



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ &
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕΕΛΠΝΟ)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Ενημερωτικό Δελτίο

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
Αγράφων 3- 5, Μαρούσι, 15123, 210 5212000

Αύγουστος 2013 Αρ. 30/ Έτος 3ο ISSN 1792-9016

Αρ. 30

Πόσο εφικτή είναι η πρόληψη των σωματικών κακώσεων;

Ακούσιες ή εκούσιες, οι σωματικές κακώσεις ευθύνονται παγκοσμίως για 6 εκατομμύρια θανάτους ετησίως (1/10 θανάτους) και προκαλούν πολλαπλάσιους σοβαρούς τραυματισμούς και αναπηρίες. Παρά την ευρέως διαδεδομένη άποψη ότι οι ακούσιοι τραυματισμοί οφείλονται στην τύχη, στη μεγάλη τους πλειοψηφία μπορούν να μειωθούν δραστικά με μέτρα παθητικής ασφάλειας, όπως ο διαχωρισμός πεζών/τροχοφόρων ή ενεργητικής ασφάλειας, όπως η αποφυγή της οδήγησης υπό την επήρεια οινοπνευματωδών ποτών. Αντίθετα, παραμένει υψηλός ο κίνδυνος δια βίου αναπηρίας ή μετα-τραυματικής αγχώδους διαταραχής αφού συμβεί ένα ατύχημα, παρά τις σύγχρονες κοστοβόρες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η περιγραφική επιδημιολογία των τραυματισμών διαφέρει ανάλογα με τον τύπο του ατυχήματος. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση π.χ. έχει υπολογιστεί ότι το φορτίο των αυτοπρόκλητων θανάτων υπερβαίνει το αντίστοιχο των τροχαίων ατυχημάτων.

Στη συνθήκη του Μάαστριχτ (1993) συμπεριλαμβάνεται ρητή δέσμευση για δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας, από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα οι σωματικές κακώσεις αναγνωρίζονται ως τομείς πρόληψης με αυξημένη προτεραιότητα και οι πρωτοπόρες στον τομέα της πρόληψης χώρες, όπως η Σουηδία, έθεσαν ως στόχο το μηδενισμό των τροχαίων ατυχημάτων.

Αρκετά έντονη ήταν την τελευταία εικοσαετία η κινητοποίηση στην Ελλάδα για αποτύπωση του μεγέθους και των παραμέτρων του προβλήματος με πρωτοβουλίες του Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ) της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και συναφών φορέων και στόχο τη βελτίωση των δυσμενών δεικτών σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, ιδιαιτέρως αναφορικά με τους τραυματισμούς από τροχαία. Αξιοσημείωτη ήταν η εκκροσώπηση στο ερευνητικό γίγνεσθαι, αλλά και οι προσπάθειες ενεργοποίησης του πληθυσμού και παρεμβάσεων σε ομάδες αυξημένου κινδύνου, όπως νεαροί μοτοσυκλετιστές, πεζοί ή καμπάνιες για πρόληψη των πνιγμών ενώ εκφράζονταν ανησυχίες για την κατακόρυφη αύξηση της θνησιμότητας από δηλητηριάσεις. Τελευταία, Έλληνες επιστήμονες δημοσίευσαν δεδομένα για ανησυχητική αύξηση των αυτοκτονιών εξ αιτίας της κρίσης. Με δεδομένη τη μείωση του προσωπικού και των πόρων σε θέματα δημόσιας υγείας, επαφίεται στους λειτουργούς υγείας, ως πρεσβευτές της σημασίας της πρόληψης, αλλά και σε ευαισθητοποιημένους φορείς της ιδιωτικής πρωτοβουλίας να συνεχίσουν την προσπάθεια για μείωση της άκαιρης θνησιμότητας από κακώσεις και πρόληψη του συνοδού άδικου ανθρώπινου πόνου.

Ελένη Πετρίδου

Περιεχόμενα

- Κυρίως θέμα: Ατυχήματα και σωματικές κακώσεις στην παιδική ηλικία 2
- Δεδομένα επιδημιολογικής επιτήρησης Ιουλίου 6
- Ειδικές συμμετοχές 9
- Νέα από τη διεθνή βιβλιογραφία 18
- Επερχόμενα συνέδρια 20
- Συνέντευξη 21
- Μύθοι και αλήθειες 26
- Επιδημίες στον κόσμο 31
- Το αίνιγμα του μήνα 32
- Παγκόσμια Ημέρα 33



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Επιλογές

Τα ατυχήματα και οι συνακόλουθες κακώσεις της παιδικής ηλικίας αποτελούν μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Ευθύνονται για την πρόκληση πρώιμης θνησιμότητας και αναπηρίας, που σε σημαντικό ποσοστό μπορούν να προληφθούν με τη συντονισμένη εφαρμογή προληπτικών στρατηγικών. Στο «Κυρίως Θέμα» παρουσιάζεται η έκταση του προβλήματος αλλά και οι στρατηγικές πρόληψης.

Περισσότερα στη σελίδα 2

Στη «Συνέντευξη του Μήνα» φιλοξενείται η κα Ελένη Πετρίδου, καθηγήτρια Προληπτικής Ιατρικής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η κα Πετρίδου αναλύει τις σωματικές κακώσεις και τα ατυχήματα, αναφέρει τις ενδεδειγμένες μεθόδους πρόληψης και συμβουλεύει τους νέους επαγγελματίες υγείας που σκοπεύουν να ασχοληθούν με την επιδημιολογία και την πρόληψη των νοσημάτων.

Περισσότερα στη σελίδα 21

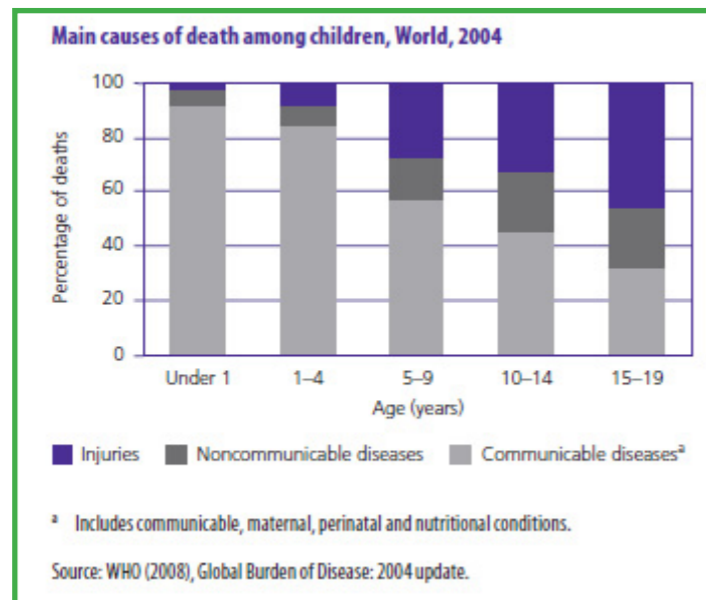
Ατυχήματα και σωματικές κακώσεις στην παιδική ηλικία

Εισαγωγή:

Τα ατυχήματα και οι συνακόλουθες κακώσεις της παιδικής ηλικίας αποτελούν μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Ευθύνονται για την πρόκληση πρώιμης θνησιμότητας και αναπηρίας, που σε σημαντικό ποσοστό μπορούν να προληφθούν με τη συντονισμένη εφαρμογή προληπτικών στρατηγικών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, «ενώ για κάθε κατηγορία ατυχήματος υπάρχουν αποδεδειγμένες μέθοδοι για τη μείωση τόσο της πιθανότητας πρόκλησης όσο και της βαρύτητας των ατυχημάτων, η αναγνώριση του προβλήματος και η πολιτική δέσμευση για ανάληψη δράσεων με σκοπό την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων παραμένει σε अपαράδεκτα χαμηλά επίπεδα.»

Η έκταση του προβλήματος:

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα ατυχήματα συγκαταλέγονται μεταξύ των πρώτων αιτιών θανάτου παιδιών ηλικίας έως 18 ετών και ευθύνονται για το 40% των θανάτων της ηλικίας αυτής. Μετά το πρώτο έτος της ζωής, αποτελούν στη χώρα μας την πρώτη αιτία θανάτου, ενώ τα τροχαία ατυχήματα και μόνον αναγνωρίζονται ως πρώτη αιτία θανάτου για την ηλικία 15-18 ετών και ως δεύτερη για την ηλικία 10-14 ετών. Επιμέρους τύποι ατυχημάτων που συχνότερα σχετίζονται με την πρόκληση θανάτου στην παιδική ηλικία είναι τα τροχαία ατυχήματα, η ασφυξία, ο πνιγμός, οι δηλητηριάσεις και τα εγκαύματα. Αν και η συχνότητα των θανάτων από ατυχήματα είναι υψηλότερη στις χαμηλού οικονομικού επιπέδου χώρες, οι οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες πλήττονται επίσης, ιδιαίτερα ο ασθενέστερος κοινωνικοοικονομικά πληθυσμός τους.



Κάθε χρόνο στην Ευρώπη, 40.000 παιδιά χάνουν τη ζωή τους ως αποτέλεσμα ατυχήματος. Υπολογίζεται ότι σε κάθε θάνατο αντιστοιχούν μερικές χιλιάδες παιδιά που συνεχίζουν να ζουν με ποικίλης βαρύτητας αναπηρίες και ψυχικά τραύματα. Αντιστοίχως στις ΗΠΑ περισσότερα από 9000 παιδιά χάνουν τη ζωή τους και πάνω από 225 000 απαιτείται να νοσηλευτούν λόγω ατυχήματος, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός των επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών ξεπερνά τα 9 εκατομμύρια. Το ετήσιο υπολογιζόμενο οικονομικό και κοινωνικό κόστος ανέρχεται στα 87 δισεκατομμύρια δολάρια. Ο δείκτης YPLL (Years of Potential Life Lost), που εκτιμά κατά προσέγγιση τα χρόνια που κάποιος άνθρωπος θα ζούσε εάν δεν είχε καταλήξει πρόωρα, για τα παιδικά ατυχήματα την περίοδο 2000-2009, αντιστοιχεί στο 42% όλων των YPLL. Είναι μάλιστα πενταπλάσιος από τον αντίστοιχο δείκτη για τον καρκίνο, 13 φορές υψηλότερος από το δείκτη των καρδιοπαθειών και 31 φορές υψηλότερος από το δείκτη των πνευμονιών και της γρίπης.

Γιατί τα παιδιά είναι τόσο ευάλωτα στα ατυχήματα;

Τα παιδιά δεν είναι μικροί ενήλικες. Υπολείπονται σε σωματικές και αναπτυξιακές δεξιότητες, παρουσιάζουν ποικίλου βαθμού εξάρτηση από τους μεγάλους, ανάλογα με την ηλικία, χαρακτηριστικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά ενώ η δραστηριότητα και οι συμπεριφορές τους που ενέχουν κινδύνους για πρόκληση ατυχημάτων, μεταβάλλονται με την αύξηση της ηλικίας. Η περιέργεια και οι εξερευνητικές τάσεις, που τα χαρακτηρίζουν δε συμβαδίζουν συνήθως με την ωριμότητα που απαιτείται για την αξιολόγηση των κινδύνων και την ανάπτυξη ικανοτήτων αποφυγής τους.

Ομάδες αυξημένου κινδύνου:

Τα ατυχήματα στην παιδική και εφηβική ηλικία αφορούν πολύ συχνότερα τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, με ένα μέσο κίνδυνο κατά 25% υψηλότερο στα αγόρια. Πιθανές εξηγήσεις περιλαμβάνουν βιολογικές παραμέτρους, την τάση των αγοριών να εμπλέκονται σε πιο ριψοκίνδυνες και παρορμητικές συμπεριφορές και να κοινωνικοποιούνται με διαφορετικούς τρόπους συγκριτικά με τα κορίτσια, καθώς και την αυξημένη πιθανότητα να μην ανταποκρίνονται στις ανασταλτικές παραινέσεις των γονέων και να παίζουν χωρίς επίβλεψη. Σε ό,τι αφορά την κατηγορία του ατυχήματος, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα, αλλά γενικά τα βρέφη παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο πνιγμού/ασφυξίας, ενώ στα νήπια καταγράφονται συχνότερα περιστατικά πνιγμού. Οι πτώσεις κατέχουν την πρώτη θέση μεταξύ των ατυχημάτων σε παιδιά ηλικίας έως τριών ετών, αλλά η αιτιολογική συμμετοχή αντικειμένων που σχετίζονται με αυτές, π.χ έπιπλα, σκάλες, εξοπλισμός παιδικής χαράς, διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία. Οι δηλητηριάσεις εμφανίζουν ανοδική συχνότητα από την ηλικία των 9 μηνών έως τους 23 μήνες ζωής και στη συνέχεια παρουσιάζουν προοδευτική μείωση. Όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται η συχνότητα των τροχαίων ατυχημάτων. Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η μικρή ηλικία της μητέρας, οι μονογονεϊκές και οι πολυμελείς οικογένειες, καθώς και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας συνιστούν παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του κινδύνου παιδικών ατυχημάτων.

Unintentional injury death rates per 100 000 children by age and country income level, World, 2004

	AGE (in years)					
	Under 1	1-4	5-9	10-14	15-19	Under 20
HIC	28.0	8.5	5.6	6.1	23.9	12.2
LMIC	102.9	49.6	37.6	25.8	42.6	41.7
World	96.1	45.8	34.4	23.8	40.6	38.8

Source: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Unintentional injury death rates per 100 000 children^a by cause and country income level, World, 2004

	UNINTENTIONAL INJURIES						TOTAL
	Road traffic	Drowning	Fire burns	Falls	Poisons	Other ^b	
HIC	7.0	1.2	0.4	0.4	0.5	2.6	12.2
LMIC	11.1	7.8	4.3	2.1	2.0	14.4	41.7
World	10.7	7.2	3.9	1.9	1.8	13.3	38.8

^a These data refer to those under 20 years of age.

^b "Other" includes categories such as smothering, asphyxiation, choking, animal or snakebites, hypothermia and hyperthermia as well as natural disasters.

HIC = High-income countries; LMIC = low-income and middle-income countries.

Source: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Παιδικά ατυχήματα στην Ελλάδα:

Ως πρώτη αιτία θανατηφόρων ατυχημάτων στα παιδιά ηλικίας 0-14 ετών καταγράφονται τα τροχαία ατυχήματα τα οποία ευθύνονται για το 55% του συνολικού αριθμού θανάτων από γνωστές αιτίες κακώσεων στην ηλικία αυτή. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας, από αυτήν την αιτία εντοπίζονται στις ηλικίες 10-14 ετών ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 0-4. Αξιοσημείωτη είναι η αύξηση της θνησιμότητας στα αγόρια κατά την ηλικία 10-14 ετών. Οι πνιγμοί αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη αιτία θανάτου από ατυχήματα στα παιδιά 0-14 ετών στην Ελλάδα. Στη χώρα μας (1992-2004) καταγράφονται ετησίως 10 θάνατοι από πνιγμό κατά μέσο όρο στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Την τρίτη αιτία θανάτου από ατυχήματα καταλαμβάνουν οι πτώσεις με 6 θανάτους κατά μέσο όρο κάθε χρόνο και ακολουθούν τα εγκαύματα και οι δηλητηριάσεις. (πηγή: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα 2008-2012)

Πρόληψη:

Τα παιδικά ατυχήματα είναι προβλέψιμα και μπορεί να προληφθούν όταν εφαρμόζονται οι κατάλληλες στρατηγικές πρόληψης με συνδυασμό τριών προσεγγίσεων που έχουν επανειλημμένα δοκιμαστεί με επιτυχία σε χώρες που τις ακολούθησαν με συνέπεια και συνέχεια:

1. Νομικό πλαίσιο ασφαλείας και πολιτική δέσμευση εφαρμογής της νομοθεσίας: έχει τη δυνατότητα, σε συνδυασμό με την εκπαίδευση/ενημέρωση του κοινού να επηρεάζει και να διαμορφώνει συνθήκες ασφαλούς περιβάλλοντος και ανθρώπινες συμπεριφορές- στάσεις που προάγουν την ασφάλεια των παιδιών και την προστασία τους από τα ατυχήματα. Παραδείγματα αποτελούν νόμοι και ρυθμίσεις για την υποχρεωτική χρήση παιδικών καθισμάτων αυτοκινήτου και κράνους για την ποδηλασία καθώς και η επιβολή ανώτατων ορίων ταχύτητας. Η διασφάλιση της εφαρμογής τους αυξάνει την αποτελεσματικότητά τους.

2. Εκπαίδευση ειδικών και ενημέρωση κοινού: Αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο, αφού προσφέρει τόσο ευαισθητοποίηση όσο και την απαραίτητη γνώση ώστε έγκαιρα να αναγνωρίζονται οι πιθανοί κίνδυνοι και να εφαρμόζονται τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η ενημέρωση- εκπαίδευση των ζευγαριών που θα γίνουν γονείς για την αναγκαιότητα και την ορθή χρήση των καθισμάτων ασφαλείας του αυτοκινήτου για κάθε μετακίνηση του βρέφους, ακόμη και για την πρώτη του «βόλτα» από το μαιευτήριο στο σπίτι.

Ο ρόλος της επίβλεψης:

Η επίβλεψη των παιδιών αποτελεί καθοριστική παράμετρο για την προστασία τους από τα ατυχήματα και την ασφάλειά τους γενικότερα. Υπολογίζεται ότι το 90% των παιδικών ατυχημάτων συμβαίνουν μέσα ή κοντά στο οικιακό περιβάλλον και ενώ τα παιδιά βρίσκονται υπό την επιτήρηση από τον γονέα που τα φροντίζει. Τα χαρακτηριστικά της «ποιοτικής» επιτήρησης περιλαμβάνουν ιδιαίτερη προσοχή με συνεχή οπτική και ακουστική επαφή με το παιδί, εγγύτητα που παρέχει τη δυνατότητα άμεσης σωματικής παρέμβασης και απομάκρυνσης από επικίνδυνα σημεία και αδιάλειπτη παρακολούθηση. Το επίπεδο της επιτήρησης εξαρτάται και την ηλικία του παιδιού, τον τύπο προσωπικότητας, τις αναπτυξιακές του δεξιότητες και το περιβάλλον που καθορίζει την έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για πρόκληση ατυχημάτων. Εκ μέρους του επιβλέποντος απαιτούνται κρίση, γρήγορα αντανακλαστικά και εκπαίδευση σε τρόπους επιρροής στη συμπεριφορά του παιδιού. Στον τομέα αυτό η συμβολή της εκπαίδευσης των γονέων από την παιδιατρική κοινότητα είναι καθοριστική αφού μπορεί να ευαισθητοποιήσει και να καθοδηγήσει τους γονείς αφενός στη διαμόρφωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος διαβίωσης και ψυχαγωγίας των παιδιών και αφετέρου στην ανάγκη για συστηματική επίβλεψη, εγρήγορση και ανάπτυξη της ικανότητας άμεσης και αποτελεσματικής παρέμβασης για την πρόληψη των ατυχημάτων. Το ίδιο αποτελεσματικό φαίνεται να είναι ο ρόλος των λειτουργών προσχολικής και σχολικής εκπαίδευσης με προγράμματα που απευθύνονται απευθείας στο παιδί σε χρονικές και ηλικιακές περιόδους της ζωής του «ευαίσθητες» στην υιοθέτηση ασφαλών προτύπων συμπεριφοράς.

3. Τεχνολογικές-μηχανικές παρεμβάσεις: στοχεύουν στην παθητική ασφάλεια και χρησιμοποιούν το σχεδιασμό χώρων και αντικειμένων με κριτήριο τον περιορισμό της πιθανότητας πρόκλησης ατυχήματος ή τη μείωση της βλαπτικής ενέργειας στην οποία μπορεί ένα άτομο να

εκτεθεί κατά τη διάρκεια ενός ατυχήματος. Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν για παράδειγμα, τη χρήση μη εύφλεκτων υφασμάτων για το ρουχισμό των παιδιών, τη χρήση ανιχνευτών καπνού, κατάλληλα προστατευτικά υλικά για την κάλυψη των επιφανειών και εδάφους στις παιδικές χαρές, καθώς και χρήση παιχνιδιών χωρίς μικρά τμήματα που μπορεί να αποσπαστούν και να προκαλέσουν πνιγμονή. Σε συνδυασμό με τα μέτρα ενεργητικής ασφαλείας που στοχεύουν στην τροποποίηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, οι τεχνολογικές παρεμβάσεις και η εισαγωγή στην αγορά ασφαλών καταναλωτικών προϊόντων έχουν αποδώσει θεαματικά στην πρόληψη ατυχημάτων στα παιδιά. Τα παραδείγματα κατακόρυφης μείωσης θανατηφόρων δηλητηριάσεων μετά την εισαγωγή ασφαλών πωμάτων στις συσκευασίες της ασπιρίνης και άλλων φαρμακευτικών ειδών ή η μείωση των θανάτων από πτώσεις μετά την τοποθέτηση κιγκλιδωμάτων στα παράθυρα πολυκατοικιών στη Σιγκαπούρη είναι πια κλασικά.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία του Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η μείωση των παιδικών ατυχημάτων είναι εφικτή σε ποσοστό τουλάχιστον 33% αν ακολουθηθούν και στη χώρα μας οι συνεπείς και συνεχείς πολιτικές πρόληψης που έχουν ακολουθήσει ήδη οι Σκανδιναβικές χώρες, η Ολλανδία και η Αγγλία. Σε απόλυτους αριθμούς, κάθε χρόνο θα μπορούσαν να είναι μαζί μας τουλάχιστον 100 παιδιά ηλικίας 0-14 ετών που έφυγαν άδικα, κυρίως εξ αιτίας παραγόντων που έχουν σχέση με την ανθρώπινη συμπεριφορά και την έλλειψη φροντίδας σε επίπεδο οικογένειας, κοινότητας ή Πολιτείας.

Βιβλιογραφία

1. World report on child injury prevention, WHO 2008, http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/
2. European report on child injury prevention, WHO 2008 <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2008/european-report-on-child-injury-prevention>
3. National Action Plan for child injury prevention. An agenda to prevent injuries and promote the safety of children and adolescents in the United States, CDC 2012 <http://www.cdc.gov/safecild/nap/>
4. <http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/info/greece-country-profile.pdf>
5. <http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/info/greece-report-card.pdf>
6. Unintentional injury mortality in the European Union: how many more lives could be saved? Petridou ET et al, Scand J Public Health 2007;35(3):278-87
7. Childhood injuries in the European Union: can epidemiology contribute to their control? Petridou E, Acta Paediatr. 2000 Oct;89(10): 1244-9

Δεδούκου Ξανθή, Υπεύθυνη Γραφείου Νοσοκομειακών Λοιμώξεων

ΙΟΥΛΙΟΣ 2013

Πίνακας 1. Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων στο σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΥΔΝ) στο σύνολο της χώρας με ημερομηνία δήλωσης 01/07/2013 – 31/07/2013 και διάμεση τιμή δηλωθέντων κρουσμάτων Ιούλιος 2004–2012 και εύρος τιμών.

Νόσημα	Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων			
	Ιούλιος 2013	Διάμεση τιμή Ιούλιος 2004–2012	Ελάχιστη τιμή Ιούλιος 2004–2012	Μέγιστη τιμή Ιούλιος 2004–2012
Αλλαντίαση	0	0	0	1
Ανεμυελογιά με επιπλοκές	0	1	0	16
Άνθρακας	0	0	0	2
Βρουκέλλωση	33	17	8	72
Διφθερίτιδα	0	0	0	0
Εγκεφαλιτίδες από αρμπο-ιούς	0	0	0	1
Ελονοσία	4	5	2	17
Ερυθρά	0	0	0	1
Ευλογιά	0	0	0	0
Εχινokokκίαση	1	1	1	3
Ηπατίτιδα Α	17	3	0	19
Ηπατίτιδα Β, οξεία & HBsAg(+) σε βρέφη < 12 μηνών	1	6	0	15
Ηπατίτιδα C, οξεία & επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)	3	1	0	4
Ίλαρά	0	1	0	34
Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	0	0	0	3
Κοκκύτης	1	3	0	6
Λεγιονέλλωση	5	2	0	8
Λεϊσμανίαση	5	5	1	7
Λεπτοσπείρωση	3	2	0	5
Λιστερίωση	2	0	0	2
Λοίμωξη από εντεροαιμορραγικό κολοβακτηρίδιο (EHEC)	0	0	0	0
Λύσσα	0	0	0	0
Μελιοειδωση-Μάλη	0	0	0	0
Μηνιγγίτιδα				
άσηπτη	36	27	16	220
βακτηριακή (εκτός μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου)	14	18	7	23
αγνώστου αιτιολογίας	1	1	0	5
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	2	2	0	6
Πανώλη	0	0	0	0
Παρωτίτιδα	0	0	0	11
Πολιομυελίτιδα	0	0	0	0
Πυρετός Q	3	0	0	1
Σαλμονέλλωση (μη τυφο – παρατυφική)	59	113	42	166
Σιγκέλλωση	19	5	0	8
Σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS)	0	0	0	0
Συγγενής ερυθρά	0	0	0	0
Συγγενής σύφιλη	1	0	0	1
Συγγενής τοξοπλάσωση	0	0	0	1
Συρροή κρουσμάτων τροφιμογενούς - υδατογενούς νοσήματος	8	8	2	10
Τέτανος / Τέτανος νεογνικός	0	0	0	3
Τουλαραιμία	0	0	0	0
Τριχίνωση	0	0	0	0
Τυφοειδής πυρετός / παράτυφος	0	1	0	3
Φυματίωση	42	50	35	78
Χολέρα	0	0	0	0

Πίνακας 2. Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων στο σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΥΔΝ) ανά περιφέρεια της χώρας με ημερομηνία δήλωσης 01/07/2013 – 31/07/2013 (Η περιφέρεια ορίζεται με βάση τη διεύθυνση κατοικίας του κρούσματος)

Νόσημα	Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων													
	Αν. Μακεδονίας και Θράκης	Κεντρικής Μακεδονίας	Δυτικής Μακεδονίας	Ηπείρου	Θεσσαλίας	Ιονίων Νήσων	Δυτικής Ελλάδας	Στερεάς Ελλάδας	Αττικής	Πελοποννήσου	Βορείου Αιγαίου	Νοτίου Αιγαίου	Κρήτης	Άγνωστο
Βρουκέλλωση	3	7	3	1	6	0	5	2	2	3	0	1	0	0
Ελονοσία	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Εχινokokκίαση	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ηπατίτιδα Α	11	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1
Ηπατίτιδα Β, οξεία & HBsAg(+) σε βρέφη < 12 μηνών	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Ηπατίτιδα C, οξεία & επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Κοκκύτης	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Λεγιονέλλωση	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1
Λεϊσμανίαση	0	1	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Λεπτοσπείρωση	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Λιστερίωση	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Μηνιγγίτιδα														
άσηπτη	4	5	2	3	3	0	5	0	5	0	0	0	6	3
βακτηριακή (εκτός μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου)	1	5	0	1	0	0	1	1	3	0	0	0	2	0
αγνώστου αιτιολογίας	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Πυρετός Q	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Σαλμονέλλωση(μη τυφο – παρατυφική)	6	7	2	4	2	1	6	4	21	0	1	1	2	2
Σιγκέλλωση	4	0	0	0	0	8	1	2	4	0	0	0	0	0
Συρροή κρουσμάτων τροφιμογενούς - υδατογενούς νοσήματος	1	3	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0
Συγγενής σύφιλη	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Φυματίωση	8	10	0	0	1	1	2	0	14	4	0	1	1	0

Πίνακας 3. Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων στο σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΥΔΝ) ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, για το σύνολο της χώρας, με ημερομηνία δήλωσης 01/07/2013 – 31/07/2013 (Α: άνδρας, Γ: γυναίκα)

Νόσημα	Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο																			
	<1		1-4		5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65+		Άγν.	
	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ
Βρουκέλλωση	1	0	1	0	1	1	2	2	5	0	3	3	5	3	0	2	2	1	1	0
Ελονοσία	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Εχινόκοκκίαση	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ηπατίτιδα Α	0	0	2	0	2	3	0	1	2	1	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Ηπατίτιδα Β, οξεία & HBsAg(+) σε βρέφη < 12 μηνών	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ηπατίτιδα C, οξεία & επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Κοκκύτης	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Λεγιονέλλωση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Λεισμανίαση	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
Λεπτοσπείρωση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
Λιστερίωση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Μηνιγγίτιδα																				
άσηπτη	3	4	2	1	6	6	1	2	1	0	1	5	1	1	0	0	1	1	0	0
βακτηριακή (εκτός μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου)	1	3	1	0	1	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0	0
αγνώστου αιτιολογίας	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Πυρετός Q	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Σαλμονέλλωση(μη τυφο – παρατυφική)	4	6	9	2	7	5	3	1	1	2	2	1	2	1	2	2	3	5	1	0
Σιγκέλλωση	1	1	3	2	2	2	1	0	1	1	0	0	0	2	0	1	1	0	1	0
Συγγενής σύφιλη	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Φυματίωση	2	0	0	0	1	1	5	0	6	2	8	0	6	0	2	2	3	4	0	0

Τα δελτία δήλωσης και οι ορισμοί κρούσματος των παραπάνω νοσημάτων βρίσκονται στην ιστοσελίδα του ΚΕΕΛΠΝΟ (www.keelpno.gr).

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα δεδομένα που παρουσιάζονται για τον Ιούλιο 2013 είναι προσωρινά, μπορεί δηλαδή να υποστούν μικρές τροποποιήσεις και ότι η ερμηνεία τους θα πρέπει να γίνεται με προσοχή, καθώς υπάρχουν ενδείξεις υποδήλωσης στο σύστημα. Το σύστημα ΥΔΝ βασίζεται στους γιατρούς που παρά το φόρτο εργασίας τους, αντιλαμβάνονται τη σημασία της συστηματικής δήλωσης των κρουσμάτων των λοιμωδών νοσημάτων και τους οποίους ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία τους.

Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης

Θνησιμότητα εφήβων και νέων ενηλίκων από τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα

Η ομάδα των εφήβων και νεαρών ενηλίκων ηλικίας 10-24 ετών υπερεκπροσωπείται στους δείκτες θνησιμότητας από ριφοκίνδυνες συμπεριφορές. Αρκετά σημαντικά κοινωνικά προβλήματα και προβλήματα δημόσιας υγείας σχετίζονται με ριφοκίνδυνες συμπεριφορές, όπως τα τροχαία ατυχήματα, ξεκινούν ή κορυφώνονται στις ηλικίες αυτές. Διερευνήθηκε η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα στους νέους 10-24 ετών στην Ελλάδα, ανά γεωγραφική περιοχή, κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας για την οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία (2000-2009). Τα στοιχεία ελήφθησαν από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) και αναλύθηκαν για τις τρεις ηλικιακές ομάδες, δηλαδή των νεαρότερων εφήβων (10-14 ετών), των μεγαλύτερων εφήβων (15-19 ετών) και των νεαρών ενηλίκων (20-24 ετών).

Τα τροχαία ατυχήματα αποτέλεσαν την κυριότερη εξωτερική αιτία θανάτου και για τις τρεις ηλικιακές ομάδες, σε κάθε περιοχή της χώρας μας. Ακριβέστερα, σημειώθηκαν 3.844 θάνατοι λόγω τροχαίων ατυχημάτων στις ηλικίες 10-24 ετών (μέση ετήσια θνησιμότητα 17,9 ανά 100.000) σε ολόκληρη τη χώρα. Η πλειοψηφία (59,9%) των θανάτων λόγω τροχαίων ατυχημάτων αναφορούσε νεαρούς ενήλικες (2.301/3.844 περιπτώσεις), ενώ 174 (4,5%) και 1.369 (35,6%) θάνατοι τους νεαρότερους και μεγαλύτερους εφήβους, αντίστοιχα με μέση ετήσια θνησιμότητα 3,0/100.000 σε νέους εφήβους, 18,9/100.000 σε μεγαλύτερους εφήβους και 27,5/100.000 σε νεαρούς ενήλικες.

Μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών, η χαμηλότερη θνησιμότητα από τροχαία σημειώνεται στην περιοχή της Αττικής (14,6/100.000 ανά έτος) ενώ η υψηλότερη στη Στερεά Ελλάδα (23,7/100.000 ανά έτος) εξαιρουμένης της περιοχής της Αττικής. Συνολικά, η προσαρμοσμένη κατά ηλικία κατά φύλο αναλογία ήταν 4.4 υπέρ των ανδρών, με διακύμανση από 3.8 στην Κεντρική/Δυτική Μακεδονία έως 5.4 στη νησιωτική χώρα. Η επικράτηση του άρρενος φύλου στους θανάτους αυξάνεται με την ηλικία, από 69% στη νεότερη ηλικιακή ομάδα έως 85% στην ηλικιακή ομάδα 20-24 ετών.

Αξιοσημείωτη είναι η ευμεγέθης (33%) και στατιστικά σημαντική πτωτική τάση στη θνησιμότητα (θάνατοι ανά 100.000) από τροχαία ατυχήματα στην ομάδα αυτή των ηλικιών 10-24 ετών με την πάροδο των ετών, από 21,3 το 2000 σε 14,3 το 2009 ($p=0,001$), που διαμορφώνεται κυρίως από στατιστικά σημαντική μείωση κατά 41% στην όψιμη εφηβεία ($p<0,0001$). Αντιστοίχως η θνησιμότητα παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητη στις ηλικίες 10-14 ετών κατά την περίοδο της μελέτης ($p=0,22$), ενώ στην ηλικιακή ομάδα 20-24 ετών μείωση έφθασε το 30% ($p=0,04$).

Συγκριτικά με τον παγκόσμιο χάρτη, τα αίτια θνησιμότητας των νέων στην Ελλάδα ακολούθησαν τις παγκόσμιες τάσεις της θλιβερής πρωτιάς των τροχαίων ατυχημάτων που το 2004 ευθύνονταν για το 14% και 5% των θανάτων μεταξύ των νέων ανδρών και γυναικών αντίστοιχα. Η διαχρονική μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα φαίνεται ότι είναι το σύνθετο αποτέλεσμα της ενεργοποίησης της κοινής γνώμης από τον πόνο της πολλαπλής εκατόμβης των θυμάτων και της δραστηριοποίησης μη κυβερνητικών οργανώσεων, αλλά κυρίως είναι το αποτέλεσμα μιας δέσμης παρεμβάσεων, που εφαρμόστηκαν σε όλη την Ελλάδα κατά τη διάρκεια των συναπτών αυτών ετών οικονομικής άνθησης και των δεσμεύσεων της χώρας για τους Ολυμπιακούς αγώνες. Ειδικότερα, πρωταρχικό ρόλο φαίνεται να έπαιξε η επιβολή μέτρων στο πλαίσιο του πρώτου (2001-2005) και δεύτερου (2006-2010) Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την οδική ασφάλεια που επικεντρώθηκαν: (α) στη βελτίωση της οδικής ασφάλειας με έμφαση στην εφαρμογή πιο εκσυγχρονισμένου και αυστηρότερου Οδικού Κώδικα, όπως π.χ. η χρήση ζώνης ασφαλείας και κράνους, τα όρια ταχύτητας και η εφαρμογή του αλκοτέστ με επιβολή κυρώσεων στους μεθυσμένους οδηγούς ανάλογα με τις συγκεντρώσεις αλκοόλ στο αίμα, όπως πρόστιμα, παύση της άδειας οδήγησης, ποινές φυλάκισης (β) στη βελτίωση των περιβαλλοντικών παραγόντων όπως οδικών υποδομών με την κατασκευή της Αττικής και της Εγνατίας Οδού, η οποία διασχίζει την Ελλάδα από τα δυτικά μέχρι τα ανατολικά της σύνορα, του Αυτοκινητοδρόμου Αιγαίου και της αύξησης των δημόσιων συγκοινωνιών με την κατασκευή των γραμμών 2 και 3 του Μετρό, του Τραμ, του Προαστιακού Σιδηροδρόμου, της ανάπλασης του αστικού σιδηροδρόμου στην Αττική και της κατασκευής του Προαστιακού Σιδηροδρόμου στην Κεντρική Μακεδονία και (γ) τέλος, πραγματοποιήθηκαν συχνές και στοχευμένες εκπαιδευτικές και ενημερωτικές καμπάνιες για την οδική ασφάλεια από μη κυβερνητικές οργανώσεις.

Ειδικότερα, όσον αφορά τη χαμηλή θνησιμότητα τροχαίων ατυχημάτων στο δίκτυο του νομού Αττικής, μια εύλογη ερμηνεία είναι ότι η Αττική ως πλέον σημαντική οικονομικά περιοχή της χώρας όπου διεξήχθησαν τα περισσότερα προγράμματα ενίσχυσης υποδομών κατά τη συγκεκριμένη δεκαετία, διέθετε επίσης την υψηλότερη ποιοτικά και ποσοτικά παροχή υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, οι περισσότεροι δρόμοι στην Αττική χαρακτηρίζονται ως αυξημένης κίνησης/χαμηλής ταχύτητας, γεγονός που παρεμποδίζει την ανάπτυξη ταχύτητας στην οδήγηση και είναι γνωστό ότι 5% αύξηση στη μέση ταχύτητα οδήγησης οδηγεί σε 20% αύξηση της θνησιμότητας.

Σε σύγκριση όμως με τις 27 χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, η Ελλάδα κατατάσσεται στις χώρες με τους χαμηλότερους δείκτες οδικής ασφάλειας. Πράγματι ακόμη και το 2009, παρά τη διαχρονική μείωση, η Ελλάδα εξακολουθούσε να κρατά μια από τις χειρότερες θέσεις από τροχαία θνησιμότητα στην Ευρώπη και τα Βαλκάνια. Τα τροχαία ατυχήματα γενικώς σχετίζονται ασθενώς με το επίπεδο της κίνησης, τις οδικές και καιρικές συνθήκες ή τη συντήρηση του οδικού δικτύου. Στην πραγματικότητα, οι παράγοντες που συμβάλλουν στα τροχαία ατυχήματα είναι συχνά συμπεριφορικοί και δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένοι, με τον παράγοντα «ρισοκίνδυνη συμπεριφορά» να αποτελεί μείζονα αιτία των ατυχημάτων. Οι νέοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στα τροχαία ατυχήματα λόγω συνδυασμού σωματικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών, περιορισμένης εμπειρίας, τάσης να επιδεικνύουν ρισκοκίνδυνες συμπεριφορές (δε συμμορφώνονται σε κανόνες, είναι πιθανό να οδηγούν ή να είναι συνοδηγοί σε ρισκοκίνδυνη οδήγηση ή σε κατάσταση μέθης, δε φοβούνται το θάνατο κλπ.) και της μεγαλύτερης ευαλωτότητας στις επιδράσεις του αλκοόλ, ιδιαίτερα μεταξύ των νέων ανδρών. Παρά το γεγονός ότι έχει σημειωθεί πρόοδος αναφορικά με τις πολιτικές πρόληψης χρήσης αλκοόλ τα τελευταία έτη, η Ελλάδα εξακολουθεί να μη διαθέτει ένα ολοκληρωμένο σύστημα ελέγχου της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ, πιθανώς λόγω του γεγονότος ότι η παραγωγή και η κατανάλωση αλκοόλ είναι συνυφασμένες με την Ελληνική οικονομία και την κοινωνική ζωή πολλά χρόνια.

Η σημαντική μείωση της θνησιμότητας των νέων από τροχαία ατυχήματα κατά τη δεκαετία 2000-2009, καταδεικνύει πως υπάρχουν μεγάλες δυνατότητες περαιτέρω βελτίωσης των δεικτών εφόσον δοθεί έμφαση στην ευάλωτη αυτή ηλικιακή ομάδα των νέων ατόμων. Ωστόσο, η απρόσμενη οικονομική κρίση στην Ελλάδα θα μπορούσε να ενέχει τον κίνδυνο να περικοπούν οι προαναφερθείσες υπηρεσίες λόγω της έλλειψης πόρων. Από την άλλη πλευρά, ενδεχομένως η οικονομική κρίση να συμβάλει στην εντατικοποίηση των προσπαθειών ανάπτυξης θετικών παρεμβάσεων και ανάληψης στρατηγικών τροποποίησης των συμπεριφορών αυξημένου κινδύνου για τους νέους στη χώρα μας.

Βιβλιογραφία

1. Patton, G.C., Coffey, C., Sawyer, S.M., et al., 2009. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 374, pp.881-92. DOI:10.1016/S0140-6736(09)60741-8.
2. International Transport Forum, 2010. Irtad Annual Report.[online] Available at: <http://www.internationaltransportforum.org/irtadpublic/pdf/10IrtadReport.pdf>. [Accessed 20 September 2012].
3. World Health Organization, 2009. Mortality from road traffic injuries in children and young people. Fact sheet 2.1.[online] Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96976/2.1.-Mortality-from-road-trafficinjuriesEDITED_layouted_V2.pdf. [Accessed 18 May 2012].
4. World Health Organisation. Alcohol consumption and harm.[online] Available at <http://data.euro.who.int/alcohol/Default.aspx?TabID=4936>. [Accessed 20 November 2012].
5. Guria, J., 1999. An economic evaluation of incremental resources to road safety programmes in New Zealand. *Accid Anal Prev*, 31, pp.91-9.
6. Petridou, E., 2000. Childhood injuries in the European Union: can epidemiology contribute to their control? *Acta Paediatr*, 89, pp.1244-9. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2000.tb00743.x.
7. Eurostat. Regional gross domestic product (million EUR), by NUTS 2 regions.[online] Available at: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&pcode=tgs00003&language=en&toolbox=sort>. [Accessed 20 April 2012].
8. World Health Organization, 2009. Mortality from road traffic injuries in children and young people. Fact sheet 2.1. [online] Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96976/2.1.-Mortality-from-road-trafficinjuriesEDITED_layouted_V2.pdf. [Accessed 18 May 2012].

Φλώρα Μπακοπούλου, Ελένη Πετρίδου, Τερψιχόρη Ν. Κόρνα, Ευθύμιος Δεληγεώρογλου, Γεώργιος Π. Χρούσος
Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής, Έδρα UNESCO Εφηβικής Ιατρικής, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Η πρόληψη των σωματικών κακώσεων από πτώσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η πρόληψη των σωματικών κακώσεων από ατυχήματα και βία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) έχει πρόσφατα λάβει αρκετή προβολή στη βιβλιογραφία. Παρόλα αυτά και σε αυτό το πεδίο όπου η παρέμβαση από μέρους των υγειονομικών είναι δυνατή, αποτελεσματική και αντικειμενικά ωφέλιμος, η Ελληνική εμπειρία στην ΠΦΥ απουσιάζει.

Το σημείωμα αυτό εστιάζεται σε μια σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την πρόληψη των κακώσεων από πτώσεις και τις προσπάθειες που έχουν γίνει στη Γενική Ιατρική, καθώς δεν υπάρχει η σχετική ενημέρωση στους υγειονομικούς που εργάζονται στην ΠΦΥ, παρότι η παρέμβασή τους είναι σχετικά εύκολη αφού μπορεί να γίνει στο ιατρείο του κέντρου υγείας του περιφερειακού ιατρείου ή γενικά σε οιαδήποτε ιατρείο του ΕΟΠΥΥ.

Οι πτώσεις αποτελούν το 20% των τραυματισμών που χρήζουν περίθαλψης και οι ασθενείς στην κατηγορία αυτή είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι γυναίκες, ηλικιωμένοι (79 χρόνων και άνω) και να ζουν μόνοι [1]. Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται ολοκληρωμένη εκτίμηση παραγόντων κινδύνου και κυρίως της φυσικής τους κατάστασης και δράσεις πρόληψης των πτώσεων και των κακώσεων που συνεπάγονται αυτές. Η στρατηγική της πρόληψης των σωματικών κακώσεων από πτώσεις έχει ουσιαστικά δυο κατευθύνσεις: τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου που προδιαθέτουν σε πτώση όπως εγγενείς (σωματική αδυναμία, πολυφαρμακία κά) ή εξωγενείς (κατοικία, τάπητες κα) καθώς και της πρόληψης των συνεπειών από την πτώση (οστεοπορωτικά κατάγματα).

Η συζήτηση προγραμμάτων πρόληψης των πτώσεων στη γενική ιατρική εκτός Ελλάδας έχει ξεκινήσει από χρόνια και έχουν δημοσιευθεί σχετικές μετα-αναλύσεις που παρουσιάζουν οικονομικά αποδοτικές παρεμβάσεις και τεκμηριωμένα κλινικά υποδείγματα για την πρόληψη των πτώσεων και περιγράφουν την ανάπτυξη ηλεκτρονικών πληροφοριακών συστημάτων για την αξιολόγηση του κινδύνου των πτώσεων και τη διαχείριση τέτοιων καταστάσεων (Σύστημα Αξιολόγησης Κινδύνων από Πτώσεις και Σύστημα Διαχείρισης) που γίνονται δεκτά με ενθουσιασμό από τους ασθενείς [2]. Μέσω των συστημάτων αυτών διαβαθμίζεται ο κίνδυνος πτώσης, ενώ προσφέρονται στρατηγικές διαχείρισής του, όπως αλλαγές στη συνταγογράφηση, εκπαίδευση του ασθενούς, συστάσεις για αλλαγές στη σωματική άσκηση, στη διατροφή, στον έλεγχο της ασφάλειας του περιβάλλοντος, μείωσης των συνεπειών της πτώσης κά.

Η σημασία της εκπαίδευσης των ηλικιωμένων σε θέματα διατήρησης της ισορροπίας και ενδυνάμωσης συζητείται στη βιβλιογραφία και μια τυχαίοποιημένη μελέτη εξέτασε τις δυνατότητες ενός προγράμματος τρόπου ζωής με ολοκληρωμένη λειτουργική άσκηση, η οποία περιλάμβανε μια σειρά ασκήσεων που ενσωματώνονταν στις καθημερινές δραστηριότητες για τη βελτίωση ή την αύξηση της ενδυνάμωσης σε ηλικιωμένους 70 χρόνων και άνω [3]. Τέτοιου είδους δράσεις δηλαδή εκπαίδευσης των ηλικιωμένων σε τεχνικές εκμάθησης λειτουργικών ασκήσεων στην καθημερινή ζωή τους, φαίνεται να αποτελεί το κλειδί που λείπει σήμερα στην ΠΦΥ στη χώρα μας. Για την ανάπτυξη δράσεων ενός προγράμματος πρόληψης της αναπηρίας που χρειάζεται σήμερα ο ιατρός γενικής ιατρικής και η νοσηλεύτρια που αποτελούν τα βασικά στελέχη της ομάδας υγείας στην κοινότητα, συζητούνται 6 βήματα, η διαλογή, η εκτίμηση, η ανάλυση και στο προκαταρκτικό σχέδιο, η συμφωνία σε σχέδιο δράσης, η διενέργεια του προγράμματος και η αξιολόγηση/ παρακολούθηση [4]. Τα βήματα αυτά δε διαφέρουν από οποιοδήποτε πρόγραμμα παρέμβασης για αλλαγή της συμπεριφοράς που δυστυχώς δε διδάσκονται στη διάρκεια της επαγγελματικής εκπαίδευσης των εργαζόμενων στην ΠΦΥ. Μένουμε στα δυο πρώτα όταν τα θέματα των πτώσεων συζητούνται στην ΠΦΥ, δηλαδή στη διαλογή αυτών που βρίσκονται σε κίνδυνο και στην εκτίμηση της πιθανότητας για σωματική κάκωση μετά από πτώση.

Αρκετά έχουν γραφεί για την πρόληψη των καταγμάτων από πτώση και τη συμβολή της άσκησης. Ένας οδηγός που εκδόθηκε στην Αυστραλία απευθύνεται σε ιατρούς γενικής ιατρικής και σε άλλους επαγγελματίες στην ΠΦΥ και περιλαμβάνει οδηγίες για ασκήσεις για την ενίσχυση του ιστού και ανάμεσα σε αυτές τις ασκήσεις υψηλής έντασης με προοδευτική αντίσταση, εκπαίδευση προοδευτικής ισορροπίας, μέτριας προς σοβαρή με φορτίο αεροβιακή άσκηση [6]. Οι επιλεγμένες αυτές ασκήσεις στοχεύουν σε αρκετούς από τους προσδιοριστές του οστεοπορωτικού κατάγματος και ανάμεσα σε αυτούς «στην οστεοπενία, στη μυϊκή αδυναμία, στις πτώσεις,

στην πτωχή ισορροπία, κατάθλιψη, στη χρήση αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών, στην καθιστική ζωή, στην κινητική εξασθένιση και αναπηρία».

Ο ρόλος του ιατρού γενικής ιατρικής και των άλλων επαγγελματιών υγείας στην εκτίμηση της φυσικής κατάστασης των ηλικιωμένων, αλλά και στην εντόπιση των παραγόντων που αυξάνουν την πιθανότητα για οστεοπόρωση και συνεπώς κατάγματος από πτώση είναι σημαντικός. Ανάμεσα στις συστάσεις για τη μείωση της πιθανότητας οστεοπορωτικών καταγμάτων αναφέρονται: η διακοπή του καπνίσματος, η ελάττωση κατανάλωσης οινόπνευματος, η αποφυγή υποθρεψίας, η ελαχιστοποίηση της χρήσης στεροειδών, η πρόληψη των πτώσεων, η ανίχνευση και ο έλεγχος της δυσσαπορρόφησης και της χρόνιας φλεγμονής, η αποφυγή της καθιστικής ζωής και η χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμίνης D και ασβεστίου και κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής [5].

Από τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η πρόληψη των πτώσεων είναι ένα σοβαρό θέμα με το οποίο πρέπει να ασχοληθούν οι υπηρεσίες ΠΦΥ στη χώρα μας, χρειάζεται όμως περιφερειακός σχεδιασμός, εκπαίδευση των ιατρών γενικής ιατρικής και νοσηλευτών/τριών στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης των ατυχημάτων από πτώσεις και φυσικά ουσιαστική συμμετοχή και εκπαίδευση εκείνων που έχουν υψηλότερη πιθανότητα και συγκεκριμένα ηλικιωμένων γυναικών που ζουν μόνες.

Βιβλιογραφία

1. Petridou ET, Manti EG, Ntinapogias AG, Negri E, Szczerbinska K. What works better for community-dwelling older people at risk to fall?: a meta-analysis of multifactorial versus physical exercise-alone interventions. *J Aging Health*. 2009;21:713-29.
2. Liaw, S.T., Sulaiman, N., Pearce, C., Sims, J., Hill, K., Grain, H., Tse, J., Ng, C.K. Falls prevention within the Australian General Practice Data model: Methodology, Information Model, and Terminology Issues. 2003. *Journal of the American Medical Informatics Association*; 10(5):425-432.
3. Clemson, L., Fiatarone Singh, M.A., Bundy, A., Cummin, R.G., Manollaras, K., O'Loughlin, P., Black, D., 2012. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomised parallel trial. *BMJ [e-journal]* 345:e4547. Available through: [BMJ website http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23084513](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23084513). [Accessed 14/1/2013].
4. Daniels, R., van Rossum, E., Metzger, S., Sipers, W., Habets, H., Hobma, S., van den Heuvel W., de Witte, L. 2011. A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons. *Clinical Rehabilitation [e-journal]*; 25(11):963-974. Available through: [SAGE website http://www.sagepublications.com](http://www.sagepublications.com). [Accessed 14/1/2013].
5. Ewald, D. 2012. Osteoporosis: Prevention and detection in general practice. *Bones [e-journal]* 41(3):104-108. Available through: the RACGP website <http://www.racgp.org.au/afp/2012/march/osteoporosis-prevention-and-detection/> [Accessed 14/1/2013].
6. Osteoporosis Australia, www.racgp.org.au/afp/2012/march/osteoporosis-prevention-and-detection

Χρήστος Λιονής
Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Ατυχήματα Επαγγελματιών Υγείας και Ιογενείς Ηπατίτιδες

Οι επαγγελματίες υγείας, λόγω της φύσης της εργασίας τους, έρχονται σε επαφή με λοιμώδη νοσήματα με κίνδυνο προσβολής τους και μετάδοσης της νόσου και σε άλλα άτομα.

Συγκεκριμένα, τυχαίος ενοφθαλμισμός με μολυσμένο αίμα ή άλλα σωματικά υγρά μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή λοίμωξη από τους ιούς της Ηπατίτιδας Β και C.

Από τα ερωτήματα που δέχεται το Γραφείο Ηπατιτίδων του ΚΕΕΛΠΝΟ, για οδηγίες σε περιπτώσεις τρυπήματος από αιχμηρά αντικείμενα ή έκθεσης σε βιολογικά υγρά, φαίνεται ότι τέτοια ατυχήματα συμβαίνουν συχνά.

Αξιοσημείωτο είναι ότι σημαντικός αριθμός των επαγγελματιών υγείας, παρά την καθημερινή τους έκθεση, δεν εμβολιάζεται έναντι του ιού της Ηπατίτιδας Β.

Σημαντικά μέτρα για την πρόληψη της μετάδοσης των Ιογενών Ηπατιτίδων σε Επαγγελματίες Υγείας είναι:

- η χρήση προστατευτικού εξοπλισμού (γάντια, γυαλιά, προστατευτική μπλούζα) όταν είναι πιθανή η επαφή με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά
- το πλύσιμο χεριών ή χρήση αλκοολούχου διαλύματος και η αποφυγή επικίνδυνων χειρισμών και επισφαλών πρακτικών (επανατοποθέτηση του καλύμματος της βελόνης, μεταφορά ενός σωματικού υγρού μεταξύ σωληναρίων ή φιαλιδίων, αποτυχία στην ασφαλή αποκομιδή των απορριμμάτων).
 - Ειδικότερα, για την Ηπατίτιδα Β η μετάδοση λοιμώξεων μπορεί να αποφευχθεί με τον εμβολιασμό όλων των επαγγελματιών υγείας.

Το εμβόλιο είναι ασφαλές και αποτελεσματικό και χορηγείται δωρεάν.

Σε περίπτωση επαγγελματικής έκθεσης προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης πρέπει να γίνουν άμεσα ορισμένες ενέργειες.

Οι απαιτούμενες ενέργειες περιγράφονται αναλυτικά στο «Πρωτόκολλο αντιμετώπισης επαγγελματικής έκθεσης σε HBV, HCV» που είναι αναρτημένο στην ιστοσελίδα του ΚΕΕΛΠΝΟ: www.keelpno.gr

Το Γραφείο Ηπατιτίδων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ είναι καθημερινά στη διάθεση των επαγγελματιών υγείας για την επίλυση οποιουδήποτε προβλήματος ή απορίας τους.

(Τηλέφωνα επικοινωνίας : 210 5212183- 210 5212178 από τις 8.00π.μ.-15.00 μ.μ)

Tips

- Τηρείτε κανόνες ατομικής υγιεινής (πλύσιμο χεριών)
- Μάθετε με μια απλή εξέταση αίματος αν έχετε μολυνθεί από ιογενή ηπατίτιδα
- Εμβολιαστείτε έναντι της ηπατίτιδας Α και Β εφόσον ανήκετε σε ομάδα υψηλού κινδύνου ή πρόκειται να ταξιδέψετε σε χώρα με υψηλή ενδημικότητα
- Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή εφόσον δεν γνωρίζετε το ιολογικό προφίλ του συντρόφου σας
- Μη μοιράζεστε προσωπικά αντικείμενα (σύριγγες, βελόνες, ψαλίδια, νυχοκόπτες, οδοντόβουρτσα, ξυραφάκια κ.λπ.)
- Βεβαιωθείτε ότι χρησιμοποιούνται αποστειρωμένα ή μιας χρήσης εργαλεία κατά την περιποίηση νυχιών, βελονισμό, τατουάζ, piercing κ.λπ.

Εργατικά ατυχήματα στην Ελλάδα

«Εργατικό ατύχημα» είναι ένα βίαιο συμβάν κατά την εκτέλεση της εργασίας ή με αφορμή αυτή, το οποίο προκαλεί σωματική ή διανοητική βλάβη. Ο ορισμός χαρακτηρίζει ως ατύχημα, όχι μόνο αυτό που συνέβη ενώ ο εργαζόμενος εκτελούσε μια επαγγελματική δραστηριότητα, αλλά και οποιαδήποτε βλαπτική επίδραση προκληθεί από εξωγενείς παράγοντες κατά τη διάρκεια του χρόνου εργασίας ή κατά τη μετάβαση από και προς την εργασία. Ο ορισμός του ατυχήματος ως εργατικού παρέχει στο θύμα ειδική ευνοϊκή ασφαλιστική αντιμετώπιση, ενώ η αναζήτηση ποινικών ευθυνών για την προκληθείσα σωματική βλάβη προσδιορίζεται με βάση τα πραγματικά γεγονότα και την αναζήτηση του αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ των ενοχοποιούμενων παραγόντων και της προκληθείσας βλάβης.

Πηγές δεδομένων

Τα δεδομένα για την επίπτωση των εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα προέρχονται από τις τακτικές καταγραφές, που τηρούν οι οργανισμοί στους οποίους δηλώνονται τα ατυχήματα υποχρεωτικά σύμφωνα με το ισχύον πλαίσιο. Ειδικότερα, εργατικά ατυχήματα που συμβαίνουν σε ασφαλισμένους του ΙΚΑ δηλώνονται στο ΙΚΑ, το οποίο διαθέτει στατιστικά στοιχεία από το 1938. Αντίστοιχη δήλωση δεν εφαρμόζεται στους λοιπούς ασφαλιστικούς οργανισμούς. Έτσι οι κύριοι φορείς ασφάλισης που περιλαμβάνουν εργαζόμενους στο δημόσιο, σε τράπεζες, ΔΕΚΟ κ.α. δεν διαθέτουν αντίστοιχες καταγραφές. Για τα ατυχήματα σε αγροτικές δραστηριότητες δεν υπάρχουν σχετικές καταγραφές. Τα ατυχήματα σε ναυτικούς δηλώνονται υποχρεωτικά στις λιμενικές αρχές, οπότε σχετικές καταγραφές διαθέτει το Υπουργείο Ναυτιλίας. Τα ατυχήματα σε λατομία, μεταλλεία δηλώνονται στον αντίστοιχο αδειοδοτούμενο φορέα.

Μία άλλη πηγή καταγραφής των ατυχημάτων είναι το Υπουργείο Εργασίας, παλαιότερα μέσω των περιφερειακών υπηρεσιών Επιθεώρησης Εργασίας και από το 2000 με το Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας (ΣΕΠΕ), στο οποίο σύμφωνα με τη νομοθεσία δηλώνονται όλα τα ατυχήματα ανεξαρτήτως κλάδου απασχόλησης και ασφάλισης.

Αξιοπιστία δεδομένων

Στα ατυχήματα που καταγράφονται στο ΙΚΑ περιλαμβάνονται και τα ατυχήματα που συμβαίνουν κατά τη μεταφορά από και προς την εργασία στο σπίτι, που τυγχάνουν της ίδιας ασφαλιστικής αντιμετώπισης με τα αμιγώς εργατικά ατυχήματα. Η υπολογιζόμενη έτσι επίπτωση υπερεκτιμά τον επαγγελματικό κίνδυνο.

Τα ατυχήματα που αφορούν σε ανασφαλιστούς εργαζόμενους δεν δηλώνονται προφανώς, με εξαίρεση τα πολύ σοβαρά ή θανατηφόρα ατυχήματα, όπου η δήλωση αποβαίνει αναγκαία μετά την εμπλοκή των αστυνομικών και δικαστικών αρχών. Εξάλλου, σε περιόδους αυξημένης ανασφάλιστης εργασίας, όπως σε έντονη οικοδομική δραστηριότητα, ο πληθυσμός των ανασφαλιστών δεν λογίζεται στο σύνολο εκτεθειμένου σε κίνδυνο πληθυσμού, δηλαδή δεν συνυπολογίζεται στον παρανομαστή του λόγου υπολογισμού της επίπτωσης.

Η ευνοϊκή ασφαλιστική αντιμετώπιση των θυμάτων εργατικού ατυχήματος, για την οποία έγινε αναφορά πιο πάνω, συμβάλλει στη δήλωση ατυχημάτων που προκάλεσαν μικρή σωματική βλάβη, για την οποία ο εργαζόμενος θα μπορούσε να μην λάβει αναρρωτική άδεια, δηλαδή να μην απουσιάσει έστω και για μια ημέρα. Αντίθετα, κάποιος εργοδότης αποκρύπτει ατυχήματα, σε συνεννόηση με τον εργαζόμενο, αναλαμβάνοντας οι ίδιοι την αποζημίωσή του, προκειμένου να μην υποστούν τον συνήθως επακόλουθο έλεγχο της Επιθεώρησης Εργασίας ή ποινικές εμπλοκές.

Τα καταγραφόμενα στο ΣΕΠΕ ατυχήματα υπολείπονται περίπου 60% των καταγραφών του ΙΚΑ. Αυτό φαίνεται παράδοξο αφού στο ΣΕΠΕ δηλώνονται όλα τα ατυχήματα ανεξάρτητα ασφαλιστικού φορέα. Η εξήγηση είναι ότι στην καταγραφή του ΙΚΑ περιλαμβάνονται και τα ατυχήματα κατά τη μεταφορά από και προς το σπίτι, ενώ στο ΣΕΠΕ δεν δηλώνονται ελαφρά εργατικά ατυχήματα, των οποίων η απόκρυψη είναι ευχερής. Δεν υπάρχει δηλαδή διασταυρούμενος έλεγχος για την τήρηση της υποχρέωσης κοινής δήλωσης προς ΙΚΑ και ΣΕΠΕ.

Τα θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα καταγράφονται τόσο στο ΙΚΑ όσο και στο ΣΕΠΕ. Μάλιστα ως εργατικά δηλώνονται σοβαρά ή και θανατηφόρα συμβάντα, που συμβαίνουν κατά την

Γεωργία Νικολοπούλου, Υπεύθυνη Γραφείου Ηπατιτίδων ΚΕΕΛΠΝΟ

εργασία, αλλά οφείλονται σε εξωγενείς εγκληματικές ενέργειες όπως ληστεία, εμπρησμός, τρομοκρατική δράση κλπ.

Με τα υπάρχοντα δεδομένα δεν είναι εφικτή η μελέτη της επίπτωσης των ατυχημάτων για το σύνολο των απασχολούμενων στην Ελλάδα. Ενώ η υπολογιζόμενη επίπτωση μπορεί να αποκλίνει της πραγματικής, ακόμη και για το σύνολο των ασφαλισμένων με βάση την οποία αυτή υπολογίστηκε. Ωστόσο τα υπάρχοντα δεδομένα επιτρέπουν την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τη διαχρονική μεταβολή της επίπτωσης ατυχημάτων, τις διαφορές μεταξύ κλάδων απασχόλησης και το κόστος για την Εθνική Οικονομία.

Συμπεράσματα από την ανάλυση των δεδομένων

Ο απόλυτος αριθμός εργατικών ατυχημάτων και η υπολογιζόμενη επίπτωσή τους, δηλαδή η αναγωγή τους στο σύνολο των ασφαλισμένων παρουσιάζει συνεχή αύξηση μέχρι τα έτη 1964-65, οπότε κορυφώνεται. Η μεταπολεμική ανάπτυξη της βιομηχανικής δραστηριότητας και του κλάδου των κατασκευών ερμηνεύει την τάση αυτή. Από το 1972 ακολουθεί μια πτωτική τάση η οποία διαρκεί μέχρι σήμερα. Από το 1997 μέχρι το 2007 (τελευταίο έτος για το οποίο το ΙΚΑ επεξεργάστηκε δεδομένα), η επίπτωση των ατυχημάτων ανά 100 εργαζομένους μειώνεται από 3,81 σε 0,56. Η ετήσια μεταβολή του απόλυτου αριθμού ατυχημάτων είναι 5,6% κατά μέσο όρο. Δεν είναι εύκολο να εκτιμηθεί η επιμέρους συμβολή στη μείωση αυτή της προοδευτικής αποβιομηχανοποίησης, της αύξησης του τριτογενούς τομέα, της εφαρμογής νέας ασφαλέστερης τεχνολογίας, της βελτίωσης της νομοθεσίας για την υγεία και ασφάλεια στην εργασία, την προοδευτική υιοθέτηση κουλτούρας ασφάλειας από τις επιχειρήσεις και τους εργαζόμενους. Η επίπτωση σε επιμέρους κλάδους δραστηριότητας υψηλής επικινδυνότητας, όπως οι κατασκευές και η μεταποίηση, δείχνει επίσης πτωτική πορεία, λιγότερη βέβαια από την πτωτική τάση της ολικής επίπτωσης. Το γεγονός αυτό τεκμηριώνει την πραγματική διαχρονική μείωση της επικινδυνότητας στους κλάδους αυτούς.

Αξιοσημείωτο είναι ότι ο ΣΕΠΕ καταγράφει αύξηση των ατυχημάτων κατά 57% μεταξύ 2000-2004 σε όλη την Ελλάδα και διπλασιασμό στην Αττική. Όπως είπαμε στο ΣΕΠΕ καταγράφονται τα σοβαρά ατυχήματα. Σύμφωνα με τη σχετική έκθεση του ΣΕΠΕ, η αύξηση αυτή αποδίδεται στην έντονη κατασκευαστική δραστηριότητα εν όψει Ολυμπιακών αγώνων και στη συνακόλουθη της τότε οικονομικής ανάπτυξης έντονης οικοδομικής δραστηριότητας. Το ΙΚΑ στο ίδιο διάστημα συνεχίζει να καταγράφει μείωση των ατυχημάτων, ακόμη και στην Αττική. Ενδέχεται, η αύξηση των καταγραφών στο ΣΕΠΕ να σχετίζεται με την ανάπτυξη των υποδομών του σχετικά νεοσύστατου αυτού σώματος σε όλη την Ελλάδα την περίοδο αυτή και άρα την καλύτερη αποτύπωση των στοιχείων από χρόνο σε χρόνο.

Ο πίνακας που ακολουθεί δείχνει τον απόλυτο αριθμό των θανατηφόρων εργατικών ατυχημάτων που καταγράφησαν στο ΙΚΑ και στο ΣΕΠΕ. Τα στοιχεία του ΙΚΑ είναι μέχρι το 2007 και ο συνολικός αριθμός θανάτων υπολογίστηκε αναλογικά, με βάση τον αριθμό των θανάτων που μετρήθηκαν στο επεξεργασμένο αντιπροσωπευτικό δείγμα του συνόλου των ατυχημάτων.

ΕΤΟΣ	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ΙΚΑ	107	123	87	126	103	-	-	-	-
ΣΕΠΕ	145	127	111	128	115	142	113	94	70

Παρατηρείται ότι τα θανατηφόρα ατυχήματα είναι λιγότερα σύμφωνα με τις στατιστικές του ΙΚΑ, συγκριτικά με το ΣΕΠΕ, αφού στο τελευταίο δηλώνονται ατυχήματα και άλλων ασφαλισμένων. Η οικονομική ύφεση και η πτώση της οικοδομικής δραστηριότητας θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν την πτώση των θανατηφόρων κάτω των 100 ετησίως μετά το 2009.

Η διαχρονική ανάλυση των ατυχημάτων δείχνει μια διαχρονική μείωση του συνόλου των ημεραργιών λόγω εργατικού ατυχήματος. Η υπολογιζόμενη ωστόσο μέση διάρκεια απουσίας για κάθε ατύχημα δεν μειώνεται, αντίθετα παρουσιάζει αύξηση από το 1985 με τάση σταθεροποίησης ακολούθως. Σύμφωνα με τις καταγραφές του ΙΚΑ, οι δαπάνες του οργανισμού για τα εργατικά ατυχήματα παρουσιάζουν συνεχή αύξηση, παρά τη μείωση των ημεραργιών. Οι σχετικές δαπάνες, ύψους 60 εκατομμυρίων ευρώ (2007), αφορούν σε συντάξεις αναπηρίας και σε ημέ-

ρες επιδότησης και δεν περιλαμβάνουν τις δαπάνες περίθαλψης, ούτε τις συντάξεις θανάτου σε θύματα εργατικού ατυχήματος. Το συνολικό κόστος των ατυχημάτων για την Εθνική Οικονομία είναι πολλαπλάσιο αν συνυπολογιστούν όλοι οι κλάδοι ασφαλισμένων και οι συνέπειες για την παραγωγικότητα των επιχειρήσεων. Προκύπτει η ανάγκη πληρέστερης καταγραφής των εργατικών ατυχημάτων και ο σχεδιασμός πολιτικών πρόληψης για περαιτέρω μείωση της επίπτωσης και εξοικονόμηση πόρων.

Εμμανουήλ Βελονάκης, Καθηγητής Πρόληψης, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Sass AC, Stang A. Population-based incidences of non-fatal injuries - results of the German-wide telephone survey 2004. BMC Public Health. 2013 Apr 22;13:376.

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3641992/>

Στο παρόν άρθρο περιγράφεται η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα μιας συγχρονικής τηλεφωνικής έρευνας που διεξήχθη στο μόνιμο ενήλικο πληθυσμό της Γερμανίας, μεταξύ Σεπτεμβρίου του 2003 και Μαρτίου του 2004 και αφορούσε σε τραυματισμούς από ατυχήματα κατά τους 12 μήνες πριν τη συνέντευξη των υποκειμένων. Οι ερευνητές υπολόγισαν ετήσιες αθροιστικές επιπτώσεις για τους αναφερόμενους τραυματισμούς, κατά φύλο, ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης. Πληροφορίες συγκεντρώθηκαν επίσης για τον τόπο των ατυχημάτων, το μέρος του σώματος που τραυματίστηκε και τις επιπτώσεις του τραυματισμού. Συνολικά, 10.3% των υποκειμένων ανέφεραν ακούσιο τραυματισμό από ατύχημα κατά τους 12 μήνες πριν τη συνέντευξη. Η προτυποποιημένη κατά ηλικία επίπτωση ήταν υψηλότερη στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες, ενώ ο πιο συχνά αναφερόμενος τόπος ατυχήματος ήταν το σπίτι. Η πληθυσμιακή ομάδα με τη μεγαλύτερη επίπτωση τραυματισμών από ατύχημα ήταν άνδρες και γυναίκες ηλικίας 18-29 ετών. Το επίπεδο εκπαίδευσης φάνηκε να επηρεάζει την επίπτωση στους διάφορους τόπους πρόκλησης ατυχημάτων (η επίπτωση των ατυχημάτων στους χώρους εργασίας ήταν υψηλότερη μεταξύ ατόμων χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης), αν και η συνολική επίπτωση δε διέφερε ανά κατηγορία επιπέδου εκπαίδευσης. Οι ερευνητές σχολιάζουν μεταξύ των αδυναμιών της μελέτης τον περιορισμό στους μη θανατηφόρους τραυματισμούς (λόγω της συνέντευξης σε επιβιώσαντες), καθώς και την υπο-αντιπροσώπηση σοβαρών τραυματισμών που οδηγούν σε εγκεφαλική βλάβη (κριτήριο αποκλεισμού από τη μελέτη). Επιπλέον, αναφέρονται στα πιθανά σφάλματα που σχετίζονται με το ότι πηγή της συλλεχθείσας πληροφορίας ήταν οι μαρτυρίες των υποκειμένων, χωρίς να είναι δυνατή η διεξαγωγή μελέτης κύρωσης. Τέλος, το ποσοστό απόκρισης στη μελέτη (32.6-39.4%) σχολιάζεται ως χαμηλό, με σημαντική υπο-αντιπροσώπηση των μεταναστών. Ωστόσο, με δεδομένη την απουσία ενός εθνικού συστήματος αναλυτικής καταγραφής τραυματισμών που προκαλούνται από ατυχήματα στη χώρα, η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί σημαντικό συμπλήρωμα σε άλλες σχετικές πηγές πληροφορίας (π.χ. αστυνομικές αναφορές, στατιστικά στοιχεία ασφαλιστικών φορέων, στατιστικά στοιχεία για τις αιτίες θανάτων κλπ).

Cédric Galéra, Ludivine Orriols, Katia M'Bailara, Magali Laborey, Benjamin Contrand, Régis Ribéreau-Gayon, Françoise Masson, Sarah Bakiri, Catherine Gabaude, Alexandra Fort, Bertrand Maury, Céline Lemercier, Maurice Cours, Manuel-Pierre Bouvard, Emmanuel Lagarde. Mind wandering and driving: responsibility case-control study. BMJ. 2012; 345: e8105.

Published online 2012 December 13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3521876/>

Στο παρόν δημοσιευμένο άρθρο διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της αφαίρεσης της σκέψης κατά τη διάρκεια της οδήγησης και της πρόκλησης τροχαίου ατυχήματος, μέσω μιας μελέτης ασθενών-μαρτύρων. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 955 οδηγοί που τραυματίστηκαν σε τροχαίο ατύχημα και προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών γαλλικού πανεπιστημιακού νοσοκομείου στο διάστημα Απρίλιος 2010 - Αύγουστος 2011. Οι οδηγοί εκτιμήθηκαν βάσει τυποποιημένης μεθοδολογίας ως προς την ευθύνη πρόκλησης του ατυχήματος. Η ομάδα των ασθενών (n=453) περιελάμβανε τους οδηγούς που εκτιμήθηκε ότι είχαν οποιοδήποτε βαθμό ευθύνης για την πρόκληση του ατυχήματος, ενώ η ομάδα των μαρτύρων (n=502) τους οδηγούς που εκτιμήθηκε ότι δεν έφεραν καμία ευθύνη. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση για να ποσοτικοποιήσουν τη σχέση μεταξύ της ευθύνης για την πρόκληση του ατυχήματος και των μελετώμενων εκθέσεων (αφαίρεση της σκέψης κατά την οδήγηση, απόσπαση της προσοχής από εξωτερικά ερεθίσματα, συναισθηματική κατάσταση, κατανάλωση αλκοόλ, κατανάλωση ψυχοτρόπων φαρμάκων, έλλειψη ύπνου). Όλες οι μελετώμενες εκθέσεις φάνηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την ευθύνη πρόκλησης ατυχήματος. Η σχέση μεταξύ της έντονης αφαίρεσης της σκέψης κατά την οδήγηση και της ευθύνης πρόκλησης ατυχήματος παρέμεινε στατιστικά σημαντική και μετά από τη στάθμιση για ένα πλήθος πιθανών συγχυτικών παραγόντων (σταθμισμένο odds ratio: 2.12, 95% C.I.: 1.37-

3.28). Πρόκειται για την πρώτη μελέτη παρατήρησης που έχει διεξαχθεί σε πραγματικές συνθήκες προκειμένου να εκτιμηθεί η σχέση μεταξύ της αφαίρεσης/περιπλάνησης της σκέψης του οδηγού και της πρόκλησης τροχαίου ατυχήματος. Ο πιθανός μηχανισμός πρόκλησης ατυχήματος όταν αφαιρείται έντονα η σκέψη του οδηγού περιλαμβάνει την απόσπαση της προσοχής από τα οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα, γεγονός που μειώνει την ικανότητα «αφομοίωσης» πληροφορίας από το περιβάλλον.

Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, Hubbard SJ, Sutton AJ, Smith S, Wynn P, Mulvaney C, Watson MC, Coupland C. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention (Review). Evid Based Child Health. 2013 May;8(3):761-939.

Σε αυτό το άρθρο ανασκόπησης οι συγγραφείς επιχειρούν να εκτιμήσουν την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης σε θέματα οικιακής ασφάλειας (με ή χωρίς την παροχή προστατευτικού οικιακού εξοπλισμού χαμηλού κόστους), όσον αφορά στη μείωση της συχνότητας των παιδικών τραυματισμών ή στην αύξηση της υιοθέτησης πρακτικών που προάγουν την οικιακή ασφάλεια, καθώς και να αξιολογήσουν το αν η αποτελεσματικότητα διαφέρει με βάση την κοινωνική ομάδα. Οι συγγραφείς περιγράφουν τη μεθοδολογία συλλογής και αξιολόγησης της διαθέσιμης πληροφορίας και καταλήγουν ότι οι παρεμβάσεις που αφορούν στην οικιακή ασφάλεια, ειδικά αυτές που συνοδεύονται από την παροχή προστατευτικού εξοπλισμού, είναι αποτελεσματικές στην αύξηση της τήρησης ενός πλήθους πρακτικών που σχετίζονται με την ασφάλεια στο σπίτι. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι τέτοιου είδους παρεμβάσεις μπορεί να μειώσουν τη συχνότητα εμφάνισης τραυματισμών, ειδικά όταν γίνονται στο χώρο του σπιτιού. Σε κάθε περίπτωση, οι ερευνητές καταλήγουν ότι χρειάζεται επιπλέον έρευνα για να επιβεβαιωθούν τα ευρήματα τα σχετικά με τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης των τραυματισμών. Τέλος, δεν υποστηρίζεται από τα διαθέσιμα δεδομένα ότι η εκπαίδευση σε θέματα οικιακής ασφάλειας (με ή χωρίς την παροχή προστατευτικού οικιακού εξοπλισμού χαμηλού κόστους) είναι λιγότερο αποτελεσματική στις οικογένειες των οποίων τα παιδιά έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο τραυματισμού.

Γκολφινόπουλου Κασσιανή, Υπεύθυνη Γραφείου Συντονισμού Συστημάτων Επιτήρησης, Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2013

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 12-13, 2013

Τίτλος: 4η ετήσια συνάντηση του Ευρωπαϊκού Δικτύου Επιτήρησης της Λεγιωνέλλωσης (ELDSNet)

Χώρα: Ελλάδα
 Πόλη: Αθήνα
 Τόπος Διεξαγωγής: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
 Ιστοσελίδα: http://www.ecdc.europa.eu/en/press/events/Lists/Events/ECDC_Dispatch.aspx?List=43564830-6b8a-442f-84e7-2495fa49489b&ID=253&RootFolder=%2Fen%2Fpress%2Fevents%2FLists%2FEvents

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 21-24, 2013

Τίτλος: Ετήσια Συνάντηση Αμερικανικού Κολλεγίου Επιδημιολογίας

Χώρα: Η.Π.Α
 Πόλη: Λούισβιλ
 Τόπος Διεξαγωγής: Galt House Hotel
 Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 919-861-5573
 Ιστοσελίδα: <http://www.acepidemiology.org/content/2013-annual-meeting>

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 27, 2013

Τίτλος: 1η Πανελλήνια Συνάντηση AIDS & Ηπατίτιδες

Χώρα: Ελλάδα
 Πόλη: Αθήνα
 Τόπος Διεξαγωγής: Royal Olympic Hotel
 Τηλέφωνο Επικοινωνίας: +30 210 6827405
 Ιστοσελίδα: <http://www.tmg.gr/content/aids-registrations>

Γραφείο διεθνών σχέσεων, ΚΕΕΛΠΝΟ

Ελένη Πετρίδου, Καθηγήτρια Προληπτικής Ιατρικής & Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών



Οι σωματικές κακώσεις και τα ατυχήματα, σε όλες τις ηλικίες, αποτελούν ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας, αναγνωρισμένο διεθνώς. Πόσο σημαντικό είναι στη χώρα μας;

Το εθνικό μωσαϊκό της καταγραφόμενης θνησιμότητας από ακούσιους και εκούσιους τραυματισμούς αντανάκλα την οικονομική ανάπτυξη και τις συνακόλουθες μεταβολές στην οικογενειακή και κοινωνική συνοχή που παρατηρήθηκαν στη χώρα μας τον τελευταίο αιώνα. Για παράδειγμα, την καθιέρωση των μηχανοκίνητων οχημάτων ακολούθησε μια κατακόρυφη αύξηση των τροχαίων, τη βιομηχανική επανάσταση η αύξηση των επαγγελματικών ατυχημάτων και τη συνήθεια της κολύμβησης στις καλοκαιρινές διακοπές, η αύξηση των πνιγμών. Στη διάρκεια όμως των τριών τελευταίων δεκαετιών, με την άνοδο του βιοτικού επιπέδου και την ευαισθητοποίηση του κοινού, το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ) διαπιστώνει μια αξιοσημείωτη (60%) μείωση των προτυπωμένων δεικτών θνησιμότητας από ακούσιους τραυματισμούς. Παρόλα αυτά, για πολλούς τύπους ατυχημάτων, όπως για παράδειγμα τα τροχαία και οι πνιγμοί, η Ελλάδα κατέχει μια από τις χειρότερες θέσεις συγκριτικά με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χωρίς ενδείξεις διαχρονικής βελτίωσης. Τα τροχαία ατυχήματα είναι ο πιο θανατηφόρος τύπος ατυχημάτων, τα οικιακά και ατυχήματα ελεύθερου χρόνου είναι τα συχνότερα, ενώ σημαντική μείωση παρουσίασαν μετά από συντονισμένες δράσεις τα επαγγελματικά ατυχήματα, που έφθασαν να αποτελούν λιγότερο από το 5% του συνόλου.

Αντίθετα, οι δείκτες θνησιμότητας από εκούσιους τραυματισμούς (αυτοκτονίες και βία) παραμένουν ακόμη εξαιρετικά χαμηλοί στις περισσότερες χώρες της Ν. Ευρώπης, παρά τη σχετική έξαρση που σημειώθηκε στη χώρα μας εξ αιτίας της οικονομικής κρίσης.

Ποιες είναι οι διαστάσεις του προβλήματος. Είναι αλήθεια πως είναι ιδιαίτερα οξύ για τα παιδιά και τους ηλικιωμένους;

Οι θάνατοι από τραυματισμούς αποτελούν το 5% του συνόλου. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του ΚΕΠΑ, κάθε χρόνο περισσότεροι από ένα εκατομμύριο Έλληνες τραυματίζονται τόσο σοβαρά ώστε να αναζητήσουν βοήθεια στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων για κάποιο είδος σωματικής κάκωσης, ενώ τα ατυχήματα αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες δια βίου αναπηρίας. Ειδικότερα, οι ακούσιοι τραυματισμοί αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου τις πρώτες δεκαετίες της ζωής με συνέπεια να ευθύνονται για τα περισσότερα χαμένα χρόνια αναμενόμενης ζωής από κάθε άλλη νοσολογική οντότητα.

Λόγω της σπανιότητας άλλων θανατηφόρων αιτίων μετά τον πρώτο χρόνο της ζωής, στην παιδική και εφηβική ηλικία οι σωματικές κακώσεις αποτελούν τη συχνότερη αιτία θανάτου, με σαφή υπεροχή των αγοριών, κυρίως εφηβικής ηλικίας, όπου η αναλογία έναντι των κοριτσιών φθάνει το 9:1. Τα τροχαία υπερεκπροσωπούνται έναντι άλλων τύπων ατυχημάτων και

τα νεαρά άτομα χάνουν τη ζωή τους στην πλειοψηφία ως πεζοί ή επιβάτες δικύκλων. Η ομάδα των ηλικιωμένων, σε απόλυτους αριθμούς, ευθύνεται για σαφώς μεγαλύτερη επιβάρυνση των υπηρεσιών υγείας από σωματικές κακώσεις, κυρίως πτώσεις, τροχαία και πνιγμοί, έναντι οποιασδήποτε άλλης ηλικιακής ομάδας. Η πρόληψη των ακούσιων τραυματισμών στις ομάδες των ηλικιωμένων ιεραρχείται υψηλά στα προγράμματα πρόληψης, καθώς οι σωματικές κακώσεις στους ηλικιωμένους παρουσιάζουν επίσης εξαιρετικά υψηλή θνητότητα, με έως 2.6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου σε σχέση με το σύνολο των υπολοίπων ηλικιακών ομάδων. Η χώρα μας κατέχει μια από τις δυσμενέστερες θέσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναφορικά με τους πνιγμούς ηλικιωμένων, πιθανότητα λόγω κλιματολογικών και κοινωνικών συνθηκών ή/και συννοσηρότητας σε ηλικιωμένους που συνηθίζουν να κολυμπούν. Το αισιόδοξο μήνυμα όμως είναι οι νοτιοευρωπαϊκές χώρες λόγω των καλών κλιματολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων απολαμβάνουν τους πιο ευνοϊκούς δείκτες θνησιμότητας ηλικιωμένων από πτώσεις και, τουλάχιστον μέχρι το 2010, παρουσιάζουν αισθητή μείωση της θνησιμότητας από τον τύπο αυτό των κακώσεων, που είναι μάλιστα μεγαλύτερου μεγέθους από την παρατηρούμενη στο μέσο όρο της ΕΕ-27.

Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι ενδεδειγμένες μέθοδοι πρόληψης για μια τόσο ετερογενή ομάδα κινδύνων;

Οι περισσότεροι τύποι κακώσεων μοιράζονται κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες, όπως είναι η ριποκίνδυνη συμπεριφορά, αλλά διέπονται και από κοινές αρχές πρόληψης, που περιλαμβάνουν νομοθετικές ρυθμίσεις με συνακόλουθη παρακολούθηση της εφαρμογής της κείμενης νομοθεσίας, εκπαίδευση σε διάφορα επίπεδα κυρίως σε τεχνικές μείωσης των συμπεριφορών αυξημένου κινδύνου, άλλες πρακτικές ενεργητικής ασφάλειας, αλλά και γενικευμένη χρήση νέων τεχνολογιών στο πλαίσιο της αποτελεσματικότερης εφαρμογής μέτρων παθητικής ασφάλειας. Οι αρχές αυτές βρίσκουν εφαρμογή στο σύνολο των προληπτικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην αποφυγή των κακώσεων ή την καλύτερη δυνατή έκβαση σε περίπτωση ατυχήματος. Οι επιμέρους παρεμβάσεις απαιτούν εφαρμογή ενός πλαισίου πολιτικών υγείας του πληθυσμού, που περιλαμβάνει τέσσερα στάδια και συγκεκριμένα τον καθορισμό του προβλήματος, την αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου, την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης και στη συνέχεια την εφαρμογή και αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης. Για παράδειγμα στη Σιγκαπούρη, όταν διαπίστωσαν συγκριτικά υψηλότερη συχνότητα θανάτων παιδιών μικρής ηλικίας οφειλόμενων σε πτώσεις από ύψος, αναχαίτισαν άμεσα την «επιδημία» με καθολική τοποθέτηση κιγκλιδωμάτων στα παράθυρα των υψηλών συνήθως κτιρίων.

Οι αρχές πρόληψης χρειάζεται να εξατομικεύονται και να προσαρμόζονται ανάλογα με το φάσμα των αιτιολογικών παραγόντων πρόκλησης ατυχημάτων σε κάθε χώρα, χωρίς απλή μεταφορά της εμπειρίας άλλων χωρών. Τα επιτυχή προγράμματα πρόληψης λαμβάνουν επίσης υπόψη παραμέτρους του ψυχισμού και στερεότυπα της συμπεριφοράς των κατοίκων της χώρας εφαρμογής, καθώς συμπεριφέρονται στενά με το βαθμό υιοθέτησης προληπτικών μέτρων.

Το κυριότερο εμπόδιο στην ανάληψη και εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης είναι όντως η ετερογένεια των διαφόρων τύπων ατυχημάτων, που δυσχεραίνει τη συγκρότηση ομάδων κοινωνικής πίεσης. Το δεύτερο σημαντικό εμπόδιο είναι η δυσκολία αναγνώρισης της προσωπικής ευθύνης στην πρόκληση του ατυχήματος σε συνδυασμό με την αυταπάτη της αθανασίας, αφού το ατύχημα αφορά για τους περισσότερους ένα συμβάν που θα συμβεί σε κάποιον άλλον. Ένα επιπλέον εμπόδιο για τη χώρα μας είναι η δυσκολία συνεργασίας των διαφόρων «εταίρων» στην αντιμετώπιση ενός προβλήματος που απαιτεί κατ'εξοχήν διεπιστημονική συνεργασία και πολυεπίπεδες δράσεις. Το Εθνικό Δίκτυο Πρόληψης Ατυχημάτων και Βίας (ΕΔΙΠΑΒ) αποτέλεσε μια πρώτη απόπειρα συνδυασμού δράσεων και συγκερασμού απόψεων, χωρίς η μέχρι τώρα εμπειρία να σηματοδοτεί αισιόδοξες προοπτικές.

Η οδική ασφάλεια αποτελεί τον πιο «δημοφιλή» τομέα και συγκεντρώνει ένα ευρύ φάσμα εθνικών, περιφερειακών και τοπικών παρεμβάσεων με στόχο τόσο την εφαρμογή μέτρων παθητικής πρόληψης σε συλλογικό επίπεδο, όπως η βελτίωση των χαρακτηριστικών ασφάλειας των οχημάτων και πιο πρόσφατα η ανάπτυξη οδικών συστημάτων που μπορούν να αντισταθμίσουν την απρόσεκτη συμπεριφορά των οδηγών, όσο και ενεργητικής πρόληψης με αποδεδειγμένα αποτελεσματικά μέσα, όπως η χρήση ζώνης ασφαλείας/κράνους και η υποχωρητική οδήγηση. Είναι θεαματικό ότι 500 στους 2500 ετήσιους θανάτους από τροχαία στη χώρα μας θα είχαν αποφευχθεί αν μπορούσαμε να πείσουμε όλους τους χρήστες της οδού να χρησιμοποιούν σε κάθε περίπτωση κράνος και ζώνη. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα μέτρων ενεργητικής ασφάλειας εξαιρετικής αποτελεσματι-

κότητας για άλλους τύπους ατυχημάτων, όπως η μείωση των δηλητηριάσεων στα παιδιά μετά την εφαρμογή ασφαλών πωμάτων σε φάρμακα/υλικά καθαρισμού ή η τοποθέτηση ανιχνευτών καπνού για πρόληψη ατυχημάτων από φωτιά στο σπίτι. Οι απλές αυτές πρακτικές έχουν κωδικοποιηθεί με πρωτοβουλία του ΚΕΠΑ στον Ευρωπαϊκό Κώδικα κατά των Ατυχημάτων, που αποτελεί κύριο εργαλείο δουλειάς για όσους θέλουν να αντιμετωπίσουν συνολικά το θέμα της πρόληψης σωματικών κακώσεων από διάφορους τύπους ατυχημάτων.

Κανένα όμως μέτρο δεν μπορεί να είναι αποτελεσματικό αν δεν εφαρμοστεί σε μαζική κλίμακα με συνέπεια και συνέχεια και αν δεν ληφθούν υπόψη οι αναγκαίες εκείνες συνθήκες που θα το κάνουν αποδεκτό και προσίτο στο ευρύ κοινό, όπως πχ η μείωση της φορολογίας σε προϊόντα καταναλωτή που προορίζονται για ενίσχυση της ενεργητικής και παθητικής ασφάλειας.

Θα μπορούσαν αυτές οι στρατηγικές πρόληψης να ενταχθούν σε ένα γενικότερο πλαίσιο πολιτικής δημόσιας υγείας;

Οι περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν εκπονήσει και ακολουθούν με αρκετό βαθμό συνέπειας πενταετείς εθνικούς στρατηγικούς σχεδιασμούς και προγράμματα πρόληψης διαφόρων τύπων σωματικών κακώσεων, ανάλογα με τις προτεραιότητές τους. Αντιστοίχως, στο πλαίσιο ευρωπαϊκών προγραμμάτων, όπως το TACTICS, γίνονται συγκριτικές αξιολογήσεις του βαθμού συμμόρφωσης των ευρωπαϊκών χωρών με καλές πρακτικές σε θέματα προστασίας της ασφάλειας των παιδιών και εφήβων, όπως προκύπτουν από βαθμονόμηση δράσεων δημόσιων και ιδιωτικών φορέων. Η πρακτική στοχοθεσίας έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε συλλογικό επίπεδο. Η καταγραφή των δραστηριοτήτων αρκετών επαινετών επιμέρους δράσεων που αναπτύσσονται αυτόβουλα στη χώρα μας και ακόμη καλύτερα η στοιχειώδης αξιολόγησή τους από ένα κεντρικό φορέα χάραξης πολιτικής δημόσιας υγείας θα ήταν ιδιαίτερα σημαντική για τη χώρα μας, καθώς θα βοηθούσε όχι μόνον στο σχεδιασμό πολιτικών δημόσιας υγείας όσο και στην προβολή του έργου τους και στην πιθανή προσέλκυση ιδιωτικών πόρων κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Το ΚΕΕΛΠΝΟ και άλλοι φορείς δημόσιας υγείας, πώς πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να συμβάλουν στον περιορισμό του φαινομένου;

Το ΚΕΕΛΠΝΟ έχει αναπτύξει αξιοσημείωτα επιτεύγματα στον τομέα της επιδημιολογικής επίτηρησης των λοιμωδών νοσημάτων, της αξιολόγησης των δεδομένων σε συνεργασία με το ECDC. Παρομοίως, είναι βασικό να προχωρήσει η καταγραφή των χρονίων νοσημάτων όπως τα καρδιαγγειακά και ο καρκίνος, αλλά και οι σωματικές κακώσεις μέσα από κοινά προγράμματα καταγραφής με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Στο ΚΕΠΑ υπάρχει η τεχνογνωσία και η εμπειρία από το Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων Εξωτερικών Ιατρείων (Emergency Department Injury Surveillance System, EDISS) που λειτουργήσε την περίοδο 1996-2004 και άλλα συστήματα καταγραφής ελαχίστων δεδομένων. Οι βάσεις αυτές έδωσαν τη δυνατότητα αποτύπωσης του μεγέθους και κατανόησης των συνθηκών υπό τις οποίες προκαλούνται οι σωματικές κακώσεις στη χώρα μας. Με κεντρικό στρατηγικό ρόλο, το ΚΕΕΛΠΝΟ θα μπορούσε να διασυνδέσει τα δεδομένα επιμέρους υγειονομικών πηγών καταγραφής με άλλες υπηρεσίες που διαθέτουν βάσεις καταγραφής ειδικών τύπων ατυχημάτων, όπως τροχαία, εγκαύματα, πνιγμοί και δηλητηριάσεις, να προχωρήσει σε κατάρτιση προτεραιοτήτων, καταγραφή των φορέων που υλοποιούν προγράμματα πρόληψης και ελάχιστων κριτηρίων αυτοαξιολόγησης του έργου δημόσιων και ιδιωτικών φορέων, που δραστηριοποιούνται στην πρόληψη σωματικών κακώσεων. Ιδεατή είναι η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος καταγραφής σε διατομεακό επίπεδο, η οποία εκτός από την κεντρική βάση συντονισμού δεδομένων θα παρέχει στις ακρεμόνες μονάδες καταγραφής έγκυρης πληροφορίας τη δυνατότητα χρήσης των δεδομένων σε τοπικό επίπεδο και προσωπικής ταύτισης των κατοίκων με δραστηριότητες πρόληψης. Από είναι το παράδειγμα της Κύπρου, όπου η ευαισθητοποιημένη κοινωνία στην πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων παρακολουθούσε στο εβδομαδιαίο δελτίο της τροχαίας αν μειώθηκε ο αριθμός των θυμάτων και με ποιο τρόπο θα μπορούσαν οι ίδιοι οι κάτοικοι να συμβάλουν στην περαιτέρω μείωση τους.

Στην εποχή του περιορισμού των οικονομικών πόρων που βιώνουμε, ποια είναι η σημασία της επιδημιολογίας και της προληπτικής ιατρικής στη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού;

Φίλος παιδο-ορθοπεδικός στην Αγγλία, στη διάρκεια της καθημερινής ενημέρωσής του για τα νέα

περιστατικά της κλινικής αναζητούσε επίμονα την ακριβή αιτία πρόκλησης του ατυχήματος και απαιτούσε να γίνει κατ' οίκον επίσκεψη για περαιτέρω διερεύνηση. Η απρόβλεπτη λογική του ήταν ότι για μείωση της συχνότητας εισαγωγών και του κόστους έπρεπε να γίνεται κάθε ανθρωπίνως δυνατό σε επίπεδο πρόληψης ώστε να προληφθεί επανάληψη του συμβάματος στο ίδιο άτομο ή σε οικείους του. Ο απλός αυτός συλλογισμός χρειάζεται να καθοδηγεί τη σκέψη και τις προσπάθειές μας την περίοδο της κρίσης με στόχο την αποφόρτιση των δευτεροβάθμιων μονάδων, που λειτουργούν ήδη με μειωμένο προσωπικό και πόρους. Εύκολη είναι η επίκληση εμπειριών άλλων, δύσκολη η εφαρμογή τους, αλλά το υγειονομικό σύστημα θα βρει το σημείο ισορροπίας του, χάρις κυρίως στις προσπάθειες των αφοσιωμένων λειτουργών υγείας στον τόπο μας.

Ποιες θεωρείτε ότι είναι οι προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα οι λειτουργοί Δημόσιας Υγείας στην εποχή της κρίσης;

Η Δημόσια Υγεία υπήρξε πάντα ο φτωχός συγγενής της Κλινικής και Εργαστηριακής Ιατρικής. Οι δαπάνες για προγράμματα μείωσης του νοσολογικού φορτίου, κυρίως όσες αφορούν περιορισμό παραγόντων κινδύνου, ωχριούν σε σύγκριση με εκείνες που καταναλώνονται για διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθώς οι δεύτερες είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τη βιομηχανική παραγωγή με συνακόλουθες πιέσεις για υπερκατανάλωση υπηρεσιών στα όρια των ιατρικών ενδείξεων. Σε κάποιες περιπτώσεις οι υπερβάσεις μπορεί να συμπεριλαμβάνουν διαδικασίες δευτερογενούς πρόληψης, όπως για παράδειγμα συμβαίνει με τον αριθμό των υπερηχογραφήματων για παρακολούθηση ακόμη και της φυσιολογικής εγκυμοσύνης. Αντιθέτως, μέχρι πρόσφατα ιατρικές πρακτικές πρωτογενούς πρόληψης, δεν αναγνωρίζονταν επισήμως στις προς αποζημίωση ιατρικές πράξεις, ενώ ελάχιστα είναι τα παραδείγματα όπου οι ίδιοι οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας αισθάνθηκαν ότι υπήρξαν υπερβολές σε θέματα πρόληψης και προστασίας της δημόσιας υγείας.

Η μείωση των πόρων και του προσωπικού αναντίρρητα έχει επιβαρύνει τους επαγγελματίες παροχής υπηρεσιών υγείας της πρώτης γραμμής αλλά και της δευτερο-τριτοβάθμιας φροντίδας και η συνήθης πρακτική είναι η περαιτέρω συρρίκνωση του ήδη ισχνού τμήματος της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας για διατήρηση των νοσοκομειακών δομών. Ήδη όμως έκαναν την εμφάνισή τους πρωτόβουλες ιδιωτικές πρωτοβουλίες, ενώ πολλοί ιδιώτες ιατροί συμβάλλουν με παροχή μιας ατύπως ελεύθερης παροχής ιατρικής φροντίδας. Οι προσπάθειες αυτές, με παράδειγμα τη βασική υποχρέωση του κράτους για εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού, που αναλαμβάνουν να κάνουν σε εθελοντική βάση συνεργεία ΜΚΟ στην κοινότητα χρειάζονται συντονισμό, συστηματικοποίηση, επικέντρωση στα προέχοντα προβλήματα δημόσιας υγείας και κάποια μορφή επιτήρησης. Αστάθμητος παράγοντας στον αδρό έστω προγραμματισμό αναγκών δημόσιας υγείας στο νέο υγειονομικό χάρτη είναι η στάση του ίδιου του ελληνικού πληθυσμού με την ιδιαίτερη ψυχοσύνθεση και αντιδράσεις, που ευχόμαστε να κινητοποιηθεί θετικά για προστασία της προσωπικής και δημόσιας υγείας.

Επιτρέψτε μας και κάποιες πιο προσωπικές ερωτήσεις. Γιατί και με ποιες αφορμές αποφασίσατε να αφιερώσετε την καριέρα σας στους τομείς της επιδημιολογίας και της πρόληψης;

Η τύχη, με ό,τι ο όρος αυτός περιλαμβάνει, παίζει συχνά καταλυτικό ρόλο στις επιλογές ζωής. Προσωπικά, εκτός από την επιλογή της παιδιατρικής, μιας ειδικότητας με σημαντικό προληπτικό περιεχόμενο και ρόλο, είχα την καλή τύχη να μαθητεύσω στο μεγάλο δάσκαλο επιδημιολογίας, προληπτικής ιατρικής και Δημόσιας Υγείας Καθηγητή κο Τριχόπουλο. Με δική του προτροπή έκανα τις μεταπτυχιακές μου σπουδές στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Harvard, ενώ οι γονείς μου με στήριξαν αναλαμβάνοντας το δικό μου ρόλο στη φροντίδα των παιδιών μου. Η εμπειρία ήταν μοναδική, μου άνοιξε νέους επιστημονικούς ορίζοντες, με μύησε στη γοητεία της επικεντρωμένης σε θέματα αιτιολογίας και πρόληψης της ανθρώπινης νοσολογίας έρευνα, αλλά και τις εφαρμογές της σε πληθυσμιακό επίπεδο. Εκεί ήταν που συνειδητοποίησα το σημαντικό φορτίο της άκαιρης θνησιμότητας παιδιών και εφήβων εξ αιτίας των σωματικών κακώσεων αλλά και τις μεγάλες δυνατότητες πρόληψης με συντονισμένα προγράμματα δράσης.

Αισθάνεστε, μέσα από αυτήν τη μακρά και πολύ επιτυχημένη επιστημονική σας πορεία, δικαιωμένη από την ενασχόλησή σας με τη δημόσια υγεία;

Με την επιστροφή μου στην Ελλάδα είχα την ευκαιρία ως μέλος ΔΕΠ του Εργαστηρίου Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής και Υπεύθυνη Λειτουργίας στο ΚΕΠΑ να εργασθούμε με αφοσιωμένους λειτουργούς υγείας σε έναν τομέα που συνδύαζε την παιδιατρική ειδικότη-

τα με τη δημόσια υγεία και την κοινωνική ιατρική και να γευθώ προσωπικά την ικανοποίηση προσφοράς σε ένα παραδοσιακά «άγονο πεδίο» μετά από πολύ κόπο και επίμονη προσπάθεια. Η εμμονή μου να ασχοληθώ αποκλειστικά με τη δημόσια υγεία και να απαρνηθώ την κλινική ιατρική με τις χαρές του άμεσου και απτού αποτελέσματος και της προσωποποιημένης προσφοράς, φαίνεται ότι πηγάζει από το χαρακτήρα και τις προσωπικές μου ανάγκες. Η έρευνα γινόταν σε ένα τομέα παρθένο, απαιτητικό, με ιδιαίτερες προκλήσεις. Οι συνάδελφοί μου στην Αμερική, Ευρώπη, Ν. Αφρική και Αυστραλία με βοήθησαν να στησουμε και να αξιοποιήσουμε βάσεις δεδομένων, να χρησιμοποιήσουμε την οριζόντια μάθηση, διατομεακή συνεργασία και εμπειρία από διαφορετικά συστήματα υγείας προκειμένου να προτείνουμε πολιτικές και να εφαρμόσουμε προγράμματα πεδίου και να συνειδητοποιήσουμε πόσο αναγκαία είναι συνεργασία με τους νεότερους συναδέλφους και η μεταλαμπάδευση της γνώσης μέσα από το επίσημο και κυρίως ανεπίσημο curriculum.

Η προσωπική μου ικανοποίηση είναι ότι έχουν πολλαπλασιαστεί σήμερα οι φορείς που ασχολούνται μερικά ή αποκλειστικά με τη μείωση των σωματικών κακώσεων στη χώρα μας και η διαχρονική εξέλιξη της ειδικής τους θνησιμότητας την περίοδο αυτή δείχνει μείωση πάνω από 50%. Ευχόμαι οι σπόροι της ελπίδας περαιτέρω βελτίωσης να μη ξεραθούν εξ αιτίας της κρίσης.

Ποιες συμβουλές θα δίνετε στους νέους επαγγελματίες υγείας που αποφασίζουν να ασχοληθούν με την επιδημιολογία και την πρόληψη των νοσημάτων;

Δημόσια υγεία και προσωπική οικονομική ευμάρεια δεν συμβαδίζουν. Στην καθημερινή πράξη, η έρευνα και οι παρεχόμενες υπηρεσίες διέπονται από στενότητα πόρων, χωρίς δυνατότητα να ανταγωνιστούμε την επαγγελματική διαφήμιση για προώθηση βιομηχανικών ή άλλων προϊόντων (παράδειγμα τα προϊόντα καπνού), που συχνά ανταγωνίζονται τους δικούς μας στόχους αναφορικά με την πρόασηψη και την προστασία της δημόσιας υγείας.

Παρόλα αυτά, στην προληπτική ιατρική σημειώνονται ουσιαστικές εξελίξεις, καθώς η ιατρική βιομηχανία επεκτείνει τους τομείς ενδιαφέροντός της σε φαρμακευτικά προϊόντα και διαγνωστική τεχνολογία που στοχεύουν στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της νοσολογίας. Εξ άλλου, αρκετοί νέοι συνάδελφοι ενδέχεται να ασχοληθούν ως σύμβουλοι ιατροί στο πεδίο παραγωγής νέων προϊόντων, όπου είναι ουσιαστικές να ενσωματωθεί η αξία της ασφάλειας του νέου προϊόντος. Χρειάζεται επίσης η συνεργασία με τη βιομηχανία για τη βελτίωση της ασφάλειας ήδη κυκλοφορούντων καταναλωτικών προϊόντων, όπως συνέβη για παράδειγμα με τους βρεφοβαδιστές (παιδικές στράτες, περπατούρες), όταν διαπιστώθηκε από τις βάσεις πρόληψης ατυχημάτων ότι ευθύνονταν για σοβαρά παιδικά ατυχήματα. Τέλος είναι υποχρέωση του ιατρικού σώματος ο έλεγχος για απομάκρυνση μη ασφαλών υλικών που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή ιατρική πράξη, σύμφωνα με πρόσφατη εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας ενώ παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον η διερεύνηση της ασφάλειας ιατρικών πράξεων. Για παράδειγμα, υπάρχει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον και η ομάδα μας συμμετέχει ουσιαστικά στη διερεύνηση των επιπτώσεων της εξωσωματικής γονιμοποίησης στην υγεία της μητέρας και του παιδιού. Το ερευνητικό ερώτημα στην περίπτωση αυτή είναι κατά πόσο μπορεί κανείς να αποδώσει τις επιπτώσεις στην ίδια την υπογονιμότητα για την οποία άλλωστε προσφεύγει το ζευγάρι σε εξωσωματική ή στη διαδικασία καθεαυτή και τις ουσίες που χρησιμοποιούνται προς επίτευξη και διατήρηση της εγκυμοσύνης. Αυτό είναι ένα μόνον παράδειγμα όπου μπορεί κανείς να διακρίνει τις διανοητικές προκλήσεις που έχει η έρευνα στον τομέα και τις οριακές καταστάσεις που αντιμετωπίζονται όταν θα πρέπει να αποφασιστεί για παράδειγμα κατά πόσο μπορεί να υπερβαίνει κανείς τα όρια της φύσης προκειμένου να ικανοποιήσει την επιθυμία του ατόμου για διαιώνιση του εαυτού του και ποιος είναι ο ρόλος μας ως συμβούλων στην απόφαση που θα πάρει το ζευγάρι. Μια σειρά από παρόμοιες προκλήσεις αναφύονται για άλλες προληπτικές πρακτικές, την αξία των οποίων θεωρούσαμε πια τεκμηριωμένη όπως είναι η μαστογραφία, που επαναξιολογούνται σήμερα, ιδιαίτερος κάτω από την πίεση της οικονομικής κρίσης ή για άλλες που βρίσκονται στο στάδιο της διερεύνησης, ξεπερνούν τα όρια της χώρας και στην αξιολόγηση των οποίων οι Έλληνες ερευνητές με τη φαντασία, την περιέργεια και την αφοσίωση που διαθέτουν, αναμένονται να παίξουν ουσιαστικό ρόλο.

Ευχαριστούμε θερμά

Επιμέλεια: Φίλιππος Κουκουριτάκης

Θνησιμότητα από ατυχήματα κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών (1980-2009) στην Ελλάδα: μύθοι και πραγματικότητες

Το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ) ιδρύθηκε το 1991 από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στις εγκαταστάσεις της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών με στόχο τη συμβολή στην πρόληψη και τον έλεγχο σωματικών κακώσεων μέσα από ερευνητική τεκμηρίωση και παροχή υπηρεσιών. Με βάση την εμπειρία δυο δεκαετιών αναλύουμε δεδομένα θνησιμότητας και παρουσιάζουμε μύθους και πραγματικότητες σχετικά με το θέμα.

Μύθος

Τα ατυχήματα είναι τυχαία γεγονότα. Θα συμβούν ούτως ή άλλως. Σημασία έχει να βελτιώσουμε την ταχεία ανταπόκριση του συστήματος υγείας στους τραυματίες

Αλήθεια

Τα ατυχήματα και οι συνακόλουθες σωματικές κακώσεις είναι καταστάσεις προβλέψιμες και προλήψιμες, όπως τεκμηριώνεται από την εμπειρία άλλων χωρών που ακολούθησαν με συνέπεια στρατηγικές ενεργητικής και παθητικής πρόληψης

Οι άνθρωποι έχουν την τάση να αντιμετωπίζουν τους ακούσιους τραυματισμούς ως «τυχαία γεγονότα» και να τους αποδίδουν σε πράξεις της μοίρας. Η αλήθεια είναι ότι οι ακούσιοι τραυματισμοί είναι στη μεγάλη τους πλειοψηφία (90%) προλήψιμοι και προβλέψιμοι, ενώ αντίθετα, αν συμβούν, ο κίνδυνος δια βίου αναπηρίας ή μετα-τραυματικής αγχώδους διαταραχής είναι υψηλός. Το ΚΕΠΑ διεξήγαγε μια σειρά μελετών για το προλήψιμο κλάσμα των θανάτων από ατυχήματα, σύμφωνα με τις οποίες πάνω από 73.000 ανθρώπινες ζωές θα μπορούσαν να είχαν σωθεί μέσα σε ένα χρόνο στις 25 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ-25). Ειδικότερα, υπολογίστηκε ότι θα μπορούσαν να μειωθούν σχεδόν στο μισό οι θάνατοι από ακούσιο τραυματισμό στα παιδιά, πάνω από 50% στους ενήλικες και ~ 40% στους ηλικιωμένους, αν εφαρμόζονταν γνωστές πρακτικές πρόληψης σε όλα τα κράτη μέλη [1]. Με ανάλογο υπολογισμό στις ΗΠΑ, περίπου το ένα τρίτο των θανάτων από ακούσιους τραυματισμούς στην παιδική ηλικία θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί με βάση τα υπάρχοντα μέσα και πόρους.

Παρά την ευρεία αναγνώριση της σημασίας της πρόληψης των κακώσεων, οι επενδύσεις στον τομέα της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας ωχριούν σε σύγκριση με τις δαπάνες που καταναλώνονται σε διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες. Παρότι οι περισσότεροι τύποι κακώσεων μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου, η ποικιλία τους σε συνδυασμό με την έλλειψη αναγνώρισης της προσωπικής ευθύνης θεωρούνται υπεύθυνοι για την ασυμφωνία αναγκών και προσφοράς προληπτικών υπηρεσιών και εμποδίζουν το σχηματισμό ισχυρών ομάδων, οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής.

Μύθος

Γνωρίζουμε αρκετά για το μέγεθος του προβλήματος και των αιτιών των ατυχημάτων και σωματικών κακώσεων στη χώρα μας. Θα πρέπει αμέσως να στρέψουμε την προσοχή μας στην πρόληψη και αντιμετώπιση χωρίς να σπαταλήσουμε πόρους για την καταγραφή τους

Αλήθεια

Η αναλυτική καταγραφή των ατυχημάτων/σωματικών κακώσεων, των αιτιών και της έκβασής τους είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την πρόληψη των ακούσιων τραυματισμών και την αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης

Η συχνότητα των σωματικών κακώσεων και τα ποσοστά θνησιμότητας από ακούσια ατυχήματα, αυτοκτονίες και ανθρωποκτονίες, ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό λόγω των εγγενών και εξωγενών χαρακτηριστικών των υποκείμενων πληθυσμών. Επιπλέον, πολιτιστικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και κοινωνικά πρότυπα συνοχής, καθώς και η επικρατούσα άποψη για θέματα αντιμετώπισης της ασφάλειας κάθε κοινωνίας, ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος των διακρατικών διαφορών. Αντιστοίχως, το σύστημα υγείας και νοσοκομειακής περίθαλψης επηρεάζει κυρίως τη θνητότητα και τα ποσοστά αναπηρίας. Η πρόληψη των ατυχημάτων/σωματικών κακώσεων απαιτεί την εφαρμογή ενός πλαισίου πολιτικών υγείας του πληθυσμού, που περιλαμβάνει τέσσερα στάδια, τον καθορισμό του προβλήματος, την αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου και προστασίας, την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης και στη συνέχεια την εφαρμογή και αξιολόγηση των στρατηγικών αυτών. Ως εκ τούτου, δεν μπορεί να υπάρξει πρόληψη χωρίς τη σαφή κατανόηση των συνθηκών υπό τις οποίες προκλήθηκε ο τραυματισμός, συμπεριλαμβανομένου του τόπου και των παραγόντων που εμπλέκονται. Τα στοιχεία θνησιμότητας, αν κωδικοποιηθούν λεπτομερώς σύμφωνα με την πιο πρόσφατη ICD-10 ταξινόμηση ή άλλες πιο ειδικές ταξινομήσεις, παρέχουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τα αίτια των ατυχημάτων. Οι θάνατοι, από ατυχήματα/κακώσεις αντιπροσωπεύουν μόνο την κορυφή του παγόβουνου στην πυραμίδα της πρόληψης των τραυματισμών. Για παράδειγμα, στα 27 κράτη μέλη της ΕΕ (ΕΕ-27) οι θάνατοι από ατυχήματα/κακώσεις έχουν υπολογιστεί σε περίπου 255.000 περιπτώσεις, σε σύγκριση με περίπου 7.200.000 εισαγωγές στο νοσοκομείο και περίπου 34.800.000 περιπτώσεις που εξετάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία [2]. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι ούτε οι νοσοκομειακές στατιστικές επαρκούν για την εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος, που επιβαρύνει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και την κοινωνία στο σύνολό της, ιδίως όταν συνυπολογιστεί υψηλή πιθανότητα αναπηρίας.

Ως εκ τούτου, η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος καταγραφής που θα λειτουργεί σε διατομεακό επίπεδο και θα αποτελείται από μια κεντρική βάση συντονισμού δεδομένων και ακρεμόνες μονάδες καταγραφής είναι πέρα από κάθε αμφιβολία απαραίτητη για κάθε ολοκληρωμένη προσπάθεια πρόληψης των τραυματισμών. Η εμπειρία του ΚΕΠΑ με την ανάπτυξη του Συστήματος Καταγραφής των Ατυχημάτων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Emergency Department Injury Surveillance System, EDISS), κατά τα πρότυπα άλλων συστημάτων καταγραφής στην Ευρωπαϊκή Ένωση, εγγυάται ότι μια τέτοια προσπάθεια είναι εφικτή και μπορεί να υλοποιηθεί με σχετικά χαμηλό κόστος [3]. Η κεντρική καταγραφή των ατυχημάτων αντιπροσωπεύει μια σημαντική πηγή έγκυρης πληροφόρησης για το στρατηγικό σχεδιασμό, την αξιολόγηση των μέτρων πρόληψης και ελέγχου καθώς και άλλους ερευνητικούς σκοπούς συμπεριλαμβανομένου του ρόλου των καταναλωτικών προϊόντων, ενώ ταυτόχρονα ενθαρρύνει και βελτιώνει την ποιότητα της τοπικής καταγραφής. Η συμμετοχή ειδικών επιστημονικών ιδρυμάτων μπορεί να εγγυηθεί τη λειτουργία και την παροχή δεδομένων σε πραγματικό χρόνο, καθώς και τον υπολογισμό των στατιστικών στοιχείων που είναι απαραίτητα για τους φορείς χάραξης πολιτικής, τους οργανισμούς που αναλαμβάνουν τις προσπάθειες πρόληψης και για την πληροφόρηση του γενικού κοινού και ιδιαίτερα όσων έχουν χάσει τα αγαπημένα τους πρόσωπα από κάποιο ατύχημα.

Μύθος

Τα τροχαία ατυχήματα πρέπει να αποτελέσουν την αιχμή του δόρατος των προγραμμάτων πρόληψης στην Ελλάδα, δεδομένης της εμπειρίας από προληπτικά μέτρα και προγράμματα

Αλήθεια

Στη διάρκεια των τελευταίων ετών έχει παρατηρηθεί ανησυχητική αύξηση της θνησιμότητας από δηλητηριάσεις (3η αιτία θανάτου από ακούσιο τραυματισμό), ειδικά μεταξύ εφήβων και νεαρών ενηλίκων, που ενδέχεται να οφείλεται σε υπερδοσολογία και υπέρχρηση ουσιών. Επιπλέον, η Ελλάδα κατατάσσεται σε μία από τις χειρότερες θέσεις αναφορικά με τη θνησιμότητα από πνιγμούς (21η χειρότερη θέση) μεταξύ των χωρών της ΕΕ-27 και δεν ακολουθεί για καμιά ηλικιακή ομάδα τη σημαντική ετήσια μείωση των προτυπωμένων δεικτών θνησιμότητας (SDRs), που παρατηρείται στο μέσο όρο των χωρών της ΕΕ. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών, ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ-27, η Λιθουανία και η Ισπανία παρουσίασαν, αντίστοιχα, τους υψηλότερους και χαμηλότερους προτυπωμένους δείκτες θνησιμότητας από ακούσιους τραυματισμούς. Η Ελλάδα βρίσκεται στη 14η θέση, παρουσιάζοντας μείωση 60% κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Ειδικότερα, η χώρα μας κατέχει τη χειρότερη θέση στη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα (27η, χειρότερη θέση) μεταξύ των 27 ευρωπαϊκών χωρών, ενώ η Σουηδία την καλύτερη. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της εξεταζόμενης περιόδου παρατηρείται μια αισθητά πιο αργή μείωση του δείκτη θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα συγκριτικά με το μέσο ρυθμό μείωσης στην ΕΕ-27.

Οι πτώσεις αποτελούν τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου από ακούσιους τραυματισμούς στις περισσότερες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας (6η καλύτερη θέση), με την Πορτογαλία και τη Σλοβενία να καταγράφουν την καλύτερη και χειρότερη τιμή, αντίστοιχα. Αξίζει να σημειωθεί η αισθητή μείωση της θνησιμότητας από πτώσεις στον ηλικιωμένο πληθυσμό της χώρας μας αλλά και των άλλων χωρών της Μεσογείου, που είναι μεγαλύτερη από την παρατηρούμενη στο μέσο όρο της ΕΕ-27.

Αντίθετα, ο δείκτης θνησιμότητας από δηλητηριάσεις στην Ελλάδα ήταν 4-φορές υψηλότερος κατά τη διάρκεια του 2009 από ό,τι το 1980, κατατάσσοντας πλέον τις δηλητηριάσεις ως 3η αιτία θνησιμότητας από ακούσιους τραυματισμούς. Με 6.443 θανάτους κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα ετών, η Ελλάδα κατατάσσεται 17η ανάμεσα στις ΕΕ-27 χώρες, ενώ μένει να διευκρινιστούν οι αιτίες του φαινομένου.

Όσον αφορά στους πνιγμούς, η Ελλάδα κατατάσσεται επίσης σε μια από τις δυσμενέστερες θέσεις (21η χειρότερη) στην ΕΕ-27 χωρίς τάση αναστροφής. Πράγματι, παρά τη σημαντική μείωση που παρατηρήθηκε στα κράτη μέλη της ΕΕ, δεν παρατηρείται αντίστοιχη σημαντική αλλαγή στη διαχρονική τάση της ειδικά από πνιγμούς θνησιμότητας στην Ελλάδα.

Μύθος

Δεν γνωρίζουμε γιατί οι άνδρες υφίστανται περισσότερες ακούσιες σωματικές κακώσεις σε σχέση με τις γυναίκες

Αλήθεια

Οι άνδρες εμπλέκονται συχνότερα σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές και το σπουδαιότερο, φαίνεται ότι υπάρχουν διακριτές κατά φύλο διαφορές όσον αφορά στην κατανόηση και εφαρμογή των μηνυμάτων πρόληψης σωματικών κακώσεων, που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην εφαρμογή και υλοποίηση προγραμμάτων

Στην Ελλάδα, οι προτυπωμένοι δείκτες θνησιμότητας σε όλες τις κατηγορίες ακούσιων τραυματισμών στους άνδρες είναι 4 φορές υψηλότερα από ό,τι στις γυναίκες. Ειδικότερα οι άνδρες έχουν 8 φορές σχεδόν μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από δηλητηριάσεις και 3-φορές μεγαλύτερο από πτώσεις. Το χάσμα του κινδύνου μεταξύ των δύο φύλων μειώνεται σε 2-φορές στην ηλικιακή ομάδα των 75+, εξ αιτίας αύξησης του κινδύνου θανατηφόρων πτώσεων στις ηλικιωμένες γυναίκες, κυρίως λόγω οστεοπόρωσης. Πράγματι, οι πτώσεις αποτελούν το μοναδικό τύπο ακούσιου τραυματισμού, όπου ο δείκτης προτυπωμένης θνησιμότητας στις γυναίκες ξεπερνάει ακόμα και τον αντίστοιχο των τροχαίων ατυχημάτων, τα οποία αποτελούν μακράν την κύρια αιτία θνησιμότητας από τραυματισμούς και για τα δύο φύλα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Η εξέταση των διαχρονικών τάσεων κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών δείχνει μια πιο αργή ετήσια μείωση των δεικτών στους άνδρες, υποδεικνύοντας πιθανόν ότι η γνωστή απροθυμία τους να υιοθετήσουν προληπτικά μέτρα γνωστής αποτελεσματικότητας ισχύει και στην πρόληψη των ατυχημάτων. Ως εκ τούτου, τα προγράμματα πρόληψης των σωματικών κακώσεων πρέπει να είναι στοχευμένα ανάλογα με τα στερεότυπα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ώστε να επιτευχθεί μέγιστη απόδοσή τους στην τρέχουσα φάση της οικονομικής κρίσης.

Μύθος

Τα ατυχήματα είναι πιο συχνά μεταξύ των παιδιών και, συνακόλουθα, πρέπει να αποτελούν προτεραιότητα σε όλα τα προγράμματα πρόληψης

Αλήθεια

Οι ακούσιοι τραυματισμοί στην παιδική ηλικία είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου σε αυτή την ομάδα, κυρίως λόγω της σπανιότητας των άλλων θανατηφόρων αιτιών. Δεδομένου και του υψηλού χαμένου χρόνου αναμενόμενης ζωής, συγκριτικά με εκείνον των ηλικιωμένων, η πρόληψή τους ιεραρχείται υψηλά στα προγράμματα πρόληψης. Ωστόσο, τη μεγάλη φόρτιση στις υπηρεσίες υγείας προκαλεί η ομάδα των ηλικιωμένων, λόγω της δυσανάλογα υψηλής συχνότητας σοβαρών τραυματισμών και της εξαιρετικά υψηλής θνητότητάς τους.

Οι ακούσιοι τραυματισμοί αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες θανάτου μέχρι το 45ο έτος της ηλικίας. Όμως, οι δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας εξαιτίας των ατυχημάτων είναι εξαιρετικά υψηλοί μεταξύ των ατόμων άνω των 75 ετών, λόγω της επίδρασης της ηλικίας και της συννοσηρότητας. Όντως, οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν 2.6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από ατυχήματα σε σχέση με το σύνολο των υπολοίπων ηλικιακών ομάδων με διακύμανση από 2 έως 20 φορές, ανάλογα με τον τύπο του ακούσιου τραυματισμού. Έχει υπολογιστεί ότι στο σύνολο του πληθυσμού της ΕΕ, ενώ τα άτομα άνω των 65 ετών αποτελούν μόνο ~15%, ευθύνονται για ~40% των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών, απορροφώντας ένα δυσανάλογο μερίδιο των πόρων των νοσοκομείων για την αντιμετώπιση των τραυματισμών, κυρίως από κατάγματα ισχίου και κατά γόνυ αρθρώσεων/κάτω άκρων 4.

Συμπερασματικά, δεδομένης της μεγάλης συμμετοχής των νέων που υφίστανται κακώσεις στα χαμένα χρόνια αναμενόμενης ζωής και αναπηρίας από τη μια, αλλά της υψηλής συχνότητας των σωματικών κακώσεων και αποδυνάμωσης των ηλικιωμένων, οι προσπάθειες πρόληψης πρέπει να προσαρμόζονται με σκοπό την κάλυψη των ειδικών αναγκών της κάθε ηλικιακής ομάδας του πληθυσμού. Παράδειγμα επιτυχούς προληπτικής αντιμετώπισης αποτελούν τα επαγγελματικά ατυχήματα, που ανταποκρίνονται σε νομοθετικές ρυθμίσεις και εφαρμόζονται με συντονισμένες και συνεπείς προσπάθειες πρόληψης.

Μύθος

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα καταγράφεται χαμηλότερο ποσοστό θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων, εξαιτίας της χρηματοπιστωτικής κρίσης και της συνακόλουθης μειωμένης κυκλοφορίας των οχημάτων

Αλήθεια

Την ίδια χρονική περίοδο, οι πόροι για υγειονομική περίθαλψη έχουν ομοίως μειωθεί. Συγκριτικά με τις χώρες μέλη της ΕΕ-27, η Ελλάδα βιώνει τις υψηλότερες τιμές θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα και ο παρατηρούμενος ετήσιος ρυθμός μείωσης κατά τα τελευταία 30 χρόνια δεν έχει φτάσει το μέγεθος της αντίστοιχης μέσης μείωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μόνο η πολιτική πρόληψης των ατυχημάτων μπορεί να μειώσει την υψηλή επιβάρυνση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης εξ αιτίας των σωματικών κακώσεων και ιδιαιτέρως όσων οφείλονται σε τροχαία.

Το εθνικό μωσαϊκό της θνησιμότητας από ακούσιους τραυματισμούς τροποποιήθηκε σημαντικά από τα τέλη της προηγούμενης δεκαετίας μέχρι το 21ο αιώνα. Παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας, τα τροχαία ατυχήματα έχουν αναδειχθεί ως η κύρια αιτία θανάτου από ατυχήματα στην Ελλάδα, ενώ ακολουθούν οι πτώσεις, οι δηλητηριάσεις και οι πνιγμοί. Μοναδική εντός του φάσματος της πρόληψης των ατυχημάτων, η οδική ασφάλεια αποτελεί αντικείμενο ευρέος φάσματος εθνικών, περιφερειακών και τοπικών τεκμηριωμένων παρεμβάσεων που στοχεύουν τόσο στην παθητική πρόληψη, όπως η βελτίωση των χαρακτηριστικών ασφάλειας των οχημάτων και η ανάπτυξη οδικών συστημάτων που μπορούν να αντισταθμίσουν την απρόσεκτη συμπεριφορά των οδηγών, όσο και στην ενεργητική πρόληψη, όπως η χρήση ζώνης ασφαλείας και κράνους που αποτελούν αποδεδειγμένα εξαιρετικά αποτελεσματικά μέτρα. Στην Ελλάδα, έχει υπολογιστεί ότι περίπου 500 από τους 25.000 ετήσιους θανάτους θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί αν όλοι οι επιβάτες χρησιμοποιούσαν αυτά τα συστήματα προστασίας [5]. Παρ' όλα αυτά, η πρόληψη των ατυχημάτων αποτελεί κινούμενο στόχο. Νεότερες προκλήσεις, όπως η χρήση κινητών τηλεφώνων και ακουστικών από οδηγούς και πεζούς, αλλά και ορισμένες προϋπάρχουσες που επιμένουν, όπως η οδήγηση υπό την επήρεια ουσιών, εμποδίζουν τη μεγαλύτερη πρόοδο στον τομέα της οδικής ασφαλείας. Παρότι η οικονομική κρίση μπορεί να οδηγήσει σε αριθμητική μείωση των συμβάντων λόγω μείωσης της έκθεσης στους οδικούς κινδύνους, δεν αναμένεται αντίστοιχη μείωση στην αναλογική φόρτιση υπηρεσιών υγείας που υφίσταται από πλευράς τους παρομοίως μειώσεις πόρων και προσωπικού. Στρατηγικές και προγράμματα πρόληψης είναι η μόνη ελπίδα πραγματικής αποφόρτισης του συστήματος, αλλά και ελαχιστοποίησης του ανθρώπινου πόνου που προκαλούν, ιδίως οι θάνατοι και αναπηρίες σε νεαρές ομάδες ηλικιών.

Βιβλιογραφία

1. Petridou ET, Kyllikidis S, Jeffrey S, Chishti P, Dessypris N, Stone DH. Unintentional injury mortality in the European Union: how many more lives could be saved? Scand J Public Health. 2007; 35(3): 278-87.
2. Workshop on building capacity for injury prevention through improved injury surveillance. World Health Organization. Regional Office For Europe; 2012.
3. Gyllensvard H. Cost-effectiveness of injury prevention - a systematic review of municipality based interventions. Cost Eff Resour Alloc. 2010; 8: 17.
4. Polinder S, Meering WJ, van Baar ME, Toet H, Mulder S, van Beeck EF. Cost estimation of injury-related hospital admissions in 10 European countries. J Trauma. 2005; 59(6): 1283-90; discussion 90-1.
5. Petridou E, Skalkidou A, Ioannou N, Trichopoulos D. Fatalities from non-use of seat belts and helmets in Greece: a nationwide appraisal. Hellenic Road Traffic Police. Accid Anal Prev. 1998; 30(1): 87-91.

**Χαραλαμπία Παπαδοπούλου, Νικόλαος Δεσύπρης, Ελένη Πετρίδου
Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ), Εργαστήριο Υγιεινής,
Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου
Αθηνών**

**Επιδημίες στον κόσμο,
Αύγουστος 2013****Νέος κοροναϊός (MERS-CoV) [1]**

Από τον Σεπτέμβριο 2012 έως τα τέλη Αυγούστου 2013 έχουν αναφερθεί στον ΠΟΥ 108 εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα με λοίμωξη από MERS-CoV, συμπεριλαμβανομένων 50 θανάτων. Τα κρούσματα εντοπίζονται σε χώρες στη Μέση Ανατολή όπως η Ιορδανία, το Κατάρ, η Σαουδική Αραβία και τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα. Επιπλέον, κρούσματα αναφέρθηκαν στη Γαλλία, στη Γερμανία, στην Ιταλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Τυνησία. Όλα τα κρούσματα που αναφέρθηκαν στην Ευρώπη και στη Βόρειο Αφρική είτε μεταφέρθηκαν εκεί για θεραπεία ή νόσησαν μετά την επιστροφή τους από τη Μέση Ανατολή. Ωστόσο, στη Γαλλία, στην Ιταλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Τυνησία, υπήρξε περιορισμένη τοπική μετάδοση μεταξύ των στενών επαφών που δεν είχαν ταξιδέψει στη Μέση Ανατολή, αλλά είχαν έρθει σε επαφή με ασθενή που επέστρεψε πρόσφατα από τη Μέση Ανατολή. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ δεν υπάρχουν συστάσεις για έλεγχο στις πύλες εισόδου ή περιορισμοί σε σχέση με το εμπόριο ή τα ταξίδια.

Γρίπη Α(H7N9) [1]

Έως τις 11 Αυγούστου 2013 επιβεβαιώθηκαν εργαστηριακά 135 κρούσματα, συμπεριλαμβανομένων 44 θανάτων. Έως σήμερα δεν υπάρχουν ενδείξεις για μετάδοση από άτομο σε άτομο. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ δεν υπάρχουν συστάσεις για έλεγχο στις πύλες εισόδου ή περιορισμοί σε σχέση με το εμπόριο ή τα ταξίδια.

Ερυθρά [2]

Από την αρχή του 2013 έως τις 15 Αυγούστου αναφέρθηκαν στην Πολωνία 36087 κρούσματα ερυθράς. Ο μεγαλύτερος αριθμός κρουσμάτων εντοπίζεται στις δυτικές περιοχές Malopolskie και Wielkopolskie. Επίσης, περιοχές όπου αναφέρθηκαν πολλά κρούσματα είναι οι Lublin, Lubusz, Kuyavian-Pomeranian, Podkarpackie, Pomeranian και Zachodniopomorskie (West Pomeranian).

Πολιομυελίτιδα [2]

Από τον Απρίλιο 2013 έως τις 20 Αυγούστου αναφέρθηκαν 108 κρούσματα πολιομυελίτιδας στη Σομαλία. Πρόκειται για τα πρώτα κρούσματα από άγριο ιό πολιομυελίτιδας που αναφέρονται από το 2007.

Επίσης, 12 κρούσματα ανακοινώθηκαν στην Κένυα. Είναι τα πρώτα κρούσματα από άγριο ιό πολιομυελίτιδας που αναφέρονται από τον Ιούλιο 2011.

Ένα από τα κρούσματα που αναφέρθηκαν τον Ιούλιο εντοπίστηκε στην περιοχή Somali Region της Αιθιοπίας. Πρόκειται για το πρώτο κρούσμα από άγριο ιό πολιομυελίτιδας που αναφέρθηκε στην Αιθιοπία από το 2008.

Χρήσιμοι σύνδεσμοι

1. World Health Organization (WHO). Στο: <http://www.who.int/csr/don/> [προσπέλαση 2 Σεπτεμβρίου 2013]
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Στο: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/outbreak-notices/> [προσπέλαση 2 Σεπτεμβρίου 2013]

**Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής
Τμήμα Παρεμβάσεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας**

**Αίνιγμα του μήνα
Αύγουστος 2013**

Η θνησιμότητα από παιδικά ατυχήματα στην Ελλάδα (για την εικοσαετία 1990-2010), είναι μεγαλύτερη στην ηλικιακή ομάδα των:

- A) 0-4
- B) 5-9
- Γ) 10-14

Οι απαντήσεις θα αποστέλλονται στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση:
info-quiz@keelpno.gr

Η απάντηση στο αίνιγμα Ιουλίου: Ο Sir Ronald Ross, το 1897, ήταν ο πρώτος που ανακάλυψε ότι τα πλασμίδια της ελονοσίας μπορεί να μεταδοθούν από ασθενείς στα κουνούπια και κέρδισε το βραβείο Νόμπελ το 1902.

Για περισσότερες πληροφορίες δείτε ενδεικτικά: <http://www.cdc.gov/malaria/about/history/ross.html>

Απάντησαν σωστά: 2 άτομα.

**Η 28η Σεπτεμβρίου,
Παγκόσμια Ημέρα κατά της Λύσσας**

Η 28η Σεπτεμβρίου είναι η επίσημη ημέρα παγκόσμιας πρωτοβουλίας για την αύξηση της ευαισθητοποίησης, την πρόληψη και τη μείωση της θνησιμότητας από τη θανατηφόρα ασθένεια της λύσσας.

Η συγκεκριμένη ημέρα καθιερώθηκε στις 7 Σεπτεμβρίου 2007 και οργανώθηκε από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ (CDC) και τη Συμμαχία για την καταπολέμηση της λύσσας (ARC), με έδρα το Ηνωμένο Βασίλειο. Άλλοι οργανισμοί που υποστήριξαν αυτή την προσπάθεια είναι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο Παν- Αμερικανικός Οργανισμός Υγείας (PAHO), η Παγκόσμια Οργάνωση για την Υγεία των Ζώων [The World Organization for Animal Health (OIE)] και Κέντρα Δημόσιας Υγείας συνεργαζόμενα με τον Π.Ο.Υ. (WHO collaborating centers).

Η ιστοσελίδα της πρωτοβουλίας αυτής είναι το www.worldrabiesday.org.

Κατά την πρώτη Συνεδρίαση προσεγγίστηκαν 54.000.000 άνθρωποι, 400.000 άνθρωποι από 74 χώρες συμμετείχαν με διαφορεές δραστηριότητες για την ευαισθητοποίηση και την αύξηση της οικονομικής στήριξης της προσπάθειας, ενώ περίπου 600.000 ζώα εμβολιαστήκαν στην πρώτη προσπάθεια.

Στόχος της Παγκόσμιας Ημέρας είναι η συνεχής ενημέρωση και η αύξηση της επαγγελματικής συνείδησης απέναντι στη λύσσα και ο εμβολιασμός αδέσποτων και δεσποζόμενων ζώων, με απώτερο σκοπό την εξάλειψη της νόσου.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (www.keelpno.gr), στην ενότητα που αφορά τη λύσσα.

Σύνθημα της ημέρας: Κάντε τη Λυσά Ιστορία.



Πληροφορίες για τη λύσσα

Τι να κάνω αν με δαγκώσει κάποιο ζώο:

- ✓ Προσπελάστε να αναφερθείτε τα χαρακτηριστικά του ζώου (χρώς, μέγεθος, χρώμα κλπ.), την κατάσταση, τη συνήθεια που παρατηρήσατε και που καταγράψατε το ζώο μετά.
- ✓ Σε περίπτωση που είναι διαθέσιμο αποκαίβιο (σκάλος ή γάτος) ανταλλάξτε πλήρη στοιχεία επικοινωνίας με τον ιδιοκτήτη του ζώου.
- ✓ Ο ιδιοκτήτης θα πρέπει να μην αφήσει ανεκμετάλλευτο το ζώο να τρέχει ελεύθερα υπό παρακολούθηση από κτηνίατρο για 15 ημέρες.

Είστε θα εκπαιδευτεί κατόπιν ο ανάγκη υποβολής σας σε προφυλακτική αγωγή για λύσσα.

Ο άρρεας και αγριολαιπός καθαρισμός των τραυματιών και η αναζήτηση καλής βοήθειας είναι σημαντικά μέτρα πρόληψης



- ✓ Αναζητήστε κτηνική βοήθεια το γρηγορότερο και παραμύθια τις λεπτομέρειες του περιστατικού.
- ✓ Αν δεν προσλάβετε άμεσα στον κτηνίατρο, επισκεφτείτε ένα νοσοκομείο, καθαρίστε τα τραύματα με άφθονο νερό και σκεπάστε (για 15 λεπτά) και αφαίρεση (απομάκρυνση καλά, εφαρμόστε σε βάθος αλκοόλ (κονιόσπινδακ) ή ιωδιούχο (ιούδο) αντισηπτικό διάλυμα.

Τι μπορώ να κάνω για τη λύσσα:

- ✓ Διατηρείτε τους σκύλους, γάτες ή άλλα κατοικίδια πλήρως εμβολιασμένα κατά της λύσσας, σύμφωνα με τις οδηγίες του κτηνίατρο.

Εάν το κατοικίδιο σας δαγκώσει ή τραυματίσει (π.χ. γρατζουνίστηκε) κάποιο άτομο:

- ✓ Ανταλλάξτε πλήρη στοιχεία επικοινωνίας με το άτομο που τραυματίστηκε από το ζώο σας.
- ✓ Οδηγήστε άμεσα (αντίς 24ώρου) το ζώο σας στον κτηνίατρο, προκειμένου να ελεγχθεί και να τρέξει υπό παρακολούθηση για 15 ημέρες.
- ✓ Ο κτηνίατρος θα πρέπει να ενημερωθεί άμεσα το άτομο που τραυματίστηκε από το ζώο σας και τον θεωρούνται κτηνίατρο που μόλις ελεγχθεί το ζώο.
- ✓ Βεβαιώστε ότι διαθέσετε κάλυψη του ζώου σας κατά να αποκαίβιο αποκαίβιο εμβολιασμός κατά της λύσσας.

Αν δείτε άγριο ή αδέσποτο ζώο να συμπεριφέρεται με ανονήλινα τρόπο ή να βραίει νεκρά, μην το πλησιάζετε και αναφέρετε το αμέσως στο Τμήμα Κτηνιατρικής, στη Διεύθυνση Υγείας ή το Διάμε της Περιφέρειας.

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ: 210-5212054
www.keelpno.gr

Επιστημονικός Υπεύθυνος Έκδοσης:

Χ. Χατζηχριστοδούλου

Επιστημονική Επιτροπή:

Ν. Βακάλης
Ε. Βογιατζάκης
Π. Γαργαλιάνος- Κακολύρης
Μ. Δαιμονάκου- Βατοπούλου
Ι. Λεκάκης
Χ. Λιονής
Α. Πανταζοπούλου
Β. Παπαευαγγέλου
Γ. Σαρόγλου
Α. Τσακρής

Υπεύθυνοι έκδοσης:

Τ. Κουρέα- Κρεμαστινού
Πρόεδρος ΚΕΕΛΠΝΟ

Θ. Παπαδημητρίου
Διευθυντής ΚΕΕΛΠΝΟ

Συντονισμός ύλης:

Φ. Κουκουριτάκης
Μ. Φωτεινέα

Συντακτική ομάδα:

Ρ. Βώρου
Θ. Γεωργακοπούλου
Ε. Καραταμπάνη
Φ. Κουκουριτάκης
Κ. Μέλλου
Τ. Πατουχέας
Β. Ρουμελιώτη
Β. Σμέτη
Μ. Φωτεινέα
Ε. Χατζηπασχάλη

Γραφιστική επιμέλεια:

Ε. Λαζανά

Επιμέλεια κειμένων:

Ρ. Βώρου
Γ. Μελιγκώνης
Δ. Παπαβέντσης