

● **ΕΚΑΒ:** Προβλήματα στέγασης αντιμετωπίζουν οι διασώστες του ΕΚΑΒ, που ανταλλάσσουν τις καλοκαιρινές ημέρες της άδειάς τους με εργασία σε νησί. Σελ. 6

Με προβλήματα η στέγαση διασωστών του ΕΚΑΒ σε νησιά

Της **ΠΕΝΝΥΣ ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ**

«Σας ενημερώνουμε ότι λόγω της καλοκαιρινής περιόδου, καθώς και λόγω των αυξημένων υπηρεσιακών αναγκών, προγραμματίζεται η εθελοντική μετακίνηση πληρωμάτων ασθενοφόρων-διασωστών κατά τη διάρκεια της άδειάς τους από την Κεντρική Υπηρεσία και τα παραρτήματα του ΕΚΑΒ». Η τελευταία πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος προς διασώστες του ΕΚΑΒ που θέλουν κι εφέτος να ανταλλάξουν τις καλοκαιρινές ημέρες της άδειάς τους με εργασία σε νησί και αυξημένες αποδοχές (εκτός έδρας), εκδόθηκε πριν από λίγες ημέρες και αφορά την περίοδο 16/07 έως 28/08 και τα νησιά Κω, Κάλυμνο και Λέρο. Είναι μία από τις πολλές που έχουν εκδοθεί από την άνοιξη και καταλήγουν πάντα με τη φράση «προτεραιότητα θα έχουν τα πληρώματα ασθενοφόρου που διαθέτουν κατάλυμα». Ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εθελοντές διασώστες του ΕΚΑΒ είναι η εύρεση καταλύματος, αφού δεν δείχνουν όλες οι τοπικές κοινωνίες ευαισθησία στην παροχή δωρεάν στέγης σε ανθρώπους που εντέλει θυσιάζουν τις

καλοκαιρινές διακοπές για να ενισχύσουν υγειονομικά έναν τόπο προσθέτοντας αξία και στο τουριστικό προϊόν αυτού.

Ήδη, στις αρχές Ιουνίου 45 διασώστες του ΕΚΑΒ έχουν μετακινηθεί από την έδρα τους προκειμένου να ενισχύσουν τουριστικές περιοχές της χώρας. Αντίστοιχος αριθμός διασωστών «φτιάχνει τις βαλίτσες του», για να ταξιδέψει προς τα νησιά εντός Ιουλίου. «Σε πολλές περιπτώσεις, ωστόσο, δεν έχει βρεθεί ακόμα μέρος να μείνουν», σημειώνει στην «Κ» ο αντιπρόεδρος του ΕΚΑΒ Μιλτιάδης Μυλωνάς. Οπως αναφέρει ο ίδιος, μία από αυτές τις περιπτώσεις είναι η Σκιάθος, όπου ενώ έχει προγραμματιστεί για τις ερχόμενες ημέρες να μεταβούν στο νησί δύο εθελοντές, έως και χτες το μεσημέρι η αρμόδια διευθύντρια ΕΚΑΒ Θεσσαλίας δεν είχε καταφέρει να «βρει» τηλεφωνικά τον δήμαρχο για να μάθει εάν υπάρχει κατάλυμα. Το ίδιο πρόβλημα παρατηρείται και στη Λέρο. Στο νησί αυτό, ακόμα και ο χώρος που έχει παραχωρηθεί για τη στέγαση του ΕΚΑΒ είναι προβληματικός. «Πριν από λίγες ημέρες επισκέφθηκα τη Λέρο και εκπληκτος είδα ότι στους διασώστες είχε διατεθεί ένα δωμάτιο στην εί-



Στις αρχές Ιουνίου, 45 διασώστες του ΕΚΑΒ μετακινήθηκαν από την έδρα τους προκειμένου να ενισχύσουν τουριστικές περιοχές της χώρας.

«Τους είχε διατεθεί ένα δωμάτιο στην είσοδο του νοσοκομείου Λέρου, χωρίς ούτε καν μια τουαλέτα».

σοδο του νοσοκομείου, χωρίς ούτε καν μια τουαλέτα. Είχαμε ζητήσει έναν χώρο στο λιμάνι του νησιού, τον οποίο όμως ο δήμος παραχώρησε στη Φιλαρμονική...», σημειώνει ο κ. Μυλωνάς, προσθέτοντας ότι το ΕΚΑΒ θα νοικιάσει τελικά κτίριο στο νησί.

Ακόμα και για τους μόνιμους δια-

σώστες τα ενοίκια είναι σε κάποια νησιά ιδιαίτερα υψηλά. Είναι ενδεικτική η ανακοίνωση του ΕΚΑΒ. Σε ειδική αναφορά στη Σαντορίνη, η οποία πρόκειται σύντομα να ενσχυθεί με επιπλέον πέντε μόνιμους διασώστες, αναφέρει «θα πρέπει να επισημάνουμε και τη δυσκολία εξεύρεσης στέγης για όλους τους συναδέλφους, λόγω των υψηλότερων ενοικίων. Θα πρέπει, όμως, ορισμένοι με θεσμικό ρόλο να κατανοήσουν ότι λόγω αυτών των ιδιαιτεροτήτων θα πρέπει να συνεισφέρουν κι αυτοί στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Για τέτοια παραδείγματα, ας κοιτάξουν δίπλα τους».

Το κάπνισμα βλάπτει τους διοικητές

Πλήθος καταγγελιών για γεμάτα τασάκια ακόμη και έξω από τα χειρουργεία



Του ΔΗΜΗΤΡΗ ΣΤΑΥΡΙΔΗ
stauridis@parapolitika.gr

Μέχρι και την εκδίωξη διοικητών νοσοκομείων και διευθυντών δημόσιων υπηρεσιών γιατί δεν εφαρμόζουν τον αντικαπνιστικό νόμο ζητεί σε πρόσφατο έγγραφο του προς τους υπουργούς Υγείας, Δημόσιας Τάξης αλλά και Εσωτερικών ο Συνήγορος του Πολίτη κ. Ανδρέας Ποτάκης.

Ο Συνήγορος του Πολίτη αναφέρεται σε φωτογραφίες με τασάκια γεμάτα αποτιγάρια έξω από τα... χειρουργεία δημόσιων νοσοκομείων και οβησμένα τσιγάρα να υπερχειλίζουν από στακτοδοχεία στο πάτωμα, σε σημεία όπου σημειώνονται χειρουργικές επεμβάσεις...

Ο κ. Ποτάκης στο εμπιστευτικό έγγραφο του με ημερομηνία 12 Ιουνίου 2017, που αποκαλύπτουν τα «ΠΑΡΑΠΟΛΙΤΙΚΑ», διεκτραγωδεί την ασυδοσία με το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους, μιλά για ανεφάρμοστους νόμους από την Ελ.Α.Σ. και τους τοπικούς φορείς, ενώ αναφέρεται στις σθεναρές αντιδράσεις και τις μεθοδεύσεις των καταστηματαρχών. Πρόκειται για μια αποκαλυπτική αναφορά για τον τρόπο... κατάργησης στην Ελλάδα του αντικαπνιστικού νόμου, για τους κινδύνους που διατρέχουν οι πολίτες και για τον τρόπο που δεν γίνεται κανένας ουσιαστικός έλεγχος λόγω «αντιμετάθεσης ευθύνης μεταξύ δημοσίων υπηρεσιών» και υποκριτικών συμπεριφορών κρατικών λειτουργών. Παράλληλα, στο συγκεκριμένο έγγραφο ο Συνήγορος του Πολίτη ειδοποιεί ότι θα προχωρήσει το επόμενο χρονικό διάστημα σε όλες τις νομικές ενέργειες προκειμένου να εφαρμοστεί πλήρως ο αντικαπνιστικός νόμος μέχρι το τέλος του 2017.

ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ. Στο έγγραφο του ο Συνήγορος του Πολίτη αναφέρεται σε τεράστιο πλήθος καταγγελιών για παραβιάσεις του νόμου ακόμη



Αξιότιμοι κύριοι Υπουργοί,

Είμαι ευτυχώς γνωστό, ότι το κάπνισμα αποτελεί μία θανατηφόρο συνήθεια και μετ' εξαιρετικού πόνου...

Το παθητικό κάπνισμα είναι ένα ιδιαίτερα επικίνδυνο, το οποίο επιβάλλεται να ελεγχθεί με...

ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΣΥΝΗΓΟΡΟΥ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ

Από τη μέρα σήμερα εμπιστώ τους αρμόδιους Υπουργούς να προβούν σε ενέργειες νομοθετικές ή οριστικές...

Οι πολλές υπηρεσίες που εμπλέκονται στην επίλυση, (Αστυνομία και επιβολή κινήσεων και καθήκοντων στους παραβάτες...

Επιπλέον, θα πρέπει να εξετασθεί το ενδεχόμενο του αυστηρού ελέγχου του μισού να φτάνει και σε αντιπαράθεση των αρμόδιων της Διοίκησης της Δημόσιας Αστυνομίας ή άλλες δημόσιων υπηρεσιών...

Εγγραφο-σοκ του Συνηγόρου του Πολίτη προς τρεις υπουργούς για τον αντικαπνιστικό νόμο.

και από υπαλλήλους νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Και αναφέρει τα εξής παραδείγματα: «Στους Νομούς Δράμας και Κερκύρας υπάρχουν διαμαρτυρίες πολιτών ότι ο αντικαπνιστικός νόμος δεν εφαρμόζεται από την πλειονότητα των καταστημάτων. Η Δημοτική Αστυνομία, ωστόσο, επικαλείται ότι σε 234 τακτικούς και έκτακτους ελέγχους διαπίστωσε

ζητούν να πληροφορηθούν γιατί δεν εφαρμόζεται ο αντικαπνιστικός νόμος. Επιπλέον φέρεται να έχει δοθεί η απάντηση ότι «λόγω έλλειψης προσωπικού και απαραίτητων εγγράφων για την πραγματοποίηση των ελέγχων αποφασίσθηκε τελικώς να δοθεί έμφαση στην... παράνομη στάθμευση!»

Όπως σημειώνεται στο ίδιο έγγραφο, «υπήρξε αναφορά για παράβαση του νόμου σε δημόσια νοσοκομεία, η οποία συνοδεύεται και από φωτογραφίες με τασάκια έξω από τα χειρουργεία και οβησμένα τσιγάρα να υπερχειλίζουν από τα τασάκια στο πάτωμα. Η απάντηση του διοικητή στον Συνήγορο του Πολίτη ήταν ότι εξάντλησε τις υποχρεώσεις

του με σήμανση στον χώρο του χειρουργείου». Χωρίς κανέναν, ωστόσο, έλεγχο ή πειθαρχική ποινή στους παραβάτες... Στην έκθεσή του ο κ. Ποτάκης, αφού μνημονεύει και άλλα σχετικά περιστατικά, μιλά για «ανεφάρμοστο αντικαπνιστικό νόμο εξαιτίας της ανυπαρξίας των ελέγχων».

Ο Συνήγορος του Πολίτη στο αναλυτικό, αποκαλυπτικό έγγραφο του αναφέρει ότι τα βασικά προβλήματα είναι «η αδυναμία συντονισμού των συναρμόδιων υπηρεσιών και φορέων, με αποτέλεσμα το υπουργείο Υγείας να νομοθετεί, αλλά τα συναρμόδια υπουργεία (η Αστυνομία και η Τοπική Αυτοδιοίκηση Α' και Β' Βαθμού) να μην ολοκληρώνουν το έργο. Επιπλέον, σε αυτή την κατάσταση προφανώς έχουν συμβάλει η ανωριμότητα μέρους του πληθυσμού να δεχθεί ευχάριστα την απαγόρευση. Και αυτό παρότι το μεγαλύτερο ποσοστό -σύμφωνα με τις δημοσκοπήσεις- προτιμά να ισχύσει η απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους, γνωρίζοντας τα βλαπτικά αποτελέσματα του καπνού στην υγεία. Ομως σημαντικό ρόλο έχουν οι σθεναρές αντιδράσεις των καταστηματαρχών, των οποί-

ων τις προσφυγές το Συμβούλιο της Επικρατείας απάντησε ότι η απαγόρευση του καπνίσματος είναι σημαντικός περιορισμός, αλλά είναι θεμιτός, διότι αποσκοπεί στην προστασία των πολιτών».

Ακόμη ανασταλτικός παράγοντας θεωρείται η πλήρης αδυναμία να πραγματοποιηθεί άμεσος έλεγχος όταν γίνονται τηλεφωνικές καταγγελίες στην Αστυνομία.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι -σύμφωνα με τον Συνήγορο του Πολίτη- «ο μέσος Έλληνας να εκτίθεται σε ποσοστό 79% στο παθητικό κάπνισμα σε χώρους εστίασης. Από μελέτες φαίνεται ακόμη ότι το 75% των Ελλήνων αισθάνεται θυμό για τη μη εφαρμογή των νόμων και πιστεύει ότι υποβαθμίζεται το πολιτισμικό επίπεδο της χώρας του».

ΚΥΡΩΣΕΙΣ. Ο Συνήγορος του Πολίτη ζητεί από τους αρμόδιους υπουργούς Π. Σκουρλέτη, Ν. Τόσκα και Α. Ξανθό να «συντονιστούν οι αρμόδι-

ες υπηρεσίες, να εφαρμοστούν κυρώσεις και, αν χρειαστεί, να αφαιρεθούν οριστικά άδειες λειτουργίας καταστημάτων». Ακόμη, ζητείται η άμεση ανταπόκριση της Δημοτικής Αστυνομίας.

Εντυπωσιάζει όμως ένα άλλο σημείο του εγγράφου προς τους τρεις υπουργούς, όπου σημειώνεται: «Επιπλέον πρέπει να εξετασθεί το ενδεχόμενο του αυστηρού ελέγχου που μπορεί να φτάνει και σε αντικατάσταση των οργάνων της Διοίκησης (π.χ. διοικητές νοσοκομείων ή διευθυντές δημόσιων υπηρεσιών), όταν αδυνατούν να εφαρμόσουν τον νόμο για την απαγόρευση του καπνίσματος στις μονάδες που διοικούν». Τέλος, ο Συνήγορος του Πολίτη σημειώνει ότι θα προχωρήσει σε όλες τις νομικές κινήσεις, ώστε στο τέλος του 2017 «να βρεθεί η χώρα μας στην ίδια κατάσταση ως προς το κάπνισμα με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες».



ΣΤΟ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΟ

ΤΟΥ «Ε.Τ.» ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ 7 ΠΛΗΓΕΣ

«ΑΙΜΟΡΡΑΓΕΙ» το σχέδιο νόμου για την Υγεία

ΜΕ ΡΥΘΜΟΥΣ ΧΕΛΩΝΑΣ ΠΡΟΧΩΡΟΥΝ Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ-ΣΗΜΑΙΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΤΟΜΥ ΚΑΙ Η ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ

ΜΑΡΙΑ - ΝΙΚΗ ΓΕΩΡΓΑΝΤΑ
mgeorganta@e-typos.com

Πρωτοφανής είναι η καθυστέρηση της δημιουργίας των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ), μιας μεταρρυθμιστικής «σημείας» για την κυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ-ΑΝ.ΕΛ. Το υπουργείο Υγείας δεν έχει ακόμη καταθέσει στη Βουλή το νομοσχέδιο, παρόλο που ο «σχεδιασμός» προέβλεπε ότι μέχρι τον Ιούλιο (μήνα τον οποίο ήδη διανύουμε) θα έχουν ανοίξει οι πρώτες 50-60 ΤΟΜΥ, ώστε μέχρι το τέλος του έτους να λειτουργούν και οι 239 που προβλέπονται στο νομοσχέδιο.

Με ρυθμούς χελώνας προχωρά και η προκήρυξη για τις πρώτες προσλήψεις, η οποία υποτίθεται (όπως είχε ειπωθεί από την πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας στην επίσημη παρουσίαση του σχεδίου της Πρωτοβάθμιας Υγείας) ότι θα έβγαине τον... Μάιο. Σύμφωνα με την ενημέρωση από το υπουργείο, το καλύτερο σενάριο είναι πως η προκήρυξη θα βγει στον αέρα στα μέσα Ιουλίου.

Επομένως, είναι αμφίβολο αν μέχρι το τέλος του χρόνου θα έχουν δημιουργηθεί και στελεχωθεί οι 239 ΤΟΜΥ. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με ακόμη τουλάχιστον επτά «γκρίζα σημεία» του σχεδίου για την Πρωτοβάθμια Υγεία, τα οποία αναλύει ο «Ελεύθερος Τύπος», έχουν σπρώξει θύελλα αντιδράσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες Υγείας, που τονίζουν ότι το νομοσχέδιο «μπάζει» από παντού.

1 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Πρώτο και... καλύτερο στη λίστα είναι το ζήτημα της χρηματοδότησης. Τα χρήματα για τη δημιουργία των ΤΟΜΥ, δηλαδή των Τοπικών Μονάδων Υγείας, είναι εξασφαλισμένα από προγράμματα ΕΣΠΑ, όμως μόνο για δύο χρόνια. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, για να λειτουργήσει πλήρως η δημόσια ΠΦΥ με τις ΤΟΜΥ χρειάζονται συνολικά 900-1.000 για να καλύψουν τον ενήλικα αλλά και τον παιδικό πληθυσμό. Αυτόματα αυτό ανάγει το συνολικό κόστος λειτουργίας σε 320.000.000-400.000.000 ευρώ. Προκύπτει, λοιπόν, το εύλογο ερώτημα εάν υπάρχουν διαθέσιμα τόσα χρήματα.

2 GATEKEEPING

Το «αγκάθι» των γιατρών αποτελεί το σύστημα παραπομπών, γνωστό ως «gatekeeping». Σύμφωνα με το διαμορφωμένο σχέδιο νόμου, ο οικογενειακός γιατρός αποκτά διευρυμένο ρόλο και θα είναι αυτός που στην ουσία θα συντονίζει τα πάντα. Οι ασφαλισμένοι οφείλουν να εγγράφονται σε οικογενειακό γιατρό, ο οποίος θα τους παραπέμπει σε ειδι-

κούς γιατρούς του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα. Αυτό έχει προκαλέσει την πολύ έντονη αντίδραση των γιατρών, καθώς θεωρούν ότι υποβαθμίζεται το εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό της χώρας, ενώ οι ασθενείς δεν έχουν δικαίωμα στην ελεύθερη επιλογή γιατρού.

3 ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

Σε αραιώση του δικτύου των συμβεβλημένων με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) γιατρών οδηγεί το νομοσχέδιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Όπως εξηγεί η πρόεδρος της Ένωσης Ιατρών ΕΝΙ-ΕΟΠΥΥ, **Αννα Μαστοράκου**, τίθενται συγκεκριμένα πληθυσμιακά κριτήρια. Για παράδειγμα, ένας καρδιολόγος αντιστοιχεί σε 25.000 κατοίκους. «Ας δούμε την Πάτρα. Τώρα έχει 50 καρδιολόγους ιδιώτες συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ. Με την αναλογία που δίνουν τώρα, θα μείνουν δέκα. Μπορούν οι δέκα να καλύψουν τον πληθυσμό των 250.000 κατοίκων; Οχι», αναφέρει χαρακτηριστικά και προσθέτει ότι όλο αυτό θα οδηγήσει σε πραγματική αύξηση της αναμονής των ασθενών ώστε να βρουν ραντεβού.

4 ΑΜΟΙΒΕΣ

Μελανό σημείο θεωρεί ο ιατρικός κόσμος και τις αμοιβές των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ γιατρών, των ιδιωτών δηλαδή γιατρών που θα συνεπικουρούν στην κάλυψη της Πρωτοβάθμιας Υγείας. Για αυτούς προβλέπεται πάγια αντιμισθία, ενώ μέχρι τώρα πληρώνονται κατά πράξη και περίπτωση. Σύμφωνα με ιατρικούς κύκλους, η πάγια αντιμισθία εγκυμονεί ακόμη έναν κίνδυνο: Το γεγονός ότι εφόσον δίνεται προτεραιότητα στο δημόσιο τομέα, υπάρχει περίπτωση να μην παραπέμπονται πολλοί ασθενείς στον ιδιωτικό συμβεβλημένο γιατρό. Και έτσι να πληρώνεται και να «κάθεται».

5 ΔΕΝ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Μια πολύ μεγάλη στρέβλωση αποτελεί το γεγονός ότι εφόσον δίνεται σαφής προτεραιότητα στο δημόσιο τομέα, συνεπάγεται ότι προηγούνται στις παραπομπές τα σημερινά ΠΕΔΥ -που θα μετονομαστούν σε Κέντρα Υγείας- και τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, σε σχέση με τους ιδιώτες γιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ. «Μιλάμε για φαρσοκωμωδία. Όλο αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να μην επιτευχθεί ο στόχος που είναι να αποσυμφορηθούν τα δημόσια νοσοκομεία. Ο συντονιστής θα παραπέμπει κατά προτεραιότητα στο δημόσιο τομέα, επομένως θα φρακάρουν πρώτα οι δημόσιες

δομές Πρωτοβάθμιας Υγείας και μετά τα δημόσια νοσοκομεία. Ετσι, δεν μπαίνει φραγμός στις ροές προς τα νοσοκομεία. Εάν αυτό δεν είναι στρέβλωση, τότε τι είναι;», αναρωτιέται η πρόεδρος της ΕΝΙ ΕΟΠΥΥ.

6 ΥΨΗΛΟΣ ΡΟΛΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ, ΜΑΙΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

Εντονο ρόλο στο νέο σχέδιο της ΠΦΥ αποκτούν και άλλες ειδικότητες πλην των γιατρών. Όπως αναφέρει το νομοσχέδιο, «παρέχεται η δυνατότητα συνταγογράφησης στους επαγγελματίες Υγείας του κλάδου ΤΕ Μαιευτικής για τη λήψη δείγματος κολπικού και τραχηλικού υγρού (τεστ Παπανικολάου) καθώς και για τις σχετικές με την κύηση απαιτούμενες εξετάσεις, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία». «Θεωρούμε απαράδεκτο και εξαιρετικά επικίνδυνο το γεγονός ότι επιτρέπεται σε φαρμακοποιούς να πραγματοποιούν ιατρικές πράξεις ενώ δίνεται η δυνατότητα συνταγογράφησης ιατρικών εξετάσεων σε μαίες», αναφέρει σε ανακοίνωσή του ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, Πώργος Πατούλης.

7 ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ

Ακανθώδες και το ζήτημα των προσλήψεων, καθώς απαιτούνται πολλοί ειδικευμένοι γιατροί για την κάλυψη του πληθυσμού, εάν θεωρηθεί ότι στόχος παραμένει η αναχαίτιση του κύματος προς τα δημόσια νοσοκομεία. Η πρώτη δεξαμενή προσλήψεων, σύμφωνα με το υπουργείο Υγείας, θα είναι 3.000 άτομα, εκ των οποίων οι 1.300 γιατροί. Ο αριθμός αυτός κρίνεται ως εξαιρετικά μικρός, ενώ η ΕΙΝΑΠ υποστηρίζει ότι ενισχύονται οι ελαστικές σχέσεις εργασίας. ■

Οι μισθοί βάσει της ΚΥΑ

Σε Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΚΥΑ) που έχει εκδοθεί πάντως ορίζονται οι μισθοί των γιατρών που θα στελεχώσουν τις ΤΟΜΥ. Ο μηνιαίος βασικός μισθός του Επιμελητή Α' ορίζεται στο 90% του μισθού του Συντονιστή Διευθυντή (μισθολογικό κλιμάκιο 1), του οποίου ο μηνιαίος βασικός μισθός ορίζεται στο ποσό των 1.903 ευρώ. Αντίστοιχα, ο μηνιαίος βασικός μισθός του Επιμελητή Β' ορίζεται στο 78% του Μ.Κ.1, στα 1.484,34 ευρώ και του Ειδικευόμενου στο 63% του Μ.Κ.1, στα 1.198,89 ευρώ. Επιπλέον, εκδόθηκε από τον υπουργό Υγείας η απόφαση με τη μοριοδότηση γιατρών, νοσηλευτών και λοιπού προσωπικού που θα υποβάλουν αιτήσεις για τις ΤΟΜΥ. Για τη στελέχωση των ΤΟΜΥ θα απαιτηθούν 3.000 προσλήψεις οικογενειακών γιατρών και άλλων επαγγελματιών Υγείας, που θα χρηματοδοτηθούν στην αρχική φάση από το ΕΣΠΑ (ΜΔΤ και ΠΕΠ). ■

ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φυτικών πρωτεϊνών από τροφές, όπως τα δημητριακά και οι ξηροί καρποί, έχουν μικρότερες πιθανότητες να εμφανίσουν πρόωρη εμμηνόπαυση, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη. Οι ερευνητές των Σχολών Δημόσιας Υγείας των πανεπιστημίων Χάρβαρντ και Αμχερστ της Μασαχουσέτης ανέλυσαν στοιχεία για 116.000 γυναίκες, συσχετίζοντας τις διατροφικές συνήθειές τους με τον χρόνο της εμμηνόπαυσης. Αυτό που διαπίστωσαν ήταν ότι εκείνες που έπαιρναν το 6,5% των καθημερινών θερμίδων τους με τη μορφή πρωτεϊνών φυτικής προέλευσης είχαν κατά μέσο όρο 16% μικρότερο κίνδυνο για πρόωρη εμμηνόπαυση σε σχέση με τις γυναίκες που έπαιρναν μόνο το 4% των θερμίδων τους μέσω των φυτικών πρωτεϊνών.



ΠΟΙΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Πώς θα προστατευτείτε από τη «νόσο των κλιματιστικών» και τις άηλες παγίδες που κρύβονται πίσω από τη λάθος χρήση, αηλιά και την κατάχρηση αυτών των μηχανημάτων

Της Ρίτας Βελώνη

Η θερμοκρασία που διαρκώς αυξάνεται, έχει μετατρέψει τα κλιματιστικά σε είδος πρώτης ανάγκης, ιδιαίτερα για όσους ζουν στις μεγαλουπόλεις, ή αλλιώς, στις «θερμικές νησίδες», όπως τις αποκαλούν οι περιβαλλοντολόγοι. Οι οποίοι μετά την τελευταία έκθεση του αμερικανικού **Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC)** έκρουσαν ακόμα μία φορά το καμπανάκι για τις αρνητικές συνέπειες των κλιματιστικών στην υγεία μας, από την αλόγιστη και πολλές φορές λανθασμένη χρήση τους. Οι επιστήμονες μάλιστα, έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στη «νόσο των κλιματιστικών» ή «νόσο των λεγεωνάριων» όπως συνηθίζεται να λέγεται, η οποία προκαλείται από ένα βακτηρίδιο που αναπτύσσεται σε υγρό και ζεστό περιβάλλον όπως αυτό του κλιματιστικού.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΗ Η ΝΟΣΟΣ

Πρόκειται για λοίμωξη του αναπνευστικού, που ανιχνεύθηκε για πρώτη φορά τον Ιούλιο του 1976, όταν σε συνέδριο λεγεωνάριων στη Φιλαδέλφεια των ΗΠΑ, νόσησαν δεκάδες συνέδριοι από μια «ανεξήγητη» μορφή πνευμονίας. Οι εργαστηριακές έρευνες που ακολούθησαν προσδιόρισαν την ύπαρξη του βακτηριδίου legionella pneumophila. Τα συμπτώματα της «νόσου των λεγεωνάριων», που παρουσιάζονται μέσα σε δύο



ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ Η «ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΡΟΣΙΑ» • «ΘΥΜΑΤΑ» ΟΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΣΤΑ ΓΡΑΦΕΙΑ



Άρρωστοι από το κλιματιστικό

έως δέκα μέρες από την προσβολή του από-μου, είναι δύσπνοια, πυρετός, κεφαλαλγία, μυαλγίες, ανορεξία, έντονη κόπωση. Στις ελαφριές περιπτώσεις, η νόσος υποχωρεί με αντιβιοτικά, στις πιο βαριές ο ασθενής νοσηλεύεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας, ενώ στο 3-4% των περιπτώσεων μπορεί να οδηγηθεί ακόμα και στο θάνατο. Ωστόσο, είναι σημαντικό ότι η συγκεκριμένη νόσος δεν μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο, ενώ από τα στοιχεία που έχουν καταγραφεί στο **Κέντρο Αναφοράς Νόσου Λεγεωνάριων της Βορείου Ελλάδος (στεγάζεται στο Τμήμα Μικροβιολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης)**: Η νόσος προσβάλλει κυρίως άτομα που εργάζονται ή διαμένουν σε κτίρια με κεντρικό κλιματιστικό σύστημα. Ο κύριος λόγος είναι ότι τα κλιματιστικά με-

τατρέπονται σε τόπο συσσώρευσης παθογόνων μικροοργανισμών από την αναπνοή και τον ιδρώτα των ανθρώπων. Τα μικρόβια αυτά επαναπροωθούνται με το ίδιο σύστημα κλιματισμού στον αέρα των χώρων διαβίωσης ή εργασίας. Όπως αναφέρει πρόσφατη γαλλική μελέτη, που δημοσιεύθηκε στη «**Διεθνή Επιθεώρηση Επιδημιολογίας» (IJE)**:

«Τα πλέον επικίνδυνα για την επώαση τέτοιου είδους μικροβίων είναι τα γυάλινα κτίρια, όπου δεν υπάρχει ο κατάλληλος εξαερισμός και τα πάντα εξαρτώνται από το σύστημα κλιματισμού. Οι εργαζόμενοι σε κτίρια με κεντρικό κλιματισμό έχουν 2,5 φορές περισσότερα συμπτώματα από το αναπνευστικό σε σύγκριση με όσους εργάζονται σε κτίρια με φυσικό

αερισμό» καταλήγει η μελέτη.

ΠΟΙΟΙ ΚΙΝΔΥΝΕΥΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ

Σύμφωνα με στοιχεία του **Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων**:

● Περισσότερο ευάλωτοι στη νόσο των **Λεγεωνάριων** είναι όσοι έχουν εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα, οι ηλικιωμένοι, οι καπνιστές, οι νεφροπαθείς, οι διαβητικοί, και εκείνοι που πάσχουν από χρόνια νοσήματα των πνευμόνων.

● Εστίες μόλυνσης του βακτηριδίου legionella, εκτός από τα υγρά των κλιματιστικών, αποτελούν και οι παλιές υδραυλικές εγκαταστάσεις σωληνώσεων, τα συστήματα που χρησιμοποιούν και αποθηκεύουν νερό, τα ψυκτικά συστήματα, τα σιντριβάνια και τα κολυμβητήρια. Αντίθετα, το βακτηρίδιο δεν

φαίνεται να επιβιώνει στα κλιματιστικά αυτοκινήτων ή των ξεχωριστών μονάδων κλιματιστικών, που μπαίνουν για παράδειγμα πάνω από τα παράθυρα.

● Άλλες ασθένειες που έχουν συνδεθεί με την υπερβολική χρήση των κλιματιστικών είναι η **αλλεργική ρινίτιδα, η εμφάνιση δερματοπαθειών, η ξηρότητα ματιών και εμφάνιση επιπεφυκίτιδας** (κυρίως σε άτομα που χρησιμοποιούν φακούς επαφής). Και βέβαια οι **ψύξεις** που οφείλονται στην κατάχρηση του κλιματιστικού αποτελούν το πιο συχνό φαινόμενο στη σύγχρονη εποχή. Εκτός από ιδιαίτερα ενοχλητικές μπορεί να επιφέρουν σε όσους περνούν πολλές ώρες της ημέρας σε χώρο με air condition και μόνιμες ευαισθησίες οι οποίες τους συνοδεύουν για ολόκληρη τη ζωή.

ΠΩΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΤΟΝ ΚΛΙΜΑΤΙΣΜΟ ΩΣΤΕ ΝΑ ΜΗ ΒΛΑΠΤΕΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ

● **Μην αμελείτε τον καθαρισμό των φίλτρων**: Επειδή σε κάποιο βαθμό -έστω και μικρό- τα κλιματιστικά φιλτράρουν τον αέρα του χώρου (ειδικά αυτά που περιέχουν φίλτρο ενεργού άνθρακα), ο τακτικός καθαρισμός τους ή η αλλαγή τους (όταν χρειάζεται), εκτός από την καλή απόδοση του μηχανήματος σαφώς σχετίζονται και με την υγιεινή του χώρου. (Τα φίλτρα είναι μεμβράνες που αφαιρούνται εύκολα και πλένονται απλά, με νερό. Αφού στεγνώσουν τοποθετούνται και πάλι στη συσκευή και είναι έτοιμα για χρήση). Κατά κανόνα είναι αρκετό να καθαρίζονται κάθε 50 με 60 ώρες λειτουργίας του κλιματιστικού.

● **Καλείτε συνεργείο μία φορά το χρόνο**. Κανείς δεν θέλει να πληρώνει αλλά τα μηχανήματα φθείρονται καθώς συκρατούν σκόνη και ανεπιθύμητα σωματίδια και σε άλλα σημεία, πέρα των φίλτρων. Ο καθαρισμός σε βάθος δεν μπορεί να γίνει εύκολα από τον καταναλωτή, επομένως απευθυνθείτε σε κάποιο ειδικό συνεργείο, ώστε να εξασφαλίσετε τη σωστότερη και υγιέστερη λειτουργία του κλιματιστικού σας.

● **Αερίζετε τους χώρους, στους οποίους λειτουργούν κλιματιστικά**. Η ανανέωση του αέρα είναι πολύ σημαντική, γιατί η ατμόσφαιρα «ξηραίνεται» μετά από κάποιες συνεχείς ώρες λειτουργίας. Επομένως όπως θα αερίζατε ένα δωμάτιο για τους προφανείς λόγους, το

ίδιο πρέπει να κάνετε και όταν χρησιμοποιείτε κλιματιστικά μηχανήματα. Ακόμη πιο σημαντικό είναι, αν έχετε κάποιο μηχανήμα σε υπνοδωμάτιο και το αφήνετε να λειτουργεί κατά τη διάρκεια της νύχτας, πρέπει να αφήνετε κάποια διέξοδο για να αλλάζει ο αέρας (έστω και μια πόρτα προς το διπλανό δωμάτιο) και πάνω από όλα να φροντίζετε να μην πέφτει απευθείας πάνω σας ο αέρας του κλιματισμού.

● **Ελέγχετε το σωληνάκι που καταλήγει έξω από το σπίτι**. Δεν πρέπει να είναι μπλοκαρισμένο, αναποδογυρισμένο κτλ. Ο στόχος είναι να αποβάλλεται η υγρασία με τη μορφή νερού. Αν όμως δημιουργηθεί κάποιο εμπόδιο, το νερό συσσωρεύεται και μπορεί να επιστρέψει μέσα, τρέχοντας από τις γρίλιες του κλιματιστικού, με αρνητικές συνέπειες και για την απόδοση του κλιματιστικού και για την υγεία.

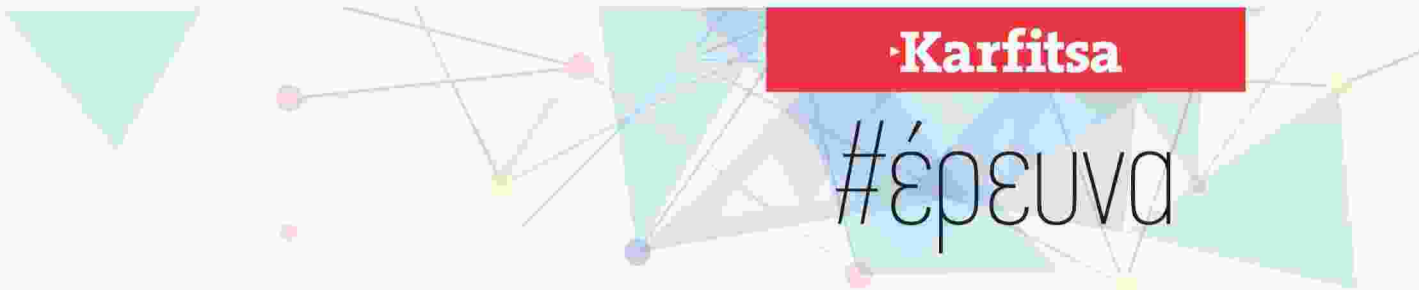
Προσοχή: Η τοποθέτηση της εξωτερικής μονάδας είναι καλύτερα να γίνεται στο βόρειο τμήμα ενός σπιτιού για να μην την πιάνει ο ήλιος. Αν αυτό δεν είναι δυνατό, η μονάδα θα πρέπει να καλύπτεται από ένα μονωτικό κάλυμα στις 2 μεγαλύτερες επιφάνειές της αφήνοντας ένα κενό 15-20cm για να αερίζεται. Η εξωτερική μονάδα τοποθετείται πάντα σε ελαστικές βάσεις για τη μείωση του θορύβου (το κάλυμα αυτό την προφυλάσσει και από τον παγετό τον χειμώνα).

ΤΙ ΛΕΝΕ ΟΙ ΑΡΙΘΜΟΙ

● Στις ΗΠΑ, όπως έχει επιστημονικά διαπιστωθεί, στα 250.000 ετησίως κρούσματα πνευμονικών λοιμώξεων ένα ποσοστό 7% αφορά τη «νόσο της legionella».

● Σύμφωνα με τα καταγεγραμμένα κρούσματα της «νόσου των κλιματιστικών» στην Ευρώπη, χώρες υψηλότερου κινδύνου θεωρούνται η Ισπανία και η Γαλλία, ενώ στην τρίτη θέση ακολουθεί η Ελλάδα.

● Υπολογίζεται ότι τα σοβαρά κρούσματα στη χώρα μας κάθε χρόνο αφορούν τουλάχιστον 25-30 τουρίστες και 5-10 Έλληνες.



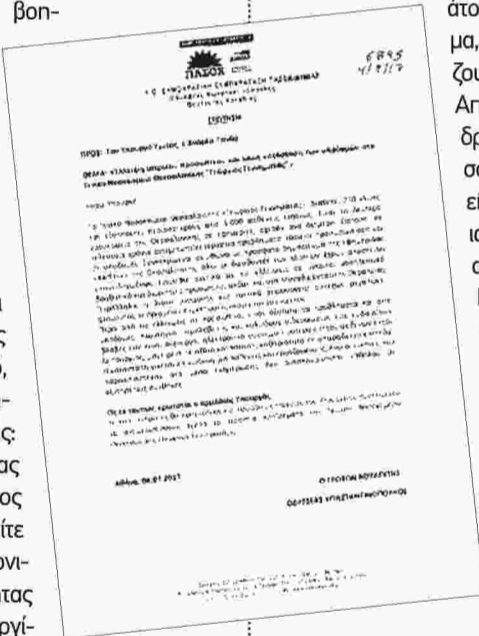
ΣΟΒΑΔΕΣ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΚΑΤΣΑΡΟΛΕΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

270 κρεβάτια και... 5.000 επεμβάσεις

Στη Βουλή έφτασε το αποκαλυπτικό ρεπορτάζ της **Karfitsa**, για το μαγειρείο του νοσοκομείου «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» στο κέντρο της Θεσσαλονίκης, που σιτίζει καθημερινά... 400 ασθενείς. Σοβάδες που κρέμονται πάνω από τις κατσαρόλες, τα άπλυτα που πηγαίνουν σε άλλο νοσοκομείο (ΑΧΕΠΑ), δωρεές μηχανημάτων που... «λιμνάζουν», ανενεργό ηλεκτρονικό σύστημα προτεραιότητας ασθενών είναι μόνο μερικά από τα προβλήματα!

Της Έλενας Καραβασιλή / φωτορεπορτάζ Σάββας Αυγυτίδης

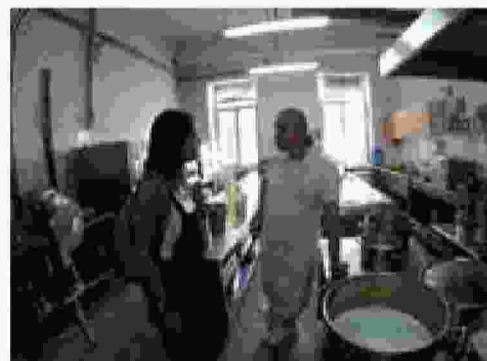
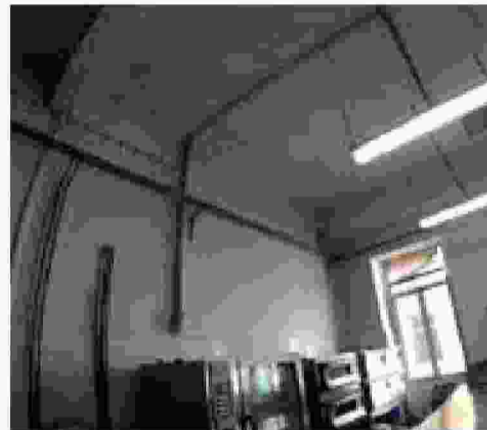
Ο βουλευτής της ΔΗ.ΣΥ, Οδυσσέας Κωνσταντινίδης σε σχετική ερώτηση (με Α.Π. 6895/04-07-2017) προς τον υπουργό Υγείας κ. Ανδρέα Ξανθό σημειώνει μεταξύ άλλων «Είναι το δεύτερο νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης σε εφημερίες, σχεδόν ανά διήμερο. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια αντιμετωπίζει τεράστια προβλήματα, τόσο σε προσωπικό όσο και σε υποδομές. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με πρόσφατο δημοσίευμα της «Karfitsa» της Θεσσαλονίκης, όλοι οι διευθυντές των κλινικών έχουν αποστείλει επανειλημμένως έγγραφα σχετικά με τις ελλείψεις σε ιατρικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό και διοικητικό προσωπικό, ακόμη και στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Παράλληλα, η λίστα αναμονής για τακτικά χειρουργεία συνεχώς μεγαλώνει, φτάνοντας σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη και το ένα έτος. Πέρα από τις ελλείψεις σε προσωπικό, είναι οξυτάτα τα προβλήματα και στις υποδομές: πλυντήρια, ατμολέβητας και κύλινδρος σιδερώματος είτε εμφανίζουν βλάβες είτε είναι ανενεργά, ηλεκτρονικό σύστημα προτεραιότητας ασθενών εκτός λειτουργίας, μαγειρεία σε άθλια κατάσταση, καθαριότητα σε απαράδεκτα επίπεδα. Η κατάσταση γίνεται επικίνδυνη για ασθενείς και εργαζομένους, ενώ οι εικόνες που παρουσιάστηκαν στα μέσα ενημέρωσης δεν ανταποκρίνονται καθόλου σε αξιοπρεπείς συνθήκες. Ως εκ τούτων, ερωτάται ο αρμόδιος Υπουργός: Σε ποιες ενέργειες θα προχωρήσουν οι αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου προκειμένου να αντιμετωπισθούν άμεσα τα τεράστια προβλήματα του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Γεννηματάς», τονίζει στην ερώτησή του ο κ. Κωνσταντινίδης.



«5.000 χειρουργεία... με έλλειψη προσωπικού»

Να υπενθυμίσουμε ότι όπως είχε αποκαλύψει στην εφημερίδα ο Βασίλης Ζαμπακλής, που μαγειρεύει για το «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» τα τελευταία... 30 χρόνια, «η κουζίνα θα πρέπει να κλείσει. Στα τόσα χρόνια που είμαι εδώ, έχει γίνει μόλις μία ανακαίνιση κι είναι εντελώς παρατημένα. Από άποψη υποδομών αρχικά – πέφτουν σοβάδες από τα τζάνια – αλλά και έλλειψη προσωπικού. Σε όλη τη βάρδια είμαστε δύο άτομα ένας πρωί, ένας απόγευμα, όπου καθημερινά ετοιμάζουμε...400 μερίδες φαγητού». Από την πλευρά του ο πρόεδρος των εργαζομένων του νοσοκομείου, Πέτρος Κετικίδης, είχε τονίσει πως «τα επείγοντα ιατρεία είχαν ανακατασκευαστεί το... 1996 με χρήματα της Νομαρχίας. Από τότε λοιπόν είχαν εγκατασταθεί οι ηλεκτρονικές σημάσεις, έξω από κάθε ιατρείο. Δούλεψε για κάποια χρόνια, όμως οι διοικήσεις των τελευταίων ετών αποφάσισαν να... μην τα χρησιμοποιούν. Έτσι ο κόσμος περιμένει να ακούσει το όνομά του από τη νοσηλεύτρια ή από τον γιατρό! Αν λειτουργούσε ο ηλεκτρονικός πίνακας, ο κάθε ασθενής θα ήξερε και θα μπορούσε να υπολογίσει το μέσο όρο αναμονής για να μην περιμένει και να μην ταλαιπωρείται!».

Τέλος, ο κ. Κετικίδης είχε επισημάνει πως «το μεγαλύτερο πρόβλημα του νοσοκομείου είναι η μη ύπαρξη ανθρώπινου δυναμικού. Οι διευθυντές των κλινικών, έχουν στείλει κατ' επανάληψη έγγραφα προς τη διοίκηση, κρούοντας τον κώδωνα του κινδύνου. Ο διευθυντής της ουρολογικής μάλιστα έκανε λόγο για έλλειψη στο τμήμα του αλλά και στα χειρουργεία! Παρότι είναι ένα μικρό νοσοκομείο με 270 κρεβάτια, έχει πολύ μεγάλο όγκο χειρουργείων που φτάνουν τα 5.000 το χρόνο». Μάλιστα όπως είχε εξηγήσει, η ΜΕΘ του «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» οργανικά έχει δέκα κλίνες, εκ των οποίων λειτουργούν οι εννιά «με προσωπικό κάτω από τα όρια ασφαλείας. Θα έπρεπε να υπάρχουν τρεις νοσηλευτές ανά κλίνη σε κυκλικό ωράριο και τώρα ζήτημα να είναι 25 άτομα, μαζί με την προϊσταμένη. Αυτή τη στιγμή, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι στα όρια της εξάντλησης. Είμαστε το δεύτερο νοσοκομείο της πόλης με τις περισσότερες εφημερίες!».



Τι απαντά η διοίκηση

Για την «δραματική» – όπως λένε οι εργαζόμενοι – κατάσταση που επικρατεί στο μαγειρείο του νοσοκομείου, η διοικήτρια του «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» κ. Μελπομένη Τσούγκα απάντησε χαρακτηριστικά ότι «έχει γίνει ένας σχεδιασμός για να κάνει παρεμβάσεις η τεχνική υπηρεσία. Με τον τρόπο αυτόν θα λυθούν τα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα». Η ίδια για το... ανενεργό ηλεκτρονικό σύστημα, είχε εξηγήσει πως «το σύστημα είναι παλιό. Αν έρθει λοιπόν ένα επείγον περιστατικό, θα πρέπει να γίνει νέα ρύθμιση του συστήματος, κάτι που είναι χρονοβόρο. Έχουμε ζητήσει προσφορά για να αντικατασταθεί, όμως το κόστος είναι μεγάλο και είναι κάτι που πρέπει να γίνει με τη δεύτερη τροποποίηση». Για τα... άπλυτα των ασθενών που θα πηγαίνουν από το ένα νοσοκομείο στο άλλο, η κ. Τσούγκα παραδέχτηκε πως... υπάρχει πρόβλημα με τα πλυντήρια όμως «όλος ο ιματισμός που χρησιμοποιείται από τους ασθενείς καθαρίζεται. Τον Οκτώβριο θα παραδοθεί το έργο στο ΑΧΕΠΑ, όπου εκεί θα μεταφέρονται όλα τα άπλυτα. Κάθε τόσο τα πλυντήρια εμφανίζουν βλάβες, έτσι αν δεν υπάρξει η λύση του ΑΧΕΠΑ, δε ξέρω τι θα κάνουμε, διότι υπάρχει και έλλειψη σε προσωπικό». Τέλος, στην καταγγελία των εργαζομένων πως η επιλογή των περιστατικών που προσέρχονται στα επείγοντα γίνεται είτε από τον ίδιο τον ασθενή (που εικάζει την ειδικότητα που μπορεί να χρειάζεται), είτε αποφασίζει ένας διοικητικός υπάλληλος που έχει υπηρεσία στην ηλεκτρονική καταγραφή των ασθενών, η διοικήτρια του νοσοκομείου απάντησε: «υπάρχει επιπλέον βάρδια νοσηλευτικού προσωπικού από τις 15:00 έως τις 23:00 οπότε και έχουμε τη μεγαλύτερη κινητικότητα, για την κατεύθυνση των περιστατικών. Δεν έχουμε διαλογή ως νοσοκομείο. Αυτό θα υλοποιηθεί με την πρόσληψη γιατρών που θα γίνει από το υπουργείο. Τα σχέδια για τη διαμόρφωση των ΤΕΠ έχουν γίνει, όμως σύμφωνα με το υπουργείο, αυτό είναι κάτι που θα υλοποιηθεί στο τέλος τους έτους. Παρόλα αυτά, καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, υπάρχουν νοσηλευτές που εφημερεύουν και μπορούν να κατευθύνουν τα περιστατικά».

ΤΙ ΚΑΤΑΓΕΛΛΕΙ Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙ ΑΠΑΝΤΑ Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Μισό προσωπικό και εξοπλισμός του... 1963 στο ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Δεν έχουν τέλος τα προβλήματα στην ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 2017. Στη δεύτερη μεγαλύτερη πόλη της χώρας, χειρουργεία υπολειπονται και ιατροί δεν διαθέτουν μηχανήματα για να εξετάσουν τους ασθενείς. Αυτή είναι τουλάχιστον η εικόνα που μεταφέρει στην **Karfitsa** η πρόεδρος των εργαζομένων στο «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, που παρά τις επισημάνσεις γιατρών, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού εξακολουθεί να αντιμετωπίζει δεκάδες προβλήματα. «Υπάρχουν θέματα αλλά τα αντιμετωπίζουμε και γινόμαστε καλύτεροι» απαντά από την πλευρά της η διοίκηση του νοσοκομείου.

Του **Βαγγέλη Στολιάκη**

Σύμφωνα με όσα αναφέρει στην **Karfitsa** η Γιώτα Αλατζά, το μεγαλύτερο πρόβλημα του νοσοκομείου είναι η υποστελέχωσή του. Όπως τονίζει, αυτή τη στιγμή το νοσοκομείο λειτουργεί με το μισό προσωπικό από ότι προβλέπεται στον κανονισμό λειτουργίας. «Οι οργανικές θέσεις πλην των γιατρών είναι 1.853. Το 2016 υπηρέτουσαν 1.151 άνθρωποι. Άρα είχαμε 742 κενές οργανικές θέσεις. Φέτος, τα στοιχεία βελτιώθηκαν σε κάποιο βαθμό, καθώς οι κενές θέσεις έπεσαν στις 600 περίπου. Πήραν συμβασιούχους και ωφελούμενους του ΟΑΕΔ. Έτσι δουλεύουμε εδώ. Οι συμβασιούχοι και οι ωφελούμενοι του ΟΑΕΔ καλύπτουν διάφορες θέσεις σε όλες τις ειδικότητες για ένα χρόνο. Πρόκειται για εργαζόμενους μιας χρήσεως που ανάλογα με την εκπαίδευσή τους και τη σύμβαση που υπέγραψαν λαμβάνουν από 600 έως 800 ευρώ» λέει η κ. Αλατζά. Και συμπληρώνει: «οι ελλείψεις σε όλες τις ειδικότητες αγγίζουν το 50%».

Η πρόεδρος των εργαζομένων του «Ιπποκράτειου» κάνει λόγο για «τρομερές» ελλείψεις σε βοηθητικό και παραϊατρικό προσωπικό και μιλάει για... «μεθόδευση από πλευράς της κυβέρνησης προκειμένου να περάσουν αυτές οι ειδικότητες σε ιδιωτικές εταιρίες». Ελλείψεις υπάρχουν και στο μόνιμο ιατρικό προσωπικό, αφού από τις 300 οργανικές θέσεις που προβλέπονται για την στοιχειώδη λειτουργία του νοσοκομείου αυτή τη στιγμή υπηρετούν 166 γιατροί και υπάρχουν 134 κενές οργανικές θέσεις. «Στην παιδιατρική κλινική υπάρχει ένας γιατρός για να προσέχει

φωτο Σάββας Αυγητίδης



το βράδυ τριάντα παιδιά» υπογραμμίζει η κ. Αλατζά. «Όλοι κάνουν υπεράνθρωπες προσπάθειες για να λειτουργήσει στοιχειωδώς το νοσοκομείο» αναφέρει και τονίζει ότι υπάρχουν υπάλληλοι που έχουν να... λαμβάνουν 40 ημέρες ρεπό και άδειες από το 2016.

Χειρουργείο μετά από... ένα χρόνο

Σε ό,τι αφορά τα επειγόντα περιστατικά, σύμφωνα με όσα καταγγέλλουν οι εργαζόμενοι, υπάρχουν ελάχιστοι μόνιμοι υπάλληλοι, ενώ οι άλλες ειδικότητες καλύπτονται από άλλους νοσηλευτές. Όπως αναφέρουν στην **Karfitsa** ο μέσος χρόνος αναμονής στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι έξι με δέκα ώρες, ενώ για να κλείσει ένας ασθενής κάποιο χειρουργείο μπορεί να περιμένει μέχρι και έναν ολόκληρο χρόνο. Σε διαφορετική περίπτωση αναγκάζεται να καταφύγει σε ιδιωτικές κλινικές. «Επίσης από τους δυο αζονικούς που διαθέτει το νοσοκομείο λειτουργεί μόλις ο ένας λόγω

έλλειψης προσωπικού. Τα ακτινολογικά μας μηχανήματα είναι πεπαλαιωμένης τεχνολογίας, μη ψηφιακά. Αυτό σημαίνει ότι η διαγνωστική τους αξία είναι στο 50%. Από τα δυο μηχανήματα υπερήχων που έχουμε λειτουργεί ο ένας. Αγγειογράφος επίσης δεν υπάρχει, "εξαφανίστηκε" το 2014. Ήταν χαλασμένος και δεν επιδιορθώθηκε. Μηχάνημα οστικής πυκνότητας δεν διαθέτουμε, όπως ούτε μαστογράφο, ενώ τα μόνιτορ στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είναι παλιά» σημειώνει στην **Karfitsa** η πρόεδρος των εργαζομένων του «Ιπποκράτειου».

έρευνα

Ο ρόλος των ιδιωτών

Στο «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ιδιωτικές εταιρίες έχουν αναλάβει συγκεκριμένα πόστα και τομείς. Για παράδειγμα η φύλαξη του νοσοκομείου και η καθαριότητα γίνονται από ιδιώτες, ενώ σε ό,τι αφορά το φαγητό υπάρχει το εξής «παράδοξο»: το μαγείρεμα για τις 790 κλίνες που διαθέτει το νοσοκομείο έχουν αναλάβει οι οργανικοί υπάλληλοί του, ενώ τη διανομή του φαγητού πραγματοποιεί εργολαβική εταιρία. «Οι εγκαταστάσεις στα μαγειρεία είναι παλιές. Γίνονται οι κατασκευές και τα μερεμέτια που χρειάζονται αλλά τα τελευταία χρόνια δεν έχει πραγματοποιηθεί καμία ανακαίνιση. Είναι ένας χώρος που κρατούν με χίλια ζόρια οι εργαζόμενοι. Υποψιαζόμαστε ότι και η παραγωγή του φαγητού θα δοθεί σε κάποιον ιδιώτη» λέει η κ. Αλατζά.

Με... πρεσαδόρο του 1963

«Βραχνάς» για το Νοσοκομείο είναι και τα σιδερωτήρια, τα οποία μάλιστα πήγαν μέχρι... τη Βουλή μετά από επίκαιρη ερώτηση που κατέθεσαν βουλευτές της Θεσσαλονίκης. «Στο παρελθόν στα σιδερωτήρια για 790 κρεβάτια εργαζόνταν 17 άτομα. Σήμερα στην πρωινή βάρδια εργάζονται μόλις δύο. Ο νόμος ορίζει πως για κάθε δέκα συνταξιοδοτήσεις θα πρέπει

να γίνεται μια πρόσληψη. Αυτό δεν συμβαίνει στο Ιπποκράτειο» λέει με νόημα η κ. Αλατζά. Στο εν λόγω τμήμα μάλιστα, η δουλειά γίνεται με έναν πρεσαδόρο του... 1963, αφού οι δυο καινούριες πρέσες τις οποίες προμηθεύτηκε το νοσοκομείο θέλουν συντήρηση. Επίσης, η μια ράπτρια που διαθέτει το νοσοκομείο για να εξυπηρετεί τις ποδιές των γιατρών ορισμένες ημέρες δουλεύει και σε άλλο Νοσοκομείο, το Αφροδίσιο επί της οδού Δελφών, ενώ ο ένας κύλινδρος που χρησιμοποιείται για να γυρίζουν τα σεντόνια, υπολειτουργεί. Σε ό,τι αφορά τα πλυντήρια που διαθέτει το Νοσοκομείο από τα εννέα που διαθέτει, υπολειτουργούν τα πέντε και τα υπόλοιπα είναι σε αχρηστία. «Το νοσοκομείο διαθέτει μόλις δυο εργαζόμενες που στρώνουν τους περίπου 200 κοιτώνες των γιατρών» λέει η κ. Αλατζά. «Το υπουργείο και ο κ. Πολάκης σε σχετική ερώτηση που έγινε ανέφεραν ότι τα μηχανήματα που υπάρχουν αρκούν για την εξυπηρέτηση των ασθενών και δεν χρειάζεται προμήθεια νέου εξοπλισμού». «Οι ελλείψεις είναι πολλές και μεγάλες στα ελληνικά νοσοκομεία. Υπάρχει μια απαξίωση στο σύστημα υγείας. Αυτό πρέπει να το καταλάβουν στο υπουργείο Υγείας και να μην προσπαθούν να μας πείσουν ότι όλα είναι καλά για να δουλίσουμε με μικρότερους μισθούς» καταλήγει η κ. Αλατζά.

Τι απαντά η διοικήτρια;

Από την πλευρά της, η διοικήτρια του Νοσοκομείου Βασιλική Παπαχριστοδούλου σημειώνει πως προβλήματα υπάρχουν μεν στο νοσοκομείο, αλλά όχι σε τέτοιο βαθμό, όπως τα παρουσιάζουν οι εργαζόμενοι. «Υπάρχουν κενά όντως» λέει. «Υπάρχει υποστελέχωση στο νοσοκομείο» σχολιάζει η κ. Παπαχριστοδούλου. «Υπάρχουν 36 κρίσεις γιατρών σε εξέλιξη για διορισμούς, κάναμε 32 προσλήψεις, έχουμε αρκετά άτομα ωφελούμενα του ΟΑΕΔ. Οι συνθήκες πηγαίνουν να βελτιωθούν» δηλώνει. Σε ό,τι αφορά τα ρεπό η ίδια λέει πως «δεν χρωστάμε ρεπό. Υπήρχαν 3.500 χρωστούμενα ρεπό και η κατάσταση ομαλοποιήθηκε. Έχει μπει μια φοβερή τάξη σε σχέση με τα ρεπό. Και τις άδειες τις έχουμε δώσει εκτός από ορισμένες περιπτώσεις. Τώρα έχουμε τη δυνατότητα να δίνουμε άδειες και ρεπό. Υπάρχουν εργαζόμενοι που μαζεύουν ρεπό και άδειες για συγκεκριμένους λόγους, όπως να πάνε να δουν το παιδί τους στο εξωτερικό», αναφέρει η διοικήτρια του Ιπποκράτειου. Αναφορικά με τις αναμονές σε επείγοντα και χειρουργεία δηλώνει πως η εικόνα είναι καλύτερη από αυτή που παρουσιάζει η πρόεδρος των εργαζομένων. «Είμαστε από τα Νοσοκομεία που εφαρμόζουμε τη λίστα χειρουργείου. Η μεγαλύτερη λίστα

είναι πέντε μήνες και αυτή σε μια συγκεκριμένη κλινική. Πρέπει να επικαιροποιήσουν τη λίστα οι εργαζόμενοι» σχολιάζει. Συμφωνεί πως οι χρόνοι αναμονής στα επείγοντα περιστατικά είναι μεγάλοι. «Αναμονή υπάρχει στην έγκριση των αποτελεσμάτων και μπορούν να βελτιωθούν» αναφέρει. Για τον εξοπλισμό παραδέχεται ότι τα μηχανήματα είναι παλιά. «Πόροι δεν υπάρχουν για αντικατάσταση μηχανημάτων. Αν εξαιρέσουμε μια έγκριση για να αγοράσουμε έναν μαστογράφο και κάποια προγράμματα του ΕΣΠΑ δεν έχουμε πόρους για να αγοράσουμε νέα μηχανήματα. Συντηρήσεις γίνονται και έχουμε και πολλές δωρεές» λέει. «Οι συνθήκες είναι δύσκολες και στα μαγειρεία και στα πλυντήρια. Προσπαθούμε ωστόσο, χωρίς πόρους να βελτιώσουμε την εικόνα» λέει. Η κ. Παπαχριστοδούλου ανακοινώνει επίσης μέσω της **Karfitsa** πως άμεσα στο νοσοκομείο θα ανοίξει ψυχιατρική κλινική και νέα πτέρυγα επείγοντων. «Τρέχουν πολλά στο νοσοκομείο και τα ξέρουν και οι εργαζόμενοι. Τους ενημερώνω για όλα όσα συμβαίνουν». Σύμφωνα με την ίδια μέσω ΕΣΠΑ έχουν ήδη δρομολογηθεί η αγορά νέου μαστογράφου και η ψηφιοποίηση των ακτινολογικών μηχανημάτων.

Η έρευνα συνεχίζεται...

«ΤΕΡΑΣΤΙΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ, ΕΞΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΡΤΑ ΜΑΣ»

Ιατρικά και επικίνδυνα απόβλητα σε κάδους της Καλαμαριάς!

Στον Εισαγγελέα απευθύνθηκε μία μητέρα δύο ανήλικων παιδιών, που μένει στην οδό Καλύμνου, στο δεύτερο μεγαλύτερο δήμο της Θεσσαλονίκης. Σύμφωνα με τα όσα καταγγέλλει επώνυμα, «σε κάδο εναπόθεσης αστικών αποβλήτων για ανακύκλωση —αί' όπου περνάω καθημερινά για να πάω τα παιδιά μου στο σχολείο— παρατηρείται το τραγικό φαινόμενο να υπάρχουν διασκορπισμένες- χρησιμοποιημένες σύριγγες, βαμβάκια και άλλα απόβλητα από ιατρικές εργασίες». Μάλιστα, στο επίσημο έγγραφο, η ίδια προσκομίζει αποδεικτικές φωτογραφίες των όσων περιγράφει με γλαφυρό τρόπο.

Της Έλενας Καραβασιίδη

Όπως επισημάνει η καταγγέλλουσα στο επίσημο έγγραφο που έφτασε στα χέρια του Εισαγγελέα, «τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα να υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να τρυπηθούν κατά λάθος πεζοί που διέρχονται από το σημείο, συλλέκτες ανακυκλώσιμων αποβλήτων, πόσο μάλλον τα ασυνόδευτα παιδάκια που τους διακρίνει η περιέργεια, με ότι αυτό συνεπάγεται. Επίσης, υπάρχει κίνδυνος να τρυπηθούν αδέσποτα ζώα τα οποία ψάχνουν τροφή με αποτέλεσμα να μεταφέρουν οπουδήποτε οποιαδήποτε μόλυνση ή ασθένεια. Σας παρακαλώ θερμά για τις δικές σας ενέργειες προκειμένου να σταματήσει αυτή η απαράδεκτη κατάσταση, η οποία είναι κίνδυνος για τη δημόσια υγεία και την μόλυνση του περιβάλλοντος». Άμεσα κινητοποιήθηκε το τμήμα Περιφερειακής Υγιεινής και Υγιεινομικού Ελέγχου της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, με τις επόπτριες να ενημερώνουν επίσημα ότι «μεταβήκαμε στην οδό Καλύμνου και διενεργήσαμε αυτοψία στην περιοχή, για την διαπίστωση των καταγγελλόμενων τα οποία αφορούν στην ύπαρξη μολυσματικών αποβλήτων μέσα σε κάδους απορριμμάτων, τα οποία σύμφωνα με τα καταγγελλόμενα προέρχονται από ιατρικές εργασίες, ενδεχομένως από ιατρικό εργαστήριο ή ιατρείο αγνώστων λοιπών στοιχείων που βρίσκεται στην εν λόγω περιοχή. Κατά τον έλεγχο δεν διαπιστώθηκαν τα καταγγελλόμενα και οι κάδοι βρέθηκαν άδειοι. Προτείνουμε να αποσταλεί έγγραφο προς την αρμόδια Υπηρεσία Καθαριότητας και Ανακύκλωσης του δήμου Καλαμαριάς καθώς επίσης και στον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης, οι οποίοι παρακαλούνται στο πλαίσιο της έρευνάς τους στην προαναφερόμενη περιοχή, να μας αποστείλουν τα στοιχεία του ιατρείου ή του ιατρικού εργαστηρίου που θα προκύψουν από αυτή, για περαιτέρω ενέργειες». Σε επικοινωνία που είχαμε με το αρμόδιο τμήμα που έκανε τους σχετικούς ελέγχους, μας ενημέρωσαν πως δεν έχει προκύψει κάτι πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα, ενώ δεν έχουν λάβει ακόμη τα ζητούμενα στοιχεία από τον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης.

«Τακτικοί έλεγχοι»

Ο προϊστάμενος της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας Σοφοκλής Κουρτίδης, τόνισε στην **Karfitsa** πως υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ των ιατρικών αποβλήτων, ανάλογα με την επικινδυνότητά τους. «Φυσικά και τέτοιου είδους απόβλητα που περιγράφονται στη σχετική καταγγελία, δεν μπορούν να



βρίσκονται στους κάδους απορριμμάτων του δήμου. Ειδικά οι σύριγγες, μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμό. Όσα χαρακτηρίζονται ως επικίνδυνα, τα μολυσματικά δηλαδή απόβλητα, διαχειρίζονται με ιδιαίτερο τρόπο και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να καταλήγουν στα σκουπίδια. Η υπηρεσία μας, κατά τους ελέγχους που πραγματοποιεί πολύ τακτικά, ζητάει την πιστοποίηση και συμφωνία της κλινικής / ιατρείου, με την εκάστοτε ιδιωτική εταιρία που διαχειρίζεται τέτοιου είδους απόβλητα. Κάθε



μονάδα που διαχειρίζεται ιατρικά απόβλητα, τα συλλέγει από τα ιατρεία, τα ιατρικά εργαστήρια κ.ο.κ. τα πάει σε αυτόκαυστο και με πυρόλυση εξουδετερώνεται ότι είναι επικίνδυνο». Ο κ. Κουρτίδης λέει χαρακτηριστικά πως «εμείς κά- νουμε τακτικούς αλλά και έκτακτους ελέγχους σε περίπτωση καταγγελίας, προκειμένου να διαπιστώσουμε τον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζεται τα απορρίμματα η κάθε κλινική/ ιατρείο. Υπάρχουν αδειοδοτημένες, πιστοποιημένες εταιρείες που συλλέγουν τα απορρίμματα αυτά

και πληρώνονται από τους αντίστοιχους ιδιώτες γιατρούς και κλινικές. Μιλάμε για τα απόβλητα που προκύπτουν από οποιαδήποτε ιατρική πράξη, διαχειρίζονται ακόμη και τα πυρηνικά απόβλητα με ειδικό τρόπο. Σε περίπτωση που διαπιστώσουμε ελλείψεις όπως για παράδειγμα μπορεί κάποιος να μην έχει χρηματικό κώδικα, του επισημάνουμε ότι πρέπει να ξεχωρίζει χρωματικά τα απόβλητα κ.ο.κ».

Πρόστιμα και... ποινές

Αναφορικά με τα πρόστιμα που μπορεί να επιβληθούν σε περίπτωση παραβάσεων ή ελλείψεων από την πλευρά των ιδιωτών γιατρών, ο κ. Κουρτίδης, μιλά για χρηματικά πρόστιμα, «ακόμα και ποινικές κυρώσεις μπορεί να επιβληθούν, ανάλογα με το μέγεθος του προβλήματος. Βέβαια, ιδιαίτερα ζητήματα στη διαχείριση με την έννοια της παρανομίας, δεν υπήρξαν στους τακτικούς ελέγχους που πραγματοποιούμε. Μετά από καταγγελίες, είχαμε διαπιστώσει μικροζητήματα στη διαχείριση μεγάλης ποσότητας απορριμμάτων σε νοσοκομεία. Σημειώθηκε περιστατικό όπου σύριγγες βρέθηκαν στα οικιακά σκουπίδια. Αυτό έγινε πριν από τρία χρόνια περίπου. Συμμορφώθηκαν φυσικά άμεσα. Σε εκείνη την περίπτωση, μπορεί να είχε γίνει λάθος διαχείριση από εργαζόμενο του νοσοκομείου». Οι διοικητικές όπως λέει ποινές, ορίζονται από την Υπηρεσία ενώ οι ποινικές ακολουθούν τη δικαστική οδό. «Ελέγχους κάνει και ο Ιατρικός Σύλλογος, παρατηρείται συμμόρφωση κι έτσι δεν είναι συχνά τα περιστατικά κακής διαχείρισης των ιατρικών αποβλήτων», καταλήγει ο κ. Κουρτίδης.

Ραδιενεργά και τοξικά;

Από την πλευρά του ο Αντιδήμαρχος Καθαριότητας, Πρασίνου και Ανακύκλωσης του δήμου Καλαμαριάς Στέλιος Φωτόπουλος, ξεκαθάρισε στην **Karfitsa** ότι «έχουμε πάει επανειλημμένα στη συγκεκριμένη περιοχή και δεν έχουμε εντοπίσει τίποτα. Για τον λόγο αυτόν απαντήσαμε και αρνητικά στην υπηρεσία, ενώ συνεχίζουμε τους ελέγχους. Κι εμάς μας ενδιαφέρουν τέτοια περιστατικά και τα ελέγχουμε διότι αν υπάρχουν τέτοια απόβλητα στους κάδους, δεν μπορούμε να πάμε τα σκουπίδια στη Μαυροράχη, χτυπάει καμπανάκι. Μιλάμε για ιατρικά απόβλητα, που σημαίνει ότι μπορεί να είναι και ραδιενεργά. Υπάρχουν ειδικές υπηρεσίες που συλλέγουν τα συγκεκριμένα απόβλητα γιατί απαγορεύεται να πέσουν στη χωματερή». Ο πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού

Συλλόγου, Μιχάλης Βλασταράκος σημειώνει πως «σύμφωνα με τους νόμους, για όλα τα ζητήματα της δημόσιας υγείας, είναι αρμόδιοι οι τοπικοί ιατρικοί σύλλογοι της Περιφέρειας. Από εκεί και πέρα, τέτοια ζητήματα διαχειρίζονται από την γ.γ. Δημόσιας Υγείας του υπουργείου που κάνει τις σχετικές υποδείξεις, στη συνέχεια αναλαμβάνει ο/η αντίστοιχος/η αντιπεριφερειάρχης δημόσιας υγείας και οι αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας. Τα ιατρικά απόβλητα μπορεί να δημιουργήσουν τεράστια ζητήματα και στη δημόσια υγεία και στο περιβάλλον, για το λόγο αυτό οι υπηρεσίες δεν κάνουν απλώς υποδείξεις αλλά αντιμετωπίζουν άμεσα τέτοιου είδους περιστατικά, όποτε και όπου παρατηρούνται αυτά».

Δεκαπέντε χρόνια σε νοσηλεύτη ΓΙΑ ΑΣΕΛΓΕΙΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΗ

Σε ποινή κάθειρξης δεκαπέντε χρόνων καταδικάστηκε από το Μικρό Ορκωτό Δικαστήριο της Καβάλας πρώην νοσηλεύτης, ο οποίος δικαζόταν με την κατηγορία της απόπειρας βιασμού νεαρής ασθενούς του νοσοκομείου της Δράμας όπου εργαζόταν! Ο 48χρονος κατηγορούμενος κρίθηκε συγκεκριμένα ένοχος για απόπειρα βιασμού, σωματική βλάβη, έκθεση σε κίνδυνο, υπεξαίρεση και παραβάσεις του νόμου περί ναρκωτικών, ενώ το δικαστήριο αποφάσισε η έφεσή του να μην έχει αναστέλλουσα δύναμη και έτσι επέστρεψε στις φυλακές. Η υπόθεση είδε το φως της δημοσιότητας τον περσινό Ιανουάριο. Οι σκηνές που περιγράφηκαν στο δικαστήριο παρουσία των τακτικών δικαστών και των ενόρκων δεν έχουν προηγούμενο σε ελληνικό νοσοκομείο.

Σύμφωνα με το κατηγορητήριο, ο νοσηλεύτης, που δεν έπαισε για

την αθωότητά του το δικαστήριο, κατηγορήθηκε ότι κάποιο βράδυ του περασμένου Ιανουαρίου, μπήκε στο θάλαμο, όπου νοσηλευόταν 22χρονη κοπέλα. Ζήτησε από τους συνοδούς των παρευρισκόμενων ασθενών να

περάσουν έξω, προκειμένου, όπως ισχυρίστηκε, να χορηγήσει παυσίπονο στη νοσηλευόμενη κοπέλα, η οποία είχε υποβληθεί σε επέμβαση. Κατά το κατηγορητήριο, ο ίδιος τράβηξε την κουρτίνα απομονώνοντας



το κρεβάτι της κοπέλας, κι αφού της χορήγησε ενδοφλέβιο υπνωτικό, την έφερε σε κατάσταση καταστολής. Με το θύμα ανήμπορο πλέον να αντιδράσει, κατηγορείτο ότι ανέβηκε στο κρεβάτι και προέβη σε ασελγείς ενέργειες εναντίον της.

Νοσηλευόμενη σε διπλανό κρεβάτι αντελήφθη ότι κάτι δεν πήγαινε καλά

Μια άλλη γυναίκα, νοσηλευόμενη σε διπλανό κρεβάτι, αντελήφθη ότι όσα παρατηρούσε να διαδραματίζονται πίσω από το παραβάν δεν ήταν οι συνήθειες... νοσηλείες του νοσηλευτικού προσωπικού. Η ασθενής, αντιλαμβανόμενη το περιστατικό, έβαλε τις φωνές, σηκώνοντας το νοσοκομείο στον αέρα! Από τους υπευθύνους του νοσοκομείου που έτρεξαν στο θάλαμο ακινητοποιήθηκε ο 48χρονος νοσηλεύτης και στη συνέχεια συνελήφθη από αστυνομικούς που ειδοποιήθηκαν για τα συμβάντα. Απολογούμενος ο πρώην νοσηλεύτης στο δικαστήριο αρνήθηκε τις κατηγορίες, αλλά δεν έπαισε τακτικούς και λαϊκούς δικαστές που τον έκριναν ένοχο κι έτσι επέστρεψε στη φυλακή.

Η Merck πρωταγωνιστής στις εξελίξεις για τη θεραπεία της υπογονιμότητας

Περίπου 30 χρόνια ζωής μετράει στην Ελλάδα ο τομέας της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης. Περισσότερες από 15.000 γυναίκες τον χρόνο υποβάλλονται σε κάποια μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ενώ γύρω στα 3.500 παιδιά γεννιούνται με κύσεις που έχουν επιτευχθεί από εξωσωματική γονιμοποίηση. Οι αριθμοί και οι επιτυχίες στην Ελλάδα θεωρούνται αξιοσημείωτες διεθνώς, αν λάβουμε υπόψη μας ότι καταγράφονται 300.000 περίπου εξωσωματικές στην Ευρώπη κάθε χρόνο.

Η συμβολή της Merck στον τομέα της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι τεράστια, αφού με μια σειρά καινοτόμων σκευασμάτων της δίνει λύση στη θεραπεία της υπογονιμότητας και πραγματοποιεί το όραμα χιλιάδων ζευγαριών για τεκνοποίηση. Για το μείζον θέμα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα, τη σημασία της επαρκούς υποστήριξης της Πολιτείας προς τα νέα ζευγάρια και τη δέσμευση της Merck να προσφέρει ένα πλήρες χαρτοφυλάκιο προϊόντων για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, μιλούν σήμερα στο ιατρικό ένθετο «Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΑΣ» ο **Κωνσταντίνος Κοφινάς, πρόεδρος και διευθύνων σύμβουλος Merck (Ελλάδα-Κύπρος)** και η **Ευτυχία Μακρίδου, επικεφαλής Τμήματος Γονιμότητας Merck (Ελλάδα-Κύπρος)**.

«Η υπογεννητικότητα στην Ελλάδα αποτελεί



ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της σημερινής εποχής, το οποίο φαίνεται μάλιστα ότι τα τελευταία χρόνια εντείνεται. Σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση, οι Ελληνίδες **φάνεται ότι γεννούν λιγότερα παιδιά** και σε μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι υποψήφιες Ελληνίδες μητέρες **σκέφτονται να κάνουν παιδιά μετά τα 30**, ενώ η οικονομική κρίση και ο σύγχρονος τρόπος ζωής με την καριέρα να έχει προτεραιότητα, αποτελούν ορισμένους από τους πιο σημαντικούς παράγοντες γι' αυτήν τους την απόφαση», τονίζει ο κ. Κοφινάς. «Και

στο σημείο αυτό η επιστήμη έρχεται να βοηθήσει δίνοντας λύση στα ζευγάρια που επιθυμούν να κάνουν το όνειρό τους πραγματικότητα. Η εξωσωματική γονιμοποίηση αποτελεί σήμερα μία ευρέως διαδεδομένη μέθοδο τεκνοποίησης για ζευγάρια με προβλήματα υπογονιμότητας, με τις επιστημονικές εξελίξεις και την τεχνολογία να συμβάλλουν συνεχώς προς αυτήν την κατεύθυνση».

«Τα υπογόνιμα ζευγάρια έχουν μεγάλη ανάγκη από εξειδικευμένες και καινοτόμες λύσεις, οι οποίες αποτελούν δύο από τους βασικούς τομείς εστίασης της Merck, συμπληρώνει η κ. Μακρίδου. Είμαστε η μοναδική εταιρεία που παράγει ένα σύνολο σκευασμάτων για ολόκληρο τον κύκλο IVF.

Η πολυετής εμπειρία και το όραμά μας να αναπτύσουμε καινοτόμα προϊόντα και συσκευές βοηθούν τα υπογόνιμα ζευγάρια σε κάθε στάδιο του κύκλου θεραπείας γονιμότητας.

Πριν από 20 χρόνια, η εταιρεία μας λάνσαρε την πρώτη ανασυνδυασμένη ανθρώπινη θυλακιοτρόπο ορμόνη (r-hFSH) που αποτέλεσε και τη βάση ώστε να γίνουμε ο παγκόσμιος ηγέτης στη γονιμότητα.

Από τότε μέχρι σήμερα, η Merck έχει συμβάλει, ώστε να γεννηθούν περίπου 2,5 εκατομμύρια μωρά παγκοσμίως! Είμαστε υπερήφανοι, όταν λέμε ότι γνωρίζουμε σε βάθος το

«ταξίδι» των ζευγαριών και τις ανάγκες τους και αναζητούμε συνεχώς καινοτόμες θεραπευτικές λύσεις για τους ασθενείς και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

Γιατί στην IVF οι λεπτομέρειες προσθέτουν αξία και κάνουν τη διαφορά. Και στην πιο σημαντική στιγμή της διαδικασίας η κάθε λεπτομέρεια μετράει».

«Δυστυχώς στην Ελλάδα του 2017, ακόμα και τα ζευγάρια που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν και καταφεύγουν σε μεθόδους εξωσωματικής γονιμοποίησης, αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες πρόσβασης στις απαιτούμενες θεραπείες, οι οποίες μπορεί μεν να αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ, αλλά απαιτούν χρονοβόρες και πολλές φορές προβληματικές διαδικασίες εγκρίσεων (για παράδειγμα, η αναμονή για ραντεβού στις Επιτροπές Εγκρίσεων)», διαπιστώνει ο κ. Κοφινάς και καταλήγει:

«Γνωρίζοντας ότι ο χρόνος δρα επιβλαβώς στις πιθανότητες επιτυχούς έκβασης των προσπάθειών εξωσωματικής γονιμοποίησης, το ζήτημα αυτό θα έπρεπε να βρίσκεται ψηλά στην ατζέντα της Πολιτείας, όπως του αξίζει, με στόχο τη βελτίωση και επιτάχυνση των διαδικασιών των Επιτροπών Εξωσωματικής του ΕΟΠΥΥ και την πραγματοποίηση του ονείρου των υπογόνιμων ζευγαριών να αποκτήσουν ένα παιδί».

Αλλάζει ριζικά η ιδιωτική περίθαλψη

«Θέλουμε να είμαστε πρωταγωνιστές στις εξελίξεις», είπε ο κ. Αποστολόπουλος

Του ΓΙΑΝΝΗ ΧΑΛΚΙΑΔΑΚΗ

«Στην αγορά θα υπάρξουν δύο κυρίαρχοι όμιλοι, και μόνο ο ένας θα μείνει ελληνικός», ανέφερε ο πρόεδρος του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών Γιώργος Αποστολόπουλος, επισημαίνοντας πως σε ένα χρόνο από σήμερα, τίποτα δε θα είναι το ίδιο στο χώρο της Υγείας.

«Εμείς έχουμε ξεκινήσει ένα νέο δρόμο», είπε την Πέμπτη 29 Ιουνίου, στη γενική συνέλευση της εισηγμένης, ο κ. Αποστολόπουλος, σημειώνοντας: «Θέλουμε να είμαστε πρωταγωνιστές στις εξελίξεις, να μείνουμε κυρίαρχοι στις μεταβολές που θα συμβούν μέσα στη χρονιά, και να πούμε ευχάριστα πράγματα στην επόμενη συνέλευση», αναφέροντας τη πρόσφατη εξαγορά του νοσοκομείου «Metropolitan» από το fund CVC Capital Partners, ο οποίος, σύμφωνα με πληροφορίες, εξετάζει τη συμμετοχή του και σε άλλο κορυφαίο όμιλο του χώρου, στον επικείμενο διαγωνισμό από την Τράπεζα Πειραιώς, για την πώληση του νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν».

Συνεχίζοντας ο επικεφαλής του ομίλου επανέλαβε αρκετές φορές πως ο κλάδος της ιδιωτικής περίθαλψης τον επόμενο χρόνο θα έχει αλλιάξει ριζικά, και τα δεδομένα στην επόμενη συνάντηση των μετόχων θα είναι τελείως διαφορετικά, πρόβλεψη που έχει τη σημασία



Ο πρόεδρος του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών κ. Γιώργος Αποστολόπουλος.

της, καθώς πριν από 33 χρόνια ο κ. Αποστολόπουλος είχε ιδρύσει την πρώτη κλινική του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών στο Μαρούσι.

Αναφορικά με τα οικονομικά μεγέθη, στο Ιατρικό Αθηνών, τη χρονιά που πέρασε, τα καθαρά κέρδη έφτασαν τα 3,5 εκατ. ευρώ, έναντι ζημιών 15,7 εκατ. ευρώ το 2015, ενώ το πρώτο εξάμηνο είναι ακόμη πιο βελτιωμένο σε επίπεδο κερδοφορίας και κύκλου εργασιών σε σύγκριση με το αντίστοιχο περσινό, με τον πρόεδρο του ομίλου να υπογραμμίζει ότι «ήταν κάτι που επιτεύχθηκε με πολύ κόπο και πολλή θυσία από όλους, το διοικητικό συμβούλιο, τους εργαζομένους και τους γιατρούς», διευκρινίζοντας, πα-

ράλληλα, πως δε σκέφτεται έξοδο από το Χρηματιστήριο Αθηνών, επιβεβαιώνοντας όμως την απόφαση της εισηγμένης για αλλαγή στρατηγικής τόσο στο σκέλος των εσόδων, με τη διεύθυνση των συνεργασιών με τις ασφαλιστικές εταιρίες στην κατεύθυνση της αύξησης της πελατειακής βάσης και της μείωσης της εξάρτησης από τον ΕΟΠΥΥ, όσο και στο κομμάτι του περιορισμού των λειτουργικών δαπανών.

Ωστόσο, στη γενική συνέλευση όταν η συζήτηση έφτασε στο θέμα του ΕΟΠΥΥ και στο ύψος των αναγκαστικών επιστροφών και των υποχρεωτικών εκπτώσεων, με το μηχανισμό claw back και rebate, ο κ. Αποστολόπουλος υπήρξε «καταπέλτης».

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Δεν υπάρχει μόνο το AIDS...

Είναι καλοκαίρι, η εποχή που τα ρούχα περισσεύουν και η λίμπιντο ανεβαίνει στα ύψη. Είναι η εποχή όπου η ερωτική διάθεση είναι ίσως πιο έντονη από κάθε άλλη περίοδο του χρόνου. Από την άλλη πλευρά, βέβαια, η έλλειψη ενημέρωσης, κυρίως στους νέους, σύμφωνα με τους αφροδισιολόγους-δερματολόγους, αποτελεί τον βασικό παράγοντα της κατακόρυφης αύξησης των αφροδισίων νοσημάτων.

Η επιστημονική κοινότητα επανειλημμένα έχει κρούσει τον κώδωνα του κινδύνου, θεωρώντας πως χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και επαγρύπνηση, καθώς φαίνεται πως οι πολίτες στην πλειονότητά τους έχουν ξεχάσει τα μέτρα προφύλαξης για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι το γεγονός πως η ενημέρωση εδώ και πολλά χρόνια έχει ρίξει το βάρος της στο AIDS, «ξεχνώντας» τα υπόλοιπα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), τα οποία ωστόσο μπορεί να αποβούν επικίνδυνα για τον άνθρωπο, επιφέροντας σε ορισμένες περιπτώσεις, ακόμα και τον θάνατο.

Η σύφιλη, η γονόρροια, οι χλαμυδιακές λοιμώξεις, ο έρπης των γεννητικών οργάνων, η βακτηριακή κόλπωση, ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (κονδυλώματα), οι ηπατίτιδες και οι λοιμώξεις από τριχομονάδες, αποτελούν τη βασική ομάδα των αφροδισίων νοσημάτων που καλπάζουν τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα.

Κονδυλώματα

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, στην πρώτη θέση των πιο συχνά σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων εξακολουθούν να παραμένουν τα κονδυλώματα, παρά τη χρήση του εμβολίου, χάρη στο οποίο, τα τελευταία χρόνια, υπάρχει πτωτική τάση στα κρούσματα ασθενών σε κάποιες χώρες.

Τα κονδυλώματα είναι μικρά ογκίδια και εμφανίζονται συνήθως στα γεννητικά όργανα της γυναίκας αλλά και του άνδρα (ηλικίας από 18 έως 35 ετών). Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κονδυλωμάτων είναι ο μεγαλύτερος αριθμός σεξουαλικών συντρόφων, η έναρξη της σεξουαλικής ζωής σε μικρότερη ηλικία και το κάπνισμα. Αντιμετωπίζονται με χρήση τοπικών φαρμάκων, κρυοπηξία, διαθερμοπηξία, χειρουργική αφαίρεση και laser.

AIDS

Σύμφωνα με τα νέα δεδομένα που προέρχονται από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), αλλά και στοιχεία των Μονάδων Λοιμώξεων προκύπτει σαφής μείωση των νέων κρουσμάτων HIV λοίμωξης σε ποσοστό 40%.

Στα νέα κρούσματα παρατηρείται σταθερή μείωση των νέων μολύνσεων μεταξύ των ΧΕΝ (χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών), αλλά πρώτη φορά καταγράφεται και μείωση του ποσοστού των ΜΣΜ (των ανδρών που έχουν σεξουαλικές επαφές με άνδρες), κάτι το οποίο βέβαια πρέπει να



επαναξιολογηθεί στο τέλος του 2016 και να επιβεβαιωθεί κατά το 2017.

Σύφιλη

Τα νέα στοιχεία που έδωσε στη δημοσιότητα το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Ασθενειών (ECDC) δείχνουν ότι μετά το 2010 η σύφιλη αυξάνεται ξανά στην Ευρώπη. Στην Ελλάδα, το 2014 καταγράφηκαν 247 περιστατικά σύφιλης (αναλογία 2,2 ανά 100.000 κατοίκους έναντι μέσου όρου 4,1 περιστατικών ανά 100.000 στην Ευρώπη). Τα αντίστοιχα περιστατικά στη χώρα μας για το 2013 ήταν 300, 363 για το 2012, 272 για το 2011 και 241 για το 2010. Συνεπώς, παρατηρείται αυξητική τάση μετά το 2010, η οποία όμως αναστράφηκε το 2014. Σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΝΟ, περίπου το 87% των περιστατικών αφορά άνδρες και το 13% γυναίκες. Δύο στους τρεις (γύρω στο 65%) είναι ομο/αμφιφυλόφιλοι και η κύρια ηλικιακή ομάδα που προσβάλλεται στη χώρα μας είναι 25-44 ετών.

ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ

Τα σχετικά περιστατικά στην Ευρώπη αυξήθηκαν κατά 25% μεταξύ 2013 και 2014, συνεχίζοντας μια αυξητική τάση κατά την τελευταία δεκαετία, καθώς υπήρξε υπερδιπλασιασμός των κρουσμάτων από το 2008, από 8 σε 20 ανά 100.000 κατοίκους. Το γεγονός αυτό δημιουργεί μεγάλη ανησυχία και για αύξηση της ανθεκτικότητας της νόσου στα αντιβιοτικά. Η γονόρροια μεταδίδεται σχετικά

εύκολα, μολύνοντας τα γεννητικά όργανα, το ορθό και το στόμα.

Στην Ελλάδα η νόσος εμφανίζει διακυμάνσεις. Το 2010 διαγνώστηκαν 312 περιστατικά (2,2/100.000), το 2012 αυξήθηκαν σε 378 (3,4/100.000), μετά μειώθηκαν το 2012 σε 238 (2,1/100.000) και ακόμη περισσότερο το 2013 σε 219 (2/100.000), για να ανακάμψουν κάπως το 2014 σε 245 (2,2/100.000). Η αύξηση μεταξύ 2013 και 2014 ήταν 16,5% (έναντι 25% στην Ευρώπη).

Μέτρα πρόληψης

■ Χρησιμοποιήστε προφυλακτικό σε κάθε ερωτική επαφή. Ενημερωθείτε για την ορθή χρήση του και διαχειριστείτε το με μεγάλη προσοχή, μια και τα προφυλακτικά δεν παρέχουν απόλυτη προστασία αν δεν χρησιμοποιηθούν σωστά.

■ Προγραμματίστε ετήσιες εξετάσεις για ΣΜΝ, ενώ μην αμελήσετε την επίσκεψη στον γιατρό σας έπειτα από κάποια «ύποπτη» επαφή.

■ Μην ξεχνάτε πως ασθένειες όπως το AIDS εμφανίζονται στα διαγνωστικά τεστ 6-8 μήνες μετά την προσβολή από τον ιό.

Ακόμα, μπορείτε να υιοθετήσετε κάποιες ασφαλείς πρακτικές στη σεξουαλική σας ζωή, που σίγουρα θα σας απαλλάξουν από πολύ κόπο:

■ Αν χρησιμοποιείτε λιπαντικό, βεβαιωθείτε πως έχει ως βάση το νερό. Λιπαντικά που περιέχουν ως πρώτη ύλη κάποια λιπαρή ουσία, φθείρουν το λάτεξ του προφυλακτικού και η επαφή δεν είναι ασφαλής.

■ Ρωτήστε τον γιατρό σας για το εμβόλιο ενάντια στην ηπατίτιδα Β (αν δεν είστε ήδη εμβολιασμένοι).

■ Αποφύγετε τη σεξουαλική επαφή κάτω από την επήρεια αλκοόλ ή εξαρτησιογόνων ουσιών. Σε τέτοιες περιπτώσεις, υπάρχει αποτυχία στα μέτρα πρόληψης και η επαφή δεν είναι ασφαλής.

Η ενημέρωση εδώ και πολλά χρόνια έχει ρίξει το βάρος της στο AIDS, «ξεχνώντας» τα υπόλοιπα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ)

Υγεία

Σε συνθήκες υπερβολικής ζέσης ο οργανισμός καρδιοπαθών, ηλικιωμένων και παχύσαρκων δεν μπορεί να ανταποκριθεί πλήρως



Προστατεύστε την καρδιά τις ημέρες του καύσωνα

Γράφει ο **Ηλίας Αλεξιάκης**

Ο καύσωνας προκαλεί δυσφορία στους υγιείς ανθρώπους, πόσω μάλλον στους καρδιοπαθείς, για τους οποίους οι υπερβολικά ζεστές ημέρες, ιδιαίτερα όταν συνοδεύονται από υψηλή υγρασία, μπορεί να είναι απολύτως επικίνδυνες.

Η θερμοκρασία μεταφέρεται από τα θερμότερα αντικείμενα ή σημεία στα ψυχρότερα (π.χ. από το σώμα στον δροσερότερο αέρα). Προκειμένου λοιπόν ο οργανισμός να καταφέρει να μειώσει στα φυσιολογικά επίπεδα τη θερμοκρασία του, υποχρεώνει την καρδιά να χτυπά ταχύτερα, ώστε να διοχετεύσει περισσότερο αίμα στο δέρμα απ' όπου αυτή θα αποβληθεί. Όταν όμως η θερμοκρασία περιβάλλοντος είναι ίση ή υψηλότερη από τη θερμοκρασία του σώματος η πτώση της με αυτόν τον τρόπο είναι ανέφικτη, μας εξηγεί ο πρόεδρος της Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Καρδιολόγων Ελλάδος, Φώτιος Ν. Πατσουράκος.

Η μείωση της θερμοκρασίας του σώματος γίνεται επίσης μέσω της εφίδρωσης και εξάτμισης του παραγόμενου ιδρώτα. Ο μηχανισμός αυτός είναι αποδοτικός όταν η υγρασία περιβάλλοντος είναι χαμηλή, ωστόσο σε περιοχές ή ημέρες όπου επικρατεί υψηλή υγρασία η εξάτμιση εμποδίζεται. Και αυτός ο τρόπος μείωσης της θερμοκρασίας καταπονεί την καρδιά, καθώς απαιτεί την αύξηση των καρδιακών παλμών.

Θερμοπληξία

Σε συνθήκες υπερβολικής ζέσης ο οργανισμός της πλειονότητας των ανθρώπων μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο με τους καρδιοπαθείς, τους ηλικιωμένους και τους παχύσαρκους, καθώς αυτές οι κατηγορίες ανθρώπων δεν ανταποκρίνονται αρκετά γρήγορα στις μεταβολές θερμοκρασίας, κινδυνεύοντας έτσι να υποστούν θερμοπληξία, η οποία είναι επικίνδυνη ακόμα και για τη ζωή τους. Γιαυτό «όσοι παρουσιάζουν συμπτώματα όπως πονοκέφαλο, ναυτία ή τάση προς έμετο, κόπωση ή σύγχυση, πρέπει να μεταβούν ή μεταφερθούν σε δροσερό, κατά προτίμηση κλιματιζόμενο, χώρο, και να ενυδατωθούν επαρκώς με άφθονο νερό. Εάν τα συμπτώματα δεν υποχωρήσουν πρέπει να αναζητήσουν αμέσως ιατρική φροντίδα στο πλησιέστερο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας» συμβουλεύει ο κ. Πατσουράκος.

Ειδικότερα, η καρδιά των ανθρώπων που έχουν υποστεί καρδιακή προσβολή ενδεχομένως να αδυνατεί να στείλει αρκετή ποσότητα αίματος προς το δέρμα ώστε να πέσει η θερμοκρασία του σώματος. Συνεπώς οι ασθενείς αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο να πάθουν θερμοπληξία. Το ίδιο συμβαίνει και στα άτομα που παρουσιάζουν στένωση αρτη-

ριών, που λαμβάνουν συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων, όπως β-αναστολείς, οι οποίοι επιβραδύνουν τον καρδιακό παλμό και συνεπώς την κυκλοφορία του αίματος και την ικανότητα του σώματος να μειώσει τη θερμοκρασία.

Ο καύσωνας

Για τα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια ο καύσωνας είναι επίσης επικίνδυνος, καθώς η ανάγκη για αύξηση των παλμών και εφίδρωσης μπορεί δυνητικά να προκαλέσει επικίνδυνα προβλήματα, όπως πτώση της αρτηριακής πίεσης, με κίνδυνο λιποθυμικού επεισοδίου. «Κατ' αρχάς πρέπει να αναβάλλουν οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα σε εξωτερικούς χώρους, μέχρι να δροσίσει. Την ανάγκη αυτή ενισχύει και το γεγονός ότι συχνά κατά τις ημέρες του καύσωνα παρατηρείται μείωση των ανέμων που οδηγεί σε αύξηση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης. Εάν όμως είναι απαραίτητη κάποια μετακίνηση, πρέπει να επιλέγουν ώρες που η θερμοκρασία δεν είναι τόσο υψηλή, να προτιμούν ανοιχτόχρωμα και ελαφρά ρούχα με ανοικτό λαιμό και να χρησιμοποιούν καπέλο ή ομπρέλα. Να επιλέγουν να παραμένουν σε κλιματιζόμενους χώρους και να μην αρκούνται στη λειτουργία ανεμιστήρα, διότι αυτός απλά κυκλοφορεί τον ζεστό αέρα, χωρίς να μειώνει τη θερμοκρασία. Τα δροσερά ντους ή μπάνια βοηθούν σημαντικά. Το ίδιο και η τοποθέτηση πάγου στα πιο ζεστά σημεία του σώματος, π.χ. στις κλειδώσεις. Τα κρύα ντους θα πρέπει να αποφεύγονται, καθώς το σώμα δεν μπορεί να προσαρμοστεί γρήγορα στις αλλαγές της θερμοκρασίας» τονίζει ο κ. Πατσουράκος. Η διατήρηση ενός ενυδατωμένου οργανισμού είναι ο δεύτερος στόχος. «Αρκετά συχνά οι άνθρωποι δεν νιώθουν δίψα και έτσι δεν αντιλαμβάνονται ότι αφυδατώνονται. Οπότε, για να είναι σίγουροι ότι παραμένουν ενυδατωμένοι τις ημέρες του καύσωνα πρέπει να πίνουν 1 ποτήρι νερό ή φυσικό χυμό περίπου κάθε μία ώρα. Προσεκτικοί, ωστόσο, θα πρέπει να είναι οι διαβητικοί και οι πάσχοντες από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, οι οποίοι θα πρέπει να συμβουλευούνται τον γιατρό τους. Καλό είναι να αποφεύγεται η κατανάλωση αλκοόλ και καφέ, επειδή προκαλούν αφυδάτωση. Τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά, ελαφρά και δροσερά».

Τη συμβουλή του θεράποντος καρδιολόγου θα πρέπει να λαμβάνουν και όσοι βρίσκονται σε αγωγή με αγγειοδιασταλτικά ή διουρητικά φάρμακα. Εν κατακλείδι, με το πέρασμα των ετών τα προβλήματα της θερμικής καταπόνησης γίνονται εντονότερα και η ικανότητα του οργανισμού να τα αντιμετωπίσει φθίνει. Όταν στη φυσιολογική εξέλιξη προστίθενται και καρδιαγγειακά νοσήματα τότε η ανάγκη για προστασία γίνεται εντονότερη.

Με το πέρασμα των ετών φθίνει η ικανότητα του οργανισμού να αντιμετωπίσει τη θερμική καταπόνηση

Η χρήση του botox στην αντιμετώπιση της εστιακής σπαστικότητας

Γράφει ο **Dr Ιωάννης Εθ. Διονυσιώτης***

Ο περισσότερος κόσμος γνωρίζει τη βοτουλινική τοξίνη από τη χρήση της για αισθητικούς σκοπούς (π.χ. botox για την εξάλειψη των ρυτίδων). Λίγα πράγματα όμως είναι ευρέως γνωστά για την ουσιαστική φαρμακευτική της δράση και τη χρησιμότητα αυτής της τοξίνης. Η τοξίνη παράγεται από το βακτήριο Clostridium Botulinum. Δρα εμποδίζοντας τη μετάδοση των ερεθισμάτων από το νεύρο στον μυ, προκαλώντας έτσι μια τοπική, παροδική και δοσοεξαρτώμενη μυϊκή χαλάρωση.

Μετά από νευρολογικές βλάβες, π.χ. έπειτα από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, χρειάζεται συχνά θεραπεία αποκατάστασης για να βοηθήσει τους ασθενείς, είτε για να διατηρήσουν την υπάρχουσα κινητικότητα τους είτε για να κερδίσουν πάλι κάποιες από τις χαμένες ικανότητες, ώστε να διατηρηθεί ο βαθμός αυτοεξυπηρέτησής τους.

Μετά από εγκεφαλικό

Η σπαστικότητα είναι επιπλοκή που μπορεί να εμφανιστεί από το αρχικό στάδιο μιας νευρολογικής βλάβης και μπορεί να είναι μικρού ή μεγάλου βαθμού. Η σπαστικότητα είναι μια κινητική διαταραχή που προκαλεί συσπάσεις μυών (καμπτήρες των άνω άκρων, εκτεινόντες των κάτω άκρων), ανωμαλίες του ελέγχου της στάσης, και εμποδίζει την αρμονία των κινήσεων δυσκολεύοντας τη λειτουργικότητα των μελών του σώματος. Όλοι μας έχουμε αντικρίσει ασθενείς με σπαστικότητα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο και έχουμε δει πόσο βασανιστική είναι, καθώς προκαλεί προβλήματα στην κινητικότητα, πόνο, δυσκολία στην καθημερινή υγιεινή και τραυματισμούς λόγω των μη θελημένων κινήσεων εξαιτίας της. Το μεγαλύτερο όμως πρόβλημα που δημιουργεί είναι ότι δυσκολεύει την κινησιοθεραπεία κατά την εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης. Η κινησιοθεραπεία, η εφαρμογή φυσικών μέσων και ειδικών νερθικών και η κρουσθεραπεία έχουν ρόλο επικουρικής παρέμβασης, αφού η αποτελεσματικότητά τους όσον αφορά στη σπαστικότητα έχει πρόσκαιρο χαρακτήρα λίγων ωρών. Η βοτουλινική τοξίνη αποτελεί βασική θεραπευτική αντιμετώπιση της εστιακής σπαστικότητας. Η αντιμετώπιση της σπαστικότητας με βοτουλινική τοξίνη πρέπει να ακολουθείται από απαραίτητα προγράμματα κινησιοθεραπείας, εργοθεραπείας και επανεκπαίδευσης της κίνησης για να επιτευχθεί το μέγιστο λειτουργικό αποτέλεσμα.

Η χορήγηση γίνεται με ειδική λεπτή βελόνα τοπικά στον μυ που θεωρείται υπεύθυνος για τα συμπτώματα σπαστικότητας. Η έγχυση του φαρμάκου πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένο ιατρό που γνωρίζει την ανατομία της περιοχής και υπό ηλεκτρομυογραφική καθοδήγηση. Το αποτέλεσμα της χαλάρωσης των μυών όπου έγινε η έγχυση γίνεται εμφανές μετά από λίγες ημέρες, κρατάει 3-4 μήνες και σε ορισμένες περιπτώσεις έως και 6 μήνες, γιαυτό πρέπει η έγχυση να επαναλαμβάνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Η χρήση της είναι ασφαλής, παρόλο που είναι μια τοξική ουσία, καθώς οι δόσεις που χρησιμοποιούνται είναι τόσο μικρές που δεν έχουν επιβλαβές αποτέλεσμα.

***Φυσιάτρος - ιατρός αποκατάστασης
διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
ιατρός ΙΠΧΠ, Ασυλο Ανιάτων
email: yannis.dionysiotis@hotmail.com**

Η ΕΠΟΧΗ ΜΑΣ

Λυγίζουν από τις ελλείψεις νοσηλευτών νευραλγικές κλινικές στα Νοσοκομεία Παιδών. Έτσι, μετά την πρόσφατη κραυγή αγωνίας των νοσηλευτών για τις επισφαλείς συνθήκες νοσηλείας στη Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών (ΜΜΜΟ), ζήτημα προκύπτει και με τα κενά που προκαλούν αρρυθμίες στη λειτουργία των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ).

Με επιστολή προς τον διοικητή των Νοσοκομείων Παιδών και τον διοικητή της Α' Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής οι νοσηλευτές στην Α' και Β' Μονάδα Εντατικής Νεογνών ζητούν την άμεση στελέχωση με νοσηλευτικό προσωπικό κάνοντας λόγο για επικίνδυνες συνθήκες νοσηλείας.

Σημειώνεται ότι στις δύο Μονάδες νοσηλεύονται κατά κανόνα βαριά πάσχοντα νεογνά που γεννιούνται είτε πρόωρα είτε με σοβαρά προβλήματα υγείας (π.χ. χειρουργικά ή καρδιολογικά) και συνεπώς χρειάζονται εντατική φροντίδα. Μάλιστα, σε αρκετές περιπτώσεις τα νεογνά χρειάζονται μηχανική υποστήριξη.



ΤΗΣ ΜΑΡΘΑΣ ΚΑΪΤΑΝΙΑΔΗ

Παρά ταύτα και παρά το κρίσιμο έργο των Μονάδων, έχουν επιφορτιστεί και με μεταφορές νεογνών, αποστολή που έχει τις ρίζες της από το 1981, γεγονός που αποδυναμώνει τις ούτως ή άλλως υποστελεχωμένες Μονάδες.

Ειδικότερα, η δυναμικότητα των Μονάδων είναι 20 θερμοκοιτίδες για καθεμία και οι νοσηλευτές ανά βάρδια σε ημέρες εφημερίες είναι τέσσερις (συμπεριλαμβανομένης της προϊσταμένης), ενώ τις υπόλοιπες ημέρες αντιστοιχούν τρεις νοσηλευτές ανά βάρδια.

Ένας από αυτούς όμως προορίζεται για τις διακομιδές που προκύπτουν (π.χ., μεταφορά νεογνού από το μαιευτήριο στο Παιδών). Μοιραία η Μονάδα, παρά την αυξημένη κλινική βαρύτητα των νεογνών, στελεχώνεται από δύο

νοσηλευτές, με ό,τι αυτό συνεπάγεται σχετικά για τον βαθμό επικινδυνότητας.

Επιπλέον, προκειμένου να καλυφθεί όπως όπως το κενό που προκύπτει, οι νοσηλευτές των Μονάδων εργάζονται σε διπλό πόστο εργασίας (δηλαδή, και για τις διακομιδές και για τη φροντίδα των νεογνών), με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο φόρτος εργασίας τους.

Υπό τις συνθήκες αυτές, όπως υπογραμμίζεται στην ίδια επιστολή, οι νοσηλευτές των Μονάδων ζητούν τα εξής: είτε να απαλλαγούν από τις διακομιδές νεογνών είτε να στελεχωθεί το νοσοκομείο με ικανό αριθμό νοσηλευτών ώστε να αντεπεξέρχονται στις ανάγκες.

Η ΚΟΝΤΡΑ ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ. Εν τω μεταξύ, ανοικτό παραμένει το μέτωπο της Πανελληνίας Συνδικαλιστικής Νοσηλευτικής Ομοσπονδίας του ΕΣΥ (ΠΑΣΥΝΟ - ΕΣΥ) με τη διοίκηση των Νοσοκομείων Παιδών για τις συνθήκες στη Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών. Μάλιστα, το θέμα έχει φτάσει στον εισαγγελέα ζητώντας την άμεση παρέμβαση της δικαιοσύνης.

Υπενθυμίζεται ότι σύμφωνα με τον νομοθέτη, η ασφαλής λειτουργία μιας τέτοιας Μονάδας προϋποθέτει την παρουσία τριών νοσηλευτών ανά κλίνη ώστε να καλύπτονται οι βάρδιες. Όπως αναφέρει, «η μη τήρηση του συγκεκριμένου όρου από μια Μονάδα θα πρέπει να επιφέρει την άμεση ανάκληση της αδειάς της εν λόγω Μονάδας και τη διακοπή της λειτουργίας της».

Όπως ωστόσο καταγγέλλει η ΠΑΣΥΝΟ-ΕΣΥ, ενώ «θα έπρεπε να υπηρετούν 51 νοσηλευτές στη μονάδα αυτή, σήμερα βρίσκονται εκεί μόνο 19, με ό,τι αυτό συνεπάγεται τόσο για την ασφαλή περίθαλψη και νοσηλεία των παιδιών-όμενων παιδιών όσο και για την ασφάλεια των εργαζομένων».

Παρά την αλυσίδα προειδοποιήσεων μέσω επιστολών και ανακοινώσεων για το πρόβλημα υποστελέχωσης που έχει προκύψει, δεν υπήρξε θετική εξέλιξη. Είναι ενδεικτικό ότι τον περασμένο μήνα η Ομοσπονδία είχε επισημάνει τις επιπτώσεις «των επικίνδυνων παραλείψεων στη νοσηλεία και τη φροντίδα των παιδιών που νοσηλεύονται εκεί, λόγω του ιδιαίτερου αυξημένου όγκου εργασίας».

Σημειωτέον ότι στη Μονάδα του Παιδών μεταμοσχεύονται μικροί ασθενείς τριών ταχυτήτων: νοσηλεύονται παιδιά που χρήζουν μεταμόσχευσης, ανήλικοι που έχουν μεταμοσχευτεί αλλά παρουσιάζουν επιπλοκές (π.χ. εμπύρετο λοίμωξη) αλλά και μεταμοσχευμένα παιδιά που παρακολουθούνται από το εξωτερικό ιατρείο και έχουν ανάγκη χορήγησης φαρμάκων ή και μεταγγίσεων το Σάββατοκύριακο και τις επίσημες αργίες.

ΔΙΟΡΙΑ ΜΙΑΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ. Οι αντιδράσεις των καταγγελλιών κορυφώθηκαν την περασμένη Πέμπτη όταν η Ομοσπονδία επισκέφθηκε το Νοσοκομείο Παιδών Αγία Σοφία, όπου διαπιστώθηκε ότι η προϊσταμένη της Μονάδας (ΜΜΜΟ) έχει αποστείλει τρεις φορές σχετική αναφορά για το συγκεκριμένο θέμα από το 2012 έως και σήμερα, «κάτι που όπως φαίνεται δεν αξιολογήθηκε από τους αρμοδίους».

Για «έκπτωση στην ποιότητα της φροντίδας των παιδιών» κάνει λόγο ο πρόεδρος της Ομοσπονδίας Άρης Δάγλας, ο οποίος δώλωσε στα «ΝΕΑ» ότι «παράλληλα παραμελείται και το θέμα της κόπωσης των εργαζομένων, με όποιες επιπτώσεις έχει η κατάσταση αυτή».

Υπό τις συνθήκες αυτές, η Ομοσπονδία αφήνει διορία μιας εβδομάδας για την επίλυση του προβλήματος που έχει προκύψει, σημειώνοντας ότι σε αντίθετη περίπτωση θα επανέλθει δυναμικά.

Από την πλευρά του ο διοικητής των Νοσοκομείων Παιδών Μανώλης Παπασάββας επιβεβαιώνει το πρόβλημα της υποστελέχωσης και αναγνωρίζει την αυταπάρνηση του προσωπικού, καθώς επιτελεί το καθήκον του παρά τα κενά. «Όμως, δεν τίθεται θέμα ασφάλειας σε ό,τι αφορά τη νοσηλεία των παιδιών, γεγονός που καταγράφεται από τα αποτελέσματα της Μονάδας» επισημάνει στα «ΝΕΑ».

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία, από το 1993 έως και σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί 870 μεταμοσχεύσεις για την αντιμετώπιση σοβαρών και θανατηφόρων νεοπλασματικών και γενετικών νοσημάτων σε παιδιά ηλικίας 3 μηνών έως και 18 ετών και οι γιατροί της Μονάδας τονίζουν ότι «τα αποτελέσματα είναι εφάμιλλα αυτών της αλλοδαπής».

Ο Παπασάββας μάλιστα προσθέτει ότι τον επόμενο Σεπτέμβριο αναμένεται να δοθεί οριστική λύση με μόνιμες προσλήψεις, ενώ παράλληλα βρίσκεται σε επεξεργασία σχέδιο για την ελάφρυνση των νοσηλευτών και στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.

Παρά την αλυσίδα προειδοποιήσεων μέσω επιστολών και ανακοινώσεων για το πρόβλημα υποστελέχωσης που έχει προκύψει, δεν υπήρξε θετική εξέλιξη.

ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΩΝ ΕΚΠΕΜΠΟΥΝ SOS

Τα νοσοκομεία χτυπούν καμπανάκι για τις ελλείψεις σε προσωπικό

Αναλογία νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους

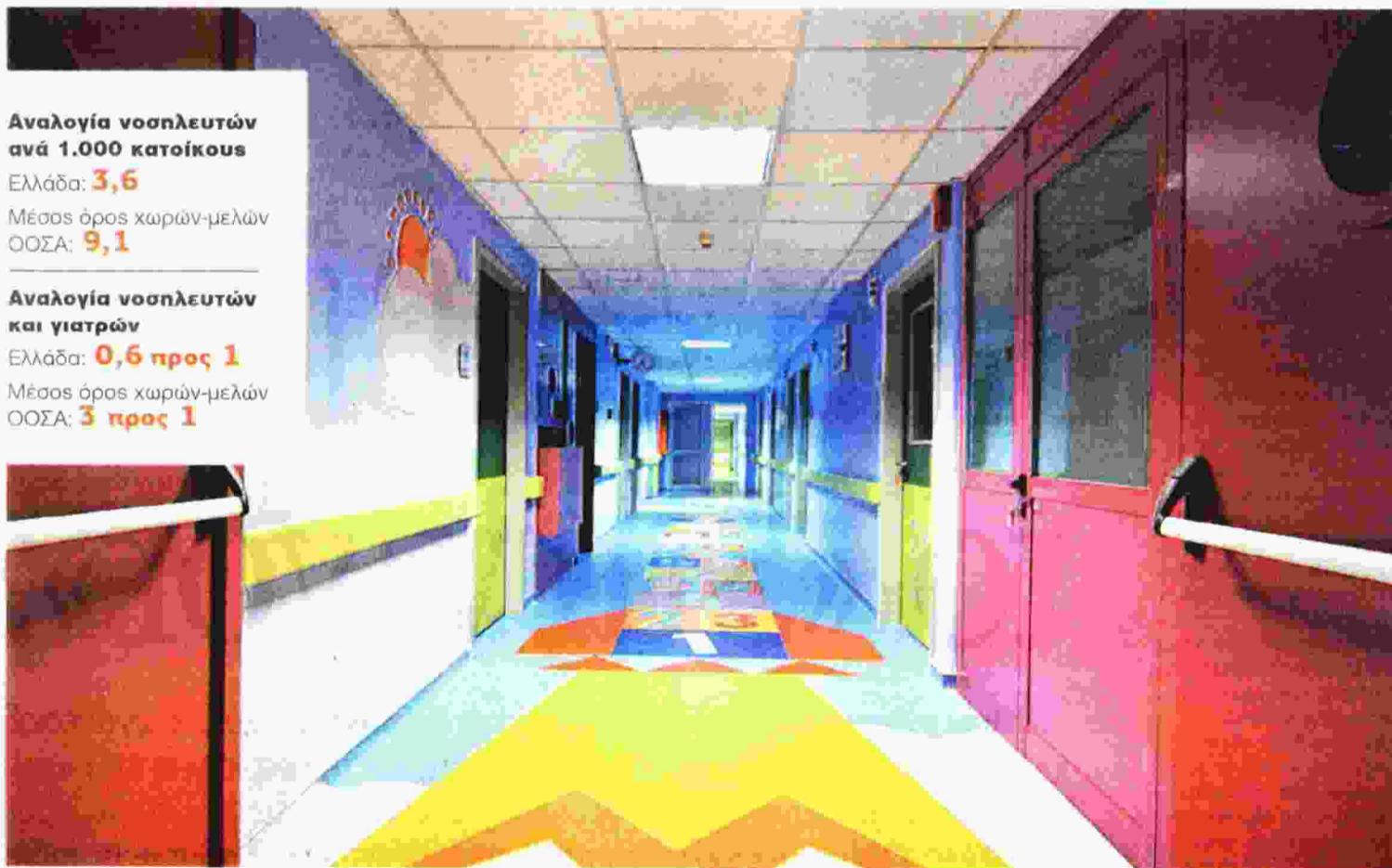
Ελλάδα: **3,6**

Μέσος όρος χωρών-μελών ΟΟΣΑ: **9,1**

Αναλογία νοσηλευτών και γιατρών

Ελλάδα: **0,6 προς 1**

Μέσος όρος χωρών-μελών ΟΟΣΑ: **3 προς 1**



ΥΛΟΠΟΙΟΥΜΕ ΤΙΣ ΔΕΣΜΕΥΣΕΙΣ ΜΑΣ

«Θεραπεύοντας» την Υγεία

Γράφει ο
Ανδρέας Ξανθός,
υπουργός Υγείας

Το 2015 κληθήκαμε να διαχειριστούμε ένα Σύστημα Υγείας, το οποίο ήταν – και αυτό το ήξερε όλος ο κόσμος – σε τροχιά λειτουργικής κατάρρευσης. Με τη στήριξη της κυβέρνησης, την τεράστια προσπάθεια των ανθρώπων που ανέλαβαν θέσεις ευθύνης στις διοικήσεις των ΥΠΕ και των νοσοκομείων, αλλά κυρίως με την αυταπάρνηση των γιατρών, των νοσηλευτών και όλων των εργαζόμενων στο ΕΣΥ, καταφέραμε να το κρατήσουμε όρθιο, να αντιστρέψουμε και να βελτιώσουμε σιγά σιγά αυτή την εικόνα. Κι επειδή πολλές φορές λέγονται και γράφονται διάφορα για ασυνέπεια λόγων και έργων και για υποσχέσεις οι οποίες δεν τηρούνται, ας θυμηθούμε ποιες ήταν οι κεντρικές πολιτικές δεσμεύσεις του ΣΥΡΙΖΑ και της κυβέρνησης στον τομέα της Υγείας:

Πρώτον, η καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού και η δωρεάν πρόσβαση των ανασφάλιστων πολιτών στο ΕΣΥ.

Δεύτερον, η κατά προτεραιότητα στήριξη της δημόσιας περίθαλψης και,

Τρίτον, η «ηθικοποίηση» του Συστήματος Υγείας και η αντιμετώπιση των διαχρονικών φαινομένων προκλητής ζήτησης, σπατάλης και διαφθοράς.

Και στις τρεις αυτές πολιτικές δεσμεύσεις, το υπουργείο Υγείας και η κυβέρνηση υπήρξαν συνεπείς και προώθησαν παρεμβάσεις που αλλάζουν ριζικά το αποδιοργανωμένο και προβληματικό τοπίο στην Υγεία:

1. Με τον Ν. 4368/2016 αντιμετωπίστηκε οριστικά ο αποκλεισμός των 2,5 εκατ. ανασφάλιστων πολιτών από το Σύστημα Υγείας. Ενδεικτικά, μόνο το α' 4μηνιο του 2017 συνταγογραφήθηκαν για φάρμακα και εξετάσεις 450.000 ανασφάλιστοι, εκ των οποίων το 1/3 πήρε τα φάρμακά του με μηδενική συμμετοχή.

2. Από το 2015 και μετά υλοποιείται η πιο συγκροτημένη και μαζική ενίσχυση του ΕΣΥ με ανθρώπινο δυναμικό τα τελευταία 15-20 χρόνια, ενώ μέσω του νέου ΜΠΔΣ 2015-2018 ενισχύθηκαν οι λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων και των δομών ΠΦΥ με πάνω από 600 εκατ. ευρώ.

3. Η «ηθικοποίηση» είναι ο νέος όρος που ενσωματώσαμε στον δημόσιο λόγο και στην πολιτική Υγείας και ήδη, μέσω της Εξεταστικής Επιτροπής της Βουλής, άρχισε η διερεύνηση των σκανδάλων στον χώρο της Υγείας, ενώ παράλληλα προωθούνται σημαντικές θεσμικές αλλαγές που θεωρακίζουν και εξυγιαίνουν το Σύστημα: νόμος για τις προμήθειες Υγείας, «απεξάρτηση» των νοσοκομείων από τις ιδιωτικές εργολαβίες στην καθαριότητα - φύλαξη - σίτιση, επιστημονικά κριτήρια για την αποζημίωση των νέων καινοτόμων φαρμάκων, διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, συμβάσεις του ΕΟΠΥΥ με ιδιώτες παρόχους και ανακούφιση των ασφαλισμένων από την προπληρωμή για αγορά υγειονομικού υλικού - υπηρεσιών, γραφεία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών σε κάθε νοσοκομείο, διαφανής λίστα



χειρουργείου για περιορισμό των άτυπων πληρωμών («φακελάκι») κ.λπ.

Το όραμα λοιπόν για την Υγεία είναι η καθολική και ισότιμη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού από ένα δημόσιο Σύστημα Υγείας ανθρωποκεντρικό, διαφανές, αποτελεσματικό και οικονομικά βιώσιμο, που παρέχει αξιόπιστη και τεκμηριωμένη φροντίδα χωρίς δυσβάστακτη οικονομική επιβάρυνση των πολιτών.

Προφανώς συνεχίζουν να υπάρχουν πολύ σοβαρά προβλήματα στην καθημερινότητα του Συστήματος Υγείας, προφανώς οι πολίτες εξακολουθούν να ταλαιπωρούνται και να επιβαρύνονται οικονομικά. Είναι όμως επίσης προφανές ότι το ΕΣΥ έχει σταθεροποιηθεί, βελτιώνεται και αναβαθμίζεται συνεχώς η λειτουργικότητα των νοσοκομείων, καλύπτονται σταδιακά τα μεγάλα κενά σε ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό (από το 2016 αντιστρέφεται η σχέση αποχωρήσεων - προσλήψεων και έχουμε θετικό ισοζύγιο ανθρώπινου δυναμικού), ανοίγουν κλειστά κρεβάτια στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), αυξάνονται οι διαθέσιμες χειρουργικές αίθουσες, εγκαινιάζονται νέες πτέρυγες και νέος σύγχρονος εξοπλισμός, μπαίνουν σε 24ωρη εφημερία δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), συμβάλλοντας στην αποσυμφόρηση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των μεγάλων νοσοκομείων, έχει ολοκληρωθεί πλήρως ο εφοδιασμός των νοσοκομείων με φάρμακα και υγειονομικό υλικό, μηδενίστηκε η λίστα αναμονής για ένταξη σε πρόγραμμα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ, έχει κανονικοποιηθεί η αποπληρωμή των δεδουλευμένων του προσωπικού για εφημερίες, υπερωρίες, νυχτερινά κ.λπ.

Η εικόνα αυτή δεν αμφισβητείται πλέον από τους εργαζόμενους στο ΕΣΥ που συνεχίζουν με το φιλότιμο και την υπερπροσπάθειά τους να στηρίζουν

τη δημόσια περίθαλψη, αναγνωρίζουν τα θετικά δείγματα γραφής και απαιτούν την επιτάχυνση των προσλήψεων μόνιμου προσωπικού. Έχουν καταλάβει ότι το προηγούμενο πολιτικό σχέδιο της συνειδητής εγκατάλειψης-αποδιοργάνωσης του ΕΣΥ και της «παθητικής ιδιωτικοποίησής» του έχει τελειώσει οριστικά και ότι σήμερα, στο ίδιο μνημονιακό περιβάλλον, υλοποιείται ένα διαφορετικό πολιτικό σχέδιο: καθολική και ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο Σύστημα Υγείας, «μεροληψία» υπέρ της δημόσιας περίθαλψης, ανασυγκρότηση του ΕΣΥ με επίκεντρο την ΠΦΥ, ανθρωποκεντρική φροντίδα με έμφαση στα δικαιώματα των ασθενών, «ηθικοποίηση» και θεσμική εξυγίανση του συστήματος.

Είναι αλήθεια ότι στη χώρα μας υπάρχει σήμερα ασυμμετρία υγειονομικών αναγκών και πόρων. Αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με σοβαρό πολιτικό σχέδιο που περιλαμβάνει τις αναγκαίες προοδευτικές μεταρρυθμίσεις στον χώρο της Υγείας, την αποτελεσματικότερη οργάνωση και διοίκηση των δημόσιων δομών, την αναβάθμιση της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, τον έλεγχο με επιστημονικά κριτήρια της ζήτησης φαρμάκων, εξετάσεων και υπηρεσιών, την αύξηση της «χωρητικότητας» του ΕΣΥ και της ποιότητας των υπηρεσιών του. Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ως βασικού «πυλώνα» του ΕΣΥ είναι η πιο σημαντική μεταρρυθμιστική τομή που εκκρεμεί σήμερα στο Σύστημα Υγείας.

Πρωθυμότερη είναι η αναδιοργάνωση της δημόσιας ΠΦΥ με νέες αποκεντρωμένες δομές (τοπική μονάδα υγείας-ΤΟΜΥ), με «πυρήνα» τον οικογενειακό γιατρό και τη διεπιστημονική ομάδα υγείας που έχουν συγκεκριμένο πληθυσμό αναφοράς και παρέχουν ολιστική φροντίδα με έμφαση στην πρόληψη και αγωγή υγείας. Η μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ είναι η στρατηγική απάντηση στην κρίση του Συστήματος Υγείας, στην «παθητική ιδιωτικοποίησή» του και στο αίτημα της καθολικής, ισότιμης και αποτελεσματικής κάλυψης του πληθυσμού και της ορθολογικότερης κατανομής-αξιοποίησης των περιορισμένων ανθρώπινων και υλικών πόρων.

Κρίσιμη παράμετρος είναι η «αλλαγή μίγματος» στη φαρμακευτική πολιτική που προωθούμε αυτή την περίοδο, με κεντρικές προτεραιότητες την εγγυημένη πρόσβαση όλων των ασθενών στα φάρμακα που έχουν θεραπευτική προστιθέμενη αξία, την ανάπτυξη μηχανισμού αξιολόγησης της φαρμακευτικής καινοτομίας (ΗΤΑ), τον έλεγχο της συνταγογράφησης μέσω θεραπευτικών πρωτοκόλλων και αξιόπιστων μητρώων ασθενών και την ενδυνάμωση της διαπραγματεύσεως με τη φαρμακοβιομηχανία «δίκαιων» τιμών αποζημίωσης. Οι διακρατικές συνεργασίες ανάμεσα σε χώρες του ευρωπαϊκού Νότου για από κοινού διαπραγμάτευση προστιμών τιμών στα νέα και ακριβά φάρμακα, στις οποίες η Ελλάδα παίζει ενεργό ρόλο, μπορούν να διασφαλίσουν την ευχερή πρόσβαση των ασθενών σε φάρμακα με τεκμηριωμένο κλινικό όφελος και ταυτόχρονα την οικονομική βιωσιμότητα του Δημόσιου Συστήματος Υγείας.

Είναι απολύτως σαφές, λοιπόν, ότι η καθολική κάλυψη του πληθυσμού και η αντιμετώπιση των εμποδίων πρόσβασης στην Υγεία μέσα από ένα αναβαθμισμένο Δημόσιο Σύστημα Υγείας αποτελεί ένα διακύβευμα ισότητας και άρα δημοκρατίας.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΝΘΕΤΟΥ:
Δημήτρης Τερζής

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

Μύθοι και αλήθειες για τα εμβόλια



Ο εμβολιασμός είναι από τα πλέον αποτελεσματικά μέσα προστασίας της Δημόσιας Υγείας, ενώ ο μη εμβολιασμός λόγω των μύθων και της παραπληροφόρησης γύρω από τα εμβόλια θέτει σε κίνδυνο ζωές.

Αυτό ήταν το συμπέρασμα της εξαιρετικά επίκαιρης ημερίδας που διοργανώθηκε από το Πανεπιστήμιο Λευκωσίας σε συνεργασία με την Παιδιατρική Εταιρεία Κύπρου και υπό την αιγίδα των υπουργείων Υγείας και Παιδείας και Πολιτισμού της Μεγαλονήσου.



Η ημερίδα διεξήχθη στις εγκαταστάσεις του Πανεπιστημίου Λευκωσίας στη Μακεδονίτσα και συνέπεσε με την επίσημη ανακοίνωση της ιταλικής κυβέρνησης, σύμφωνα με την οποία κανένα παιδί δεν θα γίνεται δεκτό στο Δημοτικό σχολείο αν προηγουμένως δεν έχει εμβολιαστεί για την ιλαρά. Επίσης θα αφαιρείται από τους γονείς η κηδεμονία των παιδιών. Όπως τονίστηκε στην ημερίδα, παρόμοια μέτρα εφαρμόζονται σε πολλές χώρες της Δύσης, περιλαμβανομένων των Ηνωμένων Πολιτειών, γεγονός που καταρρίπτει τον μύθο σύμφωνα με τον οποίο ο εμβολιασμός είναι επικίνδυνος για τα παιδιά.



Όπως επισήμανε ο δρ Κωνσταντίνος Φελλάς, αντιπρόεδρος Ακαδημαϊκού Προσωπικού και Ερευνας του Πανεπιστημίου Λευκωσίας και πρόεδρος της Εταιρείας Βιοηθικής της Κύπρου, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) χάρη στον εμβολιασμό στην περίοδο 2010-2016 αποφεύχθηκαν 10 εκατομμύρια θάνατοι παιδιών. Ο πρόεδρος της Παι-

διατρικής Εταιρείας Κύπρου, δρ Νίκος Σκορδής, αναφέρθηκε στην εκστρατεία κατά της μηνιγγίτιδας, τονίζοντας παράλληλα πως η ενημέρωση και η πρόληψη σώζουν ζωές.

Εμπιστοσύνη στα εμβόλια

Ο δρ Χρίστος Πέτρου, επίκουρος καθηγητής στο Τμήμα Επιστημών Ζωής και συντονιστής του Προγράμματος Φαρμακευτικής του Πανεπιστημίου Λευκωσίας, μίλησε για την ανακάλυψη των εμβολίων και τη διαχρονική συνεισφορά τους στη Δημόσια Υγεία, καθώς και για την εξάλειψη ασθενειών όπως η ευλογιά. «Απαιτείται μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στα εμβόλια», τόνισε, ενώ αναφέρθηκε σε μελέτες που αξιολόγησαν τον βαθμό εμπιστοσύνης στα εμβόλια σε διάφορες χώρες. Υπέδειξε πως παγκοσμίως η ευλογιά εκριζώθηκε το 1977, ενώ στην Ελλάδα αυτό έγινε το 1950 και στην Κύπρο το 1951. «Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει πως 2-3 εκατομμύρια άνθρωποι σώζονται κάθε χρόνο λόγω του εμβολιασμού», επισήμανε, ενώ αναφέρθηκε στα αντικαρκινικά εμβόλια και στα εμβόλια για τη γρίπη και την ελονοσία. «Τα εμβόλια μειώνουν το κόστος της περίθαλψης, ενώ είναι ο καλύτερος και φθηνότερος τρόπος πρόληψης λοιμωδών νοσημάτων που ανακαλύφθηκε ποτέ στην ιστορία της ανθρωπότητας», τόνισε.

Ο ομιλητής πρόσθεσε πως δύο παρεμβάσεις επέφεραν τις μεγαλύτερες θετικές επιπτώσεις στη Δημόσια Υγεία στον 20ό αιώνα: τα εμβόλια και το καθαρό νερό, ενώ επισήμανε πως «υπάρχει απίστευτη παραπληροφόρηση, που οδηγεί στην προκατάληψη για τη χρήση των εμβολίων».

Επίκαιρη ημερίδα στην οποία αποκαλύφθηκε όλη η πλεκτάνη της παραπληροφόρησης



Κατέληξε υποδεικνύοντας πως τα εμβόλια είναι απαραίτητα «για να μην επιστρέψουμε σε πρωτόγονες εποχές».

Θέμα της ομιλίας του παιδίατρο δρος Μιχάλη Ιαωνίδη, τ. προέδρου της Παιδιατρικής Εταιρείας Κύπρου, που πήρε στη συνέχεια τον λόγο, ήταν: «Τα εμβόλια: ευλογία ή κατάρα;». Αναφέρθηκε στην τεράστια πρόοδο που παρατηρείται στον χώρο της Υγείας στην Κύπρο, τονίζοντας πως αυτή οφείλεται στην πρόσβαση σε καθαρό νερό, στη μείωση της πείνας, στα αντιβιοτικά και τα εμβόλια. Μίλησε για ατεκμηρίωτη κριτική που έχει οδηγήσει σε ένα «αντιεμβολιαστικό» κίνημα, όπως το αποκάλυψε, ενώ αναφέρθηκε εκτενώς στους «μύθους» χωρίς επιστημονική τεκμηρίωση σχετικά με τον εμβολιασμό. «Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης παραπλανούν τον κόσμο», υποστήριξε, μιλώντας για δημοσιογραφική ασάφεια.

Ο τελευταίος ομιλητής, δρ Αλέξανδρος Ηρακλείδης, επίκουρος καθηγητής Επιδημιολογίας και Δημόσιας Υγείας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Λευκωσίας, αναφέρθηκε στην παραπληροφόρηση σχετικά με το εμβόλιο MMR και τον αυτισμό και στο πώς αυτή η παραπληροφόρηση ξεκίνησε από δημοσίευση σε γνωστή διεθνή επιθεώρηση ιατρικών θεμάτων, με μια κατευθυνόμενη μελέτη, η οποία όμως αποσύρθηκε. Αναφέρθηκε στα μεθοδολογικά και επιστημονικά σφάλματα αυτής της μελέτης και στο ότι ο κύριος συγγραφέας της απώλεσε την ιατρική του ιδιότητα, ενώ οι άλλοι συγγραφείς της τελικά την αποκέρυσαν.

Οι εναλλακτικές χρήσεις της κάνναβης στην Ιατρική

Η ΚΑΝΝΑΒΗ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για θεραπευτικούς λόγους και να είναι μια φαρμακευτική επιλογή. Απαιτείται όμως ρύθμιση του θέματος με επιστημονική τεκμηρίωση.

Αυτό ήταν το βασικό συμπέρασμα ημερίδας με τίτλο «Κάνναβη: εναλλακτικές χρήσεις στην Ιατρική», που διοργάνωσε το Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, σε συνεργασία με τη νεολαία του Κινήματος Οικολόγων Κύπρου, στις εγκαταστάσεις του Πανεπιστημίου, στη Μακεδονίτσα (Λευκωσία).

Ο δρ Γιώργος Αστρας (ιατρός-ειδικός παθολόγος-ογκολόγος) επισήμανε

με έμφαση ότι η κάνναβη δεν θεραπεύει τον καρκίνο, παρά μόνο βοηθά στον περιορισμό του πόνου. Ενδεχομένως όμως να μπορεί να βρει εφαρμογή και σε άλλες καταστάσεις, όπως οι ημικρανίες, η νόσος Αλτσχάιμερ, η επιληψία, το γλαύκωμα, η σκλήρυνση κατά πλάκας κ.λπ. Μίλησε για τη σοβαρή ευθύνη του γιατρού όταν συνταγογραφεί φαρμακευτική κάνναβη, ενώ τόνισε πως οι ασθενείς δεν είναι όλοι οι ίδιοι. Προέβλεψε πως θα χρειαστούν 20-30 χρόνια μέχρις ότου εξελιχθεί η φαρμακευτική χρήση της κάνναβης.

Ο δρ Χρίστος Πέτρου, επίκουρος κα-

θηγητής στη Σχολή Επιστημών Ζωής του Πανεπιστημίου Λευκωσίας, αναφέρθηκε στο τρίπτυχο «ασφάλεια - ποιότητα - αποτελεσματικότητα», που πρέπει να χαρακτηρίζει ένα φάρμακο. Αναλύοντας τα δεδομένα στη βιβλιογραφία για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της κάνναβης, επισήμανε ότι, όπως σε όλα τα φάρμακα, έτσι και η φαρμακευτική χρήση της κάνναβης πρέπει να είναι αποτέλεσμα τεκμηριωμένης πρακτικής. Μίλησε για την ανάγκη καλής ποιότητας στοχευόμενων κλινικών μελετών του συνόλου των χαρακτηριστικών καθεμιάς από τις εκατοντάδες ενώσεις που

περιέχει η κάνναβη, ενώ υπέδειξε πως το ζήτημα της κάνναβης δεν είναι πολιτικό ή νομικό, και δεν μπορεί να είναι αντικείμενο διαμάχης ανάμεσα σε ακτιβιστές και σε αντι-ακτιβιστές, καθώς είναι ζήτημα καθαρά επιστημονικό.

Σύμφωνα με τον υπουργό Υγείας της Κύπρου, δρ Γιώργο Παμπορίδη, πρέπει να δημιουργηθεί το απαραίτητο περιβάλλον για την παραγωγή κάνναβης για φαρμακευτικούς λόγους, ενθαρρύνοντας όχι μόνο την κοινωνία και τους γιατρούς, αλλά και την προσέλκυση των απαραίτητων για την Κύπρο επενδύσεων.

ΞΕΠΕΡΝΑΝΕ ΤΙΣ 220.000 ΕΥΡΩ ΟΙ ΟΦΕΙΛΕΣ ΣΕ ΜΙΣΘΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣ ΤΡΙΤΟΥΣ

Τα χρέη «πνίγουν» το Δημοτικό Γηροκομείο

• «Στρατηγικό πλάνο για τη βιωσιμότητά του»

Ζήτησε χθες ο δήμαρχος από τη Διοίκηση του Ιδρύματος



Σε πραγματικό οικονομικό αδιέξοδο βρίσκεται το Δημοτικό Γηροκομείο Λάρισας, καθώς οφείλει μισθούς 8 μηνών στους εργαζόμενους, ενώ υπέρσχετες είναι και οι οφειλές σε τρίτους (φυσικό αέριο κλπ), που, σύμφωνα με πρόσχειρους υπολογισμούς, συνολικά ξεπερνάνε τις 220.000 ευρώ.

Το θέμα των απλήρωτων εργαζομένων ανέδειξε προχθεσινή καταγγελία της διοίκησης του Εργατικού Κέντρου Λάρισας, αλλά η οικονομική ασφυξία που βιώνει το Ίδρυμα, που σήμερα φιλοξενεί 100 ηλικιωμένους, δεν είναι πρωτοφανής. Στην πραγματικότητα, λόγω των οικονομικών προβλημάτων, η λειτουργία του Γηροκομείου απειλείται από τις αρχές του 2016 ακόμα.

Η κατάσταση του Γηροκομείου έχει και στο παρελθόν χαρακτηριστεί «μη κανονική» ενώ μέχρι σήμερα – άγνωστο γιατί – δεν έχει ακόμη παραδοθεί το πόρισμα των Ορκωτών Λογιστών που αφορά στα προηγούμενα οικονομικά έτη.

Υπενθυμίζεται πως με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου Λάρισας, στις 31 Ιανουαρίου, το Γηροκομείο επιχορηγήθηκε εκτάκτως με 150.000 ευρώ μέσω της ΔΕΥΑΛ αλλά σήμερα, έξι μήνες μετά, το πρόβλημα διογκώθηκε εκ νέου και παράλληλα πληθαίνουν τα ερωτήματα για την πραγματική οικονομική κατάσταση του Γηροκομείου.

Αντιπροσωπεία της Διοίκησης του Ιδρύματος με επικεφαλής τον διευθυντή Π. Τσούμα, επισκέφθηκε χθες τον δήμαρχο Λάρισας Απ. Καλογιάννη με αφορμή θέματα των εργαζομένων αλλά όταν η συζήτηση έφθασε στα οικονομικά, ο κ. Καλογιάννης τόνισε ότι θα πρέπει να του κατατεθεί ένα «στρατηγικό πλάνο για τη βιωσιμότητα του Δημοτικού Γηροκομείου» και παράλληλα θα πρέπει να του κοινοποιηθεί

«μία κατάσταση που θα περιγράφει με σαφήνεια πόσο είναι τα έσοδα, από πού προέρχονται και κυρίως ποια είναι τα έξοδα και οι οφειλές».

Παρότι κατά καιρούς έρχεται στην επικαιρότητα το οικονομικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει το Ίδρυμα, σήμερα δεν είναι σαφής η οικονομική του κατάσταση, όπως επίσης δεν γίνεται αντιληπτό γιατί δεν αποσαφηνίζεται η κατάσταση με αποτέλεσμα το Γηροκομείο συχνά να ζητά και να λαμβάνει από τον Δήμο έκτακτες επιχορηγήσεις για την προσωρινή διευθέτηση οικονομικών εκκρεμοτήτων, την ώρα μάλιστα που διαθέτει σημαντική ακίνητη περιουσία ενώ θεωρητικά λαμβάνει και τις συντάξεις των ηλικιωμένων που φιλοξενεί.

ΥΠΕΡΟΓΚΕΣ ΟΦΕΙΛΕΣ

Σύμφωνα με τα όσα κατήγγειλαν προχθές εργαζόμενοι στο ΕΚΛ, το Γηροκομείο οφείλει μισθούς 8 μηνών στους 24 εργαζόμενους που λαμβάνουν ωστόσο έναντι

της μισθοδοσίας τους. Οι οφειλές της μισθοδοσίας, σύμφωνα πάντα με πληροφορίες, ξεπερνάνε τις 120.000 ευρώ ενώ κατά άλλους αγγίζουν και τις 160.000 ευρώ.

Σε λογαριασμούς του φυσικού αερίου επίσης οι οφειλές φαίνεται πως ξεπερνάνε τις 100.000 ευρώ. Δεν είναι γνωστό αν το Γηροκομείο έχει οφειλές στην Εφορία (πιθανότατα λόγω ΕΝΦΙΑ κλπ), ενώ δεν είναι γνωστό επίσης αν καταβάλλει τις δόσεις που προβλέπονται σε ρύθμιση, με τη διοίκηση του ΙΚΑ, για τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων.

ΕΚΤΑΚΤΗ

Υπενθυμίζεται πως το οικονομικό αδιέξοδο του Γηροκομείου είχε απασχολήσει τη συνεδρίαση του Δημοτικού Συμβουλίου Λάρισας στις 31 Ιανουαρίου, πριν έξι μήνες, μετά από ερώτηση της επικεφαλής της μειζόνος αντιπολίτευσης Ρένας Καραλαοίτου με αφορμή πάλι τους απλήρωτους εργαζόμενους.

Με τον δήμαρχο Λαρισαίων Απ. Καλογιάννη, χωρίς να αφήνει υπονοούμενα για κακή διαχείριση, να «απορεί» για διοικητικές πρακτικές και να περιγράφει ως «μη κανονική» την οικονομική κατάσταση του Γηροκομείου.

Στην ίδια συνεδρίαση αποκαλύφθηκε ότι το Γηροκομείο – άγνωστο γιατί – δεν διαθέτει ελέγχους Ορκωτών Λογιστών για τα οικονομικά έτη της τελευταίας περιόδου με αποτέλεσμα να μην λαμβάνει ούτε και τις κρατικές επιχορηγήσεις που δικαιούται. Έτσι χάθηκε η επιχορήγηση των δυο προηγούμενων ετών, περί τις 40.000 ευρώ που δεν απορροφήθηκαν από το Γηροκομείο καθώς δεν προσκόμισε τα απαραίτητα έγγραφα για την οικονομική του θέση.

Μία εξήγηση που αιτώθηκε ήταν πως το Γηροκομείο του Ιδρύματος δεν είχε χρήματα για να πληρώσει τους ορκωτούς λογιστές γιατί αυτό και δεν έγινε έλεγχος,

Εξήγηση που δεν έγινε πιστευτή και έτσι ελήφθη απόφαση να γίνουν τελικά οι έλεγχοι από ορκωτούς λογιστές που μέχρι χθες τουλάχιστον δεν ήταν γνωστό αν έκαναν τον έλεγχο ή αν έκαναν τον έλεγχο γιατί δεν παρέδωσαν ακόμη το πόρισμα.

Αποκαλύφθηκε επίσης ότι το Γηροκομείο δεν διαθέτει πιστοποίηση για τον αριθμό των φιλοξενούμενων που έχει με αποτέλεσμα να μην μπορεί να διεκδικήσει τις επιχορηγήσεις. Σε εκείνη τη συνεδρίαση επισημάνθηκε επίσης ότι το Γηροκομείο φιλοξενεί 100 ηλικιωμένους από 55 στο παρελθόν. Έτσι δεν μπορεί να λάβει και το 25% της επιχορήγησης από τον ΕΟΠΥΥ και για τον λόγο αυτό είχε υποβληθεί αίτηση στο Υπουργείο Εργασίας να ενεργοποιηθεί την αρμόδια Επιτροπή για να εγκριθεί η πιστοποίηση στο Γηροκομείο και να λάβει την επιχορήγηση.

Μετά από εκείνη τη συνεδρίαση του Δημοτικού Συμβουλίου, το Γηροκομείο – μέσω της ΔΕΥΑΛ – έλαβε τον περασμένο Φεβρουάριο έκτακτη επιχορήγηση ύψους 150.000 ευρώ, ποσό που κατά προτεραιότητα θα δινόταν για τη μισθοδοσία των εργαζομένων.

«ΑΠΛΗΡΩΤΟΙ»

Σήμερα, όπως προκύπτει από την προχθεσινή ανακοίνωση του ΕΚΛ, το πρόβλημα παραμένει το ίδιο. Το Εργατικό Κέντρο Λάρισας με ανακοίνωσή του κατήγγειλε «τη διοίκηση του Δημοτικού Γηροκομείου Λάρισας, της οποίας προεδρεύει ο δήμαρχος Λαρισαίων, γιατί εξακολουθεί να έχει απλήρωτες τις εργαζόμενες για 8 μήνες

συνολικά. Το πρόβλημα ξεκινά από παλιότερα, αλλά η κατάσταση επιδεινώνεται, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενες να έχουν πλέον πρόβλημα επιβίωσης, άλλες να χρωστούν στην εφορία, στη ΔΕΗ και αλλού, με όσους κινδύνους εγκυμονεί αυτό για τα σπίτα τους ή την παροχή ηλεκτρικού. Οι συνεχείς υποσχέσεις της διοίκησης αποδεικνύονται χωρίς αντίκρισμα και οι εργαζόμενες δεν είναι διατεθειμένες πλέον να υπομένουν την απληρωσιά και την κοροϊδία». «Το ΕΚΛΛ, κατέθεσε αίτηση για την πραγματοποίηση τριμερούς συνάντησης στην Επιθεώρηση Εργασίας και έγγραφο με το οποίο ζητά να συζητηθεί το πρόβλημα στην πρώτη συνεδρίαση του Δημοτικού Συμβουλίου Λαρισαίων, με τη διαδικασία της προ ημερήσιας διάταξης» κατέληξε η ανακοίνωση.

ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ

Το Γηροκομείο λόγω της οικονομικής κρίσης, τα τελευταία χρόνια, δεν έχει πλέον τη στήριξη των συμπολιτών μέσω δωρεών όπως τα προηγούμενα χρόνια και η εξέλιξη επιτείνει το οικονομικό αδιέξοδο.

Στο σκέλος της αξιοποίησης της ακίνητης περιουσίας, η εξήγηση που δίνεται είναι πως οι περιήλοκες και κυρίως γραφειοκρατικές διαδικασίες, «εμποδίζουν» τη μίσθωση ακινήτων μέσω μιας ευελιξίας διαδικασίας. Λόγω της οικονομικής κρίσης επίσης που έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη ζήτηση και τις χαμηλές προσφορές, δεν είναι συμφέρουσα και η εκποίηση μέρους της περιουσίας.

Β. ΚΑΚΑΡΑΣ

ΣΤΟ ΚΟΚΚΙΝΟ ΤΑ ΡΟΥΣΦΡΕΤΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΚΑΒ!



Ρουσφρέτια ή αδικία; Φίλος αναγνώστης ο οποίος όπως λέει διαθέτει όλα τα προσόντα για μια θέση στο ΕΚΑΒ, καταγγέλλει ότι η προκήρυξη 6κ/2016 του ΑΣΕΠ είναι άδικη, αν όχι ρουσφετολογική. Ο ίδιος γράφει: «Έλαβα μέρος στην συγκεκριμένη προκήρυξη. Δήλωσα παιδί τρίτεκνης οικογένειας με προϋπηρεσία και δεν με πήραν. Άλλοι δήλωσαν επίσης παιδιά τρίτεκνης οικογένειας αλλά χωρίς προϋπηρεσία με αποτέλεσμα να βγάλουν λιγότερα μόρια από μένα και παρ'όλα αυτά διορίστηκαν στο ΕΚΑΒ!»

Νίκος Ηγουμενάκης

Διαφωνείτε με τον σύζυγο για τον εμβολιασμό του παιδιού; Θα αποφασίσει ο δικαστής!

Με την υπ' αριθμ. XII ZB 157/16 απόφασή του το Ομοσπονδιακό Γερμανικό Δικαστήριο (BGH) επιλύει –ή κατά άλλους έρχεται να διαρρήξει περαιτέρω τις τεταμένες σχέσεις διαζευγμένων γονέων– το θέμα εάν και με ποιου γονέα την απόφαση θα εμβολιάζεται ένα ανήλικο παιδί και πώς αυτό συναρτάται με την άσκηση της γονικής του μέριμνας. Τι συμβαίνει, δηλαδή, στην περίπτωση που ο ένας γονέας ασκεί την επιμέλεια του παιδιού και διαφωνούν με τον εμβολιασμό του; Θα αποφασίσει το Δικαστήριο!

Στην περίπτωσή μας στη Γερμανία η μητέρα ενός ανηλίκου παιδιού, του οποίου είχε την επιμέλεια λόγω διάζευξης των γονιών, αρνείτο να εμβολιαστεί το παιδί υποστηρίζοντας ότι ο οργανισμός θωρακίζεται καλύτερα από την ανάπτυξη φυσικής άμυνας και αντισωμάτων, ενώ ο πατέρας διαφωνούσε, θεωρώντας ότι οι κανόνες της σύγχρονης ιατρικής επιτάσσουν τον προληπτικό εμβολιασμό.

Έτσι ο πατέρας στράφηκε στο Ομοσπονδιακό Γερμανικό Δικαστήριο με το ερώτημα εάν ένα τόσο ζωτικής σημασίας θέμα για το παιδί αποτελεί αντικείμενο της επιμέλειας, δηλαδή της εν τοις πράγμασι καθημερινής επίβλεψης, της ανατροφής, της μόρφωσης και της εκπαίδευσής του ή είναι κομμάτι της γονικής μέριμνας, δηλαδή της ουσίας της γονεϊκής σχέσης που περι-



λαμβάνει τα ουσιαστικότερα και βαθύτερα ζητήματα που αφορούν στο παιδί, όπως είναι η εκπροσώπησή του, η υγεία του ή η τυχόν περιουσία του.

Το BGH αποφάσισε ότι εφόσον δεν αποδείχθηκαν ειδικοί λόγοι της υγείας του παιδιού που θα απέτρεπαν τον εμβολιασμό του, και δεδομένων των σύγχρονων ιατρικών κανόνων και πρακτικών το παιδί θα έπρεπε να υποβληθεί σε προληπτικούς εμβολιασμούς σύμφωνα με τους διεθνείς κανόνες υγείας και δικαίωσε τον πατέρα.

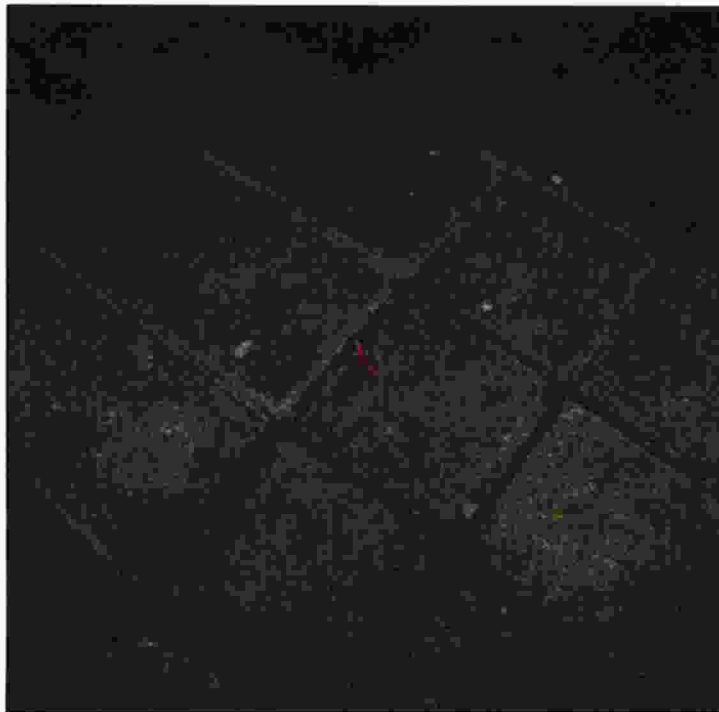
Η ελληνική πρακτική

Η απόφαση αυτή συνάδει και με την ελληνική έννομη τάξη, όπου στο άρθρο 1512 του Αστικού Κώδικα ρητά ορίζεται ότι «αν οι γονείς διαφωνούν κατά την άσκηση της γονικής μέριμνας και το συμφέρον του τέκνου επιβάλλει να ληφθεί απόφαση, αποφασίζει το Δικαστήριο», ωστόσο στην καθημερινότητα έχει επικρατήσει να έχει τον πρώτο (και μοναδικό) λόγο σε όλα σχεδόν τα θέματα του παιδιού ο γονιός που έχει την επιμέλειά του, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται περαιτέρω προβλήματα στις σχέσεις τους, καθώς η ουσία της κοινής επιμέλειας των παιδιών, παρότι θεσμοθετείται στο άμεσο μέλλον, δεν έχει ακόμα ωριμάσει στην ελληνική συνείδηση. **Ν.ΤΣ.**

Εργασία στο Σεξ και HIV: Επιστημονικά Δεδομένα και Νομικοί Προβληματισμοί

Στο πλαίσιο της συζήτησης αλλαγής του αναχρονιστικού πλαισίου ρύθμισης των όρων εργασίας στο σεξ έρχεται να προστεθεί, λόγω της προόδου της επιστήμης, της διαπίστωσης των αναγκών των εργαζόμενων και των αποτελεσμάτων των ερευνών σε προγράμματα υλοποιούμενα στην κοινότητα των εργαζόμενων στο σεξ, το ερώτημα κατά πόσον ο αποκλεισμός των HIV+ ατόμων, που βρίσκονται υπό κατασταλτική αντιρετροϊκή θεραπεία και δεν έχουν ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο, συνάδει με τα επιστημονικά δεδομένα, αλλά και με το ίδιο το Σύνταγμα.

Της Χαράς Παπαγεωργίου



Άρης Οικονόμου / SOOC



ύμφωνα με όσα ισχύουν σήμερα, εργαζόμενος στο σεξ δεν μπορεί να εκδώσει στο όνομά του πιστοποιητικό άσκησης επαγγέλματος αν πάσχει από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ή άλλες μολυσματικές νόσους που καθορίζονται με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μεταξύ των οποίων είναι και ο ιός HIV 1 και HIV 2, ΦΕΚ Β' 198/22-2-2000 (αριθ. Β1/οικ.661 απόφαση του υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας), ενώ όσοι εργαζόμενοι είναι ήδη κάτοχοι του ανωτέρω πιστοποιητικού υποχρεούνται σε εξέταση αντισωμάτων HIV κάθε τρίμηνο. Το αποτέλεσμα της εξέτασης αναγράφεται υποχρεωτικά στο βιβλιάριο υγείας που τους χορηγείται. Αν διαπιστωθεί κατά την τρίμηνη εξέταση ότι εργαζόμενος/η είναι HIV+, το πιστοποιητικό ανακαλείται.

Καταρχάς, σε ό,τι αφορά την τελευταία πρόβλεψη είναι παραπάνω από σαφές ότι δεν προσφέρει καμία απολύτως ασφάλεια για τον απλούστατο λόγο ότι οι προβλεπόμενες στον νόμο ανά τρίμηνο ορολογικές εξετάσεις μπορούν να εντοπίσουν τη μόλυνση από τον ιό μόνο μετά από περίπου τρεις εβδομάδες από την έκθεση του ατόμου σε αυτόν. Οι δε κατευθυντήριες οδηγίες του ΚΕΕΛΠΝΟ προβλέπουν ότι η διάγνωση της HIV λοίμωξης βάσει του HIV RNA απαιτεί επιβεβαίωση με έλεγχο HIV Ab δύο με τέσσερις μήνες από τον αρχικό αρνητικό ή αμφίβολο έλεγχο και είναι απαραίτητες δύο διαδοχικές μετρήσεις με χρονική απόσταση μιας έως τεσσάρων εβδομάδων. Συνεπώς, για να γίνει λόγος για ασφάλεια στο αποτέλεσμα της εξέτασης, προϋποτίθεται η έκθεση στον ιό να έχει γίνει τουλάχιστον τρεις εβδομάδες πριν από την ημέρα του τεστ, ειδάλλως το αποτέλεσμα στην καλύτερη περίπτωση είναι αμφίβολο και στη χειρότερη, λάθος.

Πέραν τούτου, γενικώς οι προϋποθέσεις που τίθενται στην εργασία στο σεξ εισάγονται κατ' εξαίρεση του άρ-

θρου 5 παρ. 1 του Συντάγματος, που κατοχυρώνει την προσωπική και οικονομική ελευθερία ως ατομικό δικαίωμα, με ειδικότερη εκδήλωσή της εκείνη της επαγγελματικής ελευθερίας. Στην ελευθερία αυτή είναι δυνατόν να επιβληθούν από τον νόμο περιορισμοί που δικαιολογούνται από λόγους δημοσίου ή κοινωνικού συμφέροντος και που τελούν σε συνάφεια προς το αντικείμενο και τον χαρακτήρα της ρυθμιζόμενης επαγγελματικής δραστηριότητας. Σύμφωνα με πρόσφατη γνωμοδότηση του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους (υπ' αριθμ. 15/2016), το επάγγελμα των με αμοιβή εργαζομένων στο σεξ δεν εξαιρείται από την εφαρμογή των διατάξεων του νόμου 3919/2011 (αρχή της επαγγελματικής ελευθερίας).

Εν προκειμένω, όπως συνάγεται από την εισηγητική έκθεση και τις προπαρασκευαστικές εργασίες ψηφίσεως του νόμου για την εργασία στο σεξ, οι ανωτέρω περιορισμοί θεσπίστηκαν –εν όψει των ιδιαιτεροτήτων της εν λόγω δραστηριότητας– για λόγους αναγομένους στο δημόσιο και γενικότερο κοινωνικό συμφέρον, ειδικότερα δε στην προστασία της δημόσιας υγείας, της δημόσιας τάξης και ασφάλειας και των χρηστών πθών, και αποτελούν περιορισμούς που πρέπει να εξεταστούν από τη σκοπιά της αρχής της αναλογικότητας, ώστε να κριθεί η συνταγματικότητά τους και να διακριβωθεί αν είναι πρόσφοροι και αναγκαίοι για την επίτευξη του επιδιωκόμενου από τον νομοθέτη σκοπού δημοσίου ή κοινωνικού συμφέροντος και όχι δυσανάλογοι προς αυτόν, συνεπώς πρέπει να εξεταστεί αν οι περιορισμοί εξυπηρετούν ή όχι την προστασία της δημόσιας υγείας.

Σε ό,τι αφορά τα HIV+ άτομα υπό αγωγή με μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο παρατηρούνται τα ακόλουθα:

Πουθενά στη νομοθεσία για την εργασία στο σεξ δεν προβλέπεται ως υποχρεωτική η χρήση προφυλακτικού μέσου κατά τη συνουσία. Η πιθανότητα της μετάδοσης

του ιού HIV εξαρτάται σημαντικότερα από το ιικό φορτίο του ασθενούς, ήτοι η ποσότητα του ιικού γενετικού υλικού (HIV RNA) που κυκλοφορεί στο σώμα. Μεγάλος αριθμός ερευνών έχει καταδείξει ότι υπάρχει άμεση και ξεκάθαρη συσχέτιση μεταξύ του ιικού φορτίου και της πιθανότητας σεξουαλικής μετάδοσης του HIV: όσο υψηλότερο είναι το ιικό φορτίο τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα και αντίστροφα. Ο ίδιος δε ιός μεταδίδεται με απροφύλακτη σεξουαλική επαφή με HIV+ άτομο, ενώ βάσει ερευνών η χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής σε HIV+ άτομο μειώνει δραματικά την πιθανότητα περαιτέρω μετάδοσης του ιού κατά 96%.¹

Επισημαίνεται ιδιαίτερα η μελέτη Partner (2014) όπου αξιολογήθηκε ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού HIV σε ζευγάρια που δεν χρησιμοποιούν προφύλαξη με συνέπεια και που ο ένας σύντροφος είναι HIV+ σε κατασταλτικό ART, ενώ στον οροαρνητικό σύντροφο δεν χορηγούνταν προφυλακτική αγωγή ούτε πριν ούτε μετά την έκθεση. Τα αποτελέσματα της έρευνας απέδειξαν ότι δεν υπήρξε καμία μετάδοση του ιού σε σύνολο 894 ζευγαριών, προερχόμενων από 75 διαφορετικές χώρες.

Τέλος, δεν πρέπει να παραβλεφθεί ότι υπάρχει η δυνατότητα χορήγησης προφυλακτικής αγωγής εντός 72 ωρών από την έκθεση στον HIV που μειώνει την πιθανότητα ορομετατροπής περίπου κατά 80%.²

Βάσει των ανωτέρω, είναι εξαιρετικά αμφίβολο κατά πόσον ο περιορισμός που θέτει ο νόμος για τα HIV+ άτομα υπό κατασταλτική αγωγή και με μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο συνάδει με την επιστήμη και κατ' ακολουθία

1. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al; for the HPTN 052 Study Team*. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med* 2011;365:493-505)

2. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *N Engl J Med* 1997;337:1485-90)

με την αρχή της αναλογικότητας.

Προκειμένου όμως να προταθεί μια λύση προς την κατεύθυνση της δημόσιας υγείας, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι λόγοι για τους οποίους οι εργαζόμενοι στο σεξ είναι πιο ευάλωτοι, αλλά και τα αποτελέσματα των μέχρι σήμερα ερευνών σε διεθνές επίπεδο που από τη μία θέτουν επί τάπητος ζητήματα σχετιζόμενα με την εργασία στο σεξ, από την άλλη διαπιστώνουν τους μέχρι σήμερα θεωρούμενους ως τους πλέον ενδεδειγμένους τρόπους για προστασία της δημόσιας υγείας.

Καταρχάς, βάσει ερευνών, οι εργαζόμενοι στο σεξ είναι 10 φορές πιο ευάλωτοι στη μετάδοση του ιού HIV σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, ενώ είναι παγκοίμως γνωστό ότι νομοθεσίες που θέτουν δυσανάλογες ή εξωπραγματικές προϋποθέσεις ή που ποινικοποιούν την εργασία στο σεξ ωθούν τους εργαζόμενους στο να εργάζονται σε επισφαλή περιβάλλοντα, να μην εμπιστεύονται τις δομές υγείας και να καθίστανται πιο ευάλωτοι στη βία, στις διακρίσεις και στον ίδιο τον ιό του HIV.

Ούτως ή άλλως, οι εργαζόμενοι στο σεξ αποτελούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη κοινωνικά ομάδα λόγω της συστηματικής περιθωριοποίησής τους, των σε βάρος τους κατ' επανάληψη διακρίσεων, της ποινικοποίησης της συμπεριφοράς τους και της μη διαπραγματευτικής τους δύναμης σε ό,τι σχετίζεται με τη χρήση προφυλακτικού κατά τη συνουσία. Αν τούτο συνδυαστεί και με άλλα χαρακτηριστικά του εργαζόμενου, όπως η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ή της αλλοδαπότητας, τότε είναι ακόμα πιο ευάλωτοι σε βία, ενώ απομακρύνονται από τις υπηρεσίες υγείας προ του φόβου ότι μπορεί να συλληφθούν ή, αν είναι αλλοδαποί, να κρατηθούν διοικητικά και να απελαθούν.

Οι μέχρι σήμερα διαπιστωμένες καλές πρακτικές για

την προστασία της δημόσιας υγείας κάνουν λόγο για εκπαίδευση, σωστή και συνεχή χρήση προφυλακτικού, προγράμματα πρόληψης, φροντίδας και θεραπείας, ειδικά προσαρμοσμένα στις ανάγκες των εργαζόμενων στο σεξ και των πελατών τους, για συνεργασίες με ιδιοκτήτες οίκων, με εκπροσώπους του νόμου και με άλλα εμπλεκόμενα στον χώρο της εργασίας στο σεξ μέχρι προς την κατεύθυνση της 100% χρήσης προφυλακτικού και εξέτασης για HIV και συμβουλευτική, έλεγχο και θεραπεία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων κ.λπ.

Οι δε συστάσεις του UNAIDS για την αντιμετώπιση των κινδύνων που βιώνουν οι εργαζόμενοι στο σεξ εξαίρουν την αποποινικοποίηση της εργασίας στο σεξ και την ενδυνάμωση των κοινοτήτων των εργαζόμενων στο σεξ, ενώ τα προγράμματα που σε διεθνές επίπεδο έχουν αποδειχθεί επιτυχή αφορούν την 100% χρήση προφυλακτικού κατά τις σεξουαλικές επαφές,³ την τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο με τη βούληση των εργαζόμενων εξέταση για αντισώματα HIV,⁴ την ευρύτατη πρόσβαση του πληθυσμού σε αντιρετροϊκή αγωγή, τη χρήση προφυλακτικής αγωγής μετά την έκθεση, την εκπαίδευση των εργαζόμενων στο σεξ⁵ και την αποτελεσματική αντιμετώπιση του στίγματος και των διακρίσεων. Ωστόσο, σύμφωνα με την έρευνα του UNAIDS, το 2015, μόνο το 3,8% της χρηματοδότησης δαπανήθηκε παγκοσμίως για τους ανωτέρω σκοπούς.⁶

Τα παραπάνω δεδομένα μάς οδηγούν στις εξής

3. Ταϊλάνδη, αρχές της δεκαετίας του 1990, Νότια Αφρική 2015, Avahan programme, 2003-2015, σε 6 περιοχές της Νότιας Ινδίας, Project SIDA, Benin

4. Σύσταση του WHO, peer education sessions and outreach project with people who sell sex- Ethiopia, sexual health clinic offered targeted HTC and follow-up services, Guatemala

5. Kenya, Bar Hostess Empowerment Program, Thailand, Service Programs in Group (SWING)

6. Ταϊλάνδη, αρχές της δεκαετίας του 1990, Νότια Αφρική 2015, Avahan programme, 2003-2015 σε 6 περιοχές της Νότιας Ινδίας, Project SIDA, Benin

σκέψεις: μια αλλαγή του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου που θα επέτρεπε νόμιμα την πρόσβαση στην εργασία στο σεξ σε HIV+ άτομα υπό κατασταλτική ART με μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο, πέραν του ότι επιβάλλεται για επιστημονικούς λόγους και είναι σύμφωνο με τις συστάσεις της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας που συστήνει τον μη αποκλεισμό των HIV+ ατόμων από κανένα επάγγελμα, θα είχε τα εξής ευεργετικά αποτελέσματα:

α) Η «απελευθέρωση του επαγγέλματος» και στα HIV+ άτομα υπό τις ανωτέρω προϋποθέσεις θα οδηγούσε σε πολύ μεγάλο βαθμό στην εγκαθίδρυση της χρήσης προφυλακτικού μέσου στην εργασία στο σεξ, συνεπώς θα οδηγούσε σε προστασία της δημόσιας υγείας.

β) Η νομιμοποίηση των οροθετικών εργαζόμενων στο σεξ ως επαγγελματιών του χώρου θα επέτρεπε την πληρέστερη εκπαίδευση του συνόλου των εργαζόμενων στο σεξ σε σχέση με την αποφυγή επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών τόσο σε ό,τι αφορά τον ιό του HIV όσο και με άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

γ) Θα βοηθούσε την εκπαίδευση ολόκληρης της κοινωνίας σχετικά με τον τρόπο μετάδοσης της HIV λοίμωξης και την αναγκαιότητα τακτικού ελέγχου του HIV με εξετάσεις και θα συνεισέφερε αποτελεσματικά στην εξάλειψή του σε βάρος των ανθρώπων που ζουν με την HIV λοίμωξη στίγματος και των σε βάρος τους δυσμενών διακρίσεων.

δ) Θα έφερνε εγγύτερα τους εργαζόμενους στο σεξ στις υπηρεσίες υγείας και θα βελτίωνε την κατάσταση της υγείας τους. Ειδικότερα τους εργαζόμενους με HIV+ θα τους παρακινούσε να λαμβάνουν εγκαίρως την αγωγή τους, σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα.

ε) Θα ενίσχυε το κίνημα της αναγνώρισης των εργαζόμενων στο σεξ ως ατόμων που έχουν νόμιμα δικαιώ-

ματα, οφείλουν και μπορούν να τα διεκδικήσουν τόσο έναντι του κράτους και όσο έναντι των ατόμων που τους εκμεταλλεύονται. Ειδικά στην περίπτωση των γυναικών, η πρόσβασή τους σε επάγγελμα θα ενίσχυε την αποδοχή της αυθυπαρξίας τους από τον άνδρα, προαγωγό ή μη.

στ) Θα έθετε σε πραγματική επαγρύπνηση το κράτος ως προς τους ιατρικούς ελέγχους που από τον νόμο ορίζεται ότι γίνονται μερίμνη του.

ζ) Θα επέτρεπε την ενεργό εμπλοκή των ίδιων των εργαζόμενων του σεξ στην αντιμετώπιση των κινδύνων που ανακύπτουν κατά τη διάρκεια του επαγγέλματός τους σχετικά με την HIV λοίμωξη, η οποία στην πράξη έχει αποδειχθεί διεθνώς ως εξόχως σημαντική.

Καταληκτικά, είναι σκόπιμο να ειπωθεί ότι σε διεθνές επίπεδο, όπου έχουν τολμήσει τα κράτη να ενδυναμώσουν τους εργαζόμενους στο σεξ και να τους εμπλέξουν ενεργά στον αγώνα κατά της εξάπλωσης της HIV λοίμωξης, τούτο έχει φέρει μόνο θετικά αποτελέσματα. Το να αποκόπτουμε έναν άνθρωπο από αυτό που θέλει και μπορεί να κάνει ή να κλείνουμε τα μάτια στην πραγματικότητα θα οδηγήσει μόνο σε έκθεσή του σε μεγάλο κίνδυνο και στην αποστέρησή του από θεμελιώδη δικαιώματά του χωρίς κανέναν πραγματικό λόγο. Η κατάσταση αυτή μόνο σε βία κατά του ατόμου μπορεί να οδηγήσει και φυσικά στη διαιώνιση του στίγματος σε βάρος των ατόμων που ζουν με την HIV λοίμωξη, η οποία στη χώρα μας καλά κρατεί, και όπου υπάρχει άμεση ανάγκη να γίνουν έμπρακτες ενέργειες από πλευράς του νομοθετικού σώματος και της πολιτείας για να εξαλειφθεί. ☹

Η Χαρά Παπαγεωργίου είναι δικηγόρος παρ' Αρείω Πάγω, Υπεύθυνη Νομικής Υπηρεσίας στο Κέντρο Ζωής, ΜΗ.ΚΥ.Ο για την υποστήριξη των ανθρώπων που ζουν με HIV/AIDS.