

Αγαπητές φίλες και φίλοι,

«Ένα βιβλίο δεν ανήκει σε αυτούς που το γράφουν αλλά σε εκείνους που απευθύνεται και σε αυτούς που το διαβάζουν». Στην παράφραση αυτής της ρήσης ενός νομπελίστα λογοτέχνη θα μπορούσε κανείς να συνοψίσει τη φιλοδοξία μας για το περιοδικό που κρατάτε στα χέρια σας.

Το περιοδικό του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων (ΙΣΙ) μετά από περίοδο σιγής αναβιώνει έχοντας τον τίτλο «**Περί ... την Ιατρική**». Εκδίδεται πλέον σε τριμηνιαία βάση. Ο χαρακτήρας του είναι ριζικά ανανεωμένος με διάθεση εξωστρέφειας και συλλογικής έκφρασης. Έχει ως κύριο στόχο την ενημέρωση, όμως δίνει παράλληλα έμφαση στον πολιτισμό, τη ψυχαγωγία, την εκπαίδευση. Επιδιώκει την κριτική, την αντιπαράθεση, την έκφραση πολιτικής και ιδεών. Προσδοκά τη συμμετοχή όλων των μελών του ΙΣΙ και προσφέρει σε αυτά ελεύθερο βήμα έκφρασης, έχοντας ως σκοπό να εξασφαλίσει μια σταθερή και βιώσιμη σχέση με το αναγνωστικό του κοινό.

Για να ικανοποιήσει τους παραπάνω στόχους αναπτύσσεται με συγκεκριμένη δομή. Το περιοδικό ξεκινά με το «**Γράμμα της Σύνταξης**» και τη «**Στήλη του Εκπροσώπου του ΔΣ του ΙΣΙ**». Η «**Στήλη των Αναγνωστών**» στη συνέχεια αποτελεί ίσως το πιο δυναμικό κομμάτι του περιοδικού, μιας και εξασφαλίζει τη μεταξύ μας επικοινωνία καθιστώντας το περιοδικό συλλογική υπόθεση.

Ακολουθεί το «**Ειδικό Άρθρο**». Σε αυτό με ιδιαίτερη τιμή παρουσιάζουμε την πρώτη δημοσίευση στην ελληνική γλώσσα του Προγράμματος για την Πρόληψη του Κληρονομικού Καρκίνου Μαστού-Ωοθήκης, που χρησιμοποιεί ένα πρωτοποριακό αλγόριθμο. Το άρθρο αποτελεί προϊόν συνεργασίας της Χειρουργικής και Γυναικολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής (Α. Καππάς, Ε. Παρασκευαΐδης, Δ. Ρούκος).

Οι «**Νέες Ιατρικές Εξελίξεις**» φιλοξενούν ένα άρθρο ανασκόπησης για τη Βρουκέλλα που δημοσιεύτηκε το χρόνο που πέρασε στο πιο διάσημο κλινικό περιοδικό (New England Journal of Medicine). Το άρθρο προέρχεται από την ομάδα του καθηγητή Ε. Τσιάνου και Ν. Ακριτίδη με πρώτο συγγραφέα τον Παθολόγο κ. Γεώργιο Παππά. Στην ίδια στήλη παρουσιάζονται και ενδιαφέρουσες περιλήψεις δημοσιεύσεων από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Η στήλη «**Συνέντευξη**» παρουσιάζει κάθε φορά μια προσωπικότητα η οποία απαντά σε ερωτήματα που αφορούν στην Υγεία ή και σε άλλα συναφή θέματα. Την παρούσα στήλη ανοίγει η επί σειρά ετών Πρόεδρος και Αντιπρύτανης της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, κ. Νίκη Αγνάντη.

Κάθε τεύχος του περιοδικού θα παρουσιάζει ένα «**Αφιέρωμα**» με αυξημένο ενδιαφέρον. Επιλέξαμε να αφιερώσουμε το πρώτο τεύχος στο Ιατρικό Σφάλμα, θέμα πολύπλευρο, ακανθώδες και φλέγον. Η αρθρογραφία σε αυτό το αφιέρωμα είναι αντιπροσωπευτική τριών προσεγγίσεων, της ιατροδικαστικής (με τον ιατροδικαστή κ. Βουγιουκλάκη), της νομικής (με τη δικηγόρο κ. Αναπλιώτη-Βαζαίου) και της ιατροπολι-

γράμμα της σύνταξης

κής (με τον Παθολόγο κ. Γιαννακάκη). Θα ήταν ουτοπικό να ισχυριστούμε ότι δυνάμεθα να καλύψουμε πλήρως τα θέματα των αφιερωμάτων. Μπορούμε όμως να προκαλέσουμε την ευαισθητοποίηση και την ανάπτυξη προβληματικής από την πλευρά των αναγνωστών στα θέματα αυτά.

Το «**Άρθρο Γνώμης**» σε αυτό το τεύχος φιλοξενεί την οπτική ενός νέου μέλους του Ιατρικού Συλλόγου για τα προβλήματα της εκπαίδευσης κατά την ειδικότητα επιχειρώντας μια βαθειά διείσδυση στο πρόβλημα.

Τα συνδικαλιστικά θέματα αναπτύσσονται στις στήλες «**Τα νέα του ΙΣΙ**» και «**Ο ΙΣΙ στον ΠΣ**», παρουσιάζοντας τρέχουσες δράσεις και ανταποκρίσεις τόσο από τον τοπικό χώρο όσο και από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Με την ίδια λογική παρουσιάζονται τα σημαντικότερα πολιτιστικά και επιστημονικά δρώμενα που αφορούν την περιοχή μας στη στήλη «**Επιστήμη και Πολιτισμός**».

Στο «**Πολιτικό Forum**» εκπροσωπείται ισότιμα η θέση των πολιτικών κομμάτων και των συνδικαλιστικών φορέων για τρέχοντα ζητήματα του ιατρικού κλάδου ή γενικότερα των υπηρεσιών Υγείας. Τίθεται κάθε φορά ένα κοινό ερώτημα στο οποίο καλούνται οι φορείς να απαντήσουν.

Η στήλη «**Εκπαίδευση**» αναδεικνύει κάθε φορά ένα άρθρο με νέες ή πρωτοποριακές εξελίξεις σε αμιγή θέματα της ιατρικής γνώσης. Τα θέματα εκπαίδευσης θα βρίσκονται πέραν των ορίων μιας συγκεκριμένης ειδικότητας. Στο παρόν τεύχος δημοσιεύεται το άρθρο του Διευθυντή της Χειρουργικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Γ. Χατζηκώστα» κ. Ε. Τσιμογιάννη με θέμα τη Λαπαροσκοπική Χειρουργική των Βουβουνοκηλών.

Μαζί με την έκδοση αυτού του τεύχους ο ΙΣΙ προσφέρει στα μέλη του και την ειδική έκδοση του νομοθετημένου και αναθεωρημένου *Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας*.

Η συντακτική ομάδα ευελπιστεί στη δική σας ενεργό συμμετοχή έτσι ώστε το περιοδικό να αποτελέσει ζωντανό οργανισμό για την ιατρική κοινότητα της περιοχής. Αναμένουμε να μας υποδείξετε τυχόν λάθη, να μας κοινοποιήσετε απόψεις και σχόλια, να μας αποστείλετε υλικό για δημοσίευση -όχι απαραίτητα επιστημονικό- και ... να συμμεριστείτε τον ενθουσιασμό μας.

Στέφανος Μπέλλος

Ιωάννης Γιαννακάκης

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Το περιοδικό που κρατάτε στα χέρια σας, κατά πολλούς, δεν θα είχε κανένα λόγο ύπαρξης. Η διεύρυνση της πρόσβασης στην ιατρική - και όχι μόνο - πληροφορία, το πλήθος των εκκλαϊκωμένων επιστημονικών, life-style και πολιτικών εντύπων, μπορεί εύκολα να καταστήσει κάθε εκδοτική προσπάθεια από αδιάφορη έως και περιττή.

Παράλληλα όμως με την υπέρ-παροχή πληροφορίας εγείρεται ανάγκη προσαρμογής της στις εξατομικευμένες ανάγκες της εκάστοτε κατηγορίας αναγνωστών αλλά και διασφάλισης της ποιότητας των Μέσων Πληροφόρησης, κάτι που συχνά μάταια αναζητείται σε πολλά πολυσέλιδα και εντυπωσιακά στην εμφάνιση έντυπα, επιβεβαιώνοντας τον κανόνα της δυσαναλογίας μεταξύ ποιότητας και ποσότητας.

Οι στόχοι της έκδοσης που κρατάτε στα χέρια σας θα μπορούσαν να συνοψιστούν στις παραπάνω γραμμές, αν ο φορέας της έκδοσής δεν ήταν ο Ιατρικός Σύλλογος.

Η φύση και η νομική υπόσταση των Ιατρικών Συλλόγων στη χώρα μας, τους επιτρέπει να καρπώνονται τα προτερήματα της λειτουργίας δημοσίων οργανισμών, την ευελιξία Μη Κυβερνητικών Οργανισμών αλλά και το χρέος της εκπροσώπησης και υπεράσπισης κλαδικών δικαιωμάτων ενός συνδικαλιστικού φορέα. Αν μη τι άλλο, τα παραπάνω χαρακτηριστικά οφείλουν να αντανακλώνται στις στοχεύσεις του εντύπου ενός φορέα με τα χαρακτηριστικά του Ιατρικού Συλλόγου.

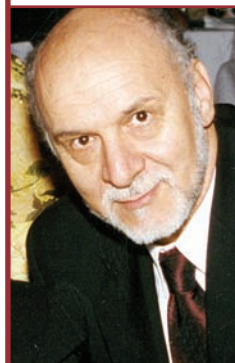
Έτσι πέρα από την ενημέρωση για τις νομοθετικές και πολιτικές εξελίξεις, τις εκπαιδευτικές στήλες, τις προτάσεις εκπαίδευσης και πολιτισμού και την ψυχαγωγία των αναγνωστών φιλοδοξεί να αποτελέσει ένα ερέθισμα για την ανάπτυξη συλλογικότητας και ενδιαφέροντος για τα κοινά. Να αποτελέσει ένα ερέθισμα για την διαρκή διαδικασία της «Ιατρικής Κοινωνικοποίησης και Πολιτικοποίησης» των αναγνωστών του.

Αυτός είναι και ο απώτερος στόχος και η «θετική υπεραξία» του περιοδικού αυτού, πέρα από τις γνώσεις και την πληροφόρηση που μπορεί κανείς να αποκομίσει. Η συναίσθηση του ρόλου και των ευθυνών του ιατρού πέρα από αυτόν του επιστήμονα και επαγγελματία, «από το Εγώ στο Εμείς». Εμείς δίνουμε ένα μέσο πληροφόρησης, επικοινωνίας, ελεύθερης έκφρασης και πολιτικού προβληματισμού. Ευθύνη μας είναι να εξασφαλίσουμε την εκδοτική επάρκεια και συνέχεια, την τήρηση των κανόνων ισότιμης έκφρασης και σεβασμού των θεσμών και των προσώπων και την υποκίνηση του ενδιαφέροντος της Ιατρικής Κοινότητας της Πόλης μας για τα ουκ ολίγα προβλήματα του κλάδου μας -με πρώτο αυτό του Ιατρικού Πληθωρισμού- και τις σημαντικότερες κοινωνικές-οικονομικές και πολιτικές προεκτάσεις τους. Εμείς κάνουμε απλά την αρχή και δημιουργούμε το πλαίσιο. Η περαιτέρω τύχη του νέου και εναλλακτικού επικοινωνιακού πλαισίου που σας προσφέρουμε είναι στα χέρια όλων μας.

Σας καλώ λοιπόν με το ενδιαφέρον και την αρθρογραφία σας να υποστηρίξετε την αναγκαιότητα ύπαρξης ενός Περιοδικού του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων.

Με εκτίμηση

Ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων
Χρήστος Ν. Μαντάς



στήλη
του προέδρου

Η στήλη αυτή ανήκει στους αναγνώστες του περιοδικού «Περί... την Ιατρική» για την ελεύθερη έκφραση και επικοινωνία μεταξύ τους.

Στη στήλη αυτή δεχόμαστε προς δημοσίευση κείμενο με οποιοδήποτε περιεχόμενο αρκεί να είναι ενυπόγραφο και με πλήρη τα στοιχεία επικοινωνίας του υπογράφοντος, να τηρεί τους κανόνες δεοντολογίας που διέπουν την δημοσιογραφία και να μην είναι μεγαλύτερο από 300 λέξεις. Η συντακτική επιτροπή διατηρεί πλήρως το δικαίωμα της απόρριψης κειμένων, είτε για τους παραπάνω λόγους, είτε γιατί κρίνονται άσχετα προς τα ενδιαφέροντα του αναγνωστικού κοινού του περιοδικού, καθώς και το δικαίωμα περιληπτικής αναδιαμόρφωσης τους μετά από συνεννόηση με το συγγραφέα.

Προς
Το περιοδικό «Περί... την Ιατρική»

Θα ήθελα μέσω του περιοδικού μας, το οποίο και ευχαριστώ πολύ για την φιλοξενία, να κάνω μερικά ερωτήματα προς το ασφαλιστικό μας ταμείο (Τ.Σ.Α.Υ.), τα οποία πιστεύω να είναι ερωτήματα και πολλών άλλων συναδέλφων.

Είναι γνωστό ότι το Τ.Σ.Α.Υ. είναι το υγιέστερο και πλουσιότερο ασφαλιστικό ταμείο αλλά τολμώ να πω ότι εμείς οι ασφαλισμένοι αυτό δεν το έχουμε αισθανθεί.

- α. Ποιές είναι οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησής μας;
- β. Ποιό είναι το ύψος της συντάξεώς μας;
- γ. Τι ισχύει με ένα μεγάλο αριθμό συναδέλφων που εργάζεται στο Ι.Κ.Α., είτε μόνιμοι είτε με σύμβαση αορίστου χρόνου άνω των 18 ετών;
- δ. Τι είναι καλύτερα; Τα χρόνια του στρατού να τα αναγνωρίσουμε στο Ι.Κ.Α. ή στο Τ.Σ.Α.Υ.;
- ε. Για νοσηλεία σε ιδιωτικό θεραπευτήριο το Τ.Σ.Α.Υ. τι δαπάνες καλύπτει;
- ζ. Όσον αφορά την υπαγωγή μας στους μονοσυνταξιούχους, τι επιπλέον εισφορές χρειάζεται, τι χρονικά περιθώρια απαιτεί και πότε συμφέρει;
- η. Δεν θα πρέπει το Τ.Σ.Α.Υ. να τυπώνει ενημερωτικά φυλλάδια και να τα διανέμει στους ασφαλισμένους του για ενημέρωση;

Σας παρακαλώ να ενημερωθείτε από το Τ.Σ.Α.Υ. για τα παραπάνω ερωτήματα και δια του περιοδικού να μας ενημερώσετε.

Συναδελφικά

*Γιάννης Φερεντίνος
Οφθαλμίατρος*

Υλοποίηση Προγράμματος Πρόληψης Κληρονομικού Καρκίνου Μαστού - Ωοθήκης στην Ήπειρο.

Των:

Άγγελου Μ. Καππά

Καθηγητή-Διευθυντή Χειρουργικής

Κλινικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ευάγγελου Παρασκευαΐδη

Καθηγητή-Διευθυντή Μαιευτικής/

Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου

Ιωαννίνων

Δημήτριου Ρούκου

Επίκουρου Καθηγητή Χειρουργικής



Hereditary Breast Ovarian Cancer: HBOC

Κληρονομικός Καρκίνος Μαστού Ωοθήκης: ΚΚΜΩ

*Το πρώτο στην Ελλάδα Ειδικό Ιατρείο
Κληρονομικού Καρκίνου Μαστού –
Ωοθήκης στο Πανεπιστημιακό Νοσο-
κομείο Ιωαννίνων.*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Γυναίκες με κληρονομούμενες μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 έχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο μαστού (50-80%) και ωοθήκης (10-55%).

Μια δεκαετία μετά την ανακάλυψη των παραπάνω γονιδίων, οι εξελίξεις στη βασική και κλινική έρευνα είναι ραγδαίες. Η ασφαλής και αποτελεσματική μεταφορά όμως των ερευνητικών επιτευγμάτων στην πράξη, αποτελεί σήμερα μία μεγάλη πρόκληση διεθνώς. Ο μεγάλος κίνδυνος καθυστερημένης διάγνωσης του καρκίνου και η υψηλή δυνατότητα των φορέων BRCA μεταλλάξεων για εμφάνιση καρκίνου επιβάλλουν την άμεση, γενικά αποδεκτή παρέμβαση. Η επιλογή όμως της κατάλληλης στρατηγικής πρόληψης μέσα από την επιστημονική αντιπαράθεση και μια σειρά ερωτημάτων, περιορισμών και παρενεργειών του κλινικο-γενετικού screening και των μεθόδων πρόληψης, έχει καταστεί εξαιρετικά περίπλοκη.

Η εμπειριστατωμένη και κριτική σύνθεση των δεδομένων όλης της βιβλιογραφίας και η μακρόχρονη ερευνητική μας επικέντρωση οδήγησαν στην ανάπτυξη ενός πρωτότυπου αλγόριθμου. Ο ολοκληρωμένος αυτός αλγόριθμος, μετά από επιτυχή εξωτερική αξιολόγηση (κριτές του περιοδικού Nature CPO), διασφαλίζει τον ποιοτικό προσδιορισμό της σχέσης ωφέλειας - βλάβης στην εφαρμογή της προληπτικής στρατηγικής στον γενικό πληθυσμό.

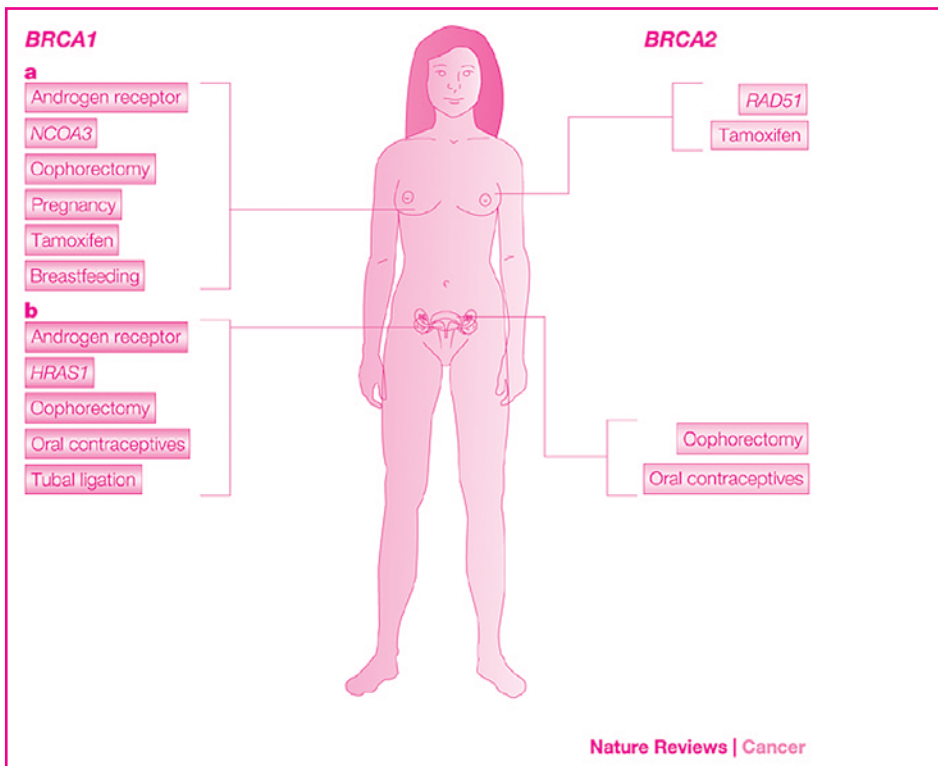
Η ποιοτική προληπτική στρατηγική, με βάση συγκεκριμένα κριτήρια για τις γυναίκες που ωφελούνται ή δεν ωφελούνται από τις παρεμ-

βάσεις, έχει στόχο την αποφυγή των παρενεργειών και των δυσμενών οικονομικών, κοινωνικών και ηθικών επιπτώσεων στη δημόσια υγεία αλλά αποδεικνύεται εξαιρετικά περίπλοκη και δυσχερής. Σε τελική ανάλυση όμως, είναι απαραίτητη γιατί σώζει ζωές αλλά και εφικτή, όταν εφαρμόζεται από ομάδα επιστημόνων υψηλής εξειδίκευσης, σύμφωνα με τις σύγχρονες συστάσεις-οδηγίες διεθνών οργανισμών.

Με στόχο την ανοικτή πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας, για μείωση της συχνότητας και θνητότητας από κληρονομικό καρκίνο, αρχίζει να λειτουργεί το πρώτο στην Ελλάδα Ειδικό Κέντρο Κληρονομικού Καρκίνου Μαστού-Ωοθήκης (ΚΚΜΩ) στο Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων. Στην πορεία του το πρόγραμμα θα επεκταθεί σε όλο το δίκτυο που προβλέπεται για την Ελλάδα και στην Κύπρο, με βάση λειτουργίας τον εγκριθέντα αλγόριθμο διάγνωσης - αντιμετώπισης - πρόληψης του ΚΚΜΩ. Την όλη προσπάθεια στηρίζουν η Προεδρία της Δημοκρατίας, Ακαδημαϊκοί, το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, το Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, η Περιφέρεια και η Δ.Υ. ΠΕ Ηπείρου.

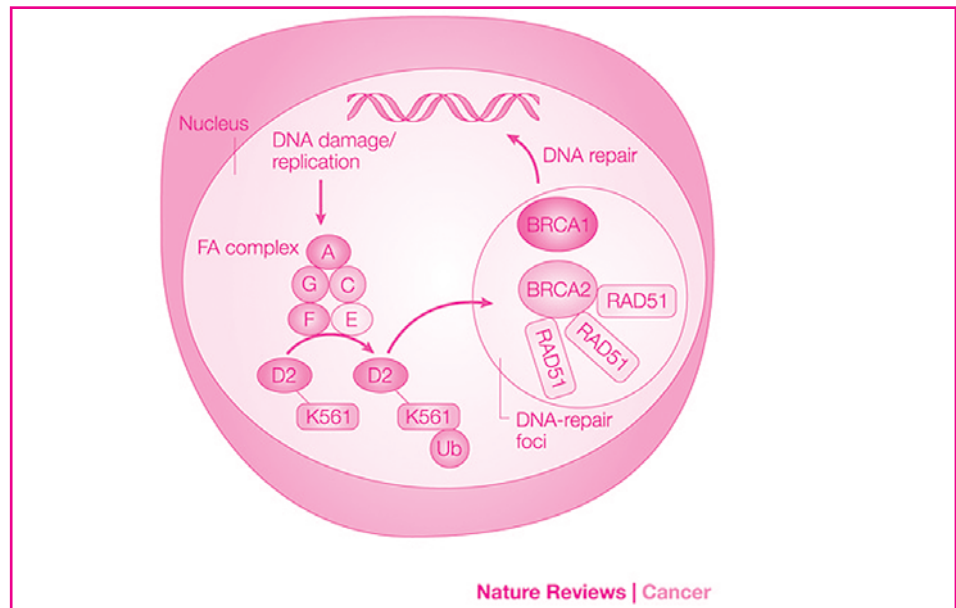
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Γυναίκες που έχουν κληρονομήσει από τους γονείς τους μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 ή BRCA2 έχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν το σύνδρομο του κληρονομικού καρκίνου μαστού-ωοθήκης (ΚΚΜΩ). Αν και η τεκμηρίωση για τον αυξημένο κίνδυνο καρκίνου είναι σήμερα πλέον σαφής, ορισμένες γυναίκες - φορείς μεταλλάξεων δεν θα



Παράγοντες που τροποποιούν τον γενετικό κίνδυνο καρκίνου (τροποποιητές)

Ο ρόλος των BRCA1 και BRCA2 γονιδίων και RAD51 πρωτεΐνης στην διόρθωση των βλαβών κατά τον αναδιπλασιασμό των ελίκων του DNA



αναπτύξουν καρκίνο. Πράγματι ο κίνδυνος σε μια γυναίκα - φορέα μεταλλάξεων ποικίλει ευρέως και κυμαίνεται από 50-85% για ανάπτυξη καρκίνου στο μαστό και 10-55% στην ωοθήκη. Ένα σημαντικό ποσοστό φορέων συνεπώς δεν θα αναπτύξει καρκίνο. Η αδυναμία διάκρισης μεταξύ των φορέων που θα αναπτύξουν καρκίνο και εκείνων που δεν θα αναπτύξουν και η αδυναμία εξατομικευμένης πρόβλεψης επηρεάζει και δυσχεραίνει, μαζί με ένα πλήθος άλλων παραμέτρων που περιγράφονται κατωτέρω, την κλινική απόφαση επιλογής της κατάλληλης πρόληψης.

Σύγχρονη στρατηγική πρόληψης

Η πρόληψη του ΚΚΜΩ περιλαμβάνει την ανίχνευση φορέων μεταλλάξεων και την εφαρμογή κατάλληλης προληπτικής μεθόδου.

α) Ανίχνευση φορέων μεταλλάξεων

Η συχνότητα των φορέων BRCA μεταλλάξεων στον γενικό πληθυσμό δεν είναι μεγάλη. Εκτιμάται ότι αντιστοιχεί μια φορέας σε 300-400 γυναίκες. Είναι σαφές ότι απαιτείται μια διαδικασία ανεύρεσης και επιλογής αυτών των φορέων στο γενικό πληθυσμό, η οποία πραγματοποιείται σε δύο φάσεις: 1. *Κλινική φάση*: Για τον μαζικό πληθυσμό χρησιμοποιούνται κλινικά κριτήρια επιλο-

γής με βάση το οικογενειακό ιστορικό, και 2. *Γενετικό screening*: Στις επιλεγμένες, με αυστηρώς προκαθορισμένα κλινικά κριτήρια γυναίκες, προτείνεται γενετική συμβουλή και γενετικός έλεγχος.

β) Επιλογή μεθόδου πρόληψης

Με βάση το αποτέλεσμα της γενετικής ανάλυσης ακολουθεί πλέον η κλινική ιατρική παρέμβαση. Διαθέσιμες σήμερα είναι τρεις χειρουργικές μέθοδοι: η αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή, η αμφοτερόπλευρη (λαπαροσκοπική) σαλπινγγο-ωθηκεκτομή και η αφαίρεση μαστών και ωθηκών.

Έχει προταθεί επίσης «συντηρητική» παρέμβαση με στενή επιτήρηση και με ή χωρίς χημειοπροφυλαξη.

Μεθοδολογία

Η μακρόχρονη ερευνητική μας επικήντρωση που εκφράζεται με μια σειρά άρθρων σε έγκριτα περιοδικά [1,2,4,6] μας επέτρεψε μια συστηματική, βασισμένη σε διαδικτυακή τεκμηρίωση (PubMed, Google) αναζήτηση και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Έγινε κριτική ανάλυση όλων των άρθρων όχι μόνο πρωτότυπων εργασιών αλλά και μετα-αναλύσεων, άρθρων ανασκόπησης και σχολιασμού ειδικών (perspectives, editorials), καθώς και άρθρων κατευθυντηρίων γραμμών-συστάσεων. Στόχος υπήρξε ο προσδιορισμός της σχέσης ωφέλειας - βλάβης από την εφαρμογή προληπτικής στρατηγικής στον γενικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα επικεντρωθήκαμε στα εξής ερωτήματα:

- Ποια είναι τα κριτήρια επιλογής γυναικών για παραπομπή για γενετικό έλεγχο;
- Ποιες είναι οι παρενέργειες και περιορισμοί του γενετικού screening;
- Πότε και σε ποιες γυναίκες οι παρενέργειες ξεπερνούν την ωφέλεια;
- Ποιοί είναι οι κίνδυνοι και οι βλάβες από την προληπτική παρέμβαση;
- Μπορεί να καθορισθεί η σχέση ωφέλειας-βλάβης σε κάθε γυναίκα με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό;

Μεταφορά έρευνας στην πράξη

Η ασφαλής και αποτελεσματική μεταφορά των σύγχρονων ερευνητικών επιτευγμάτων στην κλινική πρακτική αποτελεί μεγάλη πρόκληση ακόμη και για τις πιο αναπτυγμένες κοινωνίες. Το γεγονός της επιστημονικής αντιπαράθεσης και των

εγερθέντων ερωτημάτων μια 10-ετία περίπου μετά την ανακάλυψη των γονιδίων και την περιγραφή του συνδρόμου του ΚΚΜΩ δεν εκπλήσσει. Η μικρή σε σχέση με τον μη κληρονομικό καρκίνο συχνότητα του συνδρόμου και η έλλειψη τυχαιοποιημένων μελετών και υψηλής ποιότητας τεκμηρίωσης δυσχεραίνουν το κλινικό και γενετικό screening του πληθυσμού αλλά και την διαδικασία επιλογής της κατάλληλης μεθόδου πρόληψης.

Περιορισμοί-παρενέργειες

Το γενετικό screening αν και προσδιορίζει γενικά τις γυναίκες με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στον μαστό ή την ωθήκη έχει σημαντικούς περιορισμούς στην εξατομίκευση της πρόβλεψης. Πολλές, όχι όμως όλες οι γυναίκες με θετικό test, θα αναπτύξουν καρκίνο και αυτές δεν μπορούν επακριβώς να προσδιορισθούν. Υπάρχουν επίσης λανθασμένα αρνητικά αποτελέσματα και ανίχνευση μεταλλάξεων αγνώστου κλινικής σημασίας. Επιπλέον, το γενετικό screening έχει οικονομικές, ηθικές, νομικές και κοινωνικές επιπτώσεις, όταν δεν προτείνεται σύμφωνα με αυστηρώς καθορισμένα διεθνή standards. Οι χειρουργικές αλλά και συντηρητικές μέθοδοι πρόληψης συνοδεύονται επίσης από σημαντικές επιπλοκές. Είναι σαφές λοιπόν ότι απαιτείται ο προσδιορισμός της σχέσης ωφέλειας-βλάβης και εφαρμογής της πρόληψης μόνο στην υποομάδα εκείνη που τα οφέλη ξεπερνούν σημαντικά τους κινδύνους. Ο αλγόριθμος που αναπτύξαμε υλοποιεί ακριβώς αυτόν τον στόχο.

Αλγόριθμος διαχείρισης ασθενών με ΚΚΜΩ

Ο ολοκληρωμένος, πρωτότυπος αλγόριθμος που αναπτύξαμε, ενσωματώνει και συνδέει επιτυχώς τον κλινικο-εργαστηριακό κύκλο από το πρώτο βήμα (διαδικασία επιλογής γυναικών για γενετικό έλεγχο) έως την πρόταση για επιλογή προληπτικής μεθόδου αλλά και πέραν αυτής (μακροχρόνια παρακολούθηση). Συγκεκριμένα, δύο από τις καίριες φάσεις του αλγορίθμου είναι:

α) Εφαρμογή των κριτηρίων επιλογής για παραπομπή προς γενετικό έλεγχο. Αναπτύξαμε 7 ομάδες συνδυασμού κλινικών κριτηρίων με βάση το γενεαλογικό δένδρο (αριθμός/βαθμός συγγενείας/ηλικία νόση-

σης πασχόντων σε μια δεδομένη οικογένεια). Με βάση τα αποτελέσματα μελετών από ΗΠΑ, Γερμανία και Σουηδία, όλες οι ομάδες παραπομπής έχουν τουλάχιστον 10% πιθανότητα ανεύρεσης θετικού τεστ που αποτελεί σήμερα ένα διεθνώς αποδεκτό όριο, και

β) Επιλογή μεθόδου πρόληψης. Αποτελεί μια εξαιρετικά περίπλοκη κριτική διαδικασία που λαμβάνει υπόψη πολλαπλές παραμέτρους. Απαιτείται εξατομικευμένη προσέγγιση που βασίζεται στα εξής: 1. εξατομικευμένη εκτίμηση κινδύνου (γονίδιο, μετάλλαξη, κλινικά κριτήρια), 2. ανάλυση και σύγκριση των χειρουργικών και συντηρητικών μεθόδων πρόληψης ως προς την αποτελεσματικότητα-παρενέργειες μιας εκάστης στην μείωση του κινδύνου καρκίνου και στην επίπτωση στην διάρκεια και ποιότητα της ζωής.

Εξωτερική αξιολόγηση

Με επιτυχία εγκρίθηκε ο αλγόριθμος μετά από επιστημονική αξιολόγηση και δημοσιεύεται τους προσεχείς μήνες, στο πλέον έγκριτο διεθνώς περιοδικό μεταφοράς καινοτόμου έρευνας στην πράξη, δηλαδή στο Nature Clin Pract Oncology.

Θεσμοί, φορείς και ειδικοί επιστήμονες που στηρίζουν το πρόγραμμα

Το πρόγραμμα έχει τεθεί υπό την αιγίδα του Προέδρου της Δημοκρατίας και επίσης έχει την στήριξη της Ακαδημίας Αθηνών μέσω του Γεν. Γραμματέα Καθηγητή κ. Ν. Μασσανιώτη και του Καθηγητή κ. Δ. Τριχόπουλου. Το πρόγραμμα συντονίζουν η Χειρουργική και η Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και συμμετέχουν ενεργά πολλοί επιστήμονες.

Πρακτική υλοποίησης του προγράμματος

Το πρόγραμμα θα υλοποιηθεί μέσω της δημιουργίας ενός δικτύου Ειδικών Ιατρικών ΚΚΜΩ. Σύμφωνα με τα διεθνή standards και τα πληθυσμιακά δεδομένα αρκεί ένα Ειδικό Ιατρείο ανά περιφέρεια.

Ιατρείο ΚΚΜΩ στην Ήπειρο

Το πρώτο στην Ελλάδα Ειδικό Ιατρείο ΚΚΜΩ αρχίζει σύντομα την λειτουργία του στο Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων. Σε αυτό θα εξετάζονται μόνο οι γυναίκες με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό και θα ακολουθεί συγκεκριμένη διαδικασία σύμφωνα με τα κριτήρια του αλγόριθμου.

Δίκτυο Ιατρικών ΚΚΜΩ

Εάν εξελιχθεί με επιτυχία η πιλοτική αυτή φάση και σύμφωνα με τον σχεδιασμό θα δημι-

ουργηθούν αντίστοιχα Ιατρεία σε Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Αλεξανδρούπολη και Κύπρο (Λευκωσία). Κοινή θα είναι σε όλα αυτά τα Ιατρεία η συνολική στρατηγική πρόληψης με βάση τον αλγόριθμο. Η δικτύωση αυτή θα επιτρέψει την ευρύτερη υλοποίηση του προγράμματος πέραν της Ηπείρου, αφού ξεπεραστούν τα εμπόδια της περίπλοκης στρατηγικής διαδικασίας.

Στόχοι - αναμενόμενα αποτελέσματα

Η υλοποίηση του προγράμματος θα έχει τα εξής αποτελέσματα:

1. Θα σωθούν οι ζωές πολλών νεαρών Ελληνίδων. Αυτό θα επιτευχθεί μέσω της πρωτογενούς πρόληψης (μη ανάπτυξη καρκίνου) και της δευτερογενούς (πρώιμη ανίχνευση σε αρχικά στάδια της νόσου).

2. Κοινωνική προσφορά - Προβολή της Ηπείρου. Η ανοικτή πρόσβαση της Ηπείρου στο Πρόγραμμα κύριο στόχο έχει την μείωση της θνητότητας από κληρονομικό καρκίνο μαστού και ωοθήκης αρχικά στην Ήπειρο. Η πρωτοβουλία αυτή της Χειρουργικής και Γυναικολογικής Κλινικής με την πλήρη υποστήριξη και άλλων Κλινικών και Εργαστηρίων αλλά και από το Πανεπιστήμιο, το Π. Γ. Ν. Ιωαννίνων, τη Δ.Υ. ΠΕ και την Περιφέρεια Ηπείρου θα αναδείξει και θα προβάλλει σε Πανελλαδική αλλά και διεθνή κλίμακα τον πρωτεύοντα και συντονιστικό ρόλο των Πανεπιστημιακών και Υγειονομικών υπηρεσιών της Ηπείρου.

References

1. Roukos D and Kappas AM (2006, in press) Prevention and management of hereditary breast ovarian cancer. *Nature Clin Pract Oncol*
2. Agnantis NJ, Paraskevidis E, Roukos D. (2004) Preventing breast, ovarian cancer in BRCA carriers: rational of prophylactic surgery and promises of surveillance. *Ann Surg Oncol* 11: 1030-1034
3. U.S. Preventive Services Task Force (2005) Genetic risk assessment and BRCA mutation testing for breast and ovarian cancer susceptibility: recommendation statement. *Ann Intern Med* 143: 355-61
4. Roukos DH et al. (2002) Role of surgery in the prophylaxis of hereditary cancer syndromes. *Ann Surg Oncol* 9: 607-609
5. Eisen A et al. (2005) Breast cancer risk following bilateral oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: an international case-control study. *J Clin Oncol* 23: 7491-6
6. Roukos DH et al. (2006 Febr) Is there a role for aromatase inhibitors in the neoadjuvant endocrine therapy for breast cancer? *Nature Clin Pract Oncol* (in press)
7. Domchek S, FebrM et al (2006) Clinical Management of BRCA 1 and BRCA2 mutation carriers. *Nature Clin Pract Oncol* 3: 2-3.

Βρουκέλλωση: νέωτερα δεδομένα

Pappas G, Akritidis N, Bosilkovski M, Tsianos E.

Brucellosis. N Engl J Med. 2005;352:2325-36

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η βρουκέλλωση παραμένει, ενάντια στις απόπειρες εκρίζωσής της, η συνηθέστερη ζωνοσός παγκοσμίως, με εστίες στην Μεσόγειο, την Κεντρική Ασία, και την Εγγύς Ανατολή, ενώ παράλληλα αποτελεί σημαντικό αίτιο νοσηρότητας σε ταξιδιώτες σε ενδημικές περιοχές, αλλά και έναν από τους δυνητικούς παράγοντες βιοτρομοκρατίας.

ΤΟ ΒΑΚΤΗΡΙΟ

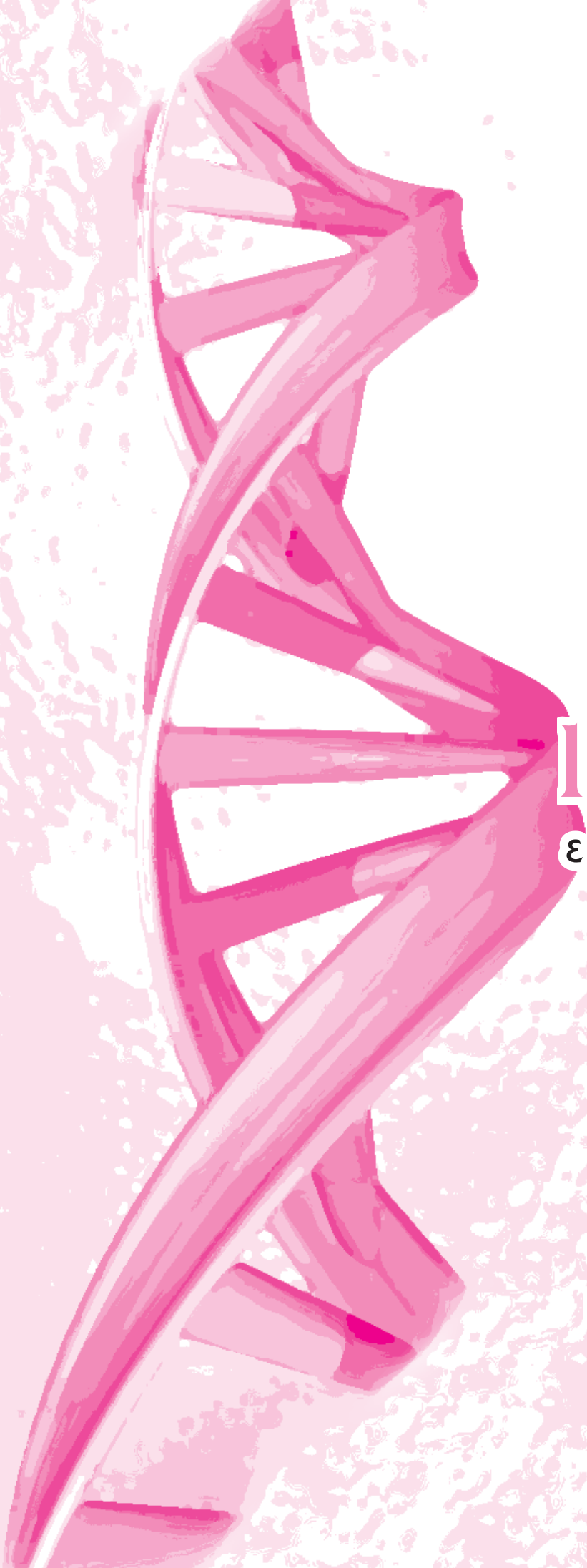
Η παραδοσιακή ταξινόμηση της βρουκέλλας σε 6 είδη (*Brucella melitensis*, *abortus*, *suis*, *canis*, *ovis*, *neotomae*) αμφισβητείται πλέον καθώς νέα είδη με ξενιστές θαλάσσια θηλαστικά (*rinnipediae*, *cetaceae*) έχουν ανακαλυφθεί, ενώ μελέτες μοριακής βιολογίας κατέδειξαν ότι η βρουκέλλα αποτελεί ένα γένος, του οποίου υπότυπους αποτελούν τα γνωστά είδη. Η πρόσφατη αποκρυπτογράφηση του γονιδιώματος της *B. melitensis* αναμένεται, μέσω των *proteomics*, να εξηγήσει πολλούς από τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς της βρουκέλλωσης.

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ

Η παθογένεια της νόσου στον άνθρωπο, μοναδική σε σχέση με άλλα βακτήρια και μη αναπαραγόμενη σε πειραματόζωα, χαρακτηρίζεται από την ικανότητα επιβίωσης του βακτηρίου σε διαδοχικά μορφοποιούμενους, όξινου περιβάλλοντος, ενδοκυττάριους σχηματισμούς, με παράλληλη αναστολή έκκρισης *tumor necrosis factor-α* (TNF-α). Η κυτταρική ανοσία, ρυθμιζόμενη από την ιντερφερόνη-γ, παίζει κεντρικό ρόλο στην ανοσολογική απάντηση, αλλά τελεί υπό αμφισβήτηση το κατά πόσο είναι εφικτή η πλήρης εκρίζωση του βακτηρίου από τον οργανισμό.

ΝΟΣΟΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

Πέραν του κλασσικού τρόπου μετάδοσης δια της γαστρεντερικής οδού, η μετάδοση της νόσου δια του αέρα συγκεντρώνει πλέον ενδιαφέρον ως ενοχοποιούμενη σε μεγάλο ποσοστό ασθενών, αλλά και ως εμπλεκόμενη σε δυνητική χρήση του βακτηρίου ως βιολογικού όπλου. Η ταξινόμηση της νόσου σε οξεία ή χρόνια έχει ασαφή κλινική σημασία, ενώ η συσχέτιση βιότυπου της *B. melitensis* και κλινικής βαρύτητας τελεί υπό διερεύνηση. Η ασαφής κλινική παρουσίαση της νόσου συνοδεύεται από πλειάδα επιπλοκών, συχνότερες των οποίων είναι αυτές από τα οστά (με την μορφή κυρίως χρονίζουσας καταστροφικής σπονδυλίτιδας), και το γεννητικό σύστημα (περιλαμβανομένων και εκτρώσεων σε εγκύους). Η νευροβρουκέλλωση και η ενδοκαρδίτιδα αποτελούν σπάνιες επιπλοκές, που είναι όμως δυσθεράπευτες και εμφανίζουν υψηλή θνησιμότητα. Υποτροπές, ανάλογα με την αντιβιοτική αγωγή, εμφανίζονται σε περίπου 10% των ασθενών. Η βρουκέλλωση στην παιδική ηλικία είναι συνήθως ηπιότερη, ενώ η νόσος σπάνια παρατηρείται σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.



ΙΑΤΡΙΚΕΣ

ΕΣΕΛΙΞΕΙΣ



ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η εφαρμογή νέων διαγνωστικών τεχνικών αναμένεται να αχρηστεύσει παραδοσιακές επώδυνες διαγνωστικές μεθόδους, όπως η καλλιέργεια μυελού των οστών, η αξία της καλλιέργειας αίματος όμως, με την επακόλουθη απομόνωση του στελέχους, δεν αναμένεται να ξεπερασθεί. Καμία από τις εναλλακτικές οροαντιδράσεις που ανιχνεύουν αντισώματα κατά του λιποπολυσακχαριδίου (LPS) επιφανείας δεν υπερτερεί της παραδοσιακής αντίδρασης Wright. Η αναζήτηση αντισωμάτων κατά κυτταροπλασματικών πρωτεϊνών με ELISA αποτελεί σημαντικό πρόσφατο επιπρόσθετο διαγνωστικό όπλο, αν και η ακριβής σημασία των θετικών τύπων αντισωμάτων IgG και IgA δεν έχει διευκρινισθεί ακόμη σε επαρκώς μεγάλο δείγμα ασθενών. Η εφαρμογή της polymerase chain reaction (PCR) και των παραλλαγών της αποτελεί κατάκτηση της τελευταίας δεκαετίας: δεν έχουν ακόμη όμως διευκρινισθεί επαρκώς και με καθολική αποδοχή οι αλληλουχίες εκλογής, οι εφαρμοζόμενες τεχνικές, και η κλινική σημασία των αποτελεσμάτων της, ενώ το κόστος παραμένει πρόβλημα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο παραδοσιακός συνδυασμός δοξυκυκλίνης και ριφαμπικίνης για 6 εβδομάδες ή δοξυκυκλίνης και στρεπτομυκίνης για έξι και δύο εβδομάδες αντίστοιχα παραμένει η θεραπεία εκλογής ενηλίκων. Η γενταμυκίνη μπορεί πλέον αξιόπιστα να αντικαταστήσει την στρεπτομυκίνη. Η κοτριμοξαζόλη χρησιμοποιείται ευρύτατα σε αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά η αξία της περιορίζεται σε αυτή του επιπρόσθετου φαρμάκου. Το κόστος των, αποδεδειγμένα δραστικών, κινολονών περιορίζει την χρήση τους, πέραν ίσως ορισμένων ενδείξεων όπως η σπονδυλίτιδα. Το κόστος, και η περιορισμένη ζήτηση από ανεπτυγμένες χώρες, αποτρέπουν την επαρκή έρευνα για την ανάπτυξη αποτελεσματικού εμβολίου για τον άνθρωπο, παρά τις σχετικές δοκιμές στην Κίνα, την Ρωσία, και την Γαλλία στο παρελθόν.

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Η αποσαφήνιση της μοριακής παθοφυσιολογίας της νόσου στον άνθρωπο ενδέχεται να υποβοηθήσει στην ανεύρεση νέων

μεθόδων αντιμετώπισης. Η εκρίζωση της νόσου αποτελεί κτηνιατρικό καθήκον, αλλά ουσιαστικά αποτελεί κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό πρόβλημα. Η βελτίωση των θεραπευτικών επιλογών μπορεί να υποβοηθηθεί από μεθόδους προσδιορισμού του μικροβιακού φορτίου, και από την αναθεώρηση της γενικότερης θεραπευτικής προσέγγισης.

ΣΧΟΛΙΑ

Η συνεχής εμφάνιση νέων παγκόσμιων εστιών ενδημικότητας της βρουκέλλωσης, με πλέον πρόσφατη αυτή των Ασιατικών πρώην Σοβιετικών δημοκρατιών (1), στην οποία οι διεθνείς οργανισμοί πρόνοιας απαντούν με χαρακτηριστική καθυστέρηση, και η αυξανόμενη εισαγωγή της νόσου στον ανεπτυγμένο κόσμο με την μορφή τροπικού νοσήματος, καθιστούν την βρουκέλλωση μια πάντα επίκαιρη λοίμωξη. Αναμφίβολα η αποσαφήνιση της παθοφυσιολογίας της νόσου (2) θα επιτρέψει την επιλογή νέων θεραπευτικών στόχων, επί του παρόντος όμως οι κλινικές θεραπευτικές προσεγγίσεις οφείλουν να εστιάσουν σε τρία σημεία: στην προσαρμογή της διάρκειας της αγωγής στα ατομικά κλινικά χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς (3), στην τροποποίηση του όξινου ενδοκυττάρου περιβάλλοντος εντός του οποίου το βακτήριο λανθάνει με χρήση για παράδειγμα υδροξυκλωροκίνης (4), ή στην χρήση νέων αντιβιοτικών σκευασμάτων, με λογικότερη επιλογή την τιγκεκυκλίνη (4). Το μείζον πρόβλημα στην μελέτη της βρουκέλλωσης παραμένει η ανεπάρκεια των κλινικών δοκιμών και μελετών, εξαιτίας ανεπαρκούς σχεδιασμού, μη συνεργασίας κέντρων και συνεπώς μικρού αριθμού ασθενών, ανεπάρκειας αξιόπιστων πειραματικών και in vitro μοντέλων μελέτης, ανεπάρκειας αξιολόγησης δεδομένων φαρμακοκινητικής και μικροβιακής αντίστασης, και τελικά ανεπάρκειας πόρων για την ολοκληρωμένη μελέτη της νόσου και την αντιστροφή των κοινωνικών δεδομένων που σχετίζονται με αυτή (5).

Βιβλιογραφία

1. Pappas G, Papadimitriou P, Akritidis N, Christou L, Tsianos EV. The new global map of human brucellosis. *Lancet Infect Dis.*

2006; in press

2. Maria-Pilar JdeB, Dudal S, Dornand J, Gross A. Cellular bioterrorism: how *Brucella* corrupts macrophage physiology to promote invasion and proliferation. *Clin Immunol.* 2005;114:227-38.
3. Solera J, Geijo P, Largo J, et al. A randomized, double-blind study to assess the optimal duration of doxycycline treatment for human brucellosis. *Clin Infect Dis.* 2004;39:1776-82
4. Pappas G, Solera J, Akritidis N, Tsianos E. New approaches to the antibiotic treatment of brucellosis. *Int J Antimicrob Agents* 2005;26:101-105
5. Pappas G, Akritidis N, Tsianos E. Effective treatments in the management of brucellosis. *Expert Opin Pharmacother,* 2005;2:202-9

Τυχαιοποιημένη Μελέτη Τροποποίησης τρόπου ζωής (Υγιεινοδιαιτητικής Παρέμβασης) και φαρμακοθεραπείας για την Αντιμετώπιση της Παχυσαρκίας

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Φαρμακευτική Αγωγή για την απώλεια βάρους συστήνεται επικουρικά σε ευρύτερα προγράμματα διαίτας, άσκησης και συμπεριφερσιολογικής θεραπείας αλλά πολλές φορές συνταγογραφείται σε συνδυασμό με ελάχιστα ή και καθόλου μέτρα υγιεινοδιαιτητικής παρέμβασης. Αυτή η πρακτική είναι πιθανόν να περιορίζει τα θεραπευτικά οφέλη.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην μελέτη αυτή σε ένα διάστημα ενός χρόνου επελέγησαν και τυχαιοποιήθηκαν 224 παχύσαρκοι ενήλικες σε 4 ομάδες. Η παρέμβαση για κάθε ομάδα ήταν: I) Συνταγογράφηση 15 mg Σιβουτραμίνης την ημέρα σε 8 επισκέψεις 10 έως 15 λεπτών σε ένα ιατρό Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μόνο, II) Υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση

για την τροποποίηση του τρόπου ζωής μέσω συμβουλευτικής σε 30 ομαδικές συνεδρίες, III) Σιβουτραμίνη μαζί με 30 ομαδικές συνεδρίες για την τροποποίηση του τρόπου ζωής μέσω συμβουλευτικής (συνδυασμένη θεραπεία) και IV) Σιβουτραμίνη μαζί με σύντομη παρέμβαση τροποποίησης του τρόπου ζωής από Ιατρό Πρωτοβάθμιας Υγείας σε 8 επισκέψεις των 10 έως 15 λεπτών. Σε όλους τους συμμετέχοντες συστήθηκε δίαιτα 1200 έως 1500 θερμίδων και το ίδιο πρόγραμμα φυσικής άσκησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε ένα χρόνο, οι συμμετέχοντες που έλαβαν συνδυαστική θεραπεία, έχασαν κατά Μέσο Όρο (SD) 12.1 (9.8) kg, ενώ όσοι έλαβαν μόνο Σιβουτραμίνη έχασαν 5.0 (7.4) kg, όσοι δέχθηκαν παρέμβαση τροποποίησης τρόπου ζωής μόνο, έχασαν 6.7 (7.9) kg, και αυτοί που έλαβαν Σιβουτραμίνη μαζί με σύντομη παρέμβαση αλλαγής τρόπου ζωής έχασαν 7.5 (8.0) kg ($P < 0.001$). Από αυτούς που ακολούθησαν τη συνδυαστική θεραπεία όσοι κατέγραφαν συστηματικά τη λήψη τροφής τους έχασαν περισσότερο βάρος από αυτούς που δεν το έκαναν συστηματικά (18.1 (9.8) kg vs. 7.7 (7.5) kg, ($P = 0.04$).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και παρέμβασης αλλαγής τρόπου ζωής σε ομαδικές συνεδρίες είχε σαν αποτέλεσμα μεγαλύτερη απώλεια βάρους από την χορήγηση φαρμακευτικής Αγωγής ή Παρέμβασης Αλλαγής τρόπου ζωής από μόνοι τους. Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν την σημασία της συνταγογράφησης θεραπειών για την απώλεια βάρους αντί της απλής παρέμβασης Αλλαγής Τρόπου Ζωής

Το πλήρες άρθρο της μελέτης είναι δημοσιευμένο στο N Engl J Med: 2005;353:2111-20.

Νίκη Αγνάντη

Καθηγητής Παθολογικής Ανατομικής
Ιατρικής Σχολής και Αντιπρύτανης
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Πόσους ιατρούς χρειάζεται η Χώρα;
Θα έλεγα ότι εάν είμασταν οι μισοί από
ότι είμαστε σήμερα θα φθάναμε και θα
περισσεύαμε!

Επιμέλεια:
Στέφανος Μπέλλος

Εδώ και αρκετά χρόνια ο «υπερπληθωρισμός» των ιατρών στην Ελλάδα έχει φέρει το ενδεχόμενο εφαρμογής εξετάσεων για την εισαγωγή ειδικότητα στην χώρα μας αρκετές φορές στο προσκήνιο διχάζοντας την φοιτητική κοινότητα και τους νέους Ιατρούς. Ποια η γνώμη σας; Συμφωνείτε με την εφαρμογή ενός συστήματος εισαγωγικών εξετάσεων για την ειδικότητα των ιατρών; Ποια προβλήματα πρόκειται να λύσει και ποια να δημιουργήσει;

Συμφωνώ με την εφαρμογή ενός συστήματος εξετάσεων για την έναρξη ειδικότητας και πιστεύω ότι θα συμβάλλει στην ορθότερη επιλογή των νέων Γιατρών στην ειδικότητα που τους ταιριάζει περισσότερο. Εάν οργανωθεί με σωστό σχεδιασμό, τα προβλήματα που ενδεχομένως να προκύψουν, θα είναι ελάχιστα.

Ανεξάρτητα από την εφαρμογή ή μη των εξετάσεων για την εισαγωγή στην ειδικότητα, πιστεύετε ότι το σύστημα εκπαίδευσης κατά την ειδικότητα Χρήζει μεταρρύθμισης; Ποια τα βασικά του προβλήματα;

Νομίζω ότι το υπάρχον εκπαιδευτικό πρόγραμμα στα Πανεπιστημιακά Νοσ/μεία είναι ικανοποιητικό, κρίνοντας πάντα με την ειδικότητα μου.

Στα Κρατικά όμως Νοσ/μεία είναι λίαν έλλειπές, γιατί ο/η Διευθυντής θεωρεί ότι δεν είναι υποχρεωμένος, εκ του Νόμου να εκπαιδεύει και συχνά λόγω ελλείψεως προσωπικού, οι ειδικομένοι γίνονται γραμματείς, νοσηλευτές και ότι άλλο απαιτούν οι ανάγκες της Κλινικής ή του Εργαστηρίου!

Πιστεύω λοιπόν ότι επιβάλλεται ριζική μεταρρύθμιση, ούτως ώστε να ισχύουν παντού οι ίδιες υποχρεώσεις και τα ίδια εκπαιδευτικά προγράμματα.



Συνέντευξη

Πολύς λόγος επίσης γίνεται για την «Αξιολόγηση των Πανεπιστημίων». Ποια η θέση σας και με ποιες προϋποθέσεις θα πρέπει να γίνει;

Πιστεύω ακράδαντα ότι η αξιολόγηση επιβάλλεται και μόνον όσοι/όσες δεν κάνουν σωστά τη δουλειά τους φοβούνται. Σε όλα τα πολιτισμένα μέρη του Κόσμου εφαρμόζεται η «Αξιολόγηση» προ πολλού και είναι ο μόνος τρόπος για να γίνουμε καλλίτεροι !

Από κάποιους Πανεπιστημιακούς κύκλους προβάλλεται το αίτημα εισαγωγής επιπλέον κριτηρίων για την εκλογή και εξέλιξη των Μελών ΔΕΠ. Μεταξύ των κριτηρίων που έχουν προταθεί είναι ο ελάχιστος αριθμός δημοσιεύσεων ή ο αριθμός των «αναφορών» (citations) στη βιβλιογραφία και άλλων δεικτών αθροιστικής επιρροής (impact factors). Σας βρίσκει σύμφωνη μια τέτοια λογική θεσμοθέτησης μετρήσιμων κριτηρίων;

Πιστεύω ότι τα υπάρχοντα κριτήρια είναι ικανοποιητικά, αρκεί να εφαρμόζονται αμερόληπτα στις κρίσεις, λαμβάνοντας πάντοτε υπόψιν τη συνολική προσφορά και το έργο του εκάστοτε υποψηφίου. Μελλοντικά, θα μπορούσε να συζητηθεί η θέσπιση μετρήσιμων κριτηρίων, αλλά οι προσπάθειες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα είναι κατά τη γνώμη μου ανεπιτυχείς και ανέφικτες.

Ποια η αξιολόγησή σας για την ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων; Που βρίσκεται με βάση τον «Ευρωπαϊκό Μέσο Όρο» Ιατρικής Σχολής; Το Πρόγραμμα Σπουδών χρειάζεται αλλαγές;

Την Ιατρική μας Σχολή, που υπηρετώ 16 χρόνια, θα τη κατέτασσα στο μέσο επίπεδο των Ευρωπαϊκών Ιατρικών Σχολών. Το πρόσφατα προταθέν πρόγραμμα σπουδών στη Σχολή μας, πιστεύω ότι χρειάζεται ουσιαστικές αλλαγές, δυστυχώς όμως δεν μπορώ να συμβάλλω σε αυτές γιατί δεν συμπεριλαμβάνομαι στην ορισθείσα Επιτροπή από τον Πρόεδρο.

Πρόσφατα ήρθε στο φως το θέμα των μεταγραφών φοιτητών τόσο μεταξύ των Ελληνικών Πανεπιστημίων

όσο και από πανεπιστήμια του Εξωτερικού προς την Ελλάδα με αποτέλεσμα την πολιτική παρέμβαση του Υπουργείου Παιδείας που οριοθέτησε σαφή κριτήρια περιορίζοντας κατά πολύ το φαινόμενο. Ποια η τοποθέτησή σας;

Συμφωνώ απόλυτα με τα προταθέντα κριτήρια.

Η ενασχόλησή σας με την Προεδρία της Ιατρικής Σχολής και την Πρυτανεία σας έχει επιτρέψει να έρθετε σε επαφή με τους εκπροσώπους των φοιτητών που μαζί με άλλες συλλογικότητες και πρωτοβουλίες συνιστούν αυτό που στην Ελλάδα ονομάζουμε φοιτητικό Κίνημα. Για πολλούς το φοιτητικό κίνημα έχει υποστεί μια εκτροπή με αρνητικά στοιχεία (μείωση ισχύος, μείωση συμμετοχικότητας, κομματικοποίηση) και κατ' άλλους μια θετική μετεξέλιξη (μείωση του φανατισμού, πτώση των διαχωριστικών γραμμών κ.α.). Ποιο το σχόλιο σας;

Πιστεύω ότι το φοιτητικό Κίνημα έχει υποστεί μια θετική μετεξέλιξη και αυτό είναι ένα πολύ θετικό βήμα για τη νεολαία μας, γιατί ο φανατισμός όχι μόνον δεν ωφελεί αλλά αποδεδειγμένα βλάπτει !

Το Πανεπιστήμιο οφείλει να είναι διασυνδεδεμένο με την Κοινωνία. Με ποιους τρόπους επιτυγχάνεται αυτό και τι βήματα πρόκειται να γίνουν;

Αναντίρρητα το Πανεπιστήμιο πρέπει να συνδέεται στενά με την Κοινωνία και νομίζω ότι το Γιαννιώτικο Πανεπιστήμιό μας έχει κάνει ουσιαστικά βήματα προς αυτή την κατεύθυνση και όλα αυτά τα 40 και πλέον χρόνια έκανε τα Γιάννινα μια ζωντανή πανέμορφη Πανεπιστημιούπολη που σφύζει από νιάτα και ζωή !

Πόσους ιατρούς χρειάζεται η Χώρα;

Θα έλεγα ότι εάν είμασταν οι μισοί από ότι είμαστε σήμερα θα φθάναμε και θα περισσεύαμε!

Στην Πρυτανεία και την Προεδρία της Ιατρικής Σχολής συμπληρώνετε σχεδόν μια δεκαετία. Ποιο το σημαντικότερο γεγονός και το μεγαλύτερο

λάθος της μακράς σας αυτής θητείας;

Η Πρυτανεία και η Προεδρία της Ιατρικής Σχολής αποτελούν δύο ξεχωριστές θέσεις τις οποίες προσπάθησα και ακόμη προσπαθώ να υπηρετήσω με όλες μου τις δυνάμεις και όσο μπορώ καλλίτερα, πάντοτε με γνώμονα την προσφορά και την αποφυγή οποιασδήποτε αδικίας. Μετά το πέρας της 4ετούς μου θητείας στην Ιατρική Σχολή πληροφορήθηκα από τη Γραμματεία ότι είχα διεκπεραιώσει επιτυχώς 93 εκλογές Μελών ΔΕΠ διαφόρων βαθμίδων και 10 μονιμοποιήσεις Επικούρων Καθηγητών. Το γεγονός αυτό με γέμισε πληρότητα γιατί έκανα τόσους Συναδέλφους ευτυχισμένους.

Το μεγαλύτερο λάθος μου είναι ότι αρχικά αντιμετώπιζω τους Συναδέλφους μου καθώς και όλα τα Μέλη της Πανεπιστημιακής Κοινότητας, πάντοτε θετικά και καταβάλλω κάθε προσπάθεια να τους εξυπηρετήσω το γρηγορότερο δυνατόν και με τον καλλίτερο τρόπο.

Είναι ευνόητο λοιπόν ότι ένα μικρό, ευτυχώς, ποσοστό αποδεικνύεται κατώτερο των προσδοκιών μου, για να μην το ονομάσω «αχάριστο».

Δεν θα μπορούσε ασφαλώς από την συνέντευξη αυτή να λείπει και ένα γενικό πολιτικό σχόλιο. Αν ήσασταν Υπουργός Υγείας λοιπόν, ποια θα ήταν η πρώτη σας κίνηση; Από πού θα ξεκινούσατε;

Παρ' όλο που δεν θεωρώ τον εαυτό μου «Πολιτικό» πρόσωπο και ούτε έχω καμία τέτοια φιλοδοξία, εάν τότε είχα αυτό το αξίωμα θα έβαζα όλες μου τις δυνάμεις για την αναβάθμιση και τη βέλτιστη ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών στον Έλληνα και στην Ελληνίδα ασθενή.

Η Νίκη Αγνάντη



Γεννήθηκε στην Αθήνα. Κόρη του Νικολάου και Αντιγόνης Γύρα, Μαιευτήρα-Γυναικολόγου και από το 1964 σύζυγος του Ιωάννη Αγνάντη, Ορθοπεδικού-Χειρουργού, τέως Διευθυντού του «Ευαγγελισμού». Απόφοίτησε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών όπου εκπόνησε λίγα χρόνια μετά τις Μεταπτυχιακές της Σπουδές και την Διδακτορική της Διατριβή. Ειδικεύτηκε στην Κυταρολογία και την Παθολογική Ανατομική. Υπηρέτησε ως Διευθυντής στο Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» στην Αθήνα και λίγα χρόνια μετά με υποτροφία μετεκπαιδεύτηκε στο Κέντρο Καρκίνου «Memorial» της Ν. Υόρκης. Η πανεπιστημιακή της καριέρα ξεκινά με την απονομή του τίτλου του 'Αμμισθου Επίκουρου Καθηγητή της Παθολογικής Ανατομικής της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών και το 1990 εκλέγεται Καθηγητής Παθολογικής Ανατομικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Στα πλαίσια της ερευνητικής της δραστηριότητας που κυρίως εστιάζεται στην πολυπαραγοντική διαδικασία της καρκινογένεσης και τους δείκτες πρώιμης διάγνωσης του Καρκίνου του Μαστού, έχει δημοσιεύσει πάνω από 250 εργασίες στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία και της έχουν γίνει πάνω από 1000 βιβλιογραφικές αναφορές. Έχει συμμετάσχει στην επιστημονική επιτροπή, έχει προσκληθεί ως εισηγήτρια και έχει διοργανώσει πάνω από 100 επιστημονικές εκδηλώσεις στην Ελλάδα και το εξωτερικό, ενώ κάθε χρόνο διοργανώνει τα Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Παθολογίας Ογκολογίας υπό την αιγίδα της European Society of Pathology στο πλαίσιο του European Institute of Continuing Medical Education (EICME) και σε συνεργασία με την European School of Oncology. Έχει διατελέσει Αντιπρόεδρος (1997-1999) και Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (1999-2001 και 2001-2003), Εκλεγμένη Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παθολογικής Ανατομικής (2005-2007) και Αντιπρύτανης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (2003-μέχρι σήμερα). Είναι ιδρυτικό μέλος και Πρόεδρος του Παραρτήματος Ιωαννίνων της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας καθώς και μέλος σε άλλες 34 ιατρικές εταιρείες στην Ελλάδα και το Εξωτερικό. Έχει τιμηθεί 16 φορές με βραβεία ή τιμητικά διπλώματα στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

Επί της... ουσίας

Κάθε τεύχος του περιοδικού θα είναι αφιερωμένο σε ένα θέμα ουσίας. Για κάθε τέτοιο θέμα η έκδοση θα καταβάλει προσπάθεια να παρουσιάσει περισσότερα από ένα άρθρα, ή συνεντεύξεις ή άλλο υλικό. Ελπίζουμε με αυτό τον τρόπο να εξασφαλίζουμε, όσο το δυνατό, μεγαλύτερη κάλυψη στο θέμα και επιπλέον να αναπτύσσεται διάλογος με ενδεχομένως διαφορετικές προσεγγίσεις ή και αντιθέσεις.

Το τεύχος αυτό είναι αφιερωμένο στο ιατρικό σφάλμα. Θεωρούμε πως το συγκεκριμένο θέμα είναι και μείζονος και επίκαιρης σημασίας για την ιατρική κοινότητα. Υπάρχουν τρία άρθρα για αυτό, που το καθένα παρουσιάζει μια διαφορετική άποψη. Τα δύο άρθρα εμφανίζονται ως τεχνοκρατικά στο αντικείμενο. Το άρθρο του κ. Βουγιουκλάκη διαπραγματεύεται την ιατροδικαστική προσέγγιση του θέματος. Το άλλο, παρουσιάζει επιλεγμένα αποσπάσματα που αφορούν στην νομική άποψη του ιατρικού σφάλματος από την κ. Αναπλιώτου. Το τρίτο άρθρο, του κ. Γιαννακάκη, επιχειρεί να προσεγγίσει το πρόβλημα ως φιλοσοφία από την ιατρική του πλευρά. Τα άρθρα απηχούν τις απόψεις των συγγραφέων και επιδέχονται κριτική η οποία μπορεί να δημοσιευτεί στα επόμενα τεύχη.



Του Ιωάννη Α. Γιαννακάκη,
Παθολόγου
Μέλος του Δ.Σ του ΙΣΙ
Εμπρόσωπος του ΙΣΙ στον ΠΙΣ

Σε αυτό το άρθρο γίνεται λόγος για την εν γένει φιλοσοφία του ιατρικού σφάλματος που έχει να κάνει με την ιατρική του θεώρηση, μια αμιγώς ιατρική προσέγγιση δηλαδή και όχι προσέγγιση νομικού ή άλλου τεχνοκρατικού χαρακτήρα.

Παράλληλα συζητείται και η υπάρχουσα κατάσταση στην Ελλάδα.

Αν και θα μπορούσε να γίνει αναφορά στη στατιστική καταγραφή και αποτύπωση του ιατρικού σφάλματος στον κόσμο και να παρουσιαστούν συμπεράσματα μελετών για τη σημασία που έχει το θέμα σε επίπεδο υπηρεσιών υγείας, νομίζω είναι προφανές σε όλους, πως κανένας δεν μπορεί να αρνηθεί την ύπαρξη του και να αμφισβητήσει τη σημασία που έχει για την Υγεία.

Διαβάζοντας το παρακάτω κείμενο ίσως να σας δημιουργηθεί η εντύπωση της υπερβολής. Η κριτική στις επόμενες παραγράφους μπορεί μερικές φορές να χαρακτηριστεί ως ειρωνική ή και σκληρή όχι όμως ασύνδετη με την πραγματικότητα. Αρκετοί μάλιστα από τους συναδέλφους την έχουν ήδη βιώσει. Σκόπιμα λοιπόν έχει αποδοθεί έτσι το κείμενο επιδιώκοντας να καυτηριάσει την κατάσταση που επικρατεί για αυτό το ακανθώδες θέμα που βασανίζει την ιατρική κοινότητα αλλά κατά παράδοξο τρόπο κανείς δεν τολμά να το αγγίξει.

Στην Ελλάδα το ιατρικό σφάλμα φαίνεται ως ... ανύπαρκτο. Όλοι μας ασκούμε αλάνθαστη ιατρική όπως φαίνεται. Αν μάλιστα κάποιος τολμήσει σε μια εκδήλωση ή ομήγυρη συναδέλφων να αναφέρει την κρίσιμη λέξη, δηλαδή ιατρικό λάθος, είναι πιθανό να αντιμετωπίσει τουλάχιστον την αδιαφορία αν όχι την επίπληξη των υπολοίπων. Είναι όμως σίγουρο πως η αναφορά του θα προκαλέσει σε όλους άγχος και διάθεση φυγής. Δεν φταίνε όμως οι γιατροί για αυτό. Είναι γνωστό πως το άγνωστο δημιουργεί πάντα το αίσθημα του φόβου και της φυγής. Δυστυχώς, καθεστώς αγνώστου χαρακτηρίζει τόσο το ιατρικό σφάλμα εν γένει, όσο και την υπάρχουσα κατάσταση για αυτό στην Ελλάδα. Άγνωστο αποτελεί το γεγονός πότε θα υποπέσω σε σφάλμα, άγνωστο αν θα έχει σοβαρές συνέπειες για τον άρρωστο, άγνωστο αν θα γίνει αυτό γνωστό ευρύτερα, άγνωστο αν θα υποστώ τον εξευτελισμό στα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ), άγνωστο αν θα τύχω προστασίας από τα αρμόδια ιατρικά όργανα, άγνωστο αν θα οδηγηθώ στα δικαστήρια, άγνωστο αν θα κριθώ ένοχος για αυτό, άγνωστο αν τελικά υποστώ επαγγελματικό μαρασμό, άγνωστο ακόμα και αν θα προστατευτούν οι άλλοι συνάδελφοι έτσι ώστε να μην επαναλάβουν το



αφιέρωμα

Ιατρικό
Σφάλμα

ίδιο σφάλμα. Είναι εν μέρει γνωστή η φιλοσοφία που επικρατεί. Μην ανοίγεται τους ασκούς του Αιόλου αναφέροντας πως το ιατρικό σφάλμα είναι υπαρκτό. Καραδοκούν τα ΜΜΕ, τα δικηγορικά γραφεία και η αδηφάγος λαϊκή κρίση. Δεν είναι πράγματι άδικος ο ισχυρισμός αφού δεν υφίστανται αντικειμενικοί κανόνες στο παιχνίδι της αντιμετώπισης του ιατρικού σφάλματος. Έτσι όμως το πρόβλημα όχι μόνο δε λύνεται αλλά βαθιάειν περισσότερο και η ιατρική κοινότητα της χώρας μένει όλο και περισσότερο εκτεθειμένη.

Μια λέξη μπορεί να περιγράψει την κατάσταση της «αντιμετώπισης» του «ιατρικού σφάλματος» στην Ελλάδα, «μεσαιώνας». Για κάθε λέξη σε εισαγωγικά υπάρχει και μια λογική.

«Μεσαιώνας» γιατί παρότι απέχουμε πολύ χρονολογικά από αυτόν οι συνθήκες προσέγγισης του ιατρικού σφάλματος στη σύγχρονη Ελλάδα δεν διαφέρουν πολύ από ομοιάζουσες σε άλλα θέματα συνθήκες εκείνης της εποχής. Φερ' ειπείν το παράδειγμα των γυναικών στο μεσαιώνα που καιγόntonταν στην πυρά αφού είχαν κατηγορηθεί ως μάγισσες. Σύγχρονη μάγισσα ο εκάστοτε γιατρός που ως αποδιοπομπαίο θύμα σηκώνει το βάρος της ποινικής ή/και αστικής ευθύνης και σύρεται στην πυρά της λαϊκής κατανάλωσης. Στο ρόλο της λαϊκής κρίσης του σήμερα τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ) και στο ρόλο της σύγχρονης Ιεράς Εξέτασης οι λειτουργοί της Δικαιοσύνης. Οι τελευταίοι αγωνιωδώς φευ καλούνται να μάθουν Ιατρική μέσα σε λίγες ώρες και να αποφανθούν περί ευθύνης ή μη του κατηγορούμενου ιατρού. Τα λόγια του καθηγητή της Ιατροδικαστικής κ. Αντώνη Κουτσελίνη αποδίδουν μεγαλειωδώς την πραγματικότητα, «υπάρχει κακή και καλή ιατρική πρακτική, αλλά η χειρότερη κακοποίηση της ιατρικής επιστήμης γίνεται μέσα από τις ακροαματικές διαδικασίες των ποινικών δικαστηρίων. Στην πραγματικότητα, τα δικαστήρια μετατρέπονται σε ακαδημίες ιατρικών επιστημών, στις οποίες οι δικαστές - κριτές δεν έχουν (και οφείλουν να μην έχουν) ιατρικές γνώσεις, παρά τις προσωπικές εμπειρίες τους. Έτσι, μια άλλη μορφή ιατρικής φαίνεται να αναπτύσσεται στα ακροατήρια των ποινικών δικαστηρίων κατά την εκδίκαση ιατρικών υποθέσεων, που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως "ιατρική των δικαστών" και η οποία στηρίζεται κάθε φορά στο αποδεικτικό υλικό που υπάρχει στον φάκελο της δικογραφίας, στις καταθέσεις των μαρτύρων και στην ικανότητα των παρισταμένων συνηγόρων, των κατη-

γορουμένων γιατρών και των πολιτικών εναγόντων». Η ιστορία θυμίζει τα παρωχημένα συστήματα σωφρονισμού που επιδιώκουν μονομερώς την τιμωρία με σκοπό τη συμμόρφωση του ενόχου και των ομοίων του. Σαν να επρόκειτο η πράξη του γιατρού να προερχόταν από δόλο ή να ήταν προμελετημένη.

Με τον όρο «ιατρικό σφάλμα» συχνά θεωρούμε πως υπάρχει και η αυτονόητη ενοχή του ιατρού. Δεν είναι όμως έτσι τα πράγματα. Για το ιατρικό σφάλμα υπάρχουν αρκετοί εννοιολογικοί ορισμοί με διαφορετική σημασία που δεν έχει αξία να αναφερθούν εδώ. Αναφερόμενοι όμως στην ουσία του θέματος είναι σωστό να συζητάμε για την ασφάλεια του ασθενούς (patient safety). Αυτός είναι και ο επίσημος ορισμός που χρησιμοποιεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Είναι μια γενικότερη φιλοσοφία η οποία έχει δώσει γένεση σε ένα μεγαλόπνοο παγκόσμιο πρόγραμμα του ΠΟΥ, την Παγκόσμια Συμμαχία για την Ασφάλεια του Ασθενούς (World Alliance for Patient Safety).

Η «αντιμετώπιση» του ιατρικού σφάλματος είναι μια ανύπαρκτη υπόθεση στην Ελλάδα. Η μόνη αντιμετώπιση είναι αυτή των ΜΜΕ και της δικαστικής οδού. Ποια αντιμετώπιση δηλαδή, τιμωρία ουσιαστικά. Πολιτεία και συνδικαλιστικά όργανα στέκονται μακριά, «αθώοι» παρατηρητές του προβλήματος. Νομοθετικό πλαίσιο απαραιωμένο ως ανύπαρκτο. Πολλές φορές φτάνει να υπάρξει ένοχος για να λυτρωθεί και μόνο το λαϊκό αίσθημα. Με άλλα λόγια δηλαδή, μην τύχει στο δικό μας σπίτι. Ας παρακαλούμε το Θεό και για αυτό. Ο δημοκρατικός πλουραλισμός στο μεγαλείο του επιτρέποντας σε όλους να έχουν άποψη. Άποψη έχει η ιατρική κοινότητα, αλλά έχει και η Δικαιοσύνη, τα δικηγορικά γραφεία, τα ΜΜΕ και ο λαός. Όλοι έχουν άποψη και κάθε άποψη είναι διαφορετική λες και το ιατρικό σφάλμα είναι θέμα για πολιτική και λαϊκή κατανάλωση, καθώς και για οικονομική εκμετάλλευση. Τόσες διαφορετικές θεωρήσεις του ιατρικού σφάλματος που καταδεικνύουν περίτρανα την ανυπαρξία σοβαρού πολιτικού και επιστημονικού πλαισίου για το θέμα, κοινώς αλαλούμ.

Ποιος περιμένει με τέτοιες προσεγγίσεις άραγε να αντιμετωπίσει το ιατρικό σφάλμα; Μα το ζήτημα δεν είναι να βρούμε τον ένοχο σώνει και καλά. Το κυρίαρχο θέμα είναι να βρούμε το σωστό τρόπο να μειώσουμε σημαντικά το υφιστάμενο πρόβλημα, να προστατεύσουμε πολίτες και ιατρούς από τα πολλά και σημαντικά ιατρικά λάθη και τις συνέπειές τους.

Το απόσπασμα που ακολουθεί συμβαδίζει με την φιλοσοφία μας για το θέμα. Είναι από την έκδοση του Institute of Medicine των ΗΠΑ του 2000 με τίτλο: «To Err Is Human. Building a Safer Health System», «Το να σφάλεις είναι ανθρώπινο. Οικοδομώντας ένα Ασφαλέστερο Σύστημα Υγείας». «Η πιο κοινή αρχική αντίδραση όταν συμβαίνει ένα λάθος είναι να βρούμε και να αποδώσουμε ευθύνη σε κάποιον. Ωστόσο, είναι προφανές πως απλά συμβάματα ή λάθη οφείλονται πολύ συχνά στη σύγκλιση πολλών συμβαλλόμενων παραγόντων. Η απόδοση ευθύνης σε κάποιον δεν αλλάζει αυτούς τους παράγοντες και έτσι το ίδιο λάθος είναι πιθανό να ξανασυμβεί. Η πρόληψη των σφαλμάτων και η βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών απαιτούν συστηματική προσέγγιση με σκοπό να τροποποιηθούν οι συμβαλλόμενοι παράγοντες. Οι άνθρωποι που εργάζονται στη φροντίδα υγείας αποτελούν ένα από τα πιο εκπαιδευμένα και αφοσιωμένα εργατικά δυναμικά. Το πρόβλημα δεν είναι οι κακοί άνθρωποι, το πρόβλημα είναι ότι το σύστημα χρειάζεται να γίνει ασφαλέστερο».

Το ιατρικό σφάλμα θέλει φιλοσοφία και όχι αποσπασματικά μέτρα ή πειρατισμούς. Το ιατρικό σφάλμα χρειάζεται σύγχρονο νομοθετικό πλαίσιο και όχι δικονομικούς κανόνες που διέπουν παράλληλα και το κοινό έγκλημα. Δεν μπορεί να είναι έρμαιο του εφιάλτη της δικαστικής βασάνου. Πρέπει να απεμπλακεί, μερικώς τουλάχιστον, από αυτή την ομηρία. Και για να μην δοθεί η εντύπωση ότι είμαστε αιθεροβάμονες ήδη έχουν υπάρξει χώρες που το έχουν κάνει πράξη.

Το ιατρικό σφάλμα χρειάζεται την ανάπτυξη και εφαρμογή συστήματος στο οποίο να αποστέλλονται οι αναφορές των ιατρικών λαθών, να αναλύονται, να επεξεργάζονται και να διοχετεύονται πάλι στην ιατρική κοινότητα και στις υπηρεσίες υγείας με τη μορφή κατευθυντήριων οδηγιών. Σε αυτή τη λογική κινείται το πρόγραμμα του ΠΟΥ, Παγκόσμια Συμμαχία για την Ασφάλεια των Ασθενών, έχοντας ως βασικό πυρήνα τη διαμόρφωση μιας παγκόσμιας πρόκλησης για την ασφάλεια των αρρώστων για το 2005-2006. Η Συμμαχία θα αναπτύξει πολιτική που θα χρησιμοποιηθεί για να διευκολύνει την ανάπτυξη νέων συστημάτων αναφοράς σφάλματος και βελτίωσης των ήδη υπαρχόντων. Οι βασικές αρχές στις οποίες θα στηρίζεται αυτή η πολιτική είναι:

- Ο θεμελιώδης ρόλος των συστημάτων αναφοράς είναι να αυξήσει την ασφάλεια των ασθενών με την μέθοδο της μάθησης, δηλαδή «μαθαίνω από τα λάθη» της ιατρικής πρακτικής,
- Η αναφορά των σφαλμάτων πρέπει να είναι

ασφαλής και τα άτομα που αναφέρουν τα λάθη δεν πρέπει να τιμωρούνται ούτε να υφίστανται άλλες συνέπειες,

- Η αναφορά σφαλμάτων έχει αξία μόνο αν οδηγεί σε μια δημιουργική απάντηση. Σαν ελάχιστο θα πρέπει να υπάρχει ανατροφοδότηση (feedback) των ευρημάτων από την ανάλυση των δεδομένων. Ιδανικά, επίσης θα πρέπει να περιλαμβάνει συστάσεις για αλλαγές στις διαδικασίες των συστημάτων φροντίδας υγείας,
- Η ανάλυση των αναφορών των σφαλμάτων, η γνώση που αποκτήθηκε από την επεξεργασία τους και η διάχυση της γνώσης στη συνέχεια απαιτούν ειδική εμπειρία και γνώση του αντικείμενου, όπως επίσης ανθρώπινους και χρηματικούς πόρους. Η αρμόδια αρχή για το θέμα πρέπει να είναι ικανή να ασκεί επιρροή εφαρμόζοντας λύσεις, να διαχέει την πληροφορία και να κάνει συστάσεις για αλλαγές.

Τα παραπάνω αποτελούν δείγμα της πορείας που ακολουθεί ο ΠΟΥ για την αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και μάλιστα δίδοντας παγκόσμια διάσταση στην εφαρμογή του σχετικού προγράμματος. Δυστυχώς, στο πρόγραμμα της Συμμαχίας δεν ανήκει, ή τουλάχιστον ακόμα, η Ελλάδα.

Είτε το θέλουμε είτε όχι η διαδικασία ελέγχου και βελτίωσης του ιατρικού σφάλματος είναι δυναμική και αέναη. Δεν δύναται να λυθεί το πρόβλημα με μια εφάπαξ παρέμβαση και αυτό θα πρέπει να γίνει πεποίθηση.

Αποτελεί εξαιρετικά σύνθετο και εξειδικευμένο θέμα η συζήτηση για τη δρομολόγηση της λύσης του προβλήματος. Μπορώ μόνο να αναφέρω μια βασική προτεραιότητα στο πλαίσιο της επίλυσης του προβλήματος. Είναι αναγκαία η ίδρυση μιας αδιάβλητης, κοινά αποδεκτής και πέραν κάθε αμφισβήτησης Αρχής, πχ Αρχής Ασφάλειας των Ασθενών, με νομοθετική θωράκιση και κατάλληλες αρμοδιότητες που να βρίσκονται στη σωστή κατεύθυνση. Η Αρχή αυτή σε παράλληλη τροχιά με την πολιτική του ΠΟΥ είναι πιθανό να κάνει το μεγάλο άλμα από το «μεσαίωνα» στη σημερινή εποχή βελτιώνοντας την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας. Μια φροντίδα με λιγότερα ιατρικά λάθη, περισσότερο ικανούς ιατρούς, λιγότερους ιατρούς εκτεθειμένους σε άδικο διασυρμό, δικαστική, ηθική και επαγγελματική εξόντωση και περισσότερο ικανοποιημένους πολίτες.

Βιβλιογραφία:
www.who.int/entity/patientsafety/en

Η Ιατρική Ευθύνη



Θεόδωρου Βουγιουκλάκη
 Ιατροδικαστή
 Αν. Καθηγητή Πανεπιστημίου
 Ιωαννίνων

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι η εκζήτηση ευθύνης από το γιατρό είναι αρκετά συνήθης και γίνεται καθημερινά όλο και συχνότερη. Το συχνό και μάλλον οξύ αυτό πρόβλημα, ιδιαίτερα για ορισμένες ιατρικές ειδικότητες, αποδίδεται σε διάφορους παράγοντες, όπως είναι οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών, η πολυπλοκότητα των θεραπευτικών και διαγνωστικών τεχνικών, η πτώση της επιστημονικής επάρκειας, η επιδείνωση της σχέσης ασθενούς - ιατρού, τα δεδομένα σε ότι αφορά τις αστικές αποζημιώσεις, τη νομική υποστήριξη και διαφήμιση των παρεχομένων νομικών υπηρεσιών καθώς και την ευαισθητοποίηση του κοινού.

Το σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων που καταφεύγουν στη διαιτησία της Δικαιοσύνης επιζητούν την καταδίκη του υπαίτιου γιατρού, για κάποια πράξη ή παράλειψη. Με άλλες λέξεις ο γιατρός θα κατηγορηθεί ότι δεν έδειξε την προσοχή που όφειλε και μπορούσε με αποτέλεσμα να γίνει πρόξενος μιας βλάβης στα έννομα αγαθά της υγείας, της σωματικής ακεραιότητας, ή της ζωής αυτού (malpractice). Έτσι το αδίκημα που θα στοιχειοθετηθεί σε βάρος του γιατρού μετά από έγκληση του αρρώστου είναι η ιατρική αμέλεια. Άμεση συνέπεια είναι η άσκηση ποινικής ή αστικής φύσεως δίωξης εναντίον του γιατρού ή τελικά η παραπομπή του σε δίκη, όπου θα κριθεί σύμφωνα με τις περί αμελείας διατάξεις του νόμου (άρθρο 28 ΠΚ). Τότε αρχίζει το δράμα του κατηγορούμενου γιατρού, αφού θα πρέπει να εξηγήσει τι έκανε, τι όφειλε να κάνει και τι μπορούσε να κάνει. Ακολουθεί η μετατροπή των δικαστηρίων σε Ακαδημίες Ιατρικών Επιστημών, όπου και γίνεται -από νομικούς και πραγματογνώμονες- η μεγαλύτερη κακοποίηση της ιατρικής.

Σύμφωνα με τον ΑΚ άρθρα 330 εδ. 2 «αμέλεια υπάρχει οσάκις δεν καταβάλλεται η εν ταις συναλλαγαίς απαιτούμενη επιμέλεια», ενώ σύμφωνα με το άρθρο 28 του Ποινικού Κώδικα «αμελείας πράττει όστις ένεκεν της ελλείψεως της προσοχής ήν ώφειλε εκ των περιστάσεων και ηδύνατο να καταβάλη, είτε α) δεν προείδε το εκ της πράξεως του παραχθέν αποτέλεσμα, είτε β) προείδε μεν τούτο ως δυνατόν, επίστευσεν όμως, ότι δεν θα επήρχετο».

Όστε ιατρική αμέλεια, είναι η πραγματική εκείνη κατάσταση που χαρακτηρίζεται:

- από την ύπαρξη υποχρέωσης και δυνατότητας του γιατρού να περιθάλπει τον άρρωστο,
- από έλλειψη προσοχής εκ μέρους του γιατρού (πλημμελής ιατρική συμπεριφορά),
- από την επέλευση κάποιου απαράδεκτου αποτελέσματος στα έννομα αγαθά του αρρώστου και τέλος,
- από την θετική συσχέτιση (αιτιώδη συνάφεια) του αποτελέσματος προς την προηγηθείσα πλημμελή συμπεριφορά του γιατρού.

Το καθήκον περιθάλψεως: Η υποχρέωση παροχής βοήθειας στον ασθενή είναι ένα θέμα που ρυθμίζεται από κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας. Υπάρχουν όμως και άλλες περιπτώσεις στις οποίες το καθήκον περιθάλψεως υπαγορεύεται και από τον Ποινικό Νόμο, (πχ. άρθρο 307 του ΠΚ), όπου ο γιατρός υποχρεώνεται να

βοηθήσει άγνωστο γι' αυτόν ασθενή. Πιο συγκεκριμένα η υποχρέωση του γιατρού να αναλάβει την περίθαλψη κάποιου αρρώστου, όταν κληθεί για τον σκοπό αυτό, δεν εκπορεύεται μόνο από λόγους ηθικής τάξης ή επαγγελματικής συνήθειας αλλά ο νομοθέτης εκτιμώντας την αξία της ζωής και της υγείας ως ύψιστα αγαθά του ανθρώπου έχει θεσπίσει και διατάξεις που αφήνουν ελάχιστα περιθώρια εκλογής του γιατρού σχετικά με την ανάληψη ή όχι περίθαλψης του αρρώστου, όταν ο τελευταίος κινδυνεύει. Αν ο γιατρός αρνηθεί ανατιολόγητα να παράσχει υπηρεσίες ευθύνεται για την πρόκληση κάποιου αξιόποινου αποτελέσματος από παράλειψη. Είναι αυτονόητο ότι για να υπάρξει ευθύνη του γιατρού για τη μη παροχή βοήθειας πρέπει να υπάρξουν και ορισμένες προϋποθέσεις, όπως οκ ο ασθενής θα πρέπει να έχει καταφύγει για νοσηλεία στο συγκεκριμένο γιατρό. Πρέπει να σημειωθεί ότι η προσφυγή του ασθενή σε γιατρό άλλης ειδικότητας δεν απαλλάσσει τον γιατρό από τις υποχρεώσεις του. Στην τελευταία περίπτωση ο γιατρός πρέπει να προβεί στις αναγκαίες ενέργειες (πχ. παροχή πρώτων βοηθειών) και στη συνέχεια να τον καθοδηγήσει σε γιατρό της κατάλληλης ειδικότητας.

Εξαιρέσεις στις παραπάνω για τον γιατρό δεσμεύσεις αποτελούν ορισμένες μόνο περιπτώσεις, «σοβαρού κωλύματος» ή καλύτερα περιπτώσεις πραγματικής αδυναμίας στις οποίες οποιαδήποτε άρνηση δεν μπορεί να έχει δικαστικές προεκτάσεις (λόγοι υγείας, γήρατος, πένθους κλπ).

Πλημμελής ιατρική συμπεριφορά: Συχνά η αποτυχία κάποιας ιατρικής πράξης αποδίδεται σε αμέλεια του γιατρού και η οποία αποτελείται από το εσωτερικό ή το υποκειμενικό και από το εξωτερικό ή αντικειμενικό σκέλος. Το πρώτο αναφέρεται στην υπαιτιότητα του γιατρού λόγω έλλειψης της προσοχής και της σύνεσης που όφειλε και μπορούσε να δείξει. Ειδικότερα περιλαμβάνει μερικά κρίσιμα στοιχεία, όπως είναι η αδικαιολόγητη πλάνη (πλημμελή αντιμετώπιση του περιστατικού, ενώ υπήρχαν όλες οι προϋποθέσεις για την ορθή αντιμετώπισή του) και την έλλειψη προσοχής (δεν προέβλεψε το απαράδεκτο αποτέλεσμα ή το προέβλεψε ως πιθανό αλλά προχώρησε σε ενέργειες με την ελπίδα ότι το αποτέλεσμα δεν θα επακολουθούσε). Το δεύτερο αναφέρεται στην έκφραση ενός σφάλματος ή στην αντικειμενική εμφάνιση κάποιας κακοτεχνίας. Διαφορές δημιουργούνται στις περιπτώσεις όπου ο γιατρός δεν ακολουθεί την κρατούσα θεραπευτική πρακτική αλλά εφαρμόζει μεθόδους

που δημιουργούν αμφισβητήσεις και ερωτηματικά στους ιατρικούς κύκλους, αυτός όμως τις θεωρεί απόλυτα ενδεδειγμένες. Η δυσκολία αξιολόγησης γίνεται ακόμη δυσκολότερη στις περιπτώσεις που υπάρχουν περισσότερες από μια εδραιωμένες μέθοδοι, οπότε ο γιατρός θα πρέπει να επιλέξει μια από αυτές.

Σημαντικό ερώτημα που τίθεται εδώ είναι το τι συμβαίνει αν ο γιατρός προβεί σε μια ιατρική πράξη δείχνοντας κατώτερη προσοχή που δεν ανταποκρίνεται στο μέσο όρο, δηλαδή δεν κατέβαλε το μέσο εκείνο επίπεδο προσοχής που καταβάλει συνήθως ο μέσος ευσυνειδητος γιατρός όταν βρίσκεται μπροστά σε παρόμοιες περιστάσεις. Στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει ευθύνη διότι αυτό ήταν το maximum των δυνατοτήτων του υπό την προϋπόθεση ότι ήταν αναγκασμένος να προβεί στην συγκεκριμένη ιατρική πράξη. Έτσι ο αγροτικός γιατρός θα κριθεί με τα κριτήρια του τι θα έπραττε υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες ο μέσος -ανειδίκευτος κατά τεκμήριο- αγροτικός γιατρός. Αντίθετα αν ο γιατρός παρ' όλη την αναρμοδιότητά του αναλάβει την συγκεκριμένη ιατρική πράξη κινδυνεύει άμεσα να του ζητηθεί ευθύνη όχι για την ανεπιτυχή της έκβαση αλλά για το ότι την ανέλαβε.

Ανεπιθύμητο αποτέλεσμα: Είναι αυτονόητο ότι η στοιχειοθέτηση της ιατρικής αμέλειας συνιστά την ύπαρξη ενός βλαπτικού αποτελέσματος των πράξεων ή παραλείψεων του γιατρού στα έννομα αγαθά του ασθενούς. Κατά συνέπεια στοιχειοθετείται και το ανάλογο εξ αμελείας αδίκημα, όπως είναι η σωματική βλάβη (οκ. ακρωτηριασμός), η ανθρωποκτονία εξ αμελείας (θάνατος του ασθενούς), η παράλειψη λήψης συναίνεσης κλπ.

Αιτιώδης συνάφεια: Η στοιχειοθέτηση της ιατρικής αμέλειας πραγματοποιείται όταν υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ πράξης και αποτελέσματος, δηλαδή το συγκεκριμένο αποτέλεσμα οφείλεται στην ευθεία δράση μιας πλημμελούς συμπεριφοράς του γιατρού.

Με τα παραπάνω σκιαγραφήθηκε σε αδρές γραμμές η πλειάδα των προβλημάτων που περικλείει το θέμα της στοιχειοθέτησης της ιατρικής αμέλειας. Η ιατρική αμέλεια αποτελεί ένα πρόβλημα με βαρείες συνέπειες τόσο για τον ασθενή, όσο και τον γιατρό και την οικογένειά του. Η ενημέρωση των ασθενών ότι κάθε παρέκκλιση από την αναμενόμενη έκβαση δεν αποτελεί κατ' ανάγκην ιατρική αμέλεια, αποτελούν ίσως τμήμα της λύσης του πολυδιάστατου και ακανθώδους αυτού προβλήματος.

Της
Αναπλιώτου – Βαζαίου Ειρήνης
Δικηγόρου

Ιατρικό Σφάλμα: Οι διακρίσεις του αδικήματος

Το αδίκημα διακρίνεται σε:

1. Αστικό αδίκημα, που είναι η παράνομη και υπαίτια πράξη, από την οποία προήλθε ζημία. Τη ζημία αυτή πρέπει να την αποκαταστήσει εκείνος που κατά τον νόμο είναι υπεύθυνος, δηλ. κατά κανόνα, αυτός που την προκάλεσε.

2. Ποινικό αδίκημα ή έγκλημα, που είναι παράνομη και υπαίτια πράξη η οποία εκθέτει τον πράξαντα σε δημόσια ποινή, δηλαδή είναι αξιόποιο αδίκημα, κολάσιμος πράξη.

3. Πειθαρχικό αδίκημα, που είναι παράπτωμα κατά της εύρυθμης και κανονικής λειτουργίας ενός δημόσιου ή ιδιωτικού οργανισμού από έναν εργαζόμενο ή γενικότερα ένα πρόσωπο υπαγόμενο σ' αυτόν.

Η Αστική Ιατρική Ευθύνη

Οι προϋποθέσεις της αστικής ιατρικής ευθύνης είναι: αντικειμενικές και υποκειμενικές

1. Αντικειμενικές:

Η παράβαση νόμου με την ευρεία έννοια του όρου αποτελεί την αντικειμενική προϋπόθεση της αστικής ευθύνης.

Για την ιατρική πράξη, παράβαση νόμου με την ευρεία έννοια σημαίνει είτε αθέτηση συμβατικής υποχρέωσης, δηλαδή υποχρέωσης μεταξύ ασθενούς και γιατρού ή άλλου τρίτου προσώπου που δρα για λογαριασμό του ασθενούς όταν προϋπάρχει ενο-χή, που μπορεί να είναι σύμβαση έργου, εργασίας ή εταιρικός δεσμός, είτε κατ' ευθείαν παράβαση νόμου (αδικοπραξία)

2. Υποκειμενικές:

α. Θετικές. Η *ικανότητα προς καταλογισμό* είναι η πνευματική ικανότητα του ατόμου που του επιτρέπει την επίγνωση της απόκλισής του από την έννομη τάξη, την ικανότητά του να αντιληφθεί τον δίκαιο ή τον άδικο χαρακτήρα της πράξης του (διανοητικό στοιχείο) και στη συνέχεια να προσαρμοσθεί προς την αντίληψή του γι' αυτό (βουλητικό στοιχείο.) και

β. Αποθετικές. Η *Συγγνώμη* (αν και συντρέχει η ικανότητα προς καταλογισμό και η υπαιτιότητα, θα πρέπει στη συγκεκριμένη περίπτωση να ερευνηθεί αν ο δράστης μπορούσε να αποφύγει την άδικη και υπαίτια πράξη, γιατί μόνον τότε αυτή πρέπει να του καταλογισθεί. Αν δεν μπορούσε να την αποφύγει, τότε θα πρέπει να του συγχωρεθεί. Η *Νομική πλάνη*, θεωρείται η πλάνη για τις νομικές συνέπειες μιας πράξης αλλά και η πλάνη για το εάν μια πράξη είναι δίκαιη ή άδικη, δηλαδή αν αποδοκιμάζεται από το ισχύον δίκαιο. Η *Ψυχική αδυναμία*. Πρόκειται για περιπτώσεις σύγκρουσης καθηκόντων ή γενικότερα για περιπτώσεις "ηθικής αδυναμίας περί του πρακτέου", όταν π.χ. ο γιατρός προσφέρει τις πρώτες βοήθειες σε προσφιλή του πρόσωπα πρώτα και μετά σε βαρύτερα νοσού-

ντες ασθενείς. Τέλος η *ένσταση συνείδησης* εκ μέρους του γιατρού. Ο γιατρός μπορεί να προβάλει άρνηση στον ασθενή που του ζητά να προβεί σε μια καθ' όλα νόμιμη ιατρική πράξη (ή να παραλείψει μια ιατρική πράξη), αν αυτή αντίκειται στη συνείδησή του. Η άρνηση αυτή αποκαλείται στη βιοηθική "ένσταση συνείδησης".

Οι διακρίσεις της υπαιτιότητας

Η υπαιτιότητα διακρίνεται σε δόλο και αμέλεια

Ο δόλος συνίσταται στο ότι ο δράστης θέλησε το παράνομο αποτέλεσμα και γι' αυτό η έννομη τάξη του απονέμει μομφή.

Αμέλεια υπάρχει όταν δεν καταβάλλεται η επιμέλεια που απαιτείται στην ιατρική πράξη.

Τα τυχηρά και και η ανωτέρα βία.

Σημαντικά θέματα για την απαλλαγή από την ευθύνη αφορούν δύο κατηγορίες γεγονότων:

Τα τυχηρά γεγονότα εκείνα δηλαδή που δεν προβλέφθηκαν ούτε μπορούσαν να προβλεφθούν ή να αποφευχθούν από τον μέσο συνετό άνθρωπο) και

Η ανωτέρα βία, δηλαδή τα γεγονότα και περιστατικά τα οποία από την ίδια τους τη φύση είναι αναπότρεπτα. Αυτά τα περιστατικά μπορεί να βρίσκονται είτε έξω από το πεδίο της δραστηριότητας του γιατρού και επομένως δεν μπορούν να αποτραπούν απ' αυτόν είτε μέσα στον κύκλο των δραστηριοτήτων του γιατρού, αλλά είναι απρόβλεπτα και αναπότρεπτα ακόμα και με μέτρα άκρας επιμέλειας και συνέσεως του γιατρού.

Η ζημία ως προϋπόθεση αποζημίωσης

Η κεντρική έννοια και προϋπόθεση για την ενοχή προς αποζημίωση είναι η ζημία. Η ύπαρξή της είναι απαραίτητη για τη γένεση της υποχρέωσης προς αποζημίωση.

Ως ζημία εννοείται κάθε βλάβη που προκαλείται στα υλικά και άυλα αγαθά ενός προσώπου, δηλαδή κάθε δυσμενής μεταβολή τους.

Η ζημία διακρίνεται σε περιουσιακή ζημία και σε ηθική βλάβη.

Η Ποινική Ιατρική Ευθύνη

Η αμέλεια στην ιατρική πράξη

Στο έγκλημα από αμέλεια γίνεται δεκτό ότι ο κανόνας δικαίου που το προβλέπει και το τιμωρεί απαιτεί από τους κοινωνούς του δικαίου να επιδεικνύουν την αντικειμενικά επιβαλλόμενη επιμέλεια που είναι απαραίτητη για την αποφυγή του

εγκληματικού αποτελέσματος.

Η αντικειμενικά επιβαλλόμενη επιμέλεια κρίνεται με βάση τον μέσο συνετό γιατρό της συγκεκριμένης ειδικότητας που δρα στον συγκεκριμένο χώρο και κάτω από τις συγκεκριμένες συνθήκες. Πλην όμως η επιμέλεια του γιατρού κρίνεται με βάση τις προσωπικές του ικανότητες, με συνέπεια, όταν αυτές υπολείπονται των ικανοτήτων του μέσου συνετού γιατρού, να εκπληρώνεται μεν η αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος από αμέλεια, αλλά ο γιατρός να παραμένει ατιμώρητος για έλλειψη υπαιτιότητας.

Η αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος της ιατρικής αμέλειας

Για την πλήρωση της αντικειμενικής υπόστασης του εγκλήματος που τελείται από αμέλεια, απαιτούνται να συντρέχουν σωρευτικά οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Παράβαση του καθήκοντος του δράστη να διαγνώσει και να εκτιμήσει τον κίνδυνο που απειλεί το έννομο αγαθό

2. Παράβαση του καθήκοντος για εξωτερικά άπογη συμπεριφορά (εξωτερική αμέλεια) και

3. Αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της εξωτερικά πλημμελούς συμπεριφοράς και του παράνομου αποτελέσματος.

Κατά συνέπεια, οι ιατρικές πράξεις που διενεργούνται σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης δεν πληρούν την αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος της σωματικής βλάβης από αμέλεια, ακόμα κι όταν έχουν ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας ή και τον θάνατο του ασθενή.

Η άρση του αδικού στην ποινική ιατρική ευθύνη

Οι κύριοι λόγοι άρσης του αδικού στην ιατρική πράξη είναι:

- Η σύγκρουση καθηκόντων (όταν συρρέουν στο ίδιο πρόσωπο περισσότερα νομικά καθήκοντα κατά τρόπο ώστε να είναι αδύνατη η εκπλήρωση του ενός χωρίς παραβίαση του άλλου) και

- Η κατάσταση ανάγκης, δηλαδή: α. Να υπάρχει παρών και αναπότρεπτος με άλλα μέσα κίνδυνος για τον ασθενή ή β. Η βλάβη που προκλήθηκε να είναι σημαντικά κατώτερη κατά το είδος και τη σπουδαιότητα από τη βλάβη που απειλήθηκε.

Περισσότερα και αναλυτικότερα στοιχεία για το θέμα μπορείτε να αντλήσετε από το βιβλίο της κας Αναπλιώτου με τίτλο Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου, εκδ. οίκος Π. Σάκκουλα, 1993.

Σημειολογία της Ιατρικής εκπαίδευσης κατά την ειδικότητα στην Ελλάδα: Από την εμπειρία στην τεκμηρίωση



Του
Στέφανου Μπέλλου
bellos.stefanos@gmail.com
Απόφοιτου Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Η εκπαίδευση είναι μια συνεχής και διαρκώς εξελισσόμενη διαδικασία, στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης και αποτελεί αναγκαιότητα και υποχρέωση του γιατρού

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εκπαίδευση κατά την ειδικότητα αποτελεί αναπόσπαστη συνέχεια της προπτυχιακής εκπαίδευσης του ιατρού. Ο απόφοιτος ιατρικής είναι ένας πτυχιούχος που δεν είναι γιατρός (σε ότι αφορά την ικανότητα άσκησης επαγγέλματος) αλλά δεν μπορεί να γίνει κάτι άλλο εκτός από γιατρός (σε ότι αφορά την δυνατότητα εναλλακτικής επαγγελματικής αποκατάστασης)¹, άποψη η οποία μπορεί να διακατέχεται από έναν «ελιτισμό»-υπεροψία για το ιατρικό επάγγελμα και να αποτελεί μια από τις αιτίες αποτυχίας του συστήματος υγείας και εκπαίδευσης ιατρών αλλά είναι βαθιά ριζωμένη στην συνείδηση του Έλληνα... Ο ειδικευόμενος γιατρός καλείται να παίξει ένα διττό ρόλο τόσο ως επαγγελματίας υγείας αλλά και ως εκπαιδευόμενος. Η εκπαίδευση είναι μια συνεχής και διαρκώς εξελισσόμενη διαδικασία, στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης και αποτελεί αναγκαιότητα και υποχρέωση του γιατρού. Η εκπαίδευση κατά την ειδικότητα όμως, αποτελεί την τελευταία - πριν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος με όρους πλήρους ατομικής υπευθυνότητας και αυτονομίας στη λήψη κλινικής απόφασης - «οργανωμένη προσπάθεια» απόκτησης γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων, καθώς, αφενός οι στάσεις και οι δεξιότητες παραμελούνται κατά την προπτυχιακή εκπαίδευση, και αφετέρου, για τον Έλληνα γιατρό σήμερα δεν υπάρχουν ούτε κίνητρα ούτε θεσμική υποχρέωση να παρακολουθεί προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Οι παραπάνω αντιθέσεις και ιδιαιτερότητες καθιστούν τη διαδικασία της εκπαίδευσης κατά την ειδικότητα ιδιαίτερη και ενδιαφέρουσα για μελέτη.

Στη χώρα μας, το σύστημα εκπαίδευσης κατά την ειδικότητα παρουσίασε τα πρώτα συμπτώματα του υπερπληθωρισμού των γιατρών, ανεβάζοντας τους χρόνους αναμονής για εισαγωγή στην ειδικότητα, σε μερικές ειδικότητες πάνω από 5 χρόνια και στις περισ-



σότερες πάνω από 3 χρόνια, καθιστώντας το υπάρχον σύστημα εισαγωγής στην ειδικότητα στόχο μεταρρύθμισης². Μεταρρύθμιση όμως χρήζει και, η διαδικασία της αξιολόγησης των εκπαιδευτικών κέντρων που με την θέσπιση κριτηρίων παρέχουν ειδικότητα, η αξιολόγηση του ειδικευομένου καθ' όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσης του - και όχι μια φορά στο τέλος με προφορικές εξετάσεις διάρκειας λίγων λεπτών με ποσοστά επιτυχίας πάνω από 90%³ - και ο επαναπροσδιορισμός των γνωστικών αντικειμένων και των εκπαιδευτικών στόχων για κάθε ειδικότητα ώστε να είναι σε συμφωνία με τις σύγχρονες επιστημονικές εξελίξεις.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ - ΤΡΕΧΟΝΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η αναγκαιότητα μεταρρύθμισης εκφράστηκε πολιτικά το 1997, με την εξουσιοδότηση του ΚΕΣΥ να προβεί εντός ενός έτους σε εισήγηση σχεδίου νόμου σχετικά με τα παραπάνω ζητήματα⁴. Επτά χρόνια αργότερα μετά από συνεχή διάλογο με τις ιατρικές εταιρείες ειδικοτήτων και τους ιατρικούς συλλόγους, εκπονείται σχέδιο νόμου που συζητείται στην αρμόδια επιτροπή της Βουλής των Ελλήνων.⁵ Η διάλυση της Βουλής, λόγω εθνικών εκλογών στις αρχές του 2004, καθιστά αυτό το σχέδιο νόμου - με τα ισχυρά στοιχεία συναίνεσης τόσο σε επίπεδο επαγγελματιών υγείας όσο και σε επίπεδο πολιτικών δυνάμεων - ανενεργό μέχρι σήμερα. Παραμένουν μάλιστα από τότε άγνωστες οι βουλές των ιθυνόντων. Έτσι μένουν μετέωρα, η διαδικασία της εφαρμογής εξετάσεων για εισαγωγή στην ειδικότητα, η θεσμοθέτηση του βιβλιαρίου εκπαίδευσης ειδικευομένου, η θέσπιση κριτηρίων καταλληλότητας των μονάδων που παρέχουν ειδικότητα και ο ορισμός των εκπαιδευτικών στόχων για κάθε ειδικότητα, όλα θέματα που προβλέπονταν στο εν λόγω νομοσχέδιο.

Από την άλλη πλευρά, ακόμα και το ενδεχόμενο -3 χρόνια πριν την εκπόνηση του εν λόγω νομοσχεδίου- εφαρμογής εξετάσεων για την εισαγωγή στην ειδικότητα προκάλεσε κινητοποιήσεις των φοιτητικών συλλόγων σε όλες τις ιατρικές σχολές με αποτέλεσμα την απόσυρση των σχετικών προτάσεων από την πλευρά του Υπουργείου, σε εκείνη τουλάχιστον την



... ίσως είναι καιρός να αρχίσουμε να σκεφτόμαστε την εισαγωγή της έννοιας της «Τεκμηριωμένης Πολιτικής Υγείας» («Evidence - Based Health Policy») στην λήψη της πολιτικής απόφασης, όπως με παρόμοιο τρόπο χρησιμοποιούνται τα δεδομένα της «Τεκμηριωμένης Ιατρικής» («Evidence - Based Medicine») και επηρεάζουν ολοένα και περισσότερο την λήψη της κλινικής απόφασης

χρονική στιγμή. Τα κύρια επιχειρήματα εναντίον των εξετάσεων για ειδικότητα εστιάζονται σε τεχνικά ζητήματα (οι εξετάσεις θα γίνονται σε μαθήματα της κάθε ειδικότητας ή σε μαθήματα κορμού της ιατρικής γνώσης; Πώς θα διασφαλιστεί το αδιάβλητο των εξετάσεων; Θα υπάρξουν μεταβατικές διατάξεις για τους ιατρούς που έχουν περιμένει ήδη πολύ καιρό για την εισαγωγή τους, κ.α.), αλλά και σε πιο ουσιαστικά

ζητήματα (η εκπαίδευση κατά την ειδικότητα αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα του αποφοίτου ιατρικής, η ειδίκευση αποτελεί τη μόνη επαγγελματική προοπτική του αποφοίτου ιατρικής και οποιoδήποτε εμπόδιο σημαίνει στέρηση επαγγελματικών δικαιωμάτων, κ.α.). Οι κύριες εναλλακτικές προτάσεις συνοψίζονται στα ακόλουθα: αυστηρότερες εξετάσεις στους Έλληνες αποφοίτους πανεπιστημίων του εξωτερικού, άνοιγμα θέσεων για ειδικότητα στις ήδη υπάρχουσες μονάδες ή και σε ιδιωτικά νοσοκομεία, κλείσιμο των ιατρικών σχολών για κάποια χρόνια κ.α.

Για την κάρτα εκπαιδευμένου, παρόλη την αναγκαιότητα ύπαρξής της, δεν έχει προταθεί συγκεκριμένος μηχανισμός αξιολόγησης και περαιτέρω αξιοποίησής της, θέτοντας σοβαρή υπόνοια αυτοαπαξίωσής της. Για τα εκπαιδευτικά αντικείμενα, στο παραπάνω νομοσχέδιο τουλάχιστον, εκτός από το γεγονός ότι πλέον ορίζονται για όλες τις ειδικότητες - σε αντίθεση με παλαιότερα που σε ορισμένες ειδικότητες δεν οριζόταν κανένα εκπαιδευτικό αντικείμενο(!) - μπορεί να παρατηρήσει κανείς ότι οι περισσότερες ειδικότητες ορίζουν τα αντικείμενα τους με τρόπο γενικό και ασαφή. Μέχρι σήμερα, δυο μόνο ειδικότητες, η Παθολογική Ογκολογία⁶ και η Γναθοχειρουργική⁷ έχουν καθορίσει συγκεκριμένο αριθμό δεξιοτήτων και ιατρικών πράξεων που πρέπει να εκτελεσθούν μέχρι τη λήψη της ειδικότητας.

Σε ό,τι αφορά τα κριτήρια καταλληλότητας των μονάδων εκτός από την αναγκαιότητα θέσπισής τους και τις διάφορες προτάσεις για τους φορείς που θα τα θεσπίσουν, καμιά «κουβέντα για την ταμπακέρα»... Ποια δηλαδή θα είναι τα κριτήρια αυτά; Θα είναι αντικειμενικά-ποσοτικά (ελάχιστος αριθμός κλινών, ειδικών, περιστατικών, επεμβάσεων και εξειδικευμένων ιατρικών πράξεων) ή υποκειμενικά-ποιοτικά (αξιολόγηση των ειδικευμένων, μεταπτυχιακά προγράμματα εκπαίδευσης, γνωμοδοτήσεις ελεγκτικών αρχών κτλ); Πώς θα οριστούν τα μεν και ποιος θα αξιολογήσει τα δε;

ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΕΚΜΗΡΙΩΝ

Αυτή η σκιαγράφηση των προβλημάτων, ελλειμμάτων και ανοικτών ζητημάτων της εκπαίδευσης κατά την ειδικότητα έχει ως στόχο σαφώς να ευαισθητοποιήσει και να προετοιμάσει το νέο γιατρό για τα τεκταινόμενα αλλά και να εισαγάγει τον παρακάτω γενικότερο προβληματισμό περί λειτουργίας της πολιτικής

Αν προσπαθήσει κανείς να αποκρυπτογραφήσει τη σημειολογία όλων αυτών των προσπαθει-

ών εκ μέρους των αρμόδιων φορέων για επίλυση των προβλημάτων της εκπαίδευσης κατά την ειδικότητα - αλλά θαρρώ και άλλων πολιτικών ζητημάτων που δεν έχω ίδια γνώση ώστε να τα αναλύσω - μπορεί να τις αξιολογήσει με βάση τις προθέσεις τους, την αποφασιστικότητα, την πολιτική τους συνέπεια ή τον πολιτικό τους ορθολογισμό, το βαθμό κ.α. Δυστυχώς όμως λείπουν τελειώς τα τεκμήρια, τα δεδομένα, το στερεό εκείνο υπόβαθρο πάνω στο οποίο θα στηριχθεί ο πολιτικός ώστε να εφαρμόσει την πολιτική του ή με τα οποία θα αξιολογηθεί η πολιτική του από τους χρήστες της. Τη θέση των τεκμηρίων σήμερα παίρνει ο εμπειρισμός ή στην καλύτερη περίπτωση οι απόψεις των ειδικών, γιατί στη χειρότερη αυτές αντικαθίστανται από τον πολιτικό καιροσκοπισμό και τον δογματισμό. Τι εννοούμε όμως τεκμήρια; Ας αναφέρουμε μερικά παραδείγματα:

Αλήθεια... τι ηλικιακά χαρακτηριστικά έχει η ομάδα που δεν θέλει εξετάσεις για την ειδικότητα; Μήπως είναι οι «κακοί» φοιτητές αυτοί που δεν θέλουν τις εξετάσεις; Με τι μορφή εξετάσεων επιθυμούν οι φοιτητές να εξετάζονται; Προτιμούν να εξετάζονται σε θέματα γενικών ιατρικών γνώσεων ή στα θέματα της ειδικότητας που επέλεξαν; Η ερευνητική - δημογραφική προσέγγιση αυτών των ερωτημάτων σίγουρα θα βοηθούσε τον νομοθέτη στη δημιουργία ενός πλαισίου όσο το δυνατόν μεγαλύτερης αποδοχής από τους χρήστες του σε ό,τι αφορά την μεταβατική περίοδο εφαρμογής, το είδος των εξετάσεων και των θεμάτων αντίστοιχα...

Υπάρχει «περιθώριο» να ανοίξουν και άλλες θέσεις σε νοσοκομεία που δίνουν προκαταρκτικό στάδιο ειδικότητας και πολλές φορές ξεπερνούν σε αναμονές αυτά που δίνουν πλήρη ειδικότητα; «Χωράνε» και άλλοι ειδικευόμενοι με βάση τον διαθέσιμο αριθμό των εκπαιδευτών και των κλινών; Υπάρχουν κενές θέσεις ειδικότητας στην Ελλάδα και πως χρησιμοποιούνται; Ποια είναι η «ιδανική» αναλογία ειδικών ιατρών ή κλινών ανά ειδικευόμενο; Ποιος από αυτούς τους δείκτες παρουσιάζει μεγαλύτερη ομοιογένεια και σε ποιο τύπο νοσοκομείων (Περιφέρεια, Αθήνα, πλήρη, μη πλήρη κτλ); Με ποια κριτήρια οι φοιτητές ιατρικής στην Ελλάδα επιλέγουν την ειδικότητα τους; Είναι ικανοποιημένοι οι ειδικευόμενοι από την εκπαίδευσή τους και ποια τα προβλήματα που αναφέρουν;

Θα μπορούσε κανείς να αναφέρει και μια σειρά άλλων ερωτημάτων που άπτονται της λειτουργίας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα συνολικότερα, όπως το ποιες είναι οι ανάγκες σε

Φροντίδα Υγείας στη χώρα μας, ποια η ιδανική αναλογία Γενικών Ιατρών προς ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και σε τελική ανάλυση, πόσους ιατρούς χρειαζόμαστε ανά περιφέρεια, ερωτήματα τα οποία ακόμα και ένας νέος ιατρός έχει ακούσει αρκετές φορές να αποτελούν αιτήματα ή εξαγγελίες.

Δυστυχώς στην Ελλάδα οι απαντήσεις σε τέτοιου είδους ερωτήματα είναι σποραδικές, η προτεραιότητα της πολιτείας χαμηλή αλλά και το ενδιαφέρον της Επιστημονικής Κοινότητας μειωμένο.

Αχτίδα φωτός αποτελεί το ερευνητικό δεδομένο ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες στο πανελλήνιο επιστημονικό συνέδριο φοιτητών ιατρικής όταν ερωτήθηκαν για πρωτοβουλίες που θα έπρεπε να αναληφθούν από την Επιστημονική Εταιρεία Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδος (Ε.Ε.Φ.Ι.Ε.), μια μη κυβερνητική οργάνωση φοιτητών Ιατρικής που δραστηριοποιείται στην παραγωγή επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου στα πλαίσια των Ιατρικών Σχολών, περισσότεροι από τους μισούς νέους συναδέλφους επιθυμούν την «δημιουργία κέντρου έρευνας και συλλογής στοιχείων με σκοπό την προώθηση δεδομένων προς τα ήδη υπάρχοντα κέντρα παρέμβασης (π.χ. φοιτητικοί σύλλογοι, Ιατρικές σχολές, Υπουργείο Υγείας)».⁸ Η μεθοδολογική προσέγγιση σε ζητήματα Ιατρικής Εκπαίδευσης, του Παραρτήματος Ιωαννίνων της Ε.Ε.Φ.Ι.Ε., η οποία φρόντισε να σχεδιάσει έρευνες για να απαντήσει σε πολλά από τα παραπάνω ερωτήματα⁹, δίνοντας μια βάση εκκίνησης για την ανάπτυξη της σχετικής προβληματικής, αποτελεί ένα μοντέλο εφαρμογής του παραπάνω προβληματισμού. Η ιδιαίτερη αυτή αναφορά γίνεται όχι μόνο για λόγους προσωπικού ενδιαφέροντος και ειδικής γνώσης - είχα την τιμή να υπηρετήσω την οργάνωση καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου - αλλά για το φερέλπιδο του συμβολισμού του καινούργιου που έρχεται από «κρίσιμες μάζες» νέων ανθρώπων και τις πρωτοβουλίες που αναπτύσσονται εκτός του καθιερωμένου συστήματος φορέων άσκησης πολιτικής υγείας.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΤΕΚΜΗΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Η μέχρι σήμερα αδυναμία επικοινωνίας

των ερευνητών και των πολιτικών δεν οφείλεται μονάχα βέβαια στους τελευταίους αλλά και στους ερευνητές που ενώ παράγουν επιστημονική γνώση, υποτιμούν την αναγκαιότητα κατάλληλης «μετάφρασης» και παρουσίασής της ώστε να μπορεί να «αναγνωστεί» από μη ερευνητές προς την κατεύθυνση της άσκησης πολιτικής¹⁰. Μεγαλύτερη γίνεται η απόσταση των τεκμηρίων από την πολιτική αν συνοπολογίσει κανείς και την ανισότητα των παραγόμενων τεκμηρίων (κάνουμε έρευνα για λάθος πράγματα), προϊόν, - πολλές φορές, ξύλινου ακαδημαϊσμού,- αποκομμένου από την κοινωνία και τις ανάγκες της¹¹.

Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να αγνοήσουμε και τους μεθοδολογικούς περιορισμούς στην έρευνα που την καθιστούν σε μεγάλο ποσοστό αποπροσανατολιστική¹² και ιδιαίτερα στην έρευνα των κοινωνικών επιστημών με δεδομένη, για παράδειγμα, την αδυναμία ανάπτυξης πειραμάτων ή τυχαιοποιημένων δοκιμών σε επίπεδο κοινωνίας που θα συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων εναλλακτικών πολιτικών. Επίσης, δεν πρέπει να αγνοούμε και τους κινδύνους που προκύπτουν από την προσπάθεια των εκάστοτε πολιτικών ή οικονομικών συμφερόντων, χρησιμοποιώντας θεμιτές και αθέμιτες μεθόδους, να ποδηγητήσουν και χειραγωγήσουν την επιστημονική έρευνα¹³ αλλά και τους χρήστες της¹⁴ (που εδώ εν προκειμένω θα είναι οι πολιτικοί) προς την ικανοποίηση ιδιοτελών σκοπών.

Ούτε μπορούν τέτοιου είδους ημιπειραματικά δεδομένα να υποκαταστήσουν την έκφραση των συλλογικοτήτων και κινημάτων σε ένα πολιτικό σύστημα, ούτε στόχος είναι η αποστείρωση και ο αποχρωματισμός ή η υποκατάσταση της παραγωγής πολιτικής σκέψης με την κλασσική διαδικασία της «Θέσης-Αντίθεσης-Σύνθεσης». Δεν θα αποφασίζει ο ερευνητής για τη λύση των διαφόρων προβλημάτων αλλά ο πολιτικός με γνώμονα τις ανάγκες και τις αξίες του πληθυσμού, έχοντας όμως γνώση και αξιόπιστη πληροφορία στα χέρια του¹⁵. Τα ερευνητικά δεδομένα θα πρέπει να αναφέρονται ως έχουν και σε άλλη βάση να αναζητούνται οι εμπλοκές τους στην ανάπτυξη πολιτικών ως εργαλεία στα χέρια των αρμοδίων¹⁶.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Έχοντας υπόψη τις παραπάνω παρατηρήσεις και περιορισμούς, ίσως είναι καιρός να αρχίσουμε να σκεφτόμαστε την εισαγωγή της έννοιας της «Τεκμηριωμένης Πολιτικής Υγείας» («Evidence - Based Health Policy») στην λήψη της πολιτικής απόφασης, όπως με παρόμοιο τρόπο χρησιμοποιούνται τα δεδομένα της «Τεκμηριωμένης Ιατρικής» («Evidence - Based Medicine»)¹⁷ και επηρεάζουν ολόένα και περισσότερο την λήψη της κλινικής απόφασης¹⁸. Ίσως οι «λαμβάνοντες πολιτικές αποφάσεις» (policy makers) για να «θεραπεύσουν» τις διάφορες «δυσλειτουργίες» των συστημάτων με τα οποία ασχολούνται, να πρέπει να έχουν επιδημιολογικού τύπου καταγραφές και δεδομένα για την «ωφέλεια παρά βλάβη» των τυχόν αποφάσεων τους. Ως τότε η εμπειρική άσκηση της πολιτικής κινδυνεύει να ασκείται με μόνη μεθοδολογία αυτή που υπαγορεύεται από τα συμφέροντα των ομάδων πίεσης και των πολιτικών σκοπιμοτήτων, σε ένα υλικό ανενημέρωτων πολιτών με παλαιοκομματικές αγκυλώσεις και στερεότυπα, όρια εμπιστοσύνης μεταξύ της αυθαιρεσίας και του ερασιτεχνισμού και συγχυτικούς παράγοντες τους κομματικούς συσχετισμούς και το πολιτικό κόστος.

* *Θερμές ευχαριστίες στον συνάδελφο και συνεργάτη κ. Γιάννη Γιαννακάκη, στον Λέκτορα Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Πέτρο Σκαπινάκη, τον Ομότιμο Καθηγητή Ιατρικής Εκπαίδευσης του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, κ. Κώστα Τριαρίδη, τον τ. Καθηγητή Καρδιολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Δημήτρη Σιδερή και στον Επ. Καθηγητή Υγιεινής-Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Δάσκαλό μου κ. Γιάνη Δημολιάτη τόσο για τις εύστοχες παρατηρήσεις και επισημάνσεις τους, όσο και για την ηθική συμπαράσταση που μου προσέφεραν.*

- 1 Δ. Σιδερός, Ημερίδα: Προπτυχιακή, μεταπτυχιακή και Ιατρική Εκπαίδευση κατά την ειδικότητα: Παρόν και Μέλλον, Ιωάννινα, 11/12/1999, Διοργάνωση Επιστημονική Εταιρεία Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδος (Παράρτημα Ιωαννίνων)
- 2 Σ. Μπέλλος, Κ. Τάτση, Κ. Τζιώγκας, Δεδομένα για την Ιατρική ειδικότητα στην Ελλάδα, ιατρικές εκδόσεις Σιώκης, 2004.
- 3 Π. Τσούνα-Χατζή, Δ.Α. Σιδερός, Οι εξετάσεις για άδεια άσκησης ειδικότητας στην Περιοχή Αττικής, Ιατρική, 52(6), 675-680, 1987
- 4 Ν. 2519/1997, Ανάπτυξη και Οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση υγειονομικών υπηρεσιών, Άρθρο 20, Εκπαίδευση, Μετεκπαίδευση και ειδικευση γιατρών και άλλων επιστημόνων

υγείας.

- 5 Βουλή των Ελλήνων, Περίοδος Ι΄ - Σύνοδος Δ΄, Διαρκής επιτροπή Κοινωνικών υποθέσεων, 28 Ιανουαρίου 2004. Σχέδιο Νόμου: Απόκτηση ιατρικής ειδικότητας και συνεχιζόμενη εκπαίδευση ιατρών.
- 6 Π.Δ. 204/1998, Καθιέρωση της Ιατρικής Ειδικότητας της Παθολογικής Ογκολογίας
- 7 Π.Δ. 200/1998, Όροι και προϋποθέσεις χορήγησης του τίτλου της Οδοντιατρικής ειδικότητας της Γναθοχειρουργικής. Τροποποίηση με το Π.Δ. 273/2001.
- 8 Σ. Κουπιδής, «Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και Διοίκηση, το παράδειγμα της ΕΕΦΙΕ: Από την εμπειρία στην Τεκμηρίωση», Διπλωματική Εργασία, ΑΤΕΙ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας Καλαμάτας, Οκτώβριος 2005
- 9 11ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδος, 13-15 Μαΐου 2005, Αλεξανδρούπολη Στρογγυλό Τραπέζι: Προβλήματα, Δεδομένα, Προτάσεις Λύσεων (Συντονιστής: Σ. Μπέλλος Συμμετέχοντες: Κ. Νικολάου, Χ. Σταυρουλάκη, Κ. Τζιώγκας, Α. Ράμμος)
- 10 Choi BCK. Understanding the basic principles of knowledge translation. J Epidemiol Community Health. 2005. 59-93
- 11 Frankel A, West R. Rationing and rationality in the National Health Service. Basingstoke: Macmillan, 1993.
- 12 Ioannidis JP, Why most published research findings are false. PLoS Med. 2005 Aug;2(8):e124. Epub 2005 Aug 30.
- 13 Rosenstock L, Jackson Lee L, Attacks on Science: the risk to Evidence-Based Policy. American Journal of Public Health, 2002, 1, 14-18
- 14 Giannakakis IA, Ioannidis JP. Arabian nights-1001 tales of how pharmaceutical companies cater to the material needs of doctors: case report. BMJ. 2000 Dec 23-30;321(7276):1563-4.
- 15 Muir Gray JA, Evidence Based Policy Making, BMJ, 2004, 329, 988-989
- 16 Marmot M., Evidence Based Policy or Policy Based Evidence?, BMJ, 2004, 328, 906-7
- 17 Ιωάννης ΠΑ Ιωαννίδης, Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής, Ιατρ. Εκδόσεις Λίτσας, 2000
- 18 Ham C, Hunter DJ. Evidence Based Policymaking. BMJ 1995, 310:71-2

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

**ΘΕΜΑ: Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Δ2α/οικ.
23655/05 εγκυκλίου μας»**

Τροποιούμε την υπ' αριθμ. Δ2α/οικ.
23655/05 εγκυκλιό μας (ορθή επανάληψη)
στα κάτωθι:

Αντικαθίσταται η παράγραφος που αναφέρεται στις Ιατρούς, που κατέχουν από παλιά ειδικότητα Νευρολόγου-Ψυχιάτρου ως εξής:
1. Οι κατέχοντες την ειδικότητα Νευρολόγου-Ψυχιάτρου δύναται να εξετάζουν περιστατικά που αναφέρονται και στις δυο ειδικότητες. Ο δε κωδικός που θα αναγράφουν στις καταστάσεις είναι το 40.

Σας διευκρινίζουμε ότι εάν ασφαλισμένος επισκεφθεί για πρώτη φορά ιατρό ειδικότητας Νευρολόγου ή Ψυχιάτρου και κατόπιν επισκεφθεί ιατρό ειδικότητας Νευρολόγου-Ψυχιάτρου, η επίσκεψη για το γιατρό της ειδικότητας Νευρολόγου-Ψυχιάτρου θα θεωρείται πρώτη επίσκεψη. Το ίδιο θα συμβαίνει και στην περίπτωση που επισκεφθεί πρώτα ιατρό Νευρολόγου-Ψυχιάτρου και μετά ιατρό ειδικότητας Νευρολόγου ή Ψυχιάτρου.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

ΘΕΜΑ: «Παρέχονται διευκρινιστικές πληροφορίες»

Σας ενημερώνουμε, ότι το Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ. κατά τη συνεδρίασή του στις 15-09-2005 (αριθμός πρακτικού 173), σχετικά με τις διαγνωστικές τεχνικές που περιλαμβάνονται στην έννοια της ιατρικής επίσκεψης, αποφάσισε τα εξής:

1. ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ο αδρός έλεγχος αιματικής ροής σε αρτηρίες και φλέβες άνω και κάτω άκρων με απλή συσκευή υπερήχων (ακουστικό Dopler) συμπεριλαμβάνεται στην ιατρική επίσκεψη και δεν μπορεί να συνταγογραφείται χωριστά και να πληρώνεται.

2. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ. Η δακτυλική εξέταση ορθού είναι διαγνωστική τεχνική μέρους της ιατρικής εξέτασης και δεν έχει κοστολογηθεί.

3. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ. Η απλή Κολποσκόπηση αξίας 11,74 € περιλαμβάνεται στην ιατρική επίσκεψη. Ως εκ τούτου δεν μπορεί να συνταγογραφηθεί σαν ξεχωριστή ιατρική πράξη και να πληρωθεί.

4. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ. Τα αναφερόμενα στο Π.Δ. είναι διαγνωστικές τεχνικές και ιατρικές πράξεις που δεν είναι κοστολογημένες.

5. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ. Δεν μπορεί να συνταγογραφείται μόνο ΗΚΓ γιατί συμπεριλαμβάνεται στην ιατρική επίσκεψη. Όταν αναγράφεται ιατρική πράξη ξεχωριστή που επί μέρους περιλαμβάνει ΗΚΓ τότε αυτό συνταγογραφείται και πληρώνεται (π.χ. test κοπώσεως 3 ΗΚΓ, δοκιμασία επί κυλιόμενο τάπητα, ΗΚΓ μετά). Στην περίπτωση κατα-

γραφής ΗΚΓ/φήματος να αναγράφεται ένα ΗΚΓ και να πληρώνεται και ένα ραδιοηλεκτροκαρδιογράφημα.

6. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ. Οι αναγραφόμενες διαγνωστικές τεχνικές περιλαμβάνονται στην ιατρική επίσκεψη.

7. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ. Η λήψη οπτικής οξύτητας είναι διαγνωστική τεχνική και είναι μέρος της ιατρικής επίσκεψης. Η εξέταση με σχιμοειδή λυχνία και η τονομέτρηση είναι κοστολογημένες ιατρικές πράξεις με την τιμή 3,52€ και 2,91€ αντίστοιχα και περιλαμβάνονται στην ιατρική επίσκεψη και δεν κοστολογούνται ξεχωριστά. Στην βυθοσκόπηση αναφέρεται ως ιατρική πράξη «πλήρης μελέτη βυθού οφθαλμού» αξίας 2,91€. Η βυθοσκόπηση με φακό τρικάρουτρου επαφής κατά GOLDMAN αξίας 7,04€ αποτελεί ξεχωριστή ιατρική πράξη και συνταγογραφείται χωριστά και πληρώνεται.

8. ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ. Σπειρομέτρηση και καμπύλης ροής-όγκου είναι ιατρικές πράξεις που συμπεριλαμβάνονται στην ιατρική επίσκεψη. Η σπειρομέτρηση και η καμπύλη ροής-όγκου κοστολογούνται αντίστοιχα 4,14€ και 10,56€ και μετά τη χορήγηση βρογχοδιασταλτικού αποτελούν ξεχωριστή εξέταση και πληρώνονται.

9. Ω.Ρ.Α. Η εξέταση στοματικής κοιλότητας και φάρυγγος, η ωτοσκόπηση, η πρόσθια ρινοσκόπηση και η ψηλάφηση ανατομικών δομών κεφαλής και τραχήλου είναι διαγνωστικές τεχνικές που περιλαμβάνονται στην ιατρική επίσκεψη. Η έλξη υπερώας και οπίσθια ρινοσκόπηση αξίας 2,88€, η έμμεση λαρυγγοσκόπηση μετά εξάλειψη αντανάκλαστικών αξίας 2,88€ και η εξέταση ακουστικής ικανότητας δια τονοδοτών κ.λ.π. αξίας 2,26€, περιλαμβάνονται και αυτές στην ιατρική επίσκεψη.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

ΘΕΜΑ: «Καθορισμός τιμής για ιατρικές πράξεις»

1. Στο Π.Δ. 157/91 (Φ.Ε.Κ. 62/τ.Α'/30-04-91) «Αύξηση αμοιβών ιατρικών επισκέψεων και των οδοντιατρικών πράξεων» και στην ενότητα που αναφέρεται στο Π.Δ. 138/88 και με αύξοντα αριθμό 43 αναφέρεται: οι ιατρικές πράξεις που μπορεί να γίνουν εκτός θεραπ. από Νευρολόγους-Ψυχιάτρους είναι:

1. Ατομική ψυχοθεραπεία
2. Ομαδική ψυχοθεραπεία
3. Θεραπεία συμπεριφοράς
4. Από ειδικούς αγωγή λόγου και λογοθεραπείας

Η κοστολόγηση της κάθε μίας θα πρέπει να είναι 1% φορά της συνήθους ψυχιατρικής εξέτασης δηλαδή της εκάστοτε αμοιβής της ιατρικής επίσκεψης.

2. Επίσης στο Π.Δ. 79/1996 (Φ.Ε.Κ.

62/τ.Α'/11-04-1996) αναφέρεται ότι στους Νεφροπαθείς ασφαλισμένους του Δημοσίου που υποβάλλονται σε χρόνια περιτοναϊκή κάθαρση αναγνωρίζεται δαπάνη προμήθειας υλικών που είναι απαραίτητα για την πραγματοποίησή της, το ποσό της οποίας δε θα υπερβαίνει την αξία των πέντε ιατρικών επισκέψεων στο σπίτι του ασθενή.

Στο Δ.Σ. της Ο.Π.Α.Δ. κατά τη συνεδρίασή του στις 15-09-2005 (αρ. πρακτικού 173) προχώρησε στην κοστολόγηση των παρακάτω Ιατρικών Πράξεων ως εξής: Πρώτη Ατομική ψυχοθεραπεία, Πρώτη Ομαδική ψυχοθεραπεία, Πρώτη Θεραπεία συμπεριφοράς, Πρώτη από Ειδικούς αγωγή λόγου και λογοθεραπείας, το μήνα στο ποσό των τριάντα (30) ευρώ, ήτοι 1½ X 20 (αξία πρώτης επίσκεψης το μήνα στο ιατρείο) = 30 ευρώ. Οι υπόλοιπες Ατομικές ψυχοθεραπείες, Ομαδικές ψυχοθεραπείες, Θεραπείες συμπεριφοράς και οι υπόλοιπες από ειδικούς αγωγές λόγου και λογοθεραπείας, το μήνα στο ποσό των 15 ευρώ, ήτοι 1½ X 10 (αξία επισκέψεων μετά την πρώτη) = 15 ευρώ. Για τους νεφροπαθείς ασφαλισμένους που υποβάλλονται σε χρόνια περιτοναϊκή κάθαρση, αναγνωρίζεται δαπάνη προμήθειας υλικών που είναι απαραίτητα για την πραγματοποίησή της, ποσού 85 ευρώ, ήτοι

1X25 (αξία πρώτης επίσκεψης στο σπίτι)= 25 €
4X15 (αξίας επίσκεψης μετά την πρώτη)= $\frac{60}{85}$ €

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

ΘΕΜΑ: «Σχετικά με τα εμβόλια Prevenar-Varilix και Varivax»

Σας ενημερώνουμε ότι το Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ. κατά τη συνεδρίασή του, την 1-12-2005 (αρ.πρακτ.180), αποφάσισε τη χορήγηση του εμβολίου Prevenar, Varilix, Varivax στους ασφαλισμένους του Δημοσίου με ποσοστό συμμετοχής είκοσι πέντε τοις εκατό (25%).

Επίσης αποφάσισε την ανάκληση της υπ'αριθμ. 19156/01-01-2004 εγκυκλίου του Ο.Π.Α.Δ., που αφορούσε το ανωτέρω θέμα.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

ΘΕΜΑ: «Συνταγογράφηση φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που περιέχουν ΚΩΔΕΪΝΗ»

Τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα που περιέχουν κωδεΐνη χορηγούνται με συνταγή του Ν.1729/87 (μονόγραμμ-θεωρημένη από τη Νομαρχία) φυλασσόμενη επί τριετία, ανεξαρτήτως της συνολικής ποσότητας κωδεΐνης ανά συνταγή.

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

**ΘΕΜΑ: Ανάκληση του προϊόντος Air Clean-1
Antibacterial Action της εταιρείας Action Group**

Να απαγορευθεί η διάθεση-διακίνηση και να ανακληθεί το προϊόν AIR CLEAN-1 Antibacterial Action της εταιρείας ACTION GROUP, διότι δεν έχει άδεια κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ και έχει παρασκευαστεί σε εργαστήριο που δεν έχει δυνατότητα παραγωγής απολυμαντικών προϊόντων.

Η παρούσα απόφαση αποτελεί προληπτικό μέτρο για την πρόσπιση της Δημόσιας Υγείας.

Τα νέα
του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων

Σε αυτή τη στήλη παρουσιάζονται διαθέσιμα αποσπάσματα από την παρουσία με ομιλίες των εκπροσώπων του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων (ΙΣΙ) στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (ΠΙΣ). Τη χρονιά που πέρασε αναφέρθηκε (από τον Ι. Γιαννακάκη) το θέμα της ιατρικής επίσκεψης και των υπηρεσιών υγείας το οποίο ακολουθεί. Στην επερχόμενη συνεδρίαση του ΠΙΣ ο ΙΣΙ θα παρουσιάσει και θα προκαλέσει τη συζήτηση για το ακανθώδες θέμα του ιατρικού σφάλματος.

Ιατρική Επίσκεψη και Υπηρεσίες Υγείας

Τα τελευταία τουλάχιστον δεκαπέντε έτη χαρακτηρίστηκαν αντικειμενικά από την πλήρη απροθυμία και απραξία της Πολιτείας προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας, παράλληλα δε της ικανοποίησης των συνδικαλιστικών αιτημάτων των γιατρών. Αποδεικνύεται αυτό άλλωστε από την απουσία έστω και μικρών μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας - δημόσιου και ιδιωτικού - από την εποχή που ο αείμνηστος Γεώργιος Γεννηματάς έθεσε τα θεμέλια του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Πρόσφατα εντούτοις παρατηρείται κινητικότητα. Για την κοινότητα των γιατρών αυτή άρχισε από την ανατίμηση της ιατρικής επίσκεψης και συνεχίστηκε με τη νομοθετική κατοχύρωση, επιτέλους, της σύγχρονης ιατρικής δεοντολογίας, μιας δεοντολογίας που μέχρι σήμερα βασιζονταν ακόμη σε βασιλικά διατάγματα. Η δραστηριότητα συνεχίστηκε ευρύτερα με την εκπόνηση της μεταρρύθμισης του Συστήματος Φαρμακευτικής Περιθαλψής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Είναι αναρίθμητα τα θέματα αλλά μπορούμε να ελπίζουμε πως η κινητικότητα μπορεί να συνεχιστεί και να διευρυνθεί.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

Αν και η έννοια του συνδικαλισμού δημιουργεί πολλές φορές συνειρμούς που παρεμπόουν σε στείρες ή και θεατρικές διεκδικήσεις, παρόλα αυτά ορισμένες συνδικαλιστικές διεκδικήσεις ήταν ουσιαστικές. Μία από αυτές ήταν η επί μία δεκαετία και πλέον απαίτηση για ανατίμηση της ιατρικής επίσκεψης του Δημοσίου. Επιτέλους, μετά από πολλά έτη αναμονής και απογοήτευσης και με τη βοήθεια μάλλον και του Θεού ανατιμήθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα. Μπορεί αυτή η κίνηση να μην είναι σημαντική για τους γιατρούς με μεγάλο εισόδημα, μπορεί να μην αφορά τους πανεπιστημιακούς ή τους γιατρούς του ΕΣΥ αλλά για τη μεγάλη πλειοψηφία των συναδέλφων που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα η ανατίμηση αποτέλεσε πραγματικά ουσιαστική ανακούφιση. Ήταν αναμφίβολα μια πράξη που είχε ιατρική σημασία πέρα από οικονομική. Κλινική ιατρική πράξη, κατ ουσίαν ιατρική σκέψη δηλαδή, είναι εκείνη η σύνθετη νοητική διεργασία που ανα-

πτύσσεται από τον κάθε γιατρό και στηρίζεται στους δύο πυλώνες, τη θεωρητική του κατάρτιση βασισμένη στη συστηματική κλινική έρευνα και την κλινική του εμπειρία. Πιο πέρα, αυτή η σκέψη οδηγεί στην απόφαση για την κριτική χρήση των διαγνωστικών μέσων και τελικά στην κρίση για την επιλογή των κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Με λίγα λόγια δηλαδή, η ιατρική σκέψη αποτελεί την πεμπουσία της ιατρικής. Κατά συνέπεια η ανατίμηση της ιατρικής επίσκεψης, με οποιοδήποτε κριτήριο και αν αυτή αποφασίστηκε, αποτέλεσε τελικά μια πράξη με ουσιαστικό ιατρικό χαρακτήρα.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η φιλοσοφία των συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο ποικίλλει ευρέως. Επιχειρώντας μια αυθαίρετη διάκριση και χρησιμοποιώντας μερικούς νεολογισμούς, θα μπορούσαμε να πούμε πως υφίστανται συστήματα με κεφαλαιοκρατικό προσανατολισμό, άλλα με συστημοστραφή χαρακτήρα και αυτά με ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Για την αποφυγή παρανόησης θα πρέπει να τονιστεί ότι σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να θεωρηθεί η διάκριση ως απόλυτη, απλά προσπαθεί να αναδείξει την επίφαση ενός συστήματος, γνωρίζοντας πως στην πράξη υπάρχει βαθμός αλληλοεπικάλυψης των τριών προσεγγίσεων.

Ένα κεφαλαιοκρατικό σύστημα διέπεται από την κυριαρχία των κανόνων της αγοράς, έχει υποστεί τη βαθιά διείσδυση των ασφαλιστικών εταιριών και χαρακτηρίζεται από τη σταθερή και αμετακίνητη προσήλωσή του στη διατήρηση του λόγου κόστους προς όφελος. Ίσως, με κάθε επιφύλαξη, μπορούμε να πούμε ότι σε αυτόν τον τύπο συστήματος πλησιάζει το σύστημα των υπηρεσιών υγείας των ΗΠΑ.

Συστημοστραφές (system-oriented) πιθανόν να μπορεί να χαρακτηριστεί το μέχρι τώρα Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) στο Ηνωμένο Βασίλειο. Εδώ το σύστημα εξυπηρετεί το σύστημα. Δεν αφήνει στον χρήστη των υπηρεσιών πολλά περιθώρια να αναπτύξει τις απόψεις του για το πρόβλημα υγείας που έχει και να συμβάλει καίρια στις αποφάσεις. Δεν θα ήταν υπερβολή να αναφερθεί πως τέτοια συστήματα δίνουν την εντύπωση πως διέπονται από μία αντίληψη αυταρχισμού. Σε αυτή τη χώρα επίσης παρατηρήθηκε μια άνευ όρων και κρίσεως αποδοχή του συστήματος τόσο από

τους λειτουργούς των υπηρεσιών υγείας όσο και από τους πολίτες. Σήμερα, αρκετοί από τους κανόνες αυτού του συστήματος μπορούν πλέον να θεωρηθούν ως παρωχημένοι παρά το ότι την εποχή της πρώτης τους εφαρμογής ήταν πρωτοποριακοί και θεμελιώδεις για την εξέλιξη του. Πιθανά ο υπάρχων κίνδυνος χρεοκοπίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα να είναι το αποτέλεσμα των παραπάνω συνθηκών. Ως αποτέλεσμα αναπτύχθηκε αυτοκριτική που προτείνει τη μεταστροφή του συστήματος σε περισσότερο ανθρωποκεντρικό (patient-centered) πρότυπο, θεωρώντας πως αυτή η διάσταση είχε υποβαθμιστεί στο πλαίσιο της τυφλής εμμονής στους κανόνες του υπάρχοντος συστήματος. Έτσι ενώ στο υφιστάμενο σύστημα οι προσδοκίες του αρρώστου βρισκόντουσαν σε δεύτερη μοίρα σε σχέση με τις «προσδοκίες» του συστήματος, με την νέα πρόταση περνούν στην πρώτη θέση θέτοντας παράλληλα τον άρρωστο ενεργό στο κέντρο της διαδικασίας λήψεως αποφάσεων που έχουν σχέση με την υγεία του. Τέλος δίδεται έμφαση στη σημασία της ανθρώπινης επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και αρρώστου.

Στην Ελλάδα τώρα, οι υπηρεσίες υγείας ακροβατούν σε κανόνες μάλλον αυτορρυθμισής. Είναι προφανής η απουσία ύπαρξης ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας. Οι όποιες παρεμβάσεις επιχειρήθηκαν ήταν πάντα αποσπασματικές και ξεκομμένες από την αναγκαία αλληλοσυσχέτιση που διέπει ένα ενιαίο σύστημα υγείας μιας χώρας. Οι αιτίσεις για αναβάθμιση του συστήματος υγείας δεν αγγίζουν την πραγματικότητα αφού αυτό που ουσιαστικά χρειάζεται είναι η συνολική αναδιάρθρωση και όχι μόνο η αναβάθμιση. Η ετερογένεια είναι προφανής σε πολλά σημεία. Πρώτα από όλα υπάρχει κραυγαλέα διαφοροποίηση της δυνατότητας πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Μάλιστα η διαφοροποίηση αυτή αγγίζει τα όρια της καταστράτηγησης των θεμελιωδών αρχών του συντάγματος περί ισότητας των πολιτών. Άλλη η δυνατότητα του ασφαλισμένου του ΟΓΑ, άλλη αυτή του ασφαλισμένου του ΙΚΑ, άλλη του ΟΑΕΕ, των ασφαλιστικών φορέων των τραπεζών, των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών, κλπ. Επιπλέον, πόσο διαφορετικοί είναι οι ελεγκτικοί μηχανισμοί των ασφαλιστικών φορέων! Κάθε φορέας ελέγχει με διαφορετικά κριτήρια τους θεραπευτές γιατρούς, σαν να είναι διαφορετικοί οι κανόνες της ιατρικής κάθε φορά για κάθε ασφαλιστικό φορέα. Ας μη γίνει λόγος για το πόσο ετερόκλητα ασκείται η Ιατρική μεταξύ των συναδέλφων είτε εργάζονται στο ΕΣΥ είτε σε ιδιωτικά ιατρικά κέντρα, είτε σε ασφαλιστικούς φορείς ή στο ελεύθερο επάγγελμα. Ή δεν ακολουθούμε, κατά την ίδια γραμμή τις κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής ή δεν υπάρχουν αυτές για να τις ακολουθήσουμε. Τέλος, στην απουσία αυτού του ενιαίου και ολοκληρωμένου πλαισίου συστήματος υπηρεσιών υγείας βρίσκουν την ευκαιρία να αναδυθούν διάφορα φαινόμενα είτε καλά είτε κακά. Στα τελευταία ανήκουν οι πράξεις ιδιοτέλειας ή/και αήθους συμπεριφοράς απέναντι στους αρρώστους και το περιβάλλον τους. Τέτοια συμπεριφορά απέχει με τον εξ ορισμού ανθρωπιστικό χαρακτήρα της Ιατρικής. Από την άλλη, αναδεικνύονται συμπεριφορές ιατρών με πραγματικά ανθρώπινο ενδιαφέρον για τους αρρώστους και υποδειγματική συμπεριφορά και επικοινωνία, τιμώντας την αξία της Ιπποκρατικής Ιατρικής και αναδεικνύοντας τον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα του ιατρικού λειτουργήματος. Παρά την ομολογουμένως κατασπατάληση των πόρων των ασφαλιστικών φορέων και ευρύτερα της δημόσιας υγείας φαίνεται πως στην Ελλάδα, κατά την ταπεινή μου άποψη, σε μεγάλο μέρος η άσκηση της Ιατρικής και οι υπηρεσίες υγείας διατηρούν τον ανθρωποκεντρικό τους χαρακτήρα. Ας ελπίσουμε πως αυτό μπορεί να διατηρηθεί παράλληλα με την προσπάθεια για περισσότερο ορθολογική διαχείριση των πόρων της Υγείας. ■

Ο
Ι.Σ.Ι
στον
Π.Ι.Σ

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑ

Τα τελευταία χρόνια συζητείται έντονα το ενδεχόμενο εφαρμογής εξετάσεων για την εισαγωγή των νέων Ιατρών στην ειδικότητα. Συμφωνείτε με την εφαρμογή ενός τέτοιου μέτρου;»

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

▼
από τα
κόμματα

ΝΕΑ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Ο υπερπληθωρισμός των ιατρών, αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα το οποίο έχει αντίκτυπο όχι μόνο στην επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση των ιατρών αλλά και στο ίδιο το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αποτελεί ένα πρόβλημα το οποίο αναζητά λύση άμεσα, καθώς οι παρενέργειες του όπως οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής για έναρξη ειδικότητας και τα προβλήματα στην παρεχόμενη εκπαίδευση κατά την ειδικότητα, ολοένα θα διογκώνονται όσο θα διαιωνίζεται. Λειτουργούμε σε ένα διεθνές περιβάλλον, όπου στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. οι ιατροί υποβάλλονται σε εξετάσεις για την έναρξη της ειδικότητας και ο υγιής ανταγωνισμός και η αντικειμενική αξιολόγηση είναι απαραίτητα στοιχεία για την εύρυθμη λειτουργία. Επίσης, η φύση της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από μόνη της είναι αυτή που επιβάλλει στον ιατρό διαρκή ανανέωση της γνώσης του και απόδειξη της επάρκειάς του μέσα από συγκεκριμένες διαδικασίες. Στο πλαίσιο αυτό η εφαρμογή εξετάσεων για την έναρξη της ειδικότητας προβάλλει ως μια αναγκαιότητα. Αναγκαιότητα για κάθε νέο επιστήμονα, που επιθυμεί με όπλο την γνώση και την αξία του να προσφέρει τις υπηρεσίες του στη χώρα του χωρίς να υποχρεώνεται σε μεγάλα χρονικά διαστήματα αεργίας ή μετανάστευσης. Έτσι θα περιοριστεί η απώλεια επιστημονικού δυναμικού προς το εξωτερικό και οι καλύτεροι νέοι ιατροί θα επιτυγχάνουν να ειδικευτούν άμεσα και στην ειδικότητα της επιλογής τους, παρέχοντας κίνητρα βελτίωσης τόσο στους ίδιους όσο και στις ιατρικές σχολές της χώρας μας. Σαφέστατα βέβαια, ένα τέτοιο σύστημα εφαρμογής εξετάσεων θα καταστεί βιώσιμο και αποτελεσματικό μόνον εφόσον είναι αδιάβλητο, αξιοκρατικό και δίκαιο και διεξάγεται υπό την ευθύνη και εποπτεία εξεταστικών επιτροπών και ελεγκτικών μηχανισμών που θα λειτουργούν σε πανελλήνιο επίπεδο και θα λαμβάνουν όλα εκείνα τα απαραίτητα μέτρα για την διασφάλιση των παραπάνω παραγόντων. Τότε,



ΠΟΛΙΤΙΚΟ f o r u m

πολέμιοι των εξετάσεων θα παραμείνουν μονάχα όσοι έχουν λόγους να φοβούνται την αξιοκρατία και όσοι βολεύονται ή διατηρούν κατεστημένα συμφέροντα γύρω από την διαιώνιση ενός συστήματος που δεν διατηρεί καμιά δυνατότητα ελέγχου και περιορισμού της ανεπάρκειας και επιβράβευσης της ικανότητας και της αποτελεσματικότητας.

Εκ μέρους του Τομέα Υγείας της ΝΔ

ΠΑΣΟΚ

Όπως όλοι γνωρίζουμε η απόκτηση ειδικότητας από τους νέους γιατρούς αποτελεί πρόβλημα που τα τελευταία χρόνια έχει οξυνθεί, αφού σχετίζεται με την εκπαίδευση των γιατρών και την επαγγελματική τους προοπτική.

Είναι μάλιστα σοβαρό, αν λάβει κανείς υπ' όψη του ότι ο απαιτούμενος χρόνος ολοκλήρωσης της ειδικότητας διπλασιάζεται εξ αιτίας της πολυετούς αναμονής στις λίστες προτεραιότητας και μπορεί να φθάσει και τα 7 χρόνια.

Η συζήτηση επομένως που γίνεται τα τελευταία χρόνια για το ενδεχόμενο εφαρμογής εξετάσεων για την εισαγωγή των νέων γιατρών στην ειδικότητα είναι εύλογη και θα έλεγα επιβεβλημένη, προκειμένου να δοθεί λύση στο πρόβλημα. Η κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ το 2003 εκτιμώντας τις σοβαρές επιπτώσεις του χρόνιου αυτού προβλήματος στο σύστημα της ιατρικής εκπαίδευσης και τις ιδιαίτερα αρνητικές συνέπειες στην επιστημονική και επαγγελματική διαδρομή των νέων γιατρών, προχώρησε στη κατάρτιση ολοκληρωμένου σχεδίου Νόμου για την «Απόκτηση Ιατρικής Ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη Εκπαίδευση των γιατρών» δίνοντας την ενδεδειγμένη λύση στο πρόβλημα.

Στο άρθρο του σχετικού σχεδίου Νόμου που ψηφίστηκε από τη Διαρκή Επιτροπή Κοινωνική Υποθέσεων προβλέπεται «μικτό σύστημα» για την έναρξη της λήψης ειδικότητας με βάση:

- Το υφιστάμενο σύστημα πινάκων σειράς προτεραιότητας
- Με Πανελλήνιες εξετάσεις από 1-09-2007 για την κάλυψη του 20% των θέσεων και σταδιακή αύξηση κατ' έτος κατά 10% μέχρι το ανώτατο όριο ποσοστού 50% των θέσεων.

Για την απόλυτα αντικειμενική κατάταξη των υποψηφίων, προβλέπεται μαθηματικός τύπος με βάση το χρόνο αναμονής στους πίνακες σειράς προτεραιότητας και τη βαθμολογία του γραπτού του εξεταζόμενου.

Το συγκεκριμένου Σχέδιο Νόμου ανταποκρίνεται με ευελιξία αλλά και με ουσιαστικό και ρεαλιστικό τρόπο στο υπάρχον πρόβλημα, που έπρεπε ήδη να έχει επιλυθεί από την παρούσα Κυβέρνηση με την ψήφιση του σχετικού Νόμου στην Ολομέλεια της Βουλής. Η παράταση της εκκρεμότητας αυτής είναι φυσικό να πολλαπλασιάζει το πρόβλημα σε βάρος των νέων γιατρών και τους Συστήματος Υγείας.

Για τον τομέα Υγείας του ΠΑΣΟΚ: Ε.Σκουλάκης

ΚΚΕ

Η ειδίκευση των γιατρών απαντά σε δύο ανάγκες και δικαιώματα. Καλλίτερη, εξειδικευμένη και αποτελεσματική περίθαλψη του λαού και ολοκλήρωση της εκπαίδευσης και των γνώσεων του γιατρού.

Οι κυβερνήσεις ΝΔ και ΠΑΣΟΚ αντί να διασφαλίσουν ειδίκευση όλων των γιατρών υψηλής ποιότητας, προσπαθούν με λογικοφανή πλην ψευδοεπιχειρήματα να αποκλείσουν μεγάλο τμήμα γιατρών από την ειδίκευση. Οι εξετάσεις δεν αποτελούν αξιολόγηση. Δεν έλειψαν οι εξετάσεις στην Ελλάδα, αλλά δεν βελτιώθηκε το επίπεδο των επιστημόνων και της επιστήμης. Ισχυρίζονται ότι οι γιατροί είναι πολλοί, άμα θέλουν να τους περιορίσουν. Η αλήθεια είναι άλλη. Λείπουν χιλιάδες ειδικευμένοι γιατροί στα νοσοκομεία και την υποτυπώδη ή ανύπαρκτη δημόσια Π.Φ.Υ. Λείπουν γιατροί εργασίας και σχολίατροι. Πολλές θέσεις δεν απελευθερώνονται λόγω συνταξιοδότησης σε μεγάλα όρια ηλικίας. Αυτή είναι η αλήθεια.

Δεν χρειάζονται εξετάσεις, άλλα πρόγραμμα ειδίκευσης, οργάνωση των νοσοκομείων με πλήρη τμήματα ιατρικού προσωπικού, ειδίκευση όλων των γιατρών υψηλού επιπέδου, χωρίς καμιά αναμονή και καθυστέρηση.

Αυτά δεν συμβιβάζονται με την πολιτική της ΝΔ, ΠΑΣΟΚ, Ευρωπαϊκής Ένωσης και

ΣΥΝ. Χρειάζονται λαϊκή εξουσία, λαϊκή οικονομία για να έχουμε λαϊκή πολιτική υγείας και απρόσκοπτη ειδικότητα σε όλους τους γιατρούς.

*Αποστόλης Τασούλας,
Μέλος του Γραφείου Περιοχής Βορειοδυτικής Ελλάδας του ΚΚΕ*

ΣΥΝΑΣΠΙΣΜΟΣ

Οι εισηγήσεις και τα σχ. Υπ. Αποφάσεων για εξετάσεις πριν την έναρξη ειδικότητας, χρονολογούνται από τη δεκαετία του 80.

Την τελευταία 10ετία, που οι αναμονές στην επετηρίδα για τοποθέτηση σε θέση ειδικότητας, είναι πλέον σχεδόν απαγορευτικές, το θέμα επανέρχεται με μεγάλη συχνότητα. Η πίεση όμως των Φοιτητικών κινητοποιήσεων το μεταθέτουν στο μέλλον.

Ο μεγάλος χρόνος αναμονής για την έναρξη ειδικότητας είναι σημαντικό πρόβλημα για τους νέους συναδέλφους, αποτελεί όμως μερική έκφραση και σύμπτωμα, μιας σειράς σοβαρών και σε πολλά επίπεδα, προβλημάτων.

Προβλήματα που ξεκινούν από τον τρόπο που παρέχεται η δεν παρέχεται επαγγελματικός προσανατολισμός στα Λύκεια, την ποιότητα και την κατεύθυνση της προπτυχιακής εκπαίδευσης, του προγραμματισμού παραγωγής ιατρικού - μη ιατρικού δυναμικού, τη λειτουργία του δημόσιου Νοσοκομείου (υποχρηματοδότηση - υποστελέχωση) αλλά και τις απαιτήσεις του μεγάλου ιατρικού - ασφαλιστικού κεφαλαίου για φτηνό ιατρικό προσωπικό, όπως και των ιατρικών και οδοντιατρικών συλλόγων για προστασία του ελεύθερου επαγγέλματος από τον πληθωρισμό.

Βέβαια υπάρχουν άμεσα μέτρα που θα ήταν σε θέση να αποσυμφορήσουν την επετηρίδα και να μειώσουν τους χρόνους αναμονής εάν υπήρχε πολιτική βούληση. Όπως η εφαρμογή της Κοινοτικής Οδηγίας για τις ώρες εργασίας των ειδικευομένων, η προκήρυξη όλων των κενών οργανικών θέσεων ειδικευομένων όπως και η αντιμετώπιση των γραφειοκρατικών προβλημάτων (μηχανοργάνωση κλπ)

Μονιμότερη αντιμετώπιση και λύση του συνολικού προβλήματος θα απαιτούσε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο πολιτικής Υγείας και όχι μόνον.

Η επιβολή όμως στη σημερινή πραγματικότητα εξετάσεων αμέσως μετά τη λήψη του πτυχίου, δεν διαθέτει κανένα απολύτως έρεισμα. Είναι ηθικά ακαδημαϊκά και επιστημονικά απαράδεκτη.

Ποιο μπορεί να είναι το αντικείμενο μιας τέτοιας εξέτασης;

Τι ακριβώς θα θέλει να διαπιστώσει η διαδικασία αυτή;

Τα μεγάλα προβλήματα στην επιστημονική κατάρτιση και διαχείριση του ανθρωπίνου δυναμικού στο χώρο της Υγείας απαιτούν μίαν άλλη συνολικότερη αντιμετώπιση. Απαιτούν μίαν άλλη πολιτική Υγείας και Παιδείας

Απαιτούν αλλαγή συσχετισμών των πολιτικών δυνάμεων.

Τμήμα Υγείας - Πρόνοιας Κοινωνικής Φροντίδας του Συνασπισμού

▼
από τις
συνδικα-
λιστικές
οργανώ-
σεις των
ιατρών

Πρωτοβουλία Γιατρών «Οι άνθρωποι πάνω από τα κέρδη»

Το μείζον πρόβλημα της επαγγελματικής προοπτικής των σημερινών πτυχιούχων των ιατρικών σχολών έχει πολλές πλευρές:

- την επιλογή ειδικότητας που να πληρεί στοιχειωδώς τις προϋποθέσεις για εργασία μετά την απόκτησή της, αλλά και να ικανοποιεί τα ενδιαφέροντα του γιατρού
- τον υπερβολικά μεγάλο χρόνο αναμονής για την έναρξη ειδικότητας
- το διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης και επιστημονικής επάρκειας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας για τη χορήγηση της ίδιας ειδικότητας
- την αξιοκρατική και αντικειμενική αξιολόγηση των γιατρών τόσο κατά την διάρκεια της ειδικότητας, όσο και μετά.

Είναι φανερό ότι πριν γίνει οποιαδήποτε συζήτηση για την εφαρμογή εξετάσεων για την έναρξη της ειδικότητας πρέπει να δρομολογηθούν λύσεις για την αντιμετώπιση του ιατρικού πληθωρισμού (προγραμματισμός παραγωγής γιατρών από τις ιατρικές σχολές), εκσυγχρονισμός του περιεχομένου και των προγραμμάτων σπουδών των φοιτητών των ιατρικών σχολών, ενιαίο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για κάθε ειδικότητα, αξιολόγηση των νοσηλευτικών μονάδων που ειδικεύουν τους νέους γιατρούς και αναβάθμισή τους, αύξηση των θέσεων ειδικότητας ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες κάθε περιφέρειας (η εφαρμογή του ΠΔ 76/05 για το ωράριο των ειδικευόμε-

ων προσφέρει μία άμεση μικρή ανακούφιση στις λίστες αναμονής) κα
 Υπό αυτές τις προϋποθέσεις, μπορεί να δοθεί στους ικανότερους νέους γιατρούς
 κατά προτεραιότητα η ευχέρεια επιλογής του κέντρου στο οποίο θα εκπαιδευτούν
 είτε μέσω του βαθμού του πτυχίου, είτε με εξετάσεις, είτε με το βιογραφικό τους
 ή και με συνδυασμό των παραπάνω.

Αλλιώς, οι εξετάσεις για ειδικότητα εφ' όσον παραμένει το σημερινό καθεστώς
 θα έχει ως αποτέλεσμα να αλλάξει τη σειρά αναμονής και να αναγκάσει ένα μέρος
 των πτυχιούχων ιατρικής να ακολουθήσει διαφορετικό επαγγελματικό προσανατολισμό
 με ότι αυτό συνεπάγεται κοινωνικά και οικονομικά για τους ίδιους και τις οικογένει-
 ές τους, αλλά και στο κύρος των ιατρικών σχολών που χορήγησαν τα πτυχία. Αν δε
 δεν εξασφαλιστεί αντικειμενικότητα σε αυτές τις εξετάσεις, οι κερδισμένοι δεν θα
 είναι απαραίτητα "οι καλύτεροι", αλλά και όσοι διατηρούν φιλικές ή άλλες σχέσεις με
 τους εξεταστές.

Δημήτρης Νικολόπουλος

Ενιαίο Αγωνιστικό Μέτωπο Ιατρών (Ε.Α.Μ.Ι.)

Το Ενιαίο Αγωνιστικό Μέτωπο Ιατρών θεωρεί την πρόταση της θέσπισης εξετα-
 στέων για την απόκτηση κάποιας Ιατρικής ειδικότητας προσχηματική, αποσπασματική,
 αντιεπιστημονική, αντιεκπαιδευτική και αντιλαϊκή αντίληψη. Είναι προσχηματική, επειδή
 με τη διόγκωση της αναμονής για την ειδικότητα προβάλλεται σαν μόνη και απο-
 κλειστική αιτία του φαινομένου ο μεγάλος αριθμός των γιατρών. Αποσιωπάται με τον
 τρόπο αυτό το τραγικό έλλειμμα σε υποδομές και στελέχωση, που χαρακτηρίζει το
 όποιο δημόσιο σύστημα υγείας σε όλα του τα επίπεδα και η ανεπάρκειά του να στη-
 ρίζει και να ενισχύσει την πρόληψη και την υγεία σε πρωτοβάθμιο και προνοσοκο-
 μειακό επίπεδο, στους χώρους εργασίας, στα σχολεία και τους χώρους άθλησης, στις
 ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, σε κέντρα αποκατάστασης και στους ασθενείς με
 ψυχιατρικά νοσήματα. Στο επίπεδο αυτό, η παρουσία της δημόσιας παρέμβασης είναι
 πρακτικά ή υποτονική ή ανύπαρκτη και επαφίεται ηθελημένα στη «φιλόπτωχη» αντίλη-
 ψη των εργοδοτών, των δωρητών και των προγραμμάτων κατανάλωσης χωρίς υπο-
 δομές, προγραμματισμό και συνέχεια. Θέσεις γιατρών λοιπόν υπάρχουν και αντικει-
 μενικές συνθήκες για περισσότερους ειδικευόμενους και χωρίς φραγμούς εκπαίδευ-
 σης μπορούν να διαμορφωθούν, όταν υπάρξει ένα διαφορετικό όραμα και μια άλλη
 πολιτική υγείας. Αποσπασματική γιατί ανάγει ένα θεσμό εξετάσεων σε απαραίτητο όρο
 ικανότητας χωρίς να εξασφαλίζει αναβαθμισμένη, σύγχρονη και συνδυασμένη με τις
 ανάγκες προπτυχιακή εκπαίδευση και συντονισμένη σε εθνικό και περιφερειακό επί-
 πεδο ποιότητα εξειδίκευσης των γιατρών με κρατική ευθύνη και χρηματοδότηση. Η
 υποβάθμιση του πτυχίου και ένας εξεταστικός φραγμός δεν δημιουργεί γιατρούς ελεύ-
 θερους και δημιουργικούς αλλά ανελεύθερους, υποβαθμισμένους, διαιρεμένους, ανα-
 ποτελεσματικούς και εργασιακά ελαστικοποιημένους. Αντιεπιστημονική και αντικπαι-
 δευτική γιατί δεν μπορεί με συνεχείς εξετάσεις να εξασφαλιστεί η επιστημονική
 επάρκεια, ειδικά σε πολύχρονες διαδικασίες εκπαίδευσης και χωρίς εξασφαλισμένη
 και ουσιαστικό περιεχόμενο εκπαίδευσης. Αντιλαϊκή, τέλος, γιατί δημιουργεί αυθαίρε-
 τες διαιρέσεις ειδικότερα σε μια επιστημονική ομάδα υψηλού επιπέδου, που σα στόχο
 της οφείλει και πρέπει να εργάζεται για το αγαθό της υγείας σε ένα αποκλειστικά
 δημόσιο, καθολικό, δωρεάν και υψηλού επιπέδου σύστημα υγείας.

Χαράλαμπος Παππάς

ΠΑΣΠ

Το θέμα της εισαγωγής εξετάσεων για τη λήψη ιατρικής ειδικότητας είναι ένα
 ζήτημα το οποίο απασχόλησε τους φοιτητές προ πενταετίας και όπως φαίνεται θα
 ανοίξει ξανά στο προσεχές μέλλον.

Εμείς πιστεύουμε ότι πρέπει να εστιάσουμε στη ρίζα του προβλήματος και όχι να
 το διακινώσουμε με επιφανειακές λύσεις. Πιο συγκεκριμένα, πιστεύουμε ότι η λύση
 του προβλήματος εντοπίζεται στην αναζήτηση του αυτονόητου, δηλαδή στην εφαρμο-
 γή του νόμου που ορίζει ότι για κάθε τέσσερις κλίνες πρέπει να είναι υπεύθυνος
 ένας ειδικευόμενος γιατρός. Μια τέτοια ενέργεια όχι μόνο θα περιορίσει τις τερά-
 στιες αναμονές αλλά κυρίως θα αναβαθμίσει και το σύστημα υγείας της χώρας μας.

Αν και μετά την εφαρμογή του νόμου το πρόβλημα παραμένει, τότε προτείνουμε την ελάττωση του αριθμού των εισακτέων στις ιατρικές σχολές της χώρας. Γιατί όπως πιστεύουμε, είναι καλύτερο να μπαίνει κανείς στην ιατρική σχολή ξέροντας ότι μετά την αποφοίτηση του θα μπορεί να λάβει άμεσα ειδικότητα, παρά να τελειώνει τη σχολή και μετά να μένει ανειδίκευτος και κατ' επέκταση και άνεργος.

Αν και πάλι το πρόβλημα εξακολουθεί να υφίσταται, τότε ίσως μπορούμε να συζητήσουμε την λύση της εφαρμογής εξετάσεων για τη λήψη ιατρικής ειδικότητας. Βέβαια αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη ενός αδιάβλητου συστήματος. Πώς όμως μπορεί να εξασφαλιστεί αυτό σε μια χώρα που δεν είναι ώριμη να δεχτεί την αξιοκρατία και τη διαφάνεια και όπου αρκετοί το μόνο που επιζητούν είναι η προσωπική τους ευμάρεια χρησιμοποιώντας ακόμη και αθέμιτα μέσα; Επιπλέον, ένα σημείο που πρέπει να διευκρινισθεί είναι και η σύσταση της επιτροπής που θα διενεργεί τις εξετάσεις. Θα είναι ένα όργανο διορισμένο από την εκάστοτε κυβέρνηση ή θα συστήνεται με τρόπο που θα διασφαλίζει την άρτια και αντικειμενική διεξαγωγή των εξετάσεων; Όμως και το είδος των εξεταστικών μέσων δεν μπορεί να έχει την ίδια μορφή για κάθε ειδικότητα καθώς κάθε μια έχει τα δικά της χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Για παράδειγμα, ένας υποψήφιος για κάποια χειρουργική ειδικότητα δεν μπορεί να εξετάζεται μόνο γραπτώς αλλά με κάποιο τρόπο πρέπει να κρίνεται και η δεξιότητά του. Τέλος, κάτι στο οποίο είμαστε κάθετα αντίθετοι είναι η εισαγωγή προσωπικής συνέντευξης η οποία θα βαθμολογείται, καθώς μια τέτοια εξέλιξη φθείρει την αξιοκρατική διεξαγωγή των εξετάσεων ενώ ταυτόχρονα μετατρέπει τη σχέση μεταξύ του εξεταστή και του εξεταζόμενου σε σχέση εξουσιαστική και εξουσιαζόμενου.

Για την ΠΑΣΠ Ιατρικής: Τσιτσιπάνης Χρήστος

Π.Κ.Σ.

Πράγματι γίνεται συχνά λόγος για την καθιέρωση εξετάσεων για την ειδικότητα, με πρόσχημα την ``υπερπληθώρα``, θέση που ενστερνίζονται ΠΑΣΟΚ, ΝΔ, ΣΥΝ και οι φοιτητικές τους παρατάξεις.

Είναι όμως ανεδαφικό να μιλάμε για υπερπληθώρα όταν

α) Στο ΕΣΥ τουλάχιστον 1 στις 3 θέσεις είναι κενές.

β) Ολόκληρες περιοχές της Ελλάδας έχουν τεράστιες ελλείψεις (Αττική, Δυτ.Μακεδονία, νησιά κ.α).

γ) Ειδικότητες κοινωνικού προσανατολισμού (κοινωνική ιατρική, ιατρική εργασίας, γυναικεία) είναι υποβαθμισμένες.

δ) Η ανάπτυξη Π.Φ.Υ. με Κ.Υ. αστικού τύπου που θα μπορούσαν να απορροφήσουν τουλάχιστον 15.000 γιατρούς, είναι όνειρο θερινής νυκτός.

Για εμάς η ειδικευση, η εμπάθунση δηλ. σ' ένα κλάδο της ήδη παραγμένης γνώσης, θα πρέπει να είναι αρκετά συνδεδεμένη με τον προπτυχιακό κύκλο. Με την ειδικότητα ολοκληρώνονται και βρίσκουν σαφή εφαρμογή οι θεμελιώδεις γνώσεις και αρχές της ιατρικής επιστήμης. Η ειδικευση εξασφαλίζει ολοκληρωμένα επαγγελματικά δικαιώματα στην αγορά εργασίας, αφού εξοπλίζει το γιατρό ώστε να μπορεί ν' ανταποκριθεί άρτια και ολοκληρωμένα σ' οποιοδήποτε περιστατικό αντιμετωπίσει στον τομέα ειδικευσης του. Τέλος η ειδικευση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου κάποιος να πραγματοποιήσει σοβαρή έρευνα ή ν' ακολουθήσει ακαδημαϊκή καριέρα.

Οι εξετάσεις όχι μόνο δεν θα λύσουν το πρόβλημα της υπερπληθώρας αλλά θα πλήξουν βάναυσα τα επαγγελματικά δικαιώματα των νεοεισερχόμενων, δημιουργώντας ένα νέο μοντέλο εργαζόμενου: ανειδίκευτου, φτηνού, ευέλικτου, καλύτερα εκμεταλεύσιμου. Δημιουργούνται έτσι γιατροί ταχυτήτων με τη μεγάλη μάζα να είναι ανειδίκευτοι, αφού οι θέσεις που προκηρύσσονται δεν αυξάνουν, διαθέσιμοι στις ορέξεις του όλο και διογκούμενου ιδιωτικού τομέα, όπου τελικά θ' απορροφηθούν αλλά με ταπεινωτικούς όρους δουλειάς και έναντι πινακίου φακής. Επιπλέον, έτσι θα υποβαθμιστούν οι παροχές υγείας στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, θέτοντας ενδεχομένως σε κίνδυνο την ίδια τη ζωή των ασθενών.

Αντί επιλόγου: Οι εξετάσεις για την ειδικότητα αποτελούν βασικό μοχλό της πολιτικής της κυβέρνησης-Ε.Ε., με στόχο την ενίσχυση της κερδοφορίας των μονοπωλίων στο χώρο της υγείας, σε βάρος των εργασιακών συνθηκών των υγειονομικών και των παροχών υγείας του λαού μας θα μας βρουν απέναντί τους μαζί με όλο το λαό, διεκδικώντας ένα πραγματικά σύγχρονο, δημόσιο, δωρεάν σύστημα υγείας με ολοκληρωμένους γιατρούς επιστήμονες στο πλευρό της εργατικής λαϊκής οικογένειας.

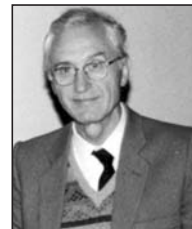
Για την Π.Κ.Σ.: Γεροντής Άγγελος



Ξεφυγαν

από κοντά μας

Γεώργιος Τσαπέκος (1939-2005)



Γεννήθηκε στην Καλή Βρύση Δράμας τον Φεβρουάριο του 1939. Μεγάλωσε στη Δράμα όπου και τελείωσε τις γυμνασιακές του σπουδές. Το όνειρό του να γίνει γιατρός τον έφερε στη Γερμανία στο Πανεπιστήμιο της Χαϊδεμβέργης. Υπότροφος για 3 χρόνια του Γερμανικού κράτους (όνομα υποτροφίας-D.A.A.D) λόγω των επιδόσεών του. Ειδικεύεται στην Παιδιατρική, με εξειδίκευση στο ΗΕΓ και την επιληψία των παιδιών. Επιστρέφει στην Ελλάδα και εργάζεται στην Αθήνα ως ιδιώτης παιδίατρος.

Το 1977 παντρεύεται την Άννα Κοτρότσιου και γι' αυτό εγκαθίσταται στα Γιάννενα. Αποκτά τέσσερα παιδιά. Το 1988 μπήκε στο Ε.Σ.Υ. μοιράζοντας τις μέρες του στο Γ.Ν. Χατζηκώστα (ασχολούμενος με τα προβλήματα της επιληψίας στα παιδιά) και το Κέντρο Υγείας Μετσόβου και μετέπειτα στο Κέντρο Υγείας Κόνιτσας. Μελετούσε ακατάπαυστα, το βιβλίο το άφησε μαζί με την ιατρική του τσάντα.

Ο καρκίνος ήταν το μόνο φρένο στην αγάπη του για τα παιδιά και τον άνθρωπο που τον είχε ανάγκη. Την ασθένειά του αντιμετώπισε αγόγγιστα με απεριόριστη υπομονή και ελπίδα για 10 μήνες, φεύγοντας για την άλλη ζωή τον Σεπτέμβριο του 2005.

Νικόλαος Θ. Μαυρομμάτης (1916-2005)



Γεννήθηκε την 16η Νοεμβρίου του 1916 στη Σωπική της Β. Ηπείρου. Τα πρώτα γράμματα έμαθε στο δημοτικό σχολείο του χωριού του. Το 1929 ενεγράφη στο γυμνάσιο Πωγωνιανής όπου φοίτησε για 4 χρόνια και εν συνεχεία για άλλα 2 χρόνια φοίτησε στη Ζωσιμαία Σχολή Ιωαννίνων. Το 1935 ενεγράφη στην Ιατρική Σχολή Αθηνών. Το 1941 συνελήφθη στην Αθήνα απ' τους Ιταλούς και εκτοπίστηκε στην Αλβανία. Απέδρασε και επανήλθε στην Ιατρική Σχολή Αθηνών απ' όπου και απεφοίτησε το έτος 1942.

Άρχισε το ίδιο έτος την ειδικότητα της Παθολογίας, στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών, ως άμισθος εσωτερικός βοηθός επί τετραετίας λαβών τον τίτλο του ειδικού Παθολόγου. Επέστρεψε ως ειδικός Παθολόγος Ιατρός στην Πωγωνιανή όπου κι εργάστηκε επί διετίας. Ενυμφέθη την Αριστέα Οικονόμου. Το 1947 απέκτησε το πρώτο του τέκνο Δημήτριο και ταυτόχρονα συνεπεία ανωμάλων πολιτικών καταστάσεων της εποχής αναγκάστηκε να επιστρέψει στην Αθήνα όπου εργάστηκε για ένα έτος. Κατόπιν τούτων επέστρεψε στα Ιωάννινα και εγκαταστάθηκε μόνιμως. Άσκησε την Ιατρική ως ελεύθερος επαγγελματίας και ως ειδικός παθολόγος στο Υγειονομικό Κέντρο Ιωαννίνων και στο Σανατόριο, νυν Χατζηκώστα. Εν συνεχεία εργάστηκε ως ειδικός παθολόγος στο ΙΚΑ Ιωαννίνων και το 1952 τοποθετήθηκε ως βοηθός ιατρός της παθολογικής κλινικής του Νοσ/μείου Γ. Χατζηκώστα. Αργότερα έγινε επιμελητής και το 1958 ανέλαβε τη Δ/νση της Παθολογικής Κλινικής μέχρι και το 1982 οπότε και συνταξιοδοτήθηκε. Έζησε ως τα βαθειά γεράματά του με την ικανοποίηση των 2 τέκνων του να ασκούν την ιατρική, ο Δημήτριος την ενδοκρινολογία και ο Θεόδωρος ως Δ/ντής της Γ' Χειρουργικής Κλινικής του Ευαγγελισμού, και των οκτώ εγγονών του με τα 5 μεγαλύτερα να φοιτούν στο Πανεπιστήμιο. Απεβίωσε την 11-1-2005 στα Ιωάννινα, ετών 89.



δρώμενα

επιστημονικά-πολιτιστικά



▼
Δημοτικό
Περιφερειακό
Θέατρο
Ιωαννίνων

- Κεντρική Σκηνή «Οι Σιδεράδες» κωμωδία του Μίλος Νικόλιτς. Σκηνοθεσία: Γιώργος Νάκος. Από τα μέσα Φεβρουαρίου στο Θέατρο «ΚΑΜΠΕΡΕΙΟ»
- Νεανική - Παιδική Σκηνή «Το συνηθισμένο θαύμα» του Ευγένιου Σβαρτς. Σκηνοθεσία: Μαρία Λουίζα Παπαδοπούλου. Από 25 Ιανουαρίου στο Πνευματικό Κέντρο Δήμου Ιωαννιτών. Παραστάσεις για σχολεία (Δημοτικά-Γυμνάσια-Λύκεια): κάθε Τρίτη έως Παρασκευή, ώρες 9.15' & 11.15' π.μ.
- Θα ακολουθήσουν και άλλες εκδηλώσεις.



Σκηνή από την κωμωδία: «Οι Σιδεράδες»

▼
Πνευματικό
Κέντρο
«Τσακάλωφ»

- 26 Φεβρουαρίου:** 3η και 4η εκπαιδευτικές συναυλίες σπουδαστών του «Τσακάλωφ»
- 12 Μαρτίου:** 5η και 6η εκπαιδευτικές συναυλίες σπουδαστών του «Τσακάλωφ»
- 19 Μαρτίου:** 7η και 8η εκπαιδευτικές συναυλίες σπουδαστών του «Τσακάλωφ»
- 24 Μαρτίου:** Ο μάεστρος Σπύρος Ζέρβας διευθύνει την Κρατική Συμφωνική Ορχήστρα του Σεράγεβο
- 2 Απριλίου:** Συναυλία σπουδαστών της Μουσικής Δωματίου με έργα W.A. Mozart στα πλαίσια του παγκόσμιου εορτασμού για τη συμπλήρωση 250 χρόνων από τη γέννησή του.
- 8-9 Απριλίου:** Σεμινάριο πάνω στις αναλύσεις των έργων Beethoven από τον συνθέτη Θάνο Ερμήλιο.
- 15 Απριλίου:** 2ο Σεμινάριο και Διαγωνισμός «Matteo Carcassi» για νέους κιθαρίστες. Διοργάνωση: Δημήτρης Παππάς.
- 20 Απριλίου:** Ο μάεστρος Γιώργος Χλίτσιος διευθύνει τη Φιλαρμονική Ορχήστρα της Σόφια, στη Βουλγαρία.

▼
Συνέδρια
Σεμινάρια

1. Η Ιατρική Εταιρεία Αθηνών (IEA), το αρχαιότερο Ελληνικό Επιστημονικό Σωματείο, οργανώνει το 32ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο (ΕΠΙΣ) το οποίο αποτελεί βήμα Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης και τη μεγαλύτερη επιστημονική εκδήλωση της χώρας από πλευράς αριθμού και ποικιλίας θεμάτων, αλλά και από πλευράς συνέδρων. Το συνέδριο διοργανώνεται σε συνεργασία με τις ειδικές επιστημονικές εταιρείες στην Αθήνα, **Μέγαρο Μουσικής Αθηνών, 9-13 Μαΐου 2006**. Σχετικό Link που μπορείτε να δείτε το προκαρτακτικό πρόγραμμα: <http://www.mednet.gr>
2. Από **29 Σεπτεμβρίου έως 2 Οκτωβρίου 2006** θα πραγματοποιηθεί **στην Καρδαμύλη Μεσσηνιακής Μάνης** το 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελευθέρων Ριζών και Οξειδωτικού Στρες με τη συμμετοχή διεθνώς καταξιωμένων επιστημόνων. Σχετικό Link για την πρώτη ανακοίνωση του Συνεδρίου: <http://www.eeros.imerosin.gr>
3. Σεμινάριο με θέμα: Εφαρμογές MRI και US σε αθλητικές κακώσεις γόνατος - ώμου και σε αναπτυξιακή δυσπλασία ισχίου (MRI and sonography in sportsmedicine and developmental dysplasia of the hip) **10 & 11 Φεβρουαρίου 2006**. Οργάνωση: Ορθοπεδικό Αθλητιατρικό Κέντρο, Ορθοπεδική Κλινική Εργαστήριο Κλινικής Ακτινολογίας και Απεικόνιση
Τοποθεσία: **Διεθνές Κέντρο «ΣΤΑΥΡΟΣ Σ. ΝΙΑΡΧΟΣ» Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.**

4. Η Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική και η Καρδιολογική Κλινική του Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα» διοργανώνουν την πρώτη Δευτέρα κάθε μηνός Επιστημονική Εκδήλωση για την **«Ενημέρωση του Κλινικού Καρδιολόγου»**.

Την Δευτέρα 6 Φεβρουαρίου 2006 και πραγματοποιήθηκε **Μικρό Συμπόσιο για το Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου** στο Αμφιθέατρο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Ομιλητές ήταν οι κ.κ. Κ Σιόγκας, Καρδιολόγος, Δ/ντής Καρδιολογικής Κλινικής Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα» με θέμα «Προνοσοκομειακή θρομβόλυση», Ε. Παππά, Ιατρός Καρδιολόγος με θέμα « Διευκολυνόμενη αγγειοπλαστική» και Λ. Μιχάλης, Καθηγητής Καρδιολογίας Παν/μίου Ιωαννίνων με θέμα «Πρωτογενής Αγγειοπλαστική».

▼
Πανεπιστή-
μιο
Ιωαννίνων

- Ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας κ. Κάρολος Παπούλιας, Επίτιμος Διδάκτωρ του πανεπιστημίου της Perugia.

- Υπογραφή Πρωτοκόλλου Συνεργασίας μεταξύ των Πανεπιστημίων Ιωαννίνων & Perugia.



Στο πλαίσιο του πανηγυρικού εορτασμού των επτακοσίων

ετών από την ίδρυσή του (1308), το Πανεπιστήμιο της Perugia (Ιταλία), ένα από τα αρχαιότερα εκπαιδευτικά ευρωπαϊκά Ιδρύματα, αποφάσισε ομοφώνως την απονομή του τίτλου του Επίτιμου Διδάκτορος της Φιλοσοφικής Σχολής, στον Πρόεδρο της Ελληνικής Δημοκρατίας κ. Κάρολο Παπούλια. Μετά την τελετή αναγόρευσης, ακολούθησε η υπογραφή Συμφωνίας Συνεργασίας μεταξύ του Πανεπιστημίου της Perugia και του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, από τους Πρυτάνεις των δύο Ιδρυμάτων Καθηγητή κ. Francesco Bistoni και Καθηγητή κ. Γεώργιο Δήμου αντίστοιχα, παρουσία του Προέδρου της Ελληνικής Δημοκρατίας. Η Συμφωνία υπεγράφη στην εξαιρετικής ιστορικής σημασίας Βιβλιοθήκη των Σπάνιων Βιβλίων («The Rare Book Library»). Η Βιβλιοθήκη, στην οποία φιλοξενούνται περισσότεροι από 9.300 τόμοι καθώς και εκδόσεις που χρονολογούνται από το 15ο αιώνα, στεγάζεται στο ιδιαίτερα επιβλητικό κτίριο του «Palazzo Murena».

Η τελετή αναγόρευσης πραγματοποιήθηκε την Πέμπτη 26 Ιανουαρίου 2006 και ώρα 12 το μεσημέρι, στην μεγαλοπρεπή Αίθουσα Τελετών του Πανεπιστημίου της Perugia «Aula Magna», παρουσία εκατοντάδων προσκεκλημένων. Η τελετή αναγόρευσης πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της επίσημης επίσκεψης του Προέδρου της Δημοκρατίας, κ. Κάρουλου Παπούλια, στην Ιταλία. Ο Πρύτανης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Καθηγητής κ. Γεώργιος Δήμου, συμμετείχε στην εν λόγω επίσκεψη ως επίσημος προσκεκλημένος του Προέδρου της Δημοκρατίας, ενώ στην επίσημη αντιπροσωπεία συμμετείχαν μεταξύ άλλων οι κ.κ. Μαριέττα Γιαννάκου, Υπουργός Εθνικής Παιδείας & Θρησκευμάτων, Νικόλαος Τσιαρτσιώνης, Υπουργός Μακεδονίας - Θράκης, Παναγιώτης Σκανδαλάκης, Υφυπουργός Εξωτερικών, Πέτρος Τατούλης, Υφυπουργός Πολιτισμού.

Λαπαροσκοπική Αποκατάσταση των Βουβωνοκηλών



Του Δρ. Ευάγγελου Κ. Τσιμογιάννη,
FACS, FABI.

Διευθυντή Χειρουργικής Κλινικής
Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
"Γ. Χατζηκώστα"

*Η εκπαίδευση είναι μια συνεχής και διαρκώς εξελισ-
σόμενη διαδικασία, στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης
ιατρικής εκπαίδευσης και αποτελεί αναγκαιότητα και
υποχρέωση του γιατρού*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η βουβωνοκήλη αποτελεί μία από τις πιο συχνές παθήσεις της Γενικής Χειρουργικής. Οι κλασσικές επεμβάσεις αποκατάστασης των βουβωνοκηλών, με όλες τις παραλλαγές τους, είναι εύκολο να πραγματοποιηθούν με τοπική αναισθησία. Ο ασθενής έτσι μπορεί να εξέλθει από το Νοσοκομείο αυθημερόν, έχοντας το πρόβλημα του μετεχειρητικού άλγους και της καθυστέρησης επανόδου σε πλήρη δραστηριότητα, ενώ οι υποτροπές ανέρχονται στο 10% περίπου [1].

Οι κλασσικές ανοιχτές επεμβάσεις, που προτάθηκαν από τους Nyhus [2], Stoppa και Rives [3] και Lichtenstein [4], με τη χρήση των μη απορροφήσιμων πλεγμάτων, έδωσαν λύση στη μείωση του μετεχειρητικού άλγους και του χρόνου επανόδου σε πλήρη δραστηριότητα, εφόσον είναι τεχνικές "χωρίς τάση" των ιστών. Παράλληλα οι υποτροπές μειώθηκαν κάτω του 1,4%.

Με την εφαρμογή της λαπαροσκοπικής χειρουργικής, με τα γνωστά πλεονεκτήματά της, η βουβωνοκήλη προσέλκυσε το ενδιαφέρον των ερευνητών από την πρώτη στιγμή. Όμως, όπως και στην ανοιχτή χειρουργική έτσι και στη λαπαροσκοπική, δημοσιεύθηκαν διαφορετικές τεχνικές, που ακόμη και σήμερα είναι δύσκολο να επιλεγεί η καλύτερη. Οι τεχνικές, που είναι γνωστές μέχρι σήμερα για τη λαπαροσκοπική αποκατάσταση των βουβωνοκηλών είναι: 1. Απλή σύγκλειση του έσω στομίου του βουβωνοκικού πόρου. 2. Τοποθέτηση βύσματος και εμβλώματος στο έσω στόμιο του βουβωνοκικού πόρου. 3. Ενδοπεριτοναϊκή τοποθέτηση εμβλώματος επί του κηλικού ανοίγματος (IPOM). 4. Διακοιλιακή προπεριτοναϊκή τοποθέτηση πλέγματος (TAPP). 5. Πλήρως εξωπεριτοναϊκή τοποθέτηση πλέγματος (TEP).

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Βασική προϋπόθεση για κάθε τεχνική αποκατάστασης βουβωνοκήλης και ιδιαίτερα για τις λαπαροσκοπικές τεχνικές, που αποτελούν



ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΔΙΕΜΑΤΑ



νέο ανατομικό πεδίο για το χειρουργό, είναι η άριστη γνώση της ανατομίας της περιοχής.

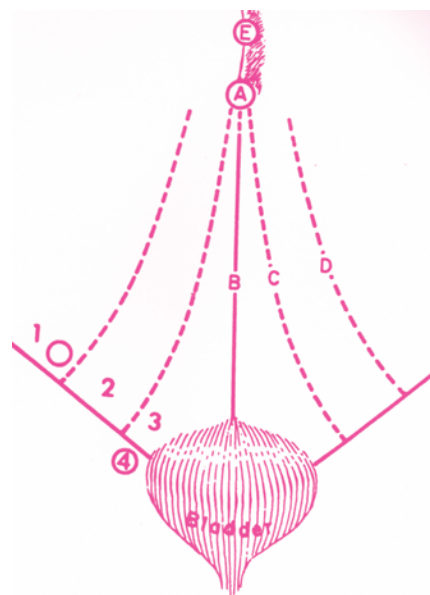
Παρατηρώντας λαπαροσκοπικά την οπίσθια επιφάνεια του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος πλησίον του **λαγονοηβικού συνδέσμου** (iliorubic tract), παρατηρούνται τρία αβαθή βοθρία, δεξιά και αριστερά της μέσης γραμμής. Η μέση γραμμή επισημαίνεται από τον αποφραχθέντα εμβρυϊκό ουρακό, που εκτείνεται από το θόλο της ουροδόχου κύστης μέχρι τον ομφαλό και αποκαλείται **διάμεσος (median) ομφαλικός σύνδεσμος**. Πλάγια τα βοθρία διαχωρίζονται από το **μέσο (medial) ομφαλικό σύνδεσμο**, που σχηματίζεται από την αποφραχθείσα ομφαλική αρτηρία, και τον **πλάγιο (lateral) ομφαλικό σύνδεσμο**, που αποτελεί πτυχή του περιτοναίου επί της εν τω βάθει κάτω επιγάστριας αρτηρίας [5].(εικόνα 1). Οι όροι των ομφαλικών συνδέσμων προέρχονται από τη διεθνή ορολογία και χρησιμοποιήθηκαν έτσι για καλύτερη συνεννόηση. Πιστεύουμε όμως ότι ο πλάγιος ομφαλικός σύνδεσμος, επειδή αποτελεί πτυχή του περιτοναίου, που δεν εκτείνεται μέχρι τον ομφαλό, πιο ορθά είναι να αποκαλείται *πτυχή των κάτω επιγαστρικών αγγείων ή κάτω επιγάστρια πτυχή*. Ο διάμεσος ομφαλικός σύνδεσμος μπορεί να αποκαλείται *μέσος ομφαλοκυστικός σύνδεσμος*, και τέλος οι δύο μέσοι ομφαλικοί σύνδεσμοι μπορούν να αποκαλούνται *πλάγιοι ομφαλοκυστικοί σύνδεσμοι*, όροι οι οποίοι χρησιμοποιούνται και από τα δόκιμα Ελληνικά συγγράμματα Ανατομίας.

Τα τρία αβαθή βοθρία, που αναφέρθηκαν πριν, ονομάζονται: 1. **πλάγιο ή έξω βουβωνικό βοθρίο**, επί τα εκτός της εν τω βάθει κάτω επιγάστριας αρτηρίας, που περιέχει το έσω (κοιλιακό) στόμιο του βουβωνικού πόρου, όπου αναπτύσσονται οι λοξές βουβωνοκήλες. 2. **μέσο ή έσω βουβωνικό βοθρίο**, μεταξύ εν τω βάθει κάτω επιγάστριας αρτηρίας και μέσου ομφαλικού ή πλάγιου ομφαλοκυστικού συνδέσμου, όπου αναπτύσσονται οι ευθείες βουβωνοκήλες. 3. **μηριαίος δακτύλιος**, κάτωθεν του μέσου ή έσω βουβωνικού βοθρίου, όπου αναπτύσσονται οι μηροκήλες. Τα βουβωνικά βοθρία (έσω και έξω) βρίσκονται ακριβώς άνωθεν του λαγονοηβικού συνδέσμου, ενώ ο μηριαίος δακτύλιος κάτωθεν αυτού (εικόνα 1, 2).

Ο σπερματικός πόρος εισέρχεται στο έσω στόμιο του βουβωνικού πόρου ανερχόμενος από κάτω και έσω, ενώ τα σπερματικά αγγεία παρατηρούνται σε ανώτερη θέση πριν την είσοδό τους στο βουβωνικό πόρο. Αυτός ο χώρος μεταξύ του σπερματικού πόρου και των σπερματικών αγγείων ονομάζεται **τρίγωνο της καταδίκης** (triangle of doom) (εικόνα 2) και αποτελεί περιοχή όπου δεν πρέπει να τοποθετηθούν clips ή ραφές, επειδή μέσα στο τρίγωνο αυτό διέρχονται τα έξω λαγόνια αγγεία και το μηριαίο νεύρο, οπότε ο κίνδυνος κάκωσης αυτών είναι ορατός.

Διανοίγοντας το περιτόναιο, αμέσως προπεριτοναϊκά, υπάρχει ο **χώρος του Bogros** [5]. Ο χώρος αυτός είναι σχετικά ανάγγειος και αποτελεί το κατάλληλο πλάνο χειρουργικής παρασκευής των προπεριτοναϊκών προσπελάσεων.

Τα νεύρα, που υπάρχουν στην περιοχή, πρέπει να προστατεύονται από την κάκωση κατά την παρασκευή ή συρραφή ή τέλος την τοποθέτηση clips. Τα νεύρα αυτά είναι [5]: α) το **μηριαίο νεύρο**, που ευρίσκεται



Εικόνα 1. Σχηματική αναπαράσταση της ανατομίας της οπίσθιας επιφάνειας του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος κάτωθεν του ομφαλού. A = ομφαλός. B = μέσος ομφαλοκυστικός. C = πλάγιος ομφαλοκυστικός σύνδεσμος. D = πτυχή κάτω επιγαστρικών αγγείων. 1 = έξω βουβωνικό βοθρίο (λοξές βουβωνοκήλες). 2 = έσω βουβωνικό βοθρίο (ευθείες βουβωνοκήλες). 3 = υπερκυστικό βοθρίο (υπερκυστικές βουβωνοκήλες). 4 = μηριαίος δακτύλιος (μηροκήλες).



Εικόνα 2. Τρίγωνο της καταδίκης (triangle of doom).

στο βάθος και πλάγια από την έξω λαγόνια αρτηρία και δεν φαίνεται κατά την προπεριτοναϊκή παρασκευή. β) το **μυογεννητικό νεύρο**, που ανευρίσκεται κατά την παρασκευή του χώρου πλάγια της σπερματικής αρτηρίας, κατερχόμενο επί του φοίτου μυός. Οι έξω κλάδοι του νεύρου αυτού ονομάζονται **μυριαίοι κλάδοι του μυογεννητικού νεύρου**. Κατερχόμενοι προς την έσω επιφάνεια του μηρού συχνά διατιτράινουν το λαγονοηβικό σύνδεσμο. Ο έσω κλάδος ονομάζεται **γεννητικός κλάδος του μυογεννητικού νεύρου**, εξέρχεται της κοιλίας πάνω και μπροστά από το βουβωνικό σύνδεσμο και κατευθυνόμενο προς το όσχεο νευρεί τον κρεμαστήρα μύ του όρχεος. γ) το **έξω μηροδερματικό νεύρο** βρίσκεται ακόμη πιο πλάγια, διασχίζει το λαγόνιο μυ και εξέρχεται κάτω από το λαγονοηβικό σύνδεσμο κατευθυνόμενο προς την έξω επιφάνεια του μηρού (εικόνα 3).

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΩΝ

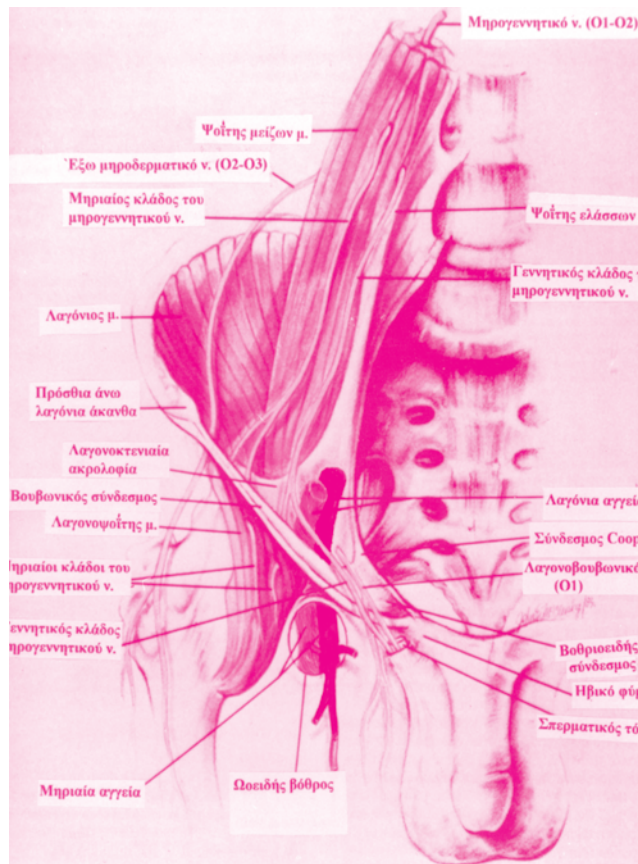
Βασικές αρχές όλων των τεχνικών, που θα περιγραφούν στη συνέχεια, είναι η τοποθέτηση του αρρώστου σε ύπτια και ελαφρά Trendelenburg θέση, η γενική αναισθησία, το πνευμοπεριτόναιο, και η τοποθέτηση τριών trocars. Τα τρία αυτά trocars εισέρχονται ένα των 10 mm στον ομφαλό, ένα των 10 mm πλάγια του ομφαλού από την πλευρά της κήλης, και ένα των 5 mm πλάγια του ομφαλού στην αντίθετη πλευρά της κήλης. Σε περίπτωση αμφοτερόπλευρης βουβωνοκήλης δεν χρησιμοποιείται trocar των 5 mm, αλλά και τα δύο που εισέρχονται πλάγια του ομφαλού είναι των 10 mm. Η θέση των trocars διαφέρει μόνο στην πλήρη εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση, όπως θα περιγραφεί στο οικείο κεφάλαιο.

1. Απλή σύγκλιση του έσω στομίου του βουβωνικού πόρου

Σε περίπτωση λοξής βουβωνοκήλης σε νέα άτομα, μπορεί να γίνει συρραφή καπνoσακκούλας στο έσω στόμιο του βουβωνικού πόρου [6]. Η επέμβαση αυτή βασίζεται στην ίδια αρχή με την υψηλή απολίνωση του σάκκου λοξών συγγενών βουβωνοκηλών στα παιδιά.

Διαφορετική τεχνική είναι η πλαστική του έσω βουβωνικού στομίου (ring plasty), που χρησιμοποιείται από μερικούς χειρουργούς. Κατά την τεχνική αυτή το εν τω βάθει τμήμα του λαγονοηβικού συνδέσμου συμπλησιάζεται με το απονευρωτικό τόξο του εγκάρσιου κοιλιακού μύς χρησιμοποιώντας μη απορροφήσιμες λαπαροσκοπικές ραφές [7].

Ο Gazayerli [8] βασισμένος σε κλασική ανοιχτή τεχνική περιγραφείσα από τον Nyhus [9] πρότεινε τη λαπαροσκοπική συμπλήρωση εγκάρσιας περιτονίας και λαγονοηβι-



Εικόνα 3. Σχηματική αναπαράσταση των νεύρων που διασχίζουν το χειρουργικό πεδίο λαπαροσκοπικής και ανοιχτής αποκατάστασης των βουβωνοκηλών.

κού συνδέσμου, τοποθετώντας στο κηλικό άνοιγμα τεμάχιο πλέγματος polypropylene πριν τη συμπλησίαση. Ακολούθως ο ίδιος συγγραφέας τροποποίησε την τεχνική τοποθετώντας πλέγμα προπεριτοναϊκά μετά τη συμπλησίαση εγκάρσιας περιτονίας και λαχονοβικού συνδέσμου.

Το βασικό μειονέκτημα των τεχνικών αυτών είναι ότι η αποκατάσταση της κήλης γίνεται "υπό τάση" και έτσι ο ασθενής πρέπει να αποφύγει την επάνοδο σε πλήρη δραστηριότητα για 6 εβδομάδες. Το μόνο πιθανό πλεονέκτημα είναι το ηπιότερο άλγος και η καλύτερη αναγνώριση της εγκάρσιας περιτονίας σε σύγκριση με την ανοικτή τεχνική.

2. Τοποθέτηση βύσματος (plug) και εμβλώματος (patch) στο στόμιο του βουβωνικού πόρου.

Η τεχνική αυτή βασίστηκε αναμφίβολα στην τοποθέτηση βύσματος με ανοικτή τεχνική. Λαπαροσκοπικά εφαρμόστηκε παράλληλα από τον Schultz [10] και τον Corbitt [5]. Εκτελείται τομή του περιτοναίου στο κηλικό στόμιο ακολουθούμενη από πλήρωση του ελλείμματος με βύσμα δημιουργηθέν από πλέγμα σε ρολό, περιορίζοντας έτσι το κηλικό άνοιγμα. Στη συνέχεια η ουλοποίηση της περιοχής, από την αντίδραση πέριξ του πλέγματος, περιορίζει ακόμη περισσότερο το χώρο του κηλικού ανοίγματος. Μειονεκτήματα της μεθόδου είναι η ψηλαφητή μάζα στη βουβωνική περιοχή λόγω του βύσματος και το υψηλό ποσοστό υποτροπών, που κυμαίνεται στο 15-18% σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς. Σήμερα η μέθοδος αυτή έχει εγκαταλειφθεί και οι συγγραφείς που την εφάρμοσαν πρώτοι, εκτελούν κάποια από τις παρακάτω τεχνικές.

3. Ενδοπεριτοναϊκή τοποθέτηση εμβλώματος επί του κηλικού ανοίγματος (IPOM).

Αρκετοί συγγραφείς πρότειναν την κάλυψη του κηλικού ανοίγματος με ενδοπεριτοναϊκή τοποθέτηση πλέγματος polypropylene [11] ή expanded Polytetrafluoroethylene (ePTFE) [12]. Το πλέγμα αφού τοποθετηθεί επί του κηλικού ανοίγματος καθλώνεται στη θέση του με ειδικά ενδοσκοπικά clips.

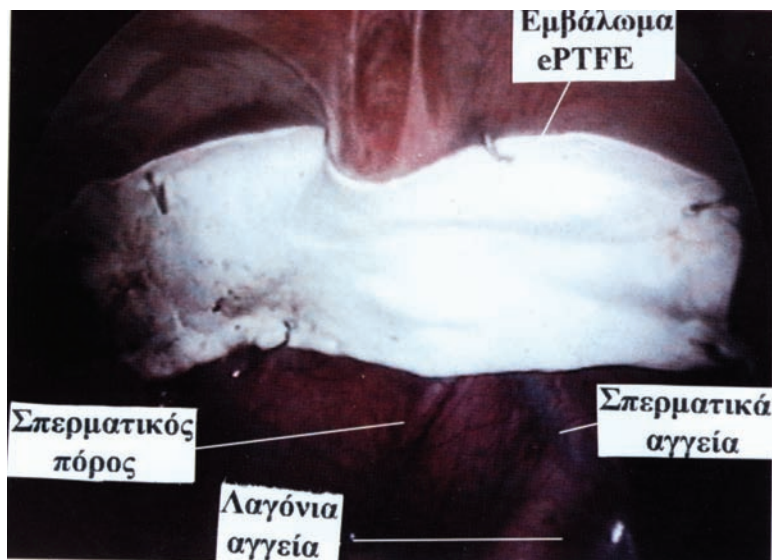
Πλεονέκτημα της τεχνική αυτής είναι η

ευκολία με την οποία εκτελείται και η πιθανή εκτέλεση με τοπική αναισθησία. Επίσης η τεχνική αυτή είναι εύκολο να εκτελεστεί κατά τον ίδιο χρόνο παράλληλα με άλλη ενδοκοιλιακή πάθηση [13]. Τα μειονεκτήματα όμως είναι πολλά. Βασικότερο μειονέκτημα είναι η ανάπτυξη ενδοκοιλιακών συμφύσεων, ιδιαίτερα με τη χρήση πλέγματος polypropylene. Άλλο μειονέκτημα είναι η μετακίνηση του πλέγματος εντός του κηλικού σάκου, επειδή τα clips καθλώνουν αυτό μόνο στο περιτόναιο. Άλλο επίσης πρόβλημα, που παρατηρήθηκε είναι, όταν το εμβάλωμα είναι ePTFE, η δυσχέρεια των clips να διατρυπήσουν επαρκώς το εμβάλωμα, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή καθήλωση του επί του κηλικού ανοίγματος.

Η ευκολία όμως της τεχνικής αυτής οδήγησε μερικούς ερευνητές στην επιμονή σ' αυτήν και τη βελτίωσή της στη συνέχεια. Έτσι για την αποφυγή των συμφύσεων χρησιμοποιείται ένα νέο υλικό από ePTFE το Gore - Tex Dual mesh (W.L. Gore and associates, Inc. Flagstaff, AZ, U.S.A.). Το εμβάλωμα αυτό από τη μία πλευρά του, που τοποθετείται προς την ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα, φέρει μικρούς πόρους, μικρότερους των 3 μικρών, ώστε να μειώνεται σημαντικά η πιθανότητα σύμφυσης. Η άλλη πλευρά, που έρχεται σε επαφή με το τοιχωματικό περιτόναιο, φέρει πόρους 22 μικρών, ώστε να συμφύεται εύκολα. Για την καλή καθήλωση του εμβλώματος και την αποφυγή μετατόπισής του εντός του κηλικού σάκου, χρησιμοποιείται με επιτυχία η τοποθέτηση ραφών ολικού πάχους με ειδική βελόνη endoclose (USSC, Norwalk, CT, U.S.A.). Η βελόνη αυτή εισάγεται κάθετα στην περιτοναϊκή κοιλότητα μέσω τομής του δέρματος 2 mm, περνώντας έτσι ραφές ολικού πάχους, οι οποίες δένονται διά μέσου της μικρής τομής στον υποδόριο ιστό. Το εμβάλωμα καθλώνεται με τέτοιες ραφές τουλάχιστον στις τρεις γωνίες, ενώ η τέταρτη γωνία καθλώνεται στο σύνδεσμο του Cooper με ειδικά clips, αφού πρώτα ο σύνδεσμος αυτός αποκαλυφθεί με μικρή τομή του περιτοναίου επί τα εκτός του μέσου ομφαλικού ή πλάγιου ομφαλοκυστικού συνδέσμου. Μεταξύ των ανωτέρω καθλώσεων τοποθετούνται ή επιπρόσθετες ραφές ολικού πάχους ή ειδικά ενδοσκοπικά clips (εικόνα 4).

Τη βελτιωμένη αυτή τεχνική χρησιμοποι-

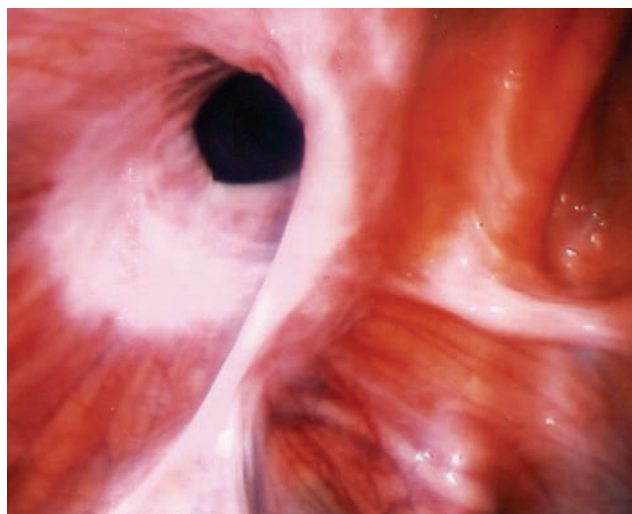
ήσαμε στη Χειρουργική Κλινική του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων "Γ. Χατζηκώστα" για τη θεραπεία των υποτροπών των βουβωνοκηλών. Η συχνότητα όμως των υποτροπών έφθασε στο 10% περίπου και έτσι εγκαταλήφθηκε στη συνέχεια.



Εικόνα 4. Η επέμβαση IPOM ολοκληρωμένη. Το εμφύλωμα GoreTex Dual mesh πλήρως καθηλωμένο επί του κηλικού ανοίγματος με ενδοσκοπικά clips.

4. Διακοιλιακή προπεριτοναϊκή τοποθέτηση πλέγματος (TAPP).

Μετά την εφαρμογή του πνευμοπεριτοναίου, αναγνωρίζεται η κήλη (εικόνα 5), γίνεται τομή του περιτοναίου και της προπεριτοναϊκής περιτονίας κατά μήκος του άνω χείλους του κηλικού ανοίγματος. Έτσι προσπελαύνεται ο προπεριτοναϊκός χώρος του Bogros, ο οποίος, όπως ήδη έχει αναφερθεί, είναι ανάγγειος [14]. Ο σάκος ευθείας βουβωνοκήλης ή μικρής λοξής μπορεί εύκολα να αναταχθεί, ενώ μεγάλος σάκος λοξής βουβωνοκήλης, αν δεν ανατάσσεται εύκολα, διατέμνεται στον αυχένα και το περιφερικό τμήμα εγκαταλείπεται στη θέση του. Η παραμονή του σάκου μπορεί να οδηγήσει μετεγχειρητικά στην ανάπτυξη υγρώματος, το οποίο αντιμετωπίζεται επιτυχώς με εκκενωτική παρακέντηση, ενώ η δυσχερής ανάταξη του σάκου μπορεί να οδηγήσει σε αιμάτωμα. Προχωρώντας στο κατάλληλο χειρουργικό πλάνο, που είναι ο χώρος του Bogros, παρασκευάζεται χωρίς δυσκολία ή αιμορραγία το τρίγωνο του Hesselbach, το έσω στόμιο του βουβωνικού πόρου και ο μηριαίος δακτύλιος. Η παρασκευή πρέπει να επεκταθεί από τη μέση γραμμή προς τα πλάγια μέχρι αρκετά έξω από το έσω στόμιο του βουβωνικού πόρου



Εικόνα 5. Διακοιλιακή εμφάνιση λοξής βουβωνοκήλης αριστερά.

και από το σύνδεσμο του Cooper προς τα επάνω μέχρι το απονευρωτικό τόξο του εγκαρσίου κοιλιακού μυός. Ακολουθώντας τοποθετείται επί όλων των πιθανών κηλικών στομιών πλέγμα polypropylene 10X12 cm ή και μεγαλύτερο και καθλώνεται στη θέση αυτή με ειδικά clips ή καρφιά ή τελευταία με ειδική κόλλα (εικόνα 6). Ακολουθεί η σύγκλειση του

περιτοναϊκού ανοίγματος με ραφές ή clips ή καρφιά.

Η τεχνική αυτή είναι εύκολη για το χειρουργό και άριστη για τον ασθενή. Έχει ένδειξη σε αμφοτερόπλευρες βουβωνοκήλες, σε υποτροπές μετά από προηγηθείσα ανοιχτή τεχνική, σε συνυπάρχουσα άλλη ενδοκοιλιακή πάθηση, που αντιμετωπίζεται λαπαροσκοπικά (έτσι ταυτόχρονα αποκαθίσταται και η βουβωνοκήλη), σε υποκλινική βουβωνοκήλη, η οποία προκαλεί άλγος χωρίς να μπορεί να διαγνωσθεί κλινικά και τέλος σε κήλη των αθλητών (άλγος κατά την προσπάθεια στις βουβωνικές χώρες χωρίς να ψηλαφάται κήλη).

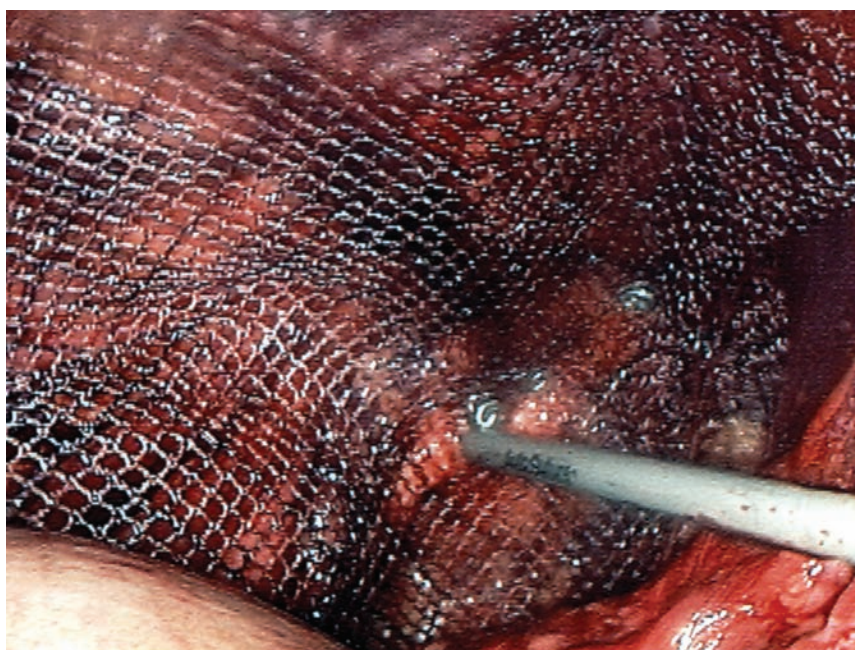
Η τεχνική αυτή έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στη χειρουργική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» με άριστα αποτελέσματα, ενώ το ποσοστό υποτροπής είναι μικρότερο του 1%.

5. Πλήρως εξωπεριτοναϊκή τοποθέτηση πλέγματος (TEP).

Το πρώτο βήμα της τεχνικής αυτής είναι η διάνοιξη μικρής τομής στο επίπεδο του ομφαλού. Η τομή επεκτείνεται σε βάθος στο πρόσθιο πέταλο της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός, όπου τοποθετού-

νται και δύο στηρικτικές ραφές δεξιά και αριστερά της τομής αυτής. Με αμβλεία παρασκευή διανοίγεται χώρος μεταξύ των ορθών κοιλιακών μυών μέχρι το οπίσθιο πέταλο της θήκης αυτών. Επί του πετάλου αυτού συνεχίζεται, με κατεύθυνση προς την ηβική σύμφυση, η δημιουργία χώρου προπεριτοναϊκού διανοίγοντας το χώρο του Bogros, είτε με το δείκτη δάκτυλο του χειρουργού και το λαπαροσκόπιο, είτε με ειδικό μπαλόνι. Τοποθετείται trocar Hasson και ο χώρος αυτός διατείνεται με την εμφύσηση CO₂ σε πίεση 9-10 mm Hg.

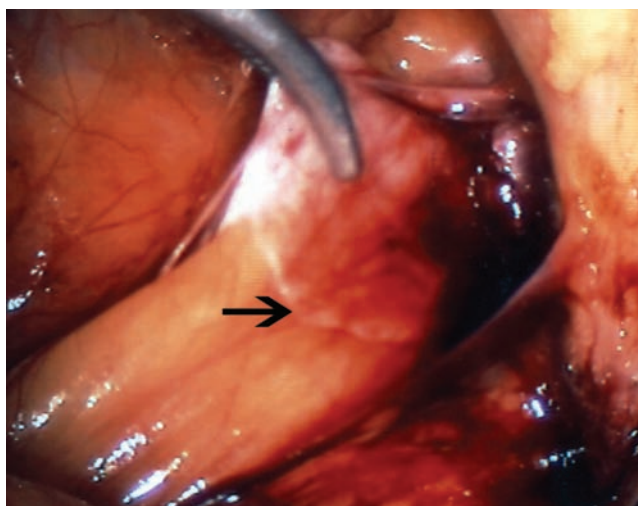
Αρχικά με την είσοδο του λαπαροσκοπίου αναγνωρίζεται η ηβική σύμφυση. Τοποθετούνται δύο ακόμη trocars των 5 mm στη μέση γραμμή, μεταξύ ομφαλού και ηβικής σύμφυσης και το δεύτερο 3-4 cm περιφερικά του προηγούμενου προς την ηβική σύμφυση. Με άμεση όραση πλέον και τη χρήση δύο λαπαροσκοπικών λαβίδων



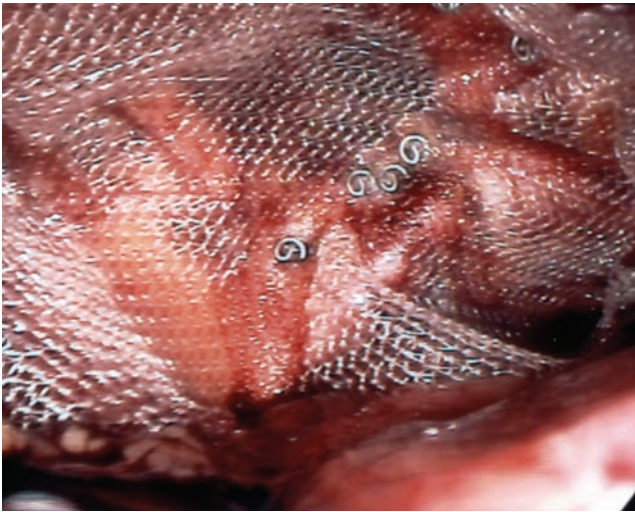
Εικόνα 6. Το πλέγμα καθηλωμένο στη σωστή θέση κατά την τεχνική TAPP

ή μιας λαβίδας σύλληψης και μιας συνδεδεμένης με διπολική διαθερμία ή διαθερμία υπερήκων, συνεχίζεται η παρασκευή του χώρου του Bogros, από τη μέση γραμμή μέχρι το επίπεδο της άνω λαγονίου άκανθας και προς τα κάτω μέχρι την επαρκή αποκάλυψη του συνδέσμου του Cooper [15]. Σε αμφοτερόπλευρη βουβωνοκήλη η παρασκευή γίνεται και στα δύο πλάγια.

Σε περίπτωση ευθείας ή μικρής λοξής βουβωνοκήλης ή μηροκήλης, ο σάκος ανατάσσεται πλήρως (εικόνα 7), ενώ σε περίπτωση ευμεγέθους βουβωνοκήλης ο σάκος διατέμνεται, το κεντρικό τμήμα συρράπτεται με ραφές ή endoloop ή clips και το περιφερικό εγκαταλείπεται στη θέση του. Και εδώ, όπως και στην προηγούμενη τεχνική, μπορεί να αναπτυχθεί ύγρωμα εντός του σάκου, το οποίο όμως εύκολα θεραπεύεται με εκκενωτική παρακέντηση. Τελειώνοντας με το σάκο, η παρασκευή είναι έτοιμη και εύκολα αναγνωρίζονται ο σύνδεσμος του Cooper, τα κάτω επιγάστρια αγγεία, ο σπερματικός πόρος και τα σπερματικά αγγεία. Ακολουθεί η τοποθέτηση πλέγματος polypropylene. Το μέγεθος του πλέγματος αυτού είναι συνήθως 10X15 cm. Επειδή όμως ο χώρος που παρασκευάζεται δεν είναι ίδιος σε όλους τους ασθενείς, καλόν είναι το πλάτος του πλέγματος να υπολογίζεται να είναι ίσο με την απόσταση μεταξύ μέσης γραμμής και πρόσθιας άνω λαγο-



Εικόνα 7. Τεχνική TEP. Ανάταξη του κηλικού σάκου ευθείας βουβωνοκήλης. Το βέλος δείχνει τον ψευδοσάκο που καλύπτει τον κηλικό σάκο.



Εικόνα 8. Τεχνική ΤΕΡ. Τοποθέτηση πλέγματος polypropylene επί όλων των κλικιών στομίων.

νίου άκανθας. Το πλέγμα εισάγεται σε ρολό από το trocar του ομφαλού, διανοίγεται και τοποθετείται επί όλων των θέσεων πιθανής ανάπτυξης κηλών. Στη συνέχεια καθλώνεται με 2-3 clips στον σύνδεσμο του Cooper, με άλλα 2-3 clips στη μέση γραμμή και τέλος με 2-3 ακόμη clips στο μυϊκό τοίχωμα εσωτερικά της νοητής γραμμής που εκτελείται η τομή στην ανοικτή προσπέλαση των βουβωνοκηλών (εικόνα 8). Μερικοί συγγραφείς προτείνουν την τοποθέτηση του πλέγματος χωρίς καθήλωση με clips. Πιστεύουμε όμως ότι η καθήλωση, όπως ήδη αναφέρθηκε είναι απλή τεχνικά, απαιτεί ελάχιστο χρόνο και, ειδικά σε αμφοτερόπλευρη βουβωνοκήλη, εμποδίζει τη μετατόπιση του ενός πλέγματος κατά την προσπάθεια της τοποθέτησης του άλλου. Άλλοι πάλι συγγραφείς προτείνουν, σε αμφοτερόπλευρη βουβωνοκήλη, την τοποθέτηση ενός ευμεγέθους πλέγματος και στις δύο πλευρές. Πιστεύουμε όμως ότι αυτό είναι δύσκολο να απλωθεί λόγω του δυσανάλογου μεγέθους του αναλογικά με το χώρο που πρέπει που γίνονται οι χειρισμοί.

Η τεχνική αυτή της πλήρως εξωπεριτοναϊκής τοποθέτησης πλέγματος, μπορεί να γίνει και με επισκληρίδιο αναισθησία σε ασθενείς, που παρουσιάζουν αντένδειξη για γενική νάρκωση [16]. Πρόβλημα όμως παρουσιάζεται αν κατά τους χειρισμούς διανοίγει το περιτόναιο και δημιουργηθεί πνευμοπεριτόναιο. Τότε λόγω του προκληθέντος άλγους ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί στη συνέχεια σε γενική νάρκωση. Τελευταία το πρόβλημα αυτό αντιμετωπίζεται με τη διάνοιξη του χώρου με ειδικά εργαλεία διαστολείς, οπότε δεν απαιτείται εμφύσηση CO₂ [16].

Η παρούσα τεχνική πιστεύεται, ότι παρουσιάζει πλεονεκτήματα έναντι των ενδοπεριτοναϊκών

προσπελάσεων, επειδή η περιτοναϊκή κοιλότητα δεν θίγεται. Είναι όμως πιο δύσκολη τεχνική, επειδή όλη η επέμβαση γίνεται σε σχισμοειδή χώρο με προβλήματα συχνά καλής όρασης.

Στη χειρουργική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων "Γ. Χατζηκώστα" η τεχνική αυτή εφαρμόζεται συχνά στην αντιμετώπιση των αμφοτερόπλευρων βουβωνοκηλών. Δυσχέρεια στην εκτέλεση της τεχνικής υπάρχει σε περίπτωση προϋπάρχουσας υπομφάλιας λαπαροτομίας, οπότε δεν είναι πάντα δυνατή η προπεριτοναϊκή παρασκευή του κατάλληλου χώρου. Σε τέτοιες περιπτώσεις η επέμβαση μπορεί να συνεχιστεί με ενδοπεριτοναϊκή προσπέλαση (TAPP).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατά τη μικρή χρονική περίοδο εκτέλεσης λαπαροσκοπικών τεχνικών για την αντιμετώπιση των βουβωνοκηλών, οι ερευνητές τροποποίησαν τις τεχνικές με κριτήρια τις υποτροπές, την τεχνική δυσκολία, τη βελτίωση των εργαλείων, ακόμη και με την αλλαγή φιλοσοφίας επί του θέματος. Οι αλλαγές αυτές οδήγησαν στη μη ύπαρξη ενιαίας τεχνικής με μακροχρόνια παρακολούθηση, που σημαίνει ότι είναι ακόμη δύσκολο να εξαχθούν οριστικά συμπεράσματα για την αξία της λαπαροσκοπικής αντιμετώπισης των βουβωνοκηλών.

Μέχρι σήμερα όμως, από την εμπειρία που υπάρχει, συμπεραίνεται ότι η λαπαροσκοπική προσπέλαση των βουβωνοκηλών είναι τεχνικά κατορθωτή και ασφαλής. Η μέθοδος είναι δαπανηρή, λόγω του κόστους των υλικών, αλλά μπορεί να μειωθεί με τη μείωση του χρόνου επανόδου του ασθενή σε πλήρη δραστηριότητα. Τα ποσοστά υποτροπών είναι παραδεκτά χαμηλά μετά την καμπύλη εκμάθησης των τεχνικών.

Από τις πέντε τεχνικές, που περιγράφηκαν πιο πάνω, η απλή σύγκλειση του έσω βουβωνοϊκού στομίου είναι "υπό τάση", ενώ η τοποθέτηση βύσματος και εμβολώματος παρουσιάζει υψηλά ποσοστά υποτροπής. Η ενδοπεριτοναϊκή τοποθέτηση εμβολώματος (IPOM) τελευταία εγκαταλείπεται λόγω υποτροπών. Έτσι παραμένουν οι υπόλοιπες δύο μέθοδοι, TAPP και ΤΕΡ, που είναι "ελεύθερες τάσης" και έχουν περίπου τα ίδια απώτερα αποτελέσματα [11]. Πολλοί πιστεύουν ότι η πλήρως εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση (ΤΕΡ) φαίνεται να πλεονεκτεί, επειδή ακολουθεί τις ίδιες αρχές με τις κλασσικές ανοικτές "ελεύθερες τάσης" τεχνικές, χωρίς να τραυματίζεται η περιτοναϊκή κοιλότητα, ενώ ο κίνδυνος κάκωσης νεύρων της περιοχής με τις επακόλουθες νευρολογικές επιπλοκές σχεδόν μηδενίζεται [11, 17].

Σήμερα με την υπάρχουσα εμπειρία στη λαπαροσκοπική χειρουργική η τεχνική TAPP δεν έχει πρόβλημα τραυματισμών ενδοκοιλιακών οργάνων, είναι πιο εύκολη στην εκτέλεση, διδάσκεται ευκολότερα, έχει περισσότερες ενδείξεις και έτσι βρίσκει πολλούς θιασώτες.

Στην κλινική μας έχουν εκτελεστεί, από το 1992, λαπαροσκοπικά οι τεχνικές IPOM, TAPP, και TEP, όπως και όλες οι ανοιχτές τεχνικές. Τα τελευταία όμως 10 χρόνια, σε αμφοτερόπλευρες βουβωνοκήλες προτιμάται η πλήρως εξωπεριτοναϊκή τοποθέτηση πλέγματος polypropylene (TEP), ή η διακοιλιακή προπεριτοναϊκή τοποθέτηση πλέγματος (TAPP), ενώ σε υποτροπές βουβωνοκηλών, μετά από προηγηθείσα ανοιχτή προσπέλαση, σε συνυπάρχουσες παθήσεις που χειρουργούνται λαπαροσκοπικά, σε υποκλινικές κήλες ή κήλες των αθλητών, προτιμάται η τεχνική TAPP. Οι υποτροπές μετά λαπαροσκοπική προσπέλαση και οι ετερόπλευρες βουβωνοκήλες, αντιμετωπίζονται με ανοιχτή τεχνική υπό τοπική ή στελεχειαία νάρκωση, με κατά προτίμηση την τεχνική Lichtenstein σε λοξές βουβωνοκήλες, ενώ το διπλό πλέγμα Prolene Hernia System αποτελεί την ιδανική λύση σε ευθείες βουβωνοκήλες. Έτσι πλαστική βουβωνοκήλης σε ενήλικα σήμερα γίνεται πάντα με τη χρήση μη απορροφήσιμου πλέγματος και μόνον οι συγγενείς βουβωνοκήλες στα παιδιά αντιμετωπίζονται με υψηλή απολίνωση του σάκου χωρίς τη χρήση πλέγματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Corbitt J: Laparoscopic herniorrhaphy: a preperitoneal tension-free approach. *Surg. Endosc.* 1993; 7: 550-555.
2. Nyhus LM, Condon RE, Harkins HN: Clinical experience with preperitoneal hernia repair for all types of hernia of the groin. *Am. J. Surg.* 1960; 100: 234-244.
3. Stoppa RE, Rives JL, Warloutmont CR: The use of Dacron in the repair of hernias of the groin. *Surg. Clin. North Am.* 1984; 64: 269-285.
4. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL: Critical scrutiny of the open "tension-free" hernioplasty. *Am. J. Surg.* 1993; 165: 369-371.
5. Skandalakis JE, Colborn GL, Androulakis JA, Skandalakis LJ, Pemberton LB: Embryologic and anatomic basis of inguinal herniorrhaphy. *Surg. Clin. North Am.* 1993; 73: 799-836.
6. Ger R, Monroe K, Duvivier R et al: Management of indirect inguinal hernias by laparoscopic closure of the neck of the sac. *Am. J. Surg.* 1990; 159: 370-373.
7. Corbitt J: Laparoscopic herniorrhaphy. *Surg. Laparosc. Endosc.* 1991; 1: 23-25.
8. Gazayerli MM: Anatomic laparoscopic hernia repair of direct or indirect hernias using the transversalis fascia and iliobubic tract. *Surg. Laparosc. Endosc.* 1992; 2: 49-52.
9. Nyhus LM: The preperitoneal approach and iliopubic tract repair of inguinal hernia. In Nyhus LM, Condon RE (eds): *Hernia*. Philadelphia, JB Lippincott, 1989, pp 154-188.
10. Schultz L, Graber J, Pietrafitta J et al: Laser laparoscopic herniorrhaphy: A clinical trial, preliminary results. *J. Laparoendosc. Surg.* 1990; 1: 41-45
11. Fitzgibbons RJ, Camps J, Cornet DA et al: Laparoscopic inguinal herniorrhaphy: results of a multicenter trial. *Ann. Surg.* 1995; 221: 3-13.
12. Toy FK, Smoot RT: Toy - Smoot Laparoscopic hernioplasty. *Surg. Laparosc. Endosc.* 199; 1: 151-155.
13. Tsimoyiannis EC, Paizis JB, Siakas P, Lekkas ET: Cholecystectomy and hernioplasty during the same laparoscopic procedure. *Surg. Laparosc. Endosc.* 1994; 4: 367-369.
14. Arregui ME, Navarrete J, Davis CJ, Castro D, Nagan RF: Laparoscopic inguinal herniorrhaphy. *Surg. Clin. North Am.* 1993; 73: 513- 527.
15. Vanclooster P, Meersman AL, de Gheldere CA, Van de Ven CK: The totally extraperitoneal laparoscopic hernia repair. *Surg. Endosc.* 1966; 10: 332-335.
16. Ferzli G, Kiel T: Evolving techniques in endoscopic extraperitoneal herniorrhaphy. *Surg. Endosc.* 1995; 9: 928-930.
17. Ράπτης ΙΝ: Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης. Μονογραφία. Αθήνα, Business information support, 1996.