

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ **2019**

ΓΙΑ ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ
ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

www.healthpolicycongress.gr

10-12 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2019 | DIVANI CARAVEL HOTEL ΑΘΗΝΑ

Η ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΟΓΩΝ
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

i-hecon

ΕΣΕΟΠΥ



Από την επιδημιολογία και τις βάσεις δεδομένων στις υπηρεσίες υγείας

Δρ. Δήμητρα Σηφάκη-Πιστόλλα, Επιδημιολόγος, MPH, PhD

Ερευνήτρια στο Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου Κρήτης, Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης



Περίγραμμα παρουσίασης

- ✓ Λίγα λόγια για το Αρχείο Καταγραφής του Καρκίνου στην Κρήτη (ιστορική αναδρομή, διεπιστημονική συνεργασία, διαδικασίες κι υποδομές)
- ✓ Επιλεγμένα ευρήματα από την ανάλυση των δεδομένων περιόδου 1992-2013
- ✓ Από την ανάλυση των δεδομένων στην ερμηνεία και στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας-αναφορά σε επιλεγμένους καρκίνους
- ✓ Από την ιατρική της ακριβείας στην εστιασμένη στο πρόσωπο φροντίδα και στην αλλαγή της συμπεριφοράς-Προτάσεις για τις υπηρεσίες υγείας

Η διεπιστημονική ομάδα του αρχείου όπως διαμορφώθηκε στο χρόνο



Β. Ε. Χατζέα



Ε. Βασιλάκη



Ε. Φρουζή



Σ. Λιονάκης



Κ. Επιτροπάκη



Μ. Κουρούπη



Δ. Σηφάκη-Πιστόλλα



Α. Βαμβακάς



Δ. Μαυρουδής



Γ. Πιστόλλα



Φ. Κοϊνης



Ι. Τσιλιγιάννη



Ν. Τζανάκης



Β. Γεωργούλιας



Χ. Λιονής

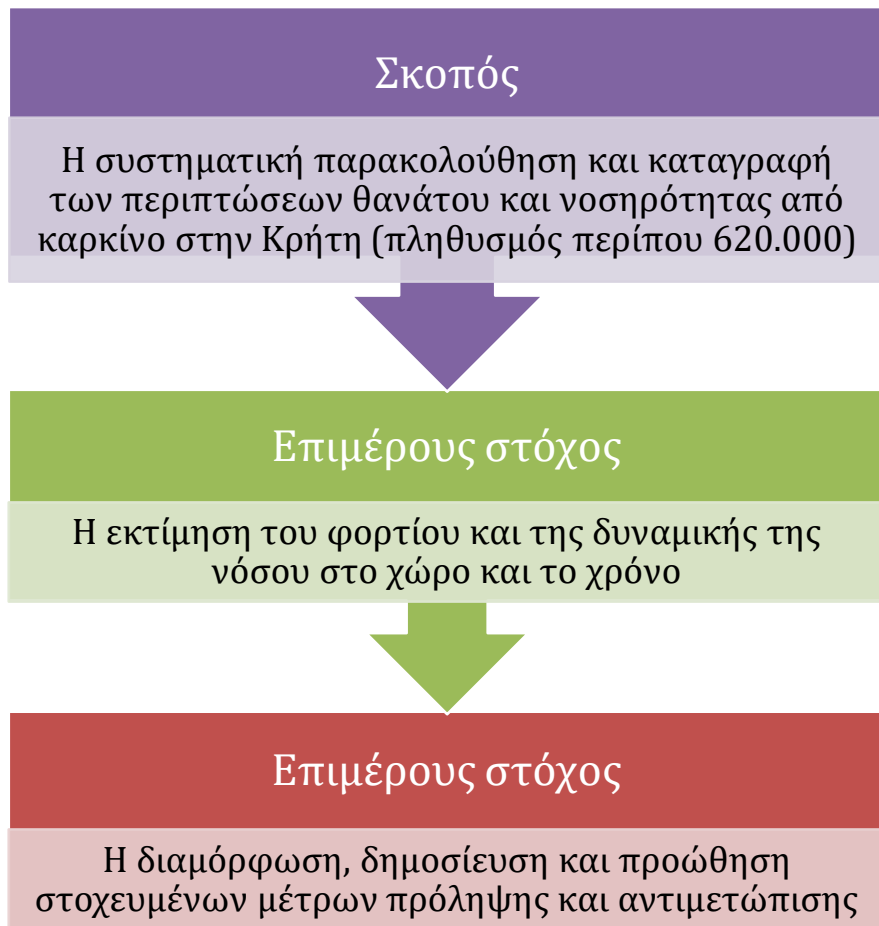
Το Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου Κρήτης (μια σύντομη παρουσία της ιστορίας του)



Το μοναδικό περιφερειακό πληθυσμιακό κέντρο
καταγραφής καρκίνου στην Ελλάδα



Διεπιστημονική συνεργασία και οι στόχοι του αρχείου καταγραφής



Η διεπιστημονική συνεργασία

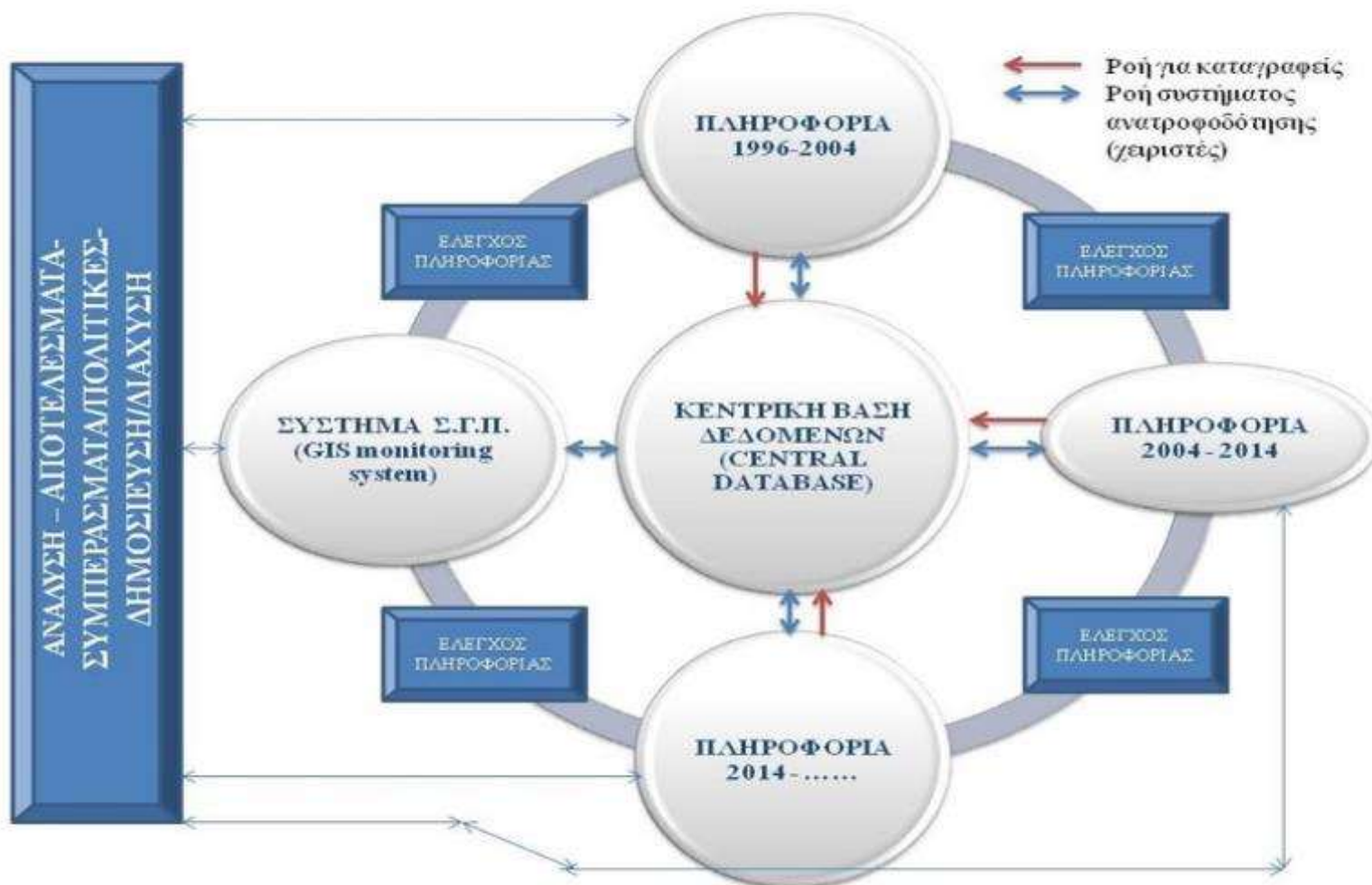


Το σύστημα καταγραφής

Ολοκληρωμένο Ψηφιακό Σύστημα Καταγραφής και Παρακολούθησης του καρκίνου

Στόχος: ενίσχυση και αναβάθμιση της ερευνητικής δραστηριότητας του κέντρου

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΨΗΦΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ



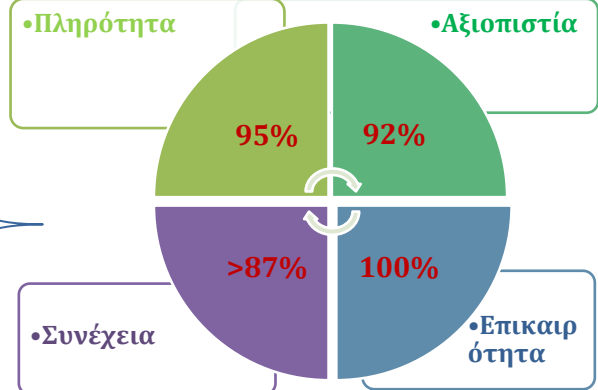
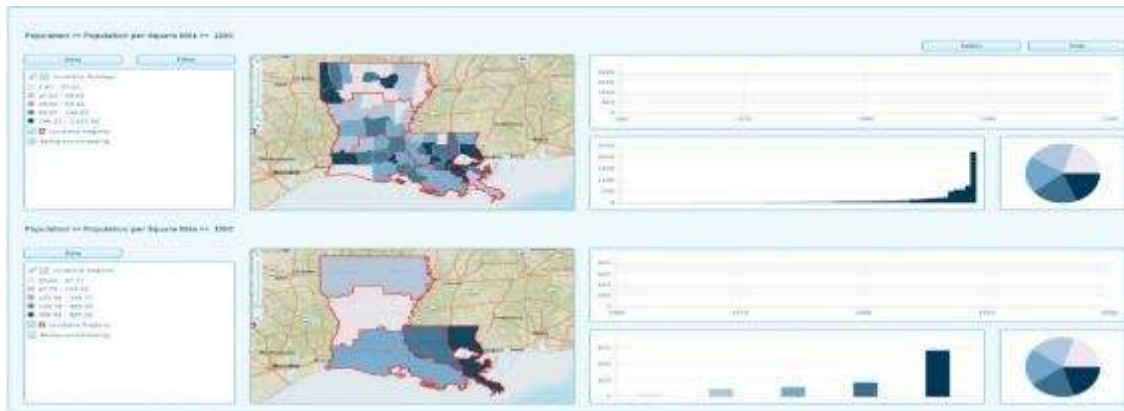
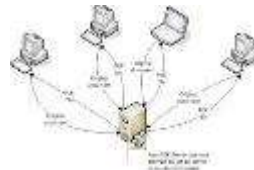
❑ Big data

❑ CanReg5

❑ ICD10-0

❑ GIS

Διαδικασία καταγραφής, ανάλυσης και ελέγχου της ποιότητας των δεδομένων

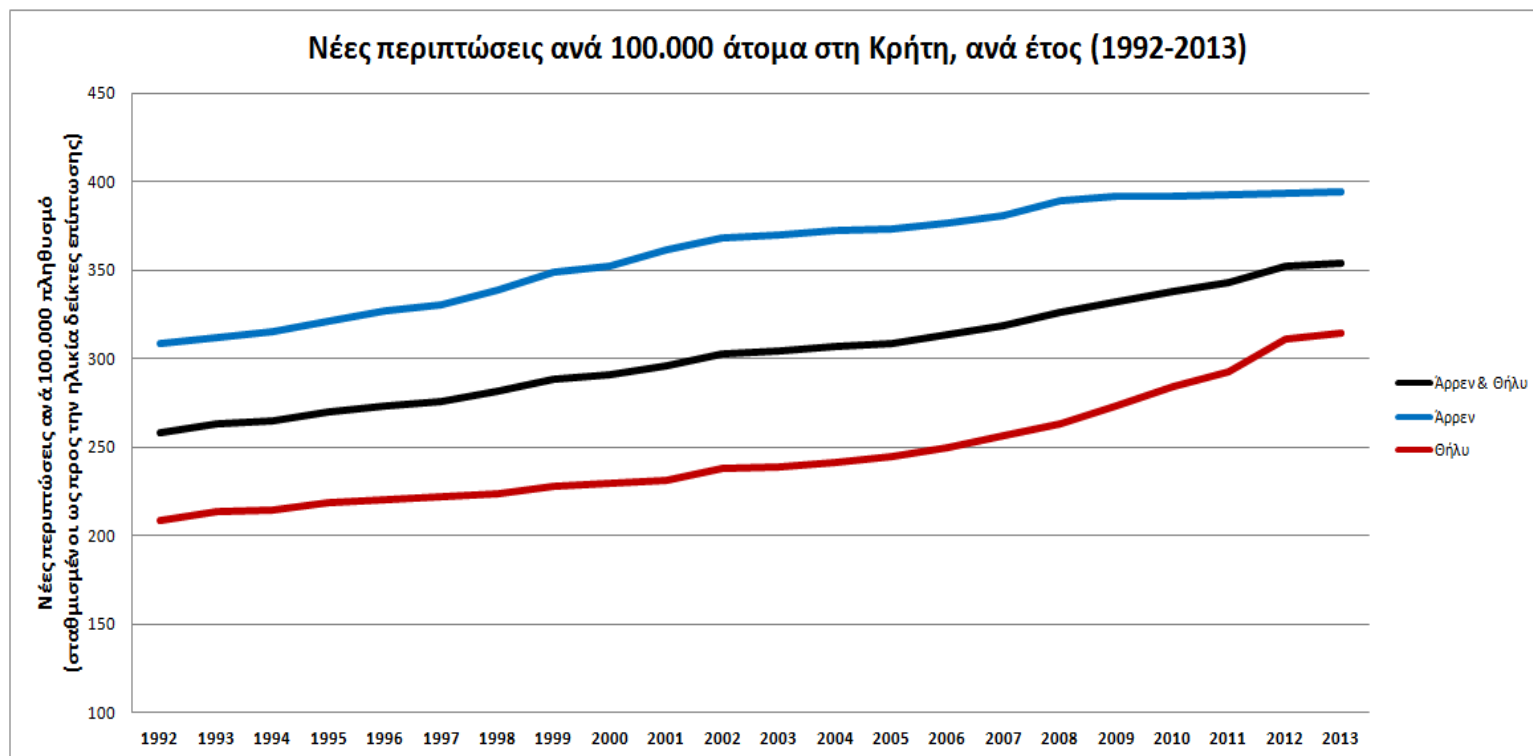


Επιλεγμένα ευρήματα από την ανάλυση των δεδομένων (περίοδος 1992-2013)

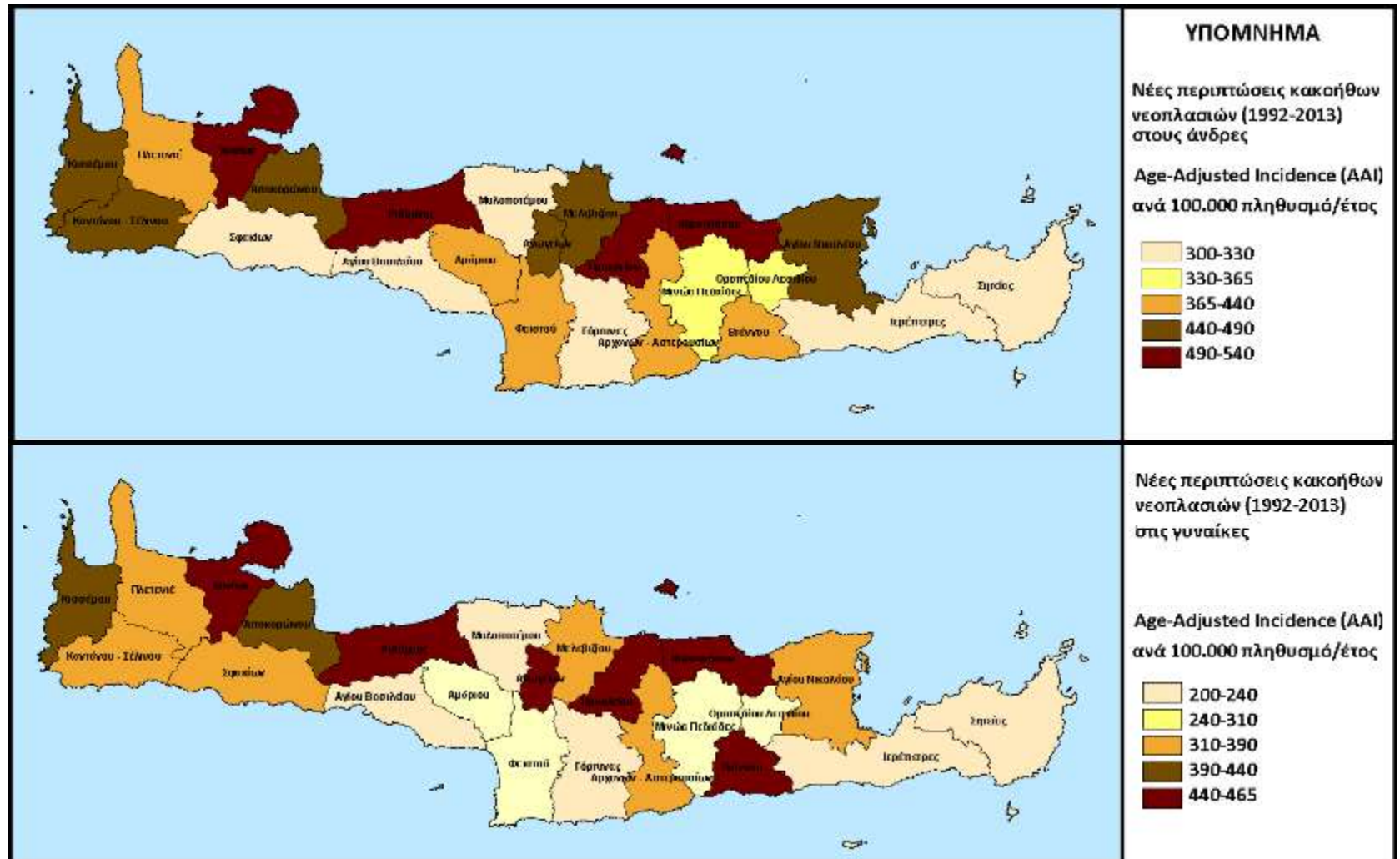
- ✓ Καρκίνος του πνεύμονα
- ✓ Καρκίνος του μαστού
- ✓ Καρκίνος του π. εντέρου
- ✓ Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Το φορτίο της νοσηρότητας από τον καρκίνο

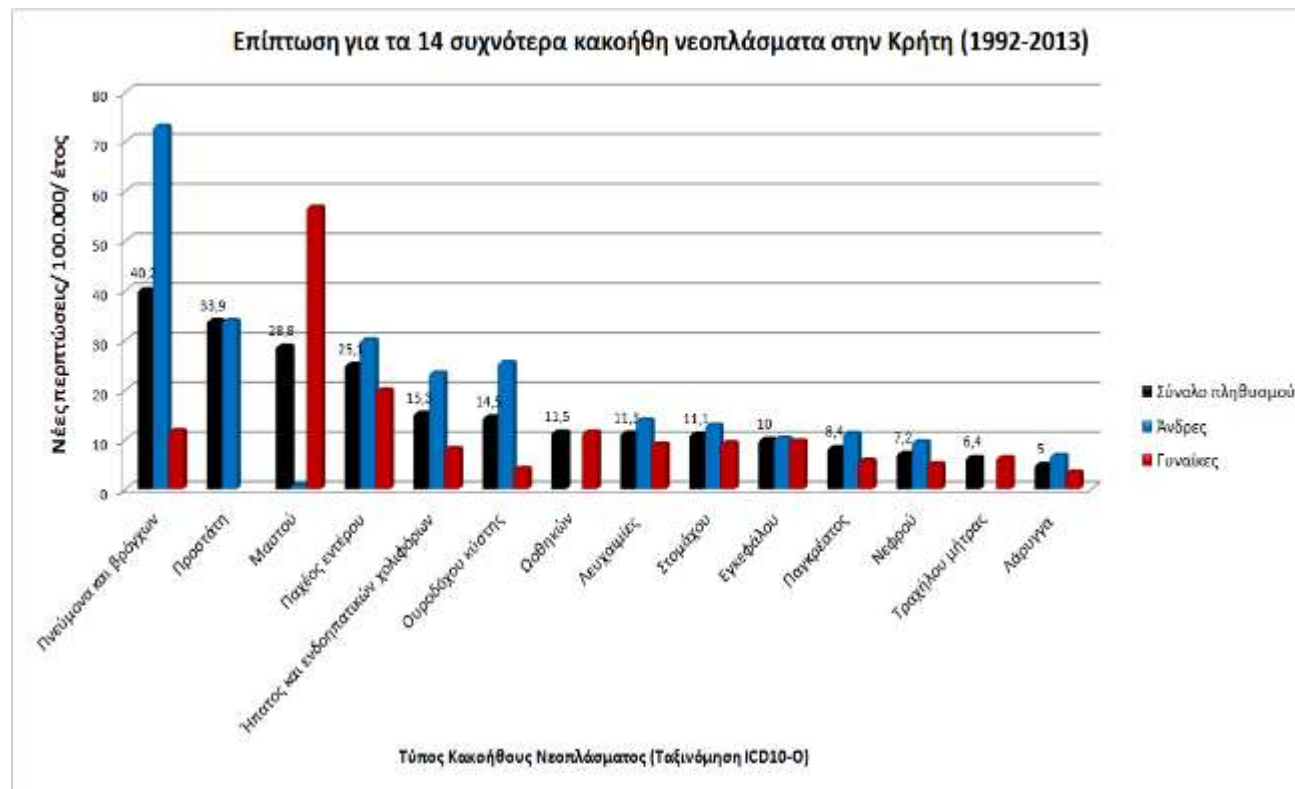
✓ Περίπου **302,8 νέες περιπτώσεις** από κακοήγη νεοπλάσματα **ανά 100.000 πληθυσμό ανά έτος** στο σύνολο του πληθυσμού της Κρήτης (359,5/100.000 άνδρες/έτος, 246,2/100.000 γυναίκες/έτος)



Καρκίνος του παχέος εντέρου-κατανομή νέων περιπτώσεων από κακοήθεις νεοπλασίες ανά Δήμο (1992-2013)



Συχνότεροι τύποι κακοήθων νεοπλασιών στην Κρήτη-Το φορτίο νοσηρότητας



(P value < 0.05)

Πνεύμονα



Παχίος εντέρου



Τραχήλου μήτρας



Λευχαιμίες

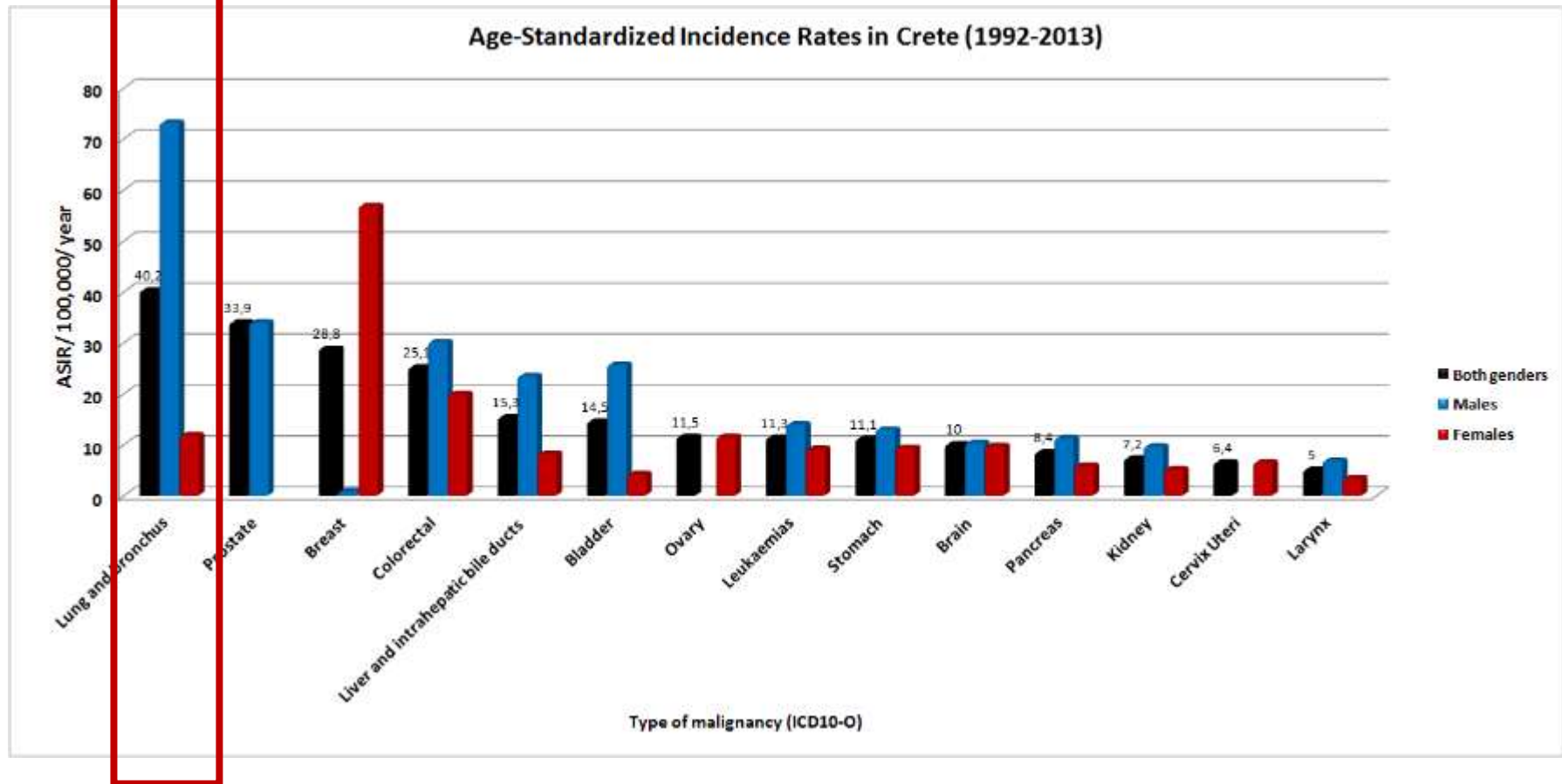


Θυρεοειδούς



**Επιλεγμένες κακοήθεις νεοπλασίες:
από την ανάλυση στην ερμηνεία και στο
σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας**

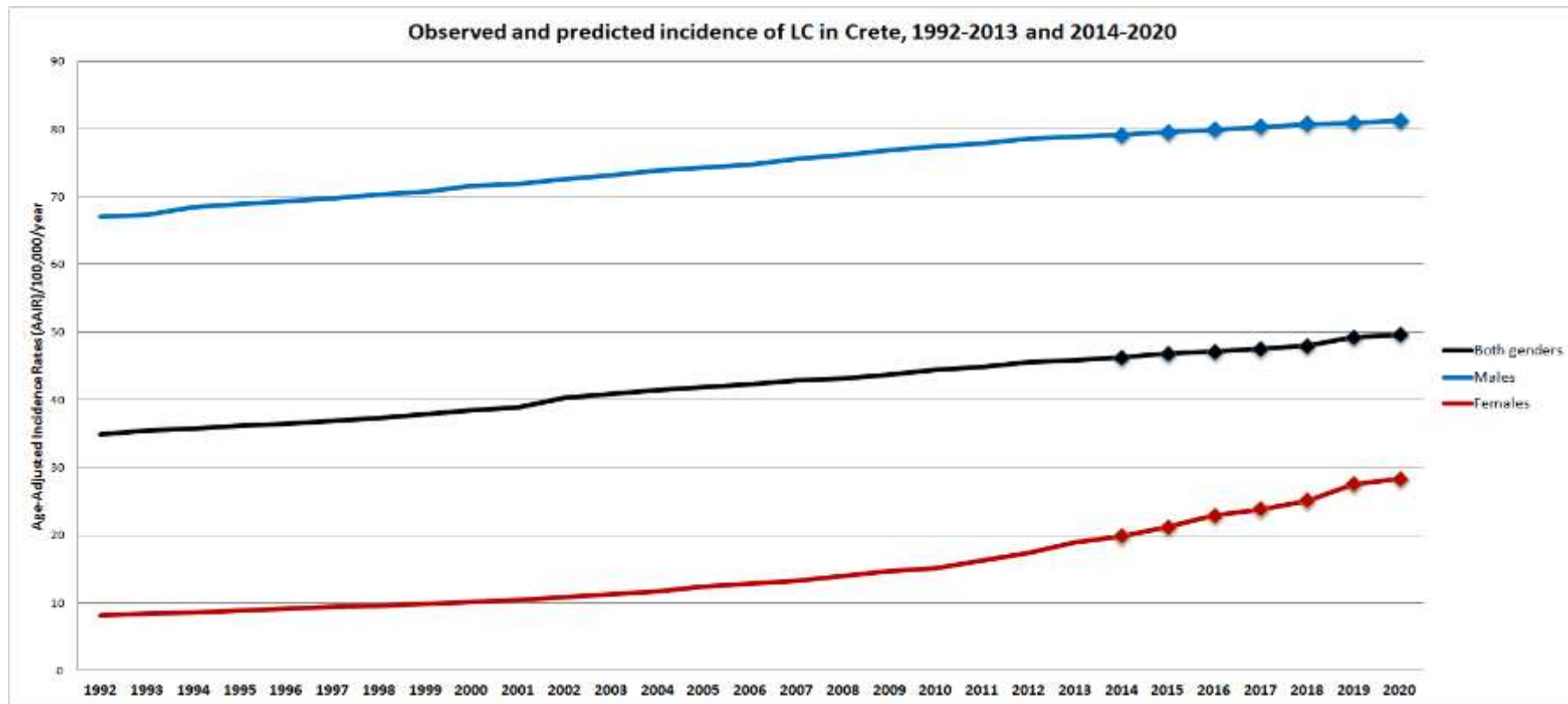
Καρκίνος του πνεύμονα - ο συχνότερος στην Κρήτη



❑ New lung cancer cases in Crete accounted for 9% of all cancers

❑ $AAIR_{\text{both genders}} = 40.2/100,000/\text{year}$, $AAIR_{\text{males}} = 73.1/100,000/\text{year}$, $AAIR_{\text{females}} = 11.8/100,000/\text{year}$

Καρκίνος του πνεύμονα στην Κρήτη: η διαχρονική αύξηση στα δυο φύλα



- ❑ Both gender 1992-2013: AAIR1992 = 34.9/100,000, AAIR2013 = 45.9/ 100,000, $p = 0.02$
- ❑ LC was more frequent ($p = 0.01$) in males (AAIR = 73.1/100,000/year) compared to females (AAIR = 11.8/100,000/year)
- ❑ Females presented higher proportional increasing trends (AAIR1992 = 8.2/100,000, AAIR2013 = 18.9/100,000, $p < 0.001$), especially after 2008

Καρκίνος πνεύμονα: χαρακτηριστικά προσώπων

Table 1 Characteristics of lung cancer patients in Crete (1992 to 2013)

Characteristics	Lung cancer cases		P value
	N = 5,509	%	
Gender			0.01
Males	4554	87.3	
Females	660	12.6	
Age group (at diagnosis)			<0.001
25-44	61	1.1	
45-54	263	4.8	
55-64	1135	20.6	
65-74	1935	35.2	
75-84	1754	31.9	
<85	357	6.4	
Stage (at diagnosis)			0.03
I	650	11.8	
II	457	8.3	
III	887	16.1	
IV	2507	45.5	
Not known	1008	18.3	
Personal medical history			0.04
No	2572	50.9	
Lung disease (COPD, Chronic Bronchitis, emphysema)	1728	34.2	
Other cancer (excluding lung cancer)	193	3.8	
Not available/reliable	564	11.2	

Con. Table 1 Characteristics of lung cancer patients in Crete (1992 to 2013)

Characteristics	Lung cancer cases		P value
	N = 5,509	%	
Family medical history			0.04
No	760	15	
LC	937	18.5	
Lung disease (COPD, Chronic Bronchitis/emphysema)	2485	49.1	
Not available/reliable	875	17.3	
Smoking status*			0.01
Never smoker	925	16.8	
Ever smoker	4132	75.1	
Not known	452	8.1	
Alcohol consumption			0.04
No	1405	25.5	
Yes	1928	35.0	
Not known	2176	39.5	

*Pooled data: N = 5,057 lung cancer cases with information on smoking status

Sifaki-Pistolla et al. *Tobacco Induced Diseases* (2017) 15:6
DOI 10.1186/s12971-017-0111-2

Tobacco Induced Diseases

RESEARCH

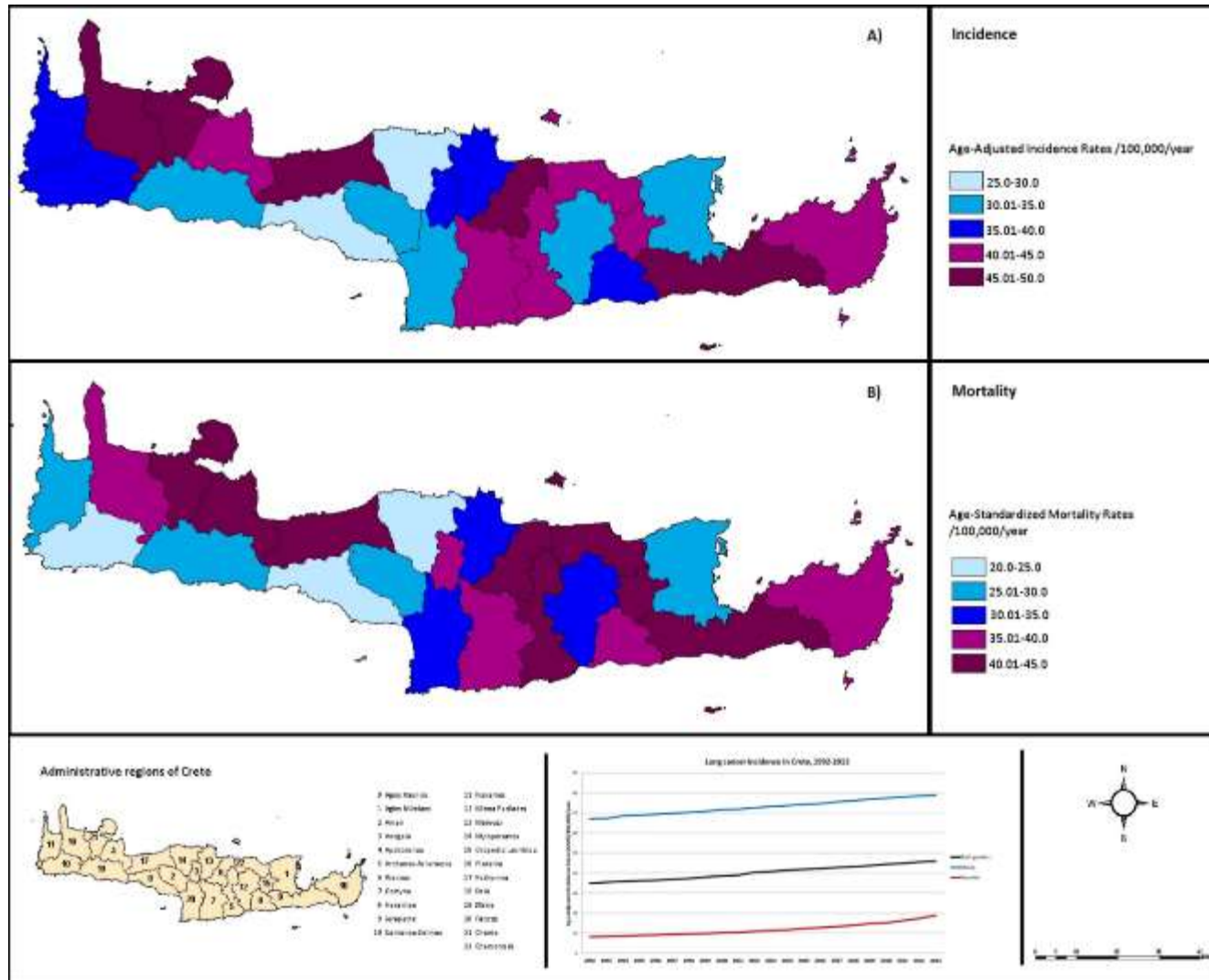
Open Access

Lung cancer and tobacco smoking in Crete, Greece: reflections from a population-based cancer registry from 1992 to 2013

D. Sifaki-Pistolla^{1,2*}, C. Lianis^{1,3}, V. Georgakoulas^{2,4}, P. Kyniakidis⁵, F. Koinis^{2,5}, S. Aggelaki⁶ and N. Tzanakis^{1,5}



Καρκίνος του πνεύμονα-εκτίμηση του φορτίου νοσηρότητας και θνησιμότητας ως προς Δήμο της Κρήτης



A) Incidence:

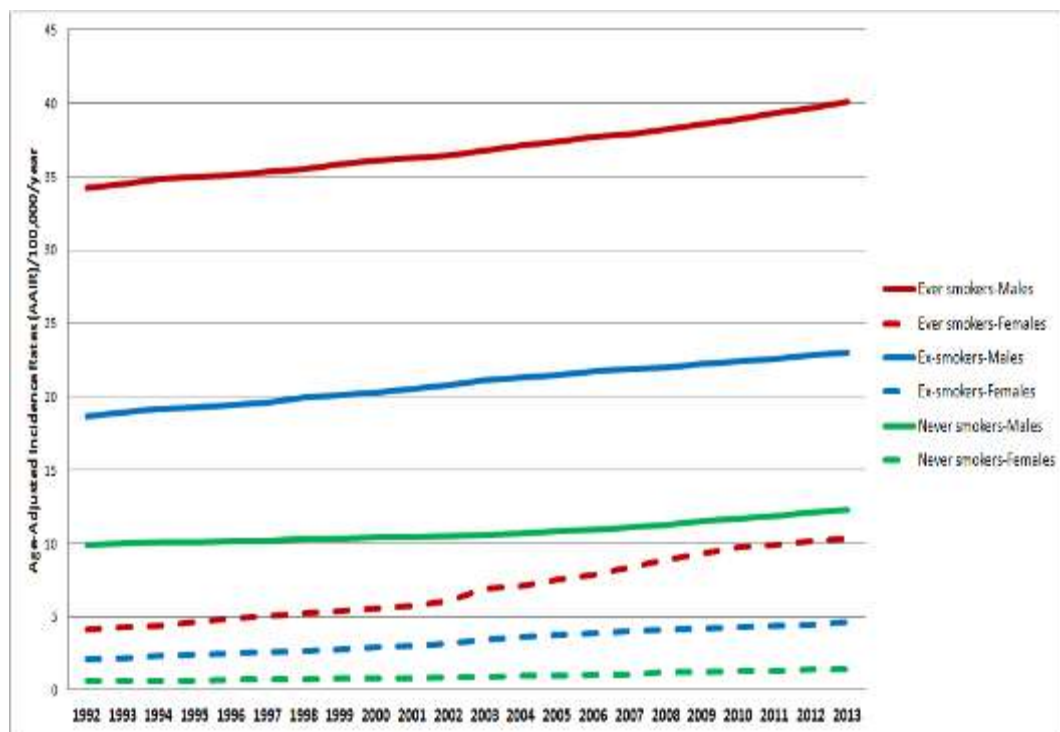
-Significant geographical differences ($p=0.02$) were observed among the incidence rates per municipality

-Municipalities of **south-east Crete** were found to have increased LC burden (ASIRs=40.01-45/100,000/year)

B) Mortality:

- Similarly to incidence, mortality was found higher in the south-east regions of the island in municipalities of Heraklion, Archanon-Asterousion, Chersonissou, Oropediou Lassithiou, Ierapetra, Rethymnon, Apokoronou and Chania

Καρκίνος του πνεύμονα: ανάλυση των περιπτώσεων σε σχέση με το κάπνισμα



❑ Ever smokers presented significantly **higher incidence** of lung cancer compared to **ex-smokers** ($p=0.02$) and **never smokers** ($p<0.001$)

❑ The **highest increase** was observed in **ever smokers** ($p=0.03$), while **never smokers** did not present a **significantly different increase** of lung cancer incidence from 1992 to 2013

Stathopoulos et al. Tobacco Induced Diseases. (2017) 15:6

Tobacco Induced Diseases

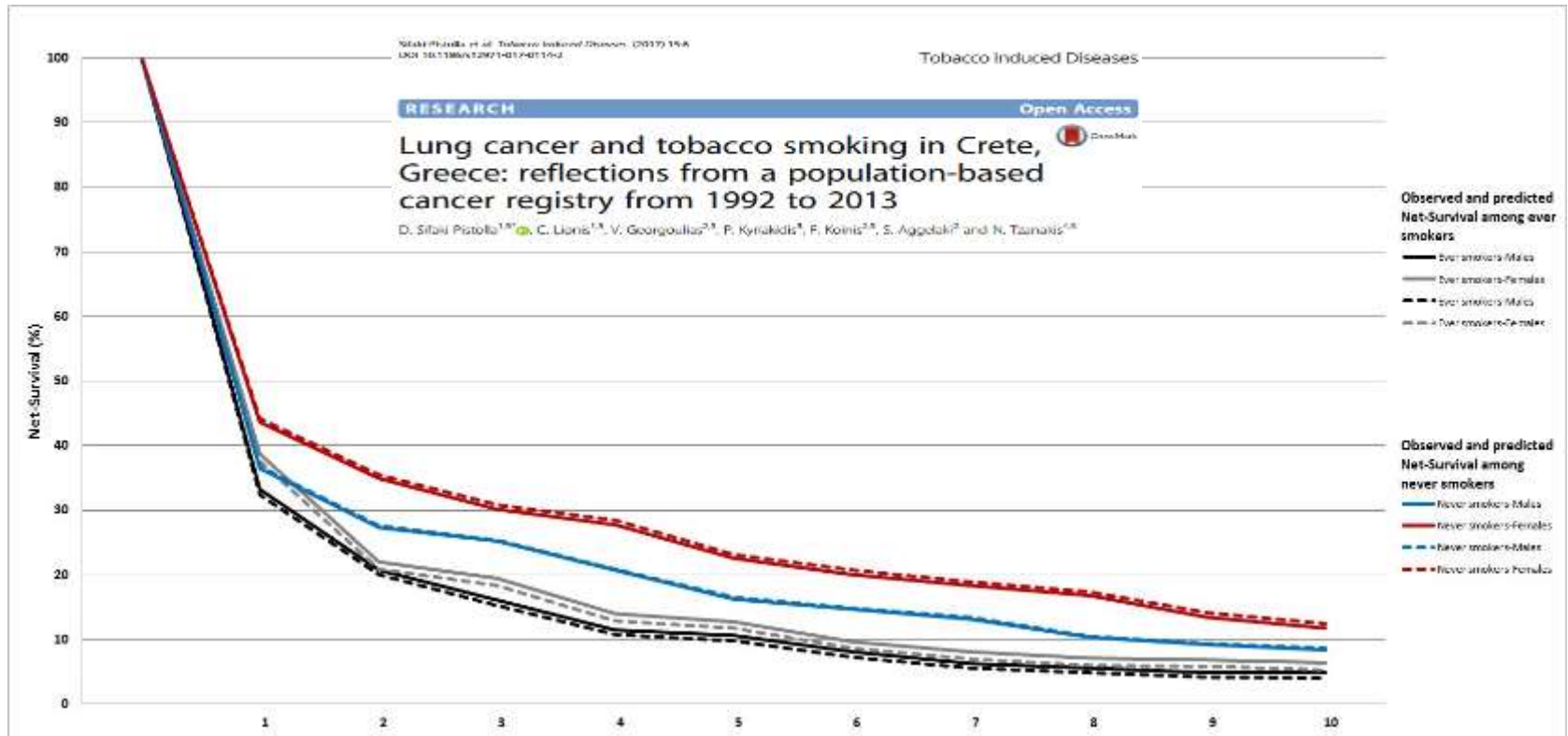
RESEARCH Open Access

Lung cancer and tobacco smoking in Crete, Greece: reflections from a population-based cancer registry from 1992 to 2013

D. Stathopoulos^{1*}, E. Lianou¹, N. Stathopoulos², M. Kypriakou³, K. Karam⁴, N. Agapiou⁵ and H. Dotsis⁶

❑ Notably, there was **no significant difference** of lung cancer incidence in **female ex-smokers** and **never smokers** during the period 1992–2013, contrary to the **statistically significant increase** of the **incidence of lung cancer** in **ever smokers** (AAIR1992 = 4.1/100,000/year, AAIR2013 = 10.3/100,000/year, $p = 0.03$)

Καρκίνος του πνεύμονα: δείκτες επιβίωσης ως προς κάπνισμα



❑ **Females had better survival rates compared to males**, both in **ever** (5 years Netsurvival females = 12.8%; 5 years Net-survival males = 10.6%) and **never smokers** (5 years Net-survival females = 22.5%; 5 years Net-survival males = 16.3%)

❑ Similar differences are expected within the **next 7 years** according to the **predicted Net-survival** (ever smokers: 5 years Netsurvival females = 11.7%; 5 years Net-survival males = 9.8% and never smokers: 5 years Net-survival females = 23.1%; 5 years Net-survival males = 16.5%), **with slight decreases for both genders**

Καρκίνος του πνεύμονα: ανάλυση σε σχέση με την εξωτερική ρύπανση του αέρα

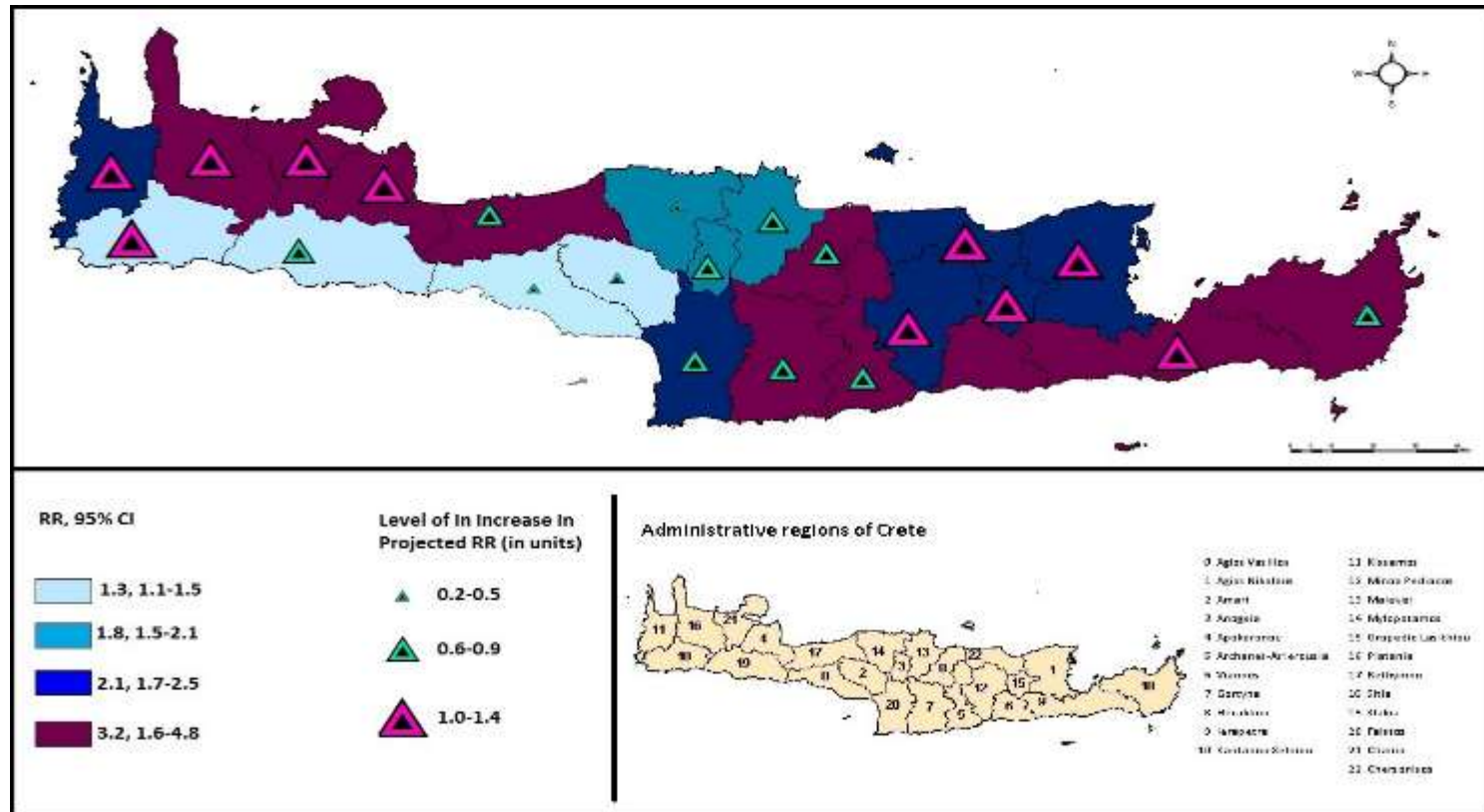
Table 1: Annual mean estimates of selected Outdoor Air Pollutants and correlation with LC mortality

Outdoor Air Pollutants	Annual mean estimates		Lung Cancer Mortality	
	Median	IQR	Correlation Coefficient	Pvalue
PM _{2.5}	20.7	1.5	0.89	0.01
PM _{2.5-10} (5μg/m ³)	59.6	3.7	0.87	0.01
PM ₁₀ (10μg/m ³)	38.9	2.5	0.85	0.02
PM _{2.5} absorbance (10-5 per m)	1.2	0.3	0.71	0.04
NO ₂ (10μg/m ³)	15.2	3.8	0.73	0.02
NO _x (20μg/m ³)	20.1	4.9	0.68	0.02

Table 2: Risk for LC mortality according to Outdoor Air Pollutants

Factors	LC mortality		
	RR*	95%CI	Pvalue
Outdoor Air Pollutants			
PM _{2.5}	3.1	2.4-3.8	0.02
PM _{2.5-10} (5μg/m ³)	2.1	1.5-2.7	0.02
PM ₁₀ (10μg/m ³)	2.3	1.7-2.9	0.02
PM _{2.5} absorbance (10-5 per m)	1.4	1.1-1.7	0.01
NO ₂ (10μg/m ³)	1.8	1.2-2.4	0.02
NO _x (20μg/m ³)	1.4	1.1-1.7	0.01
Multiple chronic morbidities	3.4	2.2-4.4	0.3
Secondary cancer	3.4	2.7-4.1	0.02
Cancer family history	4.1	2.9-4.8	0.02
Ever smokers	5.3	2.1-8.5	0.4
Alcohol consumers	2.1	1.0-3.2	0.3

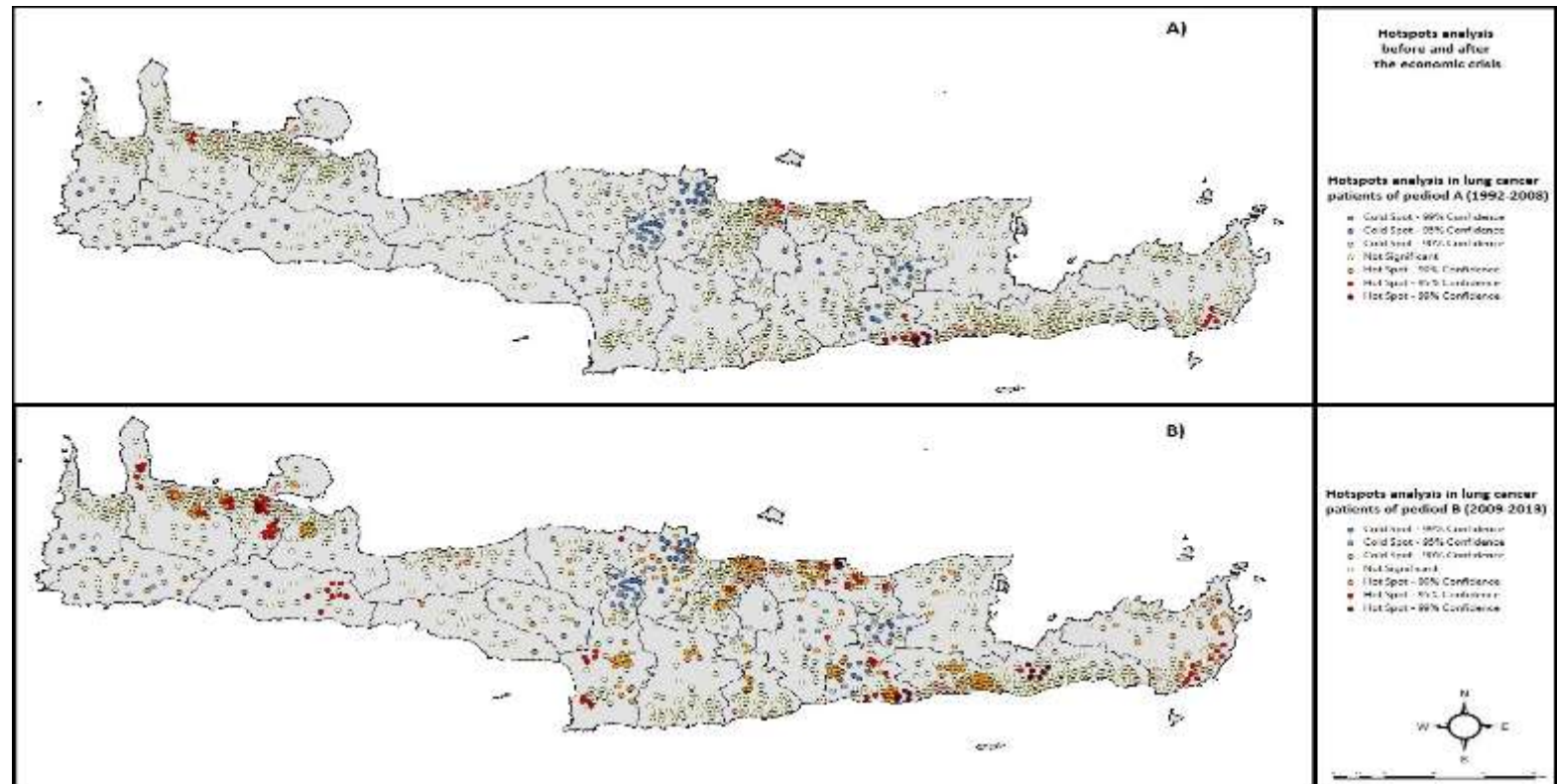
Καρκίνος του πνεύμονα: εκτίμηση κινδύνου σε σχέση με την εξωτερική ρύπανση του αέρα



❑ The **highest risk** was observed in the **major urban centers** and several **south-east and north-west rural regions** (RR=3.2, 95%CI=1.6-4.7). In the contrary, **south-west municipalities** were found to have the **lowest risk** (RR=1.3, 95%CI=1.1-1.5)

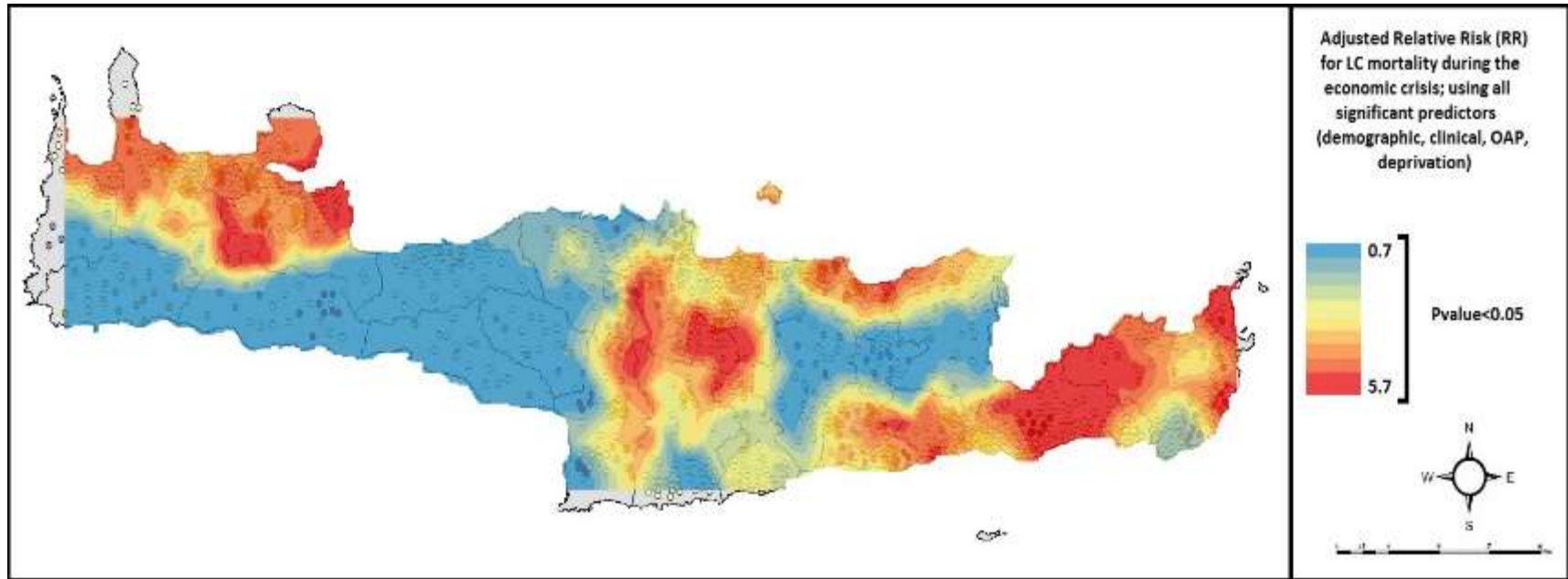
❑ The most significant **predicted increase** is expected in **north-west rural regions** ($RR_{\text{expected}}=3.9$, 95%CI=1.3-6.4) during the **next decade**

Καρκίνος του πνεύμονα: ανάλυση περιπτώσεων πριν και μετά την οικονομική κρίση



❑ **After the onset of the economic crisis (2009)**, a significant increase of LC hot spots was observed ($p=0.04$). Statistically significant hot spots were visible in **many sub-regions of the capital city** and the other **urban centers**, as well as in **several rural municipalities in south-east and north-east Crete**

Καρκίνος του πνεύμονα: εκτίμηση κινδύνου σε περίοδο οικονομικής κρίσης



❑ When taking into consideration **several risk factors during the economic crisis** (deprivation, socio-economic status, multiple morbidities, environmental exposures, clinical factors etc), several regions are identified as **LC high risk** areas during the economic crisis (**orange and red colors**)

❑ These are **located in the half east part of the island** as well as in some **north-west regions**

Ο ρόλος των υπηρεσιών ΠΦΥ στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου πνεύμονα και βρόγχων αλλά και στην ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών και αυτών που επιβίωσαν

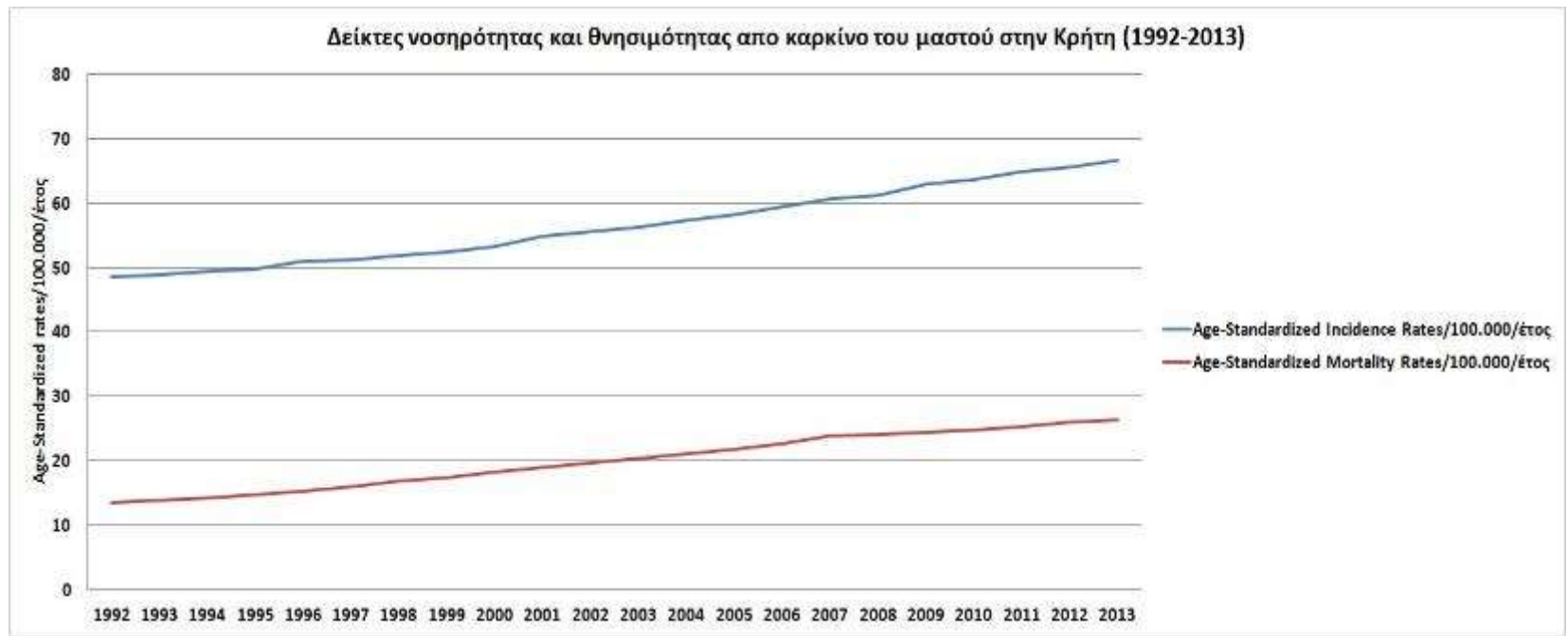
Προσωπικός γιατρός και ομάδα υγείας στην ΠΦΥ (ενημέρωση, εκτίμηση κινδύνου, συστάσεις/ατομικός προσυμπτωματικός έλεγχος):

- ✓ Καθιέρωση καταγραφής βασικής πληροφορίας υγείας περιλαμβάνοντας και το γενόγραμμα και τους προσδιοριστές του καρκίνου ιδιαίτερα του καπνίσματος σε όλες πρόσωπα του εξυπηρετούνται από τις υπηρεσίες ΠΦΥ και εκτίμηση του κινδύνου.
- ✓ Συμμετοχή στην παρακολούθηση (follow-up) των ασθενών με καρκίνο του καρκίνου στο πλαίσιο της καθημερινής πρακτικής στις δομές ΠΦΥ, σε συνεργασία με την ογκολογική ομάδα.
- ✓ Υποστήριξη των προσώπων που επέζησαν του καρκίνου
- ✓ Διενέργεια ημερίδων ενημέρωσης του πληθυσμού αλλά και προσωπικής ενημέρωσης πριν την εξέταση, με έμφαση στις ομάδες υψηλού κινδύνου του πληθυσμού και στόχευση στην αλλαγής συμπεριφοράς του πληθυσμού της Κρήτης
- ✓ Διενέργεια ημερίδων ενημέρωσης του πληθυσμού αλλά και προσωπικής ενημέρωσης πριν την εξέταση, με έμφαση στις ομάδες υψηλού κινδύνου του πληθυσμού και στόχευση στην αλλαγής συμπεριφοράς του πληθυσμού της Κρήτης για το κάπνισμα.

Μονάδες και υπηρεσίες, υπηρεσίες δημόσιας υγείας, φορείς κοινότητας, περιφερειακές διοικήσεις:

Οργάνωση και διενέργεια προγραμμάτων ενημέρωσης για τον καρκίνο του και τη δυνατότητα συμμετοχής σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος με το συντονισμό και της στήριξη της 7^η ΥΠΕ και του Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου

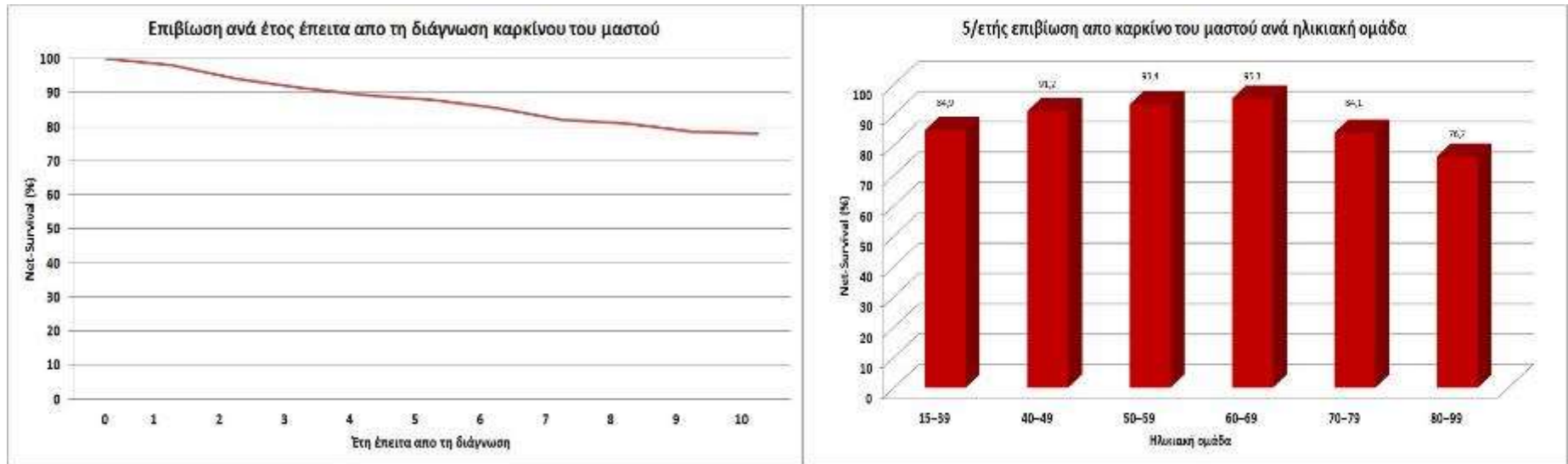
Καρκίνος του μαστού-το φορτίο νοσηρότητας και θνησιμότητας



Εικόνα: Δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού στην Κρήτη (1992 – 2013)

- Για τη χρονική περίοδο 1992-2013, τα ΚΝ μαστού καταλαμβάνουν την πρώτη θέση νοσηρότητας στις γυναίκες με 56,8 νέες περιπτώσεις/100.000/έτος
- Συνολικά καταγράφηκαν 3.522 νέες περιπτώσεις και 1.240 θάνατοι. Ο προτυποποιημένος ανά ηλικία δείκτης επίπτωσης (ASIR) την περίοδο 1992-2013 ήταν 56,5/100.000/έτος
- Η επίπτωση το 1992 ήταν 48,5/100.000 ενώ το 2013 ήταν 66,7/100.000. Η επίπτωση αρχίζει να αυξάνεται σημαντικά από την ηλικία των 45 ετών, ιδιαίτερα στις ηλικίες 65-69, 80-84 χρονών

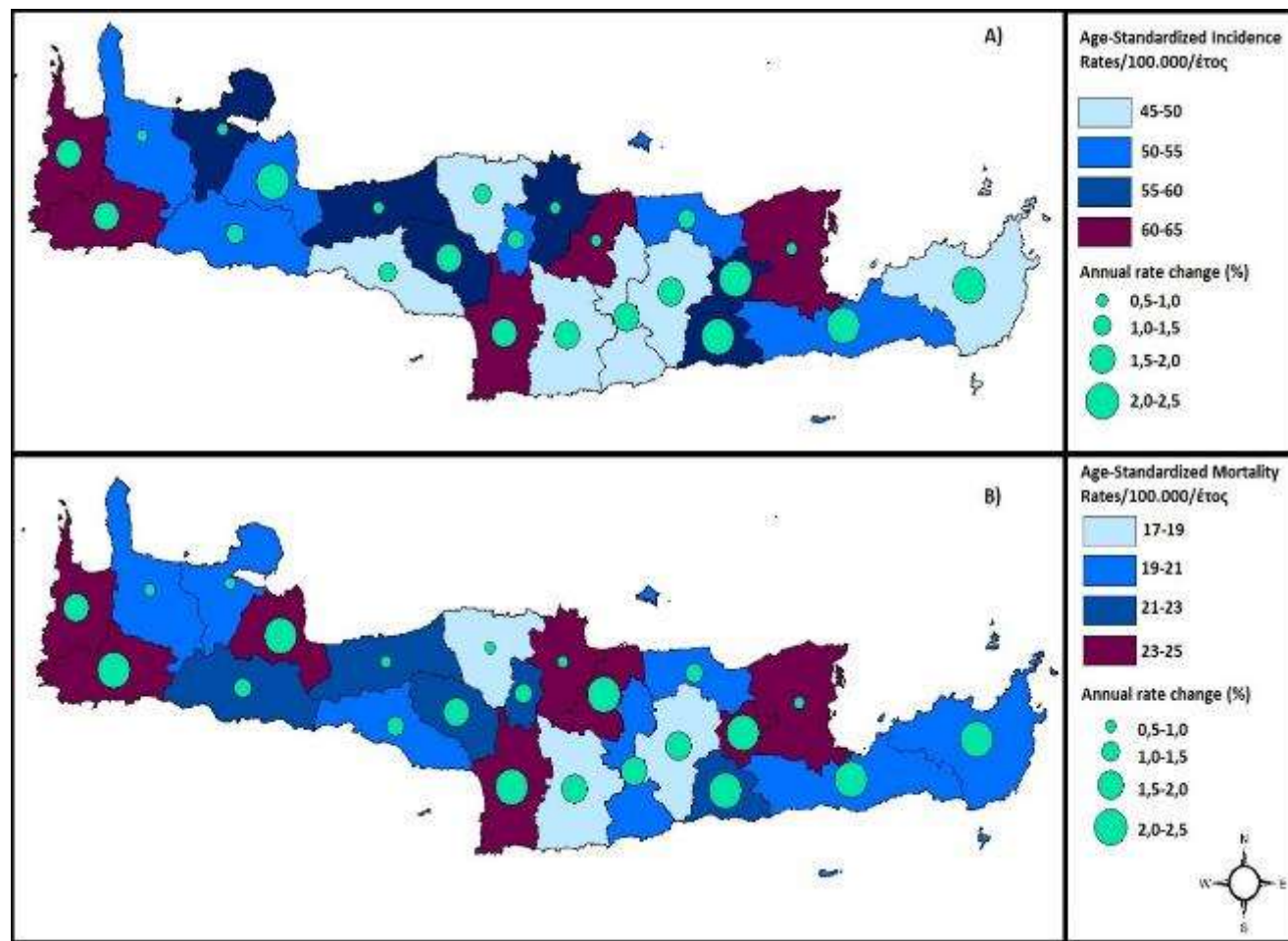
Καρκίνος μαστού: δείκτες επιβίωσης



Εικόνα: Επιβίωση από καρκίνου του μαστού στο σύνολο του δείγματος και ανά ηλικιακή ομάδα

- ❑ Η 5/ετής επιβίωση των γυναικών με διάγνωση ΚΝ μαστού ήταν 87,9%, ενώ δέκα χρόνια μετά τη διάγνωση του ΚΜ ήταν 78,1 %
- ❑ Το υψηλότερο ποσοστό 5/ετούς επιβίωσης (95,3%) είχε η ηλικιακή ομάδα 60-69, ενώ το χαμηλότερο (76,2 %) παρουσιάστηκε στις ασθενείς ηλικίας 80-99 ετών

Καρκίνος μαστού: νοσηρότητα και θνησιμότητα ως προς Δήμο της Κρήτης



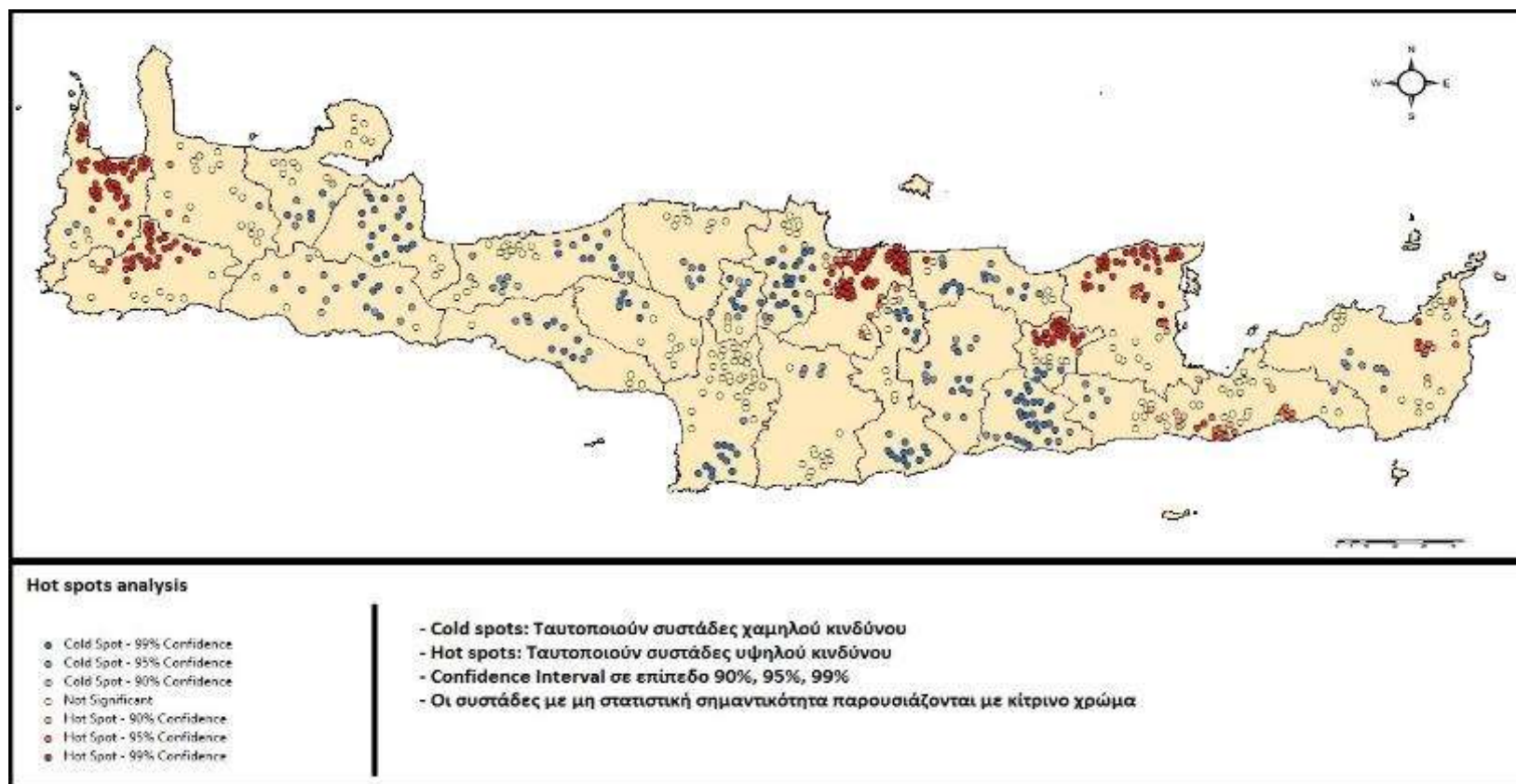
Εικόνα : Γεωγραφική κατανομή νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού στη Κρήτη (1992 – 2013)

A) Οι δήμοι Κισσάμου, Καντάνου – Σέλινου, Φαιστού, Ηρακλείου και Αγ. Νικολάου εμφάνισαν την υψηλότερη επίπτωση για την περίοδο 1992-2013 (ASIR= 60-65/100.000/έτος)

B) Αντίστοιχα, τους υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας (Εικόνα 5B) παρατηρούμε στους Δήμους Κισσάμου, Καντάνου–Σέλινου, Αποκορώνου, Μαλεβιζίου, Ηρακλείου, Φαιστού, Οροπεδίου και Αγ. Νικολάου (ASMR=23-25/100.000/έτος)

□ Οι δήμοι Αποκορώνου, Οροπεδίου, Βιάννου, Ιεράπετρας και Σητείας παρουσίασαν το μεγαλύτερο ετήσιο ρυθμό μεταβολής της επίπτωσης (APC=2,0-2,5%) για την περίοδο 1992-2013

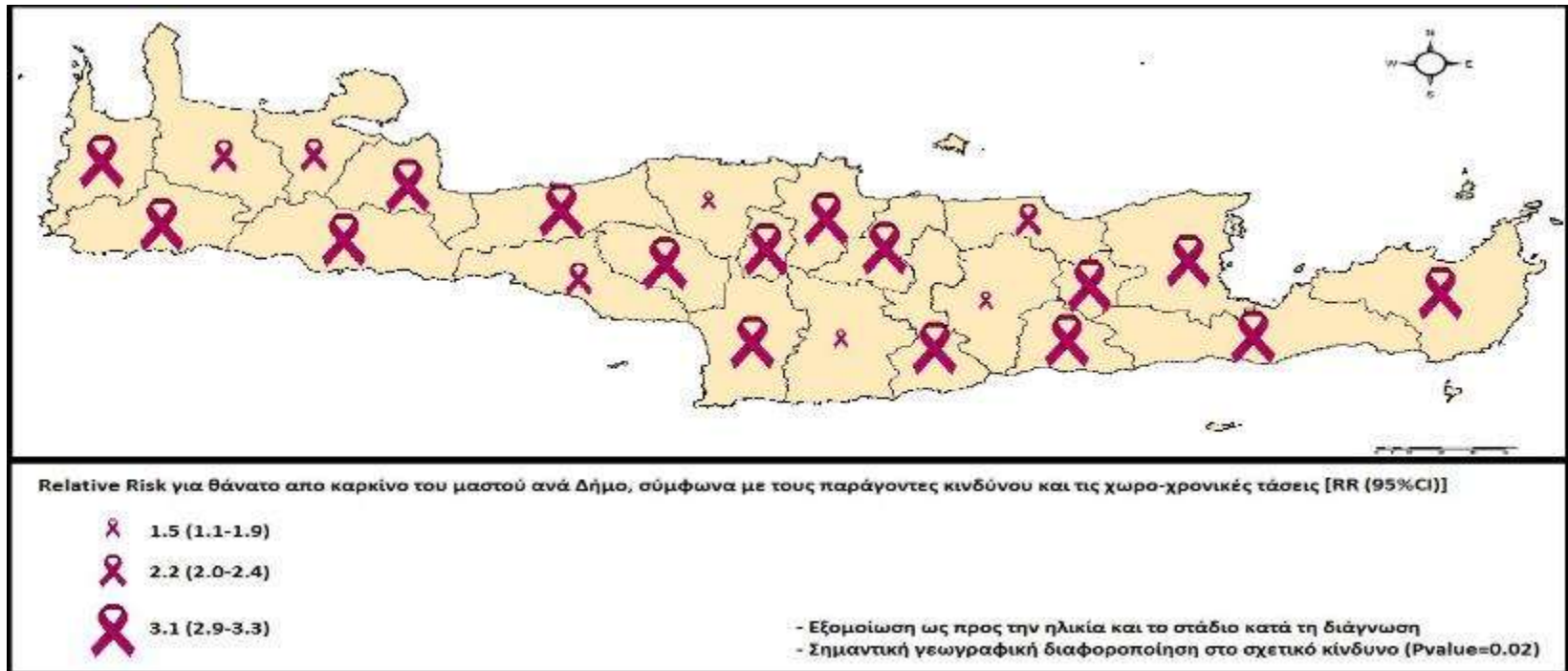
Καρκίνος του μαστού: συσσωρεύσεις στο χώρο



Εικόνα: Χωρικές συσσωρεύσεις από ΚΝ μαστού στην Κρήτη

➤ Παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές συσσωρεύσεις ΚΝ μαστού στα βόρεια τμήματα των δήμων Κισσάμου, Καντάνου-Σέλινου, Χανίων, Ηρακλείου, Χερσονήσου, Οροπεδίου, και Αγίου Νικολάου, Ιεράπετρας και Σητείας (Hot spots 99%CI, Getis-Ord $G_i^* = 2.58$).

Καρκίνος του μαστού: εκτίμηση κινδύνου ως προς Δήμο με βάση παράγοντες κινδύνου και χωροχρονικές τάσεις



Εικόνα : Περιοχές κινδύνου για θάνατο από ΚΝ μαστού στην Κρήτη

➤ Το ατομικό ιατρικό ιστορικό καρκίνου εκτός ΚΜ εμφάνισε 3,9 φορές υψηλότερη πιθανότητα θανάτου (95% CI: 3,8 – 4,0), η ύπαρξη οικογενειακού ιατρικού ιστορικού με ΚΝ μαστού (OR=2,8, 95% CI: 2,6 – 3,0), η ύπαρξη άλλου τύπου καρκίνου εκτός ΚΜ (OR= 2,1, 95% CI: 1,9 – 2,3), ο βαθμός συγγένειας με άτομα που νοσούν ήδη από ΚΝ μαστού (πρώτου βαθμού συγγένεια: OR= 4,2, 95% CI: 4,0 – 4,4) και το κάπνισμα (OR=2,2, 95% CI: 1,8 – 2, 6)

➤ Η πλειοψηφία των δήμων φέρουν 3,1 φορές υψηλότερο κίνδυνο για θάνατο από ΚΜ (95% CI: 2,9 – 3,3). Το χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισαν οι δήμοι Μυλοπόταμου, Γόρτυνας και Μινώα Πεδιάδος (OR=1,5, 95% CI: 1,1 – 1,9), ενώ στην ενδιάμεση κατηγορία κατατάσσονται οι δήμοι Πλατανιά, Χανίων, Αγ. Βασιλείου και Χερσονήσου με κίνδυνο 2,2 (95% CI: 2,0 – 2,4)

Σύγκριση κατευθυντήριων οδηγιών Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας (2003 vs 2015)

Table 5. Comparison of Current and Previous American Cancer Society (ACS) Guidelines for Breast Cancer Screening in Women at Average Risk^a

Population	Recommendations for Breast Cancer Screening ^b	
	ACS, 2015	ACS, 2003 ⁵
Women aged 40-44 y	Women should have the opportunity to begin annual screening between the ages of 40 and 44 years. (<i>Qualified Recommendation</i>)	Begin annual mammography screening at age 40 years.
Women aged 45-54 y	Women should undergo regular screening mammography beginning at age 45 years. (<i>Strong Recommendation</i>) Women aged 45 to 54 years should be screened annually. (<i>Qualified Recommendation</i>)	Women should have annual screening mammography.
Women aged ≥55 y	Women 55 years and older should transition to biennial screening or have the opportunity to continue screening annually. (<i>Qualified Recommendation</i>)	Women should have annual screening mammography.
	Women should continue screening mammography as long as their overall health is good and they have a life expectancy of 10 years or longer. (<i>Qualified Recommendation</i>)	As long as a woman is in reasonably good health and would be a candidate for treatment, she should continue to be screened with mammography.
All women	Clinical breast examination is not recommended for breast cancer screening among average-risk women at any age. (<i>Qualified Recommendation</i>)	For women in their 20s and 30s, it is recommended that clinical breast examination be part of a periodic health examination, preferably at least every 3 years. Asymptomatic women 40 years and older should continue to receive a clinical breast examination as part of a periodic health examination, preferably annually.
	All women should become familiar with the potential benefits, limitations, and harms associated with breast cancer screening.	Women should have an opportunity to become informed about the benefits, limitations, and potential harms associated with regular screening.

^a Average-risk women were defined as those without a personal history of breast cancer, a suspected or confirmed genetic mutation known to increase risk of breast cancer (eg, *BRCA*), or a history of previous radiotherapy to the chest at a young age.

^b A strong recommendation conveys the consensus that the benefits of adherence to that intervention outweigh the undesirable effects that may result from screening. Qualified recommendations indicate there is clear evidence of benefit of screening but less certainty about the balance of benefits and harms, or about patients' values and preferences, which could lead to different decisions.^{12,13}

Source: Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From the American Cancer Society JAMA. 2015;314(15):1599-1614. doi:10.1001/jama.2015.12783

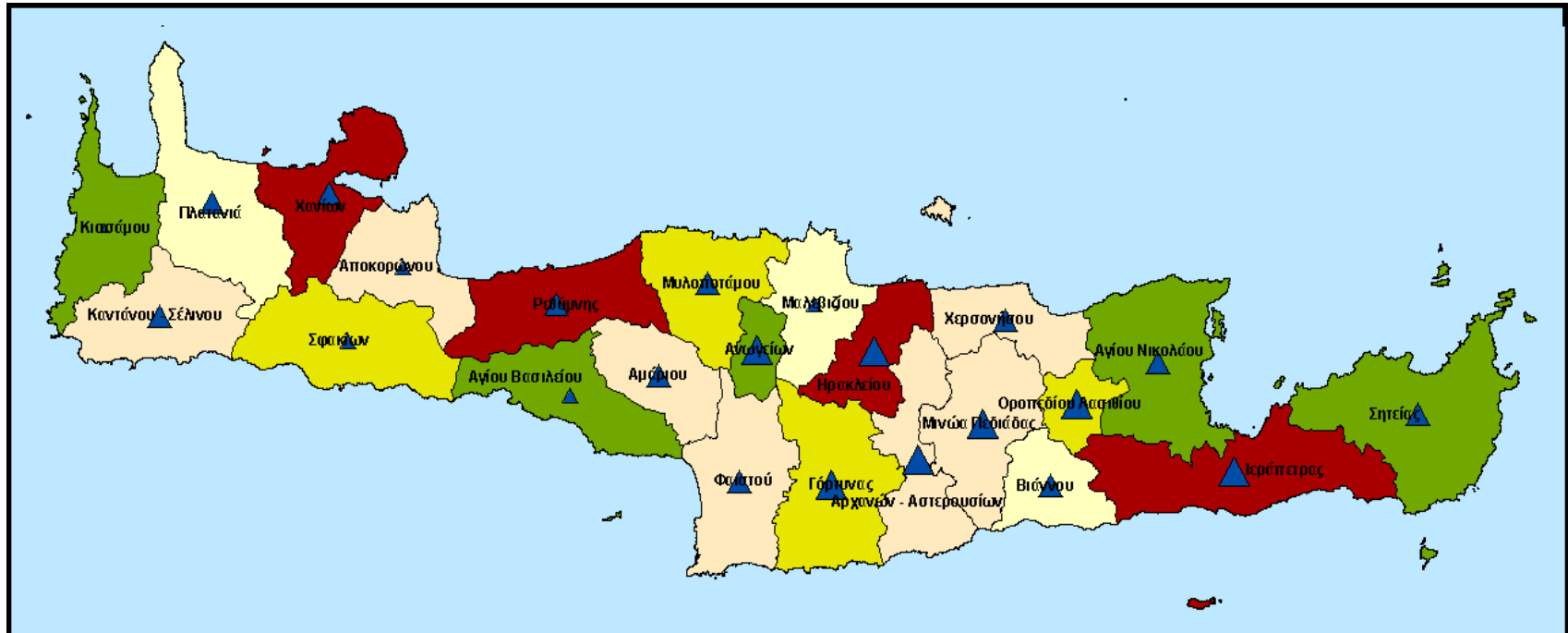
Πρακτικές και παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά: αναφορά σε μελέτες στην Κρήτη- Παράγοντες που επηρεάζουν τη μαστογραφία/γυναίκες αγροτικών περιοχών



- ❖ Απουσία συμπτωμάτων
- ❖ Φόβος από την ακτινοβολία
- ❖ Απουσία σύστασης από ιατρό
- ❖ Πόνος από προηγούμενη εμπειρία
- ❖ Φόβος για την διάγνωση
- ❖ Έλλειψη πληροφόρησης
- ❖ Μη ύπαρξη ελεύθερου χρόνου και οικογενειακές υποχρεώσεις
- ❖ Ντροπή
- ❖ Απόσταση από τα Κέντρα μαστογραφίας στις πόλεις για τις μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες
- ❖ Κόστος στα ιδιωτικά κέντρα
- ❖ Οι κοινωνικοοικονομικοί /δημογραφικοί παράγοντες [ηλικία, μόρφωση, οικονομική κατάσταση]
- ❖ Έλλειψη ραντεβού και χρόνος αναμονής στα δημόσια νοσοκομεία
- ❖ Οι γυναίκες δεν το θεωρούν ως προτεραιότητα στην ζωή τους όταν δεν έχουν πρόβλημα
- ❖ Το φύλο του γιατρού

Πηγή: Trigoni et al. Trigoni et al. BMC Womens Health. 2008 Nov 7;8:20.

Καρκίνος π. εντέρου ως προς Δήμο: φορτίο νοσηρότητας



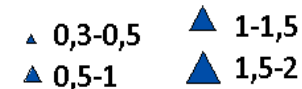
ΥΠΟΜΝΗΜΑ

Εκτιμώμενος αριθμός νέων περιπτώσεων απο κακοήθεις νεοπλασίες του παχέος εντέρου (2014-2023), ανά Δήμο

predicted Age-Adjusted Incidence (AAI), ανά 100.000 πληθυσμός/έτος

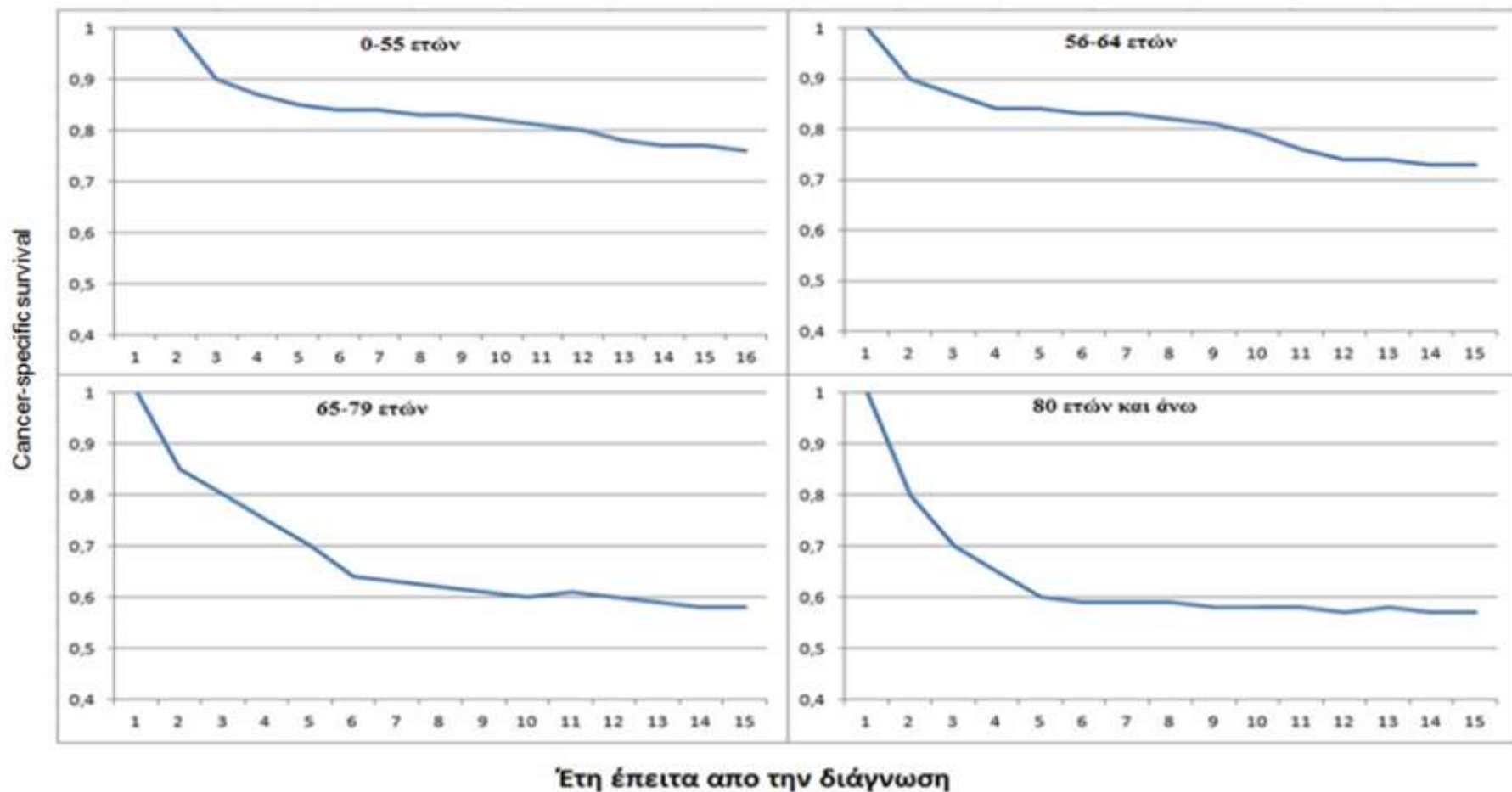


Εκτιμώμενη αύξηση AAI

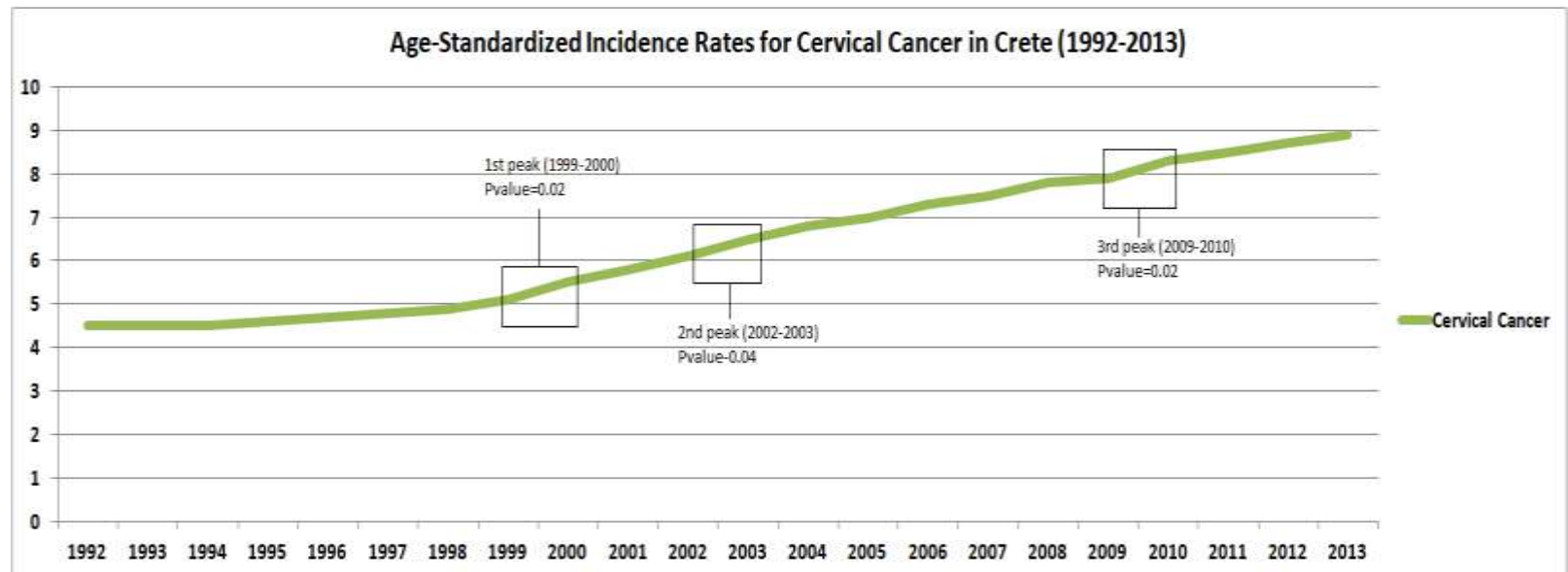


Καρκίνος π. εντέρου: καμπύλες επιβίωσης

Επιβίωση απο καρκίνο του παχέος εντέρου ανά ηλικιακή ομάδα



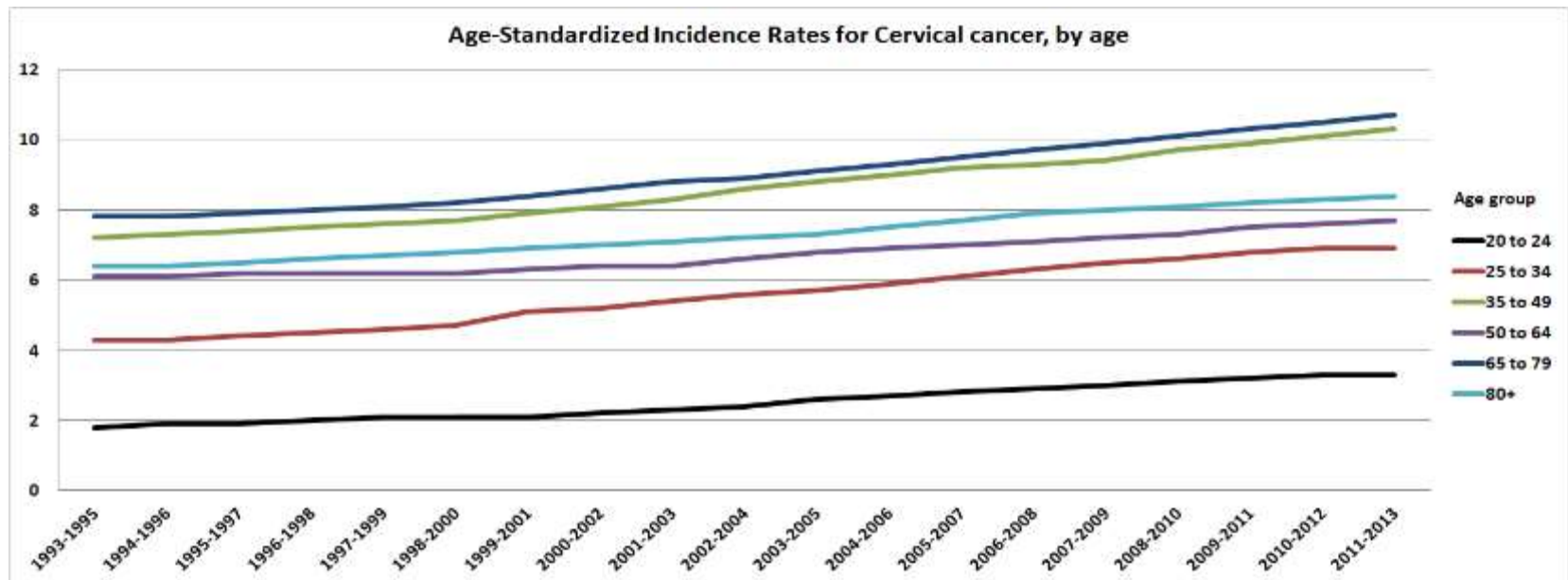
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στην Κρήτη: το φορτίο νοσηρότητας



Age-Standardized Incidence Rates/100,000/year

- Οι νέες περιπτώσεις κυμάνθηκαν από 4.5/100,000 το 1992 έως 8.9/100,000 το 2013
- Σημειώθηκε αύξηση της επίπτωσης κατά την περίοδο 1992-2013, με στατιστικά σημαντικές αυξήσεις το 2000, 2003 και 2010

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας: επίπτωση ως προς ηλικιακή ομάδα

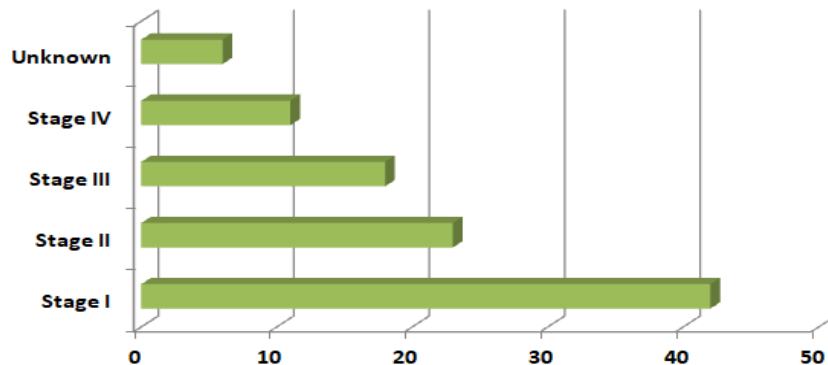


Age-Standardized Incidence Rates/100,000/year, by age

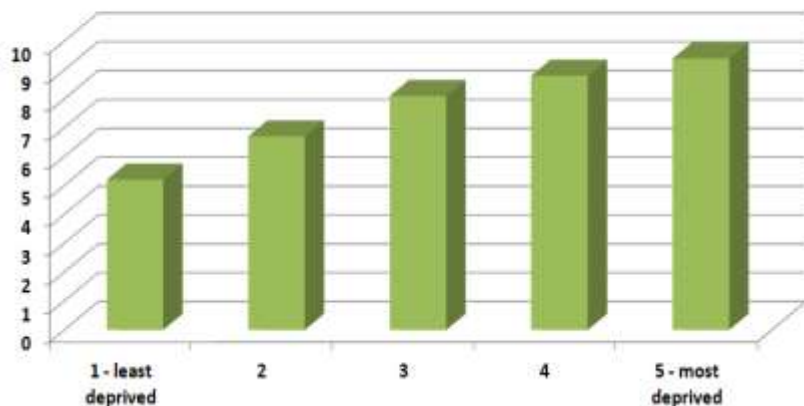
- Οι δείκτες επίπτωσης ήταν υψηλότεροι στις ηλικιακές ομάδες 35-49 και 65-79 και άνω των 80 ετών, με αυξητικές τάσεις σε όλες τις ηλικίες από το 1992 έως το 2013
- Οι σημαντικότερες αυξήσεις ($p\text{-value}=0.03$), παρατηρήθηκαν στην ηλικιακή ομάδα 35-49 ετών, ενώ μη στατιστικά σημαντική αλλά υψηλή ήταν η αύξηση στις νεότερες γυναίκες 25-34 ετών

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας: στάδιο διάγνωσης και επίπτωση ως προς διάφορα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά

Stage at the time of diagnosis (% of Cases)



Age-Standardized Incidence Rates by geographical and socio-economic deprivation



Στάδιο κατά τη διάγνωση για την περίοδο 2009-2013 (Ποσοστό % των νέων περιπτώσεων)

- Ομοίως με τις μέσες ευρωπαϊκές τάσεις, η πλειονότητα των νέων περιπτώσεων διαγιγνώσκεται στο Στάδιο I (42,1%) και ακολουθεί το στάδιο II (23,7%)
- Βέβαια, αν δούμε τα ακριβή ποσοστά, βρισκόμαστε σε ελαφρώς χαμηλότερα επίπεδα διάγνωσης στο Στάδιο I

Age-Standardized Incidence Rates/100,000/year για την περίοδο 2009-2013, βάσει του ακριβή τόπου κατοικίας και του κοινωνικό-οικονομικού προφίλ (έλεγχος ως προς την ηλικία, το στάδιο κατά τη διάγνωση και παρουσία προηγούμενης πρωτοπαθούς εστίας)

➤ Υψηλότερη συχνότητα νέων περιπτώσεων τείνει να παρουσιάζεται σε περιοχές όπου οι κάτοικοι έχουν τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Γεωγραφικά εμπόδια στην προσβασιμότητα στις δομές υγείας
- Κάτοικοι ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών (με οδικό δίκτυο χαμηλής ποιότητας)
- Χαμηλό εισόδημα ή/και ανασφάλιστοι
- Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή/και ενημέρωση σε θέματα αγωγής υγείας

Δράσεις σε τρία επίπεδα

A. Υπηρεσίες υγείας

- ✓ ΠΦΥ (πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, στοχευμένες υπηρεσίες φροντίδας-υγείας, κτλ.)
- ✓ Σχεδιασμός (ενίσχυση υπηρεσιών υγείας στις περιοχές υψηλού φορτίου, διαμόρφωση στοχευμένων δράσεων παροχής υγείας ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού, κτλ.)

B. Εκπαίδευση

- ✓ Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας (προπτυχιακή, δια βίου)
- ✓ Ενημέρωση-επαγρύπνηση της ιατρικής κοινότητας (ογκολόγοι, γενικοί ιατροί, επιδημιολόγοι, λοιποί επαγγελματίες υγείας)

Γ. Υπηρεσίες περιφερειακής ανάπτυξης

- ✓ Σχεδιασμός δράσεων προαγωγής υγείας
- ✓ Ενημέρωση γενικού πληθυσμού
- ✓ Προγραμματισμός αναπτυξιακών δράσεων (τουρισμός υγείας, οικονομικός και πολεοδομικός σχεδιασμός, κτλ.)

**Από την ιατρική της ακρίβειας
στην εστιασμένη στο πρόσωπο
φροντίδα και στην αλλαγή
της συμπεριφοράς**

Τι διαπιστώνεται όμως σήμερα στις υπηρεσίες υγείας μας όσον αφορά την λήψη της κλινικής απόφασης

- **Ο ρόλος του ασθενή:** δεν του αναγνωρίζεται ρόλος και ουσιαστική συμμετοχή, συχνά ελλείπει και η ενδεδειγμένη ενημέρωση του. Ειδική αναφορά στο ρόλο του στην εκπαίδευση και στην έρευνα.
- **Ο ρόλος (περιεχόμενο) του διαλόγου** στην συνάντηση με τον ασθενή: συχνά λείπει η προτροπή, η κινητοποίηση και η ενσυναίσθηση, καθώς και η συζήτηση για τον αντιλαμβανόμενο κίνδυνο.
- **Ο ρόλος του γιατρού:** συχνά εστιασμένος στα ευρήματα και στα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, όχι προτρεπτικός στο βαθμό που αναζητάτε και χωρίς την ενσυναίσθηση που χρειάζεται να τον συνοδεύει.
- **Ο ρόλος της εκπαίδευσης** προπτυχιακής κι αυτής στην ειδικότητα: απουσιάζουν από τα προπτυχιακά μαθήματα οι αναφορές στην εκπαίδευση στη διάρκεια της ειδίκευσης αλλά και η αξιολόγηση των δεξιοτήτων αυτών στις εξετάσεις για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας.

Linking public health with primary health care through practice and research

C. Lionis, I. Tsiligianni, E. Petelos, A. Angelaki, D. Sifaki-Pistolla, M. Anastasaki, A. Michelli, A. Bertsias, M. Papadakaki, S. Papadakis

A workshop in Krakow, May 2018



The Astana Declaration and the vision for primary health care in the 21st Century



www.crc.uoc.gr



[Home](#) [Cancer Registry](#) [Research and Funded projects](#) [Health Topics](#) [Data & Statistics](#) [FAQs](#) [CRC News](#) [Contact](#)



**Εκ μέρους όλης της ομάδας του έργου αυτού
σας ευχαριστούμε για την προσοχή σας**