

Η ΓΕΝΙΚΗ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ & ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ Η ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΡΘΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ & EVIDENCE-BASED GENERAL PRACTICE

Γεώργιος Β. Μαρίνος
Επίκ. Καθηγητής Γενικής Ιατρικής - Προληπτικής Ιατρικής
Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής
Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

«Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα και οι κυβερνήσεις πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για την παροχή των συνθηκών που θα επιτρέπουν την άσκηση αυτού του δικαιώματος».

ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΑΛΜΑ ΑΛΤΑ (1978)

Ο πολίτης στο επίκεντρο του συστήματος υγείας

Αφετηρία και επίκεντρο της λειτουργίας κάθε Συστήματος Υγείας και των Μονάδων/Υπηρεσιών του είναι και οφείλει να είναι ο πολίτης, ασθενής ή μη.

Κάθε πολίτης, σε περίπτωση ανάγκης υγείας επιθυμεί και αναζητά δυνατότητες εκπλήρωσης και ικανοποίησης των αναγκών του.

Η απόφαση αυτή εκδηλώνεται ως ζήτηση και χρήση υπηρεσιών και αγαθών από τις Μονάδες Υγείας (πρωτογενής ζήτηση).

Η κάλυψη αυτών των αναγκών, οι οποίες σε ένα κοινωνικό-κρατικά προσανατολισμένο σύστημα υγείας αναγνωρίζονται ως δημόσια ή κοινωνικά αγαθά, ανήκει στο πεδίο ευθύνης του κράτους ως προς τη διασφάλισή τους

Για την κατανόηση και συστηματική ανάλυση των συστημάτων υγείας αναπτύχθηκε και προτάθηκε το γνωστό Πλαίσιο Συστήματος Υγείας (WHO Health System Framework) που χρησιμοποιείται ως αναλυτικό εργαλείο στις συναφείς με τον Π.Ο.Υ μελέτες

1. Διανομή-παροχή υπηρεσιών (Service delivery)
2. Ανθρώπινο δυναμικό υγείας (Health Workforce)
3. Πληροφορίες (Information)
4. Ιατρικά Προϊόντα, Εμβόλια & Τεχνολογίες (Medical products, Vaccines & Technologies)
5. Χρηματοδότηση (Financing)
6. Ηγεσία/Διακυβέρνηση (Leadership/Governance)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως ορίστηκε στην παγκόσμια διάσκεψη της Alma Ata, είναι η βασική φροντίδα υγείας βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδέκτες μεθόδους και τεχνολογία, προσιτή σε όλα τα άτομα και της οικογένειες στην κοινότητα, μέσα από την πλήρη συμμετοχή της και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να καλύψουν, σε κάθε βήμα της ανάπτυξης της, στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και του αυτοπροσδιορισμού

Αποτελεί δε αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας της χώρας του οποίου είναι κεντρική λειτουργία και κύριος στόχος, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας

Ως επικαιροποίηση της διακήρυξης της Άλμα Άτα λαμβάνει χώρα μια νέα διακήρυξη, η Διακήρυξη της Αστάνα τον Οκτώβριο του 2018, σύμφωνα με την οποία, μεταξύ άλλων, υπερτονίζεται η σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσα από υπηρεσίες υψηλού επιπέδου, άμεσης πρόσβασης και αποτελεσματικότητας για τον καθένα, οι οποίες θα παρέχονται από επαγγελματίες με την κατάλληλη εκπαίδευση και την ανάλογη παιδεία με σεβασμό στον άνθρωπο και τις ανάγκες του

(TheLancet2018a;DeclarationofAstana2018)

Η ΠΦΥ είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογενείας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο, όπου ο πληθυσμός ζει και εργάζεται, και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας για τη φροντίδα υγείας

(Ρόκα, 2013)

√ Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου

√ Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, την θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής

√ Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του

Η διασύνδεση της ΠΦΥ με την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη την κατατάσσει αμέσως και στα πιο κατάλληλα μέσα για την ανάκαμψη από την «υγειονομική κρίση» ή «κρίση συστημάτων υγείας», στην οποία οδήγησε το νοσοκομειακό μοντέλο περίθαλψης, όπου η ασθένεια αντιμετωπίζεται μεμονωμένα και περιστασιακά

Στο μοντέλο αυτό λείπει το κομμάτι της πρόληψης και προαγωγής υγείας, που η ΠΦΥ προσφέρει και που την καθιστά άξονα, γύρω από τον οποίο είναι δυνατή η συνεχής παρακολούθηση του ατόμου

(Σουλιώτης, 2006)

Η φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας φροντίδας στηρίζεται σε οκτώ κύριες συνιστώσες

- Εκπαίδευση πάνω στα κύρια προβλήματα υγείας και στις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους.
- Διαφώτιση σε θέματα διατροφής.
- Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής ύδρευσης και βασικών εγκαταστάσεων υγιεινής.
- Εξασφάλιση φροντίδας υγείας της μητέρας και του παιδιού, οικογενειακός προγραμματισμός.
- Πραγματοποίηση εμβολιασμών.
- Πρόληψη και καταπολέμηση τοπικών ενδημικών νοσημάτων.
- Θεραπεία των κοινών νοσημάτων και τραυματισμών.
- Παροχή απαραίτητων φαρμάκων

Βασικές Αρχές για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η ΠΦΥ αποτελεί το θεμέλιο και το επίκεντρο του συστήματος υγείας κάθε χώρας. Ο σχεδιασμός, η χρηματοδότηση, η λειτουργία, η εποπτεία, ο έλεγχος και η αξιολόγησή της ασκείται θεσμικά από την Πολιτεία, στο πλαίσιο της δημόσιας πολιτικής για την υγεία

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

- Ενιαία και συντονισμένη, διασφαλίζοντας τη λειτουργική διασύνδεση όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ, που λειτουργούν σε μια γεωγραφικά προσδιορισμένη περιοχή, υπό κοινό συντονισμό από έναν μόνον φορέα
- Ολοκληρωμένη και συνεχής, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και τη συνέπεια στη φροντίδα υγείας, οι οποίες αναφέρονται στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη συστηματική παρακολούθηση της υγείας, τη θεραπεία της αρρώστιας, τη φυσική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

- Δημόσια, παρέχοντας υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό, με ευθύνη της Πολιτείας, στο πλαίσιο του δημόσιου συστήματος υγείας, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση
- Κοινωνικά ελεγχόμενη, με θεσμική κατοχύρωση της συμμετοχής φορέων της κοινότητας, στο σχεδιασμό, τη λειτουργία και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας

(Αντωνιάδου κ.α., 2015)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σύγχρονα συστήματα υγείας

Υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στις χώρες της Ευρώπης σχετικά με την ΠΦΥ. Στις περισσότερες περιπτώσεις το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα βρίσκεται *ο οικογενειακός γιατρός*, όπου λειτουργεί με διάφορες παραλλαγές σε πολλές χώρες καθώς είναι αυτός που κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες αν απαιτείται

(Λιαρόπουλος, 2007)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σύγχρονα συστήματα υγείας

Προσφέρει τις υπηρεσίες του σε συνεχή βάση, σε όλες τις περιπτώσεις, σε όλους τους ασθενείς, όλες τις ώρες, ακόμα και στο σπίτι του ασθενούς όταν χρειάζεται και σε ένα συνολικό πλαίσιο που περιλαμβάνει περίθαλψη, αποκατάσταση και υποστήριξη. Πολύ σημαντικό ρόλο στο σύστημα ΠΦΥ παίζουν επίσης οι νοσηλεύτές, οι φαρμακοποιοί, οι φυσιοθεραπευτές, οι μαίες, οι ψυχολόγοι και άλλες ειδικότητες

(Σωτηριάδου κ.α., 2011)

Η ιστορική διαδρομή της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Είναι συνυφασμένη με τις γενικότερες μεταρρυθμίσεις της πολιτικής υγείας στη χώρα μας

Η διακήρυξη της Alma-Ata το Σεπτέμβριο του 1978, ήταν το καθοριστικό βήμα για την εξέλιξη της ΠΦΥ, καθώς αναφέρεται για πρώτη φορά η έννοιά της σε ένα νέο πλαίσιο προγραμματισμού των υγειονομικών αναγκών μέσα στο οποίο εντάσσονται η υγειονομική, η κοινωνική, η κοινοτική και η οικονομική διάσταση

1. Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης, στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους αλλά και σε όσους διαμένουν προσωρινά σε αυτή
2. Η νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο
3. Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, έως την διακομιδή των ασθενών στο νοσοκομείο
4. Η διακομιδή με ασθενοφόρο ή οποιοδήποτε άλλο μέσα στο Κέντρο Υγείας ή το νοσοκομείο
5. Η οδοντιατρική περίθαλψη

6. Η άσκηση προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού
7. Η ιατρό-κοινωνική και επιδημιολογική έρευνα
8. Η ιατρική της εργασίας
9. Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής

10. Η ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού
11. Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας
12. Η παροχή κοινωνικής φροντίδας
13. Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και πρόληψη

Στις αναπτυγμένες κοινωνίες οι κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι τα χρόνια νοσήματα. Τα νοσήματα αυτά είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας έκθεσης του οργανισμού σε διάφορους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι προκαλούν τη νόσο. Η παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας στην αιτιολογική διαδικασία εμφάνισης του νοσήματος έχει ως σκοπό την πρόληψη της νόσου και την αναίρεση ή διακοπή του παθογενετικού μηχανισμού, όπου αυτό είναι δυνατό

(Λάγιου, 2013).

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προαγωγή υγείας

Στενά συνδεδεμένη με την ΠΦΥ είναι η έννοια της προαγωγής της υγείας (health promotion), δηλαδή της διαδικασίας η οποία παρέχει τη δυνατότητα στα άτομα να ελέγξουν και να βελτιώσουν την υγεία τους

(WHO, 1986)

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προαγωγή υγείας

Οι χώροι στους οποίους μπορούν να διεξαχθούν δράσεις προαγωγής της υγείας είναι παρόμοιοι με αυτούς της άσκησης της ΠΦΥ: η οικογένεια, η εργασία, το σπίτι, το σχολείο, το κοινωνικό περιβάλλον, το φυσικό περιβάλλον, οι χώροι αναψυχής.

Οι δραστηριότητες, υπό το πλαίσιο της προαγωγής υγείας, αναφέρονται αφενός στην ενδυνάμωση του ατόμου και, αφετέρου, στην υποστήριξη αλλαγών στο κοινωνικό, οικονομικό, νομικό και πολιτικό πλαίσιο των συνθηκών διαβίωσης

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προσυμπτωματικός έλεγχος

Η ΠΦΥ μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου (δευτερογενής πρόληψη) συμβάλλει στην πρόιμη διάγνωση της νόσου, πριν εμφανιστούν κλινικά συμπτώματα.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος εφαρμόζεται την περίοδο μεταξύ της βιολογικής έναρξης της νόσου και της εμφάνισης των κλινικών συμπτωμάτων. Η ακριβής θέση στην παραπάνω περίοδο εξαρτάται από τη φυσική ιστορία της νόσου.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος υλοποιείται με τη μέθοδο της διαλογής (screening), δηλαδή μέσω κλινικής ή/και εργαστηριακής εξέτασης προκαθορισμένων ομάδων πληθυσμού με σκοπό την πρόιμη, προκλινική ανίχνευση της νόσου.

Η ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΡΘΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ & EVIDENCE-BASED GENERAL PRACTICE

Οι κατευθυντήριες οδηγίες διατυπώνονται από αναγνωρισμένους οργανισμούς και περιέχουν συστάσεις προς τους κλινικούς ιατρούς για τη φροντίδα ασθενών με συγκεκριμένα νοσήματα, υποβοηθώντας τους στη λήψη διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων.

Αναπτύσσονται με συστηματικό τρόπο και πρέπει να βασίζονται στα καλύτερα διαθέσιμα τεκμήρια.

Παρά την ευρεία διάδοση των κατευθυντήριων οδηγιών παρατηρείται περιορισμένη αλλαγή σε ότι αφορά τη στάση και τη συμπεριφορά των ιατρών ως προς την εφαρμογή τους στην καθημερινή κλινική πράξη

Οι κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) περιέχουν συστάσεις (recommendations) που διατυπώνονται με σκοπό την υποβοήθηση του κλινικού γιατρού στη λήψη διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων για την παροχή της κατάλληλης φροντίδας σε συγκεκριμένα νοσήματα ή κλινικές καταστάσεις

(Carter, 1992).

Οι οδηγίες βασίζονται στα καλύτερα διαθέσιμα τεκμήρια (evidence), όπως αυτές προκύπτουν ως αποτέλεσμα συστηματικής αναζήτησης στη βιβλιογραφία

(Davis & Taylor-Vaisey, 1997).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες θα μπορούσαν να εξυπηρετούν τους παρακάτω στόχους

- να καθιστούν τους καθιερωμένους κανόνες, που βασίζονται σε τεκμήρια, ξεκάθαρους και προσιτούς
- να κάνουν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων ευκολότερη και πιο αντικειμενική για τον ιατρό σε κάθε κλινικό περιστατικό με το οποίο βρίσκεται αντιμέτωπος
- να παρέχουν μέτρο σύγκρισης για την αξιολόγηση των επιδόσεων στην εργασία

Οι κατευθυντήριες οδηγίες θα μπορούσαν να εξυπηρετούν τους παρακάτω στόχους

- να καθορίζουν και να περιγράφουν τον καταμερισμό των καθηκόντων στην εργασία
- να ενημερώνουν τους ασθενείς, αλλά και τους επαγγελματίες υγείας, για τις σύγχρονες εξελίξεις, με σκοπό την καλύτερη άσκηση του επαγγέλματος και την παροχή υπηρεσιών υγείας
- να βελτιώνουν τη σχέση κόστους–αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες υγείας προς όφελος του χρήστη,
- να χρησιμοποιούνται ως εργαλείο ελέγχου και σωστής διοίκησης των μονάδων υγείας

Οι πολιτικές υγείας σε χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα υγείας είναι στενά συνυφασμένες με την κλινική διακυβέρνηση (clinical governance), το φάσμα των δραστηριοτήτων, δηλαδή, που απαιτούνται για να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ένα σύστημα και αποτελεί τη βασική κατεύθυνση στρατηγικού σχεδιασμού τους

(Samanta, Samanta, & Gunn, 2003).

Ανάμεσα στα μέτρα που έχουν προταθεί για την εκτίμηση της ποιότητας παροχής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι και η καταγραφή του ποσοστού τήρησης των κατευθυντήριων οδηγιών από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας κατά τη λήψη της κλινικής απόφασης

(Kringos et al., 2010· Schafer et al., 2013).

Η τεκμηριωμένη ιατρική ασκείται με τέτοιο τρόπο ώστε οι καθημερινές κλινικές αποφάσεις να θεμελιώνονται σε τεκμήρια προερχόμενα από την τρέχουσα κλινική έρευνα. Η τεχνολογία της πληροφορικής παρέχει τη δυνατότητα εύκολης πρόσβασης στις δημοσιευμένες κλινικές μελέτες

(Grimshaw & Russell, 1993)

Η χρήση τους και η μεταφορά τους στην καθημερινή πράξη απαιτούν ειδικές γνώσεις, εξοικείωση με τη μεθοδολογία και, κυρίως, εκτίμηση της εσωτερικής και εξωτερικής εγκυρότητάς τους

(Worrall, Chaulk, & Freake, 1997).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες στην ιατρική (clinical practice guidelines) διατυπώνονται από αναγνωρισμένους οργανισμούς και περιέχουν συστάσεις προς τους κλινικούς γιατρούς για τη φροντίδα ασθενών με συγκεκριμένα προβλήματα, υποβοηθώντας τους στη λήψη διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων

(Bonten, Bolkenbaas, & Huigts, 2014).

Υπάρχει διαφωνία σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι κατευθυντήριες οδηγίες επηρεάζουν την άσκηση της ιατρικής

Πολλοί υποστηρίζουν ότι η εφαρμογή τους μοιάζει με «μαγειρική με τη βοήθεια βιβλίου συνταγών χωρίς μεγάλη ποικιλία» (cook-book medicine), μετατρέποντας ιατρούς με κρίση σε απλούς εκτελεστές οδηγιών.

Άλλοι υποστηρίζουν ότι οι οδηγίες προάγουν —μέσω της τεκμηριωμένης ιατρικής— την ποιότητα και την ασφάλεια κατά τη διαδικασία λήψης των κλινικών αποφάσεων

Η κύρια ωφέλεια από τη χρήση κατευθυντήριων οδηγιών είναι η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς.

Πρέπει να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά τους στη διαχείριση των ασθενών μέσα από κατάλληλα σχεδιασμένες κλινικές μελέτες.

Ένα ουσιαστικό πρόβλημα στην αξιολόγηση των κατευθυντήριων οδηγιών είναι το γεγονός ότι η ποιότητα της φροντίδας μπορεί να ορίζεται διαφορετικά για τους ασθενείς και διαφορετικά για τους ιατρούς ή για όσους επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών

Οδηγίες χωρίς ικανή και σωστή τεκμηρίωση μπορεί να οδηγήσουν σε υστερημένες, αναποτελεσματικές, σπάταλες ή και επικίνδυνες πρακτικές.

Επιπλέον, καθώς η διαδικασία ομοφωνίας είναι βασικό συστατικό στη δημιουργία των συστάσεων, οι ομάδες ανάπτυξης των κατευθυντηρίων οδηγιών θα πρέπει να ακολουθούν αποδεκτές μεθόδους ομοφωνίας, όπως η μέθοδος Delphi, η τεχνική της ονομαστικής ομάδας (nominal group method) και η μέθοδος ομοφωνίας των Εθνικών Ινστιτούτων Ερευνών (National Institutes of Health) των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής

Ένα βασικό πρόβλημα στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ότι, πολλές φορές, οι συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών βασίζονται σε μελέτες που δεν έχουν διεξαχθεί σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Αυτό προκαλεί αρκετά ερωτήματα σχετικά με την καταλληλότητα των συστάσεων αυτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα

(Doran et al., 2006)

Οι κατευθυντήριες οδηγίες έχουν αναπτυχθεί με σκοπό να βοηθήσουν τους γιατρούς και τους ασθενείς στη λήψη της σωστότερης απόφασης σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας, όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με ειδικές κλινικές συνθήκες.

Παρά την ευρεία διάδοση των κατευθυντήριων οδηγιών, παρατηρείται περιορισμένη αλλαγή σε ότι αφορά τη συμπεριφορά και τη στάση των γιατρών.

Γενικά, λίγα είναι γνωστά για τη διαδικασία και τους παράγοντες που ωθούν τους γιατρούς να μην ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες

Ιδανικά, οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας κάθε χώρας θα έπρεπε να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες έχουν αναπτυχθεί από αναγνωρισμένους για τον σκοπό αυτόν οργανισμούς.

Οι συγκεκριμένοι οργανισμοί θα μπορούν να ακολουθούν διεθνώς αποδεκτά πρότυπα για την ανάπτυξη των οδηγιών με διαφάνεια, λαμβάνοντας υπόψη τις τοπικές ιδιαιτερότητες κάθε χώρας, θα είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για την ανάπτυξη και την επικαιροποίηση των κατευθυντήριων οδηγιών, αλλά και για τη διάχυσή τους τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους ασθενείς.

Σε αυτό το πλαίσιο έχουν κινηθεί αρκετές χώρες ή περιοχές, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σκωτία, η Ολλανδία και η Νέα Ζηλανδία.

Η εφαρμογή μιας κατευθυντήριας οδηγίας δεν ταυτίζεται πάντα με τη λήψη της κλινικής απόφασης.

Η λήψη κλινικής απόφασης αποτελεί μια πιο πολύπλοκη διαδικασία.

Στο πλαίσιο της προσέγγισης που επικεντρώνεται στον ασθενή κατά την παροχή υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ο οικογενειακός ιατρός, πριν εφαρμόσει μια κατευθυντήρια οδηγία, οφείλει να λάβει υπόψη τις προτεραιότητες, τις προτιμήσεις και τις επιθυμίες του ασθενή.

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ



