



IATPIKA XRONIKA

της Κρήτης

- Η ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ -

ΦΥΛΛΟ 27 Σεπτέμβριος - Οκτώβριος - Νοέμβριος 2006

Προληπτικό Εμβόλιο κατά του ιού HPV και καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Αναντικατάστατο όμως παραμένει το τεστ Παπανικολάου

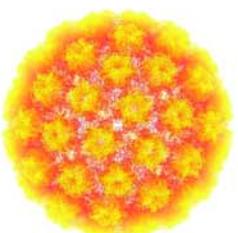
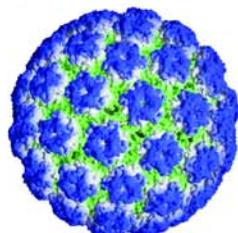
του Καθηγητή Ευγ. Κουμαντάκη
Δ/ντη Μαιευτικής-Γυναικολογικής
Κλινικής ΠΕΠΑΓΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Περισσότερες από 450.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου διαγνώσκονται παγκοσμίως κάθε χρόνο. Στην Ευρώπη έχει υπολογιστεί πως το 2002 εμφανίστηκαν 60.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και 30.000 γυναίκες απεβίωσαν από τη συγκεκριμένη νόσο. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε γυναίκα, οποιασδήποτε ηλικίας, που είναι ή ήταν σεξουαλικών ενέργειας. Υπάρχουν διάφοροι προδιόθεσικοι παράγοντες ανάπτυξης του καρκίνου του τραχήλου μεταξύ των οποίων το κάπνισμα, ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων, η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής και η ποικιτοκία.

Τα τελευταία χρόνια μπορούμε πλέον να μιλάμε για την ανακάλυψη της αιτιολογίας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, που είναι η προσβολή από τον ιό HPV (Human Papillomavirus) ή τών θυμωμάτων του ανθρώπου.

Η διάγνωση της προσβολής του τραχήλου από τον ιό HPV γίνεται με τη βοήθεια του τεστ Παπανικολάου. Οι αλλαγές στο επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας που ανικνέονται με με το τεστ Παπανικολάου, βοηθούν στην έναρξη περαιτέρω ελέγχου που αποδεικνύει την υπαρξή ή όχι του ιού στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας. Η ανίκνευση του ιού και ιδιαίτερα των στελέχων υψηλού κινδύνου, είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πρόληψη του καρκίνου της μήτρας.

Η ονομασία HPV περιλαμβάνει μία ομάδα ιών που αποτελείται από 100 περίπου διαφορετικού υπότυπους. Περισσότεροι από 30 ιούς που περιλαμβάνονται σε αυτήν την κατηγορία ανίκουν στους σεξουαλικά μεταδιδόμενους ιούς. Η ποικιλη από τον ιό HPV αποτελεί την πιο συχνά εμφανιζόμενη ιογενή λοιμωχία στον άνθρωπο και αφορά τουλάχιστον το



50% των σεξουαλικών ενεργών ατόμων. Μερικοί από τους ιούς αυτής της οικογένειας χαρακτηρίζονται σαν ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας. Αυτοί είναι οι τύποι 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, και 68. Ο HPV ιός που προσβάλλει το γεννητικό σύστημα μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Οι περισσότερες HPV λοιμώξεις είναι ασυμπτωματικές και κατά συνέπεια τα περισσότερα άτομα που έχουν προσβήσει από τον ιό δεν το γνωρίζουν και των μεταδίδουν στους σεξουαλικούς τους συντρόφους. Οι αλλαγές στο επιθήλιο του τραχήλου που υποδηλώνουν HPV προβολή, εμφανίζονται εντός τριών μηνών από την επαφή με τον ιό. Παρόλο αυτά, ο ίδιος ποτέ παραμένει οιωπόπλος για πολλά χρόνια και να μη ανικνεύεται στο τεστ Παπανικολάου.

Η γνώση της αιτιολογικής συσκέτωσης μεταξύ του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και της προσβολής από τον ιό HPV οδήγησε την επιστήμη στην προσπάθεια ανακάλυψης της λοιμωχίας από τον ιό αυτό. Η αντιμετώπιση αυτή αφορά πρωτογενώς την πρόληψη της αιτίας του καρκίνου αυτής καθ' αυτής και όχι την έγκαιρη αντιμετώπιση των προκαρκινικών βλαβών. Η δημιουργία

ενός εμβολίου που θα προστατεύει από τη λοιμώξη από τον ιό HPV σε άτομα που θα έρθουν σε επαφή με αυτόν μέσα από τη σεξουαλική επαφή, αποτελεί ίσως το πιο ομηρακτικό βήμα για την καταπολέμηση αυτής της νεολαΐδας μετά ίσως από το τεστ Παπανικολάου.

Το προληπτικό εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αποτελείται από απενεργοποιημένα τμήματα των 4 κυριότερων υπότυπων HPV. Περιλαμβάνει 2 στελέχη που ευθύνονται για το 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου και 2 στελέχη που ευθύνονται για το 90% των ολιγέστων κονδυλωμάτων.

Το εμβόλιο κατά των κονδυλωμάτων του τραχήλου της μήτρας, απευθύνεται κυρίως σε νεαρά κορίτσια 11-12 ετών πριν οπλισθίστηκε τη σεξουαλικής τους ζωής, και με κατώτερο όριο τα 9 χρόνια. Είναι ομηρακτικό ο εμβολιασμός που γίνεται πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής της γυναίκας, γιατί σε αυτές τις περιπτώσεις, το εμβόλιο προστατεύει σε ποσοτή σοβαρής 100% από τα στελέχη του ιού που περιέχει. Σε σεξουαλικά ενεργές γυναίκες, το εμβόλιο είναι λιγότερο αποτελεσματικό, γιατί η μορφή ή πότιση ποικιλεύει από ένα από τα στελέχη του ιού. Παρόλα αυτά συστίνεται και σε κοπέλες, μέχρι

την πληκτικά των 23 χρόνων. Για πληκτές πέραν των ορίων 9-23 ετών, βρίσκονται έρευνες σε εξελίξει για την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του.

Ο εμβολιασμός αποτελείται από 3 δόσεις συνολικά: η δεύτερη δόση γίνεται 2 μήνες από την πρώτη και τη τρίτη δόση έξι μήνες από την πρώτη.

Η ανοδία διαρκεί για όλη τη ζωή της γυναίκας και μέχρι στιγμής δε συστίνεται επαναληπτική δόση. Θα πρέπει όμως να τονιστεί πως δεν καταργείται ούτε υποβαθμίζεται η αξία του τεστ Παπανικολάου αφού το εμβόλιο προστατεύει μόνο από τα δύο καρκινόγόνα στελέχη του ιού, δηλαδή από το 70% των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Επιπρόσθετα μπορεί μία γυναίκα να έρθει σε επαφή με κάποιο στελέχος του ιού πριν οποκλήρωσε τις δόσεις ή να ήσβει μη πιλέρες σκίνης και για αυτό το λόγο το τεστ Παπανικολάου είναι αναντικατάστατο.

Αντένδειξη στην κορήγον του εμβολίου αποτελεί την εγκυμοσύνη και η γνωστή υπερευασιθροία σε ένα από τα συστατικά του. Μέχρι στιγμής δε συστίνεται ο εμβολιασμός των αγοριών - αν και μεταδίδουν την νόσο στις σεξουαλικές τους συντρόφους.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου, είναι πιο στάτες όπως η αντιδραση στην περιοχή της ένεσης, δεκατική πυρετική κίνηση, ή κνημός στο σημείο της ένεσης.

Όπως όλα τα εμβόλια έτοι και το εμβόλιο κατά των κονδυλωμάτων του ανθρώπου, αξιολογείται συνεχώς και εκτιμάται η ασφάλεια και

Συνέχεια στη σελίδα 3



ΕΠΙΦΥΛΛΙΔΕΣ

του Χρήστου Λιοντί

Η νοσηλεύτρια στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: αναγκαιότητα ή ουτοπία;

Αρκετή συζήτηση έχει γίνει για την αποτελεσματικότητα της Π.Φ.Υ. Πολλά νομοθετήματα έχουν παραχθεί, αρκετές δημόσιες συζητήσεις και διαβούλευσης έχουν διεξαχθεί στη χώρα μας χωρίς όμως μια ουσιαστική αλληλόγνων των διαφόρων τα οποίαναν, παρά τις πρόσφατες δημοσιεύμενες προσεγγίσεις. Αντίθετα πήγα μεράν έχει χυθεί για το ρόλο, την εμπλοκή, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα και άλλουν, πάντων των ιατρών, επαγγελματιών υγείας. Ιδιαίτερα ο ρόλος της νοσηλεύτριας και της μαίας στην Π.Φ.Υ., έχει τύχει επιστρέψαντας θέση πάνω από τις Σχολές Επιστημών Υγείας σε Ευρωπαϊκή και Αμερικανική πανεπιστήμια δύο και από τα σύστημα υγείας προηγμένων στην Π.Φ.Υ. χωρών, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, την Σκανδιναβία και την Ολλανδία 1,2. Στην Ελλάδα αντίθετα δεν έχει συμπληρωθεί διεξοδικός ο ρόλος, η πιθανή συμβολή, το περιεχόμενό της μετεκπίσεων και της εξειδίκευσης τους. Συνεπώς, έξακονθιστεί να γίνεται αναφορά σ' αυτά τα επαγγέλματα υγείας με τον όρο παραστρικό (paramedical) επαγγέλματα, οι δε επαγγελματίες υγείας αναφέρονται και από τους αρμόδιους κρατικούς φορείς ως "μη ιατρικό προσωπικό" ή "πλούτο προσωπικού". Εάν ο συμβολισμός που αναδέται μέσα από την άρνητη υπάρχει μιας ιδιότητας είναι προφανής και ενδεικτικός της ιατροκεντρικής ταυτότητας στο δημόσιο δύο και στον ιδιωτικό χώρο της υγείας. Αναφωτείται λοιπόν ο "μη ιατρός" επαγγελματίας υγείας, η τεχνογνωσία του και επομένως η μναστική συμβολής του στη Δημόσια Υγεία ή στο επίπεδο υγείας μάς κοινότητας είναι λιγότερο αμφιστρατική ή επιμηκυτική από την πολιτεία:

Ο βοηθητικός ρόλος και το περιορισμένο έργο και φάσμα δραστηριοτήτων των νοσηλευτών και μακών στην κοινότητα, όπως μια πρόσφατη δημοσίευση υπογραμμίζει 4, διαχωρίζει ουσιαστικά τα προφερόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα από τις αντιστοίχεις των πρασαφερθέντων προηγμένων χωρών. Η ουσιαστική ανάμειξη Εξειδικευμένων Κλινικών Νοσηλευτών (Clinical Nurse Specialists) ή Νοσηλευτών Προηγμένων Ασκήσεων (Advanced Practice Nurses) στη διάχειρον νοσηλώντων και ιδιαίτερα της υπέρτασης, του σακούρισθ

διαβήτη, των χρόνιων αναπνευστικών νοοτρόπων αλλά και σε καταστάσεις που μειώνουν την ποιότητα ζωής, όπως της ακραίετας των ούρων και της χρόνιας κοπώσης έχει τεκμηρωθεί από διεθνείς μετέβητες 5,8.

Ενώψιει τη συζήτησης που έχει πάρει επίκαιρη για την Π.Φ.Υ. και την αποδοτικότητά της 9, αείζει να ουζητηθεί ξανά ο ρόλος αυτών των επαγγελμάτων υγείας 10, να εξετασθεί η δυνατότητα εξειδίκευσης τους στην Π.Φ.Υ. 11, να ουζητηθεί η μεταπτυκική εκπαίδευση τους, με ειδικήν αναφορά στην Π.Φ.Υ. και ακόμη να ουζητηθεί ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας της ομάδας υγείας στην οποία αυμετέχουν, που μέρι οπήρα δεν κατέλαβε τη θέση που της αείζει ως έννονα και λειτουργία 12. Η εκ νέου ψηφιάρηψη των θεμάτων αυτών καθώς και η ουζητησία τους στο συνάδαιο μας προσπτικά και αποτελεσματικά αναδιπτήτη της Π.Φ.Υ. με αναφορά στον Γενικό Ιατρό και στην εκπόνηση της αποτελεσματικής της Π.Φ.Υ., φαίνεται να αποτελεί ένα επικαιρό απόκτητη και ιδιαίτερα επικυρωτό θέμα. Η ανάγκη δε για οριστικό πορευόματα στην εποικείωση της προστιθέτικης πράξης στην Π.Φ.Υ. γίνεται επιτακτικότερη με ερωτήματα όπως:

"Ποιος φορείται να είναι ο ρόλος του νοσηλευτή Π.Φ.Υ. με βάση τις διεθνείς επιταγές αλλά και την αμείκητη ελληνική πράξη;

"Περιμένεται αυτός ο όρος την ιδιότητα του κοινωνικού απόκτητη και την ιδιότητα του επισκέπτη υγείας;"

"Ποια πρέπει να είναι η κατεύθυνση της νοσηλεύτικης εκπαίδευσης για την κατάλληλη προετοιμασία του νοσηλευτή Π.Φ.Υ.;"

"Πώς θα διασφαλίζεται η ομαδή και αποτελεσματική διεπιστημονική συνεργασία άλων των μελών της ομάδας Π.Φ.Υ.;"

Αυτά είναι μερικά από τα βασικά ερωτήματα που δημιουργούνται και κρήνουν προσεκτικά και έγκαιρων απαντήσεων. Απαντήσεις που δεν μπορούν να δοθούν πάρα μόνο μέσα από ένα αμοιβαίο και επικυρικό διάλογο, παραμερίζοντας συντεκμικές και "ποιοτές" προκατατηλψίες. Αλλιώς, σε ένα μπροστινό σύλλογο υγείας, την πρόκλησην να είσαι προactive παρό reactive.

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ
«ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ της Κρήτης»

ΚΩΔΙΚΟΣ: 5684

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης
ΕΚΔΟΤΗΣ: Χαροκόπειος Μπατάκης, e-mail: batakis@otenet.gr
ΥΠΕΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: GYRAKIS PUBLICATIONS
Γιώργος Γυράκης, e-mail: ggyrakis@yahoo.com
ΤΗΛ. 28210 56790, 28210 69162, ΦΑΞ: 28210 52577
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: 8ης ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 37, ΧΑΝΙΑ Τ.Κ. 73132

Τα Ιατρικά Χρονιά διανέμονται διορθών σε όλους τους Γιατρούς της Κρήτης. Εάν δεν τα πουμένετε, παρακαλούμε, αποστέλλετε μας την πιλήρη διεύθυνση σας (με T.Κ.) στο e-mail της εφημερίδας μας, ή ταχυρομάτικα.

*Οι απόψεις των αρθρογράφων συνεργάτων της εφημερίδας δεν εκφράζουν απαραίτητα τις απόψεις των εκδότων της



ΕΚΔΟΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Ο ΑΠΛΗΡΩΤΟΣ ΚΟΠΟΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

Ενας από τους βασικούς πυλώνες της διασφάλισης της υγείας είναι ο γιατρός. Ο γιατρός που λόγω της πολιτικής προσφοράς του έργου του χαρακτηρίζεται σαν λειτουργός. Πέρα όμως από λειτουργό με το έργο του γιατρού αποτελεί και μέσο βιοποιομένο γι' αυτόν και την οικογένεια του.

Έτσι, λοιπόν, στους γιατρούς σε αυτό τον πλέον δημιουργηθεί ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα στις αμοιβές τους είτε αυτοί εργάζονται στο δημόσιο είτε αυτοί είναι ιδιώτες και έχουν συμβαση με οικοφιλιστικούς φορείς που ελέγχονται από το δημόσιο.

Ενώ, λοιπόν, δύοτε μάλιστα στην αμοιβή των ιατρικών πράξεων από τον ασφαλιστικό φορέα του δημόσιου και ακολουθήσας και τα δήλωτα τακεία, δεν υπήρξε η ανάλογη πρόβλημα στους προϋπολογισμούς τους. Για παράδειγμα το έτος 2005 στον προϋπολογισμό του ΟΠΑΙΔΑσφαλιστικού φορέας του δημόσιου είχαν εγγραφεί 60 εκατομ. Ευρώ και για το έτος 2006 είχαν εγγραφεί μόνο 40 εκατομ. ευρώ, ενώ για το 2007 δεν έχουμε μάδει τι πούρη έχει εγγραφή. Αυτό συνέδεσμα με τις γενικότερες συνθήκες πετυχημένης του δημόσιου πομένων ελέγχου των αρμόδιων υπηρεσιών που είναι επιφορτισμένες για τον έρευνο των δασκαλών, έντονα γραφειοκρατικού διάθεση και υπερβολική προστίθιση σε τυπικές διαδικασίες δημιουργία με καθυστέρηση στις αμοιβές των γιατρών που την στήνουν από την οικογένεια της.

Δημιουργεί πολλή ερωτηματική το γεγονός ότι η μεγάλη αυτή καθυστέρηση στην πρόσφατη συνέλευση (10/02/2007) του Π.Ι.Σ.

Ετοιμάζεται ο γιατρός που καθημερινά αγνίζονται μέσα σ' ένα δύσκολο οικονομικό τοπίο, τον ιατρικό πληθωρισμό, την συνεχή απειλή των οικονομικών επεγκεκριών πλανηταρίου του κράτους και της συνεχούς δικαστικής απειλής μέσα από την διαδικασία της αστικής ευθύνης αρχίζουν να περιέρχονται σε μία δύσκολη πομένων ελέγχου της κατάστασης.

Το παραπάνω γεγονός που αφορά τους ιδιώτες γιατρούς σε συνδυασμό με το πρόβλημα τις υπεροριακής αποζημίωσης των νοσοκομειακών γιατρών που έως τώρα κάθε χρόνο αναζητούνται πιστώσεις για την πληρωμή τους, και τώρα πρόκειψε η κοινωνική άστυνυση 93/14 που αναφέρεται σε συγκεκριμένο χρόνο εργασίας 48 ώρες εβδομαδιαίων οι ειδικευμένοι και 58 ώρες οι ειδικευόμενοι με αποτέλεσμα ότι εφόρησεν (προσφέροντας πιεραστήν παραστήση για ένα χρόνο) να υπάρξει σημαντική μείωση των αποδοχών των γιατρών, συμπληρώνει το αρντικό "ποζά" του ιατρικού επαγγέλματος.

Οι αριθμοί όταν θα πρέπει να είναι πραγματικά αποτελεσματικά στην πρόσφατη συνέλευση αντικείμενο προβληματισμού από μπλενκί βάση, σε τρόπο ώστε να διατυπωθούν νέες προτάσεις που θα ικανοποιούν και θα απαλλάσσουν από τον βραχάνα της απήρωτης εργασίας όλο των ιατρικού κόσμου.

ΜΠΑΤΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΡΗΤΗΣ

Χρήστος Λιοντίς
Αναπληρωτής Καθηγητής
Αδελφός Μαρκάκης
Κλινικό Εξειδικευμένης Κοινωνικής και
Οικογενειακής Ιατρικής,
Κοινωνική Νοσηλεύτρια
Πανεπιστημίου Κρήτης
Δ.Υ.Π.Ε. Κρήτης

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Jenkins-Clarke S, Carr-Hill R: Changes, challenges and choices for the primary health care workforce: looking to the future. J Adv Nurs 2001, 34(6):842-849
- Dowswell T, Wilkin D, Kirk S, Banks-Smith J: Primary care groups and trusts: a threat or an opportunity for the development of community-based nursing in England. J Nurs Management 2002, 10:283-289
- Clendon J, White G: The feasibility of a nurse practitioner-led primary health care clinic in a school setting: a community needs analysis. J Adv Nsg. 2001, 34(2):171-178.
- Markaki A, Antonakis N, Philalithis A, Liont C: Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile. Int Nsg Review 2006, 53:16-18.
- Vrijhoef Bert. Is it justifiable to treat chronic patients by nurse specialists? Evaluation of effects on quality of care. 2002 Thesis, University of Maastricht.
- Bodenheimer T, MacGregor K, Stothart N: Nurses as leaders in chronic care. BMJ 2005, 330:612-613.
- 10 Τσιρινάντη Μ, Μπρινώρης Σ: Συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαμόρφωση νέων ρόλων και εφαρμογών στα Περιφερειακά Συντημάτια Υγείας. Νοσηλευτική, 2002, 12 : 7-9.
- 11 Κατσουλάκη Σ, Νταφιούδην Χ: Υπόρκει θεομόβετον της κοινωνικής Νοσηλευτικής ως ειδικότητας και ως επαγγέλματος. Ελληνική και διεθνής εμπειρία. Νοσηλευτική 1999, 1:389-394.
- 12 Πύρηλη Μ, Γιαννακοπούλου Μ, Θηραίος Ε.: Παπαθανάσογλου Ε: Μελέτη της διενογγηματικής συνεργασίας σε ελληνικά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Νοσηλευτική 2005, 44:347-354.

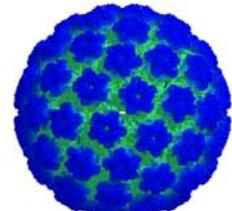
Προληπτικό Εμβόλιο κατά του ιού HPV και καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Συνέχεια από την 1η σελίδα

αποτελεσματικότερά του σε μελέτες μεγάλων ομάδων του πληθυσμού. Για περισσότερες πληροφορίες οι γυναίκες και οι μπέρες μπορούν να απευθυνθούν στα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού των Νοσοκομείων, στους Γυναικολόγους και στις Μαίες, για να θύσουν τυχόν απορίες τους.

Λαμβάνοντας τα παραπάνω υπόψη, θα πρέπει να αναφέρουμε πως πέρα του σοβαρού πλησεντίτηματος του εμβολίου σε σχέση με την προστασία έναντι των συγκαρόνων κύνης δύο άλλων που ενοχοποιούνται για τα οξυτενίκονδύπωματα, φαίνεται πως η προστασία του γεννητικού συστήματος θα περιλαμβάνει και την περιοχή των έξω γεννητικών οργάνων. Αυτό το γεγονός είναι αναμενόμενό ότι θα προκύψει από την ευρεία χρήση του εμβολίου.

Ωστόσο τα πλησεντίτηματα και η προστατευτικότητή του προληπτικού εμβολίου, δημιουργούν αναπόφευκτα και παράπλευρους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν: πρώτον λόγω της μειωμένης χρήσης του ανδρικού



προφυλακτικού και δεύτερον της πιθανής μείωσης του δύο σοβαρά μικρού ποσοστού γυναικών που συστηματικά υποβάλλονται στετο Παπανικολάου.

Οι ακέφεις αυτές απορέουν και από το αίσθημα των εφήβων, που με τη δύναμη της νίότης τους θα νομίσουν ότι μετά το εμβόλιο θα είναι άτρωτοι και βιολογικά ισχυρότεροι, με αποτέλεσμα την πρωτηφέρη έναρξη των σεξουαλικών εποφών όπως επίσης και η συχνή εναλλαγή συντρόφων, ή επιπλέον στο να παραπέινουν τους παραδοσιακούς αλλά πάντα επικαίρους τρόπους πρόληψης έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αλλά και άλλων ιογενών και μικροβιακών θοιμώξεων

του γεννητικού συστήματος.

Συμπληρωματικά, η νεαρή γυναίκα και ο νεαρός άνδρας θα πρέπει να συνεχίζουν την χρήση του ανδρικού προφυλακτικού, γιατί με αυτό τον τρόπο προστατεύονται και από άλλες σοβαρές σεξουαλικά μεταδιδόμενες πλημώσεις, όπως ο ίδις της πλαστίδας, το AIDS, και ο εργιτοποιός. Επιπλέον τον χρήση του ανδρικού προφυλακτικού, όπως είναι η γνωστό, θα βοηθήσει και στην πρόληψη μετάδοσης κοινών μικροβίων που προσβάλλουν τη γεννητική περιοχή και που μπορεί άμεσα ή μακροπρόθεσμα να επηρέασουν, πλήν της υγείας και τη γονιμότητα της γυναίκας.

Είναι όυταν προσπάθεια να μετατρέψει τα Ελληνίδων που προσέρχονται συστηματικά για επίοιτο τεστ Παπανικολάου, που πανελλήνιδικά ανέρχεται περίπου στο 20%. Πέραν των παραπάνω επιφυλάξεών μας, επιλύζουμε ότι το νέο εμβόλιο κατά του ιού HPV θα αποδώσει σύντομα τους αναμενόμενους στόχους, που είναι η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η δε Πολιτεία οφείλει να συνδράμει γενναιόδωρα και θεωρικά στην προσπάθεια αυτή, με τον υποχρεωτικό εμβολιασμό στην πληθυντική των 13 ετών με ακούσιο την καλύτερη ποιότητα ζωής της νέας γυναίκας, η οποία θα ανικαναστήσει στο μέλλον την επερχόμενη γενιά.

Για ό,τι έχει σχέση με χαρτί...

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΧΑΡΤΙΑ ΣΕ ΡΟΛΛΑ & ΔΕΣΜΙΔΕΣ ΓΙΑ:

- ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΟΥΣ
- ΤΕΣΤ ΚΟΠΩΣΗΣ
- ΚΑΡΔΙΟΤΟΚΟΓΡΑΦΟΥΣ
- ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΟΥΣ
- V PRINTER ΥΠΕΡΗΧΩΝ
- ΣΠΕΙΡΟΜΕΤΡΙΑ
- ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ:

- GEL ΥΠΕΡΗΧΩΝ, ΗΛΕΚ/ΦΩΝ κ.λ.π.
- ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΑ ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΑ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ

ΚΑΘΩΣ ΕΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΆΛΛΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ: ΓΕΩΡΓΙΑΚΑΚΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ
Λ. ΚΑΖΑΝΤΖΑΚΗ 18, ΧΑΝΙΑ ΚΡΗΤΗΣ, ΤΗΛ.: 0821 -931 92
KIN.: 0932 386090

Επιτυχημένο το πιλοτικό πρόγραμμα Αυτονόμωσης των Κέντρων Υγείας Κρήτης

Οχι στο πισωγύρισμα της Πρωτοβάθμιας Φορντίδας Υγείας πένε εργαζόμενοι στις ΔΥΠΕ και Δ/ντες Κ.Υ.

Απόλυτα επιτυχημένο κρίνεται στο αύσυνού του το πιλοτικό πρόγραμμα Αυτονόμωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, όπως προκύπτει από σχετική εκθέση για την πορεία εξέλιξης του, ενώ το συμπέρασμα αυτό συνυπογράφουν τόσο το ιατρικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας Κρήτης, όσο το ενιαίο ωματείο εργαζομένων στη Δ.Υ.Π.Ε. Κρήτης και οι Διευθυντές των Κέντρων Υγείας. Παρ' όλο αυτά, πεκέρηντο για μια ακόμα φορά, επικείνε να "πειραματιστεί" ξανά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ανακαθώντας με νεότερη υπουργική απόφαση, υπάγοντας ξανά τα Κέντρα Υγείας στα Νοσοκομεία όπως πάντα και πριν.

Συγκεκριμένα, όπως αναφέρουν σε υπόμνημα τους οι εργαζόμενοι της ΔΥΠΕ Κρήτης, "τα τελευταία χρόνια, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην υγειονομική περιφέρεια Κρήτης δένεται από ένα ειδικό νομικό καθεστώς που την διαφοροποιεί από την υπόλοιπη Ελλάδα.

Με την υπ. αρ. Υπουργικό Απόφαση, τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά λατρεία τους ήταν οργανωμένα και ανεξάρτητα μονάδες του Π.ε.Σ.Υ.Π. Κρήτης με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια (πιλοτικό πρόγραμμα). Η νέα διοίκηση της Δ.Υ.Π.Ε. Κρήτης συνέχισε και υποστήριξε το πρωτοπαραδοσιακό αυτό εγκέριμα, αφού κρίθηκε ως ιδιαίτερα ομηραντικό για την βελτίωση της ποιότητας των πρακτορεμάνων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην υγειονομική περιφέρεια της Κρήτης. Αποτέλεσμα αυτής της υποστήριξης ήταν η δημιουργία του ΦΕΚ 1188/Β/26-8-05 της νέας Υπουργικής Απόφασης Υδ/Τ.Π.81535/9-8-2005 για την συνέχιση πειτερυγίας των Κ.Υ. και των Π.Ι. τους ως αποκεντρωμένων και αυτοδύναμων μονάδων της Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης."

Τα ίδια περίοδα ομηρώνουν σε δικό τους υπόμνημα και ο Δ/ντες των Κ.Υ. Κρήτης, τονίζοντας ότι "η δύσταξη αυτή του νόμου υπόσημος σε μεγάλο βαθμό πλαισία διοικητικά και οργανωμένη που είχαν δοκιμασθεί σε προηγουμένες από πλευράς υγείας χώρες της Ευρώπης και ήταν υποτέλεσμα ενδιαγόνου προβληματισμού στην Ελλάδα, που έβλεπε από κράνη τα Κέντρα Υγείας ουσιαστικά να μην μπορούν να καρέψουν μια δική τους πολιτική, στερεώνεινται και της δυνατότητας διαμόρφωσης προϋπολογισμών αλλά και ανάπτυξης μιας γραφειοκρατικής πειτερυγίας την οποία ουσιαστικά είχαν ως αποκεντρωμένες μονάδες Νοσοκομείου". Σύμφωνα με τους Δ/ντες την πορεία του προγράμματος ήταν βετική αριών τα Κ.Υ. κατέβρασαν σε λίγο χρονικό διάστημα να αναπτύξουν αυτοδύναμους προϋπολογισμούς, να βελτώσουν την υλικοτεχνική τους υποδομή και να καλύψουν ουσιαστικές από πολλά χρόνια ανάγκες του. Η περαιτέρω αξιοδήγηση αυτού του θέσμου, η οικοπλήρωση, η διεύρυνση και ουμάδρωση του αποτελεί ένα μονόδρομο σήμερα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που κατά κοντή ομοιολογεί ο ρόλος της θα ουμάδησε καθοριστικά στην αναβάθμιση του ΕΣΥ στη χώρα μας. Η αυξημένη κατάρρηση αυτής της διοικητικής καινοτομίας και π.επιστροφή της Κ.Υ. στα Νοσοκομεία αποτελεί σαφέστατα μια κίνηση προς τα πιον και θα πρέπει να αποφευχθεί τονίζουν οι Δ/ντες των Κέντρων Υγείας. (Να ομειωθεί στη από τα 14 Κ.Υ. της Κρήτης, την επιστροφή στα Νοσοκομεία

διασπειτουργίες που εντοπίσθηκαν διαφοροποιούνται ανάλογα με τις υπόρκουσες υποδομές του Κ. Υ., τις ικανότητες και δυνατότητες του Διευθυντή και την στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό. Είναι όμως γενικά παραδεκτό ότι οι αυτονόμους των Κέντρων Υγείας και η απευθείας υπαγωγή τους στην οικία Δ.Υ.Π.ε. είχε ευνοϊκότατα αποτελέσματα στη πειτερυγία, την ανάπτυξη και την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν οι μονάδες αυτές στους πολίτες την ενδοχώρα της πειτερυγίας.

Το Σωματείο Εργαζομένων στη Δ.Υ.Π.Ε. Κρήτης συνάσσεται με τη γνώμη των Διευθυντών των Κέντρων Υγείας, στρέψει την παραμονή των Κέντρων



υποστηρίζει μόνο ο Δ/ντες του Κ.Υ. Κισσάμου.

Ενδιαφέρον έχουν τα στοιχεία της έκθεσης για την πορεία εξέλιξης του προγράμματος, όπου παρουσιάζονται οι στόχοι του:

1. Την ανάπτυξη με ενιαίο τρόπο και διαδικασίες όλων των Κ. Υ. ποιότη θα γίνονται εφικτές:

α. Με την εκώρωση διοικητικών, οικονομικών και διαχειριστικών αρμοδιοτήτων των Διευθυντών των Κ.Υ. της Δ.Υ.Π.ε. Κρήτης.

β. Με την κατόρθωση επιχειρησιακού σχεδιασμού για την πρωτοβάθμια φροντίδα στην Κρήτη.

γ. Με την κάλυψη των επιστημονικών αναγκών των Κ.Υ. μέσω της Δ.Υ.Π.ε. Κρήτης δ. Με την συγκρότηση διαρκούς για την Π.Φ.Υ., με στόχο την πειρεγρασία, αξιοδήγησην και εισήγηση θεμάτων που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τις μονάδες αυτής.

ε. Με την ανάδηπνη από το ανθρώπινο δυναμικό της Δ.Υ.Π.ε. Κρήτης των διαχειριστικών διαδικασών.

2. Την εκπαιδευτική και πειτερυγική σύνδεση με όλα τα νοσοκομεία της πειτερείας Κρήτης, και όχι μόνο με τα νοσοκομεία αναφοράς, ώστε η καλύψη των ιατρικών αναγκών από ειδικότητες να γίνεται επί του συνόρου.

3. Την κατάρτιση Ενιαίου Προγράμματος Προμηθεύσης που θα αφορά τα Κ.Υ. και τα Ι.Ι. επί του συνόρου και ανά Κ. Υ.

4. Την κατάρτιση ενιαίου προϋπολογισμού πρωτοβάθμιας φροντίδας και ανά Κ.Υ., ώστε να μπορείται να αξιολογείται η οικονομική πειτερυγία και η εξυπηρέτωση των υπηρεσιών αναγκών ζήτησης.

5. Τη συμπεράσματα της έκθεσης αναφέρεται:

1. Τα Κ.Υ. αντιμετώπισαν και αντιμετωπίζουν δυσκολίες προσφερογής στην νέα πρωτοβάθμικη, αλλά οι δυσκολίες αυτές υπορύουν να ξεπεραστούν εύκολα με τη συμβολή των εμπλεκόμενών φορέων υγείας και μέσω ουσιαστικής και αποτελεσματικής συνεργασίας.

2. Το προσωπικό των Κ.Υ. που πήναν αποσαμόνετο στα Νοσοκομεία επιστρέψει

σταδιακά στα Κ.Υ., γεγονός που συμβαίνει καταλυτικά στην αποτελεσματική και αποδοτική προσπάθεια των Κ.Υ.

3. Η ευελίξια των Κ.Υ. στη διακείριση των καθημερινών πειτερυγικών και άλλων προβλημάτων τους είναι εντυπωσιακό μεγαλύτερη μέσω της εφαρμογής του πιλοτικού προγράμματος (π.χ. για την αγορά ενός πιεσόμετρου απαιτούνται λίγες ημέρες αντί για 1-2 χρόνια).

4. Τα κρήματα που διατίθενται για την Π.Φ. Υ. αξιοποιούνται πραγματικά για το σκοπό αυτό και δεν "χάνονται" στις μαύρες τρύπες των Νοσοκομείων. Πα παράδειγμα, πρότι θορά το Κ. Υ. μπόρεσαν να προστάσουν επικουρικούς ιατρούς οι οποίοι πληρώνονται από τη Δ.Υ.Π.Ε.

5. Τα προσέλευση των ασθενών στα Κ.Υ. είναι κάθε μέρα και μεγαλύτερη, αφού οι προσφερόμενες υπηρεσίες αυξάνονται και τι ποιότητα τους βελτίνονται. Ως απόρροι του ευρύτερου φάσματος παρεχομένων υπηρεσιών στην υπαίθριο, επαττώνονται οι ανισότητες πρόσβασης μεταξύ αγροτικών και οικικών πειροχών και αποσυμφορούνται οι δομές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας (εναλλήλεις εφημερία) πειτερυγής.

6. Η αποφή όλων των εμπλεκόμενών σήμερα στην Π.Φ.Υ. στην Κρήτη είναι ότι οι τοπικές κοινωνίες έχουν συνειδητοποιήσει την αλλαγή που γίνεται και την βελτίωση των υπηρεσιών των Κ.Υ. Η επιστροφή στη σύστημα της εξόρτωσης από τα Νοσοκομεία δεν θα γίνει εύκολα αποδεκτή από τις τοπικές κοινωνίες και τους τοπικούς παράγοντες. Για παράδειγμα δεν θα δεχθεί πια κανές να προσλαμβάνεται Λαζαράτος για τις ανάγκες μιας απομονωμένης πειροχής και να αποσπάται αμέσως στα Νοσοκομείο.

7. Ο κοινός προϋπολογισμός Νοσοκομείου - Κέντρων Υγείας οδηγεί σε μαρασμό τα Κ.Υ. και της Π.Φ.Υ. Αυτό έδειξε η πρακτική δεκαετίων και αυτό δεν μπορεί να το αμφισβητεί κανείς.

Συγχωνεύονται πριν καταργηθούν οι ΔΥΠΕ Σε πορεία κατάρρευσης οδηγείται το ΕΣΥ

Σε πορεία κατάρρευσης μοιάζει να σύσσεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας μετά τις απελπιδήστες "ηληγές" που του δημιούργησαν οι πειραματισμοί των Υπουργών Υγείας των τελευταίων ετών. Μόνο έτσι μπορούν να εξηγηθούν οι απλαγές στη δομή του, με την συγχώνευση που επικειρείται στις ΔΥΠΕ, με απότερο ακόπο την κατάργηση τους, όπως τουλάχιστον υποστηρίζουν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι στο ΠΕΣΥΠ Κρήτης με υπόνομα τους. Αναλυτικό το υπόνομα αναφέρει τα εξής:

"Μετά την κατάθεση της Αποδογούκης Έκθεσης στο σχέδιο νόμου "Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευομένων από την Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αθλητεύγυνης και ποιες διατάξεις" επισημανούμε τα παρακάτω:

Α) Ο συγκεκριμένος τρόπος με τον οποίο επικειρείται η συγχώνευση των Δ.Υ.ΠΕ. τώρα και πει την συνεχεία "εξάλειψη τους". Θεωρούμε, ότι δημιουργεί ένα συγκεντρωτικό μόρφωμα που αποδυναμώνει το Σύστημα Υγείας προκαθώντας βλαπτικές συνέπειες, τόσο στους Πολίτες, όσο και στη ίδια τη Σύστημα και τους εργαζόμενους σε αυτό. Θα πάτων πολύ χρήσιμο σε γινόταν μια εμπειριστατικότητα μελέτη για τη χρονιμότητα (αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα) των Δ.Υ.ΠΕ. που θεωρούμε ότι συμβάλλουν τα μέγιστα στην εύρυθμη θετικούργια των Ε.Σ.Υ. Β) Είμαστε σαφέστατα αντίθετοι στην κατάργηση του καθών απαξιώνεται η έννοια και η ουσία της περιφερειοποίησης γυρνώντας το Σύστημα Υγείας γρούνα πιστού.

Γ) Θεωρούμε ότι με την κατάργυνταν των Δ.Υ.ΠΕ. θήγονται κατοκυρώνεται εργασιακά δικαιώματα, δεδομένου ότι το σύνολο των εργαζόμενων συνεισφέρει σε ποιες ιδιότητα να υπηρετεί στην Δ.Υ.ΠΕ..

Δ) Πάγια θέση μας είναι να μην προχωρήσει σε ποικίλες την κατάργηση των Δ.Υ.ΠΕ. και να αρθεί το πνεύμα αποξιώσης του έργου που επιτελείται από το προσωπικό που στελεχώνει και υποστηρίζει τη θετικούργια των Δ.Υ.ΠΕ..

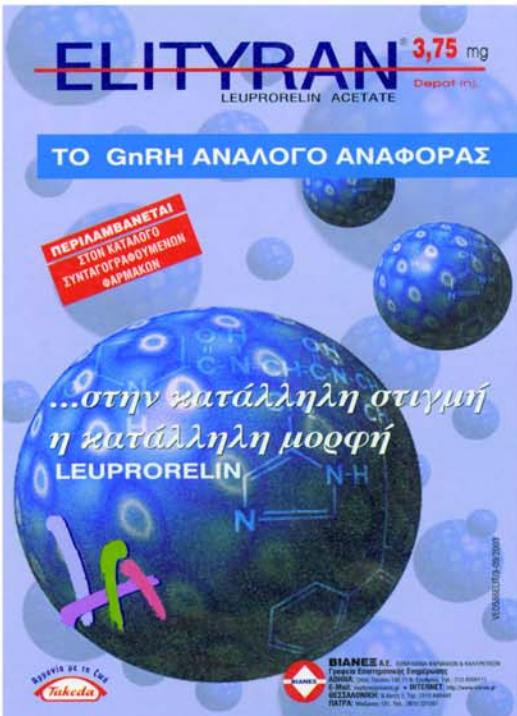
Ε) Ειδικά για τη Δ.Υ.ΠΕ. Κρήτης απούμαστε να πινεθεί μέριμνα για τη συνέχιση του πιθανού προγράμματος αποκέντρωσης των Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων.

Η Δ.Υ.ΠΕ. Κρήτης με τη θετικούργια της πρωτοπορείας και αναπτυξιακής διαρκός καινοτόμων δράσεων βεβιώνοντας την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα του συστήματος στην υγειονομική περιφέρεια Κρήτης, τόσο σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας, όσο δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Ταυτόχρονα με την αποτελεσματική εκτέλεση του θεματισμού έργου στη Δ.Υ.ΠΕ. Κρήτης, πραγματοποιούνται αξιοπιστίες και επιτυχείς καινοτόμες ενέργειες που ενδεικτικά μπορούν να συνοψισθούν

ως εξής:

1. Εφαρμογή Διπλογραφικού Συστήματος (Δημοσιεύσεως Ισορροπισμού)
2. Κωδικοποίηση ειδών σύμφωνα με τους κωδικούς του Υπουργείου Εμπορίου για σωστή κατάρτιση Ε.Π.Π. και συνέστωση αυτών με πλογαριασμός Γ.Λ. και πλογαριασμούς Δημόσιου Λογιστικού - θετική ανταπόκριση από Δ.Υ.Π.ε.
3. Κωδικοποίηση των Π.Α. 146/03 σε τέταρτο βαθμό ανάλησης, παρουσίαση της κωδικοποίησης στο e-business forum 22/02/2006 Υπουργείου Ανάπτυξης
4. Επιτυχημένη ρύθμιση κρεών
5. Κανονισμός προσπάθεια για διενέργεια Ενιαίων Διαγωνισμών από Μονάδες της ΔΥΠΕ. Κρήτης, π.χ. αντί διενέργειας τουλάχιστον 66 διαγωνισμών επί 9 Νοοκομεία, διενέργεια 66 διαγωνισμών με σύνταξη κοινών τεχνικών προδιαγραφών
6. Διενέργεια ενιαίου διαγωνισμού ιατρικών αερίων για τις Μ.Υ. Κρήτης με όφελος δύο αφορά τα ιατρικά αερία 61 464. Καθαρό όφελος 56.457
7. Διαχείριση ιατρικών αποβλήτων
8. Πρόγραμμα κατάρτισης προϋπολογισμών, τροποποιήσεων και απολογισμών, σε πλεκτρονική μορφή - έκθεση Σ.Ε.Υ.Π. αρ. πρωτ. 1350/15-05-2004. Πρόσταση της Σ.ΚΥ.Π. για την επέκταση της εφαρμογής του προγράμματος σε όλες της ΔΥΠΕ της Ελλάδας
9. Καταχώριση σε πλεκτρονική βάση δεδομένων όλων των αγορών σύμφωνα με την εμπορική τους ονομασία και γίνεται προσπάθεια από τη Δ.Υ.ΠΕ. Κρήτης ταυτοποίησης των παραπάνω ειδών με κωδικοποίηση Δ.Υ.ΠΕ Κρήτης
10. Ηλεκτρονικό πρόγραμμα Εφημερίων Νοοκομείων www.hc-crete.gr (επιλογή Υγειονομικός Χάρτης Εφημερίες)
11. Ανάπτυξη οργάνωσης και διοίκησης των Κέντρων Υγείας των Π.Ε.Σ.Υ.Π. Κρήτης, ως παρεκτρωμένες και ανεξάρτητες μονάδες με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, βάσει της υπ' αριθ. Υδα/Γ.Π. οικ. 110138 (ΦΕΚ 1691/18-11-2003). Πιλοτική εφαρμογή από Ιανουάριο του 2004 (ιανέκτων ιωάνθυ ζ.3τ.π. 81535/09-08-05)
12. Διεθνής συνεργασίες: Συμμετοχή στο πρόγραμμα "Ενοποιημένα δίκτια φροντίδας εντός πόλης - Carmen Project, ουμετοκή στη Wanca Project WOMCA EUROPE REGIONAL CONFERENCE AMSTERDAM JUNE
- 13-14 2004, συμμετοχή στο ευρωπαϊκό πρόγραμμα κατάρτισης διεκτών υγείας κατά περιφέρεια: ISARE II, III.
15. Ερευνητική δραστηριότητα: Europeper Research - Μέτρηση ιανουάριος σε ασθενών στα Κέντρα Υγείας - πιλοτική εφαρμογή, Κινητή μονάδα προηπιτηκού ελέγχου καρκίνου του μαστού και της μπήτρας στα πλαίσια του μέτρου 5.6 "Υποδομές ορεινών κέντρων
16. Καθιέρωση της ανοικτής γραμμής επικοινωνίας με στατική χρέωση για όλη την Περιφέρεια της Κρήτης με σκοπό την άμεση εξυπρέπη των πολιτών σε δέματα Υγείας και Πρόνοιας.
17. Συντονισμός ομάδων Εργασίας και παρακολούθηση της πεταισουργίας του έργου "Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας ΔΥΠΕ Κρήτης" στα πλαίσια της Κοινωνίας της Πληροφορίας.
18. Επενδύσεις σε προγράμματα πιλοτικού καρακτήρα με θέμα "Προαγωγή Υγείας σε Νησιωτικά του Δήμου Χανίων και των γειτονικών Δήμων", στα πλαίσια των μέτρων Προαγωγής Υγείας και Πρόβλησης των νόσων. Πιλοτική εφαρμογή στα παιδιά των νησιωτικών του Δήμου Χανίων και των γειτονικών Δήμων Επ. Βενιζέλου, Αρκαδίων, Θερίου, Σούδας και Νέας Κυδωνίδας
19. Εντυπωσιακή εκδόσεις: τημάτων Περιφερειακού Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αθλητεύγυνης μεταξύ όλων των Φορέων Υγείας και Κοινωνικής Αθλητεύγυνης σε περιφερειακό επίπεδο. Η προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρειών Υγείας και Κοινωνικής Αθλητεύγυνης γίνεται περισσότερη αποτελεσματική μέσα από την αντικειμενική ιεράρχηση συμετόχων ιεράρχησης προβλημάτων και αναγκών που μπορεί να επιτυχάνεται εύκολα από ένα φορέα σε περιφερειακό επίπεδο όπως είναι η Δ.Υ.Π.Ε.
20. Επενδύσεις του Περιφερειακού Κέντρου Δεδομένων της ΔΥΠΕ Κρήτης για το παραπάνω έργο.



Το Οικονομικό Κόστος του Καρκίνου στην Ελλάδα

του Νίκου Μανιαδάκη
Παν/κό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
από το 20 Πανελλήνιο Forum
Ογκολογίας (Χανιά 12-24/5/2006)

Τα δημογραφικά και επιδημιολογικά πρότυπα και ο τρόπος των ζωής των κοινωνιών έχουν μεταβληθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Κυρίαρχο στοιχείο σε αυτές τις μεταβολές αποτελεί η αλματώδης αύξηση του προσδόκιου ηλικώνσας, στο οποίο συντέθεσε σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία χρόνια η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας και γιώντας. Επίσης, τα πρότυπα του τρόπου ζωής έχουν μεταβληθεί σημαντικά και παρ' όλη που είναι πλέον γνωστοί πολλοί από τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με συγκεκριμένες ασθένειες, μεγάλα ποσοστά του πληθυσμού εξακολουθούν να τους αγνοούν και να μην παρέχουν μέτρα προφύλαξης. Το κλασικότερο ίσως παράδειγμα αποτελεί το κανονίσμα. Ετοι, παρά τη μεγάλη συμβολή της επιστήμης και παρά την ανάπτυξη νέων αποτελεσματικών θεραπειών, όπεις οι μορφές καρκίνου μαζί εξακολουθούν να αποτελούν το σημαντικότερο αίτιο θανάτου στις περισσότερες αναπτυμένες χώρες. Σύμφωνα με τα στοιχεία διεθνών οργανισμών τη κατάσταση είναι αποκαρδιωτική. Στην Ευρώπη κάθε χρόνο καταλήγουν από καρκίνο περίπου 2.000.000 άνθρωποι και συνολικά κάνονται περίπου 16.000.000 έτη ζωής. Ο καρκίνος του πνεύμονας κατέκει την πρώτη θέση και έπονται ο καρκίνος του εντέρου, του στομάχου, του μαστού, του προστάτη και του παγκρέατος. Ο καρκίνος, συνεπώς, εκτός από κύρια αιτία απώλειας ανθρώπινης ζωής αποτελεί και κύρια αιτία απώλειας σημαντικών οικονομικών πόρων, καθόσιον οι κοινωνίες μας κάθε έτος χάνουν το πρώτο που θα παρήγαγεν όλοι αυτοί που κατέβησαν εξαιτίας του καρκίνου και δοιοι αυτοί που είναι αδύνατο να εργαστούν εξαιτίας της κατάστασης της υγείας τους. Το έμερο αυτό κόστος του καρκίνου είναι πολλαπλός του άμεσου κόστους νοσοκομειακής φροντίδας. Το τελευταίο αφορά στο κόστος των φαρμάκων, στο κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων, στο κόστος νοσηπολείας των ασθενών κ.ά.

Η θεραπεία του καρκίνου, παρ' ότι ακριβή σε πολλές περιπτώσεις, αποφέρει συνολικά στην οικονομία σημαντικά οφέλη. Από μια μελέτη που έγινε πρόσφατα στις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε για παράδειγμα ότι

για κάθε δολάριο που δαπανάται γενικότερα στις Υπηρεσίες Υγείας η οικονομία κερδίζει πάνω 2,4 δολάρια. Σε ό,τι αφορά συγκεκριμένα φάρμακα και θεραπείες για τον καρκίνο παράδοση στην οικονομία μπορεί να φτάσει ακόμη και τα 40 δολάρια. Συνεπώς, η επένδυση στην υγεία και σε θεραπείες για τον καρκίνο όχι μόνο σώζει ανθρώπινες ζωές αλλά επιπρόσθετα αποφέρει οικονομικά οφέλη στην οικονομία γενικότερα. Το κρίσιμο ζήτημα παραμένει να βρεθούν οι πόροι που θα επενδύσουν στην υγεία και να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά αυτοί οι πόροι. στόχοι που είναι δύσκολο να επιτευχθούν. Συγκεκριμένα, οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται συνεχώς τα τελευταία χρόνια και κατά μέσο όρο έχουν πλέον ξεπεράσει το 10% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) στις περισσότερες χώρες, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν σημαντικές πιέσεις για περαιτέρω αύξηση, πόλω της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού, των αυξημένων προσδοκιών των ποιτών, της δημογραφικής γήρανσης και της τεχνολογίκης εξέλιξης. Συνεπώς, η εξέλυψη πόρων για την υγεία γενικότερα και ειδικότερα για την αντιμετώπιση του καρκίνου θα γίνεται όλο και πιο δύσκολη υπόθεση. Επιπλέον, η τεχνολογία και η γιώντα βετυώνουν απλά επίπεδη περιπλέκουσα σημαντικά τα θέματα οργάνωσης και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Τα τελευταία χρόνια έχουμε γίνει μάρτυρες σημαντικών ανακαλύψεων που αιφορούν νέα φάρμακα, νέες βιολογικές και γονιδιακές θεραπείες, νέες διαγνωστικές μεθόδους, νέες επευμβατικές μεθόδους, και άλλα πολλά. Η τεχνολογία στις περισσότερες περιπτώσεις αυξάνεται σημαντικά το κόστος των υπηρεσιών, διότι έχει πολύ υψηλό κόστος ανάτυπης, κτήσης και λειτουργίας. Υπάρχει επιπρόσθετα και έμμεσος κόστος που σχετίζεται με το γενονός ότι κρειάζεται πολύ εξειδικευμένο και ακριβό ανθρώπινο κεφαλόπαιο για να τη χρησιμοποιήσει αποδοτικά και επίσης έξιτιάς της της αποτελεσματικότητας της αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσης και άρα αυξάνονται στη συνέχεια και οι δαπάνες. Από μια πρόσφατη μελέτη έχει αξιολογηθεί ότι η αύξηση των δαπανών για την υγεία οφείλεται κατά 4% στην αύξηση των τιμών, κατά 4% στην αύξηση του ΑΕΠ, κατά 22% στην αύξηση του πληθυσμού κάθιψης, κατά 34% στη γήρανση του πληθυσμού και κατά 36% στη

νέα τεχνολογία υγείας.

Για τους πόρους αυτούς τα συστήματα υγείας όποι και περισσότερο στο μέλλον θα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην χρηματοδότηση και ορθή χρήση της τεχνολογίας υγείας και βεβαίως αυτό αφορά ειδικότερα και τις ανταρκανικές θεραπείες οι οποίες έχουν τεράστιο κόστος, τόσο σε ό,τι αφορά στις κειρουργικές, όσο και στις ακτινοθρούκες, αλλά και στις φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Ωστόσο για την αντιμετώπιση αυτού το ζήτημα χρειάζονται στρατηγικές και ενέργειες που να αφορούν στον καρκίνο και την αντιμετώπιση του. Συγκεκριμένα, στο επίπεδο της Πολιτείας θα πρέπει να υπάρχει έκθετη μακροπρόσθεση στρατηγική, στόχοι και προγράμματα δράσης για τον καρκίνο, βεβαίως ήμαρτυρούντας υπόψη ότι θα πρέπει να διατίθενται οι απαραίτητοι πόροι για την υλοποίηση των στρατηγικών και την επίευξη των στόχων. Είναι αυτονότερο και έχει αποδειχτεί με μετέπειτα ότι αποτελεί πολύ υποτελεσματική χρήση των πόρων στην επένδυση στα προγράμματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου. Σε ό,τι αφορά στην παροχή των υπηρεσιών, αυτή θα πρέπει να γίνεται μέσα από οργανωμένα δίκτυα πρωτοβάθμιας, πυρηνικής, νοσοκομειακής και μετανοσοοκειμεικής υπηρεσίων για τον καρκίνο. Ειδικότερα στη σκέση με τη τεχνολογία υγείας και τα φάρμακα για τον καρκίνο αυτά θα πρέπει να αρχίζουν να εξισούνται εκτός από την κλινική και για την οικονομική αποτελεσματικότητα τους, ώστε πιο κρητικό τους, εν κατακληδί, να εξαφανίζεται τη μέγιστη κλινική αποτελεσματικότητα για το σύστημα υγείας και την κοινωνία γενικότερα. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να φέρμανται να αξιοποιούνται για τη σκέση κόστους-αποτελεσματικότητά τους, κάτι που έχει σκέση όχι μόνο με το φάρμακο αλλά και γενικότερα με την οργάνωση του συστήματος. Θα πρέπει στα πλαίσια αυτά να υπάρχουν αλλά και να εφαρμόζονται κυρίως κατευθυντήριες οδηγίες βασισμένες στη διεθνή βιβλιογραφία και πρότυπα, και να μειωθεί η ανεξέλεγκτη συνταγογράφωση φαρμάκων. Ειδικότερο βάρος θα πρέπει με την εξέλιξη της επιστήμης να δοθεί στις εξατομικευμένες θεραπείες και στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των ομοιοιδών ομάδων ασθενών. Εάν

δεν εφαρμοστούν τα παραπάνω στο σύστημα υγείας γενικότερα αλλά και ειδικότερα στη θεραπεία του καρκίνου, που αφορά μεγάλο μέρος της δαπάνης, είναι αυτονότερο ότι το δημόσιο σύστημα υγείας δεν θα μπορεί να είναι σε θέση σύντομα να χρηματοδοτήσει την παροχή νέων καινοτόμων και αποτελεσματικών θεραπειών σε όλους αυτούς που πραγματικά τις έχουν ανάγκη.

Βιβλιογραφία:

1. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL and Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press, 1997.
2. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, and Weinstein MC. *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*, Oxford University Press, 1996.
3. Μ. Γείτονα Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας - Φαρμακοοικονομία στη Λήψη Αποφάσεων, Πανεπιστημιακές Έκδόσεις Θεσσαλίας 2004.
4. FA Sloan. *Valuing Health Care - Costs, Benefits and Effectiveness of Pharmaceuticals and Other Medical Technologies*. Cambridge University Press, 1996.
5. S. Folland, A. C. Goodman and M. Stano. *The Economics of Health and Health Care*, Macmillan, New York 1993, 1-726.
6. R. B. Saltman, J. Figueras. *European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies*, WHO, Copenhagen 1997, 1-308.
7. M. R. Gold, J. E. Siegel, LB. Russell, M. C. Weinstein. *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*, Oxford University Press, New York, 1996, 1-425.
8. P. Zweifel, F. Breyer. *Health Economics*, Oxford University Press, New York, 1997, 1-382
9. Μ. Γείτονα Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας - Φαρμακοοικονομία στη Λήψη Αποφάσεων, Πανεπιστημιακές Έκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος 2004, 1-32.
10. Γ.Ν. Υφαντόπουλος, ταϊκονομικά της Υγείας Θεωρία και Πολιτική, τυπωθήτω, Αθ" πνα 2003, 1-69
11. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford Medical Publications, Oxford University Press, New York 1997.