



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΟΝΟΜΑ  
ΖΟΥΛΙΑΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛΑ

ΤΙΤΛΟΣ  
Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΗΛΟ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  
«Διοίκηση της Υγείας»

Πειραιάς, Έτος 2007

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	
ΑΡ. ΕΙΣ.	57884
COMPL.	39360
ΤΑΧ.	302.10949520γ
Ε	



00157884



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΟΝΟΜΑ  
ΖΟΥΛΙΑΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

ΤΙΤΛΟΣ  
Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΗΛΟ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
Στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  
«Διοίκηση της Υγείας»

Πειραιάς, Έτος 2007



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΟΝΟΜΑ  
ΖΟΥΛΙΑΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

ΤΙΤΛΟΣ  
Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΗΛΟ

*Επόπτης :*

Τίτλος Όνομα επίκουρος καθηγητής Κάμητος Δημήτριος

*Μέλη:*

Τίτλος Όνομα Νεκτάριος Μιλτιάδης

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, Έτος 2007

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση αυτής της διπλωματικής εργασίας στηρίχθηκα στη βοήθεια πολλών προσώπων , τα οποία θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα . Κατ' αρχήν , πρέπει να ευχαριστήσω τον επικ. Καθηγητή του Παν. Πειραιώς κ. Κάμπη Δημήτρη , επόπτη της εργασίας, για τη βοήθεια και τον πολύτιμο χρόνο που μου αφιέρωσε. Ευχαριστώ επίσης το φίλο και συμφοιτητή κ. Πηγή Διομήδη για τη βοήθεια που προσέφερε.

Επισκέφθηκα την ιδιαίτερη πατρίδα μου , τη Μήλο , προσπαθώντας να συλλέξω στοιχεία για τις ανάγκες της εργασίας αυτής , υπό τύπον ερασιτέχνη ερευνητή , δύο φορές , κατά τους μήνες Ιανουάριο και Μάρτιο του 2007. Και στις δύο αυτές επισκέψεις, μου έκαναν ιδιαίτερη εντύπωση το ενδιαφέρον και η εμπιστοσύνη με την οποία με περιέβαλλαν όλοι όσοι με βοήθησαν και τους οποίους νιώθω την υποχρέωση να αναφέρω στο σημείο αυτό. Κατ' αρχήν , πρέπει να ευχαριστήσω το διευθυντή του Κέντρου Υγείας Μήλου κ. Ηλία Αποστολόπουλο , τον διοικητικό διευθυντή κ. Νικόλαο Λαθούρα και το σύνολο του προσωπικού του Κ.Υ.Μ. , χωρίς τη βοήθεια των οποίων δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση της εργασίας αυτής .Επίσης , το Δήμο Μήλου , και ιδιαίτερα το Δήμαρχο του νησιού κ. Γεώργιο Τσαϊνη, για το χρόνο που αφιέρωσε και τη θερμή με την οποία υποδέχτηκε την ιδέα της εργασίας. Πολύ σημαντική ήταν και η βοήθεια της διευθύντριας του Ι.Κ.Α. Μήλου κ. Καντζέλη, σχετικά με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι κάτοικοι της Μήλου και τους ωθούν σε αναζήτηση φροντίδας υγείας μακριά από το νησί. Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον ιατρό κ. Πέτρο Αρμένη για τη συμπαράσταση του και το υλικό που μου διέθεσε. Επίσης, την εταιρεία Αργυρομεταλλευμάτων και Βαρυτίνης για τη φιλοξενία της και τον ιατρό εργασίας της εταιρείας κ. Σταματόπουλο για τη συνεργασία του. Τέλος , αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον αερολιμένα και το λιμεναρχείο Μήλου για τις πληροφορίες που διέθεσαν .

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο χώρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι πολυδιάστατος, περιλαμβάνει δράσεις που εντάσσονται στους τομείς της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, της πρόληψης και της κοινωνικής φροντίδας, με απώτερο σκοπό και στόχο τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού τον οποίο καλείται να υπηρετήσει. Η ανάπτυξη των δράσεων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να συμφωνεί με τις ιδιαίτερες ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης .

Ιδιαίτερες δυσκολίες παρουσιάζει η προσπάθεια υγειονομικής κάλυψης και ανάπτυξης δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε απομακρυσμένες και απομονωμένες κοινωνικές ομάδες. Ένα πολύ καλό παράδειγμα του προβλήματος αυτού είναι τα ελληνικά νησιά : πολλές , μικρές πληθυσμιακές ομάδες , σε απομονωμένα νησιά , με δυσχερή πρόσβαση στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Στην παρούσα εργασία το αντικείμενο μελέτης είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Μήλο. Οι λειτουργίες της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, της πρόληψης και της κοινωνικής φροντίδας εξυπηρετούνται από έναν αριθμό δομών και δράσεων που έχουν να επιδείξουν σημαντικό έργο και προσφορά στην τοπική κοινωνία . Κύριος φορέας είναι το Κέντρο Υγείας Μήλου; αρκεί να αναφέρουμε τα 43.000 περιστατικά που αντιμετωπίζει ετησίως.

Το πιο εντυπωσιακό όμως σχετικά με τη λειτουργία του Κ.Υ.Μ. είναι το γεγονός ότι ο όγκος του έργου αυτού έχει παραχθεί παρά τις σημαντικές ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό και τα σοβαρά οικονομικά προβλήματα.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας , κέντρο υγείας , Μήλος

## SUMMARY

### **The primary health care in Milos**

**Manolis Zoulias**

Graduate Thesis Submitted for the degree 'Master in Health Management'

University of Piraeus- TEI of Piraeus, Greece

Supervisor , Cambis Dimitris

The concept of primary health care is complex; it comprises the functions of primary medical care , prevention and social welfare ; it is an effort towards the amelioration of the general condition of health of the population . The organisation and the application of the functions of primary health care must be in agreement with the special needs of the population.

Creating structures of primary health care in isolated communities poses special difficulties. The Greek islands serve as an excellent example: many, small communities, in isolated islands, distant from the cities .

This work studies the primary health care in Milos (an island of the Aegean sea).The functions of primary medical care , prevention and social welfare are served by a number of structures that have offered a lot to the local society. The main structure is the health centre of Milos; it would suffice to say that it serves 43.000 cases each year.

The most impressive about the health centre of Milos is the fact that it has been working for many years without all the necessary personnel and faces serious financial problems.

#### Key words:

Primary Health Care , health centre , Milos

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΗΛΟ.....σελ 9	σελ 9
1.Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....σελ 10	σελ 10
2.ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΣΥ ΚΑΙ ΟΙ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....σελ 16	σελ 16
2.1.Ιστορική αναδρομή-νόμοι σχετικοί με την ΠΦΥ.....σελ 16	σελ 16
2.2.Οργάνωση και χρηματοδότηση του ΕΣΥ.....σελ20	σελ20
2.3.Οι δομές της ΠΦΥ στην Ελλάδα.....σελ 22	σελ 22
2.4.Κριτική του έργου της ΠΦΥ στη χώρα μας.....σελ 23	σελ 23
3.ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗ.....σελ 29	σελ 29
4.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....σελ 32	σελ 32
5.Η ΜΗΛΟΣ.....σελ 35	σελ 35
5.1.Το νησί και οι κάτοικοί του.....σελ 35	σελ 35
5.2.Οι διασυνδέσεις του νησιού.....σελ 38	σελ 38
5.3.Η ασφαλιστική κάλυψη των κατοίκων του νησιού.....σελ 42	σελ 42
5.4.Δείκτες θνησιμότητας.....σελ 44	σελ 44
5.5.Συμπεράσματα.....σελ 51	σελ 51
6.ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΗΛΟΥ.....σελ 53	σελ 53
6.1.Το κέντρο υγείας Μήλου.....σελ 53	σελ 53
6.2.Οργάνωση του κέντρου υγείας Μήλου.....σελ 55	σελ 55
6.3.Στελέχωση του κέντρου υγείας Μήλου.....σελ 56	σελ 56
6.4.Κτηριακή υποδομή του κέντρου υγείας Μήλου.....σελ 64	σελ 64
6.5.1.Εξοπλισμός του κέντρου υγείας Μήλου.....σελ 67	σελ 67
6.5.2.Ασθενοφόρα.....σελ 69	σελ 69
6.6.Οικονομικά στοιχεία.....σελ 69	σελ 69
6.7.Επισκέψεις σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία.....σελ 72	σελ 72
6.8.Εκτακτες επισκέψεις.....σελ 74	σελ 74

6.9.Μικροβιολογικό εργαστήριο.....σελ	76
6.10.Ακτινολογικό εργαστήριο.....σελ	77
6.11.Κλίνες βραχείας νοσηλείας.....σελ	78
6.12.Διακομιδές.....σελ	82
6.13.Προληπτική ιατρική.....σελ	87
6.14.Επιδημιολογικές έρευνες.....σελ	89
6.15.Τηλεϊατρική.....σελ	95
6.16.Συμπεράσματα.....σελ	96
7.ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΟΧΕΙΣ ΠΦΥ ΣΤΗ ΜΗΛΟ.....σελ	97
7.1.Φαρμακεία και άλλοι ιατροί στη Μήλο.....σελ	98
7.2.Μονάδα υγείας ΙΚΑ.....σελ	99
7.3.Ιατρείο Βαρυτίνης.....σελ	101
7.4.Πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι».....σελ	101
7.5.Κοινωνική υπηρεσία Δήμου Μήλου.....σελ	104
7.6.Κινητή μονάδα ψυχικής υγείας Δ. Κυκλάδων.....σελ	104
7.7.Συμπέρασμα.....σελ	109
8.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....σελ	111
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ	113



## Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΗΛΟ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Μήλο, σύμφωνα με όσα προβλέπονται από τις διεθνείς συνθήκες και την ελληνική νομοθεσία, με ιδιαίτερη αναφορά στη λειτουργία του Κέντρου Υγείας Μήλου.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## 1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το σύστημα υγείας μίας χώρας διακρίνεται βασικά σε δύο επίπεδα: στο επίπεδο της εξωνοσοκομειακής(πρωτοβάθμιας) και της νοσοκομειακής (δευτεροβάθμιας) φροντίδας. «Ως εξωνοσοκομειακή φροντίδα ορίζονται εκείνες οι υπηρεσίες που παρέχονται σε ασθενείς χωρίς να είναι απαραίτητη η νοσηλεία τους σε νοσοκομείο προκειμένου να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα υγείας τους» (Μωραϊτης,1996). Στα πλαίσια της εξωνοσοκομειακής φροντίδας ορίζεται και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έννοια πολυδιάστατη, που προσεγγίζει τον άνθρωπο και την κοινωνία κατά τρόπο ολιστικό, λαμβάνοντας υπ' όψιν πολλαπλές παραμέτρους, όχι αποκλειστικά ιατρικές.

Το 1978, στην πόλη Άλμα Άτα της τότε Σοβιετικής Ένωσης, συνεκλήθη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την UNICEF συνέδριο με θέμα την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Βάση των συλλογισμών αποτέλεσε η αντίληψη της υγείας ως μιας κατάστασης πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας. «Σύμφωνα λοιπόν με τη διακήρυξη της Άλμα Άτα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι απλά και μόνον το σύνολο της καλούμενης εξωνοσοκομειακής φροντίδας, αλλά έχει ευρύτερο περιεχόμενο, στο οποίο περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

1. Ασχολείται με τα κύρια υγειονομικά προβλήματα της κοινότητας.

2. Εξασφαλίζει υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας.

3. Περιλαμβάνει:

- A) προγράμματα ενημέρωσης σε σοβαρά θέματα υγείας.
- B) μεθόδους πρόληψης και ελέγχου αυτών.
- Γ) μέτρα για υγιεινή διατροφή, ύδρευση και διαβίωση.

Δ) προστασία της μητέρας και του παιδιού (οικογενειακός προγραμματισμός)

Ε) εμβόλια για τα σοβαρότερα λοιμώδη νοσήματα.

ΣΤ) πρόληψη και καταπολέμηση ενδημικών νόσων.

Ζ) θεραπεία κοινών νόσων και τραυματισμών.

Η) χορήγηση φαρμάκων.

4. Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας μίας χώρας.

5. Συνιστά την βασική προϋπόθεση εξασφάλισης συνεχιζόμενης φροντίδας.

6. Είναι ένα τμήμα του συστήματος υγείας μίας χώρας και αποτελεί την κεντρική λειτουργία του συστήματος περίθαλψης.

7. Ενθαρρύνει και προάγει τη συμμετοχή κάθε φορέα της κοινότητας στον προγραμματισμό, στην οργάνωση, στη λειτουργία και στον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας.

8. Εξασφαλίζει επίπεδο υγείας τέτοιο, που επιτρέπει μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή.

9. Κύριοι συντελεστές της οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι οι διάφορες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, που διαμορφώνουν μία ομάδα υγείας.

10. Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ είναι συνυφασμένες με την συνολική οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη της κοινότητας, στην οποία ασκούν τις δραστηριότητες τους». (Σολωμός, 1996)

«Στους στόχους των υπηρεσιών της ΠΦΥ περιλαμβάνονται:

1. Ο έλεγχος κάθε υγειονομικού προβλήματος.

2. Συνεχής παροχή υπηρεσιών υγείας όλη την ημέρα, όλες τις μέρες του χρόνου.

3. Εύκολη πρόσβαση από τους κατοίκους της περιοχής ελέγχου.

4. Συνέχεια της παρεχόμενης φροντίδας.

5. Ποιότητα». (Σολωμός, 1996)

Όπως είναι φανερό από όσα μέχρι στιγμής έχουν αναφερθεί, η ΠΦΥ δεν περιορίζεται μόνον στη παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, με την έννοια των

κλασικών ιατρικών διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων. Στην ευρύτερη προσέγγιση των προβλημάτων υγείας, στην οποία είναι προσανατολισμένη, περιλαμβάνονται οι δραστηριότητες ενημέρωσης σε θέματα υγείας, πρόληψης νοσημάτων, οι δράσεις που εντάσσονται στο γενικότερο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, ο οικογενειακός προγραμματισμός και η χορήγηση φαρμάκων. Θα πρέπει να επιστημόνουμε την θεώρηση των υπηρεσιών της ΠΦΥ ως μίας αποκεντρωμένης δομής προσανατολισμένης στα προβλήματα και στις ανάγκες των πληθυσμών ευθύνης, για τους οποίους αποτελεί ένα κομβικό σημείο εισόδου στο σύστημα υγείας μίας χώρας. Τέλος, λαμβανομένων υπ' όψιν των ως άνω, αντιλαμβάνεται κανείς πως η ΠΦΥ δεν στηρίζεται αποκλειστικά στον ιατρό, αλλά στην συντονισμένη δράση μίας ομάδας υγείας.

Στο σημείο αυτό θα ήταν σκόπιμο να κάνουμε μία αναφορά στην έννοια της πρόληψης. Η ΠΦΥ εντάσσεται στην ευρύτερη δράση που περικλείεται στον όρο 'δημόσια υγεία', με τις υπηρεσίες της οποίας οφείλει να συνεργάζεται. Αν επιχειρούσαμε να προσδιορίσουμε τα όρια ευθύνης της ΠΦΥ, θα επιστημαίναμε την επικέντρωσή της σε θέματα ατομικής αγωγής και προαγωγής της υγείας και την ενασχόληση της με τομείς που αφορούν, καθ' υπεροχήν, την ιατρική επιστήμη. Έτσι, στις προληπτικές δραστηριότητες της ΠΦΥ περιλαμβάνονται:

- Α) προγράμματα ενημέρωσης – αγωγής υγείας.
- Β) καταπολέμηση λοιμωδών νοσημάτων – πρόληψη επιδημιών – προγράμματα εμβολιασμών.
- Γ) πρόληψη χρόνιων νοσημάτων, σημαντικότερο τμήμα των οποίων, στον ανεπτυγμένο κόσμο, αποτελούν τα καρδιαγγειακά, όπως και τα νεοπλασματικά νοσήματα.
- Δ) επιδημιολογικές έρευνες, με σκοπό την καταγραφή της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των πληθυσμών ευθύνης, με απώτερο στόχο τον καλύτερο προγραμματισμό, λειτουργία και απόδοση των υπηρεσιών υγείας. (Φιλαλήθης, 1996)

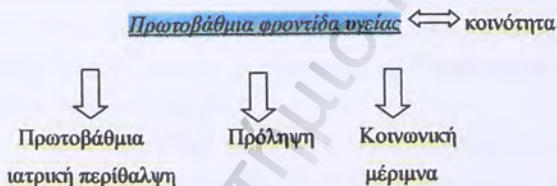
Παρομοίως , οι δράσεις της ΠΦΥ αλληλοδιαπλέκονται με τον χώρο ευθύνης των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας. Δεν μπορεί κανείς να αρνηθεί το γεγονός ότι τα διάφορα κοινωνικά προβλήματα των πληθυσμών επηρεάζουν το νοσολογικό τους προφίλ, την ανταπόκρισή τους στις θεραπευτικές πρακτικές , και τελικά την πρόγνωση των νοσημάτων . Άλλωστε , στον ίδιο τον ορισμό της υγείας , που υιοθετήθηκε στις εργασίες του συνεδρίου της Άλμα Άτα , περιλαμβάνεται η φράση 'κοινωνική ευεξία'. Υποχρέωση λοιπόν των υπηρεσιών της ΠΦΥ αποτελεί η φροντίδα των ευπαθών κοινωνικών ομάδων ( στις οποίες περιλαμβάνονται οι άποροι , οι πρόσφυγες, οι ηλικιωμένοι ) , όπως και η κοινωνική επανένταξη των πασχόντων , πάντα σε συνεργασία με τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας. Σημαντικό επομένως ρόλο καλείται να διαδραματίσει ο κοινωνικός λειτουργός , ως μέλος της ομάδας των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ .(Φιλαλήθης, 1996)

Στο προσδιορισμό των χαρακτηριστικών και δράσεων της ΠΦΥ περιλαμβάνεται ιδιαίτερη μνεία στην ανάγκη συμμετοχής της κοινότητας στον προγραμματισμό , στην οργάνωση , στη λειτουργία και στον έλεγχο των υπηρεσιών που εντάσσονται σε αυτήν. Ευοδώνεται επομένως η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Υποστηρίζεται πως η ενεργός συμμετοχή και ευθύνη της τοπικής κοινωνίας στη διαμόρφωσή τους έχει ευεργετικά αποτελέσματα λόγω της καλύτερης προσαρμογής των υπηρεσιών στις τοπικές ανάγκες και της ως εκ τούτου αποδοτικότερης αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων , όσο και λόγω των πλεονεκτημάτων που αφορούν σε θέματα ευχερέστερης και αποτελεσματικότερης διοίκησης των υπηρεσιών .(Θεοδώρου ,2006)

Πολύ σημαντικό είναι επίσης να αναφερθούμε στις δυνατότητες που προσφέρει η ραγδαία ανάπτυξη που σημειώθηκε στον χώρο της πληροφορικής κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Η δυνατότητα δημιουργίας ηλεκτρονικών φακέλων στους οποίους θα καταγράφεται το ιστορικό των ασθενών αποτελεί σημαντική ευκαιρία για μία αναβάθμιση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών της ΠΦΥ, αλλά και του

συστήματος υγείας στο σύνολό του . Η ύπαρξη του ιατρικού ιστορικού επιτρέπει αφ' ενός την συνέχεια της ιατρικής φροντίδας , η οποία καθίσταται κατά τον τρόπο αυτό περισσότερο αποτελεσματική για τον κάθε άρρωστο , αφ' ετέρου την εξοικονόμηση σπανίων πόρων για το σύστημα υγείας και την εθνική οικονομία συνολικά, καθώς αποτρέπεται η άσκοπη παραπομπή σε ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις ή ειδικούς ιατρούς. Η εξέλιξη αυτή δίνει επιπλέον τη δυνατότητα στους λειτουργούς της ΠΦΥ να προβούν σε επιδημιολογικές έρευνες του πληθυσμού ευθύνης και να αποκομίσουν χρήσιμα συμπεράσματα αναφορικά με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα από διάφορες ασθένειες. Αυτό με τη σειρά του θα επιτρέψει τον καλύτερο προγραμματισμό και την αποδοτικότερη οργάνωση των υπηρεσιών, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες σε φροντίδα υγείας, γεγονός που σε μεγαλύτερη κλίμακα μπορεί να σημαίνει αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας.

Συνοπτικά:



Στα πλαίσια αυτά, και για να μπορέσει η δομή της ΠΦΥ να αποδώσει τα απαιτούμενα, οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να είναι προϊόν της συνεργασίας μίας ομάδας λειτουργών υγείας . Στην ομάδα αυτή συντονιστικό ρόλο διαδραματίζει ο ιατρός, που ασκεί την πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη και που θα πρέπει να κατέχει την ειδικότητα της γενικής ιατρικής. Την ομάδα συμπληρώνουν νοσηλεύτες, διαιτολόγοι,

φυσιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ιατρικοί επισκέπτες και άλλοι, αναλόγως των αναγκών(Μωραΐτης,1996).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι ο χώρος ευθύνης κατά κύριο λόγο της ειδικότητας της γενικής-οικογενειακής ιατρικής. «Ο γενικός ιατρός είναι ο πτυχιούχος της ιατρικής που παρέχει πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα στα άτομα, στις οικογένειές τους και στον πληθυσμό για τον οποίο ευθύνεται, ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία ή ασθένεια»(Φιλαλήθης,1996). Εφαρμόζει τις καθιερωμένες πρακτικές διάγνωσης και θεραπείας, αλλά επιπλέον υπεισέρχεται στο χώρο της αναζήτησης των αιτιών της ασθένειας, στην πρόληψη και στη συνολική αποκατάσταση των πασχόντων, λαμβάνοντας υπ' όψιν κοινωνικές και ψυχολογικές παραμέτρους. Ασκεί συντονιστικό ρόλο στην ομάδα της ΠΦΥ για την πληρέστερη δυνατή αντιμετώπιση της ασθένειας. Η τήρηση εκ μέρους των γενικών ιατρών φακέλου του ιστορικού του κάθε αρρώστου που παρακολουθούν επιτρέπει τη συνέχεια της ιατρικής φροντίδας και την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Η ανάθεση στους γενικούς ιατρούς του ρόλου του gate keeper του συστήματος υγείας θα επιτρέψει την καλύτερη διαχείριση των περιστατικών, όπως και την αποδοτικότερη και οικονομικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας στο σύνολό του.

Οι δομές της εξωνοσοκομειακής άσκησης της ιατρικής είναι, όπως θα δούμε παρακάτω, πολλές και διαφορετικές μεταξύ τους. Περιλαμβάνουν ιδιωτικά ιατρεία και διαγνωστικά κέντρα, μονάδες υγείας του ΙΚΑ, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων δημόσιων και ιδιωτικών κ.α. Είναι φανερό ότι τόσο ο εξοπλισμός, όσο οι ειδικότητες που επανδρώνουν τις δομές αυτές ποικίλουν σημαντικά. Θεωρείται όμως πως την ΠΦΥ, έτσι όπως την ορίσαμε παραπάνω, πρέπει να την ασκούν οι γενικοί – οικογενειακοί ιατροί.(Μωραΐτης,1996)

## 2. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ Ε.Σ.Υ. ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 2.1. Ιστορική αναδρομή – νόμοι σχετικοί με την ΠΦΥ

Πέντε μόλις χρόνια μετά τις διακηρύξεις του συνεδρίου της Άλμα Άτα , στην Ελλάδα ψηφίζεται ο νόμος 1397/83 , από την κυβέρνηση του Α. Παπανδρέου και επί υπουργίας του κ. Π . Αυγερινού. Από τις διατάξεις του νόμου αυτού είναι φανερή η επίδραση που είχε στους νομοθέτες το πνεύμα της Άλμα Άτα και θα μπορούσαμε να πούμε πως αποτέλεσαν μία προσπάθεια εφαρμογής των διακηρύξεών της στην ελληνική πραγματικότητα.

Ο νόμος 1397/83 θεωρείται σταθμός στην πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Στόχος ήταν η συγκρότηση ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών, προσφέροντας καθολική κάλυψη , δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση σε όλους. Προέβλεπε την ενίσχυση του ρόλου του κράτους και τον περιορισμό του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας, όπως και την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας με τη δημιουργία των περιφερειακών συμβουλίων υγείας. Ιδιαίτερο βάρος δόθηκε επίσης στην ανάπτυξη δομών ΠΦΥ, με την δημιουργία κέντρων υγείας αστικού και μη αστικού τύπου.

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας θα ήταν χρήσιμο και ενδιαφέρον να παραθέσουμε κάποια άρθρα του νόμου αυτού που αναφέρουν τους στόχους του και προσδιορίζουν το περιεχόμενο και την αποστολή των κέντρων υγείας. Συγκεκριμένα αναφέρεται:

*«1.Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών .*

*2.Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη , ανεξάρτητα από την οικονομική , κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση , μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας , που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.*



3. Η περίθαλψη με δαπάνες του δημοσίου και των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια), που παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία τους και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και σε νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια), που παρέχεται από τα νοσοκομεία.

4. Συνιστώνται σε κάθε νομό κέντρα υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού, και περιφερειακά ιατρεία, ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας.

5. Σκοπός των κέντρων υγείας είναι:

α) Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτήν.

β) Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

γ) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις ως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.

δ) Η διακομιδή των αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο.

ε) Η οδοντιατρική περίθαλψη.

στ) Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.

ζ) Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.

η) Η ιατρική της εργασίας.

θ) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.

ι) Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

ια) Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.

ιβ) Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

*1γ) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους , αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.»*

Η υλοποίηση των διατάξεων του νόμου αυτού συνάντησε όμως πολλές δυσκολίες, με αποτέλεσμα την ατελή εφαρμογή του. Η έλλειψη οικονομικών πόρων , οι παλινωδίες στην ακολουθούμενη πολιτική υγείας , οι αδυναμίες της δημόσιας διοίκησης , η απουσία μηχανισμών ελέγχου και ανατροφοδότησης , η ελλιπής πολιτική ανάπτυξης του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού που θα στελεχώσει τις δομές υγείας που δημιουργούνταν λειτούργησαν ως τροχοπέδη στην ολοκλήρωση της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας. Τα αστικού τύπου κέντρα υγείας δεν προχώρησαν, η αποκέντρωση δεν λειτούργησε, τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας δεν συγκροτήθηκαν. Το αποτέλεσμα ήταν να παραμείνουν πολλά προβλήματα άλυτα, ενώ η χαμηλή ανταποκρισιμότητα του συστήματος και η διαφθορά οδήγησαν στην δυσαρέσκεια των πολιτών. Η ΠΦΥ στις αστικές περιοχές παρέμεινε στα χέρια των ασφαλιστικών ταμείων και των ιδιωτών, ενώ παρατηρήθηκε αύξηση του ιδιωτικού τομέα ως ποσοστό των δαπανών υγείας. Παρ' όλα αυτά , το πρώτο ήμισυ της δεκαετίας του '80 προσέδωσε στην χώρα υποδομές υγείας , σύγχρονο εξοπλισμό και στελέχωση, παρά τις όποιες αδυναμίες, αλλά κυρίως δημιούργησε μία νέα θεώρηση του συστήματος υγείας.(Θεοδώρου 2006, Νεκτάριος 2006)

Στη δεκαετία που ακολούθησε πραγματοποιήθηκε μία αλλαγή σε ό,τι αφορά στην αντιμετώπιση του ιδιωτικού τομέα της υγείας. Το 1992 ο περιορισμός της δημιουργίας νέων ιδιωτικών νοσοκομείων άρθηκε, ενώ επιτράπη σε ασφαλιστικούς οργανισμούς η σύναψη συμβολαίων με δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Παρατηρήθηκε μεγέθυνση του ιδιωτικού τομέα υγείας. Τα προβλήματα, η αναποτελεσματική διοίκηση και η δυσαρέσκεια των πολιτών επέμειναν.(Θεοδώρου 2006, Νεκτάριος 2006)

Ο νόμος 2889/01 εισήγαγε τα περιφερειακά συστήματα υγείας. Σύμφωνα με αυτόν, η επικράτεια διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές. Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «περιφερειακό σύστημα υγείας». Σκοπός τους ήταν: «α) η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας, που θα εγγυώνται πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρόληψη και την προαγωγή υγείας, την πρωτοβάθμια και τη νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι την μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία.

β) ο συντονισμός των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας και η διασφάλιση της αποτελεσματικής διοίκησης και οργάνωσης όλων των μονάδων υγείας του ΕΣΥ, που ανήκουν στην αρμοδιότητά τους, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα». Στο νόμο αυτό περιλαμβάνονται λεπτομέρειες σχετικά με τη διοίκηση και οργάνωση των ΠΕΣΥ αλλά και σχετικά με την διοίκηση και την οργάνωση των νοσοκομείων της χώρας.

Τέλος, με το νόμο 3329/05 δημιουργήθηκαν οι Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας. Σκοπός της δημιουργίας αυτών ήταν «ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος στα όρια της οικείας υγειονομικής περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης». Με τον νόμο αυτό ορίστηκε επίσης το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών. Όπως αναφέρεται στο άρθρο 6 του νόμου «Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνιστάται Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών, που έχει ως σκοπό το συντονισμό του έργου των διοικητών των υγειονομικών περιφερειών και την εναρμόνιση των πολιτικών τους για την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη». Στα πλαίσια του νόμου προβλέπεται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των δομών αυτών.

Σε κάθε περίπτωση, τα προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπη κάθε προσπάθεια μεταρρύθμισης του χώρου της υγείας στην Ελλάδα είναι πολλαπλά. Μεταξύ

των κυριότερων περιλαμβάνονται: οικονομικές δυσκολίες, διοικητικές αδυναμίες, η ασυνέχεια της ακολουθούμενης πολιτικής, η στείρα και ψηφοθηρική πολιτική των κομμάτων, τα συμφέροντα του ιατρικού κόσμου, που ενίοτε έρχονται σε σύγκρουση με τις προτεινόμενες πολιτικές, και άλλα.(Θεοδώρου,2006)

## **2.2.Οργάνωση και χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ.**

Στο σημείο αυτό θα ήταν ίσως σκόπιμο να περιγράψουμε τη διαμόρφωση του ελληνικού εθνικού συστήματος υγείας, σε ό,τι αφορά στην οργάνωση και στη χρηματοδότηση του. Το ελληνικό Ε.Σ.Υ. μπορεί να χαρακτηριστεί ως «μεικτού τύπου» αναφορικά με την χρηματοδότηση του, με στοιχεία τόσο του μοντέλου Bismark (πρωταγωνιστικός ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης), όσο και του μοντέλου Beveridge (χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό). Το ελληνικό κράτος έχει αναλάβει την ευθύνη της δημιουργίας και συντήρησης των δημοσίων νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, παρέχοντας πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, όπως και επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα (μέσω του ΕΚΑΒ), σε όλη την επικράτεια.

Η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση αποτελεί το δεύτερο πόλο χρηματοδότησης του συστήματος. Το 97% του πληθυσμού καλύπτεται από περίπου 35 διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία. Οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν εισφορές στα ταμεία, που, με τη σειρά τους, καλύπτουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν στους ασφαλισμένους τους οι παροχείς των υπηρεσιών αυτών (κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία, συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί, δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα), όπως και τμήμα του κόστους της φαρμακευτικής αγωγής.

Τα κυριότερα ασφαλιστικά ταμεία είναι τα παρακάτω: Το ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) καλύπτει το 50% του πληθυσμού, κυρίως κατοίκους αστικών περιοχών. Ο ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων) καλύπτει το 25% του πληθυσμού, κυρίως αγροτικών περιοχών. Το ταμείο των δημοσίων υπαλλήλων καλύπτει

το 7% , το ΤΕΒΕ το 13% του πληθυσμού, αντίστοιχα. Τα ταμεία των τραπεζικών υπαλλήλων , των εργαζομένων στη ΔΕΗ και στον ΟΤΕ αφορούν στο 2,5%. Επίσης , το 8% του πληθυσμού διατηρεί ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη, που προσφέρεται από εταιρείες που δραστηριοποιούνται στον τομέα, και οι οποίες επιστρέφουν στους ασφαλισμένους το αντίτιμο των υπηρεσιών που τους παρασχέθηκαν.

Τέλος , μέρος του κόστους των υπηρεσιών καλύπτεται απ' ευθείας από τους ασθενείς , που πληρώνουν ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα , όπως και το κόστος φαρμάκων.

Στον πίνακα 1 απεικονίζεται η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.

Συνοπτικά , αναφέρουμε ότι το 2002 το Α.Ε.Π. της Ελλάδας ήταν 141.334 εκ. ευρώ . Το 9,5 % αφιερώθηκε στον χώρο της υγείας . Από το ποσό πάλι αυτό, το 52,9 % ήταν δαπάνη του δημοσίου τομέα (ασφαλιστικά ταμεία και κρατικός προϋπολογισμός) , ενώ το 47,1 % δαπάνη του ιδιωτικού τομέα ( εκ του οποίου, ποσοστό 67% προέρχεται κατ'ευθείαν από τις τσέπες των καταναλωτών), με το τελευταίο αυτό ποσοστό να είναι ένα από τα υψηλότερα στην Ευρώπη (πίνακας 2). Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας κατανέμονται ως εξής :

- 1) φάρμακα -20%
- 2) πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη-30%
- 3) οδοντιατρική περίθαλψη-35%
- 4) νοσοκομειακή φροντίδα-15% (Νεκτάριος ,2006)

Από το συνολικό αυτό κόστος των υπηρεσιών υγείας , το 60% χρησιμοποιήθηκε στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας . Η παρατήρηση αυτή καταδεικνύει την σημασία του χώρου αυτού για την υγεία, αλλά και για την οικονομία στο σύνολο της . Σημειώνεται ότι ο ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών για την υγεία κατά τα έτη 1998 ως 2003 ήταν 4,9%(πίνακας 3). Οι αιτίες της μεγάλης αυτής αύξησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας είναι πολλές , και σε αυτές περιλαμβάνονται οι ακόλουθες:

- 1) Το διαρκώς αυξανόμενο κόστος της χρησιμοποιούμενης ιατρικής τεχνολογίας.
- 2) Η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών και φαρμάκων εκ μέρους των ιατρών.
- 3) Ο ηθικός κίνδυνος, ως απόρροια της ασφαλιστικής κάλυψης των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- 4) Η ελλειπής ανάπτυξη συστημάτων ελέγχου των δαπανών στο χώρο της υγείας.
- 5) Η αναποτελεσματική διοίκηση.
- 6) Η ελλειπής ανάπτυξη συστημάτων ελέγχου της συνταγογράφησης.
- 7) Η ελλειπής ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, που, αναλαμβάνοντας το ρόλο του gate keeper του συστήματος υγείας, θα μπορούσε να καταστήσει περισσότερο αποτελεσματική τη διαχείριση των περιστατικών, τόσο επ' ωφελεία των ασθενών, όσο και της οικονομικότερης λειτουργίας του Ε.Σ.Υ., στο σύνολό του. Επίσης, η ελλειπής ανάπτυξη της παρακολούθησης των ασθενών μέσω ιατρικών φακέλων και η παραμέληση του τομέα της πρόληψης. (Νεκτάριος, 2006)

### **2.3.Οι δομές της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα**

Οι δομές της εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας στην χώρα μας είναι οι ακόλουθες:

#### Α)δημόσιος τομέας

- 1) Κέντρα Υγείας και περιφερειακά ιατρεία
- 2) Αστικού τύπου Κέντρα Υγείας
- 3) Εξωτερικά ιατρεία δημοσίων νοσοκομείων
- 4) Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΙΚΑ
- 5) Ιατρεία άλλων ταμείων
- 6) Δημοτικά Ιατρεία

7) Κέντρα ψυχικής υγιεινής(Σολωμός,1996)

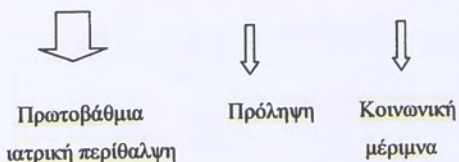
#### Β)ιδιωτικός τομέας

- 1) Ιδιώτες ιατροί ασκούντες ελεύθερο επάγγελμα
- 2) Μικροβιολογικά εργαστήρια
- 3) Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα
- 4) Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών
- 5) Διαγνωστικά κέντρα που λειτουργούν ως τμήματα ιδιωτικών νοσοκομείων(Σολωμός, 1996)

#### **2.4.Κριτική του έργου της Π.Φ.Υ. στη χώρα μας**

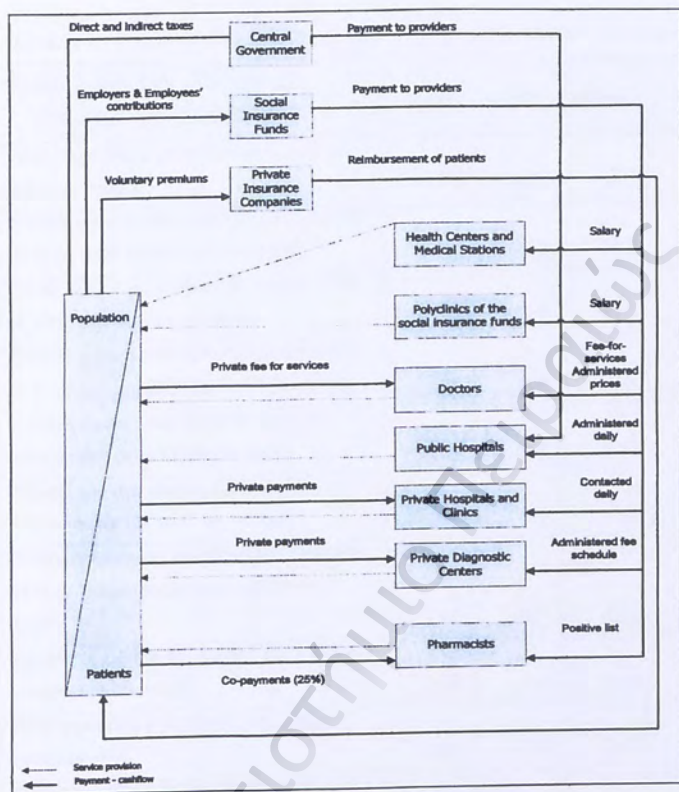
Η κριτική που θα μπορούσε κάποιος να ασκήσει στον τρόπο που λειτουργεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη χώρα μας αφορά κυρίως στο γεγονός ότι περιορίζεται κατά το μάλλον ή ήττον στον χώρο της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, παραμελώντας τους στόχους της πρόληψης και της κοινωνικής φροντίδας. Δεν δίνεται η προσοχή που απαιτείται στον πραγματοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας , στην ενημέρωση του κοινού για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων , στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη των νεοπλασματικών νοσημάτων. Ομοίως , ελλειπώς ανεπτυγμένη παρουσιάζεται και η λειτουργία της κοινωνικής φροντίδας και της μέριμνας για τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες(Φιλαλήθης,1996) . Σχηματικά , η εικόνα που παρουσιάζει η ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα είναι η ακόλουθη:

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ↔ κοινότητα



Για μία ακόμη φορά θα πρέπει να τονίσουμε την αναποτελεσματική λειτουργία του χώρου της ΠΦΥ, ως πύλης εισόδου των ασθενών στο σύστημα υγείας, λόγω της ελλιπούς ανάπτυξης του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, όπως και την απουσία ιατρικών φακέλων και την έλλειψη επιδημιολογικών ερευνών.





Πίνακας 1. Η χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ.

Source: OECD, Health Data 1999 (<http://www.oecd.org>)

**Πίνακας 2 . Η χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. Source: OECD, HD 2004 (<http://www.oecd.org>)**

<b>I - SELECTED INDICATORS OF EXPENDITURE ON HEALTH</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Total expenditure on health as % of Gross domestic product	9,4	9,6	9,7	9,4	9,5
General government expenditure on health as % of Total expenditure on health	52,1	53,4	53,9	53,1	52,9
Private sector expenditure on health as % of Total expenditure on health	47,9	46,6	46,1	46,9	47,1
General government expenditure on health as % of General government expenditure	10,2	10,8	10,5	10,5	10,8
Social Security funds as % of General government expenditure on health	37,5	35,4	32,3	36,5	35,6
Prepaid and risk-pooling plans as % of Private sector expenditure on health	4,2	4,1	4,1	4,1	3,9
Private households' out-of-pocket payment as % of Private sector expenditure on health	71,0	69,5	69,1	68,8	66,9
External resources on health* as % of Total expenditure on health	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Total expenditure on health per capita at exchange rate	1.083	1.146	1.043	1.044	1.198
Total expenditure on health per capita at international dollar rate	1.428	1.517	1.617	1.670	1.814
General government expenditure on health per capita at exchange rate	564	612	562	554	634
<b>II - MACRO VARIABLES</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Gross domestic product (Million National Currency Units)	105.773	112.686	121.668	131.024	141.334
Total population (in thousands)	10.516	10.538	10.559	10.582	10.604

COUNTRY	1998-2003
Australia	4,1 <sup>c</sup>
Austria	1,8 <sup>c</sup>
Belgium	4,2
Canada	4,2
Czech Republic	5,4
Denmark	2,8
Finland	4,1
France	3,5
Germany	1,8
Greece	4,9
Hungary	6,0 <sup>c</sup>
Iceland	5,9
Ireland	11,4 <sup>c</sup>
Italy	3,1
Japan	3,0 <sup>c</sup>
Korea	10,2
Luxembourg	5,3 <sup>c</sup>
Mexico	4,0
Netherlands	4,6
New Zealand	3,4
Norway	5,3
Poland	3,0 <sup>c</sup>
Portugal	3,7
Slovak Republic	4,1
Spain	2,6
Sweden	5,4 <sup>c</sup>

Switzerland	2,8
Turkey	-
United Kingdom	5,7 <sup>c</sup>
United States	4,6

Πίνακας 3. Ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας

Source: OECD, HD 2005 (<http://www.oecd.org>)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

### 3. ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗ

Στο σημείο αυτό, και πριν προχωρήσουμε στη μελέτη του κυρίως θέματος της εργασίας, και ιδιαίτερα από τη στιγμή που αναφερόμαστε σε ένα μικρό νησί του Αιγαίου απομονωμένο από τα μεγάλα αστικά κέντρα, θα ήταν σκόπιμο να κάνουμε μία βραχεία αναφορά στο χώρο της τηλεϊατρικής .

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας *«τηλεϊατρική ορίζεται η παροχή υπηρεσιών από επαγγελματίες υγείας , εκεί όπου η απόσταση είναι ένας κρίσιμος παράγοντας , χρησιμοποιώντας τεχνολογίες πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών για την ανταλλαγή πολύτιμων πληροφοριών για τη διάγνωση , θεραπεία, πρόληψη ασθενειών και για τη συνεχή εκπαίδευση των λειτουργών υγείας , καθώς επίσης για την έρευνα και αξιολόγηση , αλλά και για όλα αυτά που βρίσκονται στο πεδίο ενδιαφέροντος για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας της κοινωνίας.»*(Περδικούρη 2005, Γιώβας 2005)

Το 1989 είναι χρονιά σταθμός για την τηλεϊατρική στη χώρα μας. Το εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το Σισμανόγλειο Νοσοκομείο παρουσιάζουν ένα σύστημα τηλεϊατρικής για την υποστήριξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δημιουργούν το πρώτο δίκτυο Κέντρων Υγείας συνδεδεμένων με δημόσιο νοσοκομείο. Το σύστημα αυτό, που επέτρεψε τη μετάδοση ακτινογραφιών αλλά και καρδιογραφήμάτων, έδωσε ώθηση στην τηλεϊατρική στη χώρα μας και αποτέλεσε προπομπό άλλων προσπαθειών των τελευταίων χρόνων .  
(Περδικούρη 2005 ,Γιώβας 2005, Παπαδογιάννης 2005)

Οι στόχοι της εφαρμογής της τηλεϊατρικής στην ΠΦΥ πρέπει να περιλαμβάνουν :  
*«1.Την άμεση και ολοκληρωμένη συμβολή του ειδικού στην αντιμετώπιση κάθε περιστατικού που δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί ολοκληρωμένα από το γιατρό της ΠΦΥ που το χειρίζεται.*

2.Τη συνολική εκτίμηση της διαγνωστικής και θεραπευτικής τακτικής αλλά και της ακολουθητέας λύσης – μεταφοράς.

3.Τη μείωση των κοινωνικο-οικονομικών συνεπειών της νόσου , τόσο στον πάσχοντα και το περιβάλλον του , όσο και στο κοινωνικό σύνολο.

4.Τη συστηματική εκπαίδευση των υγειονομικών της ΠΦΥ.

5.Την παροχή εξειδικευμένης συμβουλευτικής στην κοινωνία σε θέματα ιατροπροληπτικής τακτικής.» (Μιγάλης 2005)

Η τηλεϊατρική μπορεί να συνεισφέρει τόσο στα επείγοντα περιστατικά - στη διάγνωση , στη θεραπευτική παρέμβαση και στον προγραμματισμό πιθανής διακομιδής – όσο και στα χρόνια περιστατικά, προσφέροντας λύσεις στην αντιμετώπιση προβλημάτων τα οποία διαφορετικά ίσως να μην ετύγχαναν αντιμετώπισης και απαλύνοντας τα ποικίλα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα που ανακύπτουν από την αναγκαιότητα μετακίνησης για λόγους υγείας. ( Μιγάλης 2005)

#### Προϋποθέσεις εφαρμογής της τηλεϊατρικής στην ΠΦΥ.

A. Στη μονάδα ΠΦΥ.

1. Ιατρός (κατά προτίμηση γενικής ιατρικής με εκπαίδευση στην επείγουσα προνοσοκομειακή αγωγή)
2. Βασική διαγνωστική και παρεμβατική τεχνολογία
3. Απαραίτητο υλικό για το επείγον
4. Τηλεφωνικές συσκευές (με γραμμή ISDN αν είναι δυνατόν) για τη φωνητική επικοινωνία , τη διαβίβαση δεδομένων και τη σύνδεση στο διαδίκτυο
5. Ηλεκτρονικό υπολογιστή εξοπλισμένο με την απαραίτητη ψηφιακή τεχνολογία, ώστε να είναι δυνατή η αποστολή και η λήψη εικόνας υψηλής ευκρίνειας, καθώς και άλλων ιατρικών δεδομένων. (Δ. Μιγάλης 2005)

Β. Προϋποθέσεις στην οργάνωση (κεντρικά) της τηλεϊατρικής

1. Ανάπτυξη δικτύου κέντρων παραλαβής – εξυπηρέτησης κλήσεων από τις μονάδες ΠΦΥ.
2. Η ανάπτυξη των κέντρων αυτών θα πρέπει να μπορεί να ανταποκριθεί στους σκοπούς της τηλεϊατρικής σε 24ωρη βάση και με καθημερινή λειτουργία. Το κέντρο θα πρέπει να είναι σε θέση να επιληφθεί οιοδήποτε περιστατικού.
3. Τα ανωτέρω κέντρα θα πρέπει να βρίσκονται σε άμεση διασύνδεση με τα αντίστοιχα παραρτήματα του ΕΚΑΒ. (Δ. Μιχάλης 2005)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

#### 4. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό που συλλέχθηκε για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας περιλαμβάνει στοιχεία αναφορικά με τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Μήλου, και ιδιαίτερα σχετικά με το Κέντρο Υγείας Μήλου, όπως και στοιχεία που αφορούν στο νησί και στον πληθυσμό του.

Κατ' αρχήν, συγκεντρώθηκαν στοιχεία που αφορούν στο ΚΥΜ και συγκεκριμένα: ένα επιχειρησιακό σχέδιο του ΚΥΜ, το αρχιτεκτονικό σχέδιο του ΚΥΜ, στοιχεία σχετικά με το προσωπικό, τη μισθοδοσία, τον προϋπολογισμό, τον εξοπλισμό, τα περιφερειακά ιατρεία, τα εξεταστήρια, την παρουσία του ΚΥΜ (ακίνητα, οχήματα), τον αριθμό των κλινών και τον πληθυσμό ευθύνης; διάφοροι λειτουργικοί δείκτες (αριθμός εισαγωγών και αριθμός ημερών νοσηλείας ανά μήνα και ανά έτος από το 2002, αριθμός τακτικών και εκτάκτων επισκέψεων στα ιατρεία του ΚΥΜ ανά μήνα και ανά έτος από το 2002, αριθμός τακτικών και εκτάκτων χρήσεων της εργαστηριακής υποδομής του ΚΥΜ -αιματολογικές, βιοχημικές εξετάσεις, ακτινογραφίες- ανά μήνα και ανά έτος από το 2002). Επίσης, αριθμός διενεργηθεισών τεστ κατά Παπανικολάου, τεστ κύησης και αριθμός εμβολιασμών. Προγράμματα πρόληψης, ενημέρωσης του πληθυσμού και προαγωγής της δημόσιας υγείας. Διαφοροποιήσεις προσωπικού και εξοπλισμού ανά έτος, από το 2002. Διακομιδές αναλυτικά, με παράθεση της αιτίας, του διακομιζοντος ιατρού, του προορισμού και της ημερομηνίας της διακομιδής, από το 2002. Τέλος, δείκτες που αφορούν στη σχέση αριθμού ιατρών και νοσηλευτών ως προς τον πληθυσμό του νησιού.

Έγγραφα που σχετίζονται με την ιστορική διαδρομή και τα προβλήματα του Κέντρου Υγείας Μήλου.



Στοιχεία συγκεντρώθηκαν επίσης σχετικά με άλλους παροχείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Μήλο και συγκεκριμένα:

Ιατρείο Βαρντίνης

Ιατρείο ΙΚΑ

Ιδιώτες ιατροί και οδοντίατροι

ΕΠΑΨΥ (κινητή μονάδα ψυχικής υγείας)

Πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι»

3 φαρμακεία,

ιδιαίτερα δε από το ΙΚΑ Μήλου, το οποίο χορήγησε πολλές πληροφορίες σχετικά με την λειτουργία του και τις παραπομπές ασφαλισμένων του προς ιατρούς ειδικοτήτων της Αθήνας.

Στατιστικά στοιχεία για τον πληθυσμό της Μήλου (από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας). Από το Δημαρχείο Μήλου, και με τη μελέτη των πιστοποιητικών θανάτου, σχηματίστηκε μία εικόνα σχετικά με την θνησιμότητα των κατοίκων της Μήλου από διάφορες νεοπλασματικές νόσους, από καρδιαγγειακά συμβάματα, από ατυχήματα και άλλες αιτίες θανάτου. Αντίστοιχα στοιχεία χορηγήθηκαν από την ΕΣΥΕ και αφορούν στον πληθυσμό της Ελλάδας στο σύνολό της.

Αριθμός ασφαλισμένων και συνταξιούχων ανά ταμείο ασφάλισης στην Μήλο. Αριθμός εξετασθέντων ασθενών ανά ταμείο ασφάλισης από το ΚΥΜ.

Τέλος, στοιχεία συγκεντρώθηκαν σχετικά με τη γεωγραφία και την τουριστική κίνηση της Μήλου, όπως και για την αεροπορική και ακτοπλοϊκή σύνδεσή της με την Αθήνα και άλλους προορισμούς.

Σκοπός της συγκέντρωσης των δεδομένων αυτών ήταν κατ'αρχήν να αναδειχθούν οι ιδιαιτερότητες της Μήλου, σε επίπεδο γεωγραφίας και πληθυσμού, και οι ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας των κατοίκων και των επισκεπτών του νησιού. Το ενδιαφέρον εστιάζεται στην περιγραφή της λειτουργίας και της προσφοράς στο νησί

των υποδομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που υπάρχουν σε αυτό και στην αποτύπωση του τρόπου με τον οποίο δραστηριοποιούνται στα πλαίσια των κατευθύνσεων που ορίστηκαν αναφορικά με την ΠΦΥ από διεθνείς διασκέψεις και την ελληνική νομοθεσία. Οι κατευθύνσεις αυτές αναλύθηκαν στο πρώτο μέρος της εργασίας και είναι η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, η πρόληψη και η κοινωνική φροντίδα.



## 5. Η ΜΗΛΟΣ

### 5.1. Το νησί και οι κάτοικοι του

Η Μήλος βρίσκεται στη νοτιοδυτική γωνιά των Κυκλάδων. Έχει έκταση 150,6 τετραγωνικά χιλιόμετρα και απέχει από τον Πειραιά 86 ναυτικά μίλια. Οι κύριοι οικισμοί του νησιού είναι η Πλάκα, οι Πλάκες, ο Τριοβάσαλος, ο Πέραν Τριοβάσαλος, η Τρυπητή, τα Πολλώνια, η Ζεφυρία και ο Αδάμαντας, που αποτελεί και το λιμάνι του νησιού. Οι κάτοικοι ασχολούνται με την κτηνοτροφία, την αλιεία, την εξόρυξη μεταλλευμάτων και τον τουρισμό.





Σύμφωνα με την απογραφή της 18 Μαρτίου του 2001 και τα στοιχεία της εθνικής στατιστικής υπηρεσίας της Ελλάδας, ο πληθυσμός της Μήλου είναι 4.736 άτομα και κατανέμεται ως εξής :

Α)κατά φύλο

Άρρενες	2.429
Θήλειες	2.307
Σύνολο	4.736

Β)κατά ηλικία

0-14	658
15-24	480
25-39	1.071
40-54	969
55-64	613
65-79	732
Άνω των 80	213
Σύνολο	4.736

Γ)κατά κοινότητα

Δ.Δ. Μήλου	1.001
Δ.Δ. Αδάμαντας	1.289
Δ.Δ. Πέραν Τριοβάσαλος	642
Δ.Δ. Τριοβάσαλος	1.018
Δ.Δ. Τρυπητής	786
Σύνολο	4.736

Αναφορικά με τις μεταλλευτικές δραστηριότητες, που αποτελούν κύρια πηγή εισοδήματος για τους κατοίκους του νησιού, αυτές αφορούν σε εξόρυξη περλίτη, μπετονίτη και εποχιακά καολίνη. Η εργασία σε ένα περιβάλλον βαριάς βιομηχανίας με αντικείμενο την εξόρυξη μεταλλεύματος θέτει κάποια ζητήματα που άπτονται της υγείας των εργαζομένων. Τα κύρια προβλήματα που ανακύπτουν από το αντικείμενο αυτό της εργασίας, σύμφωνα με τον ιατρό εργασίας της εταιρείας, είναι παθήσεις μυοσκελετικές και βλάβες της ακοής των εργαζομένων. Οι τελευταίες είναι περιορισμένες χάρη στην τεχνολογία προστασίας των εργαζομένων που έχει υιοθετηθεί. Τα παλαιότερα χρόνια η απασχόληση αυτή των μηλιών ήταν πολύ πιο επικίνδυνη και υπήρχε σημαντικό πρόβλημα από τη συχνότητα περιστατικών πνευμονοπάθειας -πνευμονοκονίωσης και χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας - μεταξύ των εργαζομένων. Το πρόβλημα αυτό δεν υφίσταται πλέον λόγω της αλλαγής του τρόπου εργασίας (υπέργεια εργασία, χρήση μηχανημάτων, τεχνολογία προστασίας των εργαζομένων).

## 5.2.Οι διασυνδέσεις του νησιού

Το νησί διαθέτει αεροδρόμιο από το οποίο διενεργούνται πτήσεις της Ολυμπιακής Αεροπορίας προς το αεροδρόμιο της Αθήνας. Σύμφωνα με στοιχεία του αερολιμένα Μήλου, κατά τη διάρκεια του 2006 εκτελέστηκαν από και προς τη Μήλο τα παρακάτω δρομολόγια:

Ιανουάριος	38
Φλεβάρης	34
Μάρτης	43
Απρίλης	59
Μάης	60
Ιούνιος	60
Ιούλιος	60
Αύγουστος	62
Σεπτέμβριος	60
Οκτώβριος	54
Νοέμβριος	47
Δεκέμβριος	50

Οι πτήσεις γίνονται με αεροσκάφη τύπου DH8, χωρητικότητας 37 θέσεων, το ταξίδι διαρκεί μισή ώρα και κοστίζει μόνο 41 ευρώ, καθώς το εισιτήριο επιδοτείται από το ελληνικό κράτος. Σημειώνεται πως ακόμη και κατά τη διάρκεια του χειμώνα είναι προγραμματισμένες πτήσεις σε καθημερινή βάση από και προς το αεροδρόμιο της Αθήνας.

Η κίνηση των επιβατικών πλοίων από το λιμάνι του Αδάμαντα παρουσιάζει μεγάλη διακύμανση λόγω αφ' ενός μεν της διαφοροποίησης της

ζήτησης κατά τη διάρκεια του έτους, όσο και εξαιτίας των καιρικών συνθηκών . Σύμφωνα με στοιχεία που προέρχονται από το υπολιμεναρχείο Μήλου και από ταξιδιωτικά πρακτορεία του νησιού, προκύπτει πως η Μήλος συνδέεται ακτοπλοϊκά με τον Πειραιά, τη Σίφνο, τη Σέριφο, την Κύθνο, την Κίμωλο, τη Σύρο, τη Φολέγανδρο, τη Σαντορίνη, τον Άγιο Νικόλαο, τη Σητεία, το Ηράκλειο, τη Ρόδο, την Κάσο, την Κάρπαθο, την Πάρο, τη Νάξο, την Τήνο και την Άνδρο, με συχνότητα που εξαρτάται από την εποχή του έτους. Ενδεικτικά, κατά το χρονικό διάστημα από 07-08-2006 ως 13-08-2006 από το λιμάνι του Αδάμαντα κατεγράφησαν 46 αναχωρήσεις πλοίων, ενώ κατά το διάστημα 20-11-2006 ως 26-11-2006 μόνο 11. Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει επίσης ότι κατά τους θερινούς μήνες (Ιούνιος – Αύγουστος) από το λιμάνι της Μήλου αναχωρούν τουλάχιστον 3 με 4 πλοία καθημερινά με προορισμό τον Πειραιά, ενώ τους χειμερινούς μήνες η κατάσταση δεν είναι τόσο ευνοϊκή, καθώς υπάρχουν μέρες (συνήθως 2 ανά εβδομάδα) για τις οποίες δεν είναι προγραμματισμένο κάποιο δρομολόγιο πλοίου (χειμώνας 2006-2007) . Το κόστος του φθηνότερου ναύλου είναι 28 ευρώ και το δρομολόγιο εκτελείται σε 5 με 8 ώρες ( ανάλογα με το αν το πλοίο θα πραγματοποιήσει ενδιάμεσες στάσεις ). Το εισιτήριο των ταχέων πλοίων που ταξιδεύουν στη γραμμή Μήλος –Πειραιάς ξεκινάει από τα 42 ευρώ και φθάνουν στον προορισμό τους σε μόνο 4 ώρες. Τα τελευταία αυτά πλοία αποσύρονται από τη γραμμή τους χειμερινούς μήνες, κατά τη διάρκεια των οποίων συνεχίζουν να ταξιδεύουν μόνο τα συμβατικά πλοία. Τέλος, για τη σύνδεση της Μήλου με το λιμάνι της Σύρου διατίθεται πλοίο 3 φορές εβδομαδιαίως καθ' όλη τη διάρκεια του έτους.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι το Ι.Κ.Α. επωμίζεται μεγάλο μέρος των εξόδων μετακίνησης των ασφαλισμένων του προς την Αθήνα για λόγους υγείας. Συγκεκριμένα, το Ι.Κ.Α. καλύπτει το 80% του ναύλου β'

θέσης, ενώ αποζημιώνει τον ασφαλισμένο για κάθε μία μέρα αποχής από την εργασία του με το ποσό των 18 ευρώ. Σύμφωνα με στοιχεία του Ι.Κ.Α. Μήλου, ενδεικτικά για το έτος 2000, αναφέρεται πως το συνολικό κόστος των παραπομπών ασφαλισμένων προς την Αθήνα για λόγους υγείας άγγιξε το ποσό των 50.000.000 δρχ, ενώ το κόστος των αεροδιακομιδών το ποσό των 220.000.000 δρχ (41 αεροδιακομιδές). Σημειώνεται επίσης πως ο αριθμός των αεροδιακομιδών που κάλυψε το Ι.Κ.Α. Μήλου για το έτος 2003 ήταν 10 μόνο (λόγω της μείωσης της συχνότητας των αεροδιακομιδών).

Από τη λιμενική αρχή Μήλου προκύπτει ότι ο συνολικός αριθμός των προσεγγίσεων στο νησί κατανέμεται στους μήνες του έτους 2005 ως εξής :

Μήνας	Αριθμός προσεγγίσεων
Ιανουάριος	73
Φλεβάρης	63
Μάρτης	87
Απρίλης	103
Μάης	119
Ιούνιος	148
Ιούλιος	222
Αύγουστος	221
Σεπτέμβριος	190
Οκτώβριος	98
Νοέμβριος	64
Δεκέμβριος	62
Σύνολο	1.450



Πάλι σύμφωνα με στοιχεία της λιμενικής αρχής Μήλου , η επιβατική κίνηση κατανέμεται ως εξής στους μήνες του έτους 2005:

Μήνας	Αποβιβασθέντες
Ιανουάριος	2.324
Φλεβάρης	1.713
Μάρτης	3.003
Απρίλης	5.779
Μάης	5.405
Ιούνιος	13.616
Ιούλιος	37.776
Αύγουστος	35.952
Σεπτέμβριος	10.395
Οκτώβριος	4.028
Νοέμβριος	2.312
Δεκέμβριος	1.319
Σύνολο	124.242

Τέλος , ο συνολικός αριθμός των αποβιβασθέντων κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών , πάλι σύμφωνα με στοιχεία της λιμενικής αρχής Μήλου , διακυμάνθηκε ως εξής :

Έτος	Αποβιβάσεις
2000	109.775
2001	121.507
2002	119.563
2003	119.532
2004	107.850
2005	124.242



### 5.3. Η ασφαλιστική κάλυψη των κατοίκων του νησιού

Από στοιχεία που προκύπτουν από τα αντίστοιχα ταμεία, η ασφαλιστική κάλυψη των κατοίκων του νησιού, για το μήνα Μάρτιο 2007, έχει όπως περιγράφεται κατωτέρω.

#### 1) Ι.Κ.Α.

ασφαλισμένοι	Μήσος	Κιμήλιος
άμεσα	4.872	81
έμμεσα	4.983	131
συν/χοι	906	141
σύνολο	10.761	353

Σημειώνεται πως ο αριθμός των ασφαλισμένων παρουσιάζεται μεγαλύτερος του πληθυσμού της Μήλου λόγω της κάλυψης αλλοδαπών και εποχιακών εργατών.

2)Ο.Γ.Α.

	Μήλου(εξ. Αδάμαντα)	Αδάμαντα
Συνταξιούχοι	187	35
Ασφαλισμένοι	108	68

3)Ν.Α.Τ.

Άμεσα ασφαλισμένοι	171
Έμμεσα ασφαλισμένοι	162

4)Ο.Α.Ε.Ε.

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών προέκυψε από τη συγχώνευση των ταμείων Τ.Σ.Α., Τ.Α.Ε. και Τ.Ε.Β.Ε.

Άμεσα ασφαλισμένοι 330 περίπου. Ο αριθμός των έμμεσα ασφαλισμένων υπολογίζεται ότι είναι περίπου τριπλάσιος.

5)Δημόσιοι υπάλληλοι

100 με 150 ασφαλισμένοι.

#### 5.4. Δείκτες θνησιμότητας

Οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας εκφράζουν τη συχνότητα ποικίλων νοσημάτων και παθολογικών καταστάσεων στους διαφόρους πληθυσμούς και, κατά συνέπεια, αποτελούν μέτρα αξιολογήσεως και συγκρίσεως αυτών στον τομέα της υγείας. Από όλους τους δείκτες που αναφέρονται στο βιβλίο «Προληπτική Ιατρική» του Δημητρίου Τριχόπουλου (εκδ. Παρισιάνας, 1986), θα κρατήσουμε λίγους, με σκοπό να τους χρησιμοποιήσουμε σε μία προσπάθεια να σκιαγραφήσουμε τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός της Μήλου .

Τα δεδομένα που έχουμε στη διάθεσή μας προέρχονται από τη μελέτη των στοιχείων του ληξιαρχείου Μήλου και αφορούν σε όλους τους θανάτους που κατεγράφησαν από τον Ιανουάριο του 2002 ως το Δεκέμβρη του 2006. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται σε νοσήματα για τα οποία υπάρχει κοινώς αποδεκτό screening test και το οποίο μπορεί να εφαρμοστεί στο σύνολο του πληθυσμού, μαζικά, με σκοπό τη διάγνωση σε πρώιμο, ασυμπτωματικό στάδιο, με αποτέλεσμα την αποδεδειγμένη μείωση της θνητότητας . Επίσης, σε νοσήματα για τα οποία υπάρχουν σαφώς ενοχοποιούμενοι παράγοντες κινδύνου, των οποίων η τροποποίηση και η μείωση της συχνότητας θα επιφέρει μείωση της επίπτωσης και του υπό μελέτη νοσήματος. Στην πρώτη περίπτωση υπάρχουν αρκετά νεοπλασματικά νοσήματα, ενώ στη δεύτερη τα νοσήματα που συνδέονται με την αθηρωματική νόσο των αρτηριών, κύριες εκδηλώσεις της οποίας είναι η στεφανιαία νόσος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και η περιφερική αποφρακτική αρτηριακή νόσος των άκρων. Οι δύο αυτές κατηγορίες νοσημάτων αποτελούν σημαντικά προβλήματα υγείας για τις ανεπτυγμένες χώρες και κύριες αιτίες θανάτου.

Οι δείκτες που θα χρησιμοποιήσουμε είναι οι εξής:

1) Ετήσιος γενικός δείκτης θνησιμότητας

= θάνατοι από κάθε αιτία σε ένα έτος  
ενδιάμεσος πληθυσμός στο ίδιο έτος

2) Ετήσιος ειδικός δείκτης θνησιμότητας ανά αιτία

= θάνατοι από τη συγκεκριμένη αιτία σε ένα έτος  
ενδιάμεσος πληθυσμός στο ίδιο έτος

Στο σημείο αυτό θα ήταν ενδιαφέρον να αναφερθούμε στις συστάσεις της Αμερικανικής Εταιρείας για τον καρκίνο (American Cancer Society), για το έτος 2003, σε ό,τι αφορά στη διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού για την έγκαιρη διάγνωση διαφόρων μορφών καρκίνου σε άτομα μέσου κινδύνου.

A) Καρκίνος μαστού.

Αυτοεξέταση: κάθε μήνα για γυναίκες άνω των 20 ετών .

Κλινική εξέταση: κάθε τρία χρόνια για γυναίκες ηλικίας 20 με 40 ετών και ετησίως για μεγαλύτερες.

Μαστογραφία: ετησίως , για γυναίκες άνω των 40 ετών.

B) Καρκίνος τραχήλου μήτρας .

Τεστ κατά Παπανικολάου: 1) ετησίως, ξεκινώντας εντός 3 ετών από την πρώτη σεξουαλική επαφή ή όχι αργότερα από τα 21 χρόνια., 2) μετά την ηλικία των 30, γυναίκες με τρία φυσιολογικά τεστ μπορούν να επανεξετάζονται ανά τρία έτη, 3) γυναίκες ηλικίας άνω των 70 μπορούν να σταματήσουν να εξετάζονται αν είχαν τρία φυσιολογικά και κανένα παθολογικό αποτέλεσμα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 10 ετών .

Γ) Καρκίνος παγέος εντέρου.

Κολοσκόπηση ανά δεκαετία, με έναρξη στην ηλικία των 50 ετών .

Εναλλακτικά, ετησίως έλεγχος αιμοσφαιρίνης κοπράνων και ανά πενταετία σιγμοειδοσκόπηση / βαριούχος υποκλυσμός.

Δ) Καρκίνος προστάτη.

Δακτυλική εξέταση: ετησίως μετά τα 50 έτη.

PSA: ετησίως μετά τα 50 έτη.

(Current medical treatment and diagnosis, McGraw-Hill, 2007)

Σε ό,τι αφορά στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου και γενικότερα καρδιαγγειακών συμβαμάτων , συστήνονται γενικά τα εξής:

1)Αντιμετώπιση του καπνίσματος . Να μην ξεχνάμε άλλωστε πως ο καπνός είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου και για την ανάπτυξη νεοπλασματικής νόσου, ιδιαίτερα καρκίνου πνεύμονος.

2)Αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και της καθιστικής ζωής. Διαιτητικοί παράγοντες και η απουσία επαρκούς σωματικής άσκησης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου .

3)Αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης. Έλεγχος για πιθανή παρουσία αρτηριακής υπέρτασης συστήνεται από την ηλικία των 18 ετών και ανά διατία.

4)Αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας. Έναρξη ελέγχου στην ηλικία των 35 για τους άνδρες και στην ηλικία των 45 ετών για τις γυναίκες.

5)Αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη.

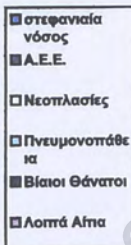
(Current medical treatment and diagnosis , McGraw-Hill ,2007)

Κατά τη διάρκεια του διαστήματος αυτού ( 1/1/2002-31/12/2006) κατεγράφησαν συνολικά 268 θάνατοι από κάθε αιτία. Αν υποθέσουμε ότι ο πληθυσμός παραμένει σταθερός και ίσος με το αποτέλεσμα της απογραφής του 2001 (δηλ. 4736 άτομα) , τότε ο ετήσιος γενικός δείκτης θνησιμότητας θα είναι για κάθε ένα από τα έτη αυτά:

$$\frac{268 \cdot 1000}{5 \cdot 4736} = 11,32 \text{ περιπτώσεις ανά } 1000 \text{ άτομα πληθυσμού και ανά έτος}$$

Ενοχοποιούνται για την έλευση του θανάτου :

Αίτιο	Αριθμός περιπτώσεων	Ποσοστό	Ετήσιες ετήσιες δόσεις της θνησιμότητας
Στεφανιαία Νόσος	38	14,2%	1,6 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους ανά έτος
Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια	45	16,8%	1,9 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους ανά έτος
Νεοπλασίες	62	23%	2,6 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους ανά έτος
Πνευμονοπάθεια	12	4,5%	0,5 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους ανά έτος
Βίαιοι Θάνατοι	11	4,5%	0,46 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους ανά έτος
Λοιπά Αίτια	100	37%	4,2 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους ανά έτος
Σύνολο	268	100%	11,32 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα πληθυσμού και ανά έτος



**Τα αίτια θανάτου**

**Αναφορικά με τη συχνότητα των διαφόρων μορφών καρκίνου :**

Μορφή καρκίνου	Αριθμός περιπτώσεων	Ποσοστό	Γενικά ετήσια δείκτης θνητότητας
Ca πνεύμονος	11	18%	0,46
Ca μαστού	3	5%	0,12
Ca προστάτη	5	8%	0,2
Ca παχέος εντέρου	6	9,6%	0,25
Ca στομάχου	4	6,5%	0,17
Ca παγκρέατος	4	6,5%	0,17
Ca εγκεφάλου	4	6,5%	0,17
Ca ήπατος	2	3,2%	0,084
Ca νεφρού	2	3,2%	0,084
Ca ουρ. κύστης	2	3,2%	0,084
Ca γενικευμένο (δεν προσδιορίζεται η πρωτοπαθής εστία)	10	16%	0,42



Πολλαπλούν Μυέλωμα	2	3,2%	0,084
Χρόνια λεμφογενής λευχαιμία	1	1,5%	0,042
Λοιπά	6	9,6%	0,25
Σύνολο	62	100%	2,62 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους ανά έτος

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί :

A) Η μεγάλη συχνότητα αναγραφής της διάγνωσης «καρδιακή ανακοπή» στο πιστοποιητικό θανάτου – στις περιπτώσεις αυτές συχνά πρόκειται για άτομα μεγάλης ηλικίας . Το γεγονός αυτό μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα κατά την αξιολόγηση της θνησιμότητας από διάφορα αίτια σε έναν πληθυσμό .

B) Επίσης, μεγάλη είναι η συχνότητα των περιπτώσεων «γενικευμένης κακοήθειας» για τις οποίες δεν δίνονται πληροφορίες σχετικά με την πρωτοπαθή εστία.

Γ) Σε ό,τι αφορά στις πνευμονοπάθειες ως αίτιο θανάτου, στην πρόκληση θανάτου ενέχονται σε συνολικά 17 περιπτώσεις από τις 268, ενώ αναφέρονται ως αποκλειστική / κύρια αιτία θανάτου σε 12 από αυτές. Σε μία μόνο περίπτωση προσδιορίζεται η πνευμονοκονίωση ως αίτιο θανάτου, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις πρόκειται για χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Δ) Αναφέρεται μία περίπτωση θανάτου σε παιδική ηλικία, από σοβαρή συγγενή καρδιοπάθεια.

Ε) Στο σημείο αυτό θα ήταν σκόπιμο να παραθέσουμε κάποια στοιχεία σχετικά με τη θνησιμότητα του ελληνικού πληθυσμού στο σύνολό του. Τα παρακάτω αφορούν στο έτος 2004 και προέρχονται από την Ε.Σ.Υ.Ε.

1) Ο πληθυσμός της Ελλάδας, σύμφωνα με την απογραφή του 2001 είναι:

Ανδρες	5.413.426
Γυναίκες	5.520.671
Σύνολο	10.934.097

2) Η γενική και η ειδική, από διάφορα αίτια, θνησιμότητα έχει ως εξής:

Αιτία θανάτου	Αριθμός περιπτώσεων	Δείκτης
Συνολικά	104.942	9,6 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα
Κακοήθεια πνεύμονος	5.966	0,545 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα
Κακοήθεια μαστού	1.821	0,33 περιπτώσεις ανά 1000 γυναίκες
Κακοήθεια προστάτη	1.448	0,267 περιπτώσεις ανά 1000 άνδρες
Κακοήθεια στομάχου	1.325	0,121 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα
Κακοήθεια παχέος εντέρου	2.126	0,194 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα
Στεφανιαία νόσος	13.905	1,272 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα
Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	17.599	1,61 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα
Χρόνια αλοφρακτική πνευμονοπάθεια-πνευμονοκονίωση	484	0,044 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα

3)Σχετικά με τη στεφανιαία νόσο, αναφέρονται 9.121 περιπτώσεις οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και 4.784 λυιές περιπτώσεις ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Σχετικά με τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, αναφέρονται 160 περιστατικά υπαραχνοειδούς αιμορραγίας, 1.413 περιστατικά «ενδοεγκεφαλικής και άλλης ενδοκρανιακής αιμορραγίας», 56 περιπτώσεις εγκεφαλικού εμφράκτου, 15.105 περιπτώσεις «οξείας αλλά ασαφώς καθοριζόμενης νόσου των εγκεφαλικών αγγείων», 329 περιστατικά «εγκεφαλικής αθηρωματοσκλήρυνσης», 536 «λυιές περιπτώσεις νόσου των εγκεφαλικών αγγείων».

4)Σημειώνουμε πως, ενώ η ειδική ετήσια θνησιμότητα από πνευμονοπάθεια στο σύνολο της επικράτειας ανέρχεται σε 0,044 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα, ο ίδιος δείκτης στη Μήλο είναι 0,5. Το εύρημα αυτό οπωσδήποτε συνδέεται με τον τρόπο εξόρυξης μεταλλεύματος που ακολουθείτο τις περασμένες δεκαετίες στη Μήλο.

5)Επίσης, η αναλογία ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών είναι για τη Μήλο  $945/4.736=19,9\%$ , ενώ για το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού υπολογίζεται σε 16,7%.Ίσως έτσι ερμηνεύεται η σχετικά μεγαλύτερη θνησιμότητα νοσημάτων 'φθοράς', όπως στεφανιαίας και εγκεφαλοαγγειακής νόσου, αλλά και η μεγαλύτερη συνολική θνησιμότητα στον πληθυσμό της Μήλου.

## 5.5 Συμπεράσματα

Από τα όσα έχουν ως τώρα παρατεθεί σχετικά με τη Μήλο και τον πληθυσμό της αξίζει να σταθούμε σε ορισμένα σημεία . Η Μήλος είναι ένα νησί που βρίσκεται 86 ν.μ. από τον Πειραιά και συνδέεται με τον τελευταίο με πολύ συχνά δρομολόγια κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, αλλά τα δρομολόγια αυτά αραιώνουν το χειμώνα, σε βαθμό που κάποιες μέρες δεν υπάρχει πλοίο για Αθήνα. Σε ό,τι αφορά στις πτήσεις, το νησί εξυπηρετείται με μία ή δύο πτήσεις καθημερινώς, αναλόγως της εποχής του έτους. Το

αποτέλεσμα είναι πως τελικά το κυριότερο πρόβλημα για τους ιατρούς του Κ.Υ.Μ., σε ό,τι αφορά στην ευκολία διακομδής ασθενών από τη Μήλο προς κέντρα δευτεροβάθμιας περίθαλψης των Αθηνών, είναι οι κλιρικές συνθήκες, που μπορεί να αναστείλουν την μεταφορά των ασθενών αρκετές μέρες κατά τη διάρκεια του χειμώνα.

Ο πληθυσμός της Μήλου, σύμφωνα με την απογραφή του 2001, είναι 4.376 άτομα. Από την επαγγελματική ενασχόληση του πληθυσμού, αξίζει κανείς να επισημάνει τις μεταλλευτικές δραστηριότητες, που θέτουν ζητήματα ασφάλειας από εργατικά ατυχήματα καθώς και κινδύνους επιβάρυνσης της κατάστασης της υγείας των εργαζομένων, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως.

Επισημαίνεται επίσης η πολύ μεγάλη αύξηση των αφίξεων στο νησί κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, γεγονός που οφείλεται στο ότι η Μήλος αποτελεί δημοφιλή προορισμό διακοπών και που προκαλεί ιδιαίτερη επιβάρυνση στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας του νησιού. Τέλος, από τα στοιχεία που παρατέθηκαν, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού καλύπτεται ασφαλιστικά από το Ι.Κ.Α.



## 6. ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΗΛΟΥ

### 6.1 Το Κέντρο Υγείας Μήλου

Το Κέντρο Υγείας Μήλου συστάθηκε το 1986. Οι κτιριακές εγκαταστάσεις ολοκληρώθηκαν και τέθηκε σε λειτουργία το Μάη του 1989. Βρίσκεται στην περιοχή Πλάκα της Μήλου. Αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και υπάγεται στο γενικό νοσοκομείο Σύρου «Βαρδάκειο και Πρώιο» και στην Α Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια Κυκλάδων. Στο δυναμικό του Κέντρου Υγείας Μήλου εντάσσονται α) το περιφερειακό ιατρείο Αδάμαντα, β) το πολυδύναμο περιφερειακό ιατρείο Κιμώλου, γ) 2 εξεταστήρια, ένα στην Ζεφυρία Μήλου και ένα στην Απολλωνία Μήλου.

Το Κέντρο Υγείας Μήλου καλύπτει υγειονομικά τη Μήλο και την Κίμωλο. Ο πληθυσμός ευθύνης ανέρχεται σε 5.391 άτομα (νήσοι Μήλος και Κίμωλος).



Εικόνα 1. Το Κέντρο Υγείας Μήλου.

Ο σκοπός της λειτουργίας του Κ.Υ.Μ. είναι ο προβλεπόμενος από τις διατάξεις του νόμου 1397/83 , όπως αυτές έχουν παρατεθεί νωρίτερα . Συγκεκριμένα : «Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτήν την περιοχή. Η νοσηλεία και η παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις ως τη διακομιδή σε νοσοκομείο. Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο στο ΚΥ ή στο νοσοκομείο. Η άσκηση οδοντιατρικής περίθαλψης. Η άσκηση προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού. Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής . Η ενημέρωση και διαφώτιση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους αν δεν λειτουργεί φαρμακείο.»

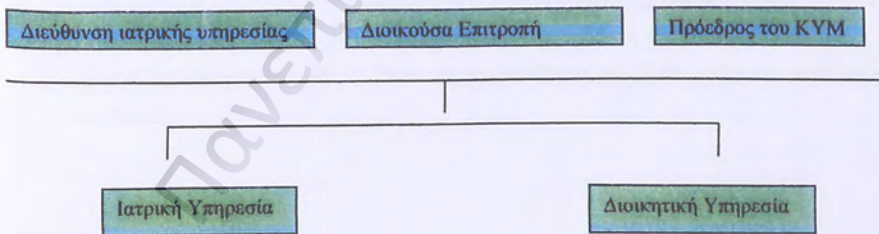
Στη μελέτη που ακολουθεί θα προσπαθήσουμε να περιγράψουμε την λειτουργία του Κ. Υ .Μ . Σκοπός είναι να δούμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και το έργο που προσφέρει καθημερινά στους κατοίκους της Μήλου στους τομείς της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, της πρόληψης και της κοινωνικής φροντίδας, όπως προβλέπεται από τις διατάξεις του νόμου 1397/83 και τη διακήρυξη της Άλμα Άτα. Σε ένα γενικότερο πλαίσιο θα μελετήσουμε την παρουσία στην Μήλο δράσεων που εντάσσονται στην έννοια και στο περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.



Εικόνα 2 . Το περιφερειακό ιατρείο Αδάμαντα.

### 6.2. Οργάνωση του Κέντρου Υγείας Μήλου.

Το οργανωτικό σχήμα του Κ.Υ.Μ. είναι το ακόλουθο :



Τη διοίκηση του Κ.Υ.Μ. ασκούν η διεύθυνση της ιατρικής υπηρεσίας, η διοικούσα επιτροπή και ο πρόεδρος του Κ.Υ.Μ. Η διοικούσα επιτροπή είναι τριμελής, αποτελούμενη από δύο μέλη προερχόμενα από την τοπική κοινωνία και οριζόμενα από τη διοίκηση της Δ.Υ.ΠΕ., και ένα μέλος προερχόμενο από το Δήμο Μήλου. Οι κατευθύνσεις και οι προτεραιότητες τίθενται κυρίως από την διεύθυνση της ιατρικής υπηρεσίας, σύμφωνα με τις ανάγκες που προκύπτουν από την καθημερινή άσκηση της ιατρικής, ενώ τα δύο άλλα όργανα επιβλέπουν και συμπαραστέκονται στην λειτουργία του Κ.Υ.Μ.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, το Κέντρο Υγείας Μήλου υπάγεται στο Γενικό Νοσοκομείο Σύρου, από το οποίο εξαρτάται διοικητικά και οικονομικά, και εντάσσεται στην Ά Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Κυκλάδων.

Από το οργανωτικό σχήμα του Κέντρου Υγείας φαίνεται ότι το σύνολο του προσωπικού διαρθρώνεται σε δύο υπηρεσίες: α) την ιατρική, στην οποία εντάσσονται οι ιατροί, οι νοσηλευτές, η μαία, η φυσιοθεραπεύτρια και οι παραϊατρικές ειδικότητες και β) τη διοικητική υπηρεσία, στην οποία υπάγονται οι διοικητικοί, ο τεχνικός, οι οδηγοί και το υπόλοιπο προσωπικό.

### 6.3. Στελέχωση του Κέντρου Υγείας Μήλου.

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει το Κ.Υ.Μ. είναι οι ελλείψεις σε προσωπικό. Ιδιαίτερα σημαντικές παρουσιάζονται οι ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό, αλλά και σε ό,τι αφορά στην κάλυψη θέσεων μη ιατρικού προσωπικού οι δυσκολίες είναι αρκετές. Στα επόμενα θα παρουσιάσουμε τη στελέχωση του Κ.Υ.Μ. κατά τη διάρκεια του έτους 2005, το τελευταίο για το οποίο υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.



A ) ιατρικό προσωπικό

Ειδικότητα	Προβλεπόμενες θέσεις	Καλυπτόμενες θέσεις
Γενικής ιατρικής /παθολογίας	6	2
Καρδιολογίας	1	0
Πνευμονολογίας	1	1
Παιδιατρικής	1	1
Μαιευτικής /Γυναικολογίας	1	0
Οδοντιατρικής	1	1
Ακτινοδιαγνωστικής	1	0
Βιοπαθολογίας	1	0
Ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου	5	5

Είναι εμφανείς οι σημαντικές ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό και πολλές σημαντικές για το νησί θέσεις δεν είναι επανδρωμένες, με αποτέλεσμα το βάρος της ευθύνης να επωμίζονται οι περιορισμένοι στον αριθμό γενικοί ιατροί (οι οποίοι, κατ' ουσία, έχουν ο καθένας την ευθύνη του κέντρου υγείας κάθε δεύτερη ημέρα) . Από μία συζήτηση με τον διευθυντή του Κ .Υ .Μ . έγινε φανερή η ανάγκη να καλυφθούν οι θέσεις αυτές. Σημειώνεται επιπλέον πως ως το 2002 στην Μήλο δεν υπήρχε παιδίατρος, ενώ η θέση του πνευμονολόγου ήταν καλυμμένη μόνον κατά τα έτη 2003 ως 2005. Κατά τα έτη 2006 και 2007 η θέση αυτή είναι κενή.

Β) μη ιατρικό προσωπικό (υπενθυμίζουμε πάλι πως πρόκειται για στοιχεία που αφορούν στο έτος 2005).

Ειδικότητες	Προβλεπόμενες θέσεις	Καλυπτόμενες θέσεις
Διοικητικοί	3	2
Νοσηλεύτες	5	5
Μαιευτήρες	1	1
Επισκέπτες Υγείας	1	0
Κοινωνικής Εργασίας	1	0
Διαιτολογίας	1	0
Ραδιολογίας-Ακτινολογίας	2	2
Ιατρικών Εργαστηρίων	2	2
Φυσικοθεραπείας	1	1
Τεχνικοί	1	1
Οδηγοί	6	4
Λοιπό προσωπικό	5	3

Τα ως άνω δεδομένα προέρχονται από το Κ.Υ.Μ., και έχουν υποβληθεί σε μικρές τροποποιήσεις, ώστε να καταδειχθεί ο βαθμός πληρότητας των αντιστοίχων ειδικοτήτων.

Αξιολογώντας την πληρότητα του μη ιατρικού προσωπικού, σημειώνουμε κατ'αρχήν την έλλειψη επισκέπτη υγείας, ειδικότητας που υπήρχε μέχρι και το 2004 στο Κ.Υ. Επίσης, απουσιάζουν οι ειδικοί της κοινωνικής εργασίας και διαιτολογίας, που μαζί με την ειδικότητα του επισκέπτη υγείας, θα ήταν χρήσιμες σε μία δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η κατάσταση κατά το τελευταίο έτος (2007) έχει όμως επιδεινωθεί, καθώς υπάρχει μόνο ένας παρασκευαστής και ένας χειριστής ακτινολογικού μηχανήματος, αριθμός που κρίνεται ανεπαρκής; σε περίπτωση απουσίας τους, υποκαθίστανται από το ιατρικό προσωπικό. Ομοίως, ανεπαρκής είναι ο αριθμός των οδηγών και κατά το τελευταίο καλοκαίρι (2006) χρειάστηκε να καλυφθεί βάρδια οδηγού από ιατρό, ώστε να διασφαλιστεί η λειτουργία του Κ .Υ .Μ . σε 24ωρη βάση. Ο αριθμός των νοσηλευτών, τέλος, οριακά επαρκεί για την κάλυψη όλων των βαρδιών.

Η συζήτηση με τους εργαζομένους του Κ .Υ .Μ . αποκάλυψε τη σημασία που θα είχε η πρόσληψη γραμματέως, θέση που δεν προβλέπεται για το Κέντρο Υγείας. Χρειάζεται συγκεκριμένα κάποιος να επανδρώνει το τηλεφωνικό κέντρο, να κλείνει τα ραντεβού, να επιμελείται του αρχείου φακέλων ιστορικού που υπάρχει στο Κ .Υ . και να βοηθά στο έργο της διοίκησης του κέντρου υγείας. Επίσης , η πρόσφατη εγκατάσταση στο Κ .Υ . ηλεκτρονικών υπολογιστών πιθανώς θα δημιουργήσει την ανάγκη πρόσληψης ειδικού στο αντικείμενο εργαζομένου, ώστε να μπορέσει το Κ .Υ . να εκμεταλλευθεί πλήρως τις δυνατότητες που παρέχονται από τη νέα τεχνολογία .Ομοίως , η θέση αυτή δεν προβλέπεται από το καταστατικό του Κ .Υ .

Όπως φάνηκε και στο οργανωτικό σχήμα του Κέντρου Υγείας, το σύνολο του προσωπικού διαρθρώνεται σε δύο υπηρεσίες : α) την ιατρική, στην οποία εντάσσονται οι ιατροί, οι νοσηλευτές, η μαία, η φυσιοθεραπεύτρια και οι παραϊατρικές ειδικότητες και β) τη διοικητική υπηρεσία, στην οποία υπάγονται οι διοικητικοί, ο τεχνικός, οι οδηγοί και το υπόλοιπο προσωπικό. Έτσι, σε σύνολο 31 εργαζομένων (πάλι χρησιμοποιούνται στοιχεία του 2005), διαμορφώνεται η εξής εικόνα:

Ιατρική Υπηρεσία	21 , ποσοστό 67,7%
Διοικητική υπηρεσία	11 , ποσοστό 32,3%

Ως προς το σύνολο του προσωπικού, οι ιατροί αποτελούν το 29% , ενώ οι νοσηλευτές το 16% .

Μία ανασκόπηση εγγράφων που αφορούν στην ιστορική διαδρομή του Κ .Υ .Μ . μας αποκαλύπτει τις δυσκολίες που αντιμετώπισε αυτό, οι οποίες είναι ιδιαίτερα έντονες στον τομέα της στελέχωσης. Όπως φαίνεται λοιπόν από τα στοιχεία αυτά, το Κέντρο Υγείας λειτουργούσε έως το 2003, μόνο με πρωινή βάρδια νοσηλεύτη, ενώ νοσηλευτική κάλυψη κατά τις υπόλοιπες ώρες υπήρχε μόνον επί εκτάκτου περιστατικού. Από το 2003 και έπειτα λειτουργεί με 24ωρη νοσηλευτική κάλυψη. Η ίδια ήταν η εικόνα αναφορικά με την υπηρεσία οδηγών ασθενοφόρου.

Η επίτευξη του στόχου της επί 24ώρου βάσης λειτουργίας του Κ.Υ.Μ. συνάντησε πολλές δυσκολίες. Από τα έγγραφα αυτά αναδεικνύεται η αγωνία των τοπικών φορέων και του Κ .Υ .Μ . να εξασφαλιστεί αυτός ο στόχος . Τα προβλήματα αφορούσαν στην έλλειψη προσωπικού και χρημάτων. Ενδεικτικά αναφέρονται το υπ' αριθμόν πρωτοκόλλου 2460 έγγραφο του Γ .Ν . Σύρου ( Απρίλης 2004) για την περικοπή δεδουλευμένων εφημεριών του ιατρικού προσωπικού. Επίσης, το υπ' αριθμόν πρωτοκόλλου 2696 έγγραφο του νοσοκομείου Σύρου (Μάης 2004) σχετικά με την κάλυψη της υπερωριακής απασχόλησης του μη ιατρικού προσωπικού με το ανεπαρκές ποσό των 1450 ευρώ μηνιαίως ( σύμφωνα με το Κ .Υ .Μ ., το απαιτούμενο ποσόν ανερχόταν τότε στις 3000 ευρώ μηνιαίως ). Τα δύο αυτά έγγραφα είχαν προκαλέσει τη δυσαρέσκεια και την αγωνία τοπικών παραγόντων, του Δήμου Μήλου, του Επαρχείου, του εργατικού κέντρου , και φυσικά του Κ .Υ .Μ . , όπως προκύπτει από έγγραφα αυτών προς το Γ .Ν . Σύρου και το Υπουργείο Υγείας . Από τα τελευταία θα ήταν σκόπιμο, στην κατεύθυνση της απόδοσης ανάγλυφα της κατάστασης , να επισημάνουμε κάποια αποσπάσματα:

Α) έγγραφο του Δημάρχου Μήλου προς τον τότε υπουργό υγείας, με αριθμό πρωτοκόλλου 2523 (14/5/2004) : «...για τις εφημερίες του συνόλου του προσωπικού του Κέντρου Υγείας , για την παροχή βραχείας νοσηλείας και λειτουργίας σε 24ωρη βάση, ο Δήμος ενίσχυσε το Κ .Υ .Μ . μέσω του Ι .Σ . Κ .Υ .Μ . με το ποσόν των 19.000 ευρώ για το 2003.»

Β) έγγραφο της επάρχου Μήλου, με αριθμό πρωτοκόλλου 920 (17/5/2004), επίσης προς τον υπουργό υγείας, όπου αναφέρεται : «... αναδρομικές περικοπές, τεράστια καθυστέρηση στην καταβολή δεδουλευμένων και η καθυστέρηση στην προκήρυξη θέσεων επικουρικού προσωπικού για τις αυξημένες θερινές ανάγκες .»

Γ) έγγραφο που προέρχεται από μία συνάντηση φορέων της τοπικής κοινωνίας, με ημερομηνία 23/6/2004, στο οποίο αναφέρονται: « Με τις δύο ανωτέρω ελλείψεις (προσωπικού και χρημάτων) καταρρέει ουσιαστικά η 24ωρη λειτουργία του Κ. Υ. Μ. και οι βραχείες νοσηλείες ...» και «Το φιλότιμο όμως και ο πατριωτισμός των οδηγών και των νοσηλευτριών τους απέτρεψε από το να στερήσουν τις πολύτιμες υπηρεσίες τους προς τους συμπατριώτες μας και έτσι συνεχίζουν μέχρι και σήμερα να εργάζονται εθελοντικά διατηρώντας την 24ωρη λειτουργία του Κ.Υ. Μ .»

Σημειώνουμε επίσης τις περιπτώσεις πρόσληψης εποχικού προσωπικού για τις αυξημένες θερινές ανάγκες κατά τον μήνα Σεπτέμβριο (!), αλλά και τις πολλές σπασμωδικές κινήσεις για να καλυφθούν όπως –όπως οι ελλείψεις σε προσωπικό.

Από τα ως άνω αναδεικνύονται τα χρόνια προβλήματα στελέχωσης και χρηματοδότησης, η ανεπαρκής επιμέλεια της πολιτείας για τα προβλήματα υγείας της περιοχής, η αξιοσημείωτη προσπάθεια των τοπικών παραγόντων να συνδράμουν την προσπάθεια του Κέντρου Υγείας και ο πατριωτισμός των εργαζομένων σε αυτό.

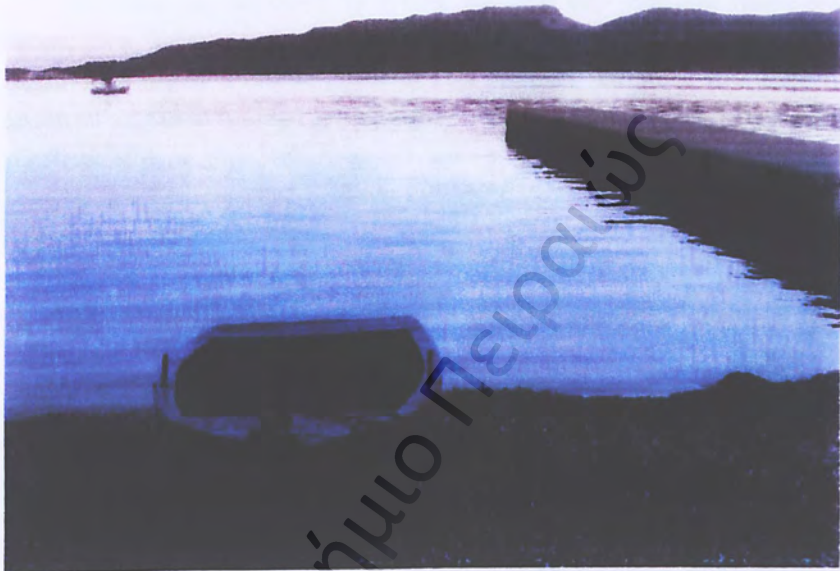
Κλείνοντας, θα ήταν σκόπιμο να αναφέρουμε τις διαπιστώσεις της διευθύντριας του Ι .Κ .Α . Μήλου, κ. Καντζέλη, σχετικά με τα χρόνια προβλήματα της στελέχωσης απομακρυσμένων περιοχών, όπως η Μήλος, ειδικά σε ιατρικό προσωπικό. Σε μία

προσπάθειά της να περιορίσει την οικονομική αιμορραγία του Ι.Κ.Α. Μήλου εξ αιτίας της αναζήτησης από τους κατοίκους της ιατρικής βοήθειας εκτός Μήλου, και ιδιαίτερα στην Αθήνα, είχε προβεί στην προκήρυξη τον Απρίλιο του 2003 και για το Ι.Κ.Α. Μήλου, μίας θέσης οφθαλμιάτρου, μίας θέσης παιδίατρου και μίας θέσης παθολόγου/γενικού ιατρού, με σύμβαση αορίστου χρόνου και αποδοχές 1000 ευρώ μεικτά μηνιαίως. Ομοίως, ένα μήνα αργότερα, προκηρύχθηκε η θέση καρδιολόγου, αυτήν τη φορά (και εν όψει της αποτυχίας της προηγούμενης προκήρυξης) με αποδοχές 2000 ευρώ. Κανείς δεν παρουσιάστηκε. Θα μπορούσε κάποιος να πει ότι, ιδιαίτερα στην πρώτη περίπτωση, οι αποδοχές ήταν σχετικά χαμηλές. Μερικές από τις αιτίες που αποθαρρύνουν τους ιατρούς, και παρά την ανεργία που ταλαιπωρεί τον χώρο, να στελεχωθούν δομές της περιφέρειας, είναι κατά την γνώμη μας, αλλά και από συζητήσεις με ιατρούς που υπηρετούν στο Κ.Υ.Μ., οι ακόλουθες :

- Α) η μεγάλη απόσταση από δευτεροβάθμια μονάδα υγείας, και μάλιστα, εν προκειμένω, η παρεμβολή του Αιγαίου.
- Β) η αδυναμία διενέργειας του μεγάλου εύρους διαγνωστικών εξετάσεων στις οποίες έχει πρόσβαση ένας ιατρός των Αθηνών, πράγμα που εξασφαλίζει σχετική ασφάλεια κατά την άσκηση της ιατρικής, ενώ παράλληλα επιτρέπει την πλήρη εφαρμογή των γνώσεων του και προσδίδει κύρος στην εργασία του.
- Γ) η απομάκρυνση από τις επιστημονικές εξελίξεις.
- Δ) ο σχετικός φόβος που υπάρχει για τη μοναξιά και την ανία της ζωής στην επαρχία, και μάλιστα σε ένα νησί όπως η Μήλος. Η απουσία δομών και υπηρεσιών που υπάρχουν στα αστικά κέντρα.
- Ε) και, όπως άλλωστε φάνηκε και προηγουμένως, η ελλειπής φροντίδα της πολιτείας, και η απουσία οικονομικών κινήτρων.

Αναλογιζόμενοι τα προβλήματα που προκύπτουν από τα ως άνω κατά την άσκηση της ιατρικής στην επαρχία, δεν μπορούμε παρά να νιώσουμε σεβασμό για τους

ιατρούς που εργάζονται σε μέρη όπως η Μήλος.



#### 6.4. Κτιριακή υποδομή του Κ.Υ.Μ.

Το κτίριο που στεγάζεται το Κ.Υ.Μ. βρίσκεται στην κοινότητα Πλάκα της Μήλου, είναι ιδιόκτητο και περιλαμβάνει χώρους συνολικής έκτασης 981 τ.μ. Το περιφερειακό ιατρείο Αδάμαντα βρίσκεται στην ομώνυμη κοινότητα, καταλαμβάνει έκταση 60 τ.μ. και το δικαίωμα χρήσης του έχει παραχωρηθεί από το Δήμο Μήλου. Οι ιατροί του κέντρου υγείας χρησιμοποιούν επίσης τα εξεταστήρια Απολλωνίας και Ζεφυρίας, που βρίσκονται στις ομώνυμες κοινότητες. Στο Κ.Υ.Μ. υπάγεται επίσης το Π.Π.Ι. Κιμώλου, έκτασης 70 τ.μ.

α/α	Όνομασία κτιρίου	Διεύθυνση	τ.μ.	ιδιόκτητο	Παραχώρηση χρήσης
1.	Κ.Υ.Μήλου	Πλάκα Μήλου	981	x	
2.	Π.Ι.Αδάμαντα	Αδάμαντας Μήλου	60		x
3.	Π.Π.Ι.Κιμώλου	Κίμωνος	70		x
4.	Εξεταστήριο Απολλωνίας	Απολλωνία Μήλου			x
5.	Εξεταστήριο Ζεφυρίας	Ζεφυρία Μήλου			x



Ακολουθεί μία περιγραφή των χώρων του Κ.Υ.Μ.

#### Α) ισόγειο

Το πρώτο τμήμα του κέντρου υγείας που βλέπει ο επισκέπτης είναι η αίθουσα όπου αντιμετωπίζονται τα επείγοντα περιστατικά. Η αίθουσα αυτή καταλαμβάνει έκταση 40 τ.μ. Στον εξοπλισμό της περιλαμβάνονται 2 εξεταστικές κλίνες, ένας απινιδωτής, 2 ηλεκτροκαρδιογράφοι, ένα μηχάνημα αναρροφήσεων, ένας μικρός φορητός αναπνευστήρας και ένα οξύμετρο. Στο ισόγειο του κέντρου υγείας, αριστερά της αίθουσας εκτάκτων περιστατικών, βρίσκονται 5 εξεταστήρια, έκτασης 15 έως 19 τ.μ. το καθένα. Στα δεξιά βρίσκονται το οδοντιατρείο (15,26 τ.μ.) και το φυσιοθεραπευτήριο (11,46 τ.μ.) του Κ.Υ.Μ.; το τελευταίο είναι εξοπλισμένο με μία συσκευή υπερήχων και ηλεκτροθεραπείας, μηχανήματα μυικής ενδυνάμωσης, και μία συσκευή παραγωγής δονήσεων που χρησιμοποιείται κυρίως για φυσιοθεραπεία του αναπνευστικού συστήματος. Στη συνέχεια συναντούμε το μικροβιολογικό εργαστήριο, έκτασης 30 τ.μ., όπου γίνονται οι αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις, όπως και οι μετρήσεις του χρόνου προθρομβίνης. Ακολουθεί το ακτινολογικό εργαστήριο, συνολικής έκτασης περίπου 70 τ.μ. (ακτινολογικό εργαστήριο 45,1 τ.μ., θάλαμος μόνωσης 15,7 τ.μ., γραφείο ακτινολόγου 8 τ.μ.), που διαθέτει ένα ακτινοδιαγνωστικό μηχάνημα και ένα αυτόματο εμφανιστήριο.

Το κέντρο υγείας διαθέτει επίσης 3 θαλάμους βραχείας νοσηλείας, έκτασης 0 καθένας 15 με 18 τ.μ., με 7 συνολικά κλίνες. Τα δωμάτια αυτά είναι εξοπλισμένα με 1 κλιματιστικό μηχάνημα το καθένα και φιάλες οξυγόνου, ενώ είναι διαθέσιμοι και 3 συμπυκνωτές οξυγόνου, που αποτελούν δωρεές στο κέντρο υγείας. Στο ισόγειο βρίσκεται και η αίθουσα μικροεπεμβάσεων, που οδηγεί σε ένα μικρό χώρο που φιλοξενεί τον κλίβανο αποστείρωσης. Το γραφείο της μαίας του κέντρου υγείας διαθέτει μία γυναικολογική εξεταστική κλίνη, μία θερμοκοιτίδα και έναν καρδιοτοκογράφο, έχει δε έκταση 9 τ.μ. Ένα άλλο δωμάτιο του ισόγειου φιλοξενεί τον υπερηχογράφο και τη

σχιμοειδή λυχνία. Δύο μικρότεροι σε μέγεθος χώροι χρησιμεύουν για την αποθήκευση των κλινοσκεπασμάτων και φιαλών οξυγόνου, αντίστοιχα, ενώ ένας τρίτος έχει το πλυντήριο του Κ.Υ. Τέλος, ένα ακόμη δωμάτιο (15,42τ.μ.) χρησιμεύει σαν χώρος ανάπαυσης των εφημερευόντων.

#### Β) πρώτος όροφος

Στον πρώτο όροφο υπάρχουν οι εξής χώροι :

-το γραφείο διοίκησης, 15,75 τ.μ.

-η γραμματεία, 17,67 τ.μ.

-δύο χώροι χρησιμοποιούμενοι ως αποθήκες, έκτασης 17 και 11,6 τ.μ.,

αντίστοιχα.

-μία αίθουσα χρησιμοποιούμενη από τη διοικούσα επιτροπή.

-ένα αναψυκτήριο, 18,3 τ.μ.

-μία κουζίνα, 11 τ.μ.

-δύο αποδυτήρια, 11,5 και 12,85 τ.μ., αντίστοιχα.

#### Γ) υπόγειο

Στο υπόγειο υπάρχουν οι εξής χώροι:

-δύο αποθηκευτικοί χώροι, 12,19 και 13,95 τ.μ., αντίστοιχα.

-ηλεκτροστάσιο, 9,86 τ.μ.

-λεβητοστάσιο, 15,87 τ.μ.

-δεξαμενή πετρελαίου, 6,38 τ.μ.

Σύμφωνα με τον διευθυντή του κέντρου υγείας, ο εξοπλισμός και η κτιριακή υποδομή κρίνονται ως ικανοποιητικές για τις σημερινές συνθήκες λειτουργίας του κέντρου υγείας, με την εξαίρεση των αυξημένων αναγκών σε κλίνες βραχείας νοσηλείας, ο αριθμός των οποίων, σύμφωνα πάντα με τις εκτιμήσεις του, θα έπρεπε να διπλασιαστεί

(σε 15). Επίσης , ενδεχόμενη πρόσληψη νέων ιατρών ειδικοτήτων θα δημιουργήσει νέες ανάγκες σε χώρους .

#### 6.5.1.Εξοπλισμός του Κέντρου Υγείας Μήλου

Ο εξοπλισμός του Κ .Υ .Μ . περιλαμβάνει τα κάτωθι:

- ένα ακτινοδιαγνωστικό μηχάνημα
- αυτόματο εμφανιστήριο
- δύο αυτόματους αναλυτές υγράς και ξηράς χημείας
- ένας αυτόματος αναλυτής γενικής αίματος
- 4 φυγόκεντροι
- ένας υπερηχογράφος
- ένα σπιρόμετρο
- μία συσκευή υπερήχων και ηλεκτροθεραπείας
- μία σχισμοειδής λυχνία
- ένα μικροσκόπιο
- ένα φωτόμετρο
- ένα φασματόμετρο
- 4 ηλεκτροκαρδιογράφοι
- ένα μηχάνημα αναρροφήσεων
- 3 απινιδωτές
- ένας μικρός φορητός αναπνευστήρας
- ένα οξύμετρο
- 3 συμπτυκνωτές οξυγόνου
- ένας καρδιοτοκογράφος
- μία θερμοκοιτίδα
- μία συσκευή διαθερμίας
- ένα οδοντιατρικό μηχάνημα

Οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται στο μικροβιολογικό εργαστήριο του Κ.Υ.Μ. είναι οι ακόλουθες:

Γενική αίματος, κάλιο, νάτριο, χλώριο, CPK, LDH, AST, ALT, κρεατινίνη, γGT, σάκχαρο, ουρία, ασβέστιο, φώσφορος, ολική χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, ολικά λευκώματα, αλβουμίνη, ολική χολερυθρίνη, ουρικό οξύ, αλκαλική φωσφατάση, αμυλάση, σίδηρος, χρόνος προθρομβίνης .

Ο ως άνω εξοπλισμός κρίνεται από τον διευθυντή του κέντρου υγείας ως ικανοποιητικός για τις ανάγκες λειτουργίας του, τουλάχιστο για τη σημερινή του μορφή.

Επισημαίνουμε στο σημείο αυτό την ύπαρξη στο Κ.Υ.Μ. εκτενούς αρχείου στο οποίο μπορεί κανείς να αναζητήσει το ατομικό αναμνηστικό των κατοίκων του νησιού. Έτσι, διατίθενται πληροφορίες σχετικά με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει ο άρρωστος, παλαιά καρδιογραφήματα, το ιστορικό αλλεργιών, το ιστορικό εμβολιασμών και άλλα στοιχεία. Η εγκατάσταση στο κέντρο υγείας ηλεκτρονικών υπολογιστών δίνει την δυνατότητα στο αχανές και δύσκολα επεξεργάσιμο αυτό υλικό να πάρει ηλεκτρονική μορφή, με σημαντικά οφέλη τόσο για κάθε άρρωστο που επισκέπτεται το Κ.Υ., όσο και για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στη Μήλο συνολικά. Η εύκολη πρόσβαση στο ιστορικό του αρρώστου διευκολύνει σημαντικά τον θεράποντα ιατρό στη λήψη της σωστής απόφασης σχετικά με τον άρρωστο, βοηθά στην αποφυγή άχρηστων και δαπανηρών εξετάσεων, και επιτρέπει τη διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών, με μεγαλύτερη αξιοπιστία και ευκολία . Οι τελευταίες, με τη σειρά τους, θα επιτρέψουν την καλύτερη απεικόνιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού, που θα οδηγήσει στην εφαρμογή προληπτικών μέτρων, στη διεξαγωγή προγραμμάτων ενημέρωσης και στην καλύτερη διαμόρφωση του «πακέτου» των παρεχομένων υπηρεσιών. Για να γίνουν όλα αυτά ενδεχομένως απαιτείται η πρόσληψη ειδικού πληροφορικής και γραμματέως .

### 6.5.2.Ασθενοφόρα

Στο κέντρο υγείας Μήλου υπάρχουν 3 ασθενοφόρα σε λειτουργία , ενώ στο Π.Π.Ι. Κιμάλου ένα. Από αυτά τα δύο κατασκευάστηκαν το 1992 , ένα το 1989 , και ένα το 2001.

### 6.6.Οικονομικά στοιχεία

Η χρηματοδότηση του Κ. Υ. Μ. προέρχεται από τις εξής πηγές :

- Α)από τον κρατικό προϋπολογισμό (που καλύπτει τη μισθοδοσία και τμήμα των λειτουργικών δαπανών)
- Β)από το Ίδρυμα Στήριξης του Κ. Υ .Μ. (Ι.Σ.Κ.Υ.Μ.)
- Γ)από το Δήμο Μήλου
- Δ)από δωρεές κατοίκων

Το κόστος της μισθοδοσίας , όπως προκύπτει από στοιχεία του Κ. Υ. Μ. , είναι , για το έτος 2005 , το ακόλουθο:

προσωπικό	εφημερίες	υπερωρίες	Τακτική μισθοδοσία	σύνολο
ιατρικό	171.358,38		274.714,59	446.072,97
λοιπό		44.137,74	452422,97	496.560,71
σύνολο	171.358,38	44.137,74	727137,56	942.633,68

Για τα λειτουργικά έξοδα, τα χρήματα που διατίθενται από τον κρατικό προϋπολογισμό βαίνουν μειούμενα, όπως φαίνεται και κατωτέρω:

έτος	2005	2004	2003
έσοδα	138.040,56	142.140,30	159.900
έξοδα	138.040,56	142.140,30	159.900

Τα υπόλοιπα σημεία στήριξης του Κ. Υ. Μ. είναι το Ι. Σ. Κ. Υ. Μ., ο Δήμος και οι κάτοικοι του νησιού. Στο σημείο αυτό θα ήταν σκόπιμο να αναφέρουμε κάποια στοιχεία σχετικά με το Ι. Σ. Κ. Υ. Μ. Το τελευταίο δημιουργήθηκε το 2001, με σκοπό την πάσης μορφής στήριξη του κέντρου υγείας. Περιλαμβάνει σήμερα 170 μέλη και υποστηρίζει οικονομικά το Κ. Υ. Μ. , καλύπτοντας μέρος των λειτουργικών εξόδων του. Με τη σειρά του χρηματοδοτείται από τις εισφορές των μελών και από δωρεές . Επίσης , αποτελεί δίαυλο μέσω του οποίου μπορεί να δωρηθεί στο Κ. Υ. Μ. εξοπλισμός, παρακάμπτοντας νομικά κωλύματα που προβλέπουν ώστε ο δωρητής να καλύπτει επί 5ετίας τα λειτουργικά έξοδα της δωρεάς , πράγμα που συχνά αποτελεί εμπόδιο για τον πιθανό δωρητή.

Θα παραθέσουμε μερικά παραδείγματα που αναδεικνύουν τη συνεισφορά του Ι. Σ. Κ. Υ. Μ. , του Δήμου και των κατοίκων του νησιού στην λειτουργία του Κ. Υ. Μ. (τα στοιχεία προέρχονται από τον απολογισμό του Κ. Υ. Μ. για το 2003, όπως και από έγγραφα του Δήμου Μήλου).

- 1.ανακαίνιση της αίθουσας επειγόντων και του οδοντιατρείου με εργασία του προσωπικού και κάλυψη των εξόδων από το Ι. Σ. Κ. Υ. Μ.
- 2.προμήθεια επαγγελματικών πλυντηρίων και στεγνωτηρίων ρούχων από τον Αγροτικό Συνεταιρισμό Μήλου.
- 3.Επισκευή της ηλεκτρικής εγκατάστασης με δαπάνες της εταιρείας Αργυρομεταλλευμάτων και Βαρυτίνας .
- 4.Συμπυκνωτές οξυγόνου, συσκευές αναρρόφησης και συσκευές τηλεόρασης για τους θαλάμους νοσηλείας , δωρεές κατοίκων του νησιού.

5.Συσκευή ηλεκτροθεραπείας και υπερήχων, δωρεά κατοίκου του νησιού.

6.Για το έτος 2003 , ο Δήμος Μήλου «α) για τις εφημερίες του συνόλου του προσωπικού του Κ. Υ. , για την παροχή βραχείας νοσηλείας και λειτουργίας σε 24ωρη βάση, το ενίσχυσε , μέσω του Ι. Σ. Κ. Υ. Μ., με το ποσό των 19.000 ευρώ, β) για την προμήθεια υλικών και μηχανημάτων , με 15.000 ευρώ, γ) με απόφαση του Δ.Σ., και παρά τον ισχύο οικονομικό προϋπολογισμό, πληρώσαμε τα ενοίκια των μονίμων ιατρών του Κ. Υ., για 2 έτη , δ) έχουμε παραχωρήσει δωρεάν το οίκημα όπου στεγάζεται το Π. Ι. Αδάμαντα, για ένα έτος , ε) παραχωρήσαμε στο Κ. Υ. τη χρήση συγχρόνου ασθενοφόρου του Δήμου για μεταφορά ασθενών.» (έγγραφο του Δημάρχου Μήλου προς τον υπουργό υγείας, με αρ. πρωτοκόλλου 2523 -14/5/2005 )

7.Με πίστωση του υπουργείου υγείας, μέσω του Νοσοκομείου Σύρου, έγιναν οι παρακάτω εξοπλιστικές προμήθειες (2003): κλίβανος οδοντιατρείου, ηλεκτροκαρδιογράφος, σπιρόμετρο, ψυγείο, οξύμετρο, κλιματισμός, φορείο «φαράς», φυγόκεντρος, γραφεία, ντουλάπες.

Από τις πηγές εσόδων του κέντρου υγείας απουσιάζουν παντελώς τα ασφαλιστικά ταμεία, παρά τη εξυπηρέτηση χιλιάδων περιστατικών ασφαλισμένων τους κάθε χρόνο, γεγονός που στερεί από ο Κ. Υ. σημαντικά έσοδα, που θα μπορούσαν να επιλύσουν πολλά προβλήματά του.

Σε ό,τι αφορά στα προβλήματα του Κ. Υ., πολύς λόγος έγινε στο κεφάλαιο 3 «στελέχωση του Κ.Υ. » Συγκεκριμένα, εκεί αναφέρεται πως οι ανεπαρκείς πιστώσεις για την κάλυψη της υπερωριακής απασχόλησης του μη ιατρικού προσωπικού έθεσαν σε κίνδυνο την δυνατότητα του Κ.Υ. να λειτουργεί σε 24ωρη βάση (όπως προκύπτει από έγγραφο με ημερομηνία 5/2004). Επίσης , ακόμη και σήμερα η κάλυψη των λειτουργικών δαπανών παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα ,τα οποία αντιμετωπίζονται από το Δήμο και το Ι. Σ. Κ. Υ. Μ.

Τα οικονομικά οφέλη που προκύπτουν από την ομαλή λειτουργία του Κ. Υ. Μ. είναι πολλά και σημαντικά για τον τόπο. Αυτά αναλύονται στα ακόλουθα :

- 1.μείωση της οικονομικής αιμορραγίας από τη μείωση του αριθμού των διακομιδών / παραπομπών σε παροχές υγείας της Αθήνας.
2. κίνητρο ώστε να παραμείνουν οι κάτοικοι στη Μήλο, και ιδιαίτερα οι νέοι, με αποτέλεσμα την ευδωση της οικονομικής ανάπτυξης της Μήλου.
- 3.Στήριγμα για τον τουρισμό στο νησί.

#### 6.7.Επισκέψεις σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία

Από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από το κέντρο υγείας Μήλου προκύπτει ότι ο αριθμός των επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία κυμάνθηκε από το 2002 ως το 2005 ως εξής:

Έτος	Αριθμός επισκέψεων
2002	35.643
2003	34.089
2004	34.104
2005	33.656

Ο αριθμός των επισκέψεων διακυμάνθηκε κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους για το οποίο υπάρχουν στοιχεία ως εξής:



Μήνας	Αριθμός επισκέψεων
Ιανουάριος	1.927
Φεβρουάριος	1.986
Μάρτιος	2.128
Απρίλιος	2.390
Μάης	3.228
Ιούνιος	3.377
Ιούλιος	3.093
Αύγουστος	3.475
Σεπτέμβριος	3.206
Οκτώβριος	3.314
Νοέμβριος	3.071
Δεκέμβριος	2.461
Σύνολο	33.656

Ο αριθμός των τακτικών περιστατικών που εξυπηρετούνται από το Κ.Υ.Μ. ξεπερνά τις 33.000 σε κάθε εξεταζόμενο έτος . Παρατηρείται επίσης μια σημαντική αύξηση του αριθμού των περιστατικών από Ιανουάριο σε Αύγουστο-από 1.927 σε 3.475 (1548 περιστατικά) ή αύξηση σε ποσοστό 80,33%.

### 6.8.Εκτακτες επισκέψεις

Πάλι από στοιχεία του κέντρου υγείας Μήλου προκύπτει ότι η κίνηση των εκτάκτων περιστατικών για τα ίδια έτη διακυμάνθηκε ως εξής:

Έτος	Αριθμός επισκέψεων
2002	8.256
2003	9.227
2004	8.880
2005	10.247

Η κατανομή των περιστατικών κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους για το οποίο υπάρχουν στοιχεία έχει ως εξής:

Μήνας	Αριθμός επισκέψεων
Ιανουάριος	642
Φεβρουάριος	472
Μάρτιος	631
Απρίλιος	556
Μάης	776
Ιούνιος	847
Ιούλιος	1.534
Αύγουστος	2.043
Σεπτέμβριος	936
Οκτώβριος	707
Νοέμβριος	568
Δεκέμβριος	535
Σύνολο	10.247

Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει πως ο αριθμός των εξυπηρετούμενων εκτάκτων περιστατικών ξεπερνά σταθερά τις 8.000 ετησίως, με αυξητικές τάσεις. Το 2005 αντιμετωπίστηκαν 10.247 περιστατικά, ενώ το 2002 8.256, μια αύξηση της τάξης του 24,11%. Επίσης προκύπτει πως μεταξύ Φεβρουαρίου και Αυγούστου 2005 υπήρξε αύξηση από 472 σε 2.403 περιστατικά (1.931 ή 509%), γεγονός που σημαίνει ότι, τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και σε ποσοστά, η παρατηρούμενη κατά τους θερινούς μήνες αύξηση της κίνησης στο κέντρο υγείας οφείλεται στα έκτακτα περιστατικά κυρίως.

Αν θελήσουμε τέλος να δούμε μαζί τακτικά και έκτακτα περιστατικά κατά τη διάρκεια των ίδιων ετών, η εικόνα που θα έχουμε θα είναι η εξής:

Έτος	Τακτικό	Έκτακτο	Σύνολο
2002	35.643	8.256	43.899
2003	34.089	9.227	43.316
2004	34.104	8.880	42.984
2005	33.656	10.247	43.903

Δηλαδή, συνολικά, το Κ.Υ.Μ. εξυπηρετεί πάνω από 43.000 περιστατικά ετησίως.

### 6.9. Μικροβιολογικό εργαστήριο

Από στοιχεία του κέντρου υγείας Μήλου και για τα έτη 2001-2005 προκύπτουν

τα εξής:

Α) αιματολογικές εξετάσεις

Έτος	Αριθμός εξετάσεων
2001	1.957
2002	2.486
2003	3.895
2004	3.920
2005	3.398

Β) βιοχημικές εξετάσεις

Έτος	Αριθμός εξετάσεων
2001	14.343
2002	21.295
2003	28.990
2004	37.712
2005	31.235

### 6.9. Μικροβιολογικό εργαστήριο

Από στοιχεία του κέντρου υγείας Μήλου και για τα έτη 2001-2005 προκύπτουν τα εξής:

#### Α) αιματολογικές εξετάσεις

Έτος	Αριθμός εξετάσεων
2001	1.957
2002	2.486
2003	3.895
2004	3.920
2005	3.398

#### Β) βιοχημικές εξετάσεις

Έτος	Αριθμός εξετάσεων
2001	14.343
2002	21.295
2003	28.990
2004	37.712
2005	31.235

### Γ)χρόνος προθρομβίνης

Έτος	Αριθμός εξετάσεων
2001	414
2002	876
2003	1.218
2004	1.428
2005	1.326

### 6.10.Ακτινολογικό εργαστήριο

Σε ό,τι αφορά στο ακτινολογικό εργαστήριο του κέντρου υγείας Μήλου, η κίνηση κατά τη διάρκεια των ετών 2001-2005 είχε ως εξής:

Έτος	Αριθμός εξετάσεων
2001	1.720
2002	1.909
2003	3.649
2004	2.836
2005	3.038

Παρατηρούμε μία πολύ μεγάλη αύξηση της χρήσης της εργαστηριακής υποδομής του Κ.Υ., κατά τη διάρκεια των ετών 2001 ως 2005, πιθανώς σε συνάρτηση με τον αριθμό του υπηρετούντος προσωπικού.

### 6.11.Κλίνες βραχείας νοσηλείας

Το κέντρο υγείας Μήλου διαθέτει 7 κλίνες βραχείας νοσηλείας, που κατανέμονται σε 3 θαλάμους. Κάθε ένας από τους θαλάμους διαθέτει φιάλες και συμπυκνωτές οξυγόνου, όπως και συστήματα κλιματισμού .

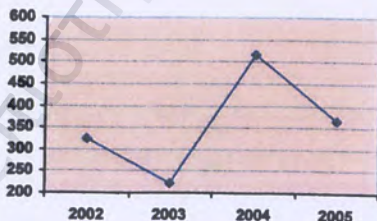
Πρέπει εδώ να τονιστεί για μία ακόμη φορά η σημασία των κλινών βραχείας νοσηλείας για την κοινωνία της Μήλου. Κατά τη γνώμη του Δημάρχου του νησιού, η εντατικότερη χρήση των κλινών κατά τα τελευταία έτη έχει προσφέρει πολλά στο νησί , καθώς έχει μειωθεί το ρεύμα των αρρώστων που διακομίζονται στην Αθήνα, με προφανή οικονομικά και κοινωνικά οφέλη.

Η χρήση των κλινών βραχείας νοσηλείας αποτυπώνεται στα ακόλουθα :

Α)Αριθμός εισαγωγών ανά έτος μεταξύ των ετών 2002 και 2005.

Έτος	Αριθμός εισαγωγών
2002	326
2003	221
2004	518
2005	366

Διαγραμματικά:



Β) Αριθμός εισαγωγών ανά μήνα το τελευταίο έτος (2005).

Μήνας	Αριθμός εισαγωγών
Ιανουάριος	17
Φλεβάρης	12
Μάρτης	24
Απρίλης	27
Μάης	32
Ιούνιος	42
Ιούλιος	40
Αύγουστος	54
Σεπτέμβριος	37
Οκτώβριος	27
Νοέμβριος	28
Δεκέμβριος	26
Σύνολο	366

Γ) Διάφοροι δείκτες

Δείκτης	2003	2004	2005
Αριθμός εισαγωγών	221	518	366
Αριθμός ημερών νοσηλείας	527	949	754
Ποσοστό κάλυψης	20,7%	37,14%	29,5%



Μέση διάρκεια νοσηλείας	2,34 ημέρες	1,83 ημέρες	2,06 ημέρες
Ρυθμός εισροής ασθενών	32,38 ασθενείς ανά κλίνη ανά έτος	74,07 ασθενείς ανά κλίνη ανά έτος	52,26 ασθενείς ανά κλίνη ανά έτος
Διάστημα εναλλαγής	8,93 ημέρες	3,09 ημέρες	4,92 ημέρες

### Σημείωση

$$1) \text{ποσοστό κάλυψης} = \frac{\text{σύνολο ημερών νοσηλείας έτους} * 100\%}{\text{αριθμός κλινών έτους} * 365}$$

$$2) \text{μέση διάρκεια νοσηλείας} = \frac{\text{σύνολο ημερών νοσηλείας έτους}}{\text{αριθμός εισαγωγών έτους}}$$

$$3) \text{ρυθμός εισροής ασθενών} = \frac{365 * \text{ποσοστό κάλυψης}}{100 * \text{μέση διάρκεια νοσηλείας}}$$

$$4) \text{διάστημα εναλλαγής} = \frac{365}{\text{ρυθμός εισροής ασθενών}} \text{ _ μέση διάρκεια νοσηλείας}$$

Ο ρυθμός εισροής ασθενών μετράει το ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιούνται τα κρεβάτια σε μία χρονική περίοδο. Εκφράζεται σε αριθμό ασθενών ανά κρεβάτι και ανά μονάδα χρόνου. Μετράει την έκταση της αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής. Το διάστημα εναλλαγής μετράει το ρυθμό εναλλαγής των ασθενών ή το μέσο αριθμό ημερών που μένει κενή μία κλίνη. Εκφράζεται σε αριθμό ημερών.

Συμπερασματικά, οι δείκτες αυτοί δείχνουν ότι η έκταση χρησιμοποίησης των κλινών βραχείας νοσηλείας κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα. Φερ' ειπείν, για το έτος 2005, το ποσοστό κάλυψης είναι 29,5% . Το τελευταίο, σε απλά λόγια, σημαίνει πως από τις συνολικά  $7*365 = 2555$  ημέρες νοσηλείας που μπορεί να προσφέρει το Κ.Υ.Μ., στην πραγματικότητα προσφέρει μόνο 754. Ενδιαφέρον έχει να συγκρίνουμε τους δείκτες αυτούς με τους αντίστοιχους μεγάλου νοσοκομείου των Αθηνών . Θα παρατηρήσουμε ότι το Κ.Υ.Μ. παρουσιάζει μικρότερο ποσοστό κάλυψης, μικρότερη διάρκεια νοσηλείας, μεγαλύτερο διάστημα εναλλαγής, ενώ ο ρυθμός εισροής κυμαίνεται σε στο ίδιο περίπου επίπεδο. Συγκεκριμένα, οι τιμές του εν λόγω νοσοκομείου ( Θριάσιο ) είναι για το 2001 : ποσοστό κάλυψης 88%, ρυθμός εισροής 49 ασθενείς ανά κλίνη και ανά έτος, διάστημα εναλλαγής 0,9 ημέρες, μέση διάρκεια νοσηλείας 6,6 ημέρες . Φυσικά, οι διαφορές αυτές είναι αναμενόμενες και αντανακλούν την διαφορετική αποστολή των δύο αυτών δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως και το διαφορετικό μέγεθος των πληθυσμών ευθύνης (4.736 έναντι 210.576) . Το κέντρο υγείας Μήλου, σύμφωνα με το νόμο 1389/83 , υποχρεούται να παράσχει μόνο υπηρεσίες βραχείας νοσηλείας, μέχρι τη διακομιδή του ασθενούς σε κέντρο δευτεροβάθμιας περίθαλψης (όπως το Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο εν προκειμένω).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης η μελέτη της έκτασης της χρησιμοποίησης των κλινών βραχείας νοσηλείας κατά τους θερινούς μήνες, οπότε αυξάνεται ο πληθυσμός ευθύνης και ο αριθμός των εισαγωγών. Ας δούμε ξανά τους δείκτες για τους μήνες Ιούνιο, Ιούλιο, Αύγουστο, Σεπτέμβριο του 2005 :

Παράμετρος	Ετήσιος Μέσος Όρος (2005-2011)	2005 (2005-2011)
Αριθμός εισαγωγών	173	366
Αριθμός ημερών νοσηλείας	325	754
Ποσοστό κάλυψης	38,05%	29,5%
Μέση διάρκεια νοσηλείας	1,87 ημέρες	2,06 ημέρες
Ρυθμός εισροής ασθενών	24,82 ασθενείς ανά κλίνη στο εν λόγω διάστημα ή 6,2 ασθενείς ανά κλίνη ανά μήνα	52,26 ασθενείς ανά κλίνη ανά έτος ή 4,35 ασθενείς ανά κλίνη ανά μήνα
Διάστημα εναλλαγής	2,36 ημέρες	4,92 ημέρες

Παρατηρούμε πως τους θερινούς μήνες αυξάνεται σημαντικά το ποσοστό κάλυψης ( κατά 28,98% σε σχέση με το μέσο επίπεδο κάλυψης για το έτος 2005 ), αλλά εξακολουθεί να παραμένει σε μέτρια επίπεδα. Η μέση διάρκεια νοσηλείας παραμένει σταθερή, ενώ αυξάνεται ο ρυθμός εισροής ασθενών (κατά 42,52% σε σχέση με το μέσο επίπεδο) . Το διάστημα εναλλαγής μειώνεται κατά 47,96%.

#### 6.12. Διακομιδές

Μεταξύ των υποχρεώσεων ενός κέντρου υγείας συγκαταλέγεται η διακομιδή ασθενών σε κέντρο δευτεροβάθμιας περίθαλψης, όταν το περιστατικό χρήζει νοσηλείας. Οι διακομιδές αποτελούν μέρος της λειτουργίας του κέντρου υγείας Μήλου, αφού, σύμφωνα με το νόμο 1389/83, έχει το δικαίωμα παροχής βραχείας μόνο νοσηλείας.

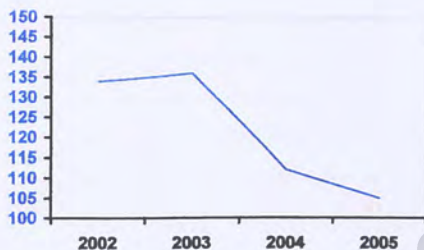
Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθούμε στο κόστος των διακομιδών αυτών, τόσο για την τοπική κοινωνία, όσο και για την εθνική οικονομία. Από στοιχεία του

Ι.Κ.Α. Μήλου για παράδειγμα, προκύπτει ότι το κόστος των αεροδιακομιδών για το έτος 2000 που καλύφθηκαν οικονομικά από τον ασφαλιστικό οργανισμό ανήλθε στο ποσό των 220.000.000 δρχ. (για ένα σύνολο 41 αεροδιακομιδών). Άλλωστε, από μία συζήτηση με το Δήμαρχο του νησιού καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως ο περιορισμός του αριθμού των διακομιδών –παραπομπών στον απολύτως αναγκαίο αριθμό έχει ευεργετικές επιπτώσεις στην κοινωνία και στην οικονομία του νησιού.

Σε ότι αφορά στις συνθήκες κάτω από τις οποίες διενεργούνται οι διακομιδές, τα προβλήματα εντοπίζονται κυρίως στις αεροδιακομιδές με ελικόπτερο. Σύμφωνα με το διευθυντή του Κ.Υ.Μ., κ. Αποστολόπουλο, οι μετακινήσεις αυτές, μετά τις απανωτές καταστροφές των ελικοπτέρων του Ε.Κ.Α.Β., πραγματοποιούνται με στρατιωτικά ελικόπτερα, που δεν είναι κατάλληλα για το σκοπό αυτό. Οι διακομιδές επίσης γίνονται με την Ολυμπιακή Αεροπορία, όπως και με τα πλοία της γραμμής για Πειραιά. Από τα τελευταία, μόνο τα συμβατικά πλοία διαθέτουν κατάλληλο χώρο υποδοχής του αρρώστου και του συνοδευόντος ιατρού, σε αντίθεση με τα προσφάτως δρομολογημένα ταχεία σκάφη. Σπάνια, πραγματοποιούνται διακομιδές με ταχύπλοα του λιμενικού σώματος, με προορισμό κυρίως τη Σύρο. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως όλες οι διακομιδές γίνονται συνοδεία ιατρού.

Σύμφωνα με στοιχεία του κέντρου υγείας Μήλου, οι αριθμοί των διακομιδών κατά τα έτη 2002-2005 ήταν οι ακόλουθοι:

Έτος	Αριθμός διακομιδών
2002	134
2003	136
2004	112
2005	105



αριθμός διακομιδών ανά έτος (2002-2005)

Στο σημείο αυτό πρέπει να παρατηρήσουμε τη σημαντική μείωση του αριθμού των διακομιδών ανά έτος, από 134 το 2002, σε 105 το 2005 (ή σε ποσοστό 27,61%), ενώ ο συνολικός αριθμός των περιστατικών που εξυπηρετούσε το κέντρο υγείας στο ίδιο χρονικό διάστημα παρέμενε σταθερός, και ειδικότερα ο αριθμός των εκτάκτων περιστατικών παρουσίαζε αύξηση από 8.256 σε 10.247 ή 24,11%. Οι θετικές επιπτώσεις του γεγονότος αυτού φάνηκαν στην κοινωνία της Μήλου, όπως προαναφέραμε.

Χρήσιμο θα ήταν επίσης να εξετάσουμε τον αριθμό των διακομιδών ανά μήνα το τελευταίο έτος (2005). Αυτό φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα:

Μήνας	Αριθμός Διακομιδών
Ιανουάριος	1
Φεβρουάριος	2
Μάρτιος	6
Απρίλιος	8
Μάης	14
Ιούνιος	9

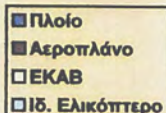
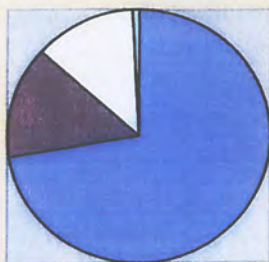
Ιούλιος	13
Αύγουστος	21
Σεπτέμβριος	9
Οκτώβριος	6
Νοέμβριος	10
Δεκέμβριος	6
Σύνολο	105

Φαίνεται πάλι μία πολύ μεγάλη αύξηση της συχνότητας των διακομιδών κατά τους θερινούς μήνες, όπως άλλωστε συμβαίνει και με τα έκτακτα και τα τακτικά περιστατικά, και οφείλεται στην αύξηση του πληθυσμού του νησιού κατά τους θερινούς μήνες.

Σε ότι αφορά στον προορισμό των διακομιδών, αυτός είναι σχεδόν αποκλειστικά η Αθήνα. Συγκεκριμένα, από τις συνολικά 487 διακομιδές που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια των ετών 2002-2005, 7 είχαν ως προορισμό τη Σύρο ( 1,4% ), 5 νοσοκομεία της Κρήτης ( Αγ. Νικόλαος και Ηράκλειο – ποσοστό 1% ) και οι υπόλοιπες (ποσοστό 97,6%) νοσοκομεία της Αθήνας.

Αναφορικά δε με το μέσο διακομιδής, και βάσει των δεδομένων του έτους 2005, προκύπτει η εξής εικόνα :

Μέσο διακομιδής	Αριθμός περιπτώσεων
Πλοίο	76 ,72,4%
Αεροπλάνο γραμμής	15 ,14,3%
ΕΚΑΒ	13 ,12,4%
Ιδ. ελικόπτερο	1 ,0,9%
Σύνολο	105



Τα μέσα διακομιδής και η συχνότητα χρήσης τους.

Σε ότι αφορά στα αίτια διακομιδής, σε μεγάλο ποσοστό πρόκειται για περιπτώσεις που χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης ( οξεία κοιλία , κατάγματα κ.α.) , ή για σοβαρά παθολογικά περιστατικά, όπως αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οξεία στεφανιαία σύνδρομο , αιμορραγίες πεπτικού κ.α. Όπως προκύπτει πάλι από στοιχεία του 2005, η εικόνα σχετικά με τις αιτίες διακομιδής έχει ως εξής.

Αιτία Διακομιδής	Συχνότητα	Ποσοστό
Κατάγματα	18	17.2%
Γενική χειρουργική	19	18,1%
ΑΕΕ	11	10,5%
Στεφανιαία συμβλήματα	11	10,5%
Αιμορραγία πεπτικού	7	6,5%
Λοιπά	39	37,2%
Σύνολο	105	100%

Οι διακομιδές μέσω ΕΚΑΒ έχουν μειωθεί σημαντικά κατά τη διάρκεια των ετών 2002-2005 . Συγκεκριμένα:

Έτος	Διακομιδές μέσω ΕΚΑΒ
2002	40
2003	16
2004	13
2005	13

Η σημασία του γεγονότος αυτού πρέπει να αξιολογηθεί σε συνάρτηση και με το κόστος των διακομιδών αυτών, που είναι, όπως προαναφέρθηκε, ιδιαίτερα υψηλό.

### 6.13.Προληπτική ιατρική

Οι δραστηριότητες προληπτικής ιατρικής του Κέντρου Υγείας Μήλου περιλαμβάνουν εμβολιασμό παιδιών και ατόμων υψηλού κινδύνου έναντι μεταδοτικών νοσημάτων, φθορίωση και έλεγχο στοματικής υγιεινής παιδιών σχολικής ηλικίας, τεστ κατά Παπανικολάου, ενημερωτικά προγράμματα και ομιλίες. Ειδικότερα, από τη μαία του κέντρου υγείας γίνονται διαλέξεις σε μαθητές γυμνασίου και λυκείου με αντικείμενο τον οικογενειακό προγραμματισμό, που περιλαμβάνει σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, αποτροπή μετάδοσης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, αποφυγή ανεπιθύμητων κήσεων κ.τ.λ. Από το πρόγραμμα παρακολούθησης της στοματικής υγείας και συστηματικής φθορίωσης των δοντιών παιδιών σχολικής ηλικίας προέκυψε μία σημαντική μείωση της συχνότητας εμφάνισης τερηδόνας μεταξύ των ετών 1999 και



2007 . Συγκεκριμένα, γίνεται έλεγχος της κατάστασης της στοματικής υγείας μαθητών δημοτικού, γυμνασίου, λυκείου και του ΤΕΕ, στη Μήλο και την Κίμωλο, σε ετήσια βάση, όπως και φθορίωση στο σχολείο παιδιών ηλικίας 7-14 ετών δις ετησίως. Επίσης πραγματοποιούνται συστηματικοί εμβολιασμοί, όπως και έλεγχος της κατάστασης εμβολιασμού παιδιών ηλικίας ως 18 ετών. Παράλληλα γίνεται καταγραφή των διαιτητικών συνηθειών των παιδιών σχολικής ηλικίας και δίνονται οδηγίες για τη σωστή διατροφή . Προσπάθειες γίνονται τέλος ώστε να υποβληθούν οι γυναίκες της Μήλου στις προβλεπόμενες μαστογραφίες, στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου για εμφάνιση καρκίνου μαστού.

Αναλυτικά, οι εμβολιασμοί που έγιναν από το κέντρο υγείας, κατά τη διάρκεια των ετών 2001-2005 , έχουν ως εξής:

Εμβολιασμοί	2001	2002	2003	2004	2005
sabin	122	180	193	164	119
Αντιτετανικός	24	58	68	75	77
Τριπλούν	140	183	202	146	113
MMR	80	350	147	141	83
Αντιγριπτικός	208	217	327	347	502
Ηπατίτιδας Β	62	158	225	175	137



#### 6.14.Επιδημιολογικές έρευνες

Ακολουθούν μερικές από τις επιδημιολογικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από το κέντρο υγείας Μήλου.

## Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

Α. Γεώργια, Χ. Λαδάκη, Σ. Χατζοπούλου, Μ. Βαλλά, Ε. Σταμούλη, Π. Ηλιόπουλος, Α. Σαριδάκη, Ν. Μουλκιώτης, Β. Μαύρος, Κ. Σούλης, Η. Αποστολόπουλος.

Κέντρο Υγείας Μήλου

Το μεταβολικό σύνδρομο είναι ένα παζλ μεταβολικών διαταραχών (παχυσαρκία κεντρικού τύπου, δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης) που οδηγούν αναπόφευκτα στην αθηρωμάτωση και την καρδιαγγειακή νόσο. Κοινός παθογενετικός παράγων των διαταραχών αυτών είναι η παρουσία αντίστασης των περιφερικών ιστών στη δράση της ινσουλίνης. Η συνύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη και μεταβολικού συνδρόμου διπλασιάζει τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου ενώ ο επιπολασμός του μεταβολικού συνδρόμου σε ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη φτάνει το 92%.

**Σκοπός:** Η συχνότητα του μεταβολικού συνδρόμου στις ανεπτυγμένες χώρες τείνει να πάρει διαστάσεις επιδημίας. Οι αποτελεσματικές ιατρικές παρεμβάσεις και η λήψη μέτρων πρόληψης προϋποθέτουν την καταγραφή του μεταβολικού συνδρόμου (ΜΣ) τόσο στο σύνολο όσο και σε ειδικές ομάδες πληθυσμών από τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγραφεί η συχνότητα του ΜΣ στον πληθυσμό ενήλικων διαβητικών ασθενών μιας νησιωτικής περιοχής.

**Υλικό και μέθοδος:** Εξετάστηκαν 186 ασθενείς με γνωστό σακχαρώδη διαβήτη, οι οποίοι επισκέφθηκαν το Κ.Υ Μήλου σε χρονικό διάστημα ενός έτους. Στους ασθενείς αυτούς καταγράφηκαν βασικά δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία από το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό τους, τα αποτελέσματα της πλήρους κλινικής εξέτασης, εργαστηριακά ευρήματα καθώς και η φαρμακευτική τους αγωγή. Σε όλους τους ασθενείς αναζητήθηκαν παράγοντες κινδύνου για την συνύπαρξη μεταβολικού συνδρόμου (κοιλιακή παχυσαρκία, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία). Η καταγραφή και η ανάλυση των στοιχείων έγινε στο Excel 2002

**Αποτελέσματα:** Για τη διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια του NCEP-ATP III (σάκχαρο νηστείας >110 mg%, τριγλυκερίδια >150mg%, ΑΠ >130/85 mmHg, HDL <40 (Α) ή <50 (Γ), περίμετρος μέσης >102 cm (Α) ή >88 cm (Γ)). Οι ασθενείς που πληρούν τουλάχιστον 3 από τα 5 κριτήρια θεωρείται ότι πάσχουν από ΜΣ. Βρέθηκε ότι σε ποσοστό 62,4% (58% άνδρες και 66,3% γυναίκες) πληρούν 3 από τα 5 κριτήρια για τη διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου, ενώ σε ποσοστό 33,9% (26,1% άνδρες και 40,8% γυναίκες) πληρούν 4 από τα 5 κριτήρια για τη διάγνωση του συνδρόμου.

**Συμπεράσματα:** Ο επιπολασμός του μεταβολικού συνδρόμου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη είναι ιδιαίτερα υψηλός γεγονός το οποίο προοιωνίζει μελλοντική αύξηση των καρδιαγγειακών επιπλοκών. Οι ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οφείλουν να οργανώσουν προγράμματα θεραπευτικών και προληπτικών παρεμβάσεων (απώλεια βάρους, άσκηση, φαρμακευτική αγωγή).

## Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΜΙΑ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Άννα Γεώργια, Κ. Σούλης, Μόρφω Βαλλά, Π.Ηλιόπουλος, Σοφία Χατζοπούλου, Χριστίνη Λαδάκη, Ν. Μουλκίωτης, Αγγελική-Μαρία Σαριδάκη, Β. Μαύρος, Η. Αποστολόπουλος.  
Κέντρο Υγείας Μήλου, Μήλος.

Σκοπός: η μελέτη της κατάστασης των διαβητικών ασθενών σε μια νησιωτική περιοχή από την σκοπιά της παρακολούθησης, του ελέγχου και της πρόληψης των επιπλοκών του σακχάρου.

Υλικό και μέθοδος: εξετάστηκαν 185 ασθενείς (87 άνδρες και 98 γυναίκες) με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, οι οποίοι επισκέφθηκαν το Κ.Υ Μήλου σε χρονικό διάστημα ενός έτους. Σε όλους τους ασθενείς έγινε λήψη ιστορικού (ατομικού και οικογενειακού), πλήρης κλινική εξέταση, αναζητήθηκαν στοιχεία για την ύπαρξη μακρο- και μικρο- αγγειοπάθειας και καταγράφηκαν παράγοντες κινδύνου για την συνύπαρξη μεταβολικού συνδρόμου (κοιλιακή παχυσαρκία, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία). Η καταγραφή και η ανάλυση των στοιχείων έγινε στο EXCELL 2002.

Αποτελέσματα: όλοι οι ασθενείς παρακολουθούνταν σποραδικά από διαβητολόγους μεγάλων αστικών κέντρων. 26 ασθενείς ήταν ινσουλινοθεραπευόμενοι, 4 ακολουθούσαν δίαιτα ενώ οι υπόλοιποι ελάμβαναν αντιδιαβητικά δισκία. Παρόλο που 96 από τους ασθενείς πληρούσαν τουλάχιστον 3 από τα κριτήρια του NCEP-ATP III για τη διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου δεν ελάμβαναν φάρμακα κατά της αντίστασης στην ινσουλίνη. Μόνο 13 από τους ασθενείς είχαν υποβληθεί σε βυθοσκόπηση, 5 είχαν εξεταστεί για αλβουμίνη ούρων 24ωρου, 20 έκαναν ενίοτε γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς έκαναν σποραδικά αυτοέλεγχο με μετρήσεις στο σπίτι, κυρίως πρωινά σάκχαρα. Σε 3 ασθενείς διαπιστώθηκαν διαβητικά έλκη στα κάτω άκρα, 33 από αυτούς παρουσίαζαν παθολογικές δοκιμασίες ελέγχου νευροπάθειας, 18 είχαν διαλείπουσα χωλότητα, 29 στεφανιαία νόσο και 8 προηγούμενο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Σχεδόν όλοι οι ινσουλινοθεραπευόμενοι ασθενείς δεν γνώριζαν βασικές αρχές για το «πώς», το «που», το «πότε» και το «γιατί» της χορήγησης ινσουλίνης.

Συμπέρασμα: ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί πραγματική μάστιγα της εποχής μας. Η παρακολούθηση, ο έλεγχος και η πρόληψη των επιπλοκών του απαιτούν συνεχή επαγρύπνηση και στενή σχέση γιατρού – ασθενή.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ  
Κ.Σούλης(1), Άννα Γεώργια(2), Ν. Μουλκιάωτης(3), Π. Ηλιόπουλος(3), Β. Μαύρος(3),  
Αγγελικη-Μαρία Σαριδάκη(3), Χριστίνη Λάδακη(3), Σοφία Χατζοπούλου(3)

(1)Επιμελητής Α΄, Παιδίατρος, (2)Επιμελήτρια Α΄, Γενική Οικογενειακή Ιατρός,  
Αγροτικός Ιατρός  
Κέντρο Υγείας Μήλου, Μήλος.

**Σκοπός της μελέτης:** Η μελέτη της επίδρασης παραγόντων στην απόφαση της μητέρας για το αν θα θηλάσει ή όχι το παιδί της.

**Υλικό και μέθοδος:** Τριάντα δύο νέες μητέρες και τα νεογνά τους τα οποία γεννήθηκαν από τον Ιούνιο 2005 έως τον Ιούλιο 2006 και παρακολουθούνται αποκλειστικά από το Παιδιατρικό Ιατρείο του Κέντρου Υγείας Μήλου παρακολουθήθηκαν σχετικά με το αν συνέχιζαν να θηλάζουν μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο. Κατά την πρώτη επίσκεψη συμπληρώθηκε τυποποιημένο ερωτηματολόγιο.

**Αποτελέσματα:** Οι μητέρες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό θήλασαν σε διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή. Οι μη εργαζόμενες μητέρες θήλασαν σε διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με τις εργαζόμενες μητέρες. Οι αλλοδαπές μητέρες θήλασαν σε ποσοστό 20% μεγαλύτερο σε σχέση με τις Ελληνίδες μητέρες. . Οι καπνίστριες μητέρες θήλασαν σε ποσοστό 15% μικρότερο σε σχέση με τις μη καπνίστριες μητέρες.

**Συμπεράσματα:** Οι μητέρες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό, οι μη εργαζόμενες μητέρες, οι αλλοδαπές μητέρες και οι μη καπνίστριες μητέρες θηλάζουν σε σαφώς υψηλότερα ποσοστά τα παιδιά τους.

## ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΧΡΟΝΟ ΤΟΥΣ.

Κ.Σούλης(1), Άννα Γεώργια(2), Π. Ηλιόπουλος(3), Αγγελική Σαριδάκη(3), Ν.Μουλκιώτης(3)

(1)Επιμελήτης Α΄, Παιδίατρος, (2)Επιμελήτρια Α΄, Γενική Οικογενειακή Ιατρός, (3) Αγροτικός Ιατρός  
Κέντρο Υγείας Μήλου, Μήλος.

**Σκοπός της μελέτης:** Να καταγραφούν οι δραστηριότητες των παιδιών ηλικίας 3 εως 6 ετών στον ελεύθερο χρόνο τους.

**Υλικό και μέθοδος:** Μελετήθηκε η κατανομή του ελεύθερου χρόνου σε 60 παιδιά ηλικίας 3 εως 6 ετών, με την βοήθεια ερωτηματολογίου το οποίο συμπλήρωσαν οι γονείς τους. Τα παιδιά αυτά παρακολουθούνται αποκλειστικά από το Παιδιατρικό Ιατρείο του Κέντρου Υγείας Μήλου.

**Αποτελέσματα:** Από τα συνολικά 60 παιδιά της μελέτης, τα 48 παρακολουθούν καθημερινά τηλεόραση, τα 5 τρεις εως τέσσερις φορές την εβδομάδα, τα 4 δύο εως τρεις φορές την εβδομάδα, και μόνο τα 3 δεν βλέπουν καθόλου τηλεόραση. Από τα συνολικά 57 παιδιά τα οποία παρακολουθούν τηλεόραση, τα 15 παρακολουθούν περισσότερο από τρεις ώρες την ημέρα, τα 27 παρακολουθούν δύο εως τρεις ώρες την ημέρα, και τα 15 παρακολουθούν περίπου μία ώρα την ημέρα. Από τα συνολικά 60 παιδιά της μελέτης, τα 21 αναφέρουν πως δεν παίζουν σχεδόν καθόλου εκτός σπιτιού, τα 19 παίζουν περίπου μία ώρα την ημέρα εκτός σπιτιού, τα 17 παίζουν περίπου δύο ώρες την ημέρα εκτός σπιτιού, και μόνο τα 3 παίζουν πάνω από τρεις ώρες την ημέρα εκτός σπιτιού.

**Συμπεράσματα:** Ο χρόνος φυσικής δραστηριότητας των παιδιών προσχολικής ηλικίας, παρά την απουσία σχολικών υποχρεώσεων σε αυτή την περίοδο της ζωής, είναι πολύ περιορισμένος. Αντιθέτως ο χρόνος που καταναλώνουν στην παρακολούθηση τηλεόρασης είναι πολύ αυξημένος. Οι παιδίατροι και οι οικογενειακοί ιατροί πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ενημέρωση της οικογένειας και να τονίζουν την ψυχοσωματική ευεργετική δράση της φυσικής δραστηριότητας.

# ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕ ΜΑΝΤΟΥΧ ΚΑΙ Α/Α ΘΩΡΑΚΟΣ ΣΕ ΟΜΑΔΑ ΛΑΘΡΟΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

Π. Μουρίκης, Α. Γεώργια, Η. Αποστολόπουλος

Κ.Υ. Μήλου

## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

♦ 166 λαθρομετανάστες από την Αίγυπτο οι οποίοι διεσώθησαν από ναυάγιο κοντά στο νησί της Μήλου, όπου και μεταφέρθηκαν. Όλοι άρρενες, με ηλικίες 13-42 ετών. Στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου (παραμονή 3 μηνών) έγινε σε όλους Μαντουχ. Θεωρήθηκε θετική η σκληρία άνω των 10 γιλ. και αυτοί υπεβλήθησαν σε α/α θώρακος F.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

♦ 61 άτομα βρέθηκαν θετικά (36,7%). Αυτοί υπεβλήθησαν σε α/α θώρακος F. Κανείς δεν βρέθηκε με στοιχεία ενεργού ή παλαιάς νόσου. Κανείς δεν είχε πραγματοποιήσει εμβολιασμό με BCG στη χώρα του. Κατά τη διάρκεια της τρίμηνης παραμονής τους στο νησί παρακολουθούνταν για την εμφάνιση ανθεκτικής ή υποτροπιάζουσας λοίμωξης του αναπνευστικού.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

♦ Η διάμετρος της σκληρίας ήταν 10-15 γιλ στη μεγάλη πλειοψηφία (46 άτομα, 75,4%) 16-20 γιλ. σε 13 άτομα (21,3%) ενώ 2 άτομα (3,3%) είχαν 21-28 γιλ. Όσον αφορά την ηλικία, 51 άτομα 18-35 ετών ήταν θετικά (83,6%), 3 έως 17 ετών (4,9%) και 7 άνω των 35 (11,5%).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

♦ Γίνεται φανερό ακόμα μία φορά ότι άτομα προερχόμενα από χώρες με υψηλό δείκτη διαμόλυνσης αποτελούν το reservoir του b. Koch για τις χώρες υποδοχής καθώς μάλιστα οι περισσότεροι όντας νεαροί ενήλικες εμπλέκονται ενεργά στους διάφορους παραγωγικούς τομείς με αβέβαιο ασφαλιστικό status, συχνά δε διαμένουν σε συνθήκες συγχρωτισμού. Οι Μονάδες Υγείας της κάθε περιοχής πρέπει σε κάθε ευκαιρία να ελέγχουν αυτές τις ομάδες υψηλού κινδύνου.

### 6.15. Τηλεϊατρική

Στο Κέντρο Υγείας Μήλου υπάρχουν δυνατότητες τηλεϊατρικής. Υφίσταται διασύνδεση με το Σισμανόγλειο Νοσοκομείο και μπορούν να αποσταλούν στοιχεία όπως μία ακτινογραφία ή ένα καρδιογράφημα. Το σύστημα όμως αυτό δεν έχει λειτουργήσει εδώ και 3 χρόνια. Σύμφωνα με τους ιατρούς του Κέντρου Υγείας η τηλεϊατρική, με την παρούσα μορφή, δεν μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά και ουσιαστικά στο έργο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Μήλο. Το σύστημα χαρακτηρίζεται ως ανεπαρκές και αργό με αποτέλεσμα να μην μπορεί να προσφέρει στο επείγον περιστατικό.



## 6.16.Συμπεράσματα

Από όσα αναφέρθηκαν μέχρι τώρα για το Κέντρο Υγείας Μήλου αυτό που προκαλεί τη μεγαλύτερη εντύπωση είναι τα οικονομικά προβλήματα όπως και τα προβλήματα στελέχωσης που αντιμετώπιζε και εξακολουθεί να αντιμετωπίζει. Ελλείψεις σε ιατρικό και λοιπό προσωπικό και προβλήματα χρηματοδότησης, που, κατά καιρούς, θέτουν σε κίνδυνο τη λειτουργία του Κ .Υ . Μ . σε 24ωρη βάση . Στα προβλήματα αυτά αντιπαραβάλλεται το αίσθημα ευθύνης του υπηρετούντος προσωπικού, η αμέριστη συμπαράσταση του Δήμου Μήλου, τοπικών φορέων και κατοίκων.

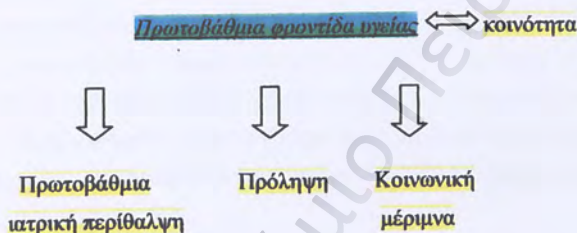
Η κτιριακή και υλικοτεχνική υποδομή, όπως και ο εργαστηριακός εξοπλισμός κρίνονται ως ικανοποιητικοί για τις ανάγκες λειτουργίας του Κ .Υ . με τη σημερινή μορφή του . Προβλήματα ενδέχεται να προκύψουν σε περίπτωση πρόσληψης νέων ιατρών, οπότε θα χρειαστούν νέοι χώροι και εξοπλισμός .

Το έργο του Κ .Υ .Μ. στο χώρο της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης είναι πολύ σημαντικό και έχει προσφέρει πολλά στην κοινωνία της Μήλου. Σημαντικό έργο πραγματοποιείται επίσης στον χώρο της πρόληψης και της επιδημιολογικής έρευνας . Στον τομέα της πρόληψης και ιδιαίτερα στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας, το Κ .Υ. Μήλου συνεπικουρείται από άλλες δομές που δραστηριοποιούνται στο νησί και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους , όπως θα δούμε στο επόμενο τμήμα της εργασίας αυτής .

## 7.ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΟΧΕΙΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΗΛΟ

Θα ήταν παράλειψη αν, προσπαθώντας να σκιαγραφήσουμε τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Μήλο, δεν αναφερόμασταν και σε άλλους παροχείς υγείας, που, παράλληλα με το κέντρο υγείας, προσφέρουν στους κατοίκους του νησιού και συνεισφέρουν στο πλέγμα των υπηρεσιών οι οποίες, όπως περιγράφηκε στο πρώτο τμήμα της εργασίας αυτής, συνδιαμορφώνουν αυτό που αποκαλείται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Θυμίζουμε :



Οι άλλοι αυτοί παροχείς υπηρεσιών υγείας είναι:

### **7.1.Φαρμακεία και άλλοι ιατροί στη Μήλο**

Στο νησί υπάρχει ένας ιδιώτης ιατρός , γενικής ιατρικής , κάτοικος Μήλου.

Εργάζονται 4 οδοντίατροι, ένας στο Κ.Υ.Μ., ένας στο Ι.Κ.Α Μήλου, και 2 ιδιώτες.

Στο νησί λειτουργούν τρία φαρμακεία

Τη Μήλο επισκέπτεται ανά μήνα και για λίγες κάθε φορά ημέρες ιατρός εργασίας, για λογαριασμό της εταιρείας Αργυρομεταλλευμάτων και Βαρυτίνης, αντικείμενο του οποίου είναι η κατάσταση της υγείας των εργαζομένων σε αυτήν.

Το νησί επισκέπτεται επίσης ανά 2 εβδομάδες οφθαλμίατρος, σε τακτικά διαστήματα μαιευτήρας – γυναικολόγος, και, ανά μήνα, ένας καρδιολόγος.

Ως και το 2002, και ενώ το Κ.Υ.Μ. υπαγόταν στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», το νησί επισκέπτονταν, σε τακτά διαστήματα, ιατροί του «Ευαγγελισμού».

Κλιμάκιο ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων από το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου επισκέπτονται το νησί, μία φορά το χρόνο, συνήθως προς το τέλος του καλοκαιριού. Η παρουσία τους είναι σημαντική, αλλά η απουσία συνέχειας από το έργο τους και η σπανιότητα των επισκέψεών τους μεταθέτει το βάρος πάλι στους μονίμους ιατρούς του Κ.Υ.Μ.

## 7.2.Μονάδα υγείας Ι.Κ.Α.

Εξυπηρετεί τους ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α. και επανδρώνεται από έναν ανειδίκευτο ιατρό, έναν οδοντίατρο και μία παρασκευάστρια. Για την οικονομική συνεισφορά του Ι.Κ.Α. Μήλου στις μετακινήσεις των Μηλών για λόγους υγείας, όπως και για τις προσπάθειες της διεύθυνσης της μονάδας για αύξηση του υπηρετούντος προσωπικού έχει ήδη γίνει λόγος.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σταθούμε σε ένα έγγραφο του Ι.Κ.Α. Μήλου που αφορά στις μετακινήσεις ασφαλισμένων του προς ιατρούς ειδικοτήτων των Αθηνών . Το έγγραφο αυτό συνετάχθη σε μία προσπάθεια του υποκαταστήματος να φανεί το μέγεθος της οικονομικής αιμορραγίας του ( το ΙΚΑ Μήλου υποχρεούται να καλύπτει τα έξοδα μετακίνησης των ασφαλισμένων και να τους αποζημιώνει για την απουσία από την εργασία τους ), αλλά και οι ανάγκες του νησιού - και του υποκαταστήματος - σε ιατρούς ειδικοτήτων. Από το έγγραφο αυτό (Α.Π. 98 , 11/1/05), προκύπτουν τα εξής :

Ειδικότητα	Αριθμός μετακινήσεων
Οφθαλμίατρος	354
Ορθοπαιδικός	326
Ενδοκρινολόγος	184
Καρδιολόγος	100
Ουρολόγος	98
ΩΡΛ	92
Χειρουργός	86
Γυναικολόγος	83
Δερματολόγος	82
Νευρολόγος	65

Ορθοδοντικός	65
Ογκολόγος	36
Γαστρεντερολόγος	33
Οδοντοπροσθετική	31
Πνευμονολόγος	28
Διαβητολόγος	19
Αλλεργιολόγος	17
Ρευματολόγος	14
Αιματολόγος	14
Παιδίατρος	13
Αγγειολόγος	11
Γναθοχειρουργός	11
Αγγειοχειρουργός	11
Μικροβιολόγος	9

Υπενθυμίζουμε ότι το ΙΚΑ Μήλου καλύπτει το 80% του ναύλου 2ης θέσης και αποζημιώνει τον ασφαλισμένο με 18 ευρώ για κάθε μέρα απουσίας από την εργασία του. Τα ως άνω αναφερόμενα στοιχεία αφορούν στο έτος 2004.

### 7.3.Ιατρείο Βαρυντίνης

Η εταιρεία Αργυρομεταλλευμάτων και Βαρυντίνης έχει εξοπλίσει όλες τις θέσεις στις οποίες εκτελούνται εργασίες στο νησί με φαρμακεία –σταθμούς πρώτων βοηθειών. Ο μεγαλύτερος σταθμός βρίσκεται στη θέση Βούδια, κοντά στα Πολλώνια. Η συγκεκριμένη θέση επανδρώνεται σε μόνιμη βάση από μια νοσηλεύτρια και την επισκέπτεται ανά μήνα ιατρός εργασίας, που παρακολουθεί την κατάσταση της υγείας των εργαζομένων. Είναι εξοπλισμένη με έναν ηλεκτροκαρδιογράφο, ένα ακούμετρο, ένα σπιρόμετρο και διαθέτει όλα όσα χρειάζονται για την αντιμετώπιση εργατικού ατυχήματος. Στο χώρο της μονάδας σταθμεύει πάντα πλήρως εξοπλισμένο ασθενοφόρο για την άμεση διακομιδή τραυματιών στο κέντρο υγείας. Το προσωπικό που εξυπηρετεί η μονάδα αυτή ανέρχεται σε 260 περίπου εργαζομένους.

Υγειονομικοί υποσταθμοί βρίσκονται στην Κάναβα, στο Αμπουρδεχτάκι και στο Τσιγκράδο, ενώ μικρότεροι σταθμοί υπάρχουν σε κάθε σημείο όπου δραστηριοποιείται η εταιρεία.

### 7.4.Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» λειτουργεί από το 2006 και περιλαμβάνει στις τάξεις του μία κοινωνική λειτουργό, μία νοσηλεύτρια και μία βοηθό. Στους σκοπούς του συγκαταλέγονται :

- Α)κατ'οίκον βοήθεια ατόμων μη δυνάμενων να αυτοεξυπηρετηθούν
- Β)κατ'οίκον παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
- Γ)κοινωνικό έργο

Από τον ετήσιο απολογισμό της λειτουργίας του προγράμματος προκύπτουν τα κάτωθι.

### Α) Κοινωνική εργασία

ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ
Διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη αναγκών κοινωνικής φροντίδας ηλικιωμένων	77
Αξιολόγηση και ιεράρχηση αναγκών ηλικιωμένων	77
Προγραμματισμός τακτικών επισκέψεων	46
Υποστηρικτική κοινωνική εργασία	32
Συμβουλευτική οικογένειας	14
Παραπομπή σε κινητή μονάδα ψυχικής υγείας	9
Συνοδεία στο κέντρο υγείας	8
Δημιουργία κοινωνικού ιστορικού-καρτέλας	77

### Β) νοσηλευτική φροντίδα

ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ
Μέτρηση αρτηριακής πίεσης	23
Μέτρηση τριγλυκεριδίων	7

Μέτρηση χοληστερίνης	7
Μέτρηση σακχάρου	15
Κατ'οίκον αιμοληψίες	25
Συνταγογράφηση-Αγορά φαρμάκων	8
Ατομική υγιεινή- φροντίδα κατακλίσεων	5
Ενεσοθεραπεία	8
Εμβολιασμός (αντιγριππικός)	13
Συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό του κέντρου υγείας	12
Εκπαίδευση οικογένειας(στη φροντίδα ασθενών)	9
Δημιουργία νοσηλευτικών ιστορικών	77

### Γ)οικογενειακή βοήθεια

ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ
Καθαριότητα χώρου	11
Μαγείρεμα	3
Βοήθεια στην ατομική υγιεινή	3
Αγορά τροφίμων -απορρυπαντικών	8

Το έργο της δράσης «Βοήθεια στο σπίτι» επιτελείται σε συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία του Δήμου Μήλου, το κέντρο υγείας Μήλου και την κινητή μονάδα ψυχικής υγείας.



Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας πρέπει να σημειωθεί ότι το εν λόγω πρόγραμμα περιλαμβάνει δραστηριότητες που εντάσσονται και στις τρεις δράσεις που ορίζουν την έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

#### **7.5. Κοινωνική υπηρεσία Δήμου Μήλου**

Η κοινωνική υπηρεσία του Δήμου Μήλου συμπαρίσταται σε όσους χρειάζονται κοινωνική στήριξη, οργανώνει κοινωνικές εκδηλώσεις, επιβλέπει προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, και αξιοποιεί χρηματοδοτήσεις για κοινωνικές παροχές.

#### **7.6. Κινητή μονάδα ψυχικής υγείας Δυτικών Κυκλάδων.**

Πολύ μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η δραστηριότητα της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας Δυτικών Κυκλάδων . Από το τριμηνιαίο περιοδικό «Ψδιαδρομές» της εταιρείας περιφερειακής ανάπτυξης και ψυχικής υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.), τεύχος 7 (Ιούλιος –Αύγουστος –Σεπτέμβριος 2006), διαβάζουμε τα κατωτέρω.

«Η εταιρεία περιφερειακής ανάπτυξης και ψυχικής υγείας έχει την ευθύνη λειτουργίας δύο κινητών μονάδων στις Κυκλάδες (συνολικός εκτιμώμενος πραγματικός πληθυσμός τομέα ευθύνης 87.000). Η έναρξη λειτουργίας της ΚΜΨΥ ΒΑ Κυκλάδων (Σύρος, Άνδρος, Μύκονος, Τήνος, Πάρος, Αντίπαρος-εκτιμώμενος πραγματικός πληθυσμός 70.000-75.000) έγινε τον Ιούνιο του 2003 και της ΚΜΨΥ Δ Κυκλάδων (Μήλος, Κίμωλος, Σίφνος, Σέριφος, Κύθνος, Κέα –εκτιμώμενος πραγματικός πληθυσμός 12.000) τον Ιανουάριο του 2004. Η χρηματοδότηση για τη λειτουργία των ΚΜΨΥ προήλθε για τους πρώτους 12 μήνες από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο κατά 75% και από το υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης κατά 25%, ενώ μετά το πρώτο έτος, η χρηματοδότηση προέρχεται αποκλειστικά από το υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

### Τρόπος λειτουργίας

Σε κάθε ένα από τα νησιά που προαναφέρθηκαν μεταβαίνει κάθε εβδομάδα ή ανά 15 μέρες (ανάλογα με τις ανάγκες) κλιμάκιο αποτελούμενο από ψυχίατρο, παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο και κοινωνική λειτουργό (οι ειδικότητες επιλέγονται ανάλογα με τις ανάγκες και τους διαθέσιμους πόρους) . Οι συνεδρίες γίνονται στην έδρα των ΚΜΨΥ στη Σύρο και στη Μήλο και στα υπόλοιπα νησιά πραγματοποιούνται σε χώρους που παραχωρούνται από τα κέντρα υγείας και τα νηπιαγωγεία (για παιδοψυχιατρικά περιστατικά). Συχνά γίνονται επισκέψεις κατ' οίκον από τους ειδικούς , σε περιπτώσεις όπου υπάρχει σημαντική δυσκολία μετακίνησης των ασθενών .

### Τομείς δραστηριότητας

Α) η παροχή υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχικής υγείας ή /και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων σε παιδιά , εφήβους και ενήλικες, σε συνεργασία με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (με εξαίρεση περιστατικά που σχετίζονται με χρήση ουσιών και παραπέμπονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ).

Β)η εκτίμηση και η καταγραφή των ψυχιατρικών αναγκών στον τομέα ευθύνης.

Γ)η αγωγή και η προαγωγή ψυχικής υγείας μέσα από προγράμματα ενημέρωσης, πρόληψης, εκπαίδευσης σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού (π.χ. μαθητές, γονείς, ηλικιωμένοι, επαγγελματίες υγείας, εκπαιδευτικοί, ιερείς κ.λ.π.)

Δ)η διασύνδεση τόσο με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όσο και με τους κοινωνικούς φορείς στην κοινότητα.

Ε)η κινητοποίηση των τοπικών αρχών για τη στήριξη των δράσεων της κινητής μονάδας και ευρύτερα δράσεων προαγωγής ψυχικής υγείας και η απαρτίωση τους στην κοινωνική πολιτική του δήμου και της κοινότητας κάθε νησιού.

### Δράσεις σε κλινικό /θεραπευτικό επίπεδο

Το σύνολο των περιστατικών που έχουν παρακολουθηθεί από την έναρξη λειτουργίας των ΚΜΨΥ (συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που παρακολουθούνται ως σήμερα) καταγράφεται στον ακόλουθο πίνακα.

Χρονιάς περιστατικών	ΚΜΨΥ ΠΑ Επιπέδου	ΚΜΨΥ-Σ Επιπέδου	Σύνολο
Ενήλικοι	1621	525	2146
Παιδιά-έφηβοι	380	177	557
Σύνολο	2001	702	2703

Πολλά από τα περιστατικά που εξυπηρετούνται δεν έχουν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας, λόγω της δυσκολίας μετακίνησης και της έλλειψης υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα νησιά, παρόλο που τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν κρίνονται σοβαρά και χρόνια σε αρκετές περιπτώσεις.

### Κοινοτικές δράσεις

Στόχος των δράσεων:

Α)αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας

Β)ενημέρωση για τη λειτουργία και το έργο της ΚΜΨΥ

Γ)η εκπαίδευση επαγγελματιών σε θέματα ψυχικής υγείας

Δ)η διασύνδεση με την ΠΦΥ, τους κοινωνικούς φορείς κάθε νησιού και την τοπική αυτοδιοίκηση

### Δράσεις για την εκπαίδευση επαγγελματιών στην κοινότητα

Ομάδες εκπαιδευτικών για ενημέρωση σε βασικά θέματα ψυχοπαθολογίας παιδιών και εφήβων, όπως και σε θέματα χειρισμού προβλημάτων συμπεριφοράς; ομιλίες σε γενικούς ιατρούς για θέματα χειρισμού ψυχιατρικών περιστατικών;

εκπαίδευση αστυνομικών σε θέματα χειρισμού δύσκολων περιστατικών σε περιπτώσεις εισαγγελικών εντολών; ομάδες ιερέων για ενημέρωση σε βασικά θέματα ψυχικής υγείας. Στις κοινοτικές δράσεις περιλαμβάνονται οι θεσμικές συναντήσεις που γίνονται τακτικά με άλλους φορείς (π.χ. βοήθεια στο σπίτι, Πρόνοια, κέντρο υγείας ) με στόχο την καλύτερη διασύνδεση και συνεργασία για αντιμετώπιση περιστατικών. Τέλος δημοσιεύονται ενημερωτικά άρθρα για θέματα ψυχικής υγείας στον τοπικό τύπο (περισσότερες από 100 δημοσιεύσεις από την έναρξη λειτουργίας των ΚΜΨΥ).

#### **Συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση –κινητοποίηση τοπικών πόρων**

Εξαιτίας περικοπών στη χρηματοδότηση από το υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, τους τελευταίους μήνες τέθηκε σοβαρό πρόβλημα που έθετε σε κίνδυνο την ομαλή λειτουργία των κλιμακίων των 2 κινητών μονάδων με σοβαρό αντίκτυπο κυρίως στο μεγάλο αριθμό εξυπηρετούμενων. Μετά από πολλές προσπάθειες των εργαζομένων στα κλιμάκια και γενικότερα των στελεχών της Ε.Π.Α.Ψ.Υ., μέσα από συστηματική ευαισθητοποίηση των τοπικών κοινωνιών και θεσμικές – πολιτικές παρεμβάσεις, οι τοπικοί φορείς στα περισσότερα νησιά ανέλαβαν την οικονομική στήριξη των Κλιμακίων με την κάλυψη κυρίως των δαπανών διαμονής και μετακίνησης . Η κίνηση αυτή ανέδειξε τη σημασία των υπηρεσιών που παρέχονται για τις τοπικές κοινότητες, την κατανόηση ότι η υγειονομική θωράκιση των νησιών αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής ανάπτυξης και την ήδη υπάρχουσα καλή διασύνδεση με την τοπική αυτοδιοίκηση και τους λοιπούς φορείς των νησιών .»

Η έδρα της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας Δυτικών Κυκλάδων στη Μήλο βρίσκεται στον Τριοβάσαλο. Στην έδρα υπάρχουν σε μόνιμη βάση μία διοικητικός υπάλληλος και μία ψυχολόγος . Συνολικά, στην ΚΜΨΥ Δ Κυκλάδων απασχολούνται επιπλέον :2 κλινικοί ψυχολόγοι, 2 σχολικοί ψυχολόγοι, 1 ψυχίατρος, 1 παιδοψυχίατρος, 1 ειδικευόμενος παιδοψυχίατρος . Το κλιμάκιο επισκέπτεται τη Μήλο ανά 15 μέρες και για συνήθως 3 μέρες κάθε φορά, εξετάζοντας κατά μέσον όρο 75 άτομα σε κάθε επίσκεψη.

Οι Μηλιοί που κατά καιρούς έχουν εξεταστεί από το κλιμάκιο αυτό ανέρχονται σε 384 άτομα.

Ξανά από το προαναφερθέν περιοδικό διαβάζουμε:

Πρωτοβουλίες της ΚΜΨΥ στη Μήλο

«1)Από τον Ιανουάριο του 2006 διεξάγεται ανά 15ημερο σεμινάριο διάρκειας 6 μηνών, τα οποίο απευθύνεται σε ιατρούς και εκπαιδευτικούς. Παρουσιάζεται το βιβλίο της F. DOLTO ‘ψυχανάλυση και παιδιατρική’, με εισηγήτρια την κυρία Μ. Καρυώτη, παιδοψυχίατρο και επιστημονικά υπεύθυνη της ΚΜΨΥ Δ Κυκλάδων .

2)Στην έδρα της μονάδας έγινε συνάντηση με τους εφημέριους των ενοριών , με σκοπό την πιο στενή συνεργασία με την τοπική εκκλησία. Δύο θεσμοί συναντιούνται σε έναν κοινό στόχο : την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και την αντιμετώπιση του ανθρώπινου πόνου .

3)Επειτα από πρόσκληση των εκπαιδευτικών του δημοτικού σχολείου Τριοβασάλων, ο σχολικός ψυχολόγος της ΚΜΨΥ Δ Κυκλάδων διεξήγαγε ένα μάθημα στα πλαίσια της ευέλικτης ζώνης και στο μάθημα ‘οικονομία και εγώ’. Ο κος Π. Λιανός μίλησε με απλά λόγια στους μαθητές της 6<sup>ης</sup> Δημοτικού για τις ανάγκες , το Εγώ και τις διαπροσωπικές σχέσεις .

4)Η ΚΜΨΥ Δ Κυκλάδων σε συνεργασία με την νομαρχιακή αυτοδιοίκηση Κυκλάδων (επαρχείο Μήλου) συνδιοργάνωσαν ημερίδα με θέμα ‘η συμβολή της επαγγελματικής συμβουλευτικής και καθοδήγησης στην επαγγελματική ανάπτυξη των μαθητών.»

Η παρουσία της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας στη Μήλο κρίνεται πολύ σημαντική και έρχεται να καλύψει ένα κενό στο χώρο της ψυχιατρικής φροντίδας. Ασχολείται με παροχή ψυχιατρικής περιθαλψης, πρόληψης, ενημέρωσης, καθώς και με παροχή υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας, προσφέροντας πολύτιμη βοήθεια στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο νησί.

## 7.7.Συμπέρασμα

Από τα όσα αναφέρθηκαν στην ενότητα αυτή είναι φανερό πως στη Μήλο δεν έχει την αποκλειστικότητα το Κέντρο Υγείας σε ό,τι αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αν και χωρίς αμφιβολία είναι η κύρια δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Θα μπορούσε κανείς να πει ότι στο έργο της εκπλήρωσης των σκοπών της Π.Φ.Υ. συνεπικουρείται από άλλες δομές και επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται παράλληλα και σε συνεργασία με αυτό.

Θα μπορούσαμε ενδεχομένως, και για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, να ταξινομήσουμε τις δομές και τους επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στη Μήλο, ανάλογα με τον τομέα της Π.Φ.Υ. στον οποίο προσφέρουν, ως εξής:

### 1) Πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη

Κ.Υ.Μ., ιδιώτης ιατρός, ιδιώτες οδοντίατροι, φαρμακεία, ιατρείο βαρυτίνης-ιατρός εργασίας, οφθαλμίατρος, ιδιώτης μαιευτήρ – γυναικολόγος, ιδιώτης καρδιολόγος, επισκέπτες ιατροί, μονάδα υγείας Ι.Κ.Α., πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι», κινητή μονάδα ψυχικής υγείας.

### 2) Πρόληψη

Κ.Υ.Μ., ιατρείο βαρυτίνης-ιατρός εργασίας, πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι», κινητή μονάδα ψυχικής υγείας.

### 3) Κοινωνική μέριμνα

Πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι», κοινωνική υπηρεσία Δήμου Μήλου, κινητή μονάδα ψυχικής υγείας.



## 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο πρώτο μέρος της εργασίας αυτής περιγράψαμε την έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως ορίστηκε από τη διάσκεψη της Άλμα Άτα, και σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία (ν.1389/83). Προσδιορίσαμε την Π.Φ.Υ. ως μία έννοια πολυδιάστατη, της οποίας οι δράσεις επεκτείνονται στο χώρο της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, στο χώρο της πρόληψης και της κοινωνικής φροντίδας, πάντα σε εναρμόνιση με την τοπική κοινωνία και τις ανάγκες της.

Στο δεύτερο μέρος γνωρίσαμε τη Μήλο, ένα νησί των Κυκλάδων, 86 ν.μ. από το λιμάνι του Πειραιά. Γνωρίσαμε επίσης τον πληθυσμό, τις ασχολίες του, την ασφαλιστική του κάλυψη και τα κύρια προβλήματα υγείας, όπως αυτά αποκαλύπτονται από τη μελέτη των ληξιαρχικών πράξεων θανάτου. Τα προβλήματα που αφορούν στην υγειονομική κάλυψη της Μήλου αποτελούν πραγματικότητα και για άλλα νησιά του Αιγαίου και είναι απόρροια της ανάγκης παροχής υπηρεσιών υγείας σε απομονωμένους, μικρούς σχετικά πληθυσμούς.

Στη Μήλο, ο κύριος φορέας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι το Κέντρο Υγείας Μήλου. Το έργο που έχει να επιδείξει είναι πολύ σημαντικό για την κοινωνία της Μήλου και αφορά κυρίως σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης; θα περιοριστούμε στην αναφορά των 43.000 περιστατικών που εξυπηρετούνται ετησίως από το Κ.Υ.Μ. Αξιοσημείωτη είναι επίσης η προσπάθεια στο χώρο της ιατρικής και οδοντιατρικής πρόληψης, όπως φαίνεται από τα ενημερωτικά προγράμματα, τους εμβολιασμούς, τα τεστ κατά Παπανικολάου, τις φθοριώσεις των δοντιών παιδιών σχολικής ηλικίας, τις επιδημιολογικές έρευνες κ.α. Δεν πρέπει να ξεχνάμε τα σημαντικά οικονομικά προβλήματα και τα προβλήματα στελέχωσης που αντιμετώπιζε και εξακολουθεί να αντιμετωπίζει το Κ.Υ.Μ.

Ο χάρτης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Μήλο συμπληρώνεται από δομές και δράσεις που, σε συνεργασία με το Κ.Υ.Μ., προσφέρουν υπηρεσίες που



εντάσσονται στο γενικότερο πλαίσιο της Π.Φ.Υ. Οι υπηρεσίες αυτές αφορούν κυρίως στους χώρους της κοινωνικής φροντίδας και της πρόληψης . Ως σημαντικότερες από αυτές θα αναφέρουμε το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» , την κοινωνική υπηρεσία του Δήμου Μήλου και την κινητή μονάδα ψυχικής υγείας.

Πολύ σημαντικός για την ομαλή λειτουργία όλων αυτών των δομών υπήρξε ο ρόλος της τοπικής κοινωνίας . Ο Δήμος Μήλου, το Ίδρυμα Στήριξης του Κέντρου Υγείας Μήλου, τοπικοί φορείς αλλά και απλοί πολίτες συνέβαλλαν ώστε να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα του Κ.Υ.Μ. .

Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε μετά την ανασκόπηση όλων αυτών είναι πως στη Μήλο λειτουργούν με αξιοσημείωτη απόδοση, αλλά και σημαντικά προβλήματα, πολλές δομές και επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας . Η κύρια δομή, το Κέντρο Υγείας Μήλου, έχει προσφέρει, παρά τα σημαντικά προβλήματα, πάρα πολλά στην κοινωνία της Μήλου. Αν όμως δεν υπήρχε το αίσθημα ευθύνης συγκεκριμένων ατόμων και η στήριξη της τοπικής κοινωνίας , ίσως τα αποτελέσματα αυτά να μην υπήρχαν.

## Βιβλιογραφία

1. Ι. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΥ , Α. ΦΙΛΑΛΗΘΗ, «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα» Αθήνα, εκδ. Θεμέλιο ,1996
2. Α. και Δ. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ,«Προληπτική Ιατρική», Αθήνα ,εκδ. Παρισιάνος, 1986
3. Μ.ΠΕΡΔΙΚΟΥΡΗ, Π.ΓΙΟΒΑΣ, Δ.ΠΑΠΑΔΟΓΙΑΝΝΗΣ , «Τηλεϊατρική στην πράξη»,Αθήνα, εκδ. εν πλω ,2005
4. Π.ΚΑΡΙΩΤΗΣ, «Μανατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας»,Αθήνα, εκδ.Euroclinica ,1992
5. Γ.ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ ,Χ.ΛΙΟΝΗΣ ,Κ.ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ,Γ.ΤΣΑΚΟΣ , «Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Αθήνα , εκδ. Θεμέλιο ,2003
6. Α. ΜΟΥΜΤΟΓΛΟΥ , «Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας»,Αθήνα, εκδ. Management, 2001
7. WOLPER L. «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, (Health care administration) Σχεδιασμός, Εφαρμογή και Διαχείριση Συστημάτων Οργανωμένης Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.», Αθήνα , εκδ. Mediforce ,2001
8. Μ.ΘΕΟΔΩΡΟΥ , Σημειώσεις για το Π.Μ.Σ. «Διοίκηση της υγείας», Πειραιάς,2006
9. Μ.ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ , Σημειώσεις για το Π.Μ.Σ. «Διοίκηση της υγείας», Πειραιάς,2006
10. McPHEE S., PAPADAKIS M., TIERNEY L.,«Current medical treatment and diagnosis» , 46<sup>η</sup> έκδοση ,Η.Π.Α., εκδ . McGraw-Hill , 2007
11. GETZEN T.,«Health economics and flow of funds» ,Η.Π.Α., εκδ. Wiley , 2004
12. CALUZNY A . , WARNER M. , WARREN D. ,ZELMAN W. «Management of health services»,London, εκδ.Prentice Hall International,1982

13. DUNCAN K. ,GINTER R. SWAYNE S. «Strategic Management of Health Care Organizations» , London ,εκδ. Basil Blackwell , 1995
14. DONABEDIAN A. «Aspects of Medical Care Administration , Specifying Requirements for Health Care» , Cambridge , Massachussets , Harvard University Press, 1973
15. KARK, S.L. , «The Practices of Community Oriented Primary Health Care , Appleton-Century-Crofts» , Νέα Υόρκη ,1981
16. ROEMER M. «Evaluation of community health centres» ,Geneva ,W.H.O., 1972
17. STARFIELD, B. «Primary Care : Concept ,Evaluation ,Policy» , Oxford University Press , Οξφόρδη ,1992
18. VUORI H. «Quality assurance of health services» , Copenhagen , W.H.O. Regional Office for Europe , 1982
19. VUORI H. , LEVINE S. « Management issues in primary health care» , Copenhagen, W.H.O Regional office for Europe, 1986
20. W.H.O. , *Alma-Ata 1978 .Primary Health Care* , Health for All Series 1,WHO , Γενεύη,1978
21. W.H.O., *Ottawa Charter for Health Promotion* ,W.H.O. ,Γενεύη ,1986
22. W.H.O. ,*Analysis of the Functions of Primary Health care in Today's Europe* , Report on a W.H.O. consultation ,W.H.O. EURO , Κοπεγχάγη ,1995

#### Πηγές

Ιστοσελίδα Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας : <http://www.who.int/en/>

Το παρόν αφιερώνεται στους εργαζομένους του Κέντρου Υγείας Μήλου.

Μήλος , 25 Ιουνίου 2007

Πανεπιστήμιο Πειραιώς