



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΚΕΝΤΡΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΣΕΩΝ
ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ AIDS,
ΕΞΙ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΜΑΘΙΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ - ΚΟΔΕΛΛΑ ΕΥΓΕΝΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: **ΕΞΑΚΟΥΣΤΙΔΟΥ ΦΕΒΡΩΝΙΑ**



ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2001

*Αφιερωμένο στην μνήμη
του Πατέρα μου*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	6
Εισαγωγή	8

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

□ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1 Ιστορία του συνδρόμου AIDS	11
1.2 Φυσική πορεία και εξέλιξη της νόσου	12
1.3 Κατηγορίες – Στάδια της νόσου	13
1.4 Μύθος και πραγματικότητα	19

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

□ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

2.1 Η πολιτική Δημόσιας Υγείας για το AIDS	28
2.2 Αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών Συνεπειών	31
2.3 Ηθικοιδεολογικές απόψεις στην πρόληψη	31
2.4 Μονάδες Νοσηλείας Ασθενών	32
2.5 Υπηρεσίες και Οργανισμοί για το AIDS	33

□ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

3.1 Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις του AIDS	36
3.2 Κοινωνικές διαστάσεις του AIDS	38
3.3 Υπολογισμός άμεσου κόστους	41
3.4 Υπολογισμός έμμεσου κόστους	42
3.5 Υπόδειγμα για την εκτίμηση του κόστους του AIDS στην Ελλάδα	43
3.6 Διαχείριση των οικονομικών του AIDS	46

□ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

4.1 Προγράμματα οργανωμένης φροντίδας	53
4.2 Πηγές χρηματοδότησης	57
4.3 Χρηματοδοτικό και οργανωτικό πρόγραμμα διαχείρισης ασθενών με AIDS	61

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

□ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

5.1 Οργάνωση και λειτουργία του Κ.Ε.Ε.Λ.	65
5.2 Κατάρτιση εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας Κ.Ε.Ε.Λ.	65
5.3 Οι υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ.	66
5.3.1 ΞΕΝΩΝΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ «HPSPICE”	67
5.3.2 Κατ’ οίκον Νοσηλεία	68
5.3.3 Συμβουλευτικός Σταθμός και Τηλεφωνική γραμμή (Αθήνα)	69
5.3.4 Κέντρο Αιμοεπαγρύπνησης	69
5.3.5 Κέντρο Αναφοράς Νοσοκομειακών Μυκητιάσεων	70
5.3.6 Κέντρο Αναφοράς ευκαιριακών Λοιμώξεων	70
5.4 Δραστηριότητες του ΚΕΕΛ	71
5.4.1 Ενημέρωση πληθυσμού	72
5.4.2 Άλλες δραστηριότητες	75
5.5 Συνεργασία με κέντρα αναφοράς και μονάδες ειδικών λοιμώξεων	76
5.6 Συνεργασία με μη κυβερνητικές οργανώσεις	76
5.7 Νομική και Κοινωνική υποστήριξη	77
5.8 Επιδημιολογική παρακολούθηση του AIDS	78
5.9 Εποπτεία φαρμάκων	79
5.10 Εθνικό κέντρο επιδημιολογικής παρακολούθησης και παρέμβασης (ΕΚΕΠΑΠΑ)	79
5.11 Σχέσεις με ΜΜΕ	80
5.12 Εκδοτικό έργο	80
5.13 Οργάνωση συνεδρίων, ημερίδων, εκδηλώσεων	81
Συμπεράσματα από την εξάχρονη λειτουργία του Κ.Ε.Ε.Λ.	84

□ **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ**

ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

6.1 Γενικά μέτρα προστασίας του προσωπικού	87
6.2 Εκπαίδευση και νομοθεσία του προσωπικού	88

□ **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοποί και στόχοι της έρευνας	91
Ερωτηματολόγιο	92
Συμπεράσματα	115
Βιβλιογραφία	121
Παράρτημα	122

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σήμερα, στην εκπνοή του 20^{ου} αιώνα, ο κόσμος ζει με τον τρόμο και την ανασφάλεια σε όλο τους το μεγαλείο. Δεκαοκτώ χρόνια πριν, κανείς δεν υποπτευόταν πως κάποτε ο άνθρωπος θα υπέθαλπε στα σπλάχνα του τον ίδιο τον θάνατο...

Στις αρχές της δεκαετίας του '80, η ανακάλυψη ενός θανατηφόρου ιού, έπεσε σαν «κεραυνός εν αιθρία», για να μετατρέψει αργά και σταθερά τον έρωτα σε κίνδυνο αποστροφή, τη ζωή σε μαρτύριο, το όνειρο σε σκοτεινό εφιάλτη. Πριν λίγα χρόνια εξακριβώθηκαν οι τρόποι μετάδοσής του. Αρχικά τα θύματά του περιορίστηκαν στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου. Σήμερα η επιδημία δε γνωρίζει σύνορα. Τα αφάνισε όλα, όπως αφάνισε το κουράγιο των θυμάτων της να παλέψουν και να ζήσουν.

Φυσικά η χώρα μας δεν αποτελεί εξαίρεση. Το πρόβλημα είναι υπαρκτό με διαστάσεις τουλάχιστον όχι τραγικές, μα αρκετά ανησυχητικές. Ο αριθμός των κρουσμάτων αυξάνει. Ο ιός χτυπά τον ανθρώπινο οργανισμό στο ευαίσθητο του σημείο, τη φυσική του ασπίδα. Τα αποτελέσματα είναι γνωστά: συντριβή και απελπισία του φορέα ή του πάσχοντα, κοινωνικός στιγματισμός του από το κοντινό και ευρύτερο περιβάλλον του, που αγγίζει τα όρια της υπερβολής. Παρά την οργανωμένη εκστρατεία ενημέρωσης από τους επιστήμονες, ο κόσμος εξακολουθεί να αρνείται τα άτομα αυτά, με συνέπεια οι μεν φορείς να εκδιώκονται από τον περίγυρό τους, να αδυνατούν να βρουν εργασία και να ζουν διαρκώς με το φόβο πιθανής εκδήλωσης της ασθένειάς τους, οι δε νοσούντες απομονωμένοι πίσω από υγειονομικούς τοίχους, για την προστασία τους, όμως στην πραγματικότητα αιχμάλωτοι του ευάλωτου πλέον οργανισμού τους, περιμένουν τη στιγμή του θανάτου, πολεμώντας να ξεχάσουν.

Αλίμονο σ' αυτούς και σ' εμάς που ανεχόμαστε τόσες άλλες εστίες μόλυνσης και παραμένουμε παθητικοί μοιρολάτρες, ηθικοί τιμωροί ατόμων που χτυπήθηκαν απ' την ασθένεια. Η επιστήμη έδωσε το σύνθημα: «Προφύλαξη – πρόληψη». Η θεραπεία δεν υπάρχει ακόμα, αν και διαφαίνονται αισιόδοξα σημάδια στον ορίζοντα.

Οι νέοι πρέπει να ξέρουμε που βαδίζουν. Συνήθως οι νέοι είναι ευμετάβλητοι, παρορμητικοί, παράφοροι, γεμάτοι ζωτικότητα. Αλίμονο! Στο θέμα του AIDS δεν χωρούν στωϊκότητες. Σήμερα ο έρωτας μπορεί να γίνει ο «απαγορευμένος καρπός» για τους επιτόλαιους. Εμείς κατευθύνουμε τη μοίρα μας. Η εξελικτική πορεία του ιού, προκαλεί φρίκη. Το AIDS εξελίχθηκε σε πληγή,

καρκίνωμα της εποχής μας. Κανείς σήμερα δεν μπορεί να πει ότι «ουδέν οίδε» για το AIDS. Δεν δικαιολογείται η άγνοια. Γι' αυτό καταφάσκουμε στον έρωτα, μα αρνούμαστε την κατάχρηση και τη λανθασμένη επιλογή. Δεν είναι αργά για να καταλάβουμε όλοι πως τα θύματα του AIDS δεν είναι «αποδιοπομπαίοι τράγου». Στην εποχή του Χριστού, η λέπρα ήταν κατάρα. Εκείνος όμως πλησίωσε τους δέκα λεπρούς με αγάπη και τους θεράπευσε.

Εμείς, δεν είμαστε θεοί, μα οφείλουμε να μην δημιουργήσουμε λεπρούς του 20^{ου} αιώνα. Η τηλεόραση καθημερινά προτρέπει για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με ειδικές ανάγκες, γιατί όχι και θυμάτων του AIDS. Αφού γνωρίζουμε τους ελάχιστους, αποκλειστικούς τρόπους μετάδοσής του. Ας βγάλουμε τις παρωπίδες. Το AIDS μας αφορά όλους. Ας το πιστέψουμε όσο σκληρή κι αν είναι η πραγματικότητα. Έγινε πλέον κομμάτι της ζωής μας και θα είναι για αρκετό καιρό ακόμα. Η εμπειρία μας διδάσκει πως τίποτα μέχρι τώρα δεν ανέστειλε την εξέλιξη του ανθρώπου, απλώς κάποτε την κατέστειλε προσωρινά. Η Χιροσίμα αναγεννήθηκε απ' τις στάχτες της. Ας προσέχουμε, λοιπόν, όσοι είμαστε ακόμα υγιείς και ασφαλείς. Ας θυμηθούμε κι ας πλησιάσουμε εκείνα τα ψυχικά ράκη που αναζητούσαν επίγειους παράδεισους και κατέληξαν στην κόλαση της αποστροφής.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία αποτελείται από τρία μέρη στο πρώτο μέρος γίνεται ιστορική αναδρομή του συνδρόμου του AIDS η πορεία και η εξέλιξη έτσι ώστε και ο πιο ανίδεος αναγνώστης να μπορεί να αντιληφθεί τι ακριβώς είναι το AIDS και πως μπορεί να προφυλαχθεί απ' αυτό.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται συνοπτική αναφορά σχετικά με τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις του AIDS στην Ελλάδα καθώς και την διαχείριση των οικονομικών του AIDS.

Στο τρίτο μέρος όπου έχει και την μεγαλύτερη βαρύτητα στην εργασία γίνεται εκτεταμένη αναφορά στην λειτουργία του ΚΕΕΛ (Κέντρο ελέγχου ειδικών λοιμώξεων).

Γίνεται εκτενή αναφορά στο μέχρι τώρα έργο του ΚΕΕΛ καθώς και ένας απολογισμός των υπηρεσιών του.

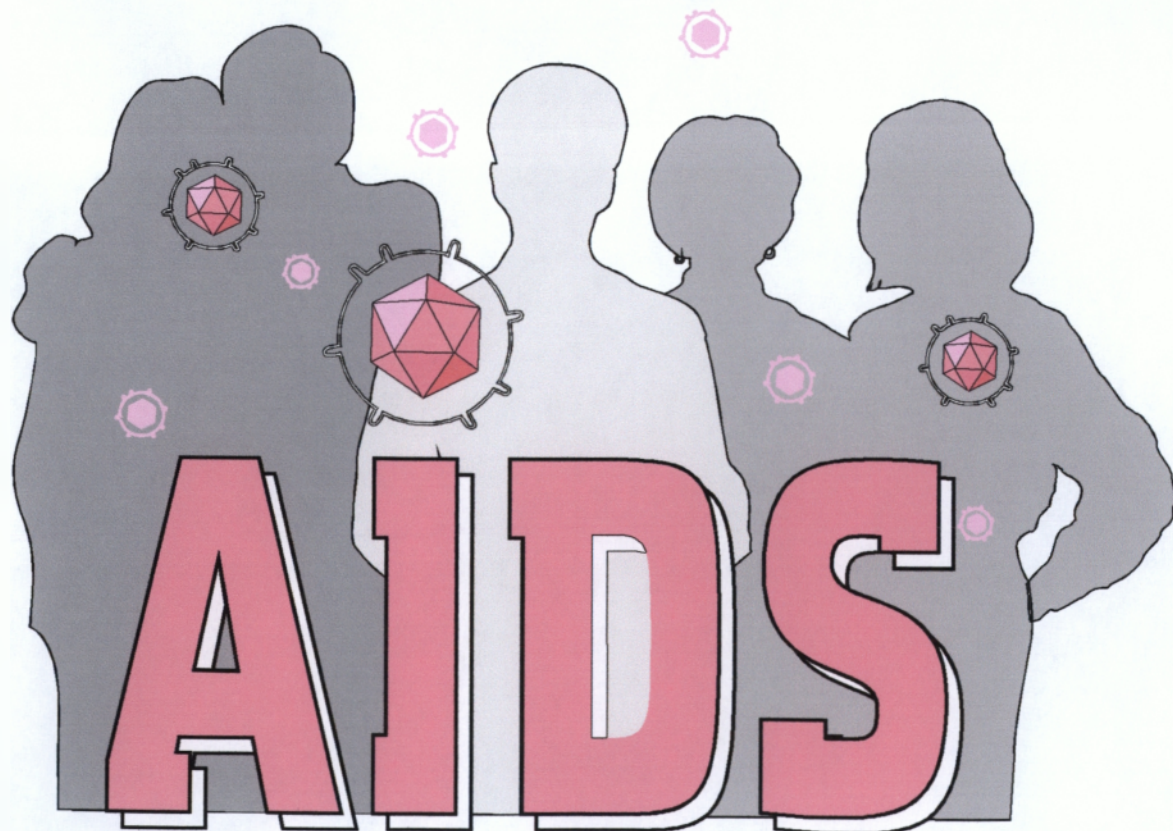
Παρατίθεται το ερωτηματολόγιο το οποίο μοιράστηκε σε πέντε νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας τα οποία νοσηλεύουν νοσούντα άτομα (Παιδών «Αγία Σοφία», Λαϊκό, Ευαγγελισμός, Γεν. κρατικό Αθηνών, Ανδρέας Συγγρός) συμπληρώθηκε από εβδομήντα εννέα άτομα που εργάζονται σ' αυτά τα ιδρύματα διαφόρων ειδικοτήτων. Καταγράφονται τα συμπεράσματα έτσι όπως προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων.

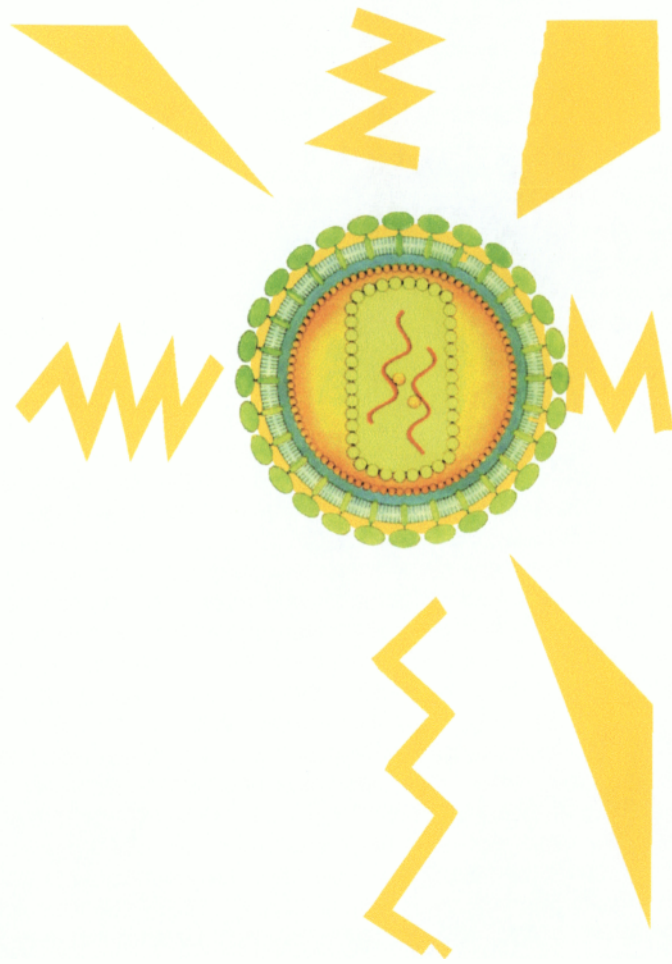
Επίσης καταγράφονται τα συμπεράσματα και οι απόψεις μας για την πορεία του ΚΕΕΛ από την ίδρυσή του το 1992 έως σήμερα έτσι όπως εμείς τα αντιληφθήκαμε μέσα από αυτή τη προσπάθεια για την συγκέντρωση υλικού. Αυτός εξάλλου ήταν και ο στόχος αυτής της εργασίας.

ΜΕΡΟΣ

ΠΡΩΤΟ

1





ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ AIDS

ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ιός του συνδρόμου της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) HIV. Ο ιός που προκαλεί το σύνδρομο AIDS ανήκει στην ομάδα των ρετροϊών.

Ο πράσινος πίθηκος

Ο πράσινος πίθηκος της Αφρικανικής ζούγκλας θεωρείται το ζώο που ήταν και παραμένει ξενιστής του ιού HIV πριν μολυνθεί ο άνθρωπος. Ξενιστής ονομάζεται το ζώο που φιλοξενεί στο σώμα του ένα παθογόνο μικροοργανισμό χωρίς να νοσεί από αυτόν. Δηλαδή, ο πράσινος πίθηκος δεν νοσούσε από τον ιό, τον έφερε όμως στο αίμα του και τα βιολογικά του υγρά. Κάποια στιγμή ο άνθρωπος ήρθε σε επαφή με τον πράσινο πίθηκο ή τις εκκρίσεις του και μολύνθηκε.

Η μόλυνση του ανθρώπου με τον ιό HIV από τον πίθηκο στην Αφρικάνικη ζούγκλα.

Ο άνθρωπος που μολύνθηκε από τον πίθηκο της ζούγκλας στα τέλη της Ιθετίας του '70 μετέδωσε τον ιό HIV και σε άλλους ανθρώπους και τελικά η νόσος εγκαταστάθηκε σε φυλές της Αφρικής νότιας από τη Σαχάρα, τόσο στα χωριά της υπαίθρου όσο και στις πόλεις.

Στη συνέχεια, ο ιός HIV, μέσω εργατών από την Αφρική που πήγαν σαν μετανάστες στην κεντρική Αμερική, μεταφέρθηκε στην Αμερικάνικη ήπειρο.

Μεταφορά της επιδημίας από την Αφρική στην Καραϊβική. Από την Αφρική η επιδημία του AIDS μεταφέρθηκε στην Αϊτή και πιθανώς και σε άλλα νησιά της Καραϊβικής, όπου και ενδημούσε για αρκετά χρόνια προτού μεταφερθεί η επιδημία στον Δυτικό κόσμο.

Παγκόσμια διασπορά της επιδημίας

Από την Κεντρική Αμερική η επιδημία κατευθύνθηκε:

- Προς τις Ανατολικές ακτές των Η.Π.Α. και κυρίως στις περιοχές της Νέας Υόρκης, στις αρχές της δεκαετίας του '80.

- Στις δυτικές ακτές των Η.Π.Α. στην Καλιφόρνια.
- Στην Νότιο Αμερική (Βραζιλία)
- Στην Ευρώπη – Μεγάλη Βρετανία, Γαλλία, Ολλανδία, Ελβετία.

Η επιδημία μεταφέρθηκε στην Ευρώπη και από την Αφρική κατευθείαν μέσω αποίκων και ταξιδιωτών.

Από τις αρχικές αυτές εστίες η επιδημία εξαπλώθηκε στη συνέχεια προς την Ασία (Ινδία, Ταϊλάνδη), Αυστραλία, Δ. Ευρώπη (Ισπανία, Ιταλία) και σε μικρότερο βαθμό στην Ανατολική Ευρώπη.

Κατά την δεκαετία του '90 η επιδημία εξαπλώθηκε σε όλες τις χώρες του κόσμου.

Πανδημία του AIDS.

Η επιδημία του AIDS είναι διαδεδομένη σε όλες τις Ηπείρους και όλες τις χώρες ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικού και πολιτισμικού επιπέδου και υγειονομικών συνθηκών.

Είναι η πρώτη πανδημία που καλείται να αντιμετωπίσει η ανθρωπότητα με την είσοδο του 21^{ου} αιώνα.

1.2 ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η φυσική πορεία της νόσου.

Η ασθένεια του AIDS παρουσιάζει μία μακρά κλινική πορεία. Από τη στιγμή της μόλυνσης του ανθρώπου από τον ιό μέχρι της κλινικής εκδήλωσης των συμπτωμάτων του AIDS μεσολαβούν κατά μέσο όρο 10 χρόνια.

Η νόσος διαιρείται σε τρεις μεγάλες φάσεις ή χρονικές περιόδους:

Η πρώτη φάση αρχίζει με τη μόλυνση του ανθρώπου από τον ιό και διαρκεί για όσο χρόνο ο ασθενής δεν παρουσιάζει κανένα κλινικό πρόβλημα. Κατά την περίοδο αυτή ο ασθενής είναι φορέας του ιού μόνο και δεν νοσεί κλινικά. Η πρώτη φάση διαρκεί συνήθως από 5 έως 12 έτη. Σπάνια, ο άνθρωπος παραμένει στην πρώτη φάση (φορέας) και για 20 και πλέον έτη.

Η δεύτερη φάση είναι η περίοδος που ο ιός έχει εξασθενήσει τον οργανισμό του ανθρώπου με αποτέλεσμα να εμφανίζεται φιλάσθενος και να εκδηλώ-

νει προβλήματα λοιμώξεων και αδυναμίας. Η δεύτερη φάση διαρκεί δυο έως τρία έτη.

Η τρίτη φάση ή σύνδρομο AIDS, περιλαμβάνει την εκδήλωση σοβαρών επιπλοκών από την δράση του ιού στον άνθρωπο δηλαδή μακροχρόνιους υψηλούς πυρετούς, μεγάλη απώλεια βάρους, διανοητική βλάβη, απώλεια της οράσεως, διάρροιες, πνευμονίες από ευκαιριακά παθογόνα μικρόβια, εμφάνιση νεοπλασιών του δέρματος και των οργάνων και τελικώς το θάνατο. Η διάρκεια της τρίτης φάσης κυμαίνεται από δυο έως τρία χρόνια.

Ταξινόμησης της λοίμωξης από τον ιό HIV

ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ			
Αριθμός Λεμφοκυττάρων Ασθενούς CD 4 + Tα (mm3)	A ΠΡΩΤΟΛΟΙΜΩΞΗ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	B ΗΠΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ	Γ ΝΟΣΟΣ AIDS
> 500	A1	B1	Γ1
200 - 500	A2	B2	Γ2
< 200	A3	B3	Γ3

Η μακρά πορεία της νόσου του AIDS χωρίζεται σε τρεις κλινικές κατηγορίες, A, B και Γ ανάλογα με τη βαρύτητα των κλινικών εκδηλώσεων. Κάθε κατηγορία υποδιαιρείται σε τρεις ομάδες ανάλογα με τον αριθμό των λεμφοκυττάρων.

Η κατάταξη αυτή βοηθάει σημαντικά στο διαχωρισμό των ασθενών σε ομάδες για την καλύτερη αντιμετώπισή τους.

1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ – ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ A

Οξεία πρωτολοίμωξη από τον ιό του AIDS

Η πρώτη επαφή του ιού με τον άνθρωπο, ύστερα από ένα χρόνο επώσεως (2-3 εβδομάδες), προκαλεί μια κλινική συνδρομή που μοιάζει συνήθως με γρίπη. Η πρωτολοίμωξη διαρκεί από 5 έως 15 ημέρες και εν συνεχεία το άτομο γίνεται ασυμπτωματικός φορέας, αισθάνεται εντελώς υγιής και η μόνη ένδειξη

ύπαρξης του ιού για πολλά χρόνια είναι η θετική εξέταση στο αίμα για αντισώματα έναντι του ιού.

Ασυμπτωματική περίοδος.

Η ασυμπτωματική περίοδος της λοίμωξης από τον ιό HIV διαρκεί 5-10 χρόνια. Ο ασθενής δεν εμφανίζει κανένα σύμπτωμα και είναι κλινικά υγιής.

Συνεχής πολλαπλασιασμός του ιού.

Όλα τα χρόνια που το άτομο φορέας του ιού HIV δεν έχει κανένα κλινικό σύμπτωμα στους ιστούς και στο αίμα του, ο ιός πολλαπλασιάζεται συνεχώς ταχύτατα και σε μεγάλες ποσότητες.

Η άμυνα του ασθενούς με το ανοσολογικό σύστημα είναι ικανή να ανακόπτει τις βλαβερές συνέπειες της ύπαρξης του ιού μέσα στο ανθρώπινο σώμα.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β

Η δεύτερη κλινική φάση

Όταν η άμυνα του ανθρώπου δεν μπορεί πλέον να αντιμετωπίσει την εισβολή και εγκατάσταση του ιού HIV στο σώμα του ανθρώπου που έντονα πολλαπλασιάζεται επί έτη, τότε εμφανίζονται τα πρώτα κλινικά συμπτώματα της δεύτερης περιόδου της νόσου.

Κλινικά συμπτώματα της κατηγορίας Β.

Παραθέτουμε τα προβλήματα λοιμώξεων ή άλλων νοσηρών καταστάσεων του άρρωστου που άρχισε να εμφανίζει κλινικά προβλήματα από τον ιό και δεν είναι πλέον απλός φορέας.

Στοματικές άφτρες, άφθες, ουλίτιδα από τον ιό HIV, τριχωτή λευκοπλακία στόματος, μυκητίαση στόματος, έρπης ζωστήρας δέρματος, βακτηριακή αγγειομάτωση δέρματος, σημαντική απώλεια βάρους (περισσότερο από 10 κιλά), υποτροπιάζουσες βρογχίτιδες, ιγμορίτιδες.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ.

Στάδια της νόσου του AIDS.

Κατά την κλινική πορεία της νόσου του AIDS παρατηρείται με το πέρασμα των ετών, σταδιακή πτώση του αριθμού των Τ4 λεμφοκυττάρων του αίματος, που αποτελούν βασικό στοιχείο στην άμυνα του οργανισμού εναντίον των μικροβίων, των ιών και των διαφόρων μορφών καρκίνου.

Η μείωση του αριθμού των Τ κυττάρων του ανθρώπου προκαλεί την εμφάνιση λοιμώξεων από μικρόβια που συνήθως παρασιτούν ή αποικίζουν τον άνθρωπο χωρίς να του προκαλούν λοίμωξη. Τα μικρόβια αυτά ονομάζονται ευκαιριακά και οι λοιμώξεις που προκαλούν ονομάζονται ευκαιριακές ή οportunιστικές.

Η εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων και ιδιαίτερα πνευμονίας από το μικρόβιο πνευμονοκύστη καρίνι και εγκεφαλίτιδας από το παράσιτο τοξόπλασμα σημαίνει ότι ο άρρωστος με AIDS έχει μπει στην τρίτη και τελευταία περίοδο της νόσου, που ονομάζεται και πλήρες AIDS.

Επομένως η τρίτη φάση της νόσου AIDS χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων καθώς και νεοπλασιών, όπως τα λεμφώματα και ενός καρκίνου του δέρματος που ονομάζεται σάρκωμα Kaposi.

Αναφέρονται οι κλινικές εκδηλώσεις και τα σύνδρομα που τεκμηριώνουν ότι ένας άρρωστος έχει προχωρημένη νόσο AIDS.

Προχωρημένη νόσος AIDS.

Όταν η νόσος AIDS τρίτου σταδίου είναι κλινικά προχωρημένη χαρακτηρίζεται από τρομακτική απίσχνανση και αδυναμία του ασθενούς.

Ο ασθενής είναι υποχρεωμένος να κινείται με αναπηρική πολυθρόνα λόγω της αδυναμίας του να βαδίσει.

Ο ασθενής είναι υποχρεωμένος, λόγω της αδυναμίας του, να είναι συνεχώς κατακεκλιμένος στο κρεβάτι. Ο ασθενής συχνά προχωρεί σε άνοια, απώλεια των αισθήσεων και κόμα λόγω προσβολής του εγκεφάλου από τον ιό του AIDS. Ο ασθενής συνεχώς εξασθενεί, εμφανίζει δύσπνοια και επέρχεται ο θάνατος. Η διάρκεια της νόσου στην προχωρημένη φάση είναι δυο έως τρία έτη.

ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ AIDS ΚΑΤΑ ΧΩΡΑ ΚΑΙ ΕΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ				
ΧΩΡΑ	1994	1995	1996 ΙΑΝ - ΣΕΠ	ΣΥΝΟΛΟ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ
ΙΣΠΑΝΙΑ	7.167	6.865	5.382	41.598
ΙΤΑΛΙΑ	5.447	6.074	4.158	35.949
ΓΑΛΛΙΑ	5.806	5.487	3.714	43.451
Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ	1.779	1.578	1.537	13.394
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1.873	1.788	1.259	15.308
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	608	687	605	3.575
ΣΟΥΗΔΙΑ	180	198	121	1.445
ΕΛΛΑΔΑ	125	311	126	1.422
ΑΛΒΑΝΙΑ	2	5	0	7
ΡΩΣΙΑ	27	39	47	245

Δηλωθέντα κρούσματα κατά έτος διάγνωσης και φύλο

Στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999.

Έτος διά- γνωσης Year of di- agnosis	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Συχνότητα/εκατ. Πληθυσμού Rate/ million population	
	N	%	N	%	N	%
1982	2	(0,1)		(0,0)	2	(0,20)
1983	5	(0,3)		(0,0)	5	(0,51)
1984	6	(0,3)		(0,0)	5	(0,51)
1985	16	(0,9)		(0,0)	16	(1,61)
1986	23	(1,3)		(0,0)	23	(2,31)
1987	56	(3,2)	6	(2,3)	61	(6,10)
1988	66	(3,8)	6	(2,2)	72	(7,17)
1989	92	(5,3)	14	(5,2)	106	(10,50)
1990	126	(7,2)	17	(6,4)	143	(14,07)
1991	162	(9,3)	22	(8,2)	184	(17,95)
1992	167	(9,6)	23	(8,6)	190	(18,41)
1993	148	(8,5)	21	(7,9)	169	(16,28)
1994	183	(10,5)	32	(12,0)	215	(20,62)
1995	186	(10,6)	27	(10,1)	213	(20,37)
1996	191	(10,9)	42	(15,7)	233	(22,24)
1997	142	(8,1)	25	(9,4)	167	(15,91)
1998	98	(5,6)	12	(4,5)	110	(10,46)
1999	79	(4,5)	19	(7,1)	98	(9,31)
Σύνολο - Total	1.748	(100,0)	267	(100,0)	2.015	

Δηλωθέντες θάνατοι από AIDS κατά έτος θανάτου και φύλο

Στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999

Έτος θανάτου Year of death	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total	
	N	%	N	%	N	%
1983	1	(0,1)		(0,0)	1	(0,1)
1984	6	(0,6)		(0,0)	6	(0,5)
1985	6	(0,6)		(0,0)	6	(0,5)
1986	10	(1,0)		(0,0)	10	(0,8)
1987	28	(2,7)	3	(2,2)	31	(2,6)
1988	32	(3,1)	1	(0,7)	33	(2,8)
1989	47	(4,5)	4	(3,0)	51	(4,3)
1990	62	(5,9)	6	(4,5)	68	(5,8)
1991	66	(6,3)	7	(5,2)	73	(6,2)
1992	98	(9,4)	10	(7,5)	108	(9,1)
1993	98	(9,4)	9	(6,7)	107	(9,1)
1994	130	(12,4)	17	(12,7)	147	(12,4)
1995	137	(13,1)	16	(11,9)	153	(12,9)
1996	127	(12,1)	24	(17,9)	151	(12,8)
1997	71	(6,8)	13	(9,7)	84	(7,1)
1998	54	(5,2)	8	(6,0)	62	(5,2)
1999	45	(4,3)	8	(6,0)	53	(4,5)
Άγνωστο / Unkown	30	(2,9)	8	(6,0)	38	(3,2)
Σύνολο - Total	1.048	(100,0)	134	(100,0)	1.182	(100,0)

1.4 ΜΥΘΟΣ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Το AIDS οφείλεται σε ιό. Οποιοσδήποτε μολυνθεί με τον ιό του AIDS μπορεί να αρρωστήσει, ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο, φυλή, σεξουαλικό προσανατολισμό ή οτιδήποτε άλλο. Ο ιός του AIDS ακριβώς όπως και οι άλλοι ιοί, προκαλεί μια μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων. Υπάρχουν βασικά τρεις τρόποι, που ο άνθρωπος μπορεί να εκδηλώσει μόλυνση από τον ιό του AIDS.

- 1. Πολλά άτομα μολυσμένα από τον ιό τελικά δεν αρρωσταίνουν.** Δείχνουν και αισθάνονται υγιέστατα. Αυτά τα άτομα όμως μπορούν να μεταδώσουν τον ιό σε άλλους. Ονομάζονται «ασυμπτωματικοί φορείς» που σημαίνει φορείς χωρίς συμπτώματα της ασθένειας.
- 2. Άλλα άτομα αναπτύσσουν συμπτώματα που σχετίζονται με το AIDS, αλλά δεν παρουσιάζουν καμία από τις ασθένειες που οι ερευνητές χρησιμοποιούν για να διαγνώσουν το AIDS.** Αυτά τα άτομα λέμε ότι έχουν το σύμπλεγμα συμπτωμάτων που σχετίζεται με το AIDS. Μπορεί να είναι σχεδόν υγιείς ή ελαφρά άρρωστοι. Μερικά άτομα με ARC μπορεί να είναι σχεδόν υγιείς ή ελαφρά άρρωστοι. Μερικά άτομα με ARC μπορεί να αρρωστήσουν πολύ σοβαρά και να πεθάνουν, χωρίς ποτέ να τους γίνει διάγνωση για AIDS.
- 3. Τέλος, μερικά άτομα μολυσμένα από τον ιό αναπτύσσουν, πλήρως την ασθένεια του AIDS.** Αυτός είναι συνήθως ο πιο σοβαρός τύπος της ασθένειας. Περισσότερα από τα μισά άτομα στα οποία έχει διαγνωσθεί AIDS μέχρι σήμερα έχουν πεθάνει. Επειδή πολλά άτομα είναι υγιείς φορείς του ιού του AIDS, αλλά δεν γνωρίζουν ότι είναι μολυσμένοι, είναι πολύ δύσκολο να σταματήσει η διάδοση της ασθένειας. Επίσης ο ιός του AIDS έχει μεγάλη περίοδο επώασης (επώαση = διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ του χρόνου πρώτης μόλυνσης και του χρόνου εκδήλωσης της ασθένειας στο άτομο). Στον ιό του AIDS αυτή η περίοδος επώασης μπορεί να είναι από λίγους μήνες έως 15 χρόνια.

Ευτυχώς το AIDS είναι μια ασθένεια που κολλάει δύσκολα. Δεν κολλάμε τον ιό του AIDS αγγίζοντας ή αγκαλιάζοντας κάποιον, όταν μοιραζόμαστε τροφή ή ποτό, όταν ταξιδεύουμε στο λεωφορείο με άτομα που είναι μολυσμένα. Δεν κολλάμε τον ιό από την λεκάνη της τουαλέτας, τον νεροχύτη, τις πισίνες ή τα θερμά λουτρά. Δεν κολλάμε τον ιό με κοινή χρήση τηλεφώνου, χαρτιού ή μολυβιών. Δεν κολλάει κανείς τον ιό, όταν φτερνίζονται ή βήχουν

πολύ κοντά του. Δεν κολλάει κανείς τον ιό, όταν δίνει αίμα. Όμως μπορεί κάποιος που δεν είναι μολυσμένος, να προσβληθεί από τον ιό του AIDS, όταν σπέρμα, κολπικές εκκρίσεις ή αίμα ανθρώπου, που έχει μολυνθεί από τον ιό του AIDS, εισέλθει απ' ευθείας στην κυκλοφορία του αίματός του, όπως γίνεται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- 1. Ο ιός του AIDS μπορεί να μεταδοθεί ανάμεσα σε σεξουαλικούς συντρόφους, που έρχονται σε επαφή κολπική ή πρωκτική.** Ίσως μπορεί να μεταδοθεί ανάμεσα σε σεξουαλικούς συντρόφους με επαφή στοματο – γεννητική ή στοματο – πρωκτική, εάν είναι από τους δύο ένας ήδη μολυσμένος.
- 2. Ο ιός του AIDS μπορεί να μεταδοθεί κατ' ευθείαν στην κυκλοφορία του αίματος, όταν χρήστες ναρκωτικών μοιράζονται σύριγγες για ενδοφλέβιες ενέσεις.** Ο ιός του AIDS επίσης μπορεί να μεταδοθεί σε άτομα που χρησιμοποιούν κοινές βελόνες για τατουάζ, εάν δεν έχουν αποστειρωθεί σωστά.
- 3. Παλαιότερα, μερικά άτομα είχαν μολυνθεί από τον ιό του AIDS από μολυσμένο αίμα μετάγγισης ή από ειδικά προϊόντα αίματος για άτομα με ασθένειες, όπως αιμορροφιλία.** Σήμερα το αίμα για μετάγγιση ελέγχεται και τα αποθέματα αίματος είναι αρκετά ασφαλή. Τα προϊόντα αίματος για άτομα με αιμορροφιλία παστεριώνονται, ώστε να καταστραφεί ο ιός.
- 4. Γυναίκες μολυσμένες από τον ιό του AIDS μπορεί να μολυνθούν τα αγέννητα παιδιά τους.** Τα παιδιά μολύνονται πριν από τη γέννηση όταν μοιράζονται τα αντισώματα της μητέρας τους.

Οι ευπαθείς ομάδες στον ιό HIV είναι οι εξής:

Οι μεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος:

Αρκετά παιδάκια στην Ελλάδα (πάνω από 100) που έπασχαν από συγγενείς αιμοσφαιρινοπάθειες ή αιμορροφιλία προσβλήθηκαν από τον ιό του HIV στις αρχές της δεκαετίας του '80 ύστερα από μετάγγιση μολυσμένου αίματος ή παραγών αίματος που είχε εισαχθεί από την Ελβετία.

Πολλοί ασθενείς σε όλο τον κόσμο που μεταγγίστηκαν με αίμα ή παράγωγα του στις αρχές της δεκαετίας του '80, «κόλλησαν τον ιό από το μολυσμένο αίμα που δεν είχε ελεγχθεί. Σήμερα δεν διατρέχουμε τέτοιο κίνδυνο διότι το αίμα ελέγχεται για τον ιό HIV προτού χορηγηθεί στον άνθρωπο.

Νεογέννητα οροθετικών μητέρων:

Τόσο στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσο και στις Η.Π.Α. παρατηρείται αύξηση του AIDS σε γυναίκες 13-19 ετών κυρίως σε πληθυσμούς μειονοτήτων.

Αύξηση των γυναικών φορέων σημαίνει αύξηση μολύνσεων στα παιδιά. Η μετάδοση του ιού HIV με κάθετο τρόπο από την οροθετική μητέρα στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης φθάνει στο ποσοστό του 33%. Ο συχνότερος τρόπος μετάδοσης του ιού είναι κατά τη διάρκεια του τοκετού και με το θηλασμό και σπανιότερα κατά τους εννέα μήνες της κύησης.

AIDS και γυναίκα

Αύξηση των κρουσμάτων AIDS στις γυναίκες έχει σαν συνέπεια την αύξηση των παιδιών που γεννιούνται με AIDS στον κόσμο. Αύξηση των θανάτων γυναικών από AIDS, σημαίνει αύξηση των ορφανών παιδιών από μητέρα.

Εργαζόμενοι στη βιομηχανία του σεξ.

Οι εργαζόμενοι στην βιομηχανία του sex έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό λόγω μεγάλου αριθμού σεξουαλικών συντρόφων εάν δεν λαμβάνουν τα κατάλληλα προφυλακτικά μέτρα.

Ερωτικοί σύντροφοι ατόμων με υψηλού κινδύνου συμπεριφορές.

Άτομα που οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι είναι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, απασχολούνται στην βιομηχανία του sex και δεν λαμβάνουν τα κατάλληλα προφυλακτικά μέτρα έχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης.

Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

Ο ιός HIV μεταδίδεται με τη χρησιμοποίηση μολυσμένων βελόνων ή συριγγών για ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.

Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

Ατυχήματα με τρύπημα μολυσμένης βελόνας από αίμα ασθενούς με AIDS έχει κίνδυνο μόλυνσης 0,4 %.

Επίσης κίνδυνος επαγγελματικής μόλυνσης υφίσταται ο οδοντίατρος εάν δεν λαμβάνει τα απαραίτητα γι' αυτόν μέτρα όπως γάντια, μάσκα, προστατευτικά ενδύματα καθώς και πλύσιμο και προστασία των χεριών του.

Επίσης πρέπει να δίδετε πολύ μεγάλη προσοχή σωστή αποστείρωση των εργαλείων των οποίων χρησιμοποιεί.

Δηλωθέντα κρούσματα παιδιών με AIDS (ηλικίας < ή =12 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1998.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	ΑΓΟΡΙΑ		ΚΟΡΙΤΣΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Πολυμεταγγιζόμενα παιδιά	10	(55,6)	0	(0,0)	10	(33,3)
Μεταγγιζόμενα παιδιά	0	(0,0)	2	(16,7)	2	(6,7)
Ακαθόριστα	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Από μητέρα σε παιδί						
Χρήστες Ενδοφλέβιων ναρκωτικών	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Μεταγγιζόμενες	1	(5,6)	1	(8,3)	2	(6,7)
Ετεροφυλόφιλες	2	(11,1)	3	(25,0)	5	(16,7)
Κατάγονται από χώρα με συχνή ετεροφυλ. Μετάδοση	2	(11,1)	2	(16,7)	4	(13,3)
Ακαθόριστες	3	(16,7)	4	(33,3)	7	(23,3)
ΣΥΝΟΛΟ	18	(100,0)	12	(100,0)	30	(100,0)

Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων /ενηλίκων μεAIDS (ηλικία > ή = 13 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1998

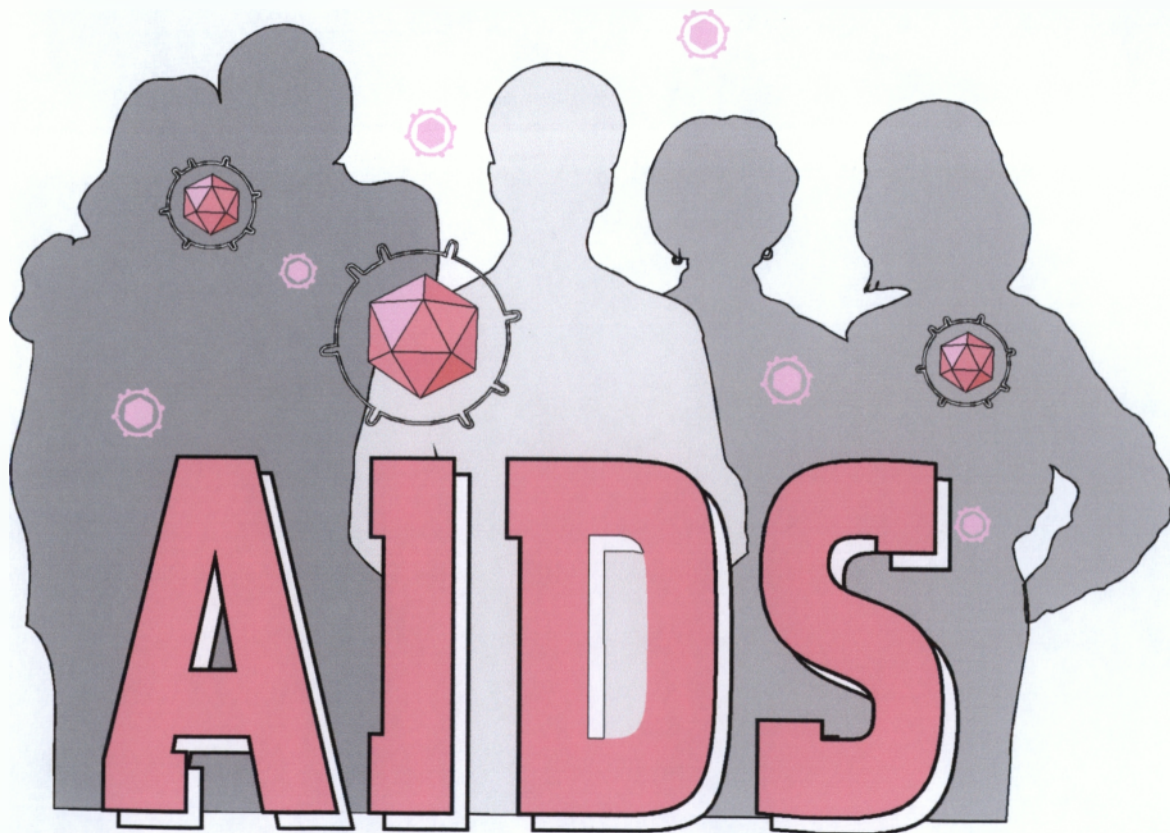
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΜΕΤΑ-ΔΟΣΗΣ	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ομο/αμφιφυλόφυλοι άνδρες	1093	(67,5)	-	-	1093	(59,0)
Χρήστες ενδοφλ. ναρκωτικών	54	(3,3)	18	(7,8)	72	(3,9)
Ομο/αφιφυλόφυλοι Χ.Ε. ναρ/κών	9	(0,6)	-	-	9	(0,5)
Πολυμεταγγιζόμενοι με παρ. αίμ.	99	(6,1)	5	(2,2)	104	(5,6)
Μεταγγιζόμενοι	31	(1,9)	25	(10,8)	56	(3,0)
Ετεροφυλόφυλοι	144	(8,9)	159	(68,5)	303	(16,4)
Ακαθόριστοι	190	(11,7)	25	(10,8)	215	(11,6)
ΣΥΝΟΛΟ	1620	(100,0)	232	(100,0)	1852	(100,0)

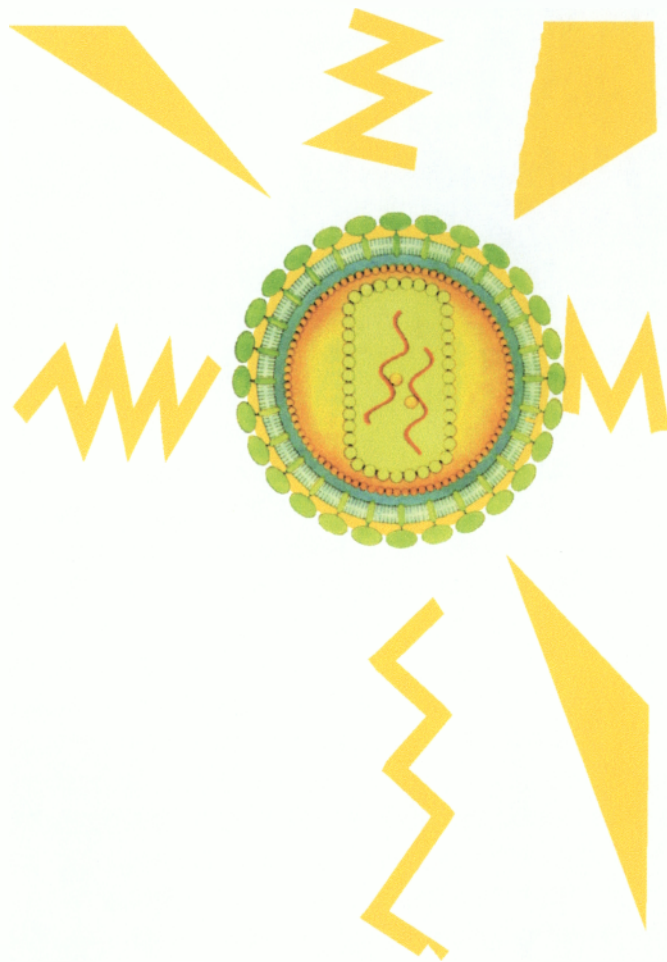
Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων /ενηλίκων με AIDS (ηλικίας > ή = 13 ετών) κατά ηλικία κατά τη διάγνωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1998

ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ (ΕΤΩΝ)	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
13-14	4	(0,2)	1	(0,4)	5	(0,3)
15-19	19	(1,2)	7	(3,0)	26	(1,4)
20-24	57	(3,5)	17	(7,3)	74	(4,0)
25-29	203	(12,5)	40	(17,2)	243	(13,1)
30-34	337	(20,8)	47	(20,3)	384	20,7)
35-39	296	(18,3)	41	(17,7)	337	(18,2)
40-49	382	(23,6)	21	(9,1)	403	(21,8)
50-59	170	(10,5)	24	(10,3)	194	(10,5)
60+	123	(7,6)	28	(12,1)	151	(8,2)
ΑΓΝΩΣΤΗ	29	(1,8)	6	(2,6)	35	(1,9)
ΣΥΝΟΛΟ	1620	(100,0)	232	(100,0)	1852	(100,0)

ΜΕΡΟΣ

ΔΕΥΤΕΡΟ





ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

2.1 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (αναφορά στην ενημέρωση, μέτρα ελέγχου, αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών συνεπειών κ.λ.π.)

Το AIDS αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας. Στην Ελλάδα έχουμε ευτυχώς το χαμηλότερο ποσοστό κρουσμάτων από όλες τις χώρες της Ε.Ο.Κ.

Παρόλαυτά και πριν ακόμα εμφανιστεί το πρώτο κρούσμα του AIDS στη χώρα του Υ. Υ. Π. Κ. Α. ύστερα από προτάσεις και ενέργειες του καθηγητή κυρίου Γεωργίου Παπαευαγγέλου και της Διευθύντριας της δημόσιας υγιεινής Θεοδώρας Στεφάνου συνέστησε την Εθνική Επιτροπή AIDS η οποία αποτελούνταν από εμπειρογνώμονες, σε συνεργασία με τους οποίους το Υπουργείο προγραμμάτισε τις δραστηριότητές του για την αντιμετώπιση της νόσου.

Το 1988 η επιτροπή διευρύνθηκε και υπό την προεδρία του καθηγητή και προέδρου της Ακαδημίας Αθηνών κ. Γ. Μερικά συγκροτήθηκε σε έξι υποεπιτροπές:

- Εκπαίδευσης
- Ενημέρωσης και Ηθικής Δεοντολογίας
- Επιδημιολογίας
- Έρευνας
- Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Νοσηλείας
- Ψυχολογικών και Κοινωνικών προβλημάτων

Στη συνέχεια και επί Οικουμενικής Κυβερνήσεως ο κ. Γ. Μερικάς αναλαμβάνει το Υ. Υ. Π. Κ. Α., τη θέση του προέδρου της επιτροπής αναλαμβάνει ο καθηγητής της Παιδιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Ακαδημαϊκός κ. Ματσανιώτης.

Οι δραστηριότητες της επιτροπής κάλυψαν τους εξής τομείς:

- **Ενημέρωση**
- **Εργαστηριακή Διαγνωστική**
- **Μέτρα ελέγχου της νόσου**
- **Αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών συνεπειών της νόσου**
- **Νοσηλεία ασθενών**

Ενημέρωση

Αυτή ξεκίνησε ευθύς με την εμφάνιση των πρώτων κρουσμάτων στη χώρα και περιλάμβανε κατά κύριο λόγο την έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων, αφισών, οργάνωση συνεδρίων, σεμιναρίων, ενημερωτικών ομιλιών, δημόσιες συζητήσεις καθώς και εκπομπές από το ραδιόφωνο και την τηλεόραση.

Οι επιστημονικές επιτροπές των Νοσοκομείων σε συνεργασία με τις επιτροπές ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων οργανώνουν προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης του Ιατρονοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού.

Επίσης λειτουργεί συμβουλευτικός σταθμός AIDS και ανοικτή τηλεφωνική γραμμή την οποία στελεχώνουν γιατροί, επισκέπτες –πτριες υγείας, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Ψυχολόγοι, οι οποίοι ενημερώνουν και στηρίζουν ψυχολογικά φορείς και ασθενείς του AIDS.

Το Υπουργείο Παιδείας σύνταξε ειδικό φυλλάδιο το οποίο διανεμήθηκε σε όλους τους καθηγητές Γυμνασίου και Λυκείου. Με βάση το περιεχόμενο του έγιναν ενημερωτικές ομιλίες προς τους μαθητές.

Πραγματοποιείται ακόμα ενημέρωση στο προσωπικό των φυλακών της χώρας και στους φυλακισμένους με ιδιαίτερη έμφαση στους τοξικομανείς, για την αποτελεσματική προφύλαξή τους από τη μόλυνση με τον ιό HIV.

Εργαστηριακή Διάγνωση.

Αυτός ο τομέας άρχισε να λειτουργεί ευθύς αμέσως με την εμφάνιση των πρώτων κρουσμάτων στη χώρα μας αρχές του '84, σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες της Π.Ο.Υ. Αρχικά λειτούργησαν δυο κέντρα, το πρώτο στο εθνικό κέντρο ιογενούς Ηπατίτιδας της ΥΣΑ το οποίο εφάρμοσε πρώτο στη χώρα μας την ανασοενζυματική μέθοδο ELISA με την Western Blot και το δεύτερο στο Ανοσολογικό Τμήμα του θεραπευτηρίου «Ευαγγελισμός» για τον προσδιορισμό της ανοσιακής κατάστασης των φορέων και νοσούντων. Σήμερα λειτουργούν

δέκα ειδικά κέντρα Αναφοράς ή Κέντρα ελέγχου του AIDS τα οποία προσφέρουν διαγνωστικές αλλά και συμβουλευτικές υπηρεσίες.

Παράλληλα όμως τις ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις για την ανίχνευση του ιού HIV κάνουν και όλα τα Γενικά Κρατικά Νοσοκομεία της χώρας τα οποία έχουν εξοπλιστεί με την αναγκαία εργαστηριακή υποδομή.

Μέτρα ελέγχου

Βασικά μέτρα ελέγχου τα οποία θέσπισε το Υπουργείο κατά χρονολογική σειρά είναι:

1. Υποχρεωτική δήλωση κρουσμάτων AIDS (Α1 /6824/ΕΓΛ 4/7/83)
2. Υποχρεωτικός έλεγχος των αιμοδοτών και του προς μετάγγιση αίματος για αντισώματα HIV (ΕΜΠ 1360/ΟΙΚ 37/ΕΓΚ 3 Σεπτ. 1985)
3. Ανίχνευση φορέων AIDS μεταξύ ομάδων υψηλού κινδύνου (1985). Ιδιαίτερη προσπάθεια καταβλήθηκε για την αποφυγή υποχρεωτικού ελέγχου σε οποιαδήποτε άλλη ομάδα εκτός των χαρακτηρισμένων ιερόδουλων, καθώς και για την κατοχύρωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών και φορέων του AIDS.
4. Υποχρεωτική εξέταση δοτών σπέρματος, οργάνων και ιστών για αντισώματα HIV (Α1/3151/7 Απριλίου 1986)
5. Χρηματοδοτείται ειδικό πρόγραμμα ανωνύμου μη τακτοποιήσιμου ελέγχου φορέων AIDS που θα συμβάλλει στην αντικειμενικότερη εκτίμηση της πορείας της επιδημίας του AIDS στη χώρα μας.
6. Για την πλέον αποτελεσματική οργάνωση και συντονισμό όλων των δραστηριοτήτων από την πολιτεία και για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου, έχει εκδοθεί το υπ/ αριθμ. 358 Προεδρικό Διάταγμα του Υπουργείου Υγείας με το οποίο δημιουργείται το Κέντρο ελέγχου ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) με τη μορφή νομικού προσώπου ιδιωτικού Δικαίου. Το Κ.Ε.Ε.Λ. συνεργαζόμενο με τις αρμόδιες Διευθύνσεις του Υπουργείου καθώς και με άλλους φορείς που διαπλέκονται στην αντιμετώπιση του AIDS, τόσο από το Δημόσιο φορέα όσο και από εθελοντικές οργανώσεις έχει όχι μόνο συμβουλευτική αλλά και εκτελεστική εξουσία και θα συμβάλλει σημαντικά στην εξάλειψη των παρατηρημένων αδυναμιών εκτέλεσης και εφαρμογής των εκάστοτε λαμβανομένων αποφάσεων. Το κέντρο αυτό ανέλαβε τη συνολική αντιμετώπιση και

τον συντονισμό των ενεργειών των υπηρεσιών του κράτους τόσο για την πρόληψη όσο και για την θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS.

2.2 Αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών Συνεπειών

Στα πλαίσια αυτά γίνεται τακτική παρακολούθηση και προσπάθεια κάλυψης των ψυχολογικών αναγκών των προσβεβλημένων από το AIDS ατόμων που νοσηλεύονται στα Κρατικά Νοσοκομεία της Αττικής. Έχει οργανωθεί και λειτουργεί στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου κέντρο Ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, η εμπειρία του οποίου θα αποτελέσει υπόδειγμα για τη δημιουργία ανάλογων κέντρων σε ιδρύματα. Επίσης πολύ σύντομα θα λειτουργήσουν στα πλαίσια αυτού του τομέα 3 Ξενώνες και Συμβουλευτικοί Σταθμοί στην Αθήνα, Πειραιά και Θεσσαλονίκη για την ψυχοκοινωνική προστασία απόρων και εγκαταλειμμένων ατόμων προσβεβλημένων από τον ιό HIV.

2.3 ΗΘΙΚΟΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ AIDS

Συχνά υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ των νομικών και ηθικοδεοντολογικές απόψεων, ειδικά στην περιοχή της πρόληψης και του ελέγχου του AIDS. Αν και οι ηθικοδεοντολογικές αρχές μπορεί να μην εκφράζονται με σαφήνεια στη νομοθεσία για το AIDS, ωστόσο όμως τονίζεται, ότι οι προσπάθειες για την πρόληψη και τον έλεγχο της μόλυνσεως με HIV, πρέπει να βασίζονται πάνω σε λογικές ηθικές αρχές, οι οποίες πρέπει να εκφράζονται ελεύθερα, και να είναι ανοικτές σε κριτική και συζήτηση, τόσο από το κοινό, όσο και από τους επαγγελματίες.

Στην προετοιμασία νομικού πλαισίου, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παρακάτω αρχές:

1. Αναγνώριση της ύπαρξης ηθικών αρχών ειδικότερα στην ιατρική και στην έρευνα, οι οποίες έχουν εφαρμογές στο HIV/AIDS όπως και σε κάθε άλλο τομέα υγείας.
2. Ανασκόπηση και ενδυνάμωση των εθνικών μηχανισμών, για την προαγωγή και εφαρμογή των ηθικών αρχών στην πρόληψη και έλεγχο του AIDS.

3. Εξασφάλιση της κατανόησης, ότι τα πρόσωπα που άμεσα ή έμμεσα εμπλέκονται στη φροντίδα των ανθρώπων με HIV/AIDS διατρέχουν κάποιο κίνδυνο.
4. Αποδοχή, ότι η κατανόηση και η συμπάθεια για τον συνάνθρωπο, πρέπει να παρέχει τη βάση για σωστή και αποτελεσματική νομοθεσία.

Οι παραπάνω αρχές προέρχονται από τον «οδηγό για ανασκόπηση και επεξεργασία νομικών μέτρων στην πρόληψη – έλεγχο του AIDS» που προετοίμασε ο ΠΟΥ, σε συνέδριο που διοργάνωσε τον Ιούλιο του 1990 στη Σεούλ.

2.4 Μονάδες Νοσηλείας Ασθενών

Για τη θεραπεία ιδρύθηκαν 16 μονάδες ειδικών λοιμώξεων στην περιοχή Αθηνών και της περιφέρειας όπου είναι: 9 μονάδες στην Αθήνα – στα Νοσοκομεία Α. Συγγρός, Λαϊκό, Ευαγγελισμός, Ιπποκράτειο, Περιφερειακό Γενικό Κρατικό, Γ. Γεννηματά, Νοσ. Δυτ. Αττικής, ΝΝΘΑ Σωτηρία, 1^ο θεραπευτήριο ΙΚΑ, Νοσοκ. Παίδων Αγία Σοφία.

3 Μονάδες στη Θεσσαλονίκη (ΑΧΕΠΑ, Ιπποκράτειο, Γ. Παπανικολάου)

1 Μονάδα στην Πάτρα (Περιφ. Πανεπ. Νος. Πατρών)

1 Μονάδα στην Αλεξανδρούπολη

1 Μονάδα στα Ιωάννινα και 1 Μονάδα στο Ηράκλειο Κρήτης.

Οι ειδικές αυτές Μονάδες διαθέτουν τουλάχιστον 5 μονόκλινα δωμάτια για τη νοσηλεία ασθενών με AIDS.

Επίσης χορηγούν δωρεάν το AZT και το DDI μετά από γνωμάτευση ειδικής επιτροπής.

2.5 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ

ΓΙΑ ΤΟ AIDS

Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.)

Μακεδονίας 6-8, 10433 Αθήνα

Τηλ. : (01) 82.25.466 – 83.15.868

Fax: (01) 88.11.500

Συντονίζει και υπερβουηθά τις ενέργειες για την πρόληψη εξάπλωσης και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS και των άλλων σεξουαλικός μεταδομένων νοσημάτων.

Τηλεφωνική Γραμμή για το AIDS

Τηλ. (01) 72.22.222

Παρέχει εμπιστευτική και ανώνυμη πληροφόρηση σε θέματα AIDS

Συμβουλευτικός Σταθμός για το AIDS

Νοσ. «Ανδρέας Συγγρός», Ι. Δραγούμη 5

Τηλ.: (01) 72.39.945, Fax: (01) 72.11.122

Παρέχει συμβουλευτική για θέματα AIDS, καθώς και ψυχοκοινωνική στήριξη σε άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS ή που νοσούν, καθώς και σε συγγενικά πρόσωπα.

Ξενώνας Ψυχαγωγικής Υποστήριξης

Βασιλικών 7, Καμίνια, 185 40 Πειραιάς

Τηλ. (01) 41.11.401

Φιλοξενεί οροθετικά άτομα

Πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας

Πατησίων 356-358, 111 41, Αθήνα

Τηλ.: (01) 21.11.110 Fax: (01) 21.11.120

Παρέχει ιατρικές – νοσηλευτικές και ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες σε ασθενείς με AIDS και στα άτομα του στενού τους περιβάλλοντος.

ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΟΙ ΣΥΛΛΟΓΟΙ

Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης Φορέων ιού του AIDS «ΕΛΠΙΔΑ»

Δεριγνό 6, 104 37, Αθήνα

Τηλ.: (01) 92. 45.090

Fax: (01) 92. 45. 090

ΛΟΙΠΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Κέντρο Ζωής

Αντιμάχου 7, 115 28, Αθήνα

Τηλ.: (01) 72.33.848

Fax: (01) 72. 04.425

ACP – UP

Παλαιολόγου 49, Πλατεία Βάθης

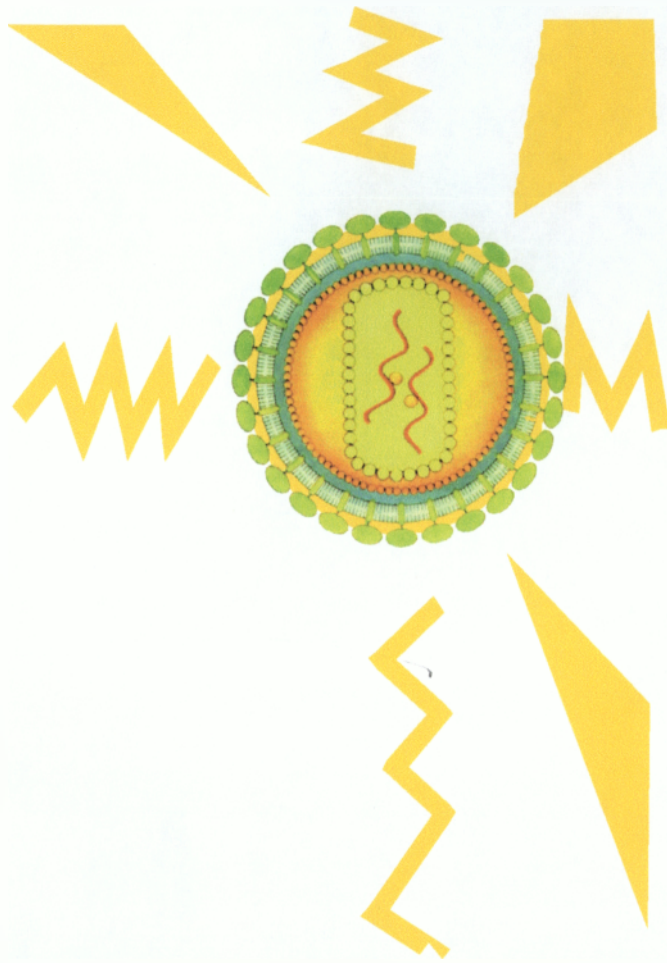
Τηλ.: (01) 52.24.031

Εταιρεία Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS

Τ.Θ. 108 14, 54 110 Θεσ/νίκη

Τηλ. Και Fax: (031) 53.42.81

- Τηλεφωνική Γραμμή και Συμβουλευτικός Σταθμός για το AIDS
- Παρεχόμενες Υπηρεσίες
- Άλλες υπηρεσίες του Συμβουλευτικού σταθμού για το AIDS
- Υπηρεσίες και Οργανισμοί για το AIDS



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

3.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

Η επιδημία του AIDS εξαπλώνεται με γεωμετρικούς ρυθμούς σε όλο τον κόσμο. Ο ιός του HIV, το 1990 είχε προσβάλλει 5 εκατομμύρια άτομα στην Αφρική, 4 στην Αμερική, μισό εκατομμύριο στην Ασία και στην Ευρώπη αντιστοίχως, ενώ υπολογίζεται ότι τα κρούσματα θα τριπλασιασθούν μέσα στη δεκαετία του '90. Μια επιδημία αυτής της έκτασης επηρεάζει σοβαρά τις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις, την ανθρώπινη συμπεριφορά και επιβαρύνει τις δαπάνες ιατρικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας. Η επιβάρυνση είναι ιδιαίτερα αισθητή στις Αναπτυσσόμενες χώρες όπου οι πόροι που διατίθενται για τις υπηρεσίες υγείας είναι, ούτως η άλλως, ανεπαρκείς.

Η έκταση της επιδημίας του AIDS κινητοποίησε τον επιστημονικό κόσμο να ασχοληθεί επισταμένως με όλες τις διαστάσεις της ασθένειας: τις βιολογικές, αλλά και τις κοινωνικές και οικονομικές. Μια ανασκόπηση των κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων του AIDS είχε γίνει το 1987, στο Α' Ελληνο - Γαλλικό συμπόσιο για το AIDS, στο Ηράκλειο. Παρακάτω θα εξετάσουμε τις επιπτώσεις που έχει η επιδημία στην πολιτική της υγείας.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

Το κόστος νοσηλείας έχει επισημανθεί ότι αυτό εξαρτάται από τη διάρκεια νοσηλείας και από τη συχνότητα των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία. Οι Junger διάρκεια νοσηλείας και τις δαπάνες θεραπείας με το στάδιο της εξέλιξης της ασθένειας. Η μέση διάρκεια νοσηλείας κυμαίνεται από 4,8 ημέρες μέχρι 27,8 και οι δαπάνες νοσηλείας κυμαίνονται από 5.500 έως 17400 δολάρια ανάλογα με το κλινικό στάδιο της νόσου: Παρουσία μιας επιπλοκής, δύο επιπλαίων ή ευκαιριακής λοιμώξεως ή εγκεφαλοπάθειας.

Όμως, το κόστος νοσηλείας επηρεάζεται και από άλλες παραμέτρους εκτός των κλινικών. Κατά τους Mor και συν (1992) η κοινωνική τάξη και οι ομάδες υψηλού κινδύνου επηρεάζουν τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Οι λευκοί ασθενείς, οι άνδρες και όσοι δεν κάνουν χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών είναι αυτοί που κάνουν χρήση των εξωτερικών ιατρείων, ενώ οι μη-λευκοί, οι γυναίκες και οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών προσφεύγουν στο τμήμα Επειγόντων περιστατικών. Όσοι εργάζονται και όσοι ζουν μόνοι, χρειάστηκαν λιγότερες εισαγωγές από τους ανέργους καθώς και από όσους ζουν με τις οικογένειές τους. Η τελευταία, φαινομενικά παράδοξη παρατήρηση

ερμηνεύεται από το γεγονός ότι όσοι ζούσαν μόνοι στην περιοχή της μελέτης ήταν μορφωμένα μέλη της αστικής τάξης. Οι κοινωνικές ανισότητες στη διάδοση της νόσου επεκτείνονται, για άλλη μια φορά, και στον τρόπο χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

Τρίτη σημαντική παράμετρος στη διαμόρφωση του κόστους νοσηλείας, είναι ο τρόπος οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα, κατά πόσον οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να παρέχουν κατ' οίκον νοσηλεία στους πάσχοντες, τόσο στα αρχικά στάδια όσο και στο στάδιο της τελικής φροντίδας. Υπάρχει διαφορά μεταξύ της Νέας Υόρκης όπου δεν έχει αναπτυχθεί ένα επαρκές δίκτυο κοινοτικής φροντίδας και του Σαν Φραντζίσκο όπου η κοινοτική φροντίδα έχει αναπτυχθεί. Βέβαια η κατ' οίκον νοσηλεία είναι λιγότερο δαπανηρή για τις υπηρεσίες αλλά δεν πρέπει να αγνοείται ότι σ' αυτήν την περίπτωση ένα σημαντικό μέρος της δαπάνης το επωμίζεται ο πάσχων και η οικογένεια του.

Η πολιτική του προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας για τη φροντίδα κατά του AIDS, για να είναι αποτελεσματική και αποδοτική, πρέπει να βασίζεται στα δεδομένα και στη μελέτη όλων των δαπανών που οφείλονται στην επιδημία.

Πρέπει επίσης να συνδέει την οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών που παρέχονται στους πάσχοντες από AIDS με τις άλλες υπηρεσίες υγείας. Η οριζόντια διασύνδεση των νέων υπηρεσιών με τις υπάρχουσες, παραμένει πιο αποτελεσματική από την δημιουργία κάθετων, μονοσήμαντων, ειδικών υπηρεσιών.

Το κόστος αντιμετώπισης του AIDS περιλαμβάνει και τις δαπάνες χορήγησης του AZT (είδος φάρμακου) και της Πενταμιδίνης σε φορείς με σκοπό την καθυστέρηση της εκδήλωσης της νόσου. Η περίοδος της επώασης του AIDS κυμαίνεται από 6 μέχρι 10 χρόνια. Με το συνεχές αυξανόμενο αριθμό των φορέων που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV, η χορήγηση του AZT σε όλους αποτελεί – εν δυνάμει – ένα τεράστιο έξοδο, ακόμη και αν το πηλίκο κόστους – αποτελεσματικότητας της χορήγησης του AZT είναι χαμηλό. Μπορούν τα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης να επωμισθούν αυτό το έξοδο ή θα αφήσουν τους ίδιους τους φορείς να το πληρώσουν; Αν το AZT χορηγηθεί μόνο σε ένα ποσοστό των φορέων, με ποια κριτήρια θα γίνει η επιλογή; Υπάρχει μια σαφής πολιτική για το θέμα αυτό; Μπαίνει τέτοιο θέμα;

Η άλλη κατηγορία άμεσων δαπανών που απαιτούνται για την καταπολέμηση της επιδημίας του AIDS είναι αυτή που αναφέρεται στις δαπάνες πρόληψης, δηλαδή, στις δαπάνες ανίχνευσης των φορέων με σκοπό την πρόληψη της

μετάδοσης μέσω μεταγγίσεων και την προστασία του υγειονομικού προσωπικού, στις δαπάνες της εκστρατείας αγωγής της υγείας, και όπου αυτό γίνεται, στις δαπάνες χορήγησης δωρεάν συριγγών μιας χρήσεως σε ναρκομανείς. Η πρόληψη του AIDS απαιτεί πόρους.

3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

Οι φορείς, οι νοσούντες, οι οικογένειές τους και το κοινωνικό σύνολο υφίστανται τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS. Έχει τονισθεί η ανάγκη προστασίας των δικαιωμάτων τους και η ανάγκη ψυχολογικής στήριξής τους. Είναι εξ ίσου σημαντική η κατάλληλη προσέγγιση των ομάδων υψηλού κινδύνου και η χρήση γλώσσας και μηνυμάτων διατυπωμένων με σαφήνεια στην εκστρατεία αγωγής υγείας για την ενημέρωση του κοινού και για την αλλαγή της συμπεριφοράς τους προς την κατεύθυνση των «ασφαλών σεξουαλικών σχέσεων».

Η συνεχιζόμενη μετάδοση του ιού μαρτυρεί ότι οι υποδείξεις της επιστημονικής κοινότητας προς τους υπεύθυνους για τη διαμόρφωση της πολιτικής πρόληψης του AIDS, είτε δεν εισακούστηκαν είτε υπήρξαν ανεπαρκείς ως προς την επιτυχή πρόληψη της διάδοσης του ιού.

Από την μέχρι τώρα εμπειρία, φαίνεται πως η κυριότερη αιτία της αποτυχίας οφείλεται στο ότι η πληροφόρηση για τους τρόπους μετάδοσης του ιού δεν επαρκεί για την απαιτούμενη αλλαγή της σεξουαλικής συμπεριφοράς και κατ' επέκταση την αποτελεσματική πρόληψη της μετάδοσης του ιού. Ούτε είναι επαρκής για την αλλαγή της συμπεριφοράς των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Είναι γεγονός πως τα περισσότερα προγράμματα αγωγής υγείας για το AIDS επικέντρωσαν ακριβώς σ' αυτή τη διάσταση, δηλαδή στην πληροφόρηση του κοινού για τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV. Εθεωρήθηκε ότι η απόκτηση της γνώσης για το πώς μεταδίδεται ο ιός ήταν αρκετή για να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους οι ομοφυλόφιλοι, οι ναρκομανείς αλλά και όσοι έχουν ετεροφυλόφιλες σχέσεις με πολλούς συντρόφους, μεταξύ των οποίων σημαντική ομάδα είναι αυτή των νέων.

Η αδυναμία της απλής πληροφόρησης να επηρεάσει τη συμπεριφορά διαφορετικών ομάδων πληθυσμού, δεν σημαίνει ότι δεν έφερε αποτέλεσμα στη βελτίωση των γνώσεών του κοινού για το πώς μεταδίδεται ο ιός. Τουναντίον, απέτρεψε μετά από δημόσιο διάλογο, την υιοθέτηση πολιτικών που αποσκοπούσαν στην απομόνωση και στον εξοστρακισμό των φορέων και των πασχό-

ντων. Μόνη θλιβερή εξαίρεση σ' αυτήν την πολιτική είναι η Κούβα, όπου εφαρμόστηκε, σε ευρεία κλίμακα, η απομόνωση των φορέων σε ειδικά σανατόρια, χωρίς να υπάρχει καμία απόδειξη της αποτελεσματικότητας του καταναγκαστικού αυτού μέτρου στη μείωση της εξάπλωσης του ιού.

Η ανεπάρκεια της απλής πληροφόρησης στο να αλλάξει τη συμπεριφορά όσων κινδυνεύουν να προσβληθούν από τον ιό του HIV δεν είναι δυστυχώς απλά ένα θέμα μεθοδολογίας. Είναι συνυφασμένη με μια σειρά περίπλοκων παραγόντων που έχουν επιστημονικά, κοινωνικά και πολιτικά αίτια καταρχήν, **η επιδημία του AIDS αποκάλυψε πόσο λίγα είναι γνωστά για την ανθρώπινη συμπεριφορά στα σεξουαλικά θέματα και πόσο δύσκολο είναι να προσεγγίσει κανείς αυτήν την πτυχή της ζωής του ανθρώπου που είναι αυστηρά ιδιωτική και ατομική.** Η διερεύνηση της ερωτικής συμπεριφοράς είναι δυσχερής γιατί δεν είναι εύκολο να αποσπάσει κάποιος πλήρεις και αντικειμενικές πληροφορίες για το πώς αντιμετωπίζει ο κάθε ερωτώμενος, σε μια έρευνα, το θέμα των ερωτικών σχέσεων. Η χρήση διαφορετικών μεθόδων προσέγγισης δεν επαρκεί για την πλήρη καταγραφή και ανάλυση του φαινομένου επιπλέον, η υιοθέτηση πρακτικών «ασφαλούς σεξ» από άτομα που είναι γνωστό ότι ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου απαιτεί συνεχή παρέμβαση για να αποφευχθεί η υποτροπή σε πρακτικές που διευκολύνουν τη μετάδοση του ιού HIV.

Παράλληλα, στις περισσότερες περιπτώσεις η εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού για το AIDS προσέγγισε το θέμα μονοδιάστατα δίχως να το συνδέσει με τα άλλα θέματα που απασχολούν τους πληθυσμούς που κινδυνεύουν να εκτεθούν στον ιό. Αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία αν ληφθεί υπόψη ότι η μετάδοση του ιού έχει, όπως άλλωστε έχουν οι περισσότερες επιδημίες που έπληξαν την ανθρωπότητα, μια σαφή κοινωνική διαστρωμάτωση. Η εξάπλωση της επιδημίας είναι μεγαλύτερη στις ομάδες που ανήκουν στα ασθενέστερα μορφωτικά, οικονομικά και κοινωνικά στρώματα μιας κοινωνίας καθώς και στις φυλετικές μειονότητες. Για τους πληθυσμούς αυτούς, το AIDS αποτελεί άλλη μια από τις πολλές ατυχίες που αντιμετωπίζουν. Είναι ένας πρόσθετος παράγοντας που απειλεί την ευτυχία και τη ζωή τους, πλάι στη φτώχεια, στην πείνα, στις κακές συνθήκες διαβίωσης τους και στις τόσες άλλες αρρώστιες που τους απειλούν. Η μονοδιάστατη πληροφόρηση για το AIDS δεν πείθει κάτω από τέτοιες συνθήκες, ούτε ξεπερνά την καχυποψία για τα κρατικά ιδρύματα που οργανώνουν τις εκστρατείες ενημέρωσης. Για να έχουν επιτυχία τα προγράμματα αγωγής υγείας για το AIDS, πρέπει να συνδέουν το AIDS με τις άλλες καταστάσεις που απειλούν την κάθε κοινωνική ομάδα και να μην ενοχοποιούν το θύμα, αλλά να συνεκτιμούν τις πολιτισμικές, κοινωνικές, οικο-

νομικές και πολιτικές παραμέτρους που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά. Εξαιτούμενη πολιτική; Είναι δυνατόν; Κοινωνική πολιτική των ομάδων με κοινά χαρακτηριστικά ανεπάρκεια των προσπαθειών περιορισμού του AIDS μόνο μέσα από την πληροφόρηση έχει και μια πολιτική ερμηνεία παντού, η ασθένεια ταυτίστηκε, από τα αρχικά μόλις στάδια της εμφάνισής της, με μειονοτικές και περιθωριακές ομάδες που έχουν αποκλίνουσα συμπεριφορά σε σχέση με το κοινωνικά θεωρούμενο ως φυσιολογικό και αποδεκτό. Η στάση αυτή δεν αφορά μόνο την ομοφυλοφιλία και τη χρήση ναρκωτικών. Επεκτείνεται και στα άτομα που έχουν πολλαπλές σεξουαλικές σχέσεις. Ο Frankenberg (1992) μάλιστα υποστηρίζει, ότι αυτή η θεώρηση της σεξουαλικότητας αφορά και στον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνίες αντιμετωπίζουν και τους έφηβους. Ο πειραματισμός στις σχέσεις με το άλλο φύλο που είναι μια φυσιολογική δραστηριότητα της εφηβείας θεωρείτο πάντοτε ως «αποκλίνουσα συμπεριφορά», μαζί με το σύνολο της συμπεριφοράς που χαρακτηρίζει αυτή την ηλικία. Έτσι, η πρόληψη της μετάδοσης του AIDS σ' αυτήν την κρίσιμη ηλικία αντιμετωπίζεται σαν πρόβλημα, μιας ακόμα, περιθωριακής ομάδας.

Η περιθωριοποίηση του AIDS επέτρεψε, στους υπεύθυνους της πολιτικής για την αντιμετώπισή του, να υιοθετήσουν αυτήν την πολιτική της μονοσήμαντης ενημέρωσης που έδινε προς τα έξω την εντύπωση της δράσης, χωρίς όμως να επιλύει δραστικά το πρόβλημα αλλά και δίχως να απειλεί την κοινωνική συνοχή. Η κοινωνία αντιμετώπισε την απειλή που αντιπροσωπεύει το AIDS με άρνηση των πραγματικών διαστάσεων του προβλήματος. Και οι πολιτικοί υιοθέτησαν μέτρα που ήταν απόρροια αυτής της άρνησης, μέτρα που δεν διетάρασαν τον καθιερωμένο τρόπο αντιμετώπισης του οποιουδήποτε προβλήματος υγείας.

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΑΜΕΣΟΥ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.3 ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΑΜΕΣΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Είναι γνωστό ότι στο δημόσιο υγειονομικό τομέα, ο οποίος έχει αναλάβει κατά τεκμήριο την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών στους ασθενείς με AIDS δεν υπάρχουν πραγματικές αγοραίες τιμές. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την αναδρομικότητα της μελέτης, μας αναγκάζει να χρησιμοποιήσουμε φανταστικές τιμές έτους 1989, που κατά τη γνώμη μας είναι δυνατό να προσεγγίσουν την πραγματικότητα.

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο δείγμα 47 ασθενών για το έτος 1989 η συνολική μέση διάρκεια νοσηλείας είναι 33 ημέρες, ανά ασθενή κατά τη διάρκεια ενός έτους. Με δεδομένο ότι το μέσο κόστος νοσηλείας σε ένα νοσηλευτικό τμήματα παθολογικού τομέα νοσοκομείου κυμαίνεται από 250.000 έως 350.000 δραχμές δίδουμε τρεις τιμές για το κόστος νοσηλείας των ασθενών με AIDS, η νοσηλεία των οποίων κατά τεκμήριο έχει υψηλότερο κόστος, αφού απαιτεί πρόσθετους πόρους και περισσότερη φροντίδα. Οι τιμές για το κόστος νοσηλείας κατά μέσον όρο είναι 40.000 δρχ. ανά ημέρα νοσηλείας η κατώτερη, 60.000 δραχμές η μέση και 80.000 δρχ. η ανώτερη. Στην τιμή συμπεριλαμβάνονται το ξενοδοχειακό κόστος, το κόστος υποστήριξης (εξετάσεις), το διοικητικό κόστος, το κόστος νοσηλείας (παροχή υπηρεσιών από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό). Το κόστος των ιατρικών επισκέψεων υπολογίζεται και αυτό με αυθαίρετο τρόπο μέσω φανταστικών τιμών. Με δεδομένο ότι ο μέσος αριθμός επισκέψεων είναι 1,8 το μήνα δηλαδή 22 το χρόνο και υπάρχει ένας συνηθισμένος εργαστηριακός έλεγχος αιματολογικών εξετάσεων, θεωρούμε ότι το κόστος ανά επίσκεψη μπορεί να εκτιμηθεί με τρεις τιμές. Η κατώτερη 5000 δραχμές, 10.000 μέση και 15.000 δραχμές η ανώτερη.

Τέλος το κόστος για την φαρμακευτική περίθαλψη όπως προκύπτει από τους φακέλους νοσηλείας ανέρχεται σε 700.000 δραχμές ετησίως ανά ασθενή. Ως τιμή των φαρμάκων λαμβάνεται υπόψη η νοσοκομειακή τιμή του Zidovudine το οποίο παρέχεται δωρεάν στους ασθενείς και υπό την έννοια αυτή το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής είναι μάλλον υποεκτιμημένο αφού η νοσοκομειακή τιμή είναι χαμηλότερη από την αντίστοιχη της αγοράς.

3.4 ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΜΜΕΣΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Το έμμεσο κόστος αφορά την εκτίμηση του κόστους που οφείλεται στην απώλεια του εθνικού πλούτου, δηλαδή την απώλεια του παραγόμενου προϊόντος και αφορά τα ασθενή άτομα και τις χαμένες ζωές, και αφορά βεβαίως ηλικίες και έτη ζωής ατόμων που συμμετέχουν στην παραγωγική διαδικασία. Για τον υπολογισμό έγιναν οι παρακάτω υποθέσεις:

A) Ότι ενεργά άτομα είναι τα άτομα ηλικίας μεταξύ 20 και 65 ετών οι άνδρες και 20-60 ετών οι γυναίκες.

B) Ότι οι δείκτες απασχόλησης που προκύπτουν από τα στοιχεία του συνολικού πληθυσμού της χώρας είναι δυνατό να έχουν εφαρμογή στους ασθενείς με AIDS, επειδή δεν είναι δυνατό να έχουν στοιχεία οικονομικής συμβολής ενός εκάστου ασθενούς, αλλά και ούτε να προβλέψουμε την μελλοντική ατομική του συνεισφορά στη διαμόρφωση του εθνικού προϊόντος

Το κόστος της απώλειας παραγωγής βασίζεται στο προβλεπόμενο κατά κεφαλή προϊόν για επόμενα έτη, όπως αυτό υπολογίζεται από τις προβλέψεις του Υπουργείου Εθνικής οικονομίας. Για τον υπολογισμό του κόστους η προβολή του αριθμού ασθενών, κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα, που πάσχουν από AIDS βασίζεται:

A) στον αριθμό των κρουσμάτων που προβλέπονται για την πενταετία με βάση τα τρία εναλλακτικά επιδημιολογικά σενάρια.

B) στην κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα των περιστατικών που είχαν δηλωθεί μέχρι το τέλος του 1989 και

Γ) στον προβλεπόμενο χρόνο επιβίωσης των ασθενών. Πρέπει στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι ο υπολογισμός του έμμεσου κόστους είναι μάλλον υποεκτιμημένο επειδή δεν λαμβάνονται υπόψη παράμετροι της ποιότητας ζωής κατά τη διάρκεια της επιβίωσης που επηρεάζουν την συμπεριφορά του ασθενούς ή ακόμη η μείωση της παραγωγικότητας που μπορεί να οφείλεται στους ασθενείς και στο φιλικό και συγγενικό τους περιβάλλον και να προκαλείται εξαιτίας της ασθένειας.

3.5 ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΟΥ AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΟΥ AIDS

Οι διαφοροποιήσεις και τα μεθοδολογικά προβλήματα των ερευνών στο διεθνή χώρο, όσο και στην Ελλάδα είναι δυνατό να επιβάλλουν τον σχεδιασμό ενός υποδείγματος εκτίμησης του κόστους του AIDS, η απάντηση στο ερώτημα είναι μάλλον καταφατική αν ληφθεί υπόψη ότι ήδη στον ευρωπαϊκό χώρο άρχισαν να εμφανίζονται οι πρώτες προτάσεις για την ύπαρξη ενός προτύπου εκτίμησης του κόστους. Όμως σοβαρές ανησυχίες εκφράζονται μήπως τελικά η ύπαρξη ενός υποδείγματος προκαλέσει μείωση των προσπαθειών για την εκτίμηση του κόστους επειδή συνήθως επιβάλλει μια αυστηρότητα ή μεθοδολογική ακαμψία, η οποία μπορεί να αποτρέψει ερευνητές των υπηρεσιών υγείας στο να αναλάβουν μια μελέτη σε ένα τομέα που διαρκώς εξελίσσεται και η προσπελασιμότητα στα στοιχεία του κόστους δεν είναι εύκολη υπόθεση.

Οι παραπάνω ενστάσεις είναι λογικές και αποδεκτές και είναι πιθανό να οδηγήσουν σε λιγότερες μελέτες αν κάποιος προσδώσει την ύπαρξη ενός υποδείγματος μεγαλύτερη σημασία από αυτή που πρέπει να έχει. Ένα υπόδειγμα του κόστους είναι περισσότερο ένα μεθοδολογικό πλαίσιο εργασίας και καθοδήγησης για τους ερευνητές που θέλουν να αντιμετωπίσουν το ζήτημα. Είναι ένας οδηγός που δεν επιβάλλει το ταξίδι ή την επιλογή της διαδρομής αυτού που θέλει να ταξιδέψει. Με άλλα λόγια, δεν είναι δυνατό να αναμένει κανείς ότι όλες οι μελέτες για την εκτίμηση του κόστους του AIDS πρέπει να είναι ταυτόσημες. Ανάλογα με το σκοπό της μελέτης, τα διαθέσιμα δεδομένα και το διαθέσιμο χρόνο για την εκπόνηση της έρευνας, οι διαφοροποιήσεις είναι αναπόφευκτες και θα εξακολουθούν να υπάρχουν και στο μέλλον. Αυτό που επιχειρείται στο τμήμα του άρθρου αυτού είναι να προσφερθεί ένα πλαίσιο απαρίθμησης των μεταβλητών και εκτίμησης των δεδομένων που να είναι στη διάθεση των ερευνητών ώστε να αποκλεισθούν αδυναμίες και προβλήματα, τα οποία λόγω της άγνοιας είναι δυνατό να οδηγήσουν σε λανθασμένα αποτελέσματα.

Εξ άλλου πρέπει να αναφερθεί ότι παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει στην αποτίμηση των στοιχείων του κόστους και του οφέλους στις αναλύσεις της οικονομικής αξιολόγησης των θεραπευτικών προγραμμάτων και επεμβάσεων από τα μέσα της δεκαετίας του '60 ακόμη και σήμερα ατέλειες και αδυναμίες των μελετών είναι παρούσες.

Αυτό που τελικά πρέπει να μας οδηγήσει σε κάθε μελέτη εκτίμησης του κόστους στον υγειονομικό τομέα όπου οι τιμές λόγω της ιδιομορφίας της αγοράς του είναι μη πραγματικές πρέπει να περιέχεται στο εξής δόγμα: «Να μην αφήσουμε το τέλειο να γίνει εχθρός του σχετικά καλού» και «είναι καλύτερο να έχουμε εκτιμήσεις του κόστους με αδυναμίες και ατέλειες παρά να μην έχουμε καθόλου εκτιμήσεις».

Σε κάθε μελέτη κόστους μιας ασθένειας είναι δυνατό να υπάρξουν τρία χωριστά και διαδοχικά στάδια. Αυτά είναι η καταγραφή – απαρίθμηση των μεγεθών του κόστους, η ποσοτικοποίηση τους και η τελική εκτίμησή τους σε χρηματικές μονάδες: Έτσι σε μια μελέτη εκτίμησης του κόστους του AIDS θα πρέπει να απαριθμήσουμε τους πόρους που απορροφά η καταπολέμηση της ασθένειας, να τους ποσοτικοποιήσουμε και στην συνέχεια να τους μετρήσουμε με την μετατροπή τους σε χρηματικές μονάδες.

Με βάση την απαρίθμηση μια ασθένεια είναι δυνατό:

- Να προκαλεί μεταβολές στην χρήση των διαθεσίμων πόρων είτε στον υγειονομικό τομέα με την δέσμευση πόρων για την καταπολέμησή της είτε σε άλλους τομείς ή ακόμη στα ίδια τα άτομα και στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον.
- Να προκαλέσει μεταβολές στο παραγόμενο προϊόν με το να αναγκάζει το άτομο να απόσχει από την εργασία του και να μειώνεται έτσι η παραγωγή και το παραγόμενο συνολικό προϊόν.
- Να προκαλεί αλλαγές στην υγειονομική κατάσταση και να συμβάλλει στην παραπάνω διαδικασία ή να οδηγεί σε καλύτερη υγεία μέσω της χρησιμοποίησης των υγειονομικών πόρων και να συνδράμει στην αύξηση του παραγόμενου προϊόντος με την επιστροφή του ατόμου στην εργασία.

Στην πρώτη περίπτωση η καταγραφή – απαρίθμηση αφορά αυτό που ονομάζεται άμεσο κόστος της ασθένειας, ενώ οι άλλες δύο περιπτώσεις αφορούν το έμμεσο κόστος της ασθένειας. Χωρίς να υποτιμάται το έμμεσο κόστος της ασθένειας του AIDS, το οποίο λόγω της εξέλιξης της ασθένειας μέχρι σήμερα αφορά κατά βάση απώλειες της κοινωνίας στο παραγόμενο προϊόν, αυτό που ενδιαφέρει κυρίως είναι η εκτίμηση του άμεσου κόστους. Υπό το πρίσμα αυτό οι μεταβολές στην χρήση των πόρων απαιτείται να αναλυθούν να ποσοτικοποιηθούν και να εκτιμηθούν σε χρηματικές μονάδες. Η καταγραφή αν και είναι μια σχετική εύκολη υπόθεση σε σχέση με την ποσοτικοποίηση και εκτίμηση των μονάδων του κόστους εν τούτοις αντιμετωπίζει προβλήματα. Για

παράδειγμα πολλές φορές παραμελείται συστηματικά το κόστος που δημιουργεί η ασθένεια στους ασθενείς και στο οικογενειακό – φιλικό περιβάλλον είτε αυτό είναι κόστος σε χρήμα π.χ. μεταφορικά έξοδα, ειδικές δίαιτες, προσαρμογές στο σπίτι, είτε είναι κόστος σε χρόνο αναμονής στο νοσοκομείο ή στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου για την παροχή ιατρικών συμβούλων, φαρμάκων κ.λ.π.

Μετά την καταγραφή ακολουθεί η ποσοτικοποίηση με την οποία επιχειρείται να προσδιορισθούν πόσες εισροές χρησιμοποιούνται για τη συγκεκριμένη ασθένεια. Η ποσοτικοποίηση συνδέεται άμεσα και επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από το είδος της μελέτης, δηλαδή από το αν η μελέτη είναι προοπτική ή αναδρομική. Η εκ των υστέρων προσπάθεια για την ποσοτικοποίηση των εισροών απαιτούν την ύπαρξη προοπτικών ερευνών. Για παράδειγμα είναι δύσκολο να κατανεμηθεί ο χρόνος που χρησιμοποιήθηκε από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ενός νοσοκομείου για τη νοσηλεία ασθενών με AIDS ή να ποσοτικοποιηθεί ο χρόνος και τα έξοδα των συγγενών και των φιλικών προσώπων για την παροχή φροντίδων υγείας στους ασθενείς. Οι παραπάνω περιορισμοί που συνδέονται με την ακρίβεια στην ποσοτικοποίηση των εισροών απαιτούν την ύπαρξη προοπτικών ερευνών. Βεβαίως πρέπει να αναφερθεί ότι οι προοπτικές μελέτες απαιτούν περισσότερο χρόνο και πόρους, αλλά από την άλλη πλευρά ανταποκρίνονται με ακρίβεια στις εισροές που χρησιμοποιούνται στην ασθένεια για την οποία η επιδημιολογία και ιατρική αντιμετώπιση διαρκώς εξελίσσονται.

Τέλος, το τρίτο στάδιο που συνδέεται με την εκτίμηση των εισροών σε χρηματικές μονάδες ίσως παρουσιάζει την μεγαλύτερη δυσκολία και αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα με μια μελέτη εκτίμησης του κόστους. Αυτό όχι μόνο γιατί είναι αναγκαίο να συμπεριλαμβάνονται οι έννοιες του οριακού κόστους σε ένα τομέα που οι τιμές ή ακόμη και το μέσο κόστος πολλές φορές απουσιάζει, αλλά επειδή σε αρκετές περιπτώσεις πρέπει να δοθούν «φανταστικές τιμές» σε ποσοτικοποιημένες εισροές, όπως για παράδειγμα στον χρόνο που διαθέτουν οι φίλοι για βοήθεια, στο ψυχολογικό κόστος που προκαλεί η ασθένεια ή ακόμη περισσότερο στις εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται στους ασθενείς, των οποίων οι καθορισμένες τιμές δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

Πίνακας
Υπόδειγμα-Πλαίσιο για την εκτίμηση του Άμεσου Κόστους του AIDS στην Ελλάδα

Φορέας Κόστους	Καταγραφή Χρησιμοποιηθέντες Πόροι	Ποσοτικοποίηση Αριθμός Μονάδων ανά Ασθενή και ανά Έτος	Μέτρηση Μονάδα Κόστους	Σύνολο Κόστους (σε δρχ.)
Α) Δημόσιος Υγειονομικός Τομέας	<ul style="list-style-type: none"> • Νοσοκομεία • Ειδικές Μονάδες • Κλινική Ημέρας • Εξωτερικά Ιατρεία • Άλλες Υπηρεσίες 	Ανθρώπινο Δυναμικό	$\left[\frac{\text{Ώρες}}{\text{Ημέρα}} \times \text{ημέρες νοσηλείας} \right] \times [\text{Μισθός}]^{(1)} =$ $\left[\frac{\text{Επισκέψεις/Ώρες/επίσκεψη}}{\text{Αριθμός/Ποσοότητες}} \right] \times \left[\text{Αγοραία ή Φανταστική Τιμή} \right] =$ $\left[\frac{\text{Αναλογία/Σύνολο}}{\text{Αναλογία/Σύνολο}} \right] \times [\text{Κόστος Μονάδας}] =$	
		• Γιατροί		
		• Νοσηλευτές		
• Λοιποί	Άλλοι Πόροι			
• Φάρμακα				
• Εργαστηριακές Εξετ.				
• Διοικ./Ξενοδοχειακό Κόστος				
Β) Ατομο	<ul style="list-style-type: none"> • Αναζήτηση Φροντιδών 	Χρησιμοποίηση Υγιειν. Πόρων στον Ιδιωτ. Τομέα	$[\text{π.χ. Επισκέψεις}] \times [\text{Αγοραία Τιμή}] =$	
		• Άλλες Δαπάνες π.χ. μεταφορικά έξοδα	$[\text{Αριθμός/Μέσο}] \times [\text{Αγοραία Τιμή Τιμή Ναύλου}] =$	
Γ) Οικογενειακό και Φιλικό Περιβάλλον		• Ατυπη Φροντίδα	$[\text{Ώρες} \times \text{Ημέρες}] \times [\text{Φανταστική Τιμή}] =$	
		• Άλλοι Πόροι π.χ. μεταφορικά έξοδα	$[\text{Αριθμός/Μέσο}] \times [\text{Τιμή Ναύλου}] =$	
		• Κρυφό Κόστος π.χ. άγχος, δυσφορία	$[\text{Ποσό}] \times [\text{Φανταστική Τιμή}] =$	

(1) Αντί για μισθό μπορεί να υπάρξουν φανταστικές τιμές, π.χ. οι υπερίσχυμες τιμές στον ιδιωτικό τομέα

(2) Μπορεί επίσης να συμπεριληφθεί το κόστος του χρόνου για την επίσκεψη

Ο πίνακας επιχειρεί να αποτελέσει ένα μεθοδολογικό πλαίσιο καταγραφής, ποσοτικοποίησης και εκτίμησης του άμεσου κόστους της ασθένειας του AIDS στην Ελλάδα. Προτείνεται για προοπτικές έρευνες και λαμβάνει υπόψη τη διάρθρωση του υγειονομικού μας συστήματος, τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας στους πάσχοντες και βασίζεται στην υπόθεση ότι ο δημόσιος υγειονομικός τομέας θα καλύπτει και μελλοντικά το κόστος της ασθένειας.

3.6 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΟΥ AIDS

Η επιδημία του AIDS έχει επιφέρει σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις και επιδρά στην διαμόρφωση της πολιτικής υγείας όχι μόνο με την έννοια της μετακύλησης πόρων αλλά ταυτόχρονα με την αλλαγή κοινωνικών στάσεων του πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας και την μεταβολή των προτεραιοτήτων στον υγειονομικό τομέα. Η διερεύνηση, η καταγραφή και η κοστολόγηση των οικονομικών επιπτώσεων της ασθένειας του AIDS στην Ελλάδα είναι στοιχεία απαραίτητα για το σωστό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και την ορθή κατανομή των πόρων. Οι οικονομικές επιπτώσεις ως συνέπεια και της συνεχούς μεταβολής των ευρύτερων επιδημιολογικών δεικτών, αποτελούν αίτια της συνεχούς μελέτης και αξιολόγησης των δεδομένων, όσο και προσπαθειών πρόβλεψης των μελλοντικά αναγκαίων πόρων. Στο πεδίο αυ-

τό έχουν επισημανθεί σημαντικά πρακτικό και μεθοδολογικά προβλήματα για την προσέγγιση του κόστους.

Με βάση τα υπάρχοντα επιδημιολογικά σενάρια, σε άλλη μελέτη έγινε απόπειρα συνολική εκτίμηση του AIDS στην περίοδο 1989-93 και εκτιμήθηκε ότι το άμεσο και έμμεσο κόστος θα κυμανθεί στην αναφερόμενη περίοδο μεταξύ 13.8 και 32.0 δις δρχ. Η σκοπιμότητα ανάλογων μαυροοικονομικών προσεγγίσεων είναι προφανής για λόγους προγραμματισμού και κατανομής των πόρων.

Επίσης σχετική έρευνα υπολογισμού του άμεσου κόστους δείχθηκε ότι το κόστος ζωής αντιμετώπισης του AIDS το 1990 προσέγγισε τα 6.7 δις δρχ., ενώ σε άλλη έρευνα υπολογισμού του συνολικού κόστους με βάση επιδημιολογικά σενάρια δείχθηκε ότι στην πενταετία 1989-1993 κυμάνθηκε μεταξύ 13.850 και 32.075 δρχ.

Σε άλλη έρευνα μελετήθηκε το συνολικό κόστος του ελέγχου του αίματος για την υποχρεωτική εξέταση του anti-HIV το οποίο ανέρχεται σε 649 εκ. δρχ. δηλαδή κόστος ανά μονάδα αίματος 1462 δρχ. Υπολογίζεται ότι το ποσό αυτό αντιστοιχεί σε 7% περίπου του συνολικού κόστους της αιμοδοσίας. Στον έλεγχο για HIV, 57% του συνολικού κόστους αποδίδεται στην εργασία 33,5% στα αντιδραστήρια και το υπόλοιπο του αίματος για πρόληψη της μετάδοσης και των άλλων παθογόνων ρετροϊών HIV-2 και HTLV – III εντάσσεται στα πλαίσια του σχεδιασμού προγραμμάτων πρόληψης του AIDS και άλλων νοσημάτων και θεωρείται απαραίτητος δεδομένου ότι προάγει την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα αν και θα αυξηθεί το άμεσο κόστος της ασθένειας.

Με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα και τη χρήση υπηρεσιών υγείας που έκαναν 105 ασθενείς, σε στάδιο ARC ή πλήρους AIDS, σε δυο μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας, το διάστημα 1990-91, μελετήθηκε το άμεσο και το έμμεσο κόστος. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν κατά την εκτίμηση του άμεσου κόστους είναι το κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων, η νοσηλεία, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η χρήση αντικών φαρμακευτικών συσκευασμάτων. Μελετήθηκε το κόστος ζωής 38 κρουσμάτων, το οποίο ανέρχεται σε 3,8 εκατ. Δρχ. με μέσο προσδόκιμο όριο επιβίωσης 30 μήνες. Χρησιμοποιήθηκε δείγμα 105 κρουσμάτων για τον υπολογισμό του ετήσιου κόστους ανά ασθενή το οποίο ανέρχεται σε 1,5 εκ. δρχ. κόστος, το οποίο περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας που χρησιμοποίησαν τα άτομα ενδονοσοκομειακά, είτε υπό μορφή νοσηλείας είτε υπό μορφή ανοικτής περίθαλψης. Για την εκτίμηση του έμμεσου κόστους μελετήθηκαν η απώλεια παραγωγής, δημοσίων εσόδων και εισφορών ΙΚΑ των 105 κρουσμάτων του δείγματος. Τα

αποτελέσματα μας έδειξαν ότι το έμμεσο ετήσιο κόστος κατ' άτομο ανέρχεται σε 2,8 εκατ. Δρχ. ενώ το συνολικό έμμεσο κόστος κατ' άτομο θα φθάσει τα 13,8 εκ. δρχ.

Παρά την αδυναμία του δείγματος για κοστολόγηση και τη δυσκολία μέτρησης του συνολικού κόστους του AIDS, το υψηλό άμεσο κόστος ζωής κατ' άτομο υποδεικνύει την αναγκαιότητα προαγωγής, εναλλακτικών μορφών φροντίδας, πλην της δαπανηρής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας όπως επίσης υποδεικνύει την αναγκαιότητα ανάπτυξης των ήδη υπάρχοντων Νοσηλευτικών Μονάδων Αντιμετώπισης Anti – HIV θετικών ατόμων με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους και τη διατήρηση της ποιότητας της προσφερόμενης φροντίδας.

Σε μελέτη που έγινε στο Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», διερευνήθηκε το κόστος νοσηλείας κλειστής και «ανοικτής» για ένα δείγμα 60 πασχόντων από AIDS που νοσηλεύθηκαν κατά την τριετία 1988-1990. Η μελέτη κατέληξε σε εκτίμηση του ετήσιου κόστους νοσηλείας ανά ασθενή (3,9 εκ. δρχ. – τιμές 1992), του Life – time cost (4,6 εκ. δρχ., τιμές 1992 με επιβίωση 15+ _ 6,5 μήνες για τους ασθενείς που απεβίωσαν), καθώς και σε υπολογισμούς των επί μέρους μεγεθών που συνιστούν τα κόστη αυτά. Σε μεταγενέστερη μελέτη, το 1992, υπολογίσθηκε το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής των AIDS – πασχόντων κατά το μέρος αυτό και τα συμπεράσματα ήταν ενδεικτικά της τάσης διάγκωσης του μεγέθους αυτού, όσο η θεραπευτική του AIDS εμπλουτίζεται με νέα φάρμακα. Σε άλλες μελέτες, περιγράφηκαν μεταβολές στις επιδημιολογικές συνιστώσες του AIDS και εκτιμήθηκε πιθανή επίδραση των μεταβολών αυτών στο κόστος νοσηλείας. Ακόμη, έγινε σύγκριση του κόστους ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και αυτού της «ανοικτής» νοσηλείας και προέκυψαν συμπεράσματα σχετικά με τις δυνατότητες περιορισμού του συνολικού κόστους νοσηλείας του AIDS, με την εφαρμογή «ανοικτών» μορφών περίθαλψης.

Η στενότητα των πόρων επιβάλλει την αυστηρή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της χρησιμοποίησης των πόρων αυτών. Σαν συνέπεια αναπτύχθηκαν διάφορες μέθοδοι επιλογών και λήψης των αποφάσεων στην κατανομή και διαχείριση των κονδυλίων μεταξύ των διαφόρων ομάδων ή στην αναγνώριση των αναγκών υγείας άμεσης προτεραιότητας. Αναπτύχθηκαν επίσης διάφορες μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των παρεχομένων υπηρεσιών.

Στα προγράμματα υγείας εφαρμόζονται πέντε κύριοι τρόποι οικονομικής ανάλυσης: Η ανάλυση κόστους χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του κόστους: όταν οι επιπτώσεις δύο ή περισσότερων εναλλακτικών μεθόδων εξετάζονται μαζί με το κόστος και δείχνουν ότι είναι ισοδύναμες τότε η μέθοδος ο-

νομάζεται ελαχιστοποίηση του κόστους. Η τρίτη μέθοδος είναι η ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας. Με την ανάλυση αυτή οι επιπτώσεις από τα προγράμματα μετρούνται με φυσιολογικές μονάδες, όπως κερδισμένα χρόνια ζωής ή περιπτώσεις σωστών διαγνώσεων. Η τέταρτη μέθοδος είναι η ανάλυση κόστους – χρησιμότητας. Σύμφωνα με την ανάλυση αυτή οι περιπτώσεις των προγραμμάτων μετρούνται σε μονάδες χρόνου προσαρμοσμένες σε μονάδες χρησιμότητας – υγείας. Πέμπτη είναι η μέθοδος κόστους – ωφελείας. Με τη μέθοδο αυτή εκτιμώνται οι συνέπειες των προγραμμάτων σε χρήματα ώστε να αντιστοιχούν με το κόστος. Είναι προφανές ότι η μεθοδολογία αυτή πρέπει να χρησιμοποιείται συστηματικά.

Οι μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης απέκτησαν ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση του AIDS. Αφ' ενός λόγω του μεγάλου κόστους αντιμετώπισης της επιδημίας και αφ' ετέρου λόγω των σοβαρών μεθοδολογικών προβλημάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή των μεθόδων αυτών. Για τη χάραξη ορθολογικής πολιτικής στον τομέα αντιμετώπισης του AIDS είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπ' όψιν το οικονομικό κόστος της επιδημίας – κύρια στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας – και ο αποτελεσματικότερος τρόπος κατανομής και διαχείρισης των πόρων στην πρόληψη και θεραπεία. Επίσης επιχειρείται η προτυποποίηση στη μεθοδολογία της μελέτης κόστους μιας ασθένειας. Γιατί μια ασθένεια είναι δυνατόν:

- Να προκαλεί μεταβολές στη χρήση των διαθέσιμων πόρων είτε στο υγειονομικό τομέα με τη δέσμευση κονδυλίων για την καταπολέμησή της είτε σε άλλους τομείς ή ακόμη στα ίδια τα άτομα και στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον.
- Να προκαλεί μεταβολές στο παραγόμενο προϊόν με το να αναγκάζει το άτομο να απόσχει από την εργασία του και να μειώνεται έτσι η παραγωγή και άρα το παραγόμενο συνολικό προϊόν.
- Να προκαλεί αλλαγές προς το χειρότερο στην κατάσταση της υγείας του ατόμου συμβάλλοντας έτσι στην παραπάνω διαδικασία ή να οδηγεί σε καλύτερη υγεία μέσω της χρησιμοποίησης των υγειονομικών πόρων και να συνδράμει στην αύξηση του παραγόμενου προϊόντος με την επιστροφή του ατόμου στην εργασία.

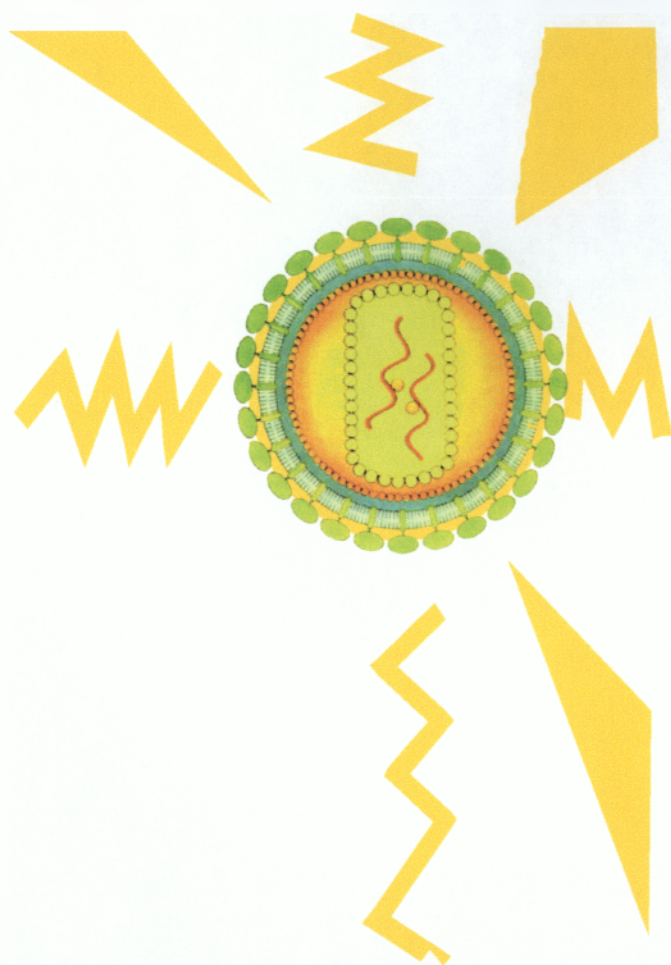
Έτσι σε μια μελέτη εκτίμησης του κόστους του AIDS θα πρέπει να απριθμήσουμε τους πόρους που απορροφά η καταπολέμηση της ασθένειας, να τους ποσοτικοποιήσουμε και στην συνέχεια να τους μετρήσουμε με τη μετατροπή τους σε χρηματικές μονάδες. Η με αυτόν τον τρόπο μέτρηση του άμεσου κόστους του AIDS θα βοηθήσει όχι μόνο στην ορθότερη κατανομή της χρημα-

τοδότησης πόρων ανάμεσα στα ιδρύματα και στις γεωγραφικές περιοχές της χώρας, αλλά θα συμβάλλει τα μέγιστα στην αξιοποίησή της προς όφελος των ασθενών, οι οποίοι δικαιούνται να έχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Επιχειρείται να αποτυπωθεί με την παρουσία της επιδημιολογικής εικόνας του AIDS και του υψηλού κόστους της ασθένειας την υψηλή προτεραιότητα του προβλήματος χρηματοδότησης της φροντίδας ασθενών με AIDS. Λύση – πρόταση προβλήματος επιχειρείται με τα Προγράμματα Οργανωμένης φροντίδας τα οποία συνδυάζουν τον τρόπο και τον τόπο πολιτικής χρηματοδότησης με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους και την ποιοτική αναβάθμιση της προσφερόμενης φροντίδας υγείας στα HIV θετικά άτομα.

- Η καινοτομία αυτών των προγραμμάτων έγκειται στο γεγονός ότι σε αυτά διερευνούνται και ενσωματώνονται πολλαπλές σύγχρονες τεχνικές και μέθοδοι, τις οποίες έχει να παρουσιάσει ο υγειονομικός τομέας σε σχέση με τα εφαρμοζόμενα συστήματα χρηματοδότησης και αξιολόγησης.
- Βασικό χαρακτηριστικό σε αυτά τα προγράμματα αποτελεί η υιοθέτηση της προοπτικής και της «κατά κεφαλή ασφαλισμένου» μεθόδου χρηματοδότησης. Η εφαρμογή της προοπτικής χρηματοδότησης επιβάλλει τον ακριβή υπολογισμό εκ των προτέρων του συνολικού κόστους των ασθενών, παρέχει τη δυνατότητα ελέγχου και διασφάλισης των συμφερόντων των προμηθευτών, παράλληλα όμως ενεργοποιεί διαχειριστικούς μηχανισμούς και κλινικές διαδικασίες, οι οποίες αποβαίνουν προς όφελος των ασθενών.

Τα σχήματα οργανωμένης φροντίδας ή αλλιώς τα «ενιαία προγράμματα ασφάλισης και αντιμετώπισης του AIDS» θα διαχειρίζονται και θα αγοράζουν υπηρεσίες υγείας από τους προμηθευτές και θα κατανέμουν τους πόρους και τις υπηρεσίες με κριτήρια την ισότητά στην πρόσβαση των πασχόντων σε κάθε επίπεδο περίθαλψης και τις πραγματικές ανάγκες. Στα πλαίσια αυτά, οι προμηθευτές (νοσοκομεία, μονάδες ανοικτής νοσηλείας κ.α.) θα αποζημιώνονται με μια προκαθορισμένη κατά κεφαλή πληρωμή από τον ασφαλιστικό οργανισμό ή από τον υπεύθυνο φορέα, συντονιστή του προγράμματος. Είναι προφανές ότι τα σχήματα αυτά περικλείουν μεθόδους ελεγχόμενου ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών και προοπτικής χρηματοδότησης. Η ανάπτυξη τέτοιων σχημάτων θα αποτελέσει ένα από τα πλέον ουσιαστικά μέτρα ελέγχου του κόστους της φροντίδας υγείας στη χώρα μας, με σκοπό την αξιοποίηση όχι μόνο των διαθέσιμων πόρων, αλλά και όλων των προαναφερθέντων οικονομικών και κοινωνικών παραμέτρων, οι οποίες είναι απαραίτητες για να στοιχειοθετήσουν μια ενιαία πολιτική αντιμετώπισης της φροντίδας υγείας των ασθενών με AIDS.

Επιγραμματικά, όπως και από την διεθνή εμπειρία επιβεβαιώνεται η αντιμετώπιση των επιπτώσεων της επιδημίας του AIDS στο Υγειονομικό, το Κοινωνικό και Οικονομικό επίπεδο, πρέπει να στηρίζεται σε αυστηρά επιστημονικά, επιδημιολογικά και στατιστικά δεδομένο, σε ορθολογικές μεθόδους διαχείρισης και σε σύγχρονες μορφές χρηματοδότησης, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη απόδοση των διατιθεμένων σε συνδυασμό με τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ
ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ**

4.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Είναι γεγονός, ότι στο διεθνή χώρο, εμφανίζεται μεγάλη κινητικότητα προς ανεύρεση και υιοθέτηση νέων τεχνικών, οι οποίες συνδυάζουν τον τρόπο οργάνωσης και διανομής της φροντίδας υγείας με εναλλακτικές πολιτικές κοστολόγησης αυτής, καθώς και με διάφορες τεχνικές χρηματοδότησης των παραγωγών – προμηθευτών, των ασφαλιστών και γενικότερα όλων των εμπλεκόμενων στο σύστημα υγείας. Δηλαδή ο συνδυασμός των επιδημιολογικών, δημογραφικών ιδιαιτεροτήτων της κάθε ασθένειας με τον τρόπο παροχής και χρηματοδότησης της απαιτούμενης φροντίδας υγείας είναι ο άξονας προς τον οποίο στρέφεται διεθνώς, η πολιτική υγείας. Έχει αποδειχθεί ότι η υιοθέτηση τέτοιων οργανωμένων προτύπων παροχής φροντίδας υγείας επιτυγχάνει τη συγκράτηση του κόστους για το λόγο ότι ελέγχει αποτελεσματικά την πλευρά της προσφοράς και της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας.

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και πρακτικής αποδεικνύει ότι κοινός τόπος των αναζητούμενων επιλογών αποτελούν πολιτικές οι οποίες χρησιμοποιούν σύγχρονες τεχνικές και μεθοδολογίες όσον αφορά την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Μια τέτοια εναλλακτική πολιτική αποτελούν τα προγράμματα οργανωμένης φροντίδας. Τα προγράμματα αυτά έκαναν την εμφάνισή τους κατά τις αρχές της δεκαετίας του '80 στις Η.Π.Α. και έκτοτε επεκτείνεται η εφαρμογή τους με αποτέλεσμα να αποτελούν μια από τις επικρατέστερες επιλογές πολιτικής υγείας σήμερα.

Ένα πρόγραμμα, δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας συντονίζει και ελέγχει την παραγωγή, τη διανομή και την κατανάλωση των φροντίδων υγείας για μια συγκεκριμένη ασθένεια σε συγκεκριμένο πληθυσμό. Η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα ενός τέτοιου προγράμματος έγκειται στο γεγονός ότι σ' αυτά τα προγράμματα διερευνούνται και ενσωματώνονται όλες οι σύγχρονες τεχνικές και μεθοδολογίες που έχει να παρουσιάσει ο υγειονομικός τομέας σε σχέση με τα εφαρμοζόμενα συστήματα χρηματοδότησης και αξιολόγησης.

Ειδικότερα, ως προς τη χρηματοδότηση τα προγράμματα οργανωμένης φροντίδας χρησιμοποιούν μεθόδους και κριτήρια, με τα εξής βασικά χαρακτηριστικά:

- ακρίβεια στη διάγνωση
- σωστός υπολογισμός του συνολικού κόστους
- δυνατότητα ελέγχου και επαλήθευσης
- διαφύλαξη των συμφερόντων του προμηθευτή και
- παροχή κινήτρων στους ασθενείς.

Ως προς τη μέθοδο αξιολόγησης που εφαρμόζεται σ' αυτά τα προγράμματα, αυτή στηρίζεται στις πιο σύγχρονες επιστημονικές τεχνικές που έχει να παρουσιάσει ο υγειονομικός τομέας. Αυτές εστιάζονται:

- στον έλεγχο της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας,
- την μέτρηση του χρόνου επιβίωσης του ασθενούς,
- στην προσπάθεια της κατά το δυνατόν συγκράτησης του κόστους,
- στο συνεχή έλεγχο της ποιότητας της προσφερόμενης φροντίδας υγείας.
- στη μέτρηση του επιπέδου της ποιότητας της ζωής. Με δεδομένα επομένως, την τάση της σύγχρονης πολιτικής υγείας στις αναπτυγμένες χώρες προς τη δημιουργία τέτοιων ενιαίων προγραμμάτων και την ιδιαιτερότητα που χαρακτηρίζει την επιδημία του AIDS, επιβάλλεται εκ των πραγμάτων η αναγκαιότητα ύπαρξης προγραμμάτων οργανωμένης φροντίδας. Κατά κύριο λόγο για την κάλυψη ατόμων που πάσχουν από τις σύγχρονες ασθένειες του πολιτισμού, μεγάλου κοινωνικού και οικονομικού βάρους.

Η ιδιαιτερότητα δε της συγκεκριμένης επιδημίας προκύπτει από την ταχύτητα διάδοσή της, το τεράστιο οικονομικό και κοινωνικό κόστος, την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τμήμα του πληθυσμού νεαρής ηλικίας, η οποία δεν ήταν αναμενόμενη, καθώς και την αύξηση του χρόνου επιβίωσης των πασχόντων.

Κάθε πρόγραμμα πρέπει να επιδιώκει το όφελος όλων των συμμετεχόντων και να έχει σαν αποτέλεσμα τον έλεγχο του κόστους μέσω μιας παράλληλης προσπάθειας του συστήματος να μη θέτει περιορισμούς στις παρεχόμενες υπηρεσίες των ασθενών και να μη θυσιάζει την ποιότητα της φροντίδας.

Είναι γνωστό ότι το σημείο αναφοράς των οργανωτικών αναζητήσεων και νεωτερισμών ακόμα και στο χώρο της υγείας προέρχεται από τις Η.Π.Α.

Επομένως νέες τεχνικές που αφορούν την οργάνωση, παραγωγή διανομή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας των ασθενών και φορέων με AIDS πρωτοεμφανίστηκαν στις Η.Π.Α., εξαιτίας πρώτον, του μεγάλου αριθμού των πασχόντων αλλά και δεύτερον, εξαιτίας της ιδιαιτερότητας της μορφής του αμερικανικού συστήματος υγείας σε σχέση με των άλλων δυτικοευρωπαϊκών χωρών. Η ιδιομορφία αυτή, με χαρακτηριστικό γνώρισμα την πλουραλιστική αγορά υπηρεσιών υγείας επέβαλε εκ των πραγμάτων την ανεύρεση νέων μεθόδων και τεχνικών που διέπουν και στηρίζουν σήμερα την οργάνωση και διαχείριση της οποιασδήποτε μορφής φροντίδας υγείας σε κάθε επίπεδο. Ο διεθνής χώρος έχει να παρουσιάσει την υιοθέτηση και εισαγωγή αυτών των τεχνικών από τις Η.Π.Α. σε πολλές χώρες, τεχνικές οι οποίες συνδυάζουν τον τρόπο οργάνωσης και διανομής της ιατρικής φροντίδας με εναλλακτικές χρηματοδότησης των προμηθευτών με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους της προσφερόμενης φροντίδας υγείας.

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων οργανωμένης φροντίδας των ασθενών με AIDS έγκειται στα εξής:

- Προάγεται η αυτονομία του ασθενούς, παρέχοντας του το δικαίωμα επιλογής ενός προγράμματος μεταξύ διαφόρων εναλλακτικών σχημάτων.
- Μεταφέρεται η παροχή φροντίδας υγείας από κέντρα με υψηλό κόστος σε ανάλογα με χαμηλό π.χ. η νοσοκομειακή περίθαλψη υποκαθίσταται από την περισσότερο εξειδικευμένη νοσηλεία στο σπίτι.
- Συσχετίζει τον τρόπο αμοιβής των επαγγελματιών υγείας με τον τρόπο παροχής της φροντίδας υγείας.
- Διασφαλίζει μέσω συμβολαίων όλους τους εμπλεκόμενους στην φροντίδα των πασχόντων με σκοπό τη διαφύλαξη της προσφερόμενης φροντίδας. Δηλαδή γίνεται έλεγχος για την τήρηση των δεικτών λειτουργικότητας και παραγωγικότητας της κάθε υπηρεσίας, εφαρμόζεται ποιοτικός έλεγχος, καθώς επίσης ελέγχονται οι τιμές και εξασφαλίζονται οι προσλήψεις εξειδικευμένου προσωπικού.
- Επιτυγχάνει το συντονισμό όσον αφορά τη διαχείριση του ασθενούς μέσα στο σύστημα σε σχέση με τους συμμετέχοντες σ' αυτό προμηθευτές – γιατρούς – νοσηλευτές, χρηματοδότες – ασφαλιστές και καταναλωτές – ασθενείς με ιδιαίτερη έμφαση στον έλεγχο εισαγωγής τους μέσα στο σύστημα.

- Προγραμματίζει με βάση τα δεδομένα στοιχεία τις πιθανές μελλοντικές εξελίξεις της νόσου και με βάση αυτές σχεδιάζει και οργανώνει τον τρόπο και τον τόπο παροχής της φροντίδας υγείας στους ασθενείς με AIDS.
- Εξασφαλίζει την ευχέρεια πρόσβασης των πασχόντων σε αντίστοιχες μονάδες υποστήριξης.

Προϋποθέσεις για την επιτυχία ενός προγράμματος οργανωμένης φροντίδας αποτελούν:

- η προσφορά εναλλακτικών και αποφυγή των παραδοσιακών, αντενδείκνυται, θεραπειών.
- η υποστήριξη της κοινότητας σε προσφορά κοινωνικών και νομικών υπηρεσιών.
- η τήρηση ελεγχόμενων θεραπειών, όσον αφορά θεραπευτικές αγωγές που ευρίσκονται σε πειραματικό στάδιο.
- Ο συνεχής έλεγχος της καταλληλότητας των μονάδων και της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών.
- η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση του ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού προσωπικού καθώς και των μελών της οικογένειας του ασθενούς σε κάθε είδους θέματα υποστήριξης των πασχόντων.

4.2 ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Με δεδομένα τα προβλήματα που χαρακτηρίζουν τους παραδοσιακούς τρόπους χρηματοδότησης της ιατρικής φροντίδας και το γεγονός ότι το AIDS είναι μια «νέα» δαπανηρή ασθένεια οι σχεδιαστές πολιτικής υγείας στρέφονται στο να κατευθύνουν τη χρηματοδότηση σε τρόπους και τεχνικές που θα επιτρέπουν την αποφυγή αυτών των προβλημάτων. Ο προσδιορισμός των οικονομικών επιπτώσεων που επιφέρει η φροντίδα υγείας των φορέων και των πασχόντων από AIDS σ' ένα τοπικό συγκεκριμένο δίκτυο υγείας έχει τις εξής παραμέτρους: πρώτον, την πρόβλεψη του συνολικού αριθμού φορέων και πασχόντων τα επόμενα χρόνια, δεύτερον, την πρόβλεψη των αναγκών για υπηρεσίες υγείας που θα προκύψουν σε συνδυασμό με το αντίστοιχο κόστος αυτών, τρίτον, τον έλεγχο της προέλευσης και της κατανομής των διαθέσιμων πόρων, τέταρτον, τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν το κόστος και τη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας που σχετίζεται με το AIDS, και τέλος την ανάπτυξη προτάσεων για ασφαλιστική κάλυψη των φορέων και πασχόντων. Διότι έχει αποδειχθεί ότι καθώς η κάλυψη του συγκεκριμένου κόστους εξαντλεί όλο και περισσότερο τους οικονομικούς πόρους των πασχόντων και τους προϋπολογισμούς της ασφάλισης υγείας έχει σαν συνέπεια αυτοί να γίνονται συνεχώς φτωχότεροι, το ίδιο συμβαίνει και στις εμφανισθείσες νέες περιπτώσεις, οπότε εκ των πραγμάτων η ιδιωτική ασφάλιση των ασθενών αποκλείεται και το οικονομικό βάρος επιρρίπτεται στο κράτος. Αυτό σημαίνει ότι μειώνονται συνεχώς οι πόροι σε τοπικό – κοινοτικό επίπεδο με αποτέλεσμα να υποβαθμίζεται το επίπεδο υγείας και να δυσχεραίνεται η πρόσβαση για υπηρεσίες υγείας. Με κριτήρια, επομένως, την επέκταση της νόσου και τη συνεχή απορρόφηση πόρων, τις δυσμενείς συνέπειες στην ποιότητα της φροντίδας υγείας και κατ' επέκταση στην υποβάθμιση του επιπέδου υγείας και τη δυσχερή πρόσβαση των φορέων και πασχόντων από AIDS για υπηρεσίες υγείας του Υπουργείου Υγείας των Η.Π.Α. μετά από πρόταση της Διεύθυνσης της Υπεύθυνης για τη χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας προχώρησε στη δημιουργία ενός τέτοιου προγράμματος, με σκοπό το συντονισμό της παραγωγής, διανομής και κατανάλωσης της συγκεκριμένης φροντίδας υγείας. Είναι γνωστό ότι στις περισσότερες πολιτείες των Η.Π.Α. τα κρατικά προγράμματα Medicaid χρηματοδοτούν περίπου το 50% των πασχόντων, το 30% καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση και το 20% είναι άποροι και επίσης, ότι καθώς η επιδημία επεκτείνεται προς τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα του πληθυσμού η συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης συνεχώς μειώνεται με αποτέλεσμα να αυξάνεται η συμμετοχή του δημόσιου τομέα.

Καινοτομία αυτής της πρωτοβουλίας αποτελεί η ανάπτυξη ενός συστήματος κατά κεφαλή ασφαλισμένου πληρωμής για αυτούς που εντάσσονται στα προγράμματα Medicaid, υπό την προϋπόθεση να παρέχονται όλες οι αναγκαίες φροντίδες σε κόστος πληρωμής κατά πράξη και περίπτωση. Δηλαδή τα Υπουργεία Υγείας ορισμένων πολιτειών αναθέτουν σε διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα ή υγειονομικούς φορείς την οργάνωση υποπρογραμμάτων στους ασθενείς ή φορείς με AIDS με τρόπο πληρωμής την κατά κεφαλή δαπάνη ασφαλισμένου. Όπως: Στα προγράμματα αυτά (AIDS Capitation Plan) εντάσσονται όλοι οι φορείς και ασθενείς με AIDS, στα πλαίσια της οργανωμένης σε κάθε επίπεδο φροντίδας υγείας οι οποίοι ανήκουν στο πρόγραμμα Medicaid. Τα νοσοκομεία με τη σειρά τους πληρώνονται μια καθορισμένη κατά κεφαλή πληρωμή από τον ασφαλιστικό οργανισμό ή από τον υπεύθυνο φορέα συντονιστή του προγράμματος με σκοπό να παρέχουν ιατρικές φροντίδες στους ασθενείς με AIDS. Έχει επιβεβαιωθεί ότι με αυτόν τον τρόπο γίνεται

- Πιο αποτελεσματικός, υπεύθυνος και οικονομικός ο σχεδιασμός και η παροχή υπηρεσιών υγείας των ασθενών αυτών.
- Διασφαλίζονται έγκαιρα οι πληρωμές για τους προμηθευτές του Medicaid.
- Παρέχονται έγκυρα οι κατάλληλες υπηρεσίες που απαιτούν μακρά νοσηλεία για αυτούς τους ασθενείς με προτυποποιημένα συμβόλαια με τους προμηθευτές. 4) Ελαττώνονται κατά το δυνατόν οι πολλαπλές χρήσεις και διάφορα άλλα κολλήματα. Επομένως, γίνεται εμφανές ότι η ύπαρξη προγράμματος οργανωμένης φροντίδας για τους ασθενείς και φορείς με AIDS παίζει το ρόλο του φίλτρου εισαγωγής για αυτούς στο υγειονομικό σύστημα, γιατί είναι υπεύθυνο για το συντονισμό του τρόπου και του τόπου της φροντίδας υγείας.

Οι γιατροί οι συμβεβλημένοι με το πρόγραμμα της εκ των προτέρων πληρωμής "AIDS Capitation Plan" έχουν το δικαίωμα να συμφωνούν εκ των προτέρων το ύψος της αμοιβής τους και να παρέχουν τις αναγκαίες και κατάλληλες φροντίδες υγείας και συμβουλές στους ασθενείς σε κάθε επίπεδο περίθαλψης. Επομένως, το πρόγραμμα αυτό (Capital plan) συμβάλλεται με συγκεκριμένους φορείς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, καθώς επίσης και με άλλες υπηρεσίες υποστήριξης μακράς νοσηλείας με αποτέλεσμα τα συμβεβλημένα μέλη του να τυγχάνουν κάθε είδους εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής φροντίδας, ειδικές φαρμακευτικές αγωγές, χρησιμοποίηση ιατρικής τεχνολογίας και φαρμακευτικών προϊόντων.

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα που επιφέρει ένα τέτοιο πρόγραμμα «οργανωμένης φροντίδας» με χαρακτηριστικά την προκαθορισμένη κατά κεφαλή αμοιβή του συμβεβλημένου γιατρού και την κατά κεφαλή δαπάνη του ασφαλισμένου εντοπίζονται στα εξής: Παρέχει στον ασθενή κίνητρα στο να γίνεται μέλος σε ασφαλιστικές εταιρίες ή οργανισμούς, με αποτέλεσμα την επέκταση του ασφαλιστικού δικαιώματος των ασθενών. Απόδειξη αυτού αποτελεί το γεγονός ότι από το 1988 ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες άρχισαν να συμμετέχουν ενεργά στην κάλυψη ασθενών και φορέων AIDS για λόγους καθαρά ανταγωνιστικότητας με αποτέλεσμα να αναπτυχθούν νέες πολιτικές στην αγορά των ιδιωτικών ασφαλίσεων για την αντιμετώπιση αυτής της επιδημίας.

- Ενσωματώνει και προωθεί την κατανάλωση υπηρεσιών καθώς και φαρμακευτικών αγαθών, τα οποία κατ' εξοχήν στη συγκεκριμένη ασθένεια είναι δαπανηρά. Για παράδειγμα, όσον αφορά τη φαρμακευτική κατανάλωση, περιλαμβάνεται κατάλογος 15 φαρμάκων, αυτών που χρησιμοποιούνται με μεγαλύτερη συχνότητα και παρέχονται σε συμβεβλημένα φαρμακεία σε τιμές χαμηλότερες από τις επικρατούσες στην αγορά.
- Παρέχονται προληπτικές και θεραπευτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες. Αυτές, όπως είναι γνωστό, δύσκολα τις καλύπτουν οι υπάρχοντες ασφαλιστικοί οργανισμοί, ιδιαίτερα δε στους συγκεκριμένους ασθενείς, και δίνουν τη δυνατότητα μεγαλύτερης λήψης μέτρων προστασίας των συμβεβλημένων οδοντογιατρών εφόσον είναι γνώστες των πελατών τους.

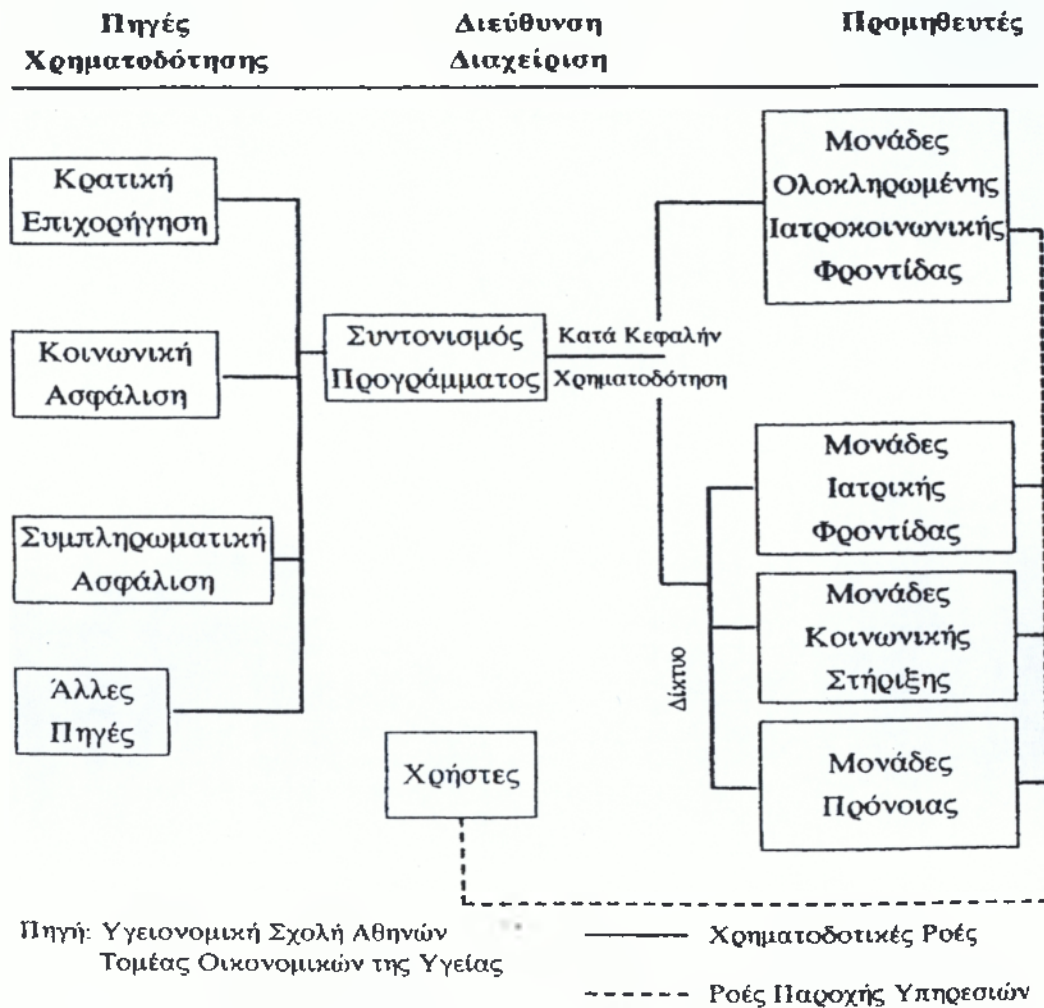
Άλλες υπηρεσίες σε χαμηλότερο κόστος που προσφέρουν τα προγράμματα αφορούν την προσφορά νομικής προστασίας μέσω οργανισμών συμβουλευτικών κ.α., θέματα τα οποία κατέχουν ιδιαίτερη σημασία στους πάσχοντες από AIDS. Σημαντικό στοιχείο που πρέπει να αναφερθεί και το οποίο στηρίζει τον προβλεπόμενο – προοπτικό και κατά κεφαλή ασφαλισμένου τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς με AIDS είναι η ακρίβεια στον καθορισμό εκ των προτέρων του ετησίου κόστους του ασθενούς με αποτέλεσμα το νοσοκομείο ή η οποιαδήποτε μονάδα νοσηλείας να προσπαθεί να διαχειριστεί ορθολογικά τα οικονομικά της. Με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους της παρεχόμενης φροντίδας υγείας τίθενται εκ των προτέρων κίνητρα. Για παράδειγμα, σε περίπτωση που το κόστος του προμηθευτή είναι μικρότερο από το προβλεπόμενο ο ασφαλιστικός οργανισμός κρατάει τα αποθέματα ή ακόμα εάν το πραγματικό κόστος κυμαίνεται μεταξύ 100% και 125% του προβλεπόμενου ετήσιου κόστους ο προμηθευτής αναλαμβάνει την ευθύνη για την υπέρβαση του κόστους μέχρι ενός βαθμού και μετά μετακυλίσσεται το βάρος

στο κράτος. Τέλος, εάν το κόστος υπερβαίνει το 125% του προβλεπόμενου την ευθύνη την αναλαμβάνει εξ ολοκλήρου το κράτος. Η διεθνής εμπειρία και πρακτική μας αποδεικνύει ότι καθώς η επιδημία επιμένει και επηρεάζει δυσανάλογα τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα, το οικονομικό βάρος επιβαρύνει όλο και περισσότερο το κράτος. Απόδειξη αυτού είναι ότι σε ορισμένες πολιτείες των Η.Π.Α. το συνολικό κόστος των υπηρεσιών υγείας των πασχόντων και φορέων με AIDS προβλέπεται ότι θα έχει αυξηθεί κατά 252% μεταξύ 1989-1995, δηλαδή ο ρυθμός αύξησης αυτών των δαπανών είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερος από την αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας την ίδια περίοδο. Η αξιολόγηση αυτών των προγραμμάτων είναι διαρκής εφόσον ακόμα είναι νωρίς να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητά τους. Τα πρώτα αποτελέσματα όμως έχουν επιτύχει τη συγκράτηση του κόστους αυτών των δαπανών, σκοπός στον οποίο οφείλεται η δημιουργία τους αλλά κυρίως αναβάθμισαν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας μέσω του οργανωμένου δικτύου διαχείρισης των πασχόντων και φορέων του AIDS. Τέλος, στον βαθμό κατά τον οποίο, η επιδημία του AIDS διευρύνεται, ο αριθμός των πασχόντων αυξάνεται όπως επίσης και το προσδόκιμο επιβίωσής τους, είναι προφανές ότι το συνολικό εθνικό κόστος αντιμετώπισης του AIDS αυξάνεται επίσης ενώ ταυτόχρονα αποσπά σημαντικούς πόρους από άλλες περιοχές υψηλής προτεραιότητας της εθνικής πολιτικής υγείας.

Η διατύπωση αυτή, οδηγεί αναπόφευκτα στην αναγκαιότητα χρηματοδοτικών και οργανωτικών σχηματισμών στη φροντίδα ασθενών AIDS, με τρόπο ώστε αφενός να συνδυάζεται η ισότητα και η ευχέρεια στην πρόσβαση με την παροχή ολοκληρωμένων ιατροκοινωνικών υπηρεσιών και αφετέρου η ορθολογική κατανομή των πόρων σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών και το παραγόμενο έργο από τους προμηθευτές. Είναι βέβαιο ότι οι μεταβολές αυτές προάγουν την αυτονομία των ασθενών για έκφραση των προτιμήσεων και ταυτόχρονα την ελευθερία των προμηθευτών για διαχειριστικούς νεωτερισμούς.

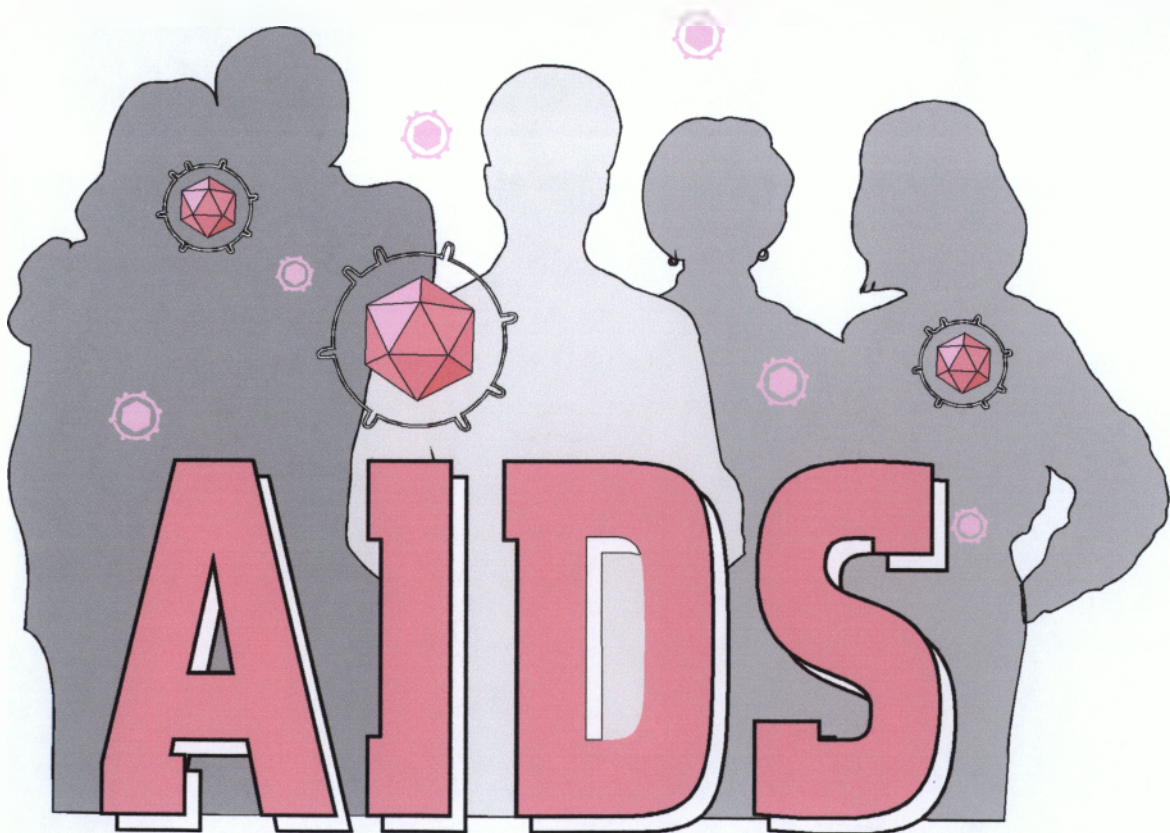
Το προτεινόμενο σχήμα, αναφέρεται στη συγκρότηση μιας σχεδιασμένης αγοράς η οποία προάγει το δημόσιο ανταγωνισμό. Η αναφορά αυτή, ενδεχομένως έχει γενικότερη σημασία για τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό τομέα.

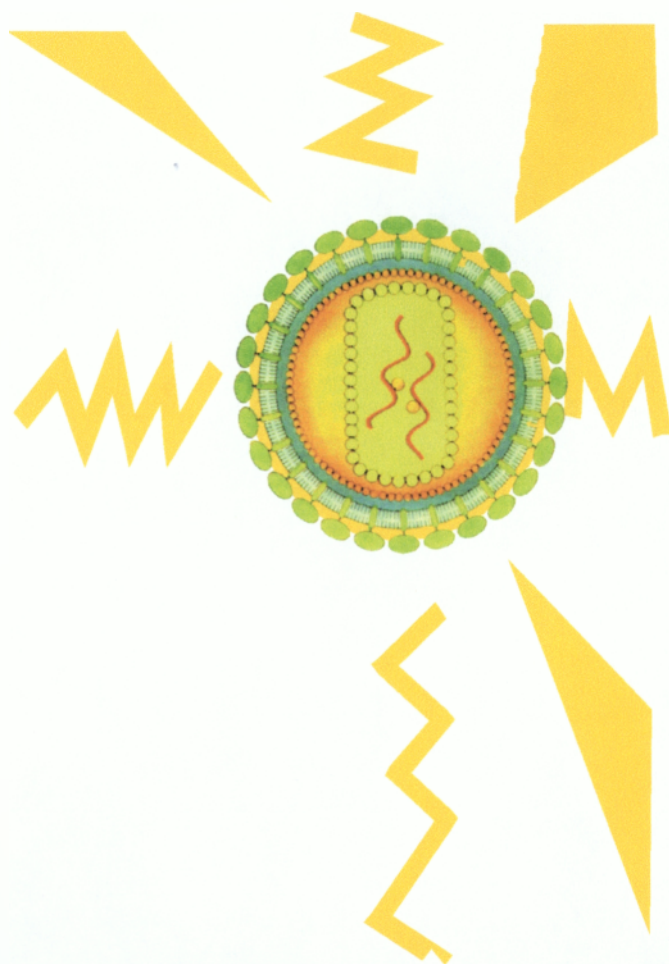
4.3 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΟ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS



ΜΕΡΟΣ

ΤΡΙΤΟ





ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ



ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ

ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔ. ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

ΓΕΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ

- Διεύθυνση Δημ. Υγιεινής
- Διεύθυνση Ιατρ. Αντίληψης
- Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
- Διεύθυνση Αγωγής Υγείας
- Υπηρεσία Διεθνών Σχέσεων
- Προνοιακές Διευθύνσεις
- Διεύθυνση Αναπτύξεως Μονάδων Υγείας

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ
Ενεργοποίηση πνευμ. Κόσμου και κοινωνικών δυνάμεων

ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
Όργανο σχεδιασμού & διαμόρφωσης Εθνικής Πολιτικής Υγείας, επαγρύπνησης και συντονισμού λειτουργιών

ΞΕΝΩΝΑΣ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΟ ΟΡΓΑΝΟ

ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ΟΡΓΑΝΑ
Διοικητικός Διευθυντής

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

ΓΕΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΕΡΕΥΝΑΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΙΕΘΝΩΝ. ΣΧΕΣΕΩΝ
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΝΟΜΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ
ΕΝΟΠΛΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ ΣΩΜ. ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ I
ΔΙΟΙΚ. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΕΩΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝ. ΕΛΕΓΧΟΥ

- 19 περ. Νοσοκομεία
- Ιατρικοί Σύλλογοι
- Πανεπ/κές Κλινικές
- Ιατρικές Εταιρείες
- Ινστιτούτα Έρευνας
- Κέντρο Υγείας Και Σωμ. Ασφαλείας
- Γραφείο Διαχειρίσεως
- Οικονομικού Ελέγχου

ΤΜΗΜΑ II
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

- Διεθνή Επιστ. Κέντρα
- Πανεπιστήμια
- Νοσοκομεία
- Ινστιτούτα Έρευνας
- Ιατρικοί Σύλλογοι
- Επιστημονικές Εταιρείες
- Ιατρικό Δυναμικό Επικράτειας
- Συμβουλευτικοί Σταθμοί

ΤΜΗΜΑ III
ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΥΠΟΥ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

- Ενημέρωση
- Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας
- Τύπος
- Εκκλησία
- Σχολεία
- Στρατός
- Φοιτητικοί Σύλλογοι
- Οργανώσεις και Σωματεία

5.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ.

Έχει γίνει πλέον συνείδηση στην Κοινή Γνώμη ότι το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS) εξαπλώνεται με ταχύτατους ρυθμούς ανά τον κόσμο σε συνδυασμό με την έξαρση που παρουσιάζουν τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και οι Ιογενείς Ηπατίτιδες. Η επιδημία αυτή έχει αναδειχθεί σε μείζον ιατρό – κοινωνικό πρόβλημα λόγω της ταχείας εξαπλώσεως και αστάθμητης διασποράς δια μέσου της σεξουαλικής πράξης και συμπεριφοράς.

Η αντίληψη για την αντιμετώπιση και αναχαίτιση του φαινομένου αυτού εστιάζεται στη λήψη μέτρων σε διεθνές επίπεδο στα πλαίσια μιας παγκόσμιας ενιαίας Υγειονομικής Πολιτικής.

Η Ελληνική Πολιτεία ευαισθητοποιήθηκε προς την κατεύθυνση αυτή με τη δημιουργία, αρχικά μεν ενός Συμβουλευτικού Οργάνου, της «Εθνικής Επιτροπής AIDS» εις την οποία συμμετείχαν διακεκριμένοι επιστήμονες (έτος ίδρυσης – 1983), ακολούθως δε στα τέλη του 1992 με σύσταση και λειτουργία του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) Το Κ.Ε.Ε.Λ. είναι ένας πρωτότυπος και πολυδύναμος Οργανισμός ιδιωτικού Δικαίου, εποπτευόμενος από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, ο οποίος λειτουργεί μέσα στο πλαίσιο της Πολιτικής Υγείας της χώρας, με κεντρικό στόχο την προστασία και περίθαλψη του πολίτη από το AIDS και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Πρόκειται για έναν οργανισμό με ποικίλες παραμέτρους δράσης σε ένα χώρο με ασαφή όρια, με ιατρό – βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, οικονομικές κ.λ.π. συνιστώσες, ασυνήθειες και ασταθείς.

Η οργάνωση και λειτουργία του Κ.Ε.Ε.Λ. ρυθμίζεται μέσα στο προεδρικό διάταγμα υπ. Αρ. 358/92 (Φ.Ε.Κ. 179/Α/22/11/92) βλέπε παράρτημα.

5.2 ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ Κ.Ε.Ε.Λ.

Με απόφαση του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. (4^η συνεδρίαση της 10-2-97), συνεστήθη επιτροπή στο Κ.Ε.Ε.Λ. με επικεφαλής το καθηγητή του Συνταγματικού Δικαίου της Νομικής Αθηνών και μέλος του Δ.Σ. Γεώργιο Κασιμάτη, η οποία σε στενή συνεργασία με τη Νομική Υπηρεσία του Κ.Ε.Ε.Λ., επεξεργάστηκε σχέδιο Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας.

Για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός χρόνου και με γνώμονα της ρυθμίσεις του οργανωτικού και λειτουργικού Π.Δ. 358/32, η επιτροπή προσπάθησε, σε στενή συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας να συμπεριλάβει στις σελίδες του κανονισμού τα καίρια θέματα για τη λειτουργία του

Κ.Ε.Ε.Λ. Οι δυσκολίες ήταν πολλές, καθόσον το Κ.Ε.Ε.Λ., αποτελεί σήμερα ένα δίκτυο υπηρεσιών με πολυσχιδή δραστηριότητα στο εσωτερικό και στο εξωτερικό της χώρας, με ιδιαίζουσα πρωτοτυπία υπάρχουν δε προοπτικές ακόμη μεγαλύτερης επέκτασης.

Στις 70 σελίδες του σχεδίου που εκπονήθηκε, περιλαμβάνονται κεφάλαια που αφορούν τις αρμοδιότητες του Κ.Ε.Ε.Λ., τα του Διοικητικού Συμβουλίου, τα σχετικά με το Επιστημονικό Γνωμοδοτικό Συμβούλιο και τις Επιστημονικές Επιτροπές, τις Υπηρεσίες (Κεντρική και Περιφερειακές), το προσωπικό, γίνεται δε προσπάθεια να ρυθμιστεί κάθε θέμα σχετικό με τη λειτουργία του Κ.Ε.Ε.Λ.

Ήδη το σχέδιο έχει υποβληθεί προς έγκριση στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας. Με την έγκριση του κανονισμού, θα ολοκληρωθεί η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ. και θα δοθεί η δυνατότητα στο Δ.Σ., να προχωρήσει σε συγκροτημένη παραγωγή έργου.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Για τη στελέχωση της υπηρεσίας Διοικητικής και Επιστημονικής υποστήριξης συνιστώνται θέσεις προσωπικού με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου, ορισμένου ή αορίστου χρόνου, μερικής ή πλήρους απασχολήσεως σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις και διέπονται από τον εξωτερικό κανονισμό του Κ.Ε.Ε.Λ. Η Σύμβαση του προσωπικού που προσλαμβάνεται για ορισμένο χρόνο μπορεί να παρατείνεται για ίσο χρονικό διάστημα, εφόσον αυτό εξεπλήρωσε επιτυχώς τα καθήκοντά του και υπάρχουν σχετικές ανάγκες.

Αναλυτικότερα βλέπε παράρτημα

5.3 ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ.

Κεντρική Υπηρεσία

Η Υπηρεσία διοικητικής και επιστημονικής υποστήριξης του Κ.Ε.Ε.Λ. (αρ. 9 του Π.Δ. 358/1992), εν συντομία Κεντρική Υπηρεσία, στεγάζεται στο κέντρο της Αθήνας (οδός Μακεδονίας 6-8) και έχει ως κύριο έργο της τη διοικητική στήριξη όλων των Υπηρεσιών και δραστηριοτήτων του Κ.Ε.Ε.Λ.

Περιλαμβάνει:

A) Το Γραφείο Διευθυντού

Ο Διευθυντής, ο οποίος είναι ιατρός (παρ. 1, άρθρο 10 του ΠΔ. 358/32) εποπτεύει και ελέγχει διοικητικά όλο το δίκτυο υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ.

B) Τα ειδικά Γραφεία

- Επιδημιολογίας και Εποπτείας Φαρμάκων
- Διεθνών και Δημοσίων Σχέσεων
- Τύπου
- Ψυχοκοινωνικής Στήριξης
- Νομική Υπηρεσία

Γ) Τις Διοικητικές Μονάδες

- Γραφείο Προσωπικού
- Λογιστήριο
- Διαχείριση Προμηθειών και Υλικού
- Γραμματεία
- Περιφερειακές Υπηρεσίες

5.3.1 ΞΕΝΩΝΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ «HOSPICE»

Ο Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Πειραιά, άρχισε να λειτουργεί στις 16-7-93, ως περιφερειακή υπηρεσία του Κ.Ε.Ε.Λ. αποτελώντας ένα μοντέλο πρωτοποριακού προγράμματος για την χώρα μας.

Σκοποί της λειτουργίας του είναι:

- Παροχή ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών σε νοσούντες με AIDS (συνεργασία με την Μονάδα κατ' οίκον νοσηλεία.
- Παροχή Ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε οροθετικά άτομα.
- Συνεργασία με κοινωνικούς φορείς με σκοπό την εξεύρεση εργασίας σε οροθετικά άτομα (Δήμος, εκκλησία κλπ.)
- Συνεργασία – Σύνδεση με οικογένειες οροθετικών ατόμων
- Συνεργασία με φυλακές. Παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε οροθετικούς κρατούμενους.

- Επίσημη συνεργασία με μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.
- Αγωγή Κοινότητας (Πρόγραμμα γειτονιάς). Ενημέρωση – ευαισθητοποίηση.
- Συνεργασία – Εποπτεία εθελοντών
- Αξιοποίηση ομαδικών διεργασιών, ανάπτυξη κοινωνικών επαφών μεταξύ οροθετικών ατόμων, μείωση κοινωνικού στίγματος, εξομάλυνση ενδοοικογενειακών σχέσεων.
- Επανεένταξη – Αποκατάσταση των φιλοξενουμένων

5.3.2 ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ «HOME CARE»

Από το Δεκέμβριο του 1995 εγκαινιάστηκε το Πρόγραμμα της «Κατ' οίκον Νοσηλείας) με έδρα των υπηρεσιών του τη Βίλα Δρακοπούλου (Περίπτερο) που ευγενικά παραχωρήθηκε άνευ ανταλλάγματος από το Δ.Σ. του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Ουσιαστικά όμως άρχισε να λειτουργεί μερικούς μήνες αργότερα λόγω της δυσκολίας ανεύρεσης νοσηλευτικού προσωπικού και κυρίως λόγω των αντιδράσεων της κοινότητας, οι οποίες όμως ξεπεράστηκαν.

Στελεχωμένη η υπηρεσία αυτή με νοσηλεύτριες, διοικητικό προσωπικό και υπό την επιστημονική επίβλεψη του Διευθυντού της Κ.Ε.Ε.Λ. εξυπηρετεί επί Ιδώρου βάσεως και από Δευτέρα έως και Παρασκευή, ασθενείς με AIDS μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο και μετά από υπόδειξη των ιατρών των τμημάτων Ειδικών Λοιμώξεων. Επίσης και τα Σαββατοκύριακα το νοσηλευτικό προσωπικό είναι σε ετοιμότητα να συνεχίσει, αν ειδοποιηθεί, τη νοσηλεία ασθενών που έχει ήδη ξεκινήσει εντός της εβδομάδας.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

Σύμφωνα με τις κατευθύνσεις της Π.Ο.Υ., όλα τα οδοντιατρεία των νοσοκομείων είναι υποχρεωμένα να δέχονται ασθενείς με AIDS. Παρόλα αυτά, επειδή υπάρχουν άποροι ασθενείς και υπάρχουν μερικές φορές περιστατικά έλλειψης συνεργασίας μεταξύ οδοντιάτρων και ασθενών με ψυχολογικά προβλήματα λόγω της νόσου των το Κ.Ε.Ε.Λ. λειτουργεί το οδοντιατρείο στο Περίπτερο της Βίλας Δρακοπούλου (Πατησίων 358) όπου έχει την έδρα της «η κατ' οίκον Νοσηλεία».

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του οδοντιατρείου, είναι δυο κατηγοριών:

A) Στοματολογική εξέταση / διάγνωση εκδηλώσεων HIV/AIDS

Στη στοματική κοιλότητα.

B) οδοντιατρικές πράξεις

Από 17/2/97 μέχρι 10/12/97 το σύνολο των οδοντιατρικών πράξεων ήταν 597.

5.3.3 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ (ΑΘΗΝΑ)

Ο Συμβουλευτικός Σταθμός (Σ.Σ.) και η Τηλεφωνική Γραμμή (Τ.Γ.) για το AIDS, άρχισαν να λειτουργούν το Σεπτέμβριο του 1992, με την επιστημονική ευθύνη του Ψυχολογικού Τμήματος της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Αποτελούν αποκεντρωμένη Υπηρεσία του κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) του Υπουργείου υγείας Πρόνοιας. Η Υπηρεσία εδρεύει στο Νοσοκομείο Α. ΣΥΓΓΡΟΣ και στελεχώνεται από επιστήμονες επαγγελματιών ψυχικής υγείας με ειδική εκπαίδευση πάνω σε θέματα AIDS. Βρίσκεται υπό την επιστημονική εποπτεία της καθηγήτριας Ψυχολογίας Α. Κοκκέβη.

Κύριο αντικείμενο της είναι η εξειδικευμένη ψυχοκοινωνική παρέμβαση σε θέματα AIDS και ειδικότερα η έγκαιρη και αποτελεσματική πρόληψη καθώς και η κατάλληλη αντιμετώπιση των ποικίλων ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών των φορέων και ασθενών του AIDS, των ατόμων του περιβάλλοντος τους, αλλά και του κοινού γενικότερα.

ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ (ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ)

Λειτουργεί από το Δεκέμβριο του '96, 30 ώρες εβδομαδιαίως, από Δευτέρα έως Παρασκευή, σύμφωνα με τα πρότυπα της αντίστοιχης υπηρεσίας στην Αθήνα. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι συμβουλευτική – υποστηρικτική παρέμβαση σε κρίση, ενημέρωση και σε ποσοστό 65,4% παραπομπή σε ειδικές υπηρεσίες. Την επιστημονική εποπτεία για τη λειτουργία της Τηλεφωνικής Γραμμής, έχει η Ψυχιατρική κλινική του Α.Π.Θ.

5.3.4 ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟ – ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗΣ

Στο πλαίσιο της προσπάθειας εναρμόνισης των στρατηγικών για την ασφάλεια του αίματος των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Συμβουλίου της Ευρώπης, κρίθηκε απαραίτητη η εκτίμηση σε εθνικό επίπεδο όλων των διαδικασιών που συντελούν στο σκοπό αυτό.

Αποφασίσθηκε λοιπόν από το Δ.Σ. (23/2-10-95) η ανάπτυξη ενός εθνικού προγράμματος Αίμο – επαγρύπνησης, προσαρμοσμένου τόσο στις ανάγκες, όσο και στις δυνατότητες των υπηρεσιών αιμοδοσίας, με τη δημιουργία ενός συντονιστικού κέντρου Αίμο- επαγρύπνησης στον τομέα των λοιμώξεων που σχετίζονται με την αιμοδοσία και την ιατρική των μεταγγίσεων. Το Κέντρο αυτό ήδη λειτουργεί στο Ν.Γ.Ν. «Γ. Γεννηματάς».

5.3.5 ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΥΚΗΤΙΑΣΕΩΝ

Το Κέντρο αυτό, με επιστημονικό υπεύθυνο τον κ. Ν. Λεγάκη, Καθηγητή Μικροβιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, επιτελεί σπουδαίο επιστημονικό έργο.

Ειδικότερα ειδικεύεται στην :

- Καταγραφή της συχνότητας και μοριακής επιδημιολογίας των μυκητιασικών νοσοκομειακών λοιμώξεων κατά ομάδα ασθενών.
- Αξιολόγηση των δεδομένων σχετικά με την ευαισθησία των βακτηριδίων στα αντιμικροβιακά αντιβιοτικά με σκοπό την πρόληψη των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων που προέρχονται από τα GRAM αρνητικά βακτηρίδια.
- Επιτήρηση των χώρων όπου νοσηλεύονται ή παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία ασθενείς με ανοσοκαταστολή.

5.3.6 ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Το Κέντρο αυτό, με επιστημονικούς υπεύθυνους την κα. Τζ. Κουρέα Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής Ε.Σ.Δ.Υ. και τον Κο Ν. Βακάλη, καθηγητή παρασιτολογίας, εντομολογίας και Τροπικών Νόσων στεγάζεται στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και έχει σκοπό την πληρέστερη εργαστηριακή διερεύνηση και μελέτη των ευκαιριακών λοιμώξεων των ασθενών και φορέων με AIDS στη χώρα μας, την οποία και εξασφαλίζει δια του ποιοτικού ελέγχου των εργαστηριακών εξετάσεων. Συμβάλλει δε στην ταχύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών και ως εκ τούτου μειώνει την παραμονή αυτών στα Νοσοκομεία λόγω της ταχύτητας των εξετάσεων.

5.4 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ.

Το Κ.Ε.Ε.Λ. άρχισε να λειτουργεί στο Φεβρουάριο του 1993

Το πρώτο χρόνο δόθηκε έμφαση στην υπηρεσιακή δόμηση του νεοσύστατου αυτού Νομικού προσώπου, με την στελέχωση του με υπαλληλικό δυναμικό, τη συγκρότηση των επιστημονικών επιτροπών και τη χάραξη των συστηματικών επάνω στις οποίες εξακολουθεί να κινείται.

Ειδικότερα, όσον αφορά στις δραστηριότητες του:

5.4.1 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Μία από τις βασικότερες δραστηριότητες του Κ.Ε.Ε.Λ., είναι η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και πληθυσμιακών ομάδων, με στόχο την πρόληψη κυρίως του AIDS, αλλά και των άλλων νοσημάτων της αρμοδιότητας του Κ.Ε.Ε.Λ.

Στο διάστημα της πενταετίας έγιναν πολυάριθμες και πολυποικίλες ενημερωτικές προσπάθειες είτε στο πλαίσιο οργανωμένων εκστρατειών, είτε αποσπασματικά, ανάλογα με τις ανάγκες. Κύριος και σημαντικότερος φορέας υλοποίησης αυτών των προσπαθειών ήταν η επιτροπή ενημέρωσης, στο έργο της οποίας περιγράφονται αναλυτικότερα αυτές οι προσπάθειες.

Η επιτροπή αυτή ασχολείται κυρίως με την επεξεργασία και υλοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης που στοχεύουν στην πρωτογενή πρόληψη της λοίμωξης και στη μείωση του φόβου και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τη λοίμωξη.

Κάθε χρόνο σχεδιάζονται και πραγματοποιούνται δυο «καμπάνιες» ενημέρωσης.

Η πρώτη είναι η «χειμερινή» και κορυφώνεται την 1^η Δεκεμβρίου, Παγκόσμια Ημέρα Κατά του AIDS. Έχει στόχο κυρίως την κοινωνική προσέγγιση και αλληλεγγύη προς τους οροθετικούς («καμπάνια Αλληλεγγύης») αλλά και την ενημέρωση (14 Φεβρουαρίου Ημέρα των Ερωτευμένων).

Η δεύτερη («Θερινή Καμπάνια») υλοποιείται τους θερινούς μήνες και έχει στόχο την ενημέρωση και την πρόληψη. Το 1994 και 1995 το Κ.Ε.Ε.Λ. συμμετείχε στο Κοινοτικό Πρόγραμμα «Η ενημέρωση κατά του AIDS» Το 1996 και το 1997, η καμπάνια οργανώθηκε αποκλειστικά από το Κ.Ε.Ε.Λ.

Έως σήμερα το έργο της Επιτροπής Ενημέρωσης έχει ενισχυθεί από χορηγίες ιδιωτικών φορέων και την προσφορά έργου και υπηρεσιών πολλών ιδιωτικών και δημοσίων φορέων:

Ενημέρωση γενικού πληθυσμού:

Δραστηριότητες:

• Παραγωγή τηλεοπτικών μηνυμάτων (sports) κυρίως για την ενημέρωση και την πρόληψη, αλλά και την αλληλεγγύη. Έως σήμερα έχουν παραχθεί 16, σε τιμές κόστους (προσφορά ένωσης παραγωγών) και έχουν προβληθεί δωρεάν μετά από ενέργειες της επιτροπής και του Κ.Ε.Ε.Λ. (και την έγκριση του Εθνικού Ραδιοτηλεοπτικού Συμβουλίου) από όλους τους τηλεοπτικούς σταθμούς.

- Παραγωγή ραδιοφωνικών sports (καλοκαίρι 95, χειμώνας 96-97)
- Τηλεοπτικά και Ραδιοφωνικά αφιερώματα σε συνεργασία με τηλεοπτικούς και ραδιοφωνικούς σταθμούς (Οργάνωση Κ.Ε.Ε.Λ.)
- Διά – ραδιοφωνικά προγράμματα με κοινή σύγχρονη εκπομπή – αφιέρωμα ραδιοφωνικών σταθμών (14 Δεκεμβρίου 1994, 1995, 1996, 1997).
- Καταχωρήσεις στον ημερήσιο και περιοδικό Τύπο (τιμές κόστους ή δωρεάν)
- Έκδοση τηλεκάρτας με εικαστικό από την καμπάνια ενημέρωσης, σε συνεργασία με τον Ο.Τ.Ε.
- Εκδόσεις φυλλαδίων σε ημερήσιο και περιοδικό Τύπο (τιμές κόστους ή δωρεάν)
- Έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων
- Έκδοση αφισών

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ (ΛΥΚΕΙΑ – ΓΥΜΝΑΣΙΑ)

A) Έγινε παραγωγή (σε συνεργασία με το Ίδρυμα μελετών Λαμπράκη και το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού) του Video (Ταινιομάθημα) “Bauader” για το AIDS. Απεστάλη για να προβληθεί σε όλα τα λύκεια της χώρας. Προ της διανομής προηγήθηκε πιλοτικό στάδιο σε 3 σχολεία της χώρας.

B) Διενεμήθη το φυλλάδιο «Ωρα για Δράση» στα σχολεία της χώρας (500.000 αντίτυπα)

Γ) Οργανώθηκαν πολλές ενημερωτικές ομιλίες σε δεκάδες σχολεία της χώρας από την ομάδα «Ενημερωτών» του Κ.Ε.Ε.Λ.

Δ) Το φθινόπωρο του 1995, διοργανώθηκε πανελλαδικός διαγωνισμός έκθεσης για τους μαθητές των Λυκείων όλης της χώρας με θέμα «**AIDS ΜΟΙΡΑΖΟΜΑΣΤΕ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ, ΜΟΙΡΑΖΟΜΑΣΤΕ ΤΙΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ**»

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σε συνεργασία με τον Σ.Ε.Β. και την Γ.Σ.Ε.Ε.

- Εκδόθηκαν ενημερωτικά φυλλάδια:
 - «AIDS: Ωρα για δράση στους χώρους εργασίας»
 - «Κώδικας Αρχών και Δεοντολογίας στους χώρους εργασίας»
- Έγιναν ενημερωτικά σεμινάρια στην Αθήνα, στην Πάτρα και τον Πειραιά

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΝΑΥΤΙΚΟΥΣ

Σε συνεργασία με την Ένωση Ελλήνων Εμποροπλοιάρχων

- Εκδόθηκε δίγλωσσο (Ελληνικά/Αγγλικά) ενημερωτικό φυλλάδιο για ναυτικούς.
- Έγινε ενημερωτικό σεμινάριο στον Πειραιά για ναυτικούς του Εμπορικού Ναυτικού.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΑΘΛΗΤΙΚΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ

- Σε συνεργασία με τη FIFA και την ΕΟΚ (Ομοσπονδία Καλαθοσφαίρισης) σε 4 γλώσσες (Ελληνικά – Αγγλικά – Γαλλικά – Ισπανικά) και έγινε διανομή στα γήπεδα (Παγκόσμιο πρωτάθλημα εφήβων – Καλοκαίρι '35)
- Σε συνεργασία με την ΕΠΟ, την ΕΠΑΕ, την ΕΟΚ, την ΕΣΑΚ αναγνώστηκε σε όλα τα γήπεδα μπάσκετ και ποδοσφαίρου το Μήνυμα της ημέρας, την Κυριακή 1^η Δεκεμβρίου 1996, ενώ μοιράστηκε και το φυλλάδιο «Ωρα για Δράση».

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΦΥΛΑΚΙΣΜΕΝΟΥΣ

Σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης εκδόθηκε ειδικό φυλλάδιο που απευθύνεται στους φυλακισμένους και στους σωφρονιστικούς υπαλλήλους. Επίσης οργανώθηκαν ενημερωτικές ομιλίες στα σωφρονιστικά καταστήματα ανηλίκων Κασσαβέτειας και Κορυδαλλού, καθώς και στις γυναικείες φυλακές Κορυδαλλού.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΥΣ

Σε συνεργασία με την ΕΛ.ΑΣ. οργανώθηκαν ενημερωτικές ομιλίες σε όλες τις σχολές εκπαίδευσης της χώρας.

ΕΙΔΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

- α) Διήμερο Σεμινάριο στους Γιατρούς των Κέντρων Υγείας όλης της Ελλάδας.
- Β) Ενημερωτικά σεμινάρια στον Δήμο της Αθήνας, στους κοινωνικούς λειτουργούς στο Δήμο Κομοτηνής, στο Δήμο Βόλου, σε καθηγητές Λυκείων Αλεξανδρούπολης, στο κέντρο Βρεφών «ΜΗΤΕΡΑ».

ΣΤΡΑΤΟΣ

Σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ, εκδόθηκε ειδικό φυλλάδιο («όχι στο AIDS, όχι στα ναρκωτικά») που απευθύνεται στις ένοπλες δυνάμεις.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

- α) Εκδόθηκε ειδικό φυλλάδιο για μετανάστες
- β) Έγινε ενημέρωση σε πληθυσμούς τσιγγάνων

5.4.2 ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

- Η κινητή Μονάδα ενημέρωσης επισκέφθηκε όλες τις τουριστικές αλλά και ακριτικές περιοχές της χώρας (1995-1996-1997). Από το 1996, είναι εφοδιασμένη με στατικό φωτιζόμενο αερόστατο – προφυλακτικό στην οροφή της.
- Σε συνεργασία με τον ΗΛΠΑΠ, κυκλοφορούν στην Αθήνα ζωγραφισμένα τρόλεϊ με το «Ιπτάμενο Προφυλακτικό». Πληρώθηκαν σε τιμή κόστους για δυο μήνες το καλοκαίρι του 95 αλλά παρέμειναν μέχρι το καλοκαίρι του 97, δωρεάν, ως προσφορά του ΗΛΠΑΠ.

Από το καλοκαίρι του 97, έχουν αντικατασταθεί με νέα εικαστικά σχέδια, με άξονα την πρόληψη.

- Κάθε χρόνο γίνεται εντυποδιανομή από τα περίπτερα («κιάσκια») ενημέρωσης σε κεντρικά σημείο της Αθήνας, την ημέρα έναρξης της θερινής καμπάνιας, την 1^η Δεκεμβρίου, την 14^η Φεβρουαρίου και σε όλες τις μεγάλες εκδηλώσεις.
- Γιγαντοαφίσες σε Αθήνα – Θεσσαλονίκη (επί 15/ήμερο, με αφορμή την 1^η Δεκ.).
- Έγινε διανομή του φυλλαδίου «PASSPORT» σε όλες τις τουριστικές περιοχές της χώρας, με την βοήθεια της Ολυμπιακής και του ΟΣΕ (1995-1996).
- Έγινε επανειλημμένα διανομή φυλλαδίων στα δρόμια των Εθν. Οδών.
- Οργανώθηκαν ομιλίες σε διάφορα διαμερίσματα του δήμου Αθηναίων.
- Τον Οκτώβριο του 1994 και τον Οκτώβριο του 1995 έγιναν αξιολογήσεις – δημοσκοπήσεις των ενημερωτικών προσπαθειών με ιδιαίτερα θετικά και χρήσιμα αποτελέσματα.
- Ενημερωτικό περίπτερο κατά τη διάρκεια του Παγκόσμιου Πρωταθλήματος Στίβου στο Ολυμπιακό Στάδιο.
- «Γιγάντιο ιπτάμενο προφυλακτικό», στη Θεσ/νίκη (95)
- Μεγάλη συναυλία για νέους, στην παραλία Αλίμου (96)
- Αερόστατο και μουσική εκδήλωση, στην Πάτρα (96)
- Συναυλία ευαισθητοποίησης (Θ. Μικρούτσικος /ορχήστρα των χρωμάτων '96)
- Θέατρο Δρόμου (97)

5.5 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Το Κ.Ε.Ε.Λ. σύμφωνα με την ιδρυτική του πράξη, το Π.Δ. 358/1992 (άρθρο 3 παρ. 12), συνεργάζεται με κάθε τρόπο για την ομαλή λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων, των κέντρων ελέγχου και αναφοράς (εννέα σ' όλη την Ελλάδα), καθώς και των τμημάτων ειδικών λοιμώξεων, ενώ έχει ως σκοπό «την αντιμετώπιση και παρακολούθηση, συντονισμό και υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών». Επομένως, το Κ.Ε.Ε.Λ. έχει δικαίωμα αλλά και υποχρέωση στο πλαίσιο των οριζομένων αρμοδιοτήτων του, να ενισχύει με κάθε τρόπο ηθικό, υλικό και οικονομικό, με διαφάνεια και σε συνεννόηση πάντοτε με την πολιτική Ηγεσία, τα Κέντρα Αναφοράς και τα τμήματα Ειδικών Λοιμώξεων, που είναι σημαντικά για την αντιμετώπιση του AIDS.

Ειδικότερα:

Το Κ.Ε.Ε.Λ. συνεργάζεται με τις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων, οι οποίες λειτουργούν σε 16 νοσοκομεία όλης της χώρας και δέχονται για νοσηλεία αποκλειστικά ασθενείς με AIDS. Το Κ.Ε.Ε.Λ., στηρίζει τις Μ.Ε.Λ.*, αφ' ενός μεν οικονομικά (δια μέσου ερευνητικών προγραμμάτων) και με την πρόσληψη επιστημόνων όλων των ειδικοτήτων για λογαριασμό τους, αφ' ετέρου δε επιστημονικά (δια μέσου των Επιστημονικών Επιτροπών). Οι Μ.Ε.Λ., από την πλευρά τους, αποστέλλουν προς το Κ.Ε.Ε.Λ. τα στοιχεία των κρουσμάτων προς καταγραφή (Αρχείο οροθετικών) και χορήγηση θεραπείας. Επίσης υπάρχει άμεση συνεργασία μεταξύ θεραπόντων γιατρών των μονάδων και υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ. όπως ο Ξενώνας Πειραιά, η κατ' οίκον Νοσηλεία, το Οδοντιατρείο, μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο.

* Μονάδες ειδικών λοιμώξεων.

5.6 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ

Οι σχέσεις του Κ.Ε.Ε.Λ. με τις μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΗ.ΚΥ.Ο) οι οποίες δραστηριοποιούνται στο χώρο του AIDS, διέπονται από κλίμα συναί-νεσης και συνεργασίας. Στη διάρκεια της λειτουργίας του, το Κ.Ε.Ε.Λ. και οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις εργάστηκαν από κοινού στον ευαίσθητο αυτό χώρο, υλοποιώντας πολλά προγράμματα φροντίδας και περίθαλψης φορέων και ασθενών με AIDS.

Το Κ.Ε.Ε.Λ. ενισχύει οικονομικά συνεχώς, στο βαθμό που μπορεί, το έργο των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων για μια πληθώρα δραστηριοτήτων:

- Την ΜΗ. ΚΥ.Δ. «Ελπίδα» για την έναρξη του προγράμματος της «Κατ' οίκον Νοσηλείας».
- Την ΜΗ. ΚΥ.Δ. «Κέντρο Ζωής» για να ξεκινήσει το «Πρόγραμμα Ημέρας» το οποίο παρέχει ψυχολογική στήριξη σε ομάδες πασχόντων από HIV/AIDS.
- Την ΜΗ. ΚΥ.Δ. “Act-up” για την υλοποίηση μελέτης με τίτλο «Τρόποι συμπεριφοράς στις ομάδες Υψηλού Κινδύνου».
- Την ΜΗ. ΚΥ.Δ. “Εταιρεία Συλλογικής Υποστήριξης κατά – του AIDS» στη Θεσσαλονίκη για τη λειτουργία της Τηλεφωνικής Γραμμής, που καλύπτει τις ανάγκες της Β. Ελλάδας.

Η συνεργασία του Κ.Ε.Ε.Λ. με τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις διεξάγεται μέσα σε πνεύμα κατανόησης και έχουν εκλείψει παντελώς οι αντιπαράθεσεις. Το Κ.Ε.Ε.Λ. είναι ιδιαίτερα ευχαριστημένο με την πορεία της συνεργασίας αυτής.

Επι πλέον με απόφαση του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. (18^η συνεδρίαση 30-1-1995) ξεκίνησε για πρώτη χρονιά το 1995 η προκήρυξη ανοικτών ερευνητικών προγραμμάτων, με προδιαγραφές επιλογής, σύμφωνα με τα ισχύοντα για τα προγράμματα εκείνα που χρηματοδοτούνται από το Κ.Ε.Σ.Υ., συνολικού ποσού δρχ. 120.000.000, προερχόμενων από τον προϋπολογισμό του Κ.Ε.Ε.Λ.

Από τις υποβληθείσες προς κρίσιν – 61 – προτάσεις, εγκρίθηκαν οι –39 – ως θετικές, με προτεραιότητα στις υποβαλλόμενες από τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και την Περιφέρεια. Από αυτές προήλθε ένα αξιόλογο ερευνητικό έργο το οποίο θα τιμήσει τη χώρα στους διεθνείς φορείς.

Στους στόχους του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ., είναι να συνεχίσει κάθε χρόνο η χρηματοδότηση Ερευνητικών Προγραμμάτων, εφ' όσον υπάρχει η οικονομική δυνατότητα.

5.7 ΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Στο Κ.Ε.Ε.Λ. λειτουργεί Γραφείο Νομικής και Κοινωνικής Υποστήριξης, στελεχωμένο με εξειδικευμένους επιστήμονες (Νομικούς, Κοινωνιολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς), οι οποίοι δέχονται οποιονδήποτε απευθύνεται στο Κ.Ε.Ε.Λ., προσφέροντας:

- Συμβουλευτική σε θέματα προστασίας ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών οροθετικών ατόμων και των οικογενειών τους.
- Κοινωνική στήριξη σε ατομικό επίπεδο, ιδιαίτερα σε ειδικές περιπτώσεις όπου κρίνεται απαραίτητη και «θεσμική» παρέμβαση.
- Παρέμβαση σε επίπεδο κοινότητας, σε περιπτώσεις εμφάνισης συλλογικών αντιδράσεων και αγωγή Κοινότητας.
- Υποβάλλει προτάσεις αναφορικά με την διαμόρφωση της κοινωνικής πολιτικής σε θέματα που αφορούν οροθετικά άτομα.

5.8 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ AIDS

Στο Κ.Ε.Ε.Λ. λειτουργεί Γραφείο Επιδημιολογικής παρακολούθησης της HIV λοίμωξης στην Ελλάδα. Οι αρμοδιότητες και το έργο του γραφείου ως σήμερα είναι:

- Η ανάπτυξη ενός ειδικά διαμορφωμένου μηχανογραφημένου συστήματος για την καταγραφή των Κρουσμάτων AIDS (Εφήβων ενήλικων και παιδιών).
- Η επεξεργασία, ανάλυση και παρουσίαση των στοιχείων που αφορούν στα κρούσματα του AIDS ανά τρίμηνο σε ειδικά διαμορφωμένη έκδοση η οποία πήρε την τελική της μορφή μετά από συνεργασία με την Επιτροπή Επιδημιολογίας.
- Η διεξαγωγή τακτικών ερευνών (Follow up) σε συνεργασία με το Γραφείο εποπτείας Φαρμάκων, στα οροθετικά άτομα υπό αντιρετροϊκή θεραπεία με σκοπό την ανανέωση και βελτίωση των τηρούμενων στοιχείων.
- η εκτίμηση του μεγέθους της επιδημίας, δηλαδή του αριθμού των HIV+ ατόμων στη χώρα μας, βάσει του αριθμού των κρουσμάτων AIDS μέσω ειδικών στατιστικών μοντέλων.
- Η συνεργασία με Διεθνείς Οργανισμούς, με αρμοδιότητες αντίστοιχες του γραφείου.
- Η παρουσίαση της προς υλοποίηση προσπάθειας του νέου επιδημιολογικού συστήματος στη χώρα μας που αποτελείται από την καταγραφή των οροθετικών ατόμων και την συστηματικοποίηση και ενίσχυση του Μαζικού Ανώνυμου Μη Ταυτοποιήσιμου Ελέγχου.

5.9 ΕΠΟΠΤΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Στο Κ.Ε.Ε.Λ. λειτουργεί γραφείο εποπτείας φαρμάκων. Αποτελείται από τη διοικητική υπηρεσία και την επιστημονική επιτροπή, που απαρτίζεται από διακεκριμένους επιστήμονες, επικεφαλείς συνήθως των Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων. Η επιτροπή αυτή είναι συνέχεια της παλαιότερης επιτροπής για τη χορήγηση των κλασικών αντιρετροϊκών φαρμάκων (AZT, DDI) και λειτουργεί κατ' αντιστοιχία άλλων επιτροπών, όπως λ.χ. Επιτροπή του Κ.Ε.Σ.Υ. για την αυξητική ορμόνη. Η επιτροπή αυτή μέχρι τώρα δεν απέκλεισε κανέναν ασθενή από αυτούς που πληρούσαν τις ενδείξεις για να μπουν στην θεραπεία και είναι σαφές ότι δεν επεμβαίνει κατά κανένα τρόπο στο έργο των θεραπόντων ιατρών. Επιπλέον το σύστημα λειτουργίας της επιτροπής και του Γραφείου Εποπτείας Φαρμάκων, διασφαλίζει πλήρως το απόρρητο των ασθενών. Αξίζει να σημειωθεί ότι με αυτή τη διαδικασία το γραφείο εποπτείας φαρμάκων αποτελεί έμμεσο τρόπο παρακολούθησης της επιδημίας του AIDS στη χώρα μας. Είναι σαφές ότι ο θεράπων γιατρός αναγκάζεται να δηλώσει τα περιστατικά του στο Κ.Ε.Ε.Λ. προκειμένου να εξασφαλίσει για τους ασθενείς του δωρεάν θεραπεία. Για το λόγο αυτό, αντίθετα με άλλες χώρες του εξωτερικού, η πληρότητα των τηρούμενων στοιχείων φθάνει στο ποσοστό 80-30 %.

5.10 ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (Ε.Κ.Ε.Π.Α.Π.)

Στις 31/10/1997 το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. με απόφαση του αποφάσισε την ίδρυση και στελέχωση του Κέντρου Παρεμβατικής Επιδημιολογίας το οποίο είναι αρμόδιο:

- Για την παρακολούθηση των λοιμωδών νοσημάτων και της ανοσοπροστασίας από εμβολιασμούς στον Ελληνικό χώρο, ιδίως την καταγραφή, επεξεργασία και ανάλυση.
- Για την άμεση παρέμβαση προς διερεύνηση και αντιμετώπιση επιδημιών λοιμωδών νοσημάτων, όπως και άλλων συμβάντων που έχουν σχέση με τη Δημόσια Υγεία.
- Για την μελέτη προβλημάτων Δημόσιας Υγείας και Εμβολιασμών που αφορούν μετακινούμενους πληθυσμούς και μετανάστες, καθώς και για την διασφάλιση τήρησης κανόνων υγιεινής σε έκτακτες μαζικές συγκεντρώσεις πληθυσμού

5.11 ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ Μ.Μ.Ε.

Το Κ.Ε.Ε.Λ., έχει φροντίσει να λειτουργήσει από τη πρώτη στιγμή Γραφείο Τύπου για την παρακολούθηση της δημοσιότητας και την ανάπτυξη σχέσεων με τους δημοσιογράφους τους οποίους εξυπηρετεί με συχνή πληροφόρηση.

Στα πέντε χρόνια λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Λ. οργανώθηκαν πολυάριθμες Συνεντεύξεις Τύπου, άλλες κατά τακτά χρονικά διαστήματα, όπως ήταν οι ανακοινώσεις για την εξέλιξη της επιδημίας από τον αρμόδιο Υπουργό και οι Συνεντεύξεις Τύπου της Επιτροπής Ενημέρωσης για τη θερινή καμπάνια και την Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS και άλλες αποσπασματικά, κυρίως εξαιτίας της επικαιρότητας.

Το 1995, οργανώθηκε από την Επιτροπή Ενημέρωσης, Ημερίδα με θέμα «AIDS και Μ.Μ.Ε.», στην οποία συμμετείχαν ως ομιλητές επιστήμονες και δημοσιογράφοι από την Ελλάδα και το εξωτερικό και είχαν προσκληθεί να παρακολουθήσουν τις εργασίες δημοσιογράφοι του Αθηναϊκού, αλλά και περιφερειακού τύπου.

5.12 ΕΚΔΟΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

Στις δραστηριότητες του Κ.Ε.Ε.Λ. συγκαταλέγεται και ένα αξιόλογο εκδοτικό έργο που έχει σαν βασικό άξονα την ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού, αλλά και των ιατρών και όλων των επιστημόνων που έχουν σχέση με το χώρο αυτό.

Ειδικότερα μέχρι σήμερα εκδόθηκαν:

1. ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ για την προστασία των Ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των Ατομικών Ελευθεριών (εκδ. 1995-1996).
2. FUNDAMENTAL PRINCIPLES for the protection of human rights and avil liberties (θεμελιώδεις Αρχές στην Αγγλική τους μετάφραση, εκδ. 1996).
3. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ (εκδ. 1994).
4. «ΕΡΠΗΤΑΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ (εκδ. 1993)
5. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗ ΑΓΩΓΗ (εκδ. 1997)

6. «ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΤΟΜΩΝ) με HIV λοίμωξη» Α' Μέρος (εκδ. 1994)
7. ΕΤΗΣΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑ (Ιαν. – Δεκ. 1995, εκδ. 1995)
8. Η ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ: Μια «ΛΕΥΚΗ ΒΙΒΛΟΣ» (εκδ. 1994) HIV (εκδ. 1996)
9. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ HIV (εκδ. 1996).
10. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV) (εκδ. 1996)
11. ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ (εκδ. 1993)
12. ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΡΓΟΥ ΤΡΙΕΤΙΑΣ (1993 – 1994 – 1995 Κ.Ε.Ε.Λ.) (εκδ. 1996)
13. ΔΕΛΤΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (εκδ. 1996)
14. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ (εκδ. Δεκ. 96 έως Δεκ. 97)
15. ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΦΥΛΛΑΔΙΑ

5.13 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ, ΗΜΕΡΙΔΩΝ, ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ

- 1^ο Εθνικό Συνέδριο: Στις 8-10 Μαρτίου 1996, στην Θεσσαλονίκη.
- Διοργάνωση Σεμιναρίου Workshop για τη Δήλωση Περιπτώσεων AIDS: Στις 7 Ιουνίου 1996 στην Αθήνα, με κεντρικό θέμα τη «Σωστή και Έγκαιρη Συμπλήρωση του Επιδημιολογικού Δελτίου».
- «Συμβουλευτική Αιμοδοτών για την λοίμωξη του ιού της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV)”: Στις 12^η Μαΐου 1997 στο Ξενοδοχείο CARAVEL – DIVANI, με θέμα «Συμβουλευτική Αιμοδοτών για την λοίμωξη του ιού της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV)”
- «Επιδημιολογική Διερεύνηση των λοιμώξεων που μεταδίδονται με το αίμα»: Στις 12^η Δεκεμβρίου 1997, με θέμα «Επιδημιολογική Διερεύνηση των λοιμώξεων που μεταδίδονται με το αίμα».
- Εργαστηριακή Διάγνωση και παρακολούθηση ατόμων με λοίμωξη HIV (Ανοσολογία – Ιολογία): Στις 4 και 5 Ιουλίου 1997 στο δώμα του «Ευαγγελισμού» με θέμα «Εργαστηριακή Διάγνωση και παρακολούθηση ατόμων με λοίμωξη HIV (Ανοσολογία – Ιολογία)

ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Από την ίδρυσή του (1992) μέχρι σήμερα, το Κ.Ε.Ε.Λ. έχει να επιδείξει αξιόλογη δραστηριότητα στον τομέα των Διεθνών Σχέσεων.

1. **Πρόγραμμα «Η Ευρώπη κατά του AIDS» Europe Against AIDS –Infor SIDA:** Για δύο συνεχή χρόνια (1994 – 1995), το Κ.Ε.Ε.Λ. συμμετείχε σε διάφορες εκδηλώσεις στο πλαίσιο του παραπάνω προγράμματος, με επίκεντρο τη θερινή καμπάνια ενημέρωσης.
2. **Play safe in Europe:** Το Κ.Ε.Ε.Λ. συμμετείχε στη ραδιοφωνική καμπάνια «Play safe in Europe ou Valentine’s Day 1996” και προώθησε κάρτες ευαισθητοποίησης με το παραπάνω μήνυμα σε συνεργασία με το CSV Media, που ήταν φορέας που υλοποίησε το πρόγραμμα.
3. **Διεθνείς Συμμετοχές (1996 – 1988):** Το Κ.Ε.Ε.Λ. δημιούργησε το Γραφείο Διεθνών και Δημοσίων Σχέσεων με στόχο τη συνεχή συμμετοχή και εκπροσώπηση της χώρας μας σε διεθνές επίπεδο, το επιστημονικό προσωπικό του, συμμετέχει συνεχώς σε εκδηλώσεις στο εξωτερικό.

4. AIDS και Mobility:

Το Κ.Ε.Ε.Λ., στο πλαίσιο της συμμετοχής του στο Ευρωπαϊκό πρόγραμμα «AIDS and Mobility”, πήρε την πρωτοβουλία διοργάνωσης Διεθνούς Σεμιναρίου με θέμα «AIDS/HIV και μετακινούμενοι πληθυσμοί στη Νότιο- Ανατολική Ευρώπη», που πραγματοποιήθηκε, σε συνεργασία με το Netherlands Institute for health Promotion and Disease Prevention (NIG2) και την Εταιρεία Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS, από 16-18 Οκτωβρίου 1996 στην πόλη της Θεσσαλονίκης.

5. **Συνάντηση Ελληνικών και Τουρκικών Επιστημονικών Οργανώσεων:** δια την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των μετακινούμενων πληθυσμών, ειδικότερα στα Βαλκάνια, προγραμματίζεται για τους πρώτους μήνες του ‘ 98, να οργανωθεί Συνάντηση Ελληνικών και Τουρκικών Επιστημονικών Οργανώσεων για το AIDS και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.
6. **National Focal Points (AIDS & Mobility):** Το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα AIDS & Mobility στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του για το 1997-98 κατόπιν προτάσεως της Ευρωπαϊκής Επιτροπής δημιουργεί και καθιερώνει σε κάθε χώρα μέλος, τα National Focal Points (N.F.Ps), Εθνικά Κέντρα Δράσης για την HIV λοίμωξη σε σχέση με τους μετακινούμενους πληθυσμούς.

Αυτά θα έχουν ως σκοπό τους την πληροφόρηση του γραφείου του AIDS & Mobility και την ενίσχυση των εθνικών του δικτύων, εξυπηρετώντας τις ομάδες στόχους (πρόσφυγες, μετακινούμενα εκδιδόμενα άτομα, μετακινούμενοι χρήστες ναρκωτικών ουσιών κ.τ.λ.)

7. Επίσκεψη Εκπροσώπων A.P.P.R.A.E

- Στις 21 Οκτωβρίου 1996 επισκέφτηκε το Κ.Ε.Ε.Λ. μια πολυμελής αντιπροσωπεία της A.P.P.R.A.E.* (Association pour la Recherche d' alternatives a l' exclusion), με επικεφαλής τον Διευθυντή της Eric Plier, στο πλαίσιο μιας συγκριτικής μελέτης που έκαναν για το AIDS σε τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες (Γαλλία, Αγγλία, Ουγγαρία και Ελλάδα).
- Η APPRAE, είναι μια Μη Κυβερνητική Οργάνωση που ασχολείται εδώ και 10 χρόνια με προγράμματα εξεύρεσης στέγης σε μειονεκτούντα - περιθωριοποιημένα άτομα και επανένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο)

8. Συμμετοχή σε προγράμματα «UMBRELLA» του SPI BERLIN με θέμα: Analysis of border issues regarding to HIV/AIDS and STD sin the Greek/Albanian border area: Στο πλαίσιο των διεθνών δραστηριοτήτων μας το Κ.Ε.Ε.Λ. συμμετέχει στο Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα «UMBRELLA», το οποίο υποβλήθηκε στην COMMISSION από το Sozialpadagogisches Institut Berlin και αφορά στην καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων και στον έλεγχο της HIV λοίμωξης και των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, στα σύνορα διαφόρων Ευρωπαϊκών χωρών.

9. Συμμετοχή στο Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Euro Boule de Neige.

Το πρόγραμμα αυτό, είναι σε εξέλιξη από το 1989 στη Γαλλόφωνη Κοινότητα του Βελγίου, αφορά δε στην πρόληψη και ενημέρωση για το AIDS και τις Ηπατίτιδες στο χώρο των εξαρτηκοποιημένων ατόμων (ναρκομανών). Η υλοποίηση του γίνεται ανά ομάδες, στις οποίες μέσα από τις συζητήσεις που γίνονται κατά τη διάρκεια των συναντήσεών τους και με τη βοήθεια ειδικών επιστημόνων, τα άτομα αυτά – πρώην τοξικομανείς και χρήστες ναρκωτικών – ανταλλάσσουν εμπειρίες και γνώμες σχετικά με το AIDS και τις Ηπατίτιδες.

10. Πρόγραμμα Youthstart – ΙΣΤΟΣ: Το Γραφείο Νομικής και Κοινωνικής Υποστήριξης του Κ.Ε.Ε.Λ. σε συνεργασία με άλλους φορείς, υπέβαλλε πρόγραμμα (Youthstart – ΙΣΤΟΣ) προς έγκριση, στο Υπουργείο εργασίας με τίτλο «οργάνωση και λειτουργία απομακρυσμένων θέσεων εργασίας για την παροχή υπηρεσιών με χρήση νέων τεχνολογιών» Το πρόγραμμα θα αφορά και σε οροθετικά άτομα ηλικίας 16-24 ετών και αποσκοπεί στην α-

ντιμετώπιση του αποκλεισμού της συγκεκριμένης ομάδας από την αγορά εργασίας.

11. **Πρόγραμμα «Αξιολόγηση μεθόδων για τη πρόληψη του AIDS στα σχολεία:** Το πρόγραμμα αυτό συνυποβλήθηκε στην Commission στις 15/9/96 με τη διακριτική συμμετοχή Ιταλίας, Ισπανίας και Ελλάδας. Η υλοποίησή του ξεκίνησε το Μάρτιο του 1977 και έχει διάρκεια 13 μήνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΞΑΧΡΟΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΚΕΕΛ

Η εμφάνιση του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS), η ταχεία επιδημική εξάπλωση της νόσου σε όλο τον κόσμο και οι δραματικές επιπτώσεις αυτής στο κοινωνικό σύνολο, σε συνδυασμό με τις σύγχρονες διαπιστώσεις και τάσεις σε ότι αφορά το σεξ. Μεταδιδόμενα νοσήματα και της Ηπατίτιδας Β και C, έχουν δημιουργήσει την ανάγκη μιας πλέον δόκιμης και αποτελεσματικής ενεργοποίησης στον τομέα της πολιτικής της Υγείας.

Η λήψη αποτελεσματικών μέτρων κατά το δυνατό εγκαίρως, σε διεθνές και πανεθνικό επίπεδο είναι μια επιτακτική ανάγκη και συνιστά ορθή πρόβλεψη σοβαρής και ενιαίας υγειονομικής πολιτικής. Το φαινόμενο αυτό κατανοήθηκε εγκαίρως από την πολιτεία και το επιστημονικό δυναμικό της χώρας. Κατανοήθηκε επίσης ότι η θέσπιση και η εφαρμογή ενός συστήματος λειτουργίας που θα εξυπηρετεί όλες τις υπηρεσίες και τα άτομα που επηρεάζουν κατά κάποιον τρόπο την πορεία των νοσημάτων αυτών (Ιατρονοσηλευτική Φροντίδα, Ενημέρωση, Εκπαίδευση, αντιμετώπιση νομικών και ηθικοδεοντολογικών προβλημάτων) θα ήταν ο μοχλός στα χέρια των Υγειονομικών υπηρεσιών της Πολιτείας. Η κατανόηση για την ανάγκη δημιουργίας ενός τέτοιου οργάνου χρονολογείται από το 1989, πραγματοποιήθηκε όμως στο τέλος του 1992.

Από το 1993 έως σήμερα πρέπει να αναφερθεί ότι έχει γίνει σοβαρό έργο τόσο για την πρόληψη όσο και την θεραπεία – ανακούφιση από τα συμπτώματα της νόσου θα ήταν σωστότερο κυρίως για τη νόσο του AIDS η διαφημιστικές καμπάνιες το έντυπο υλικό, τα συνέδρια, η ανοιχτή γραμμή επικοινωνίας με τον κόσμο, η ψυχολογική στήριξη των πασχόντων, ο ξενώνας για τους ασθενείς με AIDS όπου μπορούν να μείνουν όσο καιρό χρειάζονται, η ενημέρωση για ιατροφαρμακευτική κάλυψη τους από τα ταμεία είναι μόνο λίγα απ' αυτά τα οποία έχει πετύχει το ΚΕΕΛ. Την τελευταία όμως διετία νομίζουμε ότι

το έργο του έχει μειωθεί σημαντικά ενώ αντίθετα τα κρούσματα AIDS αυξάνουν.

Απόδειξη στην παραπάνω διαπίστωση είναι ότι τα έντυπα τα οποία λάβαμε από το ΚΕΕΛ για να εμπλουτίσουμε την εργασία μας είναι έντυπα τυπωμένα από το 1997 και πίσω.

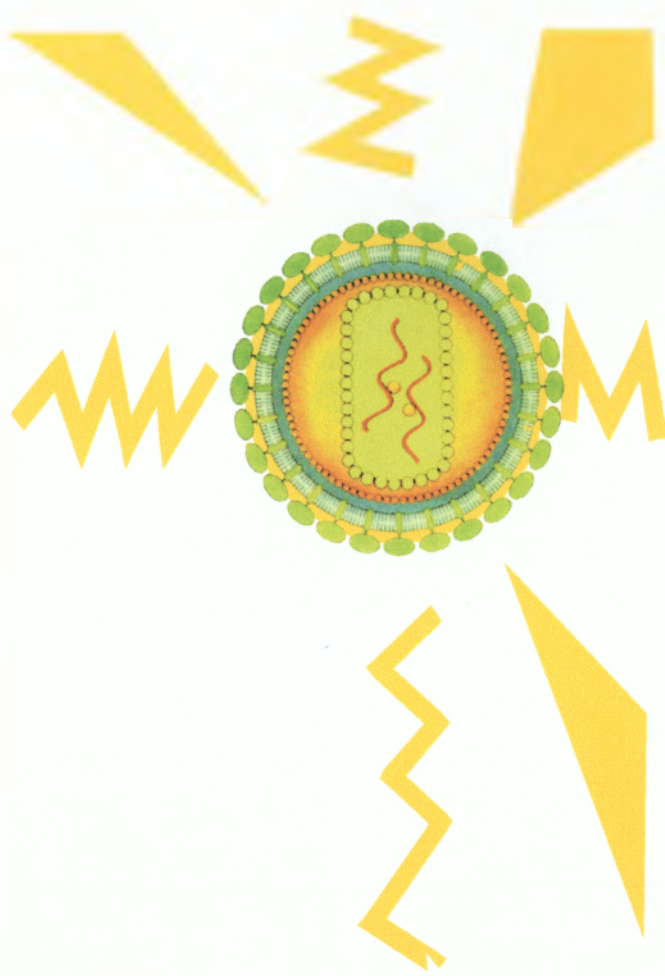
Ακόμα μια σοβαρή παράληψη από μέρους του ΚΕΕΛ κατά την άποψη μας είναι ότι έχει δώσει το βάρος της ενημέρωσης κυρίως στα δυο μεγάλα αστικά κέντρα Αθήνας και Θεσσαλονίκης και στην υπόλοιπη Ελλάδα δεν έχει γίνει καμία προσπάθεια ενημέρωσης παρά μόνο από την τηλεόραση με διαφημιστικά σποτ, αλλά και αυτό το μέσο τελευταία δεν χρησιμοποιείτε. Μήπως λοιπόν στο Κ.Ε.Ε.Λ. επέρχεται κάποια παρακμή για λόγους τους οποίους δεν δυνάμεθα να γνωρίζουμε εμείς;

Επίσης όταν ζητήθηκε να μας δοθούν στοιχεία για τους μελλοντικούς στόχους του ΚΕΕΛ αυτό στάθηκε αδύνατο λέγοντάς μας πως αυτά τα στοιχεία είναι σε επεξεργασία.

Ακόμα μια άλλη διαπίστωση που ίσως θα έπρεπε να προβληματίσει τους αρμόδιους στο ΚΕΕΛ είναι ότι πολλούς νέους – εες τους οποίους ρωτήσαμε στην πόλη μας δεν ήξεραν καν τι είναι το ΚΕΕΛ.

Από στοιχεία τα οποία μας διέθεσε το ΓΝΝ Καλαμάτας φαίνεται ότι δέκα τέσσερα άτομα επιθυμούν να μετατεθούν ή να αποσπαστούν από το Κ.Ε.Ε.Λ. αυτό δείχνει την κόπωση ή ίσως ακόμα την απογοήτευση των εργαζομένων.

Πάντως πέρα από τα όποια προβλήματα ίσως αντιμετωπίζει το ΚΕΕΛ μέσα στην οχτάχρονη πορεία του ευχόμαστε να τα ξεπεράσει να συνεχίσει να προσφέρει τις υπηρεσίες του στην Ελληνική κοινωνία, γιατί νομίζουμε ότι πρόκειται για μια προσφορά ζωής που δεν αγοράζετε ούτε πουλιέται αλλά δίνεται δωρεάν από άνθρωπο σε άνθρωπο.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

**ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

6.1 ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Είναι βασικό και απολύτως απαραίτητο να παίρνονται κάποια μέτρα προστασίας από τους εργαζόμενους στις μονάδες αυτές με τις διάφορες λοιμώξεις.

Πιο κάτω αναγράφονται συνοπτικά τα γενικά μέτρα προστασίας των εργαζομένων σε νοσηλευτικές μονάδες από τον HIV αλλά και από άλλες δευτερογενείς ή μη λοιμώξεις που συχνά παρουσιάζουν οι με HIV λοίμωξη ασθενείς). Η εφαρμογή τους θα προστατεύσει και τους υπόλοιπους ασθενείς με ή χωρίς HIV λοίμωξη από την μετάδοση του HIV ή άλλων λοιμώξεων. Τα μέτρα αυτά πρέπει να εφαρμόζονται με θρησκευτική ευλάβεια, για όλους ανεξαιρέτως τους ασθενείς, σε κάθε χώρο ή τμήμα παροχής περίθαλψης και αποτελούν τον σκελετό για την λήψη ειδικών μέτρων ανάλογα με το είδος της προσφοράς (π.χ. απλή εξέταση ή νοσηλεία αρρώστου, φλεβοκέντηση, ενδοσκόπηση, χειρουργική επέμβαση, εργαστηριακές εξετάσεις).

Τα γενικά μέτρα είναι:

1. Χρησιμοποιούνται προστατευτικά μέσα (π.χ. ελαστικά γάντια, μπλούζα, αδιάβροχη ποδιά, μάσκα, προφυλακτικά γυαλιά) ανάλογα με την υπηρεσία που θα προσφέρουν στον άρρωστο, ώστε να προστατεύσουν το δέρμα, τους βλεννογόνους (ματιών, στόματος και μύτης), τα μαλλιά, τα ρούχα και τα παπούτσια τους από επαφή με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος ή με βλεννογόνους, ιστούς ή και με το δέρμα (αν παρουσιάζει βλάβες) όλων ανεξαιρέτως των ασθενών. Αν φοράνε γάντια τα αλλάζουν μετά από κάθε άρρωστο πλένοντας τα χέρια τους κάθε φορά.
2. Σε περίπτωση που το δέρμα ή κάποιος βλεννογόνος τους λερωθεί με αίμα ή άλλα υγρά ή υλικά του σώματος θα πρέπει να το πλύνουν αμέσως με άφθονο νερό (και με αντισηπτικό σαπούνι το δέρμα). Αν φοράνε γάντια θα πλύνουν τα χέρια τους αμέσως μετά την αφαίρεση τους.
3. Θα πρέπει να καθαρίζουν αμέσως και να απολυμαίνουν επιφάνειες που έχουν λερωθεί από αίμα ή άλλα υγρά του σώματος.
4. Θα πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα παίρνοντας κατάλληλα μέτρα, ώστε να αποφύγουν τραυματισμούς με βελόνες, νυστέρια και άλλα αιχμηρά εργαλεία ή αντικείμενα τόσο κατά την χρησιμοποίησή τους όσο και κατά την απομάκρυνση ή τον καθαρισμό τους. Να αποφεύγετε η χρήση αιχμηρών εργαλείων όπου είναι δυνατό.

5. Να ακολουθείται σωστός χειρισμός στο εργαστήριο δειγμάτων αίματος ή άλλων εγκρίσεων του σώματος καθώς και για το μάζεμα, μεταφορά και επεξεργασία ή απόρριψη ακάθαρτου υλικού ή ιαματισμού.
6. Να φροντίζουν να υπάρχουν μέσα ανάνηψης (σάκοι ανάνηψης, ειδικές προσωπίδες κ.λ.π.) σε χώρους όπου προβλέπεται σε χώρους όπου προβλέπεται ότι μπορεί να χρειασθεί η παροχή επείγουσας ανάνηψης, ώστε να αποφευχθεί η εφαρμογή της μεθόδου «στόμα με στόμα» (φιλί της ζωής) που θεωρητικά μπορεί να εκθέσει σε κίνδυνο τον εργαζόμενο.
7. Εργαζόμενοι με εκτεταμένες εξιδρωματικές ή άλλες βλάβες του δέρματος ή τραύματα πρέπει μέχρι υποχωρήσεώς τους να απέχουν από άμεση νοσηλεία ασθενών. Περιορισμένες βλάβες δεν απαγορεύουν την παροχή νοσηλείας, εφόσον καλυφθούν με αδιάβροχο επίπεδο.
8. Ιδιαίτερη αυστηρή τήρηση των γενικών οδηγιών χρειάζεται για τις εγκυμονούσες γιατί, ενώ δεν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεως, σε περίπτωση λοιμώξεως τους υπάρχει κίνδυνος μεταδόσεως της στο έμβρυο.

6.2 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

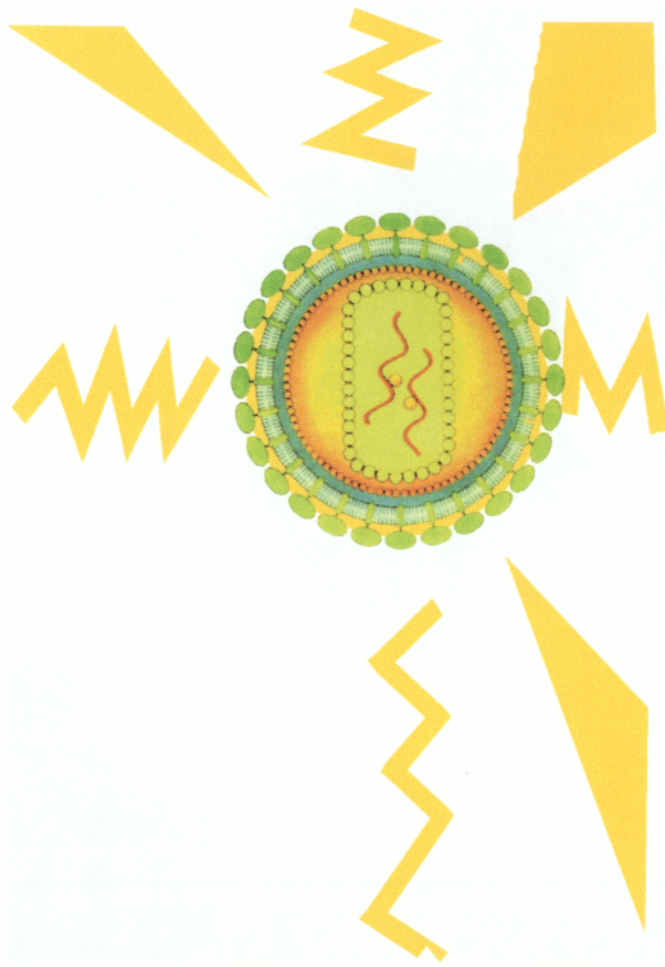
Οι εργαζόμενοι στα επαγγέλματα υγείας αντιμετωπίζουν μεγάλο δίλημμα, από τα πολύπλοκα προβλήματα, που δημιουργούνται από την πανδημία του HIV/AIDS.

Η νομοθεσία είναι μεγάλης σημασίας για την ενίσχυση της στρατηγικής δημόσιας υγείας και την πρόληψη των διακρίσεων και του στιγματισμού των μολυσμένων με τον HIV και των ασθενών με AIDS.

Για την αποτελεσματικότερη προσέγγιση του τεράστιου προβλήματος του AIDS, σε σχέση με το χώρο εργασίας, καταρτίστηκαν δέκα επιτροπές, για να εισηγηθούν τα διάφορα θέματα και να κάνουν προτάσεις π.χ. η επιτροπή, υπεύθυνη για την ηθική και κοινωνική άποψη του προβλήματος, ανακοίνωσε, ότι δεν υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση για τους εργαζόμενους, που αρνούνται να έχουν εργασιακές σχέσεις με ανθρώπους ύποπτους για το AIDS. Συνεπώς οι εργοδότες θα πρέπει να εφαρμόζουν εκπαιδευτικά προγράμματα, να δίνουν κατευθύνσεις και στην ανάγκη να εφαρμόζουν και πειθαρχικά μέτρα προκειμένου να προλαμβάνουν τέτοιους είδους αβάσιμους φόβους μεταξύ των εργαζομένων.

Η μειωμένη απόδοση των εργαζομένων από οποιαδήποτε αιτία και αν προέρχεται, συμπεριλαμβανομένης και του AIDS, πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα. Ανικανότητα λόγω του AIDS, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από τους εργοδότες όπως και οι ανικανότητες από άλλες αιτίες.

Οι εργοδότες, σε συνεργασία με τους εργαζόμενους, οφείλουν να απευθύνονται στα αρμόδια όργανα της πολιτείας, προκειμένου να βοηθούν στην κατάστροψη εκπαιδευτικών προγραμμάτων στο χώρο εργασίας. Οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας, πρέπει να μεριμνούν για ιατρική κάλυψη και ψυχολογική βοήθεια των ανθρώπων που είναι φορείς του AIDS, σε συνεργασία με τους εργοδότες τους. Το απόρρητο πρέπει να εξασφαλίζεται, ώστε να προλαμβάνονται πιθανές διακρίσεις σε βάρος των φορέων.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σκοποί και Στόχοι της έρευνας

Ο σκοπός της έρευνάς μας ήταν διπλός: από την μια πλευρά θέλαμε να δούμε πως νιώθουν οι εργαζόμενοι μέσα σε μονάδες περίθαλψης ασθενών και φορέων του AIDS, ποια είναι η συναισθηματική τους κατάσταση μετά από κάποια χρόνια εργασίας μέσα στα ιδρύματα αυτά και αν υπάρχει ψυχολογική κόπωση, και από την άλλη θέλαμε να δούμε πως αισθάνονται οι ίδιοι οι φορείς και ασθενείς του AIDS, που αντιμετωπίζονται τόσο από τους εργαζόμενους όσο και από το περιβάλλον τους, συγγενικό και εργασιακό. Τέλος θέλαμε να μάθουμε περισσότερα στοιχεία γι' αυτή την μερίδα των συμπολιτών μας, και αν μπορούμε να βγάλουμε κάποια συμπεράσματα σχετικά με το φύλλο τους, την μόρφωσή τους, την οικογενειακή και οικονομική τους κατάσταση. Έτσι αρχικά σκεφτήκαμε να μοιράσουμε το ερωτηματολόγιο μας σε εργαζόμενους και ασθενείς – φορείς. Από την συνεργασία που είχαμε όμως με τους εργαζόμενους μας πληροφορήσαν ότι: «αν μοιράσουμε ερωτηματολόγια σε ασθενείς δεν πρόκειται αυτά να συμπληρωθούν διότι η ασθένεια έχει να κάνει τους ανθρώπους καχύποπτους και αδιάφορους».

Καταλήξαμε λοιπόν να το μοιράσουμε μόνο στο προσωπικό, μη θέλοντας να ενοχλήσουμε ή να φέρουμε σε δύσκολη θέση τους συνανθρώπους μας που ήδη έχουν πολλά προβλήματα να αντιμετωπίσουν.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 21 ερωτήσεις διανεμήθηκε σε πέντε Νοσοκομεία των Αθηνών και συμπληρώθηκε από 79 άτομα διάφορων ειδικοτήτων.

Κατά την άποψη μας νομίζουμε πως ο στόχος μας επιτεύχθηκε σε ένα αρκετά ικανοποιητικό βαθμό, η δειγματολογική λήψη ήταν επαρκής, ώστε να μπορέσουμε να σχηματίσουμε μια ολοκληρωμένη άποψη για το καθεστώς που επικρατεί σ' αυτά τα ιδρύματα.

Κοιτώντας κανείς τις γραφικές παραστάσεις των ερωτηματολογίων και συγκρίνοντας τα ποσοστά εύκολα μπορεί κανείς να πάρει απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα και να βγάλει μόνος του τα συμπεράσματά του.

Τελειώνοντας θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την κ. Φ. Εξακουστίδου για την πολύτιμη βοήθειά της σ' αυτήν την πτυχιακή εργασία.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1) ΦΥΛΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

2) ΗΛΙΚΙΑ: 18-25 36-45 46 και άνω

3) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ΙΑΤΡΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΑΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

4) ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ: ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΛΥΚΕΙΟ
ΑΝΩΤΕΡΑ ΣΧΟΛΗ ΑΝΩΤΑΤΗ ΣΧΟΛΗ ΑΛΛΕΣ ΣΧΟΛΕΣ

5) ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ: α) 0-10 β) 11- άνω

6) ΕΙΧΑΤΕ ΠΡΙΝ ΕΡΓΑΣΘΕΙΤΕ ΚΑΠΟΙΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ
ΜΕ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ΤΟΥ AIDS:
α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

7) ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΣΕ ΑΥΤΟ
ΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ:

α) 1-2 ΧΡΟΝΙΑ β) 3-5 ΧΡΟΝΙΑ γ) ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΘΕΙ

8) ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΤΟΥΣ ΣΤΟ
ΚΕΝΤΡΟ/ΤΜΗΜΑ:

α) ΜΕ ΣΥΜΠΑΘΕΙΑ β) ΜΕ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ

γ) ΜΕ ΦΟΒΟ δ) ΜΕ ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ

9) ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΜΗΜΑ:

- α) ΜΕ ΣΥΜΠΑΘΕΙΑ β) ΜΕ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ
γ) ΜΕ ΦΟΒΟ δ) ΜΕ ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ

10) ΠΟΙΕΣ ΚΥΡΙΩΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΗΛΙΚΙΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΧΡΗΣΟΥΝ ΒΟΗΘΕΙΑΣ:

- α) 0-15 β) 16-30 γ) 31-45 δ) 46-70

11) ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΤΟΥ ΦΟΡΕΑ ΑΣΘΕΝΗ:

A: ΞΕΝΩΝΑ

- 0-3 ΜΗΝΕΣ 3-12 ΜΗΝΕΣ 12 μήνες και ΑΝΩ

B: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ

- 0-3 ΜΗΝΕΣ 3-12 ΜΗΝΕΣ

12) ΠΟΙΟ ΦΥΛΛΟ ΝΟΜΙΖΕΤΑΙ ΟΤΙ ΕΧΕΙ ΤΗΝ «ΠΡΩΤΙΑ» ΣΤΗ ΝΟΣΟ:

- α) ΑΝΔΡΕΣ β) ΓΥΝΑΙΚΕΣ

13) ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΣΥΝΗΘΩΣ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ:

- α) ΚΑΛΗ β) ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

14) ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ:

- α) ΔΗΜΟΤΙΚΟ β) ΓΥΜΝΑΣΙΟ γ) ΛΥΚΕΙΟ
δ) ΑΝΩΤΕΡΑ ΑΝΩΤΑΤΗ ΣΧΟΛΗ

15) ΠΟΙΑ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ:

- α) ΚΑΚΗ β) ΜΕΤΡΙΑ γ) ΚΑΛΗ

16) ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΟΡΕΑ ΑΣΘΕΝΗ Ή ΑΠΟ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ:

- α) ΝΑΙ(αν βάζει σε κίνδυνο άλλα άτομα) β) ΟΧΙ

17) ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Ο ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:

- α) ΜΕ ΑΠΟΛΥΣΗ
- β) ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ ΝΑ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ
- γ) ΔΗΛΩΝΕΙ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ ΕΞ ΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΗΣ
ΠΟΥ ΤΥΓΧΑΝΕΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΤΟΥ

18) ΠΟΙΟΣ ΝΟΜΙΖΕΤΑΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΕΠΙΚΡΑΤΕΣΤΕΡΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ:

- α) ΑΠΟ ΜΗΤΕΡΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙ
- β) ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΦΛΕΦΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ
- γ) ΑΠΟ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ
- δ) ΑΠΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ

19) ΠΩΣ ΤΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ:

- α) ΤΟΥΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΕΚΕΤΑΙ β) ΜΕ ΦΟΒΟ
- γ) ΤΟΥΣ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΠΕΙ

20) ΠΩΣ ΤΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΤΟ ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ:

- α) ΜΕ ΣΥΜΠΑΘΕΙΑ β) ΜΕ ΦΟΒΟ
- γ) ΜΕ ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ δ) ΜΕ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟΠΟΙΗΣΗ

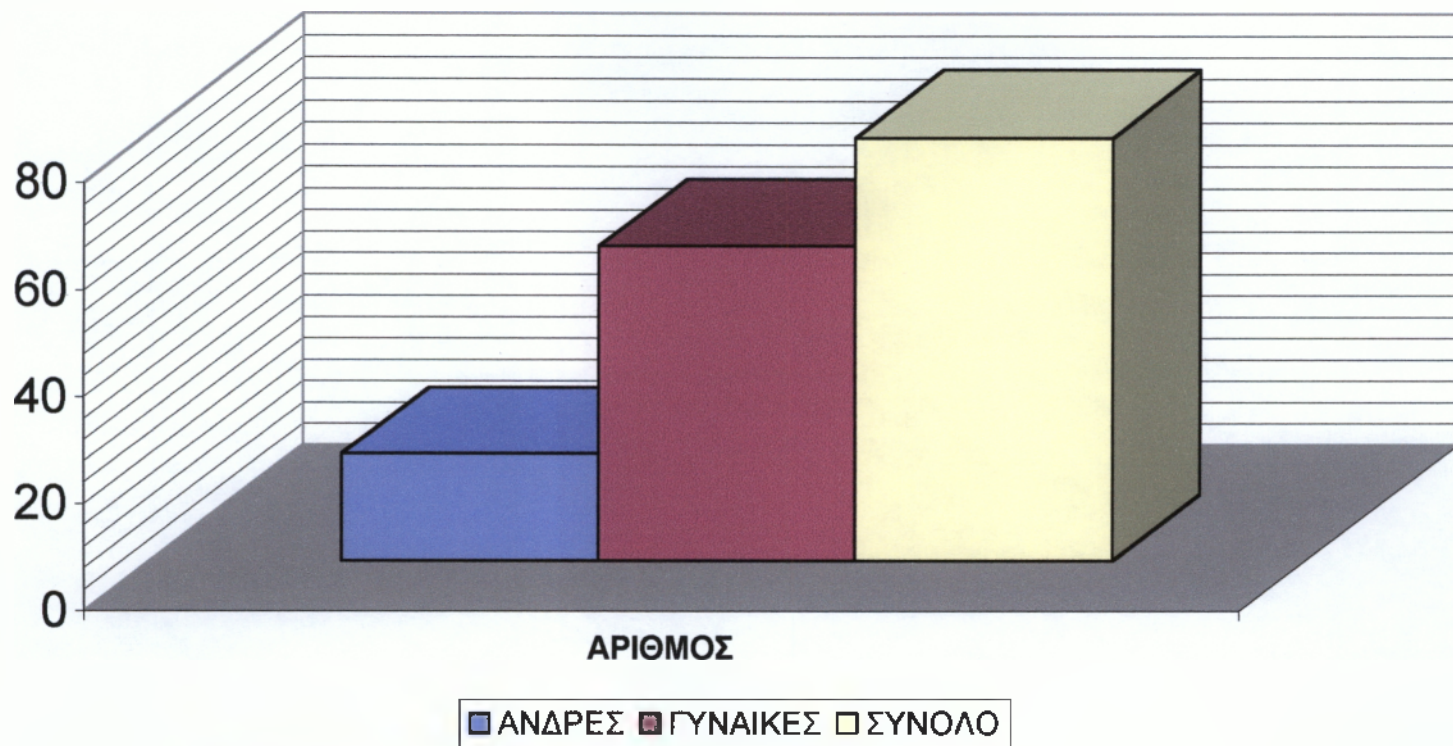
21) ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

- α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

Παρατηρήσεις

Ευχαριστούμε

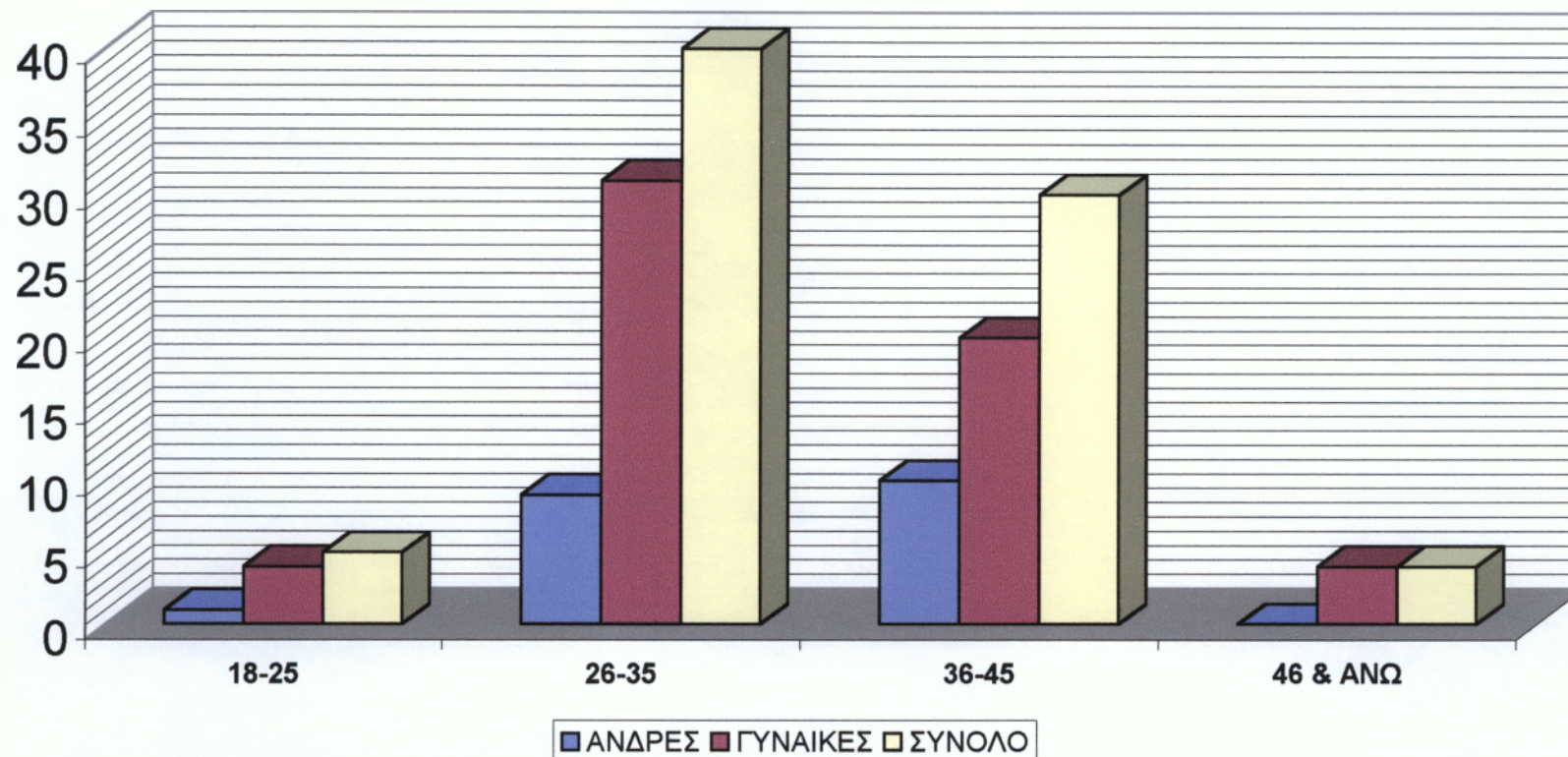
ΦΥΛΛΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ



ΕΡΩΤΗΣΗ 1

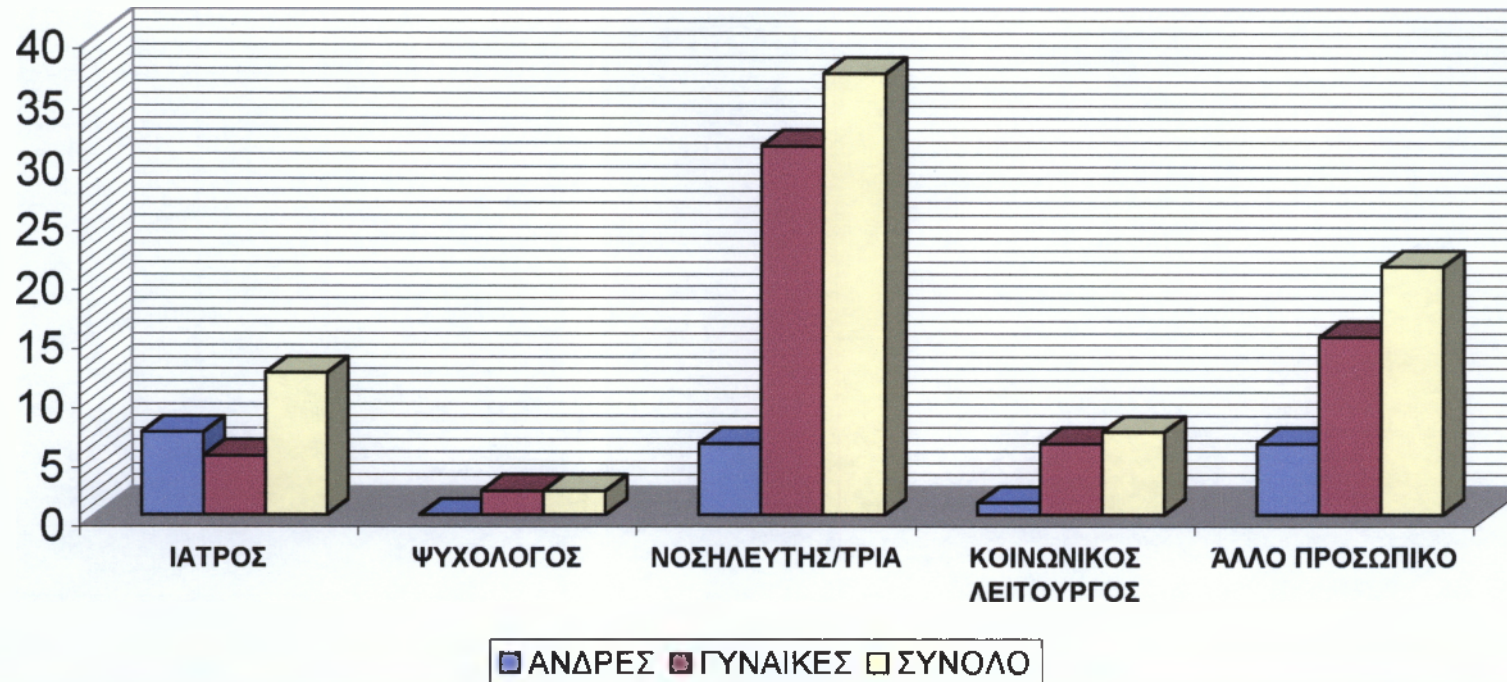
ΦΥΛΛΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΔΡΕΣ	20	25%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	59	75%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

ΗΛΙΚΙΑ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ



	18-25		26-35		36-45		46 & ANΩ	
ΑΝΔΡΕΣ	1	1%	9	11%	10	12%	0	0%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	4	5%	31	39%	20	25%	4	5%
ΣΥΝΟΛΟ	5	6%	40	51%	30	38%	4	5%

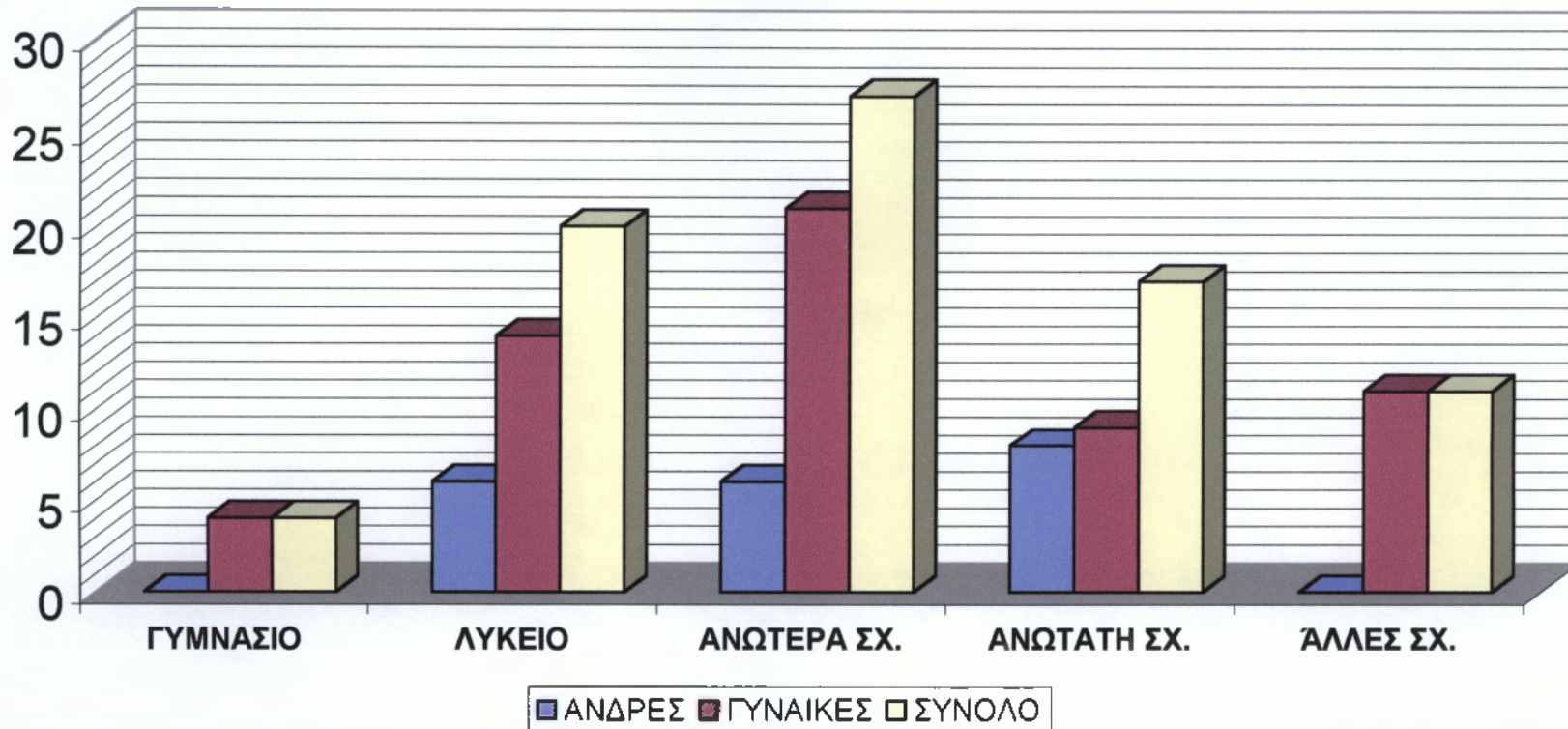
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΟΣ



ΕΡΩΤΗΣΗ 3

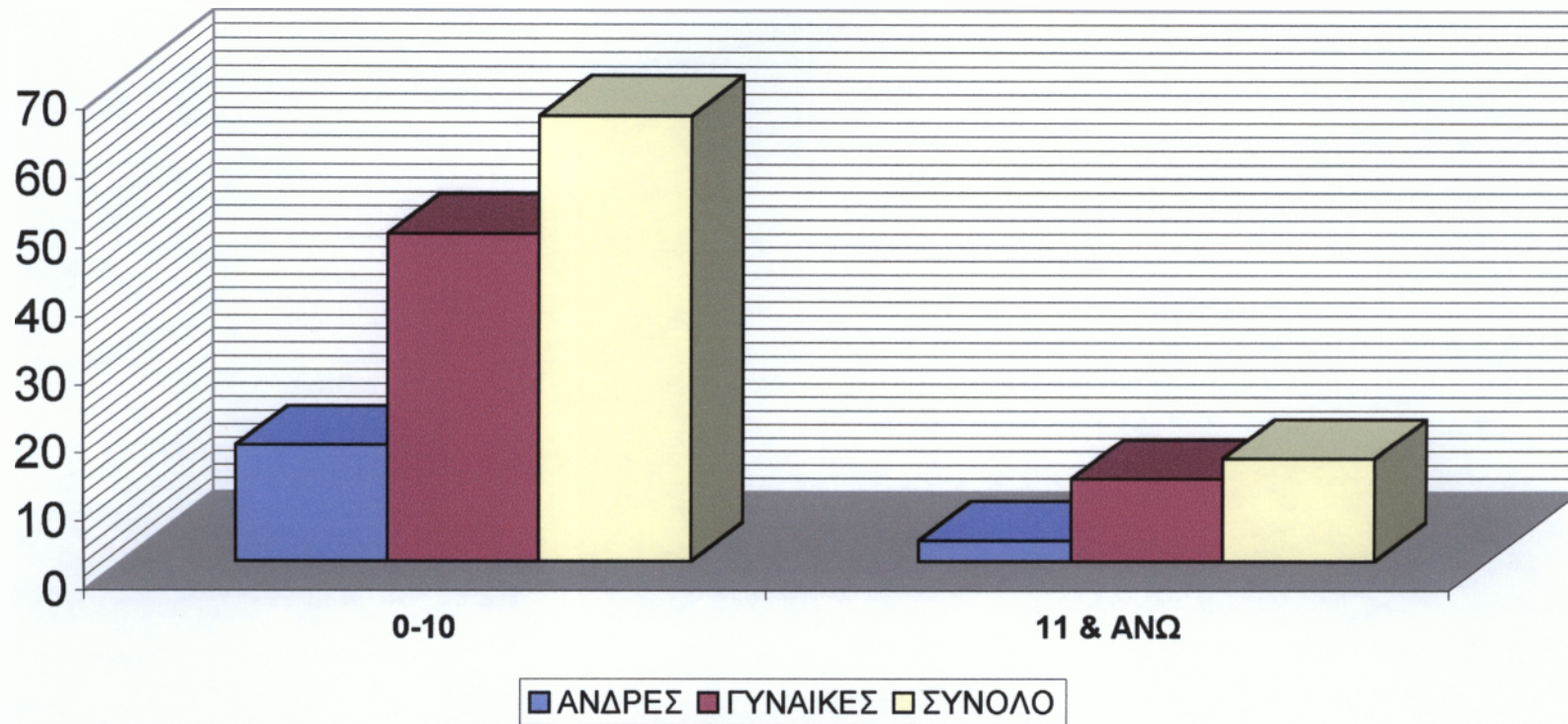
	ΙΑΤΡΟΣ		ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ		ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ ΤΡΙΑ		ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ		ΆΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	
ΑΝΔΡΕΣ	7	9%	0	0%	6	8%	1	1%	6	8%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	5	6%	2	3%	31	39%	6	8%	15	19%
ΣΥΝΟΛΟ	12	15%	2	3%	37	47%	7	9%	21	27%

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ



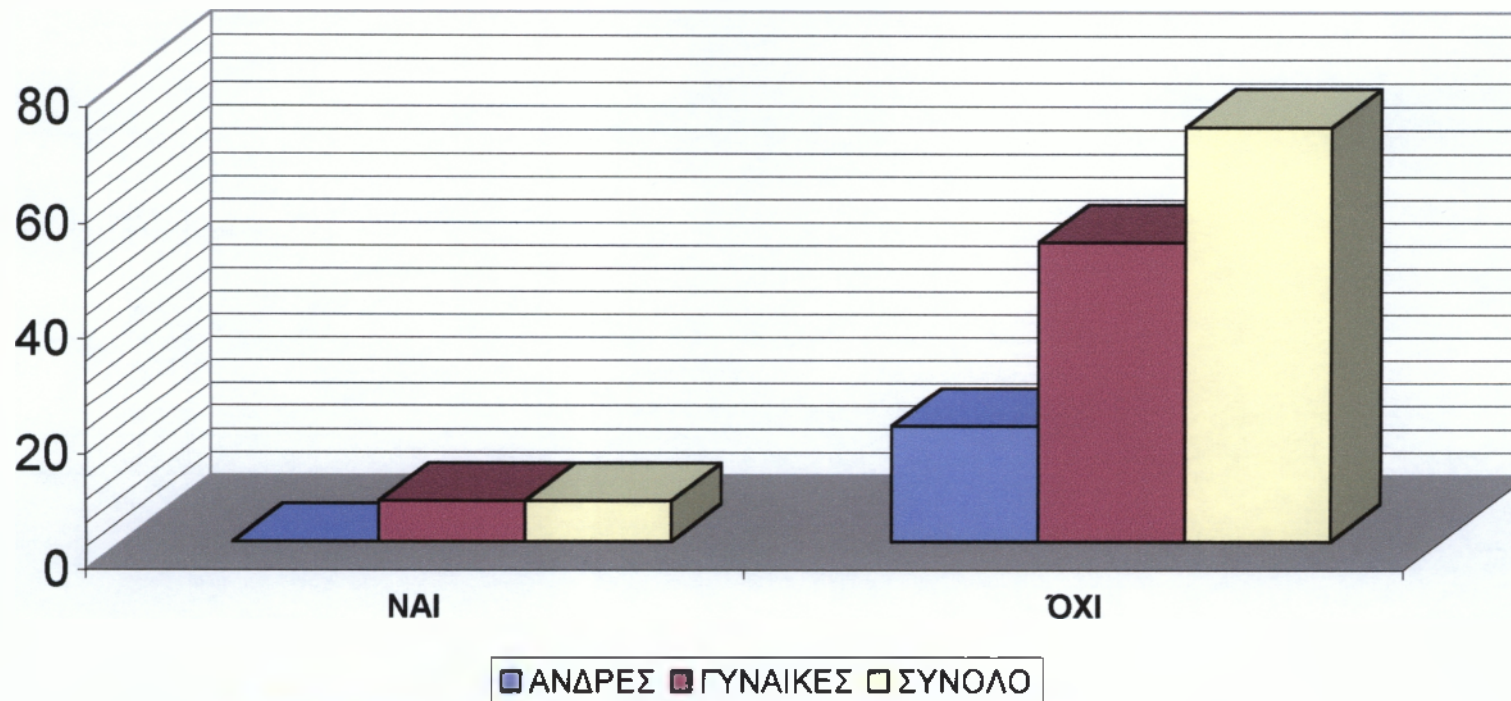
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ		ΛΥΚΕΙΟ		ΑΝΩΤΕΡΑ ΣΧ.		ΑΝΩΤΑΤΗ ΣΧ.		ΆΛΛΕΣ ΣΧ.	
ΑΝΔΡΕΣ	0	0%	6	8%	6	8%	8	10%	0	0%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	4	5%	14	18%	21	27%	9	11%	11	14%
ΣΥΝΟΛΟ	4	5%	20	25%	27	34%	17	22%	11	14%

ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ;



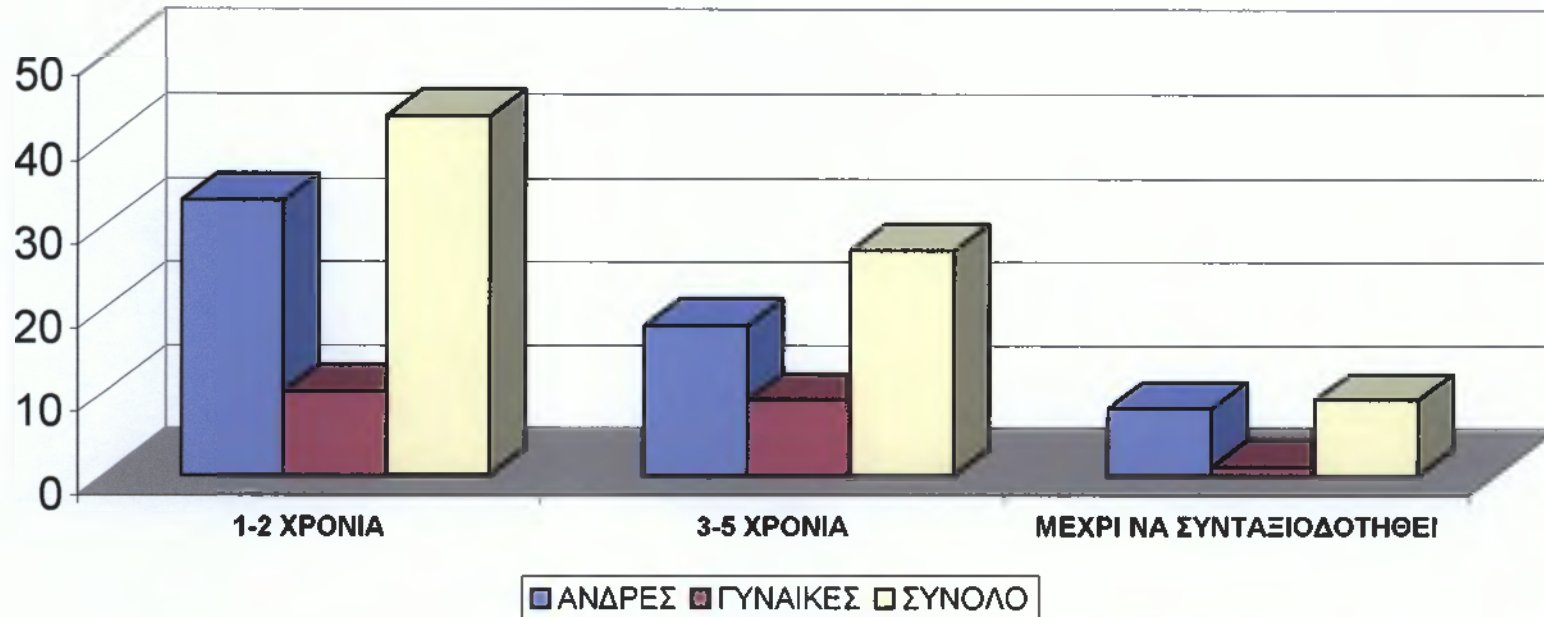
	0-10		11 & ΑΝΩ	
ΑΝΔΡΕΣ	17	22%	3	4%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	48	61%	12	15%
ΣΥΝΟΛΟ	65	82%	15	19%

**ΕΙΧΑΤΕ ΠΡΙΝ ΕΡΓΑΣΘΕΙΤΕ ΚΑΠΟΙΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ΤΟΥ AIDS;**



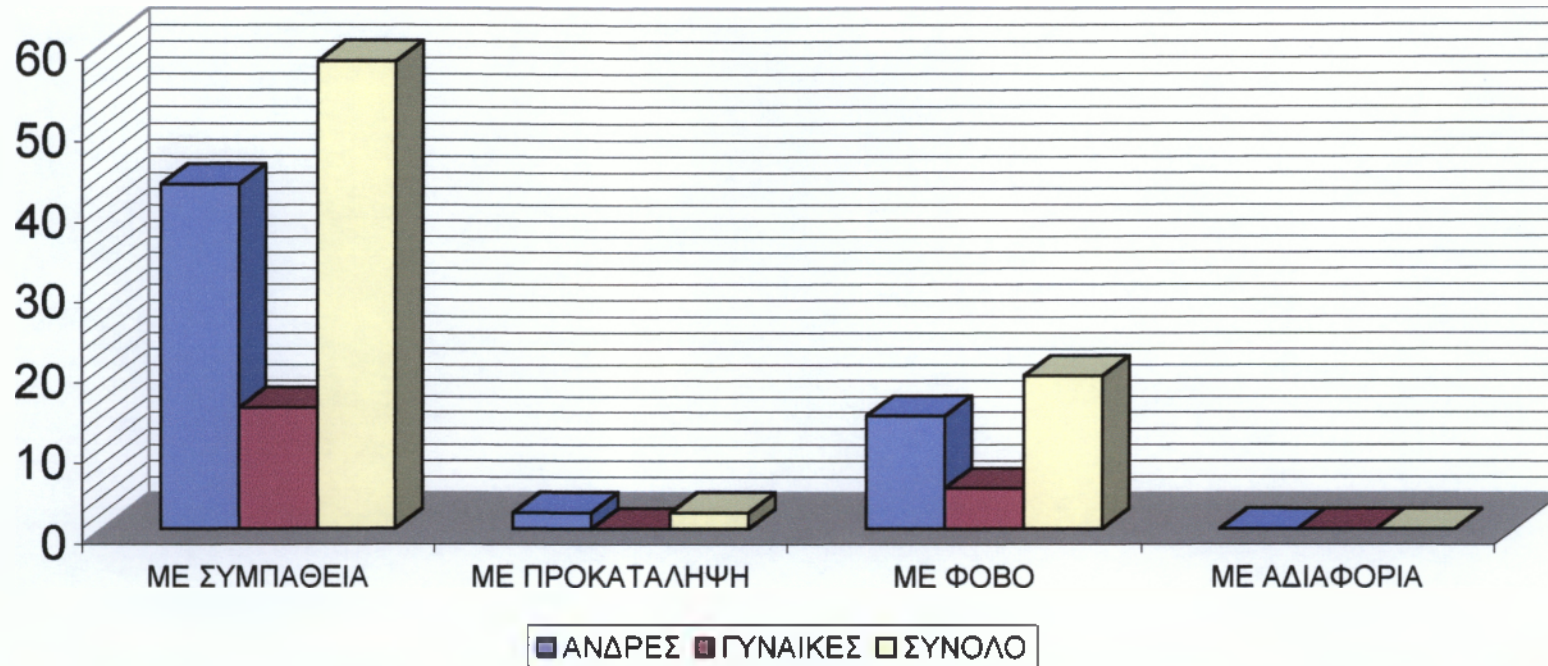
	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
ΑΝΔΡΕΣ	0	0%	20	25%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	7	9%	52	66%
ΣΥΝΟΛΟ	7	9%	72	91%

ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΣΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;



	1-2 ΧΡΟΝΙΑ		3-5 ΧΡΟΝΙΑ		ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΘΕΙ	
ΑΝΔΡΕΣ	33	42%	18	23%	8	10%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	10	13%	9	11%	1	1%
ΣΥΝΟΛΟ	43	54%	27	34%	9	11%

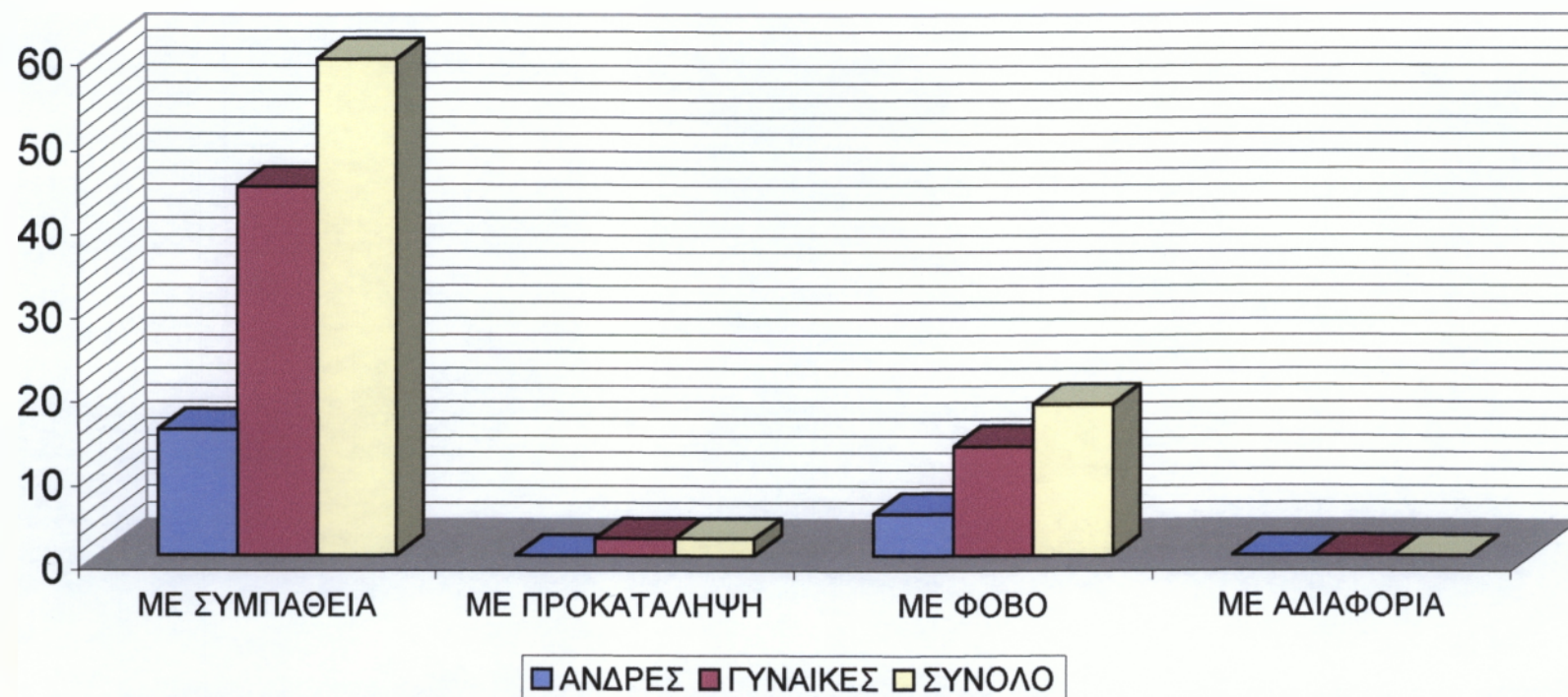
ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ-ΤΜΗΜΑ;



ΕΡΩΤΗΣΗ 8

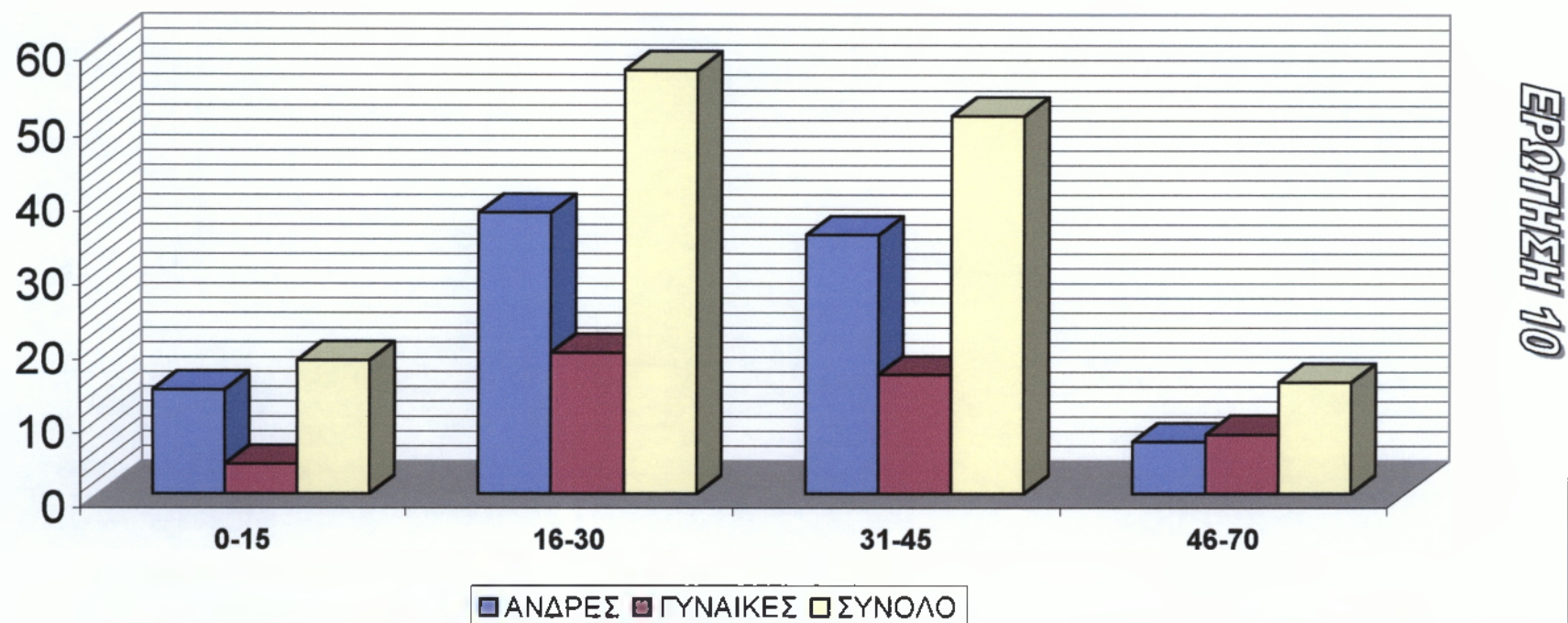
	ΜΕ ΣΥΜΠΑΘΕΙΑ		ΜΕ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ		ΜΕ ΦΟΒΟ		ΜΕ ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	
ΑΝΔΡΕΣ	43	54%	2	3%	14	18%	0	0%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	15	19%	0	0%	5	6%	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	58	73%	2	3%	19	24%	0	0%

ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ-ΤΜΗΜΑ;



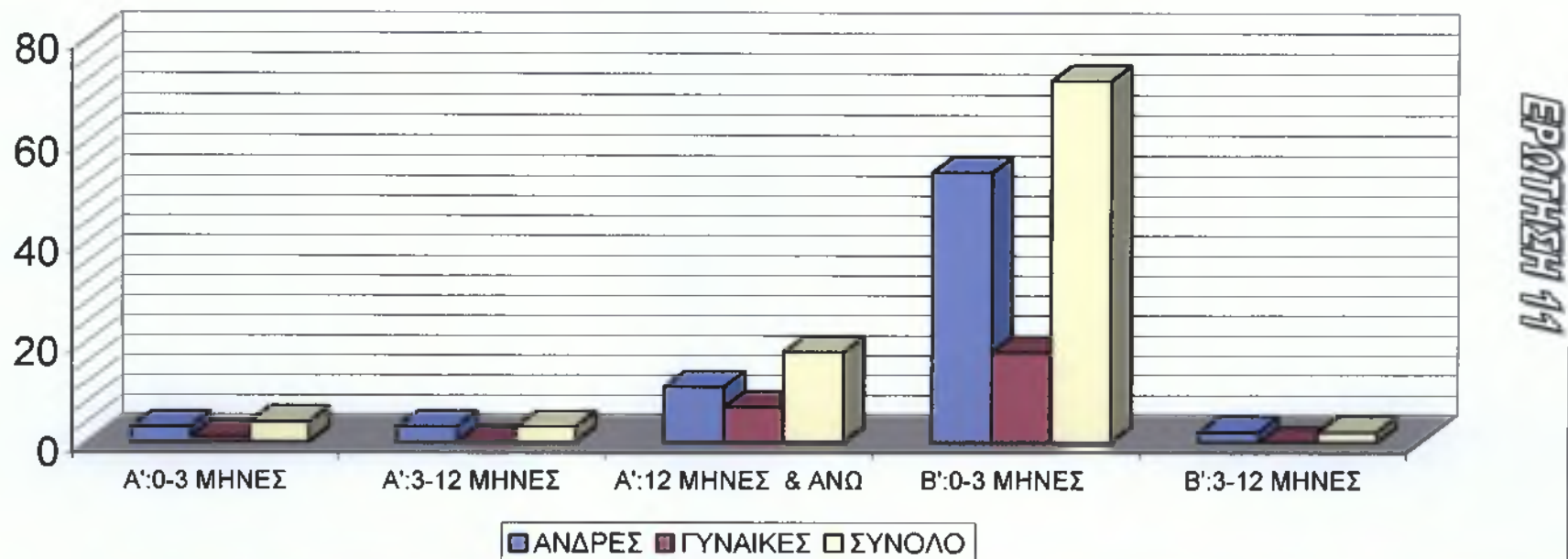
	ΜΕ ΣΥΜΠΑΘΕΙΑ		ΜΕ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ		ΜΕ ΦΟΒΟ		ΜΕ ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	
ΑΝΔΡΕΣ	15	19%	0	0%	5	6%	0	0%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	44	56%	2	3%	13	16%	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	59	75%	2	3%	18	23%	0	0%

ΠΟΙΕΣ ΚΥΡΙΩΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΗΛΙΚΙΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΧΡΗΣΟΥΝ ΒΟΗΘΕΙΑΣ;



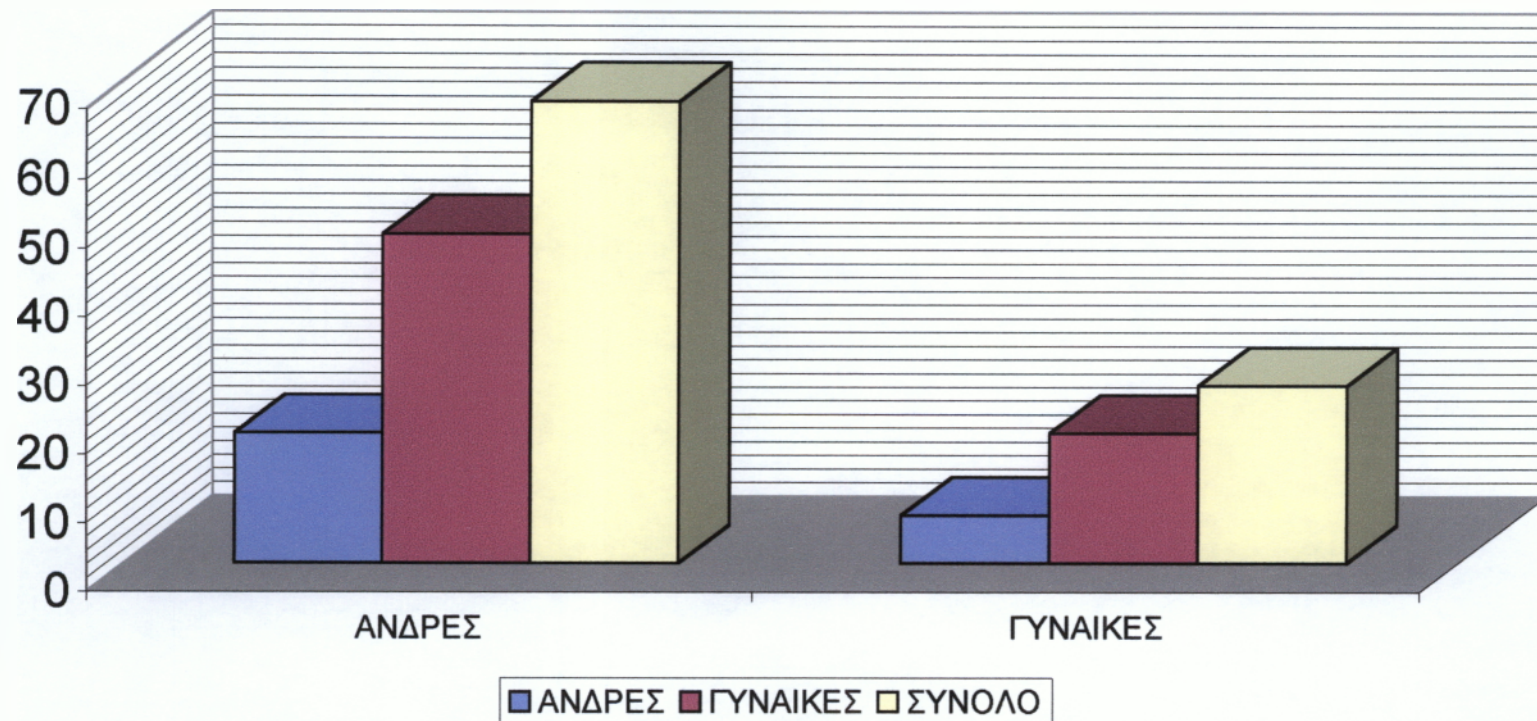
	0-15		16-30		31-45		46-70	
ΑΝΔΡΕΣ	14	18%	38	48%	35	44%	7	9%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	4	5%	19	24%	16	20%	8	10%
ΣΥΝΟΛΟ	18	23%	57	72%	51	65%	15	19%

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΤΟΥ ΦΟΡΕΑ /ΑΣΘΕΝΗ;



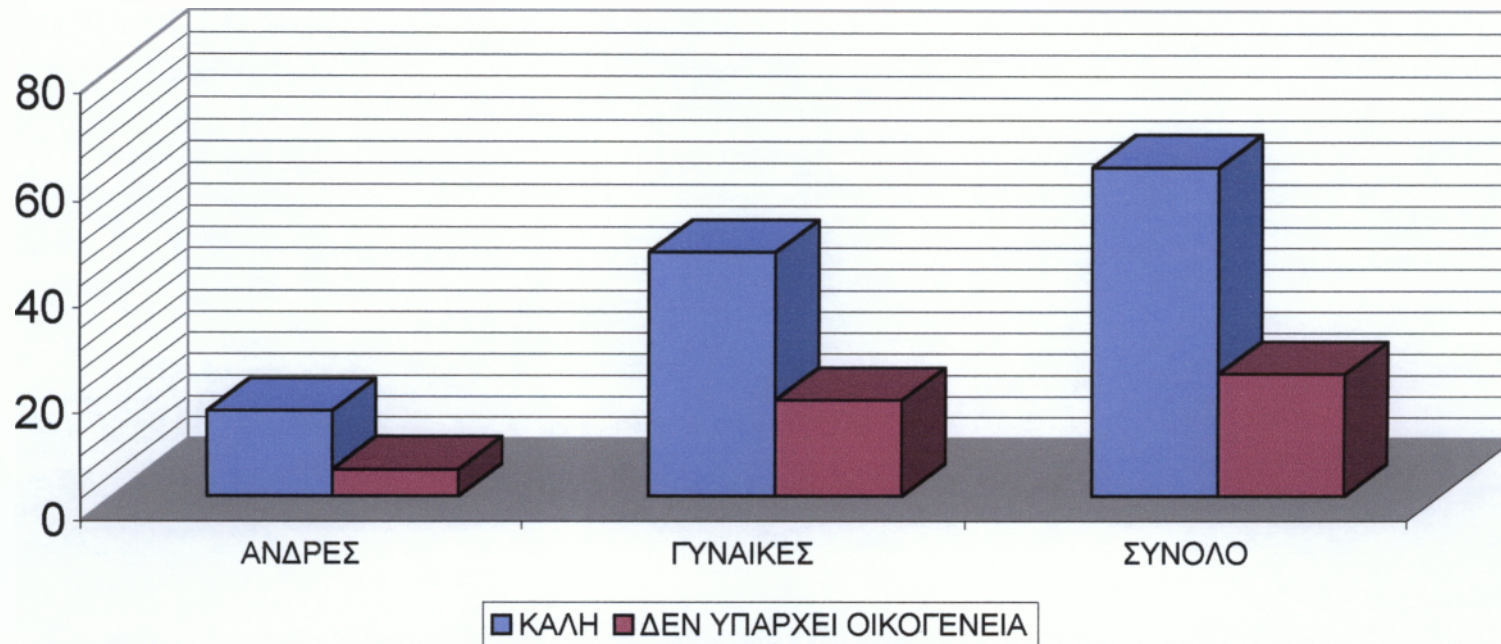
	Α' ΞΕΝΩΝΑ						Β' ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ			
	Α':0-3 ΜΗΝΕΣ		Α':3-12 ΜΗΝΕΣ		Α':12 ΜΗΝΕΣ & ΑΝΩ		Β':0-3 ΜΗΝΕΣ		Β':3-12 ΜΗΝΕΣ	
ΑΝΔΡΕΣ	3	4%	3	4%	11	14%	54	68%	2	3%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	1	1%	0	0%	7	9%	18	23%	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	4	5%	3	4%	18	23%	72	91%	2	3%

ΠΟΙΟ ΦΥΛΛΟ ΝΟΜΙΖΕΤΑΙ ΟΤΙ ΕΧΕΙ ΤΗΝ "ΠΡΩΤΙΑ" ΣΤΗ ΝΟΣΟ



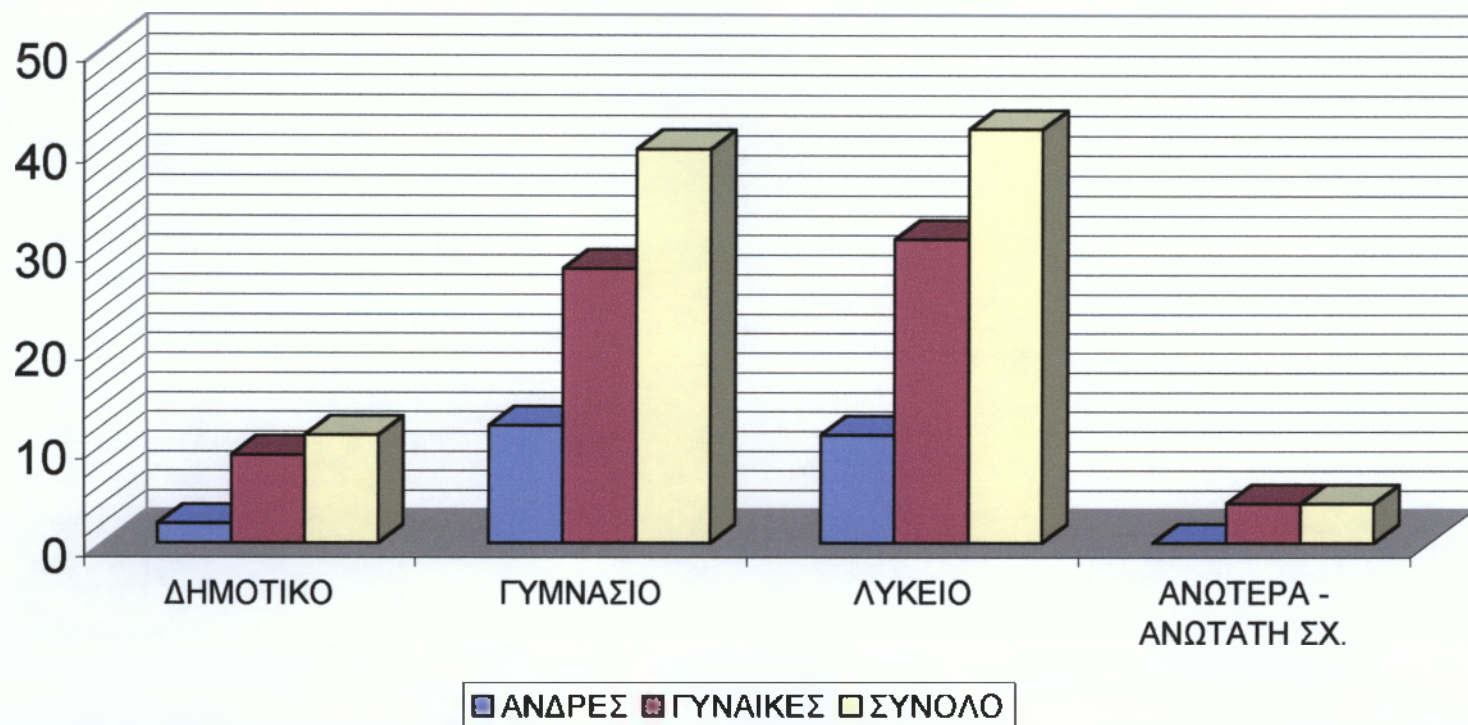
	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
ΑΝΔΡΕΣ	19	24%	7	9%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	48	61%	19	24%
ΣΥΝΟΛΟ	67	85%	26	33%

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΣΥΝΗΘΩΣ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ;



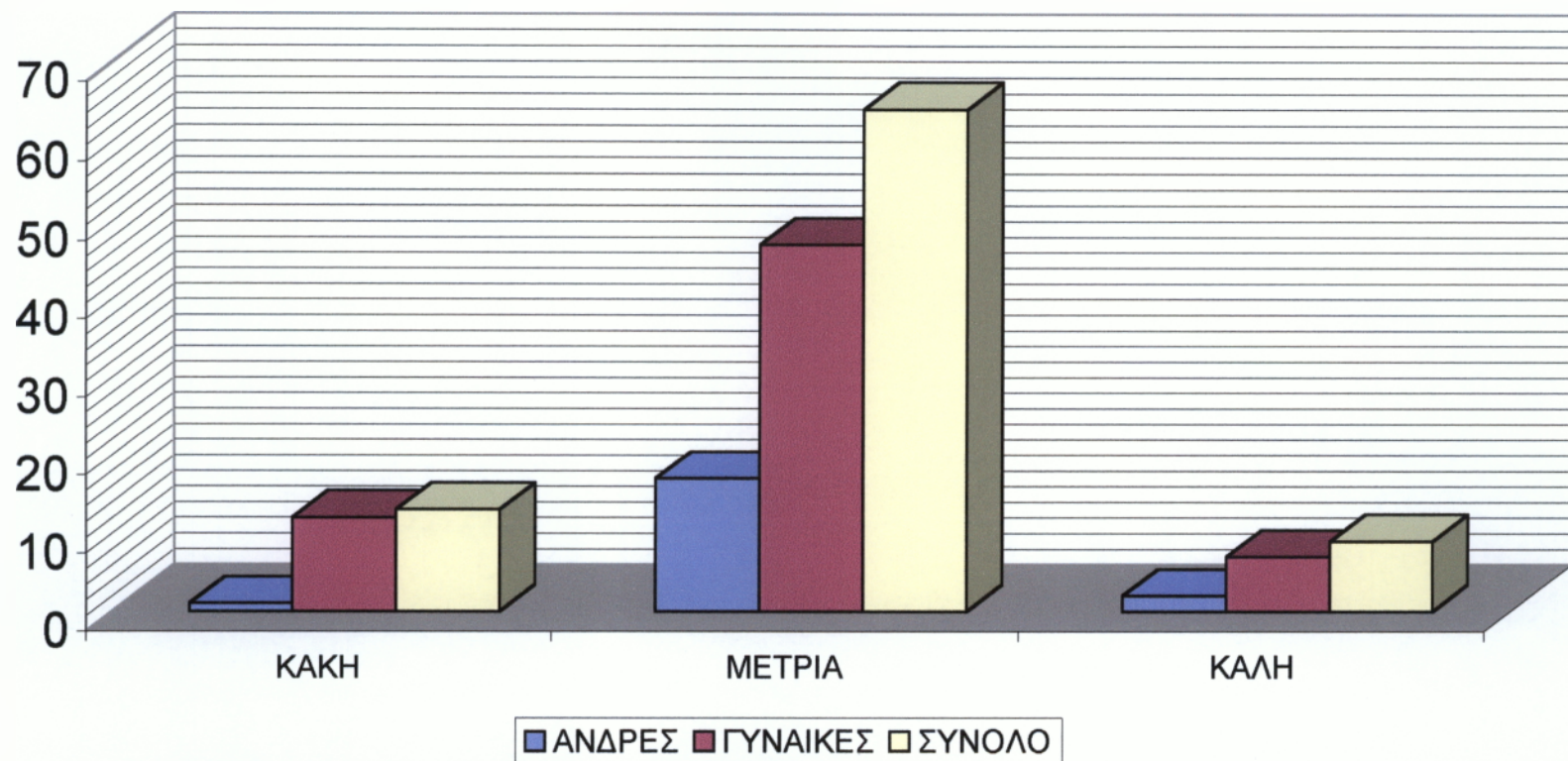
	ΚΑΛΗ		ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	
ΑΝΔΡΕΣ	16	20%	5	6%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	46	58%	18	23%
ΣΥΝΟΛΟ	62	78%	23	29%

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ;



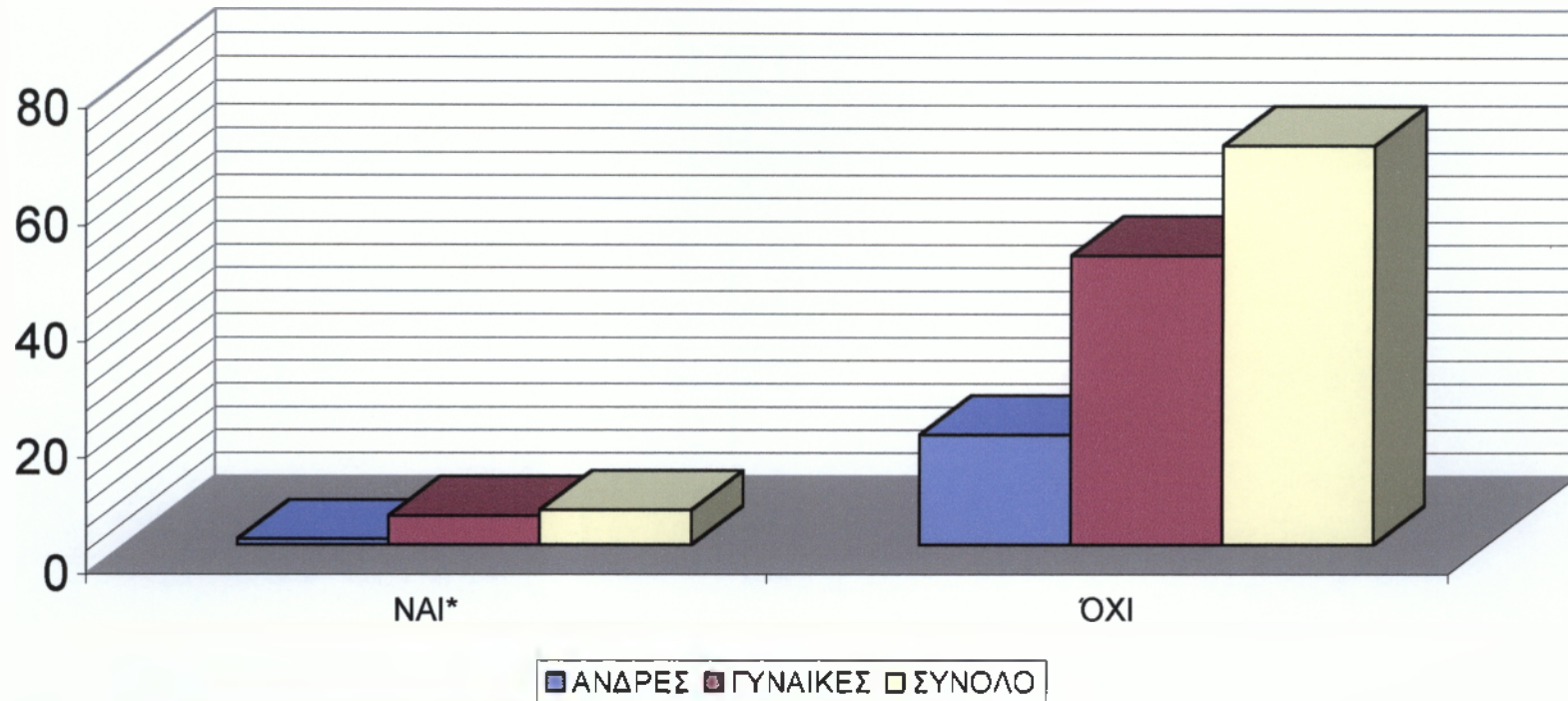
	ΔΗΜΟΤΙΚΟ		ΓΥΜΝΑΣΙΟ		ΛΥΚΕΙΟ		ΑΝΩΤΕΡΑ - ΑΝΩΤΑΤΗ ΣΧ.	
ΑΝΔΡΕΣ	2	3%	12	15%	11	14%	0	0%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	9	11%	28	35%	31	39%	4	5%
ΣΥΝΟΛΟ	11	14%	40	51%	42	53%	4	5%

ΠΟΙΑ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ;



	ΚΑΚΗ		ΜΕΤΡΙΑ		ΚΑΛΗ	
ΑΝΔΡΕΣ	1	1%	17	22%	2	3%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	12	15%	47	59%	7	9%
ΣΥΝΟΛΟ	13	16%	64	81%	9	11%

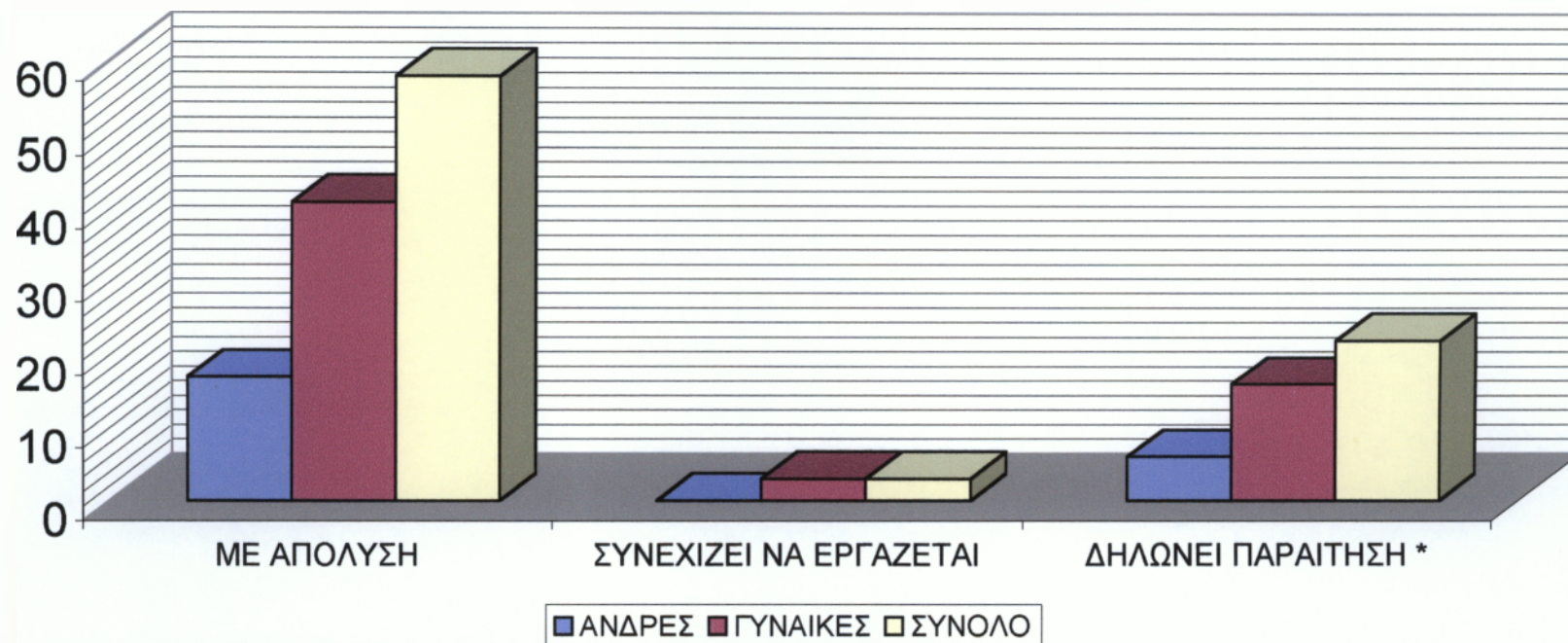
ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΑΙ Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΟΡΕΑ-ΑΣΘΕΝΗ Ή ΑΠΟ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ;



	ΝΑΙ*		ΌΧΙ	
ΑΝΔΡΕΣ	1	1%	19	24%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	5	6%	50	63%
ΣΥΝΟΛΟ	6	8%	69	87%

*ΑΝ ΒΑΖΕΙ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΑΛΛΑ ΑΤΟΜΑ

ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Ο ΦΟΡΕΑΣ-ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ;

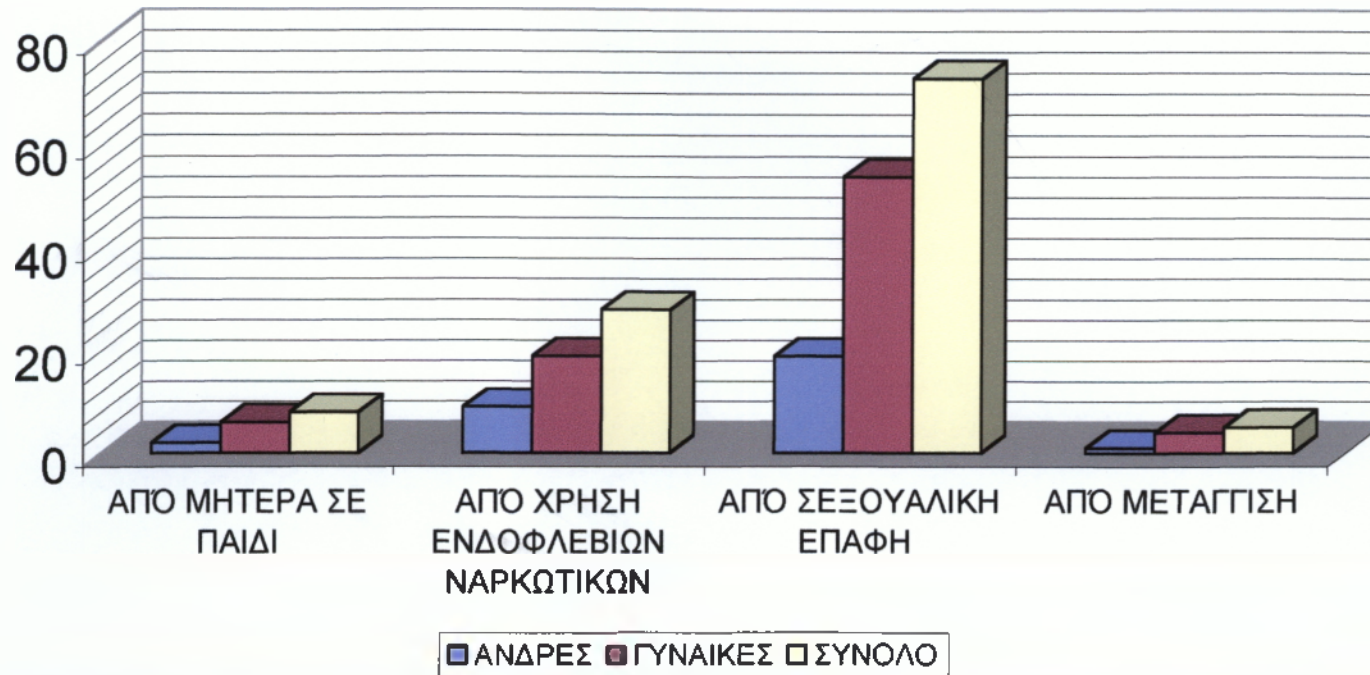


ΕΡΩΤΗΣΗ 17

	ΜΕ ΑΠΟΛΥΣΗ		ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ ΝΑ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ		ΔΗΛΩΝΕΙ ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ *	
ΑΝΔΡΕΣ	17	22%	0	0%	6	8%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	41	52%	3	4%	16	20%
ΣΥΝΟΛΟ	58	73%	3	4%	22	28%

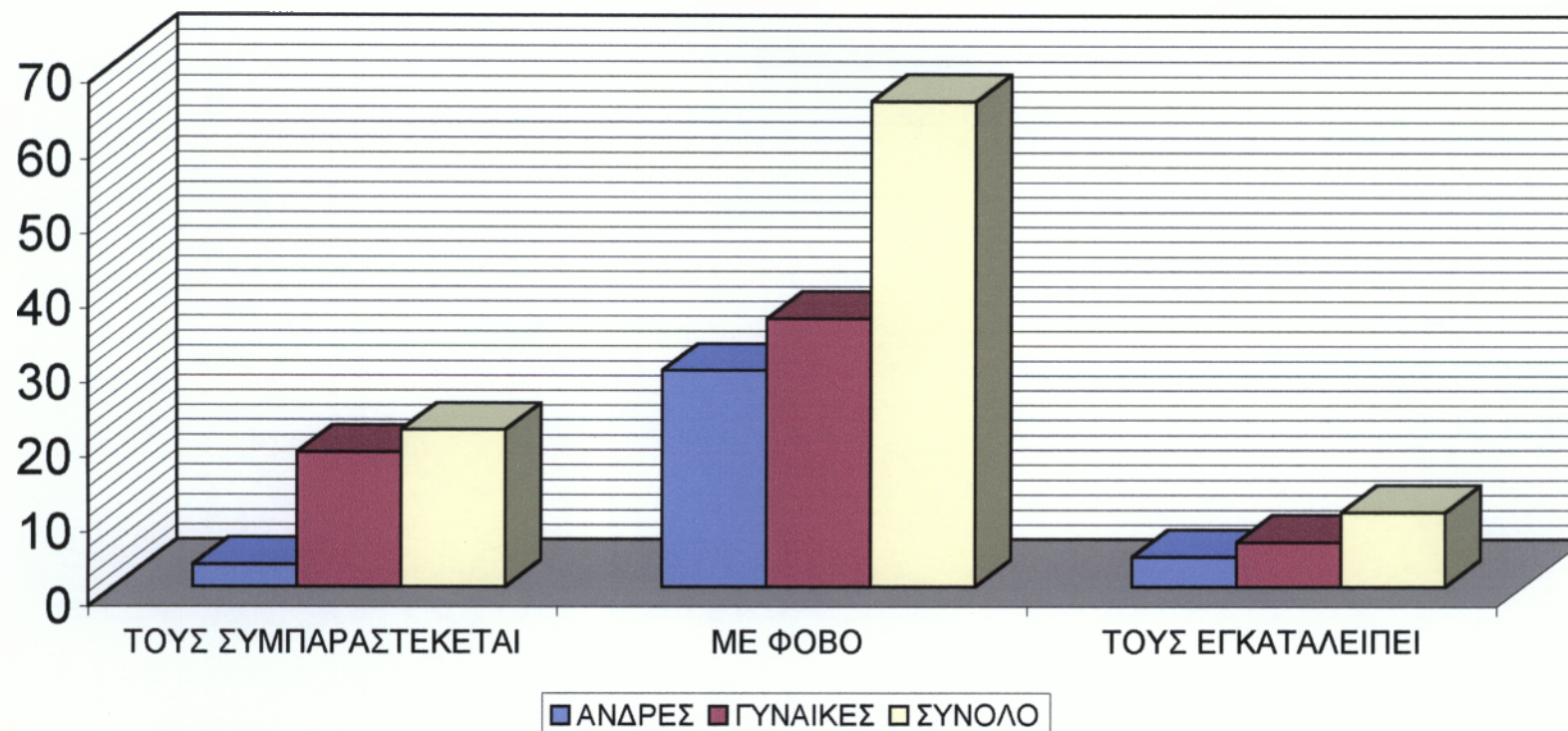
*ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΟΥ ΤΥΓΧΑΝΕΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΤΟΥ

ΠΟΙΟΣ ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΕΠΙΚΡΑΤΕΣΤΕΡΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ;



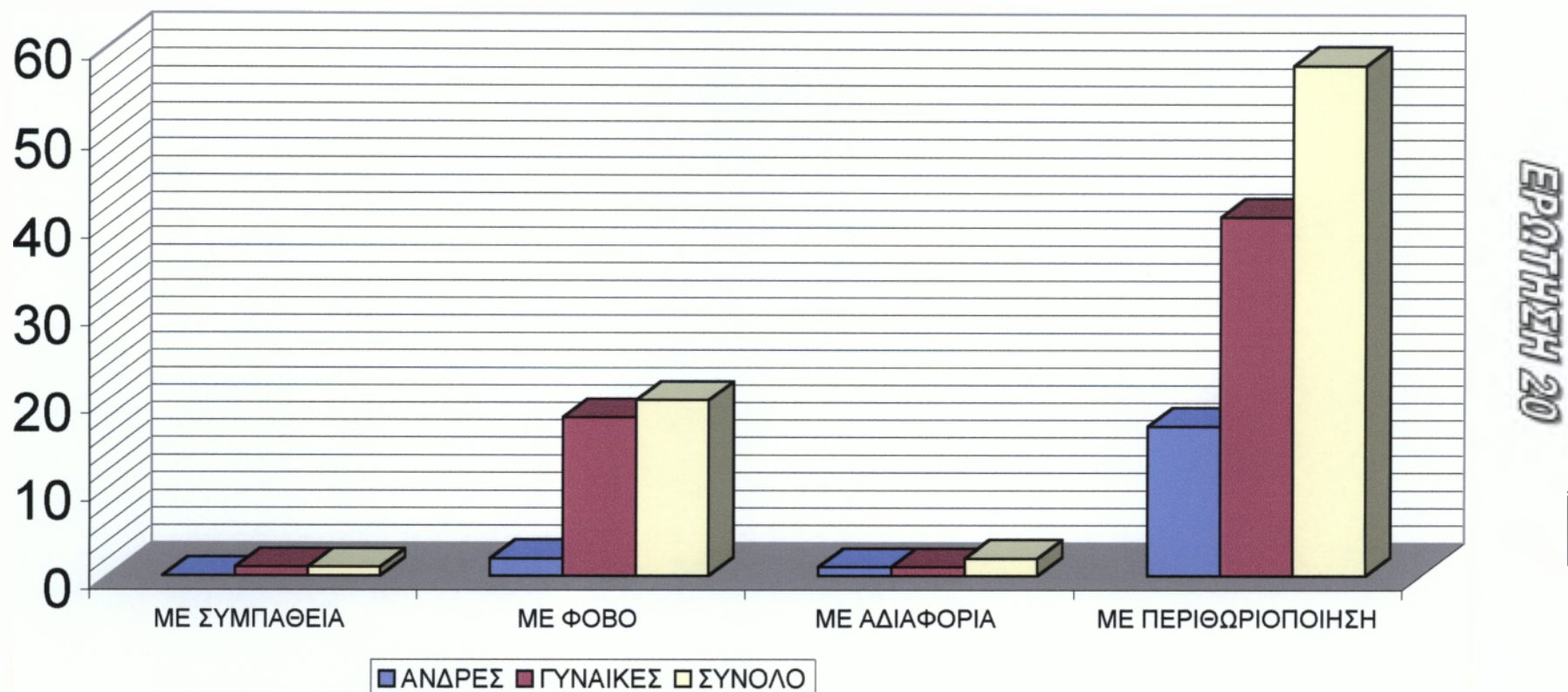
	ΑΠΟ ΜΗΤΕΡΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙ		ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ		ΑΠΟ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ		ΑΠΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ	
ΑΝΔΡΕΣ	2	3%	9	11%	19	24%	1	1%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	6	8%	19	24%	54	68%	4	5%
ΣΥΝΟΛΟ	8	10%	28	35%	73	92%	5	6%

ΠΩΣ ΤΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ;



	ΤΟΥΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΕΚΕΤΑΙ		ΜΕ ΦΟΒΟ		ΤΟΥΣ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΠΕΙ	
ΑΝΔΡΕΣ	3	4%	29	37%	4	5%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	18	23%	36	46%	6	8%
ΣΥΝΟΛΟ	21	27%	65	82%	10	13%

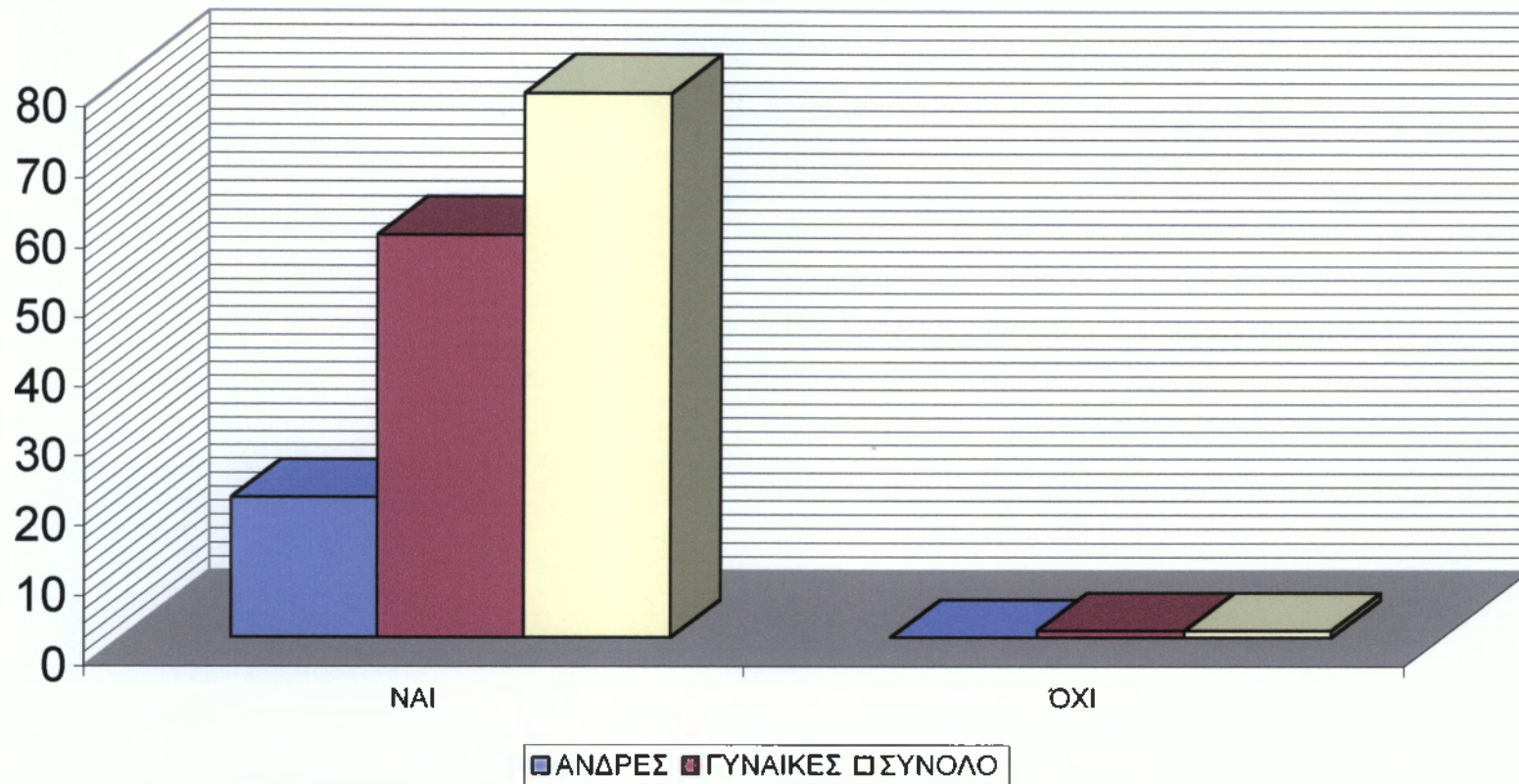
ΠΩΣ ΤΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΤΟ ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ;



	ΜΕ ΣΥΜΠΑΘΕΙΑ		ΜΕ ΦΟΒΟ		ΜΕ ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ		ΜΕ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟΠΟΙΗΣΗ	
ΑΝΔΡΕΣ	0	0%	2	3%	1	1%	17	22%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	1	1%	18	23%	1	1%	41	52%
ΣΥΝΟΛΟ	1	1%	20	25%	2	3%	58	73%

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ;

ΕΡΩΤΗΣΗ 21



	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
ΑΝΔΡΕΣ	20	25%	0	0%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	58	73%	1	1%
ΣΥΝΟΛΟ	78	99%	1	1%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα άτομα τα όποια απάντησαν στο ερωτηματολόγιο είναι άτομα όπου εργάζονται κυρίως σε νοσηλευτικές μονάδες της Αθήνας, όπου νοσηλεύονται άτομα που είναι οροθετικοί ασθενείς. Είναι δηματολογική λήψη από 79 άτομα διαφόρων ειδικοτήτων. Τα νοσοκομεία στα οποία μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια είναι: Το παίδων «Αγία Σοφία», Λαϊκό, Ευαγγελισμός, Ανδρέας, Συγγρός, Γενικό Κρατικό Αθηνών.

Τα συμπεράσματα τα οποία προκύπτουν είναι ακόλουθα:

Οι ερωτηθέντες στο μεγαλύτερο ποσοστό είναι γυναίκες οι οποίες εργάζονται σε αυτούς τους χώρους, συγκεκριμένα το 75% ήταν γυναίκες και το 25% ήταν άνδρες.

Οι ηλικίες τους είναι κυρίως από 26 έως 45 ετών, είναι δηλαδή αρκετά νέες ηλικίες ώστε να μπορούν να προσφέρουν πραγματικά και να είναι απαλλαγμένοι – όπως θα αναφέρουμε παρακάτω – από προκαταλήψεις γύρω από τη νόσο του AIDS. Οι ειδικότητες οι οποίες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο είναι:

Ιατροί 15%, Ψυχολόγοι 4%, Νοσηλευτές – τριες 46%, Κοινωνικοί Λειτουργοί 9%, Άλλο προσωπικό (βοηθητικό) 25%.

Οι πλειονότητα όμως είναι νοσηλευτές και είναι εκείνοι οι οποίοι έρχονται σε μεγαλύτερη επαφή με τους ασθενείς και έχουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για το καθεστώς που επικρατεί σε αυτές τις νοσηλευτικές μονάδες.

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι έχουν ανώτερη ή ανωτάτη εκπαίδευση σε ποσοστό 63%. Τα χρόνια τα οποία εργάζονται στο τμήμα είναι λιγότερο στα δέκα χρόνια αυτό αποδεικνύει ότι άρχισε να δημιουργείτε πρόβλημα νοσηλείας στους ασθενείς με AIDS κατά την τελευταία δεκαετία.

- Θλιβερή διαπίστωση είναι ότι οι εργαζόμενοι (το 80% ερωτηθέντων) δεν είχαν καμία εκπαίδευση ή ενημέρωση πριν εργαστούν σε τέτοιους χώρους παρ' όλο που το ΚΕΕΛ έχει κάνει προσπάθειες πληροφόρησης για την προφύλαξη των εργαζομένων στους χώρους αυτούς (παραθέτουμε έντυπο).
- Κύρια πεποίθηση των εργαζομένων, είναι ότι σ' αυτούς τους χώρους δεν θα πρέπει να εργάζονται πάνω από δυο χρόνια. Αυτό κατά τη γνώμη μας έχει λογική βάση, γιατί όταν εργάζεται κανείς σε ένα χώρο για μεγάλο

διάστημα εξοικειώνεται μ' αυτόν με αποτέλεσμα να αμβλύνετε η προσοχή του.

- Ακόμα πρέπει να σημειωθεί ότι σε αυτούς τους χώρους υπάρχει επαγγελματική εξουθένωση, AIDS Fatigue είναι ο όρος που δίνεται σε όσους εργαζόμενους με ασθενείς AIDS υποστούν ψυχολογική εξάντληση και αδυνατούν να συνεχίσουν. Το σύνδρομο είναι ιδιαίτερα συχνό και αντιμετωπίζεται με προσωρινή αλλαγή εργασίας.
- Οι κυριότερες αιτίες επαγγελματικής εξουθένωσης είναι: κοινωνικές αντιλήψεις και προκαταλήψεις γύρω από το AIDS. Φόβος μετάδοσης του ιού του HIV.
- Θανατηφόρα φύση της ασθένειας.
- Αναζήτηση εξελισσόμενης γνώσης για το AIDS.
- Ταύτιση με ασθενείς νεαρής ηλικίας. Πολύπλοκα ψυχοκοινωνικά προβλήματα ασθενών.
- Υποστήριξη συγγενών και φίλων ασθενούς. Απαιτητική φροντίδα τελικού σταδίου
- Αλληπάλληλοι θάνατοι.
- Το στίγμα του AIDS. Για τους παραπάνω λόγους μεγάλο ποσοστό εργαζομένων επιθυμεί να εγκαταλείψει αυτούς τους χώρους εργασίας τόσο από τα νοσηλευτικά ιδρύματα όσο και από το ΚΕΕΛ.

Από πληροφορίες που έχουμε, εκκρεμούν 14 αιτήσεις εργαζομένων για μετάθεση εκ των οποίων οι 6 έχουν εγκριθεί και μια αίτηση η οποία δεν εγκρίθηκε από το υπουργείο δικαιώθηκε όμως από το δικαστήριο.

- Οι άψογες εργασιακές σχέσεις και η άριστη επικοινωνία η οποία πρέπει να υπάρχει μεταξύ των εργαζομένων είναι σε υψηλά επίπεδα σύμφωνα πάντα με τους ερωτηθέντες.
- Το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων στο μεγαλύτερο ποσοστό έχουν ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση κι αυτό τους κάνει να ξεπερνούν τα «taboo» της ασθένειας ώστε τόσο κατά την είσοδο των ασθενών στο κέντρο – τμήμα όσο και κατά την παραμονή τους σ' αυτά, να τους αντιμετωπίζει με συμπάθεια μακριά από κάθε είδους προκατάληψη και δίχως να τους αποφεύγει δημιουργώντας τους ακόμα μεγαλύτερο φόβο και ανασφάλεια.

- Οι ηλικίες οι οποίες χαρακτηρίζονται ως ηλικίες «ψηλού κινδύνου» κατά την άποψη των ερωτηθέντων είναι από 16 έως 45 ετών, κατά την άποψή μας όμως, οι οποία συμφωνεί και με την άποψη και κάποιων εκ των ερωτηθέντων είναι ότι ο κίνδυνος αρχίζει με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής του ατόμου όταν αυτό δεν λαμβάνει τα απαραίτητα για την προστασία του μέτρα.
- Ο μεγαλύτερος χρόνος παραμονής σε ίδρυμα για τα πάσχοντα άτομα, είναι κυρίως σε νοσηλευτικές μονάδες μέχρι και τρεις μήνες. Στον ξενώνα διαμένουν για πολύ μεγαλύτερο διάστημα άνω των 12 μηνών.
- Όπως προκύπτει από το ερωτηματολόγιο το φύλλο το οποίο έχει μεγαλύτερο ποσοστό ασθένειας είναι άνδρες (άνω από 60%) ενώ οι γυναίκες κατέχουν περίπου το 40%, υπάρχει φόβος όμως, ότι το ποσοστό των γυναικών θα αυξηθεί τα επόμενα χρόνια.
- Οι γραμματικές γνώσεις των ασθενών είναι σε επίπεδο Λυκείου, δεν πρόκειται δηλαδή για άτομα τα οποία έχουν ένα μορφωτικό επίπεδο ώστε να μην μπορούν να αντιληφθούν τον κίνδυνο ο οποίος παραμονεύει.

Αυτό μας κάνει να θέσουμε το ερώτημα δεν υπάρχει άραγε επαρκείς πληροφόρηση ή όλοι αυτοί οι ασθενείς έβλεπαν τον κίνδυνο μακριά από αυτούς και ενώ είχαν σχετική ενημέρωση η αφέλειά τους, τους στοιχίζει τώρα τη ζωή τους;

- Οι οικονομική κατάσταση των ασθενών είναι μέτρια, αυτό σημαίνει ότι δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα επιβίωσης. Αυτό μας κάνει να υποθέσουμε ότι τα αίτια δεν είναι οικονομικά τα οποία ίσως θα μπορούσαν να τους οδηγήσουν σε πράξεις οι οποίες να τους εκθέτουν στον κίνδυνο του AIDS.
- Κανένα νοσηλευτικό ίδρυμα δεν ενημερώνει τον εργοδότη του ασθενούς για ασθένεια, είναι προσωπική επιλογή αν θα το ανακοινώσει στο περιβάλλον εργασίας του. Αυτή είναι μια πολύ δύσκολη απόφαση γιατί αν το κάνει αμέσως έρχεται ο κοινωνικός αποκλεισμός. Πάνω από το 72% μη μπορώντας να αντέξει την συμπεριφορά των άλλων οδηγείται στην παραίτηση. Μετά λοιπόν τον κοινωνικό αποκλεισμό επέρχεται και ο οικονομικός αποκλεισμός, έτσι λοιπόν το άτομο ακόμα και όταν μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του όπως πριν (μπορεί να είναι φορέας για μεγάλο χρονικό διάστημα) δεν τον αποδέχεται πλέον η κοινωνία, θυμίζοντάς μας άλλες εποχές, όπου εξόριζαν τους ασθενείς σε κάποια ξερονήσια πχ. Σπηναλόγκκα στέλνοντας τους μόνο φαγητό και νερό. Βέβαια

σήμερα δεν γίνεται αυτό, γίνεται κάτι χειρότερο είναι αποκλεισμένοι μέσα στην κοινωνία.

- Ο τρόπος με τον οποίο μεταδίδεται συχνότερα η νόσος είναι η σεξουαλική επαφή με δεύτερο τη ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών. Ελάχιστες σχεδόν ανύπαρκτες είναι οι πιθανότητες να «κολλήσει» κάποιος τον ιό από μετάγγιση.

Άρα το ερώτημα που μπαίνει αμείλικτο είναι γιατί εφόσον είναι γνωστό ότι ο τρόπος που μεταδίδεται το AIDS είναι κυρίως η σεξουαλική επαφή γιατί τα κρούσματα του AIDS συνεχώς αυξάνουν με αποτέλεσμα να μιλούμε για επιδημία;

Στο παραπάνω ερώτημα επιχειρεί να απαντήσει μια έρευνα του κ. Ε.Ν Ιωαννίδη Καπόλου κοινωνιολόγου, επιστημονικού συνεργάτη του τομέα κοινωνιολογίας Ε.Σ.Δ.Υ

Η ερευνητική αυτή εργασία μέσα από τη μελέτη των κοινωνικών αναπαραστάσεων της σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων έχει στόχο να κατανοήσει το πώς αντιλαμβάνονται, πως βιώνουν, και πως αντιμετωπίζουν οι νέοι τον κίνδυνο του AIDS. Τα αποτελέσματα της έρευνας ότι η κοινωνική αναπαράσταση της σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων εμπεριέχει την έννοια του κινδύνου καθώς οι νέοι συσχετίζουν το AIDS με το θάνατο. Ο φόβος που προκαλεί η ιδέα του θανάτου οδηγεί τους νέους σε μέτρα προφύλαξης τα οποία θεωρούν απαραίτητα για την ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά. Στην πράξη όμως ορισμένοι νέοι ενώ θεωρούν ότι έχουν αλλάξει την συμπεριφορά τους και δεν κινδυνεύουν να μολυνθούν, λόγω της σύγχυσης που επικρατεί ως προς τους ασφαλείς τρόπους προφύλαξης φαίνεται ότι δεν είναι απόλυτα προστατευμένοι από πιθανή μόλυνση από τον ιό HIV.

- Φυσικό είναι το οικογενειακό περιβάλλον να αντιμετωπίζει το άτομο που πάσχει με φόβο, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν και άλλα μέλη στην οικογένεια, κυρίως μικρά παιδιά, υπάρχουν όμως προγράμματα ενημέρωσης τα οποία μπορούν να βοηθήσουν το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή όσο και τον ίδιο τον ασθενή με απόλυτη εχεμύθεια.

Επίσης πρέπει να αναφερθεί ο κοινωνικός στιγματισμός τόσο στα άτομα όσο και στις οικογένειές τους όταν γίνει γνωστό ότι κάποιος πάσχει από AIDS, η τάση της κοινωνίας να προσπαθεί να κρύψει ότι την ντροπιάζει οδηγεί στην μη παραδοχή του προβλήματος και κατά συνέπεια σε λανθασμένα συμπεράσματα, λαθεμένες συμπεριφορές.

- Όπως αναφέραμε και πιο πάνω το κοινωνικό περιβάλλον εγκαταλείπει τα πάσχοντα άτομα, από τη στιγμή που θα διαγνωσθεί η νόσος αρχίζει ένας Γολγοθάς για τα άτομα αυτά. Η εύρεση εργασίας είναι δύσκολη αν όχι αδύνατη, οι φίλοι φεύγουν ο ένας μετά τον άλλο αρχίζουν οι οικονομικές δυσκολίες. Η ζωή του ασθενούς μοιάζει με τραίνο που τρέχει προς το γκρεμό, το πόσο γρήγορα θα πέσει εξαρτάται από το πόσο νωρίς άρχισε τη θεραπεία και σε τι αριθμό βρίσκεται ο ρετροϊός στον οργανισμό.

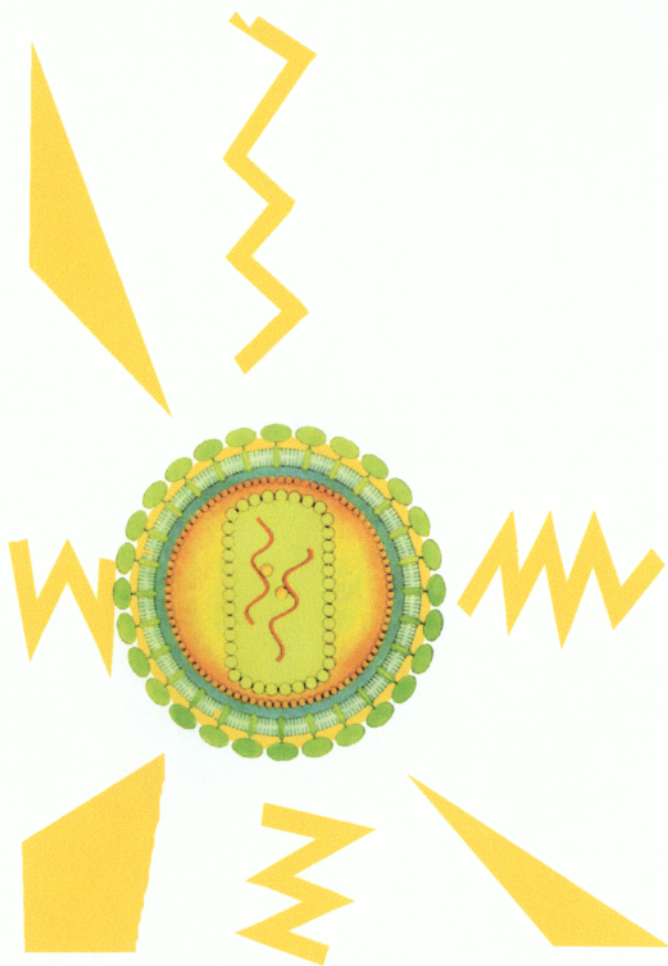


ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Τζ. Κουρέα, Κρεμαστινού, Γ. Σαρόγλου, Μεράκου «HIV AIDS»** τι πρέπει να ξέρω – Τι πραγματικά ξέρω ενότητα Γ' Εθνική σχολή Δημόσιας Υγείας ΚΕΕΛ Αθήνα 1998
- **Ελληνικά αρχεία AIDS** τριμηνιαία επιστημονική έκδοση ελληνικής εταιρίας μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS τόμος 6^{ος} τεύχος 3^ο Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1998.
- **Κέντρο ελέγχου ειδικών λοιμώξεων (ΚΕΕΛ)** υπουργείο υγείας και πρόνοιας. «Η επιδημιολογία του AIDS και της HIV λοίμωξης στην Ελλάδα έως 31-12-1999
- **Γκούβρα – Ε. Πετρίδου** «ρωτώ και μαθαίνω για το AIDS» οδηγός διδασκαλίας για την πρόληψη του AIDS Αθήνα 1992.
- **Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ)** Απολογισμός έργου 1993-1998.
- **Επιθεώρηση υγείας** τόμος 1^ο τεύχος 61 Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1999 νεότερα δεδομένα στην μάχη κατά του AIDS.
- **Γ. Κυριόπουλος, Σ. Κιορνάρου, Β. Παπαρίζος** «Οικονομικά και διαχείριση του AIDS στην Ελλάδα» Κέντρο Επιστημών της Υγείας – Τομέας Οικονομικών της υγείας Υγειονομική σχολή Αθηνών.
- **Γ. Παπουτσάκης** «τομέας οικονομικών της υγείας ΥΣΑ «Η Πολιτική Δημόσιας Υγείας για το AIDS στην Ελλάδα».
- **Β. Παπαρίζος** Τομέας Οικονομικών της Υγείας ΥΣΑ «Οικονομικό κόστος Νοσοκομειακής Νοσηλείας ασθενών με AIDS”.
- **Περιοδικό «Νοσηλευτική»** τόμος 32 τεύχος 3 Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1993 «AIDS και χώρος εργασίας – εκπαίδευση και νομοθεσία.
- **Α. Κόλλια** «AIDS” στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://users.otenet.gr>.
- **Κοινωνία οικονομία και υγεία** τόμος 2 τεύχος 1 Ιανουάριος – Μάρτιος 1993 έκδοση επιστημών των υπηρεσιών υγείας.

ПАРАРТИМА



ΔΗΛΩΘΕΝΤΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ AIDS ΚΑΤΑ ΕΤΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕΧΡΙ ΤΙΣ 31 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 1998

ΕΤΟΣ ΔΙΑ- ΓΝΩΣΗ	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	Επίπτωση*
	N	%	N	%	N	
1982	2	(0,1)	0	(0,0)	2	(0,20)
1983	5	(0,3)	0	(0,0)	5	(0,51)
1984	5	(0,3)	0	(0,0)	5	(0,51)
1985	16	(1,0)	0	(0,0)	16	(1,61)
1986	23	(1,4)	0	(0,0)	23	(2,31)
1987	55	(3,4)	6	(2,5)	61	(6,10)
1988	66	(4,0)	7	(2,9)	73	(7,27)
1989	91	(5,6)	15	(6,1)	106	(10,50)
1990	126	(7,7)	16	(6,6)	142	(13,97)
1991	162	(9,9)	21	(8,6)	183	(17,86)
1992	168	(10,3)	23	(9,4)	191	(18,50)
1993	148	(9,0)	21	(8,6)	169	(16,28)
1994	181	(11,1)	32	(13,1)	213	(20,43)
1995	186	(11,4)	25	(10,2)	211	(20,18)
1996	188	(11,5)	42	(17,2)	230	(21,95)
1997	136	(8,3)	23	(9,4)	159	(15,14)
1998	80	(4,9)	14	(5,3)	93	(8,75)
ΣΥΝΟΛΟ	1638	(100,0)	244	(100,0)	1882	



8002349

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 15 ΙΟΥΛΙΟΥ 1992	ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 123
--------------------------	--------------	-----------------------

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071

Άρθρο 3

Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας

Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Άρθρο 1

Το άρθρο 1 του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

* Μέρη του κράτους

1. Το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών.

2. Το κράτος εξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα του διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελευθερή επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Άρθρο 2

Το άρθρο 2 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

* Υγειονομικές περιφέρειες

1. Η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες.

2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται εκάστοτε εν όψει των υγειονομικών αναγκών και των κοινωνικών συνθηκών της Χώρας, ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών που περιλαμβάνουν ορισμένους νομούς, η έδρα τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά στην εν γένει λειτουργία των υπηρεσιών τους.

Άρθρο 4

Σύσταση ειδικών γραμματειών

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ανιστώνται τρεις (3) ειδικές γραμματείες. Το έργο κάθε ειδικής γραμματείας συντονίζεται από το συντονιστή.

2. Οι ειδικές γραμματείες είναι:

α) Γραμματεία διοικητικών, οργανωτικών και οικονομικών θεμάτων, που αποτελείται από δύο (2) υπαλλήλους ΠΕ κατηγορίας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα υγείας και τρεις (3) ειδικούς επιστήμονες με εμπειρία σε διοικητικά, οργανωτικά και οικονομικά θέματα του τομέα υγείας.

β) Γραμματεία επιστημονικών και υγειονομικών θεμάτων,

τρίμ
15-7-92
πης

π
π

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται τα δικαιολογητικά, που απαιτούνται για την έκδοση αποφάσεων αναστολών και απαλλαγών της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.

3. Οι υπηρετούντες ως μόνιμοι δημόσιοι πολιτικοί και στρατιωτικοί υπάλληλοι και οι μόνιμοι υπάλληλοι των ν.π.δ.δ. του αποκτούν πτυχίο ιατρικής σχολής της ημεδαπής ή αλλοδαπής, απαλλάσσονται από την υποχρέωση υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968. Με την παραίτησή τους από τη θέση που υπηρετούν, η απαλλαγή τους παύει να ισχύει.

Άρθρο 23

Άλλες διατάξεις για τους ιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου

1. Η διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 54 του ν. 759/1988 επεκτείνεται ισχύουσα και για ιατρούς μη υπό-ρεους θητείας υπαίθρου του ν. 67/1968, εφόσον η προ-ήρξη του αντίστοιχου υγειονομικού σχηματισμού παραμένει επί τρίμηνο.

Οι άδειες και απουσίες πάσης φύσεως των ιατρών υπηρεσίας υπαίθρου δεν προσμετρώνται στην υποχρέωση υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.

2. Με απόφαση της προϊστάμενης αρχής του ιατρού υπηρεσίας υπαίθρου μπορεί να χορηγείται άδεια διαμονής εκτός της έδρας του υγειονομικού σταθμού, μόνο στις περιπτώσεις που αυτή δεν πληροί στοιχειώδεις προϋποθέσεις διαμονής.

3. Οπλίτες ιατροί, που υπηρετούν σε υγειονομικούς σταθμούς σύμφωνα με αίτησή τους να παρατείνουν την παραμονή τους, σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 7 του ν. 1821/1988 (ΕΚ 271 Α'), κατόπιν εγγράφου αδειάς της υγειονομικής υπηρεσίας του οικείου Γενικού Επιτελείου.

4. Ιατροί πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία (πλην ετεροζυγίων), κληρονομική σφαιροκυττάρωση και δρεπανοκυττάρωση ή μικροδρεπανοκυττάρωση νόσο, απαλλάσσονται από τις υποχρεώσεις υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968. Ιατροί που πάσχουν από παραπληγία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, μόνο αν υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκαθάρσεως και ιατροί, που έχουν κριθεί από τις αντίστοιχες υγειονομικές επιτροπές παρουσιάζουν αναπηρία άνω του 67%.

Άρθρο 24

Αναγνώριση υπηρεσίας υπαίθρου

1. Αναγνωρίζεται ως χρόνος εκπλήρωσεως της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968, ο πρώτος χρόνος υπηρεσίας των ιατρών Ε.Σ.Υ. που υπηρετούν, υπήρξαν ή θα υπηρετήσουν σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας εκτός των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης. Η θητεία αυτή ισχύει και για τους επμελητές Γ των Κ.Υ. Η απόφαση διορισμού τους δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. και την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού.

2. Οι ιατροί που δεν έχουν εκπληρώσει την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου, που ορίζει το ν.δ. 67/1968 και υπηρετούν σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας υπαίθρου, που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων υποχρεωτικά για χρονικό διάστημα ενός έτους ανάλογα με τις ανάγκες της υπηρεσίας, σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας εκτός των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης, για χρονικό διάστημα της απόσπασης αυτών αναγνωρίζεται

ως χρόνος εκπλήρωσεως της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.

3. Μέρος της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968, που τυχόν έχει διανυθεί από τους γιατρούς, προσμετράται για τη συμπλήρωση της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου.

4. Επαναφέρονται σε ισχύ οι παράγραφοι 2 και 3 του άρθρου 2 του ν. 633/1977 για τους ιατρούς των υγειονομικών σταθμών και κέντρων υγείας.

Άρθρο 25

Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία "Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του", που εποπτεύεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Σκοπός του κέντρου είναι η συστηματική αντιμετώπιση και η παρακολούθηση, ο συντονισμός και η υποβοήθηση των ενεργειών για την έρευνα σε όλα τα επίπεδα, την πρόληψη και τη θεραπεία τόσο του σακχαρώδη διαβήτη όσο και των επιπλοκών του.

3. Το κέντρο αυτό εγχρηματίζεται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από το πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων, από δωρεές, κληροδοτήματα και κάθε άλλη εγχρηματιστική από τρίτους και έσοδα από τυχόν παροχή υπηρεσιών.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται το αντικείμενο και οι ειδικότερες αρμοδιότητες του κέντρου στα πλαίσια του σκοπού του, τα της διοικήσεως, τα της ελέγχου της διαχειρίσεως του κέντρου, τα της προσωπικού και της οργάνωσης, τα της εν γένει λειτουργίας αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 26

Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία "ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ" (Κ.Ε.Ε.Λ.), που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με σκοπό την αντιμετώπιση και παρακολούθηση, συντονισμό και υποβοήθηση των ενεργειών, για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους.

2. Το Κ.Ε.Ε.Λ. εγχρηματίζεται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από το πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων, από δωρεές, κληροδοτήματα, κάθε άλλη εγχρηματιστική από τρίτους και έσοδα από τυχόν παροχή υπηρεσιών.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται το αντικείμενο και οι ειδικότερες αρμοδιότητες του κέντρου στα πλαίσια του σκοπού του, τα της διοικήσεως και τα της ελέγχου της διαχειρίσεως του κέντρου, τα της προσωπικού και της οργάνωσης του, τα της εν γένει λειτουργίας αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΚΕΝΤΡΟ
ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
(ΚΕΕΛ)

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ

Μάρτιος 1993

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΤΗΣ ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΚΕΕΛ

Εις το σχετικό Σχεδιάγραμμα και εις την Εισηγητική Εκθεση αναλύονται:

1. Η νομική φύση του Οργανισμού, η υπηρεσιακή του εξάρτηση, οι δομές εις ότι αφορά στην σύνθεσή του και οι προσανατολισμοί επί μέρους λειτουργιών αυτού.
2. Η σύνθεση και το σύστημα λειτουργίας των Επιστημονικών Επιτροπών στην λειτουργία των οποίων θα στηριχθεί ο Βασικό Σχεδιασμός και η Πρακτική Εφαρμογή των Αποφάσεων.

Ο αριθμός των Επιστημονικών Επιτροπών είναι μεγάλος, αλλά απολύτως αναγκαίος ένεκα του εύρους του αντικειμένου.

Ο αριθμός των μελών είναι επίσης μεγάλος. Ωστόσο εκφράζει την τάση της γενικής συμμετοχής αφ' ενός και την προσπάθεια αφ' ετέρου της συλλογής και αξιοποίησης κάθε ψήγματος χρήσιμης ιδέας η οποία θα παρουσιάζεται από τις ομάδες Εργασίας.

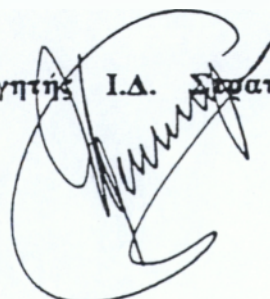
Ενα απλοποιημένο σύστημα λειτουργίας θα εμποδίζει, την εκ πρώτης όψεως ανεπιθύμητη πολυπρόσωπη δόμηση της ομάδος των Επιστημονικών επιτροπών, ενώ συγχρόνως θα αξιοποιείται το έργο που θα παράγεται (Συντονιστές).

Το σύστημα αυτό εκφράζεται από τον Αξονα:

- Ομάδες Εργασίας - Συντονιστής (Προτάσεις)
- Διοικητικό συμβούλιο (Αποφάσεις)
- Υπηρεσιακά Όργανα (υλοποίηση Αποφάσεων-Πράξεις)

Κάθε Επιστημονική Επιτροπή θα λειτουργεί με ορισμένες λειτουργικές προδιαγραφές και σε τακτά διαστήματα και προθεσμίες.

Καθηγητής Ι.Δ. Σφατηγός



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Λ.)

ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ* Καθηγητού Ιωάννου Δ. Στρατηγού Προέδρου του ΚΕΕΛ

Η εμφάνιση του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS), η ταχεία επιδημική εξάπλωση της νόσου εις όλον τον Κόσμο και οι δραματικές επιπτώσεις αυτής επί του Κοινωνικού Συνόλου, εν συνδυασμῶ με τις σύγχρονες διαπιστώσεις και τάσεις εις ὅ,τι αφορά εις τα Σεξ. Μεταδιδόμενα Νοσήματα και της Ηπατίτιδος Β και C, ἔχουν δημιουργήσει την ἀνάγκη μίας πλέον δόκιμης και αποτελεσματικῆς ενεργοποίησης εις τον τομέα της πολιτικῆς της Υγείας.

Η λήψη αποτελεσματικῶν μέτρων κατὰ το δυνατόν εγκαίρως, σε διεθνές και πανεθνικό επίπεδο εἶναι μία επιτακτική ἀνάγκη και συνιστά ορθή πρόβλεψη σοβαρῆς και ενιαίας υγειονομικῆς πολιτικῆς. Το φαινόμενο αὐτό κατανοήθηκε εγκαίρως ἀπό την Πολιτεία και το Επιστημονικό Δυναμικό της Χώρας. Κατενοήθη ἐπίσης ὅτι ἡ θέσπιση και ἡ εφαρμογή ενός Συστήματος Λειτουργίας που θα εξυπηρετεῖ ὅλες τις υπηρεσίες και τα άτομα που επηρεάζουν κατὰ κάποιον τρόπο την πορεία των νοσημάτων αὐτῶν (Ἰατρονοσηλευτική Φροντίδα, Ενημέρωση, Εκπαίδευση, ἀντιμετώπιση νομικῶν και ἠθικοδεοντολογικῶν προβλημάτων) θα ἦταν ὁ **μοχλός** στα χέρια των Υγειονομικῶν υπηρεσιῶν της Πολιτείας. Η κατανόηση για την ἀνάγκη δημιουργίας ενός τέτοιου οργάνου χρονολογεῖται ἀπό το 1989, πραγματοποιήθηκε ὁμως στο τέλος του 1992.

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ 358/1992

Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικῶν Ασφαλίσεων ΦΕΚ 179/1992 § 7Α
και Υπουργική Απόφαση: 58677/27.11.1992.

* Η παρούσα εισηγητικὴ ἐκθεση ἀφορᾷ στο Σύστημα Λειτουργίας του ΚΕΕΛ και δὲν συνιστᾷ τον "Κανονισμό Λειτουργίας" του ΚΕΕΛ, ὁ ὁποῖος ἀποτελεῖ τὸ ἀντικείμενο ἄλλης ἐργασίας.

απόσπασμα

Άρθρο 1
Έδρα-Σκοπός

Το Κέντρο Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) που ιδρύθηκε με το άρθρο 26 του Ν.2071/92 (Α 123/92) ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, με έδρα την Αθήνα, έχει ως σκοπό την αντιμετώπιση και παρακολούθηση, συντονισμό και υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων για τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών.

Άρθρο 2
Ειδικά Μεταδοτικά Νοσήματα

1. Ως κύρια, ειδικά μεταδοτικά νοσήματα χαρακτηρίζονται:
 - α) Το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)
 - β) Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και
 - γ) Οι ιογενείς ηπατίτιδες
2. Το Κ.Ε.Ε.Λ. μπορεί να επεκτείνει τη δραστηριότητά του στην αντιμετώπιση και άλλων ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων, πλην των αναφερομένων στην παραγρ. 1 του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 3
Αντικείμενο - Αρμοδιότητες

1. Το Κ.Ε.Ε.Λ. εισηγείται προς τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων την διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής, προς αντιμετώπιση των ειδικών λοιμώξεων.
2. Έχει την ευθύνη για την επαγρύπνηση και παρακολούθηση της εξέλιξης των ειδικών αυτών λοιμώξεων, συλλέγοντας και αξιολογώντας επιδημιολογικά στοιχεία, λαμβάνει δε κάθε απαραίτητο μέτρο για το σκοπό αυτό.
3. Καταρτίζει προγράμματα για την ενημέρωση, πρόληψη, περίθαλψη, νοσηλεία και την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη φορέων και ασθενών.
4. Μπορεί να διεξαγάγει οποιαδήποτε ερευνητική εργασία, προς εκπλήρωση του σκοπού αυτού, με κριτήρια την προστασία και προαγωγή της δημόσιας υγείας.
5. Εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τη χρηματοδότηση σχετικών ερευνητικών προγραμμάτων.
6. Συνεργάζεται με τις κρατικές υπηρεσίες, ερευνητικά ιδρύματα και οργανισμούς της ημεδαπής και αλλοδαπής, που έχουν δραστηριότητες παρόμοιες προς αυτές του κέντρου.
7. Οργανώνει συνέδρια, διαλέξεις, ανακοινώσεις και κάθε είδους επιστημονική και ενημερωτική δραστηριότητα σχετική με το αντικείμενό του.
8. Γνωμοδοτεί επί ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας, που αναφέρονται στο αντικείμενό του.
9. Ενημερώνει τον πληθυσμό και ιδίως τις ομάδες υψηλού κινδύνου, με κάθε πρόσφορο μέσο.
10. Συμβάλλει στη δημιουργία ή δημιουργεί αυτοδύναμα κέντρα έρευνας, πληροφόρησης και ψυχολογικής υποστήριξης σε διάφορα σημεία της επικράτειας.
11. Εισηγείται προς το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων την παροχή υποτροφιών για μετακαταδευση ιατρικού και άλλου προσωπικού, στο εσωτερικό ή εξωτερικό, σε θέματα σχετικά με το αντικείμενο του Κ.Ε.Ε.Λ.
12. Συνεργάζεται με κάθε τρόπο για την ομαλή λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων, των κέντρων ελέγχου και κέντρων αναφοράς, καθώς και των τμημάτων ειδικών λοιμώξεων.

Η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου του Κ.Ε.Ε.Λ. έχει ως εξής:

ΑΠΟΦΑΣΗ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 26 του Ν. 2071/1992 "περί εκσυγχρονισμού και οργάνωσης του Συστήματος Υγείας" (ΦΕΚ 123/1992 τΑ).
2. Τις διατάξεις του άρθρου 4 του Π.Δ. 358/1992 (ΦΕΚ 179/1992) τΑ) "Οργάνωση-Λειτουργία-Αρμοδιότητες του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.).

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

1. Συγκροτούμε το Διοικητικό Συμβούλιο του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ) και διορίζουμε τα κατωτέρω πρόσωπα.
 - α) Ιωάννη Δ. Στρατηγό, Καθηγητή Παν/μίου Αθηνών με αναπληρωτή του τον Κοσμίδη Ιωάννη Δ/ντή Κλινικής Γενικού Κρατικού Νοσ/μείου Αθηνών.
 - β) Ιωάννη Παπαπαναγιώτου, Καθηγητή Παν/μίου Θεσ/νίκης με αναπληρώτριά του την Τιτίκα Μανδαλάκη, Δ/ντρια Αιμοδοσίας.
 - γ) Κων/νο Στεφανή, Καθηγητή Παν/μίου Αθηνών με αναπληρώτριά του την Άννα Κοκκέβη, Επίκουρη Καθηγ. Ψυχολογίας.
 - δ) Δημήτριο Τριχόπουλο, Καθηγητή Παν/μίου Αθηνών και ΧΑΡΒΑΡΝΤ με αναπληρωτή τον Άγγελο Χατζάκη Επίκουρο Καθηγητή Παν/μίου Αθηνών.
 - ε) Δημήτριο Μαθιόπουλο, Πρόεδρο της Ε.Σ.Η.Ε.Α με αναπληρώτριά του την Λουκία Πετρίτση, Δημοσιογράφο εκπρόσωπο της Ε.Σ.Η.Ε.Α.
 - στ) Γεώργιο Κουμάντο, Καθηγητή Παν/μίου Αθηνών με αναπληρώτριά του την Μαρία Παλακωνσταντίνου-Καρρά, Ιατρό, Παθολογοανατόμο.
 - ζ) Γεώργιο Παπουτσάκη, Δ/ντή Δ/σης Δημοσ. Υγιεινής, ως εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με αναπληρώτριά του την Αναστασία Παγκράτη, Δ/ντρια της Δ/σης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
 - η. Χριστόδουλο Παρασκευαΐδη, Μητροπολίτη Δημητριάδος, ως εκπρόσωπο Εκκλησίας της Ελλάδος με αναπληρωτή του τον Αρχιμανδρίτη Ιερόθεο Βλάχο, ομοίως.
 - θ. Δημήτριο Καραγκούνη, Πρόεδρο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου ως εκπρόσωπο τούτου με αναπληρωτή τον Εμμανουήλ Καλοκαιρινό, ομοίως.
2. Πρόεδρο του Συμβουλίου ορίζουμε τον Ιωάννη Δ. Στρατηγό και Αντιπρόεδρο τον Ιωάννη Παπαπαναγιώτου.
3. Η θητεία των ανωτέρω διοριζομένων θα είναι για τρία χρόνια.

Περίληψη της απόφασης να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΟΥΡΛΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων είναι Οργανισμός Ιδιωτικού Δικαίου με μόνο μέτοχο το Κράτος. Συνεπώς ελέγχεται από την Ηγεσία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Κατά την παρούσα φάση, η Πολιτική Ηγεσία του Υπουργείου είναι ο Υπουργός Υγείας Πρόνοιας, ο Υφυπουργός Υγείας, η Υφυπουργός Πρόνοιας και οι αντίστοιχοι Γενικοί Γραμματείς.

Το ΚΕΕΑ βρίσκεται εις την αρμοδιότητα του Υφυπουργού Υγείας.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Είναι προφανές ότι η λειτουργία του ΚΕΕΑ προϋποθέτει στενή και παραγωγική συνεργασία με ωρισμένες Δ/νσεις του Υπουργείου. Η Συνεργασία αυτή θα πρέπει να στηρίζεται στις αρχές της αμφίδρομης ενημέρωσης. Είναι πρωτίστης σημασίας η επίτευξη ομαλής συνεργασίας με τις παρακάτω Δ/νσεις.

1. * Γενική Διεύθυνση Υγείας
2. Υπηρεσία Διεθνών Σχέσεων
3. Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης
4. Διεύθυνση Ανάπτυξης Νοσοκ. Μονάδων και Αμοδοσίας
5. Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
6. Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής
7. Διεύθυνση Επαγγ. Υγείας
8. Προνοιακές Διευθύνσεις

(βλέπε διάγραμμα)

* Από την Γενική Διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας θα ορισθούν οι εκπρόσωποι των Διευθύνσεων στις Επιστ. Επιτροπές του Κ.Ε.Ε.Α.

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ

(επισυνάπτεται)

Με βάση το Προεδρικό Διάταγμα και την Υπουργική απόφαση συνετάγη το παρόν Οργανόγραμμα λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Λ. το οποίο υποβάλλεται για συζήτηση και έγκριση σήμερα.

Το Οργανόγραμμα αυτό φιλοδοξεί να είναι το Βασικό Σχέδιο Λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Λ. μέσω του οποίου θα εξασφαλίζεται:

1. Ο Βασικός Σχεδιασμός
2. Ο Αναπροσαρμοζόμενος Σχεδιασμός
3. Η υλοποίηση Πράξεων και Αποφάσεων οι οποίες θα προκύπτουν από το Σχεδιασμό.
4. Η διαχρονική σύσταση των Δομών Λειτουργίας του ΚΕΕΛ ώστε να μην είναι όργανο περιστασιακής σκοπιμότητας, αλλά όργανο με σταθερή χρησιμότητα και αποστολή.

Η απόδοση έργου θα αξιολογηθεί με βάση το Οργανόγραμμα αυτό.

Πέρα όμως από την τυπική αναφορά εις τους Σκοπούς και τις Αρμοδιότητες του Οργανισμού αυτού, το Κέντρο Ελέγχου, θα πρέπει να κινηθεί και να λειτουργήσει από ουσιαστική και πρακτική άποψη, επί τριών βασικών παραμέτρων. Αυτές είναι:

1. Πρόληψη - μέσω της γενικής ενημέρωσης σε Πανεθνικό επίπεδο.
2. Περίθαλψη - άμεση - δόκιμη, ιατρονοσηλευτική μέσω των Προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού, και
3. Καταγραφή - ανάλυση και επίλυση των ποικίλων ιατροκοινωνικών, νομικών και ηθικοδεοντολογικών προβλημάτων, τα οποία απορρέουν από τη φύση των νοσημάτων αυτών.

Μέσα από την ίδια τη δομή, των επί μέρους αντικειμένων και ενοτήτων του παρόντος Οργανογράμματος, απεικονίζεται ένα νέο-σύγχρονο-profil μεθόδων αντιμετώπισης των νοσημάτων αυτών με τις πολλές και ποικίλες επιπτώσεις τους επί του Κοινωνικού Συνόλου. Είναι σαφές ότι η διάσταση του προβλήματος επιβάλλει ως ένα βαθμό την "αποϊατρικοποίηση" και την υιοθέτηση ευθύνης και φροντίδας από ολόκληρη την ανθρώπινη Κοινότητα.

Με την ανάλυση που ακολουθεί ερμηνεύονται οι επί μέρους ενότητες και οι προβλεπόμενες παραγωγικές δραστηριότητες του Κ.Ε.Ε.Λ.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Η σύνθεση του Δ/κού Συμβουλίου προβλέπεται από το Διάταγμα όπως αναφέρθηκε ήδη.

Η σύνθεση του Δ/κού Συμβουλίου εκφράζει την καθολικότητα του Αντικειμένου και την έννοια συνεργασίας του Κοινωνικού Συνόλου πέραν των επί μέρους ιατρικών τάσεων και ενοτήτων.

Η λειτουργία των τακτικών μελών του Δ/κού Συμβουλίου θα έχει κυρίως, χαρακτήρα επιτελικού σχεδιασμού και ελέγχου.

Τα αναπληρωματικά μέλη του Δ/κού συμβουλίου αντιθέτως οφείλουν να έχουν ενεργό συμμετοχή επί των τομέων της συνολικής λειτουργίας του οργάνου.

Ολες οι Αποφάσεις των Επ. Επιτροπών διαβιβάζονται εις το Δ.Σ. του ΚΕΕΛ και εγκρίνονται εν συνεχεία από αυτό. Επίσης ολόκληρη η υπηρεσία του ΚΕΕΛ ελέγχεται από το Δ.Σ. αυτού.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ (Επ. Επ.)

Η θέσπιση των Επιστημονικών Επιτροπών είναι εξόχου σπουδαιότητας για την πραγματοποίηση των επιδιώξεων και για την απόδοση έργου. Η ομάδα των Επ. Επ. συνιστά τον εγκέφαλο του Κ.Ε.ΕΛ.

Η σύνθεση των επί μέρους Επ. Επιτροπών έχει μεγάλο εύρος δεδομένου ότι καλύπτει όλες σχεδόν τις ιατροκοινωνικές απαιτήσεις κατά την παρούσα φάση.

Τόσον η δόμηση της ομάδος των Επιστημονικών Επιτροπών όσον και η επιστημονική σύνθεση κάθε μίας χωριστά, εξασφαλίζουν κατά τον καλλίτερο δυνατό τρόπο την προσδοκία για ένα παραγωγικό έργο υποδομής και ορθών επιλογών. Εξ άλλου η συμμετοχή και η συνεργασία ενός εξαιρετικού επιστημονικού δυναμικού αποτελεί την ουσιαστική εγγύηση για την επίτευξη έργου.

Αν στην πορεία καταφανεί ότι μία Επ. Επ. δεν λειτουργεί ή βρίσκεται άνευ αντικειμένου ένεκα ιατρο-βιολογικών εξελίξεων ή κοινωνικών αλλαγών το Δ.Σ. του ΚΕΕΑ δύναται να τροποποιεί την σύνθεση ή να μεταβάλλει το αντικείμενο ή να διαλύει την Επιτροπή μετά από αιτιολογημένη έκθεση του Προέδρου του Δ.Σ.

ΣΥΝΘΕΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΠ. ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ

(Ειδικό Αντικείμενο)

Το “ειδικό αντικείμενο” για την κάθε Επ. Επιτροπής καθορίζεται μέσα στην παρούσα έκθεση. Είναι δυνατή η τροποποίηση του “ειδικού αντικειμένου” της κάθε Επιτροπής κατά την πορεία της λειτουργίας του ΚΕΕΑ και με κριτήρια την απόδοση έργου.

Υπάρχει πιθανότητα αλληλοεπικάλυψης του “ειδικού αντικειμένου” μεταξύ Επ. Επιτροπών. Το φαινόμενο αυτό εάν συμβεί, θα συνιστά παράγοντα **συνεργασίας** μεταξύ τους.

Σύνθεση

Υπεύθυνος για την λειτουργία της κάθε Επ. Επιτροπής ορίζεται ο **Συντονιστής**, ο οποίος είναι άτομο εγνωσμένης αξίας με σαφή γνώση του αντικειμένου και κριτήρια αντιστοίχου αποδόσεως κατά το παρελθόν. Ο **Αν. Συντονιστής** (ή Συντονιστές), είναι επίσης άτομο εγνωσμένης αξίας και συνεπικουρεί το έργο του πρώτου.

Αμφότεροι είναι κάτοχοι των σχετικών Φακέλλων του ειδικού αντικειμένου της

αντιστοίχου Επ. Επιτροπής και κατέχουν το θέμα ή παρακολουθούν την πορεία ώστε, ανά πάσα στιγμή δύνανται να ενημερώσουν το Δ.Σ. και την προϊσταμένη Αρχή και σε καμία περίπτωση να μην αναστέλλεται η λειτουργία της κάθε Επ. Επιτροπής ένεκα απουσίας κλπ. του Συντονιστή. Σε ωρισμένες επιτροπές κρίθηκε αναγκαίο να υπάρχουν δύο Αν. Συντονιστές.

Μέλη (Ex-Oficio και Ειδικά Μέλη - Σύμβουλοι)

Τα μέλη των Επ. Επιτροπών είναι είτε, EX-OFICIO άτομα μέσω των οποίων, οι λειτουργίες του ΚΕΕΛ, εναρμονίζονται με τις λειτουργίες άλλων Κρατικών Υπηρεσιών (π.χ. Υπουργείο Παιδείας ή Εθν. Αμυνας-Συντονισμός δράσεως και (Feedback) είτε επιστήμονες γνώστες του ειδικού αντικειμένου με ικανοποιητική συμβολή κατά το παρελθόν και θετική βούληση προσφοράς έργου κατά το παρόν. (Ειδικά Μέλη).

Λειτουργία

Η κάθε Επ. Επιτροπή συνεδριάζει κατά βούληση και κατά την κρίση των ιδίων αυτής μελών.

Η Ημερησία Διάταξη κάθε συνεδρίας και οι συνεδριάσεις της Επιτροπής καθορίζονται από τον Συντονιστή και αν. Συντονιστή.

Εις περίπτωση μεγάλου εύρους της αντιστοίχου Επ. Επιτροπής (π.χ. Επ. Επιτροπή Γενικής Ενημέρωσης ή Ιατρονοσηλευτικής Φροντίδας) το έργο κατανέμεται σε ομάδες εργασίας, οι οποίες διατυπώνουν **προτάσεις** οι οποίες, είτε υλοποιούνται ως έχουν ή αφού τροποποιηθούν, συνεκτιμώμενες με άλλες παραμέτρους. Τηρείται Πρωτόκολλο, Αρχείο και Βιβλίο Πρακτικών από κάθε Συντονιστή της κάθε Επιτροπής. Τα προαναφερόμενα έχουν χαρακτήρα “δημοσίου εγγράφου” συνεπώς, θα φυλάσσονται καλώς και αποτελούν ιδιοκτησία του ΚΕΕΛ. Η λειτουργία των Επ. Επιτροπών θα έχει Γραμματειακή υποστήριξη. Οι Προτάσεις των Επ. Επιτροπών θα γίνονται δια μέσου του Διευθυντού του ΚΕΕΛ και της Γραμματείας του Δ/κού Συμβουλίου. Δια της ίδιας οδού διαβιβάζονται οι πάσης φύσεως οδηγίες-πληροφορίες κλπ. στους άλλους φορείς και υπηρεσίες ώστε να υπάρχει ενιαία εκπροσώπηση.

Απαρτία κατά τις συνεδριάσεις των Επ. Επιτροπών θα υπάρχει εάν συμμετέχουν ο Συντονιστής, ο Αν. συντονιστής και ένα μέλος εκ των ομάδων εργασίας ή εν απουσία του ενός εκ των δύο (Συντονιστού - Αν. Συντονιστού) δύο μέλη, δεδομένου ότι σκοπός είναι η προαγωγή του έργου και η διατύπωση γνωμοδοτικών εισηγήσεων προς το ΔΣ του ΚΕΕΛ.

Οι προτάσεις κατά περίπτωση και κατά “ειδικό αντικείμενο” μεταφράζονται σε Σχεδιασμό και σε Πράξη δηλ. σε λήψη Μέτρων Υγείας και Πρόληψης (Υλοποίηση έργου).

Εις τις συνεδριάσεις των Επ. Επιτροπών είναι δυνατόν, εάν χρειασθεί, να παρίστανται μέλη του Δ.Σ. του ΚΕΕΛ ώστε, ένεκα της γενικώτερης αντίληψης και των προσανατολισμών, οι λαμβανόμενες εισηγήσεις να είναι πραγματοποιήσιμες.

Ατυπο Συντονιστικό Όργανο (λειτουργικό)

Το Ατυπο Συντονιστικό Όργανο είναι ένα καθαρώς λειτουργικό όργανο με σκοπό την διαβίβαση του έργου των Επ. Επιτροπών εις το Δ.Σ. του ΚΕΕΛ και την συνεκτίμηση των δεδομένων ώστε να μην εμφανίζονται υπερβολές ή ολισθήματα κατά την εφαρμογήν ωρισμένων μέτρων. Απαρτίζεται από τους Συντονιστές και Αν. Συντονιστές.

Το Ατυπο Συντονιστικό Όργανο είναι ο συνδετικός κρίκος του ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ με την ΠΡΑΞΗ.

Μέλη του Συντονιστικού Οργάνου θα είναι οι Συντονιστές και οι Αναπληρωτές του, οι οποίοι θα συνεδριάζουν επί παγίας βάσεως υπό την Προεδρία του Προέδρου ή του Αντιδρου του ΚΕΕΛ, παρουσία του Δ/κού Δ/ντού ή και άλλων μελών του Δ.Σ. εάν θα εκρίνετο χρήσιμο.

Οι συνεδριάσεις αυτές θα γίνονται σε σταθερή ημέρα και ώρα εις τα Γραφεία του ΚΕΕΛ, επί τη βάσει Ημερησίας Διατάξεως, την σύνθεση της οποίας θα επιμελείται ο Δ/κός Δ/ντής.

Διά του τρόπου αυτού επιτυγχάνεται μία “σφικτοδεμένη” λειτουργική συνεργασία των Επ. Επιτροπών με το Δ/κό Συμβούλιο και τα Υπηρεσιακά Όργανα.

(I) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Η Επιτροπή αυτή είναι πολύ σημαντική γι'αυτό η λειτουργία της θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από σωφροσύνη και πνεύμα συνεργασίας.

Σκοπός:

- Η Πρόληψη διά μέσου της Ενημέρωσης
- Κύριος σκοπός της Επιτροπής Ενημέρωσης πληθυσμού είναι να διαμορφώσει κατάλληλη νοοτροπία και διάθεση (attitude) του Κοινού έναντι της νόσου και των πασχόντων από αυτήν ώστε κανείς να μην πανικοβάλλεται, ούτε όμως και να αδιαφορεί. Να εμφανίζει τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος των ενεργειών της Πολιτείας και να διευκολύνει την ανάπτυξη υπευθυνότητας από τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινωνικές ομάδες.

Σχεδιασμός:

Σύνθεση Προγραμμάτων σταθερής μορφής-συνεχιζομένης-Ενημέρωσης διά μέσου:

- α) Των σχολείων εις όλα τα επίπεδα (Εκπόνηση Σχεδίου με Υπουργείο Παιδείας)
- β) Των φοιτητικών Συλλόγων
- γ) Των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης
- δ) Διανομής εντύπων εις Φαρμακεία, Super Markets, Αεροδρόμια, Σταθμούς λεωφορείων, λογαριασμών ΔΕΗ-ΟΤΕ .
- ε) Εις τα γήπεδα
- στ) Διά μέσου Ασφαλιστικών Εταιρειών Ζωής και Υγείας κ.ά.

Σύνθεση:

Συντονιστής : Ο εκάστοτε Πρόεδρος του ΚΕΕΛ
Αν. Συντονιστής : κ. Μ. Καρρά

Μέλη: ex officio

Εκπρόσωπος : Εκκλησίας
» : Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων
» : Τύπου, ΜΜΕ κ. Πετροίτση
» : Νέας Γενιάς
» : Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης
» : » Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
» : » Δημοσίας Υγιεινής

Ειδικά Μέλη:

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| 1. κ. Α. Κοκκέβη | 16. κ. Ευάγ. Κάνταρος |
| 2. κ. Λ. Μπατζή | 17. κ. Γ. Βασιλόπουλος |
| 3. κ. Γ. Αυγερινού | 18. κ. Στ. Καραμολέγκου |
| 4. κ. Ελ. Φριλίγκου (Επ. Υγείας) | 19. κ. Ερ. Ρηγοπούλου |
| 5. κ. Μ. Μαλλιώρη | 20. κ. Ν. Κονταράς |
| 6. κ. Κ. Ασβέστη | |
| 8. κ. Δ. Γιαννακόπουλος | |
| 9. κ. Αρ. Αθανασίου Δημ. Νέα | |
| 10. κ. Ελ. Αδαμ | |
| 11. κ. Ελ. Πετρίδου | |
| 12. κ. Ι. Τούντας | |
| 13. κ. Κ. Μπάλας | |
| 14. κ. Γρ. Βαλλιανάτος | |
| 15. κ. Μ. Αντζελ | |

(II) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΙΑΤΡΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Σκοπός:

- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ενημέρωση των γιατρών εις ότι αφορά δεδομένα και νέες εξελίξεις.
- Εμπέδωση και επέκταση γνώσεων εμπειριών και δεξιοτήτων εις ότι αφορά τα ειδικά αυτά αντικείμενα.
- Εκπαίδευση -συνεχιζομένη- του νοσηλευτικού δυναμικού κυρίως εις το επίπεδον της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

Σχεδιασμός:

- Σύνθεση Προγραμμάτων επί ετησίας βάσεως για την Οργάνωση:
- Πανελληνίου συνεδρίου
- Ειδικών ολιγομελών Σεμιναρίων για ειδικούς γιατρούς και νοσηλεύτριες
- Ειδικών εκδόσεων ή ενίσχυση υφισταμένων ήδη εκδόσεων
- Συγγραφή ειδικών ενημερωτικών άρθρων εις τον Ιατρικό Τύπο
- Προγραμματισμός διαλέξεων εις επαρχιακές πόλεις με την συμμετοχή μεικτού (ιατρικού και μη) ακροατηρίου.
- Θέσπιση και εφαρμογή Προγραμμάτων Εκπαίδευσης διά μέσου της τηλεϊατρικής για τους ιατρούς Κέντρων Υγείας τους Αγροτικούς κλπ.
- Θέσπιση Προγραμμάτων Εκπαίδευσης Υπαλλήλων Υγείας (τραυματιοφορέων, ηλεκτρολόγων, υδραυλικών και καθαριστριών).

(Χρειάζεται λεπτομερής προγραμματισμός επί τη βάσει περιοχικής κατανομής και χρονοδιαγράμματος)

Σύνθεση:

Συντονιστής : Γ. Λάσκαρης
Αν. Συντονιστής : Γ. Σαρόγλου

Μέλη Ex-officio:

Εκπρόσωπος Παν/νίου Ιατρικού Συλλόγου
Εκπρόσωπος Ελληνικής Οδον/κής Ομοσπονδίας
Εκπρόσωπος Παν/νίου Φαρμ. Συλλόγου
Εκπρόσωπος ΠΟΕΔΗΝ εκ του Νοσηλευτικού Τμήματος
Εκπρόσωπος Διευθύνσεως Επαγγ. Υγείας
Εκπρόσωπος Επιτροπής Ενδον/κών Λοιμώξεων

Ειδικά Μέλη:

1. Ι. Κοσμίδης
2. Μ. Χατζηβασιλείου
3. Κ. Κούκου
4. Ν. Τασσάτουλος
5. Π. Γαργαλιάνος
6. Θ. Κορδώσης
7. Α. Καλοταιράκης
8. Β. Κιοσσές
9. Α. Τεκνετζής
10. Ι. Ντούτσος

(III) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ

Σκοπός:

1. Επιτήρηση και πρόβλεψη της πορείας της επιδημίας και του AIDS
2. Επιτήρηση του τρόπου μεταδόσεως και των ομάδων κινδύνου
3. Επιτήρηση της φυσικής πορείας της λοίμωξης HIV και των μεταβολών της
4. Επιτήρηση, μελέτη και οργάνωση των μέτρων και των υπηρεσιών πρόληψης

Σχεδιασμός:

1. Καταγραφή και μηχανογράφηση των κρουσμάτων AIDS
2. Οργάνωση του μαζικού ανώνυμου μη ταυτοποιήσιμου ελέγχου
3. Λειτουργία Κέντρων Ελέγχου και Κέντρων Αναφοράς AIDS
4. Υποβολή στο ΚΕΕΛ ετήσιας έκθεσης για την πορεία της επιδημίας
5. Παρακολούθηση της εξέλιξης του επιπολασμού της λοίμωξης HIV στις ομάδες υψηλού κινδύνου
6. Προοπτική παρακολούθηση της εξέλιξης φορέων HIV
7. Συνεργασία με την Επιτροπή Ενημέρωσης ώστε τα μηνύματα προς το κοινό να είναι ορθά και κατάλληλα

Σύνθεση:

Συντονιστής : Γρ. Αντωνιάδης
Αν. Συντονιστής : Β. Καλαποθάκη

Μέλη ex-officio:

Εκπρόσωπος Διευθ/σεως Δημ. Υγιεινής
Εκπρόσωπος πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Πληροφόρησης
Εκπρόσωπος Επιτροπής Αιμοδοσίας

Ειδικά Μέλη:

1. Αγγ. Χατζάκης
2. Ι. Ντούτσος
3. Ε. Κρεμαστινού
4. Ξ. Κονδάκης
5. Ντ. Πολίτη
6. Μ. Μαλλιώρα
7. Ε. Τζάλα

(IV) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Το αντικείμενο της Επιτροπής αυτής έχει μεγάλο εύρος και χρειάζεται καλό σχεδιασμό και συμμετοχή αρκετών ατόμων τα οποία εκφράζουν αντίστοιχες λειτουργίες ή έχουν ειδικές γνώσεις.

Η λειτουργία της Επιτροπής αυτής συνδέεται με την βιολογική φύση των νοσημάτων αυτών.

Στόχος:

- Η συνεχής καταγραφή των αναγκών στο επίπεδο Πρωτοβάθμιας-Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Περίθαλψης εις ότι αφορά στην διάγνωση και την νοσηλεία ασθενών.
- Παρακολούθηση του ιατρο-νοσηλευτικού έργου.
- Συνεχής ιατρική ενημέρωση μέσω εκδόσεως εντύπων οδηγιών, αποστολή ανατύπων επ. εργασιών προς τους γιατρούς οι οποίοι ασχολούνται με το αντικείμενο.

Σχεδιασμός:

- Μέριμνα Τμημάτων Ειδικών Λοιμώξεων Γενικών Περιφερειακών, Νομαρχιακών Νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας, Ιδιωτικών κλινικών, Παιδιατρικών Νοσοκομείων, Οδοντιατρικών Κέντρων κλπ.
- Φαρμακευτική Αγωγή, Έλεγχος κρατικών φαρμάκων από τα αρμόδια όργανα
- Αποτύπωση ρολών και τάσεων στη θεραπεία
- Συνεργασία (στενή) με την Επιτροπή Ιατρονοσηλευτικής Εκπαίδευσης

Σύνθεση:

Συντονιστής : Ι. Κοσμίδης
Αν. Συντονιστής : Γ. Μπαλτόπουλος

Μέλη *ex-officio*:

Εκπρόσωπος Παν/νίου Ιατρ. Συλλόγου
» » Οδ/κής Ομοσπονδίας
» » Φαρμ. Συλλόγου
» ΕΟΦ (ΙΦΕΤ)
» ΟΙΝΓΕ
» Δ/σεως Επαγγ. Υγείας
» Αναπτύξεως Νοσοκ. Μονάδων και Αιμοδοσίας
» Δ/σεως Δημοσίας Υγιεινής

Ειδικά Μέλη:

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. Γ. Σαρόγλου | 13. Β. Παπαρίζος |
| 2. Ν. Σταυριανέας | 14. Γ. Στεργίου |
| 3. Β. Κιοσσές | 15. Ν. Τασόπουλος |
| 4. Α. Καραφουλίδου | 16. Αχ. Γκίκας |
| 5. Α. Καλοταιράκης | 17. Π. Τσοβίλη |
| 6. Μ. Λαζανάς | |
| 7. Ε. Γιαμαρέλλου | |
| 8. Μ. Θεοδωρίδου | |
| 9. Τ. Μανδαλάκη | |
| 10. Αθ. Σκουτέλης | |
| 11. Π. Καλαφατάς | |
| 12. Κ. Κούκιου | |

(V) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Στόχος:

- Συντονισμός και ενίσχυση των Κέντρων Ελέγχου, Κέντρων Αναφοράς, Κέντρων Αιμοδοσίας και λοιπών εργαστηρίων με σκοπό την ορθή διάγνωση και την άρτια παρακολούθηση ασθενών και φορέων. Η υποεπιτροπή αυτή ασχολείται με όλα τα συναφή προβλήματα π.χ. ευκαιριακών λοιμώξεων κλπ.
- Αξιολόγηση οργάνων. Καταγραφή νέων τάσεων και νέας μεθοδολογίας επί του αντικειμένου. Συνεχής ενημέρωση επί του εκσυγχρονισμού των εργαστηριακών μεθόδων.
- Συνεργασία των εργαστηρίων ώστε να καλύπτονται πλήρως οι ανάγκες φορέων και ασθενών των διαφόρων νοσοκομείων και κέντρων παρακολούθησης.
- Συνεργασία των εργαστηρίων ώστε να αποφεύγονται διπλές ή και πολλαπλές εξετάσεις των ίδιων ατόμων.
- Ενημέρωση όλων των εργαστηρίων στις χώρες που ασχολούνται με το AIDS σχετικές με την βελτίωση των χρησιμοποιούμενων μεθόδων και εισαγωγή νέων διαγνωστικών μεθόδων.

Σχεδιασμός:

- Η υποεπιτροπή Εργαστηριακού Ελέγχου για το AIDS θα πρέπει να περιλαμβάνει υπεύθυνους εργαστηρίων που καλύπτουν όλο το φάσμα των εργαστηριακών εξετάσεων, και τους υπεύθυνους αντίστοιχων Κέντρων Αναφοράς.
- 1. Διαγνωστικός έλεγχος :
 - α) Κέντρα Αναφοράς
 - β) Αιμοδοσίες
- 2. Ανοσολογικός έλεγχος
Κέντρο αναφοράς και άλλα εργαστήρια
- 3. Μικροβιολογικός έλεγχος

Σύνθεση:

Συντονιστής : Ι. Οικονομίδου
Αν. Συντονιστής : Ι. Τσελέντης

Μέλη Ομάδες Εργασίας

Ειδικά Μέλη:

1. Αγγ. Χατζάκης
2. Μ. Χατζηβασιλείου
3. Λ. Καβαλλιέρου
4. Ι. Ντούτσος
5. Αλ. Φλεμετάκης
6. Μ. Βουνάτσου
7. Α. Γερμενής
8. Α. Μπουλούκος
9. Αλκ. Βατόπουλος
10. Ε. Χωρέμη
11. Ε. Μαρίνης
12. Α. Κουμενιάκου
13. Α. Υφαντίδης
14. Α. Ρουμελιώτου

(VI) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός:

Η προώθηση της πάσης φύσεως έρευνας της λοίμωξης από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου.

Σχεδιασμός:

1. Προτάσεις για τις ερευνητικές προτεραιότητες
2. Αξιολόγηση των ερευνητικών πρωτοκόλλων που χρηματοδοτούνται από το ΚΕΕΛ
3. Καταγραφή των σημαντικών ερευνητικών προγραμμάτων που έχουν γίνει ή γίνονται στην Ελλάδα
4. Υποβολή στο ΚΕΕΛ ετήσιας έκθεσης για την έρευνα στο AIDS και τον HIV στην Ελλάδα
5. Συνεργασία με Διεθνείς Οργανισμούς π.χ. ΕΟΚ, ΠΟΥ κλπ. που ασχολούνται με το αντικείμενο
6. Στενή συνεργασία με Επ. Επιτροπή Διεθνών Σχέσεων

Σύνθεση:

Συντονιστής : Β. Γεωργούλιας
Αν. Συντονιστής : Αγγ. Χατζάκης

Μέλη - Ομάδες Εργασίας

Μέλη ex-officio:

Εκπρόσωπος ΕΟΦ (ΙΦΕΤ)
Εκπρόσωπος Γενικής Γραμματείας Έρευνας Τεχνολογίας
Εκπρόσωπος ΚΕΕΣΥ

Ειδικά Μέλη:

1. Μ. Λαζανάς
2. Α. Καραμπίνης
3. Ε. Γιαμαρέλλου
4. Ν. Σταυριανέας
5. Ι. Κυριόπουλος
6. Ντ. Πολίτη

(VII) ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Σκοπός:

Πρόκειται για μία επιτροπή μεγάλης σημασίας. Η λειτουργία της επιτροπής αυτής έχει δύο βασικές παραμέτρους.

Η μία είναι η παρακολούθηση όλων των διεθνών δραστηριοτήτων και η μεταφορά των πληροφοριών, τάσεων και αποφάσεων των διεθνών Οργανισμών και Οργανώσεων στη Χώρα.

Η άλλη παράμετρος είναι η συνεχής συμμετοχή και εμφάνιση της Χώρας μας εις τον διεθνή Forο και η προβολή των ελληνικών θέσεων.

Σχεδιασμός:

- Λεπτομερής καταγραφή των διεθνών Κέντρων και Οργανώσεων. Συλλογή καταστατικών, προγραμμάτων, Αμεση επικοινωνία.
- Επικοινωνία με τους επισήμους εκπροσώπους των διεθνών Οργανισμών. WHO
- Συνεργασία με τους εκπροσώπους των επί μέρους Ελληνικών Υπηρεσιών (οι οποίοι έχουν ήδη ορισθεί).
- Συνεργασία με όλες τις άλλες Επ. Επιτροπές

Σύνθεση:

Μ. Βιολάκη και Θ. Παπαδημητρίου
Μ. Καμτσίδου και Ε. Χατζηανδρέου
Α. Κονταράτος και Α. Υφαντίδης

Μέλη ex-officio:

Εκπρόσωπος Γενικής Γραμματείας Ερευνας Τεχνολογίας
» Διεθνών Σχέσεων Υπουργείου Υγείας
Εκπρόσωποι Ελλάδος σε Διεθνείς Οργανισμούς
Προγράμματος Europe Against AIDS

(VIII) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**Σκοπός:**

- Η δημιουργία δυνατοτήτων ψυχικής και ψυχολογικής στήριξης ή μολυνθέντων ατόμων ή μελών των οικογενειών τους.
- Η δημιουργία Συμβουλευτικών Σταθμών, Τηλεφωνικών Κέντρων κλπ. και ελέγχου αυτών.

Σχεδιασμός:

- Να γίνει ενημέρωση για τις δυνατότητες ψυχο-κοινωνικής προσφοράς
- Συνεργασία με τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Λειτουργιών των Νοσοκομείων
- Συνεργασία με την Εκκλησία για τον προγραμματισμό αντιστοίχου έργου ψυχο-κοινωνικής υποστήριξης (πολλοί άρρωστοι θρησκοεύονται)

Σύνθεση:

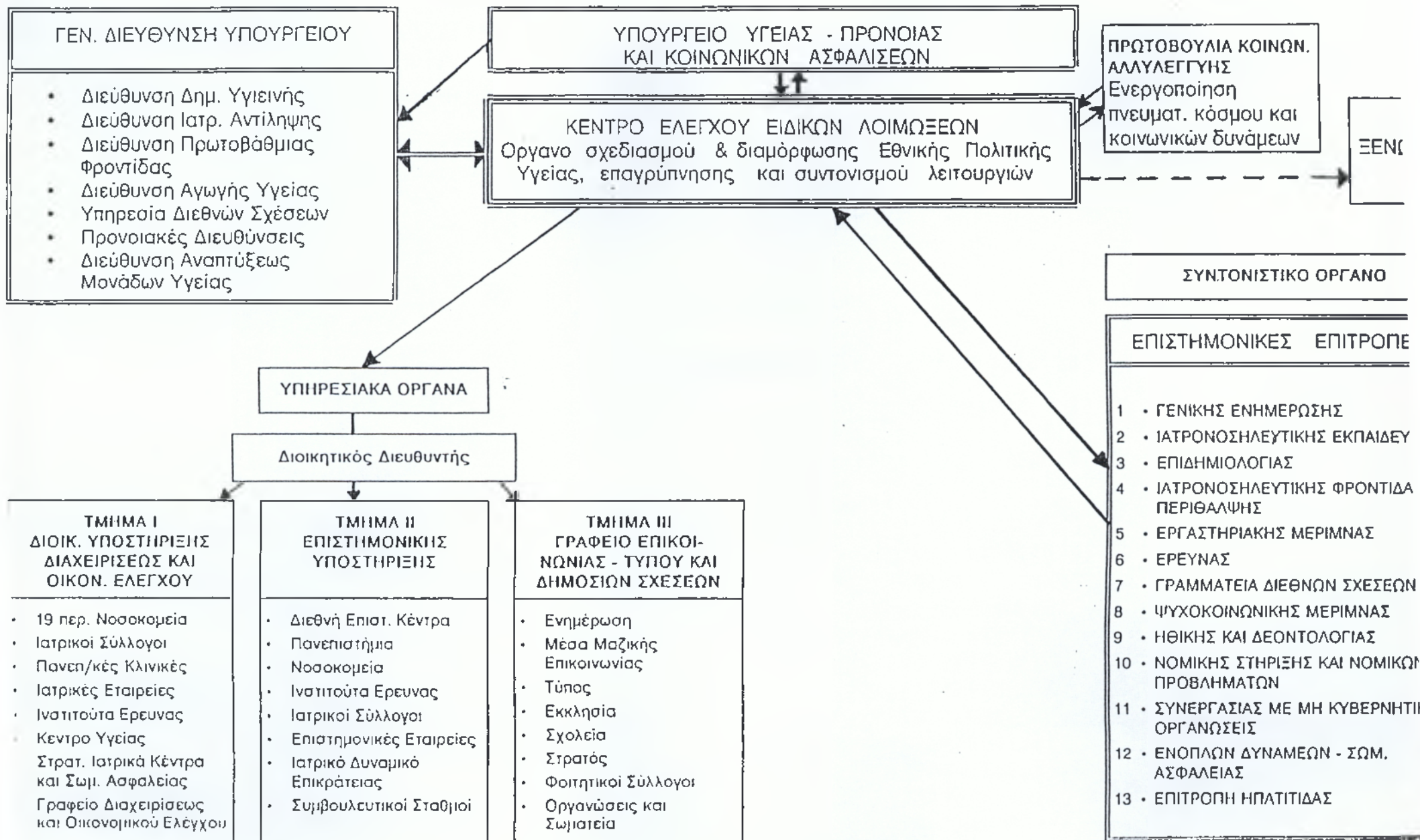
Συντονιστής : Κ. Στεφανής
 Αν. Συντονιστής : Α. Κοκκέβη

Μέλη - Ομάδες Εργασίας**Ειδικά Μέλη:**

1. Δ. Αγραφιώτης
2. Μ. Αντζελ
3. Γ. Βαλλιανάτος
4. Γ. Βασιλόπουλος
5. Χ. Δερβίση
6. Σ. Καραμολέγκου
7. Τ. Μανδαλάκη (ή ως εκπρόσωπός της η κ. Ι. Πιτταδάκη)
8. Μ. Μαλλιώρα
9. Α. Νεστορίδου
10. Ν. Παπαφλέσσα
11. Π. Ράπτη (ως εκπρόσωπος Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου)
12. Α. Παγκράτη
13. Χ. Πολίτης
14. Εκπρόσωπος του ΚΕΘΕΑ
15. Εκπρόσωπος του 18 Ανω (κ. Α. Μάτσα)

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔ. ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ



(ΙΧ) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Σκοπός:

Η καταγραφή, μελέτη και επίλυση δεοντολογικών (ή νομικών) προβλημάτων, τα οποία απορρέουν από τη φύση των νοσημάτων και των επιπτώσεων αυτών.

Σχεδιασμός:

Σύνθεση:

Συντονιστής: Α. Κουτσελίνης
Αν. Συντονιστής: Ελ. Παπαευαγγέλλου

Μέλη - Ομάδες Εργασίας

Ειδικά Μέλη:

1. Α. Πούλος
2. Μ. Καμτσίδου

(X) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Σκοπός:

Η καταγραφή των κανόνων Δικαίου εις ότι αφορά το AIDS δεν έχει εισέτι συμπληρωθεί. Ως εκ τούτου ανακύπτουν ποικίλα προβλήματα. Πέραν λοιπόν από την επίλυση ωρισμένων θεσμικών προβλημάτων, θα πρέπει να γίνεται επέκταση προς την πλευρά της νομικής προστασίας των ατόμων αυτών κατά περίπτωση και επίλυση συναφών δικαστικών προβλημάτων.

Σχεδιασμός:

- Παροχή γνωμοδοτήσεων και λύσεων επί τρεχόντων ζητημάτων, τα οποία συνεχώς ανακύπτουν και για τα οποία ή υπάρχει νομοθετικό κενό ή απαιτείται ερμηνεία νόμων ή άρση αντιφάσεων των νόμων.
- Προετοιμασία επιστημονικού έργου που θα αφορά στο νομικό μέρος του AIDS και των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων στην Ελλάδα και ενημέρωση των διεθνών Οργανισμών.
- Εναρμόνιση των νομικών δεδομένων εν σχέσει με τα αντίστοιχα διεθνή εις ότι αφορά το AIDS
- Ενημέρωση όσον αφορά στο νομικό μέρος σε δημοσιεύσεις και εν γένει επιστημονικές εκδηλώσεις.
Συμβολή στην ενημέρωση του πληθυσμού ώστε η αντιδιακριτική νομοθεσία να εφαρμόζεται όχι μόνο από πλευράς της Πολιτείας, αλλά και στην πράξη από τους πολίτες
- Νομική Προστασία των Οροθετικών κατά περίπτωση.

Σύνθεση:

Συντονιστής : Χ. Πολίτης
Αν. Συντονιστές : Σ. Κτιστάκη, Κ. Γυφτάκη

Μέλη - Ομάδες Εργασίας

Μέλη ex-officio:

Εκπρόσωπος Υπουργείου Δικαιοσύνης

(ΧΙ) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ

(Συλλόγων και Ιδιωτικών Σωματείων)

Σκοπός:

Καταγραφή γεγονότων και στοιχείων από τους άμεσα ενδιαφερομένους. Αμοιβαία ενημέρωση. Υποστήριξη. Αξιολόγηση δεδομένων.

Σχεδιασμός:

- Καταγραφή ομάδων αναγνωρισμένων ιδιωτικών Σωματείων και συνεχής επικοινωνία μαζί τους. Τήρηση Αρχείου καταγραφής παρατηρήσεων και δεδομένων.
- Υποβολή προτάσεων
- Λήψη μέτρων διευκόλυνσεως κλπ.

Σύνθεση:

Συντονιστής: Πρόεδρος ΚΕΕΛ
Αν. Συντονιστής: κ. Τ. Μανδαλάκη, Κ. Αντζελ, κ. Γρ. Βαλλιανάτος

Μέλη - Ομάδες Εργασίας

Μέλη *ex-officio*:

Εκπρόσωποι Αιμορροφιλικών Οργανώσεων και άλλων Συλλόγων.
Εκπρόσωπος Προνοιακών Οργανισμών (κατά περίπτωση).

Ειδικά Μέλη:

1. Μ. Καμτσίδου
2. Γ. Βασιλόπουλος
3. Κ. Καραμολέγκου
4. Εκπρόσωπος "Αιμορροφιλικών" κ. Ετ. Πόκας
5. Εκπρόσωπος "ΑΙΔΣ-ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ-ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ ΦΟΡΕΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΔΣ" κ. Γ. Πλουμίδης
6. Εκπρόσωπος "ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗΣ" κ. Ανδ. Γρίλλιας
7. Υπεύθυνος Ξενώνα-Υπάλληλος ΚΕΕΛ κ. Χρ. Δημητρόπουλος
8. "ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΖΩΗΣ & ΕΜΠΝΕΥΣΗΣ" Εκπρόσωπος Λουΐς Λαζαρίδης με αναπληρωτές την κα Χριστίνα Ρεϋμόνδου και την κα Μπάρμπαρα Στιγσντοττερ.
9. ACT-UP : Χρ. Μπότση, Ν. Γαλιατσάτου

(ΧΙΙ) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΝΟΠΛΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Σκοπός:

Οργάνωση του αγώνα κατά των προαναφερθέντων νοημάτων στις Ενοπλες Δυνάμεις και τα Σώματα Ασφαλείας.

Σχεδιασμός:

Συνεργασία εκπροσώπου Ενόπλων Δυνάμεων και Σωμάτων Ασφαλείας με τις αντίστοιχες Επιτροπές ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες εκπαίδευσης, ενημέρωσης, περίθαλψης κλπ.

Σύνθεση:

Συντονιστής : Δ. Καραγκούνης
Αν. Συντονιστής : Ε. Καλοκαιρινός

Μέλη:

1. Κωνσταντίνος Τέγος (Γενικός Αρχίατρος του 401 ΓΣΝΑ-ΣΤΡΑΤΟΣ
2. Χ. Αγγελακόπουλος Π.Ν. (Υποπλοίαρχος Ι) ΝΑΥΤΙΚΟ
3. Δημήτριος Χατζηγεωργίου του 251 ΓΝΑ/Έπγός (ΥΙ) ΑΕΡΟΠΟΡΙΑ
4. Ιωάν. Αναγνωστόπουλος (Δ/ντής Υγ/κού, Ιατρός) ΕΛΛΗΝ. ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ

(ΧΙΙΙ) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ***Σκοπός:**

Το έργο της Επιτροπής αυτής αναφέρεται εις την μελέτη ενός ειδικού αντικειμένου της ηπατίτιδος και των επιπτώσεων της εις την δημόσια υγεία.

Σχεδιασμός:**Σύνθεση:**

Συντονιστής:

Αν. Συντονιστής:

Μέλη:

* Επειδή υπάρχει ήδη θεσμοθετημένη Επιτροπή Ηπατίτιδας το Δ.Σ. του ΚΕΕΛ απεφάσισε (22.3.93) να μην ενεργοποιηθεί προς το παρόν η Επ. Ηπατίτιδος του ΚΕΕΛ. Ως εκ τούτου θεσπίζεται η Επ. Επιτροπή Ηπατίτιδος εις τα πλαίσια λειτουργίας του ΚΕΕΛ και για τους σκοπούς που αφορούν την Σεξ, Μεταδιδ. Ηπατίτιδα και οσάκις παρίσταται ανάγκη θα προσκαλείται ο Πρόεδρος της Επ. Ηπατίτιδος εις την συνεδρίαση του Δ.Σ. του ΚΕΕΛ για τον συντονισμό των ενεργειών.

ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Σκοπός:

Η ενεργοποίηση όλων των Κοινωνικών Δυνάμεων της Χώρας εις την προσπάθεια κατά του AIDS.

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της σχετικής ενημερωτικής Οδηγίας, έχει διαπιστωθεί δραματική αύξηση του AIDS και των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων νοσημάτων. Με χρονικό όριο το έτος 2000 το σκληρό εμφανίζεται εξαιρετικά ζοφερό.

Πάνω από 30.000.000 άνθρωποι θα έχουν μολυνθεί με τον ιό του AIDS. Ο αριθμός είναι πράγματι συγκλονιστικός.

Στην Ελλάδα τα πράγματα δεν είναι επίσης καλά. Οι προβλέψεις είναι δυσμενείς. Οι αρρώστιες αυτές αφορούν νέους και παραγωγικούς ανθρώπους. Η επέκταση της επιδημίας αυτής φαίνεται ότι θα είναι τόσο βλαβερή όσο θα ήταν ένας φονικός πόλεμος.

Θα είναι κρίμα και αδιακαιολόγητη παράλειψη εάν η σημερινή Κοινωνία, η Πνευματική Ηγεσία, οι Προσωπικότητες κλπ. παρέμεναν αδιάφοροι, αναμένοντας απλά την εξέλιξη των γεγονότων.

Φωτισμένοι άνθρωποι και Γιατροί προσπαθούν να κάνουν ότι μπορούν. Η Πολιτεία έχει βοηθήσει αρκετά.

Ενα σημαντικό βήμα εκ μέρους της Πολιτείας είναι η θέσπιση και η δημιουργία ενός Οργάνου, το οποίο θα είχε την ευελιξία και την ικανότητα προσαρμογής προς τα σύγχρονα δρώμενα διεθνώς και το οποίο θα έπαιρνε Αποφάσεις αποτελεσματικές και σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα.

Ο Οργανισμός αυτός συνεστήθη ήδη με Προεδρικό Διάταγμα τον Νοέμβριο του 92, ονομάσθηκε Κέντρον Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων και ανατέθηκε σε μένα η τιμητική υπευθυνότητα της Προεδρίας του Κέντρου αυτού.

Ενα σύγχρονο, καλά θεμελιωμένο Οργανόγραμμα θα επιτρέψει την αξιοποίηση ενός περίφημου ιατρικού Δυναμικού υπό την μορφήν Επιστημονικών Επιτροπών.

Ωστόσο το AIDS δεν είναι μόνον ιατρικό πρόβλημα. Έχει τεράστιες κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις. Μέσα στα πλαίσια της Λειτουργίας του Οργανισμού αυτού έχωμεν αποφασίσει να δημιουργήσωμε μία μεγάλη ομάδα διακεκριμένων ατόμων τα οποία θα έχουν ευαισθητοποιηθεί έναντι του προβλήματος και των οποίων η γνώμη και μόνον, αποτελεί "οδηγό και τρόπο ζωής".

Η οργάνωση αυτή ονομάσθηκε "Πρωτοβουλία Κοινωνικής Αλληλεγγύης".

Οι σκοποί της Πρωτοβουλίας Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι:

Πρώτος Σκοπός είναι:

Η συμμετοχή με Φωνή και Πράξη ανθρώπων ευαισθητοποιημένων προερχομένων από την περιοχή του Πνευματικού, του Καλλιτεχνικού, του Ακαδημαϊκού και του Επιχειρηματικού Κόσμου κλπ. Ατομα που η φωνή τους ακούγεται και οι πράξεις τους είναι ή γίνονται "Οδηγός Ζωής".

Δεύτερος Σκοπός είναι:

Να εμπεδωθεί η πίστη εις τα ιατρο-βιολογικά δεδομένα περί συνθηκών μόλυνσεως και να μη γίνεται απόρριψη των ανθρώπων εκείνων που ήδη έχουν μολυνθεί. Χρειάζονται ανθρώπινη αγάπη και αυτοί, κατανόηση και φροντίδα. Μη γινόμαστε άγρια ζώα. Εχουμε ζήσει ανάλογα βιώματα με την Λέπρα.

Σήμερα γνωρίζουμε τον τρόπο μεταδόσεως. Εκεί θα στηριχθούμε για να πεισθούμε και για να πείσωμε.

Τρίτος Σκοπός είναι:

Οι πράξεις μας και οι ενέργειές μας να έχουν διαχρονικό και κυρίως υπερκοματικό χαρακτήρα.

Λειτουργούμε στο "Σήμερα για το Αύριο" σαν ένα Λαός ώριμος με φωτισμένους οδηγούς.

Βεβαιωθείτε ότι η πρόληψη της επιδημίας είναι Εθνική ανάγκη.

Με τιμή

Καθηγητής Ι. Δ. ΣΤΡΑΤΗΓΟΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΣΕΩΝ

ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ΟΡΓΑΝΑ-ΤΜΗΜΑΤΑ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Ο Δ/κός Διευθυντής συνιστά τον συνδυετικό κρίκο, ο οποίος συνδέει την λειτουργία των επί μέρους Επιστ. Επιτροπών και Τμημάτων (Γραφείων) με τον Πρόεδρο και το Δ/κό Συμβούλιο.

Ειδικότερα

- Έχει την ευθύνη και τον συντονισμό των συσκέψεων του Δ/κού Συμβουλίου προετοιμάζοντας την Ημερήσια Διάταξη, καθώς και κάθε ειδικής συσκέψεως Επιτροπής ή Οργάνων Εργασίας εις τις οποίες θα πρέπει να παρίσταται καθ'εντολήν του Δ/κού Συμβουλίου.
- Συμμετέχει εις τις συνεδριάσεις του Δ/κού Συμβουλίου (άνευ δικαιώματος ψήφου) και λαμβάνει γνώση του συνόλου των Συζητήσεων των προσανατολισμών και δραστηριοτήτων του Οργάνου ώστε να είναι ενημερωμένος.
- Έχει την ευθύνη του συντονισμού της λειτουργίας των Επιστημ. Επιτροπών και διευκολύνει το έργο τους μέσω των υπηρεσιακών οργάνων. Μεριμνά για την εισαγωγή των Αποφάσεων των Επιστ. Επιτροπών εις το Δ/κο Συμβούλιο και μεριμνά για την υλοποίηση των Αποφάσεων αυτών. Προς τούτοις ενημερώνει τον Πρόεδρο ανελλιπώς για την πορεία εκάστου θέματος.
- Έχει την ευθύνη για την επικοινωνία με άλλους υπηρεσιακούς παράγοντες του Υπουργείου και άλλων Υπηρεσιών.
- Μεριμνά και επιβλέπει για την ομαλή λειτουργία των Τμημάτων, των Χώρων και των Δ/κών Υπηρεσιών του ΚΕΕΛ. Αναθέτει εις τους υπαλλήλους του ΚΕΕΛ τα επί μέρους καθήκοντα σε συνεννόηση με τον Πρόεδρο του ΚΕΕΛ.
- Αναλαμβάνει οιαδήποτε άλλη υπηρεσία συναφή προς τα καθήκοντά του, η οποία θα του ανατεθεί από το Δ.Σ. του ΚΕΕΛ.

ΙΑΤΡΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ : Πρόεδρου-Επιστ. Επιτροπών και Υπηρεσιακών Οργάνων : Ιατρός κ. Αρης Υφαντίδης

ΤΜΗΜΑΤΑ (ΓΡΑΦΕΙΑ) ΤΟΥ ΚΕΕΑ

Τα **Τμήματα** (Γραφεία) του ΚΕΕΑ είναι τρία σύμφωνα με το Διάταγμα. Τα τμήματα στελεχώνονται από υπαλλήλους οι οποίοι εξυπηρετούν αφ'ενός μεν το συνολικό έργο του Οργανισμού, αφ'ετέρου το έργο των Επιτροπών με κατάλληλη: "κατανομή και χρέωση ειδικού αντικειμένου απασχόλησης".

Αυτά είναι:

Τμήμα (I)

Λειτουργία Δ/κής υποστήριξης και Ειδικής Μέριμνας με ειδικά αντικείμενα εργασίας και Διαχειριστικού - Οικονομικού Ελέγχου.

Τμήμα (II)

Επιστημονική Υποστήριξη (Ερευνα-Διεθνής Ενημέρωσης Εκπαίδευσης κλπ.)

Τμήμα (III)

Γραφείο Επικοινωνίας-Δημοσίων Σχέσεων

Ενας Δ/κός υπάλληλος χειρίζεται περισσότερα του ενός αντικείμενα.

Σκοπός της λειτουργίας των τριών αυτών Τμημάτων (Γραφείων) είναι η εξυπηρέτηση των Επιστημονικών Επιτροπών από πλευράς υπηρεσιακής λειτουργίας (π.χ. συλλογή επί μέρους στοιχείων, προώθηση προτάσεων των Επιστημονικών Επιτροπών και υλοποίηση των Αποφάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου, στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες του Υπουργείου και ιδιαίτερα με τη Διεύθυνση Δημοσίας Υγιεινής.

Τα Υπηρεσιακά όργανα παίρνουν απ' ευθείας εντολές από το Διοικητικό Συμβούλιο του ΚΕΕΑ ή μέσω του Δ/κού Διευθυντού.

Τελειώνοντας, θα ήθελα να υπογραμμίσω ότι επειδή πρόκειται για έναν νέο Οργανισμό πρωτοποριακής φύσεως, του οποίου η λειτουργία αποσκοπεί στην αντιμετώπιση μιας ιδιαζούσης κατηγορίας νοσημάτων με πολύ μεγάλες ιατρονοσηλευτικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις και επειδή δεν υπάρχουν διεθνώς αντίστοιχα δοκιμασμένα και σε μεγάλη έκταση πρότυπα, ενδέχεται να χρειασθούν τροποποιήσεις και αλλαγές κατά την εξέλιξη της λειτουργικής απόδοσης του Οργανισμού.



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Λ)
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Πίνακας

**Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ AIDS ΚΑΙ ΤΗΣ
HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΕΩΣ
31.12.1999**

Η επιδημιολογία του AIDS και της HIV λοίμωξης την τελευταία δεκαετία.

Ο συνολικός αριθμός των κρουσμάτων AIDS που δηλώθηκαν στη χώρα μας μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999 ανέρχεται σε 2015 άτομα, εκ των οποίων τα 32 (1,6%) είναι παιδιά κάτω των 12 ετών. Στους πίνακες 1 έως 8 και στα Σχήματα 1,2 και 3 παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν στα δηλωθέντα κρούσματα AIDS έως τις 31/12/1999.

Η δήλωση των κρουσμάτων AIDS έχει αποτελέσει τον κυριότερο τρόπο παρακολούθησης της HIV λοίμωξης στις χώρες του Δυτικού κόσμου. Η χρήση των ισχυρών αντιρετροϊκών θεραπειών από το Σεπτέμβριο του 1996 έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της επιβίωσης (σημαντική μείωση των δηλωθέντων θανάτων από το 1997 - Σχήμα 2) και τη χρονιότητα της λοίμωξης (μείωση των δηλωθέντων κρουσμάτων ανά έτος από το 1996 - Σχήμα 1). Συνεπώς η παρακολούθηση της επιδημίας μόνο μέσω των κρουσμάτων AIDS δεν είναι αρκετά αξιόπιστη. Για το λόγο αυτό το υπάρχον επιδημιολογικό σύστημα επεκτάθηκε με την ανώνυμη και απόρρητη δήλωση των HIV οροθετικών ατόμων η οποία θεσμοθετήθηκε τον Αύγουστο του 1998 και ξεκίνησε επίσημα από τον Ιανουάριο του 1999.

Εξαπίας της πρόσφατης έναρξης της καταγραφής των HIV οροθετικών στη χώρα μας έγινε προσπάθεια να συλλεχθούν αναδρομικά στοιχεία που αφορούν σε μολύνσεις HIV από την αρχή της επιδημίας προκειμένου να έχουμε πληρέστερη εικόνα για την πορεία της λοίμωξης. Η προσπάθεια αυτή ολοκληρώθηκε με τη συνεργασία των Κέντρων Ελέγχου και Αναφοράς AIDS καθώς και των Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων της χώρας και τα στοιχεία που συλλέχθηκαν παρουσιάζονται στους Πίνακες 9 ως 14 και στα Σχήματα 4,5 και 6.

Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων που διαγνώστηκαν μέχρι τις 31/12/1999 ανέρχεται σε 4.920 άτομα εκ των τα 70 (1,4%) είναι παιδιά κάτω των 12 ετών.

Στα παιδιά το 71,4% είναι αγόρια και 28,6% κορίτσια (Πίνακες 11 και 12) και στους εφήβους/ενήλικες το 82,8% είναι άνδρες και το 17,2 % είναι γυναίκες (Πίνακες 13 και 14). Ο προσδιορισμός του τρόπου μόλυνσης στους εφήβους/ενήλικες διευκρινίσθηκε στο 65% των δηλωθέντων ατόμων. Εξ' αυτών, το 41,1% είναι ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες και το 14,8% έχει μολυνθεί διαμέσου της ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης. Το ποσοστό μόλυνσης στην ομάδα των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών παραμένει χαμηλό (3,4%).

Όπως αναφέρεται και στον Πίνακα 9, όπου παρουσιάζεται η διαχρονική πορεία της HIV λοίμωξης, προκειμένου να αξιολογηθούν οι διαχρονικές τάσεις της επιδημίας χρησιμοποιούνται τα στοιχεία της τελευταίας δεκαετίας δηλαδή από το 1990 και μετά. Από τα σχήματα 4,5 και 6 εξάγονται τα παρακάτω συμπεράσματα:

- Η διαχρονική τάση της λοίμωξης είναι αυξητική και στα δύο φύλα και ιδιαίτερα στους άνδρες. Η μείωση που παρατηρείται το 1999 δεν δύναται ν' αξιολογηθεί στην παρούσα φάση λόγω των καθυστερήσεων στη δήλωση (Σχήμα 4).
- Η τάση είναι αυξητική και στις τρεις ηλικιακές ομάδες <25, 25- 39 ≥ 40 έτη με ταχύτερη αύξηση στην ηλικιακή ομάδα των 25- 39 ετών (Σχήμα 5).
- Ο κυριότερος τρόπος μόλυνσης στην Ελλάδα είναι η σεξουαλική μετάδοση, ομοφυλοφιλική ή ετεροφυλοφιλική. Σύμφωνα με επιδημιολογικές εκτιμήσεις των στοιχείων η διαχρονική τάση είναι αυξητική και στις δύο κατηγορίες μετάδοσης αλλά μεγαλύτερη αυξητική τάση παρουσιάζει η ομάδα των ομο-/αμφι-φυλόφιλων ανδρών (Σχήματα 3 και 6).

Πίνακας 1

Ταί

Νεοδηλωθέντα κρούσματα εφήβων/ενηλίκων με AIDS (ηλικίας ≥ 13 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα κατά το εξάμηνο 1.7.1999 - 31.12.1999.

New adult/adolescent AIDS cases (>13 years of age) by transmission group and sex reported in Greece in the quarter 1.7.1999 - 31.12.

Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομοίφιλοφιλόφιλοι άνδρες	21	(50,0)		(0,0)	21	(38,2)	Homosexual/bisexual males
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών		(0,0)	2	(15,4)	2	(3,6)	Injecting Drug Users (IDUs)
Ομοίφιλοφιλόφιλοι Χ.Ε. Ναρκωτικών	3	(7,1)		(0,0)	3	(5,5)	Homosexual/bisexual IDUs
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	1	(2,4)		(0,0)	1	(1,8)	Haemophiliacs/Coagulation disorder
Μεταγγιζόμενοι		(0,0)		(0,0)		(0,0)	Transfusion recipients
Ετεροφιλόφιλοι	2	(4,8)	11	(84,6)	13	(23,6)	Heterosexuals
Ακαθόριστοι	15	(35,7)		(0,0)	15	(27,3)	Undetermined
Σύνολο - Total	42	(100,0)	13	(100,0)	55	(100,0)	

Πίνακας 2

Tab

Δηλωθέντα κρούσματα AIDS κατά έτος διάγνωσης και φύλο
στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999.

AIDS cases by year of diagnosis and sex report
Greece by 31 December

Έτος διάγνωσης Year of diagnosis	Ανδρες Males		Γυναίκες Females		Συχνότητα / εκατ. πληθυσμού Rate / million population	
	N	%	N	%	N	%
1982	2	(0.1)		(0.0)	2	(0.0)
1983	5	(0.3)		(0.0)	5	(0.0)
1984	6	(0.3)		(0.0)	5	(0.0)
1985	16	(0.9)		(0.0)	16	(1.0)
1986	23	(1.3)		(0.0)	23	(2.0)
1987	56	(3.2)	6	(2.3)	61	(6.0)
1988	66	(3.8)	6	(2.2)	72	(7.0)
1989	92	(5.3)	14	(5.2)	106	(10.0)
1990	126	(7.2)	17	(6.4)	143	(14.0)
1991	162	(9.3)	22	(8.2)	184	(17.0)
1992	167	(9.6)	23	(8.6)	190	(18.0)
1993	148	(8.5)	21	(7.9)	169	(16.0)
1994	183	(10.5)	32	(12.0)	215	(20.0)
1995	186	(10.6)	27	(10.1)	213	(20.0)
1996	191	(10.9)	42	(15.7)	233	(22.0)
1997	142	(8.1)	25	(9.4)	167	(15.0)
1998	98	(5.6)	12	(4.5)	110	(10.4)
1999	79	(4.5)	19	(7.1)	98	(9.3)
Σύνολο - Total	1.748	(100.0)	267	(100.0)	2.015	

Πίνακας 3

Table

Δηλωθέντα κρούσματα παιδιών με AIDS (ηλικίας <12 ετών) κατά ηλικία κατά τη διάγνωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999

Paediatric AIDS cases (<12 years of age) by age group diagnosis and sex reported in Greece by 31 December 1999

Ομάδες ηλικιών Age group	Αγόρια Males		Κορίτσια Females		Σύνολο Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 11 μηνών - months	2	(10.5)	1	(7.7)	3	(9.4)
1 - 4 ετών - years	8	(42.1)	9	(69.2)	17	(52.9)
5 - 9 »	1	(5.3)	3	(23.1)	4	(12.5)
10 - 12 »	8	(42.1)	0	(0.0)	8	(25.0)
Σύνολο - Total	19	(100.0)	13	(100.0)	32	(100.0)

Πίνακας 4

Table

Δηλωθέντα κρούσματα παιδιών με AIDS (ηλικίας <12 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999

Paediatric AIDS cases (<12 years of age) transmission group and sex reported in Greece by 31 December 1999

Κατηγορία μετάδοσης	Αγόρια Males		Κορίτσια Females		Σύνολο Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ιαλομεταγγιζόμενα παιδιά	11	(57.9)	0	(0.0)	11	(34.4)	Haemophiliacs/Coagulation disorder
Μεταγγιζόμενα παιδιά	0	(0.0)	2	(15.4)	2	(6.3)	Transfusion recipients
Ακαθόριστα	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	Undetermined
Από μητέρα σε παιδί	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	Mother - to - child
Χρήστρες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	- Injecting Drug Users
Μεταγγιζόμενες	1	(5.3)	1	(7.7)	2	(6.3)	- Transfusion recipients
Ετεροφιλικές	2	(10.5)	4	(30.8)	6	(18.8)	- Heterosexuals
Καταγόμενες από χώρα με συχνή ετερο-φιλ. επάδοση	2	(10.5)	2	(15.4)	4	(12.5)	- Origin. country hetero. transmission frequent
Ακαθόριστες	3	(15.8)	4	(30.8)	7	(21.9)	- Undetermined
Σύνολο - Total	19	(100.0)	13	(100.0)	32	(100.0)	

Πίνακας 5

Table

Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων/ενηλίκων με AIDS (ηλικίας >13 ετών) κατά ηλικία κατά τη διάγνωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999

Adult/adolescent AIDS cases (>13 years of age) by group at diagnosis and sex reported in Greece by December

Ομάδες ηλικιών Age group	Ανδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
13 - 14 ετών - years	5	(0,3)		(0,0)	5	(0,3)
15 - 19 »	18	(1,0)	8	(3,1)	26	(1,3)
20 - 24 »	57	(3,3)	15	(5,9)	72	(3,5)
25 - 29 »	226	(13,1)	48	(18,9)	274	(13,4)
30 - 34 »	359	(20,8)	56	(22,0)	415	(20,3)
35 - 39 »	317	(18,3)	42	(16,5)	359	(17,8)
40 - 49 »	406	(23,5)	26	(10,2)	432	(21,3)
50 - 59 »	178	(10,3)	23	(9,1)	201	(10,0)
60+ »	137	(7,9)	29	(11,4)	166	(8,2)
Άγνωστη - Unknown	26	(1,5)	7	(2,8)	33	(1,6)
Σύνολο - Total	1.729	(100,0)	254	(100,0)	1.983	(100,0)

Πίνακας 6

Table

Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων/ενηλίκων με AIDS (ηλικίας >13 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999

Adult/adolescent AIDS cases (>13 years of age) by transmission group and sex reported in Greece by 31 December 1999

Κατηγορία μετάδοσης	Ανδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
ομοφυλόφιλοι άνδρες	1.152	(66,6)			1.152	(58,1)	Homosexual males
χρηστές Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	55	(3,2)	22	(8,7)	77	(3,9)	Injecting Drug Users (IDUs)
ομοφυλόφιλοι άνδρες-Χ.Ε. Ναρκωτικών	13	(0,8)			13	(0,7)	Homosexual males IDUs
αιμοταγγιζόμενοι με παράγωγο αίματος	100	(5,8)	5	(2,0)	105	(5,3)	Haemophiliacs/ Coagulation disorder
αγγιζόμενοι	33	(1,9)	22	(8,7)	55	(2,8)	Transfusion recipients
ετεροφυλόφιλοι	157	(9,1)	181	(71,3)	338	(17,0)	Heterosexuals
θόριστοι	219	(12,7)	24	(9,4)	243	(12,3)	Undetermined
Σύνολο - Total	1.729	(100,0)	254	(100,0)	1.983	(100,0)	

Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων/ενηλίκων με AIDS (ηλικίας ≥ 13 ετών) κατά υποκατηγορία ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999

Adult/adolescent AIDS cases (≥ 13 years of transmission sub-category of heterosexual ex and sex reported in Greece by 31 Decemb

Υποκατηγορία ετεροφίλικής μετάδοσης	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total		Hetero. Exposure sub-category
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Καταγωγή από χώρα με συχνή ετεροφυλ. μετάδοση	115	(73,2)	35	(7,8)	150	(44,4)	Origin. country hetero. Transf. frequent
Ε.Σ.Ε.* με άτομο που κατάγεται από χώρα με συχνή ετεροφυλ. μετάδοση	5	(3,2)	6	(1,3)	11	(3,3)	Sex with a person origin. from a hetero. Transmission frequent
Ε.Σ.Ε.* με χρήστη ενδοφλέβιων ναρκωτικών	12	(7,6)	15	(3,4)	27	(8,0)	Sex with an injecting drug user
Ε.Σ.Ε.* με αμφιφυλόφιλο άνδρα (μόνο για γυναίκες)			23	(5,2)	23	(6,8)	Sex with a bisexual male (on women)
Ε.Σ.Ε.* με άτομο πολυμεταγγιζόμενο με παράγωγο αίματος	2	(1,3)	6	(1,3)	8	(2,4)	Sex with a haemophilic person transfusion recipient
Ε.Σ.Ε.* με άτομο που μολύνθηκε μετά από μετάγγιση	1	(0,6)	1	(0,2)		(0,0)	Sex with a transfusion recipient
Ε.Σ.Ε.* με HIV+ άτομο ακαθόριστης πηγής μόλυνσης	22	(14,0)	66	(14,8)	88	(26,0)	Sex with HIV+ person, mode of infe not known
Ε.Σ.Ε.* με πολλαπλούς συντρόφους (μόνο για γυναίκες)			31	(7,0)	31	(9,2)	Sex with multiple partners (only women)
Σύνολο - Total	157	(100,0)	183	(41,0)	338	(100,0)	

* Ετεροφυλοφιλική Σεξουαλική Επαφή

Πίνακας 8

Tab

Δηλωθέντες θάνατοι από AIDS κατά έτος θανάτου και φύλο
στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999

AIDS deaths by year of death and sex reported in Gr
by 31 December

Έτος θανάτου Year of death	Ανδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total	
	N	%	N	%	N	%
1983	1	(0,1)		(0,0)	1	(0,1)
1984	6	(0,6)		(0,0)	6	(0,6)
1985	6	(0,6)		(0,0)	6	(0,6)
1986	10	(1,0)		(0,0)	10	(1,0)
1987	28	(2,7)	3	(2,2)	31	(3,0)
1988	32	(3,1)	1	(0,7)	33	(3,2)
1989	47	(4,5)	4	(3,0)	51	(4,9)
1990	62	(5,9)	6	(4,5)	68	(6,5)
1991	66	(6,3)	7	(5,2)	73	(7,0)
1992	98	(9,4)	10	(7,5)	108	(10,3)
1993	98	(9,4)	9	(6,7)	107	(10,2)
1994	130	(12,4)	17	(12,7)	147	(14,0)
1995	137	(13,1)	16	(11,9)	153	(14,5)
1996	127	(12,1)	24	(17,9)	151	(14,3)
1997	71	(6,8)	13	(9,7)	84	(7,9)
1998	54	(5,2)	8	(6,0)	62	(5,8)
1999	45	(4,3)	8	(6,0)	53	(4,9)
Άγνωστο / Unknown	30	(2,9)	8	(6,0)	38	(3,6)
Σύνολο - Total	1.048	(100,0)	134	(100,0)	1.182	(100,0)

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα ανά έτος "διάγνωσης" και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999

HIV+ cases by year of "diagnosis" and sex reported in Greece by 31 December

Έτος διάγνωσης Year of diagnosis	Ανδρες Males		Γυναίκες Females		Συχνότητα / εκατ. πληθυσμού Rate / million population	
	N	%	N	%	N	%
1981		(0,0)	1	(0,1)	1	
1983	2	(0,0)		(0,0)	2	
1984	31	(0,8)		(0,0)	31	
1985	23	(0,6)	4	(0,5)	27	
1986	46	(1,1)	3	(0,4)	49	
1987	80	(2,0)	12	(1,4)	92	
1988	119	(2,9)	9	(1,1)	128	(1,1)
1989	166	(4,1)	18	(2,1)	184	(1,6)
1990	229	(5,7)	29	(3,4)	258	(2,3)
1991	271	(6,7)	49	(5,8)	320	(2,8)
1992	313	(7,8)	54	(6,4)	367	(3,2)
1993	289	(7,2)	59	(6,9)	348	(3,0)
1994	232	(5,7)	61	(7,2)	293	(2,6)
1995	366	(9,1)	67	(7,9)	433	(3,8)
1996	403	(10,0)	117	(13,8)	520	(4,6)
1997	489	(12,1)	107	(12,6)	596	(5,2)
1998	587	(14,5)	141	(16,6)	728	(6,4)
1999	392	(9,7)	118	(13,9)	510	(4,5)
Σύνολο - Total	4.038	(100,0)	849	(100,0)	4.887	

Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων που δηλώθηκαν ανέρχεται σε 4.920 άτομα ωστόσο το φύλο είναι γνωστό σε 887 περιπτώσεις. Επιπρόσθετα αξιολογήσιμα θεωρούνται τα στοιχεία της τελευταίας δεκαετίας (δηλ. από το 1990 και μετά) και να αυτά που παρουσιάζονται στα σχήματα 4,5 & 6 για την αξιολόγηση των διαχρονικών τάσεων της επιδημίας.

Πίνακας 10

Tab

Δηλωθέντα HIV+ παιδιά (ηλικίας ≤12 ετών) κατά ηλικία κατά τη διάγνωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999.

Paediatric HIV+cases (≤12 years of age) by age at diagnosis and sex reported in Greece by 31 Dec 1999.

Ομάδες ηλικιών Age group	Αγόρια Males		Κορίτσια Females		Σύνολο Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 11 μηνών - mths	7	(14,0)	5	(25,0)	12	
1 - 4 ετών - years	11	(22,0)	10	(50,0)	21	
5 - 9 »	15	(30,0)	5	(25,0)	20	
10 - 12 »	17	(34,0)		(0,0)	17	
Σύνολο - Total	50	(100,0)	20	(100,0)	70	(100,0)

Πίνακας 11

Table 1

Δηλωθέντα HIV + παιδιά (ηλικίας ≤12 ετών) κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999

Paediatric HIV + cases (≤12 years of age) by transmission group and sex reported in Greece by 31 December 1999

Κατηγορία μετάδοσης	Αγόρια Males		Κορίτσια Females		Σύνολο Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ιολυμεταγγιζόμενα παιδιά	22	(44,0)		(0,0)	22	(31,4)	Haemophiliacs/Coagulation disorder
Λεταγγιζόμενα παιδιά	3	(6,0)	4	(20,0)	7	(10,0)	Transfusion recipients
Ακαθόριστα	5	(10,0)		(0,0)	5	(7,1)	Undetermined
Από μητέρα σε παιδί							Mother - to - child
Χρήστριες Ενδοφλέβιων αρκετικών							- Injecting Drug Users
Μεταγγιζόμενες	1	(2,0)	1	(5,0)	2	(2,9)	- Transfusion recipients
Ετεροφυλόμενες	8	(16,0)	7	(35,0)	15	(21,4)	- Heterosexuals
Καταγόμενες από χώρα με συχνή ροφιλ. μετάδοση	2	(4,0)	2	(10,0)	4	(5,7)	- Origin, country hetero. transmission frequent
Ακαθόριστες	8	(16,0)	5	(25,0)	13	(18,6)	- Undetermined
Σύνολο - Total	50	(100,0)	20	(100,0)	70	(100,0)	

Πίνακας 12

Table 12

Δηλωθέντα HIV + άτομα (ηλικίας ≥13 ετών) κατά ηλικία κατά τη διάγνωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999.

Adult/adolescent HIV + cases (≥13 years of age) group at diagnosis and sex reported in Greece December

Ομάδες ηλικιών Age group	Ανδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
13 - 14 ετών - years	13	(0,3)	1	(0,1)	14	
15 - 19 »	65	(1,6)	19	(2,3)	84	
20 - 24 »	252	(6,3)	98	(11,8)	350	
25 - 29 »	671	(16,8)	195	(23,5)	866	(1)
30 - 34 »	854	(21,4)	149	(18,0)	1.003	(2)
35 - 39 »	665	(16,7)	111	(13,4)	776	(1)
40 - 49 »	751	(18,8)	105	(12,7)	856	(1)
50 - 59 »	323	(8,1)	55	(6,6)	378	(1)
60 + »	250	(6,3)	51	(6,2)	301	(1)
Άγνωστη - Unknown	144	(3,6)	45	(5,4)	189	(1)
Σύνολο - Total	3.988	(100,0)	829	(100,0)	4.817	(100,0)

Πίνακας 13

Table 13

Δηλωθέντα HIV + άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1999

HIV + cases by transmission group and sex reported Greece by 31 December 1999

Κατηγορία μετάδοσης	Ανδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομοαμφιφιλόφιλοι άνδρες	1.982	(49,7)			1.982	(41,1)	Homosexual males
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	129	(3,2)	35	(4,2)	164	(3,4)	Injecting Drug Users (IDUs)
Ήλυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	187	(4,7)	14	(1,7)	201	(4,2)	Haemophiliacs/ Coagulation disorder
Λεταγγιζόμενοι	41	(1,0)	29	(3,5)	70	(1,5)	Transfusion recipients
Ετεροφιλόφιλοι	266	(6,7)	445	(53,7)	711	(14,8)	Heterosexuals
Καθόριστοι	1.383	(34,7)	306	(36,9)	1.689	(35,1)	Undetermined
Σύνολο - Total	3.988	(100,0)	829	(100,0)	4.817	(100,0)	

Πίνακας 14

Ταί

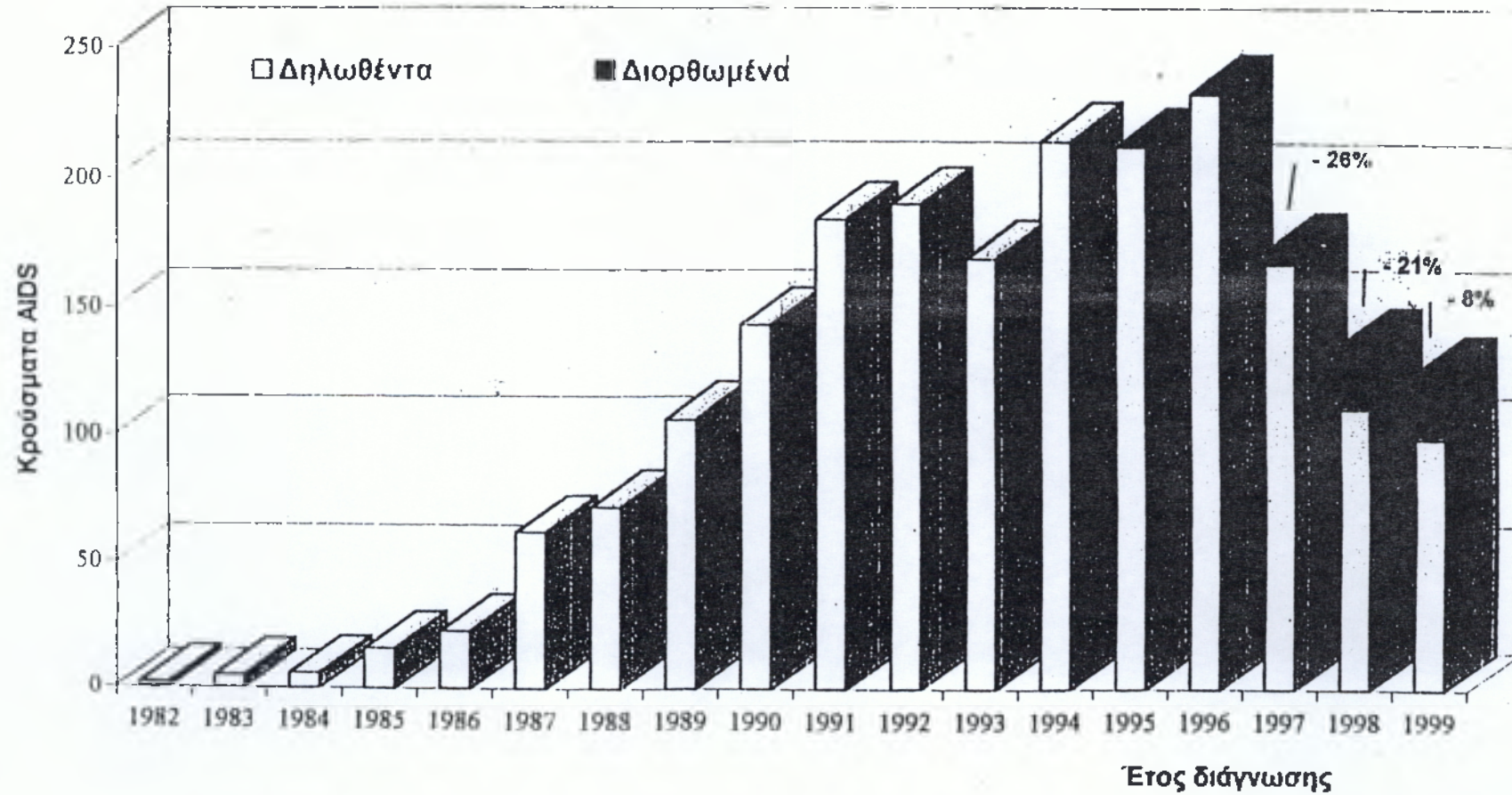
Δηλωθέντα HIV+ άτομα (ηλικίας ≥ 13 ετών) κατά υποκατηγορία ετεροφυλοφυλικής μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31 Δεκεμβρίου 1999

HIV+ cases (≥ 13 years of age) by transmission sub-category heterosexual exposure and sex reported in Greece Decemb

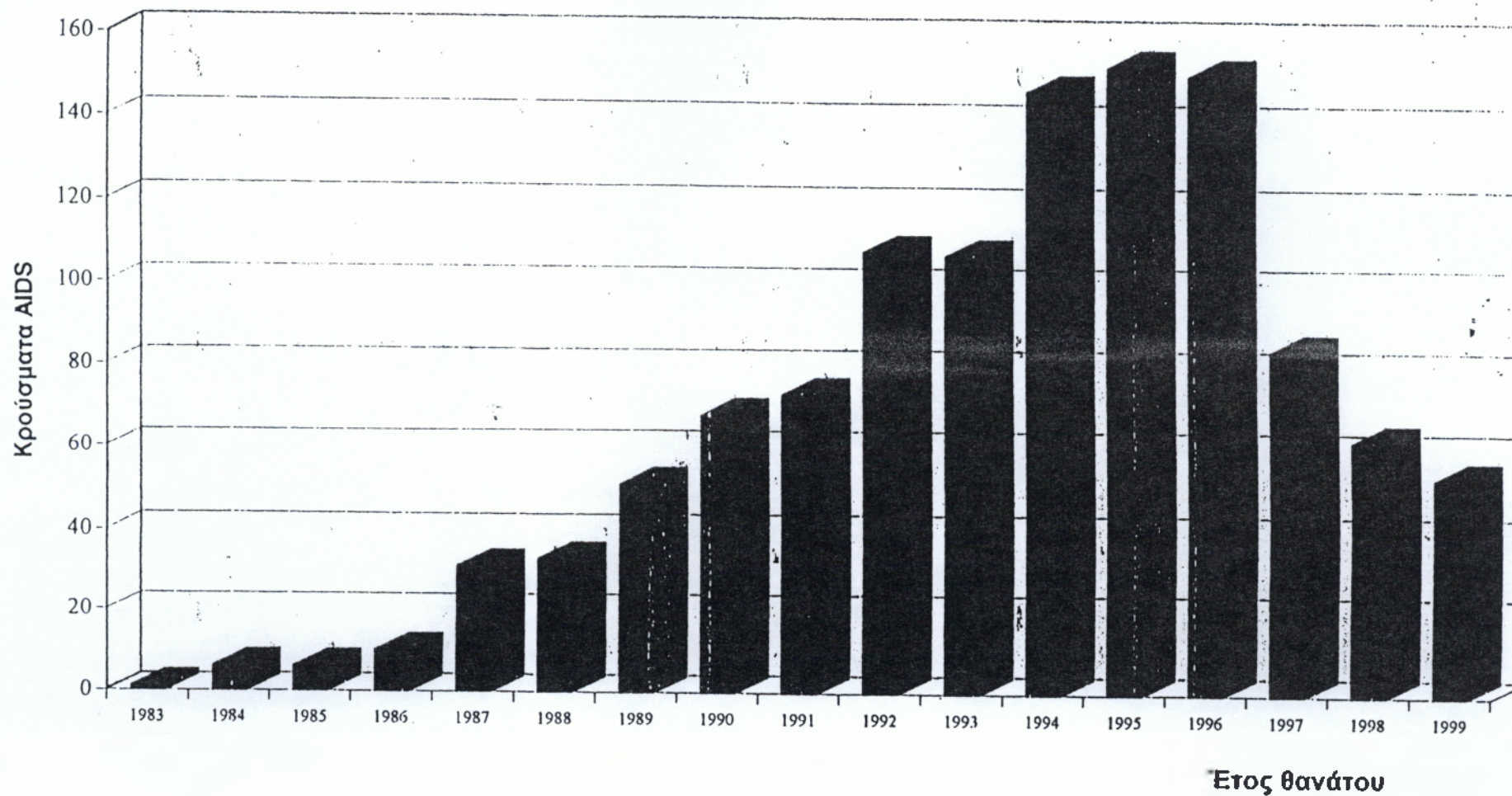
Υποκατηγορία ετεροφυλικής μετάδοσης	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total		Hetero. Exposure sub-category
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Καταγωγή από χώρα με συχνή ετεροφυλ. μετάδοση	188	(70,9)	86	(19,3)	274	(38,5)	Origin. country hetero. Transmission frequent
Ε.Σ.Ε.* με άτομο που κατάγεται από χώρα με συχνή ετεροφυλ. Μετάδοση	15	(5,7)	14	(3,1)	29	(4,1)	Sex with a person origin. from country f Transmission frequent
Ε.Σ.Ε.* με χρήστη ενδοφλέβιων ναρκωτικών	15	(5,7)	32	(7,2)	47	(6,6)	Sex with an injecting drug user
Ε.Σ.Ε.* με αμφιφυλόφιλο άνδρα (μόνο για γυναίκες)		(0,0)	70	(15,7)	70	(9,8)	Sex with a bisexual male (only for women)
Ε.Σ.Ε.* με άτομο πολυμεταγγιζόμενο με παράγωγα αίματος ή με άτομο που μολύνθηκε μετά μετάγγιση	6	(2,3)	21	(4,7)	27	(3,8)	Sex with a haemophiliac person Or a transfusion recipient
Ε.Σ.Ε.* με HIV+ άτομο ακαθόριστης πηγής μόλυνσης	41	(15,5)	159	(35,7)	200	(28,1)	Sex with HIV+ person, mode of infection known
Ε.Σ.Ε.* με πολλαπλούς συντρόφους (μόνο για γυναίκες)		(0,0)	64	(14,3)	64	(9,0)	Sex with multiple partners (only for women)
Σύνολο - Total	265	(100,0)	446	(100,0)	711	(100,0)	

* Ετεροφυλοφιλική Σεξουαλική Επαφή

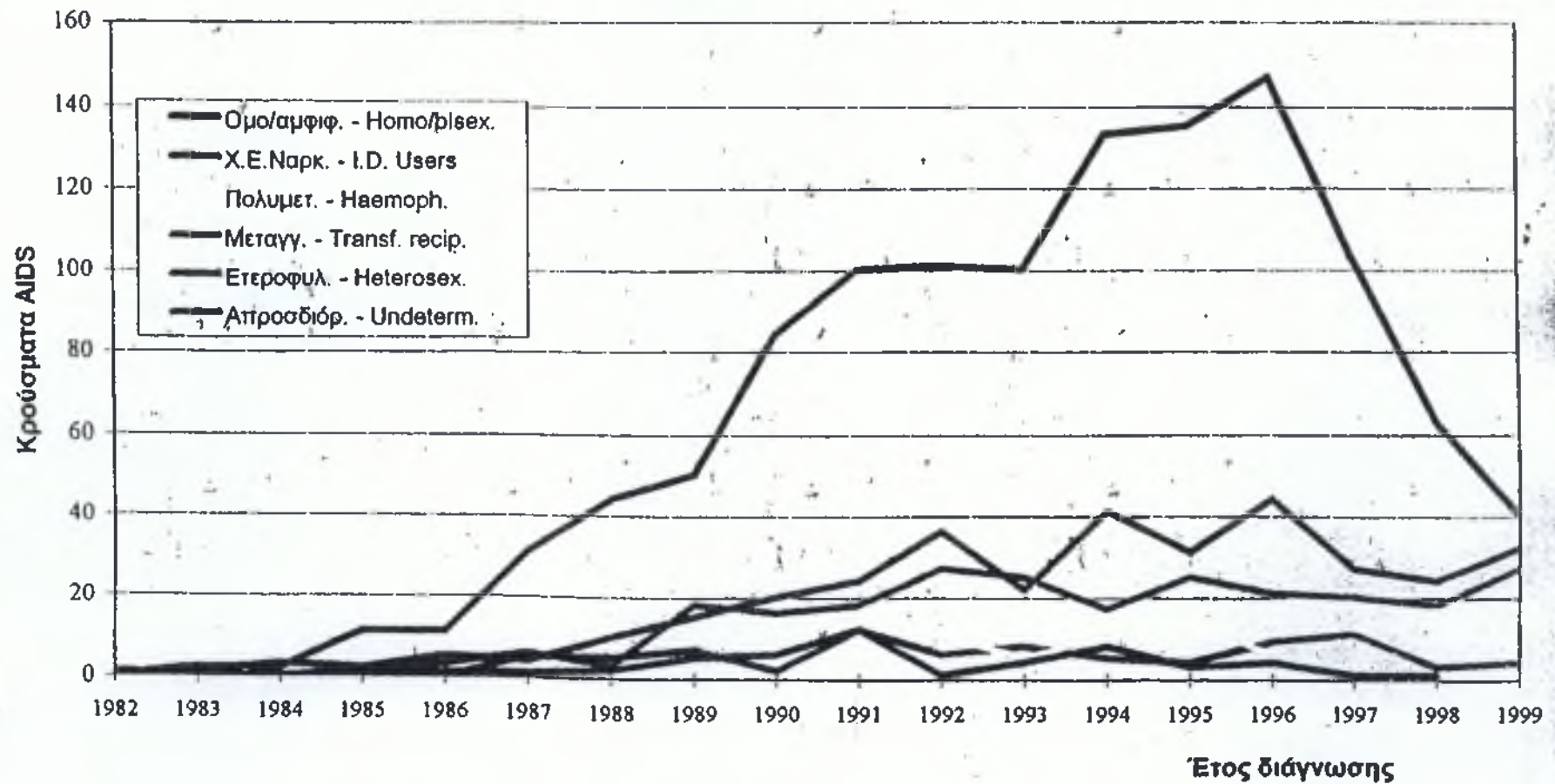
Σχήμα 1: Δηλωθέντα κρούσματα AIDS κατά έτος διάγνωσης στην Ελλάδα έως 31-12-1999 συνεκτιμώντας τις καθυστερήσεις στη δήλωση.



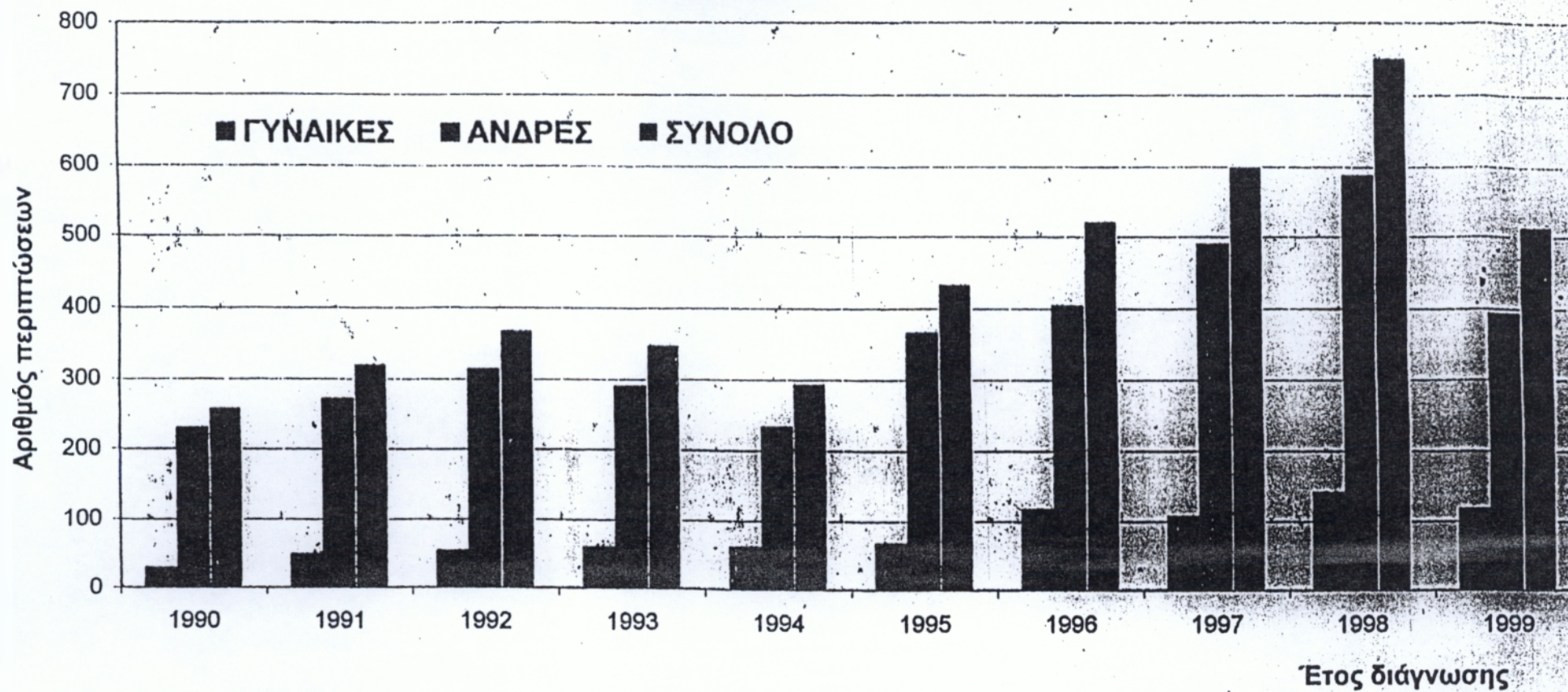
Σχήμα 2: Δηλωθέντες θάνατοι από AIDS κατά έτος θανάτου στην Ελλάδα έως 31-12-1999



Σχήμα 3: Δηλωθέντα κρούσματα εφήβων/ενηλίκων με AIDS κατά έτος διάγνωσης και κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα έως 31-12-1999 συνεκτιμώντας τις καθυστερήσεις στη δήλωση.

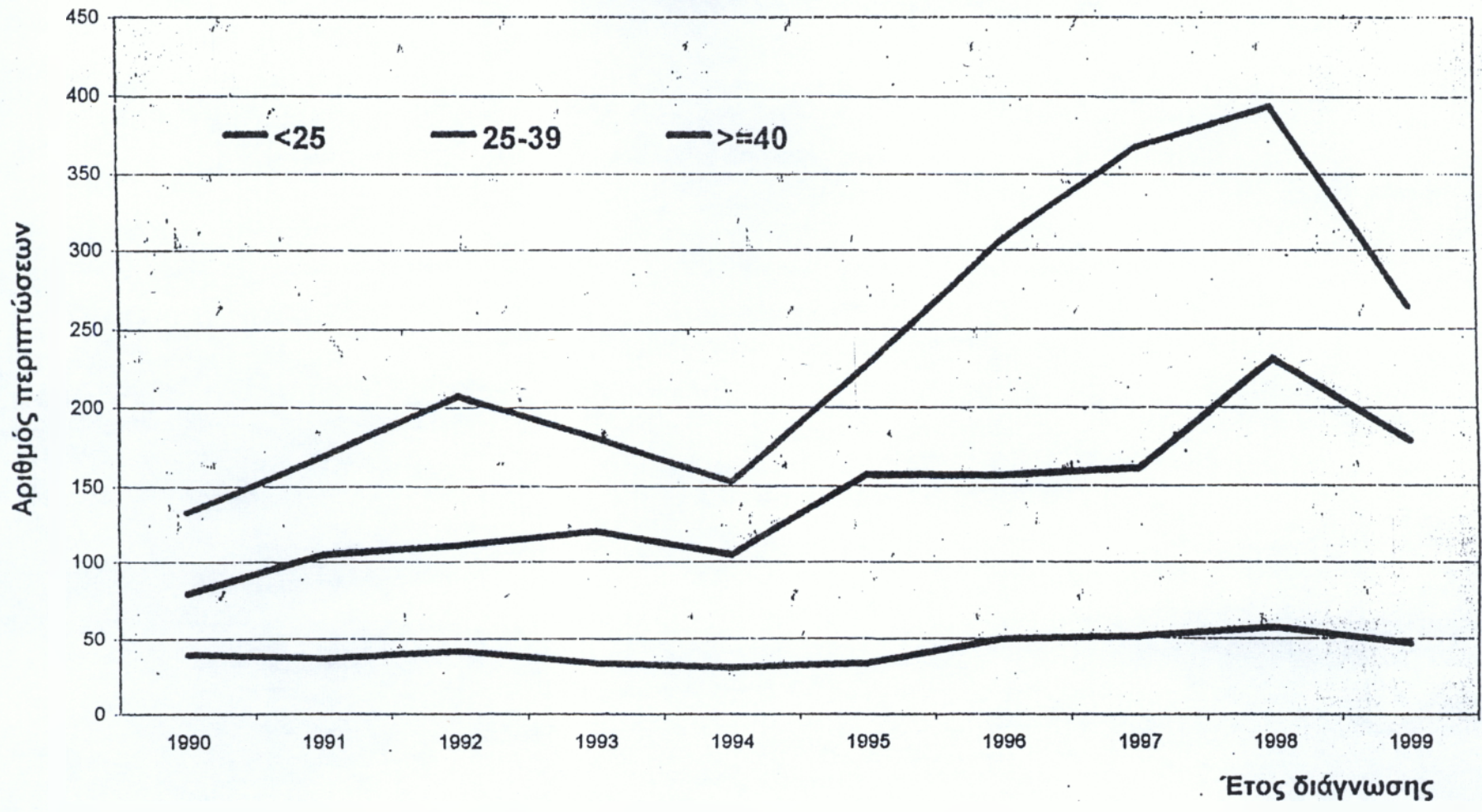


Σχήμα 4: Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα ανά έτος "διάγνωσης" συνολικά και κατά φύλο στην Ελλάδα έως 31-12-1999

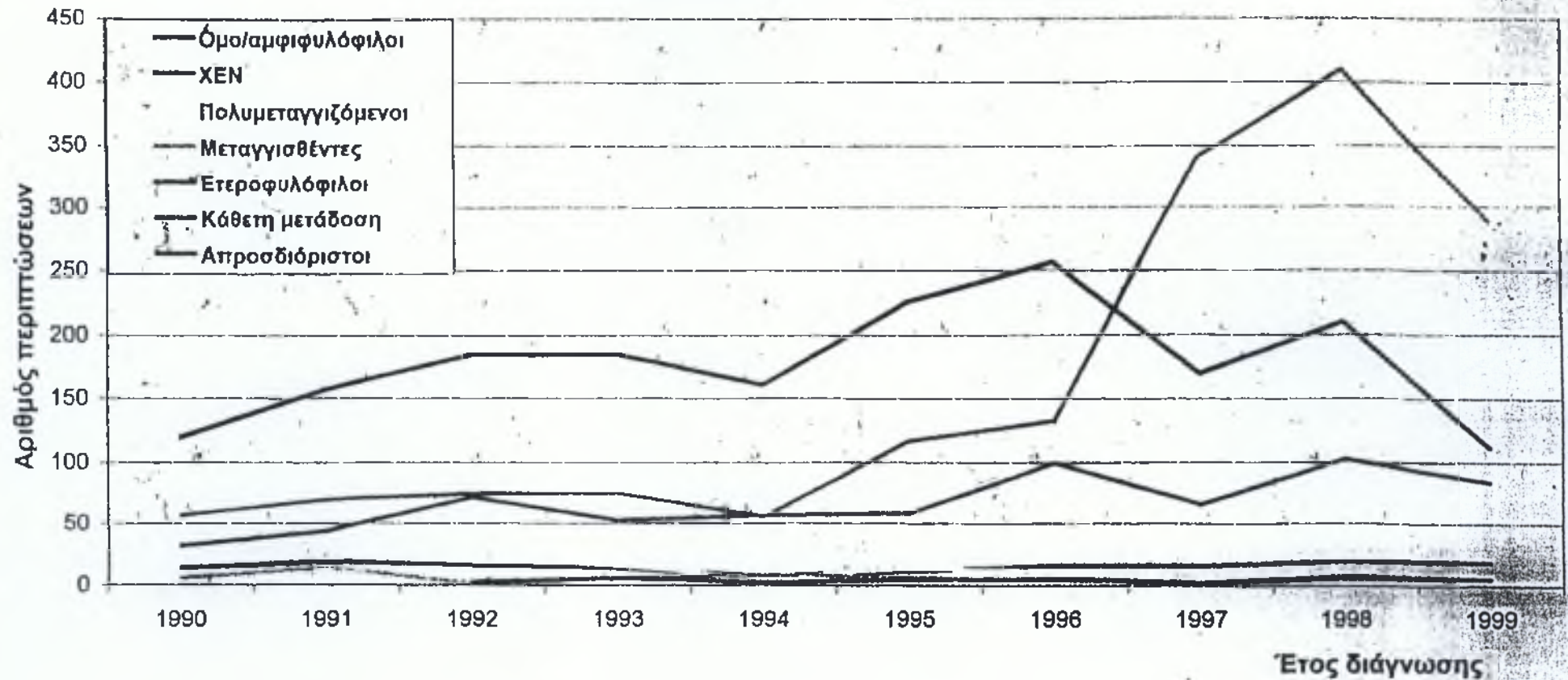


Σημ.: Η μείωση που παρατηρείται το 1999 οφείλεται κυρίως στις καθυστερήσεις στη δήλωση που δεν έχουν ληφθεί υπόψη στα σχήματα 4, 5 και 6.

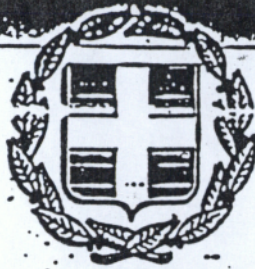
Σχήμα 5: Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα ανά έτος "διάγνωσης" και ηλικιακή ομάδα στην Ελλάδα έως 31-12-1999



Σχήμα 6: Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα ανά έτος "διάγνωσης" και κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα έως 31-12-1999



Σημ.: Η ομάδα των "Απροσδιοριστών" παρουσιάζει μεγάλη αύξηση από το 1996 και μετά εξαιτίας του ότι η ταυτοποίηση της κατηγορίας μετάδοσης έχει μεγάλη καθυστέρηση.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 24 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1992	ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 179
----------------------------	--------------	-----------------------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

- 1. Προλόγιο και αναλυτικό πρόγραμμα Α^α και Β^α τάξεων της ημερήσιας Αβελωφείου Τεχνικής - Επαγγελματικής Σχολής Λάρισας Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με ειδικότητα Τεχνικών Αγροτικών Μηχανημάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Τεχνικής
- 2. Οργάνωση Αγωγής και Αρμοδιότητες του Κέντρου ΕΙΕ του Ειδικών Λομώσεων (Α.Ε.Ε.Λ.)
- 3. Σύσταση στο Παιδαγωγικό Σύμμα μουσικής κλάσης και άλλες διατάξεις

#

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 358 / 92 (2)
Οργάνωση - Λειτουργία - Αρμοδιότητες του Κέντρου Ελέγχου Εθνικών
Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.)

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 26 του Νόμου 2071/1992 περί Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης του Συστήματος Υγείας (ΦΕΚ 123 τ.Α'/92).
2. Το άρθρο 29Α του Ν. 1558/1985, όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/1992, με το οποίο καθορίζεται έλεγχος των δαπανών που προκαλούν οι κανονιστικές διοικητικές πράξεις (ΦΕΚ 154 τ.Α'/1992).
3. Την Υ. 1847/1078399/1182/001/14.8.1992 απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών ενάπιση αρμοδιοτήτων Υπουργού Οικονομικών στους Υφυπουργούς Οικονομικών (ΦΕΚ 525 τ.Β'/92).
4. Την αριθ. Υ. 1687/17.2.92 Κοινή Απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας ενάπιση αρμοδιοτήτων του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας στον Υφυπουργό Κ. Δούση (ΦΕΚ 104 τ.Β'/92).
5. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις του κερθέντος Π.Δ./τος, ως προκύπτει και από την υπ' αριθ. 1066/2.11.92 βεβαίωση της Δ/νσης Οικονομικού του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού, η οποία υκολογείται σε ετήσια βάση σε δρχ. 154.000.000. Για το έτος

δαπάνη θα περιοριστεί σε δρχ. 25.000.000 περίπου και θα κα-
πό πιστώσεις Φ.200 και Κ.Α.5239.

ς αριθ. 498/92 και 515/92 Γνωμ. του Συμβουλίου της Επι-
ς, με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως,
Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και των Υφυπουργών
ς Οικονομίας και Οικονομικών, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Έδρα - Σκοπός

Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.), που ιδρύθηκε
άρθρο 26 του Ν. 2071/92 (Α' 123/92) ως Νοσημικό Πρόσωπο
του Δικαίου, με έδρα την Αθήνα, έχει ως σκοπό την αντιμετώπιση
ρακολούθηση, συντονισμό και υποβοήθηση των ενεργειών για
όληψη της εξάκλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και τη
νική αντιμετώπιση αυτών.

Άρθρο 2

Ειδικά Μεταδοτικά Νοσήματα

ς κύρια, ειδικά μεταδοτικά νοσήματα χαρακτηρίζονται:

Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS),
Γα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και
λ υγιείς ηπατίτιδες.

Το Κ.Ε.Ε.Λ. μπορεί να επεκτείνει τη δραστηριότητά του στην
τώπιση και άλλων ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων, πλην των
ρομένων στην παρατρ. 1 του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 3

Αντικείμενο - Αρμοδιότητες

Το Κ.Ε.Ε.Λ. εισηγείται προς τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και
ικών Ασφαλίσεων της διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής, προς
τώπιση των ειδικών λοιμώξεων.

Έχει την ευθύνη για την επαγρύπνηση και παρακολούθηση της
ς των ειδικών αυτών λοιμώξεων, συλλέγοντας και αξιολογώ-
πιδημιολογικά στοιχεία, λαμβάνει δε κάθε απαραίτητο μέτρο για
πό αυτό.

Καταρτίζει προγράμματα για την ενημέρωση, πρόληψη, περι-
η, νοσηλεία και την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη φορέων
θενών.

Μπορεί να διεξάγει οποιαδήποτε ερευνητική εργασία, προς εκ-
ση του σκοπού του, με κριτήρια την προστασία και προαγωγή
ημόσιας υγείας.

Εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών
λίων τη χρηματοδότηση σχετικών ερευνητικών προγραμμά-

Συνεργάζεται με τις κρατικές υπηρεσίες, ερευνητικά ιδρύματα και
ομούς της ημεδαπής και αλλοδαπής, που έχουν δραστηριότητες
ιες προς αυτές του κέντρου.

Οργανώνει συνέδρια, διαλέξεις, ανακοινώσεις και κάθε είδους επι-
ική και ενημερωτική δραστηριότητα σχετική με το αντικείμενο

Γνωμοδοτεί επί ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας, που αναφέ-
ο στο αντικείμενό του.

Ενημερώνει τον πληθυσμό και ιδίως τις ομάδες υψηλού κινδύνου,
ίθε πρόσφορο μέσο.

1. Συμβάλλει στη δημιουργία ή δημιουργεί αυτοδύναμα κέντρα
ας, πληροφόρησης και ψυχολογικής υποστήριξης σε διάφορα ση-
της επικράτειας.

2. Εισηγείται προς το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνι-
Ασφαλίσεων την παροχή υποτροφιών για μεταπτυχιακή ιατρικού
λλου προσωπικού, επί εσωτερικό ή εξωτερικό, σε θέματα σχετικά
ν αντικείμενο του Κ.Ε.Ε.Λ.

3. Συνεργάζεται με κάθε τρόπο για την ομαλή λειτουργία των νοση-
κών μονάδων, των κέντρων ελέγχου και κέντρων αναφοράς, κα-
και των τμημάτων ειδικών λοιμώξεων.

Άρθρο 4

Σύνθεση - Αρμοδιότητες Διοικητικού Συμβουλίου

Το Κ.Ε.Ε.Λ. διοικείται από 9 μέλη Διοικητικό Συμβούλιο, το

οποίο συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και
Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με Ζητή Θητρία και αποστέλλεται από:

α. Έξι (6) επιστήμονες της Ιατρικής γνωσμένου κύρους με εμπειρία
στην αντιμετώπιση των ειδικών αυτών νοσημάτων ή άλλα εξίχοντα
πρόσωπα, που έχουν κοινωνική, νομική ή άλλη γνώση του αντικείμ-
νου.

β. Έναν (1) εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοι-
νωνικών Ασφαλίσεων.

γ. Έναν (1) εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδας.

δ. Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, που
προτείνεται από αυτόν.

Με την ίδια απόφαση, ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών
Ασφαλίσεων ορίζει τον Πρόεδρο και τον Αντιπρόεδρο του Διοικητικού
Συμβουλίου. Για κάθε τακτικό μέλος ορίζεται και ένα αναπληρωμα-
τικό.

2. Ειδικότερα, το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ.:

α. Χαράσσει την επιστημονική δραστηριότητα του κέντρου.

β. Αποφασίζει για κάθε θέμα που αφορά στη διοίκηση και διαχείριση
της περιουσίας, των πόρων και των δαπανών του νομικού προσώπου,
στη δραστηριότητά του και στην εν γένει λήψη αποφάσεων και μέτρων,
για την εκπλήρωση του σκοπού και του αντικειμένου του.

γ. Προβαίνει στη σύσταση επιστημονικών επιτροπών.

δ. Συντάσσει και τροποποιεί τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας
του Κ.Ε.Ε.Λ.

ε. Εγκρίνει τον προϋπολογισμό και τον απολογισμό και καταθέτει τις
πιστώσεις του.

3. Τα μέλη του Δ.Σ. μπορεί να συμμετέχουν στις επιστημονικές επι-
τροπές.

4. Το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. συνεδριάζει με πρόσκληση του προέδρου
του, τακτικάς μεν μία φορά το μήνα, εκτάκτως δε όσες φορές κριθεί
αναγκαίο από τον Πρόεδρο ή τέσσερα μέλη του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ., όταν
αυτά ζητήσουν εγγράφως τη σύγκληση του Δ.Σ. από τον Πρόεδρο.

5. Το Δ.Σ. βρίσκεται σε απαρτία, όταν είναι παρόντα κίντι (5) τουλά-
χιστον από τα μέλη του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με απόλυτη πλειο-
ψηφία των παρόντων, σε περίπτωση δε ισοψηφίας, υπερψηφίει η φήφος
του Προέδρου. Κατά τις συνεδριάσεις κρατούνται πρακτικά, τα οποία
υπογράφονται από όλα τα παρισταμένα μέλη, με μνεία των τυχόν μειο-
ψηφιών, καθώς και της αιτιολόγησής αυτών.

Σε περίπτωση κωλύματος ή απουσίας του Προέδρου, ανακαθιστά
αυτόν ο Αντιπρόεδρος.

6. Χρήη εισηγητή προς το Δ.Σ. εκτελεί ο Πρόεδρος ή ο Αντιπρόεδρος
ή άλλο μέλος το οποίο ορίζεται από τον Πρόεδρο.

7. Στα μέλη του Δ.Σ. του κέντρου καταβάλλεται αποζημίωση κατά
συνεδρίαση, που καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας,
Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών.

Άρθρο 5

Αρμοδιότητες Προέδρου του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ.

1. Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. έχει τις εξής αρμοδιότητες:

α. Συγκαλεί το Δ.Σ., προεδρεύει αυτού και μεριμνά για την εφαρμογή
των αποφάσεών του.

β. Προάσσει τη διοικητικώς όλων των υπηρεσιών και λοικών οργανι-
κών μονάδων του κέντρου, για τη διεύθυνση, οργάνωση, συντονισμό και
καθοδήγηση του εκτελουμένου έργου.

γ. Υπογράφει τις σχετικές συμβάσεις εργασίας ή έργου των προλαμ-
βανομένων με αποφάσεις του Δ.Σ.

δ. Κατανέμει το πάσης φύσεως προσωπικό του κέντρου, κατόπι
αποφάσεων του Δ.Σ.

ε. Δύναιται να παρίσταται στις συνεδριάσεις των επιστημονικών επι-
τροπών.

στ. Υπογράφει τις σχετικές συμβάσεις, αναλύσεις, εκτελέσεις ερευνη-
τικών έργων ή ετέρων έργων για λογαριασμό τρίτων, σύμφωνα με σχε-
τικές αποφάσεις του Δ.Σ.

ζ. Εκπροσωπεί το κέντρο δικαστικώς και εξωδικαστικώς ενώπιον κάθε αρ-
χής και ιδιωτών.

η. Εγκρίνει τις πάσης φύσεως δαπάνες, μετά από απόφαση του Δ.Σ.

θ. Αποφασίζει για τις πάσης φύσεως υπηρεσιακές μεταβολές του προ-
σωπικού του κέντρου και εγκρίνει μετακινήσεις αυτού για εκτέλεση υπη-
ρεσίας στο εσωτερικό και εξωτερικό, μετά από απόφαση του Δ.Σ. Την
μισήτηση μπορεί να κάνει ο ίδιος ή ο Διευθυντής.

Πρόεδρος με απόφαση του μπορεί να εκχωρήσει μέρος των από ακαιμένων αρμοδιοτήτων στον αντιπρόεδρο ή στο διευθυντή του

Άρθρο 6

Πόροι του Κ.Ε.Ε.Α.

α) για την κάλυψη δαπανών λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Α. είναι: σχετική επιχορήγηση από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και από τον προϋπολογισμό των δημοσίων επενδύσεων.

β) ενοίκια, κληροδοτήματα και κάθε άλλη επιχορήγηση από τρίτους, καθώς και από τυχόν παροχή υπηρεσιών.

Άρθρο 7

Εποπτεία - Διαχείριση - Διαχειριστικός Έλεγχος

Η εποπτεία λειτουργίας και διοικήσεως του Κ.Ε.Ε.Α. ασκείται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και εξαρτάται από τον Υπουργό Οικονομικών.

Η διοίκηση του Διοικητικού Συμβουλίου κατά το άρθρο 3 του πα-

ρόντος άρθρου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η άσκηση διαχειριστικού ελέγχου.

Γίνεται χρόνο γίνεται έλεγχος της οικονομικής διαχείρισης του Κ.Ε.Ε.Α. του προηγούμενου χρόνου από δύο Ορκωτούς Ελεγκτές, που ορίζονται από το Σώμα Ορκωτών Ελεγκτών μετά από αίτηση του Διοικητικού Συμβουλίου του Κ.Ε.Ε.Α. Η έκθεση του ελέγχου υποβάλλεται στον εποπτεύοντα Υπουργό σε ένα μήνα από την υποβολή της στο Κ.Ε.Ε.Α. Ο Υπουργός δύναται οποτεδήποτε να διατάξει τον έλεγχο οικονομικής διαχείρισης του Κ.Ε.Ε.Α. Οι δαπάνες διαχειρίσεως βαρύνονται στο Κ.Ε.Ε.Α.

Άρθρο 8

Επιστημονικές Επιτροπές Κ.Ε.Ε.Α.

Ο Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α. συγκροτεί επιστημονικές επιτροπές, οι οποίες μελετούν και μελετούν εξειδικευμένα επιστημονικά θέματα που αφορούν στην υγεία, πρόνοια και κοινωνικών ασφαλίσεων, όπως η πρόληψη, η αντιμετώπιση, η αποκατάσταση, η εκπαίδευση, η ψυχοκοινωνική προβλεπτικότητα, ηθικών, νομικών, οικονομικών ζητημάτων, καθώς και για άλλα θέματα που αφορούν στην υγεία, πρόνοια και κοινωνικών ασφαλίσεων.

Οι επιστημονικές επιτροπές εφευργάζονται θέματα υγείας, πρωτοβάθμιας φροντίδας και νοσηλείας, έρευνας, εκπαίδευσης, ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, ηθικών, νομικών, οικονομικών ζητημάτων, καθώς και για άλλα θέματα που αφορούν στην υγεία, πρόνοια και κοινωνικών ασφαλίσεων.

Άρθρο 9

Σύσταση Υπηρεσίας - Αρμοδιότητες

Ο Κ.Ε.Ε.Α. συνιστάται υπηρεσία Διοικητικής και Επιστημονικής φύσεως.

Οι αρμοδιότητες της Υπηρεσίας είναι η παροχή της αναγκαίας Διοικητικής και Επιστημονικής υποστήριξης απαραίτητης για την ακρόαση-αποδοτική λειτουργία του Κ.Ε.Ε.Α., ο προγραμματισμός, η οργάνωση και η διαχείριση των οικονομικών πόρων και των υλικών του Κ.Ε.Ε.Α., ο χειρισμός όλων των θεμάτων υπηρεσιακής και γενικής κατάστασης του προσωπικού, η τήρηση γενικού Πρωτοκόλλου και αρχείου, ως και η διακίνηση της αλληλογραφίας.

Άρθρο 10

Προσωπικό

Η στελέχωση της Υπηρεσίας Διοικητικής και Επιστημονικής φύσεως συνιστάται με σύμβαση προσωπικού με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου, ορισμένου ή αορίστου χρόνου, μερικής ή πλήρους απασχόλησης σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις και διέπονται από τον κανονισμό του Κ.Ε.Ε.Α. Η σύμβαση του προσωπικού, που γίνεται για ορισμένο χρόνο, μπορεί να παραταίνεται για ίσο διάστημα, εφόσον κριθεί ότι εξεικλήρωσε επιτυχώς τα καθήκοντα και υπάρχουν σχετικές ανάγκες.

Οι (1) θέση ΠΕ Διευθυντού.

Οι διορισμοί ορίζεται πτυχίο Ιατρικής Σχολής και αρίστη

γνώση τουλάχιστον μιας ξένης γλώσσας κατά προτίμηση Αγγλικής.

β. Μία (1) θέση ΠΕ συντηρητή Ιατρού, ο οποίος θα γνωρίζει άριστα μια ξένη γλώσσα κατά προτίμηση την Αγγλική.

γ. Δύο (2) θέσεις ΠΕ Ιατρών ή Βιολόγων.

δ. Δύο (2) θέσεις ΠΕ Ψυχολόγων.

Προσόν διορισμού ορίζεται πτυχίο Ψυχολογίας ΑΕΙ της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο αλλοδαπής και άδεια άσκησης επαγγέλματος.

ε. Δύο (2) θέσεις ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας.

στ. Δύο (2) θέσεις ΤΕ Επισκεπτών Υγείας.

ζ. α) Μία (1) θέση ΤΕ Διοικητικού Λογιστηρίου.

β) Δύο (2) θέσεις ΔΕ Διοικητικού.

γ) Δύο (2) θέσεις ΔΕ Προσωπικού Η/Υ.

η. Μία θέση δημοσιογράφου για την κάλυψη των αναγκών του γραφείου Επικοινωνίας. Τύπου και Δημ. Σχέσεων.

Προσόν διορισμού ορίζεται πτυχίο ΠΕ ή Ανώτερη Σχολή ή Απολυτήριο Λυκείου και η ιδιότητά του, ως μέλος αναγνωρισμένης στην Ελλάδα Επαγγελματικής Δημοσιογραφικής Οργάνωσης ή διετής προϋπηρεσία σε ημερήσια Παλιτική ή Οικονομική Εφημερίδα ή σε Περιοδικό ευρείας κυκλοφορίας ή στην ραδιοφωνία ή τηλεόραση.

2. Προσόντα διορισμού στις ανωτέρω θέσεις, όπου δεν προβλέπονται, ορίζονται τα κατά περίπτωση ειδικότητας προβλεπόμενα από τις διατάξεις του Π.Δ. 172/1992 (Α' 81).

3. Η κλήρωση των πιο πάνω θέσεων γίνεται με απόφαση του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α. μετά από έγκριση αρμοδίου οργάνου, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά.

4. Κατά την πρώτη εφαρμογή στο Κ.Ε.Ε.Α. δύναται να αποσπάται προσωπικό που υπηρετεί στο Υπουργείο ή νομικά πρόσωπα αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από σχετική απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μέχρι την κλήρωση των θέσεων της παρ. 1 και πάντως όχι πέραν του αριθμού των θέσεων αυτών.

Άρθρο 11

Επιστημονικά αποτελέσματα - Προβολή αυτών

1. Επί των επιστημονικών αποτελεσμάτων και δραστηριοτήτων του Κ.Ε.Ε.Α., το Δ.Σ. αυτού ενημερώνει υποχρεωτικώς το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθώς και άλλους ενδιαφερόμενους κρατικούς και μη φορείς.

2. Με αποφάσεις του Δ.Σ. καθορίζεται ο τρόπος προβολής και δημοσιότητας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό των επιστημονικών δραστηριοτήτων του Κέντρου.

Άρθρο 12

Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας

1. Το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α. καταρτίζει, εντός 6μήνου από το διορισμό του, εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του κέντρου, ο οποίος εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 13

Ξενόγλωσσες Ονομασίες - Σήμα

Στην πρώτη συνεδρίαση του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α., ύστερα από εισήγηση του Προέδρου του, αποφασίζει τις ξενόγλωσσες ονομασίες του κέντρου στην αγγλική, γερμανική και γαλλική, τον τύπο της σφραγίδας του κέντρου και του σήματος του κέντρου, το οποίο υποχρεωτικώς θα υπάρχει στη σφραγίδα και στα πάσης φύσεως επιστολόχαρτα και φακέλλους που προέρχονται από το Κ.Ε.Ε.Α.

Άρθρο 14

Η ισχύς του παρόντος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

Στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ανατίθεται η δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος Διατάγματος.

Αθήνα, 13 Νοεμβρίου 1992

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ
ΣΩΤ. ΚΟΥΒΕΛΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
Κ. ΔΟΥΣΗΣ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΩΝ. ΓΙΑΤΡΑΚΟΣ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΠΡΟΝ. ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΕΩΡ. ΣΟΥΡΑΣ

(3)



Σελιδοποίηση - παραγωγή: **ΕΦΕΛΙΞΗ** - γραφικές τέχνες

Αριστοδύμου 74 - Καλαμάτα - ☎6.28.28