



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
Μ.Π.Σ. «ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

**ΑΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2013:
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΠΟΥ ΤΟ ΣΥΝΔΙΑΜΟΡΦΩΝΟΥΝ,
ΝΕΕΣ ΤΙΜΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΥΠΤΟΝ ΟΦΕΛΟΣ**

ΜΑΤΣΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

(Α.Μ.: 03201105)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΝ.ΚΑΘ. ΜΑΡΙΑ ΚΟΝΤΟΥΛΗ ΓΕΙΤΟΝΑ

ΚΟΡΙΝΘΟΣ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2014



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
Μ.Π.Σ. «ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

**ΑΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2013:
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΠΟΥ ΤΟ ΣΥΝΔΙΑΜΟΡΦΩΝΟΥΝ,
ΝΕΕΣ ΤΙΜΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΥΠΤΟΝ ΟΦΕΛΟΣ**

ΜΑΤΣΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

Μαρία Κοντούλη - Γείτονα	Κυριακος Σουλιώτης	(όνομα μέλους ΔΕΠ#3)
(υπογραφή)	(υπογραφή)	(υπογραφή)
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	Επίκουρος Καθηγητής	(βαθμίδα μέλους ΔΕΠ#3)

ΚΟΡΙΝΘΟΣ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2014

Περίληψη

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η νόσος Alzheimer συνιστά το πλέον διαδομένο είδος άνοιας, η παρούσα μελέτη στοχεύει στην διερεύνηση και αποτύπωση του άμεσου κόστους της νόσου στην Ελλάδα. Η παρούσα διπλωματική εργασία εστιάζει αφενός στη μελέτη των στοιχείων που απαρτίζουν την εννοιολογική προσέγγιση της νόσου και αφετέρου στο ζήτημα της μελέτης της αντιμετώπισης της νόσου Alzheimer. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάλυση του πιεστικού όπως αποδεικνύεται ζητήματος της οικονομικής διάστασης της νόσου Alzheimer στην Ελλάδα σε συνδυασμό με την ανάλυση των υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών φροντίδας και υγείας. Ταυτόχρονα, μελετώνται τα δομικά στοιχεία της φαρμακευτικής αγοράς σε συνδυασμό με στοιχεία που άπτονται της φαρμακευτικής δαπάνης σε παγκόσμιο και εθνικό επίπεδο. Καταληκτικά, προσεγγίζεται το ζήτημα της οικονομικής χρηματοδότησης και νοσηλείας στην Ελλάδα και εξάγονται αντίστοιχα συμπεράσματα.

Λέξεις κλειδιά:

Άνοια, Νόσος Alzheimer, Άμεσο κόστος, Φαρμακευτική αγορά, Φαρμακευτική Δαπάνη.

Abstract

Taking into consideration the fact that Alzheimer's disease is the most widespread type of dementia, this study aims to investigate and fix the direct cost of the disease in Greece. Consequently, this thesis focuses on the study of elements which constitute the conceptual approach of the disease and also focuses on the study of combating Alzheimer's disease. Particular emphasis is given to the analysis of the burning issues in respect to the economic dimension of Alzheimer's disease in Greece, correlated with the analysis of existing structures and services and health care. Simultaneously, the components of the pharmaceutical market in conjunction with data which are related with pharmaceutical expenditure in the global and national level are studied. Concussively, the issues of financial funding and hospitalization in Greece are approached and respective conclusions are deduced.

Keywords:

Dementia, Alzheimer's Disease, Direct cost, Pharmaceutical Market, Pharmaceutical Expenditure.

Ευχαριστίες

Στο σημείο αυτό θα ήθελα από καρδιάς να εκφράσω τις θερμές προσωπικές μου ευχαριστίες σε κάποιους ανθρώπους που συνέβαλαν τα μέγιστα στην ολοκλήρωση της προσπάθειας αυτής.

Αρχικά οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα Καθηγήτρια μου κ Μαίρη Γείτονα, η οποία συνέδραμε του όλου εγχειρήματος αλλά και επέδειξε κατανόηση στις δύσκολες στιγμές που υπήρξαν κατά την ανάπτυξη της παρούσας εργασίας.

Ευχαριστώ επίσης το σύνολο των Καθηγητών που Μεταπτυχιακού Προγράμματος για τις ακαδημαϊκές και μη δεξιότητες που μας μετέφεραν και θα μας φανούν απολύτως χρήσιμες στο εγγύς μέλλον.

Τέλος, αλλά όχι τελευταίους, ευχαριστώ την οικογένεια μου για την αδιάλειπτη συμπαράσταση της, χωρίς την οποία δεν θα ήταν εφικτό να προχωρήσω.

Μετά τιμής,

Μάτση Σταυρούλα

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη.....	iii
Abstract	iv
Ευχαριστίες	v
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER.....	3
1.1 Οριοθέτηση της άνοιας και των διαταραχών της μνήμης.....	3
1.2 Ιστορική ανασκόπηση της νόσου Alzheimer	5
1.3 Οριοθέτηση της νόσου Alzheimer.....	7
1.4 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου Alzheimer	9
1.5 Στοιχεία Παθοφυσιολογίας της νόσου Alzheimer	11
1.6 Παράγοντες κινδύνου της νόσου Alzheimer.....	14
1.7 Κλινικές εκδηλώσεις της νόσου Alzheimer.....	16
2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER.....	20
2.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer	20
2.2 Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer.....	23
2.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις επί της νόσου Alzheimer	25
2.4 Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία περί της νόσου Alzheimer και άλλων μορφών άνοιας	29
2.5 Προβληματική της άνοιας σε συνάρτηση με τη δημόσια υγεία	33
2.6 Περιπλοκότητα της φροντίδας των πασχόντων από άνοια.....	36
2.7 Οικονομική επιβάρυνση της αντιμετώπισης της νόσου Alzheimer	38
3 ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER.....	41
3.1 Κόστος των εγκεφαλικών διαταραχών στην Ευρώπη	41
3.2 Ελληνικές δομές, υπηρεσίες φροντίδας υγείας και κοινωνικής μέριμνας.....	43

3.3	Ανάλυση των οικονομικών διαστάσεων της νόσου Alzheimer	48
3.4	Υφιστάμενες ελλείψεις	50
4	ΑΓΟΡΑ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	52
4.1	Δομικά στοιχεία και ιδιαιτερότητες της φαρμακευτικής αγοράς.....	52
4.2	Κόστος και συναφείς δυσχέρειες ανακάλυψης νέων φαρμακευτικών μορίων.....	54
4.3	Χρήση πρωτοτύπων και γενόσημων φαρμάκων	57
4.4	Τάσεις της παγκόσμιας αγοράς.....	59
4.5	Φαρμακευτική δαπάνη παγκοσμίως.....	60
4.6	Ελληνική πραγματικότητα προ οικονομικής κρίσης και κατά τη διάρκεια αυτής.....	63
4.7	Μέτρα και συναφείς πολιτικές για τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ευρώπη	64
5	ΕΥΡΥΤΕΡΑ ΘΕΜΑΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	66
5.1	Ευρύτερη στρατηγική μη φαρμακευτικής θεραπείας της άνοιας.....	66
5.2	Χρηματοδότηση του Ελληνικού συστήματος υγείας	67
5.3	Αξιολόγηση της χρηματοδότησης της υγείας στην Ελλάδα.....	71
5.4	Ανάγκη ύπαρξης ενός νέου μοντέλου χρηματοδότησης της υγείας στην Ελλάδα	72
6	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	74
6.1	Σύνοψη.....	74
6.2	Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	76
	Βιβλιογραφία.....	77
	Ξενόγλωσσες Αναφορές	77
	Ελληνόγλωσσες Αναφορές	78
	Διαδικτυακές Αναφορές	81

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1.1: Χαρακτηριστικά νόσου Alzheimer.	7
Σχήμα 4.1: Ποσά επενδύσεων για έρευνα και ανάπτυξη ανά κλάδο βιομηχανίας ως ποσοστό επί του συνόλου των επενδύσεων όλων των βιομηχανικών κλάδων σε σχέση με την έρευνα και την ανάπτυξη.....	53
Σχήμα 4.2: Δομικά στοιχεία της φαρμακευτικής αγοράς.....	53
Σχήμα 4.3: Ποσά δαπανών για φαρμακευτική έρευνα & ανάπτυξη στην περιοχή της Ευρώπης. 55	
Σχήμα 4.4: Αριθμός λανσαρίσματος νέων ενεργών ουσιών για την περίοδο 2005-2009.....	56
Σχήμα 4.5: Δαπάνες για έρευνα και ανάπτυξη στον φαρμακευτικό κλάδο σε Ευρώπη, Αμερική και Ιαπωνία.	57
Σχήμα 4.6: Παγκόσμια φαρμακευτική δαπάνη σε πρωτότυπα και γενόσημα τα έτη 2011 και 2016.....	58
Σχήμα 4.7: Διαμόρφωση της παγκόσμιας φαρμακευτικής δαπάνης 2006-2016.....	61
Σχήμα 4.8: Φαρμακευτική δαπάνη γεωγραφικά κατανομημένη.	61

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1: Στάδια της Νόσου Alzheimer.	19
Πίνακας 5.1: Βασικές πηγές χρηματοδότησης της υγείας στην Ελλάδα για την περίοδο 1980-2004.....	68
Πίνακας 5.2: Σύθεση σε σχέση με τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος.	68
Πίνακας 5.3: Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα στο σύνολο τους ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος.	69
Πίνακας 5.4: Ελληνική δημόσια δαπάνη υγείας ως μέρος των συνολικών δαπανών.	70

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πληθυσμιακή έκρηξη του πληθυσμού της τρίτης και τέταρτης ηλικίας, που το 2050 εκτιμάται ότι θα υπερβεί τα 2 δις, οδηγεί συνακόλουθα στην αύξηση της εμφάνισης πολλαπλών χρόνιων εκφυλιστικών νόσων, θέτοντας το καίριο ζήτημα της παροχής ενός είδους ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Ενδεχομένως το πλέον σημαντικό νόσημα το οποίο συνδέεται άμεσα με την ηλικία και λαμβάνει υπερβολικές διαστάσεις σε παγκόσμιο επίπεδο είναι η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών του ανθρώπου στο πλαίσιο της νόσου Alzheimer. Ειδικότερα, 36 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από άνοια παγκοσμίως ενώ σύμφωνα με εκτιμήσεις ο πληθυσμός τους αναμένεται να προσεγγίσει τα 115 εκατομμύρια μέχρι το 2050 (Ζαχαροπούλου, 2013).

Το πλέον διαδεδομένο είδος άνοιας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι η νόσος Alzheimer, της οποίας η αντιστοιχία κυμαίνεται στο 50-70% των περιπτώσεων, ενώ ακολουθεί η πολυεμφρακτική άνοια σε ποσοστό 30% (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009). Ταυτόχρονα, ο υπολογισμός του κόστους της άνοιας παγκοσμίως ανέρχεται για το 2010 σε 604 δις δολάρια, με το κόστος της άτυπης φροντίδας να προσεγγίζει τα 251 δις (Alzheimer's Disease International, 2010).

Στην Ελλάδα το κόστος της άνοιας έχει υπολογιστεί ότι ανέρχεται σε μηνιαία βάση στα 341 ευρώ ανά ασθενή, ο οποίος ακόμα δύναται να λειτουργεί με αυτονομία, σχεδόν όμως τριπλασιάζεται όταν ο πάσχοντας χρήζει επιστασίας φροντιστή, ενώ όταν πλέον ο ασθενής διέρχεται στο στάδιο της ολικής αναπηρίας και της πλήρους εξάρτησης, στην περίπτωση δηλαδή όπου κρίνεται επιβεβλημένος ο μακροχρόνια παραμονή του σε δομή υγείας το κόστος νοσηλείας του ανά μήνα διαμορφώνεται στο ποσό των 1267 ευρώ. Παράλληλα, οι πάσχοντες από νόσο Alzheimer απορροφούν 168 ωρών μηνιαίως οικογενειακής φροντίδας και περίπου 72 ωρών παροχής έμμισθου τύπου φροντίδας (Ζαχαροπούλου, 2013).

Βάσει των ανωτέρω, καθίσταται προφανές ότι το οικογενειακό περιβάλλον ειδικά στην Ελλάδα συνεισφέρει τα μέγιστα, όχι μόνο σε ό,τι αφορά την επιστασίας και της φροντίδας των πασχόντων αλλά και ευρύτερα της κοινωνίας, καθώς το κόστος επιστασίας των πασχόντων από νόσο Alzheimer θα ήταν σημαντικά υψηλό και απαγορευτικό για τις χώρες εάν το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς αποποιείτο της ανάληψης της ευθύνης φροντίδας αυτού (Brodaty &

Donkin, 2009).

Η παρούσα μελέτη λοιπόν στοχεύει στην διερεύνηση και αποτύπωση του άμεσου κόστους της νόσου Alzheimer στην τρέχουσα χρονική συγκύρια. Ειδικότερα, επιπλέον στόχοι της συγκεκριμένης μελέτης είναι:

- Η εννοιολογική προσεγγιση της νόσου Alzheimer ειδικότερα, αλλά και ευρύτερα της άνοιας συνοδευόμενης με επιδημιολογικά στοιχεία επιπολασμού της ασθένειας.
- Η μελέτη της φαρμακευτικής ή μη φαρμακευτικής αντιμετώπισης της άνοιας σε συνδυασμό με την κατανόηση της περιπλοκότητας της φροντίδας των ανοϊκών ασθενών.
- Η ανάλυση του καίριου ζητήματος της οικονομικής διάστασης της νόσου Alzheimer στην Ελλάδα σε συνδυασμό με την ανάλυση των υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών φροντίδας και υγείας.
- Η μελέτη των θεμελιωδών στοιχείων που απαρτίζουν τη φαρμακευτική αγορά συνδυαζόμενων με τα στοιχεία της φαρμακευτικής δαπάνης σε παγκόσμιο καθώς και σε εθνικό επίπεδο.
- Η ευρύτερη θεώρηση ζητημάτων οικονομικής χρηματοδότησης και νοσηλείας στην Ελλάδα συνδυασμένων με την εξαγωγή αντίστοιχων συμπερασμάτων σε σχέση με ζητήματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

1.1 Οριοθέτηση της άνοιας και των διαταραχών της μνήμης

Ο όρος της «άνοιας» άπτεται ενός εύρους συμπτωμάτων που εμφανίζονται σε πασχόντες από διάφορα εγκεφαλικά νοσήματα, στα οποία σημειώνεται εκτεταμένη καταστροφή και απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων. Μολονότι η προαναφερθείσα απώλεια των νευρικών κυττάρων συνιστά μια φυσιολογική διαδικασία ,στην περίπτωση των νοσημάτων τα οποία έχουν σαν αποτέλεσμα την εκπτώση των νοητικών λειτουργιών δύναται να εμφανίζεται με γοργότερο ρυθμό με αποτέλεσμα να προκαλεί σημαντικές δυσκολίες στην ομαλή λειτουργία του εγκεφάλου. Κύριο γνώρισμα της άνοιας συνιστά η απώλεια μνήμης, καθώς τα περισσότερα ανοϊκά σύνδρομα χαρακτηριστικά διέπονται από το στοιχείο της συρρίκνωσης της εγκεφαλικής μνήμης. Επιπλέον, τα ανοϊκά σύνδρομα δύναται να περιλαμβάνουν και ένα μεγάλο φάσμα συγκεκριμένων ανωμαλιών όπου σχετίζονται με τη γνωσιακή λειτουργία, δηλαδή μπορούν να έχουν ως συμπτώματα δυσχέρειας στο λόγο,στην κατανόηση-παραγωγή και εκπομπή αυτού, στην επεξεργασία πληροφοριών σχετικά με το χώρο, στην εκτέλεση κινητικών δεξιοτήτων που προέρχονται από εκμάθηση κινητικής συμπεριφοράς, ενώ δύναται να προξενήσουν βλάβες και σε ότι σχετίζεται με την εκτελεστική λειτουργία, δηλαδή με την ικανότητα του ατόμου να σχεδιάζει και να πραγματοποιεί διαδοχικές ενέργειες (Ρότζιου, Στρατάκη & Τεριζάκη, 2007).

Σημειώνεται ότι υφίσταται η υποδιαίρεση σε φλοιώδη και υποφλοιώδη άνοια ενώ αρκετά συστηματικά νοσήματα εκδηλώνουν συμπτωματολογία έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών. Ανάμεσα στις άνοιες και στις νόσους οι οποίες συνοδεύονται από άνοια απαντώνται συχνότερα οι τύποι της νόσου Alzheimer αλλά και της Πολυεμφρακτικής άνοιας. Ειδικότερα, η νόσος Alzheimer σχετίζεται σύμφωνα με εκτιμήσεις με το 49-60% του συνόλου των ανοιών ενώ ο τύπος της πολυεμφρακτικής άνοιας καλύπτει το 20-32% του συνόλου των ανοιών. Ταυτόχρονα, άλλοι συνηθέστεροι τύποι ανοιών είναι οι νόσοι της άνοιας των μορφών Pick, Huntington, Wilson, Creutzfeldt-Jacob, Parkinson, Υδροκέφαλου χαμηλής πίεσης, νευροσύφιλης, όγκων μετωπιαίου λοβού και θαλάμου, ύστερα από την παρέλευση λοιμώξεως, τραύματος και ανοξίας. Ακόμα υπάρχουν και οι τύποι της άνοιας των οποίων η αιτιολογία συνδέεται με την ύπαρξη υποσκληρίδιου αιματώματος, μεταβολικών διαταραχών, δηλαδή

εμφανίζονται ως αποτέλεσμα ενδοκρινικών-ηλεκτρολυτικών διαταραχών, αφυδάτωσης, ηπατικής – νεφρικής ανεπάρκειας και αβιταμίνωσης. Τέλος, υπάρχουν και οι τύποι της άνοιας όπου είναι συναφείς με τοξικά αίτια όπως συνιστούν η παρατεταμένη χρήση αλκοόλ, και η λήψη αντιυπερτασικών και ψυχότροπων φαρμάκων (Ρότζιου, Στρατάκη & Τεριζάκη, 2007).

Αξίζει ταυτόχρονα να επισημανθεί ότι κρούσματα άνοιας εμφανίζονται κατά προσέγγιση στο 1% των ατόμων έως 65 ετών, στο 3% περίπου των ατόμων ηλικίας 65-74 ετών αλλά και στο 19% των ανθρώπων ηλικίας μεταξύ 75 έως 84 ετών. Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι το ποσοστό των περιπτώσεων άνοιας αγγίζει το 47% για τις ηλικίες των ατόμων από 85 ετών και άνω. Συνολικά σε ότι άπτεται των ατόμων της ηλικιακής ομάδας άνω των 65 ετών περίπου 4-5% πλήττεται από άνοια (Πριόβουλος 2013).

Οι μορφές των ανοιών οι οποίες σχετίζονται με αλλοιώσεις του εγκεφάλου εμφανίζουν πολλαπλή αιτιολογία. Κατά συνέπεια, υφίστανται διαφοροποιήσεις στην αιτιολογία των αλλοιώσεων του εγκεφάλου ανάλογα με την εκάστοτε μορφή άνοιας εξαιτίας του γεγονότος ότι σε κάθε περίπτωση παρατηρείται καταστροφή των εγκεφαλικών κυττάρων. Αποτέλεσμα της προαναφερθείσας καταστροφής είναι η ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού, γεγονός το οποίο απαντάται σε όλο το εύρος των εκφάνσεων της άνοιας. Ειδικότερα, το είδος αυτό της ατροφίας είναι πλέον ευκρινές μέσω της συνδρομής απεικονιστικών τεχνικών όπως η αξονική και μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου όπου αναδύεται με την εικόνα ατροφίας των αυλακών και των κοιλιών του εγκεφάλου (Πριόβουλος 2013).

Σχετικά με το 50% των ανοιών τύπου Alzheimer χρειάζεται να τονιστεί ότι πρόκειται για μια πολυπαραγοντική νόσο, τα αίτια της οποίας αποδίδονται σε γενετικούς, περιβαλλοντικούς και μεταβολικούς παράγοντες. Η μετά βεβαιότατος κλινική εξακρίβωση της μορφής της άνοιας, δηλαδή του γεγονότος αν όντως πρόκειται για άνοια τύπου Alzheimer, προσεγγίζει το 80-90% καθώς δύναται να επιβεβαιωθεί η διάγνωση μόνο με ιστοπαθολογική εξέταση του εγκεφάλου. Σε αυτή την περίπτωση στην άνοιας τύπου Alzheimer είναι διακριτές οι νευροϊνιδιακές αλλοιώσεις που εναποτίθενται κατά πλάκες. (Κουλούρη, 2009).

Στην περίπτωση της πολυεμφρακτικής άνοιας σε ποσοστό το οποίο υπερβαίνει το 20% των περιπτώσεων παρατηρούνται αρκετά μικρά έμφρακτα σε σειρά από αρτηρίες του εγκεφάλου, γεγονός το οποίο δύναται να παρεμποδίσει την αιμάτωση του και συνεπώς την παροχή οξυγόνου. Επιπρόσθετα, στην πολυεμφρακτική άνοια κύτταρα του εγκεφάλου είναι

πιθανόν να έχουν υποστεί καταστροφή εξαιτίας πολλαπλών εγκεφαλικών επεισοδίων τα οποία και προξενούν μικροαιμορραγίες εντός του εγκεφαλικού παρεγχύματος. (Κουλούρη, 2009).

Αναντίρρητα στους παράγοντες οι οποίοι προδιαθέτουν για την εκδήλωση άνοιας συγκαταλέγεται η παράμετρος της γενετικής προδιάθεσης. Επιπλέον, οι γυναίκες εμφανίζονται να έχουν μια ελαφρώς αυξημένη επικινδυνότητα της τάξεως του 13% σε σύγκριση με τους άνδρες, μολονότι και το γεγονός αυτό δεν δύναται να επιβεβαιωθεί σε όλο το φάσμα των μελετών, ενώ ενδέχεται να αποδίδεται αφενός στο γεγονός του ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερα χρόνια και αφετέρου στην επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων και στην ύπαρξη διαφόρων συνηθειών. Για παράδειγμα, υπάρχουν χώρες όπως η Νιγηρία στην οποία δεν εμφανίζονται κρούσματα της νόσου Alzheimer σε αντίθεση με την Σοβιετική Ένωση, την Ιαπωνία και την Κίνα όπου απαντάται συχνά η νόσος Alzheimer (Ρότζιου, Στρατάκη & Τεριζάκη, 2007).

Σαφέστατα ενδέχεται να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο και η ύπαρξη διαφοροποιήσεων επί των χρησιμοποιούμενων διαγνωστικών μεθόδων. Κατά κύριο λόγο βέβαια οι άνθρωποι οι οποίοι μεταναστεύουν σε μικρή ηλικία εμφανίζονται επιρρεπείς στην ανάπτυξη άνοιας κατά τα δεδομένα όπου επικρατούν στις χώρες όπου μεταναστεύουν και όχι με βάση τις συνθήκες όπου επικρατούν στις χώρες προέλευσης τους. Ταυτοχρόνως ο συγκερασμός γενετικής και περιβαλλοντικής υφής παραγόντων επιβεβαιώνεται και από το γεγονός του ότι μόνο το 50% των μονοωγενών διδύμων εμφανίζει κρούσματα της νόσου, ενώ στην περίπτωση προσβολής από τη νόσο δυο μονοωγενών διδύμων ενδέχεται να υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην ηλικία έναρξης της νόσου και κατά 15 χρόνια (Ρότζιου, Στρατάκη & Τεριζάκη, 2007; Καραντάη, 2009).

1.2 Ιστορική ανασκόπηση της νόσου Alzheimer

Την χρονική περίοδο του Νοεμβρίου του 1906 στην περιοχή του Tubingen της Γερμανίας τοποθετείται χρονικά για πρώτη φορά η περιγραφή της νόσου Alzheimer από τον ομώνυμο ιατρό Alois Alzheimer (1864-1915). Ο Alzheimer προβαίνει σε περιγραφή των ευρημάτων του εργαστηρίου του σε ότι άπτεται μιας άγνωστης ως το 1906 νευρολογικής πάθησης, η οποία και αρχικά επισημάνεται στην πάσχουσα Auguste D. Η εν λόγω ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο σε ηλικία 51 ετών ενώ απεβίωσε μέσα σε διάστημα 4 ετών ύστερα από

πνευμονία και εξαιτίας της επίδρασης της άνοιας απο την οποία έπασχε και εξελισσόταν προοδευτικά (Πριόβουλος, 2013).

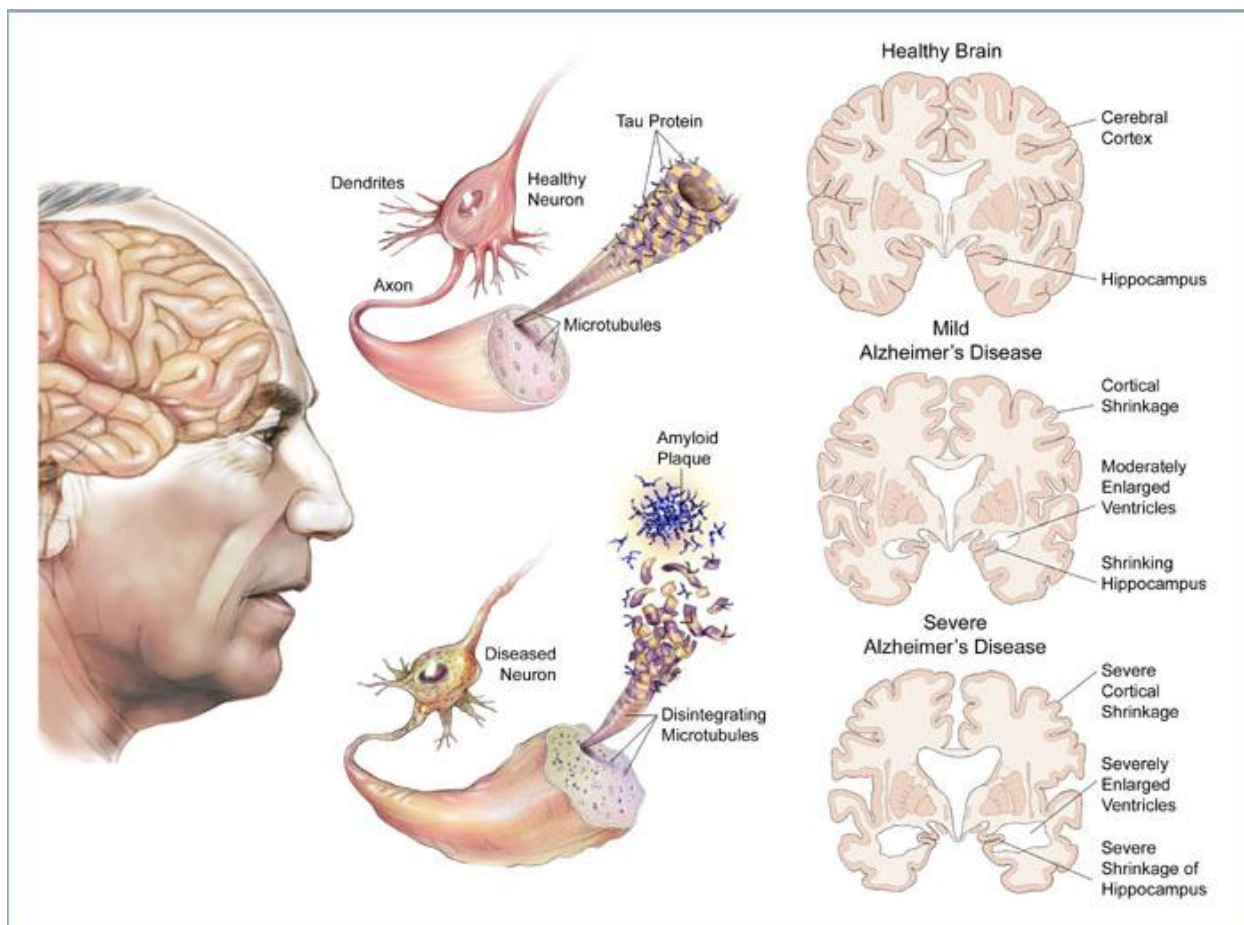
Μολονότι οι κλινικές ενδείξεις της ασθένειας του πληθυσμού μεγάλης ηλικίας ήταν γνωστές από τα αρχαία χρόνια, ο Alzheimer υπήρξε ο πρώτος επιστήμονας ο οποίος και προέβη στην σύνδεση της εμφάνισης και επέκτασης της ασθένειας με την παραγωγή και εναπόθεση των γεροντικών ή αμυλοειδικών πλακών (senile plaques) και των νευροϊνιδιακών τολύπιων (neurofibrillary tangles) στο εγκεφαλικό παρεγχυμα (Πριόβουλος, 2013).

Έκτοτε έχουν εκπονηθεί χιλιάδες μελέτες σε σχέση με την νόσο Alzheimer. Στο διάβα των χρόνων κατεγράφησαν πληθώρα χαρακτηριστικών νευροπαθολογικής υφής χωρίς όμως να καταφέρει η επιστημονική κοινότητα να ερμηνεύσει ικανοποιητικά την νόσο. Βέβαια είναι άξιο μνείας πως μέσω της εισαγωγής απεικονιστικών μεθόδων του εγκεφάλου επετεύχθη η παρακολούθηση της εξελικτικής πορείας της ασθένειας σε πάσχοντες οι οποίοι είναι ακόμα στη ζωή (Ρότζιου, Στρατάκη & Τεριζάκη, 2007; Καραντάη, 2009).

Ταυτόχρονα, το γεγονός της αποκωδικοποίησης του ανθρώπινου DNA προσέφερε νέα ώθηση στην έρευνα της νόσου Alzheimer. Έτσι λοιπόν πρώτα και κύρια δόθηκε ερμηνεία περί της αμιγώς κληρονομικής μορφής της νόσου Alzheimer μέσω του εντοπισμού των συναφών γονιδίων. Έκτοτε, η μοριακή γενετική ιατρική αποπειράται να επιτύχει την επανάληψη της επιτυχίας περί της συνηθέστερης έκφανσης της νόσου Alzheimer. Πλέον, έχει αποσαφηνιστεί ότι η όψιμη έναρξη της νόσου Alzheimer (Late-Onset Alzheimer's Disease-LOAD) ερμηνεύεται μερικώς μέσω της γενετικής. Ταυτοχρόνως όμως είναι σαφές ότι η συμβολή της γενετικής επιστήμης από μόνη της δεν επαρκεί προκειμένου να εξηγήσει επαρκώς τη νόσο Alzheimer. Ένα σύνολο από συνθετες υπολογιστικές μεθόδους εφαρμοσθείσες περί την τελευταία δεκαετία αφήνει το περιθώριο να προσεγγιστούν πεδία τα οποία ως τώρα ήταν αδύνατο να ερμηνευτούν παρέχοντας επιπλέον πληθώρα σημαντικών αποτελεσμάτων (Πριόβουλος, 2013; Φωτοπούλου & Χριστοφορίδης, 2011).

1.3 Οριοθέτηση της νόσου Alzheimer

Η νόσος Alzheimer συνιστά έναν τύπο άνοιας ο οποίος διέπεται από την εκδήλωση προοδευτικής, μη αναστρέψιμης έκπτωσης των διάφορων νοητικών λειτουργιών. Ως εκ τούτου, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την άνοια ως την εμφάνιση μιας οξείας ή χρόνιας προοδευτικής εκφυλιστικής εγκεφαλικής νόσου κατά την εκδήλωση της οποίας διαταράσσονται πολλαπλές σύνθετες λειτουργίες του φλοιού του εγκεφάλου. Για παραδειγμα, η άνοια προκαλεί διαταραχές στην αφαιρετική σκέψη, στη μνήμη, στη διενέργεια αριθμητικών πράξεων αλλά και στην ικανότητα του ατόμου στην κατανόηση και εκφορά του λόγου καθώς και στην ανώτερη κριτική του ικανότητα (Κουλούρη, 2009; Πριόβουλος, 2013).



Σχήμα 1.1: Χαρακτηριστικά νόσου Alzheimer¹.

¹ <http://gkdata.gr/wp-content/uploads/2013/07/altzhaimer.jpg>, (03/08/2014).

Ταυτόχρονα, το γεγονός της διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών είθισται να συνοδεύεται και από απώλεια του ελέγχου του θυμικού και των συναισθημάτων αλλά και των εκδηλώσεων του ατόμου που συνδέονται με την κοινωνική συμπεριφορά. Επίσης εκδηλώνεται απάθεια, υποβολιμότητα δηλαδή μειωμένο ενδιαφέρον για τη ζωή καθώς και απουσία ενεργητικής διάθεσης. Είναι επιβεβλημένο στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι η νόσος Alzheimer συνιστά σήμερα την τέταρτη κατα σειρά αιτία θανάτου των ατόμων των ανεπτυγμένων χωρών μετά τις καρδιακές παθήσεις, την εκδήλωση νεοπλασιών (καρκίνου) και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. (Καραντάη, 2009).

Αναντίρρητα η νόσος Alzheimer συνιστά την συνηθέστερη μορφή άνοιας, για την οποία όμως προς το παρόν δεν έχει αναδυθεί αποτελεσματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος. Επιπλέον, εξαιτίας της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης έχει προκληθεί δραματική αύξηση του αριθμού των νοσούντων από νόσο Alzheimer. Αυτός είναι και ο κυρίαρχος λόγος για τον οποίο εργαστήρια και ερευνητικά κέντρα αποδύονται στη μάχη εξεύρεσης αποτελεσματικού τρόπου αντιμετώπισης της νόσου Alzheimer (Lemone & Burke, 1990; Κουλούρη, 2009).

Το γεγονός της απώλειας της μνήμης συνιστά στις περισσότερες περιπτώσεις το πρώτο σύμπτωμα της νόσου Alzheimer. Επειδή η εμφάνιση σε ήπιο βαθμό διαταραχών μνήμης ανήκουν στο πρώιμο στάδιο της νόσου, ενδέχεται ο οικογενειακός περίγυρος του πάσχοντα να μην υποπτευθεί το πρόβλημα μέχρι την στιγμή όπου η νόσος θα αρχίσει προοδευτικά να εξελίσσεται και να συνοδεύεται από την εκδήλωση επιπλέον και σημαντικά εμφανέστερων συμπτωμάτων. Ενδέχεται ακόμα ο οικογενειακός περίγυρος να διέπεται από αισθήματα άρνησης των συμπτωμάτων μέχρι την στιγμή που το άτομο θα αρχίσει να εκδηλώνει επικίνδυνη, ακραία ή και μη συνηθισμένη συμπεριφορά. (Πριόβουλος, 2013).

Επιβάλλεται να τονιστεί ότι η εξελικτική πορεία της νόσου εμφανίζει μια ποικιλομορφία, ενώ η εξέλιξη της φυσικής πορείας της νόσου Alzheimer συνάδει με την σταδιακή έκπτωση της αντιληπτικής και της κριτικής ικανότητας του ασθενή, οδηγώντας καταληκτικά τον πάσχοντα στην έκπτωση της σωματικής τους λειτουργίας αλλά και σε σημαντική συρρικνωσή της ικανότητας του νοσούντα από Alzheimer να προβαίνει στην εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων. Αποτέλεσμα της προαναφερθείσας εξέλιξης της νόσου Alzheimer είναι ότι ο πάσχοντας χάνει την ικανότητα επιτέλεσης ακόμα και των πιο στοιχειωδών καθημερινών δραστηριοτήτων και ως εκ του το κέντρο βάρους αντιμετώπισης των αναγκών του πάσχοντα

μετατοπίζεται στα άτομα τα οποία τον βοηθούν και τον φροντίζουν (Lemone & Burke, 1990; Κουλούρη, 2009).

1.4 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου Alzheimer

Είναι αλήθεια ότι ο πληθυσμός των ασθενών που πάσχουν από άνοια στην τρέχουσα χρονική συγκύρια σημειώνει δραματική αύξηση. Αυτή την στιγμή σε παγκόσμιο επίπεδο υφίστανται 35 εκατομμύρια ασθενείς από τους οποίους 7,3 εκατομμύρια είναι Ευρωπαίοι και 160.000 Έλληνες. Ειδικότερα στην Αμερική, η ηλικιακή ομάδα των ατόμων όπου υπερβαίνουν τα 65 έτη εμφανίζεται να πάσχει σε ποσοστό 5% από σημαίνουσα μορφή άνοιας ενώ ένα 10% με 15% των Αμερικανών πολιτών μαστίζεται από μέτρια ως ήπιας μορφής νοητικής έκπτωσης. Επιπλέον, ένα σύνολο ατόμων το οποίο ανέρχεται στις 580.000 άτομα και πάσχει από άνοια αναγκάζεται να διαβεί σε γηριατρικά ιδρύματα την στιγμή όπου άλλα 2,5 εκατομμύρια ασθενών χαίρουν της αντιμετώπισης του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος τους στην κοινότητα όπου κατοικούν (Πλατή, 2008). Ειδικότερα στην Αμερική οι ασθενείς όπου νοσηλεύονται με ανοϊκή συνδρομή συνιστούν το 50% κατά προσέγγιση των ασθενών που νοσηλεύονται σε όλο το εύρος των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας (Φωτοπούλου & Χριστοφορίδης, 2011).

Στην περιοχή της Αυστραλίας η άνοια εμφανίζεται με συχνότητα η οποία κυμαίνεται στο 5% στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 75 -79 ετών. Αντίστοιχα, σε άτομα τα οποία υπερβαίνουν τα 85 έτη η άνοια στην Αυστραλία εμφανίζεται με συχνότητα που κυμαίνεται στο 23,6%. Στην περιοχή του Ηνωμένου Βασιλείου υφίσταται μια πληθυσμιακή ομάδα 750.000 ατόμων τα οποία πάσχουν από άνοια ενώ σύμφωνα με υπολογισμούς την τρέχουσα χρονική συγκυρία στο Ηνωμένο Βασίλειο υφίστανται πολύ περισσότεροι συνταξιούχοι από ότι μαθητές όπου φοιτούν στο σχολείο. Στο Βέλγιο, τα ποσοστά όπου εμφανίζεται η άνοια αγγίζουν το 5,1% για άτομα όπου ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 70-74 ετών, το 7,6% για άτομα τα οποία τα οποία είναι μεταξύ 75-79 ετών ενώ στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 80-84 ετών το ποσοστό φτάνει το 16,2%. Τέλος, το ποσοστό των ατόμων στο Βέλγιο όπου είναι από 85 ετών και άνω και πάσχουν από άνοια διαμορφώνεται στο 33,6% (Φωτοπούλου & Χριστοφορίδης, 2011).

Σε σχέση με ότι άπτεται των **επιδημιολογικών στοιχείων της άνοιας στην Ελλάδα** κατά την Τσολάκη, (1999), για την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 70-74 ετών η άνοια κυμαίνεται στο

5% ενώ το ποσοστό διπλασιάζεται στο **10,7%** για την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 75-79 ετών. Επίσης, στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 80-84 ετών άνοια εμφανίζει το 11,8% ενώ το ποσοστό εμφάνισης άνοιας τριπλασιάζεται στις ηλικίες όπου υπερβαίνουν τα 85 έτη και διαμορφώνεται περίπου στο 36,7%. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ότι άπτεται της ηλικιακής ομάδας άνω των 90 ετών ανά έτος ένα 10% του πληθυσμού ανδρών και γυναικών προσβάλλεται από τη νόσο (Τσολάκη & Κάζης, 2005; Πριόβουλος, 2013).

Μολονότι υπάρχουν αναφορές ότι ο γυναικείος πληθυσμός πλήττεται περισσότερο από την άνοια αυτό δεν ευσταθεί στατιστικά καθώς οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής 6 έτη συγκριτικά με τους άνδρες. Συνυπολογίζοντας το προαναφερθέν στοιχείο, ο κίνδυνος να εμφανίσουν άνοια γυναίκες 65 ετών διαμορφώνεται στο 35% ενώ το ποσοστό κινδύνου εμφάνισης της άνοιας για τους άνδρες διαμορφώνεται στο 15%. Επιπρόσθετα, ύστερα από την επισημανθείσα αύξηση των κρουσμάτων του AIDS ενδέχεται να σημειωθεί αύξηση της συχνότητας των ασθενών από άνοια καθώς το 50% των νοσούντων από HIV έχει παρατηρηθεί ότι αναπτύσσει κάποια μορφή άνοιας στο τελικό στάδιο της νόσου (Μεντενόπουλος & Μπούρας, 2002; Πριόβουλος, 2013).

Ο πλέον διαδεδομένος τύπος άνοιας στους ηλικιωμένους είναι η νόσος Alzheimer η οποία και θεωρείται ότι ευθύνεται για το 50% όλων των υπολοίπων ανοιών. Η διακύμανση της εμφάνισης συχνότητας της νόσου διαμορφώνεται ανάμεσα στο 35% με 55%. Σημειώνεται ότι η νόσος Alzheimer πλήττει κυρίως το 10% των ανθρώπων οι οποίοι υπερβαίνουν τα 65 έτη, το 20% των ανθρώπων όπου έχουν υπερβεί τα 80 έτη αλλά και το 25-35% των ανθρώπων όπου υπερβαίνουν τα 85 έτη. Αξίζει παράλληλα να σημειωθεί ότι από τα 420 εκατομμύρια των ανθρώπων άνω των 65 ετών όπου διαβιούν σε όλα τα μέρη του κόσμου τα 25 εκατομμύρια αυτών είναι ανοϊκά (Πλατή, 2008).

Στον χώρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπου ο πληθυσμός της αγγίζει τα 370 εκατομμύρια τα 4 εκατομμύρια εξ αυτών το 2010, έπασχαν από τη νόσο Alzheimer. Σύμφωνα με υπολογισμούς το 2030 υπολογίζεται ότι τα θύματα της νόσου θα ανέλθουν σε 4,8 εκατομμύρια στην Αμερική, ενώ ένας εκ των τριών νέων με γονείς όπου ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών υπολογίζεται ότι θα είναι αναγκασμένος να ασχολείται με τη φροντίδα τους εξαιτίας της επίδρασης της νόσου (Πριόβουλος, 2013).

Οι Φωτοπούλου & Χριστοφορίδης, (2011), αναφέρουν ότι υπολογίζονταν σε 110.000 οι

πάσχοντες από νόσο Alzheimer στην Αυστραλία το 1991 ενώ διπλασιαστήκαν το 2001 σε 210.000, ωστόσο δεδομένης της επιμήκυνσης του προσδόκιμου ζωής υπάρχουν προβλέψεις ότι θα υποστούν περαιτέρω αύξηση. Ανάλογης υφής είναι και τα υφιστάμενα στοιχεία για την περιοχή της Γαλλίας. Επιπροσθέτως ο αριθμός της ετήσιας επίπτωσης στην Γαλλία υπολογίζεται σε 140.000 περιστατικά εκ των οποίων τα 100.000 αφορούν τη νόσο Alzheimer. Επιπλέον, το 1990 η αύξηση του επιπολασμού σε σχέση με το ζήτημα της άνοιας ανήλθε σε 560.000 περιστατικά και σε 390.000 περιστατικά σε ότι άπτεται τη νόσο Alzheimer. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα προαναφερθέντα κρούσματα σημείωσαν το 1999 σημαίνουσα αύξηση καθώς ανήλθαν σε 635.000 όσον αφορά την άνοια και σε 550.000 περί της νόσου Alzheimer αντιστοίχως (Φωτοπούλου & Χριστοφορίδης, 2011).

Αξίζει ταυτόχρονα να τονιστεί ότι η άνοια οφειλόμενη σε αγγειακούς παραγοντες (αγγειακή άνοια) βρίσκεται σε δεύτερη θέση κατά σειρά συχνότητας έπειτα από τον τύπο της άνοιας Alzheimer, ενώ σύμφωνα με υπολογισμούς είναι υπεύθυνη για το 5-10% των ανοϊκών ασθενών οι οποίοι και έχουν παραπεμφθεί σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Επιπροσθέτως, τα ποσοστά εμφάνισης της στον Ευρωπαϊκό χώρο αγγίζουν το 25%. Στην περιοχή όμως της Ιαπωνίας και τουλάχιστον σε ότι άπτεται πληθυσμών ενδονοσοκομειακών ασθενών, το είδος της άνοιας με αγγειακά αίτια είναι συνηθέστερο από την άνοια Alzheimer (Καραντάη, 2009).

Μέσα από την συνδρομή παθολογοανατομικών ευρημάτων εγκεφάλων ασθενών οι οποίοι πάσχουν από νόσο Alzheimer πιστοποιείται ότι σε ποσοστό 15% εμφανίζονται εγκεφαλικά έμφρακτα, τα οποία συντείνουν στο ζήτημα της έκπτωσης του εύρους των νοητικών λειτουργιών, προσδιορίζοντας με αυτόν τον τρόπο ένα είδος άνοιας όπου χαρακτηρίζεται ως άνοια μεικτού τύπου (Τσολάκη & Κάζης, 2005).

1.5 Στοιχεία Παθοφυσιολογίας της νόσου Alzheimer

Σημειώνεται ότι μέχρι σήμερα δεν έχει προσδιοριστεί επακριβώς η αιτία η οποία σχετίζεται με τη νόσο Alzheimer. Οι συναφείς θεωρίες εμπεριέχουν στοιχεία σχετικά με ζητήματα απώλειας του νευροδιαβιβαστικού ερεθισμού εξαιτίας της επίδρασης της ακετυλοτρανσφεράσης της χολίνης, της γονιδιακής μετάλλαξης της προδρόμου πρωτεΐνης του αμυλοειδούς καθώς και της τροποποίησης της απολιποπρωτεΐνης E. Άλλες αιτίες εμφάνισης της νόσου Alzheimer σχετίζονται με ζητήματα εμφάνισης γονιδιακών βλαβών των χρωμοσωμάτων

14, 19, ή 21, τα οποία δύναται να οδηγήσουν σε συσσώρευση και καθίζηση μη διαλυτού αμυλοειδούς σε πλάκες. Ταυτόχρονα, ακόμα ερευνάται ο ρόλος όπου διαδραματίζει η επίδραση της πρωτεϊνικής κινάσης C, το ζήτημα συσχετισμού της νόσου Alzheimer με το αργίλιο καθώς και η πιθανή επίδραση ιογενούς αιτιολογίας όπως και η συμμετοχή στην εμφάνιση της νόσου της επίπτωσης διάφορων αυτοάνοσων μηχανισμών και βλαβών των μιτοχονδρίων του εγκεφάλου, οι οποίες προξενούν διαταραχές στον κυτταρικό μεταβολισμό καθώς και της πρωτεϊνικής επεξεργασίας (σύνθεσης και αποδομής του αμυλοειδούς του εγκεφάλου) (Lemone & Burke, 1990; Κουλούρη, 2009).

Επισημαίνεται ότι υφίστανται δυο μορφές συναφείς με την εμφάνιση της νόσου Alzheimer, ειδικότερα υπάρχει η οικογενής-κληρονομική μορφή η οποία και άπτεται της εμφάνισης κληρονομικών χαρακτηριστικών καθώς και η σποραδική μορφή της νόσου Alzheimer η οποία και δεν διέπεται από εμφανή στοιχεία γενετικής συμμετοχής. Επιπλέον, η νόσος Alzheimer δύναται να διαχωριστεί στις μορφές της πρώιμης αλλά και της όψιμης έναρξης. Η πρώιμη έναρξη αφορά άτομα τα οποία ηλικιακά είναι κάτω των 65 ετών, ενώ η όψιμη έναρξη της νόσου εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Χρήζει επισήμανσης το γεγονός του ότι η πρώιμη έναρξη της νόσου αν και πλήττει άτομα ηλικίας 30 με 60 ετών και παρά την σχετικά σπάνια εμφάνιση της, εντούτοις η εξέλιξη της είναι ταχύτερη συγκριτικά με την όψιμη έναρξη της νόσου Alzheimer (Ζωΐδη, Σαριδάκη & Χάλαρη, 2008).

Χρειάζεται να επισημανθεί ότι η νόσος Alzheimer διέπεται από την εμφάνιση πολλαπλών δομικών και χημικών μεταβολών του εγκεφάλου, ειδικά της περιοχής του ιππόκαμπου (έσω κροταφικός λοβός) , του μετωπιαίου και κροταφικού λοβού. Εξαιτίας της καταστροφής των νευρώνων του ιππόκαμπου αλλά και των συναφών με τη λειτουργία αυτού δόμων, προϊόντος του χρόνου και της εξέλιξης της νόσου, προκαλείται έκπτωση της πρόσφατης μνήμης καθώς και της ικανότητας του ατόμου να προβαίνει στην επιτέλεση απλών και γνώριμων σε αυτόν δραστηριοτήτων. Επίσης, οι συνθετες επιπτώσεις της νόσου Alzheimer στη λειτουργία των νευρώνων του εγκεφάλου προκαλούν σημαντική απώλεια των γλωσσικών δεξιοτήτων αλλά και της κριτικής ικανότητας του ασθενούς. Ταυτόχρονα, αρχίζουν να επισημαίνονται διάφορα είδη συναισθηματικών εκρήξεων και συμπεριφορικών διαταραχών όπως για παράδειγμα δείγματα άσκοπης περιπλάνησης και ευερεθιστότητας, συμπεριφορικές δηλαδή διαταραχές οι οποίες όσο η ασθένεια εξελίσσεται καθίστανται όλο και συχνότερες. Στο μέσο προς τελικό στάδιο πλήττονται και άλλες περιοχές του εγκεφάλου, οι οποίες σταδιακά

μένουν ατροφικές με τελική απόληξη αυτού του φαινομένου το άτομο να καταλήγει να είναι απαθής και μη ικανό να φροντίσει επαρκώς τον εαυτό του (Lemone & Burke, 1990; Κουλούρη, 2009).

Σημειώνεται ότι χαρακτηριστικά παθολογοανατομικά ευρήματα των εγκεφάλων των ασθενών οι οποίοι έχουν πληγεί από τη νόσο Alzheimer είναι η εκτεταμένη απώλεια νευρώνων του φλοιού καθώς και η παρουσία «θυσάνων» νευρικών ινιδίων αλλά και αμυλοειδικών πλακών. Ο σχηματισμός των «θυσάνων» νευρικών ινιδίων οφείλεται στη συσσώρευση της παραπονημένης πρωτεΐνης tau, η οποία βρίσκεται στους νευρώνες. Η συγκεκριμένη πρωτεΐνη tau υπό φυσιολογικές συνθήκες διαδραματίζει ρόλο στην ακεραιότητα των μικροσωληνίσκων, δομών οι οποίες και κατευθύνουν το σύνολο των θρεπτικών ουσιών καθώς και πλήθος άλλων μορίων στους νευράξονες. Στη νόσου Alzheimer η λειτουργία των πρωτεϊνών tau δεν καθίσταται ικανή να συντηρήσει την ακεραιότητα τόσο του μεταφορικού συστήματος όσο και της επικοινωνίας μεταξύ των νευρώνων με αποτέλεσμα να χάνονται και να έπεται ο θάνατος τους, ο οποίος ακολουθείται από την εκδήλωση του συνόλου των συμπτωμάτων που οδηγούν στην έκπτωση των νοητικών λειτουργιών και την άνοια. (Ζωΐδη, Σαριδάκη & Χάλαρη, 2008).

Διάφορες ομάδες οι οποίες αποτελούνται από νευρικά κύτταρα και δη οι τελικοί άξονες υφίστανται εκφυλισμό με απότοκο την συσσώρευση τους γύρω από έναν πυρήνα αμυλοειδούς, ώστε να σχηματιστεί ένα είδος πλάκας. Οι προαναφερθείσες πλάκες συναντώνται ενδιάμεσως των εγκεφαλικών νευρώνων. Αρχικά δημιουργούνται σε περιοχές των οποίων η λειτουργία σχετίζεται με την αντίληψη και τη μνήμη και στην συνέχεια προξενείται η διακοπή της μεταβίβασης των νευρικών ώσεων. Η σύσταση των πλακών κατά κύριο λόγο συνίσταται σε μη διαλυτά ιζήματα β-αμυλοειδούς, το οποίο και αποτελεί ένα πρωτεϊνικό θραύσμα μιας μεγαλύτερης πρωτεΐνης η οποία και φέρει την ονομασία της προδρόμου πρωτεΐνης του αμυλοειδούς, και είναι αναμειγμένη με νευρώνες καθώς και πλείστα όσα μη νευρικά κύτταρα. Ακόμα βέβαια δεν έχει διαλευκανθεί αν ο σχηματισμός των προαναφερθεισών πλακών είναι εκείνος ο οποίος και προξενεί τη νόσο του Alzheimer ή αν οι συγκεκριμένες πλάκες συνιστούν ένα παραπροϊόν της εξελικτικής πορείας της νόσου (Ρότζιου, Στρατάκη & Τεριζάκη, 2007; Κουλούρη, 2009).

Παράλληλα, η διαδικασία της αιματικής ροής με κατεύθυνση το πεδίο των

προσβεβλημένων περιοχών του εγκεφάλου είναι μειωμένη με άμεσο απότοκο την ατροφία του εγκεφάλου και την αντίστοιχη συνεχιζόμενη διεύρυνση των κοιλιών και των αυλακών. Όσο η νόσος του Alzheimer εξελίσσεται στον πάσχοντα, έπεται η προσβολή όλο και περισσότερων εγκεφαλικών περιοχών με συναφή εκδήλωση όλο και περισσότερων συμπτωμάτων. Επί παραδείγματι, όταν σημειώνεται απώλεια νευρώνων και εκπίπτει ο τρόπος λειτουργίας των νευροδιαβιβαστών στην περιοχή του βρεγματικού λοβού αναδύονται αντιληπτικά προβλήματα και συναφή προβλήματα ερμηνείας των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος. Επιπλέον προσκληθείσες βλάβες εξαιτίας της νόσου στην περιοχή του μετωπιαίου λοβού εγείρουν ζητήματα μεταβολής της προσωπικότητας του πάσχοντα αλλά και προβλήματα συναισθηματικής αστάθειας (Κουλούρη, 2009).

1.6 Παράγοντες κινδύνου της νόσου Alzheimer

Μολονότι δεν υφίστανται σημαντικές αποδείξεις ότι η ηλικιακή παράμετρος αυτή καθαυτή δύναται να προξενήσει τη νόσο Alzheimer, εντούτοις υφίστανται σημαντικές ενδείξεις ότι συνιστά σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου. Επιπλέον, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις με επεισόδια απώλειας συνείδησης είναι εφικτό να προκαλέσουν αύξηση του κινδύνου να εμφανιστεί η νόσος. Ακόμα, ως ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα κινδύνου λογίζεται το ιστορικό της οικογένειας, με πιθανότητα να προκληθεί η νόσος τρεις έως τέσσερις φορές ισχυρότερη από ότι αν δεν έχει επισημανθεί η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού (Lemone & Burke, 1990; Κουλούρη, 2009).

Το γεγονός του ότι σχετικά πρόσφατα ανακαλύφθηκε ότι η επίδραση του γονιδίου της απολιποπρωτεΐνης E (apoE), στην περιοχή του χρωμοσώματος 19 δύναται να συνδεθεί με την εμφάνιση της νόσου Alzheimer όψιμα αλλά και με την εμφάνιση της νόσου σποραδικά σε ηλικιακές κατηγορίες όπου υπερβαίνουν τα 60 έτη και με συναφή μηχανισμό ο οποίος παρεμβαίνει στο θέμα της παθολογικής διεργασίας της νόσου, ανήγειρε την τάση για περαιτέρω διερεύνηση αυτής της κατεύθυνσης της έρευνας. Ταυτόχρονα, η ανακάλυψη συσχετισμού μεταξύ της ηλικιακής έναρξης της νόσου και διαφόρων αλληλίων της apoE, συνάδει στην ενίσχυση της άποψης ότι δύναται να βρεθούν βιολογικοί μηχανισμοί οι οποίοι και καθυστερούν την έναρξη της νόσου. Το προαναφερθέν γεγονός αναντίρρητα συνδράμει στη διάνοιξη νέων οριζόντων προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης θεραπευτικών στρατηγικών (Καραντάη, 2009).

Επιπρόσθετα, επισημαίνεται ο αλματώδης πολλαπλασιασμός των επιστημονικών ενδείξεων οι οποίες συνδέουν τους καλά περιγεγραμμένους παράγοντες κινδύνου της καρδιαγγειακής νόσου δηλαδή της υπέρτασης, του σακχαρώδους διαβήτη, της υπερχοληστερολαιμίας, της παχυσαρκίας και του καπνίσματος με την εμφάνιση της νόσου Alzheimer. Ο προαναφερθείς συσχετισμός αφήνει το περιθώριο για την μερική πρόληψη της νόσου. Ταυτόχρονα, σχετικά πρόσφατες μελέτες καταδεικνύουν ότι η διενέργεια ελέγχου του σωματικού βάρους αλλά και των επιπέδων του σακχάρου και της χοληστερόλης στο αίμα δύναται να συνιστούν ιδιαίτερα ευεργετικές προληπτικές παρεμβάσεις τόσο για την εγκεφαλική λειτουργία όσο και για τη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος. Παράλληλα, η άσκηση του σώματος και του πνεύματος συστηματικά συνδυασμένη με υγιεινή διατροφή διαφαίνεται ότι είναι ικανές τακτικές να προστατεύσουν το άτομο από την άνοια. Πιο ειδικά, επισημαίνεται ότι τα άτομα τα οποία ασκούνται πνευματικά μέσα από την εκπαιδευτική διαδικασία και τη διηλεκτική, δια βίου μάθηση έχουν πολύ λιγότερες πιθανότητες να νοσήσουν από τη νόσο Alzheimer ή σε περίπτωση όπου νοσήσουν η νόσος είναι ηπιότερης μορφής (Lemone & Burke, 1990; Κουλούρη, 2009).

Συν τω χρόνω καθώς ένα άτομο μεγαλώνει ηλικιακά αυξάνεται και ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου Alzheimer. Παράλληλα, όσο αυξάνεται ο πληθυσμός άνω των 65 ετών η άνοια τύπου Alzheimer προβλέπεται να γίνεται συχνότερη. Ως ενοχοποιητικοί παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης της νόσου Alzheimer εμφανίζονται τόσο η επίδραση του γήρατος, του οικογενειακού ιστορικού αλλά και του γυναικείου φύλου (Ζαχαροπούλου, 2013).

Ταυτόχρονα, προειδοποιητικές ενδείξεις έναρξης της νόσου Alzheimer συνιστούν κρούσματα απώλειας μνήμης τα οποία καθίστανται ικανά να επηρεάσουν το πεδίο των επαγγελματικών δεξιοτήτων του ατόμου, σημάδια εμφάνισης δυσχερειών στο ζήτημα της επιτέλεσης γνωστών καθηκόντων, αλλά και συμπτώματα προβλημάτων στην ομιλία. Επίσης, ενδείξεις αποπροσανατολισμού του ατόμου στο χρόνο και το χώρο, καθώς και συχνά επεισόδια πτωχής ή περιορισμένης ικανότητας κρίσης όπως και απώλειας αντικειμένων συνδυασμένα με μεταβολή στην συμπεριφορική διάθεση του ατόμου καθώς και εμφάνιση διαταραχών σε θέματα ανάπτυξης πρωτοβουλίας και ενεργητικότητας συνιστούν επιπλέον επικίνδυνα σημάδια έναρξης και ταχείας εξέλιξης της νόσου Alzheimer (Ζωΐδη, Σαριδάκη & Χάλαρη, 2008).

Στο σημείο αυτό επιβάλλεται να τονιστεί η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης των

πρώιμων συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer καθώς η αιτιολογία κάποιων μορφών άνοιας π.χ αυτών που οφείλονται στην καταθλιψη («ψευδοάνοια») ή του υποθυρεοειδισμού δύναται να είναι αναστρέψιμη σε αντιδιαστολή με την άνοια τύπου Alzheimer η οποία είναι μη αναστρέψιμη. Βέβαια η έναρξη της καταλληλης θεραπευτικής αγωγής είναι εφικτό να οδηγήσει στη μεγιστοποίηση της ποιότητας ζωής και ταυτόχρονα να αφήσει το περιθώριο στο άτομο το οποίο έχει προσβληθεί να προετοιμαστεί για τον τρόπο διαχείρισης της ασθένειας του μελλοντικά (Ζαχαροπούλου, 2013; Κουλούρη, 2009).

1.7 Κλινικές εκδηλώσεις της νόσου Alzheimer

Σημειώνεται ότι η νόσος Alzheimer δύναται να ταξινομηθεί σε τρία στάδια, κατ' αναλογία των εκδηλώσεων του ασθενούς και των λειτουργικών του ικανοτήτων. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η εξελικτική πορεία της νόσου εμφανίζει διαφοροποιήσεις από άτομο σε άτομο και υπάρχουν περιπτώσεις όπου δεν είναι απόλυτα προδιαγεγραμμένη η πορεία της νόσου κατά τα στάδια όπου θα αναφερθούν στην συνέχεια (Κουλούρη, 2009).

Ειδικότερα κατά το στάδιο I ο πάσχων από νόσο Alzheimer φαίνεται να είναι σωματικά υγιής και σε κατάσταση εγρήγορσης με αποτέλεσμα οι διαταραχές των νοητικών λειτουργιών να μην καθίστανται εμφανείς, εκτός και αν ανά τακτά χρονικά διαστήματα υποβάλλεται σε επισταμένες αξιολογήσεις. Είθισται τα πρόσωπα της οικογένειας να συνιστούν και τα πρώτα άτομα τα οποία και εντοπίζουν την εμφάνιση των πρώτων κενών μνήμης, των μικρών μεταβολών προσωπικότητας του πάσχοντα ή επιπλέον προβλήματα σχετιζόμενα με εκτέλεση αρκετά απλών πράξεων αριθμητικού χαρακτήρα. Τα άτομα που πάσχουν από νόσο Alzheimer και το οικογενειακό περιβάλλον τους ενδέχεται έχοντας συναίσθηση ή μη να επιχειρούν να αντισταθμίσουν τα γνωσιακής υφής προβλήματα του πάσχοντα μέσα από την προσαρμογή του καθημερινού τους προγράμματος και των συνηθειών αυτού. Παράλληλα ο πάσχοντας από νόσο Alzheimer σταδίου I, ενδέχεται να εμφανίζει ένα είδος ανησυχίας, έλλειψης συγκέντρωσης, αφηρημάδας, ή ελλείψεως ικανότητας συντονισμού των κινήσεων του (Ρότζιου, Στρατάκη & Τεριζάκη, 2007).

Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου Alzheimer κατά το στάδιο II, αφορούν στην εντονότερη εμφάνιση των διαταραχών της μνήμης, ενώ ταυτόχρονα ο ασθενής εμφανίζει αδυναμία να ενεργήσει κατά αυθόρμητο τρόπο. Απότοκο της προαναφερθείσας κατάστασης

είναι ο ασθενής να περιφέρεται χωρίς λόγο και να είναι πιθανό να χαθεί ακόμα και μέσα στην ίδια του την οικία. Αξιοσημείωτο παραμένει το γεγονός ότι κατά την εξελικτική πορεία της νόσου Alzheimer του σταδίου II, υπάρχει πιθανότητα οι ασθενείς να παρουσιάζουν σημάδια πνευματικής διαύγειας και να είναι ικανοί να συμμετάσχουν σε συζητήσεις προσανατολισμένες χρονικά παρόλο όπου κατά το στάδιο II, οι εκδηλώσεις της νόσου εξελίσσονται προοδευτικά σε συνδυασμό με το γεγονός του ότι ο προσανατολισμός του ασθενούς χωρικά και χρονικά σημειώνει σημαντική επιδείνωση (Ζαχαροπούλου, 2013).

Γενικότερα τονίζεται ότι οι πάσχοντες από Alzheimer σταδίου II, δύναται να εμφανίσουν προοδευτικά όλο και μεγαλύτερη σύγχυση χάνοντας ταυτόχρονα την επαφή τους με τους χρόνο η οποία και συνακόλουθα οδηγεί σε διαταραχές ύπνου, υπερδιέγερση και στρεσογόνες εκδηλώσεις. Κατά το στάδιο II, οι πάσχοντες εμφανίζουν αδυναμία να προβούν στη λήψη ακόμα και απλών αποφάσεων αλλά και να εμφανίσουν προσαρμοστικότητα σε περιβαλλοντικές μεταβολές. Ορισμένοι από τους πάσχοντες δύναται να εκδηλώσουν παρατεταμένες και έντονες κρίσεις συγχύσεως ύστερα και από ορισμένα φαινομενικά παντελώς ήσσοнос σημασίας περιστατικά. Η προαναφερθείσα αντίδραση δύναται να αποδοθεί και σε έναν προοδευτικά ελαχιστοποιούμενο στρεσογόνο ουδό (Πριόβουλος, 2013).

Ακόμα η εκδήλωση του φαινομένου «sun downing» αποτελεί μια επιπρόσθετη συμπεριφορική διαταραχή των πασχόντων από νόσο Alzheimer σταδίου II, η οποία και διέπεται από αυξημένα επίπεδα διεγερσιμότητας, διαταραχής προσανατολισμού στον χρόνο αλλά και εκδήλωσης της τάσης να περιπλανώνται ασκόπως το απόγευμα και το βραδύ, ή εναλλακτικά και πιο νωρίς όταν οι μέρες έχουν συννεφιά (Lemone & Burke, 1990 Κουλούρη, 2009).

Αξίζει επιπλέον να σημειωθεί ότι κατά το στάδιο II, της εξέλιξης της νόσου Alzheimer επισημαίνονται διαταραχές όπου σχετίζονται με την εκφορά του λόγου του πάσχοντα. Εκφάνσεις αυτών των λεκτικών διαταραχών συνιστούν η παραφασία, δηλαδή λανθασμένη χρήσεως των λέξεων, ή η ηχολαλία κατα την οποία ο ασθενής επαναλαμβάνει τις φράσεις ή τις λέξεις που ακούει ή η επισήμανση κομπιάσματος κατά την εκφορά του λόγου κατά το οποίο ο πάσχοντας κάνει παύσεις προκειμένου να αναζητήσει τις σωστές λέξεις. Καταληκτικά βέβαια είναι πιθανή και η ανάπτυξη καθολικής αφασίας, δηλαδή την πλήρη αδυναμία ροής λόγου. Ταυτόχρονα, η επισήμανση κρουσμάτων απογοήτευσης και κατάθλιψης συνιστά σύνθετο φαινόμενο στους ασθενείς με νόσο Alzheimer, εξαιτίας του ότι όσο παρέρχεται ο χρόνος οι

ασθενείς εμπεδώνουν την έκταση και τις δυσκολίες της νόσου Alzheimer (Ρότζιου, Στρατάκη & Τεριζάκη, 2007).

Ταυτόχρονα, σημειώνεται ότι ο πάσχοντας από νόσο Alzheimer όσο εξελίσσεται η νόσος οδηγείται σε απώλεια της ικανότητας εκτέλεσης ακόμα και των πλέον απλών ενεργειών οι οποίες είναι απαραίτητες για τη διατήρηση της υγιεινής και της διατροφής του εξαιτίας του ότι εμφανίζει υπό την επήρεια της νόσου αδυναμία οργάνωσης των κινήσεων του κατά τα όσα ορίζει μια ορθή διαδικασία αλληλουχίας κινήσεων. Για παραδειγμα, ο ασθενής δύναται να είναι σε θέση να ανοίξει μια κονσέρβα που περιέχει σούπα αλλά ωστόσο να μην είναι σε θέση να θυμηθεί ότι το επόμενο στάδιο της διαδικασίας είναι να αδειάσει σε ένα τηγάνι το περιεχόμενο της συγκεκριμένης κονσέρβας για να το ζεστάνει. Το πιθανότερο είναι να τοποθετήσει την κονσέρβα απευθείας πάνω στο μάτι της κουζίνας και να αφήσει το μάτι αναμμένο ακόμα και μετά την παρέλευση του χτυπήματος του συναγερμού ανίχνευσης καπνού. Ο ασθενής μπορεί ακολούθως να ερμηνεύσει το σήμα του συναγερμού ως ένδειξη χτυπήματος τηλεφώνου ή σειρήνας προερχομένης από ασθενοφόρο. Από όλα τα προαναφερθέντα καθίσταται προφανές ότι το ζήτημα της προαγωγής της ασφάλειας του πάσχοντα από νόσο Alzheimer σταδίου II, συνιστά ζήτημα ύψιστης σημασίας και προτεραιότητας (Ρότζιου, Στρατάκη & Τεριζάκη, 2007).

Ταυτόχρονα, το σύνολο των αισθητικοκινητικών διαταραχών του σταδίου II, αποτελείται από εκδηλώσεις απραξίας, αδυναμίας πραγματοποίησης κινήσεων όπου αποσκοπούν κάπου καθώς και ορθής χρησιμοποίησης των αντικειμένων. Παράλληλα, μέσα στις αισθητικοκινητικές διαταραχές του πάσχοντα από Alzheimer σταδίου II, περιλαμβάνονται συμπτώματα στερεοαγνωσίας δηλαδή ανικανότητας αναγνώρισης των αντικειμένων μέσα από την αφή καθώς και αγραφίας δηλαδή αδυναμίας σωστής χρήσης του γραπτού λόγου. Παράλληλα, υπάρχει πιθανότητα ανάπτυξης προβλημάτων αναμίας και δυσκοιλιότητας εξαιτίας κακής διατροφής και σημαντικής περιορισμένης λήψης υγρών. Επιπλέον, είναι εξίσου πιθανή η εμφάνιση διαταραχών του ύπνου η οποία συνδεεται με την απώλεια προσανατολισμού στο χρόνο, της επίδρασης του φαινομένου «sun dowing» και της συννοσηρότητας με αγχώδη κατάθλιψη του ασθενούς από Alzheimer σταδίου II (Ζαχαροπούλου, 2013;Κουλούρη, 2009).

Τέλος, ο πάσχοντας από Alzheimer σταδίου III εμφανίζει αυξημένη εξάρτηση από τους γύρω του με έντονη τη δυσχέρεια επικοινωνίας, πλήρους αδυναμίας ελέγχου των σφιγκτηριακών λειτουργιών και προοδευτικής απώλειας πάσης φύσεως γνωσιακής λειτουργίας.

Συνηθέστερες επιπλοκές του σταδίου III, συνιστούν τα κρούσματα πνευμονίας, αφυδάτωσης, κακής διατροφής, πτώσεων, κατάθλιψη, παραληρηματικών ιδεών και παρανοϊκών αντιδράσεων. Άξιο αναφοράς επίσης είναι το γεγονός του ότι το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με νόσο Alzheimer είναι περιορισμένο σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό ,με μέσο όρο επιβίωσης αυτών την επταετία από την ώρα όπου θα διαγνωστεί η νόσος. Ο ασθενής σε αρκετές περιπτώσεις Alzheimer σταδίου III, καταλήγει εξαιτίας πνευμονίας λόγω εισρόφησης (Lemone & Burke, 1990; Κουλούρη, 2009).

Πίνακας 1.1: Στάδια της Νόσου Alzheimer².

Στάδιο	Συνηθισμένες συμπεριφορές - συμπτώματα
Στάδιο I (πρώιμο στάδιο, ήπια άνοια)	Απώλεια της βραχείας μνήμης Μείωση της κρίσης (ζήτημα ασφάλειας) Ανικανότητα πραγματοποίησης μαθηματικών υπολογισμών Ανικανότητα κατανόησης αφηρημένων εννοιών
Στάδιο II (μέσο στάδιο, μέτρια άνοια)	Δυσκολίες με τη γλώσσα και την ομιλία (αφασία) Αλλαγές στο τρόπο ένδυσης και γενικότερα της εμφάνισης Ανικανότητα να θυμηθεί τη χρήση ορισμένων αντικειμένων (απραξία) Ακράτεια ούρων Άσκοπο περπάτημα Επιληπτικές κρίσεις Ψυχωτικές συμπεριφορές, όπως εμφάνιση ψευδαισθήσεων Κατάθλιψη
Στάδιο III (όψιμο στάδιο, σοβαρή άνοια)	Αδυναμία ικανοποίησης καθημερινών αναγκών Ανικανότητα να θυμηθεί πώς να περπατήσει, να καθαριστεί κλπ. Ελάχιστη ή καθόλου επικοινωνία Τελικά, παραμένει κλινήρης και εμφανίζει επιπλοκές λόγω της ακινησίας όπως πνευμονία, πνευστικά έλκη και δυσκοιλιότητα

² <http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/nosos-alzheimer.html>, (08/08/2014).

2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

2.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer

Αρχικά αξίζει να τονιστεί ότι η ελαφριά προς μέτρια άνοια αντιμετωπίζεται με την χορήγηση αναστολών ακετυλοχολινεστεράσης ενώ ταυτόχρονα η επιλογή χορήγησης τακρίνης συνιστά το πρώτο εγκριθέν φάρμακο ως προς τη θεραπεία της νόσου Alzheimer. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι με τη χορήγηση donepezil η ήπια προς μέτρια άνοια δύναται να αντιμετωπιστεί με σημαντική επιτυχία ενώ παράλληλα τα συμπτώματα της ήπιας έως μέτριας άνοιας αντιμετωπίζονται και με χορήγηση ριβαστιγμίνης. Περαιτέρω η ριβαστιγμίνη έχειδειχθεί ότι παρουσιάζει σημαντική επίδραση στη βελτίωση της ικανότητας εκτέλεσης της καθημερινής δραστηριότητας του ασθενούς, μειώνοντας ταυτόχρονα τα συμπτώματα της διέγερσης, των ψευδαισθήσεων και της ελλιπούς γνωσιακής λειτουργίας των πασχόντων από νόσο Alzheimer (Κουλούρη, 2009).

Είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι κατά τη διάρκεια των πρώιμων σταδίων της νόσου, η πρόκληση παθολογοανατομικών βλαβών των νευρώνων έχει σαν αποτέλεσμα μια κατάσταση έλλειψης ακετυλοχολίνης, του νευραλγικής σημασίας νευροδιαβιβαστή- κλειδί σε ότι σχετίζεται με την άσκηση των γνωσιακών λειτουργιών. Η δράση των αναστολέων ακετυλοχολινεστεράσης συνίσταται στην επιβράδυνση της αποδόμησης της ακετυλοχολίνης η οποία και είναι εφικτό να απελευθερωθεί μέσω των νευρώνων οι οποίοι δεν έχουν πληγεί. Ταυτοχρόνως, μέσω της ριβαστιγμίνης αναστέλλεται ο τύπος G, της ακετυλοχολινεστεράσης η οποία εμφανίζει αυξημένες τιμές στην περιοχή του εγκεφάλου των νοσούντων από Alzheimer, εξού και είναι δυνατόν να αποδομηθεί λιγότερη ποσότητα ακετυλοχολίνης. Αυτός είναι και ο λόγος όπου οι θεράποντες ιατροί καταφεύγουν στην χορήγηση φαρμάκων προκειμένου να σημειωθεί βελτίωση της μνήμης ήπιας προς μέτριας μορφής άνοιας τύπου Alzheimer (Ζαχαροπούλου, 2013; Κουλούρη, 2009).

Επίσης είναι σημαντικό να τονιστεί η ύπαρξη και άλλων φαρμακευτικών σκευασμάτων όπως η μεμαντίνη και η γκαλανταμίνη με ένδειξη στην ήπια έως μέτρια νοητική έκπτωση με μηχανισμούς δράσης πέρα από την αναστολή της ακετυλοχολινεστεράσης. (ΕΟΦ 2007)

Επιπρόσθετα, η νόσος Alzheimer στην πλειονότητα των περιπτώσεων συνοδεύεται και

από εμφάνιση κατάθλιψης η οποία και δύναται να αντιμετωπιστεί μέσω της χορήγησης της καταλληλούς φαρμακευτικής αγωγής. Η χορήγηση αντισταμινικών και τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία και παρουσιάζουν σημαντική αντιχολινεργική επίδραση, εΐθισται να μην ενδείκνυται επειδή τα συγκεκριμένα φάρμακα είναι πιθανό να προξενήσουν αύξηση των συμπτωμάτων της νόσου. Υπάρχει πιθανότητα οι πάσχοντες από νόσο Alzheimer να χρήζουν χορήγησης ποσότητας αντιψυχωσικών φαρμάκων όπως επί παραδείγματι συνιστούν η χορήγηση θειοριδαζίνης ή η αλοπεριδόλης, με στόχο την αντιμετώπιση της σοβαρής διέγερσης τους. Ακόμη, θεραπείες οι οποίες εξετάζονται προκειμένου να προληφθεί ή να επιβραδυνθεί η νόσος σχετίζονται με τη χορήγηση αντιοξειδωτικών φαρμάκων τύπου βιταμίνης E, αντιφλεγμονώδων παραγόντων και συναφούς θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης των γυναικών (Lemone & Burke, 1990; Κουλούρη, 2009).

Χρειάζεται να αναφερθεί επιπλέον το γεγονός του ότι η εμφάνιση ορισμένων συμπεριφορικών συμπτωμάτων συνιστά συχνό φαινόμενο στην άνοια. Κρούσματα κατάθλιψης και ψυχωτικών συμπτωμάτων επισημαίνονται στο ένα τρίτο των νοσούντων από Alzheimer, προξενώντας εκδηλώσεις διέγερσης και άγχους τόσο στους νοσούντες όσο και στα πρόσωπα τα οποία τα φροντίζουν. Δεδομένου του ότι τα προαναφερθέντα συμπτώματα δύναται να μειωθούν είναι σημαντικό να εντοπιστεί η αιτιολογική τους προέλευση και στη συνέχεια το ταχύτερο δυνατό να υποβληθούν σε θεραπευτική αντιμετώπιση προκειμένου να περισταλεί το άγχος που προκαλούν (Ζαχαροπούλου, 2013).

Πρώτο σημαντικό βήμα κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης, των συνεπαγομένων ανωμαλιών της αντίληψης και των συμπεριφορικών συμπτωμάτων συνιστά η αναζήτηση της αιτιολογικής τους υπόστασης. Οι συχνότερες αιτίες εμφάνισης των προαναφερθέντων κρουσμάτων σχετίζονται με την ύπαρξη φυσικών περιορισμών, αλλαγών της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και ύπαρξης περιβαλλοντικών παραγόντων. Μέσα στους αιτιολογικούς παράγοντες συγκαταλέγονται θέματα αλλαγών στο σπίτι, για παραδειγμα αλλαγών στη θερμοκρασία του δωματίου, στην ύπαρξη δυσάρεστων θορύβων αλλά και η ύπαρξη μεταβολών στην καθημερινή ρουτίνα. Επιπλέον, ανάμεσα στις αιτίες εμφάνισης της κατάθλιψης, των δυσκολιών στην αντίληψη αλλά και στα συμπεριφορικά συμπτώματα συγκαταλέγονται και οι παρενέργειες όπου προκαλούν τα φάρμακα που λαμβάνει πιθανώς ο ασθενής για τη θεραπεία άλλων νοσημάτων όπως ο σακχαρώδης διαβητης, η αρτηριακή υπέρταση και η στεφανιαία νόσος (συχνά επεισόδια υπογλυκαιμίας, εφίδρωσης, τοξικότητας

των φαρμάκων, μολύνσεων και συνακόλουθων ηλεκτρολυτικών διαταραχών) (Ζαχαροπούλου, 2013).

Στην περίπτωση βέβαια όπου όλες οι προαναφερθείσες απόπειρες βελτίωσης φαρμακευτικής, ψυχολογικής και περιβαλλοντικής αιτιολογικής διάστασης έχουν διερευνηθεί επαρκώς από τον θεράποντα ιατρό, η χορήγηση επιπρόσθετης φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί την έσχατη επιλογή. Η δοσολογία των φαρμάκων θα πρέπει να ξεκινά σταδιακά και να χορηγείται σε μικρές ποσότητες. Σε κάθε περίπτωση παράλληλα θα πρέπει να συνίσταται η χορήγηση ενός μόνο φαρμάκου. Στην επιλογή του φαρμάκου κεντρικής σημασίας ζήτημα είναι το φάσμα των παρενεργειών του, και της συγχορηγησης του με την υπόλοιπη φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς. Ωστόσο εν τέλει η πολυφαρμακία είναι αναπόφευκτη. Σημειώνεται βέβαια ότι είναι απαραίτητο να μεσολαβήσει κάποιο χρονικό διάστημα, προκειμένου να διαπιστωθεί η επίδραση του φαρμάκου όπου χρονικά προσδιορίζεται στο διάστημα μερικών εβδομάδων (Ζωΐδη, Σαριδάκη & Χάλαρη, 2008; Lemone & Burke, 1990; Κουλούρη, 2009).

Αξίζει να σημειωθεί ότι συμπτώματα τα οποία επιδέχονται θεραπείας είναι η υπερδραστηριότητα, η υπερκινητικότητα, τα επεισόδια διέγερσης καθώς και η ύπαρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων κατάθλιψης. Προκειμένου να θεραπευτούν τα προαναφερθέντα συμπτώματα οι συνηθέστερες κατηγορίες φαρμάκων εδράζονται στη χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων, βενζοδιαζεπινών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Ζωΐδη, Σαριδάκη & Χάλαρη, 2008).

Η χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων τύπου Haloperidol, Risperidone, Clozapine, Buspirone, συνίσταται στην αντιμετώπιση της έντονης διέγερσης, των παραισθήσεων, της ύπαρξης εκτεταμένου άγχους και της συναισθηματικής ασταθειας. Οι παρενέργειες της παρατεταμένης χρήσης αντιψυχωσικών φαρμάκων εμπεριέχουν τον κίνδυνο εκδήλωσης μη αντιστρεπτών κινητικών διαταραχών όπως παρκινσονισμό καθώς και αντιχολινεργικές αντιδράσεις τύπου ορθοστατικής υπότασης, δυσκοιλιότητας, κατακράτησης ούρων και εμφάνισης καρδιαγγειακής φύσεως προβλημάτων (Lemone & Burke, 1990; Κουλούρη, 2009).

Η χρήση βενζοδιαζεπινών, τύπου Lorazepam -το οποίο όμως σημειωτέον απαγορεύεται να χορηγείται στην περίπτωση της άνοιας- και Oxazepam είθισται να χορηγούνται στην περίπτωση όπου οι εκδηλώσεις του άγχους συνιστούν και το επικρατέστερο σύμπτωμα συμπεριλαμβανομένων και εκδηλώσεων ανησυχίας, νευρικότητας αλλά και περιπλάνησης.

Επισημαίνεται ότι η χορήγηση βενζοδιαζεπίνης τύπου Temazepam γενικά εκλαμβάνεται ως μια εκ των ασφαλέστερων βενζοδιαζεπινών για την αντιμετώπιση του άγχους των πασχόντων από άνοια. Οι παρενέργειες της χορήγησης βενζοδιαζεπινών εμπεριέχουν συμπτώματα παρατεταμένης υπνηλίας, σύγχυσης, παράδοξης νευρικότητας, δυσαρθρίας και φυσικής εξάρτησης (Κασάπογλου & Ρούσκα, 2007).

Σε ότι τώρα άπτεται της χρήσης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σημειώνεται ότι στην κατηγορία αυτή υπάγονται αντικαταθλιπτικά φάρμακα τύπου Fluvoxamine, Citalopram, Paroxetine δηλαδή αναστολεών επαναπρόσληψης σεροτονίνης ενώ αντενδείκνυνται φάρμακα αντιχολινεργικής δράσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η αντικαταθλιπτική δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σημειώνεται 2-4 εβδομάδες μετά από την έναρξη της λήψης του φαρμάκου. Επιπλέον, ως συνηθέστερες παρενέργειες των συγκεκριμένων φαρμάκων αναφέρονται επεισόδια αιφνίδιου ύπνου, υπότασης και πρόκλησης γαστρεντερικών διαταραχών (Κασάπογλου & Ρούσκα, 2007).

2.2 Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer

Για την μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer η διενέργεια ενδοπροσανατολισμού μέσω της συνδρομής της ψυχοθεραπείας δύναται να αποδειχτεί πολύ χρήσιμη, στην περίπτωση όπου η ικανότητα ενδοσκόπησης υφίσταται ακόμα και το άτομο εμφανίζει σημάδια καταθλιπτικής, αγχωτικής διάθεσης, τα οποία είναι ικανά να οδηγήσουν σε ένα είδος πνευματικής κόπωσης και εξασθένησης. Μέσω της προαναφερθείσας θεραπείας του ενδοπροσανατολισμού είναι πιθανό να επισημανθούν καταστάσεις συναφείς με την αίσθηση απώλειας του ελέγχου, αισθήματα φόβου ότι το πάσχον άτομο θα επιβαρύνει τους γύρω του καθώς και αισθήματα συστολής, ντροπής και αποθάρρυνσης. Ο ενδοπροσανατολισμός λοιπόν αποσκοπεί στην αύξηση της αίσθησης ελέγχου, στη βελτίωση της εικόνας του εαυτού αλλά και στην μείωση του άγχους ώστε να επέλθει βελτίωση των ικανοτήτων επικοινωνίας και προσαρμοστικότητας του πάσχοντα (Κασάπογλου & Ρούσκα, 2007).

Επιπλέον, η χρήση της νοητικής θεραπείας – νοητικής ενδυνάμωσης ενδείκνυται σε άτομα τα οποία εμφανίζουν ήπιας μορφής νοητική έκπτωση. Η συγκεκριμένη θεραπεία άπτεται της αντιμετώπισης των αρνητικών καταστάσεων κατά τη διάρκεια των οποίων κυριαρχούν καταθλιπτικά συμπτώματα. Μέσα από την συρρίκνωση των στρεβλών απόψεων του σε σχέση

με τον εαυτό τους, τον κόσμο και το μέλλον, ο πάσχοντας από άνοια είναι ικανός να προβεί στην ανάπτυξη περισσότερο προσαρμοστικών τρόπων συνεργασίας όταν παρουσιάζονται τα προαναφερθέντα συμπτώματα μιας δεδομένης κατάστασης. Επισημαίνεται βέβαια ότι η διενέργεια της νοητικής θεραπείας συνιστά μια απαιτητική διαδικασία για το πάσχον από άνοια άτομο, ενώ απαρέγκλιτη προϋπόθεση αυτής συνιστά ο ασθενής να είναι ικανός να συνεργαστεί εύρρυθμα με τον θεραπευτή του. Η νοητική θεραπεία είναι η πλέον κατάλληλη κατά τα αρχικά-πρώιμα στάδια τη νόσου Alzheimer, ενώ ο συνδυασμός της με φυσική άσκηση σε άτομα τα οποία σημείωναν προγενέστερα υψηλά επίπεδα πνευματικής λειτουργίας και έχουν μάθει να διατηρούν μια ικανοποιητικής διάστασης νοητική ικανότητα δίνουν ικανοποιητικά αποτελέσματα σταθεροποίησης της εξέλιξης της νόσου (Lemone & Burke, 1990; Κουλούρη, 2009).

Η εφαρμογή όμως στρατηγικών συμπεριφοράς ενδέχεται να είναι πιο χρήσιμη σε άτομα τα οποία εμφανίζουν σοβαρότερων διαστάσεων νοητική κόπωση και εξασθένηση. Η σύλληψη αυτή της προσέγγισης εδράζεται στο ότι η κατάθλιψη αρχίζει και διατηρείται εξαιτίας της επίδρασης αρνητικών συσχετισμών με το περιβάλλον συνδιασμένων με την απουσία ύπαρξης θετικών εμπειριών. Στόχος της ανάληψης στρατηγικών συμπεριφοράς είναι η ενδυνάμωση των ευχάριστων δραστηριοτήτων και η ανάληψη κατάλληλης συμπεριφοράς. Ταυτόχρονα συνίσταται η διασφάλιση ενός οικογενειακού και ασφαλούς περιβάλλοντος και σαφέστατα η αποφυγή από μέρους του περιγύρου μεγάλων απαιτήσεων σε συνδυασμό με την χορήγηση ισορροπημένης διατροφής και συχνής άσκησης (Lemone & Burke, 1990; Κουλούρη, 2009).

Επιπλέον μέσω της διδασκαλίας στρατηγικών ενίσχυσης της απομνημόνευσης τα άτομα τα οποία εμφανίζουν ηπίων διαστάσεων νοητική κόπωση και εξασθένηση είναι πιθανό να εμφανίσουν σημάδια βελτίωσης. Για παραδειγμα, συνίσταται η χρήση τόσο ενός καταλόγου όσο και ημερολογίου καθημερινών δραστηριοτήτων. Ακόμα οι φροντιστές είναι ωφέλιμο να προβαίνουν στην φυσική παρακίνηση του ατόμου με άνοια, να φροντίζουν πιο επισταμένα να συνεισφέρουν στην προαγωγή της μνήμης του πάσχοντα από ότι στην επιλογή της διόρθωσης του ή της προμήθειας αυτού με όλο το φάσμα των απαντήσεων. Επίσης, οι φροντιστές είναι προτιμότερο μέσω της προαναφερθείσας στρατηγικής να αποφεύγουν να απαντούν για λογαριασμό του πάσχοντα (Ζαχαροπούλου, 2013; Κουλούρη, 2009).

2.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις επί της νόσου Alzheimer

Χωρίς αμφιβολία το πεδίο των νοσηλευτικών παρεμβάσεων όπου άπτεται της φροντίδας των ασθενών από Alzheimer δεν δύναται να περιγραφεί με ευκολία εξαιτίας του γεγονότος ότι οι νοσηλευτές καλούνται να χειριστούν την αντιμετώπιση ενός μακροχρόνιου νοσήματος με μεγάλο εύρος συμπτωματολογίας. Συμπτώματα δηλαδή τα οποία και εμφανίζουν διαφοροποιήσεις από άτομο σε άτομο και δύναται να μεταβληθούν όσο παρέρχεται ο χρόνος (Κουλούρη, 2009).

Ως εκ τούτου το πλάνο της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών οι οποίοι πάσχουν από Alzheimer εμπεριέχει ζητήματα επιλογής της καταλληλούς φαρμακευτικής αγωγής με στόχο τη μείωση των εκδηλώσεων άγχους, τη βελτίωση του ύπνου αλλά και την παροχή μιας σχετικής ανακούφισης από το εύρος των καταθλιπτικών συμπτωμάτων καθώς και τη συχνά εμφανιζόμενη λεκτική και μη λεκτική επιθετικότητα. Ταυτόχρονα, το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών από Alzheimer εμπεριέχει το πεδίο της φυσικής άσκησης, της ενίσχυσης της κοινωνικής δραστηριότητας, την προσφορά της κατάλληλης διατροφής, αλλά και τον συνεχή έλεγχο των γαστρεντερικών και των κυστικών λειτουργιών προκειμένου να διασφαλιστεί ένα ήρεμο και άνετο περιβάλλον για τον πάσχοντα (Κασάπογλου & Ρούσκα, 2007).

Ειδικότερα, το σύνολο των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στρέφεται πρώτα και κύρια προς την κατεύθυνση της επικοινωνίας με τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον και στη συνέχεια στη διατήρηση της αυτονομίας του ασθενούς στη σχέση της εξάρτησης του από το νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν και σε ό,τι άπτεται της παρότρυνσης του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς στο να αρχίσει να συμμετάσχει στην επιστασία του ασθενούς αλλά και στη διασφάλιση της ασφάλειας του από ατυχήματα σε συνδυασμό με την ευρύτερη προστασία του σε ό,τι συναρτάται των τάσεων φυγής λόγω της νόσου Alzheimer (Scott, Bramble & Goodyear, 1991).

Είναι απαραίτητο να επισημανθεί ότι οι ανοϊκοί πάσχοντες εμφανίζουν κοινά προβλήματα επικοινωνίας. Συνηθέστερα εξ' αυτών είναι η επισήμανση αοριστίας στην επικοινωνία, ένα είδος δηλαδή επικοινωνίας το οποίο στις περισσότερες των περιπτώσεων εμφανίζεται να είναι κενό νοήματος, ενώ στο ύστατο στάδιο της νόσου ενδέχεται το άτομο να μην είναι σε θέση να μιλήσει. Καθίσταται λοιπόν προφανές ότι η ανάγκη επικοινωνίας με τους

άλλους είναι τόσο επιβεβλημένη όσο η παροχή τροφής και ενυδάτωσης. Στη διεξαγωγή σχετικής μελέτης με θέμα την ανάκτηση της επικοινωνίας μεταξύ πασχόντων από Alzheimer και νοσηλευτών επισημαίνεται ότι οι νοσηλευτές δαπανούν μικρό χρονικό διαστημα της τάξης του 10% προκειμένου να επικοινωνούν με τους ασθενείς τους, ενώ αντίθετα το μεγαλύτερο χρόνο τους τον δαπανούν προκειμένου να αναλώνονται σε μεταξύ τους συζητήσεις (Κουλούρη, 2009).

Έχει δειχθεί ότι τα επίπεδα που σχετίζονται με τα αισθήματα απομόνωσης των ανοϊκών ασθενών είναι τα λιγότερο προφανή σε σύγκριση με την απομόνωση και τη μοναξιά όπου διέπει ευρύτερα τους ηλικιωμένους. Η ψυχοκοινωνική και φυσική κατάσταση του πάσχοντα από Alzheimer δύναται να υποστεί ραγδαία επιδείνωση εξαιτίας τόσο της μειωμένης του κοινωνικής αντίδρασης όσο και της εξάρτησης του. Το νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να ανακτήσει την επικοινωνία του με τους ασθενείς προβαίνει σε διαφόρων ειδών δημιουργικές παρεμβάσεις όπως για παράδειγμα συνιστά η τροφοδότηση του με ένα σύνολο γραπτών μηνυμάτων, σχημάτων και σχεδίων (Κασάπογλου & Ρούσκα, 2007).

Ταυτόχρονα, προκειμένου να διασφαλιστεί η αποτελεσματικότερη επικοινωνία με τους ανοϊκούς ασθενείς είναι επιβεβλημένο το νοσηλευτικό προσωπικό να μιλάει σε κανονικό ρυθμό και τόνο, να χρησιμοποιεί γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις, να προτιμά κατά κύριο λόγο κλειστές από ότι ανοιχτές ερωτήσεις αλλά και να αποφεύγει στο μέτρο του εφικτού το απαγορευτικό «μη», δίνοντας παράλληλα οδηγίες θετικής χροιάς. Εξίσου όμως απαραίτητη καθίσταται από μέρους των νοσηλευτών η αποφυγή συζητήσεων οι οποίες απαιτούν σκέψη, μνήμη αλλά και ένα σύνολο πολλών λέξεων. Σημαίνουσα επίσης καθίσταται η τροφοδότηση του ασθενούς με απλές οδηγίες, στις οποίες δεν είναι απαραίτητο να ανακαλέσει στη μνήμη του ο ασθενής περισσότερες από μια πράξεις. Επίσης, χρειάζεται ο νοσηλευτής να είναι βέβαιος ότι ο ασθενής είναι σε θέση να τον ακούσει και να τον παρακολουθήσει. Ανάλογα κεφαλαιώδους σημασίας είναι ο νοσηλευτής να επιδεικνύει υπομονή, προκειμένου να περιμένει να λάβει απάντηση στην ερώτηση που έχει υποβάλλει στον ασθενή και να διαπιστώσει αν ο ασθενής ανταποκρίνεται στις οδηγίες που έχει λάβει (Κουλούρη, 2009).

Παράλληλα, στην περίπτωση μη ανταπόκρισης του ασθενούς, είναι επιβεβλημένη η επανάληψη της ερώτησης διατυπωμένης με πανομοιότυπο τρόπο, ώστε να μην προκληθεί σύγχυση στον ασθενή. Επιπρόσθετα, συνιστάται ο νοσηλευτής να μην πιέζει τον ασθενή στην

περίπτωση όπου ο τελευταίος αρνείται να συνεργαστεί. Πιθανότατα αν ο νοσηλευτής προσπαθήσει ξανά υποβάλλοντας στον ασθενή απλούστερες ερωτήσεις, τότε είναι πιθανό ο ασθενής να ανταποκριθεί καλύτερα. Σημαντικό είναι ακόμη ο νοσηλευτής να επιχειρεί να παρασύρει τον ασθενή σε συζητήσεις τις οποίες κάνει με άλλους ανθρώπους. Επιπροσθέτως, συνίστανται τόσο η αποφυγή χαμηλόφωνων συζητήσεων όσο και των ψιθυρισμάτων ενώπιον του ασθενούς, διαφορετικά είναι πιθανό να γίνει εριστικός ο ασθενής έναντι του νοσηλευτή. Σε γενικές γραμμές ο καλός τρόπος, η ευγένεια και η ήρεμη φωνή είναι επαρκείς αρωγοί της διασφάλισης καλής επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή (Κασάπογλου & Ρούσκα, 2007).

Η αναζωπύρωση αναμνήσεων είναι ανακουφιστικής υφής μέσο για τον ασθενή με Alzheimer. Μέσω της υπενθύμισης γεγονότων τα οποία είναι αποθηκευμένα στη μνήμη του ασθενούς αφενός είναι εφικτό να διαπιστωθεί το τι δύναται να ανακαλέσει στην μνήμη του ο ασθενής και δεύτερον το πώς είναι σε θέση να αντιληφθεί τη φάση την οποία διανύει ο κύκλος ζωής του (Janforum, 1987).

Περαιτέρω η μουσική όπου το άτομο ήταν συνηθισμένο να ακούει έχει περίτρανα αποδειχτεί ότι δρα κατευναστικά και μεταβάλλει τη διάθεση του πάσχοντα, προκαλώντας του ανακούφιση από το άγχος και τον εκνευρισμό (Ragneskog & Kihlgren, 1997). Ταυτοχρόνως, το άγγιγμα δια της αφής συνιστά ένα είδος προωθημένου μέσου επικοινωνίας ενώ δύναται να χαρακτηριστεί ως ένα είδος δυναμικής θεραπευτικής παρέμβασης, ικανής δηλαδή να μεταφέρει ένα σύνολο από θετικής υφής μηνύματα, αυξάνοντας τα επίπεδα της λεκτικής ικανότητας του ασθενούς. Είναι εφικτό ακόμα να συνοδευτεί από ένα σύνολο κινήσεων, όπως επί παραδείγματι συνιστούν ένα χάδι, ένα είδος απαλού κτυπήματος στην πλάτη, μια θερμή χειραψία αλλά και ένα πλήθος μικρών αλλά τόσο σημανουσών πράξεων που απαρέγκλιτα όμως επιβάλλεται να διέπονται από το στοιχείο της εμπιστοσύνης προκειμένου να μπορούν να φέρουν θετικά αποτελέσματα (Κασάπογλου & Ρούσκα, 2007).

Κατά τα ευρήματα καλά τεκμηριωμένων μελετών, το βάρος της επιστασίας του ηλικιωμένου ασθενή από Alzheimer βαραινεί κατά κύριο λόγο το οικογενειακό του περιβάλλον. Όσο παρέρχεται ο χρόνος η νοσηλεία του ασθενούς καθίσταται περισσότερο πολύπλοκη ως διαδικασία και αυτό εξαιτίας του ότι δυσχεραίνεται η επικοινωνία του ασθενούς με τους οικείους του ενώ αυξάνεται το επίπεδο εξάρτησης του ασθενούς από τους οικείους του. Κατά

κύριο λόγο τα άτομα όπου σχετίζονται με τη φροντίδα των ανοϊκών ασθενών είναι οι σύζυγοι, τα τέκνα αλλά και τα αδέρφια τους, τα οποία προκειμένου να παράσχουν στον ασθενή επαρκή επίπεδα άνεσης και ασφάλειας καταλήγουν εύλογα να υφίστανται ένα είδος φυσικής και συναισθηματικής εξουθένωσης (Ζαχαροπούλου, 2013).

Εξαιτίας λοιπόν της ενδεχόμενης φυσικής και συναισθηματικής κόπωσης που δύναται να εμφανίσει το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, το βασικό καθήκον του νοσηλευτή έγκειται στην παροχή ενημέρωσης του συγγενικού περιβάλλοντος των ασθενών σε ό,τι άπτεται της πορείας της νόσου, της παροχής οδηγιών προκειμένου να μπορέσει να αποφευχθεί το καθημερινό άγχος αλλά και στην παροχή βοήθειας, η οποία καθίσταται αναγκαία προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του ασθενούς. Επιπλέον, καθήκον του νοσηλευτή είναι να μπορέσει να δομήσει μια καλή συνεργασία με το οικείο περιβάλλον του πάσχοντα, ώστε να εκπονήσουν από κοινού ένα πρόγραμμα κοινωνικοποίησης του ασθενούς καθώς και παροχής οδηγιών σχετικά με τη πρόληψη ατυχημάτων. (Ζαχαροπούλου, 2013).

Ανάμεσα στα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού συμπεριλαμβάνεται η συναφής πρόταση του σχετικά με την αναγραφή των στοιχείων του ασθενούς, της διεύθυνσης δηλαδή και του τηλεφώνου του, ώστε σε περίπτωση που χαθεί να είναι εύκολο να ειδοποιηθεί η οικογένεια του. Περαιτέρω καθήκον του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί η δυνατότητα παροχής οδηγιών σχετικών με το διαιτολόγιο του ασθενούς. Οι αντίστοιχες ερευνητικές προσεγγίσεις αναφέρουν ότι το πρόβλημα της σημαντικής απώλειας βάρους συνιστά ένα ακόμα σύμπτωμα της νόσου, ως εκ τούτου είναι απαραίτητη και η σύσταση ενός ειδικού εντύπου (MNA, Mini - Nutritional Assessment) σχετικά με την κατάσταση θρέψης του ασθενούς. Επιπλέον, σημαίνουν καθήκον του νοσηλευτή συνιστά η ενθάρρυνση του συγγενικού περιβάλλοντος του ανοϊκού ασθενούς ώστε να είναι σε θέση να συνεχίσει το εξαιρετικά κοπιώδες αλλά και ταυτόχρονα σημαντικό έργο της παροχής φροντίδας στον πάσχοντα από τη νόσο Alzheimer. Ακόμα, η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς από μέρος του νοσηλευτή κρίνεται απαραίτητη με σκοπό να μειωθούν τα επίπεδα της συγκινησιακής και της σωματικής του έντασης (Κασάπογλου & Ρούσκα, 2007).

Είναι επιβεβλημένο να τονιστεί ότι οι εμπλεκόμενοι νοσηλευτές αναφορικά με τη φροντίδα των ατόμων του πάσχουν από νόσο Alzheimer επιβάλλεται να διαθέτουν υψηλά επίπεδα ψυχικού σθένους και εγρηγορσης. Αυτό συμβαίνει γιατί οι νοσηλευτές πολλές φορές

διέπονται από έντονα αρνητικά συναισθήματα όταν αντιμετωπίζουν την παλινδρόμηση ατόμων, τα οποία χωρίς κανένα είδος αναστολής προβαίνουν σε ανάρμοστες συμπεριφορές. Κατά συνέπεια, εντός του σχεδίου της νοσηλευτικής επιστασίας των πασχόντων από νόσο Alzheimer είναι απαραίτητο να συμπεριληφθεί και η μεριμνά των ανθρώπων όπου τους προσφέρουν φροντίδα. Ταυτοχρόνως, η διαδικασία της αξιολόγησης επιβάλλεται να δρομολογείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, καλύπτοντας όλο το φάσμα των βιοψυχοκοινωνικών πνευματικών και οικονομικών παραμέτρων της ζωής, ούσα εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη κατά τα όσα προστάζει η αντιμετώπιση του σταδίου της ασθένειας, αποσκοπώντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και στην ανακούφιση των ατόμων τα οποία εμπλέκονται στην επιστασία των πασχόντων από νόσο Alzheimer (Κασάπογλου & Ρούσκα, 2007).

Αδιαφιλονίκητα, ανάμεσα στο φάσμα των απωλειών όπου υφίστανται οι πάσχοντες από νόσο Alzheimer είναι το γεγονός της απώλειας της επικοινωνίας και ενδεχομένως να συνιστά και την πλέον σημαντική απώλεια. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν μέσω των τελευταίων ερευνητικών προσπαθειών δίνουν ελπίδες αναφορικά με το ζήτημα της κατανόησης των μηχανισμών και των παραμέτρων που είναι υπεύθυνες για την καταστρεπτική διαδικασία που προξενείται από τη νόσο στον εγκεφαλικό φλοιό του πάσχοντα (Πλάτη, 2004).

2.4 Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία περί της νόσου Alzheimer και άλλων μορφών άνοιας

Ιδιαίτερα κεφαλαιώδους σημασίας αποτελεί το ζήτημα διάθεσης των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αξιόπιστων στοιχείων, προκειμένου να είναι ικανά τα μέλη της να προβούν στην κατάρτιση των εθνικών σχεδίων δράσης και στην συνακόλουθη λήψη μέτρων πρόνοιας υπολογίζοντας τις συνέπειες στα δημόσια οικονομικά μεγέθη για όλη την Ευρώπη. Ειδικότερα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προσανατολίστηκε στην προώθηση του πλαισίου προγράμματος «Υγεία», ώστε να μπορούν να συγκεντρώνονται πιο επαρκή στοιχεία σε σχέση με τον επιπολασμό, τις παραμέτρους κινδύνου αλλά και τους ακολουθούμενους τρόπους αντιμετώπισης τους καθώς και την αντίστοιχη προώθηση διαδικασίας επικύρωσης ενός συνόλου νέων κριτηρίων όπου στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Μελλοντικά η εκπονηθείσα ευρωπαϊκή έρευνα εξέτασης της υγείας (EHES) πρόκειται να

είναι σε θέση να προβαίνει στην διαγνωστική παροχή πληροφοριών μέσω της αξιολόγησης της γνωστικής δοκιμασίας. Μια δοκιμασία δηλαδή η οποία αναμένεται να προσφέρει σημαντική διαγνωστική αξία σχετικά με τη νόσο Alzheimer (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009).

Παράλληλα η εκπόνηση του 7^{ου} προγράμματος-πλαisiού (ΠΠ) σε σχέση με το ζήτημα της έρευνας και της τεχνολογικής ανάπτυξης θέτει ως στόχο της την επιδίωξη διαμόρφωσης συνεργιών δίνοντας ιδιαίτερο βάρος στο ζήτημα της «Υγείας» μέσω εξειδικευμένου προγράμματος «Συνεργασία», το οποίο άπτεται των νευροεκφυλιστικών νόσων και συνιστά εξειδικευμένο ερευνητικό πεδίο σχετικά με το ζήτημα της γήρανσης του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Το 7^ο ΠΠ μέσω του πλαisiού της «Υγείας» εστιάζει σε έρευνες συναφείς με τον εγκέφαλο και τα ζητήματα της δημόσιας υγείας καλύπτοντας ένα πεδίο θεμάτων σε σχέση με τους μηχανισμούς κατανόησης της νόσου Alzheimer, της νοητικής υγείας των ασθενών, των στρατηγικών πρόληψης σε ότι άπτεται της υγιούς γήρανσης και της ίσης πρόσβασης στην περίθαλψη (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009).

Επι των ευκαιριών που δίδονται για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που θέτονται σε επίπεδο δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer, προγραμματίζεται να δοθεί ενίσχυση σε ερευνητικούς τομείς, ειδικά μέσω της ενίσχυσης της ανάληψης συντονιστικών ενεργειών σε ό,τι σχετίζεται με τη βασική και την κλινική έρευνα. Για παράδειγμα σημαντικό ερευνητικό ενδιαφέρον συνιστά η εκπόνηση έρευνας περί της παθοφυσιολογίας της νόσου, εντός της οποίας συμπεριλαμβάνεται και το ζήτημα της εκπόνησης επιδημιολογικού και κλινικού χαρακτήρα δοκιμών, αλλά και η εκπόνηση έρευνας αναφορικά με τα οικονομικά της υγείας (Πριόβουλος, 2013; Φωτοπούλου & Χριστοφορίδης, 2011).

Απαραίτητη κρίνεται επιπρόσθετα και η συνδρομή των κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών, οι οποίες συνδράμουν στο ζήτημα της κατανόησης της ψυχολογικής και κοινωνικής υπόστασης της ασθένειας σε συνδυασμό με το ζήτημα της ανάληψης έρευνας περί των απαραίτητων κοινωνικών μοντέλων πρόνοιας. Καθίσταται δηλαδή προφανές ότι είναι απαραίτητο ότι μέσα στα μοντέλα κοινωνικής πρόνοιας επιβάλλεται να συμπεριλαμβάνονται και ζητήματα συναφή με την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών σε ότι άπτεται της κατάρτισης των ατόμων όπου ενδιαφέρονται για τους ασθενείς κατά τέτοιο τρόπο, ώστε το ζήτημα της φροντίδας των ασθενών να μην είναι αυστηρά περιορισμένο στο θέμα της φαρμακευτικής

αγωγής αλλά να είναι σε θέση να αξιοποιεί και προσεγγίσει μη φαρμακευτικής υφής (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009).

Εντός της θεματικής ενότητας «Υγεία» του ειδικού προγράμματος «Συνεργασία», η τρίτη δραστηριότητα με τίτλο «*Βελτιστοποίηση της παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους Ευρωπαίους πολίτες*» προβλέπει ερευνητικές εργασίες για τη δημόσια υγεία που θα συμβάλουν στο να τεθούν τα θεμέλια για τη λήψη τεκμηριωμένων πολιτικών αποφάσεων για τα συστήματα υγείας και τη χάραξη αποτελεσματικών στρατηγικών για την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των νόσων, τη διάγνωση και τη θεραπεία αυτών. Μέχρι σήμερα έχουν ολοκληρωθεί δύο προσκλήσεις υποβολής προτάσεων με θέμα τον αντίκτυπο της γήρανσης, οι οποίες έχουν οδηγήσει σε ερευνητικά σχέδια για τα συστήματα υγείας και τη μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων, την οργάνωση της περίθαλψης για τους ασθενείς που πάσχουν από άνοια, έναν χάρτη πορείας για την έρευνα στον τομέα της γήρανσης, κοόρτες – πληθυσμιακές καμπύλες γήρανσης και δείκτες για την υγεία, καθώς και για τη δημογραφική γήρανση. Επίσης, με βάση τα σχέδια αυτά πρέπει γίνει έρευνα και να καθοριστούν οι προτεραιότητες των κρατών μελών (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009).

Παράλληλα επιβάλλεται να σημειωθεί ότι οι πρώτοι βηματισμοί σε σχέση με το ζήτημα της συνεργασίας σε ότι άπτεται των ερευνητικών προσπαθειών με στόχο τη θέσπιση προτεραιοτήτων σχετικών με το φάσμα των νευροεκφυλιστικών νόσων, και ιδιαίτερα για τη νόσο Alzheimer συντελούνται σε ευρωπαϊκό επίπεδο διαμέσου προσεγγιστικών ενεργειών αμοιβαίου προγραμματισμού. Το είδος αυτής της προσέγγισης συνεπάγεται την συμμετοχή των κρατών μελών προαιρετικά, αλλά και τα ζητήματα του καθορισμού και της κατάρτισης αλλά και της εφαρμογής κοινών στρατηγικών ερευνητικών προγραμμάτων εδραζομένων σε ένα κοινό όραμα σε σχέση με τον τρόπο όπου αντιμετωπίζονται οι σοβαρές προκλήσεις των νευροεκφυλιστικών νόσων (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009; Ζαχαροπούλου, 2013).

Αξίζει στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι αναφορικά με τις νευροεκφυλιστικές νόσους τα κράτη μέλη τις έχουν χαρακτηρίσει ως ένα πεδίο όπου χαίρει ιδιαίτερα σημαίνουσας ζήτησης εξού και κρίνουν απαραίτητη την λήψη κοινής πρωτοβουλίας μέσα από συνακόλουθο κοινό προγραμματισμό. Η κοινή στρατηγική απέναντι στο προαναφερθέν ζήτημα υπάρχει η πεποίθηση ότι δύναται να βελτιώσει κατά πολύ τις παρούσες αποτυχημένες απόπειρες στον χώρο της έρευνας στην Ευρώπη. Κατα την τρέχουσα χρονική συγκυρία υπάρχει διασκορπισμός

των πόρων ανάμεσα σε διαφορετικού είδους χρηματοδοτικού χαρακτήρα όργανα μεταξύ των 27 κρατών μελών της Ένωσης με αποτέλεσμα να μην υφίσταται η απαραίτητη ευθυγράμμιση σε πολιτικό επίπεδο. Συνακολούθως, η κατάσταση αυτή πιθανά οδηγεί στην σπατάλη των πόρων με το πρόσχημα της δημόσιας ερευνητικής χρηματοδότησης σε ευρωπαϊκό επίπεδο (Πριόβουλος, 2013; Φωτοπούλου & Χριστοφορίδης, 2011).

Κατά συνέπεια είναι επιτακτική η ανάγκη της ανάληψης μια κοινής ευρωπαϊκής προσπάθειας ώστε να μπορέσει να δημιουργηθεί και να υποστηριχτεί ένα κοινό όραμα σε ότι άπτεται των ερευνητικών αναγκών και των μέτρων υλοποίησης στο πεδίο αυτό. Με τον προαναφερθέντα τρόπο δύναται να καταστεί εφικτή η ενίσχυση της διακρατικής συνεργασίας σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ώστε να καταφέρουν να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν καινοτόμες προσεγγίσεις αντίστοιχες των διακυβευμάτων επιστημονικού, ιατρικού και κοινωνικού χαρακτήρα. Παράλληλα, η διακρατική συνεργασία του προαναφερθέντος επιπέδου θα είναι ικανή να διασφαλίσει την μη κατασπατάληση των προσπαθειών αυξάνοντας παράλληλα και το ζήτημα της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας των πόρων εθνικού και κοινοτικού χαρακτήρα σε ό,τι άπτεται της Έρευνας και της Ανάπτυξης (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009).

Για την εξυπηρέτηση του παραπάνω σκοπού η Επιτροπή προχώρησε στην υποβολή πρότασης σύστασης του Συμβουλίου ως προς τη σχετική ανάληψη πρωτοβουλίας με βάση τον κοινό προγραμματισμό, ώστε να καταστεί εφικτή η καταπολέμηση του φάσματος των νευροεκφυλιστικών νόσων, και δη της νόσου Alzheimer προκειμένου να συνενωθούν και να συντονιστούν οι απόπειρες των Ευρωπαίων ερευνητών που ασχολούνται με τη βασική και κλινική έρευνα του τομέα αυτού. Συνεπώς, η Επιτροπή επιφορτίζεται με το έργο της μέριμνας λήψης συμπληρωματικών μέτρων υποστήριξης αναφορικά με τη δοκιμαστική πρωτοβουλία κοινού προγραμματισμού, εντός των οποίων δύναται να συμπεριληφθεί το ζήτημα της διαχειριστικής δομής αλλά και της κατάρτισης μια στρατηγικής σημασίας ατζέντας σε σχέση με τα φλέγοντα ζητήματα της έρευνας, της παροχής στοιχείων, πληροφοριών και ανάλυσης περί των τελευταίων εξελίξεων στον τομέα αυτό σε επίπεδο τόσο εθνικό όσο και ευρωπαϊκό (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009; Ζαχαροπούλου, 2013).

Απόρροια των προαναφερθέντων είναι ότι κρίνεται απαραίτητη η βελτίωση των επιδημιολογικών στοιχείων περί της νόσου Alzheimer και άλλων μορφών άνοιας σύμφωνα με

τα συμπεράσματα του σχεδίου EuroCoDe. Ακόμα κρίνεται απαραίτητη η χρήση της σχεδιαζόμενης ευρωπαϊκής έρευνας περί της εξέτασης της υγείας προκειμένου να παραχθούν νέα στοιχεία σε ευρωπαϊκό επίπεδο σε ότι άπτεται του επιπολασμού των πασχόντων από πρώιμες γνωστικές διαταραχές (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009).

Επιπλέον κρίνεται εξίσου επιβεβλημένη η πρόταση σύστασης του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου σε σχέση με τη λήψη πρωτοβουλίας κοινού προγράμματος καταπολέμησης όλου του φάσματος των νευροεκφυλιστικών νόσων, και ιδιαίτερα της νόσου Alzheimer (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2009; Ζαχαροπούλου, 2013).

2.5 Προβληματική της άνοιας σε συνάρτηση με τη δημόσια υγεία

Σύμφωνα με τα δεδομένα Καναδικής Μελέτης περί της Υγείας και της Γήρανσης, η άνοια ανάμεσα στους τύπους της οποίας περιλαμβάνεται και η νόσος Alzheimer, σημειώνει εκθετική αύξηση μετά την ηλικία των 65 ετών. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο αριθμός των πασχόντων από άνοια θα σημειώσει σημαντική αύξηση στο διάστημα των τριών επόμενων δεκαετιών, όσο δηλαδή σημειώνεται αύξηση του πληθυσμού τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Μολονότι λοιπόν δεν σημειώνεται ιδιαίτερα σημαντική διαφορά στο ρυθμό επιπολασμού και επιπτώσεων στο γυναικείο πληθυσμό συγκριτικά με τον ανδρικό καθώς οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής, εντούτοις ο αριθμός του γυναικείου πληθυσμού όπου πάσχει από άνοια είναι συγκριτικά μεγαλύτερος από τους άνδρες πάσχοντες από άνοια. Επιπλέον, η ραγδαία αύξηση σημειώνεται στους πολύ μεγαλύτερης ηλικίας 85 ετών δηλαδή και άνω οι οποίοι και διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης άνοιας. Επίσης, σημειώνεται ότι σε πλειάδα περιπτώσεων οι γυναίκες είναι εκείνες οι οποίες στην συντριπτική τους πλειοψηφία είναι φροντιστές ασθενών με άνοια. Έτσι λοιπόν η άνοια συνιστά ένα σημαίνον πρόβλημα υγείας ειδικά για το γυναικείο φύλο (Lindsay & Anderson, 2004).

Η άνοια επιπλέον εκλαμβάνεται ως βασική αιτία της ανικανότητας και αναπηρίας των ηλικιωμένων ασθενών πασχόντων από Alzheimer καθώς αποτελεί την βασική μορφή της. Η συχνότητα εμφάνισης της όπως ήδη επισημάνθηκε είναι 5% περίπου σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών ενώ η άνοια συνηθώς προσβάλλει το 10% των ατόμων αυτών μέχρι να συμπληρώσουν το 85^ο έτος της ηλικίας τους (Kendrick & Warnes, 1997). Επιπλέον μετά την παρέλευση της ηλικίας των 65 ετών τα ποσοστά της άνοιας δύνανται να διπλασιάζονται ενώ το 20% και άνω

όπου βρίσκονται στην ηλικία των 85 ετών παρουσιάζουν μεγάλη πιθανότητα να προσληφθούν από νόσο Alzheimer (Ιατράκη, 2005).

Στην περίπτωση μάλιστα όπου συμπεριληφθούν στα περιστατικά της άνοιας και οι ηλικιωμένοι οι οποίοι διαβιούν σε ιδρύματα, η συχνότητα της άνοιας αυξάνεται ραγδαία, φτάνοντας το 7-8% του πληθυσμού όπου έχει συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας του. Επιπλέον, χρειάζεται να σημειωθεί ότι τα συγκεκριμένα ποσοστά είναι υψηλότερα σε ότι αφορά τον γυναικείο πληθυσμό 75 ετών και άνω (Tinker, 2000). Επιπρόσθετα, η αγγειακής προέλευση αιτία πρόκλησης της άνοιας έχει αποδειχτεί θανατηφόρα σε πάνω από το 1/5 του γηραιού πληθυσμού άνω των 85 ετών και συσχετίζεται με μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης μέχρι και τα 4 έτη (Ιατράκη, 2005).

Το 2004 σύμφωνα με εκτιμήσεις το σύνολο του πληθυσμού όπου έπασχε από κάθε μορφής άνοια με συνηθέστερη αυτή την άνοια τύπου Alzheimer υπολογίστηκε στα 29 εκατομμύρια ενώ το 2025 οι αντίστοιχες εκτιμήσεις μιλούν για 34 εκατομμύρια πάσχοντες (Martin-Moreno, 2004).

Αξίζει παράλληλα να τονιστεί ότι στην Αμερική το 2000, περίπου 4.000.000 άτομα εκδηλώναν τη νόσο Alzheimer ενώ οι εκτιμήσεις αναφέρουν ότι οι ασθενείς αναμένεται να φθάσουν τα 14.000.000 το 2050. Η συγκεκριμένη αύξηση άπτεται κατά κύριο λόγο των ηλικιωμένων εκείνων όπου έχουν υπερβεί το 85^ο έτος της ηλικίας τους, καθώς η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα θεωρείται ομάδα υψηλού κινδύνου ενώ το 30 έως το 50% αυτών έχουν ήδη προσβληθεί από τη νόσο (O' Brien, 2000).

Ταυτόχρονα, οι εκτιμήσεις περί της νόσου Alzheimer αναφέρουν ότι το 2020 η ασθένεια πρόκειται να πλήξει συνολικά πάνω από 55 εκατομμύρια άτομα στις περιοχές της Αφρικής, της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Κατά τα όσα αναφέρουν τα στοιχεία του Eurodem Group, ο αριθμός των ανοϊκών ασθενών στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπολογίστηκε στα 5,3 εκατομμύρια το 2010 ενώ για την ηλικία των 90 ετών οι υπολογισμοί αναφέρουν 63,5 εκατομμύρια ανά 1000 ανθρωποέτη (Launer, Andersen & EURODEM Incidence Research Group and Work Groups, 1999). Επιπλέον, στην περιοχή της βορειοδυτικής Ευρώπης οι επιπτώσεις της άνοιας διαπιστώθηκαν κατάτι υψηλότερες συγκριτικά με τα επισημανθέντα κρούσματα της Νότιας Ευρώπης. Συνεκδοχικά, τα προαναφερθέντα ευρήματα φανερώνουν ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση αναμένεται να εμφανίζει 500.000 νέες περιπτώσεις άνοιας ανά έτος (Martin-Moreno, 2004).

Σύμφωνα με υπολογισμούς τουλάχιστον **180.000 Έλληνες είναι καταγεγραμμένοι** ως πάσχοντες από τη νόσο ενώ **50.000 νεοεισερχόμενες περιπτώσεις καταγράφονται ανά έτος** (Σακκά, 2004). Κατ' επέκταση μέσα από την ύπαρξη των προαναφερθέντων δεδομένων καθίσταται προφανής η ανάγκη κατ' οίκον φροντίδας για τους Έλληνες πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer και ειδικά μεγαλύτερο εμφανίζεται το πρόβλημα στις γυναίκες. Το ζήτημα της φροντίδας αυτού του σημαντικού αριθμού πασχόντων όχι μόνο καταναλώνει μια ολοένα αυξανόμενη αναλογία εθνικών πόρων αλλά ταυτόχρονα αντιπροσωπεύει και μια τεραστίων διαστάσεων επιβάρυνση του οικογενειακού περιβάλλοντος του πάσχοντα, επισείοντας κοινωνικές, συναισθηματικές και οικονομικές προεκτάσεις, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τα άτομα τα οποία εμπλέκονται στη φροντίδα των συγκεκριμένων ασθενών (Ιατράκη, 2005).

Ο κύριος λόγος όπου συμβαίνει το προαναφερθέν έγκειται στο ότι το ζήτημα της προοδευτικής σοβαρότητας της άνοιας καθιστά κλιμακωτά τον ασθενή σε σχέση εξάρτησης από το οικογενειακό του περιβάλλον, τους φροντιστές υγείας και στα τελικά στάδια κρίνεται επιβεβλημένο το ζήτημα της ιδρυματικής φροντίδας του ασθενούς. Βέβαια συνιστά θεμελιώδη στόχο το ζήτημα της διατήρησης της λειτουργικότητας του πάσχοντα από Alzheimer στον τρόπο ζωής του καθημερινά και παράμετρο ιδιαίτερα βαρύνουσας σημασίας σε ό,τι άπτεται της θεραπευτικής του αντιμετώπισης, καθώς μια τέτοια στάση πιστεύεται ότι δύναται να συρρικνώσει τις πιθανότητες εισαγωγής του ασθενούς σε γηριατρικά ιδρύματα ή κλινικές. Αυτός λοιπόν είναι και ο βασικότερος λόγος όπου η άνοια τύπου Alzheimer αποτελεί πολύ σημαντικό ζήτημα της δημόσιας υγείας (Ιατράκη, 2005).

Περαιτέρω αξίζει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί αξιόλογες προσπάθειες αναχαίτισης του ρυθμού εξέλιξης της άνοιας και ελέγχου των συνεπαγομένων συμπτωμάτων της εξαιτίας της χορήγησης των κατάλληλων φαρμακευτικών σκευασμάτων για τη θεραπεία της. Η αποτελεσματικότητα των προαναφερθέντων φαρμάκων συνίσταται στην όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη χορήγηση τους. Εξίσου όμως βαρύνουσας σημασίας είναι η παράμετρος ότι η νόσος Alzheimer δεν αφήνει ανεπηρέαστο και το οικογενειακό περιβάλλον του πάσχοντα. Κατά συνέπεια, η έγκαιρη πρόωπη διάγνωση αφήνει περιθώρια προσαρμογής και σταδιακής αποδοχής της νέας πραγματικότητας δίνοντας τη δυνατότητα αποτελεσματικού προγραμματισμού του τρόπου ζωής όλου του οικογενειακού περιβάλλοντος με βάση τα νέα δεδομένα που έχουν προκύψει (Ιατράκη, 2005).

Ιδιαίτερα σε χώρες σαν την Ελλάδα όπου ακόμα οι οικογενειακοί συνεκτικοί δεσμοί παραμένουν εξίσου ισχυροί, ο κοινωνικός ιστός ενδέχεται να δυσκολευτεί στο ζήτημα της αποδοχής και κοινωνικής ενσωματώσης άλλου τύπου δομών φροντίδας και επιστασίας χωρίς βέβαια αυτό να θεωρείται και απαρέγκλιτα απόλυτο. (Martin-Moreno, 2004).

Υπογραμμίζεται το γεγονός ότι λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερθέντα και αναγνωρίζοντας τα σημαντικά πολυδιαστατα προβλήματα τα οποία προξενεί η νόσος, το 1998 το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο για την Υγεία των Γυναικών προέβη στη διενέργεια διακρατικής έρευνας μέσω χρηματοδοτικών ενεργειών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με απώτερο στόχο τη συλλογής επιδημιολογικού χαρακτήρα δεδομένων για την άνοιας, της κοινωνικοοικονομικής της επίδρασης και της σύγκρισης των εθνικής υφής πολιτικών και πρακτικών σε 8 χώρες κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (The European Institute of Women's Health, 2006).

2.6 Περιπλοκότητα της φροντίδας των πασχόντων από άνοια

Η φροντίδα των ασθενών από άνοια παρουσιάζει διαφοροποιήσεις σε σχέση με το ζήτημα της φροντίδας πασχόντων από άλλου είδους χρόνιες νόσους. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στο σύνολο των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που διέπουν τα ανοϊκά σύνδρομα. Η άνοια δύναται να διαρκέσει ακόμα και για διάστημα μεγαλύτερο των δέκα ετών, εμφανίζοντας μια διαρκή επιδείνωση, η οποία και απαιτεί διαρκώς περισσότερη επιστασία και φροντίδα και βέβαια αδιάλειπτη παρακολούθηση (Alzheimer's Disease International, 2010).

Αναμφίβολα η συμπτωματολογία της άνοιας διέπεται από ένα είδος προοδευτικής γνωστικής και λειτουργικής έκπτωσης, από ένα σύνολο προβλημάτων συμπεριφοράς, εκφάνσεις των οποίων συνιστούν η κατάθλιψη, τα επεισόδια ανησυχίας, περιπλάνησης, επιθέσεων, προσβολών, λεκτικών επιθέσεων, παρανοϊκού και παραισθησιακού ιδεασμού, ακατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς, αλλά και τάσεως του ασθενούς να ξυπνάει διαρκώς τον άνθρωπο που τον φροντίζει και επομένως να μην του επιτρέπει να κοιμηθεί. Όλα αυτά τα συμπτώματα συνδυασμένα με την εκδήλωση επικίνδυνης συμπεριφοράς του ασθενούς προς τον εαυτό του και τους άλλους αλλά και οι εκδηλώσεις καταστροφικών τάσεων καθιστούν ιδιαίτερα περίπλοκο το ζήτημα της φροντίδας των ασθενών. Ταυτόχρονα η έλλειψη εναισθησίας σε συνδυασμό με το ζήτημα της αλλαγής της προσωπικότητας και της απώλειας συναισθήματος των ασθενών είναι ικανά να προξενήσουν φθορά σε όλες τις καθημερινές εκφάνσεις της ζωής

τόσο των πασχόντων όσο και των ασθενών. Αποτέλεσμα της παραπάνω κατάστασης είναι η φθορά των σχέσεων μεταξύ ασθενών και φροντιστών αλλά και η αλλοίωση της κοινωνικής και οικονομικής τους ζωής σε συνδυασμό με απώλειες της σωματικής και ψυχικής τους υγείας (Monin & Schulz, 2009).

Ταυτόχρονα, οι πολλαπλές κρίσιμες μεταβάσεις οι οποίες έπονται της έναρξης της ασθένειας καθιστούν τους φροντιστές των νοσηλευσθέντων υποχρεωμένους να καθορίσουν και να διαπραγματευτούν ένα σύνολο περίπλοκων καταστάσεων και αποφάσεων. Για παράδειγμα, ο φροντιστής πρέπει να αποφασίσει το ποσό της επαρκούς βοήθειας, ή της χρονικής διάρκειας παροχής φροντίδας αλλά και συνακολουθήσει τον καταλληλό τρόπο αξιολόγησης της ποιότητας, της ασφάλειας, των κινδύνων, του κόστους και της ωφέλειας σε ό,τι αφορά τη φροντίδα των ασθενών με άνοια (Health Quality Ontario, 2008).

Χρήζει επισήμανσης το ζήτημα της παροχής μακροχρόνιας φροντίδας σε νοσηλευσθέντες, το οποίο εμπεριέχει ένα πλέγμα υψηλών απαιτήσεων ενώ δύναται να αποτελέσει ένα δυσβάστακτο και κατά τρόπο άνισο, κατανομημένο βάρος ικανό να μετατρέψει μια σχέση αγάπης σε σημαντική στρεσογόνα πηγή. Η συντριπτική πλειοψηφία των μη επαγγελματιών φροντιστών όπως για παράδειγμα αποτελούν οι εγγύτεροι συγγενείς του ασθενούς είναι επιβεβλημένο να προσφέρουν διάφορων ειδών υπηρεσίες ή εναλλακτικά να εξυπηρετήσουν το σύνολο των αναγκών του ασθενούς κατά ποικίλους τρόπους. Καλούνται δηλαδή να προβούν στην επίλυση καθημερινών προβλημάτων όπως συνιστούν ζητήματα προσωπικής φροντίδας, συναισθηματικής υποστήριξης, μείωσης κινητικότητας στα πιο εξελιγμένα στάδια της νόσου αλλά και ιδιαίτερα πολυσχιδούς φύσεως θέματα, τα οποία σχετίζονται με ζητήματα του χρόνου χρήσεως των υπηρεσιών υγείας του ασθενούς στο ζήτημα της διαχείρισης και επίλυσης οικονομικής και νομικής φύσεως ζητημάτων (Ζαχαροπούλου, 2013).

Σημειώνεται επιπλέον ότι επιβάλλεται οι φροντιστές να είναι σε θέση να παρέχουν προστασία 24ωρη στους ηλικιωμένους προκειμένου να τους προστατεύουν από ενδεχόμενους κινδύνους πτώσης, κατάγματος, ή ακόμα και αυτοκτονίας. Ακόμα οι φροντιστές είναι επιβεβλημένο να μπορούν να αντιπαλεύουν τη θλίψη, το συναισθηματικό κόστος αλλά και τις συνεπαγόμενες δυσκολίες που τους προξενεί το γεγονός του ότι ο κατά το παρελθόν ο υγιής συγγενής τους έχει πλέον περιέλθει στη δύσκολα διαχειρίσιμη κατάσταση της άνοιας (Delbaere et. al., 2012).

Το ζήτημα της διαχείρισης τόσο των γνωστικών όσο και των συμπεριφορικών χαρακτηριστικών της άνοιας καθίσταται απαραίτητο. Ο λόγος είναι ότι τα άτομα τα οποία πάσχουν τόσο από μετρίου μορφής άνοια όσο και από προχωρημένης μορφής άνοια χρίζουν της πλήρους απασχόλησης του φροντιστή, ενώ ο φροντιστής είναι εκείνος ο οποίος χρειάζεται να μπορέσει να διασφαλίσει ότι ο ασθενής δεν θα αποβεί επιβλαβής είτε για τον εαυτό είτε για τους γύρω του (Health Quality Ontario, 2008).

Σαφέστατα βέβαια οι προαναφερθέντες παράγοντες δύνανται να επιφέρουν και δευτερογενείς συνέπειες, όπως επί παραδείγματι συνιστά το ζήτημα της επιδείνωσης της ποιότητας της σχέσης μεταξύ των πασχόντων και των φροντιστών τους, αλλά και το ζήτημα της αύξησης των συγκρουσιακών καταστάσεων στο οικογενειακό περιβάλλον, οι ενδεχόμενες διαμάχες μεταξύ των συγγενικών προσώπων σε ό,τι αφορά τον καταμερισμό της φροντίδας καθώς και πολλά άλλα ζητήματα επαγγελματικής και οικονομικής διάστασης. Για παράδειγμα η φροντίδα ενός ασθενούς από άνοια εμπεριέχει σημαντική απώλεια ωρών εργασίας, απώλεια ευκαιριών προαγωγής αλλά και επακολούθη μείωσης του οικογενειακού εισοδήματος αλλά και αλματώδους αύξησης των εξόδων. Όλα τα προαναφερθέντα έχουν σαν αποτέλεσμα να πλήττεται αισθητά η ποιότητα ζωής των ανθρώπων που απαρτίζουν την οικογένεια του πάσχοντα και δη του φροντιστή σε όλο το πεδίο της καθημερινής τους δράσης, προκαλώντας διαταραχή της οικογενειακής συνοχής (Ζαχαροπούλου, 2013).

2.7 Οικονομική επιβάρυνση της αντιμετώπισης της νόσου Alzheimer

Το συνεπαγόμενο κόστος αντιμετώπισης της άνοιας είναι ιδιαίτερα υψηλό. Ειδικότερα το άμεσο κόστος, παγκοσμίως εμπεριέχει ένα σύνολο άμεσων επίσημων δαπανών, ιατρικών επισκέψεων, φαρμακευτικών προϊόντων, παροχής φροντίδας νοσηλευτικού χαρακτήρα, αλλά και παροχής ιδρυματικής φροντίδας όταν οι ασθενείς είναι σε προχωρημένο στάδιο. Είθισται οι πάσχοντες από άνοια να χρίζουν 3 φορές πιο εκτεταμένης νοσηλευτικής υποστήριξης συγκριτικά με άλλα ηλικιωμένα άτομα (Ζαχαροπούλου, 2013).

Επίσης χρειάζεται να επισημανθεί ότι το ζήτημα της χρήσης των υπηρεσιών υγειονομικού χαρακτήρα περίθαλψης για τους πάσχοντες από σημαντικές παθήσεις, του τύπου δηλαδή στεφανιαίας νόσου, διαβήτη, χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, εγκεφαλικού επεισοδίου, ή καρκίνου δύνανται να επηρεαστεί εντόνως από την

παρουσία ή την απουσία της άνοιας. Συγκεκριμένα οι πάσχοντες από άνοια έχει αποδειχθεί ότι έχουν υψηλότερο κόστος χρήσης υπηρεσιών υγειονομικού χαρακτήρα περίθαλψης από ότι τα άτομα τα οποία νοσούν από αναλόγου τύπου παθήσεις πλην της ύπαρξης άνοιας (Ζαχαροπούλου, 2013).

Βέβαια είναι επιβεβλημένο να επισημανθεί ότι οι προαναφερθείσες εκτιμήσεις του κόστους είθισται να μην εμπερικλείουν όλο το φάσμα των αφάνων δαπανών, οι οποίες και βαραίνουν σημαντικά τους ανθρώπους όπου φροντίζουν τους πάσχοντες (Brodady & Donkin, 2009). Οι τύποι αυτοί των έμμεσων δαπανών εμπεριέχουν το σύνολο των ωρών άτυπης φροντίδας, αλλά και τα έξοδα της φροντίδας, τα οποία άπτονται της μετακίνησης και της χρήσεως των υπηρεσιών υγείας, παράλληλα στα έμμεσα έξοδα φροντίδας των ανοϊκών ασθενών εμπεριέχονται και ζητήματα απώλειας εσόδων των φροντιστών συμπεριλαμβανομένου του γεγονότος ότι και αυτοί ενδέχεται να συρρικνώσουν την επαγγελματική τους ενασχόληση ή και να αναγκαστούν να προβούν σε παραίτηση (Ζαχαροπούλου, 2013).

Ειδικότερα σε συναφή ανασκόπηση των Brodady & Donkin, (2009), αναφέρεται ότι το 60% των φροντιστών οι οποίοι δήλωσαν ότι εργάζονταν ταυτόχρονα ωθηθήκαν στο να απολέσουν την εργασία τους, ενώ το 8% των συμμετεχόντων της έρευνας απέρριψε οποιαδήποτε ευκαιρία προαγωγής του παρουσιάστηκε, την στιγμή που επίσης άλλο ένα 31% δήλωσε ότι αναγκάστηκε να δηλώσει παραίτηση από την εργασία του προκειμένου να μπορέσει να ασχοληθεί με το ζήτημα της παροχής φροντίδας (Brodady & Donkin, 2009).

Αξίζει παράλληλα να σημειωθεί ότι το κόστος της άνοιας για το 2010 έχει υπολογιστεί σε 604 δις δολάρια, με το συνεπαγόμενο κόστος της **μη τυπικής φροντίδας να ανέρχεται σε 251 δις**. Ειδικότερα, το 70% των δαπανών σε σχέση με την άνοια σημειώνεται στις περιοχές της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής (Alzheimer's Disease International, 2010). Ταυτόχρονα χρήζει επισήμανσης το γεγονός του ότι το **μέσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή εμφανίζει διακυμάνσεις κυμαινόμενο από 4.930\$** σε ότι άπτεται των συστημάτων υγείας αναπτυσσομένων χωρών ενώ δύναται **να υπερβεί τα 36.749\$** σε ότι άπτεται των ανεπτυγμένων χωρών (Ζαχαροπούλου, 2013).

Σε ότι άπτεται της Ευρώπης των 27 κρατών μελών το κόστος έχει υπολογιστεί το **2008** ότι ανέρχεται στο πόσο των 160 δισεκατομμυρίων δηλαδή στο πόσο των **22.000 ευρώ ανά ασθενή σε ετήσια βάση**. Σημειώνεται ότι από τα προαναφερθέντα κόστη το κόστος της άτυπης

φροντίδας ανέρχεται σε 56% (Ζαχαροπούλου, 2013).

Αξίζει να τονιστεί ότι σε ό,τι αφορά την **Ελλάδα σύμφωνα με υπολογισμούς το πόσο του μηνιαίου κόστους ανέρχεται σε 341 ευρώ ανά πάσχοντα**, σε ό,τι αφορά ασθενείς όπου ακόμα είναι σε θέση να λειτουργούν αυτόνομα, ενώ **αυξάνεται στα 957 ευρώ** στο στάδιο όπου ο πάσχοντας χρήζει επιστασίας φροντιστή ενώ όταν πλέον ο ασθενής διέρχεται το στάδιο της ολικής αναπηρίας και εξάρτησης, γεγονός δηλαδή όπου προϋποθέτει την μακροχρόνια παραμονή του ασθενούς σε ίδρυμα το **μηνιαίο κόστος νοσηλείας κυμαίνεται στα 1267 ευρώ**. Σε ό,τι άπτεται της φροντίδας του πάσχοντα από Alzheimer απαιτούνται στο σύνολο τους περίπου 168 ώρες σε μηνιαία βάση από το οικογενειακό του περιβάλλον και 72 ώρες παροχής έμμισθου τύπου φροντίδας (Ζαχαροπούλου, 2013).

Καθίσταται λοιπόν προφανές το γεγονός ότι η συνεισφορά του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι σημαντική όχι μόνο αναφορικά με τους πάσχοντες αλλά και της κοινωνίας ευρύτερα και αυτό κυρίως γιατί το οικονομικό κόστος φροντίδας των ασθενών από Alzheimer θα ήταν ιδιαίτερα απαγορευτικό για τα κράτη στην περίπτωση όπου οι οικογένειες δεν ήταν σε θέση να προβούν στην ανάληψη αυτής της υποχρέωσης (Brodaty & Donkin, 2009). Επιπλέον χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο μόνο οι 224 από τις συνολικά 461.000 περιπτώσεις ανοϊκών ασθενών ζουν σε ιδρύματα σημειώνοντας ως ετήσια δαπάνη 4,6 δισεκατομμύρια λίρες δηλαδή 8,2 δις δολάρια ή διαφορετικά ειπωμένο το 0,6% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος της Αγγλίας, την στιγμή όπου στην Αμερική το ετήσιο κόστος άτυπης φροντίδας των ανοϊκών ασθενών για το 1998 έχει υπολογιστεί ότι ανέρχεται σε 18 δισεκατομμύρια δολάρια (Ζαχαροπούλου, 2013).

3 ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

3.1 Κόστος των εγκεφαλικών διαταραχών στην Ευρώπη

Σύμφωνα με υπολογισμούς υπάρχουν περίπου 127 εκατομμύρια Ευρωπαίοι οι οποίοι παρουσιάζουν ενός είδους εγκεφαλικής διαταραχής στο σύνολο ενός πληθυσμού 466 εκατομμυρίων. Αξίζει χαρακτηριστικά να τονιστεί ότι το συνολικό ετήσιο κόστος το οποίο άπτεται των εγκεφαλικών διαταραχών στην Ευρώπη ανήλθε σε 386 δισεκατομμύρια €μόνο για το έτος 2004. Ειδικότερα, οι **άμεσες ιατρικές δαπάνες** ανήλθαν στο σύνολο τους στα **135 δις ευρώ**, εμπεριέχοντας δαπάνες συναφείς με τις ενδονοσοκομειακές παραμονές ασθενών οι οποίες και ειδικότερα ανήλθαν σε 78 δις ευρώ, αλλά και δαπάνες σχετικά με το ζήτημα των εξωτερικών επισκέψεων ασθενών οι οποίες έφτασαν τα 45 δις ευρώ καθώς και ένα σύνολο δαπανών σε ό,τι άπτεται της **αγοράς των φαρμάκων όπου έφτασαν τα 13 δις ευρώ**. Ταυτόχρονα στα 179 δις ευρώ υπολογίστηκε το αποδιδόμενο έμμεσο κόστος το οποίο και αναφέρεται μέσω του υπολογισμού των χαμένων εργασιμων μερών αλλά και της μείωσης της παραγωγικότητας η οποία και προκύπτει ως αποτέλεσμα της μόνιμης αναπηρίας η οποία προξενείται από την επίδραση των εγκεφαλικών διαταραχών από τις οποίες οι διαταραχές ψυχικού τύπου είναι οι πλέον δεσπόζουσες σε συνδυασμό με τον κίνδυνο θνησιμότητας (European Journal of Neurology, 2005).

Επιπρόσθετα υποσημαίνεται το γεγονός ότι το κόστος των ψυχικών διαταραχών ανήλθε σε 240 δις ευρώ μη συμπεριλαμβανομένης της άνοιας ενώ οι νευρολογικές ασθένειες υπολογίστηκαν σε 84 δις ευρώ χωρίς πάλι να συνυπολογίζεται το κόστος της άνοιας. Ταυτόχρονα, οι νευροχειρουργικού τύπου ασθένειες συνιστούν ένα μικρότερο μέρος του συνολικού κόστους όπου σχετίζεται με τις εγκεφαλικές διαταραχές στην Ευρώπη και ανέρχονται σε 8 δις ευρώ (European Journal of Neurology, 2005).

Παράλληλα το μέσο κόστος των εγκεφαλικών διαταραχών στην Ευρώπη κυμάνθηκε στα 829 ευρώ ανά κάτοικο λαμβάνοντας ως βάση το σύνολο των ευρωπαϊών κατοίκων όπου ανέρχεται σε 466 εκατομμύρια. Χρειάζεται βέβαια να τονιστεί ότι το κόστος ανά κάτοικο σημειώνει διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών της Ευρώπης και ευρύτερα το κόστος των εγκεφαλικών διαταραχών ανά κάτοικο είναι πιο υψηλό σε ό,τι άπτεται των δυτικοευρωπαϊκών

χωρών έναντι των χωρών όπου βρίσκονται σε ενταξιακή διαδικασία στην Ευρώπη (Ζαχαροπούλου, 2013).

Επισημαίνεται η έλλειψη στοιχείων, σε σχέση με τη συνολική δαπάνη των νευρολογικών διαταραχών στην Ευρώπη καθώς τα προαναφερθέντα στοιχεία συμπεριλαμβάνουν μόνο το ποσό του αμέσου μη ιατρικού κόστους -όπως για παράδειγμα συνιστούν ζητήματα κοινωνικής μέριμνας και άτυπης φροντίδας – και των έμμεσων δαπανών ενώ παραλείπουν απόλυτα το ποσό των άυλων δαπανών. Έχει αποδειχτεί ότι το κόστος του άνοιας σημειώνει κατακόρυφη αύξηση της τάξεως του 25% όταν εντός αυτού συμπεριληφθούν τα ποσά της άτυπης φροντίδας (European Journal of Neurology, 2005).

Κατά συνέπεια η απουσία επιδημιολογικού και οικονομικού χαρακτήρα δεδομένων αναφορικά με διάφορες χώρες σε σχέση με την εκτίμηση του κόστους των νευρολογικών διαταραχών οδηγεί σε διαφόρων ειδών συντηρητικούς συνυπολογισμούς σε σχέση με τα στοιχεία που άπτονται τόσο του κόστους όσο και των διαφόρων ηλικιακών πληθυσμιακών ομάδων. Κατά συνέπεια καθίσταται προφανές ότι το ποσό του κόστους των εγκεφαλικών διαταραχών υπερβαίνει τα 386 δις και ενδέχεται να προσεγγίζει τα 500-700 δις. Με βάση τα προαναφερθέντα λοιπόν προκύπτει ότι **οι νευρολογικές διαταραχές είναι κατ' ουσίαν αρκετά πιο δαπανηρές συγκριτικά με άλλους τομείς ιατρικού ενδιαφέροντος** όπως για παράδειγμα των καρδιακών παθήσεων, του καρκίνου και του διαβήτη. Παρόλα αυτά το σύνολο των εγκεφαλικών διαταραχών σπανίως εκλαμβάνεται ως ένας τύπος ενιαίας διαγνωστικής οντότητας, αντίθετα πρόκειται για πολλές διαφορετικές διαγνωστικές οντότητες (European Journal of Neurology, 2005; Ζαχαροπούλου, 2013).

Ακόμα καθίσταται επιβεβλημένη η χορήγηση αυξημένης χρηματοδοτικής προκειμένου να μελετηθούν σε βάθος οι νευρολογικές εκφυλιστικές παθήσεις και να ενισχυθούν οι προσπάθειες ορθολογικής κατανομής των πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Είναι απαραίτητη η εντατικοποίηση της συστηματικής και συνεργατικής έρευνας, ώστε να καταστεί εφικτός ο ακριβέστερος υπολογισμός του κόστους των νευροεκφυλιστικών διαταραχών σε Ευρωπαϊκό επίπεδο (European Journal of Neurology, 2005).

3.2 Ελληνικές δομές, υπηρεσίες φροντίδας υγείας και κοινωνικής μέριμνας

Επισημαίνεται ότι ο κυριότερος λόγος όπου στην Ελλάδα δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς το ζήτημα των ανθρώπων που φροντίζουν τα εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα έγκειται στο γεγονός ότι ο κοινωνικός ιστός θεωρεί πως το οικογενειακό περιβάλλον του πάσχοντα είναι υποχρεωμένο αλλά ταυτόχρονα και δύναται να παρέχει ανεπίσημη φροντίδα στο ηλικιωμένο μέλος του. Την περίοδο 1990-1991 στην Ελλάδα έλαβε χώρα μια σχετικά περιορισμένης κλίμακας συγκριτική μελέτη σε ό,τι αφορά τους οικογενειακούς φροντιστές των εξαρτημένων ηλικιωμένων ατόμων, ως τμήμα έρευνας που αφορούσε επιπλέον άλλα δέκα ευρωπαϊκά κράτη μέλη. Η συγκεκριμένη έρευνα εκπονήθηκε μέσω του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος με στόχο τη βελτίωση του τρόπου διαβίωσης και εργασίας σε αγαστή συνεργασία με τα μέλη της μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα εταιρείας κοινωνικό-οικονομικής υφής μελετών “Sextant”. Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η εξέταση των ατομικών χαρακτηριστικών των φροντιστών της οικογένειας, των συναφών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, των αρνητικών και θετικών πλευρών της παροχής φροντίδας αλλά και της συνακόλουθης χρήσης των εκάστοτε υπηρεσιών υγείας και προστασίας κοινωνικού χαρακτήρα (Τριανταφύλλου & Μεσθεναίου, 1993).

Επιπρόσθετα, σημειώνεται η συμμετοχή της Ελλάδας στη διεξαγωγή προγράμματος (“Transnational European Analysis of Public Health Policy Developments for Alzheimer’s and Associated Disorders of Elderly People and their Carers”), το οποίο αφορά καταγραφή συγκεκριμένων πολιτικών σε σχέση με τους ανοϊκούς ασθενείς και τα άτομα τα οποία τους φροντίζουν. Υπογραμμίζεται εκ νέου ότι το ζήτημα της κατανομής οικονομικών πόρων επιδρά καταλυτικά στο ζήτημα της παροχής υπηρεσιών με απότοκο αυτού την επισήμανση αρκετών διαφορών μεταξύ των χωρών. Ταυτόχρονα ο ρυθμός ανάπτυξης πολιτικής προσδιορίζεται με βάση το ύψος των διαθέσιμων πόρων με αποτέλεσμα το ζήτημα της πολιτικής και της παροχής υπηρεσιών να αναπτύσσεται με ιδιαίτερα αργούς ρυθμούς σε χώρες που υφίσταται περιορισμένη διάθεση πόρων. Καταληκτικά μέσω της εν λόγω μελέτης καταδεικνύεται ότι η Βόρεια Ευρώπη βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην πολιτειακή παρέμβαση, αντίθετα η Νότια Ευρώπη βασίζεται στο γεγονός ότι κατά κύριο λόγο ο οικογενειακός περίγυρος θα είναι αυτός ο οποίος θα προσφέρει κάθε είδους μη ιατρική φροντίδα και υποστήριξη (Σαμαρτζή, 2000).

Αναμφίβολα στην Ελλάδα διαρκώς σημειώνεται μείωση του ποσοστού των γεννήσεων, την στιγμή όπου το προσδόκιμο ζωής αναφορικά με τις γεννήσεις αλλά και της ηλικίας του 60^{ου}

έτους σημειώνει αύξηση αν και με σχετικά βραδύτερους ρυθμούς συγκριτικά με άλλα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η Ελληνική λοιπόν οικογένεια αν και πυρηνική συνεχίζει να διατηρεί σε αρκετές περιπτώσεις ένα σημαντικά εκτεταμένο κοινωνικό δίκτυο συγγενών τόσο εξ' αίματος όσο και εξ' αγχιστείας. Δίκτυο δηλαδή το οποίο δύναται να ενεργοποιηθεί τάχιστα για κάθε τύπο βοήθειας και συμπληρωματικής υποστήριξης σε ό,τι άπτεται της κρατικής παροχής φροντίδας στον ηλικιωμένο εξαρτημένο πληθυσμό (Ζαχαροπούλου, 2013).

Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητο να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι σε πολλές απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές τα εξαρτώμενα ηλικιωμένα άτομα δεν έχουν τα παιδιά τους να ζουν μαζί τους με αποτέλεσμα να απαιτείται η μετακόμιση τους στον τόπο διαμονής των παιδιών τους. Σαφέστατα βέβαια τα ηλικιωμένα άτομα χαμηλού οικονομικού εισοδήματος και ανεπαρκούς κοινωνικού δικτύου τα οποία τυγχάνει να είναι και αποκομμένα από τα παιδιά τους ή από το υπόλοιπο συγγενικό περιβάλλον διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο ελλιπούς υποστήριξης από την οικογένεια όταν την χρειαστούν, εξαιτίας τόσο της επίδρασης των επιπτώσεων της συρρικνωμένης λειτουργικότητας τους όσο και εξαιτίας της ταχιάως εξελισσόμενης άνοιας. Επίσης σημειώνεται χαρακτηριστικά το γεγονός και ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες, οι ηλικιωμένοι οι οποίοι πάσχουν από άνοια ,αλλά διαθέτουν μεσαία ή υψηλότερα εισοδήματα να επιλέγουν τις υπηρεσίες ιδιωτικής φροντίδας μέσα από την απασχόληση μεταναστριών προερχομένων από τις Ανατολικοευρωπαϊκές χώρες. Η προσφορά φθηνού εργατικού δυναμικού συνδυασμένη με την αυξημένη ανάγκη των ασθενών για χρήση τέτοιου είδους υπηρεσιών προκάλεσε αύξηση του αριθμού των ατόμων όπου απασχολούνται δίκην έμμισθου προσωπικού φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων. Κατά συνέπεια τέτοιου είδους φροντιστές σε αρκετές περιπτώσεις δρουν ως υποκατάστατα των μελών της οικογένειας σε ό,τι άπτεται της εκτέλεσης καθημερινών πρακτικών καθηκόντων φροντίδας, μολονότι βέβαια η οικογένεια είναι αυτή που έχει την ευθύνη της υψηλής επιστασίας και εποπτείας τους (Pflüger, 2004).

Σχετικά με τις θεσμοθετημένες πολιτικές χρειάζεται να τονιστεί ότι δίνουν έμφαση κυρίως σε κοινωνικά απομονωμένα και οικονομικά στερημένα άτομα και σε πληθυσμιακές ομάδες ενώ δεν δίνεται έμφαση στο ζήτημα της δημιουργίας νέων δομών, οι οποίες στοχεύουν στους ηλικιωμένους οι οποίοι τελούν υπό το κράτος εξάρτησης και υπόκεινται στην περίθαλψη του οικογενειακού τους περιγύρου και ιδιαίτερα εκείνων που πάσχουν από άνοια (Ζαχαροπούλου, 2013).

Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός προέβη στη διοργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων οικογενειακών βοηθών σε σχέση με το ζήτημα της φροντίδας των ηλικιωμένων. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι οι γείτονες και ακόμα πιο συχνά το φιλικό περιβάλλον είναι εκείνο που συνδράμει στην προσφορά καθημερινής φροντίδας ή συντροφιάς στα εξαρτώμενα ηλικιωμένα μέλη της οικογένειας στο διάστημα όπου το οικογενειακό περιβάλλον υποχρεούται να προβεί στη διεκπεραίωση άλλου είδους υποχρεώσεων (Ζαχαροπούλου, 2013).

Παρ' όλα αυτά σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης υφίστανται αρκετά παραδείγματα εφαρμογής προγραμμάτων κοινωνικού και προνοιακού χαρακτήρα στην ευρύτερη κοινότητα τα οποία και απευθύνονται σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία χρήζουν βοήθειας, ενώ ταυτόχρονα απευθύνονται και στις οικογένειες τους. Τα συγκεκριμένα προγράμματα προσφέρονται δια μέσου των προσφερόμενων υπηρεσιών από τα κατά τόπους Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), τα οποία και έχουν αποπειραθεί να προβούν στην ανάπτυξη εθελοντικής εργασίας μέσα από την ευαισθητοποίηση των πολιτών. Τα Κ.Α.Π.Η αποσκοπούν στην παροχή στήριξης τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στις οικογένειες τους. Ωστόσο σημαντικό μειονέκτημα είναι ότι διαθέτουν ανεπαρκή καταρτιση και εμπειρία σε ό,τι άπτεται του συγκεκριμένου τομέα (Pflüger, 2004).

Σε σχέση με την Ελληνική επικράτεια δεν υφίστανται επίσημου χαρακτήρα επιδημιολογικά στοιχεία αναφορικά με τα επίπεδα αναπηρίας των Ελλήνων ηλικιωμένων παρόλο όπου υφίστανται εκτιμήσεις σε σχέση με τα επίπεδα αναπηρίας μέσω του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (W.H.O., 2000). Με βάση αυτές τις εκτιμήσεις το 5% του συνόλου του πληθυσμού χρήζουν καθημερινής φροντίδας. Επίσης, οι μισοί από τα άτομα όπου χρήζουν καθημερινής φροντίδας είναι ηλικιωμένοι παρόλο που προβλέπεται αύξηση της συγκεκριμένης αναλογίας στο διάστημα των επόμενων πενήντα ετών (Ζαχαροπούλου, 2013).

Στην τρέχουσα χρονική συγκυρία απουσιάζει η γνώση σε σχέση με τις διαστάσεις τόσο του φλέγοντος ζητήματος της οικογενειακής φροντίδας όσο και των αναγκών των ατόμων φροντίδας στην Ελληνική επικράτεια. Συνακολούθως επισημαίνεται σημαντική απουσία συστηματικών μορφών και αντίστοιχων δομών και υπηρεσιών υγείας περί των ηλικιωμένων όπου είναι εξαρτημένοι και παρουσιάζουν προβλήματα λειτουργικότητας εξαιτίας της άνοιας από την οποία πάσχουν και είναι πλέον σε προχωρημένο στάδιο. Ταυτόχρονα κρίνεται

απαραίτητη η συνδρομή των υπηρεσιών αποκατάστασης, απαιτούνται δηλαδή υπηρεσίες οι οποίες να συνδέονται με τις υπηρεσίες των νοσοκομείων (“Respite Care”) (Ζαχαροπούλου, 2013).

Επιπλέον επισημαίνεται η απουσία θεσμοθετημένων σεμιναρίων εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας αλλά και εκμάθησης και ανάπτυξης δεξιοτήτων αντιμετώπισης ανοϊκών ασθενών από τους φροντιστές τους, τόσο εκείνων που προέρχονται από το οικογενειακό περιβάλλον του πάσχοντα όσο και εκείνων που είναι αμειβόμενοι για να φροντίζουν κατ’ οίκον τον πάσχοντα από άνοια. Ακόμα δεν υπάρχει εκπαίδευση των φροντιστών σε σχέση με την επιβράδυνση της εισαγωγής του πάσχοντα σε ίδρυμα. (Σόλιας & Δέγλερης, 2004).

Κατά τα αποτελέσματα ενός σεμιναρίου εκπαίδευσης ιατρών γενικής / οικογενειακής ιατρικής διοργανωμένου με την συνδρομή τόσο της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής όσο και της Ελληνικής Εταιρείας Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών επιχειρήθηκε η απόπειρα εκτίμησης αναγκών ανοϊκών ασθενών και των ατόμων όπου τους φροντίζουν (Ζαχαροπούλου, 2013). Αποτυπώνονται ακολούθως οι υφιστάμενες υπηρεσίες της Ελλάδας που έχουν τη δυνατότητα προσφοράς ορισμένου τύπου βοήθειας σε ανοϊκούς ασθενείς και στις οικογένειες τους.

Τα Ειδικά Εξωτερικά Ιατρεία ορισμένων νοσοκομείων τα οποία ασχολούνται με τη Νόσο Alzheimer και τις άλλες συναφούς τύπου άνοιες. Τα συγκεκριμένα εξωτερικά ιατρεία φέρουν την ονομασία «ιατρείων μνήμης», ή «άνοιας» ή νόσου Alzheimer» ή «οργανικών ψυχοσυνδρόμων». Ταυτόχρονα υφίστανται και τα ειδικά ιατρεία των εταιρειών περί της νόσου Alzheimer και άλλων συναφών διαταραχών τα οποία εΐθισται να ονομάζονται «ιατρεία νόσου Alzheimer» ή «άνοιας». Υφίστανται επίσης νοσοκομειακές μονάδες οι οποίες διαθέτουν ένα σύνολο ψυχογηριατρικών κλινικών όπως και νοσοκομειακές μονάδες οι οποίες διαθέτουν κλινικές ψυχιατρικού τύπου ή νευρολογικού τύπου. Υπάρχουν επίσης ορισμένες δομές ψυχιατρικού χαρακτήρα οι οποίες φέρουν τον χαρακτηρισμό είτε ειδικού ψυχιατρικού νοσοκομείου είτε κέντρων ψυχικής υγείας (Ζαχαροπούλου, 2013).

Παράλληλα στην Ελλάδα υφίστανται και αρκετές ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι οποίες δύναται να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες των ανοϊκών ασθενών, αλλά και κέντρα που αφορούν την ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) Υφίστανται ακόμα προγράμματα παροχής κατ’ οίκον βοήθειας αλλά και ορισμένες μονάδες κοινωνικής μέριμνας, τα οποία κατά

κανόνα εδράζονται στα Κ.Α.Π.Η. της περιοχής τους. Ταυτοχρόνως υφίστανται και κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) καθώς και αρκετά γηροκομεία και οίκοι ευγηρίας αλλά και θεραπευτήρια με τομέα δραστηριοποίησης τις χρόνιες παθήσεις. Επιπλέον, υφίστανται και περιφερειακά και γενικά νομαρχιακά νοσοκομεία αλλά και ορισμένα κέντρα υγείας στο σύνολο της Ελληνικής επικράτειας (Ζαχαροπούλου, 2013).

Η Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών έχει προβεί στην ανάπτυξη εκπαιδευτικού προγράμματος και συναφούς παροχής υποστηρικτικών υπηρεσιών των φροντιστών πασχόντων από Alzheimer. Αδιαμφισβήτητα η συμμετοχή των φροντιστών σε συναφείς υποστηρικτικές ομάδες συνδράμει, ώστε να βοηθηθούν αλλά και να ενημερωθούν οι οικογένειες των πασχόντων από Alzheimer (Ζαχαροπούλου, 2013).

Σημειώνεται ότι στην τρέχουσα χρονική συγκυρία οι δομές που αφορούν ζητήματα άνοιας κατά κανόνα αφορούν άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας, ενώ οι προσφερόμενες υπηρεσίες παρέχονται κατά αποσπασματικό τρόπο καθώς επισημαίνεται έλλειψη κρατικού κεντρικού σχεδιασμού, ώστε να αναληφθούν και συναφείς δράσεις. Από την στιγμή που το οικογενειακό περιβάλλον προβαίνει στην ανάληψη των ευθυνών φροντίδας αποθαρρύνεται η ανάπτυξη κάθε είδους κρατικής παρέμβασης. Επιπλέον, η πρόσληψη φθηνού εργατικού δυναμικού γυναικών που έχουν μεταναστεύσει στην Ελλάδα εκ μέρους μιας σημαντικής αναλογίας Ελληνικών οικογενειών, χρήζει της ενεργοποίησης κρατικής και περιφερειακής κοινωνικής πολιτικής αναφορικά με τη κατεύθυνση της προσφοράς της προσήκουσας στήριξης των μελών των οικογενειών ως φροντιστών. Απαραίτητη κρίνεται και η παραλληλη ανάπτυξη αποτελεσματικού τύπου δημοσίων υπηρεσιών που ασχολούνται με την υγεία και την παροχή κοινωνικής φροντίδας (Ζαχαροπούλου, 2013).

Μέσω της διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας έχει εκδοθεί συναφής υπουργική απόφαση η οποία άπτεται της ανάπτυξης δομών και υποδομών του τομέα ψυχικής υγείας εντός των πλαισίων του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Υγείας και Πρόνοιας του μέτρου 2.3 του Γ΄ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης. Κατά τα όσα ορίζει η συναφής απόφαση είναι εγκεκριμένος ο σκοπός ανάπτυξης σχετικής δομής και υποδομής από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικής υφής. Ειδικότερα, η Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών η οποία δραστηριοποιείται στις περιοχές της Θεσσαλονίκης, του Βόλου, του Πειραιά και των Χανίων έχει αποσπάσει κρατική έγκριση δημιουργίας Μονάδας

Αντιμετώπισης Προβλημάτων της νόσου Alzheimer. Μέσα στα πλαίσια ανάπτυξης της συγκεκριμένης μονάδας θα περιλαμβάνεται η δημιουργία οικοτροφείου, κέντρου ημέρας αλλά και υπηρεσίας παροχής οικογενειακής υποστήριξης στα προαναφερθέντα παραρτήματα (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 2002).

Παράλληλα αντίστοιχη δομή είναι εγκεκριμένη στα πλαίσια δράσης της Ψυχογηριατρικής εταιρείας «*Ο Νέστωρ*» σε Αθήνα και Χίο. Εντός των πλαισίων δράσης των προαναφερθεισών δομών θα καθίσταται εφικτή η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όσους χρήζουν ψυχογηριατρικής φροντίδας αλλά και στις οικογένειες τους μέσω εκπαιδευμένου υγειονομικού προσωπικού, ώστε να μπορεί να συνεχιστεί η παροχή ψυχογηριατρικής φροντίδας αλλά και η παραμονή των ατόμων αυτών στα πλαίσια της κοινότητας (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 2002).

3.3 Ανάλυση των οικονομικών διαστάσεων της νόσου Alzheimer

Στην Ελληνική επικράτεια επισημαίνεται έλλειψη επαρκών δεδομένων αναφορικά με το κόστος της άνοιας. Το προαναφερθέν συνεπάγεται ότι υπάρχει απουσία γνώσης σε σχέση με ζητήματα επιμερισμού του κόστους ως άμεσου, έμμεσου, κόστους νοσηλείων, φαρμακευτικής αγωγής και συννοσηρότητας (Ζαχαροπούλου, 2013).

Στο σημείο αυτό χρειάζεται να επισημανθεί ότι ευρύτερα ως άμεσο κόστος (direct cost) ορίζεται το κόστος το οποίο δύναται να εντοπιστεί, να αποδοθεί με ευκολία σε ένα αντικειμενικό κόστος όπως λόγου χάρη συνιστά το άμεσο εργατικό κόστος, ή το άμεσο κόστος υλικών. Αντίθετα, ο ορισμός του έμμεσου κόστους (indirect cost) σχετίζεται με το κόστος το οποίο δεν δύναται κατά προφανή τρόπο να εντοπιστεί και να αποδοθεί σε ένα προϊόν ή ευρύτερα σε οποιοδήποτε είδους αντικείμενο κόστους όπως λόγου χάρη συνιστά ο τύπος του βιομηχανικού κόστους ή του κόστους έμμεσης εργασίας (Παναγιώτου, 2004).

Μέσα από τα όσα επισημαίνει ο Κυριόπουλος, (2002), μέσω της συνδρομής ομάδας ειδικών και με τη μεθοδολογική προσέγγιση του consensus panel έχει υπολογιστεί ότι το ποσό του μηνιαίου κόστους ενός ασθενούς όπου ακόμα διατηρεί την αυτονομία του κυμαίνεται στα 341€ ενώ όταν διανύει το στάδιο της εξάρτησης το συγκεκριμένο κόστος ανελίσσεται στα 957€ για να εκτοξευτεί στα 1.267€ όταν ο πάσχοντας νοσηλεύεται σε ίδρυμα. Από τα

προαναφερθέντα προκύπτει ότι το ετήσιο κόστος για έναν πάσχοντα από Alzheimer κυμαίνεται ανάμεσα στα 4.092 – 15.204€ όπου το μεγαλύτερο ποσοστό του προαναφερθέντος ετησίου κόστους άπτεται του κόστους άτυπης φροντίδας και της συναφούς απώλειας παραγωγικότητας (Κυριόπουλος, 2002).

Πιο ειδικά, σχετικά με το χρόνο που πρέπει να δαπανήσουν οι φροντιστές στο στάδιο εξάρτησης του ασθενούς διαπιστώθηκε ότι στο σπίτι απαιτούνται περίπου 168 ώρες σε μηνιαία βάση και κατά προσέγγιση 72 ώρες για την παροχή βοήθειας κάποιας οικιακής βοηθού. Επιπλέον, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η παροχή επαγγελματικής ιατρικής φροντίδας σημειώνει αύξηση όσο ο ασθενής μεταβαίνει από το στάδιο κατά το οποίο είναι σε θέση να διατηρήσει την αυτονομία του στο στάδιο που βρίσκεται υπό το κράτος εξάρτησης στο σπίτι και μειώνεται όσο τείνει να νοσηλευτεί σε κάποιο ίδρυμα. Συμπερασματικά, η φροντίδα σε ίδρυμα συρρικνώνει την οικογενειακή δέσμευση και αυξάνει κατακόρυφα το ζήτημα του συνολικού κόστους φροντίδας του ασθενούς (Κυριόπουλος, 2002).

Περαιτέρω μέσω απλής αναγωγής του διεθνούς χαρακτήρα δεδομένων που άπτονται της περίπτωσης της Ελλάδας ο ερευνητής οδηγείται στο συμπέρασμα ότι το ποσό του συνολικού κόστους της νόσου, αμέσου και εμμέσου δηλαδή, υπερβαίνει τα ποσό των 3 δισεκατομμυρίων ευρώ σε ετήσια βάση και μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να αγγίξει και τα 6 δις ετησίως στην περίπτωση που για την αναγωγή γίνει χρήση δεδομένων προερχομένων μόνο μέσω της εξέτασης ανεπτυγμένων οικονομιών επιδημιολογικού και δημογραφικού προφίλ αντιστοίχου της Ελλάδας. Η συγκεκριμένη δαπάνη δηλώνει κατάδηλα και ενδεχόμενη δυνατότητα συρρίκνωσης του κόστους μέσω μιας ορθολογικής διαχώρισης της νόσου. Μέσω της συντηρητικής εκτίμησης του εθνικού κόστους περί άνοιας των 6 δις σε ετήσια βάση το Ελληνικό κράτος υποχρεούται να θέσει ως δεκαετή στόχο την αύξηση της χρηματοδότησης της εγχώριας έρευνας περί άνοιας στο ποσό των 60 εκατομμυρίων ευρώ σε ετήσια βάση (Ζαχαροπούλου, 2013).

3.4 Υφιστάμενες ελλείψεις

Στο σημείο αυτό επιβάλλεται να δοθεί έμφαση στο γεγονός απουσίας Εθνικού Σχεδίου Δράσης περί της άνοιας καθώς δεν έχουν αναπτυχθεί ειδικού τύπου εθνικές στρατηγικές, ώστε να επέλθει η προσήκουσα αντιμετώπιση των ιατρικών και κοινωνικών επιπτώσεων της άνοιας στην Ελληνική επικράτεια αλλά και να υπάρξει και συναφής οργάνωση υπηρεσιών και δόμων υγείας (Ζαχαροπούλου, 2013).

Ειδικότερα επισημαίνεται η απουσία επαρκούς ενημέρωσης της κοινότητας με απότοκο τη μη έγκαιρη πρόσβαση των ασθενών αλλά και των φροντιστών σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας παροχής φροντίδας. Απότοκο της προαναφερθείσας κατάστασης είναι η απώλεια πολύτιμου χρόνου, αρχής γενομένης εκ των πρώτων συμπτωμάτων της νόσου. Επιπλέον, το ιατρικό προσωπικό δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένο ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στο ζήτημα της σημαίνουσας ανάγκης έγκαιρου εντοπισμού, παραπομπής και διαχείρισης των ανοϊκών ασθενών. Κατ' επέκταση δεν δύναται να εξασφαλιστεί το ζήτημα της εύκολης και ισότιμης πρόσβασης των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος αναφορικά με την έγκαιρη διάγνωση, τη καλύτερη φροντίδα και την ορθή θεραπεία ανεξάρτητα από τον τόπο διαμονής τους. Επιπρόσθετα, εκλείπουν τα πρωτόκολλα εξέτασης ανοϊκών ασθενών σε ό,τι σχετίζεται με τη λειτουργία των τμημάτων επειγόντων περιστατικών και νοσηλείας στα αντίστοιχα τμήματα των κλινικών που εδράζονται σε γενικά νοσοκομεία όταν υπάρχουν άτομα τα οποία νοσηλεύονται με διάφορες συναφείς συννοσηρότητες αρκετά συνηθισμένες για τα άτομα τρίτης ηλικίας (Πριόβουλος, 2013).

Επιπλέον απουσιάζουν τα λεγόμενα ιατρεία μνήμης εντός των πλαισίων κάθε νομαρχιακού νοσοκομείου, παρόλο που υφίσταται η Υ5β/Γ.Π./οικ 46769/2012 απόφαση του σχεδίου ΨΥΧΑΡΓΩΣ, η οποία και θεσπίστηκε κατά τις βασικές αρχές όπου θέτει η κοινωνική ψυχιατρική περί καταμερισμού των διαφόρων υπηρεσιών. Ταυτόχρονα, απουσιάζουν τα κέντρα ημέρας σε σχέση με το ζήτημα της παροχής θεραπειών μη φαρμακευτικού χαρακτήρα αλλά και σε σχέση με το ζήτημα της παροχής υποστήριξης στους φροντιστές σε ό,τι άπτεται όλων σχεδόν των μικρών πόλεων των αγροτικών περιοχών και των νησιών της Ελλάδος. Επίσης, υπάρχει απουσία δικτύου παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών κοινωνικού χαρακτήρα, ώστε να υποστηρίζονται τόσο οι ασθενείς όσο και οι φροντιστές τους μετά το πέρας της διάγνωσης. Το απασχολούμενο προσωπικό τόσο των ΚΗΦΗ όσο και των ΚΑΠΗ αλλά και του προγράμματος

βοήθειας στο σπίτι δεν έχει την καταλληλή εκπαίδευση στην διαχείριση των περιστατικών της άνοιας, ενώ ταυτόχρονα επισημαίνεται άνιση κατανομή των προαναφερθέντων υπηρεσιών και δομών ειδικά αναφορικά με τις ελλείψεις σε αγροτικές και νησιώτικες περιοχές (Ζαχαροπούλου, 2013).

Παρατηρείται ακόμα απουσία δομών βραχύχρονης παραμονής –κέντρα ημέρας των ανοϊκών ασθενών με αποτέλεσμα να καθίσταται ανέφικτη η δυνατότητα ανάπαυσης και ανακούφισης των φροντιστών από το συνεπαγόμενο φορτίο τους. Επιπρόσθετα, απουσιάζουν στην Ελλάδα και οι ξενώνες ολιγοήμερης παραμονής των πασχόντων ώστε να είναι εφικτή η ανακούφιση των φροντιστών από το φορτίο τους και η αποφυγή της χρόνιας σωματικής και ψυχικής τους επιβάρυνσης. Ελλείψεις επίσης επισημαίνονται και σε σχέση με την ύπαρξη ειδικών ιδρυμάτων παροχής παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου όπως επίσης δεν υφίστανται παρά ελάχιστες κατ' οίκον υπηρεσίες για τη φροντίδα των ανοϊκών ασθενών. Παράλληλα, δεν υφίσταται ούτε η θεσμοθέτηση επαρκών επιδομάτων, οικονομικών βοηθημάτων και ευρύτερα μέτρων ανακούφισης του επαχθούς φορτίου του φροντιστή, όπως λόγου χάρη η θεσμοθέτηση ειδικής άδειας φροντιστή ανοϊκού ασθενούς, έκπτωση εισιτηρίων σε μέσα μαζικής μεταφοράς, κ.λ.π. (Ζαχαροπούλου, 2013).

4 ΑΓΟΡΑ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

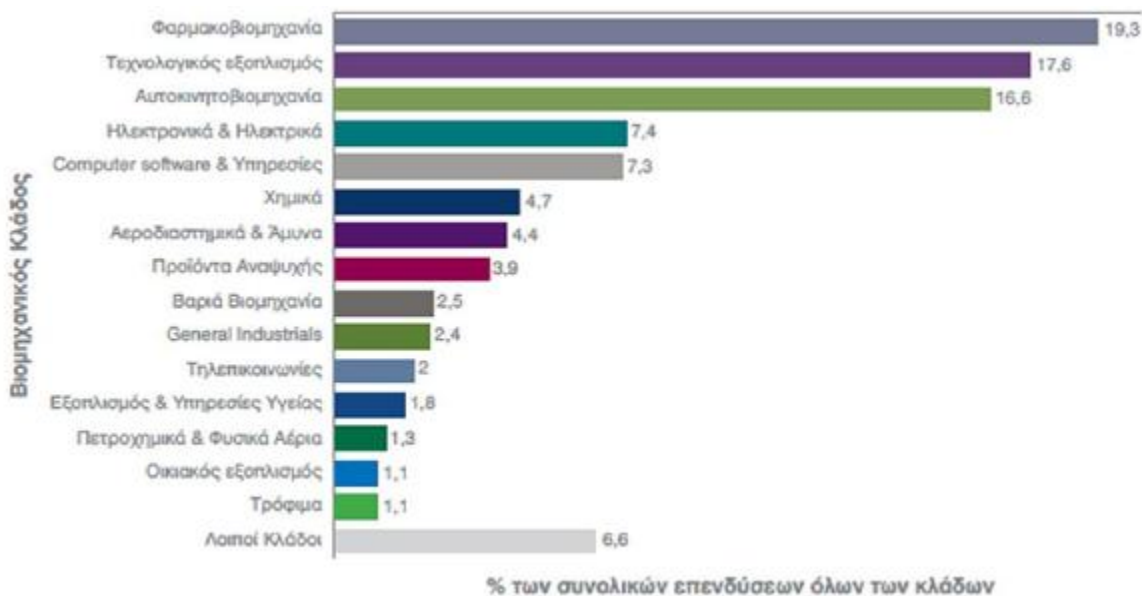
4.1 Δομικά στοιχεία και ιδιαιτερότητες της φαρμακευτικής αγοράς

Μολονότι αρκετοί τυγχάνει να αποδέχονται το ρόλο των φαρμακοβιομηχανιών σε ότι άπτεται της καινοτομίας και της συμμετοχής τους σε θέματα ανάπτυξης και οικονομίας, εντούτοις κατά καιρούς εγείρονται αρκετά ηθικής και πρακτικής υφής ζητήματα σε σχέση με τον τρόπο που δομείται η συγκεκριμένη αγορά. Αναμφίβολα βέβαια ζητήματα προστασίας της πνευματικής ιδιοκτησίας μέσω διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας, θέματα υψηλού κόστους για έρευνα και ανάπτυξη σε συνδυασμό με το ζήτημα των διαδικασιών και της διάρκειας έγκρισης και κυκλοφορίας του φαρμάκου, καθώς και ζητήματα διαφοροποίησης του προϊόντος και πίστης του καταναλωτή στο εμπορικό σήμα αποτελούν ορισμένα από τα χαρακτηριστικά τα οποία και προσδίδουν στην φαρμακευτική αγορά χαρακτήρα μονοπωλίου. Συνεπώς, αναπτύσσονται αρκετά εμπόδια ως προς την ελεύθερη είσοδο προμηθευτών στο πεδίο της φαρμακευτικής αγοράς και της πρόκλησης ανταγωνιστικών συνθηκών (Κυριόπουλος, 2012).

Ως εκ τούτου, εξαιτίας της ιδιαίτερης δομής και των χαρακτηριστικών της, η φαρμακοβιομηχανία σε αρκετές περιπτώσεις δέχεται κατηγορίες για αδικαιολόγητα υψηλές τιμές και κέρδη, αλλά και για συμπεριφορές κατάχρησης των προνομίων της πατέντας σε συνδυασμό με την κάκιστη κατανομή των υφιστάμενων πόρων (Steele, 1964). Από την άλλη βέβαια δύναται να υποστηριχτεί ότι οι υψηλές τιμές είναι επιβεβλημένες προκειμένου να υπάρξει απόσβεση του κόστους και του υψηλού ρίσκου αποτυχίας των φαρμακοβιομηχανιών, την στιγμή που τα διαμορφωθέντα κέρδη τους γύρω από το ποσοστό του 16,2%, είναι αυτά τα οποία αφήνουν περιθώριο συνέχισης της επένδυσης από μέρους των φαρμακοβιομηχανιών στην έρευνα και την ανάπτυξη. Χαρακτηριστικό είναι το Σχήμα 4.1 το οποίο αποτυπώνει τα ποσά που έχουν επενδυθεί σε έρευνα και ανάπτυξη από τις διάφορες βιομηχανίες με τη φαρμακοβιομηχανία να κατέχει κυριαρχη θέση (Παπαχρονόπουλος, 2013).

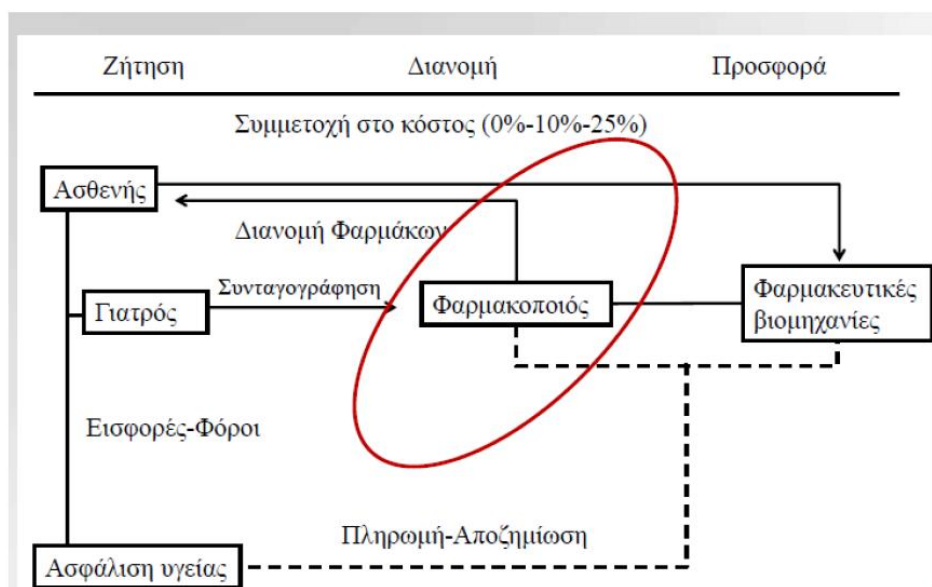
Επιπροσθέτως, η ιδιάζουσα φύση της φαρμακευτικής αγοράς είναι αυτή η οποία προξενεί στρεβλώσεις οι οποίες και άπτονται της τριχοτόμησης της ζήτησης και της σχέσης διαμεσολάβησης, της μη συμμετρικής και ελλιπούς πληροφόρησης αλλά και του κινδύνου απώλειας ζωής και ποιότητας ζωής. Ειδικότερα, το γεγονός ότι υφίσταται δημόσια και ιδιωτική

Σχήμα 4.1: Ποσά επενδύσεων για έρευνα και ανάπτυξη ανά κλάδο βιομηχανίας ως ποσοστό επί του συνόλου των επενδύσεων όλων των βιομηχανικών κλάδων σε σχέση με την έρευνα και την ανάπτυξη.



Πηγή: (Παπαχρονόπουλος, 2013).

Σχήμα 4.2: Δομικά στοιχεία της φαρμακευτικής αγοράς.



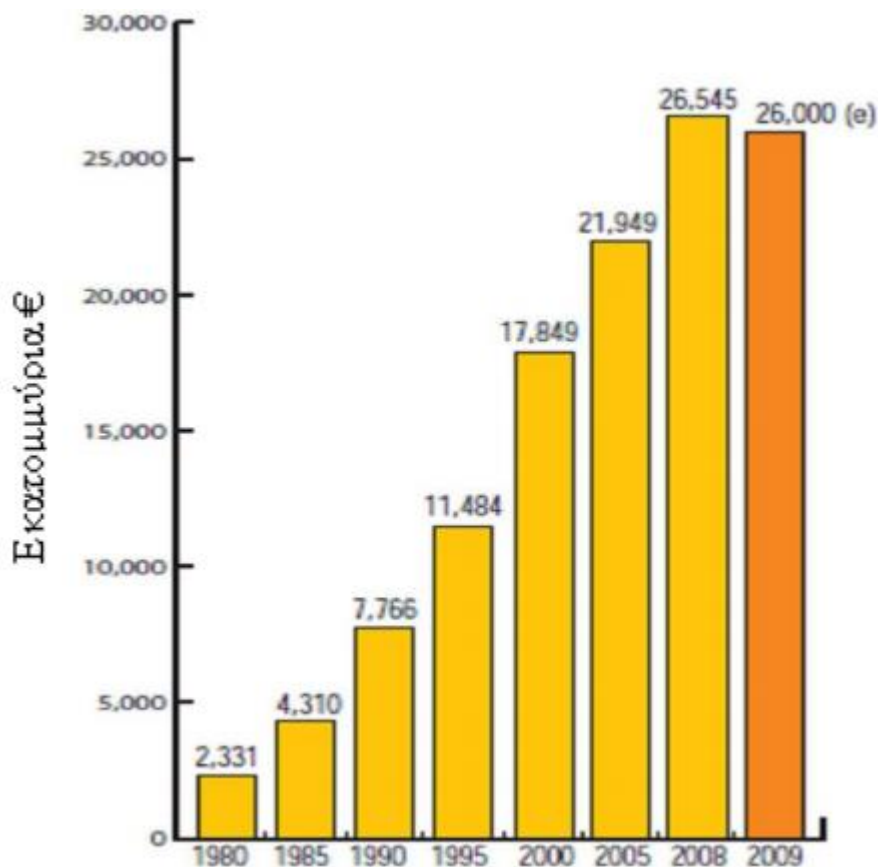
Πηγή: (Κυριόπουλος, 2012).

ασφάλιση υγείας προξενεί τριχοτόμηση της ζήτησης, η οποία και αποτυπώνεται μέσω της συνταγογράφησης του ιατρού, της κατανάλωσης του ασθενούς και της ασφάλισης να επιχειρεί να καλύψει σε σημαντικό βαθμό το συνεπαγόμενο κόστος φαρμακευτικής δαπάνης. Η προαναφερθείσα διαδικασία χαρακτηριστικά αποτυπώνεται στο Σχήμα 4.2 μέσω της οποίας καθίσταται ευδιάκριτος ο ρόλος του ιατρού ως καθοριστικής σημασίας παράγοντα της προσφοράς και της ζήτησης των εκάστοτε φαρμάκων.

4.2 Κόστος και συναφείς δυσχέρειες ανακάλυψης νέων φαρμακευτικών μορίων

Κατά τις αναφορές του European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, (2012), για το ποσό των 10.000 ουσιών οι οποίες συνθέτονται στο εργαστήριο κατά μέσο όρο μόνο μια ή δυο αναμένεται να περάσουν με επιτυχία όλο το φάσμα των σταδίων αξιολόγησης και τελικά να εισαχθούν στην αγορά. Το χρονικό διάστημα το οποίο απαιτείται αρχής γενομένης της σύνθεσης ενός φαρμάκου στο εργαστήριο μέχρι και το στάδιο της τελικής του μορφής είναι ιδιαίτερα μεγάλο, καθώς σύμφωνα με εκτιμήσεις απαιτούνται ερευνητικές απόπειρες δώδεκα έως δεκατριών ετών. Ταυτόχρονα, το συνεπαγόμενο κόστος έρευνας και ανάπτυξης προκειμένου να συντεθεί μια φαρμακευτική ουσία ανέρχεται στα € 1,059 εκατομμύρια ή (\$ 1,318 εκατομμύρια) και αυτό ενδεικτικά για το 2005. Κατά συνέπεια, προκειμένου οι εταιρείες να είναι σε θέση να ανταποκριθούν σε αυτά τα μεγέθη απαιτούνται διαρκώς νέες επενδύσεις, ώστε και να επιτευχθεί συνεκδοχικά η παραγωγή νέων επιτυχημένων μορίων τα οποία θα πρέπει να είναι κερδοφόρα προκειμένου να καλυφτεί τόσο το δικό τους κόστος έρευνας και ανάπτυξης αλλά και το κόστος της ανακάλυψης άλλων μορίων, τα οποία τελικά θα αποτύχουν να εισαχθούν στην αγορά. Αναφορικά λοιπόν με τις φαρμακοβιομηχανίες, σημειώνεται ότι η χρηματοδότηση της έρευνας σε σημαντικό βαθμό τελείται από την συνδρομή ιδίων κεφαλαίων. Σχήμα 4.3 διαφαίνονται τα ποσά τα οποία δαπανήθηκαν για την έρευνα και την ανάπτυξη στον κλάδο του φαρμάκου μόνο στον Ευρωπαϊκό χώρο κατά τις εκτιμήσεις του European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, (2012).

Σχήμα 4.3: Ποσά δαπανών για φαρμακευτική έρευνα και ανάπτυξη στην περιοχή της Ευρώπης.

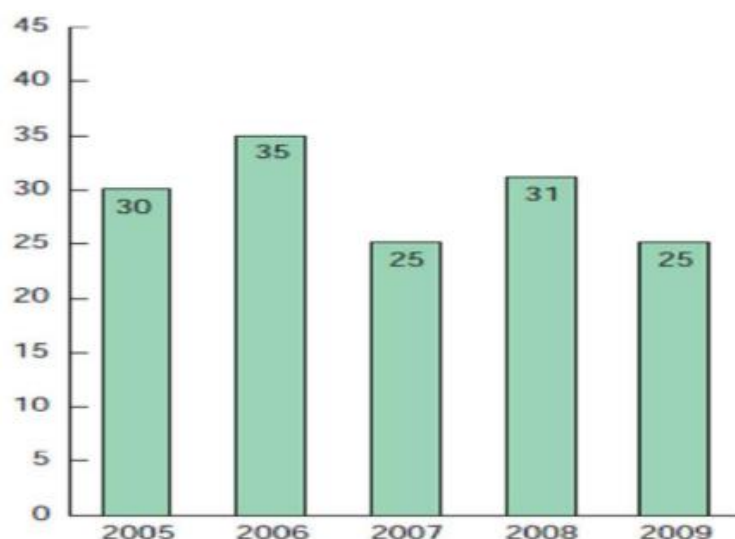


Πηγή: (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, 2012).

Μολονότι το κόστος πραγματικά φαντάζει απόλυτα υπερβολικό, υφίστανται μια σειρά παραγόντων οι οποίοι και συμμετέχουν στην σύνθεση των εν λόγω μεγεθών. Για παραδειγμα, τα υψηλά ποσοστά αποτυχίας σε συνδυασμό με τον διαρκώς αυξανόμενο αριθμό κλινικών δοκιμών οι οποίες καθίστανται επιβεβλημένες προκειμένου ένα φάρμακο να εξασφαλίσει την έγκριση των αρμόδιων ρυθμιστικών αρχών, συνιστούν τους πλέον θεμελιώδεις λόγους εκτίναξης του φαρμακευτικού κόστους. Ταυτόχρονα, πολλά μόρια τα οποία ήταν πολλά υποσχόμενα τελικά όταν διέλθουν το τελικό στάδιο των κλινικών δοκιμών δύναται να αποτύχουν καθώς, όπως προαναφέρθηκε, μόνο 1-2 από το σύνολο των 10.000 φαρμάκων τελικά καταφέρνουν να εξασφαλίσουν την τελική έγκριση. Ακόμα δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι υφίστανται και περιπτώσεις φαρμάκων τα οποία ενδέχεται να αποσυρθούν ακόμα και μετά την

έναρξη της κυκλοφορίας τους ³. Συνεπεία όλων των παραπάνω δημιουργούνται εμπόδια εισόδου στην αγορά του φαρμάκου για πολλές εταιρείες, ενώ ταυτοχρόνως προξενείται ένα είδος ασφυκτικής πίεσης για ποσοστά μεγάλης κερδοφορίας σε ό,τι άπτεται οποιουδήποτε επιτυχημένου μορίου. Αξίζει βέβαια να επισημανθεί ότι η αναφορά των εμποδίων εισόδου στην αγορά δεν βρίσκει εφαρμογή στο τμήμα της αγοράς των γενόσημων φαρμάκων. Στο Σχήμα 4.4 αποτυπώνονται ευκρινώς οι δυσκολίες παραγωγής νέων δραστικών φαρμάκων παγκοσμίως (Παπαχρονόπουλος, 2013).

Σχήμα 4.4: Αριθμός λανσαρίσματος νέων ενεργών ουσιών για την περίοδο 2005-2009.



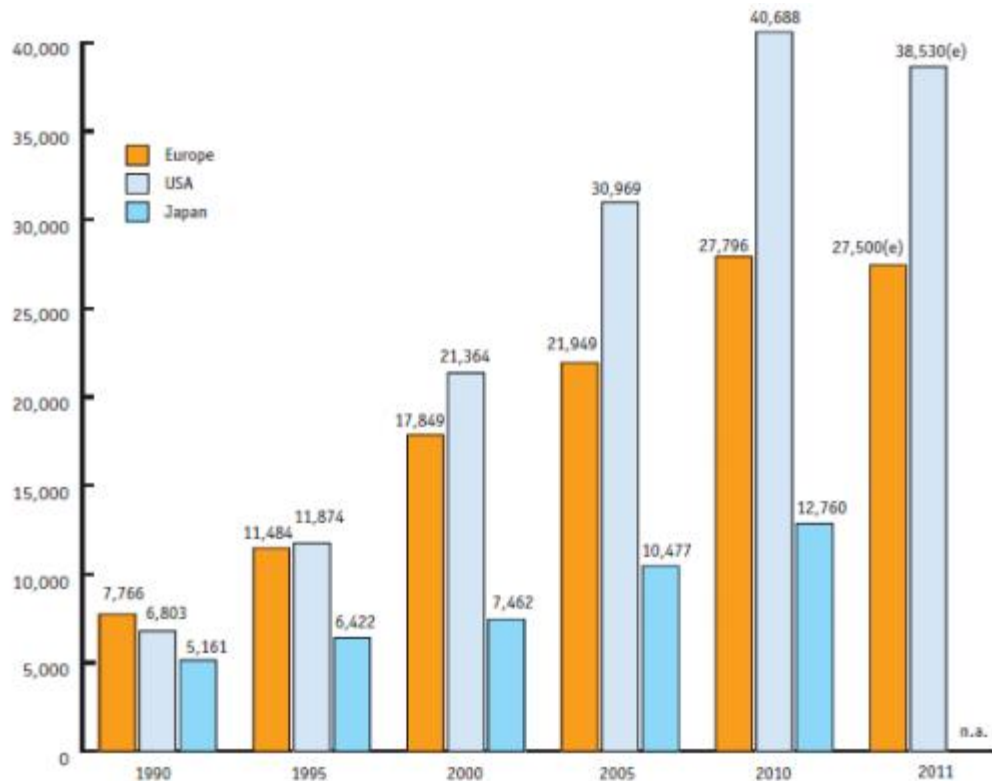
Πηγή: (Παπαχρονόπουλος, 2013).

Τονίζεται ότι στο διάστημα της πενταετίας 2006-2010 το ζήτημα της εισόδου νέων μορίων ήταν σχετικά περιορισμένο, καθώς εισήλθαν στη φαρμακευτική αγορά μόνο 140 νέα είδη φαρμακευτικών μορίων, τα οποία εμφάνισαν μέσο όρο εισόδου 28 ανά έτος παραγωγής. Τουναντίον, οι προβλέψεις της πενταετίας 2011-2016 αναμένεται να είναι πιο αισιόδοξες πολλαπλά νέα φαρμακευτικά μόρια αναμένεται να εμφανιστούν στην αγορά με μέσο όρο παραγωγής ανά έτος τα 32-37 μόρια (IMS Health, 2012). Συνεκδοχικά, το θετικό στοιχείο είναι ότι σε ένα ευρύ φάσμα ασθενειών όπως για παράδειγμα συνιστούν το Alzheimer, τα αυτοάνοσα νοσήματα, ο διαβήτης, αλλά και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η φαρμακευτική αγορά είναι σε αναμονή νέων καινοτόμων θεραπειών, γεγονός το οποίο και δίνει αρκετές ελπίδες για τη

³ <http://www.virtualpharmacy.gr/cox.htm>, (29/08/2014).

μελλοντική διαχείριση των παραπάνω ασθενειών (Παπαχρονόπουλος, 2013).

Σχήμα 4.5: Δαπάνες για έρευνα και ανάπτυξη στον φαρμακευτικό κλάδο σε Ευρώπη, Αμερική και Ιαπωνία.



Πηγή: (Παπαχρονόπουλος, 2013).

4.3 Χρήση πρωτοτύπων και γενόσημων φαρμάκων

Είναι απαραίτητη στο σημείο αυτό η αναφορά στα πρωτότυπα και γενόσημα φαρμάκα. Πρωτότυπα (brand name drugs) ονομάζονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία και αποτελούν ένα είδος θεραπευτικής καινοτομίας, εξού και προστατεύονται με δικαιώματα ευρεσιτεχνίας- πατέντας. Από την άλλη, ως γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα (generic drugs) ορίζονται τα σκευάσματα εκείνα τα οποία κυκλοφορούν δίκην βιοϊσοδύναμων αντιγράφων ενός μη προστατευόμενου πλέον από δικαιώματα πατέντας πρωτότυπου φαρμάκου (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών-IOBE, 2013). Το γενόσημο φάρμακο είναι ακριβώς το ίδιο με το πρωτότυπο φάρμακο σε ό,τι αφορά τη δοσολογία, την ισχύ του, του

τρόπου λήψεως του, την ποιότητα της απόδοσης και της σκοπιμότητας της χρηστικής του αξίας. Κατά συνέπεια, φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία έχουν αποσπάσει αξιολογήσεις από τις αρμόδιες ελεγκτικές επιτροπές ως «θεραπευτικά ισοδύναμα» προσδοκείται να επιφέρουν τα ίδια θεραπευτικά αποτελέσματα και να μην εμφανίζουν διαφοροποιήσεις στις περιπτώσεις επιλογής τους ως υποκατάστατα των πρωτότυπων προϊόντων (Παπαχρονόπουλος, 2013).

Στην περίπτωση της Ελλάδας κατά τα όσα ορίζει ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) η διαδικασία της αδειοδότησης των γενοσήμων λαμβάνει χώρα σύμφωνα με τις οδηγίες της κοινοτικής νομοθεσίας και προβλέπει ανάμεσα σε άλλα τη διεξαγωγή μελέτης ή μελέτη εξαιρέσης από την υποβολή μελέτης βιοϊσοδυναμίας κατά περίπτωση σε ότι συναρτάται με την εκάστοτε περίπτωση εξέτασης και αδειοδότησης ενός γενοσήμου φαρμάκου (Παπαχρονόπουλος, 2013).

Σχήμα 4.6: Παγκόσμια φαρμακευτική δαπάνη σε πρωτότυπα και γενόσημα τα έτη 2011 και 2016.



Πηγή: (IMS Health, 2012).

4.4 Τάσεις της παγκόσμιας αγοράς

Οι ανεπτυγμένες αγορές, μέσα στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι αγορές των ΗΠΑ, της Ιαπωνίας αλλά και της Ευρώπης, ουσιαστικά διανύουν μια φάση στασιμότητας. Η επίδραση των χαμηλών ρυθμών ανάπτυξης της Αμερικής σε συνδυασμό τόσο με τους εξαιρετικά ισχυρούς κλυδωνισμούς των οικονομιών της Ευρωζώνης αλλά και με την πληθυσμιακή γήρανση έχουν επιφέρει αύξηση στο ποσοστό των χρόνιων παθήσεων και ακολούθως τη δημιουργία ενός δυσεπίλυτου προβλήματος των οικονομικών της υγείας για όλο το φάσμα των ανεπτυγμένων χωρών. Ταυτόχρονα, έχει καταστεί προτεραιότητα ο συγκερασμός της ανάγκης μείωσης του κόστους και της συνακόλουθης ορθολογικής περιστολής των δαπανών υγείας. Αποτέλεσμα της προαναφερθείσας κατάστασης είναι ότι σε όλο το φάσμα των ανεπτυγμένων χωρών κατά το μάλλον ήττον λαμβάνονται παρομοίου τύπου πολιτικές συρρίκνωσης των δαπανών υγείας, έχοντας ως θεμελιώδη άξονα τους την χρησιμοποίηση γενοσήμων φαρμάκων προκειμένου να υπάρξει μείωση των φαρμακευτικών σκευασμάτων και μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης (Παπαχρονόπουλος, 2013).

Εντούτοις, εξαιτίας του υψηλού βιοτικού επιπέδου των κατοίκων των προαναφερθεισών χωρών αλλά και της ασφαλιστικής τους κάλυψης σε σημαντικό βαθμό, είτε μέσω του δημοσίου συστήματος ασφάλισης, είτε μέσω των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών, το ποσό της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης στην περίπτωση αυτής της κατηγορίας των χωρών θα συνεχιστεί να κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με εκτιμήσεις ενδέχεται να ανέλθει στο ποσό των 609 δολαρίων ανά άτομο κατά το έτος 2016 (IMS Health, 2012) σε αντίθεση με τα 431,6 που είχε διαμορφωθεί το έτος 2006 (World Health Organization-WHO, 2012).

Από την άλλη βέβαια μεριά υφίστανται αγορές οι οποίες αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό, όπως επί παραδείγματι συνιστούν χώρες όπως η Βραζιλία, η Ινδία, η Κίνα και η Ρωσία. Οι προαναφερθείσες ταχέως αναπτυσσόμενες αγορές διέπονται από το στοιχείο της σημαντικής οικονομικής ανάπτυξης και της συνακόλουθης κατά κεφαλήν εισοδηματικής αύξησης. Παρόλα αυτά, η συγκεκριμένη εισοδηματική αύξηση συνδυασμένη με την υιοθέτηση του δυτικού τρόπου ζωής είναι πολύ πιθανό να επιφέρει καλπάζουσα αύξηση ασθενειών ευρέως διαδεδομένων στο Δυτικό κόσμο όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης και η δυσλιπιδαιμία. Οι προαναφερθείσες χώρες εκτιμάται ότι θα λειτουργήσουν ως ατμομηχανές της ανάπτυξης της

παγκόσμιας φαρμακευτικής αγοράς ως το 2016. Παρά την συγκεκριμένη ανάπτυξη, οι αναδυόμενες αγορές οι οποίες και συνιστούν τα 2/3 του πληθυσμού παγκοσμίως αναμένεται να εξακολουθήσουν να υπολείπονται έναντι των ανεπτυγμένων καθώς το ποσό της φαρμακευτικής τους δαπάνης προβλέπεται να διαμορφώνεται στα 91 δολάρια για το έτος 2016 (Παπαχρονόπουλος, 2013).

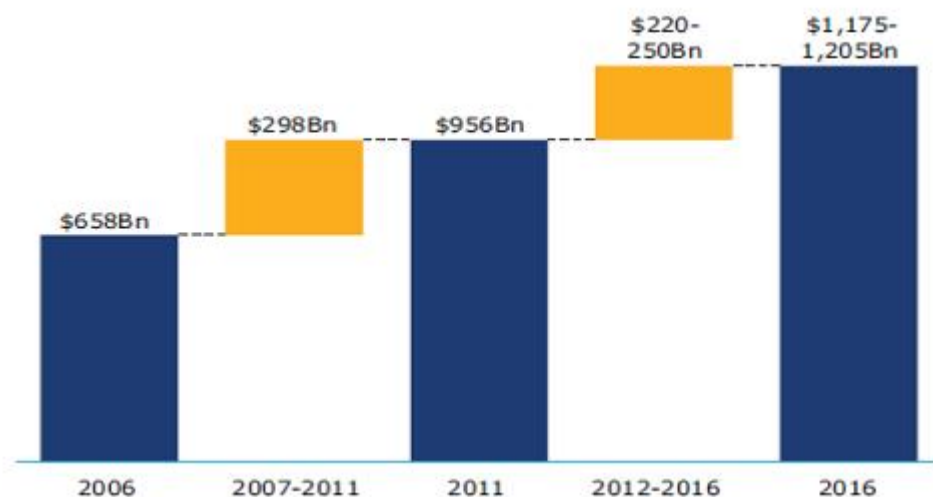
4.5 Φαρμακευτική δαπάνη παγκοσμίως

Σύμφωνα με των προβλέψεων της IMS Health, (2012), προβλέπεται αύξηση της παγκόσμιας φαρμακευτικής αγοράς με έτος ορόσημο το 2013 που αναμενόταν να έχει ξεπεραστεί το φράγμα του 1 τρισεκατομμυρίων δολαρίων. Ειδικότερα, μέχρι το 2016 προβλέπεται η αξία που φέρει η παγκόσμια φαρμακευτική δαπάνη να υπερβεί το 1 τρισεκατομμύρια δολάρια, κυρίως στις αγορές όπου αναδύονται με βασικό παράγοντα και μοχλό ανάπτυξης της την αγορά των γενόσημων φαρμάκων αλλά και των βιολογικών φαρμάκων. Η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης για το διάστημα της πενταετίας 2012-2016 αναμένεται να κυμανθεί μεταξύ 220-250 δις δολαρίων, ελαφρώς δηλαδή μειωμένη συγκριτικά με το διάστημα της προηγούμενης πενταετίας 2007-2011, όπου η αύξηση της κυμάνθηκε στο ποσό των 298 δις δολαρίων. Με βάση τα προαναφερθέντα, αναμένεται στη πενταετία 2012-2016 να σημειωθεί ένα είδος μικρής υστέρησης συγκριτικά με τη προηγούμενη πενταετία 2007-2011, η οποία σε γενικές γραμμές θεωρήθηκε μια σημαντική πενταετία για την βιομηχανία των φαρμάκων όπως αυτή αποτυπώνεται μέσα από το Σχήμα 4.7 (IMS Health, 2012).

Η αιτία της προαναφερθείσας υστέρησης αποδίδεται κυρίως στο ποσό της μικρότερης συνεισφοράς που διαφαίνεται ότι θα προέρχεται από τις αναπτυγμένες χώρες. Κατά συνέπεια, η συνδρομή των αγορών της ΗΠΑ, της Ευρώπης και της Ιαπωνίας προβλέπεται να σημειώνει πτώση στο 57% του συνόλου της φαρμακευτικής αγοράς παγκοσμίως συγκριτικά με το 73% όπου διαμορφώθηκε το 2006, μείωση δηλαδή η οποία αποδίδεται στη λήξη των πατέντων εξαιτίας της εμφάνισης αρκετών και σημαντικών πρωτότυπων φαρμάκων. Τουναντίον, αναμένεται ότι έως το 2016 οι αναπτυσσόμενες αγορές θα είναι σε θέση να καλύψουν το 30% της αγοράς παγκοσμίως εξαιτίας του γεγονότος ότι η οικονομική και πληθυσμιακή ανάπτυξη θα προξενήσει συνεκδοχική αύξηση της χρήσης των φαρμάκων σε σημαίνοντα βαθμό. Μια ακόμα ιδιαίτερα σημαίνουσα παράμετρος αφορά την αναμενόμενη αύξηση της χρήσης των γενόσημων

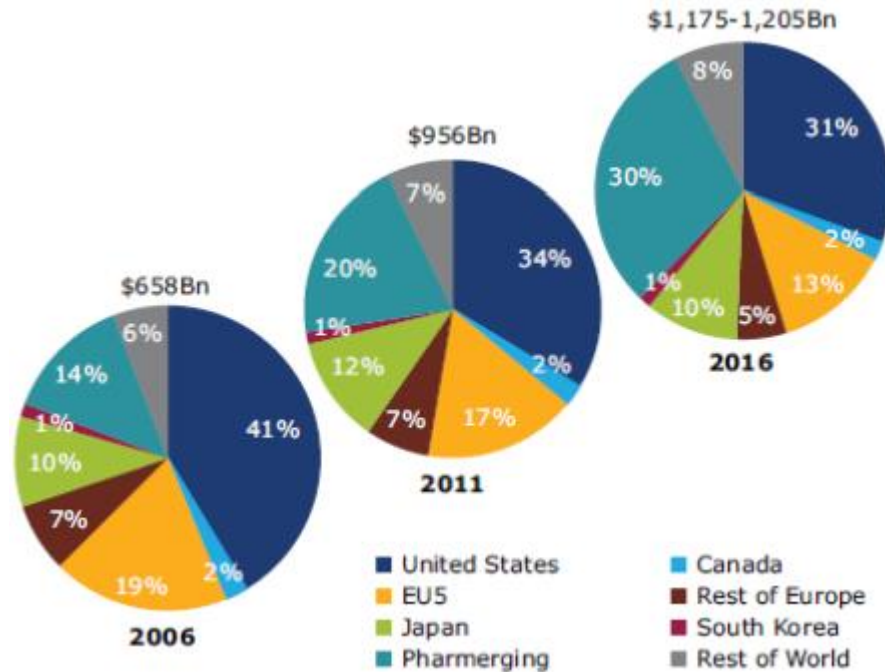
σε παγκόσμια κλίμακα. Η αιτία της εξέλιξης αυτής συναρτάται με το ζήτημα της λήξης αρκετών πατεντών στην Αμερική, γεγονός το οποίο προβλέπεται να μην αφήσει ανεπηρέαστες και τις λοιπές αναπτυγμένες αγορές σε συνδυασμό με την αύξηση του όγκου των φαρμακευτικών σκευασμάτων προερχομένων από τις αναπτυσσόμενες αγορές, σκευάσματα δηλαδή τα οποία ως επί το πλείστον πρόκειται να είναι γενόσημα (IMS Health, 2012; Παπαχρονόπουλος, 2013).

Σχήμα 4.7: Διαμόρφωση της παγκόσμιας φαρμακευτικής δαπάνης 2006-2016.



Πηγή: (IMS Health, 2012).

Σχήμα 4.8: Φαρμακευτική δαπάνη γεωγραφικά κατανομημένη.



Πηγή: (IMS Health, 2012).

Παρόλο που αναμένεται μείωση ως το 2016 του ποσοστού των πρωτότυπων φαρμάκων, εντούτοις σε απόλυτα νούμερα προβλέπεται να σημειωθεί αύξηση των πωλήσεων τους από 596 δις το 2011 στα 615-645 δις το 2016, ειδικά στις αναπτυγμένες οικονομίες. Ταυτόχρονα, οι πωλήσεις των γενοσήμων προβλέπεται να σημειώνουν ραγδαία αύξηση από 242 το 2001 στα 400-430 δις το 2016. Σημειώνεται ότι ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως των 224-244 δις δολαρίων θα προέρχεται από ιδιαίτερα χαμηλού κόστους γενόσημα φάρμακα, τα οποία και θα προωθούνται ως επί το πλείστον στις αναπτυσσόμενες αγορές (IMS Health, 2012; Παπαχρονόπουλος, 2013).

4.6 Ελληνική πραγματικότητα προ οικονομικής κρίσης και κατά τη διάρκεια αυτής

Η τρέχουσα πραγματικότητα της αγοράς του φαρμάκου στην Ελλάδα εμφανίζει ιδιαίτερα σημαντικό ενδιαφέρον, εξαιτίας του γεγονότος ότι διανύει ένα στάδιο μετεξέλιξης και αρκετά απότομων και σκαιών αλλαγών, οι οποίες ανατρέπουν δεδομένα και σταθερές προγενέστερων πολλών χρόνων. Η βιαιότητα των προαναφερθεισών αλλαγών στο χώρο της Ελληνικής φαρμακευτικής αγοράς σχετίζεται με την επίδραση χρόνιων στρεβλώσεων αυτής σε συνδυασμό με τη δεινή οικονομική κατάσταση της Ελλάδας και τις αναγκαστικές μεταρρυθμιστικές πολιτικές που επιβάλλουν οι μνημονικοί όροι και η τρόικα. Η Ελληνική φαρμακευτική αγορά στο διάστημα των δέκα τελευταίων ετών διακρίνεται από δυο περιόδους με σημαντικές διαφοροποιήσεις και αποκλίσεις με ορόσημο το 2009 όποτε και γίνονται αισθητά τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Η περίοδος μέχρι το 2009 διέπεται από το στοιχείο της έντονης αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης και της συνακόλουθης διόγκωσης της αγοράς με υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης, ενώ αντίθετα από το 2009 και μετά επισημαίνεται κατακόρυφη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, συρρίκνωση της αγοράς του φαρμάκου και μια πτωτική πορεία ανάπτυξης εκτεινόμενη ως την τρέχουσα χρονική συγκύρια (Παπαχρονόπουλος, 2013).

Η πορεία της φαρμακευτικής αγοράς αλλά και πιο εξειδικευμένα της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης συσχετίζεται άμεσα με την πορεία της οικονομίας της χώρας. Θεμελιώδη γνωρίσματα της πορείας της οικονομίας αρχής γινόμενης της κρίσης το 2009, αλλά και τώρα το 2014 συνιστούν τα μεγέθη του υψηλού δημοσίου χρέους και του μεγάλου ελλείμματος, παράμετροι δηλαδή όπου συσχετίζονται με το ζήτημα των δημοσίων δαπανών και της αντίστοιχης ανάγκης περιστολής αυτών. Σημαντικό ποσοστό επί του Ακαθαρίστου Εγχώριου Προϊόντος αποτελούν οι δαπάνες για την υγεία που κάλυπταν το 10,6% του ΑΕΠ το 2010 (WorldBank, 2011). Θεωρείται λοιπόν αναμενόμενο ότι ένα ιδιαίτερα βαρύνουσα σημασίας μερίδιο των δαπανών υγείας άπτεται και της φαρμακευτικής δαπάνης, όπου συγκεκριμένα για την Ελλάδα η φαρμακευτική δαπάνη κυμαινόταν το 2007 στο 24,8% επί του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Ταυτόχρονα, μέσα σε αυτό επιβάλλεται να συνυπολογιστεί και το υψηλό ποσοστό συμμετοχής του δημοσίου στο ζήτημα της αποζημίωσης των δαπανών που ειδικά για την Ελλάδα το 2007 διαμορφώθηκε στο 79% (World Health Organization-WHO,

2012).

Η ελληνική φαρμακευτική αγορά σημείωσε μείωση το 2010 σε ποσοστό 12,6% συγκριτικά με το 2009, ενώ η πτωτική αυτή τάση συνεχίστηκε και μέχρι τον Οκτώβριο του 2011 με ρυθμό που φέρει το αρνητικό πρόσημο του -8,9% συγκριτικά με το ποσό του αντίστοιχου διαστήματος του 2010. Οι τάσεις της φαρμακευτικής αγοράς πρόκειται και μέσα στο 2015 να εξακολουθούν να φέρουν αρνητικό πρόσημο ανάπτυξης διαμορφωθέν περί του -3.2% έως το 2015 (IMS Health, 2012; Παπαχρονόπουλος, 2013).

Η Ελλάδα βρέθηκε αντιμέτωπη με τη λήψη ενός συνόλου καίριων και ιδιαίτερα επώδυνων αποφάσεων, οι οποίες δεν μπορούσαν να αναβληθούν εξαιτίας του γεγονότος ότι αρκετές φορές εξωτερικοί παράγοντες ασκούσαν πιέσεις για την ανάληψη μέτρων καθώς και για το χρονοδιάγραμμα της συνεπούς υλοποίησής τους. Ο βασικότερος στόχος των πολιτικών που ακολουθούνται όμως συνιστάται στην ανεύρεση μιας χρυσής τομής χωρίς όμως σε καμία περίπτωση να επαπειλείται έστω και στο ελάχιστο η δημόσια υγεία και με δεδομένη τη διασφάλιση της εύκολης πρόσβασης του πληθυσμού στα απαραίτητα και αναγκαία για τις παθήσεις του φάρμακα (Παπαχρονόπουλος, 2013).

4.7 Μέτρα και συναφείς πολιτικές για τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ευρώπη

Η υψηλή φαρμακευτική δαπάνη δεν συνιστά μόνο Ελληνικό πρόβλημα αλλά σε μεγάλο ή μικρότερο βαθμό εγείρει προβληματισμούς και σε αρκετές χώρες της Ευρώπης. Κατ' επέκταση, αρκετοί από τους παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα ενυπάρχουν και στην Ευρώπη με αποτέλεσμα να λαμβάνονται διάφορα μέτρα για την αντιμετώπιση της. Επί παραδείγματι, ζητήματα αλλαγής σύνθεσης του πληθυσμού ή γήρανσης αυτού σε συνδυασμό με το μέγεθος και τη σύνθεση της συνταγογραφίας των γιατρών αλλά και με την εμφάνιση καινοφανών και ακριβότερων φαρμάκων δύναται να επιδράσουν στο καθορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης στον Ευρωπαϊκό χώρο. Συνάγεται λοιπόν ότι η επίδραση δημογραφικών, κοινωνικό-οικονομικών και τεχνολογικών παραμέτρων διαμορφώνει τη φαρμακευτική δαπάνη στην Ευρώπη. Η επίδραση των προαναφερθέντων παραγόντων συγκερασμένη με τις επιπτώσεις της μεγάλης οικονομικής κρίσης, η οποία

επισημαίνεται σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες, οδηγεί την Ευρώπη στο να προβαίνει σε άσκηση συγκεκριμένου τύπου πολιτικών απέναντι στα πρωτότυπα και τα γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα, αλλά και σε ό,τι άπτεται της δημιουργίας κανόνων οι οποίοι θα χαρακτηρίζουν τη μεταξύ τους σχέση (IMS Health, 2012; Παπαχρονόπουλος, 2013).

Ως εκ τούτου, η Ευρώπη η οποία και είχε το 24% της αγοράς των φαρμάκων το 2011 παγκοσμίως φαίνεται να έχει λάβει συνειδητά πολιτική απόφασης προώθησης των γενόσημων συγκριτικά με τα πρωτότυπα μέσα από την εφαρμογή διαφόρων μεθόδων. Προκειμένου να προωθηθούν τα γενόσημα η Ευρώπη προβαίνει σε πολιτικές μείωσης της τιμολογιακής πολιτικής των γενόσημων, είτε επιλέγει να παρέχει κίνητρα χρήσης των γενόσημων στους ασθενείς αλλά και οικονομική αποζημίωση για τη χρήση αυτών από τους αντίστοιχους ασφαλιστικούς φορείς. Σε πολλές βέβαια περιπτώσεις επισημαίνεται αλληλοκάλυψη των προαναφερθεισών πολιτικών (IMS Health, 2012; Παπαχρονόπουλος, 2013).

5 ΕΥΡΥΤΕΡΑ ΘΕΜΑΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

5.1 Ευρύτερη στρατηγική μη φαρμακευτικής θεραπείας της άνοιας

Η άνοια συνιστά ένα κλινικό σύνδρομο που φέρει πολλαπλές κοινωνικές και ψυχολογικές παραμέτρους. Αυτός είναι και ο λόγος που η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου καταλαμβάνει σημαίνουσα θέση σε ό,τι άπτεται του ζητήματος της συνολικής θεραπευτικής προσέγγισης. Επισημαίνεται βέβαια ότι η αιτία αντιμετώπισης των μη φαρμακευτικών προσεγγίσεων της νόσου Alzheimer με απαισιοδοξία και αμφισβήτηση περί της αποτελεσματικότητας της έγκειται στο γεγονός ότι έχει δοθεί περιορισμένη έμφαση στον τρόπο χειρισμού και στο ζήτημα της διατήρησης των ενεργών γνωστικών λειτουργιών. Παράλληλα, υφίσταται ευρύτερα ένα αρνητικό κλίμα έναντι των επενδύσεων σε υποστηρικτικές κοινωνικές δομές, οι οποίες ωστόσο κρίνονται επιβεβλημένες σε σχέση με την εφαρμογή μη φαρμακευτικού χαρακτήρα θεραπειών (Κασάπογλου & Ρούσκα, 2007).

Στο διάστημα βέβαια των τελευταίων ετών όλο και περισσότερο αυξάνονται οι προσπάθειες ανάπτυξης, εξέλιξης και ευρύτερης εφαρμογής των θεραπειών αυτών μέσω της ψυχοθεραπείας, των συμπεριφορικών θεραπειών, των περιβαλλοντικών παρεμβάσεων, της μουσικοθεραπείας αλλά και των προγραμμάτων αποκατάστασης. Συνεκδοχικά, η προαναφερθείσα εξέλιξη είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη καλύτερη κατανόηση του δομικού σχεδιασμού και των λειτουργιών των γνωστικών δεξιοτήτων αλλά και της αυτονομίας του ανθρώπου (Κασάπογλου & Ρούσκα, 2007).

Σε κάθε περίπτωση φυσικά η επιλογή της αντίστοιχης θεραπείας δεν συνιστά εύκολη υπόθεση και βέβαια δεν συνεπάγεται ότι η επιλογή μιας μοναδικής προσέγγισης δύναται να επιφέρει και το επιθυμητό αποτέλεσμα για έναν ασθενή. Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι θα μπορούσαν να παραμένουν σπίτι κάνοντας χρήση ενός λιγότερου ή περισσότερου εκτεταμένου υποστηρικτικού δικτύου, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις άλλων ασθενών οι οποίοι είναι πιθανό να επωφεληθούν από την ύπαρξη θεσμοθετημένων δομών μέσα από την εφαρμογή εντατικών μεθόδων αποκατάστασης. Σαφέστατα και είναι παντελώς ανέφικτο να συρρικνωθεί το ενδεχόμενο αίσθημα αβοηθησίας που μπορεί να νιώθει ένας ανοϊκός ασθενής, ειδικά στο

ύστατο στάδιο εξέλιξης της νόσου. Παρά ταύτα, η παροχή υποστηρικτικής ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης στην οικογένεια ή το προσωπικό είναι εφικτό να μειώσει το αίσθημα αβοηθησίας του ασθενή και με αποτέλεσμα να συνδράμει στη βελτίωση της παρεχόμενης σε αυτόν φροντίδας (Κουλούρη, 2009; Ζαχαροπούλου, 2013).

Ως εκ τούτου, ο θεραπευτής που θα προβεί στην εφαρμογή μιας μορφής μη φαρμακευτικού τύπου θεραπείας η οποία και δύναται να σχετίζεται με την οικογενειακή ή ομαδική ψυχοθεραπεία, τις ασκήσεις μνήμης, ή άλλες γνωστικού τύπου δεξιότητες και αποκατάστασης επιβάλλεται σε κάθε περίπτωση να έχει στο μυαλό του ότι στις περισσότερες περιπτώσεις τα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος και οι φροντιστές δύναται να διαδραματίσουν τον θεραπευτικό ρόλο. Συνεπώς, ο καθησυχασμός αλλά και η παροχή ενημέρωσης, εκπαίδευσης και συμβουλών του φροντιστή προς τον πάσχοντα συνιστούν τη βάση των θεραπειών μη φαρμακευτικού χαρακτήρα. Ευρύτερα λοιπόν μέσα από τον προσδιορισμό ρεαλιστικών στόχων και τη δόμηση σταθερής θεραπευτικής συμμαχίας καθίσταται εφικτή η βελτιστοποίηση της διαχείρισης του χειρισμού και της φροντίδας του ασθενούς, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο του ασθενούς όσο και των προσώπων όπου τον φροντίζουν (Ρότζιου, Στρατάκη & Τεριζάκη, 2007; Ζαχαροπούλου, 2013).

5.2 Χρηματοδότηση του Ελληνικού συστήματος υγείας

Ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες αναγνωρίζονται ως οι βασικές πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού συστήματος υγείας (Πίνακας 5.1). Μελετώντας ταυτόχρονα τα στοιχεία του Πίνακα 5.2 και μέσω της σύγκρισης των δαπανών μεταξύ της δεκαετίας 1970 και του τέλους της δεκαετίας του 1990 σημειώθηκε διπλασιασμός των δημοσίων δαπανών και αμελητέα αύξηση των ιδιωτικών δαπανών. Μέσα από τα αποτελέσματα διαχρονικής παρακολούθησης προκύπτει η χρηματοδοτική υποκατάσταση της κοινωνικής ασφάλισης από τον κρατικό προϋπολογισμό και η ταυτόχρονη αύξηση της χρηματοδότησης της υγείας μέσω του ιδιωτικού τομέα. Το ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα είναι ένα από τα πιο υψηλά ανάμεσα στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.). Το 2000 το 9,7% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος δαπανήθηκε για την υγεία όπως διαφαίνεται μέσα από τα στοιχεία του Πίνακα 5.3. Σημειώνεται επίσης ότι η Ελλάδα διαθέτει ένα από τα πιο υψηλά ποσοστά ιδιωτικής

δαπάνης (46% της συνολικής δαπάνης) και ένα από τα πλέον υψηλά ποσοστά δημοσίων δαπανών ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ (Πίνακας 5.4). Εύστοχα δύναται να διαπιστώσει κάποιος ότι το σημείο στο οποίο αποκλίνει η Ελλάδα από τις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες δεν συνίσταται στο μέγεθος των δαπανών για την υγεία αλλά στον τρόπο με τον οποίο αξιοποιούνται και κατανέμονται οι συγκεκριμένες δαπάνες. Χαρακτηριστικά πρέπει να αναφερθεί ότι το 1991, το 63,5% των δημοσίων δαπανών απορροφήθηκε για δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης, το 14,2% για δαπάνες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και το 15,8% για δαπάνες φαρμακευτικής περίθαλψης ενώ ένα ακόμα 6,7% αφορούσε δαπάνες άλλων φροντίδων (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009).

Πίνακας 5.1: Βασικές πηγές χρηματοδότησης της υγείας στην Ελλάδα για την περίοδο 1980-2004.

Πηγές χρηματοδότησης	% Συνολικές δαπάνες για την υγεία			
	1980	1990	2000	2004
Κρατικός προϋπολογισμός				23,2
Κοινωνική ασφάλιση				29,6
Συνολική δημόσια δαπάνη	55,6	54	52,6	52,8
Ιδιωτική ασφάλιση			2,5	2,1
Ίδιες πληρωμές (out of pocket)			44,9	45,1
Συνολική ιδιωτική δαπάνη	45,4	46	47,4	47,2

Πηγή: (OECD Health Data, 2006).

Πίνακας 5.2: Σύνθεση σε σχέση με τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος.

Έτος	Δημόσια δαπάνη			Ιδιωτική δαπάνη	Σύνολο δαπανών
	Κοινωνική ασφάλιση	Κρατικός προϋπολογισμός	Σύνολο		
1975	1,6	1,0	2,6	2,5	5,1
1988	2,0	3,1	5,1	3,0	8,1
1998	1,9	3,3	5,2	3,2	8,4
2000	2,4	2,8	5,2	4,5	9,7

Πηγή: (Νιάκας 2002; Ματσαγγάνης 2007)

Πίνακας 5.3: Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα στο σύνολο τους ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος.

	1980	1990	2000
Αυστρία	7,6	7,1	7,7
Βέλγιο	6,4	7,4	8,8
Βρετανία	5,6	6,0	7,3
Δανία	9,1	8,5	8,4
Φιλανδία	6,4	7,8	6,7
Γαλλία	7,1	8,6	9,3
Γερμανία	8,7	8,5	10,6
Ελλάδα	6,6	7,4	9,7
Ιρλανδία	8,4	6,1	6,4
Ισπανία	5,4	6,7	7,5
Ιταλία		8,0	8,1
Λουξεμβούργο	5,9	6,1	5,5
Ολλανδία	7,5	8,0	8,2
Πορτογαλία	5,6	6,2	9,2
Σουηδία	9,1	8,4	8,4
Ουγγαρία			7,1
Πολωνία		4,9	5,7
Τσεχία		5,0	7,1
Σλοβακία			5,5
Ισλανδία	6,2	8,0	9,2
Νορβηγία	7,0	7,7	7,7
Ελβετία	7,3	8,3	10,4
Τουρκία	3,3	3,6	6,6

Πηγή: (OECD Health Data, 2004).

Το τμήμα της ιδιωτικής δαπάνης που αφορά την υγεία και καλύπτεται μέσω παροχής ιδιωτικής ασφάλισης είναι ήσσονος σημασίας ενώ τα συνεπαγόμενα έξοδα περίθαλψης ως επί το πλείστον επιβαρύνουν τον ίδιο το χρήστη. Μάλιστα, >90% των δαπανών ιδιωτικής υφής περί υγείας λογίζονται ως άμεσες δαπάνες των χρηστών και μόνο ένα 10% των δαπανών αφορούν την ιδιωτική ασφάλιση. Σύμφωνα με εκτιμήσεις ένα σημαντικό μέρος των αντίστοιχων εισοδημάτων των ατόμων που απασχολούνται επαγγελματικά στην υγεία, ενδεχομένως δηλαδή πάνω από το ήμισυ της ιδιωτικής δαπάνης φοροδιαφεύγουν. Επίσης ένα σημαντικό ποσοστό

των ιδιωτικών δαπανών αφορούν περισσότερο την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (68%) και λιγότερο τη φαρμακευτική (17%) ή τη νοσοκομειακή η οποία κυμαίνεται στο 15% (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009; Πριόβουλος, 2013; Φωτοπούλου & Χριστοφορίδης, 2011).

Πίνακας 5.4: Ελληνική δημόσια δαπάνη υγείας ως μέρος των συνολικών δαπανών.

	1980	1990	2000
Αυστρία	68,8	73,5	69,6
Βέλγιο			70,5
Βρετανία	89,4	83,6	80,9
Δανία	87,8	82,7	82,4
Φιλανδία	79,0	80,9	75,1
Γαλλία	80,1	76,6	75,8
Γερμανία	78,7	76,2	78,8
Ελλάδα	55,6	53,7	53,9
Ιρλανδία	81,6	71,9	73,3
Ισπανία	79,9	78,7	71,5
Ιταλία		79,3	73,7
Λουξεμβούργο	92,8	93,1	89,7
Ολλανδία	69,4	67,1	67,8
Πορτογαλία	64,3	65,6	69,5
Σουηδία	92,5	89,9	84,9
Ουγγαρία			70,7
Πολωνία		91,7	70,0
Τσεχία	96,8	97,4	91,4
Σλοβακία			89,4
Ισλανδία	88,2	86,6	83,6
Νορβηγία	85,1	82,8	85,0
Ελβετία		52,4	55,6
Τουρκία	27,3	61,0	62,9

Πηγή: (OECD Health Data, 2004).

Οι δαπάνες των νοικοκυριών υπολογίζονται στο 23% αναφορικά με τις ιατρικές υπηρεσίες και στο 17,5% σε ό,τι άπτεται των φαρμακευτικών δαπανών, ενώ επίσης ένα 14,4% των οικογενειακών δαπανών υγείας αφορά τις οδοντιατρικές δαπάνες. Από τα ανωτέρω

καθίσταται προφανές ότι οι δαπάνες των νοικοκυριών για την υγεία υπερβαίνουν κατά πολύ το μέσο όρο δαπανών των χωρών του ΟΟΣΑ. Δεν πρέπει παράλληλα να αμεληθεί το γεγονός ότι ιδιαίτερες εκτάσεις λαμβάνει στην Ελλάδα το φαινόμενο της παραοικονομίας ειδικά για το έτος 2008 όπου 20% των δαπανών των Ελληνικών οικογενειών δαπανήθηκαν για παροχές νοσοκομειακής φροντίδας μέσω άτυπων πληρωμών σε δημόσια νοσοκομεία. Μολονότι το ύψος των δαπανών για την υγεία, την ανάπτυξη συστημάτων υγείας και η ευρύτερη κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας έχουν σχέση μεταξύ τους αξίζει να τονιστεί ότι από ένα σημείο και ύστερα τα ποσά όπου δαπανώνται για την υγεία σταματούν να σχετίζονται θετικά με τα επίπεδα υγείας του πληθυσμού (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009; Πριόβουλος, 2013; Φωτοπούλου & Χριστοφορίδης, 2011).

5.3 Αξιολόγηση της χρηματοδότησης της υγείας στην Ελλάδα

Μέσα από την προαναφερθείσα αναφορά στον τρόπο χρηματοδότησης του Ελληνικού συστήματος υγείας καθίσταται εμφανές ότι το πρώτο διέπεται από σημαντικά προβλήματα, τα οποία άπτονται του γεγονότος ότι η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι αυτή που δρα καθοριστικά στον καθορισμό του ύψους της χρηματοδότησης. Επιπλέον, η απουσία ορίων στις δαπάνες προς τα πάνω σε συνδυασμό με την απουσία κινήτρων συγκράτησης του κόστους από τους παραγωγούς αλλά και τους καταναλωτές συνιστούν άλλο ένα σημαντικό πρόβλημα συναφές με τον τρόπο χρηματοδότησης του Ελληνικού συστήματος υγείας (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009).

Έμφαση ακόμη απαιτείται να δοθεί στην απουσία μηχανισμών ελέγχου της κατανομής των πόρων σύμφωνα με τις αρχές της ισότητας, της προσβασιμότητας και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας. Υψίστης σημασίας μελανό σημείο του Ελληνικού συστήματος υγείας συνιστά το ζήτημα του μεγέθους της παραοικονομικής δραστηριότητας και ένα πλέγμα ανήθικων και αντιδεολογικών συμπεριφορών των παραγωγών, οι οποίες και καταληκτικά δρουν επιβαρυντικά στον ασθενή. Ταυτόχρονα επισημαίνεται ότι το εύρος των ιδιωτικών δαπανών της υγείας αντισταθμίζεται με το καίριο ζήτημα της αρχής της ισότητας και της παροχής δωρεάν υπηρεσιών υγείας ενώ ταυτόχρονα οι δαπάνες περί φαρμακευτικής περίθαλψης και το σύνολο των δαπανών σε εξετάσεις άνευ ουσίας συνιστούν ένα ακόμα πρόβλημα του Ελληνικού συστήματος υγείας (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009).

Τα προαναφερθέντα προβλήματα τα οποία άπτονται της χρηματοδότησης επιβεβαιώνονται και μέσω των αντίστοιχων δεικτών. Οι Κυριόπουλος & Νιάκας, (1991), επεσήμαναν την απουσία κριτήριων αντιστοίχισης παραγόμενου έργου και χρηματοδότησης καθώς και για έλλειψη κινήτρων διασύνδεσης του παραγόμενου έργου με το ύψος της χρηματοδότησης. Στην τρέχουσα χρονική συγκυρία γίνεται αναφορά για την ύπαρξη συγχρονων δεικτών παραγωγικής δραστηριότητας όπως είναι ο *μέσος όρος νοσηλευθέντων ασθενών, ημερών νοσηλείας, διάρκειας νοσηλείας και κάλυψης κλινών*. Το αποτέλεσμα είναι ότι επισημαίνονται σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των διαφόρων ειδών νοσοκομειακών κοστών αλλά και σημαντικές διαφοροποιήσεις σε σχέση με τα έσοδα των νοσοκομείων τα οποία προέρχονται από τα νοσήλια (Πριόβουλος, 2013; Φωτοπούλου & Χριστοφορίδης, 2011).

Συνεπώς, προκειμένου να αξιολογηθεί επαρκώς ο τρόπος χρηματοδότησης του Ελληνικού συστήματος υγείας κρίνεται απαραίτητη η συνεκτίμηση παραγόντων σε σχέση με τα μεγέθη της προκλητής ζήτησης, των ενδεχόμενων ηθικών κινδύνων, των λιστών αναμονής, του ύψους των νοσηλευτικών δαπανών στο εξωτερικό, της υπερσυνταγογράφησης φαρμάκων και εξετάσεων αλλά και του μεγέθους των ιδιωτικών δαπανών των ασθενών (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009; Πριόβουλος, 2013; Φωτοπούλου & Χριστοφορίδης, 2011).

5.4 Ανάγκη ύπαρξης ενός νέου μοντέλου χρηματοδότησης της υγείας στην Ελλάδα

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας αποτελεί σύστημα που βρίσκεται ανάμεσα στην ελεύθερη αγορά και τον κεντρικό σχεδιασμό ενώ λειτουργεί χωρίς να διέπεται από συγκεκριμένους κανόνες και αρχές δράσης. Απότοκο της κατάστασης αυτής είναι το γεγονός του ότι διέπεται από μια αλληλουχία προβλημάτων τα οποία άπτονται των ελλειμμάτων του δημοσίου τομέα, της απουσίας κινήτρων και συναφών μηχανισμών χρηματοδότησης των υπηρεσιών, της ανορθολογικής κατανομής των πόρων, της δημιουργίας συνθηκών επαυξημένης παραοικονομικής δράσης, της ύπαρξης υψηλών ποσοστών ιδιωτικής δαπάνης αλλά και της ανάδειξης του ιδιωτικού τομέα σε ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα ενός συστήματος υγείας, το οποίο υποτίθεται ότι δημιουργήθηκε με στόχο της παροχή υπηρεσιών υγείας για όλο το φάσμα των πολιτών (Πριόβουλος, 2013).

Συνυπολογίζοντας τα ανωτέρω μελανά σημεία του Ελληνικού συστήματος υγείας, κρίνεται επιβεβλημένη η εξέταση ενός προγράμματος μακροχρόνιας προοπτικής με πρωτεύοντα στόχο αυτού τη καθολική κάλυψη των πληθυσμιακών αναγκών υγείας και τη παροχή επαρκών υπηρεσιών υγείας τόσο αναφορικά με τη ποιότητα όσο και τη ποσότητα αυτών. Μια τέτοιου είδους προσεγγιστική στάση δύναται να επιτευχτεί μέσα από την ενθάρρυνση του μοντέλου χρηματοδότησης ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας, δεδομένου ότι είναι αδήριτη ανάγκη η κατανομή των χρηματοδοτικών πόρων να ακολουθεί τον ασθενή και να τον θέτει σε πρυτανεύουσα θέση, αλλά και να συνδέεται η πληρωμή με ζητήματα απόδοσης των υπηρεσιών υγείας. Η νέα αυτή προσεγγιστική στάση πρέπει να λαμβάνει υπόψη της ότι η ενδεχόμενη αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Βαθμίδας Υγείας είναι εφικτό να συνδράμει στη συγκράτηση των δαπανών. Η εφαρμογή του προαναφερθέντος μοντέλου επιβάλλεται να βασίζεται παράλληλα στις αρχές της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας όλων των πολιτών, ενώ είναι απαραίτητο οι εμπλεκόμενοι φορείς να υποβάλλονται σε διαρκή έλεγχο και αξιολόγηση των παραγόμενων αποτελεσμάτων τους (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου; 2009; Πριόβουλος, 2013; Φωτοπούλου & Χριστοφορίδης, 2011).

6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 Σύνοψη

Η νόσος Alzheimer συνιστά την συνηθέστερη μορφή άνοιας, για την οποία όμως προς το παρόν δεν έχει επινοηθεί η αρμόζουσα διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος. Εξαιτίας της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης, έχει προκληθεί δραματική αύξηση του αριθμού των νοσούντων από Alzheimer (Lemone & Burke, 1990; Κουλούρη, 2009).

Στην Ελλάδα η άνοια για την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 70-74 ετών διαμορφώνεται στο 5% ενώ το ποσοστό διπλασιάζεται στο 10,7% για την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 75-79 ετών. Στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 80-84 ετών η άνοια κυμαίνεται στο 11,8% ενώ το ποσοστό εμφάνισης άνοιας τριπλασιάζεται στις ηλικίες όπου υπερβαίνουν τα 85 έτη και διαμορφώνεται περίπου στο 36,7%. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ότι άπτεται της ηλικιακής ομάδας άνω των 90 ετών ανά έτος ένα 10% του πληθυσμού ανδρών και γυναικών προσβάλλεται από τη νόσο (Τσολάκη & Κάζης, 2005; Πριόβουλος, 2013).

Η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας σε ανοϊκούς ασθενείς εμπεριέχει ένα πλέγμα ιδιαίτερα αυξημένων απαιτήσεων. Το συνεπαγόμενο κόστος αντιμετώπισης της άνοιας είναι σημαντικά υψηλό. Το άμεσο κόστος παγκοσμίως εμπεριέχει ένα σύνολο άμεσων επίσημων δαπανών, ιατρικών επισκέψεων, φαρμακευτικών προϊόντων, παροχής φροντίδας νοσηλευτικού χαρακτήρα, αλλά και παροχής ιδρυματικής φροντίδας όταν οι ασθενείς είναι σε προχωρημένο στάδιο. Είθισται οι πάσχοντες από άνοια να χρίζουν 3 φορές πιο εκτεταμένης νοσηλευτικής υποστήριξης συγκριτικά με άλλα ηλικιωμένα άτομα (Ζαχαροπούλου, 2013).

Το ποσό του μηνιαίου κόστους ενός ασθενούς όπου ακόμα διατηρεί την αυτονομία του διαμορφώνεται στα 341€ ενώ όταν διανύει το στάδιο της εξάρτησης ανελίσσεται στα 957€ για να εκτοξευτεί στα 1.267€ όταν ο πάσχοντας νοσηλεύεται σε ίδρυμα. Από τα προαναφερθέντα προκύπτει ότι το ετήσιο κόστος για έναν πάσχοντα από Alzheimer κυμαίνεται ανάμεσα στα 4.092 – 15.204€ όπου το μεγαλύτερο ποσοστό του προαναφερθέντος ετησίου κόστους άπτεται του κόστους άτυπης φροντίδας και της συναφούς απώλειας παραγωγικότητας (Κυριόπουλος, 2002). Χρειάζεται όμως παράλληλα να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι στην Ελληνική επικράτεια επισημαίνεται έλλειψη επαρκών δεδομένων αναφορικά με το κόστος της άνοιας. Το

προαναφερθέν συνεπάγεται ότι υπάρχει απουσία γνώσης σε σχέση με ζητήματα επιμερισμού του κόστους ως άμεσου, εμμέσου, κόστους νοσηλείων, φαρμακευτικής αγωγής και συννοσηρότητας (Ζαχαροπούλου, 2013).

Στην τρέχουσα χρονική συγκυρία παρόλο που η επιστήμη δίνει υποσχέσεις για νέες καινοτόμες ανακαλύψεις οι οποίες θα αυξήσουν όχι μόνο το προσδόκιμο ζωής αλλά και την ποιότητα ζωής εντούτοις, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η βιομηχανία φαρμάκων. Επιβάλλεται να σημειωθεί ότι τα πρωτότυπα φάρμακα συνεχίζουν να δεσπόζουν στο πεδίο της παγκόσμιας φαρμακευτικής αγοράς, παρόλο που μετά το πέρας της πατέντας τους υφίστανται ένα σύνολο πιέσεων από το γεγονός της παράγωγης των αντίστοιχων γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Μέσα στο πλαίσιο της τρέχουσας οικονομικής συγκυρίας της κρίσης επιβάλλεται να δοθεί έμφαση στον καίριο ρόλο των πρωτότυπων φαρμάκων σε ότι άπτεται της διασφάλισης της δημόσιας υγείας, ειδικά όταν την Ελλάδα έχει καταλάβει την αγορά πλήθος γενόσημων με την πρόφαση της οικονομικής κρίσης και της ανάγκης για περιστολή της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης (Παπαχρονόπουλος, 2013).

Έμφαση ακόμη απαιτείται να δοθεί στην απουσία μηχανισμών ελέγχου της κατανομής των πόρων σύμφωνα με τις αρχές της ισότητας, της προσβασιμότητας και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας. Υψίστης σημασίας μελανό σημείο του Ελληνικού συστήματος υγείας συνιστά το ζήτημα του μεγέθους της παραοικονομικής δραστηριότητας και ένα πλέγμα ανήθικων και αντιδεολογικών συμπεριφορών των παραγωγών, οι οποίες και καταληκτικά δρουν επιβαρυντικά στον ασθενή. (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009).

Συνυπολογίζοντας τα ανωτέρω μελανά σημεία του Ελληνικού συστήματος υγείας, κρίνεται επιβεβλημένη και επιτακτική η ανάγκη εξέτασης ενός προγράμματος μακροχρόνιας προοπτικής με πρωτεύοντα στόχο αυτού τη καθολική κάλυψη των πληθυσμιακών αναγκών υγείας και τη παροχή επαρκών υπηρεσιών υγείας τόσο αναφορικά με τη ποιότητα όσο και τη ποσότητα αυτών (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009; Πριόβουλος, 2013; Φωτοπούλου & Χριστοφορίδης, 2011).

6.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Το αντικείμενο μη φαρμακευτικής προσέγγισης και αντιμετώπισης της νόσου Alzheimer χρήζει περαιτέρω διερεύνησης μαζί με την συνεκτίμηση του με τα υφιστάμενα μοντέλα φαρμακευτικής προσέγγισης. Η διαδικασία εκπόνησης μελέτης, ολιστικής προσέγγισης της θεραπείας της νόσου πιστεύεται ότι δύναται να συνδράμει τα μέγιστα στο καίριο ζήτημα της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Ταυτόχρονα, η μελλοντική ερευνητική προσπάθεια είναι καλό να επικεντρωθεί στο ζήτημα της ακριβούς εκτίμησης των εξειδικευμένων αναγκών πασχόντων και φροντιστών αλλά και στην συνακόλουθη αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα οποία δυστυχώς δεν είναι γενικότερα διαθέσιμα, καθώς η υλοποίηση τους προϋποθέτει ζητήματα εξειδικευμένης οργάνωσης και εκπαίδευσης του αντίστοιχου προσωπικού. Μέσα από την συμβολή της χρήσης των προαναφερθέντων προγραμμάτων είναι εφικτή η παροχή περισσότερων στοιχείων και περαιτέρω διαφώτισης περί της αποτελεσματικότητας τους, ειδικά σε ό,τι άπτεται της διαχρονικής αποτελεσματικότητας τους αλλά και της επίδρασης τους στην ποιότητα ζωής πασχόντων και φροντιστών αυτών.

Βιβλιογραφία

Ξενογλωσσες Αναφορές

1. Alzheimer's Disease International, (2010). The Global Economic Impact of Dementia. *World Alzheimer Report*.
2. Brodaty, H., & Donkin, M., (2009). Family Caregivers of People with Dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, Vol.11, No. 2, pp. 217-28.
3. Delbaere, K., Kochan, N. A., Close, J. C., Menant, J. C., Sturnieks, D. L., Brodaty, H., Sachdev, P. S., & Lord, S. R., (2012). Mild Cognitive Impairment as a Predictor of Falls in Community- Dwelling Older People. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 20, No. 10, pp. 845-853.
4. Health Quality Ontario, (2008). Caregiver- and Patient-Directed Interventions for Dementia: An evidence-Based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, Vol. 8, No. 4 pp. 1-98.
5. Janforum, (1987). The Practical Management of the Alzheimer's Disease Patient in the Hospital Setting, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 12, p. 532.
6. Kendrick, T., & Warnes, T., (1997). The Demography and Mental Health of Elderly People. In, Norman, I., & Redfern, S., (1997). *Health Care for Elderly People*, I. (Eds.), London: Churchill Livingstone.
7. Launer, L. J., Andersen, K., & EURODEM Incidence Research Group and Work Groups, (1999). Rates and Risk Factors for Dementia and A D: Results from EURODEM Pooled Analyses. *Neurology*, Vol. 52, pp 78-82.
8. Lemone P., & Burke K., (1990). *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care*, 3rd Ed. New Jersey: Pearson.
9. Monin, J. K., & Schulz, R., (2009). Interpersonal Effects of Suffering in Older Adult Caregiving Relationships. *Psychology Aging Journal*, Vol.24, pp 681-695.

10. OECD, (2004). *Electronic Health Data Base*. Organization for Economic Co-operation and Development, Paris.
11. OECD, (2006). *Electronic Health Data Base*. Organization for Economic Co-operation and Development, Paris.
12. Pflüger, K., (2004). *Eurofamcare: Study into the Impact of EU Policies on Family Carers*.
13. Ragneskog, H, & Kihlgren, M., (1997). Music and Other Strategies to Improve the Care of Agitated Patients with Dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol.11, pp. 176-182.
14. Tinker, A., (2000). Population Aspects of the Dementias. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 15, pp. 753-757.
15. Scott R, Bramble K, & Goodyear, J., (1991). Labelling of Dementia, *Journal of Gerontological Nursing*, pp. 17-21.
16. Steele, H., (1964). Patent Restrictions and Price Competition in the Ethical Drugs Industry. *The Journal of Industrial Economics*, Vol. 12, pp. 198-223.
17. World Health Organization, W.H.O. (2000). *Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research*. Geneva.

Ελληνόγλωσσες Αναφορές

18. Αδαμακίδου, Θ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., (2009). Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική, Ανασκόπηση- Review*, Τεύχος, 48, Τόμος 1, σ.σ. 37-49.
19. Ζαχαροπούλου, Γ., (2013). *Διπλωματική Εργασία: Μέτρηση της Επιβάρυνσης των Οικογενειακών Φροντιστών Ηλικιωμένων Ασθενών με Άνοια και Χρήση των ΤΠΕ στη Διαχείριση της Κατ' Οίκον Φροντίδας*. Σπάρτη: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής Τμήμα Νοσηλευτικής.
20. Ζωΐδη, Μ., Σαριδάκη, Δ., & Χάλαρη Π., (2008). *Διπλωματική Εργασία: Ο Επιπολασμός της Άνοιας σε Ορεινό Δήμο της Κρήτης*. Κρήτη: Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.

21. Ιατράκη, Ε., (2005). *Διπλωματική Εργασία: Η Φροντίδα των Ασθενών με Άνοια σε Επιλεγμένες Αστικές και Αγροτικές Περιοχές της Κρήτης: Αναφορά στην Επιβάρυνση των Φροντιστών*. Κρήτη: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.
22. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών-IOBE, (2013). *Αναπτυξιακές Προοπτικές της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας*.
23. Καραντάη, Ι., (2009). *Διπλωματική Εργασία: Άνοια Τύπου Alzheimer Φυσιοθεραπευτική Προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Τμήμα Φυσιοθεραπείας.
24. Κασάπογλου, Κ., & Ρούσκα, Χ., (2007). *Διπλωματική Εργασία: Άνοια Τύπου Alzheimer. Συμπτωματολογία και Θεραπευτική Αντιμετώπιση*. Θεσσαλονίκη: Αλεξάνδρεια Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας.
25. Κουλούρη, Θ., (2009). *Διπλωματική Εργασία: Μελέτη των Αναγκών των Φροντιστών Ασθενών με Alzheimer*. Κρήτη: Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Τμήμα Νοσηλευτικής.
26. Κυριόπουλος, Γ., & Νιάκας, Δ., (1991). *Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κέντρου Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
27. Κυριόπουλος, Γ., (2002). *Η Χρησιμοποίηση των Οικονομικών Δεικτών ως Εργαλείο Άσκησης Πολιτικής Υγείας*. Στο: Κυριόπουλος, Ι, & Σουλιώτης, Κ., (2002). *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
28. Κυριόπουλος, Γ., (2012). *Οικονομία του Φαρμάκου: από την Κανονιστική Ρητορική στη Θετικιστική Προσέγγιση*. *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*.
29. Ματσαγγάνης, Μ., (2002). *Δημόσια Παρέμβαση στον Τομέα Υγείας*. Στο: Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., & Νιάκας, Δ., (Συντ.) *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας*. ΕΑΠ, ΔΜΥ60, Τόμος Α, Πάτρα, σ.σ. 15-40.
30. Μεντενόπουλος Γ., Μπούρας Κ., (2002). *Η νόσος του Alzheimer*. Γ΄ έκδοση. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.

31. Νιάκας, Δ., (2002). Μέθοδοι Αποζημίωσης και Χρηματοδότησης των Προμηθευτών. Στο: Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., & Νιάκας, Δ., (2002). *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας*. ΕΑΠ, ΔΜΥ60, Τόμος Α, Πάτρα, σ.σ. 87-98.
32. Πλάτη, Δ. Χ., (2004). *Γεροντολογική Νοσηλευτική*, Έκδοση ΣΤ' Αναθεωρημένη, Αθήνα: Εκδόσεις Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.
33. Πλατή, Δ. Χ., (2008). *Γεροντολογική Νοσηλευτική*. Η' έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.
34. Παπαχρονόπουλος, Α., (2013). *Μεταπτυχιακή Διατριβή: Έρευνα Σχετικά με την Προτίμηση των Πρωτότυπων Φαρμάκων Έναντι των Γενόσημων απο τους Θεράποντες Ιατρούς*. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Φαρμακευτικής, Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στο Φαρμακευτικό Marketing.
35. Πριόβουλος Ν., (2013). *Διπλωματική Εργασία: Alzheimer. Γενετική Απεικόνιση και η Νόσος του Αλτσχάιμερ*. Αθήνα: Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Σχολή Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών Τομέας Συστημάτων Μετάδοσης Πληροφορίας και Τεχνολογίας Υλικών.
36. Ρότζιου Α., Στρατάκη, Ε., & Τεριζάκη, Μ., (2007). *Διπλωματική Εργασία: Alzheimer*. Κρήτη: Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Τμήμα Νοσηλευτικής.
37. Σακκά, Π., (2004). Το Φορτίο των Φροντιστών Ασθενών με Άνοια. *Τα Νέα του Υγεία, Τεύχος*, 52, σ.σ. 34-35.
38. Σαμαρτζή. Μ., (2000). Νόσος Alzheimer: Μια Πιεστική Πρόκληση για Νέες Παρεμβάσεις στους Τομείς Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής σε μια Γηράσκουσα Ευρώπη. *Πρακτικά του 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νόσου Alzheimer*, Θεσσαλονίκη 1316 Ιανουαρίου, σ.σ. 202-207.
39. Σόλιας, Α., & Δέγλερης, Ν., (2005) Εθελοντισμός και Άνοια. *Κοινωνική Εργασία, Τεύχος*, 77, σ.σ. 27-41.
40. Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, (2009). *Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο σχετικά με*

για Ευρωπαϊκή Πρωτοβουλία για τη Νόσο του Αλτσχάιμερ και Άλλες Μορφές Άνοιας, Βρυξέλλες 27 Ιουλίου, σ.σ. 1-12.

41. Τριανταφύλλου, Τ., & Μεσθεναίου, Ε., (1993). *Ποιος φροντίζει; Η Οικογενειακή Φροντίδα των Εξαρτημένων Ηλικιωμένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*. Αθήνα: Εκδόσεις Sextant.
42. Τσολάκη Μ., (1999). *Ζώντας με τη Νόσο Alzheimer*. Γ' έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Novartis.
43. Τσολάκη Μ., & Κάζης, Α., (2005). *Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση*. Β' Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις University Studio Press.
44. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (2002). *Υπουργική Απόφαση (αρ.πρωτ: Υ5β/οικ:93667/25.09.2002) περί Έγκρισης Σκοπιμότητας για την Ανάπτυξη από Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα, Δομών και Υποδομών του Τομέα Ψυχικής Υγείας κατά τη Διετία 2000-2002 στο Πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Προγράμματος «Υγεία- Πρόνοια» Μέτρο 2.3 του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης*.
45. Φωτοπούλου, Ξ., & Χριστοφορίδης, Κ., (2011). *Διπλωματική Εργασία: Νοσηλευτική Φροντίδα σε Ασθενείς με Άνοια*. Θεσσαλονίκη: Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Τμήμα Νοσηλευτικής.

Διαδικτυακές Αναφορές

46. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, (2012). *The Pharmaceutical Industry in Figures, Key Data 2012*. Διαθέσιμο στη: <www.efpia.eu> [Ανακτήθηκε: 22 Αυγούστου 2014].
47. European Journal of Neurology, (2005). *Κόστος των εγκεφαλικών διαταραχών στην Ευρώπη*. Διαθέσιμο στη: <[http://www.europeanbraincouncil.org/pdfs/Publications /EBC%20-%20Cost%20Doc%20-%20GR.pdf](http://www.europeanbraincouncil.org/pdfs/Publications/EBC%20-%20Cost%20Doc%20-%20GR.pdf)> pp. 1-2 [Ανακτήθηκε: 12 Αυγούστου 2014].
48. IMS Health, (2012). *The Global Use of Medicines: Outlook Through 2016*. Διαθέσιμο στη: <www.imshealth.com> [Ανακτήθηκε: 28 Αυγούστου 2014].

49. Lindsay, J., & Anderson L., (2004). Dementia / Alzheimer's Disease. *BMC Women's Health* 2004; 4 (Suppl I): S20 Διαθέσιμο στη: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S20>> [Ανακτήθηκε: 1 Αυγούστου 2014].
50. Martin-Moreno, J. M., (2000). Statement: *Dementia as a Public Health Problem: Its Importance and Related Challenges*. Διαθέσιμο στη: <<http://www.eurohealth.ie/remind/statement.htm>.> [Ανακτήθηκε: 1 Αυγούστου 2014].
51. O'Brien, J., (2000) Caring for Caregivers. *American Family Physician*. Διαθέσιμο στη: <http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m3225/is_12_62/ai_67940083>. [Ανακτήθηκε: 10 Αυγούστου 2014].
52. Παναγιώτου, Ν., (2004). Οργάνωση Παραγωγής & Διοίκηση Επιχειρήσεων II Κοστολόγηση Επιχειρήσεων & Λήψη Αποφάσεων. Διαθέσιμο στη: <http://panayiot.simor.ntua.gr/attachments/003_Industrial%20Mgt%20II%20-%20Lesson%2002.pdf> σ.σ. 1-38 [Ανακτήθηκε: 22 Αυγούστου 2014].
53. The European Institute of Women's Health, (2006). The European Transnational Alzheimer's Study (ETAS Report). Διαθέσιμο στη: <<http://www.eurohealth.ie/remind/summary.htm>.> [Ανακτήθηκε: 10 Αυγούστου 2014].
54. WorldBank, (2011) 'World Development Indicators 2011. Διαθέσιμο στη: <data.worldbank.org> [Ανακτήθηκε: 30 Αυγούστου 2014].
55. World Health Organisation-WHO, (2012). European Health for All Database (HFA-DB). Διαθέσιμο στη: <www.euro.who.int> [Ανακτήθηκε: 28 Αυγούστου 2014].

Υπεύθυνη δήλωση κατά της λογοκλοπής

«Δηλώνω ρητά ότι σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1988 και τα άρθρα 2, 4, 6 παρ. 3 του Ν. 1526/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνο».

Ονοματεπώνυμο

ΜΑΤΣΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ