 2002: Open University Press.

9. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vandelow NA eds. Committee on the Future of Primary Care Services. Institute of Medicine. Primary Care. America's Health in a New Era. Washington DC: National Academy Press;1996:27-51.

10. Fry J. Considerations of the present state and future trends of primary, personal, family and general medical care. International Journal of Health services 1972;2(2):159-324.

11. The Nature of General Medical Practice- Report from General Practice London. RCGP 1996:27.

12. RCGP. The future GP: Learning and Teaching. London: Royal College of General Practitioners (RCGP)/ BMJ Publications 1972.

13. Leeuwenhorst Group. The General Practitioner in Europe. A statement by the Working Party appointed by the Second European Conference on the Teaching of General Practice. Dublin: Leeuwenhorst Group 1974.

14. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice/ Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998.

15. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice- time for a new definition. BMJ 2000; 320: 354-357.

16. The European Definition of General Practice/ Family Medicine. Singapore: World Organisation of Family Doctors (WONCA), 2002.

17. OECD Health Data 2004: A Comparative Analysis of 30 Countries: Paris: OECD (first edition), 2004.
18. Boerma WGW and Fleming DM. The Role of General Practice in Primary Health Care. Norwich: WHO Europe/The Stationary Office, 1998.
19. Boerma WGW, Groenewegen PP. and Van der Zee J. General practice in urban and rural Europe; the range of curative services. *Social Science and Medicine* 1998; 47:445-453.
20. Boerma WGW, Van der Zee J, and Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *BMJ* 1997;47:481-486.
21. Boerma WGW. Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utercht 2003: NIVEL (dissertation).
22. Casalino L, Gillies RR, Shortell SM, et al. External incentives, information technology and organised processes to improve health care quality for patients with chronic diseases. *JAMA* 2003;289:434-441.
23. Griffin S, Kinmonth A. The management of diabetes by general practitioners and shared care. In textbook of diabetes, 1997, Oxford: Blackwell Scientific.
24. Grol R. Implementing guidelines in general practice care: *Qual Health Care* 1992;1:184-191.
25. Johnston ME, Langton KB, Haynes RB, Mathieu A. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinical performance and patient outcome: a critical appraisal of research. *Ann Intern Med* 1994;120:135-142.

26. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274:700-705.
27. Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. *Int J Qual Health Care* 1994;6:115-132.
28. Bero L., Grill R. and Grimshaw JM. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote implementation of research findings by health care professionals. *BMJ* 1998;317:465-468.
29. Renders CM et al. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2001;2 (Oxford: Cochrane Database Syst. Rev).CD001481.
30. Von Korff M et al. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127(12):1097-1102.
31. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;341:123-131.
32. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to help health care professionals deliver services more effectively or efficiently. *Can Med Assoc J* 1995;153:1423-1431.

33. Buntinx F, Winkens R, Grol R, Knottnerus JA. Influencing diagnostic and preventive performance in ambulatory care by feedback and reminders: a review. *Fam Pract* 1993;10:219-228.
34. Waddell DI. The effects of continuing education on nursing practice: a meta-analysis. *J Cont Educ Nurs* 1991;22:113-118.
35. Yano EM, Fink A, Hirsch SH, Robbins AS, Rubenstein LV. Helping practices reach primary care goals: lessons from the literature. *Arch Intern Med* 1995;155:1146-1156.
36. Silagy C, Lancaster T, Gray S, Fowel G. The effectiveness of training health professionals to provide smoking cessation interventions: systematic review of randomised controlled trials. *Qual Health Care* 1995;3:193-198]
37. Mandelblatt J, Kanetsky PA. Effectiveness of interventions to enhance physician screening for breast cancer. *J Fam Pract* 1995;40:162-171.
38. Woolf SH et al. Clinical guidelines: potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527-530.
39. Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract* 1998;89:737-746.
40. Dietrich AJ, O'Connor GT, Keller A et al. Cancer: improving early detection and prevention. A community practice randomised trial. *BMJ* 1992;304:687-691.
41. Kottke TE, Solberg LI, Brekke ML et al. A controlled trial to integrate smoking cessation advice into primary care: doctors helping smokers, round III. *J Fam Pract* 1992;34:701-708.

42. Hulscher MEJL, Van Drenth BB, Mokkink HGA, et al. Tailored out-reach visits as a method for implementing guidelines and improving preventive care. *Int J Qual Health Care* 1998;10:105-112.
43. Garg AX, Adhikari N, McDonald H, et al. Effects of computerised clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: A systematic review. *JAMA* 2005;293:1223-1238.
44. Heard S., Givel T., Schoeffel P. and Doust J. The benefits and difficulties of introducing a national approach to electronic health records in Australia. Report to the electronic health records task force. Adelaide: Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.
45. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision, vol.1 WHO: Geneva; 1992.
46. Okkes IM., Polderman GO., Fryer GE. et al. The role of family practice in different health care systems: a comparison of reasons for encounter, diagnoses and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland and the United States. *The Journal of Family Practice* 2002;51:72.
47. Grol R. and Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The Europep instrument. WOK, University of Nijmegen and Wonca/Equip, 2000.
48. Grol R., Wensing M., Mainz J. et al. Patients priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice* 1999;16:4-11.

49. Στατιστικές υγείας και νοσοκομείων. Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2003;1(24):33-35.
50. Στατιστικές υγείας και νοσοκομείων. Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2003;1(24):21-24.
51. Υπουργείο Υγείας. Ετήσια Έκθεση 2002. Κυπριακή Δημοκρατία, 2002:11-13.
52. Consultancy team. Review of the health care system: First report of the study for the national health insurance scheme. November 1991:10-12.
53. Consultancy team. Review of the health care system: First report of the study for the national health insurance scheme. November 1991:2-7.
54. Νόμος που προβλέπει για την εισαγωγή γενικού συστήματος υγείας και για συναφή θέματα. Ν.89(1)/2001;αρ.3497:11-18.
55. Consultancy team. Proposals for a national health insurance scheme. Draft final report of the study for the national health insurance scheme. March 1992:16.
56. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus: Follow up report on the diagnosis of diabetes mellitus. Diabetes Care 2003;26:3160-3167.
57. Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001;285:2486-2497.

58. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2003; 24: 1601-1610.
59. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003;289:2560-2572.
60. Van Weel C. Morbidity in family medicine: the potential for individual nutritional counselling, an analysis from the Nijmegen Continuous Morbidity Registration. *Am J Clin Nutr* 1997;S65:1928S-1932S.
61. Rennert G, Peterburg Y. Prevalence of selected chronic diseases in Israel. *IMAJ* 2001;3:404-408.
62. Margiolis A, MerKouris M, .Lionis C. Introducing general practice in urban Greece: focus on morbidity profile. *Eur J Gen Pract.* 2004;10:104-105.
63. Al-Tuwijri AA, Al-Rukban MO. Hypertension control and co-morbidities in primary health care centres in Riyadh. *Ann Saudi Med* 2006,26(4):266-271.
64. Winjhoven HAH, Kriegsman DMW, Hesselink AE, de Haan M, Schellevis FG. The influence of co-morbidity on health-related quality of life in asthma and COPD patients. *Respir Med* 2003;97:468-475.

65. Schellevis FG, Van der Velden, Van de Lisdonk, Van Eijk JTh, Van Weel C. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* 1993;46:469-473.
66. Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JFM, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998;5:367-375.
67. Van Weel C. Chronic diseases in general practice: the longitudinal dimension. *Eur J Gen Pract* 1996;2:17-21.
68. Westert GP, Satariano WA, Schellevis FG, van den Bos GAM. Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. *Eur J Public Health* 2001;11:365-372.
69. Van den Akker M, Buntinx F, Roos S, Knottnerus JA. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol* 2001;54:675-679.
70. Guranlik JM. Assessing the impact of comorbidity in the older population. *Ann Epidemiol* 1996;6:376-380.
71. Έρευνα Υγείας 2003. Στατιστικές Υγείας 2003;11 (6): 50-52.
72. Span SJ, Nutting PA, Galliher JM, et al. Management of type 2 diabetes in the primary care setting: a practice based research network study. *Ann Fam Med* 2006;4:23-31.
73. McFarlane S, Jacober S, Winer N, et al. Control of cardiovascular risk factors in patients with diabetes and hypertension at urban academic medical centers. *Diabetes Care*. 2002; 25:718-723.

74. Basile JN, Lackland DT, Basile JM, Riehle JE, Egan BM. A statewide primary care approach to cardiovascular risk factor control in high risk diabetic and non diabetic patients with hypertension. *J Clin Hypertens* 2004;6:18-25.
75. Detournay B, Cros S, Charbonnel B, et al. Managing type 2 diabetes in France: The ECODIA Survey. *Diabetes and Metabolism* 2000;26:363-369.
76. Gikas A, Sotiropoulos A, Politakis P, Spanou E, Apostolou O, Pappas S. Level of glycemic and lipid control among diabetic patients in Greek primary care. *Eur J Gen Pract* 2006;12:181-182.
77. Putzer G, Roetzheim R, Ramirez AM, Sneed K, Brownlee HJ Jr, Campell RJ. Compliance with recommendations for lipid management among patients with type 2 diabetes in an academic family practice. *J Am Board Fam Pract* 2004;17:101-107.
78. Harris MI. Healthcare and health status and outcomes for patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000;23:754-758.
79. Straka RJ, Taheri R, Cooper SL, Tan AWH, Smith JC. Assessment of hypercholesterolemia control in a managed care organization. *Pharmacotherapy* 2001;21:818-827.
80. Kirk JK, Poirier JE, Mattox MG, Thomas PM, Michielutte R. Compliance with national guidelines in patients with diabetes in a family practice clinic. *Pharmacotherapy* 2002;22(12):1541-1546.
81. Bouma M, Dekker JH, Van Eijk JThM, et al. Metabolic control and morbidity of type 2 diabetic patients in a general practice network. *Fam Pract* 1999;16:402-406.

82. Tunbridge FKE, Millar JP, Schofield PJ, Spencer JA, Young G, Home PD. Diabetes care in general practice: an approach to audit of process and outcome. *Br J Gen Pract* 1993;43:291-295.
83. Goessens BMB, Visseren FLJ, Algra A, Banga JD, van der Graaf Y on behalf of the SMART Study Group. Screening for asymptomatic cardiovascular disease with noninvasive imaging in patients at high risk and low risk according to the European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention: The SMART Study. *J Vasc Surg* 2006;43:525-532.
84. Meigs JB, Stafford RS. Cardiovascular disease prevention practices by U. S. physicians for patients with diabetes. *J Gen Intern Med* 2000;15:220-228.
85. Klein R, Klein BEK, Wang Q, Jensen SC. Treatment and control of hypercholesterolemia and hypertension in persons with and without diabetes. *Am J Prev Med* 1995;11:329-335.
86. Fuke D, Hunt J, Siemienczuk J, Estoup M, Carroll M, Payne N, Touchette D. Cholesterol management of patients with diabetes in a primary care practice-based research network. *Am J Manag Care* 2004;10:130-136.
87. Donker GA, Fleming DM, Schellevis FG, Spreeuwenberg P. Differences in treatment regimes, consultation frequency and referral patterns of diabetes mellitus in general practice in five European countries. *Fam Pract* 2004;21:364-369.
88. Singer GM, Izhar M, Black HR. Goal-oriented hypertension management. Translating clinical trials to practice. *Hypertension* 2002;40:464-469.

89. Donnelly R, Molyneaux L, McGill M, Yue DK. Detection and treatment of hypertension in patients with non- insulin dependent diabetes mellitus: Does the “rule of halves” apply to a diabetic population? *Diabetes Research and Clinical Practice* 1997;37:35-40.
90. Ornstein SM, Nietert PJ, Dickerson LM. Hypertension management and control in primary care: a study of 20 practices in 14 states. *Pharmacotherapy* 2004;24:500-507.
91. Grant RW, Cagliero E, Murhy-Sheely P, Singer DE, Nathan DM, Meigs JB. Comparison of hyperglycaemia, hypertension and hypercholesterolemia management in patients with type 2 diabetes. *Am J Med* 2002;112:603-609.
92. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I, Kirkengen AL, Romundstad S, Holmen J. Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to the 2003 European guidelines: modeling study. *BMJ* 2005;331:551.
93. Camisasca P, Avanzini P, Alli, C, Colombo F, Tognoni G, on behalf of the “Studio sul Trattamento Antipertensivo nella Pratica ambulatoriale (STAP)” participants. *J Cardiovasc Risk* 2002;9:147-152.
94. Camenga D, Gill JM. Treatment of hypercholesterolemia in patients with diabetes at a family practice office. *Del Med Jrl* 2003; 75 (11):415-420.
95. Skliros EA, Papaioannou I, Sotiropoulos A, Giannakaki G, Milingou M, Lionis C. A high level of awareness but a poor

control of hypertension among elderly Greeks. The Nemea primary care study. *J Hum Hypert* 2002;16:285-287.

96. Abookire SA, Karson AS, Fiskio J, Bates DW. Use and monitoring of “statin” lipid-lowering drugs compared with guidelines. *Arch Intern Med* 2001;161:53-58.

97. Turon JM, Librero J, Diaz GJ, Garcia JJ, Beltral C, Abal F, on behalf of the Redimer study group (SEMFYC). Auditing secondary prevention of ischemic heart disease in rural areas of Spain: an opportunity for improvement.. *Eur J Gen Pract* 2006;12:156-162.

98. Hartz I, Eggen AE, Grimsgaard S, Skjold F, Njølstad I. Whom are we treating with lipid-lowering drugs? Are we following the guidelines? Evidence from a population based study: the Trømso study 2001. *Eur J Clin Pharmacol* 2004;60:643-649.

99. McBride P, Schrott HG, Plane MB, Underbakke G, Brown RL. Primary care practice adherence to National Cholesterol Education Program guidelines for patients with coronary heart disease. *Arch Intern Med* 1998;158:1238-1244.

100. Rolka DB, Fagot-Campagna A, Narayan KM: Aspirin use among adults with diabetes: estimates from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Diabetes Care* 2001;24:197-201.

101. Clark DO. Residence differences in formal and informal long-term care. *Gerontologist* 1992;2:227-233.

102. Haynes R. Inequalities in health and health services use: evidence from the General Household Survey. *Social Science and Medicine* 1991;33:361-368.
103. Nyman JA, Sen A, Chan BY, Commins PP. Urban/ rural differences in home health patients and services. *Gerontologist* 1991;31:457-466.
104. Centres for Diseases Control and Prevention. Health, United States, 2001 with Rural and Urban Health Chartbook. Washington DC: National Centre for Health Statistics;2001.
105. Weiner JP, Parente ST, Garnick DW, Fowles J, Lawthers AG, Palmer RH. Variation in office-based quality. *JAMA* 1995;273:1503-1508.
106. Coonrod BA, Betschart J, Harris MI. Frequency and determinants of diabetes patient education among adults in the U. S. population. *Diabetes Care* 1994;17:822-858.
107. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC index 2000 with DDDs. Accessed 24 April 2007. <http://www.whooc.no/atcddd>.
108. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, et al. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998;47:213-220.
109. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR et al. The primary care assessment survey: tests and data quality and measurement performance. *Med Care* 1998;36:728-738.
110. Souliotis K. and Lionis C. Creating an integrated health care system in Greece: A primary Care perspective. *J Med Systems* 2004;28:643-652.

111. Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GAM.. Causes and consequences of comorbidity: A review. *J Clin Epidemiol* 2001;54:661-674.

6. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ερωτηματολόγιο για τον προσδιορισμό των τριών συχνότερων χρόνιων νοσημάτων στην Π. Φ. Υ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Οδηγίες προς τους νοσηλευτές για την επιλογή των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη

Οδηγίες για την επιλογή των ασθενών της μελέτης

Θα πραγματοποιηθεί ανασκόπηση των φακέλων των ασθενών για το διάστημα από 01/11/02-01/03/03. Οι φάκελοι ανευρίσκονται ανάλογα με τον αριθμό ταυτότητας ή τον αριθμό της κάρτας νοσηλείας αφού επιλεγθούν από τα βιβλία αρχείου που διατηρούν οι γραφείς στα τέσσερα κέντρα υγείας για το πιο πάνω χρονικό διάστημα. Η καταγραφή των στοιχείων των ασθενών θα γίνει σε ειδικά διαμορφωμένες φόρμες οι οποίες θα σας διανεμηθούν στις οποίες θα αναγράφονται τα ακόλουθα: α) ο αύξων αριθμός του κάθε ασθενούς (Α/Α), β) η ημερομηνία ανασκόπησης των φακέλων, γ), ο αριθμός ταυτότητας ή κάρτας νοσηλείας, δ) το ονοματεπώνυμο του κάθε ασθενούς, ε) η ημερομηνία γεννήσεως στ) η διάγνωση κωδικοποιημένη (μία ή περισσότερες) σύμφωνα με τα κριτήρια που παρατίθενται πιο κάτω και ζ) το τηλέφωνο στο σπίτι (πίνακας 2). Επιλέγονται όλοι οι ασθενείς 18 ετών και άνω που έχουν πραγματοποιήσει έστω και μία επίσκεψη κατά τη διάρκεια του έτους 2002 (από 02/01/02-31/12/02) και οι οποίοι πληρούν ένα από τα ακόλουθα κριτήρια εισδοχής στη μελέτη:

Α) Ασθενείς που έχουν Αρτηριακή Υπέρταση (Α. Π.):

α) Ασθενείς με καταχωρημένη διάγνωση Α. Π. στον ιατρικό τους φάκελο.

β) Ασθενείς με τιμές Α. Π. ίσες ή μεγαλύτερες από 140/90mmHg σε 3 τουλάχιστον συνεχόμενες επισκέψεις^{1, 2}.

γ) Ασθενείς με καταχωρημένα στον ιατρικό φάκελο ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα φάρμακα: Adalat, Atacand, Nifelat, Captopril, Enalapril, Kalpiren, Plendil, Lomir, Norvasc, Zestril, Diovan, Cozaar, Hydrochlorothiazide, (HCTZ), Atenolol, Tredol, Denex, Betaloc, Metoprolol, Fludex, Aldomet.

B) Ασθενείς που πάσχουν από Τύπου 2 Σακχαρώδη Διαβήτη (T2 Σ. Δ.):

α) Ασθενείς με καταχωρημένη διάγνωση T2 Σ. Δ. στον ιατρικό τους φάκελο.

β) Ασθενείς οι οποίοι έχουν καταχωρημένες στον ιατρικό τους φάκελο δύο ή περισσότερες συνεχόμενες μετρήσεις γλυκόζης νηστείας (FBG) με τιμές ίσες ή μεγαλύτερες από 126mg/dl ή τιμές μεταγευματικής γλυκόζης ίσες ή μεγαλύτερες από 200mg/dl³⁻⁵.

γ) Ασθενείς οι οποίοι πληρούν ένα από τα δύο πιο πάνω κριτήρια και είτε βρίσκονται σε δίαιτα, είτε λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία (Daonil, Glucophage, metformin, glibenclamide, Amaryl, Diamicron, Diabinese, Starlix, Avandia) είτε λαμβάνουν ινσουλίνη σύμφωνα με τον ιατρικό τους φάκελο.

Γ) Ασθενείς που παρουσιάζουν Υπερλιπιδαιμία:

α) Ασθενείς με καταχωρημένη διάγνωση υπερλιπιδαιμίας στον ιατρικό τους φάκελο,

β) Ασθενείς οι οποίοι έχουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες τιμές λιπιδίων⁶⁻⁸ καταχωρημένες στον ιατρικό τους φάκελο:

- Ολική Χοληστερόλη (TC) \geq 190 mg/dl
- LDL-C \geq 115 mg/dl
- HDL-C $<$ 40 mg/dl
- Τριγλυκερίδια (TG) \geq 150 mg/dl

γ) Ασθενείς που λαμβάνουν τα ακόλουθα υπολιπιδαιμικά φάρμακα σύμφωνα με τον ιατρικό τους φάκελο: Zocor, Lipitor, Pravachol, Medostatin, Lovastatin, Bezalip, Lescol, Lopid.

Δ) Ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία νόσο ή παρουσιάζουν ένα ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου:

α) Ασθενείς με τεκμηριωμένη διάγνωση στεφανιαίας νόσου καταχωρημένης στον ιατρικό τους φάκελο (αναζήτηση των ακόλουθων διαγνώσεων): έμφραγμα μυοκαρδίου, ασταθής/σταθερή στηθάγχη, ισχαιμία μυοκαρδίου, εγχείρηση bypass ή CABG, PTCA ή coronary stenting),

β) Ασθενείς με τεκμηριωμένη διάγνωση Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (ΑΕΕ ή CVA), Παροδικού Ισχαιμικού Επεισοδίου (ΠΙΕ) ή/ και Περιφερικής Αρτηριοπάθειας,

γ) Άτομα που δεν ανήκουν στις πιο πάνω ομάδες αλλά παρουσιάζουν ένα ή περισσότερους από τους πιο κάτω παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο⁶⁻⁸ όπως αυτοί απεικονίζονται στον πίνακα 1. Δίπλα από κάθε παράγοντα κινδύνου υπάρχει ο αντίστοιχος κωδικός ο οποίος θα καταχωρείται στη φόρμα που ακολουθεί (πίνακας 2) κάτω από στήλη που αναγράφει «Διάγνωση». Για έναν ασθενή μπορεί να

αντιστοιχούν περισσότεροι από ένας κωδικοί οι οποίοι και θα πρέπει να καταγράφονται.

Πίνακας 1. Άτομα υψηλού κινδύνου για Στεφανιαία Νόσο

κινδύνου	Παράγοντες	ΚΩΔΙΚΟΣ
Άτομα κινδύνου Στεφανιαία Νόσο	• Κάπνισμα	A1
	• Αρτηριακή Πίεση \geq 140/90 mmHg	A2
	• Σακχαρώδης Διαβήτης	A3
	• Ολική Χοληστερόλη (TC) > 190 mg/dl	A4a
	• LDL-C > 115 mg/dl	A4b
	• HDL-C < 40 mg/dl	A4c
	• Τριγλυκερίδια (TG) > 180 mg/dl	A4d
	• Παχυσαρκία (BMI >25Kg/m ²)	A5
• Οικογενής Υπερλιπιδαιμία	A6	
• Στενοί Συγγενείς Ασθενών με πρόιμη εμφάνιση Στεφανιαίας Νόσου(άντρες< 55 ετών και γυναίκες< 65 ετών)	A7	

Βιβλιογραφία:

1. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med.* 1997;157:2413-2447.
2. Hetlevik I, Holmen J, Krüger Ø, Kristensen P, Iversen H. Implementing clinical guidelines in the treatment of Hypertension in general practice. *Blood Pressure* 1998;7:270-276.
3. St. Vincent Declaration Primary Care Diabetes Group: The SVDPCDG Approved Guidelines for type 2 diabetes. Edited by the SVDPCDG guidelines working group, 1999. (Μετάφραση στα ελληνικά από ομάδα της Κλινικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Συντονιστής ο Αναπληρωτής Καθηγητής κ. Χρήστος Λιονής.)
4. World Health Organization. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation. Part 1. Diagnosis and Classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization; 1999.
5. Gabir MM, Hanson RL, Dabelea D et al. The 1997 American Diabetes Association and 1999 World Health Organisation Criteria for Hyperglycaemia in the Diagnosis

and Prediction of Diabetes. *Diabetes Care* 2000;23:1108-1112.

6. Prevention of Coronary Heart Disease in clinical practice: Summary of recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Edited by the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Society of Hypertension, International Society of Behavioral Medicine, European Society of General Practice/ Family Medicine, European Heart Network, 1998. (Μετάφραση στα ελληνικά από Λιονή και Θηραίο).
7. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D on behalf of the Task Force. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *Eur Heart J* 1997;18:1231-1248.
8. EUROASPIRE Study Group. A European Society of Cardiology Survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results. *Eur Heart J* 1997;18:1569-1582.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Ερωτηματολόγιο τηλεφωνικής συνέντευξης ασθενών

Ερωτηματολόγιο τηλεφωνικής συνέντευξης ασθενών

1. Ονοματεπώνυμο _____ ασθενούς _____ (επίθετο _____ πρώτα):

2. Τηλέφωνο: _____

3. Αρ. Ταυτότητας: _____

4. Αρ. Κάρτας: _____

5α. Καπνίζετε; Ναι Όχι

5β. Αν ΝΑΙ, πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

Αριθμός τσιγάρων: _____

Αν Όχι, πηγαίνετε στην Ερ. 5δ.

5γ. Για πόσα έτη καπνίζετε; Αριθμός ετών _____

5δ. Καπνίζατε ποτέ στο παρελθόν; Ναι Όχι

5ε. Αν ΝΑΙ, πριν πόσα χρόνια σταματήσατε το κάπνισμα;

Αριθμός ετών: _____

6α. Έχετε υπέρταση; Ναι Όχι

6β. Αν ΝΑΙ, για πόσα χρόνια πάσχετε από υπέρταση;

Αριθμός ετών: _____

7α. Έχετε διαβήτη; Ναι Όχι

7β. Αν ΝΑΙ, για πόσα χρόνια πάσχετε από διαβήτη;

Αριθμός ετών: _____

8α. Έχετε περάσει ποτέ έμφραγμα μυοκαρδίου; Ναι Όχι

8β. ΑΝ ΟΧΙ, έχετε οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα με την καρδιά σας;

Ναι Όχι

8γ. Αν ΝΑΙ, τι πρόβλημα έχετε; _____

9. Έχετε περάσει ποτέ εγκεφαλικό επεισόδιο; Ναι Όχι

10α. Παρακολουθείστε ταυτόχρονα από άλλους γιατρούς; Ναι Όχι

10β. Αν ΝΑΙ, από ποιους ειδικούς;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV

Διάγραμμα για την εκτίμηση του 10 ετούς κινδύνου για μοιραίο καρδιαγγειακό σύμβαμα (SCORE RISK CHART)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Ανακοινώσεις δημοσιευμένες σε πρακτικά συνεδρίων

Ανακοινώσεις δημοσιευμένες σε πρακτικά συνεδρίων

1. T. Zachariadou, A. Philalithis, C Lionis. **Seeking quality performance and implementing a pilot intervention program in the primary health care setting in Cyprus.** European Journal of General Practice 2002; .8:174
2. Θ. Ζαχαριάδου, Γ. Σαμούτης, Ν. Αντωνάκης, Λ. Μακρή, Α. Φιλαλήθης, Χ. Λιονής. **Συχνότερα χρόνια νοσήματα και προβλήματα υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κύπρο.** 15ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής. Χαλκιδική, 30 Απριλίου-5 Μαΐου 2003.
3. T Zachariadou, G Samoutis, N Antonakis, A Philalithis, C Lionis. **Diagnoses Panorama in Primary Care setting in Cyprus.** WONCA Europe 2003: 9th Conference of the European Society of General Practice/ Family Medicine. Ljubljana, Slovenia, 18-21 June 2003.
4. T Zachariadou, P. Marouchos, L Makri, A Philalithis, C Lionis. **Quality management for type 2 diabetes in the primary care of Cyprus.** WONCA Europe 2005: 11th Conference of the European Society of General Practice/ Family Medicine. Kos, Greece, 3-7 September 2005.
5. T Zachariadou, L Makri, HE Stoffers, A Philalithis, C Lionis. **Cardiovascular risk factor control and treatment patterns for patients with and without type 2 diabetes in the primary healthcare in Cyprus.** WONCA Europe 2006: 12th Conference of the European Society of General Practice/ Family Medicine. Florence, Italy, 27-30 August 2006.
6. L. Valle, D. Rotar-Pavlič, S. Herenda, T. Zachariadou, S. Di Marco, I. Popa. **An Italian experience to be shared with other colleagues in Europe.** WONCA Europe 2006: 12th Conference of the European Society of General Practice/ Family Medicine. Florence, Italy, 27-30 August 2006.
7. T. Zachariadou. **Family practice in the Mediterranean setting.** WONCA Europe 2006: 12th Conference of the European Society of General Practice/ Family Medicine. Florence, Italy, 27-30 August 2006.

8. T. Zachariadou. **Being woman GP in Cyprus.** WONCA Europe 2006: 12th Conference of the European Society of General Practice/ Family Medicine. Florence, Italy, 27-30 August 2006.
9. T Zachariadou, HE Stoffers, C. Christophi, K. Mousikou, A Philalithis, C Lionis. **Validity of self-reported chronic conditions in the primary care setting of Cyprus.** WONCA Europe 2007: 13th Conference of the European Society of General Practice/ Family Medicine. Paris, France, 17-20 October 2007.
10. T Zachariadou, HE Stoffers, C. Christophi, A. Papachristophorou, A Philalithis, C Lionis. **Self-reporting of cardiovascular disease risk factors in the primary care setting of Cyprus: results of a telephone survey.** WONCA Europe 2007: 13th Conference of the European Society of General Practice/ Family Medicine. Paris, France, 17-20 October 2007.
11. T Zachariadou, HE Stoffers, L. Makri, P. Marouchos, A Philalithis, C Lionis. **General Practitioners practice behavior in managing patients with chronic conditions in the primary care setting of Cyprus.** WONCA Europe 2007: 13th Conference of the European Society of General Practice/ Family Medicine. Paris, France, 17-20 October 2007.