

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΙΣ ΑΚΤΕΣ ΙΟΝΙΟΥ

Ελλείψεις γιατρών και εξοπλισμού

Εικόνα διάλυσης για τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας που βρίσκονται στις ακτές του Ιονίου περιγράφει η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων, η οποία καταγγέλλει ελλείψεις γιατρών και εξοπλισμού. Όπως αναφέρει, η παθολογική κλινική του Νοσοκομείου Κέρκυρας υπολειτουργεί λόγω έλλειψης γιατρών, και ο αξονικός τομογράφος του νοσοκομείου είναι συνεχώς χαλασμένος. Η παθολογική κλινική του Νοσοκομείου Πρέβεζας έκλεισε, αφού έμεινε μόνο με έναν παθολόγο, ενώ τα επείγοντα του νοσοκομείου λειτουργούν με δύο αγροτικούς γιατρούς. Το Νοσοκομείο Λευκάδας έχει ελάχιστους γιατρούς ακόμα και σε βασικές ιατρικές ειδικότητες και είναι ενδεικτικό ότι από χειρουργούς διαθέτει μόνο έναν επικουρικό. Το Κέντρο Υγείας Φιλιπιάδας κλείνει κάθε ημέρα στις τρεις το μεσημέρι και το Κέντρο Υγείας Παξών στις δέκα το βράδυ.





SHUTTERSTOCK

ΝΕΑ «ΟΠΛΑ»

Τα βιοομοειδή φάρμακα στις ρευματικές παθήσεις

Η βιοτεχνολογία δημιούργησε μια σειρά βιολογικών φαρμάκων για την καταπολέμηση τόσο της ρευματοειδούς αρθρίτιδας όσο και των σπονδυλοαρθροπαθειών.

ΓΡΑΦΕΙ Ο ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Α. ΔΡΟΣΟΣ*

Η ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ αρθρίτιδα (ΡΑ) και οι σπονδυλοαρθροπάθειες (ΣΠΑ) είναι χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα που προσβάλλουν μικρές και μεγάλες αρθρώσεις αλλά και τον αξονικό σκελετό προκαλώντας πόνο, οίδημα και πρωινή δυσκαμψία. Προσβάλλονται όλες οι ηλικίες και τα δύο φύλα. Είναι νοσήματα δυσίατα που αν δεν θεραπευτούν εγκαίρως μπορεί να προκαλέσουν καταστροφή των αρθρώσεων και των οστών, προκαλώντας αναπηρία και μεγάλη επιβάρυνση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Η παθοφυσιολογία των παραπάνω νοσημάτων είναι πολύπλοκη. Προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες όπως ο παράγων νέκρωσης των όγκων (TNF), η ιντερλευκίνη-6 αλλά και η ιντερλευ-

κίνη-17 διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της ΡΑ και των ΣΠΑ. Η είσοδος των βιολογικών παραγόντων που αναστέλλουν τις παραπάνω κυτταροκίνες, κυρίως οι αναστολείς του TNF επέφεραν επανάσταση στη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

Η χρήση των αντι-TNF βιολογικών φαρμάκων βελτίωσε την κλινική εικόνα και την ποιότητα ζωής των ασθενών – αλλά φαίνεται ότι ελέγχουν και αναχαιτίζουν την ακτινολογική εξέλιξη των αρθρώσεων και οστών. Από την άλλη μεριά οι βιολογικοί παράγοντες είναι πολύ ακριβά φάρμακα και θα πρέπει να χορηγούνται εξατομικευμένα με βάση τις κλινικές ενδείξεις, λαμβάνοντας υπόψη την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και

τη σχέση κόστους - οφέλους.

Γι' αυτόν τον λόγο τα τελευταία χρόνια η βιοτεχνολογία δημιούργησε μια σειρά άλλων βιολογικών φαρμάκων που ονομάζονται βιοομοειδή και προσομοιάζουν, χωρίς όμως να είναι ταυτόσημα με τα βιολογικά φάρμακα αναφοράς, όπως συμβαίνει με τα γενόσημα. Τα βιοομοειδή φάρμακα προσομοιάζουν με τα βιολογικά αναφοράς ως προς την ποιότητα, αποτελεσματικότητα και ασφάλεια, έχουν πάρει έγκριση για τη θεραπεία της ΡΑ και στις ΣΠΑ και είναι πιο οικονομικά. Η εισαγωγή των βιοομοειδών, κυρίως των TNF αναστολέων, δίνει τη δυνατότητα στους γιατρούς και στους ασθενείς να έχουν πρόσβαση σε μεγαλύτερο φάσμα βιολογικών θεραπειών, με χαμηλότερο κόστος για την καλύτερη διαχείριση των ασθενών τους.

Ομως η εισαγωγή των παραπάνω βιοομοειδών στις ρευματικές παθήσεις δεν δίνει αυτομάτως και το έναυσμα για ανταλλαγή των βιολογικών φαρμάκων αναφοράς που ήδη χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς με τα βιοομοειδή. Η απόφαση για αλλαγή επαφίεται στην κρίση του θεράποντος ιατρού, πάντα σε συνεννόηση και επικοινωνία με τον ασθενή. Ακόμη, οι υπηρεσίες ούτε των νοσοκομείων ούτε του ΕΟΠΥΥ μπορούν να ανταλλάξουν τα βιολογικά φάρμακα αναφοράς με τα βιοομοειδή χωρίς τη συνεννόηση του γιατρού και του



***Αλέξανδρος Α. Δρόσος,** Ομότιμος καθηγητής Παθολογίας/ Ρευματολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
e-mail: adrosos@cc.uoi.gr, www.rheumatology.gr

ασθενούς. Από τη άλλη μεριά, ο κάθε ρευματολόγος μπορεί κατά την κρίση του να χρησιμοποιεί τα βιοομοειδή σε νέους ασθενείς ή σε ασθενείς που δεν αποκρίνονται στη θεραπεία τους με τα βιολογικά φάρμακα αναφοράς και χρίζουν αλλαγής σε άλλον βιολογικό παράγοντα.

Τα βιοομοειδή που ήδη κυκλοφορούν στην Ευρώπη είναι τα βιοομοειδή των infliximab, etanercept και adalimumab που είναι αναστολείς του παράγοντα TNF. Το βιοομοειδές του infliximab χορηγείται ενδοφλεβίως, ενώ τα άλλα δύο υποδορίως. Επίσης κυκλοφορεί και το βιοομοειδές του rituximab που αναστέλλει το Β-λεμφοκύτταρο, το οποίο χορηγείται ενδοφλεβίως και χρησιμοποιείται στην ΡΑ και στις αγγειίτιδες.

Οι κλινικές μελέτες που έχουν γίνει για τα παραπάνω βιοομοειδή στους ασθενείς με ΡΑ και ΣΠΑ έδειξαν μακροχρόνια αποτελεσματικότητα και ασφάλεια, καθώς και αναστολή της ακτινολογικής εξέλιξης αυτών των ασθενών. Ορισμένα, δε, από τα βιοομοειδή, το βιοομοειδές του etanercept, π.χ., έδειξε επίσης μεγαλύτερη προτίμηση στη χρήση του από τους ασθενείς και θεραπευτές υγείας, λόγω του ότι προκαλεί λιγότερες αντιδράσεις τοπικά στο σημείο της έγχυσης και λόγω της πιο εύχρηστης πέννας έγχυσης από το φάρμακο αναφοράς του etanercept.

Στην πατρίδα μας κυκλοφορούν ήδη τα βιοομοειδή του infliximab και του etanercept και η χρήση τους έχει δείξει πολύ καλή αποτελεσματικότητα και ασφάλεια.

Αναφορές: 1. Θέσεις ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ για τα βιοομοειδή 2018. Επικαιροποίηση των θέσεων 2015 (2-7-2018). 2. BSR: Βρετανική Εταιρεία Ρευματολογίας. 3. WHO: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. 4. FDA: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων Αμερικής. 5. EMA: Ευρωπαϊκή Εταιρεία Φαρμάκων. ●





Το τεστ Παπ βρήκε ανταγωνιστή

■ ΤΟ ΤΕΣΤ Παπ που χρησιμοποιείται εδώ και πάνω από 50 χρόνια για την ανίχνευση πρώιμων ενδείξεων του καρκίνου του τραχήλου στις γυναίκες μπορεί σε μερικά χρόνια να είναι πιο λιγότερο δημοφιλές ή ακόμη και να περιπέσει σε αχρηστία καθώς έχει βρει πλέον έναν ισχυρό ανταγωνιστή στο «πρόσωπο» του τεστ για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV).

Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις (το 99%) του καρκίνου του τραχήλου – ενός σχετικά εύκολου να προληφθεί καρκίνου– συνδέονται με λοίμωξη από τον εν λόγω ιό HPV. Το σχετικό τεστ HPV ανιχνεύει τα προκαρκινικά στάδια νωρίτερα και με μεγαλύτερη ακρίβεια από το παλαιότερο τεστ Παπ.

Αυτό δείχνει μια νέα канаδική επιστημονική μελέτη με επικεφαλής την καθηγήτρια Τζίνα Οτζίλβι της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου της Βρετανικής Κολομβίας στο Βανκούβερ, η οποία έγινε σε 19.000 γυναίκες 25 έως 65 ετών και δημοσιεύθηκε στο αμερικανικό ιατρικό περιοδικό JAMA (Journal of American Medical Association).

Οι γυναίκες που συμμετείχαν χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες: η μία έκανε μόνο τεστ Παπ και η άλλη μόνο τεστ HPV. Μετά από τέσσερα χρόνια σχεδόν έξι γυναίκες στις 1.000 που είχαν κάνει τεστ Παπ διαγνώστηκαν με προκαρκινικές αλλοιώσεις έναντι μόνο δύο στις 1.000 που είχαν κάνει το τεστ HPV.

Συνεπώς, σύμφωνα με τους ερευνητές, το τεστ HPV φαίνεται καλύτερο σε σχέση με το τεστ Παπ στο να προβλέπει ποια γυναίκα δεν θα εμφανίσει καρκίνο. Οι γυναίκες που σύμφωνα με το τεστ HPV δεν έχουν λοίμωξη από τον ιό έχουν μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν προκαρκινική αλλοίωση μέσα στην επόμενη τετραετία.

«Το τεστ HPV ανιχνεύει νωρίτερα τις προκαρκινικές αλλοιώσεις, ενώ από την άλλη ένα αρνητικό τεστ HPV παρέχει μεγαλύτερη σιγουριά ότι οι γυναίκες δεν θα εμφανίσουν προκαρκινικές αλλοιώσεις μέσα στην επόμενη τετραετία. Αυτό σημαίνει πως οι γυναίκες θα μπορούν να ελέγχονται πιο αραιά, αλλά να έχουν πιο ακριβή αποτελέσματα» δήλωσε η δρ Οτζίλβι.

8.000
ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΕΤΗΣΙΩΣ
ΕΠΙΛΕΓΟΥΝ ΤΙΣ
ΑΡΙΣΤΕΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΦΟΙΤΗΤΩΝ
ΛΟΓΩ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΚΡΙΣΗΣ

Ουρές πολιτών στην Οδοντιατρική Σχολή



■ ΣΕΛΙΔΕΣ 18-19



Η κρίση σχηματίζει ουρά στην Οδοντιατρική Σχολή



ΜΑΡΙΑ - ΝΙΚΗ ΓΕΩΡΓΑΝΤΑ
mgeorganta@e-typos.com

ΣΕ ΦΟΙΤΗΤΕΣ
ΕΜΠΙΣΤΕΥΟΝΤΑΙ
ΤΟ... ΣΤΟΜΑ
ΤΟΥΣ ΟΛΟ ΚΑΙ
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ
ΠΟΛΙΤΕΣ ΛΟΓΩ
«ΧΑΜΗΛΟΥ
ΚΟΣΤΟΥΣ»
ΚΑΙ «ΑΡΙΣΤΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ»

Ενα ελληνικό πανεπιστήμιο εντελώς διαφορετικό από τα άλλα, που παράλληλα με τα μαθήματα επιτελεί... κοινωνικό έργο, είναι η Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Οι διάδρομοί της σφύζουν από ζωή, όχι μόνο φοιτητών και καθηγητών αλλά και απλών πολιτών που συρρέουν για οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Ο κόσμος που την επιλέγει έναντι οποιουδήποτε ιδιώτη οδοντιάτρου έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης και σήμερα 7.000 - 8.000 πολίτες ετησίως φτιάχνουν τα δόντια τους στην Οδοντιατρική Σχολή. Η αύξηση αυτή δικαιολογείται κυρίως λόγω του μειωμένου

κόστους των υπηρεσιών, οι οποίες κινούνται στο ένα τρίτο -ή και παρακάτω- των τιμών στην ελληνική αγορά. Εκτός, όμως, από το χαμηλό κόστος, οι πολίτες ρίχνουν ψήφο εμπιστοσύνης στις «άριστες», όπως λένε, υπηρεσίες που τους προσφέρουν οι φοιτητές. Η ευχαρίστηση αυτή του κόσμου αποδεικνύει για ακόμη μία φορά ότι η χώρα μας διαθέτει υψηλού επιπέδου ιατρικό προσωπικό, το οποίο όμως δυστυχώς εξακολουθεί να εγκαταλείπει την Ελλάδα. Ενδεικτικό είναι ότι οι οδοντίατροι που έφυγαν για χώρες του εξωτερικού το 2017 ήταν διπλάσιοι σε σχέση με το 2010.

Στόχος

Όπως εξηγεί στον «Ε.Τ.» της Κυριακής ο πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής, **Φοίβος Μαδιανός**, το σύστημα επισκέψεων ασθενών στη Σχολή έχει στόχο να μπει ο φοιτητής στις συνθήκες του μελλοντικού του επαγγέλματος.

«Γίνεται εξομοίωση του πραγματικού οδοντιατρικού επαγγέλματος. Οι φοιτητές δεν μένουν μόνο στο θεωρητικό σκέλος και σε αποσπασματική άσκηση». Οι ασθενείς περνούν από αξιολόγηση και επιλέγονται με βάση τις εκπαιδευτικές ανάγκες, καθώς το ζητούμενο παραμένει πάντα η σωστή εκπαίδευση των φοιτητών. Ετσι, δεν γίνονται όλοι οι ασθενείς δεκτοί, παρά το μεγάλο ενδιαφέρον.

Δύο όροφοι της Οδοντιατρικής Σχολής είναι εξοπλισμένοι με 40 έδρες ο καθένας, όπου οι τεταρτοετείς και οι φοιτητές του πέμπτου έτους δέχονται καθημερινά ασθενείς. Οι οδοντιατρικές εργασίες που πραγματοποιούν οι προπτυχιακοί φοιτητές περιλαμβάνουν, ακριβώς, ότι κάνει ένας οδοντίατρος στο ιατρείο του.

Ο **Ηλίας Καρβελάς**, φοιτητής στο 4^ο έτος, ανέλαβε για πρώτη φορά φέτος τέσσερις «κανονικούς» ασθενείς. Ο Ελεύθερος Τύπος της Κυριακής τον συνάντησε ενώ έπαιρνε αποτύπωμα για τη γνωστή «μασέλα». Όπως λέει, είχε άγχος στην αρχή, ωστόσο με την καθοδήγηση των καθηγητών και με τον καιρό που θεραπεύει ασθενείς νιώθει μεγαλύτερη σιγουριά.

Υπάρχει ακόμη ένας χώρος στον οποίο «δουλεύουν» οι μεταπτυχιακοί φοιτητές και πραγματοποιούν πιο εξειδικευμένες και περισσότερο επεμβατικές οδοντιατρικές εργασίες. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, η Σχολή δέχεται τουλάχιστον 7.000 - 8.000 ασθενείς το χρόνο.

«Πρόκειται για μια σαφέστατη αύξηση σε σχέση με το παρελθόν. Το ενδιαφέρον είναι τεράστιο», αναφέρει ο αναπληρωτής καθηγητής Προσθητικής, **Ηρακλής Καρκαζής**. Μάλιστα, τελευταία έχει αλλάξει πολύ και το προφίλ των προσερχόμενων ασθενών, οι οποίοι προέρχονται πλέον απ' όλα

τα κοινωνικά στρώματα.

Το κόστος για υπηρεσίες Οδοντιατρικής στην Οδοντιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ είναι ένα σημαντικό «δέλεαρ» για τον κόσμο. Ενδεικτικά, ένα σφράγισμα κοστίζει από 10 έως 13 ευρώ, σε σχέση με τα 50 ευρώ που θα δώσει κάποιος έξω. Το τεράστιο κόστος των οδοντιατρικών υπηρεσιών στη χώρα μας έχει οδηγήσει πολλούς Έλληνες να... εγκαταλείπουν το στόμα τους, με την οδοντιατρική περίθαλψη να θεωρείται πολυτέλεια.

Άψογες υπηρεσίες

Δεν είναι όμως μόνο το κόστος που οδηγεί πολλούς Έλληνες να αναζητήσουν ραντεβού στην Οδοντιατρική Σχολή. Όπως λένε οι ίδιοι οι ασθενείς στον «Ε.Τ.» της Κυριακής, οι υπηρεσίες είναι «άψογες» και πολλές φορές καλύτερες σε σχέση με ό,τι προσφέρει ένα ιδιωτικό ιατρείο. «Πήρα απόφαση να έρχομαι εδώ επειδή πραγματικά όλοι λένε τα καλύτερα. Οι καθηγητές είναι πάνω από τους φοιτητές, επομένως δε γίνονται λάθη, δεν υπάρχει περίπτωση να μη θεραπεύσει κάποιος το πρόβλημά του. Φυσικά, το οικονομικό είναι η πρώτη σκέψη που σε ωθεί», αναφέρει η **Χριστίνα**, νέα ασθενής της Σχολής.

Ο **Κωνσταντίνος Παπαζάνης** από Πέρυσι επισκέπτεται την Οδοντιατρική Σχολή για να τοποθετήσει θήκες και μια γέφυρα. «Η

«CRASH TEST» ΤΙΜΩΝ

ΕΡΓΑΣΙΑ	ΚΟΣΤΟΣ ΣΧΟΛΗΣ*	ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ ΙΔΙΩΤΗ*
Σφράγισμα	10 - 13	50
Θήκη πορσελάνης	80	250
Οδοντοστοιχία η μία γνάθος	250	700
Χειρουργική εξαγωγή δοντιού	20	50
Θεραπεία ουλίτιδας	40	80
Στεφάνη ολοκεραμικής	45	250-300

* Οι τιμές σε ευρώ





7-8

ΧΙΛΙΑΔΕΣ ΠΟΛΙΤΕΣ, ΕΤΗΣΙΩΣ, ΦΤΙΑΧΝΟΥΝ ΤΑ ΔΟΝΤΙΑ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

10

ΕΩΣ 13 ΕΥΡΩ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΣΦΡΑΓΙΣΜΑ, ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΠΟΥ Η ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗ ΤΙΜΗ ΣΕ ΙΔΙΩΤΗ ΕΙΝΑΙ 50 ΕΥΡΩ

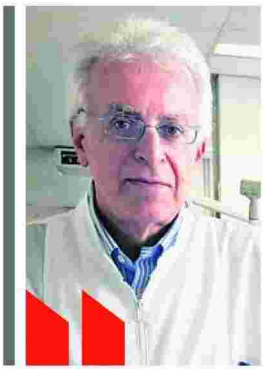
πρώτη σκέψη που με ώθησε είναι το οικονομικό. Για 6 δόντια φέτος θα δώσω 400 ευρώ. Για μία απονεύρωση, 40 ευρώ. Ο τρόπος που λειτουργούν ήταν αυτό που με κράτησε. Δεν έχουν να ζηλέψουν σε τίποτα απολύτως τους γιατρούς έξω. Είναι εξυπηρετικότεροι και πολύ καλοί στη δουλειά τους. Τηρείται ευλαβικά το πρωτόκολλο. Η μόνη ανασφάλεια που υπάρχει είναι επειδή είναι το κράτος στη μέση. Και δεν τους επιχορηγεί, άρα κάνουν απεργίες», αναφέρει. Οι συνεχείς απεργιακές κινητοποιήσεις, ειδικά τη φετινή σχολική χρονιά, οδηγούν δυστυχώς σε καθυστερήσεις των ραντεβού. Δηλαδή, μπορεί κάποιος να περιμένει και μήνες προκειμένου να εξυπηρετηθεί.

Όπως εξηγεί ο κ. Καρκαζής, στις αρχές του χρόνου δημιουργείται στην είσοδο μια τεράστια ουρά προκειμένου να ζητήσουν ραντεβού. «Μέχρι να τους κάνουμε αξιολόγηση μπορεί να περάσει κάποιος καιρός, αλλά από τη στιγμή που αξιολογούνται μπαίνουν απευθείας σε πρόγραμμα», αναφέρει.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς έχουν επαναληπτικές επισκέψεις, δηλαδή είναι συνήθως άνθρωποι που δεν πάνε για ένα απλό ραντεβού, αλλά για μια σειρά εργασιών που χρειάζεται το στόμα τους. Ο κάθε φοιτητής παρακολουθεί τέσσερις με πέντε ασθενείς κατά μέσο όρο. ■



Στόχος είναι να μπει ο φοιτητής στις συνθήκες του μελλοντικού του επαγγέλματος
ΦΟΙΒΟΣ ΜΑΔΙΑΝΟΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ



Το ενδιαφέρον των πολιτών είναι τεράστιο
ΗΡΑΚΛΗΣ ΚΑΡΚΑΖΗΣ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ



Στην αρχή είχα άγχος, τώρα νιώθω μεγαλύτερη σιγουριά
ΗΛΙΑΣ ΚΑΡΒΕΛΕΑΣ
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΣΤΟ 4ο ΕΤΟΣ



Η πρώτη σκέψη που με ώθησε είναι το οικονομικό. Για 6 δόντια φέτος θα δώσω 400 ευρώ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΠΑΠΑΖΑΝΗΣ
ΑΣΘΕΝΗΣ



ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Αμείωτο το «brain drain»

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΕΙΝΑΙ η διαρροή οδοντιάτρων στο εξωτερικό όλα τα χρόνια της κρίσης. Σύμφωνα με τα στοιχεία που διατηρεί ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής από τα πιστοποιητικά που δίνει στους γιατρούς που επιθυμούν να εργαστούν στο εξωτερικό, καταγράφεται σαφέστατα αύξηση όσων φεύγουν.

Το 2017 σε σχέση με το 2010 δόθηκαν διπλάσια πιστοποιητικά για εργασία σε χώρες του εξωτερικού.

Παράλληλα, οι χρονιές 2015 και 2016, όπως φαίνεται από τα στατιστικά στοιχεία, ήταν οι χειρότερες από άποψη «brain drain».

Το 2015 δόθηκαν μόνο από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αττικής 233 πιστοποιητικά και το 2016 ο αριθμός τους αυξήθηκε στα 254.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κάθε πιστοποιητικό δεν αντιστοιχεί απαραίτητα σε ένα πρόσωπο, καθώς ορισμένοι οδοντίατροι ζητούν πιστοποιητικό για παραπάνω από μία χώρες.

Οι ευρωπαϊκές χώρες είναι αυτές που προσελκύουν περισσότερο τους οδοντιάτρους. Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Βέλγιο, Σουηδία, Ιρλανδία είναι από τις πλέον «διάσπες» χώρες.

Επίσης, η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία είναι κλασικά στις προτιμήσεις όσων αναζητούν δουλειά εκτός ελληνικών συνόρων, ενώ πιστοποιητικά έχουν δοθεί ακόμη και για χώρες όπως η... Τανζανία.

Σύμφωνα με πληροφορίες, μάλιστα, ορισμένοι που δεν θέλουν να φύγουν οριστικά από τη χώρα πηγαίνουν κάποιες ημέρες της εβδομάδας στο εξωτερικό για να εργαστούν και τις υπόλοιπες εργάζονται στην Ελλάδα. ■



ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ
2010	95
2011	181
2012	188
2013	147
2014	127
2015	233
2016	254
2017	201
2018	79 (έως 24 Μαΐου)

ΤΟ 2017 ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ 2010 ΔΟΘΗΚΑΝ ΔΙΠΛΑΣΙΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ



Ομολογία ενοχής για τις επεμβά

Νέα, άκρως διαφωτιστικά στοιχεία, που επιβεβαιώνουν όσα εδώ και εννέα μήνες αποκαλύπτει η «Εφ.Συν.» για τις εξειδικευμένες καρδιολογικές επεμβάσεις TAVI, που διενεργούνται στο 401 ΓΣΝΑ με σκανδαλώδη ποσοστά θνησιμότητας, προκύπτουν από τα πρακτικά της συνεδρίασης του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας και το προσχέδιο του νέου νόμου που θα «ξεπλύνει» τις μέχρι τώρα παρανομίες...

► Του **ΔΗΜΗΤΡΗ ΤΕΡΖΗ**

«Εφ.Συν.», στο πλαίσιο της δημοσιογραφικής έρευνάς της για τις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις TAVI και για όλο το παρασκήνιο γύρω από αυτές, φέρνει σήμερα στο φως δύο αποκαλυπτικά έγγραφα που αποτελούν ουσιαστική ομολογία ενοχής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), του αρμόδιου κρατικού φορέα δηλαδή που είναι υπεύθυνος για τις αδειοδοτήσεις και τον έλεγχο των πιστοποιημένων νοσοκομείων που πραγματοποιούν TAVI. Από τα έγγραφα αυτά προκύπτει πως όχι μόνο δεν έχει γίνει πουθενά έλεγχος, όπως ορίζει η υπουργική απόφαση Πολάκη του 2015, αλλά και πως επιχειρείται μεθοδικά το «ξέπλυμα» των μέχρι τώρα παρανομιών με έναν νέο νόμο που θα διέπει αυτές τις επεμβάσεις, το προσχέδιο του οποίου επίσης αποκαλύπτουμε σήμερα.

Υπενθυμίζεται πως η έρευνα της «Εφ.Συν.» ξεκίνησε πριν από 9 μήνες με αφορμή καταγγελίες γιατρών για όσα συνέβαιναν στην καρδιοχειρουργική κλινική του 401 ΓΣΝΑ -στην οποία σημειώθηκε υψηλό ποσοστό θνησιμότητας πάνω στις TAVI- και σιγά σιγά επεκτάθηκε σε ολόκληρο το σύστημα Υγείας (σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία) απ' όπου προέκυψε πως το ΚΕΣΥ, του οποίου προϊστάται ο πανεπιστημιακός γιατρός Κώστας Μάρκου, έδινε αφειδώς γνωμοδοτήσεις υπέρ της δημιουργίας πιστοποιημένων κέντρων, χωρίς να έχει ελέγξει τους όρους και τις προϋποθέσεις που ο νόμος ορίζει, χωρίς να έχουν ελεγχθεί τα πιστοποιητικά εκπαίδευσης των γιατρών που τις πραγματοποιούν, ενώ προκύπτουν σοβαρά ερωτήματα πλέον και για ζημιά του δημόσιου τομέα, καθώς ο τζίρος πίσω από τις επεμβάσεις αυτές αντιστοιχεί σε κάποια εκατομμύρια ευρώ σε ετήσια βάση.

Τι λένε τα πρακτικά

Το πρώτο ντοκουμέντο που αποκαλύπτουμε σήμερα είναι τα

πρακτικά της συνεδρίασης της 24ης Απριλίου 2018, της αρμόδιας για τις TAVI επιτροπής του ΚΕΣΥ. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι περίπου δύο εβδομάδες πριν (στις 8 Απριλίου) η «Εφ.Συν.» είχε δημοσιεύσει ρεπορτάζ με τίτλο «Γιατί δεν έχει χάσει την άδεια με μόνο επτά επεμβάσεις». Το ρεπορτάζ αναφερόταν στο 401 ΓΣΝΑ και σύμφωνα με τα ατράνταχτα στοιχεία που παρουσιάσαμε ζητούσαμε να μάθουμε γιατί το ΚΕΣΥ δεν έχει άρει την άδεια του εν λόγω νοσοκομείου να πραγματοποιεί TAVI, από τη στιγμή που ο νόμος γι' αυτές είναι ξεκάθαρος: Κάθε πιστοποιημένο κέντρο οφείλει να πραγματοποιεί 20 επεμβάσεις TAVI κατ' έτος, διαφορετικά αίρεται η άδειά του. Το 401 ΓΣΝΑ για το 2017 είχε πραγματοποιήσει μόνο 7.

Σύμφωνα λοιπόν με όσα διαβάζουμε στα πρακτικά, στη συνεδρίαση προσήλθε (κατόπιν δικού του αιτήματος, όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά) και ο θωρακοχειρουργός του 401 ΓΣΝΑ Χ.Κ. -ο οποίος μας έχει μνηύσει για συκοφαντική δυσφήμιση επειδή αποκαλύψαμε τι συμβαίνει στην καρδιοχειρουργική του νοσοκομείου- προκειμένου να παρουσιάσει τη δική του εκδοχή για τα γεγονότα και υπό τον φόβο, προφανώς, ότι θα αρθεί η άδειά του. Σύμφωνα με τα πρακτικά λοιπόν:

«Ο ιατρός στην εισήγησή του έκανε ιστορική αναδρομή στη λειτουργία του κέντρου εμφύτευσης από το 2013, οπότε και η έναρξη δραστηριότητας αυτού ως προς την τοποθέτηση ιατρικών βαλβίδων (...) Καθ' όλο το διάστημα δραστηριοποίησης του Κέντρου (βάσει των σχετικών υποβληθέντων στοιχείων) διαπιστώνονται: για τα έτη από 2013 έως και 2016, πλήθος εμφυτεύσεων: 23 και θάνατοι εντός του έτους από την εμφύτευση (κατά την αρχή της εκπαίδευσης): 5».

Εδώ λοιπόν έχουμε μια απίστευτη παραδοχή την οποία παρουσιάζαμε σε προηγούμενα δημοσιεύματά μας για το γεγονός



πως εδώ παρατηρείται θνησιμότητα άνω του 20%, ποσοστό απίστευτα υψηλό σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και τις έρευνες, που αποδέχονται ως επιτρεπτό όριο το 5 με 5,5%. Η παραδοχή αυτή έγινε από τον ίδιο τον Χ.Κ. που μας έχει μνηύσει! Και πιο κάτω τα πρακτικά αναφέρουν τα εξής:

«Ο κ. Χ.Κ. αναφέρθηκε στη μείωση των περιστατικών που παρατηρείται κατά το έτος 2016, οφειλόμενα αφ' ενός σε προσωπικό του ατύχημα, αφετέρου στην εσωτερική επιτροπή ελέγχου και εκτίμησης της κατάστασης που συστάθηκε στο νοσοκομείο εξ αφορμής των θανάτων κατά την έναρξη του προγράμματος». Εδώ, ο Χ.Κ. παραδέχεται πως το ίδιο το νοσοκομείο ανέστειλε το πρόγραμμα των επεμβάσεων TAVI λόγω των θανάτων των ασθενών. Εκείνο που δεν είπε στην επιτροπή του ΚΕΣΥ είναι πως ο ίδιος ήταν μέλος στην εσωτερική επιτροπή ελέγχου που συνεστήθη στο 401 ΓΣΝΑ για να εκτιμηθεί η κατάσταση. Με απλά λόγια, εκείνος που έπρεπε να είναι ελεγχόμενος έγινε, με τις ευλογίες της διοίκησης του στρατιωτικού νοσοκομείου, ελεγκτής!

Αρκετά όμως με τον Χ.Κ. Ας



«Ο κύριος Β. [μέλος του ΚΕΣΥ], ο οποίος έτυχε διατελέσας επόπτης επεμβάσεων στο 401 ΓΣΝΑ, επεσήμανε ότι κατά την παρουσία του εκεί διαπίστωσε μη οργανωμένη ομάδα καρδιάς με ξεκάθαρες και διακριτές λειτουργίες, τονίζοντας την ιδιαιτερότητα της στρατιωτικής ιεραρχίας που υπερσχύει έναντι της ιατρικής ιδιότητας». Μη οργανωμένη ομάδα καρδιάς σημαίνει ότι το νοσοκομείο δεν θα έπρεπε να κάνει TAVI

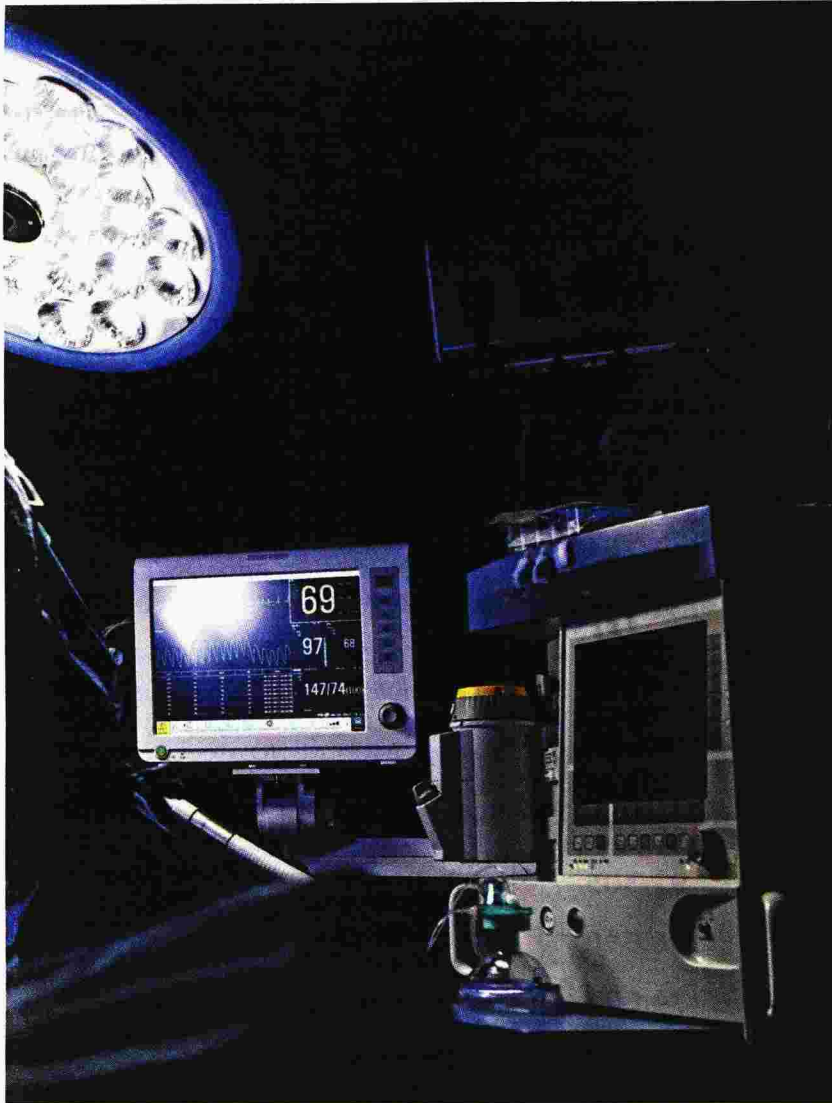
δούμε τι είπαν δύο μέλη της επιτροπής του ΚΕΣΥ αναφορικά με το ίδιο ζήτημα.

«Ο κύριος Β., ο οποίος έτυχε διατελέσας επόπτης επεμβάσεων στο 401 ΓΣΝΑ, επεσήμανε ότι κατά την παρουσία του εκεί διαπίστωσε μη οργανωμένη ομάδα καρδιάς με ξεκάθαρες και διακριτές λειτουργίες, τονίζοντας την ιδιαιτερότητα της στρατιωτικής ιεραρχίας που υπερσχύει έναντι της ιατρικής ιδιότητας».

Μη οργανωμένη ομάδα καρδιάς σημαίνει ότι το νοσοκομείο δεν θα έπρεπε να κάνει TAVI. Το ένα τρίτο της υπουργικής απόφασης Πολάκη του 2015 για τις TAVI αφορά την οργάνωση και την εκπαίδευση που πρέπει να έχει η ομάδα καρδιάς (heart team) κάθε πιστοποιημένου νοσοκομείου που πραγματοποιεί TAVI. Ταυτόχρονα, η παρατήρηση του κ. Β. περί στρατιωτικής ιεραρχίας έναντι της ιατρικής ιδιότητας αποδεικνύει πως μέσα στα χειρουργεία του 401 ΓΣΝΑ οι αποφάσεις δεν παίρνονταν με βάση την εμπειρία και την ειδικότητα αλλά με βάση τα... γαλόνια!

Σε αυτές τις παρατηρήσεις ο Χ.Κ. είχε μια... απίστευτη απάντη-

σεις TAVI



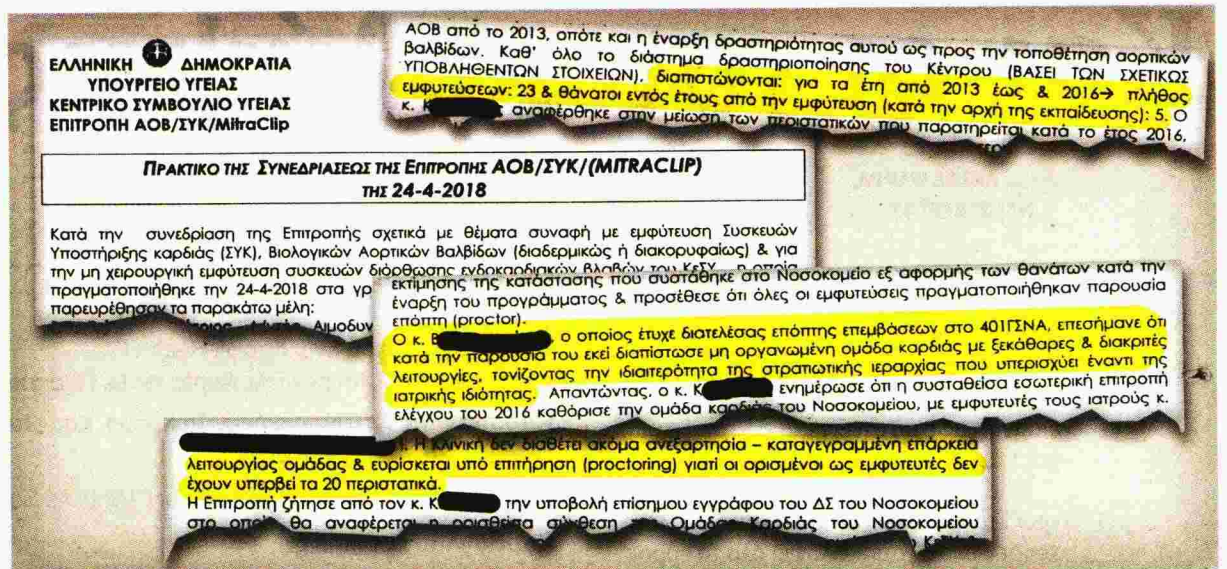
σι: «Απαντώντας (στον κ. Β.) ο κ. Χ.Κ. ενημέρωσε ότι η συσταθείσα εσωτερική επιτροπή ελέγχου του 2016 καθόρισε την ομάδα καρδιάς του νοσοκομείου, με εμφυτευτές τον... ίδιο και τον γιατρό Ι.Μ. Η κλινική δεν διαθέτει ακόμα ανεξαρτησία-καταγεγραμμένη επάρκεια λειτουργίας ομάδας και ευρίσκεται υπό επιτήρηση γιατί οι ορισμένοι ως εμφυτευτές δεν έχουν υπερβεί τα 20 περιστατικά».

Η τελευταία παράγραφος αποδεικνύει κατάφωρη παραβίαση της υπουργικής απόφασης Πολάκη. Τι είπε ο κ. Χ.Κ.; Οτι η επιτροπή του νοσοκομείου καθόρισε την ομάδα καρδιάς και ότι οι εμφυτευτές δεν έχουν υπερβεί τα περιστατικά που απαιτεί ο νόμος προκειμένου να κάνουν TAVI! Το ΚΕΣΥ που τους έδωσε άδεια και υποτίθεται τους ελέγχει το γνώριζε; Τι ακριβώς έκανε; Πώς τους έλεγξε και, το κυριότερο, πώς επέτρεπε να γίνονται οι εν λόγω επεμβάσεις στο νοσοκομείο;

Και τα πρακτικά συνεχίζουν ως εξής για άλλο μέλος της επιτροπής που πήρε τον λόγο:

«Επί των ανωτέρω, ο κ. Τ. διατύπωσε ότι θα πρέπει ΑΜΕΣΑ να εφαρμοστεί η αναστολή αδειοδότησης για τυπικούς αλλά και ουσιαστικούς λόγους τόσο για το 401 ΓΣΝΑ όσο και για τα υπόλοιπα κέντρα εμφύτευσης που δεν συμπληρώνουν τον ελάχιστο αριθμό των 20 περιστατικών κατ' έτος. Επιπλέον, επισήμανε ότι η ομάδα καρδιάς του 401 ΓΣΝΑ είναι η μοναδική μεταξύ των αδειοδοτηθέντων κέντρων που επικεφαλής υπεύθυνος είναι καρδιοχειρουργός και όχι επεμβατικός καρδιολόγος, διερωτώμενος για τα κριτήρια της σχετικής εισήγησης για την εξ αρχής αδειοδότηση του συγκεκριμένου κέντρου».

Η άποψη του συγκεκριμένου μέλους καταγράφηκε, ωστόσο η επιτροπή δεν προχώρησε στην αναστολή της άδειας, αντίθετα αποφάσισε να ζητήσει από όλα τα αδειοδοτηθέντα κέντρα στοιχεία για τις επεμβάσεις, τις ομάδες καρδιάς κλπ. Από την παραπάνω απόφαση αποδείχθηκε περίτρανα ότι μέχρι εκείνη τη στιγμή η αρμόδια επιτροπή του ΚΕΣΥ δεν είχε ελέγξει ποτέ και κανέναν, δεν είχε εικόνα για τα περιστατικά ή για τυχόν θανάτους, παρά το γεγονός ότι η υπουργική απόφαση ρητά αναφέρει πως όφειλε να ελέγχει τα στοιχεία κάθε χρόνο. Το απόλυτο μπάχαλο.



Προσχέδιο-«ξέπλυμα»

ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΙΓΤΑΦΟ που αποκαλύπτουμε σήμερα διακινήθηκε μέσα στο ΚΕΣΥ και απευθυνόταν στα μέλη της επιτροπής. Σε αυτό καταγράφεται η παρούσα κατάσταση που επικρατεί για τις TAVI, όπως επίσης και κάποιες προτάσεις για τη θέσπιση νέου -υποτίθεται πιο αυστηρού- νόμου γι' αυτές. Το πιο σημαντικό όμως είναι πως οι συντάκτες του εγγράφου παραδέχονται πως η κατάσταση που επικρατεί στα πιστοποιημένα κέντρα, στις αδειοδοτήσεις, στον έλεγχο, είναι εξόχως προβληματική έως παράνομη. Ειδικότερα, όπως σημειώνεται στο έγγραφο:

■ «Στη χώρα μας το πρωτόκολλο εκπαίδευσης (για τις TAVI) ακολουθείται με ευθύνη κύρια των επιστημονικών συμβουλίων ή των επιτροπών ηθικής και δεοντολογίας των κέντρων εμφύτευσης με τη συνδρομή των εταιρειών κατασκευής και διάθεσης των διάφορων τύπων βαλβίδων». Τι μαθαίνουμε εδώ; Πως την υπόθεση TAVI διαχειρίζονται τα ίδια τα κέντρα (οι γιατροί που τις κάνουν δηλαδή) σε... αγαστή συνεργασία με τις εταιρείες που θέλουν να πουλήσουν βαλβίδες TAVI. Και το Δημόσιο πληρώνει!

■ «Οι πρώτες 20 περιπτώσεις εμφύτευσης διενεργούνται υπό την επίβλεψη πιστοποιημένου έμπειρου εμφυτευτή, ο οποίος όμως ΔΕΝ συμμετέχει στην επιλογή των χειριστών και δεν έχει τη δυνατότητα να εξασφαλίζει την ικανότητα αυτών να διενεργούν την επέμβαση. Εδώ φαίνεται το μεγάλο κενό που πραγματικά θα διασφάλιζε την ύπαρξη κριτηρίων ποιος έχει τα τυπικά προσόντα για να κάνει αυτές τις εξειδικευμένες επεμβάσεις. Αλλά και την απουσία μηχανισμού αξιολόγησης μέσω καθιερωμένων διαδικασιών ελέγχου, πέρα από την εμπορική εταιρεία, αν ο εκπαιδευόμενος έχει πράγματι μετά την εκπαίδευση την ικανή εμπειρία να εκτελεί ανεξάρτητος τις εν λόγω επεμβάσεις».

Αν αυτό δεν αποτελεί πλήρη ομολογία απουσίας ελέγχου, τότε δεν μπορούμε να φανταστούμε τι άλλο θα μπορούσε να είναι.

■ «Η συμβολή των εταιρειών διάθεσης των βαλβίδων στην ανάπτυξη προγραμμάτων εμφύτευσης, πλην της παροχής εκπαίδευσης στους υποψήφιους εμφυτευτές, ήταν σημαντική μέχρι σήμερα, διότι για καθαρά δικούς τους εμπορικούς-οικονομικούς λόγους, απέτρεψαν τη διάθεση των συσκευών τους σε κέντρα με επισφαλή αρχικά αποτελέσματα. Δεν μπορεί όμως να συνεχίσει η εκπαίδευση να είναι αντικείμενο δραστηριότητας εμπορικών εταιρειών και όχι θεσμοθετημένων επιστημονικών φορέων». Αξίζει πραγματικά να μάθουμε



Την υπόθεση TAVI διαχειρίζονται τα ίδια τα κέντρα (οι γιατροί που τις κάνουν δηλαδή) σε... αγαστή συνεργασία με τις εταιρείες που θέλουν να πουλήσουν βαλβίδες TAVI. Και το Δημόσιο πληρώνει!

πως γνωρίζει το ΚΕΣΥ τι έκαναν οι εταιρείες και πως απέτρεψαν τη διάθεση των συσκευών τους, όταν το ίδιο έχει παραδεχθεί με έγγραφο του (το παρουσιάσαμε στις 20 Μαΐου) πως δεν έχει κανένα στοιχείο από τις επεμβάσεις TAVI των πιστοποιημένων κέντρων και με επιστολή του προς αυτά ζητούσε να μάθει πόσες επεμβάσεις έχουν κάνει και ποιες είναι οι ομάδες καρδιάς αυτών. Κατά τα λοιπά, βέβαια, η συνδρομή των εταιρειών ήταν «σημαντική».

Για το τέλος θα παρουσιάσουμε κάποιες από τις προτάσεις που αναγράφονται, προκειμένου να ενισχυθεί η νομοθεσία για τις TAVI. Βέβαια, όπως αντιλαμβάνεται κανείς, το πρόβλημα δεν είναι οι νόμοι αλλά η εφαρμογή τους.

Από τη στιγμή λοιπόν που αποδεδειγμένα δεν τηρήθηκε από το ΚΕΣΥ ο προηγούμενος νόμος, τι μας κάνει να πιστεύουμε ότι θα τηρηθεί ο καινούργιος; Για την ιστορία και μόνο αναφέρουμε κάποιες από τις προτάσεις:

■ «Να εξεταστεί η πιθανότητα διενέργειας κεντρικού διαγωνισμού προμήθειας των βαλβίδων». Υπενθυμίζεται ότι το κόστος κάθε TAVI ξεκινά από τις 30.000 ευρώ. Πέρυσι έγιναν σχεδόν 300 επεμβάσεις στην Ελλάδα. Ένας πολλαπλασιασμός αρκεί για να αντιληφθεί κανείς το ετήσιο κόστος για το Δημόσιο, το οποίο ως σήμερα ουδέποτε έχει κάνει κεντρικό διαγωνισμό προμήθειας βαλβίδων.

■ «Αντικατάσταση του αριθμού επεμβάσεων με τον αριθμό 40 ανά διετία» (και όχι 20 κατ' έτος όπως είναι σήμερα). Με λίγα λόγια, ένα κέντρο δεν θα κάνει την άδειά του αν κάνει π.χ. 15 επεμβάσεις την πρώτη χρονιά, αρκεί να φτάσει τις 40 τη δεύτερη χρονιά.

■ Διεύρυνση της γκάμας των ασθενών που υποβάλλονται σε TAVI. Μέχρι σήμερα υποβάλλονταν σε αυτές άτομα υψηλού χειρουργικού κινδύνου. Προτείνεται να εξεταστεί το ενδεχόμενο να υποβάλλονται σε αυτές και άτομα μικρότερου κινδύνου, σε συνδυασμό με το μέτρο του κεντρικού διαγωνισμού προμήθειας των βαλβίδων.

Το πιο σημαντικό όμως απ' όλα είναι το γεγονός ότι στο έγγραφο αυτό δεν γίνεται πουθενά λόγος για τις συνέπειες του νόμου σε περιπτώσεις όπως αυτή του 401 ΓΣΝΑ. Με απλά λόγια, επιχειρείται με τον νέο νόμο να «ξεπλυθούν» οι παλιές αμαρτίες και το κοντέρ να αρχίσει να γράφει και πάλι από την αρχή. Ας ελπίσουμε το υπουργείο Υγείας, που περιμένει το πόρισμα της έρευνας του Σώματος Επιθεωρητών Υγείας για το θέμα των TAVI, να μην έχει την ίδια άποψη...



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Φωτιά σε προβολέα χειρουργείου εν μέσω επέμβασης

Αναστάτωση προκλήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) το μεσημέρι της Παρασκευής, όταν **προβολέας χειρουργείου άρπαξε φωτιά**, την ώρα μάλιστα που βρισκόταν σε εξέλιξη χειρουργική επέμβαση, ορθοπαιδικής φύσεως.

Ο ασθενής απομακρύνθηκε άμεσα, ενώ άμεση ήταν και η κατάσβεση της φωτιάς. Σύμφωνα με τις πρώτες πληροφορίες, φαίνεται ότι ο προβολέας βραχυκύκλωσε, με αποτέλεσμα να προκληθεί μικρής έκτασης φωτιά. Για προληπτικούς λόγους ακυρώθηκαν όλα τα χειρουργεία σε όλες τις αίθουσες του ΠΑΓΝΗ που ήταν προγραμματισμένα για την Παρασκευή, ενώ η αποκατάσταση της ζημιάς που υπέστη η αίθουσα του χειρουργείου θα πραγματοποιηθεί μέσα στις επόμενες μέρες.

Στους «κόφτες» και η συντήρηση - ανανέωση του ιατρικού εξοπλισμού

Το επικίνδυνο περιστατικό, ενδεικτικό των σοβαρών συνεπειών της υποχρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων, σημειώθηκε λίγες μόλις μέρες μετά από συνέντευξη του αναπληρωτή υπουργού Υγείας, **Π. Πολάκη**, σε τοπικό κανάλι της Κρήτης, όπου επιδόθηκε για πολλοστή φορά στην κυβερνητική προσπάθεια προβολής μιας **εικονικής πραγματικότητας** για την κατάσταση στην Υγεία.

Μεταξύ άλλων, ο αναπληρωτής υπουργός είχε ισχυριστεί ότι αυξήθηκε η χρηματοδότηση των νοσοκομείων από το «νοικοκύρεμα» των οικονομικών και το «χτύπημα της

διαφθοράς». Η αλήθεια ωστόσο είναι ότι η **χρηματοδότηση των νοσοκομείων από τον Κρατικό Προϋπολογισμό το 2018 πετσοκόπηκε κατά 363 εκατ. ευρώ**, ενώ είχε προηγηθεί η μείωση της χρηματοδότησης κατά 22,5% το 2016. **Μόνο στο ΠΑΓΝΗ ο φετινός προϋπολογισμός μειώθηκε κατά 11 εκατ. σε σχέση με το '17**, πέφτοντας στα **32,95 εκατ. ευρώ** και ενώ βρισκόμαστε στα τέλη Ιούλη, έχουν αποδοθεί μόλις τα 14,74 εκατ. ευρώ!

Είναι ξεκάθαρο ότι στον «κόφτη» των πετσοκομμένων προϋπολογισμών, στο ΠΑΓΝΗ και συνολικότερα, έχει μπει και η **συντήρηση / ανανέωση του ιατρικού εξοπλισμού** (λόγω παλαιότητας, έντονης χρήσης, κ.ά.), διαμορφώνοντας επισφαλείς συνθήκες για ασθενείς και εργαζόμενους. Οι σοβαρές, ζωτικής σημασίας, ελλείψεις που προκαλούνται αξιοποιούνται μάλιστα από την κυβέρνηση - όπως και τις προηγούμενες - για να ανοίξει παραπέρα ο δρόμος για την εισαγωγή ιδιωτικών κεφαλαίων που έρχονται με τη μορφή «ευεργετών» και ΜΚΟ για να «καλύψουν» δήθεν τα κενά.

«Το περιστατικό με το βραχυκύκλωμα χειρουργικής λάμπας και την ανάφλεξη της αποδεικνύει ότι όχι μόνο πρέπει να υπάρξει αυξημένη συστηματική συντήρηση του εξοπλισμού του νοσοκομείου αλλά και ανανέωση, παίρνοντας υπόψη ότι το νοσοκομείο λειτουργεί από το 1989 κι από τότε έχουν προστεθεί δεκάδες μηχανήματα. Καλούμε τη διοίκηση να προχωρήσει στην εξαγωγή του πορίσματος και να παρθούν όλα τα αναγκαία μέτρα ώστε να μην ξανασυμβεί τέτοιο περιστατικό», δήλωσε στον «Ριζοσπάστη» ο **Δημήτρης Βρύσας**, πρόεδρος του Σωματίου Εργαζομένων του ΠΑΓΝΗ.



ΜΑΡΙΑ - ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ ΤΣΙΜΠΕΡΙΔΟΥ

Η Ελληνίδα ερευνήτρια που πολεμά τον καρκίνο

Η πρωτοπόρος στις ΗΠΑ στην προώθηση της αντικαρκινικής ιατρικής ακριβείας εξηγεί πως η μοριακή ανάλυση σε ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, ώστε να επιλεγεί το κατάλληλο φάρμακο.

ΤΟΥ ΡΩΜΑΝΟΥ ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΙΔΗ
rkontogiannidis@ethnos.gr

ΤΟ ΜΗΝΥΜΑ ότι η μοριακή ανάλυση των συμπαγών καρκινικών όγκων σε ασθενείς, ώστε να διαπιστωθεί η ανωμαλία που προκαλεί τη νόσο και στη συνέχεια να αντιμετωπιστεί με στοχευμένη φαρμακευτική θεραπεία, αποτελεί τον πιο ενδεδειγμένο τρόπο αντιμετώπισης της νόσου, στέλνει μέσω του «Εθνους της Κυριακής» η καθηγήτρια Ιατρικής στο Αντικαρκινικό Κέντρο Αντερσον του Πανεπιστημίου του Τέξας Μαρία - Αποστολία Τσιμπερίδου.

Όπως αναφέρει η Ελληνίδα ακαδημαϊκός, η μοριακή ανάλυση σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο είναι πολύ χρήσιμη για τους επιστήμονες προκειμένου να εντοπίσουν τι είναι αυτό που προκαλεί την ασθένεια. Αυτό διότι η ανωμαλία μπορεί να διαφέρει από τον έναν ασθενή στον άλλο, ακόμα και αν πάσχουν από τον ίδιο τύπο καρκίνου. Όταν εντοπιστεί μετά την ανάλυση η μοριακή ανωμαλία, ο επιστήμονας επιλέγει το κατάλληλο φάρμακο για την αντιμετώπισή της.

«Η μοριακή ανάλυση συμπαγών καρκινικών όγκων είναι αυτό που λέμε στην Ελλάδα "στοχευμένη ιατρική ή ιατρική ακριβείας". Μετά τη μοριακή ανάλυση, τα φάρμακα είναι πιο αποτελεσματικά, ενώ παρατηρείται μεγαλύτερη διάρκεια ύφεσης του καρκίνου,

σε σχέση με τους ασθενείς στους οποίους δεν έγινε μοριακή ανάλυση του όγκου τους. Ως παράδειγμα αναφέρω ασθενή με καρκίνο στο κεφάλι και στον τράχηλο, στον οποίο έγινε μοριακή ανάλυση και του χορηγήθηκε εγκεκριμένο φάρμακο για να ανασταλεί η μοριακή ανωμαλία. Ο καρκίνος έμεινε σε ύφεση 2,5 χρόνια» σημειώνει η κ. Τσιμπερίδου.

ΥΨΗΛΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Από το 2007 μέχρι το 2013, μια περίοδο που η τεχνολογία δεν ήταν τόσο προηγμένη όσο σήμερα, η ερευνητική ομάδα της οποίας είναι επικεφαλής η κ. Τσιμπερίδου ζήτησε να γίνει μοριακή ανάλυση του όγκου 3.743 ασθενών. Από αυτούς, σε 1.307 άτομα (35%) εντοπίστηκε ότι τον καρκίνο προκαλούσε κάποια μοριακή ανωμαλία. Μέχρι τότε είχαν λάβει, κατά μέσον όρο, τουλάχιστον τέσσερις θεραπείες ο καθένας τους και κάποια άτομα ακόμα και 16 θεραπείες. Από τους 1.307 ασθενείς το 54% (711) πήραν στοχευμένη θεραπεία και οι υπόλοιποι 596 άλλη θεραπεία.

«Παρατηρήσαμε ότι, από τους ασθενείς που έγινε στοχευμένη θεραπεία με βάση τη μοριακή τους ανωμαλία, στο 16,2% σημειώθηκε μερική ή ολική ύφεση της νόσου και στο 18,7% η νόσος σταθεροποιήθηκε για τουλάχιστον έξι μήνες. Δηλαδή, στο 35% είδαμε κλινικό όφελος. Στον αντίποδα, από τους υπόλοιπους 596 που δεν πήραν τη σωστή θεραπεία, δηλαδή το φάρμακο που να μπλοκάρει το γονίδιο που προκαλεί τον



καρκίνο, μόνο στο 20% είδαμε βελτίωση ή σταθεροποίηση της νόσου.

Ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο που πήραν την κατάλληλη θεραπεία έχουν μεγαλύτερη επιβίωση. Το 6% ζει πάνω από δέκα χρόνια και το 15% πάνω από τρία χρόνια. Από αυτούς που δεν έλαβαν στοχευμένη θεραπεία πάνω από τρία χρόνια ζει μόλις το 1%» τονίζει η κ. Τσιμπερίδου.

Η ίδια σημειώνει ότι στόχος της είναι στη μοριακή ανάλυση να έχουν πρόσβαση όλοι οι ασθενείς και να θεωρείται δεδομένη για όλες τις χώρες του κόσμου και τους επιστήμονες. «Δυστυχώς, σήμερα στις πιο πολλές χώρες του κόσμου δεν γίνεται μοριακή ανάλυση σε ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο. Επίσης, τα κατάλληλα φάρμακα δεν είναι διαθέσιμα σε όλες τις χώρες. Ακόμα και στη Σκανδιναβία υπάρχουν σήμερα λίγα φάρμακα» σημειώνει η Ελληνίδα επιστήμονας.

ΠΛΟΥΣΙΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Η Μαρία - Αποστολία Τσιμπερίδου γεννήθηκε στον Βόλο, σπούδασε Ιατρική στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και το Πανεπιστήμιο Αθηνών, όπου έκανε το διδακτορικό της. Πριν από 20 χρόνια έφυγε για μετακπαίδευση στις ΗΠΑ και από το 2001 βρίσκεται στο Πανεπιστήμιο του Τέξας. Σήμερα είναι από τους πρωτοπόρους στις ΗΠΑ στην προώθηση της αντικαρκινικής ιατρικής ακριβείας. Τη μελέτη ιατρικής ακριβείας άρχισε το 2007. ●

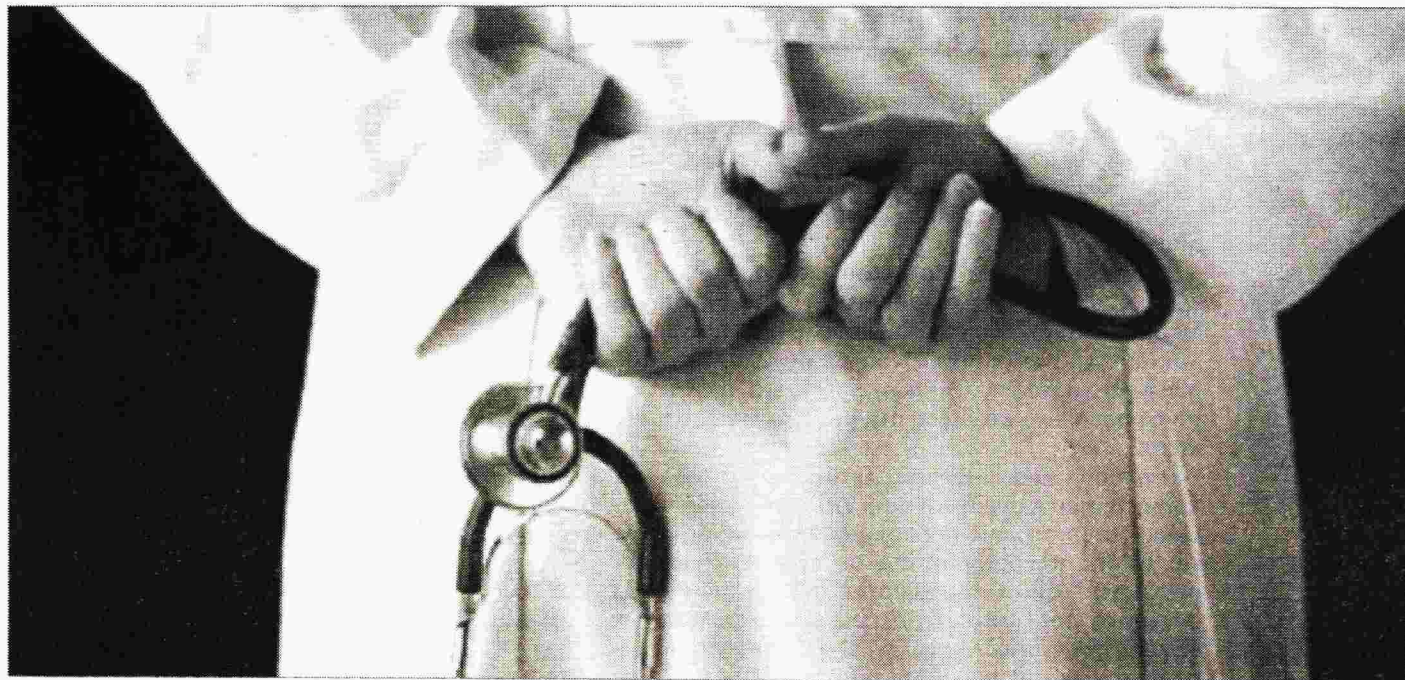
Η καθηγήτρια

ιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Τέξας τονίζει ότι στόχος της είναι στη μοριακή ανάλυση να έχουν πρόσβαση όλοι οι ασθενείς και να θεωρείται δεδομένη για όλες τις χώρες του κόσμου και τους επιστήμονες.



ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΑ

Η κοινωνική ευθύνη των γιατρών



Το τελευταίο διάστημα με τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας υγείας παρατηρείται το εξής παράδοξο: ενώ η υποστολέχωση και υποβάθμιση της δημόσιας υγείας είναι χρόνια κατακριτέα και οι προσλήψεις στο δημόσιο τομέα της υγείας πάγιο αίτημα, η ανταπόκριση στην προκήρυξη για οικογενειακούς γιατρούς ήταν πολύ μικρή

«Πιστεύω ότι αν οι γιατροί συναισθάνονται τον κοινωνικό τους ρόλο πρώτα και μετά τον επαγγελματικό τους ρόλο, και κυρίως οι νέοι γιατροί, έχουν την ευκαιρία στις αιτήσεις για την πρωτοβάθμια υγεία, είτε για τους γενικούς γιατρούς είτε για τους ειδικευμένους, να ανταποκριθούν και να στηρίξουν το δημόσιο σύστημα. Δεν βάζει κανείς το μαχαίρι στο λαϊκό, όπως λέγεται, αλλά θεωρώ ότι αν κάποιος γιατρός νιώθει αυξημένη την κοινωνική ευθύνη που έχει έναντι των ασθενών, θα πρέπει να προτιμήσει να ενταχθεί στο δημόσιο σύστημα, εφόσον το ίδιο το κράτος ανοίγει θέσεις για αυτές τις ειδικότητες. Αν το κράτος δεν άνοιγε, όπως συνέβαινε τόσα χρόνια από την εποχή του Λοβέρδου που πάγωσαν οι διορισμοί στο δημόσιο, θα ήταν λογικό και επόμενο να προσπαθεί ο καθένας να βρει τρόπο να επιβιώσει επαγγελματικά ως ιδιώτης μόνο», σχολιάζει στην «Εποχή» ο Τάκης Γεωργακόπουλος, αντιπρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Το τελευταίο διάστημα με τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας υγείας παρατηρείται το εξής παράδοξο: ενώ η υποστολέχωση και υποβάθμιση της δημόσιας υγείας είναι χρόνια κατακριτέα από κοινωνία, επαγγελματίες του χώρου υγείας, κόμματα, ΜΜΕ κτλ, και οι προσλήψεις στο δημόσιο τομέα της υγείας πάγιο αίτημα, η ανταπόκριση στην πρώτη προκήρυξη για οικογενειακούς γιατρούς που θα συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ ήταν πολύ μικρή. Πρόκειται περίπου για 640 ενδιαφερόμενους, που θα ξεκινήσουν να εργάζονται ως συμβεβλημένοι οικογενειακοί γιατροί την 1η Αυγούστου. «Στην πρώτη προκήρυξη φάνηκε ότι υπήρχε απροθυμία, καθοδηγούμενη και από συλλογικά όργανα και ενώσεις γιατρών δυστυχώς για λόγους αντιπολιτευτικούς. Όσο περνάει ο καιρός, όμως, φαίνεται να παραμερίζεται αυτή η αντίδραση. Ειδικά στην επαρχία επιθυμούν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ», σημειώνει ο Τάκης Γεωργακόπουλος. Ρόλο παίζει και το γεγονός ότι ακόμα ισχύει και το παλιό σύστημα συμβεβλημένων γιατρών με τον ΕΟΠΥΥ (1.700), που όμως τέλος Ιουλίου λήγει και αναμένεται έτσι να κινητοποιηθούν περισσότεροι γιατροί.

Οι αντιδράσεις

Οι αντιδράσεις μέρους των γιατρών, ό-

πως έχουμε ξαναγράψει, αφορούν κυρίως στο νέο τρόπο μισθοδοσίας τους. Μέχρι τώρα οι ιδιώτες γιατροί που έκαναν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ πληρώνονταν για μέχρι 200 ραντεβού το μήνα, όπου ο ασφαλισμένος έπρεπε να δώσει τα χρήματα κατά την επίσκεψη και να του επιστραφούν μετά από τον ΕΟΠΥΥ. Το πρόβλημα με αυτό το σύστημα ήταν ότι υπήρχαν φαινόμενα διαφθοράς, δηλαδή καλούσε ο ασθενής να κλείσει ραντεβού μέσω ΕΟΠΥΥ, του έλεγαν ότι έχουν εξαντληθεί και ότι μπορούσε να επισκεφθεί το γιατρό μόνο με τους ιδιωτικούς όρους. Έτσι ο ασθενής και πλήρωνε τη μεγάλη συνήθως, ιδιωτική επίσκεψη, αλλά και χρησιμοποιούταν το ΑΜΚΑ του σαν να είχε πάει μέσω δημοσίου και έτσι ο γιατρός πληρωνόταν διπλά. Με το νέο σύστημα, προκειμένου να αποφευχθούν τέτοια φαινόμενα, οι γιατροί έχουν συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης και καθημερινό ωράριο που θα τους εξυπηρετούν, ενώ οι ασθενείς θα επισκέπτονται τον οικογενειακό γιατρό δωρεάν. Το αρχικό σχέδιο ήταν για την τετράωρη, πενήνήμερη υπηρεσία που θα προσφέρουν στο δημόσιο, οι συμβεβλημένοι οικογενειακοί γιατροί να έχουν πάγιο μισθό περίπου 1.600 ευρώ (πριν αμείβονταν 10 ευρώ το ραντεβού) και από εκεί και πέρα να μπορούν να εργάζονται και ως ιδιώτες. Επειδή ο πληθυσμός ευθύνης των γιατρών θα είναι 2.200 άτομα για τους γενικούς γιατρούς και τους παθολόγους και 1.500 για τους παιδίατρος, υπήρξε το προηγούμενο διάστημα το επιχείρημα ότι αυτό σημαίνει ότι θα αμείβονται μόλις 0,7 ευρώ τον ασθενή. Αυτό βέβαια θα ίσχυε μόνο αν και οι 2.200 άνθρωποι της περιοχής είχαν νοσήσει, που το πρόβλημα τότε δεν θα ήταν το μισθολογικό των γιατρών, αλλά ότι θα είχαμε κρίση πανδημίας στη χώρα. Επειδή, όμως, οι αντιδράσεις των γιατρών συνεχίζονται, το υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε αυτή την εβδομάδα τροποποιήσεις, προκειμένου να συμμετάσχουν στην πρωτοβάθμια υγεία. Συγκεκριμένα προβλέπεται ο ασθενής αν προσέλθει εκτός του 4ωρου που ορίζει ο κάθε γιατρός, να πληρώνει ως να πηγαίνει σε ιδιώτη, να μην είναι αυστηρά 5νθημερο το ωράριο που θα ορίσουν οι γιατροί, διατηρώντας όμως το κατώτατο όριο των 20 ωρών εβδομαδιαίως ως υπηρεσία στο δημόσιο, να μην είναι υποχρεωτικές οι δωρεάν κατ' οίκον επισκέψεις και αυτές να πρέπει να πραγματοποιούνται μέσα στο ορισμένο 4ωρο υπηρεσίας στο δημόσιο, προ-

κειμένου να είναι δωρεάν για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ. Σημειώνεται ότι παρά και αυτές τις διευκολύνσεις, η Ένωση Ιατρών ΕΟΠΥΥ ανακοίνωσε πως «αρνούμαστε κατηγορηματικά την ομηρία μας και έχουμε ευθύνη να προστατεύσουμε τους ιατρούς, αλλά και τους ασφαλισμένους από τις ιδεοληπτικές εμμονές ενός ασφυκτικά κλειστού και απάνθρωπου συστήματος, που θα έχει μειωμένο ή αρνητικό αποτέλεσμα στην καθημερινή ιατρική πρακτική του ασφαλιστικού τους ταμείου».

Το νέο σύστημα

«Ο ασθενής θα αποκτήσει ένα προσωπικό γιατρό, που θα ξέρει το ιστορικό του, θα μάθει να τον συμβουλευτεί και να τον εμπιστευτεί, αντί να πηγαίνει από μόνος του σε ειδικότητες, που πολλές φορές είναι λανθασμένες σε σχέση με το πρόβλημα που έχει, ή στα νοσοκομεία για περιστατικά που δεν είναι επείγοντα. Έτσι λειτουργεί διεθνώς με επιτυχία το σύστημα των οικογενειακών γιατρών», εξηγεί και υπερασπίζεται το καινούργιο θεσμό ο Τάκης Γεωργακόπουλος. Σημειώνεται πως στο νέο σύστημα οι πολίτες καλούνται να διαλέξουν μέσω ηλεκτρονικού συστήματος ποιος θα είναι ο οικογενειακός γιατρός από τους συμβεβλημένους της περιοχής τους, τον οποίο θα μπορούν να αλλάξουν σε περίπτωση που δεν τους ικανοποιεί μετά από έξι μήνες. Αν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας που χρειάζεται άλλη ειδικότητα, πέραν της γενικής ιατρικής ή της παθολογίας, θα παραπέμπονται στο γιατρό που πρέπει από τον οικογενειακό τους γιατρό, ή μπορούν να κλείσουν από μόνοι τους ραντεβού στα κέντρα υγείας (πρώην ΙΚΑ) ή να πάνε στο νοσοκομείο αν είναι επείγον περιστατικό, όπως συνέβαινε και πριν.

Τα κέντρα υγείας αστικού ή αγροτικού τύπου, που αποτελούν το δεύτερο σκαλοπάτι της πρωτοβάθμιας υγείας, σύμφωνα με τον αντιπρόεδρο του ΕΟΠΥΥ, λειτουργούν κανονικά με διάφορες ειδικότητες, όπως πάντα. Παρόλα αυτά, όπως σημειώνει ο ίδιος, επειδή από το υπουργείο έχει κριθεί ότι χρειάζεται η περαιτέρω στελέχυσή τους, καθώς τα προηγούμενα χρόνια είχαν απαξιωθεί, αναμένεται να υπάρξει προκήρυξη και για αυτά.

Παράλληλα, συνεχίζεται η προσπάθεια να στηθεί και το πρώτο σκαλοπάτι, που πέραν των συμβεβλημένων οικογενειακών γιατρών, είναι οι τοπικές μονάδες υγείας (ΤΟΜΥ), που λειτουργούν καθημερινά από τις 8 το πρωί έως τις 9 το βράδυ, με γενικούς γιατρούς, παθολόγους και παιδίατρος, που και εκεί καλούνται οι γιατροί να κάνουν το κοινωνικό τους χρέος υποβάλλοντας αίτηση για πρόσληψη. «Μέρα με τη μέρα αυξάνονται οι τοπικές μονάδες υγείας σε κάθε πόλη. Η μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια υγεία προχωρά, αλλά θέλει χρόνο, γιατί ένα σύστημα δεν μπορεί να στηθεί ως δια μαγείας. Το σύστημα πάντως δεν θα μείνει ακάλυπτο. Η σημερινή κυβέρνηση έχει δείξει ότι θέλει να δώσει έμφαση στο δημόσιο σύστημα υγείας», καταλήγει ο Τάκης Γεωργακόπουλος, τονίζοντας όμως πως για τις νησιωτικές περιοχές θα πρέπει να υπάρξει ειδική μέριμνα και να ξαναϊδωθεί ο σχεδιασμός, ώστε να υπάρξουν περισσότερες ΤΟΜΥ, αφού οι ασθενείς δεν είναι δυνατόν να πάνε σε όμορη περιοχή, όπως συμβαίνει στην ηπειρωτική Ελλάδα.

Τ. Α.



**TOMY
ΕΥΘΣΜΟΥ**

■ «Τόπι» οι
ασθενείς

Σελ. 36



ΔΕΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ ΤΟ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ
ΚΑΙ ΤΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ

«Τόπι» οι ασθενείς στο TOMY Ευόσμου

Εγκαινιάστηκε 4 φορές για δημόσιες σχέσεις
και όχι για δημόσια υγεία, όπως αποδεικνύουν τα όσα ακολούθησαν



Δύο φορές βρέθηκε
στο TOMY Ευόσμου
ο Αλέξης Τσίπρας

Βασικό στοιχείο για την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και την ορθή λειτουργία τους είναι να σταματήσουν να εξυπηρετούν περιστατικά που μπορούν και πρέπει να αντιμετωπίζονται από τα τοπικά κέντρα υγείας.

της **ΜΑΡΙΑΣ ΣΑΜΟΛΑΔΑ**
maria_samolada@yahoo.gr

Αυτό είναι μια πραγματικότητα που «αρνούνται» οι ασθενείς να αντιληφθούν και με το σκεπτικό ότι μόνο στο νοσοκομείο θα γίνουν καλά, πηγαίνουν για το παραμικρό, ενίοτε αναμένοντας να εφημερεύει και εκείνο της «προτίμησής» τους.

Δεν φταίνε όμως μόνο οι ασθενείς, γιατί μία επίσκεψη σε ένα πρώην Κέντρο Υγείας Αστικού τύπου, νυν Τοπική Ομάδα Υγείας (TOMY) θα σας κάνει να ξανασκεφτείτε τις επιλογές εξέτασης-γνωμάτευσης-εξυπηρέτησης.

Ωστόσο, η προσπάθεια που γίνεται από την κυβέρνηση είναι προς τη σωστή κατεύθυνση ενίσχυσης και λειτουργίας των TOMY, καθώς την ερχόμενη Τρίτη, 24 Ιουλίου, ο Υπουργός Υγείας, Ανδρέας Ξανθός, και ο αναπληρωτής Υπουργός Υγείας,

Πάυλος Πολάκης, θα εγκαινιάσουν την 4η και την 5η Τοπική Ομάδα Υγείας Θεσσαλονίκης, οι οποίες βρίσκονται επί της οδού Πλαταιών 26, στη Χαριλάου.

Την ίδια στιγμή, όμως, το πιο πολυεγκαινιασμένο Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου, αυτό του Ευόσμου, σήμερα υπολειτουργεί, παρότι είναι ένα νεόδμητο κτίριο και χωροθετημένο σε μία εξαιρετικά «ευρύχωρη» και προσβάσιμη τοποθεσία για όλους τους πολίτες, ακόμη και των όμορων δήμων.

Πιο συγκεκριμένα, το «TOMY» Ευόσμου εγκαινιάστηκε τέσσερις φορές, δύο από τους υπουργούς Ν. Κακλαμάνη και Δ. Αβραμόπουλο, μια φορά από τον πρωθυπουργό Α. Τσίπρα, αλλά και για δεύτερη φορά ο κ. Τσίπρας τίμησε με την παρουσία του τον Δήμο Ευόσμου «εγκαινιάζοντας» την «Πρωτοβάθμια Μονάδα».

Θα περίμενε, λοιπόν, κάποιος να αποτελεί υπόδειγμα λειτουργίας. Η πραγματικότητα όμως είναι διαφορετική.

Το μικροβιολογικό εργαστήριο δεν λειτουργεί, για την ακρίβεια μπορεί να κάνει μόνο γενική ούρων και όχι γενική αίματος, καθώς υπάρχει τεχνικό πρόβλημα το οποίο δεν γνωρίζουν πότε θα αποκατασταθεί.

Το προσωπικό παραπέμπει τους ασθενείς που καταφθάνουν με τα

παραπεμπτικά στα χέρια είτε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, στη Σταυρούπολη, λέγοντάς τους «Έχετε αυτοκίνητο; Κοντά είναι! Πηγαίνετε και θα σας εξυπηρετήσουν και εκεί δωρεάν είναι», είτε σε κάποιο ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο, είτε τους ενημερώνουν ότι μπορούν να καλέσουν σε ένα σταθερό τηλέφωνο του TOMY μετά από 10 ημέρες και να μάθουν αν η βλάβη έχει αποκατασταθεί.

Κάτι παρόμοιο ισχύει με το ακτινολογικό, το οποίο την Τρίτη ήταν εκτός λειτουργίας, αλλά την Τετάρτη εξυπηρετούσε, παρότι δεν υπάρχει ορθοπεδικός στο TOMY Ευόσμου για να εξετάσει τα περιστατικά.

Στην «υπολειτουργία» προστίθενται ακόμη και πιο απλά πράγματα, χρηστικά, όπως είναι το μηχάνημα που κανονικά έπρεπε να εκδίδει τα χαρτάκια με τον αριθμό προτεραιότητας εξυπηρέτησης στα επείγοντα.

Αυτό έχει αντικατασταθεί από χειρόγραφα χαρτάκια, αριθμημένα μέχρι το 50, τα οποία έχουν τοποθετηθεί πάνω στο μηχάνημα μέσα σε ένα «ταπεράκι», κάνοντας τους ασθενείς να νιώθουν αμήχανοι φτάνοντας μπροστά σε αυτή την «εξελιγμένη πατέντα», όπου αναρωτιούνται αν πρέπει να πάρουν ένα ή όχι και αν ισχύει η σειρά ή όχι.

Η προσωπική εμπειρία της «αγένειας»

Πέραν, του ότι μία σύγχρονη μονάδα πρωτοβάθμιας υγείας υπολειτουργεί, πέραν του ότι χαρτιά, ενίοτε χειρόγραφα, βρίσκονται κολλημένα σε πόρτες και τοίχους προκειμένου να ενημερώνουν για τη διαδικασία εξέτασης κλπ., **ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος και με συμπεριφορές που δεν ανταποκρίνονται ούτε στην κοινωνική ευγένεια ούτε στον ρόλο και τη θέση που πρέπει να έχουν εργαζόμενοι σε δημόσιες υπηρεσίες.**

Η σειρά προτεραιότητας των ασθενών μπορεί να αλλάξει κατά το δοκούν. Ενώ έξω από τα «επείγοντα» βρισκόταν με το χειρόγραφο χαρτάκι 4 ασθενείς, εμφανίζεται ένας νεαρός άνδρας ο οποίος πηγαίνει κατευθείαν μέσα στο ιατρείο προσπαθώντας να ζητήσει πληροφορία για τον τρόπο εξυπηρέτησης.

Δεν χρειάστηκε δεύτερη κουβέντα... δόθηκε προτεραιότητα! Η δικαιολογία της γιατρού, εκ των υστέρων και σε υψηλό τόνο, ήταν ότι ο νεαρός ήταν από τροχαίο. Μόνο που η ίδια διαψεύστηκε, καθώς η εξέτασή του διήρκεσε 10 λεπτά, ενώ η συζήτηση με τον ίδιο και τις 5-6 γυναίκες, νοσηλεύτριες, γιατρό κλπ., διήρκεσε άλλο τόσο, καθώς στην ερώτηση πότε έγινε το ατύχημα απάντησε «την προηγούμενη μέρα», άρα δεν ήταν επείγον, καθώς στην ερώτηση «γιατί ήρθες εδώ να εξεταστείς αφού το ατύχημα έγινε στο κέντρο της Θεσσαλονίκης;» εκείνος απάντησε «γιατί εδώ μένω», στην ερώτηση της

γιατρού την ώρα που έφευγε «να σου γράψω μερικές μέρες αναρρωτική άδεια;» απάντησε ότι έχει δική του δουλειά και μετά μάθαμε τι δουλειά κάνει, που έχει το κατάστημά του, τι πουλάει το κατάστημά του και γενικώς όλη την ιστορία του, που δεν είχε σχέση με το ατύχημα...

Μάλιστα, **ο νεαρός αποκάλυπτα δήλωσε ότι η επίσκεψή του στο κέντρο υγείας ήταν για να πάρει το χαρτί προκειμένου να το χρησιμοποιήσει στην ασφαλιστική και να διεκδικήσει αποζημίωση κλπ., παρότι ο ίδιος ήρθε οδηγώντας μηχανή.**

Στη συνέχεια και αφού η μοναδική γιατρός στα επείγοντα ήταν παθολόγος, εξέτασε ένα ορθοπεδικό περιστατικό, λέγοντας πως «εγώ είμαι παθολόγος και ορθοπεδικό γιατρό δεν έχουμε».

Στην ερώτηση για ακτινογραφία, η απάντηση ήταν ότι το μηχάνημα είναι εκτός λειτουργίας και παρέπεμψε είτε στο εφημερεύον νοσοκομείο είτε σε συγκεκριμένο ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο της περιοχής.

Μάλιστα **το πιο εντυπωσιακό ήταν η όλη «αφ' υψηλού» συμπεριφορά μέσα στο υπολειτουργικό «βασιλείο» τους.** Από την καταγραφή του ΑΜΚΑ, μέχρι την άγνοια ασφαλιστικών ταμείων και την αδυναμία έκδοσης παραπεμπτικών εξετάσεων.

Ελπίζω τουλάχιστον να μη χρειαστεί να ξαναεγκαινιάσει...

