



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΞΕΝΗ ΠΡΟΒΑΤΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΔΟΜΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΥ  
ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ  
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΞΕΝΗ ΠΡΟΒΑΤΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΔΟΜΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΥ  
ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ  
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

*Επιβλέπων Καθηγητής:*

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ειρήνη Φαφαλιού

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**MASTER OF SCIENCE IN  
HEALTH MANAGEMENT**



**XENI PROVATOPOULOU**

**ORGANIZATIONAL STRUCTURE OF A NATIONAL BREAST CANCER  
SCREENING PROGRAMME IN GREECE**

*Supervisor:*  
Associate Professor Irene Fafaliou

Graduate Thesis Submitted for the Degree  
MSc in Health Management

Piraeus, 2013

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η επιτυχής ολοκλήρωση της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας επιτεύχθηκε με τη στήριξη και τη συμβολή σημαντικών προσωπικοτήτων και συνεργατών. Πρωτίστως, θα ήθελα να εκφράσω την από καρδιάς ευγνωμοσύνη και απεριόριστη εκτίμηση στην επιβλέπουσα Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα. Ειρήνη Φαφαλιού για την αμέριστη και συνεχή βοήθεια, καθοδήγηση και υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στους διακεκριμένους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην εμπειρική έρευνα απαρτίζοντας την ομάδα ειδικών, και διέθεσαν όχι μόνο τον χρόνο τους αλλά και την πολύτιμη και μακρόχρονη εμπειρία τους συμβάλλοντας ουσιαστικά στην εκπόνηση της μελέτης. Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ αποδίδω στην αδερφή μου για τη συνεισφορά της κατά την επιμέλεια της εργασίας αλλά κυρίως για τη βοήθεια και συμπαράστασή της σε αυτό μου το εγχείρημα. Επίσης ευχαριστώ θερμά τους συνεργάτες μου για την υποστήριξη και κατανόηση που επέδειξαν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας» που μου άνοιξαν νέους ορίζοντες σε άγνωστους μέχρι πρότινος γνωστικούς τομείς. Τέλος επιθυμώ να εκφράσω πολλά ευχαριστώ στους γονείς μου και στους φίλους μου, οι οποίοι με στήριξαν με σθένος και συνέπεια και στέκονται πάντα δίπλα μου στις επιλογές μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή κακοήθους νόσου και τη συχνότερη αιτία θανάτου στο γυναικείο φύλο, παγκοσμίως. Αν και η συχνότητα εμφάνισης της νόσου στην Ελλάδα καταγράφεται ως μία από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη, μέσα στα επόμενα χρόνια αναμένεται αλματώδης αύξηση των κρουσμάτων αναδεικνύοντας τον καρκίνο του μαστού ως ένα κορυφαίο ζήτημα δημόσιας υγείας. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος ή δευτερογενής πρόληψη συνιστά ένα αποτελεσματικό μέτρο για την πρόιμη και έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού. Αποφέρει σημαντικά οφέλη για το άτομο και το κοινωνικό σύνολο, καθώς συνεισφέρει στη μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας από τη νόσο. Προϋπόθεση για τη μεγιστοποίηση του οφέλους είναι η διεξαγωγή οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου στο πλαίσιο συγκεκριμένων πολιτικών υγείας. Τα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη έχουν ήδη προχωρήσει στην υλοποίηση και εφαρμογή προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου, σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές συστάσεις. Αντίθετα, στην Ελλάδα ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού είναι κυρίως ευκαιριακός.

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στον προσδιορισμό της οργανωσιακής δομής ενός προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα, προσαρμοσμένο στην εγχώρια επιδημιολογία της νόσου, στα χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας, και στις διαθέσιμες υποδομές σε νοσηλευτικά ιδρύματα, εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό. Για το σκοπό αυτό, αρχικά μελετήθηκαν εκτενώς τα προγράμματα οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη, με ιδιαίτερη έμφαση σε τρία Ευρωπαϊκά κράτη. Στη συνέχεια, δεδομένης της βαρύνουσας σημασίας της γνώμης της ελληνικής επιστημονικής κοινότητας, εκπονήθηκε ποιοτική έρευνα σε ομάδα ειδικών με τη μέθοδο της εις βάθος συνέντευξης. Στόχος ήταν ο προσδιορισμός των βασικών χαρακτηριστικών ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου, των απαιτούμενων υποδομών και των προδιαγραφών λειτουργίας τους. Επίσης, αξιολογήθηκε η δυνατότητα ενσωμάτωσης του προσυμπτωματικού ελέγχου στο ελληνικό σύστημα υγείας, και καθορίστηκε το μοντέλο και οι φορείς οργάνωσης και διαχείρισής του. Τέλος ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην εφικτότητα υλοποίησης και του οικονομικού οφέλους του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου.

Τα ευρήματα της μελέτης υποστηρίζουν πως ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού αναφέρεται σε όλες τις υγιείς ελληνίδες ηλικίας 40 έως 74 ετών. Συνίσταται στη διενέργεια μαστογραφίας και κλινικής εξέτασης από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, η οποία επαναλαμβάνεται ανά διετία. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος διενεργείται σε οργανωμένες Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης. Ταυτόχρονα οι Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης και οι Εξειδικευμένες Μονάδες Μαστού αναλαμβάνουν τη διεκπεραίωση περιστατικών με ύποπτα ευρήματα ή διαγνωσμένη νόσο, αντίστοιχα. Όλες οι Μονάδες Μαστού εδράζονται στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας και ακολουθούν την ιεραρχική δομή αυτών. Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα της υγείας είναι ενδεδειγμένη σε περιπτώσεις, όπου οι δημόσιοι φορείς παροχής υπηρεσιών αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού. Η οργάνωση του προσυμπτωματικού ελέγχου ακολουθεί το συγκεντρωτικό μοντέλο. Σύμφωνα με αυτό, ο τοπικός έλεγχος και ο συντονισμός της δράσης κάθε Μονάδας εμπίπτει στις αρμοδιότητες της Ογκολογικής Επιτροπής του Νοσοκομείου στο οποίο εδράζεται. Σε περιφερειακό επίπεδο, το σύστημα διαχειρίζεται από τις Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας μέσω ειδικών επιτροπών. Κεντρική αρχή οργάνωσης, διαχείρισης και ελέγχου του συστήματος είναι ένας εξειδικευμένος φορέας, ο οποίος συγκεντρώνει το σύνολο των αρμοδιοτήτων. Η διασφάλιση της ποιότητας του συστήματος διενεργείται από Ανεξάρτητη Αρχή.

Ο συσχετισμός των ευρημάτων της μελέτης χρησιμοποιείται ως πλαίσιο αναφοράς για το σχεδιασμό της οργανωσιακής δομής και τον προσδιορισμό της ροής των διαδικασιών ενός εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τη γνώμη των ειδικών, μία τέτοια πρωτοβουλία είναι και εφικτή και οικονομικά συμφέρουσα, ακόμα και υπό τις παρούσες δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες.

**Λέξεις-κλειδιά:** καρκίνος μαστού, οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος; βασικά χαρακτηριστικά προσυμπτωματικού ελέγχου; Μονάδες Μαστού και προδιαγραφές λειτουργίας; δομή και οργάνωση; φορείς διαχείρισης, συντονισμού και ελέγχου

## ABSTRACT

Breast cancer is the most frequently diagnosed type of human malignancy and the leading cause of death in females, worldwide. Even though its incidence rate in Greece is one of the lowest among the European countries, significant increases are expected in the following years. As a result, breast cancer emerges as a major public health issue. Screening or secondary prevention is an effective measure for the early detection and diagnosis of breast cancer. It offers great benefit to individuals as well as to society, since it efficiently reduces mortality and morbidity rates due to the disease. Maximization of the associated benefits is achieved through the implementation of organized screening programmes, in the context of specific health-related policies. Most European countries have already established and run organized breast cancer screening programmes, according to the European recommendations. On the contrary, breast cancer screening in Greece is mostly opportunistic.

The present study aims to elucidate the organizational structure of an organized breast cancer screening programme in Greece, taking into account the local epidemiology of the disease, the characteristics of the Greek health service and the availability of its resources in hospitals, equipment and manpower. For this purpose, an extensive review of the current literature on the European breast cancer screening programmes was originally performed, emphasizing on three specific European countries. Subsequently, and taking into consideration that the opinion of the Greek experts is of major importance, a qualitative research was applied using the methodology of in depth interviews with experts. The interviews aimed to define the basic characteristics of a breast cancer screening programme in Greece, its requirements in terms of breast units and their operational specifications. The integration of the screening programme within the Greek health service, the way it is organized and the authorities for its management and control were also defined. Finally, the feasibility of the implementation and the cost effectiveness of an organized breast cancer screening programme are discussed.

According to our research data, breast cancer screening is applied in all healthy Greek women aged between 40 and 74 years. It involves mammography and clinical breast examination, carried out by experienced health professionals, and is repeated biennially. Screening services are delivered in organized Diagnostic Breast Imaging Units. Breast Assessment Units and Specialist Breast Units manage women with

suspicious findings or breast cancer, respectively. All breast Units are located within public hospitals and follow their hierarchy. The private health sector is involved in breast cancer screening, in cases where the public health service is unable to efficiently cover womens' needs. Breast cancer screening is organized in a centralized structure, according to which the local control and coordination of the activities of each Unit is administered by the Oncology Committee of the corresponding hospital, where it is located. Regional management of screening is allocated to the District Health Directorates of the country, through special committees. The overall management, coordination and control of breast cancer screening is centralized in a national commission, that is responsible for all related functions. An independent body is responsible for the quality assurance of the programme.

The elucidation of the organizational structure and the process flowchart of a national organized breast cancer screening programme in Greece derives from the combination of all of our findings. According to the experts, such an initiative is both feasible and cost effective, even during recent financial crisis.

**Key-words:** breast cancer; organized screening programme; basic characteristics of breast cancer screening; Breast Units and operational specifications; structure and organization; bodies for management, coordination and control



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΟΡΩΝ.....	5
2.1 Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού.....	5
2.1.1 Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη.....	5
2.1.2 Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα.....	9
2.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού.....	12
2.2.1 Θετικές και αρνητικές επιπτώσεις του προσυμπτωματικού ελέγχου.....	12
2.2.2 Είδη προσυμπτωματικού ελέγχου.....	14
2.2.3 Οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού.....	15
2.3 Αποτελεσματικότητα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού	17
2.4 Οικονομική αξιολόγηση προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του	
μαστού.....	20
2.4.1 Σύγκριση της οικονομικής αποτελεσματικότητας μεταξύ ευκαιριακού και	
οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ	
ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	27
3.1 Ευρωπαϊκές οδηγίες για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	27
3.1.1 Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Γραμμές για τη Διασφάλιση της Ποιότητας του	
Προσυμπτωματικού Ελέγχου Ανίχνευσης και Διάγνωσης του Καρκίνου του	
Μαστού.....	28
3.1.2 Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.....	28
3.1.3 Διαδικασία προσυμπτωματικού ελέγχου στα πλαίσια της ολοκληρωμένης	
αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.....	29
3.2 Συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρώπης.....	32
3.3 Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στις χώρες της	
Ευρώπης.....	35
3.3.1 Διαφορές μεταξύ των προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού	
ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στις χώρες της Ευρώπης.....	36
3.3.1.1 Εμβέλεια, οργάνωση, χρηματοδότηση.....	37

3.3.1.2 Πληθυσμός-στόχος, μεσοδιάστημα και μέθοδος ελέγχου.....	40
3.3.1.3 Σύστημα πρόσκλησης και επανάκλησης.....	41
3.3.1.4 Διασφάλιση ποιότητας.....	42
3.4 Ηνωμένο Βασίλειο.....	45
3.4.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	45
3.4.1.1 Υπηρεσίες φροντίδας καρκίνου.....	46
3.4.1.2 Μητρώα καρκίνου.....	46
3.4.2 Εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	47
3.5 Ιταλία.....	49
3.5.1 Σύστημα Υγείας στην Ιταλία.....	49
3.5.1.1 Υπηρεσίες φροντίδας καρκίνου.....	50
3.5.1.2 Μητρώα καρκίνου.....	50
3.5.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στην Ιταλία.....	51
3.6 Γερμανία.....	56
3.6.1 Σύστημα Υγείας στη Γερμανία.....	56
3.6.1.1 Υπηρεσίες φροντίδας καρκίνου.....	57
3.6.1.2 Μητρώα καρκίνου.....	57
3.6.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στη Γερμανία.....	57
3.7 Συγκριτική παρουσίαση του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιταλία και τη Γερμανία.....	60
3.7.1 Οργάνωση, χαρακτηριστικά.....	60
3.7.2 Απόδοση.....	61
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....</b>	<b>65</b>
4.1 Ελληνικό σύστημα υγείας.....	65
4.1.1 Θεσμοθετημένα όργανα για τον καρκίνο.....	67
4.1.2 Μητρώα καρκίνου.....	68
4.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα.....	69
4.2.1 Εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο.....	69
4.2.2 Πιλοτική εφαρμογή οργανωμένου προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.....	71

4.2.3 Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα σήμερα.....	74
4.2.4 Αδυναμίες του προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ελλάδα.....	75
4.2.4.1 Συμμετοχή.....	76
4.2.4.2 Ενημέρωση και εκπαίδευση.....	77
4.2.4.3 Πρόσβαση.....	79
4.2.4.4 Γραφειοκρατία/Χρονοβόρες διαδικασίες.....	80
4.2.4.5 Αξιοπιστία και ποιότητα υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου.....	81
4.2.4.6 Οργανωμένα Διαγνωστικά Κέντρα Μαστού.....	82
4.2.4.7 Οικονομικό κόστος για το άτομο και το σύστημα υγείας.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	85
5.1 Η συνέντευξη ως μεθοδολογικό εργαλείο στην ποιοτική έρευνα.....	85
5.2 Μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας.....	87
5.2.1 Συνέντευξη.....	87
5.2.2 Ερωτηματολόγιο.....	88
5.2.3 Δείγμα.....	89
5.3 Αποτελέσματα της έρευνας.....	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	106
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	118
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	123
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	124

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1 Εκτίμηση της % ποσοστιαίας μείωσης της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού κατά την εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου, σε διάφορα ευρωπαϊκά κράτη.....	18
Πίνακας 2.2 Εκτίμηση του λόγου κόστους-αποτελεσματικότητας προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, σε διάφορα ευρωπαϊκά κράτη.....	23
Πίνακας 2.3 Οφέλη, κόστος και οικονομική αποτελεσματικότητα του ευκαιριακού και οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.....	25
Πίνακας 3.1 Συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρώπης.....	34
Πίνακας 3.2 Οργανωτικές, δομικές και χρηματοδοτικές διαφορές μεταξύ των προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στις χώρες της Ευρώπης.....	39
Πίνακας 3.3 Χαρακτηριστικά του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στις χώρες της Ευρώπης.....	43-44
Πίνακας 3.4 Δείκτες απόδοσης του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο, για το έτος 2009-2010.....	48
Πίνακας 3.5 Δείκτες απόδοσης των προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ιταλία, κατά τα έτη 2007-2008.....	54-55
Πίνακας 3.6 Δείκτες απόδοσης του οργανωμένου προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στο Ομοσπονδιακό κρατίδιο της Βόρειας Ρηνανίας-Βεστφαλίας, κατά τα έτη 2005-2009.....	59
Πίνακας 3.7 Δείκτες απόδοσης των προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Ιταλία και στη Γερμανία.....	64
Πίνακας 4.1 Δείκτες απόδοσης του πιλοτικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στους νομούς Ηλείας και Μεσσηνίας.....	73

Πίνακας 4.2 Συνολικό και επιπρόσθετο ετήσιο κόστος εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.....	84
Πίνακας 6.1 Κατανομή των Κέντρων Υγείας και των Γενικών, Νομαρχιακών και Περιφερειακών Νοσοκομείων της Ελλάδας στις 7 Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας.....	111

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 2.1 Σταθμισμένη για την ηλικία επίπτωση και θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού παγκοσμίως.....	6
Γράφημα 2.2 Σταθμισμένη για την ηλικία επίπτωση και θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη.....	7
Γράφημα 2.3 Επίπτωση του καρκίνου του μαστού στα κράτη της Ευρώπης κατά τα έτη 1990 και 2006.....	8
Γράφημα 2.4 Ποσοστιαία μεταβολή της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού στα ευρωπαϊκά κράτη κατά την περίοδο 1989-2006.....	9
Γράφημα 2.5 Ποσοστιαία επίπτωση των συνηθέστερων τύπων καρκίνου στην Ελλάδα το 2008.....	10
Γράφημα 2.6 Ποσοστιαία θνησιμότητα από τους συνηθέστερους τύπους καρκίνου στην Ελλάδα το 2008.....	11
Γράφημα 2.7 Ειδική κατά ηλικία θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα κατά τη χρονική περίοδο 1990-2008.....	11
Γράφημα 2.8 Διαδικασίες και αποτελέσματα του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.....	17
Γράφημα 3.1 Περιγραφή της διαδικασίας προσυμπτωματικού ελέγχου στα πλαίσια της ολοκληρωμένης αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες.....	31
Γράφημα 3.2 Συνοπτική παρουσίαση του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 2007.....	36
Γράφημα 5.1 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για την ηλικία έναρξης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.....	90
Γράφημα 5.2 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για την ηλικία λήξης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.....	91
Γράφημα 5.3 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τη συχνότητα επανάληψης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.....	91

Γράφημα 5.4 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τη μεθοδολογία ελέγχου κατά τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού.....	91
Γράφημα 5.5 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τη δημιουργία 3 τύπων Μονάδων Μαστού.....	93
Γράφημα 5.6 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τις υπηρεσίες υγείας που πρέπει να προσφέρονται από τις Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης..	94
Γράφημα 5.7: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τον όγκο εργασίας στις Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης.....	95
Γράφημα 5.8 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τα νοσηλευτικά ιδρύματα που πρέπει να εδράζουν τις Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης.....	95
Γράφημα 5.9 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τη δημιουργία Κινητών Μονάδων Διαγνωστικής Απεικόνισης.....	96
Γράφημα 5.10 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τις υπηρεσίες υγείας που πρέπει να προσφέρονται από τις Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης.	97
Γράφημα 5.11 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τον όγκο εργασίας στις Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης.....	97
Γράφημα 5.12 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τα νοσηλευτικά ιδρύματα που πρέπει να εδράζουν τις Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης.....	98
Γράφημα 5.13 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για την πληθυσμιακή κάλυψη των Εξειδικευμένων Μονάδων Μαστού.....	99
Γράφημα 5.14 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για το καταλληλότερο σύστημα οργάνωσης και διαχείρισης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.....	100
Γράφημα 5.15 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για την κεντρική αρχή οργάνωσης και διαχείρισης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.....	101
Γράφημα 5.16 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για την περιφερειακή/τοπική αρχή διαχείρισης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.....	101

Γράφημα 5.17 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τον φορέα για τη διασφάλιση ποιότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.....	102
Γράφημα 5.18 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τη συμμετοχή συμβεβλημένων ιδιωτικών κέντρων στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού.....	103
Γράφημα 5.19 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για την εφικτότητα της υλοποίησης ενός εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα.....	104
Γράφημα 5.20 Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για το οικονομικό όφελος της εφαρμογής ενός εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα.....	104
Γράφημα 6.1 Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδας.....	110
Γράφημα 6.2 Οργανωσιακή δομή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα.....	115



## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΔΥΠΕ	Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια
εκ.	εκατομμύρια
ΕΑΝ	Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΔΥ	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
κ. αλ.	και άλλα
κ. συν.	και συνεργάτες
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Εθνικό Συμβούλιο Υγείας
ΜΚΟ	Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΕΝ	Ογκολογική Επιτροπή των Νοσοκομείων και Ιδιωτικών Κλινικών
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
χιλ.	χιλιάδες
€	ευρώ
GISMa	Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico, Ιταλική Ομάδα για τον Προσυμπτωματικό Έλεγχο του Καρκίνου του Μαστού
LYs	Life Years Gained, Κερδισμένα Έτη Ζωής
NBSP	National Breast Screening Programme, Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για τον Καρκίνο του Μαστού
NHS	National Health Service Εθνικό Σύστημα Υγείας
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development, Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
SSN	Servizio Sanitario Nazionale, Εθνικό Σύστημα Υγείας
QALYs	Quality Adjusted Life Years Gained, Ποιοτικά Προσδιορισμένα Κερδισμένα Έτη Ζωής
UKACR	United Kingdom Association of Cancer Registries, Ένωση Μητρώων Καρκίνου του Ηνωμένου Βασιλείου
USL	Unitarie Sanitarie Locali, Τοπικές Μονάδες Υγείας

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία έχει αναγνωριστεί ως καθοριστικός παράγοντας και θεμελιώδης προϋπόθεση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου. Οι σύγχρονες προκλήσεις στον υγειονομικό τομέα παγκοσμίως απαιτούν την ανάπτυξη δράσεων δημόσιας υγείας, με σκοπό τη βέλτιστη ανταπόκριση στις διαρκώς αυξανόμενες υγειονομικές ανάγκες, την αποτελεσματική αντιμετώπιση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και τον περιορισμό των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων. Η δημόσια υγεία προσεγγίζεται ως ένα σύνθετο κοινωνικό, πολιτικό και διοικητικό εγχείρημα., το οποίο στοχεύει στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού βάση επιστημονικής τεκμηρίωσης. Σήμερα, ο ρόλος της δημοσίας υγείας έχει επεκταθεί και προσανατολίζεται στον έλεγχο των χρόνιων νοσημάτων, στην ανάπτυξη πολιτικών και στρατηγικών για την αγωγή και προαγωγή της υγείας, στην υλοποίηση προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου και στη διαμόρφωση μέτρων και δομών για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, την προαγωγή της υγείας, τη μείωση του φορτίου νοσηρότητας και την εξοικονόμηση πόρων (Πάβη κ. συν., 2011).

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος ή δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στην έγκαιρη και πρόωπη ανίχνευση χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων σε υγιή και ασυμπτωματικά άτομα (Committee of Ministers, 1994). Αποφέρει εξαιρετικά οφέλη στο άτομο και στο κοινωνικό σύνολο, καθώς συνεισφέρει σημαντικά στη βελτίωση της πρόγνωσης της νόσου, στην αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπισή της, στην αποφυγή επώδυνων θεραπευτικών προσεγγίσεων και πολυδάπανων εξετάσεων, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και στον περιορισμό των δαπανών. Κυρίως, επιτυγχάνει τη μείωση της ειδικής θνησιμότητας από τη νόσο (Πατέρας, 2004).

Η ορθή εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου για ένα νόσημα προϋποθέτει την εκπλήρωση μίας σειράς κριτηρίων που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά και την επιδημιολογία της πάθησης, τις δυνατότητες διάγνωσης και θεραπείας, και το κόστος αυτών (Holland, Stewart and Masseria, 2006). Πέρα από τα παραπάνω, απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η συστηματική και οργανωμένη εφαρμογή του στα πλαίσια μίας στρατηγικής και όχι ως παροχή σποραδικών και περιστασιακών υπηρεσιών υγείας (Susser, 1975). Όπως υποδεικνύεται από σύγχρονες μελέτες, η αδυναμία των συστημάτων υγείας να

οργανώσουν προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου σε εθνικό επίπεδο ακούσια προάγει τον ευκαιριακό έλεγχο, με δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στο κόστος (de Gelder *et al.*, 2009).

Η αποτελεσματικότητα και η οικονομική αποδοτικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου μεγιστοποιείται όταν αυτός ασκείται μέσα από την υλοποίηση ολοκληρωμένων και οργανωμένων προγραμμάτων εθνικής εμβέλειας. Προς αυτή την κατεύθυνση, εθνικά προγράμματα οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού διενεργούνται ήδη στην πλειονότητα των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Cancer Observatory, 2011). Εξάιρεση αποτελεί η Ελλάδα, στην οποία ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι ως επί το πλείστον ευκαιριακός. Παρόλο που η ελληνική πολιτεία έχει επισήμως αναγνωρίσει την ανάγκη για την εφαρμογή οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008), δεν έχει επιτευχθεί ουσιαστική πρόοδος με το «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο» να παραμένει μία θεωρητική προσέγγιση.

Ο σύνθετος και πολυπαραγοντικός χαρακτήρας ενός προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, σε συνδυασμό με την ανάγκη ενσωμάτωσής του στο ευρύτερο σύστημα φροντίδας υγείας των ασθενών με καρκίνο, καθιστά την εισαγωγή του στην καθημερινή κλινική πράξη ιδιαίτερα δύσκολη. Ως εκ τούτου, η επιτυχή εφαρμογή του προϋποθέτει την εκ των προτέρων αξιολόγηση πληθώρας εμπλεκόμενων παραγόντων και παραμέτρων (Τέρπος, 1996).

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι ο σχεδιασμός της οργανωσιακής δομής ενός εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα. Σε αυτά τα πλαίσια, η εργασία περιλαμβάνει τη διερεύνηση επιμέρους παραμέτρων του προγράμματος που αφορούν στα βασικά χαρακτηριστικά του, στην εγκαθίδρυση των απαιτούμενων υποδομών και στον προσδιορισμό των προδιαγραφών λειτουργίας τους, στην ενσωμάτωση του προγράμματος στο ελληνικό σύστημα υγείας και στον προσδιορισμό της σύστασης των αρμόδιων φορέων και αρχών.

Για την επίτευξη των στόχων της μελέτης προηγήθηκε εκτενής ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σε θέματα που αφορούν στη νόσο του καρκίνου του μαστού και στον προσυμπτωματικό έλεγχο ως μέθοδο πρώιμης διάγνωσης. Επίσης μελετήθηκαν σε βάθος τα συστήματα υγείας και τα εφαρμοζόμενα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τη νόσο στις χώρες της Ευρώπης. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση εστιάστηκε κυρίως σε τρία Ευρωπαϊκά κράτη, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιταλία και τη Γερμανία,

καθώς αυτά διακρίνονται από ιδιαιτερότητες τόσο στα συστήματα υγείας τους όσο και στα προγράμματα οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού που διενεργούν. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην Ελλάδα, η οποία περιλαμβάνει περιγραφή του ελληνικού συστήματος υγείας, του υπάρχοντος καθεστώτος όσον αφορά στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού καθώς και των αδυναμιών και μειονεκτημάτων που το χαρακτηρίζουν. Με σκοπό τον σχεδιασμό ενός ρεαλιστικού και υλοποιήσιμου προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, το οποίο είναι κατάλληλα προσαρμοσμένο και συμβατό με την οργάνωση, τον τρόπο λειτουργίας, τις υποδομές και τις δυνατότητες του ελληνικού συστήματος υγείας, ακολούθησε η διεξαγωγή εμπειρικής έρευνας ποιοτικού τύπου με τη μεθοδολογία των εις βάθος συνεντεύξεων σε ειδικούς (in depth interview in experts).

Η διπλωματική εργασία διαρθρώνεται σε έξι επιμέρους κεφάλαια. Το παρόν Πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει μία περιληπτική παρουσίαση του αντικειμένου της μελέτης και των λόγων που καθιστούν τη διερεύνησή του βαρύνουσας σημασίας. Επιπλέον περιγράφεται συνοπτικά η μεθοδολογία της έρευνας και παρατίθενται οι ειδικοί σκοποί και στόχοι της. Στο Δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού παγκοσμίως, στα Ευρωπαϊκά κράτη και ειδικότερα στην Ελλάδα. Επιπλέον αποσαφηνίζεται η έννοια του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, με έμφαση στον οργανωμένο προσυμπτωματικό έλεγχο. Ακολουθεί εκτενής αναφορά στην αποτελεσματικότητα και την οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού. Το Τρίτο κεφάλαιο ασχολείται με την εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη. Το κεφάλαιο αυτό καταλαμβάνει τη μεγαλύτερη έκταση του θεωρητικού μέρους της διπλωματικής εργασίας, καθώς αποτελεί την κύρια πηγή άντλησης πληροφοριών και στοιχείων που χρησιμοποιήθηκαν στη συνέχεια για τη διενέργεια της εμπειρικής μελέτης. Αρχικά, γίνεται μνεία στις Ευρωπαϊκές οδηγίες για την πρόληψη της νόσου και περιγραφή της διαδικασίας του προσυμπτωματικού ελέγχου στα πλαίσια της ολοκληρωμένης αντιμετώπισης των ασθενών με καρκίνο μαστού. Ακολουθεί συνοπτική παρουσίαση των συστημάτων υγείας και των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τη νόσο στα Ευρωπαϊκά κράτη, με έμφαση στις διαφορές που καταγράφονται μεταξύ αυτών. Στη συνέχεια, ακολουθεί αναλυτική περιγραφή και συγκριτική παρουσίαση των συστημάτων υγείας και των προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού που εφαρμόζονται στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Ιταλία και στη Γερμανία. Στο Τέταρτο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας περιγράφεται το

ελληνικό σύστημα υγείας, η προσέγγιση της πολιτείας και το υπάρχον καθεστώς για τη δευτερογενή πρόληψη της νόσου. Επίσης γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στις αδυναμίες και ελλείψεις του συστήματος υγείας και ιδιαίτερα σε σχέση με τον προσυμπτωματικό έλεγχο στη χώρα μας. Το Πέμπτο κεφάλαιο περιγράφει την εμπειρική έρευνα όπως διεξήχθη, και παρουσιάζει τα ευρήματα της μελέτης ανά θεματική ενότητα. Ακολουθεί ο σχολιασμός των ευρημάτων και η κατάθεση των προτάσεων που απορρέουν από αυτά στο Έκτο κεφάλαιο. Εν κατακλείδι, παρουσιάζεται το προτεινόμενο μοντέλο δομής και οργάνωσης ενός εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα και ο σχεδιασμός των διαγραμμάτων ροής των γυναικών, των πληροφοριών και των ελεγκτικών διαδικασιών.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΟΡΩΝ

### 2.1 Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού

Παγκοσμίως, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου στις γυναίκες και τη δεύτερη σε συχνότητα στο σύνολο του πληθυσμού, αντιστοιχώντας στο 23% (1,38 εκ.) των νεοδιαγνωσμένων περιστατικών καρκίνου το 2008. Επιπλέον αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες (458,4 χιλ. θάνατοι, 14%) και την πέμπτη συνολικά (Ferlay *et al.*, 2010). Ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση πως περίπου το 50% των νέων περιστατικών καρκίνου του μαστού αφορά στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες, με τους υψηλότερους ρυθμούς επίπτωσης (αριθμός νεοδιαγνωσμένων περιστατικών ανά 100.000 άτομα ανά έτος) να εντοπίζονται στην δυτική και βόρεια Ευρώπη, στην Αυστραλία/Νέα Ζηλανδία και στη Βόρεια Αμερική (Γράφημα 2.1) (Ferlay *et al.*, 2010). Σημαντική αύξηση στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού σημειώθηκε σε πολλές δυτικές χώρες κατά τις δεκαετίες του 1980 και 1990, η οποία από το 2000 και μετά άρχισε να καταγράφει πτωτικές τάσεις (Jemal *et al.*, 2011). Όσον αφορά στη θνησιμότητα από τη νόσο, τα υψηλότερα ποσοστά θανάτων εντοπίζονται σε χώρες της Αφρικής και της Ευρώπης (Γράφημα 2.1). Σημαντική μείωση στη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού έχει παρατηρηθεί σε πολλές δυτικές χώρες τα τελευταία 25 χρόνια, η οποία οφείλεται πρωτίστως στην πρόωμη διάγνωση και στις πιο αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αντίθετα, τόσο η επίπτωση όσο και η θνησιμότητα από τη νόσο αυξάνονται ραγδαία στις αφρικανικές και ασιατικές χώρες (Jemal *et al.*, 2011).

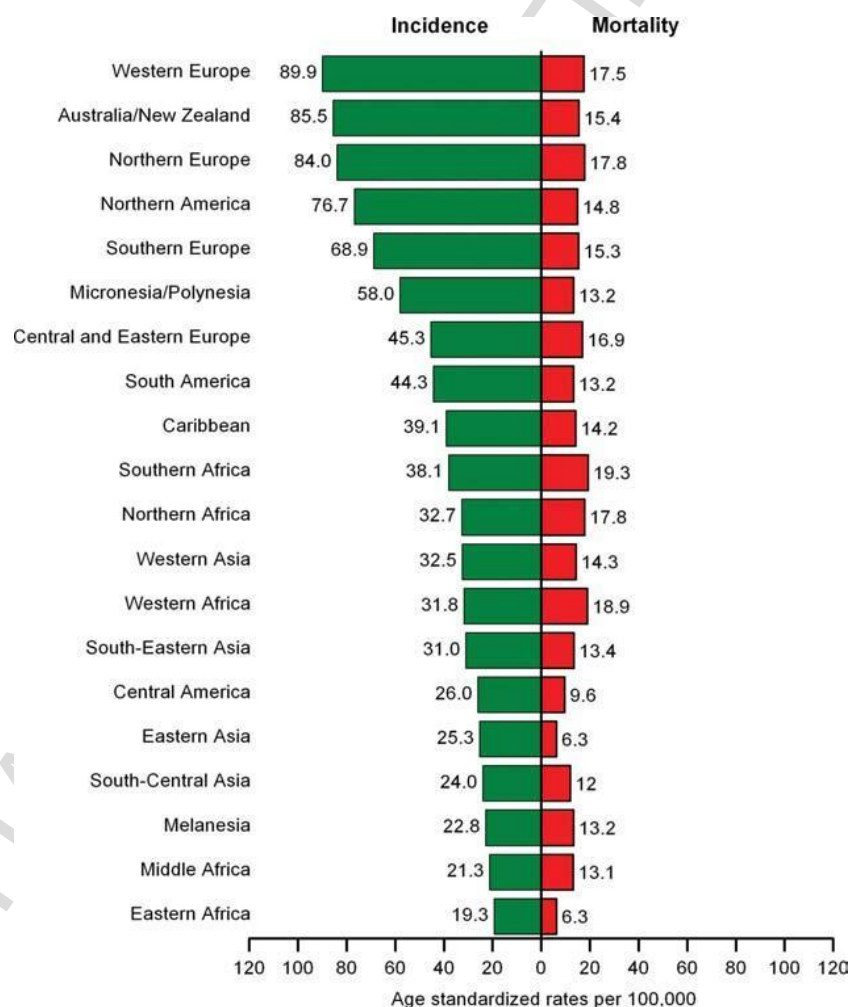
#### 2.1.1 Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη

Ο καρκίνος του μαστού καταγράφει τα υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης και θνησιμότητας στο γυναικείο φύλο μεταξύ όλων των τύπων καρκίνου και στην Ευρώπη (Ferlay, Parkin and Steliarova-Foucher, 2010). Το 2008 σε 40 ευρωπαϊκά κράτη συνολικά, διαγνώστηκαν 421,0 χιλ. νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 28,2% του συνόλου των νεοπλασιών στις γυναίκες. Αντίστοιχα, οι θάνατοι εξαιτίας της νόσου ανήλθαν σε 129,0 χιλ., αντιστοιχώντας στο 17,0% επί του συνόλου των θανάτων από καρκίνο. Η σταθμισμένη για την ηλικία επίπτωση και θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη των 27, για το 2008, ανήλθε σε

103,7/100.000 και 23,9/100.000 κατοίκους, αντίστοιχα (Γράφημα 2.2) (Ferlay, Parkin and Steliarova-Foucher, 2010).

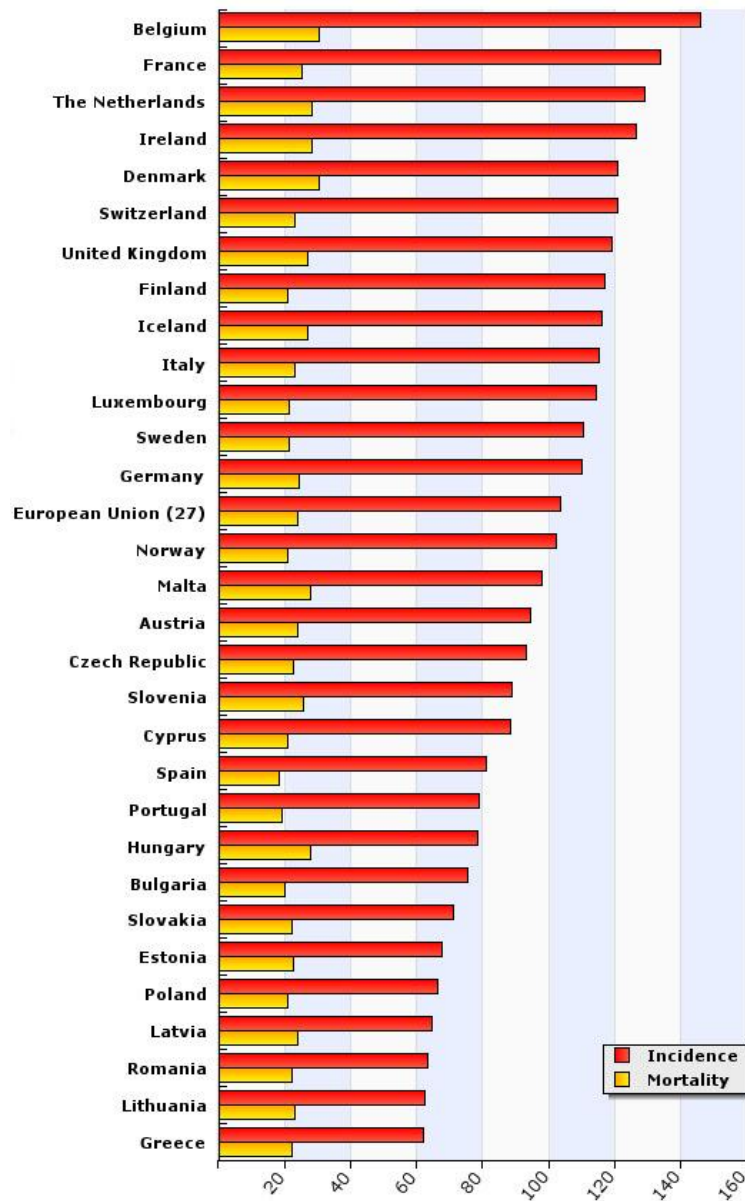
Μεγάλες διακυμάνσεις παρατηρούνται μεταξύ των χωρών της Ευρώπης, όσον αφορά στην επίπτωση και στη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού. Σημαντικά υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης καταγράφονται σε κράτη της δυτικής Ευρώπης και κυρίως στο Βέλγιο, στη Γαλλία, στην Ολλανδία και στην Ιρλανδία. Αντίστοιχα, τα υψηλότερα ποσοστά θανάτων εξαιτίας της νόσου σημειώνονται στο Βέλγιο, στη Δανία και στην Ολλανδία, ενώ ακολουθούν η Μάλτα, η Ουγγαρία και η Ιρλανδία (Γράφημα 2.2) (Ferlay, Parkin and Steliarova-Foucher, 2010).

Γράφημα 2.1: Σταθμισμένη για την ηλικία επίπτωση και θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού παγκοσμίως.



Πηγή: Jemal *et al.*, 2011

Γράφημα 2.2: Σταθμισμένη για την ηλικία επίπτωση και θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη.



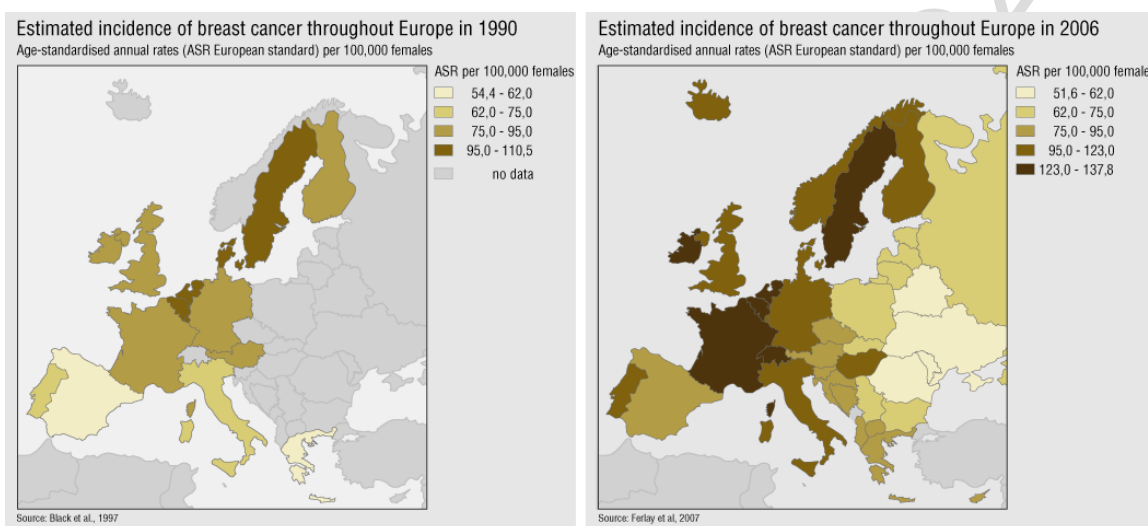
Πηγή: European Cancer Observatory, 2011

Σε όλα τα κράτη της Ευρώπης παρατηρείται διαχρονική αύξηση στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού, με τις μεγαλύτερες ποσοστιαίες μεταβολές να καταγράφονται στη Λιθουανία, τη Νορβηγία, την Εσθονία και τη Λετονία (Γράφημα 2.3) (Héry *et al.*, 2008). Αν και η αύξηση της επίπτωσης της νόσου παγκοσμίως αποδίδεται κυρίως στην εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου και σε αλλαγές στους παράγοντες αναπαραγωγής, συμπεριλαμβανομένης της εκτεταμένης χορήγησης ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης



στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η ραγδαία αύξηση στις χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης φαίνεται πως σχετίζεται με την απότομη μεταστροφή στο σύγχρονο δυτικό τρόπο ζωής (Jemal *et al.*, 2011).

Γράφημα 2.3: Επίπτωση του καρκίνου του μαστού στα κράτη της Ευρώπης κατά τα έτη 1990 και 2006.

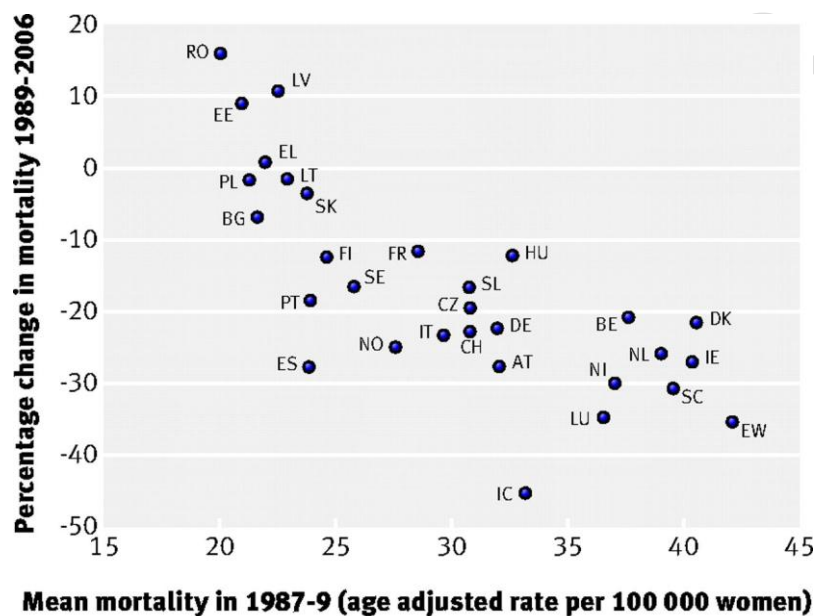


Πηγή: European Union Public Health Information System, 2010

Αντίθετα, η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού σε 30 ευρωπαϊκές χώρες παρουσίασε σημαντική μέση μείωση κατά 19% από το 1989 έως το 2006 (Autier *et al.*, 2010). Παρόλα αυτά, σημαντικές διαφορές παρατηρούνται μεταξύ των χωρών, με τη θνησιμότητα να παρουσιάζει από μέγιστη μείωση κατά 44,5% στην Ισλανδία έως και μέγιστη αύξηση κατά 16,6% στην Ρουμανία. Συνολικά, μείωση της θνησιμότητας σε ποσοστό μεγαλύτερο του 20% έχει καταγραφεί σε 15 ευρωπαϊκές χώρες. Αντίθετα, αύξηση της θνησιμότητας παρατηρείται σε μόλις τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες, ανάμεσα στις οποίες δυστυχώς συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα. (Γράφημα 2.4). Οι ερευνητές σημειώνουν πως οι μεγαλύτερες μειώσεις αφορούν σε ευρωπαϊκές χώρες, στις οποίες εφαρμόζονται εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, υπάρχει άμεση και εύκολη πρόσβαση σε νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις, και έχει γίνει ευρύτερη αναδιοργάνωση των ιατρικών υπηρεσιών με έμφαση στην ενίσχυση των εξειδικευμένων μονάδων μαστού και στην προώθηση της διεπιστημονικής προσέγγισης. Αντίθετα, μικρή μείωση ή συνεχής αύξηση της θνησιμότητας παρατηρείται σε χώρες με περιορισμένης εμβέλειας και κακής οργάνωσης προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, με ανεπάρκεια μαστογραφικού

εξοπλισμού, με μειωμένη πρόσβαση σε νέες αντικαρκινικές θεραπείες και με χαμηλές δαπάνες υγείας (Autier *et al.*, 2010).

Γράφημα 2.4: Ποσοστιαία μεταβολή της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού στα ευρωπαϊκά κράτη κατά την περίοδο 1989-2006.



Πηγή: Autier *et al.*, 2010

Πρόσφατα έγινε μια προσπάθεια για την πρόβλεψη της θνησιμότητας από τον καρκίνο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με βάση προϋπάρχοντα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη χρονική περίοδο 1970-2007 (Malvezzi *et al.*, 2011). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η θνησιμότητα από τη νόσο συνολικά αναμενόταν να παρουσιάσει μείωση κατά 7% και 6% στους άντρες και στις γυναίκες αντίστοιχα, μέχρι το 2011. Όσον αφορά στη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού, οι εκτιμήσεις ήταν πως θα συνεχίσει να επιτυγχάνεται μείωση, κυρίως λόγω της βελτίωσης στο χειρισμό και στη θεραπεία της νόσου. Παρόλα αυτά, θα συνεχίσουν να υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των χωρών της Ευρώπης.

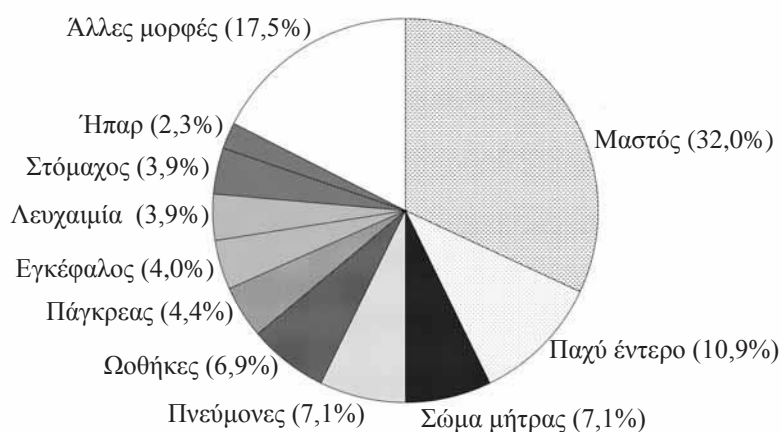
### 2.1.2 Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, η απουσία ενός ενιαίου, οργανωμένου φορέα υπεύθυνου για τη συγκέντρωση στοιχείων αναφορικά με την εμφάνιση νέων περιστατικών καρκίνου, τη διάγνωση, τη θεραπεία αλλά και τη θνησιμότητα από τη νόσο, σε συνδυασμό με την

έλλειψη μητρώων ασθενών καθιστούν την επιδημιολογική παρακολούθηση του καρκίνου ιδιαίτερα δύσκολη. Ως αποτέλεσμα, τα δεδομένα που αφορούν στην επίπτωση της νόσου ή στη θνησιμότητα από αυτήν προκύπτουν ως επί το πλείστον από μεμονωμένες και αποσπασματικές μελέτες και κατ' επέκταση αποτελούν εκτιμήσεις, προβλέψεις ή προβολές των διαθέσιμων στοιχείων. Σύμφωνα με αυτές, εκτιμάται ότι στην Ελλάδα μία στις δέκα γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή της, ενώ σε απόλυτους αριθμούς εμφανίζονται περίπου 4.500 νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού ετησίως (Μαρκόπουλος, 2008).

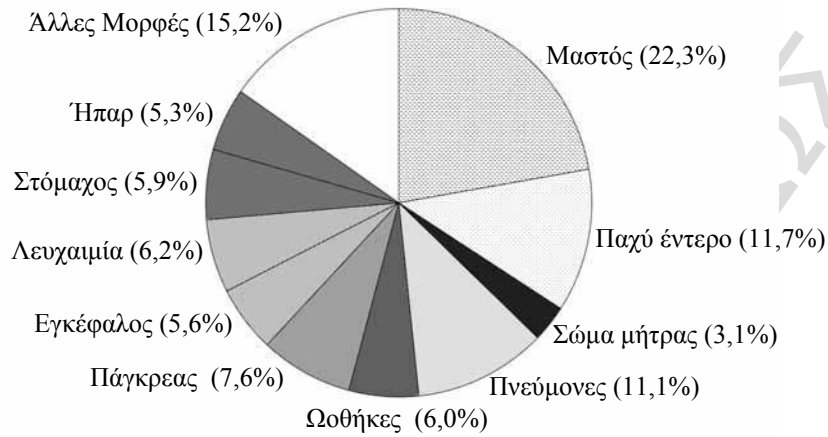
Σύμφωνα με στοιχεία του 2008, ο καρκίνος του μαστού καταλαμβάνει την πρώτη θέση σε συχνότητα μεταξύ των νεοπλασιών στις γυναίκες, αντιστοιχώντας στο 32,0% των νέων περιστατικών καρκίνου (Γράφημα 2.5). Επιπλέον, την ίδια χρονιά καταγράφηκαν 2.020 θάνατοι από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα, αντιστοιχώντας στο 22,3% επί του συνόλου των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες (Γράφημα 2.6) (Αναγνωστόπουλος, 2011).

Γράφημα 2.5: Ποσοστιαία επίπτωση των συνηθέστερων τύπων καρκίνου στην Ελλάδα το 2008.



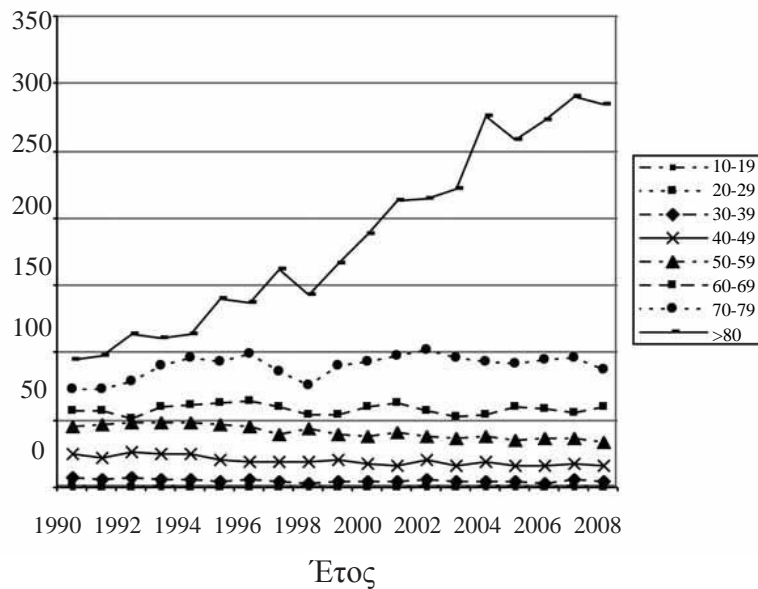
Πηγή: Αναγνωστόπουλος, 2011

Γράφημα 2.6: Ποσοστιαία θνησιμότητα από τους συνηθέστερους τύπους καρκίνου στην Ελλάδα το 2008.



Πηγή: Αναγνωστόπουλος, 2011

Γράφημα 2.7: Ειδική κατά ηλικία θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα κατά τη χρονική περίοδο 1990-2008. (ανά 100.000 άτομα ανά έτος)



Πηγή: Αναγνωστόπουλος, 2011

Όπως προαναφέρθηκε, στην Ελλάδα παρατηρήθηκε αύξηση των θανάτων από καρκίνο του μαστού από το 1989 έως το 2006 κατά 1,4% (Autier *et al.*, 2010). Σε απόλυτους αριθμούς, το 1989 ο καρκίνος του μαστού ευθυνόταν για 21,9 θανάτους το χρόνο ανά 100.000 γυναίκες, ενώ το 2006 η αναλογία αυξήθηκε σε 22,2 θανάτους. Αυτή η αύξηση της θνησιμότητας φαίνεται να οφείλεται κυρίως σε θανάτους νοσούσων γυναικών άνω των 70 ετών, καθώς το ποσοστό σε αυτή την ηλικιακή ομάδα αυξήθηκε κατά 80,2%. Αντίθετα, σημαντική μείωση παρατηρήθηκε στη θνησιμότητα γυναικών άλλων ηλικιακών ομάδων, με τα ποσοστά θανάτων να έχουν σημειώσει μείωση κατά 40,6% στις γυναίκες κάτω των 50 ετών και κατά 17,8% στις γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών (Γράφημα 2.7) (Γκαβός, 2010; Pavlidou *et al.*, 2010).

## **2.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού**

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού αποσκοπεί στην πρόωμη και έγκαιρη ανίχνευση της νόσου στον υπό εξέταση πληθυσμό πριν την εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων. Βασίζεται ως επί το πλείστον στη διεξαγωγή προσυμπτωματικού ελέγχου με τη μέθοδο της διαλογής (screening), γνωστή και ως δευτερογενής πρόληψη. Η εξέταση με χρήση μαστογραφίας αποτελεί την πλέον αποτελεσματική μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου, ενώ σε πολλές περιπτώσεις αυτή μπορεί να συνδυάζεται με αυτοεξέταση του μαστού και με κλινική εξέταση (επισκόπηση και ψηλάφηση) από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας (Khatib and Modjtabai, 2006).

### **2.2.1 Θετικές και αρνητικές επιπτώσεις του προσυμπτωματικού ελέγχου**

Το πρωταρχικό όφελος που επιφέρει η εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού είναι η ελάττωση του αριθμού θανάτων από τη νόσο (Brodersen, Jørgensen and Gøtzsche, 2010). Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι η πρόωμη διάγνωση καρκινικών όγκων σε χαμηλό στάδιο συνοδεύεται από καλύτερη πρόγνωση της νόσου και μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης στο 80%-90% των περιπτώσεων (Whishart *et al.*, 2008). Ταυτόχρονα, η έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου επιτρέπει την πιο αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου και σε πολλές περιπτώσεις την αποφυγή επώδυνων και επιθετικών προσεγγίσεων, όπως η μαστεκτομή και η χορήγηση χημειοθεραπείας (Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου του Καρκίνου του NHS, 2010). Επιπλέον, η ανάρρωση είναι ταχύτερη και η ψυχολογία των ασθενών επηρεάζεται σε μικρότερο βαθμό. Και σε επίπεδο ποιότητας ζωής, τα μακροπρόθεσμα οφέλη του

προσυμπτωματικού ελέγχου φαίνεται πως υπερτερούν έναντι των αρνητικών επιπτώσεων αυτού, καθώς τα περισσότερα από τα κερδισμένα έτη ζωής «δαπανώνται» σε καλή υγεία στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων (de Haes *et al.*, 1991).

Παρόλο που ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού συνοδεύεται από σημαντικά οφέλη, η εμφάνιση αυτών δεν είναι άμεση αλλά μακροπρόθεσμη. Επιπλέον, η πλειονότητα των γυναικών που συμμετέχουν στον έλεγχο δεν πάσχουν από τη νόσο. Παρότι υγιείς και ενώ δεν υπάρχει δυνατότητα πρόβλεψης του κινδύνου να νοσήσουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους, οι γυναίκες καλούνται να υποστούν τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις του προσυμπτωματικού ελέγχου, οι οποίες συνίστανται κυρίως στην έντονη ψυχολογική πίεση και το φόβο διάγνωσης καρκίνου, στα ψευδώς θετικά ή ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα της μαστογραφίας και στην υπερδιάγνωση και υπερθεραπεία (Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου του Καρκίνου του NHS, 2010; Brodersen, Jørgensen and Gøtzsche, 2010; Heywang-Köbrunner, Hacher and Sedlacek, 2011).

Τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα αναφέρονται στην ανεύρεση ύποπτων ευρημάτων στη μαστογραφία, τα οποία χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης με συμπληρωματικές εξετάσεις, ενώ τελικά αποδεικνύονται μη επικίνδυνα. Τα ψευδώς θετικά ευρήματα οδηγούν σε αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας αλλά και σε αυξημένο άγχος των γυναικών (Elmore *et al.*, 1998). Αντίθετα, τα ψευδώς αρνητικά ευρήματα αντιστοιχούν σε περιπτώσεις που η μαστογραφία δεν είναι ικανή να ανιχνεύσει μία ύποπτη αλλοίωση, με αποτέλεσμα να καθυστερεί η διάγνωση του καρκίνου και κατ'επέκταση η θεραπεία του (Svaritbo *et al.*, 2003). Πέρα από τις επιβλαβείς συνέπειες στην πορεία της νόσου, η εύρεση ψευδώς αρνητικών ευρημάτων έχει σημαντικές επιπτώσεις όσον αφορά στην εμπιστοσύνη των ασθενών στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Παρόλα αυτά, πρέπει να διευκρινιστεί ότι τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα είναι περισσότερο συνήθη σε γυναίκες νεαρότερης ηλικίας με πυκνούς μαστούς, γεγονός που καθιστά την ανίχνευση μιας πιθανής αλλοίωσης ιδιαίτερα δύσκολη (National Cancer Institute, 2011).

Μεταξύ των δυνητικών αρνητικών επιπτώσεων του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η μαστογραφική ανίχνευση όγκων, οι οποίοι είτε είναι καλοήθεις, είτε αναπτύσσονται τόσο αργά ώστε να μην αποτελέσουν κίνδυνο για τη βιωσιμότητα και την ποιότητα ζωής των ατόμων (υπερδιάγνωση) (Martinez-Alonso *et al.*, 2010; Skaane, 2011). Όμως, καθώς η μακρόχρονη συμπεριφορά ενός όγκου δε μπορεί να προβλεφθεί, αυτές οι γυναίκες αναπόφευκτα υποβάλλονται σε εκτεταμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις (υπερθεραπεία) και υπόκεινται στις επακόλουθες ψυχολογικές επιπτώσεις. Έτσι, η

υπερδιάγνωση θεωρείται πως οδηγεί σε περιττές θεραπείες και σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής των γυναικών, ενώ συμβάλλει στην αύξηση των δαπανών για την υγεία (Autier, 2011). Τέλος, οι γυναίκες που υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό μαστογραφικό έλεγχο εκτίθενται σε μικρή ποσότητα ακτινοβολίας, η οποία σπανίως μπορεί να συμβάλλει στην εξαλλαγή των φυσιολογικών κυττάρων σε καρκινικά (Beemsterboer *et al.*, 1998b).

Αν και είναι επιστημονικά παραδεκτό πως ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού παρουσιάζει αδυναμίες είτε κατά την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου είτε για τον αποκλεισμό ύπαρξης της νόσου, παραμένει η πλέον ενδεδειγμένη προσέγγιση. Οι δυνητικές αρνητικές επιπτώσεις που επιφέρει παρατηρούνται σε ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά των ασθενών και υπερκαλύπτονται από τη σημαντική μείωση που σημειώνεται στους θανάτους από τη νόσο (Heywang-Köbrunner, Hacher and Sedlacek, 2011). Σύγχρονες μελέτες διαπιστώνουν αύξηση της αποτελεσματικότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου καθώς βελτιώνονται οι τεχνικές λήψης και ανάγνωσης των μαστογραφικών ευρημάτων, υποδεικνύοντας πως η άρτια διεπιστημονική προσέγγιση, οι κατάλληλα εξειδικευμένοι και έμπειροι επαγγελματίες υγείας, ο σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός και ο διαρκής έλεγχος της ποιότητας μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στην ελαχιστοποίηση των αρνητικών επιπτώσεων και στη μεγιστοποίηση της απόδοσης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.

### 2.2.2 Είδη προσυμπτωματικού ελέγχου

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος διακρίνεται σε οργανωμένο και ευκαιριακό, με κριτήρια το βαθμό οργάνωσης, την κάλυψη και τη μεθοδολογία προσέγγισης του πληθυσμού, καθώς και το πόσο συστηματικά εφαρμόζεται (Walsh, Silles and O'Neill, 2011; Hakama *et al.*, 2008). Ως οργανωμένος ή πληθυσμιακός χαρακτηρίζεται ο έλεγχος, ο οποίος υλοποιείται μέσα από την εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων προσφέροντας μαζική κάλυψη σε όλο τον πληθυσμό που πληροί τα αυστηρώς καθορισμένα κριτήρια συμμετοχής, όπως αυτά ορίζονται από την αντικειμενική αξιολόγηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου (European Cancer Observatory, 2011). Στον οργανωμένο προσυμπτωματικό έλεγχο εφαρμόζονται συστηματικοί μηχανισμοί ταυτοποίησης των επιλέξιμων ατόμων του πληθυσμού-στόχου και προσέγγισής τους με τη μέθοδο της προσωπικής πρόσκλησης συμμετοχής σε κάθε γύρο ελέγχου. Ως εκ τούτου, ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος απαιτεί ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο οργάνωσης, ώστε να διασφαλίζει την ακρίβεια και αποτελεσματικότητα του συστήματος πρόσκλησης αλλά και το συντονισμό με τα επόμενα στάδια της διαδικασίας. Το μεγάλο

πλεονέκτημα είναι πως ο συγκεντρωτικός χαρακτήρας των οργανωμένων προγραμμάτων επιτρέπει τη διαρκή παρακολούθηση και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, του κόστους και της ποιότητας αυτών (European Cancer Observatory, 2011)

Αντίθετα, ο ευκαιριακός προσυμπτωματικός έλεγχος βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά στην υποκειμενική αντίληψη του κάθε ατόμου για τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, καθώς και στην ατομική πρωτοβουλία και οικειοθελή συμμετοχή του στην πρόληψη. Ο ευκαιριακός προσυμπτωματικός έλεγχος επιτυγχάνει χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχής του πληθυσμού σε σύγκριση με τον οργανωμένο, είτε λόγω της οικονομικής επιβάρυνσης που θα υποστούν οι συμμετέχοντες, είτε λόγω μη επαρκούς ενημέρωσής τους, είτε λόγω της ατομικής ευθύνης για τον προγραμματισμό μιας εξέτασης, με δυσμενείς συνέπειες στην οικονομική αποτελεσματικότητα, όπως περιγράφεται αναλυτικότερα παρακάτω. Κάτω από αυτήν την οπτική, τα προγράμματα οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου θεωρείται πως ενισχύουν την ισότητα των ατόμων στην πρόληψη και στα προσδοκώμενα οφέλη από αυτήν (Walsh, Silles and O'Neill, 2011).

Η εφαρμογή ενός προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου δεν αποκλείει την ταυτόχρονη διενέργεια ευκαιριακού ελέγχου, με αποτέλεσμα σε πολλά κράτη της Ευρώπης τα δύο είδη να συνυπάρχουν (Bulliard *et al.*, 2009; Autier *et al.*, 2002; Bleyen *et al.*, 1998; Boncz *et al.*, 2008).

### 2.2.3 Οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού

Ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού ορίζεται από έξι βασικές παραμέτρους (International Agency for Research on Cancer, 2002):

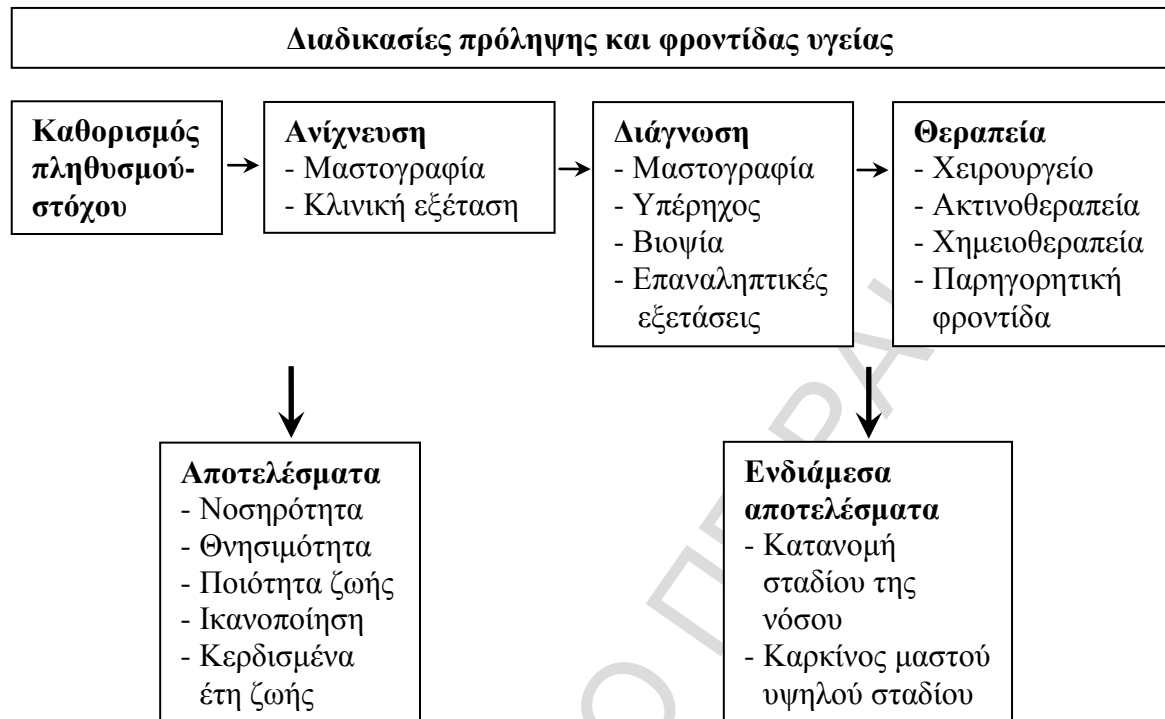
- Τον καθορισμό μιας ρητής κυβερνητικής πολιτικής, η οποία ορίζει με σαφήνεια επιμέρους χαρακτηριστικά του αντίστοιχου προγράμματος, όπως το ηλικιακό φάσμα του πληθυσμού-στόχου, τη μεθοδολογία και το μεσοδιάστημα ελέγχου.
- Την ταυτοποίηση του πληθυσμού-στόχου, δηλαδή των γυναικών που θα προσκληθούν να συμμετάσχουν.
- Τον προσδιορισμό της μεθόδου πρώιμης ανίχνευσης και διάγνωσης της νόσου.
- Τη σύγκλιση επιτροπής διαχείρισης και υλοποίησης του προγράμματος.
- Την επάνδρωση με εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας.
- Τη διασφάλιση της ποιότητας του προγράμματος μέσα από τη συστηματική συλλογή, καταγραφή και επεξεργασία δεδομένων που αφορούν στην αξιολόγηση της μεθοδολογίας ελέγχου, του εξοπλισμού, των επαγγελματιών υγείας και της



αποτελεσματικότητας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω και παρά τις όποιες διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των προγραμμάτων στα διάφορα κράτη, ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού ακολουθεί μια βασική διαδικασία, αποτελούμενη από μια αλληλουχία υπηρεσιών πρόληψης και φροντίδας υγείας και των μεταβατικών σταδίων μεταξύ αυτών (Γράφημα 2.8). Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την αναγνώριση του πληθυσμού-στόχου, την πρόσκληση των γυναικών, τη διενέργεια του ελέγχου, τη διάγνωση των περιστατικών καρκίνου και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους. Τα μεταβατικά στάδια είναι εξίσου σημαντικά, καθώς καθορίζουν το είδος των υπηρεσιών που προσφέρονται σε κάθε ομάδα του πληθυσμού-στόχου. Παραδείγματα αποτελούν η επικοινωνία και μεθοδολογία προσέγγισης του πληθυσμού-στόχου, η εκτίμηση των ύποπτων μαστογραφικών ευρημάτων, η ακριβής διάγνωση της νόσου και η επιλογή της θεραπείας (International Agency for Research on Cancer, 2002). Ταυτόχρονα, ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος περιλαμβάνει και άλλες συνιστώσες, όπως ο διαθέσιμος εξοπλισμός για συλλογή και ανάλυση του υλικού, οι υπάρχουσες εγκαταστάσεις για διάγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση των ασθενών, η ταυτόχρονη εφαρμογή προγράμματος ποιοτικού ελέγχου, το σύστημα αναφοράς των αποτελεσμάτων και η παρακολούθηση και εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος, αλλά και της νοσηρότητας και θνησιμότητας που καταγράφεται τόσο στον υπό εξέταση πληθυσμό όσο και στις γυναίκες που δε συμμετέχουν στον έλεγχο (Hakama *et al.*, 2008).

Γράφημα 2.8: Διαδικασίες και αποτελέσματα του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.



Πηγή: International Agency for Research on Cancer, 2002

### 2.3 Αποτελεσματικότητα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού

Σημαντικά επιστημονικά δεδομένα υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού με χρήση μαστογραφίας, καθώς πληθώρα μεγάλων τυχαιοποιημένων μελετών την έχουν αναδείξει και επιβεβαιώσει. Ο κλασικός δείκτης αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο.

Οι πρώτες σοβαρές ενδείξεις προέκυψαν το 1982 από τη μελέτη των Shapiro κ. συν (1982), κατά την οποία παρατηρήθηκε πως ο προσυμπτωματικός έλεγχος οδήγησε σε 30% μείωση στη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού για περίοδο παρακολούθησης που κυμαινόταν από 10 έως 14 χρόνια (Shapiro *et al.*, 1982). Ένα ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα της μελέτης είναι πως η θνησιμότητα ήταν χαμηλότερη σε γυναίκες οι οποίες συμπεριελήφθησαν στη μελέτη σε νεαρότερη ηλικία. Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν στη συνέχεια από μία μεγάλη μελέτη σε 134.867 γυναίκες ηλικίας 40-74 ετών, η οποία μετά από μόλις 7 χρόνια παρακολούθηση κατέγραψε μείωση της θνησιμότητας κατά 31%, και μείωση του ρυθμού διάγνωσης της νόσου σε προχωρημένο στάδιο κατά 25% (Tabár *et al.*, 1985). Έκτοτε έχουν ακολουθήσει αναρίθμητες

παρόμοιες μελέτες, καταδεικνύοντας τη συνεισφορά του προσυμπτωματικού ελέγχου στη μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού (Πίνακας 2.1).

Σε μία πρόσφατη μελέτη, έγινε σύγκριση μεταξύ των ποσοστών θνησιμότητας σε γυναίκες που προσκλήθηκαν να υποβληθούν σε προσυμπτωματικό έλεγχο από το 1975 έως το 2008 και σε πληθυσμό που δεν ελέγχθηκε (van Schoor *et al.*, 2011). Τα ποσοστά θανάτου από καρκίνο του μαστού ήταν κατά 35% χαμηλότερα στις γυναίκες που συμμετείχαν στον προσυμπτωματικό έλεγχο σε σχέση με αυτές που δεν έλαβαν μέρος. Περαιτέρω ανάλυση κατέδειξε πως η μείωση της θνησιμότητας ήταν 28% κατά την περίοδο 1975-1991 και εκτινάχθηκε στο 65% κατά την περίοδο 1992-2008, υποδεικνύοντας πως ο προσυμπτωματικός έλεγχος καταγράφει διαρκώς αυξανόμενη αποτελεσματικότητα με την πάροδο του χρόνου. Εξάλλου, είναι πλέον αποδεκτό πως, για την εξαγωγή στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου, απαιτούνται τουλάχιστον 15 χρόνια παρακολούθησης μετά την έναρξη της εφαρμογής του (Schopper and de Wolf, 2009).

Πίνακας 2.1: Εκτίμηση της % ποσοστιαίας μείωσης της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού, κατά την εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου, σε διάφορα ευρωπαϊκά κράτη.

Μελέτη	Κράτος	Περίοδος και αριθμός ετών παρακολούθησης	% Μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού
Olsen AH, 2005	Κοπεγχάγη, Δανία	1991-2001 (10)	27
Sarkeala T, 2008	Φιλανδία	1992-2003 (11)	28
Gabe R, 2007	Ισλανδία	1987-2002 (15)	35
Swedish Organised Service Screening Evaluation Group, 2006a,b	Σουηδία	1980-2001 (10-15)	39/43
Allgood PC, 2008	East Anglia, M. Βρετανία	1995-2004 (10)	35

Πηγή: Schopper and de Wolf, 2009

Σε αυτό το σημείο πρέπει να διευκρινιστεί ότι η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού δεν πρέπει να συγχέεται με την αποτελεσματικότητα των αντίστοιχων προγραμμάτων (Schopper and de Wolf, 2009). Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου προκύπτει από τη σύγκριση των ποσοστών θνησιμότητας από τη νόσο μεταξύ των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε έλεγχο και αυτών που δεν έχουν ελεγχθεί. Αντίθετα, η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου αντανακλά τη μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο που προκύπτει από τη σύγκριση μεταξύ των γυναικών που προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν σε ένα πρόγραμμα και εκείνων που δεν προσκλήθηκαν. Λαμβάνοντας υπόψη πως μόνο ένα ποσοστό των γυναικών που έχουν λάβει πρόσκληση παίρνουν μέρος στο πρόγραμμα, γίνεται εύκολα αντιληπτό πως η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από το ποσοστό συμμετοχής του πληθυσμού. Επιπλέον, καθίσταται σαφές ότι η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι υψηλότερη από την αποτελεσματικότητα των αντίστοιχων προγραμμάτων. Πιο συγκεκριμένα, ο προσυμπτωματικός έλεγχος καταγράφει μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού κατά 24-48%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου κυμαίνεται μεταξύ 20-35% (Schopper and de Wolf, 2009).

Ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους ερευνητές είναι σε ποιο βαθμό η παρατηρούμενη μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο αποτελεί συνέπεια της εφαρμογής προσυμπτωματικού ελέγχου και δεν είναι απόρροια άλλων παραγόντων, όπως της αυξημένης επίγνωσης και αντιμετώπισης των πρώιμων συμπτωμάτων του καρκίνου του μαστού ή της εφαρμογής πιο αποτελεσματικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μίας σουηδικής μελέτης, η αυξημένη επίγνωση των γυναικών σε συνδυασμό με την καλύτερη κλινική αντιμετώπιση της νόσου επέφερε μείωση της θνησιμότητας κατά 16%, ενώ ο προσυμπτωματικός έλεγχος συνεισέφερε επιπλέον μείωση κατά 28% (Tabar *et al.*, 2003). Αντίστοιχα, στην Ισπανία καταγράφεται 22% μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο ως αποτέλεσμα άλλων παραγόντων, η οποία ανέρχεται σε 62% μετά την εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου (Ascunce *et al.*, 2007). Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζουν περαιτέρω πως ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού συνεισφέρει σημαντικά στη μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο.

## 2.4 Οικονομική αξιολόγηση προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού

Απαραίτητη προϋπόθεση για την υλοποίηση προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού είναι η σύγκριση του οφέλους που θα προκύπτει από την εφαρμογή τους σε σχέση με την οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί το σύστημα υγείας και ο υπό εξέταση πληθυσμός. Η μαζική εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου είναι μια διαδικασία με υψηλό κόστος, η οποία απορροφά πόρους και επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό, τα ασφαλιστικά ταμεία και τους ίδιους τους πολίτες. Κατ' επέκταση, η απόφαση για την υλοποίηση προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου πρέπει να στηρίζεται στην εκτίμηση του κόστους του προγράμματος αλλά και των αναμενόμενων ωφελειών που θα προκύψουν από αυτό.

Η οικονομική αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού εξαρτάται και επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες (de Gelder *et al.*, 2009). Ανάμεσα σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται παράμετροι που σχετίζονται άμεσα με την οργάνωση του προγράμματος, όπως η συμμετοχή του πληθυσμού, το ηλικιακό φάσμα των υπό εξέταση γυναικών, το μεσοδιάστημα ελέγχου, η μεθοδολογία διάγνωσης και η ποιότητα του προγράμματος σε όρους ευαισθησίας και ειδικότητας της διάγνωσης. Επιπλέον, τα επιδημιολογικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό εξέταση πληθυσμού, η επίπτωση και η ανά στάδιο κατανομή της νόσου στον πληθυσμό, και η θνησιμότητα από τη νόσο πριν την έναρξη προγραμμάτων πρόληψης, είναι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αξιολόγηση ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου. Τέλος, η ευρύτερη οργάνωση του συστήματος υγείας, το κόστος του προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς και το κόστος διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου του μαστού καθορίζουν πόσο οικονομικά συμφέρον είναι ένα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου (de Gelder *et al.*, 2009). Αναπόφευκτα, το κόστος και η οικονομική αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου για ένα κράτος πρέπει να αξιολογηθούν και σε σχέση με ευρύτερα οικονομικά μεγέθη, όπως οι δαπάνες για την υγεία, το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν και το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (van Ineveld *et al.*, 1993).

Οι πρώτες απόπειρες αποτίμησης της οικονομικής αποτελεσματικότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού βασίστηκαν στην εκτίμηση του λόγου κόστους-αποτελεσματικότητας. Ο λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας υπολογίζεται από τη διαφορά στα κερδισμένα έτη ζωής (LYs) ή τα ποιοτικά προσαρμοσμένα κερδισμένα έτη ζωής (QALYs) και τη διαφορά στο κόστος, που προκύπτουν από την εφαρμογή ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου σε

σχέση με την πλήρη απουσία ελέγχου (de Koning, 2000). Από τη συγκριτική ανάλυση της οικονομικής αποτελεσματικότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού σε διάφορα κράτη, για προγράμματα που περιλαμβάνουν διενέργεια μαστογραφίας ανά δύο έτη σε γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών, προκύπτει ότι ο λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας παρουσιάζει μεγάλες διαφορές καταγράφοντας τιμές από 2650 έως 9600 € ανά κερδισμένο έτος ζωής (Πίνακας 2.2) (de Koning, 2000). Μετά την αναπροσαρμογή του κόστους σε τιμές 2009 και βάσει ισοτιμίας αγοραστικής δύναμης, οι διαφορές στους λόγους κόστους-αποτελεσματικότητας μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών αμβλύνονται αλλά παραμένουν σημαντικές (Σκρουμπέλος και Κυριόπουλος, 2010).

Οι παρατηρούμενες διαφορές αντικατοπτρίζουν την επίδραση διαφόρων παραγόντων στην οικονομική αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου. Για παράδειγμα, ο χαμηλός λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας που παρατηρείται στην Ολλανδία αποδίδεται στην κεντρική οργάνωση, διαχείριση και έλεγχο του προγράμματος, στα υψηλά ποσοστά συμμετοχής του πληθυσμού, στην αυξημένη επίπτωση και θνησιμότητα από τη νόσο που καταγράφεται στη χώρα αλλά και στην υψηλή ποιότητα του προγράμματος (de Koning, 2000). Ανάλογα μεγέθη λόγου κόστους-αποτελεσματικότητας καταγράφονται και για το Ηνωμένο Βασίλειο, αντικατοπτρίζοντας την παρόμοια δομή και οργάνωση των προγραμμάτων και τα παρεμφερή ποσοστά επίπτωσης και θνησιμότητας από τη νόσο στα δύο κράτη (van Ineveld *et al.*, 1993). Αντίθετα, το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου της Γερμανίας καταγράφει τον υψηλότερο λόγο κόστους-αποτελεσματικότητας, καθιστώντας το περισσότερο δαπανηρό (Beemsterboer *et al.*, 1994). Βασική αιτία θεωρείται ο χαρακτήρας του προγράμματος, καθώς εφαρμόζεται κυρίως μέσω της συμμετοχής ιδιωτικών ιατρείων, με αρνητικές συνέπειες στο κόστος και στον έλεγχο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, το εν λόγω πρόγραμμα καταγράφει συγκριτικά χαμηλότερη ευαισθησία και ειδικότητα κατά την διάγνωση της νόσου, και χαμηλά ποσοστά συμμετοχής των γυναικών εφόσον δεν εφαρμόζεται οργανωμένο πρόγραμμα πρόσκλησης. Ένας επιπλέον παράγοντας που επιδρά στον υψηλό λόγο κόστους-αποτελεσματικότητας του προγράμματος είναι η χαμηλή επίπτωση και θνησιμότητα από τη νόσο που καταγράφεται στην Γερμανία σε σχέση με άλλα Ευρωπαϊκά κράτη (Beemsterboer *et al.*, 1994).

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση πως ο λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στις περιφέρειες Navarra και Catalonia της Ισπανίας είναι σημαντικά χαμηλότερος σε σχέση με τον έλεγχο που εφαρμόζεται συνολικά σε όλη τη χώρα. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η διαφορά αυτή

οφείλεται πρωτίστως στην κεντρική δομή και οργάνωση των προγραμμάτων που εφαρμόζονται στις περιφέρειες έναντι του αποκεντρωτικού συστήματος που ισχύει για όλη τη χώρα (Beemsterboer *et al.*, 1998a). Επιπλέον, ο χαμηλότερος λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας του προγράμματος στη Navarra πιθανώς οφείλεται σε κάποια ιδιαίτερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου στην εν λόγω περιφέρεια, όπως η υψηλή επίπτωση και τα αυξημένα ποσοστά διάγνωσης καρκίνου του μαστού υψηλού σταδίου (van den Akker-van Marle *et al.*, 1997).

Οι αποκλίσεις που παρατηρούνται στο λόγο κόστους-αποτελεσματικότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες καθιστούν σαφές ότι η εφαρμογή μιας ενιαίας στρατηγικής δευτερογενούς πρόληψης της νόσου σε όλη την Ευρώπη δεν αποτελεί αποδοτική επιλογή. Η ανάδειξη των παραγόντων που επηρεάζουν τα οφέλη και το κόστος του προσυμπτωματικού ελέγχου μπορεί να συνεισφέρει, έτσι ώστε κάθε κράτος να σχεδιάσει, οργανώσει και υλοποιήσει ένα πρόγραμμα κατάλληλα προσαρμοσμένο στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, της νόσου και του συστήματος υγείας, με απώτερο στόχο τη μεγιστοποίηση του οφέλους με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Η συνολική εκτίμηση παραμένει πως ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού έχει οικονομική αποδοτικότητα, καταγράφοντας πολύ χαμηλότερους δείκτες κόστους-αποτελεσματικότητας σε σχέση με άλλες παρεμβάσεις φροντίδας υγείας (Σκρουμπέλος και Κυριόπουλος, 2010).

Πίνακας 2.2: Εκτίμηση του λόγου κόστους-αποτελεσματικότητας προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, σε διάφορα ευρωπαϊκά κράτη. Τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου περιλαμβάνουν διάγνωση με μαστογραφία ανά δύο έτη, σε γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών, εκτός αν αναφέρεται διαφορετικά.

Μελέτη	Κράτος	Προληφθέντες θάνατοι	Κερδισμένα έτη ζωής	Διαφορά στα κερδισμένα έτη ζωής	Διαφορά στο κόστος (€)	Λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας (€/κερδισμένο έτος ζωής)	Λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας (2009, Βάσει ΙΑΑ)
van den Akker-van Marle, 1997	Navarra, Ισπανία (45-65 ετών)	1.100	22.000	-	60	2.650	2.452
Beemsterboer, 1998α	Catalonia, Ισπανία	195/έτος	-	19.447	90	4.475	4.140
Boer, 1998	ΒΔ Αγγλία (50-64 ετών)	4.880	81.322	14.987	60	3.950	4285
van Ineveld, 1993	Ισπανία	22.000	316.000	79.000	560	7.125	6593
	Ην. Βασίλειο (50-69 ετών)	72.000	1.046.000	252.000	730	2.900	3.146
	Γαλλία	42.000	649.000	155.000	765	4.950	3.497
de Koning, 1991	Ολλανδία	17.000	261.000	61.000	210	3.400	2.565
Beemsterboer, 1994	Γερμανία	54.321	860.273	206.500	2.000	9.600	5.880

Πηγή: de Koning, 2000; Σκρουμπέλος και Κυριόπουλος, 2010



#### 2.4.1 Σύγκριση της οικονομικής αποτελεσματικότητας μεταξύ ευκαιριακού και οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού

Παρόλο που ο ευκαιριακός προσυμπτωματικός έλεγχος καταγράφει αποτελεσματικότητα ανάλογη με εκείνη του οργανωμένου, το αυξημένο κόστος που τον συνοδεύει καθιστά την εφαρμογή του ιδιαίτερα δαπανηρή και οικονομικά ασύμφορη. Σε μία πρόσφατη μελέτη, οι Gelder και συνεργάτες συνέκριναν μεταξύ του ευκαιριακού και του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, που εφαρμόζονται ταυτόχρονα στην Ελβετία, όσον αφορά στο όφελος που προκύπτει, στο κόστος και στην οικονομική τους αποτελεσματικότητα (de Gelder *et al.*, 2009). Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, τόσο ο ευκαιριακός όσο και ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος, με χρήση μαστογραφίας ανά δύο έτη σε γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών και 80% ποσοστό συμμετοχής, καταγράφουν ανάλογη αποτελεσματικότητα επιφέροντας παρόμοια μείωση στη θνησιμότητα από τη νόσο και αύξηση στα κερδισμένα έτη ζωής, συγκρινόμενα με την απουσία προσυμπτωματικού ελέγχου (Πίνακας 2.3). Η παρατήρηση αυτή επιβεβαιώνει τα ευρήματα άλλων μελετών, πως ο ευκαιριακός και ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος είναι εξίσου αποτελεσματικοί, τουλάχιστον όσον αφορά στους βραχυπρόθεσμους δείκτες επίδοσης (Bulliard *et al.*, 2009; Broeders *et al.*, 2005). Αντίθετα, μεγάλη διαφορά καταγράφεται αναφορικά με τις δαπάνες, καθώς ο ευκαιριακός προσυμπτωματικός έλεγχος έχει σχεδόν το διπλάσιο κόστος σε σύγκριση με τον οργανωμένο. Ως αποτέλεσμα, τα δύο μοντέλα προσυμπτωματικού ελέγχου σημειώνουν μεγάλη απόκλιση ως προς την οικονομική τους αποτελεσματικότητα, με τον ευκαιριακό έλεγχο να καταγράφει σχεδόν διπλάσιο κόστος ανά κερδισμένο έτος ζωής αλλά και ανά ποιοτικά προσαρμοσμένο κερδισμένο έτος ζωής (Πίνακας 2.3).

Σύμφωνα με τους ερευνητές, το αυξημένο κόστος του ευκαιριακού προσυμπτωματικού ελέγχου προκύπτει πρωτίστως από το υψηλότερο κόστος της μαστογραφίας και τη συχνότερη χρήση συμπληρωματικών διαγνωστικών εξετάσεων. Άλλες παράμετροι που σχετίζονται με την επίδοση και την ποιότητα επίσης συνεισφέρουν στο υψηλότερο κόστος του ευκαιριακού ελέγχου. Ανάμεσα σε αυτούς περιλαμβάνονται η έλλειψη εμπειρίας και η απουσία εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, η έλλειψη διεπιστημονικής προσέγγισης, η απουσία μηχανισμού ανατροφοδότησης των πληροφοριών, ο χαμηλότερος αριθμός διαγνώσεων και η έλλειψη ποιοτικού ελέγχου (de Gelder *et al.*, 2009). Όλα τα παραπάνω έχουν συχνά σαν αποτέλεσμα την ανάγκη λήψης επαναληπτικών μαστογραφιών και τη χρήση επιπλέον συμπληρωματικών διαγνωστικών εξετάσεων. Κατ' επέκταση, αυξάνεται σημαντικά το

κόστος της διάγνωσης και επιφέρονται καθυστερήσεις και ταλαιπωρία τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τις γυναίκες υπό έλεγχο. Αντίθετα, ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος που εφαρμόζεται συστηματικά σε οργανωμένες μονάδες από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας ενισχύει τη δυνατότητα διεπιστημονικής προσέγγισης και ανατροφοδότησης, οδηγεί σε αύξηση της επίδοσης και απόδοσης του ελέγχου, επιτρέπει τη μέγιστη αξιοποίηση του εξοπλισμού και του ανθρώπινου δυναμικού και ενισχύει το διαρκή έλεγχο και αξιολόγηση της ποιότητας (de Gelder *et al.*, 2009).

Πίνακας 2.3: *Οφέλη, κόστος και οικονομική αποτελεσματικότητα του ευκαιριακού και οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.*

Ο έλεγχος συνίσταται σε διενέργεια μαστογραφίας ανά δύο έτη σε γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών, με 80% συμμετοχή. Τα οφέλη αποτυπώνονται ως % μείωση θνησιμότητας και κερδισμένα έτη ζωής, ενώ η οικονομική αποδοτικότητα ως κόστος ανά κερδισμένο έτος ζωής και κόστος ανά ποιοτικά προσαρμοσμένο κερδισμένο έτος ζωής)

	Απουσία Προσυμπτωματικού Ελέγχου	Οργανωμένος Προσυμπτωματικός Έλεγχος	Ευκαιριακός Προσυμπτωματικός Έλεγχος
Μείωση θνησιμότητας (%)	-	25	23
Κερδισμένα έτη ζωής	21.290.900	+34.000	+33.700
Συνολικό κόστος (x10 <sup>6</sup> €)	1.239	+391	+796
Κόστος ανά κερδισμένο έτος ζωής	-	11.512	23.617
Κόστος ανά ποιοτικά προσαρμοσμένο κερδισμένο έτος ζωής	-	12.424	25.541

Πηγή: de Gelder *et al.*, 2009

Τα ευρήματα μεγάλων τυχαιοποιημένων μελετών και μετα-αναλύσεων, πως ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού είναι αποτελεσματικός στη μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο ενώ ταυτόχρονα μπορεί να είναι και οικονομικά αποδοτικός μέσα από τη σωστή οργάνωση και την ορθή εφαρμογή του, αποτέλεσαν έναυσμα για την έναρξη εθνικών προγραμμάτων σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Κράτη με μακρόχρονη παράδοση και εμπειρία στην πρόληψη, όπως η Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ολλανδία, εφήρμοσαν εθνικής εμβέλειας οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (de Koning *et al.*, 1995; Moss *et al.*, 1995). Αντίθετα, κράτη με μικρότερη εμπειρία ξεκίνησαν την εφαρμογή πιλοτικών προγραμμάτων στις αρχές της δεκαετίας του 1990 (de Waard *et al.*, 1994).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

### 3.1 Ευρωπαϊκές οδηγίες για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Αναγνωρίζοντας τη βαρύνουσα σημασία της συνεχώς αυξανόμενης επίπτωσης του καρκίνου του μαστού στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, η Ευρωπαϊκή Κοινότητα έχει θεσπίσει μια σειρά από συντονισμένες δράσεις, προγράμματα, ψηφίσματα και συστάσεις με σκοπό την προώθηση της πρόληψης και πρώιμης διάγνωσης της νόσου. Τα θεμέλια τέθηκαν το 1987 με την κατάρτιση του πρώτου προγράμματος δράσης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, «Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου», και εν συνεχεία με τη δημιουργία του «Δικτύου Ανίχνευσης Καρκίνου του Μαστού» το 1990 (Κατσανός, 2007). Το 2003 εκδόθηκαν οι Συστάσεις του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για την πρόληψη του καρκίνου, σύμφωνα με τις οποίες ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού πρέπει να προσφέρεται σε όλες τις γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών με χρήση μαστογραφίας ανά δύο έτη, στα πλαίσια των στρατηγικών δημόσιας υγείας των κρατών-μελών (Council of the European Union, 2003). Το ίδιο έτος, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο εξέδωσε το πρώτο Ψήφισμα για τον καρκίνο του μαστού, το οποίο αναθεωρήθηκε το 2006, ώστε να περιλαμβάνει τα νέα κράτη-μέλη στη διευρυμένη Ευρωπαϊκή Ένωση (European Parliament, 2006). Με το Ψήφισμα αυτό, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο κατέστησε σαφές πως η δράση κατά του καρκίνου του μαστού πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα των πολιτικών υγείας και προσκάλεσε όλα τα κράτη-μέλη να αναπτύξουν αποτελεσματικές στρατηγικές που θα παρέχουν υψηλής ποιότητας προσυμπτωματικό έλεγχο, διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Στόχος του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου ήταν η ολοκλήρωση της εφαρμογής προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέχρι το 2008, με σκοπό τη μελλοντική μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο κατά 25% και τον περιορισμό των αποκλίσεων στα ποσοστά επιβίωσης μεταξύ των κρατών-μελών κατά 5%. Επιπλέον, σε αυτό το Ψήφισμα θεμελιώθηκε το δικαίωμα όλων των γυναικών στην Ευρώπη, ανεξάρτητα από τον τόπο διαμονής τους, την κοινωνική τους κατάσταση, την ενασχόληση ή τη μόρφωσή τους, στην ισότιμη πρόσβαση σε άριστης ποιότητας πρόληψη, θεραπεία και παρακολούθηση για τον καρκίνο του μαστού, όπως αυτή καθορίζεται από τις Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές.

### *3.1.1 Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Γραμμές για τη Διασφάλιση της Ποιότητας του Προσυμπτωματικού Ελέγχου Ανίχνευσης και Διάγνωσης του Καρκίνου του Μαστού*

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο αναγνωρίζει πως το πλέον αποτελεσματικό μέσο για τον περιορισμό των ανισοτήτων στην περίθαλψη και για τη μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού είναι η διεξαγωγή προγραμμάτων πληθυσμιακού προσυμπτωματικού ελέγχου σε συνδυασμό με τη δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων μαστού. Ταυτόχρονα τονίζει την ανάγκη για την καθιέρωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων για τους επαγγελματίες υγείας και για τη σύγκλιση ελεγκτικών επιτροπών για τη διασφάλιση της ποιότητας, εφόσον η αποτελεσματικότητα του ελέγχου εξαρτάται από την επιδεξιότητα των επαγγελματιών υγείας που χειρίζονται τον εξοπλισμό και ερμηνεύουν τα αποτελέσματα και από την καλή κατάσταση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Σε αυτά τα πλαίσια, εξέδωσε τις «Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Γραμμές για τη Διασφάλιση της Ποιότητας του Προληπτικού Ελέγχου Ανίχνευσης και Διάγνωσης του Καρκίνου του Μαστού». Σκοπός είναι ο καθορισμός προτύπων και συστάσεων για τον υψηλής ποιότητας και αξιοπιστίας πληθυσμιακό προσυμπτωματικό έλεγχο, για τη σωστή διάγνωση καθώς και για την οργάνωση των εξειδικευμένων μονάδων μαστού, ώστε να επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή ιατρική πρακτική και περίθαλψη (European Commission, 2006; Perry *et al.*, 2008). Η πρώτη έκδοση των κατευθυντήριων γραμμών δημοσιεύθηκε το 1993, ενώ ακολούθησαν η δεύτερη, τρίτη και τέταρτη έκδοση το 1996, 2002 και 2005 αντίστοιχα, με την προσθήκη νέων κεφαλαίων. Οι κατευθυντήριες γραμμές δημιουργήθηκαν με τη συμβολή των σημαντικότερων Ευρωπαϊκών οργανώσεων κατά του καρκίνου, ενώ στην τέταρτη έκδοση συμμετείχαν πάνω από 200 επαγγελματίες, ασθενείς και εθελοντές από 23 χώρες.

### *3.1.2 Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού*

Η σύγχρονη επιστημονική θεώρηση του καρκίνου του μαστού συνιστά πως η αποτελεσματική και ολοκληρωμένη προσέγγιση της νόσου αποτελεί μία ενιαία διαδικασία, η οποία ξεκινάει από την πρόληψη και την πρόιμη διάγνωση, και εκτείνεται ως τη θεραπεία και την παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Ως εκ τούτου, ο προσυμπτωματικός έλεγχος δεν αποτελεί μια αυτόνομη αλληλουχία ενεργειών και δράσεων αλλά αποτελεί αναπόσπαστο μέρος κατά την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

### 3.1.3 Διαδικασία προσυμπτωματικού ελέγχου στα πλαίσια της ολοκληρωμένης αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού αποτελεί το πρώτο στάδιο κατά τη διαδικασία ολοκληρωμένης αντιμετώπισης της νόσου (Γράφημα 3.1) (Europa Donna, 2009). Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου είναι ο καθορισμός του πληθυσμού-στόχου και η αναγνώριση των γυναικών που εμπίπτουν σε αυτόν. Σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες, όταν ο προσυμπτωματικός έλεγχος διενεργείται οργανωμένα στα πλαίσια πολιτικής δημόσιας υγείας, αναφέρεται σε γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών και επαναλαμβάνεται ανά δύο έτη (International Agency for Research on Cancer, 2002; Perry *at al.*, 2008). Σε περίπτωση που, σε κάποιες χώρες ή κάποιες περιοχές, ο προσυμπτωματικός έλεγχος επεκτείνεται και σε γυναίκες μικρότερης ηλικίας, απαραίτητη είναι η ενημέρωση τους για τις δυνατότητες και τους περιορισμούς του ελέγχου σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, ενώ το μεσοδιάστημα ελέγχου ορίζεται στους 12-18 μήνες (International Agency for Research on Cancer, 2002; Khatib and Modjtabai, 2006; Advisory Committee on Cancer Prevention, 2000). Ταυτόχρονα, μεγίστης σημασίας θεωρείται η επικοινωνία με τον πληθυσμό-στόχο, ώστε οι γυναίκες να είναι σε θέση να λάβουν μια συνειδητή και αμερόληπτη απόφαση σε σχέση με την προσέλευσή τους στο πρόγραμμα, η οποία βασίζεται στην επιστημονικά τεκμηριωμένη πληροφόρηση και στην κατανόηση του σκοπού, της διαδικασίας, του οφέλους αλλά και των αρνητικών επιπτώσεων που ενδεχομένως προκύψουν (Europa Donna, 2009). Πέρα από τα παραπάνω, η άρτια ενημέρωση και κατανόηση των ζητημάτων που σχετίζονται με τον προσυμπτωματικό έλεγχο έχει ηθικές και νομικές προεκτάσεις, καθώς σε πολλά κράτη απαιτείται η κατάθεση εντύπου συγκατάθεσης προκειμένου μία γυναίκα να συμμετάσχει σε αυτόν (International Agency for Research on Cancer, 2002).

Το επόμενο στάδιο κατά τη διαδικασία του προσυμπτωματικού ελέγχου αποτελεί η προσωπική πρόσκληση των γυναικών που εμπίπτουν στον πληθυσμό-στόχο για συμμετοχή στο πρόγραμμα. Η πρόσκληση μπορεί να γίνει με επιστολή, τηλεφωνικά ή με συνδυασμό των δύο (Khatib and Modjtabai, 2006). Σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες, αποστέλλεται έγγραφη επιστολή πρόσκλησης συνοδευόμενη από ενημερωτικό φυλλάδιο με γενικές πληροφορίες αλλά και ειδικές λεπτομέρειες αναφορικά με όλη την διαδικασία του προσυμπτωματικού ελέγχου (Europa Donna, 2009).

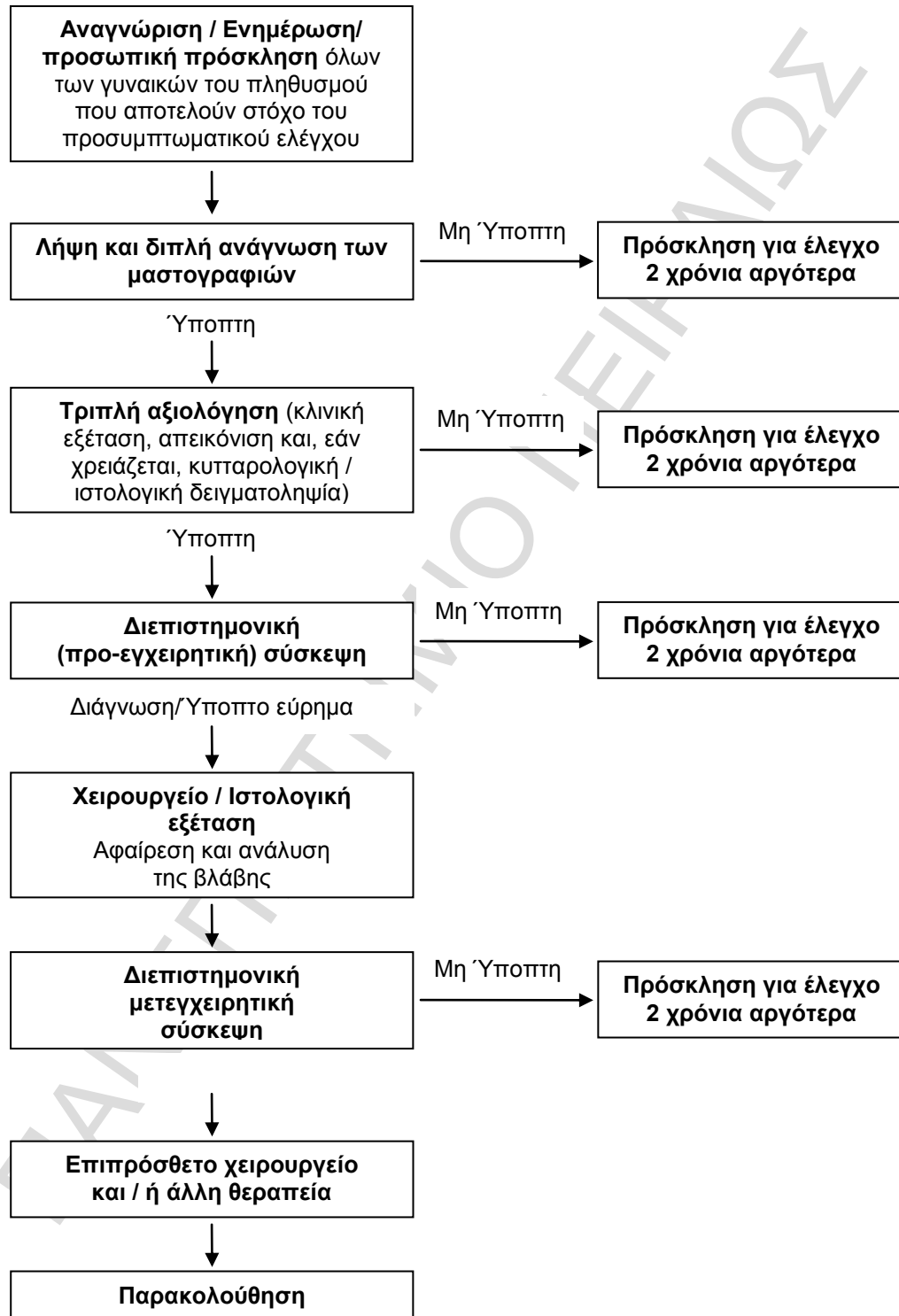
Ο προσυμπτωματικός έλεγχος διενεργείται σε οργανωμένα κέντρα (μονάδες μαστού), ενώ σε δυσπρόσιτες περιοχές συστήνεται να χρησιμοποιούνται κινητές μονάδες. Κατά την εμφάνιση μιας γυναίκας για έλεγχο, εφαρμόζεται η τεχνική της κλασικής

μαστογραφίας με απεικόνιση σε φιλμ, συνήθως δύο όψεων, από κατάλληλα εκπαιδευμένους και έμπειρους τεχνολόγους μαστού. Κάθε μαστογραφία πρέπει να αξιολογείται από δύο διαφορετικούς ακτινολόγους ανεξάρτητα, καθόσον αυτή η πρακτική βελτιώνει την πιθανότητα σωστής ανάγνωσης κατά 5-15% (Europa Donna, 2009). Σε περίπτωση αρνητικού ευρήματος, η γυναίκα ενημερώνεται τηλεφωνικά, μέσω επιστολής ή μέσω προσωπικής επαφής, και καλείται να επαναλάβει τον έλεγχο μετά από το προκαθορισμένο μεσοδιάστημα ελέγχου.

Τα προγράμματα οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου εφαρμόζονται σε άμεση διασύνδεση με κλινικές και κέντρα μαστού όλων των ειδικοτήτων για την παρακολούθηση και αντιμετώπιση των γυναικών με παθολογικά ευρήματα (Perry *et al.*, 2008). Σε περίπτωση ύποπτου ευρήματος, η γυναίκα υποβάλλεται σε περαιτέρω διερεύνηση της αλλοίωσης με τριπλή αξιολόγηση που περιλαμβάνει κλινική εξέταση, απεικονιστικό έλεγχο και, αν κρίνεται απαραίτητο, δειγματοληψία κυττάρων ή ιστού, υπό την καθοδήγηση του ακτινολόγου. Εφόσον η συνολική εικόνα κρίνεται φυσιολογική, η γυναίκα καλείται για επανέλεγχο μετά το μεσοδιάστημα ελέγχου. Σε αντίθετη περίπτωση, όπου οι εξετάσεις ενισχύουν την ύπαρξη ύποπτου ευρήματος, οι οδηγίες ορίζουν πως πρέπει να συγκληθεί διεπιστημονικό συμβούλιο με επαγγελματίες υγείας όλων των σχετιζόμενων ειδικοτήτων προκειμένου να αξιολογήσουν την κατάσταση και να αποφανθούν για τον περαιτέρω χειρισμό της ασθενούς. Η διαδικασία που ακολουθείται στη συνέχεια συγκαταλέγεται στην θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου και δεν αναλύεται περαιτέρω, καθώς εκτείνεται πέρα από το αντικείμενο της παρούσας μελέτης.

Οι Ευρωπαϊκές οδηγίες, αναγνωρίζοντας πως πρέπει να αποφεύγεται οποιαδήποτε καθυστέρηση κατά το στάδιο της διαγνωστικής διαδικασίας, καθορίζουν πως στο 90% των γυναικών με ενδείξεις ή συμπτώματα καρκίνου του μαστού πρέπει να κλείνεται ραντεβού εντός δύο εβδομάδων από τη στιγμή της αναφοράς. Επιπλέον, το 95% των γυναικών θα πρέπει να έχει αξιολογηθεί πλήρως το μέγιστο σε τρία ραντεβού (Europa Donna, 2009).

Γράφημα 3.1: Περιγραφή της διαδικασίας προσυμπτωματικού ελέγχου στα πλαίσια της ολοκληρωμένης αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες.



Πηγή: Europa Donna, 2009



### 3.2 Συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρώπης

Οι χώρες της Ευρώπης εφαρμόζουν διαφορετικούς τύπους συστημάτων υγείας, με επικρατούσες μορφές τα εθνικά συστήματα (τύπου Beveridge), τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark) και τα μεικτά συστήματα (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Το βασικό κριτήριο διάκρισης μεταξύ τους είναι η πηγή χρηματοδότησης. Στα εθνικά συστήματα η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από την άμεση και έμμεση φορολογία, στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης από τις υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων, ενώ στα μεικτά συστήματα και από τις δύο πηγές εξίσου. Τα εθνικά συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται από την κρατική, κατά κύριο λόγο, παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία διέπεται από τις αρχές της κοινωνικής πρόνοιας και αποσκοπεί στην ισότιμη, πλήρη και καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης. Στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι είτε δημόσια είτε ιδιωτική, η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης, ενώ έντονη είναι η κρατική παρέμβαση. Τα μεικτά συστήματα υγείας αποτελούν υβριδικές μορφές και συνδυάζουν χαρακτηριστικά των συστημάτων τύπου Beveridge και Bismark. Κλασικό παράδειγμα εθνικού συστήματος υγείας είναι αυτό της Μεγάλης Βρετανίας, της Σουηδίας και της Ισπανίας. Συστήματα κοινωνικής ασφάλισης συναντώνται συχνά σε χώρες της κεντρικής Ευρώπης, όπως η Γερμανία και η Γαλλία, ενώ μεικτά είναι τα συστήματα χωρών της νότιας Ευρώπης, όπως η Ιταλία και η Ελλάδα (Πίνακας 3.1).

Μετά το 1990, παρατηρήθηκε μία έντονη τάση για μεταρρύθμιση και αναδιοργάνωση των συστημάτων υγείας στις χώρες της Ευρώπης, με κύρια επιδίωξη τη μείωση του ρόλου του δημόσιου τομέα και τη διεύρυνση της συμμετοχής του ιδιωτικού (Micheli *et al.*, 2003). Οι μεταρρυθμίσεις κινήθηκαν σε τέσσερις βασικούς άξονες: στη διαμόρφωση νέων σχέσεων κράτους και αγοράς, στην ανάπτυξη αποκεντρωμένων μορφών διοίκησης, στην ενδυνάμωση της θέσης και των επιλογών των ασθενών και στην αναβάθμιση της δημόσιας υγείας και των εξωνοσοκομειακών μορφών περίθαλψης (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Οι δομικές αυτές αλλαγές στηρίχθηκαν αφενός στην παρατήρηση ότι η ζήτηση και οι δαπάνες υγείας αυξάνονται διαρκώς σε ένα περιβάλλον περιορισμένων πόρων και αφετέρου στην αντίληψη ότι ο δημόσιος τομέας είναι οικονομικά λιγότερο αποδοτικός σε σχέση με τον ιδιωτικό. Η τάση για ενδυνάμωση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα ήταν περισσότερο αισθητή στα συστήματα υγείας χωρών της ανατολικής Ευρώπης, όπως η Τσεχία, η Εσθονία και η Πολωνία. Αντίθετα, οι χώρες της βόρειας Ευρώπης, όπως η Δανία, η Ισλανδία και η Φινλανδία, προώθησαν

μεταρρυθμίσεις οι οποίες διατηρούν και, σε ορισμένες περιπτώσεις, ενισχύουν το δημόσιο χαρακτήρα των συστημάτων υγείας τους. Άλλες χώρες, ανάμεσα στις οποίες συγκαταλέγονται η Μεγάλη Βρετανία και η Μάλτα, μείωσαν μεν τη συμμετοχή του δημοσίου τομέα αλλά τα συστήματα υγείας τους παρέμειναν εθνικά. Πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Γαλλία, Γερμανία, Αυστρία, Πορτογαλία κ.αλ.), δεν έχουν ακόμα προωθήσει ουσιαστικές αλλαγές στη δομή και οργάνωση των συστημάτων υγείας τους (Micheli *et al.*, 2003).

Ειδικότερα όσον αφορά στη φροντίδα υγείας ασθενών με καρκίνο, ο ρόλος του δημοσίου τομέα δεν υποβαθμίστηκε ιδιαίτερα, παρά τις προωθούμενες αλλαγές στην ισορροπία δημοσίου και ιδιωτικού χαρακτήρα των συστημάτων υγείας. Ακόμα και σε ορισμένες περιπτώσεις όπου παρατηρήθηκε δραστική μείωση της συμμετοχής του δημοσίου τομέα, αυτή συνοδεύτηκε από σημαντικές πρωτοβουλίες δημόσιου χαρακτήρα, όπως η έναρξη προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου ή η βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών στη θεραπεία (Micheli *et al.*, 2003). Γενικότερα επικρατεί η εντύπωση ότι η εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο είναι ευκολότερη σε κράτη με ενιαίο οργανωμένο σύστημα δημόσιας υγείας παρά σε αυτά με αποκεντρωτικά συστήματα.

Πίνακας 3.1: Συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρώπης.

<b>Κράτος</b>	<b>Ην. Βασίλειο</b>	<b>Σουηδία</b>	<b>Γερμανία</b>	<b>Γαλλία</b>	<b>Ιταλία</b>	<b>Ελλάδα</b>
<b>Μοντέλο</b>	Beveridge	Beveridge	Bismark	Bismark	Μεικτό	Μεικτό
<b>Χρηματοδότηση</b>	Γενική φορολογία	Γενική φορολογία	Κοινωνική ασφάλιση	Κοινωνική ασφάλιση	Γενική φορολογία και κοινωνική ασφάλιση	Γενική φορολογία και κοινωνική ασφάλιση
<b>Δαπάνες Υγείας</b>	Χαμηλές	Χαμηλές	Υψηλές	Υψηλές	Υψηλές	Υψηλές
<b>Διοίκηση</b>	Υπ. Υγείας, Υγειονομικές Περιφέρειες, Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές	Υπ. Υγείας, Εθνικό Συμβούλιο Υγείας, Περιφερειακά και Δημοτικά Συμβούλια	Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση, Υπ. Υγείας, Ομοσπονδιακά κρατίδια	Υπ. Υγείας, Περιφερειακά και Δημοτικά Συμβούλια	Εθνική Κυβέρνηση, Περιφερειακές και Τοπικές Αρχές	Υπ. Υγείας, Κεντρικό Εθνικό Συμβούλιο Υγείας, Περιφερειακά και Δημοτικά Συμβούλια
<b>Κάλυψη Υγείας</b>	Καθολική και δωρεάν	Ισοτίμη και δωρεάν	Σχεδόν πλήρης	Πλήρης	Πλήρης	Πλήρης
<b>Αποδοτικότητα/ Αποτελεσματικότητα</b>	Υψηλή	Υψηλή	Υψηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή
<b>Προβλήματα</b>	Μονοπώλια, λίστες αναμονής, ανισότητες στην πρόσβαση	Χαμηλή ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, περιορισμός επιλογής ιατρού	Πολυδιάσπαση φορέων	Χαμηλή ανάπτυξη συστημάτων φροντίδας για ηλικιωμένους και χρόνια πάσχοντες	Γραφειοκρατία, ανισότητες, περιορισμένη πρόσβαση σε κάποιες ειδικότητες	Ανισότητες, λίστες αναμονής, άτυπες πληρωμές, γραφειοκρατία
<b>Κρατική Παρέμβαση</b>	Μερική	Μερική	Έντονη	Έντονη	Μερική	Έντονη

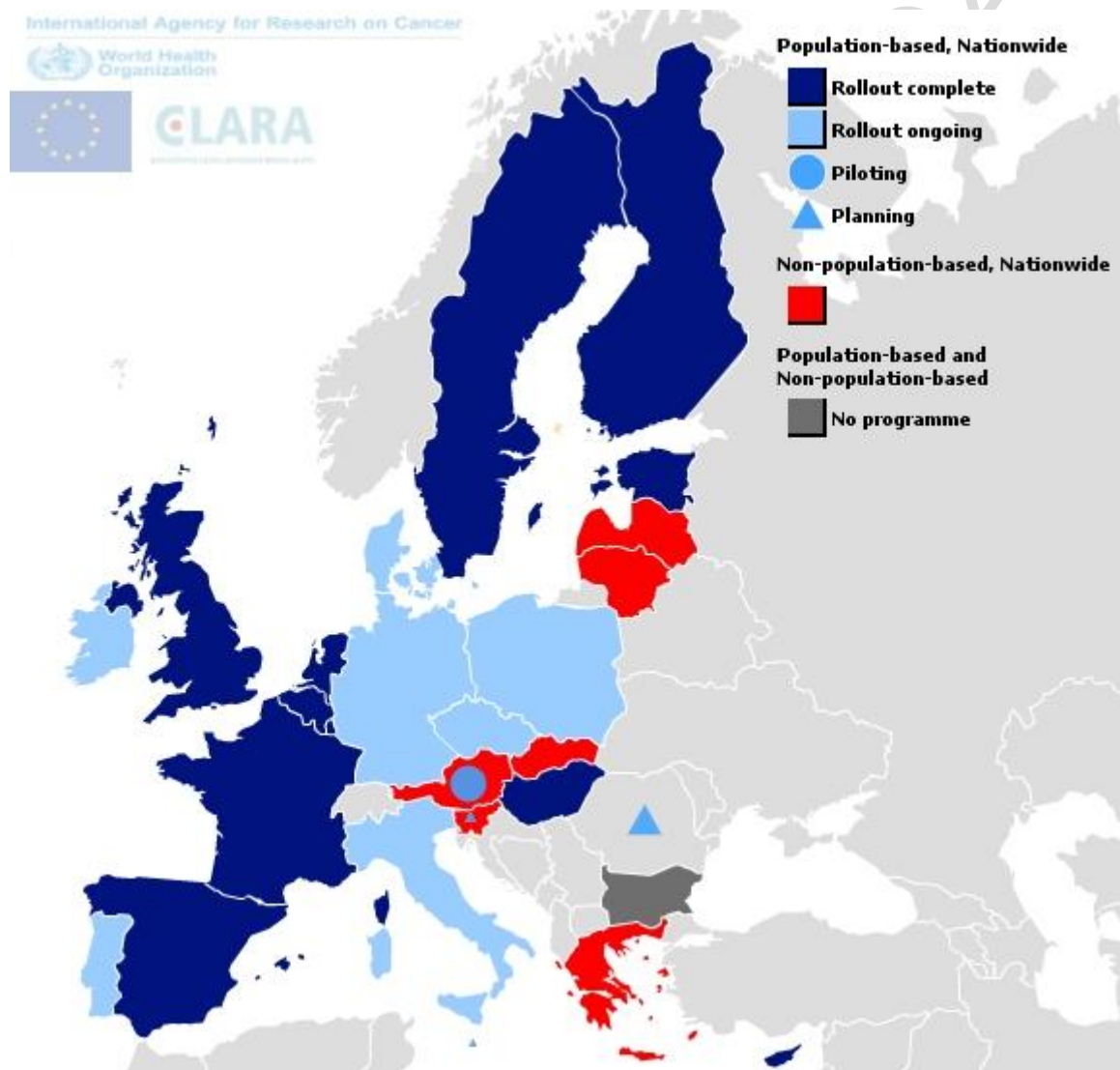
Πηγή: Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 20007

### 3.3 Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στις χώρες της Ευρώπης

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στις χώρες της Ευρώπης συνίσταται είτε σε οργανωμένο είτε σε ευκαιριακό έλεγχο. Στις χώρες που ασκείται οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος, η εφαρμογή του μπορεί να είναι σε περιφερειακό ή εθνικό επίπεδο. Επιπλέον, σε ορισμένες περιπτώσεις, ο οργανωμένος έλεγχος μπορεί να βρίσκεται σε στάδιο πιλοτικής εφαρμογής με στόχο να επεκταθεί μελλοντικά σε περιφερειακή ή σπανιότερα εθνική εμβέλεια. Μέχρι το 2007, 26 κράτη-μέλη της ΕΕ-27 είχαν διατυπώσει σαφή κυβερνητική πολιτική ή συστάσεις αναφορικά με τη διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, με μοναδική εξαίρεση τη Βουλγαρία. Μεταξύ αυτών, 21 κράτη-μέλη (Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Δανία, Εσθονία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Κύπρος, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Ουγγαρία, Ολλανδία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβενία, Σουηδία, Τσεχία, Φινλανδία) εφαρμόζουν ή βρίσκονται σε διαδικασία σχεδιασμού και υλοποίησης προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου. Τα υπόλοιπα 5 κράτη-μέλη (Αυστρία, Ελλάδα, Λετονία, Λιθουανία και Σλοβακία) εφαρμόζουν ευκαιριακό προσυμπτωματικό έλεγχο, ενώ η Αυστρία διενεργεί ταυτόχρονα μία πιλοτική εφαρμογή ενός προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου (Γράφημα 3.2) (European Cancer Observatory, 2011).

Όσον αφορά στο στάδιο εφαρμογής του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου, η διαδικασία είχε ήδη ολοκληρωθεί σε 11 κράτη-μέλη (Βέλγιο, Γαλλία, Εσθονία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία, Κύπρος, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Ουγγαρία, Σουηδία και Φινλανδία), ενώ είναι σε εξέλιξη σε 7 (Γερμανία, Δανία, Ιρλανδία, Ιταλία, Πολωνία, Πορτογαλία και Τσεχία). Ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος βρίσκεται στο στάδιο του σχεδιασμού σε 3 κράτη-μέλη (Μάλτα, Ρουμανία και Σλοβενία) και σε πιλοτική εφαρμογή στην Αυστρία (European Cancer Observatory, 2011). Σημειώνεται πως η εφαρμογή του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου θεωρείται ολοκληρωμένη όταν όλα τα στάδια της διαδικασίας είναι πλήρως λειτουργικά και τουλάχιστον το 90% του πληθυσμού-στόχου του έχει προσκληθεί (von Karsa, 2010).

Γράφημα 3.2: Συνοπτική παρουσίαση του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 2007. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος διακρίνεται σε οργανωμένο (population-based) και ευκαιριακό (non-population-based). Ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να βρίσκεται σε τέσσερα στάδια εφαρμογής; ολοκληρωμένος (rollout complete), σε εξέλιξη (rollout ongoing), σε πιλοτικό στάδιο (piloting) και στο στάδιο του σχεδιασμού (planning).



Πηγή: European Cancer Observatory, 2011

### 3.3.1 Διαφορές μεταξύ των προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στις χώρες της Ευρώπης

Ποικιλομορφία παρατηρείται μεταξύ των προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού που εφαρμόζονται στις χώρες της Ευρώπης, ανάλογα με τις πηγές χρηματοδότησής τους, το σύστημα υγείας και τη

νοοτροπία του πληθυσμού (International Agency for Research on Cancer, 2002). Παρόλο που όλα τα προγράμματα έχουν κάποια βασικά κοινά χαρακτηριστικά, διαπιστώνονται διαφορές σε μια σειρά από παραμέτρους, οργανωτικές, δομικές ή λειτουργικές. Για παράδειγμα, η κυβερνητική πολιτική άλλοτε ορίζεται σε εθνικό και άλλοτε σε περιφερειακό επίπεδο. Αντίστοιχα, σε ορισμένα κράτη οι διοικητικές αρμοδιότητες είναι συγκεντρωμένες σε μια εθνική κυβερνητική δομή, σε μικρότερες περιφερειακές, ή κατανέμονται σε ειδικές επιτροπές υγείας. Ο πληθυσμός-στόχος μπορεί να επιλέγεται βάσει γεωγραφικής κατανομής, μητρώων ψηφοφόρων, εθνικών πληθυσμιακών μητρώων ή μητρώων ασφαλιστικών φορέων. Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στα προγράμματα μπορεί να είναι διαφόρων ειδικοτήτων και να εργάζονται στα πλαίσια διεπιστημονικών ομάδων ή αυτόνομα. Επιπλέον, η διασφάλιση της ποιότητας των προγραμμάτων μπορεί να εμπίπτει στις αρμοδιότητες της διοικητικής ομάδας ή να επιτελείται από ανεξάρτητες αρχές.

#### 3.3.1.1 Εμβέλεια, οργάνωση, χρηματοδότηση

Τα πρώτα προγράμματα οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού ξεκίνησαν κατά την περίοδο 1986-89 στο Ηνωμένο Βασίλειο και τις Σκανδιναβικές χώρες (Shapiro *et al.*, 1998). Ταυτόχρονα και στα πλαίσια του προγράμματος «Ευρώπη κατά του Καρκίνου», πιλοτικά προγράμματα τέθηκαν σε εφαρμογή σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται η Γαλλία, η Ελλάδα, η Πορτογαλία και η Ισπανία, ενώ στη συνέχεια ακολούθησαν η Δανία, η Γερμανία, η Ιταλία και το Λουξεμβούργο (de Waard *et al.*, 1994). Οι περισσότερες πιλοτικές εφαρμογές μετατράπηκαν αργότερα σε περιφερειακά ή εθνικά προγράμματα (Πίνακας 3.2).

Σε χώρες με εθνικά συστήματα υγείας ή με έντονη κρατική συμμετοχή, ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι συνήθως οργανωμένος κεντρικά, ενώ η προσφορά των υπηρεσιών πρόληψης είναι διακριτή από την προσφορά άλλων υπηρεσιών υγείας και παρέχεται σε ξεχωριστές, εξειδικευμένες, σταθερές ή κινητές μονάδες μαστού. Η διοίκηση και διαχείριση των προγραμμάτων γίνεται είτε σε εθνικό είτε σε τοπικό επίπεδο. Αντίθετα, σε χώρες με συστήματα υγείας όπου ο ιδιωτικός και ο δημόσιος τομέας υγείας συνυπάρχουν, ο προσυμπτωματικός έλεγχος παρέχεται στα πλαίσια της ευρύτερης φροντίδας υγείας, σε εξειδικευμένες μονάδες εντός των υπάρχουσών υποδομών ή σε συμβεβλημένα ιδιωτικά κέντρα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο βαθμός παρέμβασης του κράτους παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις, και μπορεί να κυμαίνεται από τη μηδενική

συμμετοχή έως τον αυστηρό έλεγχο των προγραμμάτων, τη διαπίστευση των επαγγελματιών υγείας και των μονάδων μαστού, τη θέσπιση κανονισμών και τη διαρκή αποτίμηση. Το σύστημα οργάνωσης και διαχείρισης των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου μπορεί να είναι συγκεντρωτικό, μερικώς συγκεντρωτικό ή αποκεντρωμένο, ανάλογα με την κυβερνητική πολιτική και το πρωτόκολλο εφαρμογής (Πίνακας 3.2). Σε χώρες όπου η κυβερνητική πολιτική και το πρωτόκολλο εφαρμογής είναι κοινά, η οργάνωση και διαχείριση του προγράμματος είναι συγκεντρωτική. Σε περιπτώσεις όπου υπάρχει ενιαία εθνική πολιτική αλλά το πρωτόκολλο εφαρμογής ελέγχεται τοπικά, το σύστημα είναι μερικώς συγκεντρωτικό. Τέλος, σε κράτη όπου εφαρμόζονται διαφορετικές πολιτικές ανά περιοχή, το σύστημα χαρακτηρίζεται ως αποκεντρωμένο (International Agency for Research on Cancer, 2002).

Στα πλαίσια των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, η μαστογραφία άλλοτε προσφέρεται στον πληθυσμό-στόχο απολύτως δωρεάν και άλλοτε αποζημιώνεται από το κράτος ή τους ασφαλιστικούς φορείς. Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων ποικίλει στις Ευρωπαϊκές χώρες και στηρίζεται στη γενική φορολογία, στις ασφαλιστικές εισφορές και σπανιότερα σε δωρεές από μη κερδοσκοπικές οργανώσεις και ερευνητικά προγράμματα. Σε πολλές χώρες, μέρος των εξόδων καλύπτεται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, είτε με τη μορφή ιδιωτικής δαπάνης είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλειας (Πίνακας 3.2). Τα λειτουργικά κόστη των μονάδων μαστού και τα έξοδα μισθοδοσίας των επαγγελματιών υγείας καλύπτονται από τη γενική φορολογία, στην πλειονότητα των περιπτώσεων (International Agency for Research on Cancer, 2002).

Πίνακας 3.2: Οργανωτικές, δομικές και χρηματοδοτικές διαφορές μεταξύ των προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού. στις χώρες της Ευρώπης.

Χώρα	Εφαρμογή	Αριθμός Προγραμμάτων	Έτος Έναρξης (εθνικό επίπεδο)	Σύστημα Οργάνωσης- Διαχείρισης	Χρηματοδότηση
Αυστρία	Περιφερειακή	2	1999	Συγκεντρωτικό	Μεικτή
Βέλγιο	Περιφερειακή	2	1989/1992	Αποκεντρωμένο	Εισφορές
Γαλλία	Εθνική	32 (100)	1989 (2002)	Μερικώς Συγκεντρωτικό	Φορολογία, Εισφορές, ΜΚΟ
Γερμανία	Εθνική	1	2005	Συγκεντρωτικό	Ιδ. Δαπάνη, Ιδ. Ασφάλεια
Δανία	Περιφερειακή	2	1991-1993	Συγκεντρωτικό	Φορολογία
Ελβετία	Περιφερειακή	3	1999	Αποκεντρωμένο	Φορολογία, Ιδ. Ασφάλεια
Ελλάδα	Πιλοτική	2	1989	Μερικώς Συγκεντρωτικό	Φορολογία, Εισφορές
Ην. Βασίλειο	Εθνική	1	1988 (1994)	Μερικώς Συγκεντρωτικό	Φορολογία
Ιρλανδία	Περιφερειακή	1	1989	Συγκεντρωτικό	Φορολογία, Ιδ. Ασφάλεια
Ισλανδία	Εθνική	1	1987 (1989)	Συγκεντρωτικό	-
Ισπανία	Περιφερειακή	4	1990	Συγκεντρωτικό	Φορολογία, Εισφορές
Ιταλία	Περιφερειακή	>100	1985-93	Αποκεντρωμένο	Φορολογία, Εισφορές
Λουξεμβούργο	Εθνική	1	1992	Μερικώς Συγκεντρωτικό	Εισφορές
Νορβηγία	Περιφερειακή	1	1996	Μερικώς Συγκεντρωτικό	Εισφορές
Ολλανδία	Εθνική	1	1989 (1997)	Μερικώς Συγκεντρωτικό	Φορολογία
Ουγγαρία	Πιλοτική	1	1991	Συγκεντρωτικό	-
Πορτογαλία	Περιφερειακή	1	1990	Μερικώς Συγκεντρωτικό	Φορολογία, Εισφορές
Σουηδία	Εθνική	27	1986 (1997)	Μερικώς Συγκεντρωτικό	Φορολογία, Ιδ. Δαπάνη
Φινλανδία	Εθνική	1	1986 (1989)	Συγκεντρωτικό	Φορολογία, Εισφορές

Πηγή: International Agency for Research on Cancer, 2002; Shopper and de Wolf, 2009; Giorgi *et al.*, 2010; Käab *et al.*, 2006



### 3.3.1.2 Πληθυσμός-στόχος, μεσοδιάστημα και μέθοδος ελέγχου

Στην Ευρώπη, η πλειονότητα των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού απευθύνεται σε γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών (Πίνακας 3.3). Σε μόλις πέντε χώρες, ο έλεγχος περιλαμβάνει άτομα νεαρότερης ηλικίας (40 ή 45 ετών), ενώ τρία προγράμματα έχουν προεκτείνει το ηλικιακό φάσμα μέχρι τα 74 έτη. Στη Γερμανία και την Πορτογαλία δεν έχει οριστεί ανώτατο όριο (International Agency for Research on Cancer, 2002). Όσον αφορά στο μεσοδιάστημα ελέγχου, αυτό συνήθως ορίζεται στα 2 έτη για γυναίκες άνω των 50 ετών, και στο 1 ή 1,5 έτος για γυναίκες μικρότερης ηλικίας ή με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού (Πίνακας 3.3). Εξαιρέση αποτελούν η Γερμανία και η Ουγγαρία, στις οποίες ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ετήσια, και το Ηνωμένο Βασίλειο όπου το μεσοδιάστημα ελέγχου έχει καθοριστεί στα 3 έτη (International Agency for Research on Cancer, 2002). Η κάλυψη του πληθυσμού-στόχου αντανακλά την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου και προκύπτει από το λόγο των γυναικών που έχουν πρόσβαση στον έλεγχο προς το σύνολο του πληθυσμού της χώρας που πληροί τα κριτήρια εισαγωγής. Πολύ μεγάλες διαφορές καταγράφονται μεταξύ των Ευρωπαϊκών προγραμμάτων όσον αφορά σε αυτή την παράμετρο (Πίνακας 3.3). Οι χώρες με εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου επιτυγχάνουν σχεδόν πλήρη κάλυψη του πληθυσμού-στόχου, με εξαίρεση τη Γαλλία. Αντίθετα, σε χώρες με περιφερειακά ή πιλοτικά προγράμματα, η κάλυψη του πληθυσμού είναι ιδιαίτερα χαμηλή και κυμαίνεται από 2 έως 40%.

Η μαστογραφία αποτελεί τη βασική μέθοδο πρώιμης ανίχνευσης σε όλα τα προγράμματα, ενώ σε επτά Ευρωπαϊκές χώρες συνοδεύεται και από κλινική εξέταση από εξειδικευμένους επαγγελματίες (Πίνακας 3.3) (International Agency for Research on Cancer, 2002). Στα πλαίσια βελτίωσης της ποιότητας, σε πολλά προγράμματα εφαρμόζεται η διπλή ανάγνωση των μαστογραφιών από δύο ακτινολόγους ανεξάρτητα. Σε άλλες χώρες, όπως η Ισλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, η διπλή ανάγνωση εφαρμόζεται δειγματοληπτικά σε μεγάλο ποσοστό των μαστογραφιών, ενώ στη Γαλλία μόνο σε περιπτώσεις αρνητικού ευρήματος μετά την πρώτη ανάγνωση (International Agency for Research on Cancer, 2002). Σε όλες τις χώρες, τα ευρήματα του προσυμπτωματικού ελέγχου, αρνητικά ή θετικά, ανακοινώνονται κατ' ιδίαν στις γυναίκες, εκτός από το Λουξεμβούργο όπου αποστέλλονται μόνο στον αρμόδιο ιατρό. Σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες, τα αποτελέσματα αποστέλλονται ταυτόχρονα και στον αρμόδιο ιατρό (International Agency for Research on Cancer, 2002).

### 3.3.1.3 Σύστημα πρόσκλησης και επανάκλησης

Όλα τα προγράμματα οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου εμπεριέχουν σύστημα πρόσκλησης του καθορισμένου πληθυσμού-στόχου μέσα από την ταχυδρομική αποστολή έγγραφης πρόσκλησης συμμετοχής. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή του συστήματος πρόσκλησης είναι η ύπαρξη ενημερωμένων και ολοκληρωμένων πληθυσμιακών μητρώων. Ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες διενεργούν ταυτόχρονα εκστρατείες ενημέρωσης, κυρίως μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, για την πληροφόρηση και πρόσκληση των γυναικών. Επίσης, σημαντική κρίνεται η συμμετοχή των γενικών ιατρών και γυναικολόγων, οι οποίοι συχνά ενημερώνουν και παραπέμπουν τις γυναίκες για προσυμπτωματικό έλεγχο. Οι παραπάνω δράσεις θεωρούνται καταλυτικές για την επίτευξη υψηλής συμμετοχής του πληθυσμού-στόχου στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Στις διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες καταγράφονται μεγάλες διαφορές στα ποσοστά συμμετοχής των γυναικών στα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, με τις υψηλότερες τιμές να παρατηρούνται στις Σκανδιναβικές χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ισπανία (Πίνακας 3.3) (International Agency for Research on Cancer, 2002). Οι αποκλίσεις αυτές εν μέρει αποδίδονται σε διαφορές μεταξύ των προγραμμάτων σε παραμέτρους που σχετίζονται με την ενημέρωση και πρόσκληση του πληθυσμού-στόχου, αλλά εξίσου σημαντική θεωρείται η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των πολιτών γενικότερα σε ζητήματα δημόσιας υγείας και πρόληψης.

Η επανάκληση των γυναικών θεωρείται βασική συνιστώσα για την επιτυχία και αποδοτικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου. Κατ' επέκταση, είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός αποτελεσματικού συστήματος το οποίο δε θα επιτρέπει τη διαφυγή των γυναικών από την παρακολούθηση, κυρίως μετά από την ανίχνευση ύποπτου ή θετικού ευρήματος. Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες εκτός από τη Δανία, τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου περιλαμβάνουν πρωτόκολλα για την παρακολούθηση γυναικών με θετικά ευρήματα (International Agency for Research on Cancer, 2002). Επιπλέον, όλα τα προγράμματα εμπεριέχουν σύστημα καταγραφής και συλλογής των ευρημάτων του προσυμπτωματικού ελέγχου, των αποτελεσμάτων των συμπληρωματικών διαγνωστικών εξετάσεων και των νεοδιαγνωσμένων περιστατικών καρκίνου. Σε κάποιες Ευρωπαϊκές χώρες, τα δεδομένα αυτά χρησιμοποιούνται για την δημιουργία εθνικών ή περιφερειακών μητρώων ασθενών με καρκίνο του μαστού (Πίνακας 3.3) (International Agency for Research on Cancer, 2002).

#### 3.3.1.4 Διασφάλιση ποιότητας

Η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί σημαντική παράμετρο για την επιτυχή εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου και την επίτευξη μείωσης της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού. Η διασφάλιση ποιότητας καλύπτει όλα τα στάδια του προσυμπτωματικού ελέγχου και διακρίνεται στον εξωτερικό έλεγχο, στον έλεγχο ποιότητας, στον έλεγχο των διαδικασιών και στην αποτίμηση των αποτελεσμάτων (Donabedian, 1980; Klabunde *et al.*, 2011).

Πολλές Ευρωπαϊκές χώρες έχουν υιοθετήσει τις Ευρωπαϊκές οδηγίες για τη διασφάλιση της ποιότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου, ενώ άλλες εφαρμόζουν εθνικές οδηγίες. Στην περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, ο εξωτερικός έλεγχος έχει ανατεθεί σε ειδική επιτροπή, η οποία συγκαλείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα που μπορεί να ποικίλουν από 1 φορά την εβδομάδα έως 1 φορά το χρόνο. Ο ποιοτικός έλεγχος του εξοπλισμού αποτελεί βασική διαδικασία διασφάλισης ποιότητας σχεδόν σε όλα τα προγράμματα. Ταυτόχρονα, στις περισσότερες χώρες απαιτείται προηγηθείσα εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, ενώ η εμπειρία και η εξειδίκευση αποτελούν προαπαιτούμενη συνθήκη σε λίγες. Σχεδόν όλα τα προγράμματα διαθέτουν ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής των δεδομένων. Επιπλέον, στις περισσότερες χώρες υπάρχει διασύνδεση μεταξύ των συστημάτων καταγραφής και των πληθυσμιακών μητρώων ασθενών με καρκίνο. Όσον αφορά στους δείκτες απόδοσης που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του προσυμπτωματικού ελέγχου, οι πιο συνήθεις είναι το ποσοστό συμμετοχής του πληθυσμού-στόχου, ο ρυθμός επανάκλησης, η θετική προγνωστική αξία της μαστογραφίας, η θετική προγνωστική αξία της βιοψίας, ο λόγος καλοήθειας προς κακοήθεια, ο ρυθμός διάγνωσης καρκίνου, το ποσοστό ανίχνευσης μη διηθητικού καρκινώματος του μαστού, το μέγεθος του όγκου και το ποσοστό διηθημένων λεμφαδένων. Σε χώρες με μεγάλη εμπειρία και δυνατότητα συλλογής αξιόπιστων δεδομένων, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ολλανδία, τα προγράμματα περιλαμβάνουν εκτίμηση και άλλων δεικτών της ευαισθησίας, ειδικότητας, οφέλους και κόστους του προσυμπτωματικού ελέγχου (International Agency for Research on Cancer, 2002).

Γενικότερα, επικρατεί η εντύπωση πως τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ευρώπη περιλαμβάνουν εκτενείς μηχανισμούς ελέγχου της ποιότητας και των διαδικασιών που σχετίζονται με την ανίχνευση και τη διάγνωση, αλλά ο έλεγχος της διαδικασίας συνολικά εμφανίζει ελλείψεις (International Agency for Research on Cancer, 2002).

Πίνακας 3.3: Χαρακτηριστικά του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στις χώρες της Ευρώπης.

Χώρα	Ηλικιακό Φάσμα (έτη)	Μεσοδιάστημα ελέγχου	% Κάλυψη πληθυσμού	Μέθοδος ελέγχου	% Ποσοστό Συμμετοχής	Μητρώο ασθενών
Βέλγιο	50-64 (69)	2	<25	Μαστογραφία, κλινική εξέταση	28	Όχι
Γαλλία	50-69 (74)	2	30	Μαστογραφία, κλινική εξέταση	50	Ναι (περιφερειακό)
Γερμανία	50-69	2	90	Μαστογραφία	53	Ναι (περιφερειακό)
Δανία	50-69	2	18	Μαστογραφία	71	Ναι
Ελβετία	50-69	2	-	Μαστογραφία	50	Ναι (περιφερειακό)
Ελλάδα	40/50-64	2	<25	Μαστογραφία, κλινική εξέταση	40	Όχι
Ην. Βασίλειο	50-70	3	100	Μαστογραφία	76	Ναι
Ιρλανδία	50-65	-	<25	Μαστογραφία	62	Όχι
Ισλανδία	40-69	2	100	Μαστογραφία, κλινική εξέταση	-	Ναι
Ισπανία	45-64	2	<25	Μαστογραφία	85	Ναι (περιφερειακό)

Χώρα	Ηλικιακό Φάσμα (έτη)	Μεσοδιάστημα ελέγχου	% Κάλυψη πληθυσμού	Μέθοδος ελέγχου	% Ποσοστό Συμμετοχής	Μητρώο ασθενών
Ιταλία	(45) 50-69 (70)	2	73	Μαστογραφία, κλινική εξέταση	60	Ναι (περιφερειακό)
Λουξεμβούργο	50-65	2	98	Μαστογραφία, κλινική εξέταση	56	-
Νορβηγία	50-69	2	40	Μαστογραφία	79	Ναι
Ολλανδία	50-69 (74)	2	75-100	Μαστογραφία	81	Ναι
Ουγγαρία	50-64	1	-	Μαστογραφία, κλινική εξέταση	-	Όχι
Πορτογαλία	40+	2	25-50	Μαστογραφία	34	Ναι (περιφερειακό)
Σουηδία	40 (50)- 69 (74)	1,5/2	100	Μαστογραφία	81	Ναι
Φινλανδία	50-59 (69)	2	100	Μαστογραφία	89	Ναι

Πηγή: International Agency for Research on Cancer, 2002; Biesheuvel, Weigel and Heindel, 2011; Giorgi *et al.*, 2010; NHS Cancer Screening Programmes, 2011

### 3.4 Ηνωμένο Βασίλειο

#### 3.4.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (National Health Service, NHS) αποτελεί το κλασικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge (Τούντας, 2001). Δημιουργήθηκε το 1948 και αποτέλεσε το πρώτο ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας με σκοπό την παροχή καθολικής και δωρεάν κάλυψης υγείας σε όλους τους πολίτες, με κριτήριο την ανάγκη τους για υπηρεσίες υγείας και όχι τη δυνατότητά τους να ανταποκριθούν στο οικονομικό κόστος (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 1998). Η κύρια ευθύνη για τη χρηματοδότηση και την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος εναποτίθεται στην κεντρική κυβέρνηση. Το NHS διοικείται και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για την υλοποίηση και εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής για την υγεία ενώ ταυτόχρονα θέτει τους στόχους, τις κατευθύνσεις και τις προτεραιότητες, και παρακολουθεί την απόδοση και επίδοση του συστήματος. Προέκταση του Υπουργείου σε περιφερειακό επίπεδο αποτελούν οι Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες αναλαμβάνουν το σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στην τρίτη βαθμίδα του συστήματος, τις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

Για τη χρηματοδότηση του NHS, οι πόροι κατανέμονται άμεσα από το Υπουργείο Υγείας στις Υγειονομικές Περιφέρειες σύμφωνα με τον ετήσιο προϋπολογισμό, και μέσω αυτών στις Περιφερειακές και Επαρχιακές Υγειονομικές Αρχές, οι οποίες διαδοχικά χρηματοδοτούν τα νοσοκομεία και τα χρηματοδοτικά ταμεία των γενικών ιατρών (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Οι υγειονομικές επαρχίες καλύπτουν όλο το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ως εκ τούτου, το εν λόγω σύστημα υγείας ενσωματώνει τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε έναν ενιαίο οργανισμό. Η πλειονότητα των υπηρεσιών υγείας παρέχεται από τους οικογενειακούς ιατρούς και τα δημόσια νοσοκομεία, ενώ κάποιες υπηρεσίες δημόσιας υγείας και πρόληψης προσφέρονται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007; Micheli *et al.*, 2003).

Το NHS έχει υποστεί αρκετές μεταρρυθμίσεις στα χρόνια λειτουργίας του, με σημαντικότερη αυτή του 1991, η οποία αποσκοπούσε στην εισαγωγή στοιχείων της αγοράς και του ανταγωνισμού, ώστε να επιτευχθεί βελτίωση της αποδοτικότητας με ταυτόχρονο περιορισμό του κόστους (Department of Health, 1989). Ο κεντρικός άξονας της μεταρρύθμισης ήταν ο διαχωρισμός της αγοράς των υπηρεσιών υγείας από την

παροχή αυτών, και επέφερε σημαντικές αλλαγές στον τρόπο διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκομείων και στο εργασιακό καθεστώς των επαγγελματιών υγείας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Αντίστοιχες αλλαγές επήλθαν και όσον αφορά στους μισθούς και στον τρόπο αμοιβής των οικογενειακών και νοσοκομειακών ιατρών. Οι αλλαγές που προέβλεπε η μεταρρύθμιση του 1991 είχαν ολοκληρωθεί μέχρι το 1996, αλλά μέχρι σήμερα επικρατεί η εντύπωση πως η εφαρμογή στοιχείων της αγοράς και του ανταγωνισμού στον τομέα της Υγείας μάλλον αποτυγχάνει, καθώς αποτελεί έναν χώρο με πολλές ιδιαιτερότητες (Sutton, 1994). Τα τελευταία χρόνια, η εσωτερική δομή του NHS έχει επίσης υποστεί ευρεία αναδιοργάνωση, η οποία αποβλέπει στην αποκέντρωση και στη διαχείριση των πόρων σε τοπικό επίπεδο (Micheli *et al.*, 2003).

#### 3.4.1.1 Υπηρεσίες φροντίδας καρκίνου

Με έναυσμα την παρατήρηση πως καρκινοπαθείς σε διαφορετικές περιοχές του Ηνωμένου Βασιλείου λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας που ποικίλουν σημαντικά μεταξύ τους τόσο σε ποιότητα όσο και σε είδος, το 1995 προτάθηκε η σύσταση δικτύου διεπιστημονικών ομάδων που θα εδράζονται σε εξουσιοδοτημένα κέντρα φροντίδας του καρκίνου, ώστε να διασφαλίσουν πως όλοι οι ασθενείς με καρκίνο έχουν ισότιμη πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας και αξιοπιστίας εξειδικευμένη φροντίδα υγείας (Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales, 2003). Στην ίδια κατεύθυνση, το 2000 εκδόθηκε το πρώτο εθνικό σχέδιο δράσης του NHS για τον καρκίνο (NHS Cancer Plan), το οποίο παρουσιάζει μια ενιαία στρατηγική που ενσωματώνει την πρωτογενή πρόληψη, τον προσυμπτωματικό έλεγχο, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα του καρκίνου (Department of Health, 2003). Το εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο είχε ως βασική προτεραιότητα την αύξηση της πενταετούς επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο σε επίπεδα συγκρίσιμα με άλλες χώρες της Ευρώπης μέχρι το 2010. Επιπλέον, αποβλέπει πως όλοι οι ασθενείς με καρκίνο λαμβάνουν κατάλληλη φροντίδα, υποστήριξη και θεραπεία, στοχεύει στη μείωση των ανισοτήτων και προωθεί τις επενδύσεις σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, εξοπλισμό, φάρμακα, θεραπείες, πληροφοριακά συστήματα και έρευνα.

#### 3.4.1.2 Μητρώα καρκίνου

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η διασύνδεση μεταξύ των πληροφοριακών συστημάτων των δημόσιων νοσοκομείων, των τοπικών γραφείων μητρώων καρκίνου και της εθνικής

στατιστικής υπηρεσίας της χώρας είναι υποχρεωτική και εφαρμόζεται συστηματικά από το 1993. Στην Αγγλία λειτουργούν εννέα γραφεία μητρώων καρκίνου, τα οποία μαζί με τα αντίστοιχα γραφεία της Σκωτίας, της Ουαλίας και της Βόρειας Ιρλανδίας, συντονίζονται από την Ένωση Μητρώων Καρκίνου του Ηνωμένου Βασιλείου (UK Association of Cancer registries, UKACR) για την προώθηση της καταγραφής των δεδομένων, την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών και εμπειρίας και την ενίσχυση της έρευνας. Μετά την εφαρμογή του εθνικού σχεδίου δράσης για τον καρκίνο, ο ρόλος των μητρώων καρκίνου έχει διευρυνθεί, καθώς αξιοποιούνται σε μελέτες και παρέχουν πολύτιμα στοιχεία που χρησιμοποιούνται κατά το σχεδιασμό και την παρακολούθηση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας του καρκίνου (Mitceli *et al.*, 2003). Τα μητρώα καρκίνου στο Ηνωμένο Βασίλειο επιδέχονται αναθεωρήσεις τακτικά, ώστε να βελτιώνονται διαρκώς και να εμπλουτίζονται με νέα δεδομένα.

#### *3.4.2 Εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο*

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το πρόγραμμα οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου (National Breast Screening Programme, NBSP) εγκαινιάστηκε το 1988 και σταδιακά επεκτάθηκε σε όλη τη χώρα, με αποτέλεσμα να έχει επιτύχει εθνική κάλυψη έως το 1994. Αρχικά ο πληθυσμός-στόχος ήταν γυναίκες ηλικίας 50-64 ετών, αλλά από τον Απρίλιο του 2001 περιλαμβάνει και γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, έως 70 ετών (Shopper and de Wolf, 2009). Το 2010, ξεκίνησε πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος σε γυναίκες ηλικίας 71-73 ετών, καθώς σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα υποδεικνύουν πως το 52% των νέων περιστατικών καρκίνου του μαστού αφορούν σε γυναίκες άνω των 70 ετών και συνήθως καταγράφουν χαμηλά ποσοστά επιβίωσης (NHS Cancer Screening Programmes, 2010). Ο έλεγχος συνίσταται στη διενέργεια μόνο μαστογραφίας. Επιπλέον, αποτελεί το μοναδικό πρόγραμμα σε όλη την Ευρώπη με μεσοδιάστημα ελέγχου τα 3 έτη (Shopper and de Wolf, 2009).

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας του Ηνωμένου Βασιλείου, κατά την περίοδο 1989-2006 παρατηρήθηκε μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού κατά 39% στις γυναίκες ηλικίας 50-64 ετών (Cancer Research UK, 2009). Εκτιμάται πως η σημαντική αυτή μείωση οφείλεται στην πρόωμη διάγνωση της νόσου, εξαιτίας της αυξημένης επίγνωσης των γυναικών και της εφαρμογής προσυμπτωματικού ελέγχου, και στην εισαγωγή νέων, αποτελεσματικών θεραπευτικών σχημάτων. Η συνεισφορά του προσυμπτωματικού ελέγχου στη μείωση της



θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού υπολογίζεται πως κυμαίνεται μεταξύ 6% και 15%, ανάλογα με τη διάρκεια συμμετοχής στον έλεγχο και τη χρήση μαστογραφίας μίας ή δύο όψεων (McCann, Duffy and Day, 2001; Blanks *et al.*, 2000). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης μελέτης στην περιοχή East Anglia, η εκτιμηθείσα μείωση της θνησιμότητας ανέρχεται σε 48% στις γυναίκες που συμμετείχαν στον προσυμπτωματικό έλεγχο και σε 35% στις γυναίκες που προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν (Allgood *et al.*, 2008).

Πίνακας 3.4: Δείκτες απόδοσης του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο, για το έτος 2009-2010.

	<b>Συνολικά</b>	<b>Πρώτος έλεγχος</b>	<b>Επαναλαμβανόμενοι έλεγχοι</b>
Συμμετοχή (%)	73,3	69,6	82,0
Επανάκληση (%)	4,2	8,2	3,2
Διαγνωσμένα περιστατικά καρκίνου	16.476	5,0/1000	6,2/1000
Διαγνωσμένα περιστατικά μη διηθητικού καρκίνου	3.257	2,0/1000	1,4/1000
Διαγνωσμένα περιστατικά διηθητικού καρκίνου <15 χιλ	6.939	3,0/1000	3,3/1000
Ανίχνευση (%)		83,0	88,8

Πηγή: NHS Cancer Screening Programmes, 2011

Σύμφωνα με την τελευταία ετήσια έκθεση του NHS, περισσότερες από 2,7 εκ. γυναίκες σε όλη τη χώρα προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού από τον Απρίλιο του 2009 έως τον Μάρτιο του 2010 (NHS Cancer Screening Programmes, 2011). Το ποσοστό συμμετοχής ανήλθε κατά μέσο όρο στο 73,3% (Πίνακας 3.4). Ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση πως σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχής καταγράφηκαν στην περιοχή του Λονδίνου (57%), φαινόμενο που παρατηρείται διαχρονικά και αποδίδεται στη μεγάλη ετερογένεια και κινητικότητα του συγκεκριμένου πληθυσμού. Το ποσοστό των γυναικών που επανακλήθηκε για περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο ανήλθε στο 4,2%, αλλά ήταν ιδιαίτερα

αυξημένο στις γυναίκες που συμμετείχαν στον έλεγχο για πρώτη φορά (8,2%) (Πίνακας 3.4). Το ποσοστό ανίχνευσης καρκίνου του μαστού εκτιμήθηκε στο 83% για τις γυναίκες που υποβλήθηκαν για πρώτη φορά σε έλεγχο και στο 88,8% για τις γυναίκες που υποβάλλονται σε επαναλαμβανόμενους ελέγχους ανά 3 έτη (Πίνακας 3.4).

### **3.5 Ιταλία**

#### *3.5.1 Σύστημα Υγείας στην Ιταλία*

Το σύστημα υγείας της Ιταλίας αποτελεί παράδειγμα ενός μεικτού συστήματος που συνδυάζει τη δημόσια κυρίως χρηματοδότηση με πόρους προερχόμενους από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση, και τη δημόσια και ιδιωτική παροχή. Ο υπεύθυνος φορέας για την υγεία είναι η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (Servizio Sanitario Nazionale, SSN), η οποία ιδρύθηκε το 1979 με στόχο την πλήρη κάλυψη του πληθυσμού μέσω των αρχών της κοινωνικής αλληλεγγύης και της δημόσιας ευθύνης (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

Το ιταλικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμό αποκέντρωσης και ιδιαίτερα γραφειοκρατική δομή με τρία επίπεδα παρέμβασης: την κεντρική κυβέρνηση, τις περιφερειακές και τις τοπικές αρχές (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Ο ρόλος της κεντρικής κυβέρνησης είναι περιορισμένος στο να καθορίζει το ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας που πρέπει να προσφέρονται σε όλη τη χώρα, να ορίζει τις προϋποθέσεις για χρήση του ιδιωτικού τομέα από τους πολίτες, και να κατανέμει τους πόρους στις περιφέρειες βάση των ετήσιων προϋπολογισμών. Η χώρα απαρτίζεται από 21 υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίες με τη σειρά τους διαιρούνται σε 228 Τοπικές Μονάδες Υγείας (Unitarie Sanitarie Locali, USL) (Τούντας, 2001). Οι περισσότερες αρμοδιότητες κατανέμονται στις περιφερειακές και τοπικές αρχές, οι οποίες αναλαμβάνουν το σχεδιασμό, την οργάνωση, τη διοίκηση, τη χρηματοδότηση και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας στις περιοχές που καλύπτουν. Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας διοικούνται από συμβούλια διορισμένα από τις τοπικές αρχές, γεγονός που έχει επιτρέψει την εντονότατη επιρροή και εμπλοκή των πολιτικών κομμάτων σε ζητήματα υγείας με πολλές αρνητικές συνέπειες (Mitseli *et al.*, 2003). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γενικούς γιατρούς, οι οποίοι αναλαμβάνουν τον έλεγχο της πρόσβασης των πολιτών στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

Κατά την τελευταία εικοσαετία, στο σύστημα υγείας της Ιταλίας προωθούνται πολλές σημαντικές αλλαγές, όπως η αντικατάσταση των διοικητικών συμβουλίων από managers, η εφαρμογή της αρχής του ισορροπημένου προϋπολογισμού, η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η εισαγωγή του συστήματος των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων στο κόστος των νοσοκομειακών υπηρεσιών, και η εφαρμογή στοιχείων της αγοράς. Η εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμίσεων δεν είναι ακόμα εφικτή, καθώς αρκετές από τις προωθούμενες αλλαγές μόλις τώρα αρχίζουν να παρουσιάζουν αποτελέσματα. Επιπλέον, πολιτικοί και κοινωνικοί παράγοντες καθυστερούν ή παρεμποδίζουν την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στη νότια Ιταλία (Mitseli *et al.*, 2003).

#### 3.5.1.1 Υπηρεσίες φροντίδας καρκίνου

Στην Ιταλία υπάρχουν επτά ινστιτούτα εξειδικευμένα για τον καρκίνο, τα οποία ασχολούνται με τη θεραπεία της νόσου ενώ επιτελούν και ερευνητικό έργο. Τα εν λόγω ιδρύματα χαρακτηρίζονται από αυτονομία, καθώς χρηματοδοτούνται απευθείας από το Υπουργείο Υγείας και δεν υπόκεινται σε έλεγχο από τις τοπικές ή τις περιφερειακές αρχές. Παρόλα αυτά είναι αξιοσημείωτο πως η πλειονότητα των ασθενών με καρκίνο δεν αντιμετωπίζεται σε αυτά τα ιδρύματα αλλά στα δημόσια νοσοκομεία (Mitseli *et al.*, 2003).

#### 3.5.1.2 Μητρώα καρκίνου

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1990, μόλις το 10% του πληθυσμού της Ιταλίας ήταν καταγεγραμμένο σε μητρώα, ποσοστό που άρχισε να αυξάνεται ραγδαία μετά το 2000. Τα περισσότερα γραφεία μητρώων καρκίνου εντοπίζονται στη βόρεια Ιταλία και ασχολούνται κυρίως με την εξαγωγή στατιστικών στοιχείων αναφορικά με την επίπτωση, τη θνησιμότητα και την επιβίωση από τη νόσο. Σημαντικό είναι το γεγονός πως υπάρχει διασύνδεση ανάμεσα στα μητρώα καρκίνου, τις υπηρεσίες υγείας και τα αρχεία των δήμων για την ολοκληρωμένη και ακριβή καταγραφή των δεδομένων (Mitseli *et al.*, 2003).

Στα πλαίσια της παρακολούθησης του προσυμπτωματικού ελέγχου, έχει ιδρυθεί η Ιταλική Ομάδα για τον Προσυμπτωματικό Έλεγχο του Καρκίνου του Μαστού (Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico, GISMa), με κύρια ευθύνη τη συστηματική συλλογή δεδομένων, την αξιολόγηση και την εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με

την αποτελεσματικότητα και την απόδοση των αντίστοιχων προγραμμάτων (Zappa, 2010). Η αξιολόγηση του προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ιταλία αποτελεί μια ιδιαίτερα δύσκολη διαδικασία, καθώς οι περιφέρειες διαθέτουν διαφορετικό επίπεδο οργάνωσης, διοίκησης και εμπειρίας, με συνέπεια να αδυνατούν να συνεισφέρουν ισότιμα ως προς τα δεδομένα που παρέχουν. Υπολογίζεται πως μόλις το 39% των προγραμμάτων είναι σε θέση να παρέχουν πλήρη δεδομένα, με την πλειονότητα αυτών να υλοποιούνται στην βόρεια και κεντρική Ιταλία. Από τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου που εφαρμόζονται στο νότο, μόλις το 7% διαθέτει πλήρη στοιχεία (Giorgi *et al.*, 2010).

### 3.5.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στην Ιταλία

Στην Ιταλία, ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού ξεκίνησε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, με τη μορφή πιλοτικών προγραμμάτων στη Φλωρεντία και στο Τορίνο (Paci *et al.*, 2005). Σήμερα εφαρμόζεται ένας μεγάλος αριθμός προγραμμάτων στις 21 υγειονομικές περιφέρειες (Πίνακας 3.5). Στην Ιταλία, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού αποτελεί ένα αποκεντρωτικό σύστημα, καθώς οι περιφέρειες διαθέτουν ιδιαίτερα μεγάλη αυτονομία στη διοίκηση, τη διαχείριση και τον έλεγχο των προγραμμάτων που εκπονούν. Ως εκ τούτου, σημαντικές διαφορές παρατηρούνται μεταξύ των προγραμμάτων που εφαρμόζονται στις διάφορες περιοχές της χώρας.

Στις περισσότερες περιφέρειες εφαρμόζεται έλεγχος με συνδυασμό μαστογραφίας και κλινικής εξέτασης, ανά δύο έτη σε γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών. Παρόλα, αυτά, αρκετά είναι τα προγράμματα που έχουν επεκτείνει το ηλικιακό φάσμα του πληθυσμού-στόχου συμπεριλαμβάνοντας γυναίκες μέχρι 70 ετών και γυναίκες μικρότερης ηλικίας 45-49 ετών (Giorgi *et al.*, 2010).

Κατά την περίοδο 2007-2008, τα προγράμματα οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ιταλία προσκάλεσαν σε έλεγχο τα δύο τρίτα (72.8%) του πληθυσμού-στόχου κατά μέσο όρο (Πίνακας 3.5). Μόλις τρεις περιφέρειες (Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna και Basilicata) προσκάλεσαν σε έλεγχο πάνω από το 95% των γυναικών που πληρούν τα κριτήρια συμμετοχής, υποδηλώνοντας πως ελάχιστες περιφέρειες έχουν τη δυνατότητα να ελέγξουν το σύνολο του πληθυσμού-στόχου μέσα σε μία διετία. Τα ποσοστά των γυναικών που προσκλήθηκαν σε έλεγχο μειώνονται σταδιακά από τις βόρειες προς τις νότιες περιφέρειες, επιβεβαιώνοντας παρατηρήσεις για αποκλίσεις μεταξύ των περιφερειών στην κάλυψη του πληθυσμού (Giorgi *et al.*, 2010).

Αντίστοιχες αποκλίσεις μεταξύ των ιταλικών περιφερειών καταγράφονται όσον

αφορά και στις υπόλοιπες παραμέτρους αξιολόγησης των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Τα ποσοστά συμμετοχής αγγίζουν οριακά τα αποδεκτά ποσοστά, όπως έχουν οριστεί για τα ιταλικά προγράμματα (Giordano *et al.*, 2006), συνολικά σε όλη την Ιταλία (60,4%), ενώ είναι ιδιαίτερα χαμηλά στις νότιες περιοχές και τα νησιά (38,2%) (Πίνακας 3.5). Τα χαμηλά ποσοστά συμμετοχής των γυναικών στη νότια Ιταλία εν μέρει αποδίδονται στο γεγονός ότι πολλά από αυτά ξεκίνησαν να εφαρμόζονται σχετικά πρόσφατα και βρίσκονται ακόμα σε φάση εξέλιξης. Επιπλέον, το συγκεκριμένο μέτρο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου επηρεάζεται σημαντικά από την ικανότητα των περιφερειών να παρέχουν πλήρη και αξιόπιστα δεδομένα. Σε πολλές περιπτώσεις, η αδυναμία κάποιων προγραμμάτων στη συλλογή και καταγραφή των δεδομένων μπορεί να οδηγεί σε υπερεκτίμηση ή υποεκτίμηση των πραγματικών στοιχείων (Giorgi *et al.*, 2010). Τέλος, ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται κατά την ερμηνεία των ποσοστών συμμετοχής σε περιφέρειες όπου υλοποιείται μεγάλος αριθμός προγραμμάτων ταυτόχρονα, καθώς η παρουσίαση του μέσου όρου της συμμετοχής του πληθυσμού-στόχου για το σύνολο των προγραμμάτων κάθε περιφέρειας συχνά καλύπτει τυχόν μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ τους (Giorgi *et al.*, 2010). Παρόλα τα παραπάνω, τα χαμηλά ποσοστά συμμετοχής του πληθυσμού-στόχου στις νότιες περιοχές της Ιταλίας αναδεικνύουν ζητήματα που σχετίζονται με την επικοινωνία και την ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα πρόληψης (Giordano *et al.*, 2005).

Περαιτέρω ανάλυση των στοιχείων καταδεικνύει ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος στην Ιταλία καταγράφει υψηλά ποσοστά επανάκλησης τόσο σε εθνικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο, ιδιαίτερα κατά τον πρώτο έλεγχο. Συγκεκριμένα, το 64,7% των προγραμμάτων καταγράφει ποσοστά επανάκλησης άνω του 7% (Πίνακας 3.5). Τα ευρήματα μετά από επαναλαμβανόμενους ελέγχους είναι σαφώς καλύτερα, καθώς η πλειοψηφία των περιφερειών είναι εντός των αποδεκτών ορίων του 5%. Εξαίρεση αποτελούν πολλές περιφέρειες στη νότια Ιταλία και στα νησιά και αρκετές στην κεντρική Ιταλία (Πίνακας 3.5) (Giorgi *et al.*, 2010).

Όσον αφορά στα ποσοστά ανίχνευσης καρκίνου, θεωρούνται ικανοποιητικά και σε συμφωνία με τα αντίστοιχα Ευρωπαϊκά πρότυπα. Τα ποσοστά ανίχνευσης ανά περιφέρεια κυμαίνονται από 3,4 έως 10,4% για τον πρώτο έλεγχο και από 2,1 έως 6,2% για τους επαναλαμβανόμενους ελέγχους (Πίνακας 3.5). Οι παρατηρούμενες αποκλίσεις μεταξύ των ιταλικών περιφερειών αποδίδονται στη διαφορετική επίπτωση της νόσου ανά περιοχή, σε διαφορές στην ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού που ελέγχθηκε, στην

ικανότητα του κάθε προγράμματος για πρώιμη ανίχνευση της νόσου και στην αρτιότητα του συστήματος συλλογής και καταγραφής των δεδομένων (Giorgi *et al.*, 2010).

Μία ιδιαιτερότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ιταλία είναι πως παρά την ευρεία εφαρμογή οργανωμένων προγραμμάτων, μεγάλος αριθμός γυναικών ελέγχεται ευκαιριακά. Σαν αποτέλεσμα, τα ποσοστά κάλυψης του πληθυσμού-στόχου μέσω προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου είναι χαμηλότερα από τα συνολικά. Ταυτόχρονα σημαντικές αποκλίσεις παρατηρούνται μεταξύ των ιταλικών περιφερειών, με τα ποσοστά κάλυψης του πληθυσμού-στόχου από οργανωμένα προγράμματα να κυμαίνονται από 24 έως 70%, με αισθητά χαμηλότερα ποσοστά στις περιφέρειες της νότιας Ιταλίας (Osservatorio Nazionale Screening, 2011). Οι παρατηρούμενες διαφορές οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στο γεγονός ότι μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού-στόχου στη νότια Ιταλία διαμένει σε περιοχές όπου δεν εφαρμόζεται οργανωμένος έλεγχος. Επιπλέον, ακόμα και όπου υπάρχει οργανωμένο πρόγραμμα, διοικητικά ζητήματα συχνά δεν επιτρέπουν τη συστηματική πρόσκληση όλων των γυναικών που πληρούν τα κριτήρια συμμετοχής (Giorgi *et al.*, 2010).

Παρά το γεγονός ότι η χρονική διάρκεια εφαρμογής του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ιταλία θεωρείται σχετικά σύντομη για την αξιόπιστη εκτίμηση της αποτελεσματικότητάς του, από την ανάλυση των υπάρχοντων δεδομένων προκύπτει πως η δεκαετής επιβίωση εκτιμάται στο 85,3% για τις γυναίκες που προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν στον οργανωμένο προσυμπτωματικό έλεγχο, έναντι 75,6% για τις γυναίκες που δεν προσκλήθηκαν. Επιπλέον, υπολογίζεται πως η εφαρμογή οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου επιφέρει μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο κατά 36%, στα πρώτα 5-10 χρόνια μετά τη διάγνωση (Paci *et al.*, 2008). Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν το μεγάλο όφελος που προκύπτει από την εφαρμογή οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου και παραμένει να επιβεβαιωθούν σε μεταγενέστερες μελέτες με περισσότερα χρόνια παρακολούθησης.

Πίνακας 3.5: Δείκτες απόδοσης των προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ιταλία, κατά τα έτη 2007-2008.

Περιφέρεια	Προγράμματα	Ποσοστό (%) γυναικών που προσκλήθηκαν	Συμμετογή (%)	Επανάκληση (%)		Ανίχνευση (/1000 συμμετέχοντες)	
				Πρώτος έλεγχος	Επαναλαμβανόμενος έλεγχος	Πρώτος έλεγχος	Επαναλαμβανόμενος έλεγχος
Valle d'Aosta	1	92,3	79,0	11,6	4,6	8,2	4,4
Piemonte	9	68,6	65,6	7,1	3,7	6,9	5,1
Liguria	5	34,4	66,9	7,9	6,8	6,4	4,5
Lombardia	15	92,8	64,5	7,7	4,4	4,7	3,9
Trentino	1	80,9	79,2	6,6	2,4	5,3	5,8
Alto Adige	1	-	52,5	-	-	-	-
Veneto	21	76,7	77,1	6,2	4,4	4,6	4,4
Friuli-Venezia Giulia	1	98,8	62,6	7,8	3,2	8,7	6,2
Emilia- Romagna	11	96,0	72,4	7,6	3,9	6,5	5,8
Βόρεια Ιταλία	65	82,0	67,9	7,3	4,2	5,6	4,7

Περιφέρεια	Προγράμματα	Ποσοστό (%) γυναικών που προσκλήθηκαν	Συμμετοχή (%)	Επανάκληση (%)		Ανίχνευση (/1000 συμμετέχοντες)	
Toscana	12	86,4	69,5	10,1	5,4	5,1	5,6
Umbria	4	89,0	73,7	4,4	3,3	6,9	4,8
Marche	13	74,2	54,2	11,0	8,0	5,7	3,4
Lazio	10	65,4	47,1	6,9	3,8	4,1	2,8
Κεντρική Ιταλία	39	78,2	58,9	8,0	5,1	5,0	4,6
Abruzzo	1	56,6	50,5	11,8	12,9	3,4	3,4
Molise	1	48,5	43,4	5,0	3,0	-	-
Campania	12	50,0	35,4	8,3	5,4	10,4	3,3
Puglia	1	25,3	33,4	4,3	-	-	-
Basilicata	1	100,0	49,2	7,1	4,1	5,2	2,1
Calabria	9	51,8	26,2	13,9	8,2	5,2	4,2
Sicilia	2	49,2	41,7	9,3	8,0	6,9	4,5
Sardegna	4	57,2	54,1	5,6	-	-	-
Νότια Ιταλία & Νησιά	31	46,5	38,2	7,2	6,2	6,1	3,2
Σύνολο	135	72,8	60,4	7,4	4,5	5,5	4,6

Πηγή: Giorgi *et al.*, 2010



## 3.6 Γερμανία

### 3.6.1 Σύστημα Υγείας στη Γερμανία

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας αποτελεί αντιπροσωπευτικό παράδειγμα του μοντέλου Bismark, με κύρια χαρακτηριστικά τον κυρίαρχο ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης, τη χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζομένους, τον έντονο κρατικό έλεγχο, την επαγγελματική αυτονομία των ιατρών και τον έλεγχο των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Σύμφωνα με το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης, η πλειονότητα των πολιτών είναι ασφαλισμένοι στα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία αποτελούν αυτόνομους οργανισμούς. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι με υψηλά εισοδήματα έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν συμπληρωματική ασφάλιση είτε στα δημόσια ταμεία είτε σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Υπολογίζεται πως περίπου 10% του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλεια (Τούντας, 2001). Παρά το γεγονός ότι το σύστημα υγείας της Γερμανίας αποσκοπεί στην ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση, την κοινωνική θέση ή τον τόπο κατοικίας τους, η ταυτόχρονη ύπαρξη δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης έχει δημιουργήσει ένα σύστημα δύο τάξεων. Ως εκ τούτου, το γερμανικό σύστημα υγείας έχει κατηγορηθεί πως ευνοεί τους εύπορους, δίνοντάς τους τη δυνατότητα αρτιότερης κάλυψης υγείας (Mitseli *et al.*, 2003).

Η οργάνωση του συστήματος υγείας της Γερμανίας ακολουθεί την οργάνωση του κράτους και, ως εκ τούτου, οι αρμόδιες αρχές είναι τρεις: η Ομοσπονδιακή κυβέρνηση (Bund), τα 16 Ομοσπονδιακά κρατίδια (Länder) και οι επιμέρους Δήμοι και Κοινότητες (Gemeinden), καθώς και κάποια ιδρύματα. Το Υπουργείο Υγείας έχει την αρμοδιότητα για τη χάραξη της πολιτικής υγείας και των στρατηγικών, ενώ ταυτόχρονα νομοθετεί. Η Ομοσπονδιακή κυβέρνηση έχει την ευθύνη για τις υπηρεσίες υγείας σε κεντρικό επίπεδο. Αντίστοιχα, οι τοπικές κυβερνήσεις και οι υπουργοί υγείας αυτών είναι αρμόδιοι για τις υπηρεσίες υγείας σε περιφερειακό επίπεδο και καλούνται να εφαρμόσουν την εθνική πολιτική υγείας, διατηρώντας όμως το δικαίωμα να παρεμβαίνουν σε θέματα τοπικής εμβέλειας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

Τα τελευταία χρόνια, το σύστημα υγείας της Γερμανίας έχει υποστεί ριζικές τροποποιήσεις στη δομή και τη λειτουργία του. Το 2000 υιοθετήθηκαν μεταρρυθμίσεις που απέβλεπαν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, την αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των φορέων του συστήματος, την αποδοτικότερη χρήση των πόρων και την καλύτερη ενημέρωση των πολιτών. Ταυτόχρονα ιδρύθηκαν ξεχωριστά

ασφαλιστικά ταμεία με αυξημένες εισφορές για την παροχή μακροχρόνιας φροντίδας υγείας σε όσους την χρειάζονται (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Το σύστημα υγείας της Γερμανίας θεωρείται ένα από τα πιο ακριβά στην Ευρώπη, καθώς οι δαπάνες για την υγεία είναι ιδιαίτερα υψηλές. Ταυτόχρονα, χαρακτηρίζεται αρκετά αποτελεσματικό με δεδομένο ότι οι δείκτες υγείας του πληθυσμού βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

#### 3.6.1.1 Υπηρεσίες φροντίδας καρκίνου

Από το 1980, η φροντίδα υγείας για τον καρκίνο διεξάγεται στα πλαίσια ενός ευρύτερου προγράμματος υπό την αιγίδα της Ομοσπονδιακής κυβέρνησης και παρέχεται από εξειδικευμένα κέντρα καρκίνου, περιφερειακά νοσοκομεία και ιδιωτικές ογκολογικές κλινικές. Τα κέντρα καρκίνου ανήκουν, ως επί το πλείστον, σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία και ασχολούνται με τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου, αλλά και με την ογκολογική έρευνα. Τα δημόσια περιφερειακά νοσοκομεία δαπανούν ένα σημαντικό ποσοστό των πόρων τους για την αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο, ενώ οι ιδιωτικές κλινικές παρέχουν κυρίως υπηρεσίες διάγνωσης, παρηγορητικής και εξωνοσοκομειακής θεραπείας (Mitseli *et al.*, 2003).

#### 3.6.1.2 Μητρώα καρκίνου

Όλα τα Ομοσπονδιακά κράτη της Γερμανίας έχουν ξεκινήσει τη διαδικασία δημιουργίας γραφείων μητρώου καρκίνου, με σκοπό την ανάπτυξη ενός ενιαίου δικτύου που θα καλύπτει όλη τη χώρα. Σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία, κάθε ομοσπονδιακό κράτος μπορεί να επιλέξει το σύστημα συλλογής και καταγραφής των δεδομένων και την οργάνωση που θα ακολουθήσει. Τα δεδομένα από κάθε περιφέρεια αποστέλλονται σε μία κεντρική υπηρεσία που εδράζεται στο Βερολίνο, ώστε η συνολική επεξεργασία τους να χρησιμοποιείται για την εξαγωγή συμπερασμάτων και για την υποστήριξη επιδημιολογικών μελετών. Αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι πρόσφατα τα περισσότερα μητρώα καρκίνου χαρακτηρίζονταν ως ελλιπή, ενώ το μητρώο του Saarland θεωρείται το μόνο που είναι σε θέση να παρέχει αξιόπιστα δεδομένα (Mitseli *et al.*, 2003)

#### 3.6.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στη Γερμανία

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στη Γερμανία ξεκίνησε το 2001 με τη μορφή τριών πιλοτικών προγραμμάτων στις περιοχές Bremen,

Wiesbaden και Weser-Ems, μέσα από την εφαρμογή των οποίων θα καθορίζονταν οι οργανωσιακές και νομικές συνθήκες για την υλοποίηση ενός ολοκληρωμένου προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου (Junkermann, Becker and Peitgen, 2001). Προς την ίδια κατεύθυνση, το γερμανικό κοινοβούλιο εξέδωσε απόφαση το 2002 για την υλοποίηση εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού για γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών με μεσοδιάστημα ελέγχου τα δύο έτη. Σε αυτά τα πλαίσια, ιδρύθηκε μία ειδική εθνική υπηρεσία (Mammography Cooperative) με τη συνεργασία των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και της ομοσπονδίας των ιατρών (Biesheuvel, Weigel and Heindel, 2011).

Μετά την ολοκλήρωση και αξιολόγηση των πιλοτικών προγραμμάτων, το 2005 ξεκίνησε η εφαρμογή του εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου της Γερμανίας, με πρωταρχικό στόχο τη μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού (Käab *et al.*, 2006). Για την υλοποίηση του προγράμματος οργανώθηκαν μονάδες μαστού, οι οποίες αποτελούν εξειδικευμένα κέντρα διαγνωστικού χαρακτήρα και πιστοποιημένα σύμφωνα με τις προδιαγραφές της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ταυτόχρονα συστάθηκαν πέντε εθνικά κέντρα αναφοράς, καθένα από τα οποία επιβλέπει έναν αριθμό μονάδων μαστού που λειτουργούν στην αντίστοιχη περιοχή, με αρμοδιότητες που αφορούν στον έλεγχο ποιότητας και στην παρακολούθηση (Biesheuvel, Weigel and Heindel, 2011). Μέχρι στιγμής, εκτιμάται πως περίπου το 90% των γυναικών που αποτελούν πληθυσμό-στόχο του προγράμματος έχουν προσκληθεί για έλεγχο (Biesheuvel, Weigel and Heindel, 2011).

Το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου της Γερμανίας είναι ένα από τα πλέον πρόσφατα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με λίγα χρόνια εφαρμογής. Ως αποτέλεσμα, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την αξιόπιστη αξιολόγηση της απόδοσής του σε εθνικό επίπεδο. Τα μοναδικά διαθέσιμα στοιχεία προέρχονται από τους πρώτους γύρους ελέγχου που έλαβαν χώρα στο Ομοσπονδιακό κρατίδιο της Βόρειας Ρηνανίας-Βεστφαλίας (North Rhine-Westphalia) από το 2005 έως το 2009 (Biesheuvel, Weigel and Heindel, 2011).

Από τη ανάλυση αυτών εκτιμάται πως το πρόγραμμα της Γερμανίας παρουσιάζει ικανοποιητική απόδοση και συνάδει με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες (Biesheuvel, Weigel and Heindel, 2011). Σε αυτό το χρονικό διάστημα αποστάλθηκαν προσκλήσεις συμμετοχής σε περίπου 3 εκ. γυναίκες, από τις οποίες προσήλθαν σε έλεγχο σχεδόν οι μισές (53%), ποσοστό πολύ χαμηλότερο από το προσδοκώμενο (Πίνακας 3.6). Ανησυχητικό κρίνεται το εύρημα πως παρά τις προσπάθειες σε επίπεδο δημοσίων σχέσεων και προώθησης, τα ποσοστά συμμετοχής των γυναικών στον οργανωμένο προσυμπτωματικό έλεγχο είναι

χαμηλά. Πιθανολογείται πως σημαντική επίδραση έχει ασκήσει η ευρεία εφαρμογή ευκαιριακού προσυμπτωματικού ελέγχου κυρίως από γυναίκες με ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Biesheuvel, Weigel and Heindel, 2011). Ενδεικτικά αναφέρεται πως πριν την εφαρμογή του εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου, περίπου 25% των γυναικών ηλικίας 40-70 ετών προσέρχονταν σε τακτικό ευκαιριακό έλεγχο (Gibis *et al.*, 1998). Επιπλέον εκτιμάται πως η συνεχιζόμενη δημόσια συζήτηση αναφορικά με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του προσυμπτωματικού ελέγχου έχει επιδράσει ανασταλτικά στη συμμετοχή των γυναικών (Biesheuvel, Weigel and Heindel, 2011).

Πίνακας 3.6: Δείκτες απόδοσης του οργανωμένου προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στο Ομοσπονδιακό κρατίδιο της Βόρειας Ρηνανίας-Βεστφαλίας, κατά τα έτη 2005-2009.

	<b>Συνολικά</b>	<b>Πρώτος έλεγχος</b>	<b>Επαναλαμβανόμενοι έλεγχοι</b>
Συμμετοχή (%)	53,4	-	-
Επανάκληση (%)	-	6,1	3,4
Διαγνωσμένα περιστατικά καρκίνου		8,1/1000	6,0/1000
Διαγνωσμένα περιστατικά μη διηθητικού καρκίνου (%)	19,1		
Διαγνωσμένα περιστατικά διηθητικού καρκίνου <10 χιλ (%)		29,1	35,0
Διαγνωσμένα περιστατικά διηθητικού καρκίνου με αρνητικούς λεμφαδένες (%)		75,4	79,5
Διαγνωσμένα περιστατικά διηθητικού καρκίνου υψηλού σταδίου (%)		30,0	23,4

Πηγή: Biesheuvel, Weigel and Heindel, 2011

Τα ποσοστά επανάκλησης για περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο κυμάνθηκαν στο 6,1% μετά τον πρώτο έλεγχο και στο 3,4% μετά από επαναλαμβανόμενους ελέγχους, και βρίσκονται εντός των αποδεκτών ορίων (Πίνακας 3.6) (Biesheuvel, Weigel and Heindel, 2011). Οι ειδικοί αποδίδουν τα υψηλότερα από τα προσδοκώμενα ποσοστά επανάκλησης στην αυξημένη χρήση ψηφιακής, αντί της κλασικής μαστογραφίας, σε πολλές μονάδες μαστού (Weigel *et al.*, 2010). Τέλος, τα στοιχεία υποδεικνύουν υψηλά ποσοστά διάγνωσης της νόσου: 8,1 και 6,0 ανά 1000 συμμετέχοντες, μετά τον πρώτο έλεγχο και επαναλαμβανόμενους ελέγχους, αντίστοιχα (Πίνακας 3.6). Παρόλα αυτά, αισιόδοξο είναι το εύρημα πως η νόσος ανιχνεύεται σε πρωιμότερα στάδια, καθώς τα ποσοστά διάγνωσης μη διηθητικού καρκίνου, καρκίνου μικρότερου των 10 χιλιοστών και καρκίνου με αρνητικούς λεμφαδένες κρίνονται άκρως ικανοποιητικά (Πίνακας 3.6) (Biesheuvel, Weigel and Heindel, 2011).

### **3.7 Συγκριτική παρουσίαση του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιταλία και τη Γερμανία**

#### *3.7.1 Οργάνωση, χαρακτηριστικά*

Το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιταλία και η Γερμανία συγκαταλέγονται μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης που έχουν ήδη προωθήσει την εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού (International Agency for Research on Cancer, 2002). Το Ηνωμένο Βασίλειο αποτελεί ένα από τα πρώτα ευρωπαϊκά κράτη που δραστηριοποιήθηκαν σε αυτόν τον τομέα και διενεργεί ένα ενιαίο εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου, με μερικώς συγκεντρωτικό σύστημα οργάνωσης, το οποίο επιτρέπει τον έλεγχο του πρωτοκόλλου εφαρμογής σε τοπικό επίπεδο υπό μία ενιαία κυβερνητική πολιτική. Αντίθετα, στην Ιταλία ο προσυμπτωματικός έλεγχος αποτελεί ένα αποκεντρωμένο σύστημα, έχοντας οργανωθεί αμιγώς σε περιφερειακό επίπεδο. Ως αποτέλεσμα, διενεργούνται ταυτόχρονα πολλά προγράμματα, τα οποία ποικίλουν ανά περιφέρεια, ενώ ταυτόχρονα εφαρμόζονται και διαφορετικές πολιτικές. Η Γερμανία είναι από τις τελευταίες ευρωπαϊκές χώρες που ξεκίνησαν την υλοποίηση προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου, το οποίο βρίσκεται ακόμα σε φάση εξέλιξης. Τόσο η κυβερνητική πολιτική όσο και το πρωτόκολλο εφαρμογής ελέγχονται κεντρικά, καθιστώντας την οργάνωση του συστήματος συγκεντρωτική (Πίνακας 3.2). Άξιο

αναφοράς είναι το γεγονός πως και τα τρία παραπάνω κράτη προχώρησαν στη σύσταση ειδικών συμβουλίων, επιτροπών ή επιστημονικών ομάδων, στα πλαίσια υλοποίησης, ελέγχου και αξιολόγησης του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.

Σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού πρέπει να διενεργείται σε όλες τις γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών με τη χρήση κλασικής μαστογραφίας και μεσοδιάστημα ελέγχου ανά δύο έτη (Perry *et al.*, 2008). Το Ηνωμένο Βασίλειο εφαρμόζει προσυμπτωματικό έλεγχο ανά τριετία, ενώ πολλά προγράμματα στην Ιταλία έχουν επεκτείνει το ηλικιακό φάσμα του πληθυσμού-στόχου σε γυναίκες 45-49 ετών και χρησιμοποιούν συνδυασμό εξετάσεων (Πίνακας 3.3). Επιπλέον, ο προσυμπτωματικός έλεγχος στην Γερμανία και στην Ιταλία συχνά περιλαμβάνει τη χρήση ψηφιακής, αντί της κλασικής, μαστογραφίας (Weigel *et al.*, 2010; Giorgi *et al.*, 2010).

### 3.7.2 Απόδοση

Η απόδοση των προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου στα τρία παραπάνω κράτη παρουσιάζεται συγκριτικά στον Πίνακα 3.7 με τη βοήθεια αντιπροσωπευτικών δεικτών. Όσον αφορά στη συμμετοχή του πληθυσμού-στόχου, και τα τρία κράτη καταγράφουν ποσοστά συμμετοχής χαμηλότερα από το επιθυμητό ευρωπαϊκό όριο του 75%. Ιδιαίτερα η Ιταλία και η Γερμανία σημειώνουν ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά συμμετοχής (61,0 και 54,1%, αντίστοιχα), κάτω από το αποδεκτό όριο του 70% (Πίνακας 3.7). Η μικρή συμμετοχή των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο γεγονός ότι το πρόγραμμα της Γερμανίας, αλλά και πολλά από τα προγράμματα στη νότια Ιταλία και τα νησιά, δεν έχουν ακόμα ολοκληρωθεί, με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνουν επαρκή κάλυψη του πληθυσμού. Επιπλέον, η ταυτόχρονη διενέργεια ευκαιριακού προσυμπτωματικού ελέγχου θεωρείται πως δρα ανασταλτικά στη συμμετοχή στα οργανωμένα προγράμματα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το ποσοστό συμμετοχής των γυναικών είναι σαφώς καλύτερο (73,8%) και κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα σε σχέση με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες (Πίνακας 3.7). Αυτό το εύρημα εν μέρει εξηγείται, καθώς το Ηνωμένο Βασίλειο έχει μακρόχρονη εμπειρία στη διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου και ταυτόχρονα οι πολίτες είναι περισσότερο εξοικειωμένοι και ενήμεροι αναφορικά με τις υπηρεσίες πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν την ανάγκη για συνεχή και αδιάλειπτη προώθηση του προσυμπτωματικού ελέγχου, ενημέρωση και ευαισθητοποίηση

των πολιτών αλλά και άρτια κάλυψη όλου του πληθυσμού-στόχου.

Το ποσοστό επανάκλησης για περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο αποτελεί τον κύριο δείκτη της ειδικότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου και ιδανικά πρέπει να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, ώστε να περιορίζονται οι αρνητικές συνέπειες στην ψυχολογία των γυναικών, οι περιττές επεμβατικές διαδικασίες και το κόστος. Σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες, το ποσοστό των γυναικών που επανακαλούνται για περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις δεν πρέπει να υπερβαίνει το 7% και 5%, στον πρώτο και στους επαναλαμβανόμενους ελέγχους, αντίστοιχα. Τα επιθυμητά ποσοστά πρέπει να κυμαίνονται κάτω από 5% και 3% (Perry *et al.*, 2008). Τόσο το Ηνωμένο Βασίλειο όσο και η Ιταλία και η Γερμανία σημειώνουν υψηλότερα, από τα ευρωπαϊκά όρια, ποσοστά επανάκλησης μετά τον πρώτο γύρω ελέγχου (8,6, 9,4 και 7,4%, αντίστοιχα). Τα αποτελέσματα είναι σαφώς καλύτερα μετά από επαναλαμβανόμενους ελέγχους και στα τρία κράτη (Πίνακας 3.7). Το ποσοστό επανάκλησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικιακή κατανομή του υπό έλεγχο πληθυσμού, και εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξημένο στις ηλικίες 50-54 ετών. Καθώς ο πρώτος γύρος προσυμπτωματικού ελέγχου περιλαμβάνει μεγάλο αριθμό γυναικών αυτού του ηλικιακού φάσματος, είναι αναμενόμενο να παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά επανάκλησης σε σύγκριση με τους επαναλαμβανόμενους ελέγχους (Giorgi *et al.*, 2010). Επιπλέον, η χρήση ψηφιακής μαστογραφίας, εναλλακτικά ή συμπληρωματικά της κλασικής, θεωρείται πως συνεισφέρει σημαντικά στην αύξηση των ποσοστών επανάκλησης στα προγράμματα της Ιταλίας και της Γερμανίας (Giorgi *et al.*, 2010; Weigel *et al.*, 2010).

Όσον αφορά στην ευαισθησία του προσυμπτωματικού ελέγχου, αυτή μπορεί να αξιολογηθεί από το ποσοστό ανίχνευσης καρκίνου του μαστού, δηλαδή την αναλογία των διαγνωσμένων περιστατικών ανά 1.000 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε έλεγχο. Ο συγκεκριμένος δείκτης δεν αξιολογείται μόνος του αλλά σε συνδυασμό με την αναμενόμενη επίπτωση της νόσου στον πληθυσμό υπό έλεγχο. Ως εκ τούτου, το ποσοστό ανίχνευσης της νόσου δεν αποτελεί ένα μέτρο άμεσα συγκρίσιμο μεταξύ των διαφόρων κρατών. Οι Ευρωπαϊκές οδηγίες έχουν ορίσει το αποδεκτό όριο ανίχνευσης της νόσου στο τριπλάσιο της αναμενόμενης επίπτωσης για τον πρώτο έλεγχο, το οποίο μειώνεται στο μισό για τους επαναλαμβανόμενους ελέγχους. Τα αντίστοιχα επιθυμητά όρια πρέπει να κυμαίνονται σε υψηλότερα επίπεδα (Perry *et al.*, 2008). Συνολικά, τα ευρήματα υποδεικνύουν ικανοποιητικά ποσοστά ανίχνευσης της νόσου και για τα τρία κράτη. Πιο συγκεκριμένα, τα ποσοστά ανίχνευσης είναι κοντά στο ευρωπαϊκό αποδεκτό όριο για τον πρώτο γύρο ελέγχου, ενώ κυμαίνονται πάνω από το επιθυμητό όριο για τους

επαναλαμβανόμενους ελέγχους (Πίνακας 3.7). Αυτό το εύρημα κρίνεται ως αναμενόμενο, καθώς η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι πολύ δυσκολότερη στις νέες γυναίκες ηλικίας 50-54 ετών, ενώ ταυτόχρονα η επίπτωση της νόσου είναι μεγαλύτερη. Τα ποσοστά ανίχνευσης ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού επηρεάζονται από πληθώρα παραγόντων, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται η υποκείμενη επίπτωση της νόσου, η πληθυσμιακή κατανομή του πληθυσμού-στόχου, το μεσοδιάστημα ελέγχου, η ικανότητα διάγνωσης του προγράμματος και η αρτιότητα της καταγραφής των δεδομένων (Giorgi *et al.*, 2010; Weigel *et al.*, 2010). Ως εκ τούτου, οι όποιες διαφορές παρατηρούνται μεταξύ των προγραμμάτων του Ηνωμένου Βασιλείου, της Ιταλίας και της Γερμανίας απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή κατά την ερμηνεία τους.

Αν και συνολικά, τα αποτελέσματα του προσυμπτωματικού ελέγχου στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιταλία και τη Γερμανία κρίνονται ως θετικά, εμφανής είναι η ανάγκη για τη συστηματική εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας του ελέγχου και τη βελτίωση της ευαισθησίας και της ειδικότητας της έγκαιρης και πρώιμης διάγνωσης. Επιπλέον, η διαρκής παρακολούθηση της απόδοσης των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου αποτελεί μία από τις πλέον κρίσιμες διαδικασίες που μπορούν να εξασφαλίσουν την παροχή υπηρεσιών πρόληψης υψηλής ποιότητας.



Πίνακας 3.7: Δείκτες απόδοσης των προγραμμάτων οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Ιταλία και στη Γερμανία

	Ευρωπαϊκές Οδηγίες		Ηνωμένο Βασίλειο (2008/9)	Ιταλία (2007)	Γερμανία (2009)
	Αποδεκτό όριο	Επιθυμητό όριο			
Αρ. Προσκληθέντων γυναικών (εκ.)	-	-	2,2	2,2	1,1
Συμμετοχή (%)	>70	>75	73,8	61,0	54,1
<b>Επανάκληση (%)</b>					
<b>Πρώτος έλεγχος</b>	<7	<5	8,6	9,4	7,4
<b>Επαναλαμβανόμενοι έλεγχοι</b>	<5	<3	3,2	4,1	3,4
<b>Ανίχνευση (ανά 1000 συμμετέχοντες)</b>					
<b>Πρώτος έλεγχος</b>	3 x επίπτωση	>3 x επίπτωση	7,3 (2,8 x)	5,4 (2,5 x)	8,2 (3,1 x)
<b>Επαναλαμβανόμενοι έλεγχοι</b>	1,5 x επίπτωση	>1,5 x επίπτωση	7,4 (2,9 x)	4,8 (2,2 x)	5,9 (2,3 x)

Πηγή: Biesheuvel, Weigel and Heindel, 2011; National Health Service, 2010; Giordano *et al.*, 2009

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 4.1 Ελληνικό σύστημα υγείας

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα αποτελεί ένα μεικτό σύστημα, το οποίο βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση, και χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας και σε μικρότερο βαθμό από τις εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση. Ταυτόχρονα, χαρακτηρίζεται από την υψηλή συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Τούντας, 2001). Η Ελλάδα καταγράφει ιδιαίτερα υψηλές δαπάνες για την υγεία. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, το συνολικό ύψος των δαπανών για την υγεία το 2007 στην Ελλάδα ανήλθε στο 9,7% του ΑΕΠ, ποσοστό μεγαλύτερο από τον μέσο όρο των κρατών-μελών του ΟΟΣΑ (9,0%). Επιπλέον, από το 2000 έως το 2007, οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν κατά μέσο όρο κατά 6,9% ανά έτος σε σχέση με 4,2% στα άλλα κράτη-μέλη του ΟΟΣΑ (OECD, 2012).

Ο πληθυσμός της Ελλάδας, σχεδόν στο σύνολό του, καλύπτεται από πληθώρα ασφαλιστικών ταμείων και η συμμετοχή του σε αυτά είναι υποχρεωτική. Τα κυριότερα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας είναι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και τα ταμεία του Δημοσίου, ενώ υπάρχουν δεκάδες άλλα που αναφέρονται σε συγκεκριμένες ομάδες εργαζομένων. Τα ασφαλιστικά ταμεία διαφέρουν ως προς τις εισφορές αλλά και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα την επίταση των ανισοτήτων μεταξύ των πολιτών (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Πρόσφατα και εν μέσω πολλών αντιδράσεων, ξεκίνησε μια προσπάθεια συνένωσης των ασφαλιστικών ταμείων σε έναν ενιαίο φορέα, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2012). Μέχρι στιγμής, η συνένωση αφορά στα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας ενώ απότερος στόχος είναι η σταδιακή ενσωμάτωση του συνόλου των ασφαλιστικών φορέων.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ιδρύθηκε το 1983 με στόχο τη συγκρότηση ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας, και κύριους άξονες την ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών με βάση τις ανάγκες τους, την καθολική και πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας, την ενίσχυση του δημοσίου τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας ταυτόχρονα με τον περιορισμό του αντίστοιχου ιδιωτικού, την αποκέντρωση των υπηρεσιών και τη βελτίωση της οργάνωσης του συστήματος. Είναι πλέον παραδεκτό πως οι παραπάνω μεταρρυθμίσεις δεν εφαρμόστηκαν ποτέ ουσιαστικά, με αποτέλεσμα τα τελευταία χρόνια το σύστημα υγείας να αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα στη χρηματοδότηση, στην ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού, στη συνεργασία μεταξύ των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και στο κόστος, με την κατάσταση να χειροτερεύει διαρκώς (Μωραϊτης, 2004).

Ο υπεύθυνος φορέας για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στη χώρα είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με αρμοδιότητες τη ρύθμιση της χρηματοδότησης και της παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε όλο τον πληθυσμό. Ως συμβουλευτικό όργανο του υπουργείου δρα το Κεντρικό Εθνικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), το οποίο απαρτίζεται από εκπροσώπους των επαγγελματιών υγείας και των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Μέχρι πρότινος, οι υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ υπάγονταν διοικητικά σε 17 Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες (ΔΥΠΕ). Στα πλαίσια της πρόσφατης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας του ΕΣΥ, αυτές έχουν αντικατασταθεί από 7 ευρύτερες Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), τα γεωγραφικά όρια των οποίων ταυτίζονται με τα όρια των αντίστοιχων αποκεντρωμένων διοικήσεων της χώρας.

Στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από τα δημόσια νοσοκομεία, τις ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα. Θεωρητικά, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχονται από τα Κέντρα Υγείας και το ΙΚΑ, το οποίο διαθέτει δικές του υποδομές. Στην πραγματικότητα, τα περιφερειακά Κέντρα Υγείας αντιμετωπίζουν σοβαρές ελλείψεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να αντεπεξέλθουν στην αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Έτσι, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στην περιφέρεια παρέχονται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και από ιδιώτες ιατρούς. Όσον αφορά στα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου, αυτά είναι ελάχιστα σε αριθμό, κατά συνέπεια η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα παρέχεται από το ΙΚΑ, από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και από ιδιώτες ιατρούς (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

Αυταπόδεικτα, το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει πολλά προβλήματα με σημαντικότερα την ανισότητα στην πρόσβαση εις βάρος των χαμηλών κοινωνικο-

οικονομικών στρωμάτων και των ηλικιωμένων, τις λίστες αναμονής, τις άτυπες πληρωμές και την πολυπλοκότητα των διαδικασιών πρόσβασης. Ένα άλλο μεγάλο μειονέκτημα του ελληνικού συστήματος είναι η πολυδιάσπαση των αρμοδιοτήτων σε ένα μεγάλο αριθμό φορέων, οι οποίοι αδυνατούν να συντονιστούν αρμονικά μεταξύ τους. Στα παραπάνω πρέπει να προστεθούν η αδυναμία στην οργάνωση και τα προβλήματα στη χρηματοδότηση, τόσο λόγω της μη αποδοτικής χρήσης των πόρων όσο και λόγω σπατάλης και κακοδιαχείρισης (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Σήμερα, το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας είναι το υψηλό κόστος σε συνδυασμό με την έλλειψη πόρων και τη δραματική μείωση της χρηματοδότησής του. Τα παραπάνω έχουν τραγικές συνέπειες, όπως η μείωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος, η μείωση των αμοιβών του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και οι ελλείψεις σε φάρμακα και αναλώσιμα είδη. Οι αλλαγές που προωθούνται τα τελευταία χρόνια προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα του κόστους και της κακής διαχείρισης, όπως η συνένωση των ταμείων, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η δημιουργία της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας, οι λίστες φαρμάκων, η τιμολόγηση των φαρμάκων με τη χρήση συστημάτων αναφοράς, η έναρξη συνταγογράφησης φαρμάκων σύμφωνα με τη δραστική ουσία, η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος, η εισαγωγή στα νοσοκομεία του θεσμού των managers κ.αλ., αντιμετωπίζονται με δυσπιστία όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα που θα επιδείξουν στον περιορισμό των δαπανών, στην αποφυγή της σπατάλης και στην αποδοτική χρήση των πόρων προς όφελος των πολιτών.

#### *4.1.1 Θεσμοθετημένα όργανα για τον καρκίνο*

Η ευθύνη για την ενημέρωση και την εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο στην Ελλάδα συγκαταλέγεται στις αρμοδιότητες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Υπάρχουν τρία θεσμοθετημένα για τον καρκίνο όργανα: η Ογκολογική Επιτροπή του ΚΕΣΥ, οι Ογκολογικές Επιτροπές των Νοσοκομείων και Ιδιωτικών Κλινικών (ΟΕΝ) και το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2011). Οι αρμοδιότητες των Ογκολογικών Επιτροπών των Νοσοκομείων εστιάζονται στη λειτουργία τους ως εκτελεστικές επιτροπές για την εφαρμογή της αντικαρκινικής πολιτικής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο εκάστοτε νοσηλευτικό ίδρυμα, στο σχεδιασμό, συντονισμό και επίβλεψη των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με

την ογκολογία και στην εξασφάλιση της ορθής λειτουργίας του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών σε κάθε ίδρυμα. Το 2005, το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών προσαρτίστηκε στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ). Σημειώνεται πως έως σήμερα, η καταγραφή των επίσημων στοιχείων σε σχέση με τον καρκίνο που αφορούν στην χώρα μας αποτελεί αρμοδιότητα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ), ενώ η λειτουργία του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών δεν έχει ουσιαστικά ενεργοποιηθεί.

#### *4.1.2 Μητρώα καρκίνου*

Μέχρι στιγμής, η Ελλάδα δε διαθέτει ένα ολοκληρωμένο και πλήρες μητρώο ασθενών με καρκίνο, παρά το γεγονός ότι από το 2008 έχουν ξεκινήσει προσπάθειες για τη δημιουργία του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών (ΕΑΝ) από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2012). Το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών αποτελεί ένα μηχανισμό ηλεκτρονικής καταγραφής και συλλογής δεδομένων που σχετίζονται με τον καρκίνο και προέρχονται από το δημόσιο και τον ιδιωτικό δημόσιο τομέα υγείας. Το σύστημα έχει τη δυνατότητα επεξεργασίας των δεδομένων, προκειμένου να παρέχει πληροφορίες αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης και τη διαχρονική εξέλιξη της νόσου στην Ελλάδα, τη νοσηρότητα και θνησιμότητα που την συνοδεύουν, το ποσοστά επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο, την κατανομή των περιστατικών ανά στάδιο, τον προσδιορισμό ομάδων πληθυσμού υψηλού-κινδύνου κ.αλ. Ως εκ τούτου, μπορεί να αποτελέσει ένα πολύτιμο εργαλείο για τον έλεγχο και την παρακολούθηση του καρκίνου στην Ελλάδα, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να συμβάλει στην αξιολόγηση των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, της αποτελεσματικότητας των θεραπειών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών θεραπείας και φροντίδας υγείας. Επιπλέον, θα δώσει τη δυνατότητα για τη διεξαγωγή κλινικών και επιδημιολογικών μελετών, ενώ θα παρέχει τα εγχώρια στοιχεία σε διεθνείς οργανισμούς στα πλαίσια της ανταλλαγής πληροφοριών, της σύγκρισης δεδομένων και της εναρμόνισης του αρχείου με τις ευρωπαϊκές και διεθνείς προδιαγραφές. Τα γνωστά προβλήματα του ελληνικού συστήματος, όπως η έλλειψη οργάνωσης, η αδυναμία συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ των φορέων και οι διαρκείς τροποποιήσεις νόμων και υπουργικών αποφάσεων, έχουν σαν αποτέλεσμα το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών να βρίσκεται ακόμα σε εμβρυϊκό στάδιο (Σύνδεσμος Ιατρικών Γενετιστών Ελλάδας, 2012).

Ταυτόχρονα, το 2010 προτάθηκε η ανάπτυξη ενός πληροφοριακού ολοκληρωμένου ηλεκτρονικού και ψηφιακού συστήματος τηλεδιάγνωσης των καρκινικών ευρημάτων του μαστού με τη χρήση σύγχρονων τεχνολογιών (Ειδική Γραμματεία Ψηφιακού Σχεδιασμού, 2010). Το πληροφοριακό σύστημα, με το όνομα «e-ΠΡΟΛΗΨΗ», περιλαμβάνει τη δημιουργία μίας κοινής βάσης δεδομένων που θα αποτελέσει το Εθνικό Μητρώο για τον Καρκίνο του Μαστού. Επιπλέον, προωθεί την ανάπτυξη διαδικτυακής εφαρμογής ψηφιακού ιατρικού φακέλου, τη λειτουργία συστήματος τηλεδιάγνωσης μαστογραφιών, την ανάπτυξη δικτυακού κόμβου τηλεδιάσκεψης και ιατρικής τηλε-εκπαίδευσης, και τη δημιουργία δικτυακού κόμβου ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του πληθυσμού. Το έργο αποσκοπεί στη διασύνδεση μεταξύ των νοσοκομείων και άλλων φορέων υγείας ανά την ελληνική επικράτεια, με σκοπό τη συστηματική συλλογή όλων των στοιχείων και την υποστήριξη της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού σε απομακρυσμένες περιοχές, όπου δεν υπάρχει εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η υλοποίηση του εν λόγω έργου δεν έχει ακόμα ξεκινήσει.

## **4.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα**

### *4.2.1 Εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο*

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, επί θητείας κ. Αβραμόπουλου, εξέδωσε το «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2008-2012» στα πλαίσια μιας οργανωμένης και συντονισμένης προσπάθειας αντιμετώπισης του καρκίνου (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Συγκαταλέγεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, το οποίο περιλαμβάνει συνολικά 15 Σχέδια Δράσης, και στοχεύει στην προάσπιση και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο επιδιώκει να προωθήσει αλλαγές στην εθνική πολιτική και τις υπηρεσίες για τον καρκίνο, να δημιουργήσει μία ενιαία πολιτική πρόληψης και επικοινωνίας σε εθνικό επίπεδο, να αναπτύξει την ατομική ευθύνη και αντίσταση σε πρότυπα συμπεριφοράς που είναι βλαπτικά για την υγεία, να ενισχύσει τις κοινωνικές δομές και την κοινωνική υποστήριξη, να αναβαθμίσει τις υπηρεσίες υγείας που εμπλέκονται στη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση του καρκίνου και να προωθήσει την οργανωτική διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ τους και με τον εθελοντικό τομέα. Όραμα είναι η συστράτευση όλων των επιστημονικών και κοινωνικών δυνάμεων που δρουν κατά

του καρκίνου, η διάδοση στον πληθυσμό μιας νοοτροπίας υπέρ της πρόληψης, η ανάδειξη της σημαντικότητας της έγκαιρης διάγνωσης και η ποιοτική αναβάθμιση των δομών της χώρας.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο αναπτύσσεται πάνω σε 4 βασικές αρχές: την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, την ανθρωποκεντρική περίθαλψη και φροντίδα, και την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Αποτελείται συνολικά από 6 άξονες και 31 επιμέρους δράσεις. Ο τρίτος άξονας αναφέρεται στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και περιλαμβάνει 5 επιμέρους δράσεις. Η πρώτη δράση αναφέρεται στη θέσπιση εθνικών συστάσεων και προϋποθέσεων για τη διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο. Επιπλέον θέτει ως στόχους την ενθάρρυνση της συμμετοχής του πληθυσμού σε προληπτικό έλεγχο, τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων εξετάσεων, την κάλυψη του κόστους των υπηρεσιών από τους ασφαλιστικούς φορείς, τη δημιουργία πρωτοκόλλου διαχείρισης ασθενών, τη διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε όλους τους πολίτες, τη μείωση της ταλαιπωρίας των ασθενών και τον περιορισμό του κόστους. Η δεύτερη δράση αφορά στη δημιουργία εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου για ορισμένες μορφές καρκίνου, με επιμέρους στόχους τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης και της θνησιμότητας από τη νόσο και τον εκσυγχρονισμό της απαιτούμενης τεχνικής και εργαστηριακής υποδομής. Η τρίτη δράση σχετίζεται με τη δημιουργία αυτόνομων κέντρων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο εκτός νοσοκομειακών υποδομών, και στοχεύει στη βελτίωση της έγκαιρης διάγνωσης της νόσου, στην αύξηση του ποσοστού διάγνωσης καρκίνου στα αρχικά στάδια και στην ενθάρρυνση των ατόμων για τακτικό επανέλεγχο. Η τέταρτη δράση αναφέρεται στη λειτουργία κινητών μονάδων προσυμπτωματικού ελέγχου, που αποσκοπούν στη βελτίωση της πρόσβασης των πολιτών που κατοικούν σε νησιωτικές και απομακρυσμένες περιοχές της χώρας, και στην καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων. Η πέμπτη και τελευταία δράση αφορά στην ανάπτυξη μεθόδων αξιολόγησης της επάρκειας και της ποιότητας, με στόχο τον εκσυγχρονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη βελτίωση της αξιοπιστίας του προσυμπτωματικού ελέγχου.

Το «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2008-2012», πριν καν προλάβει να υλοποιηθεί, αντικαταστάθηκε από το «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015» (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Όσον αφορά

στην πρόληψη, το νέο αναθεωρημένο Σχέδιο Δράσης δίνει έμφαση μόνο στην ανάπτυξη εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο της μήτρας και τον καρκίνο του μαστού. Επίσης, αναφέρεται στον προσδιορισμό του πληθυσμού-στόχου, στην εκμετάλλευση των υπάρχουσών δομών του ΕΣΥ, στη θέσπιση του πλαισίου λειτουργίας, στελέχωσης και προμήθειας των κινητών μονάδων, στον καθορισμό νοσοκομείων αναφοράς ανά νομό ή περιφέρεια και στο σύστημα πρόσκλησης, επανάκλησης, παραπομπής και θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών. Επιπλέον καθορίζει πως, με Υπουργική Απόφαση και κατόπιν εισήγησης του ΚΕΣΥ, θα δημιουργηθεί ειδικό συντονιστικό όργανο για την παρακολούθηση της υλοποίησής του και τον έλεγχο της διαδικασίας. Συγκριτικά με το προγενέστερο Σχέδιο Δράσης, εμφανής είναι η προσπάθεια περιορισμού των δαπανών για τον προσυμπτωματικό έλεγχο, με το νέο αναθεωρημένο Σχέδιο να προωθεί πολύ λιγότερες δραστηριότητες και διαδικασίες και να δίνει έμφαση στην αξιοποίηση των υπάρχουσών δομών.

#### *4.2.2 Πιλοτική εφαρμογή οργανωμένου προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού*

Το 1988, στα πλαίσια του προγράμματος «Ευρώπη κατά του καρκίνου», η χώρα μας ξεκίνησε την εφαρμογή ενός πιλοτικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου στους νομούς Ηλείας και Μεσσηνίας της Πελοποννήσου, με πρωτοβουλία του Ελληνικού Ιδρύματος Ογκολογίας και την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Garas *et al.*, 1994). Ο βασικός σκοπός του προγράμματος ήταν η διερεύνηση της δυνατότητας υλοποίησης και εφαρμογής ενός οργανωμένου προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα.

Πριν την υλοποίηση του προγράμματος, χρειάστηκε μία περίοδος οχτώ μηνών για το λεπτομερή σχεδιασμό και την οργάνωση των απαιτούμενων δομών, την ενημέρωση, εκπαίδευση και συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων και επαγγελματιών και την προώθηση του προγράμματος στο κοινωνικό σύνολο (Garas *et al.*, 1994). Στο πρόγραμμα εργάστηκαν 22 άτομα πλήρους απασχόλησης (2 χειρουργοί, 2 χειριστές ηλεκτρονικών υπολογιστών, 2 οδηγοί, 4 τεχνολόγοι και 12 άτομα προσωπικό) και 14 άτομα μερικής απασχόλησης (3 χειρουργοί, 7 ακτινολόγοι, 2 κυτταρολόγοι, 1 ακτινοφυσικός και 1 επιδημιολόγος), ενώ οργανώθηκαν γραφεία στην Αθήνα, την Ηλεία και τη Μεσσηνία. Η πρόσκληση του πληθυσμού-στόχου έγινε



με αποστολή προσωπικής επιστολής, αλλά οικονομικοί λόγοι δεν επέτρεψαν την αποστολή δεύτερης επιστολής υπενθύμισης στις γυναίκες που δεν ανταποκρίθηκαν στο πρώτο κάλεσμα. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος διενεργούνταν σε κατάλληλα διαμορφωμένη κινητή μονάδα μαστογραφίας. Χρησιμοποιήθηκε επιπλέον και μικρό λεωφορείο για τη μεταφορά γυναικών από και προς δυσπρόσβατες και ορεινές περιοχές. Το πρόγραμμα συνοδεύτηκε από μηχανογραφημένο σύστημα συλλογής και καταγραφής των δεδομένων. Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η υποστήριξη του προγράμματος, τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια, από τοπικούς συλλόγους, οργανώσεις γυναικών, δημοτικούς φορείς, ιατρικούς συλλόγους, την εκκλησία και τα τοπικά μέσα μαζικής ενημέρωσης για την ενίσχυση της συμμετοχής των γυναικών. Επιπλέον, οργανώθηκε και υλοποιήθηκε σειρά παρουσιάσεων για το ευρύ κοινό και σεμιναρίων για τους αγροτικούς και γενικούς ιατρούς. Το πρόγραμμα υποστηρίχθηκε οικονομικά από το πρόγραμμα «Ευρώπη κατά του καρκίνου», το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το Ελληνικό Ίδρυμα Ογκολογίας (Garas *et al.*, 1994).

Το πρόγραμμα είχε πληθυσμό-στόχο γυναίκες ηλικίας 40-64 ετών, οι οποίες ήταν μόνιμοι κάτοικοι των νομών Ηλείας και Μεσσηνίας. Ο πληθυσμός-στόχος ταυτοποιήθηκε από τους εκλογικούς καταλόγους και χρησιμοποιήθηκε για τη δημιουργία ενός ηλεκτρονικού πληθυσμιακού μητρώου. Παρά το γεγονός ότι οι Ευρωπαϊκές οδηγίες συστήνουν την εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου μόνο για γυναίκες ηλικίας 50-64 ετών, η διεύρυνση του πληθυσμού-στόχου ώστε να συμπεριλαμβάνονται και γυναίκες μικρότερης ηλικίας έγινε εσκεμμένα, καθώς θεωρήθηκε πως η συμμετοχή νεαρότερων γυναικών θα ενισχύσει και θα συμπαρασύρει την προσέλευση των μεγαλύτερων (Garas *et al.*, 1994). Ο έλεγχος περιελάμβανε μαστογραφία δύο λήψεων ανά δύο έτη και εφαρμόστηκε η διπλή ανάγνωση των αποτελεσμάτων από δύο ακτινολόγους ανεξάρτητα. Μετά τη λήψη τους, οι μαστογραφίες αποστέλλονταν στα κεντρικά γραφεία του Ελληνικού Ιδρύματος Ογκολογίας στην Αθήνα προκειμένου να αξιολογηθούν. Αν το αποτέλεσμα του μαστογραφικού ελέγχου ήταν αρνητικό, οι απαντήσεις αποστέλλονταν στις γυναίκες με προσωπική επιστολή εντός 1 μήνα. Σε περίπτωση ύποπτου ευρήματος, οι γυναίκες επανακαλούνταν για περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο με υπέρηχο μαστών και λήψη βιοψτικού υλικού υπό την εποπτεία διεπιστημονικής ομάδας ιατρών που απαρτιζόταν από χειρουργό, ακτινολόγο, κυτταρολόγο και ψυχολόγο. Σε περίπτωση επιβεβαιωμένης διάγνωσης της νόσου, οι γυναίκες

παραπέμπονταν σε μία από τις έξι συνεργαζόμενες κλινικές νοσοκομειακών ιδρυμάτων, όπου ο υπεύθυνος χειρουργός αποφάσιζε για τη βέλτιστη χειρουργική παρέμβαση. Ακολούθως, η ιατρική ομάδα της κλινικής καθόριζε την περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου με ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονική θεραπεία. Ο μέσος χρόνος μεταξύ της εύρεσης παθολογικού μαστογραφικού ευρήματος και της εισαγωγής σε νοσοκομείο δεν ξεπερνούσε τους δύο μήνες (Garas *et al.*, 1994).

Πίνακας 4.1: Δείκτες απόδοσης του πιλοτικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στους νομούς Ηλείας και Μεσσηνίας.

	40-49 ετών	50-64 ετών	Συνολικά
Συμμετοχή (%)	54,39	51,42	52,48
Επανάκληση (%)	4,79	5,52	5,25
Βιοψίες (%)	9,37	15,63	13,52
Ανίχνευση	-	4,1/1000	3,1/1000
Προγνωστική αξία επανάκλησης (%)	-	7,36	-
Προγνωστική αξία βιοψίας (%)	-	47,10	-

Πηγή: Garas *et al.*, 1994

Στα πλαίσια του προγράμματος εξετάζονταν κατά μέσο όρο 45 γυναίκες την ημέρα. Για τα πρώτα τέσσερα χρόνια εφαρμογής του προγράμματος, η συμμετοχή των γυναικών ανήλθε κατά μέσο όρο στο 52,48% και το ποσοστό επανάκλησης για περαιτέρω έλεγχο στο 5,25% (Πίνακας 4.1) Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση πως το ποσοστό επανάκλησης ήταν σημαντικά υψηλότερο στο νομό Ηλείας (10,15%) συγκριτικά με το νομό Μεσσηνίας (2,2%). Η λήψη βιοπτικού υλικού για διαγνωστικούς λόγους συστήθηκε στο 15% των γυναικών που επανακλήθηκαν αλλά διεκπεραιώθηκε στο 13,5% αυτών, καθώς οι υπόλοιπες αρνήθηκαν να υποβληθούν στην διαδικασία. Οι επιβεβαιωμένες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού ανήλθαν στο 3,1 και 4,1 ανά 1000 γυναίκες που συμμετείχαν στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τις ηλικίες 40-64 ετών και 50-64 ετών, αντίστοιχα (Garas *et al.*, 1994). Συνολικά, τα αποτελέσματα της πρώτης πιλοτικής εφαρμογής χαρακτηρίζονται ως θετικά και υποδεικνύουν πως η υλοποίηση ενός οργανωμένου

προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού είναι εφικτή στην Ελλάδα.

#### *4.2.3 Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα σήμερα*

Η Ελλάδα είναι από τις λίγες ευρωπαϊκές χώρες στις οποίες δεν εφαρμόζεται οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού. Όλες οι γυναίκες άνω των 40 ετών έχουν την δυνατότητα να υποβληθούν σε προληπτική μαστογραφία και ψηλάφηση μαστού είτε σε συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία ιδιώτες ιατρούς είτε στα εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων, καταβάλλοντας το ποσοστό συμμετοχής που τους αντιστοιχεί. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια, αρκετά από τα μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας έχουν οργανώσει ολοκληρωμένες μονάδες μαστού, άρτια εξοπλισμένες και επανδρωμένες με έμπειρο και ικανό ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίες προσφέρουν υπηρεσίες πρόληψης και πρώιμης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού. Επιπλέον οι γυναίκες μπορούν να προσέρχονται σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και κλινικές της επιλογής τους, αλλά επιβαρύνονται το κόστος της εξέτασης και επίσκεψης εξ' ολοκλήρου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πανελλαδικής έρευνας Hellas Health II, που πραγματοποίησε το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, η πλειοψηφία των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού απευθύνθηκε σε συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς και στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ ιδιαίτερα χαμηλό είναι το ποσοστό αυτών που επισκέφτηκαν ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Όσον αφορά στην κάλυψη του κόστους, αν και το 70,9% των γυναικών δεν είχε καμία οικονομική επιβάρυνση, ένα σημαντικό ποσοστό (27%) αναγκάστηκε να αναλάβει πλήρως τα έξοδα (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2008). Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τελευταία και με αφορμή τις πρόσφατες αλλαγές για την περικοπή των δαπανών για την υγεία, έντονες φήμες κυκλοφορούν πως τα ασφαλιστικά ταμεία θα πάνσουν να καλύπτουν το κόστος των υπηρεσιών πρόληψης για τον καρκίνο, επιβαρύνοντας περαιτέρω τόσο τον οικογενειακό προϋπολογισμό όσο και την ήδη περιορισμένη διεξαγωγή προσυμπτωματικού ελέγχου στη χώρα.

Εκτός από τη δυνατότητα διεξαγωγής ευκαιριακού προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, όπως περιγράφεται παραπάνω, σημαντική

δράση για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα έχουν αναλάβει κοινωφελή ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. (Φασουλάκη, 2007; Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2012). Σε αυτά τα πλαίσια, διενεργούν οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού σε όλη την ελληνική επικράτεια και σε δήμους της Αττικής. Παρόλο που δεν εφαρμόζεται σύστημα προσωπικής πρόσκλησης, η ενημέρωση και προώθηση της συμμετοχής γίνεται μέσα από την ανακοίνωση των δράσεων στα τοπικά μέσα ενημέρωσης και την ανάρτηση ενημερωτικών πανό και αφισών. Τα προγράμματα υλοποιούνται με την σημαντική υποστήριξη των τοπικών φορέων και δεν έχουν καμία οικονομική επιβάρυνση για τους πολίτες, ενώ διενεργούνται στις κινητές και σταθερές μονάδες των ιδρυμάτων. Επιπλέον, συνοδεύονται από ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής και συλλογής δεδομένων για την τακτική επανάκληση των γυναικών, την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας και την εξαγωγή στατιστικών στοιχείων.

Αν και αυτές οι δραστηριότητες συνιστούν σημαντικό κοινωνικό έργο και προσφέρουν μεγάλο όφελος, δεν είναι δυνατό αλλά ούτε και πρέπον να υποκαταστήσουν ένα εθνικό πρόγραμμα οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου. Η διενέργεια πληθυσμιακού προσυμπτωματικού ελέγχου που περιλαμβάνει την πρόωμη διάγνωση και ανίχνευση, τη θεραπεία και την αντιμετώπιση της νόσου, σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες και με εθνική κάλυψη του πληθυσμού-στόχου αποτελεί ευθύνη της πολιτείας και παραμένει ένα μεγάλο έλλειμμα του ελληνικού συστήματος υγείας.

#### *4.2.4 Αδυναμίες του προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ελλάδα*

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται και στο «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015», το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την απουσία εθνικού σχεδιασμού προγραμμάτων πληθυσμιακού προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο, με τις όποιες μέχρι τώρα απόπειρες να αποτελούν μεμονωμένες και πρόχειρες προσπάθειες (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Ως εκ τούτου, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού που εφαρμόζεται στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ως ευκαιριακός και συνοδεύεται από όλα τα μειονεκτήματα αυτού, αλλά και τις αδυναμίες του ευρύτερου συστήματος υγείας της χώρας.

#### 4.2.4.1 Συμμετοχή

Στον ευκαιριακό προσυμπτωματικό έλεγχο δεν εφαρμόζεται μηχανισμός πρόσκλησης με αποτέλεσμα η συμμετοχή των γυναικών να αποτελεί καθαρά προσωπική επιλογή και πρωτοβουλία, η οποία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία τους, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (Maxwell, Bancej and Snider, 2001; Calle *et al.*, 1993; Sutton *et al.*, 1994; Βακφάρη, 2007; Τριγώνη, 2009). Ταυτόχρονα η ενημέρωση, οι επιρροές από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, η ευαισθητοποίηση και η αντίληψη της κάθε γυναίκας για τη σημασία της πρόληψης και τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, φαίνεται πως συνδέονται στενά με την απόφασή τους να προβούν σε προληπτικές εξετάσεις. Σύμφωνα με το International Agency for Research on Cancer, οι παράγοντες που σχετίζονται ισχυρά με τη συμμετοχή των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού είναι η παραλαβή πρόσκλησης και η υπενθύμιση για συμμετοχή, η σύσταση από ιατρό, η κατανόηση του οφέλους του προσυμπτωματικού ελέγχου, η αντίληψη του προσωπικού κινδύνου, η μετρίου βαθμού ανησυχία για εμφάνιση της νόσου, και η πρόσφατη παροχή άλλων υπηρεσιών φροντίδας υγείας (International Agency for Research on Cancer, 2002). Μελέτες και στον ελληνικό πληθυσμό έχουν επιβεβαιώσει την επίδραση των παραπάνω παραγόντων στη συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2008; Δραγασάκη, 2009; Βακφάρη, 2007; Τριγώνη, 2009).

Σύμφωνα με την μελέτη Hellas Health II, μόλις το 53,8% των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών έχουν κάνει μαστογραφία τα τελευταία τρία χρόνια, ενώ μόνο το 56,4% των γυναικών άνω των 40 ετών έχουν υποβληθεί σε ψηλάφηση μαστού από ιατρό. Η ηλικία φαίνεται πως αποτελεί καθοριστικό παράγοντα, καθώς το ποσοστό των γυναικών που υποβάλλονται σε προληπτικές εξετάσεις είναι αρκετά υψηλό στο ηλικιακό φάσμα 50-54 ετών (72,1%) αλλά μειώνεται αισθητά όσο αυξάνεται η ηλικία. Μεταξύ των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού, σημαντικό είναι το ποσοστό αυτών που έχει κάνει μαστογραφία μόνο μία φορά (20,1%). Από τις γυναίκες που ελέγχονται τακτικά, μόλις το 34,5% επαναλαμβάνει τις εξετάσεις ετήσια, ενώ το 40,6% κάθε δύο ή τρία έτη. Επιπλέον, το 21,6% των γυναικών δεν προγραμματίζει τις εξετάσεις συστηματικά (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2008). Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται από τα ευρήματα και άλλων μελετών σε

δείγματα του ελληνικού πληθυσμού (Δραγασάκη, 2009; Βακφάρη, 2007). Από τον υπολογισμό του δείκτη συμμόρφωσης προκύπτει ότι περίπου το 80% των γυναικών που υποβάλλονται σε προληπτική μαστογραφία έχει πραγματοποιήσει μικρότερο από τον προβλεπόμενο για την ηλικία αριθμό εξετάσεων (Βακφάρη, 2007). Οι υπάρχουσες μελέτες καταγράφουν ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά συμμετοχής των ελληνίδων στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού, κυρίως ως απόρροια της έλλειψης ή ανεπαρκούς ενημέρωσης αλλά και προβλημάτων που σχετίζονται με την προσβασιμότητα στις αντίστοιχες υπηρεσίες.

#### 4.2.4.2 Ενημέρωση και εκπαίδευση

Η ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού σε ζητήματα πρόληψης αποτελεί βασική συνιστώσα για την επιτυχία και την αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου και παρουσιάζεται ελλιπής στον ελληνικό πληθυσμό. Σημαντικό ποσοστό των ελληνίδων φαίνεται πως αγνοεί την αξία και τα οφέλη του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού και αντιμετωπίζει τις προληπτικές εξετάσεις ως πολυτέλεια και όχι ως αναγκαιότητα. Ενδεικτικό είναι το εύρημα πως αρκετές ελληνίδες δηλώνουν πως ο προσυμπτωματικός έλεγχος δεν αποτελεί προτεραιότητα, καθώς έχουν σημαντικότερα προβλήματα να αντιμετωπίσουν, έχουν αυξημένες προσωπικές και οικογενειακές υποχρεώσεις, ή λόγω έλλειψης χρόνου, με τα ποσοστά να παρουσιάζονται ιδιαίτερα αυξημένα σε γυναίκες της μεσαίας και κατώτερης κοινωνικής τάξης (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2008; Δραγασάκη, 2009; Τριγώνη, 2009). Δραματική είναι η διαπίστωση πως 60,8% των γυναικών άνω των 40 ετών δηλώνει πως δεν έχει κάνει προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο του μαστού πρόσφατα γιατί δεν το θεωρεί απαραίτητο (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2008). Επιπλέον, αν και περίπου το 30% των ελληνίδων ανησυχεί αρκετά ή υπερβολικά για τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ένα σημαντικό ποσοστό δε γνωρίζει ποια διαδικασία πρέπει να ακολουθήσει προκειμένου να υποβληθεί σε μαστογραφία ή φοβάται γιατί δεν έχει επαρκή ενημέρωση (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2008). Τέλος, και η αμέλεια καταγράφεται ως ένας από τους συχνότερους λόγους για τους οποίους οι ελληνίδες δεν υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2008; Δραγασάκη, 2009; Τριγώνη, 2009).

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η διαπίστωση πως υψηλό ποσοστό ελληνίδων, οι οποίες δήλωσαν ενημερωμένες, έδωσε λανθασμένες απαντήσεις σε βασικά ερωτήματα αναφορικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού, αναδεικνύοντας πως πολλές γυναίκες έχουν λάβει ελλιπή και ανεπαρκή ενημέρωση, παρά την υποκειμενική εκτίμησή τους για το αντίθετο (Βακφάρη, 2007). Η παρατήρηση αυτή εγείρει ζητήματα αναφορικά με το ποιοι είναι οι αρμόδιοι φορείς ενημέρωσης των πολιτών, πόσο άρτια και εμπειριστατωμένη είναι η πληροφόρηση που παρέχουν αλλά και πώς διασφαλίζεται η αμερόληπτη, αντικειμενική και πλήρης ενημέρωση των γυναικών. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν πως οι κύριοι φορείς ενημέρωσης των γυναικών είναι ο ιατρός/γυναικολόγος, διάφορες εκδηλώσεις και συζητήσεις, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και το οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον (Δραγασάκη, 2009; Βακφάρη, 2007; Τριγώνη, 2009). Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση των γυναικών από τους ιατρούς, καθώς έχει αποδειχθεί πως η σύσταση προσυμπτωματικού ελέγχου από ιατρό αποτελεί σημαντικό παράγοντα παρακίνησης των γυναικών και ενισχύει τη συμμετοχή τους (Δραγασάκη, 2009; Βακφάρη, 2007; Τριγώνη, 2009). Ειδικότερα στις επαρχιακές περιοχές, σημαντική είναι η δράση των γενικών ιατρών και παθολόγων στα Κέντρα Υγείας αλλά και των ιατρών που επιτελούν υπηρεσία υπαίθρου (αγροτικοί ιατροί), καθώς είναι αυτοί που έρχονται σε τακτική επαφή με τον τοπικό πληθυσμό.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης μελέτης, οι ιατροί που εργάζονται σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (γενικοί ιατροί, παθολόγοι και αγροτικοί ιατροί) έχουν στην πλειοψηφία τους χαμηλό επίπεδο γνώσεων για τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Η έλλειψη συστηματικής ενημέρωσής τους από κρατικό φορέα και η εναλλακτική χρήση διαφορετικών πηγών ενημέρωσης έχει σαν αποτέλεσμα την εφαρμογή ποικίλων πρακτικών αντιμετώπισης και διαχείρισης των γυναικών κατά βούληση. Επιπλέον, ένα ποσοστό 78-94% αυτών δεν ενημερώνει τις γυναίκες επαρκώς, πρωτίστως λόγω έλλειψης χρόνου και έλλειψης οργάνωσης αντίστοιχων προγραμμάτων. Παρόλα αυτά, δεν καταγράφονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ιατρών ανάλογα με την ειδικότητά τους, ή με το αν είναι μόνιμοι ή ειδικευόμενοι (Τριγώνη, 2009). Αντίθετα, οι ιατροί που απασχολούνται σε Γενικά Νοσοκομεία φαίνεται πως είναι πολύ καλά ενημερωμένοι αναφορικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο, αναγνωρίζουν τη σημασία διενέργειάς του και τον συστήνουν στο σύνολο του πληθυσμού-στόχου σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (Τριγώνη, 2009).

#### 4.2.4.3 Πρόσβαση

Η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη γεωγραφική δομή της χώρας, τη διασπορά του πληθυσμού και από την κατανομή των υποδομών στην επικράτεια. Η Ελλάδα απαρτίζεται από ένα μεγάλο αριθμό μικρών νησιών και πολλών ορεινών περιοχών, ως επί το πλείστον αραιοκατοικημένων από πληθυσμό μεγάλης ηλικίας, ο οποίος όμως έχει μεγαλύτερη ανάγκη από υπηρεσίες πρόληψης και αντιμετώπισης του καρκίνου. Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού βρίσκεται συγκεντρωμένη στα μεγάλα αστικά κέντρα. Τα χαρακτηριστικά αυτά καθιστούν την κατανομή των υποδομών για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και θεραπείας του καρκίνου ιδιαίτερα δύσκολη και δημιουργούν μεγάλες κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση. Προηγούμενες μελέτες έχουν ήδη καταδείξει πως η συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο σχετίζεται στενά με την απόσταση από τα κέντρα παροχής υπηρεσιών πρόληψης (Glockner *et al.*, 1992).

Έρευνες καταδεικνύουν υψηλή συγκέντρωση των υπαρχουσών δημόσιων και ιδιωτικών υποδομών για τη διάγνωση και θεραπεία των ογκολογικών ασθενών στα μεγάλα αστικά κέντρα, και κυρίως στις περιφέρειες Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας. Αντιθέτως, πολλές αγροτικές περιφέρειες δε διαθέτουν ογκολογικά κρεβάτια ή κλίνες ημερήσιας νοσηλείας. Αντίστοιχη είναι και η κατάσταση όσον αφορά στον εξοπλισμό σε ογκολογική τεχνολογία και ιδιαίτερα στις απεικονιστικές εφαρμογές. Γενικότερα, οι ογκολογικές υποδομές φαίνεται πως είναι συγκεντρωμένες σε περιφέρειες όπου εδρεύουν ιατρικές σχολές και πανεπιστημιακά ιδρύματα (Σουλιώτης κ. *συν.*, 2009). Ως εκ τούτου, σε πολλές περιπτώσεις, οι κάτοικοι επαρχιακών περιοχών αναγκάζονται να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις προκειμένου να λάβουν υπηρεσίες υγείας, με μεγάλο κόστος σε χρόνο και χρήμα (Τριγώνη, 2009).

Επιπλέον, εφόσον ο μεγαλύτερος όγκος των περιστατικών διαμοιράζεται μεταξύ λίγων νοσοκομειακών ιδρυμάτων, μεγάλη είναι η επιβάρυνση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και η ταλαιπωρία και η αναμονή των ασθενών. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στα ογκολογικά νοσοκομεία, η αναμονή μπορεί να φτάσει και τους τρεις μήνες (Καραγιώργος, 2009). Παρόμοια είναι η κατάσταση και στα Κέντρα Υγείας, όπου το βεβαρημένο πρόγραμμα και ο μεγάλος αριθμός των ασθενών δεν επιτρέπουν την ουσιαστική ενασχόληση των ιατρών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την προσφορά υπηρεσιών πρόληψης (Τριγώνη, 2009). Η αναμονή για ραντεβού για προσυμπτωματικό έλεγχο στα δημόσια νοσοκομεία, η



απόσταση από τις αντίστοιχες δομές και η γραφειοκρατία των ασφαλιστικών ταμείων αναδεικνύονται ως σημαντικοί περιορισμοί στην πρόσβαση των γυναικών (Δραγασάκη, 2009; Τριγώνη, 2009). Η αδυναμία του δημοσίου συστήματος υγείας να υποστηρίξει επαρκώς την παροχή υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου έχει σαν αποτέλεσμα οι γυναίκες συχνά να προσφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα, παρά το γεγονός ότι τα δημόσια νοσοκομεία αποτελούν τους φορείς επιλογής τους για τη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων (Δραγασάκη, 2009; Βακφάρη, 2007).

Όσον αφορά στις υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου, γίνεται σαφές ότι η ελληνική πραγματικότητα λειτουργεί αποτρεπτικά στη συμμετοχή των πολιτών. Μια ισορροπημένη και δίκαιη κατανομή των υποδομών για τον προσυμπτωματικό έλεγχο θα συνεισφέρει στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και στη βελτίωση της πρόσβασης των πολιτών στις αντίστοιχες υπηρεσίες, με θετικές επιπτώσεις στον περιορισμό της επιβάρυνσης από τη νόσο, στη μείωση του κόστους και στην αύξηση του οφέλους για τους πολίτες. Επιπλέον, η δημιουργία κινητών μονάδων προσυμπτωματικού ελέγχου μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη, ευκολότερη και έγκαιρη εξυπηρέτηση του πληθυσμού-στόχου, αλλά και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων.

#### 4.2.4.4 Γραφειοκρατία/Χρονοβόρες διαδικασίες

Υπό τις υπάρχουσες συνθήκες, η συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο αποτελεί μια διαδικασία την οποία πρέπει να φέρει εις πέρας μόνη της η κάθε γυναίκα καταβάλλοντας κόπο και χρόνο, και ερχόμενη αντιμέτωπη με τα προβλήματα, τις πολύπλοκες και χρονοβόρες διαδικασίες και τη γραφειοκρατία του ελληνικού συστήματος υγείας. Επιπλέον, ο σύγχρονος τρόπος ζωής με τους ταχύτατους ρυθμούς, σε συνδυασμό με την έλλειψη μηχανισμού πρόσκλησης και υπενθύμισης των γυναικών, δεν ευνοεί τη συστηματική και τακτική επανάληψη των προληπτικών εξετάσεων. Ενδεικτικό είναι το εύρημα πως το ποσοστό των γυναικών που έχουν λάβει τηλεφωνική ή ταχυδρομική πρόσκληση και υπενθύμιση για επανέλεγχο είναι ιδιαίτερα χαμηλό (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2008; Δραγασάκη, 2009). Επιπλέον 11% των ελληνίδων δηλώνει πως η διαδικασία του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα, ποσοστό το οποίο αυξάνεται στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2008).

#### 4.2.4.5 Αξιοπιστία και ποιότητα υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου

Η σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα είναι συνδεδεμένη με αισθητή ασυνέχεια στην παροχή υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου. Η δυνατότητα διενέργειας απεικονιστικών και κλινικών διαγνωστικών εξετάσεων από σχεδόν οποιονδήποτε ιατρό σε σχεδόν οποιαδήποτε ιδιωτική ή δημόσια κλινική δε μπορεί να εξασφαλίσει την εμπειρία και κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, την ποιότητα και ακρίβεια των διαγνωστικών εξετάσεων, την ορθή εκτίμηση των ευρημάτων και τη σωστή καθοδήγηση των γυναικών. Η έλλειψη μηχανισμών και κανόνων διασφάλισης ποιότητας στον ευκαιριακό προσυμπτωματικό έλεγχο αναπόφευκτα οδηγεί σε αυξημένη χρήση συμπληρωματικών διαγνωστικών εξετάσεων υψηλής τεχνολογίας και συχνά στη διενέργεια επαναληπτικών εξετάσεων, αυξάνοντας σημαντικά το κόστος για το σύστημα υγείας και για τους πολίτες (de Gelder *et al.*, 2009). Ωστόσο, το σημαντικότερο μειονέκτημα του ευκαιριακού προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η ενδεχόμενη λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, με δυσμενείς συνέπειες στην αντιμετώπιση και πρόγνωση της νόσου και στην ποιότητα ζωής της ασθενούς. Δυστυχώς, οι έλληνες ιατροί συχνά έρχονται αντιμέτωποι με περιστατικά ύποπτων ευρημάτων που δεν έγιναν αντιληπτά εγκαίρως, είτε λόγω κακής ποιότητας των απεικονιστικών εξετάσεων είτε λόγω αδυναμίας ορθής εκτίμησής τους (Μαρκόπουλος, 2009).

Ταυτόχρονα, η απουσία οργανωμένων και εξειδικευμένων μονάδων μαστού δεν επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν την απαιτούμενη εμπειρία και εκπαίδευση στην αντιμετώπιση των παθήσεων του μαστού, καθώς διαχειρίζονται πληθώρα περιστατικών ποικίλης αιτιολογίας. Πρόσφατα και κατά τη διάρκεια συνάντησης διακεκριμένων ελλήνων επιστημόνων, ειδικών για τον καρκίνο του μαστού, διατυπώθηκαν έντονες ενστάσεις αναφορικά με το παραπάνω ζήτημα (Ζωγράφος, 2012). Πιο συγκεκριμένα, οι διεθνείς οδηγίες ορίζουν πως οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τον καρκίνο του μαστού πρέπει να αφιερώνουν το 30% του χρόνου τους σε αντίστοιχα περιστατικά. Αντιθέτως, οι έλληνες ειδικοί εκτιμούν ότι η ενασχόληση με τις παθήσεις του μαστού πρέπει να ανέρχεται περίπου στο 70% του χρόνου εργασίας των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να εξασφαλίζεται η εμπειρία και εξειδίκευσή τους. Δυστυχώς, οι υπάρχουσες συνθήκες εργασίας καθιστούν κάτι τέτοιο πρακτικά αδύνατο.

#### 4.2.4.6 Οργανωμένα Διαγνωστικά Κέντρα Μαστού

Η παροχή αξιόπιστων και ολοκληρωμένων υπηρεσιών προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλου τεχνολογικού εξοπλισμού και τη στελέχωση με ιατρονοσηλευτικό προσωπικό υψηλής εξειδίκευσης, συνθήκες οι οποίες δύσκολα απαντώνται στην πλειοψηφία των υπάρχουσών δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από πλήρη απουσία οργανωμένων Διαγνωστικών Κέντρων Μαστού, η λειτουργία των οποίων θα συνεισέφερε σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου (Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας, 2012). Όπως τονίζει και η Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας, λαμβάνοντας υπόψη την αναμενόμενη ραγδαία αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού τα επόμενα χρόνια, η οποία θα καταστήσει τη νόσο του καρκίνου του μαστού κορυφαίο πρόβλημα δημόσιας υγείας, η ανάγκη για την ίδρυση και λειτουργία οργανωμένων Κέντρων Μαστού καθίσταται πιο επιτακτική από ποτέ (Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας, 2012).

#### 4.2.4.7 Οικονομικό κόστος για το άτομο και το σύστημα υγείας

Έρευνες σε ξένο και ελληνικό πληθυσμό καταδεικνύουν πως το κόστος των προληπτικών διαγνωστικών εξετάσεων και η ασφαλιστική κάλυψή τους αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν έντονα τη συμμετοχή των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο (Lubetkin *et al.*, 2008; Robinson and Shavers, 2008; Βακφάρη, 2007; Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2008). Σαν αποτέλεσμα, ο βαθμός αποζημίωσης του προσυμπτωματικού ελέγχου από τα ασφαλιστικά ταμεία αναδεικνύεται σε ζήτημα άμεσα συνδεδεμένο με το βαθμό συμμόρφωσης των γυναικών και κατ' επέκταση με την αποτελεσματικότητα ενός αντίστοιχου προγράμματος. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας σε ομάδα εμπειρογνομόνων, παρατηρήθηκε απόλυτη σύγκλιση απόψεων πως η κοινωνική ασφάλιση οφείλει να αποζημιώνει πλήρως το κόστος του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού για τις γυναίκες που πληρούν τα κριτήρια του πληθυσμού-στόχου. Αναφορικά με τις γυναίκες που δεν εμπίπτουν στον πληθυσμό-στόχο, το 77% των ερωτηθέντων υποστήριξε πως το κόστος πρέπει να επιβαρύνει εξ' ολοκλήρου το άτομο, το 14% πως πρέπει να διαμοιράζεται μεταξύ της κοινωνικής ασφάλισης και του ατόμου και μόλις το 9% πως πρέπει να καλύπτεται πλήρως από την κοινωνική ασφάλιση. Τέλος, σε περιπτώσεις

γυναικών που δεν πληρούν τα κριτήρια του πληθυσμού-στόχου, αλλά έχουν παραπεμπτικό από θεράποντα ιατρό τεκμηριώνοντας την ανάγκη για προσυμπτωματικό έλεγχο, το 68% των ειδικών θεωρεί πως η κοινωνική ασφάλιση οφείλει να καλύπτει μέρος του κόστους και το 14% πως ο έλεγχος πρέπει να αποζημιώνεται πλήρως (Σκρουμπέλος και Κυριόπουλος, 2010).

Ανεξάρτητα από το πώς διαμοιράζεται το κόστος του προσυμπτωματικού ελέγχου ανάμεσα στην κοινωνική ασφάλιση και τους πολίτες, παραμένει γεγονός ότι η υλοποίηση και εφαρμογή ενός οργανωμένου προγράμματος απαιτεί πόρους και συνιστά επιπλέον δαπάνη στο ήδη επιβαρημένο ελληνικό σύστημα υγείας και σε μία ιδιαίτερα δυσμενή οικονομική συγκυρία. Το κόστος του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού έχει εκτιμηθεί για ένα οργανωμένο πρόγραμμα εθνικής εμβέλειας το οποίο θα παρέχει κλινική εξέταση και μαστογραφία κάθε τρία έτη σε όλες τις ελληνίδες ηλικίας 50-70 ετών (Σκρουμπέλος και Κυριόπουλος, 2010). Το κόστος του προγράμματος υπολογίστηκε στα 32,95€ κατά άτομο ετησίως, εκ των οποίων 20€ αντιστοιχούν στο κόστος της κλινικής εξέτασης από αρμόδιο ιατρό, 9,95€ στο κόστος της μαστογραφίας και 3€ στις διοικητικές δαπάνες του προγράμματος. Σύμφωνα με στοιχεία για την ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού και την επίπτωση του καρκίνου του μαστού, υπολογίσθηκε πως στο πρόγραμμα θα κληθούν να συμμετάσχουν 445.652 γυναίκες. Για σταδιακά αυξανόμενο ποσοστό συμμόρφωσης του πληθυσμού-στόχου από 20% έως 75% κατά τα 5 πρώτα χρόνια εφαρμογής, το συνολικό κόστος του προγράμματος ανέρχεται περίπου στα 3 εκ. € για το πρώτο έτος εφαρμογής του και φτάνει μέχρι τα 11 εκ. € στο πέμπτο έτος (Πίνακας 4.2). Λαμβάνοντας υπόψη πως το σύστημα υγείας ήδη επωμίζεται ένα μέρος του κόστους των εξετάσεων, εκτιμάται πως η επιπρόσθετη επιβάρυνση του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου στις δαπάνες υγείας ανέρχεται στο 46,2% του συνολικού του κόστους και κυμαίνεται από 1,4 έως 5 εκ. € για τα 5 πρώτα έτη εφαρμογής (Πίνακας 4.2).

Πίνακας 4.2: Συνολικό και επιπρόσθετο ετήσιο κόστος εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.

Έτος εφαρμογής	1ο	2ο	3ο	4ο	5ο
Ποσοστό (%) Συμμόρφωσης	20%	30%	40%	50%	75%
Συνολικό Κόστος (€)	2.936.848	4.405.271	5.873.695	7.342.119	11.013.178
Επιπρόσθετο Κόστος (€) (46,2% του συνολικού)	1.356.824	2.035.235	2.713.647	3.392.059	5.088.088

Πηγή: Σκρουμπέλος και Κυριόπουλος, 2010

Παρά την έλλειψη επίσημων στοιχείων, εκτιμάται πως το άμεσο οικονομικό κόστος για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι ιδιαίτερα υψηλό και ανέρχεται περίπου στο 6,5% των δαπανών για την υγεία (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Το άμεσο κόστος προκύπτει από την παραμονή των ογκολογικών ασθενών στα νοσοκομεία, τις χειρουργικές παρεμβάσεις, τις διαγνωστικές εξετάσεις υψηλής τεχνολογίας και κυρίως από την ιδιαίτερα δαπανηρή φαρμακευτική αγωγή. Ιδιαίτερα υψηλό, και σχεδόν διπλάσιο του άμεσου, είναι το έμμεσο οικονομικό κόστος, το οποίο προκύπτει ως απόρροια της απώλειας ημερών εργασίας και της μειωμένης παραγωγικότητας της ασθενούς και πιθανά μελών της οικογένειάς της (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Παρόλο που η εφαρμογή ενός προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού δε μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση της νόσου, η έγκαιρη διάγνωση σε πρώιμη στάδιο επιτρέπει την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθενούς με σημαντικά χαμηλότερο οικονομικό κόστος για την ίδια και για το σύστημα υγείας (Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας, 2012). Συμπερασματικά, προκύπτει πως η υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού αποτελεί επένδυση με ελάχιστη επιβάρυνση στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα και μακροπρόθεσμα συνοδεύεται από σημαντικά κλινικά και οικονομικά οφέλη (Σκρουμπέλος και Κυριόπουλος, 2010).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Για την επίτευξη των στόχων της μελέτης, υιοθετήθηκε έρευνα ποιοτικού τύπου και χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία των εις βάθος συνεντεύξεων με ειδικούς (in depth interviews with experts). Για το σκοπό αυτό, διαμορφώθηκε ημιδομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιείχε κυρίως ανοικτές και κλειστές ερωτήσεις σε συνδυασμό με ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Το δείγμα αποτέλεσαν επαγγελματίες υγείας με μακρόχρονη εμπειρία και εξειδίκευση στην πρόωμη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

### 5.1 Η συνέντευξη ως μεθοδολογικό εργαλείο στην ποιοτική έρευνα

Η ποιοτική έρευνα αποτελεί μία από τις δύο βασικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις με εφαρμογή στις κοινωνικές κυρίως, αλλά και όχι μόνο, επιστήμες. Ο βασικός στόχος της ποιοτικής έρευνας είναι η διερεύνηση ποιοτήτων, δηλαδή η αποκάλυψη συσχετίσεων ανάμεσα σε διαφορετικά υποκείμενα, η περιγραφή, ανάλυση και κατανόηση διαδικασιών, η διατύπωση θέσεων και η αποσαφήνιση σχέσεων και ρόλων (Ιωσηφίδης, 2003). Ο απώτερος σκοπός της ποιοτικής έρευνας είναι η περιγραφή, ανάλυση, ερμηνεία και κατανόηση φαινομένων, καταστάσεων και ομάδων (Ιωσηφίδης, 2001). Στην ποιοτική έρευνα χρησιμοποιούνται πολλά μεθοδολογικά εργαλεία, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η συνέντευξη, η παρατήρηση, η έρευνα δράσης, η ανάλυση περιεχομένου, οι μελέτες περίπτωσης και άλλες (Λάζος, 1998; Κυριαζή, 1998; Ιωσηφίδης, 2001).

Η συνέντευξη αποτελεί την πλέον διαδεδομένη μέθοδο συλλογής ποιοτικού υλικού. Αναφέρεται στην αλληλεπίδραση και επικοινωνία μεταξύ προσώπων, η οποία καθοδηγείται από τον ερευνητή με σκοπό τη συγκέντρωση πληροφοριών, σχετικών με το αντικείμενο της έρευνας (Cohen and Manion, 1992). Διακρίνονται πολλές μορφές συνέντευξης, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και η συνέντευξη σε βάθος (in depth interview) (Ιωσηφίδης, 2003). Η συνέντευξη σε βάθος χρησιμοποιείται ευρέως στην ποιοτική έρευνα καθώς επιτρέπει στον ερευνητή να κατευθύνει τον ερωτηθέντα πάνω στα βασικά ζητήματα της μελέτης ενώ ταυτόχρονα του δίνει τη δυνατότητα να αναπτύξει τις απόψεις του σε βάθος. Κατ' επέκταση, έχει το πλεονέκτημα της συλλογής περισσότερων πληροφοριών για τις εμπειρίες, τις απόψεις και τις στάσεις των συμμετεχόντων. Επιπλέον, μπορεί να οδηγήσει στη διερεύνηση

και περαιτέρω θεμάτων, μεταβάλλοντας ή τροποποιώντας το αρχικό ερευνητικό πλαίσιο. Αυτός ο τύπος συνέντευξης απαιτεί υψηλές επικοινωνιακές δυνατότητες του ερευνητή ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της έρευνας και να αποφευχθεί η διαστρέβλωση ή η παρανόηση των δεδομένων. Επιπλέον, επειδή το υποκειμενικό στοιχείο είναι κυρίαρχο, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Συχνά, μέρος της πληροφορίας που συλλέγεται κατά την συνέντευξη παραμένει αναξιοποίητο, καθώς επεκτείνεται πέρα από στους στόχους της εκάστοτε μελέτης. Τέλος, ένα μειονέκτημα της συνέντευξης είναι πως συνιστά μία χρονοβόρα διαδικασία τόσο κατά τη φάση του σχεδιασμού, όσο και στην υλοποίηση (Stewart and Cash, 1991; Kvale, 1996).

Σύμφωνα με τον Kvale, η έρευνα μέσα από τη διεξαγωγή συνεντεύξεων διακρίνεται σε επτά διακριτά στάδια (Kvale, 1996). Το πρώτο στάδιο είναι η διατύπωση του ερευνητικού προβλήματος και η ανάπτυξη των υποθέσεων που θα επιβεβαιωθούν ή θα διαψευστούν από την έρευνα πεδίου (Thematizing). Το στάδιο αυτό επιτρέπει την αξιολόγηση της καταλληλότητας της εφαρμογής της συνέντευξης ως μεθοδολογικό εργαλείο για το συγκεκριμένο ερευνητικό εγχείρημα. Το επόμενο στάδιο είναι ο σχεδιασμός της συνέντευξης (Designing), δηλαδή ο προσδιορισμός των θεματικών περιοχών που καλύπτει. Σε περιπτώσεις ημιδομημένων συνεντεύξεων, το στάδιο αυτό περιλαμβάνει τον καθορισμό συγκεκριμένων ερωτήσεων. Ακολουθεί το στάδιο της πραγματοποίησης των συνεντεύξεων (Interviewing) και στη συνέχεια αυτό της προετοιμασίας του υλικού για ανάλυση (Transcribing). Η ανάλυση (Analyzing) αποτελεί ένα από τα πλέον σημαντικά στάδια της διαδικασίας, καθώς αποσκοπεί στην απόδοση νοήματος στα εμπειρικά ποιοτικά δεδομένα που έχουν συλλεχθεί μέσω των συνεντεύξεων. Κατά το στάδιο αυτό, γίνεται ομαδοποίηση των δεδομένων ώστε να προκύπτουν απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα. Ακολουθεί ο έλεγχος της εγκυρότητας και αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων της έρευνας (Verifying), ενώ το τελευταίο στάδιο αφορά στη δημοσιοποίηση των ευρημάτων (Reporting) στην επιστημονική κοινότητα, στο ευρύ κοινό και σε αρμόδιους φορείς.

Η αποτελεσματικότητα της συνέντευξης για την επίτευξη των στόχων της έρευνας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αλληλεπίδραση που αναπτύσσεται μεταξύ του ερευνητή και του ερωτώμενου (Ιωσηφίδης, 2003). Ο ερευνητής πρέπει να διαθέτει υψηλές επιστημονικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, να γνωρίζει το αντικείμενο της έρευνας σε βάθος, να καθοδηγεί την πορεία της συνέντευξης κατάλληλα και να αποσαφηνίζει και να ερμηνεύει τις απόψεις και στάσεις των

ερωτώμενων. Ταυτόχρονα, πρέπει να είναι σαφής, ευγενικός αλλά και κριτικός. Βασική προϋπόθεση είναι να ενημερώνει πλήρως τον ερωτώμενο για το αντικείμενο και το σκοπό της έρευνας, εξασφαλίζοντας τη συναίνεση για τη συμμετοχή του. Τέλος, πρέπει να εγγυάται την εμπιστευτικότητα και την ανωνυμία των πληροφοριών (Kvale, 1996; Weinberg, 2002).

Ανάλογα με το βαθμό δόμησης, η συνέντευξη μπορεί να είναι δομημένη, ημιδομημένη ή μη δομημένη (Ιωσηφίδης, 2003). Η δομημένη συνέντευξη βασίζεται σε ένα προκαθορισμένο σύνολο ερωτήσεων, το οποίο τίθενται σε όλους τους συμμετέχοντες με ενιαίο τρόπο τόσο ως προς το περιεχόμενο όσο και ως προς τη σειρά των ερωτήσεων (Dunn, 2000). Η ημιδομημένη συνέντευξη επίσης χρησιμοποιεί προκαθορισμένες ερωτήσεις αλλά χαρακτηρίζεται από ευελιξία του ερευνητή να τις θέσει με διαφορετική σειρά ή με διαφορετικό περιεχόμενο ανάλογα με τον ερωτώμενο. Επιπλέον υπάρχει η δυνατότητα προσθαφαίρεσης ερωτήσεων και θεμάτων. Τέλος, η μη δομημένη συνέντευξη βασίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ του ερευνητή και του ερωτώμενου και αναπτύσσεται πάνω σε μία θεματική περιοχή εν τη απουσία προκαθορισμένων ερωτήσεων (Robson, 2002).

Οι βασικοί τύποι ερωτήσεων που χρησιμοποιούνται στις συνεντεύξεις είναι οι κλειστές, οι ανοιχτές και οι μικτές. Οι κλειστές ερωτήσεις (closed questions) παρέχουν στον ερωτώμενο όλες τις πιθανές απαντήσεις και χρησιμοποιούνται συνήθως στις αυστηρά δομημένες συνεντεύξεις. Αντίθετα, οι ανοιχτές ερωτήσεις (open questions) επιτρέπουν στον ερωτώμενο να αναπτύξει την απάντησή του χωρίς προκαθορισμούς. Το είδος αυτό των ερωτήσεων απαντάται κυρίως στις μη δομημένες και ημιδομημένες συνεντεύξεις. Τέλος, οι μικτές ερωτήσεις αποτελούν συνδυασμό των δύο παραπάνω τύπων. Εκτός από αυτούς τους τρεις τύπους ερωτήσεων, στις συνεντεύξεις συχνά χρησιμοποιούνται και ερωτήσεις άλλων τύπων, όπως οι καθοδηγητικές, οι περιγραφικές, οι δομικές, οι υποθετικές, οι ερωτήσεις γνώμης, οι ερωτήσεις-γέφυρα, οι εισαγωγικές και οι συμπερασματικές ερωτήσεις (Dunn 2000; Breakwell, 1995; Mishler, 1996).

## **5.2 Μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας**

### **5.2.1 Συνέντευξη**

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της προσωπικής συνέντευξης σε βάθος σε ομάδα ειδικών. Η πρωτογενής έρευνα διήρκεσε από τις 6 Οκτωβρίου 2012 έως τις 22 Μαρτίου 2013. Η διάρκεια της κάθε συνέντευξης ήταν 50



λεπτά κατά μέσο όρο. Οι προσωπικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν μετά από επίσκεψη του συνεντευκτή στα ειδικούς στα πλαίσια προκαθορισμένων ραντεβού αποκλειστικά για αυτό το σκοπό, τα οποία είχαν οριστεί κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας.

### 5.2.2 Ερωτηματολόγιο

Για τη διενέργεια της μελέτης, διαμορφώθηκε ημιδομημένο ερωτηματολόγιο με ανοικτές, κλειστές και πολλαπλής επιλογής ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις επιλέχθηκαν ώστε να εξυπηρετούν τους στόχους της έρευνας, ενώ βασίστηκαν στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και προσαρμόστηκαν αναλόγως. Προηγήθηκε δοκιμαστική έρευνα για την αξιολόγηση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου σε μικρό αριθμό ειδικών (Pilot study), βάσει της οποίας έγιναν οι απαιτούμενες τροποποιήσεις.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από 22 ερωτήσεις και χωρίζεται σε 4 επιμέρους θεματικές ενότητες. Στην πρώτη ενότητα περιλαμβάνονται 4 ερωτήσεις (ερωτήσεις 2 έως 5), οι οποίες αποσκοπούν στη διερεύνηση της άποψης των ειδικών όσον αφορά στα βασικά χαρακτηριστικά ενός προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου, σύμφωνα με την επιδημιολογία της νόσου στον ελληνικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις 2, 3 και 4 διερευνούν το ηλικιακό φάσμα του πληθυσμού-στόχου, το μεσοδιάστημα ελέγχου και τη μεθοδολογία ελέγχου, αντίστοιχα. Η ερώτηση 5 αφορά σε ενδεχόμενες τροποποιήσεις των παραπάνω χαρακτηριστικών για ειδικές ομάδες πληθυσμού. Η δεύτερη ενότητα απαρτίζεται από 10 ερωτήσεις (ερωτήσεις 9 έως 15), οι οποίες αναφέρονται στη δομή του συστήματος του προσυμπτωματικού ελέγχου και στα βασικά στοιχεία λειτουργίας των Μονάδων Μαστού που το απαρτίζουν. Αναλυτικά, η ερώτηση 6 καταγράφει την άποψη των ειδικών για τους τύπους Μονάδων Μαστού που πρέπει να λειτουργούν στη χώρα.. Οι ερωτήσεις 7 έως 9, 11 έως 13, και 14 έως 15 διερευνούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τον όγκο εργασίας και τα νοσηλευτικά ιδρύματα όπου θα εδράζονται οι Μονάδες Μαστού. Επιπλέον, η ερώτηση 10 αναφέρεται στην δημιουργία κινητών Μονάδων προσυμπτωματικού ελέγχου. Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις (ερωτήσεις 16 έως 21), οι οποίες στοχεύουν στην συγκέντρωση πληροφοριών αναφορικά με την οργάνωση και τη διαχείριση του συστήματος. Πιο συγκεκριμένα, η ερώτηση 16 διερευνά την άποψη των ειδικών αναφορικά με το καταλληλότερο σύστημα οργάνωσης του προσυμπτωματικού ελέγχου στην Ελλάδα, ενώ η ερώτηση 17 αναφέρεται στην επιλογή των αρμόδιων

φορέων. Οι ερωτήσεις 18 και 19 ασχολούνται με τη διασφάλιση της ποιότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου και οι ερωτήσεις 20 και 21 με τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα της υγείας. Η τέταρτη και τελευταία ενότητα περιλαμβάνει 1 ερώτηση και αναφέρεται στην εφικτότητα της υλοποίησης ενός προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου στη χώρα μας. Τέλος, στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνεται η ερώτηση 1, η οποία χρησιμοποιείται για την ομαλή εισαγωγή των ερωτηθέντων στο αντικείμενο της μελέτης, και καταγράφει την υποκειμενική τους άποψη για την αναγκαιότητα εφαρμογής ενός εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο επισυνάπτεται στο Παράρτημα Α της παρούσας εργασίας.

### 5.2.3. Δείγμα

Το μέγεθος του δείγματος ήταν 9 ειδικοί, με αξιόλογη πορεία στη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η ομάδα ειδικών απαρτίστηκε από διακεκριμένους επαγγελματίες υγείας ειδικοτήτων που εμπλέκονται άμεσα στην πρόωμη διάγνωση της νόσου, και συγκεκριμένα γενικούς ιατρούς, γυναικολόγους, χειρουργούς μαστού, ακτινοθεραπευτές-ογκολόγους και ερευνητές. Οι φορείς των ειδικών είναι κάποια από τα μεγαλύτερα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα της υγείας. Αν και η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δραστηριοποιείται επαγγελματικά στο νομό Αττικής, στην μελέτη έχουν συμπεριληφθεί και ειδικοί που εργάζονται στην ελληνική περιφέρεια. Στο Παράρτημα Β της εργασίας καταγράφονται τα στοιχεία των ειδικών που αποτέλεσαν το δείγμα της μελέτης.

Στη συνέχεια του κεφαλαίου ακολουθεί περιγραφή των δεδομένων και σχολιασμός των ευρημάτων.

### 5.3 Αποτελέσματα της έρευνας

Η παρούσα ενότητα ασχολείται με την περιγραφή και παρουσίαση των αποτελεσμάτων της εμπειρικής μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζονται οι απόψεις των ειδικών ανά θεματική ενότητα και ανά ερώτηση ενώ ακολουθεί ανάλυση των πληροφοριών.

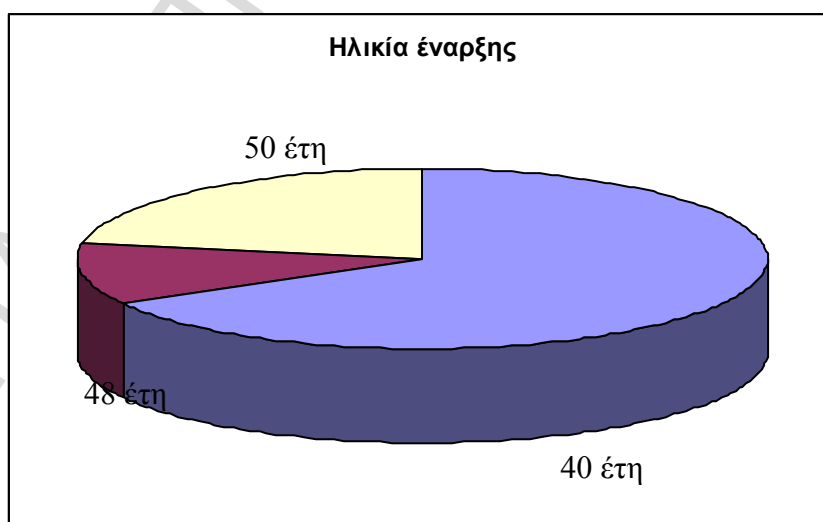
Όπως προαναφέρθηκε, η πρώτη ερώτηση αποσκοπεί στη διερεύνηση της άποψης των ειδικών για την αναγκαιότητα εφαρμογής ενός εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού από την

πολιτεία με στόχο την προάσπιση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Παρατηρήθηκε απόλυτη σύγκλιση απόψεων, καθώς το σύνολο των ειδικών απάντησε πως μία τέτοια πρωτοβουλία κρίνεται όχι μόνο επιθυμητή αλλά και απαραίτητη.

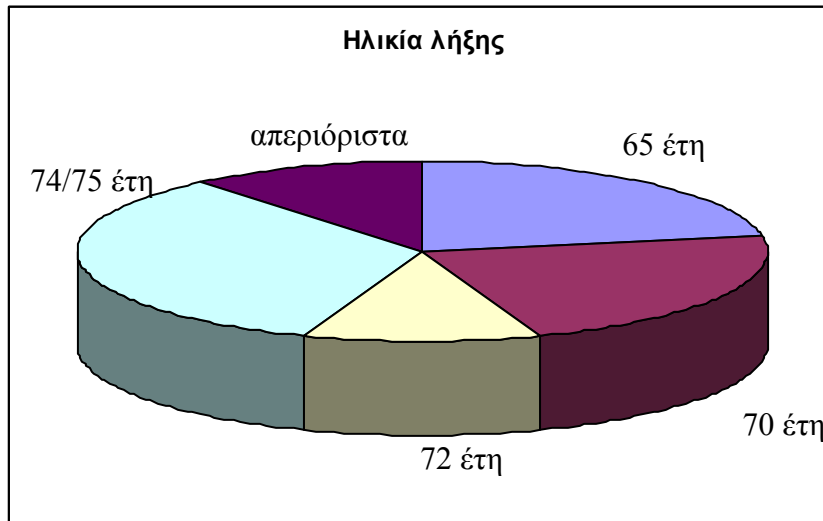
Στη συνέχεια ακολουθεί περιγραφή των αποτελεσμάτων της μελέτης αναφορικά με τα βασικά χαρακτηριστικά ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζονται οι απόψεις των ειδικών αναφορικά με το ηλικιακό φάσμα του πληθυσμού-στόχου (ηλικία έναρξης και λήξης του ελέγχου), τη συχνότητα ελέγχου (μεσοδιάστημα) και τις εξετάσεις που πρέπει να απαρτίζουν τη μεθοδολογία ελέγχου.

Όσον αφορά στην ηλικία έναρξης, η μεγάλη πλειοψηφία των ειδικών την προσδιορίζει στα 40 έτη. Λίγοι ειδικοί κρίνουν πως ο προσυμπτωματικός έλεγχος πρέπει να ξεκινάει στην ηλικία των 50 ετών, ενώ μικρό μέρος αυτών θεωρεί πως η πλέον κατάλληλη ηλικία είναι τα 48 έτη (Γράφημα 5.1). Μεγαλύτερη ετερογένεια παρατηρείται στις απαντήσεις των ειδικών για την ηλικία λήξης. Η πλειονότητα συνιστά πως ο έλεγχος πρέπει να σταματάει μετά τα 70 έτη, με προεξέχουσα άποψη τα 74 ή 75 έτη. Λίγοι ειδικοί συστήνουν τα 72 έτη, ενώ ορισμένοι θεωρούν πως δεν πρέπει να υπάρχει ανώτατο ηλικιακό όριο αλλά ο έλεγχος να συνεχίζεται όσο η γυναίκα βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση. Μικρότερο μέρος των ειδικών προτείνει ως ηλικία λήξης τα 65 ή τα 70 έτη (Γράφημα 5.2).

Γράφημα 5.1: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για την ηλικία έναρξης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.



Γράφημα 5.2: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για την ηλικία λήξης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.



Γράφημα 5.3: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τη συχνότητα επανάληψης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.



Στην ερώτηση για το μεσοδιάστημα ελέγχου, οι περισσότερες απόψεις διαμοιράζονται εξίσου μεταξύ του 1 ή των 2 ετών. Λίγοι ειδικοί θεωρούν πως ο προσυμπτωματικός έλεγχος πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά 3 έτη (Γράφημα 5.3). Αναφορικά με τη μεθοδολογία ελέγχου, οι περισσότεροι ειδικοί θεωρούν πως η καταλληλότερη προσέγγιση είναι ο συνδυασμός μαστογραφίας και κλινικής εξέτασης. Λιγότεροι ειδικοί κρίνουν πως μόνο η μαστογραφία είναι επαρκής (Γράφημα 5.4).

Γράφημα 5.4: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τη μεθοδολογία ελέγχου κατά τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού.



Στην ερώτηση για πιθανές τροποποιήσεις των χαρακτηριστικών του προσυμπτωματικού ελέγχου για άλλες ηλικιακές ομάδες, ένας μόνο ειδικός προτείνει έλεγχο των γυναικών ηλικίας 40-50 και 65-80 ετών μόνο με κλινική εξέταση ανά μεγάλα χρονικά διαστήματα. Διευκρινίζεται πως ο εν λόγω ειδικός έχει προτείνει την εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου σε γυναίκες ηλικίας 50-65 ετών, με μαστογραφία και κλινική εξέταση ανά 2 έτη. Όσον αφορά σε τροποποιήσεις του προγράμματος για γυναίκες υψηλού κινδύνου, η μαζική πλειοψηφία των ειδικών θεωρεί πως οι γυναίκες αυτές πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο ανά 1 έτος, με επιπρόσθετες απεικονιστικές εξετάσεις, όπως υπέρηχος μαστών και ψηφιακή μαστογραφία. Επιπλέον αρκετοί θεωρούν πως, στις περιπτώσεις αυτές ο έλεγχος πρέπει να ξεκινάει σε μικρότερη ηλικία, μεταξύ 20 και 30 ετών.

Η δεύτερη θεματική ενότητα αναφέρεται στη δομή του συστήματος του προσυμπτωματικού ελέγχου. Η πρώτη ερώτηση αποσκοπεί στην καταγραφή της άποψης των ειδικών για το πλήθος και το είδος των Μονάδων Μαστού που πρέπει να απαρτίζουν το σύστημα. Συγκεκριμένα, οι ειδικοί καλούνται να απαντήσουν αν συμφωνούν ή διαφωνούν με τις Ευρωπαϊκές συστάσεις για τη δημιουργία 3 τύπων Μονάδων Μαστού: τις Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης για τη διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου σε ασυμπτωματικές γυναίκες, τις Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης για περαιτέρω διερεύνηση των ύποπτων ευρημάτων, και τις εξειδικευμένες Μονάδες Μαστού για τη θεραπεία και παρακολούθηση των ασθενών

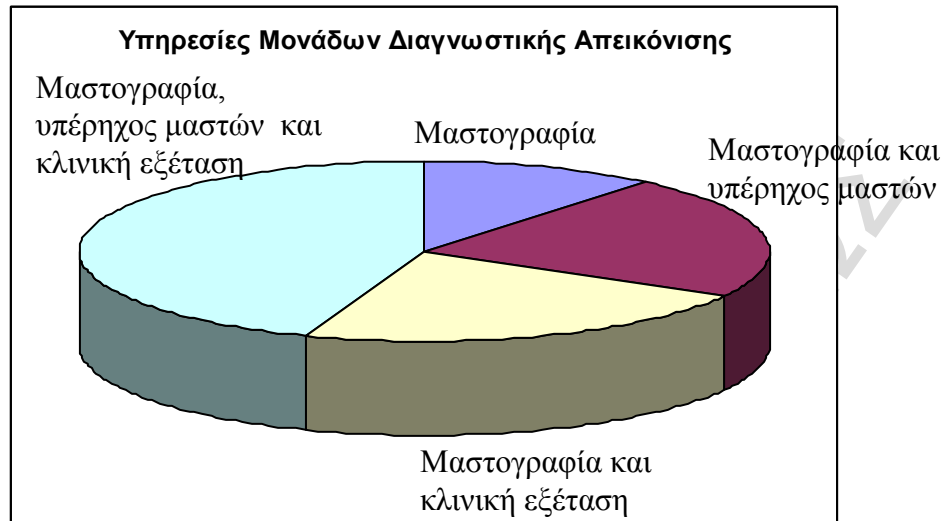
(European Commission, 2006). Η πλειοψηφία των ειδικών συμφωνεί με την παραπάνω περιγραφείσα δομή. Αντίθετα, αρκετοί θεωρούν πως αυτή η δομή δεν είναι εφικτή ή κατάλληλη στη χώρα μας (Γράφημα 5.5). Από αυτούς, οι περισσότεροι θεωρούν πως οι δύο πρώτοι τύποι Μονάδων Μαστού, δηλαδή οι Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης και Διαγνωστικής Αξιολόγησης, πρέπει να είναι ενσωματωμένες και να λειτουργούν ενιαία. Λίγοι ειδικοί θεωρούν πως η δημιουργία Μονάδων Διαγνωστικής Απεικόνισης ή Εξειδικευμένων Μονάδων δεν είναι εφικτή στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Γράφημα 5.5: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τη δημιουργία 3 τύπων Μονάδων Μαστού.



Στη συνέχεια, ακολουθεί παρουσίαση της άποψης των ειδικών για τα λειτουργικά χαρακτηριστικά καθενός από τους 3 τύπους Μονάδων Μαστού. Συγκεκριμένα, οι ειδικοί απάντησαν για τις υπηρεσίες υγείας που πρέπει να προσφέρουν, τον όγκο δουλειάς που πρέπει να διεκπεραιώνουν καθώς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας που πρέπει να τις εδράζουν. Όσον αφορά στις υπηρεσίες που παρέχουν οι Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης, οι περισσότεροι ειδικοί προτείνουν τη δυνατότητα διενέργειας μαστογραφίας, κλινικής εξέτασης και υπερήχου μαστών. Λιγότεροι θεωρούν πως η δυνατότητα παροχής μόνο δύο εξετάσεων είναι επαρκής, είτε μαστογραφίας και κλινικής εξέτασης είτε μαστογραφίας και υπερήχου. Η μειονότητα των ειδικών προτείνει πως αυτός ο τύπος Μονάδων πρέπει να παρέχει μόνο μαστογραφία (Γράφημα 5.6).

Γράφημα 5.6: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τις υπηρεσίες υγείας που πρέπει να προσφέρονται από τις Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης.

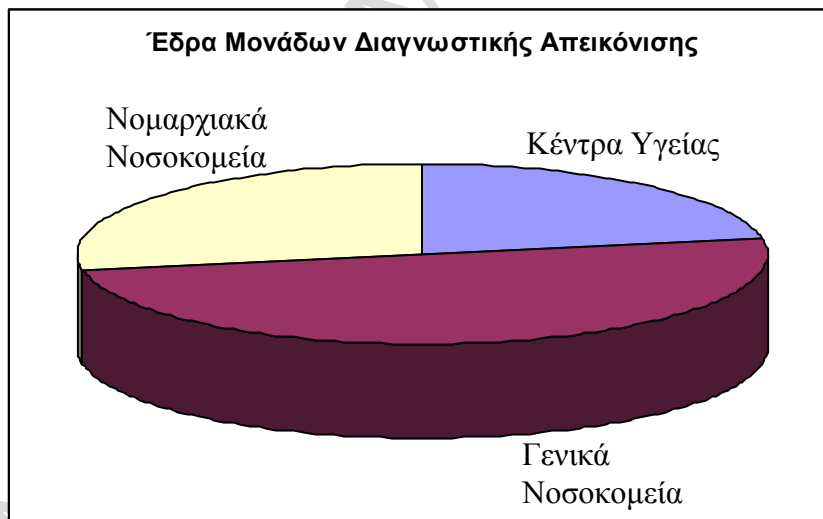


Όσον αφορά στον όγκο εργασίας αυτών των Μονάδων, η πλειοψηφία των ειδικών συμφωνεί με τη διενέργεια 1000 μαστογραφιών κατ' έτος, διευκρινίζοντας πως αυτός είναι ο ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός εξετάσεων. Ορισμένοι επισήμαναν πως αυτός ο όγκος εργασίας είναι αποδεκτός μόνο σε περιπτώσεις όπου οι Μονάδες δε λειτουργούν υπό καθεστώς πλήρους απασχόλησης. Αρκετοί είναι οι ειδικοί που θεωρούν πως ο αριθμός των παρεχομένων εξετάσεων πρέπει να είναι πολύ μεγαλύτερος (Γράφημα 5.7). Όσον αφορά στην επιλογή της έδρας των Μονάδων Διαγνωστικής Απεικόνισης, η πλειοψηφία των ειδικών θεωρεί πως πρέπει να τοποθετηθούν σε Γενικά Νοσοκομεία. Λιγότεροι πιστεύουν πως πρέπει να εδράζονται σε Κέντρα Υγείας ή Νομαρχιακά Νοσοκομεία (Γράφημα 5.8). Τέλος, στην ερώτηση για τη χρησιμότητα δημιουργίας κινητών Μονάδων Διαγνωστικής Απεικόνισης, οι περισσότεροι ειδικοί διατείνονται θετικά. Παρόλα αυτά, σημαντικό είναι το ποσοστό των ειδικών που διαφωνούν καθώς θεωρούν πως πρόκειται για μία αναχρονιστική πρακτική, η οποία εγείρει σοβαρά ζητήματα ποιότητας (Γράφημα 5.9).

Γράφημα 5.7: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τον όγκο εργασίας στις Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης.

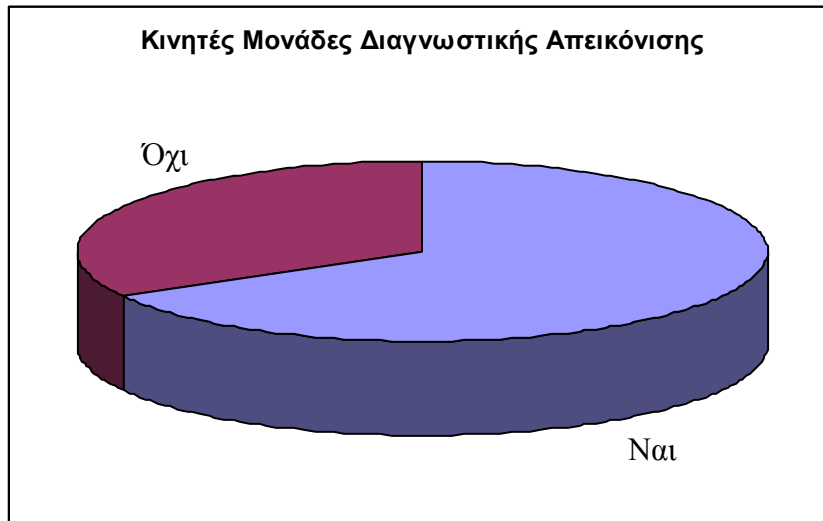


Γράφημα 5.8: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τα νοσηλευτικά ιδρύματα που πρέπει να εδράζουν τις Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης.



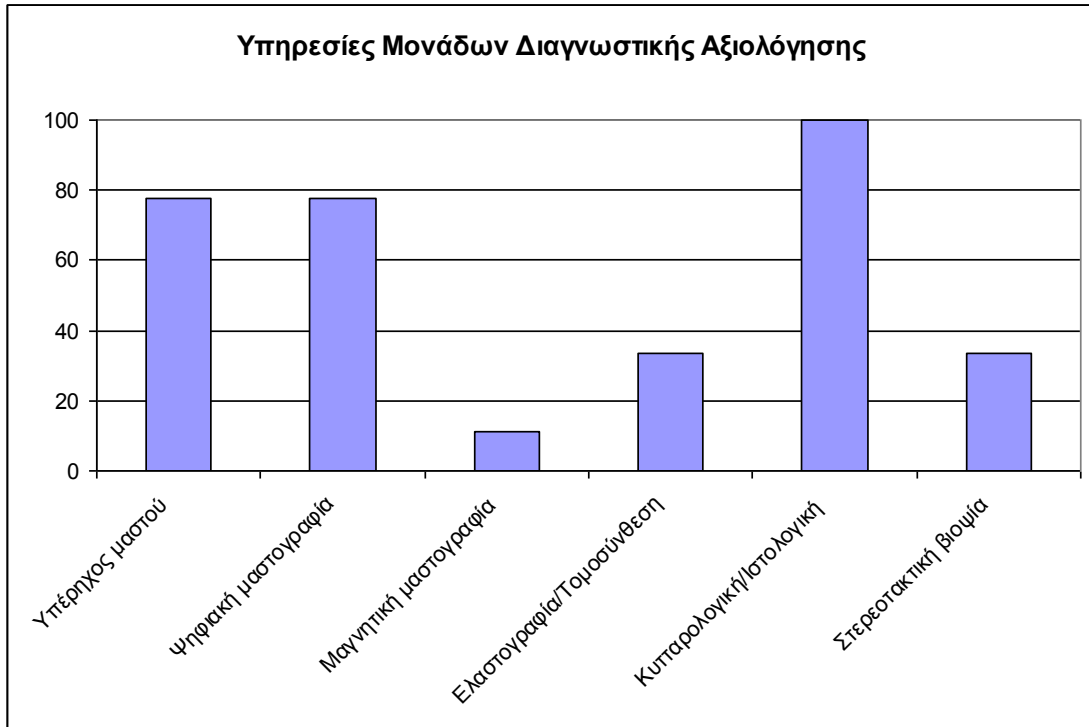


Γράφημα 5.9: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τη δημιουργία Κινητών Μονάδων Διαγνωστικής Απεικόνισης.



Στην ερώτηση που αφορά στις διαγνωστικές εξετάσεις που πρέπει να παρέχει ο δεύτερος τύπος Μονάδων μαστού (Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης), όλοι οι ειδικοί συμφωνούν με τη δυνατότητα διενέργειας κυτταρολογικής/ιστολογικής δειγματοληψίας. Οι περισσότεροι συστήνουν επίσης την παροχή υπερήχου μαστών και ψηφιακής μαστογραφίας. Μικρό μέρος αυτών προτείνουν πως οι Μονάδες πρέπει να παρέχουν και ελαστογραφία/τομοσύνθεση, στερετακτική βιοψία και μαγνητική μαστογραφία (Γράφημα 5.10). Όσον αφορά στον όγκο εργασίας αυτών των Μονάδων, οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν με τη σύσταση για τουλάχιστον 2000 εξετάσεις κατ' έτος. Αρκετοί είναι οι ειδικοί που πιστεύουν πως ο αριθμός των παρεχόμενων εξετάσεων πρέπει να είναι πολύ μεγαλύτερος και να ανέρχεται σε περίπου 4000 εξετάσεις ανά έτος. Αντίθετα, ένα μέρος των ειδικών θεωρεί πως ο αριθμός των εξετάσεων πρέπει να είναι μικρότερος, αλλά αυτοί συγκαταλέγονται στους ειδικούς που θεωρούν πως οι Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης πρέπει να λειτουργούν από κοινού με τις Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης (Γράφημα 5.11).

Γράφημα 5.10: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τις υπηρεσίες υγείας που πρέπει να προσφέρονται από τις Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης.

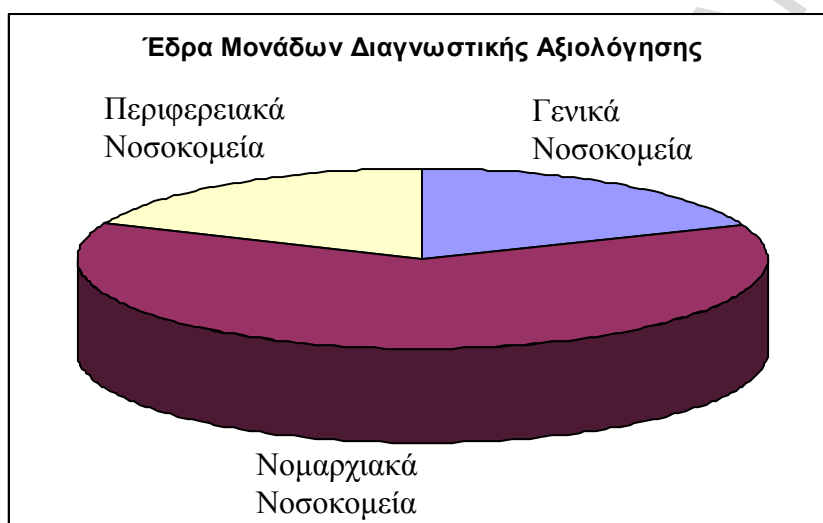


Γράφημα 5.11: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τον όγκο εργασίας στις Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης.



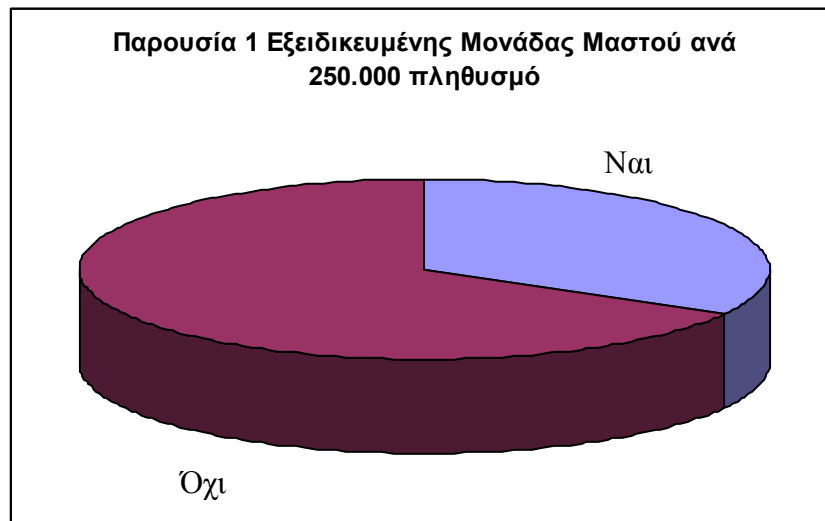
Αναφορικά με τα νοσοκομειακά ιδρύματα στα οποία πρέπει να εδράζονται οι Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης, η μεγάλη πλειοψηφία των ειδικών προτείνει τα Νομαρχιακά νοσοκομεία, ενώ λίγοι είναι αυτοί που προτείνουν και κάποια μεγάλα Γενικά Νοσοκομεία ή τα Περιφερειακά Νοσοκομεία της χώρας (Γράφημα 5.12).

Γράφημα 5.12: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τα νοσηλευτικά ιδρύματα που πρέπει να εδράζονται τις Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης.



Αντίστοιχες πληροφορίες έχουν συγκεντρωθεί όσον αφορά στις προδιαγραφές λειτουργίας των Εξειδικευμένων Μονάδων Μαστού. Το σύνολο των ειδικών προτείνει την εγκατάστασή τους σε Περιφερειακά νοσοκομεία, εφόσον παρέχουν υπηρεσίες τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σε περίπτωση όπου τα Περιφερειακά νοσοκομεία της χώρας δεν επαρκούν για την κάλυψη του πληθυσμού, οι ειδικοί προτείνουν την εγκατάσταση αντίστοιχων Μονάδων και σε κάποια Νομαρχιακά νοσοκομεία. Αναφορικά με τον πληθυσμό που πρέπει να καλύπτει κάθε Εξειδικευμένη Μονάδα, λίγοι από τους ειδικούς συμφωνούν με τις Ευρωπαϊκές συστάσεις για την παρουσία 1 Μονάδας ανά 250.000-300.000 κατοίκους. Οι περισσότεροι ειδικοί υποστηρίζουν πως η κάθε Μονάδα πρέπει να εξυπηρετεί μεγαλύτερο κομμάτι πληθυσμού, περίπου 400.000-500.000 άτομα (Γράφημα 5.13).

Γράφημα 5.13: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για την πληθυσμιακή κάλυψη των Εξειδικευμένων Μονάδων Μαστού.



Η επόμενη θεματική ενότητα αναφέρεται στην οργάνωση και διαχείριση του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου. Οι ειδικοί κλήθηκαν να επιλέξουν μεταξύ του συγκεντρωτικού, μερικώς συγκεντρωτικού και αποκεντρωμένου συστήματος οργάνωσης, καθώς και να εκφράσουν την άποψή τους αναφορικά με τους φορείς που πρέπει να αναλάβουν τη διαχείριση και το συντονισμό.

Αναφορικά με το σύστημα οργάνωσης και διαχείρισης του συστήματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, οι περισσότεροι ειδικοί θεωρούν πως το συγκεντρωτικό μοντέλο είναι το πιο κατάλληλο για τον ελληνικό χώρο, καθώς αρμόζει καλύτερα στην κουλτούρα και τις συνήθειες των πολιτών. Λιγότεροι τάσσονται υπέρ της εφαρμογής του μερικώς συγκεντρωτικού μοντέλου ενώ πολύ λίγοι ειδικοί συνιστούν το αποκεντρωμένο σύστημα οργάνωσης (Γράφημα 5.14).

Γράφημα 5.14: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για το καταλληλότερο σύστημα οργάνωσης και διαχείρισης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.



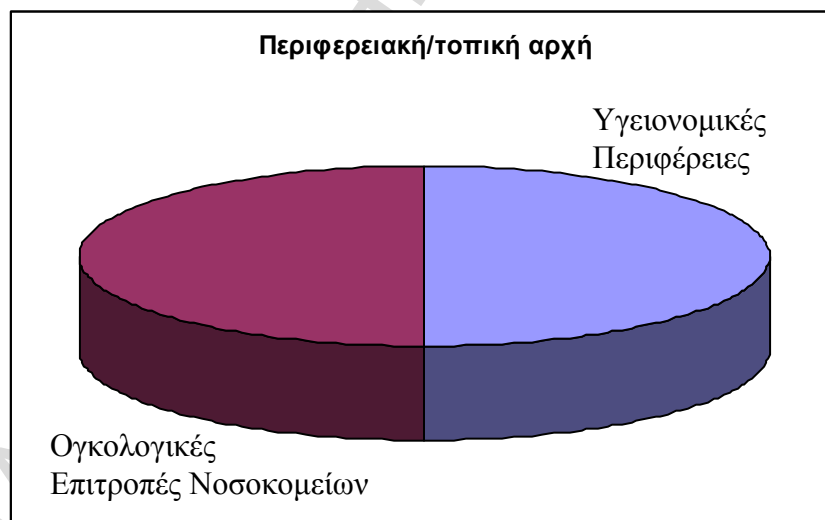
Όσον αφορά στην καταλληλότερη κεντρική αρχή για τον προσυμπτωματικό έλεγχο, η πλειοψηφία των ειδικών υποστηρίζει τη δημιουργία ενός νέου φορέα με αποκλειστική αρμοδιότητα τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού. Οι ειδικοί δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην ανάγκη για τον υπερκομματικό χαρακτήρα αυτής της αρχής, η οποία δεν πρέπει να αποτελεί πολιτικό όργανο. Λίγοι από τους ειδικούς θεωρούν πως κάποιος από τους ήδη υπάρχοντες φορείς, που εμπλέκονται σε ζητήματα σε σχέση με τον καρκίνο (Ογκολογική Επιτροπή του ΚΕΣΥ, ΚΕΕΛΠΝΟ, ΕΣΔΥ), μπορεί να διαδραματίσει ρόλο κεντρικής αρχής. Σε αυτή την περίπτωση θεωρούν απαραίτητη τη συγκέντρωση όλων των αρμοδιοτήτων στον φορέα επιλογής. Μικρότερος αριθμός ειδικών υποστηρίζει πως ρόλο κεντρικής αρχής πρέπει να έχει απευθείας το Υπουργείο Υγείας (Γράφημα 5.15).

Αναφορικά με την επιλογή της αρμόδιας αρχής σε περιφερειακό/τοπικό επίπεδο, οι απόψεις των ειδικών διαμοιράζονται εξίσου ανάμεσα στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) και τις Ογκολογικές Επιτροπές των Νοσοκομείων (ΟΕΝ) (Γράφημα 5.16). Μικρός αριθμός ειδικών θεωρεί πως οι Καλλικρατικοί Δήμοι μπορούν να συμμετέχουν στον συντονισμό και την εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου.

Γράφημα 5.15: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για την κεντρική αρχή οργάνωσης και διαχείρισης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.



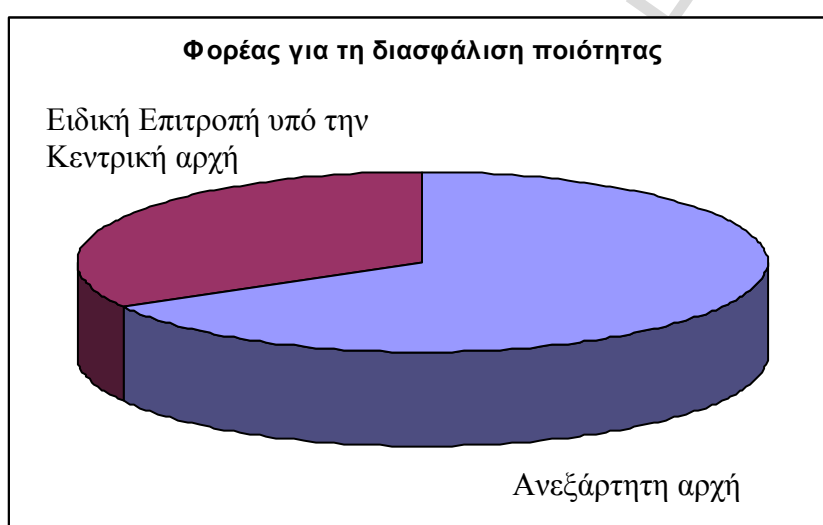
Γράφημα 5.16: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για την περιφερειακή/τοπική αρχή διαχείρισης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.



Ακολούθως παρουσιάζονται οι απόψεις των ειδικών αναφορικά με την ανάγκη για ένα σύστημα διασφάλισης της ποιότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου και τον φορέα που μπορεί να τεθεί υπεύθυνος για αυτό το έργο. Στην ερώτηση για τη

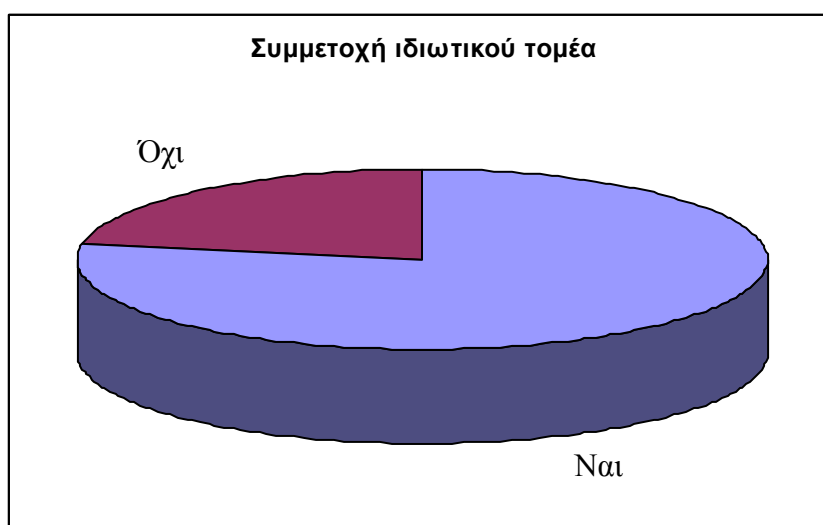
βαρύτητα της ηλεκτρονικής συλλογής και καταγραφής των δεδομένων και της διασύνδεσης των Μονάδων, όλοι οι ειδικοί τη χαρακτήρισαν ως πολύ σημαντική και απαραίτητη για τον έλεγχο και τη διασφάλιση της ποιότητας. Ως υπεύθυνο φορέα για τη διασφάλιση της ποιότητας, οι περισσότεροι ειδικοί επιλέγουν μία ανεξάρτητη αρχή με κύρος και δύναμη, καθώς τη θεωρούν λιγότερο διαβλητή. Μικρός αριθμός ειδικών θεωρεί πως μία ειδική επιτροπή, υπαγόμενη στην κεντρική αρχή, μπορεί να τεθεί αρμόδια για την διασφάλιση ποιότητας (Γράφημα 5.17).

Γράφημα 5.17: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τον φορέα για τη διασφάλιση ποιότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.



Παρακάτω καταγράφονται οι απόψεις των ειδικών για τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα της υγείας στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Η μεγάλη πλειοψηφία των ειδικών τάσσεται υπέρ της συμμετοχής συμβεβλημένων ιδιωτικών κέντρων, ενώ λίγοι ειδικοί θεωρούν πως ο ιδιωτικός τομέας της υγείας δεν πρέπει να εμπλέκεται (Γράφημα 5.18). Όσον αφορά στη διασφάλιση της ποιότητας στο συμβεβλημένο ιδιωτικό τομέα, οι περισσότεροι ειδικοί θεωρούν πως αυτή είναι δυνατή. Παρόλα αυτά, διευκρινίζουν πως αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από το διαρκή και αμερόληπτο έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ειδικοί που διατείνονται αρνητικά ως προς τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα πιστεύουν πως η διασφάλιση της ποιότητας στον ιδιωτικό τομέα δεν είναι δυνατή για λόγους διαπλοκής και συμφερόντων.

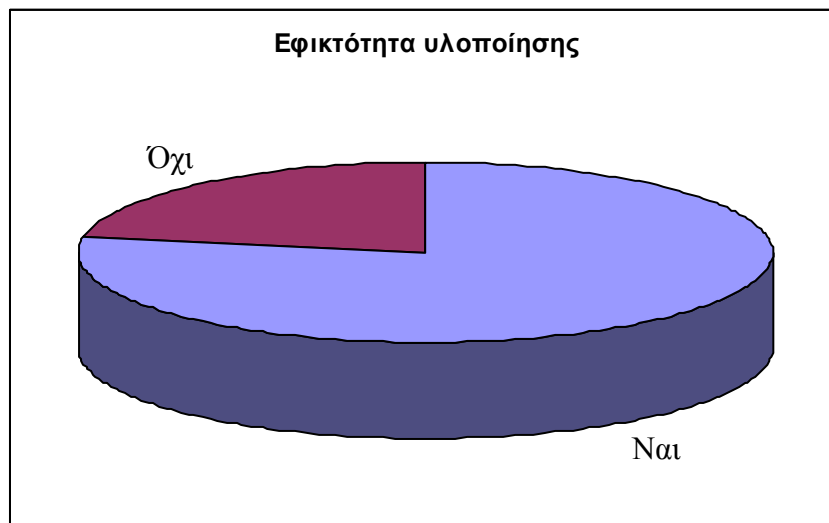
Γράφημα 5.18: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για τη συμμετοχή συμβεβλημένων ιδιωτικών κέντρων στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού.



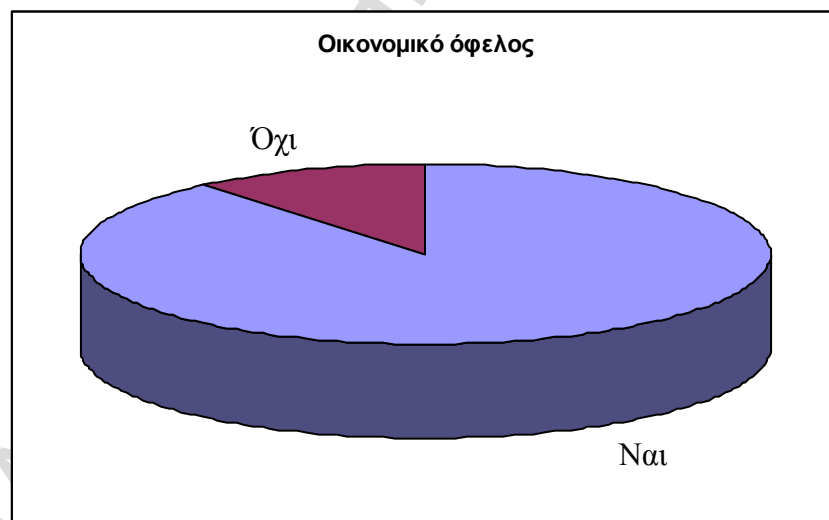
Τέλος, η τελευταία θεματική ενότητα της μελέτης αναφέρεται στη δυνατότητα υλοποίησης ενός τέτοιου έργου στην Ελλάδα. Οι περισσότεροι ειδικοί θεωρούν πως η οργάνωση και εφαρμογή ενός προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου είναι εφικτή στη χώρα μας, υπό την προϋπόθεση πως υπάρχει πολιτική βούληση. Μικρό μέρος των ειδικών θεωρεί πως μία τέτοια πρωτοβουλία δεν είναι πρακτικά δυνατή την παρούσα χρονική στιγμή (Γράφημα 5.19). Οι βασικότεροι ανασταλτικοί παράγοντες είναι το μεγάλο κόστος που απαιτείται για την επένδυση, σε συνδυασμό με την έλλειψη πόρων και τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία. Οι ελλείψεις σε προσωπικό και εξοπλισμό, ο ήδη μεγάλος φόρτος εργασίας των επαγγελματιών υγείας, η έλλειψη κινήτρων και κατάλληλης νοοτροπίας και η έλλειψη πολιτικής βούλησης επίσης καταγράφονται ως δυσμενείς συνθήκες για την εφαρμογή ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου. Όσον αφορά στην οικονομική αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου, οι περισσότεροι ειδικοί τον κρίνουν ως οικονομικά συμφέρον. Παρόλα αυτά, μικρή μερίδα ειδικών θεωρεί πως, υπό τις παρούσες συνθήκες, αυτή η επένδυση δεν θα είναι οικονομικά ανταποδοτική γιατί έχει μεγάλο κόστος σε σχέση με το προσδοκώμενο όφελος (Γράφημα 5.20).



Γράφημα 5.19: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για την εφικτότητα της υλοποίησης ενός εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα.



Γράφημα 5.20: Γραφική παράσταση των απόψεων των ειδικών για το οικονομικό όφελος της εφαρμογής ενός εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα.



Στην προηγούμενη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας, όπως προέκυψαν μετά από την ανάλυση των δεδομένων. Οι πληροφορίες αυτές θα χρησιμοποιηθούν στη συνέχεια για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων

αναφορικά με το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα. Τα δεδομένα που προέκυψαν από την πρώτη θεματική ενότητα θα επιτρέψουν τον προσδιορισμό των βασικών χαρακτηριστικών του προγράμματος και συγκεκριμένα του ηλικιακού φάσματος του πληθυσμού-στόχου, των υπηρεσιών υγείας που συνιστούν τη μεθοδολογία ελέγχου και τη συχνότητα επανάληψης του ελέγχου.

Τα δεδομένα της δεύτερης θεματικής ενότητας χρησιμοποιούνται για την επιλογή των υποδομών που απαιτούνται για τη διενέργεια του προσυμπτωματικού ελέγχου και τον προσδιορισμό των λειτουργικών προδιαγραφών των Μονάδων Μαστού. Οι παρεχόμενες εξετάσεις και ο όγκος εργασίας μπορούν να καθορίσουν τον απαιτούμενο εξοπλισμό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε κάθε τύπο Μονάδας. Επιπλέον, ο προσδιορισμός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που θα αποτελέσουν την έδρα για κάθε τύπο Μονάδας επιτρέπει την ιεραρχική τους δόμηση και την ορθή κατανομή τους στην ελληνική επικράτεια με κριτήρια τον πληθυσμό και την απόσταση.

Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν στην επόμενη θεματική ενότητα αποσκοπούν στην επιλογή του καταλληλότερου συστήματος οργάνωσης του προσυμπτωματικού ελέγχου και στον προσδιορισμό των φορέων που θα είναι υπεύθυνοι για την εύρυθμη λειτουργία και τον έλεγχο ποιότητας του συστήματος σε όλα τα επίπεδα εξουσίας. Επιπλέον, διερευνάται η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα της υγείας. Ως κατακλείδα, παρουσιάζονται τα ευρήματα που αφορούν στην δυνατότητα υλοποίησης και την οικονομική αποδοτικότητα αυτού του έργου στην Ελλάδα, υπό τις παρούσες οικονομικές συνθήκες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η εφαρμογή οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου συνιστά μια πολύπλοκη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει μία αλληλουχία υπηρεσιών υγείας και μεταβατικών λειτουργικών σταδίων. Στην όλη διαδικασία εμπλέκεται πολυπληθές ανθρώπινο δυναμικό διαφόρων ειδικοτήτων και επαγγελματικών κατηγοριών και απαιτείται ειδικός εξοπλισμός, με συγκεκριμένη διάταξη στο χώρο και στο χρόνο, ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα. Ταυτόχρονα, ο προσυμπτωματικός έλεγχος δεν προσεγγίζεται αυτόνομα αλλά τοποθετείται στα πλαίσια του ευρύτερου συστήματος φροντίδας υγείας των ασθενών με καρκίνο, με σκοπό τη μεγιστοποίηση του οφέλους σε κλινικούς και οικονομικούς όρους.

Η ορθή σχεδίαση ενός εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού προϋποθέτει την εκ των προτέρων αξιολόγηση μίας σειράς παραμέτρων, οι οποίες είναι καθοριστικές για την επιτυχή εφαρμογή του. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο προσδιορισμός ορισμένων από τις βασικές συνιστώσες ενός οργανωμένου προγράμματος, κατάλληλα προσαρμοσμένων για την Ελλάδα, όπως απορρέουν από τη γνώμη και την εμπειρία των ειδικών του χώρου. Συγκεκριμένα, αρχικά προσδιορίστηκαν τα βασικά χαρακτηριστικά του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, δηλαδή ο πληθυσμός-στόχος, η μεθοδολογία ελέγχου και το μεσοδιάστημα ελέγχου. Στη συνέχεια αξιολογήθηκε η ανάγκη για την ίδρυση οργανωμένων κέντρων μαστού και καθορίστηκαν οι προδιαγραφές λειτουργίας τους όσον αφορά στο προσωπικό, στον εξοπλισμό και στον όγκο εργασίας. Ακολούθησε διερεύνηση της δυνατότητας ενσωμάτωσης του προσυμπτωματικού ελέγχου στις υποδομές του δημοσίου συστήματος υγείας της χώρας και προσδιορίστηκε η σύσταση των αρμόδιων φορέων και αρχών που θα εξασφαλίσουν την απρόσκοπτη λειτουργία του.

### **Βασικά χαρακτηριστικά προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού**

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, πληθυσμό-στόχο του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα αποτελούν οι γυναίκες ηλικίας 40 έως 74 ετών. Η προτεινόμενη μεθοδολογία ελέγχου είναι ο συνδυασμός μαστογραφίας και κλινικής εξέτασης, ενώ το μεσοδιάστημα ελέγχου

(συχνότητα επανάληψης) προσδιορίζεται στα 2 έτη. Εξαιρέση αποτελούν οι γυναίκες υψηλού κινδύνου, οι οποίες συστήνεται να υποβάλλονται σε συχνότερο και πιο ενδελεχή έλεγχο από νεαρότερη ηλικία. Ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση πως καταγράφονται αποκλίσεις από τις Ευρωπαϊκές οδηγίες, οι οποίες συστήνουν έλεγχο μόνο με μαστογραφία από την ηλικία των 50 ετών (International Agency for Research on Cancer, 2002; Perry *at al.*, 2008). Παρόλα αυτά, αρκετά Ευρωπαϊκά κράτη επίσης εφαρμόζουν προσυμπτωματικό έλεγχο σε πληθυσμό μεγαλύτερου ηλικιακού φάσματος με συνδυασμό εξετάσεων (Πίνακας 3.3).

### **Δομή του συστήματος πρόληψης και θεραπείας του καρκίνου του μαστού**

Η σύγχρονη επιστημονική θεώρηση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού απαιτεί τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και ενιαίου συστήματος πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας της νόσου. Βασική συνιστώσα σε αυτή τη διαδικασία αποτελεί η εγκαθίδρυση οργανωμένων κέντρων μαστού, τα οποία παρέχουν όλες τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας και εξετάσεις από εξειδικευμένους και καταρτισμένους επαγγελματίες υγείας.

Με γνώμονα τα παραπάνω, διαμορφώνεται ένα σύστημα δομών το οποίο απαρτίζεται από 3 τύπους Μονάδων Μαστού: τις *Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης*, τις *Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης* και τις *Εξειδικευμένες Μονάδες Μαστού*. Κάθε τύπος Μονάδας εξυπηρετεί γυναίκες που πληρούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όσον αφορά στην παρουσία της νόσου. Συγκεκριμένα, ο προσυμπτωματικός έλεγχος διενεργείται αποκλειστικά από τις Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης, στις οποίες προσέρχονται υγιείς γυναίκες που πληρούν τα προκαθορισμένα κριτήρια συμμετοχής στο πρόγραμμα. Οι Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης και οι Εξειδικευμένες Μονάδες Μαστού αναφέρονται σε γυναίκες με ύποπτα ευρήματα ή συμπτώματα της νόσου και σε ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο μαστού, αντίστοιχα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπου ο πληθυσμός και τα γεωγραφικά χαρακτηριστικά μίας περιοχής το επιτρέπουν ή το επιβάλλουν, οι Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης και οι Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης μπορούν να λειτουργούν από κοινού σε έναν ενιαίο χώρο και με το ίδιο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όπως περιγράφεται αναλυτικότερα παρακάτω.

## **Προδιαγραφές λειτουργίας των Μονάδων Μαστού**

Ο προσυμπωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού οφείλει να είναι όχι μόνο αποτελεσματικός σε όρους θνησιμότητας και νοσηρότητας αλλά και οικονομικά αποδοτικός. Σε αυτά τα πλαίσια, ο προσδιορισμός των προδιαγραφών λειτουργίας των Μονάδων Μαστού κρίνεται απαραίτητος, εφόσον καθορίζει τον απαιτούμενο εξοπλισμό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που τις επανδρώνει, καθώς και τον όγκο εργασίας που πρέπει να διεκπεραιώνουν.

Αναλυτικότερα, οι Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης πρέπει να είναι εξοπλισμένες με πλήρες σύστημα μαστογραφίας και εμφάνισης των φιλμ, σύστημα υπερηχοτομογραφίας και συνοδό εξοπλισμό για κλινική εξέταση. Για την παροχή των παραπάνω υπηρεσιών υγείας, απαραίτητη είναι η επάνδρωσή τους με χειρουργό μαστού, ο οποίος μπορεί να τελεί και χρέη διευθυντή της Μονάδας, καθώς και τεχνολόγου. Η παρουσία ακτινολόγου απαιτείται αν η ανάγνωση των μαστογραφιών γίνεται εντός της Μονάδας. Αντίθετα, σε περιπτώσεις όπου οι μαστογραφίες αποστέλλονται για ανάγνωση σε κέντρα αναφοράς, η επάνδρωση της Μονάδας με ακτινολόγο μπορεί να αποφευχθεί για τον περιορισμό του κόστους. Η ανάγκη για νοσηλευτικό προσωπικό καθορίζεται από τον όγκο εργασίας της εκάστοτε Μονάδας. Για να είναι οικονομικά αποτελεσματική, κάθε Μονάδα Διαγνωστικής Απεικόνισης πρέπει να εξυπηρετεί κατ' ελάχιστον 1000 γυναίκες ετησίως. Ο ακριβής αριθμός των γυναικών που αποτελούν πληθυσμό-στόχο για κάθε Μονάδα προσδιορίζει και το ωράριο λειτουργίας αυτής, δηλαδή αν θα λειτουργεί υπό καθεστώς πλήρους ή μερικής απασχόλησης. Απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές με μικρό πληθυσμό εξυπηρετούνται από κινητές Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης, η λειτουργία των οποίων διέπεται από τις ίδιες προδιαγραφές.

Οι Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης πρέπει να διαθέτουν κατάλληλο εξοπλισμό για κυτταρολογική και ιστολογική δειγματοληψία, σύστημα υπερήχων και ψηφιακό μαστογράφο. Το προσωπικό που τις επανδρώνει πρέπει να περιλαμβάνει χειρουργό μαστού, τεχνολόγο, ακτινολόγο και νοσηλεύτη. Οι Μονάδες πρέπει να διαθέτουν την υποστήριξη υπηρεσιών κυτταρολογίας και παθολογοανατομίας και των αντίστοιχων επαγγελματιών υγείας από τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου, στο οποίο εδράζονται. Για την οικονομική της αποτελεσματικότητα, κάθε Μονάδα πρέπει να εξυπηρετεί τουλάχιστον 2000 γυναίκες με ύποπτα ευρήματα ετησίως.

Για την ορθή λειτουργία όλων των Μονάδων, τόσο Διαγνωστικής Απεικόνισης όσο και Διαγνωστικής Αξιολόγησης, απαραίτητη είναι η εμπλοκή

ακτινοφυσικών και άλλων ειδικών για τον έλεγχο της ποιότητας του εξοπλισμού και για την τήρηση των φυσικο-τεχνικών προδιαγραφών λειτουργίας τους. Επίσης, απαραίτητη είναι η γραμματειακή υποστήριξη και η ηλεκτρονική καταγραφή των δεδομένων με ένα ενιαίο και αναγνωρισμένο σύστημα ταξινόμησης και κωδικοποίησης, η οποία μπορεί να διεκπεραιώνεται είτε από το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας είτε από διοικητικούς υπαλλήλους.

Οι προδιαγραφές λειτουργίας των Εξειδικευμένων Μονάδων Μαστού δεν αναλύονται στην παρούσα εργασία, καθώς αυτές οι Μονάδες εμπλέκονται στη θεραπεία του καρκίνου, ζήτημα το οποίο εκτείνεται πέρα από το αντικείμενο της μελέτης.

### **Ενσωμάτωση των Μονάδων Μαστού στις υποδομές του ελληνικού συστήματος υγείας**

Η εφαρμογή ενός εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου απορρέει από την εθνική πολιτική υγείας και συνιστά στρατηγική για την προάσπιση της υγείας του πληθυσμού. Εφόσον αποτελεί πρωτοβουλία της πολιτείας, υλοποιείται μέσα στα πλαίσια του δημοσίου συστήματος υγείας, αξιοποιώντας τις υπάρχουσες υποδομές. Σύμφωνα με τον υγειονομικό χάρτη της Ελλάδας, οι βασικοί φορείς παροχής υπηρεσιών στο ελληνικό σύστημα υγείας είναι τα Κέντρα Υγείας και τα δημόσια νοσοκομεία (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012). Τα δημόσια νοσοκομεία διαχωρίζονται περαιτέρω σε Γενικά, Νομαρχιακά και Περιφερειακά, ανάλογα με τον αριθμό κλινών και τα τμήματα που τα απαρτίζουν. Οι φορείς υπηρεσιών, όπως αναφέρονται παραπάνω, συνδέονται μέσω μιας ιεραρχικής δομής σύμφωνα με την οποία ο καθένας υπάγεται και αναφέρεται στον επόμενο. Επιπλέον, οι φορείς υπηρεσιών ταξινομούνται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες σύμφωνα με τον Υγειονομικό χάρτη της Ελλάδας (Γράφημα 6.1) (Πίνακας 6.1).

Γράφημα 6.1: Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδας.



Πηγή: 7η ΥΠΕ Κρήτης, 2012

Θεωρητικά και εφόσον η πρόληψη συγκαταλέγεται ανάμεσα στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού θα έπρεπε να διεξάγεται κυρίως στα Κέντρα Υγείας της χώρας. Στην πραγματικότητα, η ανάγκη για εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ειδικό εξοπλισμό, καθώς και η έλλειψή τους, σε αυτά τα Κέντρα, καθιστούν κάτι τέτοιο αδύνατο και/ή εξαιρετικά δαπανηρό. Ως εκ τούτου διαμορφώνεται μία δομή, στην οποία οι Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης εδράζονται στα Γενικά νοσοκομεία, οι Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης στα Νομαρχιακά νοσοκομεία και οι Εξειδικευμένες Μονάδες Μαστού στα Περιφερειακά νοσοκομεία της χώρας. Στις περιπτώσεις όπου οι Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης και Διαγνωστικής Αξιολόγησης λειτουργούν από κοινού, έδρα τους αποτελούν τα Νομαρχιακά νοσοκομεία. Η παραπάνω δομή είναι εφικτή και υλοποιήσιμη, καθώς οι προδιαγραφές λειτουργίας για κάθε τύπο Μονάδας είναι ως επί το πλείστον συμβατές

με τις υπάρχουσες υποδομές των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό. Επιπλέον, σε περιπτώσεις όπου τα δημόσια νοσοκομεία αδυνατούν να καλύψουν επαρκώς τις ανάγκες του πληθυσμού-στόχου, ο προσυμπτωματικός έλεγχος διεξάγεται και σε συμβεβλημένα κέντρα του ιδιωτικού τομέα.

Πίνακας 6.1: Κατανομή των Κέντρων Υγείας και των Γενικών, Νομαρχιακών και Περιφερειακών Νοσοκομείων της Ελλάδας στις 7 Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας.

ΥΠΕ	Νοσοκομεία			Κ.Υ.
	Περιφερειακά	Νομαρχιακά	Γενικά	
1η ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ	11	4	4	10
2η ΥΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ	4	3	12	32
3η ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	2	4	7	18
4η ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	2	4	8	36
5η ΥΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	1	3	9	33
6η ΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	5	5	17	70
7η ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ	2	3	3	14
<b>Σύνολο</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>60</b>	<b>213</b>

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2013

Η έλλειψη επιδημιολογικών δεδομένων για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα δεν επιτρέπει την εκτίμηση του αριθμού των γυναικών που αποτελούν πληθυσμό-στόχο του προσυμπτωματικού ελέγχου. Κατ' επέκταση, δεν είναι δυνατόν



να προσδιοριστεί το πλήθος των Μονάδων Διαγνωστικής Απεικόνισης και των Μονάδων Διαγνωστικής Αξιολόγησης που απαιτούνται ώστε να επιτευχθεί πλήρης και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού. Παρόλα αυτά είναι σαφές ότι τόσο ο αριθμός των Μονάδων όσο και η κατανομή τους ανά την ελληνική επικράτεια πρέπει να καθοριστούν με πληθυσμιακά και γεωγραφικά κριτήρια.

Όσον αφορά στις Εξειδικευμένες Μονάδες Μαστού, τα ευρήματα της μελέτης υποστηρίζουν την παρουσία μίας Μονάδας ανά 400.000-500.000 πληθυσμό. Από τα παραπάνω προκύπτει πως απαιτούνται περίπου 20 έως 25 Μονάδες για να καλύψουν τις ανάγκες περίθαλψης, θεραπείας και παρακολούθησης του συνόλου των ελληνίδων που πάσχουν από τη νόσο. Όπως διαπιστώνεται και από τον Πίνακα 6.1, τα Περιφερειακά νοσοκομεία της χώρας επαρκούν για την εγκατάσταση των Εξειδικευμένων Μονάδων. Και σε αυτή την περίπτωση, η κατανομή τους στην ελληνική επικράτεια πρέπει να γίνει με πληθυσμιακά και γεωγραφικά κριτήρια, ώστε να εξασφαλίζεται η ισότιμη πρόσβαση και αντιμετώπιση των ασθενών. Ως εκ τούτου, μεγαλύτερη παρουσία αυτών απαιτείται στα αστικά κέντρα.

### **Μοντέλο οργάνωσης και φορείς διαχείρισης του προσυμπτωματικού ελέγχου**

Το καταλληλότερο σύστημα οργάνωσης του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα είναι το συγκεντρωτικό μοντέλο. Σύμφωνα με αυτό, σε όλη τη χώρα εφαρμόζεται ένα εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου, το οποίο απορρέει από μία ενιαία κυβερνητική πολιτική και έχει ενιαίο πρωτόκολλο εφαρμογής. Η οργάνωση, η διαχείριση και ο έλεγχος του προγράμματος διεξάγονται κυρίως από την κεντρική αρχή, ενώ οι περιφερειακοί και τοπικοί φορείς έχουν ως επί το πλείστον εκτελεστικές αρμοδιότητες.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ως ανώτατη αρχή για όλα τα θέματα υγείας, είναι αρμόδιο για τη χάραξη της πολιτικής και των στρατηγικών, τη διαμόρφωση του θεσμικού πλαισίου, καθώς και για ζητήματα νομοθετικού χαρακτήρα. Η κεντρική αρχή για τον προσυμπτωματικό έλεγχο είναι ένας εξειδικευμένος φορέας, ο οποίος συγκεντρώνει τις αρμοδιότητες συντονισμού, παρακολούθησης και αξιολόγησης του προγράμματος. Αυτός ο φορέας υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με άλλους σχετιζόμενους εθνικούς φορείς. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες, μέσω ειδικών επιτροπών, αναλαμβάνουν χρέη συντονισμού, παρακολούθησης και ελέγχου του προγράμματος σε περιφερειακό επίπεδο. Τέλος, οι Ογκολογικές Επιτροπές των Νοσοκομείων είναι

υπεύθυνες για την ορθή εφαρμογή, το συντονισμό και τον έλεγχο του προγράμματος στις Μονάδες Μαστού που εποπτεύουν.

Ταυτόχρονα, απαραίτητη είναι και η εγκαθίδρυση μιας ανεξάρτητης αρχής για τη διασφάλιση της ποιότητας του προγράμματος. Οι αρμοδιότητές της καλύπτουν όλα τα στάδια του προσυμπτωματικού ελέγχου και αφορούν τόσο στον εξωτερικό έλεγχο, όσο και στον ποιοτικό έλεγχο, στον έλεγχο των διαδικασιών και στην αποτίμηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή λειτουργία της ανεξάρτητης αρχής είναι η απεμπλοκή της από πολιτικά και άλλα συμφέροντα, ώστε να ασκεί το έργο της με αντικειμενικότητα και αμεροληψία.

### **Οργανωσιακή δομή εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού**

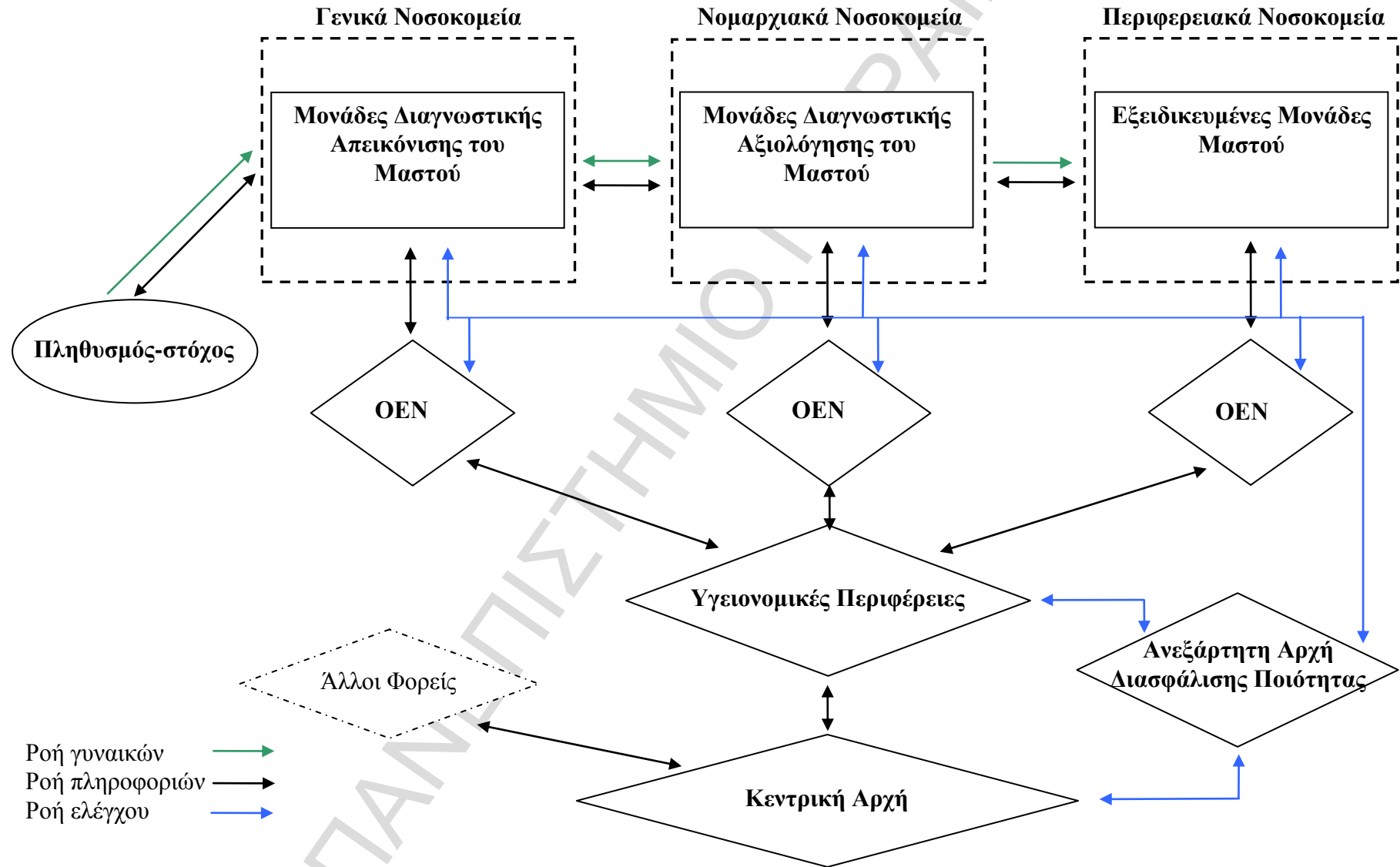
Ο συγκερασμός των συμπερασμάτων της μελέτης, όπως αναφέρονται παραπάνω, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εξαγωγή και το σχεδιασμό της οργανωσιακής δομής και τον προσδιορισμό της ροής των διαδικασιών ενός εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα (Γράφημα 6.2). Σύμφωνα με αυτό, όλες οι υγιείς γυναίκες, που πληρούν τα κριτήρια συμμετοχής στο πρόγραμμα, προσέρχονται στις Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης της περιοχής όπου διαμένουν προκειμένου να υποβληθούν σε προληπτικές εξετάσεις. Μεταξύ αυτών, όσες γυναίκες φέρουν ύποπτα ευρήματα παραπέμπονται στις αντίστοιχες Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης για περαιτέρω διερεύνηση και διάγνωση. Οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με τη νόσο προωθούνται στις Εξειδικευμένες Μονάδες Μαστού, στις οποίες υπάγονται για θεραπευτική αντιμετώπιση και παρακολούθηση (Γράφημα 6.2, Ροή γυναικών).

Οι Μονάδες Μαστού εδράζονται σε δημόσια νοσοκομεία και ακολουθούν την ιεραρχική δομή αυτών στο σύστημα υγείας της χώρας. Ως εκ τούτου, κάθε Εξειδικευμένη Μονάδα Μαστού έχει υπό την εποπτεία της έναν αριθμό Μονάδων Διαγνωστικής Αξιολόγησης. Διαδοχικά κάθε Μονάδα Διαγνωστικής Αξιολόγησης εποπτεύει έναν αριθμό Μονάδων Διαγνωστικής Απεικόνισης. Ο καθορισμός του κέντρου αναφοράς κάθε Μονάδας γίνεται ανά υγειονομική Περιφέρεια, σύμφωνα με πληθυσμιακά και γεωγραφικά κριτήρια.

Ο τοπικός έλεγχος και ο συντονισμός της δράσης κάθε Μονάδας εμπίπτει στις αρμοδιότητες της Ογκολογικής Επιτροπής του Νοσοκομείου στο οποίο εδράζεται, η οποία λειτουργεί ως τοπικός φορέα διαχείρισης. Χρέη περιφερειακού φορέα

διαχείρισης εκτελούν οι Υγειονομικές Περιφέρειες μέσω ειδικών επιτροπών, οι οποίες αναφέρονται στην Κεντρική Αρχή διαχείρισης του προγράμματος. Η Κεντρική Αρχή είναι ο κύριος υπεύθυνος φορέας για την ορθή λειτουργία, το συντονισμό, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση του προσυμπτωματικού ελέγχου. Βρίσκεται υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και είναι σε διασύνδεση με άλλους κρατικούς φορείς όπως το ΚΕΕΛΠΝΟ και η Ελληνική Στατιστική Αρχή (Γράφημα 6.2, Ροή πληροφοριών). Σημαντική συνιστώσα όλου του συστήματος είναι η διασφάλιση της ποιότητας του ελέγχου, η οποία συνιστά αποκλειστική αρμοδιότητα της αντίστοιχης Ανεξάρτητης Αρχής. Η Ανεξάρτητη Αρχή βρίσκεται σε διασύνδεση με όλα τα επίπεδα διαχείρισης του προσυμπτωματικού ελέγχου, ώστε να επιτυγχάνει άμεση πρόσβαση σε πληροφορίες και διαδικασίες (Γράφημα 6.2, Ροή ελέγχου).

Γράφημα 6.2: Οργανωσιακή δομή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα.



## Συμπεράσματα

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα υγείας στη σύγχρονη εποχή, με δυσοίωνες προβλέψεις για την επίπτωση και τη θνησιμότητα από τη νόσο για τα επόμενα χρόνια. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος με τη μέθοδο της διαλογής (Screening) συνιστά ένα αποτελεσματικό μέσο για την έγκαιρη και πρόωμη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, ο οποίος αποφέρει σημαντικά οφέλη για το άτομο και την κοινωνία. Ιδιαίτερα όταν ο έλεγχος εφαρμόζεται οργανωμένα και συστηματικά, μέσα από την υλοποίηση ολοκληρωμένων προγραμμάτων υψηλής ποιότητας, διασφαλίζεται η απόδόσή του τόσο σε κλινικούς όσο και σε οικονομικούς όρους.

Ο οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού αποτελεί μία πολυπαραγοντική και πολύπλοκη διαδικασία, για την εφαρμογή του οποίου απαιτείται ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο οργάνωσης και συντονισμού. Πριν την απόφαση για υλοποίηση ενός προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου, πρέπει να προηγηθεί εκτεταμένη και ενδελεχής έρευνα για τον ακριβή προσδιορισμό όλων των εμπλεκόμενων παραμέτρων και παραγόντων. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία τέτοια προσπάθεια, καθώς αποσκοπεί στη διερεύνηση της οργανωσιακής δομής ενός εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα. Σκοπός είναι ο σχεδιασμός ενός ρεαλιστικού και υλοποιήσιμου προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου, το οποίο είναι συμβατό με το ελληνικό σύστημα υγείας, αξιοποιεί τις υπάρχουσες υποδομές, τον εξοπλισμό και το ανθρώπινο δυναμικό, και συνάδει με τα χαρακτηριστικά και το υπάρχον καθεστώς πρόληψης της νόσου στη χώρα.

Η συνεισφορά της παρούσας μελέτης είναι σημαντική καθώς αποτελεί, απ' όσο είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, την πρώτη και έως τώρα μοναδική απόπειρα σχεδιασμού της δομής και οργάνωσης ενός εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού ειδικά για την Ελλάδα. Σε αυτή την προσπάθεια, σημαντικός περιορισμός είναι ο ποιοτικός χαρακτήρας της έρευνας που υιοθετήθηκε. Ταυτόχρονα, χρονικοί και άλλοι περιορισμοί δεν επέτρεψαν την εφαρμογή της μεθοδολογίας Delphi, ως την πλέον κατάλληλη για τη συλλογή των στοιχείων. Περαιτέρω διερεύνηση με τη συμμετοχή μεγαλύτερου αριθμού ειδικών του χώρου θα επιτρέψει την εξαγωγή και ποσοτικών δεδομένων. Επιπλέον, η απουσία αντίστοιχων μελετών καθιστά αδύνατη τη συγκριτική ανάλυση των ευρημάτων. Η έλλειψη αξιόπιστων στοιχείων για την επίπτωση και τη θνησιμότητα από τη νόσο στον ελληνικό πληθυσμό, η απουσία εθνικού μητρώου ασθενών και η αδυναμία πρόσβασης σε δημόσιες πηγές πληροφοριών κατέστησαν αδύνατη την αξιολόγηση της οικονομικής

αποτελεσματικότητας του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου. Ο προσδιορισμός του κόστους και η εκτίμηση του λόγου κόστους-αποτελεσματικότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι απαραίτητη πριν την απόφαση για υλοποίηση του προγράμματος και πρέπει να διερευνηθούν σε επόμενη μελέτη. Τέλος, η έλλειψη χρόνου των ειδικών δεν επέτρεψε τη διερεύνηση των υπό εξέταση ζητημάτων σε μεγαλύτερο βάθος, ώστε να προσδιοριστούν οι παράμετροι που μελετήθηκαν σε μεγαλύτερη λεπτομέρεια.

Παρά τους όποιους περιορισμούς, η παρούσα μελέτη εκπληρώνει με επιτυχία το στόχο της για τον προσδιορισμό της οργανωσιακής δομής ενός εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα σε ρεαλιστικούς και σύγχρονους όρους. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την άποψη των ειδικών, σύμφωνα με την οποία η εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος είναι και εφικτή και οικονομικά συμφέρουσα, ακόμα και υπό τις παρούσες δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α



Πανεπιστήμιο Πειραιώς  
Τμήμα  
Οικονομικής Επιστήμης

Τ.Ε.Ι. Πειραιά  
Τμήμα  
Διοίκησης Επιχειρήσεων



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»  
*MSc in Health Management*

### Οργανωσιακή Δομή Εθνικού Προγράμματος Οργανωμένου Προσυμπτωματικού Ελέγχου για τον Καρκίνο του Μαστού στην Ελλάδα

Εμπειρική Μελέτη σε Ομάδα Ειδικών

**Προβατοπούλου Ξένη**

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί τμήμα της εμπειρικής έρευνας που διεξάγει η μεταπτυχιακή φοιτήτρια Προβατοπούλου Ξένη, υπό την εποπτεία της Αναπληρώτριας Καθηγήτριας του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά κας Ειρήνης Φαφαλιού, στα πλαίσια ολοκλήρωσης της διπλωματικής εργασίας για τη λήψη του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας».

Η έρευνα είναι εμπιστευτική και τα ευρήματα που θα προκύψουν, θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς του επιστημονικού έργου. Τα αποτελέσματα της μελέτης θα είναι στη διάθεση σας εφόσον απαιτείται.

**Αθήνα, 2012**

1. Συμφωνείτε με την εφαρμογή εθνικού προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα, με πρωτοβουλία της πολιτείας και στα πλαίσια εθνικής στρατηγικής για την προάσπιση της υγείας του πληθυσμού;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

### Χαρακτηριστικά προγράμματος

2. Ποιό πιστεύετε πως πρέπει να είναι το ηλικιακό φάσμα πληθυσμού-στόχου;

Ηλικία έναρξης: 40 έτη  45 έτη  50 έτη  Άλλο.....

Ηλικία λήξης: 65 έτη  70 έτη  74 έτη  Άλλο.....

3. Ποιό πιστεύετε πως πρέπει να είναι το μεσοδιάστημα ελέγχου;

1 έτος  2 έτη  3 έτη

4. Ποιές παρεμβάσεις πιστεύετε πως πρέπει να περιλαμβάνονται στη μεθοδολογία ελέγχου;

Μαστογραφία  Μαστογραφία και κλινική εξέταση

Άλλο.....

5. Πώς πιστεύετε πως τα παραπάνω χαρακτηριστικά πρέπει να τροποποιούνται για γυναίκες συγκεκριμένων ηλικιακών ομάδων ή άτομα υψηλού κινδύνου;

Ηλικιακή Ομάδα .....

Τροποποίηση.....

Γυναίκες υψηλού κινδύνου

Τροποποίηση.....

### Δομή του συστήματος

6. Η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού αντιμετωπίζει τον προσυμπτωματικό έλεγχο ως το πρώτο στάδιο κατά την ολοκληρωμένη προσέγγιση της νόσου. Σε αυτά τα πλαίσια, οι Ευρωπαϊκές οδηγίες προτείνουν τη δημιουργία 3 τύπων Μονάδων Μαστού:

A. Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης του μαστού αποκλειστικά για τη διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου σε ασυμπτωματικές γυναίκες.

B. Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης του μαστού που παρέχουν επιπρόσθετες εξετάσεις σε γυναίκες με ύποπτα απεικονιστικά ευρήματα ή συμπτώματα της νόσου.

Γ. Εξειδικευμένες Μονάδες Μαστού για την θεραπευτική αντιμετώπιση και παρακολούθηση των ασθενών.

Συμφωνείτε? Αν ΟΧΙ, τι προτείνετε εναλλακτικά?



ΝΑΙ  ΟΧΙ

.....  
.....

**A. Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης**

**7. Ποιές υπηρεσίες πιστεύετε πως πρέπει να παρέχονται από τις Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης;**

Μαστογραφία  Κλινική εξέταση  Υπέρηχος μαστών   
Άλλο.....

**8. Συμφωνείτε με τις Ευρωπαϊκές προδιαγραφές για τη διενέργεια τουλάχιστον 1000 μαστογραφιών κατ' έτος από κάθε Μονάδα Διαγνωστικής Απεικόνισης; Αν ΟΧΙ, τι προτείνετε;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ

.....

**9. Λαμβάνοντας υπόψη πως οι Μονάδες Διαγνωστικής Απεικόνισης πρέπει να καλύπτουν το σύνολο του πληθυσμού-στόχου σε όλη τη χώρα παρέχοντας εύκολη πρόσβαση, που πιστεύετε πως πρέπει να εδράζονται;**

Κέντρα Υγείας  Γενικά Νοσοκομεία  Νομαρχιακά Νοσοκομεία   
Περιφερειακά Νοσοκομεία

**10. Συμφωνείτε με τη δημιουργία κινητών Μονάδων Διαγνωστικής Απεικόνισης για την εξυπηρέτηση των απομακρυσμένων και δυσπρόσιτων περιοχών;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ

**B. Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης**

**11. Ποιές επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις θεωρείτε πως πρέπει να παρέχονται από τις Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης;**

Υπέρηχος μαστού  Ψηφιακή μαστογραφία   
Αξονική Τομογραφία  Μαγνητική Τομογραφία (MRI)   
Ελαστογραφία/ Τομοσύνθεση  Στερεοτακτική Βιοψία (Mammotome/RF)   
Κυτταρολογική/Ιστολογική δειγματοληψία   
Άλλο.....

**12. Συμφωνείτε με τις Ευρωπαϊκές προδιαγραφές για τη διενέργεια τουλάχιστον 2000 μαστογραφιών κατ' έτος από κάθε Μονάδα Διαγνωστικής Αξιολόγησης; Αν ΟΧΙ, τι προτείνετε;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ

.....

**13. Πού πιστεύετε πως πρέπει να εδράζονται οι Μονάδες Διαγνωστικής Αξιολόγησης;**

Γενικά Νοσοκομεία  Νομαρχιακά Νοσοκομεία  Περιφερειακά Νοσοκομεία

**Γ. Εξειδικευμένες Μονάδες Μαστού**

**14. Πού πιστεύετε πως πρέπει να εδράζονται οι Εξειδικευμένες Μονάδες Μαστού;**

Γενικά Νοσοκομεία  Νομαρχιακά Νοσοκομεία  Περιφερειακά Νοσοκομεία

**15. Συμφωνείτε με τις προδιαγραφές για την παρουσία 1 Εξειδικευμένης Μονάδας Μαστού ανά 250.000/300.000 πληθυσμό. Αν όχι, τι προτείνεται;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ

.....

**Οργάνωση και διαχείριση του συστήματος**

**16. Ποιό σύστημα οργάνωσης και διαχείρισης του προσυμπτωματικού ελέγχου θα προτείνατε;**

Συγκεντρωτικό (1 εθνικό πρόγραμμα υπό μία ενιαία κυβερνητική πολιτική και με ενιαίο πρωτόκολλο εφαρμογής σε όλη τη χώρα):

Μερικώς συγκεντρωτικό (1 εθνικό πρόγραμμα υπό μία ενιαία κυβερνητική πολιτική αλλά με τοπικό πρωτόκολλο εφαρμογής):

Αποκεντρωμένο (Πολλά προγράμματα ταυτόχρονα, η κυβερνητική πολιτική ορίζει τις ελάχιστες προϋποθέσεις, εκχώρηση αρμοδιοτήτων στις υγειονομικές περιφέρειες για την επιλογή της πολιτικής και του πρωτοκόλλου εφαρμογής)

**17. Ποιός πιστεύετε πως πρέπει να είναι ο αρμόδιος φορέας για τον προσυμπτωματικό έλεγχο;**

**A. Σε κεντρικό επίπεδο**

Υπουργείο Υγείας

Ογκολογική Επιτροπή του ΚΕΣΥ  ΚΕΕΛΠΝΟ  ΕΣΔΥ

Νεοσύστατος εξειδικευμένος φορέας

Άλλο.....

**B. Σε περιφερειακό επίπεδο**

Υγειονομικές Περιφέρειες

Ογκολογικές Επιτροπές των Νοσοκομείων

Άλλο.....

**Γ. Σε τοπικό επίπεδο**

Καλλικρατικοί Δήμοι

### Διασφάλιση ποιότητας

**18. Πόσο σημαντική θεωρείτε την ηλεκτρονική συλλογή και καταγραφή των δεδομένων σε όλες τις Μονάδες Μαστού καθώς και την μεταξύ τους διασύνδεση;**

Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

**19. Ποιός πιστεύετε πως πρέπει να είναι ο υπεύθυνος φορέας για τη διασφάλιση της ποιότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου?**

Ανεξάρτητη αρχή  Ειδική επιτροπή, υπαγόμενη στην κεντρική αρχή   
Διοικητική Ομάδα (σε κάθε Μονάδα και Υγ. Περιφέρεια)   
Άλλο.....

### Συμμετογή Ιδιωτικού τομέα Υγείας

**20. Συμφωνείτε με τη δυνατότητα διενέργειας προσυμπτωματικού ελέγχου σε συμβεβλημένα ιδιωτικά κέντρα;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ

**21. Πιστεύετε πως μπορεί να υπάρξει διασφάλιση της ποιότητας του ελέγχου στα συμβεβλημένα κέντρα;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ

### Εφικτότητα υλοποίησης

**22. Υπό τις παρούσες δυσμενείς συνθήκες, οικονομικές και μη, πιστεύετε πως η εφαρμογή ενός προγράμματος οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου είναι:**

Εφικτή            ΝΑΙ             ΟΧΙ   
Συμφέρουσα    ΝΑΙ             ΟΧΙ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

### Ομάδα Ειδικών

Γούναρη Α., Βιολόγος

Διευθύντρια, Ερευνητικό Κέντρο Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου

Γρηγορόπουλος Π., Χειρουργός

Επιμελητής Α΄, Γ.Ο.Ν.Κ. «Αγ. Ανάργυροι»

Δημητρακάκης Κ., Γυναικολόγος

Επίκ. Καθηγητής Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,

Επιμελητής Α΄, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

Δημητρακόπουλος Σ. Α., Γενικός Ιατρός

Επιμελητής Β΄, Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας, «Βενιζέλειο Πανάκειο» Γ.Ν. Ηρακλείου

Δομάγερ Φ., Γενικός Ιατρός

Επιμελητής Β΄, Κ.Υ. Καπανδριτίου, Γ.Ν. Χαλκίδας

Ζωγράφος Γ. Κ., Χειρουργός

Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,

Διευθυντής, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Παντελάκος Π. Σ., Ακτινοθεραπευτής-Ογκολόγος

Διευθυντής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Πατέρας Χ., Χειρουργός

Διευθυντής, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Κλινική Ψυχικού

Τσιτσής Β., Γυναικολόγος

Αν. Διευθυντής, Γ.Ν. Πύργου

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Βακφάρη, Α. (2007), *Συμμετοχή του γυναικείου πληθυσμού σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου παθήσεων που σχετίζονται με το θήλυ φύλο*, Διπλωματική Εργασία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Δραγασάκη, Μ. (2009), *Πρόληψη καρκίνου μαστού και καρκίνου τραχήλου μήτρας: Διερεύνηση αναγκών στο γυναικείο πληθυσμό ευθύνης του Περιφερειακού Ιατρείου Γαλάτιστας*, Διπλωματική Εργασία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Ζωγράφος, Γ. (2012). «Αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο μαστού από ομάδα ειδικοτήτων», Πρακτικά Συνεδρίου Εθνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες (Guidelines) στη Χειρουργική Ογκολογία του Μαστού, 25-26 Μαΐου 2012, Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αίγλη Ζαπτείου, Αθήνα, Ελλάδα.

Ιωσηφίδης, Θ. (2001), «Η Μέθοδος των Focus Groups στην Κοινωνική Έρευνα: η Περίπτωση του Ερευνητικού Προγράμματος MEDACTION». Εισήγηση στο «Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο: Κοινωνικές Εξελίξεις στην Σύγχρονη Ελλάδα και Ευρώπη», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Σύλλογος Ελλήνων Κοινωνιολόγων (ΣΕΚ). Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο. 24-26 Μαΐου.

Κυριαζή, Ν. (1999), *Η Κοινωνιολογική Έρευνα. Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Λάζος, Γ. (1998), *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, Αθήνα: Παπαζήσης.

Μαρκόπουλος, Χ.Ι. (2009). «Αντιμετώπιση καρκίνου του μαστού: Παρουσίαση και συζήτηση κλινικών περιστατικών καρκίνου», Πρακτικά 12ης Ετήσιας Ημερίδας – Μετεκπαιδευτικού Μαθήματος με θέμα Καρκίνος του Μαστού: Τεκμηρίωση Θεραπευτικών Αποφάσεων, 17 Οκτωβρίου 2009, Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική

Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο ΝΙΜΙΤΣ, Αθήνα, Ελλάδα.

Μωραΐτης, Ε. (2004), «Ιστορική εξέλιξη υπηρεσιών υγείας», Σημειώσεις Γ Εξαμήνου Σπουδών, Πολιτική Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας στην Ελλάδα και την ΕΕ. ΜΠΣ «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο Πειραιά.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (1998), *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.

Καλογεροπούλου, Μ. και Μουρδουκούτας, Π. (2007), *Υπηρεσίες Υγείας Α' Τόμος: Συστήματα, Χρηματοδότηση, Αγορά*, Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Κατσανός, Γ. (2007), «Δράσεις και Προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά του Καρκίνου του Μαστού», Ιωαννίδου-Μουζάκα, Λ., Μανδρέκας, Α. και Μπαρμπούνης, Β. *Σύγχρονη Μαστολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, σελ. 17-26.

Τέρπος, Α.Α. (1996), *Μελέτη για εφαρμογή εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας*, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Τριγώνη, Μ. (2009), *Στάσεις και πεποιθήσεις σχετικά με την μαστογραφία γυναικών μέσης ηλικίας και ιατρών στην Κρήτη*, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Σουλιώτης, Κ., Αθανασάκης, Κ., Γκόλνα, Χ., Παπαδοπούλου, Χ. και Κυριόπουλος, Γ. (2009), «Περιφερική προσέγγιση των δομών για τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών στην Ελλάδα», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, **26** (6), σελ. 808-817.

Τούντας, Γ. (2001), *Κοινωνία και Υγεία*, Αθήνα: Οδυσσέας.

### **Ξενόγλωσση**

Advisory Committee on Cancer Prevention (2000), «Recommendations on cancer screening in the European Union», *Eur J Cancer*; **36** (12), σελ. 1473-1478.

Allgood, P.C., Warwick, J., Warren, R.M., Day, N.E. and Duffy, S.W. (2008), «A case-control study of the impact of the East Anglian breast screening programme on breast cancer mortality», *Br J Cancer*, **98** (1), σελ. 206-209.

Ascunce, E.N., Moreno-Iribas, C., Barcos Urtiaga, A., Ardanaz, E., Ederra Sanz, M., Castilla, J. and Egüés, N. (2007), «Changes in breast cancer mortality in Navarre (Spain) after introduction of a screening programme», *J Med Screen*, **14** (1), σελ. 14-20.

Autier, P., Shannoun, F., Scharpantgen, A., Lux, C., Back, C., Severi, G., Steil, S. and Hansen-Koenig, D. (2002), «A breast cancer screening programme operating in a liberal health care system: the Luxembourg mammography programme, 1992-1997», *Int J Cancer*, **97** (6), σελ. 828-832.

Autier, P., Boniol, M., La Vecchia, C., Vatten, L., Gavin, A., Héry, C. and Heanue, M. (2010), «Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries: retrospective trend analysis of WHO mortality database», *Br Med J*, **341**, c3620-3626.

Autier, P. (2011), «Breast cancer screening», *Eur J Cancer*, **47** (Suppl 3), σελ. 5133-5146.

Beemsterboer, P.M.M., de Koning, H.J., Warmerdam, P.G., Boer, R., Swart, E., Dierks, M.L. and Robra, B.P. (1994), «Prediction of the effects and costs of breast cancer screening in Germany», *Int J Cancer*, **58** (5), σελ. 623-628.

Beemsterboer, P.M.M., Warmerdam, P.G., Boer, R., Borrás, J.M., Moreno, V., Viladiu, P. and de Koning, H.J. (1998α), «Screening for breast cancer in Catalonia. Which policy is to be preferred?», *Eur J Public Health*, **8** (3), σελ. 241-246.

Beemsterboer, P.M.M., Warmerdam, P.G., Boer, R. and de Koning, H.J. (1998β), «Radiation risk of mammography related to benefit in screening programmes: a favourable balance?», *J Med Screen*, **5** (2), σελ. 81-87.

Biesheuvel, C., Weigel, S. and Heindel, W. (2011), «Mammography screening: Evidence, history and current practice in Germany and other European countries», *Breast Care*, **6** (2), σελ. 104-109.

Blanks, R.G., Moss, S.M., McGahan, C.E., Quinn, M.J. and Babb, P.J. (2000), «Effect of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-8: comparison of observed with predicted mortality», *Br Med J*, **321** (7262): 665-669.

Bleyen, L., Van Lendeghem, P., Pelfrene E., De Vriendt, M., DeSmet, A. and De Backer. G. (1998), «Screening for breast cancer in Ghent, Belgium; first results of a programme involving the existing health services», *Eur J Cancer*, **34** (9), σελ. 1410-1414.

Boer, R., de Koning, H.J., Threlfall, A., Warmerdam, P., Street, A., Friedman, E. and Woodman, C. (1998), «Cost effectiveness of shortening screening interval or extending age range of NHS breast screening programme: computer simulation study» *Br Med J*, **317** (7155), σελ. 376-379.

Boncz, I., Sebestyén, A., Pinter, I., Battyány, I. and Ember, I. (2008), «The effect of an organized, nationwide breast cancer screening programme on non-organized mammography activities», *J Med Screen*, **15** (1), σελ. 14-17.

Breakwell, G. (1995), *Η Συνέντευξη*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Broeders, M.J., Scharpantgen, A., Ascunce, N., Gairard, B., Olsen, A.H., Mantellini, P., Mota, T.C., Van Limbergen, E., Séradour, B., Ponti, A., Trejo, L.S., Nyström, L. and European Breast Cancer Network. (2005), «Comparison of early performance indicators for screening projects within the European Breast Cancer Network: 1989-2000», *Eur J Cancer Prev*, **14** (2), σελ. 107-116.

Brodersen, J., Jørgensen, K.J. and Gøtzsche, P.C. (2010), «The benefits and harms of screening for cancer with a focus on breast screening», *Pol Arch Med Wewn*, **120** (3), σελ. 89-94.



Bulliard, J.L., Ducros, C., Jemelin, C., Arzel, B., Fioretta, G. and Levi, F. (2009), «Effectiveness of organized versus opportunistic mammography screening», *Ann Oncol*, **20** (7), σελ. 1199-1202.

Calle, E., Flanders, W., Thun, M. and Martin, L. (1993), «Demography predictors of mammography and Pap smear screening in US women», *Am J of Public Health*, **83** (1), σελ. 53-60.

Cohen, L and Manion, L. (1992), *Research methods in education*, London: Routledge.

Committee of Ministers (1994), «Screening as a tool of preventive medicine», Recommendation No. R (94) 11, Strasbourg: Council of Europe.

Council of the European Union (2003), «Council recommendations of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC)», *Off J Eur Union*, **327**, σελ. 34-38.

de Gelder, R., Bulliard, J.L., de Wolf, C., Fracheboud, J., Draisma, G., Schopper, D. and de Koning, H.J. (2009), «Cost-effectiveness of opportunistic versus organized mammography screening in Switzerland», *Eur J Cancer*, **45** (1), σελ. 127-138.

de Haes, J.C., de Koning, H.J., van Oortmarssen, G.J., van Agt, H.M., de Bruyn, A.E. and van Der Maas, P.J. (1991), «The impact of a breast cancer screening programme on quality-adjusted life-years», *Int J Cancer*, **49** (4), σελ. 538-544.

de Koning, H.J., van Ineveld, B.M., van Oortmarssen, G.J., de Haes, J.C.J.M., Collette, H.J.A., Hendriks, J.H.C.L. and van der Maas, P.J. (1991), «Breast cancer screening and cost-effectiveness; policy alternatives, quality of life considerations and the possible impact of uncertain factors», *Int J Cancer*, **49** (4): 531-537.

de Koning, H.J., Fracheboud, J., Boer, R., Verbeek, A.L., Collette, H.J., Hendriks, J.H., van Ineveld, B.M., de Bruyn, A.E. and van der Maas, P.J. (1995), «Nation-wide breast cancer screening in the Netherlands: support for breast cancer mortality reduction. National Evaluation Team for Breast Cancer Screening (NETB)», *Int J Cancer*, **60** (6), σελ. 777-780.

de Koning, H.J. (2000), «Breast cancer screening; cost-effective in practice?» *Eur J Radiol*, **33** (1), σελ. 32-37.

de Waard, F., Kirkpatrick, A., Perry, N.M., Tornberg, S., Tubiana, M. and de Wolf, C. (1994), «Breast cancer screening in the framework of the Europe against Cancer Programme», *Eur J Cancer Prev*, **3** (Suppl 1), σελ. 3-5.

Department of Health (1989), *Working for Patients*, London: HMSO.

Donabedian, A. (1980), *Explorations in quality assessment and monitoring*, Chicago: Health Administration Press.

Dunn, K. (2000), «Interviewing», στο Hay, I. (Επιμ.) *Qualitative Research Methods in Human Geography*, South Melbourne: Oxford University Press.

Elmore, J.G., Barton, M.B., Mocerri, V.M., Polk, S., Arena, P.J. and Fletcher, S.W. (1998), «Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations», *N Engl J Med*, **338** (16), σελ. 1089-1096.

European Commission (2006), *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th edition*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Ferlay, J., Parkin, D.M. and Steliarova-Foucher, E. (2010), «Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008» *Eur J Cancer*, **46** (4), σελ. 765-781.

Ferlay, J., Shin, H.R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C. and Parkin, D.M. (2010), «Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008», *Int J Cancer*, **127** (12), σελ. 2893-2917.

Gabe, R., Tryggvadóttir, L., Sigfússon, B.F., Olafsdóttir, G.H., Sigurdsson, K. and Duffy, S.W. (2007), «A case-control study to estimate the impact of the Icelandic population-based mammography screening program on breast cancer death», *Acta Radiol*, **48** (9), σελ. 948-955.

Garas, I., Pateras, H., Triandafilou, D., Georgountzos, V., Mihas, A., Abatzoglou, M. and Trichopoulos, D. (1994), «Breast cancer screening in southern Greece», *Eur J Cancer Prev*, **3** (Suppl 1), σελ. 35-39.

Gibis, B., Busse, R., Reese, K., Richter, K., Schwartz, F.W. and Köbberling, J. (1998), «Das Mammographie-Screening als Verfahren zur Brustkrebsfrüherkennung», Baden-Baden: Nomos Verlag.

Giordano, L., Giorgi, D., Frigerio, A., Bravetti, P., Paci, E., Petrella, M., Ponti, A., de' Bianchi, P.S and GISMa. (2006), «Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella», *Epidemiol Prev*, **30** (2, Suppl 1), σελ. 1-48.

Giordano, L., Giorgi, D., Piccini, P., Ventura, L., Stefanini, V., Senore, C., Castagn, R., Paci, E., and Segnan, N. (2009), «Time trends of process and impact indicators in Italian breast screening programmes: 1998-2007», *Epidemiol Prev*, **33** (3, Suppl 2), σελ. 29-39.

Giordano, L., Rowinski, M., Gaudenzi, G. and Segnan, N. (2005), «What information do breast cancer screening programmes provide to Italian women?», *Eur J Public Health*, **15** (1), σελ. 66-69.

Giorgi, D., Giordano, L., Ventura, L., Frigerio, A., Paci, E. and Zappa, M. (2010), «Mammography screening in Italy: 2008 survey», *Epidemiol Prev*, **34** (5-6, Suppl 4), σελ. 9-25.

Glockner, S., Holden, M., Hilton, M. and Norcross, W. (1992), «Women's attitudes toward screening mammography», *Am J Prev Med*, **8** (2), σελ. 69-77.

Hakama, M., Coleman, M.P., Alexe, D.M. and Auvinen, A. (2008), «Cancer screening: Evidence and practice in Europe 2008», *Eur J Cancer*, **44** (10), σελ. 1404-1413.

Heywang-Köbrunner, S.H., Hacher, A. and Sedlacek, S. (2011), «Advantages and disadvantages of mammography screening», *Breast Care (Basel)*, **6** (3), σελ. 199-207.

Héry, C., Ferlay, J., Boniol, M. and Autier, P. (2008), «Quantification of changes in breast cancer incidence and mortality since 1990 in 35 countries with Caucasian-majority populations», *Annals Oncol*, **19** (6), σελ. 1187-1194.

International Agency for Research on Cancer (2002), *IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol.7: Breast Cancer Screening.* Lyon: IARC Press.

Jemal, A., Bray, F., Center, M.M., Ferlay, J., Ward, E. and Forman, D. (2011), «Global cancer statistics», *CA Cancer J Clin*, **61** (2), σελ. 69-90.

Junkermann, H., Becker, N. and Peitgen, H.O. (2001), «Concept and implementation of model projects for mammography screening in Germany», *Radiologe*, **41** (4), σελ. 328-336.

Kääb, R., Wulf, T., Becker, N. and Borowski, M. (2006), *Mammographie-Screening in Deutschland: Abschlussbericht der Modellprojekte*, Köln: Mammography Cooperative.

Khatib, O.M.N. and Modjtabai, A. (2006), *Guidelines for the early detection and screening of breast cancer. EMRO Technical Publication Series 30*. Cairo: World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean.

Klabunde, C., Bouchard, F., Taplin, S., Scharpantgen, A. and Ballard-Barbash, R. (2001), «Quality assurance for screening mammography: An international comparison», *J Epidemiol Community Health*, **55** (3), σελ. 204-212.

Kvale, S. (1996), *InterViews, An Introduction to Qualitative Research Interviewing*, Thousand Oaks: Sage Publications.

Lubetkin, E.I., Santana, A., Tso, A. and Jia, H. (2008), «Predictors of cancer screening among low-income primary health care patients», *J Health Care Poor Undeserved*, **19** (1), σελ. 135-148.

Malvezzi, M., Arfé, A., Bertuccio, P., Levi, F., La Vecchia, C. and Negri, E. (2011), «European cancer mortality predictions for the year 2011», *Ann Oncol*, **22** (4), σελ. 947-956.

Martinez-Alonso, M., Vilapriño, E., Marcos-Gragera, R. and Rue, M. (2010), «Breast cancer incidence and overdiagnosis in Catalonia (Spain)», *Breast Cancer Res*, **12** (4), σελ. R58.

Maxwell, C.J., Bancej, C.M. and Snider, J. (2001), «Predictors of mammography use among Canadian women aged 50-69: Findings from the 1996/97 National Population Health Survey», *Can Med Sch Ass J*, **164** (3), σελ. 329-334.

McCann, J., Duffy, S. and Day, N. (2001), «Predicted long-term mortality reduction associated with the second round of breast screening in East Anglia», *Br J Cancer*, **84** (3), σελ. 423-428.

Micheli, A., Coebergh, J.W., Mugno, E., Massimiliani, E., Sant, M., Oberaigner, W., Holub, J., Storm, H.H., Forman, D., Quinn, M., Aareleid, T., Sankila, R., Hakulinen, T., Faivre, J., Ziegler, H., Tryggvadóttir, L., Zanetti, R., Dalmas, M., Visser, O., Langmark, F., Bielska-Lasota, M., Wronkowski, Z., Pinheiro, P.S., Brewster, D.H., Plesko, I., Pompe-Kirn, V., Martinez-Garcia, C., Barlow, L., Möller, T., Lutz, J.M., André, M. and Steward, J.A. (2003), «European health systems and cancer care», *Annals Oncol*, **14** (Suppl 5), σελ. 41-60.

Mishler, E.G. (1996), *Συνέντευξη Έρευνας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Moss, S.M., Michel, M., Patnick, J., Johns, L., Blanks, R. and Chamberlain, J. (1995), «Results from the NHS breast screening programme 1991-1993», *J Med Screen*, **2** (4), σελ. 186-190.

Olsen, A.H., Njor, S.H., Vejborg, I., Schwartz, W., Dalgaard, P., Jensen, M.B., Tange, U.B., Blichert-Toft, M., Rank, F., Mouridsen, H. and Lynge, E. (2005), «Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening: cohort study», *Br Med J*, **330** (7485), σελ. 220-224.

Paci, E., Ponti, A., Zappa, M., Patriarca, S., Falini, P., Delmastro, G., Bianchi, S., Sapino, A., Vezzosi, V., Senore, C., Crocetti, E., Frigerio, A., Zanetti, R., Del Turco, M.R. and Segnan, N. (2005), «Early diagnosis, not differential treatment, explains better survival in service screening», *Eur J Cancer*, **41** (17), σελ. 2728-2734.

Paci, E., Coviello, E., Miccinesi, G., Puliti, D., Cortesi, L., De Lisi, V., Feretti, S., Mangone, L., Perlangeli, V., Ponti, A., Ravaioli, A., de' Bianchi, P.S., Segnan, N., Stracci, F., Tumino, R., Zarcone, M., Zorzi, M., Zappa, M. and IMPACT Working Group. (2008), «Evaluation of service mammography screening impact in Italy. The contribution of hazard analysis», *Eur J Cancer*, **44** (6), σελ. 858-865.

Pavlidou, E., Pavlidou, E., Zafrakas, M., Papadakis, N., Agorastos, T. and Benos, A. (2010), «Time trends of female breast cancer mortality in Greece during 1980-2005: a population based study», *Postgrad Med J*, **86** (1017), σελ. 391-394.

Perry, N., Broeders, M., de Wolf, C., Törnberg, S., Holland, R. and von Karsa, L. (2008), «European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition-summary document», *Ann Oncol*, **19** (4), σελ. 614-622.

Robinson, J.M. and Shavers, V. (2008), «The role of health insurance coverage in cancer screening utilization», *J Health Care Poor Unreserved*, **19** (3), σελ. 842-856.

Robson, C. (2002), *Real World Research*, Oxford: Blackwell.

Sarkeala, T., Heinävaara, S. and Anttila, A. (2008), «Organised mammography screening reduces breast cancer mortality: a cohort study from Finland», *Int J Cancer*, **122** (3), σελ. 614-619.

Schopper, D. and de Wolf, C. (2009), «How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence», *Eur J Cancer*, **45** (11), σελ. 1916-1923.

Shapiro, S., Venet, W., Strax, P., Venet, L. and Roeser, R. (1982), «Ten-to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality», *J Natl Cancer Inst*, **69** (2), σελ. 349-355.

Shapiro, S., Coleman, E.A., Broeders, M., Codd, M., de Koning, H., Fracheboud, J., Moss, S., Paci, E., Stachenk, S. and Ballard-Barbash, R. (1998), «Breast cancer screening programmes in 22 countries: Current policies, administration and guidelines. International Breast Cancer Screening Network (IBSN) and the European Network of Pilot Projects for Breast Cancer Screening», *Int J Epidemiol*, **27** (5), σελ. 735-742.

Stewart, C.J. and Cash, B.W. (1991), *Interviewing, Principles and Practices*, Dubuque: Wm. C. Brown Publishers.

Susser, M. (1975), «Prevention and Health Maintenance revisited», *Bull New York Acad Med*, **51** (1), σελ. 5-8.

Sutton, R. (1994), «The British National Health Service», *PACE*, **17** (6), σελ. 1178-1181.

Sutton, S., Bickler, G., Sancho-Aldridge, J. and Saidi, G. (1994), «Prospective study of predictors of attendance for breast screening in inner London», *J Epidemiol Community Health*, **48** (1), σελ. 65-73.

Svartbo, B., Bygren, L.O., Bucht, G., Eriksson, A. and Johansson, L.A. (2003), «False-negative cases of breast cancer deaths in mammography screening evaluations», *Breast J*, **9** (2), σελ. 142-143.

Swedish Organised Service Screening Evaluation Group (2006α), «Reduction in breast cancer mortality from organized service screening with mammography: 1. Further confirmation with extended data», *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, **15** (1), σελ. 45-51.

Swedish Organised Service Screening Evaluation Group (2006β), «Reduction in breast cancer mortality from the organised service screening with mammography: 2. Validation with alternative analytic methods», *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, **15** (1), σελ. 52-56.

Tabár, L., Gad, A., Holmberg, L.H., Ljungquist, U., Fagerberg, C.J.G., Baldetorp, L., Gröntoft, O., Lundström, B., Månson, J.C., Eklund, G., Day, N.E. and Pettersson, F.

(1985), «Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography», *Lancet*, **325** (8433), σελ. 829-832.

Tabar, L., Yen, M.F., Vitak, B., Chen, H.H., Smith, R.A. and Duffy, S.W. (2003), «Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening», *Lancet*, **361** (9367), σελ.1405-1410.

van den Akker-van Marle, M.E., Reep-van den Bergh, C.M.M., Boer, R., del Moral, A., Ascunce, N. and de Koning, H.J. (1997), «Breast cancer screening in Navarra: Interpretation of a high detection rate at the first screening round and a low rate at the second round», *Int J Cancer*, **73** (4), σελ. 464-469.

van Ineveld, B.M., van Oortmarssen, G.J., de Koning, H.J., Boer, R. and van der Maas, P.J. (1993), «How cost-effective is breast cancer screening in different EC countries?» *Eur J Cancer*, **29A** (12), σελ. 1663-1668.

van Schoor, G., Moss, S.M., Otten, J.D., Donders, R., Paap, E., den Heeten. G.J., Holland, R., Broeders, M.J. and Verbeek, A.L. (2011), «Increasingly strong reduction in breast cancer mortality due to screening», *Br J Cancer*, **104** (6), σελ. 910-914.

Walsh, B., Silles M. and O'Neill, C. (2011). «The importance of socio-economic variables in cancer screening participation: A comparison between population-based and opportunistic screening in the EU-15», *Health Policy*, **101** (3), σελ. 269-276.

Weigel, S., Decker, T., Korsching, E., Hungermann, D., Bocker, W. and Heindel, W. (2010), «Calcifications in digital mammographic screening: improvement of early detection of invasive breast cancers?», *Radiology*, **255** (3), σελ. 738-745.

Weinberg, D. (2002), *Qualitative Research Methods*, Oxford: Blackwell.

Wishart, G.C., Greenberg, D.C., Britton, P.D., Chou, P., Brown, C.H., Purushotham, A.D. and Duffy, S.W. (2008). «Screen-detected versus symptomatic breast cancer-is improved survival due to stage migration alone?», *Br J Cancer*, **98** (11), σελ. 1741-1744.



Zappa, M. (2010), «The National Center for Screening Monitoring: Eighth Report», *Epidemiol Prev*, **34** (5-6, Suppl 4), σελ. 9-34.

### Ηλεκτρονικές Πηγές

Αναγνωστόπουλος, Φ. (2011), «Ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού με καρκίνο», [www.pediobooks.gr/attachments/136\\_prologosypostirixi.pdf](http://www.pediobooks.gr/attachments/136_prologosypostirixi.pdf), [πρόσβαση 2/8/2011].

Γκαβός, Θ. (2010), «Αύξηση θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα», [http://www.theinsider.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6178:increased-mortality-of-breast-cancer-in-greece&catid=43:health&Itemid=114](http://www.theinsider.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=6178:increased-mortality-of-breast-cancer-in-greece&catid=43:health&Itemid=114), [πρόσβαση 20/3/2011].

Cancer Research UK (2009), «UK breast cancer mortality statistics», <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/typew/breast/mortality/>, [πρόσβαση 20/3/2011].

Department of Health (2003), «The NHS Cancer Plan», <http://www.doh.gov.uk/cancer/pdfs/gillis.pdf>, [πρόσβαση 8/2/2012].

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (2011), «Θεσμοθετημένες δομές για τον Καρκίνο στην Ελλάδα», <http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/phocadownload/2.%20thesmothetimenes%20domes%20gia%20ton%20karkino.pdf>, [πρόσβαση 7/4/2012].

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (2012), <http://www.eopyy.gov.gr/>, [πρόσβαση 2/5/2012].

Ειδική Γραμματεία Ψηφιακού Σχεδιασμού (2010), «Δημιουργία Βάσης Δεδομένων για το Εθνικό Μητρώο Καρκίνου Μαστού και την υλοποίηση διαδικτυακής πλατφόρμας τηλεδιάγνωσης και προληπτικής παρακολούθησης του γυναικείου πληθυσμού με σκοπό την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού – e-ΠΡΟΛΗΨΗ», <http://www.digitalplan.gov.gr/portal/resource/DHMIOYRGIA-BASHS-DEDOMENWN-GIA-TO-ETHNIKO-MHTRWO-KARKINOY-MASTOY-KAI-THN-YLOPOIISH-DIADIKTYAKHS-PLATFORMAS-THLEDIAGNWSHS-KAI-PROLHPTIKHS->

PARAKOLOYTHHSHS-TOY-GYNAIKEIOY-PLHTHYSMOY-ME-SKOPO-THN-  
PRWIMH-DIAGNWSH-TOY-KARKINOY-TOY-MASTOY-E-PROLHPSH,  
[πρόσβαση 28/4/2011].

Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (2012), <http://www.cancer-society.gr/>, [πρόσβαση 2/5/2012].

Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας (2012), «Οργανωμένα Κέντρα Μαστού», <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=85&articleID=14185&la=1>, [πρόσβαση 22/2/2012].

Europa Donna (2009), «Σύντομος οδηγός των Ευρωπαϊκών κατευθυντήριων γραμμών για την διασφάλιση της ποιότητας του προληπτικού ελέγχου ανίχνευσης και διάγνωσης του καρκίνου του μαστού», [www.europadonna.org/europadonna/getStaticModFile.aspx?id=2823](http://www.europadonna.org/europadonna/getStaticModFile.aspx?id=2823), [πρόσβαση 28/4/2011].

European Cancer Observatory (2011), «Cancer screening: Breast», <http://eu-cancer.iarc.fr/cancer-13-breast-screening.html.en>, [πρόσβαση 5/8/2011].

European Parliament (2006), «European Parliament Resolution on Breast Cancer in the Enlarged European Union», <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2006-0449&language=EN>, [πρόσβαση 5/8/2011].

European Union Public Health Information System (2010), «Incidence of breast cancer in Europe», [http://www.euphix.org/object\\_document/o5615n27171.html](http://www.euphix.org/object_document/o5615n27171.html), [πρόσβαση 6/4/2011].

Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales (2003), «A policy framework for commissioning cancer services: A report by the Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales», <http://www.doh.gov.uk/cancer/pdfs/calman-hine.pdf>, [πρόσβαση 8/2/2012].

Holland, W., Stewart, S. and Masseria C. (2006), «Policy Brief: Screening in Europe», [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/108961/E88698.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108961/E88698.pdf), [πρόσβαση 12/4/2013].

7η ΥΠΕ Κρήτης (2012), «Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδας», <http://www.hc-crete.gr/7η-υπε/υπε-αλλαδας>, [πρόσβαση 02/10/2012].

Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2008), «Hellas Health II», [www.neaygeia.gr/page.asp?p=839](http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=839), [πρόσβαση 28/4/2012].

Ιωσηφίδης, Θ. (2003), «Εισαγωγή στην ανάλυση δεδομένων ποιοτικής κοινωνικής έρευνας», [www.cultural-representation.com/showLesson.php?file...doc](http://www.cultural-representation.com/showLesson.php?file...doc), [πρόσβαση: 28/9/2012].

Καραγιώργος, Δ. (2009), «Οδύσσεια για καρκινοπαθείς στην περιφέρεια», <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=22768&subid=2&pubid=8768909>, [πρόσβαση 2/5/2012].

ΚΕΕΛΠΝΟ (2012), «Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών (EAN)», <http://www.keelpno.gr/el-gr/δομέςλειτουργίες/εθνικόαρχείονεοπλασιών.aspx>, [πρόσβαση 2/5/2012].

Μαρκόπουλος, Χ.Ι. (2008), «Καρκίνος του μαστού: Διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση», [users.uoa.gr/~gprapao/files/dial7.pdf](http://users.uoa.gr/~gprapao/files/dial7.pdf), [πρόσβαση 20/3/2011].

National Cancer Institute (2011), «Risks of Breast Cancer Screening», <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/Patient/page4#Keypoint15>, [πρόσβαση 20/1/2012].

National Health Service (2010), «Breast Screening Programme, England 2008-09», [www.parliament.uk/deposits/depositedpapers/.../DEP2010-1335.pdf](http://www.parliament.uk/deposits/depositedpapers/.../DEP2010-1335.pdf), [πρόσβαση 2/5/2012].

NHS Cancer Screening Programmes (2010), «NHS Breast Screening Programme: Annual Review 2010», [www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp-annualreview2010.pdf](http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp-annualreview2010.pdf), [πρόσβαση 2/5/2012].

NHS Cancer Screening Programmes (2011), «NHS Breast Screening Programme: Annual Review 2011», [www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp-annualreview2011.pdf](http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp-annualreview2011.pdf), [πρόσβαση 2/5/2012].

OECD (2012), <http://oecdbetterlifeindex.org/topics/health/>, [πρόσβαση 2/5/2012].

Osservatorio Nazionale Screening (2011), «I programmi di screening in Italia 2011. Screening del tumore della mammella», [http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/screening\\_mammella\\_0.pdf](http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/screening_mammella_0.pdf), [πρόσβαση 20/05/2012].

Πάβη, Ε., Σκρουμπέλος, Α., Κουλιεράκης, Γ., Βελονάκης, Ε. και Κυριόπουλος Γ. (2011), «Προτεραιότητες για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα», [http://www.nsph.gr/files/006\\_Koinoniologias/Prot%20Dhmosia%20Ygeia.pdf](http://www.nsph.gr/files/006_Koinoniologias/Prot%20Dhmosia%20Ygeia.pdf), [πρόσβαση 8/4/2012].

Πατέρας, Χ. (2004), «Καρκίνος μαστού», [http://www.cancer-society.gr/images/stories/28\\_karkinos\\_mastou.pdf](http://www.cancer-society.gr/images/stories/28_karkinos_mastou.pdf), [πρόσβαση 20/9/2011].

Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου του Καρκίνου του NSH (2010), [www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/breast-screening-greek.pdf](http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/breast-screening-greek.pdf), [πρόσβαση 13/7/2011].

Σκρουμπέλος, Α. και Κυριόπουλος, Γ. (2010), «Εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για ενηλίκους στην Ελλάδα», [http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/Eθνικά%20Προγράμματα%20Προσυμπτωματικού%20Ελέγχου.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Eθνικά%20Προγράμματα%20Προσυμπτωματικού%20Ελέγχου.pdf), [πρόσβαση 2/5/2012].

Σύνδεσμος Ιατρικών Γενετιστών Ελλάδας (2012), «Οι περιπέτειες του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών», [http://www.sige.gr/newgr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=87&Itemid=1](http://www.sige.gr/newgr/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=1), [πρόσβαση 2/5/2012].

Skaane, P. (2011), "Screening for breast cancer", [http://www.springer.com/cda/content/document/cda\\_downloaddocument/9789400704947-c1.pdf?SGWID=0-0-45-1119147-p174070787](http://www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/9789400704947-c1.pdf?SGWID=0-0-45-1119147-p174070787), [πρόσβαση 18/9/2011].

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008), «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2008-2012», [www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/karkinos\\_teliko.pdf](http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/karkinos_teliko.pdf), [πρόσβαση 28/4/2011].

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011), «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015», [www.anti-cancer.gr/catalogue/SxedioDrasis\\_24selido.pdf](http://www.anti-cancer.gr/catalogue/SxedioDrasis_24selido.pdf), [πρόσβαση 2/5/2012].

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2012), «Υγειονομικός Χάρτης: Οδηγός Κωδικοποίησης Δομών και Υπηρεσιών Υγείας», <http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/OdigosKwdikopoiisisDomwn.pdf>, [πρόσβαση 27/10/2012].

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2013), «Νοσοκομεία ανά Υγειονομική Περιφέρεια», <http://www.yyka.gov.gr/articles/citizen/xrhsima-thlefwna-amp-dieythynseis/75-nosokomeia-ana-ygeionomikh-perifereia>, [πρόσβαση 20/3/2013].

Φασουλάκη, Α. (2007), «Το Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο», [http://kapodistriako.uoa.gr/stories/102\\_op\\_01/index.php?m=2](http://kapodistriako.uoa.gr/stories/102_op_01/index.php?m=2), [πρόσβαση 2/8/2011].

von Karsa, L. (2010), «Secondary Prevention. The Council recommendation on cancer screening and promoting screening and early detection», [http://www.cancerpartnership.eu/-download-files/doc\\_download/10-van-karsa-larry-the-council-recommendation-on-cancer-screening](http://www.cancerpartnership.eu/-download-files/doc_download/10-van-karsa-larry-the-council-recommendation-on-cancer-screening), [πρόσβαση 8/8/2011].