-ΑΡΧΕΙΟ-

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

# ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

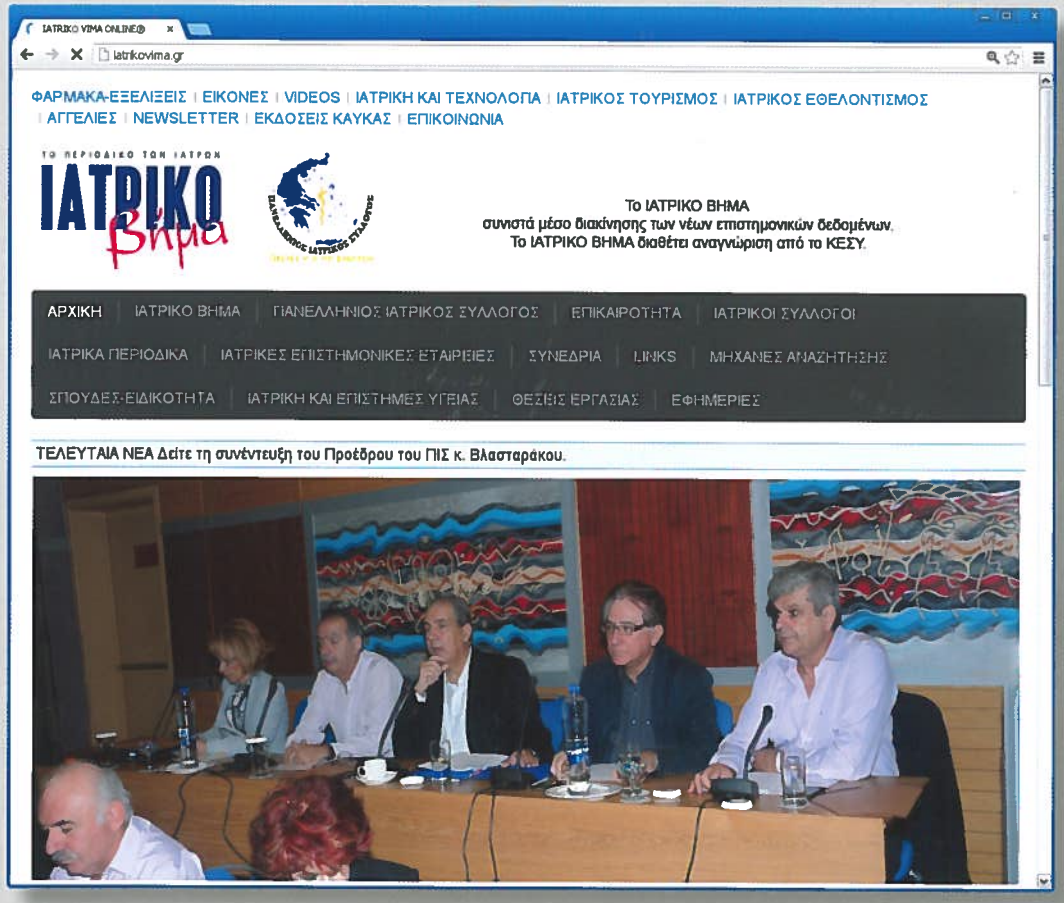
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΩΦΕΛΕΙΝ Η ΜΗ ΒΛΑΠΤΕΙΝ

www.pis.gr | ΤΕΥΧΟΣ 131 | ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2012

## ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

- Ψήφισμα της Γενικής Συνέλευσης της μόνιμης επιτροπής των Ευρωπαίων Ιατρων (C.P.M.E.)
- Επισημάνσεις και συστάσεις ΠΙΣ για την εφαρμογή της δραστικής ουσίας στη συνταγογράφηση
- Οι επιπτώσεις του 3ου μνημονίου στο χώρο της υγείας
- Η Βουλή καταψήφισε την ένταξη των κλάδων υγείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ
- Συνάντηση ΠΙΣ με τον υπουργό Οικονομικών κ. Στουρνάρα
- Ο ΠΙΣ συμμετείχε ενεργά στην απεργία του Πανεπιστημονικού μετώπου
- Ο ΠΙΣ αντιτίθεται στην περικοπή των διπλών συντάξεων
- Ο ΠΙΣ καταδικάζει κάθε διάκριση και διαχωρισμό στην παροχή Υπηρεσιών Υγείας
- Η αντιμετώπιση των καταστροφικών μνημονιακών πολιτικών στο χώρο της Υγείας

Τώρα και **online** στο **www.iatrikovima.gr**




## ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

- Αυτοάνοσα πομφολυγώδη νοσήματα του στόματος: Σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση
- Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) σε ιατρούς των Μ.Ε.Θ. της θεσσαλονίκης

ISSN 1106-5249
ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ Του Εφαπαξ ΚΕΜΠΑ Αριθμός Αδείας 212 88
ΕΛΤΑ Hellenic Post
ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΣΕ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ - ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΟΥ ΠΙΣ
ΕΚΔΟΣΗ: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα
ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΕΥΧΟΣ 131· ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2012

## ΨΗΦΙΣΜΑ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (C.P.M.E.)

10

## ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

34

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURNOUT) ΣΕ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΩΝ ΜΕΘ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

42

9 **ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**

10 **ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ**
ΨΗΦΙΣΜΑ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (C.P.M.E.) ✦ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΠΙΣ ΜΕ ΕΟΠΥΥ ✦ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΠΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΙΚΗΣ ΟΥΣΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ✦ ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 16.11.12 ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥΣ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ✦ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ 3ΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ✦ 48ΩΡΗ ΠΑΝΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΕΡΓΙΑ 6 & 7 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ ✦ Η ΒΟΥΛΗ ΚΑΤΑΨΗΦΙΣΕ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΚΛΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΤΑΑ ΣΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ✦ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΠΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΟΥΡΓΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ Κ. ΣΤΟΥΡΝΑΡΑ ✦ Ο ΠΙΣ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΕ ΕΝΕΡΓΑ ΣΤΗΝ ΑΠΕΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΜΕΤΩΠΟΥ ✦ ΣΥΝΔΙΑΣΚΕΨΗ ΠΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ✦ ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ Δ.Σ. Π.Ι.Σ. – Γ.Σ. ΠΡΟΕΔΡΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ ✦ ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΠΙΣ ✦ ΔΙΑΜΑΡΤΥΡΙΑ ΠΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΣΧΕΔΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΤΟΥ ΤΣΑΥ ΣΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ΚΑΙ ΑΓΡΙΑΣ ΦΟΡΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΥΤΟΦΟΡΟΛΟΓΟΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ✦ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΙΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΥΠΟΥΡΓΟ ΥΓΕΙΑΣ Κ. ΛΥΚΟΥΡΕΝΤΖΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΝΑΔΕΙΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ✦ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΙΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΠΡΟΕΔΡΟ ΕΟΠΥΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ 2012 ✦ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΜΕΝΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ✦ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΙΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΕΣ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ✦ Ο ΠΙΣ ΚΑΤΑΔΙΚΑΖΕΙ ΚΑΘΕ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ✦ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΜΝΗΜΟΝΙΑΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ✦ Ο ΠΙΣ ΑΝΤΙΤΙΘΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΚΟΠΗ ΤΩΝ ΔΙΠΛΩΝ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ✦ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΠΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟ ΥΠΟΥΡΓΟ ΥΓΕΙΑΣ Κ. Χ. ΚΙΤΤΑ ✦ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΙΣ ΠΡΟΣ Κ. ΔΙΟΙΚΗΤΗ ΕΟΠΥΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ✦ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΚΕΨΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΕΔΡΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΤΟΥ ΠΙΣ ✦ ΤΟ ΝΕΡΟ ΣΕ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟ ✦ ΝΕΟ ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ ΤΟΥ ΠΙΣ

34 **ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ**
**ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ** Π. Π. ΒΟΥΛΤΣΟΣ[1], Κ. ΖΗΣΟΠΟΥΛΟΣ[2], Κ. ΨΑΡΟΥΛΗΣ[3], Φ. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ[1], Ν. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ[1] [1]Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ. [2]Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Νοσοκομείου «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Θεσσαλονίκης [3]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νοσοκομείου «ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» Θεσσαλονίκης ΣΕΛ. 34
**✦ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURNOUT) ΣΕ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΩΝ ΜΕΘ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ** ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ[1], ΕΥΘΥΜΙΑ ΣΟΥΡΑ[2], ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΥ[3] [1]Επίκουρος Καθηγητής Δερμ/γιας-Αφρ/γιας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ [2]Ειδικευόμενη Δερμ/γιας-Αφρ/γιας, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός» [3]Καθηγήτρια Στοματολογίας Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ ΣΕΛ. 42

54 **ΕΙΔΗΣΕΙΣ**
ΝΕΟΣ ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΣΦΕΕ – ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ ✦ ΕΡΧΕΤΑΙ ΤΟ ΔΑΚΡΥ ΠΟΥ ΑΝΑΚΟΥΦΙΖΕΙ ✦ ΤΟ ADALIMUMAB ΕΛΑΒΕ ΕΓΚΡΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΧΩΡΙΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

58 **ΠΡΟΣΕΧΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

60 **ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ**

# ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

ΤΕΥΧΟΣ 131 • ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2012

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

ΙΔΡΥΤΗΣ - ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
Πλουτάρχου 3 Αθήνα, 106 75 - Τηλ.: 210 72.58.660-1-2, Fax: 210 72.58.663

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ Σ' ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΙΣ

ΜΙΧΑΗΛ ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ ..... ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ..... Γεν. Γραμματέας
ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΠΑΣΚΟΖΟΣ ..... Α΄ Αντιπρόεδρος
ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ..... Β΄ Αντιπρόεδρος
ΒΑΡΒΑΡΑ ΑΝΕΜΟΔΟΥΡΑ ..... Ταμίας

Μέλη

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΛΥΣΙΤΣΑΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΜΑΡΙΑ ΠΑΣΑΚΙΩΤΟΥ-ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ ..... Μέλος ΔΣ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΒΑΡΝΑΒΑΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΒΑΣΙΑΔΗΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ..... Μέλος ΔΣ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ..... Μέλος ΔΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
ΡΑΠΤΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ ..... Καθηγητής Παθολογίας

ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ..... Χειρουργός

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤ. ..Δ/ντής Ψυχιατρικής Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ..... Καθηγητής Παθολογίας
ΒΑΣΙΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ..... Ορθοπαιδικός
ΒΙΔΑΛΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ..... Ψυχίατρος, Δ/ντης Οφθαλμολογίας
ΓΑΡΤΑΓΑΝΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ ..... Καθηγητής Οφθαλμολογίας Πάτρας
ΓΕΡΟΛΟΥΚΑ - ΚΩΣΤΟΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ .....Καθηγητής Αναισθησιολογίας
ΓΕΤΤΙΜΗΣ ΕΥΡΙΠΙΔΗΣ ..... Δ/ντης Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
ΓΚΟΥΜΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ..... Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας
ΔΑΪΚΟΣ ΓΙΩΡΓΟΣ ..... Αν. Καθηγητής Παθολογίας Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΜΑΝΩΛΗΣ .....Δ/ντης Παθολόγος, Αν. Καθ. Αγγειολόγος
ΖΑΧΑΡΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ..... Δ/ντης Πνευμονολογίας
ΚΑΡΑΜΠΙΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ..... Δ/ντης Μ.Ε.Θ. Νοσοκομείου «ΩΝΑΣΕΙΟ»
ΚΑΣΤΑΝΑ ΟΥΡΑΝΙΑ ..... Α. Δ/ντρια Πλαστικής Χειρουργικής
ΚΟΡΡΕΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ..... Καθηγητής Ορθοπαιδικής
ΚΡΕΑΤΣΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ..... Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ .....Καθηγητής Πνευμονολογίας
ΚΩΣΤΟΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΗΛΙΑΣ..Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
ΜΗΛΙΩΤΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ..... Αγγειοχειρουργός, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΜΠΑΣΚΟΖΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ..... Ενδοκρινολόγος
ΜΠΑΤΑΚΗΣ ΝΙΚΟΣ ..... Δ/ντής Ακτινολόγος
ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ..... Παιδίατρος
ΟΡΦΑΝΙΔΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ ..... Δ/ντής Νευροχειρουργός
ΠΑΓΩΝΗ ΣΤΑΜΑΤΑ ..... Παθολόγος, Δ/ντης Ε.Σ.Υ.
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ ..... Ακτινολόγος
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ ..... Καθηγητής Χειρουργικής
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ - ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ ΛΙΛΑ....Αν. Καθηγητής Αναισθησιολογίας
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ ..... Ιατρός Εργασίας
ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ ΚΩΝΣΤ. ..... Καθ. Χειρουργικής Α.Π.Θ.
ΠΑΣΑΚΙΩΤΟΥ - ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ ΜΑΡΙΑ ..... Δ/ντρια Μ.Ε.Θ.
ΠΙΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ..Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α., «Ο Αγ. Παντελεήμων Νίκαιας»
ΠΙΣΙΩΤΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ ..... Αν. Καθηγητής Χειρουργικής
ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ..... Οφθαλμίατρος
ΣΤΡΙΓΓΑΡΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ ..... Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ακτινολογίας
ΤΣΙΠΡΑΣ ΗΡΑΚΛΗΣ ..... Δ/ντής Χειρουργικής
ΤΣΙΦΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ..... Καθηγητής Χειρουργικής
ΦΙΛΙΠΠΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ ..... Καθηγητής Χειρουργικής

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ..... Γεν. Γραμματέας ΠΙΣ

*Τα ενυπόγραφα άρθρα και κείμενα απηχούν τις απόψεις των αρθρογράφων και δεν ταυτίζονται κατ' ανάγκη με την άποψη της συντακτικής επιτροπής του ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΒΗΜΑΤΟΣ*



ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ
KAFKAS PUBLICATIONS

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 215, 115 25 ΑΘΗΝΑ - ΤΗΛ.: 210-67.77.590, FAX: 210-67.56.352
e-mail: kafkas@otenet.gr, website: kafkas-publications.com

ΕΚΔΟΤΗΣ: ..... Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ..... Ηλίας Καυκάς


# ΣΗΜΕΙΩΜΑ της ΣΥΝΤΑΞΗΣ

**Η χώρα μας περνά σήμερα μια από τις δυσκολότερες περιόδους της μεταπολεμικής ιστορίας της. Η οικονομία σε μεγάλη ύφεση, στα χέρια της επιτήρησης των δανειστών μας, με παρεπόμενα για όλους τους κλάδους της κοινωνικής και εθνικής μας υπόστασης. Η κοινωνία αποδυναμώνεται συνεχώς και ευρίσκεται στα όρια μεγάλης ανθρωπιστικής κρίσης.**

Η ανεργία έχει φθάσει σε δυσθεώρητα ύψη, ιδιαίτερα μεταξύ των νέων, τα συσσίτια από τους Δήμους και την Εκκλησία αυξάνονται με γοργό ρυθμό και τα κοινωνικά ιατρεία προσπαθούν να καλύψουν ανάγκες συμπολιτών μας που ευρίσκονται στα όρια της εξαθλίωσης.

Η υγεία ευρίσκεται σε προβληματική τροχιά, με την οικονομία να αδυνατεί να τη στηρίξει και ολόκληρο το οικοδόμημα του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Δημόσιου και Ιδιωτικού να ευρίσκεται υπό κατάρρευση.

Τα Νοσοκομεία της χώρας αδυνατούν σε πολλές περιπτώσεις να καλύψουν ανάγκες λόγω μεγάλων ελλείψεων σε υλικά, ακόμη και στοιχειώδη, οι εφημερίες περικόπτονται και καθίστανται ανασφαλείς, τμήματα καταργούνται, οι γιατροί περιμένουν απλήρωτοι εδώ και μήνες για τις εφημερίες τους και οι μισθοί τους δεν επαρκούν πλέον για την επιβίωση.

Πολλά νοσοκομεία οδηγούνται σε κλείσιμο και το προσωπικό που εργάζεται σε αυτά, ιατρικό και υγειονομικό, βιώνει την ανασφάλεια και το φάσμα της περιθωριοποίησης.

Ο ΕΟΠΥΥ ευρίσκεται στα όρια της κατάρρευσης του. Η ελλιπής χρηματοδότηση (Ο.4% του ΑΕΠ), η παρακράτηση των εισφορών ασθένειας από τα ασφαλιστικά ταμεία προκειμένου να πληρωθούν οι συντάξεις και η πρόχειρη, χωρίς οργάνωση, ένταξη του κλάδου υγείας των ασφαλιστικών ταμείων στον ΕΟΠΥΥ, καθιστά προβληματική την παρά πέρα πορεία και επιβίωσή του.

Το ΤΣΑΥ μαζί με τους άλλους κλάδους υγείας του ΕΤΑΑ (ιατρών-μηχανικών-δικηγόρων), χωρίς καμία δικαιολογία, χωρίς να αναμένουν τις αναλογιστικές μελέτες που έχουν παραγγελθεί από τους φορείς, εντάχθηκε από την 12/11/2012 στον ΕΟΠΥΥ.

Τα αποθεματικά, μετά το μεγάλο «hair cut» που έγινε από την Τράπεζα της Ελλάδος, οδεύουν προς τον ΕΟΠΥΥ για να καλύψουν ανάγκες του, για να δώσουν στον ετοιμόρροπο ΕΟΠΥΥ «ανάσα ζωής», ενώ στην ουσία γίνεται βίαιη υφαρπαγή τους.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας, ιατρεία, εργαστήρια, νοσηλευτήρια, διαγνωστικά κέντρα ευρίσκεται σε κρίση λόγω της μελέτης ύφεσης και της αδυναμίας πληρωμής από τον ΕΟΠΥΥ.

Τα νέα φορολογικά μέτρα που σχεδιάζονται βάζουν ταφόπλακα στη λειτουργία μικρών και μεσαίων ιατρείων και εργαστηρίων.

Οι νέοι ιατροί κάτω από τα φάσμα της ανεργίας οδεύουν προς την μετανάστευσή τους, μην έχοντας άλλη λύση.

Οι αντιδράσεις του ιατρικού κόσμου της χώρας, απεργίες, συλλαλητήρια, απεργιακές κινητοποιήσεις, επισχέσεις εργασίας, αλλά και οι υπόλοιπες κοινωνικές αντιδράσεις μετά από τη συμπόρευση με άλλους επαγγελματικούς και επιστημονικούς φορείς δεν έτυχαν καμίας κατανόησης, κανενός είδους προβληματισμού από την κυβερνητική εξουσία, που αδυνατεί να προβάλλει στοιχειώδεις αντιδράσεις απέναντι στην τρόικα και τους ξένους δανειστές-επικυρίαρχους.

Το μέλλον διαγράφεται σκοτεινό και δύσκολο, αλλά αποτελεί πρωταρχικό μας καθήκον να υπερασπίσουμε, με κάθε τρόπο, την κοινωνία που χειμάζεται, την υγεία που έχει τεθεί εδώ και καιρό «στην κλίνη του Προκρούστη» και πάνω από όλα, τους λειτουργούς της υγείας, παλαιότερους και νεώτερους, που βιώνουν καταστάσεις λειτουργίας, που ούτε στα εφιαλτικότερα των ονείρων τους, δεν είχαν προβλέψει.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος καλεί όλους τους ιατρούς με τη συστράτευση και την παρουσία τους να προσπαθήσουμε να αποτρέψουμε όλοι μαζί, την καταστροφή κάθε υγιούς λειτουργίας, την αποδυνάμωση και στέρηση του κοινωνικού αγαθού της υγείας, την περιθωριοποίηση της λειτουργίας της υγείας και την εξαφάνιση κάθε ονείρου για το μέλλον στους νέους ιατρούς.

**ΜΙΧΑΗΛ Π. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ**
**ΠΡΟΕΔΡΟΣ Π.Ι.Σ**

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΩΦΕΛΕΕΙΝ Η ΜΗ ΒΛΑΠΤΕΙΝ

Ε Λ Λ Η Ν Ι Κ Η Δ Η Μ Ο Κ Ρ Α Τ *Αθήνα, 28 Νοεμβρίου 2012*

## ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

### ΨΗΦΙΣΜΑ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (C.P.M.E.) για την κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα

*Λεμεσός, 24/11/2012*

Το Συμβούλιο της Μόνιμης Επιτροπής των Ευρωπαίων Ιατρών (Standing Committee of European Doctors - CPME), που εκπροσωπεί τους Εθνικούς Ιατρικούς Συλλόγους της Ευρώπης, ύστερα από σχετική ενημέρωση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, εξέφρασε την έντονη ανησυχία του για τις εξελίξεις στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα, οι οποίες απειλούν την ποιότητα της περίθαλψης.

Γνωρίζοντας τις οικονομικές και κοινωνικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει, η Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης, κάνουμε έκκληση στην Ελληνική κυβέρνηση:

1. Να εξασφαλίσει ότι η συνταγογράφηση φαρμάκων θα υποστηρίζεται από ένα ρυθμιστικό πλαίσιο το οποίο θα θέτει την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του ασθενούς στο κέντρο της φαρμακευτικής αγωγής. Το ιατρικό επάγγελμα θα πρέπει να συμμετάσχει πλήρως στη διαμόρφωση αυτού του ρυθμιστικού πλαισίου.

2. Να αναγνωρίσει ότι η ίδρυση και λειτουργία των μονάδων παροχής φροντίδας υγείας δεν μπορεί να εξομοιωθεί με εκείνη των καθαρά εμπορικών φορέων και ως εκ τούτου, πρέπει να ρυθμίζεται με πλήρη σεβασμό στις ιατρικές επαγγελματικές διατάξεις, προκειμένου να διασφαλίζεται η ασφάλεια των ασθενών και η ποιότητα της περίθαλψης.

3. Να διασφαλίσει την καλύτερη δυνατή ποιότητα και διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, με νόμιμες και βιώσιμες συνθήκες εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των κατάλληλων ιατρικών αμοιβών, μετά από συμφωνία με τις αντιπροσωπευτικές οργανώσεις του ιατρικού επαγγέλματος.

4. Να ενισχύσει τη λειτουργικότητα των τεχνολογικών εγκαταστάσεων υποστήριξης, όπως είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, καθώς και τη διαθεσιμότητα των προμηθειών στα νοσοκομεία, ώστε να καταστεί δυνατή η βέλτιστη φροντίδα που θα επιτρέψει στον ασθενή να έχει την καλύτερη περίθαλψη. Θα πρέπει να θεσπιστεί η ενεργός καθοριστική συμμετοχή του ιατρικού επαγγέλματος για την επίτευξη αυτών των συνθηκών.

*Για τον Π.Ι.Σ.*

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ**
**Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ**

**Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**
**Κ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ**

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Συνάντηση ΠΙΣ με ΕΟΠΥΥ

Αθήνα 10.12.2012

Πραγματοποιήθηκε συνάντηση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) την Παρασκευή 7.12.2012, με τον πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ κ. Ε. Παπαγεωργόπουλο, στα γραφεία του ΕΟΠΥΥ:

- Συζητήθηκε η πορεία του ΕΟΠΥΥ -εκτέλεση προϋπολογισμού- ελλείμματα, εξόφληση υποχρεώσεων, παλαιών και νέων, προς τους παρόχους υγείας.
- Η κατάσταση λειτουργίας των μονάδων του ΕΟΠΥΥ με την εξυπηρέτηση πλέον των 10 εκατομμυρίων ασφαλισμένων, με το ίδιο προσωπικό και μειωμένες παροχές. Ζητήθηκε η ενίσχυση των μονάδων με έμψυχο και άψυχο υλικό, η ανανέωση των συμβάσεων των υπηρετούντων συμβασιούχων έργου, η ενίσχυση των εργαστηρίων.
- Επαναλάβαμε τη θέση του ΠΙΣ για συνεργασία του ΕΟΠΥΥ με όσους γιατρούς το επιθυμούν, μέσω εθνικής συλλογικής σύμβασης εργασίας με κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή (όχι κατώτερη των 20 ευρώ).
- Ζητήσαμε να σταματήσει ο εκφοβισμός των ιατρών για υπερβάσεις στη συνταγογράφηση, να σταματήσουν πάραυτα οι ποινές (μέσω μονομερούς απόφασης, όπως διακοπή συνταγογράφησης, πρόστιμα εξοντωτικά, αργία κλπ) και στις περιπτώσεις που ελέγχονται από τους αρμοδίους ως παραβατικές να συμμετέχουν θεσμοθετημένα όργανα των ιατρών.
- Να σταματήσει το απαράδεκτο φαινόμενο των τηλεφωνικών ραντεβού και να επανέλθει το παλαιό σύστημα του 184, για να μην επιβαρύνονται οι ασθενείς μέσα στις τόσες άλλες επιβαρύνσεις που υφίστανται.
- Ζητήσαμε τα ΚΕΠΑ να ενταχθούν στον ΕΟΠΥΥ, ώστε να μην αποδιοργανώνονται οι μονάδες και ταλαιπωρούνται με μετακινήσεις άσκοπες και εξοντωτικές οι γιατροί που μετέχουν σε αυτά.
- Να σταματήσουν οι μεγάλες επιβαρύνσεις πολιτών, ασφαλισμένων με τη μείωση των παροχών υγείας.
- Εκφράσαμε επίσης την έντονη δυσφορία μας για την ανακοστολόγηση εργαστηριακών εξετάσεων από τον ΕΟΠΥΥ ερήμην των αρμοδίων οργάνων και φορέων.
- Ζητήσαμε η συνεργασία και η επικοινωνία να είναι συνεχής για να εξευρεθούν λύσεις, τόσο προς τους παρόχους υγείας του ΕΟΠΥΥ όσο και προς τους ασφαλισμένους.
- Είναι αναγκαίο, τονίσαμε στον πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ, να εξοφληθούν το συντομότερο δυνατόν οι οφειλές των ασφαλιστικών ταμείων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ, καθώς επίσης και η τακτική αποπληρωμή των υποχρεώσεων του ΕΟΠΥΥ προς τους παρόχους υγείας από τη λειτουργία του και εφεξής.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, στη συνεδρίαση που ακολούθησε, αποφάσισε να εντείνει τις προσπάθειες προς κάθε κατεύθυνση προκειμένου να δρομολογηθούν λύσεις σε όλα τα ανοιχτά προβλήματα του κλάδου.

Τα άγρια φορολογικά μέτρα που ετοιμάζονται ενάντια στους ελεύθερους επαγγελματίες εξαφανίζουν το εισόδημα του μικρού και μεσαίου ιατρείου και βάζουν ταφόπλακα στη λειτουργία του. Αποφασίστηκε συμμετοχή στην 24ωρη απεργία της ΑΔΕΔΥ στις 19 Δεκεμβρίου με τα κλαδικά μας αιτήματα και πανιατρική - πανυγειονομική απεργία στις 17 Ιανουαρίου.

Καλούμε όλους τους ιατρούς σε εγρήγορση και ετοιμότητα, ώστε μέσα στο δυσβάστακτο κλίμα των περικοπών σε όλους τους τομείς να προσπαθήσουμε να δρομολογήσουμε λύσεις βιώσιμες και εφικτές.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Επισημάνσεις και συστάσεις ΠΙΣ για την εφαρμογή της δραστικής ουσίας στη συνταγογράφηση

Αθήνα, 22.11.2012

Κατά τη Συνεδρίαση της 21ης Νοεμβρίου 2011, του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, συζητήθηκαν όλα τα φλέγοντα ζητήματα που αφορούν τον ιατρικό κόσμο και την περίθαλψη και ελήφθησαν οι κάτωθι αποφάσεις:

- Όσον αφορά τη δραστική ουσία, η αντίθεσή μας έχει διατυπωθεί επανειλημμένως, για την εφαρμογή της στη συνταγογράφηση, διότι καταργεί με τον τρόπο εφαρμογής, την λειτουργία του ιατρικού επαγγέλματος και διαρρηγνύει τη σχέση ιατρού-ασθενή.
- Η οδηγία μας προς τους Ιατρικούς Συλλόγους είναι, να συστήσουν σε όλους τους ιατρούς μέλη τους, στα σχόλια της συνταγής, να αναγράφουν το φαρμακευτικό σκεύασμα (εμπορική ονομασία), που θεωρούν απαραίτητο για τον ασθενή τους. Στο τέλος της συνταγής θα επισημαίνεται με ειδική κοινή σφραγίδα για όλους ότι: "αλλαγή ή άρνηση εκτέλεσης της συνταγής συνεπάγεται πλήρη ανάληψη ευθύνης από τον εκτελούντα για την αποτελεσματικότητα και τις τυχόν παρενέργειες των φαρμάκων".
- Νέα αίτηση αναστολής της εφαρμογής της Υπουργικής Απόφασης στο Συμβούλιο της Επικρατείας Σ.τ.Ε. για την εφαρμογή της δραστικής ουσίας στην συνταγογράφηση.
- Να κατατεθεί ψήφισμα από την Ελληνική Αντιπροσωπεία του Π.Ι.Σ., στη συνεδρίαση της Γενικής Συνέλευσης της Μόνιμης Επιτροπής των Ευρωπαίων Ιατρών (CPME), στη Λεμεσό 23-24/11/2012, με το οποίο να ζητείται η συμπαράσταση των Ευρωπαϊκών Συλλόγων ενάντια στα μέτρα που πλήττουν βάναυσα τον ιατρικό κόσμο και την ασφαλή περίθαλψη του Ελληνικού Λαού.
- Να προετοιμαστεί σε κατάλληλο χρόνο, 48ωρη πανιατρική απεργία μετά από προηγούμενη συνεννόηση με τις κλαδικές οργανώσεις και τους Ιατρικούς Συλλόγους, η οποία τοποθετείται χρονολογικά 15-20 Δεκεμβρίου 2012.

Όσον αφορά την ανακοίνωση του ΕΟΠΥΥ (16.11.2012) για την καταχώρηση/αποτύπωση στο e-dapy των παραστατικών για τα οφειλόμενα από τα ασφαλιστικά ταμεία, μετά τις συνεχείς παρεμβάσεις μας (συναντήσεις-επικοινωνίες-έγγραφά μας), αναμένεται διευκρινιστική ανακοίνωση.

Τονίζουμε προς κάθε κατεύθυνση ότι, σύσσωμος ο ιατρικός κόσμος συνεχίζει τον αγώνα του, για όλα τα ζητήματα που καταργούν στην πράξη, τη λειτουργία του ιατρού, φαλκιδεύουν εργασιακά και συνταξιοδοτικά δικαιώματα και θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του Έλληνα πολίτη.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

⇨

# Διευκρινίσεις σχετικά με την ανακοίνωση 16.11.2012 προς όλους τους πιστοποιημένους παρόχους υγείας του ΕΟΠΥΥ»

Αθήνα 20.11.2012

Προς
Τον Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ κ. Ελευθέριο Παπαγεωργόπουλο, Κηφισίας 39 Ενταύθα 151 23

Αξιότιμε κύριε Πρόεδρε,

Στην ανακοίνωσή σας της 16.11.2012 προς τους Παρόχους Υγείας του ΕΟΠΥΥ (Διεύθυνση Πληροφορικής-Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών),ζητείται η αποτύπωση/καταχώρηση όλων των απαιτήσεων στην ειδική εφαρμογή «ΔΑΠΥ-Πίνακας Υποβολών και Υπολοίπων ανά Ασφαλιστικό Ταμείο» έως και **10/12/2012** ημέρα **ΔΕΥΤΕΡΑ (καταληκτική ημερομηνία)**. Η προαναφερθείσα ενέργεια αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για το ενδεχόμενο αποπληρωμής προς τα ασφαλιστικά ταμεία πριν την είσοδό τους στον ΕΟΠΥΥ. Επειδή: Οι πάροχοι υγείας που είχαν σύμβαση με τα ασφαλιστικά ταμεία προ ιδρύσεως ΕΟΠΥΥ, αλλά δεν συνέχισαν να έχουν μετά την ίδρυσή του, δεν έχουν κωδικό για το e-dapy, και άρα δεν έχουν δυνατότητα να αποτυπωθούν/καταχωρηθούν οι απαιτήσεις τους, θα παρακαλούσαμε να διευκρινίσετε άμεσα το ζήτημα αυτό, ώστε να υπάρξει δυνατότητα καταβολής και από τους πιστοποιημένους ιατρούς. Επίσης πως θα γίνει η αποτύπωση/καταχώρηση για τα ταμεία που δεν έχουν εκδοθεί ΑΠΥ από τους παρόχους υγείας, όπως επίσης και για όσους ιατρούς έχουν εν τω μεταξύ συνταξιοδοτηθεί. Παρακαλούμε να διευκρινιστούν το συντομότερο δυνατόν τα ανωτέρω, καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια που θα διευκολύνει τους παρόχους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ, και δεν είναι σήμερα συμβεβλημένοι.

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Οι επιπτώσεις του 3ου μνημονίου στο χώρο της υγείας

Αθήνα 12.11.2012

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, στη συνεδρίαση της 9/11/12, συζήτησε την κατάσταση που διαμορφώνεται στο χώρο της υγείας, μετά την ψήφιση του τρίτου μνημονίου - με τη νομοθετική πρωτοβουλία της κυβέρνησης - από την πλειοψηφία της βουλής και ομόφωνα διαπίστωσε ότι τα νέα μέτρα θέτουν σε διωγμό την υγεία και τους λειτουργούς της.

Οι καταστροφικές περικοπές των δημοσίων δαπανών για την υγεία, η μισθολογική εξόντωση των νοσοκομειακών ιατρών, η επιβολή της υποχρεωτικής αναγραφής μόνο της δραστικής ουσίας στη συνταγογράφηση, η κάλυψη μόνο του φθηνότερου γενόσημου από τον ΕΟΠΥΥ, η καταστροφή των αυτοαπασχολούμενων με την ψευδεπίγραφη πλήρη «απελευθέρωση», δηλαδή, αντιποίηση του ιατρικού επαγγέλματος, έρχονται να ανατρέψουν κάθε προστασία στην άσκηση της ενδεδειγμένης ιατρικής και θεραπευτικής πρακτικής. Μετατρέπουν δε, τους ασθενείς σε πειραματόζωα χάριν υποταγής στις δογματικές επιταγές των δανειστών, που η κυβέρνηση υλοποιεί χωρίς αντιστάσεις, εξυπηρετώντας την επιβολή και την επικυριαρχία των μεγάλων επιχειρηματικών συμφερόντων του χώρου της υγείας.

Καλούμε τους ιατρούς να συνεχίσουν στην συνταγογράφηση – τόσο στην ηλεκτρονική όσο και στο βιβλιάριο υγείας του ασθενούς - να αναγράφουν το φαρμακευτικό σκεύασμα που κρίνουν κατάλληλο για τον ασθενή τους. Επιπλέον, να προσθέτουν στην συνταγή την επισήμανση πως δεν επιτρέπεται αλλαγή στο φαρμακευτικό σκεύασμα καθώς και ότι όποιος αλλάξει την επιλογή του ιατρού προκαλεί αντιποίηση του ιατρικού επαγγέλματος και φέρει ποινικές ευθύνες.

Τα νέα μέτρα επιβαρύνουν τον ασθενή για κάθε συνταγή και κάθε εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο. Δυσκολεύουν την πρόσβαση του στις υπηρεσίες υγείας, την ώρα που, λόγω της κρίσης και των μνημονιακών μέτρων, έχει επιδεινωθεί σοβαρά η οικονομική του κατάσταση και ο αριθμός των ανέργων και ανασφάλιστων έχει φτάσει αριθμούς ρεκόρ.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου στηρίζει την πρωτοβουλία της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (ΟΕΝΓΕ) να ανοίξει τα νοσοκομεία στους ανασφάλιστους συγκεκριμένες μέρες, εκφράζοντας την έμπρακτη αλληλεγγύη του ιατρικού σώματος στους χειμαζόμενους συμπολίτες μας.

Το 3ο μνημόνιο ακυρώνει την αυτοτέλεια του ΤΣΑΥ-ΕΤΑΑ και τη δυνατότητα μη ένταξης του στον καταρρέοντα ΕΟΠΥΥ, με την κατάργηση της παραγράφου 14 του άρθρου 44 του ν.4075/2012(Α 89) και κάθε διοικητικής πράξης που εκδόθηκε κατ' εξουσιοδότηση αυτού. Επομένως, το ΤΣΑΥ εντάσσεται στον ΕΟΠΥΥ, με άμεσο κίνδυνο να καταρρεύσουν μαζί με τον ΕΟΠΥΥ όλες οι παροχές υγείας και να απαλλοτριωθεί η περιουσία του.

Ο ιατρικός κόσμος δεν μπορεί να μείνει απαθής μπροστά στην επερχόμενη καταστροφή.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου αποφάσισε:

- Να λάβει κάθε μέτρο και να χρησιμοποιήσει κάθε μέσο προκειμένου, να μην εφαρμοστούν τα μέτρα που οδηγούν σε ανθρωπιστική κρίση και καταστροφή των λειτουργών της υγείας.
- Να προχωρήσει σε άμεσες δικαστικές προσφυγές σε Ελλάδα και Ευρώπη για ακύρωση των μέτρων που φαλκιδεύουν την ορθή άσκηση της ιατρικής.

- Να ενημερώσει και να κινητοποιήσει άμεσα όλους τους ευρωπαϊκούς ιατρικούς φορείς και οργανισμούς, προκειμένου να πιεστούν τα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και οι κυβερνήσεις να μην επιτρέψουν την καταστροφή της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα με μέτρα που αντίκεινται στο κοινοτικό κεκτημένο και τους όρους άσκησης της ιατρικής.
- Να αξιοποιήσει τους νομικούς του συνεργάτες προκειμένου να προχωρήσει σε όλες τις αναγκαίες ενέργειες για την κατάργηση στην πράξη των απαράδεκτων και επικίνδυνων για τη δημόσια υγεία διατάξεων που αμφισβητούν ευθέως την ιατρική ευθύνη και το ιατρικό επάγγελμα.

Θα συνεχίσουμε και θα εντείνουμε τις πρωτοβουλίες ενημέρωσης και κινητοποίησης όλων των εργαζομένων και της κοινής γνώμης, για την προστασία του δικαιώματος της υγείας.

Καλούνται όλοι οι ιατρικοί σύλλογοι της χώρας σε αγωνιστική ετοιμότητα. Τώρα είναι η ώρα της ευθύνης για όλους μας.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

---

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# 48ωρη Πανιατρική απεργία 6 και 7 Νοεμβρίου

Αθήνα 2.11.2012

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου προκηρύσσει 48ωρη πανιατρική απεργία την Τρίτη 6 και την Τετάρτη 7 Νοεμβρίου. Συμμετέχουμε στις κινητοποιήσεις δημοσίου, ιδιωτικού τομέα και επιστημονικών φορέων, ενάντια στα μέτρα που προωθεί η κυβέρνηση τη Δευτέρα 5 Νοεμβρίου.

Όλοι μαζί πρέπει να εμποδίσουμε την ψήφιση των νέων μέτρων που αποδυναμώνουν την οικονομία και τον λαό μας. Να μην επιτρέψουμε να περάσουν πολιτικές που επιβάλλονται από την τρόικα, εξαθλιώνουν τον λαό και αποδυναμώνουν κάθε ίχνος κοινωνικού κράτους.

Ζητούμε:

- Να αποσυρθεί άμεσα η τροπολογία που απορρίφθηκε από τη Βουλή, για την ένταξη των κλάδων υγείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ και επαναφέρεται την Δευτέρα μαζί με τη δέσμη των νέων μέτρων.
- Να αποσυρθούν τα μέτρα άγριας φορολόγησης των ελεύθερων επαγγελματιών ιατρών με υψηλό συντελεστή φορολόγησης από το 1 ευρώ, καθώς και τα υψηλά τέλη επιτηδεύματος, τα οποία βάζουν ταφόπλακα στη λειτουργία μικρών και μεσαίων ιδιωτικών ιατρείων και οδηγούν τους νέους ιατρούς στην ανεργία ή την μετανάστευση.
- Να μην προχωρήσουν οι ρυθμίσεις για περικοπή του μισθολογίου των νοσοκομειακών ιατρών, αφού με τις σημαντικές μειώσεις που ήδη έχει υποστεί το μισθολόγιο, ακόμη μία μείωση θα αποδυναμώσει περαιτέρω τη λειτουργία τους καθώς και θα εντείνει το πρόβλημα επιβίωσής τους.
- Να χρηματοδοτηθεί επαρκώς το δημόσιο σύστημα υγείας και ο ΕΟΠΥΥ, ο οποίος είναι έτοιμος να καταρρεύσει και να εξοφληθούν άμεσα οι πάροχοι υγείας.
- Να εξοφληθούν οι οφειλές των ασφαλιστικών ταμείων, που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ, προς τους ιατρούς.
- Να γίνει άμεσα συμψηφισμός των οφειλών του κράτους προς τους ιατρούς, με τις οφειλές των ιατρών προς το κράτος, όπως έχει υποσχεθεί ο αρμόδιος υπουργός Οικονομικών.
- Να σταματήσει ο εμπαιγμός, ο διασυρμός και η κατασυκοφάντηση των ιατρών από πολλά όργανα της πολιτείας, που προσπαθούν να βρουν εξιλαστήρια θύματα των αποτυχημένων πολιτικών τους.

Καλούμε όλους τους ιατρούς, τον επιστημονικό κόσμο της χώρας, αλλά και τους πολίτες να ενώσουμε τις φωνές και τις δυνάμεις μας για να αποτρέψουμε τις πολιτικές της τρόικας και των μνημονίων, προκειμένου να μη βιώσουμε μεγάλη ανθρωπιστική κρίση, να μη δούμε μία κοινωνία που θα παλεύει καθημερινά να καλύψει στοιχειώδεις ανάγκες της αγοράζοντας με το πενιχρό εισόδημά της, υπηρεσίες που είναι υποχρεωμένο να προσφέρει το κράτος.

Για τον Π.Ι.Σ
Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

---

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Η Βουλή καταψήφισε την ένταξη των κλάδων υγείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ

Αθήνα 1.11.2012

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος αισθάνεται ικανοποίηση και χαιρετίζει την καταψήφιση από την Βουλή της τροπολογίας, με την οποία είχε εισαχθεί νομοθετική ρύθμιση για την ένταξη των κλάδων υγείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ, καθώς και των κλάδων υγείας άλλων ταμείων.

Προσπαθήσαμε όλο το προηγούμενο διάστημα να συνεργήσουμε μαζί με τους άλλους επιστημονικούς και κοινωνικούς φορείς, προκειμένου να μην ψηφιστούν από την Βουλή ρυθμίσεις, που υφαρπάζουν αποθεματικά υγειών κλάδων ταμείων, υποβαθμίζουν την περίθαλψη των κλάδων, των υπό ένταξη φορέων, αλλά και αδυνατούν μόνο με τον τρόπο αυτό να δώσουν τη δυνατότητα βιωσιμότητας σε έναν "θνησιγενή" ΕΟΠΥΥ.

Καλέσαμε τους βουλευτές ιατρούς του Κοινοβουλίου να αντιταχθούν στην περαιτέρω αποδυνάμωση του κλάδου υγείας των υγειονομικών, με την ένταξη στον ΕΟΠΥΥ και τους ζητήσαμε να αποτρέψουν τέτοιες πρακτικές.

Η κινητοποίηση μας - με τις απεργιακές κινητοποιήσεις του Πανεπιστημονικού μετώπου και με τις άλλες δράσεις - μας δίνει το δικαίωμα να αισθανόμαστε ικανοποιημένοι, από την σημερινή εξέλιξη και να συνεχίσουμε την προσπάθεια να αποτρέψου- ⇨

με και στο άμεσο μέλλον, κάθε προσπάθεια που θα επιχειρηθεί στην κατεύθυνση της ένταξης των κλάδων υγείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ.

Καλούμε όλο τον ιατρικό κόσμο της χώρας αλλά και τον επιστημονικό, σε εγρήγορση προσπάθεια και δράση, ώστε πολιτικές που δεν έχουν κοινωνική αποδοχή και στήριξη όχι μόνο να απορριφθούν αλλά και να καταδικαστούν.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Συνάντηση ΠΙΣ με τον υπουργό Οικονομικών κ. Στουρνάρα

Αθήνα 29.10.2012

**Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος συναντήθηκε την Παρασκευή 26.10 με τον υπουργό Οικονομικών κ. Ιωάννη Στουρνάρα, στο πλαίσιο των συναντήσεων του πανεπιστημονικού μετώπου (ιατροί, οδοντίατροι, δικηγόροι, μηχανικοί, φαρμακοποιοί κλπ) με τους φορείς της πολιτείας για τα κοινά προβλήματα των κλάδων.**

Θέσαμε υπόψη του υπουργού τα φλέγοντα ζητήματα του χώρου μας και ζητήσαμε:

- Να μην ενταχθεί ο κλάδος υγείας των υγειονομικών (ΤΣΑΥ) όπως και οι άλλοι κλάδοι υγείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ, μέχρι 31.12.2012 όπως ορίζει η υπουργική απόφαση Ρουπακιώτη, προκειμένου να ολοκληρωθούν οι αναλογιστικές μελέτες βιωσιμότητας.

Τονίσαμε στον υπουργό ότι η άμεση αυτή ένταξη γίνεται για να στηρίξουν τα αποθεματικά των κλάδων υγείας του ΕΤΑΑ, τρέχουσες ανάγκες του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος είναι θνησιγενής και αναζητά εναγωνίως «ανάσα ζωής».

- Άμεση εξόφληση των οφειλομένων (μέχρι 31.10.2011), προς τους ιατρούς, από τα ασφαλιστικά ταμεία που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ, που είναι υποχρέωση του κράτους.
- Συμψηφισμό των υποχρεώσεων του κράτους προς τους ιατρούς με τις υποχρεώσεις των ιατρών προς το κράτος και τρίτους (τράπεζες κλπ).
- Μη εφαρμογή των άγριων φορολογικών μέτρων, όπως σχεδιάζονται και διαρρέονται με τους υψηλούς φορολογικούς συντελεστές (28-35%) από το 1ο ευρώ και τα υψηλά τέλη επιτηδεύματος, διότι αυτό θα αποτελέσει ταφόπλακα στη λειτουργία των μικρών και μεσαίων ιδιωτικών ιατρείων.
- Μη περαιτέρω περικοπές (μέχρι σήμερα έχει υποστεί μείωση 40%) στο ήδη χαμηλό μισθολόγιο των νοσοκομειακών ιατρών, διότι αυτό θα σημάνει την πλήρη αποδυνάμωση, ηθική, υλική και σωματική των νοσοκομειακών ιατρών, οι οποίοι με φιλότιμες προσπάθειες στηρίζουν τη λειτουργία των νοσοκομείων.
- Μείωση της υψηλής (55%) προκαταβολής φόρου εισοδήματος από ελεύθερο επάγγελμα, για το επόμενο έτος.

Η μόνη θετική απάντηση του υπουργού Οικονομικών ήταν ότι σχεδιάζεται ρύθμιση για συμψηφισμό των οφειλών των ιατρών προς την εφορία, με τα οφειλόμενα προς τους ιατρούς από τα ασφαλιστικά ταμεία, που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ.

Ζητάμε για μια ακόμη φορά από την πολιτεία να σταθεί απέναντι στα προβλήματα του ιατρικού κόσμου, που είναι και προβλήματα της περίθαλψης, με προσοχή και διάθεση θετικής αντιμετώπισης, διότι η αποδυνάμωση του ιατρικού λειτουργήματος θα επιφέρει μεγάλες και δυσμενείς συνέπειες στη λειτουργία ολόκληρου του συστήματος υγείας της χώρας.

Για τον Π.Ι.Σ
Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Ο ΠΙΣ συμμετείχε ενεργά στην απεργία του Πανεπιστημονικού μετώπου

Αθήνα 18.10.2012

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος συμμετείχε στις απεργιακές κινητοποιήσεις της 17ης Οκτωβρίου του πανεπιστημονικού μετώπου (ιατρών, δικηγόρων, μηχανικών, συμβολαιογράφων, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών, δικαστικών επιμελητών κλπ) και στην πορεία διαμαρτυρίας, με αφετηρία τα γραφεία του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών και κατάληξη στο υπουργείο Οικονομικών.

Από το Διοικητικό Συμβούλιο του ΠΙΣ μετείχαν ο Πρόεδρος κ. Μιχάλης Βλασταράκος, ο Α' Αντιπρόεδρος κ. Γιάννης Μπασκόζος και η Ταμίας κ. Βαρβάρα Ανεμοδουρά.

Οι εκπρόσωποι του επιστημονικού κόσμου της χώρας ζητήσαμε συνάντηση με τον υπουργό Οικονομικών κ. Ιωάννη Στουρνάρα, που όμως δεν κατέστη εφικτή, αλλά αντιπροτάθηκε από το γραφείο του υπουργού συνάντηση για τις 24 Οκτωβρίου.

Καταγγείλαμε και καταγγέλλουμε στον επιστημονικό κόσμο της χώρας, αλλά και στον ελληνικό λαό, τη στάση του υπουργού Οικονομικών ο οποίος ενώ βρίσκει ατελείωτες ώρες να συνομιλεί με τους τροϊκανούς δανειστές – επιτηρητές μας, δεν θυσιάζει λίγα λεπτά της «δραστηριότητας» του για να ακούσει τις θέσεις του επιστημονικού κόσμου στα νέα μέτρα που σφαγιάζουν την κοινωνία. Να ακούσει για τα φλέγοντα ζητήματα της επιστημονικής κοινότητας όπως είναι η σχεδιαζόμενη άμεση ένταξη των κλάδων υγείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ και τα άγρια φορολογικά μέτρα για τους ελεύθερους επαγγελματίες.

Διαμαρτυρόμαστε έντονα γιατί χωρίς καμία συζήτηση επιβάλλονται μέτρα, που δημιουργούν αφανισμό των περισσότερων ελεύθερων επαγγελματιών - επιστημόνων, με την οικονομική και ηθική υποβάθμιση τους αλλά και με την υποβάθμιση της περίθαλψής τους.

Ενωμένος ο επιστημονικός κόσμος της χώρας θα δώσει τις απαντήσεις του - μαζί με την κοινωνία, που αυτή τη στιγμή υποφέρει από την άγρια λιτότητα που της επιβάλλουν - ώστε να μην οδηγηθούμε στην περιθωριοποίηση, την εξαθλίωση και την κάθε είδους υποτέλεια που προσπαθούν να μας επιβάλλουν.

Για τον Π.Ι.Σ
Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Συνδιάσκεψη ΠΙΣ με τους προέδρους των ιατρικών συλλόγων της χώρας

Αθήνα 15.10.2012

Μετά από πρόσκληση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου πραγματοποιήθηκε το Σάββατο 13.10.2012 στην Αθήνα, κοινή συνδιάσκεψη με τους προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων όλης της χώρας.

Κατά την εισαγωγική του ομιλία ο πρόεδρος του ΠΙΣ κ. Μιχάλης Βλασταράκος τόνισε την ανάγκη ενότητας του ιατρικού κόσμου ώστε με καθαρότητα και δυνατή φωνή να απαιτήσει από την πολιτεία να εγκύψει στα προβλήματα της υγείας και της περίθαλψης. Ακόμη ζήτησε την ενίσχυση της κοινωνικής προστασίας, όπως και του ρόλου και της αξιοπρεπούς λειτουργίας του ιατρικού σώματος.

Η κοινή συνδιάσκεψη αποφάσισε να εκφράσει με τον πιο έντονο τρόπο την αντίθεση της στις πολιτικές που εφαρμόζονται στον χώρο της υγείας, με τις μνημονιακές επιλογές και τις οριζόντιες περικοπές, που στόχο έχουν την μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας με κάθε τρόπο.

Τα λογιστικά κριτήρια των πολιτικών αυτών, σκοπεύουν στην επιβάρυνση των ασθενών με τον περιορισμό των παροχών και στον εξευτελισμό του ιατρικού επαγγέλματος με τις μειώσεις των αποδοχών.

Η συνδιάσκεψη διαμαρτύρεται έντονα για την απαξίωση του συστήματος υγείας, την οριακή κατάσταση λειτουργίας του και τον ευτελισμό θεσμών και λειτουργιών.

Το τίμημα για τον λαό και την κοινωνία με την ελάττωση των παροχών, την υποβάθμιση της λειτουργίας των ιατρών και την αποδόμηση της κοινωνικής προστασίας, θα είναι μεγάλο. Θα υπάρξουν επιπτώσεις στην υγεία και την περίθαλψη, θα αυξηθεί η νοσηρότητα και θα μειωθεί το προσδόκιμο επιβίωσης του ελληνικού λαού. Τις οδυνηρές αυτές επιπτώσεις θα πρέπει να λάβουν σοβαρά υπόψη τους εκείνοι που ασκούν και επιβάλλουν τις πολιτικές.

Διεκδικούμε-απαιτούμε:

- Ολοκληρωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) με αξιοποίηση όλων των δομών, δημόσιων και ιδιωτικών, με χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό και ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών.
- Νοσοκομειακή περίθαλψη, δημόσια και δωρεάν για όλους τους πολίτες με σχέση εργασίας πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών.
- Εξόφληση των οφειλών των ασφαλιστικών ταμείων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ χωρίς εκπτώσεις και «κουρέματα».
- Άμεσο συμψηφισμό των υποχρεώσεων του κράτους προς τους ιατρούς και των οφειλών των ιατρών προς το κράτος και τρίτους (εφορία, τράπεζες κλπ.).
- ΕΟΠΥΥ με προϋπολογισμό ρεαλιστικό και αληθή, με χρηματοδότηση τουλάχιστον 1% του ΑΕΠ και με νομοθετική ρύθμιση της μεταφοράς των ασφαλιστικών εισφορών ασθενείας, από τα ασφαλιστικά ταμεία απευθείας στον ΕΟΠΥΥ.
- Ανακεφαλαιοποίηση των απωλειών των ασφαλιστικών ταμείων.

Η συνδιάσκεψη αποφάσισε συμμετοχή στις απεργιακές κινητοποιήσεις του Πανεπιστημονικού μετώπου την Τετάρτη 17 Οκτωβρίου και πορεία διαμαρτυρίας προς το υπουργείο Οικονομικών για να εκφράσει την διαμαρτυρία του ιατρικού κόσμου ενάντια στα άγρια φορολογικά μέτρα που σχεδιάζονται και την ένταξη των κλάδων υγείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ.

Αποφασίστηκε επίσης, συμμετοχή στην απεργία της Πέμπτης 18 Οκτωβρίου, που προκήρυξαν ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ ενάντια στα μέτρα που εξοντώνουν την κοινωνία.

Η πολιτεία οφείλει να ακούσει τον σφυγμό της κοινωνίας, να βάλει τέλος στις άγριες, οριζόντιες περικοπές και να στηρίξει ό,τι απέμεινε από το κοινωνικό κράτος γιατί αυτό αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο επιβίωσης του λαού.

Για τον Π.Ι.Σ
Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Διεκδικητικό πλαίσιο Δ.Σ. ΠΙΣ Γ.Σ Προέδρων Ιατρικών Συλλόγων

Αθήνα 15.10.2012

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. και η Γενική Συνέλευση των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας, εκφράζουμε με το πιο έντονο τρόπο την αντίθεσή μας, στις πολιτικές που εφαρμόζονται στο χώρο της υγείας, με τις μνημονιακές επιλογές και τις οριζόντιες περικοπές, με στόχο τη μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας με κάθε τρόπο.

Τα λογιστικά κριτήρια των πολιτικών αυτών, σκοπεύουν στην επιβάρυνση των ασθενών, με περιορισμό των παροχών, στην ελάττωση των παρόχων υγείας και στις εξευτελιστικές αμοιβές τους.

Διαμαρτυρόμαστε έντονα, για την απαξίωση του συστήματος υγείας, για την οριακή κατάσταση λειτουργίας του, για τον ευτελισμό θεσμών και λειτουργιών.

Το τίμημα του λαού και της κοινωνίας, με την απαξίωση, ελάττωση των παροχών, υποβάθμιση της λειτουργίας των ιατρών και την αποδόμηση της κοινωνικής προστασίας, θα είναι μεγάλο, θα έχει επιπτώσεις στην υγεία και την περίθαλψη, θα αυξήσει τη νοσηρότητα και θα μειώσει το προσδόκιμο επιβίωσης του ελληνικού λαού.

Μεγάλες και οδυνηρές οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις και αυτό θα πρέπει να το λάβουν σοβαρά υπόψη, αυτοί που ασκούν και επιβάλλουν αυτές τις πολιτικές.

**ΔΙΕΚΔΙΚΟΥΜΕ – ΑΠΑΙΤΟΥΜΕ :**

- Ολοκληρωμένο σύστημα Π.Φ.Υ. με αξιοποίηση όλων των δομών, δημοσίων και ιδιωτικών, με χρηματοδότηση από τον

κρατικό προϋπολογισμό και ισότιμη πρόσβαση των πολιτών.

- Νοσοκομειακή περίθαλψη, δημόσια και δωρεάν, για όλους τους πολίτες με σχέσεις εργασίας πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών.
- Εξόφληση των οφειλών των ασφαλιστικών ταμείων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ χωρίς εκπτώσεις και «κουρέματα».
- Άμεσο συμψηφισμό των υποχρεώσεων του κράτους προς τους ιατρούς και των οφειλών των ιατρών προς το κράτος και τρίτους (εφορία, τράπεζες, κ.λ.π.).
- ΕΟΠΥΥ με προϋπολογισμό ρεαλιστικό και αληθή, με χρηματοδότηση τουλάχιστον 1% του ΑΕΠ και με νομοθετική ρύθμιση της μεταφοράς των ασφαλιστικών εισφορών ασθενείας, από τα ασφαλιστικά ταμεία απευθείας στον ΕΟΠΥΥ.
- Ανακεφαλαιοποίηση των απωλειών των ασφαλιστικών ταμείων.
- Κατάργηση του Νόμου 3919/2011, με την ψευδεπίγραφη απελευθέρωση του ιατρικού επαγγέλματος και των συνοδευτικών εγκυκλίων.
- Εθνική Συλλογική Σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με τον Π.Ι.Σ. και τους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους, με ελεύθερη επιλογή ιατρών και κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή όχι λιγότερη των 20 ευρώ για όλους τους ιατρούς.
- Ανακοστολόγηση των ιατρικών πράξεων και εργαστηριακών εξετάσεων για να ανταποκρίνονται στη σύγχρονη πραγματικότητα.
- Ηλεκτρονική συνταγογράφηση ασφαλή, προσβάσιμη και ολοκληρωμένη.
- Θεραπευτικά πρωτόκολλα και έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης με επιστημονικά κριτήρια και την τιμολόγηση πρωτότυπων και γενοσήμων.
- Άμεση νομοθετική ρύθμιση, κανένα φάρμακο να μη δίνεται χωρίς ιατρική συνταγή.
- ΟΧΙ στη συνταγογράφηση της δραστικής ουσίας, αλλά στη συνταγογράφηση του εμπορικού σκευάσματος του φαρμάκου. ΟΧΙ στην αντιποίηση του ιατρικού επαγγέλματος και της εκχώρησης στους φαρμακοποιούς, να χορηγούν το φθηνότερο γενόσημο.
- ΝΑΙ στα αξιόπιστα γενόσημα και μάλιστα τα ελληνικά, που χρόνια έχουν δοκιμαστεί και αξιολογηθεί, προάγουν την ανάπτυξη του τόπου και θέσεις εργασίας και δεν επιβαρύνουν τους ασθενείς.
- ΟΧΙ στα αμφιβόλου ποιότητας και προέλευσης γενόσημα.
- ΟΧΙ στη μετακύλιση του κόστους της περίθαλψης στις «τσέπες των ασφαλισμένων» με τις μεγάλες συμμετοχές σε φάρμακα και εξετάσεις και τις τιμές αναφοράς φαρμάκων, που αποζημιώνονται από τα ταμεία.
- Υποστήριξη της λειτουργίας των στεγασμένων μονάδων του ΕΟΠΥΥ και των εργαστηρίων του.
- Δυνατότητα σύμβασης με ΕΟΠΥΥ όλων των εργαστηρίων με πλαφόν οροφής στις κλινοεργαστηριακές εξετάσεις.
- Καμία νοσοκομειακή κλίνη δεν πρέπει να καταργηθεί. Αξιολόγηση κάθε μονάδος και ρεαλιστικές μετατροπές λειτουργίας ορισμένων (π.χ. σε κέντρα αποκατάστασης, τραυματιολογικά κέντρα, εξειδικευμένα κέντρα κ.λ.π.) σε περιφερειακές δομές.
- Συγχωνεύσεις μόνο σε διοικητικό επίπεδο.
- Πλήρωση των κενών θέσεων των ιατρών ΕΣΥ και προσλήψεις μόνιμου ιατρικού προσωπικού. Κατάργηση του θεσμού των επικουρικών ιατρών, ενίσχυση της στελέχωσης των Κέντρων Υγείας, με κατάργηση στην πράξη του θεσμού του αγροτικού ιατρού.
- Πλήρωση θέσεων νοσηλευτικού – παραϊατρικού, τεχνικού, βοηθητικού και διοικητικού προσωπικού.
- Υγειονομικός χάρτης ολοκληρωμένος και με απεικόνιση της πραγματικότητας, δομών και υπηρεσιών, για ουσιαστική συμβολή στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.
- Ιδιαίτερη σχεδίαση για τις νησιωτικές και δύσβατες ακριτικές περιοχές.
- Αναθεώρηση του ρόλου του ΕΚΑΒ.
- Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς.
- Οι σφαγιαστικές απώλειες των αποδοχών των νοσοκομειακών ιατρών που αγγίζουν το 40% δεν επιτρέπουν ούτε ένα ευρώ περαιτέρω μείωσης, με περικοπή στο ειδικό ιατρικό μισθολόγιο.
- Συγκρότηση κοινωνικού μετώπου για την καταπολέμηση της παραοικονομίας στο χώρο της υγείας, της προκλητικής ζήτησης, της σπατάλης, της συναλλαγής και της εκμετάλλευσης του αρρώστου.
- ΤΣΑΥ. Αυτοτελής επιβίωση. Ανακεφαλαιοποίηση των απωλειών των αποθεματικών του από το PSI, και παροχές περίθαλψης και σύνταξης, που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και προσδοκίες των υγειονομικών, μετά από πολλά χρόνια κατάθεσης κόπου και εργασίας.

Η απαράδεκτη κατάσταση που παρουσιάζει το ΤΣΑΥ στον τομέα της εξυπηρέτησης των συναδέλφων, πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα:

- Απαίτηση για πρόσληψη προσωπικού, έστω και περιορισμένου χρόνου.
- Άμεση ολοκλήρωση του ηλεκτρονικού – μηχανογραφικού εξοπλισμού, σύλληψη της εισφοροδιαφυγής, ουσιαστική αποκέντρωση, εξοπλισμό και στελέχωση των περιφερειακών μονάδων.
- Αναδιάρθρωση των κατηγοριών απόδοσης σύνταξης, αναβάθμιση των αρμοδιοτήτων της Διοικούσας Επιτροπής Υγειονομικών (ΤΣΑΥ) και του Προέδρου της, σύσταση μόνιμης επιτροπής υγειονομικών, δημιουργία κλάδου επικουρικής ασφάλισης για την πρόσκαιρη ανικανότητα, διαφάνεια επενδυτικών σχεδιασμών, ενίσχυση των νέων υγειονομικών με ενεργοποίηση της διάταξης των ειδικών λογαριασμών του Νόμου Πετραλιά.
- ΟΧΙ στα άγρια φορολογικά μέτρα που σχεδιάζονται, με τους υψηλούς συντελεστές φορολόγησης 35%, από μηδενικό εισόδημα και απαγορευτικά τέλη επιτηδεύματος.
- ΟΧΙ στο κλείσιμο των μικρών και μεσαίων ιατρείων – όχι στην ανεργία και τη μετανάστευση νέων, άξιων και ικανών επιστημόνων.
- Κοινές δράσεις με τους άλλους υγειονομικούς φορείς, τους επιστημονικούς φορείς, ΓΣΕΕ, ΑΔΕΔΥ, ΓΕΣΕΒΕ, ΕΣΕΕ, Ενώσεις Συνταξιούχων και χρηστών υγείας, για περίθαλψη που δεν θα εξαθλιώνει, θα σέβεται και θα στηρίζει κάθε πολίτη.
- Η Πολιτεία να ακούσει τον σφυγμό της κοινωνίας, να σταματήσει τις άγριες, οριζόντιες περικοπές και να στηρίζει ό,τι απέμεινε από το κοινωνικό κράτος, γιατί αυτό αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο επιβίωσης του έθνους και του λαού μας.

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Δήλωση Προέδρου Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

Αθήνα 28.9.2012

Η χρεωκοπία του ΕΟΠΥΥ είναι γεγονός. Η στάση πληρωμών των παροχών υγείας είναι δεδομένη. Η τρύπα του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ θα ξεπεράσει φέτος τα 2,5 δις. ευρώ. Οι συναρμόδιοι υπουργοί προσπαθούν να διατηρήσουν στη ζωή το θνησιγενές αυτό μόρφωμα με θεραπεία ασπιρίνης, χωρίς προηγούμενη συζήτηση, χωρίς να διατηρηθούν προσχήματα για διάλογο με τους εμπλεκόμενους φορείς.

Μετά την κλοπή των αποθεματικών των ασφαλιστικών ταμείων θέλουν να υφαρπάξουν ο,τι απέμεινε από τους υγιείς κλάδους υγείας ταμείων όπως των γιατρών, των μηχανικών, των δικηγόρων και άλλων εντάσσοντας τους στον ΕΟΠΥΥ, τη στιγμή που δεν έχουν πάρει ούτε ένα ευρώ ως χρηματοδότηση από το κράτος.

Καλείται ο ιατρικός κόσμος να αντιδράσει σύσσωμος. Να δώσει απαντήσεις σε αυτές τις πολιτικές που ισοπεδώνουν την υγεία και την περίθαλψη, μετά την περικοπή των μισθών και των συντάξεων. Η οργή της κοινωνίας θα δημιουργήσει τσουνάμι που θα παρασύρει και θα διαλύσει τις πολιτικές αυτές.

Όσον αφορά τα φορολογικά μέτρα που σχεδιάζονται, ο καθένας πρέπει και οφείλει να πληρώνει ανάλογα με την φοροδοτική του ικανότητα. Η κατάργηση του αφορολόγητου για τους ελεύθερους επαγγελματίες και ο υψηλός συντελεστής 35% από μηδενικό εισόδημα όλων των αυτοαπασχολούμενων, πλήττει τους μικρούς και μεσαίους και διατηρεί το φάσμα της ανεργίας των νέων, υπέρ των ολίγων, μεγάλων και ισχυρών. Τα μικρά και μεσαία ιδιωτικά ιατρεία είναι στο τέλος της ζωής τους.

Υγειονομικοί και πολίτες οφείλουμε να αντιδράσουμε.

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Διαμαρτυρία ΠΙΣ για τα σχέδια ένταξης του ΤΣΑΥ στον ΕΟΠΥΥ και άγριας φορολόγησης των αυτοφορολογούμενων ιατρών

Αθήνα 28.9.2012

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, μετά τις ανακοινώσεις των αρμοδίων υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Εργασίας, στα πλαίσια των οριζόντιων περικοπών και του τομέα υγείας, **διαμαρτύρεται έντονα και αντιτίθεται στην ένταξη στον ΕΟΠΥΥ του κλάδου υγείας του ταμείου των υγειονομικών (ΤΣΑΥ)**, καθώς οι των λοιπών κλάδων υγείας των μηχανικών και των δικηγόρων.

Οι συναρμόδιοι υπουργοί προσπαθούν να διατηρήσουν στη ζωή το θνησιγενές αυτό μόρφωμα με θεραπεία ασπιρίνης. Χωρίς καμία ενημέρωση των αρμοδίων φορέων όπως είναι ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, το Τεχνικό Επιμελητήριο και οι Σύλλογοι των δικηγόρων.

Χωρίς να προηγηθεί κανένας διάλογος προχωρούν κατ'επιταγή της Τρόικας στην άλωση των αποθεματικών των κλάδων υγείας του ΕΤΜ και εξαθλιώνουν με την πολιτική αυτή τους ασφαλισμένους.

Η πολιτική αυτή του αποφασίζομεν θέτει αντιμέτωπο τον ιατρικό κόσμο και όλους τους υγειονομικούς. Το τίμημα αυτής της πολιτικής θα εισπράξουν στο ακέραιο οι θιασώτες της δήθεν «σωτηρίας» του τόπου, από τον ιατρικό κόσμο και την κοινωνία.

Καλούμε τους Ιατρικούς Συλλόγους και όλο τον ιατρικό κόσμο, να αντιταχθούν σε τέτοιες πολιτικές και πρακτικές που σκοπό δεν έχουν την εξυγίανση και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας, αλλά να βάλουν στο χέρι τους πόρους υγειών ταμείων που έχουν προέλθει μέσα από τον κόπο και τον ιδρώτα κάθε γιατρού και υγειονομικού χωρίς καμία κρατική επιχορήγηση.

**Διαμαρτυρόμαστε επίσης έντονα και καταγγέλλουμε** τη σχεδιαζόμενη άγρια φορολόγηση των ελεύθερων επαγγελματιών γιατρών και λοιπών αυτοαπασχολούμενων, με την κατάργηση του αφορολόγητου και με την φορολόγηση από μηδενικό εισόδημα με υψηλό δείκτη φορολογίας των εισοδημάτων (35%). Οι μικρομεσαίοι και νέοι επαγγελματίες θα πληγούν άμεσα, προς όφελος των ολίγων μεγάλων και ισχυρών και το φάσμα της ανεργίας των νέων γιατρών θα διατηρηθεί.

Τα μικρά και μεσαία ιδιωτικά ιατρεία θα κλείσουν.

Καλούμε τους αρμόδιους υπουργούς να ξανασκεφτούν τις πολιτικές αυτές, διότι εάν συνεχίσουν το έργο της ισοπέδωσης των εισοδημάτων των έντιμων λειτουργών της υγείας, θα αντιμετωπίσουν όχι μόνο κινητοποιήσεις κάθε τύπου και διάρκειας αλλά την απομόνωση και την οργή των δοκιμαζόμενων ασφαλισμένων πολιτών και ολόκληρης της κοινωνίας.

Ζητούμε άμεσα διάλογο με τους συναρμόδιους υπουργούς και καλούμε γιατρούς και πολίτες σε κοινές δράσεις και διεκδικήσεις, διότι οι παρενέργειες των μέτρων αυτής της βάρβαρης πολιτικής πλήττουν βάναυσα όλη την κοινωνία.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

# Επιστολή ΠΙΣ προς τον υπουργό Υγείας κ. Λυκουρέντζο για την επαναδειοδότηση των ιδιωτικών ιατρείων

Αθήνα 25.9.2012

Προς τον Υπουργό Υγείας & Κοιν.Αλληλεγγύης κ.Ανδρέα Λυκουρέντζο
Κοινοποίηση: Αν.Υπουργό Υγείας Μ.Σαλμά

Αξιότιμε κύριε Υπουργέ,

Επειδή έχει δημιουργηθεί σύγχυση, αλλά και προβλήματα στα λειτουργούντα νομίμως μέχρι την 10.4.2001 ιδιωτικά ιατρεία (Π.Δ. 84/2001), ζητούμε να εξαιρεθούν πλήρως από το πεδίο εφαρμογής της 24948/2012 Υπουργικής Απόφασης.

Να μην υποβληθούν δηλαδή σε καμιά υποχρέωση και διαδικασία επαναδειοδότησης.

Εάν δεν συνηγορείτε με το αίτημα αυτό, μετά από τις αλλεπάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις, με τις οποίες είχε παραταθεί η υποχρεωτική προσαρμογή τους, από το 2001 μέχρι το 2011, (10 Νοεμβρίου - Ν.3846/2010} θα πρέπει άμεσα, με νέα νομοθετική ρύθμιση να δοθεί επιπλέον παράταση, τουλάχιστον 18 μηνών, προκειμένου να μην δημιουργηθούν προβλήματα, στα ήδη από πολλά έτη λειτουργούντα ιατρεία.

Ευελπιστούμε στη θετική σας ανταπόκριση.

Με τιμή
Για τον Π.Ι.Σ
Ο Πρόεδρος Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο Γ. Γραμματέας Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

# Επιστολή ΠΙΣ προς τον πρόεδρο ΕΟΠΥΥ για τον προϋπολογισμό του ΕΟΠΠΥ 2012

Αθήνα 24.9.2012

Προς τον Πρόεδρο και το Δ.Σ.του ΕΟΠΥΥ
Θέμα: Τροποποίηση του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ 2012

Αξιότιμε κύριε Πρόεδρε,

Ζητούμε να μας ενημερώσετε για την πρόσφατη τροποποίηση του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ του έτους 2012, γνώση της οποίας λάβαμε, μέσα από ανακοινώσεις Ενώσεων Παρόχων Υγείας. Επίσης να μας κοινοποιήσετε τον αρχικό προϋπολογισμό του 2012.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Ανώτατο Θεσμικό Όργανο των Γιατρών πρέπει να λαμβάνει γνώση σημαντικών αποφάσεών σας, που έχουν σχέση με την πορεία του ΕΟΠΥΥ και θα θέλαμε στο μέλλον να μας ενημερώνετε γι'αυτές τις αποφάσεις.

Ζητούμε επίσης, προκειμένου να ενημερώσουμε το Διοικητικό μας Συμβούλιο, τους Ιατρικούς Συλλόγους μέλη μας, αλλά και τους κοινωνικούς φορείς, να μας ενημερώσετε για την σκοπιμότητα ή τους λόγους των διαφορετικών προσεγγίσεων του προϋπολογισμού στους διάφορους τομείς, όπως φαρμακευτική περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη εκτός ιδιωτικών κλινικών, ιδιωτικές κλινικές, εξετάσεις-παρακλινικά, ιατροί-οδοντίατροι-προληπτική ιατρική, λοιπές παροχές.

Επιπρόσθετα σας τονίζουμε ότι η απομείωση του προϋπολογισμού σε σημαντικούς τομείς της Υγειονομικής Περίθαλψης, θεωρούμε ότι θέτει σε κίνδυνο Δημόσιο και Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας, με όλες τις παρενέργειες στους ιατρούς και τους ασφαλισμένους χρήστες των Υπηρεσιών Υγείας.

Κοινοποίηση:
Υπ.Υγείας & Κοιν.Αλληλεγγύης Κ. Λυκουρέντζο, Αν.Υπουργό Υγείας κ.Μ.Σαλμά

# Επιστολή προς τον πρόεδρο του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου για την αποκατάσταση συνταγογραφημένων σκευασμάτων

Αθήνα 24.9.2012

Προς τον Πρόεδρο και τα μέλη του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου

Αξιότιμε κύριε Πρόεδρε,

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) κατά την Συνεδρίαση της 19-9-2012 συζήτησε το πλαίσιο των διεκδικήσεών σας, το οποίο αποφάσισε η Γενική σας Συνέλευση της 1ης Σεπτεμβρίου 2012.

Διαφωνούμε ως προς την παράγραφο 9 του ανωτέρω πλαισίου, για την δυνατότητα υποκατάστασης συνταγογραφηθέντων σκευασμάτων σε περιόδους ελλείψεων ή ανεπαρκούς τροφοδοσίας της αγοράς λόγω «σφικτής» πιστωτικής πολιτικής της φαρμακοβιομηχανίας.

Σε καμία περίπτωση δεν είναι δυνατόν να υποκατασταθεί φάρμακο, που αναγράφονται από τον θεράποντα ιατρό, χωρίς τη δική του έγκριση ή τροποποίηση της συνταγογράφησης.

Ο θεράπων ιατρός έχει την πλήρη εικόνα του κάθε ασθενή και είναι ο κύριος υπεύθυνος για την οποιαδήποτε χορήγηση φαρμάκου, θεραπευτική του αξία, αλλά και τις παρενέργειές του.

Θέλουμε λοιπόν στα πλαίσια της συνεργασίας, που είναι απαραίτητη μεταξύ των Υγειονομικών Φορέων αλλά και της συμπαράστασης στις κύριες απαιτήσεις σας, που είναι η έγκαιρη εξόφληση των οφειλών, όπως και για τους υπόλοιπους παρόχους Υγείας, να ανασκευάσετε την παράγραφο αυτή του πλαισίου των διεκδικήσεων σας, γιατί οι οποιασδήποτε αντιπαλότητες ζημίαν προκαλούν, παρά όφελος στην κοινή μας διεκδίκηση για ασφαλή υγεία και περίθαλψη του ελληνικού λαού.

Ευελπιστούμε ότι γκρίζες ζώνες, στις σχέσεις ιατρών και φαρμακοποιών, θα απαλειφθούν για το καλό όλων μας.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

# Επιστολή ΠΙΣ προς τους Ιατρικούς Συλλόγους σχετικά με καταγγελίες καταστολής κινητοποιήσεων ιατρών

Αθήνα 20.9.2012

Προς τους ιατρικούς Συλλόγους της χώρας - Κοινοποίηση: ΟΕΝΓΕ

Αγαπητή/έ κυρία/ε Πρόεδρε,

Ο Πανελλήνιος ιατρικός Σύλλογος έχει γίνει αποδέκτης καταγγελιών από συναδέλφους, που εργάζονται σε Νοσοκομεία και Κ.Υ. της Χώρας, οι οποίοι καταγγέλλουν ότι υφίστανται πιέσεις και εκβιασμούς από Διοικήσεις Νοσοκομείων προκειμένου να διακόψουν τις κινητοποιήσειςπου έχουν ξεκινήσει πρόσφατα.

Το χειρότερο είναι ότι παρόμοιες πρακτικές με τις Διοικήσεις των Νοσοκομείων ακολουθούν και ορισμένοι Διευθυντές Κλινικών και Εργαστηρίων καθώς και ορισμένοι Διευθυντές Ιατρικής Υπηρεσίας, με τις πιέσεις να κορυφώνονται απέναντι στους ειδικευόμενουςγιατρούς.

1. Ο Π.Ι.Σ. καλεί τις Διοικήσεις των Νοσοκομείων, να πάψουν άμεσα αυτή την απαράδεκτη και παράνομη πρακτική και την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας να παρέμβει άμεσα προς την κατεύθυνση αυτή.

2. Ο Π.Ι.Σ. απευθύνεται στους ιατρικούς Συλλόγους και τους καλεί να στηρίξουν ενεργά τις κινητοποιήσεις των Νοσοκομειακών ιατρών και κάθε καταγγελία που δέχονται για πιέσεις και εκβιασμούς, να την εξετάζουν πάραυτα και σε περίπτωση που είναι βάσιμη να την παραπέμπουν αμέσως στο Πειθαρχικό τους Συμβούλιο, ενημερώνοντας ταυτόχρονα τον Π.Ι.Σ. και την ΟΕΝΓΕ.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Ο ΠΙΣ καταδικάζει κάθε διάκριση και διαχωρισμό στην παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Αθήνα 14.9.2012

Ο Πανελλήνιος ιατρικός Σύλλογος καταγγέλλει κάθε διάκριση και ρατσιστικό διαχωρισμό στην παροχή Υπηρεσιών Υγείας στους συνανθρώπους μας ανεξαρτήτως Φυλής, χρώματος, θρησκεύματος ή εθνότητας.

Η προσπάθεια εκμετάλλευσης της εθελοντικής αιμοδοσίας και ειδικότερα η εκμετάλλευση και η χορήγηση αίματος του πολύτιμου αυτού ανθρώπινου στοιχείου για λόγους προώθησης πολιτικών και ρατσιστικών επιδιώξεων, όπως επιδιώκει η Χρυσή Αυγή, είναι απάνθρωπη και καταδικάζεται απερίφραστα.

Η Εθελοντική Αιμοδοσία, που οργανώνεται από φορείς της Πολιτείας οφείλει να περιλαμβάνει, κάθε συνάνθρωπο που διαμένει στη χώρα μας και έχει ανάγκη του βασικότερου ανθρώπινου αγαθού, όπως είναι το αίμα, χωρίς διακρίσεις.

Οι φιάλες αίματος που συλλέγονται κατά την διάρκεια εθελοντικής αιμοδοσίας χορηγούνται με αποκλειστικά ιατρικά κριτήρια, σε όσους έχουν ανάγκη μετάγγισης αίματος.

Οι ιατροί οφείλουν στα πλαίσια του ιατρικού λειτουργήματός τους να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε κάθε πάσχοντα συνάνθρωπό μας. Όποιος ιατρός συμμετέχει σε εκδηλώσεις διακρίσεων, παραβιάζει βάναυσα τον όρκο του και τον Κώδικα ιατρικής Δεοντολογίας και είναι υπόλογος έναντι του Νόμου και της Κοινωνίας.

Το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας και το Υπουργείο Υγείας οφείλουν, με τις παρεμβάσεις τους, να προστατεύσουν την ιερή πράξη της αιμοδοσίας.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Η αντιμετώπιση των καταστροφικών μνημονιακών πολιτικών στο χώρο της Υγείας

Αθήνα 13.9.2012

Πραγματοποιήθηκε σήμερα στα γραφεία της ΑΔΕΔΥ ευρεία σύσκεψη Ομοσπονδιών και σωματείων του δημόσιου τομέα με αντικείμενο το συντονισμό των ενεργειών και των κινητοποιήσεων για την προάσπιση της δημόσιας υγείας και την αντιμετώπιση των καταστροφικών μνημονιακών πολιτικών στον τομέα της υγείας.

Της σύσκεψης που πραγματοποιήθηκε με πρωτοβουλία της ΠΟΕΔΗΝ, είχε προηγηθεί σύσκεψη ΑΔΕΔΥ-ΓΣΕΕ-ΠΙΣ και αποφασίστηκε σειρά κινητοποιήσεων, καθώς και μεγάλη καμπάνια ενημέρωσης όλων των εργαζόμενων και του λαού.

Στη σύσκεψη εκπροσώπησε τον ΠΙΣ ο Α Αντιπρόεδρος Γιάννης Μπασκόζος και συμμετείχε και το μέλος του ΔΣ και πρόεδρος της ΟΕΝΓΕ Δημήτρης Βαρνάβας.

Ο Αντιπρόεδρος του ΠΙΣ τόνισε την αναγκαιότητα συντονισμού όλων των κλάδων των υγειονομικών με όλους τους εργαζόμενους δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, προκειμένου να εμποδιστεί η πλήρης κατεδάφιση του δημόσιου και κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος υγείας και να προστατευτούν τα εργασιακά δικαιώματα των λειτουργών της υγείας.

Ο αντιπρόεδρος του ΠΙΣ αναφέρθηκε στην απόλυτη προτεραιότητα της ανάγκης χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ από τον κρατικό προϋπολογισμό για να μην συμπαρασύρει στην κατάρρευση του την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τα νοσοκομεία.

Τόνισε πως η παρουσία του ΠΙΣ είναι επιβεβλημένη στην προσπάθεια αυτή και ως θεσμικού εκφραστή όλων των γιατρών της χώρας αλλά και ως θεσμοθετημένου σύμβουλου της πολιτείας για τα θέματα υγείας.

Ο πρόεδρος της ΟΕΝΓΕ τόνισε την ανάγκη δημιουργίας ενός παλλαϊκού μετώπου για την προάσπιση της δημόσιας υγείας, το οποίο θα σταθεί ανάχωμα στη μεθοδευμένη προσπάθεια κατεδάφισης του ΕΣΥ και όλων των υποδομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η σύσκεψη αποφάσισε ο συντονισμός να βαθύνει και να οργανωθεί συγκεκριμένα με πολύμορφες κινητοποιήσεις, προκειμένου να ανατραπούν οι μνημονιακές πολιτικές υποβάθμισης των υπηρεσιών υγείας και η επιβάρυνση των πολιτών σε κάθε επαφή τους με το σύστημα υγείας.

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Ο ΠΙΣ αντιτίθεται στην περικοπή των διπλών συντάξεων

Αθήνα 19.7.2012

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ., μετά και τη Συνεδρίαση του, της 18.7.2012, εκφράζει την έντονη αντίθεσή του σε δημοσιεύματα και διαρροές στα Μ.Μ.Ε., από κυβερνητικούς και μη παράγοντες, για περικοπή των διπλών συντάξεων που λαμβάνουν κάποιες κατηγορίες πολιτών, μεταξύ των οποίων και οι ιατροί.

Το Ταμείο Συντάξεως Υγειονομικών -ΤΣΑΥ (το οποίο έχει εντα-

χθεί στο Ε.Τ.ΑΑ) είναι ταμείο αυτασφάλισης, μη επιχορηγούμενο και στηρίζεται σε εισφορές που καταβάλλονται από τους ίδιους τους ιατρούς.

Οι εργαζόμενοι και στο Δημόσιο ή ασφαλιστικά ταμεία ιατροί καταβάλλουν τις εισφορές τους, όπως όλοι οι εργαζόμενοι του δημόσιου τομέα.

Μετά και το «κούρεμα» των αποθεματικών των Ταμείων, είναι όχι μόνο παράνομο αλλά και άκρως αντικοινωνικό και έξω από κάθε λογική, να σχεδιάζονται ενέργειες, για περικοπή των διπλών συντάξεων των ιατρών, οι οποίες αποτελούν προϊόντα εισφορών χρόνων.

Ενέργειες στην παραπάνω κατεύθυνση θα τύχουν της καθολικής αντίδρασης του ιατρικού κόσμου.

Το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. εκφράζει επίσης την πλήρη αντίθεση στην εφαρμογή της αναγραφής της δραστικής ουσίας από τους ιατρούς και της χορήγησης του φθηνότερου γενόσημου από τους φαρμακοποιούς. Για το λόγο αυτό, έχουμε προσφύγει στο Συμβούλιο Επικρατείας (ΣτΕ) κατά της Υπουργικής Απόφασης περί εφαρμογής της διάταξης με δραστική ουσία.

Επαναβεβαιώνουμε επίσης την πλήρη αντίθεση σε κάθε σκέψη μείωσης του ειδικού μισθολογίου των νοσοκομειακών ιατρών, γιατί αυτό θα σημάνει περαιτέρω αποδυνάμωση, υλική και ψυχική, ενός κλάδου ιατρών που καταβάλλουν φιλότιμες προσπάθειες να στηρίξουν την υγεία του ελληνικού λαού.

Όσον αφορά το πρόστιμο του 1 ευρώ που επιβάλλεται από 1.7.2012 για κάθε χειρόγραφη συνταγή και χρεώνεται στον ιατρό που τη χορηγεί, ζητούμε για μία ακόμη φορά την ανάκλησή του και την παράλληλη χειρόγραφη συνταγογράφηση όπου, λόγω ανεπάρκειας υποδομών και λειτουργίας του συστήματος, δεν είναι εφικτή η ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Οι πολιτικές ηγεσίες των Υπουργείων Υγείας, Οικονομικών και Εργασίας οφείλουν να σταματήσουν την πολιτική των μεγάλων περικοπών του χώρου της υγείας, που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του ελληνικού λαού και να εφαρμόσουν πολιτική στήριξης τόσο της υγείας και της περίθαλψης συνολικά, όσο και των ιατρών εργαζομένων και συνταξιούχων που επί χρόνια έχουν προσφέρει και προσφέρουν κοινωνικό έργο υψίστης σημασίας και αποστολής.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Συνάντηση ΠΙΣ με τον υπηρεσιακό υπουργό Υγείας κ. Χ. Κίττα

Αθήνα 24.5.2012

Συναντήθηκε, την Τετάρτη 23/5/2012, το Προεδρείο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) με τον Υπηρεσιακό Υπουργό Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης κ. Χ. Κίττα και συζήτησαν τα εκκρεμή επείγοντα προβλήματα του κλάδου των ιατρών και της περίθαλψης, μέσα στα πλαίσια των περιορισμένων δυνατοτήτων της Υπηρεσιακής Κυβέρνησης.

1. Ετέθησαν υπ' όψιν του Υπουργού, οι δυσλειτουργίες που αντιμετωπίζουν τα Νοσοκομεία της χώρας, με τις μεγάλες ελλείψεις, τις απλήρωτες εφημερίες των ιατρών για μήνες τώρα και τους παρεπόμενους κινδύνους της περίθαλψης.
   Ο Υπουργός διαβεβαίωσε ότι ήδη, παρά τις δημοσιονομικές δυσκολίες, εξασφαλίστηκε ποσό 90.000.000 €, για την ομαλή λειτουργία των Νοσοκομείων το επόμενο διάστημα και ότι δρομολογήθηκαν οι διαδικασίες για την πληρωμή των εφημεριών.

2. Το θέμα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, το πρόστιμο του 1€ από 1/6/2012 για κάθε χειρόγραφη συνταγή και της εφαρμογής της αναγραφής της δραστικής ουσίας με τη χορήγηση του φθηνότερου γενόσημου, για όλες τις θεραπευτικές κατηγορίες από 1/6/2012, συζητήθηκαν ευρύτατα για αναζήτηση λύσεων.
   Ο Υπουργός δήλωσε γνώστης της ανεπάρκειας του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, υποσχέθηκε αναστολή του προστίμου του 1€ και τη δυνατότητα χειρόγραφης συνταγογράφησης με παράλληλη εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής σάρωσης των συνταγών.
   Λόγω αδυναμίας προμήθειας με ενιαίου τύπου συνταγολόγια του ΕΟΠΥΥ, ζητήσαμε τη χρησιμοποίηση των ατομικών μας συνταγολογίων. Ο Υπουργός διαβεβαίωσε ότι θα εξετάσει τη δυνατότητα αυτή.
   Επίσης, σε συνεργασία με τον Υπουργό Εργασίας - Κοιν. Ασφάλισης, θα εξεταστεί το θέμα εφαρμογής της δραστικής ουσίας - φθηνότερου γενόσημου, που φέρει επιβαρύνσεις στους ασφαλισμένους.

3. Ζητήθηκε η αναστολή της ένταξης του κλάδου υγείας του ΕΤΜ στον ΕΟΠΥΥ, μέχρι τέλους του 2012, ώστε να εξεταστεί η δυνατότητα αυτόνομης βιωσιμότητας.
   Ο Υπουργός είναι θετικός στην παραπάνω κατεύθυνση και θα ενεργήσει σχετικά.

4. Εξετάστηκε η εξόφληση και ο συμψηφισμός οφειλών προς τους γιατρούς από το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία, με τις οφειλές των γιατρών προς το κράτος, εφορία κλπ.
   Ο Υπουργός δήλωσε ότι το θέμα αυτό, αποτελεί γενικότερο δημοσιονομικό πρόβλημα, θα συζητηθεί με τον Υπουργό Εθν. Οικονομίας και με τον Πρωθυπουργό, μέσα στα πλαίσια και της χρηματοδότησης μέσω της δανειακής σύμβασης.
   Επίσης, δήλωσε ότι κατά το διάστημα των ολίγων ημερών μέχρι τις εκλογές, θα εργασθεί σε κατεύθυνση δρομολόγησης λύσεων, μέσα από τις δημοσιονομικές δυνατότητες στα εκκρεμή επείγοντα προβλήματα, οι οποίες θα βοηθήσουν το έργο της Κυβέρνησης, η οποία θα προκύψει από τις εκλογές.

Για τον Π.Ι.Σ
Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

# Επιστολή ΠΙΣ προς κ. διοικητή ΕΟΠΥΥ για την προβληματική λειτουργία του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης

Αθήνα 8.5.2012

Αξιότιμο Διοικητή ΕΟΠΥΥ κ.Γεράσιμο Βουδούρη

Κύριε Διοικητά,

Λόγω αδυναμίας λειτουργίας του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, σας καλούμε να εφαρμόσετε άμεσα το Σύστημα χειρόγραφης Συνταγογράφησης, όπως και κατά το παρελθόν, με χορήγηση των σχετικών συνταγολογίων σε όλους τους γιατρούς, συμβεβλημένους και συνεργαζόμενους με τον ΕΟΠΥΥ. Οι ευθύνες για την στέρηση φαρμάκων από τους ασθενείς που έχουν ανάγκη είναι μεγάλες.

Για τους κινδύνους αυτούς σας είχαμε προειδοποιήσει επανειλημμένα. Μοναδική λύση όχι μόνο για σήμερα, αλλά και για το μέλλον, είναι η παράλληλη λειτουργία χειρόγραφου συστήματος μέχρι να εγκατασταθεί Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης ολοκληρωμένο, ασφαλές και προσβάσιμο.

Ο Πρόεδρος Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

---

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Ανακοίνωση της σύσκεψης των προέδρων των ιατρικών συλλόγων της χώρας με πρωτοβουλία του ΔΣ του Π.Ι.Σ.

Αθήνα 19.3.2012

Η σύσκεψη των προέδρων των ιατρικών συλλόγων, η οποία πραγματοποιήθηκε στις 17 Μαρτίου 2012, στην Αθήνα, εκφράζει την αντίθεση της στη μνημονιακή πολιτική της αλόγιστης περικοπής των δημόσιων δαπανών για την υγεία.

Καταδικάζουμε απερίφραστα την αντιιατρική επίθεση και τη συνεχή συκοφαντική εκστρατεία του υπουργού υγείας και της διοίκησης του ΕΟΠΥΥ. Τους καλούμε αντί να εμμένουν σε επικοινωνιακού τύπου αντιπαραθέσεις, να παραδεχτούν τη βασιμότητα και το δίκαιο των αιτημάτων του ιατρικού κόσμου. Η συνέχιση της πολιτικής τους φέρνει σε απόγνωση γιατρούς και ασθενείς.

Αντιδρούμε σθεναρά στην επιχειρούμενη ψευδεπίγραφη «απελευθέρωση» του ιατρικού επαγγέλματος που στην πραγματικότητα αποτελεί αντιποίηση της ιατρικής ιδιότητας. Προχωρούμε σε δικαστικές προσφυγές που θα φτάσουν μέχρι και στα ευρωπαϊκά δικαστήρια.

Υπερασπιζόμαστε την αυτοτελή ύπαρξη του ΤΣΑΥ-ΕΤΑΑ και την κινητή και ακίνητη περιουσία του που δημιουργήθηκε με τις εισφορές του ιατρικού κόσμου. Επιμένουμε στην άρνηση μας για το καταστροφικό «κούρεμα» των ομολόγων του ταμείου που χωρίς να ρωτηθούμε αγοράστηκαν και χωρίς τη σύμφωνη γνώμη μας καταλήστευονται σε συνέχεια της διαχρονικής ληστείας των αποθεματικών των ταμείων. Δεν απεμπολούμε το δικαίωμα μας για αναζήτηση των πολιτικών, αστικών και ποινικών ευθυνών όσων ευθύνονται. Αρνούμαστε κατηγορηματικά τη χορήγηση δανείου προς τον ΕΟΠΥΥ προκειμένου να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του!

Θα υπερασπιστούμε την αυτοτέλεια του ιατρικού επαγγέλματος και δεν θα ανεχτούμε την αντιποίηση της ιατρικής ιδιότητας στο θέμα της αναγραφής των φαρμάκων.

Κανένα φάρμακο χωρίς ιατρική συνταγή. Καλούνται οι ιατρικοί σύλλογοι να επιλαμβάνονται υποθέσεων όπου καταστρατηγείται η ιατρική δεοντολογία αλλά και ο φαρμακευτικός κώδικας. Λέμε όχι στην ανεύθυνη πολιτική της ανεξέλεγκτης δραστικής ουσίας. Απαιτούμε σωστή τιμολόγηση των γενοσήμων και ουσιαστικούς ελέγχους των σκευασμάτων που κυκλοφορούν στη χώρα. Θα προσφύγουμε στη δικαιοσύνη διεκδικώντας την μη εφαρμογή της υποχρεωτικής αναγραφής δραστικής ουσίας. Διεκδικούμε ουσιαστικό έλεγχο της συνταγογράφησης με επιστημονικά κριτήρια προς το συμφέρον των ασθενών και των δημόσιων πόρων. Απαιτούμε την άμεση κατάργηση του «προστίμου» 1 ευρώ για κάθε χειρόγραφη συνταγή.

Απαιτούμε την άμεση εξόφληση των χρωστούμενων δεδουλευμένων προς τους γιατρούς από τα ταμεία χωρίς εκπτώσεις. Αν μέχρι 1/4/2012 δεν έχει γίνει η εξόφληση θα προχωρήσουμε σε δικαστικές ενέργειες κατά των υπευθύνων.

Θα απαιτήσουμε και θα διαπραγματευτούμε την υπογραφή συλλογικής σύμβασης με τον ΕΟΠΥΥ αλλά και για όλους τους γιατρούς που απασχολούνται στο δημόσιο η τον ιδιωτικό τομέα και δεν καλύπτονται από συλλογική σύμβαση. Επιβεβαιώνουμε την αντίθεση μας στην εφαρμογή των ρυθμίσεων του θνησιγενούς μνημονιακού ΕΟΠΥΥ, όταν μάλιστα από τα πιο αρμόδια χείλη επιβεβαιώθηκαν οι φόβοι μας για την αδυναμία κάλυψης των αναγκών από τον ελλειμματικό προϋπολογισμό για το 2012.

Κανένας γιατρός στην εξευτελιστική ατομική σύμβαση.

Στηρίζουμε τη λειτουργία και αναβάθμιση των δημόσιων νοσοκομείων. Απαιτούμε την άμεση πρόσληψη των ήδη κριθέντων συναδέλφων. Θεωρούμε εγκληματική για τη δημόσια υγεία την υλοποίηση της μνημονιακής ρύθμισης για συγχώνευση κατάργηση 50 νοσοκομείων. Καλούμε τις ενώσεις νοσοκομειακών γιατρών και τους ιατρικούς συλλόγους να κινητοποιήσουν τις τοπικές κοινωνίες και τους φορείς ώστε να προασπίσουν δυναμικά τα νοσοκομεία τους. Οι αντιδράσεις πρέπει να κορυφωθούν άμεσα απαιτώντας την ανάκληση της υπουργικής απόφασης που ουσιαστικά καταργεί τα 50 νοσοκομεία.

Ο ιατρικός κόσμος θα συνεχίσει να διεκδικεί μαζί με όλους τους πολίτες την παροχή από την πολιτεία υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας για όλους χωρίς οικονομική επιβάρυνση την ώρα της ανάγκης και θα αποδείξει έμπρακτα την αλληλεγγύη του προς τους συμπολίτες μας.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Το νερό σε ανεπάρκεια & κίνδυνο

Αθήνα 22.3.2012

Η Πανελλήνια Εταιρεία Ιατρών Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Ι.Δ.Υ.), με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Νερού, στις 22/03/12, διοργάνωσε την Ετήσια Πανελλήνια Επιστημονική Ημερίδα, με θέμα: «Το νερό σε ανεπάρκεια & κίνδυνο στη σύγχρονη διατροφική απειλή και στην οικονομική κρίση», στο Συνεδριακό Κέντρο του ξενοδοχείου Ledra Marriott.

Η συγκεκριμένη επιστημονική ημερίδα αποτελεί ένα θεσμό, που ξεκίνησε από το 2001 και διοργανώνεται κάθε χρόνο, αποτελώντας εξαιρετική τιμή για τη χώρα μας. Το Συνέδριο αυτό είναι σημαντικό για την Ελλάδα, εξαιτίας τις συνεχούς και πολυετούς προσπάθειας για την ανάδειξη των κινδύνων των φυσικών πόρων μας και της ελλιπούς οργάνωσης των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας της χώρας μας καθώς και της αναποτελεσματικής αντιμετώπισης των προβλημάτων, από εξειδικευμένους επιστήμονες.

Στην έναρξη της ημερίδας παρέστησαν εκπρόσωποι όλων των πολιτικών κομμάτων και της τοπικής αυτοδιοίκησης. Η θεματολογία της ημερίδας, παρουσιάστηκε με επιστημονικές διαλέξεις σε θέματα αιχμής της, που αφορούν την προστασία και την ποιότητα του ύδατος από 5 καταξιωμένους ομιλητές, αλλά και διεθνείς προσωπικότητες της ειδικότητας όπως ο κ. J. Lebet.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΙΩΑΝΝΗΣ ΣΩΚ. ΤΣΑΝΤΙΡΗΣ
*ΙΑΤΡΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*
*ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ*
*Πρόεδρος της Πανελλήνιας Εταιρείας Ιατρών Δημόσιας Υγείας*

---

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

# Νέο Προεδρείο του Π.Ι.Σ.

Αθήνα, 19-2-2012

Συνήλθε το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, που αναδείχθηκε από τις εκλογές που πραγματοποιήθηκαν στις 12 Φεβρουαρίου 2012 και αποφάσισε για το νέο Προεδρείο. Η σύνθεση του είναι η εξής:

| | |
|---|---|
| **Πρόεδρος:** | Μιχαήλ Βλασταράκος |
| **Α΄Αντιπρόεδρος:** | Ιωάννης Μπασκόζος |
| **Β' Αντιπρόεδρος:** | Γρηγόριος Ροκαδάκης |
| **Γενικός Γραμματέας:** | Κωνσταντίνος Αλεξανδρόπουλος |
| **Ταμίας:** | Βαρβάρα Ανεμοδουρά |
| **Μέλη:** | Δημήτριος Βαρνάβας, Αναστάσιος Βασιάδης, Κωνσταντίνος Γιαννακόπουλος, Σωτήριος Καραχάλιος, Κωνσταντίνος Κουτσόπουλος, Νικόλαος Λυσίτσας, Βλαδίμηρος Παναγιωτίδης, Χρήστος Παπάζογλου, Παναγιώτης Παπανικολάου, Μαρία Πασακιώτου-Μπιντούδη |

Η εκλογή του Προεδρείου έγινε με μυστική ψηφοφορία, βάσει της νομοθεσίας (άρθρο 11 , Ν. 727/1977) και των διαδικασιών συγκρότησης του Δ.Σ. σε Σώμα.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

# Αυτοάνοσα πομφολυγώδη νοσήματα του στόματος: Σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση

■ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ[1], ΕΥΘΥΜΙΑ ΣΟΥΡΑ[2], ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΥ[3]
[1]Επίκουρος Καθηγητής Δερμ/γιας-Αφρ/γιας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
[2]Ειδικευόμενη Δερμ/γιας–Αφρ/γιας, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»
[3]Καθηγήτρια Στοματολογίας Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

***Περίληψη:*** *Τα αυτοάνοσα πομφολυγώδη νοσήματα του στόματος προκαλούνται από διαταραχές της φυσικής ανοσίας και συχνά είναι δύσκολο να διαχωριστούν το ένα από το άλλο με βάση μόνο την κλινική τους εικόνα. Στην κατηγορία αυτή ανήκει μια πληθώρα νοσολογικών οντοτήτων, με συχνότερες την κοινή πέμφιγα, το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων και τον ομαλό λειχήνα. Οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται καλά σε συμβατικές θεραπείες, όπως είναι τα τοπικά και συστηματικά κορτικοστεροειδή και οι ανοσοκατασταλτικοί φαρμακευτικοί παράγοντες, παρόλα αυτά υπάρχουν και ορισμένες ανθεκτικές μορφές, που αποτελούν θεραπευτική πρόκληση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η χορήγηση βιολογικών παραγόντων θα μπορούσε να αποτελέσει μια εναλλακτική λύση των παραδοσιακών θεραπειών (Πίνακας 1)*[3,4,5].

***Λέξεις ευρετηρίου:*** *αυτοάνοσα πομφολυγώδη νοσήματα, στοματική κοιλότητα, σύγχρονη θεραπεία.*

## Ομαλός λειχήνας

### *Επιδημιολογία-Αιτιοπαθογένεια*

Ο ομαλός λειχήνας είναι ένα χρόνιο αυτοάνοσο νόσημα των βλεννογόνων και του δέρματος. Επηρεάζει το 1%-2% του γενικού πληθυσμού και κυρίως τις γυναίκες (1,4:1)[7]. Η αιτιολογία παραμένει άγνωστη, όμως η νόσος έχει συσχετιστεί με τη χρήση διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, β-αναστολείς κ.α.). Επίσης, η χρήση συγκεκριμένων αμαλγαμάτων σε τεχνητές οδοντοστοιχίες και χημικών σε οδοντόπαστες (cinnamates) ενδεχομένως να προκαλεί αντιδράσεις λειχηνοειδούς τύπου στο βλεννογόνο του στόματος[9].

Ιστολογικά, παρατηρείται έντονη κυτταρική διήθηση στις βλάβες από CD8+ Τ λεμφοκύτταρα καθώς και από άλλα είδη κυττάρων (κύτταρα Langerhans, μακροφάγα, δενδριτικά κύτταρα κ.α.) δίνοντας μια εικόνα αντίδρασης υπερευαισθησίας. Η νόσος προκαλείται από μια αλληλουχία γεγονότων, η οποία συμπεριλαμβάνει την τοπική έκκριση κυτοκινών, την αυξημένη έκφραση των μορίων προσκόλλησης αγγειακών κυττάρων και την επιστράτευση των Τ λεμφοκυττάρων, με αποτέλεσμα την καταστροφή των κυττάρων της βασικής στιβάδας της επιδερμίδας. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει ο TNFα, του οποίου τα επίπεδα είναι αυξημένα στον ορό των ασθενών, καθώς συμβάλλει (μαζί με την IL-1, την INF-a, τα δενδριτικά κύτταρα και τα κύτταρα Langerhans) στην διατήρηση της αυξημένης έκφρασης των μορίων προσκόλλησης στην επιφάνεια των αγγειακών κυττάρων[10].

### *Κλινική εικόνα*

Ο ομαλός λειχήνας εμφανίζεται ως έντονα κνησμώδες εξάνθημα, ερυθροϊώδες, αποτελούμενο από επίπεδες, στίλβουσες και πολυγωνικές βλατίδες που εντοπίζονται στις κνήμες, τους καρπούς και τα γεννητικά όργανα (αν και το εξάνθημα μπορεί να είναι και γενικευμένο). Οι βλάβες στο βλεννογόνο του στόματος εντοπίζονται κυρίως στις παρειές, στα πλάγια της γλώσσας και στα ούλα και μπορεί να είναι διαβρωτικές και επώδυνες ή να έχουν την χαρακτηριστική εμφάνιση ενός λευκωπού δικτύου (δίκτυο Wickham). Μπορούν, επίσης, να

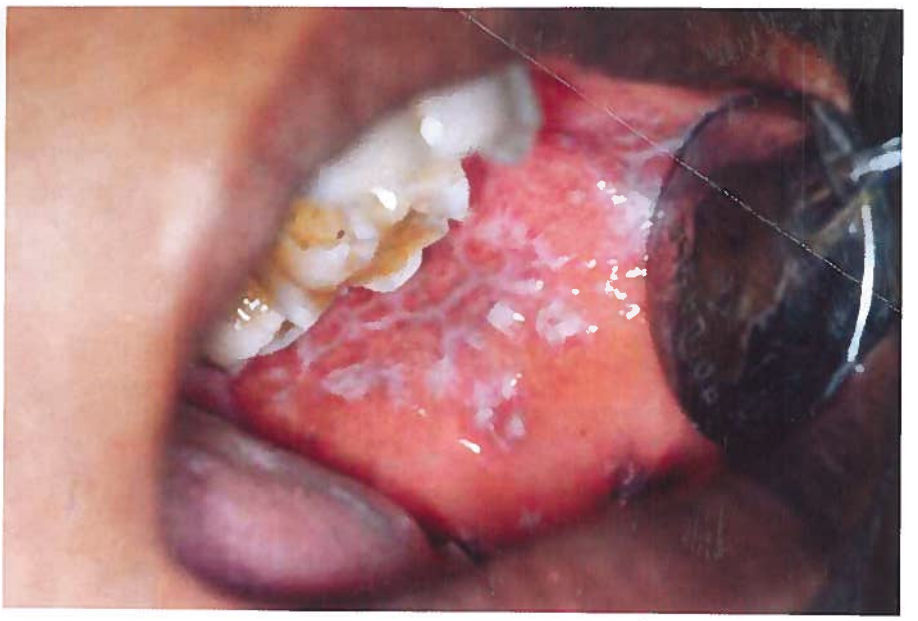
εμφανίζονται ως λευκές πλάκες ή βλατίδες ή να είναι ερυθηματώδεις ή ακόμη και πομφολυγώδεις. Τόσο το εξάνθημα όσο και το ενάνθημα έχουν χαρακτηριστική, αμφοτερόπλευρη κατανομή[8].

### *Θεραπεία*

Η θεραπεία γίνεται κυρίως με τη χρήση τοπικών ή και συστηματικών κορτικοστεροειδών, ενώ σε πιο ανθεκτικές και εκτεταμένες μορφές της νόσου χορηγούνται και άλλοι παράγοντες όπως η αζαθειοπρίνη, η κυκλοσπορίνη, η δαψόνη ή η υδροξυχλωροκίνη[6]. Σπανίως, η νόσος χαρακτηρίζεται από εκτεταμένες διαβρώσεις στους βλεννογόνους και υποτροπιάζει συχνά, παρά τις θεραπευτικές προσπάθειες. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι βιολογικοί παράγοντες μπορούν να έχουν θέση στη θεραπευτική της νόσου.

Καθώς ο TNFα φαίνεται να παίζει ρόλο στην παθογένεια της νόσου, οι anti-TNFα παράγοντες είναι από τα πρώτα σκευάσματα που δοκιμάστηκαν. Συγκεκριμένα, η infliximab ήταν επιτυχής στη θεραπεία ενός ασθενούς, με την κλινική εικόνα να βελτιώνεται στις 6 εβδομάδες θεραπείας και να επιτυγχάνεται πλήρης ύφεση της νόσου την 22η εβδομάδα θεραπείας[11]. Αντίστοιχα καλά αποτελέσματα αναφέρθηκαν και με τη χρήση etanercept σε έναν ασθενή[12], ενώ από το 2010 διενεργείται κλινική μελέτη πάνω στη χρήση του σκευάσματος αυτού σε μέτριο έως σοβαρό ομαλό λειχήνα[14,17]. Παρόλα αυτά, οι anti-TNFα παράγοντες έχουν κατά καιρούς ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση της νόσου σε ασθενείς που τους λάμβαναν ως θεραπεία για άλλου είδους νοσήματα. Πιθανή αιτιολογία για αυτό το προηγούμενο είναι μια ανισορροπία στα επίπεδα της INF-α και του TNFα σε ασθενείς με συγκεκριμένο ανοσολογικό προφίλ[13].

Άλλοι βιολογικοί παράγοντες που έχουν δοκιμαστεί στη θεραπεία του ομαλού λειχήνα είναι εκείνοι που στοχεύουν τα Τ λεμφοκύτταρα. Η alefacept χορηγήθηκε σε 7 ασθενείς με μέτρια αποτελέσματα, όμως περισσότερες κλινικές μελέτες απαιτούνται για την αξιολόγηση του φαρμάκου αυτού[15]. Η efalizumab χορηγήθηκε σε μία σειρά ασθενών (σύνολο 4) με θετικά αποτελέσματα, καθώς παρατηρήθηκε γρήγορη ανταπόκριση, σημαντική μείωση του μεγέθους των βλαβών και της κλίμακας πόνου. Ταυτόχρονα, όμως, αναφέρθηκε κνιδωτική αντίδραση και σοβαρή σταφυλοκοκκική λοίμωξη, για την οποία απαιτήθηκε νοσηλεία σε έναν ασθενή και η εμφάνιση δερματικού υποξέος ερυθηματώδη λύκου σε έναν άλλο, με αποτέλεσμα τη διακοπή της θεραπείας[16]. Τέλος, η βασιλιξιμάμπη χορηγήθηκε με επιτυχία σε έναν ασθενή, στον οποίο επιτεύχθηκε πλήρης ύφεση της νόσου η οποία όμως ήταν προσωρινή, καθώς παρατηρήθηκε υποτροπή αμέσως μετά το τέλος της θεραπείας[18].



*Εικόνα 1. Κλινική εικόνα ομαλού λειχήνα.*

## Κοινή πέμφιγα

### *Επιδημιολογία-Αιτιοπαθογένεια*

Η κοινή πέμφιγα είναι ένα αυτοάνοσο πομφολυγώδες νόσημα, που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενδοεπιδερμιδικών πομφολύγων στο βλεννογόνο του στόματος και το δέρμα. Απαντάται κυρίως στις Μεσογειακές περιοχές και πλήττει, κατά μέσο όρο, 2-3 άτομα ανά 100.000 πληθυσμού[19]. Σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της νόσου φαίνεται να παίζει το γενετικό υπόβαθρο, καθώς οι πάσχοντες φέρουν με αυξημένη συχνότητα συγκεκριμένα αντιγόνα τάξης ΙΙ του HLA συστήματος (HLA-DR4 και DQ1).

Στην πέμφιγα παράγονται αντισώματα IgG1 και IgG4 εναντίον της δεσμογλεΐνης 3 ή/και της δεσμογλεΐνης 1, οι οποίες αποτελούν απαραίτητο δομικό στοιχείο των δεσμοσωματίων. Οι ασθενείς με αντισώματα εναντίον της δεσμογλεΐνης 3 παρουσιάζουν βλάβες αποκλειστικά στο βλεννογόνο του στόματος, ενώ εκείνοι με αντισώματα εναντίον της δεσμογλεΐνης 1 και της δεσμογλεΐνης 3 παρουσιάζουν βλάβες και στο δέρμα[20].

### *Κλινική εικόνα*

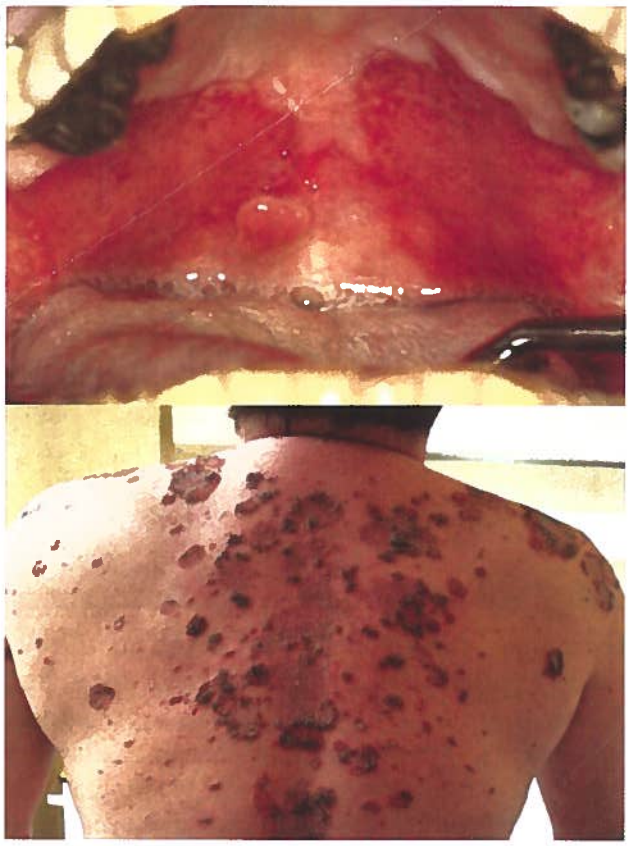
Πάνω από το 50% των ασθενών προσέρχονται με βλάβες στο βλεννογόνο του στόματος, οι οποίες και μπορούν να προηγούνται των δερματικών έως και κατά 5 μήνες. Κλινικά, παρατηρούνται πλαδαρές πομφόλυγες οι οποίες ρήγνυνται εύκολα, καταλείποντας επώδυνες διαβρώσεις, συχνά καλυπτόμενες από οροαιματηρές εφελκίδες. Οι βλάβες μπορούν να εντοπίζονται στην κεφαλή, στον κορμό και στα άκρα και ενδέχεται να είναι αρκετά εκτεταμένες. Στο βλεννογόνο του στόματος απαντώνται διαβρώσεις και όχι πομφόλυγες. Χαρακτηριστική είναι και η συνύπαρξη αποφλοιωτικής ουλοστοματίτιδας. Κυρίως επηρεάζονται οι παρειές (90%), η υπερώα και τα χείλη (50%), και λιγότερο η γλώσσα[21].

### *Διάγνωση*

Η διάγνωση τίθεται μέσω της κλινικής εικόνας (θετικό σημείο Nikolsky), της ιστολογικής εξέτασης, των ευρημάτων από τον άμεσο και τον έμμεσο ανοσοφθορισμό, αλλά και με τη βοήθεια μεθόδων όπως η ELISA και η Westernblot.

### *Θεραπεία*

Τα κορτικοστεροειδή αποτελούν την κύρια επιλογή για τη θεραπεία της νόσου τα ⇨



*Εικόνα 2. Κλινική εικόνα κοινής πέμφιγας.*

*Εικόνα 3. Κλινική εικόνα του πεμφιγοειδούς των βλεννογόνων.*

τελευταία 50 χρόνια. Οι πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, όμως, που συνοδεύουν τη μακροχρόνια χορήγησή τους, οδήγησε στην αναζήτηση συμπληρωματικών (adjuvant) θεραπειών. Σκοπός είναι η γρηγορότερη ανταπόκριση των ασθενών και η μείωση του χρονικού διαστήματος χορήγησης των κορτικοστεροειδών. Σε αυτές τις θεραπείες ανήκουν η αζαθειοπρίνη, η μυκοφαινολάτη, η κυκλοφωσφαμίδη και μια πληθώρα άλλων ουσιών, που χορηγούνται με ποικίλα αποτελέσματα[20].

Δυστυχώς, ένα ποσοστό ασθενών παρουσιάζει ανθεκτική μορφή της νόσου η οποία όχι μόνο είναι εκτεταμένη, αλλά και υποτροπιάζει συχνά παρά τη χορήγηση πολλαπλών θεραπευτικών παραγόντων. Αυτή η κατηγορία των ασθενών ενδέχεται να ωφεληθεί από τη χρήση κάποιου βιολογικού παράγοντα.

Οι anti-TNFα παράγοντες χορηγήθηκαν σε ασθενείς με πέμφιγα, καθώς μελέτες έδειξαν ότι τα επίπεδα του TNFα στον ορό σχετίζονται με τη σοβαρότητα και την πρόγνωση της νόσου[1,2]. Η ετανερσέπτη ήταν επιτυχής στη θεραπεία 6 ασθενών (μεμονωμένα περιστατικά)[22,23,24]. Τα αποτελέσματα αυτά δεν επιβεβαιώθηκαν από μία πιλοτική μελέτη με 8 ασθενείς. Από τους 4 ασθενείς που έλαβαν τη θεραπεία (οι υπόλοιποι έλαβαν placebo) οι δύο βελτιώθηκαν, ο ένας παρέμεινε στάσιμος και ο ένας παρουσίασε έξαρση της νόσου[25]. Η ανταλιμουμάμπη απέδωσε θετικά στη θεραπεία ενός ασθενή, χορηγήθηκε όμως μαζί με άλλους φαρμακευτικούς παράγοντες και άρα τα αποτελέσματα θεωρούνται μη αξιόπιστα[26]. Η ινφλιξιμάμπη ήταν επιτυχής στη θεραπεία δύο ασθενών, οι οποίοι όμως υποτροπίασαν γρήγορα ύστερα από τη διακοπή του φαρμάκου[27].

Άλλοι παράγοντες που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου είναι εκείνοι που στοχεύουν τα Β λεμφοκύτταρα. Η ριτουξιμάμπη ήταν αποτελεσματική στη θεραπεία ασθενών με παραneοπλασματική πέμφιγα λόγω λεμφώματος non-Hodgkin. Μεμονωμένα περιστατικά με ανθεκτικές μορφές κοινής πέμφιγας ανταποκρίθηκαν καλά στη συγκεκριμένη θεραπεία, ενώ και τρεις μελέτες που έγιναν επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα αυτά[31]. Πιο συγκεκριμένα, σε μια μελέτη με 31 ασθενείς, από τους 18 που ολοκλήρωσαν την αγωγή, οι 13 παρουσίασαν πλήρη ύφεση της νόσου η οποία διήρκεσε κατά μέσο όρο 18 μήνες[28]. Σε μια αναδρομική μελέτη αναφέρθηκε ότι από τους 38 ασθενείς που παρακολουθήθηκαν, το 56% παρουσίασε πλήρη ύφεση, το 36% μερική βελτίωση, ενώ το 6% δεν ανταποκρίθηκε. Στο 11% των ασθενών αναφέρθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες (λοιμώξεις)[29]. Τέλος, σε μια μελέτη με 42 ασθενείς, το 86% των ασθενών παρουσίασε πλήρη ύφεση, ενώ παρέμειναν ελεύθεροι νόσου για 8 έως 64 μήνες (το 50% υποτροπίασε). Το διάστημα παρακολούθησης ήταν 5 έτη, κατά τη διάρκεια του οποίου δεν αναφέρθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες[30]. Παρόλα αυτά, νέα δεδομένα αναφέρουν την εμφάνιση αντισωμάτων εναντίον της ριτουξιμάμπης σε ορισμένους ασθενείς[35], ενώ η ασφάλεια της μακροχρόνιας χορήγησής του είναι κάτι που μένει να δι-

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ «ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ» ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΧΟΡΗΓΗΘΕΙ ΣΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ**

| |
|---|
| ***Anti-TNFa*** |
| • Ανταλιμουμάμπη |
| • Ινφλιξιμάμπη |
| • Ετανερσέπτη |
| ***Παράγοντες που στοχεύουν τα Τ λεμφοκύτταρα*** |
| • Αλεφασέπτη |
| • Εφαλιζουμάμπη (απεσύρθη) |
| • Βασιλιξιμάμπη |
| ***Παράγοντες που στοχεύουν τα Β λεμφοκύτταρα*** |
| • Ριτουξιμάμπη |
| • Επρατουζουμάμπη |

ερευνηθεί, καθώς υπάρχει ανησυχία για την πιθανότητα συσχέτισής της με αιματολογική κακοήθεια[33,34].

## Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων

### *Επιδημιολογία-Αιτιοπαθογένεια*

Το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων είναι μια αυτοάνοση πομφολυγώδης νόσος, που χαρακτηρίζεται από υποεπιδερμιδικές πομφόλυγες και προσβάλλει κυρίως το βλεννογόνο του στόματος (80%) και των οφθαλμών (70%). Πιο συχνά παρατηρείται στις γυναίκες, στην 6η-8η δεκαετία ζωής και είναι εξαιρετικά σπάνιο, αφού κάθε χρόνο αναφέρεται ένα μόλις νέο περιστατικό ανά εκατομμύριο πληθυσμού[20].

Η παθογένεια της νόσου δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως, όμως σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν IgG αντισώματα εναντίον αντιγόνων, που αποτελούν βασικά δομικά συστατικά της βασικής μεμβράνης (BP180, Laminin 5, β4-integrin κ.α.)[21].

### *Κλινική εικόνα*

Κλινικά, η νόσος προσβάλλει τον επιπεφυκότα, αρχικά του ενός οφθαλμού και στη συνέχεια και του άλλου και εκδηλώνεται με συμφύσεις, εκτρόπιο και βλάβες στον κερατοειδή χιτώνα. Στο βλεννογόνο του στόματος παρατηρούνται πομφόλυγες, διαβρώσεις και ουλές. Αρκετά συχνά μπορεί να συνυπάρχει και αποφλοιωτική ουλοστοματίτιδα. Άλλα ανατομικά σημεία που μπορεί να επηρεαστούν είναι ο ρινικός βλεννογόνος, ο βλεννογόνος των γεννητικών οργάνων, του οισοφάγου, του φάρυγγα, των βρόγχων κ.α. με συχνότερη επιπλοκή τη δημιουργία στενώσεων, που μπορεί να χρειαστούν χειρουργική επέμβαση για να αποκατασταθούν.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΗΣ ΠΕΜΦΙΓΑΣ ΚΑΙ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΟΥΣ ΤΩΝ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΩΝ**

| | Κοινή πέμφιγα | Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων |
|---|---|---|
| Αντισώματα | IgG, C3, κυκλοφορούντα αντισώματα IgG | IgG, C3, ελάχιστα κυκλοφορούντα αντισώματα IgG |
| Αντιγόνα | Δεσμογλεΐνη 1 και 3 | Laminin 5, BP180, BP230,α6β4 integrin |
| Πομφόλυγες | Ενδοεπιδερμιδικές | Υποεπιδερμιδικές |
| Εντόπιση | Δέρμα και στοματικός βλεννογόνος | Βλεννογόνος στόματος και οφθαλμών |
| Πρόγνωση | Μέτρια, σοβαρές επιπλοκές, σπανίως θάνατος | Καλή, σοβαρές επιπλοκές |

### *Διάγνωση*

Η διάγνωση της νόσου τίθεται με τη βοήθεια της ιστολογικής εξέτασης των βλαβών, τη διενέργεια άμεσου και έμμεσου ανοσοφθορισμού (μεγαλύτερη ευαισθησία με την τεχνική «Saltsplitskin») και τη χρήση της μεθόδου ELISA.

### *Θεραπεία*

Τα τοπικά και συστηματικά κορτικοστεροειδή αποτελούν τη κύρια θεραπευτική επιλογή. Σε πιο ανθεκτικές μορφές μπορούν να χορηγηθούν συμπληρωματικές των κορτικοστεροειδών θεραπείες όπως η κυκλοφωσφαμίδη (σε σχήμα ώσεων μαζί με πρεδνιζολόνη ή μόνη της), η δαψόνη, οι ανοσοσφαιρίνες κ.α. Καθώς, όμως, το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων συνοδεύεται από πληθώρα επιπλοκών, εμφανίζεται σε ηλικιωμένους με αρκετά συνυπάρχοντα νοσήματα και ελέγχεται σχετικά δύσκολα με τη χρήση των συστηματικών κορτικοστεροειδών, απαραίτητη είναι η εύρεση νέων εναλλακτικών θεραπειών.

Η νόσος, όπως προαναφέρθηκε, προκαλείται από διαταραχή της αυτοανοσίας και την εμφάνιση αυτοαντισωμάτων και επιπλέον, χαρακτηρίζεται από υποεπιδερμιδικές πομφόλυγες, στη δημιουργία των οποίων σημαντικό ρόλο παίζουν αρκετές κυτταροκίνες, συμπεριλαμβανομένου και του TNFα. Δικαιολογείται, λοιπόν, η επιλογή βιολογικού παράγοντα για τη θεραπεία των ανθεκτικών μορφών της νόσου[32]. Από τους anti-TNFα παράγοντες, η ετανερσέπτη ήταν επιτυχής στη θεραπεία 5 ασθενών, με αναφερόμενο χρόνο ύφεσης που διήρκεσε έως και 2 έτη. Όλοι οι ασθενείς με βλάβες στο βλεννογόνο του στόματος βελτιώθηκαν, ενώ ένας ασθενής με προσβολή των οφθαλμών σταθεροποιήθηκε[36,37]. Χρήση της ινφλιξιμάμπης αναφέρθηκε σε έναν ασθενή με πολύ καλά αποτελέσματα, αφού παρατηρήθηκε βελτίωση της κλινικής εικόνας σε 2 εβδομάδες και πλήρης ύφεση της νόσου σε 6 μήνες[38].

Άλλοι παράγοντες που έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία του πεμφιγοειδούς των βλεννογόνων είναι εκείνοι που στοχεύουν τα Β λεμφοκύτταρα και πιο συγκεκριμένα η ριτουξιμάμπη. Σε μία μελέτη με 25 ασθενείς, οι 22 παρουσίασαν πλήρη ύφεση, ενώ 10 από αυτούς υποτροπίασαν σε 4 μήνες. Πιο συγκεκριμένα, στο 72% των ασθενών παρα-

⇨ τηρήθηκε μερική ή πλήρης ύφεση μετά από έναν κύκλο με ριτουξιμάμπ. Επιπλέον, αναφέρθηκε ότι ένας ασθενής παρουσίασε σοβαρή λοίμωξη και δύο ασθενείς κατέληξαν (και στους δύο παρατηρήθηκε υπογαμμασφαιριναιμία)[39]. Μια σειρά 7 ασθενών αναφέρει μικτά αποτελέσματα[40], ενώ σε μια άλλη με 5 ασθενείς, οι 3 παρουσίασαν πλήρη ύφεση και οι 2 μερική[41]. Τέλος, η χρήση της ριτουξιμάμπης σε μεμονωμένα περιστατικά φαίνεται να έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα[42].

## Συμπεράσματα θεραπείας με βιολογικούς παράγοντες

Τα τελευταία χρόνια, οι βιολογικοί παράγοντες έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία πολλών δερματολογικών νόσων. Όσον αφορά τα νοσήματα που προαναφέρθηκαν, η χρήση τους έγινε εκτός ένδειξης. Η επιλογή αυτή βασίστηκε, κυρίως, στην προηγούμενη εμπειρία με νοσήματα παρόμοιου ανοσολογικού υπόβαθρου. Επιπλέον, πολλοί από τους ασθενείς που έλαβαν τις αγωγές αυτές παρουσίαζαν σοβαρές και ανθεκτικές μορφές των νοσημάτων τους, οι οποίες δεν είχαν ελεγχθεί επιτυχώς με καμία από τις ενδεικνυόμενες θεραπείες. Παρότι τα αποτελέσματα είναι πολλά υποσχόμενα, περισσότερες, πιο οργανωμένες και ομοιογενείς μελέτες είναι απαραίτητες για την αξιολόγηση της δραστικότητας των βιολογικών παραγόντων, αλλά και την εκτίμηση των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών από τη μακροχρόνια χρήση τους. Άλλο ένα ζήτημα είναι και το οικονομικό κόστος μιας τέτοιας θεραπείας. Σημαντικό, παρόλα αυτά, είναι να αναφερθεί ότι πολλοί ασθενείς έχουν ωφεληθεί από τις θεραπείες αυτές.


## Summary

## Autoimmune pemphigus oral diseases: Current treatment options

**Stavropoulos P, Soura E, Sklavounou A**

Autoimmune pemphigus oral diseases are caused by natural immunity disorders and it is often very difficult to separate the one from the other, besed only in clinical criteria. Autoimmune pemphigus oral diseases include a variety of pathologic entities, such as pemphigus vulgaris, mucous membrane pemphigoid and oral lichen planus, which are the most common. Most of the patients respond sufficiently to conventional therapies, such as local or systematic corticosteroids as well as immunosuppressive therapies. In contrast, there are some tolerant forms of these diseases, that constitute therapeutic challenges. In these cases, the use of biological treatments could be an alternative therapeutic solution.


***Key words:*** *autoimmune pemphigus diseases, oral, current treatment.*

## Βιβλιογραφία


1. Ameglio F, D'Auria L, Cordiali-Fei P, Mussi A, Valenzano L, D'Agosto G, Ferraro C, Bonifati C, Giacalone B. Bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris: correlated behaviour of serum VEGF, sE-selectin and TNF-alpha levels. J Biol Regul Homeost Agents. 1997 Oct-Dec; 11(4):148-53.
2. Ragab N, Abdallah M, El-Gohary E, Elewa R. Stress and serum TNF-alpha levels may predict disease outcome in patients with pemphigus: a preliminary study. Cutis. 2011 Apr; 87(4):189-94.
3. Bradley JR. TNF-mediated inflammatory disease. J Pathol 2008; 214: 149–160.
4. Thervet E et al. Immunosuppressive treatments: Mechanisms of action and clinical use. Néphrologie&Thérapeutique Volume 7, Issue 7, December 2011, Pages 566–581.
5. Ortleb M, Levitt JO. Practical use of biologic therapy in dermatology: some considerations and checklists. Dermatol Online J. 2012 Feb 15; 18(2):2.
6. Vincent SD et al. Oral lichen planus: the clinical, historical, and therapeutic features of 100 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 70:165-171.
7. Axéll T, Rundqvist L. Oral lichen planus-a demographic study. Community Dent Oral Epidemiol. 15:52-56.
8. Silverman S. Oral lichen planus: a potentially premalignant lesion. J Oral Maxillofac Surg 58:1286-1288.
9. Porter SR, Scully C. Adverse drug reactions in the mouth. Clin Dermatol. 18:525-532.
10. Sugerman PB et al. The pathogenesis of oral lichen planus. Crit Rev Oral Biol Med 13(4):350-365.
11. Chao TJ. Adalimumab in the management of cutaneous and oral lichen planus. Cutis. 2009 Dec; 84(6):325-8.
12. Fiorentino DF. Use of etanercept in the treatment of moderate to severe Lichen planus, JDD April, 2010 9(4).
13. Asarch A et al. Lichenplanus–like eruptions: An emerging side effect of tumor necrosis factor-α antagonists. JAAD 2009; 61:104-111.
14. Yarom N. Etanercept for the management of oral lichen planus. Am J ClinDermatol 2007; 8:121.
15. Chang AL et al. Alefacept for erosive lichen planus: a case series. J Drugs Dermatol. 2008 Apr; 7(4):379-83.
16. Böhm M, Luger TA. Lichen planus responding to efalizumab. J Am Acad Dermatol. 2007 May; 56(5 Suppl):S92-3.
17. Heffernan MP. A single-center, open-label, prospective pilot study of subcutaneous efalizumab for oral erosive lichen planus. J Drugs Dermatol. 2007 Mar; 6(3):310-4.
18. Rebora A et al. Basiliximab is effective for erosive lichen planus. Arch Dermatol 2002; 138:1100-1101.
19. Shamim T. Pemphigus vulgaris in oral cavity: Clinical analysis of 71 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 Oct1; 13(10):E622-6.
20. Black M, Mignogna MD, Scully C, Number II. Pemphigus vulgaris. Oral Dis. 2005 May; 11(3):119-30.
21. Sciubba JJ. Oral mucosal diseases in the office setting: Part II. Oral lichen planus, pemphigus vulgaris, and mucosal pemphigoid, General Dentistry, September/ October 2007, Volume 55, Issue 5.
22. Shetty A, Marcum CB, Glass LF, Carter JD. Successful treatment of pemphigus vulgaris with etanercept in four patients. J Drugs Dermatol. 2009 Oct; 8(10):940-3.
23. Lin MH, Hsu CK, Lee JY. Successful treatment of recalcitrant pemphigus vulgaris and pemphigus vegetans with etanercept and carbon dioxide laser. ArchDermatol. 2005; 141(6):680-682.
24. Berookhim B, Fischer HD, Weinberg JM. Treatment of recalcitrant pemphigus vulgaris with the tumor necrosis factor alpha antagonistetanercept. Cutis 2004; 74(4):245-247.
25. Fiorentino DF, Garcia MS, Rehmus W, Kimball AB. A pilot study of etanercept treatment for pemphigus vulgaris. Arch Dermatol. 2011 Jan; 147(1):117-8.
26. Vojáčková N, Fialová J, Vaňousová D, Hercogová J. Pemphigus vulgaris treated with adalimumab: case study. Dermatol Ther. 2012 Jan-Feb; 25(1):95-7.
27. Jacobi A, Shuler G, Hertl M. Rapid control of therapy-refractory pemphigus vulgaris by treatment with the tumour necrosis factor-alpha inhibitor infliximab. Br J Dermatol. 2005 Aug; 153(2):448-9.
28. Lunardon L et al. Adjuvant Rituximab Therapy of Pemphigus: A Single-Center Experience with 31 Patients Adjuvant Rituximab Therapy of Pemphigus. Arch Dermatol. 2012 Jun; 18:1-6.
29. Kasperkiewicz M et al. Efficacy and safety of rituximab in pemphigus: experience of the German Registry of Autoimmune Diseases. J Dtsch Dermatol Ges. 2012, May 11.
30. Cianchini G et al. Therapy with rituximab for autoimmune pemphigus: Results from a single-center observational study on 42 cases with long-term follow-up. J Am Acad-Dermatol. 2012, Jan 11.
31. Matsukura S, Knowles SR, Walsh S, Shear NH. Effect of a Single-Cycle Alternative Dosing Regimen for Rituximab for Recalcitrant Pemphigus: A Case Series of 9 Patients. ArchDermatol. 2012, Feb 20.
32. O'Neill I, Scully C. Biologics in oral medicine: ulcerative disorders. Oral Dis. 2012, Mar 13.
33. Reguiai Z, Tabary T, Maizières M, Bernard P. Rituximab treatment of severe pemphigus: Long-term results including immunologic follow-up. J Am AcadDermatol. 2012, Jan 18.
34. Horváth B, Huizinga J, Pas HH, Mulder AB, Jonkman MF. Low-dose rituximab is effective in pemphigus. Br J Dermatol. 2012 Feb; 166(2).
35. Lunardon L, Payne AS. Inhibitory human antichimeric antibodies to rituximab in a patient with pemphigus. J Allergy Clinimmunol. 2012, Apr 25.
36. Kennedy JS, Devillez RL, Henning JS. Recal citrantcic atricial pemphigoid treated with the anti-TNF-alpha agent etanercept. J Drugs Dermatol. 2010 Jan; 9(1):68-70.
37. Canizares MJ, Smith DI, Conners MS, Maverick KJ, Heffernan MP. Successful treatment of mucous membrane pemphigoid with etanercept in 3 patients.Arch Dermatol. 2006 Nov; 142(11):1457-61.
38. Heffernan MP, Bentley DD. Successful treatment of mucous membrane pemphigoid with infliximab. Arch Dermatol. 2006 Oct; 142(10):1268-70.
39. Christelle Le Roux-Villet et al. Rituximab for Patients With Refractory Mucous Membrane Pemphigoid. Arch Dermatol. 2011; 147(7):843-849.
40. S. Louran et al. Bullous and mucous membrane pemphigoid show a mixed response to rituximab: experience in seven patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011 Oct; 25(10):1238-40.
41. T Schumann et al. Successful treatment of mucous membrane pemphigoid with the anti-CD-20 antibody rituximab. Acta Derm Venereol. 2009; 89(1):101-2.
42. Wollina U, Koch A, Hansel G, Rituximab therapy of recalcitrant bullous dermatoses. J Dermatol Case Rep. 2008 Mar 29; 2(1):4-7.

# Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) σε ιατρούς των Μ.Ε.Θ. της Θεσσαλονίκης

■ Π. Π. ΒΟΥΛΤΣΟΣ[1], Κ. ΖΗΣΟΠΟΥΛΟΣ[2], Κ. ΨΑΡΟΥΛΗΣ[3], Φ. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ[1], Ν. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ[1]
[1]Εργαστήριο Ιατροδικαστικής & Τοξικολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.
[2]Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Νοσοκομείου «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Θεσσαλονίκης
[3]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νοσοκομείου «ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» Θεσσαλονίκης

***Περίληψη:*** *Σκοπός της εργασίας: Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση του συνδρόμου burnout σε ιατρούς μονάδων εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) της Θεσσαλονίκης. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης παρατηρείται σε αυξημένη συχνότητα στους ιατρούς, ιδίως σε εκείνους που εργάζονται σε τμήματα με αυξημένες απαιτήσεις από αυτούς, όπως είναι οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.). Συνδέεται στενά με την κατάθλιψη, αλλά αποτελεί ξεχωριστή οντότητα ψυχοκοινωνικού χαρακτήρα. Κυρίως οφείλεται στο εργασιακό stress και σε κοινωνικούς παράγοντες. Η προσωπικότητα του ιατρού και οι σχέσεις του με το εργασιακό του περιβάλλον έχουν καθοριστικό ρόλο στην παθογένεια του συνδρόμου. Τα συμπτώματα είναι ψυχικά, συμπεριφορικά και σωματικά. Οι συνέπειες του συνδρόμου αφορούν τον ίδιο τον πάσχοντα από το σύνδρομο ιατρό, την οικογένειά του, τους συναδέλφους του, τη σχέση με τους ασθενείς του, το επίπεδο υπηρεσιών υγείας που παράγει, τον κίνδυνο ιατρικού σφάλματος και σε τελική ανάλυση την κοινωνία ως σύνολο.*
*Μέθοδος: Διερευνήθηκαν συνολικά 21 ιατροί που εργάζονται σε Μ.Ε.Θ. νοσοκομείων της Θεσ/νίκης οι οποίοι απάντησαν σε ερωτηματολόγιο τύπου Maslach (Maslach Burnout Inventory, το λεγόμενο MBI). Αξιοποιήθηκαν δημογραφικά στοιχεία των ιατρών και ο χρόνος υπηρεσίας τους στις Μ.Ε.Θ. Έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλες συναφείς μελέτες.*
*Αποτελέσματα: Στο σύνολο των ιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα διαπιστώθηκε σε ποσοστό 66,6% υψηλού και μετρίου βαθμού συναισθηματική εξουθένωση (33,3% και 33,3% αντίστοιχα), σε ποσοστό 95% υψηλού και μετρίου βαθμού αποπροσωποποίηση (38% και 57% αντίστοιχα) και σε ποσοστό 91% χαμηλή προσωπική ικανοποίηση. Το BOS ήταν αυξημένο μεταξύ των γυναικών ιατρών και μεταξύ των ιατρών με έτη υπηρεσίας στη Μ.Ε.Θ. λιγότερα από 10.*
*Συμπέρασμα: Το σύνδρομο burnout παρατηρείται υψηλό μεταξύ των ιατρών των ΜΕΘ της Θεσ/νίκης. Τα ευρήματα συμφωνούν με αντίστοιχες μελέτες της αλλοδαπής. Συνίσταται περεταίρω διερεύνηση σε ευρύτερη κλίμακα, σε συνδυασμό με τη διερεύνηση της προσωπικότητας του ιατρού και της σχέσης ιατρού-ασθενή. Πρακτική σημασία στο πεδίο της πρόληψης έχει η διερεύνηση των αιτίων του συνδρόμου που σχετίζονται με οργανωτικά προβλήματα των Μ.Ε.Θ. στη χώρα μας.*

***Λέξεις κλειδιά:*** *Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out syndrome), ιατρός, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ), εντατικολόγος.*

## Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burnout Syndrome)

Το λεγόμενο «σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης» του ιατρού (burn-out syndrome, BOS) είναι μια κατάσταση σαφώς καθορισμένη[1], μια ιδιαίτερη[2] κλινική οντότητα, μια «νόσος» επαγγελματική, κύρια συμπτώματα της οποίας είναι διαταραχές της συμπεριφοράς, ψυχικές διαταραχές – ιδίως καταθλιπτικού τύπου – του πάσχοντα, αλλά και σωματικές διαταραχές (κυρίως ψυχοσωματικού τύπου ή με ψυχική αφετηρία)[3]. Οφείλεται κυρίως στο επαγγελματικό stress και αυτό διαφοροποιεί το σύνδρομο αυτό από άλλες μορφές κατάθλιψης, ώστε τελικά δεν πρόκειται - όπως αρχικά θεωρήθηκε – για μορφή κατάθλιψης, αλλά για ένα ιδιαίτερο αυτόνομο σύνδρομο το οποίο όμως συνδέεται πολύ στενά με την κατάθλιψη. Διαφοροποιείται από το stress, από τη νεύρωση, καθόσον δεν πρόκειται για διαταραχή της προσωπικότητας αλλά του εργασιακού ρόλου[4], καθώς και από την κατάθλιψη[5]. Εμφανίζεται όχι μόνο στους ιατρούς και γενικά στους λειτουργούς της υγείας, αλλά ευρύτερα στα λεγόμενα επαγγέλματα που παρέχουν βοήθεια στον άνθρωπο (helping professions) ή ακόμη και στα επαγγέλματα που παρέχουν ανθρώπινες υπηρεσίες (human services professions)[2,9] όπως δικηγόροι, εκπαιδευτικοί και κληρικοί[5].

Πάντως, ανάμεσα στους ιατρούς το BOS είναι ιδιαίτερα αυξημένο σε σχέση με άλλους εργαζόμενους που ασκούν τα λεγόμενα «επαγγέλματα βοήθειας» (helping professions). Ενδεικτική είναι μελέτη που έδειξε σοβαρό BOS στο 40% τουλάχιστον Ολλανδών ιατρών[6]. Σε αυτό συντελεί η

εισβολή της τεχνολογίας στην ιατρική, η μεταβολή του τρόπου παροχής υπηρεσιών υγείας τα τελευταία χρόνια, καθώς και η ίδια η φύση της ιατρικής η οποία απαιτεί από τον ιατρό γνώσεις αλλά και δεξιότητες συμπεριφοράς[1].

Το BOS συσχετίζεται κυρίως με τον υψηλό φόρτο εργασίας, τις έντονες σχέσεις στην εργασία (π.χ. επικοινωνία με πολλά άτομα που αναμένουν βοήθεια και με το λοιπό προσωπικό στα πλαίσια της οργάνωσης του συστήματος παροχής υπηρεσίας), αλλά και με το ψυχολογικό προφίλ του λειτουργού και ιδίως με την ικανότητά του να αυτοελέγχεται[7,8,9].

Πρόκειται για την ψυχοφυσική εξάντληση του εργαζομένου ο οποίος δεν μπορεί να ανταποκριθεί στην καθημερινή αντιμετώπιση της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Στο BOS, η δυναμική εμπλοκή του εργαζομένου στο επάγγελμά του δεν έχει επιφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα, με αποτέλεσμα να σημειώνεται απώλεια του κινήτρου για εργασία, ελάττωση του ενδιαφέροντος, χρόνια κόπωση, κατάθλιψη, αίσθημα ματαίωσης κ.α.[10]. Παρατηρείται προοδευτικά στον εργαζόμενο απώλεια του ιδεαλισμού, της ενέργειας, των στόχων κ.α.[11].

Ο ιατρός ο οποίος πάσχει από BOS, χάνει το ενδιαφέρον του και τα θετικά του συναισθήματα προς τους ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και την απόδοση του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, όπως σημείωσε σχετικά η C.Maslach, της οποίας το όνομα συνδέθηκε στενά με το BOS[7]. Πρόκειται για ένα «craquage» του ιατρού, όπως το χαρακτηρίζει η C.Maslach[12].

Το BOS είναι ένα πολυπαραγοντικό, πολυδιάστατο, πολυεπιστημονικό μοντέλο, όπου κυριαρχεί η έννοια της δυναμικής. Ως τέτοιο, απαιτεί πολύπλευρη έρευνα και στρατηγική πρόληψης και αντιμετώπισης. Βασική προϋπόθεση είναι η παραδοχή ενός σαφούς ορισμού για το BOS.

Το σύνδρομο περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Freudenberger[13] το 1974, ο οποίος το περιέγραψε ως την απώλεια του κινήτρου του εργαζόμενου για την εργασία του, η οποία τον απογοήτευσε ως προς τα αποτελέσματά της, παρόλη την έντονη προσπάθεια που ο ίδιος κατέβαλε.

Μελετήθηκε ιδιαίτερα από την C. Maslach το 1975, η οποία διαμόρφωσε ένα σχετικό ερωτηματολόγιο για την ανίχνευση και εκτίμηση της βαρύτητας του συνδρόμου συνολικά και της κάθε μια από τις τρεις συνιστώσες του, όπως αυτές περιγράφηκαν από την C.Maslach, και που είναι: α) συναισθηματική εξουθένωση, β) αποπροσωποποίηση, και γ) αίσθημα αναποτελεσματικότητας. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε το 1981 και τελειοποιήθηκε το 1986 στη σύγχρονη μορφή του ως «Maslach Burnout Inventory» (MBI)[14]. Σημειωτέον ότι η διάγνωση του BOS δεν είναι ευχερής.

| | Υψηλή | Μέτρια | Χαμηλή |
|---|---|---|---|
| Συναισθηματική εξουθένωση | 7 (33,3%) | 7 (33,3%) | 7 (33,3%) |
| Αποπροσωποποίηση | 8 (38%) | 12 (57%) | 1 (5%) |
| Προσωπική ικανοποίηση | 1 (4,5%) | 1 (4,5%) | 19 (91%) |

*Πίνακας 1. Σύνολο Ιατρών ΜΕΘ.*

| | Υψηλή | Μέτρια | Χαμηλή |
|---|---|---|---|
| Συναισθηματική εξουθένωση | 2 (22%) | 3 (~ 33%) | 4 (~ 45%) |
| Αποπροσωποποίηση | 3 (33,3%) | 5 (~ 55,5%) | 1 (11%) |
| Προσωπική ικανοποίηση | 1 (11%) | _ | 8 (89%) |

*Πίνακας 2. Άνδρες Ιατροί ΜΕΘ.*

| | Υψηλή | Μέτρια | Χαμηλή |
|---|---|---|---|
| Συναισθηματική εξουθένωση | 5 (42%) | 4 (33%) | 3 (25%) |
| Αποπροσωποποίηση | 5 (42%) | 7 (58%) | - |
| Προσωπική ικανοποίηση | 1 (8%) | - | 11 (92%) |

*Πίνακας 3. Γυναίκες Ιατροί ΜΕΘ.*

## Τα συμπτώματα και οι συνέπειες του BOS

Όπως ορθά παρατήρησε η Maslach[7,15], στο BOS συντρέχουν σωρευτικά τρεις συνιστώσες (αν και κάποιοι θεωρούν ότι αρκεί και μια από αυτές για τη διάγνωση του BOS):

Α) Η συναισθηματική εξουθένωση (EE, emotional exhaustion), η αίσθηση δηλαδή του εργαζόμενου ότι τα συναισθηματικά του αποθέματα έχουν εξαντληθεί. Προκαλείται από την προσωπική σύγκρουση και την υπερφόρτωση σε διαπροσωπικές σχέσεις. Πρόκειται για εναρκτήριο σύμπτωμα και μάλλον το πλέον ευαίσθητο σε σχέση με τα υπόλοιπα.

Β) Η αποπροσωποποίηση. Ο ιατρός αρχίζει να μεταχειρίζεται τους ασθενείς και τους συναδέλφους του με τρόπο ψυχρό και απρόσωπο, κυνικό, αποστασιοποιημένο, σκληρό, εκφράζοντας μια αρνητική συμπεριφορά. Πρόκειται για θεμελιώδες χαρακτηριστικό του BOS, δεδομένου ότι τα άλλα χαρακτηριστικά μπορεί να εμφανιστούν και σε άλλες καταθλιπτικές διαταραχές γενικότερα.

Γ) Το αίσθημα αναποτελεσματικότητας (ineffectiveness) ή τα αισθήματα ανικανότητας (feelings of incompetence) που αφορούν την αρνητική αυτοεκτίμηση η οποία συνδυάζεται με έλλειψη ευτυχίας και ικανοποίησης στην εργασία.

Ο Folgheraiter[16] πρόσθεσε και τον τέταρτο παράγοντα: την ικανότητα ελέγχου.

Ο Cherniss[9] ορίζει το BOS ως μια transactional διαδικασία που χαρακτηρίζεται από τις εξής τρεις φάσεις: 1) εργασιακό stress, 2) strain (ένταση, άμεση συναισθηματική αντίδραση), 3) coping (αρνητικά αισθήματα-συμπεριφορά).

Κλινικά μπορεί να εμφανίζεται με πολλές μορφές, οι οποίες μπορεί να εκτείνονται από υποκλινικές μέχρι την πλήρη κατάρρευση (breakdown) του εργαζομένου (ιατρού). Ο Burisch[17] (1995) διακρίνει επτά κατηγορίες συμπτωμάτων του BOS.

Τα συμπτώματα του πάσχοντος από BOS είναι: α) ψυχικά (γνωστικο-συναισθηματικά, όπως κατάρρευση του κινήτρου, της ψυχικής ενέργειας, της αυτοεκτίμησης, του αυτοελέγχου, β) συμπεριφορικά (απομόνωση κ.α.), και γ) σωματικά[3]. Το BOS μπορεί να επιδεινώνει ψυχοσωματικές διαταραχές που προϋπάρχουν[9]. Μεταξύ των συμπτωμάτων του συνδρόμου περιλαμβάνονται: η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία, η ματαίωση, το αίσθημα ανικανότητας και ανεπάρκειας, η συναισθημα- ⇨

τική εξάντληση, η απάθεια, η απομόνωση, η αποστροφή-αποχή, το αίσθημα κόπωσης, η επιβράδυνση της σκέψης, η έκπτωση της διάθεσης, της συγκέντρωσης και της μνήμης, η επιθετικότητα ή ακόμη και σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές σχιζοειδούς, καταθλιπτικού ή παρανοϊκού τύπου. Ακόμη, η αϋπνία, η εξάντληση, η χρόνια κόπωση, η κεφαλαλγία, η ανορεξία, η δυσπεψία, το πεπτικό έλκος. Με το BOS συσχετίζονται ακόμη και υποκλινικά σημεία αγχώδους νεύρωσης (Martellucci)[18]. Ενδεχομένως παρατηρείται η χρήση ψυχοφαρμάκων (ηρεμιστικών ή και ναρκωτικών), αλκοόλ κλπ., στην προσπάθεια αντιμετώπισης του BOS με χρήση ουσιών (ανακουφιστική αντιμετώπιση).

Το BOS του ιατρού έχει δυσμενείς συνέπειες για την προσωπική του ζωή, για τους άλλους (οικογένεια, συναδέλφους, ασθενείς κ.α.) και ευρύτερα για την κοινωνία[19]. Όπως παρατηρεί η Maslach, διαταραχές συμπεριφοράς του πάσχοντος από BOS, οι οποίες έχουν επιθετικό χαρακτήρα, μπορεί να έχουν ως αποδέκτη την οικογένεια του εργαζόμενου (ιατρού). Επίσης, συχνά υπάρχουν αρνητικές συνέπειες για τους συναδέλφους (στους οποίους μάλιστα κατά κάποιον τρόπο μεταδίδονται)[20] αλλά και τους ασθενείς του ιατρού[18,20]. Η κακή συμπεριφορά του ιατρού προς τους ασθενείς (ειρωνεία κλπ.), η αποπροσωποποίηση, η συναισθηματική του εξουθένωση, αυξάνει σημαντικά εκτός από την πιθανότητα παροχής ιατρικών υπηρεσιών χαμηλού επιπέδου και την πιθανότητα ιατρικού σφάλματος, διαγνωστικού, θεραπευτικού ή άλλου σφάλματος (οργανωτικού, αναλήψεως κλπ) [20,21,22]. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών των ιατρών που βρίσκονται σε BOS είναι χαμηλή[23], αλλά και ότι η έκβαση της υγείας τους δεν ήταν καλή[2]. Κατά συνέπεια, επηρεάζεται αρνητικά η θεμελιώδης εμπιστευτική σχέση ιατρού-ασθενή.

## Παθογένεια του BOS

Σύμφωνα με τον Bellani et al[24], ο ιατρός φθάνει στο BOS διερχόμενος από 4 στάδια:

Αρχικά διακατέχεται από ιδεολογικό ενθουσιασμό. Επιλέγει το επάγγελμά του από διάθεση προσφοράς, κοινωνικής αναγνώρισης, αλλά και άσκησης μιας μορφής εξουσίας, ακόμη και επίδειξης δυναμικότητας και καλής υγείας. Ενθουσιάζεται καθώς οι άλλοι τον αναγνωρίζουν ως τον πολέμιο του «κακού», που είναι η αρρώστια και ο θάνατος.

Στην επόμενη φάση (stagnation), ο ιατρός αντιλαμβάνεται ότι δεν καλύπτεται πλήρως από την εργασία του, αισθάνεται απογοήτευση, έχει τάσεις απομόνωσης από τους ασθενείς του, τους συναδέλφους του, το επαγγελματικό του περιβάλλον.

Στη μετέπειτα φάση που είναι και η πλέον κρίσιμη, παρουσιάζει ματαίωση (frustration). Αισθάνεται κενότητα, ανεπάρκεια ικανοποίησης των πραγματικών αναγκών των ασθενών. Τα έως τότε παραγωγικά του συναισθήματα και αξίες βρίσκονται σε κρίση. Εκφράζει αρνητική έως επιθετική συμπεριφορά στον εαυτό του ή στους άλλους.

Ακολούθως οδηγείται στο «θάνατο του επαγγέλματος», καθώς από τη ματαίωση οδηγείται στην πλήρη απάθεια. Από το στάδιο της παραγωγικής προσαρμογής (eustress, empathy) μεταπίπτει στη μη προσαρμογή (distress, apathy).

Μια άλλη προσέγγιση διακρίνει περισσότερα στάδια για την ανάπτυξη του BOS[6].

Το BOS σαφώς δεν είναι ένα προσωπικό πρόβλημα. Δημιουργείται διαδραστικά ανάμεσα στο πρόσωπο του ιατρού και τις σχέσεις του με άλλα άτομα και ευρύτερα με το εργασιακό του περιβάλλον (ασθενείς, προσωπικό, οργάνωση υπηρεσίας), επηρεάζεται και επηρεάζει το περιβάλλον του. Το BOS δεν είναι απόρροια μόνον του stress αλλά είναι ψυχοκοινωνικό φαινόμενο[2,25] το οποίο καθορίζεται σημαντικά από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες (π.χ. οικονομική κρίση).

Σημειωτέον όμως ότι και η ίδια η Maslach[2], ενώ αρχικά υποστήριζε ότι το βάρος πίπτει στην προσωπικότητα του ιατρού και στην ατομική προδιάθεση, αργότερα έριξε το βάρος στο αντικειμενικό γεγονός των εργασιακών συνθηκών. Ανάλογα και ο Cherniss[2,9] ρίχνει το βάρος στην οργάνωση του εργασιακού περιβάλλοντος. Βεβαίως δεν πρέπει να υποτιμάται ο ρόλος του προσώπου. Στη φάση αυτή συνήθως απαιτείται συνεργασία με ψυχίατρο ή ψυχολόγο. Εξετάζεται και το ενδεχόμενο να αξιώσει ο ιατρός αποζημίωση για τη βλάβη που υπέστη εμφανίζοντας BOS, ιδίως όταν η έκθεση στους στρεσογόνους παράγοντες είναι μακρά, οπότε αυξάνονται οι πιθανότητες να παραμείνουν επί μακρόν υπολειμματικά στοιχεία του συνδρόμου. Υποστηρίζεται ότι συνήθως το BOS αναπτύσσεται μετά από έκθεση σε επαγγελματικό στρεσογόνο περιβάλλον για διάρκεια 3-6 μηνών από την έναρξη της έκθεσης και αποδράμει 6 μήνες μετά τη διακοπή της έκθεσης[9]. Πάντως υποστηρίζεται ότι το BOS δεν είναι μη αναστρέψιμη κατάσταση (Cherniss)[9].

Οι έντονες και συχνές σχέσεις έχουν καθοριστικό ρόλο στην παθογένεια του συνδρόμου. Οι απαιτήσεις της εργασίας και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ιατρού είναι τα κύρια σημεία της προσέγγισης του συνδρόμου.

## Ιατρικές ειδικότητες και BOS

Οι ειδικότητες που συνήθως αναφέρονται ως περισσότερο επιρρεπείς στο BOS είναι η Γενική Ιατρική (κατά την άσκηση της οποίας ο ιατρός έρχεται σε επαφή με μεγάλο αριθμό ασθενών), η Ογκολογία, η Ψυχιατρική, η Επείγουσα και Εντατική Ιατρική, η ενασχόληση με τμήματα όπως εκείνα που αντιμετωπίζουν ασθενείς με AIDS κ.α[1,2].

Υποστηρίζεται μάλλον ορθά ότι το «επιπλέον» stress που δέχονται κάποιες ιατρικές ειδικότητες είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη BOS με υψηλή συχνότητα[9,16]. Έρευνα των Olkinuova et al[26] σε 2600 Φινλανδούς ιατρούς επιβεβαίωσε την αύξηση της συχνότητας του BOS σε ειδικότητες με επιπλέον stress όπως η Ογκολογία και η Ψυχιατρική. Τέτοια ειδικότητα είναι και η Εντατικολογία (ΜΕΘ).

Η ενασχόληση με το ιατρικό επάγγελμα γενικώς απαιτεί τεχνικές αλλά και συμπεριφορικές ικανότητες και δεξιότητες (skills). Ο ιατρός διεξάγει και διαρκή αγώνα ενάντια στη νόσο, στον πόνο, στα βάσανα, στο θάνατο[1].

Ο ιατρός των ΜΕΘ, συχνότερα από τους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων εκτίθεται στο θάνατο, γεγονός που αφενός ακυρώνει την πρωταρχική αποστολή που είναι η νίκη του θανάτου, αφετέρου εκθέτει τον ιατρό στο stress της διαδικασίας του θανάτου και της έντασης των συγγενών οι οποίοι βρίσκονται κοντά στο πένθος ή βιώνουν το πένθος. Η εργασία του ιατρού στη ΜΕΘ σε επίπεδο ρουτίνας απαιτεί γνώσεις, δεξιότητες, προσοχή, γρήγορη σκέψη και λήψη αποφάσεων, συναισθηματικό έλεγχο του εαυτού του αλλά και των ασθενών και των οικογενειών τους. Δεδομένου δε ότι η ειδικότητα εξελίσσεται ραγδαία, απαιτείται συνεχής επιμόρφωση του ιατρού των ΜΕΘ, ώστε να είναι ενημερωμένος (update) ως προς τις εξελίξεις της επιστήμης του. Ακόμη, απαιτεί στενή

| | Υψηλή | Μέτρια | Χαμηλή |
|---|---|---|---|
| Συναισθηματική εξουθένωση | 3 (33,3%) | 3 (33,3%) | 3 (33,3%) |
| Αποπροσωποποίηση | 1 (11%) | 7 (78%) | 1 (11%) |
| Προσωπική ικανοποίηση | 1 (11%) | 1 (11%) | 7 (78%) |

*Πίνακας 4. Ιατροί ΜΕΘ με > 10 έτη υπηρεσίας στη ΜΕΘ.*

| | Υψηλή | Μέτρια | Χαμηλή |
|---|---|---|---|
| Συναισθηματική εξουθένωση | 4 (33,3%) | 4 (33,3%) | 4 (33,3%) |
| Αποπροσωποποίηση | 7 (58,3%) | 5 (41,7%) | - |
| Προσωπική ικανοποίηση | - | - | 12 (100%) |

*Πίνακας 5. Ιατροί ΜΕΘ με < 10 έτη υπηρεσίας στη ΜΕΘ.*

και πολύωρη παρακολούθηση των ασθενών οι οποίοι κατά κανόνα βρίσκονται σε βαριά κλινική κατάσταση.

Η ΜΕΘ είναι ιατρικό τμήμα με υψηλές απαιτήσεις από τους ιατρούς που εργάζονται σε αυτό. Στην έρευνα της Βραζιλίας (Salvador) οι ιατροί περιγράφουν την εργασία τους ως δεχόμενη υψηλές απαιτήσεις από τους ασθενείς[1]. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι ιατροί σε τμήματα υψηλών απαιτήσεων παρουσιάζουν 10,2 φορές συχνότερα BOS σε σχέση με ιατρούς άλλων τμημάτων[1]. Αντίθετα με άλλες μελέτες που διεξήχθησαν και πάλι στην πόλη Salvador της Βραζιλίας, στην εν λόγω έρευνα του 2008 υποστηρίζεται ότι σημαντικότερο ρόλο για την ανάπτυξη του BOS παίζουν οι απαιτήσεις προς τον ιατρό. Υποστηρίζεται δε ότι συνθήκες υψηλών απαιτήσεων προς τον ιατρό σε συνδυασμό με περιορισμένο έλεγχο αυξάνουν την πιθανότητα BOS, ενώ χαμηλές απαιτήσεις με αυξημένο έλεγχο συσχετίζονται με χαμηλή συχνότητα BOS. Ενδιάμεση συχνότητα BOS παρατηρείται στην ενεργητική εργασία (υψηλές απαιτήσεις, υψηλός βαθμός ελέγχου) και στην παθητική εργασία (περιορισμένες απαιτήσεις, περιορισμένος έλεγχος), 6,5% και 8,8% αντίστοιχα. Η σαφώς αυξημένη συχνότητα BOS στην παθητική εργασία, όπου παρατηρούνται περιορισμένες απαιτήσεις αλλά και περιορισμένος έλεγχος, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι στους ιατρούς των ΜΕΘ στην πόλη Salvador πιο κυρίαρχος είναι ο ρόλος του ελέγχου παρά των ψυχολογικών απαιτήσεων προς τον ιατρό, όσον αφορά την πιθανότητα ανάπτυξης BOS[1].

Έρευνα του 2009 που αφορούσε ειδικευόμενους ουρολόγους στη Γαλλία[27], απέδειξε σε αυτούς ύπαρξη BOS σε ποσοστό 24%. Ποσοστό μικρότερο σε σχέση με αντίστοιχες μελέτες που αφορούν άλλες ειδικότητες (π.χ. σε παθολόγους-ογκολόγους διαπιστώθηκε σε ποσοστό 50%, ενώ 10% από αυτούς είχαν και αυτοκτονικές ιδέες).

Σημειωτέον ότι βιβλιογραφικά αναφέρεται αυξημένη συχνότητα BOS στους νεότερους ηλικιακά ιατρούς και τους ειδικευόμενους, ίσως γιατί οι φιλοδοξίες τους έρχονται σε σύγκρουση με την πραγματικότητα[4,28,29].

Μελέτη που διεξήχθη στις ΗΠΑ απέδειξε ότι 78% των ειδικευομένων είχε παρουσιάσει τουλάχιστον μία φορά επεισόδιο επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ από αυτούς στο 41% το πρόβλημα παρέμεινε και στην υπόλοιπη καριέρα τους[30].

## Πρόληψη και αντιμετώπιση του BOS

Οι μηχανισμοί πρόληψης και αντιμετώπισης του BOS που προτείνονται είναι πολλοί. Αδρά, διακρίνονται σε παρέμβαση στο άτομο (εργαζόμενο, ιατρό), στο εργασιακό περιβάλλον, αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικο-θεσμικό περιβάλλον[4,7,20]. Μεταξύ άλλων, σε ατομικό επίπεδο (προσωπικότητας) περιοριστικό μέτρο του BOS είναι η θέσπιση ρεαλιστικών στόχων και φιλοδοξιών από τον ιατρό και η ανάπτυξη μηχανισμών αυτοελέγχου.

Ο Friedman[31] διακρίνει την επέμβαση σε τρία επίπεδα: α) στο επαγγελματικό (οργάνωση), β) στο διαπροσωπικό (έλεγχος του stress) και γ) στο οργανωτικό (συμβουλευτική, επικοινωνία κ.α.)

Οι Messineo et al[32] κάνουν λόγο για παρέμβαση σε πολλά επίπεδα ανάλογα με τη φάση εξέλιξης του BOS: (α) στο πρωταρχικό επίπεδο της γένεσής του (και αυτό ενέχει ιδιαίτερη πολιτική σημασία), (β) στο δευτερεύον (έλεγχος των πρώιμων συμπτωμάτων) και (γ) στο τριτεύον (θεραπεία του BOS και απαλλαγή του ιατρού από αυτό).

Ο Cherniss[9] όπως και άλλοι συγγραφείς (Nesci et al[33], Payne & Firth-Cozens[34]) κάνουν λόγο για πέντε περιοχές επέμβασης: α) στην ανάπτυξη της εργασιακής ομάδας (staff) ώστε να αντιμετωπίζονται καλύτερα ζητήματα όπως π.χ. κατανομή του χρόνου, φόρτου εργασίας, δημιουργία για τον ιατρό θετικού feedback και αμοιβαίας υποστήριξης, παράγοντες σημαντικοί για την αντιμετώπιση του συνδρόμου, όπως παρατηρούν οι Maslach[8] και Santinello[35], β) στην οργάνωση της εργασίας (ευαισθητοποίηση και της διοίκησης), γ) στο management (εκπαίδευση διευθυντών και προϊσταμένων), δ) στην αύξηση της συμμετοχής και της διάδρασης (interaction) μεταξύ των εργαζομένων, ε) στον καθορισμό σκοπών και μοντέλων διαχείρισης (ώστε να περιορίζεται ο φόρτος εργασίας και άλλες στρεσογόνες αιτίες).

Στην πρόληψη και αντιμετώπιση του BOS ουσιαστικής σημασίας είναι ο καθορισμός των κυρίων αιτιών του: α) του ιδεαλισμού και των υψηλών φιλοδοξιών που χαρακτηρίζουν τα άτομα που επιλέγουν να ασχοληθούν με «επαγγέλματα βοήθειας» (όπως είναι κατ' εξοχήν η ιατρική), φιλοδοξίες που συχνά ματαιώνονται ή εκπληρώνονται ανεπαρκώς, και β) της παθολογικής ή δυσλειτουργικής οργάνωσης της εργασίας του ιατρού.

Γενικότερα, οι λειτουργοί των λεγομένων «επαγγελμάτων βοήθειας» θεωρείται ότι ανήκουν στην πλευρά του «καλού» (είναι υγιείς, έξυπνοι, ισχυροί καθώς ασκούν και κάποια μορφή εξουσίας, επιδιώκουν το καλό)[4]. Αυτές οι φιλοδοξίες είναι θεμιτές όταν συνδυάζονται με αναπτυγμένους μηχανισμούς αυτοελέγχου και συνείδησης, οι οποίοι όταν λείπουν, ελλείπει ο έλεγχος εσωτερικών βαθέων αναγκών, ώστε μπορεί να μετατραπούν οι φιλοδοξίες σε μια σειρά βιωμάτων βλαπτικών για τον ίδιο τον εργαζόμενο (ιατρό)[4].

Και εδώ εντάσσεται το γεγονός ότι στη ΜΕΘ, δεδομένου ότι συχνά ο ιατρός έρχεται σε επαφή με το θάνατο τον οποίο δεν μπορεί να νικήσει, το αίσθημα ανισχυρότητας ως προς το να εκπληρώσει το σκοπό του που είναι η εκπλήρωση του καλού, τον οδηγεί στην αμφιβολία για την καλοσύνη του και μπορεί να μετατραπεί σε βίωμα μοχθηρίας (malignancy). Ο ασθενής παίρνει το ρόλο φορέα της εξουσίας του κακού. Έτσι, από τον ιδεαλισμό ο ια-

τρός οδηγείται στη ματαίωση και στη συνέχεια στο BOS. Προτείνεται στην κατεύθυνση αυτή και ως πρόληψη του BOS ο έλεγχος για συνείδηση και αυτοέλεγχο των ατόμων που πρόκειται να ασχοληθούν με κάποια επαγγέλματα.

Άλλος σημαντικός τομέας είναι η αντιμετώπιση της οργάνωσης της εργασίας: ελέγχονται σχέσεις με συναδέλφους-προϊσταμένους, ο αριθμός ασθενών, οι στρεσογόνοι χρόνοι, η εργασία σε τύπο rotation, η κατανομή του φόρτου εργασίας σε περισσότερους ιατρούς, ο περιορισμός των στρεσογόνων σχέσεων, η εξεύρεση χρόνου χαλάρωσης-επαναφόρτισης κ.α.[4,9]

Μεταξύ των παραγόντων που περιορίζουν το BOS όπως προκύπτει από μελέτη που αφορά τη Γενική Ιατρική, είναι: η εργασία λίγων ωρών την εβδομάδα (<40 ώρες), η καλή συνεργασία με το λοιπό προσωπικό, ο ρόλος του επιβλέποντα ή του διδάσκοντα, ο μικρός αριθμός των ασθενών που ο ιατρός έχει στην ευθύνη του (<1000 ασθενείς), η εργασία σε αστικό περιβάλλον, το μη νεαρό της ηλικίας (>50 έτη) κ.α. Αντίθετα, το σύνδρομο εμφανίζεται αυξημένο σε νεαρότερες ηλικίες ιατρών (35-45 έτη), σε άγαμους άνδρες και σε έγγαμες γυναίκες με παιδιά[36].

Η εξασφάλιση του καλού κλίματος στην υπηρεσία είναι βασικό στοιχείο για την πρόληψη του BOS. Τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας παρέχουν στους πολίτες το έννομο αγαθό της υγείας στην πλήρη του μορφή, συμπεριλαμβανομένης δηλαδή και της «ευδαιμονίας» σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την υγεία, μόνο αν παρεμποδίζουν το BOS των εργαζομένων σε αυτά.

Και το σύστημα έχει δική του «ψυχή» που καθορίζεται από τις ψυχές των εργαζομένων σε αυτό και τις σχέσεις μεταξύ τους. Κλίμα κατάθλιψης, σύγκρουσης ή αποδιοργάνωσης είναι βλαπτικό για τους αποδέκτες της παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης BOS στους λειτουργούς της υγείας. Το BOS μιας υπηρεσίας οργανωμένης καθορίζεται από το σύνολο των BOS των εργαζομένων σε αυτή.

Ο ιατροδικαστής εμπλέκεται ουσιαστικά στην προσέγγιση και αντιμετώπιση του BOS, καθώς οφείλει να συμβάλει στην ανίχνευσή του, στον συσχετισμό του με δυσλειτουργίες του εργασιακού περιβάλλοντος (οργάνωση, φόρτος εργασίας, ανισομερής κατανομή φόρτου, έλλειψη προσωπικού χρόνου κ.α.) και στη διάγνωση της ύπαρξης ψυχικών αλλά ενδεχομένως και σωματικών νόσων (όπως πεπτικό έλκος κ.α.) του ιατρού και ενδεχομένως της προϋπαρξης ψυχικών διαταραχών ή νόσων οι οποίες επιδεινώθηκαν εξ' αιτίας της έκθεσης στο εργασιακό stress[2].

## Υλικό και μέθοδοι της έρευνας

Ιατροί που εργάζονται στις ΜΕΘ νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο τύπου Maslach (MRI). Ακολούθησε επεξεργασία των δεδομένων που προέκυψαν από την έρευνα. Από πλευράς δημογραφικών - στατιστικών δεδομένων η έρευνα περιορίστηκε στην ανίχνευση του φύλου, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του χρονικού διαστήματος υπηρεσίας του ιατρού στη ΜΕΘ και της ειδικότητας. Έγινε αντιπαραβολή των αποτελεσμάτων με ανάλογες μελέτες που αφορούν ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, όπως η Γενική Ιατρική που θεωρείται από την αλλοδαπή βιβλιογραφία μία από τις ειδικότητες με υψηλή συχνότητα BOS, ειδικευόμενους ουρολόγους που δεν είναι κατηγορία με υψηλό ποσοστό BOS, καθώς και ιατρούς της ειδικότητας της Εντατικολογίας (μελέτη που αφορά ιατρούς της ΜΕΘ στην πόλη Salvador της Βραζιλίας). Δεν παρατηρήθηκε παράλειψη απάντησης σε κάποιες από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, ούτε ασάφειες.

## Αποτελέσματα της έρευνας

Η έρευνα αφορά το δείγμα 21 ιατρών των ΜΕΘ, στη συντριπτική τους πλειοψηφία ειδικών, πλην ενός ειδικευομένου στην αναισθησιολογία ο οποίος υπηρετούσε ήδη για διάστημα 5 μηνών στη ΜΕΘ. Οι ιατροί προέρχονταν από διαφορετικές βασικές ειδικότητες. Ήταν εννέα (9) αναισθησιολόγοι, πέντε (5) χειρουργοί, τρεις (3) πνευμονολόγοι, δύο (2) παθολόγοι, ένας (1) καρδιολόγος και ένας (1) δήλωσε εντατικολόγος. Από πλευράς οικογενειακής κατάστασης, οι έξι (6) ήταν άγαμοι, οι δύο (2) διαζευγμένοι και οι λοιποί έγγαμοι (αρκετοί των οποίων δήλωσαν ένα, δύο ή ακόμα και τρία τέκνα).

Όσον αφορά το φύλο, το δείγμα των ιατρών που ερωτήθηκαν περιελάμβανε εννέα (9) άνδρες και δώδεκα (12) γυναίκες (σχέση άνδρες/γυναίκες=3:4). Μέσος όρος ηλικίας των ιατρών ~ 42 έτη. Περίπου τα 40 έτη για τους άνδρες και 47,6 (~ 48) έτη για τις γυναίκες.

Επί του συνόλου των ιατρών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο Maslach, όσον αφορά τις τρεις συνιστώσες του συνδρόμου (συναισθηματική εξουθένωση, αποπροσωποποίηση και μειωμένη προσωπική ικανοποίηση, αίσθημα αναποτελεσματικότητας) παρατηρήθηκαν τα εξής (Πίνακας 1):

Από τους 21 συνολικά ιατρούς, οι 7 (33,3%) παρουσίασαν υψηλή συναισθηματική εξουθένωση, οι 7 (33,3%) μετρίου βαθμού και οι λοιποί 7 (33,3%) χαμηλού βαθμού συναισθηματική εξουθένωση. Όσον αφορά την αποπροσωποποίηση, από το σύνολο των ερωτηθέντων ιατρών 8 (38%) παρουσίασαν υψηλού βαθμού αποπροσωποποίηση, οι 12 (57%) μετρίου βαθμού και μόνον ένας (4,5%, δηλαδή ~5%) χαμηλού βαθμού αποπροσωποποίηση. Δηλαδή το 95,5% των ιατρών παρουσίασαν όχι χαμηλού, αλλά μετρίου ή υψηλού βαθμού αποπροσωποποίηση. Όσον αφορά την προσωπική ικανοποίηση, χαμηλού βαθμού διαπιστώθηκε στη συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων ιατρών, στους 19 από τους 21 συνολικά, δηλαδή σε ποσοστό 91% περίπου, ενώ μετρίου και υψηλού βαθμού προσωπική ικανοποίηση παρατηρήθηκε στο μικρό ποσοστό του 9% των ερωτηθέντων (4,5% και 4,5% αντίστοιχα, δηλαδή σε ένα και ένα άτομο αντίστοιχα). Στους 5 από τους 21 ιατρούς των ΜΕΘ διαπιστώθηκε και υψηλού βαθμού συναισθηματική εξουθένωση και αποπροσωποποίηση (δηλαδή στο 23,8%). Κανένας ιατρός δεν είχε παθολογικούς επηρεασμούς και στις τρεις συνιστώσες (οπότε αν θεωρηθεί ότι

μόνο τότε υπάρχει BOS, δεν παρατηρήθηκε καθόλου BOS). Σε 13 από τους 21 παρατηρήθηκαν οι δύο ως άνω συνιστώσες αυξημένου ή μετρίου βαθμού (στο 61,9%). Στους 8 από τους 21 ιατρούς παρατηρήθηκε αυξημένη αποπροσωποποίηση (~ 38%), ενώ μόνο ένας από τους 21 ιατρούς δεν παρουσίασε αποπροσωποποίηση (4,76%).

Ανάλογα με το φύλο η κατανομή στις βασικές συνιστώσες του συνδρόμου BOS διαμορφώνεται ως εξής (Πίνακας 2,3):

Στους άνδρες, όσον αφορά τη συναισθηματική εξουθένωση, αυτή διαπιστώνεται υψηλή σε 2 ιατρούς (22%), μετρίου βαθμού σε 3 ιατρούς (33%) και χαμηλή σε 4 ιατρούς (~ 45%). Όσον αφορά την αποπροσωποποίηση, αυτή διαπιστώνεται υψηλή σε 3 ιατρούς (33,3%), μετρίου βαθμού σε 5 ιατρούς (~ 55,6%) και χαμηλή σε ένα μόνο ιατρό (11%). Όσον αφορά την προσωπική ικανοποίηση, αυτή ήταν υψηλή σε ένα μόνο ιατρό (11%), μετρίου βαθμού σε κανένα, ενώ ήταν χαμηλή στους 8 ιατρούς (από τους 9 συνολικά άνδρες), δηλαδή στο υψηλό ποσοστό του 89%.

Στις γυναίκες, όσον αφορά τη συναισθηματική εξουθένωση, αυτή διαπιστώθηκε υψηλή στις 5 ιατρούς (42%), μετρίου βαθμού στις 4 (33%) και χαμηλού βαθμού στις 3 (25%). Όσον αφορά την αποπροσωποποίηση, αυτή διαπιστώθηκε υψηλή στις 5 γυναίκες ιατρούς (42%), μετρίου βαθμού στις 7 (~ 58%), ενώ σε καμία γυναίκα ιατρό δεν διαπιστώθηκε χαμηλή αποπροσωποποίηση. Όσον αφορά την προσωπική ικανοποίηση, αυτή διαπιστώθηκε υψηλή σε μία μόνο γυναίκα ιατρό (8%), μετρίου βαθμού σε καμία ιατρό, ενώ ήταν χαμηλού βαθμού για τις 11 από τις 12 γυναίκες ιατρούς (~ 92%).

Όσον αφορά την ομάδα των ιατρών που υπηρέτησαν στη ΜΕΘ για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 10 ετών, τα δεδομένα που αφορούν τις συνιστώσες του BOS κατανέμονται ως εξής (Πίνακας 4):

Όσον αφορά τη συναισθηματική εξουθένωση, διαπιστώθηκε και πάλι ισότιμη κατανομή ανάμεσα στην υψηλή τοιαύτη, τη μέτρια ή τη χαμηλή. Δηλαδή σε 3 ιατρούς (33,3%) διαπιστώθηκε υψηλού βαθμού συναισθηματική εξουθένωση, σε 3 ιατρούς (33,3%) μετρίου βαθμού και σε 3 ιατρούς (33,3%) χαμηλού βαθμού συναισθηματική εξουθένωση. Όσον αφορά την αποπροσωποποίηση, αυτή διαπιστώθηκε υψηλή σε έναν μόνο ιατρό (11%), μετρίου βαθμού σε 7 ιατρούς (78%), ενώ χαμηλή ήταν μόνο σε έναν ιατρό (11%). Όσο δε αφορά την προσωπική ικανοποίηση, αυτή ήταν χαμηλή σε 7 ιατρούς (78%), μετρίου βαθμού στον έναν ιατρό (11%), ενώ διαπιστώθηκε υψηλή μόνο σε έναν ιατρό (11%).

## Συζήτηση αποτελεσμάτων

Το δείγμα είναι μικρό αλλά ενδεικτικό και ενδεχομένως μπορεί να λειτουργήσει πιλοτικά για τη διερεύνηση του BOS σε ένα τόσο ιδιαίτερο, στρεσογόνο και υψηλών απαιτήσεων ιατρικό τμήμα όπως είναι η ΜΕΘ.

Επίσης, λήφθηκε μέριμνα ώστε να αποφευχθεί σύγχυση αναφορικά με τα αποτελέσματα (confusing variables, bias), η οποία μπορεί να οφείλεται στη διακύμανση (administration) των ερωτηματολογίων κατά τρόπο ώστε να δοθούν απαντήσεις στις οποίες δύσκολα μπορεί κανείς να βασιστεί.

Στην έρευνα η οποία περιελάμβανε ειδικούς και ειδικευομένους ιατρούς, όπως και αντίστοιχη έρευνα με ιατρούς των ΜΕΘ στην πόλη Salvador της Βραζιλίας (2010), παρατηρήθηκε μικρού βαθμού αριθμητική υπεροχή των γυναικών και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 42 περίπου έτη. Στην αντίστοιχη μελέτη στη Βραζιλία κυριάρχησαν οι άντρες, οι ιατροί ήταν μικρότερης ηλικίας (περίπου 30 ετών), οι περισσότεροι δεν είχαν την εξειδίκευση του εντατικολόγου και είχαν έτη υπηρεσίας στη ΜΕΘ λιγότερα από 10. Στην έρευνα της Βραζιλίας αξιολογήθηκαν 333 ιατροί των ΜΕΘ. Χρησιμοποιήθηκαν και άλλα ερωτηματολόγια πλην του Maslach (MBI), όπως το WHOQOL-Buef που αξιολογεί την ποιότητα της ζωής. Στη δική μας μελέτη δεν χρησιμοποιήθηκε άλλο ερωτηματολόγιο. Έτσι, μεταξύ άλλων δεν διερευνήθηκε η σχέση απαιτήσεων προς τον ιατρό και ελέγχου (control), όπως έγινε στην έρευνα που διεξήχθη στην πόλη Salvador της Βραζιλίας, ούτε και ο ρόλος της σχέσης ιατρού-ασθενή, όπως έγινε σε άλλη μελέτη του BOS αναφορικά με ιατρούς της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής (όπου οι σχέσεις με τους ασθενείς είναι πολλές) στη Modena της Ιταλίας το 2008, όπου χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που ανιχνεύουν τη σχέση αυτή (DDPRQ-10), καθώς και την προσωπικότητα των ιατρών (MMPI-2, Minnesota Multiphasic Personality Inventory)[37].

Στη δική μας μελέτη, το 1/3 (33,3%) των ιατρών επέδειξαν σοβαρή συναισθηματική εξουθένωση, το 1/3 μετρίου βαθμού, ενώ το 1/3 αυτών δεν παρουσίασε καθόλου τέτοια εικόνα. Δηλαδή το 66,6% παρουσίασε σημεία συναισθηματικής εξουθένωσης. Πρόκειται για τον πιο ευαίσθητο δείκτη του BOS που επηρεάζεται πρώιμα. Το 38% των ιατρών παρουσίασε σοβαρή αποπροσωποποίηση, μια διάσταση δηλαδή του BOS χαρακτηριστική του συνδρόμου, κεντρικής σημασίας, η οποία συνδέεται άμεσα με την φύση του BOS ως οντότητα άμεσα συνδεόμενη με τις σχέσεις. Όμως μόνο 5% των ιατρών δεν παρουσίασε καθόλου αποπροσωποποίηση. Επίσης χαμηλό ήταν το ποσοστό των ιατρών που βίωναν προσωπική ικανοποίηση, μόνο 4,5%. Μεταξύ των ανδρών ιατρών, το 55% παρουσίασε συναισθηματική εξουθένωση (υψηλή ή μέτρια), ενώ μεταξύ των γυναικών το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 75%. Ίσως οφείλεται στον πιο ευαίσθητο και ευάλωτο χαρακτήρα των γυναικών. Τα αντίστοιχα ποσοστά για την αποπροσωποποίηση είναι για μεν τους άνδρες 89% ενώ για τις γυναίκες 100%, με αντίστοιχα 33,3% και 42% τα ποσοστά για τη σοβαρού βαθμού αποπροσωποποίηση. Συνεπώς και στην αποπροσωποποίηση παρατηρείται προβάδισμα των γυναικών.

Αξιοσημείωτη είναι η παρατήρηση ότι, όπως φαίνεται στον πίνακα 4, στους ιατρούς που υπηρετούσαν στις ΜΕΘ για διάστημα πλέον των 10 ετών, παρατηρήθηκαν σαφώς μικρότερα ποσοστά όσον αφορά τη σοβαρή αποπροσωποποίηση. Όσον αφορά τη συναισθηματική εξουθένωση παρατηρούνται ισότιμα ποσοστά υψηλής, μέτριας και χαμηλής συχνότητας, ανάλο- ⇨

γα με ότι παρατηρείται στο γενικό δείγμα των ιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Επίσης, αξιοσημείωτο είναι το υψηλό ποσοστό χαμηλής προσωπικής ικανοποίησης. Ενδεχομένως τα αποτελέσματα που αφορούν τους υπηρετούντες πλέον της δεκαετίας ιατρούς να οφείλονται στο ότι οι ιατροί αυτοί έχουν πλέον λιγότερο υψηλούς στόχους και φιλοδοξίες (περισσότερο ρεαλισμό, προσαρμογή) και έχουν αποτελματωθεί σε μια κατάσταση χαμηλής προσωπικής ικανοποίησης. Βεβαίως υπάρχει και η άποψη ότι όσο περισσότερο χρόνο διαρκεί η έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες, τόσο πιο αυξημένος ο κίνδυνος ανάπτυξης BOS. Πάντως η χαμηλή προσωπική ικανοποίηση είναι σοβαρή διαταραχή του BOS.

Στην αντίστοιχη έρευνα στην πόλη Salvador της Βραζιλίας (M.O.S. Tironi et al) αναφορικά με ιατρούς της ΜΕΘ, την υψηλότερη συχνότητα επέδειξε η παράμετρος της συναισθηματικής εξουθένωσης. Το 1/3 των ερωτηθέντων ιατρών αισθανόταν αναποτελεσματικοί, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό των ιατρών παρουσίασε αποπροσωποποίηση (αρνητική συμπεριφορά, κυνικότητα κ.α.). Στη συγκεκριμένη μελέτη διαπιστώθηκε ότι αυξημένη συχνότητα BOS παρατηρήθηκε σε ιατρούς που εργαζόταν περισσότερες από 24 ώρες την εβδομάδα on call και περισσότερες από 12 ώρες το σαββατοκύριακο.

Αναφορικά με άλλες έρευνες της αλλοδαπής που αφορούν όχι ιατρούς των ΜΕΘ αλλά άλλες ειδικότητες, παρατηρούνται τα εξής:

Έρευνα του 2007 στην ιταλική πόλη Modena (διαφορετική από εκείνη που αναφέρθηκε προηγουμένως) που αφορούσε ιατρούς γενικής ιατρικής, έδειξε σε ποσοστό 66% συναισθηματική εξουθένωση, 50% αποπροσωποποίηση και πλέον του 40% χαμηλή προσωπική ικανοποίηση[37]. Συγκριτικά, στη δική μας έρευνα παρατηρούνται ανάλογα ποσοστά συναισθηματικής εξουθένωσης, σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αποπροσωποποίησης και χαμηλής προσωπικής ικανοποίησης.

Στη νεότερη έρευνα που διεξήχθη στην πόλη Modena (του 2008, η οποία προαναφέρθηκε) με γενικούς ιατρούς[37], σε μικρό δείγμα ιατρών (19 άτομα), παρατηρήθηκαν, ανάλογα με τη δική μας έρευνα, πολύ χαμηλότερα ποσοστά σε όλες τις παραμέτρους του BOS. Παρατηρήθηκε συναισθηματική εξουθένωση σε ποσοστό 33,3%, αποπροσωποποίηση σε ποσοστό 50% (ανάλογο δηλαδή με το αντίστοιχο ποσοστό στην προηγούμενη έρευνα του 2007 στη Modena) και χαμηλή προσωπική ικανοποίηση σε ποσοστό 33,3%.

Άλλη ιταλική έρευνα που διεξήχθη στην ιταλική πόλη Genova το διάστημα 2007-2008[38] και που αφορούσε επίσης μικρό στατιστικά δείγμα 30 ιατρών (7 ειδικούς μόνιμους ιατρούς νοσοκομείων, 13 ειδικευόμενους, 4 εθελοντές και 6 φοιτητές της ιατρικής), 14 άνδρες και 16 γυναίκες, ηλικίας 24 έως 58 ετών, έδειξε 50% συναισθηματική εξουθένωση (υψηλού και μετρίου βαθμού), 53,3% αποπροσωποποίηση και 53,4% χαμηλού ή μετρίου βαθμού προσωπική ικανοποίηση, δηλαδή και πάλι σαφώς μικρότερα ποσοστά σε σχέση με τη δική μας μελέτη σε όλες τις παραμέτρους. Σημειωτέον ότι στην τελευταία αυτή ιταλική έρευνα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τα χρόνια υπηρεσίας του ιατρού, το ρόλο του (επαγγελματική κατηγορία). Φαίνεται όμως ότι τα στοιχεία αυτά είναι αμφίβολης πειστικότητας γιατί το δείγμα είναι στατιστικά μάλλον αβάσιμο.

## Συμπεράσματα

Το BOS είναι ένα πολυπαραγοντικό ψυχοκοινωνικό σύνδρομο, ο περιορισμός του οποίου είναι αναγκαίος για την ομαλή προσωπική ζωή του ιατρού και την παροχή εκ μέρους του υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς του. Στο μικρό στατιστικά δείγμα ιατρών των ΜΕΘ νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης που αφορά η προκείμενη έρευνα, το BOS παρουσιάζεται αυξημένο, σε μέτριο ή υψηλό βαθμό, ιδίως όσον αφορά την αποπροσωποποίηση και την χαμηλή προσωπική ικανοποίηση (αίσθημα αποτελεσματικότητας). Ιδιαίτερα αυξημένη παρατηρείται η αποπροσωποποίηση. Οι ιατροί που υπηρετούσαν στις ΜΕΘ για διάστημα μικρότερο των 10 ετών, παρουσίασαν μεγαλύτερη επιβάρυνση από το σύνδρομο σε σχέση εκείνους που υπηρετούσαν στις ΜΕΘ για διάστημα μεγαλύτερο των 10 ετών, ιδίως στις συνιστώσες της αποπροσωποποίησης και της προσωπικής ικανοποίησης. Οι γυναίκες ιατροί παρουσίασαν μεγαλύτερο ποσοστό «υψηλού βαθμού συναισθηματική εξουθένωση» και τάσεις για μεγαλύτερο ποσοστό αποπροσωποποίησης και χαμηλής προσωπικής ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Στη βιβλιογραφία κάποιοι θεωρούν ότι το BOS εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες ιατρούς, αν και όσον αφορά το ζήτημα αυτό υπάρχουν αντιφατικά στοιχεία στις διάφορες μελέτες[19]. Όσον αφορά την συναισθηματική εξουθένωση, στο σύνολο των ιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, αυτή διαπιστώθηκε στον ίδιο βαθμό υψηλού, μετρίου και χαμηλού βαθμού. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρήθηκε και στους ιατρούς με περισσότερο ή με λιγότερο από 10 έτη υπηρεσίας στις ΜΕΘ. Όμως, τα ποσοστά του ευαίσθητου δείκτη της συναισθηματικής εξουθένωσης διαπιστώθηκαν διαφοροποιημένα ανάλογα με το φύλο των ιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας συμπλέουν με αποτελέσματα άλλων αντίστοιχων μελετών με ιατρούς που εργάζονται στις ΜΕΘ και δικαιώνουν την άποψη ότι η ΜΕΘ είναι ένας χώρος στρεσογόνος, υψηλού εργασιακού φόρτου και υψηλών απαιτήσεων προς τον ιατρό, με μεγαλύτερο ποσοστό BOS των ιατρών σε σχέση με ιατρούς που εργάζονται σε άλλες ειδικότητες[1], με συχνά αρνητική έκβαση όσον αφορά την πορεία των ασθενών που νοσηλεύονται σε αυτές. Έρευνες έχουν δείξει υψηλά ποσοστά BOS σε εντατικολόγους ιατρούς: περίπου στο 1/3 των Αμερικανών και στο 46,5% των Γάλλων εντατικολόγων[39,40].

Το δείγμα της έρευνας είναι μικρό. Συνίσταται περεταίρω διερεύνηση του συνδρόμου BOS σε ιατρούς που εργάζονται στις ΜΕΘ σε όσο το δυνατόν ευρεία κλίμακα στη χώρα μας, καθώς και σύγκριση με χώρες της αλλοδαπής. Επίσης, συνίσταται διερεύνηση των αιτίων που αφορούν τη χώρα μας, ώστε να αντιμετωπισθούν, με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ιατρών αλλά κυρίως της παροχής υπηρεσιών υγείας στον ευαίσθητο τομέα της εντατικής θεραπείας.

## BURNOUT SYNDROME IN DOCTORS WORKING IN INTENSIVE CARE UNITS IN THESSALONIKI'S HOSPITALS

P. P. Voultsos[1], K. Zisopoulos[2], K. Psaroulis[3], F. Chatzinikolaou[1], N. Vasiliadis[1]

[1] Department of Forensic Medicine

& Toxicology, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki
[2] Department of Pathology, Hospital "Hippokration", Thessaloniki
[3] Intensive Care Unit, Hospital "Agios Dimitrios", Thessaloniki

## ABSTRACT

**Aim of study: The purpose of this study is the investigation of the burnout syndrome in doctors in ICUS in the hospitals of Thessaloniki.**

Burnout syndrome is observed in increased frequency to doctors that work in units with high working demands as the intensive care units (ICUs). It is closely related to depression but it is of an autonomic entity of psychosocial origin. Mainly, it is due to working stress and to social factors. It is a psycosociological entity. The doctor's personality and his relations with the working environment (patients, colleagues, administration, organization of the unit where he serves etc.) have main role in the pathogenesis of the syndrome. The symptoms are psychological, somatic and behavioral. The consequences of the syndrome concern the doctor, his family, his colleagues, his relationship with the patients, the quality of health services he provides, the danger of medical malpractice and finally society as a whole group.

Method: 21 doctors were investigated that working in ICUs in Thessaloniki's hospitals, who answered in survey type Maslach (Maslach Burnout Inventory, the so called MBI). Demographic element of doctors were evaluated and the time of their service in ICUs. The results were compared with other similar studies.

Results: From all the doctors that participated in this study 66.6% was high or moderate emotional exhaustion (33.3% and 33.3% respectively), 95% high or moderate depersonalisation (38% and 57% respectively), and 91% low personal satisfaction. BOS was increased between women and men doctors and between doctors with years of service less than 10.

Conclusion: Burnout syndrome observed in high percentage in doctors working in ICUs in Thessaloniki. The findings agree with other similar studies from abroad. Further investigation in wider spectrum is recommended together with the evaluation of personality traits of the physicians and of the physician-patient relations. The evaluation of the causes of the syndrome is of practical importance as far as prevention is concerned in our country.

***Key words**: burnout syndrome, physician, intensive care unit (ICU), intensive care physicians.*

## Βιβλιογραφία

1. Tironi M.O.S., Sobrinho C.L.N., Barros D.d.S., et al, Professional Burnout Syndrome Among Intensive Care Physicians in Salvador, Brazil, Rev Assoc Med Bras 2010; 56(6): 656-62
2. Milano M.M., Aspetti medico legali della sindrome del burn-out, Minerva Med Leg 2004; 124:73-87
3. Tinti T., cause e strategie di prevenzione della "sindrome di burn-out". L' esperienza in due comunita terapeutiche, Anno accademico 1999-2000, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.tulliotiuti.net/psicofilosofia/articoli/sindrome_burnout.pdf
4. La sindrome del Burn Out La prevenzione del burn-out, στο περιοδικό Il Vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane, Suppl. Vol. III, No 3, 1995, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.psicopolis.com/burnout/Pandorafatto.htm
5. Masuko E., Yamagishi M., Kishi R., Miyake H., [Burnout syndrome at human services professionals-doctors, nurses, caregivers, teachers and clerks (1). Maslach Burnout Inventory: factor structures for samples of human services professionals, and its relation with Zungs Self-rating Depression Scale (SDS)], Sangyo Igaku, 1989, Jul; 31(4): 203-15 [Άρθρο στα ιαπωνικά].
6. Wikipedia, Burnout (psychology), στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://en.wikipedia.org/wiki/Burnout_(psychology).
7. Maslach C., Burnout, the cost of caring, New York: Prentice Hall Press, 1982
8. Maslach C., Leiter M.P., Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro, Trento: Ed. Erickson, 2002
9. Cherniss C., Staff burnout. Job stress in the human service. Beverly Hills, CA: Sage Publications Inc, 1980 (μτφρ. Στην ιταλική: La sindrome del burn-out. Torino: Centro scientifico, 1983)
10. Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ., Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2008, 25 (1): 94-101.
11. Brodksy A., Edelwick J., Burnout. Doubleday: Ancor Press, 1980.
12. Freudenberger H.J., Staff burnout. Journal of social issues. MA. Edition Malden; 1974, 30, 15-165.
13. Schaufeli W., Maslach C., Marek T., Professional burnout: recent developments in theory and research, USA: Edition CRC, 1996.
14. Maslach C., Jackson S.E., The Maslach Burnout Inventory ("Human Service Survey"). Paolo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986, 2nd ed.
15. Maslach C., A multidimensional theory of burnout. In: Cooper C. Theories of organizational stress. Manchester: Oxford University Press; 1998.
16. Folgheraiter F., Introduzione all' edizione Italiana. In: Bernstein G., Halaszyn J., editors, lo operatore sociale. Trento: Centro Studi Erickson; 1994.
17. Burisch M., Burnout. Psicologia Contemporanea 1995; 127: 34-41.
18. Martellucci P.M., Pini M., Pullera M., Livelli di burnout e sintomatologia nevrotica in un gruppo di operatori dei Servizi per le Tossicodipentenze (Ser. T), στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.cedostar.it/documenti/burn_out_sert_arezzo.PDF
19. Deidda A., La Sindrome del Burnout nei servizi alla persona, con particolare riguardo agli operatori della sanita, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.fpscagliari.it/Centrostudi/mobbing05.docs/Deidda1.pdf
20. Meier D.E., Back A.L., Morisson R.S., The inner life of physicians care of the seriously ill, JAMA 2001; 286(23): 3007-14
21. Shanafelt T.D., Bradley K.A., Wip J.E., Back A.L., Burn-out and self reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med 2002; 136 (5): 358-67
22. Haas J.S., Cook E.F., Puopolo A.L., Burstin H.R., Cleary P.D., Brennan T.A., Is the professional satisfaction of general internist associated with patient satisfaction? J Gen Intern Med 2000; 15 (2): 122-8
23. M.P. Leiter, C.Maslach, Burnout as a function of communication patterns. Group Organization Studies 1988; 13: 111-28
24. Bellani M.L., Orru W., La sindrome del burnout, in: Bellani M.L., Morasso G., Amadori D. et al., Psiconcologia. Milano: Masson, 2002
25. Δρίβας Σ., Το σύνδρομο Burn-out (ολοκληρωτικής εξάντλησης), Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, τεύχος 11, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2002, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.eina.gr/drivas.htm
26. Olkinuora M., Asp A., Juntunen J., Kauttu K., Stiral I., Aarimaa M., Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. Soc Psychiatry, Psychiatr Epidemiol 1990; 25: 81-6
27. Roumiguie M., Game X., Bernhard J.-C., et al, Les urologues en formation ont-ils un syndrome d' epuisement professionnel? Evaluation par le Maslach Burn-out Inventory (MBI), Progres en urologie 2011; 21, 636-641
28. Κληρονόμου Ζ., Μήπως σας έφαγε ... η δουλειά; Αναρτήθηκε στις 18-04-2011 στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://lifepositive.gr/ygeia/μήπως-σας-έφαγε-η-δουλειά/
29. Δρίτσας Σ., Μουρτζούκου Ε., Σύνδρομο burnout, Ιατρικό Βήμα, τεύχος 95, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2004, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.iatrikionline.gr/IB_95/5.htm
30. Campbell J., Prochazka A.V., Yamashita T., Gopal R., Predictors of persistent burn-out in internal medicine residents: a prospective cohort study. Acad Med 2010; 10 (85): 1630-34
31. Friedman I.A., Burnout in teachers: shattered dreams of impeccable professional performance, J Clin Psychol 2000; 56: 595-606
32. Messineo F., Messineo E., Strategie preventive di burn-out, In: Pellegrino (editor). La sindrome del burn-out. Torino: Centro Scientifico Editore; 2000, p: 253-8
33. Nesci D.A., Poliseno T.A., Comazzi A., Interventi di supporto per gli operatori, in: Bellani M.L., Morasso G., Amadori D. et al, Psiconeologia. Milano: Masson, 2002
34. Payne R., Firth-Cozens J., Stress in Health Professionals. New York: Wiley, 1987, ιταλική μετάφραση: Lo stress negli operatori della sanita, Roma: Kappa, 1999
35. Santinello M, Furlotti R., Servizi territoriali e rischio di burn-out. Milano: Giuffe Editore; 1992
36. Quaranta S., Burn-out della medicina generale!, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://emergenzasalute.blogosfere.it/2007/06/burnout-della-medicina-generale.html
37. Padula M.S., Ilari G., Baraldi S., et al, Il burnout nella Medicina Generale: personalita del medico e personalita del paziente, Rivista della Societa Italiana di Medicina Generale, NO 4. Agosto 2008, 42-47
38. Puricelli O., Callegari S., Pavacci V., Caielli A., Raposio E., Sindrome da Burnout nelle professioni sanitarie: analisi dei fattori eziologici, Rivista di Psicologia Clinica, n.3, 2008, p: 312-321
39. Embriaco W., Azoulay E., Barrau K., et al, High level of Burnout in intensivists: prevalence and associated factors. Am J Resp Crit Care Med 2007; 175: 686-92
40. Gil-Monte P.R., Processo de queimar-se no trabalho. In: Anais do 1o Seminario International de stress e Burnout. Curitiba: PUC, 2002, p. 30-1

# Νέος, επικαιροποιημένος Κώδικας Δεοντολογίας ΣΦΕΕ Διαφάνεια στην πράξη

**Αθήνα, 18 Δεκεμβρίου 2012** - Ένα νέο, αυστηρότερο πλαίσιο αυτορρύθμισης του κλάδου, παρουσίασε σήμερα το προεδρείο του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), στο πλαίσιο ειδικής εκδήλωσης παρουσίασης του νέου επικαιροποιημένου Κώδικα Δεοντολογίας, υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Υγείας.

Σύμφωνα με τον Πρόεδρο του ΣΦΕΕ κ. Κ. Φρουζής: «*Ως βιομηχανία - ηγέτης που είμαστε, οφείλουμε να δώσουμε το παράδειγμα μίας άλλης νοοτροπίας, προσαρμοσμένης στην εποχή μας. Στην Ελλάδα της κρίσης. Η νοοτροπία αυτή, θα συμβάλει θετικά στην προσπάθεια που πρέπει να κάνει η χώρα μας, για να οδηγηθεί σε τροχιά αξιοπιστίας και ανάπτυξης. Δεσμευόμαστε να εντείνουμε την προσπάθεια, ώστε να συμβάλλουμε στη διαρκή ενημέρωση και επιμόρφωση της επιστημονικής κοινότητας. Το 2002, με τον πρώτο Κώδικα Δεοντολογίας μπήκαν τα θεμέλια. Το 2012, ο Κώδικας Δεοντολογίας γίνεται ακόμη πιο αυστηρός. Βάζουμε τον πήχη ακόμη πιο ψηλά. Τόσο ψηλά, όσο αρμόζει σε μία ηγέτιδα βιομηχανία και στο αύριο της χώρας*».

Ο Πρόεδρος του ΣΦΕΕ εξήρε τα μέλη του Συνδέσμου για τη συλλογική προσπάθεια που κατέβαλαν, προκειμένου να αναθεωρηθεί ο Κώδικας Δεοντολογίας και υπογράμμισε το γεγονός πως «*οι νέες ρυθμίσεις εγκρίθηκαν ομόφωνα στη γενική συνέλευση του Συνδέσμου που έγινε στις αρχές Νοεμβρίου.*»

Ο Πρόεδρος της Επιτροπής Δεοντολογίας του ΣΦΕΕ, κ. Μ. Γερασόπουλος ανέφερε ότι «*ο Κώδικας Δεοντολογίας του ΣΦΕΕ είναι εναρμονισμένος με διεθνείς κανόνες πρακτικών, οι οποίες διέπουν τη λειτουργία των φαρμακευτικών επιχειρήσεων στην Ευρώπη και παγκοσμίως. Σε ό,τι αφορά στη χώρα μας, έχουμε συνεργαστεί με τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) για την αναθεώρησή του*»..

### Εκστρατεία Ενημέρωσης & Στήριξη Φορέων

Από τον Νοέμβριο όπου πραγματοποιήθηκε η Γενική Συνέλευση του ΣΦΕΕ και οριστικοποιήθηκε η επικαιροποίηση του Κώδικα Δεοντολογίας, ο Σύνδεσμος έχει ξεκινήσει μία ενημερωτική εκστρατεία προς τους φορείς, από τους οποίους ζητήθηκε να συνεισφέρουν ο καθένας μέσα από την δική του θεσμική δραστηριοποίηση, στην εφαρμογή του Κώδικα Δεοντολογίας και στην επίτευξη των στόχων του.

Η εκστρατεία κορυφώθηκε με τη σημερινή εκδήλωση παρουσίασης του Κώδικα Δεοντολογίας στους πολιτειακούς και θεσμικούς εκπροσώπους, η οποίοι χαιρέτησαν και στήριξαν την πρωτοβουλία του ΣΦΕΕ.

Συγκεκριμένα, στην εκδήλωση παρέστησαν η επικεφαλής Γραφείου Αθηνών της Task Force για την Ελλάδα κ. Ζ. Λάλη, ο Πρόεδρος του ΕΟΦ καθηγητής κ. Γ. Τούντας, ο γενικός διευθυντής Δημόσιας Διοίκησης κ. Λ. Ρακιντζής, ο Πρόεδρος της Οργάνωσης «Διεθνής Διαφάνεια Ελλάς» Καθηγητής κ. Κ. Μπακούρης, ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μ. Βλασταράκος, ο Διοικητής του ΕΟΠΥΥ κ. Ε. Παπαγεωργόπουλος, ο Διοικητής της 1ης ΥΠΕ Αττικής κ. Β. Κοντοζαμάνης, ο Πρόεδρος του ΙΣΑ κ. Γ. Πατούλης, η Πρόεδρος του ΙΣΠ κ. Β. Ανεμοδουρά, ο Πρόεδρος της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών κ. Α. Σκουτέλης και ο Πρόεδρος της Διεθνούς Ένωσης Ιατρικών Επισκεπτών κ. Γ. Κονιδάρης.

### Ημέρα Κώδικα

Η 28η Ιανουαρίου 2013, ορίστηκε ως Ημέρα του Κώδικα Δεοντολογίας, καθώς το σύνολο των ιατρικών επισκεπτών, θα επικοινωνεί τις αρχές του Κώδικα στους γιατρούς, τους οποίους θα επισκέπτονται σε ολόκληρη τη χώρα.

Ο ΣΦΕΕ, στο ανωτέρω πλαίσιο, διαμορφώνει, επίσης, ειδική ενότητα για τον Κώδικα Δεοντολογίας στην ιστοσελίδα του, όπου θα αναρτώνται δημόσια όλες οι δωρεές, επιχορηγήσεις ή παροχές σε είδος προς μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και δημόσια νοσοκομεία. Θα δημιουργηθεί ειδικός κατάλογος, με βάση τα πρότυπα του αντίστοιχου καταλόγου της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων (EFPIA), για την αξιολόγηση των συνεδρίων, ο οποίος θα αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του ΣΦΕΕ.

### Νέες Ρυθμίσεις - Αναλυτικά

Οι βασικές τροποποιήσεις του νέου Κώδικα σε σχέση με τον προηγούμενο είναι οι εξής:

***Δωρεές:***

Ορίζεται στο 1% του συνολικού κύκλου εργασιών το μέγιστο ποσό που μπορούν να διαθέσουν οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις για σκοπό δωρεάς.

Στην ιστοσελίδα του ΣΦΕΕ θα αναρτούνται πλέον δημόσια όλες οι δωρεές, επιχορηγήσεις ή παροχές σε είδος προς μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και δημόσια νοσοκομεία ανά φαρμακευτική επιχείρηση.

Τίθενται συγκεκριμένα κριτήρια για την έγκριση δωρεών, όπως π.χ. είναι πλέον υποχρεωτική η υπογραφή συμβάσεων, το απόσπασμα του ΔΣ, η επιβεβαίωση από τον δωρολήπτη αξιοποίησης της δωρεάς για το συμφωνηθέντα σκοπό.

Συνέδρια & Επιστημονικές Εκδηλώσεις - Ο ΣΦΕΕ υιοθετεί ένα πιο αυστηρό πλαίσιο όσον αφορά στη διεξαγωγή των Συνεδρίων και των Επιστημονικών Εκδηλώσεων:

Θεσπίζονται περιορισμοί στον αριθμό των γιατρών και των συμμετοχών τους στα Συνέδρια και τις επιστημονικές εκδηλώσεις.

Απορρίπτονται Συνέδρια τα οποία διοργανώνονται σε τοποθεσίες γνωστές για τον ψυχαγωγικό τους ή/και ιδιαίτερα πολυτελή χαρακτήρα (π.χ. spa, resorts, casino κλπ.)

Ορίζεται η τουριστική περίοδος (θερινή: 10/6-20/9 & χειμερινή: 10/12 - τέλος Φεβρουαρίου) και δεν επιτρέπονται οι τουριστικοί προορισμοί κατά τη διάρκεια των τουριστικών περιόδων.

Ο ΣΦΕΕ θα καταρτίσει λίστα ανάλογη με αυτή της EFPIA (e4ethics) για όλα τα Συνέδρια, η οποία θα δημοσιοποιείται στην ιστοσελίδα του.

Δεν επιτρέπεται η συμμετοχή συνοδών μελών σε οποιαδήποτε δραστηριότητα ακόμα και αν υπάρχει ιδία κάλυψη εξόδων.

Περιορίζονται οι χορηγίες των φαρμακευτικών επιχειρήσεων για Συνέδρια και τίθενται συγκεκριμένα ανώτατα όρια.

### Παροχή Συμβουλευτικών Υπηρεσιών Επαγγελματιών Υγείας προς Φαρμακευτικές Επιχειρήσεις:

Ο νέος επικαιροποιημένος Κώδικας προβλέπει συγκεκριμένο ανώτατο όριο ετήσιας αμοιβής και θεσπίζει μέσω εσωτερικών δι- ⇨

αδικασιών κλίμακες εύλογης αγοραίας αξίας πληρωμών για τυπικές υπηρεσίες και κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τη βαθμίδα του επαγγελματία υγείας, το χρόνο απασχόλησης και το είδος της παρεχόμενης υπηρεσίας

**Έρευνες Αγοράς σε επαγγελματίες Υγείας:**

Επιχειρείται για πρώτη φορά η εισαγωγή κριτηρίων και η υιοθέτηση των αρχών του Συνδέσμου Εταιριών Έρευνας Αγοράς Ευρώπης σε ό,τι αφορά στη διενέργεια έρευνας αγοράς.

**Διαδικασία Ελέγχου Εφαρμογής του Κώδικα:**

Διπλασιάζονται οι ποινές, σε περίπτωση μη εφαρμογής των ρυθμίσεων του Κώδικα και δίνεται αρμοδιότητα στην Επιτροπή Κώδικα Δεοντολογίας & Διαφάνειας του ΣΦΕΕ να εξετάζει αυτεπάγγελτα υποθέσεις .

Ενισχύεται η διαφάνεια μέσω της δημοσίευσης και ανάρτησης στην ιστοσελίδα του ΣΦΕΕ όλων των Αποφάσεων τόσο της Πρωτοβάθμιας όσο και της Δευτεροβάθμιας Επιτροπής.

Προβλέπεται διαγραφή φαρμακευτικής εταιρείας μέλος του ΣΦΕΕ σε περίπτωση μη συμμόρφωσής της με την απόφαση της Δευτεροβάθμιας Επιτροπής.

Ενισχύεται το πλαίσιο ελέγχου εφαρμογής του Κώδικα Δεοντολογίας.

# Έρχεται το «δάκρυ» που ανακουφίζει

Μια σημαντική είδηση, αντιστεκόμενη στα σημεία των καιρών μας, έρχεται να τονώσει το Ελληνικό "επιχειρείν" στο τομέα της Υγείας.

Η είδηση αφορά στην κυκλοφορία και διάθεση της Μαστίχας Χίου (Π.Ο.Π) σε μορφή κάψουλας στη φαρμακευτική αγορά, από την Pharma Q A.E.. Η εταιρεία, σε συνεργασία με την Mediterra A.E. και την Ένωση Μαστιχοπαραγωγών Χίου, ανέλαβε να προωθήσει και να αναπτύξει την αξιοποίηση του Εθνικού μας Βάλσαμου, προς όφελος της Υγείας όλων των Ελλήνων και όχι μόνο.

Οι μοναδικές ευεργετικές και θεραπευτικές ιδιότητες της Μαστίχας, γνωστές από αρχαιοτάτων χρόνων, είναι σήμερα επιβεβαιωμένες και κλινικά τεκμηριωμένες από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Η συνεισφορά της Μαστίχας στην υγιεινή του γαστρεντερικού συστήματος είναι αξιόλογη, καθώς συμβάλλει στην εκρίζωση του Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού (αιτιολογικός παράγοντας στην δημιουργία ελκών) και προσφέρει ανακούφιση σε περιπτώσεις στομαχικών διαταραχών, όπως δυσπεψία και οπισθοστερνικός καύσος.

Η Pharma Q αποτελεί μία από τις πιο δυναμικές παρουσίες στον φαρμακευτικό κλάδο, έχοντας καταξιωθεί στην συνείδηση των λειτουργών Υγείας μέσω των καινοτόμων θεραπευτικών προϊόντων της. Ιδρύθηκε το Μάρτιο του 2008 από έμπειρα στελέχη της φαρμακευτικής αγοράς και από τον Ιούλιο του 2010 αποτελεί μέλος του Ομίλου της Iasis Pharma. Πορευόμενη με βαθύτατο αίσθημα ευθύνης προς τον λειτουργό Υγείας και τον ασθενή, και πάντα με γνώμονα τις αξίες και την ηθική, στόχος της Pharma Q είναι η διασφάλιση καλύτερης ζωής, φροντίδας και ίασης, χτίζοντας το αύριο ενός καλύτερου και υγιέστερου κόσμου.

Πληροφορίες:
**Pharma Q A.E**.
Εφέσου 6, Νέα Σμύρνη, 171-21
Τηλ: 210-9374576-8
Fax: 210-9374579

# Το ADALIMUMAB (HUMIRA®) έλαβε έγκριση για τη θεραπεία της Αξονικής Σπονδυλαρθρίτιδας χωρίς ακτινολογικά ευρήματα στην Ευρώπη

Τετάρτη 7 Νοεμβρίου 2012 - Στις 30 Ιουλίου 2012 ανακοινώθηκε από την Abbott ότι η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Φαρμάκων ενέκρινε το HUMIRA® (adalimumab) για τη θεραπεία ενηλίκων με σοβαρή αξονική σπονδυλαρθρίτιδα χωρίς ακτινολογικά ευρήματα δομικής βλάβης (Αξ.Σπ. χ.α.ε.). Το HUMIRA αποτελεί το πρώτο και μοναδικό διαθέσιμο φάρμακο για ασθενείς με Αξ.Σπ. χ.α.ε.. Η έγκριση αυτή σηματοδοτεί την 8η θεραπευτική ένδειξη του HUMIRA στην Ευρωπαϊκή Ένωση μετά την πρώτη του έγκριση το 2003.

Η Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα, που περιλαμβάνει την αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα (Α.Σ.) και την Αξ.Σπ. χ.α.ε., είναι δυνητικά μια πάθηση που μπορεί να προκαλέσει αναπηρία και εμφανίζεται κυρίως με χρόνιο πόνο στην σπονδυλική στήλη και δυσκαμψία και μπορεί, επίσης, να συνοδεύεται από την παρουσία αρθρίτιδας, φλεγμονής στα μάτια ή/και στη γαστρεντερική οδό. Οι ασθενείς με Αξ.Σπ. χ.α.ε. είναι πιθανό να έχουν παρόμοια σημεία και συμπτώματα με την Α.Σ., συμπεριλαμβανομένων του χρόνιου πόνου και της απώλειας λειτουργικότητας, αλλά δεν παρουσιάζουν ακτινολογικά ευρήματα. Η Αξ.Σπ. χ.α.ε. εμφανίζεται συχνότερα σε νεαρά άτομα στην πλέον παραγωγική περίοδο της ζωής τους και μπορεί να μείνει αδιάγνωστη για πολλά χρόνια.

«Αυτή η πρώτη έγκριση ενός anti-TNF φαρμάκου για την Αξ.Σπ. χ.α.ε. είναι ένα σημαντικό βήμα προόδου στη διαχείριση της νόσου για αυτούς τους ασθενείς», δήλωσε ο Joachim Sieper, M.D., επικεφαλής του τμήματος Ρευματολογίας, Campus Benjamin Franklin του νοσοκομείου Charitè University Hospital, στο Βερολίνο. «Το HUMIRA έχει να επιδείξει θετικό προφίλ οφέλους/κινδύνου στην Αξ.Σπ. χ.α.ε. και η εύκολη πρόσβαση σε αυτή τη θεραπευτική επιλογή μπορεί να βοηθήσει τους γιατρούς να θεραπεύσουν ακόμα περισσότερους ασθενείς που υποφέρουν από αυτή τη νόσο.»

Το HUMIRA ενδείκνυται για τη θεραπεία ενηλίκων με σοβαρή Αξ.Σπ. χ.α.ε αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας, αλλά με αντικειμενικά σημεία φλεγμονής με βάση τις αυξημένες τιμές της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) και/ή τη μαγνητική τομογραφία (MRI) και οι οποίοι είχαν ανεπαρκή ανταπόκριση ή έλλειψη ανεκτικότητας στα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ). Μέχρι σήμερα το HUMIRA ενδείκνυται για τη θεραπεία ενηλίκων με σοβαρή ενεργό αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα και ανεπαρκή ανταπόκριση στη συμβατική θεραπεία.