



Τα ΝΕΑ της ΕΝΩΣΗΣ

των Γενικών Οικογενειακών Ιατρών

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – GREEK UNION OF GENERAL PRACTITIONERS

«Τα ΝΕΑ της ΕΝΩΣΗΣ των Γενικών Οικογενειακών Ιατρών»

Μηνιαία Έκδοση
Αύγουστος 2008 – Τεύχος 121

Ιδιοκτησία:
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Εκδότες:
Μάρω Νιζηταΐδου
Ελένη Σαμαράκη

Συντακτική Επιτροπή

Διευθύντρια Συντακτικής Επιτροπής: Ανάργυρος Μαριόλης
Υπεύθυνη Σύνταξης: Ειρήνη Χατζοπούλου
Αν. Σύνταξης: Δούκας Ζεϊμπέκης
Μέλη: Πολυχρόνης Δασκαλάκης, Ιωάννης Λέντζας
Ευάγγελος Πετροβίτσος, Χρήστος Χαϊδευτός

Ανταποκριτές ανά Υγειονομική Περιφέρεια

Αττικής: Μάρω Παπαθανασίου
Πειραιώς & Αιγαίου: Ανδρέας Σκαρπέλος
Μακεδονίας: Σοφία Δημοπούλου
Μακεδονίας & Θράκης: Μάρθα Ανδρέου
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας: Κωνσταντίνος Μίχας
Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων,
Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας: Γεώργιος Τσίρος
Κρήτης: Ιωάννης Κομνηνός

Ανταποκριτής Ειδικευόμενων: Ελένη Λάσκαρη

Δ.Σ. Ελληνικής Ένωσης Γενικής Ιατρικής

Πρόεδρος: Ανάργυρος Μαριόλης
Αντιπρόεδρος Α': Ειρήνη Χατζοπούλου
Αντιπρόεδρος Β': Δούκας Ζεϊμπέκης
Γεν. Γραμματέας/Ταμίας: Πολυχρόνης Δασκαλάκης
Ειδ. Γραμματέας: Ευάγγελος Πετροβίτσος
Μέλη: Ιωάννης Λέντζας, Χρήστος Χαϊδευτός

Παραγωγή - Επιμέλεια:

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΕ
Ευφρονίου 25, 116 34 Αθήνα
Τηλ.: 210-7228614-5, 210-7228624

Υπεύθυνος Τυπογραφείου:

Φ. Βάτσικας - Π. Δανιδοπούλος 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

Βελτιώνοντας την Εικόνα της Γενικής Ιατρικής

Σύμφωνα με τον προτεινόμενο ορισμό της Γενικής Ιατρικής από το Royal Australian College of General Practitioners: «Γενική Ιατρική είναι εκείνη η συνιστώσα του συστήματος φροντίδας υγείας, που προσφέρει αρχική, συνεχιζόμενη, πλήρη και συντονισμένη ιατρική φροντίδα για όλα τα άτομα της οικογένειας και της κοινότητας». Σε ένα όμως ανησυχητικά καταρρέον σύστημα υγείας το εύρος των προσφερόμενων υπηρεσιών, καθώς και το πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Γενική Ιατρική είναι δυστυχώς ασαφές.

Βρισκόμαστε αντιμέτωποι με την καχυποψία, την εξίσωση του Γενικού Ιατρού στην αντίληψη του πληθυσμού ως «ανειδίκευτος», τη μη αποδοχή μας από μέρος της ιατρικής κοινότητας λόγω του ασαφούς πεδίου ειδίκευσης, δεδομένου του μικρού χρόνου κατάκτησης ανά πεδίο. Πέντε μήνες στην Παθολογία, τρεις μήνες στη Χειρουργική, δύο μήνες στην Καρδιολογία για όποιον έχει υπηρετήσει την υπηρεσία υπαίθρου. Και τώρα με τον νέο νόμο προωθείται και νέα μείωση σε τρεις μήνες Παθολογίας και δύο μήνες Χειρουργικής με φυσικό επόμενο να εγείρονται προφανή σχόλια του κατά πόσον πραγματικά προλαβαίνει να εκπαιδευτεί μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα.

Ο Γενικός Ιατρός καθημερινά καλείται να διαχειριστεί τις συχνότερες χρόνιες παθήσεις του πληθυσμού, χωρίς όμως να έχει αντικειμενικά εκπαιδευτεί στα τακτικά ιατρεία διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων κατά τη διάρκεια της ειδίκευσής του.

Ως ειδικευμένος καλείται καθημερινά να αντιμετωπίσει το συχνό φαινόμενο περικοπής παραγγελλόμενων εξετάσεων από τους ελεγκτές των ασφαλιστικών ταμείων, ακυρώνοντας τον εμμέσως πλην σαφώς ως ειδικό. Περιμένει μετέωρος τις κρίσεις, μετακινείται αυθαίρετα στα επείγοντα ιατρεία νοσοκομείων αποδυναμώνοντας έτσι τις μονάδες υγείας, καλείται να λειτουργήσει ως δεκανίκι του προβληματικού συστήματος υγείας.

Η δε συνεχιζόμενη υποβάθμιση του ρόλου των Κέντρων Υγείας (ανεπάρκεια υλικοτεχνικών υποδομών-ανθρώπινου δυναμικού) έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη προσβασιμότητα του αγροτικού και ημιαστικού πληθυσμού σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας.

Η έλλειψη επαρκούς Π.Φ.Υ. στα αστικά κέντρα δημιουργεί τη γνώση σε όλους συμφόρηση των ασθενών στα Ε.Ι. και την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης.

Προστατευόμενος ο Γενικός Ιατρός από ποιον νόμο που διασφαλίζει την ειδικότητά του; Το προσχέδιο Α' του νόμου για την Προτοβάθμια Περίθαλψη; Το προσχέδιο Β; Το Γ; Ή ίσως πιθανότατα καλύτερα να περιμένουμε το sequel...

Το λειτούργημά μας σε αυτήν την

FUCIDIN TABS ΦΙΛΜ

23χρονη πορεία του παρά τις προαναφερόμενες αντιξοότητες, έχει αποδείξει ότι προσφέρει τεράστιο έργο στο σύνολο του πληθυσμού.

Καθήκον, λοιπόν, και υποχρέωσή μας είναι η βελτίωση της Γενικής Ιατρικής στην Ελλάδα, προσδίδοντας της το κύρος που δικαιούται, αρχίζοντας με τη δημιουργία ενός άριστη προγράμματος εκπαίδευσης που να παρέχει υπέρτερα και εχέγγυα επιστημονικά εφόδια από εκπαιδευτές καταρτισμένους στα δεδομένα και στις ανάγκες της ειδικότητας, και όχι ευκαιριακή εκπαίδευση από τον εκάστοτε υπεύθυνο της Παθολογικής, Χειρουργικής, Καρδιολογικής κλινικής.

Τη δυνατότητα συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης σε όλη την ελληνική επικράτεια.

Ζητάμε την αμέριστη συμπαράσταση της Πολιτείας με έναν νόμο για την Προτοβάθμια Περίθαλψη που θα διασφαλίζει την απρόσκοπτη παροχή υπηρεσιών υγείας στις όλο και αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού, αλλά, και τη διασφάλιση των λειτουργιών αυτής.

Είναι πλέον απαραίτητη η άρση των εμποδίων για την ακαδημαϊκή εξέλιξη της Γενικής Ιατρικής, καθώς και χρέος της Πολιτείας η επικουρία της σε ένα μεγάλο κεφάλαιο που λέγεται Γενική Ιατρική και Έρευνα.

Δικαιούμαστε τη θέση που μας αξίζει ως Γενικοί Ιατροί, αλλά, οφείλουμε και να τη διεκδικήσουμε, διότι:

«Η δε τέχνη μακράν
Ο δε βίος βραχύς
Οι καρποί δε χαλεποί.»

Ελένη Λάσκαρη
Ειδικ. Γενικής Ιατρικής





ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΝΩΣΕΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.)

ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ ΕΚΤΑΚΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΤΗΣ Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.

Το έκτακτο συνέδριο της Ο.Ε.Ν.Γ.Ε. που έλαβε χώρα στο αμφιθέατρο του «ΕΛΕ-ΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» στις 6 και 7 Ιουνίου 2008 καταγγέλλει την άθλια κυβερνητική προσπάθεια να προεξοφλήσει τη συμφωνία των νοσοκομειακών ιατρών στην πρόταση του Υπουργείου Υγείας για τη σύναψη κλαδικής συμφωνίας με τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ., όπως αυτή κατατέθηκε τον Φεβρουάριο του 2008 και όπως επίμονα επαναλαμβάνεται έκτοτε. Το συνέδριο δηλώνει ότι **απορρίπτει κατηγορηματικά την πρόταση κλαδικής σύμβασης του Υπουργού Υγείας κ. Αβραμόπουλου** και καταγγέλλει ότι καθ' όλο το διάστημα που μεσολάβησε από την πρώτη συνάντηση της Ο.Ε.Ν.Γ.Ε. με τον Υπουργό, κενά από τα κομβικά σημεία διαφωνίας των ιατρών δεν έλαβε εκείνος υπόψη του.

Επίσης, καμία κυβερνητική πρωτοβουλία δεν λήφθηκε, ώστε να επιλυθούν ζωτικά προβλήματα του Ε.Σ.Υ., όπως η υποχρηματοδότηση και οι ελλείψεις σε υποδομές και προσωπικό των Δημόσιων Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας που τείνουν να καταστήσουν το Ε.Σ.Υ. σύστημα μη βιώσιμο.

Τουναντίον, οι επενδύσεις και τα κέρδη των επιχειρηματικών ομίλων υγείας διευρύνονται συνεχώς. Η ανέγερση, αλλά και η μελλοντική λειτουργία νέων νοσοκομείων εγκλωβείται στις μεγάλες κατασκευαστικές εταιρείες και τράπεζες μέσω Σ.Δ.Ι.Τ. Μεγάλα κομμάτια της διάγνωσης και περιθάλψης παραδίδονται καθημερινά στον κρατικό-ιδιωτικό παρασιτικό ιδιωτικό τομέα με τη χρηματοδότηση των ασφαλιστικών ταμείων και την αραίωση της τσέπης των ασθενών.

Τέλος, η κυβέρνηση με νομοσχέδιο παραχωρεί στον ιδιωτικό τομέα ακόμη και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, εξαφανίζοντας εσκεμμένα τη λέξη «δωρεάν» από το κείμενο του προτεινόμενου νομοσχεδίου.

Το κονδύλιο εφημεριών για το 2008 υπολείπεται σαφώς των αναγκών, δεδομένου ότι είναι μόλις 2% παραπάνω από το περσινό, μη συμπεριλαμβάνοντας την αντίστοιχη μισθολογική ωρίμανση. **Οι ιατροί σε πολλά νοσοκομεία της χώρας δεν έχουν πληρωθεί ούτε καν τις εφημερίες του Ιανουαρίου** με αποτέλεσμα να έχουν περιέλθει σε δεινή οικονομική και ψυχολογική θέση.

Το συνέδριο καλεί το Υπουργείο Υγείας και την κυβέρνηση:

1. Να αναλάβουν τις ευθύνες τους για τη διαρκή υποβάθμιση του επιπέδου περίθαλψης των κατοίκων της χώρας. Να σταματήσουν όσο είναι καιρός κάθε σχέδιο για ιδιωτικοποίηση των δημόσιων δομών υγείας και να εξασφαλίσουν το δικαίωμα των πολιτών σε υψηλής ποιότητας, δωρεάν υπηρεσίες υγείας. Να ενισχυθεί άμεσα το δημόσιο σύστημα περίθαλψης με τις αναγκαίες προσλήψεις μόνιμου νοσηλευτικού, παραϊατρικού και βοηθητικού προσωπικού.
2. Να φροντίσουν να πληρωθούν άμεσα όλες οι δεδουλευμένες εφημερίες των ιατρών. Δεν νοείται διεξαγωγή οιασδήποτε διαπραγματεύσεως με έστω και έναν ιατρό απλήρωτο για δεδουλευμένα. Στηρίζουμε με όλες μας τις δυνάμεις τους ιατρούς που βρίσκονται ακόμη σε κινητοποιήσεις για απλήρωτες δεδουλευμένες εφημερίες. Να σταματήσει ο απαράδεκτος εκβιασμός μέσω των «δηλώσεων μετανοίας» που εξακολουθούν να ζητούνται από απλήρωτους νοσοκομειακούς ιατρούς στις Κεντρικές και σε άλλες περιοχές της χώρας.
3. Να εγκαταλείψει τις μεθοδεύσεις για αλλαγή του τρόπου πληρωμής των εφημεριών με εισαγωγή επιδόματος εφημέρευσης.
4. Να εξασφαλίσει κονδύλια και να προχωρήσει μονομερώς σε προσλήψεις 5.000 κανονικών επιμελητών και ειδικευόμενων.
5. Να εγγράψει κονδύλια, ώστε να υλοποιήσει την υπόσχεση που έδωσε στο προηγούμενο συνέδριο της Ο.Ε.Ν.Γ.Ε. ο κ. Αβραμόπουλος για αφορολόγητο του επιδόματος βιβλιοθήκης.
6. Να εξασφαλίσει στον προϋπολογισμό ειδικό κονδύλιο για τη νομοθετική υλοποίηση της υπόσχεσης συστήματος απρόσκοπτης εξέλιξης των νοσοκομειακών ιατρών με ταυτόχρονη αποδέσμευση μισθού από βαθμό. Αυτό σημαίνει άμεση προαγωγή όλων των υπηρετούντων αναπληρωτών Διευθυντών σε Διευθυντές.

Το Συνέδριο της Ο.Ε.Ν.Γ.Ε. καλεί την πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας να ικανοποιήσει τα αιτήματά μας για αξιοπρεπείς αποδοχές, ανθρώπινο ωράριο, επαγγελματική αποκατάσταση των νέων ιατρών και ενίσχυση της δημόσιας περίθαλψης.

Συγκεκριμένα απαιτούμε:

1. **Καθαρές τακτικές αποδοχές 1.600 ευρώ** για τον ειδικευόμενο και αντίστοιχη κλιμάκωση στις παραπάνω βαθμίδες. Πληρωμή των εφημεριών με βάση τους νέους μισθούς. Κατάργηση του αυθαίρετου πλάφον των αποδοχών μας προς τον Αρεοπαγίτη με 29 χρόνια προϋπηρεσίας. Πλήρης διαχωρισμός των τακτικών από τις υπερωριακές αποδοχές. **Η εφημερία είναι και θα παραμείνει ως αυστηρά υπερωριακός χρόνος εργασίας.** Αυτό ισχύει και για τις εφημερίες ετοιμότητας, αφού και σε αυτές ο ιατρός τίθεται ανά πάσα στιγμή στη διάθεση της υπηρεσίας. Χορήγηση ρεπό μετά από κάθε ενεργό εφημερία.

2. Προϊνό τακτικό ωράριο βωρο – πενθήμερο, 30ωρο και το πολύ μία εφημερία την εβδομάδα για όλους τους ιατρούς ειδικούς και ειδικευόμενους. Πέντε χιλιάδες νέες προσλήψεις ιατρών, πέραν της κάλυψης των κενών που προκύπτουν από αποχωρήσεις από συνταξιοδοτήσεις. Να πάρουν οι προσλήψεις επικουρικών και συμβασιούχων.

3. Εξέλιξη όλων των σημερινών Αναπληρωτών Διευθυντών σε Διευθυντές και κατάργηση του τίτλου του Αναπληρωτή Διευθυντή. Από δω και πέρα καθεστώς ατομικής εξέλιξης από Επ. Α' σε Διευθυντή ίδιο με αυτό που ισχύει σήμερα για ατομική εξέλιξη από Α' σε Αναπληρωτή.

ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ, ΓΕΝΟΣΗΜΑ Ή ΑΠΛΩΣ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

της *Σοφίας Δημοπούλου*

Καθημερινά ο ιατρικός κόσμος κατακλύζεται από νέα φάρμακα, τα περισσότερα από τα οποία είναι τα ίδια φάρμακα που κυκλοφορούν αλλά με άλλη ονομασία, τα λεγόμενα γενόσημα. Είναι εντυπωσιακό δε, πως ενώ θα περίμενε κάποιος αυτά να προέρχονται από εταιρείες μικρές και αποκλειστικά ελληνικές, πώς υπάρχουν εταιρείες πολυεθνικές, με έρευνα και τεχνογνωσία, όπως η Novartis, η Merck κ.ά που δραστηριοποιούνται στον ίδιο χώρο. Και εκτός αυτού αν κάνει κάποιος μια μικρή έρευνα θα διαπιστώσει πως παγκοσμίως υπάρχει μια έντονα αυξητική τάση στη φαρμακοβιομηχανία σχετικά με την κυκλοφορία των γενοσήμων.

Τι είναι λοιπόν τα γενόσημα; Σε ιστοσελίδα φαρμακοβιομηχανίας βρίσκουμε τα εξής: *Generics (Γενόσημα) είναι ομοιογενή φάρμακα με πρωτότυπα σκευάσματα, των οποίων η πατέντα έχει λήξει. Είναι βιοϊσοδύναμα, ο ασθενής λαμβάνει το ίδιο θεραπευτικό αποτέλεσμα με χαμηλότερο κόστος θεραπείας.*

Υπάρχει όμως δυσπιστία στην Ελλάδα, που αναμφισβήτητα αφορά πρακτικές του παρελθόντος που κανένας δεν είναι απόλυτα βέβαιος ότι δεν συμβαίνουν και σήμερα. Στον υπόλοιπο κόσμο τα πράγματα είναι διαφορετικά. Σε φαρμακοοικονομικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική αποδεικνύεται η αξία της χρήσης τους σε επίπεδο οικονομίας. Στη Βρετανία, σύμφωνα με μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *British Medical Journal*, το «Ε.Σ.Υ.» μπορεί να μειώσει τις πλεονάζουσες δαπάνες του μέσα από την καλύτερη χρήση των φαρμάκων, όπως είναι για παράδειγμα, η αλλαγή των φαρμάκων των ασθενών από τα επώνυμα στα γενόσημα φάρμακα, τα οποία από μόνα τους θα μπορούσαν να εξοικονομήσουν £2 δις (€2,9) μέσα σε 5 χρόνια. Ανάλογες μελέτες αφορούν στη Γαλλία, τη Γερμανία, το Βέλγιο, τη Νορβηγία. Αλλά και στην Ελλάδα υπάρχει έντονος προβληματισμός σχετικά με την αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών που πληρώνουν τα ταμεία και αναζητούνται τρόποι συγκράτησής τους. Έτσι, προέκυψε και η διά νόμου φθηνότερη κοστολόγηση των γενοσήμων. Αναμφισβήτητα πρόκειται για ένα πόλεμο πρωτοτύπων και γενοσήμων και όπως έγραψαν και οι *Financial Times*:

«Υπάρχει η υποψία, εδώ και πολύ καιρό, ότι οι μεγάλες φαρμακευτικές εταιρείες που διαθέτουν επώνυμα και πρωτότυπα φαρμακευτικά προϊόντα, προσπαθούν να προβάλουν εμπόδια, έτσι ώστε να καθυστερεί η είσοδος στην αγορά των φθηνών γενοσήμων φαρμάκων, μετά από τη λήξη της πατέντας των επώνυμων “ομολόγων” τους». Αλλά τους ιατρούς τους αφορά κυρίως η αποτελεσματικότητα των γενοσήμων. Θέλουν να μπορούν να κοιτούν στα μάτια τους ασθενείς τους και να είναι σίγουροι ότι θα τους βοηθήσουν με το φάρμακο που τους δίνουν. Και σε αυτό δεν πρόκειται να τους πείσει κανένας παρά μόνο η προσωπική εμπειρία του καθενός.

Τελικά, μέσα στη δίνη της καθημερινότητας και του κέρδους η προσωπική ευθύνη και τιμιότητα αποτελούν τη μοναδική επιλογή.

τα **ΝΕΑ** της **ΕΝΩΣΗΣ** των Γενικών Οικογενειακών Ιατρών

Ιδιοκτησία:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ριζάρη 13, 116 34 Αθήνα

Τηλ.: +30 210 7240421, Fax: +30 210 7240420

www.enosigi.gr/forum

E-mail: contact@enosigi.gr ή board@enosigi.gr

Υπεύθυνη Σύνταξης:

Ειρήνη Χατζοπούλου

Νεαπόλεως 7, Κάτω Τούμπα, 544 53 Θεσσαλονίκη

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.



ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΚΑΔ. ΕΤΟΣ 2008-2009

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ – UNIVERSITY OF CRETE
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – FACULTY OF MEDICINE
 Τ.Θ. 1393, 71409 Ηράκλειο, Κρήτη
 P.O. Box 1393, Heraklion, Crete, Greece
 Γραμματεία Μεταπτυχιακών Σπουδών

Προκήρυξη για το ακαδ. έτος 2008-2009

Το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης οργανώνει **Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Γενική/Οικογενειακή Ιατρική και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**. Το Πρόγραμμα, το οποίο πρόκειται να λειτουργήσει για 1η φορά τον **Οκτώβριο 2008**, οδηγεί στην απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Μ.Δ.Ε.), μετά από σπουδές διάρκειας 4 ακαδημαϊκών εξαμήνων (α' κύκλος σπουδών) καθώς και στην απόκτηση Διδακτορικού Διπλώματος (β' κύκλος σπουδών).

Η παρούσα πρόσκληση αφορά **μόνο** στην υποβολή αιτήσεων για την απόκτηση Μ.Δ.Ε. στη: **Γενική/Οικογενειακή Ιατρική και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Δεκτοί γίνονται: Ιατροί με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής.

Το ακαδημαϊκό έτος 2008-09 θα γίνουν δεκτοί στο Π.Μ.Σ. **Δώδεκα (12)** μεταπτυχιακοί φοιτητές. Όσοι επιθυμούν να συμμετάσχουν στη διαδικασία επιλογής πρέπει να υποβάλουν φάκελο υποψηφιότητας με τα ακόλουθα δικαιολογητικά (*όχι επικυρωμένα*):

- Αίτηση συμμετοχής (*Έντυπο 1*).
- Τίτλο ειδίκευσης (και επίσημη μετάφρασή του όταν πρόκειται για τίτλο αποκτηθέντα σε χώρα του εξωτερικού).
- Αντίγραφο πτυχίου Ιατρικής (και Πιστοποιητικό αντιστοιχίας και ισοτιμίας από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π., για πτυχιούχους πανεπιστημίων του εξωτερικού).
- Πιστοποιητικό Σπουδών με αναλυτική βαθμολογία μαθημάτων.
- Πιστοποιητικά ξένης γλώσσας (αγγλικής).
- Βιογραφικό Σημείωμα στο οποίο θα αναφέροντα αναλυτικά οι σπουδές, η επαγγελματική εμπειρία, η επιστημονική δραστηριότητα του υποψηφίου ή της υποψήφιας.
- Κατάλογος δημοσιεύσεων ή επιστημονικών εργασιών (εφόσον υπάρχουν).
- Δύο συστατικές επιστολές.
- Δήλωση του Ν. 1599/1986 ότι δεν είναι εγγεγραμμένοι σε άλλο Π.Μ.Σ.

Τονίζεται ότι τα μαθήματα:

- είναι υποχρεωτικής παρακολούθησης
- είναι διάρκειας 108 ωρών το εξάμηνο οι οποίες θα κατανέμονται σε έξι τρίμηνα (Παρασκευή απόγευμα έως Κυριακή μεσημέρι) [βλ. Προσφερόμενα μαθήματα].

Η διαδικασία επιλογής περιλαμβάνει δύο στάδια αξιολόγησης. Στο πρώτο στάδιο αξιολόγησης προχωρούν μόνο όσοι υποψήφιοι διαθέτουν:

- α. τίτλο ειδίκευσης Γενικής Ιατρικής, και
- β. πιστοποιημένη γνώση Αγγλικής σε επίπεδο First Certificate.

1ο στάδιο: Αξιολόγηση βιογραφικού σημειώματος και επιλογή αριθμού υποψηφίων

Τα βιογραφικά σημειώματα θα αξιολογηθούν με βάση τα εξής κριτήρια:

- i. Βαθμός πτυχίου.
- ii. Επαγγελματική σταδιοδρομία.
- iii. Πλήρεις δημοσιεύσεις σε ελληνικά και ξενόγλωσσα περιοδικά με κριτές.
- iv. Πιστοποιημένη μεταπτυχιακή εκπαίδευση σε αντικείμενα σχετικά με το ΠΜΣ.
- v. Συστατικές επιστολές από Πανεπιστήμια και Επιστημονικές Εταιρείες Γενικής Ιατρικής.

2ο στάδιο: Συνέντευξη και τελική επιλογή υποψηφίων

Κατά το δεύτερο στάδιο της διαδικασίας καλούνται όσοι βρίσκονται στις πρώτες θέσεις της σειράς κατάταξης μετά το πρώτο στάδιο αξιολόγησης.

Στόχος της συνέντευξης είναι να διαπιστωθεί ποιοι υποψήφιοι είναι ικανοί να ανταποκριθούν ουσιαστικά στις απαιτήσεις του Προγράμματος.

Οι αιτήσεις συμμετοχής και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά πρέπει να υποβληθούν ταχυδρομικώς στη Γραμματεία του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Γενική/Οικογενειακή Ιατρική και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Π.Μ.Σ. Γ.Ο.Ι. & Π.Φ.Υ., Υπόψη κας Χρυσάνθης Ψαρουδάκη, Τ.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο, τηλ. 2810-39 46 21) και το Έντυπο 1 να αποσταλεί και ηλεκτρονικά στη διεύθυνση chrisanthimail@yahoo.gr.

Χρονοδιάγραμμα:

Αιτήσεις υποψηφιότητας θα γίνονται δεκτές **από τις 23 Ιουνίου 2008** έως και τις **23 Ιουλίου 2008** (σφραγίδα ταχυδρομείου).

Η διαδικασία επιλογής των Μεταπτυχιακών Φοιτητών θα ολοκληρωθεί εντός του πρώτου εικοσαήμερου του Σεπτεμβρίου 2008.

Εκτιμώμενη ημερομηνία έναρξης του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών: 24 Οκτωβρίου 2008.

ΤΟ 48ΩΡΟ ΤΟ 58ΩΡΟ ΚΑΙ Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

της *Σοφίας Δημοπούλου*

Τον τελευταίο καιρό όλο και περισσότερο γίνεται λόγος για το λεγόμενο 48ωρο και 58ωρο που σύμφωνα με την Ε.Ε. θα πρέπει να είναι ο χρόνος εβδομαδιαίας εργασίας για τους ιατρούς, τους ειδικούς και τους ειδικευόμενους, αντίστοιχα.

Δεν πρόκειται να σταθώ στα πολιτικά δρώμενα που λίγο-πολύ είναι γνωστά σε όλους αλλά θα θέξω κάποια πλευρά του όλου θέματος που παρ' ότι είναι αυτονόητη είναι καλό να αναφερθεί, γιατί ως γνωστόν σήμερα τίποτα δεν πρέπει να θεωρείται αυτονόητο και πολύ περισσότερο δεδομένο.

Οι περισσότεροι ασχολούνται με το θέμα των εφημεριών και πόσες αυτές θα είναι, και αν είναι τόσες αργίες ή τόσες καθημερινές, ή επίσης πόσα θα είναι τα χρήματα κ.λπ., κ.λπ. Τον κίνδυνο της επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών ούτε εμείς οι ίδιοι δεν τον αναφέρουμε, και όμως είναι υπαρκτός και έχει και πολλά παραλάδια. Τα τελευταία χρόνια την Ευρώπη, αλλά σιγά-σιγά και στη χώρα μας, έχει αρχίσει να απασχολεί η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τι είναι αυτό; Η ψυχολόγος Christine Maslach το 1982 το όρισε ως εξής:

«Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς».

Πιο συγκεκριμένα, τα συμπτώματα αυτού του συνδρόμου περιλαμβάνουν: **πονοκέφαλους, γαστρεντερικά προβλήματα, δυσκολίες ύπνου, υπερένταση, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές διατροφής και μυοσκελετικούς πόνους αλλά και έντονο στρες, κατάχρηση φαρμάκων, ανία, χαμηλό «ηθικό» και χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και τελικά συναισθηματική παραίτηση.**

Μήπως υπάρχουν ιατροί που αναγνωρίζουν σε αυτά τα συμπτώματα τους εαυτούς τους; Όλα αυτά τα χρόνια που οι ιατροί καταπονούνται με τις απειριωτές και εξαντλητικές εφημερίες που τους στερούν χρόνο από τις οικογένειές τους, τους φίλους τους και τελικά από τη ζωή τους, κανένας μας δεν ανέδειξε στον βαθμό που θα έπρεπε αυτή την ανάγκη. Και, σήμερα, έρχεται μια έξωθεν «εντολή» να μας προβληματίσει και να μας επιβάλει τα αυτονόητα. Πόσα ιατρικά άραγε λάθη οφείλονται σε αυτή την πρακτική χρόνων; Δεν το ξέρουμε και δεν θα το μάθουμε ποτέ! Και επίσης πόσες αναρωτικές άδειες ιατρών; Και πόσες συντάξεις που δεν αποδόθηκαν ποτέ; Σε κάποιες χώρες της Ευρώπης θεσπίστηκε 1 ημέρα άδεια κάθε μήνα για την πρόληψη του συνδρόμου και στην Ελλάδα ακόμη αναρωτιόμαστε εάν την επομένη της εφημερίας θα πρέπει να φύγουμε και «πώς θα καλυφτεί η Κλινική». Σίγουρα, με τα σημερινά δεδομένα πολλά προβλήματα θα δημιουργηθούν αν εφαρμοστεί το 48ωρο, αλλά δεν είναι ευθύνη των ιατρών να βρουν λύσεις. Οι σχεδιάζοντες την πολιτική υγείας σίγουρα είναι ή θα έπρεπε να είναι πολύ περισσότερο ικανοί, αφού συνάμα είναι και υπεύθυνοι να επιλύσουν αυτά τα προβλήματα. Οι ιατροί όμως σίγουρα πρέπει να προασπίσουν την υγεία τους!

Σχετικά με την Ηλεκτρονική Ιστοσελίδα της Ένωσης

Συνάδελφοι,

Η ηλεκτρονική ιστοσελίδα της ΕΝΩΣΗΣ (enosigi.gr) 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



ΤΟ ΘΚΙΤΟ ΤΟΥ ΜΗΝΑ



ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ

Γράφει ο **Νικόλαος Χ. Κεραμιάς**
Πρόεδρος της Εταιρείας Νέων Ιατρών και Επιστημόνων Υγείας (Ε.Ν.Ι.Ε.Υ.)

Εισαγωγή

Το πρόβλημα των ιατρικών λαθών (Ι.Λ.) συνεχώς γιγαντώνεται, ενώ συχνά αποτελεσι ανικείμενο συζήτησης των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, όπου πολλές φορές (άλλοτε δίκαια, αλλά συνήθως μάλλον άδικα) οι ιατροί και τα Ι.Λ. δαμιονοποιούνται και στοχοποιούνται. Είναι προφανές ότι μια τόσο στενά νομιμοποιητική προσέγγιση των Ι.Λ. (με όρους ενοχής και τιμωρίας) δεν συμβάλλει στην ψύχραιμη θεώρηση των Ι.Λ. από πλευράς του υγειονομικού κόσμου, με αποτέλεσμα να δημιουργείται, τουλάχιστον στην Ελλάδα μια κουλτούρα συγκάλυψης και αποσιώπησης των Ι.Λ. μέσα από το πρίσμα μιας κακώς νοούμενης αντίληψης περί συναδελφικής αλληλεγγύης. Θα πρέπει να γίνει αντίληπτό ότι δεν υπάρχει σε εξέλιξη κάποιου είδους συνωμοσία κατά των υγειονομικών από διαηγόρους και δημοσιογράφους: οι ιατροί δεν είναι υπό δίωξη!

Θεωρητικό Υπόβαθρο Ιατρικών Λαθών

Καταρχήν ο ορισμός του λάθους που χρησιμοποιείται από το Institute of Medicine είναι, αντλώντας από τη γνωσιακή ψυχολογία, «η αποτυχία μιας ενέργειας να ολοκληρωθεί με βάση το οργανωμένο σχέδιο που είχε προβλεφθεί ή η χρήση ενός αποτελεσματικού σχεδίου για την επίτευξη ενός στόχου».

1. Ο James Reason έχει κατατάξει τα λάθη (errors) σε τρεις μεθοδολογικές κυριώς διαιρέσεις: λάθη από στιγμαία απροσεξία (slips), λάθη από μειωμένη συγκέντρωση-παρολείψεις (lapses) και λάθη κατά κύριο λόγο - σφάλματα (mistakes).

2. Τρεις βασικές κατηγορίες προβλημάτων σχετίζονται με την ποιότητα της υγείας, αφού μειώνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων: τα προβλήματα υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών υγείας (overuse problems), τα προβλήματα μειωμένης χρήσης (underuse problems) και εκείνα από λανθασμένη χρήση (misuse).

Τα overuse problems εμφανίζονται, όταν παρέχουμε υπηρεσίες υγείας των οποίων η σχεδιαζόμενη ωφέλεια υπολείπεται των πιθανών παρενεργειών της. Τυπικό παράδειγμα αποτελεί η χορήγηση αντιβιοτικών για τη θεραπεία του απλού κρυολογηματος, καιτοι γνωρίζουμε ότι τα αντιβιοτικά δεν έχουν καμία επίδραση επί των ιών, με τελικό αποτέλεσμα την ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών λόγω άσκοπης χορήγησης αντιβιοτικών. Τα underuse problems προκύπτουν όταν αποτυγχάνουμε να παράσχουμε αποτελεσματική περίθαλψη σε έναν ασθενή με αποτέλεσμα να αδυνατούμε να του προσφέρουμε τα επιθυμητά από αυτόν και το σύστημα αποτελέσματα. Π.χ. όταν παραλείπουμε να εμβολιάσουμε προληπτικά έναν ηλικιωμένο για τη γρίπη, παρ' ότι εκείνος μας επισκέφτηκε για την αντιυπερτασική αγωγή του. Τα misuse problems αποτελούν τη συνηθέστερη κατηγορία ιατρικών λαθών ή τουλάχιστον την εμφανέστερη κατηγορία: συμβαίνουν όταν παρέχουμε όντως την πλέον ενδεδειγμένη περίθαλψη και θεραπεία, αλλά χωρίς την απαιτούμενη επάρκεια εξοικείωσης με τη χρησιμοποιούμενη μέθοδο (όπως η συνταγογράφηση φαρμάκων, με τα οποία δεν είμαστε επαρκώς εξοικειωμένοι με αποτέλεσμα λάθη στη δόσολογία - εξαιρετικά συχνό φαινόμενο πάλι στην Αμερική με συχνό κίνδυνο και για την ίδια τη ζωή του ασθενούς) ή όπως η λανθασμένη ή ανεπαρκής χειρουργική τεχνική σε μια ορθός κατά τα άλλα καταστρωμένη επεμβατική στρατηγική.

3. Δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι οι παράγοντες εκείνοι που μπορούν να προκαλέσουν μειωμένη ικανοποίηση στον χρήστη των Υπηρεσιών Υγείας ταξινομούνται σε δύο μειζονες κατηγορίες: αφενός την ατομική απόδοση κάθε υγειονομικού, αφετέρου τη συστηματική αντίδραση ενός οργανισμού. Η ατομική απόδοση συνδέεται με την εμφάνιση ατομικών λαθών, ενώ η συστηματική αντίδραση ενός οργανισμού συνδέεται με την εμφάνιση συνηθισμένων «μειωμένης αντίδρασης» στα πιθανά λάθη που είναι μαθηματικά βέβαιο

ότι μπορούν να εμφανιστούν σε κάποιο επίπεδο λειτουργίας του συστήματος. Κατά συνέπεια, οι στρατηγικές παρέμβασης θα πρέπει να απευθύνονται στα δύο αυτά ξεχωριστά, αλλά και ταυτόχρονα αλληλένδετα επίπεδα, χωρίς να παραγνωρίζουμε τον ρόλο του ίδιου του ασθενούς: πρώτον, βελτίωση των διαδικασιών και δημιουργία μηχανισμών διαχείρισης των λαθών σε συστημικό «μακρο»-επίπεδο, δεύτερον, αξιολόγηση και στοχευμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στο ατομικό «μικρο»-επίπεδο, τρίτον ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς στις διαδικασίες επ' ωφελεία και των δύο επάλληλων επιπέδων.

4. **Επιδημιολογικά Στοιχεία:** Στις ΗΠΑ με βάση στοιχεία που δημοσιεύτηκαν σε μελέτη του 2000 από το Institute of Medicine, οι θάνατοι που πιθανόν σχετίζονται με ιατρικά λάθη υπολογίζονται σε 44.000-98.000 ετησίως. Με βάση τα στατιστικά στοιχεία της ίδιας χώρας μόνο το 55% των ασθενών με διαγνωσμένη κολπική μαρμαρυγή λάμβαναν αντιπηκτική αγωγή την περίοδο 1989-1999, ενώ πάντα στην ίδια χώρα πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση των λαθών συνταγογραφίας της τάξης του 300% την περίοδο 1987-1994, αλλά και διαπιστώθηκε ότι το 16% των υστερεκτομών δεν πληρούσαν όλες τις ενδείξεις. Στην Αυστραλία σε μια μελέτη 14.000 ιατρικών φακέλων αποκαλύφθηκε ότι περίπου το 16,6% των εισαγωγών σε νοσοκομεία οφειλονταν σε πιθανά ιατρικά λάθη.

5. Στη Μ. Βρετανία η ανησυχία τόσο του κοινού όσο και της επιστημονικής κοινότητας για τα ιατρικά λάθη ανάγκασε τις αρχές του εθνικού συστήματος να λάβουν μια σειρά από πρωτοβουλίες, όπως η έκδοση μιας σειράς κειμένων με τίτλο «Building a safer system: An organization with a memory».

6. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι λαμβάνουν χώρα περίπου 300.000 ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς ως συνέπεια ιατρικών λαθών, γεγονός το οποίο προκαλεί ζημιές της τάξης του 1 δισεκατομμυρίου στερελινών ή του 1,5 δις δολαρίων. Αντίστοιχα, στη Μ. Βρετανία το National Audit Office ανέφερε ότι οι απαιτήσεις που έχουν εγερθεί εναντίον του NHS για αμείλειες και λάθη που σχετίζονται με την κλινική πρακτική (όχι διοικητικής ή οικονομικής φύσης) αγγίζουν τα 3,9 δις στερελίνες ή τα 5,6 δις δολάρια.

7, 8. Πιο συγκεκριμένα, σε μια μελέτη του 1998 από τις ΗΠΑ, τη Μ. Βρετανία, την Αυστραλία, τον Καναδά και τη Νέα Ζηλανδία τα στοιχεία ήταν όντως αποκαλυπτικά: το κοινό πίστευε, με συντριπτικά ποσοστά, ότι το σύστημα υγείας στη χώρα τους έχρηζε σημαντικών αλλαγών έως και ριζικής αναμόρφωσης, ενώ και οι ιατροί ομολογούσαν ότι η ικανότητά τους να παράσχουν ποιοτική περίθαλψη έχει σαφώς μειωθεί τα τελευταία 5 χρόνια πριν από τη μελέτη (Καναδάς 59%, ΗΠΑ 57%, Ν. Ζηλανδία 53%, Μ. Βρετανία 46%, Αυστραλία 38%). Όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό, μια μελέτη σε πέντε χώρες (ΗΠΑ, Καναδάς, Αγγλία, Σκωτία, Γερμανία) υπολογίζει τη μείωση της ικανότητας ποιοτικής περίθαλψης, όπως αναφέρεται από τους ίδιους τους νοσηλευτές, από 17 έως 44%. Μετά από την παράθεση όλων αυτών των στοιχείων η απογοήτευση του κοινού από τα συστήματα υγείας είναι εντελώς ευεξήγητη (πέρα από τη διάγνωση του προβλήματος μέσα από τους παραμορφωτικούς φακούς του κριτισμού στον έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο): στις ΗΠΑ το 1998 ο Δείκτης Ικανοποίησης του Αμερικανικού Καταναλωτή (American Consumer Satisfaction Index) τοποθέτησε τα νοσοκομεία σε ενδιάμεση θέση μεταξύ των Ταχυδρομείων και της Εφορίας!

9. **Επιστημολογική - Κοινωνιολογική προσέγγιση:** Θα πρέπει οι ιατροί μας να συμφιλιωθούν με το γεγονός ότι τα Ι.Λ. αποτελούν ανεπιθύμητο μεν αναπόφευκτο δε σύντροφο της καθημερινής ιατρικής πρακτικής. Η Ιατρική άλλωστε, όπως και όλοι οι επιστημονικοί κλάδοι, δεν διεκδικεί κανένα αλάθητο: ιατρική και λάθος είναι έννοιες συνυφασμένες, αφού οι επιστημονικές θεωρίες χωρίς τα λάθη και το βάσανο της επιβεβαίωσης ή της διάψευσης δεν μπορούν να ελεγχτούν και να αξιολογηθούν. Την πιθανότητα λάθους δεν ανέχονται τα δογματικά/υπερβατικά - μεταφυσικά συστήματα που θεωρούν ότι η «αλήθεια» είναι αυταπόδεικτη και αποκαλύπτεται απόματα σε όποιον έχει αρκετά «αγνός» και «ηθικός». Η επιστήμη, όμως, είναι μια ορθολογική-κριτική κατασκευη χωρίς αξιώσεις απόλυτης και «θέωθεν» αποκεκαλυμμένης αλήθειας, άρα τα λάθη είναι αναμενόμενα, ίσως και ευπρόσδεκτα υπό μια έννοια. Οι επιστημονικές θεωρίες, οπότε και οι ιατρικές θεωρίες, χρειάζονται ίσως περισσότερο τη διάψευση του λάθους από την επιβεβαίωση του ορθού (κατά τις επιστημολογικές θεωρίες του Sir Karl Popper) προκειμένου να κριθούν, αλλά και για να παραγάγουν νέα επιστημονική γνώση.

10. Μην ξεχνούμε άλλωστε τον γνωστό αφορισμό ότι το 50% των ιατρικών γνώσεων απαξιώνεται εντός μιας δεκαετίας. Είναι γεγονός βέβαια ότι θα πρέπει να μην μεμφόμαστε υπερβολικά τους ιατρούς μας, διότι είναι και αυτοί με τη σειρά τους προϊόντα ενός εκπαιδευτικού συστήματος, το οποίο προάγει την αποσπαστική και όχι την κριτική σκέψη, καλλιεργεί την άκριτη υποταγή στην ιεραρχική δομή της ιατρικής κοινότητας, καθαρμάζει το «καθηγητικό και διευθυντικό αλάθητο», εξοβελίζει την τεκμηριωμένη ιατρική («evidence based medicine»), εκλαμβάνει την ιατρική ως εξουσία και δύναμη και όχι ως λειτουργία, ανέχεται και ίσως υποθάλπει την πατεναλιστική αντιμετώπιση του πάσχοντα συνανθρώπου. Δυστυχώς, ακόμη και στις μέρες μας πολλοί ιατροί στην πατρίδα μας δεν καταφέρνουν να απογαλακτιστούν εντελώς από αυτή την παρωχημένη και ουσιαστικά αντι-επιστημονική θεώρηση της ιατρικής, με αποτέλεσμα να θέλγονται από την ψευδαίσθηση της οιονεί απόλυτης εξουσίας του ιατρού επί της υγείας του ασθενούς. Προφανώς, η σχεδόν μεταφυσική αυτή αντίληψη του ιατρού σχετικά με το λειτουργημά του μάλλον προσομοιάζει με την εικόνα του μάγου-θεραπευτή των πρωτόγονων φυλών, ο οποίος ενθουσιάζει τους ασθενείς με τις θαυματουργικές-θεουργικές ικανότητές του, παρ'α με σύγχρονο επιστήμονα, ο οποίος κατέκτησε τις αξιόλογες, αλλά αναμφισβήτητα όχι μαγικές, γνώσεις του με κόπο και προσπάθεια και ο οποίος με ευγένεια και σεβασμό μοιράζεται τις γνώσεις του, προκειμένου να βοηθήσει τον πληροφορορημένο πλέον ασθενή του να λάβει την καλύτερη δυνατή απόφαση για τη δική του υγεία.

Μέσα στο προαναφερθέν αντι-επιστημονικό περιβάλλον δεν μπορεί να ευδοκιμήσει
Συνέχεια στη σελ. 6



Συνέχεια από τη σελ. 5

σει η επιστημονική μετριοπάθεια και μετριοφροσύνη, η οποία αποδέχεται τα λάθη ως ανεπιθύμητο, αλλά αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής ιατρικής πρακτικής, και προάγει την «κουλτούρα αναφοράς» των ιατρικών λαθών ως εργαλείο αποτίμησης της αποτελεσματικότητας των ιατρικών πρακτικών και ελέγχου της κείμενης ιατρικής γνώσης. Αντίθετα, σε παρόμοια περιβάλλοντα θάλλει η δογματικότητα και η στείρα προσκόλλησή στο «αλάθητο της αυθεντίας» και στο «καθιερωμένο της παράδοσης», η αλαζονεία και η μισαλλοδοξία της δογματικής σκέψης, η πατερνλιστική σχέση που αντιμετωπίζει τον ασθενή - παθητικό δέκτη των αποφάσεων του παντογνώστη και αλάθητου ιατρού για την τύχη της δικής του υγείας. Βέβαια, δεν πρέπει να λησμονούμε ότι το επάγγελμα του μάγου-θεραπευτή μοιάζει γοητευτικό, αλλά μπορεί να είναι και εξαιρετικά επικίνδυνο: από το «θαύμα» και τη σχετική θεοποίηση του ιατρού μέχρι τη δαίμονοποίηση σε περίπτωση αποτυχίας (συγγνωστής ή μη) η απόσταση είναι πολύ μικρή.

Τίως δεν θα έπρεπε να κακίζουμε μόνο τους ιατρούς μας για τον επιπόθετο λόγο ότι η προβληματική μας εκπαίδευση και ιατρική κοινότητα αντανακλά τα ευρύτερα προβλήματα της κοινωνίας μας, της εκπαίδευσής μας και της επιστημονικής μας κοινότητας. Η κοινωνία μας είναι άραγε, όπως τουλάχιστον επαγγέλλεται, μια ανοικτή κοινωνία χαρακτηριζόμενη από τη δράση ώριμων, υπεύθυνων και αυτόνομων πολιτών ή μήπως παραμένει μια κλειστή και παραδοσιακή κοινωνία όπου η ατομική υπευθυνότητα διαχέεται σε συσσωματώσεις όπως η, ευρύτερη ή στενότερη, οικογένεια; Η νεοελληνική κοινωνία αντιμετωπίζει ακόμη την ασθένεια με όρους επίσης μεταφυσικούς/υπερβατικούς: η ασθένεια δεν ελαμβάνεται ως ένα τυχαίο γεγονός, ούτε ως αποτέλεσμα μιας παθολογολογικής διαδικασίας στην οποία είχε συμμετοχή ο ασθενής, αλλά ως κατάρα, ως αποτέλεσμα ατώ-

λειας της εύνοιας των θείων δυνάμεων. Τυπικό παράδειγμα αποτελεί η καρκινοφοβία του Νεοελληνα: ο καρκινοπαθής βιώνει τη νόσο ως ένα τρομακτικό γεγονός, ως κατάρα και προϊόν υπερβατικής παρέμβασης και θεωρεί ότι μόνο ένα θαύμα μπορεί να αποκαταστήσει την υγεία του, αγνοώντας μάλιστα τις δικές του νοσογόνες στάσεις και συμπεριφορές.

Για να δώσουμε το πραγματικό μέγεθος της εκπαιδευτικής και επιστημονικής μας στασιμότητας, ας αναρωτηθούμε ποιο άραγε παράδειγμα ακολουθεί το σύστημά μας: εκείνο του Θαλή, ο οποίος προήγαγε μέσα στη σχολή του την τεκμηριωμένη κριτική έναντι των δικών του απόψεων, εκείνο του μεγίστου Ιπποκράτη, ο οποίος απέφυγε να εκφράζεται αφοριστικά για τα συμπτώματα, την κλινική εικόνα και τη θεραπεία των νόσων, αλλά αντίθετως ενθάρρυνε τους μαθητές του να χρησιμοποιούν τη διδασκαλία του ως εργαλείο και όχι ως θέσφατο, ή μήπως τον πολύ Γαληνό, ο οποίος δεν ανεχόταν καμία κριτική στο περιουσιόδατο (και πράγματι εξαιρετικό συχνά) έργο του, με συνέπεια όχι μόνο να μην καταλείπει μαθητές, αλλά και να ακινητοποιήσει την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης για 1.000 και πλέον χρόνια, αφού κανένας δεν τολμούσε να αμφισβητήσει τα ευρήματα του «θεόπνευστου» ιατρού;

Τέλος, δεν θα πρέπει να παραγνωρίζουμε τη συνεχώς αυξανόμενη πολυπλοκότητα της ιατρικής γνώσης, η οποία είναι απότοκος της εκρηκτικής ανάπτυξης της βιοϊατρικής έρευνας και επιστήμης. Αν ληφθεί μάλιστα υπόψη ότι η πολυδιάσπαση και κατάτμηση της ιατρικής επιστήμης δυσχεραίνει περαιτέρω τη διάχυση της ιατρικής γνώσης και τη συνεχή επικαιροποίηση των ιατρικών πρακτικών, τότε θα πρέπει πράγματι να αναγνωριστεί ότι η προσπάθεια του σημερινού ιατρού δεν είναι καθόλου εύκολη. Επίσης, τα σύγχρονα Συστήματα Υγείας χαρακτηρίζονται από αυξημένη πολυπλοκότητα, ως αποτέλεσμα των αυξανόμενων απαιτήσεων του κοινού, της έγκρισης της ιατρικής γνώσης, αλλά και συνακόλουθα του κόστους της ιατρικής περίθαλψης, με συνέπεια την αύξηση της γραφειοκρατίας και των διοικητικών διαδικασιών ελέγχου του κόστους. Η επιτεινόμενη αυτή πολυπλοκότητα των Συστημάτων Υγείας δημιουργεί ένα «πολυώροφο οικοδόμημα», σε κάθε επίπεδο του οποίου ελλοχεύει πάντοτε ο κίνδυνος του λάθους. Η πιθανότητα λάθους, όσο μικρή και αν είναι, αθροίζεται σε κάθε επίπεδο, οπότε επί παραδείγματι αν σε κάθε επίπεδο ενός «δεκαώροφου» Συστήματος Υγείας υπάρχει η όντως αμελητέα πιθανότητα του 1% για εμφάνιση λάθους, στο σύνολο του Συστήματος η αθροιστική πιθανότητα εμφάνισης λάθους προσεγγίζει το 10%. Η λεγόμενη «συστημική» θεώρηση του ιατρικού λάθους αποτελεί μια παραγνωρισμένη και υποεκτιμημένη πλευρά των ιατρικών λαθών. Η ατομική απόδοση συνδέεται με την εμφάνιση ατομικών λαθών, ενώ η συστημική αντίδραση ενός οργανισμού συνδέεται με την εμφάνιση συνθηκών «μειωμένης αντίδρασης» στα πιθανά λάθη, που είναι μαθηματικά βέβαιο ότι μπορούν να εμφανιστούν σε κάποιο επίπεδο λειτουργίας του συστήματος.

Συμπεράσματα - Προτάσεις για το Μέλλον

- Αλλαγή εκπαιδευτικών προτύπων: αξιολόγηση, τεκμηριωμένες πρακτικές.
- Αναμόρφωση προτύπων διοίκησης και λειτουργίας: νέες διαδικασίες ποιότητας και αριστείας (σε επίπεδο management - clinical governance, αλλά και κλινικής ομάδας - clinical leadership).
- Επενδύσεις σε ανθρώπινο δυναμικό: διά βίου μάθηση.
- Νέες τεχνολογίες (πχ ηλεκτρονικός φάκελος), πρόσβαση σε βάσεις δεδομένων, (πχ. Cochrane database).
- Αλλαγή αντιεπιστημονικής κουλτούρας: αποδοχή της Ιατρικής ως συνεχώς επεκτεινόμενης (αλλά με όρια στο σήμερα και πιθανόν στο αύριο) επιστήμης (όπου και πιθανή «χρησιμότητα» Ι.Λ.), αλλαγή μεταφυσικών προτύπων, διεπαγγελματικότητα, αντιμετώπιση συνεχνιακής αιτιολογοκρατίας.
- Ενεργητική συμμετοχή του πολίτη μετά από εκπαίδευση: χειραφέτηση πολίτη από τη σχέση αντιπροσωπευσης, δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης ιατρού - ασθενούς, ενεργητική συμμετοχή (πρόληψη και πληροφορημένη συναίνεση) ασθενούς στην υγεία του (ασθένεια ως τυχαίο γεγονός και όχι ως κατάρα).
- Η αξιολόγηση δεν είναι εχθρός, είναι όρος επιβίωσης, επειγούσα ανάγκη για καταγραφή προβλημάτων.
- Η αντίθεση στην αξιολόγηση είναι αντίδραση στην επιστημονική αντίληψη της Ιατρικής, αλλά και στην ορθολογιστική αντίληψη της κοινωνίας (στη μητέρα της φιλοσοφίας, Ελλάδα!).

NORMA

Bindazac
Ranitidine hydrochloride

Amlodipine/Norma
Amlodipine besilate

Budesonide/Norma
Budesonide

Butamirate/Norma
Butamirate citrate

Empirol
Captopril + HCTZ

Forcet
Sumatriptan Succinate

Loproc
Omeprazole

Malicon
Citalopram hydrobromide

Myxina
Nimesulide

Nandrolone/Norma
Nandrolone decanoate

Olbenorm
Ambraxol hydrochloride

Revionorm
Ciprofloxacin hydrochloride

Sedopan
Cefaraxime axetil

Simvastatin/Norma
Simvastatin

Testosterone/Norma
Testosterone enanthate

Trinalin
Levodopamine

Vomitoran
Roxithromycin

NORMA ΕΛΛΑΣ Α.Ε.
Μεσοβίου 54, 10431 Αθήνα
Τηλ: 210 52 22 282 - Φαξ: 210 52 41 368 - http://www.normahellas.gr



ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ 21ου ΑΙΩΝΑ

Γράφει ο Παύλος Μοάουελ

Εισαγωγή

Η ένταξη των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην ΟΝΕ και η παραγομοιοποίηση της οικονομίας και της κοινωνίας έχουν επιφέρει ουσιαστικές αλλαγές στο σημερινό εργασιακό περιβάλλον, το οποίο πλέον χαρακτηρίζεται από δυναμικότητα, ανταγωνιστικότητα, αλλά και αστάθεια, αβεβαιότητα και αντιφατικότητα.

Μέσα σε ένα τόσο περίπλοκο και απαιτητικό περιβάλλον εργασίας κάθε χώρα καλείται να αναπτύξει το ανθρώπινο δυναμικό των επιμέρους κλάδων της στα πλαίσια του ευρύτερου περιβάλλοντος στο οποίο ανήκει, αλλά και να αναδειξεί τα δικά της συγκριτικά πλεονεκτήματα, ώστε να επιβιώσει στον ανταγωνισμό και να επιχειρήσει αυτό το οποίο αποκαλείται «ποιοτική επανάσταση».

Η ιδιαιτερότητα του κλάδου της υγείας και επομένως η βαρύτητα που αποκτά ο προγραμματισμός της διαχείρισης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού έγκειται στην ιδιομορφία της αστικής της ασθένειας, στις ραγδαίες μεταβολές που σημειώνονται στα συστήματα υγείας, στις συχνές διαφοροποιήσεις που συνεπάγονται οι τεχνολογικές καινοτομίες, στο ότι οι διαθέσιμοι πόροι είναι σχετικά λίγοι και σπάνιοι, σε συνδυασμό με τη συνεχή αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου τυχόν κακή διαχείριση των ανθρώπινων πόρων του κλάδου της υγείας μπορεί να συμβάλει στη μείωση της ποιότητας ζωής, καθώς και της κοινωνικής ευημερίας.

Το ανθρώπινο δυναμικό στην Υγεία χαρακτηρίζεται από υψηλή εξειδίκευση και ένταση εργασίας. Ιδιαίτερα δε το ιατρικό δυναμικό, το οποίο διακονεί μια επιστήμη εξαιρετικά δυναμική και ραγδαία μεταβαλλόμενη. Η διά βίου μάθηση στις υγειονομικές επιστήμες και ιδιαίτερος στην ιατρική επιστήμη αποτελεί μία από τις βασικότερες προϋποθέσεις για τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας. Κατά γενική ομολογία η Ιατρική Εκπαίδευση (Ι.Ε.) είναι εξαιρετικά σημαντική για τους ιατρούς, αφού εγγυάται την επαγγελματική, επιστημονική και οικονομική εξέλιξή τους, αλλά ταυτόχρονα είναι ηθική και νομική υποχρέωση του ιατρικού σώματος καθώς η αποτελεσματικότητα του έργου των ιατρών δεν αποτιμάται απλώς με αριθμούς αλλά με ανθρώπινες ζωές.

Στην Ελλάδα, το ιατρικό σώμα βιώνει συνθήκες ανεργίας, ηθικής και επαγγελματικής απαξίωσης. Το άφθονο, καταρτισμένο και ταυτόχρονα πενόμενο αυτό δυναμικό μπορεί να λειτουργήσει ως το ιδανικό υπόστρωμα για μια, μοναδική στην Ευρώπη, πραγματική ερευνητική έκρηξη. Με μια ριζική μεταβολή στον χώρο της έρευνας και καινοτομίας και ιδίως στον χώρο της βιο-ιατρικής έρευνας και τεχνολογίας, το κοινωνικό βάρος του ιατρικού πληθωρισμού μπορεί να μετατραπεί από μειονέκτημα σε εθνικό στρατηγικό πλεονέκτημα. Αναγκαία είναι εδώ η συμβολή της εκπαίδευσης για να επιτευχθούν μόνιμα και σημαντικά αποτελέσματα στον χώρο των βιο-ιατρικών επιστημών. Θα πρέπει να αναμορφωθεί εκ βάθρων το σύστημα των μεταπτυχιακών προγραμμάτων, των διδακτορικών και μετα-διδακτορικών σπουδών ώστε να μεταφερθεί η καινοτομία στην πράξη. Με αυτόν τον τρόπο θα αντιμετωπιστεί ριζικά η ιατρική ανεργία, αλλά και η Ελλάδα θα αποκτήσει μια σημαντική παρουσία στις τεχνολογίες αιχμής συμβάλλοντας ταυτόχρονα στην επίτευξη των στόχων της Στρατηγικής της Λισσαβόνας όχι μόνο σε εθνικό, αλλά και σε πανευρωπαϊκό επίπεδο.

Με αφορμή τις παραπάνω σκέψεις και προβληματισμούς οργανώσαμε στο 32ο Ε.Π.Ι.Σ. το συνέδριο «Προκλήσεις, Καινοτομίες και Μεταρρυθμίσεις στην Ιατρική Εκπαίδευση και Έρευνα του 21ου αιώνα» το οποίο ως στόχο είχε την ψύχραμη και ισορροπημένη προσέγγιση των σύγχρονων εξελίξεων στην Ι.Ε., τη σχέση της με τις νέες τεχνολογίες και τη δύναμη προσφορά της στην ανάπτυξη της έρευνας και της καινοτομίας. Τα συμπεράσματα αυτής της συζήτησης παρουσιάζονται εδώ ως κατάθεση των σκέψεων και των απόψεων επιστημόνων, πανεπιστημιακών δασκάλων, πολιτικών και εκπροσώπων του ιατρο-φαρμακο-βιοτεχνολογικού κλάδου.

Βασικά σημεία της συζήτησης

Η Στρατηγική της Λισσαβόνας υιοθετήθηκε από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης τον Μάρτιο του 2000 και προέβλεπε από τη βούληση να δοθεί μια νέα ώθηση στις κοινοτικές πολιτικές με κυρίαρχο σύνθημα «μια κοινωνία βασισμένη στη γνώση». Αυτό το οποίο επιδιώκεται είναι ένας εκμοντερνισμός στην κοινωνική πρόνοια και στην εκπαίδευση με έμφαση στην ανανέωση και την καινοτομία. Αναφορικά με τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας στην Ελλάδα οι στόχοι της Στρατηγικής της Λισσαβόνας στην Υγεία επικεντρώνονται σε δύο θεματικούς άξονες:

- διά βίου εκπαίδευση (Lifelong Learning – LLL)
- έρευνα – καινοτομία (R + D – Research and Development).

Οι στόχοι αυτοί συγκεκριμενοποιούνται:

- στη βελτίωση της απασχολησιμότητας του ιατρικού και υγειονομικού προσωπικού
- στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία
- στην ανάπτυξη ιατροφαρμακευτικού βιοτεχνολογικού κλάδου μέσα από τη θε-

σμική κατοχύρωση συνεργασιών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα

- στην ορθή διαχείριση των κοινοτικών κεφαλαίων στήριξης.

Δυστυχώς, όπως επισήμανε ο κ. Παπαμίχος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα όλων των διεθνών εκθέσεων η Ελλάδα κατατάσσεται είτε τελευταία, είτε μεταξύ των τεσσάρων τελευταίων μαζί με την Πορτογαλία, την Ιταλία και την Ισπανία ως προς όλες τις κατηγορίες-στόχους της Στρατηγικής της Λισσαβόνας.

Επιπρόσθετα, παρά την ύπαρξη θεσμοθετημένου πλαισίου για την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και τη διαχείριση των τεράστιων κοινοτικών κονδυλίων η πραγματικότητα φανερώνει ένα περιβάλλον όπου γίνονται πρόχειρες εκτιμήσεις και εκπαιδευτικοί προγραμματισμοί, όπου υπάρχει ελλιπής συνεργασία μεταξύ των σχεδιαστών υγείας και των προαγωγών της παιδείας, ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου η εκπαίδευση γίνεται αντικείμενο χροσθοθρίας από φορείς δημοσίου ή ιδιωτικού. Ένα περιβάλλον όπου συντηρούνται αναχρονιστικοί θεσμοί όπως η λίστα αναμονής για την απόκτηση ειδικότητας, απουσία οποιασδήποτε κριτικής προσέγγισης της μεταπτυχιακής και συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, της κατάρτισης και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού.

Δεν πρέπει επίσης να λησμονείται ότι μιλώντας για συνεχιζόμενη και μεταπτυχιακή εκπαίδευση αναφερόμαστε σε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης ενηλίκων σημαντικά διαφορετικό από ένα πρόγραμμα προπτυχιακής εκπαίδευσης. Στην Ελλάδα η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση χαρακτηρίζεται από απουσία μηχανισμών και θεσμών προσδιορισμού των αναγκών. Δηλ. δεν είμαστε σε θέση να προσδιορίσουμε με ακρίβεια τι πρέπει να γνωρίζει σήμερα ένας ιατρός που έχει αποφοιτήσει από το Πανεπιστήμιο και ασκεί επί σειρά ετών την Ιατρική και ποιες ακριβώς είναι οι νέες προκλήσεις στην ειδικότητά του, ώστε να στοχοθετήσει ανάλογα τις μαθησιακές του ανάγκες. Πώς μπορεί λοιπόν να συνδυαστεί η εφαρμογή των προτύπων ποιότητας στην υγεία με την εκπαίδευση στο ανθρώπινο κεφάλαιο; Η απάντηση στο παραπάνω ερώτημα, που δόθηκε κατά τη διάρκεια της συζήτησής μας, ήταν πως κάτι τέτοιο θα ήταν εφικτό με την ανάπτυξη συστημάτων πιστοποίησης των δεξιοτήτων και των γνώσεων του ανθρώπινου δυναμικού. Συζητήθηκε το θέμα των κατευθυντηρίων οδηγιών («guidelines») μέσα στα ευρύτερα πλαίσια της τεκμηριωμένης Ιατρικής και παροχής Φροντίδας Υγείας («evidence based medicine-healthcare»), το οποίο μπορεί να προκαλέσει επανάσταση στην άσκηση της Ιατρικής μέσω της δημιουργίας επιστημονικά τεκμηριωμένων και σύγχρονων προτύπων και προτοκόλλων ιατρικής πρακτικής. Αυτό που απαιτείται είναι η εισαγωγή της κριτικής σκέψης στον τρόπο που οι ιατροί ασκούν την πρακτική τους. Η συνεισφορά των ακαδημαϊκών φορέων και των ιατρικών εταιρειών μπορεί να είναι εξαιρετικά σημαντική σε αυτή τη, νέας αντίληψης, προσπάθεια μάθησης του ιατρικού δυναμικού.

Αναφορικά με την αξιολόγηση, ανατρέχοντας στο νομικό πλαίσιο του Ε.Σ.Υ. περί αξιολόγησης του ιατρικού και λοιπού ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, μπορεί κάποιος να διαπιστώσει ότι παρά την ύπαρξη αναφοράς σε θέματα αξιολόγησης, η αντιπαράθεση της θεωρίας με την πράξη αποκαλύπτει μια διαδικασία που είτε έχει αποσπασματικό είτε απλώς εποπιδόδη χαρακτήρα. Είναι αξιοσημείωτο ότι στον ιατρικό κλάδο απουσιάζει παντελώς και ως έννοια η κλινική αξιολόγηση (audit), πόσο μάλλον ως συνεχής διαδικασία στενά συνδεδεμένη με την καθημερινή ιατρική πράξη. Η αξιολόγηση αντιμετωπίζεται ως μια εποπιδόδη (έως και επικίνδυνη) διαδικασία, καθώς δεν συνδέεται με μακροπρόθεσμο πλάνο εκπαίδευσης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού. Η απουσία ενός ολοκληρωμένου και ενιαίου συστήματος αξιολόγησης και απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας, η οποία να είναι αντικειμενικά μετρήσιμη με προκαθορισμένη στοχοθεσία και αποτελέσματα, λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας για την περαιτέρω ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και ιδιαίτερα του ιατρικού, όπου η κλινική αξιολόγηση συνιστά θέμα ζωτικής σημασίας.

Στα πλαίσια της συζήτησης για την ιατρική εκπαίδευση ο κ. Παππούς και ο κ. Κουτσούρης παρουσίασαν τις νέες δυνατότητες που προσφέρει η τεχνολογία στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση (e-learning, δηλ. από απόσταση εκπαίδευση είτε offline είτε προσέγγιση πραγματικού χρόνου) και στη φροντίδα υγείας (ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και ηλεκτρονική διακβέρνηση).

Άμεσα συνυφασμένο με τα ζητήματα εκπαίδευσης, πιστοποίησης και ποιότητας του ιατρικού προσωπικού είναι το πρόβλημα του ιατρικού πληθωρισμού. Στη χώρα μας το πρόβλημα αυτό είναι έντονο, καθώς ο συνολικός αριθμός των ιατρών εν ενεργεία αγγίζει τις 60 χιλιάδες, δίχως να συνυπολογίζουμε άλλους 12 χιλιάδες που βρίσκονται στην ειδικότητα. Η συνολική επίσημη παραγωγή ιατρών από το εξωτερικό και το εσωτερικό ανέρχεται περίπου στις 2 με 2,5 χιλιάδες δεδομένης της υπερπαραγωγής πτυχιούχων από τις ελληνικές σχολές, καθώς το επίσημο του ιατρού παραμένει ακόμη ελκυστικό. Η ποιοτικά ανεξέλεγκτη εισαγωγή ιατρικού δυναμικού από χώρες της Ανατολικής κυρίως Ευρώπης επιτείνει περαιτέρω το πρόβλημα. Από την άλλη πλευρά, ο αριθμός των ιατρών που συνταξιοδοτούνται ετησίως δεν υπερβαίνει κατά μέσο όρο τους 700. Αποτέλεσμα είναι οι μεγάλοι δείκτες ανεργίας, οι οποίοι εξωθούν τους ιατρούς στην αναζήτηση εργασίας εκτός του Ε.Σ.Υ. ή και εκτός Ιατρικής, προκειμένου να αντεπεξέλθουν στην ανάγκη για επιβίωση, καταλήγοντας σε πολλές περιπτώσεις χαμηλόμισθοι υπάλληλοι ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών, νοσοκομείων ή διαγνωστικών κέντρων ή ινστιτούτων αισθητικής.

Συνέχεια στο επόμενο τεύχος

