



# Τα ΝΕΑ της ΕΝΩΣΗΣ

## των Γενικών Οικογενειακών Ιατρών

ΜΗΝΙΑΙΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2008 – ΤΕΥΧΟΣ 117

### «Τα ΝΕΑ της ΕΝΩΣΗΣ των Γενικών Οικογενειακών Ιατρών»

Ιδιοκτησία:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Εκδότες:

Μάρω Νιζηταΐδου

Ελένη Σαμαράκη

Πρόεδρος Συντακτικής Επιτροπής: Ανάργυρος Μαριόλης

Υπεύθυνη Σύνταξης: Ειρήνη Χατζοπούλου

Αναπληρωτής Υπεύθυνος Σύνταξης: Δούκας Ζεϊμπέκης

Συντακτική Επιτροπή:

Χρόνης Δασκαλάκης, Σοφία Δημοπούλου

Δούκας Ζεϊμπέκης, Ιωάννης Κοιμνητός

Ιωάννης Λέντζας, Ανάργυρος Μαριόλης

Χρήστος Χαϊδευτός, Ειρήνη Χατζοπούλου

Δ.Σ. Ελληνικής Ένωσης Γενικής Ιατρικής:

Πρόεδρος: Ανάργυρος Μαριόλης

Αντιπρόεδρος Α': Ειρήνη Χατζοπούλου

Αντιπρόεδρος Β': Δούκας Ζεϊμπέκης

Γεν. Γραμματέας/Ταμίας: Χρόνης Δασκαλάκης

Ειδ. Γραμματέας: Ευάγγελος Πετροβίτσος

Μέλη: Ιωάννης Λέντζας, Χρήστος Χαϊδευτός

Παραγωγή - Επιμέλεια:

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΕ

Ευφρονίου 25, 116 34 Αθήνα

Τηλ.: 210-7228614, 210-7228624

Υπεύθυνος Τυπογραφείου:

Φ. Βάτσικας - Π. Δαυδόπουλος Ο.Ε.

23ο Χλμ. Ε.Ο. Αθηνών-Λαμίας

145 65 Αγ. Στέφανος

Τηλ.: 210-8145265, Fax: 210-8145266

Κωδικός: 5101

Τιμή τεύχους 0,01 Euro

### Περί Υποχρεωτικών Εφημεριών Γενικών Ιατρών στο «Τ.Ε.Π.» του Νοσοκομείου Κατερίνης

Τετάρτη, 14 Νοεμβρίου 2007

Από τους γενικούς ιατρούς του Κέντρου Υγείας Αγρινίου, του Νομού Περείας, λάβαμε την παρακάτω ανακοίνωση την οποία και δημοσιεύουμε.

Στις 10/10 λάβαμε εντολή της διοίκησης να συμμετάσχουμε στο πρόγραμμα εφημεριών του νεοσύστατου Τ.Ε.Π. (του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης) κατά τον μήνα Οκτώβρη, με ημερομηνία έναρξης τη 15η Οκτώβρη. Είχε προηγηθεί πρόσκληση ενδιαφέροντος 10 μόνο μέρες πριν από την εντολή, στην οποία κανένας από τους γενικούς ιατρούς των Κ.Υ. Αγρινίου και Λιτοχώρου δεν απάντησε θετικά...

Ο παραπάνω εξαναγκασμός προσπαθεί να αντλήσει τη νομιμότητά του από την πρόσφατη υπουργική απόφαση του κ. Αβραμόπουλου (14/9/07) η οποία συγκαταλέγει τους γενικούς ιατρούς στις ειδικότητες που μπορούν να συμμετέχουν στη λειτουργία των Τ.Ε.Π., εφόσον αποδεικνύεται «η εμπειρία και η γνώση τους στην επείγουσα ιατρική, διάσωση, προνοσοκομειακή περίθαλψη και στη διαχείριση-διοίκηση-συντονισμό του έργου της εφημερίας» (αντιγράφουμε από το κείμενο της υπουργικής απόφασης).

Το Τ.Ε.Π. του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης αυτή τη στιγμή απαρτίζεται από «μόνιμο προσωπικό» δύο ατόμων (ενώ η υπουργική απόφαση απαιτεί ελάχιστο ιατρικό προσωπικό 7 ατόμων) που μεταφέρθηκαν από το αναισθησιολογικό τμήμα του νοσοκομείου αφαιμάζοντάς το από το ολιγάριθμο δυναμικό του, εκ των οποίων η μία τελεί χρέη διευθύντριας Τ.Ε.Π. Δεν έχει γίνει καμία σύσταση και προκήρυξη θέσης και φυσικά δεν αναμένεται να γίνει και καμία πρόσληψη. Από το πρόγραμμα του μήνα Οκτώβρη προκύπτει ότι τις γενικές εφημερίες καλύπτουν ως επί το πλείστον οι εξαναγκασμένοι γενικοί ιατροί (μέχρι τώρα χαρακτηριστικά μόνο επιμελητές Β') των κέντρων υγείας ευθύνης του Γ.Ν. Κατερίνης επικουρούμενοι από τις δυο ιατρούς του Τ.Ε.Π. και ένα χειρουργό ο οποίος προσφέρει από ό,τι μαθαίνουμε οικειοθελώς τις υπηρεσίες του στο εν λόγω τμήμα. Ο εφημερεύων που συνάμα βαπτίζεται και «υπεύθυνος Τ.Ε.Π.» σύμφωνα με τις προφορικές δηλώσεις της διοίκησης αλλά και όπως προκύπτει από τις κείμενες

διατάξεις είναι πάντα... ένας. Δεν έχει γίνει καμία διαδικασία επιλογής προσωπικού ή απόδειξης των γνώσεων και της εμπειρίας που απαιτούνται από την προαναφερθείσα υπ. απόφαση, όπως επίσης δεν έχει γίνει και καμία σοβαρή διαδικασία ενημέρωσης για τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα του εφημερεύοντος «υπεύθυνου Τ.Ε.Π.» πέρα από τις γενικόλογες της διαβιβασθείσας υπ. απόφασης και τις ειρωνικές δηλώσεις του διοικητή «ρωτήστε τους προηγούμενους» (εφημερεύοντες γενικούς ιατρούς εννοείται)...

Ο χώρος του Τ.Ε.Π. αποτελείται από τα προϋπάρχοντα ιατρεία επειγόντων και μία πρόσφατη προέκταση λίγων τετραγωνικών μέτρων που στεγάζει την αίθουσα αναμονής και ένα γκισέ όπου γίνεται η διαλογή. Η διευθύντρια του Τ.Ε.Π. η οποία συνήθως μας υποδέχεται στο νοσοκομείο για να την αντικαταστήσουμε στο έργο της, μας υποδεικνύει το γκισέ της διαλογής ως χώρο λειτουργίας μας, όπου μαζί με το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλουμε να συμπληρώνουμε κάποια έντυπα του λεγόμενου «τίγερ», παίρνοντας ιστορικό «στο πόδι» και σε «ανοιχτή ακρόαση» με την αίθουσα αναμονής! Αντίθετα, ο διοικητής που περιφέρεται για να επιβλέψει τη λειτουργία του τμήματος επαναφέρει την τάξη δηλώνοντας πως η αρμοδιότητά μας δεν είναι η διαλογή, αλλά η επίβλεψη και «βοήθεια» των ανειδίκευτων ιατρών (δηλ. ειδικευόμενων και αγροτικών) που «κρατάνε» τα επείγοντα! Η σχιζοειδής «προσωπικότητα» του Τ.Ε.Π. της Κατερίνης με μια προσεχτική ματιά καταδεικνύει τα εξής:

Από τη μία, το ιθύνον ιατρικό προσωπικό του Τ.Ε.Π. που είναι κατά βάση υπεύθυνο για τη λειτουργία του πρωινού ωραρίου, προσπαθεί να μας «χρυσώσει το χάπι», τονίζοντας τις low budget ευθύνες του πόστου (ευθύνες διαλογής που θα μπορούσε να διεκπεραιώσει και μια έμπειρη νοσηλεύτρια) και να μας εγγλωβίσει στον πιο αφόρητο επιστημονικό εξευτελισμό. Ο εύγλωττος εμπαιγμός...

Από την άλλη, η διοίκηση, πιο πιστή στο γράμμα της υπουργικής απόφασης, φανερώνει την πρόθεσή της να μας χρησιμοποιήσει σε ένα πόστο high budget ευθυνών: να αντικαταστήσουμε τους ειδικούς όλων των ειδικοτήτων στα επείγοντα, εκπαιδεύοντας ταυτόχρονα τους ειδικευόμενους όλων των ειδικοτήτων, καθώς και τους τριμηνίτες αγροτικούς. Ίσως θα έπρεπε να ευχαριστήσουμε τον διοικητή για τη φιλοφρόνηση και να του ζητήσουμε ταυτόχρονα να μας χορηγήσει

Συνέχεια στη σελ. 2





Συνέχεια από τη σελ. 1

και αμφοτερόπλευρα προκειμένου να ανταποκριθούμε στο καθήκον μας. Όποιος, όμως, πέθεται ότι μπορεί να διεκπεραιώσει τη λειτουργία αυτή είναι, κατά τη γνώμη μας, επιστημονικά υπερφίλιος. Όποιος απλά εξαναγκάζεται είναι εργασιακά εξευτελισμένος.

Για τον ρόλο του γενικού ιατρού έχουν ακουστεί πολλά. Πέρα όμως από τις διακηρύξεις και τα ευχολόγια, η βιωμένη πραγματικότητα του γενικού ιατρού του Ε.Σ.Υ. και κατεξοχήν επιμελητή Β' σχηματίζει μάλλον μια φιγούρα «κατατρεγμένου». Οι αλλεπάλληλες επιθέσεις μετακινήσεων σε τμήματα νοσοκομείου που πάσχουν από προσωπικό, από περιφερειακό ιατρείο σε περιφερειακό ιατρείο για κάλυψη πάγων αναγκών της περιοχής ή σε κέντρα εφημερίας που στήνονται «στο πόδι» τους καλοκαιρινούς μήνες αποκορυστώνουν μια ιδιότυπη ελαστικότητα που έρχεται να καλύψει την πάγια «ανάγκη» του συστήματος... για ελάττωση των διορισμών. Ο ρόλος του γενικού ιατρού συρρικνώνεται ή διογκώνεται σε μια αέναη προκρούστεια κλίνη ανάλογα με τις ανάγκες (πραγματικές ή μη) του κάθε διευθυντή ή διοικητή. Όλοι φαίνεται να ξεχνούν την περίφημη πρωτοβάθμια περίθαλψη η οποία οδηγείται σε παρασκήνιο εν τη γενέσει της...

Όσον αφορά στην επιστημονική επάρκεια του γενικού ιατρού στο επείγον να τονίσουμε ότι έγκειται σε μεγάλο βαθμό στη «φιλοτιμία» του καθενός από μας. Ως γνωστόν το πρόγραμμα ειδικότητάς μας δεν περιλαμβάνει καμιά οργανωμένη και ουσιαστική εκπαίδευση στην επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική, που μας αφορά. Ο ειδικευόμενος γενικός ιατρός καλείται να συρράψει αποσπασματικές γνώσεις και εμπειρίες που αποκομίζει από τα διάφορα τμήματα από τα οποία περνά ή να θυσιάσει τον λιγοστό ελεύθερο του χρόνο και ένα γενναίο κονδύλιο για να εκπαιδευτεί υπό τη μορφή σεμιναρίων που πληρούνται αδρά. Ακόμη και στην καλύτερη περίπτωση, οι γνώσεις και δεξιότητες στο επείγον δεν ανανεώνονται, καθώς δεν έχουν τύχει θεσμικής αναγνώρισης. Αλλά ακόμη και αν είχαμε την καλύτερη εκπαίδευση στην προνοσοκομειακή επείγουσα, στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, θεωρούμε ότι αυτή απέχει παρασάγγας από τη νοσοκομειακή επείγουσα ιατρική που διακρίνεται από το δευτεροβάθμιο και συχνά από τον τριτοβάθμιο χαρακτήρα της, δηλ. από την οριστική και πλέον εξειδικευμένη αντιμετώπιση του επείγοντος περιστατικού. Χωρίς να υπερβάλλουμε θεωρούμε την απόσταση αυτή παρόμοια με αυτή του ΕΚΑΒίτη από τον ΤΕΠάρχη...

Συνολικά εκτιμούμε ότι στο Γ.Ν. Κατερίνης επιχειρείται ένα άνευ προηγουμένου πρόχειρο στήσιμο ενός τόσο κρίσιμου για την περίθαλψη των πολιτών τμήματος. Οι φροναρισίες των «μεγάλων» έργων της διοίκησης φτάνουν στον τοπικό τύπο πολύ πριν εξασφαλιστεί το απαραίτητο προσωπικό, ενώ το ήδη υπάρχον (ιατρικό, παραϊατρικό, διοικητικό και βοηθητικό) γονατισμένο από τον φόρτο της δουλειάς δεν προλαβαίνει ούτε να αναστενάξει... Το νέο κτίριο του νοσοκομείου χρίζεται περισσότερο χρόνια από το γεφύρι της Άρτας, το παλιό κτίριο ενώ έχει την όψη και τη χωρητικότητα Κέντρου Υγείας και στερείται βασικών ιατρικών ειδικοτήτων και βασικών εργαστηριακών εξετάσεων.

Το λυπηρό μάλιστα είναι ότι με την υπογραφή της σχετικής υπ. απόφασης ανοίγει ο δρόμος για παρόμοιες λύσεις και σε άλλα επαρχιακά νοσοκομεία. Από ό,τι πληροφορούμαστε ήδη συναδέλφωι και σε άλλα νοσοκομεία απειλούνται με μετακίνηση στα αντίστοιχα Τ.Ε.Π. Οι αυξημένες σύγχρονες ανάγκες περίθαλψης της κοινωνίας αντιμετωπίζονται με επιπολαιότητα στην κατεύθυνση της οικονομίας των ανθρώπινων πόρων. Και όλα αυτά σε μια περίοδο που αθρόες προσλήψεις θα έπρεπε να λύσουν το πρόβλημα της 48ωρης εργασίας των ιατρών και της κακοπληρωμένης υπερεργασίας των νοσηλευτών/νοσηλευτριών...

Με αυτό το κείμενο καλούμε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς-θεσμικά όργανα αλλά και τους συναδέλφους μας, γενικούς ιατρούς ή μη, να πάρουν θέση στην εργασιακή επίθεση που δεχόμαστε. Να καταδικαστεί η προσπάθεια στήσιματος Τ.Ε.Π. «μαϊμούδων» σε όλα τα επαρχιακά νοσοκομεία σε βάρος της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας ή των νοσοκομειακών τμημάτων. Τα Τ.Ε.Π. οφείλουν να απαρτίζονται από ομάδα ιατρών διάφορων ειδικοτήτων με αποδεδειγμένες γνώσεις και δεξιότητες στην επείγουσα ιατρική που θα καθορίζονται με αυστηρά κριτήρια. Τα Τ.Ε.Π. οφείλουν να προσλάβουν νέο προσωπικό για να αποσυμφορήσουν αποτελεσματικά τις λειτουργίες των τμημάτων. Διαφορετικά θα μιλάμε πάντα για εμβολωματικές λύσεις που επιχειρούνται όπως πάντα στις πλάτες των πιο ανίσχυρων, των ασθενών...

Γενικοί Ιατροί Κέντρου Υγείας Αγρινίου

## ΕΚΤΑΚΤΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης, νοσηλεύεται ένα αγοράκι 6 ετών με οξεία λευχαιμία. Ψάχνουμε απεγνωσμένα για δότες αιμοπεταλίων. Η ομάδα αίματος του παιδιού είναι AB+ (ρέζους θετικό). Όποιος θέλει να βοηθήσει το παιδάκι να γίνει καλά μπορεί να πάει σε οποιοδήποτε νοσοκομείο για να δώσει αίμα, για τον Δημήτριο Μέτσιο του Νικολάου.

Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ (παιδο-ογκολογικό)  
Τηλ.: 2310 993506 και 2310 993944.

## ΠΡΟΣΕΧΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ...

6th INTERNATIONAL CONFERENCE ON NUTRITION & FITNESS –  
6ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ,  
ΑΣΚΗΣΗΣ, ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ  
15-17 Μαΐου 2008, Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani Caravel  
Τηλ.: 210 6827405, 210 6839691  
Website: www.tmg.gr

15ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΟΥ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ  
(MEDITERRANEAN COUNCIL FOR BURNS – MBC)  
15-17 Μαΐου 2008, Αθήνα, Ίδρυμα Ευγενίδου  
Πληρ.: Aktina City Congress S.A., Professional Congress Organizers  
Τηλ. 210 3232433  
Website: www.aktinacitycongress.com

34ο ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
20-24 Μαΐου 2008, Αθήνα, Ξενοδοχείο Athens Hilton  
Πληρ.: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών  
Τηλ.: 210 7211845, 7243161  
Website: www.mednet.gr  
Φορέας: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών

1ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ  
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ  
23-25 Μαΐου 2008, Αθήνα, Ξενοδοχείο Holliday Inn  
Πληρ.: Svoronos Travel  
Τηλ.: 210 3244932  
Website: www.svoronosttravel.gr

1ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ  
29-31 Μαΐου 2008, Λουτράκι Κορινθίας, Club Hotel Loutraki  
Ιατρείο Παχυσαρκίας-Λιπιδίων και Υπέρτασης  
της Παθολογικής Κλινικής του Γ.Ν. Κορίνθου,  
Ιατρείο Διαβήτη και Παχυσαρκίας  
της Β' Παθολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας  
Πληρ.: THEMA TEAM Ltd  
Τηλ.: 210 6107213, 210 6196327  
Website: www.themateam.gr

2ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ:  
«ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ  
ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ»  
6-8 Ιουνίου 2008, Θεσσαλονίκη, Ξενοδοχείο Makedonia Palace  
Πληρ.: Global Events  
Τηλ.: 2310 247743

## τα ΝΕΑ της ΕΝΩΣΗΣ των Γενικών Οικογενειακών Ιατρών

Ιδιοκτησία:  
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
Ριζάρη 13, 116 34 Αθήνα  
Τηλ.: +30 210 7240420, Fax: +30 2810 361944  
E-mail: contact@enosigi.gr ή board@enosigi.gr  
Forum: www.enosigi.gr/forum

Υπεύθυνος Σύνταξης:  
Ειρήνη Χατζοπούλου  
Νεαπόλεως 7, Κάτω Τούμπα  
Τ.Κ. 54453  
Τηλ.: 6948 504026, Fax: 2310 520105

Copyright 2008 Απαγορεύεται η μερική ή ολική αναδημοσίευση καθώς και αντιγραφή του τρόπου παρουσίασης της περιεχόμενης ύλης χωρίς γραπτή άδεια της Ελληνικής Ένωσης Γενικής Ιατρικής και των εκδοτών.



**ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΛΜΑ ΑΤΑ ΤΟΥ 1978 ΣΤΟ...  
«ΑΛΜΑ» ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΝΟΜΟΥ ΤΟΥ 2008**

της Σ. Δημοπούλου

Είναι γεγονός αδιαμφισβήτητο, πως τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι άνθρωποι σε αυτή τη χώρα, ασχολούνται με αυτό που λέγεται Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Οικογενειακός Ιατρός, ο καθένας από τη θέση και τον ρόλο του. Οι απλοί πολίτες έχουν μια απολύτως θολή εικόνα και υποθέτουν ή φαντάζονται άλλοτε άλλα πράγματα, ενώ οι ιατροί όλων των ειδικοτήτων πλην της Γενικής Ιατρικής, αρχίζουν να αποσαφηνίζουν και να εκτιμούν σταδιακά αλλά σταθερά, τους παραπάνω όρους. Οι γενικοί ιατροί, εκ των πραγμάτων, έχουμε μια πιο αποκρυσταλλωμένη και τεκμηριωμένη γνώση, χωρίς αυτό να σημαίνει πως στην καθημερινή μας πρακτική λειτουργούμε και φερόμαστε σύμφωνα με αυτό που γνωρίζουμε! Μια άλλη κατηγορία που σαφώς και πρέπει να γνωρίζει την έννοια και το περιεχόμενο της Π.Φ.Υ. είναι οι πολιτικοί που ασχολούνται με τα κοινά και είναι «υπηρετές» του λαού. Οι πολιτικοί, που μέσα από τα νομοθετήματά τους τοποθετούν το πλαίσιο άσκησης της πολιτικής υγείας και θέτουν τις προτεραιότητες και τους στόχους για την υλοποίησή της με γνώμονα πάντοτε τη βελτίωση της υγείας των πολιτών παράλληλα με την ορθολογικότερη χρήση των υπαρχόντων πόρων, είναι αυτοί που δίνουν ή δεν δίνουν τη δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να κάνουν το καλύτερο που μπορούν. Ή μήπως δεν είναι έτσι;

Επιστρέφοντας στην Alma Ata, να θυμίσουμε ότι πρόκειται για την πρώην πρωτεύουσα του Καζακστάν, που το 1978 ήταν πόλη της πρώην Ε.Σ.Σ.Δ., όπου ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η UNICEF, συνδιοργάνωσαν Διεθνή Διάσκεψη εκφράζοντας την ανάγκη για ανάληψη άμεσης δράσης από όλες τις κυβερνήσεις, τους εργαζομένους σε υπηρεσίες υγείας και ανάπτυξης και την παγκόσμια κοινότητα, με στόχο την προστασία και την προαγωγή της υγείας όλων των ανθρώπων. Προϊόν αυτής της διαδικασίας είναι η γνωστή σε όλους διακήρυξη της Alma Ata όπου στο άρθρο 6 αναφέρεται:

«Η Π.Φ.Υ. αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι προσβάσιμη από το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και τους παρέχεται σε διαδραστική μορφή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να εσωμοσεί ανεξάρτητα σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η Π.Φ.Υ. προσδιορίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Με τον τρόπο αυτό συνιστά το πρώτο στάδιο μιας αλληλουχίας υπηρεσιών υγείας.»

Ενώ στο άρθρο 8 αναφέρει: «Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να διαμορφώσουν εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια δράσης προκειμένου να προωθήσουν και να στηρίξουν την Π.Φ.Υ. ως τμήμα ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας και σε συντονισμό με άλλους τομείς. Για τον σκοπό αυτό, είναι απαραίτητο να εκφραστεί σαφής πολιτική βούληση, να επιστρατευτούν κρατικοί πόροι και να γίνει ορθολογική χρήση των διαθέσιμων εξωτερικών πόρων.»

Και στο άρθρο 9: «Όλες οι χώρες πρέπει να συμπράξουν με πνεύμα συνεργασίας και προσφοράς προκειμένου να εξασφαλίσουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για όλους από τη στιγμή που η επίτευξη αυτού του στόχου για μία χώρα αφορά και ωφελεί άμεσα κάθε άλλη χώρα.»

Και τέλος στο άρθρο 10: «Ένα αποδεκτό επίπεδο υγείας για όλους τους ανθρώπους μέχρι το έτος 2000 μπορεί να επιτευχθεί με την πληρέστερη και καλύτερη χρήση των παγκόσμιων πόρων, ένα σημαντικό μέρος των οποίων διατίθεται αυτή τη στιγμή σε εξοπλισμούς και στρατιωτικές συγκρούσεις. Μια γνήσια πολιτική ανεξαρτησίας, ειρήνης, ύφεσης και αφοπλισμού δύναται και οφείλει να απελευθερώσει επιπλέον πόρους οι οποίοι μπορούν να αφιερωθούν σε ειρηνικούς σκοπούς και πιο συγκεκριμένα στην ταχύτερη κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη από την οποία η Π.Φ.Υ., ως ουσιαστικές τμήμα της, οφείλει να διεκδικήσει το κατάλληλο μέρος.»

Σήμερα, στην Ελλάδα του 2008 υπάρχει κάποιος που να διαφωνεί με αυτές τις θέσεις;

Υπάρχει επίσης κάποιος που να μπορεί να υποστηρίξει ότι επιτεύχθηκαν οι παραπάνω στόχοι; Υπάρχει Πρωτοβάθμια Φροντίδα και όχι απλώς Πρωτοβάθμια Περίθαλψη στην Ελλάδα; Από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. μέχρι σήμερα υπάρχουν νόμοι, ο Ν. 2519/1997 και ο Ν. 3235/2004, που αναφέρονται στη δημιουργία δικτύων Π.Φ.Υ. Επίσης υπάρχουν σχέδια και προτάσεις, όπως το σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη», Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2000, όπου γίνεται περιγραφή δημιουργίας Π.Φ.Υ καθώς και η «Πρόταση για την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και την Ολοκλήρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα», 2006. Είναι φυσικά γνωστό σε όλους ότι όλες οι παραπάνω προσπάθειες κατέληξαν γράμμα κενό στα συρτάκια του Υπουργείου Υγείας. Είναι κρίμα αν αναλογιστεί κάποιος τον χρόνο που ξοδεύτηκε

από τόσους επιφανείς εισηγητές, αλλά και το χρήμα που αναλογικά αντιπροσώπευσαν αυτές οι προσπάθειες!

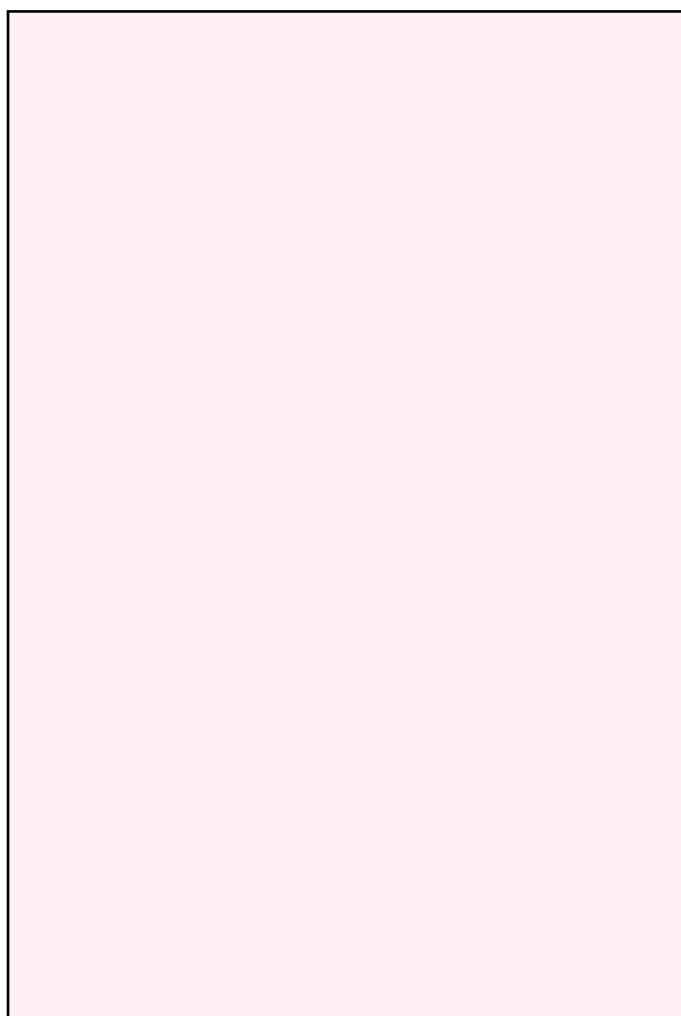
Και σήμερα έρχεται άλλη μία φιλόδοξη πρόταση να δημιουργήσει επιτέλους Π.Φ.Υ. στη χώρα μας! Πρόκειται για το επίσης πλέον, γνωστό Σχέδιο Νόμου, που είναι αναρτημένο τόσο στην ιστοσελίδα του Υπουργείου όσο και στην ιστοσελίδα της Ένωσης. Είναι γενικά εύκολη η σύγκριση με την διακήρυξη της Alma Ata, και αφήνω τον αναγνώστη να βγάλει τα δικά του συμπεράσματα. Εξάλλου η Ένωση έγκαιρα φρόντισε να κάνει τις δικές τις προτάσεις προς το Υπουργείο και είναι επίσης αναρτημένες στην ιστοσελίδα της. Στο μόνο που θα ήθελα να σταθώ είναι ο ρόλος του γενικού ιατρού.

Είναι άραγε ο γενικός ιατρός μέρος αυτής της Π.Φ.Υ.; Και γιατί κυρίως αυτός και όχι και άλλες ειδικότητες; Είναι αλήθεια ότι στην Ελλάδα σήμερα όπως έχουν τα πράγματα, Πρωτοβάθμια Περίθαλψη ασκείται και από άλλες ειδικότητες, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα. Δεν υπάρχει κανενός είδους αντιπαράθεση με τους συναδέλφους που δουλεύουν στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Εξάλλου κατά μία έννοια λειτουργούν σαν γενικοί ιατροί. Αλλά στα πλαίσια των ειδικοτήτων τους δεν εκπαιδεύτηκαν για τον ρόλο αυτό. Είναι λοιπόν ορθό να αποσαφηνιστεί τι είναι ο Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός.

Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό ορισμό (WONCA 2005) σχετικά με τον ρόλο του: «**Οι γενικοί ιατροί, είναι εξειδικευμένοι, προσωπικοί ιατροί, πρωταρχικά υπεύθυνοι για την παροχή διαρκούς και συνεχιζόμενης φροντίδας για κάθε άνθρωπο που αναζητά ιατρική φροντίδα ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο και ασθένεια. Φροντίζουν για άτομα μέσα στα πλαίσια της οικογένειας, της κοινότητας και του πολιτισμικού περιβάλλοντός τους, πάντοτε σεβόμενοι την αυτονομία τους. Αναγνωρίζουν επίσης την επαγγελματική ευθύνη που έχουν στην κοινότητα. Στη διαπραγμάτευση για την διαχείριση των προβλημάτων με τους ασθενείς, εντάσσουν τις φυσικές, ψυχικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και υπαρξιακές συνιστώσες, χρησιμοποιώντας τη γνώση και την εμπιστοσύνη που ανέπτυξαν από τις επαναλαμβανόμενες επαφές. Οι γενικοί ιατροί ασκούν τον επαγγελματικό τους ρόλο προάγοντας την υγεία, προλαμβάνοντας την ασθένεια και παρέχοντας θεραπεία, φροντίδα και ανακούφιση.** Αυτό γίνεται είτε άμεσα είτε μέσω των υπηρεσιών και των υπαρχουσών δομών της κοινότητας που υπηρετούν, βοηθώντας τους ασθενείς να αξιολογήσουν αυτές τις υπηρεσίες. Επίσης, πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη της ανάπτυξης και του καθορισμού των δικών τους δεξιοτήτων, προσωπικής ισορροπίας και αξιών ως βάση για αποτελεσματική και ασφαλή φροντίδα.»

Ας βγάλει ο καθένας τα δικά του συμπεράσματα.

Ολοκληρώνοντας, διαπιστώνει κάποιος ότι πράγματι το νέο σχέδιο νόμου κάνει ένα «άλμα» το 2008! Ξεπερνά και υπερσκελίζει βασικές αρχές της Π.Φ.Υ. καθώς και της έννοιας του οικογενειακού ιατρού. Αυτό αναμφίβολα αποτελεί από μόνο του ένα κατόρθωμα!





## ΑΠΟΣΠΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΥΠΟ

(ΚΥΡΙΑΚΑΤΙΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ)

### Οικογενειακή Ιατρική ή Κέντρα Υγείας;

του Γιάννη Τούντα

Αν. Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής

Το Ε.Σ.Υ., εδώ και αρκετά χρόνια, βρίσκεται σε συνεχή πορεία απαξίωσης. Υποχρηματοδοτούμενο, με σοβαρές ελλείψεις στο ανθρώπινο δυναμικό, με αναχρονιστικές μορφές διοίκησης και κυρίως με ανύπαρκτη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), παρά την πληθώρα προμηθευτών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η Π.Φ.Υ. είναι μια συγκροτημένη στρατηγική υγείας, που, εκτός από περιθάλψη, οφείλει να προσφέρει πρόληψη και φροντίδα μέσω συγκεκριμένων θεσμών, όπως τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) και η οικογενειακή ιατρική.

– Στην Ελλάδα οικογενειακή ιατρική δεν έχουμε ακόμα, ενώ τα αγροτικά Κ.Υ. του Ε.Σ.Υ. χωρίς επαρκή χρηματοδότηση και στελέχωση, προσφέρουν ανεπαρκή πρωτοβάθμια περίθαλψη και όχι Π.Φ.Υ. Δεν είναι τυχαίο, λοιπόν, που σύμφωνα με την έκτη-ση για τις «Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα», που δώσαμε πριν από λίγες μέρες στη δημοσιότητα, μόνο το 20% του αγροτικού πληθυσμού χρησιμοποιεί τα Κ.Υ. της περιοχής τους, ενώ η πλειονότητα προστρέχει στον ιδιωτικό τομέα.

Η έλλειψη, όμως, της Π.Φ.Υ. και συνακόλουθα της πρόληψης έχει δραματικές συνέπειες στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού, στη λειτουργία των νοσοκομείων και στην οικονομική επιβάρυνση της κοινωνικής ασφάλισης, η οποία σταπαλά ανεξέλεγκτα στον ιδιωτικό τομέα αντί να συμβάλει στην οικονομική βιωσιμότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

– Τα οξυμένα αυτά προβλήματα ασφαλώς και καθιστούν ευπρόσδεκτη την πρόσφατη πρωτοβουλία του υπουργείου Υγείας να θέσει σε δημόσια διαβούλευση ένα νέο σχέδιο νόμου για την Π.Φ.Υ.

Το σχέδιο αυτό βασίζεται σε ορισμένες σωστές επιλογές, όπως είναι η συγκρότηση ενός Γενικού Συστήματος Π.Φ.Υ. υπό τη μορφή Δικτύου, στο οποίο θα συμμετέχουν οι φορείς του Ε.Σ.Υ., της κοινωνικής ασφάλισης, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και του ιδιωτικού τομέα. Η συνύπαρξη όλων αυτών των φορέων είναι επιβεβλημένη, όχι μόνο γιατί δεν υπάρχουν πόροι ικανοί να στηρίξουν τη μονόπλευρη ανάπτυξη του Ε.Σ.Υ. αλλά και γιατί δεν πρέπει να μείνουν αναξιοποίητοι, για κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους, οι υπόλοιποι εταίροι. Αρκεί, βέβαια, να λειτουργούν όλοι με κοινές προδιαγραφές παροχών, ποιότητας και με αυστηρούς ελέγχους. Σωστή είναι επίσης και η υιοθέτηση του μοντέλου της «οικογενειακής ιατρικής» που θα παρέχεται μέσω πρωτοκόλλων από προσωπικούς ιατρούς διάφορων βασικών ειδικοτήτων, αντί για τον θεσμό του «οικογενειακού γιατρού» που δεν ανταποκρίνεται ούτε στο σύγχρονο νοσολογικό πρότυπο της χώρας, όπου κυριαρχούν τα χρόνια νοσήματα, ούτε στην πληθώρα των εξειδικευμένων ιατρών που διαθέτει η χώρα, στους οποίους οι πολίτες έχουν ήδη άμεση πρόσβαση και ελευθερία επιλογής.

– Από την άλλη, όμως, το σχέδιο νόμου παρουσιάζει και ορισμένες αδυναμίες. Πρώτα από όλα η άμεση εφαρμογή του Συστήματος αφορά μόνο στο ταμείο του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.), το οποίο είναι και το μόνο που υπάγεται στη δικαιοδοσία του υπουργείου Υγείας. Για τα υπόλοιπα ταμεία (το 90% περίπου του ασφαλισμένου πληθυσμού) προβλέπεται η μελλοντική τους ένταξη εντός 5ετίας κατόπιν υπουργικών αποφάσεων, γεγονός που παραπέμπει στο μέλλον στην ύπαρξη ενός πραγματικού εθνικού συστήματος Π.Φ.Υ., καθώς αυτό δεν μπορεί να υφίσταται χωρίς τη συμμετοχή τουλάχιστον του Ι.Κ.Α.

– Σε ό,τι αφορά στους προσωπικούς ιατρούς θα πρέπει ένας από αυτούς, κατά προτίμηση γενικός ιατρός ή παθολόγος, να λειτουργεί για κάθε πολίτη ως σημείο αναφοράς και ως συντονιστής του θεσμού, έχοντας την ευθύνη του ιατρικού φακέλου, της πρόληψης και της γενικότερης φροντίδας και υποστήριξης.

Διαφορετικά, το όλο εγχείρημα θα κινδυνεύει να εκφυλιστεί σε απλή μετονομασία των σημερινών συμβεβλημένων ιατρών σε προσωπικούς ιατρούς.

– Το μεγαλύτερο, όμως, πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι το σχέδιο νόμου δρομολογεί τη λειτουργία του μοντέλου της «οικογενειακής ιατρικής» παράλληλα με τον θεσμό των Κ.Υ. Κάθε ευρωπαϊκή χώρα είχε κατά το παρελθόν επιλέξει είτε τον θεσμό των Κ.Υ. (Σουηδία, Ισπανία κ.ά.) είτε τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού (Αγγλία, Γαλλία κ.ά.) ως τη ραχοκοκαλιά του συστήματος Π.Φ.Υ.

Στην Ελλάδα, με τα Κ.Υ. του Ε.Σ.Υ. και τα Πολυιατρεία του Ι.Κ.Α. έχουμε ήδη κάνει τη δική μας επιλογή. Το να δημιουργηθεί ένας νέος θεσμός προσωπικών ιατρών, παράλληλα και έξω από τις υφιστάμενες υποδομές, και άσκοπο είναι, και πέρα από τις οικονομικές μας δυνατότητες.

– Η οικογενειακή ιατρική στη χώρα μας πρέπει να λειτουργήσει ως θεσμός που θα στεγάζεται σε δημόσιες ή ιδιωτικές υποδομές του τύπου των Κ.Υ. ή των Πολυιατρείων. Με άλλα λόγια, οι ενδιαφερόμενοι ιδιώτες προσωπικοί ιατροί θα πρέπει να συγκροτηθούν σε

συνεργαζόμενες ομάδες που με ευέλικτες μορφές συνύπαρξης και συστέγασης να μπορούν να προσφέρουν ολοκληρωμένη και συντονισμένη Π.Φ.Υ. καθ' όλο το 24ωρο.

– Γι' αυτό, πρώτα από όλα, χρειάζεται να ενισχυθούν και να αναβαθμιστούν οι πρωτοβάθμιες υποδομές του Ε.Σ.Υ. και του Ι.Κ.Α. και να δοθούν κίνητρα για την ανάπτυξη ανάλογων υποδομών από την Τ.Α. και τον ιδιωτικό τομέα. Δεν υπάρχει δε κανένας ουσιαστικός λόγος να περιορίζονται τα πολυιατρεία της Τ.Α. μόνο στην Πρόληψη, όπως προβλέπει το σχέδιο νόμου.

Όλες αυτές οι υποδομές μαζί με τα συμβεβλημένα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και όλες τις άλλες σύγχρονες πρωτοβάθμιες μονάδες, όπως είναι η νοσηλεία στο σπίτι, οι κλινικές ημέρες, τα κέντρα αποκατάστασης κ.λπ. θα μπορούν να συναποτελέσουν ένα ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα Π.Φ.Υ., το οποίο εκτός από κεντρική διοίκηση θα χρειαστεί και περιφερειακή διοίκηση, καθώς και την οργάνωση τοπικών συστημάτων Π.Φ.Υ. σε επίπεδο μεγάλων δήμων ή νομών.

– Η περιφερειακή διοίκηση μέσω των Δ.Υ.Π.Ε. θα πρέπει να ασκείται στο σύνολο των συμβεβλημένων μονάδων και όχι μόνο αυτών του Ε.Σ.Υ., όπως αναφέρει το σ/ν, διαφορετικά δεν θα υπάρχει ούτε εποπτεία, ούτε συντονισμός, ούτε έλεγχος. Τα δε τοπικά συστήματα, με την εμπλοκή και των κοινωνικών εταίρων, θα μπορούν να εξυπηρετούν κοινές αρχές και κοινούς στόχους με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες υγείας του κάθε τοπικού πληθυσμού, αντλώντας τους αναγκαίους πόρους από την κοστολόγηση όλων των παρεχόμενων υπηρεσιών, γεγονός που ασφαλώς διευκολύνεται και από τη σωστά προτεινόμενη ηλεκτρονική κάρτα υγείας.

– Μόνο που για να μπορέσει να υλοποιηθεί οποιοδήποτε συνολικό νομοθέτημα για την Π.Φ.Υ. και να μην έχει την τύχη παλαιότερων ανάλογων εγχειρημάτων θα πρέπει να υπάρξει μακροχρόνιος σχεδιασμός και μακροπρόθεσμη δέσμευση. Και αυτή η προϋπόθεση θα εξασφαλιστεί μόνο όταν και το δικό μας Ε.Σ.Υ. αποκτήσει χαρακτηριστικά σύγχρονου δημόσιου οργανισμού, με κεντρικά και κυρίως αξιοκρατικά όργανα διοίκησης και με νέες πηγές χρηματοδότησης, όπως εξάλλου συμβαίνει σε όλα τα εθνικά συστήματα υγείας των δυτικοευρωπαϊκών χωρών.

## ΠΡΟΣ ΟΛΑ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Στα πλαίσια της άμεσης επικοινωνίας της Επαγγελματικής Ένωσης Γενικών Ιατρών Ελλάδας με τα μέλη της σε όλη την επικράτεια, συστάθηκε για πρώτη φορά επιτροπή επικοινωνίας, για την αναφορά όλων των προβλημάτων που αντιμετωπίζουμε στην κάθε μέρα πράξη με σκοπό την αναγνώριση και προσπάθεια προς επίλυση όλων εκείνων των θεμάτων που άπτονται των αρμοδιοτήτων του φορέα μας.

**Υπεύθυνοι επιτροπής επικοινωνίας:**

**Νότια και Κεντρική Ελλάδα**

κος Λέντζας Ιωάννης

Τηλ.: 6944 551978 και 26230 54366

E-mail: lentsdoc@hotmail.com

**Βόρεια Ελλάδα**

κος Χαϊδευτός Χρήστος

Τηλ.: 6974 715336 και 23250 25290

E-mail: xxg21@yahoo.gr

## Σχετικά με την Ηλεκτρονική Ιστοσελίδα της Ένωσης

Συνάδελφοι,

Μετά από ένα σημαντικό διάστημα απουσίας του site αλλά και του forum της ΕΝΩΣΗΣ, σας ενημερώνω πως η ηλεκτρονική ιστοσελίδα μας λειτουργεί κανονικά. Θα ήταν πολύτιμη η συμβολή σας για τις όποιες παρατηρήσεις και σχόλια επισημαίνατε, αλλά και η συμμετοχή σας γενικότερα. Ελπίζουμε όλοι σε μια καλή και εποικοδομητική επικοινωνία, θίγοντας, προβάλλοντας και σχολιάζοντας θέματα που μας αφορούν, μας ενώνουν, κοινούς στόχους και προβληματισμούς. Ελπίζουμε το νέο Δ.Σ. να συνεχίσει μέσα από ένα γενικότερο κλίμα ανανέωσης και ως συνέχεια της επιτυχημένης προσπάθειας των προηγούμενων συναδέλφων, μια ομαλή και επιτυχημένη πορεία προς όφελος των μελών του.

Σας ευχαριστώ

**Ειρήνη Χατζοπούλου**

Α' Αντιπρόεδρος ΕΝΩΣΗΣ



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ  
Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ ΚΑΙ Γ.Ν. ΑΜΑΛΙΑΔΟΣ (2008)**

Κάθε Παρασκευή 12.30-13.30 στο αμφιθέατρο του Νοσοκομείου Πύργου

**Γραφείο Συντονιστή Εκπαίδευσης Δυτ. Ελλάδος – Τμήμα Γεν. Ιατρικής Ν. Πύργου**

**Δρ. Ραζής Νικόλαος**, Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Γεν. Ιατρικής Δυτικής Ελλάδος, Γεν. Ιατρός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ. Κ.Υ. Κλειτορίας - Αχαΐας, τηλ. 26920-31617.

**Πληροφορίες:**

**Καραθανάση Δήμητρα**, Αναπλ. Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Γεν. Ιατρικής Ν. Πύργου, Γεν. Ιατρός, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ. Κ.Υ. Σιμόπουλου, τηλ. 26220 31555, 31444.

**Τσίρος Γεώργιος**, Επίκουρος Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Γεν. Ιατρικής, Επιμ. Β' Γεν. Ιατρικής Π.Ι. Χαβαρίου, Κ.Υ. Γαστούνης τηλ. 26220 91220, 6977019977.

**Καπόμπιαση Βασιλική**, Αναπλ. Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Γεν. Ιατρικής Ν. Αμαλιάδας, Γεν. Ιατρός, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ. Κ.Υ. Ολυμπίας.

**Λέντζας Ιωάννης**, Επίκουρος Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Γεν. Ιατρικής, Επιμ. Β' Γεν. Ιατρικής Π.Ι. Ανδραβίδας, Κ.Υ. Γαστούνης τηλ. 26230 54366, 6944551978.

	Ημ/νία	Τμήμα	Μάθημα	Ειδικός
1.	11/1/08	Ορθοπαιδικό	Οστεοπόρωση	Καραγεώργος Αθ.
2.	18/1/08	Χειρουργικό	Οξεία κοιλία	Χριστόπουλος Χ.
3.	25/1/08	Παθολογικό	Πνευμονική Εμβολή	Μπίκας Χ.
4.	1/2/08	Νευροχειρουργικό	Κ.Ε.Κ./Κατώσεις μαλακών μορίων	Πετσανάς Αδ.
5.	8/2/08	Οδοντιατρικό	Επείγοντα Οδοντιατρικά προβλήματα	Σπίνος Κ.
6.	15/2/08	Οδοντιατρικό	Συνήθη Στοματολογικά προβλήματα	Σπίνος Κ.
7.	22/2/08	Νευροχειρουργικό	Εγκεφαλική αιμορραγία/Εκφυλιστικές αλλοιώσεις σπονδυλικής στήλης	Πετσανάς Αδ.
8.	29/2/08	Ορθοπαιδικό	Σύνδρομο διαμερίσματος	Καραγεώργος Αθ.
9.	7/3/08	Παθολογικό	Ικτερος	Μπίκας Χ.
10.	14/3/08	Γαστρεντερολογικό	Παγκρεατίτιδα	Προκοπίου Σ.
11.	21/3/08	Γαστρεντερολογικό	Διάρροια/Δυσκοιλιότητα	Προκοπίου Σ.
12.	28/3/08	Ουρολογικό	Διαφοροδιάγνωση αιματουρίας	Γιαννόπουλος Α./Απαλίδης Π.
13.	4/4/08	Καρδιολογικό	Συγκοπτικό επεισόδιο	Βλάχος Ν.
14.	11/4/08	Παθολογικό	Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου Ι	Καλαπόδη Μαρία
15.	18/4/08	Παθολογικό	Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου ΙΙ	Καλαπόδη Μαρία
16.	2/5/08	Οφθαλμολογικό	Επείγοντα στην Οφθαλμολογία Ι	Πούρνου Α.
17.	9/5/08	Οφθαλμολογικό	Επείγοντα στην Οφθαλμολογία ΙΙ	Πούρνου Α.
18.	16/5/08	Ουρολογικό	Συμπτωματολογία παθήσεων ουροποιητικού	Γιαννόπουλος Α./Γάβης
19.	23/5/08	Ορθοπαιδικό	Περιοθρίτιδα – παγωμένος ώμος	Καραγεώργος Αθ.
20.	30/5/08	Πνευμονολογικό	Χ.Α.Π. – βρογχικό άσθμα	Χαροκόπος Ν.
21.	6/6/08	Καρδιολογικό	Αρτηριακή υπέρταση	Βλάχος Ν.
22.	13/6/08	Γενική Ιατρική	Σχέση ιατρού - ασθενούς	Χατζηαλεξάνδρου Α.
23.	20/6/08	Γενική Ιατρική	Λειτουργία του Κέντρου Υγείας και ο ρόλος της Γενικής Ιατρικής	Καραθανάση Δ.
24.	27/6/08	Γενική Ιατρική	Αντιμετώπιση αλλεργικών αντιδράσεων στην Π.Φ.Υ.	Γώτης Γ.
25.	19/9/08	Γενική Ιατρική	Αντιμετώπιση πολυτραυματία	Αθβανιτάκης Η.
26.	26/9/08	Γενική Ιατρική	Δυσλιπιδαιμίες	Παπαγεωργίου Γ.
27.	3/10/08	Γενική Ιατρική	Νεφρική ανεπάρκεια στην Π.Φ.Υ.	Μπάρα Β.
28.	10/10/08	Γενική Ιατρική	Οικονομία της υγείας και Π.Φ.Υ.	Τσίρος Γ.
29.	17/10/08	Γενική Ιατρική	Διαχείριση της δυσπεψίας	Σκαριέας Σ.
30.	24/10/08	Γενική Ιατρική	Πυρετός αγνώστου αιτιολογίας	Γαβριτοπούλου Α.
31.	31/10/08	Γενική Ιατρική	Φάκελος ασθενούς/Κανόνες συνταγογράφησης/χορήγηση βεβαιώσεων - πιστοποιητικών	Χατζηαλεξάνδρου Α.
32.	7/11/08	Γενική Ιατρική	Επιδημιολογία – πρόληψη των Ατυχημάτων	Τσίρος Γ.
33.	14/11/08	Γενική Ιατρική	Ο ρόλος των Γενικών Ιατρών σε προγράμματα πρόληψης – προαγωγής της υγείας.	Λέντζας Ι.
34.	21/11/08	Γενική Ιατρική	Βασικές γνώσεις – πληροφοριακό σύστημα στην Π.Φ.Υ.	Τσίρος Γ.
35.	28/11/08	Γενική Ιατρική	Οργάνωση του Συστήματος Υγείας, λήψη αποφάσεων και διαχείριση κρίσεων στην Π.Φ.Υ.	Καραθανάση Δ.



**ΝΕΟΤΕΡΕΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

**The Clinical Utility of Ultrasonography for Rotator Cuff Disease, Shoulder Impingement Syndrome and Subacromial Bursitis**

Mark S Awerbuch MB ChB, FRCP, FFPMANZCA

**MJA**; 188 (1): 50-53

Ο πόνος στον ώμο αποτελεί ένα κοινό πρόβλημα που απαντάται συχνά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και αποτελεί αρκετές φορές πρόκληση για τον γενικό ιατρό, αλλά και τον ορθοπαιδικό, καθώς παρουσιάζονται δυσκολίες κατά τη διαγνωστική του προσέγγιση. Στο παρακάτω άρθρο γίνεται μια προσπάθεια να διερευνηθεί η κλινική χρησιμότητα του υπερηχογραφήματος για τη διάγνωση μερικών από τις περισσότερες συχνές επώδυνες καταστάσεις του ώμου.

Η συχνότητα εμφάνισης του πόνου στον ώμο κατά τη διάρκεια της ζωής είναι παρόμοια με εκείνη του αυχενικού πόνου (66%), ενώ υπολείπεται μόνο του πόνου της οσφυϊκής που κατέχει την πρώτη θέση όσον αφορά στη συχνότητα εμφάνισης μυοσκελετικού άλγους στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με ποσοστό 84%.

Οι περιαρθρικές δυσλειτουργίες του ώμου αποτελούν την κύρια αιτία πόνου της συγκεκριμένης άρθρωσης που αντιμετωπίζει ο γενικός ιατρός ή ο ορθοπαιδικός. Η ερευνητική αυτή μελέτη εστιάζεται σε τρεις καταστάσεις της ωμικής άρθρωσης, λόγω της συχνότητας με την οποία εμφανίζονται στα υπερηχογραφικά πορίσματα και που συνδέονται με πόνο στον ώμο: στις παθήσεις στροφικού πετάλου του ώμου (rotator cuff disease – RCD), στο σύνδρομο πρόσκρουσης ώμου (shoulder impingement syndrome, SIS) και η υπακρωμιακή θυλακίτιδα (subacromial bursitis – SAB). Η αναγνώριση αυτών των επώδυνων καταστάσεων στην άρθρωση του ώμου αποτελεί συχνά ένα διαγνωστικό πρόβλημα.

Τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγει ο συγγραφέας συνοψίζονται ως εξής:

- Στην Αυστραλία κατά την πενταετία 2001-2006 ο αριθμός των υπερηχογραφικών εξετάσεων της ωμικής άρθρωσης αυξήθηκε σημαντικά.
- Το υπερηχογράφημα του ώμου είναι αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος για τις περιπτώσεις πλήρους ρήξης των πετάλων του ώμου, αλλά λιγότερο αξιόπιστο όσον αφορά στην ανίχνευση των περιπτώσεων μερικής ρήξης.
- Η διαγνωστική αξία του υπερηχογραφήματος στις περιπτώσεις συνδρόμου πρόσκρουσης ώμου δεν έχει τεκμηριωθεί πλήρως.
- Όσον αφορά τις περιπτώσεις υπακρωμιακής θυλακίτιδας, δεν υπάρχει κατάλληλος υπερηχογραφικός ορισμός της ως νοσολογικής οντότητας, γεγονός που οδηγεί σε προβλήματα κατά την περιγραφή της.
- Σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα μέχρι σήμερα, το υπερηχογράφημα του ώμου σπάνια μπορεί να παρέχει διαγνωστική βεβαιότητα, όπως άλλωστε συμβαίνει και με αρκετές απεικονιστικές μεθόδους.

**Minimizing Adverse Drug Events in Older Patients**

Cung B. Pham, Robert L. Dickman

**Am Fam Physician** 2007; 76: 1837-44

Στις 15 Δεκεμβρίου 2007 δημοσιεύθηκε στο περιοδικό American Family Physician μια κλινική ανασκόπηση σχετικά με την ελαχιστοποίηση των κινδύνων από ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων στους ηλικιωμένους ασθενείς.

Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, οι ηλικιωμένοι ασθενείς βιώνουν έναν μεγάλο αριθμό ανεπιθύμητων ενεργειών από τη λήψη φαρμάκων. Πτώσεις, κατάγματα ισχίου, παραλήρημα και κνίδωση βρίσκονται στην κορυφή του καταλόγου των παρενεργειών που μπορούν να προληφθούν και σχετίζονται με τη λήψη φαρμάκων.

Περίπου ένας στους τρεις ηλικιωμένους ασθενείς που λαμβάνουν περισσότερα από πέντε διαφορετικά φάρμακα θα βιώσει κάποια από τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους κάθε έτος, ενώ τα δύο τρίτα περίπου από αυτούς τους ασθενείς θα χρειαστούν ιατρική βοήθεια λόγω των παρενεργειών από τα φάρμακα.

Ποσοστό 95% από αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες είναι προβλέψιμες, ενώ το 28% μπορούν να προληφθούν.

Στην ορθολογική στη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων στους ηλικιωμένους ασθενείς χρειάζεται να ενσωματωθούν τόσο γνώσεις σχετικά με τους μηχανισμούς που εμπλέκονται στη διαδικασία γήρανης, όσο και γνώσεις φαρμακολογίας.

Ο εστιασμός σε συγκεκριμένα θέματα, όπως η άμεση αναγνώριση των ανεπιθύμητων ενεργειών από φάρμακα, επιτρέπουν στον γενικό ιατρό να προσεγγίσει τη συντα-

γογράφηση με προσοχή, αλλά και με αυτοπεποίθηση. Οι γενικοί ιατροί θα πρέπει να βρίσκουν τρόπους να τροποποιούν ευεργετικά για τον ασθενή τη λαμβανόμενη αγωγή ελέγχοντας περιοδικά τη συνταγογραφία σύμφωνα με τα κριτήρια του Beer's και αποφεύγοντας τη χορήγηση νέων φαρμάκων προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες προηγούμενων.

Στο τέλος της πολύ ενδιαφέρουσας αυτής ανασκόπησης γίνεται αναφορά και στις περιπτώσεις όπου η προοπτική αποφυγής εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών οδηγεί από την άλλη πλευρά σε υποδιάγνωση ή/και υποθεραπεία των καταστάσεων υγείας στους ηλικιωμένους ασθενείς.

**The STAR\*D Study: Treating Depression in the Real World**

Bradley N. Gaynes, MD, MPH,

A. John Rush, MD, Madhukar H. Trivedi, MD,

Stephen R. Wisniewski, PhD, Donald Spencer, MD, MBA and

Maurizio Fava, MD et al

**Cleveland Clinic Journal of Medicine** Vol 75 No 1 p 57

Η διαχείριση της κατάθλιψης είναι δυνατόν να γίνει από γενικούς ιατρούς υπό «πραγματικές συνθήκες» (real world conditions). Η μελέτη STAR\*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) ανέπτυξε μερικές πραγματοποιήσιμες στρατηγικές με στόχο τη βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας για εξωτερικούς ασθενείς με ανθεκτική στην φαρμακευτική αγωγή κατάθλιψη.

Αν και στη μελέτη δεν περιγράφεται κάποια ιδανική στρατηγική με δεδομένο αποτέλεσμα, παρέχεται ωστόσο καθοδήγηση σχετικά με την επιλογή της πρώτης φαρμακευτικής αγωγής ή σχετικά με τη συνέχεια της θεραπείας σε περίπτωση αποτυχίας της αγωγής αυτής.

Τα σημεία-κλειδιά αυτής της μελέτης είναι:

- Η πλήρης απαλλαγή (με την έννοια της πλήρους ανακούφισης από το καταθλιπτικό επεισόδιο) θα πρέπει να είναι ο στόχος της θεραπείας, παρά η απλή ανταπόκριση σε αυτή, καθώς φαίνεται πως συνδέεται με καλύτερη πρόγνωση και καλύτερη λειτουργικότητα.
- Σε περίπτωση αποτυχίας της θεραπείας, η αύξηση της δόσολογίας ή ακόμη και μετάβαση σε άλλη αγωγή είναι σε πρώτη φάση εύλογη.
- Για τους περισσότερους ασθενείς, για την διαδικασία της πλήρους απαλλαγής θα χρειαστούν επαναλαμβανόμενες αγωγές με επαρκώς δοσολογημένα αντικαταθλιπτικά. Οι ιατροί θα πρέπει να χορηγούν τις μέγιστες κατά περίπτωση δόσεις φαρμάκων, ενώ μία παρέμβαση θα πρέπει να θεωρηθεί ως μη επιτυχής μετά από διάρκεια αγωγής τουλάχιστον 8 εβδομάδων.
- Μετά από δύο καλά οργανωμένες και επαρκείς, αλλά μη επιτυχείς φαρμακευτικές παρεμβάσεις, θεωρείται πως οι πιθανότητες πλήρους ανακούφισης του ασθενούς από το καταθλιπτικό επεισόδιο μειώνονται σημαντικά. Αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται πιθανόν περισσότερο πολύπλοκη θεραπευτική προσέγγιση και θα πρέπει να παραπέμπονται στον ψυχίατρο.

– Οι φαρμακολογικές διαφορές μεταξύ των ψυχοτρόπων φαρμάκων δεν μεταφράζονται σε ουσιώδεις διαφορές ως προς το κλινικό αποτέλεσμα, παρατηρούνται όμως διαφοροποιήσεις ως προς την ανοχή στα φάρμακα. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με εκείνα που προκύπτουν μετά από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έγινε από την Υπηρεσία για την Έρευνα και την Ποιότητα στη Φροντίδα υγείας (Agency for Healthcare Research and Quality). Δεδομένης της δυσκολίας να προβλεφθεί η κλινική αποτελεσματικότητα αλλά και ο βαθμός ανοχής για κάθε φάρμακο, απαιτείται εξοικείωση με έναν μεγάλο αριθμό αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

– Για ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, η μελέτη STAR\*D κατέδειξε ότι με επίμονη και επιθετική, πλην όμως συνετή αγωγή υπάρχει μεγάλη ελπίδα: οι περισσότεροι ασθενείς θα περάσουν στο στάδιο της πλήρους απαλλαγής: σε ποσοστό 30% μετά από την πρώτη φάση θεραπείας, 50% μετά από τη δεύτερη φάση, 60% μετά από την τρίτη φάση και 70% μετά το τέλος της τέταρτης φάσης (θεωρώντας πως οι ασθενείς ακολουθούν πλήρως την θεραπεία).

– Στη μελέτη STAR\*D δεν συμπεριλήφθηκαν οι καταθλιπτικοί ασθενείς με συνυπάρχουσα διπολική διαταραχή. Ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε ασθενή με διπολική διαταραχή θεωρείται δύσκολο να διαχωριστεί από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε ασθενή με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Οι γενικοί ιατροί θα πρέπει να συμπεριλάβουν στη διαγνωστική τους σκέψη τη διπολική διαταραχή τόσο στους ασθενείς που παρουσιάζουν καταθλιπτικό επεισόδιο, όσο και σε κείνους στους οποίους απέτυχε μια πρώτη κατάλληλη αγωγή.



SITES ΓΙΑ ΓΕΝΙΚΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ

του Ι. Κομνηνού

**Ελληνικά**

ΕΛΕΓΕΙΑ <http://www.elegeia.gr/>

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ Γ.Ι.

ΑΚΑΔΗΜΙΑ Γ.Ι. <http://www.gp-academy.gr/>

ΕΝΩΣΗ Γ.Ι. <http://enosigi.gr/index.php>

**Παγκόσμια**

WONCA WORLD <http://www.globalfamilydoctor.com/>

GLOBAL FAMILY DOCTOR

WONCA EUROPE <http://www.woncaeurope.org/>

WICC <http://www.globalfamilydoctor.com/WICC/>

WONCA INTERNATIONAL CLASSIFICATION COMMITTEE

IFPCRN <http://www.ifpcrn.org/>

INTERNATIONAL FEDERATION OF PC RESEARCH NETWORKS

**Ευρωπαϊκά**

EURACT <http://www.euract.org/>

EUROPEAN ACADEMY OF TEACHERS IN GP

EGPRN <http://www.egprn.org/index.html>

EUROPEAN GENERAL PRACTICE RESEARCH NETWORK

EQUIP <http://www.equip.ch/>

EUROPEAN ASSOCIATION FOR QUALITY IN GP/FM

EURIPA <http://www.euripa.org/>

EUROPEAN RURAL AND ISOLATED PRACTITIONERS ASSOCIATION

EUROPREV <http://www.europrev.org/>

EUROPEAN NETWORK FOR PREVENTION AND HEALTH PROMOTION

UEMO <http://www.uemo.org/>

EUROPEAN UNION OF GP

EFPC <http://www.euprimarycare.org/>

EUROPEAN FORUM FOR PC

**Group**

PCDE <http://www.pcdeurope.org/>

PC DIABETES EUROPE

ESPCG <http://www.espcg.org/>

EUROPEAN SOCIETY FOR PC GASTROENTEROLOGY

IPCRG <http://www.theipcr.org/>

INTERNATIONAL PC RESPIRATORY GROUP

EPCCS <http://www.europccs.com/>

EUROPEAN PC CARDIOVASCULAR SOCIETY

**Κολλέγια**

RCGP <http://www.rcgp.org.uk/default.aspx?page=3853>

ROYAL COLLEGE OF GP

RACGP <http://www.racgp.org.au/>

ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GP

RNZCGP <http://www.rnzcgp.org.nz/>

ROYAL NEW ZEALAND COLLEGE OF GP

**Guidelines**

NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE (USA) <http://www.guideline.gov/>

NATIONAL LIBRARY OF GUIDELINES SPECIALIST (UK) <http://www.library.nhs.uk/guidelinesFinder/Default.aspx>

NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP (NZ) [http://www.nzgg.org.nz/index.cfm?fuseaction=fuseaction\\_10&fuseaction=documentID=22&guideline\\_displaymode=category](http://www.nzgg.org.nz/index.cfm?fuseaction=fuseaction_10&fuseaction=documentID=22&guideline_displaymode=category)

**Αναζήτηση Πληροφορίας**

PUBMED CENTRAL <http://www.pubmedcentral.nih.gov/>

ENTREZ PUBMED <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>

AMEDEO <http://www.amedeo.com/>

ELSEVIER [http://www.elsevier.com/wps/find/homepage.cws\\_home](http://www.elsevier.com/wps/find/homepage.cws_home)

ESSENTIAL EVIDENCE PLUS <http://www.essentialevidenceplus.com/>

LIBRARY OF NATIONAL MEDICAL SOCIETY <http://www.ccsublishing.com/index.htm>

**EBM Sources**

EBM SOURCES <http://machaon.fmed.ulaval.ca/medecine/repertoire/repertoire.asp?acces=ebhc>

**Διάφορα**

EMBBS <http://www.embbs.com/>

EMERGENCY MEDICINE IN PC

SAPC <http://www.sapc.ac.uk/>

SOCIETY FOR ACADEMIC PC

STFM [http://stfm.org/index\\_ex.html](http://stfm.org/index_ex.html)

SOCIETY OF TEACHERS IN FM

ABFM <https://www.theabfm.org/>

AMERICAN BOARD OF FM

FM RESEARCH <http://www.fmresearch.org/>

FAMILY MEDICINE RESEARCH

NPCRDC <http://www.npcrdc.ac.uk/index.cfm>

NATIONAL PC RESEARCH AND DEVELOPMENT CENTRE

WHO INTERNATIONAL <http://www.who.int/en/>

WHO EUROPE <http://www.euro.who.int/>

IHCI <http://www.ihl.org/ihl>

INSTITUTE FOR HEALTH CARE IMPROVEMENT

EFMI <http://www.helmholtz-muenchen.de/ibmi/efmi/>

EUROPEAN FEDERATION FOR MEDICAL INFORMATICS

AGENCY FOR HEALTH CARE RESEARCH AND QUALITY <http://www.ahrq.gov/>

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ <http://www.atherosclerosis-gr.org/>

**40** ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΛΟΥΤΡΑΚΙ**  
25-28 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2008  
CLUB HOTEL CASINO LOUTRAKI  
CONFERENCE RESORT AND CASINO

Πληροφορίες: Πηνελόπη Παρόδου, τηλ: 6944.845266  
Για κρατήσεις: Ευαγγελία Μοσχάκου, τηλ: 6982.820442

ΕΤΣΙΑΡΕΣ: ΔΟΡΕΑΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΕΝΩΣΗ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ)

