

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**Α΄ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»**

**ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 152**

**Τ.Κ. 11527**



**Αντιφυματικό Τμήμα,**

**Κατ' οίκον Νοσηλεία**

**ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΔΙΑΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ  
ΑΜΕΣΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ -DOT-**

Κωσταντίνου Κ., Δ/ντης Αντιφυματικού Τμήματος

Γιάγκου Π., Προϊσταμένη Κατ' οίκον Νοσηλείας

Σωτηροπούλου Π., Επισκέπτρια Υγείας

Αθήνα 2010

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	3
Η φυματίωση σήμερα.....	4
Επιδημιολογικά στοιχεία.....	8
Η φυματίωση στην Ευρωπαϊκή περιοχή κατά τον ΠΟΥ.....	10
Η ελληνική πραγματικότητα.....	11
Τι είναι τα DOTS.....	16
Ομάδα Στόχος.....	17
Εννοιολογικά στοιχεία και προβληματική των DOTS.....	17
Κόστος – Όφελος.....	18
Στελέχωση και Υποδομή.....	19
Σχεδιασμός και οργάνωση του Προγράμματος.....	20
Αξιολόγηση.....	21
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>22</b>

## Εισαγωγή

Η φυματίωση δεν αποτελεί, συνιστά ιατρική κρίση. Είναι ένα πολιτικό και κοινωνικό πρόβλημα που μπορεί να έχει ανυπολόγιστες συνέπειες για τις επόμενες γενιές.

Η φυματίωση είναι λοιμώδης νόσος που μεταδίδεται με σταγονίδια. Κάθε ασθενής με ενεργό φυματίωση μολύνει κατά μέσο όρο 10 – 15 άτομα κάθε μέρα. Έχει χαρακτηριστεί ως ασθένεια των φτωχών και μολύνει κυρίως τους νέους στις πιο παραγωγικές ηλικίες. Συνολικά υπολογίζεται ότι ένας στους δέκα ασθενείς με λανθάνουσα φυματίωση θα αναπτύξει ενεργό νόσο κάποια στιγμή στη ζωή του ενώ αυξημένα είναι τα ποσοστά για τα άτομα με HIV που θεωρούνται ομάδα υψηλού κινδύνου. (1)

Η μείωση της επίπτωσης της ασθένειας παγκοσμίως πέτυχε με την εντατική και οργανωμένη προσπάθεια των τελευταίων 14 χρόνων και ιδιαίτερα με την υιοθέτηση και εφαρμογή των προγραμμάτων DOTs (1995-2005) και της στρατηγικής Stop TB (2006-). Μεταξύ 1995 και 2008, περίπου 36 εκατομμύρια ασθενείς θεραπεύθηκαν μέσω των προγραμμάτων DOTs ενώ αποφεύχθηκαν 8 εκατομμύρια θάνατοι από τη νόσο. (2).

Στην Ελλάδα υπάρχει αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων -ευαίσθητων και ανθεκτικών- που παρατηρούνται κατά έτος, βάσει των επίσημων στοιχείων που δηλώνονται στο ΚΕΕΛΠΝΟ (3), και κατά συνέπεια παρατηρείται αύξηση του αριθμού των περιστατικών που παρακολουθούνται στο Αντιφυματικό Τμήμα του ΓΝΝΘΑ “Η Σωτηρία”, το οποίο καλύπτει τα 2/5 του συνόλου των περιστατικών πανελλαδικά. Η αύξηση της επίπτωσης έχει να κάνει κυρίως με την αθρόα είσοδο μεταναστών στη χώρα μας -πολλοί από τους οποίους έρχονται από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης με ανθεκτικά στελέχη- οι οποίοι πάσχουν από φυματίωση και συχνά δεν συμμορφώνονται στη θεραπευτική αγωγή.

Με την σημερινή μεγάλη μετακίνηση πληθυσμών "κανένας δεν μπορεί να είναι ασφαλής αν όλοι δεν είναι ασφαλείς", διακηρύσσει ο Π.Ο.Υ.

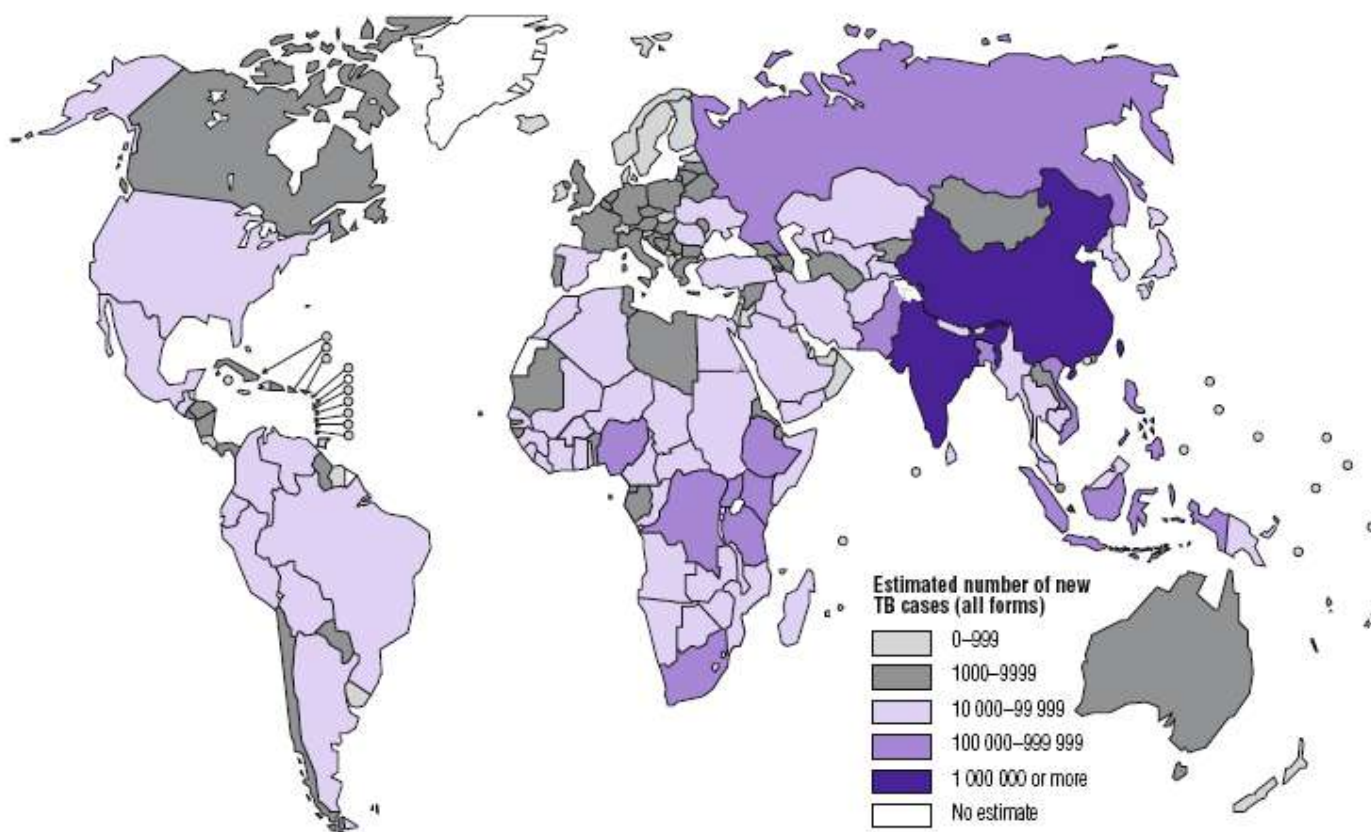
## **Η φυματίωση σήμερα**

Είναι γνωστό ότι η Παγκόσμια έξαρση της Φυματίωσης οφείλεται σε ένα συνδυασμό παραγόντων, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι:

- α) Η αύξηση του πληθυσμού σε χώρες υπό ανάπτυξη
- β) Η μετανάστευση
- γ) Η αστικοποίηση
- δ) Η αυξανόμενη φτώχεια
- ε) Η εξάπλωση του ιού του HIV
- ζ) Τα αποτυχημένα προγράμματα κατά της φυματίωσης (λόγω κατάρρευσης των υγειονομικών συστημάτων ορισμένων χωρών), που οδήγησαν στη δημιουργία ανθεκτικών στελεχών.(4)

Στους χάρτες που ακολουθούν φαίνεται η κατανομή των περιστατικών της φυματίωσης, ευαίσθητων και ανθεκτικών μορφών, παγκοσμίως.

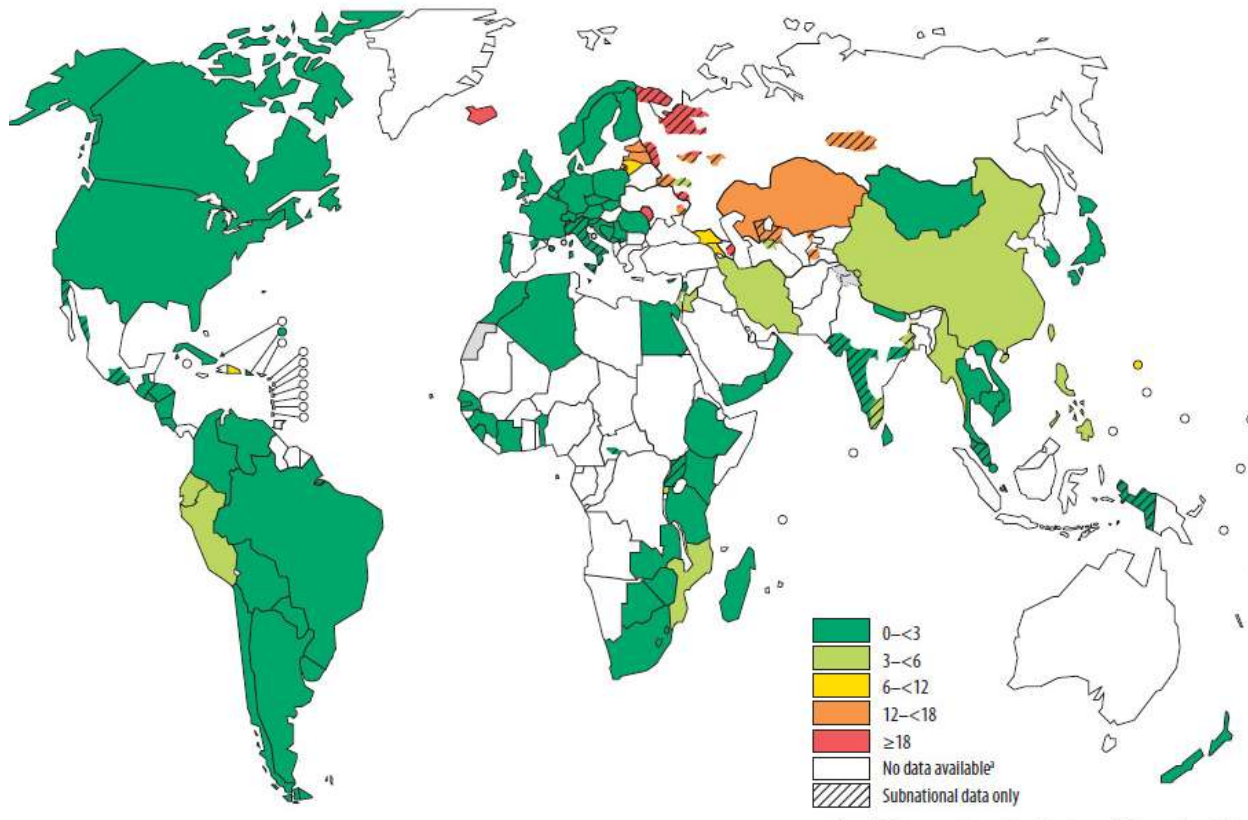
## Α. Κατανομή νέων περιπτώσεων φυματίωσης κατά χώρα για το έτος 2006, βάσει ΠΟΥ.



Πηγή: WHO, Global TB Report, 2008 (5)

Η Ελλάδα δέχεται ανεξέλεγκτα μετανάστες από χώρες που όπως φαίνεται στον παραπάνω χάρτη έχουν μεγάλη επίπτωση φυματίωσης .

**Β. Κατανομή % των ανθεκτικών μορφών φυματίωσης MDR-TB μεταξύ των νέων περιπτώσεων φυματίωσης από το 1994 μέχρι σήμερα.**



Πηγή: WHO, M/XDR-TB 2010 report fact sheet (6)

- Επίσημα δηλούμενα στοιχεία από 114 χώρες από το 1994
- Μόνο 22 από τις 46 χώρες της Αφρικής διαθέτουν επίσημα στοιχεία
- Τα περιστατικά MDR-TB αποτελούν το 3.6% του συνόλου των περιστατικών TB που καταγράφηκαν το 2008 (6)

## Ποσοστιαία αναλογία MDR TB μεταξύ των νέων περιπτώσεων από το 2001-2009

### Nationwide Data

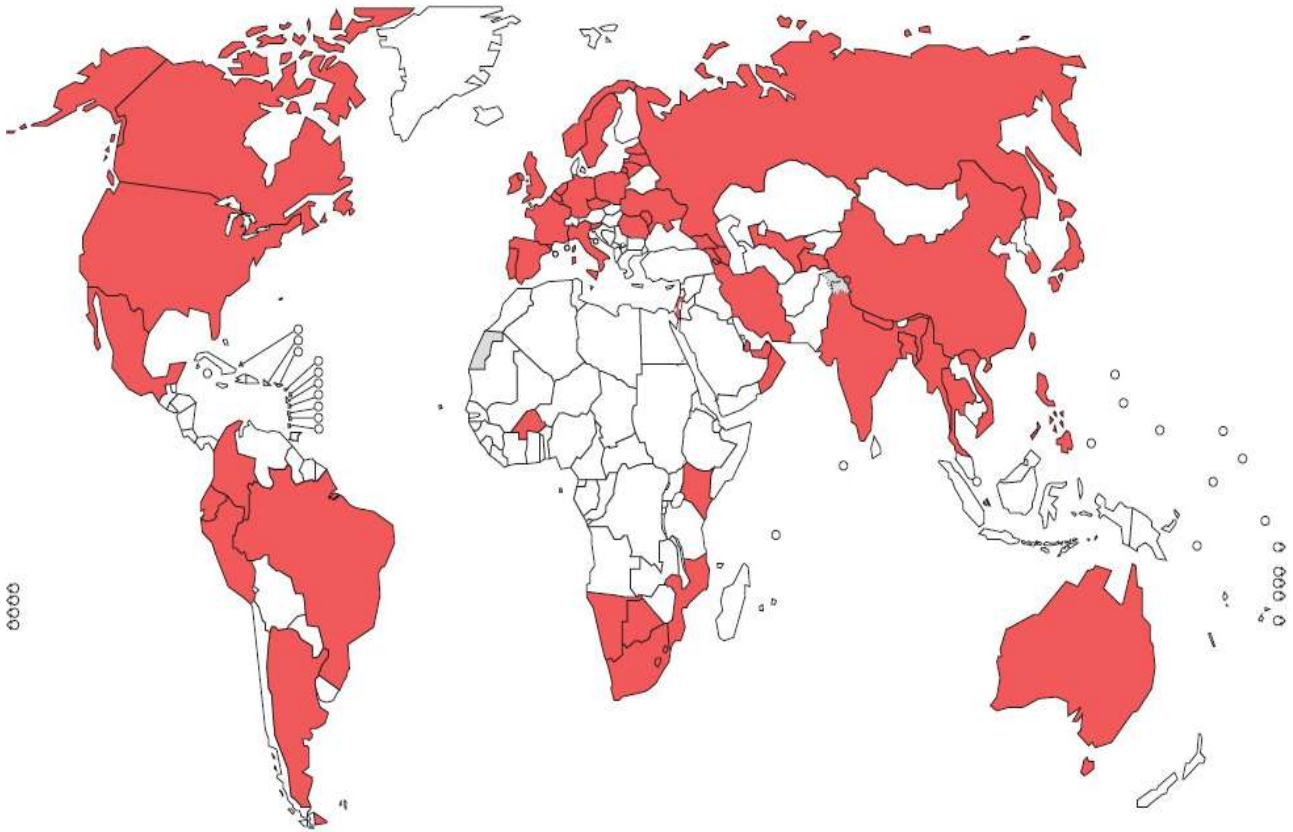
1. Moldova (19.4%)
2. Estonia (15.4%)
3. Kazakhstan (14.2%)
4. Latvia (12.1%)
5. Armenia (9.4%)
6. Lithuania (9.0%)
7. Georgia (6.8%)
8. China (5.7%)
9. Jordan (5.4%)
10. Peru (5.3%)

### Sub-national Data

1. Murmansk Oblast, Russia (28.3%)
2. Pskov Oblast, Russia (27.3%)
3. Arkhangelsk Oblast, Russia (23.8%)
4. Baku City, Azerbaijan (22.3%)
5. Ivanovo Oblast, Russia (20.0%)
6. Kaliningrad Oblast, Russia (19.3%)
7. Belgorod Oblast, Russia (19.2%)
8. Dushanbe City & Rudaki District, Tajikistan (16.5%)
9. Mary El Republic, Russia (16.1%)
10. Donetsk Oblast, Ukraine (16.0%)

(6)

## Γ. Χώρες που δηλώνουν περιστατικά XDR-TB, όπως αυτά καταγράφηκαν το Μάρτιο του 2010



Πηγή: WHO, M/XDR-TB 2010 report fact sheet (6)

Η Ελλάδα δέχεται ανεξέλεγκτα μετανάστες από χώρες που όπως φαίνεται στον παραπάνω χάρτη συγκεντρώνουν ασθενείς με πολυανθεκτικές μορφές.

### Επιδημιολογικά στοιχεία

Τα επιδημιολογικά στοιχεία που έχουν επίσημα καταγραφεί από τον ΠΟΥ φαίνεται ότι προσεγγίζουν σε ορισμένα σημεία στην εκπλήρωση των στόχων που έχουν τεθεί για την καταπολέμηση της νόσου.

Οι στόχοι που σχετίζονται με το MDG Millennium Development Goal και επιδοκιμάζονται από τη στρατηγική Stop TB είναι οι εξής:



- μέχρι το 2005: ανίχνευση τουλάχιστον του 70% των νέων περιστατικών με θετικά πτύελα και θεραπεία του 85% τουλάχιστον
- μέχρι το 2015: μείωση της επίπτωσης και της θνησιμότητας στο 50% σε σχέση με το 1990 και
- μέχρι το 2050: η φυματίωση δεν πρέπει να αποτελεί πλέον πρόβλημα δημόσιας υγείας (ένα περιστατικό ανά εκατομμύριο πληθυσμού)

Ο αριθμός των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων φυματίωσης το 2008 ήταν 5,7 εκατομμύρια.

Περίπου 30.000 περιπτώσεις πολυανθεκτικών ασθενών εντοπίστηκαν το 2008 και αυτό φαίνεται ότι είναι το 11% του συνόλου των περιπτώσεων των πολυανθεκτικών που υπολογίζεται ότι υπάρχουν μεταξύ των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων. (2)

Με βάση τα στοιχεία του ΠΟΥ, σε 58 χώρες εντοπίστηκε τουλάχιστον ένα περιστατικό XDR TB και 5,4% από τα περιστατικά με MDR TB αποδείχθηκε ότι ήταν XDR TB. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο προκύπτουν 25.000 νέα περιστατικά XDR TB. (6) Ο εντοπισμός, η άμεση διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία των πολυανθεκτικών μορφών πρέπει να εξασφαλιστεί παγκοσμίως. (2) Το Μάρτιο 2010 καταγράφηκαν στον ΠΟΥ το υψηλότερο ποσοστό που υπήρξε ποτέ, όπου για κάθε 4 νέα περιστατικά φυματίωσης, το 1 ήταν MDR TB στην περιοχή της βορειοδυτικής Ρωσίας, επίσης σε απόλυτους αριθμούς οι περισσότεροι ασθενείς MDR TB εντοπίζονται στην Κίνα και στην Ινδία και αποτελούν το 50% του συνολικού φορτίου, καθώς ακόμη εκτιμάται ότι το 2008 τα περιστατικά αυτά ανήλθαν σε 440.000 και οι θάνατοι σε 150.000. (6)

Πέντε επιδημιολογικές περιοχές που περιλαμβάνουν την Κεντρική Ευρώπη, την Ανατολική Ευρώπη, τις χώρες με υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα, τη Λατινική Αμερική και το Δυτικό Ειρηνικό Ωκεανό φαίνεται να πετυχαίνουν το στόχο της στρατηγικής Stop TB και να μειώνουν στο μισό την επίπτωση του 1990 και τέσσερις επιδημιολογικές περιοχές που περιλαμβάνουν την Κεντρική Ευρώπη, τις χώρες με υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα, τη Λατινική Αμερική και το Δυτικό Ειρηνικό Ωκεανό φαίνεται να πετυχαίνουν επιπλέον τη μείωση της θνησιμότητας στο μισό νωρίτερα από το στόχο που είχε τεθεί για το 2015. Η επίπτωση και η θνησιμότητα μειώνονται παντού με εξαίρεση τις περιοχές της Αφρικής με χαμηλή επίπτωση HIV. (2)

Το Παγκόσμιο Σχέδιο για τον περιορισμό της φυματίωσης προκαλεί την περιοχή της υπο - Σαχάρας Αφρικής και την Ανατολική Ευρώπη να επιτύχουν τους στόχους που έχουν τεθεί για το 2015. Η περιοχή της Ανατολικής Ευρώπης περιλαμβάνει τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης

και κάποιες από την Κεντρική Ευρώπη, όπως η Αρμενία, το Αζερμπαϊτζάν, η Λευκορωσία, η Βουλγαρία, η Εσθονία, η Γεωργία, το Καζακστάν, το Κουρδιστάν, η Λατβία, η Λιθουανία, η Μολδαβία, η Ρουμανία, η Σοβιετική Ένωση, Τατζικιστάν, η Τουρκία, το Τουρκμενιστάν, η Ουκρανία και το Ουζμπεκιστάν. (7)

## **Η φυματίωση στην Ευρωπαϊκή περιοχή κατά τον ΠΟΥ**

Αναφορικά με την εικόνα του προβλήματος της φυματίωσης στην Ευρώπη, τα στοιχεία έχουν ως εξής:

- Στην Ευρωπαϊκή περιοχή του ΠΟΥ εκτιμάται ότι υπήρξαν 433.261 νέες περιπτώσεις TB, 282.041 θεραπεύθηκαν και καταγράφηκαν 62.197 θάνατοι το 2006, δηλαδή 49 νέες περιπτώσεις, 32 θεραπευμένοι και 7 θάνατοι κάθε ώρα.
- Το 2006 διαγνώστηκαν 12.842 νέες περιπτώσεις TB σε ενήλικες με AIDS
- Η φυματίωση έχει ενδημικό χαρακτήρα. Το 2006 η Ευρώπη κατέγραψε 81.600 περιστατικά TB, το 72% των οποίων εντοπίστηκε στο Καζακστάν, τη Ρουμανία, τη Ρωσία, την Τουρκία, την Ουκρανία και το Ουζμπεκιστάν. Η Ρωσία έρχεται 11η παγκοσμίως σε ότι αφορά τον επιπολασμό της TB.
- Σχετικά με την ανθεκτικότητα, ο ΠΟΥ εκτιμά ότι παγκοσμίως εμφανίζονται 490.000 περιπτώσεις πολυανθεκτικών περιστατικών και 40.000 εξαιρετικά ανθεκτικών κάθε μέρα. Στην πολυανθεκτική μορφή φυματίωσης υπάρχει ανθεκτικότητα στα περισσότερα φάρμακα πρώτης γραμμής και στην εξαιρετικά ανθεκτική υπάρχει ανθεκτικότητα στα φάρμακα πρώτης και δεύτερης γραμμής.
- Οι 12 από τις 14 χώρες που εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά πολυανθεκτικής φυματίωσης βρίσκονται στην Ευρωπαϊκή περιοχή του ΠΟΥ. (1)

Με βάση τη διακήρυξη του Διπλουργικού Ευρωπαϊκού FORUM για την καταπολέμηση της φυματίωσης που πραγματοποιήθηκε το 2007 στο Βερολίνο, υπάρχουν προτεραιότητες και κενά που πρέπει να καλυφθούν ώστε να πραγματοποιηθεί πλήρης εφαρμογή της Στρατηγικής Εξάλειψης της Φυματίωσης (Stop TB Strategy). Οι προτάσεις για τον πιο αποτελεσματικό έλεγχο της φυματίωσης, κατόπιν συμφωνίας των υπουργών της Ευρώπης και λαμβάνοντας υπόψιν τις κατευθυντήριες γραμμές του ΠΟΥ, συνοψίζονται στα εξής:

- Η παγκόσμια πρόσβαση στην Στρατηγική Εξάλειψης της Φυματίωσης, Stop TB Strategy, απαιτεί την ενίσχυση του τομέα υγείας και την εμπλοκή όλου του φάσματος του ιδιωτικού και

δημόσιου τομέα, ιδιωτών ιατρών και επαγγελματιών υγείας σωφρονιστικών ιδρυμάτων, οι οποίοι πρέπει να ακολουθούν τα διεθνή πρότυπα για την μέριμνα της φυματίωσης και να προωθούν τα δικαιώματα των ασθενών.

·Η κοινωνία και οι προσβεβλημένες κοινότητες πρέπει να θεωρούνται ως σημαντικοί συνεργάτες και να συμπεριλαμβάνονται στον έλεγχο της Φυματίωσης

Χρειάζονται ειδικές προσπάθειες για να εξασφαλισθεί πρόσβαση των ευπαθών ομάδων των μεταναστών και άλλων πληθυσμών σε χώρους παροχής ποιοτικής φροντίδας φυματίωσης όπου γίνονται καλλιέργειες με υψηλή ευαισθησία.

·Είναι απαραίτητο να αυξηθεί η συνεργασία και ο διατομεακός συντονισμός μεταξύ φορέων υγείας, σωφρονιστικών ιδρυμάτων, κοινωνικών υπηρεσιών καθώς επίσης και των Κρατών Μελών μεταξύ τους.

Ως Ευρώπη θα υιοθετήσουμε την Στρατηγική Εξάλειψης της Φυματίωσης με τις ακόλουθες παραμέτρους:

·Διασφαλίζοντας την επέκταση και ενίσχυση της εφαρμογής υψηλής ποιότητας DOTS

·Αναλαμβάνοντας την αντιμετώπιση των MDR-TB, XDR-TB, HIV-TB τύπων φυματίωσης καθώς και άλλων προβλημάτων, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου

·Ενσωματώνοντας τη φροντίδα της Φυματίωσης στη γενική φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας και ενισχύοντας δραστηριότητες που αποσκοπούν στην βελτίωση του συστήματος υγείας

·Εμπλέκοντας όλους τους επαγγελματίες υγείας

·Ενδυναμώνοντας τους ασθενείς με φυματίωση και τις κοινότητές τους και εξαλείφοντας το στίγμα που τους συνοδεύει (8)

## **Η ελληνική πραγματικότητα**

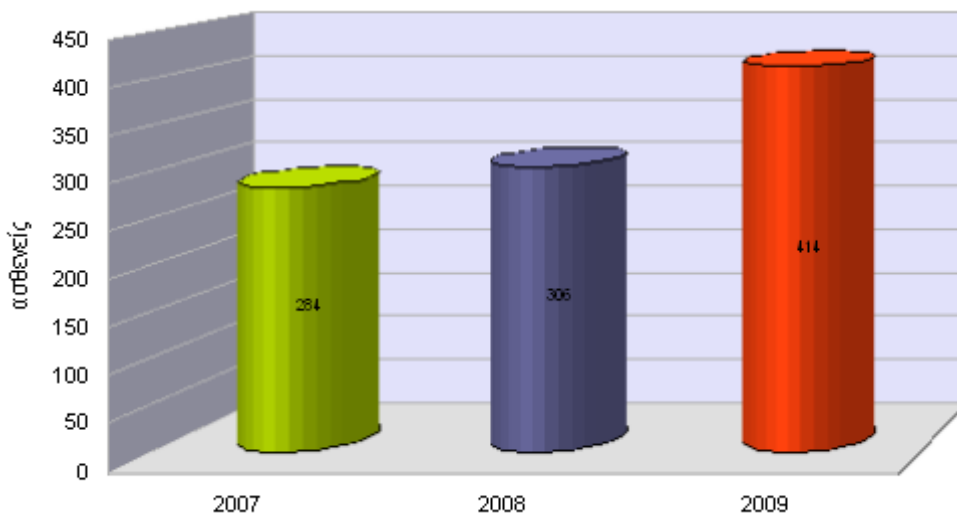
Κατά την οκταετία 2000-2007 δηλώθηκαν συνολικά 5398 κρούσματα φυματίωσης. Εξ αυτών και κατά μέσο όρο, το 24% (10-33%) αφορούσε σε αλλοδαπούς. Ο αριθμός των κρουσμάτων όπως αυτά δηλώθηκαν στο ΚΕΕΛΠΝΟ φαίνεται στον παρακάτω πίνακα :

Έτος	Έλληνες		Αλλοδαποί		Σύνολο
	Αριθμός	%	Αριθμός	%	Αριθμός
2000	635	90	69	10	704
2001	512	83	104	17	616
2002	443	76	138	23	581
2003	457	75	153	25	610
2004	652	83	134	17	786
2005	477	67	232	33	709
2006	454	66	216	32	682
2007	417	32	215	33	649

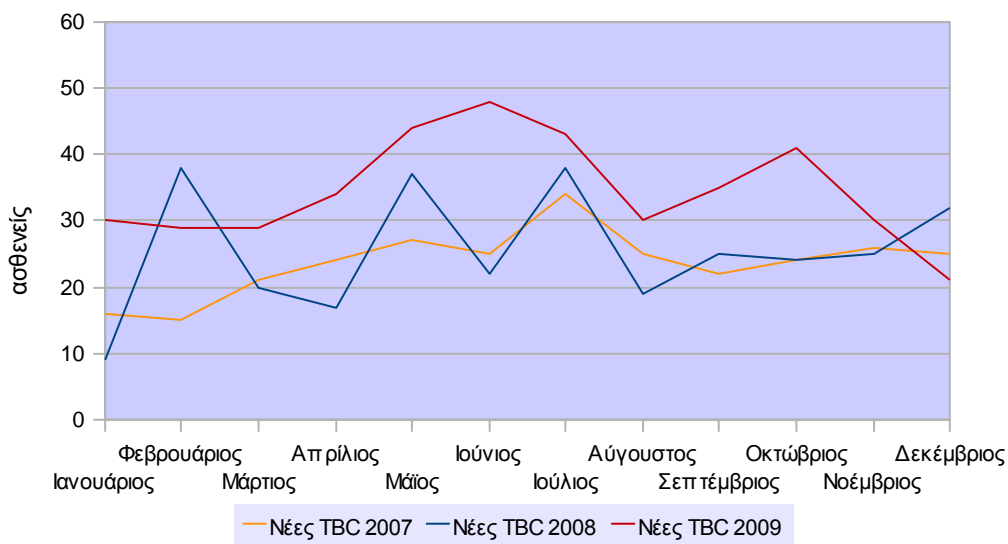
Τα επιδημιολογικά στοιχεία για τη φυματίωση στη χώρα μας είναι αναξιόπιστα, κυρίως γιατί δεν δηλώνονται όλες οι περιπτώσεις της νόσου. Η επίσημα δηλούμενη επίπτωση της φυματίωσης στην Ελλάδα παρουσιάζει σταθεροποίηση ή και πτωτική πορεία. Παρά τούτα υπάρχει πρόβλημα φυματίωσης που αποδίδεται κατά κύριο λόγο στην κατά τα τελευταία χρόνια αθρόα είσοδο στη χώρα μας μεταναστών, λαθρομεταναστών και προσφύγων από χώρες με υψηλή επίπτωση φυματίωσης. Οι χώρες προέλευσης των ανωτέρω παρουσιάζουν επίσης και υψηλά ποσοστά πολυανθεκτικής φυματίωσης. (3)

Σε ότι αφορά το Αντιφυματικό Τμήμα του ΓΝΝΘΑ η Σωτηρία, από τα Διαγράμματα 1 και 2 που ακολουθούν φαίνεται ότι εδώ καλύπτονται περίπου τα 2/5 του συνολικού αριθμού των δηλωμένων κρουσμάτων.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. ΝΕΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΒC ΤΟΥ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2007, 2008, 2009**

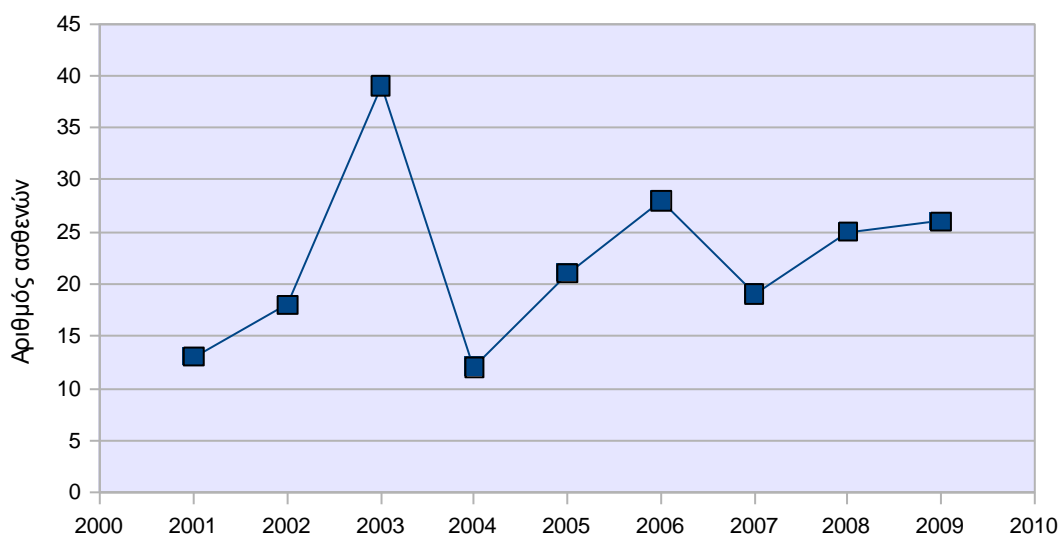


**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΒ ΤΟΥ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΜΗΝΑ, ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2007, 2008, 2009**



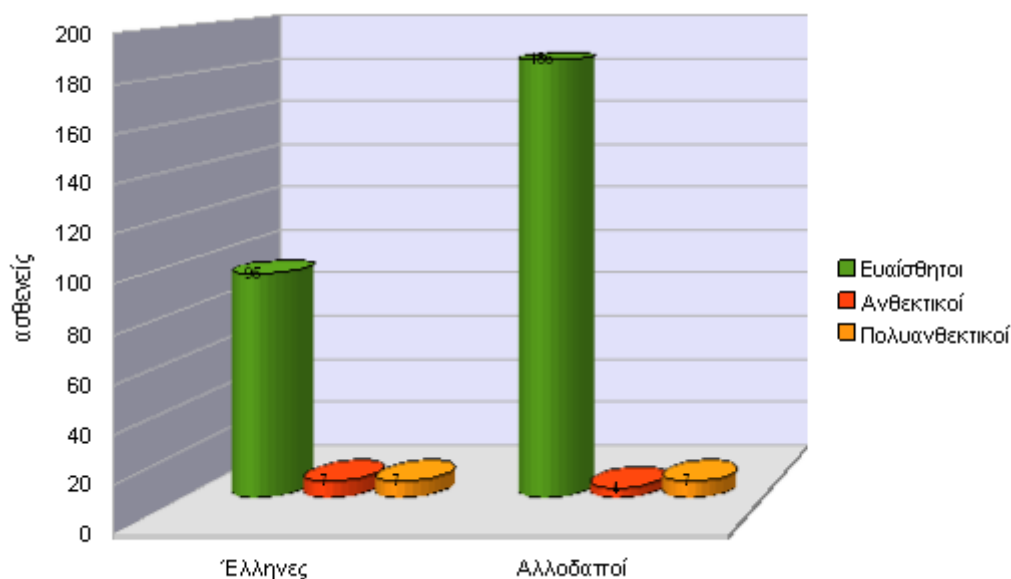
Το 2007 το σύνολο των περιστατικών με φυματίωση που κάλυψε το Αντιφυματικό Τμήμα ήταν 284 και το 2009 έφτασε τα 414. Είναι εμφανής η αυξητική πορεία των περιστατικών κατά έτος και αυτό είναι αναμενόμενο διότι στη χώρα μας υπάρχει αθρόα είσοδος μεταναστών, οι οποίοι πάσχουν από φυματίωση, ζουν κάτω από κακές συνθήκες, μεταδίδουν το μικρόβιο μεταξύ τους και συχνά όταν πρόκειται για μετανάστες από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, λόγω κατάρρευσης των συστημάτων υγείας, έχουν αναπτύξει ανθεκτικά στελέχη.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.** Ανθεκτικοί και Πολυανθεκτικοί Ασθενείς του Αντιφυματικού Τμήματος, για τη χρονική περίοδο 2001-2009



Με εξαίρεση ίσως το έτος 2003 και 2006, φαίνεται στο παραπάνω διάγραμμα η σταθερή αυξητική τάση των περιστατικών με ανθεκτική και πολυανθεκτική φυματίωση στο χρονικό διάστημα της τελευταίας δεκαετίας, τα οποία παρακολουθήθηκαν στη χώρα μας από το Αντιφυματικό Τμήμα του ΓΝΝΘΑ “Η Σωτηρία”. Είναι προφανές ότι σε απόλυτους αριθμούς, το έτος 2009 εξυπηρετήθηκε ακριβώς ο διπλάσιος αριθμός τέτοιων ασθενών σε σχέση με το 2001.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4. Κατανομή των Ασθενών του Αντιφυματικού Τμήματος, βάσει ανθεκτικότητας και καταγωγής για το έτος 2008



Από το διάγραμμα 4 προκύπτει ότι, με βάση την καταγωγή, οι αλλοδαποί ασθενείς που παρακολουθούνται στο Τμήμα μας και είναι ευαίσθητοι στην αντιφυματική θεραπεία με πρωτεύοντα φάρμακα είναι ακριβώς διπλάσιοι από τους Έλληνες. Αυτό είναι ίσως αναμενόμενο με δεδομένο ότι η χώρα μας, λόγω της γεωγραφικής της θέσης, δέχεται μετανάστες που εισέρχονται λαθραία από χώρες με ανύπαρκτο σύστημα υγείας και διαβιούν κάτω από κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες σε συνυπολογισμό με το ότι η φυματίωση είναι νόσος των φτωχών. Για τους ανθεκτικούς και πολυανθεκτικούς ασθενείς η αναλογία είναι περίπου ίδια.

Σε ότι αφορά τις κατ' οίκον επισκέψεις, για τα έτη 2007, 2008 και 2009 αριθμούσαν αντίστοιχα 414, 87 και 121.

Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι για το έτος 2009, από την καταγραφή των στοιχείων του αρχείου της υπηρεσίας μας, στο σύνολο των 414 νέων ασθενών που προσήλθαν με διάγνωση φυματίωσης, 101 φαίνεται ότι διέκοψαν αυτοβούλως την παρακολούθησή τους στο Αντιφυματικό Τμήμα. (9)

## Τι είναι τα DOTS

**“Στην αρχή της ασθένειας είναι εύκολο να τη θεραπεύσουμε και δύσκολο να τη διαγνώσουμε, αλλά με την πάροδο του χρόνου, γίνεται εύκολο να τη διαγνώσουμε και δύσκολο να τη θεραπεύσουμε”.**

**Νικολό Μακιαβέλι, «Ο ηγεμόνας»**

Από το 1995 που ο ΠΟΥ αναγνώρισε την έξαρση της φυματίωσης ως μείζον παγκόσμιο πρόβλημα υγείας πρότεινε την εφαρμογή των προγραμμάτων DOTS –directly observed therapy, άμεσα επιτηρούμενη θεραπεία- ως παγκόσμια στρατηγική για τον έλεγχο της νόσου, αρχίζοντας από τις χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά φυματίωσης. (10)

Το 2006 ο ΠΟΥ υποστήριξε την νέα στρατηγική για την εκστρατεία ελέγχου της φυματίωσης. Ο πυρήνας αυτής της εκστρατείας είναι τα προγράμματα DOTS, τα οποία προτάθηκαν στην στρατηγική του ΠΟΥ το 1995. Η εφαρμογή και εξάπλωση υψηλής ποιότητας προγραμμάτων DOTS αποτελούσε μία από τις έξι βασικές γραμμές της στρατηγικής. (7)

Το πρόγραμμα DOT αποτελεί σημαντικό μέρος της λειτουργίας των Αντιφυματικών Τμημάτων και είναι ο καλύτερος τρόπος για να διασφαλιστεί η ολοκλήρωση της αντιφυματικής θεραπείας. Για την εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος χρειάζεται να υπάρχει σε κάθε χορήγηση φαρμάκων ένας εξειδικευμένος επαγγελματίας υγείας που θα επιβλέπει άμεσα τη δοσολογία και τη συστηματικότητα για κάθε ασθενή. Η χορήγηση μπορεί να γίνεται σε καθημερινή βάση ή 2-3 φορές την εβδομάδα, ανάλογα με τις θεραπευτικές οδηγίες. Προϋπόθεση αποτελεί η προσέλευση του ασθενούς στα Ιατρεία ή η επίσκεψη των επαγγελματιών στον τόπο διαμονής των ασθενών και η επιτόπια χορήγηση. (11)

Τα πέντε δομικά στοιχεία για την ενίσχυση και ανάπτυξη των προγραμμάτων DOTS κατά την περιγραφή του ΠΟΥ είναι:

- πολιτική δέσμευση και χρηματοδότηση
- ανίχνευση και εντοπισμός με βακτηριολογική διάγνωση σε τεχνικά και ποιοτικά άρτια εργαστήρια ελέγχου καθόλη την επικράτεια της χώρας
- συστηματοποιημένη θεραπεία διάρκειας 6-8 μηνών σε όλους τους ασθενείς με θετικά πτύελα με επίβλεψη και υποστήριξη του πάσχοντος
- αποτελεσματική και δωρεάν χορήγηση θεραπείας σε τακτά χρονικά διαστήματα
- σύστημα καταγραφής και αξιολόγησης και μέτρησης των αποτελεσμάτων (12)



## Ομάδα Στόχος

Η ομάδα στόχος θα αποτελείται από τις εξής υποομάδες ασθενών:

- Ασθενείς μη συμμορφούμενοι με τις θεραπευτικές οδηγίες του Αντιφυματικού Ιατρείου
- Ασθενείς που για οποιοδήποτε λόγο απέτυχαν να θεραπευτούν σε προηγούμενη προσπάθεια.
- Ασθενείς με δυσκολίες πρόσβασης στο Αντιφυματικό Ιατρείο εξαιτίας οικονομικής δυσχέρειας, κακής επικοινωνίας (αλλοδαποί), αναπηριών, συνυπαρχόντων ιατρικών προβλημάτων, όπως AIDS, ανοσοκατεσταλμένοι κ.α. (13)
- Ασθενείς που παρουσιάζουν άρνηση, όπως χρήστες ουσιών, ψυχιατρικοί ασθενείς
- Ασθενείς με μεγάλη μεταδοτικότητα για την αποφυγή μετακινήσεων με τα μέσα μαζικής μεταφοράς και τον περιορισμό της διασποράς έως ότου δεν μεταδίδουν.
- Πολυανθεκτικοί ασθενείς

Οι προσπάθειες και τα μέτρα για την εξάλειψη της νόσου πρέπει να επικεντρωθούν στις ομάδες υψηλού κινδύνου και σε άλλες κοινωνικά ευπαθείς ομάδες.(11,13)

## Εννοιολογικά στοιχεία και προβληματική των DOTS

Η χώρα μας δέχεται ικανό αριθμό μεταναστών κάθε χρόνο. Περισσότερο από το 85% των προσφύγων-μεταναστών -χάρη συντομίας θα αναφερόμαστε στο εξής και στις δύο ομάδες με τη λέξη «μετανάστες»- σε παγκόσμιο επίπεδο, προέρχονται από περιοχές χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, όπου ενδημεί η φυματίωση. Για το λόγο αυτό έχουν μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν τη νόσο. (4)

Ο πληθυσμός που εξυπηρετείται στο Αντιφυματικό Τμήμα είναι στην πλειοψηφία αλλοδαποί με αναλογία Ελλήνων προς Αλλοδαπούς 1:2 και προέρχεται από χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου,(9) λόγω άλλωστε και της γεωγραφικής θέσης της χώρας μας. Αυτό σημαίνει ότι οι κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες δεν επιτρέπουν σε αυτούς τους ασθενείς να εξοικονομήσουν χρόνο και χρήματα για την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας καθώς επίσης και το περιθώριο για να αντιληφθούν τη σοβαρότητα της ασθένειας και την αναγκαιότητα για συστηματική και

ολοκληρωμένη θεραπεία.

Είναι επίσης γνωστό ότι ο φόβος της σύλληψης είναι αυτός που απομακρύνει τους μετανάστες από τις υγειονομικές υπηρεσίες.(4) Παράλληλα το θέμα των κακών συνθηκών διαβίωσης επιτείνει το πρόβλημα, λόγω της εξασθένησης του οργανισμού και του έντονου συγχρωτισμού, ενώ η διάρκεια και η πολυπλοκότητα αυτής της θεραπείας που διαρκεί 6-8 μήνες, έχουν ως αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να διακόπτουν ή να εγκαταλείπουν τη φαρμακευτική αγωγή πριν από το τέλος της. Έτσι, κινδυνεύουν να αναπτύξουν **ανθεκτική, πολυανθεκτική και εξαιρετικά ανθεκτική φυματίωση**, η αντιμετώπιση της οποίας είναι δυσκολότερη και διαρκεί περισσότερο -18-24 μήνες- με σοβαρή επίπτωση στη δημόσια υγεία, καθώς οι ασθενείς αυτοί, μη λαμβάνοντας θεραπεία, διασπείρουν τις επικίνδυνες αυτές μορφές και το πρόβλημα πολλαπλασιάζεται με συνέπειες κοινωνικές, μεγάλο οικονομικό κόστος, κόστος στη δημόσια υγεία και δυσχέρεια στην αντιμετώπιση της φυματίωσης και την επίτευξη των στόχων της στρατηγικής Stop TB. (14, 15, 16, 17)

Στο Αντιφυματικό Τμήμα, το θέμα της μη συμμόρφωσης είναι υπαρκτό για όλους τους παραπάνω λόγους. Παράλληλα και για αυτό το λόγο πρέπει να λειτουργήσουμε άμεσα προκειμένου να αποφευχθεί η εξέλιξη της νόσου σε ανθεκτικές και πολυανθεκτικές μορφές. Στην περίπτωση αυτή αυξάνει ο χρόνος, το κόστος θεραπείας, η αποτελεσματικότητα είναι μειωμένη και επίσης υπάρχει επίπτωση στο κοινωνικό σύνολο.

Έτσι τεκμηριώνεται η αναγκαιότητα για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της φυματίωσης πέρα από το επίπεδο των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και σε εφαρμογή των κατ' οίκον προγραμμάτων, όπως ορίζει ο ΠΟΥ και εφαρμόζεται ανά τον κόσμο – προγράμματα DOTS-.

## **Κόστος – Όφελος**

Σε ότι αφορά το κόστος της νόσου, τα έξοδα που σχετίζονται με τη φυματίωση είναι περίπου 2,1 δις. ευρώ ετησίως στην Ευρώπη. Παγκοσμίως, εκτιμάται ότι μόνο το 5% από τα 16 εκατομμύρια ανθρώπων που πάσχουν αυτή τη στιγμή από φυματίωση μπορεί να πληρώσει τη θεραπεία. Κ.

Κωνσταντίνου, Ελευθεροτυπία, 24.3.09

Ο προϋπολογισμός για τον έλεγχο της φυματίωσης αυξήθηκε από το 2002 και υπολογίζεται να φτάσει τα 4.1 δις δολάρια το 2010. (2)

Συνολικά υπολογίζεται ότι το κόστος για το 2008-2009 για τις ανθεκτικές και πολυανθεκτικές μορφές φυματίωσης, ανέρχεται σε 2,15 δις. δολάρια. (18). Μέχρι το 2015 θα χρειαστούν θεραπεία 1,3 εκ ασθενείς M/XDR TB με συνολικό κόστος 16 δις δολάρια. Το 2010 θα διατεθούν 280 εκ

δολλάρια για τον έλεγχο της MDR TB όταν οι ανάγκες σε 1,3 δις. Επίσης, το 2015 για τον έλεγχο της MDR TB θα χρειαστούν 16 φορές περισσότερα χρήματα από αυτά που διατέθηκαν τελευταία.

(6)

Από τα στοιχεία του Αντιφυματικού Τμήματος υπολογίζεται ότι το μηνιαίο κόστος για τη φαρμακευτική αγωγή ενός ασθενή με ευαισθησία στα αντιφυματικά, που λαμβάνει θεραπεία πρώτης γραμμής δεν ξεπερνά τα 50 ευρώ, όταν ο ίδιος ασθενής, εάν γίνει ανθεκτικός, θα λαμβάνει φάρμακα που σε μηνιαία πάλι βάση θα έχουν μέσο κόστος 3.000 ευρώ. Επομένως, έχει μεγάλη σημασία η αποφυγή της εμφάνισης πολυανθεκτικών μορφών με την έγκαιρη αντιμετώπιση και συστηματική χορήγηση αγωγής και φυσικά με πρόγραμμα DOT όπου κρίνεται αναγκαίο.

Με βάση στοιχεία του ΠΟΥ, η φυματίωση έχει άμεσο κόστος για το σύστημα υγείας – διάγνωση, θεραπεία, επανέλεγχος-, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους – φάρμακα, μεταφορές-. Επίσης έχει έμμεσο κόστος για την κοινωνία, την οικογένεια και την κοινότητα. Στο πρόγραμμα DOT, για την επίτευξη του στόχου το 2005 όπου θα επιδιωκόταν διάγνωση του 70% των νέων περιστατικών και 85% επιτυχής θεραπεία, είχε υπολογιστεί το ποσό του 1,8 δις εκ. ευρώ ανά χρόνο. (19)

Μεταξύ 1995 και 2008, περίπου 36 εκατομμύρια ασθενείς θεραπεύθηκαν μέσω των προγραμμάτων DOTs ενώ αποφεύχθηκαν 8 εκατομμύρια θάνατοι από τη νόσο. Προκειμένου να παγιωθεί η πρόοδος. (2)

## Στελέχωση και Υποδομή

Λόγω της μακροχρονιότητας της θεραπείας και της ποικιλότητας των αναγκών του πληθυσμού που εξυπηρετούμε, τα προγράμματα DOTs χρειάζεται να στελεχωθούν από ομάδα επαγγελματιών που θα συντονίσουν τις δράσεις όπως αυτές περιγράφονται στο κεφάλαιο σχεδιασμός και οργάνωση προγράμματος. Η κάθε ομάδα εργασίας για να λειτουργήσει αποτελεσματικά και με δεδομένες τις παραμέτρους που καθορίζουν το προφίλ στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού στόχου, χρειάζεται να στελεχωθεί από τους εξής επαγγελματίες:

- Θεράπων Ιατρός,
- Επισκέπτης Υγείας,
- Νοσηλεύτης,
- Παρασκευαστής Ιατρικών Εργαστηρίων,
- Κοινωνικός Λειτουργός,
- Ψυχολόγος,

- Διοικητικός,  
με σκοπό η θεραπευτική προσέγγιση να είναι εξατομικευμένη, ολοκληρωμένη, ελεγχόμενη και αποτελεσματική.

Η οργάνωση και ο συντονισμός της ομάδας των παραπάνω ειδικοτήτων θα αποτελεί ευθύνη του προϊστάμενου των DOTs – κατ' οίκον νοσηλείας.

Η παραπάνω ομάδα χρειάζεται να στελεχωθεί με επαγγελματίες που στο σύνολό τους πρέπει να χαρακτηρίζονται από επαγγελματική επάρκεια, γνώση του αντικειμένου, να δείχνουν ενδιαφέρον και αφοσίωση στην εργασία τους, καλή συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας και ικανότητα στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τον συντονισμό και τον έλεγχο των εργασιών τους.

Επίσης, για την διεξαγωγή του προγράμματος, απαραίτητο είναι να εξασφαλιστεί η απαιτούμενη υλικοτεχνική υποδομή. Αυτό συνεπάγεται τη χρήση των ήδη υπαρχουσών δομών του Αντιφυματικού Τμήματος με την διαμόρφωση ιδιαίτερου χώρου μέσα σε αυτό, που θα στεγαστεί το προσωπικό. Για τις μετακινήσεις θα χρειαστεί μεταφορικό μέσο, λαμβάνοντας υπόψιν ότι ο πληθυσμός αναφοράς είναι σε μεγάλο βαθμό άτομα που συχνά διαβιούν εκτός των ορίων Αττικής, σε καταυλισμούς και γενικότερα σε περιοχές δύσκολα προσεγγίσιμες.

Επίσης, σε ότι αφορά στα αναλώσιμα υλικά, είναι αυτά που ήδη χρησιμοποιούνται στο Νοσοκομείο.

## Σχεδιασμός και οργάνωση του Προγράμματος

**... δεν ξεφεύγει κανένας από τη θεραπεία!**

Με βάση την πρόταση του ΕΠΕΦ,(4) όταν τεθεί η διάγνωση ενεργού φυματίωσης, τα βήματα που χρειάζεται να γίνουν και οι στόχοι που τίθενται είναι τα εξής:

- 1) Ενημέρωση των μεταναστών για τους κινδύνους της φυματίωσης που απειλούν την υγεία και τη ζωή των ιδίων και των οικείων τους, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη από μέρους τους συνεργασία.
- 2) Δήλωση κρούσματος
- 3) Έναρξη άμεσα αντιφυματικής αγωγής
- 4) Απομόνωση ατόμου με ενεργό φυματίωση έως ότου καταστεί μη μολυσματικό (τούτο επιτυγχάνεται με τη σωστή θεραπεία συνήθως σε 3 εβδομάδες) και επιβεβαίωση με αρνητικοποίηση απλής εξέτασης πτυέλων, αν δεν υπάρχει αντοχή στα φάρμακα.
- 5) Συνέχιση της αντιφυματικής θεραπείας στα πλαίσια της επιτηρούμενης θεραπείας (DOT)

- 6) Πρόληψη δημιουργίας και επέκτασης ανθεκτικής στα αντιφυματικά φάρμακα φυματίωσης
- 7) Περιορισμός των μετακινήσεων των ατόμων με ενεργό νόσο, τα οποία δε θέλουν ή δεν μπορούν να λάβουν αντιφυματική αγωγή και σε περίπτωση μη συμμόρφωσης εφαρμογής της αντίστοιχης υγειονομικής διάταξης.

Κύριο μέλημα επομένως για την ομάδα επαγγελματιών υγείας που ασχολείται με την αντιμετώπιση της φυματίωσης είναι ο ασθενής που θα διαγνωστεί με φυματίωση και θα προσέλθει στο Τμήμα να συμμορφωθεί και να ολοκληρώσει τη θεραπεία του. Έτσι, σε περιπτώσεις μη συμμορφούμενες στις θεραπευτικές οδηγίες, χρειάζεται αναζήτηση και εντοπισμός των περιστατικών στην κοινότητα, στον τόπο διαμονής και εφόσον δεν παραμένει περιθώριο συνεργασίας, τότε κρίνεται απαραίτητο να ενταχθεί ο ασθενής σε πρόγραμμα DOT.

Προκειμένου για το σχεδιασμό και την οργάνωση του προγράμματος DOT, απαιτείται ένα μηχανογραφημένο αρχείο με τη δημιουργία παράλληλα «κάρτας ασθενούς», η οποία θα έχει αντιστοιχία με το φάκελο του ασθενούς που τηρείται ήδη για τους ασθενείς που παρακολουθούνται στον Τομέα Θεραπείας του Αντιφυματικού Τμήματος. Για τη στελέχωση χρειάζεται επαρκές και εκπαιδευμένο προσωπικό.

Στο Αντιφυματικό Τμήμα οι κατ'οίκον επισκέψεις γίνονταν τα τελευταία 2 χρόνια ύστερα από αίτημα του θεράποντος ιατρού, συνήθως για εντοπισμό μη συμμορφούμενων ασθενών στον τόπο διαμονής τους και παρότρυνση για συνέχιση θεραπείας στο Τμήμα. Μέχρι σήμερα έχει δοθεί επιλεκτικά και αποσπασματικά σε τρεις ασθενείς θεραπεία DOT και ολοκληρώθηκε με επιτυχία, χωρίς να προσεγγιστεί η κοινωνικοοικονομική διάσταση των προβλημάτων τους. Στα προγράμματα DOT, προκειμένου για την αντιμετώπιση και ολοκλήρωσή τους, χρειάζεται για κάθε έναν ασθενή μία διεπιστημονική ομάδα που θα σχεδιάσει εξατομικευμένα και θα οργανώσει την εφαρμογή τους, ενώ αντίστοιχα η κάθε ομάδα θα σχεδιάζει και θα υλοποιεί πρόγραμμα DOT για ικανό αριθμό ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι ο κάθε ασθενής θα παρακολουθείται από επαγγελματίες που θα χορηγούν τη θεραπεία και θα οργανώνουν αντίστοιχα σε συστηματική βάση τις δράσεις που έχουν αρχικά σχεδιαστεί. Κατά περίπτωση, ανάλογα με τις ανάγκες και το στάδιο θεραπείας, το πλάνο αυτό θα τροποποιείται και θα συμβάλλουν άλλες ειδικότητες.

Βάσει των προαναφερθέντων κριτηρίων, για τους ασθενείς που φαίνεται να πληρούν τις προϋποθέσεις για την ένταξή τους στο πρόγραμμα DOT θα γίνεται συνάντηση της ομάδας των επαγγελματιών υγείας για τη δημιουργία του πλάνου παρέμβασης.

Οι δράσεις που θα περιλαμβάνει το πλάνο παρέμβασης θα συνίστανται στα εξής:

- επιτηρούμενη χορήγηση φαρμάκων κατ'οίκον
- εργαστηριακός έλεγχος – αιματολογικός (γεν. αίματος, βιοχημικός), βακτηριολογικός (συλλογή πτυέλων)

- απεικονιστικός έλεγχος
- παρακολούθηση σωματικού βάρους
- παρακολούθηση της γενικής κατάστασης
- έλεγχος οπτικής οξύτητας
- έλεγχος ακουστικής ικανότητας κατά περίπτωση
- συντονισμός με επαγγελματίες υγείας άλλης ειδικότητας για κάλυψη αναγκών, όπως π.χ. ακούγραμμα.
- αξιολόγηση του περιβάλλοντος, έμφυχου και άφυχου με κοινωνικοοικονομικά κριτήρια
- αναζήτηση και προσανατολισμός σε φορείς και επαγγελματίες σχετικούς με τη στήριξη και αντιμετώπιση των αντίστοιχων προβλημάτων.
- ψυχολογική υποστήριξη, ενθάρρυνση για την ολοκλήρωση της θεραπείας.
- εκπαίδευση των ασθενών και του στενού περιβάλλοντος πρώτα και κύρια για τον περιορισμό της μεταδοτικότητας στις περιπτώσεις ενεργού νόσου.
- εντοπισμός μολυνθέντων -λανθάνουσα φυματίωση- στο στενό περιβάλλον.

Η ομάδα των επαγγελματιών υγείας θα σχεδιάζει το πλάνο παρακολούθησης και θα εφαρμόζει όλες τις προβλεπόμενες δράσεις βάσει χρονοδιαγράμματος. Χρήσιμο είναι να γίνεται σε τακτά διαστήματα προγραμματισμένη συνάντηση της ομάδας των επαγγελματιών υγείας για μεταξύ τους ενημέρωση, αξιολόγηση της πορείας του περιστατικού, πιθανή αναπροσαρμογή ή συνέχιση του πλάνου παρέμβασης.

Προϋπόθεση για την έναρξη αποτελεί η προηγούμενη καταγραφή και εξακρίβωση των δημογραφικών στοιχείων του ασθενούς και των λοιπών στοιχείων επικοινωνίας, όπως επίσης και η ύπαρξη οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος. Εδώ πρέπει να συνυπολογιστεί η δυσκολία που υπάρχει στην επικοινωνία με τους ασθενείς – μετανάστες, οι οποίοι δεν γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα για να υπάρξει συνεννόηση, καθώς επίσης από φόβο για τυχόν απέλασή τους αποκρύπτουν τα πραγματικά στοιχεία. Από την αρχή της θεραπείας, τα άτομα που συγχρωτίζονται με τον ασθενή και εφόσον υπάρχει ένδειξη για προληπτικό έλεγχο πρέπει να ευαισθητοποιούνται και να ενημερώνονται για να προσέλθουν στον Τομέα Πρόληψης. Παραλλήλως, για τους ασθενείς που δεν επιθυμούν να συμμορφωθούν με το πρόγραμμα DOT ή διαμένουν εκτός των γεωγραφικών ορίων δράσης του Αντιφυματικού Τμήματος θα υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία με άλλους φορείς για συνεργασία ή ενδεχόμενη λήψη δραστικότερων μέτρων με παρέμβαση του κράτους, με στόχο απαραίτητα την ολοκλήρωση της αντιφυματικής θεραπείας.

Σημαντική και καινοτόμα θα ήταν επίσης η λειτουργία μίας «Κινητής Μονάδας» που θα

προσέγγιζε τις περιοχές της Αθήνας που διαμένουν κατά κανόνα οικονομικοί μετανάστες. Με τη Μονάδα αυτή θα μπορούσε να εξυπηρετηθεί ένας μεγάλος αριθμός ασθενών, χωρίς να απαιτείται μετακίνηση με Μέσα Μαζικής Μεταφοράς με διασπορά του μικροβίου και εξασφάλιση του κόστους μετάβασης, ενώ παράλληλα λόγω της μακροχρονιότητας της θεραπείας με την εύκολη πρόσβαση και δωρεάν χορήγηση θα ήταν καλύτερη η συμμόρφωση. Αξίζει να αναφερθεί ότι με την προσέγγιση του τόπου διαμονής, ενδεχομένως να είναι αποτελεσματικότερη η προσέγγιση και εντόπιση νέων περιστατικών λανθάνουσας ή ενεργού φυματίωσης που πιθανώς ποτέ δεν φτάνουν σε ένα Αντιφυματικό Ιατρείο.

Είναι γνωστό ότι ο φόβος της σύλληψης είναι αυτός που απομακρύνει τους μετανάστες από τις υγειονομικές υπηρεσίες. Όπως συστήνεται στην πρόταση του ΕΠΕΦ,(4) για την παράκαμψη του φόβου αυτού προτείνεται επικοινωνία με το ΚΕΕΛΠΝΟ και επαφή με τους οργανωμένους φορείς, συλλόγους και αδελφότητες των μεταναστών, οι οποίοι με ορατές ή αθέατες σχέσεις συνδέονται με τους «λαθρομετανάστες» ομοεθνείς τους. Στους εκπροσώπους των φορέων αυτών αναλύεται η ανάγκη εφαρμογής αντιφυματικού προγράμματος, την υλοποίηση του οποίου αναλαμβάνουν αξιόπιστοι μη κυβερνητικοί φορείς (π.χ. γιατροί χωρίς σύνορα – διεθνής αμνηστία) με κατάλληλες υγειονομικές υπηρεσίες που θα τις στηρίζει το ελληνικό κράτος.

Η αναγκαιότητα εφαρμογής προγράμματος DOT στην Ελλάδα σήμερα κρίνεται επείγουσα λόγω της αυξητικής τάσης των ανθεκτικών και πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης και της αθρόας εισόδου μεταναστών στη χώρα, οι οποίοι καί πάσχουν από ανθεκτικές μορφές φυματίωσης και είναι δύσκολα συμμορφούμενοι σε πολύμηνα θεραπευτικά σχήματα.

## Αξιολόγηση

Προκειμένου να παγιωθεί η πρόοδος που έγινε τα τελευταία χρόνια στην προσπάθεια ελέγχου της φυματίωσης παγκοσμίως χρειάζονται εντατικές προσπάθειες στο σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και την εφαρμογή των παρεμβάσεων και προσεγγίσεων που εμπεριέχονται στη στρατηγική Stop TB, βάσει των στόχων που τέθηκαν στο παγκόσμιο σχέδιο ελέγχου της φυματίωσης. (2)

Τα αποτελέσματα του προγράμματος DOT από το σύστημα καταγραφής και επεξεργασίας, μπορούν να δώσουν μία εικόνα της προόδου των περιστατικών και της λειτουργικότητας του προγράμματος καθώς επίσης να λειτουργήσουν και ως δείκτης της ποιότητας του συστήματος υγείας,

Για το συγκεκριμένο πρόγραμμα, η αξιολόγηση αποτελεί σημαντικό στοιχείο, μέσω της καταγραφής των δυσχερειών στην εφαρμογή του, των προβλημάτων στην αντιμετώπιση των ασθενών και των παραγόντων που συντελούν στην επιτυχή έκβαση των υπόλοιπων δράσεων για κάθε περιστατικό, προκειμένου το πρόγραμμα να βελτιώνεται, να είναι αποτελεσματικότερο και αποδοτικότερο. (20, 21, 22)

**“Είναι χρέος της ομάδας και του ασθενή να θεραπευτεί πρώτα για τον ίδιο και έπειτα για το κοινωνικό σύνολο”**

**...για τη φυματίωση**

**Κωσταντίνου Κ.**

**Γιάγκου Π.**

**Σωτηροπούλου Π.**



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO, Tuberculosis, Facts and Figures, [www.euro.who.int/tuberculosis/20090108\\_1](http://www.euro.who.int/tuberculosis/20090108_1)
2. WHO Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report
3. ΚΕΕΛΠΝΟ
4. Εθνική Επιτροπή Φυματίωσης, Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου της Φυματίωσης, ΚΕΕΛΠΝΟ, Δεκέμβριος 2007
5. WHO, Global TB Report, 2008
6. WHO, M/XDR-TB 2010 report fact sheet
7. WHO, Regional Office for Europe, Tuberculosis  
[www.euro.who.int/tuberculosis/20081203\\_1](http://www.euro.who.int/tuberculosis/20081203_1)
8. WHO European Ministerial Forum, The Berlin Declaration on Tuberculosis, Berlin, 22 October 2007, EUR07/5061622/5
9. Αρχείο Τομέα Θεραπείας Αντιφυματικού Τμήματος ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»
10. WHO, Framework for effective tuberculosis control, Geneva 1994. WHO/TB/94.179:1-13
11. Sonal S. Munsiff, Diana Nilsen, Paula I. Fujiwara. Clinical Policies and Protocols, Bureau of Tuberculosis Control, New York City Department of Health and Mental Hygiene, 4th Edition, March 2008
12. [www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/index.html](http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/index.html)
13. [www.healthdev.org/stop-tb](http://www.healthdev.org/stop-tb)
14. WHO, Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis  
WHO/HTM/TB/2008.402A (PUBLISHED IN 2010)
15. WHO, The Stop TB strategy, 2006
16. WHO, XDR & MDR, TUBERCULOSIS, Global Response Plan, 2007-2008
17. Harvard School of Public Health, Tuberculosis, When Infection Won't Quit, TB, AIDS, and malaria are finding new ways to resist treatment,  
[www.hsph.harvard.edu/news/hphr/infectious-diseases/when-infection-wont-quit](http://www.hsph.harvard.edu/news/hphr/infectious-diseases/when-infection-wont-quit)
18. WHO, 2007-2008 XDR & MDR TUBERCULOSIS Global Response Plan, The Facts, June 2007
19. TB Advocacy, A Practical Guide 1999, *WHO Global Tuberculosis Programme*, STOP TB Annual Report 2001
20. Downie RS, Fyfe C, Tannahill A. Health promotion, models and values, Oxford University Press, 1993

21. Διαρεμέ ΣΠ, Μάθημα Μεταπτυχιακού Προγράμματος Αγωγής και Προαγωγής Υγείας:  
«Αξιολόγηση Προγραμμάτων», Σημειώσεις.
22. McKenzie J, Smeltzer J. Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs, A Primer, 3<sup>rd</sup> Edition, Allyn and Bacon, 2001.