

Σε κινητοποιήσεις την Τρίτη 28 Ιανουαρίου η ΠΟΕΔΗΝ

Πηγή:	ΛΟΓΟΣ	Σελ.:	4	Ημερομηνία έκδοσης:	19-01-2020
Επιφάνεια:	178.94 cm ²	Αρθρογράφος:		Κυκλοφορία:	60
Θέματα:	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ, ΠΟΕΔΗΝ				



ΣΤΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΖΟΥΝ ΟΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΣΤΑ **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

Σε κινητοποιήσεις την Τρίτη 28 Ιανουαρίου η **ΠΟΕΔΗΝ**

Σε 5ωρη στάση εργασίας προχωρεί την Τρίτη 28 Ιανουαρίου η **ΠΟΕΔΗΝ**, προγραμματίζοντας συγκέντρωση στις 11:00 στο υπουργείο Εργασίας στην οδό Σταδίου και πορεία.

Η Ομοσπονδία των Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία διεκδικεί μεταξύ άλλων:

Ένταξη στα ΒΑΕ με αναγνώριση χωρίς επιβάρυνση όλου του ασφαλιστικού βίου

Κατάργηση αντιασφαλιστικών μνημονιακών νόμων
Μονιμοποίηση εκτάκτων
Έκδοση νέου διαγωνισμού στην Πρόνοια για κάλυψη όλων των επικουρικών



Χρηματοδότηση -προσλήψεις

Την κινητοποίηση της **ΠΟΕΔΗΝ** στηρίζει η Εκτελεστική Επιτροπή της ΑΔΕΔΥ που με ανακοίνωσή της κα-

λεί όλα τα συνδικαλιστικά στελέχη του λεκανοπεδίου να δώσουν το "παρών" στη συγκέντρωση, που θα πραγματοποιηθεί και στην πορεία, που θα ακολουθήσει.

ΒΑΣΙΛΗΣ ΚΙΚΙΛΙΑΣ, ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ: "ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΣΔΙΤ, ΜΑΝΑΤΖΕΡ, 24ΩΡΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ"

Πηγή: ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ Σελ.: 1,8-9

Ημερομηνία έκδοσης: 19-01-2020

Επιφάνεια: 2003.61 cm² Αρθρογράφος:

Κυκλοφορία: 12000

Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ



ΒΑΣΙΛΗΣ ΚΙΚΙΛΙΑΣ
Προχωράμε
στην 24ωρη
λειτουργία
των Κέντρων
Υγείας

■ ΣΕΛ. 8-9

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΒΑΣΙΛΗΣ ΚΙΚΙΛΙΑΣ
ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΣΔΙΤ, ΜΑΝΑΤΖΕΡ, 24ΩΡΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

ΜΑΡΙΑ-ΝΙΚΗ ΓΕΩΡΓΑΝΤΑ
mgeorganta@e-typos.com

Την 24ωρη λειτουργία Κέντρων Υγείας, TOMY και άλλων πρωτοβάθμιων δομών Υγείας και τη χρήση ΣΔΙΤ (Συμπράξεις Δημοσίου με Ιδιωτικό Τομέα) στην Πρωτοβάθμια Υγεία προαναγγέλλει ο υπουργός Υγείας, Βασίλης Κικιλίας, στη συνέντευξή του στον Ελεύθερο Τύπο της Κυριακής. Παράλληλα, ηλεκτρονικό σύστημα ραντεβού για να μην ταλαιπωρούνται οι ασθενείς που λαμβάνουν Φάρμακα Υψηλού Κόστους (ΦΥΚ) στις αναμονές στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ, πλήρης αναδιάρθρωση του ΕΟΠΥΥ με νομοσχέδιο που θα έρθει τον επόμενο μήνα, αλλά και μετακινήσεις κλινικών για καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών στα νοσοκομεία είναι ορισμένα από τα επόμενα βήματα της Αριστοτέλους.

Το 2020 θα είναι η χρονιά των νοσοκομείων, όπως έχετε δηλώσει. Ποιες είναι οι πρώτες παρεμβάσεις που ετοιμάζετε για να ανατραπεί η αρνητική εικόνα που έχουν οι πολίτες για τα δημόσια νοσοκομεία;
Πράγματι είμαστε αποφασισμένοι να είναι «η χρονιά των νοσοκομείων». Γιατί όλες οι βαθμίδες του συστήματος Υγείας είναι σημαντικές αλλά οι νοσοκομειακές μονάδες είναι η σπονδυλική του στήλη. Ξεκινώντας λοιπόν από το βασικό, το ανθρώπινο δυναμικό, φτιάξαμε ηλεκτρονική πλατφόρμα μέσω του ΕΟΠΥΥ για την ψηφιοποίηση των δικαιολογητικών ώστε να γίνουν γρήγορα οι προσλήψεις ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. Για πρώτη φορά, διορίσαμε διοικητές με ρήτρα αποδοτικότητας και το νομοθετήσαμε. Δηλαδή ένα συμφωνητικό με ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες καλής λειτουργίας του νοσοκομείου με αξιολόγηση κάθε 3 μήνες. Όλοι νομίζω συμφωνούμε ότι χρειάζεται

αποτελεσματικό και σύγχρονο μάνατζμεντ. Ως προς τις υποδομές που είναι το δεύτερο μεγάλο πρόβλημα, τομήσαμε κάτι πρωτοποριακό: Προκηρύξαμε διαγωνισμό για την υποβολή προτάσεων από τελεειφοίτους και μεταπτυχιακούς φοιτητές των πολυτεχνικών και πανεπιστημιακών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων της χώρας σχετικά με παρεμβάσεις σε πτέρυγες και κλινικές ή τμήματα των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Ποιο είναι το ζητούμενο; Εξυπνες λύσεις τόσο για την αποτελεσματικότερη λειτουργία και αναβάθμιση όσο και για την καλύτερη εξυπηρέτηση του κόσμου. Πιστεύω σ' αυτή τη διαδικασία γιατί εμπιστεύομαι τους νέους μας επιστήμονες. Παράλληλα θα δώσουμε τη δυνατότητα σε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα -και φυσικά δωρεάν για τον πολίτη- να ανανεωθούν ιατρικά μηχανήματα και υπηρεσίες με leasing. Τις επόμενες μέρες θα γίνουν οι σχετικές ανακοινώσεις από τον πρωθυπουργό. Και στην εύλογη ερώτηση «πού θα βρείτε τα λεφτά» σάς προλαβαίνω: Τα νοσοκομεία μας θα χρηματοδοτηθούν από τον κρατικό προϋπολογισμό, την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων και μέσω Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα.

Έχετε κάνει ήδη γνωστό τόσο εσείς όσο και ο πρωθυπουργός ότι αυτή τη χρονιά θα ξεκινήσουν οι Συμπράξεις Δημοσίου με Ιδιωτικό Τομέα σε τρία νοσοκομεία. Ποια είναι αυτά και τι μορφή θα έχουν οι πρώτες ΣΔΙΤ;
Οι ΣΔΙΤ θα αφορούν στην κτιριακή αναβάθμιση, το management, την αγορά μηχανημάτων και υπηρεσιών, τη λειτουργία των νοσοκομείων. Το μοντέλο της συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα χρησιμοποιείται ευρέως σε όλες τις χώρες της Ευρώπης και της Β. Αμερικής. Δεν είναι κάτι αδόκιμο. Έχει δώσει εξαιρετικά αποτελέσματα και σας διαβεβαιώ

νώ ότι θα αναβαθμίσει τις υπηρεσίες Υγείας προς όφελος των ασθενών. Θα είναι μια μεταρρυθμιστική σταθμός για το ΕΣΥ.

Πώς σκοπεύετε να οργανώσετε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας; Έχετε αναφέρει ότι δεν θα κλείσετε τις υπάρχουσες TOMY, αλλά θα τις μετεξελιχτείτε. Υπάρχουν σκέψεις για ΣΔΙΤ και στην πρωτοβάθμια;
Κέντρα Υγείας, ΠΕΔΥ, TOMY και όλες οι πρωτοβάθμιες δομές θα συνδεθούν σε ένα δίκτυο πρωτοβάθμιας υγείας που θα αποσυμφωρήσει τα νοσοκομεία και θα διευκολύνει τους πολίτες. Αυτές τις δομές θα τις διοικεί manager και θα λειτουργούν 24/7 με τη λογική του group practice. Θα συμβάλλονται γιατροί του Δημοσίου, αλλά και ιδιώτες και με αυτόν τον τρόπο θα έχει κανείς τη δυνατότητα να βρίσκει εκεί τον γιατρό της εμπιστοσύνης του. Οι ΣΔΙΤ είναι ένα εργαλείο που βεβαίως θα χρησιμοποιηθεί και στην πρωτοβάθμια, ανάλογα με τις ανάγκες κάθε μονάδας.

Οι προσλήψεις που έχετε ανακοινώσει ακόμη και στην φαίνοτα πολλές, πρακτικά δεν είναι, καθώς είναι μεγάλες οι ανάγκες στα νοσοκομεία και κάθε χρόνο συνταξιοδοτείται ένας σημαντικός αριθμός υγειονομικού προσωπικού. Φαίνεται όμως πως θα κάνετε μια γρηγορότερη ανασυγκρότηση στο ΕΣΥ. Τι σημαίνει αυτό στην πράξη; Μετακινήσεις γιατρών; Συγχωνεύσεις κλινικών;
Οι 2.500 προσλήψεις ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, όπως και αυτές των επικουρικών, είναι σημαντική, τονωτική ένεση στο ΕΣΥ. Ομως, μέσω των 7 Υγειονομικών Περιφερειών έχουμε καταγράψει και δημιουργήσει μια «χάρτα Υγείας» με βάση τις ανάγκες του κάθε νοσοκομείου στα μεγάλα αστικά κέντρα και την περιφέρεια. Θα το



Ηλεκτρονικό σύστημα ραντεβού για εξάλειψη της ταλαιπωρίας στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ

ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΙΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΣΥ ΜΕ 2.500 ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ

νώσουμε το ΕΣΥ με επιμελητές β', βάζοντας νέο αίμα στο νοσοκομεία μας και θα ξαναδώσουμε κίνητρα ώστε νέοι γιατροί και ειδικευόμενοι να μείνουν στον τόπο τους. Παράλληλα μελετάμε μετακινήσεις κλινικών. Να δώσω ένα απλό παράδειγμα. Το νοσοκομείο «Σωτηρία» έχει 8 πνευμονολογικές κλινικές και καμία ορθοπαιδική και το «Ασκληπείο Βούλας» έχει 6 ορθοπαιδικές κλινικές και καμία πνευμονολογική. Θα μπορούσαμε να μεταφέρουμε μία κλινική από το ένα νοσοκομείο στο άλλο.

Η καθολική εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου μέχρι τώρα έχει πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Τι περιλαμβάνουν τα επόμενα βήματα για να μειωθεί ο αριθμός των καπνιστών;
Η καθολική εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου είναι μια μεγάλη επιτυχία της κυβέρνησης και προσωπικό όραμα του πρωθυπουργού Κυριάκου Μητσοτάκη. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο χάνονται 20.000

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ



«**Ηλεκτρονική πλατφόρμα μέσω ΕΟΠΥΥ για την ψηφιοποίηση των δικαιολογητικών για πιο γρήγορες προσλήψεις ιατρικού, νοσηλευτικού και λουτού προσωπικού**»

«**ΧΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**» ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΚΑΘΕ **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΑΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**

ΠΟΡΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

ΔΩΡΕΑΝ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΕΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ 39 ΚΑΙ ΑΝΩ

Το σχέδιο που ετοιμάσατε στον τομέα της πρόληψης τότε προσδοκάτε να φέρει τα πρώτα αποτελέσματα; Δεν σας φοβίζει τυχόν πολιτικό κόστος δεδομένου ότι όσα προωθείτε για τη δημόσια Υγεία θα έχουν αντίκρυσμα μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα;

Σε λίγες μέρες φέρνουμε νομοσχέδιο για τη δημόσια Υγεία στη Βουλή. Για τον οριζόντιο προληπτικό έλεγχο σε βασικές νόσους, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα νεοπλασμάτα, ο σακχαρώδης διαβήτης και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, που ρυθμίζουν βασικούς συμπεριφορικούς και κοινωνικούς κινδύνους από τον τρόπο ζωής μας. Δηλαδή την καθιστική ζωή, το κάπνισμα, τη διατροφή, το αλκοόλ, την άθληση. Σιγά σιγά, θα μεταφέρονται πόροι από την περιθαλψη στην πρόληψη, έτσι ώστε να προλαμβάνονται όλοι αυτοί οι σημαντικοί κίνδυνοι. Ξεκινάμε με οριζόντιες δωρεάν μαστογραφίες για τις γυναίκες από 39 ετών και πάνω. ■

ζωές και έχουμε 700.000 ημέρες νοσηλείας από το κάπνισμα στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Θέλω λοιπόν να πω ένα μεγάλο «μπράβο» πρώτα στους καπνιστές που διέψευσαν τις Κασσάνδρες και αποφάσισαν να σεβαστούν την απαγόρευση. Ξέρω ότι είναι δύσκολο στη διασκέδασή σου να βγαίνεις έξω για να καπνίσεις και δείχνει ότι έχουμε όλοι μαζί, καπνιστές και μη καπνιστές, αλλάξει νοοτροπία.

Ποια η σημειολογία της επιλογής της κ. Αικατερίνης Σακελλαροπούλου για τη θέση της Προέδρου της Δημοκρατίας; Είναι μια πολύ σημαντική στιγμή για την πολιτική μας Ιστορία το ότι για πρώτη φορά θα έχουμε αρχηγό κράτους μια γυναίκα και μάλιστα με πρόταση του λεγόμενου συντηρητικού κόμματος. Το επισημαίνω για να δούμε ποιοι είναι ουσιαστικά προοδευτικοί και ποιοι προοδευτικοί στα λόγια... Η κυρία Σακελλαροπούλου δεν είναι πολιτικό πρόσωπο, προέρχεται

από τον χώρο της Δικαιοσύνης. Προσωπικά με ευχαριστεί αυτό, γιατί σε μία εποχή που βάλλεται η Δικαιοσύνη είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ένα τέτοιο πρόσωπο, το οποίο δεν πολώνει ούτε δημιουργεί κομματικές αντιπαραθέσεις. Θεωρώ, επίσης, πολύ σημαντικό ότι η ίδια έχει ασχοληθεί αναλυτικά και θεσμικά με περιβαλλοντικά θέματα. Βλέπετε ότι με αυτά που γίνονται στον κόσμο, πρέπει να συμβαδίσουμε με την Ευρωπαϊκή Ένωση -όπου επικεφαλής είναι επίσης μια γυναίκα με περιβαλλοντική ατζέντα, η Ούρσουλα φον ντερ Λάιεν- στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουμε το περιβάλλον μας και τον πλανήτη μας.

Θεωρείτε ότι ο κίνδυνος για ένα θερμό επεισόδιο ανάμεσα σε Αθήνα και Αγκυρα έχει εκλείψει; Η Τουρκία συνεχίζει τις προκλητικές της ενέργειες και ο Κυριάκος Μητσοτάκης έχει τονίσει ότι η χώρα μας θα υπερασπιστεί με κάθε μέσο τα

κυριαρχικά της δικαιώματα.

Η Τουρκία είναι μια ασταθής χώρα σε μια περιοχή με πολλές προκλήσεις και κινδύνους. Η κυβέρνηση μας κι ο ίδιος ο πρωθυπουργός προσωπικά έχουμε στείλει καθαρά και σαφή μηνύματα για τις προθέσεις μας αλλά και για τα όριά μας. Τόσο μέσα στην Ε.Ε. όσο και σε συνεργασία με φιλικές προς εμάς χώρες στη ΝΑ. λέκάκι της Μεσογείου επιδιώκουμε να παγιωθεί σταθερότητα στην περιοχή. Η Τουρκία επιδιώκει το ακριβώς αντίθετο, καθώς θεωρεί ότι κερδίζει έδαφος με αυτόν τον τρόπο στη διπλωματική σκακιέρα. Είναι μια κοντόφθαλμη επιλογή που στις επόμενες κινήσεις θα φανεί ότι την οδηγεί σε αδιέξοδο. Σε κάθε περίπτωση εμείς στηρίζουμε και ενδυναμώνουμε συνεχώς τις Ενοπλες Δυνάμεις μας, που υπερασπίζονται καθημερινά την εθνική μας ανεξαρτησία και την εδαφική μας ακεραιότητα. Προφανώς, θα υπερασπιστούμε με κάθε μέσο τα κυριαρχικά μας δικαιώματα. ■

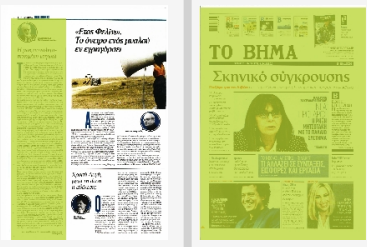
ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΙΤΟΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Νομοσχέδιο σε έναν μήνα για αναδιάρθρωση του ΕΟΠΥΥ

Ηδη πολλοί ασθενείς δεν χρειάζεται να περάσουν από τη φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ για να πάρουν τα φάρμακά τους. Πόσοι ασθενείς εκτιμάτε ότι θα επωφεληθούν, όταν ξεκινήσει η διανομή φαρμάκων υψηλού κόστους από τα φαρμακεία της γειτονιάς και ποια είναι η αμέσως επόμενη κατηγορία ασθι νών που θα μπορεί να λαμβάνει φάρμακα και από άλλα σημεία διανομής εκτός των φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ;

Είμαστε σίγουροι σε μία βασική προεκλογική μας δέσμευση. Οι ογκολογικοί ασθενείς δεν

ταλαιπωρούνται πλέον στις ουρές του ΕΟΠΥΥ και παίρνουν τη θεραπεία τους απευθείας από τις ιδιωτικές κλινικές. Σε λίγες μέρες ξεκινά η διανομή των φαρμάκων για τους περιπατητικούς ασθενείς και τους πάσχοντες από οκλήρωση κατά πλάκας στα φαρμακεία της γειτονιάς τους. Προχωρά επίσης το ηλεκτρονικό σύστημα ραντεβού στον ΕΟΠΥΥ και άλλες κατηγορίες ασθενών έτσι ώστε να μην ταλαιπωρούνται με άσκοπες αναμονές. Άλλωστε, όλος ο ΕΟΠΥΥ θα αναδιρθωθεί σημαντικά με νομοσχέδιο που θα φέρουμε τον Φεβρουάριο. ■



Χαράλαμπος Μ. Μουτσόπουλος

Η μακντοναλντοποιημένη ιατρική

Την ιστορία που θα μοιραστώ μαζί σας μου τη διηγήθηκε σεβαστός, διακεκριμένος και αξιόπιστος γιατρός που παρακολούθη ως ασθενή εδώ και χρόνια. Παρατήρησα στην πορεία παρακολούθησής του ασθενούς μου μια διαδοχική αύξηση ενός δείκτη στο αίμα που υποδηλώνει νεοπλασία στον προστάτη του. Για να διευκολύνω τον συνάδελφο πήρα στο τηλέφωνο έναν ειδικό που γνώριζα, σε ένα διαγνωστικό κέντρο, προκειμένου να καθορίσουμε τον χρόνο διεξαγωγής της εξέτασης. Υπέστην ψυχρολουσία. Ψυχρά, σχεδόν απαξιώτικα, μου είπε «πείτε στον ασθενή σας να τηλεφωνήσει στον αριθμό τάδε για να του δώσουν ραντεβού». Η συμπεριφορά του συναδέλφου αυτού με ενόχλησε. Δεν μοιράστηκα όμως τα αρνητικά μου συναισθήματα με τον ασθενή μου – δεν ήταν σκόπιμο. Του έδωσα τον τηλεφωνικό αριθμό για να κανονίσει μόνος του την ημέρα και την ώρα της εξέτασης.

Την ημέρα και την ώρα του ραντεβού ο ασθενής (Ξαναθυμίζω: διακεκριμένος γιατρός ο ίδιος) ανακοίνωσε στη γραμματέα της υποδοχής του διαγνωστικού κέντρου την παρουσία του. Πήρε την εντολή να πάρει αριθμό προτεραιότητας – 1129. Μετά από 10-15 λεπτά, όταν ανακοινώθηκε ο αριθμός του, προσήλθε στον γκισέ, όπου η γραμματέας τον ερώτησε τι εξέταση θέλει να κάνει, με τον ίδιο τρόπο που στη Λαϊκή ο μανάβης θα ροτούσε τον πελάτη πόσα κιλά πατάτες θέλει να αγοράσει. Παραπεμπτικό από τον θεράποντα γιατρό (εμένα, δηλαδή) δεν ζητήθηκε, παρά μόνον όταν ο ασθενής τής ανακοίνωσε την εξέταση. Με επαγγελματισμό, η γραμματέας του ανακοίνωσε την τιμή της εξέτασης, την οποία ο ασθενής πλήρωσε πριν από την εκτέλεσή της. (Ειρήσθω εν παρόδω, η εξέταση αυτή – ειδική μαγνητική τομογραφία – δεν εκτελείται από κανένα δημόσιο νοσοκομείο, ούτε καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ.) Αφού διεκπεραιώθηκε η οικονομική συναλλαγή, ο γιατρός-ασθενής περίμενε άλλα 15 λεπτά προτού πάλι ανακοινωθεί ο αριθμός του. Τον υποδέχτηκε ένας καλοσυνάτος νοσηλεύτης, ο οποίος του τοποθέτησε φλεβοκαθετήρα, απαραίτητο για την έγχυση του φαρμάκου για τη διεξαγωγή της εξέτασης. Επειτα από ακόμη 15 λεπτά, ο ασθενής παρέλήφθη από μια τεχνολόγο που εκτέλεσε την εξέταση. Σημειώστε ότι καθ' όλη τη διάρκεια της σχετικά ακριβής εξέτασης (500 ευρώ) δεν παρουσιάστηκε γιατρός. Αν ο ασθενής, λ.χ., ήταν αλλεργικός σε κάτι ή παρουσίαζε κάποια επιπλοκή, δεν θα ήταν γιατρός παρών να επιληφθεί του θέματος. Για να μη μιλήσω για στοιχειώδη κώδικα συναδελφικής συμπεριφοράς από γιατρό προς γιατρό. Π.χ. ο γιατρός του ιατρικού κέντρου να πει δυο κουβέντες αβρότητας σε έναν διακεκριμένο συνάδελφό του, με προσφορά ετών στο λειτουργήμα. Αυτή την πικρία μου μετέφερε ο συνάδελφος ασθενής.

Πίσω από το εύλογο παράπονό του, όμως, διέκρινα κάτι βαθύτερο – τη «μακντοναλντοποίηση» της ιατρικής. Ο όρος είναι κοινωνιολογικός και παραπέμπει στην τυποποίηση, ταχύτητα και ελαχιστοποίηση του κόστους που χαρακτηρίζει τις διαδικασίες παραγωγής της γνώσης πολυεθνικής εταιρείας: όσο πιο λίγο χρόνο περνά κανείς στο ιατρικό κέντρο, τόσο πιο αποδοτική είναι η διαδικασία «παραγωγής». Όσο χαμηλότερης βαθμίδας, με ιατρικούς όρους, είναι οι εμπλεκόμενοι στην εξέταση, τόσο φθηνότερη είναι. Όσο πιο γρήγορα διεκπεραιώνεται, τόσο πιο πολύ ανεβαίνει ο δείκτης εξετάσεων ανά ώρα.

Όχι, δεν πρόκειται, εν προκειμένω, για τη χρήση Τεχνητής Νοημοσύνης στη διαγνωστική διαδικασία (αυτό θέτει άλλα θέματα, που δεν είναι του παρόντος), αλλά για κάτι πιο πεζό. Ένα απρόκαπο σύστημα, στο οποίο όχι μόνο δεν υφίσταται η διαδίκια σχέση γιατρού - ασθενούς, αλλά ο ασθενής είναι ένα επεξεργάσιμο προϊόν στην «παραγωγική» διαδικασία, στην οποία κυριαρχεί το κριτήριο της οικονομικής απόδοσης ή απλής γραφειοκρατικής διεκπεραίωσης. Σε ένα τέτοιο σύστημα, όχι μόνο οι επαγγελματίες αβρόπτες εκλαμβάνονται ως πολυτέλεια, αλλά η διαπροσωπική σχέση γιατρού - ασθενούς, τη σημασία της οποίας τόσο πολύ υπογραμμίζουν οι διεθνείς έρευνες, θεωρείται περιττή. Αν αναλογιστείτε ότι ακόμη και ένας διακεκριμένος γιατρός-ασθενής υφίσταται αυτή την εκδοχή της ιατρικής, μπορείτε να φανταστείτε τη μεταχείριση που έχει ο ανώνυμος πολίτης.

Ο κ. Χαράλαμπος Μ. Μουτσόπουλος είναι ιατρός - ακαδημαϊκός.

Πηγή: ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ Σελ.: 54

Ημερομηνία έκδοσης: 19-01-2020

Επιφάνεια: 238.24 cm² Αρθρογράφος:

Κυκλοφορία: 12000

Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



Θεόδουλος Παπαβασιλείου

Δημοσιογράφος, εκδότης του περιοδικού «Plan Be»



ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΜΩΝΕΣ ΣΤΟ ΕΣΥ

ΟΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ στα δημόσια νοσοκομεία έδωσαν στη δημοσιότητα πρόσφατα μία εκτενή λίστα με τις υγειονομικές μονάδες που έχουν σοβαρά προβλήματα στο κομμάτι της θέρμανσης. Ελλειψη πετρελαίου, ασυντήρητα κλιματιστικά, απώλειες λόγω κτιριακών προβλημάτων και ανεπαρκείς προϋπολογισμοί είναι οι βασικές αιτίες που γιατροί, νοσηλευτές, λοιπό προσωπικό και ασθενείς περνούν έναν δύσκολο χειμώνα.

Σε λίγους μήνες θα έχουμε την αντίστοιχη ετήσια λίστα με τα νοσοκομεία που σε περιόδους καύσωνα δεν έχουν κλιματισμό, για τους ίδιους πάνω-κάτω λόγους. Εδώ και πολλά καλοκαίρια και χειμώνες τα προβλήματα του ΕΣΥ είναι... παντός καιρού και πάντα παρόντα. Οι ασθενείς φέρνουν τα δικά τους σεντόνια, χωρίς χαρτί υγείας το νοσοκομείο, σκουλήκι στο φαγητό των ασθενών, χωρίς υπηρεσίες καθαριότητας το Κέντρο Υγείας, το ταβάνι στάζει, το τάδε μπλάνημα δεν λειτουργεί εδώ και μήνες, η αναμονή στα επείγοντα αγγίζει τις 8 ώρες, σε ράντζα νοσηλεύονται ακόμη και διασωληνωμένοι ασθενείς, μεγαλώνει η λίστα για ένα κρεβάτι στις ΜΕΘ... Ολα τα παραπάνω «παίζουν» στους τίτλους του ιατρικού ρεπορτάζ εδώ και χρόνια. Είναι λαϊκισμός, όπως λένε κάποιοι, να γράφονται κείμενα

που να αναφέρουν, ενίοτε γλαφυρά, τις ελλείψεις του Συστήματος. Οχι, δεν είναι. Είναι μια κακή, έως και επικίνδυνη πολλές φορές, πραγματικότητα, την οποία κάποια στιγμή θα πρέπει να την κοιτάζουμε κατάματα και να καταβάλουμε σοβαρές προσπάθειες για να την αλλάξουμε. Δυστυχώς εδώ και χρόνια έχουμε κολλήσει στην κακή μας εικόνα και δεν έχω καταλάβει ακόμη ποιον περιμένουμε να μας βγάλει από αυτόν τον φαύλο κύκλο. Δεν θα σωθεί το ΕΣΥ με δεσμεύσεις και ευκολόγια, ούτε σπρώχνοντας το «μπαλάκι» ο ένας υπουργός στον άλλον. Ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας ανακοίνωσε πριν από λίγες ημέρες ότι η εποχική γρίπη έχει προκαλέσει ήδη 8 θανάτους και 24 σοβαρά κρούσματα και αναμένεται οι αριθμοί να μεγαλώσουν μέχρι και τα μέσα Μαρτίου. Ο κόσμος τρέχει στα νοσοκομεία, τα νοσοκομεία λόγω των ελλείψεων «στενάζουν» για να αντιμετωπίσουν τα έκτακτα περιστατικά κι εμείς περιμένουμε τι; Να καταγράψουμε τον τελικό αριθμό; Να φτιάξουμε άλλη μια λίστα με προβλήματα και ελλείψεις; Ηρθε η ώρα να «ξεκολλήσουμε». Το ΕΣΥ χρειάζεται προσωπικό, χρηματοδότηση, αναβάθμιση. Αυτό είναι ένα μεγάλο έργο, μια πραγματική επένδυση στον άνθρωπο. Και θέλουμε να βγει μπροστά αυτός που μπορεί να το υλοποιήσει. ■

Πηγή: ΚΥΡΙΑΚΑΤΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Σελ.: 31

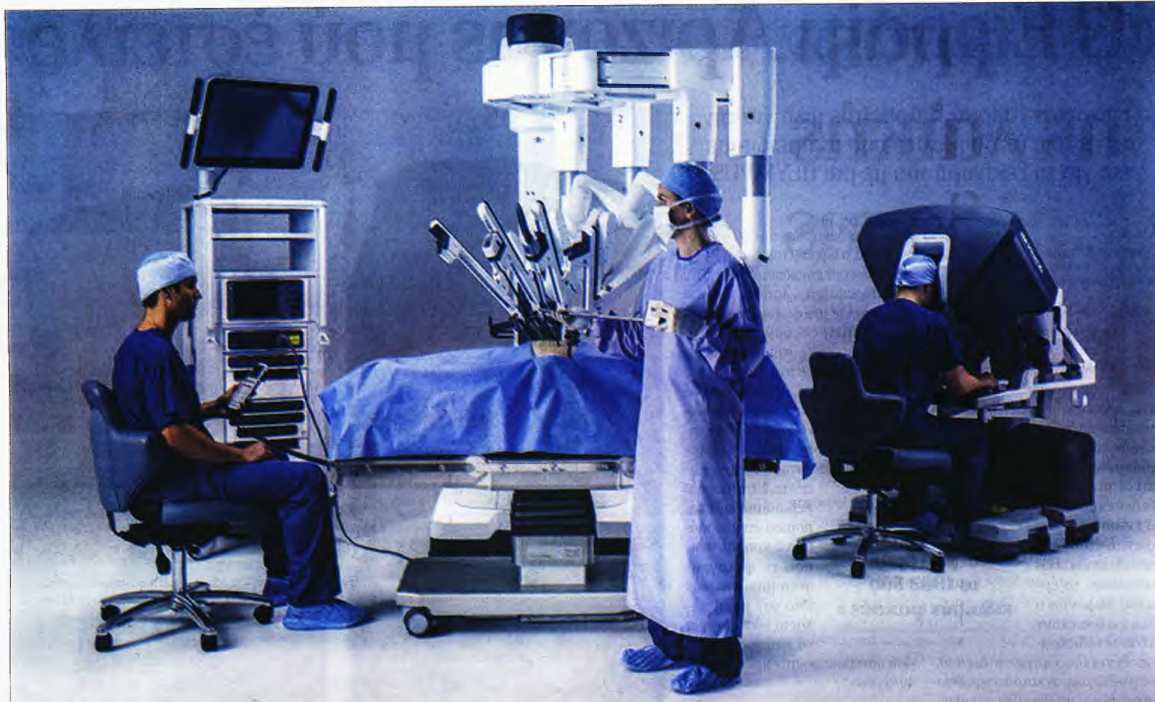
Ημερομηνία έκδοσης: 19-01-2020

Επιφάνεια: 1166.05 cm²

Αρθρογράφος:

Κυκλοφορία: 11000

Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



1.000 οι επεμβάσεις κολεκτομής!

Η Κλινική Λαπαροσκοπικές, Βαριατρικές, Γενικές και Ρομποτικές Χειρουργικές, υπό τη διεύθυνση του Δρος Κωνσταντίνου Μ. Κωνσταντινίδη, MD, PhD, FACS, ξεπέρασε τον αριθμό-ορόσημο των 1.000 επιτυχημένων ρομποτικών και λαπαροσκοπικών κολεκτομών στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών.

Οι επεμβάσεις αφαιρέσεων παχέος εντέρου και ορθού (κολεκτομές) αφορούν παθήσεις όπως η εκκολπωματίτιδα, η ελκώδης κολίτιδα, η νόσος Crohn, η πρόπτωση ορθού, οι καλοήθεις πολύποδες και οι κακοήθεις όγκοι. Το πλέον σύγχρονο σύστημα ρομποτικής χειρουργικής da Vinci Xi HD, έκδοση 2019, το οποίο διαθέτει την τεχνολογία πυρολαμπιδας (firefly) που χρησιμοποιούν ο Δρ.

Ρεκόρ επιτυχημένων αφαιρέσεων παχέος εντέρου με το πλέον σύγχρονο σύστημα ρομποτικής χειρουργικής da Vinci Xi HD, έκδοση 2019, στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών



Δρ. Κων. Κωνσταντινίδης: Περισσότερες από 17.500 επεμβάσεις

ΑΠΟ το 1991, έως και σήμερα, ο Δρ. Κων. Κωνσταντινίδης έχει πραγματοποιήσει περισσότερες από 15.000 λαπαροσκοπικές και 2.500 ρομποτικές επεμβάσεις, οι οποίες καλύπτουν όλο το φάσμα της γενικής χειρουργικής. Αξίζει να σημειωθεί ότι άνω των 600, εξ αυτών, αφορούν επεμβάσεις παχέος εντέρου και ορθού, ενώ είναι ο πρώτος χειρουργός που πραγματοποίησε δεξιά ρομποτική κολεκτομή δια μέσου μίας, μόνο, τομής 2,5 εκατοστών (single site).

Η Κλινική Λαπαροσκοπικές, Βαριατρικές Γενικές και Ρομποτικές Χειρουργικές έχει ήδη δεχθεί περισσότερους από 1.000 επισκέπτες χειρουργούς, παγκοσμίως, διοργανώνοντας παράλληλα μαθήματα σε διάφο-

ρους τομείς της ρομποτικής και λαπαροσκοπικής χειρουργικής, ενώ ταυτόχρονα είναι αναγνωρισμένη και διαπιστευμένη ως Παγκόσμιο Κέντρο Αριστείας για Βαριατρική και Μεταβολική Χειρουργική από το International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO).

Ο Δρ. Κων. Κωνσταντινίδης είναι Επιστημονικός Διευθυντής του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, Adjunct Professor of Surgery of Ohio State University, USA, Γραμματέας Παγκόσμιας Επιστημονικής Εταιρείας Ρομποτικής Χειρουργικής CRSA, Μέλος του Διεθνούς Διοικητικού Συμβουλίου της SRS, Governor του Greek Chapter of the American College of Surgeons.

ρολογία επιτρέπει την αναγνώριση και διατήρηση των πολύ σημαντικών νευρών της πύελου (nerve sparing) κατά τη διάρκεια χαμηλής πρόσθιας εκτομής παχέος εντέρου, αποφεύγοντας, με αυτόν τον τρόπο, επιπλοκές όπως οι διαταραχές στην όψηση και οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Παράλληλα, προσφέρει περισσότερες δυνατότητες στον χειρουργό, όπως η ακριβέστερη εκτίμηση της αιμάτωσης του εντέρου για τη διενέργεια αναστομών, η διεγχειρητική πλοήγηση με επιπροβολή απεικονιστικών εξετάσεων (αξονική τομογραφία, υπέρηχος) και η ανεύρωση των λεμφαδένων στον καρκίνο του παχέος εντέρου.

«Τεράστιο πλεονέκτημα της χρήσης του ρομποτικού συστήματος είναι η δυνατότητα αποφυγής της παρά φύσιν έδρας ή κολοστομίας σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο σε πολύ χαμηλό σημείο στο παχύ έντερο, στο ορθό» δήλωσε ο Δρ. Κων. Κωνσταντινίδης.

«Επίσης, αποφεύγουμε κατά κανόνα την προσωρινή ειλεοστομία σε περιπτώσεις εκτομής ορθού για καρκίνο, που σημαίνει ότι ο ασθενής δεν ταλαιπωρείται και δεν θα χρειαστεί δεύτερη επέμβαση για σύγκλιση ειλεοστομίας. Όλα τα παραπάνω αποτελούν μέρος της ραγδαίας εξέλιξης της τεχνολογίας, που δίνει τη δυνατότητα στην έμπειρη διεπιστημονική ιατρική ομάδα (Multidisciplinary Team, MTD) του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών να προσφέρει σε ολόένα και περισσότερους ασθενείς την αναίμακτη και ταχείας ανάρρωσης χειρουργική αποκατάσταση του προβλήματος, χωρίς επιπλοκές».

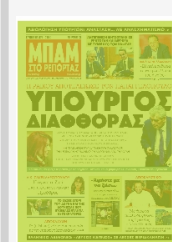
► Μπδαρινά απώλεια αιματος, ταχεία ανάρρωση

Κ. Κωνσταντινίδης και η ομάδα του, προσφέρει στον ασθενή όλες εκείνες τις δυνατότητες ασφαλούς και ταχείας αποκατάστασης της υγείας του (μπδαρινή απώλεια αίματος που περιορίζει την ανάγκη για μετάγγιση, ταχεία ανάρρωση χωρίς την παραμονή του στη μονάδα εντατικής θεραπείας και ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο).

Επιπρόσθετα, η τριδιάστατη εικόνα που προσφέρει η ρομποτική τε-

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΑΙΜΟΝΙΟ: «ΛΕΥΚΟΣ ΚΑΠΝΟΣ» ΣΕ ΛΕΣΧΕΣ ΘΕΡΙΑΚΛΗΔΩΝ

Πηγή:	ΜΠΑΜ	Σελ.:	1,33	Ημερομηνία έκδοσης:	19-01-2020
Επιφάνεια:	1101.85 cm ²	Αρθρογράφος:		Κυκλοφορία:	0
Θέματα:	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ				



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΑΙΜΟΝΙΟ: «ΛΕΥΚΟΣ ΚΑΠΝΟΣ» ΣΕ ΛΕΣΧΕΣ ΘΕΡΙΑΚΛΗΔΩΝ • 33



Βρήκαν παραθυράκι στον νέο νόμο (σε Πτολεμαίδα, Λάρισα, Αθήνα και οσονούπω σε Θεσσαλονίκη) και θα ανάβουν τα τσιγάρα τους σε κλειστούς χώρους

Της **Νατάσας Βουδούρη**

Οι αντικαπνιστικός νόμος εφαρμόζεται... κόντρα στα προγνωστικά και οι καταστηματαρχές που είδαν τον τζιρο τους να πέφτει έχουν διέξοδο!

Οι πρώτες λέσχες καπνιστών έχουν ξεκινήσει και «φωτρώνουν» σε όλη τη χώρα. Λίγους μήνες μετά την ισχύ του αντικαπνιστικού νόμου, που είχε ως αποτέλεσμα τη δραματική πτώση των τζιρών σε καφέ και μπαρ – επιχειρήσεις, έρχεται το αντίδοτο των καπνιστών. Όπως ισχύει συνήθως στην Ελλάδα, για κάθε νόμο υπάρχει και ένα «παραθυράκι». Βρέθηκε ο τρόπος ώστε να δημιουργηθούν χώροι, όπου οι θαμώνες τους θα μπορούν να απολαμβάνουν τον καφέ ή το ποτό τους και θα καπνίζουν χωρίς να είναι παράνομοι ή να κινδυνεύουν να τους γράψουν. Ουσιαστικά μετατρέπουν τις επιχειρήσεις σε λέσχες με την απαραίτητη προϋπόθεση να πληρούν τα κριτήρια. Συγκεκριμένα, ό,τι ισχύει για τις λέσχες καπνιστών σε Αγγλία, Γερμανία, Σουηδία, Αυστρία το ίδιο έχει ξεκινήσει να εφαρμόζεται και στην Ελλάδα, με την πρώτη επίσημη σε λειτουργία λέσχη να καταγράφεται στην Κομοτηνή. Έπειτα στην Πτολεμαίδα, Λάρισα αλλά και στην Αθήνα, στην περιοχή της Πλάκας. Σύμφωνα αναμένεται να λειτουργήσουν και στη Θεσσαλονίκη.

Σε χώρους στους οποίους επιτρέπεται η είσοδος σε ανήλικους, όπως είναι τα εστιατόρια, δεν θα δοθεί έγκριση, ώστε να αποκτήσουν μελλοντικά τη δική τους λέσχη καπνιστών.

Συγκεκριμένα, οι λέσχες απευθύνονται σε επιχειρήσεις όπως είναι τα μπαρ και τα καφέ-μπαρ όπου απαγορεύεται η είσοδος κάτω των

18ετών, αρκεί βέβαια να πληρούν και τις υπόλοιπες προδιαγραφές. Αυτές έχουν να κάνουν με τις συνθήκες εργασίας και τις εγκαταστάσεις που αφορούν τα τετραγωνικά της επιχείρησης, ώστε να διαπιστωθεί το αν πραγματικά μπορεί να δημιουργηθεί ένας απομονωμένος χώρος καπνιστών με δική του είσοδο. Από την άλλη, στον χώρο αυτό απαγορεύεται και η είσοδος στους εργαζόμενους αφού τα μέλη θα εξυπηρετούνται με τη διαδικασία του «self service». Μάλιστα, υπάρχει και η οργάνωση ΠΑΣΚΕΔΙ, που διαθέτει νομικό τμήμα και συμβουλεύει τους καταστηματαρχές οι οποίοι θέλουν να δημιουργήσουν λέσχη, ώστε να ξεφύγουν από οτιδήποτε τους περιόριζε ο νόμος του υπουργού Κικιλιά και οι πελάτες τους να απολαμβάνουν το τσιγάρο.

Όπως περιγράφει στην «ΜΠΑΜ» ο Πρόεδρος της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Εστιάτορικών και Συναφών Επαγγελματιών Γιώργος Καβάθης, η λέσχη καπνιστών αναφέρεται σε κλαμπ, και εντός του συγκεκριμένου χώρου δεν θα λειτουργεί κατάστημα υγειονομικού ενδιαφέροντος. Πρόκειται για κλειστό χώρο μόνο για μέλη, που θα εξυπηρετούνται μόνοι τους, χωρίς

προσωπικό. Ο νόμος προστατεύει τους εργαζόμενους γι' αυτό μοιράζουν μεταξύ τους κάρτες μέλους και πληρώνουν οι ίδιοι τα έξοδα του χώρου. Υπάρχουν και περιπτώσεις που μετατρέπουν εξωτερικούς χώρους εκτός καταστήματος. Και σε αυτή την περίπτωση ισχύει το ίδιο.

Σύμφωνα με τον κ. Καβάθη, έχουν ήδη έρθει στον σύνδεσμο πολλές μηνύσεις από δήμους. «Δεν υπάρχει καμία πιθανότητα να λειτουργήσει σύμφωνα με τη νομοθεσία λέσχη καπνιστών. Δικηγόροι ή φορείς αναλαμβάνουν να τρέξουν καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος για να κερδίσουν εις βάρος του κράτους».

Η πρώτη λέσχη καπνιστών στην Κομοτηνή

Στην Κομοτηνή, σε ένα εντυπωσιακό και ιστορικό κτίριο λειτουργεί από το 2015 η «Λέσχη Καπνιστών – The Smokers Club», με σκοπό την προσοπισση του δικαιώματος των καπνιστών πολιτών. Τα μέλη της λέσχης ξεπερνούν τα 2.500. Όταν ψηφίστηκε για πρώτη φορά ο αντικαπνιστικός νόμος, ο ιδιοκτήτης για να καταφέρει να δημιουργήσει την λέσχη συνεργάστηκε με δικηγόρους από την Ευρώπη και την

Αμερική, όπου λειτουργούν νόμιμα αντίστοιχες λέσχες.

Αρχές Φεβρουαρίου αναμένεται να λειτουργήσει καπνιστική λέσχη σε καφενείο της πόλης Λάρισας, όπου θα υπάρχουν περίπου 25 τετραγωνικά αυτόνομου χώρου για καπνιστές. Από την πλευρά της η δικηγόρος Εφη Λακμέτα, που έχει αναλάβει τη διαδικασία μετατροπής του καταστήματος, ισχυρίζεται πως το «κλειδί» για να δημιουργηθεί η καπνιστική λέσχη είναι «να μετατρέψουν το δημόσιο χώρο σε ιδιωτικό». Έτσι, ανάλογα με την δυνατότητα του καταστήματος μπορεί να δημιουργηθεί ένας ιδιωτικός χώρος ο οποίος θα είναι εντελώς απομονωμένος, με δική του είσοδο, που θα εξυπηρετεί τους καπνιστές.

Ο Γιώργος Λακμάς, ιδιοκτήτης του καφενειού, δικαιολογεί την απόφασή του να μετατρέψει χώρο του καφενειού σε καπνιστική λέσχη. «Έπρεπε να σεβαστώ τους πελάτες που έχω χρόνια στο μαγαζί. Δεν μπορούν να μην καπνίσουν. Από την άλλη είδαμε μείωση στην πελατεία. Είχαμε μείωση τζιρου έως 40%. Έτσι ξεκίνησα τη διαδικασία για τη δημιουργία της καπνιστικής λέσχης», αναφέρει ο καταστηματαρχής.

Η ΕΘΝΙΚΗ ΑΡΧΗ ΔΙΑΦΑΝΕΙΑΣ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΕΙ

Κλείνει τα «παραθυράκια» στον αντικαπνιστικό νόμο η Εθνική Αρχή Διαφάνειας Βάζοντας φρένο στη δημιουργία λεσχών για καπνιστές. Απαντώντας σε δημοσιεύματα και καταγγελίες πολιτών για απειρεσ καταστρατήγηση του πλαισίου νόμιμης ίδρυσης, αδειοδότησης και λειτουργίας καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, η Εθνική Αρχή Διαφάνειας προειδοποιεί τους καταστηματαρχές σε περίπτωση που καταπατήσουν τον νόμο και ανοίξουν λέσχες καπνιστών. Σε ανακάλυψη της ξεκαθαρίζει ότι αυτό είναι παράνομο και θα υπάρξουν έλεγχοι. «Η νομοθεσία

κατά του καπνίσματος είναι απόλυτα σαφής. Οποιαδήποτε απόπειρα συγκάλυψης της λειτουργίας καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος υπό τον μανδύα καινοφανών νομικών μορφωμάτων, με αποκλειστικό σκοπό την καταστρατήγηση της αντικαπνιστικής νομοθεσίας, της φορολογικής νομοθεσίας και των εργατικών και υγειονομικών διατάξεων, θα επιφέρει τον κατά προτεραιότητα ενδελεχή και συνολικό έλεγχο όλων των προϋποθέσεων και συνθηκών ίδρυσης, αδειοδότησης και λειτουργίας τους», αναφέρει χαρακτηριστικά ο Διοικητής της Αρχής, Άγγελος Μήνιης.



«Ευχαριστούμε, τώρα μόλις σώσατε μία ζωή»

Η διαρκής προσπάθεια του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας για να αυξηθούν οι εθελοντές αιμοδότες και το σουηδικό μοντέλο

Της ΠΕΝΝΥΣ ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ

Τη Δευτέρα, στην αίθουσα πολλοπλών χρήσεων του μετρό στον σταθμό του Συντάγματος, το προσωπικό του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας συνέλεξε περίπου 100 μονάδες αίματος από εθελοντές αιμοδότες. Η συγκεκριμένη δράση ήταν η πέμπτη που γίνεται στο πλαίσιο του προγράμματος «4 Εποχές της Αιμοδοσίας», το οποίο φαινόταν να έχει αποκτήσει το δικό του «κοινό»: νέους ανθρώπους που ήρθαν για πρώτη φορά σε επαφή με τον κόσμο της εθελοντικής αιμοδοσίας, αλλά και παλαιούς «γνώριμους» εθελοντές.

Οι μονάδες αίματος που συλλέχθηκαν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης δράσης είναι μια μικρή «ανάσα» για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών σε μια περίοδο που, λόγω γρίπης και εορτών, διαχρονικά καταγράφονται ελλείψεις αίματος. «Το δίμηνο Ιανουαρίου - Φεβρουαρίου είναι πάντα δύσκολο για την αιμοδοσία», σημειώνει στην «Κ» η πρόεδρος του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας (ΕΚΕΑ) Χάρης Ματσούκα και εξηγεί: «Από τη μια είναι οι αργίες των Χριστουγέννων, που έχουν ως αποτέλεσμα να μειώνεται η προσέλευση αιμοδοτών στις υπηρεσίες, και από την άλλη η επιδημία γρίπης, που εκ των πραγμάτων αποκλείει από την αιμοδοσία όσους νοσούν».

Κάθε χρόνο αυτή την εποχή, σύλλογοι ασθενών απευθύνουν εκκλήσεις για αίμα σε φίλους, συγγενείς και στο ευρύ κοινό. Μόλις την περασμένη Τετάρτη, ο Πανελληνίος Σύλλογος Πασαπόντων από

Μεσογειακή Αναιμία απύθνητη πρόσκληση για προσφορά αίματος για τις ανάγκες των μεταγγιζόμενων στο «Αγία Σοφία». Συχνές και οι εκκλήσεις του ΕΚΕΑ στους εθελοντές αιμοδότες μέσω μηνυμάτων sms. «Κάποιος μπορεί να το θεωρούν πίεση», σημειώνει η κ. Ματσούκα, η οποία τονίζει ότι η συγκεκριμένη υπηρεσία μπορεί να αποτελέσει ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για να περάσει ένα ισχυρό μήνυμα υπέρ της αιμοδοσίας.

«Εχουμε ακόμα και καταγγελίες από συγγενείς ασθενών που τελικά κατέληξαν και οι οποίοι συνεχίζουν να λαμβάνουν οκλήσεις ότι χρωστούν αίμα!».

Χαρακτηριστικό παράδειγμα-πρότυπο για το ΕΚΕΑ είναι αυτό της Σουηδίας, όπου ο εθελοντής αιμοδότης λαμβάνει sms στο κινητό του «Ευχαριστούμε. Τώρα μόλις σώσατε μία ζωή» κάθε φορά που αίμα το οποίο ο ίδιος πρόσφερε μεταγγίζεται σε ασθενή.

Αν και μακριά ακόμη από τον στόχο της αποκλειστικής κάλυψης των αναγκών της χώρας σε αίμα από τακτικούς εθελοντές, το σχετικό ποσοστό συνεχώς αυξάνει τα τελευταία χρόνια. Το 2018, περισσότερες από εξήμισι δεκάδες μονάδες αίματος που χρησιμοποιήθηκαν στη χώρα προέρχονταν από εθελοντές αιμοδότες, όταν το 2010

Οι ανάγκες αίματος στην Ελλάδα

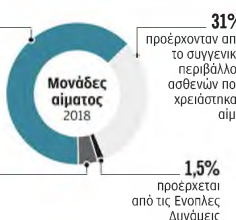
580.000 μονάδες αίματος συλλέγονται κάθε χρόνο στην Ελλάδα

700 μονάδες αίματος χρειάζονται σε καθημερινή βάση τα νοσοκομεία της Αττικής

63% των μονάδων αίματος που χρησιμοποιήθηκαν το 2018 προέρχονταν από εθελοντές αιμοδότες

45% εισάγονται από τον Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό

320.000 υπολογίζονται οι εθελοντές αιμοδότες



Η ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟ...

96 τμήματα αιμοδοσίας που υπάρχουν στη χώρα μας

4 Κέντρα φρολογικού και μοριακού ελέγχου του αίματος

- 1 ΕΚΕΑ
- 2 Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
- 3 Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Πλου
- 4 Βενιζέλιο νοσοκομείο Ηρακλείου

Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

ήταν στο 50%. Σύμφωνα με την κ. Ματσούκα, τα τελευταία χρόνια σταθερά η Ελλάδα συλλέγει 550.000-580.000 μονάδες αίματος, εκ των οποίων πέτυχε το 63% προέρχονταν από εθελοντές αιμοδότες, το 1,5% από τις Ένοπλες Δυνάμεις, το 4,5% από τον Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό και το 31% από το συγγενικό περιβάλλον ασθενών που χρειάζονται αίμα.

Η στρέβλωση

«Πρόκειται για μια στρέβλωση του συστήματος», επισημαίνει η πρόεδρος του ΕΚΕΑ, σχολιάζοντας το πρωτοφανές για την Ευρώπη φαινόμενο της αναγκαστικής αι-

μοδοσίας από συγγενείς ασθενών. Εδώ και 40 χρόνια, με την κατάργηση της αμειβόμενης αιμοδοσίας, έχει κυριαρχήσει η νοοτροπία ότι οι ασθενείς «χρωστούν» το αίμα που θα χρησιμοποιήσουν. «Πόσες φορές το προσωπικό λέει σε ασθενείς ότι δεν θα προγραμματιστεί το χειρουργείο εάν δεν διασφαλιστεί αίμα από συγγενείς αιμοδότες; Εχουμε ακόμα και καταγγελίες από συγγενείς ασθενών που τελικά κατέληξαν και οι οποίοι συνεχίζουν να λαμβάνουν οκλήσεις ότι χρωστούν αίμα!» αναφέρει χαρακτηριστικά η κ. Ματσούκα.

«Πρέπει κάποια στιγμή να βρούμε το θάρρος να πούμε ότι σταμα-

τάμε να ζητάμε αίμα», σημειώνει η ίδια. «Αυτό μπορεί να γίνει μόνο με συνεχή παρακίνηση του πληθυσμού για εθελοντική αιμοδοσία αλλά και με στρατηγική, ώστε όσοι ανταποκριθούν να παραμείνουν εθελοντές και να προσφέρουν σε τακτική βάση». Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι αυτή τη στιγμή υπάρχουν 320.000 εθελοντές. Πολλοί από αυτούς είναι αιμοδότες πρώτης φοράς, που σημαίνει ότι δεν είναι σίγουρο πως θα γίνουν και συστηματικοί εθελοντές δότες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι, για να έχει μια χώρα επάρκεια σε αίμα, θα πρέπει το 3% του πληθυσμού της να προσφέρει

αίμα σε τακτική βάση. Αυτό σημαίνει ότι και η Ελλάδα θα μπορούσε να έχει επάρκεια αίματος εάν όλοι οι εθελοντές ήταν «ενεργοί» και πρόσφεραν αίμα 1,5 με 2 φορές τον χρόνο.

«Απαιτούνται συνεχείς προσπάθειες από πλευράς αρμοδίων οργάνων για να κρατήσουν εντός του συστήματος όσους έδειξαν ευαισθησία και πρόσφεραν αίμα. Οι έκτακτες εκκλήσεις πάντα προσελκύουν τους πολίτες. Το θέμα είναι πώς αυτοί θα προσφέρουν σε τακτικά χρονικά διαστήματα», τονίζει η κ. Ματσούκα. Στο πλαίσιο αυτό, το ΕΚΕΑ έχει ήδη ξεκινήσει από τα μέσα Δεκεμβρίου τη λειτουργία σταθερής αιθουσας αιμοληψίας στο Αιγάλεω (λεωφόρος Σταβών 314, εντός του γηπέδου «Σταύρος Μαυροθαλασσίτης»), σε μια προσπάθεια να αποσυνδεθεί η αιμοδοσία από το νοσοκομειακό περιβάλλον και τους κακούς συνειρμούς που αυτό δημιουργεί. Έχει δρομολογηθεί η λειτουργία άλλων τριών σταθερών αιθουσών στο Λεκανοπέδιο (Αμπελόκηποι, οδός Σταδίου και Καλλιθέα). Ο στόχος είναι, σε συνδυασμό με τις κινητές μονάδες αιμοληψίας, να συλλέγονται καθημερινά 700 μονάδες αίματος, που είναι και οι ημερήσιες ανάγκες των νοσοκομείων στην Αττική. Στη διάδοση του μηνύματος αποσκοπεί και το Κύπελλο Εθελοντικής Αιμοδοσίας που διοργανώνει φέτος η Ένωση Σωματείων Καλαθοσφαίρισης Αττικής σε συνεργασία με το ΕΚΕΑ. Σωματεία μπάζετ θα ανταγωνισθούν προσφέροντας αίμα και στο τέλος του έτους θα ανακηρυχθεί η ομάδα με τη μεγαλύτερη προσφορά.



Οι εξουθενωμένοι γιατροί και η «αμυντική» ιατρική

Του ΔΗΜΗΤΡΗ ΛΙΝΟΥ*

Η εξουθένωση (burnout) των γιατρών αναγνωρίζεται τελευταία ως ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα για τη **δημόσια υγεία**. Όπως αναφέρεται σε ένα πρόσφατο άρθρο στο έγκυρο Lancet, το 80% των γιατρών στην Αγγλία είναι σε πολύ υψηλό κίνδυνο για το σύνδρομο αυτό που επιδρά όχι μόνο στην προσωπική τους ζωή αλλά απειλεί και τη ζωή και ασφάλεια των ασθενών.

Ένα δημοσίευμα της αγγλικής εφημερίδας «Τέλεγκραφ» με τίτλο «Ο φόβος της μίνισης καταστρέφει τη σύγχρονη ιατρική» αποκάλυψε το κύριο αίτιο του προβλήματος που κρύβεται εδώ και πολλά χρόνια «κάτω από το χαλί» από τους ίδιους τους γιατρούς. Αυτή η πραγματικότητα περιγράφεται δειλά δειλά και σε πρόσφατες επιστημονικές δημοσιεύσεις με στατιστικά στοιχεία εντυπωσιακά. Πάνω από 83% των χειρουργών σε τρία από τα καλύτερα **νοσοκομεία** της Αμερικής ανέφεραν σοβαρό «ψυχολογικό βάρος» που περιγράφεται ως μεγάλη λύπη, ενοχή, ντροπή, άγχος, θυμό, έπειτα από χειρουργικές επιπλοκές. Σε μια άλλη μελέτη, 7.164 μέλη του αμερικανικού κολεγίου χειρουργών, που αποτελούν κατά τεκμήριο τους καλύτερους από τους χειρουργούς στην Αμερική, είχαν δικαστική εμπλοκή με βαθύτατες προσωπικές επιπλοκές στη ζωή τους. Η εξουθένωση, η κατάθλιψη, οι σοβαρές σκέψεις για αυτοκτονία ακολούθησαν τη μήνυση που έγινε εις βάρος τους. Το πιο χαρακτηριστικό εύρημα αυτών των μελετών είναι ότι ο γιατρός που έχει καταγορηθεί για ιατρικό λάθος ή αμέλεια ζει τον πόνο του εντελώς μόνος του. Κανείς φίλος ή συγγενής ακόμη και η/ο σύντροφός του δεν μπορεί να καταλάβει το δράμα του. «Κρύβουμε τη λύπη μας, υποφέρουμε στη σιωπή», αναφέρουν χαρακτηριστικά.

Το αν έχει ψυχολογικό πρόβλημα ή όχι ο χειρουργός δεν θα είχε σημασία για την υπόλοιπη κοινωνία αν δεν ήταν αποδεδειγμένο ότι ο γιατρός αυτός –το «δευτερο θύμα» όπως περιγράφεται– γίνεται πλέον ένας χειρότερος γιατρός για τους επόμενους ασθενείς του, ένας κακός γιατρός για το δημόσιο σύστημα υγείας. Μετά την εμπειρία της άδικης πολλές φορές εμπλοκής του σε μία πολυετή δικαστική διαμάχη για μία επιπλοκή που μπορεί και να μην οφείλεται σε δικό του λάθος, σταματάει να εφαρμόζει τους λογικούς και ηθικούς κανόνες της ιατρικής που χρόνια εφάρμοζε με επιτυχία και ενστερνίζεται την «αμυντική» ιατρική. Η



Μεταξύ των μέτρων που μπορούν να ληφθούν στη χώρα μας είναι η θεσμοθέτηση «Ανώτατης Συμβουλευτικής Επιτροπής» για την κατ' αρχάς διερεύνηση κάθε υπόθεσης «ιατρικού λάθους».

Στην Ελλάδα το πρόβλημα των δικαστικών αγωγών με κάθε ευκαιρία πραγματικού ή υποτιθέμενου ιατρικού λάθους έχει γίνει «της μόδας».

παιλιότερα «ηρωική» του πολύωρη προσπάθεια να αφαιρέσει τον καρκίνο, μετατρέπεται στη σύντομη βιοψία και «κλείσιμο» του ασθενούς με διάγνωση «ανεγχείρητο». Η αξονική και μαγνητική τομογραφία και ίσως PET scan μαζί με δεκάδες εξετάσεις αίματος ώστε να είναι «νομικά» κατοχυρωμένος αποτελούν τη νέα διαγνωστική του προσέγγιση. Το κόστος της «αμυντικής» ιατρικής είναι τεράστιο για τον κάθε μελλοντικό ασθενή, για τον κρατικό προϋπολογισμό, για την πρόοδο της ιατρικής.

Στην Ελλάδα, το πρόβλημα των δικαστικών αγωγών με κάθε ευκαιρία πραγματικού ή υποτιθέμενου ιατρικού λάθους έχει γίνει «της μόδας». Σιωπλά η «αμυντική» ιατρική εφαρμόζεται πλέον από τους περισσότερους γιατρούς ακόμη και από τους καλύτερους, τους πιο έμπειρους, τους «δασκάλους», μια και αυτοί αποτελούν κατεξοχήν στόχο για μεγάλα οικονομικά οφέλη από μία πιθανή δικαστική καταδίκη.

Στη Νέα Ζηλανδία, το υπαρκτό

και εκεί πρόβλημα έχει αντιμετωπιστεί με την πλήρη προστασία των γιατρών από δικαστικές εμπλοκές. Το κράτος μέσω ειδικού Οργανισμού αναλαμβάνει την οικονομική στήριξη του ασθενούς που υπέστη ζημιά από ιατρικό λάθος ή επιπλοκή ιατρικής θεραπείας. Σε άλλες χώρες γίνονται σοβαρές νομοθετικές προσπάθειες να περιοριστεί η έκταση του προβλήματος που τελικά επηρεάζει όχι μόνο το ιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό αλλά κυρίως τους πολίτες και την οικονομία της χώρας.

Στην Ελλάδα, η πολιτεία σε συνεργασία με τον Πανελλήνιο **Ιατρικό Σύλλογο** και τις Ιατρικές Σχολές της χώρας θα μπορούσαν άμεσα:

1. Να θεσμοθετήσουν «Ανώτατη Συμβουλευτική Επιτροπή» για την κατ' αρχάς διερεύνηση κάθε υπόθεσης «ιατρικού λάθους». Η επιτροπή αυτή θα απαρτίζεται από έγκυρους ακαδημαϊκούς και διευθυντές **νοσοκομείων** από την Ελλάδα και το εξωτερικό εγνωσμένου κύρους και αποδοχής από το ιατρικό σώμα. Η γνώμη της συμβουλευτικής αυτής επιτροπής να λαμβάνεται ουσιαστικά υπόψη από τους εκάστοτε δικαστές.

2. Να καταργήσουν το σημερινό όριο των πέντε ετών για την αστική δίωξη των ιατρών και να γίνει προσαρμογή του σύμφωνα με τα ισχύοντα για την αστική δίωξη των δικηγόρων. Η κατάργηση της πενταετίας θα μειώσει

δραματικά τις αγωγές με αμφισβητήσιμες ενδείξεις υπαιτιότητας του γιατρού.

3. Να ενεργοποιήσουν και ενισχύσουν θεσμικά τα πειθαρχικά συμβούλια των μεγάλων ιατρικών συλλόγων της χώρας με επιπλέον στελέχωσή τους με προσωπικότητες κοινής αποδοχής. Οι προτάσεις τους θα είναι δύσκολο να αμφισβητηθούν και οι πειθαρχικές τιμωρίες στους υπεύθυνους επανελημμένων ιατρικών λαθών θα υλοποιούνται άμεσα.

4. Να θεσμοθετήσουν έναν μηχανισμό στήριξης των γιατρών που ξαφνικά πρωταγωνιστούν σε μία ιατρική «καταστροφή» είτε είναι από επιπλοκή είτε είναι από λάθος. Στον μηχανισμό αυτό θα συμμετέχουν εθελοντικοί έγκριτοι συνάδελφοί τους έπειτα από σύντομη σχετική με το αντικείμενο εκπαίδευσή τους.

Τέλος, η στενόχωρη αλλά πραγματικά αλήθεια που κρατιέται ως «μυστικό» από τους γιατρούς σε όλο τον κόσμο, πρέπει σιγά σιγά να αναδειχθεί και να συζητηθεί με την κοινωνία, τις διοικήσεις των **νοσοκομείων**, τις ασφαλιστικές εταιρείες, το δικαστικό σώμα, τον δικηγόρικό σύλλογο. Ένας εξουθενωμένος γιατρός είναι ένας κακός γιατρός για τον επόμενο ασθενή του και για το δημόσιο σύστημα υγείας.

* Ο κ. Δημήτρης Λίνος είναι καθηγητής Χειρουργικής στο ΕΚΠΑ, Past Governor American College of Surgeons.



ΙΑ ΕΕΣ

Του ΧΑΡΙΔΗΜΟΥ Κ. ΤΣΟΥΚΑ*

Το μοτίβο της αναξιοκρατίας στα νοσοκομεία

Καταλαβούμε καλύτερα κάτι όταν δούμε τη μεγάλη εικόνα στην οποία εντάσσεται. Στην κοινωνική ζωή, τουλάχιστον, μια συμπεριφορά αποκτά νόημα αν ιδωθεί ως κίνηση σε ένα ευρύτερο «παιχνίδι». Ο καβγάς σε ένα ζευγάρι λ.χ. γίνεται περισσότερο κατανοητός αν τεθεί στο διαχρονικό πλαίσιο επικοινωνίας του ζευγαριού (π.χ. συστηματικοί καβγάδες), όπως ένα περιστατικό πανεπιστημιακής κατάληψης κατανοείται καλύτερα αν το αντιληφθούμε στο αντίστοιχο πλαίσιο του (π.χ. συστηματικές καταλήψεις). Η θέαση της μεγάλης εικόνας αποφέρει γνώση που δεν είναι προστιπτή στο επίπεδο της μεμονωμένης συμπεριφοράς.

Αν, λοιπόν, δούμε τους πρόσφατους διορισμούς νέων διοικήσεων στα νοσοκομεία από τον υπουργό Υγείας κ. Κικιλία, τι παρατηρούμε; Σε πρώτο επίπεδο, μια προσχηματική διαδικασία αξιολόγησης, η οποία απέφερε αναξιοκρατικούς διορισμούς. Ο υπουργός Γεωργίας κ. Βορίδης ήταν ωμός: «Και ποιους να βάζαμε; Τους ξένους;». Σε ένα δεύτερο επίπεδο, διαπιστώνουμε τη διαίωξη ενός διαχρονικού μοτίβου – του κομματισμού. Είναι θλιβερά διαφωτιστικό να συγκρίνει κανείς την κριτική που ασκήθηκε σε παρόμοιες επιλογές στο παρελθόν με αυτή που ασκείται σήμερα. Η φρασεολογία είναι πανομοιότυπη.

Όπως και σήμερα, ειδήμονες επέκριναν την κυβέρνηση Παπανδρέου, το 2010, για τον διορισμό «κτνιατρών, ηθοποιών, γεωλόγων, εκπαιδευτικών κ.λπ.», μέσω της διαδικασίας (δύ-θεν) open gov, στη διοίκηση νοσοκομείων. Όπως και σήμερα, μετά την ανάληψη της κυβέρνησης Μητσοτάκη, αρθρογράφοι είχαν προτρέψει, το 2012, τη νέα τότε κυβέρνηση Σαμαρά να αποφυγή τους «κομματικούς στρατούς» στη διοίκηση νοσοκομείων. Αγνοήθηκαν. Η ανεξάρτητη από το όποιο κομματισμού είναι δύσκολη.

«Ακρασία»

Το διαχρονικό μοτίβο δεν αποπνέει μόνο παλααιοκομματική δυσσομία. Ο προσεκτικός παρατηρητής βλέπει και κάτι άλλο: τη χρόνια αμφιθυμία του πολιτικού συστήματος έναντι της επαγγελματικής διοίκησης νοσοκομείων. Δεν είναι ότι οι περισσότεροι πολιτικοί μας πιστεύουν ότι η διοίκηση νοσοκομείων είναι αμιγώς πολιτική υπόθεση. Όχι, ως «μοντέρνοι» που λένε ότι είναι, διακρίνουν συνήθως την ανάγκη της επαγγελματικής διοίκησης, αλλά δρουν με γνώμονα τις κομματοκρατικές αξίες που έχουν εμπεδώσει. Υπόφε-



Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα απορροφούν το 42% των δαπανών υγείας, όταν ο μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι 30%.

Στο ίδιο έργο θεατές: Η αμφιθυμία του πολιτικού συστήματος έναντι της επαγγελματικής διοίκησης νοσοκομείων είναι χρόνια.

ρουν από «ακρασία»: γνωρίζουν το σωστό αλλά αδυνατούν να το υλοποιήσουν.

Δείτε τη μεγάλη εικόνα από το 1983, έτος ίδρύσεως του ΕΣΥ, όπως την περιγράφει εμπειριστά το μελέτη της κ. Γεωργίας Οικονομοπούλου «Η διακυβέρνηση των ελληνικών νοσοκομείων» (Ελληνική Εταιρία Management Υπηρεσιών Υγείας - ΕΕΜΥΥ, Αθήνα, 2016).

Αν και στον αστερισμό του «εκδημοκρατισμού» της εποχής, ο νομοθέτης το 1983 αντιλαμβάνονταν ότι η διοίκηση νοσοκομείων απαιτούσε τεχνοκρατική επάρκεια. Εδώσε, λοιπόν, τη δυνατότητα σύστασης θέσεων συντονιστή, ο οποίος θα ήταν διοικητικός προϊστάμενος όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Το συναφές Προεδρικό Διάταγμα, φευ, δεν συμπεριέλαβε τη θέση αυτή. Αν και συστάθηκαν 57 θέσεις συντονιστή, προκηρύχθηκαν οι 8, αλλά οι θέσεις έμειναν κενές. Το 1992, η θέση του συντονιστή μεταλλάχθηκε σε θέση γενικού διευθυντή. Ορίστηκαν οι αρμοδιότητες και προκηρύχθηκαν 29 θέσεις. Ο διορισμός τους δεν έγινε ποτέ. Το 1997, διευρύνονται οι αρμοδιότητες των γενικών διευθυντών, προβλέπεται εμπλοκή του ΑΣΕΠ στη διαδικασία επιλογής, προκηρύσσονται 30 θέσεις, γίνεται η επιλογή, ουδείς διορίζεται. Το 1999, τον γενικό διευθυντή διαδέχεται ο πρόεδρος, τον οποίο θα επέλεγε ειδικό υπηρεσιακό συμβούλιο. Προκηρύχθηκαν 13 θέσεις. Ουδείς πληρώθηκε.

Το 2001 έγινε η πρώτη σοβαρή προσπάθεια διοικητικού εκσυ-

χρονισμού των νοσοκομείων επί υπουργίας Α. Παπαδόπουλου. Διορίστηκαν διοικητές, έπειτα από επιλογή ειδικής επιτροπής αξιολόγησης. «Αν και το κομματικό κριτήριο δεν εξέλιπε, πάντως ούτε κυριάρχησε πλήρως», σημειώνει η κ. Οικονομοπούλου. Για πρώτη φορά εμφανίστηκαν τα «συμβόλαια αποδοτικότητας», «επιχειρησιακά σχέδια», και το συναφές διοικητικό λεξιλόγιο. Από μόνη της, όμως, η αλλαγή ήταν ανεπαρκής – έλειπαν τα κατάλληλα διοικητικά εργαλεία (λογιστικά συστήματα, κίνητρα, κ.λπ.). Ακόμα και η λειψή αυτή μεταρρύθμιση υπονομεύθηκε. Δεδομένου ότι επετράπη η απόσπαση των διοικητών οπουδήποτε στην επικράτεια, αν και τα στελέχη αυτά είχαν θέσει υποψηφιότητα σε συγκεκριμένη υγειονομική περιφέρεια, αρκετοί ωθήθηκαν σε παραιτήση.

Το 2004, η κυβέρνηση Καραμανλή τερμάτισε τη θητεία των υπηρετούντων διοικητών και νομοθέτησε τον απ' ευθείας διορισμό νέων με υπουργική απόφαση. Επί υπουργίας Ν. Κακλαμάνη, η θητεία τους έγινε διετής και μπορούσε να λήξει οποτεδήποτε (χωρίς αποζημίωση) με σατραπική απόφαση του υπουργού, τα συμβόλαια αποδοτικότητας αγνοήθηκαν και, γενικότερα, «υπήρχε πλήρης επαναφορά της απροσχημάτιστης κομματικής διακυβέρνησης των νοσοκομείων», όπως παρατηρεί η κ. Οικονομοπούλου.

Το 2012, επί κυβερνήσεως Σαμαρά, επανήλθε σε ισχύ η διαδικασία επιλογής διοικητών από ειδική επιτροπή. Ο υπουργός Υγείας κ. Λυκουρέντζος, αντί να υλοποιήσει εμπρόθεσμα τις ισχύουσες διατάξεις, συνέχισε την πρακτική διορισμών κατά την κρίση του. Κατέθεσε, μάλιστα, τροπολογία προκειμένου να μπορεί να διοριστεί ο ίδιος διοικητές ακόμα και άτομα χωρίς πανεπιστημιακό τίτλο! Ο διορισμός διοικητών, αργότερα, κα-

τόπην δόθηκαν αξιοκρατικής διαδικασίας, επικρίθηκε ευρύτατα. Ο πρόεδρος της ΕΕΜΥΥ κ. Στάθης σπλιτέυσε τότε τον εμπαιγμό ειδικών που διαθέτουν προσόντα, ενώ «παράδονται οι νοσοκομειακοί προϋπολογισμοί σε κομματικούς παράγοντες με πιεχία θεολογίας, δασοπονίας και σωματικής αγωγής [...]».

Ιδεολογικά κριτήρια

Το 2015, επί ΣΥΡΙΖΑ, επαναλήφθηκε το ίδιο σενάριο: οι πλείστοι υπηρετούντες διοικητές απολύθηκαν, η διαδικασία επιλογής κανονίστην επικρίθηκε ως προσηματική, ενώ ο τότε υπουργός Υγείας κ. Ξανθός ιδεολογικοποίησε τις επιλογές, δηλώνοντας ότι «είναι δικαίωμα και υποχρέωση της κυβέρνησης να επιλέξει ανθρώπους που μπορούν να στερήσουν το πολιτικό τους σχέδιο στην υγεία».

Εδώ είμαστε σήμερα, στο ίδιο έργο θεατές. Η χώρα χρεοκόπησε, προσπάθει να ορθοποδήσει, αλλά η βαθιά δομή λειτουργίας του ελληνικού κράτους παραμένει ανέπαφη. Η κυβερνητική αμφιθυμία έναντι της επαγγελματικής διοίκησης των νοσοκομείων διατηρείται. Η μετατροπή των νοσοκομείων σε μη κερδοσκοπικά ΝΠΙΔ, όπως έχει προταθεί από όλους τους ειδικούς, εγχώριους και ξένους, δεν προωθείται. Σύγχρονα επιχειρησιακά εργαλεία (π.χ. λογιστικά, πληροφοριακά) δεν χρησιμοποιούνται, ισολογισμοί δημοσιεύονται κατά το δοκούν, η στατιάλη συνεχίζεται (τα νοσοκομεία απορροφούν το 42% των δαπανών υγείας, όταν ο μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι 30%), ασθενής και επαγγελματίες υγείας είναι δυσαρστημένοι. Υπουργός Υγείας είναι, όπως τόσες φορές στο παρελθόν, μια πολιτικάντικη φιγούρα. Διπροσωπία, στασιμότητα, απελπισία.

* Ο κ. Χαρίδημος Κ. Τσοκάς (www.htsoukas.com) είναι καθηγητής στα Πανεπιστήμια Κύπρου και Warwick.

Πηγή: ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ Σελ.: 25 Ημερομηνία έκδοσης: 19-01-2020
 Επιφάνεια: 978.41 cm² Αρθρογράφος: Κυκλοφορία: 14860
 Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



Πρώτοι σε θανάτους από ρύπους στην Ε.Ε.

Το σύγχρονο νέφος των εξαιρετικά μικροσκοπικών σωματιδίων έχει δυναμώσει στην Ελλάδα της κρίσης λόγω καύσης ξύλου

Του ΓΙΑΝΝΗ ΕΛΛΑΦΡΟΥ

Στο περιθώριο της πολιτικής και κοινωνικής συζήτησης, αλλά στο επίκεντρο της ζωής μας (και της αναπνοής μας), η ατμοσφαιρική ρύπανση συνεχίζει να κόβει χρόνια από τον πληθυσμό και να υποβαθμίζει τη **δημόσια υγεία** και το περιβάλλον. Όσο και αν παραμένει τις περισσότερες φορές αόρατο, το σύγχρονο νέφος των εξαιρετικά μικροσκοπικών (υπερλεπτών) σωματιδίων έχει δυναμώσει στην περίοδο της κρίσης από δύο παράγοντες: τη στροφή μεγάλου μέρους του πληθυσμού στην καύση ξύλου για να ζεσταθεί και τη μη ανανέωση των πολυκατοικιών, πύλων, αυτοκινήτων.

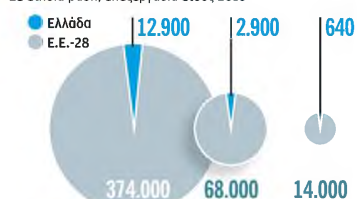
Το αποτέλεσμα είναι η Ελλάδα να παρουσιάζει σχεδόν διπλάσια αναλογία πρώων θανάτων αποδιδόμενων σε ατμοσφαιρικούς ρύπους, σε σχέση με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα στοιχεία μπορεί να εμφανίζονται με την ψυχρή γλώσσα της στατιστικής, αλλά είναι συγκλονιστικά, καθώς αφορούν ανθρώπινες ζωές που χάνονται άδικα και πολύ περισσότερες των οποίων η υγεία κλονίζεται.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την εκτίμηση του έγκυρου Ευρωπαϊκού Οργανισμού Περιβάλλοντος, 16.440 πρόωγοι θάνατοι στην Ελλάδα (το έτος 2016) αποδίδονται στην έκθεση σε υψηλές συγκεντρώσεις τριών βασικών ρύπων: των αιωρούμενων σωματιδίων με διάμετρο μικρότερη των 2,5 μικρών του μέτρου (PM2,5), πρακτικά μικρότερη διαμέτρου από μια τρίχα), του διοξειδίου του αζώτου (NO2) και του όζοντος (O3). Τα PM2,5 προκάλεσαν 12.500 πρόωγους θανάτους, αναλογία 1,196 ανά 1.000 κατοίκους, όταν ο μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι 0,73. Οι συγκεντρώσεις NO2 προκάλεσαν 2.900 θανάτους, αναλογία 0,26, έναντι 0,13 στην Ε.Ε. Το όζον 640 θανάτους, 0,06 στους 1.000 κατοίκους, ενώ στην Ε.Ε. 0,027. Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Περιβάλλοντος, στην τελευταία έκθεσή του (2019) δίνει μια αρνητική πρωτιά στην Ελλάδα: το 5,4% του πληθυσμού της κατοικεί σε περιοχές όπου παρουσιάζονται υπερβάσεις και των τριών προαναφερθέντων ρύπων (ακολουθεί η Ιταλία, με 3,3% του πληθυσμού της).

Μετά το 2012 και την απότομη μεγάλη αύξηση των τιμών στο πετρέλαιο θέρμανσης οι πολίτες της χώρας μετατράπηκαν σε πειραματόζωα ρύπανσης, μια κατάσταση που δυστυχώς δεν έχει ξεπερα-

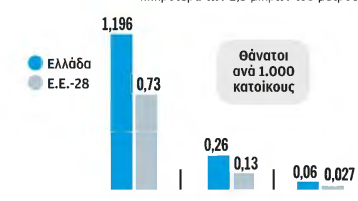
Ατμοσφαιρική ρύπανση

Πρόωγοι θάνατοι αποδιδόμενοι στην έκθεση σε ατμοσφαιρικούς ρύπους



Σε ετήσια βάση, επεξεργασία έτους 2016

*Μικρότερα των 2,5 μικρών του μέτρου



Ετη ζωής χαμένα αποδιδόμενα στους ρύπους (ανά 100.000 κατοίκους)



ΠΗΓΕΣ: Ευρωπαϊκός Οργανισμός Περιβάλλοντος, Πρώτα στοιχεία της πανελλαδικής ερευνητικής υποδομής ΠΑΝΑΚΕΙΑ, Εργαστήριο Περιβαλλοντικής Μηχανικής ΑΠΘ

Η ατμοσφαιρική ρύπανση συνεχίζει να κόβει χρόνια ζωής από τον πληθυσμό της Ελλάδας και να υποβαθμίζει τη **δημόσια υγεία**.

σεται ακόμα. Από τις 10 Δεκεμβρίου (και έως τις 10 Φεβρουαρίου) πραγματοποιείται η χειμερινή εκστρατεία μετρήσεων της πανελλαδικής ερευνητικής υποδομής ΠΑΝΑΚΕΙΑ, όπου συμμετέχουν πολλά πανεπιστήμια και ερευνητικά ιδρύματα. Οι πρώτες καταγραφές είναι συγκλονιστικές. «Στο λεκανοπέδιο βρήκαμε τοπικά μέγιστες συγκεντρώσεις ύψους 250-300 μg/m³ αιωρούμενων σωματιδίων PM2,5.

Τζάκια

Η χρήση του ανοικτού τύπου τζακιού συνεισφέρει στην αύξηση των αιωρούμενων σωματιδίων εντός της κατοικίας κατά περίπου:

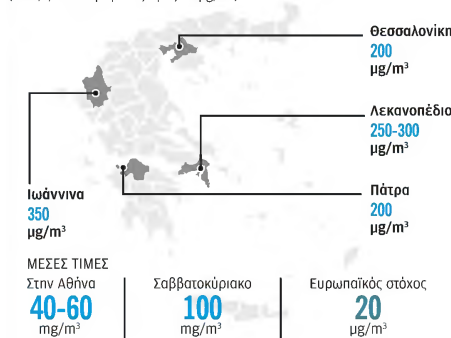
- 10-25 μg/m³ για τα PM1
- 12-30 μg/m³ για τα PM2,5
- 15-35 μg/m³ για τα PM10 χωρίς να αποκλείονται και ακόμα υψηλότερες τιμές, εάν ο καπνός, εάν ο καπνός, εάν ο καπνός αρχίσει να εισέρχεται στο σπίτι



Οι μέσες τιμές κυμαίνονται μεταξύ 40-60 μg/m³ και τα Σαββατοκύριακα φθάνουν τα 100. Σε Θεσσαλονίκη και Πάτρα οι μέγιστες τιμές φθάνουν τα 200 μg/m³, ενώ στα Γιάννενα απογειώνονται στα 350, δημιουργώντας μια αναπόφευκτη κατάσταση, λέει στην «Κ» ο κ. Αλέξανδρος Παπαγιάννης, καθηγητής στο ΕΜΠ και εκ των συντελεστών της ΠΑΝΑΚΕΙΑ. Ας σημειωθεί πως η Ε.Ε. έχει θέσει ως στόχο οι συγκεντρώσεις των PM2,5 να μην ξεπερνούν κατά μέσον όρο τα 25 μg/m³ σε ετήσια βάση.

Οι μετρήσεις της ΠΑΝΑΚΕΙΑ γίνονται με υπεροςύγχρονο εξοπλισμό, καταγράφοντας τα PM10, τα μικρότερα PM2,5 και τα μικροσκοπικά υπέρλεπτα PM1, που όμως είναι και τα πιο επικίνδυνα, καθώς όσο πιο μικρά είναι τα σωματίδια τόσο πιο βαθιά μπορούν να εισχωρήσουν στον ανθρώπινο οργανισμό. «Σε πολλές πόλεις, κυρίως της

Μεγάλες συγκεντρώσεις αιωρούμενων σωματιδίων (PM2,5, τοπικά μέγιστες τιμές σε μg/m³)



Συντελεστές εκπομπής αερολυμάτων (σε mg PM10 ανά MJ)

Εύλο	Μέση τιμή
Ανοικτό τζάκι	265
Ενεργειακό τζάκι	65
Ευλόσομπα	160
Καυστήρας ξύλων	180
Σόμπα πέλετ	35
Καυστήρας πέλετ	30

ΠΕΤΡΕΛΑΙΟ ΘΕΡΜΑΝΣΗΣ

Οικιακοί καυστήρες	1
ΦΥΣΙΚΟ ΑΕΡΙΟ	
Οικιακοί καυστήρες	0,35

περιφέρειας, η προέλευση των μικροσωματιδίων είναι κυρίως από καύση βιομάζας, κυρίως ξύλας. Στην Αθήνα, τα Σαββατοκύριακα ξεπερνάει το 60%. Οι συνέπειες για τη **δημόσια υγεία** είναι άμεσες. Τα σωματίδια, ειδικά τα PM2,5 και PM1, προκαλούν οξείδωση των κυττάρων και συνδέονται με καρδιογενέσεις».

Την εικόνα των σταθερά υψηλών επιπέδων ρύπανσης καταγράφει και το Εργαστήριο Περιβαλλοντικής Μηχανικής του ΑΠΘ, το οποίο προχωράει και σε ανάλυση της τοξικότητας των σωματιδίων ανάλογα με την προέλευσή τους. «Σύμφωνα με ενδεδειγμένη μελέτη του εργαστηρίου, η τοξικότητα των σωματιδίων που προέρχονται από καύση βιομάζας είναι αυξημένη συγκριτικά με όσα προέρχονται από άλλες πηγές, όπως οι μεταφορές. Επιπλέον, τα σωματίδια αυτά είναι μικρότερα σε αεροδυναμική

διάμετρο και διεισδύουν βαθύτερα στο αναπνευστικό, αυξάνοντας συνολικά την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα», λέει στην «Κ» ο κ. Δημοσθένης Σαρπηγιάννης, καθηγητής Περιβαλλοντικής Μηχανικής στο ΑΠΘ. Μεγάλη επιβάρυνση σε ρύπους έχει και το εσωτερικό σπιτίων όπου καινο τζάκια, χωρίς μάλιστα να προσφέρουν αξιοπρεπή θέρμανση.

Η μελέτη ανέδειξε ένα πολύ σημαντικό κοινωνικό εύρημα: «Συγκρίνοντας τις τιμές από τους δύο βασικότερους σταθμούς μετρήσεων στην περιοχή της Θεσσαλονίκης, υπολογίστηκε ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα είναι υψηλότερος στις περιοχές χαμηλότερου εισοδήματος, όπου και η χρήση βιομάζας για θέρμανση είναι πιο εκτεταμένη». Η δυτική Θεσσαλονίκη πλήττεται επιπλέον από ρύπανση προερχόμενη από βιομηχανικές δραστηριότητες.

Ο,τι μας βολεύει;

«Μετράμε λάθος πράγματα, γιατί θέλουμε να βγάλουμε αποτελέσματα που βολεύουν τη διατήρηση της τρέχουσας κατάστασης!». Η κριτική παρατήρηση του καθηγητή Περιβαλλοντικής Μηχανικής στο ΑΠΘ Δημοσθένη Σαρπηγιάννη έρχεται να ραγίσει μια υφιστάμενη βήτρινα και να θέσει ουσιαστικά ερωτήματα. Το μεγαλύτερο μέρος των δέκα μετρήσεων αέριων ρύπων αφορά διαστάσεις σωματιδίων μέχρι 10 μικρά (PM10), ενώ όσο πιο μικροσκοπικά, τόσο πιο επικίνδυνα είναι τα σωματίδια. «Οι εξαιρέσεις των αυτοκινήτων έχουν παγίδες και μηχανισμούς που κρατούν τα PM10 ή τα διασπών σε πολύ μικρότερα, σε λεπτά και υπέρλεπτα, ακόμη και σε νανοσωματίδια μικρότερα των PM1. Έτσι, φαίνεται να τηρούν το νομοθετημένο όριο και να περνούν τους **ελέγχους**, αλλά οι εξαιρέσεις βγάζουν επικίνδυνα καυσαέρια», λέει στην «Κ» ο καθηγητής. «Τα υπέρλεπτα σωματίδια εισχωρούν και στο αίμα, προκαλούν θρόμβους και εμφράγματα, συγκεντρώνονται στο ήπαρ προκαλώντας καρκινογενέσεις, μπορούν να διαπερνούν ακόμη και τον εγκέφαλο και φραγμό δημιουργώντας νευρολογικά προβλήματα», εξηγεί ο ίδιος. Στην Αθήνα, πάνω από το 70% των ρύπων διοξειδίων του αζώτου προέρχεται από τα σκήματα, σύμφωνα με το Κοινό **Κέντρο** Ερευνών (JRC) της Κομισιόν. Σε τέσσερις σταθμούς που βρίσκονται στο **κέντρο** της πόλης (Πατισίων, Αθηνών, Αριστοτέλους, Πειραιώς) σημειώθηκαν υπερβάσεις στις ετήσιες συγκεντρώσεις του NO2, σύμφωνα με το ΥΠΕΝ. Με βελτίωση των συνθηκών κυκλοφορίας στις πόλεις και με ενίσχυση των μέσων μαζικής μεταφοράς, μπορεί να σημειωθεί σημαντική μείωση των εκπομπών καυσαερίων.

Συναγερμός για την κλιματική αλλαγή

Πηγή:	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ	Σελ.: 45,60	Ημερομηνία έκδοσης:	19-01-2020
Επιφάνεια:	1662.74 cm ²	Αρθρογράφος:	Κυκλοφορία:	14860
Θέματα:	ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ			



ΘΕΜΑ

Συναγερμός για την κλιματική αλλαγή
Σελ. 16

Η ΑΠΕΙΛΗ

Η μέση θερμοκρασία του πλανήτη αυξάνεται με ανησυχητικά ταχείς ρυθμούς

Η ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ

Για σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις κάνουν λόγο οι αναλυτές

Η ΛΥΣΗ

Δρομολογούνται πράσινες επενδύσεις πολλών τρισ. ευρώ σε όλο τον κόσμο



Στο χειρουργείο για έκτρωση 16άχρονες στη Μαγνησία...

Πηγή: ΘΕΣΣΑΛΙΑ Σελ.: 10 Ημερομηνία έκδοσης: 19-01-2020
Επιφάνεια: 508.24 cm² Αρθρογράφος: Κυκλοφορία: 0
Θέματα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ



• ΠΑΝΩ ΑΠΟ 1.000 ΟΙ ΔΙΑΚΟΠΕΣ ΚΥΗΣΗΣ ΤΟ 2019

Στο χειρουργείο για έκτρωση 16χρονες στη Μαγνησία...

Ακόμα και ανήλικες κοπέλες 15-16 ετών καταφεύγουν σε μαιευτήρες στη Μαγνησία, προκειμένου να προχωρήσουν σε διακοπή της κύησής τους, με τα περιστατικά την περίοδο της οικονομικής κρίσης να είναι αυξημένα, αφού η ανασφάλεια οδήγησε ουκ ολίγες Βοιωτίτισσες στη δύσκολη απόφαση της έκτρωσης.

ΡΕΠΟΡΤΑΖ
ΓΙΩΡΓΟΣ ΣΤΕΡΓΙΟΥ

Σύμφωνα με εκτιμήσεις έγκυρων επιστημόνων πανελλαδικά, με τη Μαγνησία να μην αποτελεί εξαίρεση, η αναλογία είναι δύο αμβλώσεις για μια γέννηση, ενώ πριν λίγα χρόνια η κατάσταση ήταν χειρότερη, αφού ετησίως είχαμε ακόμα και 400.000 εκτρώσεις σε όλη τη χώρα. Σημειώνεται πως το 2019 στον Νομό καταγράφηκαν συνολικά 744 γεννήσεις με τις αμβλώσεις που πραγματοποιήθηκαν όπως εκτιμάται να ξεπερνούν τις 1.000 για την περσινή χρονιά.

Ως μάστιγα των δυτικών κοινωνιών χαρακτηρίζει τις αμβλώσεις ο Βοιωτίτης γυναικολόγος - μαιευτήρας Παναγιώτης Πολύζος, ο οποίος μιλώντας στη «Θ» σκιαγραφεί το προφίλ των γυναικών που επιλέγουν να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους. Στη πλειοψηφία τους πρόκειται για νεαρές κοπέλες γύρω στα 17-20, ενώ δεν λείπουν οι περιπτώσεις ανήλικων κοριτσιών γύρω στα 16 -17

που έμειναν έγκυοι από τον σύντροφό τους και θέλησαν συνοδεία των μητέρων τους να διακόψουν την κύηση. Παράλληλα στον Βόλο εμφανίζονται και περιστατικά μεγαλύτερων σε ηλικία γυναικών γύρω στα 40, που για διάφορους λόγους, όπως οικονομική ανασφάλεια, χωρισμός με τον σύζυγο/σύντροφο, σταθμίζουν τις καταστάσεις προχωρώντας σε αυτή την κίνηση.

«Η οικονομική κρίση αύξησε τα περιστατικά γυναικών που ήθελαν να προχωρήσουν σε έκτρωση τα προηγούμενα χρόνια. Ζευγάρια που είχαν ήδη δύο παιδιά, δεν ήθελαν να αποκτήσουν και τρίτο ίσως και για οικονομικούς λόγους και έτσι επέλεξαν την άμβλωση. Επίσης στον Βόλο γυναίκες κάθε ηλικίας εξαιτίας χωρισμού αποφάσιζαν να μην κρατήσουν το κυοφορούμενο παιδί» αναφέρει χαρακτηριστικά ο κ. Πολύζος που προσθέτει πως η έκτρωση είναι μια χειρουργική επέμβαση που πλέον έχει πολύ μικρό κίνδυνο για την υγεία της γυναίκας, αλλά δεν παύει να αποτελεί επέμβαση στην οποία πάντα υπάρχουν κάποιες πιθανότητες επιπλοκών.

Την ανάγκη να εισαχθεί στα σχολεία το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής, ώστε τα παιδιά να αποκτούν σωστές βάσεις επισημαίνει ο μαιευτήρας - γυναικολόγος Χρήστος Βενέτης, που τονίζει πως για την αποφυγή της εγκυμοσύνης, όσες γυναίκες δεν το επιθυμούν, θα πρέπει να χρησιμοποιούν τις διαθέσιμες μεθόδους αντισύλληψης.

Εκτιμά πως σε περίπτωση ποινικοποίησης των εκτρώσεων, όπως ίσχυε πριν από το 1986, οι κίνδυνοι για τις γυναίκες θα αυξηθούν, ενώ θα διπλασιαστεί ή ακόμα και θα τριπλασιαστεί το κόστος μιας άμβλωσης από τη στιγμή που θα είναι μια παράνομη επέμβαση και όποιος γιατρός θα δέχεται να την κάνει θα βρι-



σκειται αντιμέτωπος με τον νόμο. Παράλληλα χωρίς την κατάλληλη φροντίδα και οργάνωση θα υπάρχει και ο κίνδυνος επιπλοκών ή ακόμα και θανάτου, από τη διαδικασία (φραγή ενδομητρίου, κλείσιμο στις σάλπιγγες, διάτρηση της μήτρας κ.ά.).

Σύμφωνα με τον κ. Βενέτη, οι περισσότερες εγκυμοσύνες που προχωρούν σε άμβλωση είναι ανύπαντρες νεαρές (γύρω στα 20), ενώ πριν από μια περίπου πενταετία, είχαν δει το φως της δημοσιότητας κάποια στοιχεία που υποστήριζαν πως το 25% των γυναικών που κάνουν έκτρωση είναι κάτω των 16 ετών...

Οι περισσότερες αποφεύγουν τη διαδικασία στα δημόσια νοσοκομεία και καταφεύγουν σε ιδιώτες, μην τις δει κανένα «μάτι» και σχολιαστούν αρνητικά. Ο γιατρός υπενθυμίζει πως η διακοπή της κύησης επιτρέπεται μέχρι τη 12η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, ενώ για περιπτώσεις όπου διαγνωστεί το έμβρυο ότι με τη γέννησή του θα αντιμετωπίσει προβλήματα υγείας η διακοπή μπορεί να γίνει μέχρι την 24η εβδομάδα, όμως στη συνέχεια απαγορεύεται.

Κακώς κατέβηκαν οι αφίσες κατά των εκτρώσεων από τις στάσεις του μετρό

στην Αθήνα θεωρεί η πρόεδρος του Συλλόγου Πολυτέκνων Μαγνησίας Σουλτάνα Πράπα, καθώς όπως αναφέρει οι αφίσες δεν σκόπευαν να προσβάλουν κάποιον, αλλά να στηλιτεύσουν μια κατάσταση για την οποία και η ίδια εκφράζει την αντίθεσή της.

Σημειώνει ότι η άμβλωση ισοδυναμεί με αφαίρεση ζωής και πως για να λυθεί το οξύμωρο δημογραφικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η χώρα, αφού έχουμε τρεις θανάτους για μόλις μια γέννηση, θα πρέπει να καταργηθεί η δυνατότητα άμβλωσης.

«Η Εκκλησία εδώ και 20 χρόνια έχει ανοίξει ομπρέλα προστασίας για τις άγαμες μητέρες και είναι λυπηρό που τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν την αφαίρεση ζωής», αναφέρει και συμπληρώνει πως στα σχολεία θα πρέπει επιστήμονες να διδάσκουν σεξουαλική αγωγή, για να αποφεύγονται μετέπειτα δύσκολες καταστάσεις.

«Οι νέοι θα πρέπει να γνωρίζουν τους κινδύνους και τις συνέπειες της άμβλωσης τόσο στο σώμα, όσο και στην ψυχολογία της κοπέλας, καθώς της αφήνει πολλές πηλγές. Η πράξη της άμβλωσης είναι καταδικαστέα όχι η γυναίκα που τη διαπράττει» καταλήγει.



Ελευθερία λόγου, έκτρωση και αντισύλληψη



ΤΟΥ
K. Α. ΜΟΡΑΡΟΥ

Το γεγονός της απαγόρευσης της διαφήμισης κατά των εκτρώσεων φέρνει στο προσκήνιο το ίδιο το θέμα, την ελευθερία του λόγου και βέβαια την αντισύλληψη, που στη χώρα μας δεν θέλουμε να τη γνωρίζουμε.

Στη Γαλλία το 1789 διακήρυξε τα «Δικαιώματα του Ανθρώπου», το κοινικό 2016 το Κοινοβούλιο της επέκτεινε τον νόμο (του 1993) για το αδίκημα της παρεμπόδισης της έκτρωσης και στα ηλεκτρονικά μέσα ενημέρωσης. Από δω και στο εξής ο νόμος εφαρμόζεται και στα μέσα ψηφιακής επικοινωνίας. «Πίσω, υπάρχουν αριθμοί χωρικής χρέωση, το πραγματικό θέμα είναι εκεί», σχολίασε ο υπουργός Δικαιωμάτων της Γυναίκας, Λόρενς Ρόσκι-νολ. «Η πραγματική πίεση είναι όταν αυτές οι γυναίκες καλέσουν». Προσθέτοντας: «θα γίνουν καταγεγραμμένες δοκιμασίες και διώξεις», προειδοποίησε ο υπουργός. «Η παραπληροφόρηση σχετικά με την άμβλωση είναι να εμποδίσουμε τις γυναίκες να επιλέξουν ελεύθερα να το χρησιμοποιήσουν ή όχι», δήλωσε ο Danielle Bousquet, πρόεδρος του Ανώτατου Συμβουλίου για την Ισότητα μεταξύ Γυναικών και Ανδρών. Για το δικαίωμα, ωστόσο, αυτό το νομοσχέδιο «αποδεικνύεται ελευθεριοκτόνο και αντίθετο με τη Γαλλία του Διαφωτισμού», τόνισε ο βουλευτής Christian Kert... ([https://www.doctissimo.fr/ 2 Δεκ. 2016](https://www.doctissimo.fr/2 Δεκ. 2016)). Κύριος στόχος ήταν οι ισότοποι: ivg.net, afterbaiz, και ecouteivg.org, οι οποίοι καλούν τις γυναίκες να σκεφθούν ψυχραιμότερα πριν αποφασίσουν να προχωρήσουν σε έκτρωση, φιλοξενούν κείμενα γυναικών που δεν κατέφυγαν σε αυτή και δεν το μετάνιωσαν ή που κατέφυγαν σε αυτή, αλλά είχαν σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα μετά. Κατά περίπτωση βοηθούν πρακτικά και οικονομικά τις νεαρές μητέρες. Στα καθ' ημάς. «Τελικά, σε αυτόν τον κόσμο όπου το πιο διαμφισβήτητο πράγμα είναι η ιερότητα παντός ατομικού δικαιώματος, «κάποια ζώα δεν είναι τόσο ίσα όσο άλλα» βλ. Τζώρτζ' Όργουελ. Η ελευθερία της έκφρασης σταματάει μέχρι την... ανάτωση αφίσας στο μετρό που υποστηρίζει τον περιορισμό των εκτρώσεων. Έγκλημα καθοσιώσεως, για το οποίο προφανώς έπρεπε να επιληφθεί ο... υπουργός, καθώς το κράτος οφείλει να περιφρουρεί και να προσάψει την «φιλελεύθερη» πολιτική ορθότητα, όπου φτάνει το χέρι του. Κάθε παρέκκλιση



δε, από αυτή την άποψη, καταδικάζεται κατ' αρχάς ηθικά, κατασκευοφαντεία ως «επιστροφή στο Μεσαίωνα» και καταγγέλλεται περίπου ως μισογυνισμός, καθώς υποτίθεται ότι αντιμετωπίζει τις γυναίκες ως «μηχανές αναπαραγωγής». Η κριτική στις εκτρώσεις δεν προέρχεται μόνο από άνδρες. Υπάρχουν πολλές γυναίκες που προσλαμβάνουν την «αυτοδιάθεση του γυναικείου σώματος» - βασικό επιχείρημα όσων ζητούσαν επίσημη απαγόρευση της αφίσας, στο πλαίσιο ενός παράδοξου μακαρθισμού της ελευθεριακότητας - ως δικαίωμα στη μητρότητα. Σηπλιτεύουν μάλιστα τη σημερινή κοινωνία, ακριβώς επειδή υποτιμάει τον αναπαραγωγικό ρόλο των γυναικών, θεωρώντας τις (όπως και τους άντρες) μόνον ως «οικονομικές μονάδες». Αυτή η άποψη, όσο κι αν κανείς πολλές φορές δεν συμφωνεί με τα επιχειρήματα ή με τον τρόπο τους, βλέπει στις εκτρώσεις την ματαιώση της αναπαραγωγικής προτεραιότητας και του ιδιαίτερου συναισθηματικού φορτίου που κουβαλάει μέσα της. Καταρχήν τα πράγματα δεν είναι απαραίτητα άσπρο-μαύρο: Προφανώς και υπάρχουν πάρα πολλές περιπτώσεις όπου η διακοπή της κύησης αποτελεί αναγκαίοτητα, για πολλούς λόγους. Αυτό, ωστόσο, απέχει πολύ από το να θεωρείται η πρακτική των άμβλώσεων ως «πρόξη χειραφέτησης». Εξάλλου πρόκειται για μια πολύ μεγάλη ψυχική και σωματική δοκιμασία. Πόσο μάλλον στην Ελλάδα όπου τα στατιστικά δείχνουν μια εικόνα κατάχρησης της εν λόγω πρακτικής. Δημοσίευμα, που αντίει στοιχεία από το Τμήμα Γυναικολογίας, της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, αναφέρει: «Το 22% των Ελληνίδων γυναικών έχει προχωρήσει έστω και μια φορά σε διακο-

πή κύησης, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην υπόλοιπη Ε.Ε. είναι μόλις... 2%» (CNN Greece, 06/09/2016).

Τι σημαίνει αυτό; Ότι επικρατεί «σκοταδιασμός» στην υπόλοιπη Ε.Ε., ή μήπως εδώ η πρακτική χρησιμοποιείται ως μέθοδος αντισύλληψης; Το σύνολο των εκτρώσεων προσεγγίζει τις 300.000, ενώ 40.000 από αυτές αφορούν γυναίκες κάτω των 18 ετών μόνο και μόνο γιατί είμαστε απίστευτα ελλείψεις σε ό,τι αφορά στην ενημέρωση περί των μεθόδων αντισύλληψης. Μήπως θα πρέπει να πανηγυρίζουμε γι' αυτές τις πρωτίες επειδή γίναμε πρωταθλητές της ελεύθερης βούλησης; Προβεβλημένη καθηγήτρια του Πανεπιστημίου μας ανέφερε σε επίκαιρο μήνυμά της. «Το θέμα όμως στην Ελλάδα του 2020 είναι ότι η έκτρωση εξακολουθεί να είναι η πιο διαδεδομένη σε όλες τις μορφές αντιμετώπισης μιας εν δυνάμει ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ενώ θα έπρεπε να είναι η αντισύλληψη στις πολλαπλές μορφές της, και αυτό είναι πρόβλημα κατά τη γνώμη μου». Η κατάχρηση των εκτρώσεων, είναι ένα ζήτημα που μέσα του κρύβει πολλές κοινωνικές πραγματικότητες, οι περισσότερες από τις οποίες είναι αναμφίβολα αρνητικές. Μια πραγματικότητα οικτρή είναι η Εκπαίδευση που δεν αγγίζει τέτοια θέματα, και η «παραδοσιακή ελληνική οικογένεια», με τα «χρηστά ήθη», που κρύβει τα πάντα κάτω από το χαλί στην ανατροφή των κοριτσιών της. Κουβέντα για αντισύλληψη, όλες οι μανάδες προορίζουν τις κόρες τους για μοναστήρι... δεν ζουν στον κόσμο, αλλά «ο μασκάρος την ξεγέλασε (!), μικρό κορίτσι είναι, δεν ξέρει από αυτά... δεν θα αμαυρώσουμε το σπίτι μας με ένα μούλικο», «για ένα μέτωπο καθαρό ζούμε», θα σιγοντάει ο πατέρας.

Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που επιθυμούν να κάνουν οικογένεια, αλλά αναγκάζονται να αναστείλουν τη δημιουργία της λόγω του δυσμενούς οικονομικού, κοινωνικού περιβάλλοντος. Ακόμα και ο τρόπος που λειτουργούν οι πόλεις μας είναι εξαιρετικά εχθρικός απέναντι στα παιδιά που μεγαλώνουν σε αυτές, συν το γεγονός ότι αυτό ανεβάζει δραματικά το κόστος της ανατροφής τους.

Οι γονείς τα γνωρίζουν όλα αυτά τα πράγματα από πρώτο χέρι και δεν χρειάζονται «ειδικούς» να τους τα υπενθυμίζουν.

Η φιλελεύθερη πολιτική ορθότητα, απαγορεύει αυτή τη συζήτηση. Για το ζήτημα επιτρέπεται να υπάρχει μια άποψη. Όλες οι άλλες τσουβαλιάζονται και ποινικοποιούνται, τουλάχιστον ιδεολογικά.

Σε αυτή τη λογική, δεξιά και αριστερά ταυτίζονται απολύτως, γι' αυτό εξάλλου η απόφαση του υπουργού συνολογοει και έρχεται ως συνέχεια του ακτιβισμού της νεολαίας του ΣΥΡΙΖΑ, να καλύπτει με λευκά χαρτιά τις διαφημίσεις κατά των εκτρώσεων.