



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΣΕΒΑΣΤΗ ΜΩΡΑΪΤΗ

ΕΙΡΗΝΗ ΝΤΡΙΤΣΟΥ

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΣΤΑΥΡΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ : ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ, Επίκουρος Καθηγητής

Καλαμάτα 2007

Στους γονείς μας

*«Βαρύς ο κόσμος να τον ζήσεις
όμως λίγη περιφάνεια – τ' άξιζε»*

Σεφέρης

Ευχαριστίες

Η πτυχιακή αυτή ξεκίνησε 5 Οκτωβρίου 2006, σε συνέδριο του Σακχαρώδη Διαβήτη στο Βόλο και τελείωσε 26 Οκτωβρίου 2007 στο Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Καλαμάτας.

Κατά τη διαδικασία ολοκλήρωσης της εργασίας υπήρξαν αρκετές δύσκολες στιγμές, στις οποίες σημαντικό ρόλο έπαιξε η βοήθεια συγκεκριμένων προσώπων για τη συνέχισή της. Πρώτα από όλα θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας κ. Θεόδωρο Πισιμίση, Επίκουρο Καθηγητή, για τη συμπαράστασή του και τις γνώσεις που μας μετέδωσε.

Αποτελεί χρέος μας να ευχαριστήσουμε και να τιμήσουμε τη μνήμη της Προέδρου της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγου Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (Π.Ο.Σ.Σ.Α.ΣΔια), Αικατερίνη Κουλουρίδου, που τόσο γρήγορα και άδικα έφυγε από τη ζωή. Η συμβολή της στην εργασία μας ήταν καθοριστική, ο χαρακτήρας της και η προσωπικότητά της αποτελούσε για μας πρότυπο και παράδειγμα προς μίμηση. Η απώλειά της κατά τη διάρκεια της εργασίας, στοίχισε σε μας αλλά πολύ περισσότερο στους Έλληνες διαβητικούς.

Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε ολόκληρο το Συμβούλιο της Π.Ο.Σ.Σ.Α.ΣΔια και κυρίως τη Γενική Γραμματέα και φοιτήτρια της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Σταυρούλα Λόντου για την παροχή πολύτιμων πληροφοριών και για τη φιλία της. Επίσης ευχαριστούμε τον Κοινωνιολόγο κ. Γεώργιο Τσιούμπο για τη βοήθειά του στο Κοινωνικό Μέρος της εργασίας.

Ακόμη θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τη Γιατρό - Μικροβιολόγο κα. Ουρανία Παπακωνσταντίνου-Σπυράκου, Προϊσταμένη του Τμήματος Βιοϊατρικής των Εργαστηρίων του Ταμείου Προσωπικού της Αγροτικής Τράπεζας, που κατά τη διάρκεια της πρακτικής μας άσκησης ήταν δίπλα μας και μας βοήθησε στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

Σημαντική ήταν η βοήθεια της Γιατρού – Ενδοκρινολόγου του Αιγηνίτειου Νοσοκομείου, κα. Ελένη Λούκαρη, καθώς και του Ενδοκρινολόγου – Διαβητολόγου του παραρτήματος Νοσοκομείου «Παιδών Αγλαΐα Κυριακού», κ. Γεώργιο Δελή για την απαραίτητη βιβλιογραφία που μας παρέδωσαν.

Πολύτιμη ήταν η βοήθεια της Νοσηλεύτριας του Διαβητολογικού Ιατρείου στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, κα. Μαρία Θαλασσινού για την ελευθερία πρόσβασης στο Ιατρείο, προκειμένου να γίνει η απαραίτητη συλλογή πληροφοριών.

Επίσης ευχαριστούμε τη Γραμματέα της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρίας, κα. Μαρία Φιδέλη για την παραπομπή μας σε διάφορα αρχεία της εταιρίας. Ευχαριστούμε τη Διοικητική Υπάλληλο του Ι.Κ.Α. του Γκύζη κα. Μαρία Στρατοπούλου, για τη βοήθειά της στη διεξαγωγή της έρευνας των Ασφαλιστικών Ταμείων.

Τον φίλο και φοιτητή Ιατρικής Σχολής Αθηνών Ιωάννη Γαλανόπουλο, για τη συλλογή στοιχείων από τη βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» και όλους τους φίλους μας για την υπομονή και τη συμπαράστασή τους.

Τέλος, αλλά όχι λιγότερο, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους γονείς μας, Νικόλαο και Κωνσταντίνα Μωραΐτη, Σπυρίδων και Όλγα Ντρίτσου, Γεώργιο και Αθηνά Σταύρου διότι χωρίς αυτούς δεν θα είχαμε καταφέρει τίποτα μέχρι σήμερα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ΣΔ είναι μια χρόνια πάθηση που ταλαιπωρεί χιλιάδες κόσμο παγκοσμίως, και τα τελευταία χρόνια τείνει να γίνει από επιδημία πανδημία. Αυτό ταυτόχρονα ισοδυναμεί με μια ανεξέλεγκτη αύξηση του κόστους τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα συστήματα υγείας.

Στη χώρα μας συγκεκριμένα τα πράγματα είναι ακόμη πιο σοβαρά, διότι οι υπεύθυνοι δεν αναλαμβάνουν την απαραίτητη μέριμνα για να παρέχουν στους διαβητικούς ασθενείς τη σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση για την πρόληψη της ασθένειας τους καθώς και την αποφυγή των επιπλοκών της.

Επίσης δεν παρέχεται η ειδική περίθαλψη λόγω ανυπαρξίας διαβητολογικών κέντρων και διαβητολογικών ιατρείων ιδιαίτερα στην περιφέρεια που έχουν ιδρυθεί διαβητολογικές μονάδες δεν απαρτίζονται από κατάλληλο προσωπικό και εξοπλισμό με αποτέλεσμα να υπολειτουργούν.

Οι κρατικοί φορείς θα πρέπει να παρέχουν μέσω των ασφαλιστικών ταμείων καθολική κάλυψη για τα αναλώσιμα των διαβητικών ασθενών και η πρόνοια να συμβάλει στην εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων για την διευκόλυνση των πασχόντων.

Ειδικότερα ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι η εφαρμογή της Συντονισμένης Φροντίδα Υγείας δηλαδή ένα πρόγραμμα που ακολουθεί τα διεθνή πρότυπα και πλαισιώνεται από τον οικογενειακό γιατρό την οικογένεια του ασθενούς και επαγγελματίες υγείας.

Ο ΣΔ εκτός από οικονομικές έχει και πολλές κοινωνικές επιπτώσεις. Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του προβλήματος παίζει η οικογένεια με την αρωγή της στη ψυχολογική και οικονομική υποστήριξη του πάσχοντα. Το οικογενειακό περιβάλλον θα πρέπει να είναι συνεχές και επαρκώς ενημερωμένο για τις ανάγκες του ασθενούς και να του παρέχονται τα απαραίτητα για τη φροντίδα της ασθένειας του. Προς το σκοπό αυτό, βοηθάει η συνεργασία με τους ειδικούς της υγείας.

Ακόμα ο ασθενής αντιμετωπίζει προβλήματα και στον κοινωνικό περίγυρο, όπως η δυσκολία ένταξης στη Κοινωνία λόγω των προβλημάτων που επιφέρει η ασθένειά του.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Εισαγωγή</i>	<i>σελ. 1</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΑ	
<i>1.1 Ιστορική Αναδρομή</i>	<i>σελ. 2</i>
<i>1.2 Οι τύποι του Σακχαρώδη Διαβήτη</i>	<i>σελ. 5</i>
<i>1.3 Επιδημιολογία</i>	<i>σελ. 7</i>
<i>1.4 Οι Επιπλοκές της νόσου</i>	<i>σελ. 14</i>
<i>1.5 Η Αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη</i>	<i>σελ. 21</i>
<i>1.6 Η Πρόληψη του Σακχαρώδη Διαβήτη</i>	<i>σελ. 23</i>
<i>2. Το κόστος του Σακχαρώδη Διαβήτη</i>	<i>σελ. 27</i>
<i>2.2 Κόστος Φροντίδας</i>	<i>σελ. 29</i>
<i>2.3 Κόστος του ΣΔ τύπου 2 στην Ευρώπη</i>	<i>σελ. 30</i>
<i>2.4 Κόστος του ΣΔ στις ΗΠΑ το 2002 (IDF)</i>	<i>σελ. 34</i>
<i>2.5 Έρευνα για το κόστος εξόδων των διαβητικών ασθενών στην Ελλάδα</i>	<i>σελ. 39</i>
<i>3. Σακχαρώδης Διαβήτης και Εθνικό Σύστημα Υγείας</i>	<i>σελ. 48</i>
<i>3.1 Διαβητολογικά Κέντρα και Ιατρεία</i>	<i>σελ. 48</i>

<i>3.2 Διαβήτης και Κοινωνική Ασφάλιση</i>	<i>σελ. 52</i>
<i>3.2.1 Σακχαρώδης Διαβήτης και Κοινωνική ασφάλιση</i>	<i>σελ. 52</i>
<i>3.2.2 Το ασφαλιστικό καθεστώς που ισχύει για τα άτομα με ΙΕΣΔ</i>	<i>σελ. 54</i>
<i>4. Σακχαρώδης Διαβήτης και Ποιότητα ζωής</i>	<i>σελ. 63</i>
<i>5. Κοινωνικές Επιπτώσεις</i>	<i>σελ. 73</i>
<i>5.1 Απασχόληση και Ασφάλιση</i>	<i>σελ. 74</i>
<i>5.2 Οικογένεια και Σακχαρώδης Διαβήτης</i>	<i>σελ. 75</i>
<i>5.3 Σακχαρώδης Διαβήτης στην Τρίτη Ηλικία</i>	<i>σελ. 79</i>
<i>5.4 Στρες και Σακχαρώδης Διαβήτης</i>	<i>σελ. 80</i>
<i>5.5 Κατάθλιψη και Σακχαρώδης Διαβήτης</i>	<i>σελ. 81</i>
<i>5.6 Σακχαρώδης Διαβήτης και Σεξουαλική ζωή</i>	<i>σελ. 83</i>
<i>5.7 Σακχαρώδης Διαβήτης και Εργασία</i>	<i>σελ. 84</i>
<i>5.7.1 Σύνδρομο Εργασιακής Εξάντλησης και Σακχαρώδης Διαβήτης</i>	<i>σελ. 86</i>
<i>5.8 Διαβητικοί Ασθενείς και η Οργανωμένη Κοινωνία(Κράτος)</i>	<i>σελ. 88</i>
<i>6. Συμπεράσματα</i>	<i>σελ. 91</i>
<i>6.1 Συντονισμένη Φροντίδα Υγείας</i>	<i>σελ. 95</i>
<i>Επίλογος</i>	<i>σελ. 96</i>

Παραρτήματα

σελ. 97

Βιβλιογραφία

σελ. 110

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ADDQoL – Audit of Diabetes – Dependent Quality of Life

ADS – Appraisal of Diabetes Scale

CDC – Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψη Νοσημάτων

D-39 – Diabetes 39

DHP – Diabetes Health Profile

DQDL - Diabetes Quality of Life Measure

DQLCTQ – Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnaire

DQoL - Diabetes Quality of Life Measure

IDDM - Ινσουλινοεξαρτώμενος Σακχαρώδης Διαβήτης

IDF – International Diabetes Federation

IWGDF – Διεθνή Ομάδα Εργασίας για το Διαβητικό Πόδι

JDRF – Διεθνές Ίδρυμα Μελέτης για τον Νεανικό Διαβήτη

MODY – Maturity onset Diabetes of the Young

NIDDM –Μη Ινσουλινοεξαρτώμενος Σακχαρώδης Διαβήτης

QoWS – Quality of Well Being Scale

SF 12 – Soft Form 12

SF 36 – Soft Form 36

WHO – World Health Organization

AMEA – Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες

ΔΑ – Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια

ΔΠΝ – Διαβητικής Περιφερικής Νευροπάθειας

ΙΕΣΔ – Ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ

ΙΚΑ – Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΚΑΠΗ – Κέντρο Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων

ΛΑΕΚ – Λογαριασμός Απασχόλησης Και Επαγγελματικής Κατάρτισης

ΟΑΕΕ – Οργανισμός Ασφαλίσεων Ελευθέρων Επαγγελματιών

ΟΓΑ – Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

ΠΑΔΝΠ – Περιφερική Διαβητική Νευροπάθεια

ΠΝΣ – Περιφερικό Νευρικό Σύστημα

ΠΟΥ – Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ – Παγκόσμια Φροντίδα Υγείας

ΣΔ – Σακχαρώδης Διαβήτης

ΤΑΕ – Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων

ΧΔΕ – Χρόνιες Διαβητικές Επιπλοκές

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τι είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο ΣΔ είναι μια χρόνια πάθηση στην οποία το σώμα δεν παράγει ινσουλίνη, δηλ. την απαραίτητη ορμόνη από το πάγκρεας, ή δεν την χρησιμοποιεί σωστά. Κατά συνέπεια, η γλυκόζη ή το σάκχαρο του αίματος δεν μεταφέρεται στα κύτταρα για να χρησιμοποιηθεί φυσιολογικά ως καύσιμο, αλλά στην κυκλοφορία του αίματος. Έτσι, δημιουργούνται υψηλά επίπεδα σακχάρου, που μπορεί να βλάψουν ζωτικά όργανα του ανθρώπου όπως τα νεφρά, τα μάτια και τα αιμοφόρα αγγεία.

Το σώμα μας χρησιμοποιεί τις θρεπτικές ουσίες που προσλαμβάνουμε με την τροφή για να παράγει γλυκόζη που χρησιμεύει σαν καύσιμο στον οργανισμό.

Η ινσουλίνη, μια ορμόνη που παράγει το πάγκρεας, βοηθά τα διάφορα κύτταρα του οργανισμού αρχικά να προσλάβουν την γλυκόζη που κυκλοφορεί στο αίμα και στη συνέχεια να την χρησιμοποιήσουν για να παραχθεί ενέργεια. Όταν η λειτουργία αυτή γίνεται φυσιολογικά αφενός το σάκχαρο του αίματος, δηλαδή η γλυκόζη, μειώνεται παραμένοντας σε φυσιολογικά επίπεδα και αφετέρου ο οργανισμός εξασφαλίζει την ενέργεια που χρειάζεται για τις καθημερινές μας ανάγκες.

Πώς δρα η ινσουλίνη στον οργανισμό

Κατά την πέψη της τροφής στο πεπτικό σωλήνα (στομάχι, έντερο) οι υδατάνθρακες που περιέχονται σ' αυτή (άμυλο, κλπ) διασπώνται σε γλυκόζη απορροφούνται και εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος. Για να χρησιμοποιηθεί όμως από τα κύτταρα του σώματος και να παραχθεί ενέργεια, η γλυκόζη πρέπει πρώτα να εγκαταλείψει την κυκλοφορία και να εισέλθει στα διάφορα κύτταρα. Όταν υπάρχει αρκετή ινσουλίνη στο αίμα και στην εξωτερική επιφάνεια των κυττάρων, λειτουργεί σαν κλειδί που ανοίγει την πόρτα για να εισέλθει η γλυκόζη από τις ειδικές διόδους στο κύτταρο και έτσι το σάκχαρο του αίματος μειώνεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Η ιστορία του ΣΔ

Ο ΣΔ αποτελεί ιατρικό πρόβλημα περίπου εδώ και 3.500 χρόνια. Η ιστορία του ΣΔ θα μπορούσε να χωριστεί σε τέσσερις μεγάλες εποχές ή περιόδους (Bliss M., 1982).

Σαν πρώτη εποχή θα μπορούσε να θεωρηθεί η «Η Εποχή της Κλινικής Αναγνώρισης» του ΣΔ, δηλαδή την αναγνώριση της πολυουρίας ως σύμπτωμα της νόσου. Η δεύτερη εποχή συνδυάζεται με τη «Βιοχημική Αναγνώριση» της νόσου, δηλαδή τη διαπίστωση πρώτα της σακχαρουρίας και ύστερα της υπεργλυκαιμίας. Η Τρίτη εποχή ταυτίζεται με την «Ανακάλυψη της Ινσουλίνης» και θα μπορούσε να ονομαστεί και «Ηρωική Εποχή», διότι με την ανακάλυψή της έγιναν τα πρώτα βήματα για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του ΣΔ. Η τέταρτη είναι η «Εξέλιξη των σκευασμάτων ινσουλίνης», δηλαδή η ανακάλυψη των υπεργλυκαιμικών δισκίων.

Εποχή Πρώτη: «Εποχή της Κλινικής Αναγνώρισης του ΣΔ»

Ο πρώτος που ονομάζει τη νόσο «Σακχαρώδη Διαβήτη» είναι ο μεγάλος Έλληνας γιατρός της Αρχαιότητας Αρεταίος (Papaspyros, 1964). Ο Αρεταίος δίνει στη νοσηρή αυτή κατάσταση το όνομα «Σακχαρώδη» από το ρήμα «διαβαίνω». Έτσι, με τον όρο αυτό ο Αρεταίος αναφέρεται σε ένα από τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου, δηλ. την πολυουρία, ο όρος «Διαβήτης» σημαίνει πως το νερό, που ακατάπαυτα πίνει ο άρρωστος για να κατασιγάσει το έντονο αίσθημα της δίψας που έχει, «διαβαίνει», σαν μέσα από ένα σιφόνιο. Η περιγραφή του Διαβήτη από τον Αρεταίο είναι αληθινά αξιοθαύμαστη και δίνει τα κυριότερα κλινικά σημεία της νόσου.

Εποχή Δεύτερη: «Εποχή της Βιοχημικής Αναγνώρισης του ΣΔ»

Ο Άγγλος γιατρός Thomas Willis (Bliss M.1971) ανακαλύπτει ότι τα διαβητικά ούρα είναι σε μεγάλο βαθμό γλυκά και έτσι προσθέτει το όνομα «Σακχαρώδης» στο Διαβήτη (Diabetes Mellitus) και περιλαμβάνει την «εξέταση – γεύση» των ούρων ως μέρος του ποιοτικού προσδιορισμού τους. Ο Bernard καθόρισε το επίπεδο απέκκρισης της γλυκόζης από τα νεφρά αποδεικνύοντας έτσι ότι η γλυκόζη απεκκρίνεται στα ούρα, όταν η συγκέντρωσή της στο αίμα είναι σε υψηλά επίπεδα.

Εποχή Τρίτη: Εποχή Ανακάλυψης της Ινσουλίνης

Η ιστορία της ανακάλυψης της ινσουλίνης είναι μία ακόμη επανάληψη της ίδιας περιπέτειας που χαρακτηρίζει όλες σχεδόν τις μεγάλες ιατρικές ανακαλύψεις. Παραθέτουμε τα πιο σημαντικά γεγονότα της διαδρομής αυτής που κατέληξε στο μεγάλο ιστορικό σταθμό της ανακάλυψης της ινσουλίνης και στη θεραπευτική αντιμετώπιση του ΣΔ.(Στεφανοπούλου – Παπαδοπούλου Α., 1995)

Από τα τέλη του 18^{ου} αιώνα είχαν αρχίσει να εμφανίζονται κάποιες ενδείξεις ότι ενδεχομένως το πάγκρεας να έχει κάποια σχέση με το ΣΔ. Το 1889 θεωρείται χρονικά, ένας από τους μεγαλύτερους σταθμούς στην ιστορία του ΣΔ. Την χρονιά αυτή στο Στρασβούργο της Γαλλίας δύο γιατροί ο Oscar Minkowski (1858 -1931) και ο Joseph von Mering (1849 - 1908) κατάφεραν να προκαλέσουν την τυπική κλινική εικόνα του ΣΔ όπως παρουσιάζεται στον άνθρωπο αφαιρώντας το πάγκρεας από ένα σκύλο.

Η αποφασιστική καμπή για την αντιμετώπιση του ΣΔ έγινε τις πρώτες μέρες του 1922, όταν οι Καναδοί Frederick Banting και Charles Best χρησιμοποίησαν ένα εκχύλισμά τους την ινσουλίνη, στον Leonard Thomson, ένα διαβητικό παιδί 14 χρόνων και με την ένεση της ινσουλίνης κατάφεραν να ανατρέψουν την μέχρι τότε θανατηφόρα εξέλιξη της ασθένειάς του. Από εκείνη τη μέρα αρχίζει η εποχή της ινσουλίνης. Μέσα σε δύο χρόνια από την ανακάλυψη της ινσουλίνης, ο ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ, έπαψε να είναι η χωρίς εξαίρεση θανατηφόρος νόσος. (Bliss M. 1982)



Εικόνα 1.5: Frederick Banting και Charles Best

Εποχή Τέταρτη: Η εξέλιξη των σκευασμάτων ινσουλίνης

Μετά την ανακάλυψη της ινσουλίνης, η εξέλιξή της προχώρησε με σχετικά γρήγορα βήματα. Στα 1935, ο H.C. Hagedorn, στο Νοσοκομείο Steeno Memorial της Δανίας, παρασκεύασε το πρώτο σκεύασμα ινσουλίνης παρατεταμένης ενέργειας, την Πρωταμινική Ψευδαργυρούχο Ινσουλίνη. Το 1946, ο Hagedorn, σε συνεργασία με την Εταιρία Nordisk παρασκεύασε την Ισοφανική Ινσουλίνη, NPH (εξίσου παρατεταμένης διάρκειας ινσουλίνη έχοντας όμως 12 ώρες δράσης παραπάνω συγκριτικά με την Ψευδαργυρούχο).

Στη δεκαετία του 1970, παρουσιάστηκαν τα πρώτα μείγματα ενδιάμεσης (ισοφανικής) και ταχείας δράσης ινσουλίνης και σήμερα υπάρχει ένα μεγάλο φάσμα αυτών των μειγμάτων για την εξατομικευμένη θεραπεία των διαβητικών ασθενών. Από τα μέσα της 10ετίας του 1970, άρχισε η έρευνα για την παραγωγή ινσουλίνης ανθρώπινου τύπου με την βοή-

θεια της γενετικής επιστήμης. Η ινσουλίνη αυτή δοκιμάστηκε το 1980 σε εθελοντές και το 1982, κυκλοφόρησε, η πρώτη βιοσυνθετική ανθρώπινη ινσουλίνη που μέχρι πρότινος τα σκευάσματα ινσουλίνης ήταν ζωικής προέλευσης (από βόδι ή χοίρο). (<http://www.mednet.gr>)

Τρόπος Χορήγησης Της Ινσουλίνης

Ο πιο παλιός τρόπος χορήγησης ινσουλίνης σε έναν διαβητικό ασθενή, μια μέθοδος που εξακολουθεί να χρησιμοποιείται έως και σήμερα, είναι η υποδερμική σύριγγα.

Στην αρχή ήταν οι επαναχρησιμοποιούμενες σύριγγες (γυάλινες) και μετά οι σύριγγες της μιας χρήσης. Μία εναλλακτική μέθοδος στη σύριγγα εφευρέθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '80. Πρόκειται για τα συστήματα χορήγησης ινσουλίνης τύπου «στυλό». Στο σχέδιο μοιάζουν με στυλό μελάνης. Περιέχουν ένα φυσίγγιο ινσουλίνης – συνήθως 1,5ml αν και τα φυσίγγια και στυλό των 3ml, που κυκλοφορούσαν για πρώτη φορά στα μέσα της δεκαετίας του '90, χρησιμοποιούνται ολοένα και πιο ευρέως. Τα στυλό λειτουργούν με έναν επικρουστικό μηχανισμό που θέτει σε λειτουργία ένα έμβολο. Παράγουν ένα ακουστικό «κλικ» όταν «οπλίζετε» τη συσκευή, επομένως είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για διαβητικούς ασθενείς με αδύναμη όραση.

Μία άλλη καινοτομία που στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιήθηκε τόσο πολύ όσο στην Αμερική και σε ορισμένες άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, είναι τα στυλό μιας χρήσης. Οι σύριγγες εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται, διότι δεν διατίθενται όλα τα είδη ινσουλίνης σε φυσίγγια και τα φυσίγγια περιέχουν μόνο ένα είδος ινσουλίνης: οι άνθρωποι που λαμβάνουν περισσότερα από ένα είδος ινσουλίνης (άμορφη, μικτή, κρυσταλλική, ισοφανική) μερικές φορές προτιμούν να κάνουν δύο ενέσεις με στυλό, ενώ άλλες φορές προτιμούν να αναμιγνύουν τις ινσουλίνες σε μία μόνο ένεση με σύριγγα.

1.2 Ποιοι είναι οι τύποι του Σακχαρώδη Διαβήτη

ΣΔ τύπου 1

Στον ΣΔ τύπου 1, ο οργανισμός παράγει ελάχιστη ή καθόλου ινσουλίνη. Τα άτομα με ΣΔ τύπου 1 πρέπει εφόρου ζωής να κάνουν ενέσεις ινσουλίνης. Αυτός είναι και ο λόγος

που ο τύπος 1 λέγεται και ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ. Αν και συνηθέστερα ο τύπος 1 πρωτοεμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, μπορεί σπάνια να εμφανιστεί και σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Συμπτώματα ΣΔ τύπου 1

Στον ΣΔ τύπου 1 τα συμπτώματα σχεδόν πάντα εμφανίζονται ξαφνικά. Τέτοια συμπτώματα είναι τα εξής:

- Πολυδιψία
- Πολυουρία
- Πολυφαγία
- Απότομη απώλεια βάρους
- Αίσθημα αδυναμίας και κόρασης

Τα ίδια συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν όταν απορυθμίζεται ο ΣΔ.

ΣΔ Τύπου 2

Στον ΣΔ τύπου 2, ο οργανισμός μπορεί να παράγει ινσουλίνη αλλά δεν μπορεί να τη χρησιμοποιήσει για να ελέγξει το σάκχαρο του. Ο τύπος 2 λέγεται επίσης και «μη-ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ» γιατί τα άτομα που τον έχουν δεν χρειάζεται να κάνουν καθημερινά ενέσεις ινσουλίνης.

Ο τύπος 2 είναι η συχνότερη μορφή ΣΔ καθώς αφορά πάνω από το 90% (9 στους 10) των διαβητικών ατόμων. Ο τύπος 2 είναι πιθανότερο να παρατηρηθεί σε άτομα:

- Άνω των 40 χρόνων
- Με υψηλή αρτηριακή πίεση
- Παχύσαρκοι ενήλικες ή παχύσαρκοι έφηβοι – παιδιά
- Με ιστορικό ΣΔ στην οικογένεια τους
- Που εμφανίζουν βαριά λοίμωξη ή τραυματισμό
- Που εμφανίζουν ΣΔ στην εγκυμοσύνη
- Που γέννησαν τελειόμηνα νεογνά βάρους άνω των 4 kg

Συμπτώματα ΣΔ τύπου 2

Σιχνά περνάει αρκετός καιρός μέχρι τα συμπτώματα του ΣΔ τύπου 2 να ενταθούν και να γίνουν αντιληπτά. Σ' αυτά περιλαμβάνονται:

- Αίσθημα κούρασης
- Συχνές λοιμώξεις – πληγές και ουλές που καθυστερούν να κλείσουν, ξηρό δέρμα με κνησμό (φαγούρα)
- Μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα στα χέρια ή στα πόδια
- Θαμπί όραση
- Σεξουαλικής φύσης προβλήματα
- Πολυφαγία
- Πολυδιψία ή πολουρία

Άλλοι τύποι ΣΔ

Ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ (NIDDM) και ο ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ (IDDM) αποτελούν ή ξεπερνούν το 95% όλων των περιπτώσεων ΣΔ στον κόσμο. Το άλλο 5% των περιπτώσεων της νόσου παρά το γεγονός ότι είναι ασύνηθες, τουλάχιστον στην χώρα μας, λόγω της διαφορετικής παθογένειας των περιπτώσεων, προκαλεί διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα σε περισσότερες ιατρικές ειδικότητες.

Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου MODY

Ο MODY, από τα αρχικά της ξενόγλωσσης ονομασίας «Maturity - onset diabetes of the young» χαρακτηρίζεται από μη ινσουλινοεξαρτώμενο ΣΔ (NIDDYM) με εισβολή σε νεαρή ηλικία. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η επίπτωση (δηλ. η κακή επιρροή, άσχημη συνέπεια) του MODY κυμαίνεται από 0,15% έως 17,5% των διαβητικών ασθενών. Ωστόσο στις μελέτες φαίνεται να μη πληρούνται οι προϋποθέσεις του αριθμού του MODY, κυρίως σ' ότι αφορά την ηλικία, τη διάγνωση και τη διάρκεια θεραπείας χωρίς ινσουλίνη. Γενικά αν και δεν έχουν γίνει συστηματικές έρευνες, από τα διαθέσιμα στοιχεία η επίπτωση του MODY σε Ευρωπαίους φαίνεται μικρή.

1.3 Επιδημιολογία

Ο ΣΔ αποτελεί επί δεκαετίες «σύντροφος» του παγκόσμιου πληθυσμού, ο οποίος όμως, ειδικώς τα τελευταία χρόνια, μετατρέπεται ολοένα και περισσότερο σε «σύντροφος δύναστη» για τη ζωή εκατοντάδων εκατομμυρίων ατόμων. Οι αριθμοί μάλλον δίνουν την καλύτερη εξήγηση σχετικά με τους λόγους που ο ΣΔ αποκαλείται ήδη «επιδημία» και οι

προβλέψεις τον θέλουν να λαμβάνει σύντομα τον τίτλο της «πανδημίας». Σύμφωνα με στοιχεία από τον Π.Ο.Υ. το έτος 2006 τα διαβητικά άτομα ξεπερνούν τα 230 εκατομμύρια παγκοσμίως. Το έτος 2025 αν οι τάσεις συνεχιστούν με τους ίδιους ρυθμούς, περισσότερα από 350 εκατομμύρια άτομα θα ζουν με ΣΔ σε ολόκληρο τον κόσμο.

Περισσότερα από τα μισά άτομα με ΣΔ τύπου 1 διαγιγνώσκονται πριν από την ηλικία των 15 ετών. Η αναλογία του ΣΔ τύπου 1 στα παιδιά και τους εφήβους υπερβαίνει το 90%, αλλά ο ΣΔ τύπου 2 γίνεται όλο και περισσότερο συχνός και προσβάλλει σημαντική αναλογία νέων σε ορισμένους πληθυσμούς με υψηλό κίνδυνο. Η συχνότητα του ΣΔ τύπου 1 ποικίλει σημαντικά μεταξύ διαφόρων πληθυσμών. Η ετήσια αναλογία νέων περιπτώσεων ΣΔ τύπου 1 στα παιδιά ποικίλει από 0,1-37,4 ανά 100,000. Διαπιστώνονται ενίοτε διαφορές φύλου στη συχνότητα, αλλά όχι σε όλους τους πληθυσμούς.

Οι αναλογίες συχνότητας δείχνουν μεγάλη συσχέτιση με τη συχνότητα των προδιαθεσικών γονιδίων στον γενικό πληθυσμό ανά την Ευρώπη. Έχει διαπιστωθεί αύξηση της συχνότητας σε πολλές χώρες, αλλά πρόσφατες αναφορές δείχνουν δυσανάλογα μεγαλύτερη αύξηση στα άτομα κάτω των 5 ετών. (<http://www.jdrf.org.gr>).

Έχει παρατηρηθεί επίσης εποχιακή διακύμανση στην εμφάνιση νέων περιπτώσεων. Παρά την εμφάνιση κρουσμάτων ΣΔ δεν υφίσταται αναγνωρίσιμη μορφή κληρονομικότητας. Ο κίνδυνος ΣΔ τύπου 1 για μονοωγενές δίδυμο ασθενούς είναι περίπου 36%. Για τα αδέρφια ο κίνδυνος είναι περίπου 4% μέχρι τα 20 χρόνια και 9,6% μέχρι τα 60, σε σύγκριση με 0,5% στον γενικό πληθυσμό. Στο ΣΔ τύπου 1 είναι 2-3 φορές συχνότερος σε παιδιά διαβητικών ανδρών (3,6-8,5%), ενώ των γυναικών είναι 1,3-3,6%.

Η καθολική αναγνώριση ότι ο ΣΔ είναι ιδιαίτερα συχνός στην τρίτη ηλικία οδήγησε ορισμένους στην αντίληψη ότι η παθολογική ανοχή στη γλυκόζη και ο ΣΔ είναι αναπόφευκτη εξέλιξη της γήρανσης. Παρόλα αυτά όμως φαίνεται ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές στη συχνότητα της νόσου ανάμεσα σε διαφορετικούς λαούς και εθνικότητες. Έτσι σε μερικές περιοχές του κόσμου η συχνότητα του ΣΔ στην τρίτη ηλικία είναι μεν αυξημένη αλλά δεν υπερβαίνει το 3,5%.

Αυτή η παρατήρηση δείχνει ότι ένα μεγάλο μέρος του ΣΔ στην τρίτη ηλικία μπορεί να προληφθεί. Η καθιστική ζωή και οι κακές διατροφικές συνήθειες αποτελούν για πολλούς, τους σημαντικούς παράγοντες που αυξάνουν τη συχνότητα της νόσου και που μπορεί να τροποποιηθούν με ανθρώπινη παρέμβαση.

Ο Π.Ο.Υ. χρησιμοποίησε ένα γενικό πρότυπο ασθενειών για να αξιολογήσει τη σχέση που έχουν αυτές με την επίπτωση και την επικράτηση της θνησιμότητας που επιφέρουν.

	Φύλο	Θάνατοι	Ηλικία 20-39ετών	Ηλικία 40-59ετών	Ηλικία 60-79ετών
Σουηδία	Άνδρες	2.074	3,4	3,7	1,5
Ουαλία	Άνδρες	1.649	5,2	2,8	1,3
Αμερική	Άνδρες	486	4,9	2,0	1,4
Αγγλία	Άνδρες	3.399	3,75	2,51	1,52
Μη διαβη- τικοί α- σθενείς		7.653	4,05	2,86	1,46
Σουηδία	Γυναίκες	2.074	10,6	4,0	1,9
Ουαλία	Γυναίκες	1.649	5,4	3,3	2,4
Αμερική	Γυναίκες	486	3,2	2,7	1,6
Αγγλία	Γυναίκες	3.399	5,51	3,50	2,48
Μη διαβη- τικοί α- σθενείς		7.653	6,72	3,54	2,25

Πίνακας 1.2: Εκτίμηση του ύψους θανάτου με βάση την ηλικία για τα άτομα με ΣΔ σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς ασθενείς (www.who.int/en/diabetes)

Τα χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας αποτέλεσαν το φύλο, η ηλικία, η επικράτηση του ΣΔ και οι δημοσιευμένες έρευνες σχετικά με τον κίνδυνο θανάτου που διατρέχουν τα διαβητικά άτομα σε σχέση με τους μη διαβητικούς ασθενείς. Το έτος 2000 υπολογίζεται ότι 2,9 εκατομμύρια θάνατοι λόγω του ΣΔ αντιστοιχούν στο 5,2% της παγκόσμιας θνησιμότητας. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η θνησιμότητα λόγω του ΣΔ αποτελεί το 2 – 3% και σε χώρες όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς και η Μέση Ανατολή αποτελούν το 8%. Με βάση στατιστικές έρευνες από τον Π.Ο.Υ. το 2002 είχαμε 987.000 θανάτους λόγω του ΣΔ, το οποίο αντιστοιχεί στο 1,7% της συνολικής θνησιμότητας. Στον Πίνακα 1.1 χρησιμοποιήθηκαν μελέτες για να υπολογιστεί το ύψος θανάτου ανάλογα με την ηλικία για τα άτομα με ΣΔ και τους μη διαβητικούς ασθενείς. Οι χώρες που αναφέρονται στον Πίνακα 1.1 έχουν χωριστεί σε 2 ομάδες ανάλογα με το φύλο και σε 6 ομάδες ανάλογα με την ηλικία.

Άντρες	Αριθμός θανάτων που αποδίδονται στο ΣΔ				Ποσοστό θνησιμότητας (%)			
	0-34 έτη	35-64 έτη	+65 έτη	Σύνολο	0-34 έτη	35-64 έτη	+65 έτη	Σύνολο
AFR	20.000	101.700	20.700	142.500	0,5	7,1	2,7	2,2
AMR	2.300	103.700	87.300	193.300	0,4	11,6	5,4	6,8
EMR	1.900	21.600	21.800	59.000	0,5	14,8	6,6	6,1
EUR	4.800	155.200	165.200	352.200	1,0	9,5	5,8	6,4
SEAR	29.100	322.800	142.000	494.900	0,8	12,7	5,1	5,4
WPR	3.000	118.500	88.900	210.500	0,2	6,4	3,0	3,4

Πίνακας 1.3: Εκτίμηση από έρευνα της WHO(σε χιλιάδες) και συνολικά ποσοστά θανάτων ανά ηλικία και εθνικότητα
 AFR, African Region; AMR, Region of the Americas; EMR, Eastern Mediterranean Region; EUR, European Region; SEAR, Southeast Asia Region; WPR, Western Pacific Region.

Γυναίκες	Αριθμός θανάτων που αποδίδονται στο ΣΔ				Ποσοστό θνησιμότητας (%)			
	0-34 έτη	35-64 έτη	+65 έτη	Σύνολο	0-34 έτη	35-64 έτη	+65 έτη	Σύνολο
AFR	32.200	86.400	33.500	152.100	0,8	7,9	4,1	2,5
AMR	1.900	97.700	139.500	239.100	0,5	17,8	7,7	8,6
EMR	2.500	20.200	30.000	70.900	0,8	22,3	10,0	8,8
EUR	2.200	84.600	163.200	250.600	0,9	11,3	4,4	5,1
SEAR	33.100	314.300	191.500	538.800	0,9	18,2	8,2	6,9
WPR	3.800	104.300	138.300	246.400	0,3	9,2	5,1	4,8

Πίνακας 1.4: Εκτίμηση από έρευνα της WHO(σε χιλιάδες) και συνολικά ποσοστά θανάτων ανά ηλικία και εθνικότητα
 AFR, African Region; AMR, Region of the Americas; EMR, Eastern Mediterranean Region; EUR, European Region; SEAR, Southeast Asia Region; WPR, Western Pacific Region.

Από τους Πίνακες 1.2 και 1.3 και σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. προκύπτει ότι:

Το έτος 2000 παγκοσμίως, η θνησιμότητα του ΣΔ αποτελούσε κατά μέσο όρο το 5,2% του συνολικού πληθυσμού. Αλλά σε χώρες όπως για παράδειγμα το Βιετνάμ, το Λάος και την Καμπότζη ήταν πιο χαμηλό 2,4%, στη Μέση Ανατολή 9% και στη Βόρεια Αμερική 8,5%. Ακόμα σε χώρες με υψηλό επιπολασμό του ΣΔ όπως η Βορειοανατολική Ασία, Αραβικά Εμιράτα και Ανατολική Μεσόγειο το ύψος θανάτου του ΣΔ ήταν πιο υψηλό στις ηλικίες των 50 – 54 χρόνων. Ενώ για τον υπόλοιπο κόσμο το ποσοστό επιπολασμού ήταν υψηλότερο στις ηλικίες των 55 – 59 ετών.

Εκτιμάται ότι πάνω από 7.500.000 διαβητικά άτομα είχαν πεθάνει το έτος 2000. Από αυτούς τα 4.600.000 έχουν πεθάνει λόγω των επιπλοκών του ΣΔ και τα υπόλοιπα 2.900.000 άτομα εξαιτίας της ίδιας της ασθένειας. Για τις ηλικίες, μικρότερες των 35 χρόνων το ποσοστό των θανάτων λόγω του ΣΔ ήταν 75%. Το 59% αντιστοιχούσε στις ηλικίες των 35 – 64 ετών και 29% για τα άτομα άνω των 65 χρόνων.

Πιο συγκεκριμένα από τους ανωτέρω πίνακες γίνεται αντιληπτό ότι, ενώ οι άντρες εμφανίζουν περισσότερα κρούσματα ΣΔ, το ποσοστό θνησιμότητας των γυναικών είναι υψηλότερο από ότι στους άντρες λόγω των χαμηλών επιπέδων βιωσιμότητας τους. Για τα άτομα άνω των 80 ετών, καθότι η ασθένεια βρίσκεται σε πιο προχωρημένα στάδια, παρατηρείται εξίσου ένας μεγάλος αριθμός θανάτων λόγω της ελλιπής πληροφόρησης. Στις ηλικίες των 35 – 64 χρόνων ο 1 στους 10 θανάτους λόγω του ΣΔ οφείλεται σε οικονομικούς παράγοντες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες το ποσοστό θανάτου σε σύγκριση με τις αναπτυγμένες χώρες, είναι πιο υψηλό εξαιτίας του χαμηλού επιπέδου διαβίωσης.

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι τα άτομα με χαμηλή ή καθόλου ανοχή στη γλυκόζη, παρουσιάζουν ένα αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας του 40%, ανεξάρτητα με το εάν φροντίζουν ή όχι το ΣΔ τους. Ακριβώς επειδή το φαινόμενο της ελάχιστης ή μηδενικής ανοχής στην γλυκόζη επιδρά στο 15 – 40% των ενηλίκων, οι συνέπειες της υπεργλυκαιμίας όσον αφορά τη θνησιμότητα είναι περισσότερες από τις συνέπειες που έχει η ασθένεια από μόνη της. Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, ο Π.Ο.Υ. θέτει τον ΣΔ από την 8^η στην 5^η θέση των πιο διαδεδομένων ασθενειών όπως καρκίνος, εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιαγγειακά νοσήματα κτλ.

1.4 Επιπλοκές Της Νόσου

Οι χρόνιες διαβητικές επιπλοκές (ΧΔΕ) εμφανίζονται συνήθως μετά 10 – 15 χρόνια ΣΔ ευθύνονται για την αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα των διαβητικών ασθενών. Οι ΧΔΕ είναι τόσο συχνές όσο χειρότερη είναι η ρύθμιση του ΣΔ και όσο μεγαλύτερη η διάρκειά του. Δεν παθαίνουν όμως όλοι οι διαβητικοί ασθενείς ΧΔΕ. Η καλή ρύθμιση του ΣΔ, λογικά πρέπει να είναι αποφασιστικός παράγων στην πρόληψη ΧΔΕ.

Ο ΣΔ είναι η πιο συχνή αιτία τύφλωσης των ενηλίκων, το πλέον συχνό αίτιο ακρωτηριασμού των κάτω άκρων, (περίπου το 45% των ακρωτηριασμών οφείλονται στο ΣΔ) και πλέον συχνή αιτία χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας που οδηγεί σε αιμοκάθαρση. Επίσης τα διαβητικά άτομα παρουσιάζουν διπλάσιο (άνδρες) έως τετραπλάσιο (γυναίκες) κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, ενώ έχουν τριπλάσιο έως πενταπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

Αξιοσημείωτο επιπλέον είναι και το γεγονός της παρουσίας ήδη χρόνιων επιπλοκών από το ΣΔ τη χρονική στιγμή της διάγνωσης. Μελέτες σε νεοδιαγνωσμένους διαβητικούς ασθενείς τύπου 2 έχουν δείξει ότι 2 – 39% έχουν ήδη αμφιβληστροειδοπάθεια, 8 – 18% έχουν νεφροπάθεια, 5 – 13% έχουν νευροπάθεια και 8% έχουν καρδιαγγειακή νόσο.

Επιπλοκές του ΣΔ στους Ηλικιωμένους

Η ήπια υπεργλυκαιμία στους ηλικιωμένους σε συνδυασμό με το μικρό συνήθως προσδόκιμο επιβίωσης καθιστούν τις συνέπειες της χρόνιας υπεργλυκαιμίας ασήμαντες. Ο ΣΔ όμως αποτελεί πολύ συχνή αιτία θνητότητας και στους ηλικιωμένους. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι ακόμα και εκείνοι οι διαβητικοί ασθενείς που παρουσιάζουν για πρώτη φορά τη νόσο στην έκτη ή έβδομη δεκαετία της ζωής τους έχουν σημαντικά μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με μη διαβητικά άτομα της ίδιας ηλικίας. Η έκβαση και η εξέλιξη, εξάλλου, του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι δυσμενέστερη σε διαβητικούς ασθενείς. Σημειώνεται επιπλέον ότι ο κακός μεταβολικός έλεγχος, όπως αυτό σχετίζεται με τις υψηλές τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA_{1c}), σχετίζεται με αυξημένη καρδιοαγγειακή θνητότητα.

Επιπλέον πολλές συνέπειες της νόσου επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής και αυξάνουν τον κίνδυνο άλλων παθήσεων. Η υπεργλυκαιμία εξάλλου αυξάνει τον κίνδυνο εμφραγμάτων του μυοκαρδίου, αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και διαταραχών της στύσης.

Από την άλλη πλευρά η υπεργλυκαιμία μειώνει την ανοχή στον πόνο, οδηγώντας σε κατάχρηση αναλγητικών φαρμάκων, πράγμα μη επιθυμητό σε αυτές τις ηλικίες. Αρκετές επίσης μελέτες δείχνουν ότι η υπεργλυκαιμία σχετίζεται με νοητικές διαταραχές που παρεμβαίνουν στην πειθαρχία των ασθενών στις ιατρικές οδηγίες. Οι νοητικές αυτές διαταραχές βελτιώνονται με τον καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο. Η υπεργλυκαιμία μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων και να επιβραδύνει την επούλωση των πληγών και των τραυμάτων, λόγω μείωσης της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος.

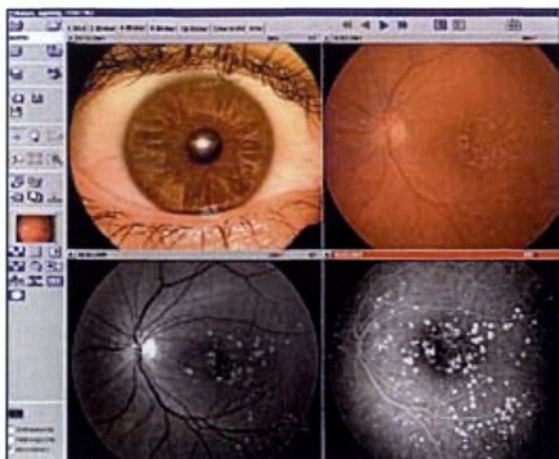
Η εμφάνιση των επιπλοκών που σχετίζονται με την υπεργλυκαιμία επιταχύνεται σε αυτές τις ηλικίες. Αυτό μπορεί να οφείλεται εν μέρει στη μειωμένη αμυντική ικανότητα του οργανισμού των ηλικιωμένων, ή ακόμη και στο ότι ο ΣΔ μπορεί να προϋπάρχει στους ασθενείς αυτούς πολλά χρόνια πριν ανακαλυφθεί.

Έτσι η συχνότητα της αμφιβληστροειδοπάθειας μπορεί να αγγίζει ακόμη και το 70% σε διαβητικούς ασθενείς άνω των 74 ετών. Η εμφάνιση καταρράκτη και γλαυκώματος είναι παράλληλα πολύ συχνότερες στους ηλικιωμένους διαβητικούς ασθενείς δημιουργώντας ακόμα μεγαλύτερα προβλήματα στην όραση τους.

Η επώδυνη νευροπάθεια είναι και αυτή συχνή σε αυτά τα άτομα. Παράλληλα, σχετικά συχνές είναι η επώδυνη διαβητική μυατροφία και η διαβητική νευροπάθεια.

Ομοίως, συχνές είναι και η κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις όπως η κοινωνική απομόνωση, η αδυναμία κάλυψης των εξόδων της νόσου (φάρμακα, ιατρική παρακολούθηση, απαραίτητα υλικά κ.ά.) καθώς και η κατάθλιψη. (Ν. Κατσιλάμπρος, 2000).

α) Οφθαλμοί και ΣΔ



Εικόνα 1.6: Παθήσεις του Αμφιβληστροειδούς Αδένα (ηλιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, δ. α., αγγειακές αποφράξεις του αμφιβλ/δούς, ωχροπάθειες ποικίλης αιτιολογίας)

Επιδημιολογία – προγνωστικοί παράγοντες

Ο οφθαλμός επηρεάζεται σημαντικά και πολύ νωρίς από το ΣΔ, οι δε βλάβες αφορούν σχεδόν όλη τη δομή αυτού. Έτσι λοιπόν η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια έπαψε να απασχολεί μόνο τον οφθαλμίατρο και έγινε κοινωνικό πρόβλημα, λόγω της αυξημένης συχνότητας και της πιθανότητας να καταλήξει σε τύφλωση η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι η τρίτη κατά σειρά συχνότητας, αιτία, η οποία προκαλεί τύφλωση.

Ο κίνδυνος τύφλωσης των διαβητικών ασθενών από το ΣΔ είναι είκοσι φορές μεγαλύτερος απ' ότι όλες οι άλλες αιτίες μαζί οι οποίες προκαλούν τύφλωση. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι η συχνότερη αιτία τύφλωσης στις ηλικίες από 30-60 ετών και η συχνότητα είναι υψηλότερη στις γυναίκες. Ασθενείς με ινσουλινοεξαρτώμενο ΣΔ και με διάρκεια μεγαλύτερη από 30 χρόνια σε ποσοστό 12% θα τυφλωθούν. Είναι όμως ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι απ' αυτούς, μόνο το 2-3% θα εμφανίσει διαταραχές από την όραση, σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Τα πιο πάνω στατιστικά στοιχεία, εάν εφαρμοστούν στον ελληνικό πληθυσμό και εκφραστούν αριθμητικά, θα έχουμε ως αποτέλεσμα ότι 15.000 περίπου ασθενείς, θα παρουσιάσουν διαταραχές από την όραση, δεδομένου ότι οι διαβητικοί ασθενείς στον ελληνικό χώρο ανέρχονται στους 700.000 - 800.000.

Πίνακας 1.4: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΔ

ΓΕΝΙΚΟΙ	ΑΤΟΜΙΚΟΙ
Κληρονομικότητα	Μυωπία
Τύπος ΣΔ	Αμβλυωπία
Ηλικία	Γλαύκωμα
Φύλο	Καταρράκτης – Επέμβαση
Φυλή	Υαλοειδής - Αποκόλληση
Διάρκεια ΣΔ	Χοριοειδοαμφιβληστροειδικές ουλές
Ρύθμιση σακχάρου	Ίριδα – Ερύθρωση
Υπέρταση	
Επίπεδο λιπιδίων	
Νεφροπάθεια	
Κύηση	
Ανωμαλίες υπόφυσης	
Κάπνισμα	
Λήψη οινοπνεύματος	
Αντισυλληπτικά χάπια	
Ασπιρίνη	

β) Διαβητική Νευροπάθεια

Η διαβητική περιφερική νευροπάθεια (ΔΠΝ) είναι η παρουσία συμπτωμάτων ή / και σημείων από το περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ) σε άτομα με ΣΔ (ΠΟΥ).

Η διαβητική νευροπάθεια, δηλαδή η βλάβη στα νεύρα του διαβητικού, είναι μια πολύ συχνή και ανεπιθύμητη επιπλοκή των διαβητικών ασθενών. Επέρχεται εξ' ίσου σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 1 και τύπου 2. Επιδημιολογικές μελέτες που έχουν γίνει στο γενικό πληθυσμό δείχνουν μια συχνότητα 28 – 38%, παρ' όλο που αυτό βασίζεται συνήθως σε εκτίμηση σημείων, όπως είναι η απουσία των αντανακλαστικών χωρίς συμπτώματα. Οι αξιο-

λογήσεις της κλινικής συχνότητας δείχνουν ότι μέχρι το ποσοστό του 20% οι ασθενείς που επισκέπτονται ένα διαβητολογικό ιατρείο θα έχουν είτε συμπτωματική διαβητική νευροπάθεια ή σημεία σημαντικά ελαττωμένης νευρικής λειτουργίας. (Caddick L. et all, 1997)

Αποτέλεσμα της διαβητικής νευροπάθειας είναι μια σημαντική νοσηρότητα, σε ότι αφορά την εμφάνιση ελκών στα πόδια και τους ακρωτηριασμούς των κάτω άκρων. Υπάρχουν πολλά δυσάρεστα, οδυνηρά, αισθητικά σύνδρομα και ανικανότητα του 50% των αρρένων διαβητικών ασθενών, ηλικίας άνω των 45 ετών. (Teshaye S. et all., 1996)

Παράγοντες Κινδύνου για Ανάπτυξη και Εξέλιξη της ΔΠΝ

1. Κακή ρύθμιση του ΣΔ
2. Καθυστέρηση στη διάγνωση του ΣΔ τύπου 2
3. Κάπνισμα
4. Βαριά χρήση οινοπνευματωδών ποτών
5. Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση
6. Νεφρική ανεπάρκεια

Διαβητικό Πόδι

Μια από τις πιο συχνές επιπλοκές του ΣΔ είναι το διαβητικό πόδι. Περισσότερα από 120 εκατομμύρια άτομα από όλο τον κόσμο υποφέρουν από ΣΔ και πολλά από αυτά έχουν έλκη διαβητικού ποδιού, που μπορεί να οδηγήσουν τελικά σε ακρωτηριασμό.

Ο όρος διαβητικό πόδι, σύμφωνα με τον ορισμό του Π.Ο.Υ., εκφράζει ύπαρξη εξέλκωσης, λοίμωξης ή και καταστροφής των εν τω βάθει ιστών στον άκρο πόδα σε συνδυασμό με περιφερική νευροπάθεια.

Ο επιπολασμός (ο αριθμός των ανθρώπων που πάσχουν από μια νόσο τη συγκεκριμένη στιγμή και σε συγκεκριμένο τόπο) του έλκους του ποδιού σε αναπτυγμένες χώρες έχει υπολογιστεί στο 4 - 10% των διαβητικών ασθενών. Έχουν αναφερθεί και ποσοστά της τάξεως του 2,2 - 5,9%. Πρέπει να αναγνωριστεί ότι το μεγαλύτερο μέρος αυτών των στοιχείων βασίζεται σε μελέτες επιλεγμένων πληθυσμών διαβητικών ασθενών, τα οποία συνήθως είναι μικρότερα των 50 ετών. Σε μελέτες, οι οποίες εστιάζουν σε νεότερα άτομα, η συχνότητα του ΣΔ τύπου 1 ή 2 έχει υπολογιστεί ότι είναι 1,7 - 3,3% σε σύγκριση με πο-

σοστά της τάξεως του 5 – 10% όταν η πλειοψηφία των ασθενών είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία ή έχουν ΣΔ τύπου 2.

Ο ακρωτηριασμός του διαβητικού ποδιού, θα μπορούσε να είχε μειωθεί στο ελάχιστο και στη χώρα μας όπως συμβαίνει σε οποιαδήποτε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (π.χ. Γερμανία), εάν το Υπουργείο Υγείας είχε προχωρήσει στη λήψη κατάλληλων μέτρων και πολιτικής για την πρόληψη, θεραπεία και εκπαίδευση του ΣΔ.

Το διαβητικό πόδι είναι ένα σημαντικό οικονομικό πρόβλημα, ιδιαίτερα αν ο ακρωτηριασμός οδηγήσει σε παρατεταμένη νοσηλεία, βραδεία ανάρρωση και αυξημένη ανάγκη περίθαλψης στο σπίτι και προκαλεί σημαντική επιβάρυνση των διαφόρων κοινωνικών υπηρεσιών. Το κόστος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει υπολογιστεί σε \$7.000-10.000. Το άμεσο κόστος ενός ακρωτηριασμού, που συνδέεται με το διαβητικό πόδι, υπολογίζεται σε \$30.000-60.000. Το μακροχρόνιο κόστος (3 χρόνια) για τον αρχικό ακρωτηριασμό έχει υπολογιστεί σε \$43.100-63.100, κυρίως λόγω αυξημένης ανάγκης περίθαλψης στο σπίτι και ενασχόλησης των διάφορων κοινωνικών υπηρεσιών. Το αντίστοιχο κόστος για αυτά τα άτομα σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει υπολογιστεί σε \$16.100-26.700.

Πέραν αυτού, θα πρέπει κανείς να λάβει υπόψη του και το έμμεσο κόστος λόγω της έλλειψης παραγωγικότητας και της μείωσης του επιπέδου της ποιότητας ζωής.

Παράγοντες Κινδύνου για την Ανάπτυξη Νευροπαθητικού Ποδιού

1. Απώλεια της αίσθησης των βλαπτικών ερεθισμάτων
2. Καθυστέρηση στη διάγνωση του ΣΔ τύπου 2
3. Βαριά χρήση οινοπνευματωδών ποτών
4. Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση
5. Κακή υπόδηση
6. Δυσμορφίες και δυσκαμψία των αρθρώσεων του άκρου ποδός
7. Άρνηση του προβλήματος (μηχανισμός απόθησης)
8. Μη εκπαίδευση για το πρόβλημα
9. Ιστορικό

Σημαντικός αριθμός μελετών απέδειξαν ότι το ποσοστό των ακρωτηριασμών μπορεί να μειωθεί κατά περισσότερο από 50% σύμφωνα με τις παρακάτω προτάσεις:

- Τακτικός έλεγχος των ποδιών και των υποδημάτων στις τακτικές επισκέψεις των ασθενών
- Προληπτική περιθαλψη ποδιών και έλεγχος υποδημάτων σε πόδια υψηλού κινδύνου (ποδιατρική, φροντίδα υποδημάτων, εκπαίδευση)
- Πολυπαραγοντική προσέγγιση και προσέγγιση πολλαπλών ειδικοτήτων στην περίπτωση επιβεβαιωμένων βλαβών στα πόδια
- Πρώιμη διάγνωση περιφερικής αγγειακής νόσου και αγγειακή παρέμβαση
- Συνεχής παρακολούθηση των ασθενών, που είχαν έλκη στα πόδια κατά το παρελθόν

Σύμφωνα με αναφορές από τη Σουηδία, αν πραγματοποιηθεί 50% μείωση του ποσοστού των ακρωτηριασμών, αναμένεται μείωση του άμεσου κόστους της αντιμετώπισης των ελκών του διαβητικού ποδιού κατά 20 - 40%.

γ) Διαβητική Νεφροπάθεια

Η Διαβητική Νεφροπάθεια είναι μια χρόνια εξελισσόμενη ασθένεια των νεφρών που εμφανίζεται στο ένα τρίτο των ατόμων με ΣΔ. Αυτά είναι περίπου 60 εκατομμύρια σε όλο τον κόσμο. Το 30% των ατόμων με ΣΔ αναπτύσσει πρόβλημα στα νεφρά του. Τα υψηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα επηρεάζουν τα μικρά αγγεία σε όλο το σώμα, καταστρέφονται και δεν λειτουργούν σωστά. Άχρηστες ουσίες συσσωρεύονται στο αίμα, ενώ άλλες πολύτιμες, όπως οι πρωτεΐνες, διαφεύγουν στα ούρα. Προχωρώντας κι άλλο η βλάβη στα νεφρά, καταλήγει στην τελική αχρήστευσή τους. Στη περίπτωση αυτή τα νεφρά σταματούν να απομακρύνουν τις ακαθαρσίες από το αίμα ολοκληρωτικά.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη Διαβητική Νεφροπάθεια

- Κάπνισμα

- Υψηλή αρτηριακή πίεση
- Υπεργλυκαιμία
- Οικογενειακό ιστορικό διαβητικής νεφροπάθειας.

Οι κύριες εναλλακτικές θεραπείες για τα άτομα με τελικό στάδιο νεφροπάθειας είναι:

- Αιμοδιάλυση
- Μεταμόσχευση

Κόστος της θεραπείας

Και οι δύο μέθοδοι της αιμοδιάλυσης και της μεταμόσχευσης είναι υπερβολικά δαπανηρές. Η αιμοδιάλυση κοστίζει κατά μέσο όρο στις \$35.000 το άτομο, το χρόνο.

Το δε κόστος της μεταμόσχευσης είναι περίπου \$15.000 τον πρώτο χρόνο και μετά \$6.000 για κάθε χρόνο θεραπείας. Γι' αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό να προλαμβάνεται η εξέλιξη της νεφροπάθειας στο τελικό στάδιο. (Περιοδικό «Γλυκιά Ζωή», 2003)

1.5 Αντιμετώπιση του ΣΔ

Η σωστή και άμεση ρύθμιση του σακχάρου είναι κάτι παραπάνω από απαραίτητη. Τα περισσότερα κρούσματα ΣΔ τύπου 2 ανακαλύπτονται τυχαία, διότι δεν υπάρχει πρόληψη από τα ίδια τα άτομα. Επειδή ο ΣΔ δεν έχει συμπτώματα, στο 20% των κρουσμάτων μαζί με τη διάγνωση του ΣΔ γίνεται αντιληπτή και κάποια επιπλοκή. Εάν όμως θέλει κάποιος να αποφύγει τα δεινά που προκαλεί ο αρρυθμιστος ΣΔ – με πρώτη την καρδιοπάθεια, αλλά και τη νευροπάθεια, τις οφθαλμοπάθειες και όλα τα άλλα – πρέπει να γίνει αμέσως σωστή ρύθμιση του σακχάρου και ταυτοχρόνως να προσέξει ο πάσχων τον εαυτό του, την πίεση και τη χοληστερόλη του.

Ο διαβητικός ασθενής θα πρέπει κυρίως να ρυθμίζει συχνά το σάκχαρό του και να είναι συνεπής στην αγωγή του είτε αυτή είναι με ινσουλίνη, είτε με δισκία, είτε με δίαιτα. Εφόσον λοιπόν ο ΣΔ του ασθενή τεθεί υπό σχετικό έλεγχο θα πρέπει να επισκέπτεται το γιατρό του ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Οι αναγκαίες εξετάσεις που πρέπει να γίνονται είναι οι εξής τρεις:

1. Σάκχαρο νηστείας πλάσματος

Μετρά την ποσότητα του σακχάρου στο αίμα όταν είναι κανείς νηστικός επί τουλάχιστον 8 ώρες ή όλη νύχτα. Τα φυσιολογικά επίπεδα σακχάρου νηστείας είναι χαμηλότερα από 100 mg γλυκόζης ανά δέκατο του λίτρου (mg/dl). Όταν κυμαίνονται από 100 έως 125 mg/dl υποδηλώνουν διαταραχή του σακχάρου που είναι γνωστή ως προδιαβήτης. Όταν το σάκχαρο νηστείας είναι 126 mg/dl ή υψηλότερο, υποδηλώνει ΣΔ – ιδίως όταν συνυπάρχει με τα κλασικά συμπτώματα της νόσου. Στις ανωτέρω περιπτώσεις για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση μπορεί να γίνει επανεξέταση. Επανάληψη όμως μπορεί να μην γίνει όταν το σάκχαρο υπερβαίνει τα 200 mg/dl.

2. Καμπύλη σακχάρου

Μετρά την αντίδραση του οργανισμού στο σάκχαρο. Ο γιατρός παίρνει πρώτα αίμα για να μετρήσει το σάκχαρο νηστείας πλάσματος και στη συνέχεια λέει στον εξεταζόμενο να πει ένα διάλυμα γλυκόζης. Εάν μετά την αιμοληψία και τη μέτρηση σακχάρου τα επίπεδα του αυξηθούν περισσότερο από το φυσιολογικό, η πιθανή διάγνωση είναι ΣΔ. Φυσιολογικά θεωρούνται τα επίπεδα κάτω από 140 mg/dl, προδιαβήτη υποδηλώνουν τα επίπεδα 140 – 199 mg/dl και ΣΔ τα επίπεδα που υπερβαίνουν τα 200 mg/dl δύο ώρες έπειτα από την κατανάλωση της γλυκόζης.

3. Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1C)

Χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της ρύθμισης του ΣΔ. Αντιπροσωπεύει τον μέσο όρο των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα του ασθενή κατά τους τελευταίους δύο ή τρεις μήνες. Τα αποτελέσματα δείχνουν το ποσοστό επί τοις εκατό της αιμοσφαιρίνης (είναι μια πρωτεΐνη των ερυθρών αιμοσφαιρίων) που είναι ενωμένο με το σάκχαρο (τη γλυκόζη). Στους ανθρώπους δίχως ΣΔ, η HbA1C κυμαίνεται φυσιολογικά από 4% έως 6%. Για τα άτομα με ΣΔ, ο συνήθης στόχος είναι να έχουν επίπεδα HbA1C κάτω από 7%. Όταν η HbA1C είναι πάνω από 7%, υποδηλώνει ανάγκη για αλλαγή στον τρόπο ρύθμισης του ΣΔ.

Τέλος στην ετήσια επιθεώρηση του διαβητικού ασθενή θα πρέπει να ελέγχονται τα ούρα για πρωτεΐνη, η αρτηριακή πίεσή του, η όραση, οι κνήμες και τα πόδια του καθώς και τα σημεία του σώματος όπου συνηθίζεται να γίνονται οι ενέσεις ινσουλίνης. Απαραίτητη είναι η ενημέρωση και η συμμετοχή του διαβητικού ασθενή σε συνεδρίες. Συνεπώς μόνο η σωστή πρόληψη και η συχνή επικοινωνία με τον ειδικό είναι η βέβαια θεραπεία για το ΣΔ.

1.6 Πρόληψη

Η πρόληψη διακρίνεται σε:

- **Πρωτογενής:** αποσκοπεί στη μείωση της επίπτωσης της νόσου, μέσω δραστηριοτήτων που τροποποιούν τη συμπεριφορά ή και τον τρόπο ζωής τόσο των ατόμων με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη ΣΔ, όσο και του συνόλου του πληθυσμού. Ο βασικός σκοπός είναι η ελάττωση του επιπολασμού των παραγόντων κινδύνου, πριν την εμφάνιση της νόσου. Υπάρχουν πλέον αρκετές αξιόλογες μελέτες που αποδεικνύουν ότι είναι δυνατή η μείωση της επίπτωσης του ΣΔ με την εφαρμογή συγκεκριμένων προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης. Η μεγαλύτερη πρόκληση για κάθε οργανωμένη κοινωνία, όσον αφορά την πρωτογενή πρόληψη, είναι να κάνει την επιλογή υγιεινού τρόπου ζωής «εύκολη υπόθεση» για τα άτομα και όχι «δυσβάστακτη υποχρέωση».

Δεδομένου ότι οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου για το ΣΔ είναι παρόμοιοι με τους παράγοντες κινδύνου για άλλα χρόνια νοσήματα, όπως καρδιαγγειακά, κάθε είδους προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης για το ΣΔ μπορεί να προκύπτουν από μια «οριζόντια προσέγγιση» της γενικότερης πολιτικής πρόληψης των χρόνιων παθήσεων. Βέβαια, δράσεις που στοχεύουν στην δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη είναι συνήθως ειδικές για τη νόσο, αν και μπορεί να αποδεικνύονται ευρύτερα επωφελείς.

- **Δευτερογενής:** στοχεύει στον έλεγχο της νόσου σε πρώιμο στάδιο. Η έγκαιρη αναγνώριση των πασχόντων με τον προσυμπτωματικό έλεγχο, αποτελεί κύρια παράμετρο της δευτερογενούς πρόληψης. Επίσης, η δραστική αντιμετώπιση – περιορισμός της εξέλιξης της νόσου σε φάση όπου είναι δυνατό να ελεγχθεί η περαιτέρω ανάπτυξη του συνδρόμου, αποτελεί βάση της δευτερογενούς πρόληψης.
- **Τριτογενής :** έχει σαν σκοπό να εμποδίσει ή να καθυστερήσει την ανάπτυξη των επιπλοκών του ΣΔ. Οι δράσεις της τριτογενούς πρόληψης εφαρμόζονται στο επίπεδο της άμεσης φροντίδας του ασθενή και περιλαμβάνουν την εξειδικευμένη εκπαίδευση του διαβητικού ασθενή, τις κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις για το βέλτιστο μεταβολικό έλεγχο, τον τακτικό έλεγχο και την έγκαιρη αντιμετώπιση επιπλοκών.

Η πρόληψη του ΣΔ τύπου 1

Ο ΣΔ τύπου 1 συνδέεται με σημαντική μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών καθώς και αυξημένο κόστος περίθαλψης. Πιστεύεται ότι προκαλείται από γενετικούς παράγοντες λόγω της ασυμμετρίας στην κληρονομικότητά του και λόγω του μεγάλου βαθμού σύμπτωσης (30 – 50%) στην εμφάνισή του για τα μονοωγενή δίδυμα. Καθώς και από περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως είναι οι λοιμώξεις, οι διαιτητικές συνήθειες, άγχος κτλ που έχουν μεγαλύτερη επίπτωση στον πληθυσμό της Αθήνας σε σχέση με αγροτικές και μη αστικές περιοχές.

Η επίπτωση του ΣΔ τύπου 1 στην Ελλάδα είναι από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύτηκαν από τον Π.Ο.Υ. το 1998 η επίπτωση του ΣΔ τύπου 1 στην περιοχή της Αθήνας ήταν σταθερή περίπου στις 9 – 10 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 παιδιά κάτω των 14 ετών στο διάστημα 1989 – 1995. Η επίπτωση της νόσου σε αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές είναι σημαντικά μικρότερη (6,2 στη Β. Ελλάδα και 4,6 στην Κρήτη).

Η πρόληψη του ΣΔ τύπου 2

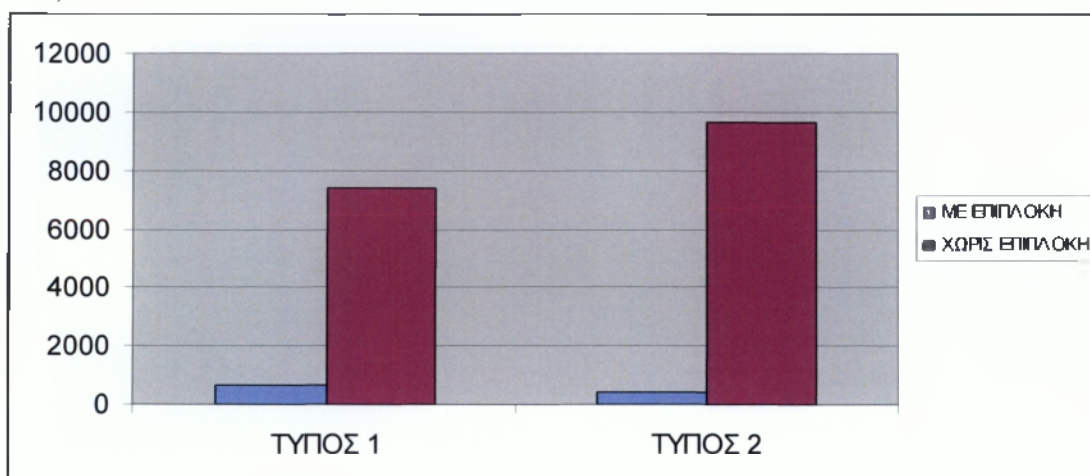
Ο Π.Ο.Υ. προτείνει τρία σημεία για την πρόληψη του ΣΔ τύπου 2. Το πρώτο είναι η πρωτογενής πρόληψη δηλαδή να μειώσουμε τη συχνότητα της εμφάνισης τύπου 2 με 2 στρατηγικές:

1. Η πληθυσμιακή, η οποία απευθύνεται σε γενικό πληθυσμό ή ειδικές ομάδες ατόμων και στοχεύει να μειώσει τη συχνότητα ή το μέγεθος των αιτιολογικών παραγόντων κινδύνου για ΣΔ και

2. Η προσέγγιση ομάδων – ατόμων με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔ

Η δευτερογενής πρόληψη είναι η έγκαιρη διάγνωση, και το τρίτο μέτρο είναι η τριτογενής πρόληψη δηλαδή η μείωση των επιπλοκών του ΣΔ.

Διάγραμμα 1.3: Σύγκριση μέσου ετήσιου κόστους (\$) των ατόμων με ΣΔ με η χωρίς επιπλοκές (Φινλανδία 1997)



Diabetes Voice vol. 46, sept 2001

Όπως γίνεται προφανές από τον Πίνακα, η πρόληψη του ΣΔ και των επιπλοκών του συνεπάγεται σημαντική μείωση των δαπανών υγείας. Η πρόληψη του ΣΔ είναι εφικτή. Αρκεί να οργανωθεί κάποτε και στη χώρα μας η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.

Αποτέλεσμα αυτής της πρωτοβάθμιας πρόληψης, όπως έδειξαν κλινικές μελέτες στην Κίνα και τη Φινλανδία, θα είναι ο περιορισμός της εμφάνισης της νόσου κατά 31 – 58%.

Εξάλλου, μέσω της Δευτεροβάθμιας Πρόληψης, μπορούμε να διαγνώσουμε έγκαιρα τη νόσο και να προλάβουμε την εμφάνιση των επιπλοκών, να αποτρέψουμε την εξέλιξή τους, με καλή ρύθμιση:

- Του σακχάρου
- Της αρτηριακής πίεσης
- Των λιπιδίων

Σημαντικές κλινικές μελέτες στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ έχουν αποδείξει ουσιαστική μείωση της εμφάνισης των επιπλοκών, όταν επιτυγχάνεται ρύθμιση του σακχάρου και της αρτηριακής πίεσης, τόσο στον ΣΔ τύπου 1 όσο και στον ΣΔ τύπου 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Κόστος του ΣΔ

Το κόστος του ΣΔ διακρίνεται σε άμεσο και έμμεσο.

1. Το άμεσο κόστος συμπεριλαμβάνει την αντιμετώπιση της πάθησης και των επιπλοκών της.
2. Το έμμεσο κόστος είναι το κόστος που προκύπτει από τη μείωση της παραγωγικότητας λόγω:
 - Απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας, επίσκεψη στον ιατρό, νοσηλείας, κ.α.
 - Ανικανότητας για εργασία λόγω αναπηρίας
 - Πρόωρης θνησιμότητας εξαιτίας οξείας ή χρόνιας επιπλοκής του ΣΔ. (Τα στοιχεία που αναφέρθηκαν, παρουσιάστηκαν σε Συνέδριο που έλαβε χώρα στο Βόλο το 2006).

ΑΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ

Τα παρακάτω ποσά αφορούν το άμεσο κόστος του ΣΔ:

- Στις Ευρωπαϊκές χώρες το 15% των συνολικών δαπανών για την υγεία αφορά την αντιμετώπιση του ΣΔ και των επιπλοκών του.
- Ποσοστό 60% αυτών των δαπανών κατευθύνεται στην αντιμετώπιση των επιπλοκών.
- Σύμφωνα με την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρία η μέση δαπάνη υγείας των ατόμων με ΣΔ είναι σχεδόν τετραπλάσια (\$10.071 / έτος),
- Σε σχέση με εκείνη των μη διαβητικών ασθενών (\$2.669 / έτος). Ενώ το ετήσιο κόστος για άτομα με ΣΔ, καρδιοπάθεια και υπέρταση ανέρχεται στα \$15.000/ έτος.

ΕΜΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ

Το έμμεσο κόστος αποτελεί συνάρτηση επιπέδου των υπηρεσιών υγείας κάθε χώρας. Σε χώρες όπου ο ΣΔ δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς είναι πενταπλάσιο του άμεσου κόστους (Λατινική Αμερική).

Μελέτη στην Αμερική (1998) απέδειξε ότι το άμεσο κόστος του ΣΔ ήταν \$44 δις / έτος, ενώ το έμμεσο ήταν \$54 δις / έτος αντίστοιχα, δηλ 1,2 φορές μεγαλύτερο.

Αντίστοιχη μελέτη στο Μεξικό υπολόγισε ότι το άμεσο κόστος σε \$100 εκατομμύρια / έτος και το έμμεσο σε \$330 εκατομμύρια / έτος, δηλαδή 3,3 φορές μεγαλύτερο (Τα στοιχεία που αναφέρθηκαν, παρουσιάστηκαν σε Συνέδριο που έλαβε χώρα στο Βόλο το 2006).

ΛΑΤΙΝΙΚΗ ΑΜΕΡΙΚΗ	5 X ΑΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ
ΗΠΑ	1,2 X ΑΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ
ΜΕΞΙΚΟ	3,3 X ΑΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την βιβλιογραφία όπως αναφέρεται στη Διεθνή Συναινετική Συμφωνία για το διαβητικό πόδι, που προέκυψε από το 3^ο Διεθνές Συμπόσιο το οποίο έγινε στην Ολλανδία το 1999, ισχύουν τα παρακάτω σε Ευρωπαϊκό και Παγκόσμιο επίπεδο:

- 40 – 70% όλων των ακρωτηριασμών των κάτω άκρων σε Αμερική και Ευρώπη είναι συνέπεια του ΣΔ. Σε ορισμένες περιοχές έχουν καταγραφεί και ποσοστά 70 – 90%.
- Στο 85% των ακρωτηριασμών των κάτω άκρων που σχετίζονται με ΣΔ, έχει προηγηθεί έλκος του ποδιού.
- Στο 80 – 90% των ελκών προηγήθηκε εξωτερικό τραύμα, συνήθως από υπόδημα ακατάλληλο ή με κακή εφαρμογή.
- Τα έλκη στα πόδια των ατόμων με ΣΔ οφείλονται κατά 60 – 70% σε νευροπάθεια, κατά 15 – 20% σε αγγειοπάθεια και κατά 15 – 20% σε συνδυασμό τους.
- Το 40% των ατόμων με ΣΔ μετά από 20 χρόνια θα αναπτύξει νευροπάθεια.
- Το 4 – 10% των ατόμων που πάσχουν από ΣΔ θα αναπτύξει κατά τη διάρκεια της ζωής του έλκος.
- Κόστος €10.000 είναι το νοσοκομειακό κόστος της αντιμετώπισης ενός έλκους στην Ολλανδία

- Σε ποσοστό 6 – 8% άτομα με ΣΔ έχουν συχνότητα ακρωτηριασμού
- Το 50% των ασθενών που έχει υποστεί ακρωτηριασμό στο ένα άκρο θα χρειαστεί και στο άλλο σε διάστημα 5 ετών περίπου
- Άμεσο κόστος 30.000 – 60.000 € απαιτείται περίπου για κάθε ακρωτηριασμό
- Το 20% των εισαγωγών σε νοσοκομείο ατόμων με ΣΔ οφείλονται σε προβλήματα των άκρων
- Το 10 – 15% των πόρων υγείας χρησιμοποιούνται από τα άτομα με ΣΔ
- Η χορήγηση ειδικών ορθοπεδικών υποδημάτων σε 707 άτομα με ΣΔ από ένα σύνολο 3.700, δηλαδή στο 20% περίπου των πασχόντων, στοιχίζει τόσο όσο 2 ακρωτηριασμοί. (The Diabetic Foot, 2001)
- Τα ειδικά ορθοπεδικά υποδήματα και πέλματα, μειώνουν κατά 80% την πιθανότητα εμφάνισης έλκους, σε άτομα με επουλωμένο έλκος.

2.2 Κόστος φροντίδας

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) στις ΗΠΑ, αποκαλεί πλέον επίσημα το ΣΔ ως επερχόμενη επιδημία. Τόσο το CDC όσο και ο ΠΟΥ, προβλέπει ότι ο αριθμός των διαβητικών ασθενών παγκόσμια θα διπλασιαστεί μέχρι το έτος 2025. Η εκτίμηση από τον ΠΟΥ για το 2000 είναι περίπου 158 εκατομμύρια διαβητικοί ασθενείς παγκόσμια, ενώ για το έτος 2010 υπολογίζεται ότι ο αριθμός θα προσεγγίσει τα 216 εκατομμύρια και το 2025 τα 300 εκατομμύρια. Στοιχεία από μελέτες στην Ελλάδα υπολογίζουν τον αριθμό των ατόμων που πάσχουν από ΣΔ στις 400.000 και εκτιμάται βέβαια ότι υπάρχουν περίπου 300.000 – 400.000 άτομα με αδιάγνωστη ακόμα νόσο.

Ο ΣΔ αποτελεί πλέον την πιο συχνή αιτία πολυνευροπάθειας (υπολογίζεται ότι αφορά το 50% των διαβητικών ασθενών με διάρκεια νόσου 25 έτη), καθώς και τη συχνότερη αιτία ακρωτηριασμού των κάτω άκρων. Στις ΗΠΑ, περίπου το 50% των ακρωτηριασμών μη τραυματικής αιτιολογίας (60.000/έτος) οφείλεται στο ΣΔ. Η πλέον συχνή αιτία νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου είναι η διαβητική νεφροπάθεια ενώ επίσης η νόσος αποτελεί το σημαντικότερο αίτιο τύφλωσης σε άτομα ηλικίας 20 -74 ετών (στις ΗΠΑ εκτιμάται ότι 8.000 νέες περιπτώσεις τύφλωσης κάθε χρόνο οφείλονται στο ΣΔ). Τα έμβρυα διαβητικών ασθενών γυναικών, έχουν αυξημένο κίνδυνο για ανωμαλίες της διάπλασης, μακροσωμία, προωρότητα και για αυτόματη προβολή. (Garner P. 1995)

Στις ΗΠΑ το κόστος φροντίδας (άμεσο και έμμεσο) για το ΣΔ υπολογίζεται σε περίπου \$98 δις. και αποτελεί το 10-15% του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Κάθε διαβητικός ασθενής υπολογίζεται ότι δαπανά πλέον \$11.000 / έτος, δηλαδή τρεις φορές περισσότερο από ό,τι ο κάθε μη διαβητικός ασθενής.

Είναι αρκετά δύσκολο να πειστούν οι υπεύθυνοι να παραχωρήσουν κεφάλαια για αυτήν την νόσο, τη στιγμή που υπάρχουν τόσα πολλά άλλα νοσήματα με εντυπωσιακή, συγκριτικά με τον ΣΔ, κλινική εισβολή, τα οποία ανταγωνίζονται και διεκδικούν μερίδιο στο συγκεκριμένο προϋπολογισμό υγείας.

Παρά τις συστάσεις για προγράμματα εκπαίδευσης ασθενών και γιατρών, ερευνητικές δραστηριότητες, πληθυσμιακούς προληπτικούς ελέγχους και αρκετά άλλα που σημειώνονται στην διακήρυξη του Αγ. Βικεντίου (που έχει ως στόχο τη μεγαλύτερη δυνατή μείωση των ακρωτηριασμών λόγω ΣΔ), δεν φαίνεται να έχουν πείσει στο βαθμό που θα έπρεπε, τους υπεύθυνους για την οργάνωση πολιτικής στην Υγεία, για την αποτελεσματικότητά τους και την μακροπρόθεσμη απόδοσή τους. Είναι για παράδειγμα χαρακτηριστικό, ότι στις ΗΠΑ που θεωρείται ότι υπάρχει ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον για την εκπαίδευση, μόνο το 35% των ασθενών με ΣΔ είχε λάβει κάποιου είδους εκπαίδευση σχετική με τη νόσο ενώ σπανίζουν οι απαιτούμενοι οικονομικοί πόροι που θα στήριζαν τη συστηματική βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων των επαγγελματιών της ΠΦΥ που ασχολούνται με τη φροντίδα των ασθενών αυτών (Miodonovik M. Et al, 1988).

2.3 Κόστος του ΣΔ τύπου 2 στην Ευρώπη σύμφωνα με την CODE 2 έρευνα

Η κοστολόγηση του ΣΔ Τύπου 2 στην Ευρώπη (ασθενείς μη εξαρτημένους από ινσουλίνη), είναι η πρώτη προσπάθεια για να υπολογιστεί το συνολικό κόστος περίθαλψης. Στην έρευνα CODE 2 που πραγματοποιήθηκε σε οχτώ χώρες της Ευρώπης, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ολλανδία, Ισπανία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο, συμμετείχαν 7.000 ασθενείς με ΣΔ Τύπου 2.

Το συνολικό άμεσο ιατρικό κόστος του ΣΔ Τύπου 2 στις οχτώ Ευρωπαϊκές χώρες ανέρχεται στα €29δις. το χρόνο (1999). Ο μέσος όρος κόστους ανά ασθενή το χρόνο, εκτιμάται στα €2.834 το χρόνο. Από το συνολικό κόστος το μεγαλύτερο μέρος καταλαμβάνει η νοσοκομειακή περίθαλψη (το 55%, ποικίλλει 30% - 65%), που συνολικά και για τις οχτώ χώρες κοστίζει €15,9 δις. Κατά την διάρκεια της έρευνας που διήρκεσε έξι μήνες. Το 13%

των ασθενών με ΣΔ Τύπου 2 εισήχθησαν σε νοσοκομείο τουλάχιστον για 23 ημέρες κατά μέσο όρο. Αντιθέτως, το κόστος των φαρμάκων για την αντιμετώπιση του ΣΔ Τύπου 2 ήταν συγκριτικά χαμηλό, με τα αντιβιοτικά και την ινσουλίνη να αποτελούν μόλις το 7% του συνολικού κόστους περίθαλψης των ασθενών με ΣΔ Τύπου 2.

Ο ΣΔ Τύπου 2, είναι μια συχνή ασθένεια που τα κρούσματά της αναμένονται να αυξηθούν στο μέλλον, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες. Καθότι η έρευνα CODE 2 είναι προδρομική, το 1995, υπολογίστηκε ότι 135κατ. άνθρωποι παγκοσμίως παρουσίασαν αυτήν την μορφή ΣΔ. Επομένως, απαιτείται καλύτερη κατανομή των οικονομικών πόρων και να αξιολογηθούν διαφορετικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας.

Πίνακας 2.1: Ποσοστά και ασθενείς που εισήχθησαν σε νοσοκομείο και συνολικός αριθμός των ημερών που εισήχθησαν.

ΧΩΡΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (6 ΜΗΝΕΣ)	ΗΜΕΡΕΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
Βέλγιο	18,5%	20
Γαλλία	18,1%	9
Γερμανία	12,7%	18
Ιταλία	17,8%	13
Ολλανδία	7,7%	12
Ισπανία	8,3%	8
Σουηδία	12,5%	7
Ηνωμένο Βασίλειο	11,4%	7
Κόστος ασθενών με ΣΔ Τύπου 2 στην Ευρώπη κατά Μ.Ο .	12,9%	13

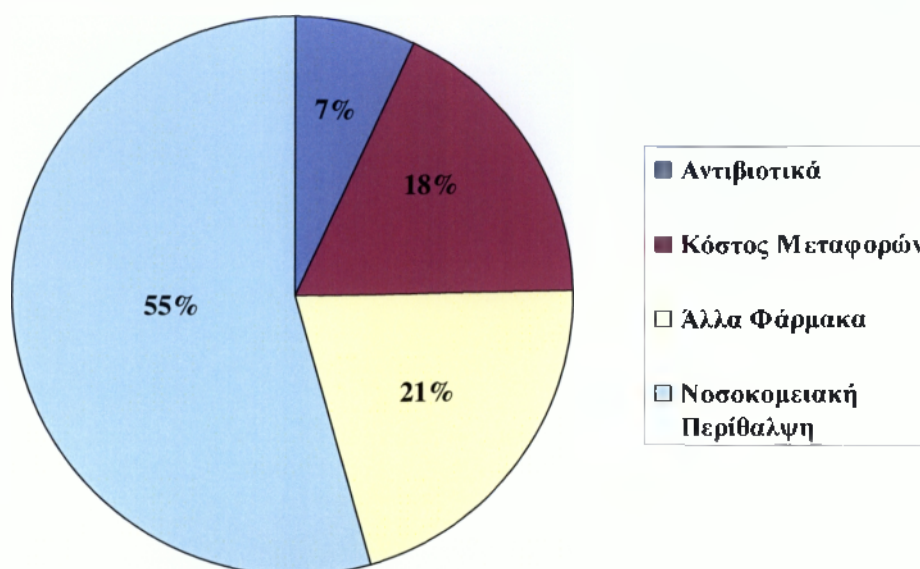
Diabetologia (2002) 45: S5 – S12

Πίνακας 2.2: Κόστος φαρμάκων ανά ασθενή ανά χώρα σε Ευρώ

ΧΩΡΑ	ΣΙΡΟΠΙΑ	ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ	ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΛΙΠΙΔΙΑ	ΕΝΤΕΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΑ	ΚΑΤΑΤΩΝ ΜΟΛΥΝΣΕΩΝ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ
Βέλγιο	127+-114	47+-109	316+-294	70+-156	59+-179	33+-122	23+-170	227+-758
Γαλλία	207+-169	16+-69	283+-308	93+-154	39+-122	18+-74	18+-182	167+-569
Γερμανία	119+-8	135+-33	305+-47	68+-133	53+-7	9+-3	6+-1	229+-47
Ιταλία	63	62	221	35	38	7	16	207
Ολλανδία	102+-118	52+-212	154+-269	26+-132	95+-712	10+-59	10+-74	379+-1646
Ισπανία	61+-101	61+-177	181+-251	53+-133	42+-127	17+-99	16+-80	113+-214
Σουηδία	41+-37	83+-68	197+-225	53+-173	67+-235	14+-164	15+-235	231+-627
Ηνωμένο Βασίλειο	60+-71	78+-181	193+-264	103+-212	54+-184,4	13+-78	10+-54	68+-174
Κόστος ασθενών με ΣΔ Τύπου 2 στην Ευρώπη κατά Μ.Ο .	103 (41,9%)	83 (9,6%)	250 (29%)	66 (7,7%)	49 (5,7%)	12(1,4%)	12 (1,4%)	184 (21,3%)

Diabetologia (2002) 45: S5 – S12

Γράφημα 2.1: Διάκριση του Συνολικού Κόστους των ασθενών που πάσχουν από ΣΔ τύπου 2



Diabetologia (2002) 45: S5 – S12

Από το ανωτέρω γράφημα και σύμφωνα με την έρευνα, προκύπτει ότι η Νοσοκομειακή Περίθαλψη για τον κάθε διαβητικό ασθενή καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος του συνολικού κόστους δηλ. το 55%. Για τις υπόλοιπες κατηγορίες που ερευνήθηκαν, το κόστος μεταφοράς αντιπροσωπεύει το μικρότερο ποσοστό του γενικού άμεσου κόστους φροντίδας, δηλ. το 18%. Επίσης το κόστος για τη θεραπεία φαρμάκων, ανέρχεται στα €7,9εκατ που αντιπροσωπεύει το 21% για κάθε είδους φάρμακα (ειδικότερα για καρδιακές παθήσεις και αντιδιαβητικά δισκία) και 7% για τα αντιβιοτικά, του συνολικού κόστους φροντίδας.

Η έρευνα αυτή επέτρεψε την άμεση σύγκριση με διεθνείς στοιχεία για το κόστος περίθαλψης. Η έρευνα έδειξε ότι 10εκατ. άνθρωποι με ΣΔ Τύπου 2 σε οχτώ Ευρωπαϊκές χώρες κόστισαν πάνω από €29 δις. το 1999. Από το συνολικό κόστος, η νοσοκομειακή περίθαλψη καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος, ενώ τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της νόσου είναι σχετικά χαμηλά. Πράγματι, η θεραπεία με λήψη δισκίων για τον γλυκαιμικό έλεγχο υπολογίζεται περίπου στο 4% από το συνολικό κόστος διαβητικών ασθενών Τύπου 2. Ο μοναδικός παράγοντας που είχε τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στο κόστος των ασθενών με ΣΔ

Τύπου 2, είναι η ύπαρξη διάφορων επιπλοκών που διαγνώστηκαν τελευταία στιγμή, σχετικά με τον ΣΔ. Τα αποτελέσματα της έρευνας για το κόστος των ασθενών με ΣΔ Τύπου 2 επιβεβαιώνουν πως και στις οχτώ Ευρωπαϊκές χώρες που συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα, ο ΣΔ Τύπου 2 είναι μια δαπανηρή νόσος.

2.4 Κόστος του ΣΔ στις ΗΠΑ το 2002 (International Diabetes Federation)

Στη μελέτη αυτή, τα ιατρικά έξοδα υπολογίστηκαν για τις ΗΠΑ, σε πληθυσμό με ή χωρίς ΣΔ το 2002, ανά φύλο, ηλικία, εθνικότητα, είδος ιατρικής κατάστασης και ιατρικής περίθαλψης σύμφωνα με την IDF. Η χρήση ιατρικής περίθαλψης και το σύνολο των δαπανών που οφείλονται στον ΣΔ υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας ποσοστά, που βασίστηκαν σε πληροφορίες έρευνας για την εθνική υγεία. Το κόστος της χαμένης παραγωγικότητας που οφείλεται στους διαβητικούς ασθενείς υπολογίστηκε με βάση τις εργάσιμες μέρες, τις μέρες απαγόρευσης εργασίας, την ύπαρξη μόνιμης ανικανότητας και την θνησιμότητα που υπάρχει στους διαβητικούς ασθενείς.

Οι άμεσες και έμμεσες ιατρικές δαπάνες που αποδίδονται στους διαβητικούς ασθενείς το 2002 υπολογίστηκαν σε \$132δισ. Το σύνολο μόνο των άμεσων ιατρικών δαπανών ήταν \$91,8δισ. που περιλαμβάνουν \$23,2δισ για την περίθαλψη διαβητικών ασθενών, \$24,6δισ για χρόνιες επιπλοκές διαβητικών ασθενών και \$44,1δισ για την ανάπτυξη ιατρικών τεχνικών. Στις μέρες ασθένειας (43,9%) υπολογίστηκε η περίθαλψη στο σπίτι (15,1%) και επισκέψεις σε ιατρεία (10,9%), αποτελούν την πιο πολυδάπανη ομάδα, σχετικά με τις παροχές που υπάρχουν. Επιπλέον, το 51,8% των άμεσων ιατρικών δαπανών προέκυψε από ασθενείς άνω των 65ετών. Αναλόγως τα έμμεσα έξοδα προέκυψαν από τις εργάσιμες ημέρες που χάθηκαν, από τις ημέρες απαγόρευσης εργασίας, τη θνησιμότητα και τη μόνιμη ανικανότητα που στους διαβητικούς ασθενείς συνολικά κόστισε \$39,8δισ. Στις ΗΠΑ, τα ιατρικά έξοδα για την παροχή ιατρικής περίθαλψης που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη κόστισαν συνολικά \$865δισ, από τα οποία τα \$160δισ χρησιμοποιήθηκαν για διαβητικούς ασθενείς. Κατά πολιτεία, τα ιατρικά έξοδα ήταν συνολικά \$13,243 για διαβητικούς ασθενείς και \$2,560 για μη διαβητικούς ασθενείς. Όσον αφορά τις διαφορές ηλικίας, φύλου και εθνικότητας ανάμεσα στους διαβητικούς ασθενείς και μη, οι διαβητικοί είχαν ιατρικά έξοδα υψηλότερα κατά 2 - 4 φορές από τα έξοδα που παρουσιάστηκαν στους μη διαβητικούς ασθενείς.

Ο περιορισμός ή η μείωση των προβλημάτων υγείας που οφείλονται στον ΣΔ μπορεί να γίνει με την ύπαρξη υποδομής όπως για παράδειγμα, καλύτερη πρόσβαση προληπτικής περίθαλψης, πιο γρήγορη διάγνωση, πιο εντατική αντιμετώπιση ανά περίπτωση και ανάπτυξη νέων ιατρικών τεχνικών, θα μπορούσαν να βελτιώσουν σημαντικά την ζωή των διαβητικών ασθενών και των οικογενειών τους, μειώνοντας παράλληλα τις εθνικές δαπάνες για τις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης και αυξάνοντας την παραγωγικότητα της οικονομίας στις ΗΠΑ.

Πίνακας 2.3. Κόστος παθολογικών καταστάσεων που αποδίδεται στους διαβητικούς ασθενείς για το 2002.

Αιτία μόνιμης ανικανότητας	Περιπτώσεις ανικανότητας	Ποσοστά συνολικών περιπτώσεων	Κόστος της μη παραγωγικότητας (σε δις)
ΣΔ	121,893	69	5,2
Καρδιοαγγειακές παθήσεις	12,110	7	0,5
Νεφρικές ασθένειες	3,887	2	0,2
Άλλες διαγνώσεις	38,584	22	1,6
Σύνολο	176,475	100	7,5

Diabetes Care, Volume 26, Number 3, March 2003

Πίνακας 2.4: Κόστος θνησιμότητας που αποδίδεται σε διαβητικούς ασθενείς για το 2002.

Αιτία θανάτου	Θάνατοι σχετικοί με τον ΣΔ	Συνολικά ποσοστά θά- νάτων στις ΗΠΑ	Σύνολο χρό- νων που χά- θηκαν (σε χιλιάδες)	Κόστος παρα- γωγικότητας που χάθηκε(σε εκατ. δολάρια)
ΣΔ	72	100	1,080	10,622
Νεφρικές ασθέ- νειες	2	6	31	273
Κρανιοαγγειακές παθήσεις	4	12	54	305
Καρδιοαγγειακές παθήσεις	108	19	1,357	10,358
Σύνολο	186	NA	2522	21,558

Diabetes Care, Volume 26, Number 3, March 2003

Το σύνολο περιλαμβάνει και άλλες αιτίες θνησιμότητας εκτός από τις παραπάνω.

Πίνακας 2.5: Συνολικό κόστος ΣΔ για το 2002

Στοιχεία	Συνολικό κόστος που αποδίδεται στους διαβητικούς ασθενείς (σε εκατ. δολάρια)	Ποσοστά σε %
Έξοδα ιατρικής περίθαλψης	91,861	70
Έξοδα οργανισμών	54,215	41
Περίθαλψη σε νοσοκομείο	40,337	31
Εκτός νοσοκομείου περίθαλψη	20,130	15

Επίσκεψη σε ιατρό	10,033	8
Περίθαλψη έκτακτης ανάγκης	2,162	2
Παροχή ασθενοφόρου	146	0
Περίθαλψη μη ασθενών σε νοσοκομείο	3,315	3
Ιατρική περίθαλψη στο σπίτι	3,930	3
Σπιτική περίθαλψη	543	0
Φάρμακα και προμήθειες κατά ασθενή	17,316	13
Φάρμακα	5,516	4
Ινσουλίνη και έξοδα μεταφοράς	6,991	5
Σιρόπια	5,009	4
Άμεσα έξοδα που οφείλονται στην μη παραγωγικότητα	39,810	30
Εργάσιμες μέρες που χάθηκαν	4,503	3
Απαγορευμένες εργάσιμες μέρες	6,256	5
Θνησιμότητα	21,556	16
Μόνιμη ανικανότητα	7,494	6
Νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι	13,876	11
Συνολικό κόστος	131,672	100

Diabetes Care, Volume 26, Number 3, March 2003

Το εθνικό κόστος του ΣΔ υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας τις διαδεδομένες μεθόδους για το κόστος της ασθένειας με στοιχεία από το 1998 ως το 2002. Επίσης, η αύξηση του πληθυσμού επιτρέπει πιο έγκυρα αποτελέσματα όσον αφορά το εθνικό κόστος των διαβητικών ασθενών στο μέλλον, καθώς ο πληθυσμός των ΗΠΑ μεγαλώνει ηλικιακά και υπάρχει εθνική ποικιλότητα. Ωστόσο, εάν ο τρόπος ζωής στις ΗΠΑ συνεχιστεί (όπως για παράδειγμα το όλο και αυξανόμενο πρόβλημα της παχυσαρκίας), θα αυξηθούν τα ποσοστά ΣΔ και το μελλοντικό κόστος θα αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό με βάση τα σημερινά ποσοστά.

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, η μελέτη του 1998 υπολογίζει το κόστος ανικανότητας στα \$32,5δισ ενώ η παρούσα έρευνα στα \$7,5δισ. Αυτή η μείωση των δαπανών οφείλεται στην χρήση προηγούμενων αναμενόμενων ετήσιων δαπανών αντί για αναμενόμενα έσοδα μιας ζωής, για να υπολογιστεί το χρηματικό κόστος της χαμένης παραγωγικότητας στο

οποίο δεν δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην προηγούμενη μελέτη. Αυτή η σημαντική μείωση στο κόστος αντισταθμίζεται από σημαντικά μεγαλύτερες δαπάνες που υπολογίζονται για κάποιες περιστάσεις ιατρικής περίθαλψης όπως για παράδειγμα περίθαλψη στο σπίτι και περίθαλψη σε ιατρεία.

Ο παράγοντας που οδήγησε στην σημαντική αύξηση του κόστους που αποδίδεται στη κατ' οίκον νοσηλεία είναι το αυξανόμενο κόστος που υπολογίζεται ανά μέρα νοσηλείας (\$169 την ημέρα για την μελέτη του 2002 και \$79-97 την ημέρα για την έρευνα του 1998). Αυτή η μελέτη εκτιμά ότι το κόστος της κατ' οίκον περίθαλψης θα αυξηθεί σε ποσοστό 18% στις ΗΠΑ από το συνολικό ποσοστό του κόστους περίθαλψης στο σπίτι που αποδίδεται σε διαβητικούς ασθενείς, σε σύγκριση με το 0,2% του συνολικού κόστους της κατ' οίκον περίθαλψης που αποδίδεται σε διαβητικούς ασθενείς στις ΗΠΑ, σύμφωνα με την έρευνα του 1998.

Υπολογίστηκε ότι τα εθνικά έξοδα ήταν κατά μέσο όρο στα \$30δς για την περίθαλψη στο σπίτι το 1997, ενώ η έρευνα του 1998 υπολόγισε τα εθνικά έξοδα περίπου στα \$19δς.

Ο περιορισμός ή η μείωση των προβλημάτων υγείας που οφείλονται στον ΣΔ αντιμετωπίζεται με την ύπαρξη υποδομής όπως για παράδειγμα, καλύτερη πρόσβαση προληπτικής περίθαλψης, πιο γρήγορη διάγνωση, πιο εντατική αντιμετώπιση ανά περίπτωση και ανάπτυξη νέων ιατρικών τεχνικών. Με αυτό τον τρόπο βελτιώνεται σημαντικά η ζωή των διαβητικών ασθενών και των οικογενειών τους, μειώνοντας παράλληλα τις εθνικές δαπάνες για τις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης και αυξάνοντας την παραγωγικότητα της οικονομίας στις ΗΠΑ.

Τέλος, το άμεσο ιατρικό κόστος και η προβλεπόμενη παραγωγικότητα, υπολογίζεται στα \$132δς για το 2002. Αυτό αποτελεί ένα μεγάλο οικονομικό κόστος τόσο για την κοινωνία όσο και για τους διαβητικούς ασθενείς και τις οικογένειές τους.

2.5 Έρευνα για το κόστος εξόδων των διαβητικών ασθενών στην Ελλάδα το 2000

Ο ΣΔ ταλαιπωρεί χιλιάδες ανθρώπους στην Ελλάδα και επιφέρει ένα χρηματικό κόστος που επιβαρύνει τόσο την πολιτεία, όσο και τους πάσχοντες.

Σε έρευνα που έγινε το 2000 από το τμήμα Φαρμακευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών (Δρ. Βίκτωρ Γ. Παπαγιαννόπουλος) εκτίμησε την αύξηση των προσωπικών εξόδων των διαβητικών ασθενών τύπου 2, λόγω της ύπαρξης του ΣΔ, τη σύγκριση των προσωπικών εξόδων σε σχέση με τα προσωπικά έξοδα των άλλων μελών της οικογένειάς τους, τα οποία είναι υγιή, καθώς και την καταγραφή των συνηθειών που έχουν οι διαβητικοί τύπου 2 σχετικά με τα προσωπικά τους έξοδα [διατροφή-δίαιτες, ένδυση, υπόδηση, φάρμακα, εξοπλισμός(αντλίες, ταινίες και στυλό ινσουλίνης)] .

Το δείγμα αποτέλεσαν 101 διαβητικοί ασθενείς τύπου 2 οι οποίοι κατά το χρόνο της έρευνας ακολούθησαν θεραπευτική αγωγή είτε μόνο με δίαιτα, είτε με φάρμακα που λαμβάνονται από τα στόμα, είτε με ινσουλίνη, είτε με κάποιο συνδυασμό των ανωτέρω. Τα άτομα αυτά ήταν πελάτες Φαρμακείου και άτομα – μέλη Κέντρων Ανοικτής Περιθαλψής Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) όλα μεσαίας κοινωνικο – οικονομικής περιοχής. Η ηλικία των διαβητικών ασθενών κυμάνθηκε κατά μέσο όρο 71,8 + / - 7,8 χρόνια (διάστημα 52 – 92 ετών). Το 10% των διαβητικών ασθενών πάσχουν από τον ΣΔ 20 – 35 χρόνια, το 37% 10 – 19 χρόνια, το 27% 5 – 9 χρόνια, το 23% 2 – 4 χρόνια και το 3% 6μήνες – 1χρόνο.

Το 14% των διαβητικών ασθενών είχε καθαρό μηνιαίο εισόδημα €0 – 300, το 61% είχε €300 – 600, το 23% είχε €600 – 1200 και το 2% είχε άνω των €1200.

Η διατροφή του διαβητικού ασθενή είναι ένας παράγοντας που αυξάνει τα προσωπικά έξοδα του ασθενούς.

Ποσοστό (%)	Συχνότητες
-10	1
0	29
10	5
20	8
30	29
40	6
50	14
60	3
70	1
100	4

Πίνακας 2.1- Ποσοστό αύξησης εξόδων διατροφής

Η πλειονότητα των διαβητικών ασθενών (71%) θεωρεί ότι έχουν αυξήσει τα έξοδά τους στη διατροφή λόγω του ΣΔ. Ο μέσος όρος της αύξησης των εξόδων στη διατροφή είναι 27%. Ο ΣΔ στα πρώτα στάδιά του αντιμετωπίζεται με δίαιτα, στα πιο προχωρημένα στάδια με δίαιτα και φαρμακευτική αγωγή. Συνήθως η δίαιτα που ακολουθούν οι διαβητικοί ασθενείς επιβάλλει συγκεκριμένη ποσότητα θερμίδων ημερησίως, καθώς και συγκεκριμένη αναλογία πρωτεϊνών, υδατανθράκων και λιπών. Το είδος διατροφής που μπορεί να ικανοποιήσει τις δύο αυτές απαιτήσεις κοστίζουν ακριβά. Άλλωστε ο ΣΔ από παλαιά ονομαζόταν «αρχοντοαρρώστια» εξαιτίας των υψηλών εξόδων που απαιτούνταν για την αντιμετώπισή του.

Πιο συγκεκριμένα, από τους 100 πάσχοντες, οι 30 δεν επιβαρύνθηκαν με επιπλέον χρηματικά έξοδα εξαιτίας της μεταβολής των διατροφικών τους συνηθειών. Παρατηρήθηκε μια μείωση 10% στα έξοδα διατροφής ενός ατόμου, ενώ δεν σημειώθηκε καμία μεταβολή στα έξοδα 29 ατόμων. Αυτό συμβαίνει, ενδεχομένως, λόγω μείωσης της κατανάλωσης ορισμένων κατηγοριών τροφίμων ή λόγω συμψηφισμού της αύξησης των εξόδων για νέες κατηγορίες τροφίμων και της μείωσης των εξόδων για ορισμένες άλλες κατηγορίες τροφίμων.

Σε ότι αφορά τους πάσχοντες που επιβαρύνθηκαν με επιπλέον χρηματικά έξοδα, οι 5 πάσχοντες επιβαρύνθηκαν 10%, οι 8 με αύξηση 20%, οι 29 με αύξηση 30%, οι 6 με αύξηση 40%, οι 14 με αύξηση 50%, οι 3 με αύξηση 60%, ο 1 με αύξηση 70% και 4 με αύξηση 100%.

Δεν παρατηρήθηκε δηλαδή, αύξηση εξόδων σε 30 πάσχοντες, παρατηρήθηκε μια αύξηση 10 – 30% σε 42 πάσχοντες, μια αύξηση 40 – 70% σε 24 πάσχοντες και διπλασιασμός των εξόδων σε 4 πάσχοντες.

Πίνακας 2.2- Ποσοστό αύξησης εξόδων για ντύσιμο - υπόδηση

Ποσοστό (%)	Συχνότητες
0	98
20	1
50	1

Στο θέμα της ένδυσης και της υπόδησης το 98% του δείγματος δεν έχει αυξήσει τα έξοδά του λόγω ΣΔ. Αυτό οφείλεται στο ότι σχεδόν όλοι δεν έχουν αναπτύξει επιπλοκές με έλκη στα πόδια ή σε άλλα σημεία του σώματος λόγω του ΣΔ διότι δεν πάσχουν από αυτόν πολλά χρόνια. Ένας πάσχοντας επιβαρύνθηκε με αύξηση 20% και ένας με αύξηση 50%. Οι αυξήσεις αποδίδονται, συνήθως σε μεταβολές του σωματικού βάρους εξαιτίας της εισαγωγής νέων διατροφικών συνηθειών.

Πίνακας 2.3-Ποσοστό αύξησης εξόδων καθημερινής διαβίωσης

Ποσοστό (%)	Συχνότητες
0	93
10	2
20	1
30	1
50	2
100	1

Τα καθημερινά έξοδα διαβίωσης, όπως δαπάνες σε ΔΕΗ (για θερμοσίφωνο, αир κοντισιον κ. λ. π.), ΕΥΔΑΠ, ΟΤΕ κ. λ. π. δεν είναι αυξημένα στους 93 από τους 100 διαβητικούς ασθενείς. Σχετικά με την αύξηση των εξόδων διαβίωσης, όπως λογαριασμών του ηλεκτρι-

κού ρεύματος, νερού, τηλεφώνου κ. τ. λ., η πλειονότητα (93%) απάντησε ότι δεν έχει αυξήσει τα έξοδά της. Σε ότι αφορά τους πάσχοντες που επιβαρύνθηκαν με επιπλέον χρηματικά έξοδα, οι 2 από αυτούς επιβαρύνθηκαν με αύξηση 10%, ο 1 με 20%, άλλος 1 με 30%, οι 2 με 50% και 1 με αύξηση 100%. Οι αυξήσεις αυτές αποδίδονται, συνήθως, σε διαφοροποίηση του τρόπου ζωής και των καθημερινών συνηθειών των ατόμων που εκδηλώνουν την ασθένεια.

Πίνακας 2.4 – Οι μέσοι όροι της αύξησης στα έξοδα των διαβητικών ασθενών

	N	Mean	SD	Min	Median	Max
Αύξηση εξόδων διατροφής (%)	100	26.6	24.5	-10	30.0	100
Αύξηση εξόδων ένδυσης - υπόδησης	100	0.7	5.4	0	0.0	50
Αύξηση καθημερινών εξόδων Διαβίωσης (%) (ΔΕΗ, ΟΤΕ κλπ)	100	2.7	12.6	0	0.0	100

Οι μέσοι όροι της αύξησης στα έξοδα τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.4 όπου παρατηρούμε ότι η ύπαρξη του ΣΔ είχε σαν συνέπεια την αύξηση κυρίως των εξόδων διατρο-

φής κατά 30%, ενώ ταυτόχρονα αυξημένα κατά 30% ήταν και τα φυσιολογικά έξοδα των πασχόντων κατά μέσο όρο.

Σχετικά με την αύξηση των εξόδων στην καθημερινή τους ζωή σε σχέση με άλλα μέλη της οικογένειάς τους, δήλωσαν αυξημένα έξοδα κατά 34% περίπου κατά μέσο όρο. Η αύξηση αυτή πιθανόν οφείλεται στην αύξηση των εξόδων διατροφής.

Αύξηση ειδών διατροφής

Σε δείγμα 100 πασχόντων καταμετρήθηκε μία μέση αύξηση 26,6% των εξόδων διατροφής που οφείλεται στην ασθένεια. Οι ποσοστιαίες (%) μεταβολές των εξόδων διατροφής κυμαίνονται μεταξύ -10%(ελάχιστη) και 100%(μέγιστη)

Αύξηση εξόδων ένδυσης – υπόδησης

Σε δείγμα 100 πασχόντων καταμετρήθηκε μια μέση αύξηση 0,7% των εξόδων ένδυσης – υπόδησης που οφείλεται στην ασθένεια. Οι ποσοστιαίες (%) μεταβολές των εξόδων ένδυσης – υπόδησης κυμαίνονται μεταξύ 0%(ελάχιστη) και 50%(μέγιστη)

Αύξηση καθημερινών εξόδων διαβίωσης

Σε δείγμα 100 πασχόντων καταμετρήθηκε μία μέση αύξηση των εξόδων διαβίωσης (ΔΕΗ, ΟΤΕ κτλ) που οφείλεται στην ασθένεια. Οι ποσοστιαίες (%) μεταβολές των καθημερινών εξόδων διαβίωσης κυμαίνονται μεταξύ 0%(ελάχιστη) και 100%(μέγιστη)

Είναι τα έξοδα της καθημερινής ζωής παραπάνω από τα αντίστοιχα έξοδα των άλλων μελών της οικογένειας;	Σύνολο
ΝΑΙ	32
ΟΧΙ	1
Δεν ξέρω / μένω μόνος	67
Σύνολο	100

Πίνακας 2.5 – Αύξηση των προσωπικών τους εξόδων στην καθημερινή ζωή σε σχέση με τα έξοδα των άλλων μελών της οικογένειάς τους, λόγω του ΣΔ.

Σε δείγμα 100 πασχόντων οι 32 απάντησαν ότι τα έξοδα της καθημερινής ζωής είναι μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα έξοδα των άλλων μελών της οικογένειάς τους, οι 3 απάντησε ότι δεν είναι μεγαλύτερα και οι 67 δεν γνωρίζουν ποια έξοδα είναι μεγαλύτερα ή μένουν μόνοι τους, οπότε δεν υπάρχει πεδίο σύγκρισης.

Πίνακας 2.6-Ποσοστό επί τις εκατό είναι αυξημένα πάνω από το φυσιολογικό τα προσωπικά τους έξοδα (σε σχέση με των άλλων μελών της οικογένειάς τους)

	N	Mean	SD	Min	Median	Max
Αύξηση Φυσιολογικών Εξόδων (%)	100	34.2	19.5	0	30.0	100

Από τους 33 πάσχοντες που απάντησαν «ναι» ή «όχι» στην ερώτηση «είναι τα έξοδα της καθημερινής σας ζωής παραπάνω από τα αντίστοιχα έξοδα των άλλων μελών της οικογένειας;» Οι ποσοστιαίες (%) αυξήσεις κυμαίνονται μεταξύ 0% (ελάχιστη) και 100% (μέγιστη) και η μέση αύξηση των χρόνιων εξόδων υπολογίζεται σε 34,2% κατά άτομο.

Πίνακας 2.7 – Σε τι ποσοστό επί τις εκατό είναι αυξημένα πάνω από το φυσιολογικό τα προσωπικά τους έξοδα (σε σχέση με των άλλων μελών της οικογένειάς τους)

Ποσοστό (%)	Συχνότητες
0	1
10	4
20	3
30	14
40	2
50	6
60	1
70	1
100	1
Σύνολο διαβητικών ασθενών	33

Σε δείγμα 33 πασχόντων που απάντησαν «ναι» ή «όχι» στην ερώτηση «είναι τα έξοδα της καθημερινής ζωής παραπάνω από τα αντίστοιχα έξοδα των άλλων μελών της οικογένειάς;» (επί συνόλου ερωτηθέντων 100), ο 1ς απάντησε ότι τα έξοδά του είναι μεγαλύτερα κατά 0% σε σχέση με τα έξοδα των άλλων μελών της οικογένειάς του (είναι ο ασθενής που απάντησε «όχι» στην παραπάνω ερώτηση).

Από τους υπόλοιπους, οι 4 απάντησαν ότι τα έξοδά τους είναι μεγαλύτερα κατά 10%, οι 3 κατά 20%, οι 14 κατά 30%, οι 2 κατά 40%, οι 6 κατά 50%, 1 κατά 60%, 1 κατά 70% και 1 κατά 100%.

Δεν παρατηρήθηκαν, δηλαδή, αυξημένα τα προσωπικά έξοδα σε 1 πάσχοντα, αλλά αυξήθηκαν κατά 10% - 30% σε 21 πάσχοντες, αυξημένα κατά 40% - 70% σε 10 πάσχοντες και διπλάσια, σε σχέση με τα έξοδα των άλλων μελών της οικογένειάς του, σε 1 πάσχοντα.

Συμπερασματικά λοιπόν μπορούμε να πούμε ότι ο ΣΔ τύπου 2 αυξάνει σε υψηλό ποσοστό τα προσωπικά έξοδα διαβίωσης των διαβητικών ασθενών. Η πολιτεία θα έπρεπε να

βοηθήσει τους διαβητικούς ασθενείς υπό οποιαδήποτε μορφή όπως οικονομικά μηνιαία επιδόματα και φοροελαφρύνσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Σακχαρώδης Διαβήτης και Εθνικό Σύστημα Υγείας

Σύμφωνα με τα Προεδρικά Διατάγματα ΦΕΚ. 378 / 22. 06. 1990 τεύχος Β και ΦΕΚ. 231 / 03. 04. 1992 τεύχος Β, προβλέπεται ο σκοπός και η λειτουργία των Διαβητολογικών Κέντρων και Διαβητολογικών Ιατρείων.

Σκοπός λειτουργίας των Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων και Διαβητολογικών Κέντρων των Νοσοκομείων είναι η συστηματική, εξειδικευμένη και εκσυγχρονισμένη περίθαλψη των διαβητικών ασθενών, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Είναι υπεύθυνα για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση του ΣΔ και των εκδηλώσεών του, καθώς και για την παροχή ειδικής εκπαίδευσης και κοινωνικής φροντίδας στους διαβητικούς ασθενείς. Ακόμα διασφαλίζουν τη μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών με την καταγραφή τους σε ένα εθνικό μητρώο διαβητικών ασθενών και εκτιμούν τις ανάγκες τους με στόχο τον προγραμματισμό των παροχών προς αυτούς από τους αρμόδιους φορείς. Τέλος σκοπός τους είναι η περαιτέρω συνεργασία με επιστημονικές εταιρίες που ασχολούνται με το αντικείμενο του ΣΔ όσο και η προώθηση της έρευνας γενικότερα στον τομέα αυτόν.

3.1 Διαβητολογικά Κέντρα και Ιατρεία

Οι **Διαβητολογικές Μονάδες (Κέντρα)** ιδρύονται μετά από γνώμη της Επιτροπής για τον ΣΔ σε Περιφερειακά Νοσοκομεία όπου λειτουργούν Ε.Δ.Ι. στα πλαίσια μιας Πανεπιστημιακής Κλινικής ή στα πλαίσια συγκεκριμένου Τμήματος του Παθολογικού Τομέα. Η λειτουργία δεύτερης Διαβητολογικής Μονάδας στο ίδιο το Νοσοκομείο αποκλείεται.

Η πλαισίωσή τους γίνεται με έναν γιατρό, τουλάχιστον, Επιμελητή Α' ο οποίος θα πρέπει να έχει τα παρακάτω προσόντα α) Ειδικότητα Παθολογίας, Παιδιατρικής ή Ενδοκρινολογίας από 5ετίας τουλάχιστον, β) Ειδική απασχόληση στο ΣΔ σε Ε.Δ.Ι. ή Δ.Μ., επί πενταετία τουλάχιστον, γ) Αξιόλογο Ερευνητικό έργο στον Τομέα ΣΔ δ) Αξιόλογο διδακτικό ή Διδακτορικό Δίπλωμα καθώς και άλλους δύο έμπειρους γιατρούς, λοιπό προσωπικό και επιπλέον μια παρασκευάστρια, μια Επισκέπτρια Υγείας και μια τουλάχιστον, Γραμματέα.

Για τις Δ.Μ. των Πανεπιστημιακών Κλινικών ο ένας γιατρός πρέπει να είναι Επίκουρος Καθηγητής. Όσον αφορά τον εξοπλισμό των Δ.Μ. ισχύουν τα ανωτέρω που ισχύουν και για τα Ε.Δ.Ι.

Τα **Εξωτερικά Διαβητολογικά Ιατρεία (Ε.Δ.Ι.)** ιδρύονται και λειτουργούν σε ένα από τα εξής τμήματα, Παθολογικό, Ενδοκρινολογικό ή Παιδιατρικό του Παθολογικού Τομέα των Νοσοκομείων. Κατ' εξαίρεση μπορεί να λειτουργεί στο Νοσοκομείο και δεύτερο Ε.Δ.Ι. μετά από τεκμηριωμένη γνώμη της Επιτροπής για τον ΣΔ του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η στελέχωσή τους γίνεται με το παρακάτω προσωπικό: με έναν τουλάχιστον, γιατρό Παθολόγο ή Ενδοκρινολόγο με ειδική εκπαίδευση στο ΣΔ. Τα Ε.Δ.Ι. Παιδιατρικών Τμημάτων ανατίθενται σε παιδίατρο με ανάλογη εκπαίδευση. Η εκπαίδευση για κάθε περίπτωση, πρέπει να είναι τουλάχιστον ετήσια με υπεύθυνη ενασχόληση στο αντικείμενο του ΣΔ σε Διαβητολογικές Μονάδες της ημεδαπής ή αλλοδαπής.

Μια διπλωματούχο Νοσηλεύτρια που εκτός από τα νοσηλευτικά της καθήκοντα να μπορεί να εκπαιδεύσει τον διαβητικό ασθενή και να επιδεικνύει τις διάφορες τεχνικές (εξέταση ούρων, αίματος, ενέσεις ινσουλίνης κτλ)

Επίσης θα πρέπει να παρέχεται διαιτολογική υποστήριξη από Διαιτολόγο του Τμήματος Διατροφής του Νοσοκομείου και θα συνεργάζονται με το Ε.Δ.Ι. μια Κοινωνική Λειτουργός και μια Επισκέπτρια Υγείας.

Ο εξοπλισμός τους θα πρέπει να περιλαμβάνει δύο τουλάχιστον μετρητές για την άμεση μέτρηση του σακχάρου αίματος, ταινίες ή δισκία για τον έλεγχο του σακχάρου και της οξόνης των ούρων, απόθεμα όλων των ινσουλινών και συριγγών, στηθοσκόπιο, οφθαλμοσκόπιο, έντυπο υλικό και ενδεχομένως οπτικοαουστικά μέσα ενημέρωσης και εκπαίδευσης, πλαστικές κάρτες (ταυτότητες) διαβητικών ασθενών (ομοιόμορφες για όλα τα Ε.Δ.Ι.) στις οποίες θα αναγράφεται η πλήρης διεύθυνση του διαβητικού ασθενή, η φαρμακευτική αγωγή και το Ε.Δ.Ι.

Εικόνα 3.1: Νοσοκομείο Αττικόν



Διαβητολογικά Κέντρα (Δ.Κ.)

- 1) Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
- 2) Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
- 3) Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Αγ. Σοφία»
- 4) Γ.Ν. Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»
- 5) Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
- 6) Γ.Ν. Θεσ/νίκης «ΑΧΕΠΑ»
- 7) Γ.Ν. Θεσ/νίκης «Ιπποκράτειο»
- 8) Γ.Ν. Θεσ/νίκης «Παπαγεωργίου»
- 9) ΠΑ.Γ.Ν. Πατρών
- 10) Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»
- 11) Γ.Ν.Α. «Πολυκλινική»
- 12) Γ.Ν.Α. «Αττικόν»
- 13) Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»
- 14) Γ.Ν.Α. Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.
- 15) Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο Μπενάκιο» ΕΕΣ
- 16) Γ.Ν.Α. «Αγ. Παντελεήμων»

Όπως γίνεται φανερό από τον ανωτέρω κατάλογο, υπάρχει τεράστια ανισοκατανομή των πόρων και σε μερικές περιοχές της Ελλάδας όπως το Αγρίνιο, Καρδίτσα και η Ν. Πελοπόννησος (Καλαμάτα, Κυπαρισσία, Σπάρτη κ.α.) δεν λειτουργεί κανένα Δ.Κ. Επίσης από τις 12 Περιφέρειες της χώρας μόνο 3 (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα) έχουν Δ.Κ. και περι-

φέρειες όπως των Δωδεκανήσων, Κυκλάδων, Θράκης κτλ είτε δεν υπάρχει κανένα είτε υπολειτουργούν.

Εξωτερικά Διαβητολογικά Ιατρεία

- 1) Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»
- 2) Γ.Ν. Παιδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»
- 3) Γ.Ν. Παιδων «Αγ. Σοφία»
- 4) Γ.Ν.Α. «Ελπίς»
- 5) Γ.Ν.Α. «Υγεία»
- 6) Νοσ. Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων Αθηνών «Α. Συγγρός»
- 7) Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Σωτηρία»
- 8) Μαιευτ. – Γυναικολ. Κέντρο Αθηνών «Έλενα Βενιζέλου»
- 9) 251 Γ.Ν. Αεροπορίας
- 10) 1^ο Νοσοκομείο ΙΚΑ Μελισσίων
- 11) Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»
- 12) Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Αγ. Όλγα»
- 13) Γ.Ν.Ν. Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»
- 14) Γ.Ν.Α. Πειραιά «Μεταξά»
- 15) Γ.Ν.Α. «Σπηλιοπούλειο»
- 16) Γ.Ν.Α. «ΝΙΜΤΣ»
- 17) Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»
- 18) Γ.Ν. Θεσ/νίκης «ΑΧΕΠΑ»
- 19) Γ.Ν. Θεσ/νίκης «Παπαγεωργίου»
- 20) Γ.Ν. Θεσ/νίκης «Γ. Παπανικολάου»
- 21) Γ.Ν. Θεσ/νίκης «Αγ. Δημήτριος»
- 22) Γ.Ν. Θεσ/νίκης «Ιπποκράτειο» Α' Παιδιατρική Κλινική
- 23) Γ.Ν. Θεσ/νίκης «Ιπποκράτειο» Β' Παθολογική Κλινική
- 24) Γ.Ν. Θεσ/νίκης «Ιπποκράτειο» Γ' Παιδιατρική Κλινική
- 25) Γ.Ν. Θεσ/νίκης «Ιπποκράτειο» Ενδοκρινολογικής Κλινικής
- 26) Γ.Ν. Θεσ/νίκης «Γ. Γεννηματάς»
- 27) Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστας»
- 28) Π.Α.Γ.Ν. Ιωαννίνων
- 29) Π.Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»
- 30) Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης
- 31) Ν.Γ.Ν. Άμφισσας
- 32) Ν.Γ.Ν. Άργους
- 33) Ν.Γ.Ν. Βέροιας
- 34) Ν.Γ.Ν. Βόλου
- 35) Ν.Γ.Ν. Γιαννιτσών
- 36) Ν.Γ.Ν. Γουμένισσας
- 37) Ν.Γ.Ν. Δράμας
- 38) Ν.Γ.Ν. Ζακύνθου
- 39) Ν.Γ.Ν. Θήβας
- 40) Ν.Γ.Ν. Καβάλας
- 41) Ν.Γ.Ν. – Κ. Υ. Καρύστου
- 42) Ν.Γ.Ν. Κατερίνης
- 43) Ν.Γ.Ν. Κιλκίς

- 44) Ν.Γ.Ν. Κομοτηνής
- 45) Ν.Γ.Ν. Κοζάνης
- 46) Ν.Γ.Ν. Κορίνθου
- 47) Ν.Γ.Ν. Πατρών
- 48) Ν.Γ.Ν. Πρέβεζας
- 49) Ν.Γ.Ν. Λαμίας
- 50) Ν.Γ.Ν. Λάρισας
- 51) Ν.Γ.Ν. Λευκάδας
- 52) Ν.Γ.Ν. Μυτιλήνης
- 53) Ν.Γ.Ν. Νάουσας
- 54) Ν.Γ.Ν. Ξάνθης
- 55) Ν.Γ.Ν. Σάμου
- 56) Ν.Γ.Ν. Σερρών
- 57) Ν.Γ.Ν. Τρίπολης
- 58) Ν.Γ.Ν. Τρικάλων
- 59) Ν.Γ.Ν. Χαλκιδικής
- 60) Ν.Γ.Ν. Χανίων

Σύνολο Δ.Ι.: 60

Σύνολο Δ.Κ.: 16

Είναι γεγονός ότι η κατανομή των πόρων γενικότερα, επιφέρει ανισότητες και στην κατανομή των φροντίδων υγείας, με αποτέλεσμα ορισμένες περιοχές ενώ έχουν αυξημένες ανάγκες, να δέχονται λιγότερες και κακής ποιότητας υπηρεσίες. Επίσης οι διαφορές και οι ανισότητες στην πρόσβαση, αλλά και η ανισόρροπη ανάπτυξη διαφορετικών επιπέδων φροντίδας υγείας, επιδρούν αρνητικά σε όλες τις διαστάσεις της υγείας, υποβαθμίζοντας και το επίπεδο ποιότητας ζωής. Ανισοκατανομή αποτελεί επίσης η συσσώρευση ειδικοτήτων των γιατρών και νοσηλευτών στις αστικές περιοχές, καθώς και η συγκέντρωση βιοϊατρικής τεχνολογίας, δημιουργώντας έτσι, ταυτόχρονη ύπαρξη περιοχών υπερπροσφοράς και έλλειψης ή ανεπάρκειας υγειονομικής φροντίδας.

3.2 Σακχαρώδης Διαβήτης και Κοινωνική Ασφάλιση

3.2.1 Τα απαραίτητα αναλώσιμα που πρέπει να χορηγούνται σε έναν διαβητικό ασθενή κατά μέσο όρο είναι τα εξής:

Ταινίες μέτρησης σακχάρου ή οξόνης ούρων

200 ταινίες κάθε 3 μήνες

Ταινίες μέτρησης σακχάρου αίματος

Δισκία: 50 ταινίες κάθε 4 μήνες

Ινσουλίνη μετά τα 40: 100 ταινίες κάθε 3 μήνες

Ινσουλίνη πριν τα 40: 100 ταινίες κάθε μήνα

ΣΔ κύησης: 100 ταινίες κάθε μήνα

Βελόνες σκαριφισμού (στυλό ινσουλίνης)

Δισκία: 150 βελόνες/ έτος

Ινσουλίνη μετά τα 40: 300 βελόνες/ έτος

Ινσουλίνη πριν τα 40: 600 βελόνες / έτος

Scarification < σκαριφισμός < σκάβω το δέρμα μου < εδώ: σκάβω την επιφάνεια του δέρματος προκειμένου να πέσει σταγόνα ινσουλίνης

Εικόνα 3.2: Αντλίες Ινσουλίνης με τον μετρητή



Χορήγηση Αντλιών Ινσουλίνης

Η χρήση αντλιών ινσουλίνης έχει πολλά πλεονεκτήματα και προσφέρει μεγαλύτερη ευελιξία στο καθημερινό πρόγραμμα και καλύτερη ποιότητα ζωής με λιγότερο άγχος και κατάθλιψη, μεγαλύτερη συνεργασία με την οικογένεια με βελτίωση της ευαισθησίας και σημαντικά λιγότερο άγχος από υπογλυκαιμία και καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου (έφηβοι) επίσης, συμβάλλει σε:

- καλύτερα επίπεδα σακχάρου με μικρότερη διακύμανση

- καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο (καλύτερη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη)
- μικρότερο αριθμό σοβαρών και ήπιων υπογλυκαιμικών επεισοδίων
- βελτίωση της αδυναμίας αναγνώρισης της υπογλυκαιμίας
- μείωση των επεισοδίων κετοξέωσης ανά έτος

3.2.2 Το Ασφαλιστικό καθεστώς που ισχύει για τα άτομα με ινσουλινοεξαρτώμενο ΣΔ ανά ασφαλιστικό ταμείο

Από έρευνα που κάναμε στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία προκύπτουν τα παρακάτω στοιχεία: σε αντίθεση με το ΤΑΕ και τον ΟΓΑ που παρέχουν καθολική κάλυψη αναλώσιμων και εξοπλισμό (μετρητές, ταινίες αίματος, ταινίες ούρων, βελόνες, σύριγγες, στυλό) το ΙΚΑ παρέχει μόνο το 75% της συνολικής κάλυψης. Για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου, ισχύει η παροχή όλων των προμηθειών και καλύπτει το έτος 3 επισκέψεις των €18 η κάθε μία.

Ι.Κ.Α.

Είναι ο ασφαλιστικός οργανισμός που απαιτεί συμμετοχή 25% μόνο για την κάλυψη των ασφαλισμένων για τα αναλώσιμα που σχετίζονται με τον ΣΔ.

Συγκεκριμένα, παρέχει 100% κάλυψη για συσκευή μέτρησης σακχάρου αίματος, για στυλό τρυπήματος, ενώ για τα υπόλοιπα αναλώσιμα παρέχει κάλυψη 75%, εκτός από βελόνες τρυπήματος και βοηθητικά υλικά όπως βαμβάκι, οινόπνευμα, τα οποία δεν καλύπτει καθόλου.

Η διαδικασία για την είσπραξη των καταβεβλημένων είναι η εξής:

1. Βεβαίωση από κρατικό Νοσοκομείο ότι πάσχει από ΙΕΣΔ στην οποία αναγράφεται και το είδος και η ποσότητα υλικών που καταναλώνονται για διάστημα 1 ή 3 μηνών.
2. Η βεβαίωση αυτή κατατίθεται στο ΙΚΑ και ανάλογα με την έγκριση της επιτροπής καλύπτεται συγκεκριμένη ποσότητα το μήνα, συνήθως μικρότερη από τις ανάγκες.

Έμμεσα Ασφαλισμένοι Ι.Κ.Α.

Από 1/1/1999 ρυθμίζονται λεπτομέρειες για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανέργων άνω των 26 ετών, με νόμο 2639/98 άρθρο 18 ΦΕΚ 205 τεύχος Ι.

1. Άνεργοι ηλικίας έως 29 ετών καλύπτονται ασφαλιστικά από 1/1/99 από το ΙΚΑ σε είδος, από τον κλάδο παροχών ασθένειας. Από την ασφάλιση αυτή εξαιρούνται οι νέοι που ασφαλιζονται:
 - Από το ίδιο το δικαίωμα
 - Ως μέλη οικογένειας ασφαλισμένων, όπως αυτά προσδιορίζονται από τις διατάξεις του άρθρου 51 του νόμου 1539/95(ΦΕΚ 64 Α).
 - Οι νέοι που σπουδάζουν σε ανώτερα και ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα της Ελλάδας και του εξωτερικού.
2. Για την ασφάλιση των παραπάνω προσώπων καταβάλλεται από τον λογαριασμό για την απασχόληση και την επαγγελματική κατάρτιση (Λ.Α.Ε.Κ.) στο ΙΚΑ μηνιαία εισφορά που ανέρχεται σε ποσοστό 6,45% επί του εκάστοτε ημερομισθίου της 4^{ης} ασφαλιστικής κλάσης του ΙΚΑ.
3. Με απόφαση του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την κάλυψη των ανέργων νέων, ο τρόπος απόδοσης της σχετικής εισφοράς από το ΛΑΕΚ στο ΙΚΑ και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της παραγράφου Ι
4. Η προβλεπόμενη από την παρ. Ι του άρθρου αυτού κάλυψη για παροχές ασθένειας σε είδος διακόπτεται αμέσως μόλις ο άνεργος νέος ασφαλιστεί σε οποιοδήποτε ασφαλιστικό οργανισμό.

Είναι αυτονόητο ότι ο νέος που θα υπαχθεί στην κάλυψη που προβλέπει το άρθρο 18 και έχει ΣΔ παύει να είναι έμμεσα ασφαλισμένος και δεν δικαιούται τη μηνιαία οικονομική βοήθεια από την Πρόνοια.

ΔΗΜΟΣΙΟ

Στα άτομα με ΙΕΣΔ αναγνωρίζεται δαπάνη προμήθειας συσκευής μέτρησης σακχάρου αίματος, το δε ποσό που βαρύνει το Δημόσιο δεν υπερβαίνει τα €109, χωρίς τη συμμετοχή του ασφαλισμένου. Δαπάνη για την προμήθεια νέας συσκευής, θα αναγνωρίζεται από το

Δημόσιο μετά την πάροδο 6 ετών από την προηγούμενη αγορά. Στους ασφαλισμένους που θα προμηθευτούν τη συσκευή μέτρησης, δεν θα αναγνωρίζεται δαπάνη για εξετάσεις σακχάρου για περισσότερο της μιας φορές το μήνα.

Σύμφωνα με το ΦΕΚ (62/11-4-1996), στην ίδια κατηγορία αυτή ασφαλισμένων αναγνωρίζεται μηνιαία δαπάνη για την προμήθεια ταινιών μέτρησης του σακχάρου στο αίμα, ταινιών μέτρησης σακχάρου-οξόνης στα ούρα, καθώς και συριγγών, το ποσό της οποίας δεν θα υπερβαίνει την αξία των 3 επισκέψεων, ήτοι €18, όπως αυτή ισχύει κάθε φορά και χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου στο ιατρείο.

Στο Δημόσιο, δικαίωμα έκδοσης βιβλιαρίου υγείας έμμεσου ασφαλισμένου έχουν:

- Τα νόμιμα, νομιμοποίητα, θετά και φυσικά τέκνα του/της υπαλλήλου, εάν τα μεν θήλεα είναι άγαμα ή ενήλικα μεν, άλλα ανίκανα για άσκηση οποιουδήποτε βιοποριστικού επαγγέλματος, λόγω σωματικής ή πνευματικής εμπειρίας και εφόσον η ανικανότητά τους βεβαιώνεται με γνωμάτευση της οικείας πρωτοβάθμιας υγειονομικής επιτροπής.
- Τα ενήλικα άρρενα άγαμα τέκνα του/της υπαλλήλου που φοιτούν σε σχολές της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης της ημεδαπής και της αλλοδαπής, δικαιούνται κατ' εξαίρεση, ως προστατευόμενα μέλη και κατά το χρόνο των σπουδών τους μόνο, νοσοκομειακής περίθαλψης σε νοσηλευτικά ιδρύματα και ιδιωτικές κλινικές της ημεδαπής Β' θέσης.
- Τα κορίτσια θεωρούνται έμμεσα ασφαλισμένα έως να παντρευτούν και αν αυτό δεν συμβεί εφ' όρου ζωής.
- Τα παιδιά με ΙΕΣΔ που είναι άνεργα και δεν φοιτούν σε σχολές της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης καλύπτονται μερικώς από το ΙΚΑ, σύμφωνα με το νόμο 2639/98 με αποτέλεσμα να χάνουν την ιδιότητα του έμμεσα Ασφαλισμένου και η απώλεια της μηνιαίας οικονομικής βοήθειας από την Κοινωνική Πρόνοια.

ΟΓΑ

Η κάλυψη που παρέχει ο ΟΓΑ για στους ασφαλισμένους του για τον εξοπλισμό και τα αναλώσιμα για τον ΣΔ, περιλαμβάνει τα εξής:

100% κάλυψη για συσκευή μέτρησης σακχάρου αίματος, για ταινίες μέτρησης σακχάρου του σακχάρου και οξόνης στα ούρα, για στυλό λήψης αίματος. Δεν καλύπτονται βοηθητικά αναλώσιμα όπως βαμβάκι, οινόπνευμα.

Η διαδικασία είσπραξης είναι χρονοβόρα. Η εξόφληση από τον ΟΓΑ θα γίνει με σημαντική καθυστέρηση που φτάνει τους 6-8 μήνες.

Ο ΟΓΑ εξακολουθεί να εκδίδει βεβαιώσεις έμμεσης ασφάλισης τέκνων για ασφαλισμένους του, που έχουν παιδιά με ΙΕΣΔ και είναι άνεργα και κάτω των 24 ετών. Το όριο ηλικίας για τους έμμεσα ασφαλισμένους παραμένει ως έχει. Η βεβαίωση είναι απαραίτητη για την παροχή επιδόματος από την Κοινωνική Πρόνοια.

Αν ένας νέος πάρει πτυχίο σε ηλικία μικρότερη των 24 ετών, η έμμεση ασφάλιση παρατείνεται για δύο ακόμα χρόνια, σε καμία περίπτωση όμως για ηλικία πέραν των 26 ετών.

Χορήγηση Αναλώσιμων από Τ.Α.Ε (Ο.Α.Ε.Ε.)

Αξιοσημείωτη είναι η απόφαση (25/2/99) του Διοικητικού Συμβουλίου του ΤΑΕ (Ταμείο Εμπόρων) να χορηγεί δωρεάν όλα τα αναλώσιμα και αναγκαία μέσα για τη ρύθμιση και τον έλεγχο των επιπέδων σακχάρου, καθώς ήταν το μοναδικό ταμείο ως τώρα που δεν χορηγούσε τίποτα δωρεάν στα άτομα με ΣΔ.

Το Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων (Τ.Α.Ε.) έλαβε υπόψη του την αναγκαιότητα της σωστής ρύθμισης και του ελέγχου των επιπέδων του σακχάρου του αίματος και με την υπ' αριθμό 149 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της 25/02/99 χορηγεί στα άτομα με ΣΔ όλα τα απαραίτητα για να το επιτύχουν.

Αποφασίστηκε η έγκριση δωρεάν χορήγησης των αναγκαίων μέσων για τη ρύθμιση και τον έλεγχο των επιπέδων σακχάρου και αίματος, μετρητή σακχάρου και των ταινιών των αναλώσιμων υλικών, σύριγγες κτλ, για τη σωστή ρύθμιση του ΣΔ, που θεωρείται μία χρόνια σοβαρή διαταραχή του μεταβολισμού που οδηγεί συχνά σε αναπηρικές βλάβες με τεράστιες συνέπειες στους πάσχοντες και τα Ασφαλιστικά Ταμεία. (Περιοδικό ΠΕΝΔΙ, 1999)

Έμμεσα Ασφαλισμένοι

Δικαίωμα έκδοσης βιβλιαρίου υγείας έμμεσα ασφαλισμένου, έχουν σύμφωνα με το άρθρο 51 των Νόμων 1539/85 (ΦΕΚ: 64/ τεύχος Α) οι νέοι μέχρι:

- Ενηλικιώσεως τους για αγόρια και κορίτσια
- 24 ετών με υπεύθυνη δήλωση του γονέα ότι είναι άνεργα και άγαμα
- 26 ετών όταν αυτά σπουδάζουν στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

Σε περίπτωση ανάγκης μεγαλύτερης ποσότητας αναλώσιμων, ο ασθενής παραπέμπεται στο διαβητολογικό ιατρείο για έγκριση με αιτιολογικό σημείωμα.

Παροχές Πρόνοιας

1. Επίδομα

Τα ινσουλινοεξαρτώμενα άτομα υπήχθησαν στο προνομιακό πρόγραμμα μηνιαίας οικονομικής ενίσχυσης για το λόγο ότι έχουν ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω. Δικαίωμα για χορήγηση επιδόματος έχουν:

- Όσοι δεν εργάζονται ή παίρνουν σύνταξη
- Οι ανασφάλιστοι
- Όσοι δεν έχουν δικό τους βιβλιάριο υγείας (έμμεσα ασφαλισμένοι).

Δικαιολογητικά που Απαιτούνται:

- Γνωμάτευση Κρατικού Νοσοκομείου, θεωρημένη από τον Διοικητικό Διευθυντή
- Ιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το Δήμο
- Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας
- Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 ότι ο δικαιούχος δεν εργάζεται ή συνταξιοδοτείται από δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα (είναι ανασφάλιστος), ή η βεβαίωση έμμεσα ασφαλισμένου από τον ασφαλιστικό οργανισμό

Το επίδομα χορηγείται ανά δίμηνο, το ποσό ανέρχεται στις €287,78 και ο ενδιαφερόμενος το παραλαμβάνει στο σπίτι του με το ταχυδρομείο.

2. Χορήγηση Βιβλιαρίων Ασφάλισης

Ισχύει για άτομα με ΣΔ που για οποιονδήποτε λόγο δεν είναι ούτε άμεσα, ούτε έμμεσα ασφαλισμένοι σε κάποιο ταμείο, ώστε να δικαιούνται ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη.

Απαιτούμενα Δικαιολογητικά:

- Έντυπη αίτηση
- Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599 ότι είναι ανασφάλιστος, ότι όσα δηλώνει στην αίτησή του για την οικογενειακή και οικονομική του κατάσταση είναι αληθινά και ότι αν ασφαλιστεί θα επιστρέψει το βιβλιάριο στην Πρόνοια.
- Εκκαθαριστικό σημείωμα εφορίας. Εάν δεν υποβάλλει φορολογική δήλωση θα το αναφέρει και αυτό στην υπεύθυνη δήλωση.
- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- 2 φωτογραφίες

Για τη χορήγηση του βιβλιαρίου θα πρέπει να απευθυνθεί στη Διεύθυνση της Πρόνοιας της Νομαρχίας της κατοικίας του, το οποίο είναι ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όπου καλύπτει και νοσηλεία στα κρατικά Νοσοκομεία. (Περιοδικό Διαβητολογικά Νέα, 1999)

Ασφάλειες Ζωής και Άδεια Οδήγησης

Στη χώρα μας, όπως και στο εξωτερικό, τα άτομα με ΣΔ δεν γίνονται δεκτά στα προγράμματα των ασφαλιστικών εταιριών που αφορούν στις ασφάλειες της ζωής και νοσοκομειακής κάλυψης.

Εξαιρέση αποτελεί η εταιρία I.N.G. που ασφαλίζει στις παραπάνω κατηγορίες άτομα με ΣΔ, με επταετή όμως εξαιρέση στις καλύψεις που αφορούν την ίδια την πάθηση και τις επιπλοκές της για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Μετά το πέρας αυτής της περιοριστικής περιόδου, καλύπτονται κανονικά όλες οι περιπτώσεις.

Όσον αφορά τις άδειες οδήγησης που χορηγούνται από το Υπουργείο Μεταφορών και Συγκοινωνιών, δεν υπάρχει εξαιρέση για τα άτομα με ΣΔ, αντίθετα με τη Γερμανία.

Μηνιαία Οικονομική Βοήθεια από Κοινωνική Πρόνοια

Σύμφωνα με την υπ' αριθ. Π4γ/ Φ.225/ οικ.2866/ 14.06.1995 (ΦΕΚ.629/ 18.07.1995 Τ.Β.) Κ.Υ. «Περί οικονομικής ενίσχυσης ατόμων με ειδικές ανάγκες» (Α.Μ.Ε.Α.), τα ινσουλινοεξαρτώμενα άτομα υπήχθησαν στο προνομιακό πρόγραμμα μηνιαίας οικονομικής ενίσχυσης, για το λόγο ότι έχουν ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω. Δικαίωμα λήψης του επιδόματος έχουν οι ανασφάλιστοι ή οι έμμεσα ασφαλισμένοι ινσουλινοεξαρτώμενοι ασθενείς καταθέτοντας τα παρακάτω δικαιολογητικά στις διευθύνσεις υγείας της Πρόνοιας του τόπου διαμονής τους.

Το επίδομα αυτό χορηγείται ανά δίμηνο και ο ενδιαφερόμενος το παραλαμβάνει στο σπίτι του με το ταχυδρομείο. Το ποσό του επιδόματος ανέρχεται σήμερα στο ποσό των €110 μηνιαίως.

Συμμετοχή Στις Πανελλήνιες Εξετάσεις Ως Φυσικώς Αδύνατοι

Σύμφωνα με το Ν.1771/88 οι ινσουλινοεξαρτώμενοι μπορούν να συμμετάσχουν στις Πανελλήνιες εισαγωγικές εξετάσεις με τους φυσικώς αδυνάτους, όπου τους παρέχεται το δικαίωμα:

- Να εξετασθούν σε χωριστό εξεταστικό κέντρο, στην έδρα του Νομού με παρουσία ιατρού
- Να εξετασθούν προφορικά ή γραπτά, ανάλογα της επιθυμίας τους για κάθε μάθημα χωριστά (πιθανώς να ζητήσουν σε ένα ή περισσότερα μαθήματα την προφορική τους εξέταση)
- Να παρατείνουν τον χρόνο των εξετάσεων πέραν του προβλεπόμενου.

Για τη συμμετοχή στο παραπάνω πρόγραμμα απαιτούνται οι παρακάτω ενέργειες:

- Πιστοποιητικό από Κρατικό Νοσοκομείο για την ύπαρξη ΣΔ τύπου 1
- Βεβαίωση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής επιτροπής ότι μπορεί να συμμετάσχει στις εξετάσεις λόγω πάθησης, με τα φυσικώς αδύναμα άτομα

Η παραπάνω βεβαίωση θα πρέπει να κατατεθεί με αίτηση του ενδιαφερόμενου, το αργότερο μέχρι τέλος Απριλίου κάθε έτους στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση του Νομού ή του σχολείου που φοιτά.

Απαλλαγή Στράτευσης

Οι άρρενες ινσουλινοεξαρτώμενοι δεν στρατεύονται. Για την απρόσκοπτη διαδικασία της απαλλαγής θα πρέπει οι ενδιαφερόμενοι να γνωρίζουν τα παρακάτω:

Κατά την κλήση του ενδιαφερόμενου από την στρατολογία για επιλογή, θα πρέπει να προσκομίσει βεβαίωση Κρατικού Νοσοκομείου για την ύπαρξη του ΣΔ τύπου 1.

Μετά από ικανό χρονικό διάστημα ο ενδιαφερόμενος θα κληθεί να εξετασθεί από την επιτροπή των απαλλαγών του πλησιέστερου στρατιωτικού Νοσοκομείου όπου και απαλλάσσεται των στρατιωτικών του υποχρεώσεων

ΛΟΙΠΑ ΤΑΜΕΙΑ

Πίνακας 1.8: Καλύψεις των υπόλοιπων Ταμείων

ΤΑΜΕΙΑ								
<i>Αναλώσιμα</i>	<i>ΤΕΒΕ</i>	<i>ΤΑΕ</i>	<i>ΣΤΡΑΣ/ΚΟΙ</i>	<i>ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ</i>	<i>ΟΤΕ</i>	<i>ΤΡΑΠΕΖΩ Ν</i>	<i>ΣΥΜΒΟΛΙ/ΦΩΝ</i>	<i>ΝΑΤ</i>
Συσκευές μέτρησης αίματος	Επί δανεισμού	100%	100% μία φορά	Ως 10.000	Ως 56000 +ΦΠΑ	100%	<50.000	<40.000
Ταινίες αίματος	98%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	6000/μήνα
Ταινίες ούρων	98%	100%	0%	100%	100%	100%	6000/μήνα	-
Βελόνες	0%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	6000/μήνα
Σύριγγες	98%	100%	100% (1 σύριγγα/ ημέρα)	50%	0,20€/ τεμά- χιο+ΦΠΑ	100%	100%	6000/μήνα
Στυλό	Επί δανεισμού	100%	100% 1 φορά	0%	100% κάθε 2 χρό- νια	100%	0%	0%

Περιοδικό Διαβητολογικά Νέα, τεύχος 10 – 1999, Θυμέλλη Ιωάννα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Σακχαρώδης Διαβήτης και Ποιότητα Ζωής

Η έννοια της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει τις αισθητές επιρροές που φέρει η υγεία, η ασθένεια και η θεραπεία, σ' ένα μεγαλύτερο φάσμα περιοχών. Αναφέρεται επίσης στις στάσεις ζωής και τα υγιή συναισθήματα ή την καλοζωία και στην απαραίτητη λειτουργική ικανότητα του ατόμου να ασκεί τα καθήκοντα και τους κοινωνικούς του ρόλους.

Ο όρος προκαλεί το ενδιαφέρον στην πράξη και η καταγραφή της ποιότητας ζωής σε σχέση με τα θέματα υγείας, αποτελεί ακόμα μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει την αξιολόγηση των αντικειμενικών επιπέδων της κατάστασης υγείας, φιλτραρισμένα όμως από την υποκειμενική αντίληψη και προσδοκία των ίδιων των ατόμων.

Η αποτίμηση των διαφόρων διαστάσεων της υγείας επιτελείται από την αξιολόγηση όλων των παραμέτρων που εκπροσωπούν το φάσμα της ζωής των ανθρώπων, τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους.

Τα «εργαλεία καταγραφής» της ποιότητας ζωής έχουν σχεδιασθεί ειδικά, με στόχο να ανιχνεύσουν διαφορετικούς τομείς το καθένα. Μερικά επικεντρώνονται στο να περιγράψουν το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο την κατάσταση υγείας του, έτσι ώστε να καταλάβουμε τις ανάγκες του, τις επιθυμίες του, τις προτιμήσεις του και τις προσδοκίες με τελικό στόχο την παροχή ανάλογων ιατρικών και βοηθητικών υπηρεσιών.

Άλλα εστιάζουν στους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής, όπως κοινωνικοοικονομική κατάσταση, γένος, κοινωνική υποστήριξη και το βαθμό επιτυχούς αντιμετώπισης δυσκολιών.

Σε κάθε περίπτωση ο καθορισμός της ποιότητας ζωής σε σχέση με θέματα υγείας, αναγνωρίζεται σαν σημαντικό ερευνητικό εργαλείο για την εκτίμηση του αντίκτυπου που θα έχουν νέες θεραπευτικές μέθοδοι σχετικά με το ΣΔ.

Μέθοδοι προσδιορισμού ποιότητας ζωής. Το πρώτο μεθοδολογικό εργαλείο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε άτομα με ΣΔ, το Diabetes Quality of Life Measure (DQOL) παρουσιάστηκε το 1980 και χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη DCCT. Ειδικότερα το DQOL σχεδιάστηκε για να εκτιμήσει την επιβάρυνση ενός εντατικοποιημένου σχήματος ινσουλinoθεραπείας σε σχέση με τα μέχρι τότε κλασικά ακολουθούμενα σχήματα. Δεδομένου ότι το προτεινόμενο στη μελέτη, εντατικοποιημένο σχήμα, απαιτούσε πολλαπλές ενέσεις, συχνές μετρήσεις σακχάρου αίματος αναπροσαρμογή ποσότητας υδατανθράκων σε σχέση με την άσκηση και τις τιμές σακχάρου, ήταν εύλογο να περιμένει κανείς ότι θα επηρεαζόταν

η ποιότητα ζωής των ασθενών και ότι αυτό θα είχε σαν συνέπεια την απροθυμία τους να ακολουθήσουν ένα τέτοιο σχήμα.

Η μελέτη του DCCT θα είχε πολύ μικρότερη κλινική απήχηση αν δεν είχε συμπεριληφθεί στις υπό μελέτη παραμέτρους η εκτίμηση της ποιότητας ζωής, όσων έλαβαν μέρος. Το DQOL έχει 4 βασικές παραμέτρους: ικανοποίηση από τη θεραπεία, αντίκτυπος της θεραπείας, έγνοια των επιπλοκών, κοινωνική έγνοια. Το DQOL παραμένει το πιο χρησιμοποιημένο εργαλείο καταγραφής της ποιότητας ζωής, παρά το ότι έχουν εξελιχθεί και προταθεί πάρα πολλά ακόμα.

Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Διεθνής Διαβητολογική Εταιρία χρησιμοποιούν τους παρακάτω γενικούς δείκτες:

1. SF36 / SF12
2. Sickness Impact Profile / Scale
3. Health Utility Index
4. Quality of Well Being Scale
5. EuroQoL - EQ – 5D

Το SF36 είναι μια απεικόνιση υγείας με 36 ερωτήσεις, ενώ το SF12 χρησιμοποιεί 12 ερωτήσεις.

Το *Sickness Impact Profile* είναι ένα ερωτηματολόγιο 136 ερωτήσεων που βασίζεται σε διάφορες καταστάσεις υγείας. Οι καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών διαχωρίζονται σε 12 κατηγορίες: ύπνος και ξεκούραση, συναισθηματική συμπεριφορά, φροντίδα του σώματος και κινητικότητας, κοινωνική αλληλεπίδραση, συμπεριφορά επαγρύπνησης, επικοινωνία, εργασία, αναψυχή και ενδιαφέροντα, κατανάλωση, οικιακές εργασίες, περπάτημα και τυχόν προβλήματα μετακίνησης.

Οι ερωτούμενοι επιδοκιμάζουν ή αποδοκιμάζουν τα στοιχεία που περιγράφονται και συσχετίζονται με την υγεία τους. Τα αποτελέσματα του SIP σημειώνονται σύμφωνα με τον αριθμό και τον τύπο στοιχείων. Η σημείωση του αποτελέσματος γίνεται στο επίπεδο των κατηγοριών και των διακρίσεων των δεδομένων, όπως ακριβώς γίνεται και με το συνολικό επίπεδο του SIP.

Το σύστημα μέτρησης *Health Utility Index* αποτελείται από δυο άξονες: ένα διεξοδικό σύστημα και μια φόρμουλα η οποία χρησιμοποιεί κάθε ένα μοναδικό σετ απαντήσεων στο σύστημα. Το σύνολο συμπεριφορών και ταυτόχρονα ένα επίπεδο υγείας αναδεικνύουν το κατάλληλο επίπεδο λειτουργίας στο διεξοδικό αυτό σύστημα υγείας.

Το *EuroQoL - EQ - 5D* για παράδειγμα, είναι ένα άλλο παρόμοιο σύστημα το οποίο συμπεριλαμβάνει τις εξής αντιδράσεις των ατόμων: η κινητικότητα, η ατομική φροντίδα, οι προσωπικές συνήθειες, το συναίσθημα πόνου / δυσφορίας και κατάπτωσης / κατάθλιψης. Κάθε ένα από αυτά τα δεδομένα διαιρείται σε τρία επίπεδα άσχημης συμπεριφοράς: όταν δεν υπάρχει πρόβλημα, όταν δημιουργείται πρόβλημα και όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα.

Τέλος το *QWB* είναι ένα ειδικό όργανο που μετράει τη ευημερία των ατόμων βασιζόμενη, στις κοινωνικές προτιμήσεις που η κοινωνία συνδέει γενικά με το επίπεδο λειτουργικότητας ενός ατόμου, σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Για κάθε άτομο ο μέσος όρος των τιμών της κλίμακας, εκτιμάται σε τρεις κατηγορίες λειτουργίας: κινητικότητα, σωματική δραστηριότητα, κοινωνική δραστηριότητα, σύμφωνα με ένα ευρύ φάσμα συμπτωματικών καταγγελιών που μπορεί να εμποδίζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου. Το ερωτηματολόγιο βασιζόμενο σε συνεντεύξεις διαβητικών ασθενών ορίζει για το κάθε άτομο ένα ενιαίο λειτουργικό επίπεδο, σε συνάρτηση με τους ανωτέρω τομείς.

Οι εκτιμήσεις των επιπέδων λειτουργικότητας είναι πολύ σημαντικές και τα τελικά αποτελέσματά τους στηρίζονται στις προτιμήσεις πληθυσμών έπειτα από μεγάλες έρευνες.

Για την ασθένεια του ΣΔ χρησιμοποιούνται 6 πιο ειδικά όργανα για τη μέτρηση της υγείας των διαβητικών ασθενών.

Τα χαρακτηριστικά μέτρησης των ακόλουθων οργάνων είναι:

1. Appraisal of Diabetes Scale / ADS
2. Audit of Diabetes - Dependent Quality of Life / ADDQoL
3. Diabetes 39 / D - 39
4. Diabetes Health Profile / DHP
5. Diabetes Quality of Life Measure / DQoL
6. Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnaire / DQLCTQ

Το *ADS* είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς το οποίο αξιολογεί απόψεις του ατόμου σχετικά με την αντιμετώπιση του ΣΔ. Αυτό αναπτύχθηκε με την αποδοχή της σχέσης αλληλεπίδρασης μεταξύ του στρες και του ΣΔ. Το γεγονός ότι ενώ εξωτερικοί μεταβλητοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν το μεταβολισμό γλυκόζης, γι' αυτό το λόγο η πορεία της ασθένειας και η προσκόλληση σ' ένα αυστηρά διαβητικό καθεστώς μπορεί από μόνη της να είναι αγχώδης.

Οι ειδικοί προτείνουν ότι το ADS μπορεί να είναι χρήσιμο στην προστασία απορρύθμισης του ΣΔ. Συγκεκριμένα στην αναγνώριση εκείνων των ασθενών που πάσχουν ή που είναι σε κίνδυνο ακραίων αντιδράσεων και προβλημάτων προσκόλλησης στη δική τους ασθένεια. Το περιεχόμενο της κλίμακας είναι βασισμένο σε θεωρία και έρευνα που αφορούν επεξεργασίες αξιολόγησης και μερικά στοιχεία προσαρμόστηκαν από ένα ερωτηματολόγιο γενικής απόδοσης.

Το όργανο αποτελείται από 7 αντικείμενα που καλύπτουν την κατάθλιψη που προκαλείται από το ΣΔ, τον έλεγχο του διαβήτη (2 αντικείμενα) την αβεβαιότητα εξαιτίας του ΣΔ, την πιθανή μελλοντική επιδείνωση, την αντιμετώπιση και η επιρροή που έχει ο ΣΔ σε στόχους ζωής. Τα αντικείμενα χρησιμοποιούν μια κλίμακα 5 σημείων με βαθμολογία από 1 (έλεγχος – κανένα / καθόλου) μέχρι 5 (έλεγχος – συνολικό ποσό).

Τα αντικείμενα ADS υπολογίζονται στο να απεικονίζουν αποτελέσματα από 0 – 35, όπου το 0 αντιπροσωπεύει το ελάχιστο και το 35 το μέγιστο αποτέλεσμα του ΣΔ.

Τα *ADDQoL* είναι ένα εξατομικευμένο όργανο σχεδιασμένο να μετράει τις προσδοκίες του ατόμου στην επιρροή που έχει ο ΣΔ στην ποιότητα ζωής του. Το όργανο απαρτίζεται από 18 (αρχικά 13) αντικείμενα όπου ο ερωτούμενος καλείται να υποδείξει αρχικά το αποτέλεσμα του ΣΔ σε μια συγκεκριμένη στάση ζωής (π.χ. απόλαυση φαγητού, άνεση ταξιδιού) ακόμη πόσο σημαντική είναι αυτή η στάση ζωής στη γενικότερη ποιότητα ζωής του. 3 (αρχικά 10) από τα αντικείμενα οικογενειακή ζωή, εργασιακή ζωή, και ερωτική ζωή όπου έχουν μοναδική απάντηση επιτρέποντας σε ασθενείς να αποκλείσουν αντικείμενα τα οποία δεν έχουν σχέση με αυτούς. Έτσι υπολογίζεται η σημασία που έχει η στάση ζωής σε μια τετραψήφια κλίμακα (από 0: καθόλου σημαντικό μέχρι 3: πολύ σημαντικό).

Οι βαθμοί επίδρασης πολλαπλασιάζονται με τους βαθμούς σημασίας για να παράγουν ένα αποτέλεσμα από -9 μέχρι +9 μετά προστίθεται και διαιρούνται τα δεδομένα για να παραχθεί ένα τελικό αποτέλεσμα από -9 μέχρι +9.

Οι ειδικοί του *D-39* είχαν σκοπό αυτό το όργανο μέτρησης να έχει εύρος και αξιοπιστία, με άλλα λόγια, να είναι υψηλά σχετικό με ένα μεγάλο εύρος διαβητικών ασθενών εύκολο στο να χρησιμοποιηθεί και να κατανοηθεί.

Το *D-39* απαρτίζεται από 39 αντικείμενα σε 5 τομείς ονομαστικά: ενέργεια και κινητικότητα (15 αντικείμενα), έλεγχος διαβήτη (12 αντικείμενα), άγχος και στεναχώρια (4 αντικείμενα), κοινωνικό και ισότιμο βάρος (5 αντικείμενα) και σεξουαλική λειτουργία (3 αντικείμενα). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε μία οπτική αναλογική κλίμακα 7 σημείων που ποικίλλει από «καθόλου επηρεασμένος/η» μέχρι «υπερβολικά επηρεασμένος/η», τότε μετατρέπεται σε μήκος από 0 μέχρι 100 σε κλίμακα.

Το *DHP* είναι ένα πολυδιάστατο όργανο αυτοαποπεράτωσης αρχικά σχεδιασμένο να αναγνωρίζει την ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία ανάμεσα σε ενήλικες ινσουλινοεξαρτώμενους σε συνεργασία με παροχές φροντίδας. Το όργανο έχει επίσης προσαρμοστεί για χρήση σε ινσουλινοεξαρτώμενους ασθενείς. Προέρχεται από μια σειρά συνεντεύξεων ινσουλινοεξαρτώμενων ασθενών και από συζητήσεις επαγγελματιών στη φροντίδα υγείας του ΣΔ.

Το *DHP-1* απαρτίζεται από 32 αντικείμενα που καλύπτουν 3 διαστάσεις την ψυχολογική απόγνωση (14 αντικείμενα), εμπόδια στη δραστηριότητα (13 αντικείμενα) και ασύστολη κατανάλωση φαγητού (5 αντικείμενα). Το όργανο αυτό προτείνεται ως κατάλληλο για την αποφυγή διατροφικών προβλημάτων. Το κάθε αντικείμενο έχει μια κλίμακα 4 σημείων. Τα αντικείμενα τροποποιούνται ώστε να παράγουν ένα αποτέλεσμα από 0 ως 100, όπου το 0 θα αντιπροσωπεύει καμία δραστηριότητα.

Το *DQoL* εφαρμόστηκε σε κλινική δοκιμή συγκρίνοντας τα αποτελέσματα από δύο διαφορετικές κατηγορίες θεραπείας με την εμφάνιση και πρόοδο χρόνιων επιπλοκών σε ασθενείς ινσουλινοεξαρτώμενους και μη ινσουλινοεξαρτώμενους.

Οι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη των επιπλοκών δηλώνουν ότι το *DQoL* θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως ένα μέτρο αναγνώρισης ασθενών που μπορεί μελλοντικά να αποκτήσουν ΣΔ. Το σύστημα έχει 46 κύρια αντικείμενα που σχηματίζουν 4 κλίμακες: ικανοποίηση από θεραπεία (15 αντικείμενα), επίδραση θεραπείας (20 αντικείμενα), ανησυχίες για μελλοντικά αποτελέσματα το ΣΔ (4 αντικείμενα) και ανησυχίες για κοινωνικά και επαγγελματικά θέματα (7 αντικείμενα). Οι διαστάσεις και τα συνολικά αποτελέσματα βαθμολογούνται από 0 ως 100, όπου το 0 αντιπροσωπεύει τη χαμηλότερη δυνατή ποιότητα ζωής και το 100 την άριστη.

Το *DQLCTQ* απαρτίζεται από 142 αντικείμενα 20 δεδομένων, 3 ερωτήσεις για τον ίδιο τον ασθενή και 4 δημογραφικές ερωτήσεις. Το *DQLCTQ - R* απαρτίζεται από 57 αντικείμενα 8 δεδομένων μεταξύ τριών και δέκα επιλογών απάντησης. Οι καλοί βαθμοί για κάθε δεδομένο μετατρέπονται σε μια κλίμακα 100 σημείων όπου οι μεγαλύτεροι βαθμοί αντιπροσωπεύουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ποικίλα μέτρα

Ειδικά όργανα μέτρησης του ΣΔ έχουν αναπτυχθεί όπως για παράδειγμα το ερωτηματολόγιο *Insulin Delivery System Rating* και οι ειδικοί το αναφέρουν ως ένα μέτρο *HRQoL* προτεινόμενης θεραπείας. Ένα άλλο σύστημα είναι *Confidence in Diabetes Self - care*

scale το οποίο στοχεύει να αξιολογήσει την ικανότητα αντίληψης του ατόμου να αντιμετωπίσει τη κατάσταση της ασθένειάς του.

Άλλα συστήματα μέτρησης δείχνουν την υψηλότερη επικράτηση του ΣΔ και τα μεγαλύτερα περιστατικά μακροπρόθεσμων επιπλοκών όπως για παράδειγμα, Αφρικανοί Αμερικανοί σε σύγκριση με Ευρωπαίους Αμερικανούς.

Τα ανωτέρω συστήματα είναι πολύ χρήσιμα και σημαντικά, καθότι η επιρροή που έχει ο ΣΔ στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου, είναι αρκετά αισθητή και εξαρτάται κάθε φορά από τον τύπο του ΣΔ που έχει ο πάσχων.

Επίδραση του ΣΔ τύπου I στην ποιότητα ζωής

Η διάρκεια ύπαρξης του ΣΔ και όχι η ηλικία του ατόμου, φαίνεται να σχετίζεται με την ποιότητα ζωής, μικρότερη διάρκεια με ΣΔ σχετιζόταν με μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση.

Οικογενειακοί παράγοντες σχετίζονται με την ποιότητα ζωής ατόμων με ΣΔ, νέοι με οικογένειες με ένα γονέα, εμφανίζουν επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής τους σχετικά με τα θέματα υγείας τους. Επιβάρυνση στους δείκτες της ποιότητας ζωής παρατηρείται σε νέους που είχαν την αίσθηση ότι η φροντίδα του ΣΔ τους ήταν κάτι ιδιαίτερα δύσκολο για αυτούς.

Η διάγνωση του ΣΔ αποτελεί για το νέο και την οικογένειά του μια πρόκληση στην οποία καλούνται να ανταποκριθούν σε πολλά επίπεδα. Το 36% νεοδιαγνωσθέντων παιδιών με ΣΔ παρουσίαζαν ψυχιατρικές διαταραχές συμπεριφοράς λίγο μετά τη διάγνωση, που όμως εξαλείφτηκαν μετά τον πρώτο χρόνο.

Μείωση της απόδοσης στο σχολείο και δυσκολία προσαρμογής σε κοινωνικές δραστηριότητες έχουν επίσης καταγραφεί σε παιδιά με νεοδιαγνωσθέντα ΣΔ. Τα παιδιά ή οι έφηβοι που έχουν ΣΔ για περισσότερα χρόνια παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψη, ακαθόριστες διαταραχές αγχώδους μορφής, καθώς και μειωμένη αυτοεκτίμηση, η οποία μπορεί να τους συνοδεύει σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Η αίσθηση που έχουν τα παιδιά για το κατά πόσο μπορούν να ανταποκριθούν στις αυξημένες απαιτήσεις για την επίτευξη καλής ρύθμισης, είναι καθοριστικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής τους.

Επίδραση του ΣΔ τύπου 2 στην ποιότητα ζωής

Η καταγραφή των δεικτών ποιότητας ζωής, που έγινε στην μελέτη της UKPDS έδειξε ότι δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων με διαφορετικά θεραπευτικά σχήματα.

Από τη μελέτη αυτή δεν προκύπτει ότι όσοι ήταν σε δίαιτα ή κάνανε θεραπεία με δισκία είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς που έκαναν ινσουλίνη. Αυτό που επιβάρυνε σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών ήταν η εμφάνιση, κατά το διάστημα παρακολούθησης, κάποιας επιπλοκής.

Τέλος σημαντικό εύρημα ήταν το ότι οι ασθενείς που παρουσίαζαν συχνές υπογλυκαιμίες, ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό δυσθυμία σε όλο το 24ωρο, εκνευρισμό και μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία τους.

Οι μελέτες αυτές έχουν γίνει σε πολυπολιτισμικές χώρες και μας δίνουν επιπρόσθετα, μια εικόνα των διαφορών μεταξύ διαφόρων εθνοτήτων. (Περιοδικό Διαβητολογικά Νέα,2001)

<i>Όργανο Μέτρησης</i>	<i>Δεδομένα (αρ. στοιχείων)</i>	<i>Επιλογές Απάντησης</i>	<i>Αποτελέσματα</i>	<i>Χρόνος Ολοκλήρωσης</i>
<i>Κλίμακα Αξιολόγησης του ΣΔ / ADS</i>	Κατάθλιψη Έλεγχος ΣΔ Αβεβαιότητα Μελλοντικές Συνθήκες Επιδεινώση Επιρροή του ΣΔ σε μελλοντικούς στόχους ζωής	Κλίμακα 5σημείων : από 1 (καθόλου) έως 5 (πάρα πολύ)	Τα αποτελέσματα υπολογίζονται σε ένα σύνολο από 0 – 35	5 λεπτά
<i>Έλεγχος ΣΔ – Εξαρτώμενη ποιότητα ζωής / AD-DQoL</i>	<i>18 αντικείμενα:</i> Ελευθερία κατανάλωσης φαγητού Απόλαυση στο φαγητό Οικογενειακή ζωή Επαγγελματική ζωή Σεξουαλική ζωή Σωματική υγεία Ανησυχίες για το μέλλον	Βαθμός επιρροής: από -3 (πολύ καλύτερα χωρίς τον ΣΔ) μέχρι +3 (πολύ χειρότερα) Βαθμός σημασίας: από 0 (καθόλου σημαντικό) έως 3 (πολύ σημαντικό)	Βαθμός επιρροής * βαθμός σημασίας Για να παράγουν ένα αποτέλεσμα εύρους : -9 μέχρι +9	< 10 λεπτά

	<p>Αναψυχή / Χόμπι</p> <p>Ελευθερία κατανάλωσης ποτού</p> <p>Αυτοπεποίθηση</p> <p>Κοινωνική ζωή</p> <p>Ευκολία μετακίνησης</p> <p>Φυσική κατάσταση</p> <p>Συμμετοχή σε δραστηριότητες</p> <p>Γενικότερες δραστηριότητες</p> <p>Συνθήκες διαβίωσης</p> <p>Αντιμέτωπιση της κοινωνίας</p> <p>Δυσθυμία εξάρτησης από τους άλλους</p>			
D - 39	<p>39 στοιχεία:</p> <p>Άγχος και στρες</p> <p>Κοινωνικά Προβλήματα</p>	<p>Κλίμακα 7 σημείων</p> <p>Από 1= καθόλου επηρεασμένος / η</p>	<p>Τα αποτελέσματα μεταφέρονται σε κλίμακα 0 – 100</p>	<p>Δεν αναγράφεται</p>

	Σεξουαλική δραστηριότητα Ενέργεια και ζωντάνια Έλεγχος του ΣΔ	έως 7= υπερβολικά επηρεασμένος / η	Όπου το 0 – είναι η χαμηλότερη επιρροή Και το 100 – η υψηλότερη	
--	---	------------------------------------	--	--

Πίνακας 4.1: Απεικόνιση Ειδικών Δεικτών Μέτρησης της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Κοινωνικές Επιπτώσεις

Κάποτε ο ΣΔ ήταν τόσο σοβαρή διάγνωση που σε μερικές κλινικές μόνο πολύ έμπειροι ιατροί επιτρεπόταν να κάνουν τη διάγνωση και να το ανακοινώσουν στον ασθενή και τους συγγενείς τους. Το θέμα αυτό αποτελούσε πολλές φορές ένα επτασφράγιστο οικογενειακό μυστικό. Κανείς τους δεν αναφερόταν σε αυτό.

Τα τελευταία χρόνια η διάγνωση και η θεραπεία του ΣΔ έχουν αλλάξει ριζικά. Ωστόσο οι συνήθειες στις ανθρώπινες κοινωνίες δεν αλλάζουν πολύ γρήγορα και έτσι οι παλιοί φόβοι και τα στίγματα επηρεάζουν συχνά τα συναισθήματα τις σκέψεις και τις πράξεις των σημερινών ανθρώπων. Ακόμη και σήμερα λοιπόν συμβαίνει αρκετά συχνά, το άτομο με ΣΔ, να θέλει να το κρύψει ακόμη και από τον πιο κοντινό φίλο του, τους πιο κοντινούς του ανθρώπους. Η ζωή με τον ΣΔ σημαίνει διαφορετικά πράγματα για κάθε ένα άτομο. Μερικοί προτιμούν να παρουσιάσουν σε πρώτο πλάνο την εικόνα του ατόμου που πάσχει από ΣΔ ενώ άλλοι προτιμούν να ελαχιστοποιήσουν τη σημασία και την επιρροή του ΣΔ στη ζωή τους και στην εικόνα του εαυτού τους που παρουσιάζουν στο κόσμο.

Μπορούμε να αναγάγουμε το ΣΔ ως κεντρικό θέμα της καθημερινής ζωής μιλώντας σε κάθε ευκαιρία γι' αυτό το θέμα και περιστρέφοντας όλες τις δραστηριότητες γύρω από τον ΣΔ, ή να θεωρήσουμε τη θεραπεία του ΣΔ σαν μια ακόμη δραστηριότητα ανάμεσα στις άλλες που χρειάζεται να φέρουμε σε πέρας στη καθημερινή ζωή.

Ο κάθε διαβητικός ασθενής πρέπει να βρει τον τρόπο να σταθεί μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Το άτομο με ΣΔ χρειάζεται να αισθανθεί άνετα με μια ταυτότητα που να λαμβάνει υπ' όψη τις ανάγκες του χωρίς πολλούς περιορισμούς, μια ταυτότητα που να είναι συμβατή με τις αξίες του, το προσωπικό του στυλ και τις πρακτικές συνθήκες. Όταν κάποιος μπορέσει να βρει μια τέτοια ταυτότητα – κάτι που συχνά συμβαίνει μετά τη διάγνωση του ΣΔ – είναι πολύ πιο εύκολο οι άλλοι να τον αποδεχθούν και να σεβαστούν τις ανάγκες του. (Περιοδικό «Γλυκιά Ζωή », 2006)

5.1 Κοινωνικές Επιπτώσεις – Απασχόληση και Ασφάλιση

Ο ΣΔ επηρεάζει πολλές από τις καθημερινές δραστηριότητες που απασχολούν τους διαβητικούς ασθενείς και όλες σχεδόν τις κοινωνικές και οικονομικές αποφάσεις της ζωής τους που αφορούν τη δουλειά, τη μόρφωση και την ασφάλιση. Ειδικά για τους νέους, η νόσος επηρεάζει πολλές από τις αποφάσεις που καλούνται να πάρουν όταν ενηλικιώνονται (μόρφωση, επαγγελματική αποκατάσταση, οικογενειακές σχέσεις κλπ).

Σημειώνουμε ότι οι νέοι διαβητικοί ασθενείς με το ίδιο επίπεδο μόρφωσης και τα ίδια τυπικά προσόντα αντιμετωπίζουν συχνότερα την άρνηση των εργοδοτών στην αναζήτηση εργασίας σε σχέση με τους υγιείς συνομηλίκους τους (56% έναντι 42% στις ΗΠΑ, 20% έναντι 0% στην Ιαπωνία). Στις ΗΠΑ 1 στους 3 διαβητικούς ασθενείς τύπου 1 αναφέρει τουλάχιστον μια άρνηση πρόσληψης λόγω του προβλήματος υγείας που έχει.

Πάντως παρόλα αυτά, τα ποσοστά ανεργίας στους νέους διαβητικούς ασθενείς είναι παρόμοια με αυτά των μη διαβητικών νέων ασθενών.

Ο ΣΔ θεωρείται κατάσταση που εμποδίζει τα διαβητικά άτομα να ασχολούνται ελεύθερα με την εργασία τους όπως τα περισσότερα φυσιολογικά. Η κατάσταση αποδεικνύεται πολύ καλύτερη σήμερα, παρόλο που εξακολουθεί να υφίσταται ως ένα βαθμό αδικαιολόγητη διάκριση.

Σε παγκόσμιο επίπεδο δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα, αν τα διαβητικά άτομα και κυρίως αυτά με ΣΔ τύπου 1, θα πρέπει να αποθαρρύνονται ή ακόμα και να τους απαγορεύεται να απασχολούνται σε ορισμένες θέσεις όπως είναι οι στρατιωτικές υπηρεσίες, η αεροπορία, η αστυνομία, οι μεταφορές, η πυροσβεστική και εκείνες που απαιτούν βαριά σωματική δραστηριότητα. Κύριο μέλημα, θα ήταν να μην επιβάλλονται αυστηροί κανονισμοί, αλλά να θεωρείται ότι η απασχόληση των διαβητικών ατόμων θα πρέπει να κρίνεται για κάθε διαβητικό άτομο χωριστά, σε ατομική βάση, ανάλογα με τα ιδιαίτερα προβλήματα του.

Συχνά οι νέοι διαβητικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα με την κοινωνική και υγειονομική τους ασφάλιση. Αυτό συμβαίνει και λόγω της ανεργίας αλλά και λόγω της άρνησης των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών να ασφαλίσουν τους νέους διαβητικούς ασθενείς (23% άρνηση ασφάλισης σε σχέση με το 1% άρνησης σε υγιείς συνομηλίκους τους). Τέλος η ασφάλιση τους είναι ελλιπής και δεν καλύπτει πλήρως τις ανάγκες τους σε φαρμακευτικό υλικό και σε παροχές υγείας. (Κατσιλάμπρος Ν. 2000)

5.2 Οικογένεια και Σακχαρώδης Διαβήτης

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, στον τομέα της υγείας η έννοια «πρόληψη» διαχωρίζεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Ως πρόληψη θα μπορούσε να θεωρηθεί κάθε ενέργεια η οποία προερχόμενη και από ιατρικό προσωπικό και από το ίδιο το άτομο αποσκοπεί στην προστασία της υγείας και την αποφυγή της ασθένειας.

Η παραπάνω διάκριση της πρόληψης σε τρία είδη εστιάζει κυρίως στην ασθένεια, κάτι που ισχύει και για τα μέτρα πρόληψης που θα λάβει η οικογένεια.

Συνήθως η διάγνωση στο νεανικό ΣΔ μπορεί να συμβεί πολύ νωρίς στη ζωή του ατόμου ακόμα και στη βρεφική ηλικία, όταν το ίδιο το άτομο δεν είναι σε θέση να καταλαβαίνει τις αλλαγές που επέρχονται στη ζωή του (η συνηθέστερη παιδική ηλικία είναι μεταξύ 4 – 6 ετών).

Τον πρώτο ρόλο τότε αναλαμβάνουν οι γονείς και κυρίως η μητέρα ή σπανιότερα τα μεγαλύτερα αδέρφια. Η στάση λοιπόν του παιδιού ή του νέου απέναντι στην ασθένειά του και η προσαρμογή του σε αυτή εξαρτάται από τη στάση του γονέα που έχει αναλάβει τη φροντίδα του παιδιού αλλά και των άλλων μελών. Η αντίδραση των γονέων και κυρίως της μητέρας, στη διάγνωση του ΣΔ είναι υπερβολική. Χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος, φόβο, αγωνία για το μέλλον.

Μέσα από αυτά τα συναισθήματα το παιδί καλείται να διαμορφώσει τη δική του εικόνα για αυτό που του έχει συμβεί. Από τη μια είναι κάτι που δεν κατανοεί και από την άλλη είναι κάτι που ταραίζει τους γονείς του. Οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των γονέων επηρεάζουν άμεσα και καταλυτικά τις αντίστοιχες στάσεις και πεποιθήσεις των παιδιών τους, καθορίζοντας έτσι σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά τους.

Η έλλειψη αυτοπεποίθησης των γονέων ως προς τη δυνατότητα και την ανοχή τους να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις του ΣΔ, επηρεάζει και τον τρόπο που το παιδί βλέπει τις δικές του δυνάμεις απέναντι στο πρόβλημα που του παρουσιάζεται και καθορίζει το πού θα στραφεί το παιδί για να αναλάβει την ευθύνη για ότι του συμβαίνει. Αν οι γονείς έχουν αυτοπεποίθηση είναι πολύ πιθανόν το παιδί να αναζητήσει τη δύναμη στον εαυτό του και στις ιατρικές πληροφορίες. Αν οι γονείς δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν αυτό που τους έχει παρουσιαστεί και αναζητούν τη στήριξη κυρίως στους άλλους, τότε είναι πολύ πιθανόν το παιδί να αναζητεί διαρκώς στο εξωτερικό περιβάλλον (φίλους, ψυχολόγους) τους παράγοντες που θα συντελέσουν στην επαρκή ρύθμιση.

Το παιδί στην ηλικία αυτή, προσπαθεί να κατανοήσει και να κατακτήσει καινούργιους χώρους, τους σχολικούς στους οποίους πρέπει να προσαρμοστεί και μάλιστα επιτυχώς προκειμένου να διευκολυνθεί η διαδικασία της μάθησης. Πρέπει επίσης να κοινωνικοποιηθεί συμμετέχοντας σε ομάδες, συνομήλικων με το παιχνίδι. Όταν όμως αντιμετωπιστεί ως «άρρωστο» τότε θα αισθανθεί διαφορετικό από τους συνομήλικούς του.

Τότε το παιχνίδι μετατρέπεται σε ένα μέσο κοινωνικοποίησης σε μια πηγή φόβου και άγχους γιατί συνήθως οι γονείς αλλά και οι δάσκαλοι μετά από παρότρυνση, δείχνουν μια υπέρμετρη ανησυχία η οποία συχνά τρομοκρατεί τα παιδιά αντί να τα προστατεύει. Η προσπάθεια των γονέων να νουθετήσουν τα παιδιά τους με την επισήμανση των κινδύνων προκαλεί τη συμμόρφωση, βραχυπρόθεσμα μόνο, μεγιστοποιώντας το συναίσθημα του φόβου.

Οι έρευνες σε αυτό τον τομέα δείχνουν ακριβώς ότι η αρχική συμμόρφωση στην παιδική ηλικία, τόσο από την πλευρά των παιδιών όσο και από την πλευρά των γονέων, οδηγεί στα επόμενα χρόνια στην ψυχική κούραση των τελευταίων και στην ανάγκη για αντίδραση των παιδιών. Επίσης ο μεγαλύτερος κίνδυνος που ελλοχεύει είναι αυτό που συνήθως γίνεται πραγματικότητα, η εξάρτηση του παιδιού από το γονέα και η αδυναμία του να αναλάβει την ευθύνη για τη ρύθμιση του ΣΔ στην πορεία των ετών που έρχονται.

Οι έρευνες σε αυτό το σημείο είναι ιδιαίτερα διαφωτιστικές, αποδεικνύουν την αναγκαιότητα από τη μια για την παρέμβαση των γονέων στις περιπτώσεις των παιδιών, αλλά και τον κίνδυνο από την άλλη, τα παιδιά να μην αναλάβουν ποτέ τα ίδια τη ρύθμιση όταν αυτή η παρέμβαση είναι έντονη και αποκλείει κάθε ανάληψη πρωτοβουλίας από το ίδιο το παιδί. (Almeda, MC 1995)

Όταν το πρόβλημα εμφανίζεται στην προ-εφηβεία η εξέλιξή του δεν είναι πολύ διαφορετική. Οι έφηβοι είναι ευρέως γνωστό ότι βρίσκονται προς την αναζήτηση της δικής τους ταυτότητας και μακροπρόθεσμα προς την αυτονομία τους. Οι περιορισμοί που επιβάλλει ο ΣΔ ως προς την αγωγή και ως προς τη διατροφή σε όλες τις περιπτώσεις έρχεται σε ασυμφωνία με αυτό το νεανικό σκοπό. Η παρέμβαση των γονέων και των επαγγελματιών υγείας γίνεται αντιληπτή ως μια προσπάθεια ελέγχου και αντιδρούν σε αυτή.

Η παρέμβαση των γονέων έχουν σκοπό τον έλεγχο, μιας που πολλές φορές η έντονη ανησυχία τους κάνει να ξεχνούν την ηλικία που βρίσκονται τα παιδιά τους, γιατί εκδηλώνουν την υπερπροστατευτική τους διάθεση και εμποδίζουν το νέο να εγκαταλείψει την παιδική ηλικία και να αισθανθεί κύριος του εαυτού του, ανακτώντας τον έλεγχο της ζωής του.

Από την άλλη, κάποιες φορές οι γονείς παρουσιάζονται ιδιαίτερα υποχωρητικοί και παραχαϊδεύουν το παιδί τους, τότε το παιδί εκμεταλλεύεται την υποχωρητικότητα των γονέων, κάνει λάθη διατροφής και παρουσιάζεται ως μια αυτοκαταστροφική και καταθλιπτική προσωπικότητα. Η επίδραση στην ασθένεια σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να οριστεί ως κακός έλεγχος.

Ο ερευνητής Minuchin (1978) με την ομάδα των συνεργατών του ανέλαβε να μελετήσει το ρόλο της οικογένειας στις επιπλοκές που παρουσίαζαν συγκεκριμένα τα κορίτσια στο ΣΔ τους, καθώς και το λειτουργικό ρόλο που η ασθένεια έπαιζε στην οικογένεια.

Αρχικά προσπάθησαν να βρουν μια ευθύγραμμη σχέση ανάμεσα στην συναισθηματική ένταση των κοριτσιών και την αύξηση των οξέων στο αίμα τους. Προέβησαν σε συνεντεύξεις οι οποίες στόχευαν στην έξαρση του συναισθήματος και οι οποίες αύξησαν δραματικά τα επίπεδα των οξέων σε τέτοιο βαθμό που αν αυτά διατηρούνταν, θα οδηγούσαν ξανά σε κρίση κετοξέωσης.

Οι μελέτες που ακολούθησαν από την ομάδα ερευνητών και οι οποίες βασίστηκαν σε πρόγραμμα θεραπείας της οικογένειας, έδειξαν διαφορές στη λειτουργία ανάμεσα σε οικογένειες ψυχοσωματικών διαβητικών παιδιών και σε οικογένειες παιδιών με ΣΔ που δεν κρίθηκαν ως ψυχοσωματικά.

Οι παρατηρήσεις τους, έφεραν στην επιφάνεια τέσσερα χαρακτηριστικά της λειτουργίας: έλλειψη ορίων, υπερπροστατευτικότητα, ακαμψία, έλλειψη επίλυσης των συγκρούσεων.

Πιο συγκεκριμένα, οι οικογένειες των «ψυχοσωματικών διαβητικών παιδιών», παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά ως προς τη λειτουργία τους.

- Οι γονείς είναι πιο ελαστικοί ως προς τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών
- Δεν υπάρχει σε μεγάλο βαθμό διαφοροποίηση και εξατομίκευση των μελών της οικογένειας και τα άτομα αισθάνονται μπερδεμένα, υιοθετώντας ρόλους που βρίσκονται μακριά από τις αρμοδιότητές τους
- Υπάρχει μεγάλη υπερπροστατευτικότητα, δηλ παρατηρείται ιδιαίτερη ευαισθησία όταν υπάρχει μια δύσκολη στιγμή, όπως στην περίπτωση κρίσεων και οι γονείς γίνονται υπερβολικοί στις αντιδράσεις τους

- Ο διαβητικός ασθενής αισθάνεται την ευθύνη να προστατεύει την ενότητα της οικογένειας και τα μέλη της να αποφεύγουν με κάθε τρόπο τη μεταξύ τους σύγκρουση.

Οι ερευνητές επίσης, μέσα από τις παρατηρήσεις τους επεσήμαναν ότι η ψυχοσωματική λειτουργία της οικογένειας επηρεάζει την πορεία της ασθένειας. Η σχέση οικογένειας και παιδιού με ΣΔ έχει κινήσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών και έχει μελετηθεί με δυο κυρίως τρόπους:

- Μελέτες προοπτικής-μακροχρόνιες με μεγαλύτερη διάρκεια τα 6 έτη, οι οποίες μελετούν την επίδραση του οικογενειακού κλίματος στο μεταβολικό έλεγχο από τη στιγμή της διάγνωσης και για το χρονικό διάστημα που ορίζει η κάθε μελέτη.
- Βραχυχρόνιες μελέτες οι οποίες βασίζονται κυρίως στη χρήση τεστ και οι οποίες ερευνούν την επίδραση του οικογενειακού κλίματος στο μεταβολικό έλεγχο.

(Onnis, L, 1993)

Οι νέοι αλλά και οι μεγαλύτεροι ασθενείς με ΣΔ φαίνεται ότι παρουσιάζουν δυο συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς οι οποίες επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τις προβληματικές οικογένειες και επηρεάζουν το μεταβολικό τους έλεγχο.

- εξάρτηση
- επιθετικότητα

Αυτές οι δυο μορφές συμπεριφοράς δεν είναι κατ' ανάγκη διαφορετικές μεταξύ τους. Η εξάρτηση συχνά οδηγεί σε βίαιες συμπεριφορές οι οποίες υπονοούν την ανάγκη του εξαρτημένου ατόμου να απεμπλακεί από αυτή την εξάρτηση.

Η επιθετικότητα σε αυτή την περίπτωση ακολουθείται από συνοδευόμενη αύξηση του άγχους και άρα μακροπρόθεσμα προβλήματα του ελέγχου. Η μελέτη της σχέσης ανάμεσα στην οικογένεια και στο ΣΔ οδηγεί σε αρκετά ενδιαφέροντα ευρήματα και αποδεικνύει ότι υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ των δύο.

5.3 Σακχαρώδης Διαβήτης στην Τρίτη Ηλικία

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού που συνεχώς αυξάνει. Στις ΗΠΑ το 1994 1 στους 8 ήταν πάνω από 65 ετών ενώ το 2020 η αναλογία υπολογίζεται σε 1ς στους 6. Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μείζονα παράγοντα κίνδυνου για την εμφάνιση ΣΔ.

Υπολογίζεται ότι το 20% των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών έχουν ΣΔ και οι μισοί περίπου από αυτούς το αγνοούν. Οι οικονομικές επιπτώσεις της νόσου είναι τεράστιες. Υπολογίζεται πως για τη φροντίδα και θεραπεία των ηλικιωμένων διαβητικών ασθενών δαπανώνται στις ΗΠΑ πάνω από \$50 εκατομμύρια ετησίως.

Η θεραπεία και η παρακολούθηση του ΣΔ στους ηλικιωμένους δεν διαφέρει ουσιαστικά από αυτή που εφαρμόζεται και σε νεότερους ασθενείς, παρουσιάζει όμως ορισμένες ιδιαιτερότητες. Η συχνότητα παχυσαρκίας, για παράδειγμα, είναι σημαντικά μικρότερη στους ηλικιωμένους από ότι στους νεότερους ενήλικες. Συχνά μάλιστα, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους παρατηρείται, εξίσου συχνά με την παχυσαρκία κακή θρέψη που συνοδεύεται από χαμηλό σωματικό βάρος. Σε αυτή την ομάδα των ασθενών πρέπει να ενισχυθεί η θρέψη παράλληλα με τα άλλα μέτρα αντιμετώπισης του ΣΔ.

Οι στόχοι της θεραπείας στους ηλικιωμένους συχνά εξατομικεύονται. Στους περισσότερους ασθενείς το σάκχαρο νηστείας πρέπει να είναι μεταξύ 100 και 140 mg/dl, και μεταγευματικές τιμές κάτω από 200 mg/dl. Τα ηλικιωμένα άτομα χρειάζονται επίσης περισσότερη εκπαίδευση (για τον αυτοέλεγχο του σακχάρου αίματος, για τη σωστή λήψη φαρμάκων και για τη σωστή διαίτα).

Η ύπαρξη πολλών αντιδιαβητικών δισκίων, κάνει περισσότερο από παλιά εφικτό το στόχο της καλής ρύθμισης του σακχάρου. Η χορήγηση φαρμάκων και ιδιαίτερα των αντιδιαβητικών δισκίων στα άτομα της τρίτης ηλικίας απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, διότι οι ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμάκων μπορεί να είναι συχνότερες και εντονότερες σε σύγκριση με τους νεότερους ενήλικες.

Ακόμα θα πρέπει να τους παρέχεται από την Πρόνοια, Βοήθεια στο Σπίτι για εκείνους τους διαβητικούς ασθενείς, που δεν έχουν την απαραίτητη φροντίδα από το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Παρά τη μεγάλη συχνότητα της νόσου και τις οικονομικές και κοινωνικές της συνέπειες, ο ΣΔ στους ηλικιωμένους εξακολουθεί συχνά να υποεκτιμάται και να υποθεραπεύεται .

5.4 Στρες και Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο ρόλος που παίζει το στρες στην πρόκληση αλλά και στην αντιμετώπιση του ΣΔ, είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους ειδικούς που μελετούν την ασθένεια αυτή.

Γνωρίζουμε ότι το στρες προκαλεί στον οργανισμό την έκκριση ορμονών, οι οποίες κινητοποιούν τα αποθέματα ενέργειας του οργανισμού, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η συγκέντρωση της γλυκόζης στο αίμα.

Στους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 ορισμένα κλινικά δεδομένα συνηγορούσαν μέχρι τώρα ότι η καταπολέμηση του στρες, μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στον έλεγχο της νόσου.

Ερευνητές από το πανεπιστήμιο Duke της βόρειας Καρολίνας, προσπάθησαν να δουν εάν η καταπολέμηση, ο σωστός χειρισμός και ο έλεγχος του στρες, έχουν πράγματι ευεργετική επίδραση στα επίπεδα γλυκόζης των διαβητικών ασθενών.

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 108 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, για μια περίοδο ενός έτους. Οι ασθενείς ήταν τουλάχιστον ηλικίας 30 ετών και η θεραπεία τους περιλάμβανε φάρμακα, σωματική άσκηση και ειδική διαβητική διαίτα.

Περίπου οι μισοί ασθενείς παρακολουθούσαν για ένα χρόνο ειδικά μαθήματα και έλαβαν μέρος σε ομαδικές συναντήσεις για εκμάθηση τρόπων καταπολέμησης και σωστού χειρισμού του στρες. Οι υπόλοιποι ασθενείς έτυχαν της κλασσικής αντιμετώπισης του ΣΔ τύπου 2 .

Ταντόχρονα και στις δυο ομάδες των ασθενών, οι ερευνητές έκαναν ιατρικές εξετάσεις που στόχο είχαν να δουν την εξέλιξη και τις διαφοροποιήσεις των βιοχημικών παραμέτρων που χαρακτηρίζουν το ΣΔ

Μετά από ένα χρόνο, η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι διαβητικοί ασθενείς που είχαν λάβει μέρος στο πρόγραμμα για τον έλεγχο του στρες, είχαν σημαντική βελτίωση της γλυκόζης του αίματος και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c.

Παρά το γεγονός ότι σε απόλυτους αριθμούς το ποσοστό μείωσης της γλυκόζης αίματος και της αιμοσφαιρίνης φάνηκε να είναι μικρό, εντούτοις οι γιατροί θεωρούν ότι μια τέτοια μείωση είναι σημαντική και ευεργετική για τους διαβητικούς ασθενείς.

Οι ασθενείς που ήταν περισσότερο αγχώδεις δεν φάνηκε ότι επωφελούνταν περισσότερο από τους ασθενείς που υπέφεραν από το στρες. Το πρόβλημα που φάνηκε να υπάρχει στην προσέγγιση αυτή, είναι γεγονός ότι ήταν δύσκολο για μερικούς ασθενείς να διατηρήσουν την εφαρμογή του προγράμματος καταπολέμησης του στρες.

Συμπερασματικά οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζουν ότι το στρες αυξάνει τα επίπεδα της γλυκόζης μέσα στο αίμα τους και επιδεινώνει το ΣΔ τους.

Για το λόγο αυτό, αυξάνεται ο κίνδυνος για σοβαρές επιπλοκές που προκαλεί ο ΣΔ όπως η τύφλωση, η νεφρική ανεπάρκεια, τα αγγειακά κυκλοφορικά προβλήματα και οι ακρωτηριασμοί.

Οι γιατροί που έκαναν την έρευνα αυτή, συστήνουν ότι οι ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 θα πρέπει να μάθουν τρόπους ελέγχου και καταπολέμησης του στρες.

Οι τεχνικές χειρισμού του στρες σε συνδυασμό με την κλασσική θεραπεία του ΣΔ τύπου 2 μπορούν να έχουν σημαντικά ευεργετικά αποτελέσματα για τους διαβητικούς ασθενείς. (<http://www.medlook.net>)

5.5 Κατάθλιψη και Σακχαρώδης Διαβήτης

Η κατάθλιψη είναι συχνό πρόβλημα μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από ΣΔ τύπου 2. Ο ΣΔ τύπου 2 όταν συνοδεύεται από κατάθλιψη γίνεται επικίνδυνος.

Η αυξανόμενη συχνότητα της κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από ΣΔ μπορεί να έχει δυσάρεστες προεκτάσεις. Νέες έρευνες δείχνουν ότι σε διαβητικούς ασθενείς που παρουσιάζουν κατάθλιψη, υπάρχει αυξημένη θνησιμότητα.

Ο συσχετισμός που βρέθηκε, είναι ισχυρός και περιλαμβάνει τόσο την κατάθλιψη ήπιας μορφής, όσο και την κατάθλιψη σοβαρής μορφής σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2. Το πρόβλημα αποκτά ανησυχητικές διαστάσεις εάν ληφθεί υπόψη ότι πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη δεν τυγχάνουν της κατάλληλης διάγνωσης και θεραπείας. Η αυξημένη θνησιμότητα στους διαβητικούς ασθενείς με κατάθλιψη, πιθανόν οφείλεται σε βιολογικούς και παράγοντες συμπεριφοράς.

Γιατροί από το Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον, αξιολόγησαν και παρακολούθησαν για 3 χρόνια, 4.154 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2. Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που έπασχαν από ΣΔ και κατάθλιψη ήπιας μορφής :

- Είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν δύο ή περισσότερες επιπλοκές του ΣΔ.

- Προσβάλλονταν συχνότερα και από άλλη πάθηση εκτός το ΣΔ.
- Το ποσοστό αυτών που κάπνιζαν, που είχαν καθιστική ζωή, που ήταν παχύσαρκοι και που τύγχαναν θεραπεία με ινσουλίνη ήταν μεγαλύτερο
- Οι διαβητικοί ασθενείς με κατάθλιψη είχαν αυξημένη θνησιμότητα σε σύγκριση με τους διαβητικούς ασθενείς χωρίς κατάθλιψη.

Οι διαβητικοί ασθενείς με κατάθλιψη σοβαρής μορφής ήταν περισσότεροι μεταξύ αυτών που ήταν νέοι σε ηλικία, σε γυναίκες και σε άνεργους.

Προηγούμενες έρευνες από την ίδια ομάδα γιατρών, έδειξαν ότι οι διαβητικοί ασθενείς με κατάθλιψη έχουν τάση να μην ακολουθούν τις οδηγίες διατροφής και σωματικής άσκησης. Επιπλέον δεν ελέγχουν το ζάχαρο στο αίμα τους και αμελούν να λαμβάνουν τα φάρμακά τους για το ΣΔ και την υψηλή πίεση που εκδηλώνεται συχνά στους διαβητικούς ασθενείς. Οι ασθενείς με ΣΔ και κατάθλιψη συγκρινόμενοι με διαβητικούς ασθενείς χωρίς κατάθλιψη, παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό τρεις ή περισσότερους κίνδυνους για την καρδιά όπως κάπνισμα, παχυσαρκία, καθιστική ζωή.

Ένας άλλος λόγος που πιθανόν να οδηγεί τους διαβητικούς ασθενείς σε κατάθλιψη είναι ο χρόνιος πόνος που δημιουργείται από νεύρα που έχουν υποστεί βλάβες λόγω του ΣΔ. Ο χρόνιος πόνος και άλλες επιπλοκές του ΣΔ, μειώνουν τις δυνατότητες λειτουργίας του διαβητικού ασθενή, γεγονός που συμβάλλει στη γέννηση της κατάθλιψης.

Άλλες έρευνες έδειξαν ότι η επιτυχής αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους διαβητικούς ασθενείς συνοδεύεται από καλύτερη εφαρμογή των αναγκαίων για το ΣΔ θεραπειών και καλύτερης λειτουργίας του ατόμου. Υπολογίζεται ότι το 70% έως 80% των ασθενών με ΣΔ, αποβιώνουν λόγω στεφανιαίας νόσου της καρδιάς που οδηγεί έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Έτσι η κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Η κατάθλιψη στους διαβητικούς ασθενείς μπορεί να είναι ένας θανάσιμος συνδυασμός.

Για το λόγο αυτό, είναι επιτακτικό τόσο αυτοί που φροντίζουν τους διαβητικούς ασθενείς όσο και τα άτομα της οικογένειας και του περιβάλλοντός τους, να συμβάλλουν στο να γίνει έγκαιρα η ορθή διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης.
(<http://www.medlook.net>)

5.6 Σακχαρώδης Διαβήτης και Σεξουαλική ζωή

Ο ΣΔ είναι μια χρόνια ασθένεια η οποία εάν δεν ελεγχθεί σωστά μπορεί να προκαλέσει βλάβες σε πολλά συστήματα του οργανισμού. Η πάθηση αυτή παρουσιάζει μια συνεχή αύξηση και δυστυχώς οι νοσηρές της επιπτώσεις δεν είναι καλά γνωστές στο ευρύτερο κοινό.

Οι γυναίκες με ΣΔ τύπου 1 παρουσιάζουν συχνότερα προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή σε σύγκριση με τις άλλες γυναίκες.

Οι επιπλοκές του ΣΔ οι οποίες επηρεάζουν τη σεξουαλική ζωή της γυναίκας ή του άνδρα είναι συχνές. Πρέπει να γίνουν ευρύτερα γνωστές για να ωθήσουν αυτούς που πάσχουν από ΣΔ να είναι περισσότερο προσεκτικοί και αυστηροί στη ρύθμιση και ορθή αντιμετώπιση της ασθένειάς τους.

Βέλγοι γιατροί από το Πανεπιστήμιο της Leaven, ερεύνησαν τα σεξουαλικά προβλήματα που προκύπτουν σε γυναίκες με ΣΔ και τα αποτελέσματα τους ήταν τα ακόλουθα:

- 27% των γυναικών που πάσχουν με ΣΔ τύπου 1 παρουσιάζουν σεξουαλικά προβλήματα σε σύγκριση με μόνο 15% των γυναικών που δεν έχουν ΣΔ.
- Οι διαβητικές γυναίκες οι οποίες παρουσιάζουν και άλλες επιπλοκές της ασθένειάς τους παρουσίαζαν περισσότερα σεξουαλικά προβλήματα σε σύγκριση με τις άλλες διαβητικές γυναίκες που δεν παρουσίαζαν άλλες επιπλοκές.
- Τα συχνότερα σεξουαλικά προβλήματα που παρουσίαζαν ήταν η μείωση της επιθυμίας για σεξ, μείωση της διέγερσης, πόνος κατά τη διάρκεια της επαφής και μείωση της λίπανσης του κόλπου.
- Ένα σημαντικό εύρημα που αφορούσε τις διαβητικές και τις μη διαβητικές γυναίκες ήταν ότι η ύπαρξη των σεξουαλικών προβλημάτων συσχετιζόταν με την κατάθλιψη. Σε όλες τις γυναίκες, η ύπαρξη σεξουαλικών δυσλειτουργιών ήταν 4 φορές συχνότερη όταν υπήρχε κατάθλιψη.
- Οι γυναίκες με ΣΔ είχαν περισσότερα προβλήματα στη συζυγική σχέση.

Σε άλλες πρόσφατες έρευνες που αφορούσαν τους άνδρες φάνηκε καθαρά ότι μεταξύ των ανδρών που πάσχουν από ανικανότητα και προβλήματα στύσης, ο ΣΔ είναι μια από τις πιο σοβαρές αιτίες που προκαλούν τα προβλήματα αυτά.

Ο ΣΔ είναι μια χρόνια πάθηση που προκαλεί μικροαγγειοπάθειες και νευροπάθειες. Εκτός από τα μικρά αγγεία και τα νεύρα, ο ΣΔ επηρεάζει και τους μυς. Οι βλάβες αυτές οδηγούν στην ανεπάρκεια στύσης και στη σεξουαλική ανικανότητα του άνδρα.

Ο έλεγχος δεν πρέπει να γίνεται μόνο με έλεγχο ύπαρξης ή όχι γλυκόζης στα ούρα. Εάν γίνεται μόνο η εξέταση αυτή, οι πιθανότητες είναι μεγάλες να μη διαγνωσθεί ένας ΣΔ που υπάρχει. Εκείνο που πρέπει να γίνεται είναι η ανάλυση και η μέτρηση γλυκόζης αίματος το πρωί μετά από νηστεία.

Η ορθή μακροχρόνια αντιμετώπιση και έλεγχος του ΣΔ σήμερα, σε μια εποχή που η συχνότητα της πάθησης αυτής, αυξάνεται ανησυχητικά. Τα σεξουαλικά προβλήματα που προκύπτουν στους διαβητικούς ασθενείς που δεν αντιμετωπίζουν με τον κατάλληλο τρόπο την ασθένειά τους, επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής τους, προκαλούν κατάθλιψη και μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τις σχέσεις τους. (<http://www.medlook.net>)

5.7 Σακχαρώδης Διαβήτης και Εργασία

Το κόστος που αποδίδεται στα προβλήματα υγείας των εργαζομένων συνήθως υπολογίζεται από τους εργοδότες με όρους του άμεσου κόστους φροντίδας υγείας, όπως οι απαιτήσεις για ιατρικά προγράμματα. Παρ' όλη την πρόοδο σήμερα το επάγγελμα και το εργασιακό περιβάλλον στη σύγχρονη κοινωνία αποτελεί, τουλάχιστον σε χρόνο, το ήμισυ του εικοσιτετραώρου, σε πολλά είδη εργασιών. Γι' αυτό καθορίζει, σε μεγάλο ποσοστό, τις διατροφικές συνήθειες. Ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζει το άγχος (στρες) και η καθιστική ζωή με την έλλειψη σωματικής άσκησης. Αποτελεί λοιπόν το εργασιακό περιβάλλον και το είδος της εργασίας ένα έμμεσο παράγοντα κινδύνου αφού καθορίζει τους άλλους, δηλαδή τη διατροφή, την άσκηση, το άγχος κ.τ.λ.

Έως σήμερα έχει μελετηθεί η επίπτωση του ΣΔ 2 στο βασικό διαχωρισμό αγροτικού και αστικού πληθυσμού.

Η μείωση του σωματικού βάρους του διαβητικού ατόμου εκτιμάται ότι ελαττώνει την εμφάνιση του ΣΔ τύπου 2. Είναι γνωστό από επιδημιολογικές μελέτες στην Αγγλία κατά τη διάρκεια του Α' και Β' Παγκοσμίου Πολέμου ότι η εμφάνιση του ΣΔ τύπου 2 ελαττώθηκε εμφανώς. Το ίδιο παρατηρήθηκε στον πληθυσμό των Αθηνών κατά τη διάρκεια της Κατοχής όπου υπήρξε, προφανώς λόγω της πείνας, δραματική μείωση των περιπτώσεων ΣΔ τύπου 2.

Οι διαβητικοί ασθενείς τύπου 1 επειδή κινδυνεύουν κυρίως από υπογλυκαιμία συναντούν δυσκολίες στην καθημερινή τους ζωή και φυσικά στην εργασία τους. Δεν γίνονται δεκτοί στις Ένοπλες Δυνάμεις και σε μερικά άλλα επαγγέλματα π.χ. πιλότοι. Παρατηρείται το φαινόμενο ύπαρξης διαφορετικών κανονισμών σε διάφορες επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα σε ότι αφορά την καταλληλότητα των διαβητικών ασθενών για ορισμένες θέσεις εργασίας. Αν ο λόγος άρνησης της πρόληψης ή του διορισμού είναι μόνο επειδή κάποιος πάσχει από ΣΔ, τότε θα πρέπει να γίνεται προσφυγή στα δικαστήρια.

Γενικά οι διαβητικοί ασθενείς τύπου 1 πρέπει να αποφεύγουν την εργασία σε βάρδιες, ιδίως νυκτερινές αν και πολλοί κατορθώνουν να ρυθμίζουν επιτυχώς με αναπροσαρμογές την ινσουλινοθεραπεία τους. Οι διαβητικοί ασθενείς τύπου 2 που ρυθμίζονται με δίαιτα ή δισκία και δεν εμφανίζουν άλλα παρόμοια προβλήματα μπορούν να ασκήσουν οποιοδήποτε επάγγελμα και να πάρουν ερασιτεχνικό ή επαγγελματικό δίπλωμα οδήγησης. Αντίθετα για τους ασθενείς τύπου 1 υπάρχουν περιοριστικές διατάξεις για τις επαγγελματικές άδειες και συνήθως επιβάλλεται συχνότερη ανανέωση και γνωμοδότηση ειδικού διαβητολόγου ή ιατρικής επιτροπής.

Το κόστος που αποδίδεται στα προβλήματα υγείας των εργαζομένων συνήθως υπολογίζεται από τους εργοδότες με όρους του άμεσου κόστους φροντίδας υγείας, όπως οι απαιτήσεις για ιατρικά προγράμματα. Έχει γίνει κατανοητό πάντως, ότι υπάρχει επίσης το έμμεσο κόστος για τους εργοδότες, ο υπολογισμός του οποίου γίνεται σπανιότερα. Στην καλύτερη περίπτωση οι μελέτες καταγράφουν μια παράμετρο του έμμεσου κόστους υγείας, τον χαμένο χρόνο για τον εργοδότη λόγω της απουσίας και της ανικανότητας για εργασία.

Η ανικανότητα των διαβητικών ασθενών για εργασία βρέθηκε 25,6% ενώ στους μη διαβητικούς ασθενείς ήταν 7,8% στις ΗΠΑ. Τα ποσοστά ήταν υψηλότερα στις μεγαλύτερες ηλικίες, στις γυναίκες και στους αφροαμερικανούς και χαμηλότερα στους ισπανόφωνους. Οι μέσες απολαβές των διαβητικών ασθενών όλων των ηλικιών ήταν χαμηλότερες ενώ οι χαμένες αμοιβές λόγω ανικανότητας προς εργασία ανήλθαν σε \$4.7 εκατομμύρια το 1987.

Είναι γνωστό ότι ο ΣΔ επιβαρύνει αρκετά τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό. Στις ΗΠΑ το 1997 υπολογίσθηκαν 8 εκατομμύρια άτομα με ΣΔ και άλλοι τόσοι αδιάγνωστοι.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι το άμεσο κόστος υγείας του ΣΔ κυμαίνεται από \$2,257 έως \$7,402 κατά κεφαλήν. Επιπροσθέτως προκαλούνται μείωση της παραγωγικότητας και της απασχόλησης του εργατικού δυναμικού λόγω πρόωρου θανάτου ή ανικανότητας για εργασία, αλλά και μειωμένη αποτελεσματικότητα κατά την εργασία και απουσία λόγω συχνής χρήσης ιατρικών υπηρεσιών από τους διαβητικούς εργαζόμενους. Υπολογίσθηκαν 55 ημέρες ανικανότητας για εργασία το έτος στους εργαζόμενους κάτω των 65 ετών το 1997. Η εθνική δαπάνη εκτιμάται σε \$54,1 δις αλλά και μείωση κατά ένα τρίτο στις αποδοχές των διαβητικών ασθενών λόγω μειωμένης απασχόλησης. Από αναφορές των ίδιων των διαβητικών ατόμων προκύπτει ένα κόστος \$3.700 – 8.700 ετησίως.

Αρκετές σημαντικές πλευρές του ζητήματος της επιβάρυνσης του ΣΔ στην παραγωγικότητα της εργασίας παραμένουν άγνωστες. Σε σχετική μελέτη για την εκτίμηση της οικονομικής επίπτωσης, επιβάρυνσης του ΣΔ στη προοπτική των εργοδοτών, σε 100 επιχειρήσεις του καταλόγου Fortune βρέθηκαν 8.748 διαβητικοί εργαζόμενοι για τους οποίους μετρήθηκε το κόστος πληρωμών του εργοδότη σε χορηγούς ιατρικών υπηρεσιών ή για ιατρικώς απολεσθέντες εργατοώρες. Βρέθηκε \$4.410 επιπλέον της ομάδας των μη διαβητικών ασθενών, 1,9 έως 2,9 φορές μεγαλύτερο. Πάνω από 30% του κόστους συνδεόταν με απουσία για ιατρικούς λόγους και ανικανότητα.

Απαιτούνται περισσότερες ειδικές μελέτες για την επίδραση του ΣΔ στην εκτέλεση εργασιών. Η συσχέτιση χαμηλού γλυκαιμικού ελέγχου με τα αναμενόμενα συμπτώματα και παραγωγικότητας δεν είναι γνωστή. Τελικώς, μελλοντικές μελέτες θα εκτιμήσουν την επίδραση στην παραγωγικότητα της εργασίας προγραμμάτων διαχείρισης διαβητικών ασθενών στο σπίτι και κυρίως στους εργασιακούς χώρους. (www.who.org)

5.7.1 Σύνδρομο Εργασιακής Εξάντλησης και Σακχαρώδης Διαβήτης

Όταν το στρες και η καταπόνηση φτάνουν σε επίπεδα ανεξέλεγκτα, η εργασιακή εξάντληση μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματική εξουθένωση, σωματική κόπωση και διανοητική κούραση με επιβράδυνση των πνευματικών λειτουργιών.

Η κατάσταση αυτή που είναι γνωστή ως σύνδρομο εργασιακής εξάντλησης, είναι διαφορετική από την προσωρινή αδιαθεσία που ξεπερνιέται μετά από μια περίοδο ξεκούρασης.

Οι αιτίες που μπορούν να οδηγήσουν σε εργασιακή εξουθένωση είναι πολλές και περιλαμβάνουν το χρόνιο στρες, την ανασφάλεια επαγγελματικής απασχόλησης, την υπερκόπωση, τις πολλές ώρες εργασίας, τα αυστηρά χρονοδιαγράμματα, την απουσία αμοιβών που αισθάνεται ο εργαζόμενος ότι δικαιούται, την πληθώρα των καθημερινών προβλημάτων ή διαφωνιών, τα ξαφνικά ψυχικά τραύματα, τη σεξουαλική παρενόχληση και τη σωματική κακοποίηση.

Τα προβλήματα που οδηγούν στο σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης άρχισαν να συσχετίζονται από επιστημονικές μελέτες και με άλλες σοβαρές σωματικές ασθένειες. Το εργασιακό στρες έχει συσχετισθεί με την αύξηση της συχνότητας των παθήσεων της καρδιάς, της γρίπης, του μεταβολικού συνδρόμου και της υψηλής πίεσης.

Μια έρευνα έχει μάλιστα δείξει ότι το στρες μπορεί να εξουδετερώνει ωφέλιμες για την καρδιά, δράσεις ενός επαγγέλματος με σωματική άσκηση. Προκαλεί έτσι μεγαλύτερο βαθμό αθηροσκλήρυνσης στους εργαζομένους με στρες από ότι σε αυτούς που δεν έχουν στρες παρά το γεγονός ότι και οι δυο οι ομάδες εργαζομένων είχαν του ίδιου τύπου σωματικά υγιά και επαγγελματική απασχόληση.

Έρευνες έδειξαν ότι το εργασιακό στρες μπορεί να οδηγεί σε ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως κακή διατροφή και υπερκατανάλωση αλκοόλ που με τη σειρά τους είναι αιτίες ασθενειών.

Σε μια πρόσφατη έρευνα σε 677 εργαζομένους, Ισραηλινοί γιατροί έδειξαν ότι αυτοί που παρουσίαζαν εργασιακή εξάντληση είχαν 1,8 φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν σε ΣΔ τύπου 2. Ο οργανισμός καθίσταται ανθεκτικός στη δράση της ινσουλίνης που είναι η βασική ορμόνη ρύθμισης της γλυκόζης. Οι εργαζόμενοι που μελετηθήκαν, ήταν υγιείς στην αρχή της έρευνας που διήρκεσε από το 1998 έως το 2003. Το 77% των συμμετεχόντων ήταν άνδρες και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 43 ετών. Τα επαγγέλματά τους, φάνηκαν σε διάφορες κατηγορίες, ψηλότερες διευθυντικές θέσεις εποπτικές και μέσου διευθυντικού επιπέδου θέσεις, μηχανικοί, εκπαιδευτικοί, εργαζόμενοι με ηλεκτρονικούς υπολογιστές και αυτοαπασχολούμενοι.

Για να αξιολογηθεί ο βαθμός εργασιακής εξάντλησης που παρουσίαζαν, χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο. Σε περίπου 50% των εργαζομένων, βρέθηκε να υπάρχει υψηλού βαθμού εργασιακή εξουθένωση.

Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 17 παρουσίαζαν ΣΔ τύπου 2 κατά τη διάρκεια της έρευνας. Από τους εργαζομένους που παρουσίαζαν σύνδρομο εργασιακής εξάντλησης 3,2% έγιναν διαβητικοί ασθενείς. Σε αυτούς χωρίς εργασιακή εξάντληση μόνο 1,8% παρουσίαζαν ΣΔ τύπου 2.

Οι ερευνητές απέκλεισαν το ενδεχόμενο ο ΣΔ να προκαλείτο από υψηλή πίεση. Η άμεση επίδραση του στρες στη γένεση του ΣΔ μπορεί να σχετίζεται με την αύξηση των λιπαρών οξέων στο αίμα και μείωση της καλής χοληστερόλης (HDL) που προκαλούνται από το χρόνιο ανεξέλεγκτο στρες.

Το στρες προκαλεί διαταραχές στις δυνατότητες του οργανισμού να επεξεργάζεται το ζάχαρο. Υπάρχουν μάλιστα άνθρωποι με γενετικό υπόστρωμα που τους κάνει πιο ευάλωτους στις διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης και το στρες επιδεινώνει την κατάσταση. Το εργασιακό στρες αλλά και άλλες στρεσογόνες καταστάσεις στη ζωή του εργαζομένου, πιθανόν να συμβάλλουν στη γένεση του ΣΔ.

Η σημασία των ευρημάτων των Ισραηλινών γιατρών έγκειται στο ότι το στρες βρέθηκε να έχει μια πιο άμεση επίδραση στους φυσιολογικούς μηχανισμούς του οργανισμού προκαλώντας διαταραχές του ορμονικού μεταβολισμού ρύθμιση της γλυκόζης οδηγώντας έτσι στο ΣΔ.

Με λίγα λόγια το σύνδρομο εργασιακής εξάντλησης, αυξάνει τις πιθανότητες προσβολής από σοβαρές ασθένειες όπως ο ΣΔ, πιθανόν στον ίδιο βαθμό που το κάνουν οι γνωστοί άλλοι παράγοντες κινδύνου δηλαδή το κάπνισμα, η απουσία σωματικής άσκησης, ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος (είναι δείκτης της παχυσαρκίας και υπερβολικού βάρους σώματος). (<http://www.medlook.net>)

5.8 Διαβητικοί Ασθενείς και η Οργανωμένη Κοινωνία (Κράτος)

Η πρόκληση για τους διαβητικούς ασθενείς: Βρίσκοντας την ισορροπία στην κλίμακα της δικαιοσύνης

Οι άνθρωποι με ΣΔ, έχουν να αντιμετωπίσουν την σκληρή πραγματικότητα τόσων επιπλοκών, όπως για παράδειγμα την τύφλωση αλλά και την ανικανότητα των υπολοίπων (του ευρύ κοινού) να αντιληφθεί τις επιπτώσεις αυτής της νόσου. Αυτή η μονομερής αντίληψη, περιλαμβάνει την ανικανότητα εκείνων που βρίσκονται σε κίνδυνο να αντιληφθούν τα όσα προκαλεί ο ΣΔ, την ανικανότητα όσων ασχολούνται με την υγεία να παροτρύνουν αυτούς που βρίσκονται σε κίνδυνο να λάβουν προληπτικά μέτρα και η μη ύπαρξη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης. Η αδικία μιας ασθένειας που δεν είναι ορατή με γυμνό

μάτι – όπου μόνο τα αποτελέσματα είναι ορατά – αποτελεί μια πρόκληση για αυτούς που έχουν ΣΔ αλλά και για την ιατρική κοινότητα, τους ερευνητές και τις κυβερνήσεις.

Πάνω από 2εκατ. Καναδοί παρουσιάζουν ΣΔ, ένας αριθμός που αναμένεται να αυξηθεί ως το 2010 στα 3εκατ. Οι επιπλοκές που σχετίζονται με τον ΣΔ (τελικό στάδιο νεφρικής ασθένειας, καρδιοαγγειακές ασθένειες) έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών. Αν και οι προκλήσεις που σχετίζονται με τον ΣΔ είναι παγκόσμιες, η εφαρμογή τρόπων αντιμετώπισης θα πρέπει να λάβει υπόψη της τις διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στον Καναδά, συμπεριλαμβανομένου εθνικές διαφοροποιήσεις που κάνουν πιο πιθανή την εμφάνιση της ασθένειας, την πρόσβαση περίθαλψης, την ποικιλία και την οργάνωση των συστημάτων υγείας και η προτεραιότητα που δίνεται στους διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με άλλες ασθένειες.

Ένας αριθμός τάσεων παρακινεί τις τοπικές κυβερνήσεις να αναλύσει τους τρόπους και τις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης που παρέχονται, οι δαπάνες συνεχώς αυξάνονται κάθε χρόνο αν και περιορισμένες πηγές είναι διαθέσιμες. Στο Ontario, οι δαπάνες ιατρικής περίθαλψης αυξήθηκαν 8% ετησίως τα τελευταία 5 χρόνια. Το 2003-2004 τα τοπικά έξοδα ιατρικής περίθαλψης υπολογίστηκαν στο 45% από τον συνολικό τοπικό προϋπολογισμό και εάν αυτή η αύξηση συνεχιστεί σε 15 χρόνια ο προϋπολογισμός για την υγεία θα φτάσει το 65%. Οι εξελίξεις στην περίθαλψη, στην διάγνωση και τους τρόπους αντιμετώπισης, έχουν βελτιώσει τη ζωή των διαβητικών ασθενών αλλά με υψηλότερο κόστος τόσο για τους ίδιους τους διαβητικούς ασθενείς όσο και για το σύστημα υγείας. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας διαφέρει σημαντικά από περιοχή σε περιοχή. Η έλλειψη ιατρών συνεχίζεται και οι διαβητικοί ασθενείς που κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές, έχουν υψηλότερα ποσοστά παραμονής σε νοσοκομείο τόσο για σοβαρές όσο και για χρόνιες επιπλοκές διαβητικών ασθενών. Σήμερα στο Ontario 1,6εκατ. κατοίκων αντιστοιχεί σε σχεδόν 1/5 του συνολικού προϋπολογισμού περίθαλψης. Όπως προβλέπεται, ως το 2020 αυτοί οι αριθμοί θα αυξηθούν στα 2,5εκατ. και μέχρι το 2026 στα 3 εκατ.

Είναι σημαντικό το γεγονός ότι τα τωρινά οικονομικά στοιχεία για την υγεία είναι διαθέσιμα και μπορούν να βοηθήσουν τα υπουργεία υγείας, τις τοπικές αρχές και τους διάφορους φορείς υγείας. Αυτοί που παίρνουν τις αποφάσεις χρειάζονται όλες τις παραπάνω πληροφορίες για να αποφασίσουν ποιες υπηρεσίες πρέπει να χρηματοδοτηθούν καθώς επίσης και στοιχεία για την χρηματική αξία των διαφόρων προγραμμάτων (π.χ. πρόληψη αντί αγωγή, πρωτεύον αντί δευτερεύον, τριτογενής περίθαλψη) και πληροφορίες σχετικά με διαφορετικές περιοχές ιατρικής περίθαλψης (γνώση και αγωγή του ΣΔ αντί πρόληψη και έλεγχος ενδημικών μολύνσεων).

Οι κυβερνήσεις πρέπει να ισορροπήσουν την αποτελεσματική ικανοποίηση του καταναλωτή που θέλει ισότητα και αποτελεσματικότητα, για παράδειγμα το μεγαλύτερο πρόβλημα των Καναδών που ζουν με διαβητικούς ασθενείς παραμένει η προσφορά και η πρόσβαση σε φάρμακα για διαβητικούς ασθενείς και οι προμήθειες που χρειάζονται για την αντιμετώπιση της ασθένειας και την μείωση του κινδύνου επιπλοκών. Παρόλα αυτά, στο Οντάριο τα έξοδα του φαρμακευτικού προγράμματος έχουν αυξηθεί κατά 14% το χρόνο, τα τελευταία 5 χρόνια εξαιτίας της εισαγωγής καινούργιων φαρμάκων, την αυξημένη χρήση αλλά και το κόστος των φαρμάκων. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Συμπεράσματα

Ο ΣΔ αποτελεί ένα χρόνιο νόσημα με εντελώς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στο πεδίο της καθημερινής αλλά και μακροπρόθεσμης τακτικής αντιμετώπισης. Απαιτεί κυρίως την προσωπική «δέσμευση» του κάθε πάσχοντα και την ανάδειξή του σε βασικό παράγοντα στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της νόσου. Γενικότερα, σε κοινωνικό επίπεδο η πρόληψη του ΣΔ και των επιπλοκών του οδηγεί στη σημαντική μείωση των δαπανών υγείας.

Τρόποι μείωσης του κόστους:

Πρωτοβάθμια πρόληψη, αποφυγή εμφάνισης ΣΔ με:

- επισήμανση των ατόμων υψηλού κινδύνου
- μείωση του σωματικού βάρους
- αύξηση της σωματικής άσκησης

Δευτεροβάθμια πρόληψη, αντιμετώπιση του ΣΔ με:

- συστηματική παρακολούθηση από ιατρούς
- εκπαίδευση των πασχόντων
- αυτορύθμιση των πασχόντων (καθημερινές μετρήσεις και πολλές ενέσεις).

Είναι απολύτως βέβαιο ότι, η όποια αύξηση των δαπανών για τη συστηματική διάγνωση, τη σταθερή και χωρίς μειώσεις χορήγηση των φαρμάκων και των αναλωσίμων όπως και για τον έλεγχο των επιπλοκών, θα μειώσει δραστικά το συνολικό κόστος του ΣΔ.

Και αυτό γιατί με ρυθμισμένη και σταθεροποιημένη την πάθηση προκύπτει ελαχιστοποίηση του έμμεσου κόστους αλλά και ουσιαστικός περιορισμός των επιπλοκών, οι οποίες απορροφούν το 60% της συνολικής δαπάνης υγείας των ατόμων με ΣΔ.

Ειδικά στην περίπτωση του ΣΔ τύπου 2, πολύ συχνά η διάγνωση γίνεται τυχαία, ενώ ήδη έχει εμφανιστεί μία επιπλοκή. Επομένως ένα πρόγραμμα έγκαιρης διάγνωσης της πάθησης κρίνεται απαραίτητο για τη δραστική μείωση του κόστους του ΣΔ.

Η έλλειψη εξειδικευμένων ιατρείων για το διαβητικό πόδι και η έλλειψη οργανωμένων Διαβητολογικών Κέντρων για την εκπαίδευση των ατόμων με ΣΔ πάνω στη χρόνια πάθησή τους κυρίως στην Περιφέρεια (Καστοριά, Αργίτιο και όλη Ν. Πελοπόννησος) είχαν ως αποτέλεσμα τον άδικο ακρωτηριασμό του πάσχοντα. Στα στοιχεία που δημοσιεύει ο IDF το 2005, στην Ελλάδα είχαμε 3.700 ακρωτηριασμούς εξαιτίας του ΣΔ. Ένα ποσοστό 50 - 80% θα μπορούσαν να αποφευχθούν με πρόληψη.

Τι μπορούν να κάνουν οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για να μειωθεί αυτό το οικονομικό και κοινωνικό κόστος;

Μέσα από την εκπαίδευση και τις συντονισμένες προσπάθειες, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής μπορούν να εξασφαλίσουν καλύτερη περίθαλψη του ΣΔ, βελτιωμένα αποτελέσματα για τους ασθενείς και πιο αποτελεσματική χρήση των οικονομικών πόρων. Δεδομένου του υψηλού κόστους αντιμετώπισης των ελκών και των ακρωτηριασμών, το σχετικά χαμηλό κόστος που συνδέεται με τη φροντίδα των ποδιών μπορεί να είναι πιο συμφέρον.

- Να γνωρίσουν, σε τοπικό επίπεδο, την έκταση των προβλημάτων στα άκρα των ατόμων, που πάσχουν από ΣΔ. Οι παρατηρούμενες ευρείες διακυμάνσεις της επίπτωσης των επιπλοκών, υποδηλώνουν τη δυνατότητα παρέμβασης. Κοινωνίες που εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ακρωτηριασμών μπορούν να αποτελέσουν τον στόχο προγραμμάτων παρέμβασης
- Να είναι πρόθυμοι να υποστηρίξουν την οργανωτική δομή που επιτρέπει τη λειτουργία ομάδων ειδικών στην αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού. Η ομάδα θα πρέπει να παρέχει συνεχή φροντίδα για τον ΣΔ και να είναι σε θέση να εντοπίσει τα άτομα που βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης ελκών των κάτω άκρων και παρέχοντας στους ασθενείς ειδικά υποδήματα, που θα τους προστατεύουν και εσωτερικές σόλες, που θα προλαμβάνουν τα έλκη των ποδιών.
- Να αναγνωρίσουν το γεγονός ότι πολλές ειδικότητες συμβάλουν στην φροντίδα των διαβητικών ατόμων και ότι η ιδανική περίθαλψη περιλαμβάνει τη θεραπεία

των υπάρχουσών επιπλοκών, όπως και την προληπτική φροντίδα, που θα καθυστερήσει την ανάπτυξη νέων επιπλοκών. Ο σωστός συνδυασμός των ειδικών με την πολυπαραγοντική προσέγγιση, θα μπορέσει να συγκρατήσει το κόστος και να είναι πιο αποτελεσματικός.

- Να ενσωματώσουν τα ευρήματα λεπτομερών ερευνών στα προγράμματα για τους διαβητικούς ασθενείς
- Να ενθαρρύνουν τους ασθενείς και τους ειδικούς στο ΣΔ να θέσουν από κοινού ρεαλιστικούς στόχους θεραπείας, που θα ορίζουν την επιτυχία βάσει του μεταβολικού ελέγχου, των επιπλοκών και της ποιότητας ζωής. Αυτό σημαίνει εκπαίδευση των ασθενών, ώστε να έχουν περισσότερες γνώσεις για τις ενέργειες στις οποίες μπορούν να προβούν οι ίδιοι και για τις επιλογές που έχουν κάνει ως προς τον τρόπο ζωής τους.

Μέτρα που ζητούν οι πάσχοντες

- Άμεση οργάνωση, από την πολιτεία, ιατρικών διαβητικού ποδιού με συμμετοχή όλων των ειδικοτήτων της ιατρικής που άπτονται επί του θέματος
- Η απόφαση του ακρωτηριασμού να μην λαμβάνεται μόνο από έναν γιατρό, αλλά να επιλαμβάνεται από ιατρική επιτροπή. Στη Γερμανία η νομοθεσία απαγορεύει να ληφθεί απόφαση για διαβητικό πόδι σε νοσοκομείο που δεν διαθέτει ανάλογο ιατρείο.
- Άμεση παροχή τεχνικής υποστήριξης με αυστηρά ιατρικά υποδήματα και πέλματα, που έχουν αποδείξει ότι μειώνουν τον κίνδυνο του ακρωτηριασμού.

Μέτρα που προτείνει η IDF

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες για την πρόληψη και για τον κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ, οι προτάσεις της IDF είναι οι εξής:

1. Τα άτομα με ΣΔ θα πρέπει να ενημερώνονται για την πάθησή τους και τις επιπλοκές της
2. Η κοινωνία θα πρέπει να πάρει μέτρα για τον περιορισμό του ΣΔ
3. Όλοι οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
4. Τα άτομα με ΣΔ θα πρέπει να συμμετέχουν σε σεμινάρια πληροφόρησης για την έγκαιρη ενημέρωση και αποφυγή των επιπλοκών
5. Οι υπεύθυνοι για την φροντίδα υγείας πρέπει να επιβεβαιώνουν ότι τα προγράμματά τους μπορούν να καλύψουν ολόκληρο το φάσμα της παροχής φροντίδας, που απαιτείται για την επίτευξη των στόχων τους. (www.idf.org)

Θέσεις WHO για την αντιμετώπιση του ΣΔ

Στόχος η επιτήρηση, η πρόληψη και ο έλεγχος του ΣΔ και των επιπλοκών του, ιδιαίτερα στις χαμηλές και μεσαίου εισοδήματος χώρες.

Για την επίτευξη του στόχου αυτού, παρέχει επιστημονικές οδηγίες, αναπτύσσει τους κανόνες και τα πρότυπα για την επίβλεψη του ΣΔ και στηρίζεται στην συνειδητοποίηση της σφαιρικής επιδημίας του ΣΔ συμπεριλαμβανομένης της συνεργασίας με τη Διεθνή Ομοσπονδία του ΣΔ.

Μια άλλη στρατηγική εστιάζει στη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα και τη παχυσαρκία με σκοπό να περιορίσει το αυξανόμενο σωματικό βάρος αποτρέποντας τους πρόωγους θανάτους και την ανικανότητα λόγω σημαντικών χρόνιων παθήσεων.

Τέλος στοχεύει να βελτιώσει την πληροφόρηση των διαβητικών ασθενών δημιουργώντας υγιή περιβάλλοντα για τους φτωχούς και μειονεκτούντες πληθυσμούς. (www.WHO.org/int/en/diabetes)

Έχοντας υπόψη όλα τα ανωτέρω και δεδομένου ότι στην Ελλάδα δεν ισχύει σχεδόν τίποτα από τα παραπάνω, πιστεύουμε ότι το ακόλουθο πρόγραμμα Συντονισμένης Φροντίδας Υγείας, που εισηγείται ο κ. Ανδρέας Μελιδώνης (2001), διέπεται από Διεθνή πρότυπα και κατά τη γνώμη μας θα συνεισφέρει στην περαιτέρω αντιμετώπιση του ΣΔ.

6.1 Συντονισμένη Φροντίδα Υγείας

Με τον όρο Συντονισμένη φροντίδα υγείας αναφερόμαστε σε ένα πρόγραμμα αντιμετώπισης του ΣΔ σε εθνικό επίπεδο. Πυρήνας του προγράμματος είναι μία ομάδα που αποτελείται από τον ασθενή, την οικογένεια, το γιατρό Παγκόσμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), τον εξειδικευμένο ενδοκρινολόγο και τους βασικούς εκπαιδευτές. Όλοι αυτοί πλαισιώνονται από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων (οφθαλμίατρος, νεφρολόγος, καρδιολόγος, νευρολόγος, γυναικολόγος, ορθοπαιδικός) και άλλους επαγγελματίες υγείας (κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, φαρμακοποιούς) καθώς επίσης και από άλλους οργανισμούς (κοινωνικούς και δημόσιους), σωματεία - συλλόγους ασθενών.

Απαιτεί κυρίως την προσωπική «δέσμευση» του κάθε πάσχοντα και την ανάδειξή του σε βασικό παράγοντα στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της νόσου. Η ανάπτυξη και εκμάθηση των απαραίτητων αυτών δεξιοτήτων, αποτελεί ένα επιπλέον στοιχείο που αναδεικνύει το ρόλο ύπαρξης συντονισμένης φροντίδας από μια ειδικά καταρτισμένη ομάδα υγείας, που παρέχει αυτή την υποστήριξη στον πάσχοντα πληθυσμό κάθε κοινότητας. (Clement S. 1995)

Σε όλες τις χώρες πλην της Ελλάδας, ο γιατρός της ΠΦΥ και ιδιαίτερα ο γενικός / οικογενειακός γιατρός, στα περισσότερα συστήματα υγείας αλλά και σε κάθε είδους οργανισμούς ελεγχόμενης φροντίδας κατέχει ρόλο κλειδί ως «φύλακας» και θεωρείται ως επιλογή που συμβάλλει στη μείωση του κόστους για την αντιμετώπιση της νόσου. Η ποιότητα συνεπώς της φροντίδας των ασθενών εξαρτάται άμεσα από το επίπεδο εκπαίδευσης των γενικών / οικογενειακών γιατρών στο ΣΔ, τους πόρους που έχουν στη διάθεση τους και τέλος από την συνεργασία τους με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας.

Μια πρόσφατη μελέτη σε 17 πολιτείες των ΗΠΑ έδειξε μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο κατά 67% και της προσέλευσης στα τμήματα επειγόντων περιστατικών κατά 83%, σε διαβητικούς ασθενείς που παρακολουθούνταν από μια δραστήρια ομάδα υγείας. Αν η τακτική αυτή εφαρμοζόταν σε πανεθνικό επίπεδο υπολογίστηκε ότι θα υπήρχε ετήσιο όφελος από πλευράς κόστους της τάξης των \$49 δις. Ήταν επίσης εμφανής η βελτίωση που παρατηρήθηκε στη συμμόρφωση των ασθενών, στην καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου αίματος καθώς επίσης και στη μείωση της συχνότητας των επιπλοκών. (Quieckel K J, 1996)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το πρόβλημα που δημιουργείται είναι το εξής: πώς μπορούμε να εξισορροπήσουμε την οικονομική πραγματικότητα με τις ανάγκες των διαβητικών ασθενών; Αν και δεν υπάρχει συγκεκριμένη απάντηση η ερώτηση θα πρέπει να απαντηθεί με πνεύμα κοινωνικής δικαιοσύνης. Δεν θα πρέπει να ευθύνονται για την πρόληψη του ΣΔ και για την λήψη πρωτοβουλιών μόνο οι κυβερνήσεις. Οι συνεργασίες είναι απαραίτητες εάν επιθυμούμε την βελτίωση του τρόπου ζωής των διαβητικών ασθενών και την μείωση των οικονομικών επιπτώσεων για το σύστημα ιατρικής περίθαλψης. Πολλοί φορείς σε παγκόσμιο επίπεδο ενσωμάτωσαν την πρόβλεψη και την λήψη πρωτοβουλιών αντιμετώπισης μέσα σε ένα χρονικό πλαίσιο της ασθένειας. Ένας τομέας αυτού του μοντέλου απαιτεί την κινητοποίηση της κοινότητας για να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες των ασθενών. Τα προγράμματα ενθαρρύνονται να συνεργάζονται με τοπικούς οργανισμούς για να υποστηρίξουν και να αναπτύξουν παρεμβάσεις ώστε να καλύπτονται τα κενά στις απαιτούμενες υπηρεσίες. Μέσα από τέτοιες συνεργατικές προσπάθειες, όπως οι παραπάνω, το σύστημα ιατρικής περίθαλψης μπορεί να εμπλουτίσει την ιατρική περίθαλψη των διαβητικών ασθενών και να αποφύγει διπλάσιες προσπάθειες.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι μια χρόνια ασθένεια όπου επιφέρει οικονομικά, ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα. Απαιτεί τη συστράτευση της πολιτείας, των επαγγελματιών υγείας, του κοινωνικού περιβάλλοντος και των ασθενών του Διαβήτη. Είναι μια συστηματική νόσος που μόνο η συστηματική αντιμετώπιση μπορεί να επιφέρει τη βελτίωση του τρόπου ζωής του Διαβητικού ασθενούς. (Διαβητική Καναδική Ένωση, 2005)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α.1

Επίσημη Θέση Της IDF Για Το Πρόβλημα Των Ακρωτηριασμών

Κάθε 30 δευτερόλεπτα ένα πόδι χάνεται εξαιτίας του ΣΔ.

Οι κορυφαίοι διεθνώς ειδικοί για το ΣΔ και τη φροντίδα του ποδιού, υπογράμμισαν το τρομερό παγκόσμιο βάρος των επιπλοκών του ποδιού και ειδικότερα των ακρωτηριασμών του. Τόνισαν ότι το σημερινό νούμερο των περισσότερων του ενός εκατομμυρίου ακρωτηριασμών τον τελευταίο χρόνο είναι αδικαιολόγητα υψηλό και δήλωσαν ότι το 85% των ακρωτηριασμών αυτών είναι δυνατόν να αποφευχθεί.

Μιλώντας στο 4^ο Παγκόσμιο Συνέδριο για την πρόληψη του ΣΔ και των επιπλοκών του, στην πόλη Γσενάι της Ινδίας, οι εκπρόσωποι της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας για τον ΣΔ (IDF), Της Διεθνούς Ομάδας Εργασίας για το Διαβητικό Πόδι (IWGDF) και της παγκόσμιας Οργάνωσης για την Υγεία (WHO), απαίτησαν τη λήψη μέτρων για τη μείωση του απαράδεκτου αυτού αριθμού ακρωτηριασμών.

Υπολογίζεται ότι από το σύνολο των ακρωτηριασμών κάτω άκρων, το 70% έχει σχέση με το ΣΔ.

Η συνέντευξη τύπου σηματοδότησε την έναρξη της καμπάνιας για την Παγκόσμια Ημέρα ΣΔ 2005. «Αυτή είναι μια χρονιά πρωτοβουλίας για την ανάδειξη της ανάγκης για επείγουσα δράση στο θέμα της βελτίωσης της φροντίδας του ποδιού, για τα σχεδόν 200 εκατομμύρια ανθρώπων με ΣΔ.» είπε ο καθηγητής Pierre Lefebvre, Πρόεδρος της IDF. Με σλόγκαν «δώστε προτεραιότητα στα πόδια σας αποφύγετε τους ακρωτηριασμούς, θέλουμε να δώσουμε έμφαση στο ότι η πρόληψη είναι εφικτή».

Δεν είναι μόνο ο καταστροφικός αντίκτυπος του ακρωτηριασμού στην ζωή των ανθρώπων, επιπλέον οι ακρωτηριασμοί αποτελούν την πιο δαπανηρή επιπλοκή του ΣΔ. Μιλώντας για το οικονομικό βάρος των επιπλοκών των ποδιών και των σχετικών εισαγωγών σε νοσοκομεία, ο Dr Karel Bakker, προεδρεύων του Συμβουλευτικού Τμήματος της IDF για το διαβητικό πόδι και της IWGDF, εξήγησε ότι πολλές εισαγωγές ατόμων με ΣΔ γίνονται

λόγω προβλημάτων των ποδιών. Στις αναπτυσσόμενες χώρες τα προβλήματα των ποδιών μπορούν να απορροφήσουν μέχρι και το 40% των πόρων για την υγεία.

Με σχετικά μικρή επένδυση ο αριθμός των ακρωτηριασμών μπορεί να μειωθεί σημαντικά.

«Στην Ινδία 40.000 πόδια ακρωτηριάζονται κάθε χρόνο, τα πιο πολλά από αυτά ως αποτέλεσμα μόλυνσης στο πόδι κάποιου ατόμου με ΣΔ. Το νούμερο αυτό είναι πολύ υψηλό» είπε ο Dr. Vijay Viswanathan, συνδιευθύνων του MV Νοσοκομείου για τον ΣΔ και την Έρευνα του ΣΔ στην πόλη Τσενάι. «Σημαντικές μειώσεις ακρωτηριασμών μπορούν να επιτευχθούν με καλά οργανωμένες ομάδες φροντίδας του διαβητικού ποδιού, καλό έλεγχο του ΣΔ και καλή πληροφόρηση για αυτοέλεγχο», πρόσθεσε.

Ο ΣΔ επηρεάζει περισσότερους από 194 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως και αναμένεται να φτάσει τα 333 εκατομμύρια ως το 2025, με το περισσότερο βάρος να πέφτει στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η Ινδία μόνο έχει 35 εκατομμύρια ανθρώπους με ΣΔ. Υπολογίζεται ότι ως το 2025 το νούμερο αυτό θα αυξηθεί σε 73.5 εκατομμύρια ως συνέπεια της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, της καθιστικής ζωής και των αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες.

«Αν δεν παρθούν τα σωστά μέτρα, αυτή η αύξηση θα φέρει ποσοστιαία αύξηση και στον αριθμό των ακρωτηριασμών στην Νότιο - Ανατολική Ασία και σε όλο τον κόσμο» είπε ο Nigel Unwin, του τμήματος ΣΔ WHO. «Προσπαθούμε να αυξήσουμε την ενημέρωση μαζί με τα Υπουργεία Υγείας σχετικά με αυτή την καταστροφική επιπλοκή, η οποία όμως μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο βαθμό. Θα τους βοηθήσουμε ώστε να δοθεί όλη η απαραίτητη πληροφόρηση για να σχεδιάσουν και να προσφέρουν καλύτερη φροντίδα του ποδιού για τους ανθρώπους με ΣΔ», πρόσθεσε.

Οι ειδικοί εκτιμούν ότι 45% έως 85% μείωση μπορεί να επιτευχθεί με την υιοθέτηση και υλοποίηση των διεθνών οδηγιών που υπάρχουν ήδη. Οι οδηγίες αυτές ζητούν την αναγνώριση των ατόμων σε κίνδυνο για διαβητικές επιπλοκές του ποδιού, τακτικές εξετάσεις, βελτιωμένη εκπαίδευση για τον αυτοέλεγχο των ατόμων με ΣΔ και σωστή ένδυση των ποδιών.

Η IDF και η IWGDF θέτουν σε συναγερμό αυτούς που παίρνουν αποφάσεις για την υγεία και αυτούς που την παρέχουν, ώστε να δράσουν άμεσα για να μειωθεί το τεράστιο πρόβλημα του ΣΔ και συγκεκριμένα του διαβητικού ποδιού. (Περιοδικό Π.Ε.Ν.ΔΙ, Απρίλιος – Ιούνιος 2005)

Παράρτημα Α.2:

Το Επόμενο Βήμα Είναι Το Τεχνητό Πάγκρεας

Μια ζωή δίχως μετρήσεις του σακχάρου στο δάκτυλο και δίχως ενέσεις ινσουλίνης δεν αποτελεί πλέον όνειρο απατηλό για τους πάσχοντες με ΣΔ τύπου 1. Αντιθέτως, σε λίγα χρόνια μπορεί να είναι πραγματικότητα, καθώς οι επιστήμονες ήδη εργάζονται σκληρά για να δημιουργήσουν το πρώτο πλήρως αυτοματοποιημένο τεχνητό πάγκρεας στον κόσμο.

Επικεφαλής του εγχειρήματος στις ΗΠΑ είναι ο δρ. Γουίλιαμ Ταμπορλέιν καθηγητής Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας του Προγράμματος Παιδικού ΣΔ στο Πανεπιστήμιο Γέιλ. Εδώ και τρεις δεκαετίες ο δρ. Ταμπορλέιν φροντίζει ασθενείς με ΣΔ και πραγματοποιεί έρευνες για την αντιμετώπιση της νόσου.

Κατά τον δρ. Ταμπορλέιν οι συσκευές συνεχούς μέτρησης των επιπέδων σακχάρου στο αίμα είναι ένα «μεγάλο επίτευγμα». Οι συσκευές που έχουν εγκριθεί ως τώρα επιτρέπουν να αξιοποιηθεί στο έπακρο η δύναμη των αντλιών ινσουλίνης, διότι παρέχουν πλήθος στοιχείων, που επιτρέπουν να καθορίζονται πιο αποτελεσματικά οι δόσεις της ινσουλίνης που απαιτούνται. Ακόμα πιο σημαντικό είναι ότι ανοίγουν το δρόμο για την επινόηση ενός τεχνητού παγκρέατος. Μειονέκτημά τους είναι ότι εξακολουθούν να έχουν ορισμένους περιορισμούς σε ακρίβεια, ενώ η σταθερότητα των μετρήσεων πρέπει να αυξηθεί και το μέγεθος των συσκευών να μικρύνει.

Η πρακτική αξία που έχουν οι συσκευές συνεχούς μέτρησης για τους ασθενείς είναι η εξής: μέχρι τώρα οι πιο προσεκτικοί από τους ασθενείς μετρούσαν με συνέπεια τα επίπεδα της γλυκόζης (σακχάρου) στο αίμα τους πριν από τα γεύματα και το βράδυ πριν κοιμηθούν. Σε καμία περίπτωση όμως δεν μπορούσαν οι επιστήμονες να ξέρουν τι γίνεται μετά τα γεύματα ή κατά τη διάρκεια της νύχτας. Με τις συσκευές συνεχούς μετρήσεως του σακχάρου οι διαβητικοί ασθενείς ουσιαστικά μετρούν τα επίπεδα της γλυκόζης κάθε 1 έως 5 λεπτά, 24 ώρες το 24ωρο και εκπέμπουν ηχητικά προειδοποιητικά σήματα όταν τα επίπεδα γλυκόζης είναι πολύ υψηλά ή πολύ χαμηλά.

Το Διεθνές Ίδρυμα Μελέτης για τον Νεανικό ΣΔ (JDRF) αποφάσισε προ μηνών να διαθέσει εκατομμύρια δολάρια για την αξιολόγηση αυτών των συσκευών και την επιτάχυνση της διάθεσής τους στους ασθενείς, με κύριο στόχο να διαπιστωθεί εάν μειώνουν τις εισαγωγές στα νοσοκομεία και τις υπογλυκαιμικές κρίσεις.

Η απόδοση των συσκευών όσων αφορά την ικανότητά τους να μετρούν με ακρίβεια τα επίπεδα της γλυκόζης μελετήθηκε εκτενώς πριν λάβουν έγκριση από τις αρμόδιες αμερι-

κανικές αρχές και ευρωπαϊκές αρχές. Ωστόσο πρέπει να διερευνηθεί τώρα εάν βοηθούν τους ασθενείς να μειώσουν τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη τους, που είναι δείκτης των επιπέδων σακχάρου το τελευταίο δίμηνο, καθώς και αν μειώνουν ή εξαλείφουν τις πιθανότητες σοβαρής υπογλυκαιμικής κρίσης – με άλλα λόγια αν βελτιώνουν τη ζωή των ασθενών. Εάν δεν συγκεντρωθούν αυτά τα στοιχεία, τα εθνικά προγράμματα υγείας και οι οργανισμοί ασφάλισης δεν θα συμφωνήσουν να καλύψουν μέρος ή όλο το πρόσθετο κόστος αυτών των συσκευών. Γι' αυτό χρηματοδοτεί το JDRF τις μελέτες.

Το επόμενο βήμα φαίνεται να είναι το «ταίριασμα» των συσκευών αυτών με τις αντλίες ινσουλίνης, ώστε να δημιουργηθεί ένα κοινό προϊόν, δηλαδή ένα τεχνητό πάγκρεας. Έχει μάλιστα εγκριθεί μία τέτοια συσκευή, η οποία όμως δεν είναι ακόμα πλήρως αυτοματοποιημένη.

Η συσκευή αυτή χρησιμοποιεί έναν δέκτη για τα στοιχεία του μετρητή που είναι ενσωματωμένος στην αντλία, ώστε να μην χρειάζεται ο ασθενής να φέρει δυο συσκευές. Ωστόσο το επόμενο βήμα είναι όντως το τεχνητό πάγκρεας, δηλ. η επινόηση ενός αποτελεσματικού ηλεκτρονικού υπολογιστή, το οποίο θα παίρνει τα στοιχεία για τη γλυκόζη από τη συσκευή συνεχούς καταγραφής και αυτομάτως θα προσαρμόζει τον ρυθμό χορήγησης ινσουλίνης από τη αντλία.

Ήδη ερευνητές από την εταιρεία Medtronic συνεργάζονται με το Πανεπιστήμιο Γεϊλ για να δημιουργήσουν την πρώτη γενιά τεχνητού παγκρέατος. Έχουμε ήδη ολοκληρώσει τον πρώτο γύρο της μικρής διάρκειας (μόλις 36 ωρών) δοκιμών εντός νοσηλευτικών ιδρυμάτων και στον επόμενο γύρο θα μελετήσουν μεγαλύτερης διάρκειας χρήσης – πάντα μέσα σε νοσοκομείο. Επίσης στόχος είναι οι δοκιμές του τεχνητού παγκρέατος να εφαρμοστούν και στο σπίτι όσο πιο γρήγορα γίνεται. Σημαντικό είναι ότι καθώς τα συστήματα γίνονται ολοένα πιο μικρά, πιο ακριβή και πιο εύκολα στη χρήση, σχεδόν όλοι οι ασθενείς με ΣΔ τύπου I θα μπορούν να ωφεληθούν από αυτά.

Η συμβουλή του δρ. Γουίλιαμ Ταμπορλέιν προς τους διαβητικούς ασθενείς είναι ότι αν καταφέρουν να ελέγξουν καλά τον ΣΔ τους τώρα θα διατηρήσουν την υγεία τους και θα μπορούν να ωφεληθούν από τις μεγάλες προόδους που αναμένονται στο όχι και τόσο μακρινό μέλλον. (Περιοδικό Υγεία Δράση και Ζωή, 2006)



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 3 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 1992	ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 231
--------------------------	----------------	-----------------------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

- Αναγνώριση του ομογενούς απόδηλα ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩ-
ΑΝΝΗ του Γεωργίου, ως Έλληνα υπηκόου 1
- Μεταβίβαση δικαιώματος υπογραφής στους Γενικούς Γραμματείς
ΥΠΕΘΟ, Ιδιωτικών Επενδύσεων, Δημοσίων Επενδύσεων, Περι-
φερειακής Πολιτικής και Ανάπτυξης και ΔΟΣ, στους Γενικούς
Διευθυντές και στους Προϊσταμένους Διευθύνσεων, Τμημάτων
και Αυτοτελών Γραφείων του Υπουργείου Εθνικής Οικονομίας
να υπογράφουν «Με εντολή Υφυπουργού» 2
- Συγκρότηση Διοικητικού Συμβουλίου του ΟΑΝΑΚ και ορισμός με-
λών 3
- Τροποποίηση της 51240/21.9.1990 (ΦΕΚ 628/Β/1.10.1990)
Υπουργικής Απόφασης «Σύσταση και συγκρότηση των Περιφε-
ρειακών Γνωμοδοτικών Επιτροπών του άρθρου Β του Ν. 1892/
1990 και καθορισμός της διαδικασίας λειτουργίας τους, όπως
τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με την 52947/2.11.1990
(ΦΕΚ/Β/7.11.1990) απόφαση 4
- Τροποποίηση και συμπλήρωση της Α3β/7343/22.6.90 Υπουρ-
γικής Αποφάσεως προϋποθέσεις συστάσεως και τρόπος λειτουρ-
γίας Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων και Διαβητολογι-
κών Μονάδων των Νοσοκομείων (ΦΕΚ 378/Β/22.6.90) 5
- Άδεια κατοχής β' θέσης στον Πέτρο Πακατωργίου 6
- Άδεια κατοχής β' θέσης στο Δημήτριο Κοιρμάνο 7
- Έγκριση κανονισμού και άδεια σύστασης του Αμφοβίου Κεφαλαίου
«ΔΩΡΙΚΗ ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΑΜΟΙΒΑΙΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ» 8
- Μεταβίβαση ποσοτών συμμετοχής των μετόχων της «ΠΗΓΑΣΟΣ
Α.Χ.Ε.» 9
- Μεταβίβαση ποσοτών συμμετοχής των μετόχων της «ΕΛΛΗΝΙ-
ΚΗΣ ΧΡΗΜΑΤΙΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΑΝΩΝΥΜΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ» 10
- Διορθώσεις Σφαλμάτων**
- Διόρθωση τυπογραφικών σφαλμάτων, στη Β3/4294/25.11.91
απόφαση Υπουργού Εθν. Παιδείας και Θρησκευμάτων καθώς
και στις διορθώσεις στον ΦΕΚ 140/Β/4.3.1992. 11

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αναγνώριση του ομογενούς απόδηλα ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΗ
του Γεωργίου, ως Έλληνα υπηκόου.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ

Με την Φ. 2911/24957/1991/16.3.92 απόφαση του Υπουργού
Εσωτερικών, έγινε δεκτή η από 16.12.1991 αίτηση του ομογενούς

απόδηλα ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Ιωάννη του Γεωργίου για αναγνώριση
του ως Έλληνα υπηκόου.

Αθήνα, 16 Μαρτίου 1992

Να εντολή Υπουργού
Ο Γενικός Γραμματέας
ΝΙΚ. ΤΣΙΠΤΟΥΡΗΣ

Αριθ. 14296/ΔΙΟΑΔ 358

(2)

Μεταβίβαση δικαιώματος υπογραφής στους Γενικούς Γραμματείς
ΥΠΕΘΟ, Ιδιωτικών Επενδύσεων, Δημοσίων Επενδύσεων, Περιφε-
ρειακής Πολιτικής και Ανάπτυξης και ΔΟΣ, στους Γενικούς Διευθυ-
ντές και στους Προϊσταμένους Διευθύνσεων, Τμημάτων και Αυτοτε-
λών Γραφείων του Υπουργείου Εθνικής Οικονομίας να υπογράφουν
«Με εντολή Υφυπουργού».

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

- α. Του Ν. 1558/1985 «Κύβερνηση και Κυβερνητικά Όργανα» και ειδικότερα του άρθρου 29 (Α' 137).
- β. Του Ν. 1586/1986 «Βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου κ.λπ.» (Α' 37).
- γ. Του Π.Δ. 180/11.4.90 «Ορισμός Υπουργών κ.λπ.»
- δ. Του Π.Δ. 394/1991 «Οργανισμός του Υπουργείου Εθνικής Οικονομίας» (Α' 141).
- ε. Του Π.Δ. 405/1991 (Α' 145) «Μεταφορά και Συγχώνευση της Γενικής Γραμματείας Εξωτερικού Εμπορίου και του Τμήματος Εσωτε-
ρικής Αγοράς της Γενικής Διεύθυνσης Εσωτερικού Εμπορίου του
Υπουργείου Εμπορίου στη Γενική Γραμματεία Διεθνών Οικονομικών
Σχέσεων (ΔΟΣ) του Υπουργείου Εθνικής Οικονομίας (ΥΠΕΘΟ)».
- στ. Του Π.Δ. 500/1991 (Α' 185) «Σύσταση Γενικής Γραμματείας
Ιδιωτικών Επενδύσεων, Δημοσίων Επενδύσεων, Περιφερειακής Πολιτι-
κής και Ανάπτυξης καθώς και Διεύθυνσης Τραπεζικής Πολιτικής και
Ανάπτυξης».

2. Την αριθμ. Υ. 1687/17.2.92 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού
και του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας «Καθορισμός αρμοδιοτήτων των
Υφυπουργών Εθνικής Οικονομίας» (Β' 104).

3. Την ανάγκη να διασφαλισθεί η εύρυθμη και αποδοτική λειτουργία
των Υπηρεσιών του Υπουργείου Εθνικής Οικονομίας, επί των οποίων
αποκρίνεται αρμοδιότητες, καθώς και η ταχεία διακπεραίωση των υποθέ-
σεων που έχουν ανατεθεί σ' αυτές, αποφασίζουμε:

1. Μεταβιβάζουμε στους Γενικούς Γραμματείς ΥΠΕΘΟ, Ιδιωτικών
Επενδύσεων, Δημοσίων Επενδύσεων, Περιφερειακής Πολιτικής και
Ανάπτυξης και ΔΟΣ, στους Γενικούς Διευθυντές, στους Προϊσταμένους
Διευθύνσεων, Τμημάτων και Αυτοτελών Γραφείων του Υπουργείου
Εθνικής Οικονομίας το δικαίωμα να υπογράφουν «Με εντολή Υφυπουρ-
γού» τις πιο κάτω πράξεις:

Α. Στα Γενικά Γραμματεία ΥΠΕΘΟ πέρα από τις αρμοδιότητες που
καθορίζονται από το άρθρο 25 του Ν. 1558/85 και τις κατωτέρω πρά-

5. Τις διατάξεις του Ν. 1558/1985 «Κύβερνηση και Κυβερνητικά Όργανα».

6. Του Π.Δ. 51/1987 (ΦΕΚ 26/Τ.Α./6.3.1987) «Καθορισμός των Περιφερειών της Χώρας για το σχεδιασμό, προγραμματισμό και συντονισμό της Περιφερειακής Ανάπτυξης».

7. Του Π.Δ. 333/8.7.1988 (ΦΕΚ 154/Τ.Α./13.7.1988) «Αναδιάρθρωση και σύσταση νέων Δ/νσεων Περιφερειακής Ανάπτυξης του Υπουργείου Εθνικής Οικονομίας».

8. Την Υ 1687/17.2.1992 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας «Καθορισμός αρμοδιοτήτων των Υφυπουργών Εθνικής Οικονομίας» (Β 104).

9. Τις Υπηρεσιακές εντάξεις.

10. Την πρόταση του αρμοδίου φορέα, απρραζίζουμε:

Άρθρο 1

Τροποποιούμε:

1. Την παράγραφο ΙΑ «ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΓΝΩΜΟΔΟΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΠΕΙΡΟΥ» του άρθρου 2 της 52947/2.11.1990 (ΦΕΚ 698/Β/7.11.1990) υπουργικής απόφασης η οποία τροποποιείται και συμπληρώνεται την 51240/21.9.1990 (ΦΕΚ 628/Β/1.10.1990) υπουργική απόφαση ως προς το μέλος 7 ως εξής:

7. Δημόκριτος Μπούτσουρας: Ειδικός σε θέματα υπευθύνων ως τεχνικό μέλος με ανακληρότητα τον Βασίλειο Συναλή, αντί της Ειρήνης Παντού και του Α. Μεπούτσουρα αντίστοιχα.

Άρθρο 2

1. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις της 51240/21.9.1990 (ΦΕΚ 628/Β/1.10.1990) υπουργικής απόφασης όπως συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε με την 52947/2.11.1990 (ΦΕΚ 698/Β/7.11.1990) απόφαση.

2. Η ισχύς της παρούσας απόφασης αρχίζει από την δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 23 Μαρτίου 1992

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΔΟΥΣΗΣ

Αριθ. Α3α/42

(5)

Τροποποίηση και συμπλήρωση της Α3β/7343/22.6.90 Υπουργικής Απόφασης προνοήσεως συστάσεως και τρόπος λειτουργίας Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων και Διαβητολογικών Μονάδων των Νοσοκομείων (ΦΕΚ 378/Β/22.6.90).

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

Τις διατάξεις:

1. του άρθρου 2, παρ. 2 του Ν. 1471/84 (ΦΕΚ 112/Α/84).

β) του άρθρου 13 παρ. 4 του Ν. 1579/85 (ΦΕΚ 217/Α/85).

2. Την απόφαση αρ. 26 της 72ης Ολομ. 29.3.90 του ΚΕΣΤ.

3. Την απόφαση αρ. 11/15.10.91 της Γνωμοδοτικής Επιτροπής για τον Σακχαρώδη Διαβήτη, αποφασίζουμε:

1. Τροποποιείται και συμπληρώνεται η παρ. 1 του άρθρου 4 της υπ' αρ. Α3β/7343/22.6.90 Υπουργικής Απόφασης προνοήσεως συστάσεως και τρόπος λειτουργίας Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων και Διαβητολογικών Μονάδων των Νοσοκομείων (ΦΕΚ 378/Β/22.6.90) ως ακολούθως:

Κατ' εξαίρεση μπορούν να ιδρυθούν διαβητολογικές Μονάδες (Κέντρα) μετ' από γνώμη της Επιτροπής για τον Σακχαρώδη διαβήτη και σε Νομαρχιακά Νοσοκομεία, εφόσον λειτουργήσουν σε αυτά ΕΔΙ τουλάχιστον από κεντρικής προ της δημοσίευσής της ως άνω Υπουργικής Απόφασης, τα οποία εκπαιδών πληρούν τις καθοριζόμενες εις αυτήν προδιαγραφές ίδρυσης, βασικής οργάνωσης, εξοπλισμού και της εν τίνει λειτουργίας τους:

2. Το προσωπικό των Επαγγελματιών Υγείας (Διαιτολόγοι Νοσηλεύτριες, Επισκέπτες-τριες Υγείας, Κοινωνικοί λειτουργοί και Ψυχολόγοι) δύναται να εκπαιδεύεται σε Διαβητολογικές Μονάδες (Κέντρα) επί 4μηνου ή 3μηνου (Κοινωνικοί λειτουργοί και Ψυχολόγοι) προς απόκτηση ειδικών γνώσεων στον Σακχαρώδη διαβήτη, σύμφωνα με το υπ' αρ. 7/20.3.91 πρακτικό της Γνωμοδοτικής Επιτροπής για τον Σακχαρώδη διαβήτη.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 26 Φεβρουαρίου 1992

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Γ. ΣΟΥΡΛΑΣ

Αριθ. Φ. 124/19/Β2/4052 κ.ε.

(6)

Άδεια κατοχής β' θέσης στον Πίτρο Παπαγεωργίου.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Έχοντας υπόψη τις διατάξεις:

1. Του άρθρου 13 παρ. 9 του Ν. 1268/82 «Για τη δομή και τη λειτουργία των Ανωτάτων Εκπ/κών Ιδρυμάτων όπως συμπληρώθηκε με την παρ. 6 του άρθρου 48 του Ν. 1404/83.

2. Του άρθρου 104 παρατρ. 2 του Συντάγματος.

3. Τις διατάξεις του άρθρου 9 παρ. 3 του Ν. 1835/89 (ΦΕΚ 76/14.3.89 τ.Α').

4. Το αρθ. 459/2.11.83 Π.Δ. (ΦΕΚ 175/29.11.83 τ.Α').

5. Το αρθ. 129/10.4.91 Π.Δ. (ΦΕΚ 52/11.4.91 τ.Α').

6. Την αριθμ. 1154/13.4.88 Π.Δ. (ΦΕΚ 256/2.5.88 τ.Β') κοινή απόφαση Πρωθυπουργού κ.λ.π. όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 2334/31.5.89 (ΦΕΚ 416/31.5.89) κ.ε.

7. Τα αρθ. 14874/632/6/87, 11527/507/10.5.88 έγγραφα του Ελεγκτικού Συνεδρίου.

8. Τα αριθμ. 98/13.9.91 και 2197/31.1.92 έγτρ. του Παν. Μακεδονίας, αποφασίζουμε:

Παράγουμε την άδεια στον Πίτρο Παπαγεωργίου, αναπληρωτή καθηγητή του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας προκειμένου να απασχοληθεί ως Πρόεδρος του Οργανισμού Ανασυγκροτήσης Επιχειρήσεων του Υπουργείου Βιομηχανίας, Ενέργειας και Τεχνολογίας.

Για το σκοπό αυτό του χορηγούμε άδεια αποχής με αποδοχές για τρεις (3) ημέρες ανά εβδομάδα.

Η άδεια αρχίζει από την ημέρα ανάληψης των καθηκόντων της δεύτερης θέσης ή με την έναρξη της δεύτερης απασχόλησης, εφόσον είχε προηγηθεί η υποβολή αίτησης χορήγησης της σχετικής άδειας, αλλιώς από την ημέρα υποβολής της αίτησης.

Στον ενδιαφερόμενο θα καταβληθούν οι αποδοχές που προβλέπονται από την παράγραφο 4 της Κ.Τ.Α. 2334/30.5.89 (ΦΕΚ 416/31.5.89 τ.Β') με την επιφύλαξη του άρθρου 104 παρ. 2 του Συντάγματος.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 17 Μαρτίου 1992

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Γ. ΣΟΥΡΛΑΣ

Αριθ. Φ. 124/18/Β2-4576

(7)

Άδεια κατοχής β' θέσης στο Δημήτριο Κουρμάνο.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Έχοντας υπόψη τις διατάξεις:

1. Του άρθρου 13 παρ. 9 του Ν. 1268/82 «Για τη δομή και τη λειτουργία των Ανωτάτων Εκπ/κών Ιδρυμάτων όπως συμπληρώθηκε με την παρ. 6 του άρθρου 48 του Ν. 1404/83.

2. Του άρθρου 104 παρατρ. 2 του Συντάγματος.

3. Τις διατάξεις του άρθρου 9 παρ. 3 του Ν. 1835/89 (ΦΕΚ 76/89).

4. Το αρθ. 459/2.11.83 Π.Δ. (ΦΕΚ 175/29.11.83 τ.Α').

5. Το αρθ. 129/10.4.91 Π.Δ. (ΦΕΚ 52/11.4.91 τ.Α').

6. Την αριθμ. 1154/13.4.88 Π.Δ. (ΦΕΚ 256/2.5.88 τ.Β') κοινή απόφαση Πρωθυπουργού κ.λ.π. όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 2334/31.5.89 (ΦΕΚ 416/31.5.89 τ.Β') κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού κ.ε.

7. Τα αρθ. 14874/632/6/87, 11527/507/10.5.88 έγγραφα του Ελεγκτικού Συνεδρίου.

8. Τα αριθμ. 13600/17.10.91 και 21963/16.12.91 έγγραφα του Εθνικού Μετεωβίου Πολυτεχνείου, αποφασίζουμε:



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 22 ΙΟΥΝΙΟΥ 1990	ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 378
--------------------------	----------------	-----------------------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Μεταβίβαση στους υπηρεσιακούς παράγοντες του Υπουργείου της εξουσίας να υπογράψουν με εντολή Αναπληρωτή Υπουργού.

- 1 Προσωπικές συστάσεις και πρόσες λειτουργίας Εξαγερτών Διαβιολογικών Ιατρικών και Διαβιολογικών Μονάδων των Νοσοκομείων.
- 2 Καθορισμός ύψους κρατικής εισοδηματικής στη Σιβατανίδιο Δημόσια Σχολή Τεχνών και Επαγγελματιών
- 3 Διεύρυνση Διοικητικού Συμβουλίου
- 4 Προεδρισμός της πητής βάσης των προϊόντων πετρελαίου.
- 5

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. 329166

(1) Μεταβίβαση στους υπηρεσιακούς παράγοντες του Υπουργείου της εξουσίας να υπογράψουν με εντολή Αναπληρωτή Υπουργού.

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΓΕΩΡΓΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:
 - α. Του άρθρου 29 του Ν. 1558/85 «Καθάρηση και Κυβερνητικά Όργανα».
 - β. Του Ν. 1586/86, βασιλευσική διάβρωση των θέσεων του Δήμου, νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και άλλες διατάξεις».
 - γ. Των σχετικών Νόμων (993/79, 1735/87 κ.λπ.) και των Εδικών Συλλογικών Συμβάσεων Εργαίας (Ε.Σ.Σ.Ε.) που προσαποσώ με σχέση εργασίας Ιδιωτικού Δικαίου του Υπουργείου Γεωργίας.
 - δ. Του Π.δ. 402/88 «Περί Οργανισμού του Υπουργείου Γεωργίας, όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα».
 - ε. Της σχετικής απόφασης σύστασης Διοικητικών Τομέων στο Υπουργείο Γεωργίας
 - ζ. Την απόφαση του Προδούκου 1013α/11.4.1990 «Σύσταση θέσεως Αναπληρωτή Υπουργού στο Υπουργείο Γεωργίας» (Β' 283).
 - η. Την απόφαση του Προδούκου Υ 1081/18.5.1980 «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Υπουργό Γεωργίας».
 - θ. Την ανάγκη διασφάλισης της αμυντικής λειτουργίας των υπηρεσιών του Υπουργείου Γεωργίας και της παγκόσμιας προώθησης των θεμάτων, αποφασισόμενα:
- Μεταβιβάζουμε στους Υπηρεσιακούς Παράγοντες (Διαυθεντές και

Τριμητάριους) την εξουσία να υπογράψουν, με εντολή Αναπληρωτή Υπουργού, αποφάσεις, εγκρίσεις ή άλλες πράξεις που εκδίδονται σύμφωνα με τις καίριμες διατάξεις, για τα κατωτέρω θέματα:

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ

α/α	Περιγραφή αρμοδιοτήτων	Όργανο που τις ασκεί
1.	Παροχή πληροφοριών και διαβίβαση στοιχείων στη Νομική Δ/νση του Υπουργείου για την υποβολή και διαπραγμάτευση, διακοπή ή εκδίωξη, των κάθε κατηγορίας δικαστικών υποθέσεων του Υπουργείου.	Αρμόδιος Δ/ντής
2.	Παροχή οδηγίων στις υπηρεσίες σε θέματα αρμοδιότητας της Δ/νσης, για τα οποία υπάρχουν καταλυτικές τροπομίες.	Αρμόδιος Δ/ντής
3.	Παροχή στοιχείων και πληροφοριών για θέματα αρμοδιότητας Δ/νσης.	Αρμόδιος Δ/ντής
4.	Απαντήσεις σε ερωτήματα υπηρεσιών ή Ν.Π.	Αρμόδιος Δ/ντής
α)	Εφόσον έχουν λάβει νομολογιακά	Αρμόδιος Δ/ντής
β)	Εφόσον έχει πάρει θέση η υπηρεσία	Αρμόδιος Δ/ντής
5.	Απαντήσεις σε αιτήσεις, υπομνήματα ή αναφορές παραπόνων πολιτών για θέματα διεύθυνσης.	Αρμόδιος Δ/ντής
6.	Απαντήσεις σε αναφορές πολιτών, πλην αναφορών παραπόνων, σε θέματα για τα οποία έχει πάρει θέση η Υπηρεσία.	Αρμόδιος Δ/ντής
7.	Έγγραφο μετακίνησης εκτός έδρας μεστών με σχέση εργασίας Ιδιωτικού Δικαίου από την Αθήνα στην περιφέρεια (Κεντρικών Υπηρεσιών)	Προϊστάμενος Δ/νσης στην οποία υπηρετούν
8.	Θεώρηση διοικητικών δαπανών λόγω μετακίνησης εκτός έδρας για εκτέλεση υπηρεσίας.	Αρμόδιος Δ/ντής
α)	Υπαλλήλων της Δ/νσης	Αρμόδιος Δ/ντής
β)	Επίδοματων (πλην Οικονομικών), Προϊσταμένων Δ/νσεων και ανώτερων Τμημάτων και Γραφείων της Κεντρικής Υπηρεσίας και των γεωγραφικών συμβούλων και εκλοκίων ή άλλων υπαλλήλων που υπηρετούν στις ελλαδικές περιφέρειες	Προϊστάμενος Δ/νσης
γ)	Γενικών Οικονομικών Επιθεωρητών της Κεντρικής υπηρεσίας	Προϊστάμενος Δ/νσης Ου/μικρο Ελλέγγου και Επιθεωρητής

Προηγούμενες αποφάσεις ή διατάξεις αυτήν σχετικές με τις αρμοδιότητες που ρυθμίζονται με την απόφαση αυτή, παύουν να ισχύουν.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 21 Ιουνίου 1990

Ο ΑΝΑΓΧΡΩΤΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Π. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ

Αρ.Π. Α35/7343

Προσωπικές συστάσεις και τρόπος λειτουργίας Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων και Διαβητολογικών Μονάδων των Νοσοκομείων.

Ο ΑΝΑΠΛ. ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

- Τις διατάξεις:
 - του άρθρου 2 παρ. 2 του Ν. 1471/84 (ΦΕΚ 112/84),
 - του άρθρου 13 παρ. 4 του Ν. 1579/85 (ΦΕΚ 217/85).
- Την απόφαση Γ1059/3-5-90 του Πρωθυπουργού (ΦΕΚ 295/90) «Καθορισμός αρμοδιοτήτων του Αναπληρωτού Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινων. Ασφαλίσεων.
- Την απόφαση αριθ. 26 της 72ης Ολομ. 29.3.90 της Ολομέλειας του ΚΕ.Σ.Υ., αποφασίζουμε:

Άρθρο 1.

Καθορίζεται ως κατώτερο τις προδιαγραφές για την ίδρυση, βασική οργάνωση, εξοπλισμό και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια λειτουργίας των Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων και Διαβητολογικών Μονάδων (Κέντρων) των Νοσοκομείων της Χώρας.

Άρθρο 2.

Σκοπός λειτουργίας των Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων και Διαβητολογικών Μονάδων (Κέντρων) των Νοσοκομείων.

α. Η σωτηματική, εξειδικευμένη και εκσυγχρονισμένη περίθαλψη των διαβητικών ασθενών, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

β. Η πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη και των επιπλοκών του, καθώς και η παροχή ειδικής εκπαίδευσης και κοινωνικής φροντίδας στους διαβητικούς ασθενείς.

γ. Η παρέμβαση της μακροχρόνιας παρακολούθησης των ασθενών με την καταγραφή τους σε ένα εθνικό μητρώο διαβητικών, μετά από την σύμφωνη γνώμη τους.

δ. Η εκτίμηση των αναγκών των διαβητικών ασθενών με στόχο τον προγραμματισμό των παροχών προς αυτούς από τους αρμόδιους φορείς.

ε. Η σωφροσύνη, τόσο με τις επιστημονικές εκπαίξεις που ακολουθούνται με το συνημμένο του Σ.Α., όσο και με τις Ενώσεις των Διαβητικών ασθενών.

στ. Η προώθηση της έρευνας στον τομέα του Σακχαρώδη Διαβήτη.

Άρθρο 3.

Εξωτερικά Διαβητολογικά Ιατρεία

1. Τα εξωτερικά Διαβητολογικά Ιατρεία (Ε.Δ.Ι.) ιδρύονται και λειτουργούν σε ένα από τα Τμήματα, Παθολογική, Ενδοκρινολογική ή Παθολογικό του Παθολογικού Τομέα των Νοσοκομείων. Κατ'ελάχιστον μπορεί να λειτουργεί στο Νοσοκομείο και δεύτερο Ε.Δ.Ι., μετά από τακτική προηγούμενη γνώμη της Επιτροπής για τον Σακχαρώδη Διαβήτη του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Η στελέχωση των Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων γίνεται με το παρακάτω προσωπικό:

α. Μία ένα, τουλάχιστο, γιατρό Παθολόγο ή Ενδοκρινολόγο με ειδική εκπαίδευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη. Τα Ε.Δ.Ι. Παθολογικών Τμημάτων συντίθενται σε καλύτερο με ανάλογο εκπαίδευση. Η εκπαιδεύση για κάθε περίπτωση, πρέπει να είναι τουλάχιστον εντός με υψηλή ικανότητα στο αντικείμενο του Σ.Α. σε Διαβητολογικές Μονάδες της ημεδαπής ή αλλοδαπής, το περιεχόμενο της οποίας θα καθοριστεί με απόφαση μας.

β. Μία διπλωματούχο Αδελφή (εξειδικευμένη) που, εκτός από τα νοσηλευτικά της καθήκοντα να μπορεί να εκπαιδύσει τον Διαβητικό και να εκπαιδεύσει τις διάφορες τεχνικές (έξταση ούρων, αίματος, ενταξία αναλύσεως κ.λπ.).

γ. Εκτός από τον γιατρό και την Αδελφή που θα πλασιάζουν σε μόνη βάση το Ε.Δ.Ι. θα παρέχεται διαταλογική υποστήριξη από Διατο-

λόγο του Τμήματος Διατροφής του Νοσοκομείου.

δ. Τέλος, όπου είναι δυνατόν, θα συντάσσονται με το Ε.Δ.Ι. μία Κοινωνική Λειτουργός και μία Επιστάτρια Υγείας.

Η Διοίκηση του Νοσοκομείου θα πρέπει να μεταφέρει για την Γραμματική ομάδα του Ε.Δ.Ι.

3. Ο έφορταμός των Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων γίνεται με περιλαμβανόμενα:

α. Δύο τουλάχιστον μερτίες για την άμεση μέριμνα του ασθενούς αίματος, με τη χρήση τεχνικών, αναρτητήριες, σφίγγες.

β. Τηνική ή διακία για τον έλεγχο του σακχάρου και της οξύτητας των ούρων και λευκάματος.

γ. Απόβαμα όλων των νοσηλίων και σφίγγων που αποφορτίζονται για επίβλεψη.

δ. Ανθρακικό με ασπιρίνη και βορσολίνη για τα παιδιά της Ε.Δ.Ι.

ε. Νευρολογική σφύρα και διαπασών.

στ. Σπυροσκόπιο.

ζ. Μενόμετρο.

η. Οφθαλμοσκόπιο.

θ. Έντομο κιάκι και ενδοχρηστικά οπτικοσκοπικά μέσα ενμήνου σης και εκπαίδευσης.

ι. Πλαστική κάρτες (καυσίτητες) διαβητικών (οριζοντιώδες για όλα τα Ε.Δ.Ι.) στις οποίες θα αναγράφεται η πλήρης διεύθυνση του Διαβητολογικού, η φαρμακευτική αγωγή και το Ε.Δ.Ι., όπου παρακλώσεται.

4. Τα Εξωτερικά Διαβητολογικά Ιατρεία πρέπει να έχουν Επιστημονική και Εκπαιδευτική βασισμένη με τις Διαβητολογικές Μονάδες (Κέντρα).

Άρθρο 4.

Διαβητολογικές Μονάδες (Κέντρα)

1. Διαβητολογικές Μονάδες (Κέντρα) ιδρύονται μετά από γνώμη της Επιτροπής για τον Σακχαρώδη Διαβήτη σε Περιφερειακά Νοσοκομεία όπου λειτουργούν Ε.Δ.Ι., στα πλαίσια μιας Πανεπιστημιακής Κέντρας ή στα πλαίσια συγκαταμένου Τμήματος του Παθολογικού Τομέα Παθολογικό - Ενδοκρινολογικό - Παθολογικό. Λειτουργούν δε τα εξειδικευμένα Διαβητολογικά Μονάδες στο ίδιο Νοσοκομείο αποκλειστικά. Οι Διαβητολογικές Μονάδες, εκτός της περιβαλλόντων πρέπει να ασφαλίζονται με την εκπαίδευση και την έρευνα και να έχουν διεθνή αναγνώριση με το εθνικό προσωπικό:

α. Ένα γιατρό, τουλάχιστον Επαγγελματία Α' οποιείας κλάσης να έχει τα παρακάτω προσόντα και Εξειδικευμένα Παθολογικά Παιδιατρικής ή Ενδοκρινολογίας από δεύτερο τουλάχιστον β) Ειδική εκπαίδευση στο Σ.Α. σε Ε.Δ.Ι. ή Δ.Μ. επί πανταχού τουλάχιστον Τρι Αξίωτων Επιστημονικών ή στην Τομέα Διαβήτη (πλήρης πρωτότυπη δέκα μήνες σε Ε.Δ.Ι. και ένα μήνα σε Εξωτερικά περιβάλλον) δ) Αξίωτων ή στην Ιστορία και ι) Διδακτορικό δίπλωμα ή και Υψηλότερο.

2. Η εξέλιξη των Διαβητολογικών Μονάδων (Κέντρων) γίνεται με το εθνικό προσωπικό:

α. Ένα γιατρό, τουλάχιστον Επαγγελματία Α' οποιείας κλάσης να έχει τα παρακάτω προσόντα και Εξειδικευμένα Παθολογικά Παιδιατρικής ή Ενδοκρινολογίας από δεύτερο τουλάχιστον β) Ειδική εκπαίδευση στο Σ.Α. σε Ε.Δ.Ι. ή Δ.Μ. επί πανταχού τουλάχιστον Τρι Αξίωτων Επιστημονικών ή στην Τομέα Διαβήτη (πλήρης πρωτότυπη δέκα μήνες σε Ε.Δ.Ι. και ένα μήνα σε Εξωτερικά περιβάλλον) δ) Αξίωτων ή στην Ιστορία και ι) Διδακτορικό δίπλωμα ή και Υψηλότερο.

β. Δύο γιατρούς, τουλάχιστον Επαγγελματία Α' οποιείας κλάσης να έχουν την ειδική εκπαίδευση σε Δ.Μ. που προβλέπεται από την παρούσα. Ο αριθμός των γιατρών μπορεί να αυξάνεται ανάλογα με τις δεσμευτικότητες και ανάγκες της Μονάδας, στον κλάδο, μερτωμολογική και διαταλογική μο.

γ. Δύο προσωπικά.

δ. Επί όλων των παρασκευασμάτων, μία Επιστάτρια Υγείας και μία τουλάχιστον Γραμματίδα. Ο αριθμός των παρασκευαστικών προσωπικού δύναται να αξιωματικά ανάλογα με τις αναγκαστικές ανάγκες. Στις Διαβητολογικές Μονάδες που παρακλώσονται, παιδιά και έφηβοι πρέπει να υπάρχει ανεργία με ψυχολόγο.

3. Στις Διαβητολογικές Μονάδες (Κέντρα) των Πανεπιστημιακών Κέντρων ενός γιατρού πρέπει να πλήρως τα εις το άρθρο 4 παρ.1 α) 2α προσκαλείται πρόσωπα και να είναι τουλάχιστον Επισκόπος Καθιγητής. Το άνω Ιατρικό προσωπικό μπορεί να είναι Πανεπιστημιακό ή γιατρού του Ε.Σ.Υ. και να πληροί τα εις το άρθρο 4 παρ.1 β) της παρούσης αποφάσεως προσκαλείται πρόσωπα.

4. Τέλος, οι Διαβητολογικές Μονάδες πρέπει να έχουν Επιστημονική υποστήριξη από γιατρούς και άλλων απαιτητών ειδικοτήτων όπως Οφθαλμίατρο, Αιματολόγο κ.λπ.

5. Ο έφορταμός των Διαβητολογικών Μονάδων γίνεται με περιλαμβανόμενα στην παράγραφο 3 του άρθρου 3 της παρούσης.

Εκπαιδών, πρέπει να έχουν εξειδικευμένη υποστήριξη από Επιστάτρια Γραμματίδα Εργαστήριο με τον ανάλογο εξοπλισμό για την διατήρηση βιο-

χημικών και ραδιοακουσολογικών μετρήσεων.

Άρθρο 5.

Μεταβατικές Διατάξεις

1. Εξωτερικά Διαβητολογικά Ιατρεία Νοσοκομείων που λειτουργούν κατά την δημοσίευση της παρούσης συνεχίζουν την λειτουργία τους εφ' όσον πληρούν τις προϋποθέσεις της απόφασης αυτής. Σε περίπτωση που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις λειτουργίας ή δεν είναι στελεχωμένα με το προσωπικό που ορίζουμε πρέπει, σε διάστημα δύο ετών από την δημοσίευση της παρούσης, να συμμορφωθούν με τις προδιαγραφές αυτής.

2. Σε Νοσοκομεία όπου κατά την δημοσίευση της παρούσης ήδη λειτουργούν περισσότερα του ενός Εξωτερικά Διαβητολογικά Ιατρεία, αυτά δύναται να εξακολουθήσουν να λειτουργούν μόνο μετά από τη γνώμη της Επιτροπής για τον Σακχαρώδη Διαβήτη.

3. Ενδοκρινολογικά, Παθολογικά ή Παιδιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία μπορούν να εξετιάζουν στα πλαίσια της Ειδικότητας τους διαβητικούς ασθενείς, αλλά δεν μπορούν να αναγνωρισθούν ως Ε.Δ.Ι. ή Διαβητολογικές Μονάδες (Κέντρα), εφ' όσον δεν πληρούν τις προδιαγραφές των παραπάνω διατάξεων.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 22 Ιουνίου 1990

Ο ΑΝΑΡΧΗ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Γ. ΣΟΥΡΑΣ

Αριθ. 18/5560

(3)

Καθαρισμός ύψους κρατικής επιχορήγησης στη Σιβιτανίδειο Δημόσια Σχολή Τεχνών και Επαγγελματιών.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Το από 22.6.1927 Π.Δ. «περί κυρώσεως του από 2 Ιουλίου 1926 Ν.Δ. «περί ιδρύσεως της Σιβιτανίδειου Σχολής, όπως αυτό τροποποιήθηκε με ψήφισμα της Βουλής της 15ης Φεβρουαρίου 1927 (ΦΕΚ 137/1927 τ.Α').

2. Το άρθρο 16 του Ν.Δ. 3876/1958, δια του οποίου προβλέπεται ότι το ποσό των αναγραφόμενων πιστώσεων στον προϋπολογισμό εόδων του Υπουργείου για την επιχορήγηση των ασηκόντων στην Ελατεια Σχολή, καθορίζεται με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΦΕΚ 180/Α/58).

3. Το Ν.Δ. 3973/1959 «Περί ενσωμάτωσης και συντονισμού της διοικητικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσως».

4. Την κατατέθηκα στη Βουλή των Ελλήνων την 31.5.1990 Γενική Προϋπολογισμέ του Κράτους για το οικ. έτος 1990, ακολουθούμε:

Τροποποιούμε την αριθ. 18/2438/9.3.90 κοινή Υπουργική απόφαση «περί καθαρισμού ύψους κρατικής επιχορήγησης προς τη Σιβιτανίδειο Σχολή, για το χρονικό διάστημα από 1.1. μέχρι 30.4.90, σύμφωνα με το Νόμο 1869. Προσωρινή βιοδότηση των εσόδων και εόδων του Κράτους και καθαρίζουμε το ύψος της κρατικής επιχορήγησης προς τη Σιβιτανίδειο Δημόσια Σχολή Τεχνών και Επαγγελματιών σε τριακόσια πενήντα εκατ. (350.000.00) δραχ. σε βάρος της πίστωσης του προϋπολογισμού εόδων του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων οικονομικού έτους 1990 του Φορέα 19-610 και Κ.Α.Ε. 2432.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 22 Ιουνίου 1990

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΠΑΛΑΙΟΚΡΑΣΣΑΣ

Β. ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

Αριθ. 26348

(4)

Διεύθυνση Διοικητικού Συμβουλίου.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παραγράφου 4 του άρθρου 40 του ν. 1684/

1990 «Διαρθρώσεις στην έμμεση φορολογία και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Α: 81).

2. Την κοινή απόφαση 67736/6.12.1983 «Ανασύνθεση Διοικητικών Συμβουλίων Ν.Π.Δ.Δ. που επαπειλούνται από το ΥΠΠΕ» (ΦΕΚ Β 703 και Β: 754), αποφασίζουμε:

Η συγκρότηση των Διοικητικών Συμβουλίων του Εθνικού Θεάτρου, του Κρατικού Θεάτρου Βορείου Ελλάδος και της Εθνικής Λυρικής Σκηνής που έχει καθοριστεί με την υπ' αριθ. 67736/6.12.1983 κοινή απόφαση διευρύνεται ως εξής:

Α. ΕΘΝΙΚΟ ΘΕΑΤΡΟ - ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΑΤΡΟ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ.

Ο αριθμός των προσώπων με γνώση των θεατρικών θεμάτων, που προβλέπεται από το Μέρος Α παρ. 1 περ. α και Μέρος Β της ανατίερα απόφασης, αυξάνεται από πέντε (5) σε επτά (7) από τα οποία το ένα απασχάτεται με νομική κατάρτιση.

Β. ΕΘΝΙΚΗ ΛΥΡΙΚΗ ΣΚΗΝΗ

Ο αριθμός των προσώπων με γνώση των θεατρικών ή μουσικών θεμάτων, που προβλέπεται από το Μέρος Γ παρ. α της ίδιας απόφασης, αυξάνεται από έξι (6) σε οκτώ (8), από τα οποία το ένα με νομική κατάρτιση.

Κατά τα λοιπά ισχύει η απόφαση αριθ. 67736/6.12.83.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 22 Ιουνίου 1990

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ ΕΒΕΡΤ

ΤΖΑΝΝΗΣ ΤΖΑΝΝΕΤΑΚΗΣ

Αριθ. Δ2.Γ/15013

(5)

Προσδιορισμός της τιμής βάσης των προϊόντων πετρελαίου.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ, ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ & ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των παραγράφων 2 και 4 του άρθρου 11 του Νόμου 1571/85 «Ρύθμιση θεμάτων πετρελατικής και εμπορίας Πετρελαιοειδών και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 192/1.985 τ.Α'), όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 4 του Ν. 1769/88 (ΦΕΚ 66/7.4.88 τ.Α').

2. Τις διατάξεις του Π.Δ. 27/89 «παραρτώντας διαμόρφωσης της τιμής βάσης, τρόπος και βαθμός συμμετοχής τους στη διαμόρφωση αυτή για κάθε ένομο προϊόν πετρελαίου» (ΦΕΚ 15/17.1.89 τ.Α').

3. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 10 του Π.Δ. 437/1985, «Καθορισμός και ανακατανομή των αρμοδιοτήτων των Υπουργείων» (ΦΕΚ 157/1985 τ.Α').

4. Τις διατάξεις του Π.Δ. 381/1989, για τον Οργανισμό του Υπουργείου Βιομηχανίας & Ενέργειας και Τεχνολογίας.

5. Την απόφαση Δ15/Φ.19/12430/30.5.1990 (ΦΕΚ 335/30.5.1990 τ.Β') του Υπουργείου Βιομηχανίας, Ενέργειας και Τεχνολογίας «Μεταβίβαση της εξουσίας να υπογράφει με εντολή Υπουργού ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Βιομηχανίας, Ενέργειας και Τεχνολογίας».

6. Το γεγονός ότι από 1.1.1990 στα διεθνή δελτία τιμών πετρελαιοειδών προϊόντων δεν δημοσιεύονται οι τιμές για τις βενζίνες PREMIUM 0,15 και REGULAR, οι τιμές των προϊόντων αυτών θα υπολογίζονται ως εξής:

α) Η βενζίνη PREMIUM 0,15 θα ισούται με την τιμή PREMIUM 0,25 FOB MED συν τη διαφορά της PREMIUM 0,15 μείον την PREMIUM 0,25 CIF ARA και

β) Η βενζίνη REGULAR 0,40 θα ισούται με την PREMIUM 0,40 FOB MED μείον 14 δολάρια ΗΠΑ (δεκατέσσερα), αποφασίζουμε:

Άρθρο 1.

Τιμή βάσης κύριων προϊόντων πετρελαίου.

1. Η τιμή βάσης σε δολάρια ΗΠΑ ανά MT για κατέρνα από τα πιο κάτω προϊόντα, η οποία προκύπτει σύμφωνα με τον τύπο της παρ. 2 του άρθρου 3 του Π.Δ. 27/89 (ΦΕΚ 15/17.1.89 τ.Α') είναι η ακόλουθη:

α. Προπάνιο	149,650	δολ. ΗΠΑ/MT
β. Βουτάνιο	134,155	" "
γ. Βενζίνη εφ' όλης συμμετοχής 96 οκτανίων MIN (PREMIUM) 0,15		" "
γρ. μαλθόβιο στο λίτρο MAX	227,000	" "



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 62

11 Απριλίου 1996

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

79. Τροποποίηση του Β.Δ. 665/1962 -Περί της υγειονομικής περιθάλψεως των τακτικών δημοσίων πολιτικών υπαλλήλων, των πολιτικών και στρατιωτικών συνταξιούχων, των μελών των οικογενειών αυτών κ.λπ. (Α' 167) 1
80. Τροποποίηση του Π.Δ. 58/89 «Οργάνισμός της Υπηρεσίας Πολιτικής Αεροπορίας (ΥΠΑ) του Υπουργείου Μεταφορών και Επικοινωνιών» 2

ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ

- Διόρθωση σφάλματος στο Π.Δ. 57/96 αρμοδιότητας Υπουργ. Εθνικής Άμυνας 3
- Διορθώσεις σφαλμάτων στο Π.Δ. 58/1996 αρμοδιότητας Υπουργ. Δημόσιας Τάξης 4
- Διόρθωση σφάλματος στην απόφαση της Ολομέλειας της Βουλής «Για την οικονομική ενίσχυση από τη Βουλή 30 ορφανών παιδιών, θυμάτων του πολέμου στη Βοσνία - Ερζεγοβίνη» 5
- Διόρθωση σφάλματος στην υπ' αριθ 44/1.3.1996 Πράξη του Υπουργικού Συμβουλίου 6

ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ 79

- Τροποποίηση του Β.Δ. 665/1962 -Περί της υγειονομικής περιθάλψεως των τακτικών δημοσίων πολιτικών υπαλλήλων, των πολιτικών και στρατιωτικών συνταξιούχων, των μελών των οικογενειών αυτών κ.λπ. (Α' 167) (1)

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη τις διατάξεις:

1. Της παρ. 2 του άρθρου 114 του Π.Δ. 611/1977 -περί κωδικοποιήσεως εις ενιαίο κείμενο, υπό τον τίτλο «Υπαλληλικός Κώδικς» των ισχυουσών διατάξεων των αναφερομένων εις την κατάσταση των υπαλλήλων του Δημοσίου και των Ν.Π.Δ.Δ.» (Α' 198).
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'/92).
3. Το άρθρο 2 του Π.Δ. 3975/1959 «Περί συμπληρώ-

σεως του Ν. 2795/54 και επεκτάσεως διατάξεων αφορουσών την Νοσοκομειακή και την φαρμακευτική περιθάλψιν και έξοδα κηδείας των δημοσίων πολιτικών και εις τους στρατιωτικούς» (Α' 196).

4. Το Β.Δ. 665/62 -περί υγειονομικής περιθάλψεως των τακτικών πολιτικών δημοσίων υπαλλήλων, των πολιτικών και στρατιωτικών συνταξιούχων, των συνταξιοδοτούμενων χηρών και των μελών των οικογενειών τους», όπως αυτό τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε μεταγενέστερα (Α' 167).

5. Το γεγονός ότι τις διατάξεις του παρόντος Π. Δ/τος, προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού σε ετήσιο το ύψος της οποίας θα ανέλθει σε 851.400.000 δρχ. περίπου.

Για το οικονομικό έτος 1995 το ύψος της δαπάνης υπολογίζεται ότι δεν θα υπερβεί τα 284.000.000 και θα κλυφθεί από τις υπάρχουσες πιστώσεις στους ΚΑΕ 0546, 0547 και 0549, των δε επόμενων ετών από πιστώσεις που θα εγγράφονται στον προϋπολογισμό Υγειονομικής Περιθάλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης).

6. Τη με αριθ. 633/1995 γνωμοδότηση του Συμβουλίου Επικρατείας, μετά από πρόταση του Υπουργικού Συμβουλίου, αποφασίζουμε.

Άρθρο 1

Στο άρθρο 3 του Β.Δ. 665/1962 (ΦΕΚ 167/62 τ.Α') προστίθενται παράγραφοι 7, 8 και 9 ως ακολούθως.

7. Δεν καταβάλλεται καμιά συμμετοχή από τον ασφαλισμένο (άμεσα ή έμμεσα) στις δαπάνες υγειονομικής περιθάλψης αυτών που πάσχουν από διάφορες μορφές αναιμίας και υποβάλλονται σε τακτά χρονικά διαστήματα σε μετάγγιση αίματος.

8. Στους ινσουλινοεξαρτημένους διαβητικούς αναγνωρίζεται δαπάνη προμήθειας συσκευής αυτομέτρησης σακχάρου, το δε ποσό που βαρύνει το Δημόσιο δεν υπερβαίνει τις παρόντα χιλιάδες (40 000) δρχ., χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου. Δαπάνη για την προμήθεια νέας συσκευής, θα αναγνωρίζεται από το Δημόσιο μετά πρόοδο έξι (6) ετών από την προηγούμενη αγορά.

Στους ασφαλισμένους που θα προμηθευτούν τη συσκευή αυτομέτρησης, δεν θα αναγνωρίζεται δαπάνη για εξετάσεις σακχάρου περισσότερο της μιας φορές το μήνα.

9. Στην κατηγορία αυτή των ασφαλισμένων, αναγνωρίζεται μηνιαία δαπάνη για την προμήθεια ταινιών μέτρησης του σακχάρου στο αίμα ή στα ούρα, καθώς και συρίγγων.

το ποσό της οποίας δεν θα υπερβαίνει την αξία τριών ιατρικών επισκέψεων, όπως αυτή ισχύει κάθε φορά και χωριστά συμμετοχή του ασφαλισμένου στο ιατρείο.

10. Στους νεφροπαθείς ασφαλισμένους του Δημοσίου που υποβάλλονται σε χρόνια περιτοναϊκή κάθαρση αναγνωρίζεται δαπάνη προμήθειας υλικών, που είναι απαραίτητα για την πραγματοποίησή της, το ποσό της οποίας δε θα υπερβαίνει την αξία πέντε (5) ιατρικών επισκέψεων στο σπίτι του ασθενή.

Άρθρο 2

Η ισχύς του διατάγματος αρχίζει ένα μήνα μετά τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας αναθέτουμε τη δημοσίευσή και εκτέλεση του παρόντος Διατάγματος.

Αθήνα, 26 Μαρτίου 1996

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΣΗΜΙΤΗΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

Α. - Α. ΤΣΟΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ, ΓΕΡ. ΑΡΣΕΝΗΣ, ΘΕΟΔ. ΠΑΓΚΑΛΟΣ, ΑΛΕΞ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ, ΚΩΝ. ΝΟΣΛΑΛΙΩΤΗΣ, ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ, ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ, ΑΝΑΣΤ. ΠΕΠΩΝΗΣ, ΕΥΑΓ. ΒΕΜΙΖΕΛΟΣ, ΣΤ. ΜΠΕΝΟΣ, ΚΟΣΜΑΣ ΣΦΥΡΙΟΥ, ΚΩΣΤΑΣ ΓΕΙΤΟΝΑΣ, ΦΙΛ. ΠΕΤΣΑΛΗΚΟΣ, ΑΝΤ. ΚΟΤΣΑΚΑΣ, ΧΑΡΑΛ. ΚΑΣΤΑΝΙΔΗΣ, ΔΗΜ. ΡΕΠΠΑΣ, ΓΕΩΡΓ. ΡΩΜΑΙΟΣ.

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ 80

Τροποποίηση του Π.Δ. 56/89 «Οργανισμός της Υπηρεσίας Πολιτικής Αεροπορίας (ΥΠΑ) του Υπουργείου Μεταφορών και Επικοινωνιών».

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 24 του Ν. 1558/85 - Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα - (ΦΕΚ Α/137) και 29 Α αυτού όπως αυτό προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ 154 Α).

2. Τις διατάξεις του Ν.Δ. 714/70 «περί ιδρύσεως Διευθύνσεως Εναερίων Μεταφορών κ.λπ.» (ΦΕΚ Α' 238) όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 1340/83 (ΦΕΚ Α' 35).

3. Τις διατάξεις των παρ. 9 και 10 του άρθρου 4 του Ν. 2366/95 (ΦΕΚ 256 Α) «περί ρύθμισης θεμάτων Οργανισμών και Υπηρεσιών του Υπουργείου Μεταφορών και Επικοινωνιών και άλλες διατάξεις».

4. Το γεγονός ότι από το παρόν διατάγμα προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού ύψους 327.600 δρχ. για το τρέχον έτος, που θα καλυφθεί από τις πιστώσεις προϋπολογισμού ΥΠΑ, ειδικού φορέα 39/120 και κωδικού Αριθμού Εξόδου 0237 «Επίδομα θέσης Ν. 1586/86 και Ν. 1566/85». Για κάθε ένα δε από τα επόμενα οικονομικά έτη η ανωτέρω δαπάνη θα ανέλθει στο ποσό των δρχ. 436.800 περίπου και θα αντιμετωπισθεί από τις γραμμένες πιστώσεις στον προϋπολογισμό Υ.Π.Α. από τους οικείους φορείς.

5. Τη με αριθ. 70/1996 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας, με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών,

Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Μεταφορών και Επικοινωνιών και του Υπουργού Οικονομικών, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Το άρθρο 1 του Π.Δ. 56/89, όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του Π.Δ. 35/93, αντικαθίσταται ως εξής:

• Άρθρο 1

Διάρθρωση Υπηρεσιών

1. Η Κεντρική Υπηρεσία της Υπηρεσίας Πολιτικής Αεροπορίας (ΥΠΑ) διαρθρώνεται ως εξής:

- α) Διοικήτης ΥΠΑ
- β) Υποδιοικήτης ΥΠΑ
- γ) Γραφείο Διοικήτη
- δ) Γραφείο Υποδιοικήτη
- ε) Γενική Διεύθυνση Αερομεταφορών
- στ) Γενική Διεύθυνση Αεροναυτιλίας
- ζ) Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης
- η) Διεύθυνση Αεροπορικής Εκμετάλλευσης
- θ) Διεύθυνση Πτητικών Προτύπων
- ι) Διεύθυνση Αερολιμένων
- ια) Διεύθυνση Εναέριας Κυκλοφορίας
- ιβ) Διεύθυνση Τηλεπικοινωνιών
- ιγ) Διεύθυνση Ηλεκτρονικών
- ιδ) Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών
- ιε) Διεύθυνση Ηλεκτρομηχανολογικών Εγκαταστάσεων

- ιστ) Διεύθυνση Διοικητικού
- ιζ) Διεύθυνση Οργάνωσης και Ανάπτυξης
- ιη) Διεύθυνση Οικονομικού και Εφοδιασμού
- ιθ) Διεύθυνση Επιθεώρησης
- ικ) Διεύθυνση Νομικών Υποθέσεων
- κα) Διεύθυνση Εκπαίδευσης
- κβ) Διεύθυνση Ασφάλειας Αερολιμένων
- κγ) Τμήμα Προστασίας Περιβάλλοντος
- κδ) Τμήμα Εκουγχρονισμού Συστήματος Εναέριας Κυκλοφορίας
- κε) Ειδικές Υπηρεσίες

2. Οι Διευθύνσεις Επιθεώρησης, Νομικών Υποθέσεων, Ασφάλειας Αερολιμένων, καθώς και το Τμήμα Εκουγχρονισμού Συστήματος Εναέριας Κυκλοφορίας, υπάγονται απ' ευθείας στη Διοίκηση.

3. Στην Κεντρική Υπηρεσία της ΥΠΑ λειτουργεί επίσης Διεύθυνση Πολιτικής Σχεδίασης Έκτακτης Ανάγκης (ΠΣΕΑ), σύμφωνα με τις ισχύουσες γι' αυτή κάθε φορά διατάξεις.

Άρθρο 2

Μετά το άρθρο 15γ του Π.Δ. 56/89, όπως αυτό προστέθηκε με το άρθρο 4 του Π.Δ. 35/93, προστίθεται άρθρο 15δ ως εξής:

Άρθρο 15δ

Διάρθρωση - Αρμοδιότητες Διεύθυνσης Ασφάλειας Αερολιμένων

1. Η Διεύθυνση Ασφάλειας Αερολιμένων έχει τα ακόλουθα τμήματα:

- α) Τμήμα Οργάνωσης και Σχεδιασμού Μέτρων Ασφάλειας Αερολιμένων.
- β) Τμήμα Ελέγχου Εφαρμογής Μέτρων Ασφάλειας Αερολιμένων.
- γ) Τμήμα Ηλεκτρονικών Μέσων και Συστημάτων Ασφάλειας Αερολιμένων.

2. Οι αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Ασφάλειας Αερολιμένων αναλυτικά κατά τμήμα είναι:



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 629

18 Ιουλίου 1995

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ	
Αύξηση του επιδόματος των τυφλών δικηγόρων (που αποδεδειγμένα ασκούν το επάγγελμά τους) και τυφλών επιστημόνων (Πανεπιστημιακού επιπέδου), που σύμφωνα με το πτυχίο τους ασκούν αποδεδειγμένα την επιστήμη τους.	1
Τροποποίηση και επέκταση της αριθ. Γ4α/Φ.225/151/89 (ΦΕΚ. 108/89/τ.Β') Κ.Υ. απόφασης «Περί οικονομικής ενίσχυσης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες».	2
Μεταφορά λογαριασμού Ταμειακής Διαχείρισης του Κρατικού Βρεφονηπιακού Σταθμού Δράμας.	3
Πιστοποίηση φορέων για την υλοποίηση ολοκληρωμένων προγραμμάτων του Ε.Π. «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας».	4
Ανακαθορισμός ύψους πιστώσεων δημοσίων σχέσεων ΥΠΕΠΘ για το οικονομικό έτος 1995.	5
Συγχώνευση δημοτικών σχολείων κατά τάξεις.	6
Μετονομασία περιφερειών Σχολικών Συμβούλων Πρωτ. Εκπ/σης (Δημοτικής Εκπ/σης) και ανακατανομή σχολείων σ' αυτές.	7
Τροποποίηση της 14129/8.5.86 απόφασης Υφυπουργού Πολιτισμού.	8
ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ	
Διόρθωση σφάλματος στην 7001/2/335-ια/17.5.95 απόφαση του Υπουργού Δημόσιας Τάξης.	9
Διορθώσεις σφαλμάτων στην 60187/95 κ.α. Υπουργικών Οικονομικών και Μεταφορών και Επικ/νίων.	10

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Π4γ/Φ.421/οικ. 2864

(1)

Αύξηση του επιδόματος των τυφλών δικηγόρων (που αποδεδειγμένα ασκούν το επάγγελμά τους) και τυφλών επιστημόνων (Πανεπιστημιακού επιπέδου), που σύμφωνα με το πτυχίο τους ασκούν αποδεδειγμένα την επιστήμη τους.

**ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 29α του Ν. 1558/85, όπως τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/82 (ΦΕΚ. 154/82 Τ Α) με τις οποίες προβλέπεται έλεγχος δαπανών που προκαλούν οι κανονιστικές δικαιτικές πράξεις.

2. Την ΔΥ3α/370/14.7.84 (ΦΕΚ. 550/15.7.84 ΤΒ) απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων «περί αναθεώρωσης αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Μανώλη Σκουλάκη.

3. Την Καινή Υπουργική Απόφαση Γ48/Φ.421/οικ. 538/7.3.89 (ΦΕΚ. 174/8.3.89 τ.Β) περί αύξησης επιδόματος τυφλών δικηγόρων και ασκουμένων δικηγόρων.

4. Την αριθ. 2070229/7909/0022/6.8.89 ΚΥΑ (ΦΕΚ. 700/1989 ΤΒ) περί αύξησης επιδομάτων που καταβάλλονται σε τυφλούς.

5. Τις Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις Γ9/οικ. 43/91 (ΦΕΚ. 345/91 ΤΒ), Γ4/οικ. 172/82 (ΦΕΚ. 39/92 ΤΒ) και Π4α/Φ.18/οικ. 3435/93 (ΦΕΚ. 579/93 ΤΒ).

6. Οι αριθ. Π4γ/Φ.18/οικ. 3799/94 (ΦΕΚ. 586/94 ΤΒ) Π4γ/Φ.18/Φ.421/οικ. 5580/94 (ΦΕΚ. 889/94 ΤΒ), αποφάσεις σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 2 του Ν. 2188/94 (ΦΕΚ.43/94 Α) περί αύξησης των επιδομάτων που χορηγούνται στα ΑΜΕΑ μέχρι ποσοστού 20%.

7. Τις πρόσθετες ανάγκες των τυφλών δικηγόρων που ασκούν αποδεδειγμένα την δικηγορία και τυφλών επιστημόνων (Πανεπιστημιακού επιπέδου) που ασκούν οποιοδήποτε επάγγελμα αποδεδειγμένα και σύμφωνα πάντα με το πτυχίο τους.

8. Το άρθρο 3του Ν. 858/79 (Φ. 191Α) και

9. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται δαπάνη το ύψος της οποίας για το έτος 1995

θα ανέλθει στο ποσό των 2.882.000 δρχ. και έχει προβλεφθεί στον προϋπολογισμό του ΥΠΥΚΑ με Φ. 220 και Κωδ. 2722, αποφασίζουμε:

1. Αυξάνουμε το μηνιαίο επίδομα των:

α) Τυφλών διαγνορών που αποδεδειγμένα ασκούν τη δικηγορία από 36.600 σε 52.600 δρχ. μηνιαίως.

β) Των τυφλών επιστημόνων (Πανεπιστημιακού επιπέδου) που σύμφωνα με τα πτυχία τους ασκούν αποδεδειγμένα στην επιστήμη τους από 20500 σε 52600 δρχ. μηνιαίως.

2. Κατό τα λοιπά ισχύουν οι αποφάσεις που ρυθμίζουν το πρόγραμμα επιδότησης τυφλών.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 14 Ιουλίου 1995

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
 Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
 ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΑΛΕΞ ΠΑΛΑΔΟΠΟΥΛΟΣ **ΜΑΝΩΛΗΣ ΣΚΟΥΛΑΚΗΣ**

Αριθ. Π4γ/Φ. 225/ οικ. 2666

(2)

Τροποποίηση και επέκταση της αριθ. Γ4α/Φ. 225/161/89 (ΦΕΚ. 108/89 τ. Β') Κ.Υ. απόφασης «Περί οικονομικής ενίσχυσης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες»

**ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
 ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 1 και 2 του Ν.Δ. 162/73 «περί μέτρων προστασίας υπερηλικών και χρονίως πασχόντων ατόμων».

2. Τον Α.Ν. 421/47 «περί διαθεσής εσόδων πένων υπέρ της Κοινωνικής Πρόνοιας».

3. Τον Ν.Δ/τος 321/89 (ΦΕΚ. 205/89 ΤΑ) περί κώδικος Δημόσιου Λογιστικού όπως τροποποιήθηκε «αι συμπληρώθηκε μετανεότετερα».

4. Τις διατάξεις του άρθρου 29α του Ν. 1578/85, όπως τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ. 154/92 τ. Α) με τις οποίες προβλέπεται έλεγχος των δαπανών που προκαλούν οι κανονιστικές διοικητικές πράξεις.

5. Την Γ4α/Φ. 225/161/3.2.89 (ΦΕΚ β/109/89) Κ.Υ. Ενοποίηση Προγραμμάτων οικονομικής ενίσχυσης ΑΜΕΑ.

6. Την ΔΥ3α/370/14.7.94 (ΦΕΚ. Β/550/94) απόφαση Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων «περί αναθεώσεως αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Εμμανουήλ Σκουλακή».

7. Η δαπάνη που θα προκύψει από την παρούσα τροποποίηση επέκταση της ανωτέρω (β) σχετικής Κ.Υ. απόφασής μας, για το χρονικό διάστημα από 1 Ιουλίου 1996 έως 31.12.95, για μεν τους νεφροπαθείς ανέρχεται στο ποσό των (30.600.000) τριάντα εκατομμυρίων εξακοσίων χιλιάδων δραχμών για δε τα ηνζουλινοεξαρτώμενα άτομα στο ποσό των (78.500.000) εβδομήντα έξι εκατομμυρίων πεντακοσίων χιλιάδων δραχμών, και θα καλυφθούν από τις

πιστώσεις του τακτικού Προϋπολογισμού του Υπουργείου μας στο Φ. 220 ΚΑΕ. 2728 (Βαριάς αναπηρίας), αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Εντάσσουμε στο ενιαίο Πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ανασημειωμένο πρόγραμμα βαριάς αναπηρίας), το οποίο εφαρμόζεται δυνάμει των διατάξεων της αριθ. Γ4α/Φ. 225/161/3.2.89 (ΦΕΚ 108/89 τ. Β') τους ανασφάλιστους ή έμμεσα ασφαλισμένους νεφροπαθείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, και υποβάλλονται σε διαδικασία αιμοκάθαρσης δια τεχνικού νεφρού ή σε περτοναϊκή κάθαρση, ανεξαρτήτως του διατροφικού επιδόματός.

Άρθρο 2

Προϋποθέσεις χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης.

Εο εδάφιο 2 της παρ. β του άρθρου 2 της Γ4α/Φ. 225/161/89 (ΦΕΚ. 108/89 τ. Β') Κ.Υ. Απόφασης αντικαθίσταται ως εξής:

Τα ανασφάλιστα και έμμεσα ασφαλισμένα τέκνα, τα οποία λαμβάνουν από οποιαδήποτε πηγή σύνταξη, προσαύξηση ή άλλου είδους οικονομική παροχή για την αντιμετώπιση τους ίση ή μικρότερη της προβλεπόμενης από την απόφαση αυτή, καταβάλλεται στον δικαιούχο αλώματρο το χορηγούμενο με την απόφαση αυτή επίδομα.

Άρθρο 3

Απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Έκδοση απόφασης αναγνώρισης και έγκρισης χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης σε νεφροπαθείς τελικού σταδίου και ηνζουλινοεξαρτημένων ατόμων.

Καθορίζουμε τη διαδικασία για την έκδοση ανωνυμικής απόφασης και την έγκριση χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης των νεφροπαθών τελικού σταδίου και τροποποιούμε την ίδια διαδικασία οικονομικής ενίσχυσης των ηνζουλινοεξαρτημένων ατόμων (ανασφάλιστων ή έμμεσα ασφαλισμένων) το οποίο δεν καλύπτεται πλήρως στην προμήθεια ιατροφαρμακευτικού υλικού και αντιδραστηρίων απαραίτητων για την αντιμετώπιση της παθήσεώς των.

Για την έκδοση της αναγκαστικής απόφασης καταβολής της οικονομικής ενίσχυσης των:

1. νεφροπαθών (ανασφάλιστων ή έμμεσα ασφαλισμένων) ανεξαρτήτως ηλικίας, που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας και υποβάλλονται σε διαδικασία αιμοκάθαρσης δια τεχνικού νεφρού ή σε περτοναϊκή κάθαρση και

2. ηνζουλινοεξαρτημένων ατόμων (ανασφάλιστων ή έμμεσα ασφαλισμένων), πρέπει να προσκομισθούν στις αρμόδιες Διευθύνσεις Υγείας, Πρόνοιας της Νομαρχίας του τόπου κατοικίας του ενδιαφερομένου, όλα τα προβλεπόμενα από το άρθρο 5 της αριθ. Γ4α/Φ. 225/161/89 Κοινής Υπουργικής Απόφασής μας δικαιολογητικά πλην της γνωμάτευσης της Αΐθρας Υγειονομικής Επιτροπής, που προβλέπουν οι διατάξεις του εδ. γ της παρ. 1 του ανωτέρω άρθρου. αντ' αυτής, (της γνωμάτευσης) υποβάλλεται για μεν τους νεφροπαθείς ηνωμάτευση Νευρολόγου γνωστού από Μονάδα Αιμοκάθαρσης Κρατικού ή Κοινωνικού ΙΚΑ όπου θα βεβαιώνεται ότι το Πρόσωπο που εξετάσθηκε πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση δια τεχνικού νεφρού ή σε περτο-

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Amos AE, McCarly D, Zimmet P (1997), «Το παγκόσμια αυξανόμενο φαινόμενο του ΣΔ και οι επιπλοκές του, εκτιμήσεις και έρευνες ως το 2010», Διαβητική Ιατρική 14
2. Bean CA, Bonneux L, Ruwaard D, Feskens EJM (1998), «Η διάδοση του ΣΔ Τύπου 2 στην Ολλανδία, μια ποσοτική έρευνα», Eur J. Public Health 8:210-216
3. Berger B, Stentrom G, Sundhuist G (1999), «Περιστατικά, διάδοση και θνησιμότητα των διαβητικών ασθενών», Διαβητική Πύλη 22:773-777
4. Bliss M. Discovery of Insulin, The University of Chicago Press 1982 A
5. Bliss M., Discovery of Insulin, The University of Chicago Press, 1982 B
6. Bliss M. USV Pharmaceutical Corp, Diabetes: A Medical Odyssey, Tuckahoe, New York 1971
7. Brown JB, Pedula KL, Bakst AW (1999), «Το κόστος των επιπλοκών για διαβητικούς ασθενείς Τύπου 2, Αρχείο Intern Med 159:1873-1880
8. Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: A Prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons, Psychosomatic Medicine 2006; 68: 851 – 858, Νοέμβριος / Δεκέμβριος 2006
9. Caddick L., Ibrahim S., Ward JD., The management of diabetic neuropathy, In: Boulton AJM (ed): Diabetic Neuropathy; Marius Press, London, 1997:147-157
10. Clement S., Diabetes self – management education, Diabetes Care 1995; 18: 1204 – 14

11. Detournay B, Vanzelle- Kervrocdam F, Charles MA et al (1999), «Επιδημιολογία, αντιμετώπιση και κόστος του ΣΔ Τύπου 2 στη Γαλλία το 1998», *Μεταβολισμός του ΣΔ* 25:356-365
12. Garner P . Type I diabetes mellitus and pregnancy, *Lancet* 1995; 346:157-161
13. *Gesundheitsbericht fur Deutschland* (1998), «Στατιστικές μελέτες», Metzter – Poeschel, Στουτγάρδη
14. Grief among Parents of Children with Diabetes, *The Diabetes Educator*, 21, 6. 531_532
15. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC et al (1998), «Διάδοση του ΣΔ, κακή ανοχή και επιτάχυνση της γλυκόζης στους ενήλικες των ΗΠΑ», Τρίτη εθνική έρευνα για την υγεία και την διατροφή, 1988-1994, *Οι διαβητικοί μπορούν* 21:518-524
16. Henriksson H, Jonsson B (1998), «ΣΔ - Το κόστος της ασθένειας στην Σουηδία», *J Internal Med* 244-416-468
17. http://www.jdrf.org.gr/aboutdiabetes_gr16.html
18. <http://www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab31.htm>
19. Jonsson B (1983), «ΣΔ – το κόστος της ασθένειας και του ελέγχου», *Acta Med Scand* 671, σελ. 19-27
20. King H, Aubert RE, Herman WH (1998), «Τα παγκόσμια σύνορα του ΣΔ, 1995-2025, διάδοση, αριθμοί και έρευνες», *Περίθαλψη του ΣΔ* 21:1414-1431
21. Koopmanschap M (2002), «Αντιμετωπίζοντας τον ΣΔ Τύπου 2, η οπτική των διαβητικών ασθενών», *Διαβητολογία*

22. Laing W, Williams R (1989), «ΣΔ – Ένα μοντέλο για την αντιμετώπιση του ιατρικά»,
No 92 για τα τρέχοντα ιατρικά προβλήματα, Γραφείο οικονομικής Υγείας, Λονδίνο
23. Laing W, Williams R (1989), «ΣΔ: ένα μοντέλο για την αντιμετώπισή του ιατρικά»,
Γραφείο Οικονομικής Υγείας, Λονδίνο
24. Marks L (1996), «Υπολογίζοντας το κόστος – Ο πραγματικός αντίκτυπος για τους μη
εξαρτημένους από την ινσουλίνη διαβητικούς ασθενείς», Έρευνα των Kings Fund υπό
την επίβλεψη της Βρετανικής Ένωσης Διαβητικών ασθενών, Λονδίνο
25. Mc Canny D, Zimmet P (1994), «Ο ΣΔ από το 1994 μέχρι το 2010, παγκόσμιο φαινό-
μενο και έρευνες», Διαβητικό Ινστιτούτο Μελβούρνης
26. Miodonovik M., Mimouni F., Dignan PSJ., et al. Major malformations in infants of
IDDM women: *Diabetes Care* 1988;11:713-718
27. Papaspyros, N. S., *The History of Diabetes Mellitus*, 2nd Stuttgart 1964
28. Prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in male erectile dysfunction, *British Jour-
nal of Urology* 2001; 88: 68 – 71, Ιούλιος 2001
29. *Psychomatic Medicine, Family Systems Medicine*, 11, 2, 137_148
30. Quieckel K Jr., *Diabetes in a managed care system* *Ann Intern Med* 1996; 124: 160 –
162
31. Ray n, Willis S, Thamer M (1993), «Άμεσο και έμμεσο κόστος του ΣΔ στις ΗΠΑ το
1992», Αμερικανική Διαβητική Ένωση, Αλεξάνδρεια
32. Rubin RJ, Altman WM, Mendeison DN (1994), «Έξοδα ιατρικής περίθαλψης για δια-
βητικούς ασθενείς Τύπου 2» *Ενδοκρινολογικός μεταβολισμός* 78:809[^]-809[^]

33. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: A controlled study, *Diabetes Care* 2002; 25: 672 – 677, Απρίλιος 2002
34. Simanis JG (1987), «Εξοδα ιατρικής περίθαλψης: διεθνείς συγκρίσεις 1970-1980», *Soc Secur Bull* 50:19-24
35. Stress management improves long – term glycemc control in type 2 diabetes, *Diabetes Care* 2002; 25: 30 – 34
36. Tesfaye S., Malik R., Ward JD., Vascular factors in diabetic neuropathy, *Diabetologia* 1996, 39:329-335
37. The Association of Comorbid Depression With Mortality in Patients With Type 2 Diabetes, *Diabetes Care* 2005; 28: 2668 – 267 Νοέμβριος 2005
38. The Diabetic Foot, Vol. 3 No 1, 2001
39. Vaccaro O, Bonora E, Bruno G, Garancini MP, Muntoni S (1996), Η επιδημιολογία των διαβητικών ασθενών Τύπου 2, μη εξαρτημένων από ινσουλίνη και η ανοχή τους στην γλυκόζη στην Ιταλία, *Kurtis Milano*, σελ. 17-30
40. Williams R, Van Gaa L, Lucioni C (2002), «Υπολογίζοντας τον αντίκτυπο των επιπλοκών στο κόστος του ΣΔ Τύπου 2», *Διαβητολογία*
41. www.idf.org/diabetes/position
42. [www.who.int/en/diabetes/The burden of Mortality attributable to diabetes](http://www.who.int/en/diabetes/The%20burden%20of%20Mortality%20attributable%20to%20diabetes)
43. Αικ. Στεφανοπούλου – Παπαδοπούλου, Η ανακάλυψη της ινσουλίνης, Απόδοση στα Ελληνικά 1995, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης
44. Αμερικανική ένωση Διαβητικών ασθενών (1998), «Οικονομικές επιπτώσεις των διαβητικών ασθενών στις ΗΠΑ το 1997», *Περίθαλψη διαβητικών ασθενών* 21:296-309

45. Η τοπική αυτόνομη κυβέρνηση της Καταλονίας (1997), «Διάδοση του ΣΔ Τύπου 2 στην Καταλονία», Ένωση Διαβητικών ασθενών Καταλονίας, Vol 18, Νο3, Τομέας Υγείας και Κοινωνικής ασφάλειας της Καταλονίας
46. Μελλοντική έρευνα για τον ΣΔ στο Ηνωμένο Βασίλειο(1998), «Εντατικός έλεγχος αίματος για ποσοστά γλυκόζης με ινσουλίνη και σύγκριση με συμβατική αγωγή και κίνδυνος επιπλοκών στους ασθενείς με ΣΔ Τύπου 2 (UKPDS 33), Lancet 352Q837-853
47. Ν. Κατσιλάμπρος, Μαθαίνω να ζω με το ΣΔ, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας 2000; σελ. 21 – 23 Α
48. Ν. Κατσιλάμπρος, Μαθαίνω να ζω με το ΣΔ, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας 2000; σελ. 175 - 177 Β
49. Οργάνωση για οικονομική συνεργασία και ανάπτυξη (1990), «Συστήματα ιατρικής περιθαλψης σε μετάβαση, η αναζήτηση αποτελεσματικότητας», Έρευνα κοινωνικής πολιτικής Νο 7, Παρίσι σελ. 129-135
50. Οργάνωση για την οικονομική συνεργασία και ανάπτυξη (2000), «Κόστος του ΣΔ Τύπου 2 CD ROM,», Οργάνωση για την οικονομική συνεργασία και ανάπτυξη, Παρίσι
51. Περιοδικό «Γλυκιά Ζωή», τεύχος 46 Νοέμβριος – Δεκέμβριος 2003 σελ.4, εκδότης Κατερίνα Κουλουρίδου
52. Περιοδικό Διαβητολογικά Νέα, Θυμέλλη Ιωάννα-Νοσηλεύτρια Π.Ε.
53. Περιοδικό Διαβητολογικά Νέα: Τεύχος Δεκέμβριος 2001, κα. Μαριάννα Μπενρουμπή
54. Περιοδικό Π.Ε.Ν.ΔΙ., Τεύχος 30, Απρίλιος – Ιούνιος 2005

55. Περιοδικό Υγεία Δράση και Ζωή, Ειδική Έκδοση ΤΑ ΝΕΑ 13-11-2006

56. Πρόληψη του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του, Μελιδώνης Α., 2001