10ο Newsletter

ΙΟΥΝΙΟΣ 2026

ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- Editorial από την Επίκουρη Καθ. Σταματία Κόκκαλη
- Αφιέρωμα «Η Γηριατρική στην ΠΦΥ: Αυτονομία, λειτουργικότητα, και ποιότητα ζωής»
- Primary Care Dialogues Podcast
- Βιβλιογραφική Ενημέρωση
- Οι δράσεις μας (Care Power-εκδήλωση στις Σέρρες)
- Δημοσιεύσεις
- Προσεχή συνέδρια

Editorial

Γράφει η Σταματία Κόκκαλη

ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Πέρα από τα Κέντρα Υγείας: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε ιδιαίτερα περιβάλλοντα

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) θεωρείται συνήθως συνυφασμένη με τα κέντρα υγείας, τα αγροτικά ιατρεία και τις δομές υγείας της κοινότητας. Ωστόσο, η σύγχρονη πραγματικότητα αναδεικνύει πληθώρα ιδιαίτερων περιβαλλόντων όπου οι αρχές της ΠΦΥ εφαρμόζονται υπό εντελώς διαφορετικές συνθήκες. Απομακρυσμένα νησιά, ορεινές περιοχές, σωφρονιστικά καταστήματα, δομές φιλοξενίας προσφύγων, στρατιωτικές αποστολές, ερευνητικοί σταθμοί σε ακραία περιβάλλοντα και πλοία που δραστηριοποιούνται σε απομονωμένες περιοχές αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα.

Σε αυτά τα περιβάλλοντα, ο ιατρός της ΠΦΥ δεν λειτουργεί αποκλειστικά ως κλινικός ιατρός. **Συχνά καλείται να αναλάβει ταυτόχρονα τον ρόλο του επειγοντολόγου, του επιδημιολόγου, του επόπτη δημόσιας υγείας και του συντονιστή υγειονομικών παρεμβάσεων.** Η έλλειψη άμεσης πρόσβασης σε νοσοκομειακές δομές και εξειδικευμένες υπηρεσίες καθιστά την πρόληψη, την έγκαιρη αναγνώριση κινδύνων και τη λήψη αποφάσεων ζωτικής σημασίας.

Η πανδημία COVID-19 υπενθύμισε ότι οι επιδημίες μπορούν να εξαπλωθούν ταχύτατα σε κλειστές ή ημι-κλειστές κοινότητες. Τα κρουαζιερόπλοια αποτέλεσαν ίσως το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα, ωστόσο παρόμοιες προκλήσεις παρατηρήθηκαν σε δομές φιλοξενίας, γηροκομεία, φυλακές και άλλες απομονωμένες κοινότητες. Παράλληλα, η εμφάνιση και επανεμφάνιση αναδυόμενων λοιμωδών νοσημάτων και ζωονόσων υπενθυμίζουν ότι ***η επαγρύπνηση και η έγκαιρη αναγνώριση ασυνήθιστων περιστατικών αποτελούν κρίσιμες λειτουργίες της ΠΦΥ.***

Σε ακραία περιβάλλοντα η αναζήτηση βοήθειας είναι πολλές φορές δύσκολη, μεγάλων απαιτήσεων σε υλικούς και ανθρώπινους πόρους ή και αδύνατη. Στο πλαίσιο αυτό, η *τηλεϊατρική* έχει αναδειχθεί σε πολύτιμο εργαλείο.

Η δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας με εξειδικευμένα κέντρα αναφοράς επιτρέπει την υποστήριξη της κλινικής λήψης αποφάσεων, τη βελτίωση της διαγνωστικής ακρίβειας και την ορθότερη διαχείριση περιστατικών σε απομακρυσμένες περιοχές. **Παράλληλα, διευκολύνει την επιδημιολογική επιτήρηση και την έγκαιρη αναγνώριση απειλών για τη δημόσια υγεία.** Πρωτοβουλίες όπως το *SHIPSAN* στον ναυτιλιακό χώρο, καθώς και οι οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του ECDC, παρέχουν ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων. Υπηρεσίες ΠΦΥ περιγράφονται και στις οδηγίες για τα πλοία εξερεύνησης και αποστολών (expedition vessels) που εκδόθηκαν στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας *Healthy Sailing* και αξιοποιήθηκαν κατά τη διαχείριση περιστατικών λοίμωξης από *χανταϊό* (hantavirus), **αναδεικνύοντας τη σημασία της ετοιμότητας, της επιτήρησης και της εφαρμογής εξειδικευμένων πρωτοκόλλων σε απομονωμένα και ιδιαίτερα επιχειρησιακά περιβάλλοντα.**

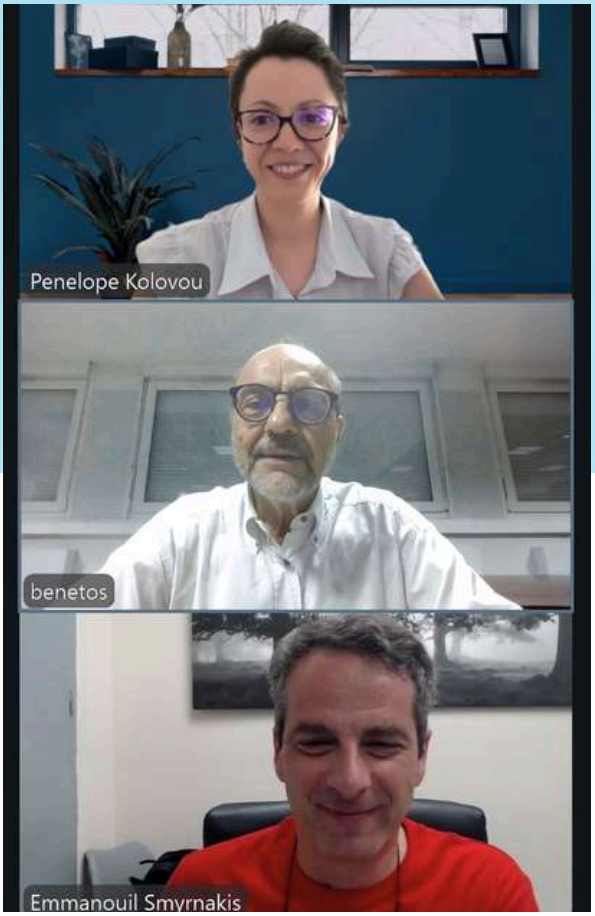
Σε μια εποχή αυξανόμενης κινητικότητας πληθυσμών, κλιματικής αλλαγής και εμφάνισης νέων λοιμωδών απειλών, η ΠΦΥ καλείται να διαδραματίσει πρωταγωνιστικό ρόλο όχι μόνο στην παροχή κλινικής φροντίδας αλλά και στην προστασία της δημόσιας υγείας. Η ενίσχυση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, η αξιοποίηση της τηλεϊατρικής, η εφαρμογή τεκμηριωμένων κατευθυντήριων οδηγιών και η ανάπτυξη αποτελεσματικών συστημάτων επιδημιολογικής επιτήρησης αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για την πρόληψη των επόμενων επιδημιών, ανεξάρτητα από το αν αυτές θα προκύψουν σε μια απομακρυσμένη κοινότητα, σε ένα πλοίο, σε μια δομή φιλοξενίας ή σε ένα αστικό κέντρο. **Η υγεία δεν σταματά στα όρια ενός κέντρου υγείας· μπορεί και πρέπει να ακολουθεί τον άνθρωπο όπου κι αν βρίσκεται.**

Η Σταματία Κόκκαλη (MD, PhD) είναι ειδικός Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής με μακρόχρονη κλινική εμπειρία στο ΕΣΥ, ακαδημαϊκός και Επίκουρη Καθηγήτρια Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Δημόσιας Υγείας στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Η Γηριατρική στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Αυτονομία, λειτουργικότητα, και ποιότητα ζωής

Συνέντευξη via Zoom: Αθανάσιος Μπενέτος, Full Professor of Internal Medicine and Geriatrics. **Επιμέλεια**: Πηνελόπη Κολοβού

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) έχουμε συνηθίσει να εστιάζουμε κυρίως στη διάγνωση και τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων. Η Γηριατρική, όμως, προτείνει μια διαφορετική οπτική: χωρίς να παραμερίζει τη θεραπεία των ασθενειών, μετατοπίζει το επίκεντρο στη λειτουργικότητα, την αυτονομία και τη διατήρηση της ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου ανθρώπου. Έννοιες όπως η ευπάθεια (frailty), η ζωτικότητα (vitality) και η ολιστική αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης αναδεικνύουν μια διαφορετική φιλοσοφία για την ΠΦΥ, όπου στόχος δεν είναι μόνο η αντιμετώπιση της νόσου, αλλά η διατήρηση της ικανότητας του ανθρώπου να ζει όσο το δυνατόν πιο αυτόνομα και ενεργά.



Η Ευρώπη και ιδιαίτερα η Ελλάδα γερνούν με ταχείς ρυθμούς. Ποιες θεωρείτε ότι είναι οι μεγαλύτερες προκλήσεις —κοινωνικές και υγειονομικές— που δημιουργεί αυτή η δημογραφική ανατροπή; Πώς μπορούμε να διασφαλίσουμε ότι τα περισσότερα χρόνια ζωής που κερδίσαμε χάρη στη μακροζωία θα είναι και χρόνια καλής ποιότητας; Τι σημαίνει τελικά «ποιότητα ζωής» στα 85 ή τα 90 έτη;

Δεν είναι εύκολη ερώτηση. Τι σημαίνει ποιότητα ζωής; Νομίζω ότι δεν υπάρχει κάποια μεγάλη ιδιαιτερότητα ανάμεσα σε κάποιον νεότερο και κάποιον μεγαλύτερο σε ηλικία. Θα έλεγα ότι ποιότητα ζωής είναι να μπορεί κανείς να εκπληρώνει αυτά που θέλει να κάνει και τα θεωρεί σημαντικά. Αυτό, όμως, ισχύει για κάθε ηλικία.

Ένα από τα βασικά ζητήματα που ίσως πρέπει να διευκρινιστεί είναι πώς και κατά πόσον το άτομο που μεγαλώνει σε ηλικία έχει την ικανότητα να προσαρμόζει αυτά που θέλει και θεωρεί σημαντικά σε σχέση με αυτά που μπορεί πραγματικά να κάνει.

Αν θέλαμε να το κάνουμε λίγο πιο συγκεκριμένο, θα έλεγα ότι ένα από τα πολύ σημαντικά θέματα είναι η δυνατότητα επικοινωνίας με τους ανθρώπους που επιθυμεί κανείς να επικοινωνεί. Βέβαια, υπάρχουν άνθρωποι που δεν θέλουν να επικοινωνούν με κανέναν. Συνήθως, όμως, ο άνθρωπος είναι κοινωνικό ον, και το να μπορεί να επικοινωνεί με κάποια άτομα, με κάποιους κύκλους ή ομάδες ανθρώπων, είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Επικοινωνία σημαίνει ότι δίνω και παίρνω· γι' αυτό και αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στοιχείο της ποιότητας ζωής. Ίσως είναι το σημαντικότερο, χωρίς βέβαια να είναι το μόνο.

Αν, για παράδειγμα, εξετάσουμε τον τομέα της κινητικότητας, σημαντικό είναι να μπορεί κανείς να βρίσκεται κάπου αλλού από εκεί που βρίσκεται τη δεδομένη στιγμή, όταν το επιθυμεί. Το αν μπορεί να το κάνει αποτελεί ζήτημα ποιότητας ζωής. Αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι πρέπει να έχει την ικανότητα να περπατά. Μπορεί να μετακινηθεί και με αμαξίδιο. Το ουσιαστικό είναι να μπορεί να το κάνει.

Με αυτή την έννοια, η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει και πολλά άλλα στοιχεία. Δεν θα πρέπει να θεωρούμε ότι επιδεινώνεται εξ ορισμού όταν κάποιες ενδογενείς ικανότητες που διαθέτουμε φθίνουν ή ακόμη και εξαφανίζονται εντελώς. Η ποιότητα ζωής συνδέεται περισσότερο με τη δυνατότητα του ατόμου να συνεχίζει να κάνει όσα θεωρεί σημαντικά και να προσαρμόζεται στις αλλαγές που φέρνει η ηλικία.

Στην ΠΦΥ έχουμε συνηθίσει σε ένα μοντέλο διαχείρισης συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων (υπέρταση, διαβήτης κ.λπ.). Στη Γηριατρική, όμως, λέγεται συχνά ότι «δεν θεραπεύουμε μόνο νόσους, αλλά διατηρούμε τη λειτουργικότητα». Πώς αλλάζει η οπτική γωνία του οικογενειακού γιατρού όταν ο στόχος μετατοπίζεται στην αυτονομία του ασθενούς και τι σημαίνει αυτό στην καθημερινή κλινική πράξη;

Η φιλοσοφία της Γηριατρικής βασίζεται στην ιδέα ότι το επίκεντρο της φροντίδας δεν είναι οι ασθένειες, αλλά κυρίως η λειτουργικότητα του ανθρώπου. Αυτό, βέβαια, δεν σημαίνει ότι οι ασθένειες παύουν να μας ενδιαφέρουν. Σημαίνει ότι το πρώτο βήμα είναι να δούμε πώς λειτουργεί το άτομο στην καθημερινότητά του και ποια είναι η συνολική λειτουργική του κατάσταση.

Η Γηριατρική δεν αφορά αποκλειστικά τους γηριάτρους. Πρόκειται για μια προσέγγιση στην οποία (πρέπει να) συμμετέχουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας – γιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και οι υπόλοιποι επαγγελματίες της ομάδας φροντίδας. Το βασικό ερώτημα που πρέπει να θέτει ο καθένας είναι: «Σε ποιο βαθμό το άτομο που έχω απέναντί μου διατηρεί τη λειτουργικότητά του; Πώς εξελίσσεται αυτή στον χρόνο;». Αν υπάρχει προηγούμενη εικόνα, μπορούμε να συγκρίνουμε την πορεία του. Αν όχι, οφείλουμε να αναζητήσουμε πληροφορίες από το ίδιο το άτομο ή από τους ανθρώπους του περιβάλλοντός του.

Η διατήρηση της λειτουργικότητας αποτελεί τον βασικό στόχο της φροντίδας. Για να τον πετύχουμε, χρειάζεται να αναζητήσουμε τις αιτίες που κρύβονται πίσω από κάθε λειτουργική έκπτωση. Αν, για παράδειγμα, κάποιος εμφανίζει γνωστική επιδείνωση, πρέπει να διερευνήσουμε αν πρόκειται για νόσο Alzheimer ή για κατάθλιψη, που μπορεί να εκδηλωθεί με παρόμοια συμπτώματα. Αν έχει χάσει βάρος και ζωτικότητα, χρειάζεται να εξετάσουμε αν ευθύνονται η κατάθλιψη, η κοινωνική απομόνωση, οι οικονομικές δυσκολίες ή μια οργανική νόσος, όπως ο καρκίνος. Πρώτα αναγνωρίζουμε το λειτουργικό πρόβλημα και στη συνέχεια αναζητούμε τα αίτιά του.

Εδώ βρίσκεται και η ουσιαστική διαφορά της Γηριατρικής από την κλασική ιατρική. Δεν πρόκειται μόνο για μια διαφορετική φιλοσοφία, αλλά για μια διαφορετική πρακτική προσέγγιση. Αν ένας ηλικιωμένος εμφανίζει πτώσεις, η κλασική ιατρική θα αναζητήσει ένα καρδιολογικό, νευρολογικό, μεταβολικό ή μυοσκελετικό αίτιο. Αν δεν βρεθεί κάτι συγκεκριμένο, μπορεί να θεωρηθεί ότι δεν υπάρχει σοβαρό πρόβλημα.

Στον ηλικιωμένο άνθρωπο, όμως, ακόμη και μια πτώση χωρίς εμφανή οργανική αιτία μπορεί να οδηγήσει σε έναν φαύλο κύκλο. Ο φόβος μιας νέας πτώσης κάνει το άτομο να περιορίζει τη βάδισή του, να κινείται όλο και λιγότερο σταθερά και τελικά να αυξάνει ακόμη περισσότερο τον κίνδυνο να ξαναπέσει. Γι' αυτό ο επαγγελματίας υγείας δεν αρκεί να διαπιστώσει ότι «δεν βρέθηκε παθολογία». Πρέπει να αναρωτηθεί τι μπορεί να κάνει για να βοηθήσει: να παραπέμψει τον άνθρωπο σε φυσιοθεραπευτή, σε ψυχολόγο ή σε άλλη κατάλληλη υπηρεσία, ώστε να περιοριστούν οι συνέπειες του προβλήματος.

Το ίδιο ισχύει και για την κατάθλιψη. Δεν αρκεί να τεθεί η διάγνωση· χρειάζεται να κατανοήσουμε τι την προκαλεί. Στη μεγάλη ηλικία, οι συνεχείς απώλειες αγαπημένων προσώπων αποτελούν μια πραγματικότητα που επηρεάζει βαθιά την ψυχολογική κατάσταση και τη λειτουργικότητα. Χαρακτηριστικά, ένας συνάδελφος 85 ετών μού είπε πρόσφατα: «Εγώ καλά είμαι, αλλά ουσιαστικά δεν είμαι καλά, γιατί σχεδόν κάθε εβδομάδα βρίσκομαι σε μια κηδεία». Αυτές οι εμπειρίες δεν μπορούν να αγνοηθούν όταν αξιολογούμε έναν ηλικιωμένο άνθρωπο. Συνεπώς, η Γηριατρική ξεκινά πάντα από το ίδιο ερώτημα: ποια είναι τα λειτουργικά προβλήματα αυτού του ανθρώπου και τι μπορούμε να κάνουμε γι' αυτά. Δεν είναι απαραίτητο να λυθούν όλα άμεσα. Είναι όμως απαραίτητο να αποκτήσουμε πρώτα μια σαφή εικόνα της λειτουργικής του κατάστασης και πάνω σε αυτή να σχεδιάσουμε τη φροντίδα.

Στο βιβλίο σας ABCDaire du futur Centenaire (που μεταφράστηκε και αγαπήθηκε στην Ελλάδα), αλλά και στο Cambridge Handbook of Successful Aging, αναδεικνύεται η σημασία της πρόληψης. Ποιες παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής (διατροφή, άσκηση, νοητική δραστηριότητα) έχουν την ισχυρότερη επιστημονική τεκμηρίωση σήμερα για την επίτευξη μιας υγιούς γήρανσης;

Δεν είμαι εγώ αυτός που θα κρίνει συνολικά την αξία ενός βιβλίου, αλλά το «Αλφαβητάρι του Αιωνόβιου – Αλήθειες και ψέματα» που εκδόθηκε αρχικά στα Γαλλικά το 2010 και μεταφράστηκε στα Ελληνικά το 2011, θεωρώ ότι παραμένει απολύτως επίκαιρο ακόμη και σήμερα. Και το λέω αυτό, παρότι δεν είμαι αντικειμενικός κριτής.

Ο λόγος είναι ότι, προερχόμενος από την καρδιολογία, είμαι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος στα θέματα της πρόληψης. Ωστόσο, η προληπτική ιατρική δεν είναι απλώς η μέτρηση μιας πίεσης ή μιας χοληστερίνης και η χορήγηση ενός φαρμάκου. Είναι κάτι πολύ πιο σύνθετο και απαιτεί ολιστική προσέγγιση του ατόμου και των προβλημάτων του. Αυτό γίνεται ακόμη πιο σημαντικό όσο μεγαλώνει η ηλικία.

Η πρόληψη, που ξεκινά νωρίς, είναι θεμελιώδης. Για παράδειγμα, οι παράγοντες κινδύνου όπως η υπέρταση και ο διαβήτης πρέπει να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά από νεαρή ηλικία, ώστε να μπορούμε να έχουμε μια καλή γήρανση. Ο τρόπος διαχείρισής τους μετά τα 80 ή τα 85 είναι διαφορετικός και απαιτεί άλλη προσέγγιση.

Σε ό,τι αφορά τον τρόπο ζωής, η διατροφή και η φυσική άσκηση αποτελούν σαφώς τις σημαντικότερες βάσεις για την υγιή γήρανση. Ιδιαίτερη σημασία έχει η μεσογειακή διατροφή, στην οποία έχουμε το πλεονέκτημα να έχουμε πρόσβαση, όπως και το γεγονός ότι σε χώρες όπως η Ελλάδα οι καλές καιρικές συνθήκες επιτρέπουν μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα.

Αντίθετα, πολλά από τα λεγόμενα «θαυματουργά» συμπληρώματα ή παρεμβάσεις, όπως το Ginkgo biloba που κάποτε ήταν ιδιαίτερα διαδεδομένο για τα νοητικά προβλήματα, δεν έχουν τελικά αποδειχθεί αποτελεσματικά. Είναι σημαντικό να υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση και ιατρικό ήθος, γιατί συχνά προτείνονται πρακτικές που δεν βασίζονται σε ισχυρά επιστημονικά δεδομένα, και συχνά εξυπηρετούν άλλους σκοπούς.

Ταυτόχρονα, πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι η γήρανση δεν είναι αποτέλεσμα ενός μόνο μηχανισμού, άρα δεν μπορεί να «διορθωθεί» με ένα χάπι. Η φαρμακευτική αγωγή έχει τη θέση της, αλλά ο καθοριστικός παράγοντας παραμένει ο τρόπος ζωής.

Βέβαια, ο τρόπος ζωής δεν εξαρτάται μόνο από την ατομική επιλογή, αλλά και από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Η δυνατότητα για καλή διατροφή, για αποφυγή του πρόχειρου φαγητού ή για υγιεινές συνήθειες συνδέεται στενά με το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο του κάθε ατόμου.

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα βλέπουμε πολύ συχνά ηλικιωμένους να λαμβάνουν διψήφιο αριθμό φαρμάκων και παράλληλα να ζουν απομονωμένοι. Πόσο επιβαρύνουν αυτοί οι δύο παράγοντες τη λειτουργικότητα του ατόμου και με ποιους τρόπους μπορεί να παρέμβει αποτελεσματικά η ομάδα της ΠΦΥ;

Ο καθένας από αυτούς τους δύο παράγοντες, ανεξάρτητα, μπορεί να επιβαρύνει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ηλικιωμένου ατόμου. Ωστόσο, χρειάζεται να τα δούμε πιο αναλυτικά.

Ξεκινώντας από την πολυφαρμακεία, το γεγονός ότι ένας ασθενής λαμβάνει πολλά φάρμακα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων και η ύπαρξη πολλαπλών παθήσεων. Αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει απαραίτητα να διακόψουμε τη θεραπεία. Παρ' όλα αυτά, όταν τα φάρμακα ξεπερνούν έναν συγκεκριμένο αριθμό – ιδίως πάνω από οκτώ – αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος αλληλεπιδράσεων και ανεπιθύμητων ενεργειών, ιδιαίτερα όταν υπάρχει και ευπάθεια (frailty).

Γι' αυτό απαιτείται πάντα επανεκτίμηση της φαρμακευτικής αγωγής. Η πολυφαρμακεία είναι συχνά αρνητικός παράγοντας, αλλά πρέπει να αξιολογείται αν είναι πραγματικά δικαιολογημένη από την κλινική κατάσταση του ατόμου ή αν πρόκειται για μια απλή συνέχιση συνταγών χωρίς ουσιαστική επανεξέταση. Η αυτόματη επανασυνταγογράφηση είναι απαράδεκτη πρακτική. Κάθε φάρμακο πρέπει να αξιολογείται ξεχωριστά ως προς την ανάγκη συνέχισής του, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί και προσθήκη νέων θεραπειών. Η ουσία είναι ότι η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να βασίζεται σε ενεργή ιατρική κρίση.

Όσον αφορά την κοινωνική απομόνωση, είναι σημαντικό να διαχωρίσουμε τη μοναχικότητα από την κοινωνική απομόνωση. Ο άνθρωπος είναι κοινωνικό ον, όμως υπάρχουν άτομα που επιλέγουν να ζουν μόνα τους, χωρίς αυτό να σημαίνει απαραίτητα κάτι αρνητικό. Η μοναχικότητα μπορεί να είναι συνειδητή επιλογή και να αποτελεί μια μορφή ισορροπίας για ορισμένους ανθρώπους.

Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση γίνεται πρόβλημα όταν συνδέεται με έλλειψη υποστήριξης και αυξάνει τον κίνδυνο λαθών στη φαρμακευτική αγωγή, όπως η λανθασμένη λήψη ή η παράλειψη φαρμάκων. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η απουσία ενός δεύτερου ατόμου που να μπορεί να ελέγχει ή να υποστηρίζει τη διαδικασία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο επιπλοκών.

Γι' αυτό ο επαγγελματίας υγείας – και όχι μόνο ο γιατρός αλλά και ο νοσηλευτής, ειδικά στην κατ' οίκον φροντίδα – πρέπει να γνωρίζει τις συνθήκες διαβίωσης του ασθενούς. Ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να χρειαστεί η οργάνωση υποστηρικτικών παρεμβάσεων στο σπίτι, όπως η τακτική επίσκεψη νοσηλευτή για τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, ιδιαίτερα σε θεραπείες υψηλού κινδύνου όπως η ινσουλίνη.

Συνολικά, και τα δύο ζητήματα – πολυφαρμακεία και κοινωνική απομόνωση – απαιτούν εξατομικευμένη αξιολόγηση, καθώς η επίδρασή τους στη λειτουργικότητα εξαρτάται πάντα από το συνολικό πλαίσιο του κάθε ασθενούς.

Αν αφήσουμε στην άκρη τη θεωρία, πώς φαντάζεστε μια πραγματικά «age-friendly» (φιλική προς την τρίτη ηλικία) δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας; Ποιες οργανωτικές ή χωροταξικές αλλαγές θα έπρεπε να δούμε στα ιατρεία της γειτονιάς τα επόμενα χρόνια;

Καταρχάς, είναι σαφές ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων πρέπει να ανήκει πρωτίστως στο πρωτοβάθμιο επίπεδο. Στην Ελλάδα – και όχι μόνο – στέλνουμε πολύ εύκολα τους ηλικιωμένους στο νοσοκομείο, χωρίς να ξέρουμε τι άλλο να κάνουμε. Αυτό είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικό για τα ηλικιωμένα άτομα, καθώς το νοσοκομείο πρέπει να αποτελεί την τελευταία λύση, όταν υπάρχει πραγματική και σαφής ένδειξη. Κάθε επιπλέον μέρα νοσηλείας μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια μυϊκής μάζας, επιδείνωση της νοητικής λειτουργίας και αύξηση των νοσοκομειακών λοιμώξεων.

Δεύτερον, η φροντίδα δεν μπορεί να είναι υπόθεση ενός μόνο επαγγελματία υγείας. Χρειάζεται ένα δίκτυο συνεργασίας, μια ομαδική προσέγγιση. Αυτό σημαίνει εκπαίδευση όχι μόνο των γιατρών, αλλά και των νοσηλευτών, των κοινωνικών λειτουργών, των φυσιοθεραπευτών και των εργοθεραπευτών, ώστε να υπάρχει πραγματική συλλογική δουλειά. Κάθε επαγγελματίας πρέπει να έχει έναν σαφή ρόλο και να συμμετέχει στην εκτίμηση της λειτουργικότητας του ηλικιωμένου ατόμου.

Η εκτίμηση αυτή δεν μπορεί να επιβαρύνει αποκλειστικά τον γενικό γιατρό. Στην πράξη, οι πληροφορίες θα πρέπει να προκύπτουν από οργανωμένες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως τα κέντρα υγείας, όπου εκπαιδευμένο προσωπικό μπορεί να πραγματοποιεί μια βασική, τυποποιημένη αξιολόγηση σε λίγα λεπτά και να δίνει μια πρώτη, αξιόπιστη εικόνα της κατάστασης του ασθενούς.

Όσο η ιατρική παραμένει στο μοντέλο «πάω στον γιατρό, παίρνω φάρμακο και αν δεν περάσει πάω στο νοσοκομείο», το σύστημα θα συνεχίσει να παράγει προβλήματα. Η πραγματική πρωτοβάθμια φροντίδα για τους ηλικιωμένους μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα της περίθαλψης και ταυτόχρονα να μειώσει το κόστος για την κοινωνία, περιορίζοντας την υπερκατανάλωση εξετάσεων και παρεμβάσεων που συχνά δεν είναι απαραίτητες.

Η αλλαγή δεν θα γίνει από τη μια μέρα στην άλλη. Χρειάζονται σταδιακά βήματα, εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, προτείνονται και πιο ευέλικτες δομές, όπως κινητές μονάδες που μπορούν να παρεμβαίνουν σε σύνθετα περιστατικά – για παράδειγμα σε περιπτώσεις πτώσεων ή παραληρήματος – υποστηρίζοντας τους υπόλοιπους ειδικούς.

Τέλος, η εμπειρία δείχνει ότι όταν οι γηρίατροι λειτουργούν ως υποστηρικτικοί συνεργάτες των άλλων ειδικοτήτων και προσφέρουν πρακτικές λύσεις, τότε γίνονται πραγματικά απαραίτητοι στο σύστημα υγείας.

Συνολικά, η λύση για μια age-friendly πρωτοβάθμια φροντίδα βρίσκεται στην εκπαίδευση, στη συνεργασία, σε μικρές κινητές ή οργανωμένες μονάδες αξιολόγησης και στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αντί της υπερβολικής επένδυσης σε νοσοκομειακές υποδομές που δεν εξυπηρετούν τις πραγματικές ανάγκες.

Τι είναι η «υγιής γήρανση» ;

Ο Δρ. Μπενέτος μάς υπενθυμίζει ότι σύμφωνα με τα τελευταία έγγραφα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η **υγιής γήρανση** δεν ορίζεται ως η απουσία ασθενειών, αλλά ως η **διατήρηση λειτουργικών ικανοτήτων που επιτρέπουν στο άτομο να ζει με ποιότητα**. Ο ΠΟΥ περιγράφει πέντε βασικούς τομείς λειτουργικότητας: τον νοητικό, τον σωματικό, τον ψυχολογικό, τον αισθητηριακό (όραση και ακοή) και τη λεγόμενη «**vitality**», δηλαδή τη ζωτικότητα. Οι τομείς αυτοί συνδέονται άμεσα με τη δυνατότητα του ατόμου να επικοινωνεί και να συμμετέχει ενεργά στην καθημερινή ζωή. Η απώλεια ή η έκπτωση σε έναν ή περισσότερους από αυτούς τους τομείς μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ηλικιωμένου ατόμου, αναδεικνύοντας έτσι τον ρόλο της κοινωνίας τόσο στην υποστήριξη όσο και στην πρόληψη αυτών των απωλειών κατά τη διάρκεια της γήρανσης.

Υπάρχουν παρανοήσεις ή στερεότυπα γύρω από τη γήρανση και τη Γηριατρική;

Η εμπειρία δείχνει ότι οι παρανοήσεις δεν αφορούν μόνο τους νέους επαγγελματίες υγείας, αλλά και τους παλιότερους. Συχνά ξεκινούν από το γεγονός ότι, στην καθημερινή κλινική πράξη, μπορεί κανείς να είναι καρδιολόγος, παθολόγος ή άλλης ειδικότητας και να αντιμετωπίζει ολοένα και περισσότερους ηλικιωμένους ασθενείς, χωρίς όμως να έχει την απαραίτητη εκπαίδευση για τις ιδιαίτερες ανάγκες τους.
Σε αυτό το πλαίσιο, πολλοί συνειδητοποιούν ότι, ενώ γνωρίζουν πώς να θεραπεύουν μια συγκεκριμένη νόσο, δεν γνωρίζουν αν ο ηλικιωμένος ασθενής μπορεί να ακολουθήσει τη θεραπεία, αν υπάρχει κίνδυνος πτώσεων, αν συνυπάρχει νοητική έκπτωση, κατάθλιψη ή άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργικότητά του. Αυτό οδηγεί αρκετούς στο να αναζητήσουν επιπλέον γνώση γύρω από τη Γηριατρική.
Ωστόσο, ένα βασικό στερεότυπο που παραμένει είναι η ίδια η εικόνα της Γηριατρικής. Ακόμη και σήμερα, τόσο οι ασθενείς όσο και ορισμένοι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι ο γηρίατρος αφορά αποκλειστικά ανθρώπους στο τέλος της ζωής τους, ότι δηλαδή «δεν υπάρχει κάτι άλλο να γίνει». Πρόκειται για μια εντελώς λανθασμένη αντίληψη.
Παράλληλα, τα στερεότυπα γύρω από τη γήρανση συνδέονται και με ευρύτερες κοινωνικές στάσεις ηλικιακού αποκλεισμού, όπου συχνά αποδίδονται ευθύνες στους ηλικιωμένους για προβλήματα του συστήματος, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει η επιθυμία όλοι να ζήσουμε όσο το δυνατόν περισσότερο.
Αν δεν καλλιεργηθεί μια κουλτούρα Γηριατρικής και αν δεν ενισχυθεί η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αυτά τα στερεότυπα θα συνεχίσουν να υπάρχουν. Ήδη γίνονται βήματα σε διάφορες πόλεις και ιατρικά κέντρα, όμως η πρόκληση παραμένει, ιδιαίτερα ως προς τη στάση του ίδιου του ιατρικού κόσμου, ο οποίος συχνά αναγνωρίζει μεν την ανάγκη της Γηριατρικής, αλλά δεν την ενσωματώνει πλήρως στην πράξη.
Παρόλα αυτά, υπάρχουν πλέον πολλές μελέτες που δείχνουν ότι η παρουσία της Γηριατρικής βελτιώνει τόσο την υγεία των ασθενών όσο και τη λειτουργία του ίδιου του συστήματος υγείας, ακόμη και σε εξειδικευμένα πεδία όπως οι καρδιολογικές ή νεφρολογικές μονάδες.

Frailty – Ευπάθεια

Ο όρος «frailty» (ευπάθεια/ευθραυστότητα) χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο. Πώς θα τον εξηγούσατε με απλά λόγια στους επαγγελματίες της ΠΦΥ και ποια είναι τα βασικά «κόκκινα καμπανάκια» (red flags) που πρέπει να αναζητά ένας γιατρός για να εντοπίσει έγκαιρα έναν ευπαθή ηλικιωμένο, προτού χαθεί η αυτονομία του;

Στα ελληνικά, τον όρο frailty τον αποδίδουμε ως «ευπάθεια», αποφεύγοντας όρους όπως «ευθραυστότητα» ή «ευαλωτότητα», που αντιστοιχεί περισσότερο στο vulnerability. Η ευπάθεια περιγράφει ένα κλινικό σύνδρομο που αφορά κυρίως ηλικιωμένα άτομα τα οποία, ενώ λειτουργούν σχετικά αυτόνομα στην καθημερινότητά τους, έχουν περιορισμένα βιολογικά αποθέματα.

Στην πράξη, πρόκειται για άτομα που μπορούν να ζουν μέσα στην κοινότητα και να λειτουργούν επαρκώς, αλλά όταν βρεθούν αντιμέτωπα με ένα σχετικά ήπιο στρεσογόνο γεγονός – όπως μια αναπνευστική λοίμωξη, μια πτώση χωρίς σοβαρή κάκωση ή ακόμη και ένα κοινωνικό στρες – δυσκολεύονται δυσανάλογα να ανακάμψουν. Σε αντίθεση με ένα νεότερο άτομο που θα επανέλθει γρήγορα, το ηλικιωμένο άτομο με ευπάθεια παρουσιάζει πιο αργή και συχνά ατελή αποκατάσταση, λόγω μειωμένων αποθεμάτων, σωματικών και λειτουργικών.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η ξαφνική λειτουργική έκπτωση μετά από μια σύντομη νοσηλεία ή μια ήπια πτώση, όπου το άτομο δεν επανέρχεται ποτέ πλήρως στο προηγούμενο επίπεδο αυτονομίας. Αυτό δεν οφείλεται απαραίτητα σε ένα συγκεκριμένο «μεγάλο» ιατρικό γεγονός, αλλά στην αδυναμία του οργανισμού να ανταποκριθεί στο στρες.

Η ευπάθεια μπορεί να θεωρηθεί είτε ως κλινικό σύνδρομο με βιολογική βάση – συχνά συνδεδεμένο με χρόνιο φλεγμονώδες υπόστρωμα – είτε ως συσσώρευση απωλειών λειτουργικών ικανοτήτων και προβλημάτων υγείας. Σε κάθε περίπτωση, το βασικό χαρακτηριστικό είναι η μειωμένη ανθεκτικότητα του οργανισμού.

Για την κλινική πράξη, υπάρχουν απλά εργαλεία αναγνώρισης. Ένα από τα πιο γνωστά είναι τα κριτήρια Fried, τα οποία περιλαμβάνουν πέντε βασικούς δείκτες: μειωμένη ταχύτητα βάδισης, απώλεια βάρους, μειωμένη μυϊκή δύναμη, εύκολη κόπωση και κοινωνική απομόνωση ή μείωση δραστηριοτήτων. Η απουσία αυτών των κριτηρίων υποδηλώνει απουσία ευπάθειας, ενώ η παρουσία ενός ή δύο υποδηλώνει ενδιάμεση κατάσταση και η παρουσία περισσότερων από δύο υψηλό βαθμό ευπάθειας.

Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης είναι ότι η ευπάθεια δεν είναι στατική. Πολλές εκφράσεις της είναι δυνητικά αναστρέψιμες, όπως η κακή θρέψη ή η λειτουργική έκπτωση λόγω κατάθλιψης ή κάποιου προβλήματος της στοματικής κοιλότητας ή της οδοντοστοιχίας. Η παρέμβαση μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργική κατάσταση και να μειώσει τον κίνδυνο μελλοντικής επιδείνωσης.

Τέλος, η εκτίμηση της ευπάθειας είναι κρίσιμη και για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, ιδιαίτερα πριν από βαριές παρεμβάσεις, όπως χειρουργεία ή ογκολογικές θεραπείες, ώστε να αξιολογείται αν τα πιθανά οφέλη υπερτερούν των κινδύνων. Στόχος δεν είναι να αποκλείεται η θεραπεία λόγω ηλικίας, αλλά να εξατομικεύεται με βάση τη συνολική λειτουργική κατάσταση του ασθενούς.

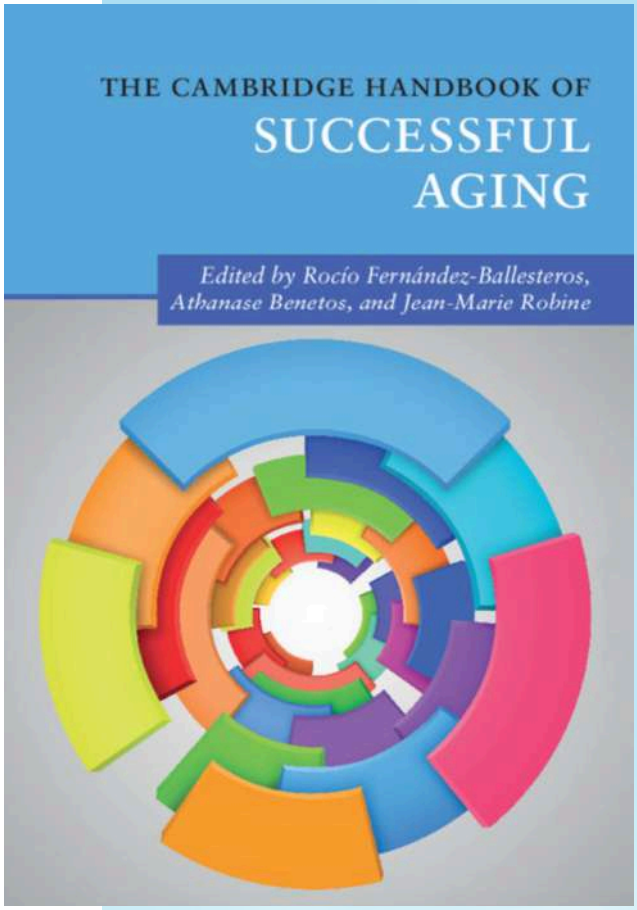
Υπάρχει κάποια καλή πρακτική από τη Γαλλία που θα μπορούσε να αντιγραφεί στην Ελλάδα;

Δεν χρειάζεται να αντιγράψουμε τίποτα. Σιγά-σιγά τα έχουμε ήδη. Αυτή τη στιγμή, μέσα από ευρωπαϊκά προγράμματα – όπως το COST Action, στο οποίο συμμετέχουν και Έλληνες και διεθνείς ερευνητές – πολλά από αυτά που συζητάμε είναι ήδη καταγεγραμμένα, υπάρχουν και δημοσιεύονται. Προσπαθούμε να τα επικοινωνήσουμε και να τα αξιοποιήσουμε. Άρα δεν είναι θέμα αντιγραφής· μπορούμε να εξελιχθούμε και να κάνουμε ακόμη καλύτερα.

Μάλιστα, μπορούμε να αποφύγουμε και τα λάθη που έγιναν σε χώρες όπως η Γαλλία και η Αγγλία όταν ξεκίνησαν να αναπτύσσουν τη Γηριατρική. Η ιατρική έχει προχωρήσει σημαντικά και πλέον βρισκόμαστε σε μια εποχή με πολλά νέα εργαλεία, όπως η τεχνητή νοημοσύνη και άλλες τεχνολογικές δυνατότητες.

Το βασικό είναι να ξεκινήσουμε από αυτά που ήδη γνωρίζουμε: εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση. Από εκεί και πέρα, τα εργαλεία υπάρχουν και τα προγράμματα σπουδών διαμορφώνονται σταδιακά. Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες και προσωπικά, μέσα από τη διδασκαλία της Γηριατρικής στην Ευρώπη, έχουν γίνει επαφές ακόμη και σε υψηλό πολιτικό επίπεδο. Όλοι αναγνωρίζουν τη σημασία του θέματος, αλλά στην πράξη η πρόοδος συχνά παραμένει αργή.

Παρόλα αυτά, η εξέλιξη συνεχίζεται χάρη σε πρωτοβουλίες συναδέλφων και ομάδων σε μεγάλες και μικρότερες πόλεις. Υπάρχουν επίσης πολλοί νέοι γιατροί που έχουν εκπαιδευτεί στο εξωτερικό, καθώς στην Ελλάδα η εξειδικευμένη εκπαίδευση στη Γηριατρική παραμένει περιορισμένη. Αυτοί οι άνθρωποι αποτελούν σήμερα την ελπίδα για το μέλλον.
Και, όπως συμβαίνει συχνά, όταν δημιουργηθεί μια μικρή κρίσιμη μάζα, αυτή σταδιακά μεγαλώνει και οδηγεί την αλλαγή.



Κλείνοντας, αν μπορούσατε να συμπυκνώσετε την πολύχρονη εμπειρία σας, ποιο κεντρικό μήνυμα θα δίνατε στους γιατρούς, στους νοσηλευτές, στους επαγγελματίες της ΠΦΥ, που φροντίζουν καθημερινά ηλικιωμένους ανθρώπους;

Το μήνυμα είναι ότι η Γηριατρική μπορεί να βοηθήσει όλους τους επαγγελματίες υγείας, ώστε οι ηλικιωμένοι να έχουν την καλύτερη δυνατή ιατρική περίθαλψη και φροντίδα. Δεν έρχεται για να πει «αφήστε, θα ασχολούμαι εγώ με τους ηλικιωμένους», αλλά για να συνεργαστεί με γιατρούς και λοιπούς επαγγελματίες, προσφέροντας γνώσεις και οπτικές κυρίως πάνω στην ολιστική προσέγγιση του ηλικιωμένου ατόμου. Στόχος είναι να κατανοήσουμε καλύτερα πώς εκφράζονται οι ασθένειες και πώς διαφοροποιείται η αντιμετώπισή τους σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Η Γηριατρική δεν είναι μια επιφανειακή παρηγορητική στάση του τύπου «μη στεναχωριέστε, γέροντά μου», ούτε περιορίζεται σε γενικές εκφράσεις καθησυχασμού. Είναι επιστήμη, είναι ιατρική, και απαιτεί και εμπάθεια, δηλαδή την ικανότητα να κατανοούμε πραγματικά τον ασθενή.

Παράλληλα, πρέπει να γίνει κατανοητό – και από τις πολιτικές αρχές – ότι η σωστή αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών απαιτεί και χρόνο. Δεν είναι δυνατόν να εξετάζεις έναν ηλικιωμένο άνθρωπο σε πέντε λεπτά. Πρόκειται για πιο αργές διαδικασίες, συχνά με τη συμμετοχή και άλλων προσώπων, και για περιπτώσεις πολύπλοκες. Η ιατρική σε αυτό το πεδίο είναι σύνθετη.

Επομένως, δεν μπορούμε να λέμε «δεν έχουμε χρόνο», γιατί τότε η μόνη εναλλακτική θα ήταν ουσιαστικά να αφήσουμε τους ηλικιωμένους χωρίς φροντίδα. Η Γηριατρική, μαζί με τις σχετικές ιατρικές γνώσεις και τους ειδικούς γηριάτρους για τις πιο δύσκολες περιπτώσεις, μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά και συμπληρωματικά προς τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας.

Αυτός είναι ο ρόλος της: να συνεργάζεται, να ενισχύει και να διευκολύνει το έργο των άλλων. Όπως φάνηκε και από την εμπειρία σε χώρες όπως η Γαλλία, αρχικά υπήρξε επιφυλακτικότητα, όμως τελικά έγινε κατανοητό ότι η Γηριατρική δεν έρχεται να αντικαταστήσει κανέναν, αλλά να λειτουργήσει ως βοηθός που, ανά πάσα στιγμή, μπορεί να παρέμβει υποστηρικτικά, είτε μεταφέροντας γνώσεις είτε προσφέροντας πιο γενική κλινική εμπειρία. ***Αυτό είναι το έργο μας.***

Καθηγητής Αθανάσιος Μπενέτος, Full Professor of Internal Medicine and Geriatrics, Chairman of Geriatrics and Clinical Gerontology, Senior Researcher at INSERM (University of Nancy, France) & Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Γηριατρικής Εταιρείας (EuGMS).

Ευχαριστούμε τον κύριο Μπενέτο για την παραχώρηση χρήσης των φωτογραφιών.

Primary Care Dialogues Podcast

Γράφει η Ευαγγελία Σαββίδου

ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Νέα επεισόδια!

Επεισόδιο 36 - Γηριατρική: Προκλήσεις και Βέλτιστες Πρακτικές στην ΠΦΥ

Καλεσμένη είναι η κυρία Κοτσάνη Μαρίνα, Ειδικός Παθολόγος-Γηρίατρος, co-leader στο Global Europe Initiative με στόχο την προώθηση της Γηριατρικής σε όλες τις χώρες της Ευρώπης και επικεφαλής της ευρωπαικής δράσης COST Programming με στόχο την προώθηση της Γηριατρικής σε χώρες όπου ακόμα βρίσκεται υπό ανάπτυξη. Συζητάει με την Ζωή Κοτσογιαννίδου.

Επεισόδιο 37 - Ενδοοικογενειακή και Συντροφική Βία κατά των Γυναικών: Ο Ρόλος της ΠΦΥ

Συζητούν μέλτη της ομάδας έργου "CARE POWER - Ενδυνάμωση των Επαγγελματιών Υγείας για τον Εντοπισμό και την Υποστήριξη Θυμάτων και Επιζωσών Έμφυλης Βίας": Μάγδα Γαβανά, Άννα Δασκαλάκη, Ματίνα Παπαγιαννοπούλου, Παναγιώτης Παρασκευόπουλος, Ευαγγελία Σαββίδου και Μανόλης Σμυρνάκης

Επεισόδιο 38 - Αλλαγή Συμπεριφοράς στην ΠΦΥ: Κινητοποιός Συνέντευξη και άλλες Δεξιότητες Επικοινωνίας

Συζητούν η Νεφέλη Κουγιουμτζόγλου, η Ζωή Κοτσογιαννίδου και η Ευαγγελία Σαββίδου.

Coming Soon.

Η 3η σεζόν θα κλείσει με επεισόδια για το αλκοόλ και τη δημόσια υγεία!

Ακούστε όλα τα επεισόδια στο Spotify:
https://open.spotify.com/show/2h0lQUPKm9fno1T2KaJ3XS

Γίνετε μέλος της **κοινότητας** του Primary Care Dialogues Podcast:
Instagram: https://instagram.com/pcdpodcastgr
Facebook page: https://www.facebook.com/profile.php?id=61556890323750
Facebook group: https://www.facebook.com/groups/pcdpodcastgr
LinkedIn: https://www.linkedin.com/company/pcdpodcastgr

Η ενημέρωσή μας

Γράφει η Στέλλα Πλούκου

ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Με την ολοκλήρωση της ακαδημαϊκής χρονιάς, ολοκληρώνεται και ο φετινός κύκλος του ***Journal Club****, το οποίο συνέχισε να συνδυάζει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την Παγκόσμια Υγεία, τους δύο βασικούς πυλώνες ενδιαφέροντος των συντονιστών και των συμμετεχόντων του. Κάθε μήνα, μέσα από ζωντανές και ανοιχτές συζητήσεις στο Zoom, είχαμε την ευκαιρία να ανακαλύπτουμε και να αναλύουμε μαζί σύγχρονα ερευνητικά άρθρα, ανταλλάσσοντας ιδέες και εμπειρίες.*

Ευχαριστούμε θερμά όλους όσοι συμμετείχαν και συνέβαλαν στη δημιουργία μιας δυναμικής κοινότητας μάθησης και επιστημονικού διαλόγου. Ανανεώνουμε το ραντεβού μας για τον Σεπτέμβριο, με νέες συναντήσεις, ενδιαφέροντα άρθρα και ακόμη περισσότερες ευκαιρίες για συζήτηση και προβληματισμό. Καλό καλοκαίρι σε όλους!

Στις τελευταίες δύο συναντήσεις της ακαδημαϊκής χρονιάς αναπτύχθηκαν νέες έρευνες, συστηματικές ανασκοπήσεις και μετά-αναλύσεις που διερευνούν κρίσιμα ζητήματα της δημόσιας υγείας και της σύγχρονης ιατρικής φροντίδας. Εξετάζουν την αποτελεσματικότητα των ψηφιακών εργαλείων στη διαχείριση της κατάθλιψης, καθώς και τη δυνατότητα αναστροφής του διαβήτη τύπου 2 μέσω εντατικών προγραμμάτων απώλειας βάρους στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Παράλληλα, αναλύονται οι συνήθειες φυσικής άσκησης των φοιτητών στην Κίνα και οι σοβαροί κίνδυνοι που προκύπτουν από την πλημμελή διαχείριση αποβλήτων σε αναπτυσσόμενες χώρες. Μέσα από αυτά τα κείμενα αναδεικνύεται η σημασία των προληπτικών παρεμβάσεων και των στρατηγικών πολιτικών για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα ευρήματα προσφέρουν τεκμηριωμένες προτάσεις για την ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών και βιώσιμων πρακτικών στα συστήματα υγείας.

Ας δούμε τα κυριότερα σημεία των άρθρων που παρουσιάστηκαν...

Για να ενημερώνεστε άμεσα για ενδιαφέροντα άρθρα και δράσεις της ομάδας μέσω VIBER επισκεφτείτε το παρακάτω LINK άμεσης εγγραφής για το 2025=26 AUThPHC Journal Club
https://invite.viber.com/?g=uZS2cUy_hVWifSP6Kl-0uNg0Cx7Zdwkd

Θα είναι τιμή μας να σας έχουμε κοντά μας για έναν ουσιαστικό και επιστημονικά εποικοδομητικό διάλογο!

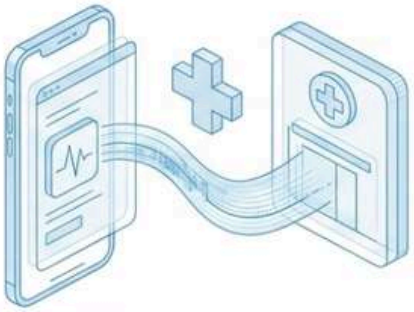
Η Ψηφιακή Μετάβαση στη Διαχείριση της Κατάθλιψης

Academic File Card

Συγγραφείς: Fuster-Casanovas A. et al. (2025)

Περιοδικό: Journal of Affective Disorders (IF: 4.9)

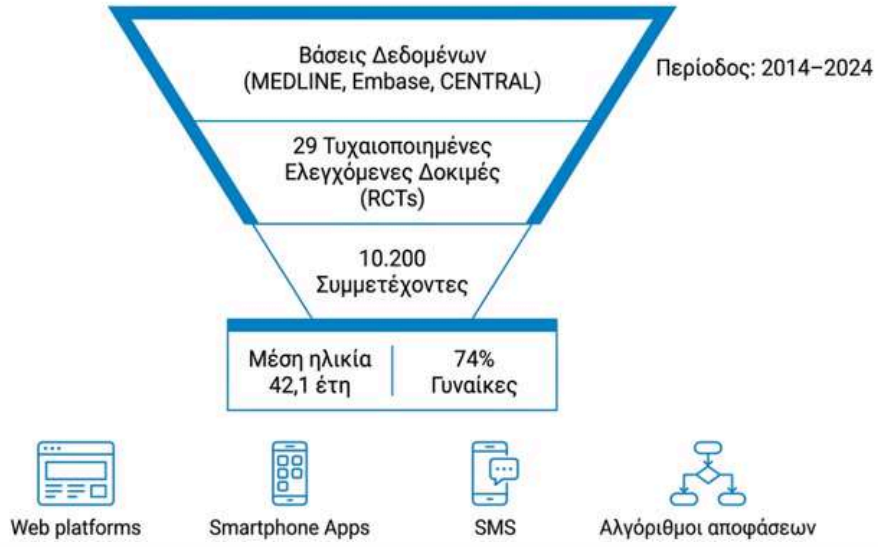
Είδος: Συστηματική Ανασκόπηση & Μετα-ανάλυση



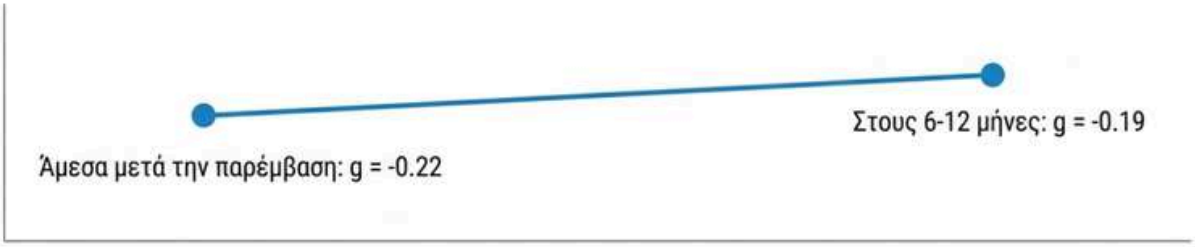
Το Κενό Γνώσης:

Η κατάθλιψη πλήττει το 5% του παγκόσμιου πληθυσμού (με έξαρση post-COVID).
Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα είναι το πρώτο σημείο επαφής, αλλά απουσίαζε η συγκεντρωτική αξιολόγηση της συνολικής αποτελεσματικότητας ψηφιακών παρεμβάσεων (apps, SMS, web) σε αυτό το περιβάλλον.

Αρχιτεκτονική της Μελέτης: Από την Αναζήτηση στο Δείγμα



Αποτελεσματικότητα και Κλινικές Προεκτάσεις



Βέλτιστη απόδοση:

- Παρεμβάσεις βάσει Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας (CBT) & συνδυαστικά ψηφιακά εργαλεία.

Χαμηλότερη απόδοση:

- Γυναίκες και μεγαλύτεροι σε ηλικία χρήστες (απαιτείται προσαρμοσμένη εκπαίδευση).

Συμπέρασμα: Έγκυρο συμπλήρωμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Αυξάνει δραστικά την προσβασιμότητα και προσφέρει μακροπρόθεσμη διατήρηση του οφέλους. Απαιτείται ενσωμάτωση στις κλινικές οδηγίες.

Φυσική Δραστηριότητα στο Ακαδημαϊκό Περιβάλλον

Academic File Card

Συγγραφείς:
Fuster-Casanovas A. et al. (2022)

Περιοδικό:
Int. J. Environ. Res. Public Health

Είδος:
Συστηματική Ανασκόπηση

Πολιτική Healthy China 2030
προαγωγή της υγείας των νέων

Το Πρόβλημα & Κενό Γνώσης:

Καταγράφεται πτωτική τάση στη φυσική κατάσταση. Απουσίαζε μια επικαιροποιημένη σύνθεση δεδομένων (2017-2022) για τα πραγματικά εμπόδια και τα κίνητρα άσκησης στους φοιτητές.

Παράμετροι Αξιολόγησης και Μεθοδολογικός Σχεδιασμός

Ανασκόπηση Βάσεων (Web of Science, PubMed, CNKI) → **Επιλογή 15 Διατομεακών (Cross-sectional) Μελετών** → **Δείγματα 200–1.512 ατόμων**

Συχνότητα (Frequency)	Διάρκεια (Duration)	Ένταση (Intensity)	Είδος (Type)

Η Δυναμική της Άσκησης: Κίνητρα έναντι Εμποδίων

Η Εικόνα: ~3 φορές/εβδομάδα, 30-60 λεπτά, μέτρια ένταση (Τρέξιμο, Περπάτημα, Μπάσκετ).

Κίνητρα

- Βελτίωση φυσικής κατάστασης/υγείας
- Αποφόρτιση από το ακαδημαϊκό άγχος

Εμπόδια

- Έλλειψη χρόνου & Ακαδημαϊκή πίεση
- Ανεπάρκεια πανεπιστημιακών εγκαταστάσεων
- Απουσία επαγγελματικής καθοδήγησης

Συμπέρασμα: Ικανοποιητικά επίπεδα δράσης, αλλά ισχυρά συστημικά εμπόδια. Απαιτούνται άμεσες θεσμικές επενδύσεις σε πανεπιστημιακές υποδομές.

Ανατρέποντας το Κλινικό Παράδειγμα: Η Μελέτη DiRECT

Συγγραφείς: Lean MEJ et al. (2018)

Lancet (IF: 88.5)

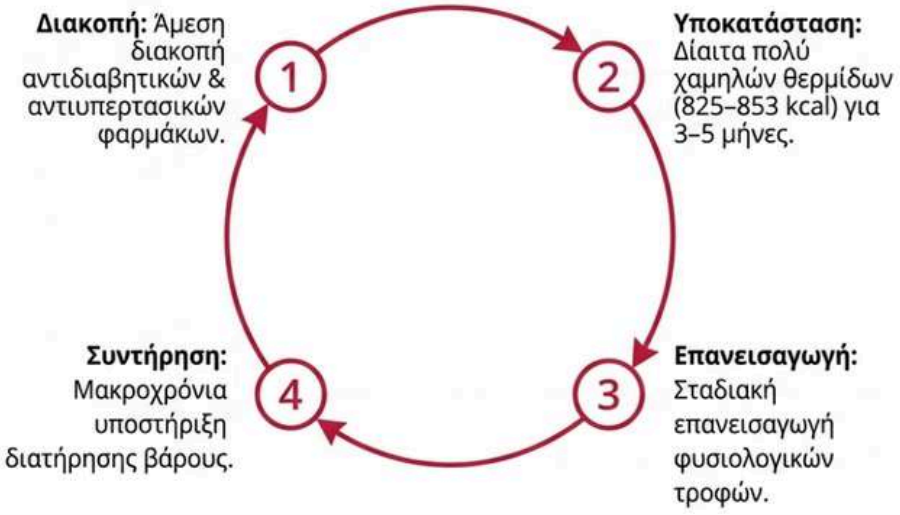
Είδος:
Cluster-Randomised Trial
(Ανοικτή κλινική δοκιμή)

Το Δόγμα: Ο Διαβήτης Τύπου 2 είναι μια μόνιμη, μη αναστρέψιμη προοδευτική νόσος.

Το Ερώτημα (Κενό Γνώσης):
Μπορεί ένα εντατικό πρόγραμμα απώλειας βάρους (χωρίς βαριατρική χειρουργική) στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα να επιτύχει κλινική ύφεση;

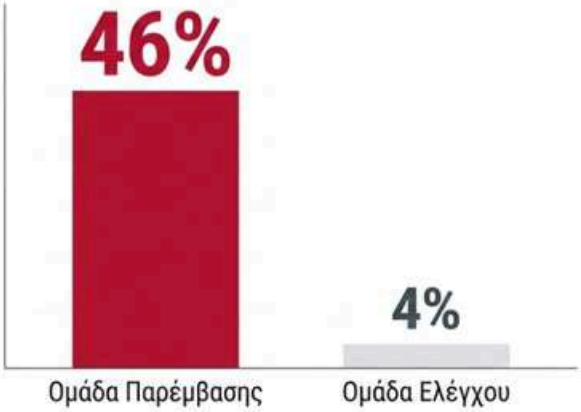
Πρωτόκολλο Παρέμβασης (Cluster-RCT)

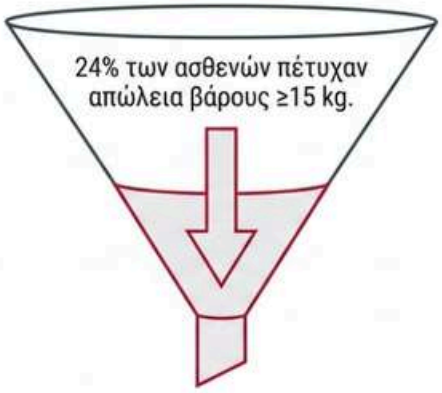
- 306 συμμετέχοντες
- 49 μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Σκωτία/Αγγλία)
- Ηλικία: 20-65
- Διάρκεια διαβήτη: < 6 έτη



Η Απώλεια Βάρους ως Κλειδί της Ύφεσης (Αποτελέσματα 12 Μηνών)

Κλινική Ύφεση (HbA1c < 6,5% χωρίς φάρμακα)



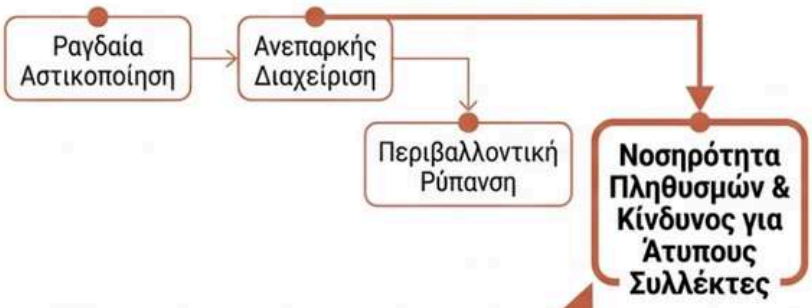


Από αυτούς, το 86% πέτυχε πλήρη ύφεση της νόσου.

Συμπέρασμα: Ο Διαβήτης Τύπου 2 μπορεί να τεθεί σε ύφεση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.
Νέο θεραπευτικό μοντέλο: Αναστροφή, όχι απλή διαχείριση.

Διαχείριση Αποβλήτων: Ένας Κρίσιμος Προσδιοριστής Υγείας

Academic File Card
Συγγραφείς: Woime, A. W. (2026)
Περιοδικό: Public Health Challenges
Είδος: Συστηματική Ανασκόπηση & Μετα-ανάλυση



Το Κενό Γνώσης:

Απουσία ποσοτικής σύνθεσης του ακριβούς μεγέθους του **κινδύνου** και της αποτελεσματικότητας των συστημικών παρεμβάσεων στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Αξιολόγηση Κινδύνων στις Αναπτυσσόμενες Χώρες

Εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών PRISMA (2000–2023)

Αρχικός εντοπισμός: 2.137 δημοσιεύσεις

Τελικό δείγμα: 78 εμπειρικές μελέτες

Ποσοτική Μετα-ανάλυση: 45 μελέτες

Κριτήρια Εστίασης:
Εμπειρικά δεδομένα που συσχετίζουν ευθέως την κακή διαχείριση απορριμμάτων με συγκεκριμένους δείκτες ανθρώπινης νοσηρότητας.

Ο Ποσοτικός Αντίκτυπος στη Δημόσια Υγεία

Πίνακας Χάρτη Κινδύνου

Τραυματισμοί εργαζομένων	PR = 3.5x
Διαρροϊκά νοσήματα	OR = 3.1x
Οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις	OR = 2.8x
Νοσήματα από φορείς (έντομα/τρωκτικά)	RR = 2.4x
Δερματολογικές παθήσεις	OR = 2.1x

Προειδοποιήσεις Επιπτώσεων

15 εκατομμύρια άτυποι εργαζόμενοι σε άμεσο κίνδυνο.

Η ανοιχτή καύση διπλασιάζει/τριπλασιάζει τον κίνδυνο.

Σημείωση Πολιτικής:

Ολοκληρωμένες πολιτικές (π.χ. Ρουάντα, Βραζιλία) μείωσαν την επιβάρυνση κατά 30-50% σε βάθος 5ετίας (Σύνδεση με SDGs 3 & 11).

CARE POWER

Ενδυνάμωση των Επαγγελματιών Υγείας για τον Εντοπισμό και την Υποστήριξη Θυμάτων και Επιζωσών Έμφυλης Βίας

ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Γράφει η Ευαγγελία Σαββίδου

CARE POWER
Ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας για τον εντοπισμό και την υποστήριξη θυμάτων και επιζωσών έμφυλης βίας

Το έργο **CARE POWER** ολοκλήρωσε με επιτυχία τις δράσεις του για την ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας στον κρίσιμο τομέα του εντοπισμού και της στήριξης γυναικών επιζωσών ενδοοικογενειακής ή συντροφικής βίας.

Με ιδιαίτερη χαρά μοιραζόμαστε το ολοκληρωμένο εκπαιδευτικό υλικό και τους πόρους που δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του έργου.

Στόχος μας παραμένει η ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας με τα απαραίτητα εφόδια, ώστε να αποτελέσουν ένα ισχυρό δίκτυο πρόληψης, προστασίας και στήριξης για κάθε γυναίκα και κάθε επιζώσα ενδοοικογενειακής και συντροφικής βίας.

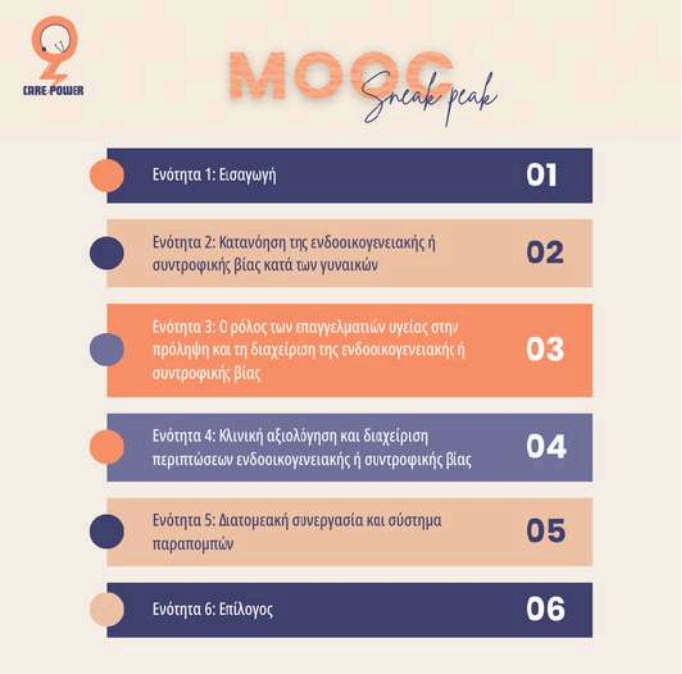
Παρακάτω θα βρείτε συγκεντρωμένο όλο το υλικό που είναι διαθέσιμο προς χρήση και διάχυση:

🎓 1. Ανοιχτό Διαδικτυακό Μάθημα Ασύγχρονης Εκπαίδευσης (MOOC)
📽️ 2. Διαδικτυακό Σεμινάριο (Webinar)
🎙️ 3. Podcast - Συζητώντας για την ενδοοικογενειακή και συντροφική βία κατά των γυναικών
🎬 4. Σειρά Εκπαιδευτικών Videos: «Τι κάνω αν…;»
📄 5. Κείμενο Θέσης

Όλο το υλικό είναι αναρτημένο στην επίσημη ιστοσελίδα του έργου: https://arecs.org.gr/index.php/education/actions/care-power

Ιστοσελίδα του έργου

Ανοιχτό Διαδικτυακό Μάθημα Ασύγχρονης Εκπαίδευσης (MOOC)



Το **Ανοιχτό Διαδικτυακό Μάθημα Ασύγχρονης Εκπαίδευσης (MOOC)** περιλαμβάνει 6 εκπαιδευτικές ενότητες οι οποίες συνδυάζουν θεωρητική εκπαίδευση και πρακτική εφαρμογή, μέσα από περισσότερες από 10 κλινικές περιπτώσεις, πάνω από 50 ερωτήσεις κριτικής σκέψης, πάνω από 40 flashcards, και πλούσιο διαδραστικό υλικό με εικόνες, video και podcasts.

🆓 Χωρίς κόστος συμμετοχής | 🔒 Απαιτείται εγγραφή

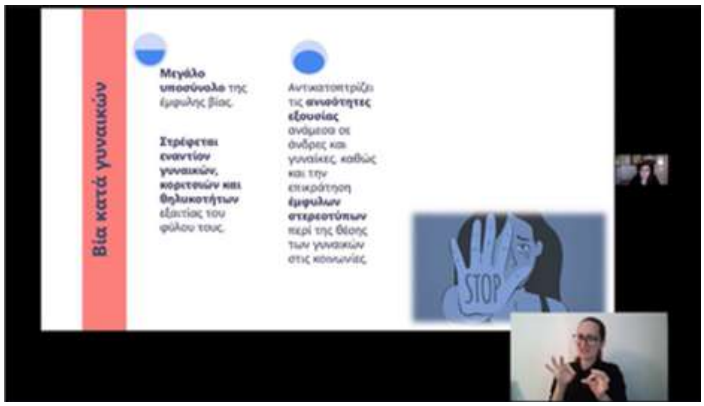
Για να παρακολουθήσετε το MOOC,

Θα χρειαστεί να κάνετε εγγραφή στην πλατφόρμα:
https://arecs.org.gr/openeclass/modules/auth/newuser.php

Και ακολούθως να συνδεθείτε στο μάθημα:
https://arecs.org.gr/openeclass/modules/auth/info_course.php?c=TMA101

Διαδικτυακό Σεμινάριο (Webinar)

Παρακολουθήστε το βίντεο της διαδικτυακής εκπαίδευσης που πραγματοποιήθηκε με στόχο την ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας με τις απαραίτητες γνώσεις και εργαλεία για τον εντοπισμό και την υποστήριξη γυναικών επιζωσών ενδοοικογενειακής και συντροφικής βίας. Η εκπαίδευση εστίασε στη δόμηση ενός στέρεου θεωρητικού πλαισίου και στην ανάλυση των βασικών αρχών διαχείρισης περιστατικών, διασφαλίζοντας μια προσέγγιση με επίκεντρο το άτομο και τον σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα.



Παρακολουθήστε το σεμινάριο:
https://youtu.be/YlGwxT64Gd0

Με διερμηνεία στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα.

Αλλάζοντας στάσεις και ενισχύοντας δεξιότητες: Τα συμπεράσματα από τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις CARE POWER

- **Η εκπαίδευση είναι κρίσιμη και αποτελεσματική.** Υπάρχει καθολική αποδοχή της αναγκαιότητας για εκπαίδευση (97-100% των συμμετεχόντων ατόμων συμφώνησαν). Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις πέτυχαν να γεφυρώσουν το χάσμα μεταξύ της προθυμίας των επαγγελματιών υγείας και της αδυναμίας, λόγω έλλειψης θεωρητικής κατάρτισης και πρακτικών δεξιοτήτων.

- **Η εκπαίδευση συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης.** Τα σεμινάρια συνέβαλαν στην περιορισμό της διστακτικότητας των επαγγελματιών υγείας και στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και ικανότητάς τους να ρωτήσουν ανοιχτά, να αξιολογήσουν τον κίνδυνο και να παραπέμψουν σωστά τις επιζώσες.

- **Η συνεχιζόμενη κατάρτιση είναι αναγκαία.** Τα εξαιρετικά αποτελέσματα, ειδικά στις συνδυαστικές παρεμβάσεις, αναδεικνύουν τη σημασία ενσωμάτωσης τέτοιων δομημένων προγραμμάτων (ασύγχρονων και σύγχρονων που συνδυάζουν θεωρητική μάθηση και πρακτική εξάσκηση) στην επίσημη και δια βίου εκπαίδευση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

CARE POWER

Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος από τις/τους συμμετέχουσες/-οντες επαγγελματίες υγείας

Όλες οι μορφές εκπαίδευσης (MOOC, διαδικτυακά και δια ζώσης σεμινάρια) κρίθηκαν εξαιρετικά επιτυχημένες από τα συμμετέχοντα άτομα.

- Σε ποσοστά που αγγίζουν το 98-100%, οι εκπαιδευόμενες/-οι βρήκαν τη θεματολογία απολύτως επικαιροποιημένη και σχετική με την πρακτική τους, το περιεχόμενο προσαρμοσμένο στο επίπεδό τους, και τις μελέτες περίπτωσης ιδιαίτερα βοηθητικές.

- Σχεδόν το σύνολο των συμμετεχόντων ατόμων (98-100%) δήλωσε πως η στάση τους απέναντι στην αντιμετώπιση της έμφυλης βίας έγινε πιο θετική μετά την παρέμβαση.

Podcast - Συζητώντας για την ενδοοικογενειακή και συντροφική βία κατά των γυναικών

Επεισόδιο 1. Στο 1ο επεισόδιο κάνουμε μια ουσιαστική συζήτηση για το φαινόμενο και τις διαστάσεις της έμφυλης βίας και πιο συγκεκριμένα της ενδοοικογενειακής και συντροφικής βίας κατά των γυναικών, εστιάζοντας στην πραγματικότητα που καλούνται να διαχειριστούν οι επαγγελματίες υγείας.

Ακούστε το podcast: https://open.spotify.com/episode/006io9MiyTLAju8ynABsdx

Επεισόδιο 2. Στο 2ο επεισόδιο προχωράμε από τη θεωρία στην πράξη στην ανίχνευση και διαχείριση περιπτώσεων ενδοοικογενειακής και συντροφικής βίας κατά των γυναικών και συζητάμε για τα εργαλεία και τα πρωτόκολλα που χρειάζονται οι επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για να σταθούν αποτελεσματικά και με σεβασμό δίπλα στις επιζώσες.

Ακούστε το podcast: https://open.spotify.com/episode/3YXIjzwqTgBE0LIRCKCmaN

Ακούστε τα podcasts!

Εκπαιδευτικά Videos «Τι κάνω αν...;»

Στη σειρά βίντεο του CARE POWER, φέρνουμε στο προσκήνιο τις πραγματικές απορίες των επαγγελματιών υγείας και δίνουμε περιεκτικές απαντήσεις για να μας βοηθήσουν όλους/όλες στην καθημερινή κλινική πρακτική.

- Video #1: Η Ανίχνευση και η Πρώτη Προσέγγιση. https://youtu.be/YM4E5DogVJY
- Video #2: Τα Πρώτα Βήματα Ανταπόκρισης (Το Μοντέλο LIVES - Α'). https://youtu.be/7uloextADnk
- Video #3: Αξιολόγηση Κινδύνου και Πλάνο Ασφάλειας (Το Μοντέλο LIVES - Β'). https://youtu.be/tZDuRx4YGfo
- Video #4: Νομικό Πλαίσιο και Υποχρέωση Αναφοράς. https://youtu.be/QaFqQhCjHoc
- Video #5: Δίκτυα Στήριξης και Παραπομπή. https://youtu.be/2BdnocDnsWY
- Video #6: Ο Ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. https://youtu.be/qA32qBPAVj8

Video #1: Η Ανίχνευση και η Πρώτη Προσέγγιση

Video #2: Τα Πρώτα Βήματα Ανταπόκρισης (Το Μοντέλο LIVES - Α')

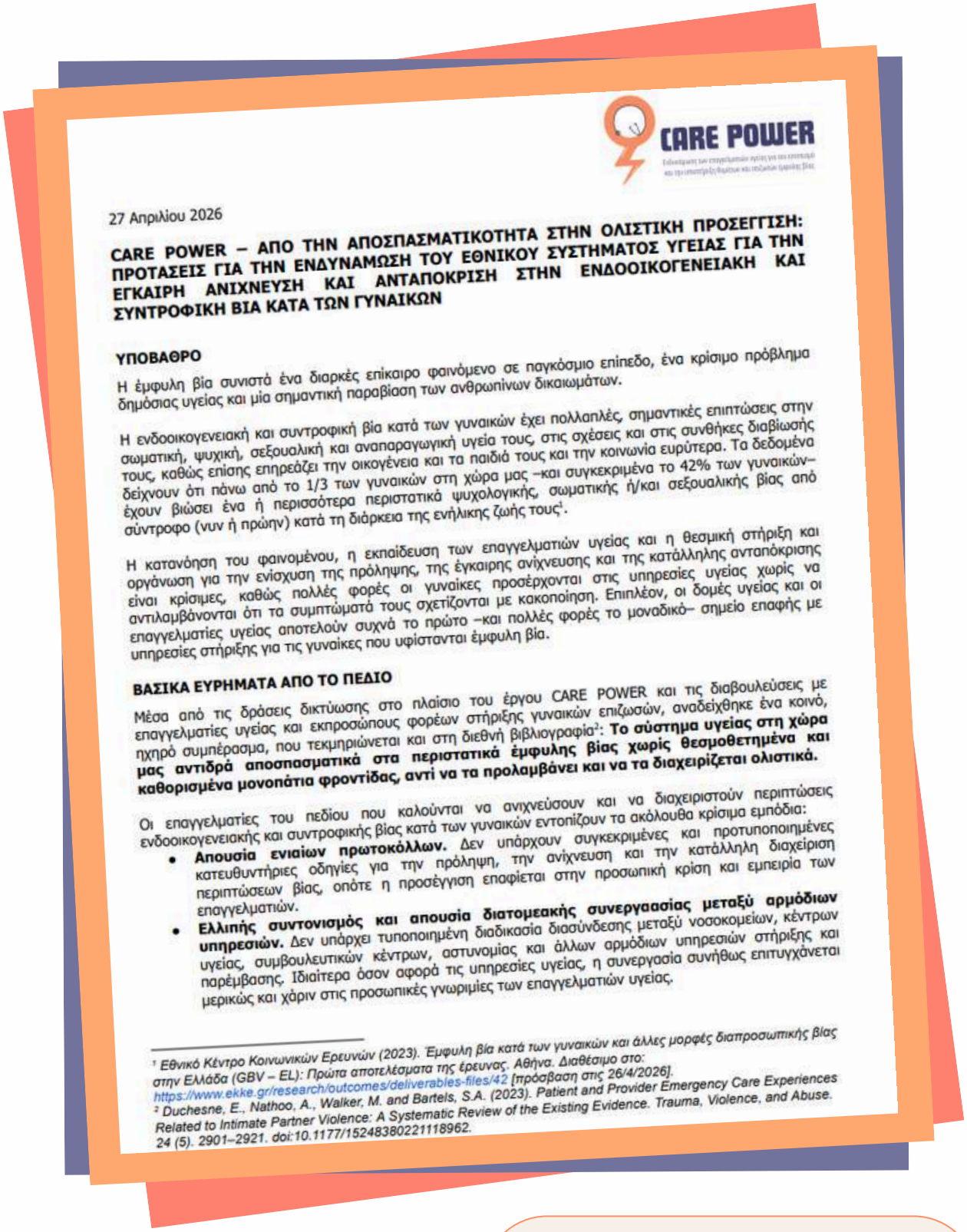
Video #3: Αξιολόγηση Κινδύνου και Πλάνο Ασφάλειας (Το Μοντέλο LIVES - Β')

Video #4: Νομικό Πλαίσιο και Υποχρέωση Αναφοράς

Video #5: Δίκτυα Στήριξης και Παραπομπή

Video #6: Ο Ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Κείμενο θέσης “Από την Αποσπασματικότητα στην Ολιστική Προσέγγιση: Προτάσεις για την Ενδυνάμωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας για την Έγκαιρη Ανίχνευση και Ανταπόκριση στην Ενδοοικογενειακή και Συντροφική Βία κατά των Γυναικών”



CARE POWER

27 Απριλίου 2026

CARE POWER – ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Η έμφυλη βία συνιστά ένα διαρκές επίκαιρο φαινόμενο σε παγκόσμιο επίπεδο, ένα κρίσιμο πρόβλημα δημόσιας υγείας και μία σημαντική παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Η ενδοοικογενειακή και συντροφική βία κατά των γυναικών έχει πολλαπλές, σημαντικές επιπτώσεις στην σωματική, ψυχική, σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία τους, στις σχέσεις και στις συνθήκες διαβίωσής τους, καθώς επίσης επηρεάζει την οικογένεια και τα παιδιά τους και την κοινωνία ευρύτερα. Τα δεδομένα δείχνουν ότι πάνω από το 1/3 των γυναικών στη χώρα μας –και συγκεκριμένα το 42% των γυναικών– έχουν βιώσει ένα ή περισσότερα περιστατικά ψυχολογικής, σωματικής ή/και σεξουαλικής βίας από σύντροφο (νυν ή πρώην) κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους[1].

Η κατανόηση του φαινομένου, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και η θεσμική στήριξη και οργάνωση για την ενίσχυση της πρόληψης, της έγκαιρης ανίχνευσης και της κατάλληλης ανταπόκρισης είναι κρίσιμες, καθώς πολλές φορές οι γυναίκες προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας χωρίς να αντιλαμβάνονται ότι τα συμπτώματά τους σχετίζονται με κακοποίηση. Επιπλέον, οι δομές υγείας και οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν συχνά το πρώτο –και πολλές φορές το μοναδικό– σημείο επαφής με υπηρεσίες στήριξης για τις γυναίκες που υφίστανται έμφυλη βία.

ΒΑΣΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΔΙΟ

Μέσα από τις δράσεις δικτύωσης στο πλαίσιο του έργου CARE POWER και τις διαβουλεύσεις με επαγγελματίες υγείας και εκπροσώπους φορέων στήριξης γυναικών επιζωσών, αναδείχθηκε ένα κοινό, ηχηρό συμπέρασμα, που τεκμηριώνεται και στη διεθνή βιβλιογραφία[2]: **Το σύστημα υγείας στη χώρα μας αντιδρά αποσπασματικά στα περιστατικά έμφυλης βίας χωρίς θεσμοθετημένα και καθορισμένα μονοπάτια φροντίδας, αντί να τα προλαμβάνει και να τα διαχειρίζεται ολιστικά.**

Οι επαγγελματίες του πεδίου που καλούνται να ανιχνεύσουν και να διαχειριστούν περιπτώσεις ενδοοικογενειακής και συντροφικής βίας κατά των γυναικών εντοπίζουν τα ακόλουθα κρίσιμα εμπόδια:

- **Απουσία ενιαίων πρωτοκόλλων.** Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες και προτυποποιημένες κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη, την ανίχνευση και την κατάλληλη διαχείριση περιπτώσεων βίας, οπότε η προσέγγιση επαφίεται στην προσωπική κρίση και εμπειρία των επαγγελματιών.
- **Ελλιπής συντονισμός και απουσία διατομεακής συνεργασίας μεταξύ αρμόδιων υπηρεσιών.** Δεν υπάρχει τυποποιημένη διαδικασία διασύνδεσης μεταξύ νοσοκομείων, κέντρων υγείας, συμβουλευτικών κέντρων, αστυνομίας και άλλων αρμόδιων υπηρεσιών στήριξης και παρέμβασης. Ιδιαίτερα όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας, η συνεργασία συνήθως επιτυγχάνεται μερικώς και χάριν στις προσωπικές γνωριμίες των επαγγελματιών υγείας.

[1] *Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (2023). Έμφυλη βία κατά των γυναικών και άλλες μορφές διαπροσωπικής βίας στην Ελλάδα (GBV – EL): Πρώτα αποτελέσματα της έρευνας. Αθήνα. Διαθέσιμο στο: https://www.ekke.gr/research/outcomes/deliverables-files/42 [πρόσβαση στις 26/4/2026].*

[2] *Duchesne, E., Nathoo, A., Walker, M. and Bartels, S.A. (2023). Patient and Provider Emergency Care Experiences Related to Intimate Partner Violence: A Systematic Review of the Existing Evidence. Trauma, Violence, and Abuse. 24 (5). 2901–2921. doi:10.1177/15248380221118962.*

Διαβάστε το πλήρες κείμενο!

Κείμενο θέσης "Από την Αποσπασματικότητα στην Ολιστική Προσέγγιση: Προτάσεις για την Ενδυνάμωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας για την Έγκαιρη Ανίχνευση και Ανταπόκριση στην Ενδοοικογενειακή και Συντροφική Βία κατά των Γυναικών"

Αναφορά στο κείμενο θέσης CARE POWER έγινε στην ολομέλεια της Ειδικής Μόνιμης Επιτροπής Ισότητας, Νεολαίας και Δικαιωμάτων του Ανθρώπου της Βουλής των Ελλήνων στη συζήτηση για την "Παρακολούθηση της εφαρμογής των συστάσεων της Ομάδας εμπειρογνωμόνων του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Καταπολέμηση της Βίας εναντίον των Γυναικών και της Ενδοοικογενειακής Βίας (GREVIO) και της Επιτροπής των Μερών για τη Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης".

Διαβάστε το πλήρες κείμενο!

Σας προσκαλούμε να αξιοποιήσετε αυτό το υλικό και να το επικοινωνήσετε στα δίκτυά σας. Η συμβολή σας είναι καθοριστική για τη δημιουργία ενός συστήματος υγείας που θα προλαμβάνει και θα ανταποκρίνεται έγκαιρα και κατάλληλα στην έμφυλη βία.

Το έργο CARE POWER υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος PREVENT, με φορέα υλοποίησης την Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης Κλινικών Δεξιοτήτων. Το πρόγραμμα "Preventing gender-based violence and violence against children" (PREVENT) έχει ως στόχο την πρόληψη και καταπολέμηση της έμφυλης βίας και της βίας κατά των παιδιών, μέσω της στήριξης οργανώσεων της Κοινωνίας των Πολιτών (ΟΚοιΠ) στην Ελλάδα και την Κύπρο που δραστηριοποιούνται σε αυτούς τους τομείς, καθώς και της ενίσχυσης των γνώσεων, των ικανοτήτων και της βιωσιμότητάς τους. Το PREVENT συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω του προγράμματος Citizens, Equality, Rights and Values (CERV), το Ίδρυμα Μποδοσάκη και το Κέντρο Στήριξης ΜΚΟ με συνολικό ποσό επιχορήγησης €2,3 εκ. Συντονιστής του PREVENT είναι το Ίδρυμα Μποδοσάκη (Ελλάδα), σε σύμπραξη με το Κέντρο Στήριξης ΜΚΟ (Κύπρος).

Με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι απόψεις και οι γνώμες που διατυπώνονται εκφράζουν αποκλειστικά τις απόψεις των συντακτών και δεν αντιπροσωπεύουν κατ' ανάγκη τις απόψεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, του Ιδρύματος Μποδοσάκη ή του Κέντρου Στήριξης ΜΚΟ. Η Ευρωπαϊκή Ένωση, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Ίδρυμα Μποδοσάκη και το Κέντρο Στήριξης ΜΚΟ δεν μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνοι για τις εκφραζόμενες απόψεις.

Με τη συγχρηματοδότηση:

Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΙΔΡΥΜΑ ΜΠΟΔΟΣΑΚΗ

NGO SUPPORT CENTRE

Φορέας Υλοποίησης:

ΕΕΕΚΔ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Επικοινωνία και Ενσυναίσθηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Η εκδήλωση Αφηγηματικής Ιατρικής στις Σέρρες

Με μεγάλη χαρά δεχτήκαμε το κάλεσμα της 1ης Τ.ΟΜ.Υ. Σερρών για μια δράση ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ, με στόχο τη βελτίωση της επικοινωνίας και την καλλιέργεια της ενσυναίσθησης.

Η βιωματική εκδήλωση «Αφηγηματική Ιατρική: Μια Ανάσα Επικοινωνίας για τους Επαγγελματίες Υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», πραγματοποιήθηκε την Παρασκευή, 12 Ιουνίου 2026, στον χώρο της ΚΕΔΗΣ (Κοινωφελής Επιχείρηση Δήμου Σερρών). Η εκδήλωση ξεκίνησε με την παρουσίαση του έργου και των δράσεων της ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ. Στη συνέχεια, μέλη της 1ης Τ.Ο.Μ.Υ. Σερρών παρουσίασαν το επίκαιρο φαινόμενο της «Σιωπηρής Παραίτησης» στον χώρο της υγείας, αναλύοντας τα αίτια και τις επιπτώσεις του στην καθημερινότητα των επαγγελματιών, καθώς και πρακτικούς τρόπους αντιμετώπισής του.

Υστερα από μια κινητοποιητική άσκηση που βοήθησε την ομάδα των συμμετεχόντων να γνωριστεί, ακολούθησε το δεύτερο μέρος της εκδήλωσης: το βιωματικό εργαστήριο «Από τη Δημιουργική Παρατήρηση στην Ενσυναίσθηση», το οποίο συντόνισε η κα. Πηνελόπη Κολοβού (Κλασική Φιλόλογος, Writing Therapist, Υποψήφια Διδάκτωρ Α.Π.Θ.), μέλος της ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ. Μέσα από τη δημιουργική γραφή και ασκήσεις ενσυνειδητότητας, οι συμμετέχοντες γνώρισαν τις αρχές της Αφηγηματικής Ιατρικής και ανακάλυψαν νέα εργαλεία για την ενίσχυση της ενσυναίσθησης και της ανθρώπινης επαφής με τον ασθενή.

Η εκδήλωση συγκέντρωσε πάνω από 30 συμμετέχοντες και έκλεισε με ανοιχτό διάλογο και θετική ανατροφοδότηση, επιβεβαιώνοντας ότι η **ουσιαστική επικοινωνία** αποτελεί το σημαντικότερο **εργαλείο στη φροντίδα της υγείας**.

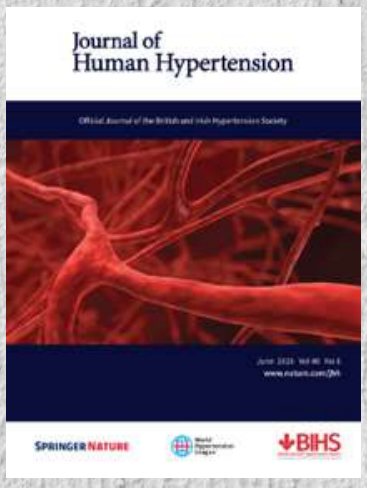
ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Δημοσιεύσεις

ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Συγχαρητήρια στα μέλη μας για τις πρόσφατες δημοσιεύσεις των άρθρων τους

Journal of Human Hypertension



ARTICLE OPEN

Check for updates

Need to take action for hypertension: insights from primary care blood pressure practices in Greece

Vasileios Gkolias[1,2], Nikolaos Evangelidis[2,3], Magda Gavana[1,2], Ioannis Staikos[2], Styliani Ouzouni[3], Maria Moirasgenti[1,2], Anna-Bettina Haidich[2,4], Michael Doumas[5], Emmanouil Smyrnakis[1,2] and Areti Triantafyllou[2,3]✉

© The Author(s) 2026

Primary healthcare (PHC) physicians play a pivotal role in the diagnosis and management of hypertension. While guidelines suggest that blood pressure (BP) should be measured in every patient visit at PHC units, the few studies conducted among PHC physicians report a low ratio of BP measurements in PHC settings. Data on PHC physicians' practices concerning BP measurement in Greece are lacking. This study aimed to investigate the practices of PHC physicians regarding BP measurement in Greece. A cross-sectional web-based survey was conducted among PHC physicians across Greece. A total of 284 PHC physicians completed the questionnaire and 282 responses were included in the analysis, 42.9% male, 92.9% General Practitioners, 89.4% working in the public sector, with a median of 25 (17 – 30) daily patient visits. PHC physicians reported measuring BP in 33.3% (20–50%) of their patients and recommending home BP measurements in 31.1% (SD: 24.3%) of them. Among those who measured BP, 22.3% measured it once, 44.7% measured it twice, and only 21.3% measured it three times, while 54.6% used an electronic upper arm BP monitor. The main barriers reported were high daily patient volume (60.5%), together with limited time available with patients (69.5%), while only 1.3% declared insufficient training. This is the first study in Greece investigating the practices of PHC physicians regarding BP measurements. Our findings underscore the need for targeted interventions to improve BP monitoring practices. Education and motivation of physicians and other primary care team members would be fundamental in addressing the challenge of implementing BP measurement recommendations in clinical practice.

Journal of Human Hypertension (2026) 40:489–494; https://doi.org/10.1038/s41371-026-01151-8

INTRODUCTION

Hypertension (HTN) is the leading cause of avoidable death and disability globally [1], affecting about one-third of the world's adult population [2]. Nevertheless, an estimated 44% of adults with HTN lack awareness of their condition, and only 23% have their blood pressure (BP) under control [3]. As HTN is often asymptomatic, accurate BP measurement is essential for timely diagnosis and adequate control [4, 5].

Office BP measurements remain the cornerstone of HTN diagnosis, however they carry the risk of often misclassifying patients, due to the considerable proportion of white-coat (30–40%) and masked (~13%) HTN in clinical practice [6]. Therefore, out-of-office BP measurements have acquired a pivotal role in HTN diagnosis, classification, and treatment evaluation. Home blood pressure monitoring (HBPM) and ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) have been shown to be robust predictors of cardiovascular morbidity and mortality [7]. Furthermore, HBPM actively engages patient cooperation, promoting compliance with antihypertensive therapy [8].

Primary health care (PHC) physicians play a key role in HTN diagnosis and management, as most patients with HTN receive care in PHC settings [9]. The US Preventive Services Task Force (USPSTF) recommends screening for HTN in all adults and confirmation with out-of-office measurements before starting treatment [10]. The European Society of Hypertension (ESH) recommends opportunistic screening for HTN in all adults, and regular BP measurements from the age of 40 years [11]. Nevertheless, current practices of PHC physicians may differ from guideline recommendations [12]. The use of out-of-office BP monitoring remains low [13], while limitations in methodology or device accuracy may lead to over- or under-diagnosis of HTN [14].

The literature on PHC physicians' practices regarding BP measurement is limited. Relevant studies depict low adherence to current guidelines, with doctors measuring BP only occasionally, usually once per visit, using manual methods or even mercury devices, and not recommending out-of-office measurements [15–21]. To our knowledge, no study has investigated these practices in Greece, data which would be of significant value, since practice behaviors could vary considerably in different countries and health systems. Documenting and understanding these practices are important for identifying and addressing potential gaps in clinical care.

[1]Laboratory of Primary Health Care, General Practice and Health Services Research, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece. [2]Primary Health Care Research Network, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece. [3]First Propedeutic Department of Internal Medicine, Hypertension Outpatient Clinic and ESH Excellence Center, AHEPA University Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece. [4]Department of Hygiene, Social and Preventive Medicine and Medical Statistics, School of Medicine, Faculty of Health Sciences, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece. [5]Second Propedeutic Department of Internal Medicine, Hippokration General Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece. ✉email: artriant@auth.gr

Received: 25 February 2026 Revised: 31 March 2026 Accepted: 16 April 2026
Published online: 30 April 2026

EUROPEAN JOURNAL OF GENERAL PRACTICE
an open access journal

Taylor & Francis Group

ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

EUROPEAN JOURNAL OF GENERAL PRACTICE
2026, VOL. 32, NO. 1, 2689646
https://doi.org/10.1080/13814788.2026.2689646

Taylor & Francis
by informa

RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS Check for updates

Breast cancer screening in Europe and the role of general practitioners: A 32-country comparative survey

Dimitra Iosifina Papageorgiou[a], Emmanouil Smyrnakis[a], Michael Harris[b,c], Ilze Skuja[d], Zlata Ožvačić Adžić[e,f], Gergana Apostolova[g], Sherihane Bensemmane[h], Mette Brekke[i], Krzysztof Buczkowski[j], Nicola Buono[k], Jako Burgers[l], Jelena Danilenko[d], Cecilia Högberg[m], Didem Kafadar[n], Tuomas Koskela[o], Norbert Kral[p], Roland Kraxner[q], Lucas Küppers[r], Delphine Legoff[s], Mercè Marzo-Castillejo[t], Anina Pless[c,u], Natalia Ponzel[v], Aida Puia[w], Rūta Radzevičienė-Jurgutė[x], Patrick Redmond[y], Kristi Särgava[z], Marij Petek Šter[aa], Marika Sulashvili[bb], Peter Vedsted[cc,dd], Xénia Wöstmann[ee], Marija Zafirovska[ff,gg], Ricardo Zaidan[z] and Robert Hoffman[hh]

[a]Laboratory of Primary Health Care, General Practice and Health Services Research, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece; [b]University of Bath, Bath, UK; [c]Institute of Primary Health Care (BIHAM), University of Bern, Bern, Switzerland; [d]Riga Stradiņš University, Riga, Latvia; [e]School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; [f]Health Center Zagreb-Centar, Zagreb, Croatia; [g]Department of Urology and General Medicine, Faculty of Medicine, Medical University of Plovdiv, Plovdiv, Bulgaria; [h]Department of Epidemiology and Public Health, Sciensano, Brussels, Belgium; [i]Department of General Practice, Institute of Health and Society, University of Oslo, Oslo, Norway; [j]Department of Family Medicine Nicolaus, Copernicus University, Torun, Poland; [k]National Society of Medical Education in General Practice (SNaMID), Caserta, Italy; [l]Maastricht University, Maastricht, The Netherlands; [m]Department of Public Health and Clinical Medicine, Family medicine, Umeå University, Umeå, Sweden; [n]Department of Family Medicine, Cerrahpasa Faculty of Medicine, Istanbul University-Cerrahpasa, Istanbul, Türkiye; [o]Faculty of Medicine and Health Technology, Tampere University, Tampere, Finland; [p]1st Faculty of Medicine, Prague, Institute of General Practice, Charles University, Prague 2, Czech Republic; [q]Department of Primary Care Medicine, Center for Public Health, Medical University of Vienna, Austria; [r]Institute of General Practice and Family Medicine, University Hospital Bonn, Bonn, Germany; [s]UR 7479 SPURBO, Department of general practice, University of Western Brittany, Brest, France; [t]Research Group in Primary Health Care Catalan Health Institute /IDIAP Jordi Gol, Barcelona, Spain; [u]Adullam Hospital und Nursing Centers, Basel, Switzerland; [v]Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine; [w]Discipline of Family Medicine, University of Medicine and Pharmacy Iuliu Hatieganu Cluj-Napoca, Romania; [x]Mano Seimos Gydytojas, Klaipėda, Lithuania; [y]Royal College of Surgeons Ireland (RCSI), Dublin, Ireland; [z]Kivimäe Family Medicine Centre, Nõmme, Tallinn, Estonia; [aa]Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia; [bb]The University of Georgia, Tbilisi, Georgia; [cc]University Clinic for Innovative Patient Pathways, Aarhus University, Aarhus, Denmark; [dd]Research Unit for General Practice, Aarhus, Denmarkin; [ee]Society of General Practitioners of Slovakia and Comenius University Bratislava-Institute of General Medicine, Bratislava, Slovakia; [ff]Association of General Practice/Family Medicine of South-East Europe (AGP/FM SEE), Skopje, Macedonia; [gg]Faculty of Medicine, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia; [hh]Department of Family Medicine, Gray Faculty of Medical & Health Sciences, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel

KEY MESSAGES

- Most European countries rely on population-based breast cancer screening.
- Screening uptake rates are higher in countries with well-established population-based screening programmes which give little or no GP involvement.
- Countries with lower screening uptake should consider transitioning to a structured, population-based screening system.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the commonest cancer in women, and screening can allow earlier-stage diagnosis. While there are European recommendations on the age-range and frequency of breast cancer screening, participation in these programmes varies substantially, and this could be due to differences in how they are organised and implemented. The role that primary healthcare professionals play in the process is unclear.

ARTICLE HISTORY
Received 29 June 2025
Revised 2 June 2026
Accepted 11 June 2026

KEYWORDS
Breast cancer screening; General practice; Primary health care; Early diagnosis; European region

CONTACT Dimitra Iosifina Papageorgiou iosifina.papageorgiou@gmail.com Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece.
Supplemental data for this article can be accessed online at https://doi.org/10.1080/13814788.2026.2689646.

© 2026 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. The terms on which this article has been published allow the posting of the Accepted Manuscript in a repository by the author(s) or with their consent.

Προσεχή Συνέδρια

Γράφει ο Νίκος Βλαχόπουλος

ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Διεθνή συνέδρια Γενικής-Οικογενειακής Ιατρικής

Με ιδιαίτερη χαρά παρουσιάζουμε σε αυτό το τεύχος δύο σημαντικά διεθνή ιατρικά συνέδρια, τα οποία συγκεντρώνουν κορυφαίους επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας από όλο τον κόσμο. Μέσα από την ανταλλαγή γνώσης, την παρουσίαση καινοτόμων ερευνητικών δεδομένων και τον επιστημονικό διάλογο, τα συνέδρια αυτά συμβάλλουν ουσιαστικά στην πρόοδο της ιατρικής και στη βελτίωση της κλινικής πρακτικής στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής.

103rd EGPRN Meeting

📍 **Santiago de Compostela, Spain**

📅 **22–25 Οκτωβρίου 2026**

🔎 **Θέμα: «Cancer care continuum across life span.»**

Το EGPRN Meeting αποτελεί μια κορυφαία ευρωπαϊκή διοργάνωση αφιερωμένη στην έρευνα στην ΠΦΥ. Η συνάντηση έχει ως στόχο να αναδείξει και να υπογραμμίσει τον καθοριστικό ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην πρόληψη του καρκίνου, την έγκαιρη διάγνωση, την παρακολούθηση των ασθενών και την παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον άνθρωπο.

Οι συμμετέχοντες καλούνται θερμά να συμβάλουν στο επιστημονικό πρόγραμμα με την υποβολή περιλήψεων εργασιών και ανακοινώσεων σχετικών με το θέμα, προάγοντας την ανταλλαγή γνώσεων και τον γόνιμο επιστημονικό διάλογο σε αυτό το ιδιαίτερα σημαντικό πεδίο.

Προθεσμία υποβολής περιλήψεων: 13 Ιουλίου 2026 στον σύνδεσμο https://meeting.egprn.org/page/participate

30th WONCA Europe Conference 2026

📍 **Παρίσι, Γαλλία**

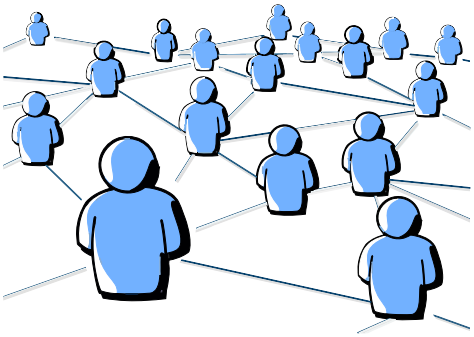
📅 **30 Ιουνίου – 3 Ιουλίου 2026**

🔎 **Θέμα: «Acting for more liberty, equity and fraternity»**

Το συνέδριο της WONCA Europe θα προσεγγίσει το γαλλικό σύνθημα «Ελευθερία, Ισότητα, Αδελφοσύνη» μέσα από το πρίσμα της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής:

- Ελευθερία: στην ιατρική συνταγογράφηση, στη λήψη αποφάσεων και στη διατήρηση της ευημερίας του ιατρού.
- Ισότητα: στην πρόσβαση στους ιατρούς, στις υπηρεσίες πρόληψης και στην επιστημονική γνώση.
- Αδελφοσύνη: στη διεπιστημονική συνεργασία, στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και στην ποικιλομορφία των πρακτικών και στην προσέγγιση «Μία Υγεία» (One Health).

Ένα πλούσιο και εμπνευσμένο επιστημονικό πρόγραμμα, σχεδιασμένο να αναδείξει τον ανθρωπισμό που βρίσκεται στον πυρήνα της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής. Εγγραφές στον σύνδεσμο https://woncaeurope2026.org/registration-links/



ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Σας προσκαλούμε στη

18η Πανελλήνια Συνάντηση του

Δικτύου Εκπαίδευσης και Έρευνας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

και τη Γενική Ιατρική

τη **Δευτέρα 9 Νοεμβρίου 2026** στο **ΚΕΔΕΑ ΑΠΘ**.

Η **Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Κλινικών Δεξιοτήτων – ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ** στοχεύει στην εκπαίδευση σε δεξιότητες που είναι απαραίτητες στην κλινική πρακτική και στην εκπαίδευση και έρευνα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με σύγχρονα και επίκαιρα θέματα που απασχολούν την επιστημονική κοινότητα και προάγουν τη φροντίδα υγείας.

ΕΕΕΚΔ.ΠΦΥ

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Ενημερωθείτε για τις δράσεις μας
από την ιστοσελίδα
https://www.arecs.org.gr

Επιμέλεια έκδοσης

Υπεύθυνος έκδοσης:
Εμμανουήλ Σμυρνάκης

Συντονίστριες έκδοσης:
Δήμητρα Ιωσηφίνα Παπαγεωργίου
Ζωή Ταχταλίδου
Στέλλα Πλούκου

Ομάδα σύνταξης:

Νικόλαος Βλαχόπουλος
Πηνελόπη Κολοβού
Παναγιώτης Παρασκευόπουλος
Ευαγγελία Σαββίδου

Επικοινωνήστε μαζί μας:
gr.arecs@gmail.com
Τηλέφωνο: +30.2310.999190